



Svenska  
Läkaresällskapet

# Medicinsk revision

av

Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus



Niklas Ekerstad  
Claes-Göran Löfdahl

# Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Bakgrund och syfte.....	3
Metod och genomförande.....	4
Kardiologi.....	5
Lungmedicin.....	9
Samverkan mellan kardiologi och lungmedicin, särskilt om hjärtsvikt och KOL.....	12
Sammanfattning och rekommendationer.....	14
- Huvudsakligt utfall	
- Rekommendationer	
- Metodologiska synpunkter	
Referenser.....	16
Bilagor.....	17

## **Rapporten sammanställd av**

Niklas Ekerstad, med dr, specialist i internmedicin och kardiologi  
Claes-Göran Löfdahl, professor emeritus, specialist i internmedicin  
och lungmedicin för Svenska Läkaresällskapet, 2018

Denna medicinska revision utfördes på uppdrag av Svenska Läkaresällskapet (SLS) och efter samråd med aktuella sektioner inom SLS. Den skedde enligt överenskommelse mellan SLS och verksamhetschefen för Hjärtlungkliniken Universitets-sjukhuset i Örebro (Stella Cizinsky) (bilaga 1) och föregicks av en verksamhetsrevision med fokus på organisation, ledning, ekonomistyrning och personalfunktion (Nilsson 2018).

Revisionen utgör en del av ett pilotprojekt för professionell granskning och klinisk revision i SLS' regi. Dess övergripande syfte är dels att belysa en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik, dels att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar. Den utfördes fysiskt på Hjärtlungkliniken den 12-13 mars 2018 av Niklas Ekerstad, med dr, specialist i internmedicin och kardiologi och Claes-Göran Löfdahl, professor emeritus, specialist i internmedicin och lungmedicin. Besöket i Örebro föregicks av förberedelser utifrån bland annat studier av registerbaserade kvalitetsdata, i kardiologins fall i samarbete med Joakim Alfredsson, docent, specialist i internmedicin och kardiologi.

## **Bakgrund och syfte**

I SLS' rapport "En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV) (Svenska Läkaresällskapet 2015) betonades bland annat vikten av att professionella värden får större genomslag i svensk sjukvård än idag. Till dessa värden hör vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett fokus på etiska värden med betoning på vårdbehov och patientnytta.

På basen av EVV's arbete beslutades i SLS Nämnd december 2016 om direktiv till en arbetsgrupp med beteckningen Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision (Svenska Läkaresällskapet 2016).

Direktivet kan även ses som en fortsättning på det samarbete mellan SLS och Sveriges läkarförbund som utfördes för ett par decennier sedan och som utmynnade i rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001). Här summerades att syftet är "...att främja enhetens interna kvalitetsarbete genom att via en extern kvalitetsrevision värdera enhetens medicinska kvalitet och påvisa förbättringsmöjligheter. Grundprincipen är att enheten själv beställer Medicinsk Kvalitetsrevision."

Arbetsgruppens (AG) huvuduppgifter är att utveckla en modell för medicinsk granskning och revision samt att i nära samarbete med relevanta sektioner i SLS testa modellen via två pilotfall. AG började formuleras sommaren 2017 och har sedan dess mötts vid tre tillfällen på SLS under workshop-liknande arbetssätt.

Denna rapport utgör en del av det första pilotfallet, dvs medicinsk revision av Hjärtlungkliniken i Örebro.

### **Metod och genomförande**

För att skapa en grund för en tentativ modell för professionell granskning och klinisk revision har företrädesvis följande källor använts:

- EVV-rapporten
- SLS' direktiv till AG
- Rapporten "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten" (MKR)
- Workshops som genomförts av AG och de kunskaper och erfarenheter som gruppmedlemmarna bidragit med

AG har framhållit följande fyra dimensioner av medicinsk kvalitetsrevision, här kallade domäner: vetenskap och medicinska resultat, etik, patientsäkerhet samt utbildning. Till vardera domänen har knutits ett batteri av 3-5 frågor (bilaga 2). Dessa frågor kompletterades med det startdokument som anges i MKR (bilaga 3). Metodiken har inspirerats av i MKR nämnda metodreferenser.

Inför revisionen utsågs tre revisorer av AG/SLS i samråd med Sektionen för Kardiologi (Svenska Kardiologföreningen) respektive Sektionen för Lungmedicin (Svensk lungmedicinsk förening), två av revisorerna att utföra revisionen fysiskt.

I revisorernas förberedelser ingick följande: studier av hur enheten hävdar sig vad gäller relevanta utfalls- och processmått i kvalitetsregister (SWEDEHEART, Riksvikt, Ablationsregistret, Pacemakerregistret, Luftvägsregistret, Cancerregistret, Socialstyrelsens rapporter utifrån öppna jämförelser ("Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar" 2015 respektive "Säker vård" 2016); intervjuer per telefon av nyckelpersoner på enheten; diskussioner mellan revisorerna inklusive utformande av protokoll för journalgranskning samt ram för intervjuer; studie av rapporten Verksamhetsrevision Örebro (Anders Nilsson 18-01-11). I synnerhet den sistnämnda dokumentet gav en värdefull grund avseende organisation och styrning av enheten, se bilaga 4. Besöket inleddes med att revisorerna återkopplade utfallet av förberedelserna med uppföljande dialog, dvs Återkoppling I i figuren nedan. Schemat för revisionen den 12-13 mars framgår i bilaga 5.

*Metodiken beskrivs övergripande i Figur 1.*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Förankring SLS' sektioner</li><li>- Förberedelser – kvalitetsindikatorer/register (NE, JA, C-GL)</li><li>- Återkoppling I</li><li>- Frågor/startdokument</li><li>- Intervjuer</li><li>- Journalgranskning (enligt protokoll)</li><li>- Återkoppling II</li></ul> |
|--|

## Allmänna synpunkter

Hjärt-lung-kliniken vid USÖ tillhör område thorax, kärl och diagnostik. För närmare beskrivning av struktur och organisation hänvisas till den utförd verksamhetsrevisionen, särskild skiss (se bilaga 4). Hjärtsektionen bedriver såväl bas-sjukvård som verksamhet inom alla högspecialiserade områden inom kardiologi. I denna revision har fokus riktats mot framför allt ischemi- och hjärtsviktsvård samt i viss mån arytmivård.

Kardiologsektionen presterar överlag väl eller mycket väl inom samtliga delområden sett utifrån data om kvalitetsindikatorer i kvalitetsregister. Detta intryck förstärktes efter genomförda intervjuer och journalgenomgångar. Relevanta kvalitetsdata återkopplas till verksamhetens medarbetare och utgör grund för diskussioner och lärande. Det finns även fora på kliniken för analys av patientfall som illustrerar medicinska och etiska dilemman, vilket är väl så viktigt som komplement. Vidare kännetecknas kliniken av ett i grunden etiskt förhållningssätt med goda möjligheter att dryfta etiska dilemman i kliniken samt ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Det finns en stabil infrastruktur för forskning och en rimlig andel disputerade kliniska forskare och doktorander; möjligen skulle stegen mellan disputerad och professor behöva förstärkas (post doc- och docentnivå). Utbildningsklimatet uppfattas som generellt gott med goda möjligheter till både intern och extern utbildning.

