

Mere sundhed for de samme penge

Inge Holck, Direktør Lean Healthcare Europe, inge.holck@leanhealthcareurope.com

Eksemplerne i denne artikel viser, at simple ændringer i organisering af patientforløb, kan give markante effektiviseringer - med højere kvalitet, større patienttilfredshed og jobtilfredshed for de ansatte – og nej, det er ingen utopi, og ingen skal løbe hurtigere, hvilket er vigtigt at slå fast.

Eksemplerne kan forekomme banale, men pointen er, at spildet gentages mange gange hver dag, og derfor er potentialet ved at fjerne det og konvertere det til arbejdsprocesser, der skaber værdi, så stort.

Den amerikanske statistiker William Edwards Deming (1900-1990) har beskrevet en simpel sammenhæng mellem stigende udgifter og faldende kvalitet, og den utilsigtede vej derhen er blandt andet manglende fokus på spild i arbejdsprocesser og manglende fokus på fejl. Demings pointe er, at fokus på spild og fejl skal være konstant.

Sygehuse i den vestlige verden har samme udfordring: Ændring i demografi i retning af flere ældre, og dermed en forventet stigning i efterspørgsel efter sundhedsydelser og en samtidig en stigning i de behandlingsmuligheder, der udbydes. Den cocktail medfører et stort pres for at få pengene til at række, og her kommer Lean som filosofi og værktøj med gode bud på at afdække og fjerne spild i arbejdsgangene.

Patienterne er "kunden" på sygehuse, og derfor skal arbejdsprocesser tilrettelægges, så de fleste anvendte ressourcer skaber værdi for patienter, og imødekommer de behov, patienterne har – lad det være lakmusprøven, alle arbejds gange holdes op imod.

"Nurse" patienten eller "nurse" systemet

Mange arbejds gange i et patientforløb er ramt af en række faktorer, der fører til et betydeligt spild af sundhedsressourcer. Man kan spørge, om ressourcerne bruges til at "nurse" patienterne eller "nurse" systemet og derved resulterer i, at læger og sygeplejersker anvender meget tid, der ikke skaber værdi for patienterne.

Hvor stor en procentdel af de samlede ressourcer der ikke skaber værdi for patienterne vides ikke med sikkerhed, men jeg har haft

lejlighed til at spørge en lang række fagfolk i ind- og udland, fra portører på et dansk sygehus til medarbejdere på Harvard Medical International, og de svarer næsten altid det samme: Ca. 30%. Der skal ikke herske tvivl om, at faggrupperne på danske sygehuse ønsker at yde en dedikeret indsats for deres patienter, og budskabet er udelukkende, at det kan lykkes i endnu højere grad ved omlægninger af arbejds gange og ved at gøre arbejdet enklere.

Symptomer contra årsager

Det første jeg vil fremlægge er forskellen mellem et symptom og den egentlige årsag. Billedlig talt er det som isbjerg, det umiddelbart synlige symptom på overfladen og så de mere grundlæggende årsager, der er skjult under overfladen.

På et dansk sygehus var sekretariatet druknet i uskrevne ambulante notater. Et sindrigt system var udtænkt til, hvordan man kunne finde journaler og bånd med diktater, når patienterne kom igen – ofte flere måneder senere.

De manglende notater til praktiserende læger medførte mange daglige telefonopkald med klager fra læger, patienter og pårørende og dette alene "åd" op til 3 timer dagligt af sekretærens tid (hvor de så ikke kunne skrive notater). Ud over de 3 timer brugtes også tid på:

- At vedligeholde systemet til at finde journaler og bånd igen
- Mange gange at have fat i den samme patientjournal for at huske at få booket en tid når lægernes arbejdsplan forelå en måned frem

Samlet brugte sekretærene omkring 40 timer om ugen på noget, der ikke skabte værdi for patienterne, men som var sat i værk for at dulme symptomerne i det overbebyrdede sekretariat.

