



Jon Anders Takvam

Utviklingsprosjekt

Endring av visitrutiner ved sengepost 5A

Nasjonalt topplederprogram

301013

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Medisinsk klinikk ved SiV har vansker med å oppfylle avtaler med kommuner i forbindelse med samhandlingsreformen. Et problemområde er tidspunkt på døgnet pasienter utskrives fra sykehuset. Utskriving etter kl. 13 medfører at kommunen har vansker med å ta i mot pasienten på best mulig måte for videre behandling/oppfølging. Sengeposter står for en vesentlig del av driften i klinikken og en er usikker på om drift av sengeposter er optimal sett i forhold til pasientkvalitet, ressursbruk og overholdelse av inngåtte avtaler. Klinikksjef har derfor gitt undertegnede i oppdrag å gjennomføre en pilot ved sengepost 5A (lungepost) der en gjør endringer i drift for bedre å imøtekomme dagens krav til klinikken og samhandlingsreformens intensjoner. Prosjektet er forankret i klinikkens ledergruppe.

Problemstilling og målsetting

Dags-rutiner ved sengepost er per i dag som følger:

Sykepleiere er på post hele dagen og innretter sin arbeidsdag etter legens tilstedeværelse. Legene starter sin arbeidsdag kl 07.30, har interne møter/undervisning alle hverdager frem til kl 09.00. Videre har legene avsatt tid frem til kl 09.45 til å orientere seg om pasienter i form av journalgjennomgang. 09.45 – 10.00 starter previsitt med LIS, turnuslege, sykepleier og eventuelt overlege. Kontor deltar ikke. Visitt med pasientkontakt starter vanligvis mellom kl 10.30 og 11.00. Dette er lite hensiktsmessig i forhold til krav til utskriving, dokumentasjon og tidsbruk, samt samhandlingsreformens mål og intensjoner. Vi ønsker å legge om rutiner for visittgang. Dette innebærer at en erstatter previsitt med tavlemøte, omorganiserer visittgang samt endring av arbeidsfordeling (jobbglidning) i utskrivingsrutiner.

Målsetting med prosjektet er bedre arbeidsrutiner ved sengeposter, bedre prioritering av problemstillinger samt utskrivinger tidligere på dag for å imøtekomme krav fra kommuner og øke pasientopplevd kvalitet. Vi ønsker å gjøre en pilot ved lungepost 5A, 1 visittgruppe. Brukermedvirkning vil bli viktig i prosess.

Effektmål og resultatmål

Effektmål: Bedre pasientkvalitet i utskriving tilpasset samhandlingsreformens intensjoner.

Resultatmål:

- 1 Dialog med kommuner for å tilpasse utskriving til kommunens behov.
- 2 Endre legenes visittrutiner for å tilpasse dem til dagens behov.
- 3 Innføring av koordinator for utskriving slik at større andel pasienter skrives ut før klokka 13.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Medisinsk klinikk klarer ikke å oppfylle de krav til utskrivingstidspunkt som avtaler med kommunene setter. Dette skyldes de rutiner vi har for utskriving av pasienter. Mediantid for avreise fra post er per i dag kl 16.40. Vi må derfor gjøre større endringer i arbeidsmåter ved utskriving for å innfri disse kravene. En endring i rutiner vil også føre til bedre opplevd

pasientkvalitet og gi en bedre fordeling av arbeidsmengde på dagtid for medarbeidere. En vil også kunne redusere bruk av løs overtid både for leger og sykepleiere.

Det er iverksatt samarbeidsfora mellom SiV og kommuner i vårt opptaksområde. Dialog i disse gruppene vil være viktig for å avstemme de forventninger kommuner har til SiV.

Vi har ved Siv startet opp tavlemøter ved flere seksjoner. Ved flere andre sykehus i Norden, blant annet ved Hillerød hospital i København, er tavlemøter innført med gode erfaringer vedrørende pasientkvalitet, se Hillerød hospital sine nettsider.

Tavlemøte er i prosjektet tenkt som en flerfaglig hendelse som involverer lege, sykepleie og kontor. Alle pasientene skal bli omtalt med målbare parametre og konkrete beslutningsbehov som vil ha innvirkning på forløpet. Tavlemøte skal være kort, presist, varighet 15 – 20 minutt for 8-12 pasienter. Målsetting er da at koordinator for utskriving umiddelbart etter tavlemøte kan starte forberedelse til utskriving, en har identifisert pasienter som trenger overlegetilsyn og hvilke undersøkelser/prøvetakinger som er nødvendige for forløpet.

