



# Endringsoppgave:

Optimalisering av operasjonsevne ved  
Neuro-Kjeve operasjon Ullevål OUS  
– et endringsprosjekt under delprosjekt  
*«Effektivisere operasjonsdriften OUS».*

Nasjonalt topplederprogram

Anne Kari A Bø  
Oslo 20.3.2017

## 1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Oslo universitetssykehus (OUS) igangsatte i 2016 et sykehusovergripende prosjekt «*Forbedring av driften i OUS 2017 – 2020*». Prosjekteier er administrerende direktør. Den overordnede hensikten med prosjektet er å sikre sykehusets evne til framtidige nødvendige investeringer innenfor både bygg, IKT og medisinsk teknisk utstyr. Investeringene er nødvendige for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet og for at foretaket skal kunne gi god og fremtidsrettet pasientbehandling, ha en fortsatt ledende rolle i medisinsk utvikling, møte pålegg fra myndighetene, samt sikre ansatte gode og trygge arbeidsvilkår.

For å oppnå dette er det nødvendig at sykehuset klarer å finansiere nødvendige investeringer.

Endringsprosjektet vil bli gjennomført ved Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon på Ullevål sykehus. Seksjonen er en av 5 seksjoner i Operasjonsavdelingen i Akuttklinikken. Seksjonen bidrar til at pasienter med lidelser innenfor fagspesialiteten ansikt og kjeve samt nevrokirurgi får kirurgisk behandling. Totalt i 2016 ble 1610 nevrokirurgiske pasienter operert ved seksjonen, dette omfatter både, ø-hjelp og elektiv kirurgi. Operasjonsaktiviteten for 2016 økte med 2 % sammenlignet med 2015. Optimalisering av operasjonsvirksomheten ved seksjon for Nevro-Kjeve operasjon er en del av delprosjektet «*Effektivisere operasjonsdriften OUS*». Hensikten med effektivisering av operasjonsvirksomheten i OUS er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats og kapasitet. Det vil bidra til en fremtidsrettet pasientbehandling av god kvalitet.

## 2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Høsten 2015 fikk helseforetaket ett felles elektronisk pasientsystem, DIPS. DIPS Operasjonsmodul ble implementert i løpet av 2015, og fra 1. januar 2016 hadde alle lokalisasjonene i OUS ett felles operasjonsplanleggingssystem.

I løpet av 2016 er det utviklet flere felles driftsstatistikker som viser operasjonsaktivitetsdata. Statistikkene inkludert tall for stryk med årsak per lokasjon, er et hjelpemiddel for målstyring og gir mulighet for å sammenligne tall på tvers av lokalisasjonene.

Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon rapporterte i 2015 en strykprosent på totalt 15,5 %, og i 2016 var den totalt på 14,1 %. Det rammet 160 pasienter. Årsaken til stryk var i de fleste tilfellene fortrenkning som følge av øyeblikkelig hjelp (67 pasienter), deretter følger årsaker som manglende planlegging og endret medisinsk tilstand (65 pasienter).

Myndighetene har uttalt at strykninger fra oppsatt operasjonsprogram er uakseptabel praksis. Tjenestens evne til å gjennomføre planlagt elektiv operativ virksomhet måles ut fra blant annet kvalitetsindikatoren stryk (7). En praksis med manglende planlegging på flere ledernivå har negative konsekvenser for både pasienter, personale og økonomi.

Strykninger av planlagte operasjoner defineres som andel pasienter (innlagte) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet (8).

### 3. Målsetting på kort og lang sikt

OUS sin overordnede målsetting for strykeprosent av planlagte operasjoner samsvarer med den nasjonale målsettingen på maksimalt antall strykninger på 5 %.

**Forbedring på kort sikt:** Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon har en målsetting for 2017 på 5 %.

**Forbedring på lang sikt:** Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon har en målsetting om å opprettholde en strykeprosent på under 5 %.

For å få til en ytterligere reduksjon av andel pasienter som strykes fra det elektive operasjonsprogrammet på Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon må flere tiltak implementeres.

