



ABSTRACT FRIA FÖREDRAG

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård
Höstkongress 15-16 November 2018

Katarina Hallén

Presentation av SFAl nya luftvägsalgoritm

Carina Surell

Peer-learning, ny handledningsmodell i verksamhetsförlagd utbildning, VFU, för verksamhetsförlagd utbildning, VFU, för specialistsjuksköterskor inom anestesijukvård

Bakgrund: Kraven på livslångt lärande ökar samtidigt som studentgrupperna blir större och mer resurskrävande. En pedagogisk modell som garanterar lärandemiljöns kvalitet och där studenterna tar ett aktivt ansvar har växt fram. Peer-learning är på frammarsch inom vårdutbildningarna.

Syfte: Implementera och studentutvärdera peer-learning i VFU för specialist-sjuksköterskestudenterna inom anestesijukvård i termin två.

Metod: En pilotstudie med åtta studenter i VFU på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, genomfördes under 2017. Två-tre handledare utsågs till varje studentpar. Studenterna tog parvis hand om den anesthesiologiska omvårdnaden, tillsammans med en handledare. Studentparet arbetade gemensamt under fem veckor. Studenterna gjorde en arbetsordning för hur salsarbete skulle fördelas och de planerade, förberedde och genomförde den anesthesiologiska omvårdnaden. Reflektion och återkoppling gjordes tillsammans med handledande anestesijuk-sköterska vid arbetspassets slut. Återkopplingen skedde utifrån lärandemålen, samarbete och kommunikation. För utvärdering användes instrumentet "Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale", CLES-T, Svenska versionen (1, 2).

Resultat: Tre av fyra studentpar fullföljde och utvärderade peer-learningmodellen. Utvärderingen gav höga poäng och de frågor som beskrev handledningsförhållandets funktion fick en medianpoäng på 5 av 5 möjliga (spridning 3-5). De frågor som gällde "utgångspunkterna för handledningen på avdelningen" fick också höga poäng, 5/5, utom en fråga; "alla i personalen var intresserade av handledning till studenterna", där medianpoängen var 4/5 (spridning 3-5, ett saknat svar). Ett studentpar i peer-learning avbröts av handledarna och klinisk adjunkt då studenterna hade mycket ojämn kunskapsnivå.

Diskussion: Peer-learning som handledningsmodell uppskattades av studenter och handledare. I pilotstudien sågs vikten av att studenterna i peer-learning befann sig på ungefär samma kunskapsnivå för att båda skulle få ett jämbördigt utbyte. Reflektionen underlättades med strukturerad återkoppling utifrån lärandemålen. För att få fördjupad insikt om hur studenter och handledare upplever handledningsmodellen kommer djupintervjuer av studenter och handledare ske i en uppföljningsstudie.

Referenser:

1. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T & Leino-Kilpi H. 2008. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies* 45: 1233-1237
2. Johansson U-B, Kaila P, Ahlner-Elmqvist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M. 2010. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 2085–2093.

Maria Frödin

Safe Hands at the Sharp End-decreased infection rates linked to improved aseptic techniques in the operating room

Background: Hand hygiene and aseptic techniques are essential in preventing postoperative infections. However, the implementation in the operating room OR remains suboptimal and there is a paucity of intervention studies providing detailed information on effective methods for change.

Aim: This study aimed to evaluate the process of implementing a theory-driven knowledge translation program for improved use of hand hygiene and aseptic techniques in the operating room.

Methods: The study was set in an orthopedic university hospital. The program, based literature on implementation, organizational culture and leadership was implemented during one year. Process data were collected via participant observations and analyzed using a thematic approach. Data on aseptic techniques was collected pre, intra and post intervention using a standardized form. Infectious complications in hip-fracture patients were collected from baseline to 1 year after the intervention.

Results: The mechanisms for change and active ingredients in the program were four interrelated activities: 1) agile and flexible facilitation, 2) the creation of a shared sense of urgency and intention, 3) interprofessional dialogue, and 4) the co-creation of standard operational. Catheter related urinary tract infections and early surgical site infections were significantly reduced after the intervention compared to baseline.

Conclusion: To prepare nurses and physicians to think and talk differently about hospital-acquired infections and aseptic techniques requires transference away from the concept of “compliance” and a shift towards change and learning as the result of a participatory and meaning-making process. Building capacity for co-creation involves strengthening relationships and communication between professional groups and managers and creating platforms for learning that cross the boundaries of departments and hierarchies.

