Region Stockholm

10
Yttrande över remiss – Riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning från NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation VKN 2022-0106

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-24

VKN 2022-0106

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning från NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Ärendebeskrivning

Nationellt programområde (NPO) perioperativ vård, intensivvård och transplantation har publicerat en remissversion av ny riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i riktlinjen, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning från NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation
Remissversion av konsekvensbeskrivning för riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning från NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

I detta avsnitt beskrivs (1) den patientgrupp som riktlinjen gäller, (2) hur vården i Region Stockholm är utformad och organiserad samt (3) vad remissens förslag innebär.

Intensivvård är en vårdnivå som definieras som avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Intensivvårdsarbetet bedrivs i arbetslag med specialiserad vårdpersonal ständigt nära patienten och ska ledas av en läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård och helst fördjupningsutbildning i intensivvård. För att benämnas intensivvårdsavdelning (IVA) ska en avdelning kunna behandla manifest svikt i mer än ett vitalt organsystem. Intensivvårdsavdelningar är utrustade för att ge patienter med svikt i kroppens viktigaste funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande maximal möjlighet till överlevnad.

Idag överlever en majoritet av patienterna som vårdas på en intensivvårdsavdelning för svår sjukdom eller livshotande skada. En väsentlig andel av patienterna upplever efterföljande sjuklighet i form av fysiska och psykologiska besvär och nedsatt kognition (Post Intensive Care Syndrome, PICS). Dessa patienter har också en högre risk för återinläggning på sjukhus och intensivvård. Den exakta prevalensen av problemen är fortfarande okänd, och uppges variera stort.

Patienter som vårdas inom intensivvård är en heterogen grupp med olika intagningsorsaker. Flertalet av patienterna som läggs in, cirka 80 procent, kommer genom oplanerade inläggningar. Under åren 2017–2021 vårdades cirka 33 540 patienter (16 år och äldre) per år inom intensivvård i Sverige. Under 2021 vårdades 32 163 patienter inom intensivvård med en medelvårdtid på 3,85 dygn.

Den remitterade riktlinjen har arbetats fram av en tvärprofessionell arbetsgrupp med representanter från Karolinska Universitetssjukhuset, Cqpio S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus, Norrtälje sjukhus, Vårdbolaget TioHundra och Södersjukhuset. Huvudförfattaren är verksam vid Karolinska Universitetssjukhuset. Den första versionen av riktlinjen utarbetades för regionalt bruk i Stockholm och bedömdes därefter av NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation kunna anpassas till att bli nationella riktlinjer.

Riktlinjen rekommenderar att patienter som är 16 år eller äldre och som vårdats på IVA i 48 timmar eller mer ska

- Följas upp på vårdavdelning under första veckan efter utskrivning från IVA, i syfte att ge patienten information och tid för att ställa frågor.
- Kallas till uppföljningsmöte cirka 2–3 månader efter utskrivning från IVA, för utvärdering av patientrapporterad hälsa och livskvalitet (med namngivna validerade instrument och tester).
- Följas upp med samma instrument 6 månader efter utskrivning från IVA.
- Vid behov erbjudas ett uppföljningstillfälle 12 månader efter utskrivning.

Enligt den konsekvensbeskrivning som hör till remissen är det, totalt i Sverige, årligen cirka 10 370 patienter som skrivs ut levande från IVA och omfattas av första delen i programmet med uppföljning på vårdavdelning. Uppföljningstillfället 2–3 månader efter utskrivning från IVA omfattar cirka 7 000 patienter och uppföljning vid 6 och 12 månader omfattar cirka 6 200 patienter. Konsekvensbeskrivningen beskriver vidare att införande av uppföljning för en stor del av patienter som vårdas inom intensivvård kan medföra ändringar i den berörda organisationen. Det kan också innebära utbildningsinsatser för vårdpersonal ansvarig för uppföljning. Vad gäller kostnader beskrivs att implementering av riktlinjen kan innebära utbildningsinsatser för vårdpersonal och administrativ personal, ansvarig för uppföljning och eventuella ändringar i schemaplanering.

Överväganden
Stockholms regionala programområde (RPO) perioperativ vård, intensivvård och transplantation fattade i juni 2021 beslut om implementering av den regionala riktlinje som låg till grund för det här remitterade förslag till riktlinje. Respektive sjukhus' intensivvårdsavdelning har därefter ansvarat för det egna införandet, med eventuella nödvändiga justeringar. Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset arbetar nu utifrån denna riktlinje; implementeringen vid övriga regionala akutsjukhus ska följas upp av RPO:t i slutet av maj 2022. Implementeringen har försenats av covid-19-pandemin men ett principiellt beslut om följsamhet är därmed sedan tidigare fattat i Region Stockholm.

Regionen bedömer att riktlinjen kan utvecklas genom följande förtydliganden:

- Tre kategorier av intensivvårdsavdelningar nämns. Möjligen skulle dessa tre kategorier kunna förklaras, och det skulle också kunna förtydligas om riktlinjen syftar till att omfatta samtliga dessa tre kategorier.
- Incidensen av delirium inom intensivvård kan vara hög och delirium under vårdtiden på IVA är associerat med oro, depression, nedsatt livskvalitet, PTSD och försämrad kognitiv status efter vårdtiden. Denna information kan komplettera avsnittet om etiologi.
- I förslaget till riktlinje står att det i dagsläget saknas evidens som stödjer den intervention som intensivvårdsuppföljning utgör, och i konsekvensbeskrivningen står att nyttan för patienterna är överordnad den insats som en fungerande rehabiliteringskedja förutsätter. Dessa skrivningar kan harmonieras så att det tydligt framgår vilken evidens förslaget till riktlinje är baserat på. Även en estimering av kostnaderna för interventionen, och ett resonemang om kostnadseffektiviteten i de planerade åtgärderna, skulle kunna utvecklas. Detta skulle kunna ligga till grund för en prioritering av insatser då resurserna är begränsade.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. Innehållet i riktlinjen är i stora delar implementerat i Region Stockholm, och i övrigt finns sedan tidigare accept för och plan på implementering.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga patientsäkerhetskonsekvenser. Remissens förslag skiljer sig inte från Region Stockholms tidigare fastlagda ambitionsnivå och en implementering kan därför inte väntas ha några egentliga patientsäkerhetskonsekvenser i regionen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Resonemanget om konsekvenser för patientsäkerhet är tillämpligt även på konsekvenserna för jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Vare sig remissvaret som sådant eller en implementering av det föreslagna vårdförloppet väntas ha några egentliga miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Resonemanget om konsekvenser för patientsäkerhet är tillämpligt även på de administrativa konsekvenserna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
NPO perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-24

Riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning.