## Ischemivård

I SWEDEHEART-registrets kvalitetsindex, bestående av 11 aggregerade kvalitetsindikatorer, framgår att Örebro 2017 återfanns bland tio främsta sjukhusen i landet (9.5 av 11 poäng). Det noteras även att Örebro under de tre senaste åren legat stabilt i den översta kvartilen, vilket talar för stabilitet, se Figur 2, bilaga 6, sidan 23. Kliniken presterar väl eller mycket väl vad gäller tio av elva kvalitetsindikatorer.

Detta inkluderar 2017 indikatorn andelen rökare som slutat röka vid andra uppföljningen och andelen som uppnått målvärde för fysiskt träningsprogram, vilket innebär förbättringar jämfört med tidigare. Särskilt väl hävdar man sig beträffande indikatorn start av reperusionsbehandling inom rekommenderad tid vid STEMI. Data från RIKS-HIA visar även att en rimlig andel av de äldre patienterna med NSTEMI (80+) genomgår kranskärlsröntgen.

Den enda indikatorn där kliniken inte hamnar på övre halvan är andelen patienter som uppnått målvärde för blodfetter. Av intervjuer framgick dock att man i framtiden planerar för en utvidgad uppföljning av LDL-nivåer, vilket bör kunna leda till bättre redovisade resultat.

## Hjärtsviktsvård

Det bedrivs en omfattande och bred hjärtsviktsvård motsvarande universitetssjukhusnivå, såväl inom slutenvården som inom öppen vård. Av relevanta register, t.ex. Riksvikt och rapporter inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser (Hälsa- och sjukvård vid kroniska sjukdomar 2015 respektive Säker vård 2016) framgår att kliniken hävdar sig väl. Man placerar sig exempelvis bland de främsta vad gäller kvalitetsindikatorn förekomst av basbehandling (betablockare och RAAS-hämmare) vid hjärtsvikt. En mycket stor andel av sviktpatienterna har fått sin vänsterkammarmfunktion värderad via ekokardiografi inom rimlig tid. Målvärden för blodtrycksbehandling uppnås till övervägande del.

Via hjärtsviktsmottagningen strävar man efter att ombesörja snabba återbesök från slutenvården och akutmottagningen för handläggning och information. Väntetiden är oftast kort. För sviktpatienter med komplex klinik och/eller frekventa återinläggningar eftersträvas kontinuitet och långsiktig kontakt, vilket är väsentligt. Det råder ofta en samsjuklighet mellan hjärtsvikt och KOL. Som fallet sannolikt är för de flesta kardiologiska enheter, uppfattar vi utifrån journalgenomgång och intervjuer att det för vissa kroniska sviktpatienter kan finnas en förbättringspotential beträffande diagnostik av KOL, företrädesvis via fler spirometriundersökningar, se avsnittet om Samverkan mellan kardiologi och lungmedicin.

## Arytmivård

Hjärtsektionen tillhandahåller en komplett arytmiverksamhet motsvarande universitetssjukhusnivå med utredning och behandling av patienter med brady- respektive takyarytmier samt patienter med indikation för sviktpacemaker (biventrikulär pacemaker). Man har ett nära samarbete med thoraxkliniken, och ablationsverksamheten, företrädesvis av förmaksflimmer, ökar.

Utifrån kända kvalitetsregisterdata hävdar sig kliniken väl. Exempelvis är den registrerade andelen skador efter nyinsättning eller byte av pacemaker jämförelsevis låg. Utförda intervjuer motsäger inte denna bedömning.

Av öppna jämförelser (Socialstyrelsen 2016) framgår dock att andelen patienter med förmaksflimmer och minst en riskfaktor för stroke, som erhåller antikoagulantia-behandling är tämligen låg för både män (70,5%) och kvinnor (66,0%). Dessa data kan mycket väl vara relaterade till handläggning i primärvården, och det framgick av intervjuerna att det har gjorts försök att samverka med distriktsläkarna. Mot bakgrund av Socialstyrelsens målnivå 80 procent kan här ändå finnas en förbättringspotential.

## Etik

Förutom klinikens goda medicinska utfall, bedöms att den genomsyras av dels ett i vid mening etiskt förhållningssätt, dels en medvetenhet om innebörden i Hälsa- och sjukvårdslagens etiska plattform för prioriteringar och dess fokus på att tillgodose svårt sjuka patienters vårdbehov. Det vittnas om goda möjligheter att dryfta och dra lärdom av etiska dilemman i kliniken.

Man är vidare medveten om risken för bortträngningseffekter (att patienter med stora och komplexa vårdbehov trängs undan till förmån för lindrigare sjuka pa-

tienter) vid alltför rigid följsamhet till exempelvis vårdgarantin. Man är medveten om den yrkesetiska plikten att synliggöra vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi. Av journalgenomgångar och intervjuer framgår att s.k. brytpunktssamtal genomförs med patienter och anhöriga när så anses berättigat; med reservation för att det rör sig om ett stickprov.

Kliniken eftersträvar på ett rimligt sätt kontinuitet för i synnerhet patienter med komplexa vårdbehov, exempelvis sviktpatienter med samsjuklighet. Här kan emellertid finnas en förbättringspotential, i synnerhet i samverkan med primärvården. Det kan även finnas en förbättringspotential beträffande grunden för s.k. horisontella prioriteringar, dvs mellan olika verksamhetsområden. Denna fråga ägs dock inte primärt av Hjärtlungkliniken.

### **Patientsäkerhet**

Kliniken tycks präglas av en ändamålsenlig syn på patientsäkerhetsarbete, det vill säga dess koppling till evidensbaserad medicin (vetenskap och beprövad erfarenhet) och rimliga fora för att stimulera arbetet. Verksamhetschefen är kliniskt verksam, även på akutmottagningen, och tar aktiv del i patientsäkerhetsarbetet. Intrycket utifrån gjorda intervjuer är att det råder fokus på att finna systemfel. Medicinskt ledningsansvariga involveras när så bedöms berättigat. Återkoppling sker återkommande till medarbetarna.

Det är ovanligt med utlokaliseringar och överbeläggningar när det gäller hjärtsektionens patienter. Beläggingsstatistiken ger vid handen 85-95 procent beläggning vilket torde vara i det närmaste optimalt. Kliniken sticker generellt sett inte ut negativt beträffande tillgängliga data avseende förekomst av vårdskador, exempelvis fallskador, trycksår och vårdrelaterade infektioner. Andelen skador efter pacemakerimplantation är förhållandevis låg.

### **Utbildning**

Av nyligen utförd SPUR-inspektion framgår att utbildningen av ST-läkare överlag fungerar väl, se den aktuella rapporten. Verksamhetschefen uppmuntrar ST-läkare att genomgå specialistexamen.

Utbildningsklimatet tycks generellt sett vara gott med tillfredsställande möjligheter till både intern och extern utbildning även för kollegor under fortbildning. Via utförda intervjuer ges intrycket att devisen "frihet under ansvar" gäller; en aktiv hållning premieras särskilt. Schemalagda utbildningstillfällen finns för samtliga medarbetare.

