



Endringsoppgave:

Redusere strykninger av
planlagte operasjoner i OUS

Nasjonalt topplederprogram

Bjørn Aage Feet

Oslo, 2. april 2016

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Oslo universitetssykehus (OUS) har lange ventelister for planlagte operasjoner. Både foretakets økonomiske situasjon, mangel på kjernepersonell og mangel på operasjonsstuer bidrar til dette. I det siste året har sykehuset hatt et sterkt fokus på å forbedre utnyttelsesgraden av operasjonsstueene (tidlig oppstart, korte skiftetider, standardisering av prosedyrer, etc.). Sykehuset har opprettet et Kirurgisk driftsstyre som har som formål å sikre en rasjonell og effektiv utnyttelse av de operative ressurser – i tillegg til å understøtte klinikkovergripende samhandling om operativ drift. Kirurgisk driftsstyre rapporterer til Viseadministrerende direktør medisin og helsefag. Under Kirurgisk driftsstyre ligger lokale Kirurgiske driftsråd og under disse igjen Kirurgiske driftsteam for de enkelte fagmiljøer ved hver lokalisasjon.

Helsedirektoratet definerer «Utsettelse av planlagte operasjoner» som en «Kvalitetsindikator for sykehusopphold». Med «Utsettelse av planlagte operasjoner» menes at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet (= strykning fra programmet). Utsettelse av planlagte operasjoner er en uønsket praksis. For pasienten er det en negativ opplevelse å få utsatt operasjonen, og det er uttrykk for sykehusets manglende evne til å planlegge og gjennomføre sin operative aktivitet. I tillegg bidrar det til en ineffektiv utnyttelse av sengepostkapasitet ved at ikke opererte pasienter blir liggende i avdelingen i påvente av å få gjennomført sin operasjon.

Data fra sykehuset brukes i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Høsten 2015 ble et felles oppmeldings- og registreringsprogram for operasjoner innført for hele sykehuset (DIPS operasjonsmodul). Sykehuset har i egen nivå-1-prosedyre definert hvilke operasjoner som skal registreres som utsatt. Sykehuset har derfor nå et verktøy til både å overvåke forekomst og årsak til utsettelse av operasjoner, sammenligne dette mellom operasjonsavdelinger og lokalisasjoner, og å evaluere et målrettet arbeid med å redusere dette.

Både pasienter og sykehus har en felles interesse av å kunne redusere strykninger til planlagte operasjoner. Med utgangspunkt i sykehusets registrering av strykprosent og årsaker til strykninger, vil vi arbeide med å få dette på plass. Den enkelte bidragsyter vil bli ansvarliggjort for sitt bidrag til strykninger, og vi vil arbeide for å få på plass rutiner og handlingsplaner for hvordan strykninger kan unngås i fremtiden.

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Ved OUS ble det i 2015 gjennomført om lag 53000 operasjoner – derav 38000 planlagte og 15000 øyeblikkelig hjelp-operasjoner. 7,7% av de planlagte operasjonene ble registrert som utsatt (8,3% i 2014) – varierende fra 1 og 21% avhengig av hvilken pasientgruppe/avdeling pasienten tilhørte. Landsgjennomsnittet for utsettelse av planlagte operasjoner i 2014 utgjorde 5,8%.

I tillegg til pasientens negative opplevelse av å få utsatt sin operasjon, medfører en utsettelse av planlagt operasjon økte kostnader for sykehuset. Pasienten må ligge flere døgn på sengepost i påvente av utsatt operasjon, eller han må sendes hjem for så å komme tilbake til operasjon på et senere tidspunkt. I tillegg vil en utsatt operasjon én dag kunne gi en dominoeffekt for flere dager fremover ved at andre operasjoner blir utsatt tilsvarende. Disse utsettelsene registreres ikke i de tall som fremkommer fra sykehusets strykprosent så fremt pasientene blir tatt av operasjonsprogrammet før kl. 1600 dagen før planlagt operasjonsdag. Et arbeid med å redusere strykprosent får følgelig konsekvenser for langt flere pasienter enn det som fremkommer fra sykehusets strykprosent.

3. Målsetting på kort og lang sikt.

Kortsiktige mål:

