



PROSJEKTPLAN:

Implementering av pasientforløp for barn og ungdom med kronisk forstoppelse. Jobbglidning og samarbeid med førstelinjetjenesten

Anbefalt:

Dato:

Godkjent:

Dato:

Innhold

1 PROSJEKTPLAN	3
1.1 BAKGRUNN	3
1.2 Dagens praksis.....	3
1.3 Implementering.....	4
1.4 Gjennomføring.....	4
1.5 Måling av resultat	5
2 STRATEGISK FORANKRING	5
2.1 MÅL	5
2.2 RESULTATMÅL	6
3 PROSJEKTORGANISERING	6
4 FRAMDRIFTSPLAN	6
4.1	OPPSTART
.....	6
4.2	AKTIVITET-/FRAMDRIFTSPLAN
.....	6
4.3	EVALUERING
.....	7
5 BUDSJETT/KOSTNADER	7
REFERANSER	8

1 Prosjektplan

Bakgrunn

Prosjektet har bakgrunn i erfaringer gjort i utarbeidelse av standardisert pasientforløp for barn og ungdom med kronisk forstoppelse, irritable tarmsyndrom (IBS) og enkoprese ([lenke til forløp](#)). Pasientforløpet finnes på www.stolav.no. (EQS public) Tre representanter for fastlegene deltok i det tverrfaglige teamet under utarbeidelsen av forløpet, sammen med brukerrepresentanter og et bredt tverrfaglig team ved Barne- og ungdomsklinikken.

Prosjektet er opprinnelig planlagt som to-årig, slik at det neste år vil bli søkt om midler til å fortsette ytterligere ett år, men en vurderer at prosjektet også vil kunne oppnå gode resultater i løpet av ett år.

Målet med prosjektet er å øke kompetansen hos fastlege og helsesøster omkring håndtering av barn med kronisk obstopasjon og IBS for å sikre barn og ungdom et godt og tilgjengelig helsetilbud på riktig nivå i helsetjenesten.

Barne- og ungdomsklinikkens (BUK) gastroenterolog mottar i gjennomsnitt ti nyhenvisninger pr. uke hvor henvisningsteksten indikerer at pasientenes problemstilling dreier seg om kronisk forstoppelse og IBS med forstoppelse. I tillegg re-henvises mange på grunn av tilbakefall, eller de kommer til pasientmottak ved BUK med magesmerter eller tilbakefall. Mange kommer også tilbake til kontroll hos spesialist eller sykepleier ved poliklinikken.

Fastlegen kan ved hjelp av retningslinjer i forløpet starte behandling og oppfølging. En utfordring ligger i at fastlegen ikke kjenner til pasientforløpet, og heller ikke gjenkjenner disse pasientene som gruppe, og henviser for utredning i spesialisthelsetjenesten. Mange barn og unge har imidlertid hatt store plager, i form av redusert livskvalitet over lang tid på grunn av for eksempel kvalme, nedsatt matlyst og feilernæring, magesmerter, sosial isolasjon og stort fravær fra skole før henvisning til spesialisthelsetjenesten skjer. Mange har gjennomført ulike tiltak i førstelinjetjenesten som kostveiledning, utredninger, inkludert henvisning til PPT og/eller BUP uten å ha løst problemet.

Det standardiserte pasientforløpet er tilgjengelig for fastleger i EQS public, men det anses som lite sannsynlig at fastlegen aktivt vil søke opp og benytte retningslinjene uten kompetanseoverføring og tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten i en overgangsfase.

Dagens praksis

Barn og ungdom som i dag henvises for utredning/diagnostisering får time (dobbeltime) hos gastroenterolog.

Etter to uker får pasient og foresatte oppfølgingstime hos spesialsykepleier, samt tilbud om gruppeopplæring for foresatte/pasient. Opplæring og informasjon av foresatte og pasient er det viktigste kriteriet for en vellykket behandling og egen mestring.

Pasienten tas ofte inn til kontroll hos lege eller spesialsykepleier

Ved tilbakefall henvises pasienten på nytt.

Det er i dag lange ventelister for time hos gastroenterolog og spesialsykepleier ved Barne- og ungdomsklinikken. Det har vært store utfordringer med ressursmangel og påfølgende fristbrudd,

lang ventetid for utredning, behandling og kontroller for pasienter med gastroenterologiske diagnoser ved Barne- og ungdomsklinikken. Det er derfor ofte vanskelig å følge planlagt oppfølging, noe som medfører dobbeltarbeid og mindre vellykket behandling for pasientene.

