



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
7/2019	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12.-13.2.2019
Saksansvarlig: Eva-Hanne Hansen		Saksbehandler: Trine Olsen

Reduksjon av strykninger til operasjoner ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken *Reduksjon av strykninger fra planlagt operasjonsprogram ved UNN* til orientering.
2. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF ber om status i oppfølging av arbeidet med rapportering til styret 2. tertial 2019

Bakgrunn

Strykning av planlagte operasjoner er en uønsket hendelse og en negativ opplevelse for pasienten. For virksomheten fører strykninger av planlagte operasjoner til at operasjonsressursene ikke utnyttes optimalt og til økte kostnader. Andelen strykninger fra planlagt operasjonsprogram har gjennom mange år vært over 10%. Strykninger på operasjonsdagen (samme dags-strykninger) er det som gir mest ulemper for pasientene, fører til mye plunder og heft, samt betydelige kostnader. I 2018 var samme dags-strykning 9,3%. Dette inkluderer alle prosedyrer og kirurgiske inngrep som er planlagt og registrert i det elektroniske operasjonsprogrammet i DIPS. Styret v/ UNN vedtok 12.12.2018 i sak 97/2018: «Operasjonskapasitet er flaskehals i UNN, og det pågår oppfølging med implementering av tiltak for reduksjon av strykninger som oppfølging etter ekstern og intern evaluering. Viktig forbedringsområde. Måltall < 5 % for 2019».

Formål

Formål med saken er å informere styret om hvilke tiltak som iverksettes for å forhindre unødige strykninger av planlagte operasjoner (innlagt og dagkirurgi) i UNN i løpet av 2019.

Saksutredning

UNN har over år hatt en høy andel strykninger av planlagte operasjoner. Operasjonsplanlegging og drift av operasjonsvirksomhet er komplekst og det er flere årsaker til at planlagte operasjoner strykes fra operasjonsprogrammet. I 2017 gjennomførte Deloitte på oppdrag fra UNN en gjennomgang og analyse av operasjonsvirksomheten. I rapporten påpekes blant annet at;

- Den årlige planleggingsprosessen av operasjonsvirksomheten er faktabasert og kommet langt sammenlignet med sammenlignbare sykehus.

- Stueutnyttelsen er høy, men det er stort forbedringspotensial i den kortsiktige operasjonsplanleggingen. En bedre ukeplanprosess vil kunne redusere plunder og heft vesentlig, redusere strykninger som følge av manglende planlegging, øke forutsigbarhet og generell trivsel i avdelingen.
- Vedrørende gjennomføring av operasjonsprogrammet poengteres det et potensiale for forbedring av produksjonseffektivitet. Det foreslås ved blant annet å:
 - Minimere variasjon der det er mulig, inkludert innledningstid
 - Strømlinje-forme oppstart ved bedre samkjøring av oppstartrutiner til anestesi og operasjon og organisere deler av pasientforberedelsen i andre arealer
 - Redusere intervalltid og bedre utnyttelse av langdager
- Vedrørende organisering og driftsprinsipper foreslås følgende mulig forbedring:
 - Etablering av programansvarlig lege med prioriteringsmyndighet
 - Samkjøre anestesi og operasjonssykepleiere bedre
 - Etablere bedre innsikt i drift og tett læringsløype mtp plunder og heft

Deloitte har i sine analyser kun vurdert forhold tilknyttet innslua operasjon UNN Tromsø. Det er viktig i vurdering av tiltak tilknyttet strykningsårsaker å inkludere andre forhold, som for eksempel dagkirurgi, øvrige operasjonslokalisasjoner ved UNN, samt drift av intensiv- og oppvåkningsvirksomhet ved alle lokalisasjoner. Andel av strykningsårsaker tilknyttet kapasitet er i stor grad påvirket av manglende intensivkapasitet og manglende øhjelps operasjonskapasitet. Analyse av strykningsårsaker er en viktig del av nødvendig forbedringsarbeid. Fordelingen av strykningsårsaker er forskjellig i ulike fag, samt mellom dagkirurgiske og innlagte pasienter.

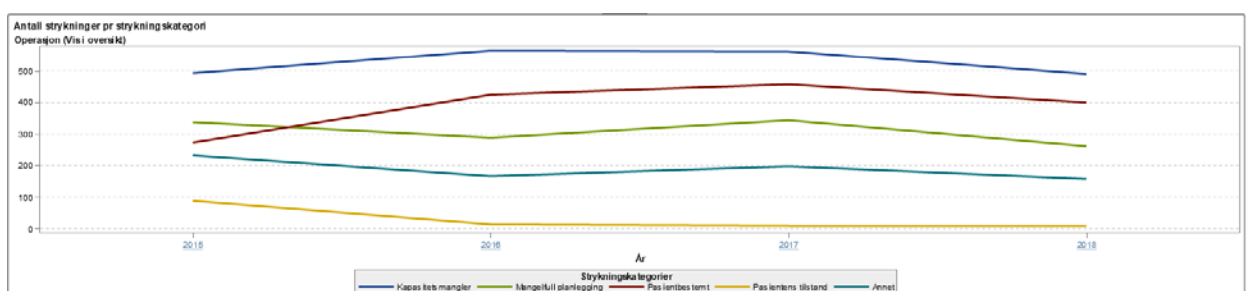
Strykninger registreres i det elektroniske operasjonsprogrammet (DIPS) i et regionalt kodeverk med strykningsårsaker. For 2018 er det registrert 1847 samme dag-strykninger ved UNN Tromsø. Strykingsårsakene er gruppert innenfor kategorier og strykninger på operasjonsdagen, og fordelte seg slik i 2018:

Dagkirurgi:

- *Kapasitetsmangel* – 26,7%
- *Pasientbestemt* – 39,9%
- *Mangelfull planlegging* – 19,8%
- *Annet* – 12,3%

Innlagt:

- *Kapasitetsmangel* – 70,2%
- *Pasientbestemt* – 10,8%
- *Mangelfull planlegging* – 9,8%
- *Annet* – 5,7%



Figur 1 Viser utvikling av antall strykninger pr strykningsårsak siste 4 år (januar-oktober alle år)

For å bedre datakvaliteten i strykningsregistrering og -rapportering ble det høsten 2018 utarbeidet et forslag fra UNN til nye regionale rutiner for strykningsregistrering og forbedret kodeverk med strykningsårsaker i DIPS operasjonsprogram. Forslaget er behandlet og vedtatt av fagsjefene i Helse Nord. Disse er implementert fra 01.01.2019.

Gjennom et arbeid på tvers av klinikkene (HLK, NOR, K3K, OpIn) er det utarbeidet et excel-verktøy for å beregne lønnskostnader pr strykning (KPS) (Vedlegg 1).

Kostnadsberegningene via KPS-modellen viser at kostnadene øker betydelig jo nærmere planlagt operasjonsdag strykningene gjøres. Samme dags-strykninger er 9,3% i UNN, og har en beregnet kostnad pr strykning fra 3033 kr til 4222 kr. Reisekostnad, ekstra liggedøgn, forbruksmateriell med mer er ikke inkludert i beregningene. I tiltaksarbeidet for å redusere antall strykninger er hovedfokus i 2019 å redusere samme dags-strykninger til <5%.

Tiltak for å redusere strykninger i UNN

Det er igangsatt flere forbedringsprosjekt for å sikre reduksjon av strykninger samt effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet. Detaljert oversikt over forbedringsprosjekt med tilhørende tiltak vedlegges i et driverdiagram. En del elektiv kirurgi krever intensivkapasitet i det umiddelbare postoperative forløp. Organisasjonsutviklingsarbeid er nødvendig og pågår for å sikre at begrensninger i intensivkapasitet ikke skal være til hinder for sømløs avvikling av elektiv operasjonsprogram. Driverdiagrammet viser sammenheng mellom øvrige forbedringsprosjekt og tiltak, samt hvilke strykningsårsak som påvirkes (Vedlegg 2 og 3). I saksutredningen beskrives noen av tiltakene.

Tiltak for å redusere strykninger relatert til kapasitetsmangel og mangelfull planlegging:

Forbedringsprosjekt som er iverksatt for å oppnå forbedret korttidsplanlegging av operasjonsvirksomheten er:

- Flyt-prosjektet (Vedlegg 4) er et omfattende tverrfaglig prosjekt for å få til bedre og tidligere planlegging av kirurgi og operasjonsprogram gjennom implementering av nye rutiner. Implementeringen av prosedyrene har ikke gått raskt nok, og det er opprettet implementeringsansvarlige på de kirurgiske klinikkene for å sikre gjennomføring i alle enheter innenfor den kirurgiske virksomheten.
- Kartlegging og forbedring av møtestruktur og beslutningsmyndighet gjennom et klinikkovergripende fellesprosjekt. Formålet med arbeidet er å etablere og implementere et klinikkovergripende system for samarbeid, planlegging og gjennomføring av operasjonsprogrammet.

