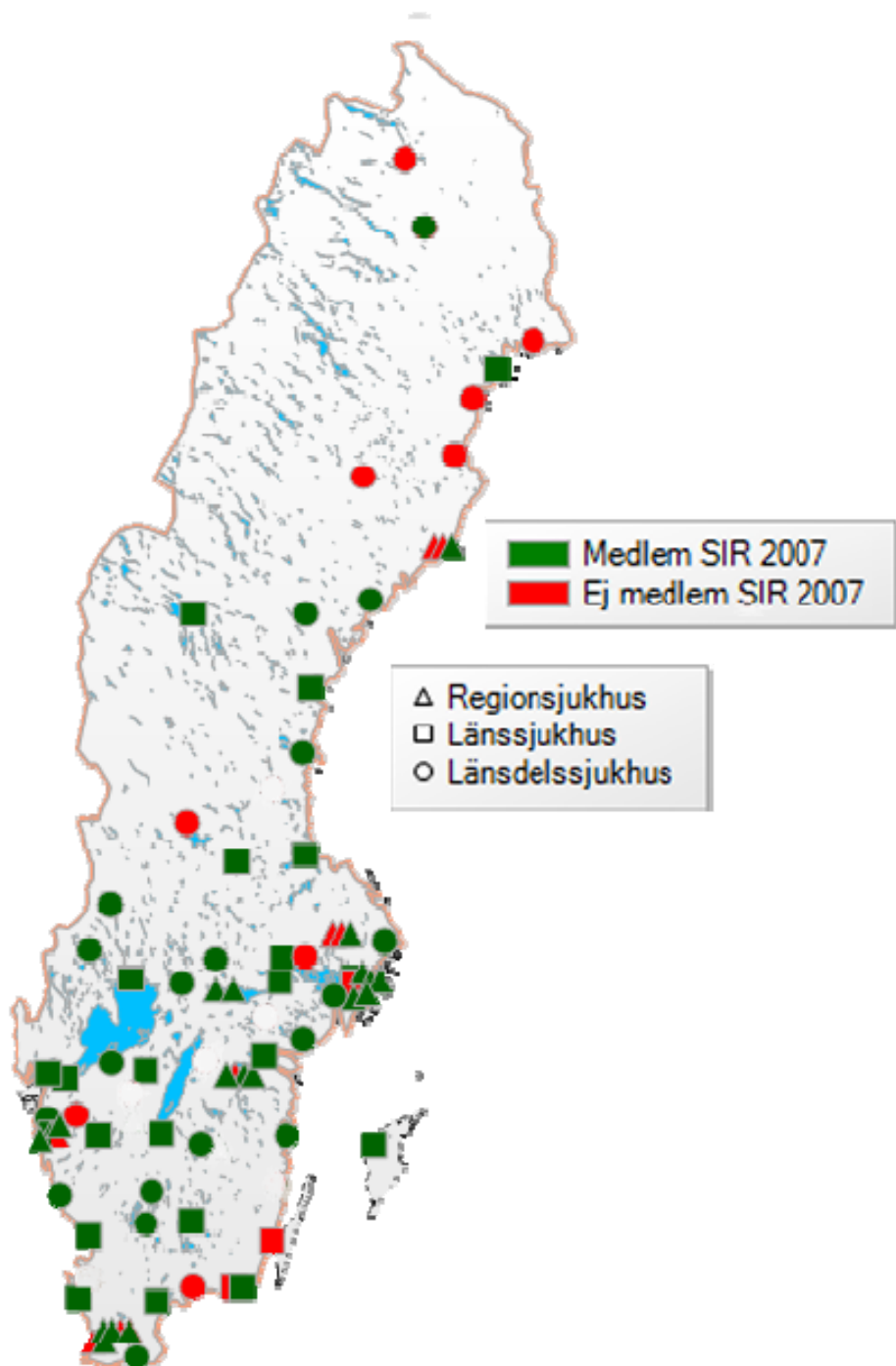


Svenska Intensivvårdsregistret, SIR

Årsrapport 2007

Analys och sammanfattning.



För Svenska Intensivvårdsregistret
Sten Walther, ordförande
Thomas Nolin, FoU
Greger Fransson, IT
Caroline Mårdh, IT
Göran Karlström, exekutivt ansvarig
<http://www.icuregswe.org/>

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Inledning

Intensivvården är en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård och har i Sverige beräknats kosta 9–13 miljarder kronor under år 2005 (8–12 % av kostnaden för specialiserad somatisk vård). Under 2007 fanns det 86 intensivvårdsenheter, varav 67 var allmänna intensivvårdsavdelningar (IVA) belägna på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och regionsjukhus. Resterande intensivvårdsenheter var enheter med specialinriktning (thorax-, neuro-, brännskade- och barnintensivvård).

