

Strokesjukvården i ett patientsäkerhetsperspektiv

Rapport från en tillsynsaktivitet
i Uppsala-Örebroregionen

Artikelnr 2009-126-141

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2009

Förord

Socialstyrelsens tillsyn bedrivs, oavsett sjukdomsgrupp, i grunden normalt med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, det så kallade ”God Vård dokumentet”. Ett ledningssystem ska omfatta alla delar av verksamheten och framför allt fokusera på patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen har tidigare bedrivit viss tillsyn med utgångspunkt från Nationella riktlinjer inom områdena diabetes, kranskärslsjukdom och stroke. Denna tillsyn använde sig av äldre riktlinjer, som bland annat saknade beslutsstöd för prioriteringar. Användbarheten av dessa riktlinjer i tillsynsarbetet bedömdes vara begränsade. I en ny modell för nationella riktlinjer ingår från och med år 2004 beslutsstöd för prioriteringar, som baseras på riksdagsbeslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005 är de första i denna serie.

Även om det huvudsakliga ändamålet med dessa riktlinjer är att ge sjukvårdshuvudmännen stöd i deras arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar för strokesjukvården, borde riktlinjerna också kunna utgöra bättre underlag än tidigare för Socialstyrelsens tillsyn, särskilt när fokus ligger på att granska om strokesjukvården bedrivs med säkra rutiner och med sådan organisation och med de arbetsprocesser som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det har funnits ett intresse, både från ansvariga för tillsyn och riktlinjearbete, att i praktisk verksamhetstillsyn pröva om och i vilken omfattning den nya riktlinjemodellen, i kombination med traditionell God Vård tillsyn, kan bidra till en mera konkret och skärpt tillsyn och i förlängningen också till en säkrare strokesjukvård.

Regionala tillsynsenheten i Örebro presenterar i denna tillsynsrapport sina erfarenheter av att integrera material från Nationella riktlinjer för stroke-sjukvård 2005 med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, i verksamhetstillsyn av strokesjukvården inom akutvård, primärvård och kommunal vård i Uppsala-Örebroregionen.

Ewa Sunneborn
Enhetschef
Tillsynsavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
Sammanfattande iakttagelser	7
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Syfte</i>	9
<i>Metod och genomförande</i>	10
<i>Resultat</i>	11
Sjukhus	11
Primärvård	13
Kommunal hälso- och sjukvård	16
<i>Bilagor</i>	20
Bilaga 1	20
Bilaga 2	21
Bilaga 3	22
Bilaga 4	23
Bilaga 5	24
Bilaga 6	25

Sammanfattning

Vid tillsynen av strokesjukvården på sjukhusen har Socialstyrelsen kunnat konstatera

- att man har god kännedom om de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2005,
- att vårdprogrammen som finns på sjukhusen följer dessa riktlinjer,
- att vården sker på strokeenhet med ett multidisciplinärt team som tillsammans arbetar med patienten,
- att personalen i stor utsträckning får specifik utbildning avseende stroke-sjukvård,
- att man aktivt rapporterar till det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke och att resultatet från kvalitetsregistret utgör bas för verksamhetens kvalitetsarbete,
- att samverkan i vårdprocesserna mellan slutenvården, kommunen och primärvården skulle kunna förbättras för att patienterna ska få en så god och säker vård som möjligt.

Vid tillsynen i primärvården har Socialstyrelsen kunnat konstatera

- att man i primärvården anser sig ha kunskap om de Nationella riktlinjerna för strokevård 2005 och följer dessa, men
- att diagnosregistrering sker osystematiskt och med användande av olika termer och begrepp mellan primärvårdsenheter och mellan landsting,
- att primärvården inte deltar i det kvalitetsregister, Riks-Stroke, som slutenvården använder och som utgör bas för kvalitetsarbetet på sjukhusen, med följd
- att primärvården endast med stora arbetsinsatser kan få fram data som beskriver de insatser, väsentligen av sekundärpreventiv art, som görs i primärvården för strokepatienter och
- att det följaktligen saknas uppföljningsmöjligheter i primärvården av gruppen patienter med stroke.

Vid tillsynen i kommunerna har Socialstyrelsen kunnat konstatera

- att de Nationella riktlinjerna för strokevård ofta är kända bland kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, men riktlinjerna är inte förankrade och används inte som ett stöd i det dagliga arbetet,
- att oklara läkemedelsordinationer och brister i informationsöverföringen utgör identifierade risker, men att man i de flesta län arbetar med att för-

bättra vårdplanering och informationsöverföring när patienter ska skrivas ut från sjukhuset,

- att strokepatienter som fått större funktionsnedsättningar ofta kommer till kommunens korttidsboenden för att få rehabilitering och för vidare bedömning och vårdplanering om fortsatt boende,
- att dokumentationen inte alltid är systematisk och många dokumenterar inte de ställningstaganden som man gör, annat än när ställningstagandet leder till en åtgärd,
- att vårdinsatserna kan förtydligas och säkras genom att rutiner/checklistor tas fram för exempelvis riskbedömningar och funktionskontroller.

