

Nationella rekommendationer

för uppföljning av patienter efter intensivvård

Antagna 13 juni 2017



Arbetsgruppen för intensivvårdsuppföljning

Eva Åkerman, intensivvårdssjuksköterska, universitetssjuksköterska, fil. dr, Karolinska Sjukhuset, Stockholm

Isabell Fridh, intensivvårdssjuksköterska, universitetslektor, fil. dr, docent, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan Borås

Lotti Orwelius, intensivvårdssjuksköterska, verksamhetsutvecklare, intensivvårdsavdelningen, med. dr, Universitetssjukhuset, Linköping

Mona Ringdal, intensivvårdssjuksköterska, universitetslektor med kombinationsanställning som sjuksköterska, Anestesi och Intensivvårdskliniken Kungälv's sjukhus, fil. dr, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Anna Schandl, intensivvårdssjuksköterska, med. dr, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm



Innehåll

4	Sammanfattning
5	Rekommendation för uppföljning efter intensivvård
5	<i>Inledning</i>
5	<i>Bakgrund</i>
6	Metod för framtagande av rekommendationerna
6	<i>Litteraturgenomgång</i>
6	<i>Workshop</i>
6	<i>Seminarium</i>
7	<i>Intervjuer</i>
7	<i>Analys</i>
7	<i>Granskning</i>
8	Resultat
9	Rekommendation för uppföljning efter intensivvård
9	<i>Urval – Vilka patienter bör erbjudas uppföljning?</i>
9	<i>Tidpunkt för uppföljningsbesök efter utskrivning från IVA</i>
10	<i>Organisation av uppföljningen</i>
10	Innehåll i uppföljningen
12	<i>Ansvarig för uppföljningsmottagning</i>
12	Dokumentation
13	Referenser



Sammanfattning

Dessa rekommendationer ska stödja vårdgivarna i att utveckla uppföljning av patienter efter intensivvård samt underlätta kvalitetsutvärdering och tillgodose en likvärdig vård för patienterna. De nationella rekommendationerna har tagits fram av en arbetsgrupp med specialist-sjuksköterskor inom intensivvård. De primära målgrupperna för rekommendationerna är chefer inom intensivvård och medarbetare som arbetar med uppföljning av patienter efter intensivvård.

Rapporten är framtagen utifrån forskning samt intervjuer med patienter och personal. Innehållet består av rekommendationer om vilka patienter som bör erbjudas uppföljning efter intensivvård, tidpunkt och organisation av uppföljning, samt vad uppföljningen bör innehålla. Syftet med rekommendationerna är att utifrån tillgänglig evidens och beprövad erfarenhet ge vägledning till beslut om strukturer för uppföljning av patienter efter vård på intensivvårdsavdelning (IVA).

Utifrån den begränsade evidens som finns om intensivvårdsuppföljning idag, ges följande rekommendationer: Uppföljning bör utgå från patientens behov.

I dagsläget råder brist på evidens för vilka patienter som bör erbjudas uppföljning. En pragmatisk lösning kan därför vara att erbjuda uppföljning till patienter med en vårdtid på IVA som överstiger 96 timmar. Patienter med kortare vårdtid på IVA än 96 timmar kan erbjudas uppföljning om klinikens resurser tillåter det. Patienterna bör erbjudas ett uppföljningsbesök på vårdavdelningen inom första veckan efter utskrivning från IVA. Därefter bör patienten kallas tillbaka efter 2–3 månader. Patienter med identifierbara problem vid återbesöket, bör kallas ytterligare en gång för uppföljande kontroll.

Den polikliniska uppföljningen bör ske av ett multiprofessionellt team med god kännedom om intensivvård. Patienten bör få möjlighet att erhålla information om vård och behandling samt få möjlighet till att ställa frågor, få förklaringar och hjälp med identifierade problem. De bör även erbjudas att återse intensivvårdsavdelningen. Patienterna bör också erbjudas att genomgå fysiska och psykiska tester samt mätning av hälsorelaterad livskvalitet.

Patienter med identifierbara problem som inte kan avhjälpas under uppföljningsbesöket bör remitteras till annan instans där hjälp finns att tillgå.