Fokus for dette prosjektet er tiltak som vil påvirke at alle pasientene som står på operasjonsprogrammet dagen før vil bli operert som planlagt.

Følgende aktiviteter må kontrolleres at er ivarettatt:

- Tilgang på ressurser (operasjonsstue, po-plass)
- Bemanning (kirurg, anestesilege, spesialsykepleiere - operasjon og anestesi)
- Utstyr (instrumenter, implantater, mm)
- Pasienten møter
- Pasienten vil opereres
- Pasienten skal opereres (indikasjon fortsatt aktuell)
- Pasienten kan opereres (ingen kontraindiserende sykdommer, prøvesvar)

For å unngå at de nevrokirurgiske pasientene strykes fra operasjonsprogrammet ønsker jeg å implementere et «dagsprogram møte» på Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon i henhold til Nivå 1 prosedyren *Planlegging av operasjonsprogram (vedlegg 5)*.

Det gjennomføres hver uke i tillegg et «ukeprogram møte» hvor forslag til operasjonsprogram godkjennes. På dette tidspunkt er det ofte flere uklarheter som må avklares før endelig godkjenning av operasjonsprogram. I tillegg ønsker jeg å bidra til at det utarbeides og tas i bruk en lokal sjekklister for Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon etter modell fra gynekologisk avdeling på Ullevål sykehus. Et enkelt målrettet verktøy bidrar til en standardisert kvalitetskontroll av operasjonspasient data og aktiviteter. Nytteverdien vil være at færre pasienter opplever å bli strøket fra det elektive operasjonsprogrammet. De får en pasientbehandling av god kvalitet og et strømlinjeformet pasientforløp uten flaskehals (3). En ineffektiv drift vil påføre sykehuset ekstra kostnader. En utsatt operasjon betyr ekstra liggedøgn, ubrukte operasjonsstueressurser og kan i tillegg gi en dominoeffekt flere dager fram i tid ved at andre operasjoner blir utsatt.

Endringsarbeidet vil ha overføringsverdi til andre operasjonsvirksomheter i OUS og er i tråd med prosjektet *Effektivisere operasjonsdriften OUS*, se utdrag fra tabell under.

Nb.	Resultatmål	Effekt mål	Forventet oppnådd Dato:
1	<p>Utarbeide realistiske operasjonsprogram for alle kirurgiske virksomheter og lokalisasjoner</p> <p>Et realistisk operasjonsprogram har:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klarerte pasienter med definert operativ prosedyre</li> <li>2) Oversikt over total knivtid og øvrig tid pr stue.</li> </ol>	<p>Bedre utnyttelse av kjernetiden. Redusere strykninger grunnet manglende indikasjon, utsatt oppstart eller uventet langvarig anestesi/ inngrep.</p>	

2	<p>Alle pasienter klarert til operasjon minimum dagen før. Virkemidler som kan benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitetssikre alle pasienter på operasjonsprogrammet uken før</li> <li>- Egenerklæring i DIPS</li> <li>- Etablere Prepol</li> <li>- Telefonkonsultasjon</li> <li>- Innkomstjournal i DIPS</li> <li>- Previsitt anesthesi/ kirurg</li> </ul>	Operasjonsprogram gjennomføres etter oppsatt plan.	
---	--	--	--

Kilde: Vedlegg 6 «Effektivisere operasjonsdriften OUS».

#### 4. Lederskapsperspektiv/Lederutfordringer

Lederansvaret i sykehus er beskrevet i rundskriv a` 28.5.2013 fra HOD (3). Hensikten med skrivet er særlig å tydeliggjøre ansvaret ledere på alle nivåer har for den helsefaglige virksomheten i sykehuset. HOD tydeliggjorde ansvaret ytterligere med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* a 1.1.2017(4).

De overordnede føringene gir tydelige forventninger om at vi skal ha et kvalitetsforbedringsperspektiv. Kontinuerlig forbedringsarbeid handler om å implementere nye arbeidsformer i takt med utviklingen.

OUS sier at systematisk styring handler om å; **Planlegge, Utføre, Kontrollere og Korrigere** = PUKK.

