

Prosessforbedring på Notodden Sykehus

Kirurgisk dagbehandling
og medisinsk poliklinikk

Prosjektnavn:
Prosessforbedring på Notodden Sykehus
Kirurgisk dagbehandling og medisinsk poliklinikk

Oppdragsgiver:
Notodden sykehus ved direktør Ivar Dahl

Prosjektperiode:
Januar 2001 – januar 2002

Prosjektleder / forfatter:
Trulte Kongsmo
Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

Tlf. 35584040
firmapost@gruk.no
www.gruk.no

Forord

Innen helsevesenet har det de siste årene vært et stadig økende fokus på effektivisering, produktivitet og rett person på rett sted. Samtidig må sykehusene yte kvalitet og service innen alle sine tjenester.

De siste årene har det vært ulike helsereformer - og da særlig vår siste reform med nytt eierskap og driftsmodell - som gjør at sykehusene mer og mer må være på tilbudsiden. Både våre myndigheter, våre brukere og andre samarbeidspartnere setter økende krav til effektive og funksjonelle tilbud.

Dette var bakgrunnen for at sykehuset ønsket å benytte seg av prosessforbedring som ett av flere verktøy. Etter lengre tids forarbeid og interne diskusjoner startet prosjektet i samarbeid med Stiftelsen GRUK. Vi valgte ut prosesser innen medisinsk poliklinikk og dagkirurgi. Begge er typiske tilbud som må ha fokus på effektivitet, er utsatt for konkurranse og hvor tjenestetilbudet må ha høy grad av kvalitet. Samtidig må vårt servicenivå og det totale behandlingstilbud inngi tillit og trygghet ovenfor våre brukere.

Målet med prosjektet var å forbedre og forenkle deler av behandlingsforløpene. Gjennom prosjektet ønsket vi å avdekke ulike flaskehals, undersøke eksisterende rutiner, avdekke forbedringspotensiale og ikke minst iverksette tiltak i forhold til dette. Ett år med prosessforbedring har gitt resultater innen effektivitet og produktivitet, samtidig som tilfredsheten hos våre brukere har steget.

Stiftelsen GRUK har med sine innspill og sine verktøy vist at det er mulig å hente ut et forbedringspotensial, selv der vi mente vi fra før var ganske effektive. De har vist og dokumentert nytteverdien av å spille på lag, utvikle teamforståelse og inkludere alle ansatte innenfor ulike fagprofesjoner og yrkesgrupper. Å avdekke "de små flaskehals" og bearbeide gammel sedvane har bidratt til en positiv utvikling av det faglige tilbudet og av kapasiteten. De ansatte som har vært involvert i prosjektet har sammen med prosjektledelsen fra GRUK utført et omfattende arbeid som har kommet til direkte praktisk anvendelse i de berørte avdelinger. De har samtidig vist at denne tilnæringsmåten kan overføres til andre deler av sykehusets aktivitet.

En stor takk til GRUK som har stått ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet på en utmerket måte. Samtidig en stor takk til de ansatte fra sykehuset som har vært med på prosjektet. Dere har lagt ned en stor arbeidsinnsats, og har hatt en positiv holdning og en aktiv medvirkning for at resultatene av prosjektet har blitt bra.

Ivar Dahl
Direktør Notodden sykehus

Sammendrag

Prosessforbedring er en metode for å bedre ulike sider av kvaliteten i arbeidet. Metoden går ut på å kartlegge, analysere og forbedre de prosessene som pasientene opplever.

Forbedringsarbeidet har vært drevet av to tverrfaglige arbeidsgrupper gjennom et år: Den ene gruppa har tatt utgangspunkt i kirurgisk dagbehandling, mens den andre gruppa er tilknyttet medisinsk poliklinikk.

Gruppen som har forbedret den kirurgiske dagbehandlingen har bestått av avdelingssykepleiere og avdelingsoverleger fra alle avdelinger som har ansvar for ulike deler av behandlingsskjeden; poliklinikken, operasjonsavdelingen, anesthesiavdelingen og dagavdelingen. Sjefssykepleier har også deltatt i denne gruppa.

Gruppen har arbeidet med mange mål:

- Øke kapasiteten på antall arthroskopier fra 6 til 8 i uka
- Planlegge bruk av nye operasjonsstuer to dager i uka
- Fjerne flaskehals
- Forbedre service totalt og spesielt i forhold til pre- og postoperativ ventetid
- Bedre pasienttilfredsheten
- Sikre høy faglig standard

En rekke forbedringstiltak er iverksatt med dokumenterte resultater. De fleste mål er nådd, men ikke alle. Noen prosesser pågår fortsatt. Arbeidsgruppen har opplevd det svært nyttig å ha en felles arena for å diskutere problemer og utfordringer som berører alle avdelingene. De mener de har fått til en bedre kontinuitet i pasientbehandlingen og at samarbeidet mellom avdelingene har blitt styrket.

På medisinsk poliklinikk har arbeidsgruppen bestått av avdelingsoverlege, avdelingssykepleier, kontorleder og personalkonsulent. Gruppen har arbeidet med to hovedmål:

- Redusere ventetiden for pasienter som skal utredes for hjertesykdom
- Bedre utnyttelsen av kompetansen til sykepleiere, sekretærer og leger ved omfordeling av arbeidsoppgavene i poliklinikken.

Ved prosjektets slutt er ventetidene for alle pasienter på poliklinikken nesten halvert. Det er omfordelt en rekke arbeidsoppgaver og ansatt en sekretær i 60% stilling. På denne måten er kompetanse frigjort, og det er planlagt flere nye tilbud til pasientene. Arbeidsforholdene for de ansatte er bedret og man har også forbedret noen økonomiske rutiner.

Arbeidsgruppen konkluderer med at de har lært en metode for å synliggjøre og konkretisere dagens praksis. Denne metoden har også hjulpet dem til å bli enige om hvordan situasjonen faktisk er, se hva som trengs for å få til forbedringer - og gjøre dette.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	i
2.0. Kirurgisk dagbehandling	3
2.1. Arbeidsgruppens medlemmer	4
2.2. Valg av prosess	4
2.3. Kapasitetsøkning	5
2.4. Utnytte dagavdelingens kapasitet	5
2.5. Nye operasjonsstuer.....	5
2.6. Fjerning av flaskehalsar.....	6
2.6.1. Røntgenmøte	6
2.6.2. Oppdekning.....	6
2.6.3. Vask av operasjonsstua og utstyr.....	7
2.7. Sikre høy faglig standard.....	7
2.8. Redusere ventetid pre- og postoperativt for alle pasienter som skal ha dagkirurgi.....	8
2.8.1. Preoperativ ventetid.....	9
2.8.2. Postoperativ ventetid	10
2.9. Forbedring av pasienttilfredshet.....	10
2.9.1. Mottakelsen i avdelingen	12
2.9.2. Preoperativ ventetid.....	13
2.9.3. Informasjon om undersøkelser og behandling.....	15
2.9.4. Postoperativ ventetid	16
2.9.5. Helhetsinntrykk.....	17
2.10. Læringsutbytte	18
3.0. Medisinsk poliklinikk	19
3.1. Arbeidsgruppens medlemmer	20
3.2. Valg av prosess og undersøkelser av den	20
3.2.1. Pasienters vei i prosessen.....	21
3.2.2. Måling av tidstap	21
3.3. Redusere ventetiden	22
3.3.1. System for måling av ventetid	22
3.3.2. Bedre oversikt over tilgjengelig legetid	22
3.3.3. Arbeidet ned ventelista.....	23
3.3.4. Tilgang på rom.....	23
3.3.5. Alt utstyr tilgjengelig.....	24
3.3.6. Medisinliste.....	24
3.3.7. Unngå forstyrrelser i arbeidet	24
3.3.8. Bruk av data	24
3.3.9. Pasienter som ikke møter	25
3.4. Bedre utnyttelse av personalets kompetanse.....	25
3.4.1. Omfordeling av arbeidsoppgaver	26
3.5. Oppnådde og planlagte resultater.....	27
3.5.1. Bedre tilbud til pasientene.....	28
3.5.2. Bedre arbeidsforhold for de ansatte.....	29
3.5.3. Bedre økonomiske rutiner.....	30
3.6. Læringsutbytte.....	30

Vedlegg

Nr.	Tittel	side
1	Arthoskopi-flyt, pre- , per- og postoperativt.....	31
2	Kapasitet på dagavdelingen	37
3	Beskrivelse av endringer for flyten i de nye operasjonsavdelingene ...	38
4	Innkallingsbrev til dagkirurgisk behandling.....	40
5	Skjema for pasientens egne opplysninger	41
6	Operasjonsskjema.....	42
7	Sjekkliste for dagpasienter i 3.etasje	43
8	Generell oppfølging av dagpasienter	44
9	Sjekkliste før avreise fra dagavdelingen	45
10	Standard resept.....	46
11	Informasjon ved arthroskopi	47
12	Hovedprosess: utredning av hjertepasienter.....	49
13	Hovedprosess: utredning på gastrolab	50

1.0. Innledning

Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – arbeider for å utvikle metoder for å forbedre helsetjenesten og implementere disse i praksis. Prosessforbedring er en metode som opprinnelig kommer fra næringslivet, men som vi i GRUK har arbeidet med å tilpasse til ulike deler av helsetjenesten. Otto Brun Pedersen i Stiftelsen GRUK har beskrevet bruk av prosessforbedring i psykisk helsevern i Statens Helsetilsyns utredningsserie nr.5 / 2001.

I dette prosjektet har vi for første gang brukt prosessforbedring på et somatisk sykehus.

Prosessforbedring dreier seg om å kartlegge, analysere og forbedre de prosessene som pasientene opplever. Man velger ut de prosessene som er vanlige, vanskelige og viktige. På sin vei gjennom helsevesenet treffer pasientene ulike profesjoner, og mange pasienter beveger seg også mellom flere avdelinger. Mange utfordringer og muligheter avdekkes når man har dette perspektivet i sitt arbeid med kvalitetsforbedring.

Forbedringsarbeidet drives av en *tverrfaglig arbeidsgruppe* som består av *prosesseierne*; de som er ansvarlige for deler av prosessen. Når man skal forbedre en flyt på tvers av flere avdelinger, må alle lederne være med i arbeidsgruppen. Det er en helt nødvendig suksessfaktor at prosesseierne følger opp forbedringsarbeidet, hvis ikke stanser hele forbedringsarbeidet opp.

For å avlaste lederne i arbeidsgruppen oppretter vi en funksjon som *tilrettelegger*. Det er gjerne en erfaren medarbeider i avdelingen som får frigjort en dag i uka til å gjøre skrivearbeid og målinger. Dette var imidlertid ikke praktisk mulig i noen av de to gruppene som ble opprettet her. Sjefssykepleier Solbjørg Fyrliv har derfor vært tilrettelegger for den kirurgiske gruppa, mens personalkonsulent Berit Aaser Torp har vært tilrettelegger for medisinsk poliklinikk. Begge fortjener honnør for flott innsats, til tross for en travel arbeidssituasjon.

Med *prosess* menes den kjeden av handlinger som til sammen utgjør den tjenesten en pasient mottar. Vi kan skille mellom ulike prosesser:

- *Flyt* dreier seg om en pasientgruppes typiske vei gjennom behandlingssystemet på tvers av avdelingene. Den kirurgiske gruppa har arbeidet med utgangspunkt i et slikt flytperspektiv.
- *Hovedprosesser* handler om de nødvendige trinnene i undersøkelse og behandling for en bestemt pasientgruppe innenfor en behandlingseenhet. Den medisinske gruppa har arbeidet med utgangspunkt i et slikt perspektiv.
- *Deltprosesser* gir en mer detaljert oversikt over ett av trinnene i en hovedprosess, for eksempel utskrivelsen.
- *Støtteprosesser* dreier seg om oppgaver som er nødvendige for å opprettholde virksomheten, for eksempel oppdekning til operasjon eller renhold mellom operasjoner.

