

Hur nytt är det med »lean healthcare«?

Decentraliserad, professionsstyrd vård kan leda oss på rätt kurs

Om »lean healthcare« egentligen bara handlar om strukturerat bondförnuft så kan skillnaden mellan denna och många andra modeller inte vara särskilt stor. Kanske räcker det med decentraliserad vård och ökad investering i kontinuerlig medicinsk fortbildning samt klinisk forskning för att sätta vården på rätt kurs igen?

Läkartidningens reportage med den spektakulära rubriken »Modell från bilindustri ska rädda sjukvården« [1, 2] finner man flera väsentliga synpunkter i frågan.

I reportaget redogörs för sjukhusledningarnas på S:t Görans sjukhus och på Lunds universitetssjukhus tämligen ovanliga beslut rörande den medicinska professionens roll i den dagliga sjukvården.

Situationen på S:t Görans sjukhus sammanfattas: »Läget var så ansträngt att sjukhusledningen gav medicinakutens personal fria händer att omorganisera verksamheten som de ville. Enda begränsningen var att det skulle ske med befintliga resurser.«

Läget i Lund beskrivs så här: »Insikten att det skulle bli omöjligt att möta framtidens växande vårdbehov med så usel produktivitet fick ledningen för Lunds universitetssjukhus att för ett par år sedan börja snegla mot lean healthcare ...«.

På båda sjukhusen genomfördes pilotprojekt i vilka den medicinska personalen med

läkare i spetsen själv fick organisera och styra sitt arbete på några utvalda avdelningar.

Detta exempel på decentraliserad vård, genomfört av professionell kunskap, resulterade i såväl övertygande medicinska vinster för patienterna som minskad stress för personalen på båda sjukhusen. Dessa data ger stöd åt den utbredda uppfattningen att dagens undermåliga vårdkvalitet och låga effektivitet beror på centraliserad sjukvårdsstyrning, som successivt har ökat sedan mitten av 1900-talet [3].

En anmärkningsvärd nackdel är att reportaget saknar referenser till tidigare relevanta erfarenheter/data. Dessutom finns det inte någon säker möjlighet att uppskatta vikten av lean healthcare-metodens specifika roll vid värderingen av sjukvårdsvinster. Numera anses det viktigt att inkludera historiska perspektiv på rapporterade data för att undvika felaktiga tolkningar även i allmän medicinsk journalistik [4].

Exemplet med de rapporterade sjukvårdsvinsterna från akutmottagningen är i och för sig ingen nyhet. Det stämmer väl överens med erfarenheter kända sedan slutet av 1960-

talet, då det revolutionerande konceptet av intensiv hjärtinfarktövervakning – coronary care units (CCU) eller hjärtinfarktavdelningar (HIA) successivt introducerades i västvärlden [5].

I Sverige var det kardiologerna som tog initiativet till att bygga upp HIA-vården. Observera att på den tiden var sjukvårdssystemet mera öppet och mottagligt för kunskapsinflytande. Således initierade Svenska kardiologförbundets styrelse en multicenter-HIA-studie 1968. I egenskap av styrelsens ordförande förankrade jag projektet hos Bror REXED, generaldirektör för Socialstyrelsen 1968–1978, som utlovade sitt stöd. Föreningens mångårige sekreterare Harald ELIASCH koordinerade studien tillsammans med Torbjörn LUNDMAN och andra kardiologer på Serafimerlasarettet, Sven ÅKE FORSBERG på Borås sjukhus och Stig HOLMBERG med flera på Sahlgrenska sjukhuset. Resultat från tolv deltagande HIA sammanställdes i en avhandling av Rune HENNING [6].

HIA-konceptet med sin avancerade teknologi och speciellt utbildade sköterskor och läkare blev en milstolpe i sjukvårdens strävan att vidmakthålla/öka största möjliga patientsäkerhet. Utvecklingen av HIA ledde till avknoppningen av gränslös hjärt-lungräddning (HLR). Det skulle knappast ha varit möjligt att utan ett HIA-HLR-paraply kunna

bedriva stora delar av den avancerade sjukvården eller att via klinisk forskning kunna omsätta viktiga delar av grundforskningens rön till praktisk medicin/ kirurgi.

