



DANSKE
REGIONER

1. Kapacitetsanvendelse (9.40-10.20)

#RØST

Inspiration til forbedret kapacitetsanvendelse



20 eksempler på
hvordan regioner og
sygehuse kan arbejde
med forbedret
kapacitetsanvendelse
på medicinske
afdelinger

Analyse – [klik her](#)



Model for udvikling af Region Sjælland

Oplæg på RØST, 28. februar 2020
Koncerndirektør Lone Lindsby & Martin Hornstrup, partner i
H2I

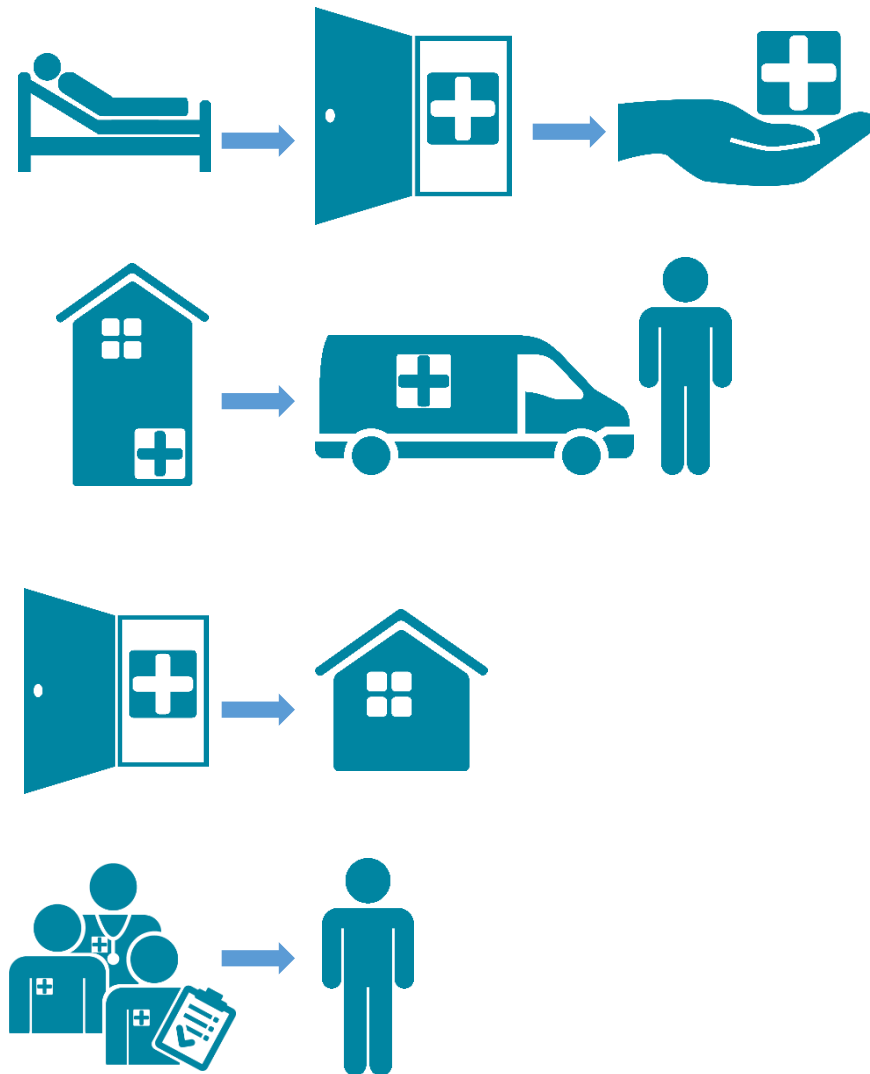


Model for udvikling af Region Sjælland

1. Baggrund
2. Dataunderstøttelse
3. Hvordan oplever borgerne en forbedring?

Fremtidsbilledet

- Halvdelen af sengepladserne på sygehusene forsvinder
- Antallet af ambulatoriespor halveres
- En tredjedel af alle sundhedsydelser leveres tæt på borgeren



Hvordan arbejder vi med det i Region Sjælland?



Det
specialiserede



Implementering af:

- Perspektiv 20-23
- Sygehusplan og specialeplan



Det
nære



Implementering af:

- Strategien 'Sundhed tæt på dig'
- Perspektiv 20-23

Hvor langt er vi nået med indsatsen på det specialiserede område?

