

”Enda litt bedre”

Hvordan langsiktig og systematisk jobbing med forbedringer kan gi:

- bedre medisinsk behandling
- en mer effektiv drift
- økt pasienttilfredshet
- reduserte kostnader
- og mer fornøyde medarbeidere



**”Seminar for ledere i helsesektoren” 11. februar 2010
Bjørn Busund, Oslo universitetssykehus HF**

Agenda

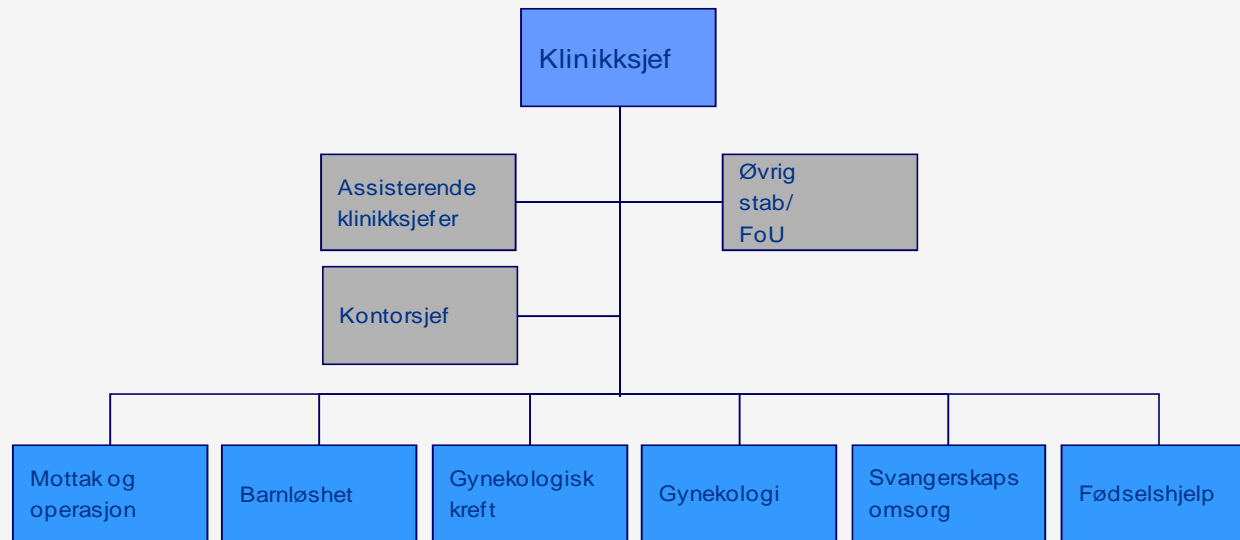
Kort presentasjon av avdelingen

Vår forbedringsprosess

Veien videre

KVINNEKLINIKKEN ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

Norges største kvinneklinikk



- Ca 500 ansatte
- Ca 7000 fødsler
- Ca 60 000 polikliniske konsultasjoner
- > 8100 operasjoner pr år (inkl. dagkirurgi)
 - den klinikken i landet der størst andel av operasjonene gjøres med kikkhullskirurgi
- Andel ø-hjelp utgjør blant annet ca 700 keisersnitt pr år
- "God" økonomisk drift

Agenda

Kort presentasjon av avdelingen

Vår forbedringsprosess

Veien videre

Fremtidsrettet og ”i front”

Fornøyde pasienter (Dagbladet, mai 2006)

Resultatene viser at pasientene var svært så fornøyde med egen opplevelse. Det var ingen av som fikk alvorlige komplikasjoner, og de mindre komplikasjonene som var kan sammenliknes med komplikasjoner som også skjer ved medikamentell abort, sier Busund.

Studien som er gjort ved Ullevål er Norges første på temaet, selv om det antagelig er gjort studier i utlandet. Ullevål planlegger å tilby hjemmeabort som et rutinetilbud i løpet av året

Kilde: www.dagbladet.no

Fjerner livmoren på dagen (Dagens Medisin, februar 2004)

Som eneste sykehus i Norge utfører Ullevål universitetssykehus (UUS) rutinemessig hysterektomi dagkirurgisk. Siden 2001 har 40 personer fått livmoren fjernet kirurgisk og kunnet dra hjem samme dag.

Kilde: www.dagensmedisin.no

En avansert kirurgisk simulator kan gi verdifull trening før operasjonsstuen. Ullevål universitetssykehus **vil vurdere obligatorisk simulatortrening** for ferske kirurger.

Kilde: www.idg.no

Marit Lieng fra Steigen har som den **første i verden** tatt mastergrad i avansert gynekologisk kikkhullskirurgi.

Kilde: www.an.no

I 2006 fjernet 3000 kvinner livmoren på grunn av muskelknuter og blødningsforstyrrelser. 62 prosent av dem ble behandlet med åpen kirurgi, der legen skjærer seg inn gjennom bukveggen.

