



2017

Optimering af perioperativ smertebehandling på Rigshospitalet efter implementering af Sundhedsplatformen

REGION



Rigshospitalet

Enhed for Akut Smertebehandling
Region Hovedstaden
31-07-2017

Resume

Enhed for Akut Smertebehandling har i første halvår af 2017 gennemført en kvalitativ tværsnitsundersøgelse for at belyse hvordan implementeringen af Sundhedsplatformen har påvirket den perioperative smertebehandling på Rigshospitalet.

Undersøgelsen er baseret på semistrukturerede interviews med deltagelse af personale fra ambulatorier, stamafsnit, opvågning, kirurgi og anæstesi - primært i form af læger og sygeplejersker. Undersøgelsen er gennemført i de kirurgiske klinikker i fire kirurgiske centre på Rigshospitalet Blegdamsvej og Glostrup.

Der findes alment udbredte udfordringer i forhold til designede arbejdsgange i systemet i forhold til medicinering, overblik, ajourføring af medicin med Fælles Medicin Kort (FMK) og brug af Medicin Dispensering og Administrations-modul (MDA). Herudover ses gennemgående udfordringer i forhold til overblik over medicinering, korrekt ordination og frigivelse af ordinationer. På afsnits- og afdelingsniveau ses udfordringer i forhold til adoption og tilretning af arbejdsgange og supplerende hertil afklaring af ansvarsfordeling omkring den postoperative smertebehandling.

Der forefindes procedure-eller afdelingsspecifikke smerteregimer for de fleste patienter, men de ordineres og administreres i mange tilfælde ikke korrekt. Der mangler veldefinerede behandlingsstrategier for patienter der er insufficiant smertedækket på standard smerteregimer. Generelt ses et behov for tværfaglig forankring af og forståelse for indførte smerteregimer igennem patientforløbene, så det relevante personale har tilstrækkelig viden og indsigt til et samarbejde om smertebehandlingen.

På baggrund af undersøgelsens konklusioner anbefales

- Tilpasninger i selve Sundhedsplatformens brugerflade
 - specificering af systemdefinerede arbejdsgange, medicinorienterede funktionaliteter og layout
 - oprettelse af et afdelingsniveau til brugertilpasning,
 - automatisk frigivelse af signeret/tilbageholdt medicin
 - generisk substituerings af præparater i brugertilpasningsmiljøet
- Øget indsats i forhold til den enkelte medarbejders kendskab til relevante systemdefinerede arbejdsgange
- Adoption og tilretning af afsnitsbaserede arbejdsgange i relation til Sundhedsplatformen
- Gennemgang og tilpasning af smerteregimer og behandlingsstrategier på afdelingsniveau
- Tværfaglig implementering og forankring af procedure-eller afdelingsspecifikke smerteplaner igennem hele patientforløbet

Enhed for Akut Smertebehandling kan bidrage til løsning af individuelle og afdelingsbaserede udfordringer såvel som smertefaglig gennemgang og revision. EAS definerer i samarbejde med de enkelte afdelinger tværfaglige forbedringsprojekter, der adresserer afdelingernes udfordringer smertefagligt, organisatorisk og systembaseret. EAS faciliterer projekterne og tilsikrer tværfaglig implementering og forankring af veldefinerede smerteregimer og behandlingsstrategier igennem hele patientforløbet.

Indhold

Resume	1
Baggrund	3
Formål	3
Metode	3
Tidsramme	4
Deltagelse	4
Resultater	4
Overførsel og ajourføring af medicin mellem FMK og Sundhedsplatformen.....	5
Medicinoverblik.....	5
MDA – Medicin-Dispensering-Administrationsmodul.....	5
Fast vanlig smertestillende behandling gives ikke i det peroperative forløb	6
Brug af behandlingsfaser, signerede tilbageholdte ordinationer og frigivelse.....	6
Ikke frigivne signerede og tilbageholdte ordinationer anmoder om og kan frigives i efterfølgende faser	6
Påmindelse om frigivelse af signerede tilbageholdte ordinationer fremstår som støj	7
Deling af fast definerede behandlingsregimer på klinik-eller afsnitsniveau i Sundhedsplatformen.	7
Udskiftning af præparater uden automatisk substitution af parallelpræparat	8
Manglende tilknytning af behandlingskontakt til patientforløb.	8
Smertevurdering (smertescoring) og registrering af PN indgift.	8
Uklar ansvarsoverdragelse postoperativt ved overgangen fra operation/opvågning til stamafsnittet.....	8
Sygeplejeoplevet kompetenceskred.....	8
Delegeret ordinationsret til sygeplejersker	9
Vidensdeling for personalebaseret viden om korrekt brug af Sundhedsplatformen.....	9
Manglende implementering og forankring af smerteregimer	9
Patienter, der er insufficient smertedækket af faste smerteregimer	9
Patientgrupper, hvor der ikke foreligger standard smerteregime	9
Diskussion.....	10
Konklusion og perspektivering	12
Anbefalinger	13
Tilretning indenfor selve it-plattformen.....	13
Øget brugerkompetence og klinisk læring omkring hensigtsmæssig brug af systemet.....	13
Tilpasning af arbejdsgange og rutiner i de enkelte afsnit.....	14
Gennemgang og justering af smerteregimer og behandlingsstrategier	14
Tværfaglig forankring af smerteregimer.....	14
Enhed for Akut Smertebehandling kan bidrage til løsning.....	14
Bilag A – interviewguide.....	16

Baggrund

I efteråret 2016 blev Sundhedsplatformen implementeret på Rigshospitalet som klinisk dokumentationssystem til afløsning af de mange solitære systemer der har været benyttet hidtil. Det var nødvendigt at anskaffe et nyt IT-system, da de eksisterende systemer var enkeltstående, uden integration og baseret på forældet teknologi med usammenhængende funktionalitet. Sundhedsplatformen er et integreret klinisk dokumentationsredskab tilpasset til danske forhold baseret på den amerikanske it-plattform Epic. Sundhedsplatformen samler oplysninger om patienten i én journal hvilket skal øge overblik og sikkerhed for både patienter og sundhedspersonale og give bedre mulighed for at tilrettelægge et sammenhængende behandlingsforløb af høj faglig kvalitet. Ét fælles elektronisk system skal medvirke til mindre dobbeltarbejde, større patientsikkerhed og sammenhængende behandlingsforløb når patienter bevæger sig på tværs af afdelinger, hospitaler og regionerne.

