



Eva Biringer, leiar i Nettverk for forskning på behandlingssliner og samhandling og norsk nasjonal seksjon av European Pathway Association (E-P-A), Helse Fonna HF

Olav G. Klausen, adm.dir., Helse Fonna HF

Birger Norderud Lærum, overlækjar, Haukeland universitetssykehus

Miriam Hartveit, sjukepleiar, PhD-stipendiat, Helse Fonna HF og Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB

Kris Vanhaecht, sjukepleiar og postdoktor-stipendiat, Det katolske universitet, Leuven, Belgia

Betre kvalitet med behandlingssliner

Standardiserte behandlingssliner er et verkty som kan betre pasienttryggleiken og ressursutnyttinga.

Standardiserte behandlingssliner (pasientforløp/care pathways) er i aukande grad brukte internasjonalt som verkty for kvalitetsbetring i helsetenesta (1). Slike standardiserte behandlingssliner betrar ei rekke prosess- og utkommemål. Tilnærminga er oftast brukt innan sjukehus på homogene pasientgrupper med einsarta forløp. Men behandlingsslinene har også stort potensiale for bruk på grupper med meir komplekse behov og i tverrsektoriell samhandling.

Standardisert behandlingssline

Der er mange ulike definisjonar av standardiserte

behandlingssliner (2), og terminologien, til dømes pasientforløp, «critical-/clinical pathway», «care track», varierer (2). European Pathway Association (E-P-A, sjå www.e-p-a.org) er ein non-profit organisasjon for nettverk, brukargrupper, akademiske institusjonar, sjukehus, støtteorganisasjonar og tilsette i helsetenestene som ynskjer bidra til utvikling og implementering av standardiserte behandlingssliner. Organisasjonen har sterkt fokus på evidensbaserte tiltak og forskning. E-P-A definerer ei standardisert behandlingssline («care pathway») slik (3, 4): «Ei behandlingssline er ein kompleks intervensjon som har gjensidig taking av avgjerder og organisering av behandlingssprosessen for ei definert gruppe pasientar i ein definert tidsperiode som mål. Karakteristika ved ei standardisert behandlingssline er (2-4):

- › ei eksplisitt uttrykt utsegn om måla og nøkkelelementa i behandlinga basert på evidens, beste praksis og pasientane sine karakteristika og forventningar
- › tilrettelegging for kommunikasjon mellom teammedlemmene, pasientane og deira pårørande
- › koordinering av behandlingssprosessen ved å koordinere rollene og aktivitetane stegvis (sekvensielt) i det tverrfaglege teamet, med

- › omsyn til pasientane og dei pårørande
- › dokumentering, monitorering og evaluering av variasjonar og utkommer
- › identifisering av naudslynte ressursar

Målet med å standardisere pasientforløpa er altså å betre kvaliteten av pleie og behandling gjennom heile behandlingssforløpet ved å betre risikjusterte pasientutkommer, betre pasienttryggleik og optimalisere ressursutnyttinga. Ein slik definisjon av standardiseringa av behandlingssprosessen som over, er langt meir strikt enn mange andre kvalitetsbetringsintervensjonar.

Effekt

Mange internasjonale studier gjennomført dei siste tjue åra har vist at standardiserte behandlingssliner har effekt. Mest overtydande evidens er difor at implementeringa av desse betrar pasientutkommer og kostnad-nytte-ratioet (5-8). Men der er også mange studier som har vist at implementeringa av standardiserte behandlingssliner fører til kortare liggetid, lågare insidens av postoperative komplikasjonar og betra dokumentasjon (6, 9). Standardiseringa er best eigna på homogene pasientgrupper der alle skal gjennomgå det samme i løpet av sjukehusopphaldet. Difor er denne tilnærminga ofte

