



Grundad 1975

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

**Kvalitetsarbete inom
omvårdnad för barn och ungdom**

Kvalitetsindikatorer

Omvårdnadsvariabler för kvalitetsregister

Vårdtyngdsmätning

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor (RfB) arbetar för att främja utveckling inom vårt kompetensområde. Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom är därför ett område av specifikt intresse och särskilt vill föreningen verka för att omvårdnads-kvalitet för barn och ungdom säkras. Under det senaste decenniet har föreningen därför tagit initiativ till och engagerat sig i arbete som berör kvalitet inom omvårdnad för barn och unga.



Grundad 1975

I denna rapport samlas resultatet från arbetsgrupper som utarbetat förslag för

- Kvalitetsindikatorer för omvårdnad vid sjukhusvård av barn och unga
- Omvårdnadsvariabler för kvalitetsregister där barn ingår
- Vårdtyngdsmätning inom sjukvård för barn och ungdom

Innehåll

Inledning	3
Kvalitetsindikatorer	5
Omvårdnadsvariabler för kvalitetsregister	20
Vårdtyngdsmätning	23

Inledning

För att mäta kvalitet inom hälso- och sjukvård behövs olika mått. Ett kvalitetsmått bör uppfylla höga krav på vetenskaplig rimlighet, relevans, mätbarhet och entydlig tolkningsbarhet.

Inom omvårdnad används både indikatorer och variabler. De senare är något enklare till sin struktur.

Kvalitetsindikatorer och Omvårdnadsvariabler

Kvalitetsindikatorer beskrivs som kvantitativa mått som kan användas för registrering och utvärdering av kvalitet som mäter struktur, process och resultat. Struktur; vad som behövs, process; handlingar som utförs och resultat; effekten för mottagaren. Mer om kvalitetsindikatorer kan du läsa om i boken *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad* redaktör Ewa Idvall. Boken har getts ut i flera upplagor och i den senaste utgåvan 2013 ingår tre kapitel särskilt för barn och ungdom om läkemedelshantering, smärta och venösa infarter.

Omvårdnadsvariabler ska också vara mätbara och kan omfatta antingen alla tre områdena struktur, process och resultat eller någon av dem. Svensk Sjuksköterskeförening har i rapporten ”Utveckla och ensa kvalitetsvariabler inom omvårdnadsområden” (2012) granskat i vilken omfattning de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvård innehåller omvårdnadsvariabler.

Referenser:

Idvall, E. redaktör. (2013) *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*.
Gothia utbildning AB Stockholm

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012) *Utveckla och ensa kvalitetsvariabler inom omvårdnadsområden*.

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kvalitet-publikationer/omvardnadsvariabler_kvalitetsregisterrev.pdf

Vårdtyngdsmätning

Vårdtyngd kan definieras som ett mått på en patients behov av olika vårdåtgärder uttryckt i tid. Tiden kan översättas till personalbehov.

En vårdåtgärd kan givetvis göras på olika sätt och ta olika lång tid att genomföra. För att få en likvärdig bedömning krävs därför tydliga kriterier för god vård. I praktiken betyder det att alla måste arbeta efter samma mål, ofta en kombination av vårdfilosofi och riktlinjer. För att mätningen skall vara meningsfull krävs även en koppling till vad som uppfattas som en optimal arbetsbelastning för personalen.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor har frågat landets barnkliniker om deras erfarenheter och metoder för vårdtyngdsmätning. Vi fann att det saknades en bra metod för att mäta patienters omvårdnadsbehov. Många metoder har fokus på medicinska åtgärder. I litteraturen hittade vi ett instrument från Finland som motsvarade våra krav,

Rafaela™. I vår rapport ingår resultatet av kartläggningen och en beskrivning av instrumentet Rafaela™.

Arbetet har resulterat i att vårdtyngdsinstrumentet Rafaela™ nu testas på Centralsjukhuset i Karlstad. En lägesrapport från detta finns att läsa i Barnbladet nr 2, 2015.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor april 2015

Kvalitetsindikatorer för omvårdnad vid sjukhusvård av barn och unga

Kvalitet är ett mångtydigt och komplext begrepp. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat nationella indikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvården. Indikatorerna ska spegla de sex dimensionerna för god vård, vilket innebär att vården ska vara:

1. Kunskapsbaserad/Ändamålsenlig
2. Säker
3. Patient/brukarcentrerad (i barnsjukvården innebär detta barn och familjecentrerad)
4. Effektiv
5. Jämlik
6. Förmedlad i rimlig tid

Hälso- och sjukvården bör hålla samma kvalitet i hela landet. Med hjälp av uppföljningar och jämförelser från nationella data kan förutsättningar skapas för att initiera förbättringar av vårdens kvalitet. Kvalitetsindikatorer syftar till att förbättra vårdens innehåll och resultat samt att underlätta kvalitetsarbetet. Utifrån vetenskapliga studier har kvalitetsindikatorer inom omvårdnad utformats för det patientnära arbetet. Kvalitetsindikatorer för omvårdnad finns beskrivna i flera utgåvor av Svensk sjuksköterskeförening, den senaste publicerad 2009. Även sjuksköterskor i nordiskt samarbete (SSN) har tagit fram indikatorer för omvårdnad.

Det råder konsensus om att det patientnära arbetet i större utsträckning bör vila på vetenskapligt baserad kunskap, beprövad erfarenhet och vårdtagarens egen uppfattning om önskad vård. De hittills framtagna kvalitetsindikatorerna inom omvårdnad är företrädesvis anpassade till vuxna och äldre patienter. Inom barnsjukvården mäts och jämförs idag främst medicinska resultat och överlevnadssiffror. Det finns därför behov av att definiera indikatorer för omvårdnad inom barnsjukvård.

Omvårdnadsresultat i barnsjukvård behöver tydliggöras för föräldrar, politiker, allmänhet och sjukhusledning samt för att kunna jämföra omvårdnadens kvalitet mellan olika sjukhus. Mätbara variabler kan bidra till att resultat inom den egna enheten granskas, nya mål sätts upp och metoder för att nå målen utarbetas. Detta kan i sin tur bidra till att kvaliteten i omvårdnaden av barn på sjukhus ständigt förbättras.

Syftet med denna rapport är att försöka definiera kvalitetsindikatorer för omvårdnad inom barnsjukvård. Med barn avses i detta dokument 0–18 år.

Styrelsen för Riksföreningen för Barnsjuksköterskor (RfB) har beslutat att initiera ett arbete för att kunna skapa gemensamma kvalitetsindikatorer för omvårdnad i barnsjukvården och kvalitetssäkra så att dessa mäts på samma sätt i landet. Därför utsågs en arbetsgrupp som gavs i uppdrag att:

- Utarbeta kvalitetsindikatorer för omvårdnad inom barnsjukvården som kan visa grad av kvalitet, som är mätbara och kan jämföras.

Hälso- och sjukvården nationellt bör följa *Konventionen om barnets rättigheter* där Nordisk förening för sjuka barns behov [NOBAB] preciserat vad det innebär i *Nordisk*

standard för barn och ungdomar i hälso- och sjukvård. Kompetensbeskrivning för Specialistsjuksköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom, anger säkerhet och kvalitet som ett specifikt kompetensområde. Dessa dokument har därför varit en utgångspunkt för arbetsgruppen.

Följande kvalitetskrav kan ställas på kvalitetsmått

Vetenskaplig rimlighet/validitet

Vikt/relevans

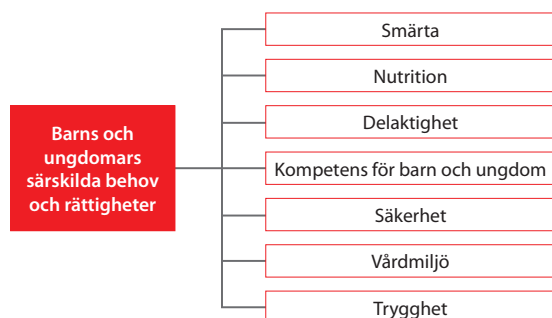
Mätbarhet

Tolkningsbarhet/entydighet

Arbetsgruppen har utgått från Donabedians modell för kvalitetsindikatorer, där struktur, process och resultat är viktiga hörnstenar för att inte enbart mäta slutresultatet av vården men också kunna identifiera möjliga svagheter som kan förklara varför kvalitetsmål inte uppnåtts.

<i>Struktur</i>	Speglar förutsättningarna för god hälso- och sjukvård. Organisationen, bemanning, lokaler, utrustning, rutiner och kompetens är några exempel.
<i>Process</i>	Vårdverksamheten som utförs, vilket innebär allt som görs i mötet med patient och närstående, såsom provtagning, undersökningar, behandlingar, samtal.
<i>Resultat</i>	Förbättringen eller förändringen i patientens hälsa som kan tillskrivas de insatser som görs i vården. Mått som mäts är exempelvis mortalitet, livskvalitet, funktionsnedsättning.

