

Kvalitetsvariabler relaterat till omvårdnad

Eva Åkerman
Anna Eriksson



Bakgrund

Multidisciplinär vård
Över > 50% av vården
omvårdnadsinsatser
2012 – 27/95 29%
2020 – 67/100 67%
Säkra vårdens kvalitet



**Omvårdnadsvariabler
i Nationella
Kvalitetsregister**

Rapport 2021



Arbetsprocessen



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Projektgrupp

Nuläge Vår Gård
enkät

Pilot enkät

Presentation Vår
Gård, ANIVA

Riktlinje



Upplägg

Evidensbaserad

Instrument

Åtgärder

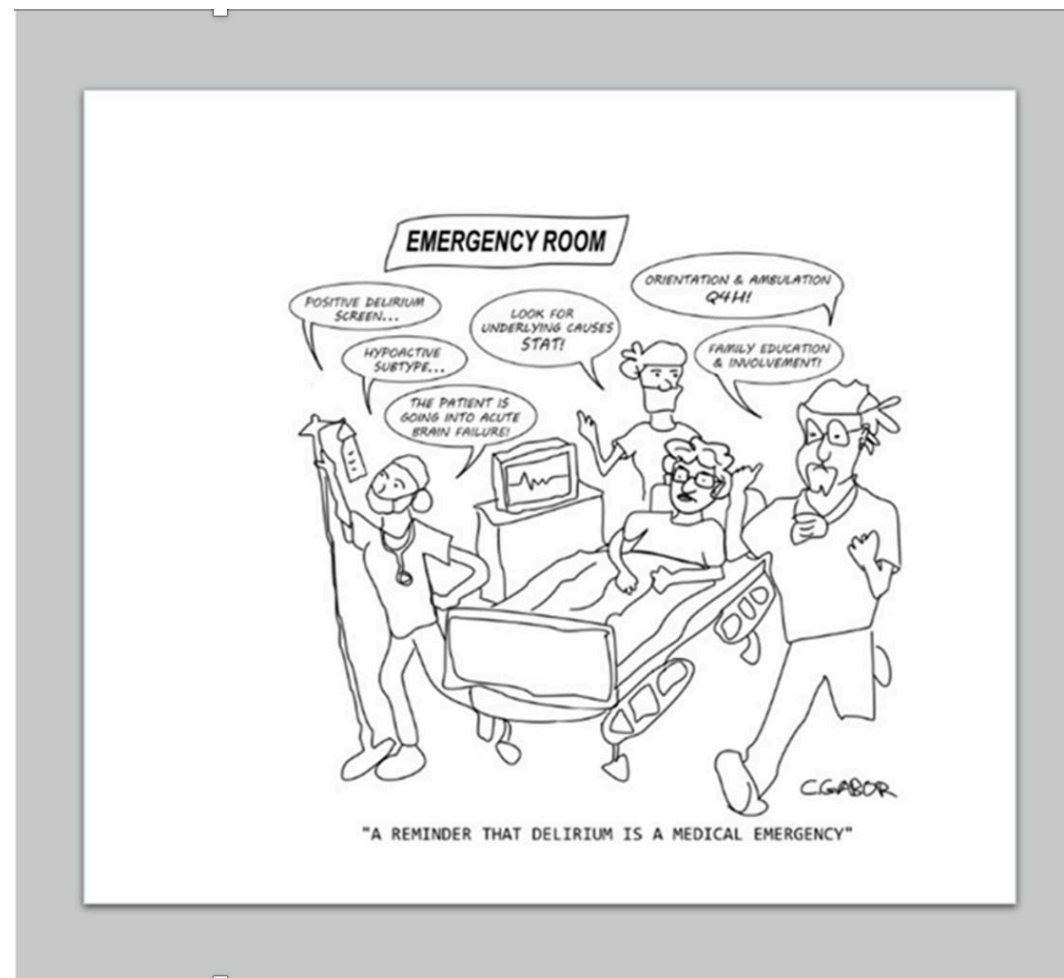
Utvärdering

A-F BUNDLE

Smärta

**Sedering/vakenhet
/agitation**

Delirium



Inklusion/Exklusion

”Alla patienter ≥ 16 år med vård typ IVA eller TIVA som vårdas på IVA ska bedömas minst en gång per arbetspass. Bedömningen skall göras i början av varje arbetspass samt på indikation.

Bedömningarna görs oavsett andra parametrar som t.ex. ventilatorbehandling. Patienten ska ha en vårdtid på ≥ 4 timmar under arbetspasset för att ingå. Arbetspassen är förmiddag, eftermiddag och natt. Flera registreringar kan göras per arbetspass.”

