



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

**Dokumentation av postoperativ residualurin efter
neurokirurgi**
En kvantitativ studie

Författare:

Gro-Malvina Bakke Andersson

Lisa Åslund

Handledare:

David Stenlund

Examinator:

Ulrika Pöder

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

2015

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Både kateteranvändning och residualurin kan leda till flera komplikationer i efterförloppet. Att studera detta ansågs betydelsefullt ur ett kvalitetssäkerhetsperspektiv.

Syfte: Att beskriva förekomst av postoperativ residualurin efter neurokirurgi relaterat till kateteranvändning. Syftet var även att belysa hur sjuksköterskor dokumenterade detta och om eventuella riktlinjer fanns och hur de i så fall följdes.

Metod: Kvantitativ, retrospektiv studie med deskriptiv ansats. En journalgranskning genomfördes och de 144 patientjournaler som studerades på den aktuella vårdenheten valdes ut genom ett konsekutivt urval.

Resultat: Nästan samtliga patienter vars journaler studerades hade haft urinkateter under operationen. För de patienter där residualurin hade förekommit var detta dokumenterat i standardvårdplanen hos samtliga. Bland några få patienter fanns detta även dokumenterat i en individuell vårdplan under sökord elimination. Sju av 10 patienter som hade mer än 400 ml urin i blåsan vid ultraljudsundersökning urintappades med hjälp av ren intermitterande kateterisering. 3 patienter blev urintappade trots mindre än 400 ml urin i blåsan. Dokumentationen av residualurin var delvis bristfällig och de riktlinjer som fanns följdes inte fullt ut.

Slutsats: Tydliga riktlinjer för dokumentation av residualurin är något som gynnar både patient och vårdgivare. Det leder sannolikt till att omvårdnadsåtgärder kan utföras i rätt tid och att komplikationer av olika slag kan undvikas.

Nyckelord - Residualurin, kateter, urinretention, neurokirurgi, dokumentation.

ABSTRACT

Background: Both the use of urine catheter and having residual urine can lead to a lot of complications afterwards. To examine this was considered significant in a way to improve the quality of patient care.

Aim: The aim of this study was to describe the incidence of post operative residual urine related to the use of urine catheter. The aim was also to illuminate how nurses journalize this in patient records and if there was any guidelines about it and how these guidelines were complied.

Method: Quantitative, retrospective study with a descriptive approach. The research of 144 patient records at the ward was conducted through a consecutive sample.

Results: Almost all of the patients whose medical records had been studied were treated with urinary catheter during the surgery. For the patients who had residual urine this was documented in the standardized care plan. For a few patients this was also documented in the individual care plan under the search word elimination. Seven out of ten patients who had more than 400 ml residual urine in the bladder on the occasion of the bladderscan were treated with clean intermittent catheterization. Three patients were treated with clean intermittent catheterization even though they had less than 400 ml urine in the bladder. The journalization of residual urine was partial inadequate and the guidelines at the ward wasn't fully followed.

Conclusion: More distinct guidelines for documentation would benefit both patient and caregivers. It probably leads to a nursing care that can be given in the right time with less complications as a result.

Keywords - Residual urine, catheter, urinary retention, neurosurgery, documentation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	5
METOD	6
DESIGN.....	6
URVAL.....	6
DATAINSAMLINGSMETOD.....	7
<i>Riktlinjer för residualurin vid det aktuella sjukhuset</i>	7
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
DATAANALYS	8
RESULTAT	8
DISKUSSION	11
RESULTATDISKUSSION	12
METODDISKUSSION	14
SLUTSATS.....	15
REFERENSER	15

BAKGRUND

Urinrörets funktion är att förvara och driva ut urin. Denna mekanism kräver ett samarbete mellan släta och tvärstrimmiga muskler i urinblåsan, blåshalsen, urinröret och urinrörssfinktern. Samordningen sköts av ett komplext neurologiskt kontrollsystem. Den egna tömningskontrollen av blåsan innebär ett samarbete mellan autonoma och somatiska efferenta (motoriska) nerver. En genomsnittlig urinblåsa hos en vuxen person kan hålla mellan 350-500 ml urin (Bardsley, 2014). Efter att blåsan har tömts på urin finns normalt sett en liten mängd urin kvar (mindre än 75 ml). Om en person inte kan tömma blåsan fullständigt ökar den normala kvarvarande volymen till större, onormala mängder och detta kan bland annat leda till urinvägsinfektion (UVI), inkontinens och skador på blåsan och njurarna (Newman & Willson, 2011).