Rekommendation för uppföljning efter intensivvård

Inledning

Initiativet till dokumentet har tagits av Riksföreningen för anestesi och intensivvård. Syftet är att skapa enhetliga rekommendationer för uppföljning av patienter efter intensivvård. Det finns ett behov av att utifrån tillgänglig evidens och beprövad erfarenhet skapa nationella rekommendationer som kan underlätta handläggandet av uppföljning efter intensivvård. Syftet med rekommendationerna är att möjliggöra att patienten får en strukturerad uppföljning oavsett var vården bedrivs. För att utveckla en nationell rekommendation tillsatte Riksföreningen för anestesi och intensivvård en arbetsgrupp med deltagare från nätverket för disputerade intensivvårdssjuksköterskor.

Bakgrund

Varje år drabbas cirka 40 000 patienter i Sverige av livshotande sjukdom eller allvarlig skada som kräver vård på en intensivvårdsavdelning (IVA). Idag överlever en majoritet av patienterna trots komplexa sjukdomar, omfattande skador och komorbiditet och skrivs ut från IVA (<http://icuregswe.org>). Många av dessa patienter lider av fysiska, psykiska och kognitiva problem i efterförloppet. Uppföljning av patienterna efter utskrivning kan vara en hjälp att tidigt identifiera problem och initiera åtgärder, vilket kan leda till en snabbare återhämtning för att uppnå bästa möjliga hälsa och livskvalitet (Modrykamien, 2012).

För att möta detta behov har det utvecklats uppföljningsmottagningar efter intensivvård. Evidensen för effekten av uppföljning efter intensivvård är bristfällig och de studier som finns har visat motsägelsefulla resultat. Resultatet i en Europeisk studie visade att patienter som fick en dagbok över vårdtiden på IVA hade en signifikant minskning av posttraumatiska stress symtom (PTSS) (Parker et al., 2015), ett självrehabiliteringsprogram var associerat med reduktion av PTSS två månader efter IVA (Granja et al., 2012), medan en sjuksköterskeledd uppföljningsmottagning inte minskade PTSS (Connolly et al., 2015).

Trots bristande evidens har uppföljning på uppföljningsmottagningar blivit en vanligt förekommande rutin. Kunskapen som erhålls genom att möta dessa patienter i efterförloppet genererar en ökad förståelse för intensivvårdsprocessen och ett bättre omhändertagande inom intensivvården (Modrykamien, 2012) genom att patients uppfattning om uppnådd hälsa även tas tillvara (Prinjha 2009).

Idag saknas rutiner avseende vilka patienter som ska följas upp, tidpunkt för uppföljning och innehåll i uppföljning. Uppföljningen ser olika ut beroende på vilket sjukhus eller var i landet patienten vårdats. Detta leder dels till ojämlik vård men också till svårigheter att få erfarenhet och kunskap i vad som är bästa vård. Syftet med denna rekommendation är att utifrån tillgänglig evidens och beprövad erfarenhet möjliggöra att patienten får en strukturerad uppföljning oavsett var vården bedrivs.



Metod för framtagande av rekommendationerna

Rekommendationerna grundas på ett vetenskapligt underlag, som har tagits fram på ett systematiskt sätt. För viktiga frågor där det saknats vetenskapligt underlag har arbetsgruppen använt sig av ett konsensusförfarande som på ett strukturerat sätt tar tillvara beprövad erfarenhet.

Denna nationella rekommendation har utgått från metoden Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE). Ej relevanta delar för utvecklandet av rekommendationerna har uteslutits. Syftet med AGREE metoden är att säkra kvaliteten genom användning av en strukturerad metod vid utveckling av riktlinjer och ange vilken information som ska finnas med och hur den ska rapporteras (AGREE, 2003).

