

Kvalitetsindikatorer 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

Projektgrupp

Nuläge Vår Gård
enkät

Pilot enkät

Presentation Vår
Gård, ANIVA

Riktlinje

Upplägg

Evidensbaserad

Instrument

Åtgärder

Utvärdering

A-F bundles : PADIS

SYMPTOMS PAD/PADIS Guidelines	MONITORING Tools	CARE ABCDEF Bundle
Pain	Critical Care Pain Observation Tool	Assess/Prevent/Manage Pain
	Behavioral Pain Scale	Both SATs and SBTs
Agitation	Richmond-Agitation Sedation Scale (RASS)	Choice of Analgesia and Sedation
	Riker Sedation-Agitation Scale (SAS)	Delirium – Assess, Prevent, and Manage
Delirium	Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit (CAM-ICU)	Early Mobility and Exercise
	Intensive Care Delirium Screening Checklist	Family Engagement and Empowerment

Marra et al. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin. 2017

Devlin et al. PADIS CCM 2018

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



CPOT >2 ska ha en
åtgärdsregistrering

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

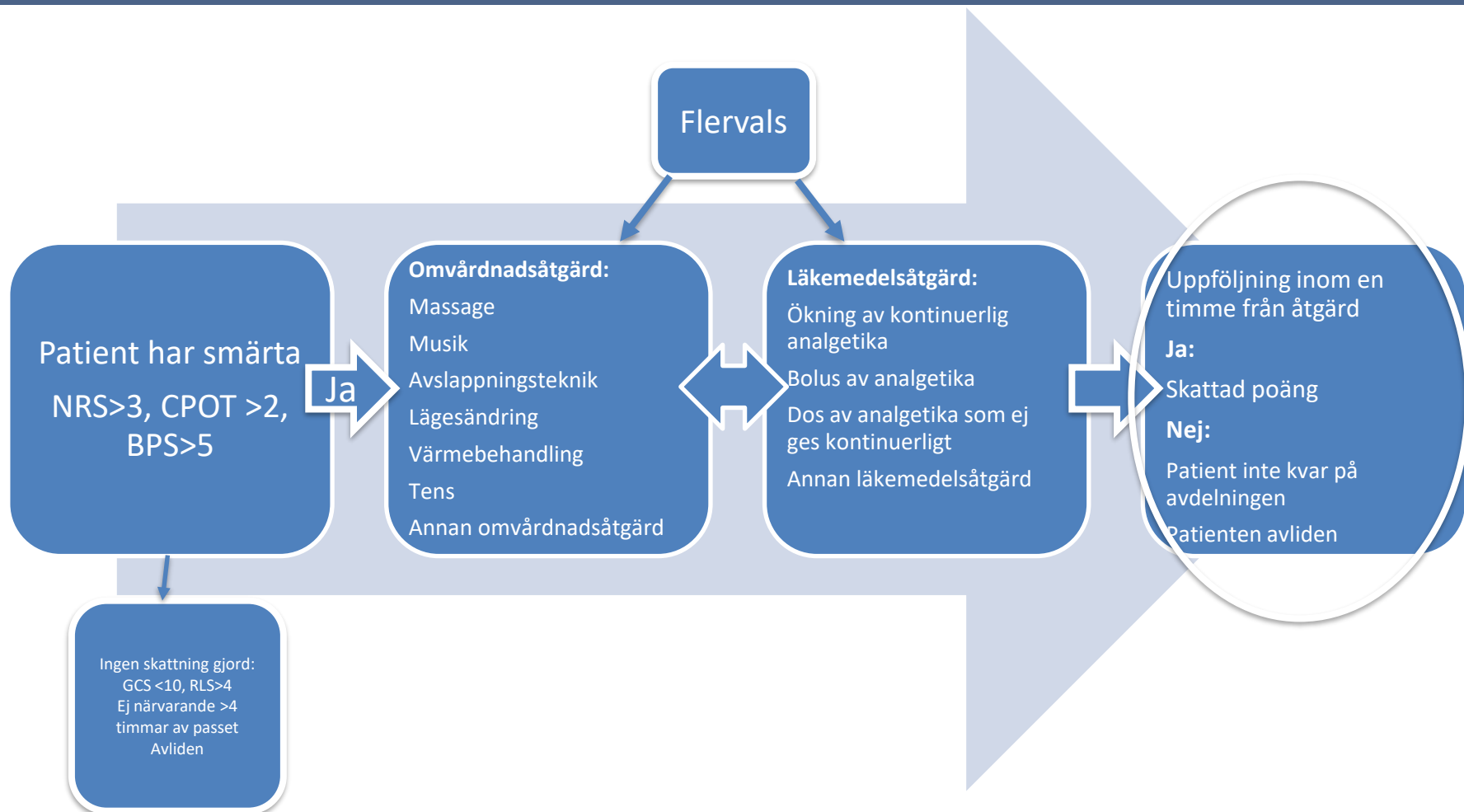
BPS >5 ska ha en
åtgärdsregistrering

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)

