

Utviklingsprosjekt

**Pasientforløp ved ny dagkirurgisk enhet ved
Kvinneklinikken,
Haukeland universitetssykehus**

Nasjonalt Topplederprogram
Kull 9

Linda Grung Ertzeid
Kvinneklinikken,
Haukeland Universitetssykehus
November 2010

Bakgrunn for prosjektet:

Bakgrunnen for prosjektet er opprettelsen av en ren dagkirurgisk enhet ved Kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus. Opprettelsen av denne har sammenheng med at operasjonskapasiteten ved Sentraloperasjonsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus i lenger tid har vært for liten i forhold til behovet. I planene ligger det også at Sentraloperasjonsavdelingen skal ha tilgang til å benytte den nye dagkirurgiske enheten.

Høsten 2009 fikk Prosjektkontoret ved Haukeland universitetssykehus sammen med representanter fra ulike personellgrupper ved KK i oppdrag om å utarbeide forslag til ombygging av lokaler til en ny dagkirurgisk enhet med to nye operasjonsstuer til bruk for invasive inngrep. Våren 2010 ble tegningene ferdig og anbud lagt ut. Enheten er planlagt å være ferdig bygget 21. mars 2011.

Prosjektet er forankret i Kvinneklinikken sine overordnede målsettinger for perioden 2010 -2014:

- *Kvinneklinikken skal ha en god ressurs- og økonomiforvaltning.*
- *Kvinneklinikken skal ha et godt arbeidsmiljø og være førstevalg for fagpersonell.*
- *Klinikkens forskning og pasientbehandling skal være på høyt nasjonalt og internasjonalt nivå.*

Problemstilling:

Hvordan sørge for best mulig kvalitet og utnyttelse av ressursene i ny dagkirurgisk enhet ved Kvinneklinikken, som skal ferdigstilles 21.mars 2011?

Effektmål:

1. Øke andel dagkirurgiske inngrep med ...% fra dagens nivå
2. Redusere antall strykninger med ...%, sammenlignet med 2009 tall
3. Økt pasienttilfredshet
4. Økt medarbeidertilfredshet
5. Ingen økning i postoperativ infeksjonsregistrering
6. Ingen økning i avviksregistrering i Synergi

Resultatmål:

1. Avklare forutsetningene for bruk av den nye dagkirurgiske enheten.
2. Bli enige om produksjonsmål for ny dagkirurgisk enhet
3. Beskrive et nytt generelt pasientforløp for ny dagkirurgisk enhet

Realisering av effektmål

1. Sammenligne andel dagkirurgiske inngrep før og etter oppstart av ny dagkirurgisk enhet.
2. Sammenligne antall strykninger (2009 tall) med antall strykninger etter implementering.
3. Gjennomføre pasienttilfredsundersøkelse før og etter prosjektets resultatmål er implementert ved hjelp av Helse Bergen sin standard brukerundersøkelse for dagkirurgisk pasienter.
4. Følge opp medarbeidertilfredshet gjennom medarbeidersamtaler, evt.gjennomføre en kvalitativ evaluering et halvt år etter oppstart av ny dagkirurgisk enhet
5. Registrere antall postoperative infeksjoner og mulige årsaker til infeksjon. Bruke data for å bedre kvalitet.
6. Systematisere synergiregistrering for å lukke avvik og bedre kvaliteten i pasientbehandlingen

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling.

Dagkirurgi er effektivt både for pasienter og for sykehuset, og en utredning har vist at det er et stort potensial for å øke andel dagkirurgi ved Kvinneklinikken jf. rapporten *Bedre flow for gynækologiske operationspasienter* (Rapport af arbejdet med Lean på Haukeland 10. – 12. Maj 2010, Hvidovre 2010).

For å kunne ta ut effektivitetsgevinstene er det nødvendig å vurdere og beskrive *hvordan* en skal kunne utnytte ressursene tilknyttet den dagkirurgiske enheten ved KK mest mulig effektivt. Prosjektet egner seg godt til å bruke modellen Pasientfokusert Redesign. Målet i prosjektet er å forbedre dagkirurgisk pasientflyt i ny enhet. Pasientfokusert Redesign egner seg for å forbedre avgrensede arbeidsprosesser eller områder innen tjenesteproduksjon. Metoden bidrar til å synliggjøre arbeidsprosesser i sykehuset og identifiserer flaskehalser. (I. Sørås 2007)
Personalet involveres og deltar aktivt i hele prosessen noe som er vesentlig for å få til god endring