Datainsamlingen som ligger till grund för rekommendationerna består av tre delar:

- litteraturgenomgång
- workshop och seminarium med målgruppen av användare för riktlinjen
- intervjuer med patienter som har erfarenhet av uppföljning efter intensivvård

Litteraturgenomgång

En litteraturgenomgång gjordes med syfte att undersöka vilka rekommendationer som finns avseende vilka patienter som bör följas upp, vid vilken tidpunkt samt innehåll i uppföljningen. Litteratursökning gjordes i databaserna PubMed, Cochrane, Scopus och PsycINFO. Endast översiktsartiklar som innehöll information om organisation av intensivvårdsuppföljning inkluderades. Artiklarna var publicerade mellan januari 2005 till december 2015. Artiklar om uppföljning av pediatrik eller specialist intensivvård exkluderades. Använda sökord var "intensive care OR critical care, follow-up, physical function AND/OR psychological function AND/OR cognitive problems". Data som samlades in var; typ av intensivvård, patienturval för uppföljning, tidpunkter för uppföljning, struktur och innehåll i uppföljningen och konklusion samt rekommendationer. (Bilaga 1)

Workshop

Under hösten 2015 arrangerades en workshop i samband med Riksföreningen för anestesi och intensivvårds kongress. Syftet var att diskutera fördelar och nackdelar med nationella rekommendationer samt erfarenheter och synpunkter på innehåll och struktur i uppföljning efter intensivvård. Inbjudan skickades ut till alla postIVA-enheter och annonserades i tidskriften *AnIva Ventilen*. En presentation av projektplanen för "Nationell rekommendation för uppföljning av intensivvårdspatienter" användes som underlag för diskussionerna. En medlem i arbetsgruppen dokumenterade den information som framkom under workshopen.

Seminarium

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) arrangerar årligen ett seminarium för medlemmar som registrerar postIVA-data i SIR. År 2015 var ett av syftena med seminariet att diskutera fördelar och nackdelar med nationella rekommendationer samt erfarenheter och synpunkter på innehåll och struktur i uppföljning efter intensivvård. Totalt deltog 74 postIVA-ansvariga från 33 intensivvårdsavdelningar i Sverige. Under seminariet presenterades projektplanen för "Nationell rekommendation för uppföljning av intensivvårdspatienter". Deltagarna diskuterade först i mindre grupper fördelar och nackdelar, erfarenheter, struktur och innehåll av postIVA-uppföljning. Därefter diskuterades resultaten i hela gruppen. Data som framkom i diskussionerna dokumenterades av medlemmar i arbetsgruppen.



Intervjuer

Patientens erfarenheter och upplevelser av uppföljning efter intensivvård var en viktig aspekt att ta med. Tre av deltagarna i arbetsgruppen genomförde intervjuer med patienter vårdade på tre Universitetssjukhus i Sverige. Totalt 14 patienter sju män och sju kvinnor intervjuades, alla ventilatorbehandlade och med en vårdtid på > 96 timmar. Intervjuerna gjordes via telefon (12 patienter) eller vid ett personligt möte (2 patienter). En semistrukturerad intervju-guide användes som underlag för intervjun. Tre intervjuer spelades in och transkriberades, övriga intervjuer dokumenterades skriftligen under samtalet.

Analys

Insamlad data från litteraturgenomgången sammanställdes och analyserades med integrativ metod (Whittemore & Knafl, 2005).

Den transkriberade texten från workshop, seminariet och intervjuer analyserades med tematisk analys det vill säga materialet lästes igenom flera gånger och grupperades i kategorier efter uttalande som liknade varandra. Därefter sammanfördes kategorierna efter likheter och olikheter i tema.

Granskning

Sammanställningen granskades slutligen av Riksföreningen för anestesi och intensivvård, SIR, postIVA-enheter i SIR och en patientrepresentant. Arbetsgruppen har utifrån granskningen diskuterat och genomfört ändringar. Någon evidensgradering på rekommendationerna har inte varit möjlig att genomföra.



Resultat

Litteratursökningen resulterade i 66 artiklar, varav 19 lästes och granskades. Efter granskning kvarstod nio artiklar som inkluderades och analyserades med integrativ metod. Resultatet från litteraturgranskningen presenteras under respektive område i rekommendationen.

Vid den tematiska analysen av workshop, seminarium och intervjuer framkom fem tema: *struktur på uppföljning, patienternas minnen, att få förståelse, besök på postIVA-mottagning och personalens behov*. Dessa beskrivs kort nedan och mer resultat presenteras under respektive område i rekommendationen.

