

**Er praksis i overenstemmelse med kunnskapsbaserte retningslinjer
for bruk og dokumentasjon av blærekateter ved sykehjem?**

Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode



HØGSKOLEN I BERGEN

Karianne Røssummoen Øyen

Mastergradsstudium i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse- og sosialfag

Senter for kunnskapsbasert praksis

Innleveringsdato

16.05.12



HØGSKOLEN I BERGEN

Mastergradsstudium i kunnskapsbasert praksis for helse- og sosialfag.

Mastergradsoppgave

Er praksis i overenstemmelse med kunnskapsbaserte retningslinjer for bruk og dokumentasjon av blærekateter ved sykehjem?

Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode

Are practices consistent with evidence-based guidelines for the use and documentation of bladder catheter in nursing homes?

A quality improvement project of clinical audit as a method

Karianne Røssummoen Øyen
(Forfatter)

Veiledere:
Monika W. Nortvedt
Anne Kristine Snipsøer
Birgitte Espehaug

16.05.12
Antall sider: 101

Forord

Arbeid med eldre på sykehjem og i en urologisk avdeling har gitt innblikk i hvor alvorlige konsekvenser bruk av blærekateter kan gi. Konsekvensene kan oppstå i form av unødige plager og alvorlige urinveisinfeksjoner. Infeksjonene fører også til at de eldre noen ganger må flyttes fra sitt trygge miljø til sykehus for å motta behandling. Denne flyttingen kan også medføre fortvilelse og forvirring for de eldre. På den andre siden fører bruk av blærekateter til merarbeid for helse- og omsorgsarbeidere og ekstra kostnader for de involverte institusjonene.

Utgangspunktet for dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å undersøke sykehjem sin praksis for bruk og dokumentasjon av blærekateter. Videre skulle det utbedres forslag til tiltak for helsepersonell som yter omsorg til eldre med blærekateter. Tiltakene skulle bidra til økt kvalitet for bruk og dokumentasjon av blærekateter.

Prosjektet ble gjennomført som en masteroppgave i kunnskapsbasert praksis for helsefag. Arbeidet har gitt meg innsyn i at ulik praksis utføres i sykehjemmene, og videre at kvalitetsforbedringsarbeid knyttet til eldre sykehjemsbeboere med blærekateter er nødvendig.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere gjennom dette kvalitetsforbedringsprosjektet.

En spesiell takk rettes til Sissel, ord er unødvendige fordi det meste allerede er sagt 😊

Endelig vil jeg takke Nils Ivar, Cathrine og øvrige familie, venner og arbeidsgiver for all støtte og oppmuntring gjennom denne berg og dalbanen. Jeg hadde ikke klart dette uten dere!

Vassenden, mai 2012

Karianne Røssummoen Øyen

Sammendrag

Bakgrunn: Eldre sykehjemspasienter med blærekateter utsettes for stor fare ved alvorlige behandlingstrengende urinveisinfeksjoner, UVI. I Norge er det vist en forekomst av UVI på mellom 3- 7,3 %. En stor andel av infeksjonene kan skyldes bruk av blærekateter og fører til behov for økt behandling og dødelighet. Flere faglige retningslinjer anbefaler ulike konkrete forslag til tiltak som kan bidra til å redusere bruk av blærekateter og forekomst av UVI. I tillegg gir retningslinjene råd som kan øke kvaliteten på pasientdokumentasjonen til disse pasientene. Hvorvidt disse anbefalingene blir fulgt er usikkert.

Hensikt: Målet med kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge praksis i sykehjem vedrørende bruk og dokumentasjon av blærekateter. Praksis skulle videre vurderes om de var i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer. Hvis funn fra praksis viste rom for forbedring skulle praksisfeltet få presentert tiltak som kunne bidra til kvalitetsforbedring.

Metode: Klinisk audit ble gjort av 137 pasienter. Data ble samlet retrospektivt fra pasientjournaler to år tilbake i tid.

Resultat: 137 pasienter hadde brukt eller brukte blærekateter i datasamlingsperioden. Av disse hadde 63,5 % hatt eller hadde behandlingstrengende UVI, en eller flere ganger. Alternative drenasjemuligheter ble brukt hos 45,3 % de inkluderte pasientene, og 28,5 % av disse ble henvist til spesialist for sine vannlatingsplager. Lege ordinerte innleggelse av blærekateter hos 38,7 %, 4,4 % av pasientene fikk lagt inn blærekateter som følge av sykepleiere sin vurdering. Årsaker til bruk av blærekateter ble dokumentert hos 89,8 %. Studien viste at ulike årsaker til bruk av blærekateter, og disse kunne defineres som både anbefalte og upassende årsaker. Viktig pasientdokumentasjon knyttet til bruk av blærekateter varierte, og ett integrert hjelpemiddel i form av elektroniske påminnere ble ikke brukt av personalet.

Konklusjon: Klinisk audit avdekket en diskrepans mellom anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer og praksis. Teknologisk infrastruktur, ulike verktøy kombinert med tverrfaglig samarbeid, interaktiv undervisning og større fokus rettet disse pasientene kan bidra til kvalitetsheving på dette fagområdet.

Nøkkelord: Klinisk audit, eldre, sykehjem, blærekateter, kvalitetsforbedring

Summary

Background: Older nursing home patients using urinary catheter, face the risk of serious urinary tract infections, (UTI). In Norway instances of UTI are shown to occur for 3 to 7, 3 %. A large amount of the infections occur because of the use of urinary catheters, which can lead to increased treatment and mortality. Several evidence-based guidelines recommend different measures that can reduce the use of urinary catheters and instances of UTI. The guidelines additionally provide guidance that can enhance the quality of patient documentation. Whether these recommendations are being followed is, however, uncertain.

Objective: The aim of the quality improvement project was to map everyday practice for the use and documentation of urinary catheters in nursing homes. Everyday practice would then be evaluated to see if this was in accordance to evidence-based guidelines. If the findings from everyday practice showed that practices could be improved, measures that could contribute to quality improvement would be presented to the practice field.

Method: A clinical audit including 137 patients was performed. Data was collected retrospectively from patient journals, two years back in time.

Results: 137 patients used, or had used urinary catheter in the time of data collection. Of these, 63, 5 % had been or was suffering from UTI that needed to be treated, one or several times. Alternative ways of draining was used for 45, 3 % of the included patients, and 28, 5 of these were referred to a specialist for their urinary nuisances. A doctor ordained the use of urinary catheter for 38, 7 % of the patients. 4, 4 % of the patients used urinary catheter ordained by a nurse. The reason for using urinary catheter was documented for 89, 8 % of the patients. The study showed that the use of urinary catheters was based on both recommended and unacceptable reasons. Important patient information tied to the use of urinary catheters varied. The study also showed that the staff did not use an integrated tool, the use of electronic reminders.

Conclusion: Clinical audit showed a discrepancy between recommendations from evidence-based guidelines and everyday practice. Technological infrastructure, different tools in combination with interdisciplinary collaboration, interactive teaching and more emphasis on this patients group, can all contribute to quality improvement of this field.

Innhold

1.0 Innledning.....	8
1.1 Formål og problemstilling	9
1.2 Oversikt over oppgaven.....	10
2. 0 Bakgrunn og forskning	11
2.1 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring	11
2.1.1 Kvalitet	12
2.1.2 Kunnskapsbaserte retningslinjer.....	14
2.2 Klinisk audit	14
2.2.1 Identifisere et område for kvalitetsforbedring	15
2.2.2 Sette standard og kriterier.....	16
2.2.3 Kartlegge praksis	16
2.2.4 Sammenligne gjeldende praksis med standard.....	17
2.2.5 Implementere handlingstiltak	17
2.2.6 Implementere endringer i praksis	17
2.2.7 Gjenta kartleggingen av praksis.....	18
2.2.8 Audit og kunnskapsbasert praksis	18
2.3 Blærekateter.....	19
2.3.1 Fakta	19
2.3.2 Kunnskapsbaserte anbefalinger	20
2.3.3 Tidligere audit.....	23
3.0 Metode.....	24
3.1 Gjennomføring av klinisk audit.....	24
3.2 Etske overveielser.....	32
4.0 Resultat.....	33
4.1 Pasientkarakteristika.....	33
4.2 Forekomst av UVI	33
4.3 Oppfyllelse av kriterier.....	34
5.0 Diskusjon.....	37
5.1 Forekomst av UVI	37
5.2 Alternative metoder for urindrenasje.....	39
5.3 Ordinasjon	40
5.4 Årsaker til innleggelse av blærekateter.....	41

5.5 Forslag til kvalitetsforbedringstiltak.....	43
5.5.1 Innføring av administrative hjelpemidler	43
5.5.2. Implementer kvalitetsforbedringsprogram for riktig bruk av blærekateter	45
5.5.3. Tverrfaglig samarbeid knyttet til bruk av blærekateter	47
5.5.4 Innføring av konkrete råd fra kunnskapsbaserte retningslinjer	47
5.6. Betydning av studien	48
5.7 Styrker og svakheter ved mastergradsprosjektet	49
5.8 Forslag til fremtidige kvalitetsforbedringsarbeid og auditprosjekt.....	51
6.0 Konklusjon	53
Litteraturliste	54

Artikkel

Vedlegg:

Figur 8. Modell for klinisk audit

Tabell 5. Kriterier og standarder til klinisk audit

Tabell 6. Dokumentasjonspraksis sammenlignet med anbefalinger fra retningslinjer

Figur 9. Eksempel på standardformat for dokumentasjon av blærekateter i pasientjournal

- I. Søkestrategier i GIN og NICE
- II. Audit verktøy
- III. Kartleggingsverktøy
- IV. Støttedokument til variabel fil
- V. Helsedirektoratets godkjenning
- VI. Uttalelse av kommunaldirektør i Bergen kommune

1.0 Innledning

Kvalitetsforbedring av helsetjenestene har i de senere år vært satsingsområder internasjonalt og nasjonalt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 64 ; 2005 ; WHO, 2007). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten belyser blant annet at forskning og pålitelig kunnskap fra praksis må nyttes, med mål om økt kvalitet i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Spesielt ved beslutninger innen behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester. Kunnskapen må være lett tilgjengelig i form av kunnskapsbaser med forskningsresultater, som både er pålitelige og gyldige (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette er i tråd med kunnskapsbasert praksis, som også hevder at faglige avgjørelser skal være basert på forskningsbasert kunnskap som er systematisk innhentet, sett i sammen med kunnskap fra erfaring og pasienten i den enkelte situasjon (Nortvedt et al., 2007, s. 14).

Bergen kommune, som er involvert i dette mastergradsprosjektet har utarbeidet ulike strategier for å følge anbefalingene samhandlingsreformen gir (Bergen kommune, 2011). Blant annet ønsker de å ha fokus på bedre helsehjelp ved forebygging av helseplager. Målet er å unngå unødige plager for pasienten, og forebygge unødige innleggelse i sykehus (Bergen kommune, 2011). For å lykkes med samhandlingsreformen har kommunen også inkludert videreutvikling av metoder for strukturert journalføring (ibid).

For sykehjemsbeboere er risikoen for å få infeksjon større enn for hjemmeboende pasienter (Akselsen & Ruths, 2008). Dette kan ha en sammenheng med høyere alder, sykdom og risiko som følge av institusjonalisering (ibid). Faren for alvorlige konsekvenser som utvikling av alvorlig infeksjon eller dødsfall til stede, ved ervervet infeksjon i sykehjem (Pratt & Pellowe, 2010). En prevalensundersøkelse om infeksjoner og antibiotikabehandling ved sykehjem i Norge påviste at ca. 3,9 % av 262 pasienter hadde blærekateter (Bucher et al., 2001). Tall fra Folkehelseinstituttet (2010) viser at i helseinstitusjoner for eldre utgjør helsetjenesteervervede infeksjoner 6,6 %. Av disse 6,6 % forekommer urinveisinfeksjon (UVI) hyppigst (49,1 %, prevalens 3,3), der hyppig bruk av blærekateter kan være en årsak til denne forekomsten (ibid).

Grabe et al (2010) påpeker kunnskapshull innen blærekateter bruk i Europa. Kunnskap fra andre land viser store byrder for samfunnet og helsetjenestene ved behandling av UVI (Grabe et al., 2010, s. 7). En systematisk oversikt viste at risikoen for sykehusinnleggelse, lengde på sykehusopphold, og lengde på antibiotikaterapi var tre ganger høyere hos sykehjemsbeboere med kateter enn de uten kateter (Jacobsen et al., 2008). Behovet for videre forskning og kvalitetsforbedringsarbeid er derfor til stede innen dette feltet.

På grunn av hyppig og noen ganger unødvendig bruk av permanent kateter, er mange pasienter satt i fare for komplikasjoner knyttet til bruk av katetre (Nazarko, 2008). Strenge krav til hvem som skal ha kateter, er dermed en faktor som kan forhindre at mennesker unødige utvikler infeksjoner som kan bli livstruende (Pellowe, 2009). Folkehelseinstituttet (2010) oppfordrer til at en regelmessig vurderer bruken av blærekatetre, samt at fagpersonell utøver kritisk og korrekt bruk av disse. Pratt & Pellowe (2010) mener at konsekvensene kan minimeres ved å sikre at alle sykepleiere og annet helsepersonell konsekvent innlemmer evidensbaserte retningslinjer og anbefalinger i sine rutiner i praksis. Pellowe (2009) hevder at bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer for å redusere kateterassosierte UVI, er veien å gå for å forebygge alvorlige konsekvenser hos pasientene.

I dette mastergradsprosjektet ble det utført en klinisk kvalitetsrevisjon av bruk og dokumentasjon av blærekateter i sykehjem, ved hjelp av metoden klinisk audit.

1.1 Formål og problemstilling

Formålet med mastergradsprosjektet var å kartlegge bruk av blærekateter hos eldre i sykehjem, og hvordan bruken dokumenteres. Kartleggingen skulle brukes til å sammenligne dagens praksis med anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer.

Ved diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte retningslinjer og anbefalinger, skulle det utarbeides forslag som kunne bidra til kvalitetsforbedring i praksis. Målet med dette mastergradsprosjektet var å bidra til kvalitetsforbedring av denne helsetjenesten.

Prosjektet har følgende problemstilling:

Hvilken praksis har sykehjem for bruk og dokumentasjon av blærekateter, og er praksis i overensstemmelse med kunnskapsbaserte retningslinjer?

Følgende spørsmål ble også undersøkt gjennom klinisk audit:

- Hvor mange pasienter har brukt blærekateter i løpet av datasamlingsperioden?
- Hvor mange av pasientene med blærekateter har fått påvist symptomatisk urinveisinfeksjon?
- Hvilke årsaker legger praksis til grunn for bruk av blærekateter?

1.2 Oversikt over oppgaven

Mastergradsoppgaven presenteres i form av en artikkel med tilhørende kappe. Artikkelen er tenkt publisert i tidsskriftet Sykepleien forskning. Artikkelen legger vekt på hovedfunnene i auditen, der tema vil dreie seg om dokumentasjonspraksis.

Kappen (innledningsdelen) legger vekt på metodiske aspekt som ikke blir presentert i artikkelen, deretter presenteres funn fra auditen som ikke blir presentert i artikkelen. Drøftingen belyser funn knyttet til bruk av blærekateter.

Begrensinger av tema for audit ble satt innledningsvis. Ett tema som ikke ble kartlagt var hvordan kommunen organiserer utdanning og opplæring til helsepersonell som yter omsorg til pasienter som bruker blærekateter. Videre ble også observasjonsstudier knyttet til kateterstell, innleggelsesteknikk, vedlikehold og håndhygiene utelatt. Disse momentene er viktige i kvalitetsforbedring ved bruk av blærekateter (NICE, 2003 ;

Nazarko, 2009). Dette ble imidlertid ikke prioritert fordi arbeidet skulle utføres av en masterstudent.

2.0 Bakgrunn og forskning

2.1 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring

Kunnskapsbasert praksis defineres som “Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Nortvedt et al., 2007, s. 15). Å utøve en kunnskapsbasert praksis innebærer dermed at en opparbeider kunnskap om, og utøver en bevissthet til bruk av ulike kunnskapskilder (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 4). Kunnskapsbasert praksis fordrer at vi bruker forskningskunnskap som er systematisk innhentet, sammen med våre erfaringer som helsearbeidere i vår yrkesutøvelse, til pasientens beste, som vist i figur 1.



Fig. 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007).

Metoden kunnskapsbasert praksis kan bidra til kvalitetsforbedring i praksis, ved å gi helsearbeidere et verktøy som kan være til hjelp for imøtekomme problemstillinger i praksis (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s.4-5). Metoden utføres i en trinnvis prosess

(Nortvedt et al., 2007, s. 18). Metoden kan nyttes ved spørsmål knyttet til praksisfeltet. Helsearbeidere reflekterer over tema knyttet til egen praksis (trinn 1). Refleksjonene formuleres i et konkret spørsmål (trinn 2). Spørsmålene fører til ett ønske om kunnskap som kan svare på spørsmålet. Dette innebærer søk etter litteratur (trinn 3). Litteraturen som blir funnet, vurderes kritisk opp mot egne erfaringer, tilgjengelig kunnskap og verdier (trinn 4). Hvis funnene viser seg å svare på problemstillingen og er av god kvalitet, kan den anvendes ved å iverksette tiltak i praksis (trinn 5). Til slutt skal endringene evalueres (trinn 6) (ibid). Prosessen vises ved hjelp av figur 2.

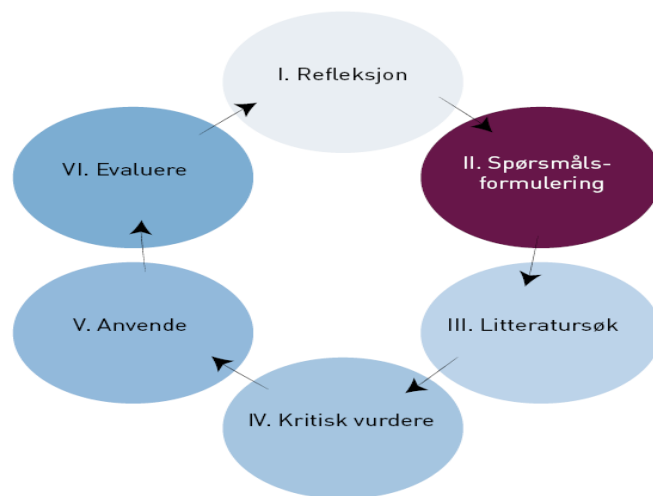


Fig. 2: Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007, s. 38).

Bruk av forskningsresultater og nye innovative løsninger i helsetjenesten kan danne grunnlaget for en fremtidsrettet kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Helse og omsorgsdepartementet mener (2011b) at sikker og god helsetjeneste skal være kunnskapsbasert, og at dette er en forutsetning for kvalitet på tjenestene vi utøver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 95-96).

2.1.1 Kvalitet

Nært knyttet til kunnskapsbasert praksis ligger kvalitetsbegrepet. “Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 11). Begrepet er omtalt på internasjonalt, nasjonalt og kommunalt nivå, og viser at kvalitetsforbedringsarbeid innen helsearbeid har fokus både globalt, sentralt og lokalt.

Verdens Helseorganisasjon påpeker at variasjonen innenfor utøvelsen av helse og omsorg er stor, til tross for at mange av helsesystemene har ressurser og er godt utviklet (WHO, 2007). Organisasjonen fremhever at en derfor må ha fokus på kvaliteten, ved å

arbeide målrettet i tillegg til å tenke helhetlig og strategisk ved hjelp av nøkkelreformer (ibid). Styresmaktene våre har laget nøkkelreformer i form av kvalitetsforbedringsreformen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og samhandlingsreformen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011). Samhandlingsreformen fremmer krav om at tjenestene skal være gode og forsvarlige samt utnytte ressursene på en god måte (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011). Kvalitetsforbedringsreformen gir kvalitetsbegrepet innhold ved å definere helsetjenester av god kvalitet til å ha kontinuitet, være samordnet, trygge, sikre og virkningsfulle (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12).

I nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens er et av hovedmålene at forekomsten av antibiotikaresistens i Norge ikke skal økes og ervervede infeksjoner i helsetjenesten skal reduseres (Arbeids- og inkluderingsdepartementet et al., 2008, s. 17). Kunnskap om forekomst, årsakssammenhenger og effekt av tiltak skal styrkes. Dette skal også gjelde sykehjemmene. For å få til dette skal den kommunale omsorgstjenesten videreutvikles (ibid). Endelig er temaet brakt på bane i den nasjonale sikkerhetskampanjen «I trygge hender». Målsetningen for kampanjen er at ingen pasienter i sykehjem skal ha UVI, relatert til blærekateter (Kunnskapssenteret, 2012).

For å få frem kunnskapsbasert helsetjeneste, bør en bruke nye måter å arbeide på, blant annet ved hjelp av utdanning og praksis innenfor kunnskapsbasert praksis. Yrkesutøvere med innsikt i kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbaserte metoder, kan bidra til å legge grunnlaget for utøvelse for kvalitet og kunnskap (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s.17).

Kvalitetsforbedring skjer ved kontinuerlig læring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 95-96). Tilrettelegging for læring blir belyst til å være et ansvar på ledernivå (NICE, 2002, s. 64). Dette kvalitetsforbedringsprosjektet var ønsket av ledelsen i kommunen. Forankringen på ledelsesnivå var viktig for at prosjektet skulle lykkes og at de ansatte kunne få tilbakemeldinger som førte til refleksjon og læring knyttet til egen praksis.

2.1.2 Kunnskapsbaserte retningslinjer

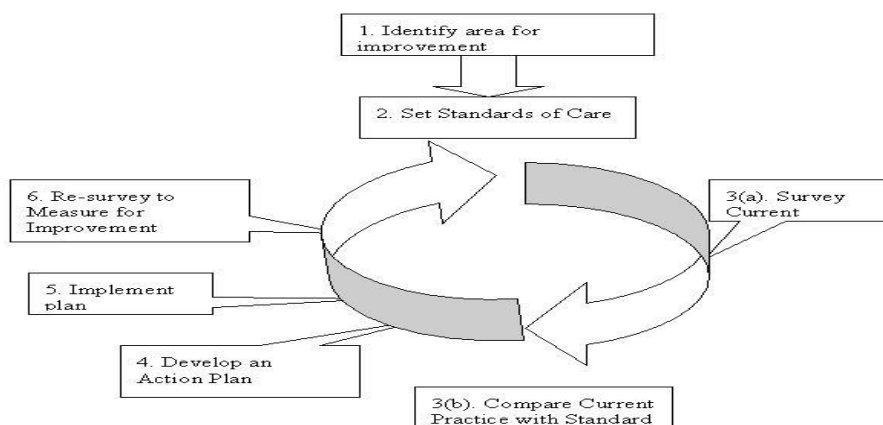
Retningslinjer kan defineres som: "systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances" (Field & Lohr, 1992, s. 346).

Anbefalinger fra kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer og systematiske oversikter kan bidra til hevet kvalitet av helsetjenestene (Brouwers, Stacey & O'Connor, 2009, s. 35-45). Å arbeide kunnskapsbasert innebærer også å bruke kliniske retningslinjer av god kvalitet (DiCenso et al., 2005). Kunnskapsbaserte retningslinjer er bygget på multiple systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier, som er kvalitetsvurderte med AGREE verktøyet og funnet av god kvalitet (Kunnskapscenteret, 2008 ; The AGREE Collaboration, 2003). Retningslinjene er basert på forskning av høy kvalitet og er graderte etter anbefalingsgrad. Den best mulige kunnskapen om effektive tiltak er satt i system i de kliniske retningslinjene (Pratt & Pellowe, 2010).

2.2 Klinisk audit

Klinisk audit defineres som "Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change" (NICE, 2002, s. 1). På bakgrunn av definisjonen kan en se at metoden er en trinnvis kvalitetsforbedringsprosess som søker forbedret pasientbehandling og utfall. Metoden klinisk audit belyser hvordan en definerer standarder, gjør målinger av praksis, planlegger endringer og gjør re-målinger etter at endringer har blitt implementert (Burgess, 2011, s.7).

