

Omvandling av slutenvården

Kenney, C (2011) *Transforming Health Care, Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience*. New York: Productivity Press. ISBN: 978-1-56327-375-9

Boken beskriver hur sjukhuset Virginia Mason Medical Center i Seattle har arbetat med lean inspirerade förbättringar under flera år.

Kapitel 7 Transforming Inpatient Care

Omvandling av slutenvården

Länge ansågs sjukhus i USA vara säkra "himmelriken" där de bästa och smartaste människorna arbetade. Idag anses sjukhusen istället vara "farliga platser" som man bör undvika så mycket det går. På varje sjukhus är omvårdnadspersonalen den första försvarslinjen/frontlinjen som utgör skyddet för patienten. På Virginia Mason arbetade flera hundra duktiga sjuksköterskor och bland annat Charleen Tachibana som ledde förbättringsarbetet inom slutenvården. Sjukhuset startade 2005 ett förbättringsprojekt som kallades Rapid Process Improvement Workshop (RPIW) fokuserat på omvårdnadsarbete och dagliga rutiner på vårdavdelning. Problemet när projektet startade var att sjuksköterskorna spenderade mera tid på andra saker än på att vårda patienter, endast en tredjedel av sjuksköterskornas arbetstid bestod av patientnära arbete. Målet blev att sjuksköterskornas tid "bedside", nära patienten skulle öka.

Geografiska celler

På avdelningarna förändrades fördelningen av patienter så att sjuksköterskorna fick ansvar för patienter som hade sina vådrum belägna nära varandra. Varje sjuksköterska ansvarade för ca 5 patienter och arbetade tillsammans med en undersköterska. Efter förändringen så upplevdes en förbättring i samarbetet mellan sjuksköterskor och undersköterskor och antalet ringningar på avdelningen minskade. Omvårdnadspersonalen lade mycket tid på att hämta och leta efter saker som de behövde för att vårda patienten. Man testade att ha en automat på avdelningen med förrådsartiklar i. Automaten debiterade automatiskt använda artiklar till patientens sjukhusräkning och skickade meddelande till centralförrådet om behov av påfyllning. Automaten upplevdes som besvärlig, det tog tid och var ofta kö vid automaten. Istället började man göra mätningar på vad det var för saker som man sprang och hämtade hela tiden. Utifrån mätningarna visade det sig att det var sju saker som man oftast behövde nära patienten:

- Förfyllda Na Cl sprutor
- Tejp
- Provbehållare, Rondskål? (Specimen container)
- Kompresser för munvård
- Proppar (luer locks)
- Sockar, tofflor
- 5 ml sprutor

Dessa sju saker samlades i ett patientnära förråd som fylldes på varje dag av ett service team. Dessutom skapades patientnära tvättförråd.

Rapport/överlämning

Vid mätningar såg man att rapporteringen mellan skiften tog 45-60 min i snitt, ibland längre tid. Rapporten genomfördes ofta i ett konferensrum med dörren stängd. Under tiden som rapporten pågick så togs inga nya patienter emot och patienter som ringde på hjälp fick bara akut hjälp övriga ärenden fick vänta. Sjuksköterskor som gick på ett arbetspass kunde vara i tjänst en hel timma utan att ha sett en patient. Ur ett patientperspektiv så finns det inget värdeskapande i att sjuksköterskor sitter en timma i ett konferensrum. Vid observationer såg man också att sjuksköterskor ofta ungefär en timma innan de skulle gå av sitt skift slutade att vara hos patienterna och istället började dokumentera. På en avdelning där patienten ska sättas i centrum, hur är detta möjligt? En sjuksköterska som arbetat på ett annat sjukhus föreslog att man istället skulle rapportera hos patienten. Rapporten delades med patienten. Man tog fram en checklista med vilken information en rapport skulle innehålla, där viktig information om patientsäkerhetsfaktorer ingick. Det sågs som en fördel att också se patienten under rapporten. Resultatet av det nya sättet att arbeta på blev att när rapporten är klar så har sjuksköterskan en fullständig bild av patientens status, har träffat alla patienter och finns tillgänglig ute på avdelningen. Den sammantagna tiden för rapport minskades till ca 30 minuter i snitt och med mer fokus på värdeskapande tid för patienten. Både patienter och närstående har uttryckt att det nya sättet att rapportera upplevs som positivt, det ger dem en försäkran om att viktig information har förts över till nästa person som är ansvarig för patienten. Både patient och närstående får möjligheten att fylla i rapporten med för dem viktig information. Det bidrar till en ökad patientdelaktighet och säkrare vård. Även om förändringarna i arbetssättet har lett till stora förbättringar så har det verkligen inte varit lätt att genomföra. På flera avdelningar skedde en glidning tillbaka till det gamla arbetssättet. Det krävdes både utbildning och fokusering för att genomföra och det gick olika lätt på olika avdelningar.