Kapasitet til øyeblikkelig hjelp-operasjoner er i dag for lav og medfører strykninger av elektiv kirurgi for innlagte pasienter. Ø-hjelps kapasiteten økes med 3 operasjonsstuer pr uke innen 01.03.19. Dette vil gi tilsvarende økt kapasitet for elektiv kirurgi og forventes å være et viktig bidrag for å redusere antall strykninger. Effekten av tiltaket vil overvåkes og følges tett opp i et samarbeid mellom involverte klinikker/sentre på ulike organisasjonsnivå.

Tiltak for å redusere strykninger relatert til pasientbestemte strykninger:

Det gjøres flere tiltak for redusere strykninger grunnet mangelfull utredning og avklaring mht. planlagt behandling. I prosedyrene for flytprosjektet er det fastsatt at det skal foreligge beslutningsnotat om kirurgi for å sikre indikasjon for behandling og samtykke fra pasient om valgt behandlingsmetode. Anestesipoliklinikk er re-etablert for å sikre at anestesivurdering er ferdigstilt i rett tid og ikke medfører strykning av planlagt operasjon.

Andelen pasientbestemte strykninger er størst for dagkirurgi. Det å ringe pasienter i forkant av planlagt operasjon er et viktig tiltak for å redusere denne strykningsårsaken.

Tiltak for kontinuerlig forbedring av gjennomføring av operasjonsprogram og monitorering:

I henhold til Deloitte rapporten er det et potensiale for økt produksjonseffektivitet ved gjennomføring av operasjonsprogrammet. I delprosjektet for aktivitetsstyrt bemanning ved OpIn-klinikken må rutiner for dagsplan evalueres for ulike aktiviteter mtp optimalisering av drift. Bemanningsplaner for operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesileger,

oppvåkning og intensiv må justeres og revideres i henhold til den besluttede aktivitet for å sikre optimal ressursutnyttelse.

Presentasjon av strykninger og strykningsårsaker finnes i ledelsesinformasjonssystemet, Helse Nord LIS (HN LIS). Dette er et avansert system med stort potensiale for analyser og presentasjon av aktivitet. Det er i tillegg utviklet to Excel-verktøy; ett for å overvåke behov for antall operasjoner og utgitt operasjonskapasitet, samt ett for å styre aktivitet i henhold til vedtatt plan. Verktøyene forvaltes i et samarbeid mellom de kirurgiske klinikkene og OpIn .

Data fra de ulike informasjonssystemene presenteres og diskuteres i ulike fora. Forbedringstavle med ukentlige tverrfaglige tavlemøter hvor personell tilknyttet operasjonsvirksomheten deltar, brukes til å gjennomgå strykninger, strykningsårsaker og aktuelle forbedringstiltak. Det planlegges tilsvarende ukentlig tavlemøte med de opererende klinikkens planleggere av program og de som er ansvarlige for gjennomføring av programmene i Op/In. Metodikk fra kontinuerlig forbedring skal brukes.

Medvirkning

Saken har vært behandlet i UNN Ledermøte og Overordnet Planleggings- og Koordineringsgruppe (OPK) som består av klinikkjefene med ansvar for den kirurgiske virksomheten. OPK fungerer som styringsgruppe for klinikkovergripende prosjekter og tiltak. Saken er forelagt ansattorganisasjonene og vernetjenesten i drøftingsmøte.

Vurdering

Tidligere arbeid for å redusere unødige strykninger i UNN har vært enkelttiltak som ikke har ivarettatt helheten i planleggingen og gjennomføringen av planlagte operasjoner. Fordelingen av strykningsårsaker er forskjellig i ulike fag, samt mellom dagkirurgiske og innlagte pasienter. Direktøren mener at man nå har utviklet tiltak som i større grad skal ivareta helhetsbildet, og som sammen vil bidra til reduksjon av unødige strykninger.

Det er etablert flere prosjekt, på tvers av klinikker og organisasjonsnivå, som skal sikre at tiltakene blir gjennomført. Alle godkjente og planlagte prosjekter er tverrfaglige og i hvor stor grad vi lykkes avhenger av at vi etablerer en felles forståelse for hvordan vi skal løse utfordringene og utvikler et godt samarbeidsklima. Enkelte prosjekter vil kreve mer tid enn andre for å implementeres. Prosjektene rapporterer til OPK for å sikre beslutning og gjennomføring på tvers av klinikker. Detaljer for fremdriftsplan for de ulike forbedringsprosjektene vedlegges (Vedlegg 5). Den vedtatte økning i operasjonskapasitet i UNN Tromsø er også et viktig bidrag i arbeidet for å redusere antall strykninger.

Tromsø, 11.2.2019

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Kostnader pr. strykning (KPS)
2. Presentasjon
3. Driverdiagram, strykningsårsaker med tilhørende forbedringsprosjekter og tiltaksoversikt
4. Prosjektplan Flytprosjektet
5. Fremdriftsplan

Fase

Dagen før

Inntil 2 dager før

Samme dag

Behandlingssted

Harstad

Narvik

Tromsø

Klinikk - operas...

Annet

BUK

HLK

K3K

MED

NOR

Opln

Opererende av...

Anestesiavdel...

Barne- og ung...

Gastrokirurgi...

Hjerte-, lunge...

Hudavdeling -...

Kvinne- og fø...

Medisinsk av...

Nevrokirurgis...

Ortopedisk av...

Plastikkirurgis...

Revmatologis...

Urologisk avd...

Øre-nese-hals...

Øvrige

Øveavdeling -...

Kommunenavn

ALSTAHA...

ALTA

ANDØY

ARENDAL

ASKER

ASKIM

ASKVOLL

ASKØY

AURE

AURSKO...

AUSTEV...

BALLAN...

BALSFJO...

BARDU

BEIARN

BERG

BERGEN

BERLEVÅG

BJERKREI...

BJUGN

BODØ

BREMAN...

BRØNNØY

BÆRUM

BØ

BÅTSFJO...

DEATNU ...

DRAMM...

DYRØY

DØNNA

EIDSBORG

EIDSKOG

EIDSVOLL

EIGERSU...

ELVERUM

ENEBAKK

EVENES

EVJE OG ...