Klinisk audit kan beskrives som en syklisk prosess med ulike trinn (NICE, 2002, s. 3-5), der en på en systematisk måte tilnærmer seg praksisfeltet med mål om å etablere beste praksis. For å være ansett som en audit av god kvalitet, må auditen ha fire nøkkeloverskrifter (Burgess, 2011, s. 160). Trinn 1 forberedelser og planlegging. Trinn 2 måling av resultat. Trinn 3 implementering av endring i praksis, og til slutt i trinn 4, opprettholde endringer som er gjort (ibid). Audit modellen som er brukt i denne masteroppgaven inneholder de fire hoved trinnene som illustrerer en god audit, som vist i figur 3.



Figur 3. Modell for klinisk audit (Seddon & Buchanan, 2006, s. 3).

2.2.1 Identifisere et område for kvalitetsforbedring

I en klinisk audit anbefales det at en velger temaer som er basert på høy risiko, høyt volum, eller problemer som gir høye kostnader (Burgess, 2011, s. 26). Temaet skal ha potensiale for endring og ha gode kunnskapsbaserte retningslinjer (NICE, 2002, s. 13). Emnet for auditen skal være klart, og formålet tydelig.

For å lykkes i et audit prosjekt må forberedelser til (Gould et al., 2009, s. 18 ; NICE, 2002s. 15-20). Det må finnes en ledelse av prosjektet og metoden for prosjektet må være gjennomtenkt (NICE, 2002, s. 10). Prosjektledelse må ta seg av emnevalg, hvordan ressursene skal nyttes på best mulig måte og hvordan en skal kommunisere ut ulike tema til de involverte (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 216 ; NICE, 2002, s. 64).

Prosjektmetoden bør ha design som er velegnet, og den må beskrive fremgangsmåte for datasamling. Fremgangsmåten bør tydeliggjøre ulike elementer i datasamlingen, presisere aktuelle kilder til datasamlingen, beskrive datasamlingsverktøy og om studiedesign skal være retrospektivt eller prospektivt. Den bør også angi populasjonsstørrelse, datasamlingsmåte, beskrive tidsaspekt og hvem som skulle utføre datasamlingen (Burgess, 2011, s.25).

Prosjektet må også beskrive hvordan analyse skal gjennomføres. Videre må det skisseres en plan for hvordan en skal tilbakeføre tilbakemeldinger til praksisfeltet og hvordan endringer skal implementeres i praksis (NICE, 2002).

2.2.2 Sette standard og kriterier

I følge National Institute for Clinical Excellence(2002, s. 22) må planleggingen også ta hensyn til hvilke standarder som er ønsket innenfor tematikken og praksisfeltet.

Standarden brukes til å måle kvaliteten på tjenestene som blir ytt og de realistiske målene for kvaliteten beskrevet. Standard defineres som: “The percentage of events that should comply with the criterion”(Burgess, 2011, s. 33). Standard kan tolkes som en beskrivelse av kvalitetsmålet som er realistisk å oppnå. Standard skal presenteres i prosentsats, og deretter brukes aktivt i auditen da den måles opp mot kvalitetsnivået i praksis (ibid).

I tillegg til å sette standarden for ønsket praksis, skal en også utvikle kriterier til praksis.

Kriterier kan beskrives som “definerbare og målbare element av helsetjenester, som beskriver kvalitet, og som kan brukes til å vurdere kvalitet” (NICE, 2002, s. 22).

Kriteriene bør være basert på kunnskap fra forskning, som kunnskapsbaserte retningslinjer eller fra kunnskap som er systematisk innhentet og vurdert til å være valide (NICE, 2002, s. 23). Kriteriene kan klassifiseres på tre ulike måter, ut i fra hvordan de anvendes til å beskrive prosessene de bidrar til (Burgess, 2011, s. 34-36).

Struktur kriterier beskriver hva en trenger. Prosesskriterier beskriver hva en gjør.

Utfallskriterier beskriver hvilke resultater en forventer skal skje. Ulike aktiviteter kan brukes for de ulike kriteriene for å nå målene som blir satt (Ammentorp & Rørmann, 2008). I tillegg bør hvert enkelt kriterium ha klinisk betydning, være gjennomførbart, rimelig og oppnåelig (Burgess, 2011, s.33).

2.2.3 Kartlegge praksis

I følge NICE (2002, s. 34) er det viktig med en detaljert beskrivelse av hva som skal kartlegges før datasamlingen starter. Beskrivelsen skal være hensiktsmessig, for å sikre seg at det samles data som er nødvendige å samle og at dataene en samler dermed blir av god kvalitet (opcite).

Etiske hensyn må ivaretas. Dette innebærer at en reflekterer over hvilke data som skal samles, hvordan de skal samles og hvordan de skal analyseres. Refleksjon skal føre til at en søker tilgang til å samle og vurdere data, ved å innhente de etiske godkjenningene som er nødvendige for at prosjektet skal kunne settes ut i livet (NICE, 2002, 44-45).

2.2.4 Sammenligne gjeldende praksis med standard

Burgess (2011, s. 73), anbefaler at en bestemmer seg på et tidligst mulig stadium, for hvilken dataanalyse en skal bruke i en klinisk audit. Analysene kan variere mellom enkle fremstillinger av prosenter til avanserte statistiske beregninger. Det viktigste i en audit er at analysene fremstilles så enkelt at de involverte kan forstå resultatene (ibid).

2.2.5 Implementere handlingstiltak

I dette trinnet er det viktig å ha kunnskap om hvordan implementeringer i praksis kan utføres. Mange ulike teorier kan bidra til endring av praksisutførelse. Teoriene kan bidra til å forstå hva som påvirker mennesker i sin adferd, hvilke prosesser som styrer disse og konteksten de arbeider i. En må gjerne bruke flere teorier i sammen for å få best mulig resultat (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 15-41).

Tiltak kan også komme som tilbakemeldinger (feedback) fra audit (Jamtvedt et al., 2010). Feedback har vist seg nyttig der funn fra ens egen arbeidsplass viste rom for forbedring (ibid). Påvirkningen kan bidra til at de involverte endrer seg, å oppnå forbedring av tjenesten (NICE, 2002). Handlingsplanene bør inneholde presentasjon av kvalitetsvurderingsresultat til de involverte i forbedringsprosessen (Flottorp et al., 2010). Tilbakemeldinger til praksisfeltet på egen praksis, kan være nyttig (ibid). Oppsummert forskning bekrefter at audit og feedback kan være effektivt når en skal utføre forbedringer i praksis (Jamtvedt et al., 2010). Til tross for at effekten kan være moderat, kan en øke denne ved å involvere helsepersonellet aktivt i forbedringsarbeidet. Dette kan gjøres ved å beskrive gap mellom praksis som blir utført og ønsket praksis. Helsepersonellet kan da vurdere informasjonen de får om sin egen praksis og eventuelt justere den (ibid).

2.2.6 Implementere endringer i praksis

Implementering kan beskrives som en planlagt prosess og systematisk introduksjon av innovasjoner og eller endringer som har bevist verdi. Målet er at disse får en strukturert plass i yrkesutøvelsen, organisasjonen sin funksjon, eller omsorgsstrukturen (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 10). Implementeringen må inneholde en introduksjon av en innovasjon i den daglige rutinen. Dette fordrer at en har effektive kommunikasjons strategier og arbeider med eventuelle hindringer for endringer ved å bruke teknikker som er effektive i praksis (ibid). Retningslinjer fra gode kilder, som gir ny verdifull innsikt kan bidra til suksess i denne fasen (Pellowe, 2009). Samtidig bør en ha effektiv

organisering der teknologisk metoder og ulike gode implementeringsmetoder er integrert for å lykkes (Grol, Wensing & Eccles, 2009). Det finnes ett bredt utvalg av tiltak som fremmer endringsmekanismer (Burgess, 2011, s. 81-92). For eksempel etablering av nye systemer og protokoller, opplæring på prosedyrer eller tiltak, revidering av teamorganisering eller prosedyremessige sjekklister eller henvisningssystemer kan endres (ibid).

2.2.7 Gjenta kartleggingen av praksis.

Målet er å se om implementeringen har lyktes. En gjentar målingene, sammenligner med kriteriene og evaluerer om en har oppnådd endring som ønsket. Primærmålet med audit er å skape forbedring i praksis, men det er også mål om å opprettholde endringene. Dette betyr også at en gjentar revisjonen for å finne ut om forbedringer i praksis er gjennomført etter revisjon (NICE, 2002, s. 62-66). Klinisk audit kan beskrives som en kontinuerlig prosess til stipulert tilfredsstillende nivå er oppnådd.

2.2.8 Audit og kunnskapsbasert praksis

I Nasjonal helse- og omsorgsplan presiseres det at effektive og trygge helsetjenester skal bygges på forskningsbasert kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 11). Stortingsmeldingen hevder videre at en forutsetning for å heve kvaliteten er innføring og bruk av nye metoder (ibid). Metoden klinisk audit har klare paralleller til den trinnvise metoden i kunnskapsbasert praksis (KBP). Metodene er sykliske prosesser som har som mål å bidra til økt kvalitet på ulike fagområder (Burgess, 2011, s. X-XI ; Nortvedt et al., 2007) Metodene kan bidra til å redusere gapet mellom den kliniske hverdagen og forskning, med mål om å heve kvaliteten på tjenestene. Metodene støtter klinikere til å ta avgjørelser ved å bruke den beste tilgjengelige evidensbaserte kunnskapen og integrere denne i praksis. KBP demonstrerer hvordan en lokaliserer og vurderer forskning (Courtesy & McCutcheon, 2010). Klinisk audit viser hvordan en strukturerer den evidensbaserte kunnskapen inn i kriterier i praksis, kriteriene beskriver kvalitet, og kan brukes til å vurdere kvalitet. Standarden viser hva som er mulig å oppnå (Burgess, 2011, s.33). Auditen måler utførelsen av kunnskapen opp mot standarden som er satt. Dette gjør forbedringsprosessen målbar (ibid). Begge metodene gir råd om hvordan man skal innføre kunnskapen i praksis, og evaluere praksis. KBP og klinisk audit har tilslutt fellestrekk når en skal implementere endringer som skal forbedre praksis og opprettholde endringene som er gjort (Burgess, 2011 ; Strauss, Tetroe & Graham, 2009).

2.3 Blærekateter

2.3.1 Fakta

Blærekateter er ett kjent hjelpemiddel fra langt tilbake i tid (Fredriksen, 2002, s. 11). Metoden permanent kateterisering anvendes når kateteret skal ligge inne i urinblæren, for å drenere ut urin (ibid). Blærekateter skal legges inn, kun når det er klar indikasjon for det (Hooton et al., 2009). Metoden er aktuell hovedsakelig for pasienter som har alvorlige plager som forhindrer normal vannlating og tømming av blæren. Symptomer kan være UVI, urinlekkasje, resturin, retensjon, eller kombinasjoner av disse symptomene (Fredriksen, 2002, s. 11). En utredning av årsaken til pasienten sine plager er dermed særs viktig, slik at en kan tilby riktig behandling. Behandling kan være bruk av inkontinensbind, hjelp til atferdsmessige endringer, farmakologiske intervensjoner, eller kirurgisk tiltak (NICE, 2003).

Spesielt eldre i sykehjem kan ha nytte av blærekateter i perioder i livet (Jahn et al., 2007, s. 102 ; NICE, 2003, s. 102). Årsaken kan være for å avhjelpe ved akutte eller mer kroniske tilstander (Gould et al., 2009 ; Hooton et al., 2009). Målet med blærekateteret er at pasienten skal ha det mer komfortabelt, men en ser også at det blir brukt for å lette byrdene til helsearbeiderne (Inelmen, Sergi & Enzi, 2007)(Inelmen, Sergi & Enzi, 2007)(Inelmen, Sergi & Enzi, 2007)(Inelmen, Sergi & Enzi, 2007) . Det er dermed en risiko for at blærekateter blir brukt for ofte. En bevisst holdning til korrekt bruk av blærekateter er derfor viktig.

Kateteromsorg er både tidkrevende og kostbart for samfunnet (Jacobsen et al., 2008). I tillegg kan blærekateter skape alvorlige infeksjoner, fysiologiske eller strukturelle skader, urologisk kreft og psykiske problemer hos pasienten (Fredriksen, 2002, s. 12). Helsepersonell må forholde seg til alle komplikasjonene, og velge strategier for å håndtere disse urinveisproblemene. Desto viktigere er det at langtidsbruk av blærekateter begrenses til det minimale og er det siste alternativ til urindrenasje (NICE, 2003).

Alle eldre i institusjoner løper en stor risiko for å utvikle nosokomial infeksjon (Akselsen & Ruths, 2008 ; Pratt & Pellowe, 2010). Nosokomiale infeksjoner er

beskrevet som infeksjoner som har oppstått i helseinstitusjoner (Folkehelseintstituttet, 2010). (Hooton et al., 2009 ; NICE, 2003). Eldre og brukere av permanente katetre har som regel bakterier i urin (bakterieuri). Symptomgivende UVI defineres som: "Påvist >10.000 bakterier pr. ml i urinen, samtidig som brukeren har kliniske symptomer på urinveisinfeksjon med for eksempel hyppig vannlating (pollakisuri), smertefull vannlating (dysuri), feber og illeluktende urin" (Luotonen Emblem et al., 2005, s. 17). Variasjon av definisjon for UVI forekommer. Fremdeles er det ganske vanlig i praksis å legge til grunn >100.000 bakterier sammen med kliniske symptomer som definisjon, til tross for konsensusrapporten sine anbefalinger (ibid).

Kateterassosiert UVI er den mest vanlige nosokomiale infeksjonen (Jacobsen et al., 2008). Pasienter i institusjon løper en daglig risiko med 5 % per kateterdag for å utvikle UVI (Hameed, Chinegwundoh & Thwaini, 2010). Faren er høy spesielt for de som har blærekateter mer enn 7 -10 dager (Grabe et al., 2010 ; Pellowe, 2009). Urinveisinfeksjon kan utvikles til livstruende bakterieruri (Tenke et al., 2008). Pasienter med blærekateter på institusjon, har økt risiko for å utvikle nosokomial bakterieuri med opp til 25 % (Grabe et al., 2010). Opptil en tredjedel av disse kan dø som følge av bakteriemi (Pratt & Pellowe, 2010). På grunn av risikoen blærekateter fører med seg blir det viktig at helsearbeiderene arbeider forebyggende for å unngå alvorlige plager for pasientene.

2.3.2 Kunnskapsbaserte anbefalinger

Retningslinjen påpeker at pasienten skal utredes med hensyn til andre aktuelle metoder for å avhjelpe pasienten med urindrenasje (NICE, 2003). Om mulig skal annen drenasjemåte nyttes på grunn av faren for infeksjon, og kateteret seponeres så snart som mulig (NICE, 2003 ; 2011). Aktuelle drenasjemåter kan være inkontinensbind, uridom, steril intermitterende kateterisering eller suprabubisk kateter. Målet med urindrenasjen er å redusere faren for komplikasjoner i urinveiene samt unngå nyreskader (Fredriksen, 2002).

Det finnes flere alternative måter å avhjelpe pasienter med urin på. Derfor skal permanente blærekateter ved steril metode, legges inn kun når det er klar indikasjon for det (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009). Innleggelse av blærekateter bør være ordinert av lege i de fleste tilfellene på grunn av risikoen knyttet til bruk av blærekateter. NICE (2003), mener at en kritisk skal vurdere hvem som skal ha

blærekateter og indikasjonsårsaker bør deretter dokumenteres. Institusjonen bør utvikle en liste over hensiktsmessige og uegnede indikasjoner for innlegging av permanente blærekateter (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009). Sammensatte årsaker kan føre til ulike vannlatingsproblemer, og flere av tilstandene kan utredes og behandles. Ved å utrede om pasientene kan ha nytte av ett eller flere andre ulike tiltak, kan en påvirke antall innleggelses av permanente blærekatetre (Fredriksen, 2002; NICE 2003).

Tabell 1, viser hvilke indikasjonsårsaker forskning sier er egnede og upassende for bruk av blærekateter.

Tabell 1: BRUKSOMRÅDER FOR BLÆREKATETER

Egnede bruksområder inkluderer:

- Akutt urinretensjon / obstruksjon av blære der intermitterende kateterisering ikke er gjennomførbart *
- Behov for nøyaktig måling hos kritisk syke (observasjonsmetode)*
- Bistå til heling av åpne sår i sakrum / perineum for inkontinente pasienter**
- Enkelte immobilitetstilstander som skade/sykdom i lumbal, spinalregionen, eller ved brudd i bekken **
- For å bedre komfort i terminal fase */**
- Hvis medisinsk terapi, eller kirurgiske inngrep ikke er initiert *
- Unntaksvis i enkelte tilfeller etter pasienten sitt eget ønske ved plagsom inkontinens, da alle andre metoder for å imøtekomme inkontinensplagene ikke har lyktes *
- Perioperativt bruk i utvalgte kirurgiske prosedyrer**/****
 - a. Urologiske / andre operasjoner på sammenhengende strukturer med urinveiene
 - b. Forventet forlenget kirurgi (bør fjernes i oppvåkningsenhet)
 - c. Operative pasienter med urininkontinens
 - d. Behov for intraoperativ hemodynamisk overvåking

Upassende bruksområder inkluderer:

- En erstatning for pleie av pasienten eller sykehjemsbeoer med urininkontinens **
- Et middel for å oppnå dyrkning av urin eller andre diagnostiske tester når pasienten kan delta frivillig ***
- Ved forlenget postoperativ varighet uten egnede indikasjoner (foreksempel strukturell reparasjon av urinrøret eller sammenhengende strukturer, langvarig effekt av epidural anestesi osv.)****

* Hooton et al., 2009, **Gould et al., 2009, *** NICE, 2003, **** UroToday, 2012

Hver enkelt pasient bør ha dokumentert viktig informasjon knyttet til bruk av blærekateter (Hooton et al., 2009; Gould et al., 2009; NICE, 2003). En viktig informasjon er hvilken type blærekateter pasienten bruker. Kateterstørrelser hos voksne er vanligvis fra Ch (Charriere) 12-Ch16 (Fredriksen, 2002). Ulike typer permanente katetre finnes, både toveiskatetre og treveis katetre med ballong. Toveis katetre er de

mest brukte. Treveiskatetre blir brukt der en trenger kontinuerlig skylling av blæren (ibid). Katetermaterialet finnes og i ulike former som lateks (foley), lateks med silikon, helsilikon, teflon, sølv eller hydrogel (Jahn et al., 2007). Lateks har vist seg å være skadelig for slimhinnene i urinrøret og bør unngås på grunn av fare for utvikling av lateksallergi (Fredriksen, 2002). Til tross for allergifaren blir disse katetrene fremdeles brukt endel. Til korttidsbehandling (14 dager) anbefales belagte katetre (lateks med silikon). Belegget forsvinner etter noen dager og er derfor ikke å anbefale for langtidsbruk (ibid). Silikonkateter er mer vevsvennlig og bør velges når kateter skal brukes mer enn 14 dager (Fredriksen, 2002). Silikonkatetre anbefales også til pasienter som har hyppige obstruksjonsproblem for å redusere risikoen for belegg (Gould et al., 2009). Det er ikke påvist forskjell på forekomst av bakterieuri hos pasienter som brukte belagte katetre og silikon katetre (NICE, 2003, s. 110). Forskning pågår stadig i forhold til hvilke katetertyper som er best på langtids og korttidsbruk, men foreløpig finnes ikke entydige funn i forhold til dette (Jahn P et al., 2009 ; Schumm K & TBL, 2010). NICE (2003) belyser at valg av kateter må bero på blant annet en vurdering av pasienten sine individuelle egenskaper, allergier og predisposisjon for blokkering (ibid). En systematisk gjennomgang viste mindre skader ved bruk av katetre i størrelsen 12-14 Ch. og at en 10 ml ballong minimerer faren for urethrale traumer, mucosal irritasjon og resturin i blæren, som alle er faktorer som disponerer for kateter-assosiert infeksjon (ibid).

Dato for innleggelse av blærekateter skal også dokumenteres (NICE, 2003). Datoen har betydning for når kateteret skal seponeres eller eventuelt skiftes. Dokumentasjon som kan spores er å foretrekke (ibid). Dato for skifte og seponering av blærekateter skal også dokumenteres (Gould et al., 2009 ; Hooton et al., 2009). Det finnes ingen entydig kunnskapsbasert dokumentasjon for det optimale intervall for skifte av blærekateter. Dette kommer an på hvilken type kateter en bruker. En bør derfor vurdere dette på bakgrunn av utstyrets holdbarhet (dato) eller pasientklinikk, for eksempel hvis det oppstår blokkering av systemet eller pasienten får feber (NICE, 2003). På grunn av den høye risikoen knyttet til blærekateter, skal en regelmessig vurdere pasienten sitt kliniske behov for blærekateterisering, og kateteret skal seponeres så snart som mulig (NICE, 2003)

Ett anbefalt hjelpemiddel for å få seponert blærekateter så snart som mulig er påminnere, enten sykepleiebaserte eller elektroniske i journalsystemet. Påminnere kan

brukes til å ha oversikt over pasienter som har blærekateter og bidra til å redusere unødvendig bruk av blærekateter (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009). Institusjonen bør derfor ha automatiske stoppordrer for å redusere unødig kateter bruk (ibid).

Tilleggsutstyr bør også dokumenteres. Ett lukket sterilt dreneringssystem med en distal kateterventil for aspirasjon av urin kan forebygge UVI (Hooton et al., 2009). En kan også nytte ventil (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009; NICE, 2003). Valg mellom kateterpose og ventil har blitt forsket på, og det viser seg at det ikke er påvist fordelaktige forskjeller mellom ventil eller pose når det gjelder utvikling av bakterieuri, uspesifikk UVI eller blærespasme/smerte (Gould et al., 2009).

2.3.3 Tidligere audit

Bruk av audit knyttet til blærekateter, vises nå i en storstilt satsing som inkluderer 800 amerikanske sykehus fra oktober 2011 til oktober 2012 (Pearson AM & The Joanna Briggs Institute, 2012). Kvalitetsforbedringsprosjektet skal legge til rette for optimal pasientbehandling ved bruk av evidensbasert kunnskap. Temaet har fokus på innsetting og grunnleggende omsorg av inneliggende blærekateter for voksne pasienter. Satsingen skal foregå på sykehus over hele USA, og ved globalt samarbeid. Målet er å gjennomføre beste praksis, og å innovere for å bidra til bedre pasientbehandling gjennom deling av kunnskap, metoder og resultater. En så storstilt satsing begrunnes med at helsepersonell kan gjøre kateter omsorgen bedre ved å tilrettelegge for bedre pasient opplevelser, redusere kostnader knyttet til infeksjoner samt forbedre kvaliteten på den praktiske omsorgen (ibid). Tidligere audit har vist at praksis ikke alltid er i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger, og audit har ført til bedre pasientomsorg (Seymour, 2006 ; Dailly, 2012).

3.0 Metode

Selv om utfordringene og konsekvensene er kjent, kan en likevel se gap mellom det som blir utført og ønsket praksis (Hooton et al., 2009, s. 625). Dette ble forsøkt kartlagt nærmere i dette kapittelet. Kapittelet vil gjøre rede for hvordan jeg gjennomførte klinisk audit i mastergradsprosjektet. Mastergradsprosjektet ble utført til og med trinn 3b i audit prosessen (Seddon & Buchanan, 2006, s. 3). Trinn 1 til og med 3b vil gjøre rede for hvordan audit ble gjennomført. I stedet for å utvikle plan for kvalitetsforbedring og implementere planen i praksis (trinn 4 og 5), ble det utviklet forslag som kunne bidra til kvalitetsforbedring i praksis. Begrensingen ble satt fordi arbeidet skulle utføres av meg i sin helhet og at tidsrammen var knapp. Audit som prosess er omfattende og er dermed velegnet til team arbeid (Burgess, 2011, s. 44). Godt samarbeid med den involverte ledelsen ble derfor særs viktig.