Arbetsgruppen identifierade några områden som särskilt behöver bevakas gällande omvårdnads kvalitet i barnsjukvården



Arbetsgruppen valde att börja med fem indikatorer:

- Nutrition – Amning
- Säkerhet
 - Venösa infarter
 - Läkemedelshantering
- Smärta
- Vårdmiljö

Arbetsgruppen har bestått av Susanne Åkerström, Christina Sandström, Lena Hanberger, Maria Forsner och Britt Marie Ygge.

Referensgruppen har bestått av: Karin Enskär, Ingrid Runeson, Janet Mattsson, Kerstin Hedberg-Nyqvist, Marie Elf. Svensk barnsmärtföreningen har granskat kvalitetsindikatorerna för smärtbehandling.

Referenser

Donabedian A. (1988) The quality of care, how can it be assessed? JAMA 260 (12) 1743–1748.

Socialstyrelsen (2006) God vård- om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Idvall E. red (2009) Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag AB.

Svensk Sjuksköterskeförening & Riksföreningen för barnsjuksköterskor (2008) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Utrikesdepartementet (2006) Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter. UD 05.059 Informationsmaterial.

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. Nordisk förening för sjuka barns behov [NOBAB] www.nobab.se

Sykepleiers samarbeid i Norden [SSN] (2009) indikatorer rapport www.ssn-nnf.org

Kvalitetsindikatorer för amning hos barn som vårdas på sjukhus

Bakgrund

Amning anses vara den optimala uppfödningen för ett nyfött barn, de flesta barn klarar sig utmärkt på enbart bröstmjolk de första 6 månaderna av sitt liv. Fortsatt amning efter introduktion av tilläggskost bör uppmuntras så länge mamman och barnet så önskar. Bröstmjölken skyddar barnet bland annat från infektioner, minskar risken för atopiskt eksem och gynnar normal tillväxt under första året. Hos för tidigt födda barn har man funnit att bröstmjölken även ger skydd mot sepsis och nekrotiserande enterocolit (NEC) samt bidrar till mer optimal psykomotorisk utveckling. Amning har visat sig främja anknytning mellan mor och barn.

För att kunna jämföra amningsfrekvens mellan olika enheter/sjukhus är det viktigt att använda samma amningsdefinitioner.

Definition

Socialstyrelsen har från och med år 2004 fastställt följande definitioner i enlighet med WHO:s rekommendationer.

- *Enbart ammade*: Barn som har fått enbart bröstmjolk samt vitaminer eller läkemedel (t.ex. D-vitamin).
- *Delvis ammade*: Barn som förutom bröstmjolk även har fått bröstmjölkersättning, välling eller annan kost.
- *Ej ammade*: Barn som inte fått bröstmjolk

Kvalitetsmål

- Att etablera eller bibehålla amning hos barn som vårdas på sjukhus.

Struktur

- Riktlinjer för amningsstödjande insatser.
- Riktlinjer för nutrition och tillmatningsmetoder som stöder etablering av amning.
- Kompetens hos personalen avseende laktations/amningsstödjande åtgärder.
- Informationsmaterial till föräldrarna.
- Amningsvänlig miljö med möjlighet för mammor att vistas hos barnet 24 timmar per dygn.

Process

- Föräldrarna får muntlig och skriftlig information om amning.
- Amningsstödjande åtgärder planeras tillsammans med föräldrarna.
- Mammor har tillgång till bröstpump enligt sina önskemål.
- Amning för barn upp till 1 år dokumenteras.
- Amningsobservationer utförs, dokumenteras och rapporteras.
- Amning dokumenteras vid hemgång från vårdavdelningar som vårdar för tidigt födda och nyfödda barn.

- Amning dokumenteras vid hemgång då barnet ammats vid inläggning på barnavdelning

Resultat

- Att mödrarna upplever att de fått det stöd och den hjälp de behövde för att etablera eller bibehålla laktationen/amningen
- Att barnet fått den individuella omvårdnad som det har behövt för att etablera och bibehålla amning

Mätetal

- Struktur
 - Att det finns riktlinjer för amningsstöd
 - Att riktlinjer för nutrition och tillmatning syftar till stöd för amning
 - Att det finns strukturerad metod för amningsobservation och dokumentation
 - Att det finns informationsmaterial
 - Att personalen har kunskap inom området
 - Att vårdmiljön främjar amning
 - Att föräldrar får möjlighet att bo tillsammans med sitt barn.
- Process
 - Att amningsobservationer utförs och dokumenteras
 - Att vårdplanen innehåller mål och åtgärder för att etablera eller bibehålla amning
 - Att amningsfrekvens (helt/delvis/ej) dokumenteras vid utskrivning.
 - Att personalens kunskap om laktation/amning utvärderas vid återkommande tillfällen
- Resultat
 - Mammors nöjdhet med den laktations-/amningsfrämjande hjälp och stöd de fått
 - Amningsfrekvens vid utskrivningen

Referenser

Anderson JW, Johnston BM, Remley DT. (1999) Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition* 70(2) 525–35.

ESPGHAN (2009) Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition 49; 112–125.

Flacking R, Starrin B, Nyqvist KH, Ewald U. (2006) Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. *Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Social Science and Medicine* 62; 70–80.

Hansson LA. (2004). *Immunobiologi of human milk: how breastfeeding protects babies*. Amarillo, TX: Pharmasoft Publ. ISBN 0-9729583-0-4.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. (2001) Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT)– a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of American Medical Association* 285; 413–20.

Kramer MS, Guo T, Platt RW, Vanilovich I, Sekovskaya Z, Dzikovich I et al. (2004) Feeding effects on growth during infancy. *Journal of Pediatrics* 145; 600–5.

Lucas A, Cole TJ. (1990) Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 336; 1519–23.

Lupton D, Fenwick J. (2001) 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine* 53(8); 1011–21.

Nyström K, Axelsson K. (2002) Mother's experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 31; 275–282.

Nyqvist KH, Rubertsson C, Ewald U, Sjödén PO. (1996) Development of the preterm infant breastfeeding behavior scale (PIBBS), a study of nurse-mother agreement. *Journal of Human Lactation* 12; 207–19.

Nyqvist KH, Ewald U, Sjödén PO. (1996) Supporting a preterm infant's behaviour during breastfeeding: A case report. *Journal of Human Lactation* 12; 221–28.

Nyqvist KH, Sjödén P, Ewald U. (1999) The development of preterm infant's behaviour. *Early Human Development* 55; 247–264.

Nyqvist KH, Kylberg E. (2008) Application of the baby friendly hospital to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *Journal of Human Lactation* 24 (3); 252–262.

Socialstyrelsen (2009) Amning och föräldrars rökvanor – Barn födda 2007
www.socialstyrelsen.se/publikationer

World Health Organization [WHO] (2001) The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization; March 28–30, http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf.

WHO (2003) Global strategy for infant and Young child Feeding. WHO, Geneva
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>

Kvalitetsindikatorer för hantering vid venösa infarter

Bakgrund

Hanteringen av venösa infarter är en av de vanligaste omvårdnadsåtgärderna inom vården av sjuka barn. Förutom ett gott tekniskt handlag krävs planering, information, förberedelse, omhändertagande, dokumentation och uppföljning för att åstadkomma god säkerhet med minsta möjliga obehag för patienten. Det är viktigt att begränsa antal stickförsök då det försvårar fortsatt vård och behandling samt förstärker barnets smärtupplevelse. Det finns i dagsläget inget forskningsstöd för att byte av venös infart ska göras på samma indikationer som hos vuxna patienter. Därmed får infarten ofta sitta kvar så länge den fungerar.

Exempel på komplikationer vid venösa infarter inom barnsjukvården är: en för barnet traumatisk upplevelse, smärta av katetern, inflammation och infektion. Omfattningen av komplikationer är svår att beräkna då dokumentationen ofta har visat sig vara ofullständig.

