

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Forbedring af flowet på OP – undgå aflysninger af operationer
Kort beskrivelse	Det overordnede formål med dette projekt var at undgå aflysning af elektive operationer ved at forbedre flowet på en operationsgang. Indledningsvis blev flaskehalse i flowet afdækket, og derefter blev forskellige forandringstiltag afprøvet med det sigte at skabe en forbedring af flowet på operationsgangen.
Faglig kontaktperson	Klinisk Sygeplejespecialist Anette Viftrup, Mobil: 28781767 mail: anetvift@rm.dk FV7 september 2018 – september 2019

Baggrund og formål med projektet

Aflysning af elektive operationer er en udfordring, der har negative konsekvenser for hospitalsøkonomien, personalet og ikke mindst for patienterne.

I september-oktober 2018 blev der aflyst mellem 13,8-14,9 % bookedede elektive operationer på hospitalsniveau. I dette forbedringsprojekt var det overordnede mål derfor, at der i en periode på en uge kunne gennemføres 97% af elektive ortopædkirurgiske operationer pr. 1/8-19 (revideret dato: 1/5-19).

På baggrund af en arbejdsgangsanalyse blev det klart, at den første store hindring i flowet på operationsafsnittet var, at patienterne ikke ankom til afsnittet kl. 08.00 som planlagt. Vi opsatte derfor et mål om, at 100% af alle patienter, der var planlagt som nummer ét på programmet, ankom til operationsafsnittet inden kl. 07.55.

Tiltag og metoder

Forskellige forandringstiltag (PDSA'er) blev afprøvet i forsøget på at forbedre patienternes ankomsttidspunkt, herunder: bestilling af patient med ankomst på to tidspunkter om morgenen, instruks for overlevering af patienten ved ankomst til operationsafsnittet + angivelse af mobilnumre på operationsstuerne, oversigt over placering af senge/patienter ved ankomst og aftale om at en operationssygeplejerske forblev på operationsafsnittet fra kl. 07.30 for at modtage patienterne, mens resten af personalegruppen afholde morgenmøde, således at portøren kunne afhente øvrige patienter til OP-afsnittet. Efter hvert forandringstiltag blev der gennemført datatræk,

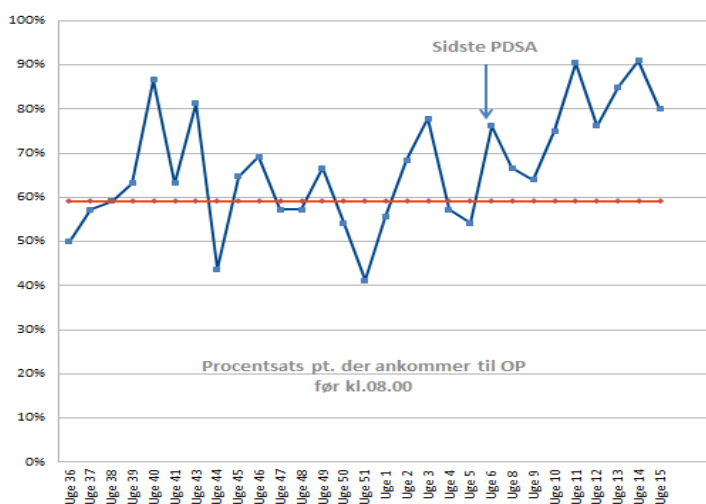
Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

som blev anvendt til at monitorere hvor stor en procentsats af patienterne, der ankom til operationsafsnittet før kl. 08.00.