Struktur på uppföljning: Deltagare i workshop och seminarium efterfrågade en standardiserad uppföljning med struktur för organisation och innehållet i uppföljningen. Fördelen med en standardiserad uppföljning beskrevs som att arbetet och resursbehovet vid mottagningar som ansvarade för uppföljning efter intensivvård tydliggjordes. Standardisering kunde också leda till en ökad möjlighet att identifiera kunskapsluckor i vården av patienter på och efter IVA.

Patienternas minnen: Patienterna upplevde att de hade realistiska minnesbilder och minnesluckor. Dagboken kunde vara ett hjälpmedel att minnas.

Att få förståelse: Information från personalen, dagboken och fotografier gav en förståelse för vad som hänt under vårdtiden. Det var viktigt att förstå för att kunna gå vidare.

Besök på postIVA-mottagningen: Patienterna beskrev besöket som värdefullt. Besökets innehåll och antal besök varierade. Viktigt för patienten var att göra ett avslut för att kunna gå vidare. Personalen från postIVA-mottagningarna beskrev att uppföljningsbesöket var en möjlighet för patienten att få information och ställa frågor om vårdtiden på IVA. Detta bekräftades av patienterna som beskrev att besöket hade betydelse för dem, då det fanns möjlighet att möta personal, få information och ställa frågor om tiden på IVA. Patienterna beskrev att få information, förklaringar och bekräftelse att problem var vanligt förekommande och att det kunde finnas möjlighet att åtgärda problemen var en viktig del för att kunna sätta upp mål för rehabiliteringen och att kunna gå vidare i livet. Resultatet i ett flertal intervjustudier har visat att uppföljningen uppskattas av överlevande patienter. Patienterna upplever att uppföljningen hjälper dem i rehabiliteringen efter intensivvård (Engström, Rogmalm, Marklund & Wälivaara, 2015; Prinhja, Field & Rowan, 2013).

Personalens behov: Det fanns en efterfrågan av utbildning och handledning för personal som ansvarade för uppföljning.

En sammanfattning och konklusion av de data som legat till grund för dokumentet och presenterat i resultatdelen ovan har lett fram till följande rekommendationer för uppföljning av patienter efter intensivvård.



Rekommendation för uppföljning efter intensivvård

Rekommendationen är att uppföljning efter intensivvård omfattar följande områden:

- urval
- tidpunkt för uppföljningsbesök efter utskrivning från IVA
- organisation av uppföljningen
- innehåll i uppföljningen
- ansvariga för uppföljningen

Urval – Vilka patienter bör erbjudas uppföljning?

Syftet med uppföljning av patienter efter intensivvård är att tidigt identifiera fysiska och psykosociala problem samt att ge patienten stöd och vägledning i återhämtningsprocessen. Kunskapen om vilka patienter som har behov av uppföljning är begränsad därför bör alla patienter erbjudas uppföljning efter intensivvård (Nice, 2009). Eftersom intensivvården har begränsade resurser samt att det saknas en externt validerad metod för riskbedömning följer rekommendationen SIRs riktlinje att alla patienter ≥ 16 år med en vårdtid på IVA som överstiger 96 timmar erbjuds uppföljning (<http://icuregswe.org>). Beroende på avdelningens resurstillgång kan avdelningen välja att även inkludera patienter med kortare vårdtid än 96 timmar. Urvalskriteriet för vårdtid kan variera mellan olika avdelningar men inte inom den egna avdelningen. Om patienten vårdats sammanhängande på mer än en intensivvårdsavdelning bör uppföljning ske efter överenskommelse på en av intensivvårdsavdelningarna (<http://icuregswe.org>).

