



Det går att mäta barnanpassad vård!

Bakgrund

Vilka kriterier behöver vara uppfyllda för att en verksamhet ska kunna säga sig bedriva barnvänlig vård? Eftersom tydliga mätbara kriterier saknas så har vi, inspirerade av internationella verktyg, tagit fram ett förslag på kriterier och en modell för kollegial granskning.

Den verksamhet som vårdar barn kan ansluta sig till ett "Nätverk för barnanpassad vård". Det ska bidra till systematiskt kvalitetsarbete kring barnvänliga anpassningar. Arbetet påbörjades tidigt 2017 av representanter från Skånes universitetssjukhus, Akademiska barnsjukhuset och Barnombudet i Uppsala län. Kriterierna utgår från Patientlagen (2015), FN:s barnkonvention samt Nobab standard.

Barn, unga, föräldrar och vårdpersonal men också patient-och professionsföreningar har fått tycka till hösten 2017 i en omfattande remiss. Kriterierna och modellen för kollegial granskning provades våren 2018 av barnsjukhusen i Uppsala och Lund/Malmö.

Barn och unga som patienter kommer att vara vägledande i om kriterier ska anses uppfyllda eller ej. Verksamheten behöver uppvisa systematik både i riktlinjer och liknande och i att inhämta patienter och familjers åsikter. I prov-omgången testade vi frågor och samtal med ett urval patienter.

När verksamheter bedömer sig själv och tar emot kollegial granskning ges underlag för goda bedömningar och lärande exempel.

Välkomna att vara med!

Kollegial granskning

En verksamhet som vill mäta och utveckla hur barnanpassad den är gör såhär:

1. Besöker hemsidan (tillfälligt www.boiu.se/region)
2. Laddar ner kriterierna. Inventerar den egna organisationen, riktlinjer och kanaler till patienterna.
3. Kontaktar nätverket och ansöker om en kollegial granskning. (Ca 6 mån innan förväntad inspektion.)
4. Två jämförbara sökande (A och B) kopplas samman. En kontaktperson i nätverket hjälper dem igång.
5. Samlad självskattning utbyts mellan A och B och kontaktpersonen. Det innehåller hur ledningen anser kriterierna vara uppfyllda, berörda styrdokument samt redovisning av patienters och medarbetares åsikter.
6. Kollegial inspektion hos A och B.
7. Preliminär rapport skrivs av A och B och utbyts vid överenskommen tidpunkt.
8. Följdfrågor och kompletteringar kan göras, under en tid och därefter fastställs rapporten. Den innehåller omdömen grön, gul, röd för varje kriterium samt sammanfattande råd om styrkor, svagheter och rekommendation.
9. Om något område hos A eller B är särskilt starkt kan det utses till gott exempel och få en "stjärna".
10. På sikt kan detta utvecklas till en mer formell certifiering.



Kriterierna

1. Vårdprocess och organisation

1A. Vårdkedja och vårdform.

1a1) Barn vårdas på avdelning eller mottagning enbart för barn, eller i särskilt anpassad miljö inom en vuxenverksamhet. Eventuella undantag motiveras i särskild riktlinje (efter en barnkonsekvensanalys). Ange hur dialog sker med berörda vuxenavdelningar kring barnanpassning; exempelvis avseende barnkirurgiska pat > 15 år.

1a2) Triage anpassat för barn används.

1a3) Särskild plats och rutin för barn finns på IVA (där Barn-IVA saknas).

1a4) Särskild rutin finns för blodprovstagning och olika procedurer (kateter-/sondsättning mm), anpassad efter barnets mognadsgrad.

1a5) Röntgen finns med särskild plats och rutin för barn (där Barnröntgen saknas).

1a6) Hemsjukvård erbjuds (ev i samverkan med kommunal vård).

1a7) Palliativ vård med barnkompetens på sjukhuset.

1a8) Separat utrymme och särskilda rutiner finns för barnoperationer.

1B. Kvalificerad personal.

1b1) I verksamheten förutsätts att det arbetar administrativ personal, servicepersonal, barnläkare (med tillgång till subspecialister), barnsjuksköterskor och barnundersköterskor. Förutom dessa behövs tillgång till följande stödjande yrkeskategorier med särskild barnkompetens: fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.

1b2) I verksamheten förutsätts att det arbetar administrativ personal, servicepersonal, läkare (med tillgång till barnspecialister), sjuksköterskor och undersköterskor, där de som arbetar med barn ska ha barnvana. Förutom dessa behövs tillgång till följande stödjande yrkeskategorier med särskild barnvana: fysioterapeut, kurator, psykolog, dietist, arbetsterapeut, logoped och lekterapeut.

1b3) Utbildningsplan finns inom verksamheten gällande personalens "barnkompetens", såväl formell kompetens såsom barnspecialisering/VUB el motsvarande, som utbildningsfilmer/-insatser, föreläsningar mm. I utbildningsplanen bör också beskrivas vilka andra särskilda kompetenser som medarbetare ska ha i omhändertagandet av barn och i vilken grad. Exempel är vilka som ska vara särskilt utbildade i strukturerad förberedelse av barn och unga inför procedurer samt metoder för smärtreducering och distraktion.

