

FORBEDRINGSARBEID I PRAKSIS



Tone Stallemo
Seksjonsleder
Seksjon for nevrokirurgisk operasjon
Nevroklubben
Oslo universitetssykehus

IKKE SLIPS MED
TIDEN MIN
2017

 Oslo
universitetssykehus



Jeg heter Tone Stallemo og er leder på en operasjonsavdeling med ca 40 ansatte.

Det er en aktiv avd med mange pas både elektivt og ø-hjelp. Vi har mye MTU.

Vi har drevet lean-arbeid i 3-4 år.

VÅR LEANREISE i operasjonsavd

- Oppstart høsten 2013
- Hvordan gjør vi det hos oss?
- Resultater og utfordringer



Oppdragsdokument 2014: Alle klinikker skal ha pågående forbedringsarbeid.

Bakgrunn: Det hele startet i oktober med et tilbud fra klinikkleder til alle lederne om vi ville delta på lean-seminar. Jeg har vært leder lenge og har vært med på mye med lignende tema (eks McKinsey, som ikke ble forankret i klinikken), og jeg var usikker på om jeg ville få tid til overføre teorien til praksis. Litt frivillig tvang i første omgang, men når jeg fikk med Anita, var det greit.

Kunnskapsnivået vårt om lean var = 0. Jeg måtte finne ut hva denne forkortelsen stod for. Anita gikk inn på Helsebibloteket.no før vi dro og tok ut et par sider som jeg leste på flyet. Lean var ingen forkortelse! Det viste seg snart at dette var en arbeidsmåte som falt i smak: den passet bra inn i vår operasjonshverdag.

”Forbedringsarbeid” er noe opr.avd. har jobbet mye med, og tema er kjent. At dette såkalte lean til og med hadde noen verktøy som gjør arbeidet enklere, var en positiv opplevelse. – så var vi i gang...

Litteratur: 3 bøker vi fikk i Malmø:

”Att leda med lean”

”Den skickliga leanledaren”

”Medarbetarens guide til framgång/förbättra med lean”

Uke 43: Kurs på Ullevål, Leanspill, 1 dag, (leder + driftere:ASF +THS +BV).

Uke 43: Info til ansatte, 45 min info/powerpoint: Hva er lean, begrep og verktøy, tavler. 45 min gruppearbeid:Hva skal til for å gjøre hverdagen mindre hektisk?

Forslag til forbedringer i vår seksjon. Brainstorming på ”gule” lapper.

Uke 45/50: Leantavle, stor forbedringstavle, hvor? Størrelse?

Uke 46: Kurs på Montebello, 3dager, (ASF) og oppfølgingsmøte uke 50.

Febr 2014: drifter (Anita) utdannes til leaninstruktør.

Våren 2014: leanspill for mange i avd, men ikke alle. Prioriterte TV og VO + skeptikere.
Ikke alle har deltatt i leanspil.

Mars, 2014: ny kongress for leder + 2 driftere

Mai 2014: oppfølgingsmøte m leanrådgiver i klinikken

Juni 2014: Eksternt lean foredrag i klinikken

Mai 2014: stor samling i NK m/framlegg Anita, Barbro og Tone

Høst 2014: Tone framlegg av målinger i ledergruppa NK

Febr 2015: lean-seminar i OUS

Juni 2015: lean oppfølging i klinikken

Aug 2015: ledersamling i KKN med leanfokus

Febr 2015: **startet pulsmøter og daglig styring**

Vår 2016: framlegg på ledersamling i Nevroklinikken (Tone)

Våren 2016: Kongress i Borås (Anita og leder)

Høst 2016/vår 2017: plan for innføring av grønne korset

MORGENMØTE (15 min)

- Rapport fra nattevakter (max 5 min)
- Info om dagen fra leder og aktuelle saker fra gårsdagens pulsmøte
- Tid til kort meningsutveksling



Hvordan gjør vi det hos oss?

Oppstart mars 2015.

