

Utviklingsprosjekt:

Implementering av standardiserte pasientforløp i klinikken

Nasjonalt topplederprogram

Torstein Hole, HMR

Ålesund 17.10.11 v 3.3

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Helse Sunnmøre har arbeidd aktivt med standardiserte pasientforløp (SP, vedlegg 1) i fleire år som ledd i kvalitetsstrategien til foretaket. Det er utvikla ein standardisert metode for utarbeiding og gjennomføring av SP (døme, sjå vedlegg 6), og utdanning av prosessvegleiarar, samt implementering i kvalitetssystemet i foretaket (EQS). Foretaket har fått erfaringar med at implementering av forløpa og delvis forankring i heile linja har vore ei utfordring. Etter samanslåing til nytt foretak (Helse Møre og Romsdal) frå 01.07.11, vil utfordringane knytt til standardiserte pasientforløp kunne verte enno større. På den bakgrunn ynskjer eg å gjennomføre eit prosjekt i 2012 der ein ser på både leiarforankring og suksessfaktorar for vellukka implementering av SP i organisasjonen, spesifikt medisinsk klinikk. Resultatet av prosjektet kan ha vesentleg effekt for heile HMR. Difor vil det også vere risiko for HMR knytt til manglande suksess. Dette vert ikkje handsama vidare i prosjektplanen. Kritiske faktorar knytt til overordna strukturar avdekt i prosjektet, vil verte formidla til relevante aktørar som ledd i prosjektet.

Prosjektet er forankra hjå Adm dir for Helse Møre og Romsdal, kvalitetssjef i HMR, samt kliniksjeffane ved kirurgisk klinikk og klinikk for laboratoriemedisin, samt brukargruppa i medisinsk klinikk.

Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål

Standardiserte pasientforløp (SP) har mange synonym (sjå vedlegg1), men dette er den nemninga ein har valt i HMR for arbeidet med betre integrerte pasientforløp og behandlingslinjer.

Medisinsk klinikk har utdanna prosessvegleiarar i alle avdelingar. Vi har parallelt med utdanning av prosessvegleiarar også gjennomført eit kurs i SP i samarbeid med fagavdelinga i HS og HMN-RHF for mange mellomleiarar og ein skilde seksjonsoverlegar. Medisinsk klinikk har i dag ca 10 SP i klinisk drift (lungekreft, ca prostata, gyn kreft, elektiv pacemakeroperasjon, resipientutgreiing, hjerneslag, rehabilitering hjerneslag, ny RA, rehabilitering Nevrohjemmet, traumatisk hjerneslag), og 14 under arbeid (palliasjon, DVT, hjerneslag, ny diabetes, hjarterehabilitering, KOLS, søvnapne, sepsis, Sjøgren, ny Bechterew, brystkreft, ca recti, CNS kreft mm). SP mangler for mange av dei store pasientgruppene i klinikken.

Arbeidet med SP er eit av midla for å nå (kvalitets-) måla til klinikken, og er ein viktig arena for brukarmedverknad og samhandling med kommuneheslsetenesta.

Prosjektet sitt mål er å auke talet på SP som vert implementert i klinikken, og at SP vert ein sentral del av kvalitetsarbeidet.

Effektmål:

Implementering av minst 1 nytt SP i alle einingar i klinikken kvart år.

Resultatmål:

- Forankring av SP som metode i leiinga i klinikken gjennom klare leiaravtaler på nivå 3 og 4.
- Årleg standardisert evaluering av implementerte forløp av leiinga (i tillegg til forløpet sin eigenevaluering)
- Identifisering av suksessfaktorar ved å gjennomføre strukturert evalueringsprosess med prosessvegleiarar, forløpsansvarlege legar, og leiarar på nivå 3 og 4

- Etablere tiltak for å svare ut identifiserte problemområder i samarbeid med fagavdelinga i HMR.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Arbeidet med SP bygger i praksis på “kvalitetshjulet” (Demings sirkel) med kontinuerleg kvalitetsbetring. Den praktiske metoden som vert nytta i HMR bygger i stor grad på “Pasientfokusert Redesign”, og teorigrunnet er også i stor mon samanfallande.