Jeg opplever at lederne i min organisasjon er positive til kvalitetsforbedringsperspektivet og ønsker det velkommen. Likevel er det utfordrende i en travel hverdag å prioritere å bruke nok tid på å planlegge å korrigere arbeidsprosessene våre. Vi skal levere en helsetjeneste som er strømlinjeformet og av god kvalitet innenfor budsjetttramme. Det krever kreativitet, samarbeidsevne og balansekunst å få til.

Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon sin operative virksomhet ledes av et driftsteam bestående av linjeledere fra alle involverte fagspesialiteter. Driftsteamet er en organisasjonsstruktur som er implementert og utgjør et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid.

Driftsteamet har faste møter med møteagenda og referat. Teamet rapporterer til kirurgisk driftsråd ved Ullevål sykehus, som igjen rapporterer til OUS sitt overordnede driftsstyre. Styret har både beslutningsmyndighet og er et rådgivende organ til ledermøtet i OUS. Denne driftsstrukturen er vedtatt for å sikre fokus på en effektiv operativ virksomhet i sykehuset. Linjeledere rapporterer i tillegg i egen linje.

#### 5. Analyse

Innføring av et standardisert dags- og ukeprogrammøte vil endre dagens måte å kommunisere rundt morgendagens operasjonsprogram på.

**Forankring:** Det er mange interessenter, fra pasienten til toppledernivået i sykehuset (vedlegg 1). Endringsprosjektet må sikres lederstøtte fra både toppledernivået og fra ledernivåene under i tillegg til tverrfaglig involvering (3). Prosjektet sikres tverrfaglig involvering ved at driftsteamet på Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon blir delaktige i prosjektet (7). I og med at prosjektet er et underprosjekt av et overgripende OUS prosjekt hvor effektivisering og kvalitetsforbedring er målsetningene forventes det at lederne vil bidra positivt til endringen.

**Målgruppe:** Endringene vil påvirke pasientene, pasientflyten, de som er involvert i planleggingen av operasjonsprogrammet på Seksjonen Nevro-Kjeve operasjon og det kirurgiske operasjonsteamet (vedlegg 1).

**Mangfold:** Operasjonspasientene ivaretas av mange samarbeidende helsearbeidere fra ulike fagspesialiteter. Vi ser ulikt på hvordan aktiviteten best planlegges ut fra våre ulike profesjonsbakgrunner. Operasjonsplanlegging vil gi større grad av forutsigbarhet og øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Nytteverdien er viktig å få belyst, slik at alle interessenter ser den positive effekten og slutter opp under forbedringsarbeidet.

**Kompetanse:** Ansatte ved OUS bruker per i dag det elektroniske journalsystemet DIPS med operasjonsmodul. Det må kvalitetssikres at kunnskapen om bruk av systemet er god nok til at det standardiserte dags- og ukeprogrammet kan gjennomføres på avsatt tid.

**Kapasitet:** Dagsprogrammet vil kreve et egnet møterom med mulighet for elektronisk visning av operasjonsprogrammet på en stor skjerm. Det vil sikre god leservennlighet for alle involverte parter.

**Tid:** Dags- og ukeprogrammet skal standardiseres, ved at det utarbeides og implementeres en fast møteagenda. Møtene skal være tidseffektive og sikre at kvaliteten på pasientdataene som er registrert i operasjonsprogrammet og oppmeldingsskjemaene er korrekte.

**Endringsdesign:** Operasjonsavdelingen kan ikke alene ta ansvaret for innføringen av et standardisert uke- og dagsprogram. Det må forankres i både involverte ledergrupper og fagmiljø, som må se nytteverdien av møtene. Det kirurgiske driftsteamet på Nevro-Kjeve operasjon må bidra til at en standardisert møteagenda/sjekkliste tilpasset målgruppen designes og at møtetidspunkt og møtestruktur besluttes.

