

Granskning av ändamålsenligheten avseende vårdokumentation inom Landstinget i Jönköpings län

Januari 2006

Sammanfattning

Grufman Reje har fått i uppdrag av revisionen i Landstinget i Jönköpings län att granska ändamålsenligheten i vårddokumentationen för diagnosgrupperna stroke, KOL och prostatacancer inom de tre sjukhusen Länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset samt Värnamo sjukhus. Syftet med granskningen har varit att bedöma i vilken utsträckning vårddokumentationen kring patienten är ändamålsenlig utifrån gällande lagar och direktiv samt utifrån god klinisk praxis som stöd för professionen i deras arbete, såväl för behandlande vårdgivare, som för de som ej träffat patienten. Som utgångspunkt för granskningen har en gyllene standard för respektive diagnosgrupp tagits fram vilken skildrar hur en journal bör se ut för att tillgodose såväl legala som professionella behov gällande dokumentation.

Stroke

Området stroke valdes ut som en lämplig diagnosgrupp att studera bl a med anledning av att Grufman Reje genomfört en liknande studie av denna process vid sjukhusen i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Det ansågs därmed intressant att kunna jämföra Landstinget i Jönköpings län med de båda andra regionerna. I en sammanställning av samtliga svar i granskningen framkom att vårddokumentationen gällande stroke var bättre i Jönköping än i de båda jämförda regionerna.

En tydlig skillnad mellan de två studierna är bedömningen av relationen mellan huvudjournal och omvårdnadsjournal. Det fanns en högre korrespondens mellan de båda journalerna i Jönköping jämfört med de båda övriga regionerna

I över 80% av vårddokumentationen inom Landstinget i Jönköpings län bedömdes dokumentationen ha en bra tillgänglighetsgrad.

- Kvaliteten i dokumentationen är starkt varierande. Många journaler håller en utomordentligt hög klass, medan andra uppvisar ett flertal brister i dokumentationen. Rimligen sammanhänger detta både med lokala traditioner på avdelningen, och den enskilda vårdpersonalens tradition, utbildning och kompetens. Ett utvecklingsmål för Landstinget i Jönköpings län borde vara att åstadkomma en jämnare och högre standard på dokumentationen i hela länet.
- Det finns utarbetade välfungerande rutiner för uppföljning av neurologstatus, blodtryck, puls och andning.

- Omvårdnadsdokumentationen är generellt mycket bra och det finns inte information som inte återkopplas i huvudjournalen. Även dokumentationen från sjukgymnaster och arbetsterapeuter är mycket bra.
- Det finns en del överdokumentation men upplevelsen är att den är mindre i denna studie än i tidigare studie.
- Epikriser håller i regel mycket god standard för medicinska uppgifter och rehabiliteringsplan finns mycket oftare än i tidigare granskningsstudie. Dokumentation av vilka föreskrifter om bilkörning som lämnats saknas dock fortfarande i många fall.
- Det finns sammantaget en del tydliga förbättringsområden t ex
 - Anamnesen
 - Riskfaktorer
 - Neurologstatus
 - Förekomst av yttre traumatecken
 - Pdb
 - Övervakningsformulär för neurologiskt bortfall, vakenhet, vätska och näring.
 - Sväljfunktionen
 - Teamkonferenser
 - Teammål
 - Uppföljning av rökning och bilkörning

KOL

Drygt 25 % av dokumentationen är s k mönsterjournaler med mycket god dokumentation. Ett mycket likartat mönster föreligger vad gäller vårddokumentationens relevans för övertagande vårdgivare. Epikrisens kvalitet visar också ett tvådelat mönster där ca en tredjedel är mönstergilla.

En bedömning av överdokumentation föreligger sannolikt inte. Ibland kan man notera att en fyllig omvårdnadsjournal dubblar vissa uppgifter från huvudjournalen. Översiktligheten i vårddokumentationen är inte god för den som skall läsa den utan att känna till uppläggningsen.

En sammanställning av fynden med de bäst täckta områdena och de sämre visar:

Väl täckta områden(>80% förekomst)

- Hjärt- och lungstatus
- Oxygensaturation
- Blodgaser

- EKG
- Lab-undersökningar
- Lungröntgen
- Farmakologisk behandling
- Adekvat akutbehandling
- Fortsatt farmakologisk behandling
- Medicinsk uppföljningsplan

Dåligt täckta områden (<50% förekomst)

- Funktionsnivå före insjuknandet
- Tidigare exacerbationer och exacerbationsfrekvens
- Tidigare akutbehandling och självmedicinering
- Andningsfrekvens vid inkomst
- PEF eller spiro vid inkomsten
- Svårighetsgradsbestämning (t ex performance status)
- Anteckningar om etiska överväganden HLR
- Rehabilitering-sjukgymnastik
- Trombosprofylax
- Ställningstagande till BMI och nutrition
- Anmärkning om hur patienten informerat

Sammanfattningsvis ser man att där det finns en sedan lång tid etablerad rutin, som det ofta finns för t ex hjärtbesvär, där är dokumentationen mycket god, men i avseenden där kunskaper är nyare, vilket gäller för vissa delar av KOL-vården, där är dokumentationen mera knapphändig.

Datorisering av vårddokumentationen och införande av checklistor för tillstånd som akuta exacerbationer av KOL, skulle i framtiden kunna förbättra omhändertagandet och dokumentationen av denna.

Prostatacancer

Dokumentationen bedöms som huvudsakligen relevant utan betydande överdokumentation. Operationsberättelser, kontrollbesök och omvårdnadsanteckningar är över lag klart godkända. Omvårdnadsanteckningar i slutenvård har vanligen föredömlig rubrikindelning som gör dem lätta att söka fakta i.

- Läkaranteckningar och sjuksköterskeanteckningar på mottagningen saknar vanligen rubrikindelning, vilket gör dem svåra att hitta i, särskilt om en ny vårdgivare ska ta över patientansvaret.
- Dokumentation av patientens totala situation (social situation och utförlig beskrivning av övriga sjukdomar) saknas oftast, vilket i vissa fall kan leda till att handläggningen inte blir optimal.
- Bedömning av lokalt tumörstadium bör anges tydligare och ibland göras först efter upprepad undersökning.
- Läkemedelsbehandling är ofta ofullständigt dokumenterad, särskilt vad gäller behandlingstid.
- Att hälsodeklarationen i den perioperativa journalen inte alltid fylls i av patienten själv innebär att möjligheten till dubbelkontroll av hälsouppgifterna faller bort.
- Att den perioperativa journalen, omfattande den av läkaren ifyllda hälsodeklarationen och knapphändiga uppgifter om hjärt/kärl/lungstatus, helt ersätter anteckning i huvudjournalen bedöms som olämpligt. Detta bland annat på grund av att eventuella viktiga detaljer, nyanser och specificeringar av övriga sjukdomstillstånd och fynd i status inte framkommer.
- Att det i vissa journaler helt saknas preoperativ dokumentation av övriga sjukdomar och kardiopulmonellt status, inklusive intagningsanteckning, bedöms som klart otillfredsställande.
- Att journalkopior till inremitterande ofta skickas enbart efter nybesöket, innan diagnos är ställd och behandling bestämd, är otillfredsställande från den inremitterande läkarens synpunkt. Om man anser det nödvändigt att skicka journalkopia redan vid första besöket för att bekräfta att patienten tagits omhand, är det lämpligt att även skicka en kopia när diagnos är ställd och behandling bestämd, samt efter genomförd behandling.

Ändamålsenlighet utifrån de 5 huvudperspektiven

För samtliga diagnosgrupper visar granskningen på klara brister och förbättringsområden i jämförelse med den gyllene standard för hur en god dokumentation bör se ut för respektive diagnosgrupp.

Professionellt informationsunderlag och beslutsstöd

- Att utgöra ett professionellt informationsunderlag och beslutsstöd försvåras av den stora andel uppgifter som saknas eller är ofullständiga.

Överföring av information

- Kravet på överföring av kunskap och information mellan olika vård och personalkategorier brister när t ex strukturen för dokumentationen såsom avsaknad av rubrikindelning gör dokumentationen svårtillgänglig.

Tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring

- Möjligheten till tillsyn och kvalitetssäkring blir omöjlig när information utelämnas p g a att patienten är känd sedan tidigare.

Patientsäkerhet och patientens behov av information

- Uppgiften om och vilken typ av information som gått ut till patienter och anhöriga är ofta bristfällig.
- Granskningen har inte specifikt bedömt hur väl patientens säkerhet och behov av information om sin sjukdom via journalhandlingar tillgodoses. De brister i dokumentationen som presenteras i rapporten kan dock tyda på vissa risker.

Lagar och direktiv

- Man kan ställa sig frågande till, med anledning av de brister som identifierats, om vårddokumentationen till fullo följer de lagar och direktiv som finns.

Insamlingen av vårddokumentation för granskning har varit mycket bra och den dokumentation som kom in var komplett enligt önskemål. Vi vill passa på att tacka alla som bidragit till detta.

Granskningen visar att det finns ett antal områden där man inom Landstinget i Jönköpings län är långt framme men pekar även på en rad brister. De gyllene standarderna som tagits fram kan användas i förbättringsarbetet och vara underlag för att skapa en jämnare och högre standard i hela länet. I rapporten pekas också på en del goda exempel där sjukhusen kan lära av varandra.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	8
1.1	Bakgrund.....	8
1.2	Syfte.....	10
1.3	Mål.....	10
1.4	Omfattning och avgränsningar.....	11
1.5	Medicinska experter.....	12
2	Bakgrundsbeskrivning.....	13
2.1	Vårdokumentation.....	13
2.2	Stroke (Cerebrovaskulär sjukdom).....	13
2.3	KOL.....	15
2.4	Prostatacancer.....	17
3	Metod och genomförande.....	19
3.1	Angreppssätt.....	20
3.2	Genomförande.....	21
4	Resultat.....	25
4.1	Insamling av vårdokumentation.....	25
4.2	Stroke - resultat.....	25
4.3	KOL - resultat.....	34
4.4	Prostatacancer - resultat.....	45
5	Vårdokumentationens ändamålsenlighet utifrån de 5 huvudperspektiven.....	58
6	Övergripande slutsatser.....	60

Bilaga 1: Bakgrund KOL

Bilaga 2: Gyllene Standard Stroke

Bilaga 3: Gyllene Standard KOL

Bilaga 4: Gyllene Standard Prostatacancer

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Grufman Reje Management har ramavtal med Landstinget i Jönköpings län omfattande uppdrag inom förvaltningsrevision. I underlaget till ramavtalet finns förslag på ett flertal projekt för granskning utifrån landstingets fyra perspektiv. Ett av dessa perspektiv är "Process- och produktionsperspektivet", där vi föreslog ett projekt för granskning av ändamålsenligheten i vårddokumentationen. Förslaget utgår från de erfarenheter vi fått från ett omfattande arbete med motsvarande granskning vid sjukhusen i Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Ändamålsenligheten granskades utifrån följande fem perspektiv:

- Lagar och direktiv
- Professionellt informationsunderlag och beslutsstöd
- Överföring av information
- Tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring
- Patientens säkerhet och behov av information

Grufman Reje genomförde initialt en förstudie där bl a de tre diagnosgrupperna valdes ut. Förstudiens syfte var att klargöra förutsättningarna för en huvudstudie av vårddokumentationen.

Här ingick bl a att:

- identifiera vilka vårdprocesser som var lämpliga att studera
- göra avgränsningar i tid och rum d v s vilken period som skulle studeras respektive vilka enheter som skulle ingå
- informera och förankra projektet hos berörda verksamhetschefer
- tydliggöra hur berörda verksamheter engageras i projektet t ex vid val av vårdprocesser, deltagande i acceptansmöte om golden standard för respektive vårdprocess dokumentationskrav, vara behjälpliga med utplockning av vårddokumentation, delta i avrapporteringsmöten och uppföljningsmöten
- engagera externa medicinska experter för framtagande av förslag till golden standard samt som granskare av utplockad vårddokumentation
- göra omvärldsanalys vad gäller liknande projekt i Sverige t ex SoS projekt om ändamålsenlig vårddokumentation
- förbereda projektplanering inför huvudstudien

Valet av vårdprocesser för granskning diskuterades med uppdragsgivaren och några kriterier togs fram. Gemensamt för de valda vårdprocesserna var att de skulle anses vara tillräckligt intressanta att studera och att resultatet förväntades ge nya kunskaper som kunde stimulera och förbättra verksamheten. En av vårdprocesserna beslutades vara samma som vid granskningen i Region Skåne och Västra Götalandsregionen för att möjliggöra jämförelser. De två övriga vårdprocesserna skulle gälla patientgrupper som är tillräckligt omfattande i antal patienter per år och ha kontaktytor mellan olika vårdgivare eller kompetenser. Med erfarenheterna från tidigare granskning skulle de valda vårdprocesserna vara tydligt avgränsbara vad gäller diagnostik och behandlingsrutiner. Efter samtal med berörda verksamheter och dialog med representant för INFO VU på Socialstyrelsen valdes följande processer för huvudstudien:

- Stroke
- Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)
- Prostatacancer

Bland de intervjuade ansåg flertalet att jämförelser mellan sjukhusen i landstinget inte skulle ge något mervärde till studien. Bäst skulle vara att granska dokumentation per sjukdomsgrupp gemensamt från alla sjukhus och jämföra med en gyllene standard för respektive vårdprocess.

Stroke

Vårdokumentationen för patienter med stroke berörs av att utvecklingen i behandlingsmöjligheter snabbt gått framåt. Berörda enheter inom Landsting i Jönköpings län ansåg också att denna process var intressant att studera. I Värnamo har en strokeenhet byggts upp och det ansågs som positivt att studera processen bland annat med anledning av det.

En processgrupp vid Länssjukhuset Ryhov har tagit fram en standard för dokumentation av strokeprocessen som till stor del bygger på de nationella riktlinjer som finns. Vid Höglandssjukhuset pågår också sådant arbete.

Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)

En del arbete med vårdprogram för KOL utförs för närvarande på nationell och på lokal nivå. Detta arbete ingick i underlaget för framtagningen av den gyllene standarden för dokumentationen.

Intervjupersonerna ansåg det vara intressant att studera dokumentationen av KOL-processen. Man framhöll bland annat att KOL inte studerats på liknande sätt tidigare. Vid Höglandssjukhuset och Länssjukhuset Ryhov har man en integrerad öppen och slutna vård. I Värnamo är den öppna och slutna vården uppdelad. Det ansågs därför lämpligt att inkludera patienter som kommer från båda enheterna.

Prostatacancer

Patientgruppen med prostatacancer kommer troligen att bli allt större och allt mer kostnadskrävande i framtiden. Intervjupersonerna såg det därför som intressant att undersöka dokumentationen i denna vårdprocess.

Ett vårdprogram för prostatacancer har framarbetats i regionen. Det finns också nationella vårdprogram under utarbetande. Vid Länssjukhuset Ryhov används bl a Läkemedelsverkets program som en riktlinje vid behandlingen.

1.2 Syfte

Syftet var att studera hur den medicinska omvårdnadsdokumentationen för diagnosgrupperna stroke, KOL och prostatacancer fungerar ur tre perspektiv.

- svarar mot behovet av professionellt informationsunderlag och beslutsstöd för såväl behandlande vårdgivare som andra som i sitt arbete behöver ta del av vårddokumentationen,
- tillgodoser patientens krav på säkerhet och behov av information om sin sjukdom samt
- utgör tillfredsställande underlag för tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring av genomförda vårdinsatser.

1.3 Mål

Målet med granskningen var att till revisionen presentera en rapport som visar i vilken utsträckning vårddokumentationen kring patienten i länet är ändamålsenlig. Inom ramen för detta ska följande aspekter belysas:

- Hur väl gällande lagar och direktiv om vårddokumentation efterlevs inom respektive disciplin
- Hur väl vårddokumentationen svarar mot behovet av professionellt informationsunderlag och beslutstöd, såväl för behandlande vårdgivare, som för de som ej träffat patienten

- Hur väl vårddokumentationen fungerar för överföring av kunskap och information om patienten och dennes sjukdom mellan olika vård- och personalkategorier
- Hur väl patientens säkerhet och behov av information om sin sjukdom via vårddokumentationen tillgodoses
- Hur väl dokumentationen är anpassad för tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring av genomförda vårdinsatser.

Resultatet visar kvaliteten på dokumentationen inom landstinget per patientgrupp i stort. Resultatet för enskilda kliniker eller sjukhus redovisas ej.

1.4 Omfattning och avgränsningar

Uppdraget gällde granskning av dokumentationen för patientgrupperna: stroke, KOL samt prostatacancer. Granskningen har omfattat de tre sjukhusen inom Landstinget Jönköpings län:

- Länssjukhuset Ryhov
- Höglandssjukhuset
- Värnamo sjukhus

Ca 30 vårdepisoder har granskats per patientgrupp. Detta är ett tillräckligt underlag för att få fram ett representativt material per patientgrupp.

Studerad tidsperiod

Vid mötena i förstudien diskuterades bl a om studien skulle göras prospektivt eller retrospektivt. Av flera skäl var det lämpligast att göra studien retrospektivt, då jämförelsen skett utifrån en "gyllene standard" per patientgrupp och denna standard togs fram i det inledande skedet i huvudstudien. En prospektiv studie skulle inte ge revisionen i Jönköping svar på frågan om ändamålsenligheten i vårddokumentationen är tillfredställande, utan snarare visa på verksamheternas förmåga att följa en upprättad gyllene standard.

Flertalet av intervjupersonerna ansåg att det bästa vore att genomföra studien retrospektivt. Några ansåg att en prospektiv studie snarare skulle stimulera utvecklingen till en god dokumentation. För att tillgodose ett legitimt behov av att få underlag för utveckling av vårddokumentationen kan en retrospektiv studie följas upp med en studie om ett år utifrån samma gyllene standard. Detta skulle tillgodose både

revisionens behov av granskning och verksamheternas behov av utvecklingsunderlag.

En lämplig tid under 2004 för att hämta dokumentationen från föreslogs till september-november 2004. Detta med anledning av att underlaget från sommarmånaderna inte anses vara representativt.

Förankring i berörda verksamheter

De verksamheter som engagerades i studien fick information om upplägget samt information om förväntat engagemang av dem. Acceptansen och intresset var stort bland de som intervjuades.

Det engagemang som krävdes var i form av deltagande vid möten för förankring av gyllene standard samt avstämning av resultat innan rapportskrivning. Dessutom ansvarade verksamheterna för framtagning av vårddokumentation och avidentifiering av dessa.

1.5 Medicinska experter

Följande personer har deltagit i studien som medicinska experter. De har även genomfört den medicinska granskningen.

Stroke – Professor Bo Norrving, Universitetssjukhuset i Lund

KOL – Professor Claes-Göran Löfdahl, Lunds Universitet

Prostatacancer – Docent Ola Bratt, Universitetssjukhuset i Lund

2 Bakgrundsbeskrivning

2.1 Vårdokumentation

Föreskrifterna i Socialstyrelsens föfattningssamling beträffande krav på patientjournaler (SOSFS 1993:20) anger tydliga krav på att samtliga journalhandlingar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd, inklusive beskrivningen av de åtgärder som genomförts eller planeras, utgår från patientsäkerheten i vid bemärkelse. Dokumentation av patientens tillstånd är central för kvaliteten i tillhandahållen vård.

SoS beskriver följande ändamål för patientjournalen:

- stöd för (aktuell) vårdgivare
- arbetsverktyg eller underlag för någon som inte träffat patienten
- informationskälla för patienten (tillägg; innefattar även närstående)
- instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbete
- underlag vid tillsyn och kontroll av utförd vård
- underlag för legala frågor och forskning

Journalföringen skall dessutom vara effektiv för att inte ta för mycket tid i anspråk från vårdarbetet, samt vara lättöverskådlig. Detta "effektivitetskrav" kan ibland understundom vara svårförenligt med ovan angivna ändamål. En genomförd studie av SoS (jan 2000: överdirektör Olof Edhag) visar att ca 25 % av såväl läkares som sköterskors arbetstid åtgår till administration, bl a journalföring.