## **Sammanfattning**

- Kardiologsektionen presterar överlag väl eller mycket väl inom samtliga delområden sett utifrån data om kvalitetsindikatorer i kvalitetsregister samt genomförda intervjuer och journalgenomgångar.
- Sektionen genomsyras av ett etiskt förhållningssätt och en medvetenhet om Hälso- och sjukvårdslagens etiska plattform för prioriteringar med fokus på vårdbehov.
- Sektionen präglas av ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete och det finns fora för att stimulera arbetet; utbildningsklimatet är generellt sett gott.
- Det finns förbättringspotential beträffande lipidsänkning, AK-behandling vid förmaksflimmer, samt samverkan med lungmedicin och primärvården om vissa patientgrupper.



## Allmänna synpunkter på verksamheten

Den lungmedicinska delen av Hjärt-lungkliniken har en god verksamhet inom hela det lungmedicinska fältet. Detta framgår av den helt nyligen gjorda verksamhetsrevisionen av organisationen vid Hjärtlungkliniken. Av denna framgår att för slutenvården domineras spektrat av luftvägssjukdomar, där KOL (ca 17%) och lunginflammationer (13%), således tillsammans ca 30 procent av panoramat. Lungcancer svarar för cirka 23 procent. Motsvarande statistik för den öppna vården har inte kunnat återfinnas.

Vad gäller bemanning inom lungmedicin har man under senaste åren kunna bemanna läkartjänster i överordnad position. Däremot saknas flera ST-läkare, vilket såväl klinikledning som avdelningsledning inom lungmedicin är väl medvetna om. Man har gjort relativt stora ansträngningar, och man har ett rykte om en god handledarfunktion vid sektionen. En nyligen gjord SPUR-inspektion har också givit goda vitsord för utbildningsmiljön inom lungmedicin. En framtida möjlighet är att rekrytera nyfärdiga läkare från den nu startade läkarutbildningen i Örebro. Man har till exempel flera som gjort sina examensarbeten inom lungmedicin. Man påtalar också att en positiv rekryteringsmöjlighet är att kliniken har en positiv inställning till extern utbildning såväl under ST som för specialister. Även rekryteringen av sjuksköterskor och undersköterskor har svårigheter, och kräver stora insatser av till exempel avdelningschefer. Den specialiserade vård som bedrivs, med till exempel ventilatorbehandling på kliniken av respiratoriskt sviktande patienter skapar ett stort behov av utbildning för patienter på avdelning och mottagning.

Lungkliniken har ansvaret för allergologisk verksamhet vid universitetssjukhuset, även om viss allergologisk verksamhet också bedrivs vid ÖNH-kliniken och inom barnsjukvården. Vad vi har kunnat förstå finns idag ingen specialistläkare för vuxenallergologi vid sjukhuset, efter att en aktiv allergolog avlidit. Detta är en svaghet. De företrädare (läkare och sjuksköterska) vid lungkliniken som ansvarar för vården av allergiska åkommor, med fokus på astma hos vuxna, gör ett bra arbete och de har goda utredningsmöjligheter. Man gör metakolintest, capsacintest förutom standardutredning med pricktest. Man driver hyposensibilisering på ett relativt stort antal patienter. Bedömningen blir då att denna vård sker i enlighet med dagens riktlinjer, men att formell kompetens saknas. Detta behöver givetvis korrigeras, och förhoppningsvis kan den verksamma läkaren relativt snart erhålla specialisering i allergologi tillsammans med sin lungspecialitet.

Samarbete med primärvården är etablerat på forskningssidan och man betonar vikten av att utveckla detta, även om personalsituationen i primärvården ibland försvårar samarbete. Kliniskt sker samarbetet genom normalt remissförfarande mellan specialistklinik och primärvård.

## Vården av lungcancerpatienter

Den lungmedicinska sektionen har en stor lungcancerverksamhet, som bedrivs med en väl uppdaterad utrednings- och behandlingsarsenal som innehåller såväl EBUS som PET-undersökningar vid "staging" av tumörerna. Man har nära och bra samarbete med thoraxkirurgi och onkologi. Man har en rutin för rapportering till det nationella lungcancerregistret. Storleksordningen förefaller vara något minskande under de senaste åren, av ca 350 fall rapporterade 2014 – 16 är ca 130 fall rapporterade under 2015-16.

Från det nationella lungcancerregistrets årsrapport 2012-16 (publicerad i november 2017) kan man göra en god kvalitetsgranskning av lungcancer vården. För flertalet kvalitetsindikatorer är utfallet mycket gott. Några exempel är att andelen av patienter som diskuterades vid multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut i Örebro var 93 procent medan medianvärdet i landet var 77 procent. Bland 37 rapporterade enheter i Sverige kommer US i Örebro på sjätte plats. En indikator som speglar ett förhållandevis nytt tillskott vid utredning är användandet av "PET vid bedömning inför kurativt syftande behandling". Hundra procent av dessa patienter har genomgått PET, över medianvärdet som är 96 procent. Liknande goda siffror ses för "EGFR mutationstest", för "planerad palliativ cytostatika behandling" och för "planerad kurativt syftande kemoradioterapi vid lokalt avancerad sjukdom". För "Inrapporteringshastighet till kvalitetsregistret" är kliniken något lägre än riksgenomsnittet, och detta gäller också för andelen "patienter med icke-småcellig cancer som rekommenderas få kemoradioterapi", där endast 33 procent fått detta. För den senare indikatorn är riksgenomsnittet lågt, 43 procent, vilket är under målvärdet för indikatorn. Vid intervjuer med företrädare för denna cancer vård framkommer att det vid onkologkliniken tidigare funnits en uppfattning att man hellre endast bör ge kemoterapi till dessa patienter. Denna inriktning har på sistone korrigerats i enlighet med riktlinjerna.

Med tanke på klinikkens universitetssjukhusstatus är det också negativt att registret visar att inga patienter vid kliniken deltar i strukturerade behandlingsstudier.

## KOL

Kliniken har ansvaret för KOL-vården vid universitetssjukhuset, och förutom inkomsten till akutmottagningen sker den slutna vården i största utsträckning vid lungsektionen. Vår stickprovsundersökning av ineliggande patienter visar en generellt sett god vård. Patienter med måttligt svår respiratorisk insufficiens, pH 7,25-7,35 får i enlighet med riktlinjerna non-invasiv ventilation. Man noterar också att de etiskt svåra ställningstaganden som den mer finala vården vid KOL xxx har tillgodosetts, med tydlig dokumentation av "brytpunktsamtal" och diskussion av och remitteringar till palliativ vård.

En förvånande notering vid journalgenomgången är att flertalet av dessa patienter vid utskrivningen är försedda med inhalationsbehandling via inhalator t ex Pari-inhalator. Nyare riktlinjer påtalar att detta endast kan vara indicerat för ett synnerligen litet antal patienter. Inhalationsbehandling av spray via spacer kan i allmänhet ersätta inhalatorbehandlingen med lika god effekt, och man slipper då den besvärliga hanteringen av inhalatorer, med kontroller av hygien mm.