FAUSKE

FET

FJELL

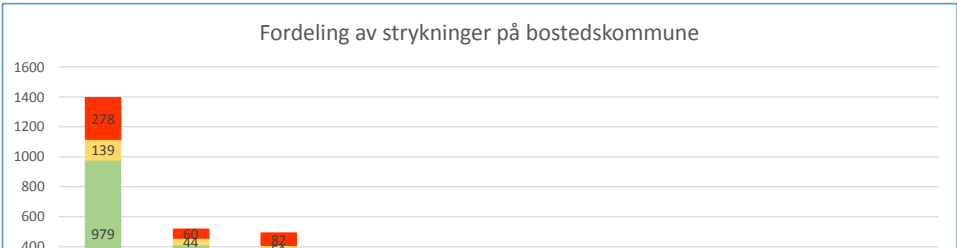
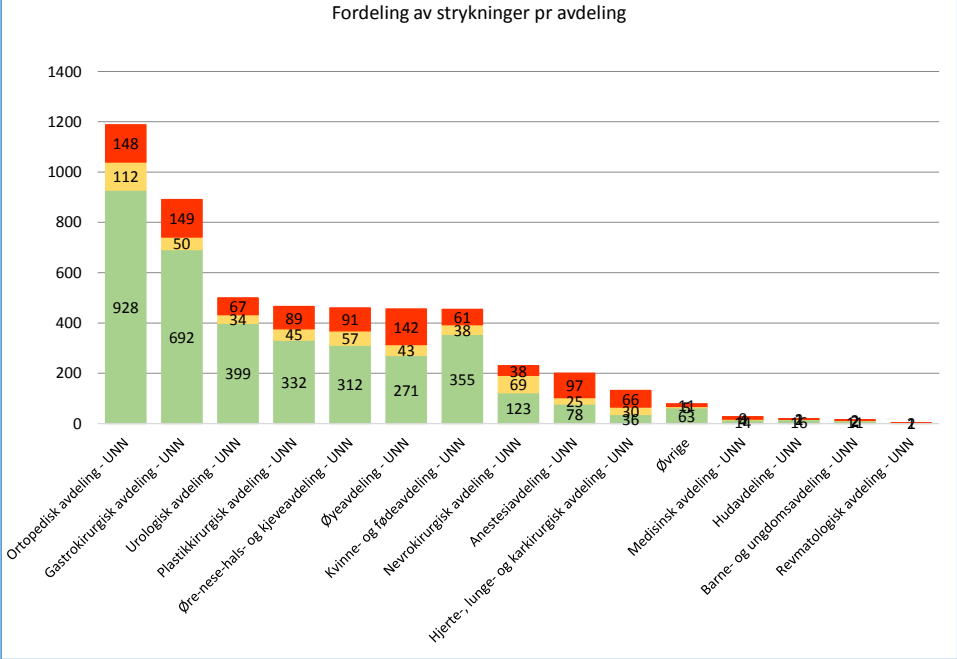
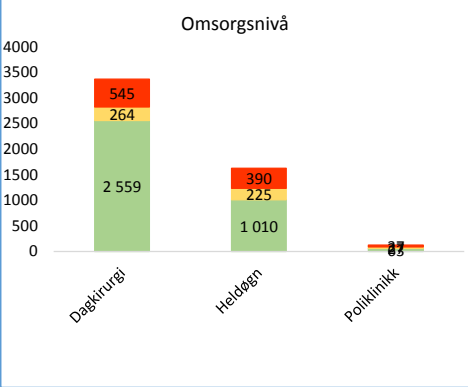
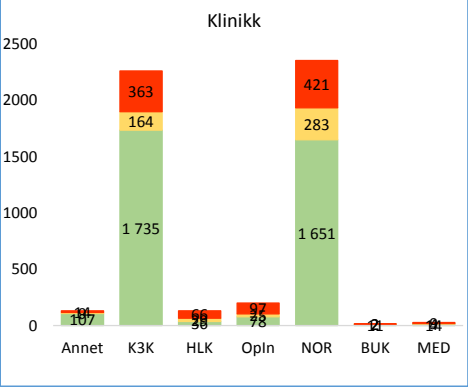
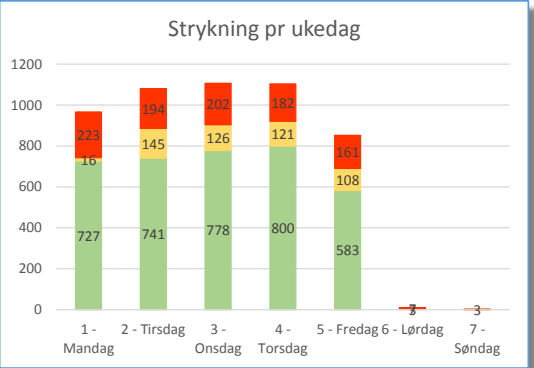
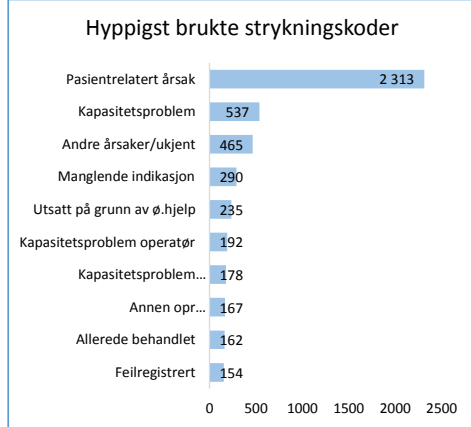
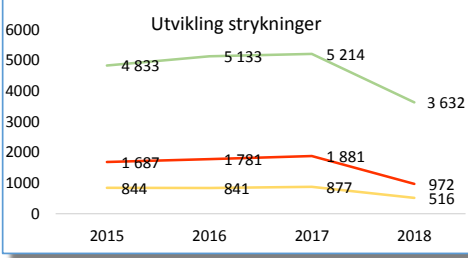
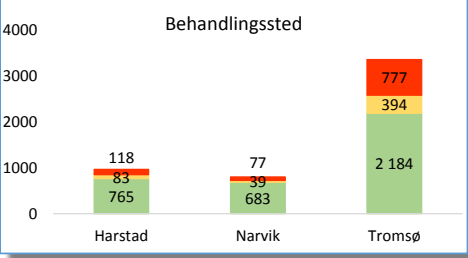
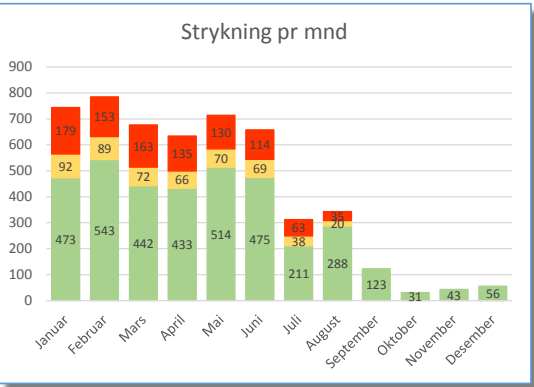
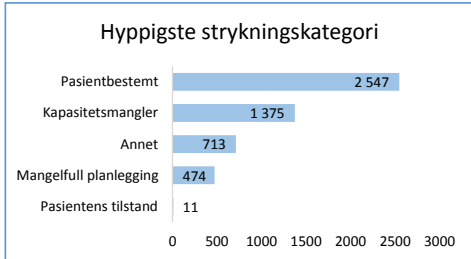
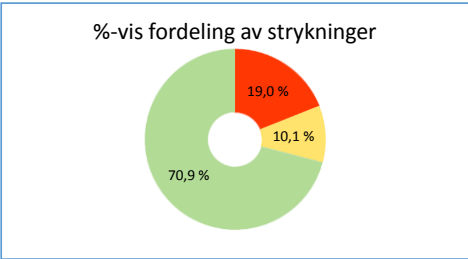
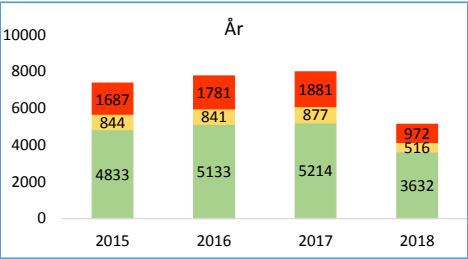
FLAKSTAD

FREDRIK...

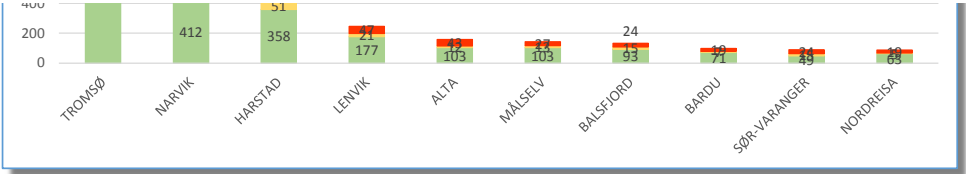
GÅIVUO...

GAMVIK

Analyse av strykninger - samme dag, dagen før og < 2 dager før



		Strykningspunkt		
Strykningskategorier	Avsluttkodetekst	Samme dag	Dagen før	< 2 dager før
Annet	Andre årsaker/ukjent	80	48	337
	Feilregistrert	34	14	106
	Overflyttet annet sykehus	1	2	8
	Mangler			83
Kapasitetsmangler	Anestesibegrunnet strykning/Kapsitetsproblem anest	8	6	7
	Annen opr tidsforskjøvet/Kapasitetsproblem	111	10	46
	Kapasitetsproblem	71	31	435
	Kapasitetsproblem intensiv/oppvåkning	27	2	1
	Kapasitetsproblem operatør	32	32	128
	Kapasitetsproblem opr.sykepleier	18	12	148
	Mangler anestesilege	3		
	Mangler anestesisykepleier	5		
	Mangler operasjonsstue			7
	Utsatt på grunn av ø.hjelp	81	51	103
Mangelfull planlegging	Ikke fastende	10		
	Mangelfull innkalling	5		2
	Manglende forberedelse	28	9	19
	Manglende indikasjon	123	68	99
	Manglende prøvesvar	1	5	5
	Manglende utredning	15	19	31
	Mangler utstyr	9	5	21
Pasientbestemt	Allerede behandlet	24	9	129
	Annet sykehusvalg			9
	Fritt sykehusvalg			10
	Ikke møtt - ingen beskjed	48	4	1
	Pasientrelatert årsak	233	186	1 894
Pasientens tilstand	For lav INR verdi	1		
	For lave blodverdier	4		3
	Forhøyet blodverdier		3	
Totalsum		972	516	3 632



Hvordan forhindre strykninger ved UNN?

