

prof. dr. Lodewijk van Rhijn
orthopedisch chirurg, voorzitter
vakgroep orthopedie, Maastricht
UMC+ (MUMC+)

Peter Feczko
orthopedisch chirurg, MUMC+

dr. Elske Heeren
stafmedewerker procesoptimalisa-
tie, Black belt (hoogste accredita-
tiegraad binnen LSS)

prof. dr. Frits van Merode
hoogleraar logistiek en operations
management in de zorg, lid raad
van bestuur MUMC+

ORTHOPEDIE VAN HET MUMC+ HALVEERDE WACHTTIJDEN

Lean levert echt betere organisatie op

Consequente toepassing van de Lean Six Sigma-methoden levert, als onderdeel van een totaalvisie op kwaliteit, voordelen voor zorgverleners én patiënten. Dat toont een casus op de afdeling Orthopedie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

In dit tijdschrift is verscheidene malen, positief en negatief, bericht over Lean en Six Sigma (LSS).¹ Wij doen in dit artikel verslag van onze ervaringen met deze methoden in een complexe situatie.

Bij de afdeling Orthopedie in het MUMC+ was sprake van een gestaag afnemende tevredenheid van patiënten en medewerkers, die niet eenvoudig te duiden was. Patiënten klaagden over lange wachttijden en onduidelijkheid over wie hun dokter

was. Medewerkers dreigden vast te lopen op een 'systematiek' van stapelen: als er een nieuwe taak op ons afkwam, dan deden we die er gewoon bij. We namen onvoldoende tijd om vast te stellen wat er nodig was om deze specifieke taak efficiënt en in samenhang met andere taken uit te voeren.

Daar moest wat aan gebeuren. Om de problemen vanuit de werkvloer aan te pakken, kozen we voor LSS-methoden. Deze gaan namelijk uit van de inbreng

van de medewerkers. Als LSS goed wordt toegepast, heeft ze overeenkomsten met de wetenschappelijke methode: men meet, bepaalt de afstand tot een gewenste situatie, bedenkt een passende interventie op basis van een hypothese, experimenteert en meet vervolgens weer.

Tegenstrijdige belangen

Het vaststellen van een visie op de toekomst was het belangrijkste vertrekpunt voor het LSS-traject. Zonder een duidelijke visie ontstaat er geen samenhang en daarmee geen werkelijke verbetering. We begonnen dus, in overleg met alle betrokken partijen, met vast te stellen waarvoor we verbetering wilden realiseren. We formuleerden ons doel als volgt: het leveren van goede en betaalbare zorg, waarmee patiënten in staat gesteld worden zo goed mogelijk in beweging te blijven. Dit door

Een gezamenlijke 'dagstart' kost een kwartier, maar levert gedurende de dag een flinke tijdsbesparing op.



kennis en vaardigheden, wetenschap en opleiding in samenhang in te zetten. Vervolgens kozen we een grote patiëntencategorie, namelijk patiënten met knieklachten, om als eerste met LSS-methoden te analyseren. In een projectgroep bestaande uit medewerkers van de werkvloer stelden we gezamenlijk de knelpunten vast. Bij Lean streeft men ernaar alle activiteiten die voor de klant geen waarde toevoegen (verspilling) te elimineren of te controleren, zodat meer tijd beschikbaar komt voor waardetoevoegende activiteiten. Onze 'klanten' varieerden echter van patiënt tot aios en van verwijzer tot verzekeraar. Bij de analyses kwamen dus tegenstrijdige belangen naar voren. We stelden activiteiten die voor patiënten waarde toevoegden als leidend, activiteiten ten behoeve van andere 'klanten' werden ingepast.

Knelpunten

In totaal werden met LSS-technieken 35 echte knelpunten gevonden, geanalyseerd en op basis van data in samenhang aangepakt. We geven enkele voorbeelden. Een van de belangrijkste uitkomsten van de analyse was dat de grote variatie in patiëntencategorieën en in de duur van de contactmomenten tot veel verspilling leidde. We berekenden hoe we dit beter konden stroomlijnen. In ons geval, met grote patiëntengroepen, bleek de beste oplossing om, naast een acute opvang,

De grote variatie leidde tot veel verspilling

drie soorten electieve poli's in het leven te roepen. Dit waren:

