



Riktlinjer för kvalitetsarbetet vid
Karolinska Universitetssjukhuset
Mål 2008



Fundamentet i vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är vår värdegrund. Detta har på ett förtjänstfullt sätt beskrivits i ”Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” (2002). Värdegrunden beskriver ett förhållningssätt och arbetsmetod för hälso- och sjukvården. I enlighet med den och bl.a. Socialstyrelsens och SLL:s krav, arbetar vi med att vården är 1) kunskapsbaserad och ändamålsenlig, 2) säker, 3) patientfokuserad, 4) jämlik, 5) effektiv och 6) utförs i rimlig tid.

I våra ”Riktlinjer för Kvalitetsarbetet...” fördjupar och utvecklar vi vissa av dessa kvalitetsområden. Vi sätter upp årsvisa mål, följer upp resultaten och sätter in förbättringsåtgärder. Årets riktlinjer är som tidigare ett resultat av mångas medverkan och konstruktiva förslag från verksamheterna. Syftet med vårt dokument är att ge stöd för kvalitetsarbetet under 2008.

Karolinska Universitetssjukhuset, oktober 2007

Erna Pettersson
Chefläkare

Marie-Louise Orton
Omvårdnadschef

Innehållsförteckning

PDSA-modellen.....	6
1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.....	7
1.1. Evidensbaserad Vård (EBV)	7
1.2. Kvalitetsregister	11
1.3. Trycksår, prevention och behandling	13
2. Säker vård.....	16
2.1. Avvikelsehantering och händelseanalys, riskanalys	16
2.2. Dokumentation i patientjournalen	21
2.3. Läkemedelshantering	23
2.4. Nutrition	27
2.5. Samordnad vårdplanering	32
2.6. Vårdrelaterade infektioner (VRI), prevention	34
3. Patientfokuserad vård.....	37
3.1. Patientenkät	37
3.2. Smärta, smärtbehandling	39
4. Effektiv vård	41
4.1. Operationer, sent inställda	41
5. Årsplan 2008	43

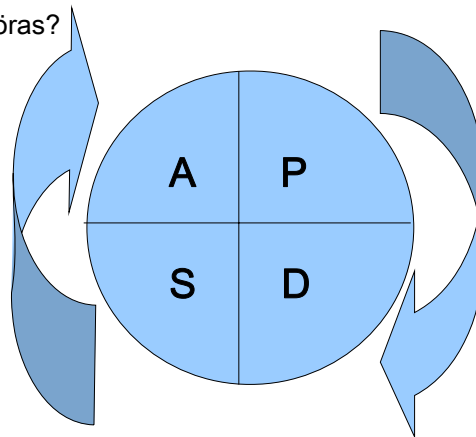
I vårt ständiga förbättringsarbete följer vi PDSA-modellen

4. Act-Agera

Vilka förändringar bör göras?
Hur gå vidare?
Nya mål

3. Study-Analysera

Slutför analysen
Jämför resultaten med
planeringssyften
Sammanfatta vad Ni lärt Er



1. Plan-Planera

Planera hur förändringen skall
genomföras.
Vad är syftet?
Vad skall göras? Vem gör vad?
När skall det göras?
Var skall det göras?
Vilka data skall samlas in?

2. Do-Utför/Testa

Genomför
Dokumentera resultat
Dokumentera
problem
Börja analysera

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

1.1. Evidensbaserad Vård (EBV)

Arbetsgrupp: *Ann Ödlund Olin, Eva Bergdahl Vikman, Åsa Dederling, Susanne Guidetti, Eva Johansson, Jörgen Nordenström, Marie-Louise Orton, Erna Pettersson, Johan Thor.*

Begreppet ”Evidensbaserad vård” (EBV) används här synonymt med ”kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård”.

EBV innebär att man utifrån sin kliniska expertis väger samman en patients unika förutsättningar och preferenser med bästa tillgängliga vetenskapliga evidens för nyttan av olika åtgärder, när man utformar vården (1). EBV är centralt för sjukhusets förmåga att bedriva en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig och för att uppnå bästa möjliga vårdresultat.

Evidensbaserad hälso- och sjukvård kan beskrivas både som ett förhållningssätt och en process (2). Förhållningssättet innebär en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. EBV-processen innebär att systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, värdera och tillämpa de befintliga forskningsresultaten (2). I vårdsituationer integreras det vetenskapliga underlaget med klinisk erfarenhet. Tillämpningen av vetenskaplig evidens påverkas också av tillgången på resurser liksom av patientens önskemål och erfarenheter.

Hur kan vi bedriva evidensbaserad vård?

Startpunkten är att formulera en fråga om vården av en patient där vi kan söka vägledning om olika alternativ i den vetenskapliga litteraturen (3). Utifrån vår frågeställning kan vi sedan söka efter information i olika databaser. Målet är att identifiera bästa tillgängliga evidens om olika vårdinsatser, gärna i form av systematiska kunskapssammanställningar (snarare än enskilda vetenskapliga artiklar). Vi behöver kritiskt granska den information vi fått fram för att sedan tillämpa kunskapen när vi, i samråd med patienten, utformar vården.

Ett första steg är att söka rätt på, värdera och sammanställa den vetenskapliga evidensen. Det måste också finnas förutsättningar för att tillämpa forskningsresultat i det kliniska vårdarbetet så att klinisk kunskap och vetenskaplig kunskap förenas. Rycroft-Malone och medarbetare i Storbritannien har utvecklat den s.k. PARIHS-modellen (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) vilken beskriver förutsättningar för att uppnå en evidensbaserad vård (4).

Enligt modellen gynnas utvecklingen av evidensbaserad vård när:

1. evidensen är vetenskapligt hållbar och överensstämmer med professionens och patientens uppfattning
2. sammanhanget/vårdmiljön är positiv till förändringar, har tydligt ledarskap och system för att följa upp och utvärdera verksamheten
3. det finns lämpliga underlättare det vill säga personer som har kunskaper om evidensbaserad vård och förändringsarbete och därmed kan stödja utveckling och införande av evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram

Stöd för att bedriva evidensbaserad vård

Sjukhusets Fackbibliotek erbjuder många resurser för att möjliggöra EBV, bl. a. elektronisk tillgång till vetenskaplig litteratur – såväl systematiska sammanställningar som enskilda originalartiklar – och beskrivningar av hur man bedriver EBV. Läs vidare på Inuti.

Evidensbaserade vårdprogram¹ ger stöd för tillämpningen av EBV. Underlag för sådana vårdprogram finns på många håll, t.ex. i form av evidensgraderade systematiska kunskaps-sammanställningar från SBU och riktlinjer från Socialstyrelsen, vilka vi sedan kan anpassa till våra lokala förhållanden. Stöd för att utveckla och tolka riktlinjer erbjuds av AGREE (5). Instruktioner för utarbetande av sjukhusövergripande riktlinjer för kliniskt arbete vid Karolinska Universitetssjukhuset finns på Inuti (Hem > Medicin & omvårdnad > Handbok kliniska riktlinjer).

Befintliga vårdprogram finns också att tillgå via Internet, t ex:

- Medicinska Programarbetet i Stockholms läns landsting:
http://www.hsn.sll.se/MPA/index_mpa.htm
- Vårdprogram i Sverige (ViS), via sajten sjukhusbiblioteken.se:
<http://www.sjukhusbiblioteken.se/wdksjubi/>
- National Guideline Clearinghouse i USA:
<http://www.guideline.gov/>

Utöver tillgång till bästa möjliga evidens kan man ta hjälp av kunskaper om att omsätta evidens i praktiken (6-9).

Evidensgradering

För att beskriva styrkan i det vetenskapliga underlaget till olika rekommendationer och underlätta val mellan olika handlingsalternativ, har man utarbetat evidenshierarkier. Beroende på vad man studerar, t.ex. diagnostik, omvårdnad eller behandling, ser hierarkierna olika ut. I litteraturen förekommer flera varianter för hur man anger evidensgrad (10). Ingen variant har ännu accepterats som internationell standard, men principerna är desamma:

- vissa evidens är starkare än andra
- evidens så högt upp i hierarkin som möjligt ska användas
- man måste veta på vilken evidensnivå man grundat ett kliniskt beslut (3)

Vid låg evidensnivå bör man vara beredd på att nya studier kan förändra kunskapsläget medan det för rekommendationer som bygger på stark evidens är mindre sannolikt att enskilda nya studier förändrar kunskapsläget.

I Läkartidningen (11) beskrivs de principer för evidensgradering som Läke-medelsverket, SBU, och Socialstyrelsen (SoS) tillämpar, exempelvis i SoS riktlinjer för hjärtsjukvård (12). En liknande evidenshierarki finns i Nordenströms (3) och Willman et als (2) böcker.

¹ Vårdprogram definieras i Socialstyrelsens termband (besökt 2007-09-17) som ”riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter”. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella.

Evidensgrad	Innebörd	Bakgrund
A	Stark vetenskaplig evidens	Evidens från meta-analys, systematisk översikt eller välgjorda och stora randomiserade, kontrollerade studier.
B	Måttlig evidens	Evidens från små eller ej optimalt utförda randomiserade studier eller från studier utan randomisering (kohortstudier, fall/kontrollstudier, tvärsnittstudier).
C	Svag evidens	Expertutlåtanden, konsensusrapporter, fallbeskrivningar och andra deskriptiva studier.
D	Vetenskaplig evidens saknas	Inga studier av tillfredsställande kvalitet finns tillgängliga.

Utöver evidensgrad kan man även ange styrkan för den rekommendation man ger på basen av evidensen. Rekommendationens styrka beror av nytta, risker och kostnader (3, 13,14).

Sjukhuset erbjuder kompetensutveckling beträffande EBV för flera yrkesgrupper. Arbetet bör fortsätta så att alla som arbetar med vården har kunskap och färdigheter för att bedriva EBV.

Även om angreppssätten för att åstadkomma en evidensbaserad vård kan variera mellan olika professioner eller vårdområden är ambitionen alltid att våra vårdinsatser ska göra största möjliga nytta, och minsta möjliga skada, för varje enskild patient.² Därmed innebär evidensbaserad vård också att vi gemensamt använder våra resurser så effektivt som möjligt.

Mål 2008

1. Alla verksamhetsområden redovisar i kvalitetsbokslutet för 2008 vilka evidensbaserade vårdprogram man använder.
2. Varje verksamhetsområde redovisar minst två exempel från den egna verksamheten där man under 2008 förbättrat tillämpningen av evidens i praktiken. (*Redovisningen bör omfatta områden inom både medicin och omvårdnad. De yrkesspecifika klinikerna redovisar minst ett exempel var.*)

Genomförande: Rapportering sker i kvalitetsbokslutet 2008.

² Vårdens metoder medför ju dessvärre ofta risker för skador. EBV ger stöd för att i samråd med patienten väga möjliga fördelar mot möjliga risker när man utformar vården.