Arbeidsgruppene har valgt hver sin pasientgruppe som de ønsket å ta utgangspunkt i. Disse prosessene ble grundig kartlagt gjennom tegning av *flytskjemaer*. Begge gruppene har også kartlagt tilhørende delprosesser og støtteprosesser. Som en del av kartleggingen har man også utført ulike former for målinger. Ut fra dette ble prosessene så analysert for å finne forbedringsområder. I tillegg har begge gruppene valgt å inkludere andre omkringliggende

områder som var naturlige å gripe fatt i. Den kirurgiske gruppa har planlagt bruken av nye operasjonsstuer, mens medisinsk poliklinikk har omfordelt arbeidsoppgaver for å få rett person på rett plass.

Verdens helseorganisasjon hevder at *kvalitet* i helsetjenesten kjennetegnes av høy faglig standard, få skader og bivirkninger, god tilgjengelighet og kontinuitet, høy brukertilfredshet og god ressursutnyttelse. Begge de to arbeidsgruppene har arbeidet for å forbedre flere av disse ulike dimensjonene ved kvalitet.

Organiseringen av forbedringsarbeidet har blitt gjort gjennom opprettelse av et *læringsnettverk*: De to arbeidsgruppene har deltatt i et 2-dagers opplæringsseminar, samt 4 erfaringsseminarer i løpet av 2001. Ut over dette har arbeidsgruppene hatt møter hver / annen hver uke. I tillegg har tilretteleggerne fått fortløpende veiledning. Personalet har fått informasjon gjennom vanlige personalmøter.

Det er viktig at forbedringsarbeidet er godt forankret i ledelsen, og direktøren har vist stor interesse for arbeidet i læringsnettverket og fulgt opp de utfordringene han har fått i kjølvannet av prosjektet.

Takk til deltakerne i læringsnettverket for godt og gjensidig utviklende samarbeid!

Skien 15.1.2002

Trulte Konsmo
Prosjektleder
Stiftelsen GRUK

2.0. Kirurgisk dagbehandling

Prosjektet har gått på tvers av alle de avdelingene som har ansvar for ulike deler av behandlingsflyten til pasienter som får kirurgisk dagbehandling. Følgende avdelinger har vært med:

- poliklinikken
- operasjonsavdelingen
- anesthesiavdelingen
- dagavdelingen

Kirurgisk poliklinikk

Poliklinikken driver med generell kirurgi, ortopedi og gynekologi. I tillegg har de ØNH – pasienter en dag i uka, ved hjelp av leger og audiograf fra TSS.

Bemanningen består av 2,2 sykepleier stilling, 1,4 hjelpepleierstilling, foruten legesekretærer i til sammen 1,75 stilling.

Operasjonsavdelingen

Avdelingen opererer generell kirurgi, gynekologi og ortopedi, inklusiv protesekirurgi.

I perioder opereres også urologi og en del andre ting som f. eks. brystreduksjoner, avhengig av legeressurser. Bemanningen består av 9,75 stilling for spesialsykepleiere, inkludert avdelingssykepleier. Videre er det 2,5 hjelpepleierstilling.

Anesthesiavdelingen

Avdelingen har 3 stillinger for anestesileger og 7,2 stillinger for anesthesisykepleiere, inkludert avdelingssykepleier.

Dagavdelingen

Dagavdelingen ble etablert våren 1999. Avdelingen tar imot pasientene som skal utføre små operasjoner, gjør preoperative forberedelser og postoperativ ivaretagelse, samt gir informasjon og veiledning i forbindelse med utskrivning.

I tillegg gir dagavdelingen også poliklinisk cytostaticabehandling, foruten at de har medisinske dagpasienter som trenger blodtransfusjoner, overvåkning etter angiografier, og ulike typer smertebehandling. Dagavdelingen skal også begynne med venesectio (årelating), en oppgave laboratoriet hittil har utført.

Bemanningen utgjøres av 3,5 stilling for sykepleiere - inkludert avdelingssykepleier - og 0.75 % stilling for legesekretær.

2.1. Arbeidsgruppens medlemmer

Arbeidsgruppen som har ledet forbedringsarbeidet på dagkirurgisk poliklinikk har bestått av alle ledere som er ansvarlige for deler av prosessen:

- sjefssykepleier Solbjørg Fyrileiv, som har fungert som tilrettelegger
- avdelingsoverlege Ola Aarseth
- avdelingsoverlege anestesi / sjefslege Trygve Bilberg
- avdelingssykepleier på kirurgisk poliklinikk Kjerstin Moen
- avdelingssykepleier på dagavdelingen Arnhild H. Øygarden
- konstituert avdelingssykepleier anestesi Else Midtbø
- avdelingssykepleier operasjon Kirstin Sønnebø (fra april)
- konstituert avdelingssykepleier operasjon Olaug H. Brenne

2.2. Valg av prosess

På den første samlingen skulle arbeidsgruppa velge en pasientgruppe hvor behandlingsforløpet var vanlig, vanskelig og viktig. Valget falt på kirurgisk dagbehandling av pasienter til arthroskopi. Denne gruppen utgjør en vesentlig andel av de dagkirurgiske pasientene. Dette er også et av de mest ressurskrevende dagkirurgiske inngrepene som skulle gjøres på de nye operasjonsstuene. Man ønsket å få til en bedre flyt for denne pasientgruppen ved flytting til de nye operasjonsstuene.

Hele denne pasientgruppas flyt ble deretter kartlagt; fra sykehuset mottar henvisning til de er ferdigbehandlede. Støtteprosessene ble også tegnet inn, og merket med egen farge. Se vedlegg 1. Kartlegging av dagens flyt på denne måten tok lang tid, men ble opplevd som bevisstgjørende og nyttig av arbeidsgruppa. De så en helhet de aldri før hadde forholdt seg til og oppdaget at de arbeidet i samme system. De lærte også mye om hverandres arbeid. Noen unødvendige rutiner ble også oppdaget og fjernet umiddelbart.

Deretter sirklet man inn problemområder som man mente det kunne være nyttig å undersøke nærmere. Videre ble arbeidsgruppa enige om følgende mål:

1. Øke kapasiteten på antall arthroskopier fra 6 til 8 pr.uke
2. Utnytte dagavdelingens kapasitet best mulig
3. Planlegge bruk av nye operasjonsstuer to dager pr uke
 - operere 8 pasienter pr. dag på disse stuene
4. Fjerne flaskehals
5. Forbedre service totalt og spesielt i forhold til pre og postoperativ ventetid
6. Bedre pasienttilfredsheten
7. Sikre høy faglig standard

Selv om prosjektet tok utgangspunkt i arthroskopipasienter, ville også andre pasienter merke forbedringer fordi det dreier seg om rutiner som berører alle pasienter. Prosjektet må således sies å arbeide med mange og store forbedringsområder på en gang.

2.3. Kapasitetsøkning

Ventetiden for ortopedi er 2-3 måneder. Dette vurderes som akseptabelt, siden en viss ventetid vil sikre at unødvendige inngrep ikke foretas, fordi problemene går over hos noen pasienter av seg selv.

Kapasiteten skulle økes ved at kapasiteten på dagavdelingen ble mer jevnt utnyttet og at man fjernet flaskehalsen i dagens flyt. I tillegg skulle man ta i bruk to nye operasjonsstuer to dager i uka, og planleggingen av dette skulle også inngå i prosjektet.

2.4. Utnytte dagavdelingens kapasitet

Data fra registrerte pasienter i 1999 ble analysert for å se etter variasjoner i forhold til

- hvordan det totale antall pasienter varierte fra måned til måned
- fordeling av diagnoser
- fordelingen av artroskopipasienter fra måned til måned

Dataene viste at det var store variasjoner fra måned til måned. Noen av disse er naturlige i forbindelse med ferier, men det viste seg også at det var store svingninger ut over dette. Som eksempel på dette kan nevnes at det i oktober 1999 var 70 pasienter på dagavdelingen, mens de hadde 106 pasienter i november. Dette avdekket at inntaket ikke var styrt godt nok etter kapasiteten.

Det var derfor viktig å få kartlagt kapasiteten på dagavdelingen. Det er variasjoner i bemanningen de ulike ukedagene, og det ble utarbeidet en plan over hvor mange pasienter som kunne tas inn hver dag, se vedlegg 2. Disse tallene vil variere noe avhengig av pasientenes helsetilstand. I tillegg må det tas hensyn til at avdelingen mottar øyeblikkelig hjelp.

For at dette skal fungere optimalt, må kapasiteten på de andre avdelingene også kartlegges og samordnes med hverandre. Dette arbeidet er påbegynt.

2.5. Nye operasjonsstuer

De to nye operasjonsstuene skulle tas i bruk høsten 2001, og planleggingen av dette ble inkludert i prosjektet. Den ene stua ble utstyrt til å legge pasientene i narkose, mens den andre skulle operere i lokalanestesi.

Det ble tegnet en flyt som viste alle del- og støtteprosesser for de nye operasjonsstuene, se vedlegg 3.

Det ble videre kartlagt hvilke personellressurser som eksisterte, og hva som måtte tilføres. Det ble ansatt en ny operasjonssykepleier i 40% stilling. Operasjonsavdelingen har i tillegg stilt 40% hjelpepleier til disposisjon. Videre måtte behovet for utstyr kartlegges.

Stuene har gradvis blitt tatt i bruk fra mai, og siden midten av september har stuene vært i drift hver tirsdag og torsdag. Man kan operere 4 pasienter på hver av de to stuene de dagene man har

aktivitet der. Selve arthroskopien tar 15-60 minutter og operatøren kan derfor gå mellom de to stuene og operere.

Innkjøringsfasen på de nye operasjonsstuene tok lengre tid enn forventet, og dette skyldes behov for opplæring, kartlegging av utstys- og personellbehov spesielt til støttefunksjoner, samt at det har vært sykemeldinger og fravær av faste leger.

Det ble også besluttet at man måtte kjøpe inn mer utstyr enn man først hadde tenkt, fordi man brukte mye tid på å frakte utstyr mellom stuene, og fordi noe av utstyret ikke hadde godt av å bli flyttet på.

2.6. Fjerning av flaskehals

Det ble avdekket en rekke flaskehals ved at man tegnet alle støtteprosessene og analyserte disse.

2.6.1. Røntgenmøte

Operasjonsprogrammet ble ofte forsinket, fordi operatøren måtte delta på et langt røntgenmøte. Rekkefølgen på fremvisningen av bilder var tilfeldig, og legen måtte derfor delta på hele møtet for å få med seg bildene på de pasientene han hadde ansvar for.

Rutinene for røntgenmøtet ble endret fra 1/6, slik at rekkefølgen av bildene nå er:

1. dagens operasjonsprogram
2. resten av de inneliggende pasientene
3. de polikliniske pasientene

Dette gjør at operatøren kan forlate møtet etter å ha sett bildene til de pasientene som skal opereres, snakke med og undersøke den første pasienten og merke operasjonsfeltet. Deretter gjør personalet på operasjonsavdelingen pasienten ferdig, mens operatøren går tilbake til møtet og ser bildene fra de polikliniske pasientene. Det er viktig at operatøren ser ortopedi-bilder for å kvalitetssikre disse.

Denne enkle forbedringen av rutiner gjør at operasjonene kommer tidligere i gang og de kan rekke flere pasienter på en dag. Den preoperative ventetiden reduseres også på denne måten. Det viser seg at det er nødvendig å minne legene på denne omleggingen av rutiner.

2.6.2. Oppdekning

Et annet område som trengte forbedringer av rutinen, var timingen av oppdekningen. Her var det forbedringsmuligheter ved at den neste pasienten kunne klargjøres, mens den forrige avsluttes.

Det ble videre oppdaget at man kunne spare tid ved å planlegge operasjonsprogrammet slik at pasienter som skulle arthroskoperes på venstre side kom etter hverandre, og høyre side kom etter hverandre. På denne måten kunne man forenkle oppdekningsrutinen ved å dekke på en side først og en annen side etterpå.

Det var forskjellig praksis i hvordan oppdekningen foregikk. Noen foretrakk minioppdekning, mens andre brukte maxioppdekning. Det ble diskutert fordeler og ulemper med dette. Man besluttet å benytte maxioppdekning til alle, fordi da ble det minst søl og dette var mest hygienisk.

