

Reorganisering av Sentraloperasjon Haugesund Sjukehus

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Toppledelsen ved Haugesund Sjukehus har lenge hatt et ønske om å forbedre pasientflyten på Sentraloperasjonsenheten ved Haugesund Sjukehus. En økning i produksjonen her vil være et viktig bidrag til at helseforetaket ivaretar pålagte kvalitetsmessige og økonomiske krav., Kortere ventetid og færre fristbrudd og økt inntjening.

Ansvar for aktiviteten ved operasjonsavdelingen er delt mellom Kirurgisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk (se vedlagt organisasjonskart.)

Virksomheten er fordelt på 5 operasjonsstuer.

Problemstilling og målsetting

Ledelsen har sett at operasjonsenheten har et potensiale for bedre utnyttning av ressursene.

Oppgavefordelingen i operasjonsenheten har i stor grad vært uendret over mange år.

Imidlertid har inngrepene som utføres blitt stadig mer kompliserte.

Jeg mener derfor at det vil være hensiktsmessig å se på operasjonsenhetens rutiner fra et overordnet perspektiv.

Målsettingen med dette prosjektet er å peke på mulige løsninger som skal til for å få en vellykket reorganisering av operasjonsenheten.

Nøkkelpunkter:

*Pasientlogistikk

*Organisering av anestesitjenesten

*Organisering av operasjonssykepleiere

*Organisering av operatører

*Teamdannelse

Målet er å øke kompetanse, kvalitet og effektivitet ved de tjenester som utføres på avdelingen.

Effekt mål:

*Bedret pasientlogistikk.

*Opprettelse av faste operasjonsteam

*Skjerming av elektiv virksomhet

*Bedre IKT-løsninger forføring av operasjonsprogram

*Standardisering av inngrep

Viser til vedlegg for utdypende forklaring av effekt mål.

Resultat mål

Konkret mål er 1 pas mer pr team/dag. Dvs 5 pasienter mer pr dag på hele avdelingen.

Analyse og argumentasjon rundt problemstillingen

*Bedret pasientlogistikk.

Dagens situasjon er at:

1. Pasienten ringes ned til operasjonsenheten.
2. Sykepleier på post triller pasienten ned. (Mulighet for forsinkelse fordi sykepleier er opptatt)
3. Anestesisykepleier tar imot og ringer på anestesilege. (Mulighet for forsinkelse fordi anestesilege er opptatt)
4. Etter at pas er bedøvet ringes operatør. (Mulighet for forsinkelse fordi operatør er opptatt)
5. Operasjon utføres
6. Pasienten vekkes, og kjøres så på recovery av anestesisykepleier
7. Stuen vaskes

Forslag til mulig forbedring

1. Det opprettes et eget preoperativt observasjonsrom med plass til 5 senger nede på operasjonsavdelingen.
 1. Pasienten trilles ned hit tidlig om morgenen. Mens første operasjon pågår trilles pas 2 ned slik at det aldri er venting på å få pasient ned til operasjonsavdelingen.
 2. Anestesi settes i innledningsrommet mens operasjonsstua vaskes.
 3. Anestesilege tilstede på operasjonsenheten hele tiden.

4. Operatør tilstede på operasjonsenheten hele tiden.
5. Operasjon utføres med faste team
6. Pasient vekkes og kjøres på recovery av operatør + en operasjonssykepleier.
7. Anestesisykepleier er da tilgjengelig for anestesilege
8. Stuen vaskes mens anestesi på ny pasient utføres i innledningsrommet

Ledelsesutfordringen:

Vi har mange yrkesgrupper med representanter fra 2 ulike klinikker.

Kirurgisk Klinikk:

- Operasjonssykepleier
- Operatører
- Renholdspersonell
- Sterilsentral

Medisinsk service klinikk:

- Anestesilege og sykepleiere
- Intensiv/Oppvåkningsenhet

Den største ledelsesutfordringen rundt dette er å få alle disse yrkesgruppene til å se mulighetene og ikke begrensningene. Mulig tilnærming basert på Lawson/Price: The psychology of change management.