Referenser:

1. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. (3rd ed). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur. 2006.
3. Nordenström J. Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår. Fjärde upplagan. Stockholm: Karolinska University Press, 2007.
4. Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care*. 2002;11: 174-180.
5. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE Collaboration. On the web: <http://www.agreecollaboration.org/intro/>, besökt 2007-09-17.
6. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA*. 2004; 180:S57–S60.
7. Grol R, Wensing M, Eccles M (eds). *Improving Patient Care: The implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann, 2005.
8. NICS. Identifying Barriers To Evidence Uptake. Melbourne, Australia: National Institute of Clinical Studies (NICS), 2006. Available on the web: http://www.nicsl.com.au/knowledge_reports_detail.aspx?view=35, besökt 2006-08-29.
9. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern med*. 1998 Apr 15;128(8):651-6.
10. Schünemann HJ, Best D, Vist G, Oxman AD; GRADE Working Group. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. *CMAJ*. 2003 Sep 30;169(7):677-80.
11. Britton M. Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen*. 2000; 97(40):4414-5.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (reviderade 2007). Bilaga 2: Metod för arbetet med Nationella riktlinjer, s. 8-9. Tillgängliga via: http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/pub-hjarta_rev.htm (besökt 2007-09-28). Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
13. Atkins D, Best D, Briss PA, et al., GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1490.
14. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman JL, Ewigman B, Bowman M. Simplifying the language of evidence to improve patient care: Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in medical literature. *J Fam Pract*. 2004 Feb; 53(2):111-20.

1.2. Kvalitetsregister

Arbetsgrupp: *Erna Pettersson, Carina Berglund, Johan Bratt, Rose-Marie Hallin, Marie-Louise Orton.*

Deltagande i kvalitetsregister har definierats tydligt i SLL:s policydokument: ”Nationella och regionala kvalitetsregister skall användas aktivt inom verksamhetsuppföljningen i alla delar av hälso- och sjukvården för att främja en mätbaserad och lärandestyrd verksamhetsutveckling.”

Registren blir allt bättre och utgör en ovärderlig källa till förbättring och för enskilda kliniker att följa upp sina resultat över tid (egenkontroll) och att jämföra sig (benchmarking) med andra liknande verksamheter. De svarar också mot Socialstyrelsens krav om "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" (SOSFS 2005:12):

5 kap. Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring:

1. regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat
2. regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen
3. hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda, och
4. att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder

Ur de nationella registersammanställningarna får klinikerna ut sin egen statistik och nationellt genomsnitt, eftersom sammanställningen görs på aggregerad och egen klinisknivå. Man skall analysera sina resultat och vid behov vidta kvalitetsförbättrande åtgärder. Givet är att man då måste ha en hög andel registrerade! De nationella kvalitetsregistren har inte planerats för tillsynsarbete, vilket varit en klar framgångsfaktor för ett högt deltagande. Intressant är dock att trenden i dag går mot allt större transparens av registerdata.

De flesta nationella register har upprättats först som lokala eller regionala register. Under 2006 deltog Karolinska Universitetssjukhusets enheter totalt i 222 register!

Mål 2008

1. Varje klinik/verksamhetsområde som rapporterar till ett eller flera kvalitetsregister ska kunna redovisa hur minst ett resultat från det/dessa används i förbättringsarbetet:
Ange det viktigaste förbättringsområdet:
 2. Ange vilket register som avses (namn på registret)
 3. Resultatsiffror på det man vill redovisa
 4. Motsvarande resultat på riksnivå = Riksgenomsnitt för detta
 5. Eventuellt även Riksbästa!
 6. Antal anmälda/kalenderår (2006)
 7. Täckningsgrad (antal som anmäls/total antal patienter i ifrågavarande kategori på kliniken)
 8. Analysera kort betydelsen av resultatet och vilka åtgärder man vidtagit för att förbättra
 9. Samtliga registeruppgifter anges könsuppdelat
- Se exempel nästa sida!

Genomförande: Inrapporteras till kvalitetsbokslutet.

Referenser:

1. SOSFS 2005:12. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens författningssamling
2. Adolfsson J, Andreen Sachs M, Blohmé G, Cedermark B, Wester PO: Kvalitetsregister i vården - ett instrument för uppföljning och utveckling – SLL 2002

Nedan några exempel hur redovisningen kan göras i tabellform:

Förbättringsarbete utifrån registerdata redovisas lämpligen i tabellform. Om inte tabellmodellen lämpar sig, får man strukturera om den för bästa redovisning. Dock måste grunduppgifterna finnas med!

Kvalitetsregister: Vårdavtal (VA), Riktlinjer
Klinik

Namn på register (ansvarig)	Vad redovisas (ange vilket kalenderår)	Resultat n (♀/ ♂) %	Antal anmälda n (♀/ ♂) (%)	Täckningsgrad % antal som anmäls/total antal patienter i nämnda kategori på kliniken
--------------------------------	--	---------------------------	----------------------------------	---

Analys: Gör en kort bedömning av resultatet, hur det har utvecklats över tiden och hur det står i jämförelse med riksgenomsnittet, (eventuellt riksbästa). Berätta hur man arbetar på kliniken för att förbättra resultaten.

Fiktivt exempel:

Tabell 3. Arbete med att minska cancerrecidivfrekvensen. Redovisning av resultat
Thoraxkirurgen

Namn på register (ansvarig)	Cancerrecidiv efter 5 år	Resultat n (♀/ ♂) %		Antal anmälda n (♀/ ♂) (%)	Täckningsgrad % (% av ♀/ ♂) andel som anmäls/total antal patienter i nämnda kategori på kliniken
		Eget	Riks		
Nat. Lungcancerregister (Alvar Andersson)	Opererade 1999	8 (2/6) 10 %	15 %	80 (30/50) (38/62 %)	100 % (100/100 %)
	Opererade 2000	7 (3/4) 8 %	10 %	88 (40/48) (45/55 %)	100 % (100/100 %)

Analys: Våra resultat ligger under riksgenomsnittet, vilket är bra. Dock finns det förbättringspotential jämfört med t.ex. Addenbrooks (ligger kring 3 % recidivfrekvens), där man sedan sex år använder sig av en metod som avsevärt förbättrat resultaten. Vi införde metoden för tre år sedan och hoppas småningom få skörda resultat av detta. Vi håller även på med en prospektiv randomiserad studie för att utvärdera effekten av tranbärssaft på recidivfrekvensen.

1.3. Trycksår, prevention och behandling

Arbetsgrupp: Margareta Skog, Ewa Kronvall

Regionalt vårdprogram ”Trycksår – Prevention och behandling” (1) riktar sig till personal som sköter patienter i riskzonen. Vårdprogrammet ska tillämpas och utgöra grund för arbetet med att förebygga och behandla personer som har, eller riskerar att få trycksår, samt stimulera till diskussion och ge underlag för lokala riktlinjer. Varje avdelning/enhet som kommer i kontakt med patienter som riskerar trycksår ska ha en handlingsplan för trycksårsprevention (1).

Definition – Trycksår

Ett område med avgränsad skada i hud och underliggande vävnad, förorsakad av tryck, skjuv, friktion och/eller en kombination av dessa faktorer (1).

Klassifikation av trycksår

Trycksåren klassificeras enligt standardiserat system (1,2). Trycksår graderas enligt grad 1-4:

Grad 1 - Kvarstående missfärgning (rodnad som inte bleknar vid tryck), hel hud.

Grad 2 - Ytlig epitelskada - Epitelskada med blåsa, spricka eller avskavning av hud.

Grad 3 - Fullhudsdefekt utan djup sårhåla ner i subcutis.

Grad 4 - Fullhudsdefekt med djup sårhåla och vävnadsnekros in till underliggande ben, sena eller ledkapsel.

Mer än 95 % av alla trycksår uppstår över de klassiska trycksårslokaliseringarna (korsben, hälar, höftbenskammar, sittbensknölar och fotknölar) (4,6).

Riskmoment och riskpatienter i vården

SOSFS 2005:12 § 4 För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall syfta till att förebygga vårdskador, utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp, och vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen (3).

Riskmoment i vården är väntetid på ambulans, lång väntetid på bårvagn på akutmottagning, lång väntetid på röntgen, långa operationer och intensivvård (4). Alla patienter som tillbringar större delen av dagen sittande eller sängliggande har hög risk för trycksår. Även magerlagda patienter som genomgår kirurgiskt ingrepp, patienter med otillräckligt nutritionsstatus och äldre patienter med höftfraktur tillhör riskgruppen.

Patienter med följande sjukdomstillstånd bör observeras extra noga (1)

- höftfraktur
- stroke
- omfattande brännskada
- ryggmärgsskada
- diabetes
- parkinson
- demens
- lågt systoliskt blodtryck
- hypoalbuminämi
- lågt Hb
- feber
- smärtor
- lång tid sedan senast intag av dryck

Riskbedömning med hjälp av ”Trycksårskort”

Riskbedömning skall genomföras på alla patienter i riskzonen och bör göras vid ankomsten och därefter med regelbundna intervaller eller om nya riskfaktorer tillkommer eller sjukdomstillståndet förändras. Riskbedömningen ska alltid dokumenteras. Observera att även trycksår av grad 1 ska uppmärksammas och dokumenteras. För att förhindra uppkomst av trycksår (och för att tidigt upptäcka tecken till tryckskada) har ett speciellt riskbedömningskort, med den Modifierade Nortonskalan framtagits av SLL (5).

Den fyrgradiga indelningen med färgbilder och grafisk framställning av tryckskadans djup finns återgiven på trycksårskortets baksida. En riskbedömning tar cirka 3 minuter och identifierar i mycket hög grad patienter som löper risk för att få trycksår.

Norton \leq 20 innebär ökad risk

20 poäng eller lägre är lika med ökad risk för tryckskada och mycket aktiv trycksårsprofylax ska vidtas. De preventiva åtgärderna ska skraddarsys för respektive patient och genomföras enligt moderna metoder.

Prevention (1)

- Hudens skötsel.
 - Huden ska inspekteras dagligen och alla förändringar ska dokumenteras. Huden över benuskott och störningar i hudens tillstånd tillhör initialbedömningen. Tryckskador hos patienter med mörk hud kan vara svåra att upptäcka. Huden ska hållas ren och torr. Försök finna och undanröja orsaker till fuktpåverkan på huden. Detta är extra viktigt vid inkontinens, svettning och feber. Rengöring sker enklast med tvål och vatten men ibland kan speciellt hudrengöringsmedel behöva användas.
 - Noggrann och försiktig klapptorkning. Hudens normala fuktighet kan återställas med hjälp av fuktighetsbevarande kräm. Torr hud ökar risken för hudsprickor.
 - Undvik fingertoppsmassage direkt på hudrodnad.
- Patienter med nedsatt näringstillstånd ska ha en individuell plan för näringstillförsel/ tillskott.
- Nedsatt rörlighet är en av de största riskfaktorerna. Rörlighet och aktivitet ska uppmuntras. Hur ofta lägesändringar ska ske bör bestämmas utifrån den övergripande målsättningen med vården av patienten. Vändning varannan timme mellan 30o supin position ger god tryckavlastning.
- Använd korrekt lyft- och förflyttningsteknik så att friktion och skjuv undviks.
- Tryckutjämnande/avlastande material och madrasser ska användas till patienter i riskzon. Madrass av hög kvalitet ska användas. De flesta standardhygienmadrasser som används är av tveksam skumgummikvalitet och bör kompletteras (1,4).
- Tryckavlastning ska ske genom hela vårdkedjan.
- Avrapportering till nästa vårdgivare är av stor betydelse i förebyggandet av trycksår.
- Varje avdelning ska ha en handlingsplan för trycksårsprevention.