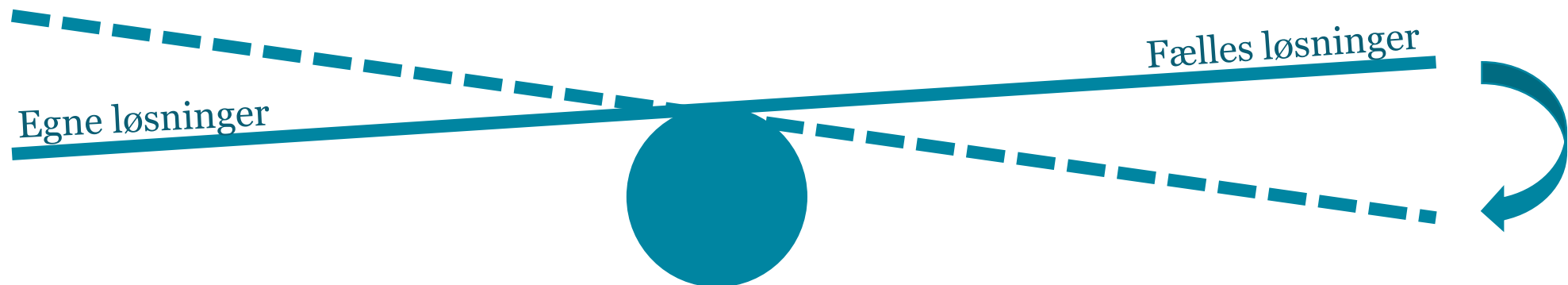
Perspektiv 20-23

Igangværende spor:

- Akutsporet - *implementeringsfase*
- Medicins spor - *ideudviklingsfase*
- Kirurgisk spor - *ideudviklingsfase*

Kommende spor:

- Kvinde-barn sporet
- Det specialiserede område
- Diagnostisk spor
- Psykiatrisk spor



Model for udvikling af Region Sjælland

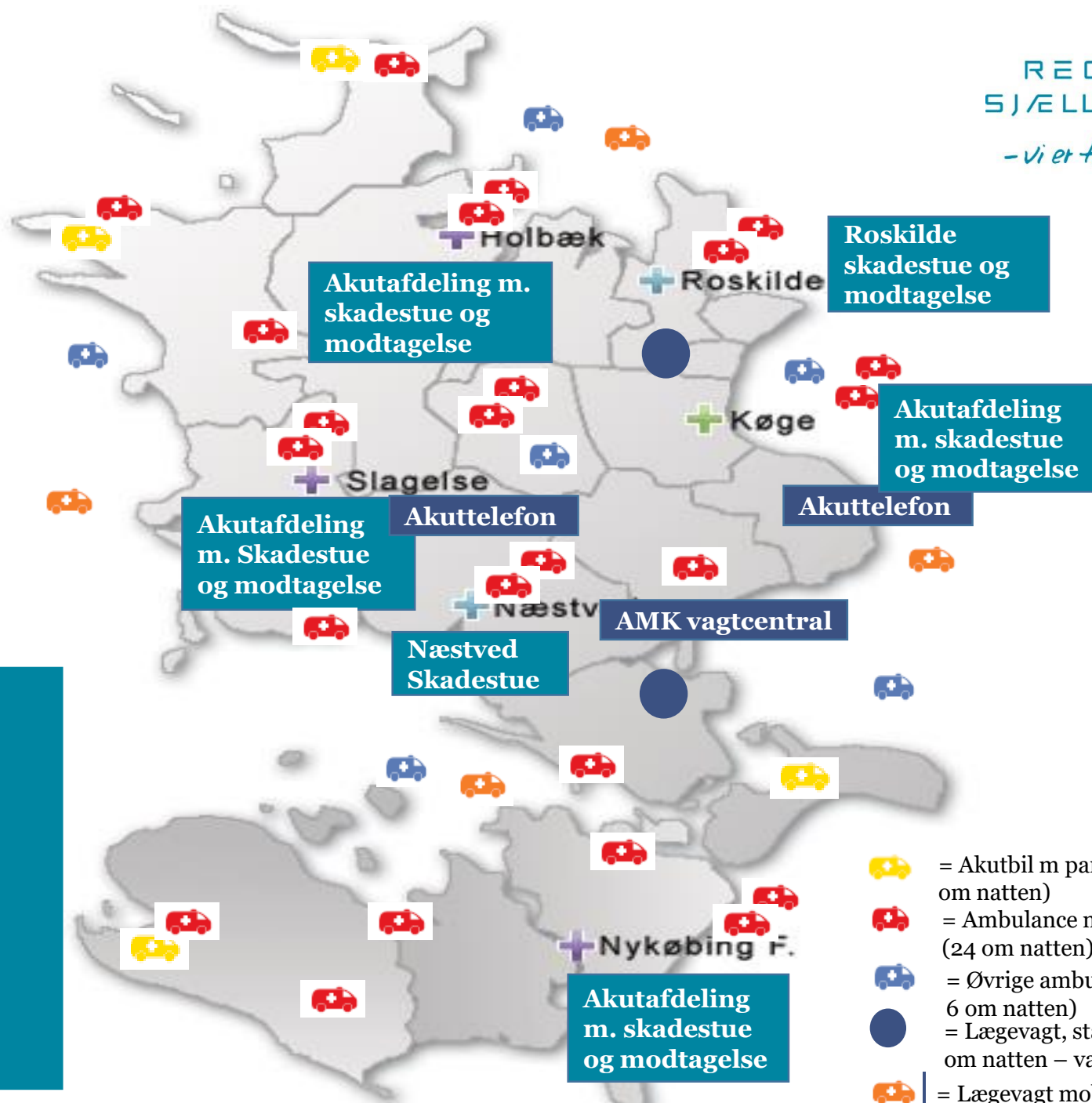
1. Baggrund
2. Dataunderstøttelse
3. Hvordan oplever borgerne en forbedring?

