

Diaconessenhuis verkort ligduur patiënten met Lean

DUIDELIJKHEID OVER TRAJECT

Door de vergrijzing neemt de zorgvraag toe, maar tegelijkertijd is er een enorme druk om te bezuinigen. Deze uitdaging kan alleen het hoofd worden geboden door efficiënter en effectiever te werken. Het Diaconessenhuis in Meppel paste de principes van Lean Six Sigma toe op het zorgpad rond CVA-patiënten. Het resultaat: bijna een halvering van de ligduur.

Door Mirjam Hulsebos

Veel processen in ziekenhuizen gaan er vanuit dat iedere patiënt uniek is. En dat is in zekere zin natuurlijk ook zo, maar daarbij wordt teveel voorbij gegaan aan het feit dat bij ieder ziektebeeld standaardprocessen horen. Er zijn protocollen te over, maar de vertaalslag naar processen blijft veelal achterwege. Iedere patiënt doorloopt als het ware zijn eigen unieke proces. Door meer te standaardiseren en uniformeren kan zowel de efficiency omhoog (Lean) als de betrouwbaarheid van de processen (Six Sigma), zo is de gedachte achter het toepassen van Lean Six Sigma in de zorg. Het Diaconessenhuis in Meppel ging die uitdaging aan.

DBC te duur

Herman Meerholz is clustermanager Medisch Ondersteunend, Beweging, gedrag en gezondheid bij dit middelgrote algemene ziekenhuis. Een hele mond vol. "Wij werken met duaal management: een clustermanager en een medisch manager. Mijn collega clustermanager is verantwoordelijk voor alle snijvende vakken, ik voor de rest", vat Meerholz zijn rol samen. In die rol maakt hij samen met de financiële deskundigen onder meer afspraken met zorgverzekeraars. Eén van die verzekeraars trok vorig jaar aan de bel: de kosten voor de *diagnose/*

behandelcombinatie (DBC) onbloedige beroerte waren in het Diaconessenhuis te hoog. Omdat de zorgverzekeraar het belangrijk vond dat deze spoedeisende zorg wel in Meppel aangeboden zou worden, kreeg het ziekenhuis een aanbod: Deloitte kon hen helpen de kosten te verlagen. Meerholz: "Wij waren direct erg enthousiast om met hen aan tafel te gaan, want we wisten zelf ook wel dat het efficiënter kon, alleen wisten we niet hoe we dat zouden moeten aanpakken." Iedere DBC kent variabele en vaste kosten. De variabele kosten van de DBC onbloedige beroerte worden in belangrijke mate bepaald door het aantal ligdagen. Als je die reduceert, dan is dat niet alleen goed voor de portemonnee, maar ook voor de patiënt, weet Rogier van Hulten, de projectleider die het Diaconessenhuis vanuit Deloitte begeleidt. "Uit analyses blijkt dat hoe sneller je met de behandeling start, hoe beter de prognose van de patiënt wordt. In de eerste dagen draait het daarbij vooral om de medicatie, maar al snel daarna moet je starten met intensieve fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Na de acute fase kan die zorg beter worden geleverd door een revalidatiecentrum of verpleeghuis, die er volledig op zijn ingericht om dergelijke zorg op maat te leveren. Hoe sneller patiënten daarheen worden doorgestuurd, hoe beter het voor hen is." Het mes van een kortere ligduur snijdt dus aan twee kanten: de kosten dalen en de kwaliteit stijgt.