Implementering

Implementering av nye retningslinjer eller arbeidsmetoder representerer store utfordringer. I vid forstand handler implementering om å iverksette eller gjennomføre planer og beslutninger i praksis. Vi vet i dag mer om hva som er effektive intervensjoner enn hva som skal til for å få organisasjoner og praktikere til å ta disse i bruk på en systematisk og forpliktende måte.

Kjennetegn ved virksomme metoder og tiltak er i følge Kunnskapsenteret:

- Langsiktig finansiering og støtte fra forvaltning og politisk nivå
- Sentralisering av opplæring, implementering og forskning
- Rekruttering av praktikere gjennom det etablerte tjenestesystemet, og forpliktete etater og tjenester i forhold til implementering
- Løpende evaluering av program- og behandlingsintegritet
- Tiltak som er treffsikre med god brukerrekruttering
- Tiltak som lar seg innpasse og kombinere med annen pågående virksomhet i tjenestene

Praktisk-teknisk støtte til implementeringen

- Struktur, innhold, timing og kvalitet på opplæring og veiledning i bruk av intervensjonen
- Rutiner som fanger opp utøvernes behov eller løser problemer underveis
- Rutiner for kvalitetssikring av implementeringen (evaluere og monitorere resultater og integritet)
- Gode samarbeidsrelasjonen mellom implementeringsansvarlige og utøverne; vennlige, kunnskapsrike og tilgjengelige formidlere, som er erfarne, gode lyttere og hjelpsomme problemløsere
- Materiell og håndbøker, som er relevante, attraktive og brukervennlige

(Kunnskapsenteret Terje Ogden 2011)

En anser at en "bieffekt" av prosjektet vil være at fastleger vil få bedre kjennskap til, og se nytteverdien av andre standardiserte pasientforløp som er utarbeidet ved St.Olavs Hospital og i Helse Midt-Norge.

Gjennomføring av prosjektet

I prosjektperioden vil gastroenterolog vurdere henvisningene fra førstelinjetjenesten og selekere de pasientene skal gå direkte til konsultasjon hos prosjektsykepleier (klinisk spesialist i stomiterapi/spesialsykepleier og helsesøster). Det vil dreie seg om 5-8 nyhenviste pr. uke. Pasienter med encoprese vil ikke omfattes av prosjektet.

Prosjektsykepleiers kliniske oppgaver

- Pasienten vurderes og gis informasjon muntlig og skriftlig.
- Tømmingsregime startes i henhold til prosedyre
- Ber pasienten bestille time hos fastlege
- Tar kontakt med pasientens fastlege pr. telefon og informerer om prosjektet og det standardiserte pasientforløpet som inkluderer retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Epikrise og informasjonsbrev med lenke til pasientforløp sendes

- Fastlege tilbys veiledning og samarbeid ved behov
- Veiledning av Helsesøster. Helsesøster kontaktes ved behov for tilrettelegging for pasienten og informasjon til skole/barnehage
- Pasienten får tilbud om kontrolltime hos prosjektsykepleier etter 3 måneder
- Foresatte og pasient tilbys gruppeopplæring ved Barne- og ungdomsklinikken

Prosjektleders rolle

- Administrere og koordinere prosjektgruppe (sekretærfunksjon)
- Organisere informasjonsmøter med fastleger via legenes samarbeidsutvalg og helsesøstre via Fylkeslegen
- Veilede prosjektsykepleier
- Finne velegnet måleverktøy for livskvalitetsmåling til aktuell målgruppe
- Sørge for søknad til REK og personverneombud
- Samle data til statistisk prosesskontroll
- Analysere innsamlet materiale
- Skrive rapport/artikkel

Måling av resultat

Statistisk prosesskontroll. Registrering av data:

- Antall nyhenvisninger
- Antall kontroller ut over planlagte i prosjektperioden
- Antall rehenvisninger

Pasienterfaringer:

- Pasient livskvalitetsmåling (foresattes livskvalitetsvurdering hos mindre barn) ved 1. konsultasjon hos prosjektsykepleier og ved kontrolltidspunkt etter 3 måneder.
- Avføringsfrekvens og konsistens for siste to uker før 1. konsultasjon registreres i skjema
- Pasienten får utdelt registreringsskjema (dagbok) for ukentlig registrering av avføringskonsistens og frekvens hjemme fram til kontrolltidspunkt (3 mnd.)

Hensikt med registrering av subjektive data er å få objektive mål på om behandling og oppfølging hos prosjektsykepleier og fastlege er av god kvalitet.