Legal grund för journalföringen är Patientjournallagen (1985:562, uppdaterad SFS 1998:1662), vari anges vad journalhandlingar skall innehålla, hur de skall föras, utformas och hanteras, bevaras, skyddas av sekretesskäl, m m.

2.2 Stroke (Cerebrovaskulär sjukdom)

Stroke är en folksjukdom med ca 30 000 patienter per år, varav 20 000 är förstagångsinsjuknande. Cerebrovaskulär sjukdom svarar för 10-12 % av alla dödsfall, och är den tredje vanligast dödsorsaken i landet. Medelåldern för de avlidna är 73 respektive 77 år för män respektive kvinnor. Män har ca 40 % högre risk att drabbas av stroke än kvinnor. Vanligen beror stroke på en infarkt i hjärnvävnaden till följd av att en blodpropp stänger av flödet till en del av hjärnan

(cerebral insult). I andra fall rör det sig oftast om en blödning i något av hjärnans kärl (cerebral hemorragi).

Stroke är den enskilda somatiska sjukdomsgrupp som konsumerar flest vårddagar på svenska sjukhus, ca 1 miljon dygn/år fördelat på ca 55 000 vårdtillfällen. Tre månader efter insjuknandet har ca 20 % av patienterna avlidit, och av de överlevande är ca. en tredjedel beroende av hjälp i primära ADL-funktioner (toalettbesök, påklädning etc). 16 % av de överlevande behöver vård på institution sent efter slaganfallet. De totala samhällskostnaderna för stroke uppgår till ca 10 miljarder kronor, varav tre fjärdedelar är direkta kostnader.

Behandlingen av stroke inriktas idag på tidiga behandlingsinsatser och vård vid specialiserade strokeenheter. Vård på dessa enheter bör kunna erbjudas alla patienter som insjuknat och inom kort tid efter debut av symptom. Nyckelprinciper för vård på strokeenhet är multidisciplinärt samarbete i team med specialutbildad personal som läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och vid behov logoped, kurator, psykiater, psykolog och dietist. Vården sker utifrån av professionen fastställda program för utredning och behandling, tidig aktiv rehabilitering, regelbunden registrering av insatser, resultat och funktionsnivå samt utskrivningskonferens för planering av fortsatt vård i samarbete med rehabiliteringsklinik, primärvård, kommun etc. De mest kostnadseffektiva sätten att förebygga stroke är behandling mot högt blodtryck, rökavvänjning samt antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer.

En väl fungerande vårdplanering, vårdprocess och vårdkedja för stroke kräver detaljerade och tydliga rutiner för fortlöpande dokumentation av vården. Detta är i fallet stroke extra betydelsefull då en rad experter och vårdgivare är gemensamt ansvariga. Patienten flyttas dessutom ofta mellan olika kliniker och huvudmän, varför en ändamålsenlig dokumentation är avgörande. Till detta kommer att själva sjukdomens inverkan på patientens mentala och funktionella tillstånd innebär att denne i många fall inte själv kan redogöra för sin situation .

Socialstyrelsen publicerade år 2000 riktlinjer för strokesjukvården. Detta styrdokument har fått stor betydelse för att patienten ska få optimal vård och det ligger också till grund för den referensstandard som använts vid föreliggande granskning. En breddad och fördjupad implementering av riktlinjerna har potential att ytterligare höja vårdkvaliteten.

I Socialstyrelsens sammanställning av övergripande kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården (på uppdrag av regeringen, redovisat i Läkartidningen 2002:8), anges för stroke:

- I. andelen patienter vårdade på strokeenhet
- II. dödligheten tre månader efter slaganfall
- III. (iii) andelen patienter som anger att de fått stöd från sjukvården eller kommunen under de tre första månaderna efter utskrivningen från sjukvården.

2.3 KOL

KOL är som sjukdomsbegrepp förhållandevis ungt. Tidigare har de obstruktiva lungsjukdomarna behandlats tillsammans, d v s astma och KOL har ofta slagits samman. Nu definieras KOL som en sjukdom som är skild från astma. KOL är en långsamt progredierande luftvägsobstruktivitet, där luftvägsmotståndet aldrig, ens efter optimal behandling normaliseras. Vid astma är mellan attackerna luftvägsmotståndet i allmänhet normalt. KOL beror på en inflammatorisk reaktion i luftrören, som svar på utifrån tillförda toxiska agens. I västerlandet är detta agens i allmänhet rökning, även om yrkesexponering också bidrar till sjukdomen. Sjukdomen karakteriseras av bronkiolit (inflammatoriska förändringar i de små luftrören) och emfysem (destruerade alveoler som ger lungvävnad av synnerligen låg elasticitet och därmed försvårad utandning). Den tidigare vanligen använda termen kronisk bronkit används numera som diagnos endast för de patienter som har slemproduktion och hosta utan att ha spirometriskt påvisbar luftvägsobstruktivitet.

KOL har medfört en markant ökad sjuklighet och dödlighet i västerlandet under de senaste decennierna, och alla prognoser ger vid handen att detta kommer att fortsätta under de kommande decennierna. Även vid mycket goda resultat av rökavvänjning kommer tyvärr sjukligheten att under åtminstone 20 år framåt vara stor i Sverige. För närvarande lider mellan 5 och 10 % av den svenska befolkningen av KOL i olika svårighetsgrader.

På senare år har man förstått att diagnostik och behandling av akuta försämringsperioder (exacerbationer) är av stor betydelse för långtidsförloppet av sjukdomen. I allmänhet drabbar dessa mest frekvent de patienter som har en svår KOL och många försämringsperioder kan behandlas i primärvården. Emellertid kommer med tilltagande svårighetsgrad av sjukdomen försämringsperioderna att leda till behov av sjukhusvård, alldeles särskilt då sjukdomen blir så svår att lungfunktionen inte

förmår att ge patienten tillräckligt mycket syrgas och/eller inte förmår att borttransportera koldioxiden som kroppens förbränning alstrar. Denna situation kallas andningssvikt (respiratorisk insufficiens) och ska i allmänhet akut omhändertas i slutenvård. Att ha KOL med frekventa försämringsperioder som kräver sjukhusvård innebär en synnerligen dålig prognos, och i internationella material är den primära mortaliteten under det aktuella vårdtillfället upp mot 10 %, mellan 20 och 40 % mortalitet inom 1 år. I en studie såg man en 3-årsmortalitet på 47 %. Dessa prognostiska data gör att svår KOL måste ses som en väsentligt allvarigare sjukdom för patienten än många maligna sjukdomar.

I Sverige dör varje år knappt 3000 personer med KOL som primär dödsorsak. Knappt 100 av dessa avlider i Jönköpings län, se figur 1-2 i bilaga 1. Denna statistik är förmodligen en undervärdering, då många av dessa patienter samtidigt lider av hjärtsjukdom och dödsbeviset ofta använder hjärtdiagnosen som förstahandsorsak. En klar tendens i dessa mortalitetssiffror är att de könsskillnader som tidigare förelåg, med manlig dominans, nu håller på att utjämnas. Denna trend är också klar i Jönköpings län. Anledningen till detta är att antalet kvinnor i populationen som röker har nått "jämsällldhet" först med generationen som är född på 1940-talet och det är dessa och 50-talisterna som nu i stor utsträckning insjuknar i KOL.

Under de senaste decennierna har det skett en markant ökning av antalet vårdtillfällen i Sverige orsakade av KOL. Kön fördelningen har även här varit likartad om man jämför kvinnor och män. Vad gäller vårdtillfällen i Jönköpings län jämfört med övriga landet har antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare närmast sig riksgenomsnittet, se figur 3 i bilaga 1.

I Jönköpings län har ca 750 vårdtillfällen/år orsakats av KOL under de senaste åren, med en sjunkande medelvårdtid, till ca 6 dagar (figur 4-5 i bilaga 1), vilket väl överensstämmer med riksgenomsnittet 6,02 dagar år 2004. Det totala antalet vårdtillfällen har varit ca 750 per år och det antal vårdtillfällen som slumpats ut i den aktuella undersökningen är alltså ca 1/20.

Den behandling som har starkast evidensunderlag är att sluta röka. Detta leder till en förbättrad prognos, och en återgång av lungförsämringen till normalt åldrande. Vissa inflammatoriska förändringar i luftörsslemhinnan kan emellertid kvarstå under lång tid efter rökslut. I det sena skedet då andningssvikt har tillstött är det också väl belagt att syrgasbehandling medför såväl förbättrad prognos som livskvalitet. Som symtomlindrande behandling ges bronkdilaterande farmaka som betastimulerare och/eller antimuskarinika. Behandling med inhalationssteroider vid svårare KOL har visats minska antalet försämringsperioder. De akuta försämringsperioderna

behandlas i allmänhet med inhalerade bronkvidgande medel och oral behandling med kortison och antibiotika. Vid svårare tillfällen har goda evidens getts för att non-invasiv övertrycksventilering med sk Bipap-ventilator ger förbättrad överlevnad.

2.4 Prostatacancer

Prostatacancer är den i särklass vanligaste cancersjukdomen i Sverige med drygt 9 000 nya fall år 2003, varav 272 i Jönköpings län. Trettio procent av alla nya fall av cancer i Jönköpings län år 2003 var prostatacancer. Det är också den cancersjukdom som ökat snabbast i antal nya fall med en dubblering på femton år. Orsakerna till ökningen är framför allt ökad diagnostisk aktivitet, i synnerhet bruket av blodprovet PSA, och ökat antal äldre män i befolkningen. Prostatacancer drabbar huvudsakligen äldre män; hälften av dem som får diagnosen är över 71 år. Det är en sällsynt sjukdom före femtio års ålder.

Tidigt upptäckt prostatacancer har vanligen ett långsamt förlopp och många av dem som får diagnosen i hög ålder avlider av andra sjukdomar, även utan botande behandling. Trots detta är prostatacancer den cancerform som skördar flest liv bland män i Sverige, omkring 2 500 per år.

Sjukdomspanoramats för prostatacancer har förändrats dramatiskt under det senaste decenniet. Från att det tidigare huvudsakligen varit relativt avancerade tumörer vid diagnos, vilka behandlats hormonellt utan syfte att bota, är nu omkring 4 000 patienter årligen potentiellt aktuella för botande behandling. För flertalet av dessa patienter är mer än en behandlingsform möjlig. Alternativen är operation, yttre strålbehandling och inre strålbehandling (brachyterapi), ibland kombinerat med hormonell behandling under begränsad tid. För många patienter med tidig sjukdom är dessutom exspektans (uppföljning utan primär aktiv behandling) möjligt.

Vid behandling av patienter med tidig prostatacancer är det av stor vikt att få en klar bild av såväl prostatatumören som patientens övriga sjukdomar för att man ska kunna välja den bästa behandlingsformen i det enskilda fallet. Sociala faktorer är också av stor betydelse eftersom olika behandlingar har olika biverkningsprofiler vilka kan vara mer eller mindre besvärande för patienten beroende på yrke och samliv. De vitt skilda tänkbara behandlingsstrategierna kräver upprepade diskussioner med patienterna innan beslut om behandling fattas, vilket i kombination med det exponentiellt ökande antalet patienter mycket kraftigt ökat arbetsbelastningen på urologmottagningarna. Eftersom det inte är ovanligt att mer än en läkare kommer i kontakt med patienten i detta skede är dokumentationens kvalitet väsentlig.

Även vid mer avancerad sjukdom finns nästan alltid flera olika tänkbara behandlingar för en enskild patient: kirurgisk kastration, medicinsk kastration med depåinjektioner, hormonbehandling med tabletter och ibland exspektans utan aktiv behandling.

Även om antalet behandlingar med botande syfte ökat så kraftigt är behovet av vård för svårt sjuka och döende prostatacancerpatienter oförändrat. Dessa patienter kräver mycket stora vårdinsatser med god samverkan mellan olika specialiteter på sjukhus, primärvård och kommunal hemsjukvård. Urologenhetererna fortsätter vanligen att ha tät kontakt med patienterna även under deras sista levnadsår. Fullgod dokumentation är en förutsättning för att samverkan mellan olika vårdgivare ska fungera tillfredsställande.

3 Metod och genomförande

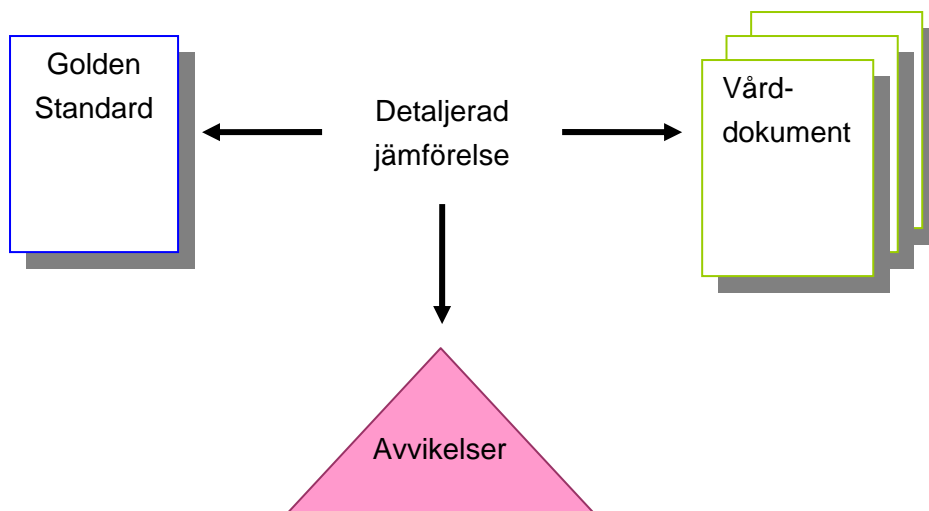
Utgångspunkten för studien är en retrospektiv granskning av ändamålsenligheten i den vårddokumentation som förs vid de aktuella sjukhusen rörande de tre diagnosgrupperna.

Utgångspunkten för granskningen är en så kallad "golden standard" eller norm, baserad på patientsäkerhet, medicinsk ändamålsenlighet och legalitet. En sådan standard innebär att granskningen skapar förutsättningar för fortsatta förbättringar och vidare utvecklingsarbete. Uppdragsgivaren startar därmed en lärprocess som kan bli normgivande för utvecklingsarbete av vårddokumentation också av andra vårdprocesser inom Landstinget i Jönköpings län.

Den framarbetade "golden standard" för respektive diagnosgrupp används som norm över information som bör finnas i en ändamålsenlig vårddokumentation. Begreppet "ändamålsenlighet" har utifrån patientjournalagen och socialstyrelsens definiering av patientjournalens ändamål brutits ned till följande fem huvudperspektiv vilka varit vägledande för granskningen:

- hur väl gällande lagar och direktiv om vårddokumentation efterlevs inom respektive disciplin
- hur väl vårddokumentationen svarar mot behovet av professionellt informationsunderlag och beslutstöd för behandlande vårdgivare
- hur väl vårddokumentationen fungerar för överföring av kunskap och information om patienten och dennes sjukdom mellan olika vård- och personalkategorier
- hur väl patientens säkerhet och behov av information om sin sjukdom via journalhandlingar tillgodoses
- hur väl dokumentationen är anpassad för tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring av genomförda vårdinsatser

Begreppet "ändamålsenlighet" bryts ytterligare ner till en hög detaljeringsnivå och konkretiseras till ett stort antal specifika kontrollfrågor mot vilka vårddokumentationen granskas. Standarden blir även ett lärande dokument då det prospektivt kan användas som en checklista över vad som bör finnas med i vårddokumentationen.



Figur 1: Granskningens principiella upplägg

3.1 Angreppssätt

Arbetet har bestått av två delar; definition respektive granskning.

Definition

Första steget i arbetet var att definiera en referensmodell den så kallade "golden standard" för respektive diagnosgrupp som ligger till grund för själva granskningen. Se bilaga 2-4.

Patientjournalagen, Socialstyrelsens föreskrifter samt nationella och lokala vårdprogram ligger till grund för den golden standard som togs fram.

De framarbetade standarderna är processororienterade och följer patientens väg genom vården.

Grufman Reje har genomfört en liknande studie vid sjukhusen i Västra Götalandsregionen samt Region Skåne och då utarbetades en golden standard för stroke. Denna standard förändrades bara marginellt och är väl förankrad i ett flertal landsting samt på nationell nivå. Vi bedömde även att det fanns ett värde att kunna jämföra vårddokumentationen inom Landstinget i Jönköpings län med de granskningar som genomförts i regionerna Skåne och Västra Götaland.

För övriga diagnosgrupper utarbetades nya standarder som sedan förankrades med verksamhetscheferna i Landstinget i Jönköpings län. För KOL har Svensk lungmedicinsk förenings Vårdprogram för KOL legat som underlag för den framarbetade standarden. För prostatacancer har ett regionalt vårdprogram för

prostatacancer legat som grund liksom andra underlag för det nationella vårdprogram som är under utarbetande.

3.2 Genomförande

Granskningsprotokoll

Utifrån golden standard utarbetades granskningsprotokoll. I dessa omformulerades varje punkt i standarderna till en direkt fråga. Mot dessa protokoll har varje journal utvärderats. Granskningsprotokollen har utformats för att vara så deskriptiva som möjligt för att minska förekomsten av personliga tolkningar och bedömningar från granskarna.

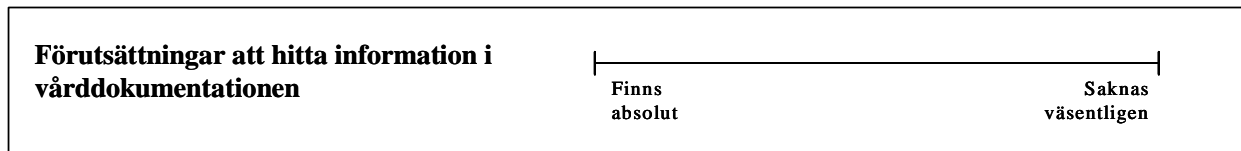
Fråga: Finns uppgift om patientens rökvanor ? Ev Kommentarer	Adekvat 1	Ofullständigt 2	Saknas 3	Ej tillämpligt 0
--	--------------	--------------------	-------------	------------------------

Figur 2: Exempel på fråga hämtad från granskningsprotokollet avseende KOL.

Huvudsyftet med granskningen var vårddokumentationens ändamålsenlighet. Det var emellertid omöjligt att göra en sådan granskning utan att även göra en viss bedömning av den medicinska kvaliteten. Om t ex blodtrycket inte är mätt inför en större operation är dokumentationen i sig förvisso korrekt om det saknas uppgift i vårddokumentationen om blodtryck; det är istället en brist i den medicinska kvaliteten att blodtrycket inte är mätt. Den aktuella granskningen omfattar även denna typ av kvalitetsindikatorer – vad som dokumenterats i förhållande till vad som bör vara utfört och dokumenterat. Däremot har kvaliteten i medicinska bedömningar (t ex val av behandling) och insatser (kirurgiska komplikationer, smärtlindringens effektivitet) inte granskats.

En begränsning i metoden är att det ibland är omöjligt att säkert veta om viktiga uppgifter saknas i ett vårddokument. Om en patient haft en hjärtinfarkt och detta aldrig är nämnt i dokumentationen skulle dokumentationen ändå bedömas som adekvat. Om smärta efter operation inte är angiven i omvårdnadsjournal kan det antingen bero på att patienten inte haft smärta eller att man inte uppmärksammat hans smärta, vilket i båda fallen skulle leda till bedömningen adekvat dokumentation vid en genomgång av vårddokumentationen som den aktuella.

I slutet av varje granskning fanns frågor där granskarna gör en sammanfattande bedömning av vårddokumentationen som helhet utifrån en VAS-skala.



Figur 3: Exempel på VAS-skala

Urval och inhämtande av dokumentation

Studien är retrospektiv och baseras på ett slumpvis urval av vårdokumentation för patienter som vårdats med diagnoserna stroke, KOL och prostatacancer som huvuddiagnos. Urvalet gjordes utifrån de urvalskriterier som togs fram, se nedan. Avsikten var att studera så närliggande vårdtillfällen som möjligt samtidigt som vi ville försäkra oss om att de aktuella vårdtillfällena var avslutade.

