



Organisering og drift av
preoperativ poliklinikk,
avdeling for gastroenterologisk
kirurgi, St. Olavs Hospital.

Birger Henning Endreseth, kull 13

Trondheim, høst 2012

Bakgrunn og organisatorisk forankring

Fra 2006 og fram til innflytting i nytt sykehus i 2010 ble antallet senger ved ordinær sengepost tilknyttet avdeling for gastroenterologisk kirurgi ved St. Olavs Hospital redusert fra i overkant av 60 til 40 senger.

Antall utførte operative prosedyrer ved avdelingen har over tid, også etter innflytting i nytt sykehus, steget med 4-5 % pr år. Antall polikliniske konsultasjoner har i løpet av de siste 10 årene økt fra 5000 til 8500 pr år. Avdelingen har store kapasitetsproblemer, både med hensyn til drift av sengepost og poliklinikk.

For å kompensere for det reduserte antallet senger har vi gjort flere tiltak for å redusere liggetid på sengepost. Vi har implementert bruk av ambulant utredning og preoperativ poliklinikk før elektive prosedyrer (Vedlegg I) og økt bruken av pasienthotell. Videre er det etablert en observasjonspost og standardiserte pasientforløp (Vedlegg II) samt inkludert Enhanced Recovery After Surgery, ERAS¹ (Vedlegg III) er implementert for flere av de store pasientgruppene.

Den marginale kapasiteten (sengeplass- og poliklinikk) medfører at de aller fleste pasientene må håndteres i et eksternt pasientforløp, uten å være innlagt i sengepost eller ha poliklinisk time i utredningsperioden. Etter fullført ambulant utredning møter pasienten til endelig vurdering ved preoperativ poliklinikk, ideelt sett hos operatør 1-2 uker før operasjonen. Deretter reiser pasienten hjem for så å møte opp på morgenen operasjonsdagen for innleggelse i avdelingen.

For å håndtere den stadig økende pågangen av pasienter med dagens begrensede sengekapasitet er en velfungerende preoperativ poliklinikk helt sentralt. Det er nødvendig med en evaluering av organisering og drift av denne enheten. Prosjektet er forankret hos klinikkssjef ved Kirurgisk klinikk.

Problemstilling og målsetting

Problemstillingen er for lav kapasitet ved den preoperative poliklinikken, som er sentral for at vi skal kunne sikre effektiv og forsvarlig drift i vår avdeling.

Effektmål

- Tilstrekkelig kapasitet og forsvarlig drift ved vår preoperative poliklinikk.

Resultatmål

- Beskrive dagens drift, herunder kapasitet og begrensninger.
- Estimere nødvendig kapasitet, både pr i dag og for kommende år.
- Vurdere alternative tiltak for framtidig organisering av preoperativ poliklinikk.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Manglede kapasitet ved preoperativ poliklinikk kan medføre inadekvat preoperativ utredning og evt. fristbrudd hos rettighetspasienter. Videre økt trykk på vår marginale kapasitet mht sengeplass, gitt behov for innleggelse i forbindelse med utredning i stedet for et ambulant utredningsløp.

I forbindelse med byggingen av nytt sykehus ble det ikke definert et eget areal for drift av preoperativ poliklinikk, og denne virksomheten ble derfor etablert som en integrert del av den ordinære poliklinikken. Dagens lokaler er ikke godt egnet for denne type drift (begrensninger mht venteareal, samtale- og undersøkelses rom) og lokalisasjon på samme sted som vår ordinære poliklinikk reduserer kapasiteten, i praksis for begge enheter.

I 2011 gjorde man en evaluering av den preoperative polikliniske virksomheten ved samtlige opererende avdelinger ved St. Olavs Hospital (Vedlegg IV). I denne sluttrapporten påpekes det at hovedutfordringene ved preoperativ poliklinikk på Kirurgisk klinikk er "trangboddhet som medfører at det ikke er mulig å gjennomføre hele klinikkens (samtlige avdelinger) preoperative polikliniske aktivitet, uegnede venteromsfasiliteter og vanskeligheter med å ivareta taushetsplikt". Som forbedringsforslag er det anført behov for større og alternative arealer.