Nationellt Programområde (NPO) Perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning

Förord

Uppföljning efter intensivvård har varit implementerat i flera intensivvårdsavdelningar i Sverige men både urval av patienter och frekvens för uppföljning har stora variationer. Kunskap om patientrapporterad hälsa och livskvalitet efter intensivvård är bristfällig och i behov av systematisk kartläggning.

De nu framtagna riktlinjerna bedöms ha god evidens och har förmåga att identifiera patienter i behov av tidigt stöd och rehabiliterande insatser efter intensivvård. Screeningkriterierna har i tidigt skede diskuterats i en arbetsgrupp och forskare i kunskap i ämnet har konsulterats. Riktlinjerna har arbetats fram genom konsensus i nationella arbetsgruppen.

Jönköping 2022-03-29

Martin Holmer

Ordförande i Nationellt Programområde (NPO) Perioperativ vård, intensivvård och transplantation
Överläkare, Operations- och intensivvårdskliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning 3
Förord 3
Syfte 5
Metodbeskrivning 5
Bakgrund 6
Definition 6
Etiologi 7
Uppföljningsprogram efter intensivvård 9
Vårdnivå 11
Kvalitetsuppföljning 12
Innehållsansvarig 13
Arbetsgrupp 13
Referenser 14

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Syfte

Syftet med riktlinjen är att ge stöd till intensivvården för att kunna genomföra en enhetlig och multiprofessionell uppföljningsverksamhet av patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning, och därigenom:

- Säkerställa att patienter vårdade inom intensivvård får adekvat och tidigt stöd med problem och restsymtom
- Förbättra förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård
- Skapa ny kunskap om patienter i risk att utveckla svåra restsymtom efter intensivvård och bilda underlag för att förbättra omhändertagande under och efter intensivvård

Riktlinjen avser vuxna intensivvårdspatienter (16 år eller äldre) och gäller inte specialiserad intensivvård såsom barnintensivvård och brännskadeintensivvård.

Metodbeskrivning

Riktlinjen har utarbetats av en multidisciplinär arbetsgrupp med experter och forskare inom uppföljningsverksamhet efter intensivvård. Huvudförfattare har varit Oili Dahl, vårdsakkunnig specialistsjuksköterska i RPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation (PIVoT), Region Stockholm Gotland, Anna Schandl, med. dr., docent och universitetssjuksköterska Södersjukhuset och Eva Åkerman, med. dr, och Omvårdnadschef på Karolinska Universitetssjukhuset.

Den första versionen utarbetades som en regional riktlinje för region Stockholm men bedömdes därefter av NPO PIVoT att kunna anpassas till att bli nationella riktlinjer. I den ursprungliga regionala arbetsgruppen deltog specialistsjuksköterskor, specialistläkare och fysioterapeuter inom intensivvård från alla sex akutsjukhus i regionen.

Arbetsgruppen har först inventerat befintliga nationella kunskapsstöd och riktlinjer [1,2] samt gjort en litteraturgenomgång av området nationellt och internationellt. En värdering av kvaliteten hos de befintliga kunskapsstöden genomfördes i relation till ny forskning. Baserat på resultatet av kvalitetsgranskningen har nya riktlinjer tagits fram där de tidigare kunskapsstöden har anpassats till aktuell evidens.

Patientrepresentanter har lämnat synpunkter på riktlinjen i en digital fokusgruppsintervju med fem deltagare, och adekvata justeringar har gjorts efter deras synpunkter.

Remiss

Bakgrund

Definition

Intensivvård

Intensivvård är en vårdnivå och inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner.

Intensivvård syftar till att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens synvinkel. Med intensivvård avses övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra, ej sällan livshotande, sjukdomar eller skador. Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet samt befintliga riktlinjer, där både medicinska och etiska aspekter står i förgrunden. Intensivvårdsarbetet bedrivs i arbetslag med specialiserad vårdpersonal ständigt nära patienten och ska ledas av en läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård och helst fördjupningsutbildning i intensivvård.

Intensivvårdsavdelning

På en intensivvårdsavdelning där det är högre personaltäthet och en högteknologisk miljö vårdas patienter som behöver ha mer noggrann övervakning än vad som kan ges på en vanlig vårdavdelning. Intensivvårdsavdelningarna är skapade och utrustade för att ge patienter med svikt i kroppens viktigaste funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande maximal möjlighet till överlevnad. Utveckling har lett till att intensivvårdsavdelningar idag har högsta koncentration av medicinsk-teknisk utrustning. Undersökningsmetoder och behandling där avancerade apparater och övervakningsmonitorer används för att följa patientens hälsotillstånd.

Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning är ofta uppkopplade till olika apparater av betydelse för den högspecialiserade vården. Sammantaget handlar det om väldigt många apparater och som patient kan det vara väldigt påfrestande att vårdas där. Infusionspumpar, övervakningsmonitorer och ventilatorer som larmar, lampor som lyser och undersökningar samt omvårdnad som ska genomföras med täta intervaller av ständigt närvarande personal. Ibland kan tillståndet förvärras och det kan då finnas behov av intensivvård på ett annat sjukhus med specialistvård på en högre nivå.