1. Få de ansatte med. (Create a compelling story)
 - Grundig forhåndsinformasjon om bakgrunn for prosjektet
 - Opprettelse av team
2. Få til et vellykket pilotprosjekt. (Role modelling)
3. Få på plass de ytre rammer. (Reinforcement systems). Pasientrom på opr.avd. Tilstrekkelig anestesi ressurser.
4. Gi teamene tilstrekkelig kompetanse. (Skills required for change)
 - Teambasert undervisning

Tiltak:

Det bør nedsettes en arbeidsgruppe som bør være bredt sammensatt med representanter for alle overnevnte yrkesgruppene.

Denne gruppen får mandat til å lage gjennomføringsplan.

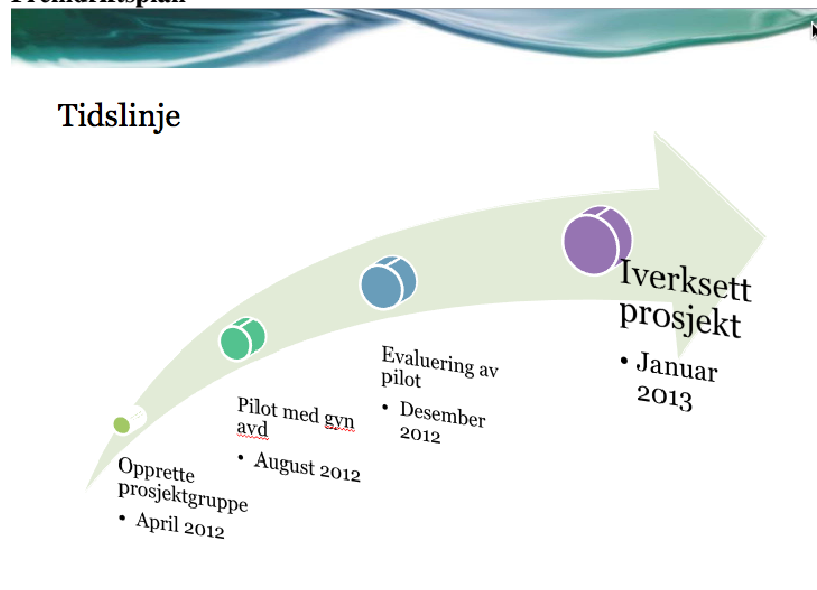
Som leder er det derfor av avgjørende betydning at det dannes en løsningsorientert kultur i denne prosjektgruppen.

Det må skapes entusiasme rundt oppgaven.

Når prosjektgruppens innstilling kommer må leder være handlingsdyktig.

En må under arbeidet ha sikret seg at det er vilje til å gjennomføre disse endringene i hele klinikkens ledergruppe.

Fremdriftsplan



Budsjett:

Ombygging av preoperativt observasjonsrom. Kostnad 200.000

Lønning av sykepleier i preoperativt rom 600.000/år

Lønning av 1 ekstra operasjonssykepleier 800.000/år

Inntjening pga 3-5 operasjoner ekstra pr dag : ca 6 mill kr /år

Risikoanalyse: Se vedlegg III**Konklusjoner og anbefalinger:**

- Operasjonsenheten har potensiale for økt produksjon
- Det blir en pukkelkostnad, men på sikt vil prosjektet gi økt inntjening
- Målsetting er økt kvalitet, trivsel og produktivitet.
- Resultatmål er å øke produksjonen med 5 pasienter pr dag. Estimert økt inntjening er ca 6 mill kr pr år.
- Det må opprettes prosjektgruppe innen april 2012.

Vedlegg:

I.Organisasjonskart Helse Fonna

II.Utdypende forklaring av kulepunkter:

III. Risikoanalyse

Litteratur:

Slik lykkes du med endringsledelse

Audun Farbrot. Artikkel forskning.no 2007

<http://www.forskning.no/artikler/2007/januar/1169209805.76>

Roar Espevik: "Expert teams: Do Shared mental Models make a difference?"