Keywords: hand hygiene, aseptic techniques, operating room, intervention

Susanne Östman

Perifer venkateter-hur kan vi optimera omvårdnaden?

Bakgrund: Nästan alla patienter får minst en perifer venkateter (PVK) någon gång under sin vårdtid. I Sverige uppskattats förbrukningen vara ca: 5 miljoner/år med en kostnad på ca: 40 miljoner/år. Ett flertal svåra komplikationer relaterade till PVK har inträffat och orsakat vårdlidande för patienter. Många patienter upplever även obehag och smärta i samband med inläggning av PVK. För att undvika vårdskador och upprätthålla en hög patientsäkerhet som är högprioriterat i dagens sjukvård skall riktlinjer följas från ex. Vårdhandboken. Sjuksköterskor på vårdavdelningar ber ofta Anestesi/IVA om hjälp med PVK inläggning på patienter därför skapades det ett förbättringsarbete om PVK på sjukhuset.

Metod: Under hösten 2017 infördes ett utbildningsprogram på Kungälv's sjukhus. Sjukhuset har 214 vårdplatser och erbjuder specialistvård och akutmottagning för internmedicin, kirurgi, ortopedi, geriatrik och psykiatri samt öppenvård. Vid sjukhuset finns även intensivvård, radiologi och ambulansverksamhet. Utbildningsprogrammet bestod av föreläsningar innehållande vilken information som ges till patienten, aseptik, smärtlindring, inläggande av

PVK, tecken på komplikationer och åtgärder. Utbildningen gavs av en anestesijuksköterska och annonserades internt på sjukhuset och erbjöds till alla sjuksköterskor, och anestesiläkare på sjukhuset. Utbildningen utvärderas med fyra enkätfrågor med likert-skala 1 (=dåligt, 6 =mycket bra) samt två frisvarsfrågor.

Resultat: 2017–18 har 13 utbildningar genomförts n= 125 personer deltagit varav 54 sjuksköterskor, 42 specialistsjuksköterskor 12 studenter, 9 läkare och 8 ambulansskötare. Majoriteten av deltagarna ansåg att de fick till sig ny kunskap i ämnet, tips vid inläggande av PVK (som information, bemötande, teknik, aseptik, smärtlindring med kylspray, storleksval av PVK), skötsel under inläggandetiden samt att vara mer vaksam och dokumentera komplikationer som kan uppstå av PVK.

Konklusion: Det finns ett stort behov av mer omvårdnads kunskap angående PVK-hantering oavsett tidigare erfarenhet i yrket.

Referenser:

SBU 2013-03-12 "*Perifer venkateter (PVK) - regelbundet byte eller byte vid klinisk indikation.* <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/perifer-venkateter-pvk--regelbundet-byte-eller-byte-vid-klinisk-indikation/>

Griffith RJ, Jordan V, Herd D, Reed PW, Dalziel SR. *Vapocoolants (cold spray) for pain treatment during intravenous cannulation.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD009484. DOI: 10.1002/14651858.CD009484.pub2.

Vårdhandboken <http://www.vardhandboken.se/Texter/Perifer-venkateter/Oversikt/>

Josefine Lewén

Dags att vi gör något för våra svårstuckna patienter

Stickhjälp med Ultraljud

Enligt studier är ca 10% av patienterna på våra sjukhus svårstuckna. Dessa patienter riskerar att utsättas för onödigt lidande genom upprepade stick. Det kan också innebära att diagnostisering och behandling fördröjs. En del av dessa patienter förses istället med en CVK, Central Venös Kateter, detta kan i sin tur öka risken för infektioner och på så vis kräva extra vård dygn och då blir detta även en ekonomisk fråga för landstingen.

Vad kan vi göra för att underlätta för denna patientgrupp? Vi på Blekingesjukhuset i Karlshamn har utvecklat ett koncept där svårstuckna patienter klassificeras enl DIVA-konceptet, Difficult Intra Venous Access. Ett koncept som går ut på att sjuksköterskan som beställer stickhjälp ska ha gjort en uppskattning av hur svårstucken patienten är enl DIVA-skalan. Detta ger anestesisköterskan vägledning om när det är dags att använda ultraljud för att anlägga en PVK. Sjuksköterskan ska också uppge vilket syfte den venösa infarten ska tjäna så att anestesisköterskan kan välja lämplig infart.

