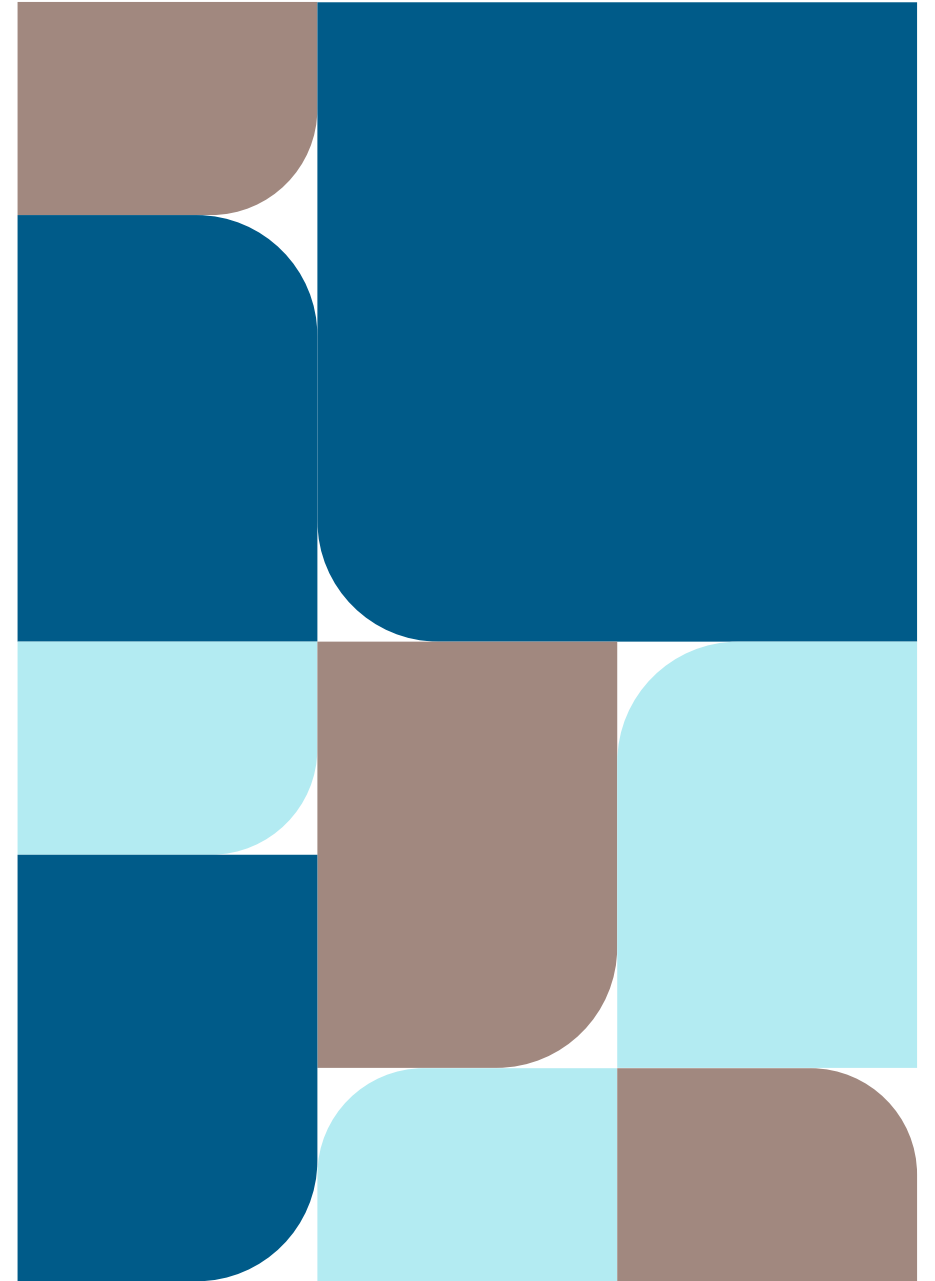


Ventilatorsprocessen



- Uppdragsgivare: Åsa Ranbro Jansson, bitr. sjukhusdirektör
- Uppdragstagare: Jonna Sandh, Verksamhetschef VO7
- Handläggare: Daniel Glinatsi, MLA VO7