Sammanfattande iakttagelser

- Kvalitet och patientsäkerhet i strokevården styrs enbart indirekt genom Nationella riktlinjer. Är dessa inte kopplade till ett rikstäckande kvalitetsregister med möjlighet till öppna jämförelser blir de Nationella riktlinjerna en angelägenhet för de redan intresserade, men används i praktiken i liten utsträckning.
- Granskande tillsyn efter Nationella riktlinjer innebär tidskrävande förberedelser och blir föga meningsfull om inte vårdgivaren själv kan definiera patientgruppen och bistå med underlag för tillsynen.
- Stödjande tillsyn efter ”God vård-dokumentet” ger bra möjligheter till samtal och diskussion om patientsäkerhets- och kvalitetsrelevanta områden inom och mellan olika vårdnivåer.
- Patientsäkerheten i strokevården är överlag god för de akuta insatserna, prehospitalt och på sjukhus. Ett kontinuerligt förbättringsarbete pågår.
- Patientsäkerheten i strokevården vad avser akut rehabilitering och omvårdnad på sjukhus är generellt sett väl tillgodosedd, med undantag av att vissa, främst kognitiva, funktionsbortfall kan bli ouppmärksamade på grund av korta vårdtider.
- Rehabiliteringsinsatserna i den kommunala korttidsvården bedrivs med god kompetens av sjuksköterskor och paramedicinsk personal, men insatserna kan dokumenteras bättre.
- Patientsäkerheten i strokevården vad avser sekundärpreventiva åtgärder i primärvården kan inte bedömas på gruppnivå eftersom primärvården inte deltar i Riks-Stroke och landstingen inte har någon fungerande diagnosregistrering för patienterna.

Bakgrund

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta riktlinjer för vård och behandling av patienter med svåra kroniska sjukdomar. I riktlinjerna ingår från och med år 2004 beslutsstöd för prioriteringar, som baseras på riksdagsbeslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge nationellt stöd i sjukvårdshuvudmännens arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar. Målet med riktlinjerna är att de ska bidra till att vårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringar. Därmed vill Socialstyrelsen stärka patientens möjligheter att få en likvärdig och effektiv vård i alla delar av landet. Socialstyrelsen gav ut uppdaterade riktlinjer för strokevården år 2005.

Riktlinjerna är också viktiga underlag för Socialstyrelsens tillsyn, som fokuseras på att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsens tillsynsavdelning har bland annat till uppgift att stödja och granska att vårdgivaren bedriver ett fungerande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med inriktning på att förebygga skador och eliminera risker i vården. Denna tillsyn grundas i väsentliga delar på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12.

Syfte

Syftet med tillsynsaktiviteten har varit att pröva om den nya utformningen av Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, där det finns en rangordningslista uppdelad i ett vårdkedjeperspektiv, lämpar sig för tillsyn av om patienter med strokesjukdom får en säker vård.

Syftet har dessutom varit att om brister iakttas uppmärksamma vårdgivare och verksamhetschefer på dessa så att förbättringsåtgärder kan vidtas och patientsäkerheten och vårdkvaliteten förbättras.

Metod och genomförande

Verksamhetstillsynen har genomförts som i tid samordnade besök i tre verksamheter (sjukhus, primärvård och kommunal vård) i alla län i Uppsala-Örebroregionen. Ett sjukhus har valts i varje län. En primärvårdsinrättning som har det valda sjukhuset som huvudsaklig remitteringsinstans har valts liksom ett kommunalt vårdboende där läkarinsatserna kommer från aktuell primärvårdsmottagning. Urvalet har skett med syftet att få representation av både små och stora sjukhus och offentligt och privat driven primärvård. De besökta enheterna framgår av Bilaga 1. Tillsynen har skett under tiden mars – september 2007.

Vid besöken i verksamheterna har samtal och diskussioner förts utifrån strukturerade frågeområden baserade dels på de Nationella riktlinjernas rangordningslista, dels på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 (skriften ”God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”), där bland annat områdena kompetens, samverkan och samarbete, risk- och avvikelshantering, spårbarhet och egenkontroll betonats. Innan de slutgiltiga frågeområdena fastställdes prövades användbarheten av dessa vid pilotbesök på sjukhus, vårdcentral och i kommunal verksamhet.

De slutgiltigt valda frågeområdena från de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2005 framgår av Bilaga 2 och 3 för akutvård respektive primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, samt från skriften ”God Vård” av Bilaga 4.

I de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2005 anges utöver de rangordnade rekommendationerna för olika åtgärder också sådana som inte bör utföras rutinmässigt eller utföras alls. För flera av dessa finns god vetenskaplig dokumentation som visar att åtgärden är oacceptabel ur patientsäkerhetssynpunkt eller medför en potentiellt ökad patientsäkerhetsrisk. Dessa oacceptabla åtgärder finns beskrivna i Bilaga 5. Flertalet av dessa åtgärder kan bli föremål för tillsyn genom journalgranskning.

I vår tillsyn har vi gett uppdrag till de olika verksamheterna att själva göra journalgranskningar innan tillsynsbesöket och återrapportera i samband med detta. De områden som journalgranskningen omfattat och som gjorts av verksamheterna själva beskrivs i Bilaga 6.

Resultat

I varje enskild tillsyn, totalt 21, har tillsynsbeslut fattats och kommunicerats med verksamheterna. Utifrån hur strokevården bedrivits vid enskilda verksamheter har en del påpekanden gjorts. I något fall har Socialstyrelsen begärt en redovisning av vilka åtgärder som verksamheten vidtagit med anledning av tillsynen.

I det följande redovisas resultat av tillsynen aggregerat för hela Uppsala-Örebroregionen, men fördelat på kategorierna sjukhus, primärvård och kommunal vård.