2.6.3. Vask av operasjonsstua og utstyr

Etter en måneds drift var det enighet om at driften av de nye operasjonsavdelingen fløt dårlig. Det var lang ventetid mellom hver operasjon grunnet mye opprydding, og 2 personer til dette arbeidet var for knapt til å få til en effektiv flyt. Ved å gjøre en omorganisering fikk man en assistent i 25% stilling til å utføre renhold, slik at det ikke brukes flere timer nå enn før. Dette trådte i kraft i september. I tillegg er det behov for en person en dag i uka (20%) til rydding, oppdekning og klargjøring av pasienten. Dette er ikke ferdig avklart med administrasjonen.

Noen av forsinkelsene skyldes også at man ikke har satt av nok tid mellom operasjonene til sterilisering av utstyr. Dette er nødvendig når det er flere like operasjoner etter hverandre som trenger det samme utstyret. Dette arbeides det nå med å kartlegge og ta hensyn til når man setter opp programmet.

Det er innkjøpt en bordautoklave som brukes til sterilisering av utstyr mellom operasjonene.

2.7. Sikre høy faglig standard

I sammenheng med prosjektet har man gjennomgått forskjellige delprosesser og aktiviteter og vurdert behov for forbedring for å sikre den faglige standarden. Alle brev og skjemaer som brukes til informasjon og dokumentasjon er revidert.

- Det er laget et nytt innkallingsbrev i en hyggelig utforming, hvor deler av informasjonen er skrevet på rim. I tillegg er informasjon mer spesifisert. Denne dreier seg om at pasienten skal faste, hvordan de kan bidra til å redusere faren for blødninger og infeksjoner, hva de bør ha på seg og ta med seg, samt om hvilke hensyn de bør ta i forbindelse med utskriving. Se vedlegg 4.
- Sammen med innkallingsbrevet sendes også et egenerklæringskjema som pasienten skal returnere sykehuset senest en uke før innleggelse. Det omhandler tidligere innleggelser, komplikasjoner i forbindelse med narkose / bedøvelse, hvilke medisiner pasienten bruker, sykdommer og allergier. Videre spørres det om pasienten røyker, i hvilken grad han gruer seg til operasjonen og om han snakker norsk. Endelig kartlegges det hvordan pasienten tenker seg hjemreisen, om noen kan være sammen med ham dagen etter, og om han ønsker telefon fra dagavdelingen dagen etter hjemkomst. Dette skjemaet sikrer bedre

informasjon om pasientens helsetilstand enn det forrige. Det er også nytt at pasienter som oppgir at de gruer seg veldig, blir kontaktet i forkant. Se vedlegg 5.

- Det er utarbeidet et nytt pasientskjema ved operasjon. Det tidligere skjemaet var svært lite detaljert i forhold til pasientens helsetilstand, og de nye opplysningene er viktige i forhold til å sikre en forsvarlig anestesi. Dette skjemaet sikrer en grundigere forundersøkelse av pasienten før han settes opp til operasjon. Kirurgen fyller også nå ut om det kreves noe spesielt utstyr, slik at dette kan klargjøres på forhånd. Det er videre nytt at pasienten kan innkalles på kort tid. Se vedlegg 6.
- Det har lenge vært registrert komplikasjoner og infeksjoner på kirurgiske pasienter. Datasystemet har ikke ligget til rette for at slike registreringer kunne foregå på pasienter som blir behandlet på de nye operasjonsstuene, men på sikt vil disse registreringene omfatte alle kirurgiske pasienter. Det nye systemet vil også gjøre resultatene mer tilgjengelig for de involverte, slik at de kan bruke resultatene til å finne svakheter og gjøre forbedringer.
- Det er videre utarbeidet to standard resepter med ulike typer smertestillende preparater hvor bare operatørens underskrift gjenstår. Dette er for å sikre at pasientene får med seg en resept og er samtidig en forenkling av legenes arbeid for å spare tid. I tillegg er resepten sikrere å lese, fordi man unngår håndskrift. Se vedlegg 10.
- Standard informasjon i forhold til alle typer inngrep er revidert og forbedret. Alle informasjonsskriv er godkjent av kirurg. Disse deles ut ved utskrivelse, og er også tilgjengelig for alle i en oversiktig reol i avdelingens korridor. Vedlegg 11 viser informasjon ved arthoskopi.

2.8. Redusere ventetid pre- og postoperativt for alle pasienter som skal ha dagkirurgi

Det hadde i lang tid vært et erkjent problem at mange pasienter måtte vente lenge før de ble kjørt ned til operasjon, og at en del også måtte vente på at legen skulle informere dem før de kunne reise hjem. Spesielt var dette frustrerende for pasientene og de pårørende som fulgte pasientene, men også personalet på dagavdelingen opplevde dette som et stort problem. Noen dagpasienter ble operert så sent, at de ikke rakk å komme seg nok før dagavdelingen lukket for dagen. De måtte derfor overføres til FOVA eller kirurgisk avdeling.

Dagavdelingen hadde registrert ventetider på alle pasienter i første halvår av 2000. De hadde kommet med forslag til hvordan ventetiden skulle reduseres, uten at dette hadde ført fram.

Arbeidsgruppa bestemte at ventetider igjen skulle måles før og etter operasjon, og årsakene kartlegges og minimeres, uavhengig av diagnose.

2.8.1. Preoperativ ventetid

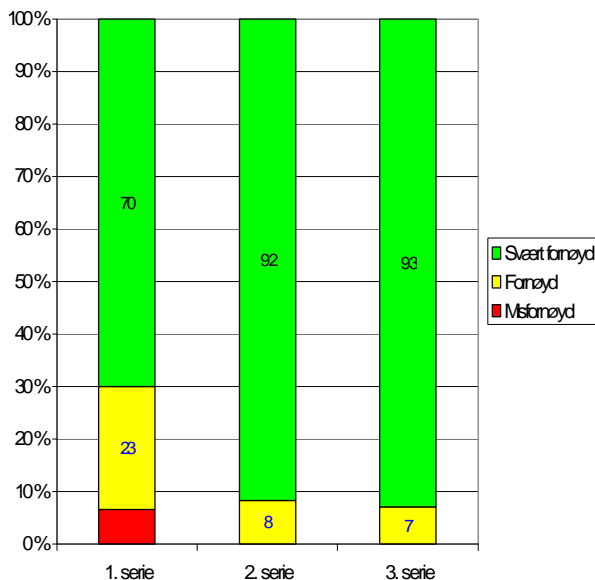
Den første serien med målinger ble utført i perioden 19/3 – 10/4, og omfattet 58 pasienter. De hadde i gjennomsnitt en unødvendig ventetid på 94 minutter preoperativt¹. Det var mange årsaker til ventetiden, og alle årsakene var det ikke mulig (eller nødvendig) å gjøre noe med. I forbedringsarbeid er det viktig å finne fram til de vanligste årsakene til et problem og gjøre noe med dem.

De to vanligste årsakene til ventetiden dreier seg begge om mangelfull planlegging knyttet til operasjonsprogrammet. Programmet blir laget på et møte for kirurgene morgenen før operasjonsdagen. Pasientene ringer til dagavdelingen mellom 13.30 – 15 for å få vite når de skal komme neste dag. Legene som lagde programmet hadde noen ganger ikke nummerert rekkefølgen på pasientene, slik at alle pasientene måtte møte tidlig. Konsekvensen av dette var naturligvis at noen må vente i flere timer. For andre skyltes forsinkelsen at det ble gjort endringer i programmet. Disse endringene dreide seg oftest om at inneliggende pasienter ble tatt før dagpasientene, til tross for at dette ikke fremkommer av programmet. Dette skyldes dels at legene ønsket å ta de største operasjonene først, fordi de er mest opplagte da. Dagpasientene innkalles likevel tidlig, i tilfelle operasjoner på inneliggende avlyses.

For å forebygge at operasjonsprogrammet ble snudd, ble det besluttet at avdelingssykepleier på operasjonsavdelingen fra april skulle delta i møtet hvor programmet settes opp. I tillegg ble det foretatt endringer i rutine for røntgenmøte (som tidligere omtalt), slik at operasjonene skulle kunne begynne tidligere på dagen.

Den neste serien med målinger ble utført 27/4 – 1/6, og omfattet 54 pasienter. Da var den gjennomsnittlige preoperative ventetiden redusert til 61 minutter. Dette var imidlertid en kortvarig effekt. En tredje serie med målinger foregikk 3/9 - 19/10 og omfattet 76 pasienter. Den viste at ventetiden var steget noe til 84 minutter.

Det viser seg at manglende program eller dårlige planlagte program ofte skyldes at det er innleide kirurger som ikke følger opp slike ting. Anestesiavdelingen og avdelingssykepleier fra operasjonsavdelingen besluttet derfor at de ville lage et nytt, kort møte etter at kirurgene hadde satt opp programmet, for å sikre at programmet var satt opp og at det ivaretok de mange hensynene som bør tas



Figur 1 Utvikling av preoperativ ventetid

når man skal sette opp et slikt program: Om operasjonen er uren, om pasienten har diabetes,

¹ Alle tall som angir preoperativ ventetid er korrigert med en time til nødvendige forberedelser.

behov for tømning på forhånd, hvor lang reisevei pasienten har osv. Deretter konsulteres også avdelingssykepleier på dagavdelingen om programmet.

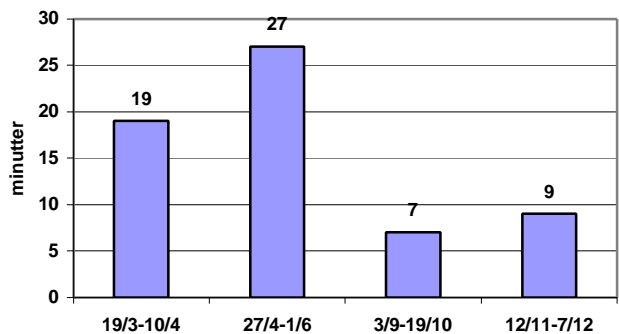
Nye målinger ble foretatt mellom 12/11 og 7/12 på 49 pasienter og viste at ventetiden nå var redusert til 70 minutter. Dette er en nedgang på 22% i forhold til prosjektets start. Prosjektgruppa må nå bli enige om de fortsatt ønsker å oppnå forbedringer på dette området eller om dette skal godtas. Her er det nødvendig med en avklaring innad, for å unngå at man setter seg forskjellige mål. Dette blir ekstra tydelig når man ser på resultatene av pasienttilfredshetsmålingen, se senere.

2.8.2. Postoperativ ventetid

Selv om den postoperative ventetiden ikke var så lang som den preoperative, var det et problem. Den første serien av målinger viste at pasientene ventet i gjennomsnitt 19 minutter på at legen skulle informere dem. Det var store variasjoner; mange ventet ikke i det hele tatt, men noen ventet lenge. Enkelte ganger hendte det også at legene hadde glemt å informere pasienten, og at de ble liggende i avdelingen og vente på en lege som var gått for dagen. Det ble ikke gjort noen spesielle forbedringstiltak her, annet enn at det ble uttrykt enighet om å skjerpe rutinene.

Den neste serien av målinger viste at ventetiden var steget til 27 minutter. Det ble da besluttet å bygge om prosessen, ved at sykepleieren kunne informere postoperativt. Det ble innført en sjekklister hvor operatøren krysset av om det var OK at sykepleieren informerte eller om det var spesielle ting operatøren ville informere om selv, se vedlegg 8.

Nye tidsmålinger viste at dette tiltaket hadde redusert ventetiden til 7 minutter. I neste periode viste målingene 9 minutter, det vil si at forbedringen holdt seg fint.



Figur 2: Utvikling av postoperativ ventetid

2.9. Forbedring av pasienttilfredshet

Det siste målet for forbedringsarbeidet var å avdekke hvilke svakheter pasientene opplevde i behandlingstilbudet, sette inn forbedringstiltak og måle effekten av disse. Siden det dreier seg om dagpasienter, ble det besluttet å lage en enkel undersøkelse med bare fem, konkrete spørsmål:

1. Hvor fornøyd var du med måten du ble mottatt i avdelingen?
2. Hvor fornøyd var du med ventetiden fra du kom til avdelingen til du ble kjørt inn til operasjon?
3. Hvor fornøyd var du med informasjon om undersøkelse og behandling?
4. Hvor fornøyd var du med ventetiden på samtale med legen før utreise?
5. Hvor fornøyd er du sett under ett med behandlingen her?