Legen går så direkte til pasientvisitt som er prioritert etter definert behov, ikke etter romnummer. De pasienter som skal prioriteres først er de som skal utskrives samme dag samt andre pasienter som trenger overlegevurdering. For å ivareta taushetsplikt vil det legges til rette for eget visittrom der pasienten bringes til lege der en ikke har enerom. Uklarheter kan da tas opp direkte med pasient, en trenger ikke snakke om pasient uten pasient til stede.

En større involvering av kontorressurs som koordinator for utskriving vil kunne gi en mer strukturert utskrivingsprosess. Søk i Advisory board sine databaser(vedlegg) viser at en gjennom registrering av 4 enkle parametre er mulig å identifisere de pasienter som trenger ekstra planlegging ved utskrivelse. Disse pasientene kan en ved enkelt intervju kartlegge innkomst-dag. Koordinator, som er tenkt å være eksisterende kontorfaglig ressurs ved posten, er ment å utføre denne kartleggingen. Dette vil så danne grunnlag for arbeidsflyt utreisedag. Koordinator vil således bli svært viktig i prosessen med endrede rutiner.

De over beskrevet omlegging av rutiner vil innebære mange ledelsesutfordringer. Vi skal gjennomføre større omlegging av rutiner for sengepostdrift som har vært nær uendret de siste 40 år. For å lykkes må vi derfor klare å implementere en ny type teamarbeid i pasientbehandlingen med pasient i sentrum. Ved seksjonen er det tilsatt seksjonsleder for legene som av profesjon er intensiv-sykepleier med lederutdanning. Lokal leder er svært interessert i å gjennomføre dette prosjektet og vil bli en viktig samarbeidspartner. Videre er leder for sengepost med pleiepersonale positivt innstilt. Dette på bakgrunn av at hun ser stort behov for endring. LIS-lege ansatt ved seksjonen har sammen med undertegnede vært initiativtaker og vil være hovedansvarlig for gjennomføring. Dette utgjør et godt fundament for at prosjektet skal lykkes. Det er mange interessenter i dette prosjektet.

Overlegegruppen må motiveres til å være konsulenter bare for de pasienter som har behov. Det vil gjennom endring bli mulighet til økt pasientnær supervisjon med overføring av klinisk erfaring. Videre kan overlegetid frigjøres siste del av arbeidsdag. Denne kapasiteten kan utnyttes til poliklinisk arbeide.

Sykepleiere må motiveres til å gjøre mer målrettet observasjon av parametre samt systematisere informasjon i forkant av tavlemøte.

LIS leger vil få redusert sin tid til forberedelse fra 45 til 15 minutter og må derfor tåle noe økt usikkerhet i møte med pasient. Dette kan kompenseres ved at sykepleier/kontorpersonale tar et kort intervju vedrørende sosial- og kommunal status når pasienten kommer til visitt. Legen vil kunne bruke denne tiden til å orientere seg om aktuelle opphold.

Kontormedarbeider er positivt innstilt til jobbglidning men en må motivere lege/sykepleie for å endre arbeidsområder.

Den største endringen, og derved også største ledelsesutfordring i prosjektet er å endre samhandling og oppgavefordeling for alle grupper ved sengeposten. Således vil god forankring i alle lederlinjer lokalt bli vesentlig. En har tro på at en større endring vil kunne gi varig effekt. De små tilpasninger som til nå er forsøkt innført har vist seg ikke å vare over tid da en går tilbake til de vante rutiner.

Konklusjoner og anbefalinger

Det er påkrevd endringer i rutiner for utskrivelse for å øke pasientkvalitet. Videre er endringer nødvendige for å imøtekomme de krav samhandlingsreformens avtaler setter. Det anbefales at pilotprosjekt for endring av visitt lungepost 5A gjennomføres.

Vedlegg

Vedlegg 1: Fremdriftsplan med milepæler

Vedlegg 2: Budsjett Nøkkeltall

Vedlegg 3: Interessentanalyse

Vedlegg 4: Risikoanalyse

Vedlegg 5: Advisory board

Vedlegg 6: Kommunikasjonsplan