”Jeg tror mange velger denne metoden fordi de ikke behersker de andre teknikkene.”

Overlege Jeanne Mette Goderstad, Oslo Universitetssykehus

Kilde: www.bt.no

Vi har gjort mange forbedringer de senere år, men vi kan alltid bli **”enda litt bedre”**

”God” økonomisk drift

Fokus på kontinuerlig forbedring

- Same Day Admission (SDA) fra 2000
- Dagkirurgi (Fjerning av livmor som dagkirurgi fra 2001)
- Operasjonsteknikker (spesielt laparoscopier)
- Fast track fra 2006
- Endometrie cancer i 2006
- Elektive sectioer i 2007/2008

Forbedringsområder vi har jobbet med de siste to årene:

- Ovarial cancer – redusert ventetid fra henvisning til operasjon, bedre gjennomstrømming
- Elektive laparoscopier – øke antall operasjoner og gjennomstrømming
- Ny ”styringsmodell” tilpasset prosessene
- Nytt akuttmottak
- Forskning og medisinskfaglig utvikling

For alle gjelder selvfølgelig målet om bedret pasientbehandling

DAGKIRURGISK HYSTERECTOMI
ER DET MULIG?
ER DET ØNSKELIG?

RAPPORT FRA PILOT PÅ DAGKIRURGISK SENTER UUS

B.Busund, A.Langebrette, O.Istre G.Sponland
Endoscopiseksjonen, Gyn.avd. UUS

Årsmøte NGF 2002

DAGKIRURGISK HYSTERECTOMI Konklusjon

- Dagkirurgisk LSH lar seg gjøre
- Sikkerheten synes å være tilfredstillende
- Pas.tilfredshet er høy
- Postop oppfølgingsrutiner må være gode

Årsmøte NGF 2002

25 største dagkirurgiske DRGer ved UUS – andel dagkirurgi (Benchmark v/Deloitte august 2007)