Alle spørsmålene hadde følgende svaralternativer: misfornøyd, fornøyd eller godt fornøyd. Det ble også gitt rom for kommentarer.

Dagavdelingen hadde allerede en velfungerende rutine på at avdelingssykepleier ringte pasientene hjem dagen etter at de hadde fått behandling. Hensikten med dette var å høre om det var oppstått spesielle problemer etter utskrivelsen og om de hadde fått tilstrekkelig smertestillende. Det ble besluttet at spørsmålene skulle stilles som en del av denne samtalen.

Pasientene fikk informasjon om dette før de ble utskrevet, med mulighet for å reservere seg fra å bli ringt til. Se vedlegg 9. Samtidig ble det understreket at intensjonen med dette var at sykehuset ønsket å forbedre seg. Dette ble også fremhevet i telefonsamtalene. Med bakgrunn i dette og at pasientene var ferdigbehandlede, regner vi med at pasientene turte å svare ærlig - til tross for at det var bukken som passet havresekken.

Det er gjort tre serier med målinger:

- 13/6 – 13/8 ble 110 pasienter spurt om å delta. Svarprosenten var 57%.
- 4/9 – 25/10 ble 75 pasienter spurt om å delta. Svarprosenten var nå 67%.
- 12/11-7/12 ble 37 pasienter spurt om å delta, og her var svarprosenten 78%.

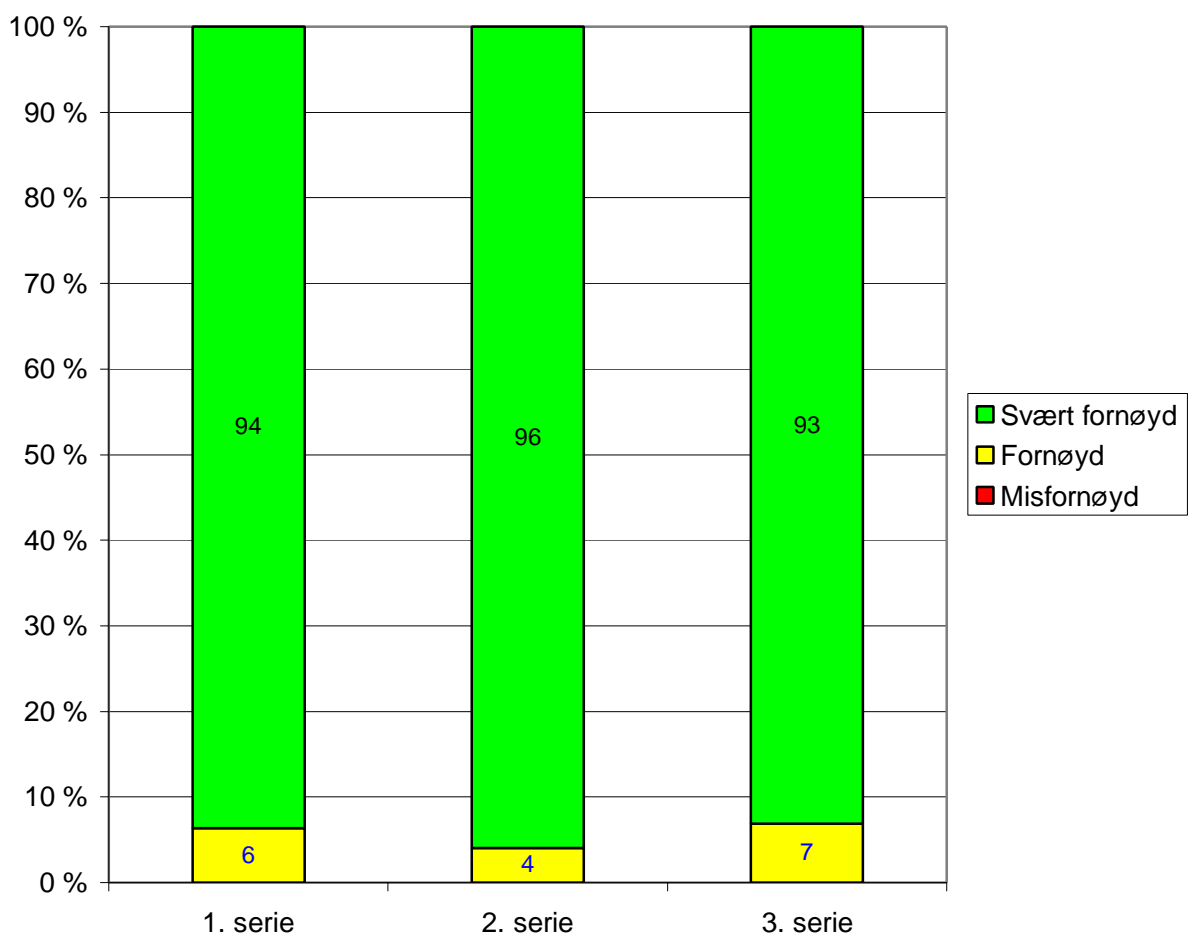
Årsakene til at noen ikke deltok fordelte seg likt mellom at de ikke ønsket telefon hjem og at de ikke svarte når de ble ringt til. Den første målingen foregikk også i ferietiden, og dette bidro nok også til den lave svarprosenten. Som det fremgår over har svarprosenten steget fint.

I tillegg til å sammenligne resultatene fra de ulike seriene med hverandre for å måle effekten av forbedringstiltakene, har svarene også blitt analysert ut fra diagnoser, på tvers av seriene. Intensjonen med dette var å se om det var noen grupper pasienter som kom mer uheldig ut enn andre. Siden materialet var såpass lite (222 pasienter), ble målingene fra alle tre periodene vurdert under ett. Dette innebærer at forbedringene i løpet av prosjektet ikke fanges opp. Selv om tallene er små, kan de avdekke tendenser det er verdt å reflektere over.

2.9.1. Mottakelsen i avdelingen

Som det fremgår av figur 3 var 93-96% av pasientene svært fornøyd med måten de ble mottatt i avdelingen. Forskjellen mellom målingene er ubetydelige. Ingen var misfornøyd. Til tross for at pasientene var så fornøyde, ønsket dagavdelingen å bli enda bedre. Fra 1/5 ble det tatt i bruk nye skriv til pasientene som ble sendt dem på forhånd. Brevene var utformet på en hyggelig og informativ måte, se vedlegg 4.

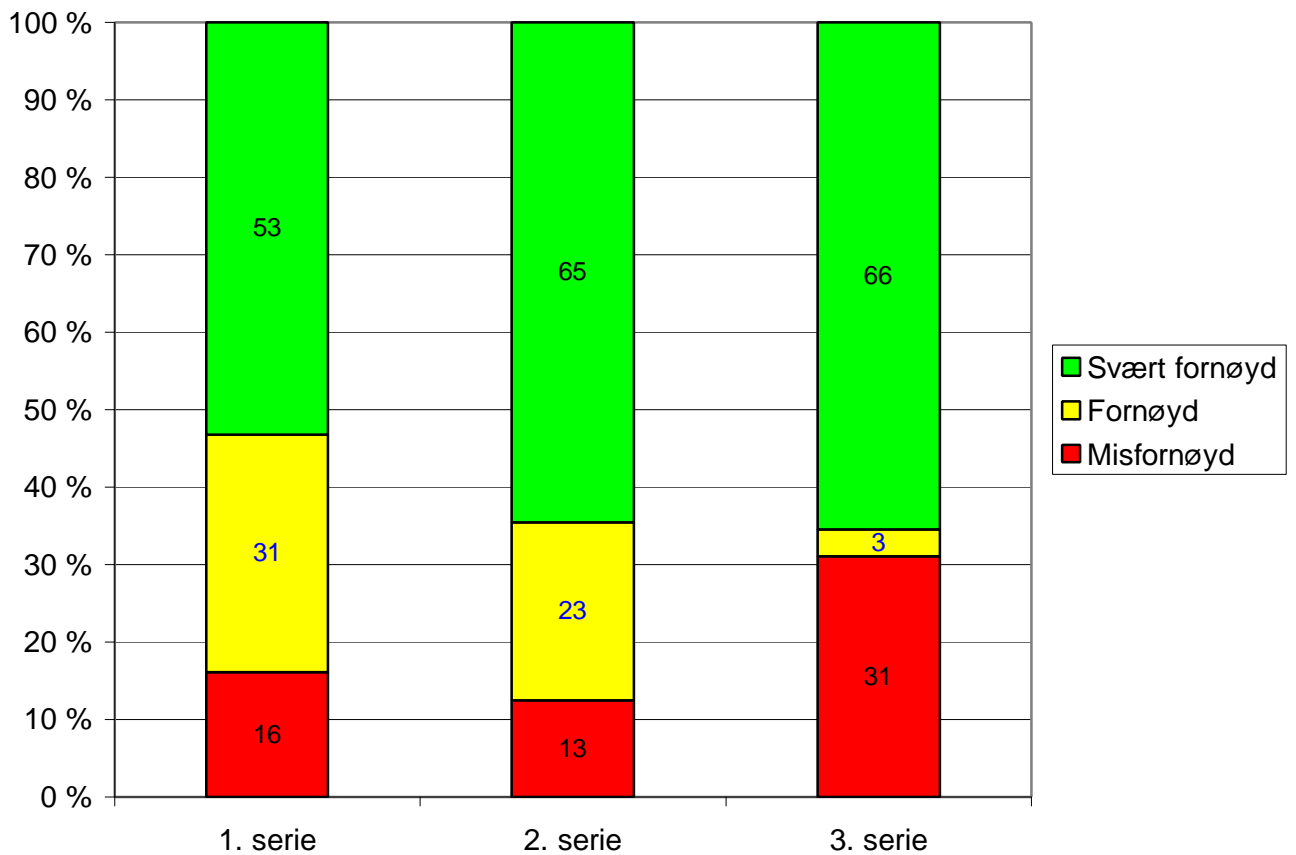
Figur 3: Utvikling av pasientens tilfredshet med mottakelsen i avdelingen.



2.9.2. Preoperativ ventetid

Forbedringstiltakene for å redusere den preoperative ventetiden er beskrevet tidligere i rapporten. Mellom 1. og 2. måleserie ble rutinene for røntgenmøtet endret og avdelingssykepleier på operasjonsavdelingen begynte å delta i planleggingsmøtene. Mellom 2. og 3. serie ble det innført en ekstra rutine hvor representanter fra anestesivdelingen og dagavdelingen dobbeltsjekkhet om programmet var godt nok planlagt.

