



Standardiserte pasientforløp lærdommer fra andre og oss selv

**Helse Sør-Øst seminar
24. november 2017**

Per Magnus Mæhle
Driftsstyret for kreftområdet i OUS



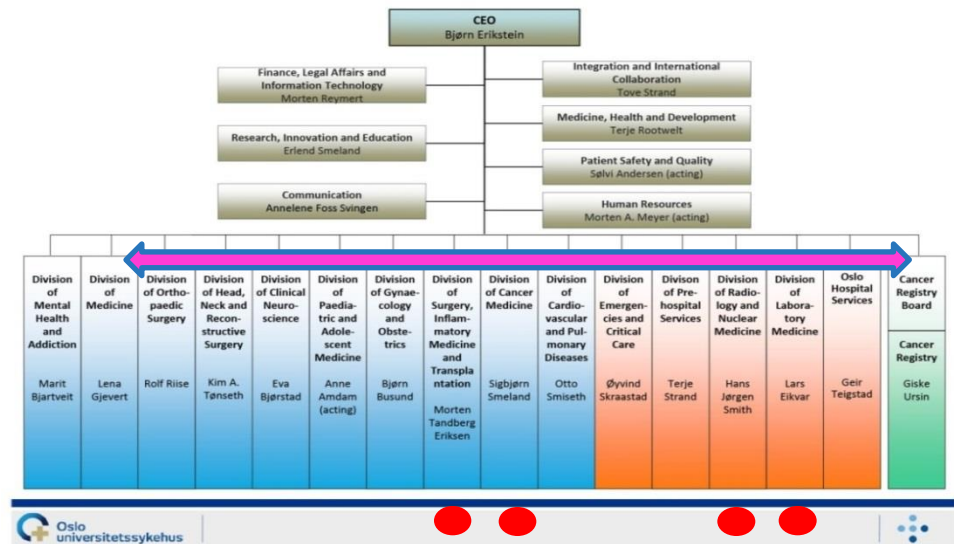
Hvem er jeg?

- Sekretær for Driftsstyret for kreftområdet i OUS (Oslo CCC) og Forskningsutvalget for kreft
- Jobbet med utviklingsprosjekter i OUS i ca 10 år, bla prosjektleder for Helsearena Aker
- Bred yrkeserfaring fra departement til industri og helse
- Utdannet sosiolog
- Skal starte med en PhD om organisering av pasientforløp for kreft i samarbeid med bla Sintefs evalueringsprosjekt om pakkeforløp for kreft

Hva er OUS Kreftsenter CCC?



Oslo University Hospital



Hva er standardiserte pasientforløp?

European Pathway Organization (www.E-P-A.org):

“A complex intervention for the mutual decision making and organization of predictable care for a well-defined group of patients during a well-defined period”.

- Beslutning om og beskrivelse av logistikk som innbefatter prosedyrer for diagnostikk og behandling knyttet til bestemt diagnose og bygd på best kjente praksis – herunder spesifisere beslutningspunkt og – kriterier.
- Beslutte standard pasientstier som en konsekvens av prosesslogistikk og presisere normer for forløpstider mellom sentrale milepæler
- Beskrive hvilke funksjoner og spesialkompetanser som bør involveres, definere innholdet i særskilte forløpsfunksjoner og i faste møter som inngår i forløpet
- Beskrive innholdet i ledelsesaktiviteter og strukturen på ledelsesnivåer som følger opp klynger av standardiserte pasientforløp

Hvilke drivkrefter har satt standardiserte pasientforløp på dagsorden?

- Økonomiske utfordringer med økonomiske rammer for sykehus og helsevesen
- Balanse mellom økonomiske rammer og kvalitet
- Ramme for læring og forbedring
- Reduksjon av variasjoner i kvalitet og tilbud
- Styrke tverrfaglighet
- Øke pasientfokus i helsetjenesten
- Bedre resultatet av og variasjon i resultat av behandling

Standardiserte kreftforløp – røttene innen norske sykehus og krefbehandling

- Tidligere koordinatorfunksjoner
- Nasjonale faggrupper og handlingsprogram
- Multidisiplinære team erfaringer
- Forskningsprotokoller
- Internasjonale retningslinjer, anbefalinger og akkrediteringer
- Lokale entreprenører
- Politiske initiativ a la pakkeforløpsreformer

Standardiserte kreftforløp – røttene innen norske sykehus og krefbehandling

- Tidligere koordinatorfunksjoner
- Nasjonale faggrupper og handlingsprogram
- Multidisiplinære team erfaringer
- Forskningsprotokoller
- Internasjonale retningslinjer, anbefalinger og akkrediteringer
- Lokale entreprenører
- **Politiske initiativ a la pakkeforløpsreformer**

Er det evidens for at standardiserte pasientforløp (SPF) virker?

Ja og nei!

Metastudier indikerer at gir effekt på:

Kvalitet i helsetjenesten – ingen klar indikasjon

Forbedret atferd hos helsearbeider – ja

Redusert ressursbruk – sammensatt effekt

Men:

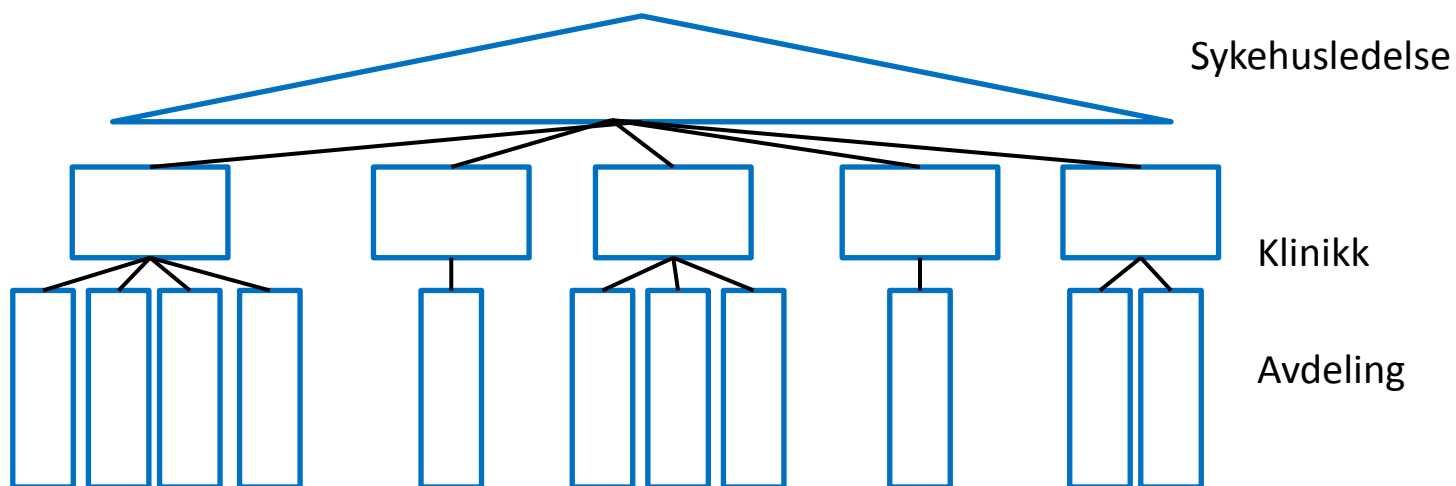
Effekter avhenger av samspill med andre forutsetninger:

Ledelse, organisatorisk kontekst, informasjonssystemer -
og her trengs mer forskning