En omfattende ændring af organisationen af denne størrelsesorden har gennemgribende betydning på alle niveauer, med påvirkning af alle faggrupper, arbejdsgange og opgaver i klinikken. Hvorledes overgangen fra mange solitære systemer til et nyt og anderledes system har påvirket den perioperative smertebehandling har ikke været klarlagt. Klinikker og afdelingerne på Rigshospitalet er fortsat i gang med at definere og tilpasse arbejdsgange, optimere patientforløb, tilpasse systemet og udnytte de mange funktionaliteter mest hensigtsmæssigt, så medarbejdere og patienter får mest muligt udbytte af systemet og dets mange muligheder.

Formål

Enhed for Akut Smertebehandling (EAS) har med baggrund i en kvalitativ undersøgelse søgt at belyse hvordan transformationen fra de gamle systemer og arbejdsgange til den nye it-plattform Sundhedsplatformen har påvirket den perioperative smertebehandling på Rigshospitalet.

Med udgangspunkt i personalets vurdering og erfaring ønsker EAS at sætte fokus på de tilbageværende udfordringer og potentielle løsningsmuligheder omkring den perioperative smertebehandling.

Endvidere er formålet, at indhentet viden og erfaring omkring afdelingernes dokumentationsmæssige og smertefaglige udfordringer såvel som mulige løsningsmodeller operationaliseres og bringes til deling på tværs af centre, klinikker og afdelinger for at kvalitetssikre og optimere den perioperative smertebehandling på Rigshospitalet.

Metode

Interviewbaseret tværsnitsundersøgelse, hvor alle kirurgiske klinikker på Rigshospitalet Blegdamsvej og Glostrup har været inviteret til deltagelse.

Udvalgt klinisk personale og nøglepersoner indenfor smerteområdet i de respektive klinikker er interviewet omkring udfordringer og løsningsmuligheder i relation til deres oplevelse og vurdering af den perioperative smertebehandling (Bilag A). De beskrevne problemstillinger er efterfølgende gennemgået og kategoriseret efter overordnede problemstillinger, fasespecifikke problemstillinger i forbindelse med indlæggelse/ambulatorie, operation og udskrivelse, samt specifikt i relation til smerteregimer og smerteproblematikker.

Undersøgelsen er kvalitativ, og alle faggrupper der deltager i perioperativ smertebehandling igennem patientforløbet fra ambulatoriekontakt over indlæggelse, operation, opvågning og udskrivelse er repræsenteret. Frivillighed for deltagelse betyder dog, at personalet ikke er fuldt repræsentativt for Rigshospitalet i statistisk forstand, men giver en beskrivelse af udfordringer forbundet med den perioperative smertebehandling efter implementering Sundhedsplatformen.

Tidsramme

Det tager tid at få tilbakemeldinger og koordinere interviews med det kliniske personale i en travl hverdag. Med indtræden af en sommerferieperiode har der været en naturlig begrænsning for at få møder i stand mellem flere personer og personalegrupper, så der er klinikker med positivt tilsagn om deltagelse, hvor det ikke har været praktisk muligt at gennemføre interviews indenfor tidsrammen. Disse klinikker har deltaget ved skriftlig udfyldelse af interviewguiden og opfølgende samtaler.

Alle interviews har været udført i perioden maj-august 2017.

Deltagelse

Der har været udført interviews med læger indenfor anæstesi og kirurgi, sygeplejersker fra afsnitsledelser, ambulatorie, intensiv-og sengeafsnit, anæstesi og opvågning samt en farmakolog.

Der har været deltagelse fra Gynækologisk klinik, Ortopædkirurgisk klinik, Øre-Næse-Halskirurgisk klinik, Klinik for Plastikkirurgi, Bryst og Brandsår, Videnscenter for Reumatologi-og Rygsygdomme, Thoraxkirurgisk klinik, Neurokirurgisk klinik, Anæstesiklinikkerne fra Hovedortocentret, Hjertecentret, Neurocentret og Juliane Marie Centret. Herudover deltagelse fra Traumecentret, samt supplerende ved tilbakemeldinger fra Smerte-og Dokumentationsnøglenetværket i Hovedortocentret.

Det har allerede før sommerferien været muligt at identificere specifikke forbedringsprojekter, og et indledende projektarbejde er således påbegyndt.

Resultater

Generelt viser undersøgelsen, at flere patienter ikke modtager sufficient perioperativ smertebehandling.

I størstedelen af disse tilfælde foreligger der procedure-eller afdelingsspecifikke smerteregimer, men patienterne modtager helt eller delvist ikke den tilsigtede behandling.

I de resterende tilfælde er patienterne ikke sufficient smertedækkede indenfor rammerne af standard smerteregimer, og der er usikkerhed omkring behandlingsansvar og behandlingsstrategier, eller der foreligger ikke et standardregime at tage udgangspunkt i. Årsagerne er varierende og et komplekst samspil mellem systembaserede og personale-og afdelingsmæssige udfordringer.

Nedenfor specificeres de punkter, som undersøgelsen har afdækket og som findes bredt udbredt på tværs af centre, klinikker og afdelinger.

Overførsel og ajourføring af medicin mellem FMK og Sundhedsplatformen

Der er entydigt udbredt vurdering af, at de definerede arbejdsgange i Sundhedsplatformen (SP) for overførsel og ajourføring af medicin fra FMK til SP er omstændelige og sårbare. Alle led i processen skal gennemføres korrekt og i den rette rækkefølge for ikke at hindre korrekt ordination og dokumentation af medicin i det videre forløb. Klinikerne finder overførsel og ajourføring af medicin omstændeligt og tidskrævende, med mange muligheder for at begå betydende fejl, og har svært ved i journalen at efterprøve om de har gjort det korrekt.

Det er endvidere ikke muligt at udskrive recepter til indlagte patienter, hvorfor der ikke kan udskrives recepter ved udskrivelse før patienterne er udskrevet i systemet, eller hvis patienter forbliver indlagte men er på hjemmeorlov.