Målet med SP er å betre kvaliteten av pleie og behandling gjennom heile behandlingsforløpet ved å betre risikjusterte pasientutkomme, betre pasientsikkerheit, og optimalisere ressursutnyttinga (etter European Pathway Association (EPA), De Bleser et al 2006).

Erfaringane i klinikken og HMR så langt, er at vellukka implementering gjev auka medisinsk kvalitet, meir nøgde pasientar, og av og til redusert ressursbruk, td kortare liggetid. Ein har også nytta metodikken på arbeidsmiljøutfordringar med stor hell. Ein har like vel også negative erfaringar med at det kan vere vanskar med :

- Forankring hjå næraste leiar
- Ressurser til redesign arbeidet (særleg forløpsansvarleg lege)
- Forankring i heile behandlarteam
- Ressursomfordeling mellom yrkesgrupper og einingar
- Konsistent implementering over tid (tilbakefall til tidlegare praksis i særlege situasjonar, eller at ikkje alle nyttar ny praksis)

Dei positive erfaringane gjer at ein vil satse på metoden i klinikken, men for å lukkast må ein handtere utfordringane knytt til metodikken. Dette gjeld både i styringslina, bygging av kvalitetskultur, utnytting av potensialet i metoden som eit godt middel til å auke kvaliteten på tenestene, frigjering av ressursar til arbeidet, og identifisering av suksessfaktorar for vellukka implementering med praksisendring over tid.

Framdriftsplan med milepæler

Forankring i leiargruppa/brukargruppa i klinikken:	Januar 2012
Metode/kriterier for evaluering av SP: (tal SP, nye SP, resultat SPC målingar og andre forløpsspesifikke mål, andel pasientar inkludert i aktuelle SP, forankring i fagavdelinga)	Februar 2012
Evaluering av alle implementerte SP:	Mars 2012
Status alle igangsatte/planlagte SP:	Mars 2012
Møte alle prosessveggleiarane/forløpsansvarlege legar:	April 2012
Utsjekk mot røntgen/lab framtidige prosjektproblem	April 2012
Møte alle mellomleiarane/avd sjefane:	Mai 2012
Konklusjonar suksessfaktorar:	Juni 2012
Konklusjonar prosedyrer/ressursar etc: (saman med fagavdelinga)	Juni 2012
Iverksetting av identifiserte tiltak:	August/september 2012
Evaluering status	Januar 2013

Budsjett – nøkkeltal

Ressursbruken i sjølve prosjektet er knytt til arbeid som medgår til innhenting og presentasjon av data, møter etc. Dette er føresett dekt gjennom normal drift. Ingen personar vert særskilt frikjøpt for prosjektarbeidet.

Prosjektet kan avdekke manglande ressursar av økonomisk, personellmessig (inklusive kompetanse) eller av organisatorisk karakter som årsak til, eller risikofaktor for manglande suksess. Slike problemstillingar må då handterast i den vanlege drift/linje.

Interessentanalyse

Sjå vedlegg 4 for den formelle analysa.

Det er ei rekke interessentar for prosjektet med stor innverknad på resultatet, og dette må svarast ut gjennom ulike kommunikasjonstiltak og forankring. Så risikoanalyse og kommunikasjonsplan.

Risikoanalyse

Sjå vedlegg 3 for den formelle analysa

Dei identifiserte risikoelementa er særleg knytt til manglande involvering og forankring i leiing og nøkkelpersonell som prosessvegleiarar, og særleg forløpsansvarlege legar, og manglande ressursar for nøkkelpersonell i gjennomføring av det einsskilde forløp.

Tiltaka er systematisk knytt opp til dette ved systematisk forankringsarbeid, og deretter å sikre seg at ein gjennom lina prioriterer og set av dei naudsynte ressursane til arbeidet.

Kommunikasjonsplan

Sjå vedlegg 5 for den formelle analysa.

Hovedpunkta i planen er tiltak knytt opp til kommunikasjon mot leiarar nivå 3 og 4, samt særleg mot fagleiarar/seksjonsoverlegar. Det vil også verte kommunisert mot Leiarråd HMR, TV/VO, og Brukargruppa i klinikken.

Konklusjonar og tilrådingar

Erfaringane med resultatata av vellukka implementerte standardiserte pasientforløp, og dei registrerte vanskar med implementering av metoden, gjer at det bør settast inn systematiske tiltak for å lette implementering av standardiserte pasientforløp i klinikken.