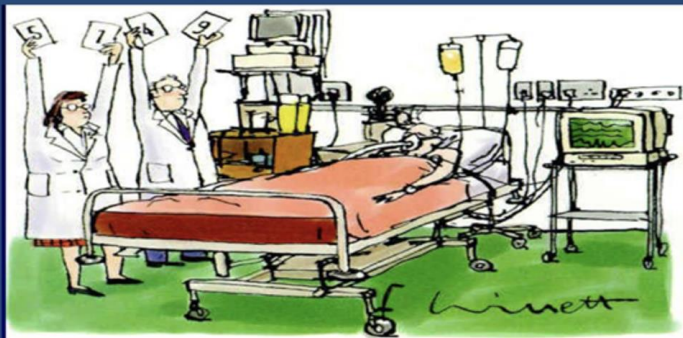
0:	Ingen reaktion
1:	Reaktion endast vid smärtstimulering
2:	Reaktion vid beröring eller tilltal
3:	Lugn och samarbetsvillig
4:	Rastlös och samarbetsvillig
5:	Agiterad
6:	Farligt agiterad och samarbetsovillig

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

+4	Stridslysten. Uppenbart stridslysten eller våldsam, 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.

Sedering/Vakenhet/Agitation

How do we assess sedation?



Ordinerad sederingsgrad (Målnivå)?

Ja:
- Ange värde RASS/MAAS
Nej

Är skattning gjord?

Nej:

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

Ja:

- Ange värde RASS/MAAS

Ingen mer registrering

Uppfylls ordinerad sederingsgrad?

Ja → Ingen mer registrering

Nej → åtgärdsregistrering:

- Ökning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
- Minskning av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
- Bolus av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
- Byte av kontinuerlig tillförsel av sederande läkemedel
- Dos av annat sederande läkemedel som EJ ges kontinuerligt
- Sedering avstängd
- Ingen åtgärd alla sederande läkemedel är utsatt

Delirium

CAM-ICU Arbetsblad

Mätmetod för akut förvirringstillstånd/IVAdelirium att användas inom intensivvård

Kännetecken 1: Akut insättande eller fluktuerande förlopp	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)
Positiv om du svarar "ja" till antingen 1 A eller 1 B	Ja	Nej
1 A: Finns det tecken på en akut förändring i mentalt status jämfört med patientens normala status? ELLER 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		
Kännetecken 2: Oppmärksamhet Positiv om patienten får ett resultat på 2 A eller 2 B mindre än 8 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. 2 A: ASE bokstavstest: dokumentera resultatet (skriv IT för inte testad) 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. S A V E A H A A R T Poängsättning: När patienten inte kramar handen vid bokstaven A, och när patienten kramar handen vid andra bokstäver än A, räknas detta som fel. 2 B: ASE Bildtest: dokumentera resultatet (skriv IT för inte testad) Anvisningar finns inkluderade på bildpaketet	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)
Kännetecken 3: Osammanhängande tankar Positiv om det kombinerade resultatet är mindre än 4 3A: Ja/Nei frågor (Alternera mellan frågeuppsättning A och B) A 1. Kan en sten flyta i vatten? 2. Finns det fiskar i havet? 3. Väger ett kilo mer än två kilo? 4. Använder man hammare för att slå i spik? B 1. Kan ett löv flyta i vatten? 2. Finns det elefanter i havet? 3. Väger två kilo mer än ett kilo? 4. Använder man hammare för att hugga ved? Resultat:.....(patienten får 1 poäng för varje korrekt svar av de 4 frågorna) 3B: Uppmaningar Instruktioner: Säg till patienten: "Håll upp lika många fingrar som jag gör" (undersökaren håller upp två fingrar framför patienten) "Gör nu samma sak med andra handen" (utan att hålla upp två fingrar framför patienten) Om patienten inte kan röra båda armarna be istället patienten: "Håll upp en finger till" Resultat:.....(patienten får 1 poäng om han/hon klarar av att genomföra hela uppmaningen)	Resultat (utav 10):.....	
Kombinerat resultat (3A+3B): (utav 5)		
Kännetecken 4: Förändrad nivå av medvetande Positiv om det aktuella MAAS är något annat än tre (3) eller RASS är något annat än 0	Förekommer (positiv)	Saknas (negativ)
Akut förvirringstillstånd/IVAdelirium enligt CAM-ICU är konstaterat om kännetecken 1 och 2 förekommer tillsammans med antingen kännetecken 3 eller 4	Ja (positiv)	Nej (negativ)
OAG (omöjligt att genomföra)	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