Behandling (1)

- Sårrengöring - innebär i princip rengöring med rikligt kroppsvårt färsktappat kranvatten om inte medicinsk kontraindikation föreligger. Djupa sår som penetrerar till steril kroppshåla eller led rengörs med steril rutin.
- Vid behov sker kirurgisk debridering av såret, vilket innebär att död vävnad avlägsnas. Metod väljs utifrån vad som bäst passar patientens tillstånd och målsättningen med behandlingen.
- Förband
 - Lokalbehandling - Fuktighetsbevarande/absorberande förband.
 - Vid kraftig sårsekretion - Hydrofiberförband eller alginatförband.
 - Vid kraftig kolonisation/infektion/lukt - Iodosorb eller silverförband. Vid misstanke om klinisk infektion (exempelvis rodnad, sårsmärta, illaluktande sår, pus, fluktuerande nekros, eller om såren blir större) skall läkare ta ställning till odling och antibiotikabehandling.
- Smärtbehandling - Över dygnet, förstärkt inför förbandsbyten. Underlätta nattsömn.
- Nutritionsstatus - Följ viktminskning, motverka malnutrition och dehydrering.
- Dokumentation - Samtliga bedömningar och åtgärder ska dokumenteras.

En handlingsplan för prevention och behandling bör skrivas efter följande standard:

Initial riskbedömning – När ska den göras? Vem ska göra den? Hur ska den göras?

Ny riskbedömning för patienter som hamnat i riskzon när förhållandena ändrats. När ska den göras? Vem ska göra den? Hur ska den göras?

Intervention för låg- och högriskpatienter – När ska den göras? Vem ska göra den? Hur ska den göras t.ex. vändschema, nutrition, anpassning av ligg- och sittunderlag?

Handlingsplan för patienter med trycksår – Vad, hur när och vem ska göra?

Mål 2008

1. Andelen patienter med trycksår grad 1-4 mindre än 10 %
2. Andelen patienter med trycksår grad 2-4 mindre än 5 %.
3. Andelen i journal dokumenterat riskbedömda patienter enligt Modifierad Nortonskala minst 80 %.
4. Varje avdelning/enhet som kommer i kontakt med patienter som riskerar trycksår ska ha en handlingsplan för trycksårsprevention.

Genomförande: Punktprevalensstudie. Delar av detta ingår i vårdavtalet 2008.

Referenser

1. Regionalt Vårdprogram, Trycksår Prevention och behandling. (2002). Stockholm: Stockholms läns landsting. Medicinskt Program Arbete. Beställarkontor vård. Revidering pågår. Alt www.hsn.sll.se/mpa (26 september 2007)
2. EPUAP-European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Treatment of Pressure Ulcers Guidelines 1999.
3. SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
4. Lindholm C. Sår. Lund. Studentlitteratur 2003
5. Trycksårskortet. SLL http://www.hsn.sll.se/MPA/regionala_vp/Sårkort_A63.pdf
6. Dealey C. The care of wounds. London. Blackwell Scientific Publications 1994

2. Säker vård

2.1. Avvikelsehantering och händelseanalys, riskanalys

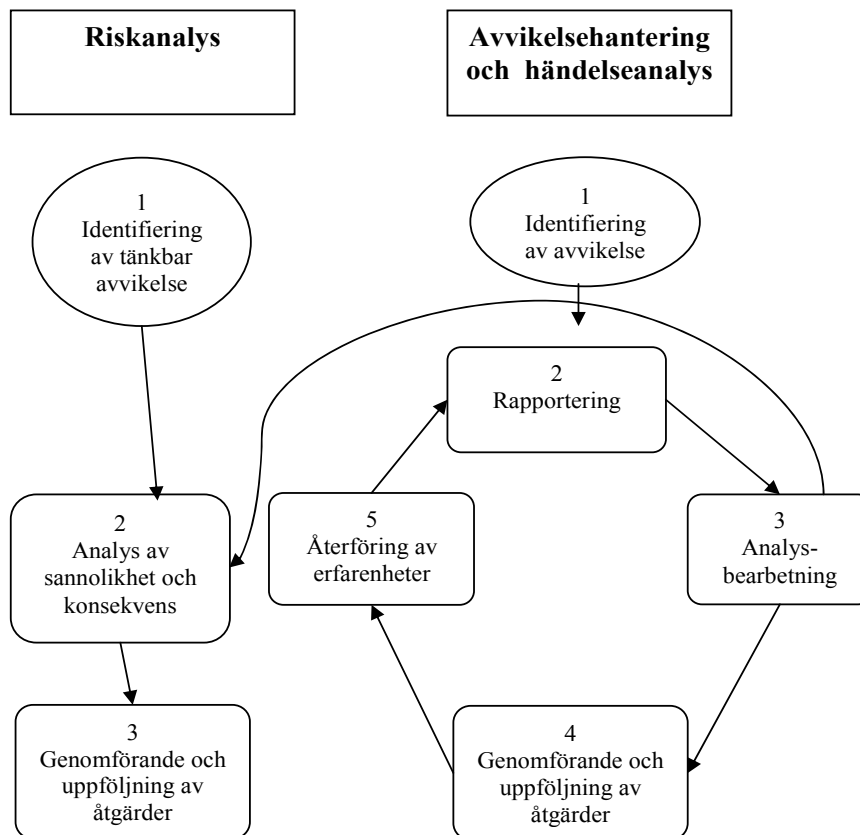
Arbetsgrupp: Ann-Christine Johansson, Agneta Björklund, Erna Pettersson, Lise-Lott Rydström, Stina Fransson Sellgren.

Ordförklaringar (se sid.20).

All verksamhet inom Karolinska Universitetssjukhuset skall bedrivas så att det i vården utvecklas en säkerhetskultur som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande arbete.

Syftet är att alla patienter skall erhålla en säker hälso- och sjukvård (1). Detta innebär att undvikbara risker elimineras och skador i samband med vård och behandling minimeras. Genom att aktivt arbeta både på ett riskförebyggande sätt och med strukturerad avvikelsehantering kan patientsäkerheten höjas. Dokumenterade rutiner för riskanalys och avvikelsehantering skall finnas inom samtliga verksamheter.

Vid Karolinska skall vi fånga upp ett brett spektrum av avvikelser. Har man väl kunskap om vad som händer inom sin verksamhet, har man också bättre förutsättningar att komma till rätta med problemen, höja kvaliteten och sänka kostnader orsakade av kvalitetsbrister.



Figur 1

Figur 2

Risikanalyt (se figur 1)

Definitioner enligt SOSFS 2005:12

”Risk är möjligheten att en negativ händelse skall inträffa.”

”Riskhantering innebär rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativ händelser” (2, 3).

Vårdgivaren skall enligt föreskriften ha ett ledningssystem som säkerställer att det finns rutiner för riskhantering. Riskbedömning innebär att förutse avvikelser och misstag innan de inträffar så att erforderliga åtgärder vidtas för att förhindra dessa. En systematisk riskbedömning förbättrar säkerheten för patienterna. Alla förändringar i verksamheten (införande av nya metoder, apparater, rutiner, läkemedel etc.) bör föregås av en systematisk riskanalys.

Vid riskanalys kan man ta hjälp av en beslutsmatris (se figur 3). Man utgår från händelsens allvarlighetsgrad och sannolikheten att den inträffar. I övrigt hänvisas till ”Händelseanalys & Riskanalys”, handbok för patientsäkerhetsarbete, 2005 (7).

Användning av riskmatris

Inför t.ex. en verksamhetsförändring bör man göra en riskkalkyl. Detta kan ske på följande sätt:

1. Man börjar med att lista tänkbara händelser (avvikelser). Detta görs oftast som en ”brainstorming”.
2. Därefter bedömer man (på en skala 1-4), för varje händelse, graden av sannolikhet (liten-mycket stor) att den inträffar, samt konsekvensen (mindre-katastrofal). Genom att multiplicera dessa två får man ett riskvärde, enligt vilken man sedan kan rangordna händelserna.
3. Värden ≥ 8 bör analyseras och bakomliggande orsaker identifieras och elimineras.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för inträffande	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

FIGUR 11: HFMEA riskmatris

Källa: Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, USA

Avvikelsehantering och händelseanalys

Definitioner enligt SOSFS 2005:12

”Avvikelse är en negativ händelse eller tillbud.”

”Avvikelsehantering innebär rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna” (2).

Socialstyrelsen kräver i sin föreskrift att Vårdgivaren skall ha ett ledningssystem för kvalitet som bland annat säkerställer att det finns rutiner för hela avvikelsehanteringsprocessen enligt ovan. Ett krav enligt SOSFS 2005:12 är att det skall finnas rutiner för hur erfarenheter från avvikelsehanteringen skall användas i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

Avvikelser kan vara:

- Händelser och iakttagelser i samband med vård och behandling och som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller som kan anses vara en normal risk
- Av allmänt intresse, även om de är mindre allvarliga men som ofta upprepas
- Uppenbara brister avseende rutiner, t.ex. utarbetade anvisningar, bemanning, delegering
- Uppenbar oaktsamhet eller att man inte följt gällande föreskrifter (3)
- Ej uppfyllda krav såsom t.ex. felaktig hantering av läkemedel och kemikalier (4, 5, 6)

Flöde för avvikelsehantering (se figur 2)

1. Identifiering

Flödet börjar med att en avvikelse identifieras. Det är viktigt att även avvikelser som ter sig obetydliga rapporteras då de kan ge problem om de inträffar ofta. Varje enhet skall inom sig göra lämpliga avvägningar.

2. Rapportering

En rapport bör skrivas så snart som möjligt efter det att avvikelsen identifierats. Det är viktigt att betona att det är avvikelser som skall rapporteras och inte personer, eftersom syftet med rapporten är att fokusera på händelsen.

3. Analys - bearbetning

En särskild person bör ha ansvaret att ta emot och samordna rapporterna som därefter skall bearbetas och analyseras. Många kliniker har tillsatt en särskild arbetsgrupp för detta ändamål. Gruppen skall arbeta på uppdrag av verksamhetschefen och ges ett tydligt mandat. Olika personalkategorier bör ingå och gruppen bör sammanträda regelbundet. För att stimulera till rapportering är det väsentligt att handläggningstiden för avvikelse rapporter inte blir för lång.