Vårt förbättringsarbete syftar till att kunna erbjuda PUGVA, Perifer Ultrasound Guided Vascular Access, 24 tim/dygn. För att detta ska bli möjligt måste alla anestesisköterskor i jourlinjen läras upp.

I Karlshamn arrangeras också en årligen återkommande workshop. Där vi tillsammans med danska kollegor, anestesiläkare och anestesisköterskor, lär ut PUGVA för att sprida kompetensen till andra sjukhus i Sverige, Norge och Danmark. Ultraljudets användningsområde växer och det är vår skyldighet att utnyttja den teknik som finns för att höja kvaliteten på vården för patienternas bästa. Det är dessutom kompetenshöjande för sjuksköterskorna.

Sandra Månsson

Kartläggning av postoperativt förlopp hos högriskpatienter efter gynekologisk malignitetskirurgi

Bakgrund: Varje år drabbas tusentals kvinnor i Sverige av gynekologisk cancer och för en majoritet av dem är kirurgi den initiala behandlingen. Ett antal av dem bedöms ha en ökad risk för perioperativa komplikationer/ mortalitet och definieras som högriskpatienter. Dessa patienter är i behov av en noggrant planerad perioperativ vård på en adekvat vårdnivå. Om komplikationer uppstår är det avgörande att de upptäcks och behandlas så adekvat som möjligt för att minska mortalitet och ytterligare morbiditet.

Syftet med studien var att kartlägga högriskpatienter som opererats för gynekologisk cancer. Utfallet avsåg komplikationer, vårdtid, mortalitet, återinläggning och intensivvård.

Material och metod: En kvantitativ retrospektiv icke-experimentell studie med data inhämtad från patientjournaler och operationsplaneringssystem. 120 högriskpatienter efter gynekologisk malignitetskirurgi granskades.

Resultat: Resultatet visade bl.a. att postoperativa komplikationer definierade enligt POMS och Clavien-Dindo var vanligt förekommande samt att ett antal patienter drabbades av multipla och allvarliga komplikationer. Förekomst av morbiditet postoperativt dygn 3, 5 och 7 enligt POMS varierade över tid. Komplikationer enligt Clavien-Dindo drabbade totalt 89% av patienterna, varav 22,5 % klassificerades som \geq grad III a.

Resultatet indikerar ett stort behov av mätning och utveckling av vård och vårdkvalitet för högriskpatienter. Författaren identifierade en rad symptom och tillstånd som inte finns med i komplikationsdefinitionerna men som medför svåra påfrestningar och lidande för patienten.

Anna Eriksson och Eva Åkerman

Omvårdnadens väg in i Svenska Intensivvårdsregistret

Bakgrund: I dagsläget finns det få kvalitetsregister som har variabler som mäter omvårdnad. Svensk Sjuksköterskeförening gjorde en kartläggning 2012 som visade att endast 27 av de 95 aktuella registren hade någon variabel som mäter omvårdnad.

Syfte: Då mer än 50 % av vården består av omvårdnad är det viktigt för att förbättra och utveckla vården att vi systematiskt mäter och utvärderar det vi gör.

Metod: 2016 tillsattes en projektgrupp för att undersöka och utarbeta ett förslag att implementera variabler som mäter omvårdnad i SIR.

Under ett positiva seminarium 2015 diskuterades projektet med positiva användarna och det responsen var positiv och även under ANIVA höstkongress 2017 diskuterades detta med deltagarna som var mycket positiva till att få in omvårdnads-parametrar i SIR. En pilotomgång gjordes sommaren 2017 på 4 IVA-avdelningar och de resultaten har påverkat arbetet vidare.

SIR har tagit beslut att fortsätta arbetet med att ta in data för kvalitetsvariabler inom omvårdnad. Indikatorerna arbetsgruppen valt att arbeta med är smärta, delirium och sedering.

Förväntade resultat: "Vi" tror att detta kommer öka möjligheten för omvårdnadspersonalen att bedriva förbättringsarbeten inom "våra" områden. Inte bara i att minska ventilatortider, åter in eller andra medicinska parametrar (som dock även omvårdnaden påverkar).