Av Läkartidningens reportage framgår att decentraliserad vård med lean healthcare-arbetsätt signifikant minskade utredningstiderna i Lund för några utvalda sjukdomar: ADHD, misstänkt fraktur, cervixcancer.

För jämförelsens skull vill jag kort nämna Göteborgs arbetsmetod med målsättning att effektivisera sjukvårdskedjan för hjärtpatienter. Snabbt ökande efterfrågan på kranskärlskirurgi under slutet av 1980- och början av 1990-talet framkallade köbildning med påtagliga störningar i utredningskedjan. Kardiologi och toraxkirurgi initierade skapandet av Hjärtcentrum (HC) på Sahlgrenska sjukhuset.

Fem utrednings-/behandlingsstationer ingick i HC: kardiologi, röntgen, klinisk fysiologi, toraxanestesi samt toraxkirurgi. Sjukhuschefen Per-Olof Ranman godkände strukturen. Dessutom gick han med på att till HC adjungera ekonomen Lennart Larsson för att avlasta vårdpersonalen i administrativa sysslor. Detta innebar en stor vinst – det gav mera sammanhängande tid för patientvård.

Hjärtcentrums första åtgärd var att eliminera en fem månader lång patientkö. Detta skedde på en månad genom

»Hjärtcentrums första åtgärd var att eliminera en fem månader lång patientkö. Detta skedde på en månad genom effektivisering av resursutnyttjandet.



ED VARNAUSKAS
professor emeritus i kardiologi, Göteborgs universitet; Djursholm ed.varna@telia.com

effektivisering av resursutnyttjandet. Personalens utmärkta kliniska kunskaper, flexibilitet och beredskap till samarbete över gränser mellan olika HC-enheter är styrda flera gånger hotade avbrott i sjukvårdskedjan och hindrade uppkomsten av köer.

Det är omöjligt att avgöra i vilken utsträckning Toyota lean healthcare-metoden är identisk med Göteborgs HC-metod. Emellertid, om man accepterar Göran Örnungs förklaring att Toyota-modellen handlar »egentligen bara om strukturerat bondförnuft«, så kan skillnaden mellan denna och många andra modeller inte vara särskilt stor.

På Internet kan man hitta ett antal kurser för Toyota-metoden. Frågan är om dessa kurser är värda priset? Kan-ske räcker det med decentraliserad vård enligt det aktuella pilotförsöket och investering i kontinuerlig medicinsk fortbildning (»continuous medical training«) samt klinisk forskning för att sätta värden på rätt kurs igen?

Slutligen vore det intressant att få veta de i försöket involverade sjukhusledningarnas åsikter; deras ställningstaganden var aktiningsvärda.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Lövtrup M. Modell från bilindustri ska rädda sjukvården. Läkartidningen. 2008;105:3396-9.
- Lövtrup M. Den nya modellen har fått fäste på Lunds universitetssjukhus. Läkartidningen 2008;105:3398-9.
- Werkö L. Från blodhosta till vardagsstress. Stockholm: Sellin & Partner Bok och Idé AB; 2008.
- Denzer S. Communicating medical news – pitfalls of health care journalism. N Engl J Med. 2009;360:1-3.
- Julian DG, Oliver MF, editors. Acute myocardial infarction. Edinburgh and London: E & S Livingstone Ltd; 1968.
- Henning R, Lundman T. Swedish Co-operative CCU Study. A study of 2008 patients with acute myocardial infarction from 12 Swedish hospitals with coronary care unit. Part I. A description of the early stage. Part II. The short-term prognosis. Acta Med Scand Suppl. 1975;586:1-64, 1-35.

Återstår att bevisa om »lean thinking« är till nytta i hälso- och sjukvården

■ »Lean« är ett av de senaste tillskotten bland lednings- och styrningsverktyg inom hälso- och sjukvården. Intresset för »lean« har med säkerhet sin grund i växande krav på att tillmötesgå patienternas efterfrågan av allt effektivare vård inom begränsade ekonomiska ramar. Metoden kommer, som de flesta tidigare, från industrin, närmare bestämt den japanska bilindustrin, och bygger på en filosofi som går ut på att organisera värdeskapande flöden och eliminera slöseri i alla former [1, 2].