Bakgrund

- Patientgrupp:
 - Vuxna patienter med trakeostomi och invasiv ventilator
- Inneliggande vård
 - IVA/IMA samt lungmedicin
 - Kräver hög bemanning -> vård på IVA/IMA pga platsbrist
 - Många akuta inläggningar av trak – för många?
 - Upplevd brist på kompetens i vissa kommuner
 - Fördröjd hemtagning till kommunen
 - Rutiner saknas för ansvarsfördelning, kommunikation mellan vårdenheter och andra aktörer, utbildning av personal
- **Patientsäkerheten äventyras – stor mängd avvikelser**

Fall



Fall

- Patient med Duchennes muskeldystrofi, rullstolsburen, ventilator vb, hostmaskin, assistans dygnet runt
- PAL på neuromuskulärt centrum SU, ej på SkaS
- Inkommer pga akut dyspné
- Erhåller trak + hemventilator + PEG
- Vårdas initialt på IVA -> lungmedicinavdelning
 - Flyttas fram och tillbaka pga försämring
 - Bristande kommunikation och vårdplan vid överflyttningar
 - Saknar neurologi-PAL på SkaS

Fall

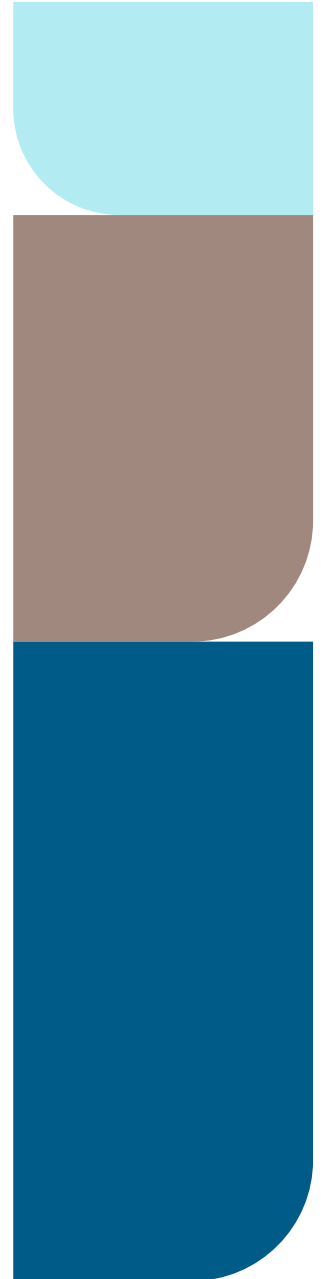
- Under vårdtillfället utbildas kommunens personal i ventilator och hostmaskin
- Skrivs ut till korttidsboende med planerad uppföljning på lungmottagningen, ingen PAL på neurologen SkaS, ofullständig kostplan vid hemgång
- 2 dagar senare åter inlagd pga kräkningar, buksmärta, skrivs ut med TPN och näringsplan
- Åter in pga ökad slemproduktion, hävs med ventilator och rubensblåsa -> skrivs ut (samma dag)

Fall

- Efter utskrivning växt i blododling, återinlagd för AB
- 1 månad senare in pga infektionsmisstanke
 - Kommun-SSK medföljer i ambulans då dess personal inte känner sig trygga med att hantera patientens trak/ventilator
 - Detta upprepas även vid hemtransport
- Inget slutenvårdsbehov men vårdas kvar på IMA pga att lungmedicin redan har 2 inneliggande ventilatorpatienter
 - Patientens kommun vill inte ta hem patienten pga att de anser sig sakna kompetens
- Till sist utskrivning till boende efter utbildningsinsats

Fall - sammanfattning

- Avsaknad:
 - Lokalt PAL-skap för grundsjukdomen saknades initialt
 - Kompetens i kommunen
 - Kompetens hos ambulansen och akuten
 - Överenskommelse mellan kommun och sjukhus om ansvarsfördelning
 - Plats på avdelning med lämplig vårdnivå