Resultater

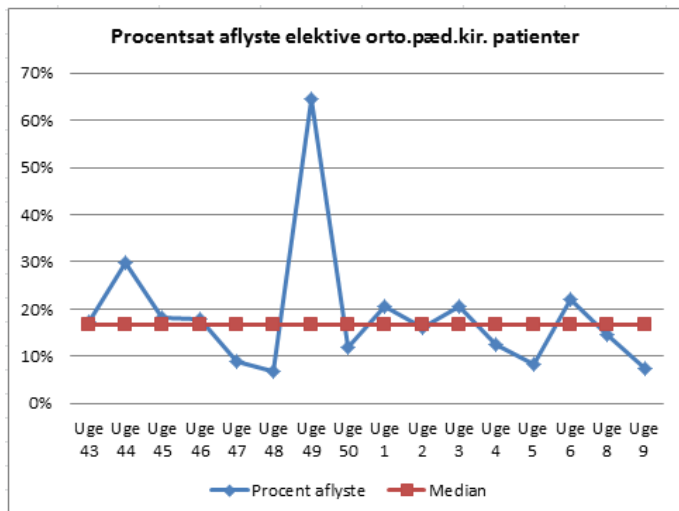
På baggrund af ugentlige datamålinger blev der udarbejdet et seriediagram, der ved de første forandringstiltag (PDSA'er) viste en tilfældig variation, og dermed ikke en forbedring. Ved afprøvning af det sidste forandringstiltag, der omhandlede at én operationssygeplejerske forblev på operationsafsnittet fra kl. 07.30 for at modtage patienterne, skete der en forbedring.

I seriediagrammet nedenfor ses en forbedring ved, at der med 29 punkter er en serie på 9 punkter hvor denne ikke krydser medianen. Der er således tale om en ikke-tilfældig variation og en forbedring i forhold til ankomst før kl. 08.00. Samtidig viser diagrammet, at det ikke er 100% af patienterne der ankommer før kl. 08.00 til operationsafsnittet.



Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Nedenstående seriediagram viser, at der ikke er sket en forbedring i forhold til færre aflysninger af ortopædkirurgiske patienter, og dermed er målet om gennemførelse af 97% af elektive operationer på et ortopædkirurgisk operationsafsnit endnu ikke opnået. Der er ikke trukket data efter uge 9 pga. LPR3-opdatering.



Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Reduktion af hoftepatienters ventetid før operation
Kort beskrivelse	At ventetiden for patienter, der møder til planlagt hofteoperation, reduceres til max 150 minutter for 80% af patienterne i februar 2019. Ventetid defineres som tiden fra patienterne møder ind til operation og til de modtages på Operationsafsnittet.
Faglig kontaktperson	Udviklingssygeplejerske, Inger Markussen Gryet, 78416112, inggry@rm.dk Udviklingssygeplejerske, Merete Lebeck Holm, 78416782, merethol@rm.dk FV6 februar 2018 – februar 2019

Baggrund og formål med projektet

Øget patientinddragelse er en del af de nationale kvalitetsmål, hvor patienternes oplevelser danner baggrund for udvikling af patientforløb. Region Midtjyllands strategiske mål for 2018 er fokus på værdi for patienten og et strategispør er sammenhængende og optimale patientforløb. Center for Planlagt Kirurgi (CPK) har en vision om, at have fremragende planlagte patientforløb på tværs af afsnit. Patienterne i CPK har gentagne gange gennem flere undersøgelser og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) tilkendegivet undren og utilfredshed med lang ventetid før operation.

Dagligt møder ca. 15 patienter ind til planlagt operation på sengeafsnit K og Patienthotellet. Patienter beskriver ønsker om at kunne udskyde fasten, så den svarer til operationstiden. En formodet effekt af reduceret fastetid er mindre risiko for kvalme og opkast. En patient fortæller: *"Jeg skulle møde om morgenen. Fik oplyst, at operationen først blev om eftermiddagen. Ville godt have været informeret og mødt ind senere, hvis det var til at forudse."* Omvendt beskrives forløbet meget positivt, når patienterne møder ind og med det samme bliver gjort klar til operation. *"Jeg var rigtig glad for, at jeg kom så tidligt til om morgenen, så jeg ikke skulle ligge om spekulere på det hele formiddagen."* Forløbene bliver beskrevet som veltilrettelagte.

Nuværende praksis er, at den seneste mødetid er kl. 9 og operationstiden er senest kl. 14, dvs. der kan være ventetid på 5 timer. Vi vil starte med at reducere hoftepatienters ventetid, da det er en stor gruppe af vores patienter. Ca. 1000 patienter får årligt en ny hofte i CPK. En opgørelse af hoftepatienternes ventetid over en periode på 14 dage viser, at de patienter, der ikke er nummer 1 på operationsprogrammet gennemsnitligt venter 202 minutter.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Formål:

At ventetiden for patienter, der møder til planlagt hofteoperation, reduceres til max 150 minutter for 80 % af patienterne i februar 2019. Ventetid defineres som tiden fra patienterne møder ind til operation og til de modtages på Operationsafsnittet.

