

## **Minnesanteckningar från THIVA-nätverksmöte Uppsala 2008-04-04**

**Närvarande:** Ove Jonsson, Uppsala  
Per-Olof Joachimsson, Uppsala  
Johan Sellgren, Göteborg  
Lars Algotsson, Lund  
Bengt Peterzén, Linköping  
Doris Kesek, Umeå  
Helmuth Lang, Stockholm

### **Pumpar/Assist devices:**

Vid 5 av thoraxklinikerna i landet läggs "assist devices". Redovisning hade inkommit från 4 kliniker (ej Karolinska). Totalt redovisades 308 "pumpar" 2006 och 272 år 2007. Grovt uppskattat är 80% av pumparna ABP. Antalet vård dagar för "pumpar" var 2287 år 2006 och 1940 år 2007.

Av de inlagda ABP var ca 70% inlagda på kirurgiska patienter och 30% på kardiologiska pat. Vi har ingen aning hur många ABP som läggs på andra kliniker, men korttidsanvändning av ABP på PCI pat kan vara vanligt.

Ca 3% av hjärtopererade i Göteborg och lund får ABP, i Umeå 2% och i Uppsala 1%.

### **Ej kirurgiska patienter på THIVA.**

Linköping har 20-40% ej thkir pat på THIVA, i Umeå är THIVA en rent kirurgisk avdelning, Lund har 10-20% av patientantalet från akutm/HIA. Karolinska 20%. Om uppgivna procenttal anger antal patienter eller vård dagar är lite oklart. Samarbetet med kardiologer är varierande, ofta i form av "framtvängad PAL". Flera enheter berättar att yngre kardiologer "roterar in" på THIVA i olika former. Bra för personkemi och utbildning.

Hur många hjärtsviktspatienter som vårdas på Intensivvårdsavdelningar (dvs ej HIA utan avdelningar med högre grad av invasivitet) i landet är oklart. Det finns inga bra register att fiska i. I gruppen diskuterades vad "HIA" betyder, speciellt vad bokstaven "I" står för. Vi har ingen definition för vad "hjärtINTENSIVvård" är.

### **Bertil Lindahl**

har haft stor del i de nya nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Han deltog i mötet under ca 1 timmes tid. Vi diskuterade "riktlinjerna" med Bertil och påpekade THIVA-enheternas stora roll i omhändertagandet av de sjukaste patienterna. Gruppen påpekade och Bertil accepterade med viss förlägenhet att THIVA-enheterna bör vara med i det vidare riktlinjearbetet. Vidare diskuterades svårigheterna att beskriva patientgruppen "hjärtsvikt", detta pga.

definitionsproblem och att olika vårdregister inte samverkar. Det finns också legala problem för samkörningar av register, t.ex. SIR och RikshIA.

HIA vad är det? Om en intensivvårdspatient anses ha svikt i mer än ett organsystem är dom klassiska HIA-enheterna ej platsen att vårda dessa patienter. De infarktpatienter som numera (med PCI) når "kardiogen shock" är inte så frekventa. Av alla hjärtinfarkter är ca 30% STEMI. Av STEMI går 5-7% till shock. Således inte många patienter under ett år även på stora HIA-enheter. Naturligt därmed att dessa patienter därför vårdas på mera invasivt tränade enheter dvs IVA/THIVA.

### **Hypotermibehandling**

Bertil Lindahl berättade att i de nya riktlinjerna anges kylbehandling av neurologiskt påverkad

patient ("efter hjärtstopp hos i övrigt vital individ") ha prioritet=6 på en 10-gradig skala. PCI vid STEMI har prio=1. Uttrycket "hjärtstopp hos i övrigt vital individ" skapade viss munterhet.

### **Etik**

Olika aspekter på att avstå/avbryta behandling diskuterades. "Vårdkonferenser" i olika former är vanliga på THIVA. Ses som ett sätt att i personalgruppen "ventilera" otydligheter i läkargruppes signaler och att skapa delaktighet.

**Lund:** Personalen kan "beställa" vårdkonferens. Sådan **skall** då ske samma dag.

**Uppsala:** Då vårdtiden överskrider en vecka skall man ha vårdkonferens. Man har också särskilda "etikronder" då personal från universitetets avdelning för bioetik leder diskussionen.

Det anses bra att etikdiskussioner leds av "opartiska". Sker ungefär var annan månad.

Avslutande av behandling dokumenteras i daganteckning, att avstå behandling anges i en särskild "åtgärdslista" som uppdateras dagligen. PAL skall anges.

**Göteborg:** Tar ibland hjälp av "etikonsult (ssk).

Hur minska antalet extrema långliggare? Det är inte vanligt att anestesikollegor är med i preoperativa diskussionen. Kanske en fördel om intensivvårdsbehov etc. diskuterades tidigare i förloppet.

Från Göteborg redovisades positiva effekter på genomströmningen på THIVA av en hård prioritering av lätta fall på morgonen. Man har infört "militanta strukturer" för detta i operationsplaneringen. Anestesiolog med i veckoplanering och morgondagens opprogram samplaneras av kirurg + anestesiolog kl 16 dagen innan.

## **Nästa möte på Karolinska 16-17/10 2008**

Gruppen beslutade att nästa möte skall bli på Karolinska 16-17/10. Då skall Lars Algotsson och Bengt Peterzén rapportera om diskussioner med SIR m.fl. register om hur vi skall kunna beskriva vården av "hjärtsvikt". Vi skall också diskutera begreppet "hjärtintensivvård". Vad är det.

Kommande SK-kurser behövs. Hur skall de organiseras.