2 Strategisk forankring

Mål

Tidligere diagnostisering og behandling og forbedret livskvalitet for pasienten gjennom implementering av standardisert pasientforløp for barn og ungdom med kronisk forstoppelse, irriterbar tarmsyndrom (IBS) og enkoprese.

Resultatmål

Reduksjon av antall kontroller med 60% i løpet av ett år (90% på to år)

Reduksjon av antall nyhenvisninger fra fastlege på grunn av kronisk forstoppelse og IBS med 10% i løpet av ett år (20% på to år).

Reduksjon av antall rehenvisninger på grunn av tilbakefall med 60% i løpet av ett år (90% i løpet av to år).

Videreføring av tiltak

Dersom målsetningene i prosjektet nås vil nedgangen i antall rehenvisninger og kontroller medføre at en stor gruppe pasienter ikke har behov for oppfølging ved poliklinikken, og prosjektet kan avsluttes etter ett år. Evalueringen vil synliggjøre behov for søknad om midler neste år for videreføring i ett år til.

Utviklingen i forløpet vil følges via statistisk prosesskontroll videre.

3 Prosjektorganisering

Prosjekteier

Klinikkjef Elisabeth Selvaag

Styringsgruppe

Overlege Andres Lindgren

Fagansvarlig sykepleier Randi Hansen

Forsknings- og fautviklingssykepleier Kirsten Aune Walther

Praksiskonsulent Hilde Janbu (fastlege)

Prosjektleder

Prosjektlederstilling lyses ut internt. Kompetanse: minimum akademisk mastergrad.

Prosjektsykepleier

Klinisk spesialist i stomisykepleie og helsesøster Kristin Ringlie Kleveland

4 Framdriftsplan

4.1 Oppstart

Oppstart 01.09.2012

4.2 Aktivitet-/framdriftsplan 01.09.12- 01.09.13

Søknad til REK og personverneombud.

Informasjon om prosjektet i Legenes samarbeidsutvalg

Informasjon om prosjektet til helseøstre via Fylkeslegen

01.10.12. Oppstart pasientkonsultasjoner hos spesialsykepleier og kontakt til fastleger/helsesøster

01.05.13. Halvtidsevaluering. Vurdere søknad om videreføring av prosjektet for 2013-2014.

01.08.13. Evaluering.

Alternativt avslutte prosjektet 01.09.13.

Rapport/artikkel skrives

4.3 Evaluering

Statistisk prosesskontroll. Kontinuerlig monitorering av henvisningsfrekvens og kontrollfrekvens
 Gjennomgang av innsamlet data fra pasient/foresatte.

5 Budsjett/kostnader 2012-2013

Lønnskostnader under prosjektet Utg.punkt spes.spl. lønn kr. 556 269 inkl. sos.utg. Pr år	40% stilling spesial- sykepleier inkl sos.utg.	Kr. 231 811
Prosjektleder	20% stilling inkl. sos.utg.	Kr.140 000
Reiseutgifter kommunalt samarbeid		Kr. 20 000
Totalt		Kr. 391 811

1. Referanser

Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 612-26.

Clinical Practice Guideline. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 43:e1Ye13 September 2006.

<http://www.romecriteria.org> National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline 99 Constipation in children and young people, Issue date: May 2010 www.nice.org.uk

Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et.al. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics* 2005; 115: 873-7.

Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, et.al. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child* 2009; 94: 117-31

Candy D, Belsey J. Macrogol (Polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Arch Dis Child* 2009 Feb; 94(2): 156-60. Epub 2008 Nov 19.

Bongers ME, van Wijk MP, Reitsma JB, Benninga MA. Long term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes en adulthood. *Pediatrics* 2010; 126: 156-62.

Staiano A, Andreotti MR, Greco L, Basile P, Auricchio S. Long-term follow-up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 561-4.

Constipation in infants and children: evaluation and treatment. Medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition 1999.

Childhood constipation: is there new light in the tunnel? Benninga MA, Voskuil WP, Taminiau JA. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004 Nov;39(5):448-64. Review.

[2] Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.

3] Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.

[9] Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. Brazzelli M, Griffiths P. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD002240.

[10] Behavioral therapy for childhood constipation: a randomized, controlled trial. van Dijk M, Bongers ME, de Vries GJ, Grootenhuis MA, Last BF, Benninga MA. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):e1334-41

Wensing, M., Wollersheim H., Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care ; A structured review of reviews. *Implementation Sci*. 2006, 1:2.

Retningslinjer for retningslinjer. Veileder: Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. (2008) Helsedirektoratet

