

Implementering av egenbehandlingsplaner ved utskrivelse av pasienter innlagt med KOLS-forverring

Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved lungeavdelingen på Ringerike sykehus

November 2021



Av: Anna Gjessing, Alma Kjøsnes, Aiyat Salem, Bjørnar Torset, Jennie M. Eggesbø Steidel, Marte Tveit Igland og Sunniva Nydal

Veileder: Rune Bruhn Jakobsen

Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2021

Implementering av egenbehandlingsplaner ved utskrivelse av pasienter innlagt med KOLS- forverring

Forfattere: Anna Gjessing, Alma Kjøsnes, Aiyat Salem, Bjørnar Torset,
Jennie M. Eggesbø Steidel, Marte Tveit Igland og Sunniva Nydal

Veileder: Rune Bruhn Jakobsen

KLoK-oppgave ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo
2021

Copyright 2021

Tittel: Implementering av egenbehandlingsplaner ved utskrivelse av pasienter innlagt med KOLS-forverring

Forfattere: Anna Gjessing, Alma Kjøsnes, Aiyat Salem, Bjørnar Torset, Jennie M. Eggesbø Steidel, Marte Tveit Igland og Sunniva Nydal

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tema/problemstilling: Forverring av KOLS står for flere tusen sykehusinnleggelser årlig. I dette kvalitetsforbedringsprosjektet ønsker vi å innføre systematisk bruk av egenbehandlingsplaner på Ringerike sykehus, for å forebygge innleggelser.

Kunnskapsgrunnlag: Gjennom søk i McMaster Plus og Helsedirektoratets «Nasjonale faglige retningslinjer», fant vi flere internasjonale og nasjonale retningslinjer som anbefalte hjemmebehandling og pasientopplæring for å forebygge innleggelser med KOLS-forverring. Kunnskapsgrunnlaget bak retningslinjene anbefaler ulike varianter av egenbehandlingsplaner.

Tiltak og kvalitetsindikatorer: Lungeavdelingen ved Ringerike sykehus bruker ikke egenbehandlingsplaner på en systematisk måte i dag. For å øke bruken av disse, har vi valgt tiltak som informasjon, digitale og muntlige påminnere. Vi har valgt to kvalitetsindikatorer; andel som får egenbehandlingsplan, og antall reinnleggelser innen 30 dager.

Ledelse og organisering: Forbedringsarbeidet ledes av en arbeidsgruppe bestående av sykepleier og flere leger. Det organiseres i en planleggingsfase, to fokusuker og en videreføring gjennom 12 måneder. Arbeidet kontrolleres og korrigeres med evalueringsmøter etter 1, 3, 6, 9 og 12 måneder.

Konklusjon: Vi tror at innføring av systematisk bruk av egenbehandlingsplaner vil være et kostnadseffektivt tiltak for å forebygge alvorlige KOLS-forverringer, hvilket også støttes av kunnskapsgrunnlaget. Vi anbefaler derfor at prosjektet gjennomføres.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1.Tema/problemstilling	6
1.1 Innledning	6
1.2 Tema og bakgrunn for oppgaven.....	8
1.3 Problemstilling	8
2 Kunnskapsgrunnlaget	9
2.1 Søkestrategi.....	9
2.2 Kvalitet og gradering av kunnskapsgrunnlaget.....	9
2.3 Selve kunnskapsgrunnlaget.....	10
2.4 Oppsummering og vurdering	12
3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer	13
3.1 Mikrosystem og dagens praksis	13
3.2 Tiltak	17
3.3 Kvalitetsindikatorer	18
4 Ledelse, prosess og organisering.....	20
4.1 Forberedelse og planlegging	20
4.2 Utførelse	23
4.3 Kontrollere og korrigere	25
4.4 Forventet motstand.....	27
5 Diskusjon.....	28
Konklusjon	30
Definisjoner/ ordliste:	30
Bibliografi	31

1.Tema/problemstilling

1.1 Innledning

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) karakteriseres av en luftstrømsobstruksjon som ikke fullt lar seg reversere eller normalisere. Sykdommen kan forebygges så vel som behandles, og er vanligvis langsomt progredierende. Sykdommen oppstår vanligvis som respons på skadelige partikler eller gasser, med røyking som viktigste risikofaktor.

Forekomst

I Norge har om lag 7 % av befolkningen mellom 26 til 82 år KOLS, og dette utgjør i dag 250 000 - 300 000 pasienter med KOLS. Rundt 1% av disse har alvorlig KOLS som fører til hyppig kontakt med helsevesenet, og det dør om lag 2000 pasienter av KOLS i Norge per år. Forekomsten av sykdom øker med alderen, og dødeligheten er litt lavere for kvinner enn for menn (1).

Utredning, diagnostikk og differensialdiagnoser

Diagnosen krever at post-bronkiodilatatorisk FEV1 og FVK er $< 0,70$. Videre kan man dele sykdommen inn i forskjellige stadium ut ifra FEV/FVK1-ratio, kalt GOLD-inndeling. Denne inndelingen er helt numerisk, så for å ta med pasients subjektive sykdomsbyrde fyller de ut et selvevalueringskjema. Sammen med dette ser man på antall forverringer de siste 12 månedene som krevde bruk av antibiotika/prednisolon eller førte til innleggelse. Til sammen vil dette og selvevalueringskjemaet for symptombyrde plassere pasienten i en risikokategori A-D. Ved en eventuell diskrepans mellom GOLD-score og risikokategori brukes den laveste (dårligste) scoren (1).

Behandling og oppfølging av KOLS

Pasienter med KOLS skal følges opp minimum én gang årlig. Etter en sykehusinnleggelse bør pasienten tilsees av sin fastlege innen fire uker. I stabil fase er målet med behandlingen å bedre funksjonsnivå og redusere risiko for forverringsepisoder. Medikamentene omfatter kort- og langtidsvirkende beta-

agonister, kort- og langtidsvirkende muskarinreseptor-antagonister, inhalasjonssteroider, fosfodiesterasehemmere og xantiner. Ved kols-forverring er behandlingen vanligvis økt inhalasjon av hurtigvirkende bronkodilator og prednisolon 30-40 mg daglig i fem dager. Ved tilstedeværelse av minst to av følgende symptomer: Økt tungpust, økt mengde ekspektorat og økt purulens foreligger det indikasjon for antibiotika, som eksempelvis Amoxicillin 500 mg x 3 i 7-10 dager. Om pasienten har fått opplæring, kan de selv igangsette behandlingen. Innleggelse blir aktuelt når det er manglende effekt av initial behandling, metningen måler under 90%, det er behov for respirasjonsstøtte, ved usikker diagnose, så vel som ved stor grad av komorbiditet. Behandlingen på sykehus benytter de samme prinsippene og medisinene som beskrevet over, i tillegg til respirasjonsstøtte (1).

Sykdomsbyrde knyttet til KOLS

Akuttinnleggelser hos KOLS-pasienter skyldes gjerne en KOLS-forverring. I Norge er det omtrentlig 8200 akutte innleggelser per år hvor den gjennomsnittlige pasienten er 82 år gammel. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus er 6 døgn. Reinnleggelse innen 30 dager fra utskrivelse forekommer blant hele 29% av pasientene. Man ser ingen samvariasjon mellom liggetid ved første innleggelse og andel pasienter som trenger reinnleggelse i senere tid (2).

Annen dyster statistikk viser at 21% av de eldre som legges inn med KOLS dør innen 30 dager etter siste utskrivelse, mens 43% dør ett år etter siste innleggelse. Til sammenligning dør 8% per år av personer over 75 år. Dermed er KOLS en alvorlig sykdom (2).

I Norge i 2010 var KOLS den 3. viktigste dødsårsaken etter iskemisk hjertesykdom og slag. Det var den 5. viktigste årsaken til tapte leveår (YLL) og den 9. viktigste årsaken til helsetap (YLD). Det var den 6. viktigste årsaken til DALY. Årlig er det i Norge ca. 2000 dødsfall som følge av KOLS (3).