Sjukhus

Tillsyn utgående från nationella riktlinjer

Kunskap om Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005 fanns hos alla besökta sjukhus, men varierade från en mera översiktlig kunskap till en god sådan. Inget landsting hade utarbetat något övergripande vårdprogram för strokevården med utgångspunkt från 2005 års riktlinjer. Äldre vårdprogram fanns i flera landsting, men dessa vårdprogram ansågs föråldrade. I vissa landsting pågick revisionsarbete av de äldre vårdprogrammen, men ingen tidtabell fanns för när dessa revideringar skulle vara klara. På flera sjukhus hade man tagit fram PM eller rutiner för specifika strokevårdsprocesser, såsom till exempel trombolysbehandling. Alla sjukhus hade särskilda strokeenheter med särskilt utbildad personal. De flesta strokepatienter vårdades på strokeenheterna. Undantag från denna huvudregel förekom då patienten hade annan komplicerad sjukdom, ibland under semesterstängning av vårdavdelningar och/eller vid hög belägningsnivå allmänt på vårdavdelningarna. På strokeenheterna menade man att undantagen hade blivit färre den senaste tiden och att särskilda team från strokeenheten besökte de ”utlokaliserade” strokepatienterna för att få till stånd enhetlig bedömning och behandling.

Diagnostik och behandling av strokepatienterna skedde på alla sjukhus i enlighet med riktlinjerna. Antalet patienter som blev föremål för trombolysbehandling varierade dock kraftigt mellan olika sjukhus. Det var uppenbart att vissa sjukhus hade varit aktiva med trombolysbehandling under flera år, medan andra helt nyligen hade skapat rutiner och organisation för sådan behandling. Ett stort hinder för trombolysbehandling utgjordes av att patienterna kom in till sjukhusen i ett för sent skede av insjuknandet, ibland orsakat av långa transportavstånd, men oftast på grund av otillräcklig kunskap hos allmänheten om vikten av att söka akutvård vid strokemisstanke.

Organisationen av strokevården efter de akuta vårdinsatserna varierade stort mellan olika sjukhus från sådana där akutvård och rehabilitering var samordnade till sjukhus där rehabiliteringen skedde fysiskt och organisatoriskt skild från den akuta vården. Någon särskild förklaring till att olika modeller valts kunde inte ges, annat än att tradition och ekonomistyrning san-

nolikt invercade. Oavsett organisationsform fanns god medicinsk och paramedicinsk kompetens tillgänglig för patienten i den rehabiliterande vården. Särskilda stroke team bestående av sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut gjorde bedömning av grad av funktionsnedsättning med särskild uppmärksamhet på sväljningsförmåga, blåstömningssvårigheter och risk för fallskada. Ibland adjungerades logoped och kurator till teamet varvid tal- och andra kommunikationssvårigheter av kognitiv art blev värderade.

Alla sjukhus medverkade med patientdata i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke och alla sjukhus hade någon form av årlig genomgång och diskussion av de egna resultaten. Flera sjukhus hade deltagit i kvalitetsregistret under många år. En gemensam uppfattning var att medverkan i Riks-Stroke var den enskilt viktigaste kvalitetshöjande faktorn i strokevården. Motorer i kvalitetsarbetet var oftast en särskilt ansvarig strokesjuksköterska tillsammans med en strokeansvarig och engagerad läkare. På de sjukhus där dessa nyckelpersoner fanns hade man också haft flest patienter som fått trombolysbehandling. De uppgifter som ingick i rapporteringen till Riks-Stroke hade relativt nyligen reviderats vid våra tillsynsbesök. Revideringen hade gjorts utifrån 2005 års nationella riktlinjer för strokevård.

En av de viktigaste riskfaktorerna för återinsjuknande i stroke är rökning. I sjukhusens patientjournaler fanns uppgift om patienten var rökare eller inte i stor utsträckning. Variabeln rökning ingår i registreringen i Riks-Strokeformuläret. Uppgift om patienten var rökare eller inte kommunicerades dock endast i begränsad omfattning till primärvården genom sjukhusets epikris.

Tillsyn utgående från föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Vid alla sjukhus fanns god kompetens på alla nivåer i vården av strokepatienter. Det fanns tid och resurser avsatta för fortbildning. Även patienter och närstående fick utbildning om stroke på flera sjukhus.

I mycket liten omfattning fanns primärvårdens och kommunens personal med i sjukhusens fortbildningar om stroke. Inte heller förekom något samarbete mellan den slutna och den öppna vården i samband med sjukhusens årliga genomgång av resultaten från Riks-Stroke. Samverkan mellan sjukhus och primärvård utgjordes vanligen endast av kommunikering via epikris som regelmässigt skickades till primärvården. Inte alltid var denna epikris en del i en formell remiss med begäran om övertagande av fortsatt behandling. Sjukhusens samverkan med den kommunala vården skedde oftast genom direkta kontakter, per telefon eller vid vårdplaneringar, mellan sjuksköterskor och/eller sjukgymnaster/arbetsterapeuter. På de flesta sjukhus ansåg man att kommunerna klarade att ta över den fortsatta vården av strokepatienten inom rimlig tid, men uppfattningen om vad som var rimlig tid varierade, liksom medelvårdtiden för strokepatienten mellan sjukhusen.

Inom området riskhantering framkom att man, särskilt bland sjuksköterskor och sjukgymnaster, var medveten om att många strokepatienter hade ökad risk för fallolyckor, trycksårsutveckling, urinretention och sväljnings-svårigheter och att rutiner fanns för att förebygga sådana risker. Personalen på sjukhusen berättade att det har skrivits få avvikelserapporter med an-

knytning till strokevården och ingen hade något minne av att någon anmälan hade gjorts enligt lex Maria.