Medicinoverblik

Det er en udbredt og gennemgående udfordring for alle adspurgte klinikere, at der ikke findes et samlet, visuelt overblik over al fast og ordineret medicin i de perioperative faser. Overblik over vanlig medicin sammenholdt med nye ordinationer af enten signeret, pauseret eller signeret/tilbageholdt karakter er vanskelig. Et fuldt overblik over al medicin findes ikke i ét og samme skærmbillede, hvorfor der skal klikkes mellem flere faneblade, hvor det visuelle layout af præparater er forskelligt fra faneblad til faneblad. Ligeledes eksisterer der heller ikke overblikssrapporter, der indeholder fuldt overblik over al signeret, pauseret og signeret/tilbageholdt medicin.

Overblikssrapporterne (MDA-historik og MDA-overblik) opfylder til dels behovet hvad angår aktive ordinationer, det fremgår dog ikke tydeligt, hvorvidt et præparat er pauseret eller blot teknisk tilbageholdt, og rapportererne indeholder ikke medicin der afventer frigivelse.

Overblik over præ-operative ordinationer til frigivelse kræver, at patienten er indlagt i systemet – det er tidskrævende på operationsdagen når der møder flere patienter ind samtidig med henblik på klargøring til operation – hvorfor der enkelte steder vælges at patienterne indlægges i systemet natten inden de skal ankomme, hvorefter medicinen kan frigives og klargøres til patienternes ankomst. Det resulterer i ikke tidstro og ikke korrekt dokumentation for at lette arbejdsgangene så patienterne kan være klar til operation til tiden.

MDA – Medicin-Dispensering-Administrationsmodul

Beskrives generelt som uoverskuelig i forhold til visuelt overblik over tid såvel som præparater (samme præparat fx paracetamol kan repræsenteres ved op til fire eller fem poster i det samme skærmbillede). Seponeret medicin figurerer stadig i MDA og er visuelt støjende for overblikket over aktuel medicinering. Enkelte rapporterer, at de kun frigiver den medicin de selv skal administrere, for at mindske visuel støj fra præparater de ikke skal administrere.

For ambulante patienter er det ikke muligt at benytte MDA til dokumentation på deres ambulante ordinationer (oftest paracetamol/NSAID/håndkøbsmedicinering) selvom disse præparater administreres.

For de afdelinger der benytter Rover i forbindelse med medicinering udtrykkes generel tilfredshed, omend enkelte præparater (til eksempel gabapentin) ikke kan scannes.

Ved udskrivelse har timing af læge- og sygeplejerskedokumentation i systemet betydning for udskrivelse af medicinoversigt til patienterne.

Fast vanlig smertestillende behandling gives ikke i det peroperative forløb

Vanlig fast smertebehandling fremgår med prædikatet "tilbagehold MDA", i MDA-overblikssrapporter og under aktive ordinationer i bestillings- og ordinationssektionen når patienten er registreret som værende ude af sit stamafsnit. De enkelte ordinationer fremstår med prædikatet "Dok. ikke nødvendig" i MDAmodulet, og især blandt opvågningspersonale (men også OP-personale) er der flere steder usikkerhed om, hvorvidt behandlingen skal dispenseres og administreres. Sammenfald i valg af begrebet "tilbagehold" og "til hold" i modsætning til en signeret og tilbageholdt ordination til frigivelse når en defineret behandlingsfase er nået, er ikke hensigtsmæssig og skaber forvirring for personalet.

Dobbeltordinationer

Der er generelt udbredte problemer med dobbeltordinationer.

Præoperative dobbeltordinationer ses oftest ved manglende eller ukorrekt overførsel af vanlig medicin fra FMK til Sundhedsplatformen som derfor ikke er synlig, når der ordineres præmedicin knyttet til indgrebet, eller hvor der er usikkerhed om ansvarsfordeling omkring ordinationerne. Mange patienter er i fast behandling med paracetamol, hvorfor der oftest er dobbeltordinationer på netop dette præparat. Denne udfordring ses hyppigst for patienter, der opskrives og informeres om operation i et ambulant forløb forud for indlæggelsen. Der er også tilfælde, hvor ordinerende kliniker ved manglende overblik over aktiv og signeret/tilbageholdt medicin udfører en dobbeltordination.

Postoperative dobbeltordinationer er ligeledes hyppige, og skyldes oftest manglende frigivelse af og overblik over aktive og *signerede og tilbageholdte* ordinationer eller allerede ordineret fast behandling, hvorfor der enten fra kirurgisk eller anæstesiologisk side ilægges endnu en ordination. Det drejer sig om alle typer af smertestillende præparater.

Disse ordinationer kan endvidere tidsmæssigt folde ud i MDA'en på en måde, så det ikke er umiddelbart synligt for det administrerende personale, at der er dobbeltordinationer. Samme præparat fremstilles over flere linjer i flere sektioner og kan være ordineret til forskudte tidspunkter.

Brug af behandlingsfaser, signerede tilbageholdte ordinationer og frigivelse.

Det volder vanskeligheder at få signerede og tilbageholdte ordinationer frigivet og frigivet til korrekte faser i de fleste afdelinger. Der mangler klare retningslinjer og arbejdsgange for frigivelse. Det medfører, at patienterne helt eller delvist ikke får den planlagte smertebehandling, eller at smerteregimet folder forkert ud i Sundhedsplatformen.

Der er eksempler på afsnit, hvor man helt har afstået fra brug af Sundhedsplatformens funktionaliteter omkring behandlingsfaser grundet manglende frigivelse til de korrekte tidspunkter i det postoperative forløb. I stedet ordineres behandlingsregimer til fast definerede rul postoperativt, hvor ordinationerne for fast definerede forløb i stedet bliver sårbare overfor og afhængige af det tidspunkt, hvor regimet ordineres for at folde korrekt ud i Sundhedsplatformen.