Dataanalyser - fokusområder

Med baggrund i ønsket om fælles løsninger, øget samarbejde og behovet for nye løsninger, så tager dataanalyserne udgangspunkt i:

1. Se på tværs – på tværs af organisationer, på tværs af datakilder osv.
2. Se på forskelle og ligheder mellem enheder
3. Se på, hvor der er noget at lære i andre regioner/andre lande

Ad. 1. Se på tværs - Eksempel med de akutte funktioner på tværs af Region Sjælland om natten



Sygehuse:

Akutfunktioner :

- 4 Akutafdelinger m. skadestue og modtagelse
- 2 skadestuer (Roskilde inkl. modtagelse)

Bagvedliggende afdelinger på sygehusene:

- Medicinske specialer
- Kirurgiske specialer
- Specialiserede afdelinger (neurologi, kardiologi, onkologi, ØNH, øjen mf.)
- Gyn/Obs og Pædiatri

Psykiatrisk Sygehus

Ad. 1. Se på tværs – eksempler fra akutsporet

Eksempler på analyser vi gennemfører til at afdække omfanget af ressourcer og aktivitet om natten:

- Kortlægning af aktiviteten i lægevagt, akuttelefon og præhospital
- Kortlægning af antallet af lægevagtlagt på tværs af hele regionen i alle specialer
- Kortlægning af aktiviteten om natten på skadestuer og akutafdelinger samt indlæggelser direkte i bagvedliggende specialer

Formålet er at se på, hvor mange ressourcer der er bundet i de enkelte opgaver enkeltvis og samlet.

Pointen er, at alle har en buffer til at sikre, at de kan løse lige præcis deres opgave uden risiko for patienterne.

Men, hvordan kan hele kæden fra lægevagt – præhospital – akutafdelinger – bagvedliggende specialer hjælpe hinanden bedre om natten og dermed udnytte ressourcerne på tværs på en helt ny måde?

Ad. 2. Se på forskelle og ligheder – eksempler fra det kirurgiske spor

Eksempler på analyser vi gennemfører til at afdække, hvordan opgaverne planlægges og udføres på tværs af organisationen:

- Kortlægning af endoskopisk aktivitet, bemanning og planlægning
- Kortlægning af operations- og dagkirurgisk aktivitet bemanning og planlægning

Formålet er at se på, hvor gode muligheder der for at sikre optimal kapacitetsudnyttelse særligt i forhold til regionens samlede størrelse og opgavefordelingen på tværs af regionen.

Pointerne er, at:

- Opfattelsen af begrebet *fuld kapacitetsudnyttelse*, kan være meget forskellig
- Der kan være store forskelle på *budgetteret* og *faktisk* aktivitet og bemanning
- Små enheder er sårbare i forhold til fx variation og ændringer i bemanning mv.

Så, hvordan kan Region Sjælland bruge ressourcerne mere hensigtsmæssigt på tværs af sygehuse og matrikler?

Model for udvikling af Region Sjælland

1. Baggrund
2. Dataunderstøttelse
3. Hvordan oplever borgerne en forbedring?

Hvordan oplever borgerne en forbedring?

De næste år arbejdes der på at forbedre diagnostik, behandling og pleje til gavn for patienterne, herunder også via ensartet kvalitet, mere samarbejde og systemunderstøttelse.