Doktorgrad UiB 2011

http://www.uib.no/info/dr_grad/2011/Espevik_Roar.html

Endringsledelse og ledelsesendring

endringslæring for praktisk orienterte teoretikere og reflekterte praktikere

av Bjørn W. Hennestad ; Øivind Revang /Universitetsforlaget 2006

På randen av ledelse – en veiviser i førstegangsledelse

Frode Haaland og Frode Dale/Gyldendal 2005

The inconvenient truth about change management

Scott Keller and Carol Aiken

Lawson/Price:The psychology of change management.

<http://www.helse->

[midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.2%20The%20Inconvenient%20Truth%20About%20Change%20Management.pdf](http://www.helse-midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.2%20The%20Inconvenient%20Truth%20About%20Change%20Management.pdf)

Dag Ingvar Jacobsen: Motstand mot forandring, eller 10 grunner til at du ikke klarer å forandre din organisasjon.

<http://www.helse->

[midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.3%20FORSKNINGSARTIKKEL_%20Motstand%20mot%20forandring,%20eller_%2010%20gode%20grunner%20til%20at%20du%20ikke.pdf](http://www.helse-midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.3%20FORSKNINGSARTIKKEL_%20Motstand%20mot%20forandring,%20eller_%2010%20gode%20grunner%20til%20at%20du%20ikke.pdf)

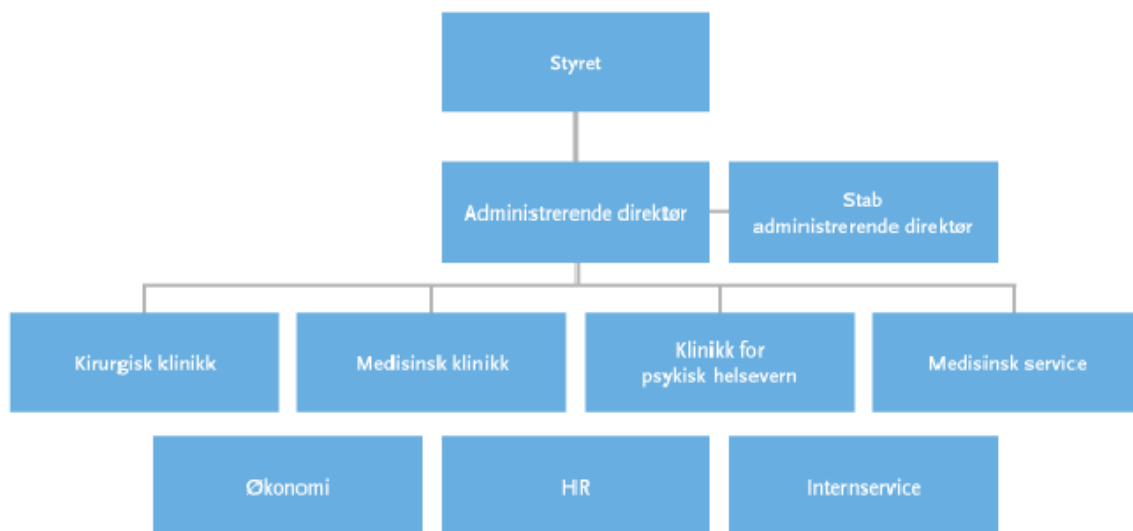
The real reason people won't change: Robert Kegan and Lisa Laskow Lahey