Pasientfokusert Redesign har sitt faglige utspring fra BPR (Business Process Reengineering) og fra Total Kvalitetsledelse (TKL). BPR mener at hovedformålet med forbedringsarbeid er å redusere eller eliminere faktorer eller prosesser som hindrer dårlig ytelse i organisasjonen. (I. Sørås 2007). Pasientfokusert Redesign legger mer vekt på å planlegge implementeringen enn BPR og har i tillegg en systematisk tilnærning til evaluering som blir planlagt allerede før oppstart. (I. Sørås 2007)

Total Kvalitet er en visjon som beskriver den ideelle bedrift – en bedrift med forutsigbare

tekniske, administrative, kreative og sosiale prosesser – og hvor alle produkter tilfredsstill

brakerens behov og forventninger. TKL skal være innarbeidet i organisasjonskulturen, men også være et praktisk verktøy for kontinuerlig bedring av kvaliteten. TKL er et lederansvar og innebærer at leder og ansatte har en kontinuerlig fokus på forbedring. (G. Lahnstein 2008)

Pasientfokusert Redesign er toppstyrt, men deltakernes ideer er avgjørende for hvilke løsninger som velges. (I. Sørås 2007). Hovedpoenget i Pasientfokusert Redesign er at det er nytten for pasientene som er det viktigste. I tillegg er effekten for virksomheten det sentrale. Prosessen Pasientfokusert Redesign består av seks ulike faser med aktiviteter knyttet til hver: Planlegging - oppstart – nåsituasjon – ideutvikling og redesign – utprøving og iversetting. (I. Sørås 2007)

Generelt sett kan vi si at endring er noe som har skjedd når en organisasjon er forskjellig på to ulike tidspunkt. Planlagt endring forutsetter for det første et aktørperspektiv: Aktørene må også ha en intensjon, dvs. de må ha en målsetting knyttet til hva de vil endre, og hva de vil oppnå med endringen. For det andre antar man ofte at endringen er basert på en analyse av dagens situasjon, eller fremtidige trusler og muligheter. For det tredje antas det at endringen faktisk kan implementeres gjennom ulike teknikker, f.eks. gjennom bredt samarbeid basert på prosjektarbeid og deltakelse Tradisjonelt har dette vært behandlet som et lederansvar. (D. I. Jacobsen, 1998), Gjennom det siste tiåret har Professor John Kotter studert endringsprosesser i ulike bedrifter. Han ansees for å være en "guru" på endringsledelse. Funn fra studiene viser at kun få av prosessene var vellykket, noen var meget mislykket, mens de fleste var midt imellom med en hovedtyngde ned mot nedre skala. og han trakk følgende hovedkonklusjoner:

Vellykkede endringsprosesser går gjennom flere faser som hver for seg tar/trenger tid. Kritiske feil i en fase kan ha meget ødeleggende effekt, redusere endringsmomentet og nøytralisere oppnådde positive effekter. (J. Kotter 1995)

Kotter identifiserte åtte hovedårsaker til at endringsforsøk ikke lykkes;

1. Ikke tilstrekkelig press og kriseforståelse i bedriften. Over 50 % feilet allerede i starten
2. Det er ikke dannet en alliansegruppe bak endringsprosessen med nok gjennomslagskraft og makt
3. Visjonen er ikke klart nok formulert
4. Mangelfull kommunikasjon av visjonen
5. Manglende vilje til å fjerne hindringer
6. Mangelfull planlegging av og vilje til å skape tidlig suksess
7. Tar seieren på forskudd
8. Endringen er ikke forankret i (den nye) bedriftskulturen (J. Kotter 1995)

I de organisasjonene hvor endringsprosess har vært vellykket har det vært formulert en tydelig visjon som har blitt formidlet og forstått av de ansatte i organisasjonen. Visjonen sier noe om ” i hvilken retning organisasjonen må gå”. Der endring har vært en suksess har det også etter hvert blitt laget strategi for å oppnå visjonen (J. Kotter 1995)