På sjukhusen fanns olika system för dokumentation av patienternas vård. Man befinner sig i en brytningstid mellan pappers- och datajournal; ibland finns både och, beroende på vilken yrkeskategori man tillhör. Detta försvårar det interna informationsutbytet kring en patients vård och omvårdnad, ibland av praktiska orsaker, men ibland också genom att onödiga administrativa rutiner försvårar för berörd personal att ta del av gemensam information om vård och behandling. Hos paramedicinsk personal fanns en tradition av att informera varandra muntligt, vilket kunde leda till att skriftlig dokumentation glömdes bort. Detta kunde bli negativt för patienten i den fortsatta vården i kommunen om man saknade skriftlig paramedicinsk dokumentation från sjukhuset. Möjligheterna att följa rehabiliteringsförlopp över tid blir sämre om inte basdata om funktionsnedsättningar var registrerade enhetligt och systematiskt på sjukhuset.

Egenkontrollen av strokevården var god på alla sjukhusen tack vare deltagandet i kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Journalgranskning

Socialstyrelsen planerade att låta varje sjukhus granska sju patientjournaler enligt de variabler som beskrivs i bilaga 6. Detta genomfördes vid pilotbesöket. Vid denna redovisning framkom att de frågor Socialstyrelsen hade aktualiserat enklast kunde besvaras genom en diskussion kring sjukhusets vårdprogram för stroke (om sådant fanns) och senaste resultat från Riks-Stroke för de angivna variablerna. Denna modell valdes vid de följande tillsynsbesöken på sjukhusen.

Det fanns oklarheter i hur uppgift om rökning dokumenterades i patientjournalen. Ibland hade detta skett på ett tydligt och lätt verifierbart sätt, men det förekom också att uppgift om patienten rökte eller inte, endast hade noterats i Riks-Strokeformuläret och inte i den egentliga journalen. I något enstaka fall saknades uppgift om att en patient som rökte hade fått råd att sluta. För alla övriga eftersökta uppgifter fanns inget avvikande.

Primärvård

Tillsyn utgående från nationella riktlinjer

I primärvården saknades det mesta av den organisationsstruktur för strokevården som fanns på sjukhusen. Viss kännedom om de nationella riktlinjerna fanns, men i allmänhet var den ytlig och mer betingad av att Socialstyrelsen kom på tillsynsbesök än präglad av ett intresse för den kunskap och de prioriteringar som riktlinjerna förmedlar. Enstaka personer, oftast paramedicinsk personal, hade tillägnat sig grundligare kännedom om riktlinjerna. Primärvården saknade, liksom sjukhusen, landstingsövergripande vårdriktlinjer. Det fanns inte heller några riktlinjer framtagna på primärvårdsnivå i något landsting. En ytterligare organisatorisk brist var avsaknaden av uppföljningsmöjligheter av resultat av den vård strokepatienterna får i primärvården på gruppnivå, eftersom någon systematisk diagnosregistrering inte sker. Socialstyrelsen kunde konstatera vid besöken i primärvården att det

inte på någon vård-/hälsocentral var möjligt att få fram uppgifter om hur många patienter med strokesjukdom som enheten behandlade. Varje allmänläkare hade ansvar för vården av sina patienter, men ingen på vårdcentralen, verksamhetschefen inräknad, hade någon bild av hur helheten såg ut. Primärvården är inte heller delaktig i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke. Man levererar inga data till registret och man får heller ingen information från det.

I omhändertagandet av den enskilde patienten fanns som regel en väl fungerande rådgivningsfunktion med erfarna sjuksköterskor. Vid misstanke om stroke hänvisades patienten av dessa vanligen till akutsjukhus för bedömning av diagnos och om trombolysbehandling kunde vara aktuell. Vid misstanke om stroke hos en multisjuk patient med kort förväntad återstående livstid, som oftast hade hemsjukvård eller var föremål för kommunal vård, gjorde allmänläkaren som regel hembesök för en individuell värdering av vilka insatser som bäst gagnade patienten.

Indikationer för warfarinbehandling hos patienter med tidigare hjärninfarkt eller med förmaksflimmer och andra tromboemboliska riskfaktorer var väl kända bland de läkare i primärvården som deltog vid tillsynsbesöken, men det saknades skriftliga rutiner för dessa åtgärder. På många vård-/hälsocentraler anlätades hyrläkare i betydande utsträckning. I vilken omfattning dessa var förtroagna med de ordinarie läkarnas behandlingsrutiner var oklart.

Insatser från sjuksköterska och paramedicinsk personal (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, logoped med flera) varierade stort mellan de besökta enheterna. På vissa vårdcentraler hade man god tillgång till paramedicinsk personal, på andra fanns dessa personalgrupper utanför primärvårdsorganisationen helt eller delvis. Oavsett hur personaltillgången såg ut gjordes sällan bedömningar av patienternas funktionsförmåga för de patienter som hade eget boende. Situationen var lite bättre för patienterna i den kommunala vården. Flera sjukgymnaster i primärvården tyckte att det borde vara en angelägenhet för dem att bidra med rapporteringen om funktionsförmåga till Riks-Stroke efter patientens utskrivning från slutenvården, istället för att, som nu oftast var fallet, en sjuksköterska på strokeavdelningen gjorde detta via en telefonintervju med patient eller närstående. Vissa vårdcentraler saknade utrustning för enkel och patientsäker mätning av om urinretention förelåg (bladder-scan), vilket kunde innebära att man tvingades till onödiga och ibland traumatiska katetriseringar.