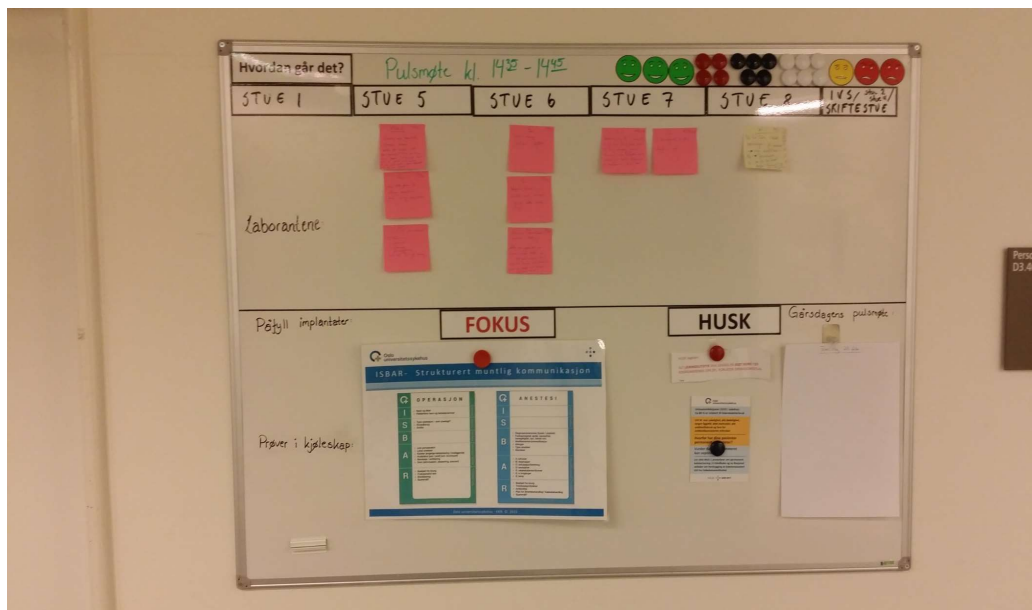
God struktur på møtet, ikke noe blir glemt, alle får info. Eks hvis noen skal på kurs kl.12, har vi en plan (ingen får noen overraskelser).

Alle vet hva vi skal gå gjennom på morgenen, og hvis noen har noe på hjerte, vet de hvor dette passer inn/det er en mulighet.

Vi har valgt å ha det sittende, jeg står. Det fungerer bra. Det ble for mye negativ omtale ved å ha det stående i gangen.

Negativt: mange av sakene fra gårsdagens møte, er negative. Jeg ønsker mer positiv vinkling som en god start på dagen. Utfordrende. Tips?

PULSMØTE



Oppstart mars 2015.

Pulsmøte er det som gir størst effekt hos oss. Vi får fikset plunder og heft med en gang de oppstår, og oppdager «avvik». Alle forstår at det nytter å si fra. Det er ikke uvanlig at saken er løst før pulsmøte, medarbeiderne tar initiativ og ansvar.

Regler for pulsmøtet i NOP:

Oppstart kl. 14.35

max 10 min

pliktig oppmøte for alle som har mulighet

hvis man ikke kan møte: gi lapp til drifter eller avløser

22220 på kveldsvakt er tilstede for å få info om dagens hendelser (evt oppfølging)

teamleder styrer ordet

snakke en av gangen/respekt for hverandre/gi rom for alle på de 10 min vi har til rådighet

Leder er tilstede så sant det er praktisk mulig. En mulighet for å være en synlig leder. Prioriteres. Kan være vanskelig ift møtevirksomhet, ønsker å bli bedre til å delta. Påminnelse i kalender.

Leder får svært god oversikt over avdelingen, over problemet. Får løftet saker til rett sted på et tidlig stadiet. Mulighet til å både se og rose medarbeiderne.

- **Regler for PULSMØTE (2)**

- Oppstart kl.14.35 ved pulstavla. Stående.
- Max 10 min
- Pliktig for alle (inkl laboranter) som har mulighet for å møte
- Hvis man ikke kan møte: gi lapp til drifter (hva gikk galt i dag)
- 22220 på kveldsvakt er tilstede for å få info om dagens hendelser (evt oppfølging)
- Teamleder/drifter styrer ordet. Leder er tilstede.
- Snakke en av gangen/respekt for hverandre/
gi rom for alle på de 10 min vi har til rådighet

Alle er aktivt deltagende, beskjeder når fram.

Alle lapper blir fulgt opp/tatt hånd om påfølgende dag.

Lapper fra pulsmøte (for 1 mnd): innhold og antall

- Instrumenter: 30
- MTU: 23
- Oppvåkning: 18
- DIPS + oppmelding: 10 + 11
- Avvik: 10
- Varer: 7
- Eksterne stuer: 6
- Andre ting: 25

Totalt: 140 lapper

Hvor har det vært problemer, er det noe vi kan gjøre for å redusere problemene på enkelte områder?