Al-Hazmi (2015) beskriver i sin studie att urinvägsinfektioner kan vara asymtomatiska eller symtomatiska, och symtomen kan variera från mild irritation vid miktion till bakteremi, sepsis och i värsta fall döden. Syftet med studien var att bevisa att varaktighet av kateterisering och sjukhusvistelsens längd är associerat med frekvensen av sjukhusrelaterade urinvägsinfektioner. Resultatet visade att det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan frekvensen av urinvägsinfektioner och längden på kateteriseringen. Sju av 46 kateteriserade patienter hade urinvägsinfektion vid tre dagars kateterisering, medan det förekom hos 30 av 44 kateteriserade patienter vid åtta dagars kateterisering. Slutsatsen var att en reduktion av kateteriseringen och sjukhusvistelsens längd har en positiv inverkan för patienten när det gäller att reducera kateterrelaterade urinvägsinfektioner. Även Elvy och Colville (2008) menar att ju längre patienten behandlas med urinkateter, desto större är risken för att utveckla bakteremi. Risken för bakteremi ökar med 3-10 % per dag för varje dygn patienten har urinkateter. Asymtomatisk bakteriemi, alltså då patienten inte upplever några besvär eller symptom, ska inte behandlas med antibiotika då det kan leda till ökad antibiotikaresistens.

Vanliga orsaker till att sätta in en kvarvarande kateter är akut urinretention, att kunna hålla koll på urinproduktionen perioperativt och att säkerställa ett urindränage för patienter med blåsdysfunktion av olika slag. Kvarvarande katetrar används generellt under kort tid, definierat som en period mellan 1-14 dagar. Även om urinkatetern under idealiska

förhållanden tas bort så snart som möjligt är det vanligt med försämrad blåstömning och blåsdysfunktion då urinkatetern tas bort postoperativt (Liu, Wei & Elliott, 2013).

I samband med kirurgi påverkas urinblåsan på olika sätt. Läkemedel som exempelvis anestetika och opioider hämmar blåstömningsförmågan vilket kan leda till svårigheter att tömma blåsan fullständigt. Vid epidural- och spinalanestesi förlamas blåsmuskulaturen tillfälligt vilket leder till urinretention som i sin tur kan leda till residualurin, det vill säga kvarstående urin efter miktion (Berntzen et al., 2011). Postoperativ urinretention har ingen tydlig definition men karaktäriseras av en försämrad blåstömning med en ökad mängd residualurin. En väsentlig aspekt är att tidigt identifiera tillståndet för att kunna sätta in adekvata åtgärder (Geller, 2014).

Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera urintömningsbehovet postoperativt och att uppmana patienten att försöka tömma blåsan spontant eftersom en urinblåsa som är överfylld kan skada blåsmuskulaturen (Berntzen et al., 2011). För patienten kan en uttänjd urinblåsa leda till smärtor, urinläckage, försämrat sexliv, begränsningar i det sociala livet och ett behov av att alltid ha nära till en toalett (Joelsson-Alm et al., 2014). Den spontana tömningen av blåsan försvåras också då urinblåsan är överfylld. Vid misstanke om ofullständig blåstömning bör urinblåsan undersökas med ultraljud (Berntzen et al., 2011).

Det råder delade meningar om vid vilken residualvolym urintappning bör ske. I en studie (Kim et al., 2014) beskrivs det att ren intermittent kateterisering är aktuellt om volymen i urinblåsan överstiger 200 ml postoperativt. I en annan artikel som publicerades 2014 (Prieto, Murphy, Moore & Fader) menar författarna att en residualvolym på mer än 500 ml bör undvikas, men att hänsyn bör tas till individuella skillnader gällande bland annat urinvägarnas utseende och den renala funktionen. När blåsvolymen överstiger 500 ml menar Baldini, Bagry, Aprikian och Carli (2009) att det finns en stor risk för övertänjning av muskelfibrerna i blåsväggen vilket kan leda till residualurin. Enligt Vårdhandboken (2012) ska ren intermittent kateterisering (RIK) användas om det är mer än 400 ml urin i blåsan vid ultraljudsundersökningen. RIK innebär att urinblåsan töms med hjälp av en kateter som tas ut direkt efter varje tappning. Att använda sig av RIK kan innebära en ökad arbetsbelastning för personalen då patienten bör tappas 4-6 gånger per dygn men patienten kan i vissa fall tappa sig själv. Denna metod leder till färre symptomgivande urinvägsinfektioner och

komplikationer än vid behandling med kvarvarande kateter (Turi, Hanif, Fasih & Shaikh, 2006).

Kvarstående urin i blåsan ger även ökad risk för bakterietillväxt och är en av huvudorsakerna till urinvägsinfektion (Geller, 2014). Sveriges kommuner och landsting har upprättat riktlinjer som syftar till att minska de vårdrelaterade infektionerna där UVI är en av de tre vanligaste (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2014).

För att kunna identifiera residualurin i ett tidigt stadium och därmed minimera risken för komplikationer såsom övertänjning av urinblåsan, UVI och urinläckage (Joelsson-Alm, Nyman, Svensén & Ulfvarsson, 2014) krävs det bland annat att omvårdnadsdokumentationen fungerar på ett bra sätt och att relevanta riktlinjer följs. I Sverige är alla legitimerade sjuksköterskor skyldiga att enligt lag föra patientjournal för varje patient vid varje vårdkontakt (Patientdatalagen, 2008:355, 3 kap. 3 §). Detta för att säkerställa att vården som bedrivs är patientsäker, evidensbaserad och av god kvalitet (Patientdatalagen, 2008:355, 3 kap. 2 §; Stevenson & Nilsson, 2012). Journalen ska innehålla relevant information som rör patientens behandling och vård. Sjuksköterskor har det främsta ansvaret över patientjournalen gällande omvårdnad och prevention (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Axelsson et al., 2005).

