



Alfheid Dihle,
1.-amanuensis,
Diakonhjemmet Høgskole.



Gro Bikset,
anestesisykepleier,
Nordlandssykehuset HF, Bodø.



Irene Melander,
smertesykepleier,
Helse Fonna, Haugesund.

Sikrere smertebehandling

Hvis sykepleierne skal bidra i arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer må vi sette premisser for eget kvalitetsarbeid.

Vi bør samarbeide vesentlig mer med de andre nordiske landene for å bedre kvaliteten i helsetjenestene», uttaler Bjørn Guldvog, assisterende direktør i Helsedirektoratet på deres hjemmeside. Dette viser at SSN's arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer er i tiden.

I april 2007 besluttet styret i Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) å arrangere to arbeidskonferanser, den første i januar 2008 og den andre i januar 2009, der målet var å sikre kvaliteten på og forankre det nordiske arbeidet med sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Da hadde en arbeidsgruppe nedsatt av SSN arbeidet med sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer på nordisk plan siden våren 2006.

Nordisk samarbeid

Fra 2008 til 2009 har fem grupper arbeidet med å utvikle kriterier for felles nordiske kvalitetsindikatorer innenfor områdene pasientfall, trykksår, ernæring, sykepleienormering og smerter. Vi ble invitert av NSF til å delta i gruppen som skulle arbeide med

resulterte i et forslag som i stor grad ligner det som presenteres i denne artikkelen.

Hva er kvalitetsindikator?

Kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som benyttes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten, for eksempel ved smertebehandling. Myndighetene i Norge har i flere år benyttet kvalitetsindikatorer for somatiske sykehus som er tilgjengelige for alle gjennom fritt sykehusvalg (1). Det er blant annet laget kvalitetsindikatorer for strykningsoperasjoner, preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, ventetid til operasjon for tykktarms- og endetarmskreft, individuell plan i forhold til habilitering av barn, hyppighet av keisersnitt, korridorpasienter, epikrisetid, samt sykehusinfeksjoner. Målet er å utvikle kvalitetsindikatorer som kan si noe om kvaliteten på flere sentrale områder innen spesialisthelsetjenesten og om resultater av ulike tiltak og behandlinger (1,2).

Helsedirektoratet har følgende definisjon for kvalitetsindikatorer «En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles» (1).

Fire indikatorer

Formålet med indikatorsystemet kan derfor grovt sett inndeles i fire kategorier:

1. Samfunnsmessig legitimering og kontroll: for å gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng.
2. Virksomhetsstyring: som verktøy for styring og ledelse i helsetjenesten (fungere som støtte til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring)
3. Faglig kvalitetsforbedring: som verktøy for intern kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten (hvilke resultater som er oppnådd).
4. Støtte til brukervalg: som informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i forbindelse med vurderinger av kvalitetsforskjeller mellom virksomheter og valg av tjenestested (benyttes for å sammenligne tjenestenes faglige standard).

De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal altså gi publikum og brukerne, helsepersonell og ledere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen enkelte områder av helsetjenesten (1,2).

Det er vanskelig å finne en objektiv vurdering av kvalitet.

å utvikle sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer innen området smerte. Ved første samling i Stockholm i 2008 var det deltakere fra Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island og Færøyene. Vi var en sammensatt gruppe med klinikere, forskere og representanter fra høyskoler, universiteter og SSN. Mye av tiden gikk med til å drøfte hva en kvalitetsindikator er og hvordan man kan måle smerte. Det oppsto heftige diskusjoner og en del frustrasjon. Vi innrømmer at vi dro fra Stockholm med flere spørsmål enn vi hadde da vi kom.

Med tiden til hjelp, selvstudier, et kort møte i Oslo med de andre gruppene fra Norge samt en del frem og tilbake via e-post begynte det å utforme seg en plan for hvordan vi skulle angripe problemet. Etter en intens arbeidshelg i Oslo i begynnelsen av januar 2009, ble et forslag fra den norske «smertegruppen» videreformidlet til de andre nordiske deltakerne. Dette forslaget ble grunnlaget for det avsluttende arbeidet og samlingen som fant sted i København. Der hadde vi et konstruktivt samarbeid som

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Smerte
- ▶ Kvalitet
- ▶ Norden
- ▶ Samarbeid



Utvikling av indikatorer, innsamling av data, analyse og rapportering innebærer hver på sin måte store faglige utfordringer. Ukritisk utvelgelse og bruk kan føre til unødige ressursbruk i helsetjenesten, og hindre at innsamlede data kan brukes som styringsinformasjon, til forbedring av klinisk praksis eller av brukere av helsetjenesten (1,2).