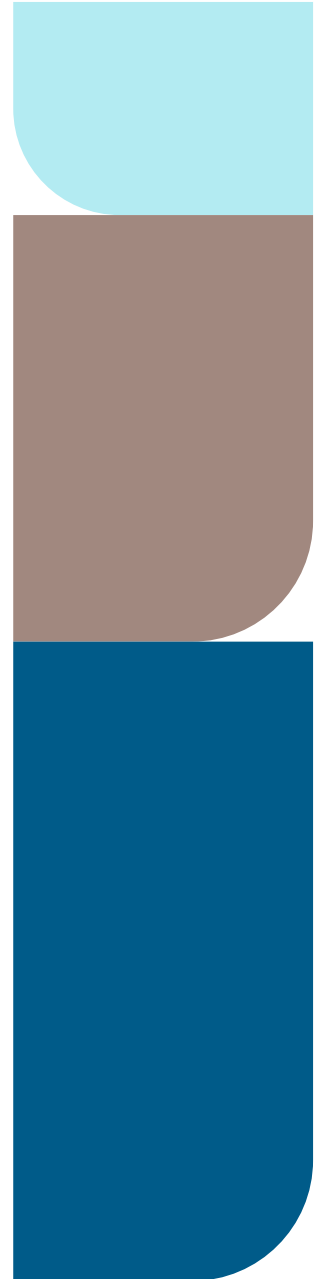


Vad säger lagen?

- ÄDEL-reformen 1992: ingen människa ska behöva ha sin bostad på sjukhuset. Långvård -> kommunala boenden
- Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad, framgår inte av lag -> avtal
- Specialiserad vård har ansvar för att vårdkedjan fungerar
- Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och skriftlig individuell plan krävs
 - Kan lösas genom upprättande av SIP

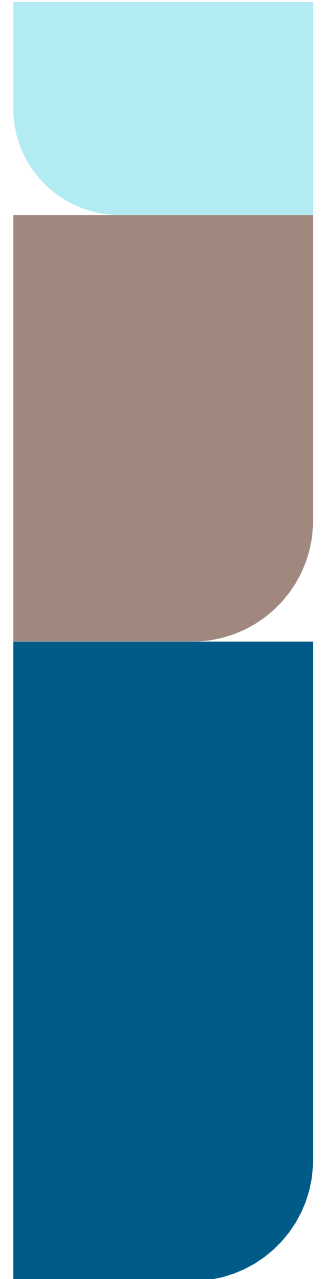
Om uppdraget

- Säkerställa trygg och korrekt vård i hemmet vid behov av trak + ventilator
- Tydliggöra roller för specialistvård, primärvård och kommun
- Säkerställa utbildning
- Skapa sammanhållen vårdprocess
- Förbättra patientsäkerheten vid planerade övergångar mellan vård i kommunen och specialistvård



