

## **Prosjektsøknad**

### **A: Obligatoriske opplysninger**

Prosjektets navn:

#### **Pasientflyt i ny dagkirurgisk seksjon.**

Prosjektansvarlig og prosjektleder inkludert kontaktinformasjon:

#### **Prosjektansvarlig:**

Ståle Hoff, Klinikksjef, Klinikk for kirurgi, Ålesund Sjukehus Mob. 93035778  
[ståle.hoff@helse-mr.no](mailto:ståle.hoff@helse-mr.no)

#### **Prosjektleder:**

Kari Sletten Helgesen, Avdelingssjef Operasjonsavdelingen, Ålesund Sjukehus mob- 90545839  
[kari.sletten.helgesen@helse-mr.no](mailto:kari.sletten.helgesen@helse-mr.no)

#### **Prosjektorganisering:**

Prosjektgruppe nedsatt av klinikkråd klinikk for kirurgi, Ålesund.

Medlemmene er valgt ut av den enkelte avdelings avdelingssjef.

Floro Arnone, Overlege Kirurgisk avdeling  
Kari Sletten Helgesen Avdelingssjef i Operasjonsavdelingen  
Eva Heggdal, SeksjonslederAuge Operasjonsavdeling  
Arild S. Hevrøy, Tillitsvalgt NSF  
Ståle Hoff, Klinikksjef, Klinikk for kirurgi  
John Kristian Høye, Overlege Kvinneklinikken  
John Kibsgaard, OverlegeAnestesi  
Hilde Kleiven, Brukerrepresentant.  
Odd Arvid Lange, Avdelingssjef Overlege ØNH  
Reidun Lunde, Seksjonsleder Tann/Kjeve avdeling  
Gunn Bente Solevåg, Seksjonsleder i nåværende Dag kirurgi  
Terje Vagstad, OverlegeOrtopedisk avdeling  
Peter Inge Østrem, Medisinsk-Teknisk avdeling

#### **Bakgrunn/ Begrunnelse**

All dagkirurgisk behandling ved Ålesund Sjukehus skal samles i en felles dagkirurgisk avdeling i første etasje i sykehuset. Denne avdelingen er under ombygging hvor det tidligere var kirurgisk poli-klinikk. Dette er en del av en totalplan for å samle all dagkirurgi og poliklinikk virksomhet i første etasje. Den nåværende dagkirurgisk seksjon utfører inngrep i fagene: kirurgi og ortopedi. I den nye seksjonen skal Gynekologi, Kjevekirurgisk, Øre-nese-hals og Øye dagkirurgiseksjoner også ha tilhold.

Det er en utfordring å samle ulike fag, med ulike kulturer og arbeidsmåter inn i en avdeling. Men det er samtidig en god anledning til å gjennomgå rutiner, få vekk flaskehals og å få en bedre drift. Vi ser at det i dag praktiseres svært ulikt med hensyn til henvisning, vurdering av henvisning og prioritering. Det er også ulik praksis av utfylling av operasjonsskjema og egenmeldingsskjema samt preoperative rutiner. Vi ønsker å få standardisert mest mulig av disse prosessene for å få gode forløp som er forutsigbart for pasienter og ansatte i dagkirurgisk seksjon.

Ved å skape felles retningslinjer og prosedyrer vil mye av arbeid som utfylling av diverse skjema og skriv kunne utføres av kontortjeneste i stedet for lege/sykepleier.

Ansatte i sterilsentralen vil ha ansvar for å istandgjøre utstyr til det enkelte inngrep for å frigjøre operasjonssykepleierne til direkte pasientarbeid og samtidig frigjøre lagerplass i avdelingen.

I en pasienttilfredshetsundersøkelse som ble gjennomført ved dagens dagkirurgiseksjon og øye dagkirurgiske seksjon i mars 2013 viste det seg at pasientene var svært fornøyd når de først var kommet inn til behandling men var mindre fornøyd med informasjon og innkalling og ventetid.