Ikke frigivne signerede og tilbageholdte ordinationer anmoder om og kan frigives i efterfølgende faser

Signerede og tilbageholdte ordinationer, der ikke bliver frigivet i den designerede perioperative fase undergår ikke autoseponering, når fasen er overstået. Det betyder at ordinationen stadig er tilstede i patientens journal på tværs af forløb og indlæggelser, indtil den manuelt seponeres. Som konsekvens heraf vil disse ordinationer fejlagtigt kunne frigives senere i forløbet eller under en ny

indlæggelse til brug i forkert fase eller forløb, med potentiel risiko for farlige hændelser eller fejlmedicinering. Der er basis for patientkritiske fejl, når medicin der eksempelvis er ordineret kun til brug i opvågning kan frigives i efterfølgende faser, hvor personalet ikke er instrueret i at anvende disse præparater. Eksempler herpå er fentanyl, rapifen og vægtjusterede engangsdoseringer af intravenøs morfin ordineret til brug kun af anæstesi peroperativt eller i opvågning.

Påmindelse om frigivelse af signerede tilbageholdte ordinationer fremstår som støj

Ikke frigivne signerede og tilbageholdte ordinationer genererer en påmindelse i patientens journal om at der er ordinationer til frigivelse. I flere afsnit har påmindelsen i patientjournalen ikke umiddelbart nogen praktisk betydning, da den stort set altid er til stede og derfor betragtes som støj. Hvis der ikke foreligger en klar standard for, hvornår der skal kontrolleres for tilbageholdte ordinationer er der ikke opmærksomhed omkring denne opgave. Det medfører desværre ofte at eventuelle ordinationer til frigivelse i en aktuel postoperativ behandlingsfase overses blandt flere ordinationer og frigives. Hermed modtager patienten ikke den ordinerede behandling.

Deling af fast definerede behandlingsregimer på klinik-eller afsnitsniveau i Sundhedsplatformen.

I de kirurgiske og anæstesiologiske klinikker forefindes flere fast definerede smerteregimer (procedurespecifikke/afdelingsspecifikke), men der er udbredte udfordringer i forhold til at sikre udbredelse og korrekt brug af disse på afsnits-og klinikeniveau. At ordinere en smerteplan indebærer mange klik og specificeringer, hvorfor afdelingerne har transformeret de fast definerede smerteplaner til brugertilpasningsmiljøet i Sundhedsplatformen. Alle deltagende klinikker har defineret afdelingens smertebehandlingsregimer på personligt brugerniveau i personlige logins, der så efterfølgende deles med relevante kolleger. De brugertilpassede regimer er enten formet i præferencesystemet, tilpasset ud fra foruddefinerede SP-bestillings/ordinations-sæt eller tilpasninger af lokalt byggede sæt. At denne brugertilpasning foregår på brugerniveau og i individuelle logins udfordrer udbredelsen af aktuelle og opdaterede regimer hos alle berørte kolleger. Processen omkring deling og definering af bruger/ejerforhold er tidskrævende og sårbar. Brugertilpassede regimer skal deles med navngivne enkeltpersoner, da det ikke er muligt at dele brugertilpassede regimer med personale i en overafdeling. Andre regimer kræver, at den enkelte kliniker selv kopierer fra den kollega, der administrerer regimerne i sit login. Der sidder nu i de enkelte klinikker klinikere (enkeltpersoner), der ejer og administrerer afdelingens smerteregimer via deres personlige logins, og såfremt disse personer skifter afdeling/hospital (hvilket traditionelt sker relativt ofte blandt sundhedspersonale), skal alle disse regimer hentes ind enkeltvis og defineres/sættes op i en ny klinikers login og deles igen.

Der efterspørges et afdelingsniveau, en form for administratorniveau tilhørende de enkelte afdelinger og klinikker, som man i afdelingerne kan udpege en klinisk ansvarlig administrator for, og som kan overgives til en ny administrator, hvis den pågældende forlader afdelingen.

En stor del vil kunne løses ved lokalt byg af fast definerede smerteordinationer koblet sammen med operationsbestillingen, men det er en tidskrævende proces og det vil formentlig vare flere år, før det er fuldt udbygget. Endvidere vil en grad af brugertilpasning på afdelingsniveau stadig være påkrævet for at systemet udnyttes hensigtsmæssigt og tillader hurtig revidering når ny evidens eller retningslinje foreligger

Udskiftning af præparater uden automatisk substitution af parallelpræparat

Klinikkerne oplever, at præparater forsvinder fra deres delte præferencelister uden at blive erstattet af et andet præparat med tilsvarende generisk indhold - og således upåagtet ikke længere er en del af det faste regime. Da regimerne der bliver benyttet i de forskellige afsnit er mangfoldige, omfattende og ganske specialiserede på detailniveau, er disse hændelser blevet opfanget tilfældigt ved brug af regimerne, da klinikerne der ejer de tilpassede regimer ikke har bemærket eller modtaget advarsler om disse ændringer. Et eksempel herpå er ordination af postoperativ blodfortyndende medicin, som var forsvundet fra en præferenceliste. Dette må opfattes som risiko for patientkritisk hændelser.

Manglende tilknytning af behandlingskontakt til patientforløb.

Såfremt der er registreringsfejl i patientens indlæggelse/præ-indlæggelse (eksempelvis at behandlingskontakten ikke er knyttet til en patientkontakt), er det ikke muligt at afgive og signere en ordination. Dermed er det ikke muligt at ordinere et præ-medicinregime i systemet forud for operation, og patienten modtager ikke medicinen præoperativt, når den ikke er ordineret.

Smertevurdering (smertescoring) og registrering af PN indgift.

Der er usikkerhed om, hvor i Sundhedsplatformen smertescoring bedst registreres, så det følger patienten fra modtagelse over operation til udskrivelse. Herudover er det tilgængelige værktøj i den intensive smertescoring "vurderingsskemaer" som udgangspunkt ganske detaljeret og omfattende, hvorfor sygeplejerskerne enkelte steder afstår fra at bruge skema og benytter journalnotat i stedet (hvis smertescoringen overhovedet registreres). Arbejdsgangen for hurtigt at registrere effekt af givet pn-medicin er ikke alment udbredt og undlades ofte. Fra den postoperative fase overføres smertescore fra den postanæstesiologiske evaluering ikke automatisk til vurderingsskemaet i journalen, selvom administreret analgetika fra den anæstesiologiske behandling fremgår.