1.2 Tema og bakgrunn for oppgaven

Vi ønsket med denne oppgaven å undersøke tiltak for å redusere hyppige KOLS-forverringar, og dermed også innleggjelser. Egenbehandlingsplaner er et slikt tiltak: En plan som beskriver forverringssymptomer som pasienten bør være oppmerksom på, som for eksempel økt tungpust, hoste eller sykdomsfølelse. Planen skisserer hvordan pasienten kan forholde seg i ulike sykdomsfaser, for eksempel gjøre mer slimmobiliserende øvelser, eller øke bruken av inhalasjonsmedisiner. Den kan også inneholde råd om når pasienten bør oppsøke lege, eller når selvmedisinering med steroid- eller antibiotikakur kan være indisert. Helsedirektoratet sier at pasienter selv kan behandle forverringar på denne måten, etter avtale med lege. Dette forutsetter at en egenbehandlingsplan er utarbeidet, at legemidler er forskrevet og tilgjengelige, samt at pasienten har fått nødvendig opplæring i å identifisere nøkkelsymptomer (4).

På Ringerike sykehus bruker man ikke egenbehandlingsplaner for KOLS-pasienter på en systematisk måte, selv om retningslinjene til Vestre Viken sier at en slik plan skal følge med epikrisen til denne pasientgruppen (16). Dette har en av studentene i gruppen erfart gjennom jobb ved lungeavdelingen på sykehuset, og samtale med ansatte ved avdelingen. Det er flere grunner til at systematisk bruk av egenbehandlingsplaner er viktig, blant annet at det kan redusere risiko for sykehusinnleggelse (5). Slike planer skal også tjene som et bindeledd mellom lungelegene i spesialisthelsetjenesten, og ulike deler av primærhelsetjenesten, og dermed sikre kontinuitet i behandlingen på tvers av nivåene i helsetjenesten. Egenbehandlingsplaner er dessuten et konkret verktøy for å sikre pasientenes lovfestede rett til medvirkning i behandlingen (6).

1.3 Problemstilling

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet tar altså for seg hvordan man kan redusere reinnleggjelser med KOLS-forverringar ved å legge til rette for en systematisk utskrivelsesplan med egenbehandlingsplan ved lungeavdelingen ved Ringerike sykehus.

2 Kunnskapsgrunnlaget

2.1 Søkestrategi

Et viktig ledd i dette kvalitetsforbedringsprosjektet innebar å undersøke kunnskapsgrunnlaget for vår intervensjon: Implementering av systematisk bruk av egenbehandlingsplaner for pasienter innlagt med KOLS-forverring. For å strukturere søket formulerte vi et PICO- spørsmål i samråd med veileder.

PICO

- P - Pasienter innlagt på sykehus med KOLS-forverring
- I - Egenbehandlingsplan ved utskrivelse
- C - Standard prosedyre
- O - Antall reinnleggelser

Søkestrategi/metode

Vi foretok et søk den 30.08.21 i McMaster PLUS der vi brukte søkeordene "COPD" og "COPD exacerbation". Vi søkte bredt for å få med viktige kilder, for deretter å snevre oss inn. Vi utførte i tillegg et søk i Helsedirektoratets "Nasjonale faglige retningslinjer" med søkeordet "KOLS". Vi valgte å begrense oss til fire sentrale retningslinjer og deres kilder til å vurdere kunnskapsgrunnlaget. Kildene vi selekterte er BMJ Best Practice (13), UpToDate (8) og CHEST (7) som er de kunnskapskildene av best kvalitet på internasjonalt nivå, og Helsedirektoratets nasjonale retningslinje som den kunnskapskilden av best kvalitet på nasjonalt nivå, der vi valgte å bruke retningslinjene "Kols - Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging" (9) samt "Kols - diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (Høringsutkast)" (4). Anbefalingene i de kliniske oppslagsverkene bygger overveiende på de samme studiene, der vi selekterte to metaanalyser og GOLD COPD-rapporten fra 2021.

2.2 Kvalitet og gradering av kunnskapsgrunnlaget

Vi brukte Helsebibliotektets sjekklister for kritisk vurdering av faglige retningslinjer for å vurdere kvaliteten på disse (10).

1) BMJ Best Practice sin retningslinje fyller kriteriene for en god retningslinje og dokumentasjonen til utfallene som omhandler denne oppgaven er GRADE-vurdert til GRADE B (11). Se vedlegg nummer 1.

2) UpToDate sin retningslinje: Vi vurderer retningslinjen som nokså god i henhold til standard, men den faller noe kort da den mangler en tydelig kvalitetsvurdering av kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn. Det ble derfor nødvendig å gjennomgå studiene som retningslinjen siterte. Se vedlegg nummer 2.

3) CHEST-retningslinjen (2015) vurderes som en retningslinje av god kvalitet, men trekkes noe ned av at den kun oppsummerer kunnskap frem til 2013. Se vedlegg nummer 3.

4) Helsedirektoratets retningslinje: “Kols - Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging” og “Kols - diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (Høringsutkast)” (4). Denne nasjonale retningslinjen fyller alle punktene for kvalitetsvurdering og kan regnes som en god kilde og har fordelen i at den er utarbeidet med tanke på det norske helsevesenet og den norske pasientgruppen. Se vedlegg nummer 4.

Videre ble 2 metaanalyser kvalitetsvurdert med et skjema fra Helsebiblioteket (12) i tillegg til GOLD COPD-rapporten (2021).

- Cochrane 2017, se vedlegg nummer 5
- BMJ Thorax review, se vedlegg nummer 6
- GOLD Rapport, se vedlegg nummer 7

2.3 Selve kunnskapsgrunnlaget

Under legger vi ved et utdrag av retningslinjene som relaterer til vår intervensjon.

Retningslinjen fra BMJ Best Practice (13) legger vekt på individuelt tilpasset pasientinformasjon og opplæring, samt nytten av en egenbehandlingsplan for å gjenkjenne forverrede symptomer, starte tidligere behandling og redusere den totale effekten av KOLS-forverringer.

UpToDate sin retningslinje (8) anbefaler en sjekkliste for utreise som inneholder komponenter som inngår i en egenbehandlingsplan.

CHEST guidelines fra 2015 (Nord-Amerikansk utarbeidet retningslinje) (7) anbefaler også en skriftlig egenbehandlingsplan for å forebygge alvorlige KOLS-forverring, målt som en reduksjon i sykehusinnleggelser og legevakt/akuttmottakbesøk (Grade 2B evidens)

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer og veileder trekker frem nytten av en skriftlig egenbehandlingsplan for at pasienten skal kunne intervensere tidlig i forløpet av en forverring og dermed forebygge en alvorlig forverring (4). Retningslinjen legger ved et forslag til egenbehandlingsplan (pkt. 8.2 Egenbehandling, Vedlegg 15.12)

Videre kan metaanalysene oppsummeres slik:

Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease (2017): (5)

Metaanalysen fra Cochrane (2017) fant en reduksjon i antall respirasjonsrelaterte sykehusinnleggelser i fht standard care (238 per 1000 vs 312 per 1000 (standard care), OR 0.69, 95% KI 0.51 to 0.94, moderat evidens) og skåret bedre på Helserelatert QoL (gjennomsnittlig forskjell på -2.69 poeng, 95% KI -4.49 to -0.90 der lavere skår er bedre, høy evidens). Videre fant de ingen forskjell i antall sykehusinnleggelser av alle årsaker, antall forverring og total mortalitet (moderat evidens). De fant en liten økning i respiratorisk relatert mortalitet i intervensjonsgruppen, men konkluderte med veldig lav evidens.

A systematic review of the effectiveness of discharge care bundles for patients with COPD (2016): (14)

Denne systematiske oversikten så på blant annet sykehusinnleggelser ved bruk av "discharge care bundles" som inneholdt en egenbehandlingsplan. En metaanalyse av 4 kliniske studier med moderat til høy risiko for bias fant en signifikant reduksjon av reinnleggelser på sykehus (RR: 0.80; 95% KI 0.65 to 0.99). I studiene som så på reinnleggelser før og etter implementering av intervensjonen, såkalte BA studies, fant

en prosent reduksjon i reinnleggelser innen 30 dager mellom -6.11%³⁷ og -48.5%²⁸ (median prosent endring: -30.5%; IQR: -19%, -37.7%).