Rekommendation: *Alla patienter med en vårdtid på IVA över 96 timmar ska erbjudas uppföljning. Kortare vårdtid än 96 timmar kan väljas om avdelningens resurser tillåter detta. Oavsett faktorer som ventilatorbehandling, diagnos eller patientens hemorts geografiska läge ska patienten erbjudas uppföljning. Inga patienter skall exkluderas utan alla patienter bör erbjudas uppföljning. Patienten bör själv besluta om deltagande i uppföljningen.*

Tidpunkt för uppföljningsbesök efter utskrivning från IVA

Information om tidpunkt för uppföljning varierar i litteraturen och i den kliniska verksamheten (Nice, 2009; Needham et al., 2012), men valet av tidpunkt bör i första hand göras så att det medför störst nytta för patienten. Idag finns lite kunskap kring vilken tidpunkt som är optimal för intensivvårdsuppföljning. Vid tidig uppföljning ökas möjligheten för patienten att få hjälp med att identifiera problem och tillstånd som är behandlingsbara (NICE, 2009). Tidig uppföljning på vårdavdelning inom första veckan efter utskrivning från IVA rekommenderas. Patienten kan vid besöket få information om vårdtiden samt möjlighet att få svar på frågor. För att uppnå en likformig uppföljning i landet, vilket ger förutsättningar för fortsatt kunskapsinhämtning, bör därefter patient och närstående erbjudas ett polikliniskt uppföljande samtal 2–3 månader efter utskrivning från IVA. Om behov finns, bör patienten få möjlighet att återkomma inom sex månader (Jonasdottir, Klinke, Jonsdottir, 2016).

Dokumentation av incidensen av resttillstånd hos patienter efter intensivvård sker genom att patienter tillfrågas om förändringar i hälsorelaterad livskvalitet under första året. För att följa förändring ska hälsorelaterad livskvalitet mätas över tid. Patienter som inte har behov av uppföljande besök på mottagning vid 6 och/eller 12 månader kan kontaktas via webb, telefon, mail eller post för mätning av hälsorelaterad livskvalitet.



Rekommendation: Uppföljningsbesök på vårdavdelning inom första veckan efter utskrivning från IVA, samt uppföljningsbesök 2–3 månader efter utskrivning. Patienter som har behov av ytterligare besök följs upp vid 6 månader och för övriga patienter rekommenderas att följa hälsorelaterad livskvalitet vid 6 och/eller 12 månader.

Organisation av uppföljningen

Uppföljningen ska ske av personal som är väl förtrogen med intensivvård, som ska vara multiprofessionellt sammansatt för att kunna hjälpa patienten med identifiering och hantering av de mångfacetterade problem som kan uppstå efter intensivvård (Crocker, 2003). Ett multiprofessionellt omhändertagande ger också en mer nyanserad bild vid rekapitulering av vårdförlopp och behandling (Needham et al., 2012; Volk & Grassi, 2009). Intervjuade patienter beskrev att de hade behov av att få möta olika professioner, som fysioterapeut som testade deras fysiska funktion, läkare som kunde beskriva det medicinska förloppet och gå igenom journalen samt att träffa personal som hade kunskap om intensivvård som de kunde prata med om sin hälsa och upplevelser.

Rekommendation: Uppföljningen bör ske av ett multiprofessionellt team. Detta team kan bestå av olika professioner utifrån lokala förutsättningar. Rekommendationen är att uppföljningsmottagningen efter intensivvård leds av specialistsjuksköterska inom intensivvård och/eller specialistläkare inom anestesi/intensivvård.

Innehåll i uppföljningen

Studier visar divergerande resultat för effekt av uppföljningsbesök efter intensivvård. En systematisk review visade att uppföljningssamtal minskade posttraumatisk stress hos framför allt kvinnor (Melhorn, 2014). Dock visade en meta-analys att sjuksköterskeledd uppföljning inte verkade påverka patienters psykiska hälsa (Parker et al., 2015).

Samtalet med patient och närstående om vårdförlopp och behandling under vårdtiden på IVA var en viktig del i uppföljningsbesöket. Personalen som deltog vid workshop och seminarium beskrev att samtalet hjälpte patienten att sätta upp realistiska mål för återhämtningen och att de hade en coachande funktion. Patienterna beskrev att få information och möjlighet att ställa frågor och få förklaringar på varför de mår som de gör, var viktigt för förståelsen och för möjligheten att sätta upp realistiska mål för återhämtningen. Patienter som önskar, bör erbjudas att besöka IVA för att återse miljön där de vårdats (Jonasdottir, Klinke, Jonsdottir, 2016). Detta bekräftades av patienterna som beskrev att olika minnesbilder ”föll på plats”. Patienter med mardrömmar eller överklighetsupplevelser beskrev att besök på intensivvårdsrummet och möjlighet att se den tekniska apparaturen underlättade för förståelse och förklaring av dessa.