Uklar ansvarsoverdragelse postoperativt ved overgangen fra operation/opvågning til stamafsnittet

Der ses flere steder uklarhed omkring hvem der er ansvarlig for ordination af den postoperative smertebehandling når patienten er tilbage fra operation og opvågning, og dermed justering af planen hvis den ikke er sufficient. Det medfører forskellige scenarier; dels at der bliver suppleret efter en personlig lægelig vurdering og (dermed varierende) strategi med flere forskellige præparater, hvis stamafsnittet ikke har en strategi for hvordan de prioriterer brugen af præparaterne. Alternativt en respektfuld tilbageholdenhed overfor at ændre eller supplere andre klinikers smertebehandling, selvom smertebehandlingen ikke er sufficient.

Sygeplejeoplevet kompetenceskred

Der mangler i de fleste afsnit en klar retningslinje og arbejdsgang for, hvornår signeret og tilbageholdt medicin skal frigives. Det er en ny og hidtil ukendt arbejdsgang for sygeplejersker som kan skabe utryghed. At frigive ordinationer man ikke selv skal benytte medfører en følelse af kompetenceskred, hvor sygeplejersken ved frigivelse af medicin har en oplevelse af at stå som ordinerende ressource. Det medfører i flere tilfælde, at sygeplejersken kun frigiver den medicin som skal benyttes, og undlader at frigive de resterende præparater til den aktuelle behandlingsfase, hvor en eller flere ordinationer forbliver signeret og tilbageholdt.

Delegeret ordinationsret til sygeplejersker

I flere afsnit er man efter transformationen til et nyt IT-grundlag nu opmærksom på afklaring af delegeret ordinationsret og procedure for telefonordinationer, så ansvaret for en ordination er entydig og sygeplejersken ikke står som selvstændigt ordinerende uden korrekt dokumentation.

Vidensdeling for personalebaseret viden om korrekt brug af Sundhedsplatformen

Personlige landvindinger indenfor forståelse af systemet og korrekt brug tager tid at få spredt indenfor egen afdeling eller personalegruppe. Det skyldes til dels at det tager tid for den enkelte at verificere, at et subjekt eller en arbejdsgang i systemet er opfattet korrekt, dels at der er sparsomme fora med tid og mulighed for deling til en større gruppe. Vidensdeling foregår derfor ofte på sidemandsniveau eller ved skriftlige vejledninger og opfordringer. Spredning udover eget afsnit eller personalegruppe er yderligere tidskrævende og kræver en større grad af organisering (som for eksempel den pågående opbygning og konsolidering af Superbrugerorganisationen på Rigshospitalet).

Manglende implementering og forankring af smerteregimer

Til trods for enighed om veldefinerede smerteregimer, så ses der udbredte udfordringer i forhold til forankring af aftaler og smerteregimer blandt personale og på afdelingsniveau igennem det perioperative forløb. Der opstår uregelmæssigheder og usikkerhed om selve regimens indhold såvel som aftaler, ansvars- og arbejdsdeling. Dette ses helt fra manglende ordination af smerteregimet eller ordination af forældet eller inkomplet smerteplan, til medicin der ikke ordineres, frigives og administreres korrekt i systemet. Manglende kendskab til standardbehandlingsplanen i de postoperative afsnit hindrer opmærksomhed på detaljen og dermed at eventuelle ordinationsfejl prompte bliver rettet gennem tværfaglig sparring. Udbredt usikkerhed omkring ansvarsfordeling for den postoperative smertebehandling virker flere steder hæmmende for, at smerteplaner tilrettes individuelt ved smerteproblematikker.

Patienter, der er insufficient smertedækket af faste smerteregimer

Trods veldefinerede postoperative smerteregimer oplever sengeafsnittene at der stadig er en del patienter, der har uforholdsmæssigt ondt. Der er varierende baggrunde for disse patientforløb. Udover tidligere nævnte problemstillinger, ses der patienter som smertemæssigt falder udenfor et fast procedure-eller afdelingsspecifikt regime. Det drejer sig om patienter med misbrug, patienter i vanlig fast opioidbehandling forud for operationen og en gruppe af opioidnaive patienter, hvor standarddefinerede doser ikke er sufficient. For disse patienter skal smerteplanerne korrigeres med hensyntagen til patientens smerteniveau og eventuelle vanlige smertebehandling eller misbrug, men i flere afdelinger forefindes ikke alternative strategier som adresserer dette, hvorfor det er individuelt om behandlingsregimet justeres eller hvordan det gøres.

Patientgrupper, hvor der ikke foreligger standard smerteregime

Der findes forskellige typer af smerteregimer. Dels procedurespecifikke smerteregimer knyttet til veldefinerede kirurgiske indgreb, dels niveau-specifikke smerteregimer, der ordineres på baggrund af konkret vurdering af kirurgiske insult (i flere afsnit klassificeret som "lille" eller "stort" smerteregime). Langt de fleste patienter falder ind under en af disse to tilgange til smertebehandlingen, men der er enkelte steder, hvor visse indgreb eller patientgrupper ikke som udgangspunkt får ordineret et regime, men individuelle ordinationer. Disse patienter har ofte større smerteproblematik i stamafsnittet postoperativt.

Diskussion

Der er rapporteret udfordringer forbundet med den perioperative smertebehandling i alle deltagende afsnit og klinikker. Der ses udfordringer igennem hele det perioperative patientforløb og blandt alle faggrupper, fra patientens første kontakt i afdeling eller ambulatorium, over indlæggelse, operation og postoperative forløb frem til udskrivelse.

Kvaliteten af den perioperative smertebehandling er som udgangspunkt udfordret ved transformation af vanlige smerteregimer fra et gammelt journalsystem til en ny it-plattform, for at smertebehandlingen uændret kan fortsætte i daglig praksis og på niveau med tiden før implementering af Sundhedsplatformen. Systemet har en fundamentalt anderledes struktur og funktionalitet for ordination, overblik og dokumentation af medicin og det er afgørende, at definerede arbejdsgange i SP følges. Fejlregistreringer eller uregelmæssigheder i et forløbsintegreret system har konsekvenser for præsentation og dokumentation senere i patientforløbet.

