

Implementeringsplan for indusert sputum prosedyren.

- Etter å ha blitt godkjent av avdelingsledelsen, legges prosedyren inn i elektronisk kvalitetshåndbok (EK), og forventes å bli tatt i bruk på hele avdelingen. Gammel prosedyre slettes og erstattes av den oppdaterte og kunnskapsbaserte prosedyren.
- Selv om man lager gode retningslinjer og prosedyrer, betyr ikke det at de nødvendigvis blir brukt. Ved samarbeid i utforming av ny prosedyre har man involvert representanter for de som skal bruke prosedyren og gjøre den anvendelig i praksis. Tuberkulosekoordinator som var med i arbeidsgruppen, får derfor ansvaret for opplæring av kolleger på sitt arbeidssted.
- Tuberkulosekoordinator registrerer tilbakemeldinger etter hvert som prosedyren implementeres i praksis. Tilbakemeldingene vil bli tatt opp til vurdering når fagprosedyren skal oppdateres. Man planlegger oppdatering om 2 år, men vil selvsagt gjøre det tidligere hvis det kommer forskning som vil medføre endringer i fagprosedyren.

Implementering

- Prosedyren var ferdig og godkjent ledelsen på tuberkulose-poliklinikken HUS i januar 2014. Prosedyren ble valgt som et av flere fokusområder for lungeavdelingen denne våren. Den ble lagt ut i EK i april 2014.
- I løpet av mars 2014 ble den sendt ut på høring til andre avdelinger rundt om i Norge der indusert sputum brukes som prosedyre ved diagnostisering og kontroll av tuberkulose.
- Forskning viser at mange forskjellige tiltak i en implementeringsprosess kan ha effekt på i hvilken grad en ny prosedyre medfører endring i praksis, men at endringene ofte er små. Det som synes spesielt viktig er at anbefalingene i den nye prosedyren er anvendelig og tilpasset de lokale ressursene og barrierene. Vi vet at ikke alle har «sputumrom» med anbefalt avtrekk og muligheter for UVC stråling i etterkant av prøvetakningen. Å informere om at lokal tilpassing av anbefalingene må gjøres og er lov inntil en viss grad, blir det derfor viktig å fokusere på.