

# Lean-marknaden passar inte i sjukvården

Vi tvingas genomlida infantila lean-spel. Förbättringsarbete fokuserar på det mätbara på bekostnad av det viktiga. Läkekonsten offras. Våra beslutsfattare har okritiskt köpt kostsamma lean-aktiviteter ovaliderade inom sjukvården men lukrativa för snabbfotade konsultföretag.

**E**n lean-våg – eller snarare tsunami – sveper över Sveriges sjukvård. På mitt sjukhus beordras jag och mina medarbetare till återkommande resurskrävande lean-aktiviteter:

- En »verksamhetsutvecklare« föreläser om journaldiktat för alla läkare på min klinik. Han har med sig en hink med bollar av olika storlek symboliserande diktat av varierande kvalitet. Mina välutbildade och erfarna kollegor i 50–60-årsåldern får ta emot bollarna och sedan kasta tillbaka dem till hinken i syfte att illustrera skillnaden mellan bra och dåliga diktat.
- Ett APT-möte ägnas åt lean. Den lean-utbildade sjuksköterska som föreläser illustrerar med en lean-process som resulterade i att det numera är lättare att hitta ficklampan när läkaren på hennes avdelning behöver undersöka en patient i halsen. När jag frågar om de har lean-arbetat med väsentligare problem, som bristerna i de IT-system vi dagligen konfronter

ras med, svarar hon »Nej, det är för svårt«.

- Vi beordras till 90 minuter långa föreläsningar om »arbets sättet lean«.
- Alla läkare, sköterskor, undersköterskor, läkarsekretärer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter från min avdelning beordras till ett tvådagars lean-spel i internatform. Etc etc.

Detta sker utan att det presenteras en kostnadsberäkning för alla dessa möten, än mindre några planer på effektivitetsutvärdering, vilket är en självklarhet när vi vill introducera nya medicinska metoder.

För att undvika missförstånd: jag är fullt medveten om behovet av fortlöpande förbättringsarbete med fokus på att skapa värde för patienterna, undvika slöseri av alla former etc. Det är också så vi arbetar: vår stroketrofobolyskedja kan illustrera: på några år har »door-to-needle«-tiden minskat från 60–120 minuter till 25–45. Vi har fortlöpande analyserat kedjan SOS-ambulans-akuten-röntgen-strokeenheten, identifierat tidsförluster och vidtagit åtgärder. Vi har på vår avdelning ända sedan 1980-talet varje vecka ett »arbetsmöte« där representanter från alla yrkeskategorier dels ventile-



Foto: Ulf Palm/Scanpix

»Mina välutbildade och erfarna kollegor i 50–60-årsåldern får ta emot bollarna och sedan kasta tillbaka dem till hinken i syfte att illustrera skillnaden mellan bra och dåliga diktat.« (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

rar uppkomna förbättrings- och utvecklingsförslag, dels ventilerar problem och diskuterar lösningsalternativ. Det är ett naturligt förbättringsarbete som de flesta människor intuitivt driver i en tillåtande arbetsmiljö, där ledningen vågar lita på medarbetarnas kompetens, motivation och kreativitet.

Detta arbetssätt har av olika konsultföretag (det ligger mycket pengar i organisationskunskap och administrativa processer) getts olika namn, till exempel processstyrning, värdekompasser, balanserade styrkort, PGSA, Six Sigma, fiskbensdiagram och offensiv verksamhetsutveckling. Inga av dessa har dock lyckats skapa samma hallelujastämning som lean, och aldrig har så stora resurser satsats som med lean. Resurser som hade kunnat ägnas

åt vårdinsatser går åt till ett lean-arbete som är skapat för industrin, inte sjukvården.

Lean tillämpas i sjukvården inom enskilda små enheter trots att modellen är avsedd för övergripande industriprocesser. Ta till exempel endokrinologin i Skaraborg: vi har svårt att sköta den på grund av brist på endokrinologer, två specialister på deltid. På Sahlgrenska universitetssjukhuset, med samma arbetsgivare (Västra Götalandsregionen) och ett cirka dubbelt så stort upptagningsområde, finns ett 20-tal endokrinologer på sex kliniska tjänster. Industri-lean hade självklart allokerat resurserna utifrån de faktiska behoven och omfördelat dessa, men sjukvården har inte samma spelregler.

Ett annat exempel är pro-



**ERIC BERTHOLDS**  
överläkare, medicinkliniken, Kärn sjukhuset i Skövde  
eric.bertholds@gmail.com

blemet med små sjukhus med otillräckligt patientunderlag samtidigt som större sjukhus brottas med ständiga överbeläggningar. Hade industrin haft problem av liknande art skulle man, i enlighet med lean, lägga ned de små sjukhusen och koncentrera vården till de större. Den politiska verkligheten kan dock utesluta en sådan lösning hur rationell den än vore ur ett lean-perspektiv.

Ibland är orsaken till ineffektivitet i vår verksamhet att medarbetare i ledande positioner saknar social kompetens och/eller prioriterar sin fritid, sin forskning eller sitt extraknäck i förhållande till sitt kliniska arbete. Inom industrin skulle sådana medarbetare, efter en enkel lean-analys, ha ersatts av för uppgiften bättre lämpade personer med hjälp av attraktiva, t ex ekonomiska, lockbeten. Detta är som bekant inte möjligt i vår sjukvård.

