

Stöd för insamlande av synpunkter för rapporten angående: Rekommendation för organisation och kompetens inom intermediärvård

Svarande organisation/NPO: Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård

Författare

Saknas inom vilket område Mathilda Almbacke är specialistsjuksköterska

Förord

(ev smärre språkliga korrigeringar)

Innehållsförteckning

Introduktion

Nationella arbetsgruppens uppdrag

Avgränsningar

Definitioner

Definition av intermediärvård utgår enbart från medicinskt behov, ett utökat omvårdnadsbehov (tex. efter intensivvård som oro, konfusion, andningsgymnastik, sekretmobilisering, osv) saknas helt. Detta perspektiv kommer i realiteten förmodligen vara en vanlig indikation ffa efter intensivvård. Behöver således läggas till.

Förutom definition av intermediärvård (punkt 1 i uppdraget) definieras intermediärvårdsavdelning. På många sjukhus kan inte vårdbehov motsvarande intermediärvård tillgodoses på en separat avdelning. Fortsättningsvis, föreslår vi att benämningen "enhet" används istället för avdelning då det i vissa fall handlar om specifika salar som bedriver intermediärvård inom avdelningar.

Viktigt att det är kompetens och resurser som ska möta upp mot vårdbehovet inom intermediärvård och att det ska definieras, saknas idag.

Saknar patientperspektivet och anser att det är utgångspunkt för att besvara/definiera vårdnivån intermediärvård. Generellt i dokumentet behöver patientperspektivet lyftas.

För att tydliggöra bör definitionen beskriva både vad intermediärvård är och inte är.

Bakgrund och metod

Metoden är inte helt tydligt beskriven. Har det gjorts en systematisk litteraturgenomgång? Vi saknar omvärldsanalys, dvs en genomgång av förutsättningar på olika sjukhusnivåer i Sverige, omfattningen på behovet och olika sätt att lösa det på. Då detta inte redovisas är det oklart om omvärldsanalys gjorts. Aktuella referenser saknas.

Resultat

Vi listar nedan det som väcker frågor, det som inte är självklart eller som kanske ska finnas inom intermediärvård men i begränsad omfattning. Det behövs gränsdragningar eller aspekter att beakta så inte intermediärvård försenar beslut att ta patient till IVA, det kan finnas risk för detta om gränsdragningar är diffusa och kapaciteten på IVA begränsad.

Medicinsk-teknisk utrustning och bedömningsinstrument

Vi upplever det som otydligt vad som ingår i "vad som vanligtvis används på en vanlig vårdavdelning". Vår uppfattning är att det ser olika ut beroende på vårdavdelningens inriktning. Vi föreslår en tydligare definiering av vad miniminivån av medicinskteknisk utrustning innebär. Dessutom bör ordet vanlig, som står innan vårdavdelning, tas bort.

Andning, NIV: Behöver innehålla avgränsningar om syrgasnivåer, begränsning av trycknivåer, kontinuerlig/intermittent och hur väl patienten svarar på och tolererar behandling för att i tid kunna flytta patienten till högre vårdnivå.

Cirkulation, Blodgasanalys: Måste patientnära apparat för blodgasanalys finnas på enheten? Vi föreslår korrigerande till "bör finnas på eller i nära anslutning till enheten".

Beroende på inriktning på intermediärvårdsenheten: Oklart vad som menas. Under rubriken "Definitioner, Internediärvårdsavdelning" används benämningen "specialiserad", motsvarar benämningarna varandra? Föreslår att det förtydligas.

Listan som beskrivs motsvarar i många fall intensivvård och gränsdragning kan bli en utmaning.

Möjlighet till hemodialys: Oklart vad som menas. Ska patienten dialyseras på intermediärvårdsavdelningen med intermediärvårdspersonal som ansvariga eller ska personal från dialysavdelning ansvara för dialys på intermediärvårdsenheten?

Kardiologspecifik och neurospecifik utrustning: Oklart vad som menas.

Bronkoskopi: Riskabelt moment att utföra på vaken patient med svikt i organsystem i behov av intermediärvård. Behöver innehålla avgränsningar.

Kameraövervakning: Oklart vad som menas.

Kunskap och behandling som ska finnas tillgänglig

Rubriken bör ändras till "kompetens" istället för "kunskap".

Första meningen: Ändra till att det är personalen som ska ha kunskap och kompetens, inte intermediärvårdsavdelningen.

Rubrik som saknas: Aktiv rehabilitering. Ex. mobilisering, kognitiv träning, delirium, nutrition, sömn etc. Denna vårdnivå inbegriper ofta post-IVA patienter som har stort omvårdnadsbehov.

Luftväg: Formulera om till: "Bedömning av luftväg samt kunna identifiera hotande eller ofri luftväg."

Andning: Saknar intensiv andningsgymnastik och sekretmobilisering. Ingår ofta i det utökade vårdbehovet som ej alltid kan tillgodoses på vårdavdelning.

Cirkulation: Behandling med vasopressor behöver innehålla avgränsningar, ex. beskrivningar av dosbegränsningar. Kunskap om EKG övervakning saknas.

Vad menas med "möjlighet att kunna följa och styra vätskebalans varje timme?"

Medvetandegrad/smärta/neurologstatus: Behandling med sederande läkemedel ser vi som ett riskmoment och som kräver en högre kompetensnivå hos personalen.

Smärtbehandling, övervakning av smärtbehandling och uppföljning behöver beskrivas utförligare.