En så gennemgribende omstilling af ordinations-, bestillings- og dokumentationsgrundlaget for al personale medfører ikke blot problemstillinger i selve systemet, når det transformeres over i et nyt it-grundlag. Det medfører væsentlige afledte effekter i form af betydende (i nogle tilfælde endog kritisk) påvirkning af individuelle såvel som afsnitsrettede arbejdsgange, ansvars- og opgavefordeling.

Der ses udbredte og varierende udfordringer for den enkelte medarbejders kompetencer for brug af systemet og kendskab til værktøjer og fast definerede Work flows. Manglende klarhed omkring definerede arbejdsgange og dokumentation i SP medvirker til uhensigtsmæssigheder, fejl og manglende registrering i systemet. De enkelte klinikere fremfører, at det kan være vanskeligt at få den påkrævede support for specifikke detailprægede problemstillinger i relation til medicinering og patientforløb, da videns- og erfaringsgrundlaget for hjælp og support endnu er personafhængigt og under opbygning, også på højere niveau i organisationen.

Afdelingerne oplever endnu ikke at være i mål med tilretning af og adoption af helt nye arbejdsgange i forhold til dokumentation og registrering, hvor der udover tidligere kendte dokumentationsopgaver også er tilkommet nye hidtil ukendte definerede handlinger i patientjournalen. Et nyt aspekt ved dokumentation i et integreret system er korrekt timing for dokumentation af de forskellige personalegruppers opgaver i forbindelse med en specifik aktivitet, som ikke tidligere har været af betydning i forløbet.

Med udgangspunkt i det adspurgte personales erfaringer og vurderinger vurderes, at de skitserede udfordringer ved arbejde og dokumentation i Sundhedsplatformen medfører høj risiko for individuelle såvel som afsnitsbaserede omgåelser af fast definerede Work flows og fagligt ubegrundede afvigelser i smertebehandlingen. Disse afvigelser påvirker patientsikkerhed og behandlingskvalitet uhensigtsmæssigt og hindrer harmonisering af det kliniske arbejde og forenkling af dokumentationen omkring patientforløbene.

Tidligere velfungerende kvalitetstiltag på smerteområdet kan ikke umiddelbart føres videre på tilsvarende niveau uden justering og transformation til den nye platform med ibrugtagning af nye

strukturerede dokumentationsværktøjer, på et tidspunkt hvor de afsnitsorienterede såvel som personlige kompetencer og fortrolighed med systemet stadig er under konsolidering.

Manglende tværfaglig implementering og forankring af fast definerede smerteregimer påvirker kvaliteten af smertebehandlingen trods veldefinerede og velfungerende smerteplaner. Uklarheder forplanter sig igennem det postoperative forløb og vanskeliggør ensretning og forenkling af afsnittenes arbejdsgange. Personalet ser manglende viden og uklare arbejdsgange som hæmmende for samarbejdet omkring patienten, hvilket hindrer detektion af forkerte eller manglende ordinationer og adækvat opfølgning på patienter, som er suboptimalt behandlet. Med uensartet forståelse for smerteregimerne opstår der uklarhed omkring hele patientforløbet, afdelingernes strategier, aftaler og ansvarsfordelingen omkring den postoperative smertebehandling.

Størstedelen af de kirurgiske patienter er underlagt et veldefineret perioperativt smerteregime, enten procedure-eller afdelingsspecifikt. Personalet oplever dog jævnligt, at smerteplaner ikke foreligger i deres korrekte form i Sundhedsplatformen og dermed ikke administreres i sin helhed eller i overensstemmelse med det fast definerede regime.

Alle afsnit oplever varierende grad af patientforløb med suboptimalt postoperativ smertedækning på de korrekt ordinerede smerteregimer, oftest patienter med misbrug, patienter i fast vanlig opioidbehandling forud for indgrebet eller patienter, hvis smertemæssige behov falder udenfor rammerne af de fast definerede smerteregimer. De fleste afdelinger mangler definerede strategier for tilpasning af smertebehandling og begrundet valg af behovsordinationer til disse patienter.

Det skal understreges, at undersøgelsen baserer sig på udvalgte personaler i de respektive afsnit og deres subjektive vurderinger. At udfordringer fremdrages og beskrives er således ikke nødvendigvis ensbetydende med at det berører alle patienter eller er decideret obstruerende for alle patientforløb. Hvor det omkring enkelte problemstillinger kun omhandler en mindre del af patienterne i et afsnit, så har det stor daglig betydning for personalet.

Afsnittene har arbejdet målrettet med lokal vidensdeling omkring selve systemet, gennemgang af patientforløb i forhold til afklaring af definerede arbejdsgange i Sundhedsplatformen og tilretning af afsnitsbaserede arbejdsgange. Afdelingerne har trukket på IT-eller SP-kyndige ressourcepersoner for at løse SP-baserede problemstillinger eller spørgsmål, og justeret arbejdsgange for bedre at planlægge og dokumentere hverdagens patientorienterede opgaver. Brugertilpasning er blevet adopteret og tænkt ind i alle afdelinger og med stor positiv effekt på det daglige arbejde og definition og udbredelse af de procedure-eller afdelingsspecifikke smerteregimer. De oplever trods en prioriteret indsats stadig udfordringer i patientforløbene samt ultimativt patienter, som helt eller delvist ikke modtager den planlagte/tilsigtede smertebehandling eller er suboptimalt smertedækkede postoperativt.

Konklusion og perspektivering

Generelt viser denne undersøgelse, at flere patienter ikke modtager sufficient perioperativ smertebehandling, trods tilstedeværelse af standardregimer for stort set alle afdelinger eller procedurer. Disse patienter modtager enten ikke den tilsigtede behandling i sin fulde form, eller er ikke sufficient smertedækkede indenfor rammerne af det ordnede standard smerteregime.

Sammenfattende kan vi konkludere, at der efter implementering af Sundhedsplatformen ses udbredte udfordringer på flere niveauer og blandt alle faggrupper i de deltagende afdelinger. Med baggrund i vores resultater vurderes at der formentlig er tilsvarende udfordringer på Rigshospitalet generelt.

Gennemførelsen af en veldefineret perioperativ smertebehandling udfordres på flere niveauer i den kliniske organisation. Der udspiller sig et komplekst samspil mellem it-systemet og dets funktionaliteter, individuelle kompetencer og forståelse for arbejdsgange i systemet, afdelingsbaseret adoption og tilpasning af arbejdsgange samt tilstedeværelsen af tværfagligt forankrede og veldefinerede smerteregimer og behandlingsstrategier for alle patienter.

