

Status arbeid Strålevernskoordinatorerne i Helse Sør-Øst

Presentert av Bente Konst
Novembermøtet 21/11-2019

Hvem er vi?

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst samt ideelle sykehus Helse Sør-Øst har forpliktende samarbeid med.

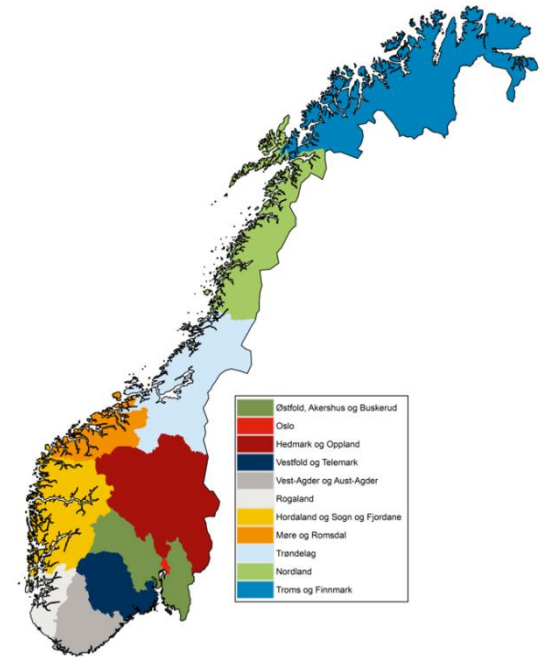
Alle møter: Ahus, Oslo Universitetssykehus, Vestfold, Innlandet, Telemark, Østfold, Sørlandet, Diakonhjemmet, Lovisenberg

Ved fysiske møter inviteres også: Betanien, Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Sunnaas



Hvem er vi?

- Bente Konst, Sykehuset i Vestfold
 - Brede Randen, SIHF, Hamar
 - Camilla Lunder Jensen, A-hus
 - Ellen Moe, Martina Hansens Hospital*
 - Emil Kostovski, Sunnas sykehus*
 - Hanne Henriksveen, SIHF, Gjøvik
 - Helene Heier-Baardson, Sykehuset Østfold
 - Jostein Flata, Reumatismesykehuset*
 - Iren Larsen Bårøy, Sykehuset i Telemark
 - Mina Heggelund, Diakonhjemmet*
 - Navid Khosravi, Lovisenberg
 - Steinar Tveiten, Sørlandet sykehus
 - Tanja Østgård Holter, OUS
 - Wenche Elvsveen Meisingset, Vestre Viken
- *) Deltakere som ønsker å være med på de fysiske møtene.



Arbeidsform/møter siden sist:

- I juni fysisk møte i Drammen
- 9 møter i Lync, Cisco Meeting
- Ruller på hvem som er ansvarlige for å sette opp agenda, referat i Word og Excel

- Utallige E-post utvekslinger

Saksliste - temaer 2019

- Avvik: felles kategorisering av strålevernsavvik
- Beredskapsplaner: brann og røntgen, radioaktivitet og MR
- Bismuth/Vismut
- Bruk av verneutstyr
- Dosemonitorering
 - Regional anskaffelse av doseovervåkningssystem
 - Dialogrunde med 4 leverandører så klargjøring av kravspek.
 - Søknad om utsettelse fra HSØ sendt DSA
- EI-verdier
- Ekstravasal injeksjon ved nukleærmedisin
- E-læring

E-læring

- E-læring for nukleærmedisin og lasere er publisert.
- Disse er til høring:
 - HSØ - Strålevern - *Generell del*
 - HSØ - Strålevern ved konvensjonell røntgen
 - HSØ - Strålevern ved CT
 - HSØ - Strålevern ved gjennomlysning, angiografi og intervensjon
 - HSØ - Strålevern ved mammografi
- Disse arbeides det med:
 - Stråleterapi
 - MR
 - Ikke yrkeseksponerte