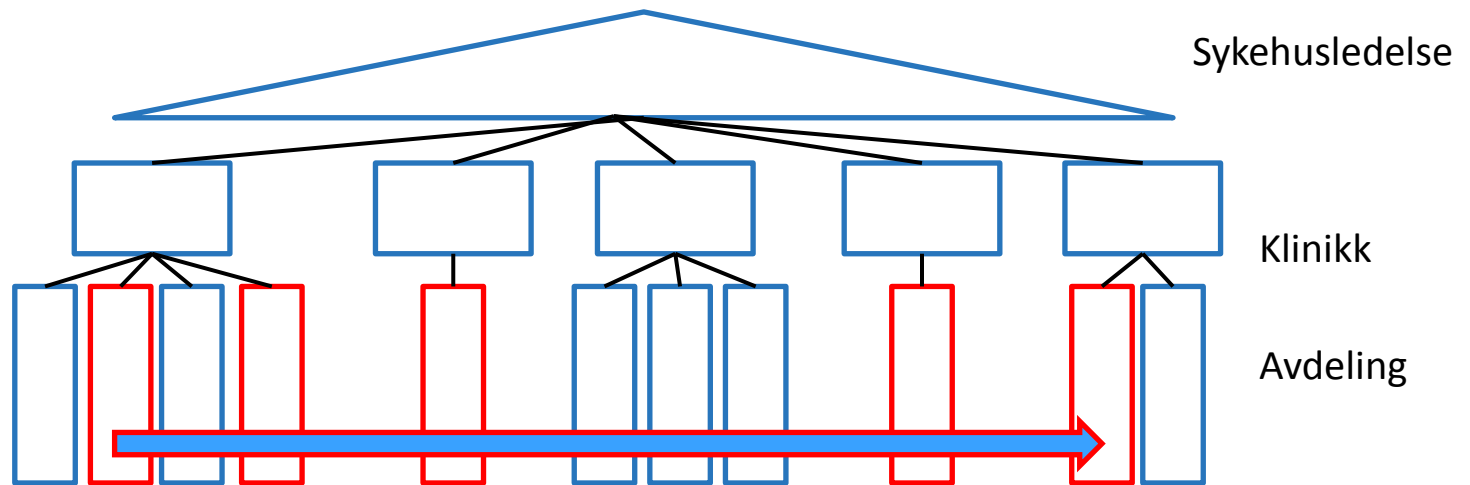
Hvilke forløp er best egnet for å standardisere

| | Enkle | Komplekse |
|----------|-------|-----------|
| Elektive | | |
| Akutte | | |

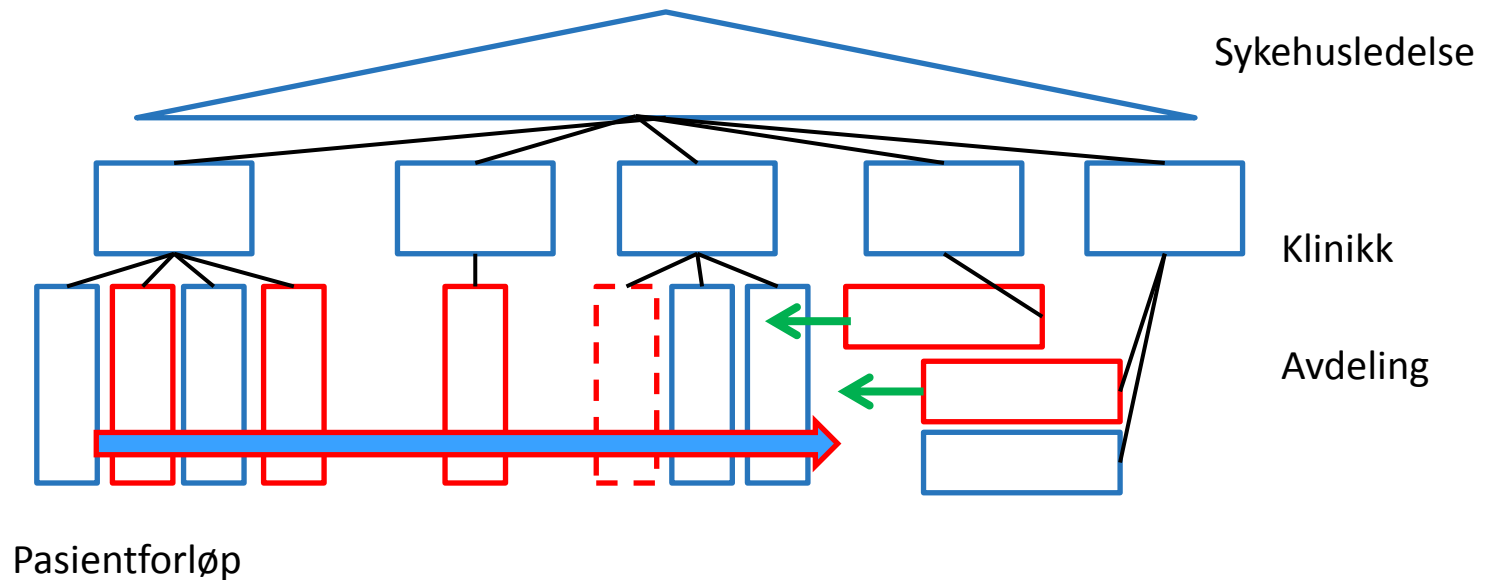
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



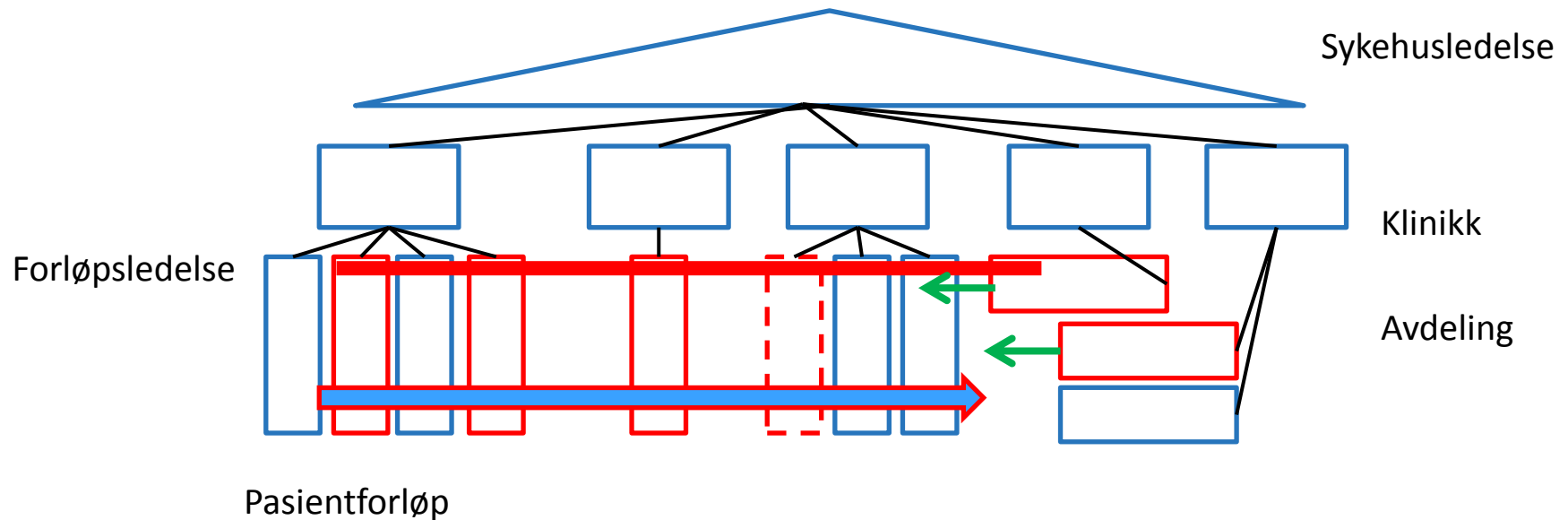
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