H

Hovedbudskap

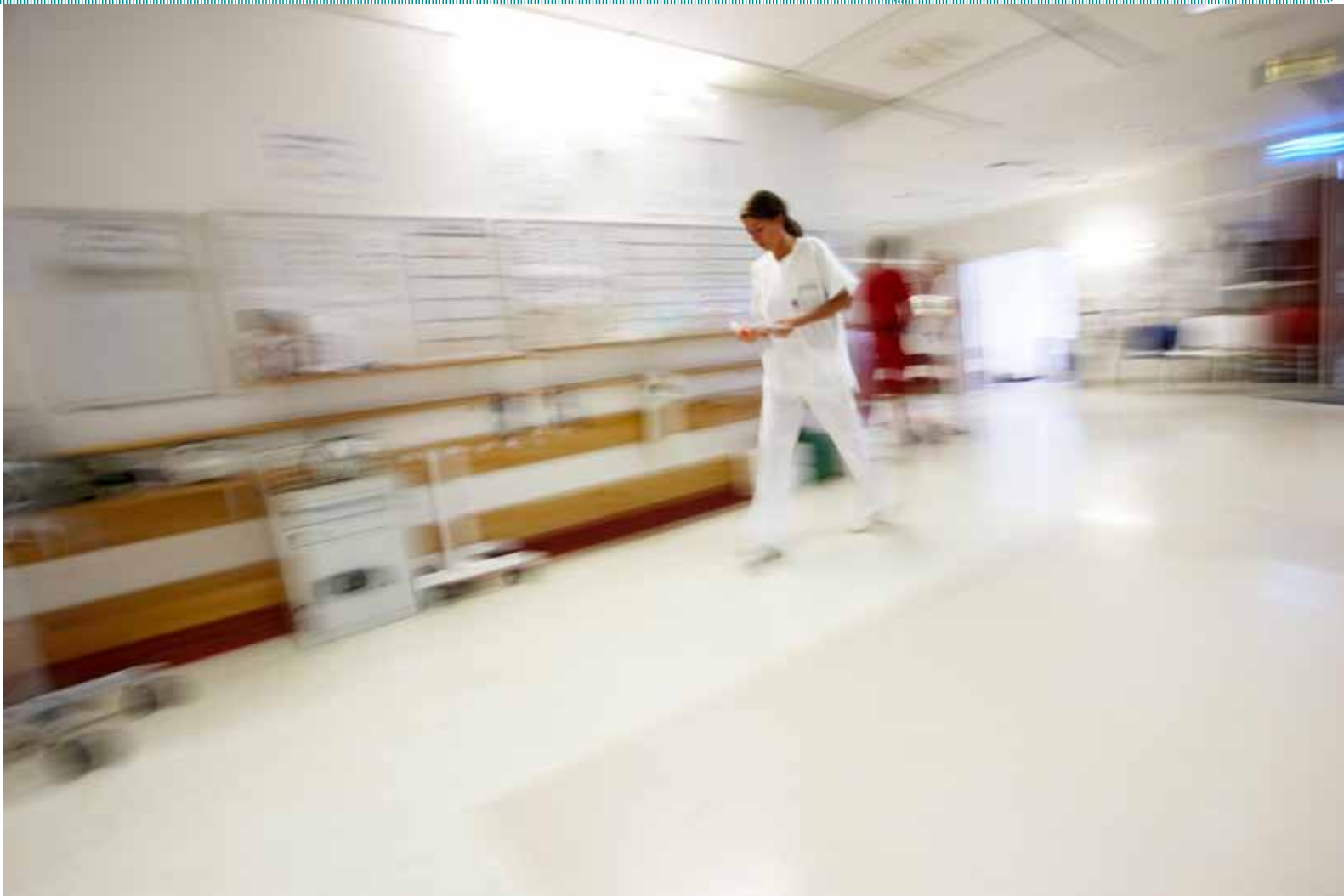
Standardisering av behandlingssliner/pasientforløp er nyttig verkty til kvalitetsbetring i helsetenesta. European Pathway Association (E-P-A) er ein internasjonal organisasjon som spreier kunnskap om behandlingssliner («care pathways»). Slike behandlingssliner kan også vise seg nyttige i tverrsektoriell samhandling.