För att benämnas intensivvårdsavdelning ska en avdelning kunna behandla manifest svikt i mer än ett vitalt organsystem. För att uppnå detta krävs specialutbildad personal, bemanning, lokaler, resurser och patienter i en omfattning som möjliggör upprätthållande av expertkompetens. En intensivvårdsavdelning ska hålla en hög kompetensnivå såväl medicinskt som tekniskt, samt arbeta multidisciplinärt. Den höga vårdnivån hos en allmän intensivvårdsavdelning utgör en resurs för sjukhusets samtliga kliniska specialiteter. Intensivvårdsavdelningar kan nationellt delas till tre olika kategorier (kategori I, II, III), denna kategorisering kan vara till nytta när det gäller uppbyggnad av organisationsstruktur, kompetenskrav för ledningsansvar, bemanning, jourkompetens, lokaler och resurser, för att avdelningen ska kunna fullgöra sitt uppdrag i enlighet med uppställda verksamhetsmål.

Remiss

Etiologi

Patienter som vårdas inom intensivvård är en heterogen grupp med olika intagningsorsaker. Flertalet av patienterna som läggs in, cirka 80 %, kommer genom oplanerade inläggningar. Under åren 2017–2021 vårdades cirka 33 540 patienter per år inom intensivvård i Sverige (patienter 16 år och äldre). Antalet vårdtillfällen under samma period var i median 41 560 [3]. Under 2021 vårdades 32 163 patienter inom intensivvård med en medelvårdtid på 3,85 dygn.
Av dessa vårdades 5490 patienter med Covid-19. Medelvårdtid för denna grupp var 9 dygn [3].

Riskjusterade mortaliteten är en metod för att se resultat av intensivvård i form av mortalitet där hänsyn tas till hur sjuka patienterna är. Ju lägre den riskjusterade mortaliteten (SMR) är, desto fler patienter överlever jämfört med förväntat. SMR bör inte vara över 1. Under 2021 var medel SMR 1.05 för hela gruppen av patienter. I urval med patienter som vårdats för Covid-19 var medel SMR 1.21 [3]. Data för 2021 är inte helt fullständig för Sverige.

Riskfaktorer för nedsatt funktion och livskvalitet efter intensivvård

Idag överlever en majoritet av patienterna som vårdas på en intensivvårdsavdelning (IVA) för svår sjukdom eller livshotande skada [4–7] En väsentlig andel av patienterna upplever efterföljande sjuklighet i form av fysiska och psykologiska besvär [8] och nedsatt kognition [9] även kallad Post Intensive Care Syndrome -PICS, vilket definieras som:

- En ny eller förvärrad nedsättning i fysisk funktion (IVA-förvärvad neuromuskulär svaghet)
- Mental hälsa (symtom på ångest, depression, posttraumatisk stress) som uppkommer efter kritisk sjukdom och kvarstår efter utskrivning från IVA och sjukhuset
- Kognitivt status (minne, processa tankar, planering) [10]

Dessa patienter har också en högre risk för återinläggning på sjukhus och intensivvård [11, 12]. Ett antal riskfaktorer för utvecklande av PICS har identifierats, se tabell 1 [13]. Efter ett år är cirka 25 % av patienterna fortfarande i behov av assistans för dagliga aktiviteter och hälften har inte återfått sin arbetsförmåga motsvarande före intensivvården [14]. Symtomen kan i värsta fall kvarstå upp till 5–15 år efter utskrivning [15–18].

Funktionsnedsättningarna påverkar inte bara välbefinnandet hos patienter efter intensivvård utan också deras närstående [15].

Den exakta prevalensen av problemen är dock fortfarande okänd, och uppges variera stort. I en brittisk studie av överlevande intensivvårdspatienter var prevalensen av psykologiska problem, ångest, depression och posttraumatiskt stress 46 %, 40 % respektive 22 % [19, 20]. Ungefär en tredjedel har en kognitiv funktionsnedsättning i efterförloppet [6,20,21]. Av de fysiska besvären är trötthet, muskelsvaghet, sömnstörningar och smärta vanligast. [22,23]. Sammantaget har dessa problem signifikant effekt på en patients livskvalitet [24,25].

För att underlätta rehabilitering efter intensivvård har särskilda intensivvårdsuppföljningar etablerats globalt. Dock saknas i dagsläget evidens som stödjer en sådan intervention [26]. Emellertid har vissa fördelar setts i en minskning av den psykiska bördan för vissa utsatta undergrupper [27]. Patienter och närstående har beskrivet att uppföljningen har betydelse för deras rehabilitering [28]. För att öka effektiviteten av interventionen rekommenderas att uppföljning påbörjas under eller kort efter sjukhusvistelse [29].

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Utfall	**Före intensivvård**	**Under vårdtid på intensivvård** (intensivvårdskrävande sjukdom och behandling)	**Efter intensivvård**
Fysisk Hälsa			
Intensivvårdsrelaterad neuromuskulär svaghet (ICU-AW)	Sannolikt: Hög ålder	Sannolikt: Sjukdomens svårighetsgrad	Ingen identifierad
Mental hälsa			
Ångest	Osannolikt: Ålder och kön	Sannolikt: Psykiatriska symtom vid inläggning på intensiven. Negativ intensivvårdsupplevelse, inkluderande rädsla och mardrömmar. Osannolikt: Sjukdomens svårighetsgrad, vårdtidslängd och diagnos.	Sannolikt: Minnen av overkliga upplevelser på intensiven Ångest vid utskrivning Depression efter intensivvården och symtom på post Traumatisk stress PTSD
Depression	Sannolikt: Låg socioekonomisk status Historia av depression före intensivvård eller psykologisk sjuklighet Osannolikt: Ålder och kön	Sannolikt: Ångestrelaterad till intensivvården Osannolikt: Sjukdomens svårighetsgrad, vårdtidslängd, benzodiazepiner, sedering Oklart om haft delirium.	Sannolikt: Overkliga/traumatiska minnen eller avsaknad av faktiska verkliga minnen från intensivvårdsupplevelsen Psykiatriska problem vid utskrivning
PTSD-Post Traumatiskt Stress Syndrom	Sannolikt: Psykiatrisk sjukdom före intensivvård Osannolikt: ålder och kön	Sannolikt: Ångestrelaterad till intensivvården eller negativ upplevelse av intensivvård (stress, rädsla, agitation) Osannolikt: Sjukdomens svårighetsgrad, *vårdtidslängd* Oklart: Sedering, benzodiazepiner, ventilation	Sannolikt: Tidiga minnen (overkliga/påträngande) av skrämmande upplevelser från intensivvården eller amnesi från upplevelser av intensivvården *Psykiatrisk sjuk*om efter intensivvård.
Kognition			
Kognitiv funktionsnedsättning	Ingen klar association med ålder eller kön	Sannolikt: Delirium (förekomst och duration) Osannolikt: vårdtidslängd, mekanisk ventilation, sedering och smärtstillande läkemedel	Inget beskrivet

Tabell 1. Riskfaktorer för att utveckla post intensive care. Tabell översatt från KCE-rapport [13].