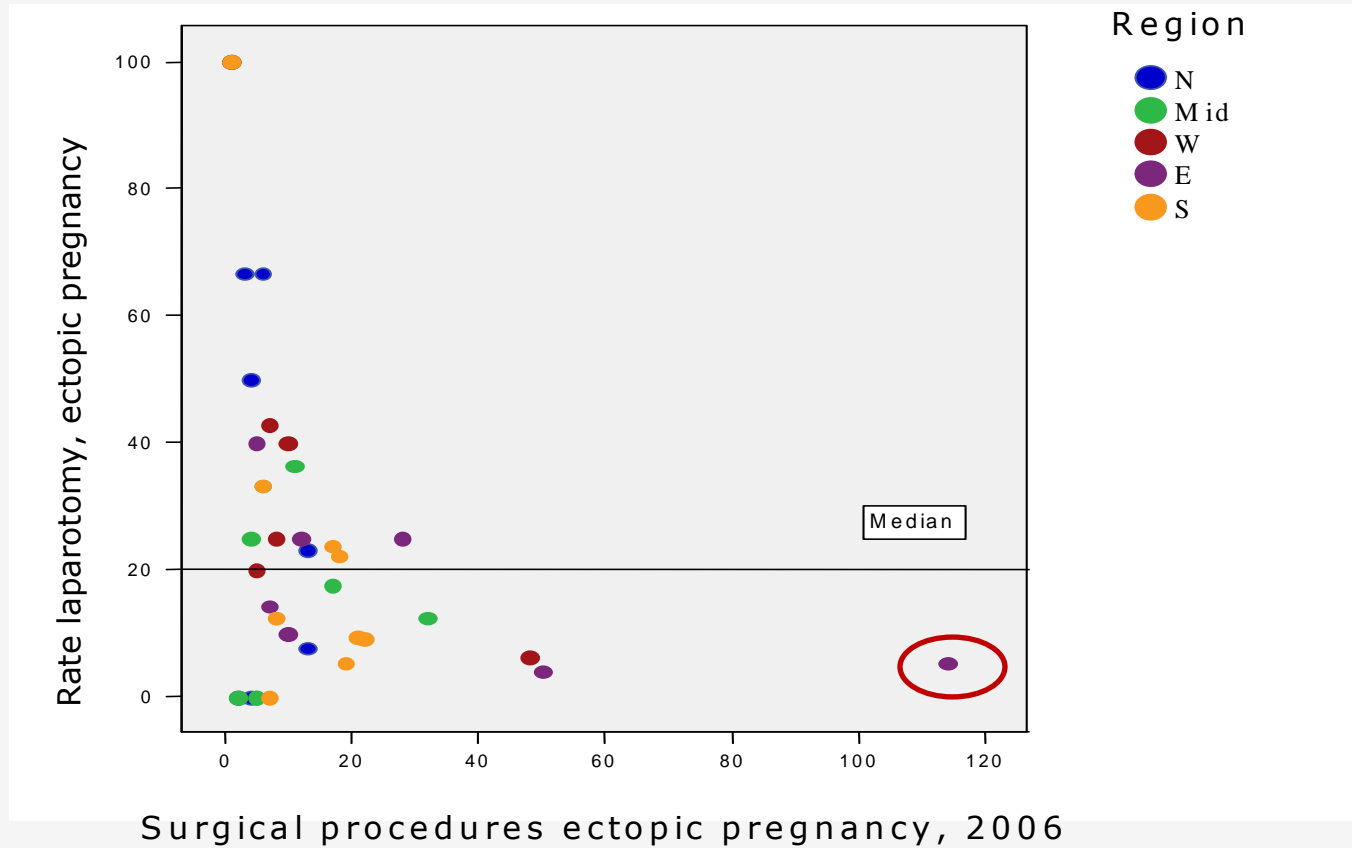
Andel dagkirurgi - 25 største DRGer	UUS		RR HF	Helse Bergen HF	Helse Stavanger HF	St Olavs Hospital HF	UNN HF	Ahus HF	Sørlandet sykehus HF
	2006	2005	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
DRG 39 Operasjoner på linsen	97 %	97 %	-	97 %	99 %	99 %	90 %	-	98 %
DRG 381 Kirurgisk revisjon ved spontan eller med	88 %	86 %	90 %	87 %	92 %	89 %	69 %	82 %	83 %
DRG 40 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukt	89 %	90 %	95 %	93 %	96 %	97 %	77 %	-	96 %
DRG 36 Op på corpus vitreum, choroidea, retina	53 %	55 %	-	60 %	70 %	73 %	44 %	-	99 %
DRG 270 Op på hud og underhud ITAD u/bk	91 %	91 %	76 %	93 %	98 %	91 %	82 %	75 %	48 %
DRG 229 Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisj	94 %	94 %	68 %	54 %	45 %	44 %	46 %	70 %	76 %
DRG 359 Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	54 %	50 %	57 %	26 %	16 %	26 %	25 %	33 %	15 %
DRG 222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u	66 %	63 %	16 %	70 %	48 %	52 %	67 %	73 %	80 %
DRG 224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skuld	61 %	64 %	15 %	44 %	10 %	31 %	37 %	30 %	6 %
DRG 42 Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	54 %	50 %	-	48 %	86 %	78 %	76 %	-	77 %
DRG 260 Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst	79 %	76 %	42 %	92 %	0 %	20 %	0 %	0 %	10 %
DRG 227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	80 %	61 %	31 %	39 %	29 %	34 %	43 %	47 %	43 %
DRG 363 Utskraping & konisering ved ondartet syk	100 %	98 %	76 %	82 %	91 %	96 %	0 %	96 %	69 %
DRG 360 Operasjoner på vagina, cervix & vulva ek	81 %	80 %	67 %	50 %	60 %	75 %	75 %	88 %	58 %
DRG 158 Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tar	69 %	73 %	40 %	29 %	51 %	32 %	53 %	61 %	50 %
DRG 261 Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/	67 %	77 %	77 %	67 %	10 %	26 %	18 %	0 %	100 %
DRG 365 Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer	82 %	72 %	82 %	48 %	0 %	69 %	24 %	86 %	52 %
DRG 38 Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehi	76 %	79 %	-	66 %	100 %	98 %	86 %	-	100 %
DRG 231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntes	77 %	76 %	74 %	76 %	67 %	63 %	56 %	62 %	66 %
DRG 225 Operasjoner på ankel & fot	77 %	81 %	23 %	70 %	67 %	73 %	80 %	96 %	78 %
DRG 6 Op ved karpaltunnelsyndrom	97 %	95 %	85 %	100 %	100 %	96 %	95 %	100 %	98 %
DRG 41 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukt	60 %	68 %	0 %	6 %	100 %	95 %	27 %	-	100 %
DRG 364 Utskraping & konisering ekskl ondartet s	92 %	93 %	79 %	62 %	80 %	86 %	62 %	88 %	80 %
DRG 268 Plastiske op på hud og underhud	72 %	68 %	58 %	73 %	73 %	81 %	67 %	40 %	61 %
DRG 119 Inngrep for åreknuter	93 %	93 %	0 %	89 %	84 %	75 %	0 %	93 %	92 %
Andel dagkirurgi - alle kirurgiske DRGer	51 %	51 %	20 %	41 %	53 %	40 %	32 %	46 %	47 %

○ = Størst andel dagkirurgi

○ = DRGer der det synes å være et særlig potensial for å øke andel dagkirurgi ved UUS