De fleste lappene er quickfix. Noen er allerede løst.

Noen lapper blir delt ut under pulsmøte eller mer vanlig: under morgenmøte (avløser, superbruker, drifter, laborant, sekretær, leder).

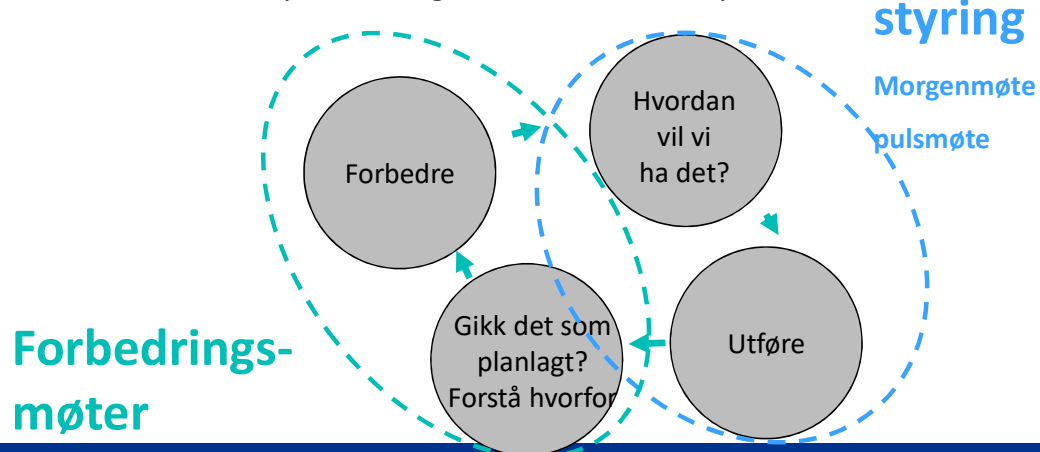
Noen lapper går videre til forbedringstavla vår. – og kan løses ved Eks bruke 5 hvorfor.

Forbedringstavler (3) tirsdag kl.14.45-15.00. v/leder

Visualisering av forbedringsarbeidet, - ansvar, framdrift og måltall

Ønske om at medarbeiderne bidrar aktivt inn i forbedringsarbeidet

Ansatte sitter på ideer og kommer med innspill



FORBEDRINGSTAVLE



Forbedringstavla var den første vi startet med, oppstart januar 2014.

Den har blitt endret noen ganger underveis fordi vi ikke var fornøyd med designet. Hver og en må finne sin form ut i fra behovet. Start med det enkle.

Denne tavla har vært vanskelig å «drifte», og det er den tavla som blir stående på vent i travle tider.

Det tok litt tid å få med faget ift leanarbeidet, vi valgte å ta med 2 pkt ift fag på tavla.

Gjennomførte forbedringer

Merittliste – dette har vi fått til !!!):

2015
 Ny telefonliste
 urinposer til timeduere; anestesipl administrerer disse selv. (er på lager, anestesipl har disse i skuffen sin på bakbordet).

Jan 2016:
 Lage mal for frysesnittemasse
 Fjerne SEEG, egen brikke og fremsetting
 Flere pc'er (2 nye: D3-4038 A+ D3-4031 B)
 Nye hjul på leiringsruller (uten brenn)

Feb 2016:
 Workshop 3 VCS for operasjonssykepleiere
 Brannøvelse stue 1: Caroline har sendt mail om forholdene.
 Universalbord på stue 4 (permanent løsning)
 Metastaseprosjekt. Hvis samtykke ikke foreligger- det skal ikke tas prøve. (mail fra Sissel Reinlie).

Tanke kassettene 9/1-16
 Sjekke kassettene før
 legene/jur. komet
 nye kassettene
 Hvert kassett 10/1-16
 10 kassett 9/1-16 10/1-16

Vask av 16
 3 VCS for
 laboranter

Spille et min
 Vi kan utpasse
 dem med
 Anviser er med

Andre leger har
 ordningssaker
 er laget
 Elven

Ikke sløs med tiden min!

Det er motiverende å se hva vi faktisk har fått til!