En brist vid denna genomgång av KOL-vården är att rapportering till luftvägsregistret ej genomförts i tillfredsställande omfattning. En förklaring till detta är troligen att bemanningen vid sektionen under de senaste åren varit bristfällig. Med den förbättring som skett under allra senaste tiden är det av betydelse att man nu bygger upp system för en förbättrad kvalitetsuppföljning av denna typ.

Av de relativt få öppenvårdspatienter med KOL vid sektionen som rapporterats till Luftvägsregistret framkommer att antalet aktiva rökare är högre än riksgenomsnittet, cirka 35 procent mot cirka 25 procent vid specialistvård i landet. Detta kan givetvis vara en spegling av en högre rökprevalens i regionen, men det understryker ytterligare att den tobakspreventiva satsning som finns vid kliniken bör fortsätta och kanske intensifieras. Andelen som genomfört spirometri ligger helt nära riksgenomsnittet. Andelen fysiskt aktiva patienter under åren 2014-16 har vid kliniken minskat från 42 till 29 procent medan riksgenomsnittet går i motsatt riktning från 30 till 36 procent. Bland de få fall som rapporterats ses samma negativa trend finns för andelen influensavaccinerade med en minskning under dessa år från 80 till 65 procent. Rikssnittet har gått från 66 till 75 procent, med målvärdet 80 procent. Inga patienter rapporteras ha fått strukturerad patientutbildning om KOL, vilket måste vara ett rapporteringsfel. Socialstyrelsens målnivå är här 80 procent. Andelen patienter som registrerats med symtomskattningsformuläret CAT är 94 procent och det är över riksgenomsnittet (89 %). För denna indikator är målvärdet 95 procent. Eftersom antalet rapporterade patienter per år har varit i storleksordningen 30-40 måste man givetvis se med viss tveksamhet på dessa siffror. Emellertid ser man för flera indikatorer att kvaliteten har minskat, och det är därför man med förhoppning ser framemot en mer specialiserad KOL-mottagning där man har större möjlighet att dels öka rapporteringen, dels få ett mera strukturerat omhändertagande.

Avsaknaden av rapportering till Luftvägsregistrets modul för inneliggande patienter under senare år måste påpekas. Det är av största vikt för den här patientkategorin, och därmed också för den lungmedicinska specialiteten, att man skapar underlag för kvalitetsgranskning av denna vård. Inneliggande KOL-vård är betydelsefull i patientledet eftersom det är en av de starkaste indikatorerna i sjukvården för framtida morbiditet och mortalitet. Hälsoekonomiskt är också sjukhusvård vid KOL synnerligen viktig. Samhällets kostnader för KOL styrs i stor utsträckning av sjukhusvården.

### **Sömnapné**

Lungsektionen utreder för närvarande drygt tusen patienter årligen för sömnapné. Till det nationella registret Swedevox har man 2016 (senaste offentliggjorda data) rapporterat cirka 500 patienter som fått CPAP. I detta register finner man goda data för lungsektionen vid universitetssjukhuset. På flertalet mätparametrar hävdar sig kliniken väl i en nationell jämförelse. Ledtiden från diagnostisk nattregistrering till start av behandling är något sämre än riksgenomsnittet med cirka 100 dagar där riksmedianen är cirka 70 dagar. Ledtiden för remiss till utredning är ungefär som riksmedianen.

Sömnapnéverksamheten är för närvarande under omorganisation. Utredningen kommer att utföras utanför sjukhuset, utprovningen av apparatur vid sjukhuset.

## **Forskning**

Sektionen har tre disputerade läkare, och två har lämnat in docenturansökan till bedömning. Man har aktivitet inom KOL-området, där det sedan 2010 har publicerats 29 artiklar enligt PubMed. Arton av dessa har publicerats sedan början av 2016. Arbetena har framför allt haft en epidemiologisk profil. Med initiativ från kliniken (Josefin Sundh) har samarbeten etablerats med olika andra forskningsgrupper inom detta område. Detta område har en väsentlig potential för framtida forskningsinsatser, och det är också lovande att det inom detta projekt finns flera potentiella och registrerade doktorander. Ett gott initiativ är att man även inkluderat primärvårdsläkare i forskningsgruppen.

Inom rökavvänjningsområdet finns också en väl etablerad verksamhet. Man kommer nu att ta en viktig del i etablerandet av ett nationellt register för rökavvänjning, och detta kommer att kunna bli av stor betydelse i kvalitetssäkringen av denna verksamhet.

## **Sammanfattning**

Verksamheten vid lungsektionen vid regionsjukhuset i Örebro är på ett helt adekvat sätt fördelad på de olika delar som berör specialiteten. Här följer några av de viktigaste observationerna:

- Lungcervården är mycket god i ett nationellt perspektiv
- Vården av KOL måste ses som helt adekvat, med en synnerligen funktionell verksamhet bedömt utifrån stickprovsundersökningar av vårdjournaler. Tyvärr saknas möjlighet att i närmare detalj utvärdera den, eftersom rapporteringen till nationellt kvalitetsregister skett mycket sporadiskt
- Rapporteringen till Luftvägsregistret behöver således förbättras såväl för den öppna vården som för vården av inneliggande patienter. Rapporteringen i de något äldre registren för lungcancer och långtidsoxygen samt CPAP-behandling är god
- Vården vid sömnapné är god i ett nationellt perspektiv, möjligen med en liten eftersläpning i tiden till behandlingsstart med CPAP efter den diagnostiska utredningen
- Forskningen har ökat de senaste åren, och har en lovande KOL-ansats
- Man är medveten om och tillämpar ett gott etiskt förhållningssätt, dels i prioriteringsfrågor, dels i handhavandet av svårt sjuka patienter med dokumenterade samtal inför en final palliativ vård. Man har också förhållandevis goda möjligheter att, i de fall plats inte bereds på palliativa enheter, vårda patienter med final respiratorisk svikt och final lungcancer
- Vidareutbildningsmöjligheter för läkare är goda
- Bemanningssituationen för fasta överläkare har blivit god under de senaste åren. Det är en brist att sektionen inte har någon ST-läkare för närvarande
- Det finns ett behov av formell läkarkompetens på allergiområdet

# Samverkan om hjärtsvikt och KOL

Organisatoriskt har hjärtlungkliniken funnits som gemensam enhet i omkring tre år. Under denna tid har man enligt den tidigare organisatoriska utredningen gjort goda ansatser för att skapa en organisatorisk enhet. Vi ser ett behov av att granska samarbetet närmare inom de områden, där patienters medicinska behov, såväl differentialdiagnostiskt som behandlingsmässigt, bättre kan tillgodoses genom ett stärkt medicinskt samarbete. De områden vi har sett som viktiga medicinska samarbetsområden är omhändertagandet av de multisjuka, kanske något äldre, patienterna, som har samtidig hjärtsvikt och KOL. Ett ytterligare område där liknande samarbete bedöms vara av vikt är vid kardiovaskulär sjukdom och sömnapné.

Vad gäller samsjuklighet mellan hjärtsvikt och KOL finns det såväl internationella som nationella data som visar att hos patienter med primär KOL-diagnos i ett primärvårdsperspektiv föreligger en samtidig hjärtsvikt hos 20-40 procent av patienterna. I det svenska Luftvägsregistret har man på inläggande KOL-patienter rapporterat hjärtsjukdom hos 60 procent. Studier av oselektade hjärtsviktpatienter där man gjort spirometri har visat att 35-40 procent har KOL, varav 50 procent har systolisk dysfunktion och 50 procent diastolisk dysfunktion.