Kvalitet

Kvalitet er heller ikke statisk. Det er vanskelig å finne en objektiv vurdering av kvalitet og det vil sannsynligvis alltid være rom for forbedringer. Helseledelsen fokuserer på at tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre. De skal involvere

kepleiesensitivt kvalitetsindikatorsystem for å sikre kvalitet på sykepleien. Siden felles kvalitetsindikatorer skal utarbeides for Norden vil det gi mulighet til å sammenligne de nasjonale likhetene og forskjellene innen smertebehandling.

Tre indikatorer

Vi ønsker å vise til noen eksempler/forslag på ulike indikatorer:

Strukturindikator

- › Har landet nasjonale retningslinjer for smertebehandling: Ja/Nei
- › Har avdelingen et dokumentasjonssystem som inkluderer et anbefalt vurderingsverktøy: Ja/Nei

Prosessindikator

- › Antall og andel pasienter som er spurt om han/hun har smerte kl. 09.00 (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)
- › Antall og andel ganger anbefalte verktøy er brukt i smertevurderingen kl. 09.00 (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)

Resultatindikator

- › Andel (prosent) pasienter som har NRS-score for smerte i ro (3 ved utskrivning fra avdeling/institusjon (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)
- › Andel (prosent) pasienter som har NRS-score for smerte ved aktivitet (3 ved utskrivning fra avdeling/institusjon (prosentandel av totalt antall pasienter på avdelingen)

Begrensninger

Det er en utfordring å lage kvalitetsindikatorer for smerte som er generelle og som ikke tar hensyn til spesifikke områder i smertebehandling, eksempelvis smertebehandling til kreftpasienter, til pasienter med langvarige ikke-maligne smerter, til postoperative smertepasienter, til barn og pasienter med kognitiv svikt. Innenfor struktur og prosessindikatorer kan samme indikator benyttes, men det blir mer utfordrende i forhold til resultatindikatorer siden både bruk av verktøy og målet for smertelindring kan være forskjellig.

Måletidspunkt for smerte bør registreres slik at det er mulig å sammenligne mellom avdelinger, institusjoner og nasjoner. Her står vi foran store utfordringer med hensyn til dataenes kvalitet og dermed anvendbarhet.

Eksempel

Som et eksempel på allerede anbefalte kvalitetsindikatorer vises et eksempel fra «Standard for Palliasjon» (7):

Struktur/organisasjon

Kommune:

- › har palliativ enhet på sykehjem (ja/nei)
- › har 24-timers tilgjengelighet til hjemmesykepleie (ja/nei)

Helseforetak/sykehus:

- › har palliativt team på sykehus (ja/nei)
- › har palliativ enhet på sykehus (ja/nei)
- › har 24-timers telefontilgjengelighet for helsepersonell (ja/nei)

Prosess

Sykehus:

- › andel pasienter med skjelettmetastaser som har brukt symptomregistreringsskjema
- › (ESAS) (prosent)

Kvalitetsmåling er kommet for å bli.

brukerne og gi dem innflytelse, de skal være samordnet og preget av kontinuitet, tilgjengelige og rettferdig fordelt samt at ressursene skal være utnyttet på en god måte (3).

For at kvalitetsindikatorer skal være troverdige og nyttige for målgruppene, må de være gyldige (valide), pålitelige (reliable), anvendbare og ikke minst gjennomførbare. I mange tilfeller legges det vekt på at systemene er forskningsbaserte (evidence based) (2).

Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer kan defineres slik: «Nursing-sensitive outcomes are defined as changes in health status upon which nursing care has had a direct influence» (4). Eller slik: «Outcomes that are sensitive to nursing are those that are relevant, based on nurses' scope and domain of practice, and for which there is empirical evidence linking nursing inputs and interventions to the outcomes» (5).