På svenska IVA vårdas ca 40 000 intensivvårdspatienter årligen, samt uppskattningsvis ytterligare 40 000 – 45 000 patienter för postoperativ uppvakning och hjärtinfarktvård. SIR fokuserar på gruppen intensivvårdspatienter eftersom denna grupp har den i särklass högsta morbiditeten och mortaliteten, och som en konsekvens av detta står för drygt 90% av resursförbrukningen på IVA. Mortaliteten inom 1 månad hos intensivvårdsgruppen är drygt 22%, för den postoperativa gruppen mindre än 3% och för hjärtinfarktgruppen ca 7%.

Brist på kunskap om intensivvårdens långsiktiga resultat och effekter hämmar en systematisk och evidensbaserad utveckling av vården. Vi saknar idag viktig kunskap om hur intensivvård kan påverka och modifiera kritisk sjukdom t.ex. hos gamla och kroniskt sjuka. Vi vet att rutiner och strategier varierar mellan IVA avseende avbrytande av behandling och hur man avstår från behandling, men vi vet inte hur detta påverkar vårdförloppet. Mycket aktiv intensivvård har delvis blivit en förutsättning för framgångsrik behandling av malign sjukdom, men vi vet inte heller här om detta är till nytta endast för subgrupper av patienter eller om det gagnar hela populationen. Vi vet att många patienter dör på IVA under pågående ventilatorbehandling och att en del av dessa gör det pga. svår hjärnskada, men vi vet inte hur stor andel av dessa som är möjliga organdonatorer. Vi använder oss av komplexa system för organunderstöd, t.ex. intermitterande och kontinuerlig njurersättningsbehandling, men vi vet inte om dessa skiljer sig avseende patientens slutliga vårdresultat. Vi vet att sjukhusförvärvade infektioner inom intensivvården har stor betydelse för vårdresultatet, men vi vet inte förekomsten av dessa i Sverige och kan därför inte heller angripa dem på ett systematiskt och balanserat sätt. Internationella riktlinjer börjar utvecklas för vissa intensivvårdsdiagnoser (t.ex. sepsis och hjärtstopp), men nationella riktlinjer för intensivvården saknas, med något enstaka undantag (KOL), vilket ytterligare understryker behovet av en sammanhållen uppföljning av gruppen intensivvårdspatienter. I andra europeiska länder finns erfarenheter som pekar på att en sådan uppföljning kan leda till såväl förbättrade vårdresultat som en effektivisering och rationalisering av vården.

Medlemsutvecklingen 2001-2007

SIR startade år 2001 med 44 medlemmar, varav 24 stycken kunde skicka data av varierande omfattning och kvalitet första året. Under de följande 6 åren har antalet medlemmar stadigt ökat till 64 under 2007, då 48 också kunnat skicka data.

Detta motsvarar en täckningsgrad av intensivvård under 2007 på länsdelsnivå: 64 %, på länsnivå: 88 % och på regionnivå: 72 %. Vi uppskattar att detta motsvarar drygt 3/4 av Sveriges intensivvårdstillfällen.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