Sedan några år tillbaka används allt fler standardiserade vårdplaner på sjukhus i Sverige. En standardiserad vårdplan kan användas för patienter med samma medicinska diagnos, patienter som genomgår liknande behandling eller för patienter med liknande omvårdnadsproblem och den ska försäkra en högkvalitativ vård. I den standardiserade vårdplanen kan det även läggas till individuella vårdplaner för specifika tillstånd vid behov. Sjuksköterskans dokumentation har varit debatterad och den anses vara alltför tidskrävande. Detta var en av anledningarna till att de standardiserade vårdplanerna utvecklades (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Cheevakasemsook et al. (2006) menar att en orsak till att dokumentationen kan anses vara bristfällig är att sjuksköterskor känner sig osäkra gällande hur dokumentationen ska genomföras, och detta kan ses som en ytterligare stressfaktor i en redan stressig arbetsmiljö. En bidragande faktor till att dokumentationen prioriteras bort kan vara att sjuksköterskor lägger ner mycket tid på indirekta omvårdnadsåtgärder såsom beställning och beredning av läkemedel. Cheevakasemsook et al. (2006) menar också att en orsak till sjuksköterskors

bristande motivation till att dokumentera kan vara att andra yrkesgrupper, framför allt läkare, inte tar del av omvårdnadsdokumentationen. En del sjuksköterskor upplevde även att dokumentation genom omvårdnadsdiagnoser var tidskrävande då det inte finns några färdiga mallar och eftersom egenformulerade omvårdnadsdiagnoser kräver reflektion. Några menade dock att det sparar tid genom att kommunikationen blir bättre. Detta inträffar dock först när rutinen för hur de ska dokumentera blivit etablerad. De upplevde också att patientens medverkande ökade när omvårdnadsdiagnoser användes (Axelsson et al., 2005).

Teoretisk utgångspunkt

Det valda ämnet kan relateras till metaparadigmen människa, miljö, hälsa och omvårdnad (Dahlberg & Segersten, 2010). För att sätta metaparadigmen i ett sammanhang studeras Virginia Hendersons omvårdnadsdefinition och grundprinciper. Enligt Kristoffersen (2005) innebär Hendersons omvårdnadsdefinition att människan har vissa grundläggande behov vilka är mat, kärlek, erkännande, känslan av att vara till nytta, känna ömsesidig samhörighet samt ett ömsesidigt beroende av andra människor. Möjligheten att få sina grundläggande behov tillgodosedda är beroende av individens resurser. Varje individ formar sitt eget livsmönster och de grundläggande behoven tillgodoses olika beroende på vilket livsmönster man har. Miljön har inte så stort fokus i Hendersons omvårdnadsteori utan hon anser att individen står i centrum för den omvårdnad som utförs. Dock menar hon att det är viktigt att patientens närstående bör involveras i omvårdnaden om det kan hjälpa patienten att tillgodose de grundläggande behoven. Vidare försöker Henderson definiera sjuksköterskans unika funktion vid omvårdnad av en patient. Det är att hjälpa en individ som är antingen sjuk eller frisk att utföra åtgärder som främjar god hälsa eller tillfrisknande (eller fridfull död), åtgärder som individen själv skulle utföra om kraften, viljan eller kunskapen fanns. Arbetsuppgiften ska utföras på ett sätt som hjälper individen att återvinna sitt oberoende så fort som möjligt. De uppgifter som sjuksköterskan ska hjälpa eller assistera patienten med i konkreta situationer uttrycks i 14 punkter som Henderson betecknar som grundläggande omvårdnadsprinciper. En av dessa punkter som är ytterst relevant och som kan kopplas till den här studien är elimination av kroppens avfallsprodukter.

Det valda ämnet kan även relateras till en del av de konsensusbegrepp som Dahlberg och Segersten (2010) berättar om. Dessa är patientperspektiv, lidande, välbefinnande samt världen/omgivningen (Hall, 2012). Postoperativ residualurin ger ökad risk för olika

komplikationer. Bland annat bidrar vårdrelaterade infektioner till ökade vårdtider, ökade kostnader, ökad sjuklighet och dödlighet (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2014). Att som patient drabbas av vårdrelaterade komplikationer innebär ett lidande för patienten och ett minskat välbefinnande. Det kan leda till längre sjukhusvistelse vilket påverkar både patienten och samhället negativt. Patienten kan bli sjukskriven som följd vilket innebär både förlorad arbetsinkomst och förlorade skatteintäkter (SKL, 2013). Samhället påverkas också i form av ökade vårdkostnader då de förlängda vårdtiderna bland annat ger en kapacitetsförlust i form av minskad patientgenomströmning (Socialstyrelsen, 2006) samt en onödig användning av resurser som skulle kunnat användas till något annat. Ett exempel på detta är att patienten ofta tvingas komma tillbaka till sluten och öppen vård under lång tid efter att komplikationen tillstötte (SKL, 2013).