Ved flytting til alternative lokaler vil man kunne øke kapasiteten ved preoperativ poliklinikk slik at man møter dagens og framtidens behov. Problemet med samlokalisasjon vil opphøre og den nåværende underkapasiteten ved ordinær poliklinisk virksomhet vil reduseres, evt. oppnåes det tilstrekkelig kapasitet også ved denne enheten.

Fremdriftsplan med milepæler

Fase 1:

Forankre prosjektet hos seksjonsledere (utført). Estimere dagens kapasitet og begrensninger, vurdere framtidige behov (påbegynt).

Evaluere risikofaktorer basert på idédugnad, gjennomføre interessent- og risikoanalyse samt sette opp en handlingsplan (utført).

Avklare og presentere arealbehov for Eiendomsavdelingen (utført).

Fase 2:

1. milepæl: Tildeling av alternative lokaler, evt. tilrettelegging av eksisterende lokaler.

Nedsette en prosjektgruppe og en styringsgruppe for prosjektet. Oppnevne en prosjektleder.

Kvalitetssikre pasientforløpene, særlig mht tilgang/kapasitet på tjenester fra samarbeidende avdelinger, men også intern organisering og tilgang på personell ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi. (Se Vedlegg V, Handlingsplan)

Planlegge samt gjennomføre adekvat tilrettelegging av nye lokaler.

2. milepæl: Oppstart av reorganisert preoperativ poliklinikk ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi.

Budsjett – nøkkeltall

Se Vedlegg V, Handlingsplan.

Interessentanalyse

Se Vedlegg VI.

Risikoanalyse

Se Vedlegg V.

Kommunikasjonsplan

Behovet for økt kapasitet ved preoperativ poliklinikk ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi er kjent, men det må formidles internt at man nå planlegger reorganisering av driften og evt. flytting til andre lokaler. Seksjonslederne må fortløpende informere sine ansatte om prosessen (morgen møter o.a.).

Behovet for alternative lokaler er formidlet fra klinikkens sjef ved Kirurgisk klinikk, via administrerende direktør, til Eiendomsavdelingen ved St. Olavs Hospital. Resterende del av prosjektet vil i stor grad avhenge av tilbakemeldingen derfra.

I Fase 2 er det sentralt at både avdelingens fagpersonell og andre avdelinger/klinikker ved St. Olavs Hospital, både internt og eksternt for Kirurgisk klinikk, involveres og informeres (se Vedlegg VI; Interessentanalyse og Vedlegg VII; Kommunikasjonsplan Fase 2).

Konklusjoner og anbefalinger

En ambulant utredning av den elektive kirurgiske pasienten, med endelig evaluering ved preoperativ poliklinikk, står helt sentralt i pasientforløpene ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi. Pr i dag er kapasiteten ved den preoperative poliklinikken for lav og endringer i organisering og drift er nødvendig.

Gjennomføring av dette prosjektet vil medføre:

- Økt og tilstrekkelig kapasitet ved den preoperative poliklinikken
- Effektiv bruk av tilgjengelig sengekapasitet
- Adekvat utredning og behandling av pasientene innenfor lovpålagte og aksepterte tidsfrister
- Opphør av samlokalisasjon med ordinær poliklinikk vil øke kapasiteten i denne enheten

En mer omfattende preoperativ poliklinikk vil trolig kunne driftes ved omorganisering av dagens personell og utgiftene til prosjektet er begrenset.

Av disse grunner anbefales prosjektet etter den tidsplan og de rammer som er beskrevet.

Vedlegg

Vedlegg I: Flow Chart for the Surgical Patient at St. Olavs Hospital,
Ver. 27. April 2007

Vedlegg II: Fast Track ved elektiv colonkirurgi, St. Olavs Hospital

Vedlegg III: Referanser

Vedlegg IV: Sluttrapport. Evaluering av preoperativ poliklinikk

Vedlegg V: Risikoanalyse

Vedlegg VI: Interessentanalyse

Vedlegg VII: Kommunikasjonsplan