4. Genomförande och uppföljning av åtgärder

Omständigheterna i det särskilda fallet är avgörande för hur avvikelsen åtgärdas och följs upp. Det är verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för att nödvändiga åtgärder vidtas och att rutinerna tillämpas.

5. Återföring av erfarenheter

Återföringen skall ske så snart som möjligt såväl muntligt som skriftligt. Rutinen bör säkerställa att den som rapporterat en avvikelse också får information om vad rapporten lett fram till. Avvikelser bör vara en stående punkt på arbetsplatsträffar för att uppnå erfarenhetsåterföring.

Händelseanalys (7, 8)

När en händelse som kunde ha skadat en patient (tillbud) eller har skadat en patient (negativ händelse) har inträffat, gör man en bedömning om händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Både de händelser som bedöms som katastrofala, liksom händelser där sannolikheten för upprepning bedöms som stor (värde 3), ska genomgå en noggrann händelseanalys och åtgärdsplan.

Vid samtliga ärenden som anmäls enligt Lex Maria skall en händelseanalys genomföras (9).

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor	3	3	2	1
	Stor	3	2	1	1
	Liten	3	2	1	1
	Mycket liten	3	2	1	1

FIGUR 2: Beslutsmatris

Källa: Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, USA

En händelseanalys skall kunna ge svar på följande frågor:

- Vad har hänt
- Varför har det hänt?
- Hur förhindras en upprepning av händelsen?

Det är väsentligt att understryka att en händelseanalys inte syftar till att besvara frågor om vem eller vilka som gjorde det?

Mål 2008

1. Totala antalet avvikelserrapporter ska öka
2. Samtliga kliniker (100 %) rapporterar sina avvikelser.
3. Andelen avslutade rapporter (inom tre månader) ökar.

Genomförande: Frågeformulär. Övergripande statistik hämtas varje tertiäl ur systemet.
Ansvarig: Chefläkarna.

Referenser:

1. ”Från ord till handling” 2:a Nationella konferensen om patientsäkerhet, 2005
2. SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
3. SOSFS 2001:12, Användning och egentillverkning av medicintekniska produkter
4. Miljöledningssystemet, Karolinska Universitetssjukhuset, 2005
5. SOSFS 2000:1, Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
 - SOSFS 2001:17, Ändring i föreskrifterna och allmänna råden
 - SOSFS 2005:24, Ändring i föreskrifterna och allmänna råden
6. AFS 2005:5, Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt
7. Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete (2005)
8. <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>
(Socialstyrelsens webbplats för patientsäkerhetsfrågor, 2005)
9. SOSFS 2005:28, Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

Ordförklaringar:

Avvikelse	Samlingsterm för negativ händelse och tillbud
Avvikelsehantering	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsakerna, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (SOSFS 2005:12)
Händelse	Avgränsat, iakttagbart skeende
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till negativa händelser och tillbud
Negativ händelse	Händelse som medfört vårdskada (SOSFS 2005:12)
Orsak	Tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till en negativ händelse eller tillbud
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada (SOSFS 2005:12)
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risk
Riskhantering	Rutiner för att identifiera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra vårdskada (SOSFS 2005:12)
Vårdskada	Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SOSFS 2005:12)

2.2. Dokumentation i patientjournalen

Arbetsgrupp: *Catrin Björvell, Kemal Olin, Marie-Louise Orton, Erna Pettersson, Bo Wikström, Ann Ödlund Olin.*

Inledning

Hälso- och sjukvården är en informationsintensiv verksamhet där stora mängder information är i omlopp i olika former och där många personer är inblandade i det informationsflöde som rör den enskilde patienten. Dokumentation av patientarbetet är en viktig del av den kliniska vardagen i all sjukvård. Kraven på, och behovet av, dokumentation har dock förändrats, liksom de yrkesgrupper inom sjukvården som dokumenterar patientens vård.

Patientjournalen och lagen

För att säkerställa att patienten får en kvalitativt god och medicinskt säker vård finns en lagstadgad skyldighet att dokumentera fakta d v s föra patientjournal. Patientjournalagen (1) anger att med patientjournal avses alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförs eller planeras. Här ingår framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel. Utöver patientjournalen finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som ytterligare pekar på betydelsen av en väl förd patientjournal (2), om samverkan vid ut- och inskrivning av patienter i sluten vård (3) samt om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (4). Revidering av journalagen pågår och enligt det nya lagförslaget bör dokumentation av uppgifter om hälso- och sjukvården av en patient endast förekomma **en gång**.

Enligt Patientjournalagen är journalens funktion att:

1. vara ett stöd till den eller de personer som ansvarar för patientens vård,
2. utgöra arbetsverktyg eller underlag för bedömningar,
3. vara en informationskälla för patienten om erhållen vård,
4. vara ett redskap för kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet,
5. vara ett underlag i vissa legala sammanhang och för forskningen.

Säker patientjournal

En säker patientjournal kräver:

1. överskådlighet,
2. tydlig och kortfattad text,
3. tydlig struktur utan dubbeldokumentation,
4. att dokumentationen sker i nära anslutning till händelsen,
5. att samtliga personer som dokumenterar läser varandras journalanteckningar innan ny dokumentation utförs.

Journalgranskningar visar att det idag finns såväl en under- som en överdokumentation i patientjournalen, d v s delvis skrivs det fel saker. Samtidigt som det sker en dubbeldokumentation, saknas viktigt information.

Tvärprofessionellt samordnad journal och kvalitetsgranskning

För att öka överskådligheten och minska dubbeldokumentationen krävs att de olika professionerna dokumenterar i samma journalhandling. Detta ställer krav på journalförare att dels läsa det som redan finns skrivet i journalen, dels formulera sig kort och koncist. För detta

krävs regelbunden utbildning för samtliga yrkesgrupper med journalföringsplikt (5). Sådan utbildning har sedan 2003 funnits avseende sjuksköterskornas journalföring.

Mellan 2003-2007 har 600 sjuksköterskor deltagit i utbildningen.

För att utvärdera utbildningsinsatser och granska journalkvaliteten bör regelbundna journalrevisioner för alla journaldelar genomföras vid varje klinik (5).

Avseende omvårdnadsdokumentationen finns sedan tidigare framtaget ett validerat instrument; Cat-ch-Ing (6) för granskning av journalinnehåll. Instrumentet är konstruerat att mäta förekomst av den information som lagen (1, 2, 4) föreskriver; bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering (kvantitet), men även hur textinnehållet ter sig rent kvalitativt. Maxpoäng för kvalitet ges t ex *”om alla anteckningar är tydliga, språkligt korrekta, koncisa utan överflödiga (t ex ej tidigare skriven) text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen”*. Varje delfråga ges 0-3 poäng avseende kvantitet respektive kvalitet, totalt för en journal ges max 80 poäng.

För närvarande saknas motsvarande instrument för granskning av de medicinska journalanteckningarna, liksom för andra yrkesgruppers anteckningar.

Mål 2008

I genomsnitt >60 poäng enligt Cat-ch-Ing, vid granskning av omvårdnadsdokumentationen i 20 patientjournaler per slutenvårdsavdelning.

Genomförande: Granskning av omvårdnadsanteckningar med Cat-ch-Ing instrumentet. 20 patientjournaler (vårdtid ≥ 3 dygn), väljs konsekutivt från varje slutenvårdsavdelning under en specificerad tidsperiod. Journalkopiering, avidentifiering och granskning görs av sjuksköterska med ansvar för dokumentationsutveckling, som har genomgått utbildning i journalgranskning med Cat-ch-Ing (ca 145 sjuksköterskor på Karolinska). Resultat samlas in och sammanställs av Catrin Björvell.

Referenser

1. PjL1985:562, Svensk Författningssamling, Patientjournallag.
2. SOSFS 1993:20, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournallagen.
3. SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
4. SOSFS 1993:17 Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.
5. Dokumentation i patientjournalen. Rapport från triangelförprojekt. Karolinska sjukhuset. 2003.
6. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9:6-13.

2.3. Läkemedelshantering

Arbetsgrupp: Stina Fransson Sellgren, Rose Marie Hallin, Eva Undén.

Inledning

All läkemedelshantering vid Karolinska Universitetssjukhuset skall ha som mål att vara säker och effektiv för patient och personal samt ge så liten miljöpåverkan som möjligt. Den skall utgå från de föreskrifter och författningar som reglerar området (1, 2, 3, 4, 5).

Med läkemedelshantering avses i dessa riktlinjer iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Övergripande riktlinjer för sjukhuset

För sjukhuset gäller följande övergripande riktlinjer:

▪ **Ordination av läkemedel**

Alla läkemedelsordinationer skall följa föreskriftens krav (1).

Ordinationen skall föras in i en särskild ordinationshandling, vara tydlig och läsbar och för varje enskilt läkemedel uppta:

- läkemedelsnamn
- läkemedelsform (beredningsform)
- styrka
- dosering, angivet i antalet tabletter eller volym per doseringstillfälle
- administrationsätt
- tidpunkterna för administrering (dosintervall)
- läkarens signatur

Upphandlade och rekommenderade läkemedel bör i första hand ordinerar (se Kloka listan, sjukhusversionen). Ordinationen skall vara korrekt från början för att uppnå en säker läkemedelsanvändning för patienten samt för att underlätta sjuksköterskornas arbete vid iordningställandet.

▪ **Iordningställande och administrering av läkemedel**

Den som iordningställer ett läkemedel skall kontrollera patientens identitet, läkemedlets namn, styrka och läkemedelsform samt dosen och doseringstidpunkten mot ordinationshandlingen. Den som administrerar ett läkemedel skall kontrollera patientens identitet och ge patienten läkemedlet vid avsedd tidpunkt. Av ordinationshandlingen skall det framgå vem eller vilka, som ansvarat för iordningställandet och administreringen av varje ordinerat läkemedel.

Av sjukhuset godkänd läkemedelsjournal i pappersformat för slutna vård, skall användas till dess att elektronisk läkemedelsjournal implementerats.

▪ **Rekvisition och kontroll av läkemedel**

Rekvisition skall i möjligaste mån ske med det elektroniska beställningssystemet.

Endosförpackade läkemedel skall användas där det är möjligt.

▪ **Förvaring av läkemedel**

Läkemedel skall förvaras i låst utrymme och får endast om det är förenligt med en säker hantering förvaras utanför läkemedelsförråd. Förteckning av läkemedel som förvaras utanför läkemedelsförråd skall upprättas enligt (1,2,3). Läkemedelsvagnar skall användas där det är möjligt och behöver kunna låsas fast när de står i korridor eller liknande allmänt utrymme.

▪ **Avvikelsehantering**

För att minska risker och förebygga felaktigheter i läkemedelshanteringen skall avvikelser inom läkemedelsområdet rapporteras och hanteras (7). Avvikelse rapporteras i klinikkens befintliga avvikelsehanteringssystem.

Verksamhetschefens ansvar

Enligt (1,2,3) ansvarar verksamhetschefen för att

- det finns lokala, skriftliga, verksamhetsanpassade instruktioner för läkemedelshanteringen
- fastställda instruktioner tillämpas.