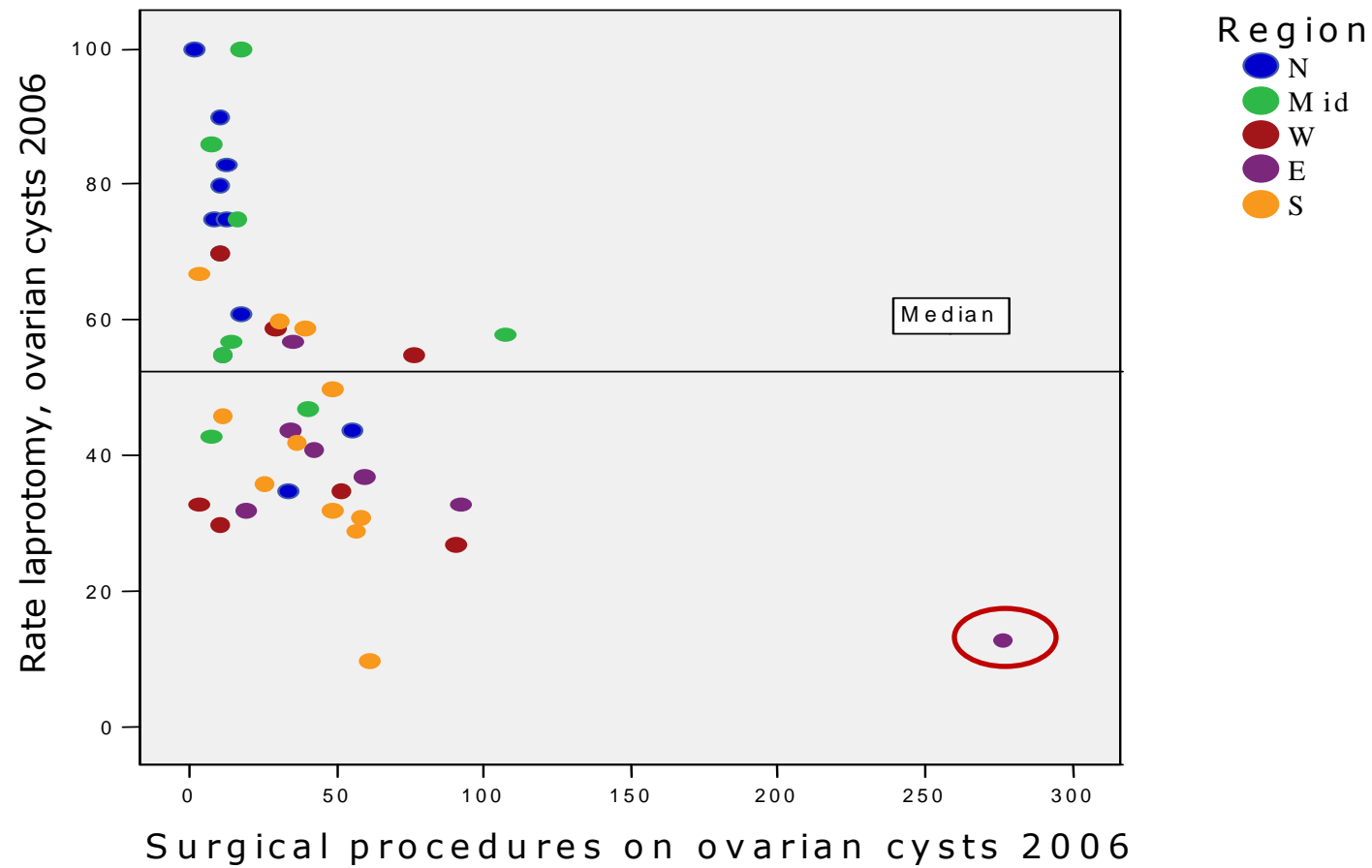
- UUS har i snitt en relativt høy andel dagkirurgi og innen flere DRGer har UUS høyest andel
- Innen flere DRGer har det vært en reduksjon i andelen dagkirurgi fra 2005 til 2006