Läkarna i primärvården ansåg över lag att man för varje strokepatient som kom på återbesök gjorde individuella bedömningar av hur riskfaktorer för ny stroke (hypertoni, dyslipidemi, diabetes, rökning, med mera) skulle tas om hand. På ingen vårdcentral kunde man dock redovisa resultat, varken för enhetens patienter eller någon enskild läkares patienter, av hur väl man hade lyckats att eliminera dessa riskfaktorer. Uppgift om patienten var rökare eller inte skulle, på de flesta vårdcentraler föras in under ett specifikt sökord i datorjournalen, men detta gjordes inte på ett systematiskt sätt. I de fall patienten hade identifierats som rökare uppgav man att råd om rökslut hade getts, men det var bristfälligt dokumenterat om rådet hade följts eller inte. Få enheter hade någon särskild resurs avsatt för en mera strukturerad be-

handling för att få patienter att sluta röka. Patienter hänvisades ibland till apoteken, tandvården eller annan instans.

Tillsyn utgående från föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

I primärvården beskrevs kompetensbrister i form av ett stort antal vakanta allmänläkartjänster. Dessa upprätthölls oftast av korttidsvikarierande hyrläkare som kom från olika hyrföretag. Många gånger kunde inte hyrföretaget leverera läkare med allmänmedicinsk specialitet. Istället kunde det komma läkare med ringa erfarenhet av allmänmedicin, ibland från andra länder med andra professionella värderingar än de i Sverige vedertagna och där kommunikationssvårigheter internt på enheten och med patienterna kunde utgöra patientsäkerhetsrisker. Utrymme för och möjligheter till kvalitetsutveckling förelåg sällan på sådana enheter. En del rådgivningssjuksköterskor efterlyste bättre utbildningsmöjligheter generellt och specifikt och även någon form av daglig återkoppling för att individuellt och i grupp utveckla sin arbetsmetodik och sitt kunnande.

Den interna samverkan på enheterna mellan olika professioner var inte utvecklad i någon större grad runt strokepatienterna. Läkarna skötte sitt och annan personal sina åtaganden. När primärvården hade sjukgymnast i sin organisation förekom det remisser till sjukgymnast för funktionsträning, men om sjukgymnasten fanns ”utanför” primärvården var sådana remisser sällsynta. För patienter i den kommunala vården var det oftast en sjuksköterska som uppmärksammade läkaren på behovet av sjukgymnastinsats. Som regel föranleddes en sådan kontakt av att något akut hade inträffat, till exempel att patienten hade fallit omkull. Någon återkommande bedömning av strokepatienternas behov av funktionsträning gjordes så gott som aldrig av primärvården.

Samverkan mellan primärvård och sjukhus respektive mellan primärvård och kommunal vård beskrevs både i tillfredsställande och bristfälliga termer. Sett utifrån primärvårdens perspektiv fanns bristerna på sjukhus och i kommun; när dessa vårdnivåer gav sin version av hur samverkan fungerade tyckte man att det fanns en hel del som kunde bli bättre i primärvården när det gällde att utveckla samverkan.

Riskhantering, som ett begrepp för att förebygga att strokepatienter drabbades av undvikbara vårdskador, fanns inte på någon vårdcentral. Få avvikelserapporter som avsåg strokepatienter hade skrivits, ingen hade kommit från någon läkare. Ingen kände till någon lex Mariaanmälan som hade med strokevården i primärvården att göra.

Dokumentationen i primärvården var som regel datorbaserad. Undantag fanns på någon enhet för viss paramedicinsk personal. Man bedömde att man oftast hade tillgång till nödvändig information om patienten mellan olika personalgrupper. Däremot förelåg i ett par landsting oklarheter mellan sjukhusen och primärvården när det gällde status för sjukhusens utskrivningsmeddelanden och epikriser. I dessa sammanhang betonade Socialstyrelsen att ett formellt remissförfarande ska användas i de fall patientens vård ska övertas av annan instans och att mera informella meddelanden av olika

slag eller enbart en epikris, inte ersätter en korrekt remiss när det gäller en begäran om övertagande av vård av en patient.

Som tidigare nämnts förekom inte någon form av egenkontroll av strokevården inom primärvården. Något särskilt kvalitetsarbete avseende denna patientgrupp kunde inte heller redovisas. Dessa brister hade sin grund i att landstingens primärvård inte diagnosregistrerar systematiskt. Därför vet man heller inte hur många eller vilka patienter som en vård-/hälsocentral /landsting har behandlingsansvar för. Primärvården är inte involverad i Riks-Stroke, varken som dataleverantör eller som mottagare av information från kvalitetsregistret.

Journalgranskning

I primärvården hade man fått uppdrag, att utifrån minst fem journaler för patienter med stroke, granska om det fanns uppgift om rökning och om råd att sluta röka hade dokumenterats. Uppgift om rökning fanns relativt lättillgänglig i cirka hälften av patienternas journaler. Om patienten var rökare fanns uppgift om att råd om att sluta röka hade getts i hälften av dessa fall. Effekten av rådet var mycket ofullständigt dokumenterad. För de patienter som hade Waranbehandling framkom i samtliga fall indikation ur journalen. Ingen patient påträffades som hade långtidsprofylax med antikoagulantia vid icke-kardioembolisk hjärtinfarkt eller som hade klopidogrel + acetylsalicylsyra som sekundärprofylax efter stroke.

Kommunal hälso- och sjukvård

Tillsyn utgående från nationella riktlinjer

Kunskapen i den kommunala hälso- och sjukvården om de nationella riktlinjerna för strokesjukvård var bäst hos den paramedicinska personalen, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor hade ganska liten kännedom om innehållet i riktlinjerna, men var ibland involverade i arbetsgrupper tillsammans med landstinget när det gällde att ta fram landstingsövergripande vårdriktlinjer eller revidering av sådana. Över lag skedde vården av strokepatienterna i den kommunala hälso- och sjukvården i stor utsträckning utifrån individuella bedömningar från personalens sida av patienternas tillstånd. Något övergripande dokument som kunde garantera enhetlighet och kvalitet i vården kunde inte upptäckas vid tillsynen.