De oppsummerte med at metaanalysen av RCT dataene viste færre reinnleggelser, men ingen signifikant endring i mortalitet og QoL. De vektla at effekten av slike “discharge care bundles” hos pasienter med AECOPD trolig er multifaktoriell, der de ulike elementene i en slik pakke sammen gir en gunstig effekt.

GOLD COPD rapport 2021: (15)

Rapporten siterer Cochrane-metaanalysen som viser redusert respirasjonsrelaterte innleggelser og anbefaler et “self-management program” som inneholder en egenbehandlingsplan i tillegg til pasientopplæring.

21.4 Oppsummering og vurdering

Alle retningslinjene fokuserer på forebygging av KOLS-forverring og kommer med en anbefaling om et opplegg bestående av en egenbehandlingsplan og pasientopplæring. Den nasjonal faglige retningslinjen kommer med et konkret forslag til egenbehandlingsplan.

De systematiske metaanalysene som ligger til grunn for disse anbefalingene er derimot ikke helt entydige. De finner en reduksjon i antall reinnleggelser for KOLS-pasienter med en alvorlig forverring, men ingen klar effekt på total mortalitet, sykehusinnleggelser av alle årsaker per år og totalt antall KOLS-forverring for de studiene som så på disse utfallene. Forfatterne i de ulike studiene pekte på utfordringer med forskningen som unøyaktig klassifisering av dødsårsak ved død i og utenfor sykehus, varierende innhold hva som blir brukt som intervensjon i studiene (heterogenitet) og mange studier med moderat eller høy risiko for bias.

Alle retningslinjene begrunner fokuset på reinnleggelser med alvorlig KOLS-forverring og sykehusinnleggelse i forbindelse med KOLS-forverring med at det finnes bred evidens for at begge er assosiert med økt mortalitet og morbiditet. Blant annet trekker CHEST-retningslinjene fra 2015 frem sykehusinnleggelser som faktoren som best reflekterer KOLS-forverring da økt legebruk eller økt medikamentbruk kan være et

tvetydig tegn, da det kan enten bety økt behov for medisiner og legehjelp eller bety at pasientene tidlig intervenserer ved en begynnende forverring.

Ingen av studiene fant en signifikant effekt på mortalitet som hadde vært ønskelig, og en studie fant en liten økning i respirasjonsrelatert mortalitet. Dette ville vært alarmerende, men har sannsynligvis lite virkelighetsgrunnlag. I GOLD COPD-rapporten fra 2021 ble det sistnevnte funnet nedprioritert med en begrunnelse om at det som beskrevet over er vanlig å feilklassifisere dødsfall, i tillegg til at studien som fant litt økning i dødelighet var basert på evidens av veldig lav kvalitet og dominert av kun to enkeltstudier. De poengterte at total mortalitet ikke er økt i et stort antall studier med bedre evidens.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

3.1 Mikrosystem og dagens praksis

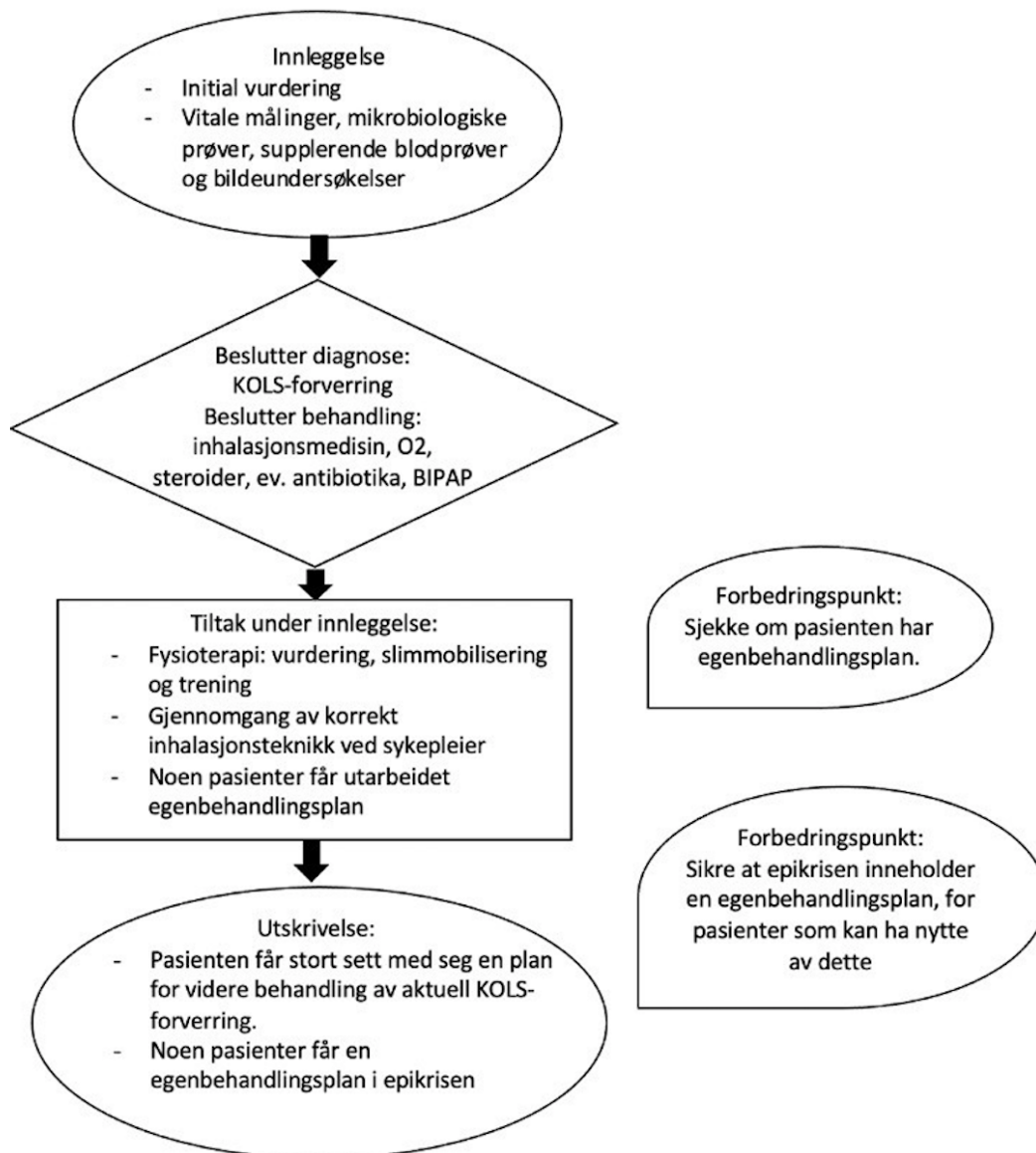
Vi har valgt lungeavdelingen på Ringerike sykehus som vårt mikrosystem. Sykehuset ligger i Hønefoss og er et somatisk sykehus i helseforetaket Vestre Viken. Det tilbyr sykehustjenester til 84 600 innbyggere i kommunene Ringerike, Jevnaker, Holde, Modum, Krødsherad, Sigdal, Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål og Hol. Sykehuset har 112 senger ved Ringerike sykehus, samt 20 senger ved Hallingdal sjukestugu, en gren av sykehuset som ligger i Ål. Lungeavdelingen har to spesialister i lungemedisin, samt to LIS2-leger tilknyttet avdelingen, hvorav én hele tiden er i vakt. Overlegene bytter på å ha poliklinikk og postarbeid. Det er altså alltid én LIS2-lege og én overlege på lungeposten til enhver tid. De syv LIS1-legene på medisinsk avdeling har to dager med postarbeid hver i måneden, og kan da bli plassert på lungeavdelingen.