Nå har vi mange A4-ark med forbedringer vi har lykket med. Dette tar vi opp på personalmøtet en gang i blant, for å vise oss selv hvor flinke vi er og for å motivere til videre leanarbeid.

Årene går, og som leder er det motiverende å se at vi faktisk fikk til ganske mye, selv om høsten i fjor var travel og mangel på ressurser.

HVA FÅR VI TIL MED LEAN?

- Kvalitetsforbedringer i egen seksjon
- Bedre arbeidsmiljø
- Delaktighet/ansvar



IKKE SLØS MED
TIDEN MIN
2017

Kvalitetsforbedringer:

Pasientsikkerhet, utstyr som virker. Manglende prosedyrer avdekkes og utbedres.
Standardisering fører til en minste-kvalitet.

Arbeidsmiljø:

Vernerunden gikk raskt unna fordi det var få saker å ta tak i.

Medarbeiderundersøkelsen viser bra resultater.

Det er lettere å utføre en god jobb når alt er på rett plass.

Standardisering gjør det enklere for nyansatte og studenter å utføre arbeidet.

Delaktighet/ansvar:

Alle får muligheten til å si noe og fremme sine ønsker.

Synliggjøring og inkludering.

Alle ansvarliggjøres og må bidra.

Alle forslag blir vurdert.

Får en forbedringskultur.

Det første året vi holdt på fikk jeg frigjort mye tid. Dette var tid jeg tidligere brukte på brannslukking.

MÅLSTYRINGSTAVLE

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSdag	FREDAG	TOTALT
Antall slykninger	11	11 (1 sk. elektronisk)	11		11 (1 sk. slyk, 1 sk. slyk)	7
Forsinket oppstart	5: 3 min	1-1: 40 min, 2-2: 15 min, 3-3: 15 min, 4-4: 15 min, 5-5: 15 min, 6-6: 15 min, 7-7: 15 min	5: 10 min, 6: 10 min, 7: 10 min		7: 20 min	3 t 20 min
Ventet på oppreining	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min		5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	1 t 37 min
Drift til kl. 18:00	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min		5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	
Implanteringslidel (minutter)	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min		5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	
Byttelid > 30 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min		5: 15 min, 6: 15 min, 7: 15 min	21 min
Ø-hjelp	11		11 (1 sk. slyk)		11 (1 sk. slyk)	13
Prøver i kjøleskap	5/5, 20x20					
Implantater til påfyll						
Beskjeder						
Påfyll stue 1						
Undervisning						
Ø-hjelp/vekt						
Stuefordeling						
Operasjonsprogram						

Ble utført over 8 uker, våren 2014.

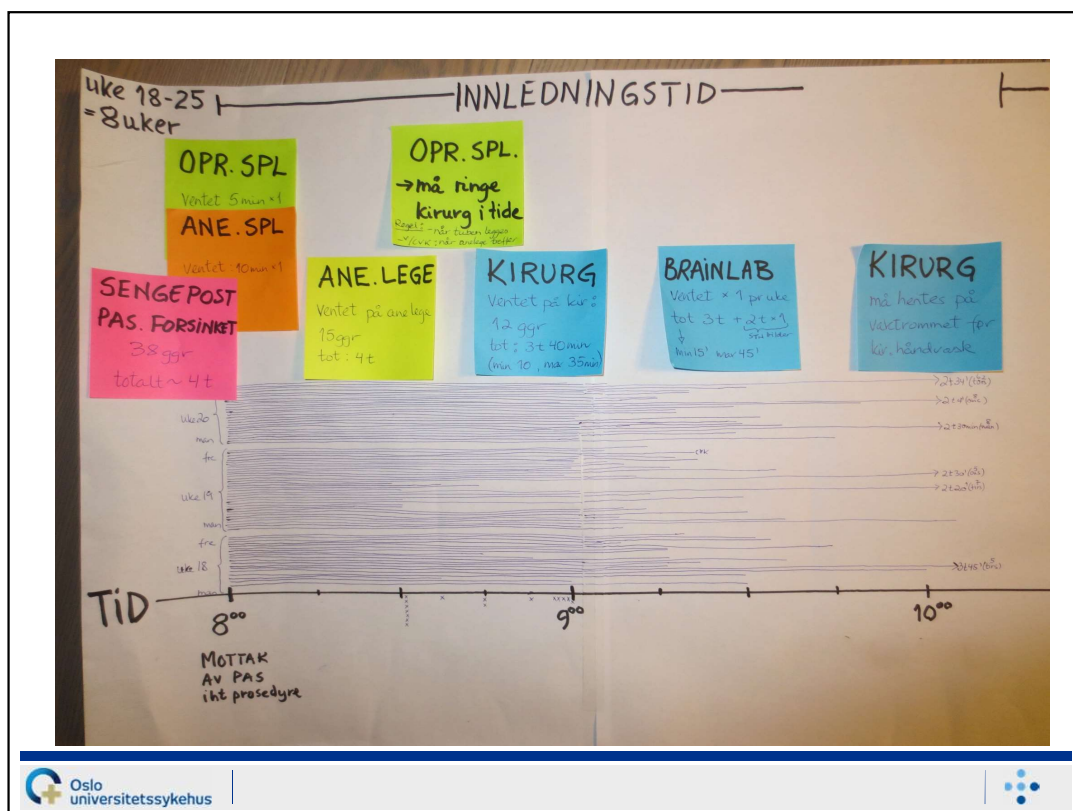
Drifter registrerte alle tall på tavla. Tavla ble fotografert etter hver ukes oppstilling. Leder satt sammen resultatet.