Instruktionerna skall ge en tydlig ansvarsfördelning för den praktiska läkemedelshanteringen. Särskild vikt skall läggas vid utformningen av rutiner och ansvar för narkotiska läkemedel.

Skriftliga generella direktiv kan utfärdas vid verksamheter där behov finns. I de generella direktiven skall det för varje läkemedel finnas uppgift om indikation, kontraindikation, dosering och antal tillfällen, som läkemedlet får ges utan att läkare kontaktas.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (4) ansvarar verksamhetschefen för att det finns lokala instruktioner inklusive riskbedömning för hantering av cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk/allergen effekt (t.ex. antibiotika). De lokala instruktionerna skall anpassas till de sjukhusövergripande riktlinjerna.

Enligt Miljöbalken (5) ansvarar verksamhetschefen för att förebygga skador eller olägenhet för människors hälsa och miljö. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns skriftliga och verksamhetsanpassade instruktioner för omhändertagande av kasserade läkemedel. De lokala instruktionerna skall anpassas till de sjukhusövergripande riktlinjerna för avfallshantering av läkemedel.

Den lokala instruktionen *för läkemedelshantering* skall fastställas av verksamhetschefen (= vara signerad och daterad) och **skall** innehålla uppgifter inom följande områden:

- Namngiven läkare som har övergripande ansvar för läkemedelshantering och dennes befogenheter.
- Namngiven/na sjuksköterska/or som är ansvarig/a för kontroll av narkotika och hur kontrollen skall utföras
- Namngiven/na sjuksköterska/or som är ansvarig/a för läkemedelsförråd och vad som ingår i ansvaret
- Vem/vilka som är ansvariga för rekvisition och kontroll av läkemedel. Sjuksköterskans/sjuksköterskornas namn anges och vid behov även läkarens namn
- Förteckning över "Läkemedel som förvaras utanför läkemedelsförråd"
- Förteckning över "Läkemedel som får ges utifrån generella direktiv"
- Direktiv för märkning av iordningställt läkemedel

- Hantering av cytostatika (om relevant för verksamheten)
- Hantering av andra toxiska/allergena läkemedel
- Omhändertagande av kasserade läkemedel inkl. narkotika

Den lokala instruktionen *för läkemedelshantering* **kan även** innehålla uppgifter inom följande områden:

- Spädningsschema för antibiotika.
- Synonymlista – om sjuksköterska får byta till synonympreparat utan ny ordination samt hur bytet skall dokumenteras i läkemedelsjournal.
- Handhavande av patientens medhavda läkemedel. Patientens medhavda läkemedel skall i princip inte användas.

Mål 2008

1. 100 % av klinikerna skall ha skriftliga lokala instruktioner för vart och ett av ovanstående obligatoriska områden.
Uppföljning: Arbetsgruppen för läkemedelshantering och säkerhet distribuerar enkät till verksamhetschef, som redovisar verksamhetens giltiga instruktioner för läkemedelshantering.
2. 100 % av klinikerna skall genomföra extern granskning av läkemedelshantering.
Uppföljning: Granskningen utförs av Sjukhusapoteket Huddinge resp. Karolinska Apoteket (Solna) på uppmaning av verksamhetschefen. Återrapportering sker till verksamhetschef, chefsjuksköterska och chefläkarorganisationen via protokoll.
3. 100 % av klinikerna skall ha rutin/system för att säkerställa att läkemedelsinstruktionerna är kända bland medarbetarna.
Uppföljning: Arbetsgruppen för läkemedelshantering och säkerhet distribuerar enkät till chefsjuksköterska som redovisar rutiner för implementering av lokala instruktioner för läkemedelshantering.

Genomförande: Se ovan.

Läkemedelshantering på intranätet

<http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se>

Medicin & Omvårdnad – länk Arbetsgruppen för läkemedelshantering och säkerhet.

<http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se>

Medicin & Omvårdnad – länk Läkemedel, som i sin tur har länkar till Kloka listan, PHLA, Apoteket, Janus-läkemedelsenh., Läkemedelsverket.

Läkemedel – användbara hemsidor

www.sjukvardsradgivningen.se	Handbok för hälso- och sjukvård / Läkemedel
www.janusinfo.se	Kloka Listan, bedömning av nya läkemedel, miljöinformation m.m.
www.apoteket.se	Sväljes Hela (Vårdpersonal/Infobank/Broschyror) Läkemedelsboken (Vårdpersonal/Infobank) Licensmotivering (Vårdpersonal/Infobank/Blanketter från myndigheter)
www.apl.apoteket.se	Säkerhetsdatablad, skyddsinformation (för apoteks-tillverkade läkemedel)
www.lif.se	Skyddsinformation (för godkända läkemedel)
www.lakemedelsverket.se	Licensmotivering, blankett (Ansök & anmäl /Licensföreskrivning)
www.fass.se	Läkemedel (med uppdaterade priser), miljöinformation

Referenser:

1. SOSFS 2000:1 (M) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
2. SOSFS 2001:17 (M) Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
3. SOSFS 2005:24 (M) Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
4. AFS 2005:5 Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt
5. Miljöbalken (SFS 1998:808).
6. LVFS 1997:10 Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel mm (receptföreskrifter).
7. SOSFS 2002:4 (M) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering.

2.4. Nutrition

Arbetsgrupp: Ann Ödlund Olin, Gerd Faxén Irving, Ylva Gardell, Folke Hammarqvist, Ewa Kronvall, Malin Wiklund.

Bedömning och åtgärder för patienter med undernäingsproblem

Nutritionsbedömning (1)

Var tredje patient på sjukhus visar tecken på undernäring, vilket leder till ökad komplikationsfrekvens, nedsatt välbefinnande hos patienten och förlängda vårdtider.

Alla patienter ska nutritionsbedömas i samband med inskrivning på avdelning. Patienter som behandlas på specialistmottagning ska nutritionsbedömas vid första besöket.

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av följande riskfaktorer:

- **Ofrivillig viktförlust** – all ofrivillig viktförlust är ett tecken på en negativ energibalans.
- **Ätsvårigheter** – till exempel aptitlöshet, sväljnings- och tuggsvårigheter, problem att föra maten till munnen, munhåle- och/eller tandproblem samt illamående/kräkning.
- **Undervikt** – Body Mass Index [BMI: vikt i kg/(längd i m)²]
 BMI<20 (patienter 70 år eller yngre)
 BMI<22 (patienter 71 år eller äldre)

Alla patienter ska vägas och mätas, d.v.s. inte enbart tillfrågas*.

* Undantag: när man gjort ett etiskt ställningstagande att inte väga eller mäta, eller när det pga. medicinska skäl är omöjligt att väga eller mäta.

Enbart ett lågt BMI utan viktförlust och/eller ätsvårigheter behöver inte betyda undernäring. Observera att även en patient med ett högt BMI som ofrivilligt förlorat vikt är en patient med risk för undernäring.

Vägning

Vägning bör ske innan frukost. Patienten bör enbart bära lätta kläder. Hos patienter med ödem eller ascites och postoperativt kan vikten vara falskt hög.

Mätning av längd

Patienten mäts stående. Om detta inte är möjligt kan demispan användas.

Mät på ena armen avståndet mellan bröstbenets mittskåra till roten mellan långfinger och ringfinger (=halva armspännvidden).

Formel för uträkning av demispan:

Kvinnor: (1,35 x halva armspännvidden i cm) + 60,1

Män: (1,40 x halva armspännvidden i cm) + 57,8

Utredning (1)

Vid fynd som talar för undernäingsproblem ska en medicinsk- och omvårdnadsmissig utredning göras för att identifiera:

- Bakomliggande tidigare okänd sjukdom.
- Planerad, pågående eller nyligen genomförd behandling såsom kirurgi, strålbehandling eller kemoterapi.
- Medicinering som kan orsaka t ex illamående, muntorrhet eller förstoppning.
- Bristfälligt mun- och tandstatus, tuggsvårigheter.
- Sväljningssvårigheter.
- Mag-tarmproblem t ex diarré, gaser eller förstoppning.
- Fysiska och funktionella hinder för att äta. Ätförmågan kan bedömas genom en strukturerad observation av en måltid (2).
- Kulturella, religiösa, etniska, psykiska och sociala faktorer.

Parallellt med orsaksutredningen görs en kompletterande bedömning.

- Energi- och vätskebehov ska bedömas/skattas. I de flesta fall gäller 25-30 kcal/kg kroppsvikt och dygn respektive 30 ml vätska/kg kroppsvikt och dygn.
- Mat- och vätskeintag ska registreras under 3 på varandra följande dygn. Patienter med kortare vårdtid registreras de dagar som är möjliga.
- Det dagliga totala energi- och vätskeintaget ska uträknas under de registrerade dygna och sätts i relation till uträknat behov.

En vårdplan för nutrition med diagnos, mål, planerad nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder ska upprättas i samråd mellan patient, läkare, sjuksköterska och dietist.
En standardvårdplan för nutrition kan användas.

Nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder (1)

- Utifrån bedömningen ordinerar energi- och proteinrik kost, allmän, önske-, konsistensanpassad eller specialkost.
- Informera och undervisa patient och ev. närstående om matens och näringens betydelse vid sjukdom.
- Lunch och middag täcker ca 50 % av patientens totala energibehov. Frukost, mellanmål och kvällsmål ska täcka resten och är därför lika viktiga som huvudmålen.
- Energi- och näringsrika mellanmål tre gånger per dag, inklusive ett kvällsmål, är nödvändiga för att patienten ska uppnå sitt energibehov.
- En trivsamt måltidsmiljö och ett flexibelt utbud av maträtter och mellanmål serverade på tider som passar patientens behov och önskemål är av stor betydelse.
- Dietist konsulteras när patienten inte täcker sitt energi- och näringsbehov eller när patienten förväntas ha fortsatta nutritionsproblem efter utskrivning från sjukhuset.
- Vid sjukdomar som kräver specialkost t ex proteinreducerad kost är det viktigt att dietist anlitas tidigt för att ge kostbehandling under vårdtiden och uppföljning efter sjukhusvistelsen.
- Vid otillräckligt intag av mat och dryck ordinerar näringsdrycker, enteral- och/eller parenteral nutrition.
- Ätstödande åtgärder t ex matningshjälp, äthjälpmedel, rätt sittställning under måltiden, anpassad måltidsmiljö och munvård ordinerar vid behov.

Uppföljning

Nutritionsbehandlingen och ätstödjande åtgärder ska följas upp dagligen. Vikten tas minst en gång i veckan inom den slutna vården. Patienter som behandlas på specialistmottagningar ska följas upp förslagsvis var tredje månad eller anpassat till sjukdomstillståndet. Patienten ska vägas vid mottagningsbesöken. Att följa patientens vikt är ett bra sätt att upptäcka förändringar i näringstillståndet.

