

Konzept «Lean Care Center©»

Inhaltsverzeichnis

1	Herleitung	2
1.1	Lean Hospital wird zu «Lean Care Center»	2
1.2	Lean Care Center in der Stiftung Blumenrain	2
2	Ziele	2
3	Voraussetzungen.....	2
3.1	Mobiler Arbeitsplatz	3
3.2	Bring-Prinzip	3
3.3	Bewohner im Zentrum	3
3.4	Kaizen Board	3
3.5	Huddle Board	3
3.6	Bewohner Informationen	4
4	Konsequenzen für die zeitliche Ressourcen	5
5	Umsetzung.....	5
5.1	Kommunikation	5
5.2	Pilot-Projekt.....	6
5.2.1	Vorbereitungsphase	6
5.2.2	Umsetzung.....	6
5.3	«Roll-out» Stiftung Blumenrain	7
6	Sechs Grundsätze© Lean Care Center – im Überblick	7

1 Herleitung

1.1 Lean Hospital wird zu «Lean Care Center»

In Spitälern sind Elemente aus dem Lean Management schon seit längerem im Einsatz. Zusammen mit ausgesuchten Pflegefachpersonen hat die Geschäftsleitung der Stiftung Blumenrain diesen Ansatz über einen längeren Zeitraum analysiert, besprochen und über deren Einsatzmöglichkeiten nachgedacht. Da es im Langzeitpflegebereich ähnlich der Spitäler, unzählige Prozesse, Richtlinien, Anforderungen und Erwartungen zu erfüllen und laufend zu optimieren gilt, hat sich die Geschäftsleitung entschieden, auf die Stiftung angepasste Teile aus dem Lean Management Konzept zu übernehmen, ein Konzept zu erarbeiten, umzusetzen und entsprechend einzuführen. Dieser Entscheid folgt auch der internen Grundhaltung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP¹).

1.2 Lean Care Center in der Stiftung Blumenrain

Einfach – rasch – übersichtlich: Lean Care Center stellt den Bewohner in den Mittelpunkt und orientiert sich an dessen Anliegen und geäußerten Bedürfnissen. Dies entspricht vollumfänglich den Leitgedanken der Stiftung Blumenrain. Mitarbeitende werden somit befähigt, sich aktiv am Lean-Prozess zu beteiligen und eigene Ideen sowie Lösungswege einzubringen. Patientensicherheit, medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit rücken dadurch in den Vordergrund. Zur Förderung dieser Faktoren wird das bestehende interne Rapportsystem angepasst und durch die Elemente Huddle- und Kaizenboard ergänzt. Dadurch können Abläufe, Informationsfluss und Ressourcen optimiert werden.

2 Ziele

Folgende Zielsetzung wollen wir erreichen:

1. Optimale Gesamtübersicht von Bewohnerinformationen für alle Mitarbeitenden
2. Lückenlose Weitergabe der Bewohnerinformationen (Schnittstellen bei Schichtwechsel)
3. Alle Mitarbeitenden sind vor Sitzungsbeginn eingelezen und melden während dem Huddle nur noch «was ihnen fehlt»
4. Alle Mitarbeitenden bringen konstruktive Veränderungsideen ein – der gemeinsame Veränderungserfolg ist sichtbar
5. Abteilungsübergreifende Förderung des Team Spirit
6. Optimierung von Leerzeiten

3 Voraussetzungen

In Anlehnung an die sechs Grundsätze aus dem Lean Hospital², werden die Grundsätze inhaltlich wie folgt an die Langzeitpflege angepasst (siehe auch Abschnitt 6 *Sechs Grundsätze*© Lean Care Center – im Überblick, Seite 7):

¹ KVP und intern auch PDCA-Regelkreis (plan-do-check-act), siehe auch FI-PDCA Regelkreis

² Lean Hospital – sechs Grundsätze der Solothurner Spitäler «Lean Hospital schnell erklärt», 2/2019, Seite 22

3.1 Mobiler Arbeitsplatz

Dank flächendeckender WLAN Installation arbeiten wir mit mobilen Arbeitsstationen (Laptop /Tablets) transparent und nahe beim Bewohner³. Erweiterungen der IT-Infrastruktur, wo notwendig, werden vorgenommen und eine schnelle und mobile Lösung der Pflegedokumentation ist massgebend (Anzahl und Kosten von Lizenzen), damit die Zeiten zum Einlesen kurz bleiben.