S

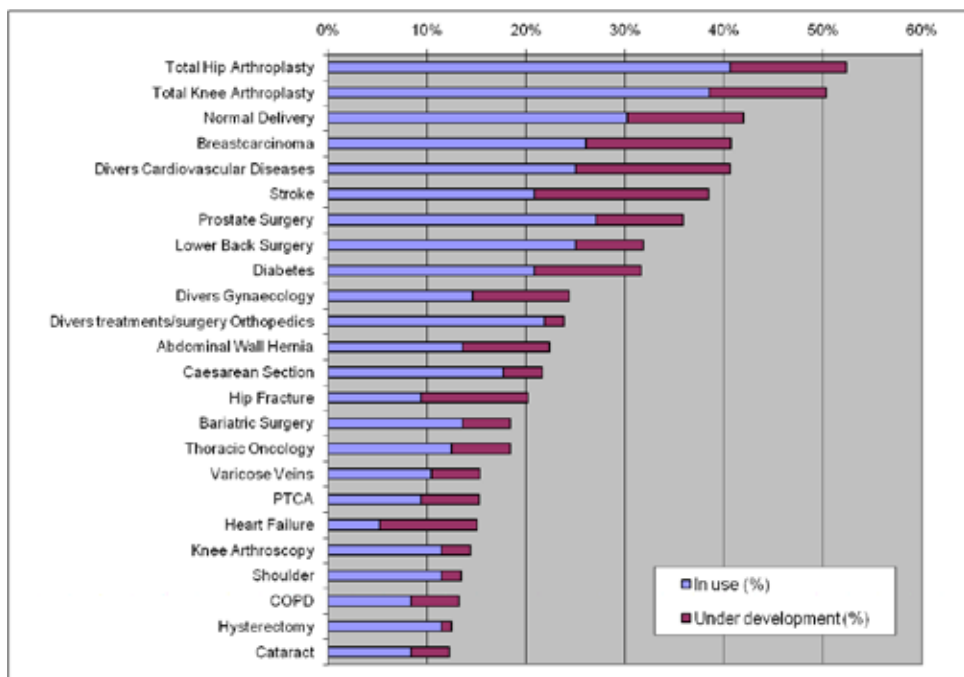
Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

› Kvalitet
› Leing
› Organisering



NYTTIG VERKTY: Standardiserte behandlingslinjer er oftast brukt innan sjukehus på homogene pasientgrupper med einsarta forløp, men har også stort potensiale for bruk på grupper med meir komplekse behov og i tverrsektoriell samhandling. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



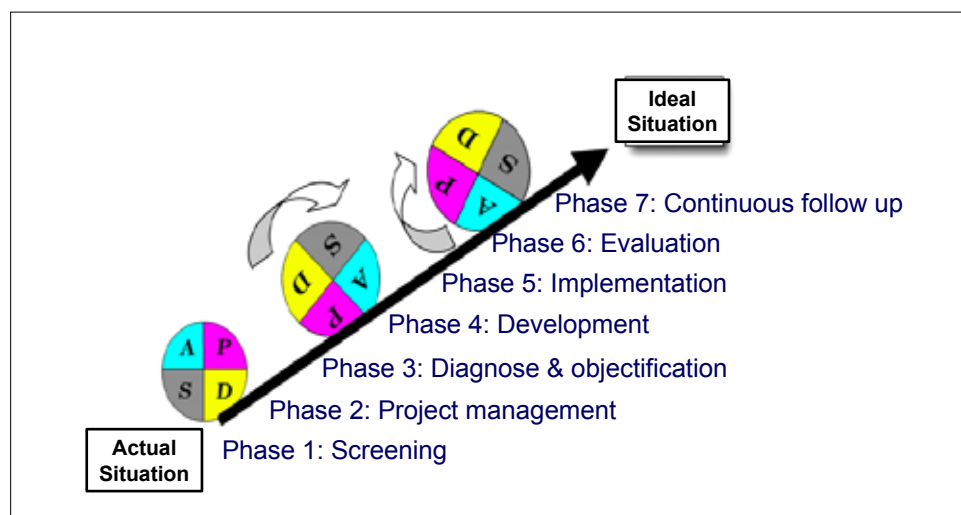
FIGUR 1: Utbreiing av «care pathways» i the Belgian Dutch Network (Belgia og Holland). Gitt att med tillating fra European Pathway Association (E-P-A).