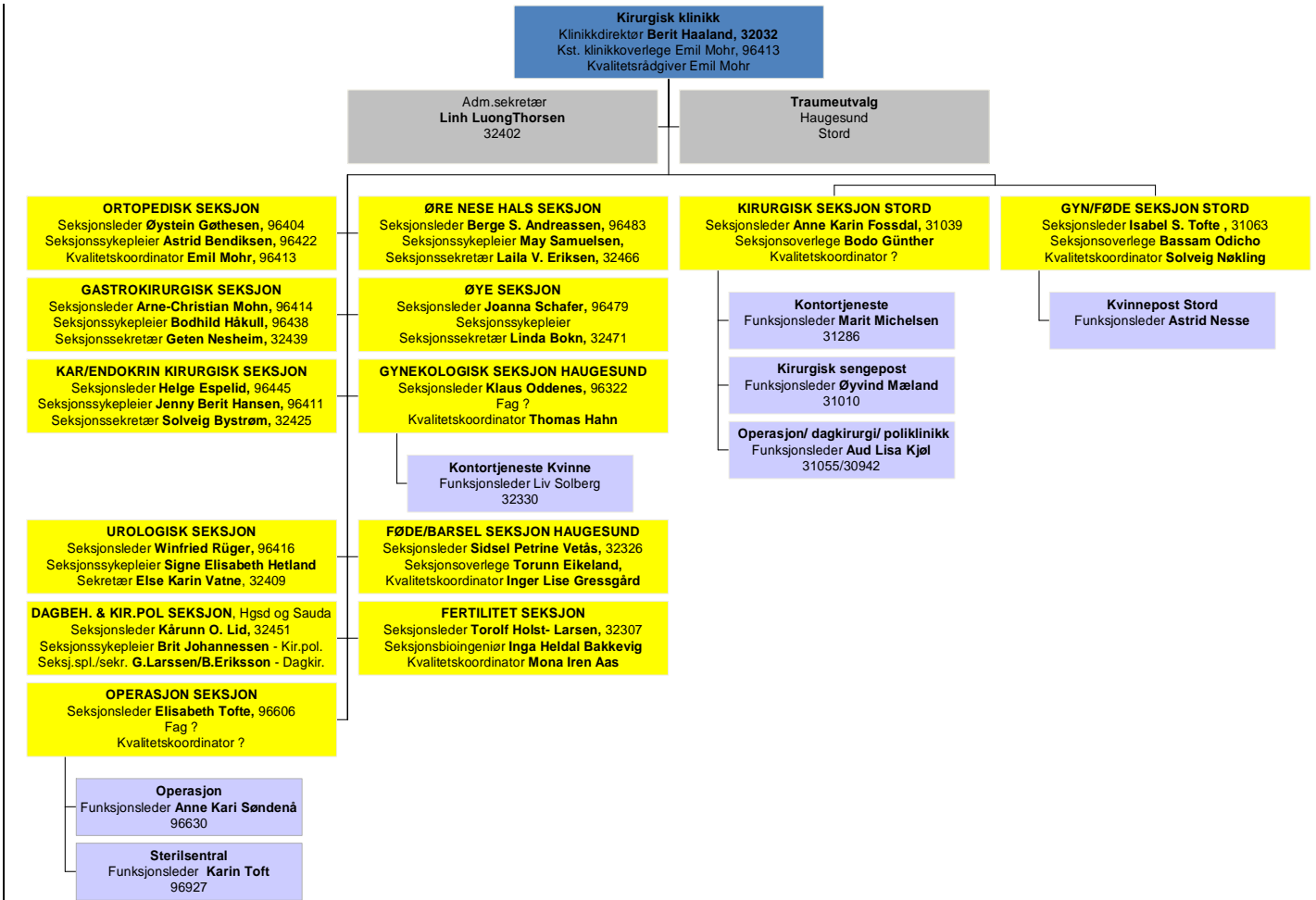
<http://www.helse->

[midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.4%20The%20Real%20Reason%20People%20Won't%20Change%20-%20HBR.org.pdf](http://www.helse-midt.no/Upload/Topplederprogrammet/Kull%2012/Litteratur/2.4%20The%20Real%20Reason%20People%20Won't%20Change%20-%20HBR.org.pdf)

Organisering Helse Fonna

Helse Fonna er organisert i fire klinikkar som går på tvers av institusjonane. Klinikkane er overbyggande for dei tre somatiske sjukehusa i Haugesund, på Stord og i Odda, det psykiatriske sjukehuset i Valen og dei fire distriktpspsykiatriske sentra (DPS) i Haugesund, på Karmøy, Stord og i Odda/Valen.