Granskningen av stroke och KOL patienter har skett på vårdokumentation för patienter utskrivna från slutenvården under perioden september till december 2004. Utöver tidsintervallet sattes följande kriterier för urval.

Stroke

- × ICD10: I61, I63, I64
- × Patienter utskrivna under perioden **sept-dec 2004**
- × Ej överflyttade från annat sjukhus utanför landstinget
- × Utskrivna levande
- × Vårdade minst 4 dagar
- × Inte tidigare inlagda för stroke de senaste två åren

Totalt studerades 30 vårdepisoder.

Kol

- × ICD10: J44, J43 och J96 där andra diagnosen är J43 eller J44
- × Patienter utskrivna under perioden **sept-dec 2004**
- × Ej överflyttade från annat sjukhus utanför landstinget
- × Inskrivna i slutenvården
- × Första inskrivningen under perioden (vill inte få samma patient flera gånger)

Totalt studerades 37 vårdepisoder.

Prostatacancer

Urvalet av patienter med diagnostiserad prostatacancer visade sig vara mer komplext. Flertalet patienter vårdas huvudsakligen inom öppenvården och sjukdomsförloppet kan vara mycket långt med flera kontakter med sjukvården. För

att studera aktuell vårddokumentation och samtidigt få en så representativ dokumentation som möjligt valdes patienter utifrån följande kriterier.

- * ICD10: C61
- * Ej överflyttade från annat sjukhus utanför landstinget
- * 7 patienter från urvalet skall ha avlidit under 2005 i prostatacancer, kopior av vårddokumentationen skall endast samlas in för patientens sista sex månader i livet.
- * 7 patienter ska vara diagnostiserade första halvåret 2003 och vi granskar vårddokumentation från det senaste året.
- * Av övriga (36 st) sker urval på patienter som erhållit sin diagnos under februari till maj 2004. Av dessa skall minst 7 patienter ha genomgått total prostatektomi (op-kod KEC00).

Urvalet föll ut enligt följande:

- Vårddokumentation avseende 23 patienter som diagnostiserats våren 2004 och därefter erhållit primär behandling. Sju av dessa opererades med total prostatektomi.
- Vårddokumentation avseende 6 patienter som regelbundet kontrolleras av sjuksköterska där endast anteckningar från år 2004 har granskats.
- Vårddokumentation avseende 5 patienter som avlidit i prostatacancer under 2005 där endast läkaranteckningar från det sista halvåret granskats.

Fördelningen av utvalda patienter mellan sjukhusen baserades på totalt antal patienter inom respektive diagnosgrupp.

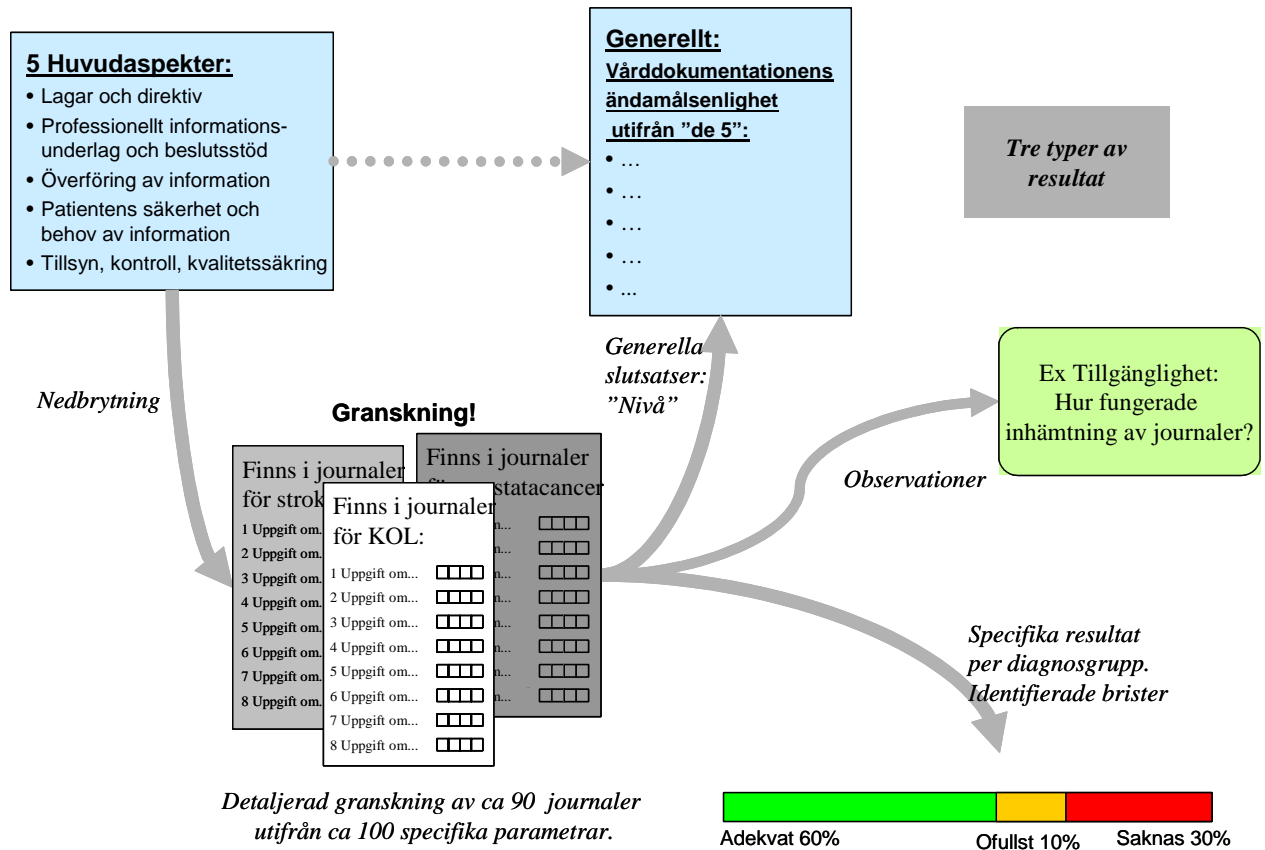
Granskningen

Granskningen har genomförts av de medicinska experterna som besvarat frågorna i granskningsprotokollet. Svaren har lagts in i en databas och bearbetats där.

Sammanställningen visar hur stor andel av vårddokumentationen som för en fråga uppvisar svaren:

- Adekvat
- Ofullständig
- Anteckning saknas
- Ej tillämplig

Det kvantitativa resultatet har analyserats och en kvalitativ bedömning har gjorts av granskarna.



Figur 4: Analysmodell

4 Resultat

4.1 Insamling av vårddokumentation

De ansvariga klinikerna fick två veckor på sig att samla in, aidentifiera, kopiera och skicka in dokumentationen. Flertalet dokument kom in inom anvisad tid och inom mindre än en vecka efter slutdatum hade samtlig vårddokumentation kommit in.

Totalt studerades vårddokumentationen avseende 101 patienter. Vid insamlingen begärdes extra journaler in för att inte behöva störa verksamheten med begäran om kompletteringar p g a exkluderingar. Exkluderingar har t ex gjorts då man vid granskningen upptäckte att patienten haft en annan huvuddiagnos än stroke, KOL eller prostatacancer trots att detta varit registrerat.

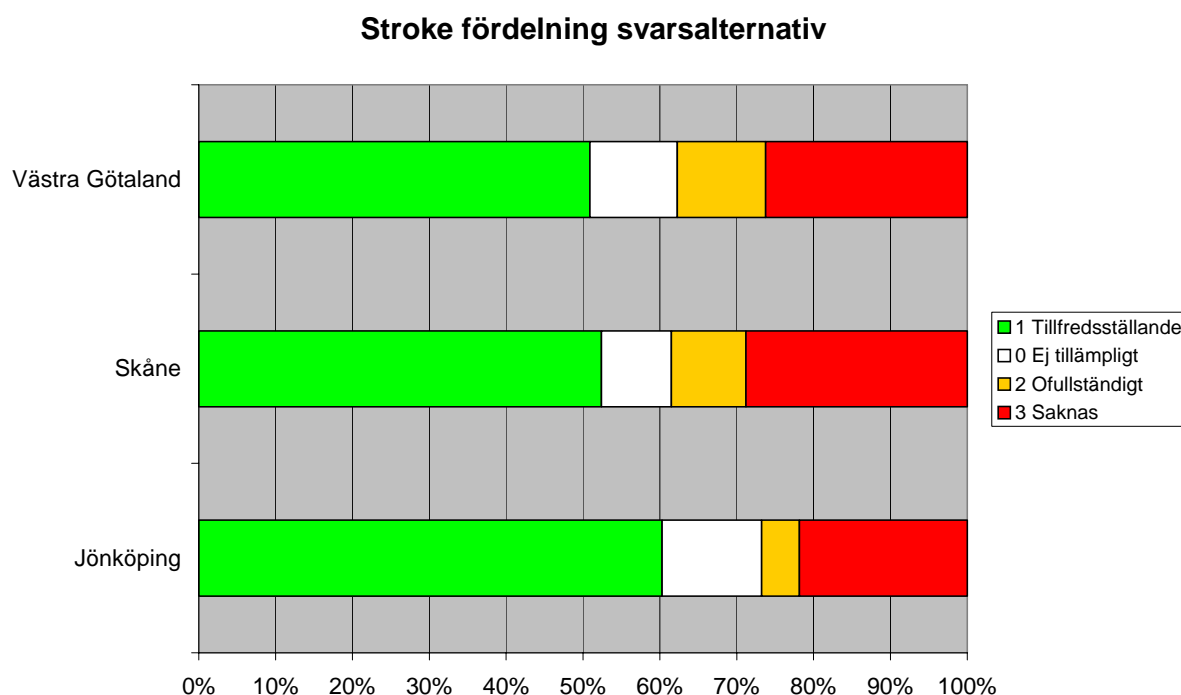
Inga kompletteringar behövde begäras in utan den inskickade vårddokumentationen var komplett.

4.2 Stroke - resultat

Stroke ingick som diagnosgrupp i det tidigare projekt där vårddokumentationen granskades i regionerna Skåne och Västra Götaland. I det projektet togs en golden standard fram. Denna standard har blivit etablerad och beskriver en god vårddokumentation gällande stroke. Den har använts som inspiration i flera senare studier och den används även i denna granskning med vissa mindre uppdateringar. Detta möjliggör jämförelser mellan Landstinget i Jönköpings län, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Med små ändringar har också denna framtagna gyllene använts i den nya versionen av Socialstyrelsens Riktlinjer för Strokevård som publicerats.

För att ge en översiktlig bild och en sammanfattning av vårddokumentationens kvalitet i landstinget har vi summerat alla svar i ett diagram. I Jönköping är 60 % av dokumentationen tillfredsställande. Detta är cirka tio procentenheter bättre än för Västra Götaland och Skåne. Man bör dock komma ihåg att studierna är genomförda

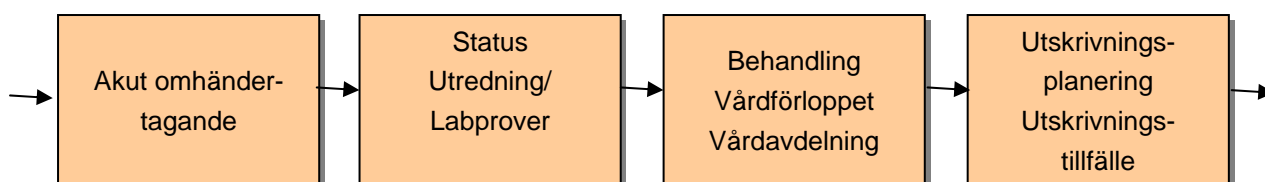
med tre års mellanrum, och sjukvården arbetar kontinuerligt med förbättringar.



Figur 5: Ett genomsnitt av alla svar från granskningarna i Västra Götaland, Skåne och Jönköping.

Genomgång av vårddokumentationen utefter vårdprocessen

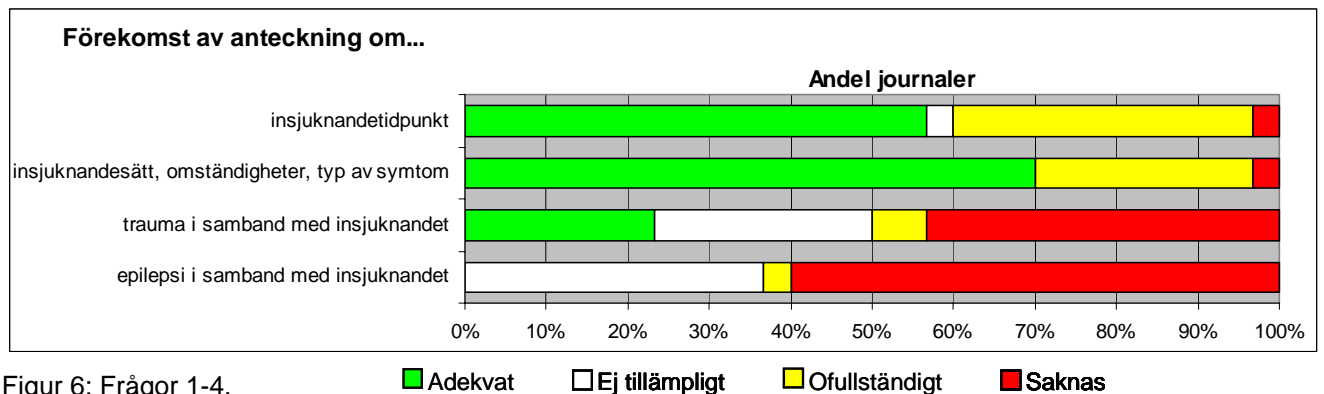
Resultatredovisningen följer vårdprocessen för stroke inom slutenvården med början vid inskrivningen och slut vid utskrivning. Se nedanstående process.



Inskrivningsjournal

Intagningsjournalen ska fånga upp de viktiga kliniska och anamnestiska uppgifterna, vilka ligger till grund för den fortsatta behandlingen. Första delen omfattar anamnestiska uppgifter, lämnade av patienten själv, eller i förekommande fall av anhörig eller närstående. Notering av insjuknandetidpunkt är en mycket väsentlig uppgift. Säkerställd insjuknandetid är avgörande för beslut om stroke-trombolys, som måste ges inom 3 timmar efter insjuknandet. Denna behandling är godkänd av Läkemedelsverket och håller för närvarande på att införas i klinisk rutin vid svenska sjukhus. Uppgift om insjuknandetid är emellertid del av god vårdstandard för alla patienter, inte enbart de som är aktuella för trombolys. Det är anmärkningsvärt att den endast är adekvat i 57 % av journalerna. Detta är något sämre än i jämförda

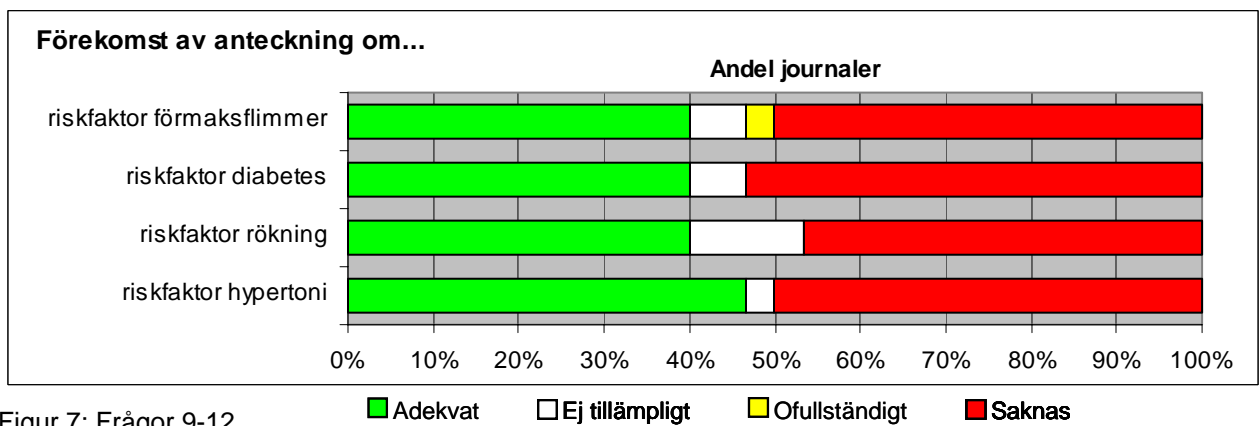
regioner. Noteringar om omständigheter kring insjuknandet är dock betydligt bättre än i jämförda regioner. Denna uppgift finns i 70 % av dokumentationen (44 % i jämförda regioner).



Figur 6: Frågor 1-4.

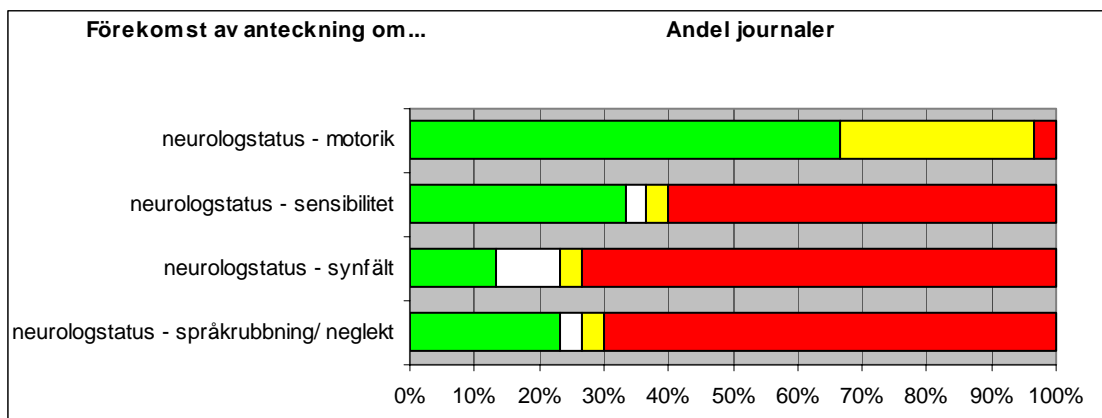
Noteringar om trauma och epilepsi i samband med insjuknande saknas i en hög grad av dokumentationen.

Dokumentation kring fyra viktiga riskfaktorer (som alla ingår i Riksstroke) är också ofullständig och saknas i cirka hälften av alla fall. Detta beror rimligen på en tradition att inte journalföra om något inte föreligger. För några av de viktigaste komponenterna bör detta emellertid vara värdefullt att dokumentera entydigt. Vid denna granskningen har journaluppgifter som "i övrigt väsentligen frisk" liberalt värderats till svarsalternativet "adekvat", d v s som att hypertoni, diabetes och förmaksflimmer inte föreligger.



Figur 7: Frågor 9-12.

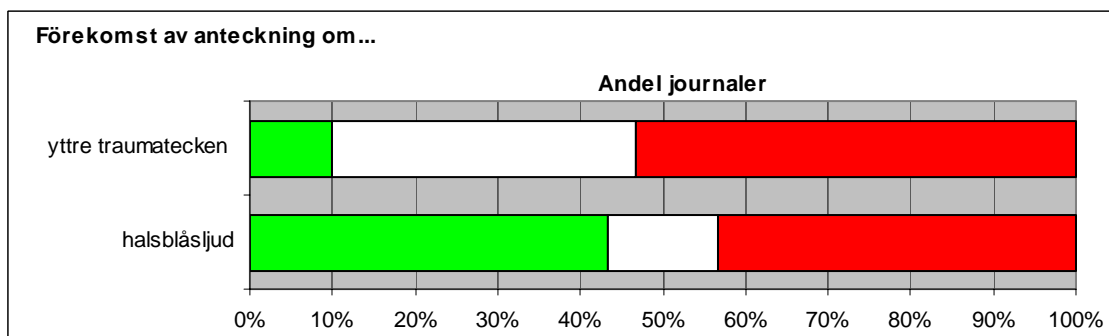
Dokumentation i neurologstatus av de vanligaste och viktigaste bortfallen är i stort adekvat för motorik (det vanligaste strokesymtomet), men mycket ofullständig för förekomst av andra viktiga bortfall som känsel, synfält, och förekomst av språkrubbning eller neglekt. Ett liknande resultat framkom vid den tidigare granskningen inom regionerna Skåne och Västra Götaland och området framstår fortsatt som ett mycket angeläget förbättringsfält.