Tiltag og metoder

Vi har udført 8 PDSA tests.

PDSA 1-3:

Mødetiderne til afprøvning blev lavet ud fra en opgørelse af operationstider, baseline for ventetid og arbejdsgangsanalysen. Afprøvning af tiderne hos en kirurgs hoftepatienter en dag og herefter to forskellige uger. Vi ringede til patienterne og ændrede til de nye mødetider.

PDSA 4-6:

OP booking gav patienterne de nye mødetider, som blev afprøvet hos to kirurgers hoftepatienter i samlet fem uger.

PDSA 7:

OP booking gav patienterne de nye mødetider, når de blev skrevet op til operation. Tiderne blev afprøvet hos alle kirurgers hoftepatienter i to uger.

PDSA 8:

Test af tider hvor kirurg opererer på to forskellige operationsstuer en dag.

Ændring af mødetider for hoftepatienter fra 2 x 7.15, 2 x 9.00 til:

Ved 4 patienter

	Pt. nr. 1+2	Pt. nr. 3	Pt. nr. 4
Mandag-fredag	7.15	9.30	11.00

De nye mødetider er delvist implementerede. Implementeres fuldt ud fra den 1/2-2019.

Ved 5 patienter

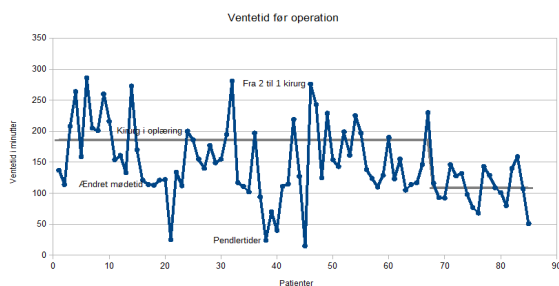
	Pt. nr. 1+2	Pt. nr. 3	Pt. nr. 4	Pt. nr. 5
Mandag-fredag	7.15	7.45	9.30	11.00

Ved 6 patienter

	Pt. nr. 1+2	Pt. nr. 3+4	Pt. nr. 5	Pt. nr. 6
Mandag-fredag	7.15	7.45	9.30	10.30

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Resultater



Seriediagrammet tydeliggør variation i data og processen i forbedringsprojektet. Seriediagrammet viser, at ventetiden er reduceret pga. de nye mødetider, men blev undervejs forlænget periodisk pga. oplæring af ny kirurg og sygdom. Sidst i projektet opnåede vi ikke tilfældig variation, hvorfor medianen blev flyttet.

Målopfylde: Efter ikke tilfældig variation venter 80% af hoftepatienterne max 150 min. Den gennemsnitlige ventetid er reduceret fra 202 minutter til 135 minutter. Indsamling af kvalitative data fra patienter og personale viser tilfredshed med de nye mødetider.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Optimering af forløb for patienter i intravenøs biologisk behandling i Reumatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Kort beskrivelse	At optimere forløbet for patienter med reumatoid artrit, spondylartrit og psoriasisartrit i intravenøs biologisk behandling ved at reducere konsultationer før behandling til to gange årligt og efter behov. Ved øvrige besøg går patienten direkte til behandling på IV-stuen ved sygeplejerske.
Faglig kontaktperson	Line Raunsbæk Knudsen, uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, kvalitetskoordinator. Mail: linknuds@rm.dk Tlf.: 7846 4201 FV2 2016 - 2017

Baggrund og formål med projektet

Før forandringen blev alle patienter i biologisk behandling kontrolleret ved fremmøde i ambulatoriet af en læge eller sygeplejerske før intravenøs behandling med henblik på at vurdere sygdomsaktivitet, bivirkninger og eventuelle infektionstegn før beslutning om behandling. På grund af et stigende antal patienter i biologisk behandling, er denne indsats imidlertid ressourcekrævende. Samtidig er mange patienter så velbehandlede, at såvel læger og sygeplejersker som patienter ofte oplever konsultationen som unødvendig. Der er dog patienter, som behandlingsmæssigt er svære at kontrollere - enten grundet sygdomsaktivitet, bivirkninger eller compliance, hvilket kalder på en individualiseret tilgang til forløbet.