En dagbok med fotografier som beskriver vårdtiden kan vara ett hjälpmedel för patienten att fylla i minnesluckor samt för att få en förståelse för hur sjuka de varit och behovet av tid för återhämtning. Studier har visat att dagboken kan förhindra utveckling av Post Intensive Care Syndrom (PICS) genom att minska ångest, depression och symtom på PTSS (Harvey & Davidson, 2016; Garrouste-Orgeas et al., 2012, Melhorn et al., 2014; Petrinic, Mazanec, Burant, Hoffer & Daly, 2015). Dock visar en systematisk review att evidensen är liten för om dagboken minskar risken för PTSS (Ullman et al., 2014). De intervjuade patienterna upplevde att dagboken kunde fylla i minnesluckor och att fotografier tillsammans med text gav



en förståelse för hur sjuka de varit. Jensen, Overgaard, Bestle, Christensen & Egeröds (2016) studie visade att patienterna har behov av att skapa en berättelse över vårdtiden på IVA. Fotografier och samtal var ett stöd i detta arbete.

Utifrån nuvarande evidens, rekommenderas att alla patienter screenas för fysiska, psykiska och kognitiva problem samt att hälsorelaterad livskvalitet dokumenteras efter intensivvård (Chapman & Brett, 2007; Rattray, 2013; Wilcox et al., 2013). Urvalet av instrument eller frågeformulär att använda för screening av fysiska, psykiska och kognitiva problem är stort. Det är viktigt att instrumenten är korrekt översatta samt testade för reliabilitet, validitet, specificitet och sensitivitet inom intensivvård (Rattray & Hull, 2008).

Fysiska test bör utföras av en fysioterapeut. Handstyrka med Jamar-dynamometer är ett enkelt test för att mäta muskelsvaghet (Ali et al., 2008). Ett objektiva test som mäter funktionell kapacitet och förmåga att klara fysisk aktivitet i vardagen är ”6-minutes walk test” (Enright, 2003) och testet ”Time-up and go-test” mäter basal fysisk funktion (Podsiadlo & Richardson, 1991).

Patienter kan lida av både psykologiska och kognitiva problem efter vårdtiden på IVA och kan ha problem med minne, uppmärksamhet och koncentration lång tid efter utskrivning (Rattray, 2013). PTSS-10 rekommenderas för screening av post traumatisk stress symptom hos intensivvårdspatienter. De patienter som har > 35 poäng på PTSS-10 bör remitteras till en psykiater för bedömning och behandling.

I nuläget finns inget översatt och validerat instrument som mäter kognitiv funktion hos intensivvårdspatienter. Ett användbart instrument kan vara Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) (Broadbent, Cooper, FitzGerald & Parkes, 1982) ett annat instrument som tidigt identifierar mild kognitiv dysfunktion är Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005).

Hälsorelaterad livskvalitet är ett viktigt mått vid sjukdom då den mäter patients skattning av given vård och behandling och dess effekt på individens fysiska, psykiska och sociala hälsa, och ska ingå som faktor vid uppföljning efter intensivvård. Hälsorelaterad livskvalitet är föränderligt och därför behöver det mätas över tid. Ett flertal instrument finns för att mäta livskvalitet. Ett av det vanligaste och som är validerat inom intensivvård är RAND-36/SF-36 (Turnbull 2016). Instrumentet utgår från WHO:s definition av hälsa och ger en god bild av hälsorelaterad livskvalitet avseende fysisk, psykisk och social ohälsa. Idag behövs licens för att använda SF-36 medan RAND-36 (ursprungsinstrumentet till SF-36) är fritt att använda (<http://www.rcso.se>).

Även andra kompletterande uppgifter som beskriver patientens situation före sjukdomstillfället och förhållanden under vårdtiden kan vara av nytta för att identifiera eventuella nytillkomna problem (t.ex. funktionsnivå ADL, arbetsförmåga, BMI).

