

# **”Frågetecken som behöver rätas ut”**

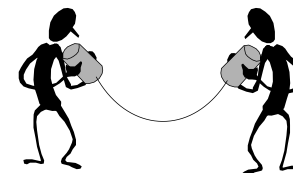
## **Inriktning mot Behandlingsstrategi**



SIR

Peter Nordlund

# Vad skapar frustration i registreringssituationen?



- Urval av frågor som inkommit till SIR:
- Varför behöver vi registrera "Inga behandlingsbegränsningar"?
- När vi ändrar till någon behandlingsbegränsning skriver vi och registrerar det då.
- Alla patienter har "Inga behandlingsbegränsningar" från början
- En patient som vill till USA för en speciell behandling måste vi lagligen skicka dit i linje med "ingen behandlingsbegränsning"
- Det blir dubbelregistrering, först i journal, sedan till SIR

# Vad skapar frustration vid sidan av registreringen?

- Läkaren vet ofta vad som gäller men inte ssk eller övrig personal
- Verbala/viskade direktiv/ begränsningar som aldrig dokumenteras ex
  - ring mig först innan ni påbörjar...
  - vi tar till IVA så får vi se...
  - men gör inte det och det...
  - om det blir en HLR situation så får vi se...

# Hur är tanken?

- Historik:
  - Begreppet "Inga begränsningar" är oklart i SoS skrifter (2011)
  - SFAI:s riktlinje "*Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom svensk intensivvård*" skriver "fulla insatser" (2012)
  - Dokumentation skall utföras men registrering nämns ej i denna kontext
- Men är det då ett medvetet val eller är det "slentrian" som gör att detta begrepp gäller?
- SIR tror då att detta kan vara viktigt att veta för att ge patienten rätt vård på rätt nivå

# Funderingar:

- Finns det ”dolda ” begränsningar som gör att ex SMR blir annorlunda? (Växjö, SÖS, Karolinska Huddinge)
- Fångar vi patienter med kända begränsningar före IVA vården?
- Följer begränsningar med till avdelningen efter IVA?
- Går det sämre eller bättre för de patienter som har ändrade begränsningar eller får sådana?
- Är det vissa patientgrupper som får / har begränsningar?

# Hur har det blivit hos Er?

- Gör precis enligt SIR:s nuvarande riktlinje
- Gör som vi brukar
- Vi har default "inga begränsningar" i vårt system
- Vi gör alltid ett aktivt val vid inskrivning
- Vi bestämmer oss första dygnet
- Vi bestämmer oss under tiden
- Skriver alltid beslutet i utanteckningen
- Dokumenteras i journalen och vi vill inte ha dubbeldokumentation
- Fasta vårdkontakten sköter dokumentationen
- Andra lösningar?

# Ny Q indikator: Q7

- Finns dokumenterat beslut om behandlingsstrategi inom 24 h från start av intensivvårdstillfället?
- Dvs ”inga begränsningar” eller begränsningar är beslutat och registrerat inom 24 tim från ankomst till IVA

# Hur gör vi för att möta alla (allas) behov/ krav/ önskemål?

- Är det möjligt?



# Vad har SIR för stöd?

*”När hälso- och sjukvårdspersonal utför oåterkalleliga behandlingsåtgärder är det nödvändigt att han eller hon inte enbart förlitar sig på tidigare bedömningar utan gör egna professionella ställningstaganden.”*

*”Den behandlande läkaren bör, om det är möjligt, samråda med patienten och den fasta vårdkontakten innan hälso- och sjukvården gör något eller låter bli att göra något, i strid mot vårdplaneringen”. (6 kap. 1 § PSL)*

# Vad har SIR för stöd?

- Livsuppehållande behandling, SOSFS 2011:7.  
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7>.
- Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal ISBN 978-91-86885-34-2, Artikelnr 2011-6-39, Tryck [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juli 2011
- SFAI:s riktlinje "*Livsuppehållande behandling. Behandlingsstrategi inom svensk intensivvård*" antagen av SFAI:s styrelse 2012-09-17 (<http://www.sfai.se/>)
- SIR:s riktlinje för registrering av behandlingsstrategi vid livsuppehållande behandling inom svensk intensivvård