Et andet alvorligt problem ved arbejds gangene var, at patienterne fik en indkaldelse med kort varsel, fordi booking først skete, når arbejdsplaner forelå med ca. en måneds varsel. Booking med kort varsel vil ofte betyde, at patienter melder fra, da det kan være svært at få aftalt det med sin arbejdsgiver. Konsekvensen kan være ledige tider samtidig med stort pres og ventetid på ambulante behandling.

På spørgsmål til personalet om hvad de selv mente, var deres største udfordring, svarede de: Mangel på sekretærer. Sådan kunne det godt se ud, men det var kun symptomet – den egentlige årsag til problemet var



Inge Holck, Direktør for Lean Healthcare Europe

Inge Holck er direktør i Lean Healthcare Europe og har i mange år arbejdet med effektiviseringer i sundhedsvæsenet, både i ind- og udland. Lean Healthcare Europe har et indgående kendskab til arbejdsgange på sygehuse og alle projekter løses i tæt samarbejde mellem sygehusets ledelse, medarbejdere og konsulenter. De har to amerikanske partnere, og de tre firmaer indgår i tæt samarbejde omkring produktudvikling, internationale konferencer mm.

Inge Holck har givet indlæg om effektivisering af sundhedsorganisationer med Lean som metode på internationale konferencer i bl.a. Schweiz, Tyskland, Canada og USA, herunder for en række medicinske professorer på Harvard Medical International.

mangel på flow og sammenhæng i arbejdsgange tværfagligt. At det netop var hos sekretærene det blev tydeligt er ganske typisk, da denne faggruppe ofte afslutter patientforløb med at skrive diktater fra læger og sygeplejersker. Et skadet flow akkumuleres hos sidste led, nemlig sekretærene.

Værdistrømme og årsagsanalyser

Hvordan bevæger man sig så fra at se symptomet til at forstå den grundliggende årsag? Observation af arbejdsgange – for eksempel følge en patient og alle de delopgaver, der relaterer sig til et patientforløb. Alle delopgaver kan tegnes som en værdistrøm - fra en henvisning kommer til et sygehus, hvem gør så hvad, er der steder, hvor processen går i stå i kortere eller længere tid, og hvad sker der, når patienten kommer ind på sygehuset – igen med stor detaljeringsgrad beskrives det, hvordan vi helt præcist gør. Når tegningen er færdig, kan vi begynde at skabe os et overblik:

- Er alle dele af processen nødvendig?
- Er der sammenhæng og ingen forstyrrelser/afbrydelser?
- Er rækkefølgen optimal?
- Er de fornødne informationer til stede for at løse opgaven?
- Hvor er der flaskehalse og forsinkelser – hvad er årsagen?
- Er opgaverne fordelt rigtigt mellem faggrupper?

På baggrund af værdistrømmene, tages de enkelte udfordringer mere detaljeret op ved en nøje analyse af data og ved en nøje analyse af årsagssammenhænge. Hvordan hænger problemerne sammen, hvor starter det og hvad er affødt af hvad? Generende problemer har sommetider en simpel årsag.

I forbindelse med kortlægning af stuegang i en værdistrømsanalyse blev det afdækket, at der var mange forskellige måder at gå stuegang på, og tidsforbruget kunne variere med flere timer. Efter kortlægning og beskrivelse af den fremtidige ønskede måde at gå stuegang på, blev alle arbejdsgange standardiseret med store effekter til følge, tidsforbruget faldt, indlæggelsesdage faldt, fordi stuegangen blev afsluttet og fulgt op tidligt på dagen, overarbejde faldt mm. Et eksempel på hvordan få ændringer kom til at betyde noget for Costeffectiveness og medarbejdernes arbejdsmiljø.

Varians

I samme afdeling, hvor sekretariatet var ved at drukne i ikke skrevne notater, udtrykte læger og sygeplejersker stress og utilfredshed med deres arbejdsbetingelser. Deres forklaring på problemerne var atter, at der manglede sekretærer, og at der manglede læger.

Værdistrømme blev kortlagt, og analyse af alle delelementer viste tydeligt, hvad den egentlige årsag til problemerne var:

- Uens antal læger over ugens dage.