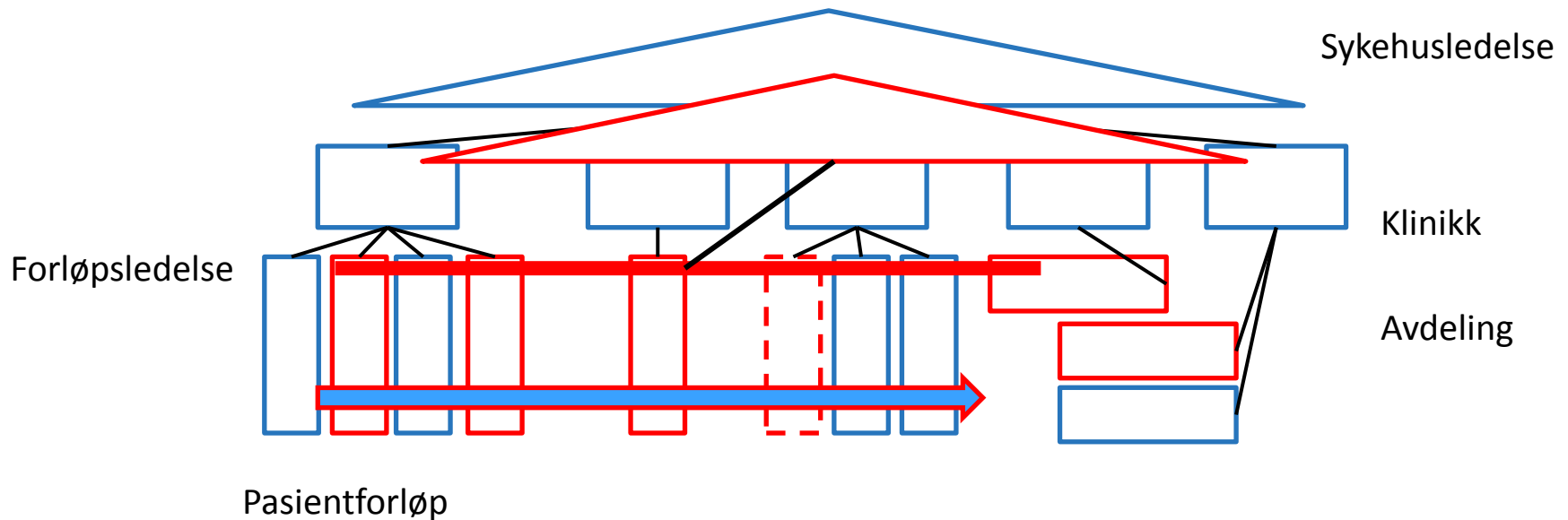
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



Pasientforløpet, organisering og ledelsen av det



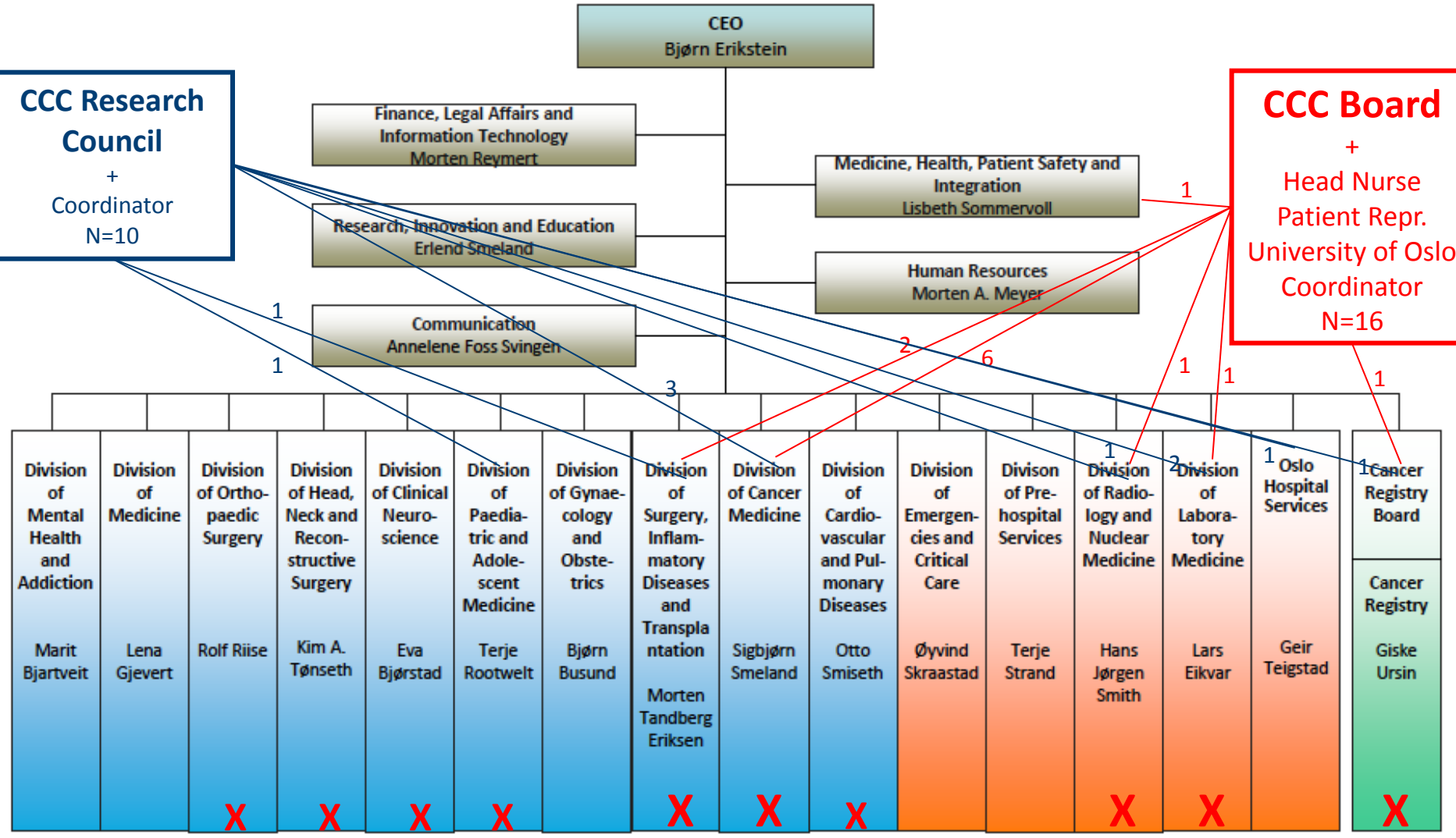
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