Om patienten har uppenbara problem identifierade genom mätningar och/eller frågeformulär (instrument) samt om dessa problem inskränker patientens vardagliga livssituation bör de hänvisas till person med specialistkompetens inom området t.ex. remiss till vårdcentral eller annan vårdgivare (Chapman & Brett, 2007; Jonasdottir, Klinke, Jonsdottir, 2015; Needham et al., 2012).



Rekommendation. Uppföljningen bör innehålla:

Två månader efter utskrivning från IVA

- Samtal med patient innehållande information om vårdtid, behandling, återhämtning samt genomgång av individuella resultat i instrumenten. Tid för patient att ställa frågor, få förklaringar, råd och eventuellt remitteras vidare.
- Överlämnande (om detta inte gjorts tidigare) och genomgång av dagbok innehållande fotografier över vårdtiden.
- Erbjudande om besök på intensivvårdsavdelningen.
- Identifiering av fysisk kapacitet med 6MW test, Stand-up and go test och handstyrka med Jamar-dynamometer.
- Identifiering av posttraumatiska stress symtom med PTSS-10.
- Mätning av Hälsorelaterad livskvalitet med RAND-36
- Uppgifter om ADL, sysselsättning och BMI före IVA
- Patienter där samtal eller instrument identifierar problem remitteras vidare till specialistkompetens inom området.

Sex månader efter utskrivning från IVA

- Patienter med problem och ingen pågående rehabilitering kan kallas till ett uppföljande 6 månadersbesök.
- Mätning av Hälsorelaterad livskvalitet med RAND-36 samt uppgifter på ADL, sysselsättning och BMI bör dokumenteras till SIR. Detta kan göras genom att ringa, maila, eller skicka enkäterna till patienten. Identifieras patienter med försämrad Hälsorelaterad livskvalitet bör dessa patienter erbjudas uppföljning.

Tolv månader efter utskrivning från IVA

- Mätning av Hälsorelaterad livskvalitet med RAND-36 samt uppgifter på ADL, sysselsättning och BMI bör dokumenteras till SIR. Detta kan göras genom att ringa, maila, eller skicka enkäterna till patienten. Identifieras patienter med försämrade Hälsorelaterad livskvalitet bör dessa patienter erbjudas uppföljning.

Ansvarig för uppföljningsmottagning

Det finns idag inget krav på vilken kompletterande utbildning personal som ansvarar för uppföljningen ska ha. Ett önskemål som framkom på seminarium var kurser i samtalsmetodik för de som leder patientsamtalen. Många upplevde även behov av kontinuerlig handledning.

Rekommendation

Personal som leder patientsamtal bör ha utbildning inom samtalsmetodik samt kontinuerlig handledning.

Dokumentation

Patientens uppföljningsbesök ska dokumenteras i patientens journal då sjukvårdspersonal enligt lag är skyldig att dokumentera utförda åtgärder och rekommendationer.



Referenser

AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Safe Health Care* 12(1), 18-2310.

Ali, N. A., O'Brien, J. M. Jr., Hoffmann, S. P., Phillips, G., Garland, A., Finley, J. C., Almoosa, K., Helal, R., Wolf, K. M., Lemeshow, S., Connors, A. F. Jr., Marsh, C. B., & Midwest Critical Care Consortium. (2008). Acquired weakness, handgrip strength, and mortality in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 1;178(3), 261-268.

Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *Br J Clin Psych*, 21(1), 1-16.

Chapman, R. J., & Brett, S. J. (2007). Cognitive dysfunction in intensive care survivors. *Br J Hosp Med (Lond)*, 68(9), 467-469.

Connolly, B., Salisbury, L., O'Neill, B., Geneen, L., Douiri, A., Grocott, MP, Hart, N., Walsh, TS., Blackwood, B., Group E. (2015) Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 6:CD008632.

Crocker, C. (2003). A multidisciplinary follow-up clinic after patients' discharge from ITU. *Br J Nurs*, 12(15), 910-914.