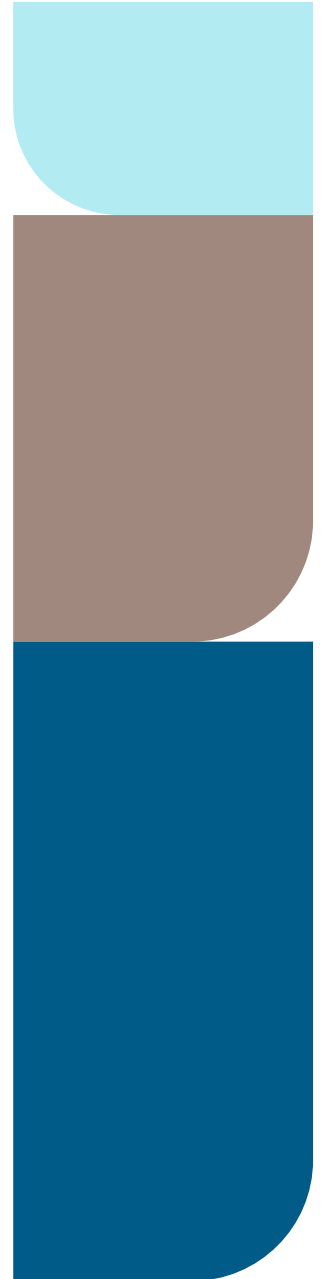
Styrgruppen

- Verksamhetschefer
 - VO3 (An/Op/IVA/IMA)
 - VO4 (Akuten/Ambulans)
 - VO7 (Internmedicin inkl. neurologi och lungmedicin)
 - VO9 (Vårdnära tjänster – fysio-/arbetsterapeut)
- FoUUI
- Chefssjuksköterska Sahra Lindman
- Vårdsamverkan/chefläkare Anette Trengre Jarlshammar
- PVO-chef i del 2
- Chef inom kommunal verksamhet i del 2

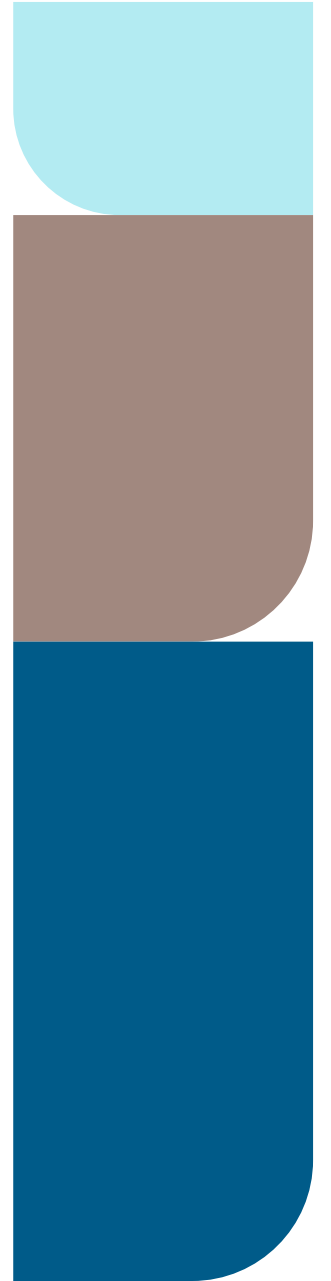


Arbetsgruppen

- VO7 Lungmedicin (inkl. ventilatorsjuksköterskor, kvalitetssamordnare och överläkare)
- VO7 Neurologi (öppenvård/ALS-läkare, mottagningssjuksköterska, sektionsledare slutenvård)
- VO3 Intensivvård/Narkos/IMA
- VO4 Akut/Ambulans/NSVT
- VO5 Trak-SSK
- VO9 Arbetsterapi och fysioterapi
- FoUUI (strateg för kompetensutveckling)
- Utvecklingsenheten (verksamhetsutvecklare)
- Vårdsamverkansenheten i del 2?



Hur långt har vi kommit?



Identifisering av patientgruppen



Patienter avgränsning

- Vuxna patienter med trak och invasiv ventilator
- Enbart trak har egen rutin och är mindre komplexa
- Antal patienter: i nuläget 5 st i Skaraborg
- Senaste 2 åren: 12 pat
- Orsaker:
 - Mycket neurologi (muskeldystrofier, ALS, Pompes, Guillian Barré, ponsbödning, Parkinson, TBE)
 - Neuromuskulärt centrum (NMC) viktig aktör
 - Lite lungmedicin (underventilerad KOL-patient, hjärtstopp pga pleuravätska -> underventilering)

Vad innebär det att ha trak + ventilator?