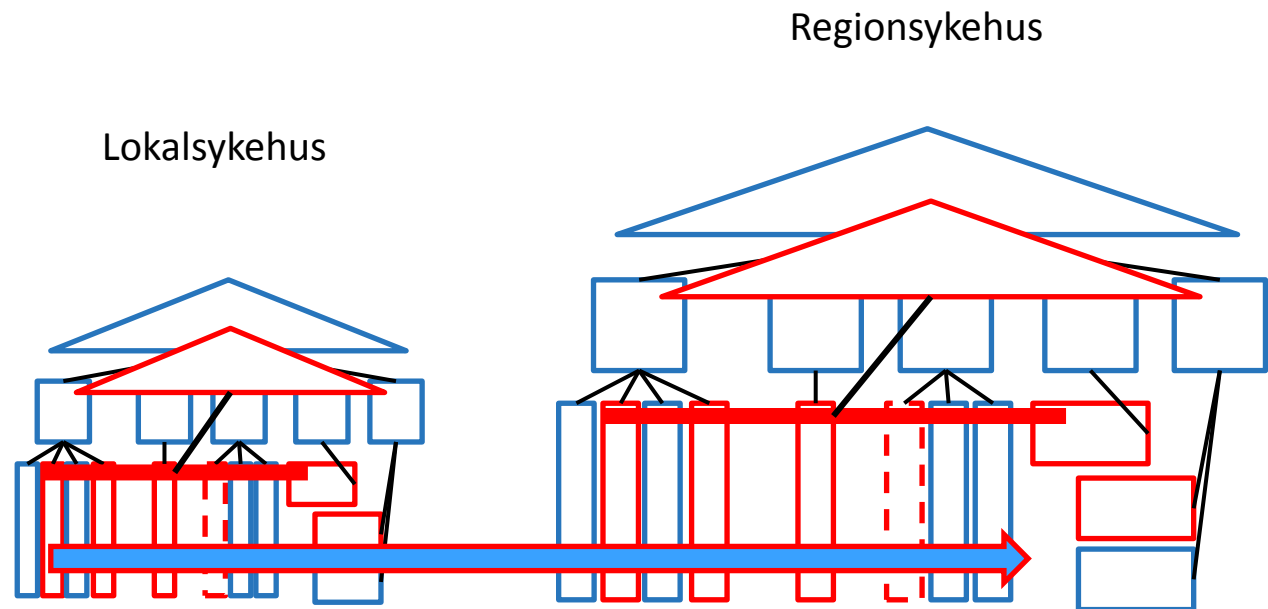
Oslo University Hospital

CCC Research Council
+ Coordinator
N=10

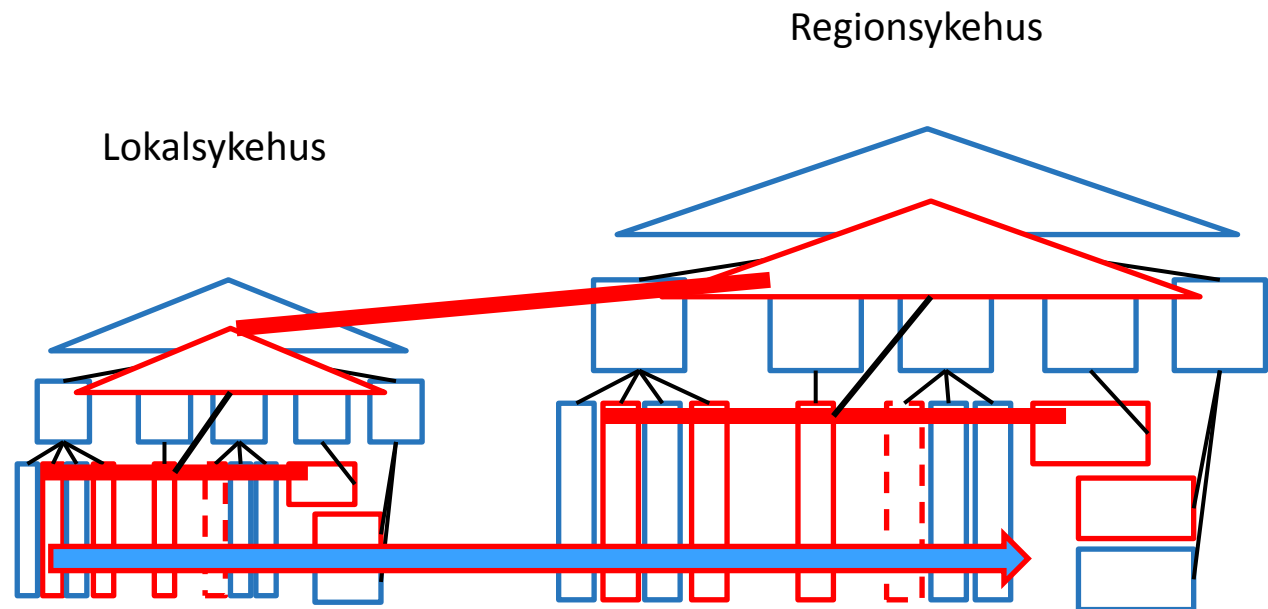
CCC Board
+ Head Nurse
Patient Repr.
University of Oslo
Coordinator
N=16



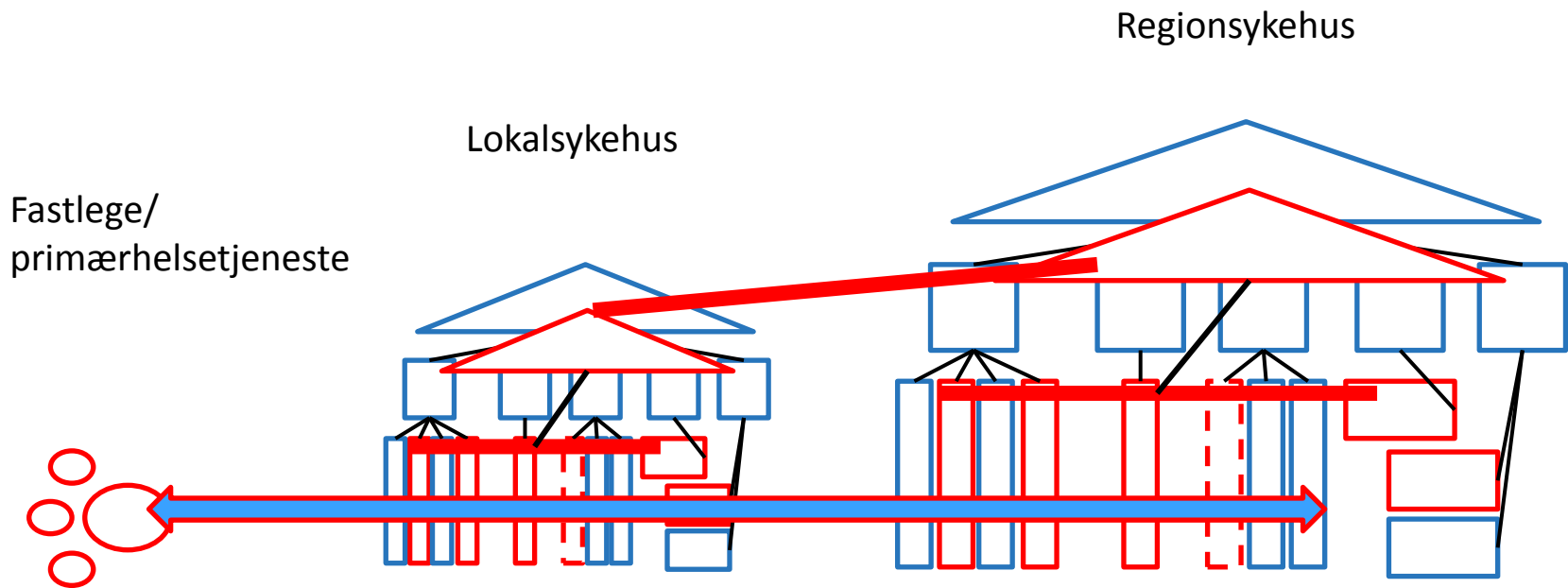
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