3.1 Gjennomføring av klinisk audit

Audit ble utført på bakgrunn av ønske fra ledelse og fagmiljø i en større kommune. Kommunen inviterte mastergradsstudenten til å gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt, i form av en revisjon av sykehjemmenes praksis hos eldre med blærekateter.

Rammene for prosjektet var klare. Prosjektet skulle ha klinisk fagperspektiv ved en intern audit. Ledelsen ved sykehjemmene bisto med ressurser som gagnet prosjektet. Resurser ble stilt til rådighet, som tilgang til rom, pc og samarbeid med systemansvarlig lege. Dette førte til at en hadde en lav profil på ressursbruk. Begrensinger ble satt ved at kartlegging av data skulle utføres kun i den elektroniske pasientjournalen, og at dataene måtte anonymiseres av systemansvarlig lege før datasamlingen kunne ta til.

Metoden klinisk audit var ønsket brukt i kvalitetsforbedringsprosjektet. Jeg foretok derfor en kvalitetssikring av metoden i forkant av prosjektet. Vurderingen ble utført ved hjelp av verktøyet "Audit Project Assessment Tool" (Copeland, 2005, s. 23). Metoden var til hjelp for å tallfeste hvor viktig problemområdet er. Vurderingen viste 20 poeng. Alle poeng over 16 viser at fagområdet i min audit var ansett som meget velegnet til audit (ibid), da problemområdet antagelig berører mange pasienter som er utsatt for høy

risiko, og at samfunnet sannsynligvis bærer kostnader som følge av området. Dessuten fantes det kunnskapsbaserte retningslinjer som kunne bidra til endring i praksisfeltet.

Burgess (2011, s. 25), hevder at planlegging er den viktigste fasen av alle stadier for å lykkes med audit. En detaljert plan for prosjektet ble dermed utarbeidet. Planen tydeliggjorde ulike elementer av prosjektet. Elementene som ble belyst var bakgrunn for prosjektet, plan for datasamling og analyse samt hvordan en skulle ta hensyn til etiske aspekt.

De mest anbefalte og anerkjente kildene internasjonalt, "Guidelines International Network (GIN)" og "National Institute for Health and Clinical Excellence" (NICE), ble brukt til å finne relevante retningslinjer som er kunnskapsbaserte og av god kvalitet i auditprosjektet (Røsvik & Bjørnerud, 2008 ; Nortvedt et al., 2007).

Retningslinjer er definert av Helse- og sosial direktoratet som "systematisk utviklede anbefalinger, for å støtte fagpersoners og pasienters beslutninger om relevant behandling for en definert klinisk problemstilling" (The AGREE Collaboration, 2003, s. 2). Formålet med en retningslinje defineres som "å fremme klare anbefalinger med den bestemte hensikt å påvirke behandlernes innsats" (The AGREE Collaboration, 2003, s. 2). Tilgang til faglig relevant kunnskap med retningslinjer er dermed et viktig virkemiddel, fordi helsepersonell får tilgang til kunnskap som er oppdatert (Field & Lohr, 1992, s. 3).

Søk etter internasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer av god kvalitet ble utført i databasene Guidelines International Network (GIN), og National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) via Helsebiblioteket (Røsvik & Bjørnerud, 2008). Søkeordene var "urinary catheterization" og "urinary catheterization guidelines". Til sammen fikk jeg 7 treff (vedlegg I).

Tre retningslinjer av nyere årgang ble valgt ut fordi de var laget på bakgrunn av systematiske søk etter kunnskap som var kvalitetsvurdert.

1. Guideline for prevention of Catheter-Associated urinary tract infections 2009 (Gould et al., 2009).
2. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter- Associated Urinary Tract Infection in Adults (Hooton et al., 2009).

3. Infection Control Prevention of healthcare-associated infections in primary and community care (NICE, 2003).

Jeg kvalitetsvurderte de tre retningslinjene. Vurderingen ble utført ved hjelp av AGREE- instrumentet (The AGREE Collaboration, 2003). Særskilte sider av retningslinjekvaliteten ble vurdert. Temaene for områdene var avgrensning og formål av retningslinjene, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet, klarhet og presentasjon, anvendbarhet og til slutt redaksjonell uavhengighet. Retningslinjene ble vurdert til å være av god intern og ekstern kvalitet. Vurderingen viste at en kunne stole på retningslinjene. Vurderingen førte også til at jeg kunne gjøre rede for hva retningslinjene fortalte og tro på at retningslinjene kunne bidra til kvalitetsforbedring i praksis.

Retningslinjene gav anbefalinger som kunne bidra til forbedret praksis (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009; NICE, 2003). Anbefalingene var basert på oppsummert kunnskap og forskning av god kvalitet. Kunnskapen og forskningen var basert på retningslinjer internasjonalt og nasjonalt, randomiserte kontrollerte studier, metaanalyser og fulltekstartikler (ibid).

Anbefalinger som ble prioritert var vurdering av behov for kateterisering, valg av katetertype og -system og dokumentert katetervedlikehold. For hver enkelt anbefaling i retningslinjene, ble det vist til forskningsgrunnlaget ved ulike rangeringer av anbefalingsgrad (Recommandation Grade) og ulike evidens grader (Categories of Evidence). Anbefalingsgradene varierte mellom høyest, som var en sterk anbefaling, til laveste som hadde ingen anbefaling. Evidensgraden viste til hva slags type forskning som lå bak graden. Høyest rangert ble metanalyse av RCT, lavest rangert ble rapporter, meninger eller klinisk erfaring fra respekterte autoriteter. Mellom laveste og høyeste gradering fantes ulike anbefalingsgrader og evidensgrader. De inkluderte retningslinjene hadde ulike fremstillingsmåter med henhold til anbefalingsgrad og evidensgrad (Gould et al., 2009, s. 10; Hooton et al., 2009, s. 631; NICE, 2003, s. 17). Men anbefalingsgradene og evidensgradene inneholdt stort sett de samme kravene til høyest som er oppsummert kunnskap (metaanalyser, RCT), og lavest som er basert på blant annet ekspertuttalelser. På grunn av grade systemene og evidensfremstillingen kunne jeg stole på at retningslinjene var kunnskapsbaserte.

Alle retningslinjene hadde spesifikke råd til praksis for bruk og dokumentasjon av blærekateter. To gav klare anbefalinger til områder som var egnet til audit (Gould et al., 2009, s. 18; NICE, 2003, section 3, s 121). Et auditverktøy ble utarbeidet på bakgrunn av noen av rådene og anbefalingene som ble presentert i retningslinjene (vedlegg II). Noen råd ble utelatt på grunn av omfanget av oppgaven. Mitt auditverktøy beskrev åtte kriterier for beste praksis. Sju beskrev bruk av blærekateter og krav til dokumentasjon. Det åttende beskrev tiltak for å få ned forekomst av infeksjoner som følge av blærekateter. Kriteriene kunne ansees som valide, og kunne bidra til forbedring av pasientbehandlingen. En tidligere implementering av den ene retningslinjen hadde vist at anbefalingene hadde effekt i praksis (Fakih et al., 2012).

Endelige kriterier og standarder beskrives under i tabell 2, og gir en samlet oversikt over fokusområdene i min audit.

Tabell 2. Kriterier og standard for klinisk audit				
Nr.	Dokumentasjonskriterier	Anbefalingsgrad /evidens kategorier	Standard	Kilde
1	Alle pasienter skal utredes med hensyn til andre aktuelle dreneringsmetoder	A-III * 1A**	100 %	Hooton et al., 2009 NICE, 2003
2	Innleggelse av blærekateter bør ordineres av lege	A- III*	95 %	Hooton et al., 2009
3	Indikasjonsårsak skal være passende og dokumenteres i pasient journal	<u>Passende årsaker:</u> Kategori IB *** A-III * <u>Upassende årsaker:</u> Kategori IB***	100 %	Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009 Gould et al., 2009:
4	Type blærekateter skal dokumenteres	D**** Kategori II*****	100 %	NICE, 2003; Gould et al., 2009:
5	Dato for innlegging skal dokumenteres	Kategori II***** D****	100 %	Gould et al., 2009; NICE, 2003
6	Dato for skifte og seponering skal dokumenteres	<u>Skifte:</u> Kategori II ***** A-II***** <u>Seponering:</u> B- I*****	100 %	Gould et al., 2009 Hooton et al., 2009
7	Dreneringssystem, eller ventil skal dokumenteres	A-III * <u>Nøkkeltierium:</u> ventil: A***** pose: D***	100 %	Hooton et al., 2009 NICE, 2003
8	Registrert bruk av påminnere	Sykepleiebaserte Kategori IB*** Elektroniske A- II*****	90 %	Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009

* Anbefalingsgraden betyr at forskning fra > enn en RCT har vist at tiltaket har effekt.** Anbefalingen betyr at forskning fra metaanalyse av RCT har vist at tiltaket har effekt. *** Kategorien gir en sterk anbefaling til praksis for tiltaket, tross lav grad av evidens. **** Anbefalingen er direkte basert på: Kategori IV bevis, eller anbefaling fra kategori I, II eller III b (NICE, 2003, s. 17-18). ***** En svak anbefaling, støttet av noe kvalitetsbevis som tyder på et kompromiss (trade off) mellom kliniske fordeler og ulemper. ***** A= Godt bevis for å støtte en anbefaling. II =Bevis fra >1 veldeignert klinisk studie uten randomisering, fra kohort -eller case-kontrollerte analytiske studier. ***** B =Moderate bevis for å støtte en anbefaling. I =Bevis fra >1. skikkelig gjennomført RCT. studie. ***** Dokumentasjon fra meta-analyse av RCT.

For å sikre innsamling av valide data, ble det avgjørende for meg at ordlyden i kriteriene var klar, entydig og definerte helt eksplisitt hva som skulle måles. Dette presiseres også i NICE (2002, s.22-23). Kriteriene skulle også bidra til å svare på problemstillingen i auditen. Kriteriene var praksisnære og hadde klinisk relevans (Burgess, 2011). Prosesskriterier ble kartlagt, i form av hva som ble dokumentert i pasientjournal. Strukturkriterier ble satt til å kartlegge hvordan helsepersonellet brukte administrativ infrastruktur i det elektroniske dokumentasjonssystemet, og hvordan systemet kunne nyttes mest mulig effektivt med hensyn til problemstillingen. For å svare på tilleggsspørsmål ble resultat (utfallsmål) kartlagt ved forekomst av totalt antall brukere av blærekateter og forekomst av UVI hos de eldre med blærekateter i datasamlingsperioden. Helt spesifikke årsaker til bruk av blærekateter ble kartlagt for å se om praksis hadde passende årsaker som grunnlag for bruk av blærekateter. Alle kriteriene dannet grunnlag for et kartleggingsverktøy som skulle anvendes til datasamling (vedlegg III). En kunne konkludere med at kriteriene var målbare i praksis, og henspilte både på struktur og prosess (NICE, 2002, s. 28).

Retningslinjene beskrev ønsket standard for de ulike kriteriene. Etter flere år som spesialsykepleier på en urologisk sengepost hadde jeg klinisk erfaring til selv å vurdere de ulike standardene knyttet til kriteriene. Jeg diskuterte også standardene med ulike kolleger på den urologiske sengeposten. Diskusjonene med fagfolkene som arbeider med pasienter som bruker blærekateter daglig og min kliniske erfaring førte til at jeg anså de ulike standardene til å være mulige å oppnå i praksis. På dette grunnlaget ble dermed de samme standarder overført til audit.

Datasamlingen besto av å hente anonymiserte data fra pasienter som var knyttet til både korttids og langtidsopphold. Systemansvarlig lege anonymiserte og tildelte samtlige en identitetskode. Kodingen ble gjort for å sikre at pasientene kunne spores opp ved eventuelle spørsmål som dukket opp underveis i prosjektperioden.

Totalt 830 pasienter var knyttet til sykehjemmene i den aktuelle perioden. Aktuelle pasienter for audit ble identifisert ved at systemansvarlig lege utførte systematiske søk i systemet. Grovsorteringen ble utført ved søkeordet "kateter". Søkeordet identifiserte pasienter som brukte alle typer katetre og dermed kunne være aktuelle å knytte til auditen. Legens søk identifiserte en liste over 344 pasienter som hadde brukt eller brukte

en eller annen form for kateter. Jeg foretok deretter en inklusjon/eksklusjon av de 344 pasientene.

Eldre pasienter over 65 år på sykehjem som brukte, eller hadde brukt blærekateter i perioden 01.08. 2009 til 01.08. 2011 ble inkludert i auditen. Pasienter under 65 år og som brukte alternative katetertyper eller kateter prosedyrer ble ekskludert. En korttidsavdeling ved et av sykehjemmene benyttet ikke journalsystemet en samlet data fra, og pasienter fra denne avdelingen ble dermed ekskludert.

Et datasamlingsverktøy ble utformet til datasamlingen (vedlegg III). Sentrale variabler inkludert i datasamlingsverktøyet var bakgrunnsvariabler som kjønn, fødselsår og sykehjem. Kartleggingsvariabler var blant annet registrert bruk av blærekateterutstyr, ordinasjon av lege, dato for innleggelse, seponering og skifte, og ulike indikasjonårsaker. Utfallsvariabler ble registrert som forekomst av blærekateter, UVI og bruk av påminnere i dokumentasjonssystemet.

For å sikre en justering av datasamlingsverktøyet ble det innledningsvis testet. To masterstudenter i kunnskapsbasert praksis kartla individuelt 10 pasienter. Vi møttes deretter for å sammenligne resultatene. Funnene hos disse pasientene viste at tolkingen av verktøyet var noe sprikende.

Datasamlingsverktøy med tilhørende variabel fil ble derfor endret ved å utvide enkelte momenter. For eksempel ble utredning med hensyn til andre metoder for urindrenasje endret. Variabelen henvisning til gynekolog på grunn av vannlatingsproblem ble endret fra ja =1 og nei=2, til svaralternativ Ja=1, nei = 2, 3=ikke aktuelt (menn). Det samme gjaldt variabelen dokumentert dato for seponering av blærekateter. Svaralternativ ble endret fra Ja=1, nei=2 til Ja =1, nei = 2, 3 = ikke aktuelt (døende, annen alvorlig tilstand).

Datasamlingen ble foretatt ved journalgjennomgang til de inkluderte pasientene (n=137). All dokumentasjon som hovedkort, sykepleienotat, legenotat, overflyttingsnotat mellom hjemmetjeneste og sykehjem, epikriser fra spesialisthelsetjenesten, medikamentliste og svar på bakterieundersøkelser ble gjennomgått og vurdert opp mot kartleggingsverktøyet (vedlegg III).

Kartleggingen fokuserte på ulike momenter i praksis. Først ble antall blærekateterbrukere kartlagt. Videre ble pasienter som hadde hatt eller hadde UVI en

eller flere ganger identifisert i pasientjournal. Identifiseringen ble gjort der journal hadde beskrivelser av symptom på UVI og bakterieveksten. Diagnosen ble stilt ved symptom og verdier på bakterieoppvekst i urin > 100.000 bakterier.

Deretter ble det gjort en kartlegging av hvor mange pasienter som hadde vært utredet med hensyn til andre drenasje metoder. For å få tydelig frem hvilken utredning som ble utført, ble utredning både ved tiltak utført på sykehjemmene og henvisninger til spesialisthelsetjenesten kartlagt.

Dernest ble en kartlegging av hvor mange ganger leger hadde ordinert innleggelse av blærekateter. Standard var satt til 95 %. Derfor ble det også undersøkt hvor mange pasienter som fikk kateter som følge av sykepleier vurdering. Videre identifiserte en hvor mange pasienter som hadde klare indikasjonsårsaker for bruk av blærekateter. Årsaker som lå til grunn for kateterbruken ble også undersøkt. Årsakene ble deretter vurdert til å være av passende årsaker eller upassende årsaker ut i fra retningslinjene sine definisjoner. Faglig skjønn ble også kartlagt i form av tilfeller som hadde indikasjonsårsaker som ikke er anbefalte for bruk av kateter, men som etter særskilt vurdering hadde endt opp med bruk. Endelig ble pasienter som ikke hadde noen årsak til kateter registrert.

Dokumentasjon av type kateter, innleggesdato, skiftedato og seponeringsdato ble kartlagt. Videre ble det kartlagt om personalet hadde dokumentert posesystem eller ventil, og om personalet benyttet seg av hjelpemidler som sykepleiebaserte eller elektroniske påminnere.

Data ble plottet i en Excel fil og importert inn i Statistical Package for the Social Sciences, SPSS (Johannessen, 2008), versjon 19, for analyse. Anbefalinger til analyse knyttet til audit ble brukt (Burgess, 2011, s. 73). Kunnskap tilegnet fra litteratur om statistikk og statistiske metoder ble også nyttet (Bjørndal & Hofoss, 2004 ; Aalen et al., 2008). Underveis fikk masterstudenten veiledning fra statistiker.

Pasientkarakteristika ble beskrevet med prosent, gjennomsnitt, standardavvik, og verdier for henholdsvis kategoriske og kontinuerlige variabler. Grad av oppfyllelse av audit ble presentert i form av histogram, frekvenstabeller med tall (n), og prosentandel og 95 % konfidensintervall. Ulike variabler i datamaterialet ble brukt til å studere ulike

sammenhenger. Sammenhengene ble vurdert med hensyn til statistisk signifikans ved hjelp av krystabeller der Pearson Chi- Square test ble brukt (ibid).

3.2 Etiske overveielser

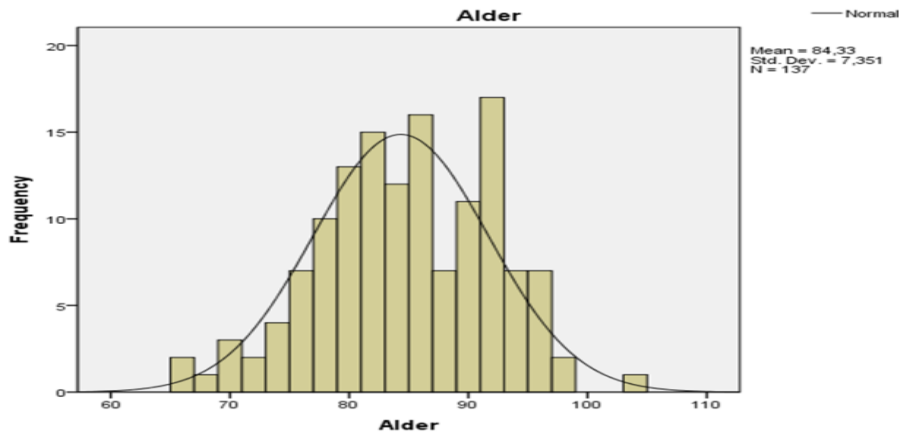
Prosjektet skulle utføres i form av mastergradsoppgaver ved Høgskolen i Bergen. Kommunen hadde ikke eget personvernombud. En henvendelse til Helsedirektoratet ble derfor formulert. Helsedirektoratet tolket kommunehelsetjenesteloven slik at det ikke var noe forbud mot bruk av eksterne tjenesteleverandører i denne saken. Mastergradsprosjektet ble derfor gitt tilgang til å arbeide med anonymiserte helseopplysninger som en del av et kvalitetsutviklingsprosjekt i sykehjem (vedlegg IV). Mastergradsprosjektet ble også forankret av kommunaldirektøren i Bergen kommune (vedlegg V).

IKT Drift i Bergen kommune opprettet dermed en anonymisert database som ble brukt i dette mastergradsprosjektet. For å få tilgang til databasen måtte en gå på “sikker sone” og logge seg på med personlig identifikasjon og passord.

4.0 Resultat

4.1 Pasientkarakteristika

Fra de tre inkluderte sykehjemmene ble det registrert 830 pasienter i løpet av datasamlingsperioden. Av disse var det 137 (16,5 %) pasienter som hadde brukt eller brukte permanent blærekateter i datasamlingsperioden.

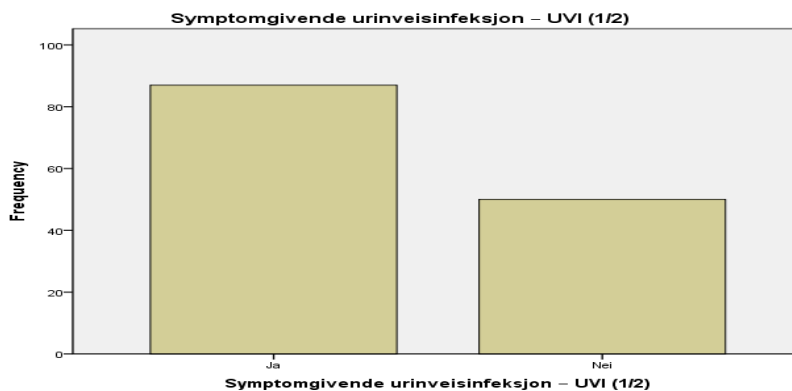


Figur 4. Histogram aldersfordeling

Figur 4 viser alder ved kateterbruk. Gjennomsnittsalder for de inkluderte pasientene i auditen var 84 år (SD 7,35). Flere menn 54,7 % (n =75) enn kvinner 45,3 % (n= 62) brukte blærekateter.

4.2 Forekomst av UVI

Figur 5 illustrerer forekomst av symptomgivende UVI for de pasientene som hadde brukt eller brukte blærekateter i datasamlingsperioden.



Figur5. Symptomgivende UVI.

Av pasientene som var inkluderte i studien (N=137) var det 87 (63,5 %) som hadde fått påvist symptomgivende UVI en eller flere ganger i løpet av perioden de brukte blærekateter (figur 5). Samtlige pasienter som hadde fått påvist UVI fikk behandling for dette. Andelen mellom kjønnene var ikke statistisk signifikant når det gjaldt forekomst av UVI. (p=0,89).

4.3 Oppfyllelse av kriterier

Tabell 3 viser varierende grad av oppfyllelse for kriteriene 1-3 sammenlignet med ønsket standard.

Tabell 3: FUNN SAMMENLIGNET MED STANDARD			
Nr.	Kriterier	Standard %	Grad av oppfyllelse % (n)
1	Alle pasienter skal være utredet med hensyn til andre aktuelle metoder for å avhjelpe pasienten med urindrenasje	100	45,3 (62)
2	Innleggelse av blærekateter bør være ordinert av lege	95	38,7 % (53)
3	Dokumentert indikasjonårsak for innleggelse av blærekateter	100	89,8 (123)

Kriterium 1- utredning med hensyn til andre aktuelle urindrenasje metoder

Det var 62 (45,3 %) pasienter som hadde brukt alternative drenasjemetoder. Mine funn viste bruk av alternative drenasjemetoder som SIK, suprapubisk kateter og pyelostomikateter. Ulike spesialister kan bidra med å tilby alternativ til blærekateter. Totalt ble 39 (28,5 %) pasienter henvist til spesialist på grunn av vannlatingsplager. Pasienter henvist til urolog for vannlatingsplager var 36 (26,3 %). Disse pasientene hadde kreftdiagnoser, urinretensjon, prostatahyperplasi og hematuri. Henvisning til gynekolog på grunn av vannlatingsplager forekom hos 2,1 % av kvinnene (n=3). Ingen pasienter var henvist til nevrolog på grunn av vannlatingsplager.

Kriterium 2- ordinasjon av lege for innlegging av blærekateter.

Lege ordinerte innleggelse av blærekateter til 53 (38,7 %) pasienter. Sykepleier vurderte behov for bruk av blærekateter hos 6 (4,4 %) pasienter. De resterende 78(56,9 %) hadde ikke dokumentasjon for hvem som hadde bestemt at blærekateter var nødvendig.

Kriterium 3- indikasjon for bruk av blærekateter

Audit viste at 89, 8 % (n=123) hadde dokumentert en eller flere årsaker for bruk av blærekateter. Retningslinjene beskriver ulike årsaker som egnede og upassende og årsaker som må vurderes med faglig skjønn (unntak) til kateterbruk. Dette ble kartlagt i praksis. Det var 116 (83,2 %) som hadde dokumentert egnede årsaker for bruk av blærekateter. Urinretensjon forekom hyppigst, hos 31 (22,6 %) pasienter. Uegnede årsaker forekom, hos 7 (5,1 %), i form av inkontinensstilstander. Retningslinjene åpner for bruk av skjønn knyttet til spesielle situasjoner. Audit viste at 9 (6,6 %) terminale pasienter og 3 (2,2 %) pasienter med store kontinensplager fikk lagt inn blærekateter. Hos 14 (10,2 %) ble det ikke dokumentert indikasjonsårsak. Tabell 4 gjør rede for de ulike årsakene som ble kartlagt i praksis.

