



Stockholm 2024-03-25

Svensk sjuksköterskeförenings diarienummer: 12/28/24

## Remissvar: Vägledning för omhändertagande av den akut sjuka patienten

### Kapitel 1: Uppdrag och avgränsningar

1.2 Formuleringen ”hög kompetens” kan vara svårtolkat, ett förslag är att istället använda sig av begreppet rätt kompetens. Vårt förslag är istället ”...rätt kompetens tidigt i vårdkedjan...”. Vad hög/rätt kompetens innebär bör specificeras.

Vi tillstyrker att vägledningen ska utgå efter vad den kritiskt sjuka patienten behöver och inte vad en instans kan erbjuda i dagsläget.

### Kapitel 2: Introduktion

2.2 Vi anser att det låter vagt med uttrycket att resurser, förmågor (kompetens) och processer behövs. Vi föreslår att det istället formuleras ”ska finnas”.

### Kapitel 3: Den akuta vårdkedjan

3.1.3 Förslag på en ändring med argumentet att bedömningen bör baseras på evidens i första hand och beprövad erfarenhet i andra hand. Kunskapen ska i första hand erhållits genom utbildning och litteratur inom området. Förslag till ny formulering: ”...baseras på standardiserade evidensbaserade beslutsstöd i kombination med klinisk erfarenhet.”

3.2.1, sid. 7. Vårt att lägga till att ”I Sverige organiseras ambulanssjukvården till stora delar av regioner och kommuner...” Det förekommer även ambulanssjukvård på entreprenad i vissa regioner eller delar av regioner.

3.2.3 Vi tillstyrker att de som bemannar ambulanser i första hand ska ha specialistutbildning inom ambulanssjukvård men vi saknar ställningstagande till krav på kompetens hos den sjuksköterska som saknar specialistutbildning inom ambulanssjukvård. Då formell kompetens saknas bör krav ställas på reell kompetens. Sjuksköterskan utan specialistutbildning som tjänstgör i en ambulans ska ha arbetat ett visst antal år samt ha erfarenhet av akutsjukvård från tidigare arbete exempelvis på akutmottagning eller akutvårdsavdelning.

Sista punkten i avsnittet: I dagsläget gällande fortbildning/vidareutbildning är det mycket stora regionala skillnader. Önskvärt vore att det fanns en mer nationell samsyn på denna fråga.

*Se över hur benämningar av specialistkompetens/ specialistutbildning/ vidareutbildning/ vana/ erfarenhet tillämpas. Om möjligt var konsekvent i användandet och säkerställ att rätt begrepp används i rätt sammanhang.*

3.3.2 Personal: fundera på om stycket behövs då stycket ”mänskliga förmågor” under kapitel 3.3.3 beskriver detta väl.

3.3.2 Som tillägg under Lokaler föreslår vi även att det ska finnas tillgång till miljörum/avfallrum samt visnings/ avskedsrum för avlidna.

Avseende ”Lokal för sanering” upplever vi otydlighet kring vad som menas. Syftar ni till en lokal för isolering av patient med luftburen smitta eller menas en saneringsplats för ambulansen som transporterat? Isolering av patient, lokal för CBRNE och ambulansintag anser vi är separata lokaler. Stycket kan tolkas som att en och samma lokal ska tillgodose detta behov.

Blodprodukter

Vi anser att läkemedel och blodkomponenter för massiv transfusion ska finnas tillgängligt (inte bör).

3.3.3 I de fall där det finns beslut om vidaretransport till en högre vårdnivå, ex till annat sjukhus och där akutmottagningen ligger långt från den enhet som har resurser för att vårda patienten, alternativt är för instabil för att förflytta i ”onödan”, bör det finnas rutin för att rätt kompetens (ex intensivvårdssjuksköterska) ska vårda patienten där den befinner sig?

Benämningen olegitimerad läkare är komplicerat, antingen är man läkare (med legitimation) eller så är man läkare under utbildning där AT nu ligger som en del av utbildningen, fundera över benämningen. Vi menar att det bör vara en självklarhet att ingen under utbildning får tjänstgöra självständigt.

Vi föreslår att begreppet minibemanning skulle bytas mot grundbemanning.

3.3.4 Vi önskar tillägg av att arbetet ska organiseras utifrån ”patientens medicinska och omvårdnadsmissiga behov”. Vården ska var patientsäker och personcentrerad (inte patientcentrerad). Intensivvårdsläkare bör benämnas specialistläkare inom anestesi alt. intensivvård.

Sista stycket: Det behövs tydliggöras hur man på akutvårdsenheten ska agera och/eller hantera situationen när sjukhuset saknar den specialistkompetensen som patientens tillstånd kräver. Syftet med dokumentet är att kartlägga och beskriva vilka resurser, förmågor (kompetens) och processer som är nödvändiga på och kring en akutmottagning för att kunna erbjuda alla patienter en god akut vård. Förutom i sista meningen så beskrivs endast att det ställs höga krav på transporter (vilket det ska göra) men det saknas en beskrivning på vilka resurser, förmågor (kompetens) och processer som är nödvändiga.