Fra sykehuset har vi også fått informasjon om antall innleggelser og reinnleggelser i perioden august 2020 til september 2021. Totalt 108 pasienter var innlagt med diagnosen KOLS-forverring (J44.1) i perioden, med til sammen 169 innleggelser. Dette betyr nødvendigvis at flere pasienter var innlagt flere ganger. En gruppe på 29 pasienter hadde til sammen 89 innleggelser i perioden. Halvparten (15) av pasientene med flere innleggelser på ett år, ble reinnlagt påfølgende måneder etter første

innleggelse. Det foreligger ikke tall på hvor mange av pasientene som får egenbehandlingsplan per i dag.

Informasjon om dagens praksis har vi fått gjennom egen jobberfaring fra lungeavdelingen ved Ringerike sykehus, samtale med fagsykepleier på avdelingen og søk i Vestre Vikens retningslinjer, som er tilgjengelige i e-håndbok på app (16). Vi har forsøkt å skissere pasientforløpet ved en innleggelse med KOLS-forverring i et flytskjema, med forslag til forbedringer i “snakkeboblene”, se figur 1.

Figur 1:



Ifølge retningslinjene til Vestre Viken skal en egenbehandlingsplan fylles ut av behandlende lege, og følge med i epikrisen til alle pasienter som har vært innlagt med KOLS-forverring (16). Fagsykepleier på lungeavdelingen forteller at de allerede har gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt i 2014, hvor man forsøkte å forbedre pasientforløpet ved KOLS-forverring. Blant annet prøvde de implementering av egenbehandlingsplaner, som ble lagt inn i DIPS med skrivbare felt som legen kan fylle ut, se figur 2.

Figur 2:

KOLS BEHANDLINGSPLAN



Pasientnavn: Skrivbart felt Født: dd.mm.åååå

Medisiner for KOLS pr dd. 15/09/2021

Faste KOLS medisiner: Skrivbart felt

Korttidsvirkende KOLS medisiner: Skrivbart felt

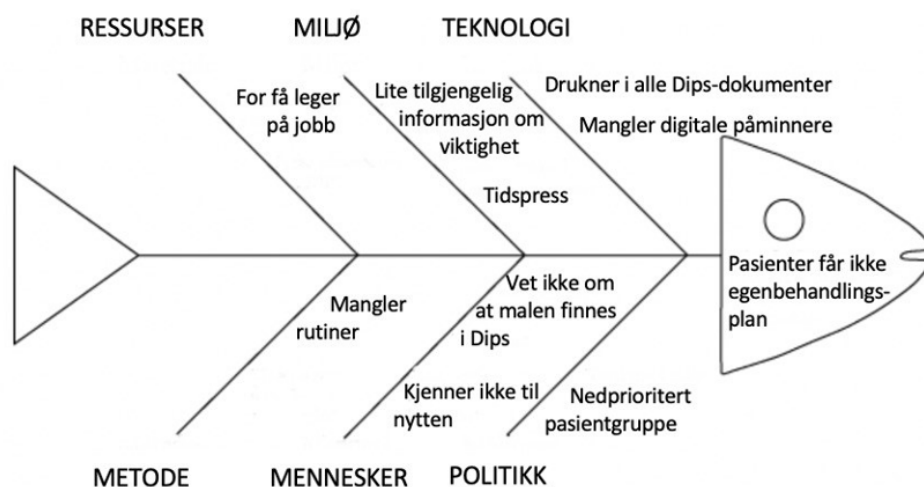
		SYMPTOMER	MEDISINER	ANDRE TILTAK
GRØNN SONE	Stabil fase	Som vanlig, eller noe variasjon fra dag til dag.	Ta medisiner som anbefalt. Ta korttidsvirkende medisiner før trening.	Aktivitet og trening som anbefalt.
GUL SONE	Begynnende forverring	Økende tung pust, begynnende forkjølelse, økt hoste og du føler deg dårligere enn du pleier.	Øk bruken av korttidsvirkende medisin.	Ro ned tempo ved daglige aktiviteter. Oppretthold styrkeøvelser. Vurder arbeid og mosjon. Slimmobilisering. Obs farge og mengde. Hvis du ikke er bedre etter maksimum 2 dager i gul sone, gå til rød sone eller kontakt lege.
RØD SONE	Forverring	Dårlig effekt av inhalasjonsmedisiner. Du er dårligere enn i gul sone med betydelig pustebesvær.	Ta inhalasjonsmedisiner som i gul sone. Start med kortisonkur <i>Forslag til kur: Prednisolon 30 mg daglig i 7 dager.</i>	Leppepust. Slimmobilisering. Rolig tempo ved daglige aktiviteter. Styrkeøvelser: f.eks. knestrek, knebøy, ståhev.
		Gult eller grønt slim. Du kjenner deg syk, evt. feber.	Start med antibiotika: <i>Forslag til kur: Amoxicillin 500 mg 3 ganger daglig i 7 dager.</i>	Kontakt lege. (Evt. sykemelding).
		Ingen eller usikker effekt av behandling etter 2-3 dager.		Kontakt lege eller legevakt.
RØD SONE	Kritisk fase	Effekt av korttidsvirkende medisin er mindre enn 30 minutter. Tung pust ved lett anstrengelse. Problemer med å snakke i fulle setninger.	Ta korttidsvirkende medisin hvert 5. minutt inntil du får legehjelp. Ta en ekstra dose kortisonletter slik: <i>Forslag: Prednisolon 40 mg</i>	Leppepust. Hvilestilling. Kontakt lege eller legevakt som øyeblikkelig hjelp.

Navn og telefon fastlege: Skrivbart felt Telefon legevakt: Skrivbart felt

Sign dato: dd.mm.åååå Lege: Skrivbart felt Sykepleier: Skrivbart felt

Så - hva er da problemet? Både fagsykepleier og en overlege ved avdelingen forteller at egenbehandlingsplaner slett ikke følger med epikrisen ved alle utskrivelser. Fagsykepleier har skissert enkelte hindringer for at det brukes, som at det er lenge siden sist de hadde fokus på dette temaet ved avdelingen, og at legene rett og slett glemmer at plan-malene finnes. Vi har forsøkt å samle utfordringene i et fiskebeinsdiagram, se figur 3.

Figur 3:



3.2 Tiltak

Hensikten med dette kvalitetsprosjektet er å innføre egenbehandlingsplaner som en naturlig og systematisk del av pasientforløpet ved akutt KOLS-forverring på Ringerike sykehus.

Det er en stor fordel at maler for egenbehandlingsplaner allerede er utarbeidet og finnes i det elektroniske journalsystemet. Våre tiltak retter seg derfor mot å øke bruken av disse. Som første tiltak har vi valgt undervisning/kurs med informasjon om egenbehandlingsplaner, herunder hensikten og nytten med slike planer, hva de inneholder, hvor man finner planene og hvem som har ansvar for at de blir utarbeidet. Vi har valgt dette da vi mener det er essensielt med informasjon i forkant av ethvert kvalitetsforbedringsprosjekt, men også fordi kurs er vist å føre til endringen vi ønsker oss, altså økt etterlevelse av retningslinjer (17). Vi tror også det vil være enkelt å gjennomføre da kurs allerede er en integrert del av arbeidshverdagen på medisinsk klinikk på Ringerike. Vi vil også bruke påminnere om prosjektet, både muntlig på felles morgenmøter, på previsitt på lungeavdelingen, og i form av plakater på lungeavdelingen og medisinsk møterom. Til slutt ønsker vi å lage en egen epikrisefrase for lungeavdelingen, som inneholder et sjekkpunkt for å minne om egenbehandlingsplan. Dette vil være en form for klinisk beslutningsstøtte som også er vist å øke etterlevelse av retningslinjer (17).

3.3 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er et indirekte mål på kvalitet og brukes ofte for å måle en kvalitetsforbedring. Det er vanlig å dele kvalitetsindikatorer inn i struktur-, prosess- og resultatindikatorer. I denne oppgaven har vi valgt å bruke én prosessindikator og én resultatindikator (18).