Tabell 4: EGNEDE OG UPASSENDE ÅRSAKER TIL BRUK AV BLÆREKATETER DOKUMENTERT I PASIENTJOURNAL		
Diagnose (årsak)	Antall (n)	Prosent (%)
Urinretensjon (ret.)*	31	22,6
Urinret. + Observasjonsmetode*	10	7,3
Observasjon + terminal*/***	9	6,6
Observasjon*	9	6,6
Urinret. + inkontinens*/***	8	5,8
Inkontinens**	7	5,1
Urinret. + observasjonsmetode + terminal fase*	5	3,6
Urinret. + operasjon*	5	3,6
Sår i perineum eller sacrum*	4	2,9
Observasjonsmetode + immobilitetstilstand som følge av skade/sykdom + inkontinens*	3	2,2
Pasientens eget ønske + inkontinens ***	3	2,2
Urinretensjon + immobilitetstilstand som følge av skade/sykdom*	2	1,5
Operasjon + inkontinens*	2	1,5
Sår perineum eller sacrum + inkontinens*	2	1,5
Enkeltindivid med andre kombinasjoner av årsaker som vist ovenfor * + 1.pas for Urin Bactus + 1. pas. manglende personell til SIK **	23	16,8
Ikke dokumentert årsak/ukjent årsak**	14	10,2
Totalt	137	100

* Definert av retningslinjene som passende årsak

**** Definert av retningslinjene som upassende årsak**

*** Definert av retningslinjene som «unntak» eller mulighet for «skjønn»

5.0 Diskusjon

Audit viste at 16,5 % av pasientene ved sykehjemmene var brukere av blærekateter. Av disse pasientene fikk 63,5 % påvist symptomatisk UVI en eller flere ganger. Audit indikerte at sentrale tiltak knyttet til bruk av blærekateter var varierende. Resultat fra auditen indikerte at praksis lå nært opp til ønsket standard for indikasjonsårsaker for innleggelse av blærekateter. For kriteriene som handlet om ordinasjon av kateterinnleggelse og utredning for alternative metoder for å avhjelpe urindrenasje viste imidlertid auditen et større gap mellom praksis og anbefalingene gitt i retningslinjene.

Det var 16,5 % (n=137) av pasientene som bodde på sykehjemmene i den aktuelle tidsperioden som brukte eller hadde brukt blærekateter. Tilsvarende resultater er også funnet i andre studier. En retrospektiv studie utført i USA, over tre år, viste forekomst av kateterbruk på 18,1 % på sykehus (Fakih et al., 2012, s. 635). På sykehjem i USA er bruk av blærekateter anslått til 6 til 10 % (Wilde & Getliffe, 2008). Mine funn ligger mellom disse verdiene og viser dermed et samsvar med studiene.

5.1 Forekomst av UVI

En kjent og fryktet komplikasjon som følge av bruk av blærekateter er UVI (Maki & Tambyah, 2001). Symptomatisk UVI ble påvist en eller flere ganger for 63,5 % av de pasientene som hadde brukt eller brukte blærekateter i min studie. På landsbasis ligger estimert forekomst av UVI mellom 3-7,2 % (Bergman, Schøtt & Blix, 2011 ; Bucher et al., 2001 ; Kunnskapssenteret, 2012 ; Eriksen, Iversen & Aavitsland, 2003 ; Lauvrak, Norderhaug & Juvet, 2010). Andelen for mitt kvalitetsforbedringsprosjekt er høy. Årsaken kan være at jeg har registrert forekomst over en to årsperiode, og at frekvensen mellom 3-7,2 % er basert på prevalensmålinger. I USA er det vist at kateter assosiert urinveisinfeksjon er den vanligste nosokomiale infeksjon i sykehus og sykehjem (Fakih et al., 2012). Forekomst av UVI i sykehjem og sykehus, viser en andel helt opp til 40 %, som følge av kateter bruk (Maki & Tambyah, 2001 ; Chenoweth & Saint, 2011). Dette samsvarer med mine funn.

Forekomst av UVI er antagelig knyttet til bruk av blærekateter og som følge av institusjonalisering (Bucher et al., 2001; Jacobsen et al., 2008). Symptomatisk UVI

indikerer et behandlingsbehov (Lauvrak, Norderhaug & Juvet, 2010). Samtlige i min audit hadde fått behandling for symptomatisk UVI en eller flere ganger i løpet av datasamlingsperioden og følger dermed anbefalt praksis.

Årsaker til ulikheten mellom nasjonal og internasjonal forekomst av UVI kan være mange. For eksempel ser en ulik utvikling av resistens mot antibiotika (Maki & Tambyah, 2001 ; Høiby et al., 2008). En annen faktor som kan ha betydning er forskjeller innen populasjonene (Bucher et al., 2001). Faktorer som alder, kjønn og bruk av blærekateter kan ha påvirkning for forekomst av UVI (Lingaas, 2012). Eldre menn med forstørret prostata, eller pasienter med funksjonell og mental svekkelse er pasientgrupper med forhøyet risiko for UVI (ibid). Eldre har ofte dårlig ernæringsstatus, flere sykdommer og inkontinensstilstander som fører til dekontaminering av urinveiene fra avføring og inkontinens (Bucher et al., 2001). Bruk av kateter og bruk av antimikrobiell terapi kan også påvirke forekomst av UVI (ibid). Ulik tolkning av definisjon for urinveisinfeksjon kan også påvirke resultatene av forekomst av UVI (Luotonen Emblem et al., 2005). Videre arbeid for å forebygge og begrense forekomst av UVI er dermed viktig.

Forebygging av UVI er et viktig satsingsområde internasjonalt og nasjonalt (Hooton et al., 2009, s. 626 ; Trautner, 2010 ; Association for professionals in infection control and epidemiology, 2008 ; Kunnskapssenteret, 2012). Norge har gjort flere grep for å møte problemstillingen. Blant annet i Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner og antibiotikaresistens (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2008), og ved pasientsikkerhetskampanjen «I Trygge hender» (Kunnskapssenteret, 2012), Målsetningen for kampanjene er at antall infeksjoner i helseinstitusjoner skal reduseres, og at ingen pasienter skal ha UVI som følge av bruk av blærekateter (ibid). En slik tydelig nasjonal satsing viser at kvalitetsforbedrende tiltak kan bidra til å heve kvaliteten på pasientomsorgen. Tiltakene bør være forebyggende og målrettet for å bidra til bekjempelse av infeksjoner og andre påfølgende skader (Kunnskapssenteret, 2012). Erfaring fra tilsvarende kampanjer i elleve andre land har hatt effekt (ibid). Et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid er nødvendig for å holde infeksjonene på lavest mulig nivå, og for å forebygge unødig lidelse hos hver enkelt pasient (National Audit Office, 2004, part 4). Den høye forekomsten av UVI i min audit viser at dette gjelder også på lokalt plan.

5.2 Alternative metoder for urindrenasje

Audit viste at 45, 3 % av pasientene hadde blitt utredet for alternative drenasjemuligheter. Standard for kriteriet om alternative drenasjemetoder, var satt til 100 %. For sykehjemspasienter er behovet for bruk av permanent blærekateter oftere til stede på grunn av vedvarende skade eller kronisk sykdom (Kunnskapssenteret, 2012). Likevel er det viktig å vurdere om alternative drenasjemåter kan erstatte bruk av permanente blærekatetre. Spesielt bør alternative metoder diskuteres der sårbare eldre har inkontinensstilstander (Schnelle & Smith, 2001). Alternativ drenasje er fremhevet som et godt tiltak i de kunnskapsbaserte kliniske retningslinjene i min audit (Hooton et al., 2009, s. 627 ; Gould et al., 2009, s. 11). I denne auditen ble det vist til bruk av alternative drenasjemetoder som inkontinensbind, steril intermitterende kateterisering (SIK), suprapubis kateter og pyelostomikateter. Dette er metoder som kan være gode alternativer for urindrenasje (NICE, 2003; Gould et al., 2009)..

Funn fra denne auditen viste at 54,7 % ikke hadde fått vurdert alternativ til blærekateter. En større bevissthet bør derfor vies alternative metoder for urindrenasje. Alternativ som SIK kan være like effektive og føre til mindre sykkelighet hos visse pasientgrupper (Gould et al., 2009 ; Herter & Wallace Kazer, 2010). Det eksisterer imidlertid ulemper for alle drenasjealternativene, og det ideelle alternativ for inneliggende kateter finnes derfor ikke (Schnelle & Smith, 2001).

Grundigere undersøkelser må til for å finne et velegnet tilbud til pasienten (Gould et al., 2009). Spesialister innen urologi, gynekologi eller nevrologi kan bidra med forslag til andre alternative metoder som kan være til hjelp for pasienten (ibid).

Audit viste at 28, 5 % ble henvist til spesialist for sine vannlatingsplager. Disse vannlatingsplagene var ofte knyttet til diagnoser som gav besvær. Spesialistene kunne bidra med utredning som førte til alternative metoder til blærekateter. Alternative metoder kan være bruk av inkontinensbind og/eller farmakologiske intervensjoner, hjelp til atferdsmessige endringer eller kirurgiske tiltak (NICE, 2003). I noen tilfeller kan blærekateter likevel være det rette alternativet (Schnelle & Smith, 2001). Dette samsvarer med funn i denne auditen som viste at spesialistene i noen tilfeller vurderte pasientens problem til å være av den grad at pasienten burde ha blærekateter permanent. Legen sin rolle ved bruk av blærekateter er dermed viktig.

5.3 Ordinasjon

Audit avdekket at lege hadde ordinert innleggelse av blærekateter i 38,7 % av tilfellene og at 4,4 % av pasientene fikk blærekateter som følge av vurdering fra sykepleier. En kunnskapsbasert retningslinje anbefaler at innleggelse av blærekateter bør ordineres av lege i de fleste tilfeller (Hooton et al., 2009, s. 626). Standard for dette kriteriet var satt til 95 % i samsvar med retningslinjene (Hooton et al., 2009). Burgess (2011, s. 41), hevder at for å lykkes bør en sette seg realistiske mål for en akseptabel standard. Den lave innfrielsen av standarden kan tyde på at den var for høy.

Audit viste at praksis har et forbedringspotensial når det gjelder legen sin rolle til kateterbruken. Føringer fra nasjonalt plan sier at leger skal bruke profesjonell kunnskap basert på forskning som tiltak for heve kvaliteten på pasientarbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). De er også ansvarlige for å utføre handlinger som gir pasienten best mulig kvalitet på tjenestene. De må holde seg oppdatert ved systematisk søk, etterspørre og bruke relevant forskning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer fører til bruk av relevant forskning i den kliniske hverdagen. Retningslinjen anbefaler aktiv holdning knyttet til bruk av blærekateter (Hooton et al., 2009). Katetre kan bli brukt uriktig fordi legen ikke er klar over eller "glemmer" at pasienten bruker kateter (Saint, Lipsky & Goold, 2002). Faren med slike pasienttilfeller er at blærekatetrene blir liggende inne helt til kateterrelaterte komplikasjoner oppstår, eller at pasienten reiser fra institusjonen med blærekateteret liggende (ibid). Ved å være mer deltagende ved ordinasjon og bruk av blærekateter, kan legene bidra til å kvalitetssikre bruken av blærekatetre.

Funn fra audit viste at 4,4 % av pasientene fikk blærekateter som følge av vurdering av sykepleier. Sykepleieres handlingsfrihet til å legge inn blærekateter er en av årsakene til at standarden er satt til 95 %. Behov for blærekateter kan oppstå ved akutte situasjoner (Hooton et al., 2009). I akutte situasjoner må sykepleiere handle raskt, og har rett til å legge inn blærekateter etter egne vurderinger. Slike akutte situasjoner kan være for eksempel ved urinretensjon og blødning med koagler som kan hindre fri urindrenasje (Goold et al., 2009). Retten kan imidlertid misbrukes både av sykepleiere og leger. Bruk og vedlikehold av katetre kan skje fordi det er bekvemmelig for personalet (Saint, Lipsky & Goold, 2002). Dette skjer blant annet fordi blærekateteret kan eliminere behovet for skifte av våte klær eller sengetøy. Funn fra min audit viste to tilfeller der lege ordinerte lite egnede bruksområder for blærekateter. I det ene tilfellet skulle man ta

en bakterie undersøkelse av urin, og det andre tilfellet var begrunnet til manglende personell til å utføre SIK i helg. En standard satt til 95 % kan dermed være en svakhet, spesielt ved institusjoner som bruker blærekatetre som substitutt for sykepleien. Fordi standarden gir handlingsfrihet for personale som prioriterer egen komfort fremfor pasienten sitt beste. Standard var satt til 95 % for dette kriteriet. Audit viste at 56,9 % (n=78), ikke hadde noen skriftlig ordinasjon fra lege knyttet til kateter innleggelsen. Dette kan ha ulike årsaker. Av erfaring vet jeg at muntlig ordinasjon av kateterinnleggelse skjer i praksis og muntlig forordning kan være en av årsakene til at det ikke finnes skriftlig ordinasjon fra lege. Andre årsaker kan være at pasienten fikk blærekateter ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Manglende kommunikasjon mellom ulike institusjoner kan føre til at viktig informasjon går tapt og at kateter dermed kan bli liggende permanent (Shimoni, Z et al., 2012). Tidligere audit har vist at dette er et problem i praksis (Lomas, Howell - Jones & Nulty., 2008).

Alle funn knyttet til ordinasjon av lege for bruk av blærekateter, viser at det er rom for kvalitetsforbedring. Endringer bør skje på lokalt plan, men også vies interesse på nasjonalt plan. Nasjonal oppmerksomhet kan bidra til kvalitetsforbedring innen bruk av blærekateter på sykehjem. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje « I trygge hender» stiller spesifikke krav om å forebygge unødig bruk av blærekateter (Kunnskapssenteret, 2012). Dette innebærer at en utvikler en kultur for forbedring og felles læring for bruk av kriterier for innleggelse og bruk av blærekateter (ibid). Kampanjen viser at problemområdet først og fremst er et ansvar for personal på lokalt plan. En mer spesifikk føring fra sentralt hold i pasientsikkerhetskampanjen kunne imidlertid vært nyttig. Føringen burde spesifikt kreve at lege skal ordinere innleggelse av blærekateter i de fleste tilfellene. I tillegg til å ordinere bruk av blærekateter, kunne også leger bidra til å synliggjøre hva som er anbefalte indikasjonsårsaker for bruk av blærekateter i praksis.

5.4 Årsaker til innleggelse av blærekateter

Kunnskapsbaserte retningslinjer presiserer tydelig hvilke årsaker til bruk av blærekateter som er passende (Hooton et al., 2009, s. 635 ; Gould et al., 2009, s. 11). Passende årsaker var blant annet beskrevet som akutt urinretensjon eller obstruksjon av blære, kritisk sykdom, ved åpne sår i sakrum eller perineum for inkontinente pasienter, skade eller sykdom i lumbal, spinalregionen, eller ved brudd i bekken, og som tiltak for komfort i terminal fase. Jeg ønsket å undersøke hvilke årsaker sykehjemmene hadde for

bruk av blærekateter og om praksis vektla årsaker som var passende eller upassende for bruk av blærekateter.

Auditen viste at 89,8 % hadde dokumentert en eller flere årsaker til bruk av blærekateter. Funnet ligger nært opp til standard som var satt til 100 %. NICE (2003) retningslinjen anbefaler at en bør ha som mål at alle pasienter med permanente blærekatetre, skal få sitt kliniske behov for kateterisering vurdert og dokumentert. Passende årsaker for bruk av blærekateter ble identifisert for 83,2 % av pasientene. Uegne årsaker som inkontinensstilstander ble kartlagt hos 5,1 %. Inkontinensstilstander som krever bruk av blærekateter bør dokumenteres (Schnelle & Smith, 2001 ; Gould et al., 2009). Hvis ikke er det en risiko for at praksis tolkes til at blærekateter brukes som ett substitutt for sykepleien. Begrunnelser knyttet til bruk av blærekateter på grunn av inkontinensstilstander var vanskelig å identifisere. Kun to tilfeller for bruk av blærekateter som substitutt for sykepleie var dokumentert helt spesifikt. Disse ble utførlig beskrevet av lege. Selv om retningslinjene er klare på hvilke årsaker som er anbefalte er det rom for unntak i praksis. Unntak kan gjøres der pasienten er kritisk syk eller terminal, og kateteret er innlagt for å fremme komfort hos pasienten (Conway, 2011 ; Hooton et al., 2009). Kartleggingen viste at disse unntakene også forekom i min praksis, kateter ble innlagt for pasienter som var terminale og for pasienter som hadde så store inkontinensplager at de selv gav uttrykk om å få anlagt permanent kateter. Funnene viser at praksis varierer for disse pasientene. En standard satt til 100 % kan dermed urealistisk å oppnå. En lavere standard er derfor å anbefale. Forbedringspotensialet vises for andelen av pasienter som ikke hadde noen årsaker for bruk av blærekateter. Audit viste at dette var gjeldende for 10,2 %. Funnet viser at tiltak bør innføres for at alle skal ha en årsak som rettferdiggjør kateterbruken.

Auditen viste lav grad av oppfyllelse for kriteriene 1 og 2. For kriterium 3 vistes en høyere grad av oppfyllelse. Uheldig praksis kan brukes for læring og forslag til kvalitetsheving ble utformet.

5.5 Forslag til kvalitetsforbedringstiltak

Tidligere kvalitetsforbedringsarbeid har vist at implementering av råd fra kliniske retningslinjer kan ha effekt (Fakih et al., 2012). I 2009, ble det utført en implementering i USA for å redusere unødig bruk av blærekateter (ibid). I dette prosjektet ble råd fra retningslinjen til HICPAC brukt til å definere hensiktsmessig bruk av blærekateter (Gould et al., 2009). For å redusere bruken av blærekatetre ble det benyttet ulike strategier som bruk av «champions», seminarer, spesifikk utdanning og feedback (Fakih et al., 2012). Resultatet viste en nedgang i kateterbruken fra 18,1 % til 13,8 % og bruk av egnede indikasjonsårsaker økte fra 44,3 % til 57,6 % (ibid). Resultatet viser at målrettet implementering av råd fra kliniske retningslinjer ved hjelp av ulike strategier kan ha effekt. Retningslinjen som ble brukt i det amerikanske prosjektet er også brukt som retningsgivende i mitt prosjekt.

Kvalitetsforbedring er hovedfokus i auditen min. Audit sirkelen ble gjennomført til og med trinn 3b. Tiltak for å heve kvaliteten ble som nevnt innledningsvis ikke implementert i praksis. Resultatene fra denne auditen skal formidles til praksis ved undervisning og en skriftlig tilbakemelding (Flottorp et al., 2010; DiCenco et al, 2005). Bruk av klinisk audit i kombinasjon med feedback til praksisfeltet, kan bidra til endring og kvalitetsforbedring i praksis (Jamtvedt et al., 2010).

Videre i dette kapittelet presenteres forslag til praksis knyttet til bruk av blærekateter. Hensikten med disse tiltakene er å heve kvaliteten for bruk av blærekateter. Tiltak vil bli presentert i form av ulike strategier som kan implementeres samtidig. En kombinasjon av ulike implementeringsstrategier har nemlig bedre effekt enn ett enkelt tiltak (Prior, Guerin & Grimmer-Somers, 2008 ; Jamtvedt et al., 2010).

5.5.1 Innføring av administrative hjelpemidler

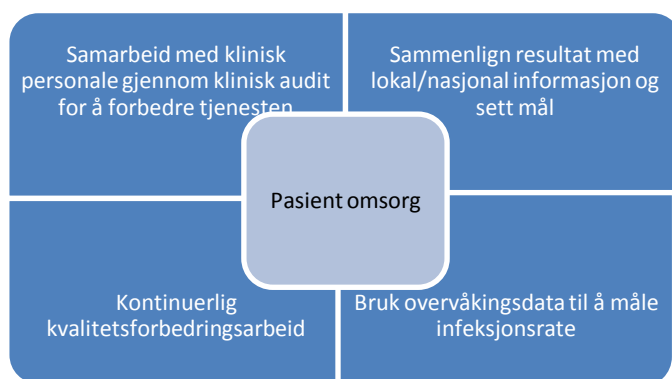
Audit av sykehjemmene viste at 63,5 % av de inkluderte pasientene hadde hatt symptomatisk UVI en eller flere ganger i løpet av datasamlingsperioden. I årene som kommer vil utfordringene knyttet til hvordan en skal håndtere kateter-assosiert UVI og bakterieuri bli enda større, spesielt for de gruppene som har et vedvarende behov for

permanent bruk av blærekateter (Trautner, 2010). Kvalitetsforbedringstiltak bør derfor innføres, enten som kvalitetsforbedringsprogram eller strategier for å få økt riktig bruk av blærekateter, da dette kan bidra til å redusere risikoen for kateterassosierte UVI (Gould et al., 2009). Kunnskapssenteret (2012) og Broek med flere (2011), hevder at tiltak for å redusere den totale bruken av blærekatetre kan føre til en nedgang i antall tilfeller av UVI og påfølgende alvorlige tilstander. Jeg vil derfor anbefale tiltak for å oppnå forbedret kvalitet ved å redusere forekomst av kateterbruk og på den måten bidra til å forebygge infeksjoner.

Teknologisk infrastruktur og verktøy kan bidra til kvalitetsforbedring (Kunnskapssenteret, 2012 ; National Audit Office, 2004). Aktiv bruk av påminnere i datasystemet anbefales. Bruk av påminnere har tidligere vist seg å føre til fjerning av unødige blærekateter og økt fokus på bruk av blærekatetre (Van den Broek et al., 2011 ; Meddings et al., 2010 ; Saint et al., 2009). Sykehjemmene som var involvert i min audit hadde etablert påminnere i journalsystemet, dette ble imidlertid ikke brukt ved kateterbruk, men heller som påminner for blodprøver. Når påminnere er tilgjengelig i institusjonene, letter dette implementeringen av bruken. På nasjonalt nivå bør implementering av påminnere være aktuelt å vurdere når nye journalsystem skal utvikles. Ensidige tiltak for å forbedre praksis er ikke å anbefale da dette kan ha mindre effekt enn kombinasjon av flere tiltak (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 197 ; Francke et al., 2008). Jeg vil derfor anbefale å bruke påminnere sammen med overvåkingsdata.

Overvåkingsdata kan bidra positivt i kvalitetsforbedringsarbeid, ved å synliggjøre forekomst av infeksjoner (National Audit Office, 2004, s. 33). Disse overvåkingsdataene bør være fra pasientgrupper eller enheter som er basert på regelmessig kateterbruk og den potensielle risikoen for kateterassosiert UVI. Dataene skal brukes til å gi viktig informasjon som har betydning for institusjonen, dette kan være infeksjonsrater, kostnader og pasient utfall (National Audit Office, 2004). Standardiserte metoder som prospektive data anbefales (Juthani-Metha et al., 2005). Aktuelle metoder for å overvåke disse infeksjonene kan være metoder som prevalensmålinger og insidensmålinger (NICE, 2003 ; Greenhalgt, 2010). Prevalensen beskriver forekomst på ett gitt tidspunkt, insidensmålinger beskriver antall nye tilfeller av en sykdom per år (Greenhalgt, 2010, s. 40). Målingene bør presenteres til de involverte i pasientomsorgen fordi større åpenhet rundt uheldig praksis, kan bidra til å forebygge uønsket praksis (Seddon & Buchanan, 2006).