I den kommunala hälso- och sjukvården förekom olika organisationsmodeller för hur patienter med stort rehabiliteringsbehov togs om hand. På mindre orter var omhändertagandet av strokepatienter från det lokala sjukhuset integrerat i den vanliga verksamheten i form av övertagning till ett korttidsboende. Där kunde patienten få intensiv träning och observeras under den tid som behövdes för att beslut om återgång till vanligt boende eller behov av mera permanent särskilt boende skulle kunna fattas. I denna mera traditionella organisation stod primärvården och distriktsläkaren för läkarinsatserna. På större orter fanns mera renodlade rehabiliteringsverksamheter med god tillgång till sjukgymnast- och arbetsterapeutkompetens och med nära samverkan med läkare från landstingets slutenvård, som regel med ge-

riatrisk kompetens. I något fall hade primärvården lämnat över sina rehabiliteringsresurser till en sådan enhet. Samverkan mellan kommun och primärvård var mycket liten på dessa större rehabiliteringsenheter, så länge som patienten inte hade fått ett permanent särskilt boende. Om så skedde övergick läkaransvaret till primärvården.

För strokepatienter som skrevs ut direkt till det egna boendet från sjukhuset och som inte bedömdes ha något större omvårdnadsbehov blev inte insatser från den kommunala hälso- och sjukvården aktuella. Den fortsatta medicinska uppföljningen blev en angelägenhet för primärvården. För gruppen strokepatienter med fortsatt behov av rehabilitering efter sjukhusvistelsen, men där korttidsboende eller särskilt boende i kommunal regi inte blev aktuellt av olika skäl, organiserades den fortsatta vården olika beroende på vem som hade huvudmannskapet för hemsjukvården. När detta fanns hos kommunen, fanns viss beredskap för rehabiliteringsinsatser från sjukgymnast och arbetsterapeut i form av hembesök eller dagvårdsverksamhet, men bland annat långa geografiska avstånd gjorde att insatserna blev sporadiska och uppfattades som otillräckliga av både patienter och personal. För mera "sällanutnyttjade" rehabiliteringsinsatser som till exempel krävde logoped-, dietist- eller kurators-/psykologbedömningar var risken stor att sådana behov inte identifierades och/eller att åtgärder uteblev.

För alla strokepatienter i kommunal hälso- och sjukvård fanns god kompetens för de vanligaste funktionsbedömningarna oavsett om de utfördes av sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Vid tillsynsbesöken bekräftades att funktionsbedömningar utfördes frekvent, särskilt då patienten vistades på korttidsboende, däremot fanns betydande brister när det gällde att dokumentera vad som gjorts. För patienter som flyttade till särskilt boende gjordes uppföljning av rehabiliteringsbehov allt mera sällan och för patienter som gick tillbaka till ett eget boende skedde förnyade funktionsbedömningar så gott som enbart på remiss från distriktsläkare.

Insatser från den kommunala hälso- och sjukvården för att förebygga återinsjuknande i stroke, genom att få patienter som röker att sluta, förekom sporadiskt, men var dåligt samordnade med primärvårdens och akutsjukvårdens åtgärder.

Tillsyn utgående från föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Rehabiliteringskompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården var som regel tillfredsställande med ordinarieanställda sjuksköterskor och arbetsterapeuter. På större orter fanns också sjukgymnaster anställda av kommunen, men på mindre orter hämtades denna kompetens från primärvården. Fortbildningsmöjligheterna var ganska små och dåligt koordinerade med andra vårdnivåers insatser. Personalen ansåg att en bättre samverkan i utbildning om stroke mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård och slutna vård har potential för att kunna effektivisera strokevården på alla nivåer, inte bara kunskapsmässigt utan även i andra kvalitets- och patientsäkerhetsförbättrande avseenden.

På ett mera generellt plan var samverkan om strokepatienterna mest utvecklad mellan kommunal hälso- och sjukvård och den slutna vården genom de

ofta förekommande vårdplaneringarna inför utskrivning från slutenvård. Även om samverkan var frekvent förekommande var den inte problemfri. Från flera kommuner uttrycktes kritik mot slutenvården för otillräcklig information vid vårdplaneringen, att det var svårt för kommunens personal att få gehör och förståelse för sina synpunkter på vårdplaneringsförfarandet i allmänhet och informationsöverföringen i synnerhet. Man kände sig ofta i ett kompetensmässigt underläge från kommunen eftersom läkare sällan eller aldrig deltog i vårdplaneringen. Merparten av de kommunala enheter som besöktes vid tillsynen ansåg att man hade resurser för att snabbt kunna ta emot en patient som på sjukhuset bedömts vara utskrivningsklar, men i behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser. Denna bild bekräftades i allt väsentligt vid besöken på sjukhusen.

Områdena riskhantering, avvikelshantering och lex Mariaanmälan hantearades osystematiskt eller inte alls. Man var enig om att riskbedömningar kunde vara värdefulla och att avvikelser ska rapporteras. Längst hade man kommit när det gällde att förebygga fallskador hos strokepatienter. Riskanalysmaterial fanns på någon enhet för fallincidenter hos denna patientgrupp, men användes inte systematiskt och hade inte resulterat i att man tagit fram, till exempel, en lättanvänd checklista. Avvikelse rapporter skrevs, men innehöll nästan enbart fallolyckshändelser och att patienter inte fått läkemedel enligt ordination. Andra avvikelser blev inte identifierade och rapporterade. Att någon lex Mariaanmälan hade varit aktuell kunde man inte påminna sig.