Undantag: (orsaken registreras för att kunna följa bortfall av mätningar)

- *Avliden patient*
- *GCS < 10 , RLS-85 > 4*
- *Patienten inte varit närvarande ≥ 4 timmar av passet.*

Smärta

NRS ≥ 3 ska ha en
åtgärdsregistrering

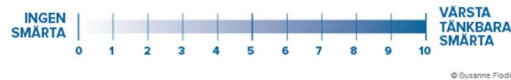


Bild från Vårdhanboken

CPOT >2 ska ha en
åtgärdsregistrering

CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)		
Tecken	Beskrivning	Poäng
ansiktsuttryck	avslappnat, neutralt	0
	spänt	1
	grimaserar	2
kropps rörelser	rör sig inte	0
	skyddande	1
	rastlös	2
muskeltonus (bedöms vid passiv böjning och sträckning av övre extremiteter)	avslappnad	0
	spänd, stel	1
följsamhet med ventilator intuberad patient	mycket spänd eller stel	2
	tolererar / andas med ventilator	0
	hostar men tolererar	1
ljud: verbala / icke verbala icke intuberad / extuberad patient	andas mot ventilator	2
	talas i normal ton eller är tyst	0
	suckar, jämrar sig	1
	gråter högljutt, snyftar	2
poäng totalt		0 – 8

Bild från Västra Götalandsregionen

BPS >5 ska ha en
åtgärdsregistrering

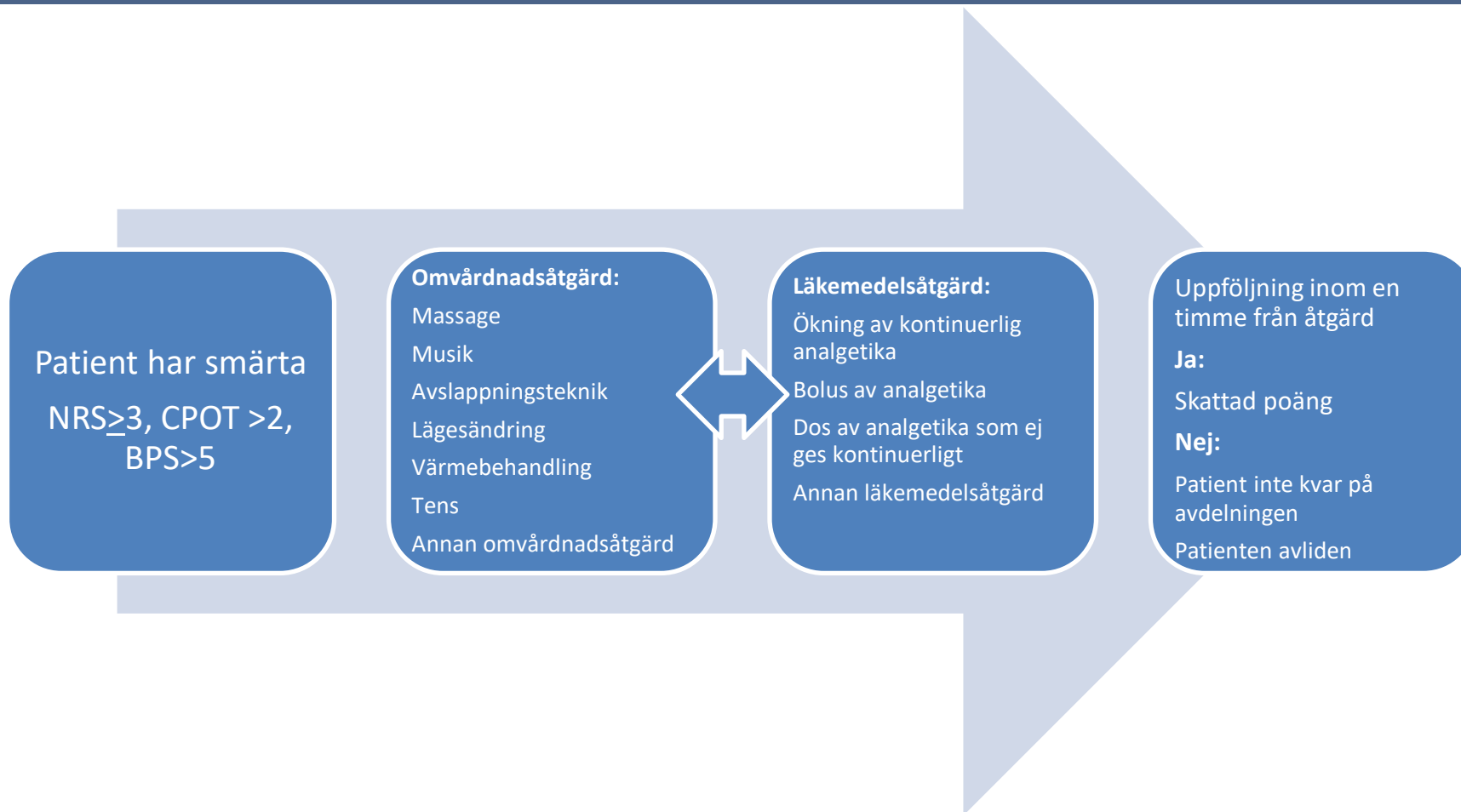
BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS) – SVENSKA