3.2 Bring-Prinzip

Durch Mitarbeitende der Abteilung Logistik & Gebäude wird das gesamte Pflegematerial nach dem Bring-Prinzip auf die Abteilungen gebracht und auf jeder Abteilung identisch gelagert. Die Pflege Mitarbeitenden bedienen sich aus diesen Materiallagern – Lagerbestandskorrekturen werden bei Bedarf, nach Absprache mit der Abteilung Logistik & Gebäude, vorgenommen.

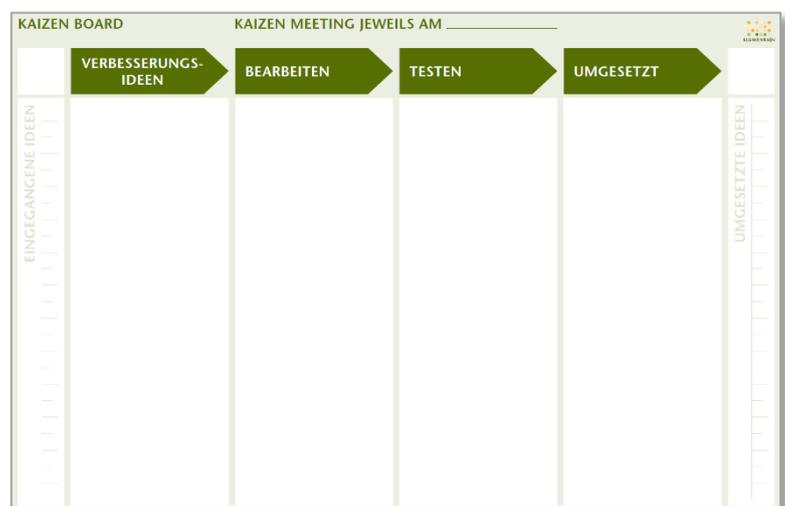
3.3 Bewohner im Zentrum

Durch den Einsatz von «Lean Care Center» werden alle diensthabenden Mitarbeitenden optimal auf dem aktuellsten Stand der Arbeiten, resp. Informationen gegenüber den zu pflegenden Bewohnerinnen und Bewohner, gehalten. Dies hilft unweigerlich mit, den zum Teil hektischen Pflegealltag zu beruhigen und lässt zu, dass die Bewohnerinnen und Bewohner noch mehr ins Zentrum gerückt werden.

3.4 Kaizen Board

Wir wollen uns laufend weiterentwickeln und verbessern. Mit der Einführung des Kaizen Boards hat jeder Mitarbeitende die Möglichkeit, regelmässig Ideen bezüglich Verbesserungsvorschlägen zu Pflege- und nicht-Pflege-Prozessen, Handhabungen, Haltungen etc. mitzuteilen und gleichzeitig einen eigenen Lösungsvorschlag einzubringen.

Die Ideen werden auf Karten festgehalten und bei regelmässigen Treffen unter den Mitarbeitenden diskutiert und dabei passende Massnahmen abgeleitet und bei Bedarf getestet und evaluiert. Die eingebrachten Ideen werden numerisch am linken Rand notiert. Die Anzahl der umgesetzten Ideen ist am rechten Rand des Boards ersichtlich.



3.5 Huddle Board

Der Einsatz eines Huddle Boards erlaubt uns, die beiden Abteilungen pro Stockwerk auch bezüglich pflege-betreuerischen Aspekten deutlich näher zu bringen. Das Huddle Board ist in der Mitte der beiden Abteilungen angebracht. Die stehend abgehaltene Sitzung der Pflegefachpersonen ersetzt 1:1 die bestehende Rapportsitzung in den Abteilungen.

³ Tablets werden eingeführt, sobald definiert ist, wie die mobilen Arbeitsstationen aussehen und ausgestattet werden sollen.