Definition

Med venösa infarter avses:

- Perifer venös kateter, PVK
- Skalpvenkateter
- Perifert insatt central kateter, PCVK
- Central venös kateter, CVK
- Central venport, CVP
- Navel venkateter

Kvalitetsmål

- Säker och komplikationsfri hantering av den venösa infarten med ett gott omhändertagande av barnet/ungdomen

Struktur

- Riktlinjer som grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet för hanteringen av venösa infarter
- Kompetens hos sjuksköterskor för hantering av venösa infarter
- Riktlinjer för åldersanpassad information till barn om venösa infarter
- Skriftlig information till föräldrar
- Dokumentationsrutiner för hantering av venösa infarter

Process

- Barn och föräldrar får information inför proceduren
- Förberedelse och god smärtlindring ges inför proceduren
- God hygien och aseptik iakttas
- Regelbunden inspektion av infart och angränsande hudområde
- Dokumentation enligt rutiner

Resultat

- Inga komplikationer eller besvär, fysiska eller upplevda, som kan relateras till infarten

Mätetal

- Struktur
 - Att det finns riktlinjer
 - Att sjuksköterskor har kompetens inom området
 - Att det finns material för information och förberedelse
- Process
 - Att basala hygienrutiner följs
 - Att riktlinjer för hantering av venösa infarter följs
- Resultat
 - Andel komplikationer i samband med venösa infarter
 - Barnet och föräldrarnas nöjdhet med vården i samband med hanteringen av den venösa infarten

Referenser

Cohen LL. (2008) Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics* 122(3): 134–9.

Foster L et al (2002) A descriptive study of peripheral venous catheters in patients admitted to a pediatric unit in one Australian hospital. *J Infus Nurs* 25(3): 159–67.

Lander JA, Weltman BJ, So SS. (2006) EMLA and Amethocaine for reduction of children's pain associated with needle insertion. *Cochrane Database Systematic Review* 19(3): CD004236.

Miller-Hoover SR, Small L. (2009) Research evidence review and appraisal, pediatric central venous catheters care bundling. *Pediatric Nursing* 3: 191–201.

O'Grady N.P.O et al. (2002) Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Pediatrics* 110e 51.

Rogers TL, Ostrrow CL. (2004) The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. *J Pediatric Nursing* 19(1): 33–9.

SOSFS 2007:19 (M) Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården.

Willock J, Richardsson J, Brazier A, Powell C, Mitchell E. (2004) Peripheral venepuncture in infants and children. *Nursing Standard* 18(27): 43–50.

Kvalitetsindikatorer för läkemedelshantering

Bakgrund

Många avvikelser inom sjukvården rör läkemedelshantering och dessa kan i sin tur leda till allvarliga vårdskador. Barn är särskilt sårbara för felaktigheter och dessutom är risken stor för tillbud vid läkemedelshantering i barnsjukvården av ett flertal anledningar. Doseringen skiljer sig åt mellan exempelvis ett litet nyfött barn och en tonåring. Ofta späds läkemedel som ska ges till barn och det ställer krav på korrekt beräkning och att noggranna instruktioner för spädning finns. Beredningsformen måste dessutom oftast anpassas individuellt.

Det är inte självklart att läkemedel som är godkända för vuxna är det även för barn. Trettio procent av alla ordinationer inom sjukhusvård för barn klassificeras som ”off label” vilket innebär att information om barn saknas helt i produktresumén, att preparatet är ett licenspreparat eller att det ges till ett barn yngre än gällande rekommendation. 82 % nyfödda (0–1 månader) visade sig ha fått minst ett läkemedel där dokumentation i FASS saknades medan motsvarande andel bland spädbarnen (1–12 månader) var 79 %, barn (1–12 år) 65 % och ungdomar (12–18 år) 50 %. Denna situation medför stora krav på den som iordningställer och administrerar läkemedel som ska ges till barn. Socialstyrelsens författning anger också att det ska finnas en lokal instruktion för läkemedelshantering med tydliga anvisningar om ordination, iordningställande av läkemedel, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel samt rutiner för ansvar. Läkemedelshantering inom barn- och ungdomssjukvården är komplext och riskfyllt. Kvalitetsmål är därför av stor vikt för att kunna följa upp hur läkemedel i barnsjukvården hanteras så att antalet risker för avvikelser inom området kan minimeras.

Definition

- Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Kvalitetsmål

- Rätt läkemedel, i rätt dos, på rätt sätt, till rätt patient i rätt tid.

Struktur

- Lokala föreskrifter för läkemedelshantering
- Adekvat och tydligt ordinationsunderlag
- Spädningsunderlag
- Kompetens hos sjuksköterskor att hantera läkemedel inom barnsjukvård
- Avskildhet vid iordningställande av läkemedel
- Möjlighet att kontrollera patientens identitet och ordination vid administreringen
- Tillgång till avvikelshanteringssystem
- Tekniskt säkert och anpassat datasystem
- Säkra rutiner kring medicinsk tekniskt material

Process

- Information ges till barn och föräldrar om läkemedlet och administrationssättet
- God hygien och aseptik iakttas

- Lokala föreskrifter för läkemedelshantering följs
- Extern kvalitetsgranskning genomförs
- Avvikelse rapporteras och följs upp

Resultat

- Korrekt läkemedelshantering med avseende på dos, administreringsätt, identitet och tid

Mätetal

- Struktur
 - Att det finns lokala instruktioner om rutiner och ansvarsfördelning för läkemedelshantering
 - Att det finns förutsättningar att administrera läkemedel utan störning
 - Att sjuksköterskor har kompetens att hantera läkemedel för de barn som vårdas på avdelningen
- Process
 - Att god hygien och aseptik iakttas
 - Att avvikelser rapporteras
 - Att avvikelser följs upp
- Resultat
 - Barnets och föräldrarnas nöjdhet med information, administration och säkerhet vid läkemedelshantering
 - Antalet avvikelser i läkemedelshantering som lett till en allvarlig händelse
 - Sjuksköterskors nöjdhet med förutsättningar för säker och trygg läkemedelshantering
 - Journalgranskning med avseende på läkemedel

Referenser

Cahill M. (2009) Pediatric medication safety: the power of the team. Review. Nursing Administration Quality. Jan-Mar;33(1): 38–47.

SOSFS (M) 2000:1, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1/Sidor/2000-1.aspx>

Läkemedelsverket (2009) Information från Läkemedelsverket, Årgång 20 nr 6, dec http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2009-6.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2009) Re-action. Sammanfattning av kunskapsläget för att minska risker för läkemedelsavvikelser.

http://www.swenurse.se/PageFiles/5624/Re-Aktion_1%c3%a4kemedelsavvikelser.pdf

Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro EN. (2009) Safety and protection for hospitalized children: literature review. Rev Lat Am Enfermagem. May–Jun;17(3):410–6.

Tzimenatos L, Bond GR. (2009) Severe injury or death in young children from therapeutic errors: a summary of 238 cases from the American Association of Poison Control Centers.

Pediatric Therapeutic Error Study Group. Clinical Toxicol (Phila). Apr;47(4): 348–54.

Kvalitetsindikatorer för smärtbehandling

Bakgrund

Smärta är en obehaglig upplevelse som har både direkt och långvarigt inflytande på välbefinnandet. Barn och ungdomar är särskilt känsliga för smärta i alla former och studier har visat att smärta är det barn oroar sig för mest i samband med sjukhusvård.

Smärta påverkar barnets och föräldrarnas upplevelse av sjukdom och sjukvård, det har inflytande på tillfriskandet och kan ge långvariga konsekvenser både fysiskt, psykiskt och socialt. Barns särskilda behov relaterat till smärta har inflytande på hur behandlingar och undersökningar bör göras.

Det finns skäl att lyfta fram smärtans betydelse vid bedömning av patientens tillstånd i barnsjukvården. I smärtbehandling ingår att problemet uppmärksammas, skattas, behandlas och att behandlingen utvärderas. Sedan tidigare är det känt att vid vård av sjuka barn är smärta ouppmärksammat och otillräckligt behandlat.

Definition

- Smärta är en individuell sensorisk och emotionell upplevelse som kan korreleras till verklig eller potentiell vävnadsskada eller uttryckas i termer av sådan skada
- Smärta är det som personen som upplever smärtan uppger att det är, och existerar då personen uppger att den existerar
- Behandlingskrävande smärta innebär en smärta som skattas till tre eller mer på en tiogradig visuell analog skala(VAS) eller motsvarande vid användande av andra skalor

Kvalitetsmål

Smärta hos barn ska uppmärksammas, förebyggas och behandlas så att risken för lidande och psykologiska respektive fysiska men minimeras.

