

**”Urinretention – den dolda vårdskadan.
Ett minne blott på Cario Geriatrik Nacka.”**

Nathalie Morén

Specialist geriatrik, Överläkare

Kvalitets- och patientsäkerhetsansvarig

Cario Geriatrik Nacka



- Kvalitetsarbete
- Markörbaserad journalgranskning (MBJ)
- Letar efter vårdskador



”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som **hade kunnat undvikas** om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso-och sjukvården.”



Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)

- Systematiskt återkommande vårdsador: **urinretention med blåsoverfyllnad och KAD-associerad urinvägsinfektion (VUVI)**. Jmf SKL och Socialstyrelsen.

- Ca 20%.
- Längre vårdtider.
- Saknas enhetliga rutiner.

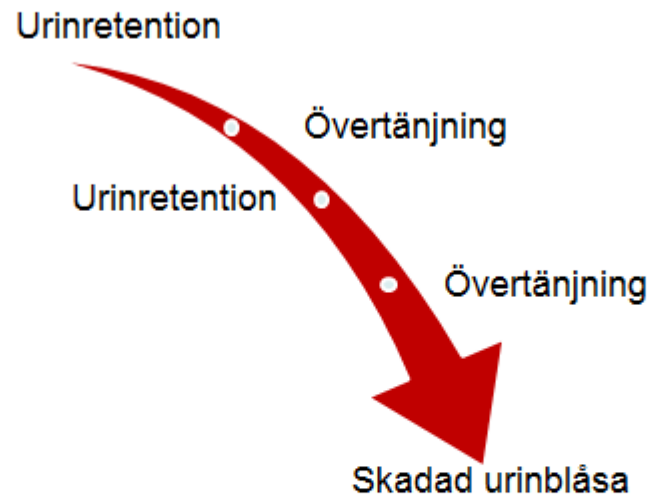


- Nationell satsning från SKL för ökad patientsäkerhet bl a genom att förebygga VUVI. Det nationella målet för VUVI är $<1,2\%$

VUVI och **urinretention** med **överfylld blåsa** (>500ml).

- Övertänjning av urinblåsan kan orsaka urinretention
- Urinretention medför ökad risk för bakteriuri och UVI
- KAD medför ökad risk för VUVI (80%). Risken ökar med behandlingstiden och ger fler multiresistenta bakterier
- Strama
- Risk: allmän/specifik





Åtgärd inom 1 – 2 timmar → låg risk för kvarstående skador

Allmän risk för att utveckla urinretention:

- Hög ålder
- Förstorad prostata
- Kronisk alkoholism
- Diabetes
- TIA/stroke/neurologiska sjukdomar
- Kognitiv nedsättning/förvirring
- Tidigare urinretention /inkontinens/skada/sjukdomar i urinvägarna
- Urinvägsinfektion/prostatit
- Kronisk smärta
- Delvis immobilisering
- Psykisk stress
- Buksmärta/förstoppning
- Läkemedel

Specifik risk för att utveckla urinretention:

- Nyupptäckt resurin >200 ml
- Akut sjukdom, trauma, intoxikation med "lätt/måttlig" allmänpåverkan, medvetslöshet
- Svår smärta
- Hinder i urinvägarna
- Avslutad KAD – behandling
- Ryggbedövning/narkos/operationer
- Pareser
- Förlossning
- Behandling med stora mängder vätska/diuretika

Problem

- Att patienten drabbas av undvikbar skada i urinvägarna i kontakt med sjukvården.
- Att vårdtiderna förlängs sekundärt till undvikbar skada.
- Att vi missar att upptäcka urinretentioner innan de har hunnit orsaka skada.
- Att vi låter katetrar sitta kvar för länge så de orsakar skada.
- Att vi använder kateter för mycket som i sin tur leder till fler VRI-er i urinvägarna, som i sin tur leder till överförskrivning av antibiotika som i sin tur driver antibiotikaresistensen.
- Att avd-personalens tid används på ett felaktigt och ineffektivt sätt.
- Att jourens tid används på ett felaktigt och ineffektivt sätt.

Mål:

Eliminerade vårdskador i urinvägarna

Syfte:

Ökad patientsäkerhet



- Patient som kommer till avd med KAD
- Patient som kommer till avdelningen utan KAD



Exkluderade:

- "Långliggare"
- "Kroniska KAD"

Del 1: Patient som kommer till avd med KAD + Scanning efter KAD-dragning:

- Rutiner för lämpliga behandlingstider med KAD upprättas.
- Flödesschema med volymer efter KAD-dragning och tidsgränser upprättas.

Del 2: Patient som anländer till avdelningen utan KAD:

- Flödesschema för scanning, med volymer och tidsgränser skapas.
- **Samtliga** patienter scannas för resurin i anslutning till inkomstkontrollerna (inom 2h). Beroende på volym följer man sedan flödesschemat...