1b4) Alla nyanställda utbildas i barnrättigheter, barnkonvention, NOBAB el motsvarande.

1C. Kontinuitet och samverkan.

1c1) Riktlinje finns - för bästa möjliga kontinuitet för patienten. Exempel är att det säkerställs att den som läggs in för en längre tid (>5 dag) har en utsedd huvudansvarig person bland vårdpersonal (motsvarande fast vårdkontakt). Samma gäller för alla barn med återkommande vårdbesök, tex vid kronisk sjukdom.

1c2) Riktlinje finns - för bästa möjliga övergång från barn- till vuxensjukvård, omfattande åtminstone de vanligaste diagnoserna och förloppen. Här bör också framgå hur barnen och familjerna görs delaktiga.

1c3) Riktlinje finns - för bästa möjliga övergång mellan vårdgivare och sjukvårdshuvudmän inom slut- och öppenvård. Exempel är vid vård över landstings- & regiongräns samt mellan vårdgrannar som barnsjukvård, psykiatri och habilitering. Här bör också framgå hur barnen och familjerna görs delaktiga.

1c4) Riktlinje finns - för minsta möjliga separation mellan det nyfödda barnet och dess föräldrar i samverkan mellan förlossning, BB och barnsjukvården (avser barn- och kvinnosjukvård).

1c5) Kontinuerligt samarbete finns med externt/regionalt barnombud. Ange kort hur detta sker.

Nätverket för barnanpassad vård



Kontaktpersoner: Ann Elmqvist Fridh, Johan Kaarme och Martin Price. Tillfällig webb: www.boiu.se/region

2. Miljö

2A. Lokaler med barnperspektiv.

2a1) Verksamheten ska ha en miljö anpassad för sina patienter.

- a) Barn med alla funktionsvariationer ska kunna vistas och navigera i lokalerna. En översyn av lokalerna är gjord, förslagsvis med patientförening, konsult eller liknande (ex ”trygghetsvandring” med barn/familjer).
- b) Barnanpassningar av skyltar, symboler och anslagstavlor där det behövs.
- c) Ytor för avkoppling och lek både inom- och utomhus allt nära åtkomliga från vuxenverksamhet.
- d) Plats där patient kan vara för sig själv eller träffa en kompis.
- e) Patienten ska kunna ha med sig några privata ägodelar och förvara dem nära och säkert vid sin vårdplats. Medicinska undantag kan göras liksom för patientsäkerhet.
- f) Behandlingsrum är anpassade för patienternas behov, eller enkla att ställa om utifrån olika behov.
- g) Vänttrum skall vara anpassade för barn, separerade från sjukvårdande verksamhet.

2B. Närstående ska kunna vara nära.

2b1) Patienten ska erbjudas och kunna ta emot besök från vänner/partners om medicinskt möjligt. Det gäller också vårdnadshavare vid längre vårdtid.

2b2) Föräldrar/anhöriga ska ha möjlighet att vara tillsammans med barnet i alla steg av vården. Undantag (ex operation) framgår tydligt av information.

2b3) Vårdnadshavare ska ha möjlighet att sova över på patientens rum samt vid behov i anslutning till vårdinrättningen. Om undantag finns (tex vid en flexibel intensivplats) ska det finns rutiner som kompenserar för nackdelarna för barnet.



3. Trygghet och delaktighet

3A. Förberedelse, information.

3a1) Varje patient ges information och får komma till tals utifrån sin mognadsålder och förmåga. Särskilda behov av språklig eller annan anpassning ska journalföras.

3a2) Kallelse sker utifrån en gemensam grund. Den ska vara på enkel svenska (klarspråk) och gärna med bildstöd och/eller länk till 1177/Vårdguiden med råd och information om förberedelser utifrån vad patienten kallas till. Verksamheten har rutin som årligen kvalitetsgranskar kallelser. (Punkten avser patientdelaktighet i kommunikation och förberedelser).

3a3) Vårdnadshavare ska kunna läsa och gärna se på bilder eller film om hur den bäst kan bidra till patientens egenvård på sjukhuset och hemma, före/under/efter vårdtillfället.

3a4) Riktlinje finns – för information av planerade vårdinsatser där patienten i god tid får förslag och ges möjlighet att framföra önskemål kring dessa. (Punkten avser patientdelaktighet i planeringen).

3a5) Riktlinje - för vårdplan för inlagd, respektive återkommande patient. Patienten ska vara delaktig i framtagandet utifrån ålder och mognad.

3a5) Riktlinje finns – för vilken information som ska ges till patient och vårdnadshavare vid inläggning. Den kan beskriva hur patientens önskemål inhämtas, vilka professioner som patienten kan möta, avdelningens allmänna rutiner och resurser.

3a6) Lokal riktlinje finns – för hur verksamheten kan erbjuda säker nätbaserad kommunikation i vårdfrågor, tex e-post eller bokning och recept via 1177/Mina vårdkontakter.