Ectopic pregnancy



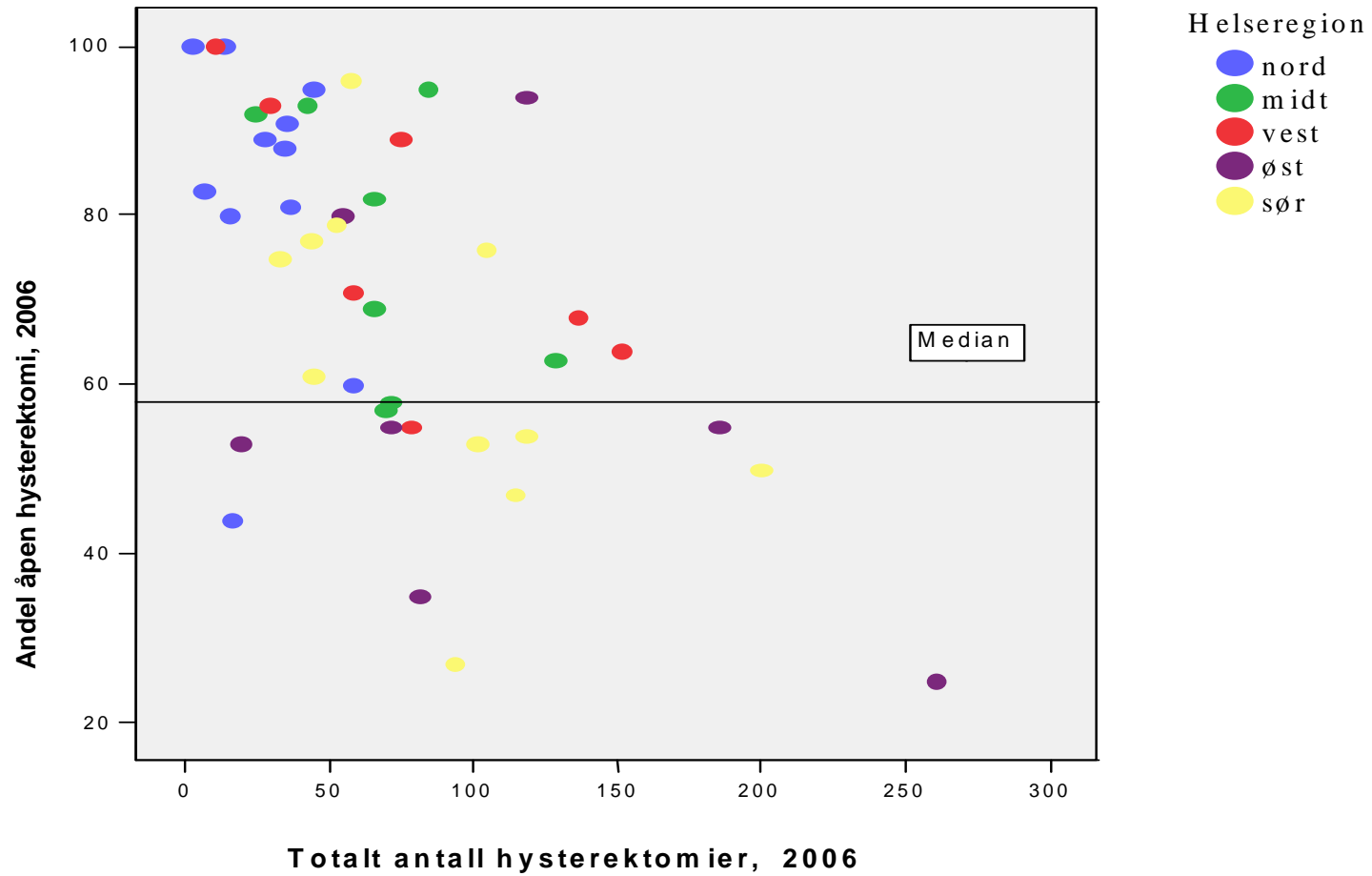
Kilde: 18th Annual Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy, Florence October 29th

Ovarian cysts



Kilde: 18th Annual Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy, Florence October 29th

Hysterectomy



The extent of gynaecological endoscopy in different European countries

Bjorn Busund,
Oslo University Hospital

18th Annual Congress of the European
Society for Gynaecological
Endoscopy, Florence October 29th