- Struktur
 - Validerade smärtskattningsinstrument
 - Riktlinjer för anpassad skattning, behandling och förebyggande av
 1. akut smärta
 2. postoperativ smärta
 3. procedur och behandlingsrelaterad smärta
 4. långvarig sjukdomsrelaterad smärta
 5. långvarig smärta med okänd orsak
 - Utbildning om smärtbehandling för aktuell patientgrupp
 - Smärtombud inom den egna enheten
 - Skriftlig information till barn och föräldrar specificerad aktuellt smärttillstånd
 - Rutiner för att dokumentera förekomst av smärta, skattning, behandling och behandlingsutvärdering
- Process
 - Föräldrar får information om sjukdoms- respektive procedurrelaterad smärta
 - Barnet förbereds och informeras åldersadekvat
 - Smärta uppmärksammas och förebyggs
 - God följsamhet till riktlinjer
 - Regelbunden smärtskattning
 - Smärta över motsvarande VAS 3 behandlas
 - Smärta, skattning, åtgärder, utvärdering och eventuella biverkningar dokumenteras

Resultat

- Smärta förebyggs och minimeras

Mätetal

- Struktur
 - Att det finns validerade smärtskattningsinstrument för aktuell patientgrupp
 - Att det finns riktlinjer för behandling av på enheten förekommande smärta
 - Att det finns smärtombud inom enheten
 - Att all vårdpersonal genomgår smärtutbildning med inriktning mot barn och ungdom
- Process
 - Att smärta är uppmärksammat i journalen
 - Att förebyggande åtgärder är insatta vid förväntad smärta
 - Att smärta skattas minst 3 ggr/dygn
 - Att smärta över motsvarande 3 i VAS behandlas
 - Att given smärtbehandling utvärderas
- Resultat
 - Journalgranskning med avseende på förebyggande åtgärder, smärtförekomst, skattning, behandling och utvärdering
 - Barnets och föräldrarnas nöjdhet med smärtbehandlingen

Referenser

Abu-Saad H et al. (2006) Pain curriculum for basic nursing education.

International Association for the Study of Pain. www.iasp-pain.org

Gradin M, Larsson BA, Lindh V, Selander B, Norman E. (2009) Nationella riktlinjer för prevention och behandling av smärta i nyföddhetsperioden.

<http://www.svenskbarnsmartforening.se/svenskbarnsmartforening/dokument/nyfoddhetssmarta.pdf>

Karling M, Ljungman G. (2002) Barn och smärta – State of the Art . Socialstyrelsen.

Karling M, Stenlund H, Hägglöf B. (2007) Child behaviour after anaesthesia: associated risk factors. *Acta Paediatrica* 96 (5); 740–747.

Lacey RS, Klaus SF, Smith JB, Cox KS, Dunton NE. (2006) Developing measures of Pediatric Nursing Quality. *Journal of Nursing Care Quality* 21(5) 210–220.

Pasero C, Portenoy RK, McCaffery M. (1999) Pain: Clinical manual. St. Louis MO: Mosby.

Olsson GL, Jylli L. red. (2001) Smärta hos barn och ungdomar. Lund, Studentlitteratur.

Charlton JE. ed (2005) Pain in infants, children and adolescent in Core Curriculum for Professional Education in Pain IASP Press,

Seattle http://www.iasp-ain.org/AM/Template.cfm?Section=Core_Curriculum_Book&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2085

Taddio A. (1997) Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination, *Lancet* 1; 349, 599–603.

Twycross A. (2009) Managing pain in children: A clinical guide. Oxford: Wiley Blackwell.

Kvalitetsindikatorer för vårdmiljö i barnsjukvården

Bakgrund

Det är alla barns rättighet att vårdas tillsammans med andra barn och inte tillsammans med vuxna. Barn som vårdas på sjukhus har andra behov än vuxna både fysiskt, psykiskt och socialt.

För barn och ungdomar är föräldrarna de allra viktigaste omsorgspersonerna och de har behov av deras närhet i all synnerhet då de är sjuka. Att separera barn och föräldrar är sedan länge känt som ett hot mot barnets hälsa. Vårdmiljön bör planeras så att minst en förälder kan stanna hos sitt barn dygnet runt med möjlighet för matintag, sömn och enskildhet i barnets närhet om inte barnets behov annat kräver.

Vårdmiljön bör vara säker för de barn som vistas där och främst utformad efter barnets behov. Den bör anpassas till såväl barnets utveckling som specifika behov relaterat till sjukdomen. För de riktigt små eller kritiskt sjuka barnen kan detta betyda en väl avskärmad miljö medan för andra en möjlighet till sysselsättning och lek. En anpassning till en barnvänlig miljö kan innebära att fönster i vådrummen är så låga att barnet kan se ut från sängen, att strömbrytare är placerade så att barnet kan nå att släcka och tända lampor och att färgvalet ger en vänligare och mindre sjukhuslik miljö. Tillgång till Lektterapi och skola är en förutsättning i att utforma en barnvänlig miljö men utrymme ska även finnas för lek i själva vårdmiljön med utrustning anpassad för alla åldrar och olika behov. Även de större barnens behov bör tillgodoses med tonårsrum och möjlighet till aktiviteter som passar dem.

De hygieniska aspekterna ska tas tillvara vid utformningen av vårdmiljön och konflikter mellan de särskilda behov som nämnts ovan och hygieniska aspekter måste lösas.

Definition

- God vårdmiljö i barnsjukvården innebär
 - Att miljön är anpassad till barnets och föräldrarnas behov
 - Att miljön underlättar personalens arbete med att ge en god och säker vård
 - Att miljön ska stimulera till lek, lärande och återhämtning

Kvalitetsmål

- Att vårdmiljön är anpassad efter barnet och föräldrarnas behov och ger möjlighet till en säker vård

Struktur

- Närstående bereds plats i omedelbar eller nära anslutning till barn på sjukhus
- Möjlighet för minst en förälder att stanna med sitt barn dygnet runt på sjukhuset
- Det ska finnas möjlighet till samvård på neonatalavdelning
- Vårdmiljön ska tillgodose en säker vård ur ett hygieniskt perspektiv (enkelrum alternativt tillräckligt med utrymme kring varje vårdplats)
- En fysisk, psykisk och socialt ålders- och individanpassad miljö
- Tillgänglighet, färg och material anpassat till barnets behov
- En barnsäker miljö där barn vistas
- Fysisk och psykisk integritet

- Särskilt utrymme för äldre barn för stimulans
- Utrymme för att förbereda barn inför undersökningar och behandlingar.
- Tillgång till lek, lärande och stimulans
- Personal med kompetens om det sjuka barnets behov
- Möjlighet till ostörd vila

Process

- Barnkonsekvensanalyser genomförs och/eller barnchecklista används inför förändringar
- Barnperspektiv i planeringen vid ny- och ombyggnationer
- Barnen själva och föräldrar har inflytande vid förändring, förbättring och planering av vårdmiljön

Resultat

- Att det finns en föräldraplats invid barnets säng på vådrummet
- Att det finns tillgång till lek, lärande och stimulans i form av exempelvis lekterapi och skola

Mätetal

- Struktur
 - Att det finns föräldraplatser i barnets närhet
 - Att det finns tillgång till lekterapi
 - Att det finns tillgång till skola
 - Att det finns möjlighet till samvård
- Process
 - Barnkonsekvensanalys utförs och beaktas vid förändring, förbättring och planering av vårdmiljön
 - Patient, föräldrar och ungdomsråd finns representerade vid förändring, förbättring och planering av vårdmiljön
 - Personalen har kompetens om vårdmiljöns betydelse i barnsjukvården
- Resultat
 - Andel föräldrar som stannar vid sitt barns sida 24 timmar per dygn
 - Andel nyförlösta mammor som vårdas med barnet på neonatal vårdavdelning
 - Vårdmiljöns förutsättningar att ge föräldrar möjlighet att äta, sova och få avskildhet under barnets sjukhusvård
 - Barnets och föräldrarnas nöjdhet med den fysiska miljön

Referenser

Utbildningsdepartementet (2006) Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter. UD 05.059, Informationsmaterial.

NACHRI.(2008) Evidence for innovation. Transforming children´s health through the physical environment. www.childrenshospitals.net

Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård, NOBAB Nordisk förening för sjuka barns behov. www.nobab.se

Brook GD. (2005) Challenges and outcomes of working from a rights based perspective Archives of disease in Childhood 90(2): 176–8.

Brook G. (2000) Children's competence to consent; a framework for practice. Paediatric Nursing 17(5):31–5.

Henriksen K, Isaacson S, Sadler B, Zimring C. (2007) The role of the physical environment in crossing the quality chasm. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33(11), 68–80.

Sadler BL, Joseph A, Keller A, Rostenberg B. (2009) Using Evidence-Based Environmental Design to Enhance Safety and Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; (Available on www.IHI.org)

White RN. (2007) Recommended standards for the newborn ICU. Journal of Perinatology 27,S4–S19.

Örtenstrand A, Westrup B, Berggren Broström E, Sarman I, Åkerström S, Brune T, Lindberg L, Waldenström U. (2010) The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. Pediatrics 10.1542/peds.2009-1511.