Konklusion: Vi vill öka förståelsen för våra mjuka värden, öka möjligheten att kunna visa att de mjuka värdena kan tex minska delirium. Kan våra mjuka värden även påverka ventilatortider, åter in eller ngn annan "hot" indikator? Genom att få in detta i kvalitetsregisterdata och få alla att förstå vikten av att registrera detta (även om det tar lite tid) kan vi sjuksköterskor visa en del av vårt arbete.

Anna Eriksson och Eva Åkerman

Vad ska vi ha kvalitetsregister till?

Bakgrund: Under 2018 påbörjade SKL tillsammans med landsting och regioner ett arbete med att skapa ett gemensamt stöd för kunskapsstyrning. Kvalitetsregistren är en viktig del för kunskapsstyrning och uppföljning. Svenska intensivvårdsregistret (SIR) är det kvalitetsregister där 84 av Sveriges IVA rapporterar data. Denna data kan användas för att utveckla och följa upp vårdkvaliteten i verksamheten. Några exempel på förbättringsarbeten är ett som CIVA i Uppsala gjorde för att minska ventilatortiden, ett i Falun med VTS i relation till bemanning och SöS behandlingsstrategier för intensivvårdspatienter. Trots att SIR innehåller mycket data så är det få sjuksköterskor som använder kvalitetsregistret. Orsaken till detta kan vara att variabler som mäter omvårdnad saknas eller att kunskap om hur data i SIR kan användas är begränsad.

Syftet var att öka kunskapen om hur kvalitetsregistret kan användas i förbättringsarbete för att utveckla vården.

Metod: Presentation av kvalitetsregistret för sjuksköterskor och vårdchefer i samband med seminarier och kongresser. Spridning av information via olika media. Publicering av genomförda förbättringsarbete på SIRs hemsida. Införande av e-lärande program.

Förväntat resultat: Vårdpersonalen får en ökad kunskap om innehåll och användning av data i SIR. Genom att SIR arbetar aktivt med att synliggöra registret i artiklar med inriktning inom anestesi och intensivvård ökar medvetenheten om användningsområde av data i SIR. Presentationer av hur kvalitetsregistret används samt resultat av genomförda förbättringsarbete på kongresser och seminarier kan leda till ökade kunskaper och stimulera till nya förbättringsarbete som utvecklar vården för patienten.

Konklusion: Genom ökad kunskap om och stimulering till användning av kvalitetsregisterdata kan initiativ och genomförande av nya förbättringsarbete öka. Vilket leder till att vården för patienten utvecklas.

Eva Åkerman

Effekt av uppföljningsbesök och dagbok på patienternas återhämtning efter intensivvård

Introduktion: Patienter som vårdats på Intensivvårdsavdelning (IVA) kan ha fysiska, psykosocial och kognitiva problem efter vårdtiden. Interventioner som implementerats för att

stödja patienten under återhämtningen är post-IVA mottagning och dagbok, men evidens för effekt av dessa interventioner är svag.

Syftet var att undersöka om postIVA uppföljningsbesök/dagbok hade effekt på patientens återhämtning.

Metod: En deskriptiv och explorativ kohort design. Vuxna patienter med en IVA-vårdtid >24 timmar besvarade frågeformuläret 3-set 4P. 3-set 4P skickades ut 2, 6 och 12 månader efter utskrivning från IVA. Patienterna delades in i grupper utifrån när de besvarat 3-set 4P och om de haft uppföljning eller inte, fått en dagbok eller inte.

Resultat: Majoriteten av patienterna upplevde att uppföljningsbesöket och dagboken var värdefullt och ett stöd under deras återhämtningsprocess även om utfallet i skattningen av fysiska och psykosociala problem var lågt. Analysen visade inget enhetligt resultat. Vid 12 månader skattade gruppen som haft uppföljningsbesök mer problem i domänen sinnesstämning och minne än gruppen som inte haft uppföljningsbesök. Längre vårdtid var en prediktor ofördelaktig skattning i domänerna förändrat utseende och minne och fördelaktig skattning i domänen socialt liv. Dagboksgruppen rapporterade mer problem i domänen förändrat utseende, sinnesstämning och minne och färre problem i socialt liv.

Konklusion: Uppföljningsbesök / dagbok visade ingen stor effekt på patientens skattning av de fysiska och psykosociala problemen, förutom i domänen socialt liv där patienten skattade färre problem. Även om effekten var liten upplevde patienterna att interventionerna var till stöd under deras återhämtningsprocess. Därför finns det behov av ytterligare studier för att undersöka uppföljning efter intensivvård. I dessa studier bör en fördjupad analys göras av vilka målvärde som ska användas. Detta för att kunna utforma patient individuellt stöd under återhämtningsprocessen.