Problemformulering

På en neurokirurgisk avdelning i Mellansverige görs fler och fler kirurgiska ingrepp där urinkateter inte är ordinerat. Det har dock visat sig att det kommer fler patienter till avdelningen med residualurin som måste tappas postoperativt. Att ha residualurin kan skapa komplikationer i efterförloppet som kan påverka patientens hälsa och livskvalitet negativt. Som sjuksköterska är det en del av professionen att arbeta hälsofrämjande, förebygga sjukdom samt identifiera omvårdnadsproblem och motivera och utföra omvårdnadsåtgärder. Genom dokumentation säkerställer sjuksköterskan att rätt information förs vidare i vårdkedjan och att patienten får en god och säker vård.

Syfte

Syftet var att beskriva förekomst av postoperativ residualurin efter neurokirurgi relaterat till kateteranvändning. Syftet var även att belysa hur sjuksköterskor dokumenterade detta och om eventuella riktlinjer fanns och hur de i så fall följdes.

Frågeställningar

1. Hur stor andel av de patienter som genomgick neurokirurgi hade urinkateter respektive hade inte urinkateter under operationen?
2. Hur stor andel av de patienter utan urinkateter respektive med urinkateter hade residualurin som föranledde ren intermitterant kateterisering någon gång under vårdtiden?

3. Hur dokumenterades residualurin i patientjournalen?

4. Fanns det riktlinjer vid det aktuella sjukhuset för kontroll av residualurin? Om ja, i vilken utsträckning följdes dessa baserat på dokumentationen i patientjournalen?

METOD

Design

Denna studie utformades som en kvantitativ studie eftersom det bäst besvarade syftet. Enligt Polit och Beck (2008) och Henricson (2012) betyder kvantitativ studiedesign att man använder sig av någon form av strukturerade observationer eller mätningar för att få svar på forskningsfrågor och insamlad data kan sedan representeras av siffror i olika former. I denna studie användes en icke experimentell design som var retrospektiv, det vill säga data fanns redan insamlad i form av patientjournaler. Denna metod är lämplig för att beskriva eller kartlägga något utan djupare statistisk analys och därför passade den till den här studien.

Urval

Urvalet utformades när projektplanen för examensarbetet skrevs, vilket var under januari 2015. Patienter på ett sjukhus i Mellansverige som genomgått neurokirurgiska ingrepp och vårdats på en neurokirurgisk vårdavdelning valdes ut genom ett konsekutivt urval. Denna typ av urval innebär att alla personer ur en tillgänglig population som uppfyller inklusionskriterierna inom ett specifikt tidsintervall eller för en specificerad urvalsstorlek involveras (Polit & Beck, 2009). Inklusionskriterierna var att patienterna skulle vara minst 18 år samt att de skulle ha genomgått en operation under perioden 1-30 november 2014 och vårdats postoperativt på en neurokirurgisk avdelning. Det material som studerades var elektroniska journalhandlingar tillhörande patienter som blivit opererade under den utvalda tidsperioden. Antalet patientjournaler som studerades var 142. Tre interna bortfall framkom. En patientjournal var skyddad och gick inte att öppna, det är därför oklart om denna patient ingick i inklusionskriterierna eller inte. Dessutom hade två andra patienter uppgifter i sin journal om att residualurin hade förekommit men där fanns det inga tydliga uppgifter på om patienterna behandlats med kateter eller inte, därför blev även dessa bortfall.

Datainsamlingsmetod

En mall för granskning av patientjournaler utformades i tabellform, se bilaga 1. Den innehöll både demografisk data samt medicinsk information. Det var sju frågor totalt. De första två frågorna var demografiska (ålder och kön) och inkluderades för att kunna beskriva urvalet. De kvarstående fem frågorna var medicinska och fyra av dem besvarades med ja eller nej, och den sista frågan med enheten milliliter. De medicinska frågorna i granskningsmallen utformades efter syftet och frågeställningarna. Dessa frågor berörde förekomst av urinkateter och residualurin, om patienten fått sin blåsa undersökt med ultraljud samt om patienten blivit tappad på urin. De delar av patientjournalen som granskades var vårdplaner för anestesi samt för den aktuella avdelningen, vilka innehöll status, standardvårdplaner och individuella vårdplaner.

Riktlinjer för residualurin vid det aktuella sjukhuset

Vid det aktuella sjukhuset används Vårdhandbokens riktlinjer (2012) för förebyggande och behandling av residualurin. Dessa riktlinjer har nämnts tidigare i detta arbete, se sida 2. Genom granskning av patientjournaler kunde följsamheten av riktlinjerna studeras.

Tillvägagångssätt

Det valda ämnet var ett önskemål från avdelningens sida och lämnades in till Uppsala Universitet under våren 2014. Ämnet tilldelades författarna och kontakt initierades med avdelningschefen via mail. En projektplan utformades i januari 2015 och denna visades upp för avdelningschefen som fick komma med idéer och synpunkter kring studien. Efter godkänd examination av projektplanen ifylldes en ansökan om tillstånd att få genomföra studien till verksamhetschefen på den berörda avdelningen. Därefter kunde tillstånd om pre-screening av journalhandlingar inhämtas från FoU-direktören på sjukhuset där studien skulle genomföras. Ansökan tillstyrktes och diariefördes och sedan påbörjades datainsamlingen på avdelningen. En platslista i pappersformat över inliggande patienter under den aktuella månaden erhöles från avdelningens sekreterare. Då några patienter var inliggande under flera dygn skrevs varje patients namn och personnummer upp på en separat lista för att undvika dubbelgranskning av journaler. Datainsamlingen genomfördes på avdelningens datorer och de

journalhandlingar som granskades var vårdplaner från anestesi och från avdelningen. Patientjournalerna innehöll status, standardvårdplaner och individuella vårdplaner. Listan över inläggande patienter kasserades efter datainsamlingens slut för att undvika spridande av personuppgifter. Platslistan återlämnades till sekreteraren.