Omvårdnadsvariabler inom kvalitetsregister där barn och ungdom ingår

Kvalitetsregister har betydelse för systematisk uppföljning och fortlöpande utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet. De ger också möjlighet att identifiera kliniska förbättringsområden. Nationella Kvalitetsregister är en förutsättning för öppna jämförelser av vårdens kvalitet mellan olika vårdgivare och olika patientgrupper, utfall i förhållande till nationella riktlinjer, evidensbaserade metoder och mål.

”Ett Nationellt Kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Det genomgår årligen granskning och bedömning och har godkänts att erhålla stöd från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister” (Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister, 2008).

Kvalitetsvariabler inom omvårdnad SSF

Definition: Omvårdnadsvariabel består av data som omfattar omvårdnadsinsatser på struktur-, process- och/eller resultatnivå.

Svensk sjuksköterskeförening har i ett projekt kartlagt i vilken omfattning omvårdnadsvariabler registreras i de nationella kvalitetsregistren.

Omvårdnadsvariabler är utarbetade för följande områden: Vårdplan, nutrition, smärta, sömnproblem, fall, trycksår, munhälsa, personliga aktiviteter i dagligt liv, stöd till närstående, patientundervisning.

Riksföreningen tog initiativ till att i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening och Barn och vuxen kvalitetsregister utarbeta ett förslag på omvårdnadsvariabler för kvalitetsregister som är aktuella för barn och ungdomar. Arbetsgruppen bestod av Maria Forsner, Britt-Marie Ygge, Lena Hanberger, Ylva Ståhl, Christina Peterson och Pernilla Danielsson. Åsa Andersson har representerat Svensk sjuksköterskeförening.

Gruppens arbete resulterade i ett förslag gällande tre av de områden som Svensk sjuksköterskeföreningen tidigare föreslagit. Dessa områden är patientutbildning, sömn och smärta för barn och ungdomar.

Patientutbildning/Utbildningsprogram

Har barnet/ungdomen erbjudits strukturerat utbildningsprogram	Ja / nej / vet ej / okänt
Har barnet/ungdomen deltagit i strukturerat utbildningsprogram?	Ja / nej / vet ej / okänt
Har vårdnadshavare (avser båda vårdnadshavarna eller där endast en vårdnadshavare finns) erbjudits strukturerat utbildningsprogram	Ja / nej / vet ej / okänt
Har vårdnadshavaren deltagit i strukturerat utbildningsprogram?	Ja / nej / vet ej / okänt

Sömn

Har barnet/ungdomen problem med sömnen utöver det som är normalt för ålder?	Ja / nej / vet ej
Har vårdnadshavare problem med sömnen relaterat till barnets/ungdomens hälsotillstånd?	Ja / nej / vet ej
Har barnets/ungdomens sömnproblem bedömts med något instrument?	Ja / nej / vet ej
Har åtgärder vidtagits?	Ja / nej / vet ej
Minskade barnets/ungdomens sömnproblem?	Ja / nej / vet ej

Enligt ICF-CY (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversionen) innefattar sömn funktioner som: sömnmängd, insomning, sömnunderhåll, sömnkvalitet och funktioner som rör sömncykeln såsom sömnlöshet, hypersömn, narkolepsi

Referenser

ICF-CY ger en beskrivning av begreppet sömnfunktioner inkluderar
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26>

Rikshandboken Barnhälsovård beskriver ett normalt sömnmönster för barn i olika åldrar
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant/Normalt-somnmonster/>

Smärta

Har barnet/ungdomen smärta?	Ja / nej / vet ej
Har smärtanalys genomförts?	Ja / delvis / nej / vet ej

Smärtanalys

- a) Anamnes inklusive smärtteckning (lokalisering)
- b) Smärtskattning
- c) Status
- d) Bedömning

Har åtgärder vidtagits?	Ja / nej / vet ej
Hade åtgärden effekt enligt bedömningsinstrument?	Ja / nej / vet ej

Definitioner

Smärta – en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada (International Association for the Study of Pain (IASP)).

Åtgärd – handling som är inriktad på (visst) resultat (Socialstyrelsens termbank).

Procedurrelaterad smärta

Har barnet/ungdomen smärta/obehag relaterat till procedurer?	Ja / nej / vet ej
Har förebyggande åtgärder vidtagits?	Ja / nej / vet ej
Hade åtgärden effekt enligt bedömningsinstrument?	Ja / nej / vet ej

Definitioner

Förebyggande – åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar (Socialstyrelsens termbank).

Åtgärd – handling som är inriktad på (visst) resultat (Socialstyrelsens termbank).

Procedurer – vårdåtgärder, t ex behandlingar och undersökningar (Olsson & Jylli, 2001)

Vårdtyngdsmätning inom sjukhusvård för barn och ungdom

Artikel
publicerad i
Barnbladet
1/2011

Författare:
Ingvor Andersson
Berit Finnström
Annica Örtenstrand

Vårdtyngdsinstrument inom barn och ungdomssjukvård i Sverige

I april 2010 skickades en enkät om vårdtyngdsinstrument till alla verksamhetschefer på landets barnkliniker via de e-postadresser som finns noterade på BLF:s hemsida; sammanlagt 47 st. Flertalet av de verksamhetschefer som besvarat enkäten önskade att få tillgång till ett instrument för att mäta vårdtyngd.

Endast sex kliniker använde ett vårdtyngdsinstrument och alla hade valt olika metoder för att mäta vårdtyngden.

Verksamhetscheferna:

Trots påminnelser var svarsfrekvensen låg; endast 18 (38 %) av 47 enkäter besvarades, vilket gör att inga direkta slutsatser kan dras av resultatet. Endast sex chefer angav att ett vårdtyngdsinstrument användes på kliniken. Vid klinikerna användes Rush, Classica, en variant av Zebra och Vårdtyngdsmätning Sverige (VTS) samt två olika vårdtyngdsinstrument som var ”hemmabyggen”.

Elva verksamhetschefer skulle vilja ha tillgång till någon typ av instrument men under förutsättning att

- systemet är enkelt och tydligt
- instrumentet speglar den verksamhet som bedrivs
- det mäter rätt saker dvs. visar på personalbehovet och vad barnen kräver
- det inte blir en tidstjuv och att det kan användas på de flesta kliniker så att jämförelser blir möjliga.

På frågan om hur resultaten av en vårdtyngdsmätning kan användas svarade verksamhetscheferna att mätningen kan ha betydelse både för aktuell vårdplanering och bemanning och för klinikens möjligheter att beskriva sin vårdkvalitet tillsammans med övrig produktionsstatistik. Vårdtyngden kan sammanställas årsvis/månadsvis och relateras till vilken bemanning som krävts under perioden och presenteras för personal, klinikledning och sjukhusledning. Vid fem kliniker gjordes en direkt koppling mellan vårdtyngdsmätningen och bemanningen. Sex chefer ansåg att jämförelser med andra kliniker var en annat viktigt användningsområde. Resultaten från vårdtyngdsmätningen tillsammans med andra data såsom beläggning och vård dagar skulle öka möjligheten att jämföra verksamheterna inom landet, vilket skulle kunna leda till verksamhetsutveckling och ökad kvalitet.

Några trodde att det kan vara möjligt att använda samma instrument i olika vårdkontext medan andra ställer sig mer tveksamma till det: ”Tveksamt, det är stora skillnader mellan barn-IVA och dagsjukvård.” Sex kliniker kunde tänka sig att betala för ett instrument, endast en av dessa gjorde detta vid tiden för undersökningen.