TRINE OLSEN

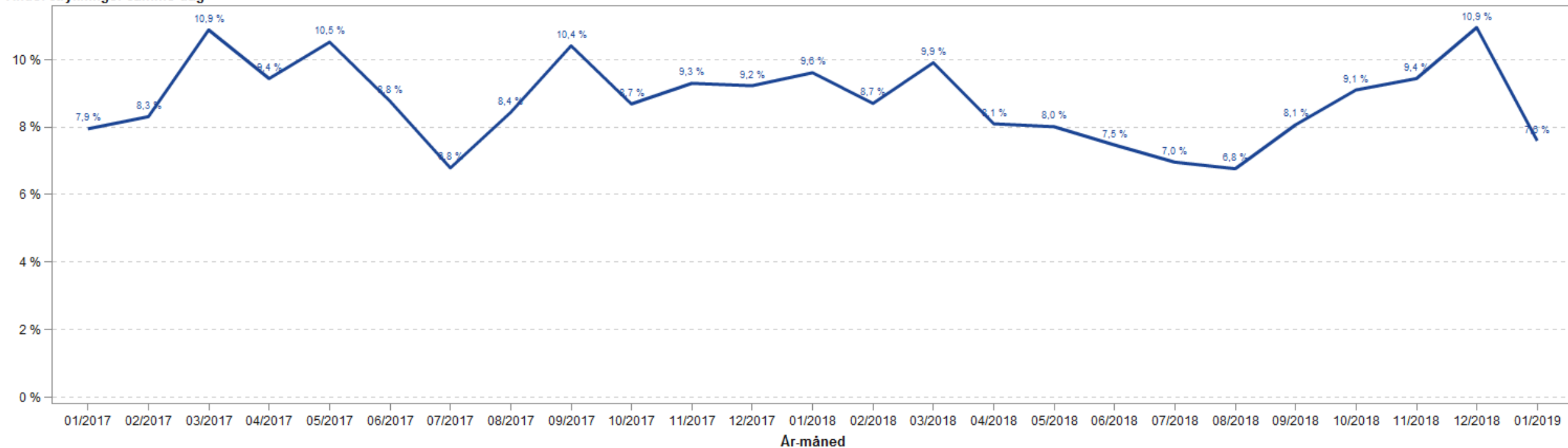
KONSTITUERT KLINIKKSJEF OPIN

Variasjon samme dags strykning UNN 2017-2018 og start 2019



Utvikling strykninger

Andel strykninger samme dag



Samme dags strykninger: 2264 i 2018

UNN har hatt en økning i strykningsandel fra 9-13% fra 2014 til 2017- ned til 9,4% i 2018

Høyt antall strykninger i forhold til andre tilsvarende sykehus (Ahus 2017: 7%, Haukland: 6-8%)

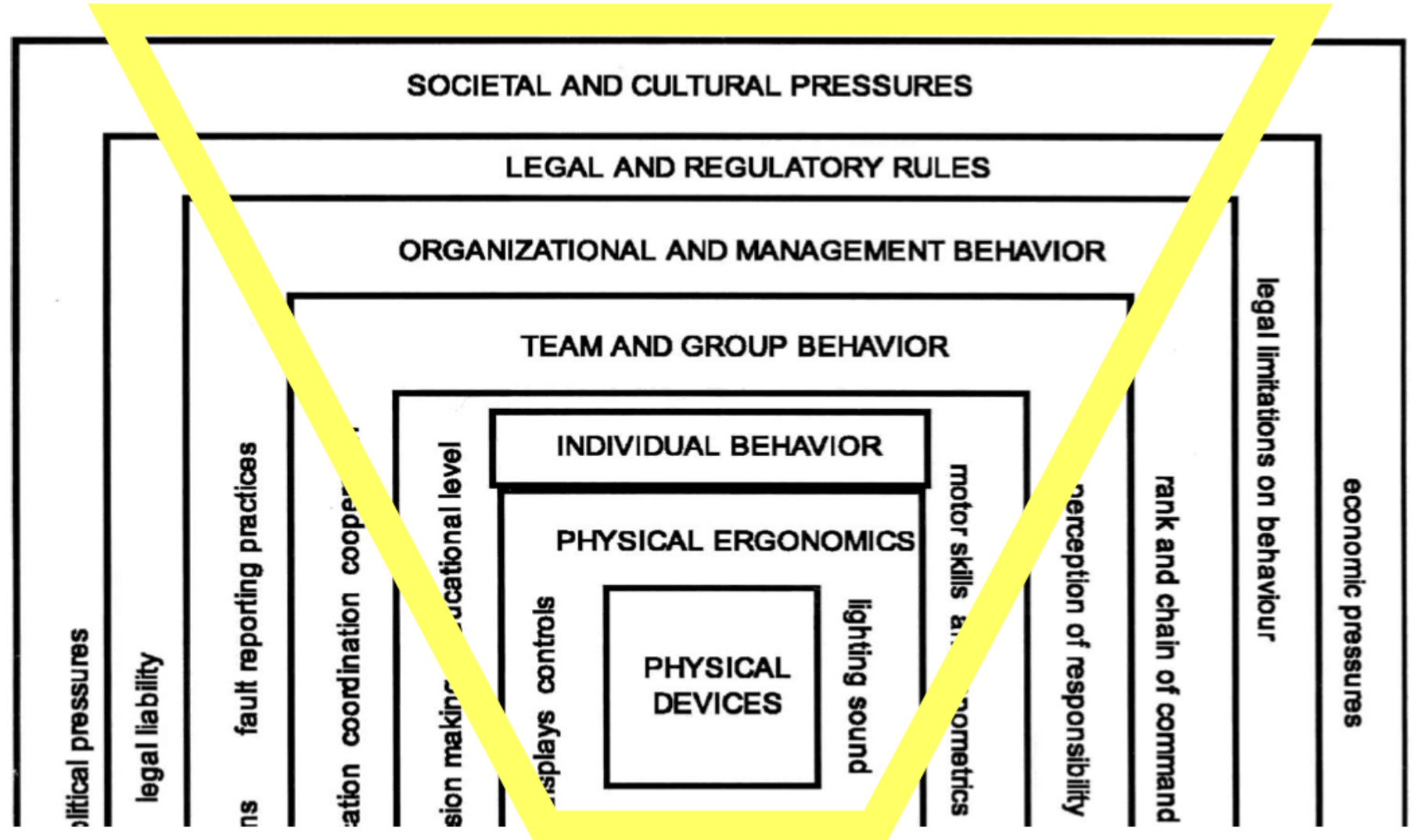
Uncontrolled variation is the enemy of quality.

W. Edwards Deming

quote fancy

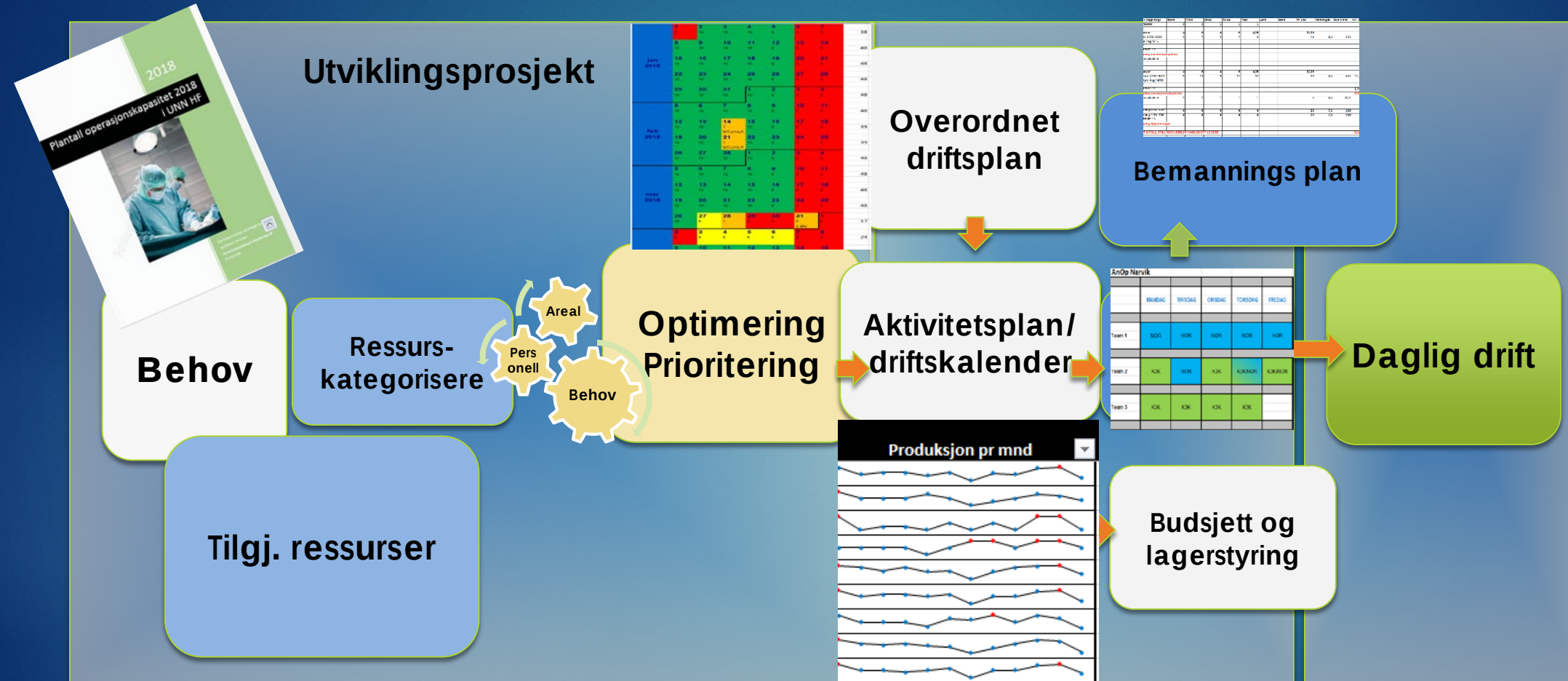
Ved Trine Olsen Avdelingsleder MK

The “system”...