ASIA, okänt bedömningsinstrument

Kunskap i teamet: Punkt 3 och 4: Kan skrivas ihop, punkt 4 är en del av personcentrerad vård. Här kan även närstående lyftas fram.

Mer organspecifika enheter: Det behöver avgränsas vad som menas med de olika punkterna för att det ska gå att bedriva en patientsäker vård med rätt kompetens på plats. Helheten av beskrivning kan innebära en mycket komplicerad svårt sjuk intensivvårdspatient.

Kompetens och bemanning

Använd "kompetens" för samtliga yrkeskategorier.

Läkare: Punkt ett, hur och vem bedömer om kompetensen för ST läkare är "tillräcklig"?

Formulera om andra punkten, läkaren har patientansvar och rondar patienten inom intermediärvård, inte avdelningen.

Sjuksköterska: Vad finns för underlag till dimensioneringen av specialistutbildade och grundutbildade sjuksköterskor?

Antalet specialistutbildade sjuksköterskor behöver ställas i relation till antal patienter på enheten och vårdbehov hos patienterna samt precisera vilket ansvar den specialistutbildade sjuksköterskan har ex. ledningsansvar, utbildningsansvar.

Vad är relevant specialistutbildning? Vi anser att det ska framgå vilken specialistutbildning som är önskvärd.

Det ska finnas grundutbildad "sjuksköterska med 2 års erfarenhet och med tillräcklig kunskap för avsedd intermediärvårdsavdelning tillgänglig på plats dygnet runt", gäller denna beskrivning för samtliga sjuksköterskor på enheten? Hur bedöms tillräcklig kompetens?

Patienter som vårdas på intermediärvårdsenheter kan ha mindre medicinskt vårdbehov men fortfarande har ett stort omvårdnadsbehov, vilket måste tas i beaktande vid bemanning.

Undersköterska: Punkt ett, innebär det undersköterska med specialistutbildning inom anestesi, intensivvård eller annan specialistutbildning?

Övrig personal: Vilka är, och vilken kompetens ställs på extravak?

Olika komponenter att beakta

Multidisciplinärt och tvärprofessionellt samarbete

Föreslår att det interprofessionella/tvärprofessionella samarbetet förtydligas. Tredje stycket är otydligt.

Överflyttning mellan olika enheter

Behandlingsmål/-begränsningar

Föreslår att "om möjligt" tas bort

Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer

Kunskapsstöd och kompetensutveckling

Framtida kompetensutveckling

Definiera vad som menas med "jämna mellanrum".

Beskrivningen för de olika professionerna varierar. Föreslår att beskriva i en ingress det som gäller för samtliga professioner och vara mer stringent i respektive profession. Exempel det som står under fysioterapeuter är generellt "Arbete på en intermediärvårdsavdelning är komplext och ställer höga krav på självständighet, samarbete och teamarbete. Det är essentiellt att kunna analysera patientens omvårdnadsbehov och medicinska situation, behov av stöd och omvårdnadsinterventioner samt kunna utvärdera desamma."

Sjuksköterska: Föreslår förtydligande, ...*för att säkerställa kompetens ska sjuksköterskan inom ett år har tillskansat sig kunskap inom...*

Referenser

En del äldre referenser.

Checklista

Oklart vad denna ska användas till och hur. Beskrivning av klinisk kompetens är relevant för samtliga professioner men finns enbart för sjuksköterska.

Undvik uttryck inom citationstecken som "head to toe", det är inte allmänt vedertaget och beskrivning saknas.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

Bra att ansluta kvalitetsuppföljning till SIR, kommer medge att vårdformen följs upp, att konsekvenser för intensivvården tas med i sammanhanget och att avgränsningar fortsatt tas omhand.

I konsekvensbeskrivningen anges att man inte funnit några risker för individen utan enbart nytta i form av mer homogen och bättre anpassad sjukvård. Det är dock ett förenklat sätt att se på risk. En rekommendation som inte är tillräckligt tydlig och innefattar gränsdragningar medför risk att patienten inte tas till högre vårdnivå i rätt tid, dvs fördröjande av intensivvård. Detta skulle innebära uppenbara risker för individen. Det framgår inte i dokumentet vad som gör att denna riktlinje ger en mer geografisk jämlik vård.

Vidare finns risk på organisationsnivå att mindre sjukhus ej har möjlighet eller behov av att tillhandahålla en hel avdelning. Därav är det beklagligt att rekommendationen är fastlåst i konstaterandet att intermediärvård skall bedrivas på intermediärvårdsavdelning. Intermediärvård är ett vårdbehov som skall tillgodoses och inte en specifik avdelning. För att möta vårdbehovet behövs kompetens, bemanning, möjligheter till adekvata vårdåtgärder som listats i rekommendationen- men detta löses inte enbart genom upprättande av intermediärvårdsavdelningar. Andra sätt kan finnas såsom en mindre enhet inom befintlig avdelning, osv. Risken blir att mindre sjukhus ej tillser att möta intermediärvårdsbehovet då det inte är möjligt att upprätthålla en separat avdelning.

Övergripande eller övriga synpunkter

Generellt i dokumentet behöver patientperspektivet lyftas.

Se över hur förkortningar skrivs och används.

Granskat av Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård

Styrelsen:

Ing-Marie Larsson

Catarina Tingsvik

Lotta Johansson

Tess Åstrand

Ida Skoog

Per Enlöf

Verkställande rådet för forskning och utveckling:

Eva Åkerman

Maria Jaensson

Andreas Nilsson

Verkställande rådet för etik

Ann-Charlotte Falk