Eg rår difor til at prosjektet vert gjennomført i medisinsk klinikk i tråd med prosjektplanen.

Vedlegg

Vedlegg 1: Definisjon, synonym og karakteristika for Standardiserte pasientforløp (SP)

Vedlegg 2: Referanseliste

Vedlegg 3: Risikoanalyse

Vedlegg 4: Interessentanalyse

Vedlegg 5: Kommunikasjonsplan

Vedlegg 6: Døme Standardisert pasientforløp

Vedlegg 1

Definisjonar, karakteristik og synonym “standardiserte pasientforløp” (SP)

1. Synonym for “Standardiserte pasientforløp” (SP)

- Clinical pathway
- Critical pathway
- Care pathways
- Integrated care pathway
- Anticipated recovery path
- Care track
- Critical care method
- Care map
- Clinical algorithm
- Care profile
- Care protocol
- Collaborative care plan
- Care plan
- Case management plan
- Patient pathway
- Pathway of care
- Collaborative care track
- Expected recovery path
- Multidisciplinary pathways of care
- Standardiserte behandlingslinjer

De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W.
Defining pathways. J Nursing Management. 2006;14(7):553-63

2. EPA definerer SP (care pathways) slik: Ein kompleks intervensjon med mål om gjensidig beslutningstaking og organisering av behandlingsprosessen for ei definert gruppe pasientar i ein definert tidsperiode.

3. SP er karakterisert ved følgende element (EPA, Vanhaecht et al 2007):

- eit eksplisitt uttrykt utsagn om måla og nøkkelementa i behandlinga basert på evidens, beste praksis, og pasientane sine karakteristika og forventningar
- tilrettelegging for kommunikasjon mellom teammedlemmene, pasientane og deira pårørande
- koordinering av behandlingsprosessen ved å koordinere rollene og aktivitetane stegvis (sekvensielt) i det tverrfaglege teamet med omsyn til pasientane og dei pårørande
- dokumentering, monitorering og evaluering av variasjon og utkomme
- identifisere naudsynte ressursar

4. Sjølv om forskingsgrunnlaget er varierende, syner ei rekke studier effekt av denne måten å organisere klinisk arbeid (sjå referanseliste). Mellom anna er det vist betra pasientutkomme, redusert liggetid, færre post-operative komplikasjonar, lågare kostnader, og betra dokumentasjon. Professor Øvretveit oppsummerer evidensen slik: SP kan auke kvalitet og redusere kostnader, men det er avhengig av kva tilnærming som vert nytta, kor godt den vert implementert, og andre faktorar som td finansieringssystem. Diverse system og pasientkarakteristika som auker sjansen for “underkoordinering” er identifisert.

Vedlegg 2

Referanseliste (Med takk til Eva Biringer, Helse Fonna)

Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries - an international survey by the European Pathway Association. *J Integr Care Pathways*. 2006(10):28-34.

De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. *J Nursing Management*. 2006;14(7):553-63.

Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The care process organisation triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *Journal of Integrated Care Pathways* 2007;11:1-8.

Vanhaecht K, De Witte K, Panella M, Sermeus W. Do pathways lead to better organised care processes? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15: 782-88 2009

Vanhaecht K, Bellemans J, De Witte K, Diya L, Lesaffre E, Sermeus W. Does the organisation of care process affect outcome in patients undergoing total joint arthroplasty? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;in press.

Åhgren B. Chain of care development in Sweden: results of a national study. *Int J Integr Care* 2003;3(Oct-Dec).

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *The Cochrane Library*. 2010(3).

MRC. A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. Great Britain 2000.