For å få til et nytt pasientforløp på dagkirurgisk enhet er det essensielt å ha denne kunnskapen med seg i prosjektfasen og i implementeringen. Kvinneklinikken har ulike aktørgrupper som skal jobbe sammen på ny dagkirurgisk enhet. Representanter for alle disse aktørene skal delta i prosjektgruppen. Prosjektleder har tenkt å bruke LØFT teknikk i spørsmålsformuleringen når prosjektgruppen skal jobbe i redesign/idefasen. LØFT har sin bakgrunn fra en tilnærming innen familieterapi utviklet av Steve de Shazer og Insoo Kim Berg. Senere er tilnærmingen overført til organisasjonsutvikling. LØFT kan være både en grunnholdning og en metode for utvikling og endring. Grunnteknikken i LØFT – tilnærmingen består i å stille spørsmål som fremmer forståelsen av løsningsmønstre. (I. Sørås 2007) Eksempel på forskjell i spørsmålsformulering i tradisjonell tilnærming og LØFT-tilnærming: Tradisjonell problembasert tilnærming: Hva er problemet? Spørsmål ved løsningsfokusert tilnærming: Hva ønsker vi? Hvordan vet vi at problemet er løst? (I. Sørås 2007)

Fremdriftsplan og leveranse:

1. Milepælsplan (vedlegg 1)
2. Prosjektdirektiv
3. Nå-situasjonsbeskrivelse
4. Redesign /løsningskisse
5. Kommunikasjonsplan
6. Plan for implementering

Risikovurdering:

Vedlegg 2

Budsjettrammer:

Det er ikke satt av egne prosjektmidler til å frikjøpe medlemmene av prosjektgruppen: Prosjektgruppens medlemmer (6 deltakere + prosjektleder) må fristilles til prosjektmøter i arbeidstiden: 1,5 timer annenhver uke i 9 uker
Prosjektleder har i tillegg en dag mellom hvert prosjektmøte (totalt 4-5 dager)
Evt. økonomiske kostnader: Ingen.

Andre opplysninger, herunder avgrensninger:

Prosjektet er et delprosjekt under et større prosjekt som skal innføre LEAN i operasjonsavdelingen på KK. Begge prosjektene vil ha samme styringsgruppe, men ulike prosjektgrupper.

Konklusjoner og anbefalinger:

Kvinneklinikken bygger om deler av operasjonsavdelingen til egen dagkirurgisk enhet som er planlagt ferdigstilt i slutten av mars 2011.

Dagkirurgi er effektivt både for pasienter og for sykehuset. Utfra egen utredningsrapport ”*Bedre flow for gynækologiske operationspatienter*” i mai 2010, ble det konkludert med at KK har et stort potensiale for å øke den dagkirurgiske behandlingen. Prosjektutviklingsmal er utarbeidet og prosjektet vil starte opp i uke 46. Ledelsen ved Kvinneklinikken ønsker og anbefaler dette prosjekt for å få beskrevet hvordan en skal utnytte ressursene tilknyttet ny dagkirurgisk enhet mest mulig effektivt.

Vedlegg: milepælsplan, risikoanalyse, litteratur/referanser

VEDLEGG 1 - Milepælsplan

ID	Milepæl	Start dato	Slutt dato
1	Når prosjektet har godkjent prosjektdirektivet	26.08.10	04.11.10
2	Når prosjektdirektivet er forankret hos prosjektgruppen	05.11.10	18.11.10
3	Når forutsetninger for bruk av dagkirurgisk enhet er forankret i styringsgruppen	18.11.10	26.11.10
4	Når produksjonsmål for ny dagkirurgisk enhet er godkjent av styringsgruppen	10.12.10	17.12.10
5	Når nå- situasjonsbeskrivelse er ferdigstilt	05.01.11	04.02.11
6	Når forbedret pasientforløp er utarbeidet og godkjent av styringsgruppen	04.02.11	25.02.11
7	Når implementeringsplan er utarbeidet og godkjent av styringsgruppe og prosjekteier	18.02.11	04.03.11
8	Når plan for evaluering er utarbeidet og godkjent av styringsgruppen	04.03.11	18.03.11