Warme en koude kant

In april 2009 is het verbeterproject gestart. In drie maanden tijd is het oude proces in kaart gebracht, geanalyseerd en is een nieuw proces ontworpen. Bij het in kaart brengen van het oude proces is allereerst de 'koude kant' bekeken: de cijfers in de meest brede zin van het woord. Van het aantal onderzoeken dat iemand ondergaat en het aantal ligdagen tot en met het aantal overdrachtsmomenten en het aantal betrokkenen bij een behandeling (zie kader). Van Hulten: "Het prettige is dat een ziekenhuis heel veel informatie vastlegt. Wij hebben een eigen tool ontworpen om deze enorme hoeveelheid data in korte tijd te analyseren en zo op zoek te gaan naar mogelijke oorzaken van problemen. In de cijfers kun je al zien hoe groot een probleem is en waar knelpunten liggen die het probleem veroorzaken. Het mooie van deze cijfermatige analyse is dat dit aansluit bij de denkwijze van artsen. Zij zijn gewend om vanuit feiten en cijfers bepaalde oorzaken uit te sluiten en andere aan te wijzen."

Het tweede deel van de analyse betrof de 'warme kant'. Twee Deloitte-consultants hebben parallel aan de 'koude analyse' meegelopen in het ziekenhuis. Ze hebben meegekeken hoe iets gebeurt en hebben alle betrokkenen geïnterviewd. De analyses van de koude en warme kant ondersteunden en versterkten elkaar. Er ontstond een geïntegreerd, consistent en realistisch beeld, dat gedragen werd door professionals. Meerholz: "Er zijn uit de koude analyse geen dingen naar voren gekomen die niet uit de gesprekken bekend bleken of andersom. Met andere woorden: de cijfers waren geen verrassing. Mensen hebben wel een beeld. De cijfers bevestigen dat. Soms fungeren ze als eye opener doordat ze het verband tussen twee aspecten leggen."

Weekenddiensten

Verschillende betrokkenen zijn daarna in een kernteam geplaatst, waarin alle belangrijke functies vertegenwoordigd waren. Met het kernteam is vervolgens in een aantal sessies een nieuw proces uitgetekend. Meerholz: "Door iedereen erbij te betrekken verzekerden we ons ervan dat we alle aspecten van en stappen in het proces onder handen zouden nemen. Bovendien creëer je op die manier draagvlak." Er kwamen tientallen ideeën ter verbetering naar voren. Meerholz noemt er een paar. "Het bleek bijvoorbeeld dat er geen weegschaal staat op de spoedeisende hulp, terwijl het gewicht van een patiënt bepalend is voor de hoeveelheid medicatie die je moet toedienen. Hoe eerder we het gewicht weten, hoe eerder we de medicatie kunnen starten. Hoewel iedereen dit in theorie wel weet, stond niemand er echt bij stil. Dit is een typisch voorbeeld van een eye opener", zegt hij. Een ander verbeterpunt waren de werkuren. "Ergotherapeuten en logopedisten draaien geen weekenddiensten. Dat is op zich ook wel logisch. Maar het blijkt wel dat je uit de cijfers kunt herleiden dat mensen die op vrijdagavond of zaterdag met een beroerte worden opgenomen, langer in het ziekenhuis

De schakels in de GVA-zorgketen

Bij een gemiddelde behandeling van een patiënt in een ziekenhuis zijn 131 professionals betrokken, zo blijkt uit onderzoek van Nivel. In vogelvlucht de betrokkenen en de overdrachtsmomenten in geval van een *onbloedige beroerte*: meestal belt een familielid de huisarts; die komt en belt een ambulance. De ambulance belt de spoedeisende hulp dat ze op weg zijn met een patiënt die ervan wordt verdacht dat hij een beroerte heeft gehad. De neuroloog wordt opgeroepen en is op de spoedeisende hulp als de patiënt wordt binnengebracht. Hij doet diverse checks en vraagt onderzoeken aan, waaronder een EEG, CT-scan en bloedonderzoek. De patiënt wordt na de onderzoeken overgebracht naar de *stroke unit* (afdeling neurologie), waar de behandeling start. In eerste instantie is medicatie belangrijk. Bovendien wordt de patiënt in de eerste 48 uur gezien door een cardioloog en internist. Direct daarna starten de fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Neuroloog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, revalidatiearts en verpleegkundige bepalen aan de hand van verschillende tests en in samenspraak met elkaar of de beroerte moet worden gekwalificeerd als licht, middel of zwaar en hoe de vervolgbehandeling eruit ziet: kan de patiënt naar huis, wordt hij verder behandeld in een verpleeghuis of moet hij naar een revalidatiecentrum. Bij deze beslissing speelt de thuissituatie een belangrijke rol. Bij de daadwerkelijke overplaatsing zijn een maatschappelijk werker en uiteraard de familie betrokken.