Uppföljningsprogram efter intensivvård

Inklusion

Inklusionskriterier för uppföljningsprogrammet är om patienten har vårdats på IVA 48 timmar eller mer.

Som tidigare nämnts finns flera riskfaktorer som påverkar utveckling av PICS och en negativ påverkan både kognitiv, psykisk och fysisk återhämtning efter intensivvård. För att skapa ny kunskap om riskgrupper väljs relativt snäva inklusionskriterier som bygger på vårdtid. Detta kan resultera att flera patienter med liten eller ingen risk följs upp men å andra sidan ökas möjlighet att tidig identifiera patienter med behov för stöd, behandlingar och rehabiliterande insatser. Kunskap från en nationellt och strukturerad uppföljning tillsammans med fortsatt validering, testning och implementering av screeningsinstrument kan i framtiden ändra inklusionskriterier till uppföljningsprogrammet.

Genomförande

1. Patienter följs upp på vårdavdelning under första veckan efter utskrivning från IVA. Syftet med uppföljning är att ge patienten tid för att ställa frågor samt att ge information om vårdtiden på IVA, om uppföljningsprogram och om förväntningar av återhämtning. Dagbok kan överlämnas vid besöket (om det inte skett tidigare) och kan ligga till grund för genomgång av vården på IVA. Om patienten önskar och i den mån det är möjligt kan besök på IVA erbjudas.

2. Cirka 2–3 månader efter utskrivning från IVA, kallas patienten till uppföljningsmöte. Uppföljningen bör genomföras av personer med intensivvårdskompetens, förslagsvis av specialistsjuksköterska inom intensivvård.

3. Inför mötet samlas patientrapporterad hälsa och livskvalitet med följande validerade instrument och tester:

    - Hälsorelaterad livskvalitet, RAND-36.
    - Ångest och oro med HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale.
    - PTSD PTSS14- The Post-Traumatic Stress Syndrome 14 Questions Inventory.
    - ADL, aktiviteter i dagliga livet och återkomst till arbete samlas in till SIR – Svenskt Intensivvårdsregister via gängse formulär som redan i dag är klinisk rutin på IVA enheterna i Sverige.
    - Tester för fysisk kapacitet (6 min walk test, stand up an go, handstyrka).

    Samtliga instrument för utvärdering av livskvalitet och psykiskt mående (RAND-36, HADS, PTSS14) är validerade och väl beprövade för patienter inom intensivvård, internationellt och i Sverige. För dessa instrument finns normdata för den svenska populationen och vedertagna manual om registrering och statistisk hantering av data.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

4. För att utvärdera eventuella förändringar fysisk, psykisk status och livskvalitet samt eventuellt tidigare insatta rehabiliterade insatser bör patienten följas upp vid 6 månader efter utskrivning från IVA med ovan nämnda instrument och tester.

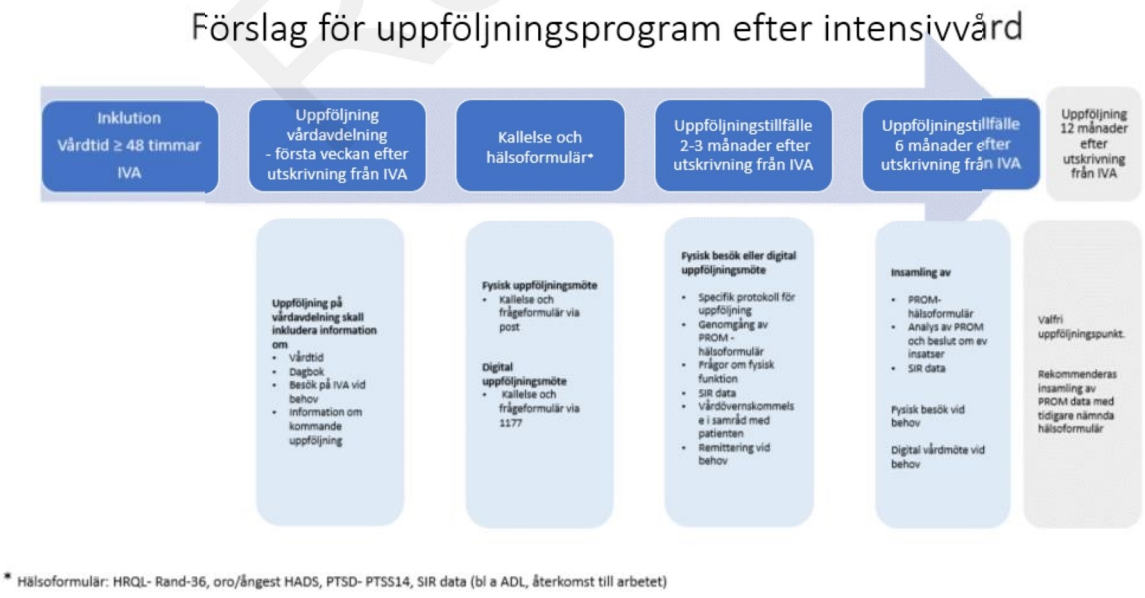
5. Om patienten bedöms ha behov och nytta av ytterligare ett uppföljningstillfälle, utöver 6 månaders uppföljning, och verksamheten har möjlighet kan eventuellt ett 12-månaders besök erbjudas.

Uppföljningsmöte bör innefatta kort sammanfattning av vårdtiden och vad patienten kan förvänta sig under återhämtningen samt sammanfattning av resultat från enkäter och tester. En individuell vårdöverenskommelse om fortsatt behov av stöd, utredning och rehabiliterande insatser utarbetas i samråd med patienten.