I Klinikk for kirurgis interne revisjon i den nåværende dagkirurgiske seksjonen ble det meldt avvik på at henvisende leger ikke kjente til den overordnede prosedyren: Handtering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Møre og Romsdal (EQS Id 2651)

Ved kartlegging av henvisningsrutiner ble gjennomført i mars 2013 med ulike personellgrupper og brukerrepresentant, ble det avdekket flaskehals og svært ulike måter å gjøre dette på.

## **Relevans:**

Godt planlagte pasientforløp gir åpning for jobbglidning. Ved å gjennomgå alle prosessene i forløpet, fjerne flaskehals og få inn gode rutiner kan en sikre at en har rett personell på rett plass.

## **Formål**

Hovedformålet med prosjektet er å sikre gode felles pasientforløp i den nye dagkirurgiske avdelingen, slik at personalressurser og utstyr kan utnyttes best mulig til å skape en god pasientopplevelse og en kostnadseffektiv drift.

## **Problemstilling**

Hvordan oppnå enighet om, og etablere felles pasientforløp, henvisningsrutiner, pasientinformasjon, pre og postoperative rutiner som er forutsigbare for pasienter og personale ?

## **B. Prosjektets innhold: Kunnskapsgrunnlag, beskrivelse av tiltaket, metode og måling av effekt.**

Litteraturgjennomgang:

Sørås. I. (2007) Organisasjonsutvikling i sykehus. Oslo: Universitetsforlag.

## Review-artikler/ forskningsartikler

Sørli, V.; Finstad, H.; Guttormsen, T.

Nordisk tidsskrift for Helseforskning nr.2-2010, 6 årgang;

Mottak til pasientens beste

## Erfaringer fra andre fagmiljøer i Norge eller andre land:

Brendskog, K.A.; E.M. Breines og F. Holm (2000).

Pasientfokuset redesign- en metode for forbedringsarbeid ved Ringerike sykehus HF

## Metode

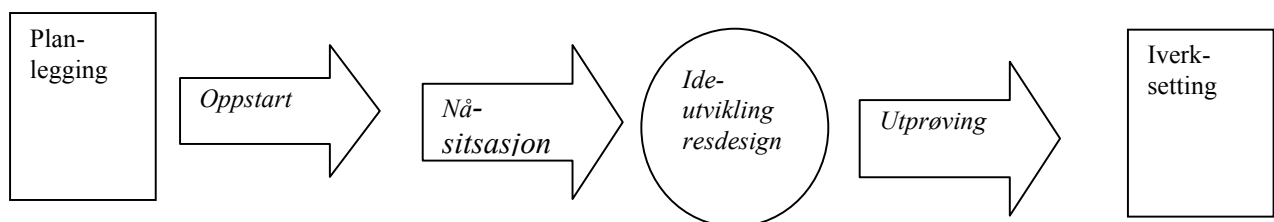
### Pasientfokuset redesign

”Pasientfokuset redesign er en metode for å utvikle behandlingslinjer som innebærer at alle ledd i en behandlingsskjede blir gjennomgått fra pasientens ståsted, med mål om å utvikle tjenestene slik at de tillegg til faglig kvalitet og effektivitet gir bedre pasientopplevelse” (St. Meld. 10 .6.2.1 Pasientfokuset redesign har sitt faglige utspring fra Business Process Reengineering (BPR) og fra Total kvalitetsledelse. (TKL) Disse to kvalitetsforbedringsmetodene mener at hovedformålet ved forbedringsarbeid er å redusere eller eliminere faktorer eller prosesser som hindrer dårlig ytelse i organisasjonen ( Sørås 2007).

Pasientfokuset redesign legger mer vekt på å planlegge implementeringen og har en systematisk tilnærming til evaluering som blir planlagt allerede før oppstart. TKL er et lederansvar og innebærer at leder og ansatte har kontinuerlig fokus på forbedring (Kaasa2004). Pasientfokuset redesign er toppstyrt, men deltageres ideer er avgjørende for hvilke løsninger som velges ( Sørås 2007).

Hovedformålet for Pasientfokuset redesign er nytten for pasienten. I tillegg er effekten for virksomheten sentral.

Pasientfokuset redesign består av seks ulike faser med aktiviteter knyttet til hver:



Prosjektets faser følger logisk etter hvert som de ulike fasene fullføres og strukturen kommer til uttrykk.