Prosessindikator: Andel innlagte pasienter på Ringerike med KOLS-forverring som får egenbehandlingsplan før utskrivelse.

Vi ønsker at minst 90% skal ha en egenbehandlingsplan ved utskrivelse, innen 12 måneder. Vi velger 90% i stedet for 100% fordi vi ikke tror at alle pasienter vil ha nytte av en slik plan, blant annet fordi den krever en viss kognitiv funksjon og evne til etterlevelse.

Resultatindikator: Reinnleggelser innen 30 dager for pasienter med KOLS-forverring.

Her har vi satt som mål omtrent 25% reduksjon i antall reinnleggelser av pasienter med KOLS-forverring, innen 12 måneder. Dette er begrunnet under avsnitt 4.1.

Hvordan måle disse indikatorene?

Vi foreslår at en helsesekretær bruker noen timer ukentlig for å se på de to indikatorene vi har valgt. Måling av prosessindikatoren vil innebære en gjennomgang av alle pasienter som har vært innlagt med KOLS-forverring siste uken, for å se om disse har egenbehandlingsplan i sine epikriser. Dette bør sjekkes ukentlig og føres inn i et Excel-skjema, som framføres på evalueringsmøter sammen med resultatindikatoren. Resultatindikatoren måles automatisk da den er en nasjonal kvalitetsindikator, men det er da antall reinnleggelser uavhengig av innleggelsesårsak som måles (19). Vi ønsker derfor at dette også måles lokalt, hvor man ser på reinnleggelser som skyldes KOLS-forverring. Vi foreslår at en helsesekretær gjør ukentlige uttak fra DIPS, og at resultatene føres inn i et Excel-skjema og omgjøres til grafer for en bedre visuell fremstilling av prosjektets utvikling. Dette skal fremføres på evalueringsmøtene.

Vurdering av indikatorene

Prosessindikatoren er meget relevant fordi den måler om implementeringen vår faktisk fungerer. Den er lett tilgjengelig og målbar i DIPS. Enten har du fått egenbehandlingsplanen eller ikke, hvilket gjør indikatoren både pålitelig og gyldig for vårt formål. En ulempe er at den kan føre til en uheldig dreining av oppmerksomheten; en pasient som har vært innlagt 4-5 ganger det siste året, og som har fått egenbehandlingsplan ved hver innleggelse, trenger ikke nødvendigvis ny plan, men kanskje heller økt fokus på rett prøvetaking før antibiotikabehandling eller andre tiltak. Vi ønsker selvfølgelig et stort fokus på egenbehandlingsplaner, men man må ikke glemme andre viktige aspekter ved behandlingen.

Resultatindikatoren er relevant fordi vårt overordnede mål er færre alvorlige KOLS-forverring, som er sterkt assosiert med sykehusinnleggelser. Vi mener også at den er gyldig, basert på at den brukes som nasjonal kvalitetsindikator på helsetjenester (19). Vi vil som tidligere nevnt modifisere indikatoren litt ved å dokumentere også *årsaken* til reinnleggelse, slik at vi får et mål på nye innleggelser som skyldes spesifikt KOLS-forverring, og ikke bare reinnleggelse uansett årsak. Dette er relativt enkelt å måle ved gjennomgang av pasientinnleggelser i DIPS. Den vil også være sensitiv for endringer dersom våre tiltak har effekt. Det som kan være uheldig med denne kvalitetsindikatoren er at tidsperspektivet er ganske begrenset, og den vil ikke fange opp de som reinnlegges med KOLS-forverring etter 30 dager etter forrige innleggelse. Vi tenker derfor at denne kvalitetsindikatoren kan modifiseres på lengre sikt, slik at den omfatter også reinnleggelser etter lengre tid hvis det viser seg å være hensiktsmessig for prosjektet.

Andre mulige kvalitetsindikatorer

Det kunne vært interessant å måle både livskvalitet og mortalitet også, men vi har valgt å se bort ifra disse for å gjøre prosjektet mest mulig overkommelig, og vi anser de kvalitetsindikatorer vi har valgt for å være de viktigste.

4 Ledelse, prosess og organisering

4.1 Forberedelse og planlegging

Vi foreslår å innordne hele prosjektet etter en metodisk plan etter modell av Folkehelseinstituttets modell for kvalitetsforbedring og dennes videreutvikling av Demings sirkel (20).

Første fase av forberedelse består i å skape en felles erkjennelse av behovet for forbedring. Basert på samtaler med leger og fagsykepleier ved avdelingen, har vi grunn til å tro at de ansatte ved lungeavdelingen allerede er klare over behovet for endring. Det å redusere “unødvendige” innleggelse kan tenkes å være et selvskrevet ønske, da riktig bruk av ressurser er fundamentalt for å gi god helsehjelp til de som faktisk trenger det.

Prinsipper for kvalitetsforbedring/insentiv for forbedring

Vi foreslår å modellere kvalitetsforbedringsarbeidet etter systemet i nasjonal kvalitetsstrategi. I utformingen av våre innspill er disse forsøksvis lagt til grunn. Vedrørende behovet for forbedringsarbeid tillater vi oss å minne om at slikt arbeid er lovmessig hjemlet i forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring, hvor ansvaret plasseres hos ledelsen (21).

Bedret behandlingstilbud og bedre ressursbruk for en pasientgruppe med et krevende sykdomsbilde er sannsynligvis en sterk drivkraft for alt det personell som i utgangspunktet har dedikert sitt pleie- og legevirke spesifikt til lungesyke. “Svingdørspasienter” framstår intuitivt som en lite kostnadseffektiv måte å drifte sykehus på, og kanskje kan innsparinger her heller brukes på andre satsningsområder. Det kan heller ikke utelukkes at færre reinnleggelse av akutte KOLS-forverring totalt sett vil minke arbeidsbelastningen. Vi imøteser likevel forslag til engasjerende eller premierende tiltak som kan skape blesst om prosjektet. Det bør utforskes om involvering eller opplevd merarbeid kan inngå som arbeidskrav i spesialiseringstillinger, belønnes med midler satt av til internundervisning osv.

Fra nevnte ledelse anmoder vi generelt en aktiv og engasjert involvering, da empiri tilsier at dette er avgjørende for suksessraten (22).

Arbeidsgruppe

Vårt forslag til arbeidsgruppe blir således avdelingsoverlege, LIS2, LIS1, fagsykepleier og brukerrepresentant. Vi anbefaler å organisere forbedringsarbeidet på dette viset for å ha avklart ansvar for organisering, gjennomføring og evaluering av prosjektet. Vi ser for oss at alle yrkesgrupper som er berørt av tiltakene ved lungeavdelingen er representert. Vi vil oppfordre til å benytte en fast møteplan.

Som formell leder for arbeidsgruppen foreslår vi fagsykepleier som allerede har utvist engasjement for prosjektet og bidratt med verdifullt engasjement. Lederen vil tillegges det overordnede ansvaret for å sjekke at tiltakene gjennomføres og evaluere underveis. Direkte kommunikasjon med sykehusledelsen som gjelder tildeling og bruk av midler blir også et lederansvar.

Brukerinvolvering er et uttalt prinsipp for forbedringsarbeid, og vi vil foreslå å la pasientene være representert i arbeidsgruppen. Brukerens oppgave blir da særlig å gi tilbakemelding på hvordan egenbehandlingsplanen oppleves fra et pasientperspektiv.

Ettersom legestanden vil få en sentral rolle i å utarbeide egenbehandlingsplanene, er det viktig at både LIS1 og LIS2 involveres i arbeidsgruppen. Vi foreslår en arbeidsfordeling der LIS2 får i oppgave å holde internundervisning/kurs, samt å utforme avdelingsfrase for epikrise med egenbehandlingsplan inkorporert. Vi håper dette kan utformes på en slik måte at det inngår i legens arbeidskrav til egen spesialisering som nevnt over. Vi foreslår å delegere utforming av felles informasjonsmail, kontakt med IT-avdelingen for å implementere påminnelser i DIPS, samt utforming av motiverende prosjektplakater til kontorer og fellesarealer til LIS1. Overlege bes veilede både LIS1 og LIS2.