Engström, Å., Rogmalm, K., Marklund, L., & Wälivaara, B-M. (2015). Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence. *Nurs Crit Care*. doi: 10.1111/nicc.12168

Enright, P.L. (2003). The six-minute walk test. *Respir Care*, 48(8), 783-785.

Garrouste-Orgeas, M., Coquet, I., Périer, A., Timsit, J. F., Pochard, F., Lancrin, F., Philippart, F., Vesin, A., Bruel, C., Biel, C., Angeli, S., Cousin, N., Varlet, J., & Misset, B. (2012). Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med*, 40(7), 2033-2040.

Granja, C., Amaro, A., Dias, C., Costa-Pereira, A. (2012). Outcome of ICU survivors: a comprehensive review. The role of patient-reported outcome studies. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(9):1092-1103.

Harvey, M. A., & Davidson, J. E. (2016). Post Intensive Care Syndrome: Right Care, Right now...and later. *Crit Care Med*, 44(2), 381-385.

Jensen, J. F., Overgaard, D., Bestle, M. H., Christensen, D. F., Egerod, I. (2016). Towards a new orientation: a qualitative longitudinal study of an intensive care recovery programme. *J Clin Nurs*, doi: 10.1111/jocn.13372

Jonasdottir, R. J., Klinke, M. E., & Jonsdottir, H. (2016). Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. *J Clin Nurs*, 25(1-2), 20-37.



Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F., Graf, J., Schlattmann, P., Wensing, M. & Gensichen, J. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263-71.

Modrykamien, A.M. (2012). The ICU Follow-Up Clinic: A New Paradigm for Intensivists. *Respir Care*, 57(5), 764–772.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699.

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliot, D., Flatley, Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., Palmer, J. B., Perme, C., Robinson, M., Schmidt, D. M., Scruth, E., Spill, G. R., Storey, C. P., Render, M., Votto, J., & Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders conference. *Crit Care Med*, 40(2), 502-509.

NICE. (2009). Rehabilitation after critical illness. *NICE Clinical Guideline* (vol. 83) London: NICE.

Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med*, 43(5), 1121-1129.

Petrinec, A. B., Mazanec, P. M., Burant, C. J., Hoffer, A., & Daly, B.J. (2015). Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers. *Crit Care Med*, 43(6), 1205-1212.

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 39(2), 142-148.

Prinjha, S., Field, K., & Rowan, K. (2009). What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study. *Crit Car*, 13, R46.

Ratray, J. (2013) Life after critical illness: an overview. *J Clin Nurs*, 23(5-6), 623-633.

Ratray, J., & Hull, A. (2008). Emotional outcome after intensive care: a literature review. *J Adv Nurs*, 64(1), 2-13.

Register Centrum SydOst. (2016). RAND-36/SF-36. Hämtad 2016-12-19 från <http://rcso.se/patientmedverkan/prom/generiska-instrument/rand-36sf-36/>

Svenska Intensivvårdsregistret. (2016). PostIVA-uppföljning. Hämtad 2016-12-19 från <http://www.icuregswe.org/sv/Riktlinjer/PostIVA-uppfoljning/>



Turnbull, A., Rabiee, A., Davis, W., Nasser, M., Venna, V., Lolitha, R., Hopkins, R., Bienvenu, J., Robinson, K., Needham, D. (2016). Outcome measurement in ICU survivorship research from 1970 to 2013: A scoping review of 425 publications. *Crit Care Med*. Doi: 10.1097/CCM.0000000000001651

Volk, B., & Grassi, F. (2009). Treatment of the post-ICU patient in an outpatient setting. *Am Fam Physician*, 79(6), 459-464.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-553.

Wilcox, M. E., Brummel, N. E., Archer, K., Ely, E. W., Jackson, J. C., & Hopkins, R. O. (2013). Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit Care Med*, 41(9 Suppl 1), S81-98.

Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., Hull, A. M. (2014). Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(12), CD010468. doi: 10.1002/14651858.CD010468.pub2



Nationella rekommendationer för uppföljning av patienter efter intensivvård
är utgiven av Riksföreningen för anestesi och intensivvård.

Formgivning: Losita Design AB

ISBN: 978-91-639-5988-2