

får god vård? Vilken kvalitet finns när det gäller personalutbildning? Det finns metoder där kvalitetsaspekter kan omfattas av produktivitetmätningar. En sådan är »data envelopment analysis» (DEA) [10].

En verksamhetsuppföljning inriktad på åtgärder är något som på klinisk nivå borde kunna användas till jämförelser och analyser över tiden.

Genom att synliggöra den egna klinikkens prestationer i förhållande till befintliga resurser från år till år kan klinikkens utveckling analyseras och förbättringsområden identifieras. Genom att dessutom jämföra den egna klinikkens resurser, prestationer, organisation, kvalitet och behandlingspraxis med andra liknande klinikers, kan säkert ytterligare områden för förbättringar identifieras. Finns det andra som med samma resurser producerar mer med högre kvalitet? Kan vi lära av andras förbättringsarbete och omorganisering? Politiker och cheftjänstemän borde i större utsträckning kunna använda verksamhetsuppföljningen inte enbart för att ställa krav på effektivisering utan också för att i vissa fall medge resursförstärkning. För att uppföljningen ska kunna användas på dessa olika sätt krävs förmodligen mer information om själva vårdprocessen samt utveckling av bättre kvalitetsmått.

Referenser

1. Barnmedicinsk vård 1988: jämförande studie grundad på försök med verksamhetsberättelse för barnmedicinska kliniker. Stockholm: Spri, 1990.
2. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1994. Stockholm: Spri, 1995.
3. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1995. Stockholm: Spri, 1997.
4. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1996. Stockholm: Spri, 1997.
5. Verksamhetsberättelse för barnmedicin. Stockholm: Spri, 1993. Spri rapport 367.
6. Finnström O, Kjellman B, Lyckeus C, Nyberg L, Svensson E. En studie av barnsjukvård med tonvikt på slutna barnmedicinska vård baserad på officiell statistik 1970–81. Stockholm: Socialstyrelsen, 1984. PM 69.
7. Finnström O. Stora skillnader över landet – är dessa motiverade? Vårdresurser och vårdutnyttjande inom barnmedicin. Incitement 1994; 3: 26–30.
8. Eckerlund I, Håkansson S, Svensson H. Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: ett uppdrag från HSU 2000. Stockholm: Spri, 1994. Spri rapport 374.
9. Murray R, Lundvall O, Hallerby N, i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB) och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Kvalitets- och produktivitetutveckling i sjukvården 1960–1992: rapport till ESO, expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Finansdepartementet, 1994. Rapport 1994:22.
10. Grönqvist E, Andersson BL, Åhgren B. Stora eller små sjukhus: har det någon betydelse för produktiviteten? Stockholm: Spri, 1997. Spri rapport 462.

Antikoagulantiasköterska – en ny subspecialitet?

Hög tid för en ny och viktig utbildning

Under hösten 1997 genomföres vid Vårdhögskolan i Göteborg den första delen av en 10-poängsutbildning för sjuksköterskor/biomedicinska analytiker som arbetar med antikoagulantia-behandling. Utbildningen har fallit mycket väl ut och rekommenderas till andra regioner.

Behandling med antivitamin K (AVK)-medel är effektiv när det gäller att förebygga blodpropp, men risken för blödningskomplikationer är välkänd. För acceptabel säkerhet krävs regelbunden kontroll av behandlingen. På många sjukhus handläggs detta via en »AK-mottagning», som sköts av specialutbildade sjuksköterskor/biomedicinska analytiker (»AK-sköterskor») i samråd med ansvarig läkare.

Idag behandlas ca 0,8 procent av befolkningen med AVK-medel [antikoagulantiaregistret 1997]. Behandling av djup ventrombos har under 1990-talet alltmer polikliniserats och på många sjukhus blivit en del av AK-mottagningarnas verksamhet [1, 2].

Våren 1996 arrangerades ett möte med AK-sköterskorna från de olika sjukhusen i Västra regionen. Det framkom att det fanns ett starkt önskemål och behov av en strukturerad utbildning för AK-sköterskorna.

Vi beslutade då att en kurs skulle anordnas vid Vårdhögskolan i Göteborg under 1997.