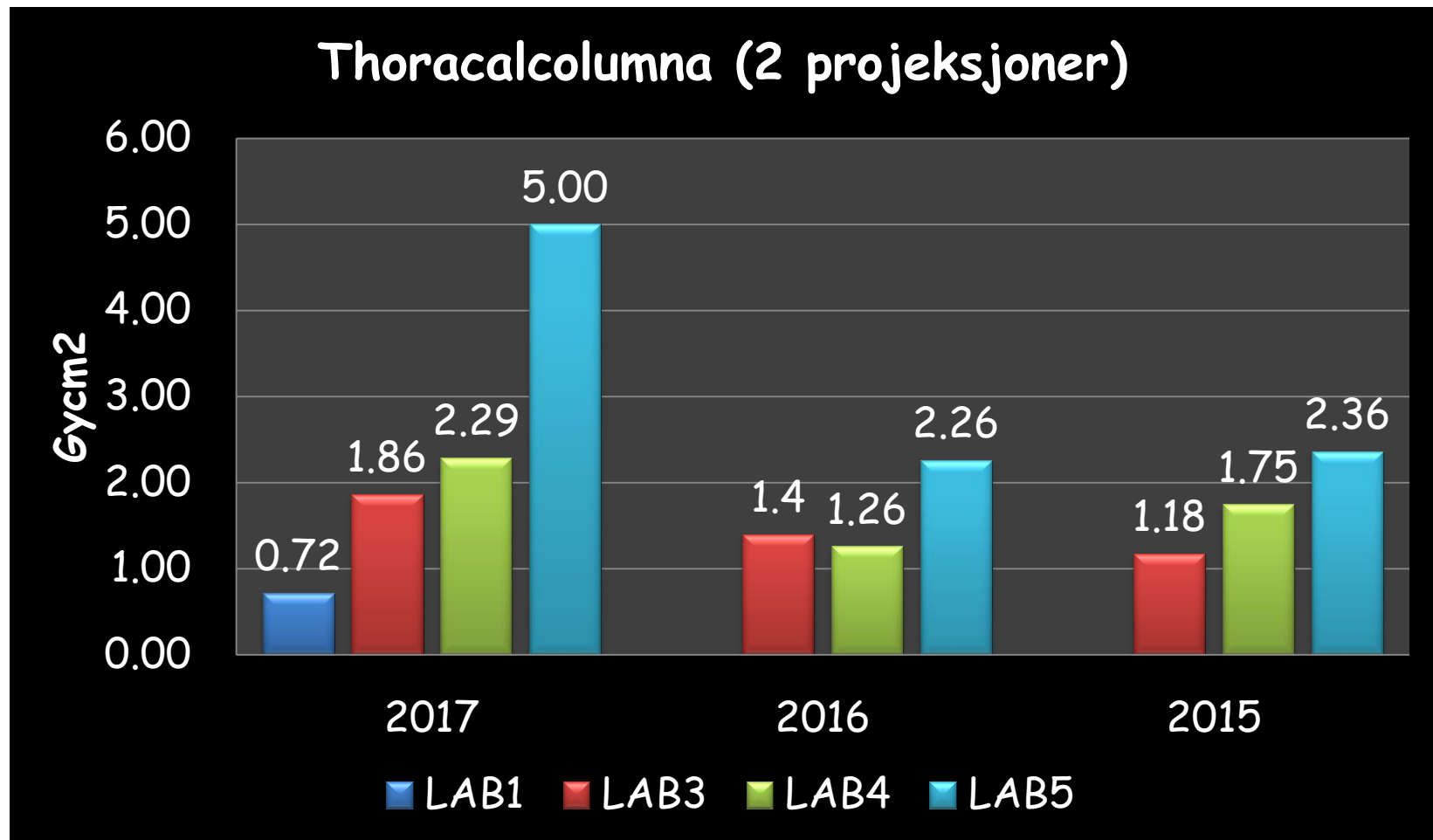
Saksliste - temaer 2019

- Elektronisk meldesystem (EMS)
 - Riktige tilganger fra DSA slik at man kan systematisere meldingene for ulike avdelinger. (MEDUSA versus EMS)
- Høye pasientdoser
 - Oppfølging pasient
 - DSA skal ha beskjed ved beregnet huddose over 8 Gy til pasient.
 - Tiltak for barn ved 1/10 av voksendosen for huddose?
- Kliniske revisjoner
 - Kvalitetsledere hadde møte 13. juni i HSØ.
- Laser
 - Laserbriller