3a7) Riktlinje finns – för hur verksamheten informerar om journalen för patient och

vårdnadshavare. Där beskrivs bland annat hur journalen kan begäras ut eller vara åtkomlig via nätet. Huvudregeln är att vårdnadshavare också har rätt att ta del av barnets journal både via kopia eller direktåtkomst via nätet. Möjligheten att ge åtkomst till patient 13-16 år har gjorts känd. Undantag och skydd för patienten beskrivs i gemensam rutin för verksamhetens huvudman (landsting/region). I riktlinjen beskrivs också att verksamheten ska förklara och be om samtycke för sammanhållen journalföring.

3a8) Riktlinje finns – för procedur-rädsla, narkos och smärtskattning. Verksamheten tar reda på och journalför oro och rädsla för åtgärder. Förberedelse inför sövning/narkos ska vara lika för hela verksamheten. Verksamheten skattar smärta hos barn med olika behov och förmågor.

3a9) Möjlighet att klä om avskilt finns inför större åtgärder eller undersökningar.

3B. Stöd i utvecklingen.

3b1) Lokal riktlinje finns – för att patienten så gott det går ska kunna fortsätta med utbildning då det vistas på sjukhus och hur samarbete med hemskola och hemförskola kan säkerställas.

3b2) Riktlinje finns - för hur verksamhetens pedagogiska resurser som lekterapi och bibliotek kan bidra.

3b3) Verksamheten kan tillhandahålla aktiviteter på patientrummet utifrån barnets mognadsålder och intresse.

3b4) Patient med långvarig sjukdom erbjuds information om patientföreningar.

3b5) Wifi finns för kontakt med livet utanför alt möjlighet att låna dator/surfplatta.



4. Lärande och inflytande

4A. Enskilda patientens och vårdnadshavarens inflytande.

4a1) Rutin finns för hur patient och familj kan framföra synpunkter om vården samt hur dessa hanteras och återkopplas.

4B. Verksamhetens samverkan med patient och anhörig.

4b1) Patient och vårdnadshavare ska informeras om Patientnämnden, när vården har anledning att tro att missnöje eller konflikt föreligger.

4b2) Inför större beslut och förändringar i verksamheten ska barnets bästa beaktas (5 kap 6§ HSL), gärna med barn och anhöriga involverade i arbetet. Rutin ska finnas, vara känd och ingå som del i underlaget till beslut. Här ingår både berörda barns behov och inställning. Stöd i att beskriva

barnets bästa kan vara en barnkonsekvensanalys eller barnchecklista. Ge exempel.

4b3) Patientens vårdnadshavare erbjuds hjälp och råd gällande sjukförsäkring, sjukresor och ersättningar. De erbjuds också regelbundet stödsamtal. (Kriteriet ska förtydligas.)

4b4) Riktlinje - för hur verksamheten deltar i och förbereder patient på möten med socialtjänst, tex vid Individuell Plan även kallad SIP (16 kap 4§ HSL).

4b5) Enkäter eller annan form av kontinuerlig och strukturerad kunskapsinhämtning används regelbundet för att inhämta patientens och familjens uppfattningar. Exempel är enkäten från NOBAB.

5. Rättigheter

5A. Respekt och integritet.

5a1) Patient ska oavsett ålder ha möjlighet till enskilt samtal med behandlande personal. För barn i skolåldern bör detta erbjudas regelbundet.

Huvudregel är att den information som vården ger den unga patienten också lämnas till vårdnadshavaren. Om samtalet övergår i serie eller behandlingsåtgärd ska samtycke också som regel ges av vårdnadshavare. Mognadsbedömning görs alltid av patienten för graden av inflytande.

5B. Barnets och den unges rätt till skydd

5b1) Riktlinje finns – för sekretess och menprövning vid till exempel journalutlämning.

5b2) Rutin för skyldigheten att genast till socialtjänsten anmäla oro om att barn far (eller kan komma att fara) illa och görs känd hos alla anställda.

5b3) Handlingsplan finns – för hur uppenbara övergrepp eller allvarliga misstankar om att barn far illa hanteras.

5b4) Riktlinje finns – gemensam för all verksamhet inom landstinget/regionen för undantag och skydd

gällande patientens och vårdnadshavarens åtkomst till journal via nätet. Hur direktåtkomsten för vårdnadshavare upphör och vad som gäller för spärr, försegling och blockering.

5C. Personalens kunskap om rättigheter och lagar.

5c1) Specifik aktivitets- eller handlingsplan finns för barnets rättigheter i hälso- och sjukvård. Där beskrivs tydliga mål som följs upp årligen. Exempelvis:

- Hur barnets rätt och åsikter tas fram inför beslut
- Vilka kanaler som finns till barns, ungas och föräldrars åsikter.
- Uppdraget för eventuella särskilda funktioner som barnrättsombud.
- Vilken kunskap personalen ska ha i barnrättsfrågor och hur den säkerställs.
- Hur verksamheten bidrar till att patienten och känner till sina rättigheter.
- Särskilda former för barnets rätt till skydd, som rutiner för orosanmälan.