Verksamheten väljer själv hur uppföljningsmöte genomförs, fysiskt eller digitalt. Uppföljning på vårdavdelning, 2–3 och 6 månader efter utskrivning från IVA samt insamling av patientrapporterad hälso- och livskvalitet och SIR-data rekommenderas för all IVA-verksamhet. Forskningen visar att återhämtning och påverkan för HRQL och symtombördan är mest påtaglig tidigt efter utskrivning från IVA.

Det är viktigt att uppföljning sker i samråd med multiprofessionellt team. Vårdpersonal som är ansvarig för uppföljning ansvarar för kommunikation i teamet, samordning av insatser och journalföring. Om patienten önskar kan närstående medverka i uppföljningen. Digitalisering möjliggör utveckling av mötesmetoder inom vården. I dag finns säkra metoder att digitalt skicka kallelser, hälsoformulär och få automatisk inmatning av data via webbplatsen 1177.

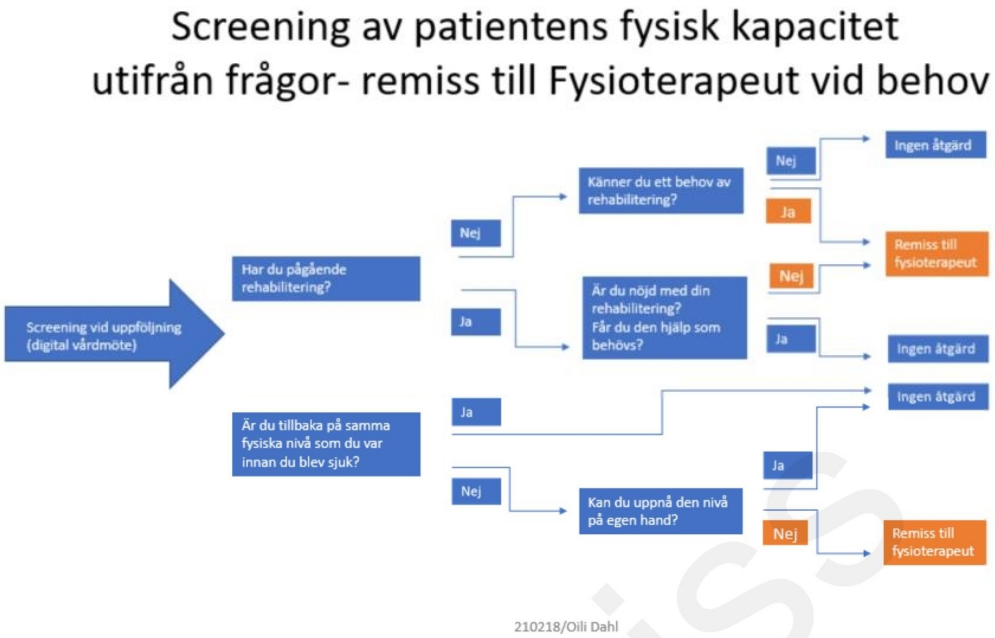
Sammanfattning av programmet beskrivs i Figur 1.



Figur 1.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Om uppföljningsmöte sker digitalt kan fysisk kapacitet och behov av stöd screenas enligt flödesschema, se figur 2.



Figur 2.

Vårdnivå

- Intensivvården innebär en vårdnivå och verksamheten sträcker sig både före och efter vården på intensivvårdsavdelning (IVA). Patienter som har svikt i ett eller flera organ förekommer både på akuten och vårdavdelningar. Specialistteam från IVA en Mobil Intensivvårdsgrupp (MIG) stödjer personalen på vårdavdelning med bedömning och åtgärd när patientens tillstånd försämras.
- Vid överflyttning till vårdavdelning ansvarar IVA personalen för att patientens vård och vårdkedja inte stannar upp.
- Uppföljning av intensivvården sker på speciella post-IVA mottagningar.
- Personalen på IVA har specialistkompetens och kunskap om intensivvården och ansvaret för uppföljningen av intensivvårdsperioden skall därför ske av specialister inom intensivvård i tätt samarbete med rehabiliteringsmedicin och rehabiliteringsteam. I huvudsak kan uppföljande vårdmöte efter intensivvård genomföras av specialistsjuksköterska inom intensivvård.
- En individuell vårdöverenskommelse om fortsatt behov av stöd, utredning och rehabiliterande insatser utarbetas i samråd med patienten.
- Kommunikation med specialistläkare med uppföljningsansvar är viktigt för välgrundade beslut om vidare remittering och behandling.
- Ett multiprofessionellt team med fysioterapeuter, arbetsterapeuter, rehabiliteringsspecialister och psykologer behöver byggas upp för att möta patientens behov av uppföljning efter intensivvård.
- Ledtider för uppföljning av intensivvårdspersonal finns i uppföljningsprogrammet. Patienter som remitteras vidare bör bli prioriterade utifrån att tidigt insatta åtgärder kan förhindra utveckling av kvarstående problem.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Kvalitetsuppföljning

I Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) finns i dagsläget vissa data från uppföljning av intensivvårdade patienter. Några av variabler som ingår i uppföljningen som rekommenderas saknas i SIR och behöver utvecklas. Om registreringen av produktionsdata och patientrelaterade utfallsmått (PROM) implementeras på alla uppföljningsmottagningar så kommer ett underlag finnas för att följa kvalitet från patientens perspektiv.

Data kan användas för att följa patientens hälsa över tid och tillsammans med andra variabler i kvalitetsregistret utgöra ett underlag för att förbättra och utveckla vården för patienter som vårdas inom intensivvård. Behovet av insatta åtgärder i samband med uppföljning som till exempel remittering till annan specialitet kan vara ett underlag för att vidareutveckla vårdkedjan och rehabiliterande insatser för patienten.

WHO:s definition av vårdkvalitet: i vilken utsträckning de tjänster hälso- och sjukvården förser individer och diagnosgrupper förbättrar önskade hälsoutfall. Indikatorer kan belysa struktur – process och resultat. Använd om möjligt redan tillgänglig administrativ data och standardisera så att rätt sak registreras på rätt plats i rätt tid.