4 Konsequenzen für die zeitliche Ressourcen

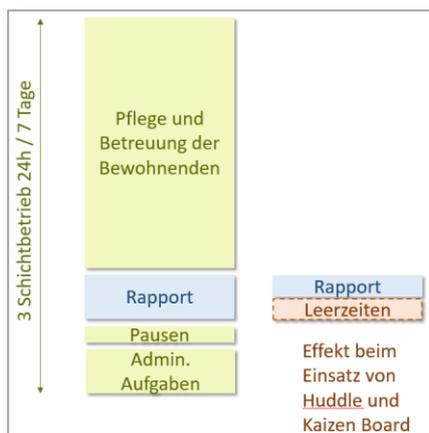
Wie weiter unter *Pkt. 5.1 Kommunikation* aufgezeigt, soll mit dieser Sitzungsmethode aber nicht nur eine deutlich bessere Übersicht der Tagesaufgaben für alle Mitarbeitenden gewonnen werden, sondern aufgrund der unterschiedlichen Sitzungsstruktur, auch die Rapportzeiten, resp. die Leerzeiten eines Rapports, optimiert werden.

Wichtig: Einerseits ist das berechnete Potential «Leerzeiten» theoretisch und andererseits können unterschiedliche Zeiten aus den Stockwerken und Aussenstellen bestehen. Wieviel der Leerzeiten danach effektiv in den Stellenplan umgesetzt werden ist Ermessenfrage und zum Teil nicht einfach und direkt abbildbar (aufgrund der Schichtwechsel und einzelnen Dienste).

Rapportzeiten "ohne und mit Huddle"			
Rapport mündlich	Anz. Min	Anz. MA	Total min
Morgen 7.00-7.10	10	10	100
Morgen 7.10-7.30	20	10	200
Vormittag 11.00-11.20			
Mittag 13.00-13.20	20	6	120
Nachmittag 15.50-16.10	20	8	160
		Total min	580
		Total Std.	9.67
Rapport mündlich	Anz. Min	Anz. MA	Total min
Einlese-Rapport 7.00-7.10	10	10	100
Huddle 7.10-7.15	5	10	50
Huddle 9.30-9.35	5	10	50
Einlese-Rapport 13.00-13.10			
nur Spätdienst	10	2	20
Huddle 17.30-17.35	5	6	30
Kaizen Mi/Fr 6x20min	6	6	36
		Total min	286
		Total Std.	4.77
Potential "Leerzeiten "		in Std.	4.90

5 Umsetzung

5.1 Kommunikation



Die Veränderung des Rapportwesens in der Pflege kann zu erheblicher Verunsicherung bei den Pflegefachpersonen führen. Daher legen wir auf eine laufende, transparente und ehrliche Kommunikation grössten Wert. Nebst dem Ziel der deutlich erhöhten Gesamtübersicht für alle Mitarbeitende gilt dem Hinweis der «Optimierung von Leerzeiten» grösste Beachtung zu schenken.

In einem ersten Schritt soll aufgezeigt werden, dass die Leerzeitenoptimierung ausschliesslich während dem Rapport passiert und keinesfalls zu Lasten der Pflege und Betreuung der Bewohnenden fällt.

Diese Vorgehensweise lässt deutlich aufzeigen, dass die «eingesparte Zeit» grundsätzlich bei der Rapportdauer eingespart werden kann und alle Mitarbeitenden gleichzeitig viel besser über den Stand der Arbeiten informiert sind. Da die eingesparte Zeit im Pflegealltag nun nicht einfach kompensiert werden soll, muss ein Teil der eingesparten Zeit (siehe Abschnitt 4 *Konsequenzen für die zeitliche Ressourcen*, Seite 5) in den Stellenplan, resp. Dienstplan einfließen.



5.2 Pilot-Projekt

5.2.1 Vorbereitungsphase

Während der Vorbereitungsphase muss mit folgenden Meilensteinen gerechnet werden:

Grundsatzentscheid	GL	5 AT ⁴
Arbeitsgruppe zusammenstellen (Gruppenleitungen und Stockwerksverantwortung, Verantwortung Pflegeentwicklung)	GL	10 AT
Grobkonzept erstellen: <ul style="list-style-type: none"> - Situationsanalyse - Projektplan - Referenzprojekte /umgesetzte Konzepte /Besuche vor Ort - Erarbeitung Huddle Board Struktur - Schulung Mitarbeitende des Stockwerkers Pilot-Projekt 	Verantw. Pflegeentw.	40 AT
Sicherstellen IT-Infrastruktur	Verantw. IT	60 AT
Kommunikation	GL	10 AT

Wir verzichten bewusst auf die Durchführung eines «Gemba walk⁵», da uns die heutige und angestrebte Rapportführung genügend bekannt sind.