Ledelsens ansvar/gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget

Første fase består altså i at ledelsen setter av nødvendige ressurser for prosjektet, og at det deretter etableres en arbeidsgruppe. Deretter kommer en generell

gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget vurdert opp mot avdelingens kliniske erfaring, og tilbakemeldinger fra brukerne med målsetning om å oppfylle prinsippet om kunnskapsbasert praksis.

Kartlegge behov og dagens praksis

For å kunne evaluere prosjektet er det nødvendig med utgangsmålinger av utvalgte parametere før det går videre med en systematisk implementering, da helst de samme parameterne som skal brukes til senere evaluering av prosjektet. Det vil primært dreie seg om å hente inn eksisterende data. Vi foreslår å innhente utgangsverdier på indikatorer beskrevet under 3.3 Kvalitetsindikatorer.

Sette mål

Neste trinn i planleggingsprosessen blir å utforme relevante mål. Vårt forslag er å knytte disse til kvantitative størrelser, fortrinnsvis de samme parameterne som er kartlagt før oppstart av prosjektet:

- Øke andelen av pasientgruppen som gis egenbehandlingsplan etter prosedyre progressivt gjennom prosjektets varighet.
- Redusere hyppigheten av sykehustrengende KOLS-forverring.

Dette blir de harde endepunktene. Det baseres på en antagelse om at det ikke foreligger konfunderende faktorer, det vil si forhold ved bruk av egenbehandlingsplan som reduserer antall reinnleggelser, men likevel ikke er til pasientens beste, med eksempelvis økt mortalitet. For nærmere drøfting av nevnt tematikk, se avsnitt 2.3.

Intuitivt er færre "unødvendige" reinnleggelser også et kostnadsbesparende virkemiddel for avdelingen, dersom ressursene brukt på egenbehandlingsplan ikke overgår innsparte midler i færre sykehusdøgn. Denne innsparingen kan kvantifiseres gjennom å måle prosjektets resultatindikator som nevnt tidligere i oppgaven, og sammenligne med frekvensen av reinnleggelser før oppstart. Når det gjelder prosjekts prosessindikator, anbefaler vi at helsesekretær registrerer antall pasienter som har fått egenbehandlingsplan ved utskrivelse ukentlig, før det så presenteres på evalueringsmøter som angitt under 4.3 Kontrollere og korrigere.

Vi anbefaler å sette eksakte verdier for alle mål etter SMARTE-prinsippet. Vår vurdering er at overnevnte mål oppfyller disse kriteriene, med unntak av intern enighet som vi ikke kan forskuttere. Vi har som mål at 90% av pasientene får utarbeidet en egenbehandlingsplan i løpet av innleggelsen, inkludert en margin for de pasientene som ikke ønsker en slik plan, ikke har nytte av en slik plan grunnet kognitiv svikt eller lignende. For reduksjon i antall reinnleggelser anbefaler vi at arbeidsgruppen konkretiserer et tall underveis i prosjektet. Selv foreslår vi omtrent 25% reduksjon i antall reinnleggelser, dette basert på hva som ble målt i Cochrane-studien fra 2017 (5). Helseatlas over KOLS-forverring fra 2013-2015, som er siste måling vi finner, viser at 29% av pasienter innlagt med KOLS-forverring ved Vestre Viken reinnlegges innen 30 dager (2). Dette er nøyaktig likt landsgjennomsnittet, men det kan også være et mål for arbeidsgruppen å bli blant landets beste, som eksempelvis Finnmark med 25% (2).

Velge måleverktøy

Som nevnt foreslår vi å monitorere prosjektet med data fra DIPS, samt gjennomgang av journaler av helsesekretær med ukentlig registrering.

Tidsplan

Vi foreslår en tidsplan på 13 måneder, der de fire innledende ukene brukes av arbeidsgruppen til planlegging. Selve prosjektet går over 12 måneder, for å fange opp sannsynlig sesongvariasjon i de akutte KOLS-forverringene.

Finne og utvikle forbedringstiltak

Gjeldende plan bør anses som et utkast. Det anbefales på det sterkeste å forankre prosjektet bredt internt, gjerne også med innspill fra pasienter. Prosjektet kan både økes i omfang, men også nedjusteres dersom det er nødvendig med ressursbesparelse. Terskelen for justeringer og tilpasning bør være lav.

4.2 Utførelse

Prosjektgruppen får fire uker satt av til forberedelse. Det er ønskelig at prosjektgruppen kan favne bredt med forskjellige metoder for gjennomføring, blant annet internundervisning og god opplysning. Denne planleggingsfasen vil blant annet

innebære innhenting av kunnskapsgrunnlag for prosjektet og evaluering av eksisterende egenbehandlingsplan og eventuelle endringer i denne. Prosjektgruppen må også beskrive tydelig hvilke endringer man skal gjøre i dagens praksis for å kunne sikre gjennomføring av prosjektet.

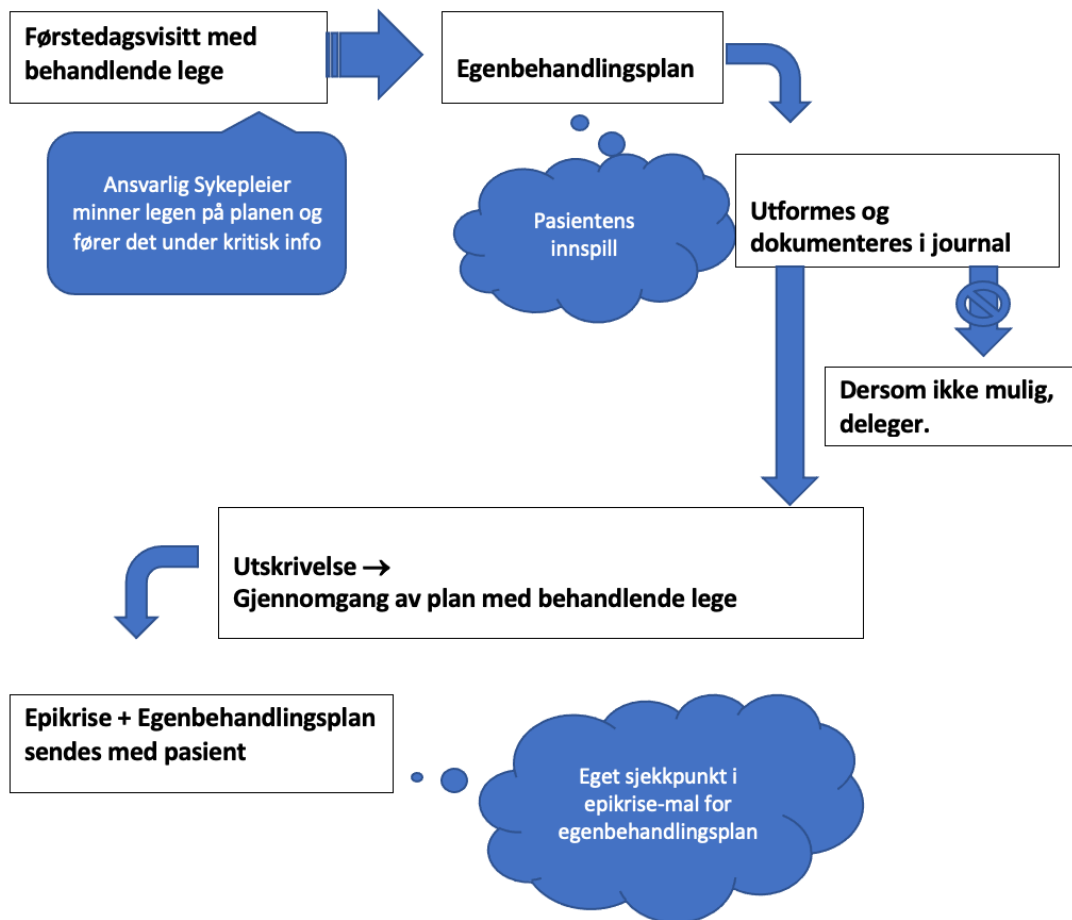
Vi ser for oss at lederen for prosjektgruppen tar tidlig kontakt med ledelsen for medisinsk avdeling ved sykehuset for å be om ressurser til prosjektet, da først og fremst i form av tid. Alle medlemmene i prosjektgruppen må få bevilget tid i sine timeplaner slik at de kan møtes hyppig i planleggingsfasen, jobbe selvstendig med egne oppgaver, samt tid til evalueringsmøter når prosjektet iverksettes.

