

A3 Förbättrad diuretikabehandling på medicinavdelning 1/HIA (hjärtintensivavdelning) Växjö

Rickard Lindahl, ST-läkare, Medicinkliniken

Datum 251113

Utvecklingsområde

Effekten av diuretikabehandling på ineliggande patienter med dekompenenserad hjärtsvikt behöver kunna utvärderas. För detta krävs bland annat god mätning av patienters vätskebalans (mätning av urinproduktion och vätskeintag).

Vad vill vi uppnå?

Mer fullständig och snabbare urvätskning av patienter med dekompenenserad hjärtsvikt på medicinavdelning 1 och HIA i Växjö.

Syfte och bakgrund

En av de vanligaste slutenvårdspatienter vi har på avdelning 1 och HIA är dekompenenserade (≈översvätskade) hjärtsviktspatienter. En grundpelare i omhändertagandet av dessa är diuretikabehandling för att få dem i en normaliserad vätskebalans (euvolemi).

Patienter med dekompenenserad hjärtsvikt som får en adekvat diuretikabehandling och är euvolema vid utskrivning har bättre prognos och mindre risk för återinläggning⁽¹⁻²⁾.

För att kunna justera doser och utvärdera effekt krävs data om olika kliniska parametrar där mätning och registrering av vätskebalans är en av de viktigaste.

Att få detta att fungera väl på avdelning har inneburit en utmaning under lång tid. Registreringar missas relativt ofta att genomföras och det som rapporteras är ibland ofullständigt och svårtolkat. Tillgängliga data är också underutnyttjad i läkargruppens arbete.

Möjliga lösningar

Ökad kunskap hos avdelningspersonal om vikten av vätskebalansmätning och vad informationen används till. Upprepade korta föreläsningar hölls för att så många som möjligt skulle nås av informationen.

Strukturerad uppföljning/utvärdering av diuretikabehandling enligt schema.

Information till läkare om upptitrering och utvärdering av diuretikadoser.

Ny mall i Cosmic för ordination av diuretika.

Ansvarig

Rickard Lindahl är ansvarig för att informera och införa dessa rutiner. Anna Fredriksson (sektionsansvarig sjuksköterska på avdelning 1) och Therese Johansson (undersköterska) har varit behjälplig som bollplank och med återkoppling inför föreläsning på avdelning.

Olle Bergström, sektionsansvarig läkare och Anton Hoffman, ST-läkare har varit behjälplig i uppföljning och även för att diskutera idéer inför och under projektets gång.

Tidplan

Information till läkare och avdelningspersonal genomfördes vecka 3, 2024. De nya rutinerna och utvärdering startades från och med vecka 4, 2024. Utvärderingsperioden löpte 12 veckor framåt.

Jämförelseperioden är motsvarande tid år 2023.

Nuläge, behov och analys

Det kan vara svårt att få till vätskebalansregistrering på avdelningar även om det ordinerats tydligt vid rond. Efter diskussion med flera professioner framkommer olika tankar kring vad detta beror på. Erfaren omvårdnadspersonal är generellt medvetna om vikten av att mätningar görs men anger en hög arbetsbelastning och bristande rutiner som orsak till att det inte alltid blir gjort. Personalomsättningen är hög på våra avdelningar och nya kollegor vanligt förekommande. Detta medför många nya och mindre erfarna kollegor i omvårdnadsgruppen. Dessa kan behöva mer kunskap och förståelse inom området. Det framkommer också att omvårdnadspersonal inte alltid uppfattar att den registrerade vätskebalansen nyttjas till något konkret. Detta skulle kunna göra dem mindre benägna att lägga tid på att mäta och registrera vätskebalans. Det faktum att många av våra patienter är äldre, sköra och inte alltid kan medverka till mätning är också en försvårande faktor.

Vilka resultat har ni sett efter testerna?

Antal återinläggningar har minskat från 6 till 2 stycken mellan år 2023 och 2024 under mätperioden. Data har hämtats ur *Qlikview* genom att sortera på slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos hjärtsvikt (ICD10-kod - I50.XX) och som sedermera haft ytterligare ett vårdtillfälle inom 30 dagar med samma huvuddiagnos. Totala antalet patienter respektive år är 58 (2023) och 60 stycken (2024). Medelvårdtiden har under samma period minskat från 6,9 till 6,0 dygn givet samma urvalskriterier som ovan.

Enligt mätningarna har då både antalet återinläggningar och medelvårdtiden minskat efter projektets initiering jämfört med samma period året innan. Dels är det statistiska underlaget för att dra några långtgående slutsatser av siffrorna begränsad och kan mycket väl bero på slump mer än något annat. Vid samtal med avdelningspersonal så upplevdes initialt en positiv förändring men som relativt snabbt (inom veckor) avtog och sedermera försvann. En bidragande orsak var troligen att specialistläkarbemanningen på avdelningen (under projektperioden) i ensak bestod av hyrläkare samt att ingen följde upp och utvärderade veckovis. Eftersom jag som ST-läkare hade placering på andra avdelningar och mottagningar kunde jag inte vara på plats under perioden i någon större omfattning. Jag hade inte heller delegerat ansvar till någon eller några utvalda personer för att följa upp och påminna om projektet.

A. Samla ihop och gå vidare

Det behövs en bättre kollektiv kännedom och gemensam strävan för att bättre registrera och använda vätskebalansen som ett redskap för att optimera diuretikabehandling.

B. Mål och mått

Målet är att genom förbättrad diuretikabehandling ge mer euvolema patienter. En effekt som vi förhoppningsvis kan mäta i minskad återinläggningsfrekvens och vårdtid.

Efter testerna – vad blir ert nästa steg?

Det var länge sedan projektet genomfördes och arbetsgruppen i allmänhet men i synnerhet jag själv har dragit många lärdomar av förbättringsprojektet. En är att fysisk närvaro är viktig för att aktivt kunna jobba med förändringsprocess och implementering. Går inte detta att göra själv är det viktigt att tydligt delegera ansvaret. En annan insikt är att om den specialistansvarige läkaren på en avdelning inte tillhör hemkliniken utan består i hyrläkare som varierar från vecka till vecka så blir den här typen av förbättringsarbete svårt att genomföra. Vår strävan i läkarkollegiet kan då inte nyttjas fullt för att gemensamt driva förändringsfrågor.

Det finns funderingar på att återuppta arbetet då jag fysiskt kommer vara mer tillgänglig på medicinavdelning 1/HIA under våren. Inför detta bör då möte med avdelningschefer planeras för att diskutera hur detta bäst genomförs.

1. {Ambrosy et al., 2013 #111263}

2. {Brisco et al., 2016 #24976}