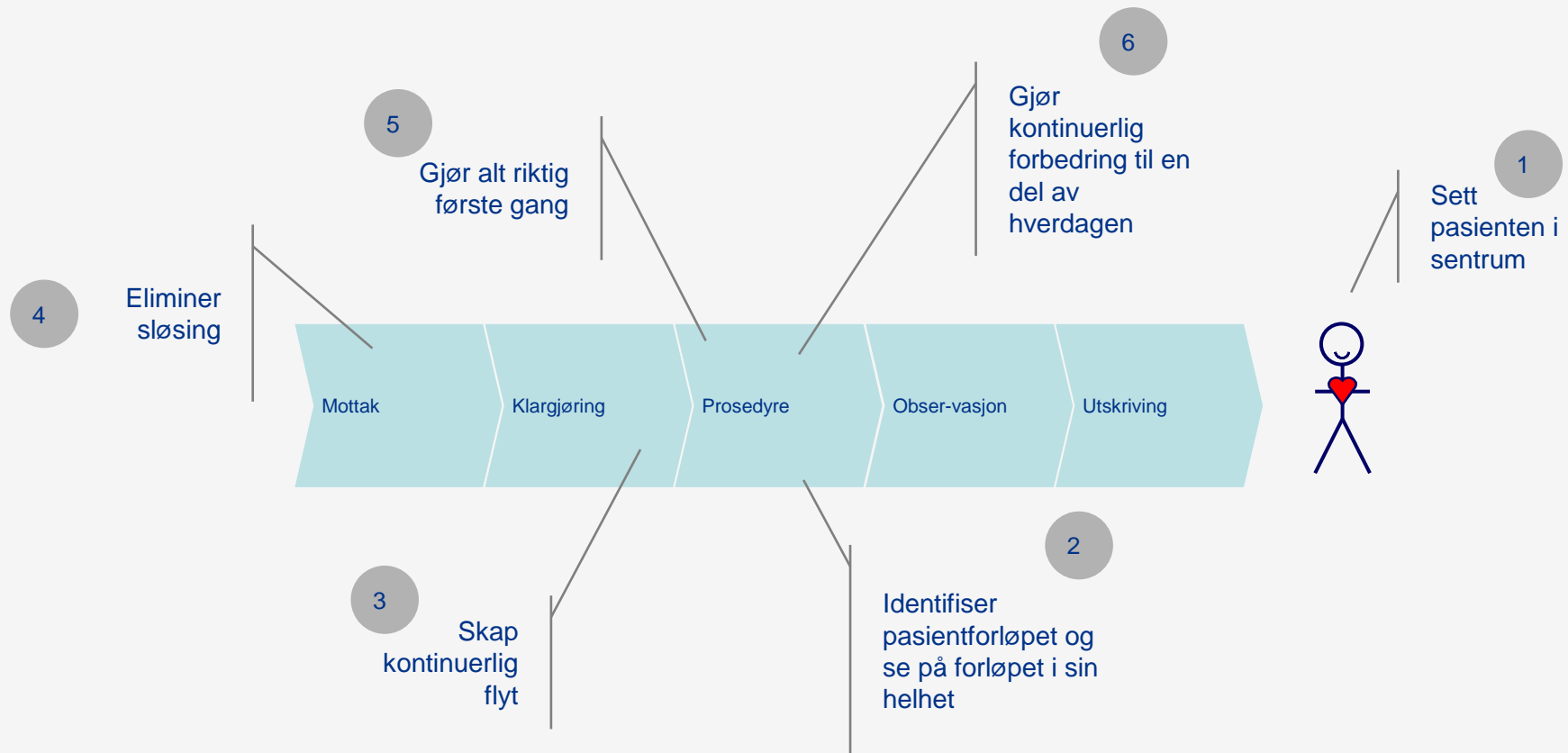
Conclusion

The risk of having a procedure done by laparotomy in Norway (Europe) is:

- Surprisingly high
- Increasing by the complexity of the procedure (not surprisingly)
- Higher in smaller hospitals (Norway)

Development in larger hospitals,
no change in smaller hospitals (Norway)

Gjennom fokus på kontinuerlig forbedring som metode fikk vi den systematikken vi ønsket oss inn i vårt forbedringsarbeid



Bred involvering og fokus på dyp forståelse av utfordringene

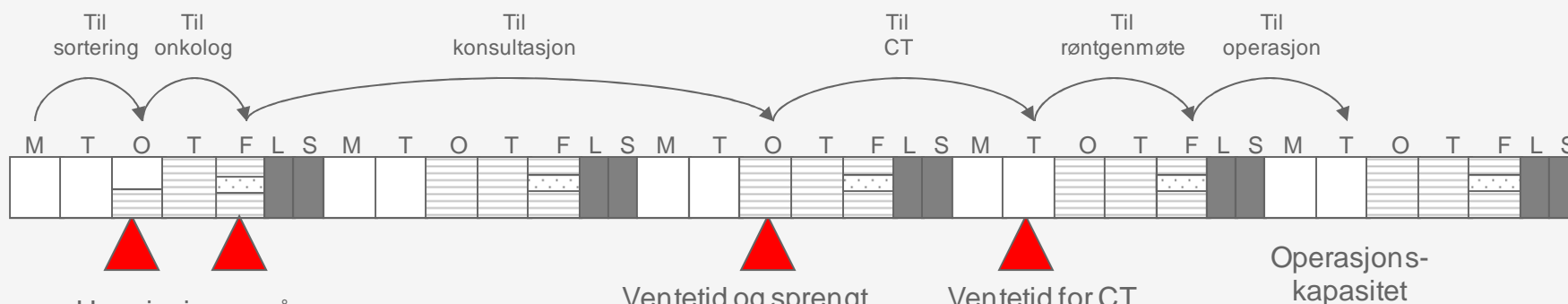


Sterkt fokus på opplæring og læring



Mange køer fra henvisning til operasjon skaper unødvendig ventetid for pasienten (gjerne 4-5 uker)

Pasientforløp Cancer Ovarii

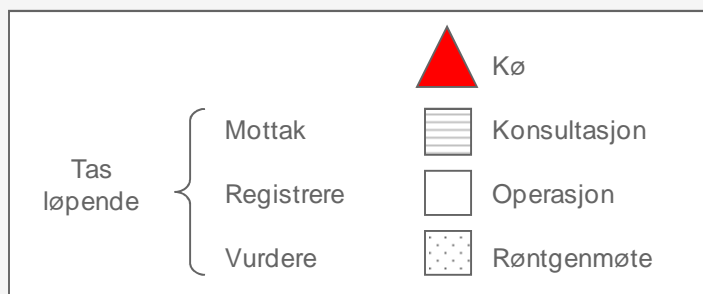


Henvisninger må innom flere personer og kan bli liggende flere dager før sortert og prioritert