Prosjektgruppens medlemmer har definerte oppgaver. Resultatet fra en fase brukes i den neste. Ulike kjente kvalitetsforbedringsverktøy brukes underveis.

Redesign metoden skiller seg fra andre arbeidsmåter fordi den baserer seg på medvirkning fra ansatte og pasienter samtidig som den har en sterk ledelses forankring. Metoden legger til rette for at personalet fra ulike deler av virksomheten kan etablere en felles prosessforståelse, og at det etableres en problemforståelse gjennom kartlegging og analyse før man foreslår, drøfter og velger løsning.

## **Kort beskrivelse av prosjekt gjennomføring.**

Prosjektet er allerede startet og kartlegging av nåsituasjon er gjort gjennom pasienttilfredshetsundersøkelse, kartleggingsmøte med fokus på henvisningsrutiner. Utifra resultatene i undersøkelsen og kartlegging er det blitt nedsatt tverrfaglige arbeidsgrupper som skal se på:

- Henvisningsrutiner
- Medikamenthåndtering
- Pasientinformasjon

Målet er å ha felles rutiner på pre og postoperative rutiner og å utvikle en sjekklister som sikrer at alle deler av pasientforløpet gjennomføres som bestemt. Det vil bli utformet pasientforløp i EQS for alle inngrep og mye av forløpene kan være like i de pre og postoperative fasene. I de forskjellige deler av prosessene vil det bli brukt andre kvalitetsforbedringsverktøy. Varig endring av praksis skal sikres gjennom felles prosedyrer, retningslinjer og sjekklister.

## **Effekt/resultat**

### ***Forbedring av dagens praksis***

#### **Mål**

- Maksimere (øke) pasienttilfredshet (bedre informasjon, bedre henvisningsrutiner, gi direkte time)
- Maksimere medarbeidertilfredshet (bedre forutsigbarhet)
- Maksimere utnyttelse av ressurser (personale og utstyr)
- Minimere (redusere)strykninger (bedre planlegging)
- Minimere avlysninger ved å gi flere pasienter direkte time

#### **Måleverktøy**

- Måle pasienttilfredshet før og etter implementering (før er utført i mars 2013).
- Måle medarbeidertilfredshet før og etter implementering ved hjelp av intern undersøkelse i 2013 og planlagt arbeidsmiljøundersøkelse AMUS 2014 eller i medarbeidersamtale/utviklingssamtale.

- Måle driften i avdelingen, gjennomført program
- Måle strykninger i Op Plan (måles månedlig)
- Måle antall avlysninger før og etter implementering (før er utført januar- juli)

### ***Egne ressurser brukt på en annen måte i prosjektet.***

Fokus på hvordan en kan utnytte ressursene best mulig, utstyr og personell.

#### **Utstyr**

Medisinsk teknisk utstyr er kostbart og blir i dagens drift stående når det ikke brukes i en av seksjonene. Ved god planlegging av operasjonsprogrammet vil en kunne bruke samme utstyr til flere fag. Dette gjelder blant annet gjennomlysningsutstyr og utstyr til skopiske operasjoner samt mikroskop.

#### **Personell**

Ved å skape felles retningslinjer og prosedyrer vil mye av arbeid som utfylling av diverse skjema og skriv kunne utføres av kontortjeneste i stedet for lege/sykepleier. Ansatte i Sterilsentralen vil ha ansvar for å istandgjøre utstyr til det enkelte inngrep for å frigjøre operasjonssykepleierne til direkte pasientarbeid og samtidig frigjøre lagerplass i avdelingen. Ved god opplæring av assistenter i avdelingen kan disse avlaste spesialsykepleiere i hele avdelingen.

#### **Organisatoriske konsekvenser**

Ved at all dagkirurgi samles i felles avdeling vil en kunne bruke midre ressurser på henvisninger, innkallinger, planlegging av operasjonsprogram. Dette gjelder også innkjøp av utstyr, turnusplanlegging, personal håndtering, HMS. m.m.

Hvis en kan ta imot pasienter samme dag som de er hevist fra poliklinikk til dagkirurgi og gjøre preoperative forberedelser slik som utfylling av nødvendige skjemaer og måle BT, registrere egenopplysninger m.m., vil en kunne gi pasienten direkte time.