Dokumentera i vårdrummet

Under RPIW processen så noterade förbättringsteamet att sjuksköterskorna ofta försvann från patienten för att dokumentera information som de hade samlat på sig i ”batcher”. Denna tid för dokumentation tog mellan 30-60 minuter från den patientnära tiden. Förändringen som genomfördes var att sjuksköterskorna kunde ta med sig en ”arbetsstation på hjul” in till patienten. Man kunde då dokumentera direkt vid ny information och flödet blev mera ”one-piece-flow” istället för att samla ett lager av information att dokumentera samtidigt. I den datoriserade journalen kom det upp påminnelser till sjuksköterskan tex vid utdelningstider för läkemedel. Förbättringen blev inte bara att tiden för dokumentation vid arbetspassets slut försvann utan också att all information fanns tillgänglig i patientens journal direkt.

Visualisering

Virginia Mason har inspirerats mycket av Toyota i sitt förbättringsarbete. Toyota använder sig av visuell kontroll och styrning. Personal från Virginia Mason som varit på studiebesök på Toyota kunde där direkt förstå vad som hände vid en produktionslinje genom att titta på tavlor på väggarna. De upplevde själva att man inte alls kunde få den överblicken om man klev in på en vårdavdelning. Vanligtvis var korridorerna på sjukhuset överbelamrade med olika saker/utrustning. Man började titta på hur saker var placerade med hjälp av 5S (sortera, systematisera, standardisera, städa, se till). Efteråt blev det enklare för omvårdnadspersonalen att hitta saker, vilket också ledde till en säkrare vård. En annan

visualisering som infördes var en digitaliserad beläggningsöversikt för hela sjukhuset, med alla sängplatser som uppdaterades var 15:e sekund. Denna lösning fanns inte färdig men utvecklades under förbättringsprojektets gång. Det blev en stor fördel att kunna se var det fanns tillgängliga vårdplatser på sjukhuset. Visualiseringen bidrog till att flödet av patienter blev mera av "pull" karaktär än "push". Patientprocessen blev mera effektiv och patient-centrerad. Personalen kunde bättre planera sitt arbete då de såg om patienter snart var på väg till avdelningen och kunde då bättre planera in raster och behov av utrustning. Väntan för patienterna minskade då alla i systemet hela tiden kunde se var patienterna befann sig och hur behovet av vårdplatser på olika enheter var på väg att uppstå.

Medical Emergency (MIG)-team

Att sjuksköterskorna tillbringade mera tid patientnära löste inte problemet med vad som hände om en av patienterna blir försämrad och krävde mera uppmärksamhet. Virginia Mason införde MIG-team på sjukhuset och standardiserade arbetet för när ett MIG-team skulle tillkallas. MIG-teamet bestod av narkosläkare och narkossjuksköterska. Vissa parametrar togs fram som skulle föranleda ett samtal till teamet. SBAR användes som standardiserad kommunikations metod vid dessa samtal. Man såg efter ett tag att sjuksköterskorna tvekade när det gällde att kontakta MIG-teamet. Orsakerna uppfattades vara att man kände sig osäker på vad man såg hos patienten, att ansvarig läkare nog borde vara den som kallade på teamet eller att man inte vågade kontakta ansvarig läkare (för att inte störa). Ibland fick sjuksköterskorna ovetta från ansvarig läkare om de kallade på teamet. För läkarna var MIG-teamet något nytt som kändes främmande. Men efter ett tag kunde man se det som något bra. Sjukhuset påtalade hela tiden att det viktigaste var att ha patientens bästa i fokus vid alla beslut. Sjuksköterskor uppmanas att kalla på teamet om de upplever att det behövs "nya ögon" som ser patienten, beslutet att ringa behöver inte fattas av ansvarig läkare. Om de känner sig oroliga för en patient så *skall* de ringa teamet. Sjuksköterskorna har fått skriva under på att de alltid kommer att ringa teamet om de känner sig oroliga för en patient. De svåraste situationerna uppstår när patientens tillstånd långsamt försämras över tid. Det är som att se sitt barn växa upp och plötsligt inse att de blivit längre än dig själv, när hände det?