**Ledelsesutfordringer og kritiske suksessfaktorer:** Operasjonsavdelingens leder har ingen makt i form av sin lederposisjon ovenfor legene og kan ikke ut fra det påvirke endret adferd. Hun kan imidlertid være en aktiv pådriver ved å etterspørre samarbeid og vektlegge betydningen av felles innsats. Det å ha en aktiv relasjon til omgivelsene er viktig for å oppnå gode resultater, samt å fokusere på at det som produseres sammen har en merverdi ut over det den enkelte produserer alene (2). Det blir viktig å jobbe med brobygging, tilrettelegging og en opplevelse av raushet kan være av betydning når man ønsker å påvirke (4). Det kirurgiske driftsteamet ledes formelt av en fagansvarlig nevrokirurg. Han må se nytteverdien i prosjektet slik at han er positiv til å være med å tilrettelegge for et standardisert uke- og dagsprogram. Han har imidlertid allerede bidratt sammen med driftsteamet til flere forbedringer som for eksempel å avsette ressurser til å ivareta øyeblikkelig hjelp kirurgien. Jeg vurderer det derfor som at det nå er rett tidspunkt å gå videre.

## 6. Fremdriftsplan

Interessentanalyse

Se vedlegg 1

Kommunikasjonsplan

Se vedlegg 2

Risikoanalyse

Se vedlegg 3

## 7. Budsjett - nøkkeltall

Endringsprosjektet vil måtte bli gjennomført innenfor de budsjetttrammer som involverte klinikker har fått. Det forventes at det blir avsatt tid på seksjonens driftsteam møte til diskusjon og arbeid med sjekklister/møteagenda.

Et vellykket prosjekt forventes å også gi en økonomisk gevinst som skal bidra til å finansiere både bygg, IKT og medisinsk teknisk utstyr.

## 8. Sammendrag og konklusjon

OUS gjennomfører et større overordnet endringsarbeid for å forbedre blant annet sin operative virksomhet. Effektmålene er:

- Redusere strykninger grunnet mangelfull planlegging.
- Operasjonsprogram gjennomføres etter oppsatt plan.
- Bedre utnyttelse av kjernetiden.

Delprosjektet vil understøtte og muliggjøre at operasjonsprogrammet gjennomføres som planlagt. De nevrokirurgiske pasientene vil oppleve en forutsigbar og kvalitetsmessig forbedret pasientbehandling ved at færre operasjoner avlyses pga manglende planlegging og fordi informasjonen som er registrert er kontrollert og korrigert. Helsepersonellens arbeidsmiljø vil oppleves bedre pga økt forutsigbarhet og effektiv bruk av ressurser. Sykehusets økonomiske ramme vil bli utnyttet på en mer hensiktsmessig måte.

Det anbefales at delprosjektet gjennomføres.

## Kilder

1. Balogun, Julia (2001): *Strategic change*. Management Quarterly part 10.
2. Bang, Henning (2011): *Organisasjonskultur*. Universitetsforlaget.
3. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Rundskriv: *Lederansvaret i sykehus*. HOD, 2013. I-2/2013. 13/1641.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata: *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 1.1.2017.
5. Lai, Linda (2014): *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Cappelen Damm. Akademisk.
6. Otto Brun Pedersen. Statens helsetilsyn: *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet*. 5-2001 Utredningsserie.
7. Oversikt over kvalitetsindikatorer. Helsenorge.no.  
<https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer> . Kvalitetsindikatorer for sykehusopphold. Helsenorge.
8. Nasjonalt indikator sett: *Strykning av planlagte operasjoner (N-006)*

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Somatisk%20helse/N-006%20Strykninger.pdf>

9. Sander, Kjetil. Kunnskapssenteret.com. [Internett] 13 05 2015. [Sisert: 12 02 2016.] <http://kunnskapssenteret.com/kotter-modell-endring/>.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1 Interesseanalyse

Vedlegg 2 Kommunikasjonsplan

Vedlegg 3 Risikoanalyse

Vedlegg 4 Nivå 1 Prosedyre: Operasjonsplan\_Ombestilling og strykning av operasjon\_P

Vedlegg 5 Nivå 1 prosedyre: Planlegging av operasjonsprogram.

Vedlegg 6 Mandat Effektivisere operasjonsdriften OUS