"Detta kommer aldrig att gå..."

En modell för förändring baserad på utvecklingsinriktat lärande

En modell för förändring baserad på utvecklingsinriktat lärande



Del 1: Patient som kommer till avd med KAD + Scanning efter KAD-dragning: **Alla avdelningar.**

- Rutiner för lämpliga behandlingstider med KAD upprättas.
- Flödesschema med volymer efter KAD-dragning och tidsgränser upprättas.

Del 2: Patient som anländer till avdelningen utan KAD: **Endast pilotavdelning 51.**

- Flödesschema för scanning, med volymer och tidsgränser skapas
- **Samtliga** patienter scannas i anslutning till inkomstkontrollerna (inom 2h). Beroende på volym följer man sedan flödesschemat...
- Pilotprojekt maj-aug 2015, avd 51.



Metoder för att skapa delaktighet

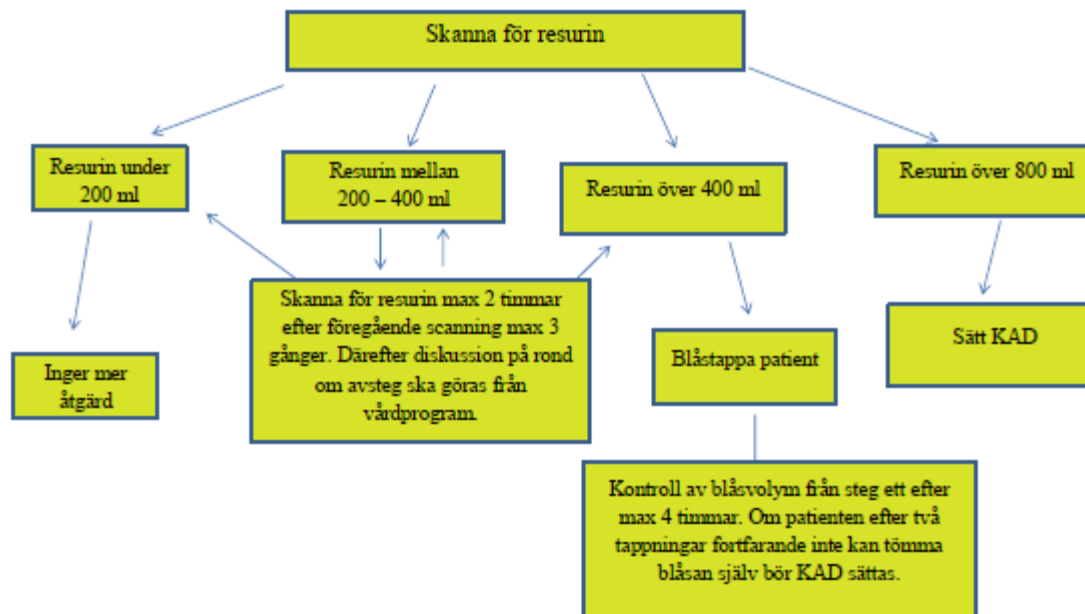
- Skapa en känsla av ”förståelse och ägande av problemet och lösningen”.
- ”Hjulet – en modell för förändring baserad på utvecklingsinriktat lärande”.
- Medverkan på samtliga avdelningars avdelningsmöten för att resonera kring vårdskada urinvägar.
- Förenklad projektplan delas ut.
- Dokument med medicinsk bakgrund till personalen.
- Tydliga uppföljningstider aviseras – halvtid för att fånga upp synpunkter.
- Kategoriföreläsning usk.
- Scanningsutbildning.