Område	Beskrivning	Poäng
Ansiktsuttryck	Avslappnat	1
	Delvis spänt (rynkad panna)	2
	Spänt (kniper ihop ögonen)	3
	Grimaserar	4
Armar	Helt stilla (avslappnade)	1
	Delvis böjda (spända)	2
	Helt böjda med böjda fingrar	3
	Permanent indragna mot kroppen (skyddande)	4
Intuberad: Andningsmönster	För patienten lugn/normal andning	1
	Ansträngd andning* som återgår till ursprungsläge	2
	Ansträngd andning* som kvarstår	3
	Mycket ansträngd andning* som inverkar på ventilationen av patienten i respiratorn	4
Inte intuberad: Röstuttryck/ Vokalisering	Inga ljud/ord som uttrycker smärta	1
	Jämrande, dock varken frekvent (<3ggr/min) eller långvarigt (<3sek)	2
	Jämrande, frekvent (>3 ggr/min) eller långvarigt (>3sek)	3
	Skrik eller klagan såsom; "Aj, Oj" eller håller andan	4
Total poäng (3-12)		
*Ansträngd andning definieras som debut eller progress av; hög andningsfrekvens, varierande andningsmönster med växlande hög och låg andningsfrekvens, inslag av andningspauser, yttlig andning.		

Anvisning:

Observera patienten 1-2 minuter i vila eller under omvårdnadsåtgärd, välj den beskrivning som passar bäst inom varje område.
Välj sista området efter om patienten är intuberad eller inte. Summera de tre områdena till en totalpoäng (3–12). Gräns för analgetikabehov brukar rekommenderas när BPS är över 5.

Smärta



Sedering/Vakenhet/Agitation

MAAS (Motor Activity Assessment Scale)

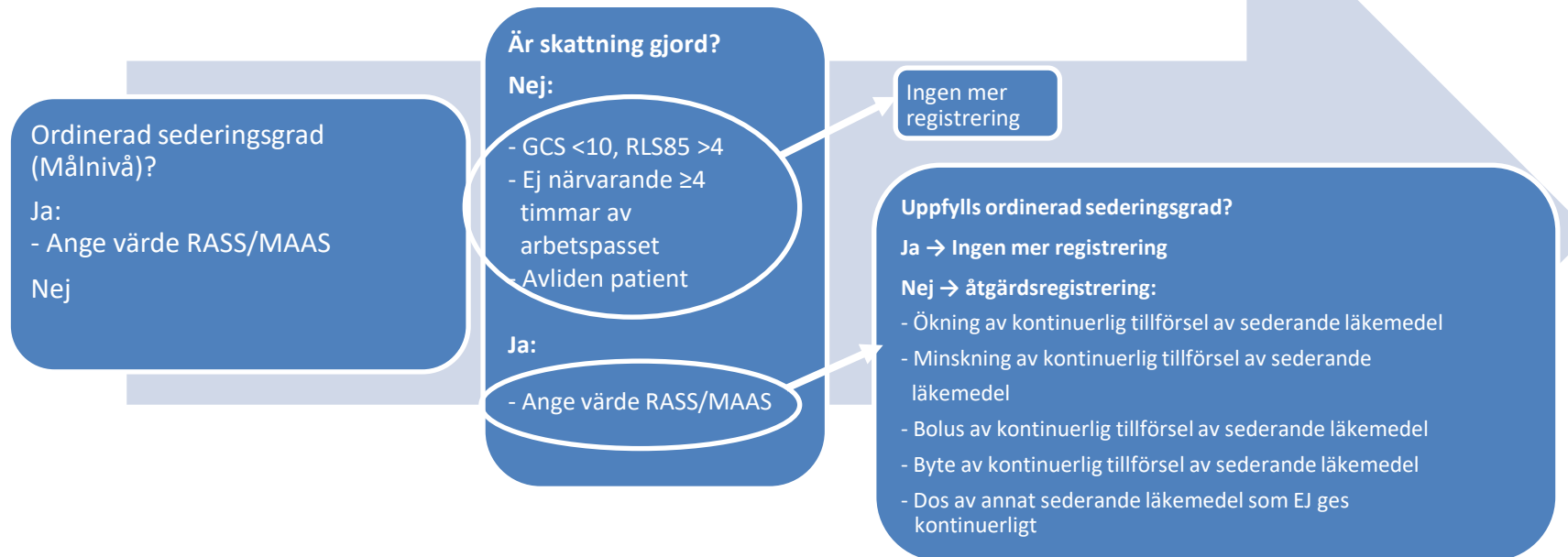
0:	Ingen reaktion
1:	Reaktion endast vid smärtstimulering
2:	Reaktion vid beröring eller tilltal
3:	Lugn och samarbetsvillig
4:	Rastlös och samarbetsvillig
5:	Agiterad
6:	Farligt agiterad och samarbetsvillig