Vedlegg II

Vedlegg II Utdypende forklaring av effektmål

***Opprettelse av faste team**

Det bør innføres faste team innenfor hvert fagområdet. Internundervisning, standardiserte rutiner er sentrale elementer. Dette vil gi økt "eierskap" til gjennomføringen av operasjonsprogrammet.

Økt trivsel, samhold og kunnskap blant operasjonspersonell vil bidra til større effektivitet og kvalitet.

***Skjerming av elektiv virksomhet**

Elektivt program må være "hellig". Dette fordrer at det må være et velfungerende ØH team som tar seg av all øyeblikkelig hjelp uten at dette går ut over det elektive program. Dette medfører også at operatør og anestesilege må skjermes fra annet arbeid i større grad enn nå.

***Bedre IKT løsninger**

DIPS operasjonsmodul vil være på plass i løpet av våren 2012.

Dette vil gjøre operasjonprogrammet lettere tilgjengelig for alle involverte i teamet. En kan da gå bort fra dagens hovedsakelig papirbaserte løsninger.

***Fast koordinator for sentraloperasjon**

Dette for å bli trygg i rollen som koordinator, innarbeide egne rutiner, bli trygg i bruken av dataverktøy. Kunne handle raskt når behov for omprioritering og akutsituasjoner oppstår. Kunne styre den daglige driften på operasjonsstuen ut i fra DIPS-operasjonsbehandlingsprogrammet sammen med vedkommende som er satt opp som ansvarlig lege på operasjonsstuen den enkelte dag.

*** Ansvarlig lege for kontakt når det må omprioriteres**

Det må hver dag fremgå av operasjonsprogrammet hvilken lege det er som tar avgjørelser vedrørende omprioriteringer, strykninger m.m. Vedkommende må være tilgjengelig for koordinator slik at beslutninger kan fattes umiddelbart. Det er også denne legen de andre legene må diskutere saken med dersom de er uenige i prioriteringen. Dette for å skjerme koordinator som hverken kan ta ansvar for prioritering av operasjonspasienter eller strykninger/annet på programmet.

***Standardisering av inngrep**

Et ankepunkt mot faste team er at operasjonssykepleiere er redd for å miste vaktkompetanse i fagområder de ikke jobber i til vanlig. Dette kan motvirkes med å lage gode skriftlige prosedyrebeskrivelser, samt mest mulig standardisering av inngrep. Dette gjelder da særlig vaktkirugi.

Prosjektoppgave NTP 2012
Reorganisering av operasjonsenheden ved Haugesund Sjukehus
Klaus A. Oddenes

Vedlegg III

Risikoanalyse,

Risiko i prioritert rekkefølge	Tiltak
Ikke personell til å bemanne øh team daglig	Et velfungerende øh team er en forutsetning for å kunne frede elektiv drift. Dette må prioriteres. En må vurdere om operasjonssykepleier staben må økes.
Anestesilegene har ikke bemanning nok til å betjene operasjonsstuen	Beslutningsdyktig anesthesi leder i prosjektgruppen. Klart definerte arbeidsoppgaver for anestesilege Klar forankring for prosjektet hos anesthesiavdelingen
Stor motstand blant operasjonssykepleiere mot å bli spesialisert	. Grundig informasjon av operasjonssykepleiere med fordelene med spesialisering.
Manglende finansiering	Kjører pilotprosjekt først. Kan da forhåpentligvis vise til økt inntjening. Målet er at prosjektet vil betale seg selv gjennom økt inntjening. Søknad om såkornmidler for å dekke ”pukkelkostnaden” Standardisering av vakt kirurgi. Sikre forankring i ledelsen på operasjon.
Stor motstand blant operatører mot å være tilstede på operasjonsavd. hele tiden	Sikre at flyten er så god at det ikke blir dødtid for operatør. Økt involvering av operatør i arbeidet på operasjonstuen.
Motstand mot å standardisere inngrep	Klar forankring i operatørmiljøet for å se at økt spesialisering på dagtid nødvendig gjør klare rutiner ved vaktkirurgi.