nytta i kirurgiske fag, særleg i elektiv kirurgi (figur 1). Men tilnærminga er også forsøkt i pasientutval med lågare grad av prediktabilitet i åtførding og behandlingsbehov, der såkalla Hub-, eller Web-modellar for organiseringa av helsetenesta er meir eigna enn ei enkel line-(Chain-)tilnærming (10). Dette gjeld til dømes i rehabilitering (11), rus, psykiatri (12, 13) og palliativ behandling (14). I slike studier finn ein ofte ei meir fleirsidig tilnærming med element av «case management».

Framgangsmåte

Planlegginga og implementeringa av behandlinglina for den utvalde pasientgruppa føregår i den enkelte kliniske eininga med utgangspunkt i det kliniske mikroteamet og Plan-Do-Check-Act (PDCA-) sirkelen (Deming's sirkel) (15). Triaden av engasjert sykepleiar (ansvarleg for det praktiske, til dømes møteinnkallingar og registrering av data), engasjert kliniskar (til dømes overlækjar), og einingsleiar vil ofte vere eit godt utgangspunkt. Gruppa som arbeider med behandlinglina skal vere tverrfagleg og alle grupper som har med pasienten å gjere skal





FIGUR 2: European Pathway Association (E-P-A) si sju-fase tilnærming til planlegging og implementering av ei standardisert behandlingline. Gitt att med tillating fra European pathway Association (E-P-A).

vere representerte, også til dømes laboratorietestene. Ein pasientrepresentant bør vere med for å sikre brukarperspektivet. Det er vanleg at ein kompetent kvalitetsrådgjevar (fasilitator) gir råd i planlegginga og implementeringa, som ofte strekker seg over seks til ni månader. Kvalitetsrådgjevar har oversikt over aktuelle verkty som kan nyttast i prosessen (til dømes tre-tavleteknikk (16), Gantt-diagram, og årsak-verknad diagram). E-P-A har utvikla ein sjufasemodell for planlegging, implementering, evaluering og kontinuerlig oppfølging av ei standardisert

lellkontroll (18-21), og/eller at nøkkelelementa i behandlinglinene varierer og ikkje er i tråd med ein overordna definisjon av kva ingredienser ei standardisert behandlingline skal ha (2, 6). Fagfeltet treng meir evidens når det gjeld spørsmåla:

- ▶ kva verkar standardiserte behandlingliner på (kva pasientgrupper, kva prosess- og utkommemål)?
- ▶ korleis verkar standardiserte behandlingliner (verksame ingrediensar=)?
- ▶ effekten av tverrsektorielle behandlingliner

«Mange internasjonale studier gjennomført dei siste tjuve år har vist at standardiserte behandlingliner har effekt.»

behandlingline (figur 2). Denne bygger på prinsippet om kvalitetsbetring som ein kontinuerleg prosess, og bør saman med «Leuven Clinical Pathway Compass» (17) vere til hjelp for tilsette i norsk helseteneste som ynskjer lage ei behandlingline i si eining.

Forskningsbehovet

Der er i dag behov for meir evaluering av standardiserte behandlingliner. Mange effektstudier er allereie utført (6), men mange av desse er hemma av låg statistisk styrke på grunn av få deltakarar (18), få indikatorar på prosess- og utkommer (dårleg validitet) (18, 19), kort oppfølgingstid (18-21), forskningsdesign utan paral-

(særleg relevant i samband med Samhandlingsreformen)?