Ventetid og sprengt kapasitet på poliklinisk konsultasjon fordi 80% av timene brukes til etterkontroller

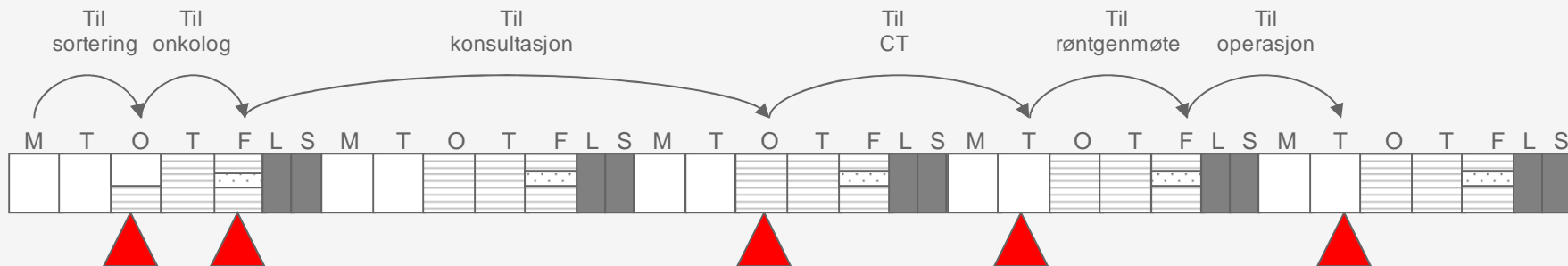
Ventetid for CT som tas etter konsultasjon

Operasjonskapasitet

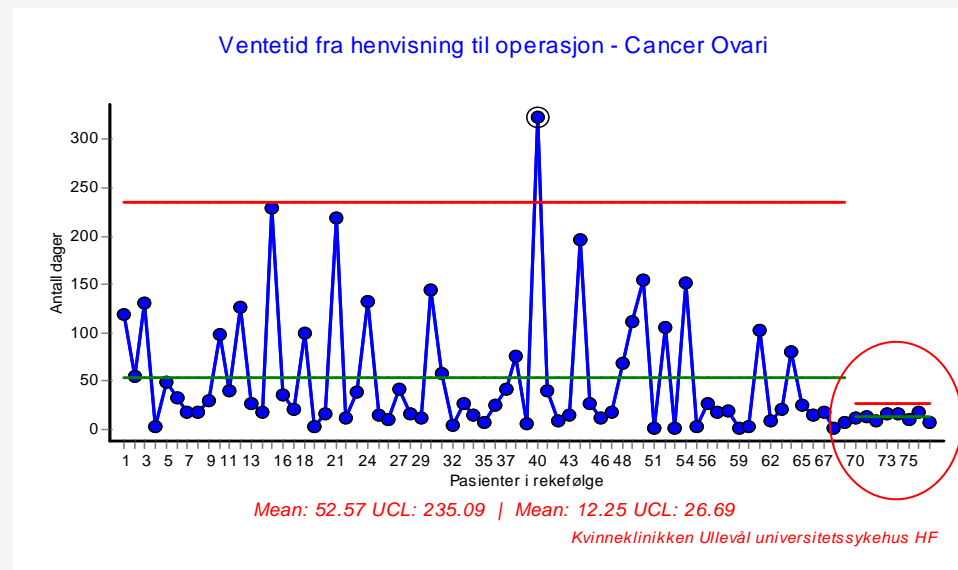
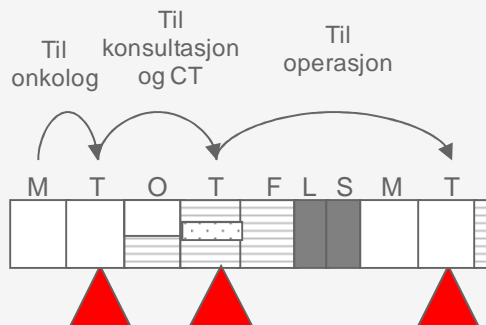


Ny design for Cancer Ovarii pasientforløp har redusert tiden fra henvisning til operasjon fra 4-5 uker til 1-2 uker (med samme ressursbruk eller mindre)