En nyligen publicerad artikel

[3] redovisar litteratursökningar rörande införandet av »lean thinking« i hälso- och sjukvårdssektorn. Tillämpningen sägs ha ökat markant under senare år (antalet träffar har ökat från 565 till 37 100 på cirka två år) och resulterat i säkrare, tillgängligare – i termer av kortare ledtider – och mer kostnadseffektiv vård. Ingen strukturerad analys av materialet redovisas.

Författarna (ingen av dem med en vårdbakgrund) ifrågasätter om den komplexa hälso- och sjukvården med dess mångfald av kunder egentligen är mogen att applicera »lean«. De menar att en gemensam uppfattning om vad som är »värde« för kunden saknas inom vården. Motsvaras det som många kliniker rubricerar som kvalitet verkligen av »värde för kunden« enligt »lean«? De frågar sig hur alla varierande uppfattningar om kvalitet systematiskt kan fogas samman till en miniuppsättning av värden, nödvändig för att framgångsrikt skapa »lean healthcare«.

Efter att ha beskrivit olika existerande ansatser i den riktningen, bl a Värdekompassen [4] och de sex kvalitetsområ-

dena beskrivna i Socialstyrelsens »God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården« [5], föreslår de följande tre nyckeldimensioner:

1. kliniskt värde (uppnådd hälsa, hälsorelaterad livskvalitet)
2. organisatoriskt värde (kostnadseffektiva processer utan fördröjningar och kvalitetsbrister)
3. värdet av upplevelsen (mötet, bemötandet).

Dessa tre dimensioner tillför enligt min mening inga nya perspektiv på värde: de motsvaras väl av de sex kvalitetsområdena i »God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården«. Författarna anser att värden i de tre dimensionerna kan uttryckas i ekonomiska termer (för kliniskt värde föreslås användning av QALY, kvalitetsjusterade levnadsår), vilket ger möjligheter att göra avvägningar mellan mål i de olika värdedimensionerna.

Författarna konkluderar att »lean thinking« är en möjlighet för hälso- och sjukvården, även om det återstår att bevisa att det leder till förbättringar. En förutsättning är att enighet uppnås om vad som avses med värde i hälso- och sjukvården.

Till skillnad från författarna

menar jag att det finns god förståelse för och samsyn inom hälso- och sjukvården beträffande vad som är värde för vårdens »kunder«. Utmaningen är att finna bra mått på dessa värden och att använda dem konsekvent i förbättringsarbetet – även när »lean« appliceras. Nationellt och internationellt pågår ett gediget arbete i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer och professionerna, som syftar till att skapa

enhetliga, generiska mått – indikatorer – på dessa värden [6].

Snarare tror jag att det finns

en risk att potentialen i »lean thinking« inom hälso- och sjukvården kan gå förlorad, därför att man inte till fullo insett att förutsättningen för framgångsrik tillämpning är en kultur i organisationen som är i samklang med »lean«-filosofins grundläggande principer. Utveckling av en sådan kultur ställer krav på ledare på alla nivåer [7].

Dessutom tycks hittills endast en begränsad del av filosofins principer och redskap ha tagits i bruk inom hälso- och sjukvården (Mazzocato P, Thor J, Aronsson H, Brommels M, Savage C. Lean health care: promises and pit falls. A realist review of how lean thinking has been applied in health care. [Manuskript.]

Mycket återstår alltså att göra när det gäller att applicera »lean thinking« i hälso- och sjukvården innan slutsatser om nyttan kan dras.

Magna Andreen Sachs

docent, senior advisor, Medical Management Centre, Karolinska institutet, Stockholm magna.andreen-sachs@ki.se

REFERENSER

- Lövtrup M. Modell från bilindustri ska rädda sjukvården. Läkartidningen. 2008;106:3396-9.
- Lövtrup M. Den nya modellen har fått fäste på Lunds universitetssjukhus. Läkartidningen. 2008;106:3398-9.
- Young TP, McClean SI. A critical look at Lean Thinking in healthcare. Qual Saf Health Care. 2008;17: 382-6.
- http://www.skf.se/artikel.asp?C=3483&A=6399
- http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D887B5D2-EFD2-4E9F-A0A5-6232DFF1EFB0/4877/20061012.pdf
- http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/Nat_indikat/index.htm
- http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/GoingLeaninHealthCare.htm