Figur 4: Utvikling av pasientens tilfredshet med den preoperative ventetiden

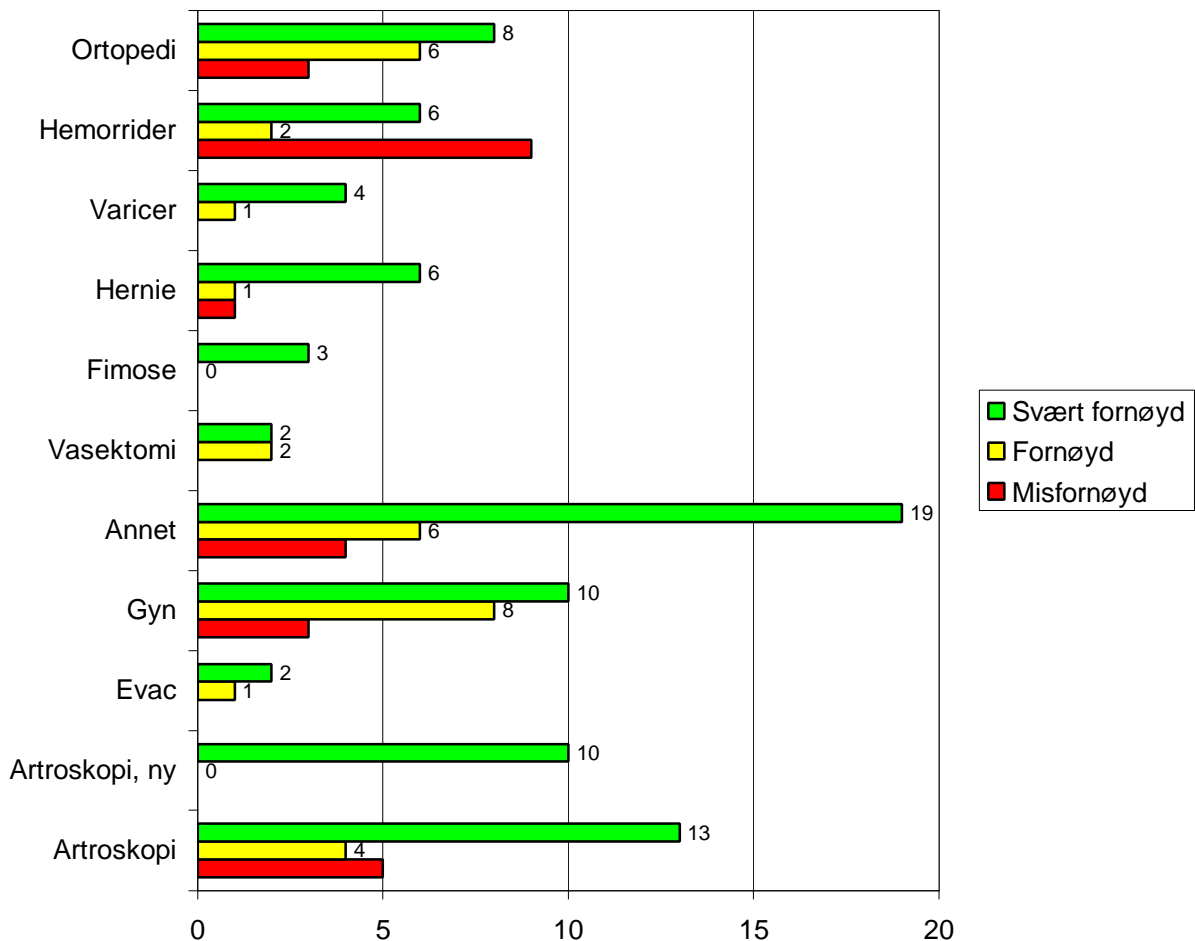


Her viser figuren at andelen av svært fornøyde pasienter har steget fra 53% til 66%. Det er imidlertid også en påfallende stigning av pasienter som er misfornøyde i den siste måleserien. Dette skjer til tross for at den faktiske ventetiden har blitt redusert i denne perioden. Det er her viktig å huske på at materialet er lite, og at det kanskje ikke gir et helt riktig bilde. Den økte misnøyen kan både skyldes at sykepleieren som intervjuer pasientene i større grad fanger opp misnøyen hos pasientene, og at personalet på dagavdelingen har forventninger om at ventetiden skal reduseres ytterligere og er lei av å skulle bortforklare og dekke over forsinkelser. Dette viser betydningen av at prosesseierne arbeider mot de samme målene.

Ser vi på forskjeller mellom pasienter med ulike diagnoser (fig.5), ser det ut til at pasienter som ble operert for hemorroider er mest misfornøyd med den preoperative ventetiden. Her var 9 av 17 pasienter misfornøyd. Det kan tyde på at operasjoner av disse pasientene planlegges for dårlig. Det er en uren operasjon som ofte blir tatt sent. Det blir kanskje oppfattet ekstra negativt siden disse pasientene må stå tidlig opp for å tømme seg. Ved oppsett av operasjonsprogrammet, må slike forhold huskes på.

Et annet interessant funn når man analyserer målingene på denne måten, er at alle de 10 pasientene som fikk utført arthroskopi på de nye operasjonsstuen oppga at de var svært fornøyd med ventetiden. Dette tyder på at planleggingen av de nye stuen har vært god, og at det fungerer optimalt når dagkirurgi rendyrkes på denne måten. Blant de 22 pasientene som ble arthroskopert på den gamle operasjonsstua var det imidlertid 5 misfornøyd og 4 fornøyd. Dette illustrerer konsekvensen av at man blander inneliggende og polikliniske pasienter og tar de inneliggende pasientene først.

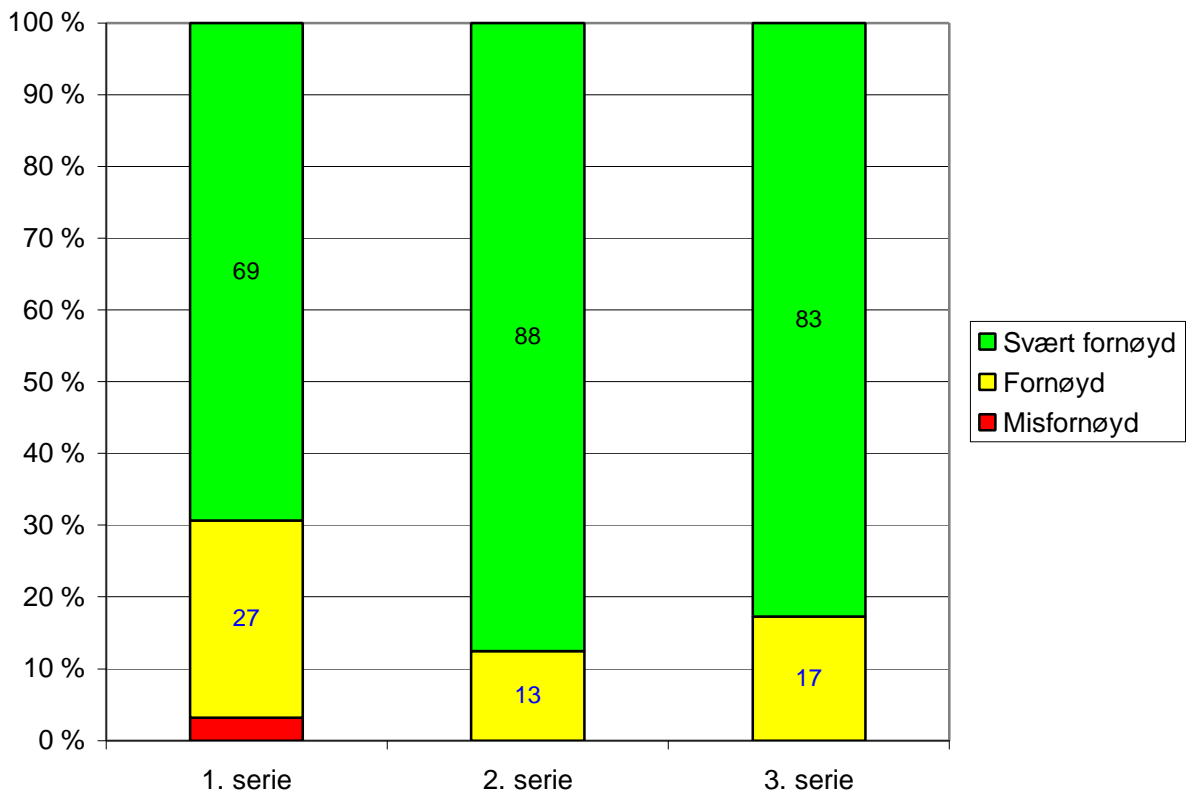
Figur 5. Tilfredshet med den preoperative ventetiden hos pasienter med ulike diagnoser – oppgitt i antall pasienter gjennom alle måleperiodene.



2.9.3. Informasjon om undersøkelser og behandling

All skriftlig informasjon til pasientene ble gjennomgått og forbedret i løpet av juni. Det ble utarbeidet skriftlig informasjon om alle vanlige undersøkelser og behandlinger ved avdelingen, se eksempel på dette i vedlegg 11. I tillegg får pasientene muntlig informasjon postoperativt av lege eller sykepleier. Det nye materialet ble tatt i bruk mellom 1. og 2. måleserie.

Figur 6. Utvikling av pasientens tilfredshet med informasjon om undersøkelser og behandling



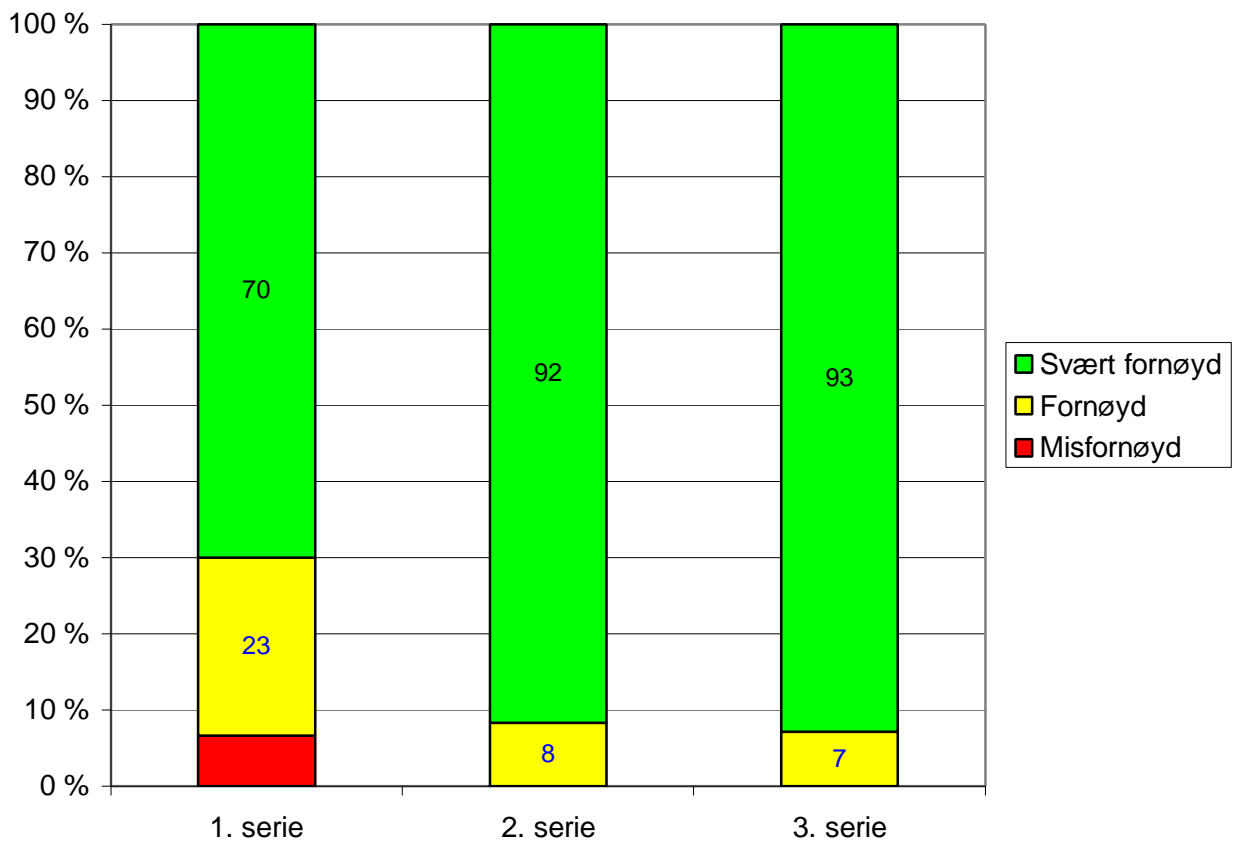
Figuren viser at det ikke lenger er noen misfornøyde pasienter, og at andelen fornøyde pasienter har steget betydelig.

Den gruppen pasienten som var minst fornøyd var de som ble arthroskopert på den gamle operasjonsstua. Her var 16 av 22 pasienter svært fornøyde, 4 fornøyde og 2 var misfornøyde. Alle pasientene som hadde gjort tilsvarende operasjon på de nye stuen var svært fornøyde Dette henger sannsynligvis sammen med at legene er mer tilgjengelige på denne avdelingen.

2.9.4. Postoperativ ventetid

Det har skjedd en flott forbedring på over 20% når det gjelder pasienttilfredsstillelse i forhold til postoperativ ventetid. Etter den første serien med målinger ble prosessen bygd om slik at sykepleierne informerte pasientene isteden, med mindre det var spesielle grunner til at legen skulle gjøre dette.