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

+4	Stridslysten. Uppenbart stridslysten eller våldsamt, direkt fara för personal.
+3	Mycket agiterad. Drar i eller drar ut tub/katetrar eller har ett aggressivt beteende mot personal.
+2	Agiterad. Frekventa oavsiktliga rörelser eller dålig följsamhet med ventilator.
+1	Rastlös. Ängslig eller orolig men ej aggressiva eller kraftfulla rörelser.
±0	Alert och lugn.
-1	Slö. Ej helt alert men upprätthåller (mer än 10 sekunder) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal.
-2	Lätt sederad. Kortvarig (mindre än 10 sekunder) vakenhet med ögonkontakt vid tilltal.
-3	Måttligt sederad. Någon form av rörelse (men ingen ögonkontakt) vid tilltal.
-4	Djupt sederad. Ingen respons vid tilltal men någon form av rörelse vid fysisk stimulering.
-5	Ej väckbar. Ingen respons vid tilltal eller fysisk stimulering.

Bilder från Narkosguiden

Sedering/Vakenhet/Agitation



Delirium

CAM-ICU Arbetsblad												
Mätmetod för akut förvirringstillstånd/TVAdelirium att användas inom intensivvård												
Kännetecken 1: Akut insättande eller fluktuerande förlopp	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)										
<p>Positiv om du svarar "ja" till antingen 1 A eller 1 B</p> <p>1 A: Finns det tecken på en akut förändring i mentalt status jämfört med patientens normala status?</p> <p>ELLER</p> <p>1 B: Finns det tecken på mental förändring, dvs. avvikande beteende under de senaste 24 timmarna som fluktuerat dvs. tenderat att komma och gå påvisat vid mätning med sederingskala (MAAS, RASS), RLS 85, GCS eller tidigare mätning med CAM-ICU</p>	Ja	Nej										
Kännetecken 2:Oppmärksamhet	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)										
<p>Positiv om patienten får ett resultat på 2 A eller 2 B mindre än 8</p> <p>Använd först bokstavstestet "the Attention Screening Examination" (ASE). Om patienten kan genomföra detta test och testet är korrekt, dokumentera detta och gå vidare till kännetecken 3. Om patienten inte kan genomföra bokstavstestet eller testet är oklart, genomför ASE bildtest. Om du genomfört båda testen, använd resultatet från ASE bildtest för att poängsätta kännetecknet.</p> <p>2 A: ASE bokstavstest: dokumentera resultatet (skriv IT för inte testad)</p> <p>Instruktioner: Säg till patienten: "Jag kommer nu högt att säga 10 bokstäver i följd. varje gång Ni hör bokstaven A, skall Ni krama min hand". Läs följande lista av bokstäver med en normal stämma (tillräckligt högt för att höras över andra ljud på intensivvårdsavdelningen) med en hastighet av en bokstav per sekund.</p> <p>S A V E A H A A R T</p> <p>Poängsättning: När patienten inte kramar handen vid bokstaven A, och när patienten kramar handen vid andra bokstäver än A, räknas detta som fel.</p> <p>2 B: ASE Bildtest: dokumentera resultatet (skriv IT för inte testad)</p> <p>Anvisningar finns inkluderade på bildpaketet</p>	Resultat (utav 10):.....	Resultat (utav 10):.....										
Kännetecken 3: Osammanhängande tankar	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)										