- Uforsigelig tilstedeværelse af læger fra forskellige subspecialer, – og dette førte til mange ombookninger af patienter.
- Antal læger, sygeplejersker og sekretærer var ikke samstemt.
- Fordeling af opgaver mellem faggrupperne gav mange forstyrrelser og ventetid for alle.
- Mængdende standardisering (hver vores måde at gøre tingene på).

Det var ikke sekretærmangel, men "kødannelse" på grund af ujævnt flow. Der manglede ikke læger, men de brugte meget arbejdstid på at kompensere for, at de ambulante journaler ikke var opdateret. Sygeplejerskerne brugte meget tid på at spørge lægerne om forskelligt, som de egentlig godt kendte svaret på, men hvor opgaverne ikke var delegeret til sygeplejerskerne. Man kunne illustrere dette som en negativ synergicirkel – for hver tur rundt i cirklen blev problemerne større og større.

I dag er denne afdeling velfungerende, bunker af uskrevne journaler og notater er væk. Der er skabt et jævnt flow i alle opgaver, der relaterer sig til patientforløb, med overensstemmelse i fremmøde af de forskellige faggrupper, hvor antal læger nu er fast hver dag. Fordeling af specialer ligger på faste dage, og alle patienter, der skal komme igen, får straks en ny tid, og den daglige telefontid i 3 timer er fjernet. Der er næsten ingen der ringer, for nu sender afdelingen de ambulante notater indenfor 24 timer til praktiserende læger, og når patienterne kommer igen i ambulatoriet, er journalen altid opdateret. En række opgaver blev flyttet fra læger til sygeplejersker. Det hele har sammenlagt betydet, at ambulatoriet første år efter Leanprocessen var sat i gang, fik 5.000 flere patienter igennem – uden ekstra tilførsel af ressourcer. På spørgsmål til læger, sygeplejersker og sekretærer om hvordan de nu bagefter opfattede deres arbejde, var svaret: "Vi når meget mere hver dag, og stress og utilfredshed er væk, og det samme er klagerne fra patienterne".

Unødvendige arbejdsprocesser

I en røntgenafdeling afdækkede tidsstudier i forbindelse med en Leanproces, at det tog længere tid at booke røntgenundersøgelserne end det tog at udføre dem.

Patienterne efterspørger en hurtig tid – ikke en tidsrøvende booking. Jeg vil ikke trætte læseren med alle detaljerne i bookingproceduren, men der var tale om mange arbejdsgange. Arbejdsgangene blev ændret, så patienterne kunne komme i Røntgenafdelingen uden aftalt tid - blot med henvisning fra egen læge. De fleste patienter kom til indenfor 15-20 minutter. Eksempel illustrerer, hvordan aktiviteterne blev flyttet og unødvendige arbejdsprocesser blev fjernet og erstattet af større aktivitet i undersøgelserne. Et år efter Leanprocessen var sat i gang, var antal patienter i Røntgenafdelingen steget med 35% - uden tilførsel af ekstra ressourcer.



Medicinsk afdeling M4, personalekontor, sygehus Thy-Mors før lean-proces

Unødvendig bevægelse

Hvor har vi placeret printeren i forhold til de faggrupper, der bruger den hyppigst? Hvor er depoter og skabe med de ting, vi bruger mest, anbragt i forhold til patienterne? På en reumatologisk afdeling var depoter placeret langt fra patienterne og en måling viste, at plejepersonalet gik 6 til 8km om dagen for at hente ting i depoterne. Skabene tæt på patienterne var fyldt med linned. Afdelingen gennemgik en større oprydning, og alle skabe og depoter blev ændret i indretning efter hyppighed af hvor ofte noget skulle bruges. Oprydningen gav i sig selv en stor tidsbesparelse, fordi ingen skulle bruge tid på at lede. Indretning af skabe og depoter foregik ud fra princippet: Nok – hverken mere eller mindre, og alt på fast plads.