1. Forankre «Reduksjon i strykninger av planlagte operasjoner» som et viktig satsningsområde for sykehuset. Opparbeide støtte for arbeidet i ledende organer (Klinikkledermøte, Kirurgisk driftsstyre og Kirurgiske driftsråd).
2. Kommunisere ut vår visjon for arbeidet. Ta i bruk både sykehusets intranett og få adgang til klinikkens ledermøter for å presentere arbeidet.
3. Sikre at utsatte planlagte operasjoner blir registrert – og at de blir registrert med riktig årsak. Det er kirurg som har myndighet til både å melde en pasient opp til operasjon og til å ta pasienten av programmet igjen. Vi vil få på plass en felles forståelse for hvordan dette skal gjøres. En riktig registrering av viktigste årsak til strykning er avgjørende for det videre arbeid for å lykkes med å oppnå færre strykninger.
4. Definere hvilke strykningsårsaker som den enkelte avdeling/sykehuset primært skal arbeide med (ta ut raske gevinster). Involvere den enkelte avdeling i utarbeidelsen av hvilke strykningsårsaker avdelingen skal ha nulltoleranse for.
5. Utarbeide ukentlige presentasjoner («dashbord») over strykprosent og årsaker til stryk for den enkelte avdeling, klinikk og/eller lokalisasjon. Dette gjøres for å opprettholde fokus på endringen – og ikke minst for å kunne gi positiv tilbakemelding på de resultat som oppnås. Den enkelte bidragsyter i pasientsløyfa må få eierskap til sine oppgaver og resultater. Det skal brukes til å ansvarliggjøre den som er nærmest pasienten – og som lettest kan gjøre noe med det. Dashbordet skal være lett å lese, og det skal gi både et øyeblikksbilde og en utvikling over tid. Et dashbord utarbeidet for en gitt operasjonsgang eller et gitt Kirurgisk driftsråd (der flere avdelinger og klinikker oftest er representert), skal gi tilsvarende informasjon for de pasientforløp operasjonsgangen/driftsrådet er involvert i.

Langsiktige mål:

1. Definere sammen med sykehusets ledelse en visjon for arbeidet; Sykehusets strykninger av planlagte operasjoner skal reduseres til 5% innen 2018. Dette arbeidet er klart i tråd med både sykehusets visjon «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling», og sykehusets mål «Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv».
2. Bidra til at den enkelte avdeling og klinikk utarbeider handlingsplaner for hvordan strykninger skal unngås i fremtiden;
 - a. Sjekkliste til henvisende lege. Henvisende lege får klargjort hvilke opplysninger som må være på plass i henvisningsskjemaet før pasienten blir vurdert til operasjon
 - b. Ved vurdering av henvisning defineres hvilke pasienter som skal kalles inn i forkant av operasjonen (preoperativ poliklinikk), og hvilke pasienter som kan møte opp direkte til operasjon (innehar nødvendig informasjon allerede).
 - c. Sjekkliste før pasienten blir satt opp på operasjonsprogrammet
 - d. Gjennomgang med alle involverte profesjoner dagen før operasjonsdag (nødvendig personell til stede, utstyr, PO-plass, etc.)

3. Bidra til at den enkelte avdeling og klinikk utarbeider klare rutiner for hva som skal gjøres når en utsatt en dag (avlyse en annen operasjon neste dag slik at vedkommende som har ventet, blir tatt, etc.)
4. Innarbeide strykningsprosent og årsaker til strykninger som et naturlig tema for oppfølging både i ledermøter og lokalt på den enkelte avdeling
5. Utarbeide en plan for hvordan vi skal opprettholde – og aller helst forbedre – vår operasjonsstueaktivitet når vi samtidig reduserer strykningsprosent.
6. Utarbeide rutiner som bidrar til at pasienten får en god opplevelse fra sykehuset selv om det viser seg at den planlagte operasjonen blir utsatt
 - God informasjon til pasient i forkant av operasjonsdagen
 - Informere om årsaker til at vi kan forvente utsettelse av operasjonen; Øyeblikkelig hjelp, tx-aktivitet, uforutsette utfordringer under forrige operasjon etc.
 - Dersom «overbooking» blir valgt – informere pasienten som er «overbooket» - og avklare om dette er en akseptabel løsning (alternativ er ofte operasjon lengre frem i tid)
 - Kirurg forklarer pasienten direkte om hvorfor operasjonen ble utsatt
 - Pasienten får straks en ny avtale om nytt tidspunkt for operasjon

4. Analyse

Arbeidet med å redusere strykninger av planlagte operasjoner involverer hele pasientsløyfa;

- Utredning og indikasjonsstilling i forkant av innleggelsen
- Forundersøkelser etter innleggelse, men før oppmelding til operasjon, gjennomføres og kontrolleres
- Pasienten blir godt informert og involvert i valg av den operasjon som skal gjennomføres
- Nødvendig personell, utstyr og lokaler er tilgjengelig til ønsket tidspunkt, og
- Øyeblikkelig-hjelp-pasienter skal ikke fortrenge pasienter til planlagte operasjoner.

Dette krever samhandling av personell som ofte er organisert i forskjellige avdelinger og klinikker. En del av utfordringene (som utredning før operasjon) kan tilskrives moderavdeling, mens den per- og postoperative logistikk involverer oftest flere avdelinger og klinikker. En nøyaktig registrering av årsak til strykninger kan bidra til å konkretisere hvor utfordringene ligger i sykehuset.