I selve it-systemet har integrationen med FMK vist sig specielt udfordrende for klinikerne og bliver fremhævet i alle afsnit. Ligeledes rapporteres bredt, at de visuelle præsentationer af medicin, medicinordinationer og administration i MDA og oversigtsmoduler, ikke understøtter overblik over medicinering eller smidige arbejdsgange. Udover systembaserede udfordringer, oplever afdelingerne varierende kombinationer af udfordringer i relation til deres specifikke patientforløb, arbejdsgange og smerteregimer.

De beskrevne udfordringer kan afhjælpes ved målrettet indsats i systemet og på forskellige niveauer i organisationen. Dels ved tilretninger og forenklinger i selve IT-plattformen, dels ved struktureret gennemgang af smerteregimer og deres transformation til Sundhedsplatformen. På afdelingsniveau vil en forbedringsindsats med tilpasning af individuelle og afsnitsrettede arbejdsgange samt forløbsbaseret tværfaglig forankring af smerteregimer kunne afhjælpe personalets udfordringer, ideelt set støttet af såvel SP-kyndige som smertefaglige ressourcepersoner.

Afhjælpning af de beskrevne udfordringer vil medvirke til kvalitetssikring af den perioperative smertebehandling i sin helhed, både på kort og på længere sigt. Suboptimal postoperativ smertebehandling reducerer den patientoplevede kvalitet af hele forløbet og forlænger ydermere indlæggelsestiden unødvendigt med øgede udgifter til følge.

Fokuserede indsatser på individuelt, afdelings-og systemniveau vil bidrage positivt til opfyldelse af udvalgte driftsmålskrav og dermed den ønskede gevinstrealisering ved implementering af Sundhedsplatformen.

Afhjælpning af personalets udfordringer og tvivlspunkter omkring overblik og dokumentation i Sundhedsplatformen vil formentlig bidrage betydeligt til personalets vurdering af systemets funktionalitet og oplevelse af brugerfladen.

Videns-og erfaringsdeling af mulige løsninger og løsningsmodeller på tværs af centre og klinikker vil bidrage betydeligt til harmonisering og konsolidering af organisationens samlede vidensniveau. Det vil fremme udbredelse af de mest hensigtsmæssige arbejdsgange såvel i Sundhedsplatformen som på individuelt og afdelingsmæssigt niveau.

Anbefalinger

Der kan ikke defineres en enkelt entydig løsning udover generel afklaring af tekniske systembaserede og bredt oplevede udfordringer. Hertil synes en gennemgang i de enkelte afdelinger eller klinikker den mest oplagte løsningsmodel for tilpasning til individuelle forhold. Rigshospitalet er karakteriseret ved en stor andel af specialiserede forløb, indgreb og patienter, hvilket kan udfordre systemets fleksibilitet og kræver afdelingsspecifikke tilpasninger af arbejdsgange, smerteregimer og behandlingsstrategier.

Med udgangspunkt i rapportens fund fremdrages nedenfor skitserede anbefalinger.

Tilretning indenfor selve it-platformen

Uklare eller uhensigtsmæssige definerede arbejdsgange i SP omkring FMK og overføring af medicin til Sundhedsplatformen skal præciseres og om muligt forenkles.

Funktionaliteten af MDA skal smidiggøres, så mængden af klik og tidsmæssige begrænsninger i forhold til dispensering reduceres.

De visuelle løsninger omkring medicinering og MDA bør tilrettes, så de understøtter sikkert overblik over al medicin, på tværs af tid, behandlingsfaser, patientstatus og forskellige former for tilbageholdelse, med afklaring af terminologi og layout.

Oprettelse af et arbejdsniveau/loginprofil på afdelingsniveau interponeret mellem SP systemniveau og det personlige niveau/login, hvor klinikere under kontrolleret tildelt adgang kan arbejde med og dele fælles regimer på afdelingsniveau, for at sikre smidig kontinuitet af afdelingernes tilpassede profiler over tid og personaleudskiftning.

Automatisk substituering af udgåede præparater i brugerdefinerede præferencelister og SP-bestillings-og ordinationssæt, eller advarsler herom.

Indsættelse af automatisk systembaseret frigivelse af ordinationer når den ordinerede behandlingsfase er nået vil afhjælpe de massive udfordringer som alle afdelinger i form af forenklede arbejdsgange og bedret overblik over medicinering.

Tilretning i Sundhedsplatformens udformning og funktionalitet foregår i Sundhedsplatformens regi, men bør fortsat ske i samarbejde med hospitalerne, hvor brugerne også er repræsenterede, gerne via superbrugerorganisationen.

Øget brugerkompetence og klinisk læring omkring hensigtsmæssig brug af systemet

Afklaring og instruktion i de systembaserede arbejdsgange omkring medicinering, smerteregistrering og øvrige funktionaliteter i systemet som stadig udfordrer personalets arbejde. Dels ved udarbejdelse af konkrete vejledninger og promovning af allerede udsendte vejledninger på afdelingsniveau. Dels ved fokuseret instruktion, undervisning eller workshops for nøglepersoner i de enkelte afsnit. Udfordringernes karakter varierer fra afdeling til afdeling og adresseres optimalt som del af integrerede forbedringsprojekter, hvor behovet identificeres i samarbejde med de enkelte afsnit og afdelinger.

Tilpasning af arbejdsgange og rutiner i de enkelte afsnit

Tilpasning af allerede definerede såvel som adoption af nye arbejdsgange er påkrævet for optimal udnyttelse af systemet og afklaring af arbejdsfordeling i relation hertil. Det opnås ved struktureret gennemgang af patientforløb i de enkelte afdelinger støttet af SP-ressourcepersoner, eller som integreret del af afdelings-og afsnitsbaserede forbedringsprojekter.

Gennemgang og justering af smerteregimer og behandlingsstrategier

For de patientgrupper, hvor der ikke foreligger et smerteregime eller behandlingsplan, vil et defineret smerteregime være et stort løft for smertebehandlingen.