Magnus Lord, själv lean-konsult och tidigare strategichef på sjukhuset i Lund, säger i en intervju i Läkartidningen 15/2010 (sidorna 964-6) att »Vi vet att lean fungerar, helt enkelt för att vi mäter resultaten«. Men, som Albert Einstein sade, det är inte allt som kan räknas som räknas, och inte allt som räknas som kan räknas.

Världens många »mjuka« och kvalitativa sidor låter sig inte datafångas och riskerar att trängas ut av ett förbättringsarbete som fokuserar på det som är lätt att mäta. Man förbättringsarbetar till exempel med syftet att öka andelen Waranbehandlade patienter som ligger i terapeutiskt intervall, men bortser helt från huruvida patienterna behandlas på rätt indikation. Terapeutiska Waranvården skapar ju inget värde för patienten om själva indikationen för behandlingen är inkorrekt.

Eller ta patienten som söker akutmottagningen med bröstsmärtor och där jag med en

EKG-granskning, ett blodprov och en översiktlig kroppsundersökning snabbt kan utesluta hjärtinfarkt. Skickar jag då hem patienten efter denna snabba bedömning blir det plus i akutens lean-statistik där det enda vi mäter är väntetider. Utöver jag i stället god läkekonst, låter patienten berätta hela sjukhistorien, gör en grundlig kroppsundersökning och tar mig tid att förklara hur psykiska påfrestningar kan ge kroppsliga symtom som t ex bröstsmärtor tar besöket längre tid och ger minuspoäng.

En Googlesökning på »lean + sjukhus« ger 40 400 träffar, med konsultföretagen högst upp på listan, berikande sig själva och plågande oss andra med denna modefluga. De oftast presenterade positiva resultaten består av tidsvinster och kortade väntetider eller tidslinjer (för till exempel patienten med bröstsmärtor ...). Sedan följer anekdoter om nöjdare patienter och personal.

Det finns knappast några artiklar med stark vetenskapligt påvisad positiv effekt, och jag hittar inga förbättringsarbeten för »clinical excellence« eller läkekonst, två grundförutsättningar för god sjukvård.

Allt styrs utifrån av smarta lean-konsulter som påstår att ökad effektivitet kan lösa sjukvårdens problem. Ingen effektivisering i världen kommer dock att råda bot på det största problemet, att sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov ökar snabbare än den ekonomiska tillväxten. Det vore bättre om sjukvårdens beslutsfattare tog itu med detta problem och överlämnade förbättringsarbetet till oss som dagligen arbetar med de sjuka och vars möjlighet att vårda dem minskar när vi tvingas lägga ner resurser på lean-marknaden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Hur mycket behöver sjukvården veta om oss?

■ Under några decennier på 1900-talet var det en etablerad uppfattning inom den svenska sjukvården att god vård bygger på en förtroendefull relation mellan läkare och patient; patienten skulle kunna lita på att det som skedde under undersökning och behandling stannade inom en ytterst liten krets. Denna uppfattning har under de senaste åren eroderat allt mer i takt med att tekniken gjort en allt större tillgänglighet till information möjlig.

Patientdatalagen är det legala svaret på de tekniska pushfaktorerna där lösningen blivit att ta patienten som gisslan genom att införa det s k samtycket. Jag bedömer att patientens möjlighet att kontrollera hur informationen hanteras är högst illusorisk. Hur många patienter kan göra en relevant avvägning mellan vårdresultat och sin integritet?

Detta särskilt med tanke på att många vårdgivare ännu inte lyckats definiera vilka avgränsningar som ska finnas i den egna organisationen, vilka värdenheter och vårdprocesser som finns eller vad som ska räknas som en vårdrelation. Patienten kan alltså inte få något bra stöd av tillgänglig vårdpersonal eftersom de själva inte kan beskriva hur informationen kommer att hanteras.

Med denna bakgrund är det dags att tänka nytt eftersom slussportarna redan öppnats. Min bedömning är att det inte längre går att hejda att känslig information flödar mellan olika vårdinrättningar, Försäkringskassan och försäkringsbolag på ett alltmer okontrollerbart sätt.

Planerna på en nationell patientöversikt (NPÖ) är redan på väg in utan att en diskussion om vad det innebär för

patientens integritet egentligen har förts (vilket för övrigt gäller övriga informationssäkerhetsaspekter trots att de nya, alltmer koncentrerade lösningarna för vårdinformation kanske är att betrakta som de mest samhällsviktiga).

Vad kan då göras? Jag menar att vi borde göra på samma sätt som i andra liknande fall: aidentifiera känslig information, i det här fallet vårdinformation, genom att ge alla medborgare ett alias som kan användas inom vården. Det innebär att vi får en alternativ identitet som gör att all relevant vårdinformation kan samlas kring individen utan att individens rätta identitet behöver presenteras. Detta kan i dag göras på ett relativt enkelt sätt utan stora kostnader.

Med en sådan lösning kan både säker vård och god integritet uppnås, och det är också en modell som skulle kunna tillämpas i andra lösningar med liknande säkerhetsproblem, t ex hos andra myndigheter och hos försäkringsbolag. Lösningen innebär att skydd ur integritetssynvinkel koncentreras till källan, dvs vid individen, samt till en isolerad högsäkerhetslösning, där koppling mellan individ och alias kan göras under mycket säkra former.

Det betyder också att informationssystemen skulle kunna hantera information på ett mer effektivt sätt eftersom aidentifieringen gör att en del i dag nödvändiga tekniska lösningar och rutiner kan minskas ner.



Fia Ewald  
konsult inom  
informationssäkerhet,  
Karlstad  
fia.ewald@veriscan.se