Nyleg vart det oppretta ein eigen norsk nasjonal seksjon av E-P-A, som ønsker nye norske helsearbeidarar velkomne som medlemmer. Seksjonen heldt eit vellukka tredagars kurs i planlegging og implementering av standardiserte behandlingliner på Solstrand Fjord Hotel i Os ved Bergen i september 2011. I framtida ønsker E-P-A å inspirere til etablering av gode evidensbaserte standardiserte behandlingliner i Noreg og til evalueringa av desse. ■■■

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

LITTERATUR

1. 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(10):28-34.
2. De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vluyen J, Sermeus W. Defining pathways. *J Nursing Management* 2006;14(7):553-63.
3. Vanhaecht K, Panella M. Is there still need for confusion about pathways? *International Journal of Care Pathways* 2010;14(1):1-3.
4. Vanhaecht K, Sermeus W, De Witte K. General Introduction. In: Vanhaecht K SW, De Witte K, editor. *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. Leuven: ACCO, 2007: 3-18.
5. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-37.
6. 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).
7. Van Herck P, Vanhaecht K, Sermeus W. Effects of clinical pathways: do they work? *J Integr Care Pathways* 2004; 8(3): 95-104.
8. Panella M, Marchisio S, Demarchi M, Manzoli L, Di Stanislao F. Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009;18: 369-73.
9. Bandolier. On care pathways. *Bandolier Forum*. 2003(July):1-12.
10. Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, W S. What about care pathways? In: Ellershaw J, editor. *Care of the dying*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2010:1-14.
11. Falconer JA RE, Sutin JA, Strasser DC, Chang RW. The critical path method in stroke rehabilitation: lessons from an experiment in cost containment and outcome improvement. *QRB Qual Rev Bull* 1993; 19(1): 8-16.
12. Bauer M, McBride L, Williford W, Glick H, Kinoshian B, Altshuler L, et al. Collaborative Care for Bipolar Disorder: Part II. Impact on Clinical Outcome, Function, and Costs. 2006.
13. Bringer E, Hartveit M. A future for pathways in mental health care in Norway: a discussion paper based on El-Ghorr et al. (2010). *International Journal of Care Pathways* 2010;accepted.
14. Bookbinder M, Blank AE AE, Wollner D, Lesage P, McHugh, Mea. Improving end-of-life care: Development and pilot-test of a clinical pathway. *J Pain Symptom Manag* 2005; 29(6): 529-43.
15. Deming W. *Quality Predictivity and Competitive Positions*. Cambridge, MS: MIT Press, 1982.
16. Vanhaecht K, Van Zelm R, Van Gerven E, Sermeus W, Bower K, Panella M, et al. The 3-blackboard method as consensus-development exercise for building care pathways. *Int J Care Pathways* 2010; 15(3): 49-52.
17. Vanhaecht K, Sermeus W. The Leuven Clinical Pathway Compass. *Journal of Integrated Care Pathways* 2003;7 (1):2-7.
18. Cooney R, Bryant P, Haluck R, Rodgers M, Lowery M. The Impact of a Clinical Pathway for Gastric Bypass Surgery on Resource Utilization. *J Surg Res* 2001; 98(2): 97-101.
19. Huerta S, Heber D, Sawicki M, Liu C, Arthur D, ALEXANDER P, et al. Reduced length of stay by implementation of a clinical pathway for bariatric surgery in an academic health care center. *Am Surgeon*. 2001;67(12):1228-35.
20. Rouse A, Tripp B, Shipley S, Pories W, Cunningham P, MacDonald K. Meeting the Challenge of Managed Care Through Clinical Pathways for Bariatric Surgery *Obes Surg*. 1998;8(5):530-4.
21. Yeats M, Wedergren S, Fox N, Thompson J. The Use and Modification of Clinical Pathways to Achieve Specific Outcomes in Bariatric Surgery *Am Surgeon*. 2005;71(2):152-4(3).