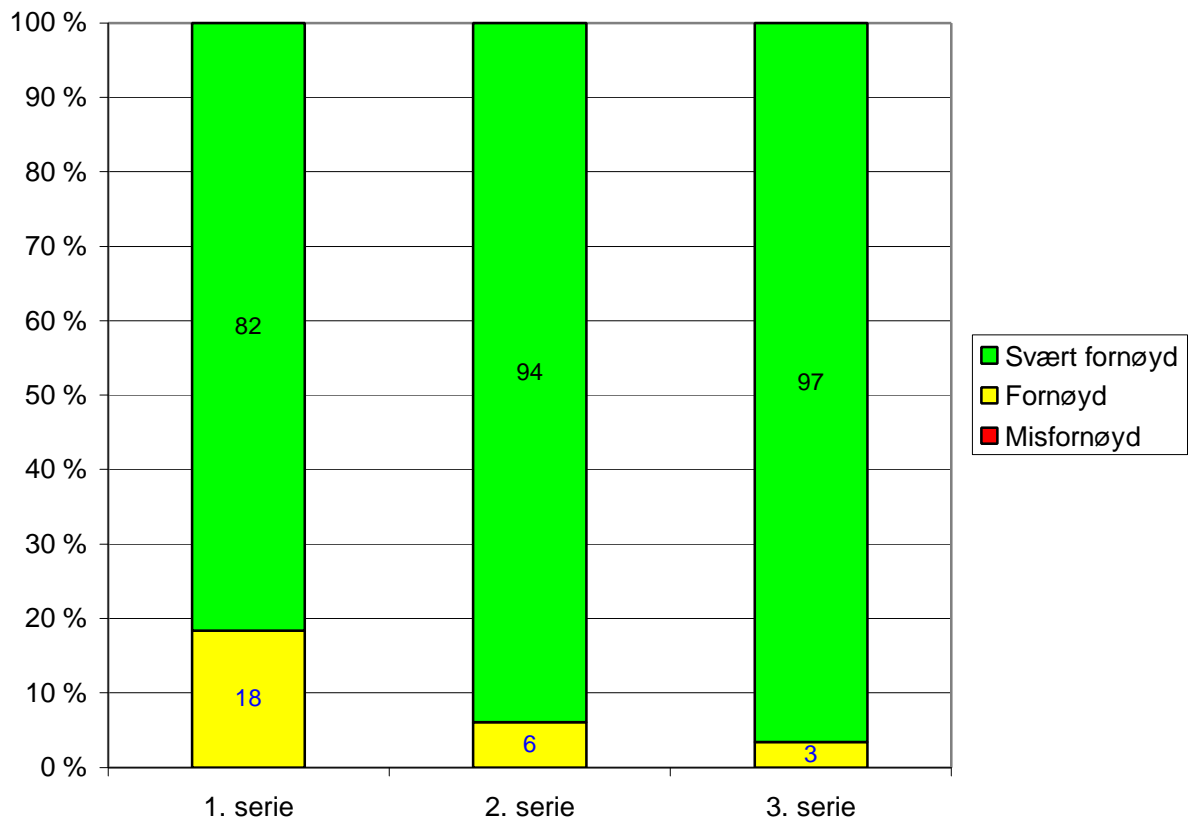
Figur 7: Utvikling av pasientens tilfredshet med den postoperative ventetiden



2.9.5. Helhetsinntrykk

Som det fremgår av figur 8 er pasientens helhetsinntrykk svært positivt. Selv om svært mange pasienter i utgangspunktet var svært fornøyde, har det vært en økning på 15% av pasienter som er svært fornøyde. Denne målingen viser betydningen av alle forbedringstiltakene for pasientene, og er svært gledelig.

Figur8: Utvikling av pasientens tilfredshet med helhetsinntrykket



2.10. Læringsutbytte

I begynnelsen var det ganske hyppige gruppemøter. Da var også engasjementet størst. Etter sommeren var det vanskelig å komme i gang igjen. Møtene har vanligvis vart mellom 1 1/2 og 2 timer. Gruppen anslår at de til sammen har brukt 30 – 35 timer på møter, men ofte har bare deler av gruppen vært samlet.

Det viktigste utover høsten har vært å få ordnet en rekke praktiske ting i forbindelse med at de nye operasjonsstuer skulle åpne, noe som har tatt lengre tid enn forutsett. Ennå fungerer ikke dette optimalt.

Arbeidsgruppen mener at de har fått til en bedre kontinuitet i pasientbehandlingen fra henvisning til ferdig behandling, og at de nå ser en helhet i arbeidet som er ny for dem. Gruppen synes de har lært mye av hverandre og om hverandres oppgaver og gjøremål i løpet av prosjektet. Noen gir også uttrykk for at de bedre forstår konsekvenser av mangler i eget arbeid, og at dette har gjort at man har skjerpet seg i forhold til å ivareta alle detaljene i arbeidet sitt.

Gruppen har tatt tak i mange forskjellige felles problemstillinger. Det har stort sett vært enighet om løsninger og endringer. Noen mål er nådd, men ikke alle. Det er lagt planer for en svært høy aktivitet i januar, og dette henger sammen med en økt bevissthet om planlegging på tvers.

Gruppen gir uttrykk for at det har vært nyttig med en felles arena for å diskutere problemer og utfordringer som berører alle avdelinger. Man har fått en økt bevissthet om hvor viktig det er å samarbeide, og at det er en gjensidig avhengighet mellom avdelingene. Dette innebærer også at man har lært å jenne seg og være mer fleksible.

De ser nødvendigheten av å bevare denne arenaen også etter prosjektets slutt. Det er besluttet at man skal fortsette å måle pasienttilfredshet hver vår og høst. Det er viktig også å sette av tid til å diskutere resultatene av målingene og vurdere om nye forbedringstiltak er nødvendig. På samme måte bør måling av ventetid og analyser av andre ulike sider i prosessen være gjenstand for regelmessig evaluering.

3.0. Medisinsk poliklinikk

Medisinsk poliklinikk behandler pasienter innenfor kardiologi, endokrinologi, gastroenterologi og generell indremedisin. I 2001 ble følgende antall nyhenviste pasienter behandlet:

kardiologi:	514
endokrinologi:	139
gastroenterologi:	589
Generell indremedisin	73

For 2001 ble totalt 3810 pasienter behandlet på poliklinikken, mens det tilsvarende tallet for 2000 var 3298 pasienter.

Poliklinikken bistår også med utstyr og personell når gastroskoper skal foretas i operasjonsavdelingen eller på FOVA. Videre underviser leger og sykepleiere fra poliklinikken pasienter med diabetes, hjertesvikt og cøliaki på lærings- og mestringssenteret.

Poliklinikken har vokst og utviklet seg over tid i forhold til behov for personell, samlokaliseringer og lokaler. Det har ikke vært gjennomført formalisert utviklings- eller forbedringsarbeid utover det som naturlig har foregått i løpet av den daglige drift.

Legenormering

Medisinsk poliklinikk har 5 overlegehjemler og 1 assistentlegehjemmel, En overlegestilling har stått ubesatt fram til september. Siden det er en utenlandsk lege som er tilsatt i stillingen, har en ikke full utnyttelse av denne ressursen enda på grunn av tilpasning til norsk språk og norske forhold som pågår fortsatt. En lege er under spesialistutdanning og arbeider i perioder mest ved TSS.

Sykepleienormering

1 avdelingssykepleier i 100% stilling
1 sykepleier i 75% stilling som arbeider på gastrolab,
1 sykepleier i 75% stilling som arbeider med diabetes
1 sykepleier i 25% stilling som brukes til ulike pasientgrupper.
Nåværende avdelingssykepleier var konstituert ved oppstart av prosjektet, men ble fast ansatt i stillingen fra 25.04.01.

I tillegg har poliklinikken 160% stilling for legesekretær.

Medisinsk poliklinikk har slitt med relativt høyt sykefravær for leger og sykepleiere i deler av året 2001.

3.1. Arbeidsgruppens medlemmer

Arbeidsgruppen har bestått av

- avdelingsoverlege Knut Erichsen
- avdelingssykepleier Kari Frømyr
- kontorleder Anne Hammer
- personalkonsulent Berit Aaser Torp, som har fungert som tilrettelegger.

Arbeidet i gruppa har fungert greit. Det har imidlertid vært vanskelig å rydde tid til utviklingsarbeidet på grunn av den vanskelige bemanningssituasjonen som er beskrevet over, med vakant overlegetilling og relativt høyt sykefravær deler av året. På tross av dette har gruppa funnet fram til en rekke forbedringsområder som er tatt tak i og gjennomført eller er i ferd med å bli gjennomført. Bemanningssituasjonen har også bidratt til at man i for liten grad har klart å informere det øvrige personalet i poliklinikken om utviklingsarbeidet.

Det har vært avholdt 19 arbeidsmøter på til sammen 46 timer. I tillegg kommer arbeidet som har vært utført direkte knyttet opp mot prosjektet innad i medisinsk poliklinikk og det arbeidet som tilretteleggeren har utført. Tilretteleggerens arbeidsmengde har variert veldig, men hun anslår at hun gjennomsnittlig har brukt 3-4 timer i uka.

3.2. Valg av prosess og undersøkelser av den

På den første samlingen skulle arbeidsgruppa velge en pasientgruppe hvor arbeidsprosessen var vanlig, vanskelig og viktig. Man valgte å se på pasienter som skulle utredes for hjertesykdom. Begrunnelsen for dette var at det var 14-15 ukers ventetid for disse pasientene, og at denne tiden var svært belastende for dem. Poliklinikken måtte bruke tid på mange telefoner fra bekymrede pasienter.

Man ble enig om følgende mål:

- Redusere ventetiden for utredning av hjertesykdom fra 14-15 uker til 8 uker.
- Økt ressursutnyttelse av legers, sykepleieres og kontorpersonells kompetanse. Det ble løst anslått at det var mulig å øke utnytte kompetansen med 40% ved å se på omfordeling av arbeidsoppgaver.

Hovedprosessen ble tegnet, se vedlegg 12. Prosessen ble nøye analysert for å finne fram til områder som kunne forbedres. Arbeidsgruppen var enige om at den viktigste flaskehalsen var mangel på legetid. Dette innebærer at det ble viktig å utnytte den tilgjengelige legetiden best mulig og frita legene fra alle oppgaver som andre yrkesgrupper kunne overta.

3.2.1. Pasienters vei i prosessen

Vi ønsket å undersøke hvordan pasientene går gjennom denne prosessen: Hvilke undersøkelser gjennomgår de? Er undersøkelsene samordnet slik at pasienten slipper å møte opp flere ganger enn nødvendig? Hvor lenge venter de og på hva? Hvor mange møter de av hver yrkesgruppe?

Kontorleder gikk gjennom journalene til 53 pasientene som ble utredet for hjertesykdom i tiden 2/1- 15/2. Kartleggingen viste at pasientene i gjennomsnitt ventet 101 dag, men at det var store variasjoner. Ut fra henvisningene blir pasientene vurdert til å vente i 1, 2 eller 3 måneder.

Kartleggingen viste videre at prøvene var svært godt planlagt og synkronisert. Men det var et problem at resultatet av blodprøver bestilt av sykehuslege og utført av primærlege ikke automatisk ble sendt til medisinsk poliklinikk, dersom dette ikke var spesielt angitt på henvisningsskjema. Det medførte tapt legetid og mindre effektive konsultasjoner når de aktuelle prøvesvarene manglet.

Flaskehalsene var knyttet til legekapasiteten for å gjøre arbeids-EKG og Ekko Dopler (ED). Når det gjelder ED var det tidligere kun en kardiolog som utførte denne undersøkelsen, men fra høsten 01 har det blitt ansatt en lege til som kan gjøre dette. Det ble diskutert om det var mulig å lære opp sykepleiere til å gjøre arbeids-EKG. Dette ble avvist fordi man mente det ville være faglig uforsvarlig og at det var verdifullt at legen hadde denne tiden sammen med pasienten. Fra februar 2001 fikk avdelingen en ny enhet for å utføre arbeids-EKG.

Det ble også undersøkt om flere pasienter kunne vært tilbakeført primærlegen, isteden for å komme til kontroll på poliklinikken. Kartleggingen viste at det ikke var noe problem med unødvendige kontroller.

3.2.2. Måling av tidstap

I jakten på flaskehalsen målte alle legene, sykepleierne og sekretærene hvor mye tid de tapte i løpet av en uke og årsaker til dette. Gjennom disse målingene kom det fram at spesielt legene mistet verdifull arbeidstid ved å vente på at rom skulle bli ledig og pasienter skulle være ferdige med forberedelser og avkledning. En del tid gikk også med til å lete etter prøvesvar og manglende utstyr. Det var også tidstap knyttet til å vente på pasienter som ikke møtte opp til timen sin.