Vi har därför valt att göra en mindre journalgenomgång (cirka 15 patienter) för att se på dessa patientkategorier. Vi har valt ut inläggande och några få öppenvårdspatienter där dessa diagnoser förekommer, dels separat, dels kombinerat. Vi har där granskat underlag för diagnoser, och om samsjuklighetsfrågan enligt journalen har beaktats. Hos de patienter där båda diagnoserna finns i epikriserna kan man sammanfatta fynden, att man har diagnostiskt säkerställt diagnoserna spirometriskt och med EKO. Vid något fall med närmast terminal KOL kunde vi inte återfinna spirometri, och patienten var uppenbarligen inte i skick att genomföra detta. Hos patienter vårdade på lungmedicin kunde vi några fall där man inte gjort någon värdering av hjärtsvikt. Rekommendationen är ju att göra åtminstone NT-pro-BNP. Likaså fann vi några fall vårdade på hjärtsektionen under diagnosen hjärtsvikt, där rökamnes och sjukdomstillstånd sannolikt hade motiverat en spirometri för att klargöra om patienten har KOL. Behandlingsmässigt har de som fått respektive diagnoser fått en adekvat behandling i enlighet med gällande riktlinjer. Problemet uppstår där man inte diagnostiserar samsjukligheten och därmed inte får möjlighet att ge den behandling som kan minska såväl morbiditet som sannolikt också mortalitet, samt minska patientens symtombörda.

Vid samtalen med företrädare för de båda sektionerna framkommer att det inte finns något organiserat samarbete kring dessa patientkategorier. Informella kontakter ”i korridoren” förekommer givetvis. I avdelningsarbetet finns en möjlighet till förbättrat samarbete då man kommer att vårda hjärtpatienter på den lungmedicinska vårdavdelningen. En potentiell förbättring av samarbetet finns om man vid inrättandet av den planerade KOL-mottagningen skapar förutsättningar för ett närmare samarbete. Ett förslag skulle kunna vara att man har regelbundna ”multi(bi)-disciplinära” konferenser där man diskuterar aktuella fall.

# Sammanfattning av revisionen

## Huvudsakligt utfall

Det övergripande intrycket är att Hjärtlungkliniken vid USÖ fungerar medicinskt bra, i flera avseenden rent av mycket bra. Detta gäller både den kardiologiska och den lungmedicinska sektionen. Utifrån studerade kvalitetsregister presterar HLK väl, rent av mycket väl, vad gäller relevanta utfalls- och processmått. Detta intryck förstärktes via genomförda intervjuer och utförd journalgenomgång. Förutom goda medicinska utfall, genomsyras kliniken av dels ett i vid mening etiskt förhållningssätt, dels en medvetenhet om innebörden i den etiska plattformen och dess fokus på att tillgodose svårt sjuka patienters vårdbehov. Det vittnas om goda möjligheter att dryfta etiska dilemman i kliniken. Därvid kan tilläggas en ändamålsenlig syn på patientsäkerhetsarbete och rimliga fora för att stimulera arbetet. Det finns därutöver en stabil infrastruktur för forskning med en totalt sett rimlig andel kliniska forskare. Utbildningsklimatet tycks generellt gott med goda möjligheter till både intern och extern utbildning, vilket även framgick vid den senaste SPUR-inspektionen på kliniken.

## Förbättringspotential

- Sekundärpreventiv lipidsänkande behandling
- Lungmedicinsk diagnostik (KOL) på sviktpatienter, särskilt äldre
- AK-behandling av patienter med förmaksflimmer
- Samverkan med primärvården beträffande vissa patientgrupper
- Stimulera till diskussioner om prioriteringsarbete på områdes- och förvaltningsnivå
- Förbättra rapporteringen till Luftvägsregistret
- Rekrytera ST-läkare till lungsektionen.
- Tillsä att formell specialistkompetens finns på allergi-området
- Rekrytera lungcancer-patienter till behandlingsstudier

## Metodologiska synpunkter

Den använda metodiken, en del av en tentativ modell under utveckling, tycks ha fungerat på ett rimligt sätt. Det var en styrka för legitimiteten att förankring skett med de relevanta sektionerna vid utseende av revisorer. En annan central framgångsfaktor var det grundliga förberedelsearbetet. Revisionen underlättades även av en mycket konstruktiv inställning hos deltagande personal och chefer. Även den tidigare gjorda verksamhetsrevisionen utgjorde en styrka, inte minst i fråga om struktur och organisation.

Två dagar fysiskt på plats torde utgöra en miniminivå; men säkerligen hade vissa delar av revisionen kunnat fördjupas genom ytterligare en dag. Förberedelsearbetet hade eventuellt kunnat kompletteras med en strukturerad enkät till utvalda personer på enheten. Intervjuerna och dialogen med enheten hade sannolikt kunnat göras skarpare, om journalgenomgången inlett arbetet dag ett. Journalgenomgången gjordes visserligen strukturerat via ett protokoll som de två revisorerna kommit överens om, men får likväl sägas ha skett ad hoc i samband med revisionstillfället; protokollet hade kunnat tas fram med mer framförhållning.

# Referenser

Nilsson A. Verksamhetsrevision 2018. Hjärt-Lungkliniken, Region Örebro. Rapport 2018.

Svenska Läkaresällskapet 2015. "En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV). Rapport 2015.

Svenska Läkaresällskapet 2016. Utveckling av Professionell granskning och Klinisk revision. Direktiv (SLS Nämnd) till arbetsgrupp december 2016. Rapport 2016.

Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001. "Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten". Rapport 2001.

# Bilagor

- Bil. 1 Avtal mellan Svenska Läkaresällskapet (SLS) och Hjärt-lungkliniken vid Örebro Universitetssjukhus om extern medicinsk kvalitetsrevision
- Bil. 2 Den medicinska revisionens fyra domäner med frågor
- Bil. 3 Startdokument. Medicinsk Kvalitetsrevision 2001
- Bil. 4 Organisation Hjärtlungkliniken Örebro. Översikt. Verksamhetsrevision (Nilsson 2018)
- Bil. 5 Schema medicinsk revision Hjärtlungkliniken Örebro 12-13 mars 2018
- Bil. 6 SWEDEHEART-registret
- Bil. 7 Nationell lungcancerrapport



**Avtalspart**

Svenska Läkaresällskapet  
101 35 Stockholm  
SVERIGE

Kontaktperson:

Per Johansson, 08-440 88 65

**Avtalspart**

Hjärt-lungkliniken, USÖ  
701 85 Örebro  
SVERIGE

Kontaktperson:

Stella Cizinsky, 019-602 10 00

## AVTAL

Svenska Läkaresällskapet (SLS) och hjärt-lungkliniken vid Örebro Universitetssjukhus är överens om att SLS ska genomföra en extern medicinsk kvalitetsrevision som försökspilot vid HLK under v.11 2018 eller vid annat överenskommet tillfälle. Piloten är del i framtagandet av en generisk modell för extern professionsbaserad kvalitetsrevision i SLS regi.