Dokumentation

Resultatet av bedömning, utredningsfynd, ordinerade åtgärder samt effekter av behandlingen och ätstödjande åtgärder ska dokumenteras i journalen. Nutritionsbedömningen dokumenteras av sjuksköterskan i omvårdnadsstatus under sökordet nutrition. BMI, viktförändring och ätsvårigheter ska dokumenteras. OBS! Även frånvaro av viktförändring och ätsvårigheter ska dokumenteras. Även läkarens och dietistens journalanteckningar kan innehålla uppgifter om patientens näringstillstånd.

Informationsöverföring (1)

Information om patientens ät- och näringsproblem och pågående nutritionsbehandling ska rapporteras till nästa vårdgivare i patientens omvårdnads- och medicinska epikris. I förekommande fall ska även dietistens bedömning, åtgärder och rekommendationer överföras.

Informationen ska innehålla:

- Sammanfattning av:
 - ät-/nutritionsproblem och viktutveckling under vårdtiden
 - åtgärder och given nutritionsbehandling samt dess effekter
- Aktuell:
 - nutritionsbedömning inklusive vikt och BMI vid utskrivning
 - nutritionsordination, dvs. typ av behandling (kost/enteral/parenteral)
 - beskrivning av individens behov av ätstödjande åtgärder
 - målsättning med nutritionsbehandlingen
 - skötselinstruktion av sond/gastrostomi eller venkateter/subcutan port
- Information om remissinstans vid problem

Nutritionsspecifika resurser på sjukhuset

- Dietistkliniken, dietister
- Endoscopienheten (PEG), Huddinge
- Nutritionsrådet Karolinska – sjukhusövergripande
- Nutritionsnätverket, Huddinge
- Nutritionsteamet, Solna, läkare, sjuksköterska, dietist
- Omvårdnadsenheten, vårdutvecklingsledare/sjuksköterska
- PEG-mottagningen, Solna

Teamarbete

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för rutiner och kvalitetssystem, vilket inkluderar nutritionsområdet. All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för sina åtgärder inom ramen för sin yrkesroll. Nutritionsarbetet är ett teamarbete. Läkaren har medicinskt huvudansvar för utredning som leder till ordination av behandling. Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig vilket bl. a innefattar identifiering av problem och ansvar för nutritionsbehandlingens genomförande. Dietisten ansvarar i samråd med läkare och

sjuksköterska för individuell nutritionsbehandling. Vid behov konsulteras logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller tandläkare. Teamarbetet och ansvarfördelning kan struktureras på olika sätt beroende på verksamhetens uppdrag.

Mål 2008

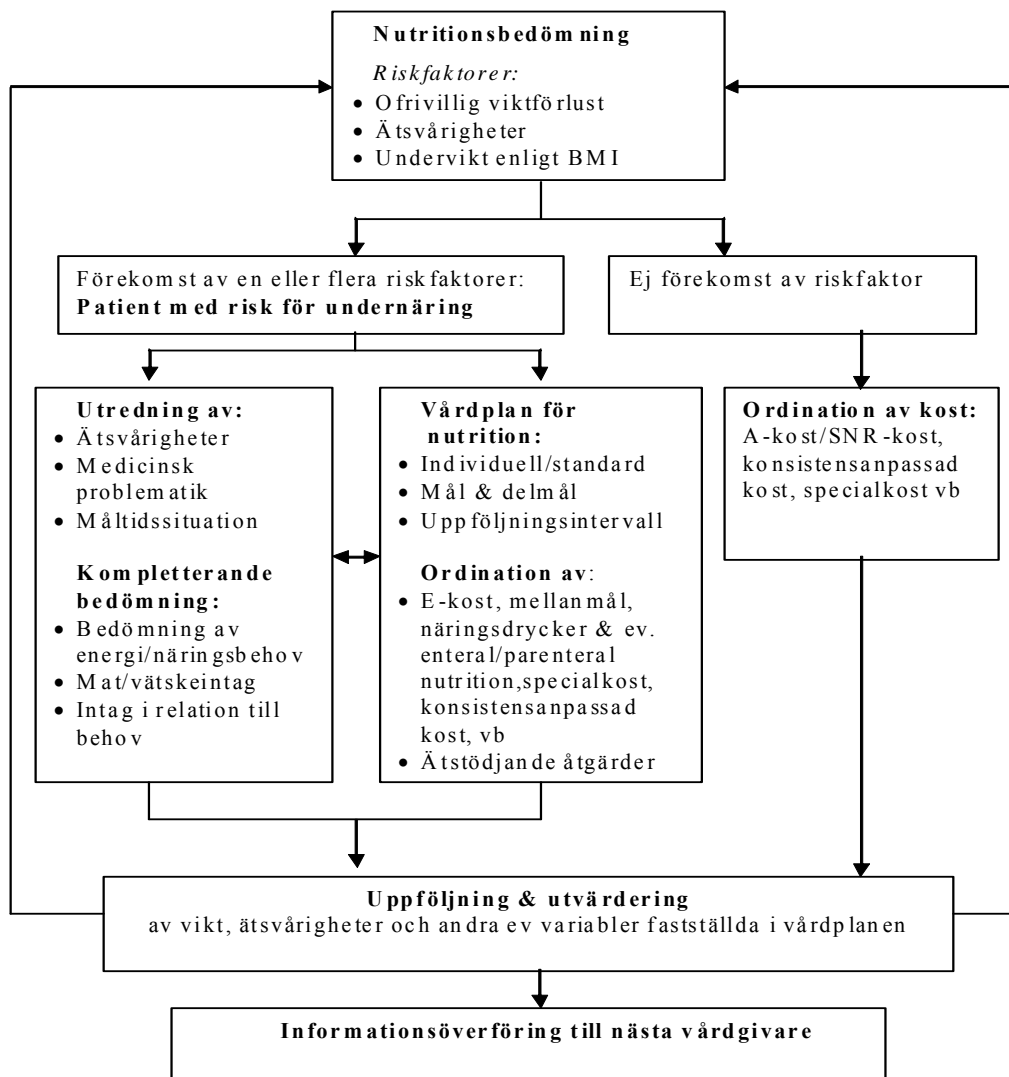
1. Andel vuxna patienter som är nutritionsbedömda inom 48 timmar från inskrivning/ ankomst till vårdavdelning (variabler som ingår i nutritionsbedömningen är: BMI, viktförändring och ätsvårigheter).
Målvärde: minst 75 %
2. Andel patienter med risk för undernäring (dvs. patienter som uppvisar viktförlust, undervikt eller ätsvårigheter i nutritionsbedömningen) och som fått nutritionsbehandling och/eller ätstödande åtgärder insatta under vårdtiden.
Målvärde: minst 75 %

Genomförande: Punktprevalensstudie. Journalgranskning. Delar av detta ingår i Vårdavtal 2008.

Referenser

1. Ödlund Olin A, Karlsson M, Lönnberg H. Regionalt vårdprogram - Nutrition med inriktning undernäring. Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling, 2005 (www.hsn.sll.se/mpa)
2. Westergren A. Svårigheter att äta. Bedömning av ätandet - enligt Westergren. Studentlitteratur, 2003, sid. 172.

Nutritionprocess i den slutna vården



Källa: Regionalt vårdprogram - Nutrition med inriktning undernäring. Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling, 2005.

2.5. Samordnad vårdplanering

Arbetsgrupp; *Agneta Björklund, Susanne E Eriksson, Lise-Lott Rydström, Anne-Marie Karlsson, Marianne Popovski, Johanna Nilsson, Birgitta Jacquet, Anette Bengtsson, Lena Andersson*

Att ha rutiner, riktlinjer och en tydlig ansvarsfördelning enligt gällande lagstiftning är av stor betydelse och leder till ökad patientsäkerhet och minskade kostnader för sjukhuset. Patienternas behov av trygghet och värdighet skall prägla all vård och behandling. I dialog med vårdpersonalen skall patienterna få stöd att ta beslut i frågor som rör deras hälsa allt i följsamhet till Värdegrunden.

Genom samordnad vårdplanering kan vi kvalitetssäkra överlämnandet av patient till annan vårdgivare

1. Arbeta för att stärka ett sjukhusgemensamt varumärke – att det vi levererar är av god och säker kvalitet.
2. Många vägar till samma mål – vi erbjuder verktyg för att komma dit – checklistor, riktlinjer, funktionsbunden ansvarsfördelning och IT-stöd.
3. Patienten skall vara delaktig i sin vårdplanering, det är patientens önskemål som gäller.
4. Använd närstående som informationskälla och hjälp.
5. Vad har vi gjort inför utskrivningen? Rådfråga patienten om behov. Är läkemedelslistan uppdaterad, recept skrivna etc. Dokumentera.
6. Arbeta för att kommun och primärvård är informerade. Skriv avvikelse när något inte fungerar.
7. Börja planera utskrivning redan vid inskrivning

En ändring i lagen (1990:1404) om kommunens betalningsansvar genomfördes 2003 (2003:193). Ändringen innebär att kommunen har betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara och där en vårdplan har justerats. Lagen skall ses som en ram för att nå bättre patientsäkerhet genom samordnad vårdplanering.

En vårdplan innebär att patientens behov av fortsatt vård, omsorg och stöd ligger till grund för insatser från kommun och primärvård.

Vårdplanering sker i dialog med patienten, dennes närstående och tillsammans med kommun samt insatser från primärvården.

Ansvarig för att en vårdplan upprättas är behandlande läkare.

Patientsäkerhet genom samordnad vårdplanering på intranätet

Inuti / Medicin & omvårdnad / Handböcker / Handbok kliniska ... / Samordnad vårdplanering

Riktlinjer: ■för samordnad vårdplanering ■för vårdplaneringsmöte ■vid utskrivning till särskilt boende ■för samordnad vårdplanering i WebCare

Checklistor: ■för samordnad vårdplanering, inkl vårdplan ■För vårdplaneringsmöte

Händelskedja: ■från in – till utskrivning

Överenskommelse: ■mellan SLL och KSL

Råd & tips: ■för ansvars och rollfördelning

Mål 2008

1. Redovisa antal vårdplanerade patienter (♀/♂) per tertial per klinik.
2. Sammanställa antal avvikelser från kommun och primärvård som är inkomna till Patientvägledare.
3. Redovisa andel avslutade ärenden i WebCare samma dag patienten skrivs ut.
Målvärde: 100 %.

Genomförande: Redovisning sker via frågeformulär till respektive verksamhet och den Lokala WebCare förvaltning/sektionen för patientredovisning. Ansvariga; Stina Fransson Sellgren, Agneta Björklund.

Referenser:

1. SFS 1990:1404 Lag om kommunernas betalningsansvar
2. SFS 2003:193 Lag om ändring i lagen
3. Socialstyrelsens författningssamling 2005:27 ”Samverkan vid in - och utskrivning”
4. God vård – ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

2.6. Vårdrelaterade infektioner (VRI), prevention

Arbetsgrupp: Stina Fransson Sellgren, Åsa Lagergren, Per Nilsson, Per Ljungman, Björn Eriksson.