Omvårdnadsrond varje timma: från reaktivt till förebyggande arbete

I förbättringsarbetet med att göra innehållet i omvårdnadspersonalens arbetspass mera patientnära så infördes omvårdnadsrond varje timma. Man ville att omvårdnadspersonalen skulle förutse och tillgodose patienternas behov i förväg istället för att reagera på och tillgodose behoven i efterhand. Inställningen var att varje ringning ansågs som ett misslyckande, därför att den betydde att omvårdnadspersonalen misslyckats med att förutse ett behov hos patienten. Om man kan arbeta mera förebyggande så minskar risken att man blir avbruten av påkomna behov hos andra patienter. Den här typen av förändringar i sättet att arbeta är ofta svåra att genomföra eftersom de innebär ett helt nytt sätt att arbeta på, att bryta gamla traditioner och kultur. Ju mer du kan planera av ditt arbete ju mindre kaos blir det. Du kan lättare hjälpa en patient att känna efter om smärta är på väg än att bryta ett svårt smärttillstånd. Man tog fram en sorts koreografi för hur man skulle gå tillväga. Det startar med att man presenterar sig och säger att: jag är här för att titta till dig igen. Har du det bra? Kan jag göra något för dig? Istället för att fråga: Hur har du det? Om den frågan ställs så svarar nästan alla bra. Nästa fråga gäller om patienten behöver gå på toaletten. Det blir en påminnelse för pigga patienter att gå innan det blir för bråttom och för patienter som inte klarar sig själva så får de hjälp innan de behöver be om det eller försöka själva utan hjälp. Att kolla andra bekvämligheter ingår också i checklistan som tex personliga ägodelar, telefon, näsduk,

vatten. Detta sätt att arbeta på är starkt riskförebyggande när det gäller både fallolyckor, undernäring och trycksår. Det sista steget innan personalen lämnar rummet är att signera en checklista på väggen, vilka åtgärder som är utförda och när. Vid starten så såg man fantasiska resultat, efter ett tag såg man som med mycket annat att man började återgå till gamla invanda sätt att arbeta på. Men med återkommande träning och uppmärksamhet kring arbetssättet så blev förändringarna mera beständiga. Innan det nya arbetssättet tillbringade sjuksköterskorna en tredjedel av sin arbetstid nära patienterna och efter kunde man se att sjuksköterskorna tillbringar **90 % av sin arbetstid** nära patienten.

Att veta vad frontlinjen gör

Hur kunde det komma sig att den här typen av förändringar i omvårdnadspersonalens arbete kunde leda till så stora förbättringar och hur kom det sig att detta inte var genomfört på alla sjukhus sedan lång tid tillbaka? Det kan finnas flera förklaringar men en är absolut den att det historiskt har saknats en systemsyn inom sjukvården. Under 1980-talet i USA började Donald Berwick och Paul Batalden att genomföra viktiga försök med att överföra tankesätt från industrin till sjukvården. Man började se mera till systemet än till individen. En stor kampanj genomfördes på 22 sjukhus i USA för att förbättra kvaliteten. Avsaknaden av systemsyn på Virginia Mason sjukhuset blev uppenbar för ledningen. Man fokuserade på varje patients vård för sig men man såg inte på hur helheten fungerade. Idag är det viktigt att chefer på sjukhuset vet hur saker och ting går till "på golvet". Man måste förstå hur systemet fungerar både på övergripande och på lokal nivå, och hela tiden identifiera och eliminera slöserier. Det är viktigt att inse att förändring tar tid, att behovet av att följa upp är viktigt och en fanatisk uppmärksamhet på detaljer.