Øvretveit J. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary of the evidence. The Health Foundation June 2011

Vedlegg 6
 Døme standardisert pasientforløp: Elektiv pacemakerimplantasjon

EQS

Dokument Revisjonsendring Mer info

Standardisert forløp - Pacemakerimplantasjon (v. 1.10)
 Utarbeidet ved: HMN RHF/HMR/ÅV sh./Med-KL/Medisinsk avdeling Ålesund
 1 - Pasientretta tenester / 3 - Behandling / Pasientforløp / Arbeidsdokumenter - Pasientforløp

Godkjent av: Arnestad, Unni Irene (Sykepleier)
 Dokumentet angår: Alle ansatte

Pasientforløp planlagt pacemakerimplantasjon

Nyimplantering og generatorskifte

Pasientinformasjon

Å leve med pacemaker	Så sant pasientens funksjonsnivå tilsier det, skal første overnatting skje hjemme eller på pasienthotellet
Orientering til deg som skal til pacemakeroperasjon	Fast operasjonstidspunkt torsdager kl 08 skal fortrinnsvis benyttes. Andre operasjonstidspunkt avtales spesielt. Informer postsekretær og sykepleier på hjertepol.
Til deg som har gjennomgått pacemakeroperasjon	Indikator for forløpet: Liggetid framstilt i SPC-diagram. Frekvens: 2g årlig

EQS

Min profil Oppdater

Dokument Mer info

Pacemakerimplantasjon beslutning - forberedelse til innleggelse prosesskart (v. 1.6)
 Utarbeidet ved: HMN RHF/HMR/ÅV sh./Med-KL/Med.avd. Åsh/Hjerteseksjonen
 1 - Pasientretta tenester / 3 - Behandling

Godkjent av: Olsen, Torunn (Konsulent)
 Olsen, Torunn (Konsulent)
 Olsen, Torunn (Konsulent)
 Olsen, Torunn (Konsulent)
 Dokumentet angår: Alle ansatte

Pacemakerimplantasjon

Beslutning - Forberedelse til innleggelse

Hjerte pol

Sengepost

Operasjon

Støttedokument

- Pasientinformasjon: "Orientering til deg som skal til pacemakeroperasjon"
- Rekvisjon til pasienthotellet

Dokument

Mer info

> Gi kommentar > Legg til i min meny >

Pacemakerimplantasjon Innleggelse Dag 1 (v. 1.2)

Utarbeidet ved: HMN RHF/HMR/ÅV sh./Med-KL/Med.avd. Åsh/Hjarteseksjonen

Godkjent av: Olsen, Torunn (Konsulent)
Olsen, Torunn (Konsulent)

Dokumentet angår: Alle ansatte

1 - Pasientretta tenester / 3 - Behandling

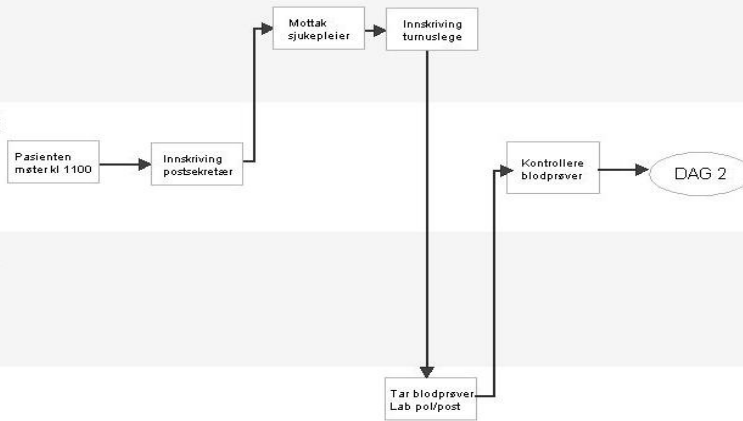
Pacemakerimplantasjon Innleggelse - Dag 1



Hjerte pol

Sengepost

Operasjon



Dokument

Mer info

> Gi kommentar > Legg til i min me

Pacemakerimplantasjon Operasjonsdag Dag 2 (v. 1.1)

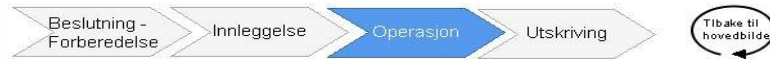
Utarbeidet ved: HMN RHF/HMR/ÅV sh./Med-KL/Med.avd. Åsh/Hjarteseksjonen

Godkjent av: Olsen, Torunn (Konsulent)
Olsen, Torunn (Konsulent)