5.2.2 Umsetzung

Sind alle Vorbereitungsarbeiten abgeschlossen, kann der Start- und End-Zeitpunkt des Pilot-Projektes definiert werden.

Ab dem ersten Umsetzungstag wird die Führung und deren Mitarbeitenden des Pilot-Projektes durch die Verantwortung Pflegeentwicklung nahe begleitet.

Es ist sehr wichtig, dass die neue Struktur umgehend korrekt umgesetzt wird und Unsicherheiten wohlwollend unterstützt überwunden werden können. Während der Dauer des Pilot-Projektes wird der sich ergebende Anpassungsbedarf laufend aufgenommen und wo notwendig, verändert. Wie aus Referenzprojekten entnommen werden kann, ist es entscheidend, dass Schwierigkeiten in der Projektgruppe umgehend gelöst werden müssen, um einen möglichen Unmut oder sogar Ablehnung gegenüber dem Projekt zu verhindern.

Die nicht im Projekt involvierten Mitarbeitenden sollen laufend über den Stand der Arbeiten, Wohlbefinden und Resultate der Projekt-Gruppe, informiert werden. Für die nicht-involvierten Fachpersonen soll dies Interesse wecken und das Gefühl entwickeln, selber baldmöglichst «huddlen» zu wollen.

⁴ Arbeitstage

⁵ Aus dem Lean Management (jap.) Der wahre Ort resp. vor Ort

5.3 «Roll-out» Stiftung Blumenrain

Das Pilot-Projekt soll für die weiteren Einführungen auf den weiteren Stockwerken und Aussenstellen einen «Leuchtturm Charakter» und somit einen Sog zur weiteren Einführung generieren. Dies wird die Einführung dieses Sitzungsmodells merklich vereinfachen. Aufgrund der stiftungsweiten Vorbereitungsarbeiten können die weiteren Einführungen nacheinander, Bereich für Bereich, eingeführt werden. Alle Einführungen werden begleitet durch die Verantwortung Pflegeentwicklung und –qualität. Dies soll eine gleichbleibende Einführungsphase und Qualität garantieren.

Es ist vorgesehen, dieses Sitzungsmodell auch im ambulanten Bereich sowie in Nicht-Pflege Bereiche einzusetzen. Erste Erfahrungen werden zeigen, welche Bereiche sich speziell gut dafür eignen und in welchen Bereichen sich eine Umsetzung lohnt, resp. die Generierung eines Mehrwerts, sich als eher schwierig zeigen wird.

6 Sechs Grundsätze© Lean Care Center – im Überblick



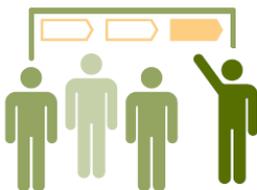
WLAN flächendeckend
Der mobile Arbeitsplatz am Bett.
Mit mobilen Stationen arbeiten wir transparent und näher beim Bewohner.



Bring-Prinzip
Im Lager ist alles am richtigen Ort.
Jeder Mitarbeiter bedient sich selbst – jeder Materialschrank wird im Bring-Prinzip aufgefüllt und sieht gleich aus.



Bewohner im Zentrum
Der Bewohner kommt zuerst.
Alle Prozesse werden auf Bewohnerzentrierung geprüft.



Kaizen
Wir wollen uns kontinuierlich verbessern. An regelmässigen Sitzungen werden Abläufe besprochen und verbessert.



Huddles
Alle Mitarbeitenden sind bestens orientiert. Bei den Huddles tauscht sich das Pflege- und Betreuungsteam jeden Tag aus.



Bewohner-Info
Der Bewohner weiss immer, wer und wie sich der Tagesablauf gestaltet. An den Informationsstellen in den Gängen stehen alle für den Bewohner wichtigen Informationen.