Sak 7/2019 vedlegg 2

Behovsbasert aktivitets- bemannings- og budsjettplanlegging med simulering- og optimeringsverktøy



Strategisk nivå 3-5 år

Taktisk nivå - årlig

Operasjonelt nivå - daglig

Operasjonelt nivå

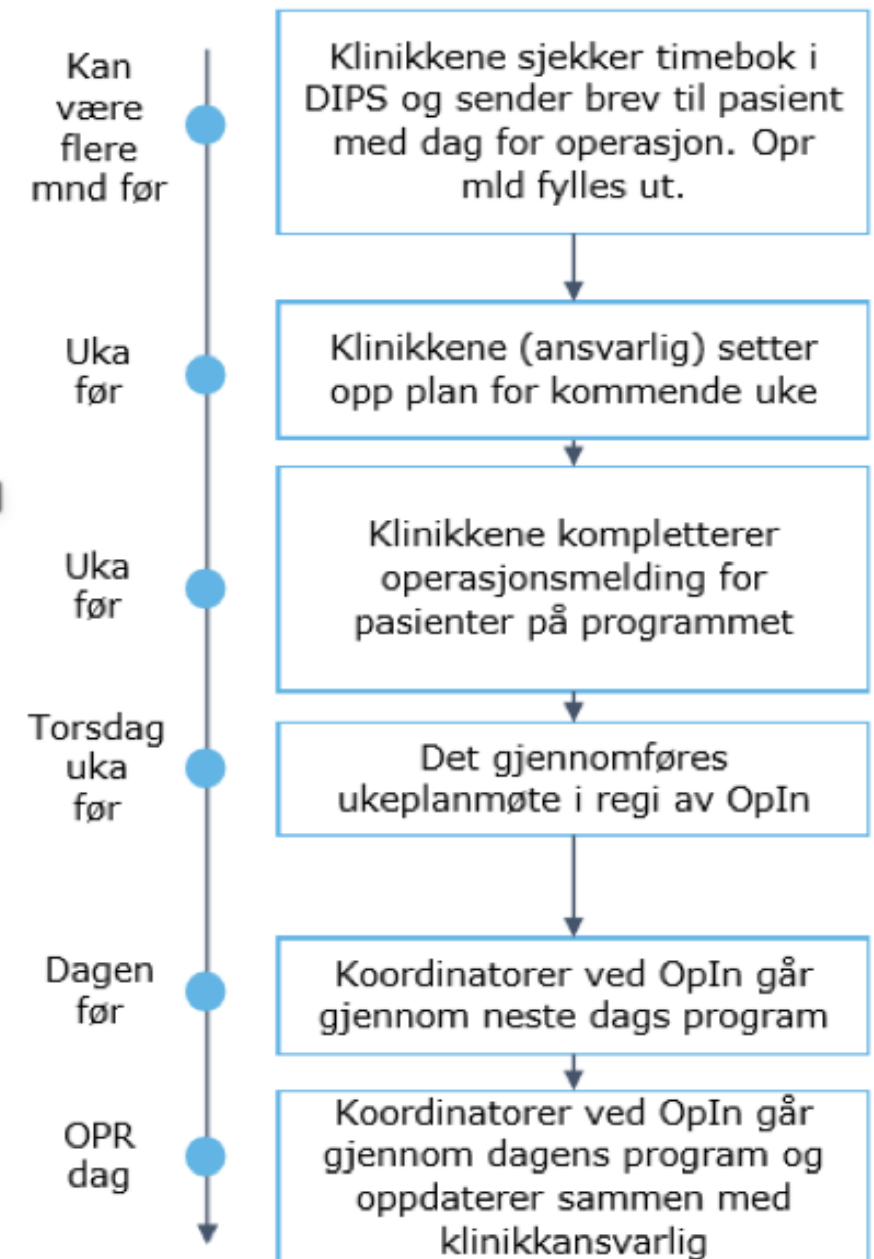
Bemannings plan

AnOp Narvik

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FRIDAG
Team 1	SDS	NOR	NOR	NOR	NOR
Team 2	KOK	NOR	KOK	KORNOY	KORNOY
Team 3	KOK	KOK	KOK	KOK	

Budsjett og
lagerstyring

Operasjonelt nivå
Daglig drift



Status Langsiktig planlegging

Det er innført en faktabasert prosess for årlig planlegging av klinikkens aktivitetsnivåer og behov for operasjonsstuekapasitet på hhv innsusa, dagkirurgi, Harstad og Narvik

Proessen er tydelig definert og implementert, og støttes av et godt planleggingsverktøy utarbeidet av OpIn klinikken i verktøyet Excel

Det er etablert et forum for jevnlig oppfølging av drift, kapasitetsutnyttelse og stuetildeling (OPK) der klinikkene og OpIn er involvert, og der direktøren deltar

Status Ukeplanlegging

Prosess for ukeplan er definert men fungerer ikke som tiltenkt. Generell oppfatning fra OpIn av at denne er mangelfull, noe som medfører mye plunder og heft og bidrar til en høy og stigende strykningsprosent (13%)

- Uklart hvem som eier ukeplanen og hvem som bør kunne endre den
- Stor grad av endringer og strykninger etter ukeplanmøtet, og tilsynelatende liten forståelse fra klinikkene på at siste liten endringer har konsekvenser for driften ved OpIn
- Mangelfull informasjon i operasjonsmeldingene skaper plunder og heft i gjennomføring

Vurdering

Det er innført en faktabasert prosess for årlig planlegging av klinikkens som meget god og langtkommen, ift hva vi ser ved andre sykehus av tilsvarende størrelse og kompleksitet

Proessen er faktabasert, og synes å være godt forstått, forankret og implementert

Fortsatt forbedringspotensiale ift kvalitet på aktivitetstallene – fortsatt for store avvik både mht årlige totaltall

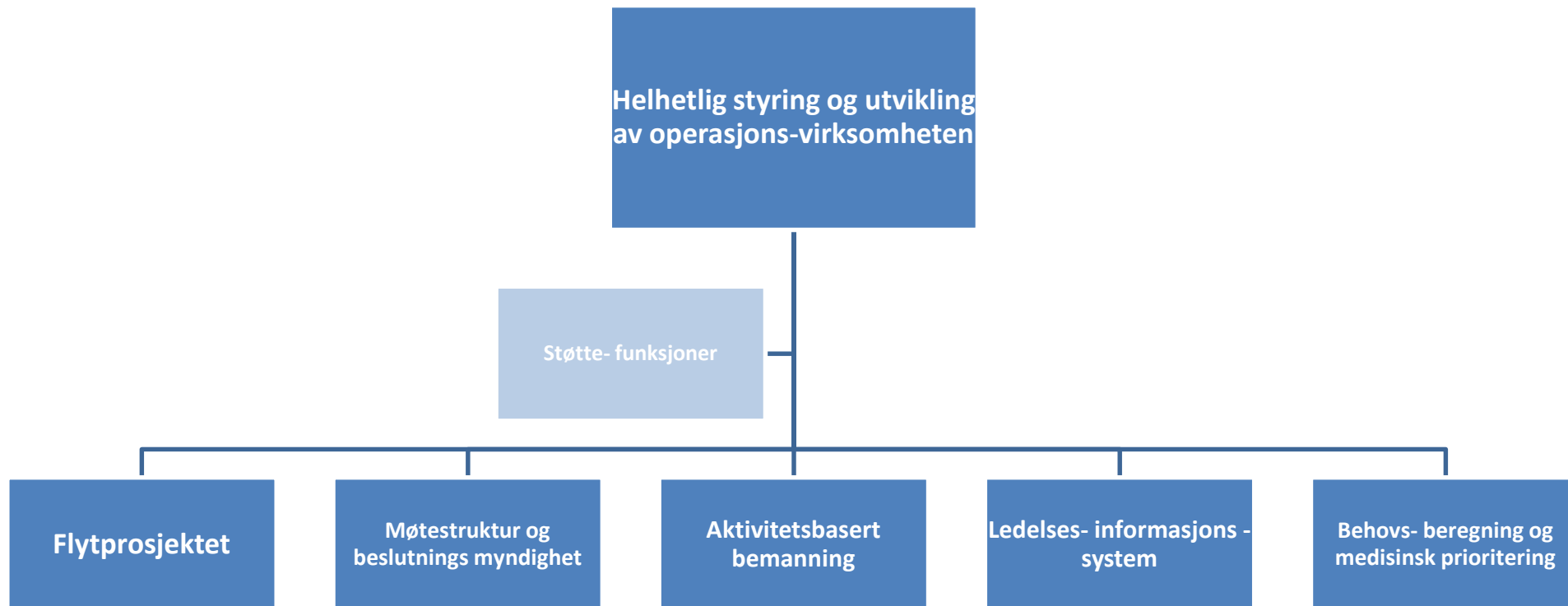
Enkelte av forutsetningene i modellen er fortsatt sårbare – eg stuefaktor. Modellogikk bør på sikt endres noe. Modellen bør på sikt inkludere ØH – pt holdt utenfor modellen, slik at den har et totalperspektiv

Det er vår oppfatning at det er et stort forbedringspotensiale i den kortsiktige operasjonsplanleggingen, og at en bedre planprosess vil redusere plunder og heft vesentlig, redusere strykninger, øke forutsigbarhet og generell trivsel i avdelingen.