Forskningsetiska överväganden

Eftersom denna studie utfördes inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå behövde studien inte etikprövas (Codex, i.d.; Etikprövningsnämnden, i.d.). Dock behandlades personuppgifter samt andra känsliga uppgifter som skulle ha kunnat skada integriteten hos patienten. Därför krävdes ett godkännande från både verksamhetschefen på den aktuella avdelningen samt ansvarig forsknings- och utbildningsdirektör för att journalgranskningen skulle kunna genomföras. Att utföra en journalgranskning medför att personuppgifter behandlas utan patientens egen vetskap och godkännande och detta innebär i sig ett hot mot integriteten. Om en patient mot förmodan skulle få reda på att andra personer än de ansvariga för vården har varit inne i journalen i forskningssyfte skulle det kunna medföra etiska svårigheter och eventuellt kännas kränkande för patienten. Enligt patientdatalagen (2008:355, 2 kap. 4 §) får personuppgifter behandlas inom hälso- och sjukvården om det kan bidra till en kvalitetssäkring av vården. Denna studie ansågs kunna ha betydelse ur kvalitetssäkringssynpunkt och hoppas kunna leda till en mer patientsäker vård. Trots de etiska problem som skulle kunna uppstå var den därför motiverad att utföras.

Dataanalys

En deskriptiv analys av insamlad data genomfördes eftersom denna typ av analys stämde bäst överens med studiens design (Henricson, 2012). Deskriptiv statistik användes för att besvara samtliga frågeställningar och presenterades i form av tabeller, stapeldiagram, cirkeldiagram och löpande text.

RESULTAT

Beskrivning av urval

Medelåldern bland patienterna i journalerna som studerades var 57,9 år. Den yngsta patienten var 19 år och den äldsta var 93 år. I tabell 1 ses det totala antalet patientjournaler som studerades samt fördelningen mellan män och kvinnor.

Tabell 1. Urval i antal (n) och procent (%)

n (%)	
Journaler	142 (100,0)
Män	89 (62,7)
Kvinnor	53 (37,3)

Andel patienter som hade urinkateter respektive inte hade urinkateter under operation

Vid granskning av de 142 patientjournalerna visade det sig att de allra flesta patienter hade haft urinkateter under operationen, se tabell 2.

Tabell 2. Förekomst av KàD under operation

n (%)	
Erhållet KàD	131 (91,0)
Icke erhållet KàD	11 (7,6)

Andel patienter utan respektive med urinkateter som hade residualurin vilket föranledde ren intermittent kateterisering under vårdtiden

I tabell 3 kan ses att av de 131 patienter som erhållit KàD hade 23 knappt en femtedel residualurin, varav en knapp femtedel av dessa blev urintappade med ren intermittent

kateterisering. Av de 11 patienter som inte erhållit KàD hade flertalet residualurin, och tre fjärdedelar av dessa urintappades med ren intermitterent kateterisering.

Tabell 3. Förekomst av residualurin och ren intermitterent kateterisering (RIK)

	n (%)
Erhållit KàD och haft residualurin	23 (17,6)
Andel av dessa som genomgått RIK	4 (17,4)
Icke erhållit KàD och haft residualurin	8 (72,7)
Andel av dessa som genomgått RIK	6 (75,0)

Dokumentation av residualurin i patientjournaler

I samtliga journaler där residualurin hade förekommit var detta dokumenterat i standardvårdplanen. I fyra av fallen var det utöver standardvårdplanen även dokumenterat i individuella vårdplaner under sökordet elimination.

Följsamhet av riktlinjer för residualurin genom granskning av dokumentation i patientjournaler

I tabell 5 nedan beskrivs andel patienter som hade behandlats med KàD och haft residualurin. Det beskrivs också hur många av dessa som blivit urintappade med RIK och hur många milliliter residualurin dessa hade haft. En patient med KàD hade residualurin någon gång under vårdtiden men det var inte dokumenterat någon mängd. Hälften av patienterna som hade haft KàD samt hade mer än 400 ml residualurin blev urintappade med RIK, i enlighet med Vårdhandbokens riktlinjer (2012).

Tabell 5. Följsamhet av riktlinjer för residualurin hos patienter (n=23) som haft KAD

	n (%)
Mer än 400 ml urin i blåsan vid undersökning	6 (26,0)
Andel av dessa som genomgått RIK	3 (50,0)
Mindre än 400 ml urin i blåsan vid undersökning	16 (69,5)
Andel av dessa som genomgått RIK	1 (6,3)
Ej dokumenterad mängd residualurin	1(4,3)

Tabell 6 nedan berör de patienter som inte behandlats med KàD. I den gruppen var andelen patienter med residualurin visuellt större än i den grupp som behandlats med KàD. Samtliga patienter som inte hade haft KàD samt hade mer än 400 ml residualurin blev urintappade med RIK, i enlighet med Vårdhandbokens riktlinjer (2012).