Saksliste - temaer 2019

- Radon:
 - Sporfilm og livemåling.
- Regional anskaffelse av strålevernutstyr
 - Jobber med kravspesifikasjon for rammeavtale
- Representative doser
 - Pasientdoser versus standard protokolldoser
- Yrkesdoseregister
 - Data ut 2017 for noen?
- NPR (norsk pasientregister) og aktivitetsdata (frist 1/1-2020) versus dosedata som skal til NPR/DSA (frist 1/1-2020 eller ???)

Representative doser: Eksempler fra SiV



LAB 5 gj.snitt 6, median 5 (2-10 bilder)
 LAB 3 gj.snitt 3.8, sd 6.6 median 1.8 (2-13 bilder)

Projeksjoner:

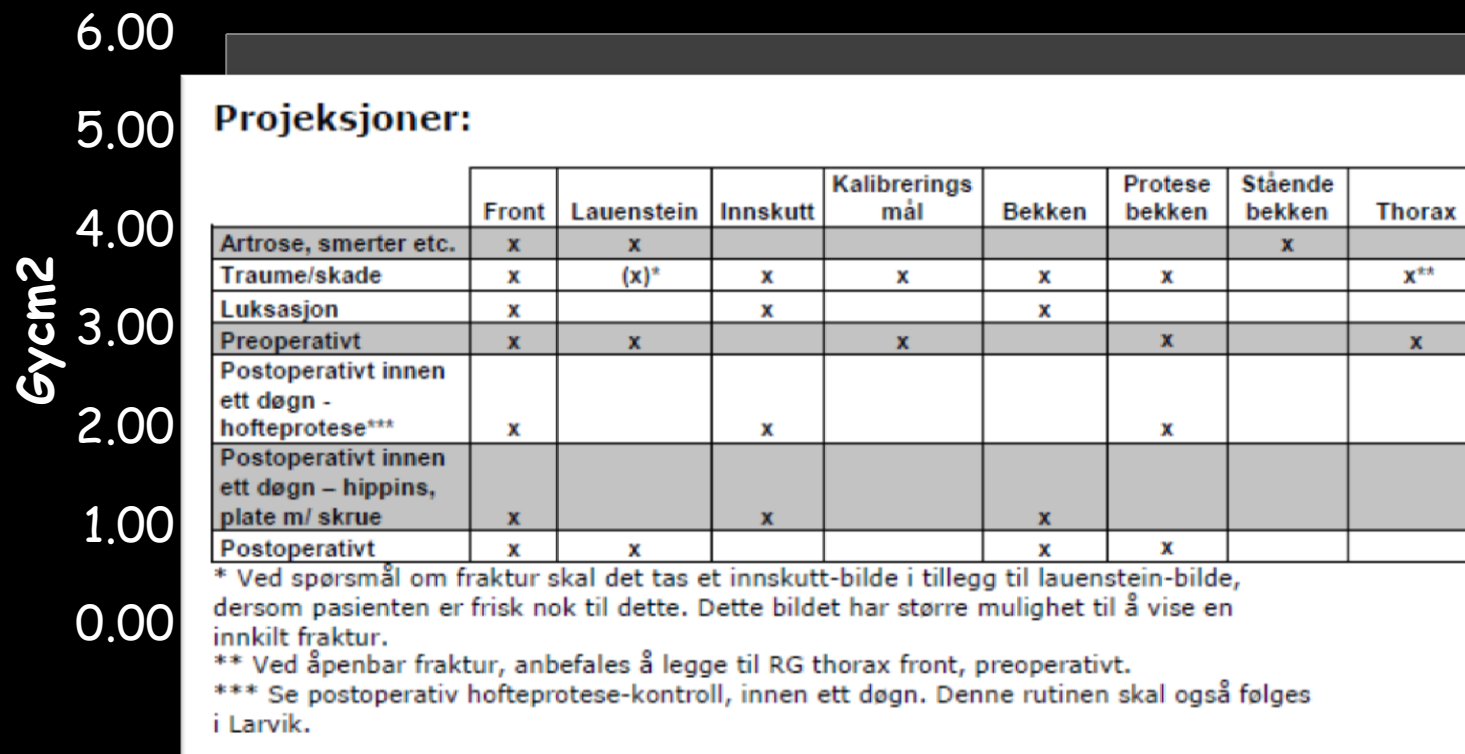
	Front	Side	Overgang	Crawl
Smerte, traume	x	x	(x)**	(x)*
Anomalier, deg.forandr.	x	x	(x)**	