- Oftast vak dygnet runt (om man inte på egen hand kan hantera sin trak + ventilator – få kan pga muskelsvaghet)
- Vissa har endast ventilator nattetid
- När man har trak + ventilator kan man ej prata
- Kan man äta? Ja, men klumpkänsla (och oftast nedsatt sväljförmåga -> många får PEG)
- Slemstagnation vanligt, hostmaskin (ordineras FT)
- Pneumoni vanligt förekommande

Första tiden med trak + ventilator

- Traken irriterar luftrören
- Slemstagnation vanligt
- Infektionskomplikationer



Efter utskrivning

- Initialt ofta längre vistelse på korttidsboende innan hemgång
- Patienter >65 år har ej rätt till assistans -> permanent vistelse på boende



Hur kan ett akut förlopp se ut?

- Pat med neuromuskulär sjukdom försämras
- Akut andnöd och underventilerad -> intuberas
- Långvarig vård i respirator, svårt att komma ur denna
- Trak läggs och patienten kan väckas
- Först nu kan patienten informeras om ventilator
- Remiss till lungläkare som bedömer pat tillsammans med ventilations-SSK
- Beställning 2st ventilatorer och därefter insättning på IVA
- Efter minst ett dygn, överföring till lungmedicinavdelning

Hur kan ett polikliniskt förlopp se ut?

- Inga fall ännu (2 pat med ALS erbjöds men tackade nej)
- Vad skulle ett sådant förlopp kunna medföra?
 - Begränsade vårdinsatser till välinformerad patient?
 - Ventilator ges till rätt patient?
 - Kortare vårdtider med färre komplikationer?
 - Tydligare plan gentemot patient, sjukhusvård och kommun?
 - Kortare vistelse på korttidsboende?

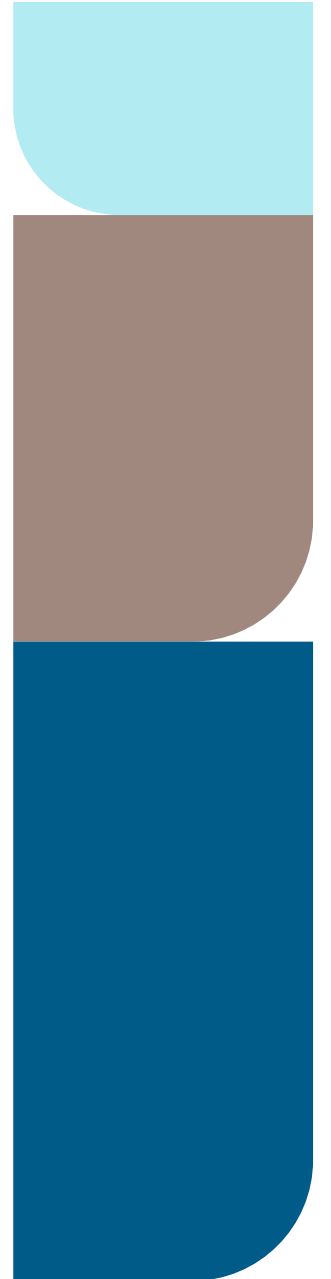
Varför saknas polikliniska insättningar?

- Få patienter, högt specialiserad vård, få med expertkunskap
- Kräver spetskompetens, samarbete och information i flera led
 - Neurologen: Expertkunskap om de neurologiska sjukdomarna
 - PAL krävs alltid på SkaS – vid primär PAL på NMC behövs kontakt-PAL på SkaS
 - Inkoppling av expertkompetens på trak + ventilator efter grundlig information av patienten om grundsjukdomens prognos