Tabell 6. Följsamhet av riktlinjer för residualurin hos patienter (n=8) som inte haft KAD

	n (%)
Mer än 400 ml urin i blåsan vid undersökning	4 (50,0)
Andel av dessa som blivit RIK:ade	4 (100,0)
Mindre än 400 ml urin i blåsan vid undersökning	4 (50,0)
Andel av dessa som blivit RIK:ade	2 (50,0)

DISKUSSION

Nästan samtliga patienter vars journaler studerades hade haft urinkateter under operationen. För de patienter där residualurin hade förekommit var detta dokumenterat i standardvårdplanen hos samtliga. Bland några få patienter fanns detta även dokumenterat i en

individuell vårdplan under sökord elimination. Sju av tio patienter som hade mer än 400 ml urin i blåsan vid ultraljudsundersökning urintappades med hjälp av RIK. Tre patienter blev urintappade trots mindre än 400 ml i urinblåsan. Dokumentationern av residualurin var delvis bristfällig och de riktlinjer som fanns följdes inte fullt ut.

Resultatdiskussion

Standardiserande vårdplaner används av sjuksköterskor på de flesta sjukhus i Sverige och till dessa kan individuella vårdplaner för specifika tillstånd läggas till. De utvecklades för att försöka spara tid för sjuksköterskorna (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Vid denna journalgranskning framkom det att samtliga uppgifter om residualurin fanns dokumenterade i standardiserade vårdplaner. Det är en fördel att denna information dokumenteras på samma ställe i patientjournalen, då det bland annat underlättar för sjuksköterskan vid inläsning. På det sättet leder det till en mer patientsäker vård eftersom det blir mindre risk för att viktig information förbises.

När det gäller dokumentation av postoperativ residualurin kan det konstateras efter denna datainsamling att den på många sätt kan förbättras. Cheevakasemsook et al. (2006) menar att en orsak till sjuksköterskors bristande motivation till att dokumentera kan vara att andra yrkesgrupper, framför allt läkare, inte tar del av omvårdnadsdokumentationen. Dessutom har tidigare studier visat att dokumentation genomförd av kirurger, anestesipersonal och sjuksköterskor saknar tillgänglighet, läsbarhet, noggrannhet och avslut samt relevant spridning till berörd personal (Kluger et al., 2000, Williams et al., 2007 & De Marinis et al., 2010). Vid granskning av patientjournalerna framkom det att den dokumenterade informationen var delvis bristfällig. Exempelvis var det i vissa patientjournaler dokumenterat antal milliliter residualurin, medan det i andra journaler var dokumenterat att residualurin förekom, men dock inte i vilken mängd. I en patientjournal kunde det läsas att patienten haft "lite residualurin". Detta är ett exempel på ett felaktigt sätt att dokumentera på, då informationen i journalen ska vara tydlig (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Axelsson et al., 2005). Detta citat beskriver en dokumentation som kan leda till att patienten inte får den mest adekvata vården. Hade det istället varit dokumenterat mängd residualurin i milliliter hade sjuksköterskan kunnat vidta de rätta åtgärderna och haft lättare för att urskilja patientens behov av omvårdnad. Det hade också varit mer tidseffektivt om all information som varit nödvändig var dokumenterad på ett konkret sätt. Om det finns tydliga

dokumentationsriktlinjer på sjukhusen leder det till en ökad trygghet när det gäller sjuksköterskans dokumentation, det vill säga vad som ska dokumenteras, hur, när och varför, och detta leder i sin tur till en mer patientsäker och jämlik vård.

När det gäller riktlinjer för tappning av residualurin menar Vårdhandboken (2012) att urintappning med RIK bör ske om residualvolymen överstiger 400 ml. Under journalgranskningen framkom det att av patienterna med en blåsa fylld med mer än 400 ml urintappades samt att patienter De resterande tre patientern 400 ml urin i blåsan blev inte urintappade trots att rutinerna säger att så ska ske. Detta visar på att rutinerna inte följs fullt ut. Enligt Kristoffersen (2005) menar Henderson att sjuksköterskans unika funktion när det gäller omvårdnad är att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra åtgärder som främjar god hälsa. En av dessa åtgärder är att hjälpa individen att eliminera avfallsprodukter. Detta är en av kroppens mest grundläggande funktioner och om personen inte kan eliminera avfallsprodukterna på egen hand är det sjuksköterskans uppgift att se till att denna funktion upprätthålls. Konsekvenserna av en icke-fungerande elimination leder som tidigare nämnts till ett ökat lidande för patienten i form av smärta, olika komplikationer som försämrar livskvaliteten samt förlängda vårdtider som leder till ökade kostnader för samhället (SKL, 2013). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Dahlberg och Segerstens konsensusbegrepp (2010) berör också dessa områden. Dessa handlar om patientperspektiv, lidande, välbefinnande samt världen/omgivningen. Studiens resultat visar att ICN:s etiska kod antagligen följdes till viss del men att det finns förbättringsmöjligheter; tydligare rutiner kring residualurin och ökad kunskap om hur dokumentationen ska genomföras kan bidra till att vården bedrivs på ett effektivare sätt och att onödigt lidande kan undvikas. Att så många som 91 % av patienterna hade haft urinkateter var ett något oväntat resultat. Både urinkateter och residualurin har sina nackdelar och det är svårt att säga vad som är ”bäst”. Båda kan innebära lidande för patienten. Att eliminationen fungerar är ett av de grundläggande behoven för patienten och den personliga integriteten riskerar att hotas då den inte fungerar. Som Joelsson-Alm et al. (2014) beskriver det så kan exempelvis en uttänjd urinblåsa leda till att man alltid måste ha nära till en toalett vilket gör att det sociala livet begränsas.