Dette var lite vellykket under utføringen/målingene: vi målte for mange parametere og vi burde brukt mer tid/innsats før oppstart.

Måling utført over 8 uker viste ventetid på:

- Kirurg x 12 til sammen 3.40 t (min 10 min, max 35 min). dvs utover 10 min.
- Anestesilege x 15 til sammen 4 t
- Operasjonssykepleier x 1 til sammen 5 min
- Anestesisykepleier x 1 til sammen 10 min
- Pasient x 38 til sammen 4 t
- Nevronavigasjon x 1 pr/uke til sammen 3 t (min 15, max 45) + 1 x 2 t
- PO til sammen 21 t
- Forlenget skiftetid/før 2.pas: + 2 t

Og her ser dere resultatet.

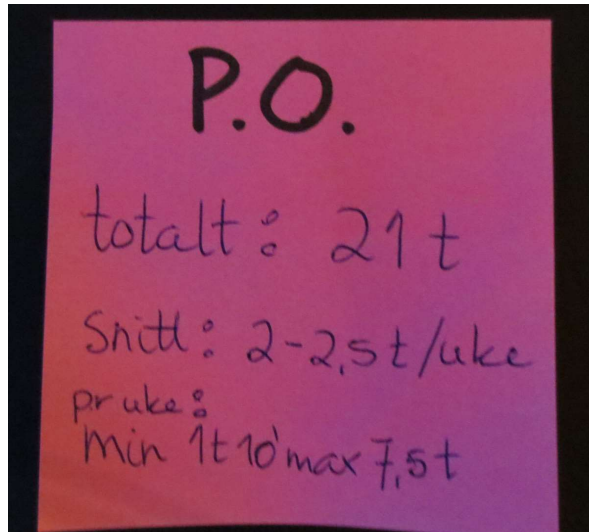


Jeg har forsøkt å framstille målingene visuelt ved å streke opp innledningstiden vannrett fra venstre kl.08 og mot høyre.

Jeg har lagt fram målingene for ledergruppa og for legegruppa i egen avdeling.

Målingene har ikke gitt de forventede resultatene, da jeg ikke er leder for de som ble målt, og ikke har myndighet til å endre praksis og rutiner.

Ventet på plass på Postoperativ: totalt 21 timer



Resultat: PO gjorde mange tiltak og i dag er dette ikke vårt største problem. PO har gjort en kjempejobb med å redusere ventetiden.

Vi håpet målingene skulle føre til reduserte ventetider på flere punkter, men det har vi dessverre ikke oppnådd.