Smerte

Smertevurdering og evaluering av smertelindring er viktige områder innenfor sykepleie. For å kvalitetssikre de strategier og intervensjoner sykepleiere bruker for å lindre pasientens smerte, kan kvalitetsindikatorer benyttes. Kvalitetsindikatoren kan med andre ord si noe om smertebehandlingens kvalitet. Siden sykepleiere og andre faggrupper samarbeider om smertebehandling, mener vi at en kvalitetsindikator innenfor dette feltet må være sensitiv for flere grupper.

Ved utviklingen av kvalitetsindikatorer har Donabedians (6) klassiske paradigme for å evaluere kvaliteten i helsetjenesten fått stor betydning. Hans modell er basert på trekomponentforholdet mellom struktur, prosess og resultat, hvor hver av komponentene har direkte innflytelse på den neste. Strukturforhold påvirker prosesser, som igjen påvirker resultater.

Donabedians modell

1. Strukturdimensjonen: handler om forutsetningene for å yte en god helsetjeneste. Det kan for eksempel dreie seg om helsesystemets kapasitet, dets oppbygning og organisering, personalets kompetanse og utstyrets sikkerhet.
2. Prosessdimensjonen: viser til de handlinger som fører til god helsetjeneste. Dette omhandler relasjonen mellom tjenesteleverandør og mottaker og inkluderer aspekter som for eksempel forebygging, utredning, diagnostisering og intervensjon i form av behandlingstiltak.
3. Resultatdimensjonen: har fokus på de helsemessige effekter hos tjenestemottaker som prosessen medfører, for eksempel på symptomer (smerte), livskvalitet, funksjon eller overlevelse.

Donabedians modell og utvikling av kvalitetsindikatorer ligger til grunn for den måten NSF/SSN nå ønsker å bygge opp et sy-



HJELPER PASIENTEN: Kvalitetsindikatorer kan være et viktig hjelpemiddel i arbeidet med lindre pasientens smerte. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Palliativt senter:

- » medgått tid (antall virkedager) fra mottatt henvisning til igangsatt
- » undersøkelse/behandling (antall)
- » andel pasienter som får med seg epikrise ved utskrivning (prosent)

Resultat

Sykehus:

- » andel pasienter med hoveddiagnose kreft som har NRS-score (Numerical Rating Scale, kfr ESAS) for smerte i ro (3 ved utskrivning (prosent)

Uansett er kvalitetsmåling kommet for å bli. Årlige registreringer

vil være mulig for å sammenligne nasjonalt, regionalt og mellom ulike institusjoner eller kommuner. Årlige registreringer over et tidsrom på ti–20 år vil gi muligheter for å se på forbedringer over tid. Kan vi ta ut data og få rask tilbakemelding til hver enkelt avdeling, vil en slik type måling kunne bli svært meningsfull lokalt og være en sterk motivasjon for å forbedre rutiner og smertelindringen. En viktig forutsetning er at alle helseforetak og kommuner innfører bruk av NRS som smerteskala-verktøy ved vurdering, evaluering og dokumentasjon av smerte. Ønsker sykepleietjenesten å bidra inn i et slikt arbeid, er det viktig at vi er med og setter premisser for eget kvalitetsarbeid. Spørsmålet er om vi ønsker og er rede til det. ■■■

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Fritt sykehusvalg i Norge Tilgjengelig fra: <http://www.fritt.sykehusvalg.no/kvalitet/> (19.05.2009).
2. Rygh LH, Saunes IS. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Rapport nr 6–2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Forsiden> (19.05.2009).
3. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005–2015). Tilgjengelig fra Helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring> (19.05.2009).
4. The International Council of Nurses, Nursing Matters fact sheets, Nursing Sensitive Outcome Indicators. Tilgjengelig fra: http://www.icn.ch/matters_indicators.htm#4
5. Doran DM. Nursing-sensitive outcomes: State of the science. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.
6. Donobedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quarterly Research Bulletin, QRB1992: 18 (11): 356–360.
7. Norsk Forening for Palliativ Medisin, Standard for Palliasjon (2004, s. 15). Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/53750.0> (19.05.2009).