3.3. Redusere ventetiden

For å kunne håndtere ventelister på en mest mulig effektiv måte, er det viktig at poliklinikken har oversiktlige systemer både over hvor mange pasienter som står på venteliste og hvor mye legetid som er tilgjengelig. Dette er nødvendig for å kunne styre inntaket og få kontroll over prosessen.

3.3.1. System for måling av ventetid

Sekretærene har nå utarbeidet et system for registrering av ventetid. Hver måned får legene en oversikt over antall nyhenviste pasienter og hvor mange som venter på kontroller. Systemet er utarbeidet for alle pasientgruppene. På denne måten ser legene om ventetiden øker eller ikke og om det er mulig å gi pasienter time innenfor ønsket tid. Tidligere ble det ikke satt opp slike lister, men bare tilbakemeldt muntlig til aktuelle leger.

3.3.2. Bedre oversikt over tilgjengelig legetid

I tillegg til å vite hvor mange pasienter som venter, er det viktig å vite hvor mye tilgjengelig legetid man har når man skal håndtere en kø med pasienter. Det har ikke tidligere vært noen spesiell tidsfrist for legene når det gjelder å gi beskjed om at de skal avspasere eller delta på kurs. Dette har både medført at det har vært vanskelig å planlegge timer i god tid og har ført til ekstra arbeid for sekretærer og sykepleiere, i tillegg til at det er frustrerende for pasientene når avtalte timer blir omgjort.

Fra november 2001 ble det foreløpig innført en 4 ukers frist for å gi beskjed om planlagt fravær. Planen er at denne fristen skal utvides til 6 uker. Dette gjør at sekretærene kan sette opp time for pasientene lengre tid i forveien enn man tidligere har kunnet.

Når man kan planlegge timene så langt fremover, innebærer dette også en forenkling i sekretærenes rutiner: Siden ventetiden nå er redusert til 8 uker, slipper man å sende pasienten ett brev om forventet ventetid og ett brev med time. I løpet av kort tid vil det bli gjennomført at sekretærene bare sender ut ett brev til pasienten.

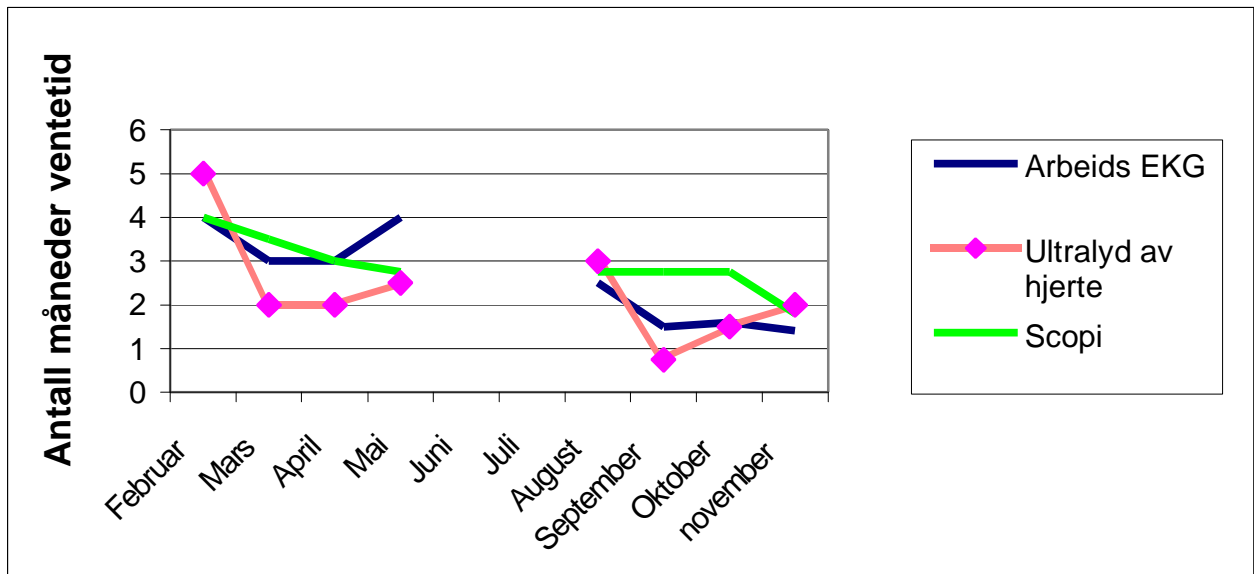
Personalet innkalles ofte til møter med administrasjonen på kort frist, slik at avtalte pasienttimer må gjøres om. Administrasjonen er klar over problemet og arbeider med å få til bedre samordning av nødvendige møter.

Fra 15/1 2002 vil poliklinikken midlertidig ha to assistentleger. Det er planlagt at disse legene skal frigjøre tid for overlegene, slik at de kan begynne arbeidet på poliklinikken tidligere på dagen.

3.3.3. Arbeidet ned ventelista

Når det har opparbeidet seg en lang kø, er det nødvendig å ta et skippertak for å få ventetiden ned. Ellers vil den opparbeidede køen fortsatt være der, selv om poliklinikken har forbedret rutinene sine og økt kapasiteten. Ved hjelp av innleide vikarer som har vært utnyttet maksimalt gjennom god planlegging, har ventelistene i løpet av høsten blitt betydelig redusert.

Figur 9: Utvikling av ventetid for hjerteundersøkelser og scopier i 2001



Målet er nå å holde ventelistene på dette nivået.

3.3.4. Tilgang på rom

Gjennom målinger av hva legene ventet på, ble det avdekket at de brukte tid til å vente på at pasientene skulle være klare med avkledning og eventuelle forundersøkelser. Pasientgruppen på poliklinikken består av mange eldre som trenger hjelp og god tid til å kle av seg. Hvis man har flere rom, kan arbeidet foregå parallelt ved at legen undersøker en pasient, mens sykepleiere eller sekretærer hjelper neste pasient med avkledning og gjør eventuelle forundersøkelser i et annet rom.

Behovet for flere rom ble formidlet til direktøren, og fra januar 2002 var både ett ekstra undersøkelsesrom og mer kontorplass blitt tilgjengelig. I tillegg har personalet fått eget rom med plass til skikkelig møte- og arbeidsbord. Det har tatt noe lengre tid enn ønsket, fordi man måtte pusse opp lokaler hvor det var asbest, og det var strenge begrensninger på hva som kunne gjøres av forandringer.

Nytt fra januar / februar 2002 er også at sekretærene vil lage en oversikt for legene over hvem av dem som skal ha konsultasjoner på hvilke rom. Tidligere ble dette fordelt etter hvert og dette medførte en del forvirring.

3.3.5. Alt utstyr tilgjengelig

Tidsmålingene viste videre at leger brukte tid på å vente på at diktafonen skulle bli ledig. Det medførte at man umiddelbart kjøpte inn flere diktafoner.

Det hendte også at det manglet papirer eller annet materiell på stuene. System for ajourhold av stuene er nå i ferd med å bli formalisert og sjekklister for utstyr er snart ferdig utarbeidet.

3.3.6. Medisinliste

For å spare legetid er det nå innført et skjema hvor pasientene skal fylle ut hvilke medisiner de bruker. Pasientene får tilsendt skjemaet sammen med innkallingen til poliklinikken, og tar det med i utfylt stand til timen.

3.3.7. Unngå forstyrrelser i arbeidet

Legene ble forstyrret av stadige telefoner under konsultasjonene. Dette var både uheldig for legen, pasienten han undersøkte og de som ringte. Det er derfor nå blitt innført fast telefontid for legene. Poliklinikkens ekspedisjon har fast telefontid 10-14 alle dager.

Pasienter utenfra bes enten ringe etter 14.30 dersom de har behov for å snakke med lege, eller navn og telefonnummer noteres opp og legen ringer pasienten opp.

Også sykepleiere og sekretærer ble ofte avbrutt i arbeidet sitt av telefoner. Mange av henvendelsene var fra bekymrede pasienter som sto på lange ventelister, men disse henvendelsene har avtatt etter at ventetiden har blitt redusert.

En del henvendelser var også fra pasienter som hadde spørsmål til undersøkelser de var innkalt til. Dette tydet på at innkallingsbrevene pasientene fikk ikke var informative nok. Disse ble derfor gjennomgått og forbedret for å forebygge unødvendige henvendelser på telefon.

3.3.8. Bruk av data

I tidsmålingene ble det vist at legene brukte noe tid på å lete etter prøvesvar. De fleste svarene er tilgjengelig på data, men ikke alle leger hadde den nødvendige kompetansen for å kunne finne dem. Det viste seg også at ikke alle leger behersket å skrive resepter på data, selv om det er tidsbesparende og gjør resepten lettere å lese. Legene har derfor fått tilbud om kurs.

Primærlegene er blitt minnet på å be om at kopi av prøvesvar sendes poliklinikken.

Det arbeides også med at medisinsk poliklinikk skal kunne hente ut prøvesvar direkte fra laboratoriet som primærleger har rekvirert.

3.3.9. Pasienter som ikke møter

I løpet av 2000 var det 61 pasienter som ikke møtte til avtalt time i poliklinikken, uten at det hadde vært mulig å innkalle nye pasienter. Personalet på poliklinikken kaster bort verdifull arbeidstid på dette, mens andre pasienter står i kø. Sosial og helsedepartementet har bestemt at pasienter som ikke møter må betale for timen, og dette har det blitt opplyst om i innkallingsbrevet fra 01.01.01.

I 2001 var det 46 pasienter som ikke møtte.

3.4. Bedre utnyttelse av personalets kompetanse

Prosessforbedring tar utgangspunkt i pasientenes prosesser, ikke i personalets arbeidssituasjon. Gjennom arbeidet med å forbedre pasientens prosesser avdekkes eventuelle muligheter for å utnytte personalets kompetanse på en bedre måte ved å endre på fordelingen av arbeidsoppgaver. Dette forutsetter imidlertid at man arbeider med å forbedre de prosessene hvor personalets kompetanse blir dårlig utnyttet. Når det gjaldt arbeidet med utredning av hjertesykdom, var dette ikke noe problem.

Sykepleierne har imidlertid hele tiden uttrykt frustrasjon over at deres tid i altfor stor grad ble brukt til å utføre arbeid som sekretærer heller burde tatt seg av, i forbindelse med arbeidet på gastrolab. Dette gikk utover deres muligheter til å utnytte sin sykepleierkompetanse gjennom mer direkte pasientkontakt. Sykepleierne synes heller ikke at de hadde tilstrekkelig kompetanse i sekretærarbeid. På denne bakgrunn var det uheldig at arbeidsgruppa valgte å forbedre prosessen som omhandlet hjerteutredning, siden sykepleiernes arbeid primært var knyttet til pasienter som skulle skoperes på gastrolab.

Det var blitt stadig tydeligere for alle som arbeidet med prosjektet at det var nødvendig å gjøre en opprydning i hvem som gjør hva, for at vi kunne øke kapasiteten. I april besluttet vi derfor å gå løs på denne opprydningen. I første omgang var det naturlig å se på arbeidet med pasienter som skulle skoperes, siden det var i denne sammenhengen problemet var størst.

Avdelingssykepleier brukte mye av sin arbeidstid til timebestillinger og diverse papirarbeid for denne pasientgruppa. Sykepleieren som hadde hovedansvaret for arbeidet inne på gastrolab hadde et svært stort arbeidspress, etter hvert som aktiviteten økte på grunn av mer stabil tilgang på tilgjengelige legeressurser. Hun var også involvert i bestilling av timer i samarbeid med avdelingssykepleier. I tillegg dekket hun opp til undersøkelser, forberedte pasienter, assisterte legen under undersøkelser, ryddet opp og vasket utstyret etterpå. Arbeidet ble ofte avbrutt av telefoner. Systemet var også svært sårbart ved sykdom, fordi det var så sterkt knyttet til en enkelt sykepleier.

Avdelingssykepleier og sykepleieren som arbeidet på gastrolab tegnet hovedprosessen, merket av hvilke arbeidsoppgaver de ønsket at sekretærer skulle overta og foretok tidsmålinger av disse oppgavene, se vedlegg 13.

