



## Utviklingsprosjekt:

# Effektivisering av teamvisitt på sengepost

Nasjonalt topplederprogram

Sverre Lehmann

Haukeland universitetssykehus, 4.11.11

## Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

God pasientbehandling på sykehus kjennetegnes blant annet av effektive og koordinerte tjenester mellom samarbeidende yrkesgrupper i en gitt enhet. Lungeavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus består av to sengeposter for inneliggende pasienter der post 3 er den største, med 27 senger fordelt på 3 grupper á 9 pasienter; infeksjon-, kols- og kreftgruppen. Majoriteten lider av avansert kols, lungekreft i palliativ fase, kompliserte lungebetennelser eller tuberkulose. Rundt 90% av pasientene er innlagt som øyeblikkelig hjelp og avsnittet har, sammen med de onkologiske poster, det høyeste antall sykehus-dødsfall pr. år i Helse-Bergen. I 2010 døde 66 pasienter på post 3.

Lunge post 3 består av bla. fire firemanns-rom. Ved behov for informasjonssamtaler og undersøkelser i skjermede omgivelser må pasientene ofte flyttes ut av posten, noe som vanskeliggjør innføring av en mer fremtidsrettet form for visitt-avvikling med tanke på økt pasient-medvirkning. Det antas at man må fortsette drift i de nåværende lokaliteter i minst 5 år til. Utfordringen er å få gjennomført effektive visitter der man holder tidsbruken innenfor kl 0915-1100, altså ila.105 minutter, uten at faglig kvalitet og pasienttilfredshet forringes. Måling av tidsbruk er gjort på hverdager i uke 26 år 2011 ved 2 av teamene; gjennomsnittlig tidsbruk var 137 minutter (range 105-155)(vedlegg 1). Kun 4 av 10 visitter kom i gang til rett tid, og 9 av 10 visitter varte til etter kl. 1100. Sistnevnte parameter synes forverret siden registrering i mai 2005, da 20 av 40 visitter gikk utover kl. 1100 i en 2 ukers registreringsperiode (vedlegg 1). Prosjektet er forankret både hos avdelingsdirektør og utvidet lederteam, inkludert seksjons-overlege og avdelingssykepleier for Lungeavdelingen post 3.

## Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål

En betydelig utfordring ved posten er samhandling mellom lege- og sykepleiergruppene rundt visitt-avviklingen. Overskridelse av tidsrammen medfører:

- 1) For pasientene:
  - a. uvisshet om når visitteamet kommer, må være tilstede på post over langt tidsrom.
  - b. usikker planlegging av pasientrelaterte prosedyrer og besøk fra pårørende.
- 2) For sykepleiergruppen i visitteam:
  - a. at man blir forsinket ifht. resten av dagens gjøremål, må jobbe overtid.
  - b. at man ikke får avholdt sin lunsjpause (skal starte kl.1130).
- 3) For leger i visitteam:
  - a. at man får forsinket oppmøte på poliklinikk kl. 1100.
  - b. at man opplever misnøye / utålmodighet fra sykepleier i visitteamet.
  - c. mindre tilgjengelig tid til pasientrelatert arbeid etter visitt (dokumentasjon, tilsynsforespørsler, konferering, innskriving av elektive pasienter, epikriser osv.)
- 4) For avdelingens / foretakets økonomi
  - a. uforutsigbar belastning av løs overtid for sykepleiergruppen på dagvakter.

Effektmål:

- Visittene på post 3 avvikles på en effektiv og koordinert måte mellom leger og sykepleiere.

Resultatmål:

- Minst 4 av hverdagsvisittene pr. uke gjennomføres innenfor tidsrammen på 105 minutter.
- Maksimalt 1 av hverdagsvisittene/ uke varer til etter kl. 1100.
- Pasientrapportert tilfredshet opprettholdes, eller forbedres.
- Overtid ved arbeidsdagens slutt (dagvakter) i sykepleiergruppen reduseres minst 50 %.

## Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Lungeavdelingen er organisert i 14 kliniske mikrosystem-enheter (1). Hver av gruppene på post 3 har en fast teamansvarlig overlege og teamansvarlig sykepleier, med ansvar for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Man tilstreber at disse to nøkkelpersonene bemanner visitt-teamet på hverdager sammen med lege i utdanningsstilling (LIS). Lungeavdelingen har investert totalt kr. 900 000 i 2011 for å oppnå høy grad av tilstedeværelse på dagtid for de teamansvarlige sykepleiere.

Utviklingsprosjektets problemstilling er erkjent som et område med stort behov for forbedring. Emnet ble tatt opp som egen programpost under Lungeavdelingens temadager i mai 2010, der alle ansatte deltok på en av to ettermiddags-/ kveldssamlinger. Temaet "Hvordan kan vi arbeide og samarbeide på mest mulig hensiktsmessig måte?" ble gjennomført som gruppearbeid ("brainstorming") og deretter plenumsdiskusjon rundt årsakene til at rammen for visitt sprenges (rammen oppleves ikke for knapp). De kliniske mikrosystemer henter sine verktøy fra andre utviklingsmetoder, og den initiale del av arbeidet er i samsvar med "LEAN prinsippene" for forbedringsarbeide, der tankegangen er forankret i ledelsen, og hele organisasjonen "leter" etter tiltak for å gjøre prosessene mer effektive (2). Videre er forbedringsprosjektet strukturert etter Plan-Do-Study-Act (PDSA) modellen (3).

**Hovedårsaker** identifisert ved "brainstorming":

- Team møter ikke oppdatert på pasientens status, bruker tid under previsitt til å lese seg opp i journal.
- Teamdeltakere møter for sent og vurderer ikke reelt behov for visitt til alle pasienter.
- Legene bruker mye tid på veiledning av LIS, turnuslege eller medisinstudent.
- Mange overflødige previsitter, kan ofte utelates tirsdag, onsdag og fredag.
- Lunsj avvikles på forskjellig tidspunkt for leger og sykepleiere, legen har "god tid".
- Vedtatt treffpunkt, "1330 møtet", mellom teamets LIS og sykepleier brukes i varierende grad. Problemstillinger som dukker opp under- og etter visitt kan tas opp på dette møtet, evt. benyttes til å fullføre visitt hos utvalgte pasienter.

**Intervensjoner** basert på årsaksanalysen:

- A. Samordne lunsjtidspunkt for leger og sykepleiere; kl. 1130-1230.
- B. Legge til rette for, og kommunisere en forventning om, at leger i visitt-teamene oppdaterer seg på sine pasienter før oppstart visitt (i.e. fra kl. 0845-0915).
- C. Tilstedeværelse av seksjonsoverlege/ stedfortreder på hele visitten 3 dager i hvert team.
  - Påse at leger og sykepleiere møter presis, forberedt og oppdatert på sine pasienter.
  - Påse at teamet legger en plan for gjennomføring av dagens visitt initialt - spesielle utfordringer - utsette problemstillingen til 1330 møte? Trenger alle pasientene visitt?
  - Sikre reduksjon i antall previsitter til maksimalt 2 pr. uke.
  - Generelt fokus på overholdelse av tidsramme for visitten.
  - Forplikte teamansvarlig overlege og -sykepleier videre, unngå "burn out" effekt.

**Monitorering:**

- i. Pasientfornøydhetsundersøkelse (standardisert for sykehuset).
- ii. Sjekkliste visitt (føres av teamansvarlig sykepleier).
  - a. hva var tidsforløpet (tidspunkt oppstart, med/uten previsitt, tidspunkt avsluttet).
  - b. hva var evt. grunnen(e) til tidsoverskridelse?
    - i. lege/ sykepleier møtte for sent (stryk det som ikke passer).
    - ii. lege/sykepleier møtte uforberedt (stryk det som ikke passer).
    - iii. veiledning av annen lege/student.
    - iv. kompleks pasient som krevde lang tid, heller bruke 1330 møtet?
    - v. Andre forhold (fritekst)

iii. Forbruk av løs overtid ved dagvakters slutt siste 2 måneder.