Vårdtyngdsansvariga:

Ansvariga för vårdtyngdsmätningen inom de sex kliniker/ enheter som använde ett instrument fick besvara en enkät som rörde praktiska frågor runt användandet av instrumentet. Nedan följer den korta beskrivning som respektive ansvarig person gav av instrumentet:

- ”Manuell mätning skriven i loggbok.”
- ”Vi har ett hemmagjort system där inneliggande patienter bedöms i 5 kategorier beroende på vårdtyngd. Övriga åtgärder bedöms efter den tid de tar t.ex. akuta sectio, telefonrådgivning, stickhjälp, transporter mm.”
- ”Vårdtyngdsmätning Sverige (VTS) är ett vårdtyngdsinstrument som används på de flesta IVA-avdelningar i Sverige samt alla barnintensivvårdsavdelningar i Sverige (3). Det är uppbyggt enligt VIPS sökord, med 11 olika parametrar som bedöms i 4 olika nivåer där 3 är tyngst och 0 är lägst vårdtyngd. Kan ge max 33 poäng.”
- ”Barnet får 0–5 poäng beroende på behovet av vårdinsatser och vilken tid dessa beräknas ta. 0 = barnet på permission hela dygnet. 1 = dagvårdspatient; tid för vårdåtgärd < 4 timmar, 2 = 4–7 timmar; exempelvis barn med 6 måltider per dygn eller ammas hela dygnet, 3 = ca 10 timmar; exempelvis 8 måltider/medicinsk utredning/fototerapi/pvk med mera, 4 = 15–20 timmar; exempelvis CPAP/12 måltider per dygn/op-dygn, 5 = 10–20 timmar; exempelvis barn i respirator/barn med kramper/terminalvård/ isolering med personal närvarande.”
- ”Vårdtyngdsmätningen med Classica har två delar. En del är all tid som vi lagt på icke patientbundna arbeten t ex. städning. Den tiden är en fast medeltid. Den tiden finns med vid registreringen vid varje arbetspass. Vi har mätt fram den tiden och fått ett medelvärde/arbetspass. Den andra tiden är patientbunden, och den värderar vi efter varje arbetspass, tre gånger/dygn. Varje patient placeras i en grupp efter vilken tid det tagit att vårda barnet under arbetspasset. Grupperna är 0–45 min = A; 45 min–2 timmar = B; 2–4 tim = C osv. Dessa två tider slås samman och värderas mot personalens arbetstimmar det arbetspasset. Vi kan även se patientbeläggning.”
- ”Vi har ett hemmagjort system där inneliggande patienter bedöms i 5 kategorier beroende på vårdtyngd. Andra åtgärder noteras efter antal t.ex. akuta sectio, visa runt på avdelningen, stickhjälp på annan enhet mm.”

Registreringen görs i de flesta fall av både sjuksköterskor och barn-/undersköterskor och sker 1 gång/pass på fyra av enheterna och 1 gång/dygn på två av enheterna. Endast RUSH är helt och hållet IT-baserat, dvs. både registrering och resultatredovisning sker via datorn. Databearbetningen för de olika instrumenten sker på olika sätt:

- ”Alla data läggs in i ett exelprogram av en person. Vi kan se hur vårdtyngden varit för varje dag/ varje vecka eller hela året. Vi ser även beläggningen på samma sätt.” (Classica)
- ”En Exelfil (egengjord).”
- ”Manuell räkning av antal moment.”
- VTS: ”Resultatet går in i PASIVA:s databank och samlas och bearbetas där för att sedan föras över till svenska intensivvårdsregistret (SIR) som är ett nationellt intensivvårdsregister.”
- ”Data registreras i pappersform, därefter överförs den till en exelfil.” (görs vid 2 enheter)

Samtliga instruments resultat kan åskådliggöras i diagram/grafer. I RUSH sker det per automatik men i de flesta andra genom att resultaten matas in manuellt i Excel eller liknande program. Alla ansvariga ansåg att deras instrument var användarvänligt för både den registrerande och för den som ska sammanställa resultaten/vårdtyngden.

Inget av de sex instrumenten var kopplade till något patientregistreringssystem (t ex Elvis). Fyra av de sex ansvariga uppgav att resultaten från vårdtyngdmätningen användes till att styra bemanningen. Två ansåg att deras instrument (Classica och ett av de hemmabygda instrumenten) kunde användas i annan vårdkontext (neonatal, dagkirurgi, små/stora barn etc) medan övriga ansåg att detta inte gick utan en omarbetning. Kringarbetet på avdelningen (t ex påfyllning av förråd) registrerades endast i två instrument.

Endast två av de ansvariga ansåg att instrumentet speglade den reella vårdtyngden. Två tyckte att vårdtyngen speglades delvis och två att instrumentet inte speglade den reella vårdtyngden.

Kommentarer

Troligen finns det fler vårdtyngdsinstrument än de som rapporterades i enkäten. Den begränsade svarsfrekvensen medgav tyvärr endast en beskrivning av hur det såg ut i just detta urval men det kan ändå utgöra ett underlag till en fortsatt diskussion. Flertalet av de verksamhetschefer som besvarat enkäten ville ha tillgång till ett instrument för att mäta vårdtyngd

Artikel
publicerad i
Barnbladet
1/2011

Författare:
Ingvor Andersson
Berit Finnström
Maria Vestling
Annica Örtenstrand

Vilka vårdtyngdsinstrument ska vi ha?

Enligt de Groot (refererad i Landstingsförbundet 2001) ska ett instrument för vårdtyngd uppfylla sex kriterier: validitet, reliabilitet, enkelhet, användbarhet, objektivitet och acceptans. För att instrumentet skall bli använt i praktisk verksamhet måste det således var enkelt och inte innehålla för många variabler samtidigt som det ska upplevas som pålitligt och spegla den reella vårdtyngden.

Vårdtyngdsinstrument kan delas in i två kategorier: faktorbaserade och prototypbaserade (Landstingsförbundet 2001). I de faktorbaserade bedöms en patients vårdtyngd utifrån ett antal poängsatta faktorer/ variabler som t. ex matning/sond, sår och enkel hudvård eller provtagning. Den sammanräknade summan utgör patientens vårdtyngd. RUSH (www.rush.se) och Vårdtyngd i Sverige (VTS) är exempel på faktorbaserade instrument.

De prototypbaserade instrumenten bygger på generella patienttyper t ex vård av patient med nydebuterad diabetes eller patient med iv cytostatikabehandling. Patienten identifieras med någon av de beskrivna patienttyperna och poängsättningen sker ofta med enkel "pinnstatistik". Den patienttyp som är mest vårdkrävande får högst poäng, t ex 5 på en skala 1–5. På många kliniker finns "hemmabyggda" instrument som är prototypbaserade, bl. a de instrument som används på neonatalenheten i Falun och Barnkliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Även Classica, som används på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus i Göteborg och vid Barnkliniken i Västerås, kan räknas till de prototypbaserade vårdtyngdsinstrumenten.

Båda mätmetoderna bör dock bygga på tidsstudier, vilket antagligen inte gjorts för många hemmabyggda instrument. För att kunna mäta vårdtyngden på ett tillförlitligt sätt behöver vi veta hur lång tid olika arbetsmoment eller vård av specifika patienter/patientgrupper tar.

En vårdtyngdsmätning kan vara en viktig faktor för att synliggöra omvårdnadsarbetet av sjuka barn. Speciellt om mätmetoden är rikstäckande och generaliserbar. För att nå detta tror vi att första steget är att hitta ett instrument som kan spegla vårdtyngden oberoende av specialitet. Som enkätsvaren angav så är vården av barn i olika åldrar och med olika medicinska problem komplex och därför svår att jämföra. Nästa steg är att sprida instrumentet till många kliniker så att jämförelser mellan kliniker blir möjligt. En svårighet för att nå detta kan vara att de som redan har ett inarbetat instrument kan ha svårt att överge detta även om möjligheterna att jämföra med andra då blir större.

Arbetsgruppens granskning av de inskickade instrumenten

I november granskade medlemmarna i Vårdtyngdsgruppen inom Riksföreningen för barnsjuksköterskor (Ingvor Andersson, Berit Finnström, Maria Vestling och Annica Örtenstrand) de instrument som kommenterats i den utskickade enkäten. Granskningen syftade bl. a till att utröna:

- Instrumentets användbarhet?
- Hur speglar instrumentet barnsjuksköterskans arbete?
- Hur speglar instrumentet omvårdnaden?
- Vad är det som mäts?
- Går det att använda för att göra jämförelser mellan olika sjukhus?
- Kan det användas på olika kliniker/specialiteter/vårdformer?
- Ger instrumentet utrymme för subjektiva bedömningar eller är det reliabelt?

Inget av de vårdtyngdinstrument som skickades in i samband med de tidigare redovisade enkätsvaren speglade specifikt omvårdnaden eller barnsjuksköterskans arbete. Arbetsgruppen kan inte heller se något skäl till att fokusera på specifika yrkesgrupper. I samtliga instrument mäts den totala vården (omvårdnad och medicinsk behandling). Tyngdpunkten i mätningen är mer fokuserad på medicinska vårdåtgärder i VTS jämfört med andra instrument. VTS används på Barn-IVA. Områden som är svagt belysta i VTS är samtal, stöd och undervisning. Classica och RUSH är de enda som räknar in den tid som läggs på kringarbete som städning, packa upp tvätt mm. Instrumenten kan i dagsläget inte användas för att göra jämförelser mellan olika sjukhus eftersom vårdtyngden mäts på olika sätt. De kan inte heller användas inom olika vårdformer utan kraftig bearbetning. RUSH är t ex utformat för vuxna och det medför vissa problem när det ska användas i barnsjukvård.