3.4 Primärvård och kommun: Fundera på om denna mening inte passar bättre under 3.4.3 ”*I glesbygd krävs en annan beredskap och kunskap eftersom vårdpersonalen bedömer, stabiliserar och behandlar ett bredare panorama av akuta sjukdomar och patienter. Läkare i glesbygd bör exempelvis ha kunskap i akutsjukvård eller akutmedicin, akutkirurgi och katastrofmedicin.*”

Personal: Vi ställer oss frågande till att det enda som krävs är att ha legitimerad personal för att ta emot och vårda akuta, tidskritiska tillstånd hos primärvården på landsbygd. Med tanke på att det kan ta timmar med ambulans till närmsta akutmottagning eller regionsjukhus och att man ska ha kompetens inom hjärtmonitorering samt, enligt stycket nedan, ha kompetens inom akut läkemedelshantering. I stycket ovan står det att läkare i glesbygd bör ha kunskap inom akutsjukvård, akutkirurgi och katastrofmedicin. Vi föreslår att läkare och sjuksköterskor på vårdcentral/hälsocentral som kan förväntas ta emot patienter med akuta,

tidskritiska tillstånd ska ha utbildning inom och ha kunskap i akutmedicin, akutkirurgi och katastrofmedicin.

#### Kapitel 4: Beredskapshöjning

Vi föreslår att det specificeras att man även tränar beredskapshöjning med jämna mellanrum för att upprätthålla kompetensen kring detta.

#### Kapitel 6: Forskning och utbildning

Med vidareutbildning- menar ni specialistutbildning? I så fall vore det bra om detta ändras.

#### Kapitel 7: Slutsats och lärdomar

7.3, sid 15. Sista meningen; kan tilläggas att önskemål vore att den sammanhållna utbildnings- och kompetensnivån leder till en mer likriktad nationell standard och att det vore önskvärt med någon form av nationell certifiering och recertifiering (vilket sker i flertalet andra länder). På så sätt kan standarden höjas och även nå upp till lika vård för alla.

#### Kapitel 9: Ledamöter

Vi ser mycket positivt på den interprofessionella sammansättningen av ledamöter i arbetsgruppen och att flera specialistsjuksköterskor deltar.

#### Kapitel 10: Bilaga 1, Handhavande av medicinteknisk utrustning

Finns behov av rutiner för:

B- Identifiera och åtgärda ventilpneumothorax?

D- kunna utföra trepanation på vitalindikation?

Har "Avlägsna kläder, kroppsskydd, smycken etc" kommit på D istället för E?

#### Konsekvensbeskrivning

Vi anser att konsekvensbeskrivningen är välskriven men önskar att i dokumentet inte användas olegitimerad läkare, utan läkare under utbildning (se tidigare kommentar under 3.3.3).

#### Övergripande eller övriga synpunkter

Vi anser att materialet är väl genomarbetat. Och har en tydlig vision om framtiden. Generellt finns benämningar på olika begrepp lite varstans, ex validerat beslutsstöd, vårdriktlinjer, evidensbaserat beslutsstöd, standardiserade arbetsätt. Är dessa samma sak? Om ja-rekommenderar vi att använda samma term och förklara termen mer konkret. Om inte-förklara respektive begrepp. På vissa ställen används ordet "behöver" och på vissa ställen "ska". Fundera på om de betyder samma sak och använd iså fall samma term- vi föreslår förslagsvis ordet "ska".

Det finns ett generellt behov av att se över hur specialistkompetens, specialistutbildning, vidareutbildning, vana, erfarenhet av osv benämns. Vidareutbildning är ett ospecifikt begrepp. Att benämna "utbildning inom prehospitaal vård" skulle kunna vara tillräckligt när det handlar om personal som inte r specialistutbildade inom ambulans/akutsjukvård (där den prehospitaala delen ingår i specialistutbildningen).

De kapitel som saknar text saknar vi synpunkter kring och anser att de är väl genomarbetade. Vi bifogar även dokument för "vägledning för omhändertagande av den akut sjuka patienten" i sin helhet tillsammans med korrigeringsförslag avseende texthantering.

Något som särskilt bör poängteras är att det betonas tydligt i materialet att det är ambulanssjuksköterskor som ska bemanna ambulanserna i Sverige och att det faktiskt ställs ett minimumkrav; minst en ambulanssjuksköterska i var ambulans och även i helikopter. Detta ger goda förutsättningar för en god, säker och jämlik vård.

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Sandra Månsson sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening

Fredde Palmgren Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor

Lotta Johansson Riksföreningen för anestesi och intensivvård