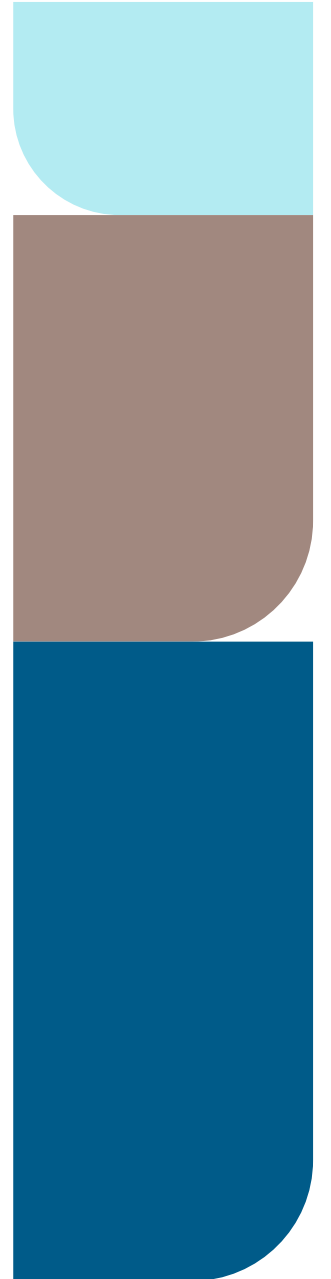
Var saknas kompetens?

- Slutenvården, förutom lungmedicin
- Ambulans – saknar generell kompetens. Många transporter kräver dock medföljande assistent eller SSK.
- Akuten – kallar ofta på ÖNH när trakade patienter inkommer till akuten. Saknar också generell kompetens
- Kommunen – olika åsikter mellan de 15 kommunerna



Vilka ansvarar för kompetensen på SkaS?

- 2 sektionsledare i slutenvården (Lina och Elinor): Håller dessutom i utbildning av personal
- 1 ventilations-SSK i öppenvården (Louise): Sköter kontakt med patient/kommun efter utskrivning
- 1 specialistläkare i lungmedicin (Elissavet)



Vårdavdelning



Lungmedicin hemavdelning

- Sängplatser skapas
- Budget för 6st USK
- Vid behov för ökad vårdnivå -> IVA/IMA



Mobilt andningsteam



Förslag under utarbetning

- Vilka uppgifter ska ett team ha?
- Personal i fast team
- Kompletterande personal som remitteras vb
- Teamronder?
 - Hur ofta? Deltagare? Öppen- och slutenvård
- Tillgänglighet, tid på dygnet
 - Öppenvård – telefontider? bokningsbara tider för besök?
 - Slutenvård/IVA/IMA – konsultationstider? Standby för akuta situationer?
 - Inflätning i övrigt mottagnings- och slutenvårdsarbete

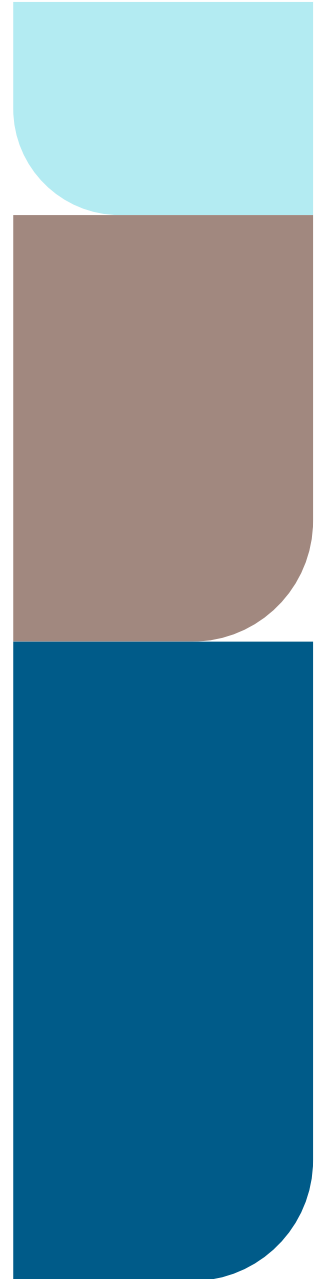


Rutin



Under utarbetning

- Del 1 som första steg
- Med välfungerande rutin på SkaS underlättas samverkan med PV och kommun



Deadlines

- Arbetsgruppsmöte för återrapporering: 8/12
- Styrgruppsmöte för beslut: 18/12