Inledning

Vårderelaterade infektioner (VRI) är en av de vanligaste komplikationerna som drabbar sjukhusvårdade patienter. Ett flertal studier både internationellt och nationellt visar att var tionde patient på sjukhus riskerar att få VRI (1, 2). Den uppföljning som genomfördes på Karolinska i november 2006 enligt STRAMA konceptet (Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens) visade att 12 % av de undersökta 1260 patienterna behandlades för VRI (3). Vissa av dessa är dock ej undvikbara då de mer reflekterar patientens sjukdomstillstånd och infektionsbenägenhet än vårdens kvalitet medan andra beror på åtgärder inom vården t.ex. många infartsrelaterade infektioner och postoperativa sårinfektioner som noterades vid uppföljningen.

Spridning av multiresistenta bakterier t ex MRSA (meticillinresistenta Staphylococcus aureus) och bakterier som bildar extended spektrum betalaktamaser (ESBL) är ett stort problem internationellt och det förekommer även på vårt sjukhus om än i mindre omfattning. Internationellt är det också ett stort problem med högpatogeta *C.difficile* infektioner. Förekomsten av allt mer antibiotikaresistenta bakterier utgör ett hot mot patientsäkerheten.

VRI medför både stort lidande för patienten och enorma kostnader för sjukvården. Enligt den beräkningsgrund som Sveriges kommuner och landsting gjort motsvarar detta mer än 150 mkr för vårt sjukhus, bland annat genom förlängda vårdtider (4).

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns sedan 2006 följande inskrivet (5):

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

”vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen”

Basala hygienrutiner och klädregler

Det finns klar evidens för att personalen genom en god hygienisk standard förhindrar spridning av VRI, eftersom direkt och indirekt kontaktsmitta är vanliga smittvägar (6, 7). Smittspridning kan ske direkt från personal till patienter, indirekt mellan patienter via personal och genom att patientens egna bakterier (från hud, avföring etc.) sprids till annan del av kroppen där det ger en infektion (4).

Att tillämpa basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning i vården (7). Rutinerna omfattar handhygien och bruk av handskar samt skyddsrock/plastförkläde i vårdarbetet.

http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se/templates/Page_____33603.aspx

Näst efter kontaktsmitta via händer är den smitta som överförs via kläderna den mest betydelsefulla. Vårdpersonalens kläder kan överföra en smittdos från patient till patient som är 50 gånger större än den luftburna (8, 9). Mest smutsig blir arbetsdräkten på bröst och mage, men även andra delar blir förorenade (8). Långärmad, så kallad läkarrock har visat sig vara en risk för smittspridning genom att bakterier påvisats längst ner på rockärmen och vid fickor (9). Sjukhusets klädregler finns att läsa på Inuti (10).

Isolering

Patienter kan behöva isoleras från kontakt med andra patienter dels p.g.a. egen infektionskänslighet och dels för att de är bärare av vissa smittsamma sjukdomar. Isolering p.g.a. egen infektionskänslighet gäller i första hand vid grav neutropeni. Patienter med kraftigt ökad infektionskänslighet bör vårdas på enkelrum och helst med egen toalett. Därutöver är det väsentligt med noggrann följsamhet till gällande hygienrutiner. Övriga rutiner anpassas till den enskilde patientens behov baserat på det medicinska tillståndet.

Mikrobiologisk screening

Mikrobiologisk screening skall utföras när det föreligger misstanke om att patienten kan ha utsatts MRSA smitta eller Vancomycin resistent enterokocker (VRE). Mer information om denna screening finns i vårdprogrammet för MRSA (11) och i vårdprogrammet för VRE (12).

Antibiotikaanvändning

För att minska risken för selektion och spridning av antibiotikaresistenta bakterier bör antibiotikaanvändningen var så restriktiv som möjligt med hänsyn till patientens kliniska tillstånd. I möjligaste mån bör användning av bredspektrumantibiotika begränsas. Riktlinjer i PM för behandling och profylax bör följas och tiden för antibiotikaanvändning inte förlängas i onödan. Insättande av antibiotika bör alltid föregås av adekvata odlingar och behandlingen ändras vid behov efter odlingssvar, fr.a. bör möjligheten att ge antibiotika med smalare eller mera specifikt spektrum utnyttjas. Läs mer (13, 14).

Mål 2008

1. Andel kliniker med fungerande, tillförlitlig infektionsregistrering
Målvärde: 100 % av berörda kliniker
2. Andel medarbetare som följer sjukhusets klädregler
Målvärde: 100 %
3. Andel medarbetare som följer basala hygienrutiner
Målvärde: 100 %
4. Andel patienter med vårdrelaterade infektion
Målvärde: Minska andelen med 50 % (6 %)
5. Alla verksamheter lämnar handlings-/åtgärdsplan för att minska VRI.

Genomförande: 1 & 4 Infektionskontrollprogrammet (IKP) utreder, ansvarar och rapporterar (Erna Pettersson). 2 & 3 Observationsstudie (Stina Fransson Sellgren).

Referenser:

1. CDC NNIS System. National nosocomial infections surveillance (NNIS) Semiannual Report. Am J Infect Control 1995;23:377-85.
2. Struwe J., Sjögren A. Var tionde ineliggande patient får antibiotika mot vårdrelaterad infection. Läkartidningen 1997;94:1915-8.
3. Resultat STRAMA uppföljning
http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se/templates/page_66847.aspx
4. Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen 2006
5. SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag access on
<http://www.notisum.se/Rnp/SLS/LAG/19820763.HTM> juni 2007
6. Weist K., Pollege K., Schultz I., Ruden H., Gastmeier P. How many nosocomial infections are associated with cross-transmission? Prospective cohort study in a surgical intensive care unit. Inf Contr Hosp Epidemiol 2002;23:127-132.
7. Eveillard M., Eb F., Traimer B., Scmit JL., Lescure F-X, Bienito M et al. Evaluation of the contribution of isolation precautions in prevention and control of multi-resistant bacteria in a teaching hospital. J Hosp Inect 2001;47:116-124.
8. Hambraeus A. Transfer of staphylococcus aureus via nurses' uniforms. J Hyg (camb) 1973; 799-813.
9. Speers R., Shooter RA, Gaya H., Patel N., Hewitt JH. Contamination of nurses' uniforms with staphylococcus aureus. Lancet; ii:233-235.
10. Klädregler http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se/templates/Page_14615.aspx
11. Vårdprogram MRSA
http://inuti.karolinskauniversitetssjukhuset.se/templates/Page_14444.aspx
12. Vårdprogram VRE http://www1.sll.se/docs/w_sme/pdf/vre.pdf
13. http://www.janusinfo.se/imcms/servlet/GetDoc?meta_id=1906
14. <http://www.strama.org/dyn//,97,41,23.html>

3. Patientfokuserad vård

3.1. Patientenkät

Arbetsgrupp: Kay Grönholdt, Carina Berglund, Mia Bergenmar, Britt-Marie Ygge.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982) framhålls medborgarnas rätt till vård av god kvalitet. God vård innebär en vård som baseras på tillgänglighet, säkerhet, tillit, delaktighet, tillfredsställande information, jämlikhet och en rätt att acceptera eller vägra erbjuden vård. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i sjukvården (SOSFS:2005:12) skall systematiska mätningar av hur patienter upplever erhållen vård ingå i sjukhusets ledningssystem.

Det främsta syftet med den landstingsgemensamma patientenkäten är att utgöra underlag för verksamheternas förbättringsarbete. Undersökningar skall därför genomföras regelbundet, vanligen vartannat år. Verksamheterna jämför sina egna resultat över tid men kan även jämföra sig med andra liknande verksamheter internt och externt. Visst utrymme kommer att vara reserverat för icke i förväg planerade mätningar som önskas på grund av särskilda skäl, t.ex. vid en omorganisation, och att det därför är värdefullt med en före- och eftermätning. Undersökningar bör helst göras under så normala förhållanden som möjligt.

Under 2008 kommer öppenvårdsverksamheterna vid sjukhuset att omfattas. (2007 genomfördes mätningar huvudsakligen vid sjukhusets slutenvårdsverksamheter). För att få ett tillräckligt statistiskt underlag rekommenderas att enkäterna omfattar 200 patienter per verksamhet.

Inklusionskriterier öppenvård

Vuxensjukvård:

- Ålder: 16 år eller äldre
- Ej inskriven på sjukhuset

Barnsjukvård:

- Ålder: 0-18 år (0 - 11 år erhåller en "föräldraenkät". 12 - 18 år erhåller en "ungdomsenkät" som besvaras av patienten själv eller tillsammans med närstående)
- Ej inskriven på sjukhuset

Inklusionskriterier slutenvård

Vuxensjukvård:

- Ålder: som vuxensjukvård ovan
- Vårdtid: 24 tim eller mer
- Utskrivning till eget boende

Barnsjukvård:

- Ålder: som barnsjukvård ovan
- I övrigt enligt slutenvård för vuxna

Exklusionskriterier på Karolinska:

- Avliden (CFU-körning genomförs, dvs. kontroll mot folkbokföringsregister utförs, innan personuppgifter skickas till företaget som genomför undersökningen)
- Skyddad identitet
- Dubbletter

Resultaten är klara ungefär 2,5 månader efter det att enkäterna blivit utskickade.

Verksamheterna kan erhålla muntlig återföring efter intresseanmälan till sjukhusets enkätsamordnare.

Verksamheterna (oftast enhetscheferna) ansvarar för att analys av resultaten sker inom fyra månader och resulterar i en skriftlig handlingsplan för utvalt förbättringsområde. Denna handlingsplan skickas till sjukhusets enkätsamordnare. Resultatet från undersökningen redovisas i verksamhetsberättelsen samt i nästkommande kvalitetsbokslut.

Mål 2008

Att varje verksamhet, inom fyra månader efter det att undersökningresultat erhållits, har skickat in en skriftlig handlingsplan (v.g. se nedan) för minst ett förbättringsområde.

Genomförande: Handlingsplan skickas till enkätsamordnaren Kay Grönholdt.

Handlingsplan						
Avseende förbättringsåtgärder relaterade till resultat från den sjukhusövergripande och landstingsgemensamma patientenkäten, den s.k. "Indikatorenkäten"						
Fråga nr	Avvikelse/brist/problem	Åtgärd/er	Klart datum	Mål	Ansvarig	Tfn
Pat. kommentar						

OBS! Handlingsplanen finns inlagd på Inuti under Medicin och Omvårdnad/Kvalitetsutveckling/Patientsäkerhet/Patientenkäter

Har förbättringsarbetet haft önskad effekt?

Kostnadsfritt minienkätprogram som (kan rekvideras från enkätsamordnaren) ger verksamheterna en möjlighet att med s.k. verksamhetsspecifika "Mini-patientenkäter" snabbt och enkelt testa om man med den insatta förbättringsåtgärden uppnår önskad effekt. Om så inte är fallet, kan justeringar av förbättringsåtgärden hinna genomföras innan den "stora" Indikatorenkätundersökningen är aktuell igen.

Referenser:

1. Hälsa- och sjukvårdslagen 1982 § 763.
2. SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens författningssamling.