#### **Pasientsikkerhet og etikk**

Pasientsikkerheten vil bli ivaretatt ved å utforme dokument og prosedyrer som bygges på lovkrav som skal gjennomgås av alle i avdelingen .

Det vil også bli utformet avtaler med den enkelte faggruppe for å ivareta dette.

Etikken vil ha en sentral plass og brukerrepresentant vil være pasientens talsrør i prosjektet. Alle pasienttilfredshetsundersøkelser og medarbeiderundersøkelser vil være anonymisert og det vil i dette prosjektet ikke komme fram noen person opplysninger

#### **Kostnader/ressursbruk**

De fleste kostnader til prosjektet vil være å frikjøpe personell for arbeid med prosjektet. Hele prosjektgruppen har behov for å samles flere ganger høsten 2013. Klinikken har selv finansiert en stedfortreder for seksjonsleder og har behov for videreføring av dette tiltaket i prosjektperioden. Det vil også være nødvendig å utarbeide pasientbrosjyrer og informasjonsskriv. Her er det behov

for sekretærhjelp. Det kan også være nyttig å besøke lignende avdelinger for å se hva som er blitt gjort

## C: Formidling og videreføring

### Dokumentering/formidling

#### Beskrivelse av studier, artikler og forskning som skal følge prosjektet

Det vil bli laget en rapport om prosjektet. Det er naturlig at det kan resultere i en artikkel eller poster, men dette er ikke planlagt.

#### Mulighet for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak

Rapporten som vil bli utarbeidet kan brukes av andre i helseregionen og ellers i helsetjenesten. Vi ser at en slik gjennomgang kan utføres ved andre avdelinger som en kvalitetsgjennomgang/ forbedring.

#### Foreløpig konklusjon og videre oppfølging

Vi ser stor nytte av gjennomgang av dagens praksis, bli enig om ny praksis, for så å utarbeide felles retninglinjer og rutiner. Vi ser at mange prosedyrer ikke er kjent og at en ny avdeling har store muligheter for skape gode pasientforløp som oppleves trygt og forutsigbart for pasienter og personalet. Det er viktig med et godt forarbeid når en skal samle ulike fag og personell i samme avdeling. Dette kan være nyttig for andre avdelinger som skal gjennom samme prosess.

## Obligatoriske opplysninger

### Overordnet framdriftsplan

2013:

Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.

2014:

Jan	Febr.	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des



Oppstartet-planlegging-kartlagt nåsituasjon-ideutvikling



Ideutvikling-redesign



Implementering



Måling- evt. korrigerings

## Budsjett

Vanskelig å sette opp et eksakt budsjett. Vi ser hvor vanskelig det er å samle hele prosjektgruppen pga operativt arbeid. Det er også vanskelig å tallfeste skrivehjelpkostnader og hospitering. Har satt opp ca priser.

Tiltak	Kr.	
Stedfortreder for seksjonsleder i Dagkirurgisk seksjon august- desember 2013	550.000	
Heldags Tilstedemøte for prosjektgruppen. Kostnad for stedfortredere	300.000	
Skrivehjelp	300.000	
Hospitering- for Operasjonssykepleiere	60.000	
Hospitering for Intensiv sykepleiere	60.000	
Hospitering for sterilsentraltekniker	30.000	
Rapportering og formidling	100.000	

Vi søker om 1,4 millioner kroner til prosjektet.

Ref:

Brendskog, K.A., E.M. Breines og F. Holm(2000). Pasientfokuset Redesign- en metode for forbedringsarbeid ved Ringerike sykehus HF

Kaasa (2004) Kvalitet i helse- og sosialtjenesten.Gyldendal Norsk forlag AS.

Sørli,V.; Finstad, H.; Guttormsen T. Nordisk tidsskrift for Helseforskning nr.2-2010, 6 årgang; Mottak til pasientens beste

Sørås. I. (2007) Organisasjonsutvikling i sykehus. Oslo: Universitetsforlag.

St. Meld. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester\_6.2.1 Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring)

### Anbefaling fra HF:

Annbefalt av fagsjef Odd Veddeng