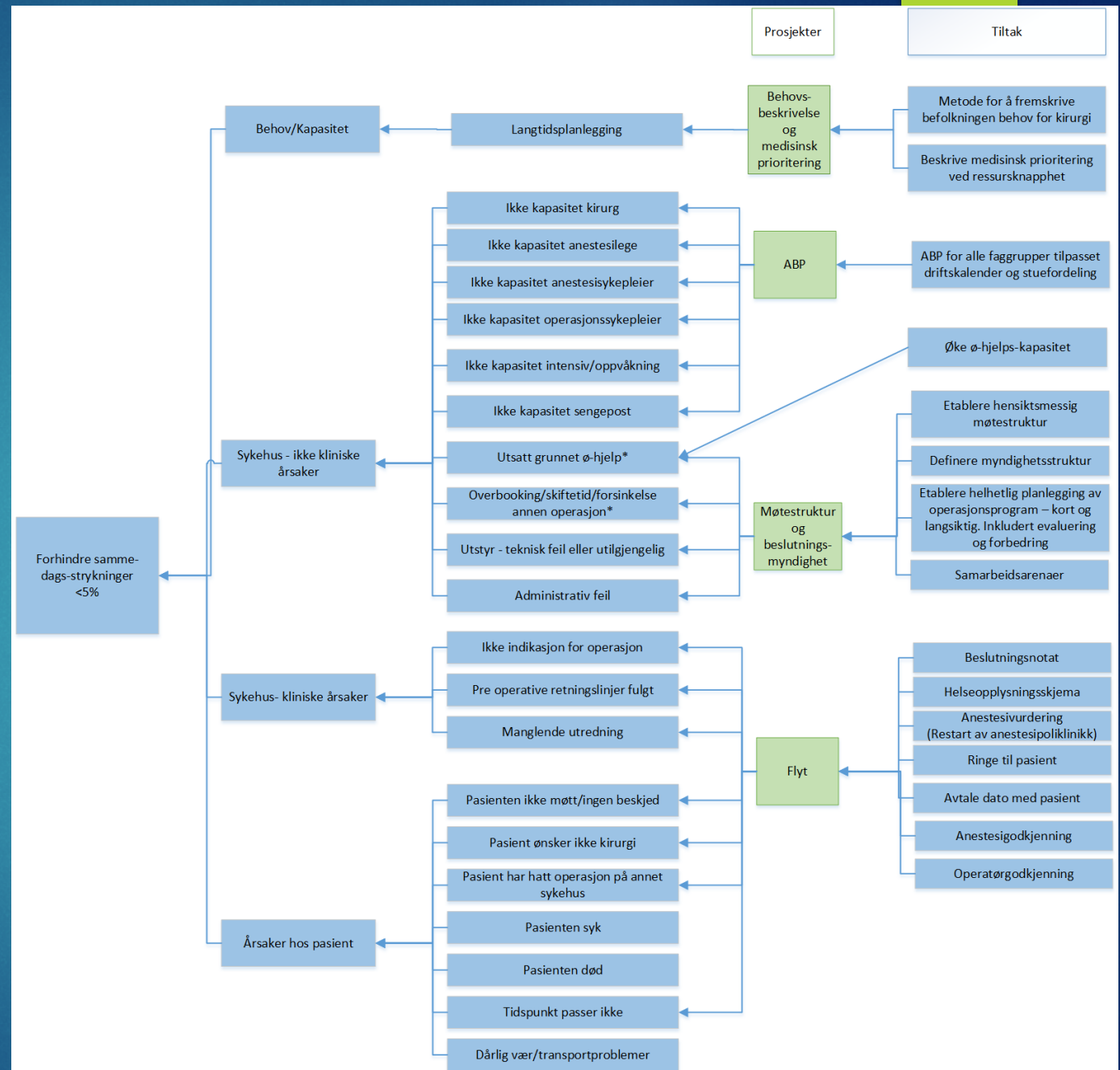
Forbedringspotensialet ligger i styrket samhandling mellom de ulike klinikkene – bedre forståelse av hverandres oppdrag – tettere og regelmessig dialog om programendringer

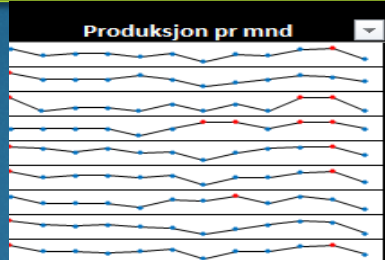
Det bør vurderes å innføre en overordnet programansvarlig som representerer samtlige klinikker og som prioriterer overordnet på medisinsk indikasjon

Forbedringsprosjekter

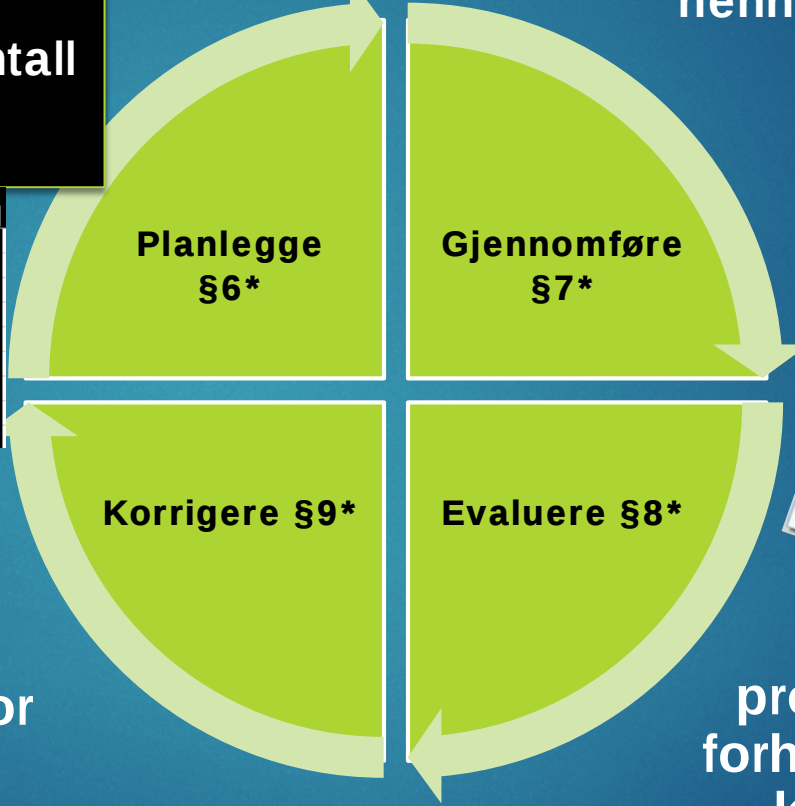


Driverdiagram





Budsjett



Planlegge for den enkelte pasient i henhold til driftsplan



Justere plan for å tilpasse til behov

Måle produksjon i forhold til utgitt kapasitet

Hvordan oppnå forbedring?