Forbedringer for borgerne	Eksempler på initiativer fra <i>akutsporet</i>
<i>Færre patienter behøver at komme til sygehuset</i>	- Videovisitation - Tidligere diagnostik - Bedre anvendelse af paramedicinere
<i>Patienterne skal i mindre grad indlægges</i>	- Subakutte tider - Hurtigere diagnostik
<i>Bedre håndtering af den ældre medicinske patient</i>	- Akut sengeafsnit (<48 timer) i samspil med stamafdelingerne - Optimal anvendelse af flowmaster og flowkoordinator
<i>Bedre koordinering og samarbejde mellem sektorer mhp. at forbedre behandling</i>	- Tværfaglig samarbejde og scenarietræning - Delestillinger og fælleskommunale løsninger
<i>Understøtte udvikling af behandling og pleje via registrering og informationsopfølgning</i>	- Optimering og ensretning af patientregistrering - Fælles måltalsopfølgning på tværs af sygehusene

Et optimeringsprojekt på operationsgangen på Bispebjerg Hospital

Ledende Overlæge Ortopædkirurgisk Afdeling Henrik Palm

Ressource- og kapacitetskonsulent Camilla Runliden

Organisation af den kirurgiske blok BBH

- Abdominal- og ortopædkirurgi, med eget OP-personale
- Anæstesiologi med opvågningsfunktion
- 2 fysisk adskilte operationsgange
- Årligt 4.700 abdominale indgreb
- Årligt 7.000 ortopædkirurgiske indgreb



Baggrund for OP-optimeringsprojekt

- Benchmark-analyse efterår 2017 / forår 2018 versus øvrige regionale akuthospitaler viste udfordringer på BBH:
 - Aflysninger og sene ændringer i operationsprogrammet
 - Længere procestider
 - Ineffektiv lejeudnyttelse
 - Dårlig koordinering/kommunikation mellem afdelingerne, med tendens til konflikteskalering og lange reaktionstider



Organisering af OP-optimeringsprojekt

- Nedsættelse af styregruppe, bestående af afdelingsledelserne fra Ortopædkirurgisk, Kirurgisk og Anæstesiologisk afdeling, vicedirektør samt proceskonsulent
 - Spor 1: Ledelse og mødestruktur – strukturel understøttelse
 - Spor 2: Flow på OP-stuerne – forandringer
 - Spor 3: Operationsbooking – strukturel understøttelse
 - Spor 4: Optimal anvendelse af SP – strukturel understøttelse
 - Spor 5: Tilvejebringelse af data – monitorering: er en forandring en forbedring?
 - Spor 6: Kommunikation

Daglige møder

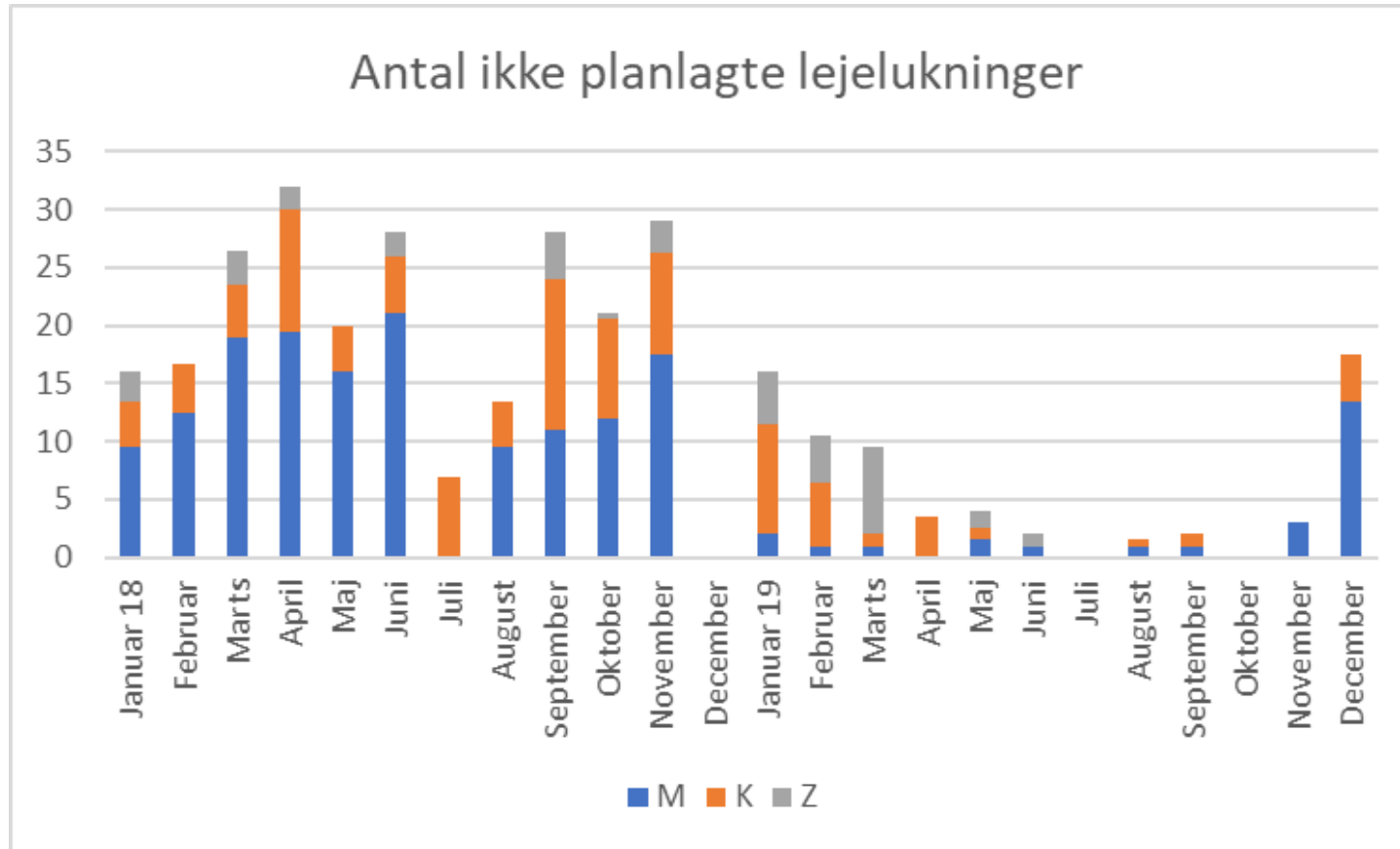
- Ny mødestuktur:
 - 3 daglige koordineringsmøder (kl. 7.15, 13.00 og 20.00) på tværs af de 3 afdelinger – håndtering af dagens akutte program, ændringer, sygdom etc.