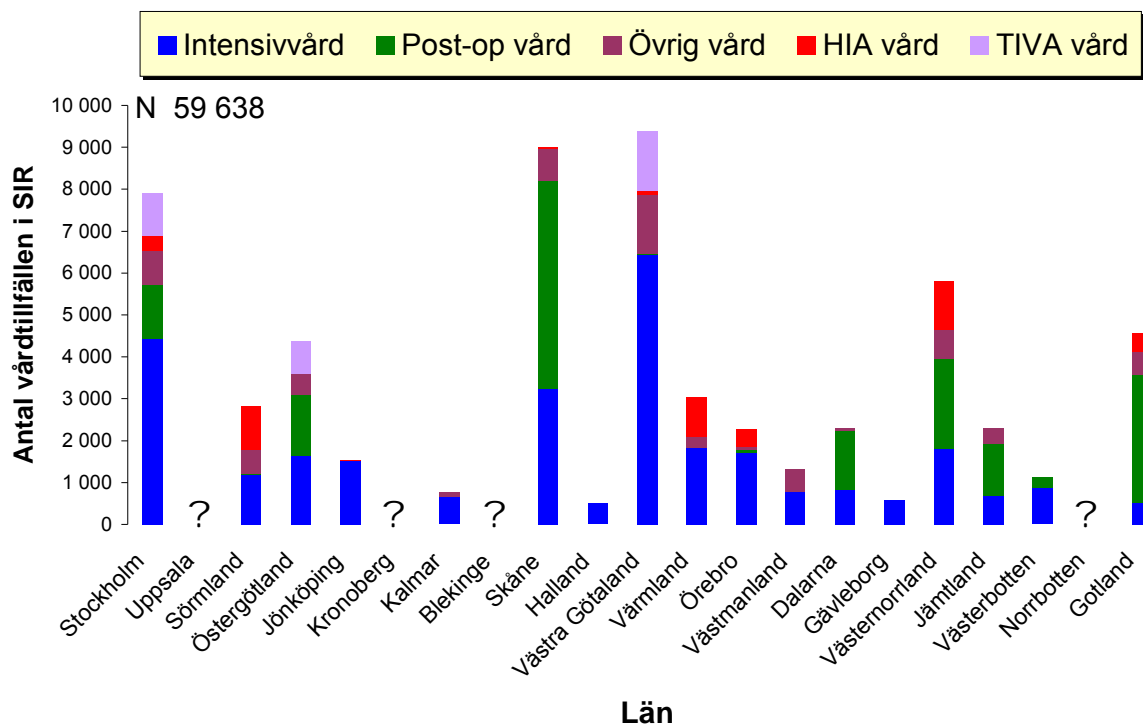
ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Sexton SIR-medlemmar skickar ej data. Dessa fördelas på nedanstående fyra län: Uppsala, Kronobergs, Blekinge samt Norrbottens län.



Figur 1. Vårdtillfällen och vårdtyper som rapporterats till SIR under 2007. Vårdtillfällen saknas helt från fyra län.

Varför skickar inte alla SIR medlemmar data?

Det dominerande problemet hos många enheter är avsaknad av IT-system som kan stödja kvalitetsarbetet inom intensivvården. En del sjukhusledningarna väntar på den nationella, gemensamma satsningen på hur IT ska användas för att stödja och utveckla vårdens verksamhet. Denna väntan kan bli lång och hjälper oss inte med kvalitetsarbetet här och nu!

För SIR medlemmar som skickar data kan IT-säkerhetsarbetet försvåra såväl exporten av data, som installation av ett valideringsprogram som är nödvändigt för att säkra datakvaliteten. Säkerhet är viktigt och ska underlätta utvecklingen av god kvalitet i den systematiska uppföljningen – inte försvåra eller omöjliggöra den!

Ojämn följsamhet mellan intensivvårdsavdelningar av SIR:s riktlinjer försvårar också jämförelser - så kan t ex 7 av 46 enheter inte ange behandlingsstrategi enligt SFAI's riktlinjer (Avstå och avbryta behandling).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Syfte

Huvudsyftet med Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är att stödja lokalt kvalitets- och utvecklingsarbete och stimulera till jämförelser mellan de deltagande intensivvårdsenheterna. Detta sker genom insamling av ett gemensamt överenskommet dataset som beskriver enskilda vårdtillfällen på IVA. Fokus för datafångsten är en uppsättning viktiga frågor som speglar intensivvårdsavdelningens verksamhet och där en snabb återkoppling av egna data i jämförelse med andra enheters data kan skapa incitament till förbättringar.

Exempel på sådana frågor är behov av intensivvårdsplatser, förekomst av avvikelser (komplikationer) inom vården, förekomst av sjukhusförvärvade infektioner, resursförbrukning och kostnadseffektivitet för olika sjukdomar och terapier, förekomst av tillbakahållande resp. avbrytande av behandling, frekvensen av dödsfall där organdonation är möjlig men ej genomförd, patientupplevd hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvården. Denna inriktning av datafångsten avspeglas i intensivvårdens 10 nationella kvalitetsindikatorer. Till varje indikator har fogats en registreringsrutin och en mall för utrapporten.

Indikatorerna är:

1. Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård
2. Svensk riskjusterad mortalitet
3. Bakteriell multiresistens upptäckt på IVA
4. Ventilator-associerad pneumoni (VAP)
5. Central venkateter (CVK) relaterad infektion
6. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
7. Avlidna på IVA uppföljning
8. Nattlig utskrivning från IVA
9. Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA
10. Beläggning på IVA

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Utkast till kvalitetsindex för svensk intensivvård

Ett sammanvägt kvalitetsindex kan bidra till att styrkor blir tydliga, svagheter och brister lättare identifieras och därmed åtgärdas snabbare. Därför har vi komponerat ett index sammansatt av SIR:s 10 kvalitetsindikatorer samt 2 moment som speglar datakvaliteten.