Figur 8: Frågor 23-26.

■ Adekvat □ Ej tillämpligt ■ Ofullständigt ■ Saknas

Förekomst av yttre traumatecken är inte dokumenterat i drygt hälften av alla fall. Eftersom det är en viktig del i den initiala bedömningen bör detta område uppmärksammas ytterligare.



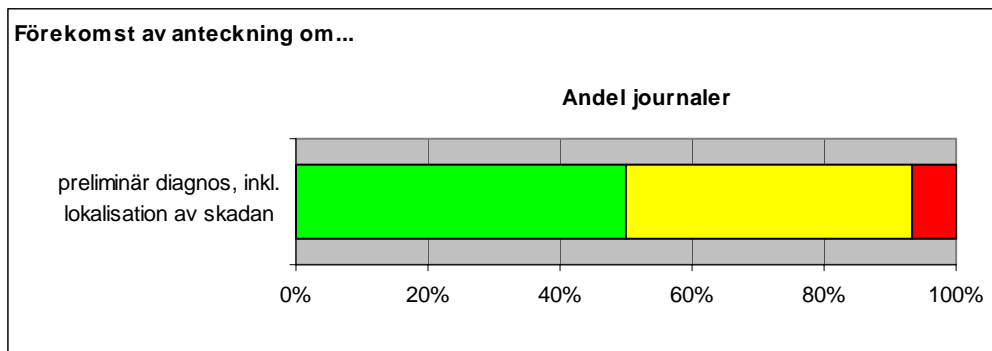
Figur 9: Frågor 18 och 21.

■ Adekvat □ Ej tillämpligt ■ Ofullständigt ■ Saknas

Förekomst av halsblåsljud saknas i drygt 40 % av alla fall. Förekomst av halsblåsljud ger misstankar om bakomliggande förträngning av halspulsådern (a carotis), vilket är angeläget att behandla med operation i utvalda fall. För den praktiska handläggningen är emellertid inte notering om förekomst av halsblåsljud av avgörande betydelse, eftersom alla patienter (även de som saknar blåsljud) som kan bli aktuella för karotiskirurgi under alla omständigheter skall undersökas med ultraljudsundersökning av halskärnen oberoende av om det finns halsblåsljud eller ej.

Labprover och övriga undersökningar

Förekomst av lab svar för rekommenderade akuta prover vid stroke är mycket bra, likaså datortomografi och EKG. Handläggningen kring detta tycks följa väl etablerade kliniska rutiner som tillämpas generellt.



Figur 10: Fråga 38.

■ Adekvat □ Ej tillämpligt ■ Ofullständigt ■ Saknas

Preliminär bedömning

Preliminär bedömning är en första sammanfattande bedömning i det akuta skedet.

Denna är en av de delar av journalen som läses mest, av all vårdpersonal.

Bedömningen bör lämpligen utgöra en sammanfattning av patientens medicinska bakgrund, vad som hänt, symtombild, statusfynd, EKG, diagnostiska överväganden, och planerade fortsatta åtgärder. Cirka hälften av alla sådana anteckningar har bedömts som adekvata medan drygt 40 % bedömts som ofullständiga. Detta är ytterligare ett angeläget förbättringsområde.

Uppgifter i remiss till datortomografi, samt svar på undersökningen

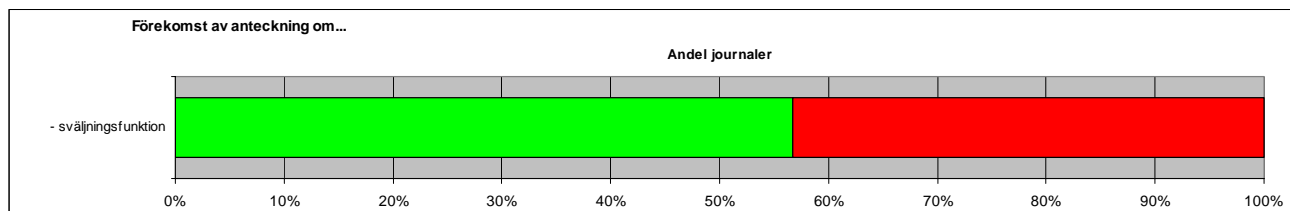
En kopia av DT remiss saknades i de flesta journaler vilket gjorde att det inte kunde bedömas vilken information som lämnats till tolkande röntgenläkare. Tidpunkt för DT saknades nästan genomgående. Eftersom förändringar på DT vid hjärninfarkt förändras med tiden i akutskedet, är uppgift om tidpunkt för undersökningen av betydelse för tolkningen. Angivande av hjärnblödningsstorlek tycks dock ha blivit klinisk rutin.

Vårdavdelningen – dokumentation under hela vårdförloppet

På vårdavdelningen saknades övervakningsformulär om vakenhetsgrad, pareser, och vätske- och näringsbalans i en dryg tredjedel av alla fall. Praxis tycktes variera starkt mellan sjukhusen. Puls, blodtryck, andning och kroppstemperatur registrerades dock i det närmaste generellt och verkar således vara etablerad rutin.

Uppföljning av blodsocker och ställningstagande till kompletterande hjärt- och kärlutredning var mycket god och etablerad i rutin. Data från det kärlkirurgiska kvalitetsregistret Swedvasc har visat stora regionala variationer i operationsvolym av karotisstenos, sannolikt p g a ofullständig screening av lämpliga fall. Så tycks inte vara fallet här av denna begränsade undersökning att döma.

Rutinmässiga dokumentationen av flera viktiga områden var i de flesta fall mycket god, t ex för kommunikation, kognition, balans, fallrisk, blåsfunktion och smärta. Detta är betydligt bättre än resultatet från jämförda regioner. I drygt 40 % av fallen saknades dock uppgift om sväljningsfunktion initialt och senare.

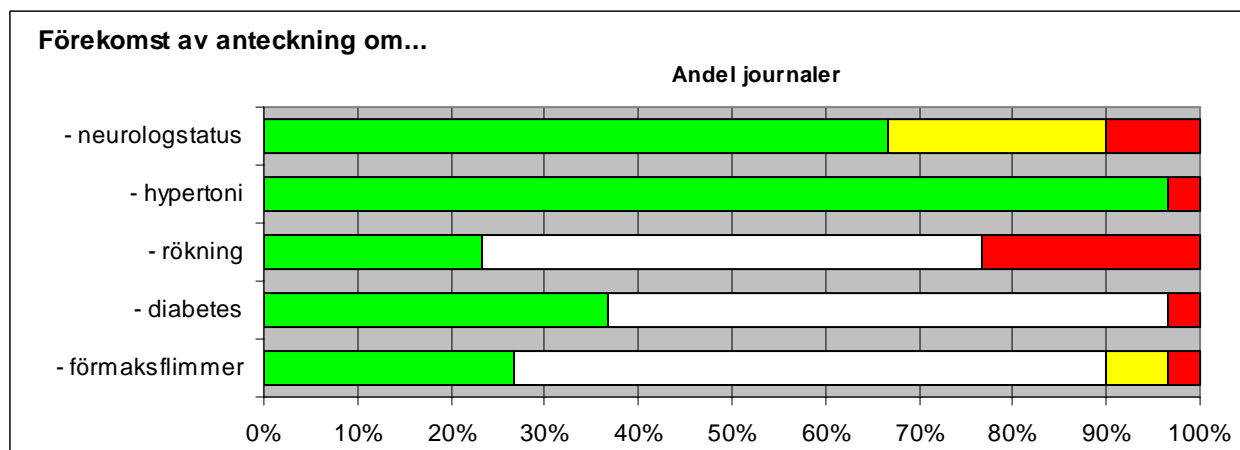


Figur 11: Fråga 59.

■ Adekvat ■ Saknas

Redan i tidigare studie noterades bristen på dokumentation av teamkonferenser. Teamkonferenser och målformulering är nyckelkomponenter i arbetet vid en strokeenhet. Någon dokumentation om teamkonferenser saknades dock i cirka hälften av alla fall. Mål var formulerade i cirka två tredjedelar av alla fall, men oftast var dessa mål satta av den enskilde sjukgymnasten eller arbetsterapeuten: dessa mål tycktes inte vara förankrade eller kommunicerade inom teamet.

Uppföljning av neurologstatus, blodtryck, andra riskfaktorer var genomgående mycket god med undantag för rökning, där uppgift saknades om åtgärder vidtagits hos de som var rökare vid insjuknandet. Lämpligt att rökstopp uppmärksammas mer och dokumenteras som klinisk rutin.



Figur 12: Frågor 72-76.

■ Adekvat □ Ej tillämpligt ■ Ofullständigt ■ Saknas

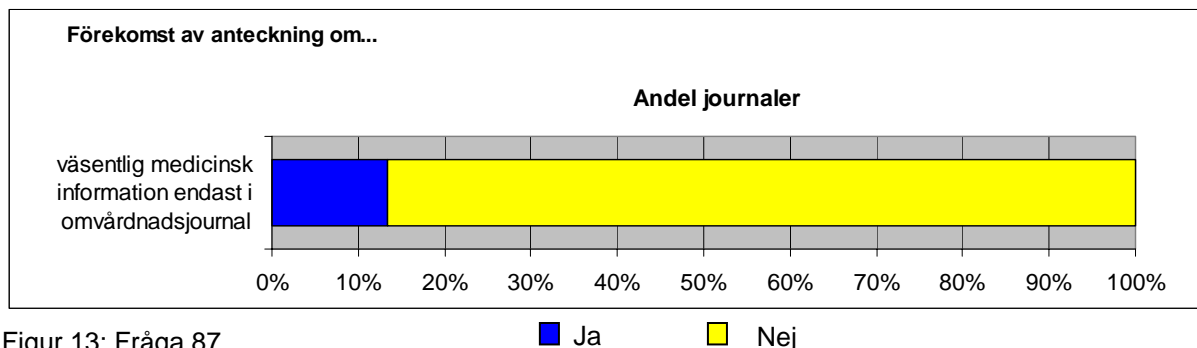
Uppföljning av förflyttningsförmåga och aktivitetsförmåga/ADL var mycket väl etablerat i rutin (97% adekvat, 92% i Skåne och Västra Götaland).

Dokumentation om kontakter med närstående och information till patient och närstående fanns i cirka två tredjedelar av alla fall, vilket är en glädjande förbättring

jämfört med tidigare. Dock saknades fortfarande uppgifter om detta i drygt 20 % av alla fall. Information till patient och närstående är föreskrivet i författning.

Paramedicinsk dokumentation, omvårdnadsjournal

I tidigare studie uppmärksammades att det i nära en fjärdedel av journalerna saknades väsentlig information om patienten i läkarjournalen som återfanns i omvårdnadsjournalen. Förekomst av väsentlig medicinsk information endast i omvårdnadsjournal, journal från sjukgymnast/arbetsterapeut, eller i epikris fanns endast i mycket liten utsträckning i föreliggande studie. I ca 20 % av alla journaler fanns betydande upprepningar av status, anamnes, utredningsfynd upprepade i omvårdnadsjournalen, vilket fortsatt talar för att olika yrkeskategorier i stor utsträckning endast läser anteckningar från den egna professionen.



Figur 13: Fråga 87.

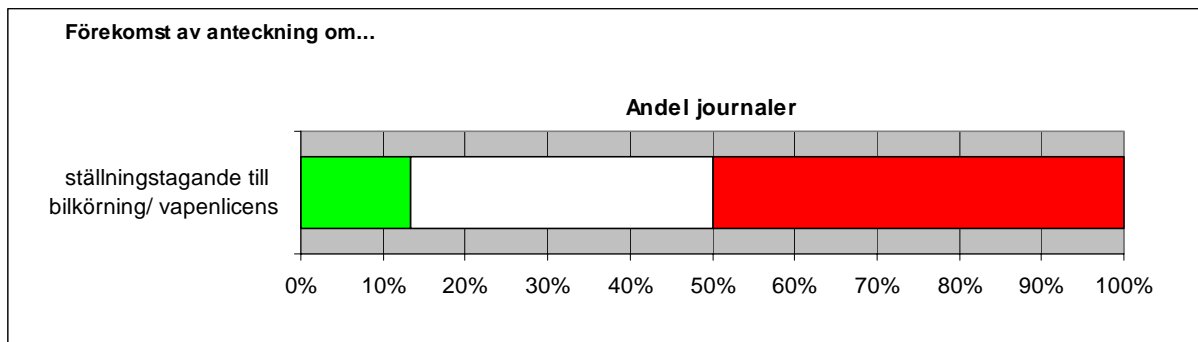
Undersökningar och bedömningar av sjukgymnast och arbetsterapeut var av mycket hög klass och systematiska, medan uppgifter från kurator i stort saknades i journalerna. Det kan ifrågasättas om alla de viktiga praktiska saker som är aktuella efter utskrivningen hanteras adekvat på sjukhuset, t ex bedömning om patienten kan betala räkningar, sköta ekonomi, behöver god man e t c.

Omvårdnadsjournalen var genomgående av hög klass, systematik och fullständighet, vilket belyser värdet att ha en fast etablerad rutin som följs hos alla patienter.

Omvårdnadsepikris saknades emellertid i ca 20 % av alla fall.

Utskrivningsplanering/Utskrivning

Epikriserna var i flera avseenden mycket bra beträffande medicinska sammanfattningar, medicinsk vårdplan och förekomst av rehabiliteringsplan (för det senare en avsevärd förbättring jämfört med tidigare granskning). Uppgift om bilkörning och vapenlicens saknades dock fortsatt i en hög andel – cirka hälften - av alla granskade journaler.



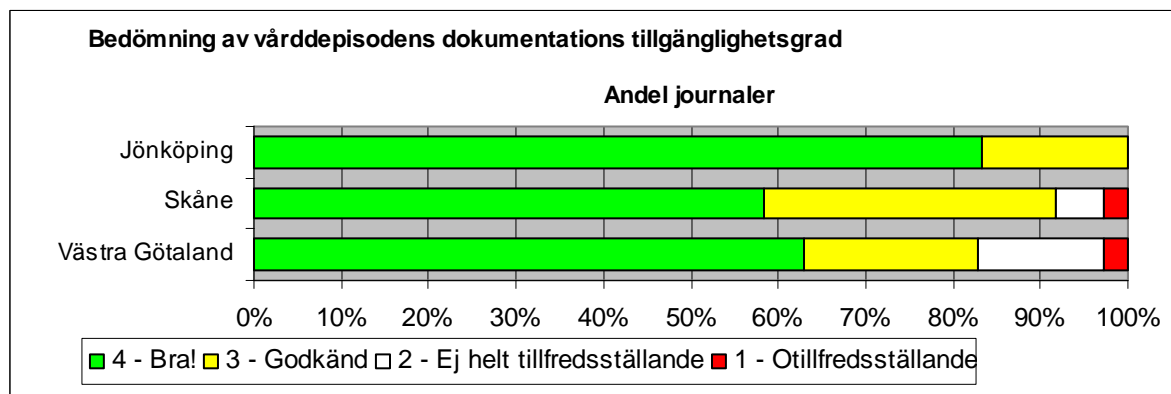
Figur 14: Fråga 103.

■ Adekvat □ Ej tillämpligt ■ Saknas

Det verkar inte vara etablerad rutin med utskrivningsmeddelande till patienten med sparande av en kopia i journalen.

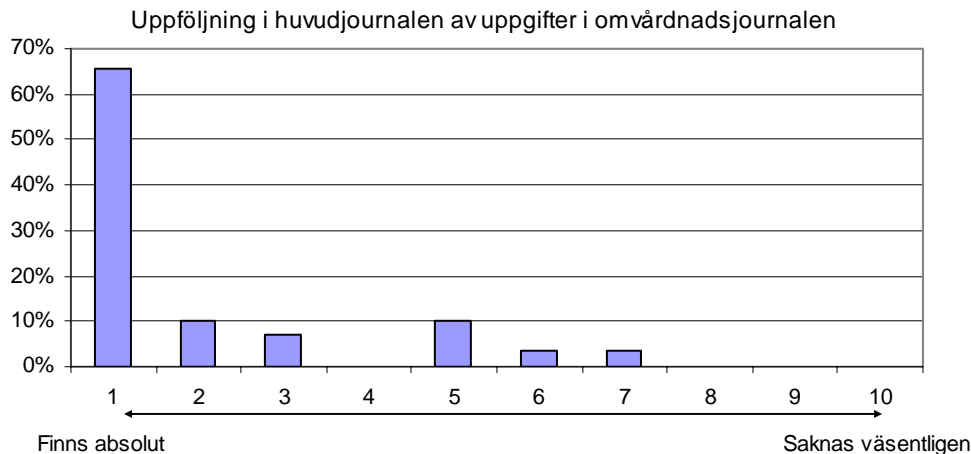
Sammanfattande bedömning

En allmän bedömning är att vårddokumentationen gällande stroke är bättre inom Landstinget i Jönköpings län än i de jämförda regionerna. Över 80% av journalerna bedömdes dokumentationen ha en bra tillgänglighetsgrad.



Figur 15: Jämförelse mellan de tre landstingen avseende fråga 107 i formuläret för Jönköping

En tydlig skillnad mellan de två studierna är bedömningen av relationen mellan huvudjournal och omvårdnadsjournal. Det fanns en högre korrespondens mellan de båda journalerna i Jönköping jämfört med de båda övriga regionerna. Jönköping hamnar på ett medelvärde på 2 på en tio-gradig skala där 1 indikerar god uppföljning mellan huvudjournal och omvårdnadsjournal och 10 avsaknad av uppföljning. I de båda övriga regionerna var medelvärdet 5.



Figur 16: Korrespondens mellan huvudjournal och omvårdnadsjournal.

- Kvaliteten i dokumentationen är starkt varierande. Många journaler håller en utomordentligt hög klass, medan andra uppvisar ett flertal brister i dokumentationen. Rimligen sammanhänger detta både med lokala traditioner på avdelningen och den enskilda vårdpersonalens tradition, utbildning och kompetens. Ett utvecklingsmål för Landstinget i Jönköpings län borde vara att åstadkomma en jämnare och högre standard på dokumentationen i hela länet.
- Det finns utarbetade välfungerande rutiner för uppföljning av neurologstatus, blodtryck, puls och andning.
- Omvårdnadsdokumentationen är generellt mycket bra och det finns inte information som inte återkopplas i huvudjournalen. Även dokumentationen från sjukgymnaster och arbetsterapeuter är mycket bra.
- Det finns en del överdokumentation men upplevelsen är att den är mindre i denna studie än i tidigare studie.
- Epikriser håller i regel mycket god standard för medicinska uppgifter och rehabiliteringsplan finns mycket oftare än i tidigare granskningsstudie. Dokumentation av vilka föreskrifter om bilkörning som lämnats saknas dock fortfarande i många fall.
- Det finns sammantaget en del tydliga förbättringsområden t ex
 - Anamnesen
 - Riskfaktorer
 - Neurologstatus
 - Förekomst av yttre traumatecken
 - Pdb
 - Övervakningsformulär för neurologiskt bortfall, vakenhet, vätska och näring.