- Færre aflysninger
- Uundgåelig aflysninger mere kvalificerede

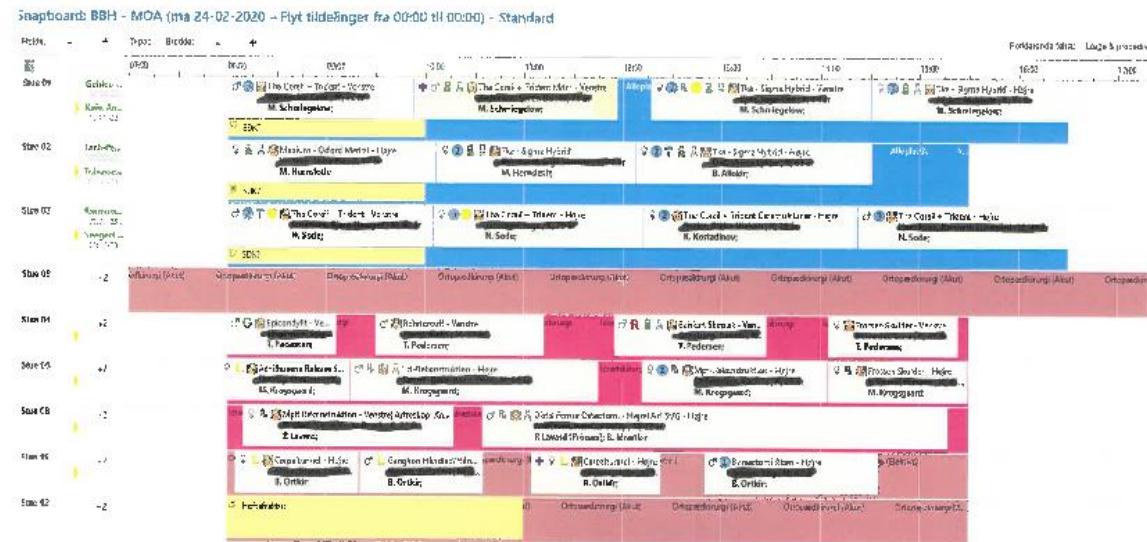


Daglige møder



Ugentlige møder

- Ugentligt tværfaglige valideringsmøder (30-45 min), hvor næste uges operationsprogram gennemgås.