Gunnel Johansson

Weaningansvarig sjuksköterska på REMEO

Bakgrund: REMEO Stockholm är en privat rehabiliteringsklinik som funnits sedan 2013. Vi tar emot patienter med behov av avancerad andningsvård och intensiv rehabilitering. Majoriteten av patienterna kommer från intensivvård eller intermediärvård med ventilatorbehov och/eller tracheostomi. Målsättningen är ofta att patienterna ska tränas ur ventilatorn och om möjligt dekanyleras. Vi arbetar i multiprofessionella team. Bland våra sjuksköterskor finns både grundutbildade och vidareutbildade inom intensivvård och anestesi.

Syfte: Med införandet av weaningansvarig sjuksköterska ville vi optimera weaningprocessen för patienten i syfte att få en säker och effektiv väg mot dekanylering. Vi ville också utnyttja specialistsjuksköterskans kompetens på bästa sätt samt utveckla och fördjupa specialistsjuksköterskans roll på REMEO.

Metod: Våren 2018 startades projektet "Weaningansvarig sjuksköterska" på kliniken. Denne skulle vara specialist inom intensivvård eller anestesi. Weaningsjuksköterskan skulle arbeta dagtid en vecka i taget, frikopplad från omvårdnadsteamet och utan patientansvar. Målet var att ha fyra till sex weaningsjuksköterskor som roterade. Weaningsjuksköterskans arbetsbeskrivning; Agera "spindel i nätet" i arbetsgruppen runt patienten gällande weaningprocessen. Medverka till en lärande miljö med handledning och undervisning bedside för kollegor. Avlasta och fördjupa samarbetet med REMEO:s läkare, delta i läkarmöten där lång- och kortsiktiga mål för weaning/ dekanylering sätts. Planera veckan i dialog med läkare och därefter i samarbete med patientansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal aktivt

arbeta för att nå uppsatta mål. Arbeta utifrån målstyrda ordinationer och befintligt weaningprotokoll. Delta i utveckling av dokumentation och protokoll. Förankra weaningprocessen hos kollegor.

Resultat: Utvärdering av projektet har skett fortlöpande genom dialog med inblandade parter samt via personalenkät. Projektet har fått positiv respons. Man upplever att weaningen har fått mer fokus och teamarbetet samt kontinuiteten kring patienten har förbättrats sedan införandet. Datainsamling och dokumentation är också områden som lyfts i och med projektet. Projektet permanentades hösten 2018 och arbetet att fortsätta utveckla weaningsjuksköterskans roll och arbetsinnehåll pågår kontinuerligt.

Ola Friman

National Early Warning Score vs MIG kriterier- Prevalens missklassificering och utfall

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka prevalensen av avvikande vitalparametrar hos patienter på generella vårdavdelningar genom att använda kriterier för MIG (Mobil Intensivvårds Grupp) och NEWS (National Early Warning Score), mäta tidsåtgång för undersökning, förekomst av räknefel och klassificeringsfel samt dödlighet och komplikationer.

Metod: Punktprevalensstudie av vitalparametrar enligt NEWS och MIG-kriterier hos alla inneliggande patienter på ett skandinaviskt universitetssjukhus med en väletablerad MIG organisation. Primärt utfallsmått var andel patienter som uppfyller minst ett MIG kriterium, total NEWS på 7 eller mer, eller en NEWS parameter på mer än 3 poäng (NEWS röd). Sekundärt utfallsmått var dödlighet på sjukhus och inom 30 dagar samt allvarligt tillbud inom 24 timmar.

Resultat: Vi undersökte 598 patienter (75%) av 798 inneliggande patienter och fann 50 patienter (8,4%) som uppfyllde minst ett MIG kriterium, 36 (6%) patienter hade NEWS ≥ 7 varav 34 av dessa hade en röd NEWS parameter. 112 patienter hade en röd NEWS parameter. Sekundärt utfallsmått uppfylldes hos 49 patienter (8,2%). Dödlighet totalt inom 30 dagar 6,5%, 1,8% på sjukhuset. Hos 134 (22,4%) patienter var den manuella summeringen av studiepersonalen felsummerad.