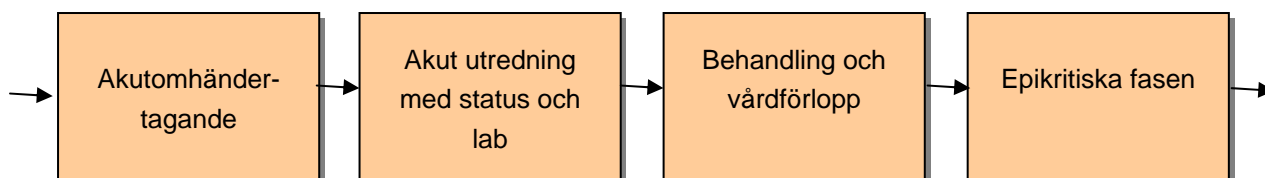
- Sväljfunktionen
- Teamkonferenser
- Teammål
- Uppföljning av rökning och bilkörning

4.3 KOL - resultat

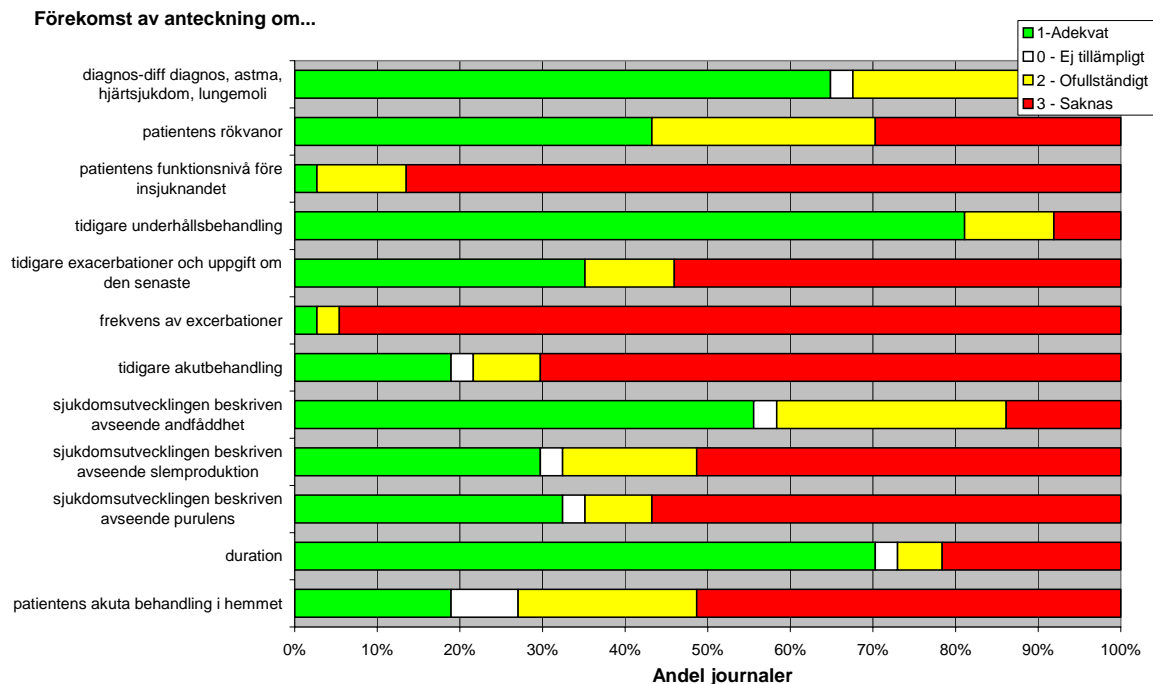
Journalerna har omfattat endast ett vårdtillfälle där huvuddiagnosen för sjukhusvistelsen har varit KOL. Dokumentationen under det aktuella vårdtillfället har granskats. Detta innebär givetvis att det i journalhandlingarna som inte rör granskat vårdtillfälle kan finnas ytterligare uppgifter av vikt som ej har diskuterats under det aktuella vårdtillfället. Några av dessa patienter har troligtvis varit mycket väl kända av personalen då dessa patienter ofta har täta kontakter med sjukvården, vilket kan resultera i att man underlåtit att upprepa vissa uppgifter.

Genomgång av vårddokumentationen utefter vårdprocessen

Resultatredovisningen följer vårdprocessen för KOL inom slutenvården med början vid det akuta omhändertagandet och slut vid utskrivning. Se nedanstående process.



I den gyllene standarden har journaluppgifterna granskats utifrån 1. Akutomhändertagande, med inriktning på anamnestisk penetration, 2. Akut utredning, med status och laboratorieundersökningar, 3. Behandling och vårdförlopp, med daganteckningar, uppföljning av laboratorieundersökningar, behandlingsåtgärder och ställningstaganden. 4. Epikritiska fasen, då diagnostisk evaluering och åtgärder vid utskrivningen har studerats.



Figur 17: Journalförekomst av uppgifter under akutomhändertagandet, fråga 1-12.

Den differentialdiagnostiska diskussionen vid inkomsten är ofta väl täckt, med ställningstagande till hjärtsjukdom och i många fall även diskussion om lungemboli som förklaring.

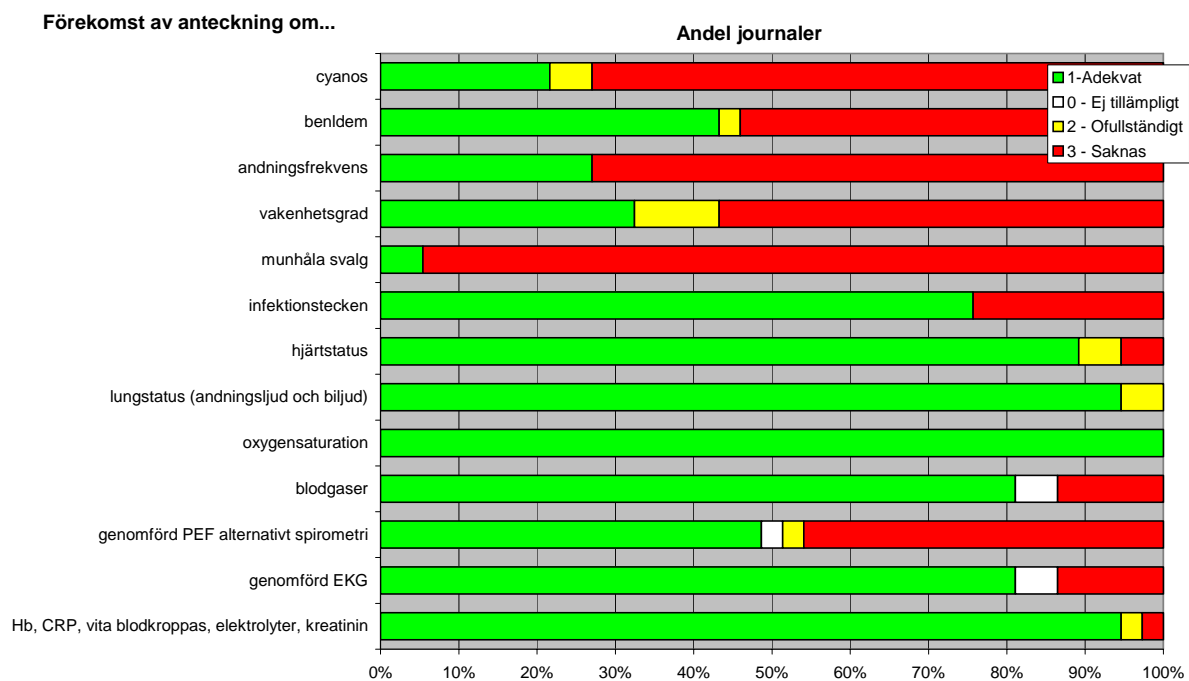
Patientens rökvanor borde på grund av dess etiologiska betydelse tas upp också vid inkomsten. Man kan tänka sig att patienten i den akuta situationen till och med är mer mottaglig för detta, i analogi med den stora rökslutarfrekvensen vid akut hjärtinfarkt. Enligt journalen har detta ej skett i ca 30 % av fallen, vilket kan vara beroende på tidsbrist antingen vid patientkontakten eller vid dikteringen. Under alla omständigheter bör ju detta tas upp senare under vårdtillfället.

En faktor som nyligen visats ha stor prognostisk betydelse är patientens funktionsnivå före insjuknandet. Denna är klart relaterad till patientens prognos, i parallellitet med till exempel cancersjukdomar och hjärtsvikt. Det är därför önskvärt att ta med denna faktor vid bedömningen. Detta är ny information och den har uppenbarligen ej slagit igenom i omhändertagandet. Uppgiften saknas i 86% av journalerna.

Patientens tidigare sjukhistoria med avseende på exacerbationer är också prognostiskt viktiga variabler. Tidigare exacerbationer samt även frekvensen av exacerbationer är viktig information, som också enligt guidelines är betydelsefull för behandlingsbedömningen. Denna uppgift återfinns endast i 35 % av journalerna.

Uppgiften saknas helt i 54 % av journalerna. Dessa uppgifter bör i framtida journaler finnas med. I enlighet med gammal praxis beskrivs oftast tidigare underhållsbehandling väl, men det vore önskvärt att även tidigare akutbehandling kommenterades i större utsträckning än som har skett. Likaså borde man i enlighet med rekommendationerna vid t ex astma införa en bättre praxis för att även beskriva den akutbehandling som patienten har tagit i hemmet.

Kardinalsytomen som i många klassifikationer är grunden för exacerbationsdiagnosen är förekomst av ökad andfåddhet, ökad slemproduktion och tillkomst av purulent sputum. Förekomsten av beskrivning av detta är därför låg, särskilt vad gäller slem och purulens, som ju också har betydelse för ställningstagande till antibiotikabehandling. Durationen av besvären är relativt väl beskriven. Denna uppgift finns i 70 % av journalerna.



Figur 18: Journalförekomst av uppgifter under akutomhändertagandet, frågor 13-25.

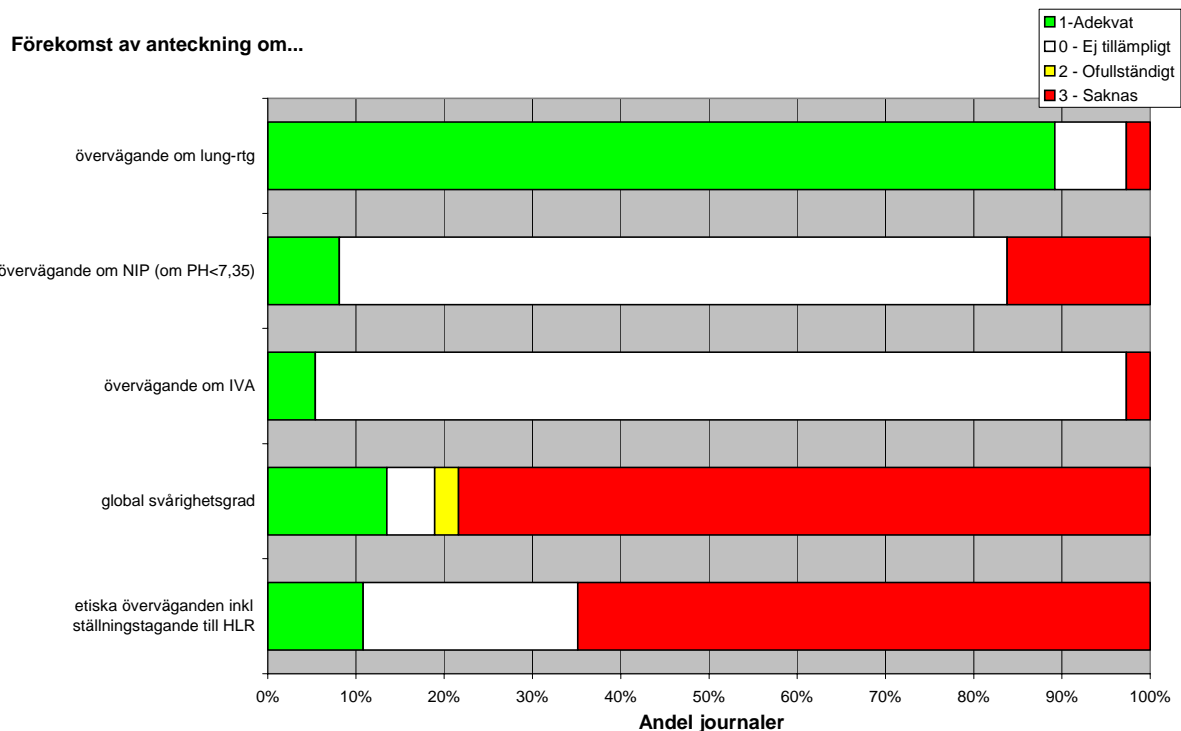
Vad gäller den akuta utredningen finns uppenbarligen rutiner för de flesta åtgärder. Mätning av oxygensaturation har gjorts och dokumenterats för alla patienter, vilket var mycket bra. Blodgaser har också tagits i flertalet av patienterna, även om det ej finns dokumenterat i journalen i några fall där det har bedömts vara av betydelse. Dokumentation finns i 81% av journalerna, vilket är bra.

Rutiner för EKG-tagning synes fullgod, och tas på ett adekvat sätt hos flertalet av patienterna. Rutinlaborationer är också mycket adekvat dokumenterade, liksom

införande av infektionstecken i form av t ex temperaturangivelse. I den akuta journalen är det endast ca 50 % av fallen där man angivit PEF-mätning eller spirometri. Detta kan möjligen bero på att tidigare mätningar finns i journalen på annan plats. Den akuta betydelsen av t ex PEF-mätningar är förhållandevis låg vid KOL, men analogin till astma skulle kunna vara ett skäl att behålla denna praxis.

Den kliniska bedömningen av patienten i akutsituationen är sämre beskriven. Andningsfrekvens, som ju skulle kunna ses som andningens pulsmätning, och som rekommenderas i t ex det svenska vårdprogrammet om KOL är endast beskrivet hos ca 25 % av patienterna. Detta kan säkerligen förklaras av att det ej har haft alls samma genomslag i den kliniska vardagen som t ex pulsmätning, och även vid våra medicinska läroanstalter har det ej betonats att detta är ett viktigt mått. Det rekommenderas emellertid starkt att man inför denna enkla kliniska mätmetod i bedömningen av patienten. Andra kliniska tecken, som är relaterade till andningsfunktion och hjärtfunktion som cyanos och benödem beskrivs i förhållandevis låg andel av journalerna. Det är av betydelse att detta också bedöms med hänsyn till den stora komorbiditeten som föreligger med hjärt-kärlsjukdom vid KOL.

Vakenhetsgrad har betydelse särskilt hos patienter med andningssvikt, där stigande koldioxidnivåer medför en påverkan på vakenhetsgraden. Denna uppgift saknas i 57 % av fallen och är ofullständig i 11%.



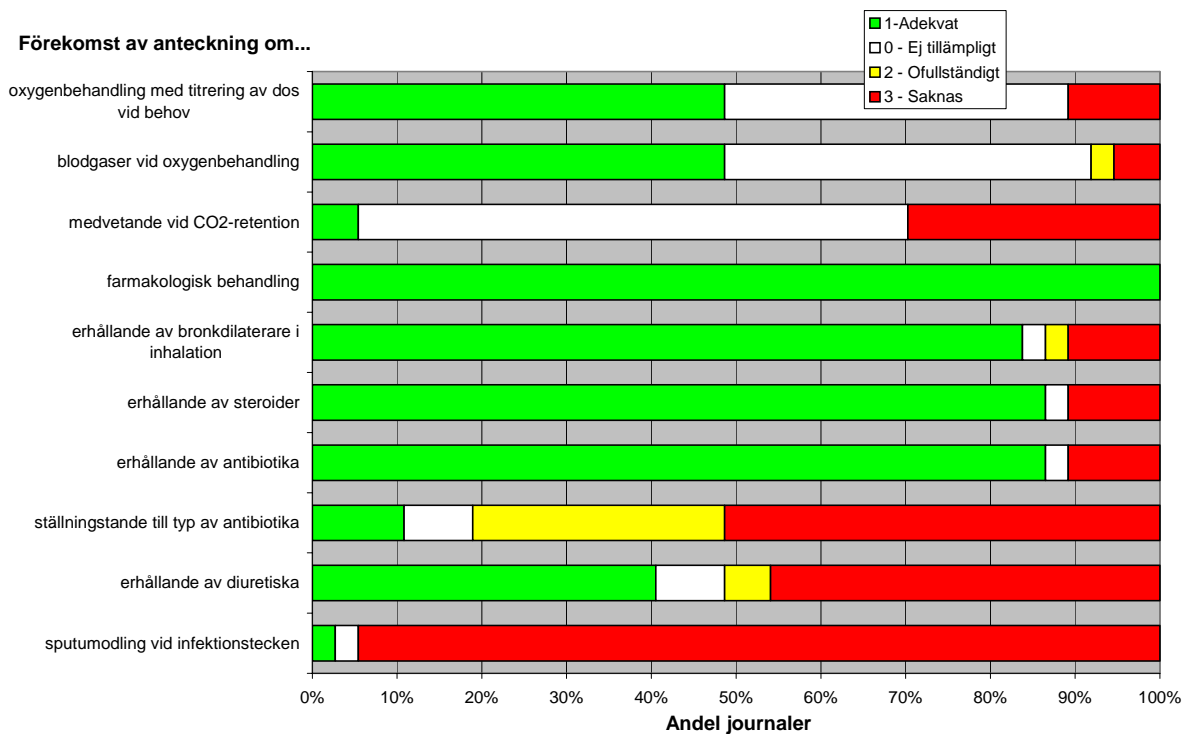
Figur 19: Journalförekomst av uppgifter under akutomhändertagandet, frågor 26-30.

Lungröntgen är oftast indicerad i det akuta förloppet av en KOL-exacerbation. Syftet med lungröntgen är att klarlägga infektionstecken på röntgen, att studera hjärta och kärl och för att ur differentialdiagnostisk synpunkt t ex utesluta pneumothorax. Rutinerna för detta är fullgoda och dokumentationsgraden är hög (89 % adekvat).

Patienter med andningssvikt kan behöva dels, syrgasbehandling, som är standard behandling, och behandlas nedan, men vid svår andningssvikt har nyare studier visat en god effekt av icke invasiv övertrycksandning med BiPAP-apparatur. Detta kan övervägas då patientens pH är under 7,35. Givetvis är det ganska få patienter av denna karaktär i ett så litet slumpmässigt urval som är aktuella för en sådan behandling. Denna nya metod, har emellertid börjat användas, och i några fall i Eksjö är detta synnerligen väl beskrivet. I Eksjö genomförs NIP på avdelningarna och det fungerar bra. I framtiden kommer detta att användas i högre utsträckning vid svår andningssvikt. I samband med detta behöver också ett ställningstagande till IVA-vård göras och detta har behövt göras hos ett litet antal patienter.

Ett övervägande av global svårighetsgrad, anknyter till den tidigare önskade bedömningen av funktions- eller performancestatus. Ej heller här framkommer att detta tillämpas i någon större utsträckning.

Etiska ställningstaganden hos patienter med svår KOL och andningssvikt kan ibland vara svåra och ställningstagande till hjärtlungräddningsåtgärder skall göras. Vid den aktuella genomgången har uppgifter på detta endast hittats i ett fåtal fall och frågan är om detta dokumenteras någon annanstans i de journaler som jag fått del av. Detta bör givetvis dokumenteras i journalerna.