PROBLEM (kort formulering): Dårlig planlegging av operasjonsprogrammet ved NKI opr RH		4) BESKRIV ØNSKET SITUASJON: Operasjonsprogrammet går som planlagt.	AVD: STARTDATO: ANSVARLIG:						
1) BESKRIV NÅSITUASJONEN: Venter på pasient Venter på kirurg Venter på anestesi Pasienter blir strøket Pasienter blir flyttet på mellom stuer og på tidspunkter Operasjonsykepleier får ikke forberedt med korrekt utstyr		5) HVORDAN: Se på rutiner for melding av endringer til operasjon Rutiner for utfylling av oppmeldingsskjemaet til operasjon Se på rutiner for hvem som setter opp pasienter til operasjon og hvordan rutiner på informasjon til kirurg er							
2) ROTÅRSÅK (5 WHY's eller fiskebensdiagram): Får informasjon om endringer sent Hvorfor? Kirurg informerer ikke operasjonsstua Hvorfor? Kirurg glemmer det Hvorfor? Kirurg mange arbeidsoppgaver Kirurg ikke informert om at han skal operere Hvorfor? Kirurg har ikke satt seg inn i neste dags operasjon program Hvorfor? Kirurg hadde fri/kirurg var opptatt med annen pasient /kirurg glemte det		6) GJENNOMFØRINGSPLAN: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">Oppgave:</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Ansvar:</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Frist:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Oppgave:	Ansvar:	Frist:			
Oppgave:	Ansvar:	Frist:							
3) MÅLMETODE (data, fakta før og etter gjennomføring) : Telle antall endringer/strykninger i løpet av 1 uke??		7) EVALUERING (tiltak for oppfølging):							
									

Eksempel på hvordan man gå videre med målingene, ved å bruke verktøyet A3-skjema og 5 hvorfor.

Vi har ikke oppnådd noen resultater ift problemet på dette skjema. Men vi har løst mange egne problemer på denne måten.

Dette er ett av de mange problemene vi sliter med, og vi er her avhengig av å ha med alle ledere, flere klinikker med tverrfaglig fokus på hele kjeden.

Standardisere



Eksempel på standardisering. Fordelaktig for nyansatte og studenter.

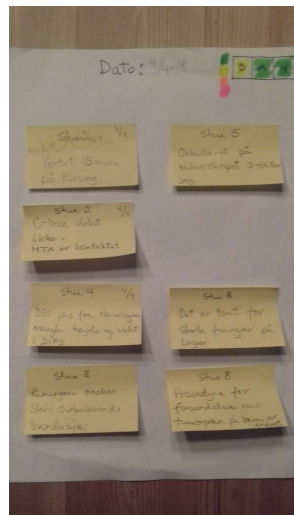
Bilder av brikker og av oppdekking.

Mye å vinne ved å standardisere, men det kan være vanskelig å gjennomføre pga sterke individer som ønsker å gjøre det på sin måte.



Leder får svært god oversikt over avdelingen, over problemet. Får løftet saker til rett sted på et tidlig stadiet. Mulighet til å både se og rose medarbeiderne.

Saker fra pulsmøte og achilles generes til **korset**



Grønne korset

		1	2	3		
		4	5	6		
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
		28	29	30		
		31				

Visualisert alvorlighetskala	
● Rød: Alvorlig pasientskade har inntruffet	
● Oransje: Pasientskade har inntruffet	
● Gul: Risiko for at pasientskade kunne inntruffet	
● Grønn: Ingen pasientskade	

Når pasientskade skjedd!	
1.	Hurtig medisinsk ivaretagelse
2.	Åakutte tiltak slik at det ikke inntrer igjen
3.	Informere om pasientskade
4.	Beklage og be om unnskyldning!
5.	Informere om pasientens rettigheter
6.	Invitere pasient til delaktighet
7.	Dokumentere i DIPS
8.	Skriv avvik i achilles
9.	Utredd, forbedre og lær av hendelsen sammen!

Måned:
Sengepost/poliklinikk:

I begynnelsen var det vanskelig å få tid til å konkludere fargen på korset. Har jeg fått all info jeg behøver for å farge gårdsdagen?

Arket med pulsmøtelapper har derfor fått tre små ruter i høyre hjørne av arket. Hvert vaktshift kan sette en farge, samtidig som det henvises til hendelsen eks gul lapp som er farget orange.

I tillegg må avvik/forbedringssaker/hendelser fra achilles håndteres. Dette tvinger leder til raskt å ta hånd om systemet achilles.

Utstyr og behov får en rask løsning i en travel hverdag med mange ansatte.

Hendelser blir veldig synlig når det henger oppe. Relevante avvik er notert.

Det grønne korset behandles på alle personalmøter

Hvor har det vært problemer, er det noe vi kan gjøre for å redusere problemene på enkelte områder?

De fleste lappene er quickfix. Noen er allerede løst.