Sammanfattning: Även med en fungerande MIG organisation fann vi vårdavdelningspatienter med avvikande vitalparametrar vilket visar på att patienter som borde bli föremål för MIG kontakt ej uppmärksammats. Manuell felsummering av NEWS är vanligt och kan leda till felklassificering av riskpatienter National Early Warning Score vs Rapid Response Team criteria-Prevalence, misclassification, and outcome.

Friman O, Bell M, Djärv T, Hvarfner A, Jäderling G. Acta Anaesthesiol Scand. 2018 Aug 20. doi: 10.1111/aas.13245. [Epub ahead of print] PMID: 30125348

Jörgen Köllner

Utveckling av ett verktyg för prognostisk bedömning av den individuella patientens vårdbehov på IVA

INTRODUKTION: Studier har visat att bristen på sjuksköterskor och vårdplatser påverkar patientens vård och outcome. Idag finns, oberoende av den individuella patientens behov av vård och personalresurser, ett bestämt antal vårdplatser. Hypotesen var att om patientens

individuella vårdbehov objektivt kunde prognostiseras kunde vårdresurserna optimeras för förbättrad vårdkvalité och förbättrad arbetsmiljö.

SYFTE: Syftet var att utveckla och utvärdera ett verktyg för bedömning av den individuella patientens vårdbehov och optimera fördelning av vårdresurser.

METOD: Observationer av vårdaktiviteter, tidsåtgång samt aktuella resurser genomfördes. Utifrån resultatet av observationerna utvecklades verktyget PANOC (prognostisk bedömning av det individuella behovet av vård). Vårdaktiviteterna delades in i 13 områden. Varje område gav poäng baserat på tid och resursanvändning. Den totala poängen från alla områden översattes till en approximation av hur mycket tid den enskilda patienten behövde när det gäller resurser av intensivvårdssjuksköterska och undersköterska under nästa arbetsskift. Bedömning med PANOC utfördes på alla vuxna IVA-patienter tre gånger om dagen. PANOC testades först i en pilotstudie och sedan på två IVA. En utvärdering ägde rum efter sex månader, där PANOC internt validerades och synpunkter och förslag till förbättringar undersöktes och förtydligades.

RESULTAT: När PANOC var implementerat, bedömdes antal tillgängliga IVA vårdplatser under arbetsskiftet utifrån den individuella patients behov av vård i förhållande till de tillgängliga personalresurserna. Resursbehovet utifrån PANOC-bedömningen jämfördes med tillgängliga personalresurser på IVA och användes som ett extra perspektiv under rondan. Detta kan ha varit en del vid beslut att prioritera tidpunkten för interventioner. Vidare underlättades planeringen av nästa skift genom ett mer objektivt sätt att bedöma behovet av vård och därmed mer objektivt fördela resurserna.

KONKLUSION: PANOC är ett verktyg för att prospektivt fördela resurser baserat på patientens behov av vård. Detta ger möjlighet att förbättra vårdkvaliteten och ger flexibilitet i antalet tillgängliga IVA vårdplatser. Det finns ett behov av att vidareutveckla och validera PANOC före ett bredare genomförande.

Yvonne Bergqvist och Pia Zetterqvist

Lots - sjuksköterska. Ett nytt sätt att följa upp patienter som vårdats på IVA

Bakgrund: Patienter som vårdats på IVA har livshotande men vanligen reversibel sjukdom eller skada. Mer än hälften av patienterna som skrivs ut från sjukhus lider av fysiska och/eller psykiska resttillstånd i flera månader. Många av dessa har en suboptimal rehabilitering och utnyttjar inte befintlig hjälp inom primär- och slutenvård, vilket i nuvarande arbetssätt i bästa fall uppmärksammas vid återbesök till IVA-mottagningen tre månader senare.

Syfte: Att följa upp högriskpatienter– redan innan de lämnat sjukhuset. Genom tidig uppföljning förbättra rehabilitering och minska långtidssjukligheten för patienter som överlevt livshotande sjukdom/trauma. Målet med testprojektet var att, i liten skala, under tre månader pröva det nya arbetssättet, instrumenten samt att uppskatta tidsinsatsen.