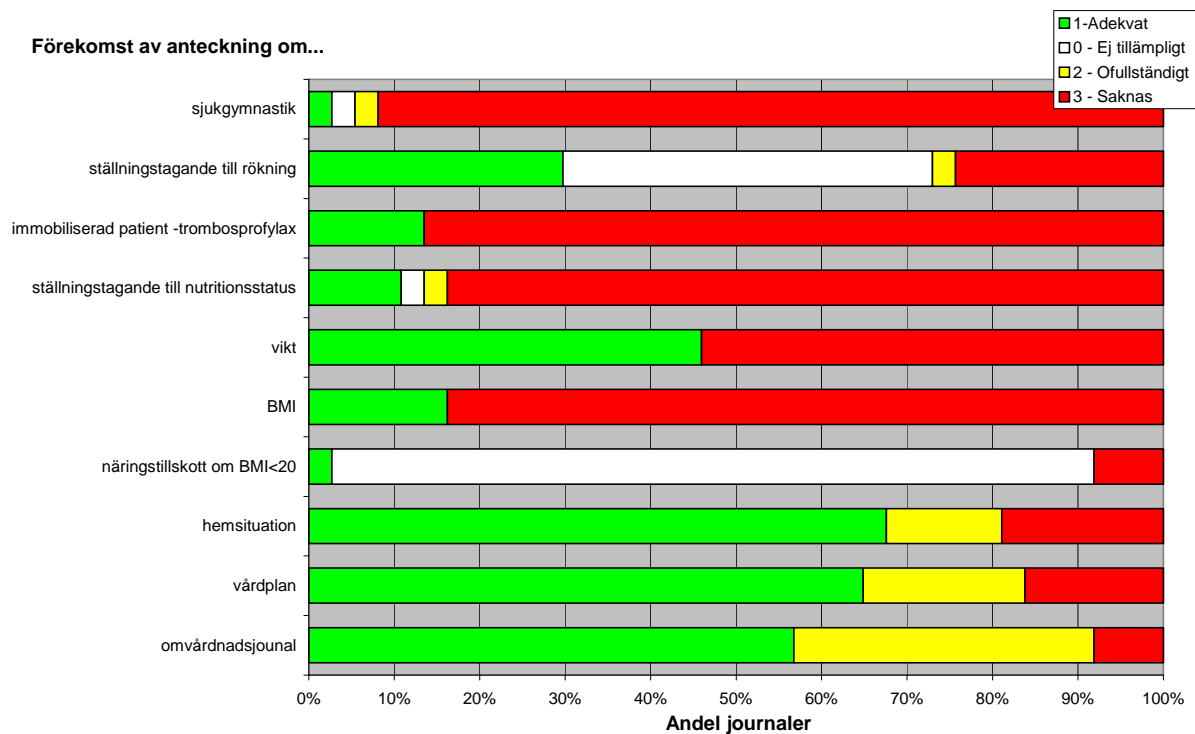


Figur 20: Journalförekomst av uppgifter under vårdtiden och vid utskrivningen, frågor 31-40.

Oxygenbehandling vid de akuta försämringarna har varit aktuell i ca 60 % av fallen och i allmänhet har detta skett helt adekvat, med adekvata dostitreringar med hjälp av blodgaskontroller. Kontroll av medvetandegrad vid CO₂-retention har ej blivit en lika etablerad praxis. Uppgiften saknas i 30% av journalerna. Ett enkelt övervaknings-schema skulle med fördel kunna användas för detta ändamål.

För den övriga farmakologiska behandlingen finns sedan länge fullgoda dokumentationssystem och dessa tycks fungera väl.

Akutbehandlingen ges enligt standardrekommendationer med bronkdilaterare i inhalation, tillägg av systemiskt tillfört kortison och antibiotika. I allmänhet förskrivs antibiotika rutinmässigt, men i framtidens sjukvård kommer vi troligen att behöva göra mer individualiserade ställningstaganden, möjligen med hjälp av t ex sputumodlingar. Detta har inte kommit i bruk ännu enligt denna journalgenomgång.



Figur 21: Journalförekomst av uppgifter under vårdtiden och vid utskrivningen, frågor 41-50.

En viktig del i behandlingen av KOL är rehabiliteringsåtgärder i vid mening. En del i detta kan vara sjukgymnastik och i förvånande få fall har detta diskuterats i journalen. I en framtid skulle detta kunna ske i anslutning till sjukhusvård och som en uppföljning av denna. I anslutning till detta har under senare tid aktualiserats att man bör överväga trombosprofylax också till KOL-patienter som immobiliseras vid sjukhusinläggningar, för övrigt är trombosjukdom vanlig vid KOL. Endast i ett litet antal fall har ett sådant övervägande dokumenterats.

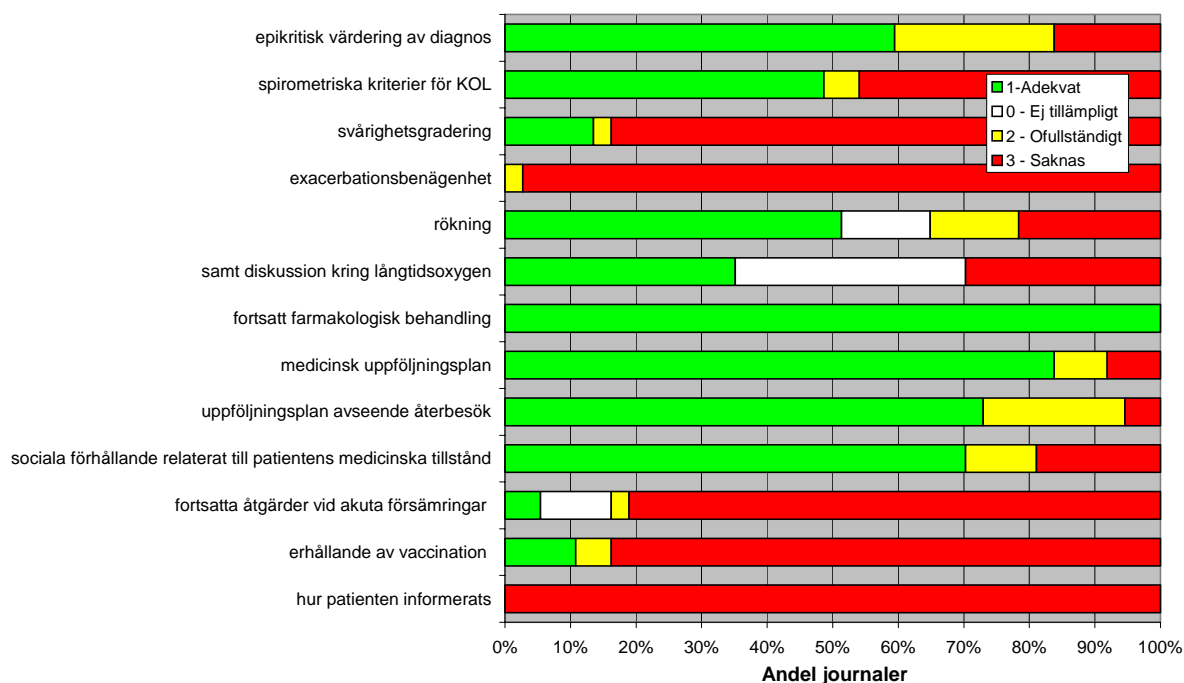
KOL som en systemsjukdom har uppmärksammats under senare år och det är klaggjort att en risk för undernutrition föreligger. I ca 50 % av fallen har man bokfört vikt och i ca 15% har man kalkylerat BMI. Detta borde förbättras. I kommentarer från verksamheten menas att dessa uppgifter finns i journalerna och att man har kvalitetssäkrat uppgiften. Dock kan man konstatera att uppgiften ej gått att finna av en erfaren läkare, vilket i så fall pekar på en bristande tillgänglighet.

Konsekvensen av ett lågt BMI skulle kunna vara dietistiska råd kanske med näringstillskott. Som framgår av figuren ovan har man endast i ett fåtal fall påvisat ett lågt BMI och följdmässigt inte vidtagit åtgärd vad gäller kost i annat än i något enstaka fall.

En faktor som ej tagits med i den gyllene standarden är risken för osteoporos. En värdering av detta bör i framtiden göras av KOL-patienter, ev. med bendensitetsmätning och även behandlingsmässigt med t ex Ca-substitution och eller andra farmakologiska behandlingar samt givetvis med intensifierad sjukgymnastik som också motverkar osteoporosutvecklingen.

Under vårdtiden har oftast hemsituation, vårdplan adekvat dokumenterats, även om omvårdnadsjournalen ibland varit svår att bedöma, då den varit förhållandevis kortfattad. Man kan fråga sig om den separata omvårdnadsjournalen fyller en uppgift och om inte en gemensam journal för patienter vore ett effektivare medel för patientvården.

Förekomst av anteckning om...



Figur 22: Journalförekomst av uppgifter i epikrisen, frågor 51-63.

I epikriserna finns i ca 60 % en mycket god värdering av diagnosen och i ca 15 % saknas detta. Emellertid finns i det tillgängliga materialet underlag för KOL-diagnosen med hänsyn till spirometri i ca 50 %. Man saknar också en svårighetsgradering av sjukdomen vid utskrivningen, samt även här en värdering av exacerbationsbenägenhet. I förhållandevis många fall finns noteringar om ställningstagande till rökning. Även här kan man tänka sig att man för välkända patienter underlåtit att dokumentera "det vanliga tjetet".

Vad gäller farmakologisk behandling finns utvecklad metodik för dokumentation. Denna är mycket bra.

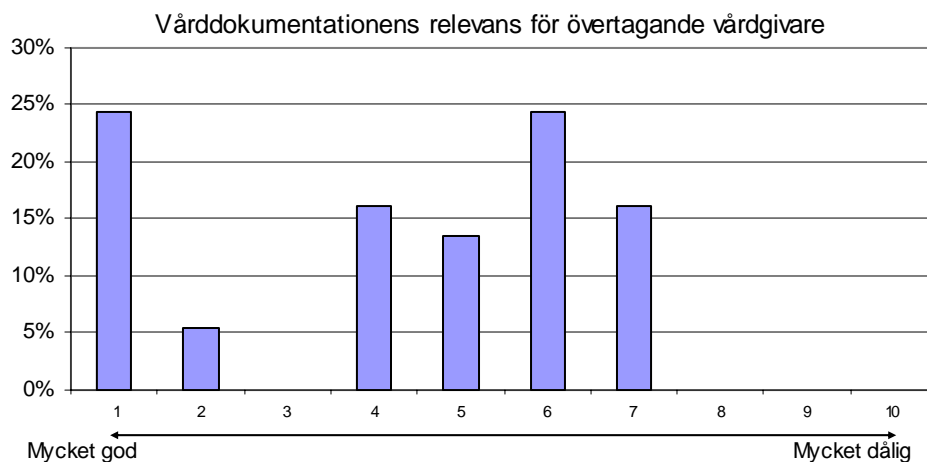
Bedömningen av medicinsk uppföljning och sociala förhållanden är god. Däremot saknas riktlinjer för framtida vård vid exacerbationer och även saknas uppgifter om vilken typ av information som patienten har fått vid utskrivningen.

Det har visats och är allmänt rekommenderat att patienter med KOL skall ges influensavaccin och pneumococccvaccinering. Oftast saknas ställningstagande till detta i journalen. Landstinget i Jönköpings län har dock en mycket hög vaccinationsgrad avseende influensavaccin och dokumentation av detta finns enligt uppgift i ett vaccinationsregister.

Sammanfattande bedömning

Vårdokumentationens uppgifter om patienten har oftast bedömts 4-7 på en 10-gradig skala där höga tal markerar ett sämre utfall. Drygt 25 % av journalerna är s k mönsterjournaler med mycket god dokumentation

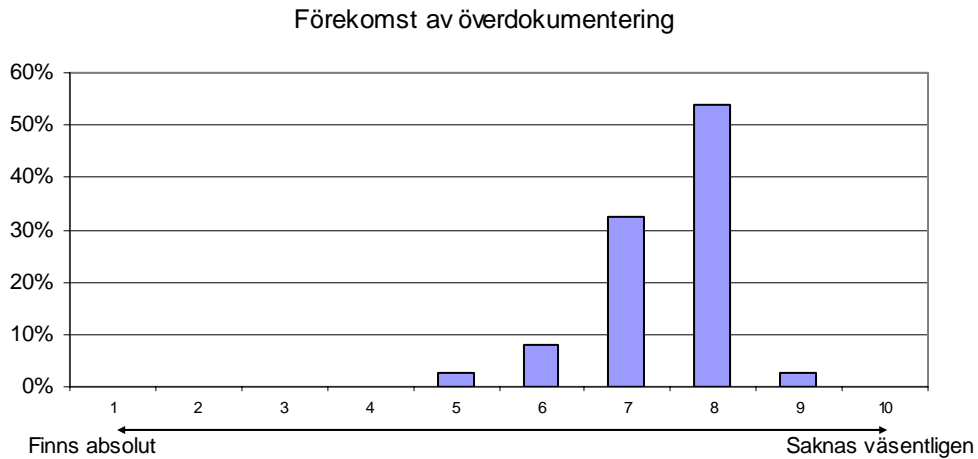
Ett mycket likartat mönster föreligger vad gäller journalernas relevans för övertagande vårdgivare.



Figur 23: Bedömning av vårdokumentationens relevans för övertagande vårdgivare

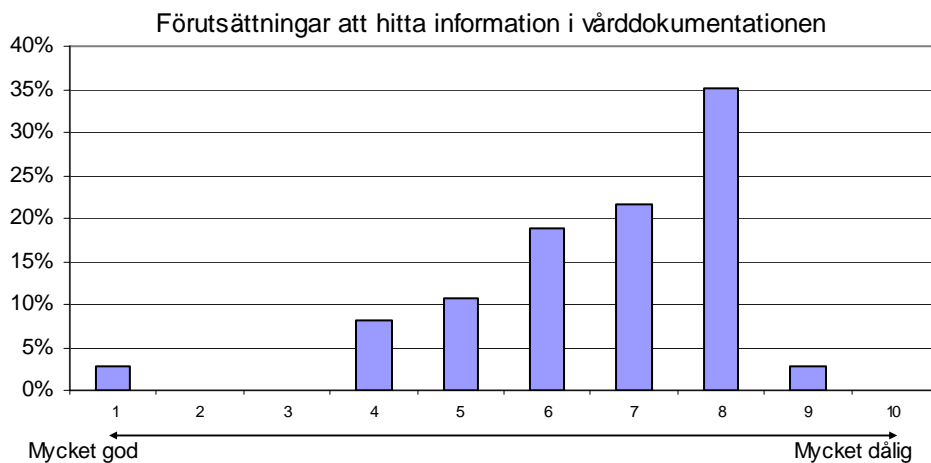
Epikrisens kvalitet visar också ett tvådelat mönster där ca en tredjedel är mönstergilla.

En bedömning av överdokumentation föreligger sannolikt inte. Ibland kan man notera att en fyllig omvårdnadsjournal dubblar vissa uppgifter från huvudjournalen.



Figur 24: Bedömning av graden av överdokumentation

Översiktligheten i journalen är inte god för den som skall läsa den utan att känna till uppläggnigen.



Figur 25: Bedömning av journalens tillgänglighet

En sammanställning av fynden med de bäst täckta områdena och de sämre visar:

- Väl täckta områden(>80% förekomst)
 - Hjärt- och lungstatus
 - Oxygensaturation
 - Blodgaser
 - EKG
 - Lab-undersökningar
 - Lungröntgen
 - Farmakologisk behandling
 - Adekvat akutbehandling

- Fortsatt farmakologisk behandling
- Medicinsk uppföljningsplan
- Dåligt täckta områden (<50% förekomst)
 - Funktionsnivå före insjuknandet
 - Tidigare exacerbationer och exacerbationsfrekvens
 - Tidigare akutbehandling och självmedicinering
 - Andningsfrekvens vid inkomst
 - PEF eller spiro vid inkomsten
 - Svårighetsgradsbestämning (t ex performance status)
 - Anteckningar om etiska överväganden HLR
 - Rehabilitering-sjukgymnastik
 - Trombosprofylax
 - Ställningstagande till BMI och nutrition
 - Anmärkning om hur patienten informerats

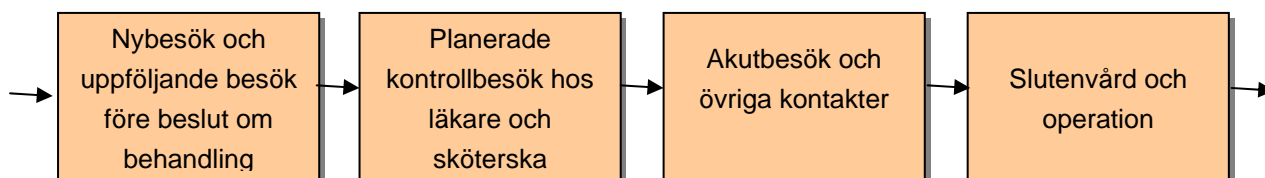
Sammanfattningsvis ser man att där det finns en sedan lång tid etablerad rutin, som det ofta finns för t ex hjärtbesvär, där är dokumentationen mycket god, men i avseenden där kunskaper är nyare, vilket gäller för vissa delar av KOL-vården, där är dokumentationen mera knapphändig.

Datorisering av journalerna, och införande av checklistor för tillstånd som akuta exacerbationer av KOL skulle i framtiden kunna förbättra omhändertagandet och dokumentationen av denna.

4.4 Prostatacancer - resultat

Genomgång av vårddokumentationen utefter vårdprocessen

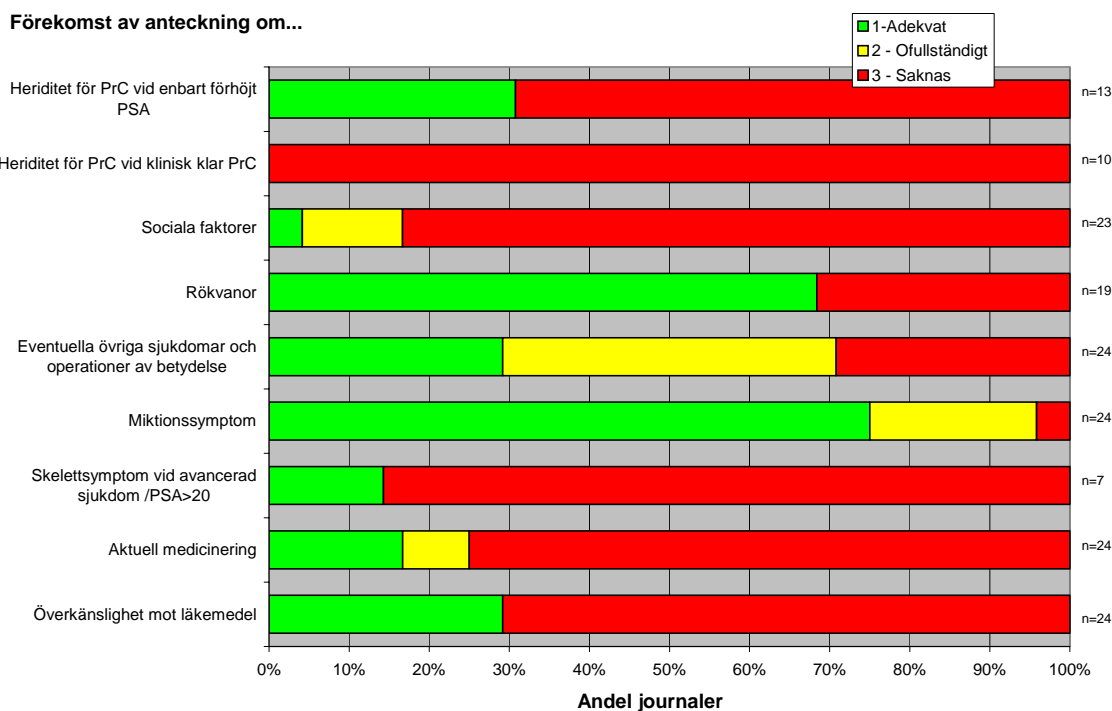
Gällande prostatacancer behandlas patienten såväl i öppenvård som i slutenvård. Se nedanstående process.



Nybesök och uppföljande besök tills beslut om behandling är fattat

Vanligen är journaltexten inte indelad under olika rubriker, utan står i ett eller ett par stycken med löpande text. Uppgifter om övriga sjukdomar och kroppskonstitution är ibland insprängda mitt i ett stycke vid ett andra eller tredje mottagningsbesök och är då mycket svåra att hitta för en övertagande vårdgivare. Vid ett tillfälle infördes en överkänslighetsreaktion mot ett antibiotikum på detta sätt i löpande text (utan att journalen märkts med varningstext), vilket säkerligen bidrog till att en annan läkare ordinerade detta antibiotikum några månader senare.

Det är slående att man i flertalet journaler för patienter som remitterats in p g a misstanke om prostatacancer endast hittar uppgifter om det som direkt berör prostatakörteln. Dessa uppgifter (aktuella PSA-värden och vattenkastningsbesvär) är vanligen föredömligt dokumenterade. Uppgifter om övriga sjukdomar, sociala faktorer, medicinering och överkänslighet mot läkemedel saknades eller var ofullständig i flertalet journaler, trots att de ofta är väsentliga för val av behandling.