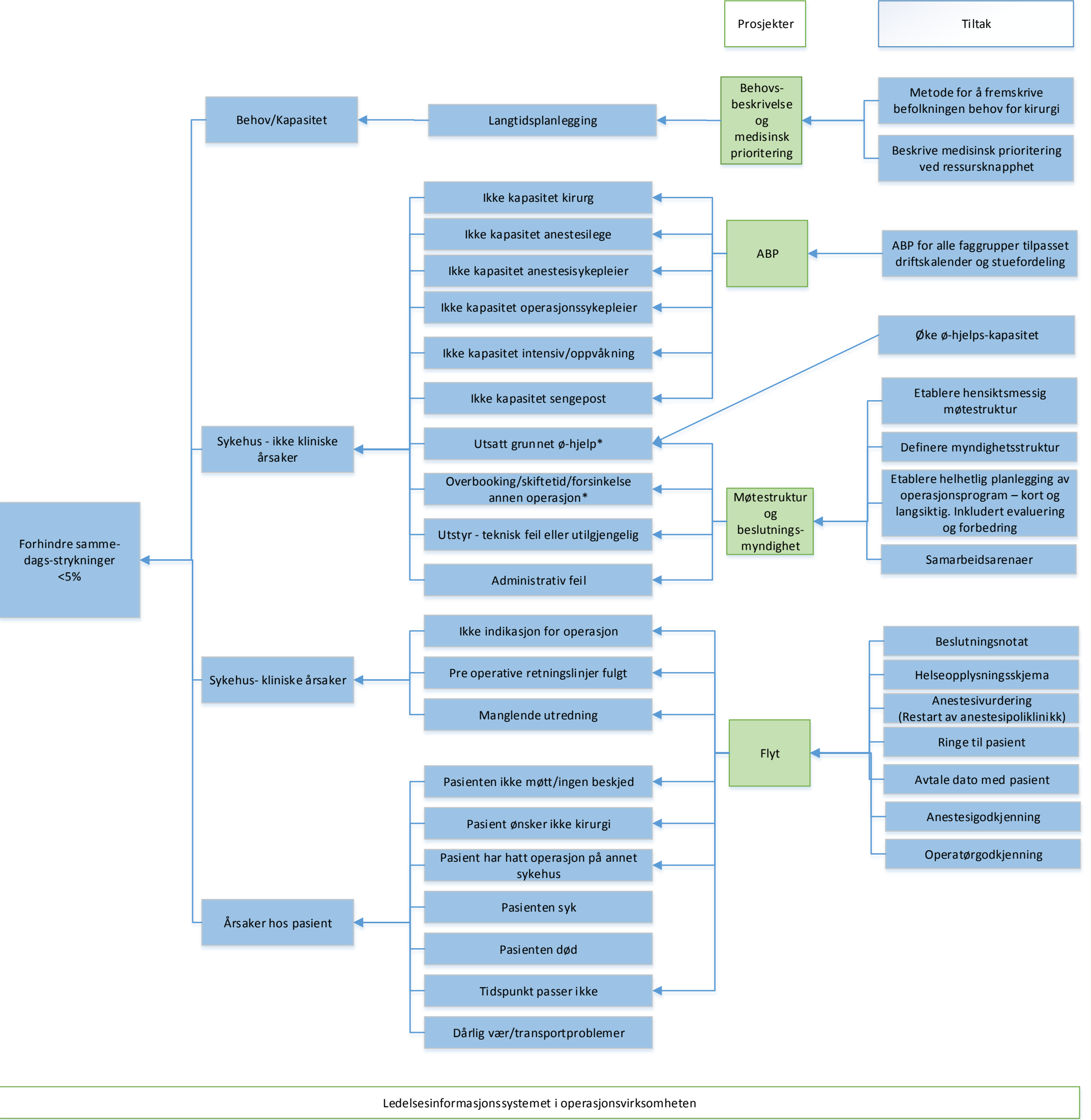
1. Forstå systemet, inkludert variasjonen i systemet
2. Se effekten av å implementere en endring i systemet
3. Monitorer progresjon og beskriv forbedringsreisen



The supposition is prevalent the world over that there would be no problems in production or service if only our production workers would do their jobs in the way that they were taught. Pleasant dreams. The workers are handicapped by the system, and the system belongs to the management.

(W. Edwards Deming)

izquotes.com



Prosjektplan

Implementering av ny planleggingsprosess for elektiv kirurgi ved UNN («Flytprosjektet»)

Snorre Sollid, Stein Roald Bolle og Tonje Drecker

Opprettet: 25. januar 2017

Justert: 16. mai 2017

Innhold

Bakgrunn	2
Mål og rammer	3
Prosjektets formål og mål.....	3
Leveranser fra prosjektet	3
Omfang og avgrensning.....	4
Organisering	5
Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler	6
Beslutningspunkter for styringsgruppe	6
Oppfølging	6
Milepæler	7
Risikovurdering	8
Gjennomføring	9
Kommunikasjonsplan	9
Ressursbehov	10
Vedlegg	11
Aktuelle måleparametre	11

Bakgrunn

Riksrevisjonens undersøkelser (1, 2) påpeker at god planlegging er nødvendig for å utnytte kapasiteten på operasjonsstuene. Tidligere prosesser ved UNN, blant annet «Optimal ressursutnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN», Lean-prosjektet «Elektive kirurgiske pasienter» og forskningsprosjektet «eTeam-Surgery» (3), har vist at planlegging av kirurgi ofte er mangelfull eller at oppgaver som løses på operasjonsdagen burde vært avklart på et tidligere tidspunkt. Dette resulterer i at personell bruker mye tid på å løse problemer på operasjonsdagen, som igjen bidrar til forsinkelser, kanselleringer og dårlig utnyttelse av operasjonsstuene. U hensiktsmessige rutiner bidrar også til unødig ekstraarbeid. Det er derfor behov for endringer i hvordan UNN planlegger og forbereder kirurgi.

For å sikre god forberedelse av pasienter til kirurgi og andre prosedyrer som krever anestesi ble anestesipoliklinikk etablert i 2014 i A-fløya. Poliklinikken måtte dessverre stenge på grunn av ombygging og nybygg og det har vært vanskelig å finne nye lokaler. Det betydelige arbeidet som er lagt ned i å etablere et slikt tilbud må snarest videreføres i egnede lokaler.

UNN har nedlagt en stor innsats for bedre arbeidsflyt i DIPS-Arena, men implementering av ny operasjonsplanleggingsmodul i DIPS har blitt forsinket. Forsinket implementering av DIPS-Arena forhindrer ikke innføring av nye rutiner, men krever større grad av manuelle oppgaver for å ivareta arbeidsflyten.

For bedre å ivareta planlegging av elektiv kirurgi i UNN er det utarbeidet prosedyrer som skal bidra til bedre flyt, forutsigbarhet og kvalitet i preoperative prosesser. Dette krever imidlertid at ledere og ansatte får en forståelse for hva prosedyrene innebærer og at det skjer endringer i organisasjonen.

(1) Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av operasjonskapasiteten i sykehus. Dokument nr. 3:4. 2004 – 2005.

(2) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:3. 2013 – 2014.

(3) Moving pre-surgical planning from the hospital to the patient at home through electronic collaboration (eTeam-Surgery). Forskningsprosjekt finansiert av Helse Nord (HST1116-13).

Mål og rammer

Prosjektets formål og mål

Formål:

- Bedre pasientforløp for pasienter som skal til planlagt kirurgi
- Effektiv utnyttelse av ressurser og avvikling av operasjonsprogram
- Unngå kansellering av elektiv kirurgi

Mål:

- Bedre og tidligere planlegging av kirurgi og operasjonsprogram gjennom implementering av nye prosedyrer

Leveranser fra prosjektet

- Opplæring i administrative prosedyrer som avklarer ansvarsfordeling og arbeidsoppgaver i operasjonsplanleggingen
- Opplæring i veiledning/prosedyrer til arbeidsflyt og arbeidsoppgaver i EPJ DIPS
- Målemetode for grad av implementering

Prosessmål:

- Alle elektive operasjonspasienter skal ha beslutningsnotat
- Alle elektive operasjonspasienter skal ha gyldig helseopplysningsskjema
- Alle pasienter skal ha dokumentert anestesivurdering før elektiv kirurgi

Omfang og avgrensning

Prosjektet skal informere, undervise og støtte linjeorganisasjonen i arbeidet med å ta i bruk nye prosedyrer og arbeidsflyt for ny operasjonsplanlegging. Implementering av nye prosedyrer starter i avdelinger som allerede har erfaringer med ny operasjonsflyt gjennom pilotering av anestesipoliklinikk og DIPS-Arena (Gastrokirurgisk avdeling og Ortopedisk avdeling). Arbeidsflyt og prosedyrer testes i disse avdelingene før videre implementering i UNN.

Nye prosedyrer er plassert i Docmap (DS11231) og inkluderer:

- Operasjonsplanlegging av elektive prosedyrer ved UNN (PR43018)
- Helseopplysninger fra pasient (SJ10278)
- Håndtering av skjemaet «Helseopplysninger fra pasient» (PR43019)
- Beslutningsnotat kirurgi (PR37106)
- Operasjonsmelding – utfylling fra operatør EPJ DIPS (PR41754)
- Anestesivurdering UNN Tromsø (PR43007)
- ASA klassifikasjon for kirurger (tilgjengelig via DIPS og via intranett)

Prosjektet har ansvar for informasjon og opplæring i ny arbeidsflyt. Avdeling/klinikk har ansvar for å tilpasse arbeidsrutiner i egen enhet knyttet til ny arbeidsflyt.