Et annet viktig tiltak i kvalitetsforbedringsarbeid er å sammenligne egne data med nasjonale tall (Association for professionals in infection control and epidemiology, 2008). Hver enkelt institusjon bør sette seg mål om hva som er akseptabelt nivå eller standard for egen praksis (Burgess, 2011, s. 33). Dette gjelder både for antall brukere av blærekateter og forekomst av kateterassosiert UVI. Sammenligning av egne tall og nasjonale tall bør presenteres for praksisfeltet. Presentasjon av data kan føre til endringer i praksis og redusere infeksjonsrater (Association for professionals in infection control and epidemiology, 2008). Presentasjon bør utføres regelmessig (kvartal, årlig) til sykepleiere og andre som utfører klinisk pleie (NICE, 2003). En slik presentasjon av tallene kan skape felles fokus, og bidra til å motivere helsearbeidere til endring av egen praksis. Audit and feedback har vist seg nyttig spesielt der en kan påvise et gap mellom ønsket praksis og utført praksis (Flottorp et al., 2010 ; Jamtvedt et al., 2010). Regelmessig presentasjon kan endelig bidra til å skape kontinuitet i forbedringsarbeidet som hever kvaliteten av pasient omsorgen, vist i figur 6.



Figur 6. Overvåkingsdata til kvalitetsforbedringsarbeid basert på figur i National Audit Office (2004, s. 34).

5.5.2. Implementer kvalitetsforbedringsprogram for riktig bruk av blærekateter

Audit viste at kun 45,3 % hadde fått vurdert alternative metoder for urindrenasje. Slike resultat viser at for å fremme riktig bruk av blærekateter må tiltak iverksettes.

Målgruppen som arbeider med pasientgruppen bør involveres. Dette er viktig i kvalitetsforbedringsarbeid (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 212 ; Prior, Guerin & Grimmer-Somers, 2008). Involveringen kan skje ved å inkludere ressurspersoner. Personer med spesialkompetanse og som er en ressurs for andre kolleger (champions og opinionsledere) bør bidra med sin kunnskap ved undervisning av annet helsepersonell

(Fakih et al., 2012 ; Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 142-143). Audit viste manglende bruk av alternative metoder for urindrenasje. Undervisningen bør derfor ha som mål å styrke kompetansen til helsepersonell om alternativer til blærekateter. Blærekateter bør bare brukes når alle andre metoder for drenasje har vært ansett som upassende eller har mislyktes (Herter & Wallace Kazer, 2010). Kunnskap bidrar også til at helsepersonell tar raskere kontakt med lege for å diskutere bruk av blærekateter (ibid).

Organisering av undervisning, bør sørge for at alle som er involvert i pasientomsorgen blir inkludert (McNulty et al., 2006). Dette gjelder også legene, da audit viste at kun 38,7 % av kateter innleggelser ble ordinert av lege. Undervisningen bør inneholde en presentasjon av en diskrepans mellom praksis og krav til standard fra kunnskapsbaserte retningslinjer (Burgess, 2011). Resultatene fra denne auditen bør presenteres visuelt for praksis. I følge Burgess (2011, s. 75) er nemlig visuell presentasjon av resultat, der ytelsesnivå måles opp mot ønsket standard den beste måten å formidle resultatene på. Formidlingen kan skje ved plassering av postere der helsepersonell oppholder seg, eller ved muntlig presentasjon til personalet. Uansett presentasjonsform, bør den inneholde en tabell som summerer resultat i praksis sammen med ønsket standard. Dette kan være særs nyttig (ibid).

Internundervisning basert på funn i praksis kan stimulere helsearbeiderne, og skape grunnlag for faglige diskusjoner (Gould et al., 2009, s. 16 ; Burgess, 2011, s. 81). Denne auditen viste at upassende årsaker og ikke dokumenterte tilfeller for bruk av kateter, eksisterte i praksis. Undervisning kombinert med tilbakemeldinger og opplæring av ansatte kan øke bevisstheten om fordelene ved å redusere bruk av blærekateter (McNulty, 2009). Audit viste også at 89,8 % hadde en indikasjonsårsak for bruk av blærekateter. Av disse ble det vist at 83,2 % hadde årsaker som kunne betegnes som passende for blærekateter bruk. Undervisningen bør derfor fokusere på spesifikke krav til årsaker som legaliserer og ikke legaliserer bruk av blærekateter (Gould et al., 2009, s. 15). En komparativ studie viste at praksis ofte har en varierende tolkning av egnede årsaker til bruk av blærekateter (Shimoni. Z et al., 2012). Internundervisning kan forebygge slik tolking. Internundervisning bør kombineres med andre læringsformer som interaktivt gruppearbeid (Forsetlund et al., 2009).

Gruppe arbeid bør være interaktivt (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 191). I undervisningen skal gruppearbeidet fokusere på årsaker til bruk av blærekateter.

UroToday (2012), anbefaler at oppslag eller kort om opplysninger som omhandler årsaker til bruk av blærekateter deles ut til alle som er involvert i pasientomsorgen. Jeg vil derfor anbefale at personalet lager utkast, til laminerte oversiktsplansjer eller kort til å ha i lommen. Plansjene eller kortene skal fungere som en oversikt som beskriver passende og upassende indikasjonsårsaker. Indikasjonsårsakene skal baseres på råd fra forskning eller kliniske retningslinjer. Egnede kilder kan være nett basen Uro Today (2012), eller retningslinjer anbefalt av NICE eller GIN. Oversiktene skal fungere som en påminning om anbefalt praksis for bruk av blærekateter.

5.5.3. Tverrfaglig samarbeid knyttet til bruk av blærekateter

Kvalitetsforbedringstiltak bør være tverrfaglige. Tverrfagligheten bør være i form av samarbeid mellom ulike yrkesgrupper knyttet til pasientomsorgen, som leger, sykepleiere og ledere (Fakih et al., 2012). Samarbeidet skal vie oppmerksomheten mot problemområder og styrker bevisstheten om hvem som bruker blærekateter og hvorfor. Tidligere kvalitetsforbedringsarbeid har vist at økt oppmerksomhet, tverrfaglig samarbeid og bruk av lokale opinionsledere for å redusere bruk av blærekateter kan ha effekt (Van den Broek et al., 2011 ; Shimoni. Z et al., 2012 ; DiCenso et al., 2005, s. 189 ; Flodgren et al., 2011). Større oppmerksomhet viet pasienter som bruker blærekatetre anbefales. Dette innebærer av og til endring av daglige rutiner. Rutinene bør inneholde daglige møter om pasienter som bruker blærekatetre (Van der Broek et al., 2011). Helsepersonell med spesifikk kunnskap til blærekateter som spesialsykepleiere og leger bør inkluderes i kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse kan bidra i diskusjon og veiledning av helsepersonell som er knyttet til pasienter med blærekateter (Van den Broek et al., 2011; Fakih et al., 2012). Ressurspersonene kan også bidra til å styrke kompetansen til helsepersonell som bidrar i pasientomsorgen ved å fremme diskusjoner som trigger evaluering av kateterbruk (Fakih et al., 2012; Van den Broek et al., 2011). Daglig vurdering av kateterbruk og bruk av restriktive indikasjonsårsaker har vist redusert bruk av blærekatetre (Shimoni. Z et al., 2012).

5.5.4 Innføring av konkrete råd fra kunnskapsbaserte retningslinjer

Implementering av råd fra kliniske retningslinjer er en viktig del av en kvalitetsforbedringsprosess (Prior et al., 2008). I DiCenso et. al (2005, s. 50), vises det

til at mer enn ett tiltak må til for å skape forbedring. Et viktig tiltak i denne kliniske auditen er å redusere bruken av blærekatetre. Restriksjoner og anbefalinger fra kliniske retningslinjer bør dermed innføres i praksis. Disse bør inneholde klare krav til helsepersonell om at alle pasienter skal utredes med hensyn til andre aktuelle drenasjemetoder før en konkluderer med at blærekateter er det beste alternativet. Videre bør innleggelse av blærekateter i de fleste tilfellene være ordinert av lege, der kun passende indikasjonsårsak skal nyttes for innleggelse av blærekateter (Hooton et al., 2009 ; NICE, 2003 ; Gould et al., 2009). Slike spesifikke krav kan bidra til kvalitetsforbedring. En tidligere studie vurderte effekten av en målrettet implementering av anbefalinger fra en retningslinje. Resultatene viste en positiv utvikling i praksisfeltet i form av større etterlevelse av retningslinjen og reduserte kostnader knyttet til kateterbruk (Van den Broek et al., 2011).

5.6. Betydning av studien

Nasjonale satsinger har tydeliggjort viktigheten av å arbeide målrettet for å oppnå helsetjenester som er trygge, sikre og virkningsfulle (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I denne auditen ble det vist en diskrepans mellom reell praksis og ønsket standard. Dette er ikke enestående. En syntese av systematiske oversikter viser at gap mellom praksis og anbefalinger gitt av forskning forekommer (Prior et al., 2008). Mange faktorer kan hindre sykepleiere i å bruke forskning i praksis (Kajermo et al., 2010). Hyppigste rapporterte faktorer var manglende kunnskap om forskning, dernest at forskning ofte ble presentert på engelsk og at det var vanskelig å finne tid til innføring av nye tiltak. Videre ble det pekt på at sykepleiere ikke hadde nok autoritet til å forandre pasientbehandlingen, at statistiske analyser ikke var forståelige og endelig at relevant litteratur ikke var samlet ett sted (ibid).

Denne auditen og oppsummert forskning viser viktigheten av videre kvalitetsforbedringsarbeid. For å utøve større påvirkning på praksisfeltet kunne et overordnet tiltak være at en utarbeidet en egen nasjonal kunnskapsbasert retningslinje for bruk av blærekateter med påfølgende implementering. I dag finnes det flere retningslinjer som omhandler permanente blærekatetre (Grabe et al., 2010 ; Gould et al., 2009 ; Hooton et al., 2009 ; NICE, 2003 ; 2011). Disse er presentert på engelsk. Den

nye nasjonale retningslinjen burde være på norsk. Tema i retningslinjen burde vektlegge tema som utdanning av pasienten, deres pårørende og helsepersonell, vurdering av behovet for kateterisering, valg av alternativer metoder til kateter, innleggelsesteknikk, vedlikehold eller stell av permanente blærekateter samt forebygging av infeksjoner. Retningslinjen kunne påvirke kvaliteten av omsorgen som blir gitt til eldre med blærekateter. Konsekvent implementering av retningslinjer har vist reduksjon av upassende omsorg, økt klinisk effektivitet og bedre kontroll av utgifter knyttet til helsetjenester (Van den Broek et al., 2011 ; Prior, Guerin & Grimmer-Somers, 2008 ; Fakih et al., 2012).

5.7 Styrker og svakheter ved mastergradsprosjektet

I denne kliniske auditen ble det utarbeidet en plan som detaljert beskrev hvordan auditen skulle utføres. Metoden klinisk audit krever godt forarbeid for at kartleggingen skal bli valid (Burgess, 2011, s. 25; NICE, 2002, s. 10). Ledelsen på de tre sykehjemmene og deres fagmiljø bidro til å fremme prosjektet og var støttende og positive. Burges (2011, s. 26), hevder at en bør finne praksisområder som kan ha potensiale for forbedring i forberedelsesfasen. Disse faktorene gjorde at klinisk audit kunne gjennomføres og om mulig bidra til endring av praksis (NICE, 2002, s. 9).

Audit ble utført av en masterstudent. Lav profil på ressursbruk er en viktig faktor ved systematisk kvalitetsforbedringsarbeid (Grol, Wensing & Eccles, 2009, s 210). Likevel kan det være en svakhet at auditen stort sett ble gjennomført av en person. For å fremme samarbeid og tverrfaglig fokus har jeg underveis diskutert problemstillinger og resultat med flere personer, som systemansvarlig lege, urolog og fagutviklingssykepleier ved en urologisk sengepost, kolleger, medstudenter og veiledere. NICE (2002, s. 9) hevder at klinisk audit bør gjennomføres ved tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Diskusjonene som forekom tilførte denne kliniske auditen et nyansert og tverrfaglig fokus. Dette har betydning, fordi det forebygger en ensidig oppfatning og tolkning av problemstillingen og praksisfeltet.

Datasamlingen ble tilrettelagt av systemansvarlig lege. Sykehjemmene auditen skulle utføres i hadde felles elektronisk dokumentasjonssystem. Pasientdokumentasjon

beskrives som et egnet område for audit (NICE, 2003, section 3, s. 121).

Dokumentasjonssystemet var velegnet til å samle data fra og svært anvendelig å gjøre søk i, fordi man kunne søke både på ord og prosedyrer i teksten. Dette styrket dermed prosjektet. En svakhet ved datasamlingen kan være hvis personalet har nyttet andre begrep på blærekateter. For eksempel faguttrykket KAD. Dette kan føre til at pasientjournaler med dette faguttrykket har falt utenfor søket, og dermed ikke blitt inkludert i studien. Konsekvenser av dette er at en kan miste verdifull informasjon om praksis.

Kartleggingsverktøyet (vedlegg III), ble laget på bakgrunn av kunnskapsbaserte retningslinjer (Hooton et al., 2009 ; Gould et al., 2009 ; NICE, 2003) og auditverktøyet (vedlegg II). Evaluering har vist at auditverktøy oppfattes som nyttige fordi de var klare til bruk, sparte endel arbeid og at de var lette å bruke og tilpasse (MacLean Steel, O'Neill-Jones & Sutcliffe, 2011). Kartleggingsverktøyet ble kvalitetssikret av to personer. Kunnskapsgrunnlaget og kvalitetssikringen bidro til en detaljert og riktig beskrivelse av det som skulle kartlegges.

På bakgrunn av forskning, kunne jeg anta at det var få pasienter med langvarig kateterbruk (Bucher et al., 2001). For å få nok pasienter ble det derfor viktig å samle data over en lengre periode. Data i denne auditen ble samlet retrospektivt to år tilbake i tid. Fordelen med retrospektive studier er at en kan forsøke å trekke konklusjoner om samfunnsforhold eller fenomen i en gitt tidsperiode (Polit & Beck, 2008, s. 272-273). Styrken i dette kvalitetsforbedringsprosjektet ligger i utformingen av kriteriene. Benjamin (2008) understreker at kriteriene bør utformes på bakgrunn av retningslinjer av god kvalitet. Det bør ikke være for mange kriterier (Burgess, 2011). Derfor ble åtte kriterier utformet på bakgrunn av anbefalinger fra gode kunnskapsbaserte retningslinjer (Gould et al., 2009 ; Hooton et al., 2009 ; NICE, 2003).

Standard til de ulike kriteriene ble presentert av kunnskapsbaserte retningslinjene (Hooton et al., 2009 ; Gould et al., 2009 ; NICE, 2003). Standarden ble i tillegg vurdert av masterstudenten til å være på et akseptabelt nivå etter diskusjoner med urologiske fagpersoner. Dette er i tråd med anbefalinger fra Benjamin (2008, s. 1242). Burgess (2011, s. 41) sier at det å sette seg realistiske mål i form av en akseptabel standard, kan være en nøkkelfaktor for å komme til enighet i hvordan tjenesten skal ytes. Resultatene viste imidlertid at en lavere standard for noen av kriteriene kan være nyttig.

Dataene sin art og populasjonen var liten. Dette er faktorer som fører til at en ikke kan generalisere funnene (Bjørndal & Hofoss, 2004). Men for de involverte i sykehjemmene kan resultatene gi nyttige opplysninger om egen praksis. Resultatene kan bidra til videre kvalitetsarbeid.

Datasamlingen besto av kategoriske og kontinuerlige variabler. Dataene kan brukes til å beskrive fordeling i materialet og vise forekomst (Bjørndal & Hofoss, 2004). I en klinisk audit er det anbefalt at resultat skal presenteres enkelt og lettforståelig for klinikere som er involvert i kvalitetsforbedringsarbeid (Burgess, 2011). Slike data har derfor en funksjon i denne type arbeid. Det anbefales at en bruker egnede verktøyer som er tilpasset til å sammenligne praksis med standarder som er satt (Johannessen, 2008). Det ble derfor gjennomført enkle frekvensanalyser som beskrev antall og prosentandel.

Auditen gikk bare til og med trinn 3b. Spesifikke tiltak for å imøtekomme standard satt for de ulike kriteriene vil bli presentert for praksis både som en rapport og som seminar. Å overlate arbeidet midt i en kvalitetsforbedringsprosess kan være risikabelt fordi det kan føre til stopp i arbeidet. Dette audit prosjektet var imidlertid ønsket av ledelsen og oppfølgingsarbeidet vil bli gjennomført av lederne på de ulike sykehjemmene.

Alle funn i denne kliniske auditen bygger på funn hentet fra pasientdokumentasjon. Etter at datasamlingen var gjennomført gav NICE (2003) ut en oppgradering til sin retningslinje (NICE, 2011). Denne retningslinjen legger som før vekt på at dokumentasjonen bør gjøre rede for bakgrunnen for at pasienten skal ha kateter. I tillegg stilles utvidede spesifikke krav til dokumentasjon som pasientens individuelle egenskaper, preferanser og komfort fra tidligere kateterhistorie (ibid). Denne utvidede presiseringen kunne gitt en dypere innsikt i dokumentasjonspraksis for blærekateter i sykehjem, men ble altså ikke utført siden oppgraderingen ble utgitt etter at datasamlingen var gjennomført.

5.8 Forslag til fremtidige kvalitetsforbedringsarbeid og auditprosjekt

Av erfaring vet jeg at bruk og stell av blærekateter innebærer arbeid innen et fagområde med sammensatte momenter. Audit undersøkte praksis for deler av dette fagområdet. Retningslinjene påpeker imidlertid at en bør fokusere på flere områder som i figur 7, når

en skal yte god omsorg til pasienter med blærekateter og arbeide for å heve kvaliteten på helsetjenestene (Gould et al., 2009 ; Hooton et al., 2009 ; NICE, 2003).



Figur 7. Komponenter ved omsorg av blærekateter med høy kvalitet (Nazarko, 2009, s. 10).

Standardisert utdanning, trening på teknikk og kateter omsorg for nyansatte sykepleiere hatt effekt på pasientutfall og utgjør viktige arbeidsområder i kvalitetsforbedringsarbeid (Ribby, 2006). Videre bør kvalitetsforbedringsarbeid og kliniske audit vies tilleggskomponentene som ikke ble vurdert i denne auditen. Dette er områder som kartlegger og vurderer helsepersonellet sin praktiske utførelse knyttet til bruk av blærekateter (NICE, 2003).

Fokus på kvalitetsforbedring bør også vies oppmerksomhet på overordnet plan. For å lykkes med kvalitetsforbedring knyttet til bruk av blærekateter, fordrer det at en styrker samspillet mellom innovasjon, forskning, utdanning og tjenestene. Dette presiseres også i Stortingsmelding nummer 16 og NICE sin kunnskapsbaserte retningslinje (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b; NICE, 2003). Jeg mener at slik samspill setter et nasjonalt fokus på fagområdet. Denne type fokusering kan bidra til en tilfredsstillende standard for bruk og stell av blærekateter.

6.0 Konklusjon

Innledningsvis viser denne masteroppgaven hvilke føringer som ligger til grunn for fremtidens helsevesen. Krav til å utøve en kunnskapsbasert praksis er til stede. Ved hjelp av data fra pasientjournaler knyttet til tre ulike sykehjem og metoden klinisk audit ble det gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt som så på eldre på sykehjem med blærekateter. Audit identifiserte områder knyttet til dokumentasjon og bruk av blærekateter med rom for forbedring. Funn viser at dette spesielt gjelder legen sin ordinasjonspraksis for bruk av kateter, bruk av alternative urindrenasjemetoder og sentral dokumentasjon knyttet til bruk av blærekatetre. Flere ulike tiltak og råd basert på kunnskapsbaserte retningslinjer, tidligere kvalitetsforbedringsarbeid og forskning ble gitt til praksis. Tiltakene og rådene kunne bidra til å heve kvaliteten ved bruk av blærekateter på sykehjem. Ett kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid kan dermed bidra til en trygg, sikker og samordnet tjeneste for pasientene som bruker dette hjelpemidlet.

Litteraturliste

- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E. & Veierød, M. B. red. (2008) *Statistiske metoder i medising og helsefag*. 1. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Akselsen, P. E. & Ruths, S. (2008) *Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten*. Oslo, Helsedirektoratet & Antibiotikasenteret for primærmedisin [ASP].
- Ammentorp, J. & Rørmann, D. (2008) *Audit i sundhetsvæsenet: en håndbok om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis*. . København, Books on Demand.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet, kystdepartementet, F.-o., Landbruks- og matdepartementet, Miljøverndepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2008) *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012)*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Nedlastet 06.11.2011 fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Nasjonal%20strategi%20infeksjoner-antibiotikaresistens.pdf>
- Association for professionals in infection control and epidemiology (2008) *Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs). Developing and Applying Facility-Based Prevention Interventions in Acute and Long-Term Care Settings. I*, Association for professionals in infection control and epidemiology [APIC].
- Benjamin, A. (2008) THE COMPETENT NOVICE Audit: how to do it in practice. *BMJ* 2008;336:1241-5 [Internett], 336, s. 1241-1245. Tilgjengelig fra: <<http://www.bmj.com/content/336/7655/1241.full.pdf>> [Nedlastet 10.02.2011].
- Bergen kommune (01.09.2011 2011) *Samhandlingsreformen* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/tema/samhandlingsreformen>> [Nedlastet 10.10.2011].
- Bergman, J., Schøtt, J. & Blix, H. S. (2011) Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription? *BMS Geriatrics*, 11 (69), s. 6.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004) *STATISTIKK for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Brouwers, M., Stacey, D. & O Connor, A. (2009) Knowledge translation tools. I: Straus, S., Tetroe, J. & Graham, I. red. *Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice*. West Sussex, Blackwell Publishing Ltd. , s. 35-45.
- Bucher, A., Sorknes, N., Lundquist, K. & Rønning, K. (2001) Infeksjoner og antibiotikabehandling ved sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 7 (121), s. 827-830.
- Burgess, R. red. (2011) *NEW Principles of Best Practice in Clinical Audit*. 2. utg. Oxford. New York, Healthcare Quality Improvement Partnership. Radcliffe Publishing.

Chenoweth, C. E. & Saint, S. (2011) Urinary Tract Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 25 (1), s. 103-115.

Conway, J. Y. (2011) Urinary catheter use in end of life care. [Internett], 107, s. 5. Tilgjengelig fra: <<http://www.nursingtimes.net/home/clinical-specialisms/continence/urinary-catheter-use-in-end-of-life-care/5032942.article>> [Nedlastet 24 Juli].

Copeland, G. (2005) Practical Clinical Audit Handbook. I, NHS. The Clinical Governance Support Team

Courtesy, M. & McCutcheon, H. (2010) *Using evidence to guide nursing practice*. Chatswood, Churchill Livingstone/Elsevier.

Dailly, S. (2012) Auditing urinary catheter care. *Nursing Standard*, 26 (20), s. 35-40.

DiCenso, A., Ciliska, D., Dobbins, M. & Guyatt, G. (2005) Moving From Evidence to Action Using Clinical Practice Guidelines. I: Dicenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. red. *Evidence-Based Nursing. A Guide to Clinical Practice* Elsevier Mosby, s. 154 - 171.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence- Based Nursing. A Guide to Clinical Practice*. Elsevier Mosby.

Eriksen, H. M., Iversen, B. G. & Aavitsland, P. (2003) Prevalence of nosocomial infections in hospitals in Norway, 2002 and 2003. *Journal of Hospital Infection*, 60 (1), s. 40-45.

Fakih, M. G., Watson, S. R., Greene, T., Kennedy, E. H., Olmsted, R. N., Krein, S. L. & Saint, S. (2012) Reducing Inappropriate Urinary Catheter Use. A Statewide Effort [Internett], 172 (3), s. 255-260. Tilgjengelig fra: <<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/172/3/255>> [Nedlastet 31.03.2012].

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1992) A Provisional Instrument for Assessing Clinical Practice Guidelines. I: Lohr, K. N. & Field, M. J. red. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Washington, D.C, Division of Health Care Services INSTITUTE OF MEDICINE.