Flow på OP-stuerne

- Flow- og arbejdsgangsbeskrivelse for en række udvalgte indgrebstyper
- Afholdelse af tværfaglig workshop, hvor medarbejder aftaler og beskriver flowet for stuen
- Fokus på at arbejde parrallet mod serielt, samt øget teamansvar
- Kirurgerne forbliver på OP og deltager mere aktivt med både forberedelse og afslutning af patienten



Flow på OP-stuerne

Kl.	Personale/hændelse	Opgave
1. patient		
7.50	Patienten går selv ned til den blå bæk	IV-adgang i højre side er lagt på K-24
8.00	Patient på stuen	1. pt. hentes af OP-/AN-sygeplejerske ved den blå bæk, herefter godnat
8.05	Kirurg + assistent + anæstesilæge på stuen	
8.05	Tjek in	
8.20	Patienten er bedøvet	
8.20	Kirurg er steril på stuen	
8.35	Patienten er afdækket og udstyrtilkoblet	
8.35	Knivtid start	
9.20	Knivtid slut	
9.20	Ringe efter næste patient, som selv går ned til blå bæk	
9.30	Portør på stuen	
9.35	Patient forlader stuen, køres på POA2	
9.50	Rengøring slut	
2. patient		
9.55	2. patient er på stuen	Den fra teamet, som har tid henter 2. patient ved den blå bæk



Opfølgning på flowbeskrivelser

- Under implementering bliver stuerne kontinuerligt evalueret, både kvantitativt og kvalitativt
- Efter endt program mødes hele teamet i kaffestuen og evaluerer dagen
- Hændelsesregistreringer fra dagen opsamles
- På baggrund af evalueringer foretages justeringer
- Ad. hoc. evalueringer efter implementering



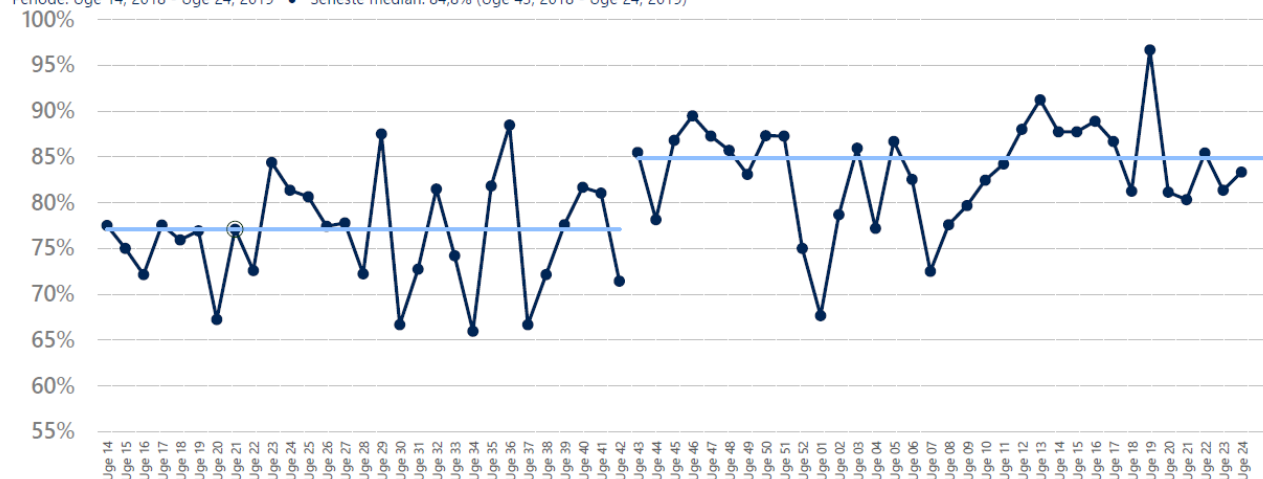
Data monitorering

Operationer - første elektive patient til tiden

BISPEBJERG OG FREDERIKSBERG HOSPITAL

Andel operationer, hvor dagens første patient var på stuen til tiden. • Gns. obs.: 41/50; seneste obs.: (Uge 24, 2019): 35/42.

Periode: Uge 14, 2018 - Uge 24, 2019 • Seneste median: 84,8% (Uge 43, 2018 - Uge 24, 2019)



MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL (SPC)		
				FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
---	85%	Andel operationer, hvor dagens første patient var på stuen til tiden. Indtil 10 min efter planlagt ankomst til stuen anses som værende rettidig, grundet usikkerhed i registreringspraksis. Akutte cases indgår ikke. Kilde: Sundhedsplatformen. Kontakt: bfh-dataenheden@regionh.dk	Variationen er tilfældig: Der er 15 kryds af medianen; der forventes mindst 12. Længste dataserie er 6 punkter; der forventes maksimalt 8.	SERIE-LÆNGDE (Max) 8	6	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 12	15	