Etter gjennomførte fire uker er prosjektgruppen klar til å iverksette de nye tiltakene.

Vi vil innlede implementeringsarbeidet med to fokusuker for å skape engasjement og sikre at alle på medisinsk avdeling blir informert om prosjektet. Vi foreslår flere tiltak for en slik uke:

- **Felles informasjonsmail** til alle ansatte ved sykehuset med kortfattet informasjon om nytten av egenbehandlingsplaner for denne pasientgruppen, behovet for forbedring ved Ringerike, og hvor man finner malen i DIPS.
- **Internundervisning:** Hver mandagslunsj er det internundervisning for hele medisinsk avdeling. LIS2-legen i prosjektgruppen skal bruke én av disse timene til å undervise om KOLS-forverring og prosjektet. Fagsykepleier skal også være til stede, og både hun og overlegen kan være behjelpelig dersom noen av de andre legene har spørsmål.
- **Muntlige, daglige påminnelser** fra fagsykepleier til LIS1-leger og sykepleiere på vakt etter hvert morgenmøte.
- **Informasjonsplakater:** Plakat med påminnelse om utarbeiding av egenbehandlingsplan på medisinsk møterom og vaktrom på lungeavdelingen.
- **Informasjon på lungeavdelingen før hver previsitt:** Fagsykepleier gir informasjon til legene og sykepleierne på avdelingen før de starter med dagens previsitt. Hun skal informere om prosjektet, og minne om hva deres ansvarsområder er.

Hva blir de konkrete tiltakene på avdelingen etter fullført fokusuke? Vi foreslår følgende illustrert med flytskjema:



4.3 Kontrollere og korrigere

Arbeidsgruppen må tidlig begynne arbeidet med å vurdere hvordan iverksettingen og fremgangen av forbedringsarbeidet går. En mulig fallgrube for forbedringsprosjekter er at de ikke følges godt nok opp etter igangsettelsen (23). Ved å foreslå hyppige evalueringer i løpet av det første året ønsker vi å unngå dette.

Dermed vil det bli fem evalueringsmøter det første året:

Evalueringsmøter	Innhold
Etter 1 måned	<ul style="list-style-type: none"> • Svakheter ved prosjektet? • Hvorfor mangler enkelte pasienter egenbehandlingsplan? Glemsel? Mangel på tolk? For liten tid? For tungvint?
Hovedfokus: Andel pasienter med egenbehandlingsplan før og etter oppstart (prosessindikator)	
Etter 3 måneder	<ul style="list-style-type: none"> • Behov for ytterligere forbedringstiltak? • Andel pasienter med egenbehandlingsplan før og 3 måneder etter oppstart
Hovedfokus: Er forbedringstiltakene tilstrekkelige?	
Etter 6 måneder	<ul style="list-style-type: none"> • Presentere statistikk over antall reinnleggelser nå sammenlignet med antallet på samme tid for ett år siden (resultatindikator) • Presentere andel pasienter med egenbehandlingsplan nå etter 6 måneder sammenlignet med før oppstart (prosessindikator) - hvor nære målet er vi? • Hvilke endringer er gjort underveis? Hvordan har dette fungert?
Hovedfokus: Et halvt år er gått - hva er status? Ser vi en nedgang i antall reinnleggelser med KOLS-forverring?	
Etter 9 måneder	<ul style="list-style-type: none"> • Statistikk over resultatindikator 9 måneder etter oppstart • Statistikk over prosessindikator 9 måneder etter oppstart
Hovedfokus: Fortsatt en nedgang i antall reinnleggelser?	
Etter 12 måneder	<ul style="list-style-type: none"> • Presentere statistikk for hele året både for reinnleggelser sammenlignet med fjoråret og andel pasienter som skrives ut med egenbehandlingsplaner før og etter prosjektoppstart - har vi nådd målet?
Hovedfokus: Ett år er gått - hva er status? Ser vi en nedgang i antall reinnleggelser som resultat fra systematiske egenbehandlingsplaner?	

Evalueringssmøtene skal også ha som mål å opprettholde motivasjonen til de ansatte ved lungeavdelingen. For å oppnå dette vil man presentere delresultater på en motiverende måte uavhengig av resultat, være åpen for innspill og tilbakemeldinger fra de ansatte og gi påminnelser om hvorfor prosjektet gjennomføres.

Det første evalueringssmøtet etter én måned er spesielt viktig. Her vil arbeidsgruppen og de ansatte få de første målingene på hvorvidt tiltakene har fungert. Her er det ønskelig at det presenteres andel pasienter som er blitt skrevet ut med egenbehandlingsplan før og etter oppstart av prosjektet. Med resultatene presentert, må arbeidsgruppen vurdere i hvilken grad tiltakene har vist seg effektive. Potensielle endringer kan diskuteres, utarbeides og forsøkes frem mot neste evalueringssmøte etter tredje måned.

Vi foreslår at de første seks månedene brukes til å sørge for god implementering av tiltakene, hvor hovedfokus er hvor stor andel av pasientene som blir skrevet ut med egenbehandlingsplan, så vel som eventuelle tiltak for å stimulere dette. Etter fullførte seks måneder ønsker vi at arbeidsgruppen presenterer tall for antall reinnleggelser med KOLS-forverring sammenlignet med året før - dette for å ta hensyn til sesongvariasjoner. Her forventer vi å se en nedgang.

Etter fullførte tolv måneder vil vi sikte oss inn på evalueringssmøter en gang i halvåret, og på sikt én gang i året gitt at implementeringen viser seg vellykket og går etter planen. Med å fortsette med evalueringssmøte årlig håper vi at dette vil være en påminnelse og vedlikehold av prosjektet.

4.4 Forventet motstand

Kvalitetsforbedringsprosjektet handler i stor grad om å innarbeide en ny rutine ved lungeavdelingen på Ringerike sykehus. Prosjektet er ikke en direkte endring av dagens praksis, men skal heller legge til rette for en allerede eksisterende retningslinje. Implementeringsprosessen vil til en viss grad være tid- og ressurskrevende, særlig i begynnelsen, og dette kan skape motstand blant leger og sykepleiere i en allerede hektisk arbeidshverdag. I en slik situasjon er det viktig at arbeidsgruppen er åpne for forbedringsforslag, i tillegg til at de som tidligere nevnt gir

stadig påminnelse om hva hensikten med prosjektet er. Fellesskapets arbeidsevne og resultatoppnåelse må også anerkjennes og premieres, eksempelvis med kake eller annen bonus ved oppnådde delmål.

Ved eventuell motstand på ledelsesnivå ønsker vi å understreke prosjektets kostnadseffektivitet, så vel som hvor små driftsmessige grep som må utføres for å gjennomføre prosjektet. Her er det snakk om små endringer som kan gi store gevinster på individnivå for pasientene og på samfunnsnivå for sykehusets helseøkonomi.

Utover dette anser vi det som hensiktsmessig å igangsette forbedringsprosjektet i perioder hvor det ikke foreligger annen ekstra belastning på de ansatte, altså utenom en pågående pandemi.