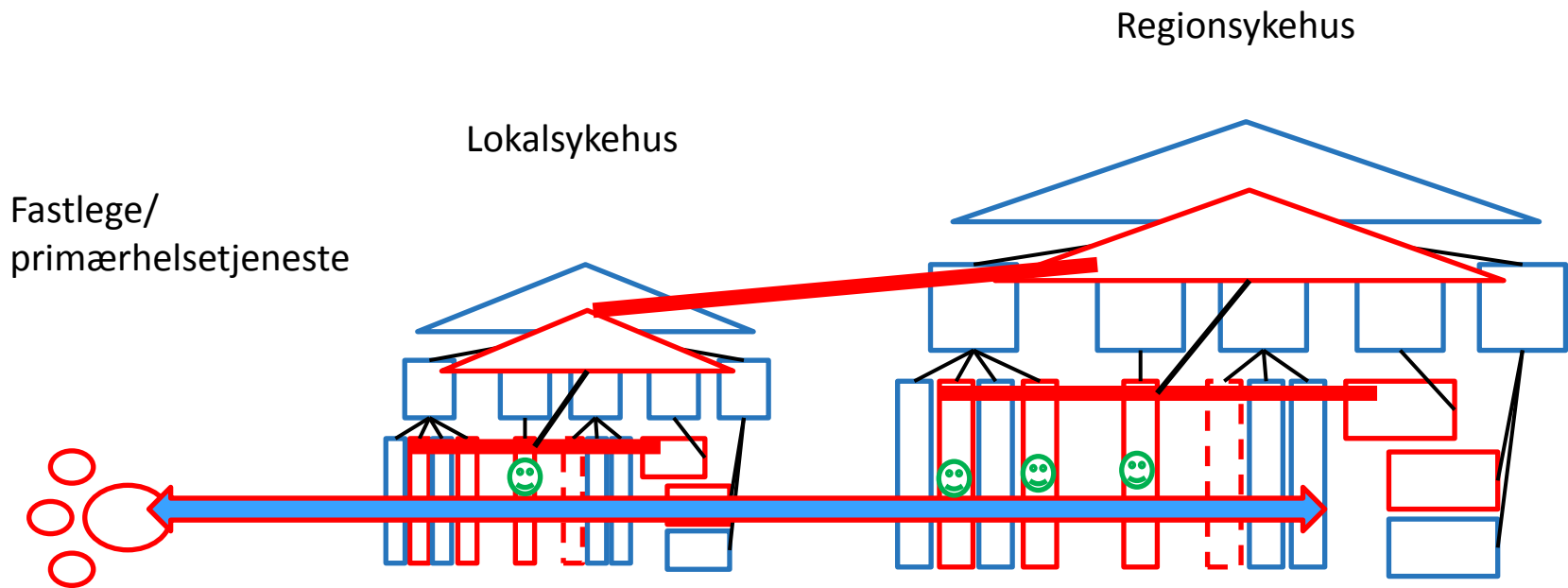
Pasientforløpet - organisering og ledelsen



Pasientforløpet - organisering og ledelsen



Pasientforløpet - organisering og ledelsen



Hvilke forutsetninger må på plass for at de virker?

1. Tverrrgående ledelse mellom enheter i sykehuset
2. Sammenbindende ledelse mellom sykehus, mot avtalespesialister og primærhelsetjenesten
3. Dataunderlag for oppfølging – eksistens og tilgjengelighet
4. IKT-støttede prosesser for informasjonsutveksling
5. Kopling mot forbedringsarbeid

One size fits all? – kreft som referanse

Vesentlige forskjeller mellom karakteren på pasientforløpene

- Grad av tverrfaglig avhengighet
- Stilles diagnosen av andre enn de som skal behandle
- Kompleksitet i diagnostikk
- Hvor mange nivåer og institusjoner går forløpet over

Hva slags ledelses- og styringsfilosofi er standardiserte pasientforløp uttrykk for?

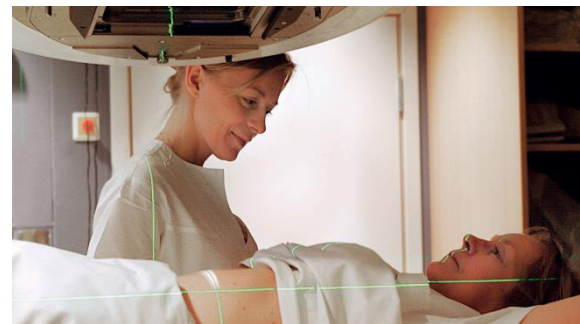
- Standardisering som verktøy for ledelsesmessig koordinering
- Klare føringer for hvordan ansvar, problemløsning og utvikling skal virke ledelsesmessig. Det vil si: Standardiseringen i seg selv sikrer ikke at koordineringen virker tilfredsstillende

Og:

- Ledelsesprosess ovenfra og/eller nedenfra?

To interessante spenninger i SPF

- 1) Legens skjønn versus vs. følge «kokebok»
- 2) Standard for alle vs. pasienttilpasset behandling



Legens skjønn versus vs. følge «kokebok»

Fra fersk rapport om danske pakkeforløp (Sidsel vinge):

Fokus på lægerollen:

| Det, der mistes | Det, der <i>kan</i> opnås |
|---|---|
| Mistet autonomi – individuell faglig prioritering | Multidisciplinært samarbejde |
| Mistet autonomi – individuelt arbeidstilrettelæggelse | Mindre frustrerede patienter |
| Mistet autonomi – afdelingsledelsens ret til styring | Hurtigere forløb / Bedre outcome, særligt for nogle kræftformer |
| REALITETER! | POTENTIALER? |

Standard for alle vs. pasienttilpasset behandling

Persontilpasningen kan være:

- Personens samlede sykdomstilstand
- Personens sosiale tilstand og forhistorie
- Institusjonens særegenheter
- Biologiske særegenheter ved person og/eller personens sykdom



Internasjonale akkrediteringer som drivkraft



CCC søknad – en kvalitetsprosess:

Krav til omfang, kvalitet og samlet ledelse

Krav til omfang av virksomhet uttrykt ved:

- Aktivitet innen pasientbehandling
- Bemanning og infrastruktur
- Forskning
 - antallet kliniske studier
 - antallet vitenskapelige artikler og
 - antallet artikler med impact factor over 10

Kvalitetsstandarder innen 272 delområder i 6 hovedområder

- Ledelse av kreftområdet
- Forebygging og diagnostisering
- Kreftbehandling
- Forskning utvikling og innovasjon
- Grunnutdanning og etter- og videreutdanning
- Pasientmedvirkning



Pasientforløp sentralt i flere av disse

Oppfølging av sentrale utfordringer i rapport fra OECl- Opprettelse av driftsstyre for kreftområdet

- Opprettet oktober 2016 av administrerende direktør
 - N2 og N3 ledere med ansvar for kreftbehandling, -diagnostikk eller forskning
- **Ansvar for oppfølging av OECl Audit rapport**
Handlingsplan med vekt på
 - Utvikling av standardiserte pasientforløp
 - Hele forløpet og med inndeling og detaljering utover pakkeforløpene
 - Styrking av arbeidet med oppfølging etter behandling – rehabilitering og seineffekter
 - Utvikling av de radiologi og patologis bidrag til gode pasientforløp og kreftforskning
 - Institusjonell ledelse for kreftforskning (alt på plass våren 2017):
 - Forskningsutvalg for kreft (ledet av forskningsleder i KRE, forskningsledere i KIT, KLM/KRN, og kreftregisteret osv +++
 - Biobank for kreft og Biobankstyre
 - Scientific Advisory Board

Visjon og virksomhetside

Visjon:

OUS skal være et ledende kreftsenters i Europa

Virksomhetside:

Vi er et komplett kreftsenters og navet i norsk kreftomsorg. Vi utvikler morgendagens sykehus i samarbeid med våre pasienter.