Noen lapper blir delt ut under pulsmøte eller mer vanlig: under morgenmøte (avløser, superbruker, drifter, laborant, sekretær, leder).

Noen lapper går videre til forbedringstavla vår. – og kan løses ved Eks bruke 5 hvorfor.

Alvorlighetsgrad synliggjøres med fargekode ved aktuelt dato på det grønne korset.

Risikostratfiseringen innføres i tilhørende mall sånn at alle medarbeidere kan følge historikk denne måneden. Grønne korset skal være synlig og gjerne på enhetens forbedringstavle/styrtavle.

Avvik i Achilles skal skrives av medarbeidere innen dagens slutt.

Motoren i hele maskineriet...

Daglig systematisk forbedringsarbeid gjennom at direkte etter identifisert risiko utføre tiltak

Utifra månedsstatistikk settes langsiktige tiltak igang sånn at hendelser ikke gjentas.

Det Grønne Korset bevisstgjør hver enhets risiko i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid.

Innhold i grønne korset

- Trygg kirurgi
- Leiringsskader
- Hygiene
- Legemidler/prøvetaging
- Instrumenter
- MTU
- HMS, miljø/kommunikasjon/pasientsikkerhet
- DIPS oppmeldingsskjema
- Annet, direkte pasientrelatert

Risikotavle

Sannsynlighet	Leirings skade	Pasient id	Utført TK	Blære kateter	Smitte / hygiene	Lege midler	ISBAR i alle ledd
5							
4							
3							
2							
1							

Noen tanker: Fokus på styringsindikatorer. Internkontrollforskriften § 5.6 kartlegge farer og problemer/vurdere risiko/utarbeide planer og tiltak.

Risikostyring består hovedsakelig av risiko-kartlegging og risiko-vurdering.

Risikovurdering: konsekvens 1-5 og sannsynlighet 1-5 (grønn-gul-rød)

Jeg tror vi velger en tavle på hver stue. Hvilken risiko har vi her i dag?

Resultatet av «daglig styring»?

- Kvalitetsforbedringer i egen seksjon
- Bedre arbeidsmiljø
- Delaktighet/ansvar



Kvalitetsforbedringer:

Pasientsikkerhet, utstyr som virker. Manglende prosedyrer avdekkes og utbedres.

Standardisering fører til en minste-kvalitet.

Flere hendelser meldes.

Arbeidsmiljø:

Vernerunden gikk raskt unna fordi det var få saker å ta tak i.

Medarbeiderundersøkelsen viser bra resultater.

Det er lettere å utføre en god jobb når alt er på rett plass.

Standardisering gjør det enklere for nyansatte og studenter å utføre arbeidet.

Delaktighet/ansvar:

Alle/flere (pasient)hendelser blir tatt opp.

Alle får muligheten til å si noe og fremme sine ønsker.

Synliggjøring og inkludering.

Alle ansvarlig gjøres og må bidra.

Alle forslag blir vurdert.

Får en forbedringskultur.

Det første året vi holdt på fikk jeg frigjort mye tid. Dette var tid jeg tidligere brukte på brannslukking.

Hva jobber vi med nå?

- Grønne korset
- Avvik fra achilles, rapporter og kors
- Pasientsikkerhet og handlingsplan
- Risikotavle, hva er det?
- Få alle med, komme ut av silofølelsen

Synliggjøring! Fokus. Grønne korset, finner du i e-håndboka.

Alle må delta 😊, for å gjøre større forbedringer:

- ledere på alle nivå
- alle klinikker

Vi vil ikke være på en øde øy

Videre plan:

Nå vil vi jobbe med å implementere det grønne korset i «trygg kirurgi», og risikostyring.



Tilstrekkelig ressurser i egen avdeling er viktig, men ikke avgjørende for å starte eller holde lean-arbeidet gående.

For meg har det vært avgjørende at vi er flere i avdelingen som brenner for lean og inspirerer hverandre. Det motiverer å delta på seminar, og det motiverer å bli stilt krav til. Det er faktisk morsomt å fortelle om vår erfaring til dere.

Jeg savner systematisk oppfølging, eks:

Hva er målsettingen?

Hva er nåværende status?

Hvilke hindringer har vi?

Videre plan? Avtale for neste møte.

JEG VIL OPPFORDRE ALLE TIL Å STARTE . START I DET SMÅ. START MED NOE SOM HAR STOR EFFEKT.