Formålet er at reducere antallet af unødvendige konsultationer før intravenøs biologisk behandling samt at minimere uforudsete opgaver genereret på behandlingsdagen, herunder vurdering af sygdomsaktivitet og behov for akutte steroidinjektioner samt vurdering af infektioner og ordination af antibiotika.

Sidst er det et mål, at patienterne er tilfredse med det nye forløb.

Bredt set er hensigten, at disse patienter kontrolleres på de rette tidspunkter og af de rette fagpersoner, samtidig med at der frigives ressourcer til andre patienter, som har et større behov for at konsultere en læge.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Tiltag og metoder

Følgende forandringer er implementeret:

- Patienterne går direkte på IV-stuen til behandling ved besøg, der varetages af sygeplejerske. Sygeplejersker tager sig af en større del af behandlingerne selvstændigt.
- Intervallet mellem lægekonsultationer for egnede patienter i stabil behandling øges til to gange årligt. Derudover efter behov.
- Der er udviklet spørgsmål til patienterne, som skal guide dem ift. om de kan komme til behandling som planlagt eller om de skal kontakte afdelingen. Der er udviklet informationsmateriale og 'huskekort'.
- Blodprøver kontrolleres 1-2 dage før behandling af sygeplejerske og patienten kontaktes efter behov.
- Patienterne får booket tider ca. ½ år frem

Resultater

Forandringen er generelt modtaget positivt af både patienter og personale. Det tyder på, at det har været en meningsfuld ændring for alle parter, og resultaterne viser, at det er de rigtige patienter, der er overgået til det nye forløb, da behovet for konsultation er meget lille og tilfredsheden høj. Det skal dog bemærkes, at forløbet foreløbigt kun er evalueret af 31 patienter.

Status:

61 % (214/351) er overgået til nyt forløb (monitorering apr. - aug.).

95 % (281/296) er gået direkte til behandling uden behov for konsultation ved læge / sygeplejerske eller telefonisk kontakt (monitorering medio maj - aug.).

79 % har fået taget blodprøver senest dagen før behandling (monitorering medio maj - aug.).

93 % er helt enige eller enige i, at det samlede indtryk af det nye forløb er godt og føler sig trygge ved forløbet (spørgeskema, hvor der også er spurgt til flere forhold).

Effekter:

For patienter: Bruger mindre tid i afdelingen. Konsulterer læge/sygeplejerske ved behov. Nogle forholder sig mere til egen sygdom. Enkelte udtrykker fortsat behov for at konsultere læge eller sygeplejerske før behandling og nogle er ikke egnede til forløbet (forventeligt).

For sygeplejerskerne: Bedre flow og samarbejde på iv-stuen. Større arbejdsglæde ved at varetage funktionen som iv-sygeplejerske.

For organisationen: Antallet af behandlingstider er øget fra 49 til 60 ugentligt. Der er frigivet 8 lægetider til andre patienter.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Tidsoptimering af anæstesiforløb (DAKIR)
Kort beskrivelse	Reduktion af den tid der bliver brugt til forberedelse af patienten til operation. Tid målt fra det tidspunkt patienten kommer i vores afdeling til der er knivtid. DAKIR står for Dansk Akut KIRurgi, og omfatter de patienter, der opereres med eksplorativ laparotomi eller laparoskopisk for ileus, perforeret hulorgan eller nekrotisk tarm.
Faglig kontaktperson	Cheflæge, Birgitte Brandsborg, 23708714 birbrand@rm.dk Funktionsleder Rasmus Haarup Lie Rasulie@rm.dk (Projekt gennemført af Charlotte Melchior og Simon Heintzelmann) FV11 januar 2022 – november 2022

Baggrund og formål med projektet

Det er målsat, at 90 procent af patienterne skal opereres indenfor 6 timer, fra patienten er inkluderet som DAKIR patient. Tal viser, at det kun er 55 procent af patienterne, som har knivtid indenfor 6 timer. Vi kan se, at der er stor variation - 20 min til 2 timer - på den tid der bliver anvendt til den enkelte patient i forbindelse med anæstesiforberedelse. Ved modtagelse af DAKIR-patienten til operation er der mange delprocedurer i forbindelse med klargøring og præoptimering, og der er mange involverede personalegrupper. I vores projekt vil vi fokusere på tiden fra vi får patienten i hænderne - anæstesistart til der er knivtid.