Metod: Under tre månader, feb-apr, prövades arbetssättet av två erfarna IVA-sjuksköterskor, Lotsar. Högriskpatienter, screenade med instrument framtaget av A. Schandl (2013), vilka skrevs ut till vårdavdelning på Karolinska sjukhuset i Solna, inkluderades. 45 patienter erbjöds uppföljning 3-5 dagar efter utskrivning från IVA. IVA-vårdtiden rekapitulerades, med stöd av dagbok när möjligt. För screening av psykisk, fysisk och kognitiv nedsättning

användes CAM-ICU, PTSS-14, HADS, MoCA samt Barthel Index. Socialt stöd inventerades samt även närståendes behov av information. Antal besök efter behov.

Resultat/Utvärdering: Patienterna erhöll 1-3 besök, genomsnittlig tidsåtgång 20-30 minuter. Besöken upplevdes mycket positivt av både patienter och anhöriga. Vid flera tillfällen skrevs kuratorsremiss och vid ett mindre antal tillfällen psykologremiss. Några patienter önskade och kunde erbjudas besök på IVA. De valda instrumenten var funktionella och användbara. Utmaningar som uppmärksammades under testperioden var tillgänglighet till patienten samt screeningen för fysisk nedsättning.

Framtid: Målet med Lots-projektet är att utveckla och etablera ett multidisciplinärt stöd för att stärka vårdkedjan inom befintlig sjukvård för patienter som överlevt livshotande sjukdom och intensivvård som löper hög risk för fysiska eller psykiska resttillstånd.

Physical and Psychological Problems after Critical Illness. Prediction, Detection and Treatment, Anna Schandl, 2013 p 27-29

Eva Åkerman

Samvårdssjuksköterska en länk för trygg och säker överflyttning från IVA till vårdavdelning

Bakgrund: Överflyttning från IVA till vårdavdelning kan påverka patientsäkerheten samt ge en känsla av otrygghet hos patient och närstående. Skillnad i vårdnivå, svårighet att tolka patientens behov och tidigt identifiera förändring i patientens status kan öka risken för komplikationer, återinskrivning på IVA och förlängd vårdtid.

Syftet var att skapa en för patient, närstående och vårdpersonal trygg och säker överflyttning från IVA till vårdavdelning.

Metod: Införande av funktionen Samvårdssjuksköterska. Samvårdssjuksköterskan genomförde tillsammans med teamet, patienten och närstående en individuell vårdplanering inför patientens överflyttning och fortsatta vård. Patienter som överflyttades till sju vårdavdelningar följdes upp dagen efter överflytten. Vårdplanen användes som stöd vid besöket samt utvärdering av fortsatt uppföljningsbehov. Utvärdering av samvårdsfunktionen gjordes med enkäter till patient, närstående och personal, sex månader efter införandet av funktion. Enkäterna analyserades med deskriptiv statistik.

Resultat: Totalt 111 patienter följdes upp varav 3 % återinskrevs på IVA. Majoriteten (n=60) hade behov av ett uppföljningsbesök. De vanligaste omvårdnadsrekommendationerna var relaterade till respiration/andningsvård och mobilisering. Svarsfrekvensen på patient/närstående enkät var n=29 och personalenkäten n=70. Majoriteten (91%) av patient/närstående upplevde sig delaktiga i utformningen av vårdplanen. Samvårdssjuksköterskan bidrog till att patient/närstående var välinformerade och kände sig säkra och trygga vid överflyttningen (96%). Patienter/närstående uppskattade uppföljningsbesöken (95%) och upplevde det värdefullt för den fortsatta vården (95%). Personalen upplevde att de fick tillräcklig och relevant information inför patientens överflyttning. De beskrev en minskad stress, att de kände sig trygga och väl förberedda att ta emot patienten. Patienter/närstående upplevdes vara förberedda (72%) inför överflytten. Vårdplanen var ett stöd i den fortsatta vården (76%) och underlättade flödet i patientens vård (61%). Sjuksköterskorna på vårdavdelningen beskrev samarbetet med samvårdssjuksköterskan som värdefullt och bidragande till att vården fortsatte utifrån den uppgjorda planen (68%).

Konklusion: En individuell vårdplan och uppföljning på vårdavdelning av en samvårdssjuksköterska kan minska stress och oro hos patient/närstående och personal vid överflyttning från IVA till vårdavdelning.