Kvalitetsrevisionen/piloten kommer att genomföras av två inspektörer, varav en specialist inom kardiologi och en inom lungmedicin, och beräknas ta en och en halv till två dagar. SLS står för inspektörernas kostnader när det gäller resor och uppehälle samt ersättning för eventuella inkomstbortfall och/eller arvode.

SLS revision kommer att komplettera tidigare verksamhetsrevision som genomförts vid HLK i januari 2018 och omfatta fyra områden:

- Etik och prioriteringar
- Vetenskap och medicinsk måluppfyllelse
- Patientsäkerhet
- Fortbildning

Resultatet från revisionen i form av promemoria eller rapport ägs av båda avtalsparter.

Avtalet har upprättats i två exemplar av vilka parterna erhållit var sitt.

Stockholm den 2018-02-13

För Svenska Läkaresällskapet

.....

Per Johansson, kanslichef

Örebro den 2017-02-13

För Hjärt-lungkliniken, USÖ

.....

Stella Cizinsky, verksamhetschef

**Vetenskap/medicinskt utfall ur identifieras relevanta kvalitetsmått (process-, utfall-, struktur-)?**

- Hur återkopplas relevanta kvalitetsregisterdata (ffa mortalitet och morbiditet) till verksamheten?
- Hur hävdar sig enheten vid jämförelse med andra liknande enheter?
- Hur stor andel av medarbetarna är disputerade eller doktorander?

**Etik – prioriteringar**

- Hur implementerar enheten den etiska plattformen för prioriteringar i praktiken?
- Hur identifierar och hanterar man bortträngningseffekter?
- Hur verkar enheten för samverkan och kontinuitet kring individer med komplexa vårdbehov?
- Hur synliggör man vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi?

**Patientsäkerhet**

- Hur definierar enheten patientsäkerhet?
- Hur verkar enheten för patientsäkerhet?
- Hur involveras medarbetarna?

**Fortbildning**

- Hur stimuleras relevant utbildning på enheten?
- Hur många dagar per kollega och år avsätts för fortbildning?
- Data från SPUR-inspektion?
- Hur stor andel av ST-läkarna utför specialistexamen?

## STARTDOKUMENT FÖR MEDICINSK KVALITETSREVISION

Ett exempel på en mall i förkortad version

Enhetens namn:

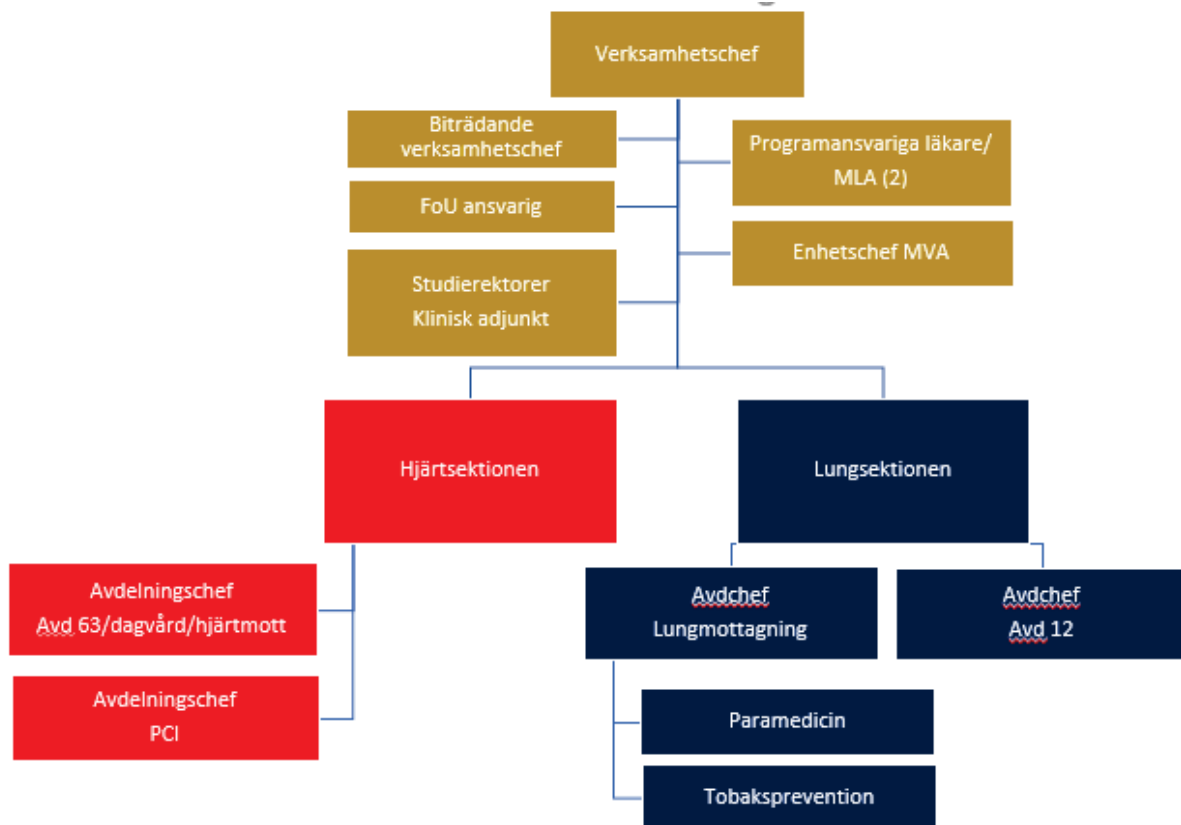
Enhetens adress mm:

Ort och datum:

Revisorer:

Inför planerad medicinsk kvalitetsrevision önskar revisorerna erhålla uppgifter samt befintliga dokument som beskriver följande områden:

1. Enhetens uppdrag, vårdbehov i befolkningen, verksamhetsplan
  
2. Enhetens resurser - användning och fördelning.
  - ledningsstruktur, organisation
  - bemanning, delegationer
  - lokaler
  - utbildning
  - forskning
  
3. Enhetens vårdutbud/behandlingsinriktning
  - vårdprogram
  - tillgänglighet
  - kontinuitet i patientarbetet
  - vårdmiljö
  - säkerhet, sekretess, ev. tvångsvård
  - dokumentation av vårdarbetet (journaler mm).
  
4. Nätverksperspektivet - samarbete med andra vårdgivare
  
5. Samråd med patienter, patientorganisationer, anhöriga och övriga närstående i utveckling av vården
  
6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten, vårdresultat, använda indikatorer och mätvärden, resultat av enkäter, avvikelshantering och verksamhetsberättelse.