Mål: Nedsætte forberedelsestiden for DAKIR-patienterne til 75 min for 80 procent af forløbene pr. 1/1-2023

Delmål: Nedsætte forberedelsestiden for DAKIR-patienter til 75 min for 50 procent af forløbene pr 1/9-2022

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

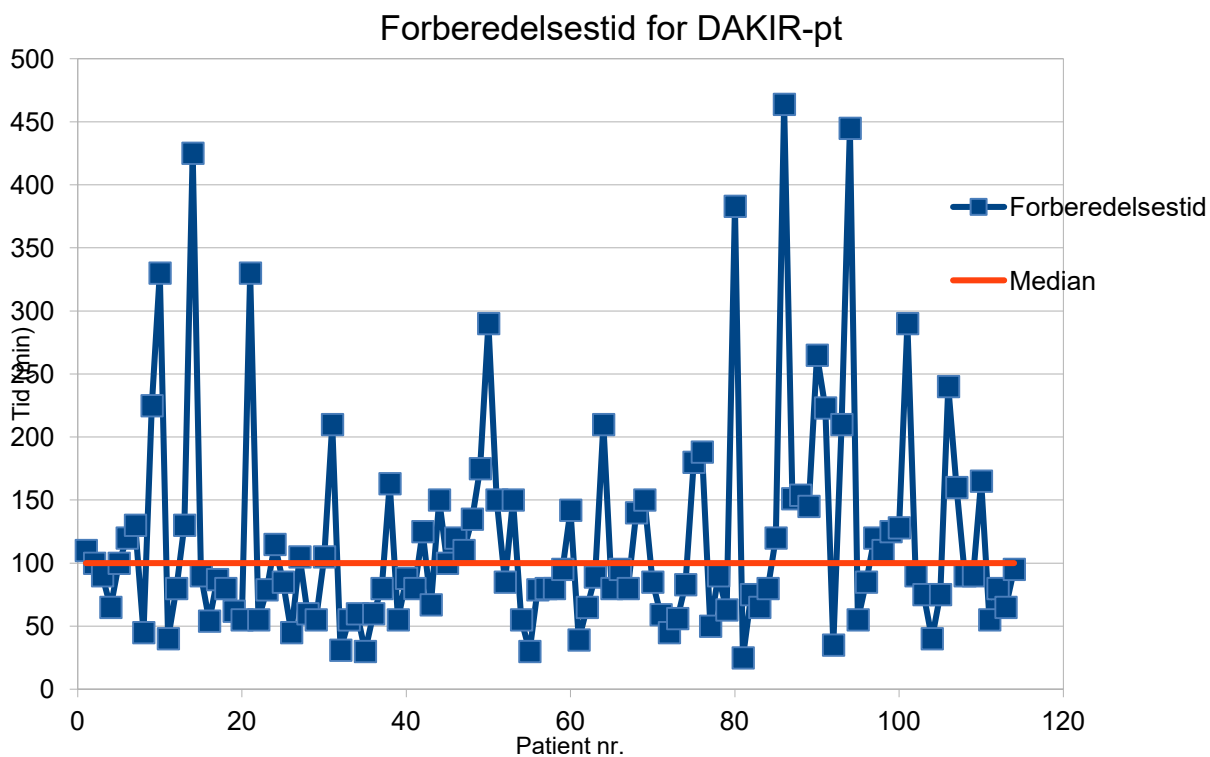
Tiltag og metoder

At patienterne kaldes op i forberedelse og opvågning, hvis der ikke er en operationsstue klar.

At der her laves så mange anæstesiforberedelser som muligt (anlæggelse af arteriekanyler og opstart af præoptimering, anlæggelse af EDK og CVK)

Der tilrettes DAKIR skema og hentes data fra dette.

Resultater



Seriediagram over 114 patienter der er inkluderet i projektet, med tilfældig variation (111 brugbare datapunkter, 43 kryds, længste serie: 7).

Gennemsnittet er 118,4 minutters forberedelse.

Forberedelse under 75 min, er opnået for 31,6% af patienterne (36/114)

Højdespringerne repræsenterer situationer med kapacitetsproblemer/samtidighed