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J. & Eccles, M. P. (2011) Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Collaboration*,

Flottorp, S. A., Jamtvedt, G., Gibis, B. & McKee, M. (2010) Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. I: *The Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration* La Hulpe, 9-10 September 2010, WHO Regional Office for Europe. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Folkehelseintstituttet (2010) *Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og helseinstitusjoner for eldre (PIAH) – høsten 2010*. Smittevern. <http://www.fhi.no/dokumenter/f7f9262c4d.pdf>.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A. D. (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). [Internett], (2), s. 97. Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/pdf>> [Nedlastet 29.04.12].

Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E. & Mistiaen, P. (2008) Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8 (1), s. 38.

Fredriksen, A. (2002) *Kateterisering av de nedre urinveiene prosedyrehåndbok*. Oslo, Akribe Forlag.

Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A. & HICPAC (2009) *GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009*. Atlanta, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC].

Grabe, M., Bjerklund-Johansen, T. E., Botto, H., Çek, M., Nabe, K. G., Tenke, P. & Wagenlehner, F. (2010) Guidelines on Urological Infections 2010. I, European Association of Urology 2010.

Greenhalgt, T. red. (2010) *How to read a paper- the basics of evidence medicine*. 2010. utg. London, Wiley-Blackwell Ltd.

Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2009) *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Edinburgh, Elsevier Limited.

Hameed, A., Chinegwundoh, F. & Thwaini, A. (2010) Prevention of catheter-related urinary tract infections. *British Journal of Hospital Medicine*, 71 (3), s. 148-150, 151-152.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a) *Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle. Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo, Regjeringen. Nedlastet 06.11.2011 fra: https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/wp-content/uploads/2010/11/fremtidens_helsetjeneste_sammendrag.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. St.meld. nr. 16 (2010 - 2011). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet (2011 - 2015).

Helse - og omsorgsdepartementet. (2011) *Samhandlingsreformen*. Nedlastet 30.11.2011 fra: <<http://.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>>

Herter, R. & Wallace Kazer, M. (2010) Best Practice In Urinary Catheter. *Home Healthcare Nurse*, 28 (6), s. 342-349.

Hooton, M. T., Bradley, S. F., Cardenas, D. D., Colgan, R., Geerlings, S. E., Rice, J. C., Saint, S., Schaeffer, A. J., Tambayh, P. A., Tenke, P. & Nicolle, L. E. (2009) *Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter- Associated Urinary Tract Infection in Adults* International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America [IDSA]

Høiby, E. A., Vestrheim, D. F., Caugant, D. A. & Gammelsrud, K. W. (2008) Bakteriell resistens mot antibiotika. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 128, s. 2452-6.

Inelmen, E. M., Sergi, G. & Enzi, G. (2007) When are indwelling urinary catheters appropriate in elderly patients? *Geriatrics*, 62 (10), s. 18-22.

Jacobsen, S. M., Stickler, D. J., Mobley, H. L. T. & Shirliff, M. E. (2008) Complicated Catheter-Associated Urinary Tract Infections Due to *Escherichia coli* and *Proteus mirabilis*. *Clinical Microbiology Reviews*, 21 (1), s. 26-59.

Jahn P, Preuss M, Kernig A, Langer G & A, S.-H. (2009) Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults (Review).

[Internett], (1). Tilgjengelig fra:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004997.pub2/pdf/standard>>

Jahn, P., Preuss, M., Kernig, A., Langer, G. & Seifert-Huehmer, A. (2007) Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3). Tilgjengelig fra:

<<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004997/frame.html>>

Jamtvedt, Young JM, Kristoffersen, D., O'Brien, M. & Oxman, A. (2010) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review)

I: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010 utg., The Cochrane Library.

Johannessen, A. (2008) *Introduksjon til SPSS*. 3. utg. Oslo, Abstrakt forlag as.

Juthani-Metha, M., Drickamer, M. A., Towle, V., Zhang, Y., Tinetti, M. E. & Quagliarello, V. J. (2005) Nursing Home Practitioner Survey of Diagnostic Criteria for Urinary Tract Infections. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (11), s. 1986-1990.

Kajermo, K. N., Boström, A.-M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A. & Wallin, L. (2010) The BARRIERS scale -the barriers to research utilization scale: A systematic review.

[Internett], 5 (32), s. 22. Tilgjengelig fra:

<<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-32.pdf>>

Kunnskapssenteret (14.05.2008

2008) *Sjekkliste for faglige retningslinjer* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/2031.cms>> [Nedlastet 08.02.2011].

Kunnskapssenteret, N. e. f. p. (2012) I trygge hender. Nasjonal sikkerhetskampanje. Reduksjon av urinveisinfeksjoner relatert til blærekateter. I.

Lauvrak, V., Norderhaug, I. N. & Juvet, L. K. (2010) *Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner*. Oslo, Helsetjenesten, N. K. F. Nedlastet 28.04.2012 fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forebygging+av+kateterassosierte+urinveisinfeksjoner.11328.cms>

Lingaas, E. (2012) Urinveisinfeksjoner. I: 02.04 utg., Infeksjonskontroll- for et tryggere miljø.

Lomas, G., Howell - Jones, R. & Nulty., M. (2008) Identifying key factors that affect care home catheterisation rates: changing practice through audit. *Journal of Infection Prevention*, 10 (2), s. 66- 69.

Luotonen Emblem, E., [FSU], F., Høisæter, P. Å. & [NUF], O. B. red. (2005) *Nasjonale retningslinjer for helsepersonell ved bruk av Intermitterende Kateterisering – IK*.

MacLean Steel, K., O'Neill-Jones, E. & Sutcliffe, S. (2011) *NICE clinical audit survey report. NICE Clinical Audit Team survey of NICE audit tools*. Office, N. N. A. Nedlastet 24.04.12 fra: <http://www.nice.org.uk/media/883/58/NICEClinicalAuditSurveyReportFinal.pdf>

Maki, D. G. & Tambyah, P. A. (2001) Engineering Out the Risk for Infection with Urinary Catheters. *Emerging Infectious Disease*, 7 (2), s. 342-347.

McNulty, C. A. (2009) Reducing urinary catheter related infections in care homes: a review of the literature. *Journal of Infection Prevention*, 10 (2), s. 70-75

McNulty, J., Bowen, C., K., F., Gunn, E., Freeman, D. & Tompkins, T. (2006) Urinary catheterization in care homes for older people: self-reported questionnaire audit of catheter management by care home staff. *Journal of Hospital Infection*, 62 (1), s. 29-36.

Meddings, J., Rogers, M. A., Macy, M. & Saint, S. (2010) Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. *Oxford Journals*, 51, s. 550-559.

National Audit Office (2004) *Improving patient care by reducing the risk of hospital acquired infection: A progress report*. Common, H. O. Nedlastet 20.01.2012 fra: http://www.nao.org.uk/publications/0304/improving_patient_care.aspx

Nazarko, L. (2008) Reducing the risk of catheter-related urinary tract infection. *British Journal of Nursing*, 17 (16), s. 1002, 1004, 1006 passim.

Nazarko, L. (2009) Providing effective evidence-based catheter management. *British Journal of Nursing*, 18 (7), s. 4-12.

NICE (2002) *Best practice in clinical audit*. United Kingdom, Radcliffe Medical Press Ltd. National institute for clinical Excellence [NICE].

NICE (2003) Infection Control Prevention of healthcare-associated infections in primary and community care. I: United Kingdom, Radcliff Medical Press Ltd. National Institute for clinical Excellence [NICE].

NICE (2011) Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. . I: *artial update of NICE clinical guideline 2*. NICE clinical guideline DRAFT.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.

Pearson AM, A. & The Joanna Briggs Institute (2012) Encouraging and improving Best Practice for insertion and management of Indwelling Urethral Catheters for adult patients. I: October 4-6 utg., The Joanna Briggs Institute.

Pellowe, C. (2009) Using evidence-based guidelines to reduce catheter related urinary tract infections in England. *Journal of Infection Prevention*, 10 (2), s. 44-48.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Pratt & Pellowe (2010) Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22 (8), s. 25-29.

Prior, M., Guerin, M. & Grimmer-Somers, K. (2008) The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*, 14 (5), s. 888-97.

Ribby, K. (2006) Decreasing Urinary Tract Infections Through Staff Development, Outcomes, and Nursing Process. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (2), s. 194-198.

Røsvik, A. H. & Bjørnerud, T. (08.04.2008 2008) *Nettsteder med internasjonale retningslinjer* [Internett], Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Internasjonale%2bsamlinger>> [Nedlastet 10.12.2011].

Saint, S., Lipsky, B. A. & Goold, S. D. (2002) Indwelling Urinary Catheters: A One-Point Restraint? *Annals of Internal Medicine*, 137 (2), s. 125-127

Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, P. C. & Krein, S. L. (2009) Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Change. *Annals of Internal Medicine*, 150 (12), s. 877-885.

Schnelle, J. F. & Smith, R. L. (2001) Quality Indicators for the Management of Urinary Incontinence in Vulnerable Community-Dwelling Elders. *Annals of Internal Medicine*, 135 (8 (part 2)), s. 8.

Schumm K & TBL, L. (2010) Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults (Review). *The Cochrane Library*, (Issue 11), s. 45.

Seddon, M. & Buchanan, J. (2006) Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 3: achieving effective care through clinical audit. *Journal of the New Zealand Medical Association* [Internett], 119 (1239), s. 5. Tilgjengelig fra: <<http://journal.nzma.org.nz/journal/119-1239/2108/>> [Nedlastet 03.11.2011].

Seymour, C. (2006) Audit of catheter-associated UTI using silver alloy-coated Foley catheters. *British Journal of Nursing*, 15 (11), s. 598-603.

Shimoni, Z, Rodrig, J., Kamma, N. & From, P. (2012) Will more restrictive indications decrease rates of urinary catheterisation? An historical comparative study. *BMJ Open*, 2, s. 1-5.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005)...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten [2005-2015]*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *-og bedre skal det bli!: hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial-og helsedirektoratet. (2006)...*Og bedre skal det bli! Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet styrke utøveren i sosialtjenesten. Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak* Sosial- og helsedirektoratet. Nedlastet 20.11.2011 fra: [www.helsebiblioteket.no/ attachment/142784](http://www.helsebiblioteket.no/attachment/142784)

Strauss, A., Tetroe, J. & Graham, I. red. (2009) *Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice*. Ontario, Blackwell Publishing Ltd.

Tenke, P., Kovacs, B., Bjerklund-Johansen, T. E., Matsumoto, T., Tambyah, P. A. & Naber, K. (2008) European and Asian guidelines on management and prevention of catheter- associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents* 31, s. 68-78.

The AGREE Collaboration, S.-o. h. (2003) *EVALUERING AV FAGLIGE RETNINGSLINJER AGREE INSTRUMENTET*. Oslo, The AGREE Collaboration/ Sosial- og helsedirektoratet. Nedlastet 06.11.2011 fra: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/no.pdf>

Trautner, B. W. (2010) Management of Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). *PMC, National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM)*. , 23 (1), s. 76-82.

UroToday International journal (2012) CAUTI CHALLENGE Preventing Catheter Associated Urinary Tract Infections. I, UroToday International journal

Van den Broek, P., Wille, J. C., Van Benthem, B., Perenboom, R., Van den Akker-van Marle, M. E. & Niel-Weise, B. S. (2011) Urethral catheters: Can we reduce use? *BMC Urology*, 11 (10), s. 2-7.

WHO (2007) Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. I, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Wilde, M. H. & Getliffe, K. (2008) Urinary Catheter Care for Older Adults. [Internett], 14 (8). Tilgjengelig fra: <<http://www.annalsoflongtermcare.com/article/6051>> [Nedlastet August].

Er praksis i overenstemmelse med kunnskapsbaserte retningslinjer for dokumentasjon av blærekateter? En klinisk audit.

Is practice in accordance to evidence based guidelines for documenting the use of urinary catheter? A clinical audit.

Karianne Røssummoen Øyen

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis for helsefag

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Bergen

Artikkelen blir søkt publisert i tidsskriftet Sykepleien Forskning

Sammendrag

Bakgrunn: Blærekateter er et hyppig brukt hjelpemiddel hos eldre sykehjemsbeboere. På grunn av farene og plagene knyttet til kateterbruk, er god helsefaglig dokumentasjon nødvendig. Dokumentasjon er viktig for å kunne følge pasienten tilstrekkelig opp i den kliniske hverdagen. Kvalitetsvurderte kunnskapsbaserte retningslinjer understreker at dokumentasjonsinnholdet er vesentlig for både pasienten og omsorgsytterne. Likevel viser studier at pasientdokumentasjon i praksis kan variere.

Hensikt: Hensikten med prosjektet var å undersøke om praksis er i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer for dokumentasjon av blærekateter bruk i sykehjem.

Metode: Metoden klinisk audit ble brukt til å gjøre en kvantitativ retrospektiv undersøkelse av 137 elektroniske pasientjournaler ved tre sykehjem. Retningslinjer av god kvalitet ble brukt til å sette kriterier og standarder for praksis. Resultater fra praksis ble sammenlignet med fastsatte kriterier og standarder.

Resultat: Resultat fra audit viste at dokumentasjon for indikasjonsårsak for blærekateter forekom hos 89,8 % (standard 100 %). Dokumentasjon av type kateter, dato for innleggelse, seponering, bytte og drenasjesystem varierte og viste større avvik fra standard. Bruk av påminnere var nesten fraværende (standard 90 %).

Konklusjon: Kunnskapsbaserte retningslinjer understreker viktigheten av spesifikk dokumentasjon. Resultatene fra klinisk audit identifiserte en diskrepans mellom kunnskapsbaserte anbefalinger og utført dokumentasjonspraksis ved sykehjem. Flere sammensatte intervensjoner kan bidra til kvalitetsendringer i praksis.

Nøkkelord Klinisk audit, dokumentasjon, blærekateter, eldre og sykehjem

English summary

Background: Urinary catheter is an often used tool for elderly persons in nursing homes. Because of the dangers and annoyances connected to urinary catheter, it is necessary to have good health information. Documentation is crucial to provide best possible care for patients in clinical practice. Quality approved evidence based guidelines emphasizes that what is documented is crucial for both the patient and the care providers. However studies show that documentation in the practical field varies.

Objective: The aim of the project was to examine whether everyday practice is in accordance to evidence based guidelines for documentation of the use of urinary catheter in nursing homes.

Method: Clinical audit was used to make a quantitative retrospective examination of 137 electronic patient journals. Guidelines of good quality were used to set criteria's and standards for practice. Results from practice were compared to the established criteria's and standards.

Results: Results from the audit showed that documentation to indicate the cause of bladder catheter occurred in 89, 8 % (standard 100 %). While documentation of the type of catheter, date of admission, withdrawal, exchange and drainage system varied and showed greater deviation from the standard. Use of reminders was almost absent (default 90 %).

Conclusion: The results from the clinical audit identified a discrepancy between the evidence based recommendations and the procedures used in the nursing homes. This, despite how the knowledge based guidelines emphasizes the importance of specific documentation when using urinary catheter. Multifaceted interventions can contribute to quality improvements in practice.

Keywords: Clinical audit, documentation, urinary catheter, the elderly and nursing homes

Introduksjon

Betydningen av god kvalitet på helsetjenestene er fremhevet både internasjonalt og nasjonalt(1-3). Målsetningen i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring vektlegger at helsetjenestene skal være både virkningsfulle trygge og sikre (1). Kunnskapsbaserte kilder i form av kliniske retningslinjer kan bidra til å oppnå dette målet (4).

Kunnskapsbaserte retningslinjer er systematisk bygget opp og gir anbefalinger til praksis. Disse anbefalingene kan hjelpe klinikere til å ta hensiktsmessige avgjørelser, basert på trygge og sikre behandlingstiltak i spesifikke kliniske omstendigheter (ibid). Til tross for anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer, kan en likevel se at praksis varierer.

Ulike metoder kan brukes til kvalitetsforbedringsarbeid (5). Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode som søker å heve kvaliteten i form av en syklisk trinnvis prosess (6). Metoden er anbefalt for tema der en møter utfordringer i form av høye kostnader, stort volum eller stor risiko (7). I tillegg krever audit, retningslinjer av god kvalitet og at fagområdet skal ha rom for forbedring (7, 8, s. 13). I den trinnvise prosessen blir praksis systematisk vurdert opp mot eksplisitte kriterier fra kvalitetsvurdert forskning. Ved grunnlag for endringer i praksis, fremmes forslag til tiltak som kan bidra til økt kvalitet av helsetjenestene (ibid).

Bruk av blærekateter er et utfordrende fagområde fordi bruken kan føre til negative konsekvenser, spesielt for eldre pasienter i sykehjem (9-11). Urinveisinfeksjoner utgjør nesten halvparten av alle infeksjoner i sykehjem, med en prevalens på 3,3 % (12). Bruk av blærekateter over 7-10 dager medfører en økt risiko for alvorlige behandlingstrengende nosokomiale urinveisinfeksjoner, og er den vanligste årsaken til innleggelse fra sykehjem til sykehus (13-15).

Eksakt forekomst av bruk av blærekateter på norske sykehjem er vanskelig å fastslå. En studie viste at 3,9 % av 262 pasienter i ett sykehjem brukte blærekateter (16). En antar at en stor andel av urinveisinfeksjonene er assosiert med blærekateterbruk og reduksjon av unødige pasientskader har dermed blitt et nasjonalt satsingsområde (14).

Målsetningen med satsingsområdet er å oppnå reduksjon av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av blærekateter (ibid). Den nasjonale satsingen og bakgrunnstallene viser at fagområdet er viktig å gjøre kvalitetsforbedringstiltak i.

God kvalitet på omsorg til brukere av blærekateter innebærer tiltak på flere områder som dokumentasjon, katetervalg, vedlikehold, planlegging, seponering og reduksjon av bruk (17, s. 10). Kritisk holdning til bruk av blærekateter er viktig, og klare indikasjonsårsaker skal være grunnlaget for bruken (18). Dokumentasjon ved bruk av blærekateter blir dermed viktig. Effektiv kommunikasjon om pasientomsorg i dokumentasjon må være til stede og er en essensiell oppgave i omsorgsyirket (18-20). Til tross for teknologisk utvikling og investering i elektroniske dokumentasjonssystem siste årene, oppleves dokumentasjon som problematisk (20). Kvaliteten på tilgjengelig informasjon kan ha direkte innvirkning på utførelsen av sykepleien (21). God beskrivende informasjon om den enkelte pasient bidrar til at pasienten får en omsorg som er sikker, av god kvalitet og skaper kontinuitet (20). Kvalitetsheving kan skje i form av krav til dokumentasjonens innhold. Vesentlig informasjon om pasienten sin blærekateterbruk skal beskrives, som hvorfor pasienten har kateter og hvilke kateter som brukes (10, 18, 22).

God dokumentasjon kan i tillegg bidra med å synliggjøre pasienter med blærekateter. Ved å synliggjøre disse pasientene kan dermed helsepersonell utføre tiltak for å forebygge kateterrelaterte infeksjoner som å seponere kateteret så raskt som mulig (11, 14, 23). Dette forutsetter implementerte strukturerte elektroniske pasientjournaler eller forsvarlige rutiner som bidrar til minimal og riktig bruk av blærekatetre (10, 23-26). Dokumentasjon kan også brukes i kvalitetsforbedringsarbeid i form av målinger av forekomst av kateterbruk og kateterrelaterte infeksjoner (14). Studier anbefaler at tall som beskriver praksis bør publiseres for personalet på avdelingen for å bidra til interne kvalitetsforbedringstiltak og fremme læring (6, 27).

Denne studien ble iverksatt etter ønske fra ledelsen i en større kommune i Norge. Kommunen ville oppnå bedre helsehjelp og oppfølging av personer i sykehjem. Blærekateter på sykehjem var identifisert som et problemområde. Ledelsen ønsket derfor en nærmere kartlegging av dokumentasjonspraksis ved tre ulike sykehjem. Formålet med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å bruke metoden klinisk audit til å undersøke hvordan helsepersonell dokumenterte årsak og prosedyrer knyttet til bruk av blærekateter. Deretter skulle resultatene fra praksis sammenlignes med anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer av god kvalitet.

Gjennomføring av klinisk audit

Utvalg

Utvalget besto av alle pasienter over 65 år, som hadde brukt eller brukte permanent blærekateter i perioden 01.08.2009 – 01.08.2011. Alle pasienter under 65 år og pasienter som hadde brukt andre typer katetre ble ekskludert.

Kriterier og standard

Den trinnvise metoden klinisk audit ble nyttet, figur 8. Målet var å bidra til forbedring av dokumentasjon i pasientjournal til eldre med blærekateter ved sykehjem (trinn 1). Viktig dokumentasjon for bruk av blærekateter og tilhørende prosedyrer var presisert av kvalitetsvurderte kunnskapsbaserte retningslinjer av god kvalitet (10, 18, 27).

Anbefalingene bidro til kriterier for dokumentasjonspraksis (trinn 2). Standardene var satt av retningslinjene (ibid). Tabell 5, presenterer endelige kriterier og standarder som ble benyttet for å avdekke dokumentasjonspraksis ved bruk av blærekateter.

Kunnskapsbaserte retningslinjer ble funnet ved litteratursøk via Helsebiblioteket til internasjonale baser for kliniske retningslinjer, National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] og Guidelines International Network [GIN]. Søkordet «urinary catheterization» ble brukt (vedlegg I). Etter en manuell kvalitetsvurdering med AGREE-verktøyet ble tre kunnskapsbaserte retningslinjer valgt ut (10, 18, 27, 28).

Et kartleggingsverktøy ble utviklet på bakgrunn av kriteriene og standarden som var satt. Kartleggingsverktøyet ble testet av to mastergradsstudenter ved individuell gjennomgang av ti pasientjournaler. Resultatene ble sammenlignet og avdekket uklarheter i koding av variablene. Det ble derfor lagt til flere verdier for noen av variablene i det endelige kartleggingsverktøyet.

Journalssystemet var svært godt tilrettelagt for søk og sporing av informasjon og data. Kartleggingen ble gjort i form av en retrospektiv kvantitativ studie ved manuell gjennomgang av elektroniske pasientjournaler. Deretter ble kartleggingen av dokumentasjon av blærekateterbruk sammenlignet med kriterier og standarder (trinn 3a og b). Oppfyllelse av kriteriene og standarder ble tilslutt brukt til å beskrive hvilken dokumentasjonspraksis sykehjemmene hadde ved bruk av blærekateter hos eldre

sykehjemspasienter. Praksisfeltet fikk avslutningsvis råd om tiltak som kunne heve kvaliteten på dokumentasjon av blærekateter.

Etiske vurderinger

Prosjektet ble beskrevet som et kvalitetsforbedringsprosjekt. Kommunen hadde ikke eget personvernombud. En formell henvendelse ble dermed sendt til Helsedirektoratet, for å få nødvendig tillatelse til oppstart av prosjektet. Helsedirektoratet vurderte prosjektet som del av ett kvalitetsforbedringsprosjekt i sykehjem, og gav dermed tilgang til å arbeide med anonymiserte helseopplysninger. Prosjektet ble i tillegg forankret lokalt hos ledelsen i sykehjemmene og kommunaldirektøren i gjeldende kommune. Systemansvarlig lege anonymiserte pasientene i journalsystemet før datasamling.

Beskrivelse og analyse av data

Pasientkarakteristika ble beskrevet med prosent og standardavvik (SD) verdier for henholdsvis kategoriske og kontinuerlige variabler. Grad av oppfyllelse av auditkriteriene ble beskrevet med antall, prosentandel og 95 % konfidensintervall. SPSS versjon 19 ble nyttet for statistisk analyse av data.

Resultat

I datasamlingsperioden var det 137 (16,5 %) av pasientene (n=820) som hadde brukt eller brukte blærekateter. Av disse var 75 menn (54,7 %). Gjennomsnittsalder var 84 år (SD 7,35). Årsaker til blærekateter var dokumentert hos 123 (89,8 %) pasienter. Sentral dokumentasjon av blærekateter varierte. Type kateter var dokumentert hos 23 (16,8 %) pasienter. Dokumentert dato for innleggelse forekom hos 58 (42,3 %) av pasientene. Dokumentasjon for byttedato ble kartlagt hos 34 (24,8 %) av pasientene. Av de inkluderte hadde 45 (32,8 %) av pasientene dokumentert seponeringsdato. Dokumentasjon av type pose/ventil forekom ikke og bruk av påminnere var så å si ikke utført. Tabell 6, viser en varierende diskrepans mellom kriterier og standarder sammenlignet med utført praksis.