3.2. Smärta, smärtbehandling

Arbetsgrupp: Märta Segerdahl och Karolinska Universitetssjukhusets smärtnätverk.

Övergripande riktlinjer

Ett gott omhändertagande av smärta innebär att varje patient som är i behov av någon form av smärtbehandling skall kunna få det på ett så individanpassat sätt som möjligt, dvs. efter smärtanalys med iakttagande av såväl smärtans ursprung som typ av smärta samt övriga komplicerande faktorer. Behandlingen bör ske i enlighet med Medicinska rådets kvalitetsriktlinjer (1,2) samt Fokus- och SBU rapporten 2006 (3,4).

Varje klinik skall ha en utsedd läkare till klinikkens ”smärtombud” och varje enhet där patienter omhändertas skall ha minst en utsedd sjuksköterska till smärtombud. Varje paramedicinsk klinik skall ha eget smärtombud. Dessa ska ha utbildning i smärta/smärtpåläggning och ha avsatt definierad arbetstid för uppgiften. Arbetet skall utformas efter den enskilda verksamhetens behov (5).

Inom sjukhuset finns specialistkunskap kring behandling av akut smärta hos akuta smärtteam, utgående från sjukhusets anestesikliniker. Sjukhuset har även två multidisciplinära smärtgrupper, i Huddinge resp. Solna, där det finns tillgång till läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och paramedicinare med specialistutbildning i smärta.

Utvärdering av långvarig smärtbehandling skall göras en gång per arbetspass dvs. 3 ggr/dygn. För postoperativ smärtlindring, **inklusive peroral behandling**, gäller 2 ggr/pass dvs. 6 ggr/dygn. Rutiner skall finnas för skriftlig och muntlig överrapportering av smärtintensitetsskattning/smärtpåläggning till nästa länk i vårdkedjan eller annan vård utanför sjukhuset (6,7).

Akut och postoperativ smärta

Så snart diagnos ställts eller behandling av akut sjukdom inletts på sjukhus skall patienten erbjudas smärtbehandling så att smärtnivån ej överstiger **3/10** på visuell analog skala (VAS). Alla patienter skall få information om skattning av smärtintensitet och om vilka smärtbehandlingsalternativ som kan erbjudas. Om patienten skall opereras skall denna information ske i så god tid som möjligt preoperativt. Valet av såväl rutinmetoder som behandlingsplan anpassad för enskild patient skall utarbetas i samråd mellan anestesiklinik och opererande klinik. Metodansvar för denna behandling åvilar resp. anestesiklinik. All akut och postoperativ smärtskattning och smärtbehandling skall dokumenteras i därför avsedd journalhandling så att smärtans utveckling enkelt går att följa.

Vid problem kan respektive enhet för postoperativ smärta kontaktas dagtid och jourhavande anesthesiolog under jourtid.

Smärta relaterad till cancersjukdom

Flera smärtyper kan föreligga vid cancerrelaterad smärta. Vid varje besök skall patientens smärta och smärtbehandling skattas och dokumenteras under rubriken smärta i patientens journal.

Vid inläggning av patienter med smärta skall smärtlokalisering anges, intensiteten skattas och dokumenteras. Patienten skall erhålla **omedelbar** behandling. Målsättningen bör vara att VAS-skattad smärtintensitet inte överstiger 3/10. Skriftliga rutiner skall finnas för hur smärta

överstigande 3/10 bör handläggas. Om patienten vid upprepade tillfällen trots behandling rapporterar otillfredsställande smärtlindring skall smärtsektionen vid anestesikliniken kontaktas.

Långvarig icke cancerrelaterad smärta

Vid varje besök skall patientens smärta och smärtbehandling skattas och dokumenteras under rubriken smärta i patientens journal. Patienten skall informeras om de olika utrednings- och behandlingsalternativ som kan erbjudas för att själv kunna ta ställning och medverka optimalt i behandlingen. Vid långvariga komplicerade smärttillstånd bör också psykosociala interaktioner och konsekvenser analyseras för att optimera patientens möjligheter att hantera sin situation, i detta syfte anlitas kuratorer och/eller psykologer.

Om patientens smärta och livskvalitet inte förbättrats, senast inom tre månader skall remiss till smärtspecialist utfärdas. Remissen kan också riktas till multidisciplinär smärtgrupp.

Mål 2008

1. **Smärtombud** Samtliga klinker och enheter som omhändertar patienter ska ha utsedda smärtombud med avsatt tid.
Mål: 95 % av alla enheter där patienter vårdas skall ha smärtombud.
2. **Smärtskattning** skall utföras och dokumenteras på samtliga patienter där smärta kan förekomma.
Mål: Minst 85 % av alla patienter som uppgett smärta ska ha en dokumentation av smärtans intensitet.
3. **Patienttillfredsställelse** med smärtbehandlingen mäts vid alla enheter som vårdar och behandlar patienter.
Mål 1: Minst 85 % av alla patienter ska ha fått adekvat smärtbehandling inom en (av patienten bedömd) acceptabel tid
Mål 2: Minst 85 % av alla patienter skall vara nöjda eller mycket nöjda med smärtbehandlingen.

Genomförande: Frågeformulär till vårdenhet och patient.

Referenser:

1. Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds Medicinska kvalitetsråd, Svensk Medicin nr 70, 2001.
2. Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd, för cancerrelaterad smärta: Svensk Medicin nr 58, 1997.
3. SBU:s rapport ”behandling av långvarig smärta, mars 2006.
4. Fokusrapport MPA (Medicinska programarbetet) Smärta, Stockholms läns landsting 2006.
5. Funktionsbeskrivning för smärtombud, Riksföreningen mot smärta, www.smarta.org.se/samarbete_utbildning.
6. SOSFS 2005:27, Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
7. Lag (2003:193), om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, SFS 2003:193.

4. Effektiv vård

4.1. Operationer, sent inställda

Arbetsgrupp: *Agneta Björklund, Py Johnson Fohlin, Eva Bergvall, Jan Kumlien, Göran K Wallin, Göran Dellgren, Ingeborg Gottlieb Inacio, Birgitta Grape, Marija Radon, Kristina M Nilsson, Per Gannedahl, Peder Winnbrant, Åke Hellström, Sylvi Heinonen*

Karolinska Universitetssjukhuset arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppnå bästa kvalitet i samtliga vårdprocesser. I detta arbete ingår registrering och klassificering av sent inställda operationer. Ändrad operationsplanering medför olägenheter för patienten. Operationer som ställs in med kort varsel ger lägre produktivitet och medför en mycket hög arbetsbelastning dvs. merarbete för personalen. Syftet är därför att minimera andelen sent inställda operationer.

Kvalitetsindikatorn, *sent inställda operationer*, finns även med som ett mått till ekonomisk ersättning i Vårdavtal 2008 och skall registreras kontinuerligt samt uppdelas på kön.

- Andel operationsplanerade patienter som fått operationen uppskjuten < 48 timmar före planerad operation där orsaken är *vårdgivarrelaterad, exkluderat de patienter som fått operation utförd inom 24 timmar*
- Andel av sent strukna operationer som beror på att akuta operationer får företräde särredovisas.

Definition

Sent inställd operation innebär ett planerat ingrepp på operationsavdelning (gäller alla op avd) och att patienten fått besked om att operationen ställts in mindre än 48 timmar före planerad inställelsetid.

- Ersättning utges i det fall besked om att operationen ställts in lämnats till patienten mindre än 48 timmar före planerad inställelsetid
- Ersättning utges dock inte om operationen påbörjas inom 24 timmar efter den planerade inställelsetiden

Sjukhusövergripande orsaker till sent inställda operationer delas in enligt följande:

1. Planering

- Akut operation prioriteras
- För stort program planerat
- Försening pga. förlängd operationstid/ ANE-hantering
- Patienten fick en tidigare operationstid
- Patienten ej färdigutredd
- Operatör omprövar beslut
- Tekniskt fel (utrustning/tillbehör)

3. Personalrelaterad

- Operatör saknas
- Anestesiolog saknas
- Operationssjuksköterska saknas
- Anestesisjuksköterska saknas
- Annan personal saknas, specificera

2. Patienttillstånd

- Patienten insjuknat preoperativt
- Operationsindikation ej längre aktuell
- Patienten ej fastande
- Patienten uteblir
- Patienten lämnar återbud

4. Eftervårdsrelaterade orsaker

- Platsbrist på IVA/UVA
- Platsbrist på vårdavdelning

5. Annan orsak

- Orsak skall alltid skrivas

Mål 2008

1. Andel (%) operationer som ställts in < 48 timmar före planerad inställetid (dock ej om operation påbörjas inom 24 timmar efter den planerade inställetiden).

Målvärde: Max 5 % av anmälda operationer. För barn- och transplantationsoperation gäller 8 %.

Särredovisas: Operationer som ställts in på grund av att akut operation prioriteras.

2. All data redovisas könsuppdelat
3. Alla opererande enheter skall regelbundet göra en uppföljning och analys av resultatet antal strukna operationer.

Målet 5 % skall ses som ett tentativt mål i avvaktan på att tillförlitliga tal erhållits från olika kliniker/specialiteter med liknande verksamhet i landet. Ett nationellt register för ”sent inställda operationer” är önskvärt.

Genomförande: Statistik hämtas från Orbit. Möten med representerade kliniker där statistikanalys och uppföljning sker regelbundet under året. Ingår i Vårdavtalet 2008.

Ansvarig: Agneta Björklund.

5. Årsplan 2008

Samtliga resultat läggs in i mallen för kvalitetsbokslut: Delårsredovisning senast 15 juni. Helårsbokslut senast 15 december.

Uppföljning	Ansvariga	Metod	Mål och riktlinjer	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
MRSA	Carina Berglund	PP/FF			21-feb			22-maj			28-aug			20-nov	KB
EBV	Verksamhetschefer		x												KB
Trycksår	Margareta Skog	PP/JG/FF	x				PP/JG						FF		KB
Avvikelsehantering	Ann-Christine Johansson	FF	x										FF		KB
Nutrition	Ann Ödlund Olin	PP/JG	x				PP/JG								KB
Läkemedel	Läkemedelsrådet, Stina Sellgren	FF	x										FF		KB
Smärta	Smärtnätverket, Märtha Segerdahl	PP/JG/FF	x				PP/JG						FF		KB
Sent inställda operationer	Agneta Björklund	*	x												KB
VRI	Erna Pettersson, Stina Sellgren	PP/OBS	x											PP/OBS	KB
Kvalitetsregister	Verksamhetschefer		x												KB
Dokumentation	Catrin Björvell	PP/JG	x				PP/JG								KB
Samordnad vårdplanering	Agneta Björklund, Stina Sellgren	FF	x										FF		KB

* = Endast berörda kliniker.

FF = frågeformulär, JG = Journalgranskning, KB = Kvalitetsbokslut, OBS = observationsstudie. PP = punktprevalensstudie.

 **KAROLINSKA**
Universitetssjukhuset