* Tas dersom C7-TH3 skal fremstilles

** Supplèr med dette bildet dersom overgang ikke er godt fremstilt

2018 NRV: 2 Gycm², denne gjelder hofte 1 side, innskutt bilde NCRP kode SNF00AA

Hofte (2 projeksjoner)



13

■ LAB1 ■ LAB3 ■ LAB4 ■ LAB5

LAB 5 gj.snitt 3.7, sd 3.6,
median 2.4 (2-4 bilder)

Veileder versus strålevernrapport 2018:3

STRÅLEVERN RAPPORT 2018:3

Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR-apparatur

Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling

Revidert januar 2018

Representative doser i Norge - 2017

Innrapportering, revisjon og etablering av nye nasjonale referanseverdier

Tabell B 5-2: Omregningsfaktorer fra DAP til Effektiv dose for konvensjonelle røntgenundersøkelser av voksne (referanse 8).

Undersøkelse	Omregningsfaktor [mSv/Gycm ²]
Urografi	0,18
Thorax	
Ls-columna	
Thoracalcolumna	
Pelvis	
Abdomen	
Colon DK	
Coronar angiografi	0,2

Tabell B 5-3: Omregningsfaktorer fra DLP til Effektiv dose for CT undersøkelser (referanse 9).

Undersøkelse	Omregningsfaktor [mSv/mGycm]				
	0 år	1 år	5 år	10 år	Voksne
CT					
CT					
CT					
CT					
CT abdomen og pelvis	0,049	0,030	0,020	0,015	0,015
CT urografi	-	-	-	-	0,015 *
CT colon	-	-	-	-	0,015 *
CT lumbalcolumna	-	-	-	-	0,015 *

* Antatt omregningsfaktor

Tabell 31: Beregnede effektive doser ved ny nasjonal referanseverdi for undersøkelser med dose angitt i dose-areal produkt [Gycm²].

Undersøkelse	Ny NRV	Omregningsfaktor [mSv/Gycm ²]	Effektiv dose [mSv]
Thoracalcolumna	2,5	0,19	0,5
Lumbo-sacralcolumna	6	0,21	1,3
Thorax	0,45	0,18	0,1
Pelvis	1,7	0,29	0,5
Pyelostomi	7	0,26 *)	1,8
			4
			10
			12
			15

Tabell 32: Beregnede effektive doser ved ny nasjonal referanseverdi for undersøkelser med dose angitt i dose-lengde produkt [mGycm].