1. anderhalvelijns poli voor beginnende artroseklachten door een nurse practitioner (te zijner tijd te verplaatsen naar de eerste lijn);²
2. klassieke tweedelijns poli door de specialist;
3. themapoli 'knie' voor patiënten met complexere problemen, door twee vaste specialisten en een vaste aios. We leidden triageverpleegkundigen op, die voor nieuwe patiënten een afspraak maakten op de juiste poli. Deze triage verminderde de variatie per poli aanzienlijk. De variatie in contacttijden werd aangepakt door voor sommige 'stations' (onderdelen van het patiëntentraject, zoals diagnostiek, consult door aios, overleg met supervisor, behandeling bij gipsmeester, deelname aan researchproject) zogenaamde 'time slots' – vaste gereserveerde tijden – vast te stellen. Daarbij werd rekening gehouden met het opleidingsniveau van de aios: beginnende aiossen kregen meer tijd per patiënt toegewezen dan gevorderde arts-assistenten.

Een ander belangrijk knelpunt was dat er op de poli veel tijd verloren bleek te gaan door lacunes en doublures. Om deze te ondervangen stelden we een gezamenlijke 'dagstart' in voor alle medewerkers per poli. Iedereen heeft dan de patiënten voorbereid en eventuele lacunes, bijvoorbeeld ontbrekende uitslagen, gesignaleerd of al aangepakt. De overblijvende problemen worden besproken én er wordt afgesproken wie het probleem aanpakt. De dagstart neemt elke dag ongeveer een kwartier in beslag, maar levert gedurende de rest van de dag – en daarna – flinke tijdsbesparing op. Het maakt een heleboel managementactiviteiten overbodig, het team werkt anticiperend samen en het teamgevoel en verantwoordelijkheidsgevoel worden versterkt.

Wachttijden

Door zo stap voor stap deze en andere knelpunten te identificeren, analyseren en in samenhang aan te pakken hebben we de wachttijd van de patiënt op de poli verkort van gemiddeld 37 minuten tot 18 minuten (inclusief gemiddeld 13 minuten te vroeg komen). De procesefficiëntie (= nuttige tijd/doorlooptijd) steeg van 24 naar 45 procent. Gemiddeld wachtten patiënten dus beduidend korter en waren sneller weer klaar.

Kort na de start van het project was al duidelijk dat deze aanpak goed werkte. We hebben de nieuwe werkwijze, met kleine wijzigingen per vak, toen meteen ingevoerd voor nog vier topreferente aandachtsgebieden: heup, wervelkolom, voet en kinderen. Als gevolg van deze stroomlijning daalde de wachttijd voor de polikliniek van twee maanden naar een week voor tweedelijnszorg en die voor topreferente zorg naar twee weken. Het inrichten van deze patiëntenstromen had ook een belangrijke verbetering voor de aiossen tot gevolg. Omdat zij aan twee vaste specialisten waren verbonden, ook op de ok, kregen zij competentiegericht onderwijs in een leerling-gezelsituatie. De gemeten tevredenheid van de aiossen nam toe. Bovendien voldeden we beter aan de nieuwe opleidingseisen. Na de start 'bij de voordeur' (poli), moes-

Drie electieve poli's – hieronder de themapoli 'knie' – moeten de patiëntenvariatie stroomlijnen.



VEILIGHEID, GEZONDHEID EN WELZIJN

Arbeidsomstandigheden worden beoordeeld op de aspecten veiligheid, gezondheid en welzijn. Ergens in deze drie-eenheid verdient de bedrijfsarts zijn brood, in samenwerking en/of concurrentie met andere professionals. Welzijn is conjunctuurgevoelig. Ik ken psychologen die er rijk van zijn geworden. Maar dat was ooit. Nu is 'geen werk' de grootste bedreiging voor het welzijn. Tegen werkeloosheid heeft de psycholoog geen therapie. De bedrijfsarts behartigt de gezondheid, wat dat ook moge wezen. Hij gaat ook over ziekte. En daardoor heeft hij werk genoeg. Want ieder probleem dat niet wordt opgelost, leidt vanzelf tot 'ziekte'. Veiligheid is de meest stabiele, althans: de technische veiligheid. Die is keurig ondergebracht bij de technici met hun meetapparaten, normen en waarschuwingssystemen.