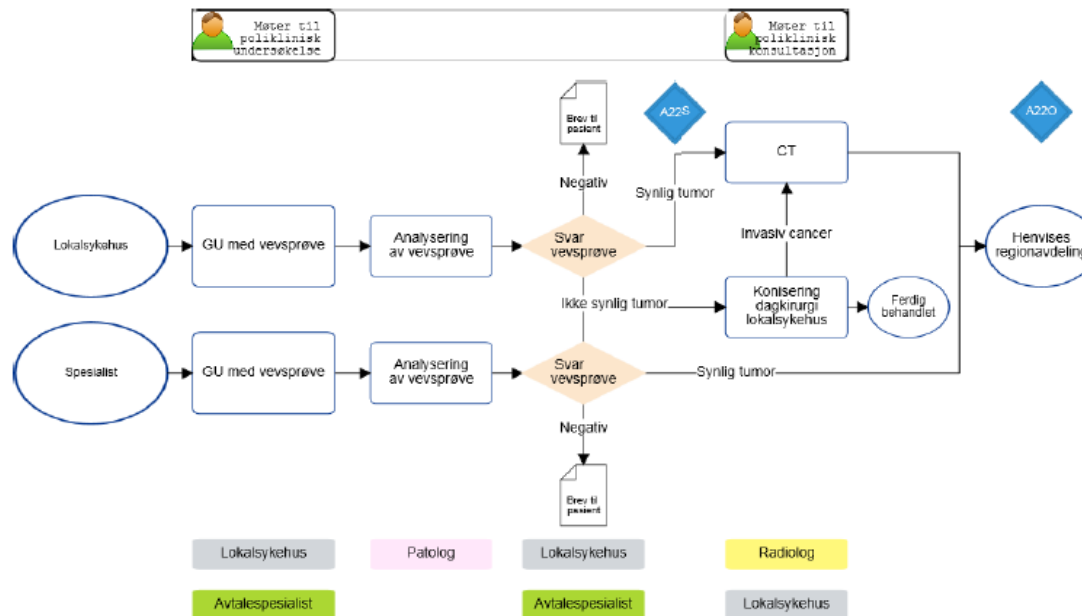
Pkt 2: Standardiserte pasientforløp

- Felles standardiserte forløp med trygge overganger for alle krefttyper innad i OUS og i regionen, **pakkeforløp «fra hjem til hjem»** og som gir likeverdig behandling uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn og bosted
- **Videreutvikle IKT-systemer** som støtter opp under trygge overganger internt og eksternt, planlegging samt sikker og tilgjengelig pasientinformasjon knyttet til forløpet
- **Differensiering** av forløp knyttet til sykdomsutbredelse, primærkreft eller tilbakefall og organ- og funksjonssvikt,
- Knytte **forskningsbasert fagutvikling**, kliniske studier, laboratorieforskning og utprøvende behandling til alle stadier i pasientforløpet
- **Forløpsbeskrivelser som inkluderer** bivirkninger, komorbiditet, sekundærforebygging, habilitering, rehabilitering, seineffekter, palliasjon og pasient- og pårørendeopplæring
- **Tydlig og samlet ledelses- og fagansvar** for pasientforløpet.
- **Regelmessig evaluering** og forbedring av forløpene

Dokumenterte pasientforløp

3. Utredning og diagnostikk

Utredning og diagnostikk



Punkter i handlingsplaner med andre HF

1. Kvalitet og effektivitet i henvisningsprosess mellom sykehus/HF
2. Regionale MDT møter (egen plansje)
3. Informasjon til pasient ved overganger mellom sykehus – bla ansvarsdeling behandlende leger og forløpskoordinatorer
4. Informasjonsdeling ved radiologi og patologi
5. Registrering i kvalitetsregistre og inkludering i kliniske studier



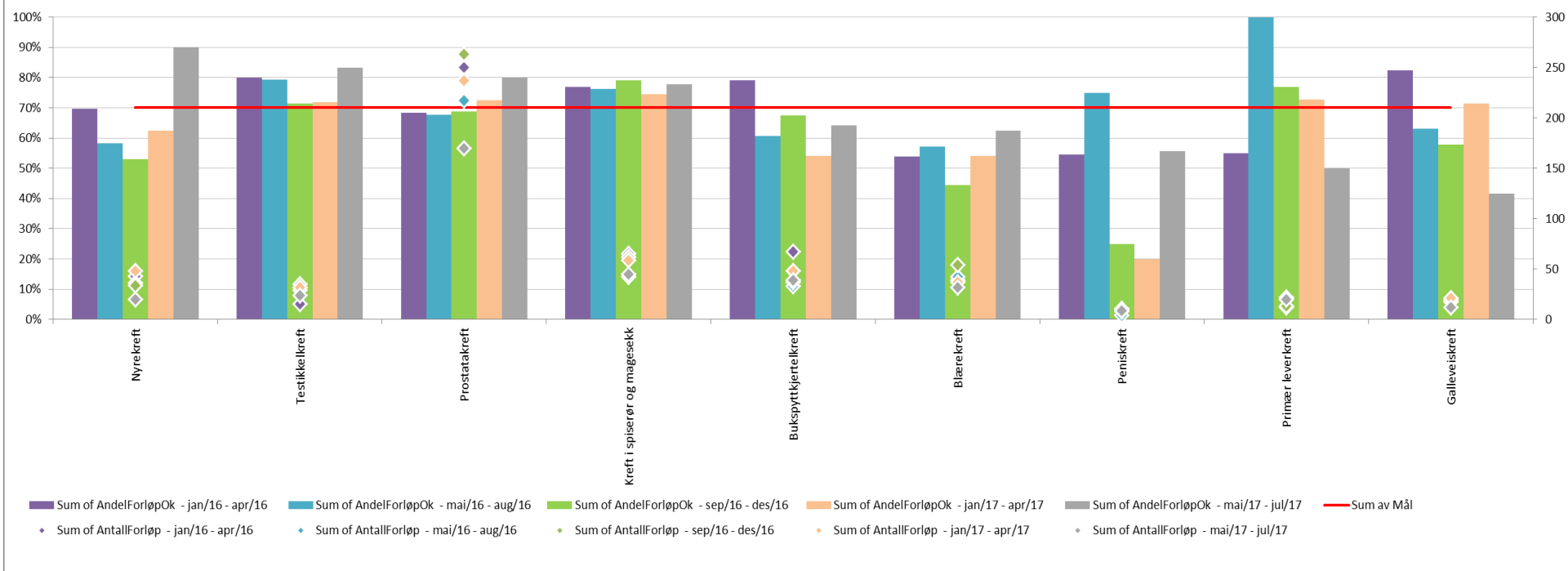
Tema for dialogmøter mellom Kreftstyrets AU og forløpslederne for hver forløp