Dokumentet angår: Alle ansatte

1 - Pasientretta tenester / 3 - Behandling

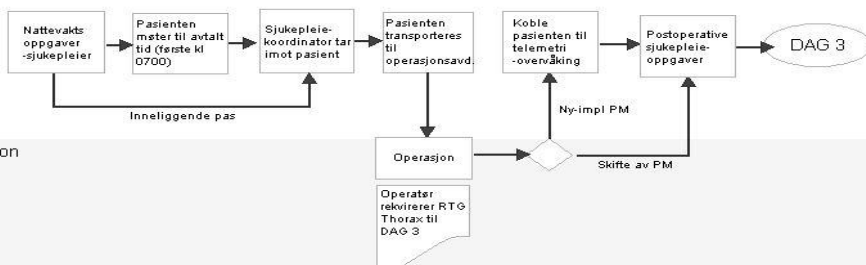
Pacemakerimplantasjon Operasjonsdag - Dag 2



Hjerte pol

Sengepost

Operasjon



Pacemakerimplantasjon Utskriving Dag 3 (v. 1.1)
Utarbeidet ved: HMN RHF/HMR/ÅV sh./Med-KL/Med.avd. Åsh/Hjerteseksjonen
 1 - Pasientretta tenester / 3 - Behandling

Godkjent av: Olsen, Torunn (Konsulent)
 Olsen, Torunn (Konsulent)
Dokumentet angår: Alle ansatte

Pacemakerimplantasjon Utskriving - Dag 3

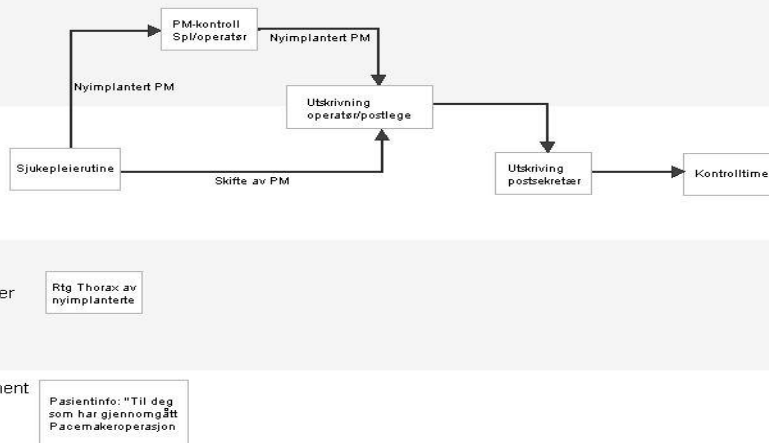


Hjerte pol

Sengepost

Kliniske undersøkelser

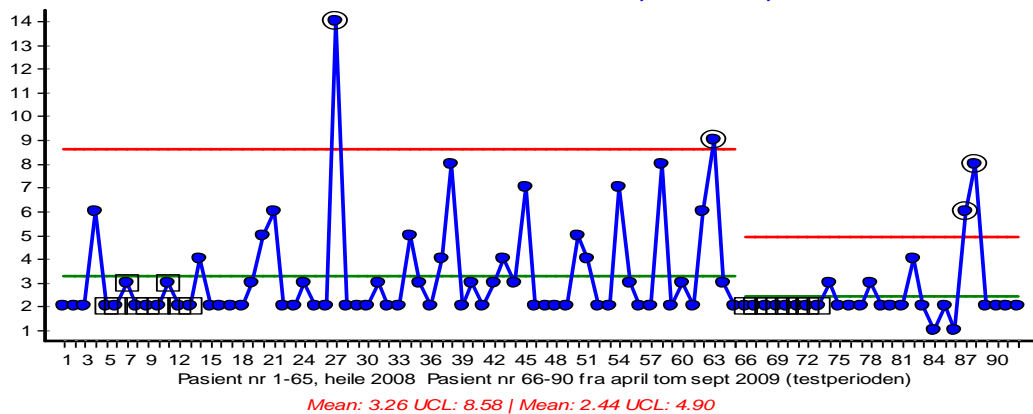
Støttedokument



Rtg Thorax av nymplanterte

Pasientinfo: "Til deg som har gjennomgått Pacemakeroperasjon"

Liggedøgn PM - før test og i test nytt forløp
 Før test: Tall fra heile 2008, Test: Fra april tom sept 2009



EpiData Analysis Graph

Fjernet pasient med 18 liggedøgn både fra 2008 og fra testperioden da vi anser det som spesiell variasjon