Metoddiskussion

Genom att använda journalgranskning som datainsamlingsmetod kunde en stor mängd data om undersökningsgruppen samlas in. Denna datainsamlingsmetod är välbeprövad och har flera fördelar. Bland annat är den ekonomisk och den som granskar är inte beroende av deltagarnas samarbetsvilja. Dessutom tillåter redan existerande journaler ofta en granskning av trender över tid (Polit & Beck, 2008). Dock var den utvalda tidsperioden i denna studie relativt kort och för att kunna se trender över tid skulle det behövas en uppföljande studie med en längre datainsamlingsperiod. Detta främst för att se hur dokumentationen utvecklades efter införande av tydligare riktlinjer. Att använda journalgranskning som datainsamlingsmetod ansågs vara ett lämpligt val eftersom det förväntades kunna besvara syftet och frågeställningarna på ett tillfredsställande sätt och denna uppfattning kvarstod också under hela arbetets gång. Metoden var även adekvat för tidsramen för examensarbete på grundnivå.

Eftersom datainsamlingen pågick under en sammanhängande tidsperiod och granskningen således skedde utan längre avbrott gjorde det att all data samlades in under samma förutsättningar och ingen reflektion hann uppkomma kring resultatet. Granskningsmallen utgjorde mätinstrumentet och utformades specifikt för denna studie, därför anses reliabiliteten vara acceptabel. Dock var mallen ej standardiserad och hade inte testats tidigare vilket minskar reliabiliteten något. Validiteten ansågs vara högre än reliabiliteten eftersom granskningsmallen utformades utefter syftet och frågeställningarna och mallen därför mätte det som den var avsedd att mäta för att kunna besvara dessa. Vid en eventuell replikation av studien kommer resultatet förmodligen bli detsamma eftersom de uppmätta variablerna var konkreta och det inte fanns utrymme för tolkningar. Detta medförde att den interna validiteten bedömdes vara hög.

Det konsekutiva urvalet som användes i denna studie är ett icke slumpmässigt urval som sällan är representativt för populationen. Vissa delar av populationen blir ofta underrepresenterade på grund av att de inte får chansen att delta och det blir en urvalsbias som kan leda till att resultaten kan bli missledande (Polit & Beck, 2009). Det var väldigt stor skillnad i antal mellan de två olika grupperna ”haft urinkateter” och ”har ej haft urinkateter”. Detta kan ha påverkat resultatet. Denna studie tyder på att förekomsten av residualurin är lägre bland de patienter som behandlats med urinkateter, dock kan inga riktiga slutsatser dras eftersom urvalet var för litet och skillnaderna i antal mellan de olika grupperna var stora. Det

behövs mer omfattande forskning, med större undersökningsgrupp för att kunna säkerställa ett statistiskt säkert resultat.

För att få en mer klar bild av hur det ser ut hade det varit fördelaktigt med ett större urval. Den externa validiteten i denna studie ansågs således inte vara tillräckligt hög för att resultaten skulle kunna generaliseras till populationen. Däremot kan resultatet anses representativt för liknande patientgrupper.

Denna studie innebar att personuppgifter behandlades, men hänsyn togs till de forskningsetiska överväganden som diskuterades i metodavsnittet och inga personuppgifter spreds i efterhand eftersom allt kasserades vid datainsamlingens slut. Som tidigare nämnts ansågs studien kunna bidra till en kvalitetssäkring av vården och var därför motiverad att genomföras och denna uppfattning kvarstår ännu.

Slutsats

Tydliga riktlinjer för dokumentation av residualurin är något som gynnar både patient och vårdgivare. Det leder sannolikt till att omvårdnadsåtgärder kan utföras i rätt tid och att komplikationer av olika slag kan undvikas. Hälften av patienterna som hade haft KàD samt hade mer än 400 ml residualurin blev urintappade med RIK, i enlighet med Vårdhandbokens riktlinjer (2012).