5-poängskurs första steg i subspecialistutbildning

Kursen hade deltagare från Visby, Eskilstuna, Sollefteå samt från alla sjukhus i vår region. Undervisningen, som var på 5 poäng och förlagd till fredagar varannan vecka på Vårdhögskolan i Göteborg, avslutades med examensarbeten som presenterades i seminarieform.

Examensarbetena behandlade behovet av dokumentation, patientutbildning och information, poliklinisk trombosbehandling, behandling med kompressionsstrumpa samt ett flertal

»checklistor» för rapportering från vårdavdelningar/öppenvård avseende AVK-behandlade patienter.

Landets AK-mottagningar har olika strukturer

De flesta deltagare hade lång erfarenhet av att arbeta på en AK-mottagning, men det fanns även deltagare som gick kursen för att de just skulle starta verksamhet på sitt sjukhus. En enkät bland deltagarna visade att arbetsförhållandena på de 15 olika mottagningarna skilde sig åt när det gällde bemanning, antal patienter/sköterska, doseringsdelegering och läkartillgång. Antalet patienter som handläggs via de olika mottagningarna varierade från Sahlgrenska 3 600 patienter till den minsta vid Vårdcentralen i Ulricehamn med ca 75 patienter. Mottagningen i Ulricehamn är datoriserad och utgör en del av ett projekt med utremittering av AVK-behandlade patienter till vårdcentralerna inom Borås lasarets upptagningsområde.

Vid 14/15 centra har AK-sköterskorna delegation att självständigt dosera, men vid fyra av dessa kontrasignerade läkaren innan AK-brevet skickades ut, och på en mottagning doserade läkaren helt själv. Det var vanligt att en eller två läkare hade huvudansvaret för verksamheten. Svaret på frågan huruvida trombosbehandling polikliniserats eller inte skilde sig starkt mellan de olika enheterna. Vissa sjukhus (5/15) hade ännu inte infört poliklinisering av trombos-

Författare

DICK STOCKELBERG

med dr, överläkare, kursledare för antikoagulantia-kursen, hematologisektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

LENNART STIGENDAL

överläkare, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

HENRY ERIKSSON

docent, överläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg. ▶

ANNONS

Minimikrav på en AK-mottagning

- Muntlig och skriftlig information till alla nya patienter skall ske på AK-mottagningen.
- Rutiner för när patienten skall telefonkontaktas.
- Rutiner för när patienten skall avsluta sin behandling.
- Det skall alltid finnas en patientansvarig läkare för varje patient.
- Det skall finnas minst en heltids AK-sköterska/100 000 i befolkningsunderlag.
- Det skall finnas minst två specialutbildade AK-sköterskor vid varje mottagning.
- Det skall finnas en ansvarig läkare för verksamheten.
- Det skall ske revision av indikationer minst en gång/år.
- Rutiner för uppföljning av patient som uteblir.
- Rutiner för registrering av komplikationer.
- Rutiner för handläggning inför operationer och blödningskomplikationer.
- Kvalitetssäkrad analys av alla AK-mottagningar (den egna mottagningen jämförs med andra i nationellt kvalitetssäkringsprogram).

patienter. I de fall poliklinisering införts via AK-mottagningen hade detta skett utan resurstillskott, vilket medfört en kraftigt ökad arbetsbelastning på enheten. Vid ett flertal mottagningar hade man möjlighet att träffa »problempatienter» i samband med ordination, men vid några hade man inga möjligheter till detta. Att kunna träffa patienten vid ordinationstillfället är viktigt vid exempelvis svängande värden.

Information till patienter som nyinställda på AVK-medel gavs oftast på AK-mottagningen, men några enheter hade så tung belastning att de inte hade möjlighet att informera patienterna, utan detta skedde via utskrivande läkare på avdelningen. Kontakt med patientansvarig läkare för besked om avslutande av behandlingen är ett problem på flera enheter, då det är svårt att få kontakt med patientansvarig läkare. Detta leder ofta till en längre behandlingstid än som primärt avsågs när patienten remitterades till AK-mottagningen.