Arbejds miljø, forstyrrelser og fejl

Arbejds miljø, forstyrrelser og fejl giver det mening at omtale under samme overskrift, da de ofte spejler sig i hinanden. Forstyrrelser af klinisk personale kan føre til fejl og utilsigtende hændelser – og der er mange forstyrrelser. En af årsagerne er, at de fysiske rammer ofte ikke understøtter de opgaver, der bør løses i fred og ro.

Fejl opstår af mange grunde, men den vigtige læring er, at de opstår, fordi de er mulige at lave. Tænk hvor enkelt det er at bestille en bog på nettet, glemmer vi noget, sendes vi ikke videre, før den er rettet; men på sygehuse er der ikke den samme umiddelbare fejlretning.

Ud over de menneskelige omkostninger, der kan være forbundet med fejl, så medfører fejl også et betydeligt ekstra ressourcetræk. Fejl skal rettes, opgaver udføres igen mm.

Ventetid

En vigtig pointe at få med er, hvordan vi tænker, og hvordan vi forstår vore muligheder for at ændre på tingenes tilstand – herunder hvordan vi ser og forstår ventetid. Jeg besøgte Virginia Mason Hospital i Seattle og dette sygehus omtaler sig selv som et af verdens mest Leanede. Her interviewede jeg en kirurg, der fortalte, hvordan en Leankonsulent havde fulgt ham en arbejdsdag og ved dagens ende havde spurgt, hvordan han syntes, det var gået. Fint var hans svar. Konsulenten havde da påpeget, at kirurgen havde brugt flere timer på at vente i løbet af dagen, og hertil havde kirurgen svaret: "Det er ikke et problem, men et vilkår. Sådan har det altid været."

Nu arbejdede han og hans kolleger anderledes og ville ved ventetid straks gå i gang med at finde ud af, hvor i flowet der blev skabt flaskehalse. Det vigtige budskab er, at vi kan planlægge arbejdsgange, så der ikke konstant opstår ventetid. Uanset om det er patienten eller lægen, der skal vente, så udtrykker ventetid spild.

Data

Der indberettes mange data på sygehuse og mange data er ikke umiddelbart egnede som beslutningsgrundlag – de er ikke operationelle.

Antallet af forskellige patientforløb siger i sig selv ingenting om



Medicinsk afdeling M4, stillerum, sygehus Thy-Mors efter leanproces

effektivitet. Vi må vide, hvor meget tid og hvor mange ressourcer der er anvendt, og om det er muligt at gøre bedre.

Eksemplet med sekretærene ovenfor viser, hvordan vi let mistolker data. Sekretærene er bagud med et stort antal ambulante notater, og det er fristende at sige, at man da med egne øjne kan se, hvad der er galt.

Prøv at se på billedet nedenfor og overvej, hvad det ligner?



En bærbare pc?

Operationelle data vil være en vigtig brik i konstant at afdække spild og se, om vi lever op til de mål, vi har sat. Hvis ja, så gå efter at forbedre forbedringerne, hvis nej så afdæk årsagen og ret den. Data er et emne, der ved en senere lejlighed kan fortjene en artikel særskilt.

Ledelse og Lean

Forudsætningen for at løse problemerne er at acceptere et tværfagligt teamwork, der planlægges med det klare formål at give størst mulig værdi til hvert patientforløb.

En udfordring for at sikre et effektivt patientforløb er, at teamet skal fungere, også på tværs af afdelinger. Den vertikale opdeling (siloe) af specialer afspejler ikke det ønskede horisontale patientforløb, hvor den enkelte patient efterspørger ydelser fra forskellige afdelinger, røntgen – laboratorier, medicinsk eller kirurgisk afdeling. Det stiller store krav til ledelse, kommunikation og samarbejde på tværs af specialer og til at få skabt færdige "pakker" der er klar, når patienterne kommer.

Mere sundhed for de samme penge?

Svaret er ja. Artiklen har givet forskellige eksempler på banale problemstillinger, som mange sygehuse vil kunne genkende elementer af. Disse banale problemstillinger ville, hvis vi løste dem i hele sundhedsvæsenet, kunne frigøre mange ressourcer, der så kunne anvendes til at skabe mere behandling og pleje.

Så, hvad venter vi egentlig på?