Het Diaconessenhuis heeft dit zorgpad met hulp van Deloitte geoptimaliseerd en geüniformeerd. Daarbij zijn overdrachts- en samenwerkingsmomenten nadrukkelijker aangegeven en weet iedere medewerker precies wat er wanneer van hem of haar wordt verwacht. Het proces is voorspelbaar geworden. Dit zorgt voor meer duidelijkheid intern, maar zeker ook voor meer duidelijkheid naar de patiënt.

liggen dan de mensen die door de week een beroerte krijgen." Ook bleken de maatschappelijk werker in het ziekenhuis en die in het naastgelegen verpleeghuis slechts één overlappende werkdag te hebben, terwijl een aanzienlijk deel van de patiënten na ontslag uit het ziekenhuis naar dit verpleeghuis gaat. "Het overleg over wie wanneer zou moeten worden opgenomen stakte daar vaak, met als gevolg dat een patiënt dan maar een dagje langer in het ziekenhuis moest blijven. Er zat gewoon teveel nonchalance in het hele traject", vindt Meerholz.

Ook bleken medewerkers vaak voor een patiënt in te vullen wat hij al dan niet vervelend zou vinden. “Als er bijvoorbeeld pas een paar dagen later een bed in het verpleeghuis of revalidatiecentrum vrijkwam, dan werd een patiënt vaak maar op de verpleegafdeling van het ziekenhuis gehouden omdat hij anders twee keer zou moeten verhuizen. Maar het blijkt dat patiënten en hun familie het helemaal niet erg vinden als ze een keer van kamer moeten wisselen tijdens hun verblijf, als hier maar duidelijkheid over is en dit goed wordt overlegd.”

Ketenpartners

Aan de hand van al deze verbeterpunten heeft het kernteam een nieuw proces uitgetekend. “Het was echt een groepsproces”, benadrukt Meerholz. “Ze moesten verder kijken dan hun eigen stukje van de keten. Bovendien stond de patiënt centraal. De kernvraag was: hoe kunnen we de patiënt zo efficiënt en effectief mogelijk door de keten trekken?” Daarbij werden nadrukkelijk ook de ketenpartners aan voor- en achterkant betrokken. Die stelden dat zeer op prijs. “Ons ziekenhuis maakt samen met een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen en een thuiszorginstelling deel uit van de zorgcombinatie Noorderboog. De samenwerking tussen die verschillende instellingen was echter minimaal. Door dit project zijn de contacten intensiever geworden. We snappen beter van elkaar hoe onze processen in elkaar zitten en kunnen die dus ook beter op elkaar afstemmen”, vertelt Meerholz.

Classificatie

De resultaten mogen er zijn. Hoewel de implementatie van het nieuwe proces nog maar net is afgerond en het Diaconessenhuis zich nog in een groeifase bevindt, is het aantal ligdagen gedaald van 10,9 naar 7,0, al schommelt dit laatste cijfer nu nog wel. Van Hulst: “Een grote winst hebben we behaald doordat de variaties zijn geminimaliseerd. Voorheen was een klein percentage van de patiënten verantwoordelijk voor de relatief lange ligduur. Door allerlei omstandigheden kwam het wel eens voor dat iemand hier na een beroerte drie weken lag. Dat wordt er nu uit gehaald.”