## Fremdriftsplan med milepæler

Tid →

Baseline målinger	Intervensjon 1	Monitorering 1	Intervensjon 2	Monitorering 2
Tidsforbruk mai 2005	Punkt A. sept 2011			
Brainstorming mai 2010		Punkt i.-iii. des 2011		
Tidsforbruk juni 2011			Punkt B.+ C. jan 2012	
Løs overtid mai og juni 2011				Punkt i.-iii. mars 2011

Monitorering pkt. ii. og iii. anbefales årlig utover prosjektets varighet for å detektere evt. ”burn out” effekt.

## Budsjett - nøkkeltall

Prosjektet gjennomføres som del av daglig drift, intet behov for egne midler.

## Risikoanalyse, Interessentanalyse, Kommunikasjonsplan

Vedlegg 2-4

## Konklusjoner og anbefalinger

Utviklingsprosjektet har god forankring hos ledelse og ansatte ved Lungeavdelingen, og anses som et viktig område med stort potensial for forbedring. Utvidet ledergruppe anbefaler at prosjektet gjennomføres som skissert i foreliggende plan.

## Referanser

- 1) Introduktion til kliniske mikrosystemer, 2. Udgave. Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner 2010. [www.centerforkvalitet.dk/wm300848](http://www.centerforkvalitet.dk/wm300848)
- 2) Going Lean in Health Care White Paper. Institute for Health Care Improvement. Innovation series 2005. [www.entmet.org/Practice/upload/GoingLeaninHealthCareWhitePaper.pdf](http://www.entmet.org/Practice/upload/GoingLeaninHealthCareWhitePaper.pdf)
- 3) Modell for forbedring- Langlely/ Nolan. Kunnskapssenteret. [www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Andre\\_metoder/Modell\\_for\\_forbedring\\_-\\_Langlely\\_Nolan](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Modell_for_forbedring_-_Langlely_Nolan)

## Vedlegg

1) Målinger tidsforbruk visitter Lungeavdelingen post 3, mai 2005, juni 2011.

2) Risikoanalyse

Risiko	Lav	Middels	Høy	Tiltak
Datasamling/monitorering gjennomførbarhet	x			
Intervensjon gjennomførbarhet	x			
Burn-out effekt			x	Konf. ”intervensjoner” pkt. C, analyseavsnitt

3) Interessentanalyse

Interessegruppe	Holdning	Påvirkning	Kommentarer	Budskap / påvirkningsteknikk
Overleger post 3	6	9	Teamoverlegen, leder av visitt. Sentral innflytelse på resultat av intervensjon. Inter-individuell variasjon ifht. motivasjon og lojalitet til prosjektet.	Endring vil gi gevinst; tid til andre gjøremål og bedre arbeidsmiljø. Overbevisende.
Sykepleiere post 3	9	7	Teamsykepleier hovedleverandør av data-innsamling/ monitorering. Sentral for praktisk gjennomføring.	Resultatet av prosessen er i spl. interesse og avhengig av deres engasjement.
Verneombud	9	4	Holdes informert av formelle årsaker.	
Tillitsvalgt Dnlf	5	6	Motforestillinger kan fremkomme; pålagte tidsrestriksjoner i faglig utøvelse av nødvendig pasientrettet arbeid.	Endring vil gi gevinst; tid til andre gjøremål og bedre arbeidsmiljø. Vil ikke true pasientsikkerhet. Overbevisende.
Tillitsvalgt NSF	9	4	Ventelig full tilslutning.	
Pasienter post 3	8	2	Tilfredshetsundersøkelse. Erfaringsmessig høy deltakelse.	

#### 4) **Kommunikasjonsplan**

Aktiviteter planlagt gjennomført for å sikre forankring og gjennomføring av prosjektet:

- Informasjon og diskusjon rundt prosjektet i utvidet ledergruppe Lunge des. 2011
- Informasjon i overlegemøte i des. 2011 før monitorering 1 og jan. 2012 før intervensjon 2
- Informasjon til sykepleiere post 3 i des. 2011 før monitorering 1 og jan. 2012 før intervensjon 2
- Informasjon tillitsvalgte og verneombud i des. 2011
- Tilbakemelding til alle involverte etter avsluttet prosjekt i apr. 2011