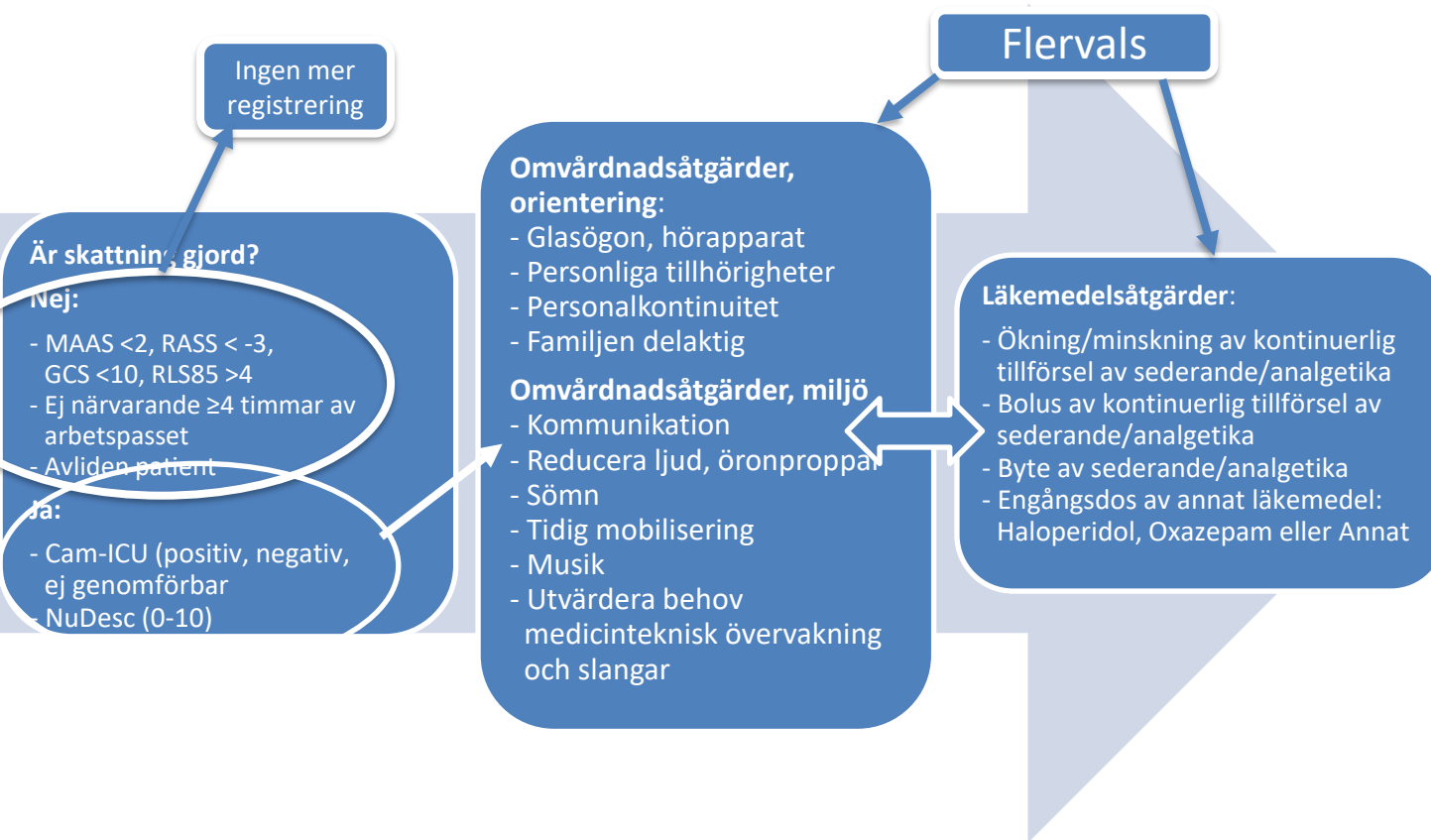
NUDesc	
Desorientering	0-2p
Inadekvat beteende	0-2p
Inadekvat kommunikation	0-2p
Illusioner / Hallucinationer	0-2p
Psykometrisk förlångsamning	0-2p
Total summa	>2 =delrium

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



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?

Tack för att ni lyssnade

Eva.akerman@icuregswe.org

Anna.Eriksson@icuregswe.org