Maria Isaksson

Utskrivning från IVA -en angelägenhet som berör många

BAKGRUND: MIVA på Södersjukhuset är en sammanhållen avdelning för medicinsk intensivvård, intermediärvård och hjärtintensivvård. Bland våra största patientkategorier finner vi hjärtstopp, respiratorisk svikt och svår sepsis. Patientflödet går ofta från akuten -> IVA-sal-> Intermediärvårdsal -> vårdavdelning. För att garantera patientsäkerhet i vårdkedjan har vi valt att arbeta med våra utskrivningsrutiner, i enlighet med Södersjukhusets vision "För patienten- med patienten."

SYFTE OCH MÅLBILD: Ett multiprofessionellt team bildades för att driva projektet att förbättra utskrivningsprocessen till vårdavdelningar. Projektet startades på intermediärvårdsplatserna där patientflödet är högst, med ett medeltal på 94 patienter per månad. På intermediärvårdsplatserna arbetar både IVA-sjuksköterskor samt grundutbildade sjuksköterskor. Kartläggning över vårdavdelningarnas behov genomfördes via fokusgruppsintervjuer och patienternas behov kartlades via enkäter på postIVA-mottagningen. Resultatet av dessa ledde till flera förbättringar vid utskrivning.

Förväntade effekter av projektet:

- Patient, närstående och mottagande vårdpersonal känner mer trygghet i samband med att patienten flyttar till vårdavdelning.
- Minska antalet felaktigt administrerade läkemedel eller uteblivna läkemedel.
- Om möjligt minska oplanerad återinskrivning från vårdavdelningar till MIVA

RESULTAT SÅ HÄR LÅNGT. Genomförda förbättringar:

- Kontinuerlig övervakning kopplas bort vid beslut om utskrivning.
- Omvårdnadsdokumentation i ny journalmall för utskrivning.
- Kontroll att läkemedelsöverföring är gjord till avdelningens journalsystem.
- Bestämma tid med mottagande avdelningspersonal för överflyttning av patient.
- NEWS-registrering innan avfärd

Nästa steg: Läkemedelsöverföring mellan journalsystem. Förbättra layouten på pappersutskriften från MIVA:s journalsystem. Implementera arbetssättet till hela intensivvårdsavdelningen. Nya fokusgruppsintervjuer och patientenkäter för att mäta resultatet över tid.

Jakob Pansell och Johan Thermaenius

En ovanlig dag på jobbet - Medicinsk ubåtsräddning

Hur räddar man svårt skadade människor från en förolyckad ubåt som är fast på havets botten? Få nationer har resurser för detta, bland dessa är Sverige världsledande. Vi ger en inblick i en extrem form av prehospital intensivvård – ubåtsräddning.

En ubåt flera hundra meter under havsytan är på många sätt ett ovanligt ställe att befinna sig på. Om ubåten har skadats eller genom något tekniskt haveri inte kan ta sig upp till ytan för egen maskin, är det även en mycket farlig plats. Besättningsmän kan ha skadats i en kollision, det kan ha uppstått brand eller gasutsläpp och inträngande vatten kan orsaka en tryckstegring.

Det finns då två sätt att ta sig till ytan. Fri uppstigning går fort men är närmast omöjligt om man är svårt skadad och är förknippat med stora risker. Det andra alternativet är att en liten räddningsubåt (UbåtsRäddningsFarkost – URF), dyker ner till ubåten och dockar mot denna för att evakuera besättningen. Väl på ytan är det troligt att de räddade behöver kvalificerad sjukvård och i många fall tryckkammarbehandling.

I den svenska ubåtsräddningsorganisationen ingår därför en Medicinsk UbåtsRäddningsGrupp – MURG, bestående av minst 7 läkare och 10 sjuksköterskor vid insats. Sjuksköterskorna i MURG har lång erfarenhet inom intensivvård eller anestesi samt arbete i tryckkammar. Läkarna är anestesiologer eller kirurger med dykmedicinsk kompetens.

En insats väntas bli mycket krävande för personalen då den beräknas pågå i flera dygn, och inne i tryckkammaren är det svårt att få vila. Därför övas detta två veckor om året med realistiska och utmanande övningsscenarion. Det sker i en bred och prestigelös samverkan med skickliga och engagerade yrkespersoner. Allt för att finna det bästa sättet att lösa svåra problem som inte går att lösa ”by the book” helt enkelt därför att det inte finns någon bok. Vi måste skriva den själva.

Oili Dahl