Het is de sociale veiligheid waar een groot braak terrein ligt (waar blijven de sociaal psychologen?). Voorbeeldje:

Mevrouw A is medisch specialist in opleiding. Zij wordt al twee jaar belaagd door P, de partner van een van haar patiënten. Met mails van vijf A4'tjes lang, uitdraaien van internet, aangetekende brieven, klachtgesprekken. Iedere reactie van A, wordt beantwoord met nieuw schriftelijk materiaal. Voor het secretariaat en de collega-assistenten een bron van hilariteit. De opleider bemoeit zich er niet mee 'zolang er niet met een mes wordt gezwaaaid'. Intimidatie met een maatpak, advocatentaal en anderhalve academische titel moet zij kunnen verdragen. Maar aios A kan dit niet lang meer volhouden. Zij staat ermee op en gaat ermee naar bed. De grens van het ziekmakende is overschreden.

Eveline Knibbeler

Patiënten waardeerden de toegenomen duidelijkheid

Het is daarom noodzakelijk dat door goede roostering ook tussendoor steeds tijd vrij wordt gemaakt voor reflectie, contact, teambuilding, feedback, et cetera.

Nog meer inzicht

Last but not least waren patiënten zeer tevreden over de anderhalvelijns poli en de algemene afname van wachttijd. Ook waardeerden ze de toegenomen duidelijkheid over wie hun behandelaar was en wat ze konden verwachten.

Het aantal klachten over de poli halveerde elk jaar (in 2013 nog maar 15% van het aantal uit 2009). Procesoptimalisering is echter slechts één voorwaarde voor patiënten om zich veilig, gezien en goed behandeld te voelen. Om nog meer inzicht te krijgen in wat belangrijk is voor patiënten, zijn we nu bezig hen te volgen op hun tocht door het ziekenhuis ('customer journey') en worden diepte-interviews gehouden. In aansluiting hierop zal gebruikgemaakt gaan worden van methoden om patiënten vanaf het begin nog persoonlijker te betrekken bij hun behandeling.

Terugkijkend kunnen we zeggen dat we veel hebben bereikt door het toepassen van LSS-methoden. Belangrijkste uitgangspunt was steeds dat we inzetten op verhoging van de kwaliteit en verbetering van processen. Dan volgden verhoging van de productiviteit en de marges van zelf. ■

contact

l.van.rhijn@mumc.nl
cc:redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

ten we meteen doorgaan met 'de achterdeur' (operatietraject), om geen verschuiving van problemen te veroorzaken. Ook hier was het verder stroomlijnen van processen door het scheiden van complexe en gestandaardiseerde ingrepen effectief. Op basis van LSS-cijfers en analyses konden de planning en de afspraken met de anesthesie worden verbeterd. De efficiency van de ok-tijd nam zo toe met 10 procent. De ok-tijd werd daarnaast uitgebreid door in het weekend te opereren. De wachttijd voor totale heup- en knieprotheses slonk van zeven naar vier weken. De wachttijd voor behandeling op het dagcentrum nam af van acht naar twee weken. De verbeterde toegankelijkheid en toenemende vraag (vergrijzing) leidden tot een toename van het aantal nieuwe patiënten met 10 procent. Ook zagen we een verschuiving naar topreferente zorg. Door deze factoren steeg de omzet van de afdeling jaarlijks 9 procent (totaal 36% in vier jaar). De procesoptimalisatie leidde daarnaast tot verbetering van de marges. Het aantal fte's op de afdeling en poli is, behoudens 1 fte orthopeed, ondanks de productietoename niet gestegen.

Arbeidstevredenheid

Bovengenoemde trajecten waren intensieve processen die een grote inzet vroegen van alle medewerkers. Omdat alle betrokkenen vanaf het begin hadden meegedaan in het vaststellen van de status quo en de knelpunten, bleef er ruim voldoende draagvlak om op de ingeslagen weg verder te gaan. Iedereen was trots op de bereikte verbeteringen. Alle medewerkers voelden zich waardevol, gekend in dit proces. Dat werkte motiverend en de arbeidstevredenheid nam dan ook toe. Zoals te verwachten was, gaf men aan meer tijd te hebben voor de patiënt. Bovendien had men door het werken op een themapoli in een vast team meer rust en meer het gevoel 'aan het stuur te staan'. Een belangrijk aandachtspunt bij de toepassing van LSS is dat weliswaar de efficiëntie toeneemt, maar ook 'verloren ogenblikken' die eerder konden worden gebruikt om na te denken of onderling contact te houden, neigen te verdwijnen.