- Forløpsledelsens organisering og arbeidsform
- Status og utvikling i eget pasientforløp når det gjelder de temaene som er skissert i vedlegg til
 - Aktivitetsutvikling
 - Utvikling av forløpstider sett i forhold til pakkeforløpsnormer
 - Kapasitetsutfordringer og flaskehals
 - Status for arbeid med utvikling av SPF, evt. revideringer og innføring av nye metoder
 - Pasienttilfredshet målt ved OUS-brukerundersøkelse
 - Antall pågående kliniske studier og antall og andel pasienter inkludert i kliniske studier
 - Antall publikasjoner
 - Status for Biobank og kvalitetsregister
 - Antall tilsynssaker og NPE saker.
 - Status for etablering av screeningprogrammer for å avdekke behov for rehabilitering, ernæringsstøtte og oppfølging av senskader og antall pasienter gjennomført LMS kurs, Rehabiliteringstilbud, mottatt ernæringsstøtte og behandlet for senskader.
- Plan for dokumentasjon av standardisert pasientforløp innen aktuelt forløp
- Status for samhandling med andre HF ← Men også
- Status og involvering nasjonale handlingsprogram og retningslinjer
- Oppsummering av sentrale utfordringer i forløpet

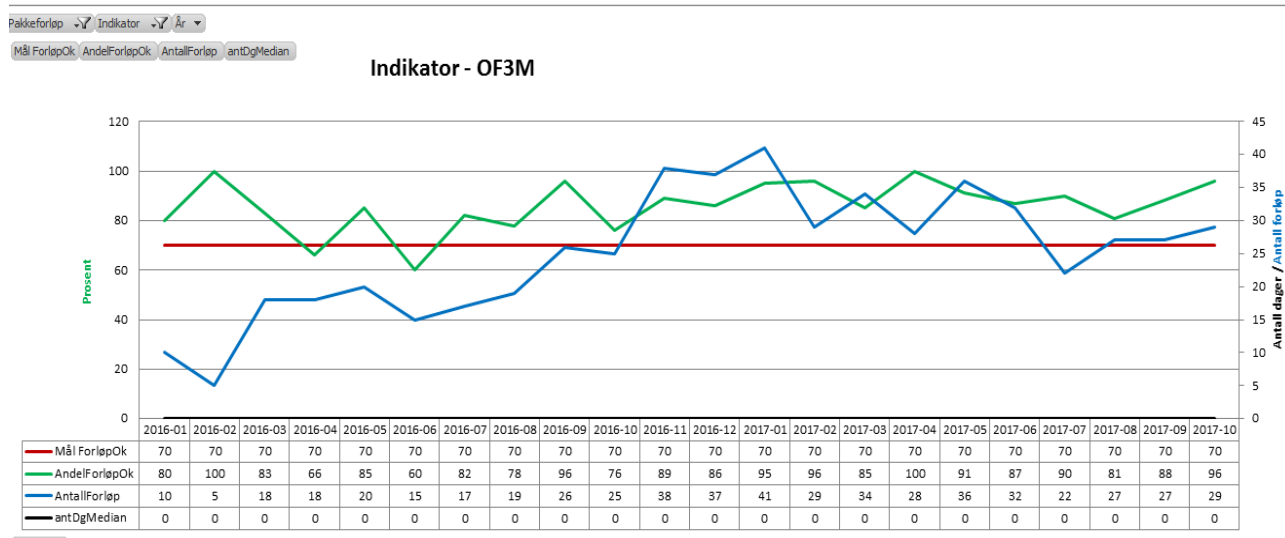
Prioriterte
områder

OA1: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp

OUS - KIT - Indikator OA1 - jan/16 - apr/16 // mai/16 - aug/16 // sep/16 - des/16 // jan/17 - apr/17 // mai/17 - jul/17

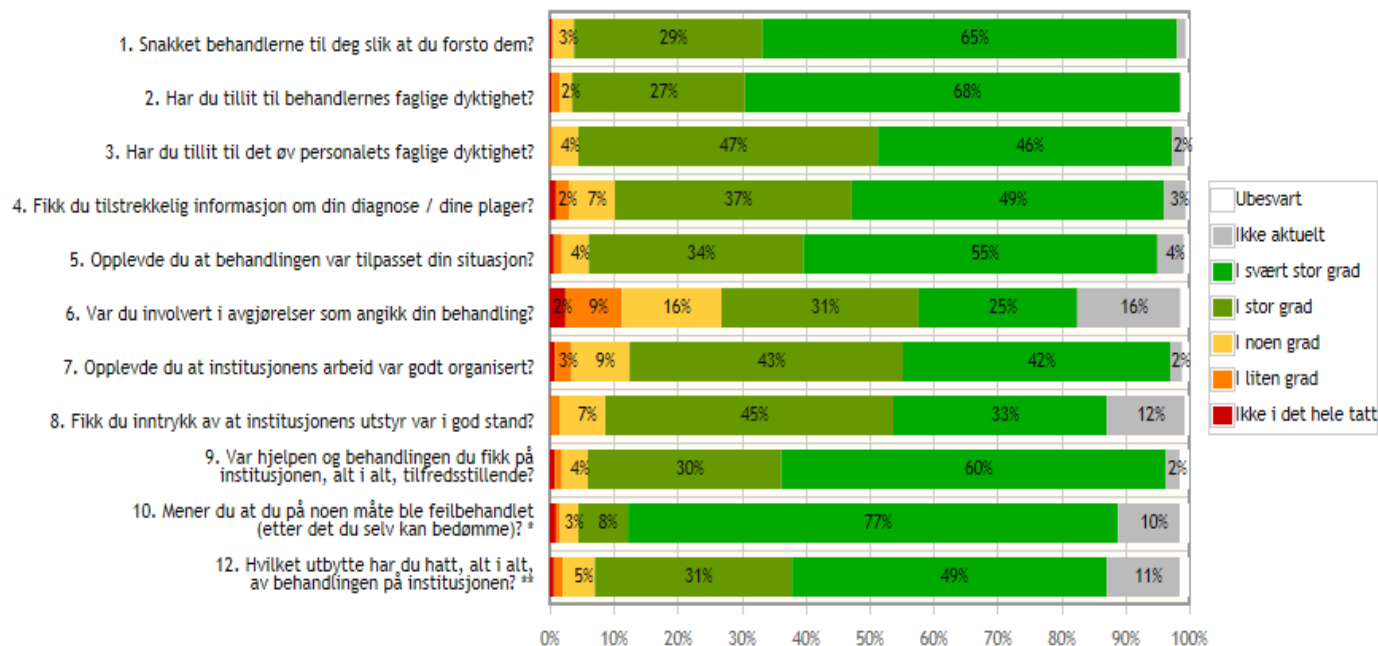


Overvåking av forløpstider



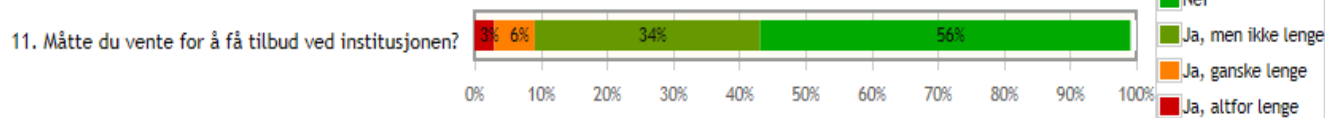
Brukerundersøkelsen – kreftpasienter juni 2017

Detaljert svarfordeling



* Spørsmål 10 har negativt fortegn og like svaralternativer som spørsmål 1-9. Resultatet vises invertert slik at i svært stor grad feilbehandlet er rødt.