Fra

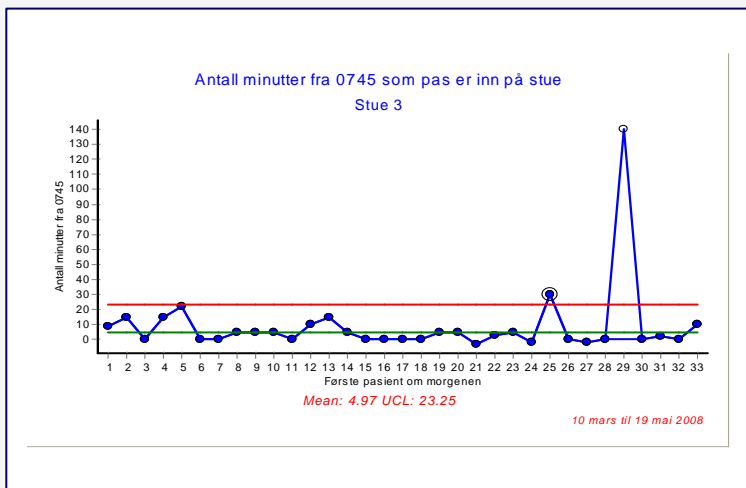


Til

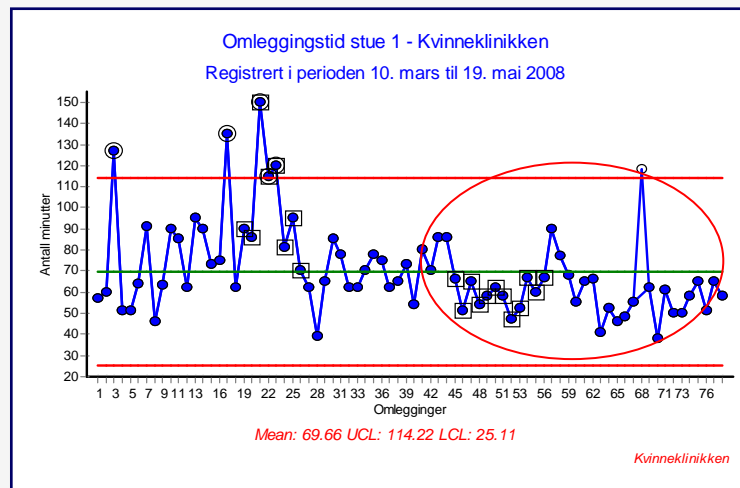


Vi har oppnådd en lang rekke resultater på operasjonsavdelingen

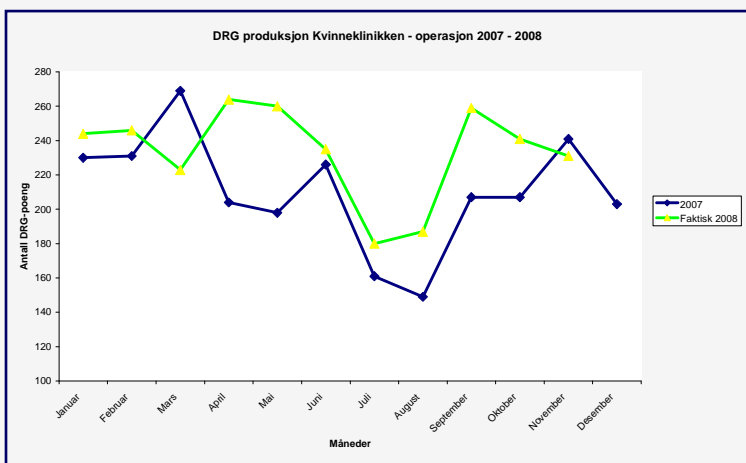
Vi kommer i gang om morgenen



Variasjonen er redusert



Produksjonen er økt



Medarbeidertilfredsheten er høyere

Pasienttilfredsheten er stabilt høy

Over 60 større og mindre tiltak er blitt implementert



Agenda

Kort presentasjon av avdelingen

Vår forbedringsprosess

Veien videre

Verden står aldri stille

- Sammenslåing av enheter og opprettelsen av Oslo universitetssykehus HF
- Endringene blir en naturlig del av hverdagen
- Ferdigstillelse av nytt akuttmottak
- Alltid jobbe med fokus på hva som er det beste for pasientene – der er også det beste for oss
- Fortsatt bidra i den fagmedisinske utviklingen
- Opprettholde en tydelig strategi og videreutvikle bedriftskulturen

Læringspunkter så langt

- Kontinuerlig forbedringer må bli en del av daglig drift og ikke skippertak
- Forbedringer må ta utgangspunkt i våre daglige arbeidsoppgaver og prosesser, og ikke kun i måten man er organisert på
- Fokus på helhetlige pasientforløpet og ikke bare den enkelte seksjon. De store forbedringspotensialene ligger i overgangene
- Må bli bedre på å måle våre prosesser og måle dem på tvers av hele pasientforløpet
- Kontinuerlig forbedring krever betydelig grad av involvering
- Ledelsen må være tett på når motstanden kommer (den er gjerne litt diffus)
- Oppnådde resultater må man sloss for å beholde