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsansvarig

Ordförande för arbetsgruppen har varit Oili Dahl, med.dr., specialistsjuksköterska och Utbildningschef Omvårdnad PMI Karolinska Universitetssjukhuset och vårdsakkunnig i RPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation i Stockholms sjukvårdsregion.

Arbetsgrupp

Capio S:t Görans sjukhus
Ann-Sofi Yngveson, Specialistsjuksköterska intensivvård
Sara Eliasson, Fysioterapeut

Danderyds sjukhus
Elsa Stjernfält, Överläkare, IVA

Karolinska Universitetssjukhuset
Eva Åkerman Specialistsjuksköterska intensivvård, med dok., Omvårdnadsansvarig IVA
Daniel Ringby, Bitr överläkare IVA (varit med inledningsvis)
Frances Eriksson, Fysioterapeut

Norrtälje sjukhus, Vårdbolaget TioHundra
Staffan Pålsson, Överläkare, IVA

Södersjukhuset
Anna Schandl, Specialistsjuksköterska intensivvård, med. dr., docent. Universitetsjuksköterska.
Katina Siesage, Specialist Fysioterapeut

Södertälje sjukhus
Lena Swedberg, Specialistsjuksköterska intensivvård, med. dr
Ulrika Lyvik, Specialistsjuksköterska intensivvård

Representant NPO
Eva Joelsson Alm, Specialistsjuksköterska intensivvård, med. dr., docent

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Referenser

1. Riksföreningen för anestesi och intensivvård. Rekommendation för uppföljning efter intensivvård. 2018. https://aniva.se/riktlinjer-for-uppfoljning-efter-intensivvard/
2. Svensk Intensivvårdsregister, SIR. Riktlinje för PostIVA uppföljning. 2016 https://www.icuregswe.org/globalassets/riktlinjer/postiva_10.0.pdf
3. Svenska Intensivvårdsregister SIR icuregswe.org
4. Hutchings A, Durand MA, Grieve R, Harrison D, Rowan K, Green J, Cairns J, et al. Evaluation of modernisation of adult critical care services in England: time series and cost effectiveness analysis. BMJ. 2009;339(nov11 2):4353.
5. Moran JL, Bristow P, Solomon PJ, Geroge C, Hart GK. Mortality and length-of-stay outcomes, 1993–2003, in the binational Australian and New Zealand intensive care adult patient database. Crit Care Med. 2008;36(1):46–61.
6. Sakr Y, Jaschinski U, Wittebole X, Szakmany T, Lipman J, Namendys- Silva S, et al. Sepsis in intensive care unit patients: worldwide data from the intensive care over nations audit. Open Forum Infect Dis. 2018;5(12):ofy313.
7. Zimmerman JE, Kramer AA, Knaus WA. Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. Crit Care. 2013;17(2):R81.
8. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. Crit Care Med. 2000;28(7):2293–2299.
9. Pandharipande PP, Girand TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med. 2013 Oct 3;369(14):1306-16.
10. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive care syndrome: Right Care, Right Now….and Later. Crit Care med. 2016 Feb;44(2):381-5.
11. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, van der Schaaf M, Termoshuizen F, Dongelmans D A. Dutch ICU survivors have more consultations with general practitioners before and after ICU admission compared to a matched control group from the general population. PLoS One. 2019 May 23;14(5):e0217225.
12. Shankar-Hari M, Saha R, Wilson J, Prescott HC, Harrison D, Rowan K, et al. Rate and risk factors for rehospitalisation in sepsis survivors: systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2020;46(4):619–636.
13. KCE, Belgian Health Care Knowledge Centrum. Covid-19-KFC Contributions. Post Intensive Care Syndrom in the aftermath of Covid-19. Oct 2020.
14. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit surivors: a 12-month follow-up study. Crit Care. 2013;17(3):R100.
15. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaik T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute Med Surg. 2019;6(3):233–246
16. LaBuzetta JN, Rosand J, Vranceanu AM. Review: post-intensive care syndrome: unique challenges in the neurointensive care unit. Neurocrit Care. 2019;31(3):534–545.
17. Bryant SE, McNabb K. Postintensive care syndrome. Crit Care Nurs Clin North Am. 2019;31(4):507–516.
18. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. Crit Care Med. 2011;39(2):371–379.
19. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. Crit Care. 2018;22(1):310.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

20. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MN, Hughes C, Jackson JC, et al. Co-Occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. Crit Care Med. 2018;46(9):1393–1401.
21. Needham DM, Dinglas VD, Morris PE, Jackson JC, Hough CL, Mendez Tellez PA, et al. Physical and cognitive performance of patients with acute lung injury 1 year after initial trophic versus full enteral feeding. EDEN trial follow-up. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(5):567–576
22. Battle CE, Lovett S, Hutchings H. Chronic pain in survivors of critical illness: a retrospective analysis of incidence and risk factors. Crit Care. 2013;17(3):R101.
23. Choi J, Hoffman LA, Schulz R, Tate JA, Donahoe MP, Ren D, et al. Self-reported physical symptoms in intensive care unit (ICU) survivors: pilot exploration over four months post-ICU discharge. J Pain Symptom Manage. 2014;47(2):257–270.
24. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost, PJ, Herridge MS, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. Intensive Care Med. 2005;31(5):611–620.
25. Kruithof N, Traa MJ, Karabatzakis M, Poliner S, De Vries J, De Jong M, et al. Perceived changes in quality of life in trauma patients: a focus group study. J Trauma Nurs. 2018;25(3):177–186.
26. Lasiter S, Oles SK, Mundell J, London S, Khan B. Critical care follow-up clinics: a scoping review of interventions and outcomes. Clin Nurse Spec. 2016;30(4):227–237
27. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin Ö, Sackey P. Gender differences in psychological morbidity and treatment in intensive care survivors – a cohort study. Crit care, 2012;16(3):R80.
28. Akerman E, Langius-Eklöf A. The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: A descriptive and explorative study. Intensive Crit Care Nurs. 2018;49(14-20).
29. Jonasdottir RJ, Klinke Me, Jonsdottir H. Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. Journal of Clinical Nursing. 2015 Vol. 25 Pages 20-37.