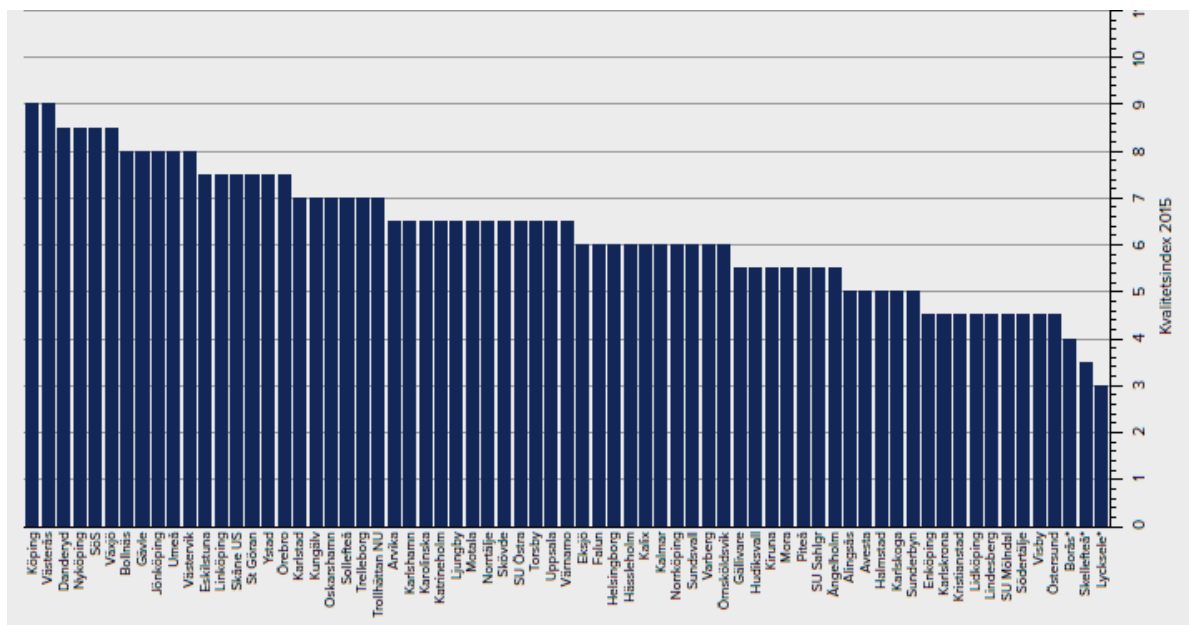
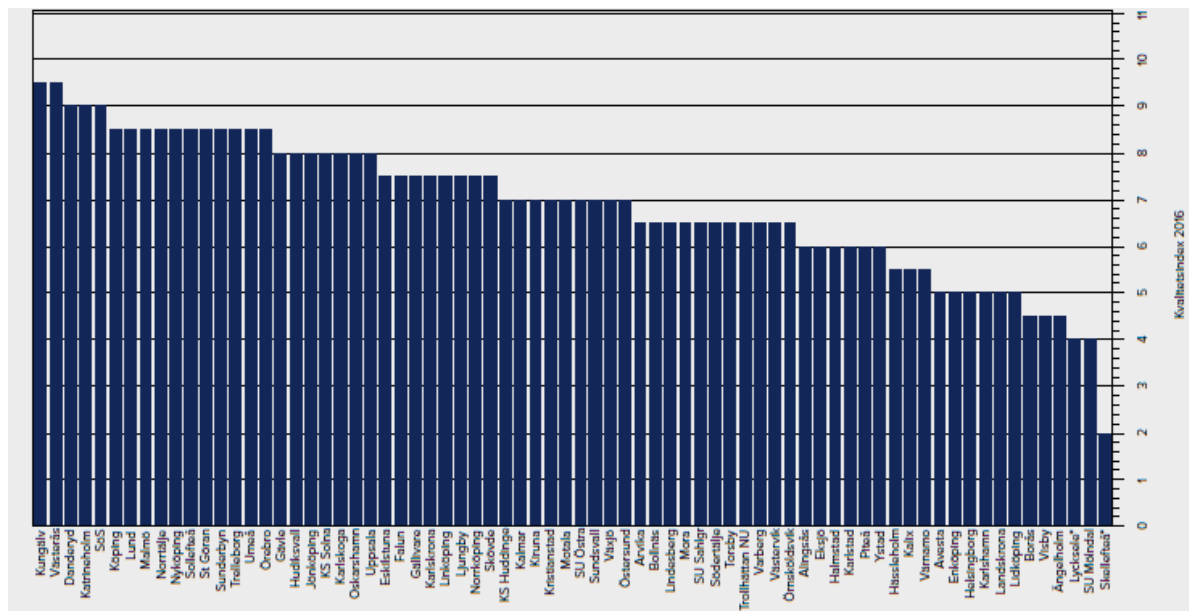
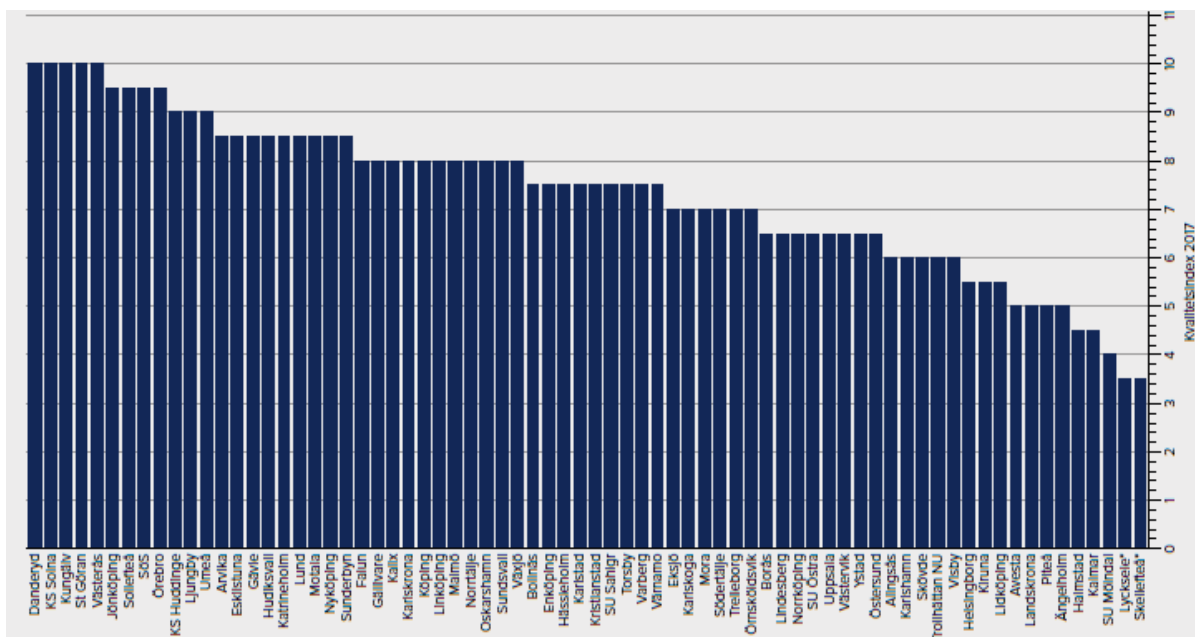