Arbetsgruppens granskning av instrumenten utmynnade i att prototypbaserade instrument verkar vara mest användarvänliga. Ett instrument, utgående från en nationell mall med bestämda vårdnivåer (t ex 1–5 p) och givna intervall för totala antalet vårdtimmar (t ex 15–20 timmar effektiv vård/dygn för patientgruppen inom den tyngsta vårdnivån) skulle kunna användas på olika vårdenheter i Sverige (Figur 1). Förutsättningen är att varje tidsintervalls prototyper/patienttyper konstrueras med utgångspunkt i noggranna tidsstudier. Enligt detta förslag skulle varje klinik göra sina egna tidsstudier och konstruera sina egna prototyper/patienttyper för respektive tidsintervall.

Klassificeringen av patienten utgår således från hur många timmar/dygn som vården tar. Om den totala vården av Pelle ligger på 12 timmar får Pelle t ex 4 poäng medan Ella och Kevin som endast krävt vårdinsatser motsvarande 2 timmar får 2 poäng var. Ett instrument som det ovan skisserade skulle kunna innebära att jämförelser kan göras mellan olika kliniker nationellt, vilket många efterfrågar. Därutöver kommer frågan om ett sådant instruments validitet och reliabilitet, vilket i så fall behöver testas.

Enhetens samlade vårdtyngd, som baseras på det antal vårdtimmar barnen på enheten kräver, kan användas för att tydliggöra arbetsbelastningen för de sjuksköterskor och barn- och undersköterskor som är i tjänst (antal vårdtyngdspoäng = vårdtimmar delat med antal personaltimmar) och den kan ge en hint om ifall barnen faktiskt har fått den omvårdnad de har rätt till. Är vårdtyngden för stor i förhållande till personaltillgången så kommer en del arbetsmoment inte att bli utförda. Förhoppningsvis reduceras först arbetsuppgifter som t. ex att fylla på förråd, men stor vårdtyngd kan också resultera i att barn och föräldrar får mindre av personalens tid, och därmed sämre vårdkvalitet.

Men vårdtyngden bör också relateras till någon form av kvalitetsmått. Riksföreningens arbetsgrupp för kvalitetsindikatorer inom pediatrik omvårdnad har presenterat områden och förslag på nyckeltal som skulle kunna bli sådana mått som t ex kan fogas till andra nyckeltal i NYSAM (Nyckeltal i samverkan) eller ”Öppna jämförelser” som administreras av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I Finland används ett vårdtyngdsinstrument som heter Rafaela Patient Classification System. Rafaela har använts inom barnsjukvård och är väl underbyggt med vetenskapliga artiklar och avhandlingar. Under våren kommer arbetsgruppen att granska Rafaela.

Figur 1. Skiss över hur ett nationellt vårdtyngdsinstrument baserat på tidsstudier skulle kunna se ut

Datum	5 p Vårdtid omfattande 16–20 t Patienttyper: Vvvvvv Xxxxxx Yyyyyy	4 p Vårdtid omfattande 11–15 t Patienttyper: Hhhhhh Bbbbbb Nnnnnn	3 p Vårdtid omfattande 6–10 t Patienttyper: Nnnnnn Mmmmm Gggggg	2 p Vårdtid omfattande 2–5 t Patienttyper: Cccccc Dddddd Ffffff	1 p Vårdtid omfattande 0–1 t Patienttyper: Aaaaaa Bbbbbb	Total vårdtyngdspoäng för samtliga barn under dygnet
1	I	III	IIII	III	III	41 poäng
2 ...						

Referenser

Landstingsförbundet (2001). Patientklassificering inom omvårdnadsområdet. Metodbeskrivning och användning för KPP och andra syften. Delrapport 2. Stockholm; Informationsavdelningen Landstingsförbundet.

Rafaela – Vårdtyngdklassificeringssystem. www.rafaela.fi/doc/d10_rafaela_hoitoisuusluokitusjarjestelma_svenska_web-20100618.pdf

Vårdtyngdsmätning

Arbetsgruppens erfarenheter samt en beskrivning av RAFAELA-systemet

Många vårdgivare har uttryckt att de gärna vill ha ett instrument som gör det möjligt att beskriva vårdens kostnader i relation till vårdkvalitet, vårdintensitet och personalbehov. Detta uppmärksammades på RfB:s årsmöte 2009. En arbetsgrupp bildades med uppdrag att göra en kartläggning av såväl behovet av ett instrument för vårdtyngdsmätning som av vilka instrument som för tillfället användes inom barnsjukvården. För att få information om behovet kontaktades alla verksamhetschefer vid landets barnkliniker, både i samband med ett gemensamt möte och via enkäter. På mötet framkom att detta var en prioriterad fråga och att man gärna ville se en nationell lösning. I enkätsvaren framkom att drygt 60 % av de som svarade ville ha tillgång till någon typ av instrument under förutsättning att: 1) systemet var enkelt och tydligt; 2) instrumentet speglade den verksamhet som bedrevs; 3) det mätte rätt saker dvs. barnets vårdbehov relaterat till personalbehovet; 4) det inte var en tidstjuv; och 5) att det kunde användas på de flesta kliniker så att resultaten kunde jämföras.

Kartläggningen av de instrument som användes inom barnsjukvården gjordes med hjälp av enkäter och med en uppmaning att skicka en beskrivning av det instrument som användes på kliniken till arbetsgruppen. Resultatet av denna kartläggning har tidigare publicerats i Barnbladet samt presenterats på Barnveckan i Umeå 2011. Sammanfattningsvis var slutsatsen att intresset och behovet var stort och att instrumenten som användes främst speglade medicinska insatserna eller saknade vetenskapligt utvärdering. De instrument som granskades utgick från en industriell syn där tiden för olika vårdåtgärder staplades på varandra (faktorbaserade eller prototypbaserade). Eftersom Riksföreningen för Barnsjuksköterskor har som mål att värna om barns rättigheter till kompetent vårdpersonal och en god omvårdnad ansågs det viktigt att ett instrument även skulle mäta barnets omvårdnadsbehov utifrån en god vårdkvalitet i ett familjecentrerat perspektiv. Arbetsgruppen fick därför i uppdrag att söka i litteraturen efter andra instrument som svarade mot såväl kraven från verksamhetscheferna som RfB:s egna krav.

Rafaëla™

Efter en genomgång av litteraturen fann vi ett instrument med väl dokumenterad validitet och reliabilitet som heter RAFAELA™. Denna metod för vårdtyngdsmätning bygger på skattning av patientens vårdbehov inom 6 olika områden vilka avgörs i relation till en beskrivning av god vårdkvalitet. På så sätt får varje patient en vårdtyngds-poäng som relateras till antalet vårdare. Med hjälp av RAFAELA-systemet för vårdtyngdsklassificering kan man också mäta vårdpersonalens verkliga arbetsmängd i förhållande till den optimala arbetsmängden. Detta system har efter ett långt utvecklingsarbete nått en omfattande och ökande användning inom Finlands sjukvård. *Auvo Rauhalas* vid Kuopio universitet i Finland använde data från RAFAELA-systemet och visade i sin avhandling 2008 ett tydligt samband mellan en för hög arbetsmängd och hög sjukskrivning. Om den optimala arbetsmängden överskreds med minst 30 %, ökade mängden sjukdagar med nästan hälften. På årsnivå motsvarade detta en förlust av 12 arbetsdagar eller ca 2 ½ veckors arbetsinsats. Det finns många studier och tre avhandlingar som beskriver utveckling och utvärdering av RAFAELA. Den första skrevs av sjuksköterskan *Lisbeth Fagerström*, numera professor i vårdvetenskap vid Högskolan i Buskerud, Norge.

I slutet av 2011 besökte Riksföreningen för Barnsjuksköterskor Finland och FCG (Finnish Consulting Group) som administrerar systemet idag. RAFAELA™ ägs av Finlands Kommunförbund som i sin tur äger 59 % av FCG. Vi träffade *Lenita Fjellström-Nygård* och *Anne Kanerva* som är produktexperter för RAFAELA™. De tog emot oss på FCG:s kontor i Helsingfors. Anne och Lenita berättar att under 2010 har RAFAELA™ även introducerats inom sjukvården i Norge och Island. Den isländska sjukvårdsekonomin är ansträngd och ett av motiven för att börja mäta vårdtyngd med RAFAELA™ var att man ville ha data om vårdens kvalitet i samband med att det gjordes nerdragningar i vården. Under 2011 har även japanerna visat intresse för systemet.

I sin roll som administratör har FCG ensamrätt att utbilda och utveckla systemet. Nyligen skrev FCG ett avtal med ett sjukhus i Oslo. I detta avtal var kostnaden per vård-enhet ca 3 500 Euro/år. I priset ingick licens, material, programvara och support. FCG utbildade några kontaktpersoner från varje vård-enhet som i sin tur lärde upp personalen på den egna enheten. Utbildningen kostade ca 2 000 Euro per grupp och dag. Totalt bestod utbildningen av 5–6 dagar/person.