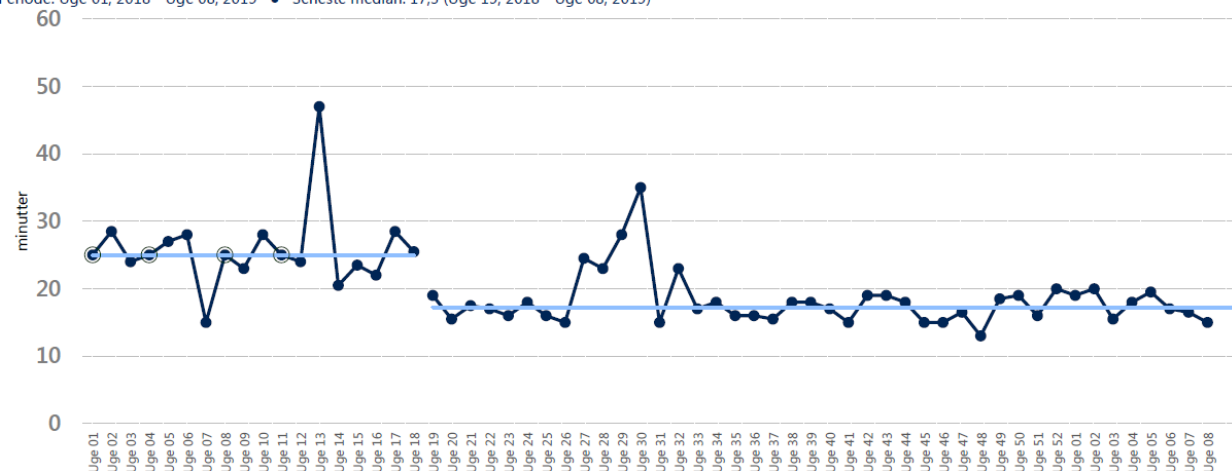
Data monitorering

Operationer - omstillingstid ml patient forlader stue og klargøring start

BISPEBJERG OG FREDERIKSBERG HOSPITAL

Median omstillingstid mellem elektive operationer

Periode: Uge 01, 2018 - Uge 08, 2019 • Seneste median: 17,3 (Uge 19, 2018 - Uge 08, 2019)



MÅL	MEDIAN	DATADefinition	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL (SPC)		
		Median omstillingstid mellem elektive operationer, udregnet som antal minutter ml "Patient forlader stuen" og "Stue klargøring start". Operationer på stue 08, 12 og 89 indgår ikke i opgørelsen. Kilde: Sundhedsplatformen. Kontakt: bfh-dataenheden@regionh.dk	Variationen er tilfældig: Der er 21 kryds af medianen; der forventes mindst 15. Længste dataserie er 4 punkter; der forventes maksimalt 8.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
---	17			SERIE- LÆNGDE (Max) 8	4	JA
				ANTAL KRYDS (Min) 15	21	

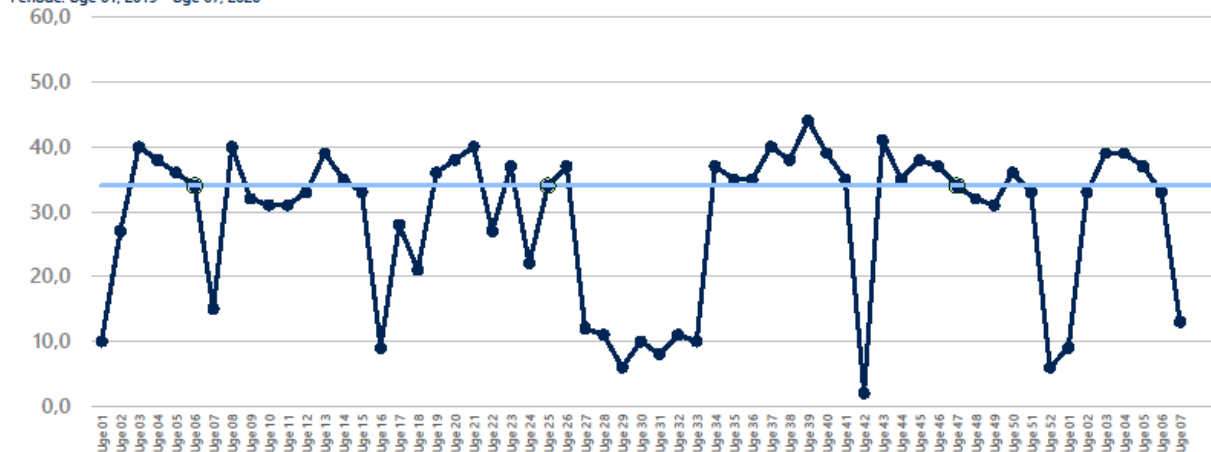
Data monitorering

Operationer - gennemførte, alloplastikkirurgi

Ortopædkirurgisk Afdeling M, MOA

Antal gennemførte operationer med afsluttede logs. • Gns. obs.: 29; seneste obs.: (Uge 07, 2020): 13.