<p>Positiv om det kombinerade resultatet är mindre än 4</p> <p>3A: Ja/Nei frågor</p> <p>(Alternera mellan frågeuppsättning A och B)</p> <table border="0"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>1. Kan en sten flyta i vatten?</td> <td>1. Kan ett löv flyta i vatten?</td> </tr> <tr> <td>2. Finns det fiskar i havet?</td> <td>2. Finns det elefanter i havet?</td> </tr> <tr> <td>3. Väger ett kilo mer än två kilo?</td> <td>3. Väger två kilo mer än ett kilo?</td> </tr> <tr> <td>4. Använder man hammare för att slå i spik?</td> <td>4. Använder man hammare för att hugga ved?</td> </tr> </table> <p>Resultat:.....(patienten får 1 poäng för varje korrekt svar av de 4 frågorna)</p> <p>3B: Uppmaningar</p> <p>Instruktioner: Säg till patienten: "Håll upp lika många fingrar som jag gör" (undersökaren håller upp två fingrar framför patienten)</p> <p>"Gör nå samma sak med andra handen" (utan att hålla upp två fingrar framför patienten)</p> <p>Om patienten inte kan röra båda armarna be istället patienten: "håll upp en finger till"</p> <p>Resultat:.....(patienten får 1 poäng om han/hon klarar av att genomföra hela uppmaningen)</p>	A	B	1. Kan en sten flyta i vatten?	1. Kan ett löv flyta i vatten?	2. Finns det fiskar i havet?	2. Finns det elefanter i havet?	3. Väger ett kilo mer än två kilo?	3. Väger två kilo mer än ett kilo?	4. Använder man hammare för att slå i spik?	4. Använder man hammare för att hugga ved?	Kombinerat resultat (3A+3B): (utav 5)	
A	B											
1. Kan en sten flyta i vatten?	1. Kan ett löv flyta i vatten?											
2. Finns det fiskar i havet?	2. Finns det elefanter i havet?											
3. Väger ett kilo mer än två kilo?	3. Väger två kilo mer än ett kilo?											
4. Använder man hammare för att slå i spik?	4. Använder man hammare för att hugga ved?											
Kännetecken 4: Förrindrad nivå av medvetande	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)										
<p>Positiv om det aktuella MAAS är något annat än tre (3) eller RASS är något annat än 0</p>	Ja (positiv)	Nej (negativ)										
<p>Akut förvirringstillstånd/TVAdelirium enligt CAM-ICU är konstaterat om kännetecken 1 och 2 förekommer tillsammans med antingen kännetecken 3 eller 4</p>												
<p>OAG (omöjligt att genomföra)</p>	Dokumentera här:											

Larsson C, Granberg-Axell A, Ersson A. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. Acta Anaesthesiol Scand. 2007 Aug;51(7):888-92
Information: www.icudelirium.org
Uppdaterad 20090115 Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved



NUDesc	
Desorientering	0-2p
Inadekvat beteende	0-2p
Inadekvat kommunikation	0-2p
Illusioner / Hallucinationer	0-2p
Psykometrisk förlångsamning	0-2p
Total summa	>2 =delrium

0 = symtomet förekommer aldrig under passet
1 = symtomet förekommer någon gång under passet men av lindrig art
2 = symtomet förekommer under någon del av passet och var mycket uttalande eller störande

Delirium

Är skattning gjord?

Ja:

- Cam-ICU (positiv, negativ, ej genomförbar)
- NuDesc (0-10)

Nej:

- MAAS <2, RASS < -3, GCS <10, RLS85 >4
- Ej närvarande ≥ 4 timmar av arbetspasset
- Avliden patient

Omvårdnadsåtgärder, orientering (*flervals*):

- Glasögon, hörapparat
- Personliga tillhörigheter
- Personalkontinuitet
- Familjen delaktig

Omvårdnadsåtgärder, miljö (*flervals*)

- Kommunikation
- Reducera ljud, öronproppar
- Sömn
- Tidig mobilisering
- Musik
- Utvärdera behov medicinteknisk övervakning och slangar

Läkemedelsåtgärder (*flervals*):

- Ökning/minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika
- Bolus av kontinuerlig tillförsel av sederande/analgetika
- Byte av sederande/analgetika
- Engångsdos av annat läkemedel: Haloperidol, Oxazepam eller Annat



Förbättringsarbete

- Vad gör vi?
- Hur gör vi?
- Känsla eller fakta?
- Utvärdera post IVA

Implementering

- När kommer det finnas möjlighet för registrering av variabler inom omvårdnad?
- Ett paket – *”allt eller inget”*

Tack för att ni lyssnade

Eva.akerman@icuregswe.org

Anna.Eriksson@icuregswe.org