Vården var själv medveten om att det fanns betydande brister i spårbarheten av ställningstaganden och åtgärder för patientens vård och behandling. Till en del skyldes bristande spårbarhet på klumpiga och oförenliga dokumentationssystem som försvårade införandet av journaluppgifter både internt mellan olika personalgrupper (sjuksköterskor kontra sjukgymnaster och arbetsterapeuter), men också externt mellan kommunen och primärvården respektive den slutna vården. En stor del av bristerna låg dock i den egna organisationen i form av oklara rutiner för dokumentation, individuella brister och en förhärskande tradition av enbart muntlig informationsöverföring. Vid tillsynsbesöken blev det uppenbart att spårbarhetsbristerna utgjorde betydande patientsäkerhetsrisker, men detta var så vanligt att man hade slutat att reagera på det och därför gjordes heller inte riskanalyser eller skrevs avvikelser rapporter. En situation som särskilt lyftes fram var när patienten lämnade korttidsboendet och att det då brast i dokumentationen om patientens funktionstillstånd och fortsatta rehabiliteringsbehov.

Liksom inom primärvården saknade den kommunala hälso- och sjukvården instrument för att följa upp kvaliteten och säkerheten i vården av strokepatienterna. Något system för att registrera patienter med diagnosen stroke fanns inte. Den paramedicinska personalen uttryckte intresse för att medverka i Riks-Stroke-rapporteringen vid uppföljning tre månader efter utskrivningen från sjukhus. Man menade att funktionsbedömningarna vid dessa tidpunkter kunde göras säkrare av sjukgymnast/arbetsterapeut som träffade patienten än av sjuksköterska från strokeavdelningen på sjukhuset som gjorde bedömningen per telefon.

Journalgranskning

I vårdens egen journalgranskning beskrev man att uppgift om patientens rökvanor som regel fanns noterat när patienten var rökare, medan det motsatta sällan dokumenterades. Uppgift om sväljnings- och urinblåsefunktion tog man som regel från sjukhusets dokumentation och hade inte någon systematisk egen uppföljning av detta. Däremot gjorde man mera regelmässigt bedömningar av trycksårs- och fallrisk, men som beskrivits tidigare fanns dessa bedömningar sällan dokumenterade i journalen, annat än när avvikande förhållanden hade observerats. ADL-status utfördes regelmässigt och var oftast också dokumenterat.

Bilagor

Bilaga 1

Tillsynsobjekt vid granskning av strokesjukvården 2007

Dalarnas län

Mora lasarett
Älvdalens vårdcentral
Älvdalens kommun

Gävleborgs län

Hudiksvalls sjukhus
Harmångers hälsocentral
Nordanstigs kommun

Sörmlands län

Mälarsjukhuset Eskilstuna
Torshälla vårdcentral
Eskilstuna kommun

Värmlands län

Arvika sjukhus
Vårdcentralen Verkstaden, Arvika
Arvika kommun

Västmanlands län

Centrallasarettet Västerås
Citypraktiken Västerås
Västerås kommun

Uppsala län

Akademiska sjukhuset
Husläkarmottagningen Knivsta
Knivsta kommun

Örebro län

Lindesbergs lasarett
Storå vårdcentral
Lindesbergs kommun
Pilotbesök i Degerfors kommun, Pilgårdens vårdcentral och Karlskoga lasarett

Bilaga 2

Frågeområden vid verksamhetstillsyn specifikt– akutvård

- I. Hur är strokevården organiserad? Berätta! (4*)
- II. Berätta hur ni går vidare i diagnostiken när en läkarundersökning har gett misstanke om TIA, stroke eller subarachnoidalblödning (3, 6).
- III. Om diagnosen är hjärninfarkt, hur behandlas patienten? (5)
- IV. Hur bedöms och följs patientens funktionsförmåga mm (sväljning, blåstömning, trycksår, fallrisk) (8, 11, 24, 40, 41, 42, 43, 50)
- V. Hur följer ni upp resultat inom er strokesjukvård (Riks-Stroke)? Har medverkan i Riks-Stroke medfört en förbättring av kvaliteten i er strokevård? (17)
- VI. Tänk dig en patient som inte har någon tidigare känd hjärt-kärlsjukdom som söker sjukhusvård oavsett orsak – tas rökannnes; sker kort rådgivning inklusive erbjudande om nikotinsubstitut (1)

Personer vi behöver träffa: verksamhetschef, läkare, sjuksköterska, ev paramedicinsk personal (logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast)

* Siffrorna inom parentes refererar till radnummer i rangordningslistan i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Beslutsstöd för prioriteringar, kapitel 3, sidorna 46-96.

Bilaga 3

Frågeområden vid verksamhetstillsyn specifikt– primärvård och kommunal hälso- och sjukvård

- I. Har ni beslutsstöd för rådgivning när stroke, TIA eller subarachnoidalblödning kan misstänkas? Vilket/vilka råd ges? (2, 6*) Läkare, rådgivningssjuksköterska.
- II. Hur sker läkarbedömning och ställningstagande till fortsatt vård/omvårdnad/rehabilitering hos en multisjuk patient med strokeinsjukande och förväntad kort återstående livstid? (19) Läkare, kommunsjuksköterska, distriktssköterska.
- III. Vilka rutiner finns för Warfarinbehandling hos patienter med förmaksflimmer och tromboemboliska riskfaktorer eller tidigare hjärninfarkt? (12, 26) Läkare.
- IV. Hur bedöms och följs patientens funktionsförmåga mm (sväljning, blåstömning, trycksår, fallrisk) (11, 24, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 50) Sjuksköterska, paramedicinsk personal.
- V. Hur följs patientens rehabiliteringsbehov under första året efter insjuknandet i stroke eller vid försämring? (9, 22, 45). Läkare, sjuksköterska, paramedicinsk personal.
- VI. Tänk dig en patient som inte har någon tidigare känd hjärt-kärlsjukdom som söker vård oavsett orsak – tas rökanamnes; sker kort rådgivning inklusive erbjudande om nikotinsubstitut (1) Läkare.

