

Exempelfall 3

Vi valde fallet om *

Recidiverande UVI:er

Slutsatser av diskussionen om fallet. Redovisa hur era resonemang förts och vad ni lärde er. Kommer ni ändra några rutiner på er mottagning efter detta?

*

Slutsatser

-Granska journal och räkna antal UVI:er man har haft gångna halv- eller helåret. Skriv in detta in bedömningen varje gang patient söker för UVI besvär. Beakta även UVI episoder som patient kan ha behandlad på egen hand, sökt närakut, husläkiour eller nättdoktor.

-Gör en behandlingplan (separat rubrik i TC journal) där du beskriver vad som planeras gällande utredning kring recidiverande UVI:er.

Detta underlättar för din kollega som träffar patient nästa gang och kan säkra att utredning är gjort eller behöver revideras vid behov. Det kan vara så att patient avbokar besök hos en öppenvårdsaktör, uppmanas att höra av sig för en ny tid men sedermera tappas bort gällande follow-up av olika anledningar.

-Som regel är läkarbesök för UVI:er 15 minuter, varför viktigt att dokumentation finns enligt ovan i TC för att den som bedömer patienten inte behöver leta nödvändig information i TC på nytt och kan istället fokusera på vad som görs i nästa steg. Ansvaret ligger på var och en att upprätta att behandlingsplan aktualiseras Tala om för kollegan som patienten träffat innan om du upptäcker att en behandlingsplan har inte upprättats trots behovet. Genom att ständigt aktualisera frågan kan vi säkerställa att dessa slutsatser kan leva vidare i praktiken.

-Hos postmenopausal kvinna med recidiverande UVI:er ta adekvat anamnes, kontrollera resturin hos undersköterska och skriv remiss till gynekolog för att utesluta ovarial tumör samt ställningstagande till profylaktisk behandling gällande atrofisk uretrit/vaginit. Överväg även urodynamisk undersökning och CT urografi (då odling visar växt av sten-bildande bakterier) om patient har fortsatt besvär trots åtgärd/ behandling enligt ovan.

-Sätt inte in långvarig antibiotika profylax utan att ha genomfört adekvat utredning innan. Föreslå att patient gör ett behandlingsuppehåll efter 6 månader av dagligen profylax behandling.

-Hos hemsjukvårdspatienter med recidiverande UVI.er, erbjud kontroll resturin i hemmet via undersköterska/sjuksköterska. Kontrollera även u-glukos. Samtala med patienten husläkare om "vad göra" om patient inte villig att genomgå utredningen.

-Om patient har genomfört utredning komplett och man har inte hittat en orsak, skriv detta i behandling plan för att undvika att nya utredningar initieras.

- Gör en adekvat anamnes även hos premenopausal kvinnor och dokumentera i bedömningen. Säkerställa att patient inte har STI(ffa klamydia och gonorroe infection) i första hand. Hör efter om debut är oftast korrelerad till samlag och erbjud postcoital antibiotika.

-Urinodling tas vid recidiverande UVI.er, terapivikt, febril UVI, UVI hos män och barn, nyligen vistelse på sjukhuset eller uro-gynekologisk åtgärd i öppenvård, nylig utlandsvistelse, bärarsakp av ESBL. Vid sporadisk cystit hos vuxna icke-gravida kvinnor tillför odling som regel inget och rekommenderas därför inte som rutin.

-Rådgör med infektionskonsult om baktierestamm visar resistens mot ett flertal antibiotika dels för att diskutera lämplig preparat men även behandlingduration.

Hur många journaler granskade ni? *

10

Hur gjorde ni urvalet? *

Vi letade efter diagnos N300 i TC för hela året 2000. Det gjordes ett utdrag av samtliga vårdtillfällen med diagnos N300. Journaldokumentation gällande patienter som återkom med samma diagnos i mer än ett tillfälle granskades

Vilka diagnoser/tillstånd ingick i granskningen? (t ex halsont, förkylning, tonsillit, hosta, bronkit) *

Recidiverande UVI.er

Slutsatser av journalgranskning och efterföljande diskussion. Redovisa hur era resonemang förts och vad ni lärde er. Kommer ni ändra några rutiner på er mottagning efter detta? *

Slutsatser av journalgranskning och efterföljande diskussion. Redovisa hur era resonemang förts och vad ni tar med er.

- Mycket görs rätt men dokumentation finns utspridd i olika journalanteckningar som gör att man ödslar mycket tid på att ta fram information kring hur långt man har kommit i utredningen. Exempelvis resturin finns dokumenterad i TC som seperat anteckning. Remissvar från gynekolog/urolog om initierad lokal estrogenbehandling/cystokopi är signerad men åtgärd är inte fort i behandlingsplan. Patient har inte velat genomföra gynekologisk undersökning och avbokat tid, remiss har återsänts, signerats an inremittent men man har inte fort detta i behandlingsplan. Beställande läkare/sjuksköterska bör föra allt detta in i det föreslagna behandlingsplan. Dessutom är behandlingsplan sökbar som underlättar informationssökning.
- För få CT-urografier trots växt av stenbildande bakterier
- Behandlingsplan saknas överhuvudtaget