Figur 26: fråga 1-7 och 11-12 Nybesök (n= antal observationer)

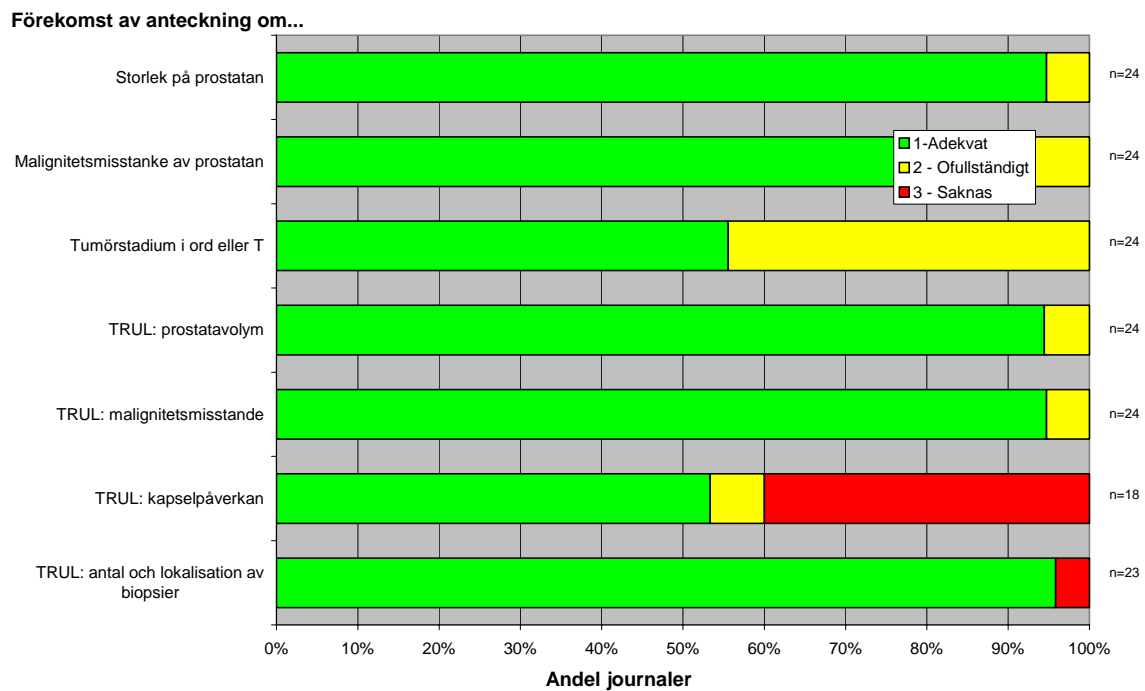
Likaså inskränkte sig kroppsundersökningen till prostatakörteln medan bedömning av allmäntillstånd (övervikt?), hjärt- och lungstatus, blodtryck och buk oftast saknades. Avsaknaden av dessa uppgifter i journaltexten har samband med den "Perioperativa journal" som används i Jönköping och Eksjö; detta diskuteras i separata avsnitt nedan.

Uppgift om ärfllig belastning (hereditet) är av betydelse för uppföljning av patienter med förhöjt PSA-värde där vävnadsprov inte påvisat cancer och för friska manliga släktingar till män med konstaterad prostatacancer om ytterligare fall av sjukdomen finns i släkten. Endast i 4 av 23 fall fanns uppgift om ärfllig belastning dokumenterad. Det kan givetvis inte uteslutas att ärflligheten är kontrollerad men inte negerad om det inte fanns ytterligare fall av prostatacancer i släkten.

Den viktigaste och vanligaste spridningen av prostatacancer är till skelettet, vilket kan ge smärtor. Spridning till skelettet är mycket sällsynt vid tidigt upptäckt sjukdom varför det inte är rimligt att kräva att detta ska negeras i dessa fall. Att dokumentera förekomst av skelettsmärta är däremot väsentligt vid mer avancerad sjukdom. Uppgift om skelettsmärta saknades emellertid även i 6 av de 7 senare fallen.

Bedömning av tumörens lokala utbredning i prostata, i synnerhet om den växt utanför prostatakapseln eller inte (stadium T2 eller T3), är väsentlig för val av behandling. I

flertalet journaler (14 av 24) kan man inte utläsa en klar bedömning av lokalt tumörstadium (Figur 27), enbart en beskrivning av typen ”förhårdnad i apex vänster”. Endast i något enstaka fall gjordes ytterligare palpation av prostata innan beslut om behandling fattades. I de fall man konstaterat t ex ”förhårdnad i apex vänster” och samtliga tre vävnadsprov på vänster sida visar sig vara utfyllda av cancer kan en förnyad bedömning med palpation och eventuellt ultraljud vara av värde innan beslut fattas om behandling. Övriga bedömda parametrar avseende prostata är vanligen helt adekvat dokumenterade, men eftersom denna bedömning är så central måste man ändå notera att den i enstaka fall var ofullständig eller saknades (Figur 27). Antal och lokalisation av prostatabiopsier var i samtliga fall adekvat dokumenterade. Förmodligen gavs i samtliga fall antibiotika för att förebygga infektion i samband med vävnadsprov men dokumentation om detta saknas i knappt hälften av journalerna.



Figur 27: Fråga 19-24 Nybesök

De blodprover som rutinemässigt analyseras vid bekräftad eller misstänkt prostatacancer är prostataprovet PSA, njurfunktionsprover kreatinin, blodvärdet (Hb) och, i vissa fall, skelettmarkören ALP. Som väntat var PSA kommenterat i nästan alla fall (22 av 23) medan övriga prover inte nämndes i journaltexten. De aktuella värdena för blodprover finns inskrivna i laboratorielistor och är övriga prover normala är det helt adekvat att inte kommentera detta i journaltexten. I 7 av de 24 utvärderade journalerna är emellertid något av dessa övriga blodprov onormalt utan att det

kommenterats (förhöjda kreatinivärden) eller så saknas resultat helt, även i laboratorielistan.

Information om väsentliga uppgifter i PAD från biopsier fanns i 21 av 23 fall. I de övriga 2 fallen finns förvisso informationen på PAD-remissen längre bak i journalen, men man kan ändå önska uppgift i journalen åtminstone om att biopsin visade cancer.

I flertalet journaler (16 av 23) finns dokumenterat att patienten fått muntlig information om olika behandlingsalternativ, men sällan vilken information som givits (risk för inkontinens, erektionssvikt, e t c). Vid Länssjukhuset Ryhov finns skriftlig information och ofta anges att denna lämnats till patienten.

Planerad uppföljning dokumenterades adekvat i alla utom en journal i denna sjukdomsfas.

Påbörjad eller planerad behandling är angiven i samtliga journaler, men i tre fall kunde man inte sluta sig till om givet antiandrogen skulle fortsättas kontinuerligt ("total androgen blockad") eller bara skulle tas under en månad ("flare-skydd"). I två journaler kunde man inte någonstans se om påbörjad GnRH-behandling pågick kontinuerligt eller avslutats efter planerad operation (detta senare alternativ troligast). För ytterligare diskussion om detta, var god se under rubriken Läkemedel nedan.

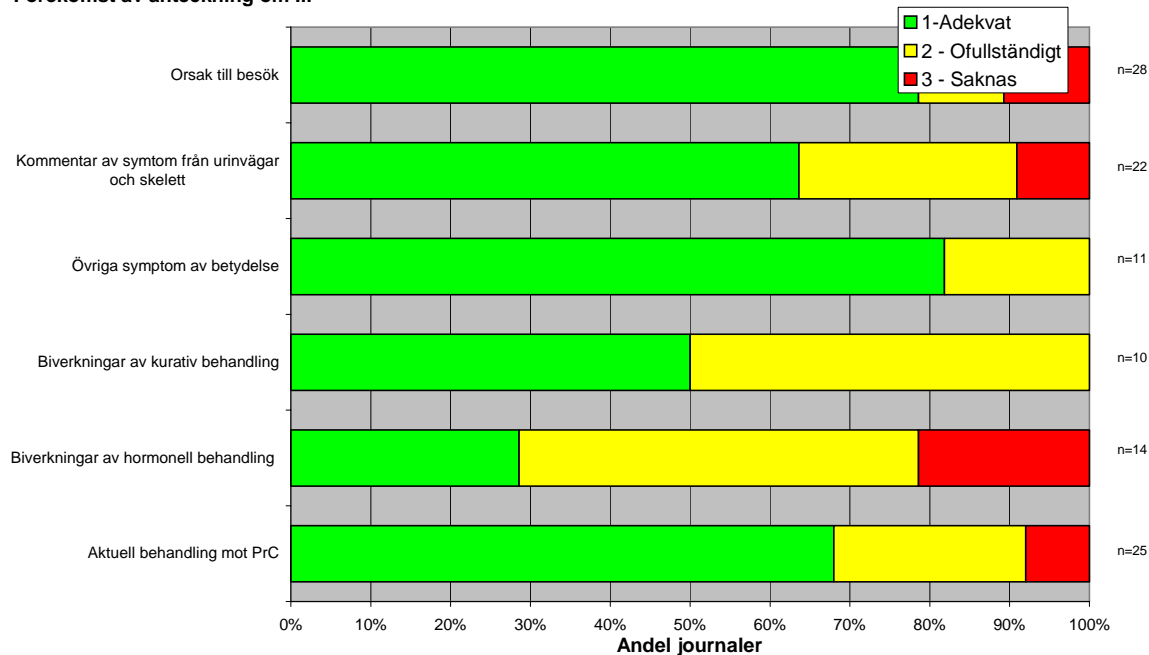
Uppgift om inremitterande fått journalkopia saknades i 8 av 20 fall, vilket i och för sig inte innebär att journalkopia inte skickats. I de fall det finns dokumenterat avgående journalkopia till inremitterande var detta oftast vid nybesöket innan man vet om patienten har cancer eller inte och vilken behandling som blir aktuell. Detta visade sig bero på att den tidigare rutinen, vilken innebar att kopian skickades ut först när behandlingen var bestämd, ofta resulterade i att man helt missade att skicka ut kopia. Vidare tycker man att det på grund av långa väntetider är väsentligt att inremitterande så snart som möjligt får besked om att patienten tagits om hand. Ett förslag är att rutinen ändras så att remissvar skickas såväl efter det första besöket som när beslut om behandling fattats och att man rutinmässigt även skickar kopia av epikrisen från ev operation till inremitterande (vanligen allmänläkare vid vårdcentral).

Anmälan till Onkologiskt centrum för kvalitetsregistret fanns fullständigt ifylld i samtliga journaler, men i 7 av 23 fanns en felaktigt angiven uppgift (vanligen utelämnad uppgift om givet, tidsbegränsat antiandrogen eller T-stadium).

Planerade kontrollbesök hos läkare

Här finns vanligen alla väsentliga uppgifter dokumenterade, men i vissa fall gör bristen på indelning i rubriker informationen svårtillgänglig. Uppgifter som trots allt är ofullständiga relativt ofta är biverkningar av given behandling och förändring av symtom från urinvägar och skelett.

Förekomst av anteckning om ...



Figur 28: Fråga 1-5 och 7, Extra besök

Undersökning av prostatakörteln fanns adekvat dokumenterad vid första återbesöket i 10 av 21 journaler (saknas i 9, ofullständigt i 2). Resultat av gjorda undersökningar var adekvat dokumenterade i samtliga 18 fall. Planerad uppföljning var adekvat dokumenterad i 26 av 28 journaler, ofullständigt (d v s saknades vid ett av två eller fler besök) i 2 journaler.

Planerade kontrollbesök hos sjuksköterska

Dokumentationen av dessa kontakter innehåller i princip alla de uppgifter som är önskvärda. Undantaget är bedömning av om sjukdomen är stabil eller i progress (saknas i 3 av 6), vilket ska anges enligt aktuellt PM vid ett av sjukhusen.

Journalanteckningarna är vanligen i ett enda stycke utan rubrikindelning, vilket gör det svårt att gå tillbaka och följa utvecklingen av t ex symtom.

Vid det läkarbesök där det bestäms att fortsatt uppföljning ska ske hos sjuksköterska bör anges intervaller för fortsatta kontroller (saknas i 1 av 5), vad som ska kontrolleras (saknas i 2 av 5) och riktlinjer för när läkare ska kontaktas, t ex vid vilken

nivå på PSA (saknas i 4, ofullständigt i 1). Detta är ett mycket litet urval, men antyder att det inte är rutin att ge detaljerade riktlinjer till sjuksköterskan. I det PM som bifogats från ett av sjukhusen saknas riktlinjer för intervall mellan kontrollerna, vilket gör det till en viktig uppgift för läkaren att dokumentera vid överlämnande till sjuksköterskan.

Vid Länssjukhuset Ryhov är det rutin att ansvarig läkare kontrasignerar sjuksköterskans anteckning. Detta är inte nödvändigt enligt Hälso- och sjukvårdslagen eller Socialstyrelsens riktlinjer och genererar onödigt arbete i flertalet fall eftersom anteckningarna rör patienter med stabil sjukdom och normala blodprover.

Akutbesök

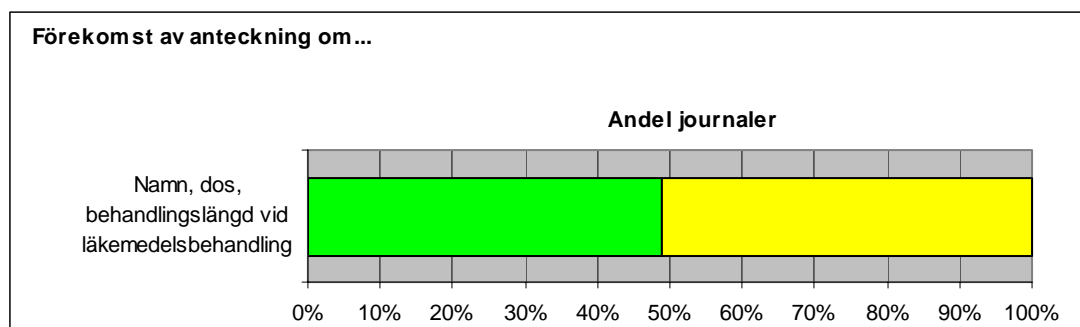
När patienter handläggs vid akutmottagningen finns hos det stora flertalet heltäckande anamnes och status dokumenterat med tydlig rubrikindelning.

Övriga kontakter

Dokumentation av resultat av gjorda undersökningar, av remissvar från andra kliniker, av telefonkontakter och av brevkontakter är föredömligt dokumenterade i samtliga journaler utom vid ett tillfälle (scintisvar) i en journal.

Läkemedel

En stor del av dokumentationen kring läkemedelsbehandling var ofullständig se figur 29, som då endast omfattar nyinsatta läkemedel i öppen vård.



Figur 29: n=75 (totalt antal observationer i journalerna vid nybesök, uppföljande besök och extra besök). Grönt är adekvat, gult är ofullständigt.

Antal och storlek på utskrivna förpackningar saknades oftast. Därefter vanligaste saknade uppgiften var behandlingstid följt av dos. Exempel från epikris: "Vid utskrivningen recept på Innohepinjektioner, tabl Duroferon, Dexofen och Alvedon samt Ciprofloxacin". Det var vanligt att patienterna fick perorala antiandrogen vid start av GnRH-behandling utan att det angavs hur länge patienten skulle ta antiandrogen

– i en månad som "flare-skydd" eller permanent som "total androgen blockad". I två journaler finns uppgift om att patienten påbörjar behandling med Procren 11,25 mg sc var tredje månad men inget står om hur länge behandlingen ska fortgå; patienterna opereras med prostatektomi två respektive fem månader senare och ska förmodligen efter detta inte ha fler injektioner, men det står inte i journalen att behandlingen avslutas. Det är fullt tänkbart att patienten fått ett itererat recept som han fortsatt med. I epikrisen för den av dem som opererades två månader efter insatt Procren, skriven av en underläkare, står att "patienten har många frågor... funderingar över Procreninjektioner i fortsättningen". Resultaten av föreliggande granskning stämmer väl överens med dem i farmaceut C Wångehags magisteruppsats från 2004 som hittade bristfällig dokumentation av insatta läkemedel i omkring en tredjedel av fallen.

Slutenvård

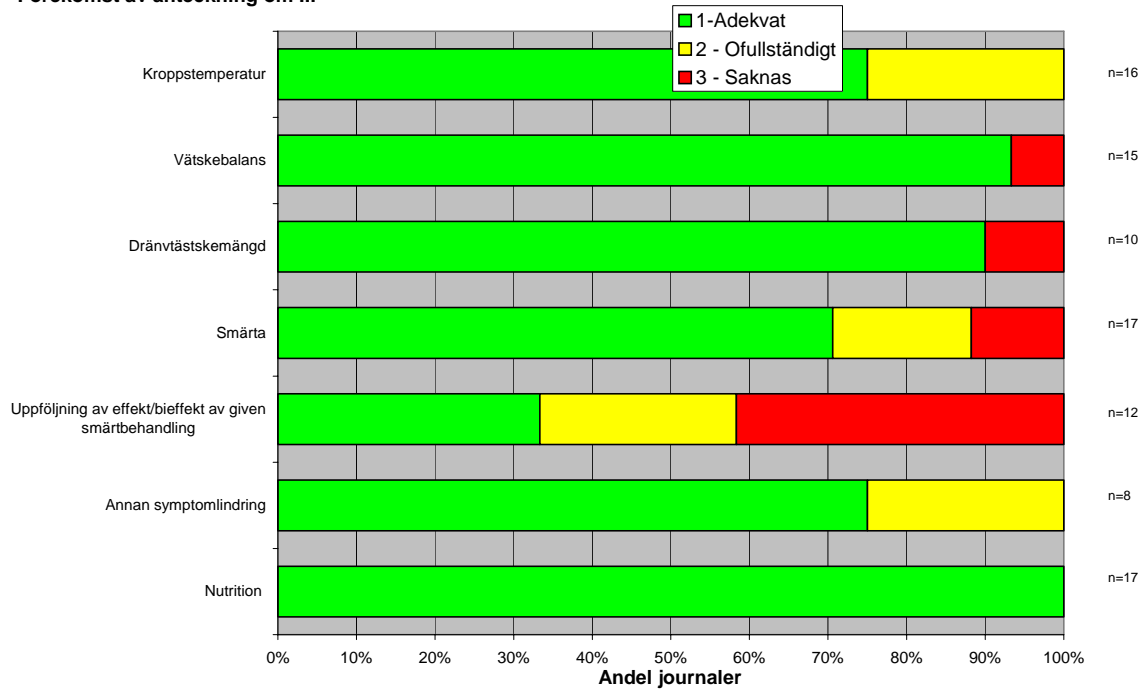
Vid akuta inläggningar skrivs en sedvanlig, fullständig, journalanteckning alternativt hänvisas till nyligen gjord sådan anteckning. Vid planerad inläggning för operation består inläggningsanteckningen i journalen ofta av angivande av intagningsorsak och en hänvisning till perioperativ journal, men i några journaler saknades intagningsanteckningar helt. Detta diskuteras i separat avsnitt nedan.

Samtliga 17 operationsberättelser är utförliga och ger god inblick i vad som gjorts vid ingreppet. Endast någon enstaka detalj saknades i 4 av dem, varav det i 2 inte framgick om total prostatektomi gjorts nervsparande eller med bred marginal. Preoperativ bedömning saknades emellertid i 6 operationsberättelser och med tanke på att det sällan finns någon samlad bedömning av patienten i tidigare anteckningar kan detta upplevas som en brist.

Daganteckningar finns så gott som alltid (adekvat i 11, ofullständigt i 1 och saknas i 1 journal) efter betydande händelser och inför helger. Nya betydande händelser beskrivs adekvat i 8, ofullständigt i 4 och saknades inte i någon av de 12 granskade journalerna där sådana händelser inträffade. I samtliga 12 angavs planering helt adekvat.

Omvårdnadsdokumentationen omfattar huvudsakligen väsentliga aspekter och har föredömlig rubrikindelning.