Remiss

Konsekvensbeskrivning för nationell riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning

NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för nationell riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Namn, titel i sammanhanget

Datum (tryck på pilen för att ändra)

Ort

Remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning för nationell riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning 2

Versionshantering 2

Sammanfattning 4

1. Om konsekvensensbeskrivningen 4

2. Konsekvenser 4

2.1 Omfattning 4

2.2. Nytta eller risker för individen 5

2.3 Etiska aspekter 5

2.4 Verksamhet och organisation 6

2.5 Kostnader 7

2.6 Kompetensförsörjning 8

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 8

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 8

Remiss

Sammanfattning

Stora resurser läggs dagligen till intensivvården för att behandla patienter men kunskap återhämtning och hälsorelaterad livskvalitet över tid är bristfällig. Uppföljning efter intensivvård har stor variation i Sverige och organiseras efter enskilda IVA avdelningarnas resurser. Enligt data från SIR- Svenska Intensivvårds Register 2019 följs endast cirka 10 % av överlevande patienter upp efter intensivvården. Vilka patienter som ingår i uppföljning är olika, frekvens för uppföljning och vårdkedja för rehabiliterande insatser har stora variationer. Möjlighet för tidig identifiering av symtom och stöd från vården efter intensivvården är ojämlik. Systematisk kartläggning om vad som kan göras och vilka resurser som behövs byggas upp för att bemöta patienternas behov efter svår sjukdom och behandling efter intensivvård saknas.

Nationell riktlinje för uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning förbättrar tillgänglighet och förutsättningar för att patienter få jämlikt, adekvat och tidigt stöd med problem efter intensivvården. En vinst med detta är också att vi skapar gemensam kunskap som kan utgöra underlag för att förbättra omhändertagande under och efter intensivvård och öka nyttan för patienter.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Riktlinje har utarbetats av en multidisciplinär arbetsgrupp med experter och forskare inom uppföljningsverksamhet efter intensivvård. Huvudförfattare har varit Oili Dahl, vårdsakkunnig specialistsjuksköterska i RPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation (PIVcT), Region Stockholm Gotland, Anna Schandl, med. dr., docent och universitetssjuksköterska Södersjukhuset och Eva Åkerman, med. dr. och Omvårdnadschef på Karolinska Universitetssjukhuset.

Riktlinje bygger på en tidigare version av regional riktlinje för region Stockholm men bedömdes därefter av NPO PIVcT att kunna anpassas till att bli nationella riktlinjer. I den ursprungliga regionala arbetsgruppen deltog specialistsjuksköterskor, specialistläkare och fysioterapeuter inom intensivvård från alla sex akutsjukhus i regionen.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

I Sverige vårdas cirka 35 900 patienter årligen på någon allmän eller special intensivvårdsavdelning (IVA, TIVA, NIVA, BIVA). Av dess patienter avlider cirka 9 % under vårdtiden på IVA. Cirka 18 % avlider inom 30 dagar från inskrivningen till IVA. Dödlighet inom 90 dagar är 21 % och vid 180 dagar 23,5 %.

Kunskapsstödet omfattar patienter som är 16 år eller äldre med en vårdtid på 48 timmar eller mer. Totalt i Sverige är det cirka 10 370 patienter som skrivs ut levande från IVA och omfattar första delen i programmet med uppföljning på vårdavdelning. Uppföljningstillfället 2–3 månader efter utskrivning från IVA omfattar cirka 7000 patienter och uppföljning vid 6 och 12 månader omfattar cirka 6200 patienter.

Under 2020–2021 har begränsad uppföljning genomförts på grund av ökad arbetsbelastning och resursbrist relaterad till pandemi Covid-19. Under år 2019 finns registrerad uppföljning vid någon av 2, 6 eller 12 månaders uppföljning för cirka 1000 patienter, det vill säga cirka 10 % av alla överlevande patienter. Av dessa har cirka 220 åtgärder genomförts i form av remittering till annan

profession som kurator, fysioterapeut eller annan form av uppföljning såsom till exempel uppföljande telefonsamtal, enligt Svenskt intensivvårdsregister (SIR).

2.2. Nytta eller risker för individen

- Kunskapsstödet bidrar till jämlik vård och behandling genom att betydligt flera patienter än i dag erbjuds uppföljning efter svår sjukdom och intensivvård vilket möjliggör tidig rehabiliterande behandling och stöd från vården.

- Nationell uppföljning möjliggör insamling av mer omfattande data. Data i sin tur möjliggör analys av eventuella riskgrupper för försämrat utfall och i framtiden utveckla screeninginstrument för att tidigt identifiera patienter i behov av uppföljning och stöd. Utifrån kunskap kan vi implementera förebyggande arbetssätt under intensivvården och på så sätt resultera i ökad grad av oberoende, mindre vårdsökande, återgång till arbete och ett minskat behov av framtida stöd från samhälle.

- Patienter erbjuds möjlighet till uppföljning som är frivillig. Patienter som har varit kritiskt sjuka och vårdas inom intensivvården kan länge vara påverkade i både kognitiv, psykisk och fysisk funktion och tillfrågande om medverkan i studie kan ske vid en känslig tidpunkt vilket ställer höga krav på kunskap hos vårdpersonalen och ett multidisciplinärt team med resurser för stöd och behandling vid behov. Givet att patienten så önskar stödjs närståendes medverkan i uppföljning.

- Vetenskaplig litteratur beskriver flera riskfaktorer som påverkar utveckling av Post Intensive Care Syndrome (PICS) som kan uppkomma efter kritisk sjukdom och intensivvård. Ändå är inte riskgrupper helt kartlagda. För att skapa ny kunskap om riskgrupper väljs relativt snäva inklusionskriterier som bygger på en vårdtid på 48 timmar eller mer.
  Detta kan resultera att flera patienter med liten eller ingen risk följs upp men å andra sidan ökas möjlighet att tidigt identifiera patienter med behov av stöd, behandlingar och rehabiliterande insatser. Kunskap från en nationellt och strukturerad uppföljning tillsammans med fortsatt validering, testning och implementering av screeningsinstrument kan i framtiden ändra inklusionskriterier till uppföljningsprogrammet.