Dramatisk förändring i omvårdnads kulturen

Alla insatser för att förbättra omvårdnads arbetet har lett till en kultur förändring när det gäller omvårdnads arbete på Virginia Mason. Rutiner som var lite otydliga tidigare är nu standardiserade och tydliggjorda. Kulturen har förändrats från en slags "cowboy kultur" till en kultur mera fokuserad på "teamarbete". Sjuksköterskor som tidigare "svepte" in på avdelningen och kunde hantera svåra situationer ansågs som hjältar trots att de inte följde standards och patienterna blev utsatta för fara. Tidigare fanns också en brist på ansvar och en otydlighet angående vilket ansvar som gällde, omvårdnadspersonalen tog ofta kritik kring omvårdnadsarbetet som personlig kritik. Man ska inte behöva vara en "supersköterska" för att vara en bra sköterska, alla ska ha möjligheten att vara bra och systemet måste byggas så. Klarhet/tydlighet har blivit ett viktigt begrepp inom omvårdnadsarbetet på Virginia Mason, om något upplevs som oklart, så försöker man att bringa klarhet kring frågan. Det nya sättet att arbeta på som är patientprocessorienterat har bidragit till ett bättre samarbete mellan olika avdelningar på sjukhuset. Man förstår varandras situation och kan tillsammans lösa problem. Förbättringen ses i ökad tillfredsställelse i arbetsmiljön vid medarbetarenkäter. En av ledarna säger att: "Det startar med att vi vet vad som är vårt uppdrag, vår vision och våra mål. Jag har aldrig tidigare känt det så tydligt, vad vi arbetar för – patienten i fokus". En slags överblick över personal resurser inrättades också, vilket har gett cheferna ett gott stöd i att bemanna utifrån behov. Skillnaden på hur vårdavdelningarna bedriver sitt arbete idag jämfört med för 6-7 år sedan är häpnadsväckande. Avdelningarna har ökat sin effektivitet och flexibilitet. Kvaliteten på vården har ökat och är mätbart säkrare. Både patienternas och personalens tillfredsställelse har ökat. Förändringen har dock inte varit enkel, den har tagit tid och krävt mycket energi. Om du inte ser vad du förväntar dig att se så fråga varför, kanske behövs justeringar eller mer träning görs för att ett arbetssätt ska fungera. Arbetet kräver ständiga förbättringar, det blir aldrig färdigt.

Kortare vårdtid

Ytterligare en fördel med förbättringsarbetet blev att vårdtiderna förkortades. I ett system där det som är värdeskapande för patienten sätts i första rummet så kommer icke värdeskapande aktiviteter att skalas bort. Sjukhusets medelvårdtid var vid starten av förbättringsarbetet 4,5 dagar. I förbättringsarbetet gjorde man orsaksanalys på de vårdtillfällen som var sex dygn eller längre. Det man upptäckte var att undernäring i flera fall bidrog till längre vårdtid. Det man också upptäckte var att snabbare mobilisering av patienter efter operation gav kortare vårdtider. Genom att ta bort slöserier i processerna kunde man minska medelvårdtiden med ett halvt dygn. Detta var en stor förbättring både för patienten som snabbare kom hem och blev utsatt för mindre risk kopplat till patientsäkerhet men det ökade också betydligt sjukhusets totala kapacitet (och förbättrade ekonomin). Mycket av detta grundläggande förändringsarbete kommer att bli ännu bättre när sjukhuset kommer att flytta till helt nya lokaler som är direkt anpassade till patientprocess principer för att minska slöserier, förbättra kvalitet och ge en perfekt hälso- och sjukvårds upplevelse möjlig. Byggnationen påbörjas 2011. Sjukhuset kommer att sätta patienten i centrum.

Sammanfattat på svenska av Susanne Gustavsson chefsjuksköterska på Skaraborgs sjukhus/Doktorand Centre for Healthcare Improvement – CHI, Chalmers tekniska högskola Göteborg susanne.m.gustavsson@vgregion.se