Diskusjon

Dokumentasjon fra auditen viste at viktige kateteropplysninger var manglende. Krav til standard av dokumentasjon viste diskrepans mellom utført praksis og anbefalt praksis. Opplysninger om årsak til blærekateter var godt dokumentert. Det var imidlertid varierende dokumentasjon av viktige opplysninger som type kateter, dato for innlegging, bytte og seponering, samt posesystem og ventil. Til tross for at det var mulig å legge inn elektroniske påminnere i dokumentasjonssystemet var disse manglende og samtlige områder hadde potensiale for forbedring.

Først og fremst viste resultatene fra auditen stor variasjon i dokumentasjon av viktige opplysninger. Resultatet var ikke overraskende da dokumentasjon av blærekateter ofte blir varierende utført (29-32). Dokumentasjonen må være nøyaktig med tanke på å oppnå kontinuitet, kvalitet og sikkerhet (19, 31). Dette innebærer å registrere hjelpen pasienten får på en presis og entydig måte. Spesielt er det viktig der mange klinikere er involverte, og ved skiftarbeid der flere deler ansvaret for pasientomsorgen (21, 33). Kvalitetsforbedringsarbeid knyttet til sykepleiedokumentasjon bør derfor ha fokus på nøyaktighet (19, 21).

Dokumentasjon av indikasjonsårsak viste at 89,8 % av pasientene hadde en eller flere årsaker beskrevet i sin journal som grunn til kateterbruk. Tidligere studie har vist en varierende tolkning av egnede årsaker for innleggelse av blærekateter, som ulik restriktivitet knyttet til urininkontinens (34). Blærekateter skal kun brukes når det er særskilte årsaker til det (27). I denne auditen var indikasjonsårsakene velbegrunnet og blærekateter ble i svært liten grad brukt som et substitutt for sykepleien. Den høye prosentandelen viste en praksis nært opp til ønsket standard.

Derimot viste analyse at dokumentasjon av katetervalg ikke var tilfredsstillende journalført. Type blærekateter ble kun dokumentert hos 16,8 % av pasientene. En studie viser at det er viktig å sikre en tilfredsstillende informasjonsflyt som har betydning for pasienten og omsorgsytterne (21). Ved gjennomgang av journal ble det påvist manglende informasjonsflyt. Beskrivelse i anamnese eller hovedkort anga ofte at pasienten brukte blærekateter, men i tekst ble det imidlertid beskrevet bruk av andre typer katetre som suprapubisk eller pyelostomikateter. Informasjonen stemte dermed ikke overens med det som sto innledningsvis og i løpende journal.

Viktigheten av å dokumentere katetertype henger sammen med at ulike katetre har ulike egenskaper. Dette er varierende egenskaper som brukervennlighet, komfort, materiale, størrelse, lumen, holdbarhet og sist men ikke minst kostnadseffektivitet (35-37). Valg av blærekateter kan dessuten påvirke kateterassosiert infeksjonsrate og relaterte komplikasjoner (36). I tillegg bør kateteregenskapene veies opp mot årsaken til pasienten sitt behov for urindrenasje. Dette innebærer hensyn til diagnose, aktivitetsnivå, evne til egenomsorg, tidsaspekt knyttet til hvor lenge pasienten skal bruke kateter og infeksjonsfare (17). God dokumentasjon av katetervalg er dermed viktig fordi det sikrer at pasienten får blærekateter tilpasset hans behov.

Innleggesdato for blærekateter var manglende dokumentert hos over halvparten av pasientene (42,3 %). Beskrivelser i epikriser kan tyde på at noen pasienter har fått anlagt blærekateter ved innleggelse i spesialisthelsetjenestene. Beskrivelser gav lite utfyllende informasjon om pasienten sitt blærekateterbruk. Audit har tidligere vist at kommunikasjon mellom ulike institusjoner kan være manglende (38). Sparsommelig informasjon kan føre til lite oversikt og usikkerhet for helsepersonell (20). Usikkerheten kan føre til spørsmål om videre plan for pasienten sin kateterbruk, som seponeringsdato eller skiftedato.

Journal viste at byttedato og seponeringsdato var sjeldent dokumentert (henholdsvis 28,4 % og 32,8 %). En kjent utfordring er å finne optimalt intervall for skifte av blærekateter. Entydige råd fra kunnskapsbaserte kilder er vanskelig å finne. Retningslinjene påpeker at skifte og seponering må sees i sammenheng med blant annet utstyrets holdbarhet (dato) og pasientklinikk som blokkering av systemet eller feber (10, 18, 27). Studier er derimot svært entydige om å seponere blærekateter så snart som mulig på grunn av infeksjonsfaren knyttet til kateterbruken (39-42). Regelmessig vurdering av pasienten sitt kliniske behov for blærekateterisering må dermed være til stede. Dette krever god dokumentasjon.

Dokumentasjon for hvilke posesystem eller ventil som var nyttet av helsepersonell var alltid omtalt som «pose». Retningslinjene anbefaler bruk av sterilt lukket system eller ventil for å forebygge urinveisinfeksjoner (10, 18, 27). Manglende spesifikk beskrivelse i journal førte til usikkerhet om hvilke praksis sykehjemmene har med hensyn til dette kriteriet. Tydelige krav til dokumentasjon av type pose eller ventil kan bidra til å synliggjøre og heve kvaliteten for denne praksisen.

Audit viste svært lite bruk av sykepleiebaserte eller elektroniske påminnere. Retningslinjene hevder at bruk av påminnere er viktige ressurser (10, 18). Påminnere kan brukes til ulike prosedyrer, som å synliggjøre kateterbrukere og som påminning til seponering og skifte av blærekateter. Sykepleiebaserte påminnere i dokumentasjon ble svært lite brukt, 0,7 %. I pasientjournal ble det derimot ofte henvist til en «huskeliste» på vaktrom for bytte eller seponering av kateter. Elektroniske påminnere var integrert i dokumentasjonssystemet og ble brukt til påminning i prosedyrer som måling av serumkonsentrasjoner i blod. Elektroniske påminnere ble imidlertid ikke benyttet i tilknytning til blærekateter. Når tilgjengelige ressurser ikke blir brukt, reiser det spørsmål om personalet vet om denne støtten, eller om de mener at det ikke er viktig å bruke denne ressursen. En systematisk oversikt og metaanalyse viste at bruk av påminnere om brukere av blærekateter og seponering av blærekateter hadde effekt (43). Antall dager med blærekateter ble redusert og førte til en nedgang av antall tilfeller med urinveisinfeksjoner (ibid). Bruk av påminner er dermed vist å være effektivt.

Implikasjoner for praksis

Audit viste at sykehjemmene ikke arbeidet i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer. Dette er i tråd med tidligere studier (32, 44, 45). Følgene av dokumentasjonspraksisen kan føre til at pasienter blir utsatt for unødig risiko som alvorlige urinveisinfeksjoner fordi kateteret blir liggende inne lenger enn nødvendig, eller at kateteret blir liggende inne etter at det er utgått på dato. Funn fra andre audits og studier har vist at behov for nøyaktig dokumentasjon knyttet til kateteromsorg er en viktig oppgave (17, 21, 29-31, 34-39, 44).

Anbefalinger for å oppnå en bedre dokumentasjonspraksis

Klinisk audit viste behov for flere tiltak med mål om å heve kvaliteten på dokumentasjonen. Effektive strategier har ofte flere komponenter, som aktivisering av klinikere gjennom undervisning, endringer av teknologisk infrastruktur og bruk av ulike verktøy kombinert med audit og feedback (46, 47).

Undervisning og utdanning er nødvendig for å lykkes med lokal implementering av retningslinjer av god kvalitet (48). Spesifikk opplæring av personale er viktig (49). Undervisningen skal sikre at personalet utfører pasientdokumentasjon ved bruk av blærekateter på en presis og entydig måte. Undervisningen bør gjelde personell både

med og uten formell kompetanse innen pleie og omsorg, dermed involveres alle som utfører omsorg knyttet til pasienter med blærekateter (44). Ulike metoder i undervisningen er å anbefale som kombinasjon av både praktiske, teoretiske og interaktive momenter, fordi dette har vist seg å være mest effektive (5, 50, 51). Målet med undervisningen er å presisere av hva som skal dokumenteres for at dokumentasjonen skal bli entydig og nøyaktig.

Undervisningen kan med fordel kombineres med innføring av andre tiltak som screeninglister eller sjekklister. Slike lister kan bidra til å fremme riktig bruk av blærekateter (52, 53). Implementering av sjekklister i praksis har hatt effekt i form av riktig bruk av kateter og stor vedvarende nedgang i bruk av det totale antallet katetre (31).

Kvalitetsforbedringsarbeid fordrer også en aktiv ledelse (7, 8). Ledere av kvalitetsforbedringsarbeid bør dermed undersøke nærmere hvilke faktorer som fører til manglende kvalitet på dokumentasjonen, og utføre målinger av hvordan faktorene har effekt på sykepleiepraksis og pasientutfall (33, 50). Videre bør lederne vurdere om dokumentasjonssystemet trenger endringer.

En oversiktsartikkel viste at strukturerte elektroniske pasientjournaler kan føre til raskere dataregistrering, høyere kvalitet, og bidra til notater som er egnet til klinisk bruk i dagliglivet (24). Strukturerte elektroniske pasientjournaler kan også bidra til forsvarlige rutiner som fører til minimal og riktig bruk av blærekatetre (23, 26). Et egnet system for dokumentasjon i pasientjournalen kan føre til at opplysninger lettere fylles ut (19). Dette systemet bør være tilgjengelig som standard format i datasamlingen og inneholde krav til dokumentasjon av årsak til innleggelse av blærekateter, type blærekateter, dato for innleggelse og seponering av blærekateter (ibid). Figur 9, viser hvordan standard format kan fremme viktig informasjon i dokumentasjonssystemet.

Teknologiske verktøy bør også innføres ved bruk av blærekateter. Bruk av påminnere og integrerte tilgjengelige sykepleieplaner kan bidra til sikker og kontinuerlig pasientomsorg (25, 43, 54). Sykepleieplanene kan ha effekt hvis en benytter seg av kvalitetsvurdert forskning som beslutningsgrunnlag (55). En systematisk oversikt viser at teknologisk infrastruktur og verktøy bidrar til å integrere kunnskapsstøtten direkte opp mot pasientopplysningene, personalet får dermed tilgang til anbefalinger av god kvalitet i dokumentasjonssystemet (56).

En systematisk oversikt viser at presentasjon av forekomst av kateterbruk og kateterrelaterte urinveisinfeksjoner kan virke stimulerende i kvalitetsforbedringsarbeid og bidra til sikker og effektiv pasientomsorg (56, 57). Presentasjonene bør gjelde både internt og på nasjonalt plan. Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» presiserer at det er viktig å utvikle en kultur for forbedring og felles læring (14).

Overvåkingsressurser som prevalens og insidensmålinger av urinveisinfeksjoner bør derfor tas i bruk for målinger i dokumentasjonssystemet (18, 58). Målbare variabler bør i tillegg brukes for å overvåke og evaluere kvaliteten på gitte områder, som for eksempel antall symptomatiske urinveisinfeksjoner knyttet til blærekateter (14).

Resultatene av de ulike målingene bør deretter presenteres regelmessig til sykepleiere og andre som utfører den kliniske pleien (23). Overvåkingsdata kan bidra positivt i kvalitetsforbedringsarbeid, ved å synliggjøre og tilføre åpenhet rundt uheldig praksis. Audit and feedback har vist seg nyttig spesielt der en kan påvise et gap mellom ønsket praksis og utført praksis (57, 59).

Konsekvenser for praksisplass og andre klinikere

Gjennom denne auditen fikk kommunen belyst områder som bør forbedres for å heve standarden av pasientdokumentasjon. Artikkelen belyser aktuelle tiltak som kan bidra med kvalitetsforbedring innen dokumentasjon av blærekateter.

En kan anta at funnene en gjorde i denne kliniske auditen ikke er enestående for denne kommunen. Studien kan bidra til å stimulere andre klinikere eller ledere i helsetjenesten til å kartlegge egen praksis. Metoden er egnet til å undersøke flere fagområder og kan dermed brukes i andre områder av helsevesenet.

Svakheter ved studien

Studien er forholdsvis liten og avdekker funn på bakgrunn av dokumentasjon i pasientjournal ved tre sykehjem. Dette er faktorer som kan føre til en ensidig tolkning av praksisfeltet. Likevel kan studien tilføre de involverte sykehjemmene nyttige opplysninger om egen praksis, og bidra til videre kvalitetsforbedringsarbeid.

Ubesvarte spørsmål og fremtidig forskning

Denne kliniske auditen og resultat fra andre studier viser at dokumentasjon innen helsevesenet fremdeles er utfordrende (21). Videre forskning bør dermed vies til dokumentasjonspraksis.

Konklusjon

Bruk av blærekateter er en kjent invasiv prosedyre i eldreomsorgen som kan føre til komplikasjoner for pasienten. Retningslinjer anbefaler at dokumentasjon bør inneholde momenter som bidrar til god og sikker pasientomsorg. I denne kliniske auditen ble det vist at dokumentasjon for årsaker til bruk av blærekateter var god. Dokumentasjon av andre sentrale opplysninger var derimot ikke i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer. Økt kunnskap ved opplæring i spesifikk dokumentasjon og bruk av tekniske ressurser kan føre til forbedret kvalitet av dokumentasjon.

Takksigelser:

En særskilt takk rettes systemansvarlig Magne Rekdal for anonymisering og for tilrettelegging av datasamling og søk i pasientjournaler. Videre rettes en stor takk til Bergen kommune for at jeg fikk utføre dette prosjektet.

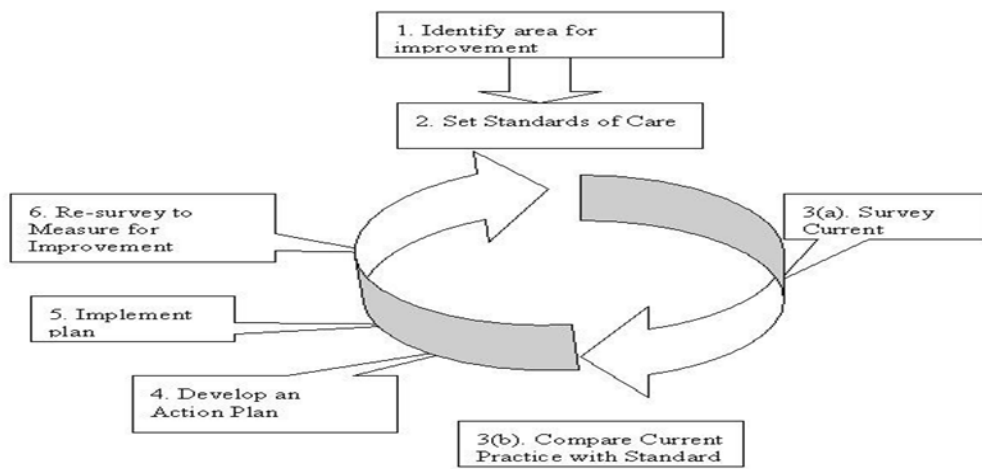
Litteraturliste

1. Sosial- og helsedirektoratet. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten [2005-2015]. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
2. WHO. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems.: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2007 [cited 2011 20.10.]. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (2011 - 2015); 2011.
4. Strauss A, Tetroe J, Graham I, editors. Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice. Ontario: Blackwell Publishing Ltd.; 2009.
5. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Edinburgh: Elsevier Limited; 2009.
6. Seddon M, Buchanan J. Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 3: achieving effective care through clinical audit. Journal of the New Zealand Medical Association [Internet]. 2006 03.11.2011; 119(1239):[5 p.]. Available from: <http://journal.nzma.org.nz/journal/119-1239/2108/>.
7. Burgess R, editor. NEW Principles of Best Practice in Clinical Audit. 2 ed. Oxford. New York: Healthcare Quality Improvement Partnership. Radcliffe Publishing; 2011.
8. NICE. Best practice in clinical audit. [NICE] NifcE, editor. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd. National institute for clinical Excellence [NICE]; 2002.
9. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Nabe KG, Tenke P, et al. Guidelines on Urological Infections 2010: European Association of Urology 2010; 2010. Available from: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Urological%20Infections%202010.pdf>.
10. Hooton MT, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter- Associated Urinary Tract Infection in Adults International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America [IDSA] 2009 Feb 01, 2010. 625- 63 p.
11. O'Donohue D, Winsor G, Gallagher R, Maughan J, Dooley K, J W. Issues for people living with long-term urinary catheters in the community. British Journal of Community Nursing. 2010;15(2):65-70.
12. Folkehelseinstituttet. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og helseinstitusjoner for eldre (PIAH) – høsten 2010. Folkehelseinstituttet, 2010 22.02.2011. Report No.: Contract No.: 2011.
13. Pellowe C. Reducing the risk of infection with indwelling urethral catheters 2009; 105(36):[1-7 pp.]. Available from: <http://www.nursingtimes.net/reducing-the-risk-of-infection-with-indwelling-urethral-catheters/5005830.article>.
14. I trygge hender. Nasjonal sikkerhetskampanje. Reduksjon av urinveisinfeksjoner relatert til blærekateter(2012).
15. Pratt, Pellowe. Good practice in management of patients with urethral catheters. Nursing Older People. 2010;22(8):25-9.
16. Bucher A, Sorknes N, Lundquist K, Rønning K. Infeksjoner og antibiotikabehandling ved sykehjem. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2001;7(121):827-30.
17. Nazarko L. Providing effective evidence-based catheter management. British Journal of Nursing. 2009;18(7):4-12.
18. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, HICPAC. GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009. Atlanta: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC]; 2009. 67 p.

19. Hadwen G. Nursing Record Systems/Documentation. Evidence Summaries 2010 23.01.2012:[3 p.]. Available from:
<http://search.proquest.com/docprintview/190648878?accountid=43225>.
20. Hegdøl K. Sykepleie- dokumentasjon: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2006.
21. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(9):1858-75.
22. NICE. Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. : NICE clinical guideline DRAFT; 2011. Available from:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12146/55308/55308.pdf>.
23. Pellowe C. Using evidence-based guidelines to reduce catheter related urinary tract infections in England. *Journal of Infection Prevention*. 2009;10(2):44-8.
24. Krüger K. Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2007;16(127):2090-3.
25. Crouzet J, Bertrand A, Venier AG, Bamdoz C, Husson C, Talon D. Control of the duration of urinary catheterization: impact on catheter-associated urinary tract infection. *Journal of Hospital Infection*. 2007;67:253-7.
26. Elpern EH, Killeen K, Ketchum A, Wiley A, Patel G, Lateef O, et al. Reducing Use of Indwelling Urinary Catheters and Associated Urinary Tract Infections. . *American Journal of Critical Care*. 2009;18(6):535-41; quiz 42. Epub 2009/11/032008/12/10.
27. NICE. Infection Control Prevention of healthcare-associated infections in primary and community care. United Kingdom: Radcliff Medical Press Ltd. National Institute for clinical Excellence [NICE]. 2003.
28. The AGREE Collaboration S-oh. EVALUERING AV FAGLIGE RETNINGSLINJER AGREE INSTRUMENTET. In: helsedirektoratet S-o, editor. juli 2003 ed. Oslo: The AGREE Collaboration/ Sosial- og helsedirektoratet; 2003. p. 24.
29. Brennan M-L, A. E. Why catheterize? : audit findings on the use of urinary catheters *British Journal of Nursing*. 2001;10(9):580 - 90.
30. Bhardwaj R, Pichard R, Rees J. Documented adherence to standards and guidelines: an audit *British Journal of Nursing*. 2010;19(18):26-30.
31. Gokula R, Smith M, Hicker J. Emergency room staff education and use of a urinary catheter indication sheet improves appropriate use of foley catheters. *American Journal of Infection Control*. 2007;35(9):589-93.
32. Conybeare A, Pathak S, Imam I. The quality of hospital records of urethral catheterisation. *The Royal College of Surgeons of England*. 2002;84:109-10.
33. Greenhalgt T, Toon P, Russel J, Wong G, Plumb L, Macfarlane F. Learning in practice. *British Medical Journal [BMJ]*. 2003;326:142-45.
34. Shimoni. Z, Rodrig J, Kamma N, Froom P. Will more restrictive indications decrease rates of urinary catheterisation? An historical comparative study. *BMJ Open*. 2012;2:1-5.
35. Schumm K, TBL L. Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults (Review). *The Cochrane Library*. 2010(Issue 11):45. Epub 23 May 2010.
36. Jahn P, Preuss M, Kernig A, Langer G, A S-H. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults (Review). [Internet]. 2009 [cited 2007 22 May]; (1). Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004997.pub2/pdf/standard>.
37. Nazarko L. Effective evidence-based catheter management: an update. *British Journal of Nursing*. 2010;19(15):48-95.
38. Lomas G, Jones R, Nulty M. Identifying key factors that affect care home catheterisation rates: changing practice through audit. *Journal of Infection Prevention* 2009;10(2):66-9.

39. Willson M, Wilde M, Webb M, Thompson D, Parker D, Harwood J, et al. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2009;36(2):137-54.
40. Huang W, Wann S, Lin S, Kunin CM, Kung M, Lin C, et al. Catheter-associated urinary tract infections in intensive care units can be reduced by prompting physicians to remove unnecessary catheters. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2004;25(11):974-8.
41. Akselsen PE, Ruths S. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet & Antibiotikasenteret for primærmedisin [ASP]; 2008. 217 s. p.
42. Tenke P, Kovacs B, Bjerklund-Johansen TE, Matsumoto T, Tambyah PA, Naber K. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2008;31:68-78.
43. Meddings J, Rogers MA, Macy M, Saint S. Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. *Oxford Journals*. 2010;51:550-9.
44. McNulty J, Bowen C, K. F, Gunn E, Freeman D, Tompkins T. Urinary catheterization in care homes for older people: self-reported questionnaire audit of catheter management by care home staff. *Journal of Hospital Infection*. 2006;62(1):29-36.
45. Griffiths P, Debbage S, Smith A. A comprehensive audit of nursing record keeping practice. *British Journal of Nursing*. 2007;16(21):1324-27.
46. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):888-97.
47. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008;8(1):38.
48. NICE. How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change: National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]; 2007. Available from: <http://www.nice.org.uk/media/D33/8D/Howtochangepractice1.pdf>.
49. Herter R, Wallace Kazer M. Best Practice In Urinary Catheter. *Home Healthcare Nurse*. 2010;28(6):342-9. Epub Juni.
50. Paans W, Nieweg, MB Roos., Van der Schans C, Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20:2386-403.
51. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review) 2009 29.04.12; (2):[97 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/pdf>.
52. Penfold P. UTI in patients with urethral catheters: an audit tool. *British Journal of Nursing [BJN]*. 1999;7(8):6.
53. Thomassen Ø, Espeland A, Sjøteland E, Lossius HM, Heltne JK, Brattebø G. Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (SJTREM)*. 2011;19(53):7. Epub 3 October.
54. Hadwen G. Nursing Record Systems/Documentation. Evidence Summaries -The Joanna Briggs Institute. 2010. Epub 08.02.
55. Kunnskapscenteret. Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Prosjektoppsummering. 2011 09. Report No.

56. Garg A, Adhikari N, McDonald H, Rosas-Arellano M, Devereaux P, Beyene J. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. 2005;293(10):1223-38.
57. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review) [database on the Internet]. The Cochrane Library. 2010 [cited 10.02.2011]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd000259.pdf>
58. Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B, Strand P. Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009 Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway, 2010 november. Report No.59. Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. The Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration 09.09.10 - 10.09. 10; La Hulpe, 9-10 September 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: WHO Regional Office for Europe. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. p. 54.



Figur 8. Modell for klinisk audit. Seddon & Buchanan, 2006, s. 3.