- Patienter som varit nedsövda, sederade eller på annat sätt påverkade av svår sjukdom har rätt att få information om sin vård och behandling i efterhand. Via uppföljningen får de nu möjlighet att få svar på frågor som intensivvårdstiden genererat.

2.3 Etiska aspekter

- Patienternas autonomi och integritet påverkas med största sannolikhet inte negativt genom en strukturerad och nationell uppföljning efter intensivvård. Framgångsrik behandling av problem efter intensivvård borde istället upplevas som stärkande av autonomi. Integritet bör tas i beaktande i varje patientmöte utifrån att patienten ska vara delaktig och väl informerad

om syfte och mål med uppföljningen.

- Uppföljning efter intensivvård har idag omotiverade regionala och nationella skillnader som kan betraktas som problematiska utifrån människovärdesprincipen. Med det nya kunskapsstödet minskar således dessa risker för ojämlik behandling och alla patienter med en IVA-vårdtid på 48 timmar eller mer erbjuds uppföljning oavsett personliga egenskaper och funktion i samhället. Deltagande i uppföljning är frivilligt. Då digital (eller via telefon) uppföljning kan erbjudas som alternativ ökar möjligheten för patienter med funktionsnedsättningar att kunna delta i uppföljningen. Tillgång till tolk för personer som inte talar svenska anses också vara god i en intensivvårdskontext i Sverige.

- Patienter med identifierade fysiska, psykiska och/eller kognitiva problem erbjuds hjälp med vidare rehabilitering efter behov, vilket motsvarar syftet med behovs- och solidaritetsprincipen.

- Uppföljning efter intensivvård har i kvalitativa studier visats vara uppskattat och upplevts till hjälp i rehabilitering. Dock finns idag få studier som visar på effekt på förbättrad livskvalitet eller kostnadseffektivitet.

- Eventuella undanträngningseffekter är svårvärderade, då hälso-och sjukvårdens organisation kan se olika ut över landet. Det måste därför bedömas av varje enskild verksamhet.

- Utifrån rådande rekommendationer där patienter inkluderas utifrån vårdtid på IVA riskerar patienter som inte är i behov av uppföljning erbjudas sådan. Det polikliniska fysiska eller digitala återbesöket är emellertid frivilligt och personen kan avböja utan att ge ytterligare förklaring. Det kan dock finnas personer som önskar delta på återbesöken utan att de har fysiska, psykiska eller kognitiva problem, vilket kan driva omotiverad vård och undersökning.

- Det kan också finnas personer som inte automatisk inkluderas i uppföljningen om de har en kortare intensivvårdstid än 48 timmar, men som kan ha behov av uppföljning. Dessa riskerar att missas i uppföljningsprogrammet. Som tidigare beskrivits finns ingen eller liten evidens för att inkludera patienter till uppföljning utifrån vårdtid. Andra sätt är under utvecklande, men i väntan på mer robust evidens för dessa metoder, får intensivvårdstid anses som tillfredställande metod för inklusion.

2.4 Verksamhet och organisation

- Införande av uppföljning för en stor del av patienter som vårdas inom intensivvård kan medföra ändringar i den berörda organisationen. Det kan också innebära utbildningsinsatser för vårdpersonal ansvarig för uppföljning.

- Att få återkoppling hur patienter återhämtar sig och upplevelser från vården på IVA är viktigt för vårdpersonal, både för att skapa ökad kunskap och meningsfullhet för verksamhet. Det är mest optimalt att anordna uppföljning och bygga vårdkedjor för rehabilitering i anslutning till

verksamhet.

- Uppföljning kan organiseras genom fysiska besök eller genom digitala vårdmöten. Digitalisering som teknik möjliggör utveckling av mötesmetoder inom vården. I dag finns säkra metoder att både kalla, skicka digitala formulär samt få automatisk inmatning av data, via webbplatsen 1177.se. Digitala hjälpmedel kan rätt använda främja en jämlik och personcentrerad vård och är ett betydelsefullt verktyg för att öka tillgänglighet och patienters delaktighet i hälso- och sjukvård. I all användning av e-hälsa behövs åtgärder för att motverka digitalt utanförskap beaktas.

2.5 Kostnader

- Det mest kostsamma är oftast personal. Implementering av riktlinjen kan innebära utbildningsinsatser för vårdpersonal och administrativ personal, ansvarig för uppföljning och eventuella ändringar i schemaplanering.

- Uppföljningsverksamhet kräver inledningsvis en del utvecklingsarbete och administrativa insatser för att få IT- logistiken fungerande.

- Remittering och uppbyggande av rehabiliteringskedja för patienter kräver tid, samarbete och logistik stöd, men nyttan för patienter är överordnad.

- Uppbyggnad av fungerade rehabiliteringskedja kräver också insatser och resurser från andra verksamheter än intensivvård.

Remiss

2.6 Kompetensförsörjning

- Vårdpersonalens kompetens inom intensivvård är tillräcklig för att kunna driva uppföljningsverksamhet.
- Det är tänkbart att ökad kunskap i till exempel motiverande samtal och e-hälsa kan behövas.
- Administrativt stöd och IT stöd för uppföljning, utskick, insamling och rapportering av data är i stor vikt.
- Uppbyggnad av rehabiliterade insatser och multidisciplinärt team kräver ledarskap som ansvarar för uppföljning.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

- En viss överlappning finns med rehabiliteringsmedicin inklusive psykologisk expertis, vilket förutsätter att remissförfarande och rehabiliteringsteam har tydliga ansvar och fungerande samarbete.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

- Fungerade rehabiliteringskedja är av stor vikt.
- Patientens rätt till Hälsoplan som följer patienten (över regional och kommunal vård) behöver säkerställas också i uppföljningen.
- Familjer och närståendes möjlighet att medverka i uppföljningen ska främjas.

2.9 Uppföljning

- Sverige har redan idag kvalitetsregister för intensivvården SIR (Svenska Intensivvård Register) som samlar nationella data för dödlighet, vårdtid osv.
- Samtliga intensivvårdsavdelningar har möjlighet att ansluta och rapportera i SIR.
- Uppföljningsdata kan med fördel registreras i SIR.

Remiss