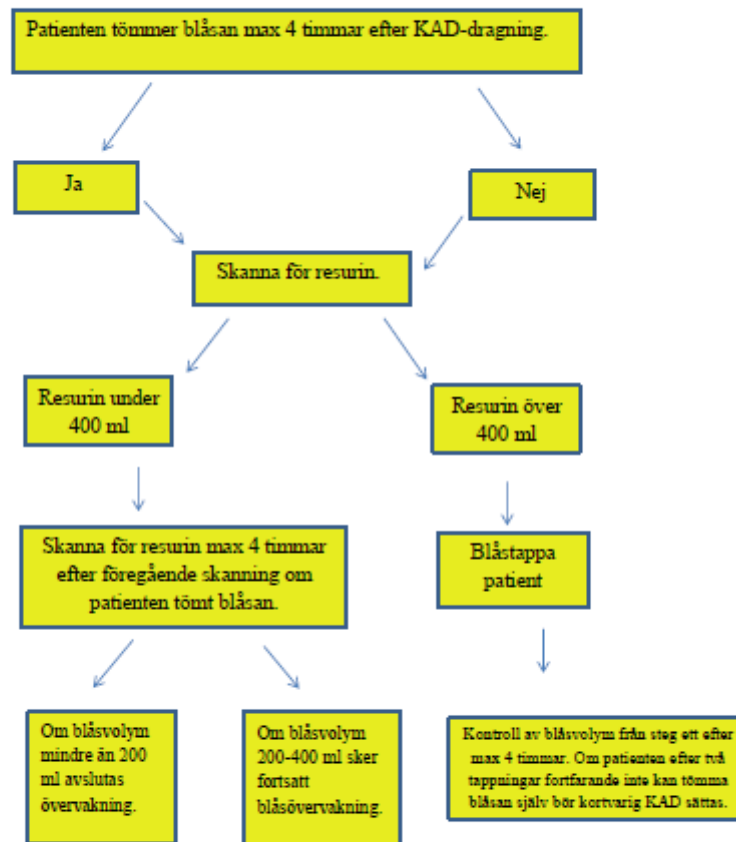
- Riskfaktorer
- Syfte
- Dokumentation
- Indikationer
- Behandlingstider med KAD
- Omvårdnadsåtgärder ex mobilisering, individualiserad toa, förstoppning
- Läkemedelsgenomgångar mm

När patient kommer till avdelning.

Observera att innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan, om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö.



Blåsövervakning efter kateterdragning.



Uppföljning pilotprojekt avd 51

- Juli-augusti gjordes 233 scanningar (jmf ca 70/mån). Av dessa utföll 99 scanningar > 200 ml. I den gruppen var det 25 patienter som scannades mer än 1 gång. Varje patient i riskgruppen blev i genomsnitt scannad 4 ggr.
- **Vid inskrivning** upptäcktes >400 ml residualurin hos ca 10 pat (ca 1/v).
- **Ingen oplanerad** kateter sattes. Ngn enstaka pat erhöll planerad KAD och då oftast redan vid inskrivning.

Undersköterskornas upplevelser:

- Ej ökad arbetsbelastning
- "Rolig uppgift"
- "Favorituppgift"
- Man är mer uppmärksam och har spontant börjat jobba mer generellt med frågan i patientens vardag på avdelningen.
- Flödesschema för scanning av patient utan KAD och dokumentationsrutin behöver finjusteras för ökad tydlighet.

Uppföljning juli- 20:e augusti avd 51

De flesta hade **inga uppenbara symtom** som kunde tyda på urinretention. Hos en patient noterades ökad oro.

Uppföljning juli- 20:e augusti avd 51

Patienter som har KAD vid inskrivning:

- "Kroniker"
- De med resurin vid förra vårdtillfället/förra vårdinstansen → **majoriteten avvecklas.**

Uppföljning juli- 20:e augusti – personalen avd 51

- Att scanna alla patienter vid inskrivning utgör ett extra arbetsmoment. Ses dock ej som ökad arbetsbelastning.
- Bra att detta uppmärksammas då flera patienter inte märker av att de har behov av att tömma blåsan.
- Det är inte bara vid inskrivning som detta nu uppmärksammas.
- Känslan bland personalen är att patienterna nu tillfrågas i högre grad om det har behov av att gå på toaletten -> ökad mobilisering.
- Undersköterskor tycker detta är en viktig arbetsuppgift som tydliggör deras yrkeskompetens och ökar deras delaktighet i teamarbetet.

Patientsäkerheten har ökat i och med denna nya rutin då patienterna inte längre har överfylld blåsa som inte uppmärksammas och **vårdskadan urinretention med överfylld blåsa** kan då elimineras.

Vårdskadan VUVI minimeras.