CT undersøkelse	Ny NRV [mGycm]	Omregningsfaktor [mSv/mGycm]	Effektiv dose [mSv]
Caput	950	0,0049	4,7
Cervicalcolumna	350	0,0107	3,7
Thorax m/ kontrast	350	0,0204	7,1
Urografi - nematurit/tumor	1500	0,0171	22,2
Urografi - steinproblematikk	250	0,0171	4,3
Hjerte	200	0,026	5,2

*) Antatt overgangsfaktor

Det vil komme ny veileder med nye overgangsfaktorer

Det vil komme tillegg til forord i rapporten

Stråling og risikokommunikasjon

- Kommunikasjon med pasienter/befolkning
 - Er det grunnlag for å si at røntgen gir akutte stråleskader/kreft
 - Skille befolkning og enkeltindivider
 - Greit å rangere sykehus etter dose i media, men ikke på Novembermøtet?
- Kommunikasjon med fagmiljøet
 - Opplever at DSA gjentar faktafeil i Sykepleien og Dagens Medisin
- Resultat:
 - Svekket tillitt mellom fagmiljøet og DSA
 - Skremme pasienter (feil prioritering) og fagmiljøet (fortielse)

Møte mellom DSA og 4 strålevernkoordinatorer fra HSØ

- 3 HF stilte spørsmål ved DSAs måte å kommunisere risiko og strålevernrapporten om representative doser

Formidling av helserisiko forbundet med røntgenundersøkelser og intervensjonsprosedyrer:

- DSA legger til grunn i sin forvaltning at lave stråledoser gir en svært liten helserisiko for den enkelte pasient, men at den lave helserisikoen på individnivå likevel kan omsettes til en ikke neglisjerbar risiko på befolkningsnivå (LNT-modellen). Stråledosene ved de fleste røntgenundersøkelser er svært lave, og risiko for enkeltpasienter er generelt veldig lav.
- DSA er også opptatt av å formidle at risikoen for den enkelte pasient er lav ved røntgenundersøkelser. Vi har evaluert egne informasjonssaker og vil være enda mer bevisste på dette budskapet i fremtiden. DSA jobber kontinuerlig med å lage gode informasjonssaker med et balansert budskap.
- Virksomhetene er pålagt gjennom bestemmelser i strålevernregelverket og annen helselovgivning å gi pasienter balansert informasjon om hensikt, mulig risiko og bivirkninger av undersøkelser og behandling, slik at pasientene kan ta informerte valg. DSA er trygg på at virksomhetene legger til rette for at relevant helsepersonell i virksomhetene kan gjøre dette på en forsvarlig måte.

- Etter at denne rapporten ble publisert, har DSA fått informasjon om at virksomhetene har rapportert inn stråledoser etter ulik fremgangsmåte. Enkelte virksomheter har rapportert inn stråledose fra alle bilder som er tatt ved en undersøkelse av en pasient (også mislykkede bilder som er kastet og ikke benyttet til å belyse klinisk problemstilling), andre har begrenset rapporteringen til bildene som faktisk ble benyttet. Dette gjelder for de diagnostiske referanseverdiene for konvensjonelle røntgenundersøkelser fremstilt i tabellene 1-7.
- DSA ser i ettertid at det har vært rom for å tolke metoden for innrapportering av representative doser ulikt. På bakgrunn av dette har DSA lagt inn et tillegg til forord i Strålevernrapport 2018:3. Vi vil videre sørge for å formidle en tydelig fremgangsmåte neste gang DSA samler inn representative doser for samme formål fra virksomhetene.

Når har et sykehus høye doser?

- Høye doser ved et par labor (gamle/nye)?
- Høye doser på alle labor innen en modalitet?
- Høye doser for alle modaliteter?

- Hvor ensartet og kvalitetssikret blir det med NPR meldinger basert på Doseovervåkningsssystemer?

- Hvordan kommuniser og publisere det?

Takk for oss!

"Do you have a tendency to overreact to bad news? Do you ever blame the messenger? Do you ever fly off then handle when you learn of some indiscretion and then explode a bunch of relationships your team members have worked hard to build? Whether you realize it or not, you may be creating an environment where your team feels you can't handle hearing the true.

... many managers aren't getting the full truth from their team members More likely, they get half-truths, packaged messages and qualified news. At worst, they get lies and omissions.. ...

If your team can't tell you the truth, you have no chance for long term success. Zero chance." brendanreid.com nov 2019