Samtliga hade datorstöd

Samtliga AK-mottagningar som representerades hade datorstöd vid ordinationerna, och det mest använda var AVK-journalen (Journalia AB). Många diskussioner fördes under kursen avseende omvårdnadsdokumentation, och

ett flertal examensarbeten handlade om detta. Enligt journalagen är sjuksköterskor ålagda att dokumentera sitt arbete [3, 4]. Man efterlyste en förbättrad dokumentation av verksamheten, och ett önskemål var att VIPS (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet), en modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen med hjälp av sökord, skulle integreras med datajournalen.

Kravspecifikation bör göras

Denna första kurs i landet för sjuksköterskor/biomedicinska analytiker som arbetar på AK-mottagningar är det första steget i en 10-poängsutbildning som vi anser bör ligga till grund för att AK-sköterskor skall erhålla en egen specialitet. Det finns idag ett flertal subspecialiteter inom sjuksköterskekåren, t ex diabetessköterskor och dialysköterskor, vilka arbetar lika självständigt som AK-sköterskorna. En strukturerad utbildning som leder fram till en examen med specialistkompetens bör därför finnas också för AK-sköterskor.

AK-mottagningarnas struktur ser olika ut i olika delar av landet. Detta är naturligt och nödvändigt utifrån lokala resurser och behov. Dock anser vi att det finns vissa minimikrav som bör ställas på en AK-mottagning för att den skall fungera på ett tillfredsställande sätt. I rutan redovisar vi vårt förslag till minimikrav på hur en välfungerande AK-mottagning kan se ut. Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsen inte har ställt upp en kravspecifikation på hur denna verksamhet skall bedrivas. Detta speciellt som dessa läkemedel är efter år svarar för de flesta komplikationerna med dödlig utgång.

Avlastning för läkarna

Denna subspecialisering av sjuksköterskor medför en avlastning för läkarna i deras arbete. Det är dock av stor vikt att det finns ett ansvarsförhållande där läkaren alltid är huvudansvarig för verksamheten och i det enskilda fallet kan delegera till den sjuksköterska som bedöms vara kompetent att utföra arbetsuppgifterna på ett självständigt sätt.

De specialutbildade »AK-sköterskornas» arbete medför att informationen till patienten och kontakten med patienten förbättras. Att patienten får all information av utskrivande läkare med en i många fall begränsad kunskap om antikoagulantibehandling är inte optimalt. Alternativet att patienterna alltid träffar ansvarig läkare på AK-mottagningen är inte genomförbart annat än i undantagsfall.

Frågan om hur stort patientunderlag som behövs för att kunna ha en specialiserad sjuksköterska är svår att svara på. Det som dock är viktigare är att sjuk-

sköterskan inte får ett alltför stort patientunderlag så att arbetsuppgifterna blir alltför betungande. Det är mycket sårbart att bara ha en sjuksköterska anställd för dessa uppgifter, och det är i de flesta fall bättre att ha ett flertal sjuksköterskor på mottagningen som är utbildade och inte arbetar med AK-mottagningsverksamheten på heltid.

Positivt utfall

Denna första utbildning direkt riktad till AK-sköterskorna har utfallit mycket väl och kommer att följas upp med en liknande utbildning under hösten 1998. Del 2 av 10-poängsutbildningen för AK-sköterskor kommer att starta under 1999 och kommer förhoppningsvis att leda fram till välutbildade specialistsköterskor på våra AK-mottagningar.

Vi rekommenderar även andra regioner att ta efter och skapa en liknande utbildning för sina AK-sköterskor.

Referenser

1. Hallert C, Blomqvist K. Förenklad trombosbehandling i öppen vård. Lågmolekylärt heparin subkutant i en daglig dos. *Läkartidningen* 1995; 92: 3011-3.
2. Stockelberg D, Hansson E, Andersson I, Rydström B. Behandling i hemmet av djup ventrombos. *Läkartidningen* 1995; 92: 3014-5.
3. Patientjournalagen. SFS 1985: 562.
4. SOSFS 1992:10. Allmänna råd om sjuksköterskors journalföring.