## REVISION

<i>Tidpunkt</i>		<i>Lokal</i>	<i>Fixas</i>
<b>Måndag 12 mars</b>			
11-12	Stella		
12-13.30	Medic. ledningsansvariga Kronvall, Kellerth, Lindell, Calais, Taracközi, Stella	Konf rum, avd 63, vån3	✓ Vegansk lunch för 8 pers ✓ Inbjudan skickad
13.30-14	Rundvisning		
14-15	Intervju ST-läkare Madeleine Werner Maria Söderberg Torbjörn Kalm	Konf rum avd 63, vån 3	✓ Inbjudan skickad - ✓ Fika beställd för 5 pers
15-18	<i>Journalgranskning</i>	<i>TPE, vån 2</i>	
15-16	Intervju hjärtsvikt Catarina Nilsson börjar kl 15 Barna Szabo kommer vid 15.30	Konf rum avd 63	✓ Inbjudan skickad
16.00	OSAS Lennart Nilholm Inga-Lill Schöllin	Konf rum, lungmott	✓ Inbjudan skickad
<b>Tisdag 13 mars</b>			
8-9	Intervju lungmedicin Josefin Sundh Jan Lenell Eva Hellberg	Konf rum, Lungmott	✓ Inbjudan skickad - accepterad av alla
9-12	<i>Journalgranskning</i>	<i>TPE, vån 2</i>	
12-13.30	Lunch avd chefer Stellan Eriksson Eva Hellberg Jan Lenell Lena Börs	Konf rum avd 63	✓ Vegetarisk lunch för 6 pers ✓ Inbjudan skickad
13.30-15	Sammanfattning Stella + klinikledning	Konf rum avd 63	✓ Inbjudan skickad

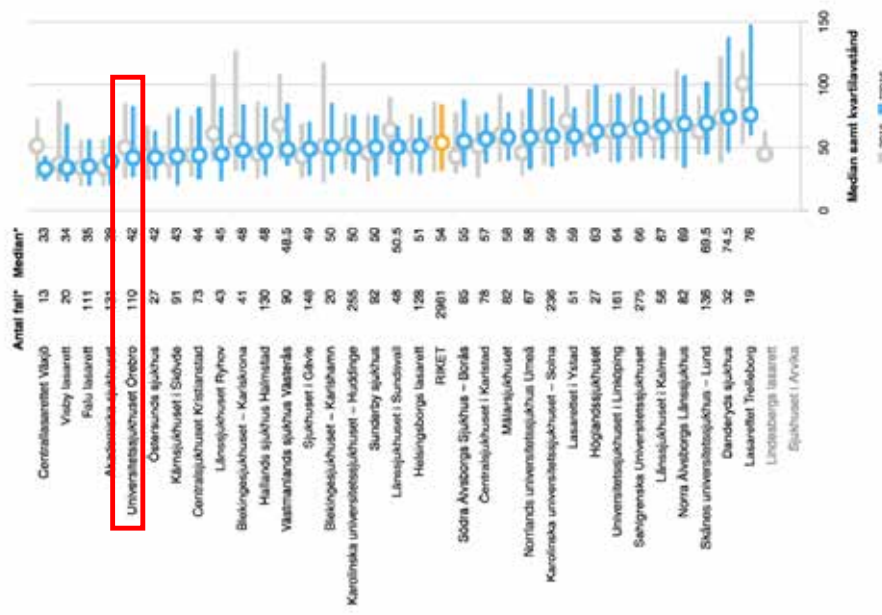
Användarsignatur beställd, lånekort (dörrar HLK) lämnas ut vid ankomst

# BILAGA 6

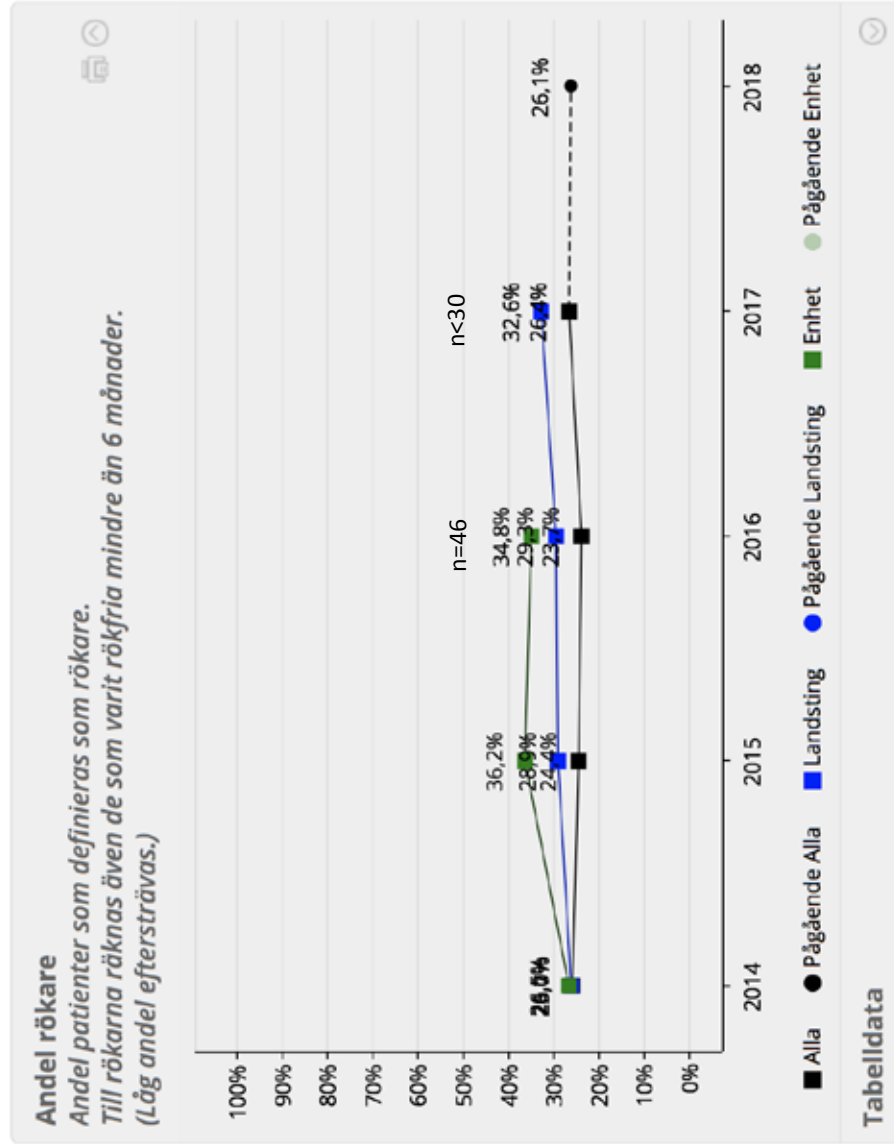


## Nationell lungcancerrapport

## Luftvägsregistret - KOL



Antal dagar mellan ankomst av remiss och behandlingsstart, per sjukhus, diagnosår 2015-16.



# Svenska Läkaresällskapet

är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation,  
en ideell, politiskt och fackligt obunden förening och verkar för  
förbättrad hälsa och sjukvård i samhället.

Det gör vi genom att främja medicinsk forskning,  
utbildning, etik och kvalitet, initiera och driva debatt, sprida  
kunskap, stödja forskning och utarbeta riktlinjer, uttalanden,  
rapporter och policydokument samt ingå i statliga utredningar  
och besvara remisser.

Läs mer om verksamheten på

[www.sls.se](http://www.sls.se)

Svenska Läkaresällskapet  
Box 738  
101 35 Stockholm

08-440 88 60

[www.sls.se](http://www.sls.se)