For de patienter der falder udenfor de definerede regimer (smerter trods behandling ifølge det definerede regime) er der behov for udarbejdelse af strategier for supplerende ordinationer (behovsordinationer).

For Patienter i vanlig fast opioidbehandling og patienter med misbrugsproblematikker er der behov for en samlet tværfaglig specificering af behandlingsstrategierne suppleret med konkrete værktøjer og eventuelt non-farmakologiske tiltag, udmøntet på afdelingsniveau eller klinikniveau.

Det smertefaglige arbejde bør som minimum støttes af smerteressourcepersoner, smerteenhed eller integreres i samlede forbedringsprojekter i de enkelte afdelinger med deltagelse af smerteressourcepersoner.

Tværfaglig forankring af smerteregimer

For optimal effekt af procedure-og afdelingsspecifikke smerteregimer kræves at regimerne er fuldt implementeret i klinisk praksis. En gennemgående implementeringsindsats på afdelingsniveau for at forankre smerteregimer og behandlingsstrategier igennem hele det perioperative forløb for alle involverede faggrupper er oplagt, herunder afklaring af grænseområder og ansvarsoverdragelse, udarbejdelse af visuelle værktøjer og mulig brug af tavleværktøj. Der anbefales klart forbedringsprojekter støttet af ressourcepersoner med erfaring indenfor projektstyring til dette formål.

Enhed for Akut Smertebehandling kan bidrage til løsning

EAS kan flytte viden om smertebehandling i Sundhedsplatformen på tværs af organisationen, og øge det tværfaglige og tværcentorielle samarbejde og forståelse omkring den perioperative smertebehandling. Optimalt set og i praksis ved gennemførelse af individuelt tilpassede forbedringsprojekter i de enkelte klinikker.

Igennem integrerede projekter kan EAS adressere de beskrevne behov for øget brugerkompetence, tilpasning af arbejdsgange på afdelings-og afsnitsniveau, gennemgang af smerteregimer og behandlingsstrategier samt tværfaglig implementering og forankring af afdelingens smertebehandling. EAS kan ikke foretage tilretninger i selve Sundhedsplatformen, men bidrage til dette arbejde med viden og erfaring fra tværsnitsundersøgelsen og det detaljerede projektarbejde i de enkelte afdelinger.

Et forbedringsprojekt integrerer såvel smertefagligt som systembaseret arbejde. Projektet baseres på struktureret gennemgang af smertefaglige behandlingsstrategier, forløbsgennemgang og afklaring af hindringer, ansvar og ansvarsoverdragelse, adoption og tilretning af afsnitsbaserede

arbejdsgange samt implementering og tværfaglig forankring af smerteplaner igennem hele patientforløbet. Det systembaserede arbejde omkring smerteplanernes udformning i Sundhedsplatformen og afklaring af de mest betydende systemdefinerede arbejdsgange for de involverede personalegrupper integreres som en naturlig del af projektet.

Forbedringsprojekterne defineres i samarbejde med de enkelte klinikker og afdelinger med udgangspunkt i afdelingernes specifikke behov, støttet af tværsnitsundersøgelsens fund. EAS faciliterer, monitorerer og ser projekterne igennem til fuldførelse, og der aftales opfølgning i henhold til afdelingernes behov.

Tidsrammen for de individuelle projekter er individuelt og afhængig af tyngden i de enkelte projekter, men varierer mellem 4-7 måneder, inklusiv primær opfølgning.

EAS kan støtte flere projekter serielt og derved udnytte muligheden for at dele viden og erfaring bredt igennem alle projektfaser.

Hvilke udfordringer har/har I haft under sundhedsplatformen der har relation til den perioperative smertebehandling?

(f.eks problemer med arbejdsgange(strukturelt såvel som i Sundhedsplatformen), ordinationer der folder forkert ud i SP, dobbeltordinationer, præmedicin, manglende eller inkomplette ordinationer, ansvarsfordeling for opgaver, manglende koordination i klinikken...)

Hvilke løsninger har I valgt, som andre kunne have gavn af?

Har I fase-specifikke udfordringer i relation til den perioperative smertebehandling?

- Præoperativt:
 - Hvem ordinerer?
 - Andet?
- Peroperativt:
 - Hvem ordinerer?
 - Andet?
- Postoperativt:
 - Hvem ordinerer?
 - Andet?

Hvilke smertebehandlingsregimer har I; fungerer de i Sundhedsplatformen og er de opdateret i VIP?

Har I patientgrupper med smerteudfordringer?

(Kroniske smertepatienter, misbrugere, specifikke indgreb, behov for dynamiske smertebehandlingsalgoritmer eller andre behov?)

Enhed for Akut Smertebehandling



Overlæge

Bitten Dybdal

3545 1294

**Bitten.dybdahl
@regionh.dk**



**Projekt-
sygeplejerske**

Birgitte Bjerre

3545 8653

**Birgitte.bjerre
@regionh.dk**

Enhed for Akut Smertebehandling er en tværgående enhed på Rigshospitalet, der målrettet arbejder med forbedring af den perioperative smertebehandling på Rigshospitalet. Arbejdet baseres på forskellige tiltag som bidrager til at øge viden og handlemuligheder indenfor smertelindring af den opererede patient, hvormed der kan tages stilling til den enkelte patients specifikke behov. Enhedens arbejde tager udgangspunkt i et tæt samarbejde med klinikerne og de udfordringer indenfor smertebehandling som opleves i hverdagen. Derfor er vores dør altid åben for nye tiltag/ideer, der kan styrke den perioperative smertebehandlingen på Rigshospitalet.

EAS hjælper i forbedringsprojekter med at identificere forhindringer og ressourcer i klinikken omkring smertebehandling, samt fastholder forandringsprocessen således at nye tiltag kommer fra idé til forankring i hverdagen.

Enhedens tilgang er helhedsorienteret, baseret på høj faglighed, arbejdsgangsanalyser og tværfagligt samarbejde. Forbedringsprojekter omhandler såvel procedure- som afsnits- og kliniks specifikke smerteregimer – altid med udgangspunkt i at de bedste løsninger findes patientnært og sammen med dem, der skal bruge det i hverdagen.



Rigshospitalet



Enhed for Akut Smertebehandling
Rigshospitalet