Med en sentral forankring i sykehusets ledelse ønsker vi å sikre at alle klinikker i sykehuset har dette som et felles mål. Sykehusets effektiviseringskrav for 2016 tvinger frem en forbedring av pasientsløyfen. Høy strykningsprosent viser at sykehuset har en for dårlig evne til å planlegge og gjennomføre sin operative aktivitet. Dette øker behovet for omstilling, og det vil kreve en rask forankring i linjeledelsen.

En reduksjon av strykninger av planlagte operasjoner vil kreve økt innsats fra moderavdeling for å kunne presentere klargjorte pasienter (ferdig utredet, klar indikasjon og vel informert) til avtalt oppmeldingstidspunkt til operasjon. Samtidig vil moderavdeling oppnå en gevinst ved at færre pasienter blir liggende i avdelingen i påvente av både utredning og forsinket operasjon. Personell tilknyttet operasjon og postoperativ overvåkning (PO) vil få et økt krav til å levere tjenester etter avtale. En bedret pasientopplevelse som følge av færre strykninger, vil gi medarbeiderne en

opplevelse av å bedre lykkes med sitt arbeid. En god logistikk vil gjøre hverdagen mer forutsigbar for den enkelte medarbeider.

Flere klinikker har allerede opparbeidet gode rutiner for å sikre ferdig utredede og informerte pasienter før de møter til operasjon. Klinikkerne har klare krav til opplysninger som skal være tilgjengelig før de vurderer en henvisning av en pasient, og de har preoperative poliklinikker der pasientene blir tatt inn noen uker før planlagt operasjon for å gjøre de siste utredninger og forberedelser til operasjonsdagen. Vi vil gjennom Kirurgisk driftsstyre bidra til at denne kompetansen blir overført til alle klinikker i sykehuset. Vår registrering av årsaker til strykning vil bidra til å vise hvor tiltakene forventes å få størst effekt. På samme vis vil vi bidra til at god kompetanse omkring operasjonsstuelogistikk formidles ut i sykehuset.

Det er begrensede ressurser tilgjengelig for å gjennomføre nye endringer uten at det samtidig medfører innsparinger på et annet felt. Vi forventer at innsparinger knyttet til ekstra liggedøgn for pasienter som venter på utredning og utsatt operasjon, vil dekke de kostnader som påløper for den enkelte klinikk.

5. Fremdriftsplan

Se egne vedlegg.

- a) Interesseanalyse
- b) Kommunikasjonsplan
- c) Risikoanalyse
- d) Kritiske suksessfaktorer (se risikoanalyse)
- e) Milepælsplan
- f) Analyse av hvilke spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur.

6. Budsjett - nøkkeltall

Endringsoppgaven gjennomføres innenfor ordinær drift. Kirurgisk driftsstyre benytter egne ressurser til opplæring av nøkkelpersonell i riktig registrering av strykninger og jevnlig kontroll av registreringsrutiner i sykehuset. Kirurgisk driftsstyre benytter egne ressurser til å utarbeide ukentlige dashbord med oversikt over strykninger og årsaker til strykninger for den enkelte avdeling, klinikk og lokalisasjon.

7. Sammendrag og konklusjon

OUS har det siste året hatt et stort fokus på å øke sin operative kapasitet. For å kunne utnytte operasjonsstuen bedre, har både tidlig oppstart og korte skiftetider mellom operasjoner utover dagen blitt fulgt tett opp. Nå ønsker vi å legge fokus på strykninger av planlagte operasjoner i sykehuset. Utsettelse fra planlagt operasjonsprogram er en uønsket praksis. For pasienten er det en negativ opplevelse å få utsatt operasjonen, og det er uttrykk for sykehusets manglende evne til å planlegge og å gjennomføre sin operative aktivitet.

Med utgangspunkt i sykehusets registrering av strykprosent og årsaker til strykninger vil vi arbeide med å få redusert strykprosent fra 7,7% i 2015 til 5% innen 2018. Det vil i så fall bety at nærmere 1000 færre pasienter årlig vil få utsatt sin planlagte operasjon i OUS. Den enkelte bidragsyter til strykninger vil bli ansvarliggjort, og vi vil arbeide med å få på plass rutiner og handlingsplaner for hvordan strykninger kan reduseres til et minimum i fremtiden.

8. Vedlegg

- a. Oversikt over kvalitetsindikatorer. Helsenorge.no.
<https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer>
- b. Kvalitetsindikatorer for sykehusopphold. Helsenorge.no.
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold>
- c. Utsettelse av planlagte operasjoner. Helsenorge.no.
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner>
- d. Utsettelse av planlagte operasjoner. Rapporter. Helsenorge.no.
https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Utsatt_planlagt_operasjon
- e. Operasjonsplan. Ombestilling og strykning av operasjon. Nivå-1-prosedyre i OUS. ID-78898.
- f. Jacobsen DI, Thorsvik J: Hvordan organisasjoner fungerer. Fagbokforlaget, 3. utgave, 2008