VEDLEGG 2 - Risikovurdering og tiltak

ID	Risikomoment og effekt	Sannsynlighet					Konsekvens					Vurdering (S x K)	Prioritet (1- X)
		Usannsynlig	Lite sannsynlig	Sannsynlig	Svært sannsynlig	Sikkert	Ubetydelig	Liten betydning	Betydelig	Alvorlig	Kritisk		
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1	PROSJEKTRISIKO: Medarbeiderne har ikke erkjent nødvendighet og viktighet av ny organisering → Utdfordrende å lykkes med prosjektet		X						X			8	7
2	PROSJEKTRISIKO: Visjonen for ny organiseringen er ikke klart nok formulert og forankret → uklarhet i organisasjonen og ingen felles retning, manglende oppslutning om felles visjon og mål		X					X				6	8
3	PROSJEKTRISIKO: Mangelfull plan for informasjon og kommunikasjon → tilfeldig informasjon når ut i organisasjonen		X					X				6	9
4	PROSJEKTRISIKO: KSK, KK/Øye, Kirurgisk avdeling og KK/gyn skal bli enige om forutsetninger og mål for NY dagkirurgisk enhet → ulike hensyn å ivareta, kompromiss i stedet for optimal løsning			X					X			12	4
5	IMPLEMENTERING: Endringsvegring – internt samarbeid → liten/manglende smidighet i pasientforløpet			X					X			12	3
6	IMPLEMENTERING: Ikke nok erfarne kirurger til å ivareta dagkirurgiske inngrepene → utfordrende å nå plantall og utnytte kapasiteten på den nye dagkirurgiske enheten.			X						X		15	1
7	IMPLEMENTERING: Etablering av pasientforløp kan skape for effektiv drift → infeksjoner og avvik øker			X					X			12	5
8	IMPLEMENTERING: Ikke avsatt nok tid i implementeringsfasen → optimal organisering av dagkirurgisk realiseres ikke og implementering mislykkes			X						X		15	2
9	IMPLEMENTERING: Ikke avsatt ansvarlig for gjennomføring i implementeringsfasen → optimal organisering av dagkirurgisk realiseres ikke og implementering mislykkes		X						X			8	6

PROSJEKTETS RISIKOBILDE

		SANNSYNLIGHET				
		1	2	3	4	5
KONSEKVENNS	5		1, 2, 3, 9	4, 5, 6, 7, 8		6, 8
	4			4, 5, 7, 9	1	
	3		2, 3,			
	2					
	1					

Risikomoment som er markert med rødt i tabellen over må følges opp gjennom iverksetting av tiltak. For risikomoment som er markert med gult, bør det vurderes om det er nødvendig med tiltak. Øvrig risiko vurderes som akseptabel, og del av den usikkerhet som ethvert prosjekt må leve med

TILTAKSTABELL:

RisikoID	Risikobeskrivelse	Tiltak
6 rødt	IMPLEMENTERING: Ikke nok erfarne kirurger til å ivareta dagkirurgiske inngrepene → utfordrende å nå plantall og utnytte kapasiteten på den nye dagkirurgiske enheten.	Følge opp opplæringsplan for legene
8 rødt	IMPLEMENTERING: Ikke avsatt nok tid i implementeringsfasen → optimal organisering av dagkirurgisk realiseres ikke og implementering mislykkes	Planlegge i god tid hvordan implementeringen skal foregå
5 Rødt/gult	IMPLEMENTERING: Endringsvegring – internt samarbeid → liten/manglende smidighet i pasientforløpet	Jobbe aktivt for å involvere de ansatte under hele prosessen. Følg modellen for Pasientfokusert Redesign. Være oppmerksom på at endring tar tid. Ta imot innspill og informere jevnlig.
7 Rødt/gult	IMPLEMENTERING: Etablering av pasientforløp kan skape for effektiv drift → infeksjoner og avvik øker	Ha en ansvarlig for driften i enheten som skal se til at denne skal følges som planlagt i prosjektet
1. Gul/rødt	PROSJEKTRISIKO: Medarbeiderne har ikke erkjent nødvendighet og viktighet av ny organisering → Utfordrende å lykkes med prosjektet	Må tydeliggjøre innad i organisasjonen behovet for ny dagkirurgisk enhet som innebærer endret pasientforløp fra dagens organisering.
4 Rødt /gult	PROSJEKTRISIKO: KSK, KK/Øye, Kirurgisk avdeling og KK/gyn skal bli enige om forutsetninger og mål for NY dagkirurgisk enhet → ulike hensyn å ivareta, kompromiss i stedet for optimal løsning	Jobbe med endringsledelse

VEDLEGG 3 – Litteratur/referanser.

Jacobsen D.I. (1998) Motstand mot forandring, eller 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon, Magma

Kotter, J.P. (1995) Leading Change: Why transformation efforts fail. Harvard Business Press, March/April, s 59 – 67.

Lahnstein. G. (2008) Foredrag BI – intensiv helseledelse

Sørås. I. (2007) Organisasjonsutvikling i sykehus. Oslo: Universitetsforlaget