Periode: Uge 01, 2019 - Uge 07, 2020



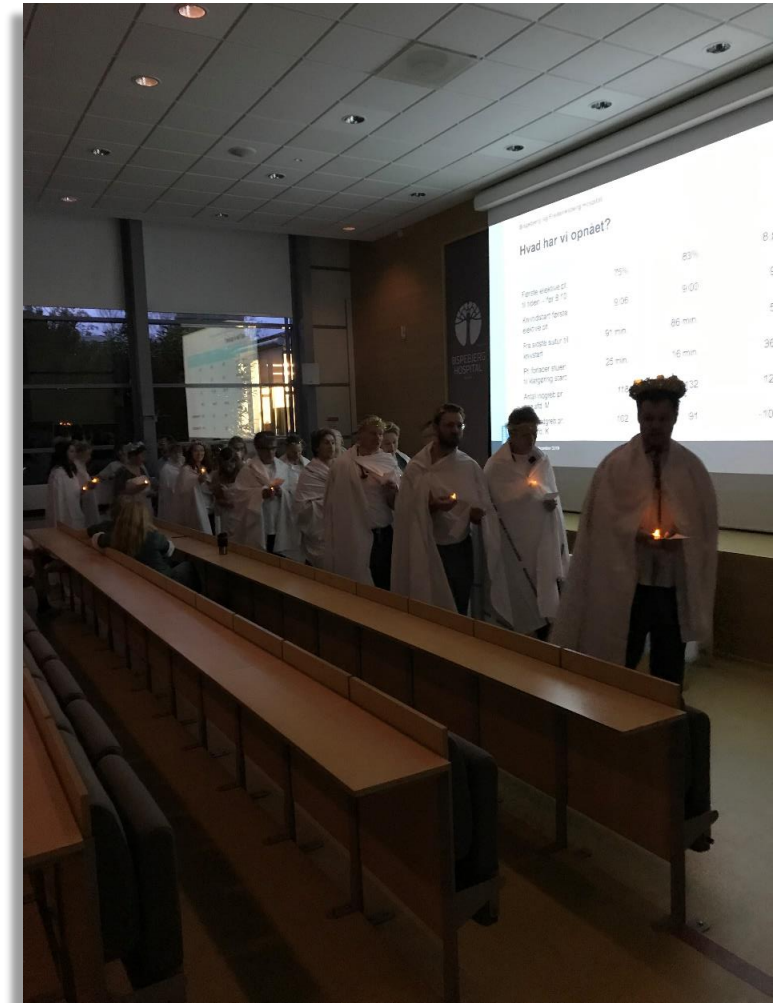
MÅL	MEDIAN	DATADEFINITION	KOMMENTARER	STATISTISK PROCESKONTROL (SPC)		
---	34,0	Antal gennemførte operationer med afsluttede logs. Kilde: Sundhedsplatformen. Kontakt: bfh-dataenheden@regionh.dk	Variationen er ikke tilfældig: Der er kun 20 kryds af medianen, men der forventes mindst 21.	FORVENTET	FAKTISK	STABIL PROCES?
				SERIE-LÆNGDE (Max)	9	8
				ANTAL KRYDS (Min)	21	20
						NEJ

Hvad har vi opnået?

Indikator	Primo 2018	Ultimo 2019	Forbedring	Bemærkning
Første elektive pt. Ankomst før 8:10	75%	85%	10 pp.	
Første elektive pt. Knivtids-start	9:06	9:00	9%	
Fra sidste sutur til knivstart	91 min.	86 min.	5%	
Pt. forlader stuen til klargøring start	25 min.	16 min.	36%	
Antal indgreb pr. uge Ort. Kir. Afd.	118	132	12%	4% lejereduktion
Antal indgreb pr. uge Gas. Kir. Afd.	102	91	-10%	15% lejereduktion

Hvad har været driverne i projektet?

- At de 3 afdelingsledelser fremstår som en samlet ledelse
- At beslutningskompetencen i den daglige drift er uddelegeret til det udførende personale
- At personalet har fået større indsigt i hinandens opgaver
- At vi har langt mere ro under afviklingen af dagens OP-program
- At vi overholder vores aftaler med patienterne
- At tiltagene har forbedret både patientforløb og arbejdsmiljø
- At vi har data til vurdering, om en forandring er en forbedring



Et eksempel på et *ledelsesmæssigt drevet* og *data understøttet* forandringsprojekt