REFERENSER

Al-Hazmi, H. (2015). Role of duration of catheterization and length of hospital stay on the rate of catheter-related hospital-acquired urinary tract infections. *Research and Reports in Urology*, 2015(7), 41-47. doi: 10.2147/RRU.S75419

Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.C. & Randers, I. (2006). Swedish registered nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 936-945. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01459.x

Baldini, G., Bagny, H., Aprikian, A. & Carli, F. (2009). Postoperative urinary retention. *Anesthesiology*, 110(5), 1139-1157. doi: 10.1097/ALN.0b013e31819f7aea

Bardsley, A. (2014). Intermittent self-catheterisation in women: reducing the risk of UTIs. *British Journal of Nursing*, 23(18), 20-29. doi: 10.12968/bjon.2014.23.Sup18.S20.

Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A.M., Dörve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grönseth, R. (2011). Perioperativ och postoperativ omvårdnad. Almås, H., Stubberud, D.G. & Grönseth, R. (Red). *Klinisk Omvårdnad*. (ss. 269-333). Stockholm: Liber.

Centrala Etikprövningsnämnden. (i.d). *Bakgrund och bestämmelser*. Hämtad 14 jan, 2015, från <http://www.epn.se/sv/start/bakgrundbestaemmelser/>

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 366-374. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x

Codex, centrum för forsknings- och bioetik. Vetenskapsrådet. (i.d.) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN:91-7307-008-4. Hämtad 14 jan, 2015, från <http://www.codex.uu.se/forskninghumsam.shtml>

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

De Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D.,...Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x

Elvy, J. & Colville, A. (2008). Catheter associated urinary tract infection: what is it, what causes it and how can we prevent it? *Journal of Infection Prevention*, 10(2), 36-41. doi: 10.1177/1757177408094852

Geller, E.J. (2014). Prevention and management of postoperative urinary retention after urogynecologic surgery. *International Journal of Womens Health*, 28(6), 829-838. doi: 10.2147/IJWH.S55383

Hall, E.O.C. (2012). Omvårdnadsteori - utveckling, begrepp och användning. Bidstrup Jörgensen, B. & Östergaard Steinfeldt, V. (Red). *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. (ss. 11-33). Stockholm: Liber

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 945-952. doi: 10.1111/scs.12009

Joelsson-Alm, E., Nyman, C.R., Svensén, C. & Ulfvarsson, J. (2014). Micturition problems after bladder distension during hospitalization in Sweden. *Nursing Research*, 63(6), 418-425. doi:10.1097/NNR.0000000000000057

Kim, KW., Lee, J-I., Kim, JS., Lee, Y-J., Choi, W-J., Jung, H,...Son, K-H. (2015). Risk factors for urinary retention following minor thoracic surgery. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 20(4), 486-492. doi:10.1093/icvts/ivu445

Kluger, M., Tham, E., Coleman, N., Runciman, W. & Bullock, M. (2000). Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study. *Anaesthesia*, 55(12), 1173-1178. pmid: 11121926

Kristoffersen, N. (2005). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.) *Grundläggande omvårdnad*. (ss. 13-101). Stockholm: Liber.

Lauritzen, M. (2012). *Kateterisering av urinblåsa*. Vårdhandboken. Hämtad 29 sept 2014, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Oversikt/>

Liu, Y.S., Wei, S. & Elliott, M. (2013). The effects of a catheter clamping protocol on bladder function in neurosurgical patients: a controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 2015(21), 29-36. doi: 10.1111/ijn.12209

Newman, D. & Willson, M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing*, 31(1), 12-28. pmid: 21542441

Patientdatalagen (2008:355) 3 kap. 2 §. *Skyldigheten att föra patientjournal - Syftet med en patientjournal*. Hämtad 14 jan, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

Patientdatalagen (2008:355) 3 kap. 3 §. *Skyldigheten att föra patientjournal - Personer som är skyldiga att föra en patientjournal*. Hämtad 14 jan, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

Polit, D. & Beck, C. (2009). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C. (2008) *Nursing research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). *Introduction to Nursing Research in an Evidence-Based Practice Environment* (pp.3-27). Lippincott Williams & Wilkins.

Prieto, J., Murphy, C.L., Moore, K.N. & Fader, M. (2014) Intermittent catheterisation for long-term bladder management. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(9), Art. No.: CD006008. doi: 10.1002/14651858.CD006008.pub3.

Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner - Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 24 feb, 2015, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 21 apr, 2015, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Stevenson, J.E. & Nilsson, G. (2012). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 667-676. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x.

Sveriges kommuner och landsting (2014). *Urinvägsinfektioner*. Hämtad 29 sept, 2014, från <http://www.skil.se/halsasjukvard/patientsakerhet/vardrelateradeinfektioner/urinvagsinfektioner.2278.htm>

Turi, M.H., Hanif, S., Fasih, Q. & Shaikh, M.A. (2006). Proportion of complications in patients practicing clean intermittent self-catheterization (CISC) vs indwelling catheter. *Journal Pakistan Medical Association.*, 56 (9), 401-404. pmid:17091752

Vårdhandboken. (2012). *Enstaka och intermittent kateterisering av urinblåsa*. Stockholm: Vårdhandboken. Hämtad 14 jan, 2015, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Enstaka-och-intermittent>

Williams, R., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J., Sutyak, J., Horvath, K.,...Dunnington, G. (2007). Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and

efficiency of inpatient care. *Annals of Surgery*, 245(2), 159-169. pmid: 17245166