** Svaralternativene for utbytte i spørsmål 12 er Ikke noe (rødt), Lite, Noe, Stort og Svært stort (grønt).



Intranettsiden



Kreft i OUS - Oslo CCC

OUS kreftsenters er en betegnelse på all virksomhet i sykehuset knyttet til kreftbehandling og forskning. I april 2017 ble OUS godkjent som Comprehensive Cancer Center (CCC) av Organisation of Cancer Institutes (OEI). OUS kreftsenters ble dermed også Oslo CCC.

Vi er dermed også et hak nærmere vår visjon: **OUS skal være et ledende kreftsenters i Europa**

Oslo universitetssykehus har Norges mest komplette kreftvirksomhet meddiagnostisering og behandling innen alle diagnosegrupper og typer behandling. Diagnostisering og behandling av kreft og mulig kreft utgjør nærmere en fjerdedel av all virksomhet i OUS. Virksomheten omfatter alle nivåer fra samhandling med de bydelene vi har lokalsykehusfunksjon for til en rekke regionale og også nasjonale funksjoner. OUS har dessuten en omfattende forskning innen kreftområdet, og denne er nært knyttet opp mot den kliniske virksomheten.

Virksomhetesidé for OUS kreftsenters er: "Vi er et komplett kreftsenters og navet i norsk kreftomsorg. Vi utvikler morgendagens sykehus i samarbeid med våre pasienter

Oslo universitetssykehus har Norges mest komplette kreftvirksomhet meddiagnostisering og behandling innen alle diagnosegrupper og typer behandling. Diagnostisering og behandling av kreft og mulig kreft utgjør nærmere en fjerdedel av all klinisk virksomhet i OUS. Virksomheten omfatter alle nivåer fra samhandling med de bydelene vi har lokalsykehusfunksjon for til en rekke regionale og også nasjonale funksjoner. OUS har dessuten en omfattende forskning innen kreftområdet, og denne er nært knyttet opp mot den kliniske virksomheten. Den omfatter også basalforskning og translasjonsforskning og har et tett samarbeid med Universitetet i Oslo, innovasjonsvirksomheten i Oslo cancer Cluster (OCC) og Invent2 og et bredt nettverk mot internasjonal forskning."

På denne nettsiden er en inngangsport til mye informasjon om kreftvirksomheten i OUS tilrettelagt for egne ansatte og til bruk i ledelsesprosesser. På førstesiden fins løpende oppdaterte nyheter og på siden fins knapper organisert etter temaene:

- Organisering av kreftvirksomheten
- Pasientforløp
- Ledelsesinformasjon om kvalitet og aktivitet
- Kreftstrategi og handlingsplaner
- Byggtiltak innen kreft
- CCC-prosessen
- Kreftforskning

Det ligger både organinalt skrevet stoff, dokumenter og lenker til andre sider på internett eller intranett (bl.a. e-håndhoka),

Etablering av trestrøms videobserte MDT-møter

Formål: Felles forståelse av prosedyre og prosess, styrke kontakt og læring, effektivisere sykehusets og pasientens tidsbruk

Forutsetter:

- Rutinebeskrivelse etter felles mal innholdsmessig tilpasset hver tumorgruppe
- Møteledelse og effektiv organisering rundt møtet
- Teknisk tilrettelegging: romkapasitet, servicepersonell og virtuelle rom

Etablering av trestrøms videobserte MDT-møter

Formål: Felles forståelse av prosedyre og prosess, **styrke kontakt og læring**, effektivisere sykehusets og pasientens tidsbruk

Forutsetter:

- Rutinebeskrivelse etter felles mal innholdsmessig tilpasset hver tumorgruppe
- Møteledelse og effektiv organisering rundt møtet
- Teknisk tilrettelegging: romkapasitet, servicepersonell og virtuelle rom

Etablering av trestrøms videobserte MDT-møter

Aktuelt innen følgende områder:

1. Lungekreft: Omlegging av dagens lungemøter RH&US til trestrøms skjer i løpet av nærmeste uker
2. Gynkreft: Har startet opp på tilsvarende premisser som for lungekreft
3. GI-kreft: Regional deltakelse forberedes på levermøte, spiserør/ventrikkelmøtet, rectummøte og Hipec-møtet
4. Uro-kreft: Åpnes for regional deltakelse vi trestrøms videomøter i løpet av kort tid på to møter: prostata/penis-møte og blære/nyre/testis

Dessuten kan bli aktuell med regionale møter innen andre områder, eks:

1. Bryst-kreft: Pasienter aktuelle for lokalavansert behandling der noe av behandlingen evt foregår ved lokalsykehus
2. CNS-kreft: Litt parallelt til lunge

Hva er utfordringene videre?

- Skal linja «snus» + ressurser i matriselinja?
- Fag-, kunnskap-, teknologi-, arbeidsdeling og pasientforventninger under stadig utvikling
- Skal introduksjon av standardiserte pasientforløp virke, forutsetter en rekke andre forhold. Utvikling av disse tar tid.
- Standard og læring/utvikling er i en potensiell spenning – pasientforløp må bli en ramme for læring og utvikling

OUS akkreditert som et Comprehensive Cancer Centre (CCC)



The certificate will contain the following notification:

Oslo University Hospital
Oslo, Norway

meets the quality standards for cancer care and research and it is therefore designated as:

Comprehensive Cancer Centre

The certificate is issued on: 10 April 2017, and will be valid till: 10 April 2022.



Accreditation and Designation Working Group

OECEI-EEIG
c/o Fondation Universitaire
11 Rue d'Egmont
1000 Brussels, BELGIUM

Subject: OECEI peer review report
Date of issue: 27 April 2017

Dear members of the Board of the Oslo University Hospital,

Congratulations!

The OECEI Accreditation and Designation Board has approved the final report and decided on the designation type of your institute.
The peer review took place on 22nd and 23rd of September 2016.
This is the revised final report after postponement of the designation decision, as explained in the letter send to you on the 13th of February 2017. Please find enclosed the final report.

With your approval, we would like to hand over one aluminium certificate plate and one paper certificate during the OECEI General Assembly (23 June 2017, Brno, Czech Republic). We can send a paper certificate to your centre.

The certificate will contain the following notification:

Oslo University Hospital
Oslo, Norway

meets the quality standards for cancer care and research and it is therefore designated as:
Comprehensive Cancer Centre

The certificate is issued on: 10 April 2017, and will be valid till: 10 April 2022.
Please let us know if the name on the plate is the correct one.

The one year follow-up of the actions and deadlines set in the action plan will take place April 2018.
We look forward to the fruitful continuation of cooperation in the OECEI Accreditation and Designation Programme.

If there are any further questions or remarks concerning the report, please contact Harriët Blaauwgeers,
OECEI A&D Coordinator (h.blaauwgeers@ikni.nl).

On behalf of the OECEI and the Accreditation and Designation Working Group,

Dominique de Valeriola
OECEI President

Simon Oberst
Chair OECEI A&D Programme

OECEI - EEIG
c/o Fondation Universitaire
11, Rue d'Egmont, B -1000 Brussels, Belgium
Tel.: +32 2 512 01 46
oeeci@oeeci.eu <http://www.oeeci.eu>
RPM n. 0473647634 - VAT N. BE 0473647634