Når det ble besluttet hvilke arbeidsoppgaver som skulle omfordeles, ble det tatt hensyn til behovet for kontinuitet for pasientene, slik at de ikke måtte forholde seg til flere personer. Ut fra dette ble det beregnet at det ville kreve gjennomsnittlig 12 timer og 40 minutter i uka for at deler av denne prosessen skulle delegeres til en sekretær. Tilsvarende sykepleietid ville da bli frigjort. Ved at prosessen ble tegnet ble alle rutinene synliggjort. Dette var nyttig for å vurdere rutinene. Det ble merket av muligheter for forenklinger to steder gjennom bruk av data.

3.4.1. Omfordeling av arbeidsoppgaver

En rapport fra RITØ² om et prosjekt hvor arbeidsoppgaver var blitt omfordelt ble utdelt til alle i arbeidsgruppen. På grunnlag av denne ble omfordelingen av arbeidsoppgaver på poliklinikken diskutert. Dette var en prosess som krevde litt modningstid. Det var viktig at alle skulle oppleve at denne omfordelingen ville gjøre deres arbeidssituasjon bedre, og at ingen ble pålagt arbeid man ikke følte seg kompetent til. Det var også noen som ga uttrykk for at de var redde for å trække i hverandres bed.

Målene med å omfordele arbeidet var:

- Å øke pasientflyten
- Å utnytte den enkeltes kompetanse
- Å skape større arbeidstilfredshet ved at alle får brukt kompetansen mest mulig hensiktsmessig, og får opplæring og utfordringer i tråd med dette
- Å opprettholde eller forbedre dagens gode kvalitet på arbeidet

Inspirert av rapporten fra RITØ ble det laget et skjema hvor de ulike yrkesgruppene skulle fylle ut hva de kunne tenke seg å overlate til andre yrkesgrupper og hvilke nye oppgaver de var villige til å påta seg hvis de fikk opplæring. I første omgang var dette en uforpliktende utfylling, for å avdekke muligheter og undersøke personalets innstilling. Det viste seg at personalet var svært positive, og at alle ønsket å omfordele mange arbeidsoppgaver. Deretter ble skjemaene samordnet, slik at man kunne se om det var overensstemmelse mellom de arbeidsoppgavene som gruppene ønsket å omfordele. Det var det i stor grad, men det var også en del oppgaver som ikke alle hadde kommet på i første omgang.

I oktober ble det avsatt en dag hvor alle de ansatte på medisinsk poliklinikk kunne delta på et møte. For å få arbeidsro ble dagen lagt til Telemark hotell. Hensikten med dagen var å

- forsikre oss om at det var enighet om målene
- ta beslutninger om hvilke arbeidsoppgaver som skulle omfordeles
- definere opplæringsbehov
- beslutte datoer for når omfordelingen kunne finne sted

² Prosjektet "Rett person på rett plass" av kontorleder Margareth Pettersen og rådgiver Mai-Liss Larsen, Regionsykehuset i Tromsø – RITØ, juni 2000.

For at alt dette skulle være mulig å rekke på en dag, måtte alle forberede seg. Det ble en svært utbytterik dag, og hensikten med dagen ble oppnådd på alle punkter.

Det ble vedtatt å frigjøre legers og sykepleieres arbeidstid ved at sekretærene skal overta en rekke arbeidsoppgaver:

- all punching og timeoppsett vedrørende henvisninger til gastrolab
- overta en del telefoner med informasjonen til pasienter som skal på gastrolab
- assistere sykepleier på gastrolab, jmf. alle de merkede oppgavene i prosessen
- måle høyde, vekt og BMI på de pasientene som skal ha foretatt slike målinger gjøres av legesekretær ellers sykepleier avhengig av hvem som assisterer på stua
- sørge for at alt utstyr og alle skjemaer er tilgjengelige på stuene ut fra sjekklister

For å ta seg av disse arbeidsoppgavene, ble det innvilget å opprette en ny stilling som 60% legesekretær. Dette er organisert som et prøveprosjekt over ett år, og må evalueres underveis.

Dette er beregnet å koste ca. 160 000.- og skal finansieres gjennom å øke antall gastrokopier med 100 i året (gjennomsnittlig økning på 2 i uka), samt en økning på 25 coloskopier i året (gjennomsnittlig 2 pr. måned) . I tillegg regner man med å redusere bruk av overtid for sykepleierne med ca. 50 000.- Dersom inntjeningen ikke holder, må prosjektet vurderes å avsluttes.

Sekretæren er ansatt fra 10/1 2002 og opplæringstiden er beregnet til en måned.

3.5. Oppnådde og planlagte resultater

Det er mange konsekvenser av at arbeidsoppgavene er gjennomgått og omfordelt. De kan grovt inndeles i forhold til at pasientene vil få et bedre tilbud og at de ansatte vil få bedre arbeidsforhold. I tillegg har gjennomgangen av alle prosesser og aktiviteter gjort at man har oppdaget noen muligheter for forbedringer i rutineene også på det økonomiske området.

Noen av disse resultatene er allerede oppnådd, mens andre først vil realiseres i løpet av våren 2002. Dette skyldes dominoeffekten; ressursene vil først bli frigjort når sekretæren er ferdig opplært og har tatt over arbeidsoppgavene. Deretter kan sykepleierne læres opp før de nye tilbudene kan etableres.

3.5.1. Bedre tilbud til pasientene

Redusert ventetid for hjerteutredning.

Ventetiden er ved prosjektets slutt på 8 uker, og det er enighet om at det er realistisk å holde den på dette nivået.

Hjertesviktkontroller ved sykepleier

Avdelingssykepleier har kompetanse som intensivsykepleier og vil bygge opp et tilbud med kontroller for pasienter med hjertesvikt. Dette tilbudet kommer i tillegg til det pasientene får ved lærings- og mestringssenteret. Forhåpentligvis vil dette kunne redusere behovet for innleggelser. Tilbudet er planlagt til 2-3 halve dager i uka, inkludert tilbud om telefontid.

Før dette kan iverksettes må avdelingssykepleieren fritas fra kontorarbeidet som beslaglegger store deler av hennes arbeidstid. En plan for opplæring er underveis og tilbudet bør startes opp før sommeren.

Redusert ventetid for gastropasienter

Pasientene som venter på undersøkelser på gastrolab har ofte mye ubehag og er bekymret for mistanke om kronisk eller ondartet sykdom. Ventetiden for undersøkelser på gastrolab har blitt redusert fra 10-12 uker til 4-8 uker. Det er besluttet at ventetiden skal holdes så lav.

Gastrolab er bemannet med sykepleier i 75% stilling, som har fri hver fredag. Dette har medført at gastrolab har hatt liten aktivitet på fredager. Fremover vil ressursene brukes mer fleksibelt, ved rullering av sykepleiere og bistand fra legesekretær en del av tiden, slik at en også kan utnytte kapasiteten på fredager i større grad. Dette er avhengig at det er tilgjengelig lege.

Diabetespoliklinikk

Dette er et sykepleietilbud som er under oppbygning uavhengig av dette prosjektet, og som vil innebære et økt tilbud til pasientene. En diabetessykepleier er nå snart ferdig opplært, og tilbudet vil tilsvare en halv stilling på sikt. Diabetessykepleieren har også tilbud om telefontid.

Akuttpoliklinikk

Primærlegene har gitt uttrykk for ønske om mulighet for å kunne bestille en hurtigtime for hjertepasienter. Medisinsk poliklinikk planlegger å sette av en time mellom klokka 13- 14 to til tre dager i uka. I dette arbeidet vil turnuskandidatene bli trukket inn i samarbeid med sykepleiere. Dette vil fungere som et lavterskeltilbud, som kan bidra til å redusere behovet for innleggelser for pasienter med hjertesvikt. Tilbudet er planlagt iverksatt fra 1.3.02.

3.5.2. Bedre arbeidsforhold for de ansatte

Aktiviteten ved medisinsk poliklinikk har utviklet seg over tid og særlig det siste året har aktiviteten økt kraftig på tross av bemanningssituasjonen (jmf. pkt 3.0.). Personalet har strukket seg langt og stått veldig på, og det har vært nødvendig å leie inn en del overlegevikarer for å holde aktiviteten oppe.

Gode arbeidsforhold er viktig for å få ned sykefravær og for å få en stabil stab. En riktig bruk av ansattes kompetanse vil kunne øke trivselen i arbeidet. Pasientene vil også ha glede av å treffe en fornøyd og stabil personalgruppe med høy kompetanse.

Avdelingssykepleier

Avdelingssykepleier vil bli frigjort fra mye sekretærarbeid, og få mer tid til å lede avdelingen. Dette arbeidet måtte tidligere prioriteres ned på grunn av det store arbeidspresset. I tillegg vil hun få bruke sin sykepleiekompetanse til å bedre tilbudet til pasienter med hjertesvikt. Om dette sier hun selv:

Jeg tror at arbeidsdagen min vil bli mer strukturert. Tid til direkte pasientarbeid og ledelse kan prioriteres. Dessuten er det en utfordring å være med på å utvikle et videre tilbud til hjertesviktpasienter. Per i dag må jeg hele tiden prioritere å innkalle pasienter til timeavtale og holde à jour all papirflyt på gastrolab.

Sykepleier på gastrolab

Sykepleieren på gastrolab har vært i en arbeidssituasjon som ville bli vanskelig å orke over tid. Om de planlagte forandringene sier hun:

Jeg ser nå fram til en betraktelig lettere hverdag, hvor en får mer tid til å ta vare på pasienten og utvikle gastrolab kvalitetsmessig.

Den sårbare arbeidssituasjonen vil nå bli løst opp ved at flere rullerer på å betjene gastrolab.

Legene:

Legene uttrykker seg slik:

Positivt at avdelingssykepleier får frigjort mer tid til ledelse og samarbeid med avdelingsoverlegen, fordi god ledelse av poliklinikken er viktig. Det er også positivt at avdelingssykepleier vil bli mer frigjort til pasientrettet arbeid. Flere tilgjengelige rom vil reduserer flaskehalsen. GRUK har fått ting til å skje.

Sekretærene

Sekretærene gir uttrykk for følgende:

Vi ser det som svært viktig at gastrolabben får knyttet en egen legesekretær til seg. Arbeidet med prosjektet har bidratt til at legesekretærene opplever at de har blitt mer ”synlige” og blir tatt mer på alvor. Dette er en stor inspirasjon.

3.5.3. Bedre økonomiske rutiner

Som en konsekvens av gjennomgangen av arbeidsprosesser og rutiner på poliklinikken, har man også oppdaget muligheter til forbedring av enkelte økonomiske rutiner.

Når poliklinikken foretar undersøkelser av inneliggende pasienter, er det viktig å registrere de riktige prosedyrekodene for å få riktig uttelling i forhold til DRG-poeng. Det er den avdelingen der pasienten er innlagt som får disse inntektene. Finansieringssystemet er blitt svært komplisert og hele sykehuset har trolig mye å hente på å være godt oppdatert på systemet og hvordan ting skal brukes. Dette har man ikke tidligere vært nok oppmerksom på.

Det viste seg å være vanskelig å få oversikt over hvor mye inntekter vikarene tjente inn på poliklinikken. Dette skyldes at det ikke var noen egen registreringskode for vikarer. Dette blir innført fra 1/1-02.

Alle slike ordninger må gjennomgås i forbindelse med at det skal settes opp bindende avtaler med avdelingsledere om budsjett og ”produksjon” fra 1/1-02 når sykehuset inngår i helseforetak.

3.6. Læringsutbytte

Arbeidsgruppa oppsummerer sitt læringsutbytte slik:

Vi har lært en metode for å synliggjøre og konkretisere dagens praksis. Denne metoden har også hjulpet oss til å bli enige om hvordan situasjonen faktisk er, se hva som trengs for å få til forbedringer - og gjøre forbedringer.

I ettertid ser vi at det er viktig å sette av tilstrekkelig tid til å informere og få med seg resten av personalet i forbedringsarbeidet, i større grad enn vi gjorde det første halve året. Dette er viktig for at endringsprosessene skal gli best mulig. Etter at vi for alvor inkluderte personalet i dette, skjøt arbeidet virkelig fart.

Vedlegg 1