Tabell 5: Kriterier og standarder til klinisk audit

Nr.	Kriterier	Standard	Kilder
1	Indikasjonsårsak skal dokumenteres	100 %	Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009
2	Type urinkateter skal dokumenteres	100 %	NICE, 2003; Gould et al., 2009:
3	Dato for innlegging skal dokumenteres	100 %	Gould et al., 2009; NICE, 2003
4	Dato for skifte av blærekateter skal dokumenteres	100 %	Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009
5	Dato for seponering av blærekateter skal dokumenteres	100%	Hoon et al., 2009
6	Dreneringssystem, pose eller ventil skal dokumenteres	100 %	Hooton et al., 2009; NICE, 2003
7	Det bør brukes sykepleiebaserte eller elektroniske påminnere i dokumentasjonssystemet	90 %	Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009

Tabell 6: Dokumentasjonspraksis sammenlignet med anbefalinger fra retningslinjer

(N=137)

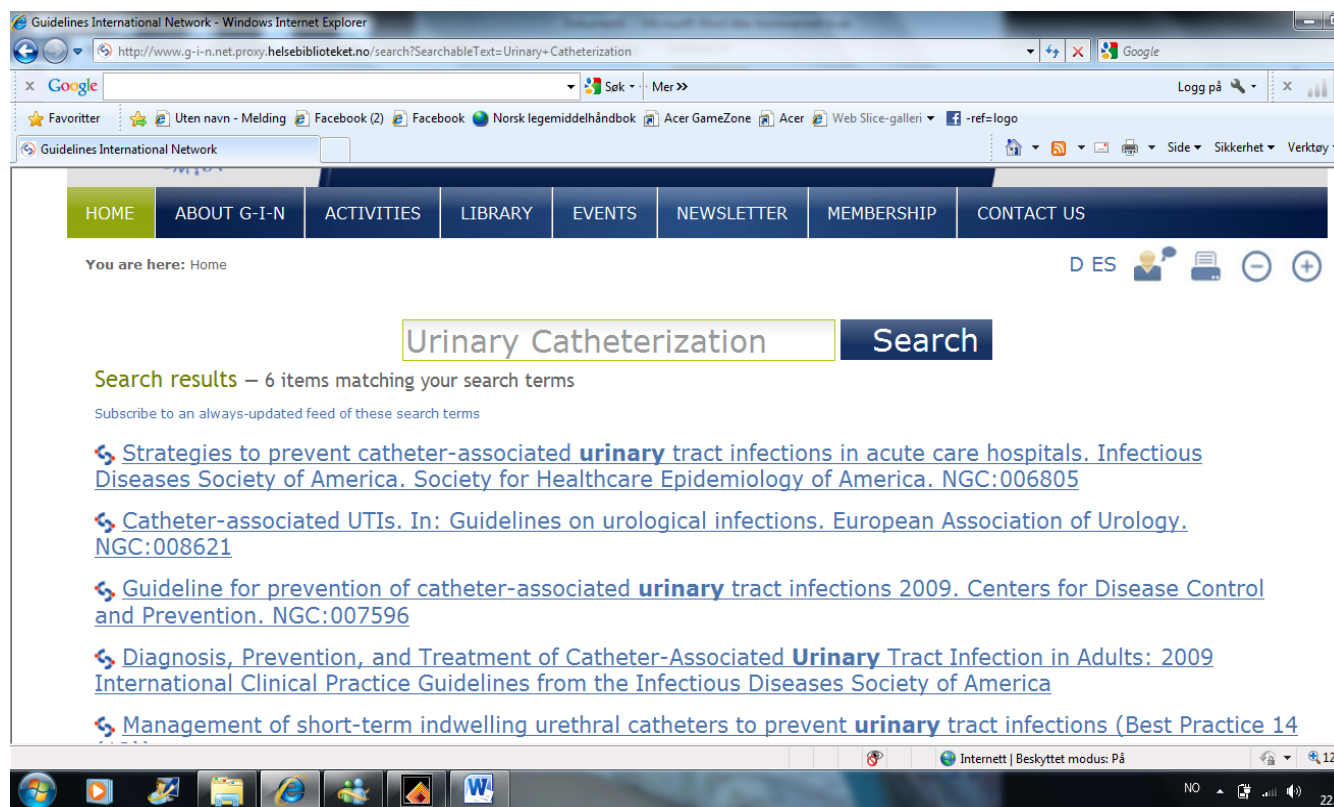
Kriterier til dokumentasjon	Standard (%)	Grad av oppfyllelse % (n)	Konfidensintervall 95 %
Indikasjonsårsak	100	89,8 (123)	87,7-94,9
Type kateter	100	16,8 (23)	10,2-23,4
Innleggesdato	100	42,3 (58)	33,6-50,4
Byttedato	100	24,8 (34)	17,5-32,1
Seponeringsdato	100	32,8 (45)	41,6-59,1
Sterilt lukket system/ventil	100	0	18,2-32,8
Sykepleiebasert påminnere	90	0,7 (1)	0,0-2,9
Elektronisk påminnere	90	0	-

SKJEMA FOR DOKUMENTASJON AV BLÆREKATETER		
1. Innleggelses dato: 2. Indikasjonsårsak: 3. Innleggelse ordinert av: 4. Innleggelse utført av (tittel/navn): 5. Bytte dato: 6. Seponeringsdato: 7. Aktivert påminnere ja/nei:		
Type kateter	<input type="checkbox"/> To veis foley kateter <input type="checkbox"/> To veis Silikonert foleykateter <input type="checkbox"/> To veis Silikonkateter <input type="checkbox"/> Annen type kateter:	Størrelse i Ch: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> Annen:..... Antall ml i ballong:

Figur 9. Eksempel på standardformat for dokumentasjon av blærekateter i pasientjournal

Søkestrategier:

Guidelines International Network [GIN]:



National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]:

The screenshot shows a web browser window displaying the NICE website. The address bar shows the URL: <http://publications.nice.org.uk/infection-control-cg2/guidance#care-of-patients-with-long-term-urinary-catheters>. The page header includes the NHS logo and the text "National Institute for Health and Clinical Excellence". Navigation links include "Home", "News", "Get involved", and "About NICE". A search bar is present with the text "Find guidance" and a dropdown menu showing "NICE Pathways", "Quality standards", "Into practice", and "QOF". The main content area features a large blue box with "CG2" and the title "Infection control: Prevention of healthcare-associated infection in primary and community care". Below the title, it states "Issued: June 2003" and "View implementation support and guidance summary". Navigation arrows for "Previous" and "Next" are visible. A "1 Guidance" section is highlighted, with "1.1 Standard principles" listed below it. On the right side, there is a "Table of contents" section with a "Select chapters to save or share" button. The table of contents includes "Important information about this guidance", "1 Guidance", and "2 Notes on the scope of the guidance". The browser's taskbar at the bottom shows the system tray with the date "22.02.2012" and time "09:45".

Auditverktøy

Alle pasienter

Kriterium 1	Alle pasienter skal ha vært utredet mht. andre aktuelle metoder for å avhjelpe pasienten med urindrenasje
Unntak	Ingen
	100 %
Standard	
Definisjon	Retningslinjene dekker voksne over 18 år som er knyttet til omsorg i sykehus eller sykehjem. Det finnes flere alternative måter å avhjelpe pasienter med urin på. Urinkateter skal legges inn kun når det er klar indikasjon for det (Hooton et al., 2009).
	Innleggelse av urinkateter skal være ordinert av lege
Kriterium 2	
Unntak	Ingen
Standard	95 %
Definisjoner	Bruk av urinkateter fører til en forhøyet risiko for alvorlige UVI. Det er derfor viktig at en lege ordinerer innleggelse av permanente urinkateter i de fleste tilfellene (Hooton et al., 2009;NICE, 2003).

Kriterium 3	Det skal dokumenteres indikasjon for innlegging av urinkateter
Unntak	Ingen
	100 %
Standard	
Definisjoner	<p>Institusjonen bør utvikle en liste over hensiktsmessige indikasjoner for innlegging av permanente urinkateter (Hooton et al., 2009).</p> <p><u>Eksempel egnede årsaker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutt urinretensjon • Ved alvorlig sykdom som en observasjonsmetode til å overvåke urinproduksjon • Sørge for komfort til pasienter terminal fase • Ved operasjon, • For å assistere ved heling av sår i sakrum eller perineum hos inkontinente pasienter • Ved enkelte immobilitetstilstander som skade/sykdom i lumbal eller spinalregionen. • Brudd i bekken. • Ved livets-slutfase • I enkelte tilfeller etter pasienten sitt eget ønske (Gould et al., 2009).

Eksempler på upassende bruk:

- Ett substitutt for sykepleie hvis pasienten er inkontinent
- Som et middel til å skaffe urin til dyrkning eller andre diagnostiske tester da pasienten kan frivillig delta (Gould et.al, 2009; NICE, 2003).

Kriterium 4	Det skal dokumenteres hvilke type kateter pasienten bruker
Unntak	Ingen
Standard	100 %
Definisjoner	En bør sikre at dokumentasjonen er tilgjengelig i pasientjournalen, det er foreslått at den registreres i standard format for datainnsamlingen og kvalitetsutviklingsformål. Dokumentasjon som kan spores elektronisk er å foretrekke (Gould et al., 2009; NICE, 2003).
Kriterium 5	Det skal dokumenteres dato for innleggelse av kateter
Unntak	Ingen
Standard	100 % (Gould et al., 2009; NICE, 2003).
Definisjoner	Dokumentasjon som kan spores elektronisk er å foretrekke (NICE, 2003)

Kriterium 6	Det skal være dokumentasjon på når en skal skifte kateter, eventuelt seponere kateter
Unntak	Ingen
Standard	100 %
Definisjoner	<p>Det finnes ingen entydig dokumentasjon når urinkateter bør skiftes. En bør der for vurdere dette på bakgrunn av utstyrets holdbarhet (dato) eller pasientklinikk (eks: blokkering av systemet, feber).</p> <p>Urinkateter bør seponeres så snart som mulig. Institusjonene bør ha påminnere enten sykepleiebaserte eller elektroniske for å redusere unødvendig bruk av urinkateter. Institusjonen bør også ha automatiske stopp ordrer for å redusere unødig kateter bruk (Goult et al., 2009; Hooton et al., 2009).</p>

Kriterium 7	Pasienten skal være koblet til ett sterilt lukket dreneringssystem eller ventil
Unntak	Ingen
Standard	100 %
Definisjoner	For å forebygge urinveisinfeksjon bør en nytte ett lukket sterilt dreneringssystem med en distal kateterventil for aspirasjon av urin. En kan også nytte ventil (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009; NICE, 2003).

Kriterium 8	Det skal være påminnere, sykepleiebaserte eller elektroniske påminnere om urinkateter og seponering i dokumentasjonssystemet.
Unntak	Ingen
Standard	90 %
Definisjoner	Institusjonene bør ha påminnere enten sykepleiebaserte eller elektroniske for å ha oversikten over pasienter som har urinkateter. Dette kan redusere unødvendig bruk av urinkateter. Institusjonen bør også ha automatiske stopp ordrer for å redusere unødig kateter bruk (Gould et al., 2009; Hooton et al., 2009).

Kartleggingsverktøy “bruk av urinkateter hos eldre i sykehjem”

Pas. ID _____

1, Kjønn:

- Mann
- Kvinne

2, Alder: _____ år

3, Sykehjem:

- A,
- B
- C.

4, Registrert bruk av urinkateter:

- Ja
- Nei

5, Dokumentert ordinasjon av lege for innleggelse av urinkateter?

- Ja
- Nei
- Ukjent

6, Diagnostisert symptomgivende UVI?

- Ja
- Nei

7. Dokumentert at pasienten permanent urinkateter som følge av akutt urinretensjon?

- Ja
- Nei
- Ukjent

8, Dokumentert om pasienten urinkateter som observasjonsmetode pga. alvorlig sykdom?

- Ja
- Nei
- Ukjent

9, Dokumentert om pasienten har permanent urinkateter som tiltak for komfort i terminal fase

- Ja
- Nei
- Ukjent

10, Dokumentert om pasienten permanent urinkateter som følge av operasjon

- Ja
- Nei
- Ukjent

11, Dokumentert om permanent urinkateter blir brukt som assistanse ved heling av sår i sakrum eller perineum hos inkontinent?

- Ja
- Nei
- Ukjent

12, Dokumentert om pasienten har permanent urinkateter som følge av immobilitetstilstander? (eks, skade/sykdom i lumbal eller spinalregionen)

- Ja
- Nei
- Ukjent

13, Dokumentert at pasienten har permanent urinkateter som følge av brudd i bekken

- Ja
- Nei
- Ukjent

14, Dokument innleggelse av permanent urinkateter som følge av pasienten sitt eget ønske

- Ja
- Nei
- Ukjent

15, Dokumentert at pasienten har permanent urinkateter pga. inkontinens

- Ja
- Nei
- Ukjent

16, Dokumentert at pasienten har permanent urinkateter for å skaffe urin til dyrkning eller andre diagnostiske tester der han frivillig kan delta

- Ja
- Nei
- Ukjent

17, Dokumentert henvisning til urolog pga. vannlatingsproblemer

- Ja
- Nei

18, Dokumentert henvisning til gynekolog pga. vannlatingsproblemer

- Ja
- Nei
- Ikke aktuelt (menn)

19, Dokumentert at det er nyttet andre metoder for urindrensasje? (SIK/RIK, pyelostomikateter, suprapububiskateter).

- Ja**
- Nei**

20, Dokumentert hvilke type urinkateter som nyttes?

- Ja**
- Nei**

21, Dokumentert dato for innleggelse av urinkateter

- Ja**
- Nei**

22, Dokumentert dato for bytte av urinkateter

- Ja**
- Nei**

23, Dokumentert dato for seponering av urinkateter?

- Ja**
- Nei**
- Ikke aktuelt (døende annen alvorlig tilstand).**

24, Dokumentert om pasientens urinkateter er koblet til ett sterilt lukket system, evt. Ventil

- Ja**
- Nei**
- Ukjent**

25, Registrerte innslag av elektroniske påminnere for bruk av urinkateter, og seponering av urinkateter

- Ja**
- Nei**

26, Registrert innslag av sykepleiebaserte påminnere for bruk av urinkateter og seponering i dokumentasjonssystemet

- Ja**
- Nei**

Støttedokument til variabelfil.

Kolonne (variabler) og utdypende kommentarer	Verdier
Pasient id. Registrerte pasienter ønskes nummerert slik at en ved behov for ytterligere opplysninger kan finne tilbake til rett pasient	Pasient nr. 1, 2, 3 osv..
1, Kjønn	Mann = 1, Kvinne = 2
2, Fødselsår	Fødselsår ønskes presentert i årstall (åååå)
3, Sykehjem Prosjektet inkluderer 3 sykehjem.	Sykehjemmene skal skilles ved at de nummeres som sykehjem A = 2, B = 8 eller C = 10
4, Urinkateter	Har pasienten, eller har han hatt urinkateter mellom 01.08.09-01.08.11 Svaralternativ Ja = 1, nei = 2
5, Innleggelse av urinkateter ordinert av lege	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, Nei = 2 Ukjent = 3
6, Diagnostisert symptomgivende UVI Eldre og brukere av permanente katetre har som regel bakterieuri, derfor defineres dette kriteriet på denne måten: Def: Symptomgivende UVI påvist >100.000 bakterier pr. ml i urinen, samtidig som brukeren har kliniske symptomer på urinveisinfeksjon med f.eks pollakisuri, dysuri, feber og illeluktende urin	Svaralternativ ønskes i følgende variabler: Ja = 1 (symptomgivende UVI iflg.def.), Svaralternativ nei = 2
7, Har pasienten permanent urinkateter som følge av akutt urinretensjon	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1, nei = 2, ukjent =3

8, Har pasienten urinkateter som observasjonsmetode pga. alvorlig sykdom	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1, nei = 2, ukjent = 3
9, Har pasienten permanent urinkateter som tiltak for komfort i terminal fase	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1, nei = 2, ukjent = 3
10, Har pasienten permanent urinkateter som følge av operasjon	Svar alternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1, nei = 2, ukjent = 3
11, Permanent urinkateter som assistanse ved heling av sår i sakrum eller perineum hos inkontinent pasient	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1 nei = 2, ukjent = 3
12, Har pasienten permanent urinkateter som følge av immobilitetstilstander (eks, skade/sykdom i lumbal eller spinalregionen)	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, ukjent =3
13, Permanent urinkateter som følge av brudd i bekken	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, ukjent = 3
14, Permanent urinkateter som følge av pasienten sitt eget ønske	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, ukjent = 3
15, Har pasienten permanent urinkateter pga. inkontinens	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja = 1, nei = 2, ukjent = 3
16, Har pasienten permanent urinkateter for å skaffe urin til dyrkning eller andre diagnostiske tester der han frivillig kan delta	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, ukjent = 3
17, Henvisning til urolog pga. vannlatnings-problemer	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2
18, Henvisning til gynekolog pga. vannlatingsproblemer	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, 3 = ikke aktuelt (menn)
19. Nyttet andre metoder for urindrenasje	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av Ja=1, Nei = 2

(SIK/RIK, p-kateter, suprapub.kateter).	
20, Dokumentert hvilke type urinkateter som nyttes	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2
21, Dokumentert dato for innleggelse av urinkateter	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2

22, Dokumentert dato for bytte av urinkateter	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2
23, Dokumentert dato for seponering av urinkateter	Svaralternativ ønskes fremstilt i form av: Ja =1, nei = 2, 3 = ikke aktuelt (døende annen alvorlig tilstand).
24, Dokumentert om pasientens urinkateter er koblet til ett sterilt lukket system, evt. ventil	Ja = 1, nei= 2, ukjent =3
25, Registrerte innslag av elektroniske påminnere for bruk av urinkateter, og seponering av urinkateter	Ja = 1, nei =
26, Registrert innslag av sykepleiebaserte påminnere for bruk av urinkateter og seponering i dokumentasjonssystemet	Ja = 1, nei = 2

Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert
praksis
v/Birgitte Graverholt
Postboks 7030

Deres ref.: e-post 10.05.2011
Saksbehandler: PEHAU
Vår ref.: 11/3500
Dato: 08.06.2011

5020 BERGEN

Lovtolking - diverse helselover - bruk av masterprosjekter på høyskole i interne prosjekter om kvalitetsforbedring i sykehjem

1. Innledning

Det vises til e-post datert 10. mai 2010. Det vises også til telefonsamtale 13. mai 2011 med Birgitte Graverholt på Senter for kunnskapsbasert praksis på Høgskolen i Bergen (HiB).

HiB har fått en henvendelse fra tre sykehjem i Bergen kommune, som ønsker å gjennomføre interne kvalitetsforbedringsprosjekter, men som ikke har ressurser eller kompetanse til å gjøre dette på egen hånd. Sykehjemmene har derfor kontaktet HiB og spurt om noen av disse prosjektene kan utføres som mastergradsoppgaver ved høyskolen.

Dette har høyskolen sagt seg villig til. Det er planlagt gjennomført fire masteroppgaver, og alle fire studentene skal hente ut faktaopplysninger fra alle sykehjemmene til bruk i arbeidet med masteroppgavene. Høgskolen har vært i kontakt med REK Vest og Datatilsynet, for å få avklart hvilke offentlige tillatelser som er nødvendige før prosjektene startes.

I telefonsamtale med Birgitte Graverholt den 13. mai 2011 ble det opplyst at det fra REK Vest er gitt beskjed om at prosjektet ikke anses søknadspliktig etter helseforskningsloven. Det ble videre opplyst at det fra Datatilsynet er gitt uttrykk for at saken burde tas opp med Helsedirektoratet, siden den dreier seg om leveranse av tjenester fra ekstern leverandør til bruk for gjennomføring av interne kvalitetsforbedringsprosjekter i helseinstitusjoner.

2. Internkontrollplikt

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf kommunehelsetjenestelovens § 1-3 a. Mer detaljerte regler om dette finnes i

internkontrollforskriften (FOR-2002-12-20-1731), jf særlig forskriftens § 4 andre ledd litra g. Internkontrollplikten gjelder også kommunale helseinstitusjoner, for eksempel sykehjem, jf forskriftens § 2.

Det kan diskuteres om dette internkontrollarbeidet generelt, og kvalitetsforbedringsprosjekter spesielt, skal utføres av helseinstitusjonen selv, eller om de tjenester som må utføres i den forbindelse, helt eller delvis, kan utføres av andre, for eksempel av en høyskole, slik man tenker seg i aktuelle sak.

I kommunehelsetjenestelovens § 1-3 tredje ledd er det bestemt at kommunen kan organisere de tjenestene som er nevnt i første og andre ledd i bestemmelsen ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1. Det er bare ett unntak fra denne friheten til å organisere arbeidet, ved at det er bestemt at kommunen ikke kan inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning, jf § 1-3 fjerde ledd.

Helsedirektoratet tolker loven slik at det ikke er noe forbud mot bruk av eksterne tjenesteleverandører til prosjekter som i aktuelle sak.

3. Taushetsplikt

Etter det som ble opplyst i telefonsamtalen den 13. mai 2011 skal masterstudentene bare arbeide med anonymiserte helseopplysninger.

Med anonyme helseopplysninger menes opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkelt person. Det kan være vanskelig å vite hvilke opplysninger som må fjernes for at den opplysningene angår ikke skal kunne knyttes til opplysningene. Er det kun en av pasientene som er tidligere gruvearbeider, hjelper det lite å fjerne navn og fødselsnummer. Mange vil likevel kunne vite hvem det er. Dersom opplysningen derimot kan knyttes til fire – fem personer, vil en kunne føle seg trygg på at opplysningene er anonymiserte.

Det følger av helsepersonellovens § 23, nr 3 at taushetsplikt ikke er til hinder for at *”opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt”*.

På denne bakgrunn ser Helsedirektoratet det slik at lovgivningen om taushetsplikt ikke er til hinder for at masterstudenter kan arbeide med anonymiserte helseopplysninger som del av kvalitetsutviklingsprosjektet i sykehjem.

4. Konklusjon

Taushetsplikten ikke er til hinder for at masterstudenter kan arbeide med anonymiserte helseopplysninger som del av kvalitetsutviklingsprosjektet i sykehjem, jf helsepersonelloven § 23, nr 3.

Vennlig hilsen

Kristin Cordt-Hansen e.f.

avdelingsdirektør

Per Haugum
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi;

1. Datatilsynet. Postboks 8177 Dep 0034 OSLO
2. REK Vest, Universitetet i Bergen, Medisinsk fakultet, postboks 7804, 5020 BERGEN
3. Helsetilsynet i Hordaland, Kaigaten 9, 5020 BERGEN



BERGEN KOMMUNE

HELSEVERNETATEN
Bontelsho 87, 5003 Bergen
Postboks 7700, 5220 Bergen
Telefon 57 00 5213
Seksjonssjef@bergen.kommune.no
www.bergen.kommune.no/helsevernetaten
postmottak.helse.sosial@bergen.kommune.no
www.bergen.kommune.no

Høgskolen i Bergen - Senter for kunnskapsbasert praksis

Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		200818128-18 NSNY	SARK-07	29. august 2011

Ledelsesforankring av mastergradsprosjekter

Det vises til henvendelser, sist av 23.august, med søknad om å få gjennomføre fire kvalitetsforbedringsprosjekter i 3 sykehjem i Bergen. Prosjektene skal gjennomføres av studenter ved mastergradsstudiet Kunnskapsbasert praksis i helsefag. Vi er informert om at Helsedirektoratet har godkjent at masterstudenter kan arbeide med anonymiserte helseopplysninger som del av kvalitetsutviklingsprosjekt i sykehjem.

Bergen kommune er positiv til at utdanning- og forskningssinstitusjoner bidrar til forskning og fagutvikling i den kommunale eldreomsorgen. Kommunaldirektøren gir med dette sin tillatelse til å gjennomføre de aktuelle prosjektene, og ser fram til nyttige analyser og anbefalinger som kan forbedre tjenestene på hele sykehjemssektoren i Bergen kommune.

Med vennlig hilsen

Finn Strand
kommunaldirektør

Nina Solberg Nygaard
Seksjonssjef

Kopi: Etatssjef Karl Henrik Nicolajsen
Sykehjemsoverlege Torbjørg Åmdal
IKT-kordinator Bjørn Eivind Berge