Personer vi behöver träffa: verksamhetschefer, MAS, läkare, sjuksköterska x 2, paramedicinsk personal x 2 (logoped, arbetsterapeut, sjukgymnast)

* Siffrorna inom parentes refererar till radnummer i rangordningslistan i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Beslutsstöd för prioriteringar, kapitel 3, sidorna 46-96.

Bilaga 4

Verksamhetstillsyn – allmän del (God vård-dokumentet)

Kompetens	akutsjukvård: kommunalvård: primärvård:	stroketeam rehab-kompetens allmänmedicin, rådgivning
Samverkan, samarbete:	Hur fungerar samverkan internt i stroketeamet? Berätta om hur samverkan slutna vård – primärvård - kommunal vård fungerar för strokepatienten (och vice versa).	
Riskhantering	Finns det några risker för patienten i strokevården? Finns rutiner för att förhindra fallolyckor?	
Avvikelsehantering Lex Maria	Gör ni riskinventeringar? Skrivs det avvikelser? Har det gjorts någon lex Maria?	
Spårbarhet:	Dokumentation – tillgång till dokumentation mellan olika personalgrupper (läkare – sjuksköterska – sjukgymnast – arbetsterapeut – logoped – kurator) Journalkopior mellan primärvård – kommunal vård? Epikriskvalitet? Innehåll, kommer i rätt tid alternativt finns något annat utskrivningsmeddelande? Finns omvårdnadsepikris? Sammanfattningar från paramedicinsk personal.	
Egenkontroll:	Riks-Stroke Finns något kvalitetsarbete i primärvård och kommunal vård som avser strokevården? Öppna jämförelser: 28-dagars dödlighet efter stroke funktionsförmåga efter stroke vård på strokeenhet	

Bilaga 5

Åtgärder som är oacceptabla och som inte skall göras.

Granskningsmetod	
Journal	Verksamhetstillsyn
Sjukhus	Vård på vanlig vårdavdelning vid akut stroke
	Högdos ofraktionerat heparin vid hjärninfarkt
	Högdos av lågmolekylärt heparin vid hjärninfarkt
Primärvård	Långtidsprofylax med antikoagulantia vid icke-kardioembolisk hjärninfarkt
	Långtidsbehandling med klopidogrel + ASA som sekundärprofylax efter TIA/stroke

Bilaga 6

Journalgranskning

Sjukhus

Läkarjournal

Evidens saknas för:

Högdos ofraktionerat heparin vid hjärninfarkt

Högdos av lågmolekylärt heparin vid hjärninfarkt

Evidens finns för:

Råd om rökslut (1*)

Data till Riks-Stroke (17)

Omvårdnadsjournal

Sväljningsförmåga (8)

Urinretention (11)

Trycksår, förebyggande av (43) och behandling av (24)

Dokumentation från paramedicinsk personal

Sväljningsförmåga (8)

Kommunikationsförmåga (41)

ADL (42)

Primärvård

Läkarjournal

Evidens saknas för:

Långtidsprofylax med antikoagulantia vid icke-kardioembolisk hjärninfarkt

Långtidsbehandling med klopidogrel + ASA som sekundärprofylax efter TIA/stroke

Evidens finns för:

Råd om rökslut (1)

Waranbehandling hos patienter med förmaksflimmer och tromboemboliska riskfaktorer (12)

Waranbehandling hos patienter med förmaksflimmer och tidigare hjärninfarkt (26)

Omvårdnadsjournal

Urinretention (11)

Risk för trycksår och konstaterade trycksår vid stroke (43, 24)

Dysfygi vid stroke (38)

Översyn av farmakologisk behandling (fallprevention) (40)

Bedömning av kommunikationsförmåga (41)

Bedömning och vid behov träning av ADL (42)

Dokumentation från paramedicinsk personal

Bedömning av kommunikationsförmåga (41)

Bedömning och vid behov träning av ADL (42)

Risk för trycksår vid stroke (43)

Nedsatt ADL-förmåga (44)

Bilaga 6 forts.

Kommunal vård + Primärvård om man har hemsjukvård

Kopia av läkaranteckningar från primärvården

Omvårdnadsjournal

Urinretention (11)

Risk för trycksår och konstaterade trycksår vid stroke (43, 24)

Dysfygi vid stroke (38)

Översyn av farmakologisk behandling (fallprevention) (40)

Bedömning av kommunikationsförmåga (41)

Bedömning och vid behov träning av ADL (42)

Dokumentation från paramedicinsk personal

Bedömning av kommunikationsförmåga (41)

Bedömning och vid behov träning av ADL (42)

Risk för trycksår vid stroke (43)

Nedsatt ADL-förmåga (44)

Journalurval

Sjukhus: de sju senast vårdade och utskrivna under strokediagnos (gjordes enbart vid pilotbesöket, se sidan 11)

Primärvård: fem journaler, urval görs från lokalt sjukhus med sökkriterier ny strokediagnos under 2005-06 --- 2006-06 och utremitterad till aktuell vårdcentral; patienten skall också ha hemsjukvårdsinsats från landsting eller kommun.

* Siffrorna inom parentes refererar till radnummer i rangordningslistan i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Beslutsstöd för prioriteringar, kapitel 3, sidorna 46-96.