Förekomst av anteckning om ...

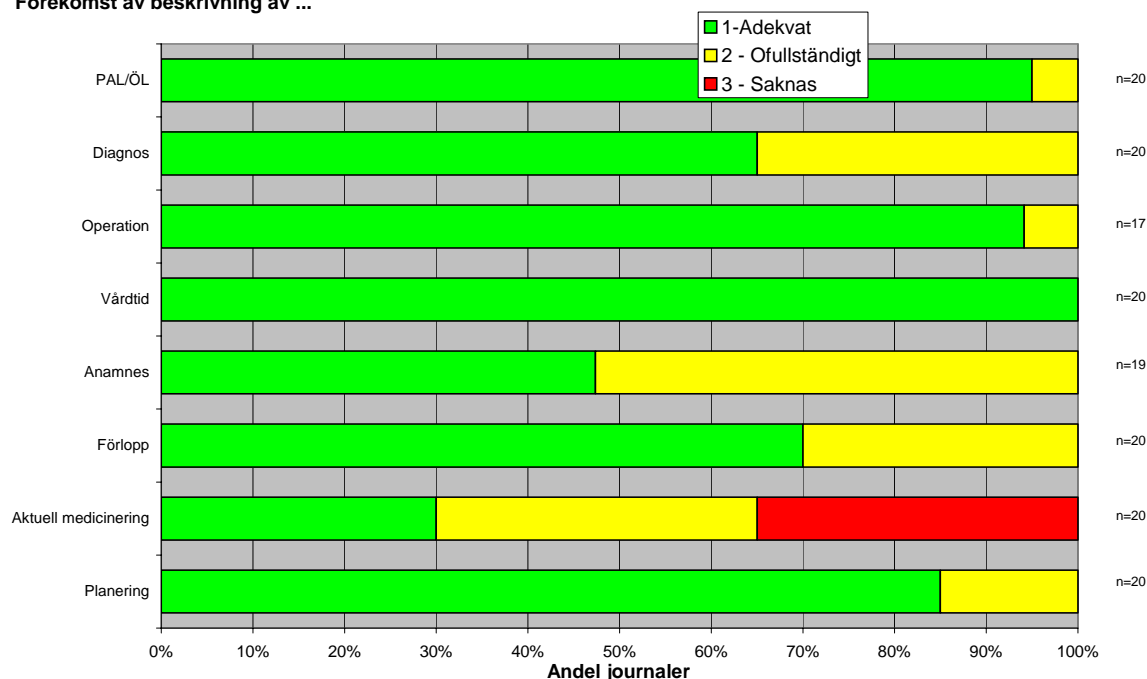


Figur 30: Fråga 53-59 Slutenvård

Vid Högländssjukhuset finns utmärkta mallar för såväl omvårdnadsbedömning och omvårdnadsepikris som är i enlighet med den gyllene standarden. Man kan ändå notera att dokumentationen av smärta inte sällan är gles och effekt och bieffekt av given smärtbehandling ofta saknas (adekvat 4, ofullständig 2, saknas 5). Registrering av temperatur, vätskebalans och dränagevätska är i princip alltid fullödig.

I epikrisen (20 st) finns alltid korrekt angivet ansvarig läkare, vårdtid, och diagnosen prostatacancer.

Förekomst av beskrivning av ...



Figur 31: Fråga 70-77 Slutenvård

I endast en epikris saknas uppgift om genomförd operation (gjordes av annan klinik). I sju saknades väsentliga diagnoser utöver prostatacancern som patienten behandlats för. Inte sällan saknas uppgifter om andra sjukdomar än prostatacancern i anamnesen, vilket framför allt upplevs som en brist i journalerna vid det sjukhus där dessa uppgifter vanligen inte heller finns tidigare i journaltexten, utan endast i den perioperativa journalen. Aktuell medicinering var adekvat angiven i endast 6 epikriser, saknades i 7 och var ofullständig i 7 (se diskussion under "Läkemedel" ovan).

Perioperativ journal

Vid två av de studerade sjukhusen finns färdiga mallar för den perioperativa journalen. Dessa innehåller bl a uppgifter för preoperativ bedömning, dokumentation av material som används vid operationen samt för anesthesiologisk övervakning under och omedelbart efter operationen. Det är endast den del av den perioperativa journalen som avser uppgifter inför preoperativ anesthesiologbedömning som granskats här.

En av mallarna innehåller en hälsodeklaration som ursprungligen är avsedd för patienten att själv fylla i (rubriken är: "Sjukdom, problem: Har eller har du haft? Stryk under eller kryssa"). Principiellt är avsikten med en sådan hälsodeklaration att få en dubbelkontroll av hälsouppgifter jämfört med den i läkaranteckningarna angivna

anamnesen. Vid det aktuella sjukhuset kryssar emellertid istället läkaren in uppgifterna när beslut fattats om operation. Denna rad av kryss och ifyllande av aktuell medicinering ersätter vanligen till stor del, ofta helt, anteckning i huvudjournalen om övriga sjukdomar, medicinering och överkänslighet mot läkemedel.

I de båda sjukhusens perioperativa journaler finns möjlighet att kryssa av att blodgruppering och EKG behövs och sedan har utförts före operationen. Det finns även rader för status avseende blodtryck, hjärta och lungor. Dessa fylls i av anmälande kirurg (vanligen med "0" eller "u a" för hjärt- och lungstatus) medan status inte dokumenteras i huvudjournalen. Vid efterföljande inläggning för operation består inläggningsjournalen enbart av angivande av intagningsorsak och en hänvisning till perioperativ journal. I två av granskade journalerna saknades preoperativ dokumentation av övriga sjukdomar och kardiopulmonellt status helt (d v s journaltexten saknade dessa uppgifter och den perioperativa journalen var inte ifylld).

En tänkbar fördel med detta system är att läkaren som beslutar om operation aktivt får ta ställning till en rad olika tänkbara sjukdomar som patienten har. Å andra sidan fylls sannolikt hälsodeklarationen ibland i utan att patienten aktivt negerat alla de sjukdomar som nämns. Man kanske därför inte kan ta ett kryss i nej-rutan t ex för "Blodsjukdom, t ex blodbrist, lättblödande eller tidigare blodpropp" som en garanti för att patienten aldrig haft blodpropp eller upplever sig som lättblödande. I ett fall var nej-rutan för allergi ikryssad trots att patienten hade fått utslag av penicillin.

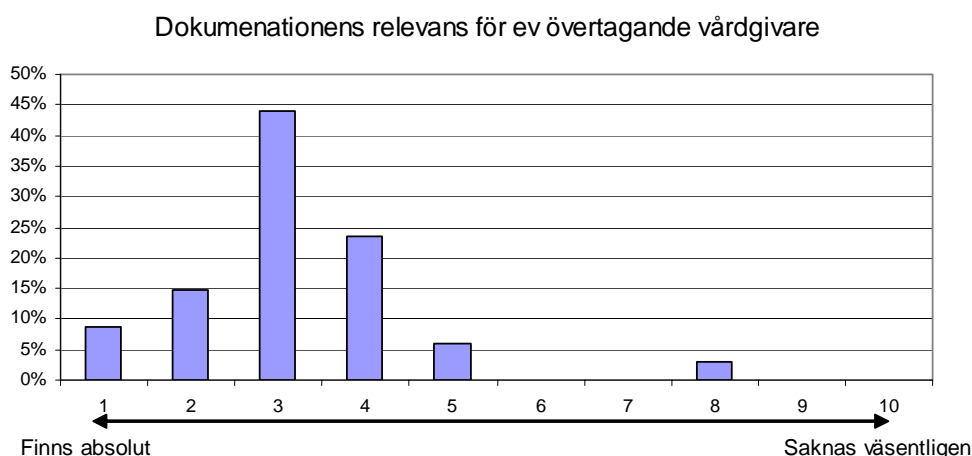
Definitiva nackdelar med gällande system är tveklöst att:

- Den extra kontrollen att patienten själv fyller i uppgifterna är borta.
- Väsentlig dokumentation finns spridd i olika delar av journalen. Kopia av den perioperativa journalen följer sannolikt inte med då man skickar journalkopior till annan vårdgivare, vilket gör att denne riskerar att inte alls få information om övriga sjukdomar, status, överkänslighet mot läkemedel och medicinering.
- Viktiga nyanser och detaljer går förlorade. Att bara notera med kryss för t ex "Hjärtsjukdom" och dra streck under "hjärtinfarkt" och "kärlkramp" säger inget om när hjärtinfarkten inträffade, om patienten har kärlkramp nu eller den försvann efter t ex en kranskärlsoperation, eller om han får kärlkramp dagligen eller bara någon gång per år. Det är ofta ikryssat "Ja" för "Njursjukdom, Urinvägsproblem Vattenkastningsproblem?" och för "Tumörsjukdom som du fått eller får behandling för?" utan närmare specifikation. Avses patientens prostatacancer eller har han dessutom njursvikt och annan cancersjukdom?

- Att endast direkt prostatarelaterad anamnes och status rutinmässigt nämns i huvudjournalen och allt annat hänvisas till den perioperativa mallen bidrar förmodligen till att det för samtliga opererade patienter vid ett sjukhus saknas uppgift om sociala faktorer och bukstatus.
- Intagningsjournalen är i princip bortrationaliserad eftersom den alltid lyder "Inkommer för xxx, var god se perioperativ journal". Det saknas således uppgift om något väsentlig inträffat sedan denna fylldes i, vilket ofta är någon månad tillbaka och i ett av de granskade fallen ett halvår tillbaka. Det är rutin att mottagande sjuksköterska går igenom uppgifterna med patienten, men hon noterar inte i journalen att detta är gjort om inget nytt har hänt. Att det genom denna rutin utelämnas aktivt ställningstagande av en läkare till patientens aktuella tillstånd kanske bidrar till att det inte i någon av de granskade journalerna fanns uppgift om att prostatatumören palperats efter diagnostillfället, även i fall där detta låg ett halvår tillbaka i tiden och tumören var relativt avancerad och med aggressiv mikroskopisk bild. Giltighetstiden för den perioperativa journalen är tre månader enligt gällande rutin, men i två fall förlöpte 4 respektive 6 månader till operationen utan att en ny preoperativ bedömning fylldes i.

Sammanfattande bedömning

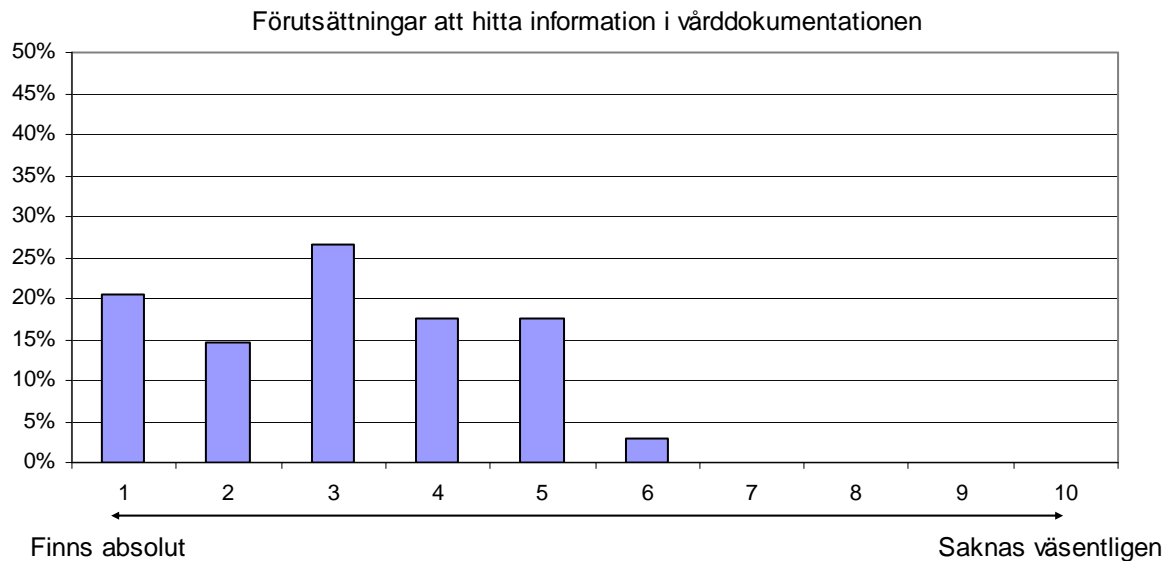
Dokumentationen bedöms som huvudsakligen relevant utan betydande överdokumentation. Operationsberättelser, kontrollbesök och omvårdnadsanteckningar är över lag klart godkända.



Figur 32: Bedömning av relevans för eventuell övertagande vårdgivare

Omvårdnadsanteckningar i slutna vård har vanligen föredömlig rubrikindelning som gör dem lätta att söka fakta i. Läkanteckningar och sjuksköterskeanteckningar på

mottagningen saknar däremot vanligen rubrikindelning, vilket gör dem svåra att hitta i, särskilt om en ny vårdgivare ska ta över patientansvaret.



Figur 33: Förutsättningar att hitta information

- Dokumentation av patientens totala situation (social situation och utförlig beskrivning av övriga sjukdomar) saknas oftast, vilket i vissa fall kan leda till att handläggningen inte blir optimal.
- Bedömning av lokalt tumörstadium bör anges tydligare och ibland göras först efter upprepad undersökning.
- Läkemedelsbehandling är ofta ofullständigt dokumenterad, särskilt vad gäller behandlingstid.
- Att hälsodeklarationen i den perioperativa journalen inte alltid fylls i av patienten själv innebär att möjligheten till dubbelkontroll av hälsouppgifterna faller bort.
- Att den perioperativa journalen, omfattande den av läkaren ifyllda hälsodeklarationen och knapphändiga uppgifter om hjärt/kärl/lungstatus, helt ersätter anteckning i huvudjournalen bedöms som olämpligt. Detta bland annat på grund av att eventuella viktiga detaljer, nyanser och specificeringar av övriga sjukdomstillstånd och fynd i status inte framkommer.
- Att det i vissa journaler helt saknas preoperativ dokumentation av övriga sjukdomar och kardiopulmonellt status, inklusive intagningsanteckning, bedöms som klart otillfredsställande.
- Att journalkopior till inremitterande ofta skickas enbart efter nybesöket, innan diagnos är ställd och behandling bestämd, är otillfredsställande från den inremitterande läkarens synpunkt. Om man anser det nödvändigt att skicka journalkopia redan vid första besöket för att bekräfta att patienten tagits

omhand, är det lämpligt att även skicka en kopia när diagnos är ställd och behandling bestämd, samt efter genomförd behandling.

5 Vårdokumentationens ändamålsenlighet utifrån de 5 huvudperspektiven

För samtliga diagnosgrupper visar granskningen på klara brister och förbättringsområden i jämförelse med de gyllene standarder för hur en god dokumentation bör se ut för respektive diagnosgrupp. De framtagna standarderna är något framåtsyftande och sätter ribborna högt, men de är på inget sätt överambitiösa. Man kan ställa sig frågande till, med anledning av de brister som identifierats, om vårdokumentationen till fullo följer de **lagar och direktiv** som finns.

Ett av kraven utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för patientjournalen är att vårdokumentationen skall utgöra ett **professionellt informationsunderlag och beslutsstöd**. Den stora andelen uppgifter som saknas eller är ofullständiga försvårar detta. Viktig information som är avgörande för framtida behandling saknas som t ex insjuknandetidpunkt för stroke i inskrivningsjournalen. Denna uppgift saknas i många journaler liksom eventuellt trauma vid insjuknande och neurologstatus. Även för övriga diagnosgrupper har viktig information saknats såsom vakenhetsgrad samt andningsfrekvens i akutsituationen för KOL-patienter. Dokumentation av patientens totala situation (social situation och utförlig beskrivning av övriga sjukdomar) saknas oftast för prostatapatienterna, vilket i vissa fall kan leda till att handläggningen inte blir optimal.

I **Överföringen av kunskap och information om patienter mellan olika vård- och personalkategorier** finns även här brister. Samstämmigheten mellan omvårdnadsjournalen och huvudjournalen är dock betydligt bättre i denna granskning jämfört med tidigare granskning i regionerna Skåne och Västra Götaland. Man har endast i ett fåtal fall noterat att väsentlig information saknats i huvudjournalen men funnits omnämnd i omvårdnadsjournalen. Det verkar dock som om det finns personliga journaler för vissa personalkategorier som inte återfinns i den samlade journalen. Journalföringen för kuratorer saknades för stroke och för KOL saknades dokumentation från sjukgymnaster avseende rehabiliteringsåtgärder. Detta återfanns endast i ett fåtal fall.

För både KOL och prostatacancer upplever granskarna som är erfarna läkare och journalläsare att det är svårt att finna önskad information. Journalerna för prostatacancer saknar ofta rubrikindelning och viktig information kan sprängas in i ett stort stycke löptext. I en klinisk situation där man dessutom kan vara utsatt för stor

tidspress försvårar detta överföringen av kunskap mellan olika vård- och personalkategorier.

En del av bristerna i dokumentationen förklarades med att patienterna är återkommande och kända för personalen. Detta må vara fallet men detta kan skapa problem vid ledighet och därmed tillfälliga vikarier. Det gör det dessutom omöjligt att utöva **tillsyn och kvalitetssäkring**, vilket är ett annat av de fem perspektiven.

Uppgift om och vilken **information** som gått ut **till patienten** och anhöriga är ofta bristfällig. I cirka två tredjedelar av alla strokejournaler fanns dock dokumentation om kontakter med närstående och information till patient och närstående, vilket är en förbättring jämfört med tidigare granskning. I journalerna för prostatacancer saknades oftast uppgift om antal och storlek på utskrivna förpackningar av läkemedel till patienten. Därnäst vanligaste saknade uppgiften var behandlingstid följt av dos. Patienten har med all säkerhet fått informationen men det finns inte dokumenterat inför t ex nya besök och fortsatta behandlingar.

Granskningen har inte specifikt bedömt hur **väl patientens säkerhet och behov av information om sin sjukdom** via journalhandlingar tillgodoses. De brister i dokumentationen som beskrivs i rapporten kan dock tyda på en viss risk.

6 Övergripande slutsatser

Nedan följer sammanfattningsvis de viktigaste slutsatserna av genomförd granskning avseende graden av ändamålsenlighet i vårddokumentationen kring patienten:

- Insamlingen av journaler har fungerat mycket bra trots att insamlingen delvis kolliderade med semesterperioden.
- En allmän bedömning är att vårddokumentationen gällande stroke är bättre inom Landstinget i Jönköpings län än i de jämförda regionerna. I över 80 % av journalerna bedömdes dokumentationen ha en bra tillgänglighetsgrad. Stroke är den diagnosgrupp där dokumentationen är bäst.
- Det fanns generellt en hög korrespondens mellan omvårdnads- och huvudjournalen. Överdokumentation var inte heller något problem. Avseende KOL var omvårdnadsjournalerna snarare lite väl tunna ibland.
- Kvaliteten i dokumentationen är starkt varierande. Både för KOL och stroke finns ett antal journaler som höll hög klass medan det finns andra som innehöll ett flertal brister i dokumentationen. Ett utvecklingsmål för Landstinget i Jönköpings län borde vara att åstadkomma en jämnare och högre standard på dokumentationen i hela länet.
- Både i KOL- och prostatacancerjournalerna påtalas att översiktligheten i journalerna är bristfällig. Rubrikindelning saknas och viktig information dokumenterades på ovanliga platser som t ex på övervakningsscheman eller i stora avsnitt av löptext. Detta utgör ett hinder för god tillgänglighet och effektiv kommunikation av innehållet.
- Mallar förbättrar överlag dokumentationen. Dokumentationen för EKG, lab och röntgen är god eftersom där finns etablerade mallar. Att ta fram mallar är ett utvecklingsområde som skulle kunna förbättra omhändertagandet och dokumentationen av omhändertagandet avseende patienten. Mallar kan ibland bli något väl förenklade och standardiserade. Detta leder till att eventuella viktiga detaljer, nyanser och specificeringar av övriga sjukdomstillstånd och fynd i status inte framkommer.