Een ander winstpunt is dat nu voor iedere patiënt binnen 48 uur een classificatie wordt gemaakt op basis van neurologische uitval en de thuissituatie. “Aan de hand daarvan bepalen we waar de patiënt na zijn ontslag heen gaat en wanneer hij daar heen gaat”, zegt Meerholz. “Voorheen was het ontslag een soort van schemergebied. Daar werd pas over nagedacht als de patiënt alle andere stappen had doorlopen. Daardoor was het voor de patiënt en zijn familie onduidelijk hoe lang hij in het ziekenhuis moest blijven en was de kans groter dat er niet direct een bed vrij was in het verpleeghuis of het revalidatiecentrum. En had de patiënt een lichte beroerte gehad en mocht hij daarna naar huis, dan had de familie nauwelijks tijd zich daarop voor te bereiden. Nu proberen we voor iedereen binnen 48 uur duidelijkheid te scheppen over het vervolgtraject. Daarmee brengen we veel meer rust in het proces.”

Familiegesprekken inplannen

Er zijn drie klassen: licht, middel en zwaar. Er wordt ingecalculeerd dat patiënten in de lichte en de zware klassen na zeven dagen worden ontslagen. Eerstgenoemden kunnen vaak naar huis, bij laatstgenoemden is het belangrijk dat er zo snel mogelijk een intensief revalidatietraject wordt gestart. Voor patiënten met een middelzware beroerte wordt ingecalculeerd dat zij tien dagen in het ziekenhuis blijven. Die drie dagen extra worden gebruikt voor een nauwkeuriger bepaling van de slaagkans van verschillende behandelingen. Doordat direct al bij de indeling in een van deze klassen de voorbereidingen voor overplaatsing worden getroffen, vindt het daadwerkelijke ontslag vaak al eerder plaats dan de ingecalculeerde zeven of tien dagen.

Afhankelijk van de klasse waarin de patiënt valt worden ook al direct gesprekken met de familie ingepland. Ook dit zorgt voor rust in het proces. Meerholz: “Voorheen werden er natuurlijk ook wel gesprekken ingepland, maar wisten mensen minder goed waar ze aan toe waren waardoor verpleegkundigen meer vragen kregen. Nu managen we dat proces veel beter. De familie weet wanneer er nieuwe onderzoeksresultaten beschikbaar komen en krijgen dan ook een arts te spreken. Daarmee nemen we veel onrust weg.”

Het nieuwe proces is nog niet in een geautomatiseerd zorgpad vastgelegd. Dat komt nog wel, maar het was voor Meerholz geen prioriteit. “Wij hebben gezegd: laten we het nieuwe proces eerst maar eens toepassen en kijken wat werkt. Dan kun je het automatiseren op het moment dat je op basis van resultaten ziet dat het werkt. Het is handig dat je bepaalde aanvragen van onderzoeken geautomatiseerd kunt laten verlopen, maar de meeste overdrachtsmomenten betreffen overleg. Dat is meer een kwestie van organiseren dan van automatiseren.”

Reductie bedden

Hoewel de geplande verbeteringen nog niet volledig zijn gerealiseerd, is de vrijgekomen capaciteit op de stroke unit direct al ingenomen door andere specialismen. “Wij hoeven geen moeite te doen om de besparingen ook daadwerkelijk te gelde te maken. We hadden een tekort aan verpleegkundigen en aan bedden”, weet Meerholz.

Hij is blij dat hij met de DBC onbloedige beroerte heeft kunnen aantonen dat efficiënter werken hand in hand kan gaan met een verhoging van de kwaliteit van de zorg. “Dit soort verbeteringen is ook bij andere DBC's haalbaar”, zo is hij overtuigd. Dat moet ook wel, want het Diaconessenhuis heeft plannen voor nieuwbouw. Zoals alle ziekenhuizen die nieuw bouwen houdt ook dit ziekenhuis in Meppel rekening met een forse reductie van het aantal bedden. “Met dit project hebben we laten zien dat efficiënter werken samen kan gaan met een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het ziekenhuis plukt hier de vruchten van, maar de patiënt ook.”

Mirjam Hulsebos is freelance journalist.