I september 2012 besökte RfB Island och Landspítali National University Hospital i Reykjavik. Vi fick där ett möte med *Gunnar Helgason* som är projektledare för införandet av RAFAELA-systemet. Vi ville veta varför de valt RAFAELA och om de var nöjda. Orsaker till införandet av RAFAELA-systemet på Island var att säkra en god vårdkvalitet. Förutom att få ett mått på arbetsbelastning sökte man en metod för att definiera kriterier för god vårdkvalitet samt ett instrument för fördelning av vårdpersonal och finansiell planering. Vi träffade projektledaren när införandet av systemet fortfarande pågick. Utifrån de erfarenheter som fanns i nuläget fanns följande förväntningar på systemet: 1) införandet av RAFAELA-systemet förväntades bidra till bättre bemaningsplanering och vara till hjälp att göra en budget efter behov; 2) systemets möjlighet att förebygga för hög arbetsbelastning förväntas bidra till låg personalomsättning; och 3) RAFAELA-systemet förväntades medföra ökat intresse för ”god omvårdnad på min enhet” och tillräcklig bemanning för att ge en god omvårdnad.

Den 30 november 2012 träffade RfB åter barnklinikernas verksamhetschefer på ett gemensamt möte. Kartläggningen från Sverige och erfarenheter från Finland och Island avseende RAFAELA-systemet presenterades. Förslaget från Riksföreningen för Barnsjuksköterskor var att tillsammans framföra en skrivelse till Sveriges kommuner och Landsting med ett förslag om en nationell lösning, förslagsvis med RAFAELA-systemet. För närvarande saknades intresset för ett sådant initiativ i gruppen av verksamhetschefer.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor avser nu att arbeta vidare med att förespråka ett system för vårdtyngdsmätning som tar hänsyn till såväl omvårdnadsbehov som vårdkvalitet. Vi tar nya kontakter med Svensk Sjuksköterskeförening och hoppas även på att diskussionen fortsätter inom Riksföreningen för Barnsjuksköterskor. Detta är ett sätt som vår förening kan medverka till att synliggöra barnsjuksköterskans kompetens samtidigt som vi kan värna om och utveckla en god vårdkvalitet inom barnsjukvården.

RAFAELA-FAKTA

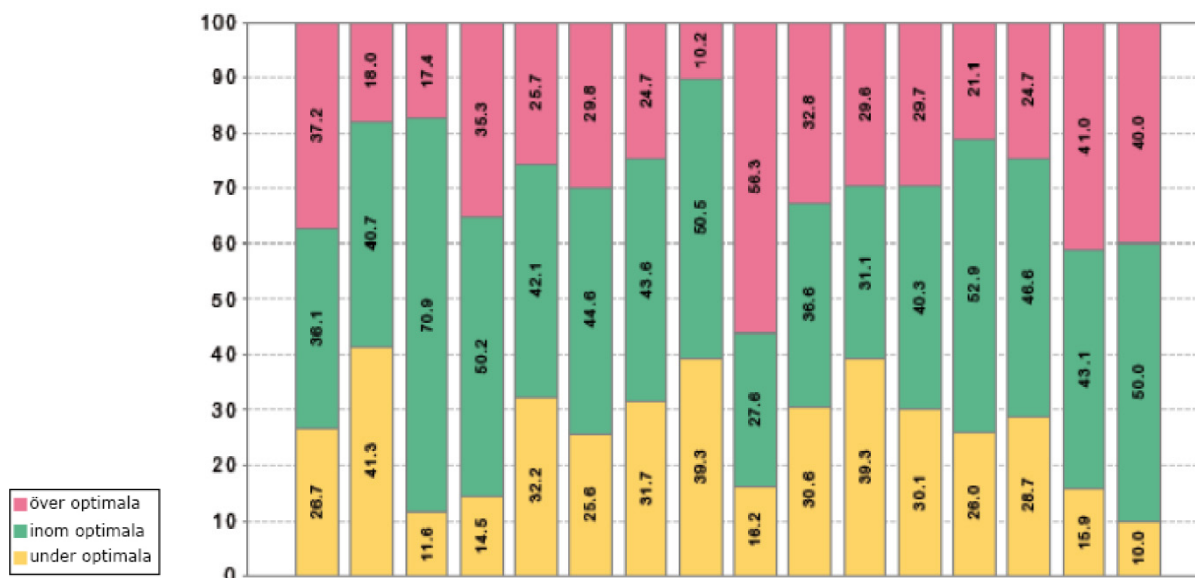
RAFAELA-systemet innehåller

- OPCq (Oulu patient classification quality): Bedömning av vårdtyngd (1–4 poäng) inom 6 olika områden (se nedan).
- Registrering av personalresurser per dygn (1 person = 8 tim aktivt vårdarbete på avdelningen).
- Kriterier för god vårdkvalitet.
- PAONCIL (professional assessment of optimal nursing care intensity level): Definiering av optimal vårdtyngd på avdelningen (se nedan).

Systemet kan ge uppgifter om

- Patienternas individuella vårdbehov (summa och/eller vårdtyngdsklass).
- Avdelningens belastning per dygn (dygnets vårdtyngdspoäng delat med antal vårdare).
- Vårdkvalitet (vårdtyngd/vårdare i relation till optimal vårdtyngd, Figur 1)
- Personalkostnader (lönekostnad per vårdtyngdspoäng)

Figur 1. Ett exempel där varje stapel beskriver andel dygn under en månad då medelvärdet för vårdtyngdspoängen/vårdare varit under, inom eller över den optimala nivån. Hämtat från FCG Finnish Consulting Group, RAFAELATM – vårdtyngdsklassificeringssystem.



OPCq, patientens vårdtyngd under dygnet som gått summeras 1 gång/dygn (kl 15.00 i Finland)

6 delområden som skattas mellan 1 poäng och 4 poäng (summan kan variera mellan 6 poäng och 24 poäng)

- 1) Vårdplanering och koordinering: 1 p = lätt datainsamling, 4 p = ytterst krävande datainsamling.
- 2) Andning, blodcirkulation och sjukdomssymptom: 1 p = obetydligt/ temporärt vårdbehov, 4 p = fortlöpande kontroller och åtgärder.

- 3) Födointag och läkemedelsbehandling: 1 p = klarar födointag/läkemedel själv, 4 p = totalt/fortlöpande behov av hjälp.
- 4) Hygien och utsöndring: 1 p = obetydligt vårdbehov/temporär hjälp, 4 p = totalt/fortlöpande behov av hjälp.
- 5) Aktivitet, sömn och vila: 1p = obetydligt vårdbehov/temporärt stöd, 4 p = totalt/fortlöpande behov av stöd.
- 6) Undervisning och handledning i vården samt emotionellt stöd: 1 p = obetydligt vårdbehov/ temporärt stöd, 4 p = totalt/fortlöpande behov av stöd.

Registrering av personalresurser per dygn

Alla personer som arbetat i vården under vårddygnet registreras. Den tid som ägnats åt andra uppgifter utanför avdelningen räknas bort. Totalt antal arbetstimmar delas med 8 = antal personer.

PAONCIL, den optimala vårdtyngden på avdelningen definieras

- 1) Kriterier för en god vårdkvalitet inom respektive delområde identifieras gemensamt.
- 2) Varje vårdgivare gör en professionell helhetsbedömning av om hon/han haft tid att ge god vård enligt avdelningens kriterier till alla sina patienter under arbetspasset. Skattningen görs på en 7-gradig skala mellan -3 (mycket låg vårdtyngd) och +3 (mycket hög vårdtyngd), mätningen pågår i 6–8 veckor. Totalt måste 70 % av arbetspassen skattas för att mätningen skall anses vara användbar i analysen av optimal vårdtyngd. PAONCIL-mätningen är en förutsättning och utgångspunkt för att kunna bestämma vad som är optimal vårdnivå på vårdenheten.
- 3) OPCq registrering av alla patienter under samma period.

Beräkningen görs med hjälp av en linjär regressionsanalys. Den oberoende faktorn (x) = medelvärde för vårdtyngden hos de patienter som vårdaren haft ansvar för. Den beroende faktorn (y) = vårdgivarens helhetsbedömning. Den optimala vårdtyngden för avdelningen fastställs till det värde som motsvarar 0 på y -axeln. Ett lågt värde betyder att det krävs en hög personaltäthet för att nå en god vårdkvalitet och ett högt värde betyder att man behöver en lägre personaltäthet för att nå god vårdkvalitet. Via PAONCIL har det t ex framkommit att barnsjukvård kräver högre personaltäthet/lägre OPCq-poäng än annan vård för att ge god vård.