Ändrad anfallsvinkel

SKADA → RISK

AKUT → PLANERAT

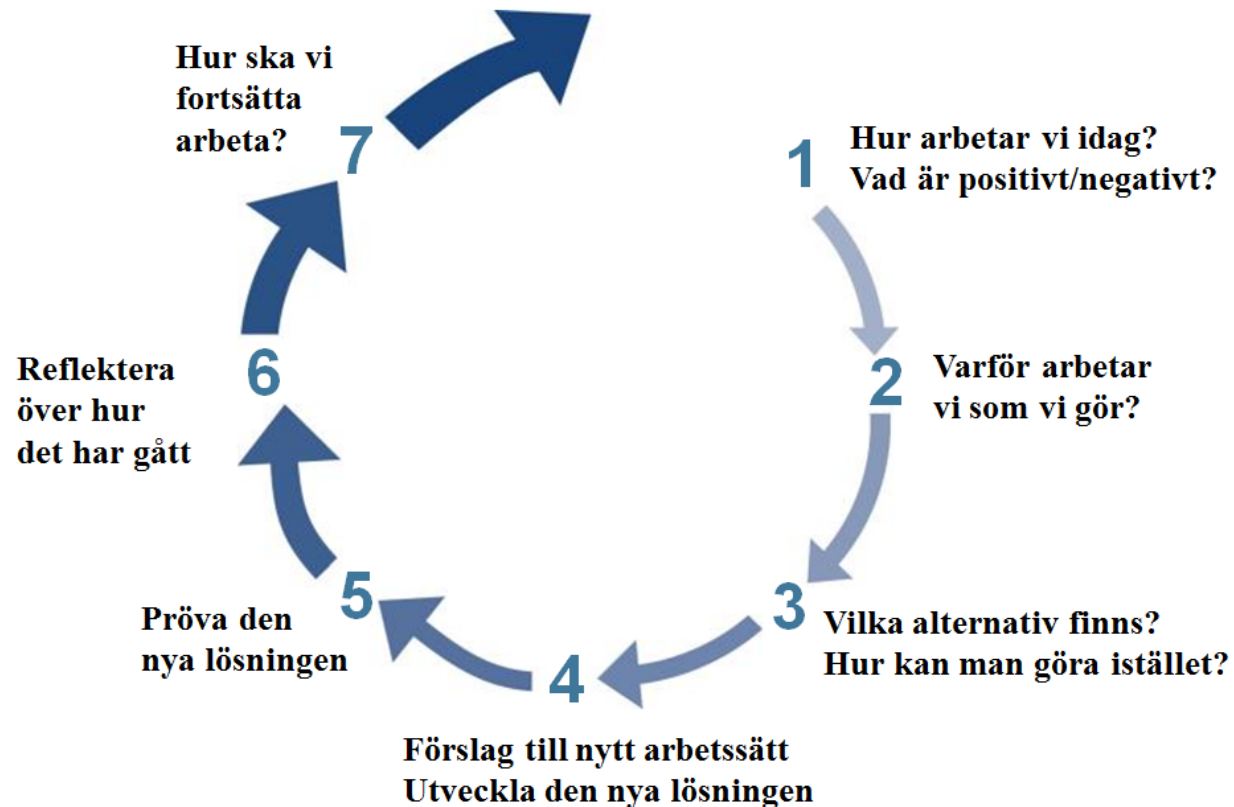
Oväntade sekundärvinster

- Stärkt usk-grupp
- Högre grad av mobilisering med allt vad det innebär för patienten
- Ökad patientdelaktighet

- **Kvalité:** Vårdskadan överfylld blåsa elimineras. Antalet patienter som får behov av KAD minskar vilket i sin tur medför minskad risk för dels infektioner dels förlängda vårdtider.
- **Arbetsmiljö:** Ingen ökad arbetsbelastning. Usk -gruppen lyfts. ”Störningar” jourtid minskar.
- **Miljö:** Ingen miljöpåverkan. **På sikt förväntas minskad antibiotikaanvändning.**
- **Ekonomi:** Inga ökade resurser. En mindre ekonomisk vinning förväntas då patienter som vid journalgranskning uppmärksammas med vårdskadan överfylld blåsa fick längre vårdtid. Dessa mobiliseras nu dessutom snabbare! ”Störningar” jourtid minskar.

En modell för förändring baserad på utvecklingsinriktat lärande

En modell för förändring baserad på utvecklingsinriktat lärande



Uppföljning efter 1 år – samtliga avdelningar Cario Geriatrik

Juni 2016

8% av alla nyinskrivna patienter scannas >1 gång.

Av dessa får 37% KAD och då oftast redan vid inskrivning.

Cave flytt från annan slutenvård!

I princip ingen får KAD direkt från SÖS-akuten (**sic!**)

Resterande riskpatienter kunde behandlas med mobilisering, strukturerade toalettbesök och enstaka tappning.

Ingen oplanerad KAD sattes. (kvalitetsindikator med mål 0%)

Majoriteten av planerade KAD kan avvecklas före utskrivning.

Uppföljning september 2017

Hög compliance till vårdprogrammet ffa omvårdnadsåtgärderna.

Antalet scanningar har minskat, men alla scannas.

Endast en patient fick KAD. Kunde avvecklas efter några dagar.

Långtidsuppföljning

- Hur gick det för de exkluderade långliggarna?
- Hur gick det för de ”kroniska KAD-bärarna”?

Långtidsuppföljning

- Hur gick det för antibiotikan?

| Kloka råd 2016 | MÅL | Värde 201612 ^a | Värde 201512 ^a | Antal receptuttag 201612 ^a |
|---|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| UVI-antibiotika till personer 65+ (R12) | Ska minska. Förändring just nu: -28% | 58 rec (R12) | 81 rec (R12) | 58 rec (R12) |



Nathalie Morén
nathalie.moren@cario.se



Cario Geriatrik