Organisering

Prosjekteier	Tor Ingebrigtsen, Administrerende direktør
Prosjektansvarlig	Eva Hanne Hansen, Klinikksjef OpIn-klinikken
Styringsgruppe	Overordnet prioritering og koordineringsgruppe (OPK)
Prosjektleder	Stein Roald Bolle, Seksjonsoverlege AnOp Dagkirurgi

Styringsgruppe	Navn	Stilling
Leder	Eva Hanne Hansen	Klinikksjef OPIN
Medlem	Arthur Revhaug	Klinikksjef K3K
Medlem	Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikksjef NOR
Medlem	Kristian Bartnes	Klinikksjef HLK

Prosjektgruppe	Navn	Kompetanse/funksjon
Prosjektleder	Stein Roald Bolle	Seksjonsoverlege AnOp Dagkirurgi/Anestesilege
Prosjektmedlem		Anestesisykepleier/Prosjektstilling
Prosjektmedlem	Tonje Drecker	Kvalitetsrådgiver OpIn
Prosjektmedlem	Ann-Elisbeth Evenseth	

Hver avdeling skal avsette en **avdelingskontakt og arbeidsgruppe** som har ansvar for å sikre framdrift i egen enhet og kjennskap til avdelings arbeidsflyt og møtepunkter.

Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler

Beslutningspunkter for styringsgruppe

Beslutningspunkt 1	Oppstart av prosjektet Dato: 7. februar 2017 Grunnlag: Implementeringsplan.
Beslutningspunkt 2	Fortsatt framdrift i henhold til implementeringsplan. Dato: 2. mai 2017 Grunnlag: Rapport fra test i Gastrokirurgisk- og Ortopedisk avdeling.
Beslutningspunkt 3	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Tromsø Dato: oktober 2017 Grunnlag: Statusrapport for UNN Tromsø
Beslutningspunkt 4	Godkjenne prosjektplan for UNN Harstad
Beslutningspunkt 5	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Harstad
Beslutningspunkt 6	Godkjenne prosjektplan for UNN Narvik
Beslutningspunkt 7	Avslutning av implementeringsprosjektet UNN Narvik

Oppfølging

Prosjektleder rapporterer på milepælsplan til prosjektansvarlig.

Statusmøter: Prosjektleder innkaller til statusmøter minst hver 14. dag. Prosjektleder og prosjektmedlemmer deltar på disse møtene. Representanter for den enkelte avdeling innkalles ved behov.

Det etableres i tillegg ukentlige oppfølgingsmøter mellom prosjektgruppe og aktuelle avdelinger der problemstillinger og spørsmål kan bringes inn og avklares eller tas videre. Behov for prosedyreendring meldes til prosjektleder via avdelingsledere.

Milepæler

Id	Dato	Milepæl
1		Kickoff er arrangert
2		Gastrokirurgisk avdeling Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
3		Ortopedisk avdeling Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
4		K3K-klinikken Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
5		NOR-klinikken har implementert ny arbeidsflyt
6		HLK-klinikken har implementert ny arbeidsflyt
7		Øvrige klinikker UNN Tromsø har implementert ny arbeidsflyt
8		UNN Harstad har implementert ny arbeidsflyt
9		UNN Narvik har implementert ny arbeidsflyt
10		Prosjektet er avsluttet

Risikovurdering

Prosjektets suksess avhenger av i hvor stor grad organisasjonen har implementert ny flyt for operasjonsplanlegging. Dette betinger at flere personellgrupper jobber på en annen måte enn tidligere og at nye prosedyrer følges. Denne forenklete risikovurderingen fokuserer derfor på faktorer som medfører at prosedyrene ikke blir implementert eller at det blir forsinkelser i prosjektet.

Uønsket hendelse	Årsak	Konsekvens	Sannsynlighet	Forslag til tiltak
Arbeidsflyt i DIPS må gjøres manuelt.	DIPS Classic støtter ikke automatisk arbeidsflyt.	Rutiner følges ikke opp eller gjøres feil.	Svært stor	God opplæring i manuell arbeidsflyt i DIPS. Bruke superbrukere som ressurser i klinikkene.
Avdelingens rutiner tilpasses ikke ny arbeidsflyt.	Manglende forståelse for behov for endring.	Ingen realisering av gevinster. Mislykket prosjekt.	Middels/stor	Avdelingsledere må engasjeres. Kickoff, informasjon og undervisning.
Manglende gjennomføring i den enkelte avdeling.	Avdeling avsetter ikke nok ressurser til endring eller nye rutiner ikke godt nok kjent.	Ingen realisering av gevinster. Mislykket prosjekt.	Middels/stor	Ansvarliggjøre avdelingsledere. Etablere avdelingskontakt. Oppfølging av den enkelte avdeling.
Manglende framdrift av prosjektet.	Samtidighetskonflikt med arbeidsoppgaver i basisorganisasjonen og andre prosjekter.	Forlenget periode med dobbeltarbeid	Middels/stor	Tett oppfølging av tidsplan og framdrift
Manglende mulighet til å følge opp implementering/måloppnåelse.	HN-IKT prioriterer ikke å gjøre endringer i DIPS eller å lage rapporter.	Manglende eller manuelle, tidkrevende målinger.	Svært stor	Direktør ber om prioritet fra Helse-Nord. Nøkkelperson fra IKT tilknyttes prosjektet.
Ikke tildelt lokaler for anestesipoliklinikken Tromsø.	Utbygging og arealmangel UNN Tromsø.	Anestesipol ikke i drift. Systematisk oppfølging av alle henvendelser uteblir	Middels/stor	Effektuere direktørens vedtak om lokaler til anestesipoliklinikk.

Risikovurderingen illustrerer nødvendigheten av at både prosjektet og basisorganisasjonen avsetter tilstrekkelig med ressurser.

Gjennomføring

Kommunikasjonsplan

Hvem	Når	Hva	Hvordan	Ansvarlig
Klinikk og avdelingsledere	Oppstart av prosjektet	Prosjektet Informasjon om nye rutiner og klargjøring til implementering	Kickoff	Klinikkleder/ Prosjektleder
Mellomledere	Ved oppstart i egen avdeling	Informasjon om nye rutiner og leders ansvar for oppfølging	Epost/interne møter	Avdelingsleder aktuell avdeling
Anestesileger	Før oppstart på Gastro	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Internundervisning	Prosjektleder
Kirurger	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Internundervisning	Prosjektleder
Sykepleiere (anestesi/ poliklinikker/ sengeposter)	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Epost/ Internundervisning	Avdelingsleder (evt med støtte fra prosjektet)
Sekretærer (sengepost, poliklinikk)	Ved oppstart i egen avdeling	Nye prosedyrer og arbeidsmåter	Epost/ Internundervisning	Avdelingsleder (evt med støtte fra prosjektet)
Superbrukere EPJ/DIPS (alle aktuelle avdelinger)	Ved innføring og endringer i prosedyrer	DIPS-rutiner	Informasjon på superbrukermøte	Prosjektleder
Pasienter		Prosjektet. Helseopplysningsskjema.	Brev til pasienter. Brukerutvalget. Kommunikasjonsavd. Internett.	Prosjektleder
Ansatte i UNN		Prosjektet. Nye prosedyrer.	Onsdagsmøtet. Intranett.	Prosjektleder

Ressursbehov

Endring i arbeidsflyt og arbeidsprosesser er tidkrevende og krever innsats over tid for å gi varig effekt. Reorganisering av kirurgisk planlegging ved UNN krever derfor endringsvilje i organisasjonen, ledere og innsats fra den enkelte ansatte.

Prosjektleder: engasjeres i 50% stilling i prosjektperioden.

Prosjektmedarbeider: engasjeres i 50% stilling i prosjektperioden. Anestesisykepleier med erfaring fra OpIn-klinikken UNN Tromsø foretrekkes.

Øvrige deltakere i prosjektgruppen (se eget kapittel om organisering): deltar for informasjon, undervisning, oppfølging og rapportering.

Avdelingskontakt: kontaktpunkt inn i de kirurgiske avdelingene til hjelp med å planlegge oppstart og som pådriver/ansvarlig for implementering i den enkelte avdeling. Bør være en som har et definert ansvar i avdelingen som er knyttet opp mot planlegging av den kirurgiske virksomheten. Avdelingsoverlege, inntakskoordinator eller liknende.

Arbeid internt i hver klinikk/avdeling: klinikkene/avdelingene må avsette tid til informasjon, opplæring og reallokering av personell/ressurser.

Vedlegg

Aktuelle måleparametre

- Kanselleringer operasjonsdagen (DOS-cancellations)
- Akkumulert kansellasjonsrate (CCR) 1, 7 og 30 dager forut for planlagt prosedyre
- Årsaker til kanselleringer/CCR
- Tidspunkt for første pasient inn på stue
- Skiftetider
- Utnyttelse av operasjonsstuene (stuetid og/eller knivtid)
- Antall inngrep
- Andel pasienter med beslutningsnotat (ny DIPS-rapport)
- Andel pasienter med Helseskjema (ny DIPS-rapport)
- Andel pasienter med anestesi-vurdering (ny DIPS-rapport)
- ASA-klassifisering kirurg vs anestesi