5 Diskusjon

Etter arbeidet med kvalitetsforbedringsprosjektet anbefaler vi videre bruk av egenbehandlingsplan for pasienter med KOLS-forverring på Ringerike sykehus. KOLS gir stor sykdomsbyrde i form av både tapte leveår og helsetap, og med hyppige innleggelse på sykehus er det også en ressurskrevende sykdom for helsevesenet (3). Det er liten tvil om at tiltak som kan bedre sykdomsforløpet for disse pasientene, bør prioriteres. Vi tror at egenbehandlingsplaner er et slikt tiltak, som kan komme både pasientene og helsevesenet til gode.

Fordeler

Én åpenbar fordel med prosjektet er at de strukturelle forholdene allerede ligger godt til rette. Ringerike sykehus gjennomførte et lignende prosjekt i 2014, som førte til at en egenbehandlingsplan ble inkorporert i DIPS. En annen fordel er at det ikke nødvendigvis vil kreve så mye ressurser å gjennomføre prosjektet, og dessuten kan det være mye ressurser å spare dersom man kunne klare å minske antall reinnleggelse på sikt. Vi tror det vil være svært givende for helsepersonell dersom man kan utgjøre en forskjell for denne pasientgruppen, ved å bidra til at de klarer seg bedre hjemme. Man kan også håpe at arbeidsbelastningen vil bli mindre for de ansatte på sikt, dersom antall innleggelse synker med tiden. Vi tror og håper at sykehuset vil spare tid og penger i det lange løp, dersom implementeringen fungerer tilstrekkelig.

For pasientene er fordelene åpenbare; færre alvorlige KOLS-forverring, færre innleggelses som skaper oppbrudd i det daglige livet, og kanskje også en opplevelse av bedre livskvalitet og økt mestringsfølelse. Vi tror at en egenbehandlingsplan vil øke brukermedvirkningen og styrke det viktige autonomiprinsippet innen medisinsk behandling. Vi håper også at planene vil øke etterlevelsen hos pasientene.

Ulemper

Ulemper selve prosjektet kan medføre er en uheldig dreining av oppmerksomhet mot tiltaket egenbehandlingsplan, som kan gå ut over andre viktige aspekter ved KOLS-forverring, for eksempel inhalasjonsteknikk. Det kan også føre til at det blir et stort fokus på KOLS-pasienten kontra andre pasienter på avdelingen, og at andre pasienter dermed blir nedprioritert. En annen bekymring kan være at pasientene prøver å behandle seg selv hjemme, og derfor ikke kommer til sykehuset tidsnok. Hvilket kanskje kan føre til at flere dør hjemme? Alle disse tre utfordringene er noe som må sees på i løpet av prosjektet, og følges opp ved behov.

Drøfting av tiltak

Våre tiltak, som nevnt tidligere, er rettet mot å øke bruken av egenbehandlingsplan. Arbeid med egenbehandlingsplaner skal være en naturlig del av pasientoppfølgingen under innleggelse med KOLS-forverring. Vi har valgt tiltak vi tror vil ha god effekt på Ringerike sykehus. Siden vi ikke har noen erfaring om hva som er god implementering, har vi valgt tiltak ut ifra en systematisk oversikt fra FHI fra 2015 som sier noe om "Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer" (17). Derfor har vi valgt implementering ved hjelp av kurs og møter, samt klinisk beslutningsstøtte som begge er tiltak med høy til moderat grad av effekt på etterlevelse av retningslinjer. Selvfølgelig er dette noe som må vurderes underveis, og man må se om implementeringen faktisk fungerer. Det har vist seg at virkingen varierer fra sted til sted, så dette er noe man åpenbart må ta stilling til. Hvilket vil vises på kvalitetsindikatorene man går igjennom på evalueringsmøter. Vi har likevel god tro på at implementeringen vi har valgt for dette prosjektet vil være effekt på Ringerike sykehus.

Konklusjon

Selv om prosjektet vil kreve noe ekstra tid og arbeid fra de ansatte på lungeavdelingen, i en oppstartsfase, tror vi at gevinsten ved færre reinnleggelser vil veie opp på sikt, både for pasientene og for sykehuset. Vi anbefaler derfor at prosjektet gjennomføres!

Definisjoner/ ordliste:

COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease

AECOPD – acute exacerbation COPD

KOLS – Kronisk obstruktiv lungesykdom

RCT – Randomized Controlled Trial

BA studies – Before and After studies

KI – Konfidensintervall

OR – Odds ratio

QoL – Quality of life

IQR – Interquartile rang

Bibliografi

1. Birkeland KI, Gullestad L, Aabakken L. Indremedisin 2. Drammen: Forlaget Vett og Viten; 2017.
2. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. KOLS 2013-2015. [Online].; 2015 [cited 2021 October 13. Available from: <https://helseatlas.no/hovedfunn/kols>.
3. Vollset SE. Dagens medisin. [Online].; 2014 [cited 2021 October 13. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/contentassets/1657a4e0c7c74d5ea42439d1961f01e0/vollset-kols-sykdomsbyrdeperspektiv.pdf>.
4. Helsedirektoratet. Behandling ved forverrelser av kols. [Online].; 2021 [cited 2021 October 2. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols-diagnostisering-og-behandling-horingsutkast/behandling-ved-forverrelser-av-kols#kolsforverrelser-bor-behandles-raskt-og-vurdert-ut-ifra-alvorlighetsgrad-av-pasienten-selv-hos-fastlege-legevakt-eller-i-s>.
5. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM, et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Systematic Reviews. 2017 August.
6. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [Online].; 2021 [cited 2021 October 10. Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets#KAPITTEL_3.
7. Criner MD, FCCP GJ, Bourbeau MD, FCCP , Diekemper MPH RL, Ouellette MD, FCCP DR, Goodridge RN PhD D, Hernandez MDCM P, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest. 2015 October: p. 894-942.
8. Stoller JK. COPD exacerbations: Prognosis, discharge planning, and prevention. [Online].; 2021 [cited 2021 August 30. Available from: https://www.uptodate-com.ezproxy.uio.no/contents/copd-exacerbations-prognosis-discharge-planning-and-prevention?search=copd%20exacerbation&topicRef=1461&source=see_link#H2594273643.
9. Gulsvik A, Lund J, Austegard E, Henrichsen SH, Langhammer A, Refvem OK, et al. Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling minoritets-helse og rehabilitering; 2012. Report No.: IS-2029.
10. Folkehelseinstituttet. Faglige retningslinjer. [Online].; 2016 [cited 2021 October 18. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>.
11. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. GRADE. [Online].; 2021 [cited 2021 October 18. Available from: <https://www.gradeworkinggroup.org>.
12. Folkehelseinstituttet. Systematisk oversikt. [Online].; 2016 [cited 2021 October 19. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>.

13. BMJ Best Practice. Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. [Online].; 2021 [cited 2021 August 30. Available from: <https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.uio.no/topics/en-gb/3000086/prevention>.
14. Ospina MB, Mrklas K, Deuchar L, Rowe BH, Leigh R, Bhutani M, et al. A systematic review of the effectiveness of discharge care bundles for patients with COPD. *Thorax*. 2017 January: p. 31-39.
15. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. Global initiative for chronic obstructive lung disease; 2021.
16. Netpower AS. eHåndbok for Vestre Viken (Version 1.1). 2020. Hentet fra <http://itunes.apple.com>.
17. Fretheim A, Flottorp S, Oxman A. Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015 mai 13. Report No.: 10–2015.
18. Frich J. Kvalitetsindikatorer. [Online].; 2020 [cited 2021 September 20. Available from: <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>.
19. HelseDirektoratet. Astma/kols - reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kols. [Online].; 2020 [cited 2021 September 20. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-astma-kols>.
20. Folkehelseinstituttet. Modell for kvalitetsforbedring. [Online].; 2015 [cited 2021 October 5. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>.
21. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). [Online].; 2011 [cited 2021 October 18. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
22. Langley G, Moen R, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 2009.
23. Folkehelseinstituttet. Modell for kvalitetsforbedring. [Online].; 2015 [cited 2021 October 11. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>.
24. Durlak JA, Dupre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008 June: p. 327-350.