Datakvalitetsfrågor

En viktig aspekt för SIR har varit kvaliteten i inskickade data, särskilt bortfallet i de data som ligger till grund för svensk riskjusterad mortalitet. Detta bortfall har halverats på 6 år, men är fortfarande för högt i förhållande till målsättningen på < 10 %. Graden av måluppfyllelse beskriver vi ovan under ”Komplett riskjustering”.

SIR har ett antal definierade komplikationer som ska följas vid varje patients intensivvårdstillfälle. I starten 2001 kunde och gjordes det endast i 2 % av vårdtillfällena. För 2007 har denna siffra stigit till 91 %, vilket är en rejäl förbättring. Hur väl detta fungerar för olika enheter beskrivs översiktligt under ”Komplikationsregistrering” ovan.

Nedan framgår de olika färgernas betydelse för de olika komponenterna i index:

 <u>Livskvalitet efter intensivvård</u> Data saknas. Webberad datafångst inledd under 2008.	 <u>Nattlig utskrivning</u> 95 % konfidensintervall inkluderar referens medelvärdet (2005-2006).
 <u>Riskjusterad mortalitet</u> 95 % konfidensintervall inkluderar årsmedelvärdet.	 Nedre 95 % konfidensintervall över referens medelvärdet (2005-2006).
 Nedre 95 % konfidensintervall över årsmedelvärdet.	 Data saknas.
 Data saknas.	<u>Avstå och avbryta behandling</u>
<u>Bakteriell multiresistens</u>	 Registreras
 Målvärde saknas.	 Registreras ej
<u>Venilator-associerad pneumoni</u>	<u>Beläggning</u>
 Målvärde saknas.	 Data saknas. Webberad datafångst förbereds.
<u>CVK-relaterad infektion</u>	<u>Komplett riskjustering</u>
 Målvärde saknas.	 Över 90 % av vårdtillfällena är kompletta
<u>Åter in inom 72 tim</u>	 Mindre än 90 % av vårdtillfällena är kompletta
 95 % konfidensintervall inkluderar medelvärdet för 2005-2006.	 Riskjustering saknas
 Nedre 95 % konfidensintervall över medelvärdet för 2005-2006.	<u>Komplikationsregistrering</u>
 Data saknas.	 Registreras för mer än 95 % av vårdtillfällena.
<u>Avlidna på IVA uppföljning</u>	 Kan registrera, men görs ej.
 Alla komplett granskade av DAL/DAS *	 Kan inte registrera.
 Alla ej komplett granskade av DAL/DAS	

* DAL Donations Ansvarig Läkare
DAS Donations Ansvarig Sjuksköterska

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Region Norra 2007

Gällivare
Luleå/Boden
Umeå IVA
Örnsköldsvik
Sollefteå
Östersund
Sundsvall

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Gällivare	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Luleå/Boden	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Umeå IVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Örnsköldsvik	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sollefteå	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Östersund	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sundsvall	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Region Uppsala/Örebro 2007

Hudiksvall
Gävle
Falun
Torsby
Arvika
Uppsala CIVA
Västerås
Lindesberg
Eskilstuna
Karlstad
Karlskoga
Örebro IVA
Örebro TIVA
Nyköping

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Hudiksvall	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gävle	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Falun	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Torsby	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arvika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uppsala CIVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västerås	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lindesberg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Eskilstuna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Karlstad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Karlskoga	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Örebro IVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Örebro TIVA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nyköping	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Region Stockholm/Gotland 2007

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Norrtälje												
Danderyd												
KS-S TIVA												
KS-S CIVA												
KS-S NIVA												
Astrid Lindgrens barnsjukhus												
St Görän												
SÖS IVA												
KS-H IVA												
Södertälje												
Visby												

Region Västsvenska 2007

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Lidköping												
Skövde												
Uddevalla												
Trollhättan												
Kungälv												
Borås												
Drottning Silvias barnsjukhus												
SU CIVA												
SU NIVA												
SU TIVA												
SU Östra												
SU Mölndal												

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregsw.se

HEMSIDA

www.icuregsw.se



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Region Sydöstra 2007

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Norrköping												
Linköping IVA												
Linköping NIVA												
Linköping TIVA												
Jönköping												
Västervik												
Eksjö												
Värnamo												

Region Södra 2007

	Livskval efter IVA	Riskjust mortalitet	Bakt multiresistens	VAP	CVK-relat infektion	Återinläggning ≤ 72 tim	Avl på IVA uppföljn	Nattlig utskrivning	Avstå/avbryta beh	Beläggning	Komplett riskjustering	Komplikationsreg
Växjö												
Ljungby												
Halmstad												
Karlskrona IVA												
Kristianstad												
Helsingborg												
Lund IVA												
Lund BIVA												
Lund TIVA												
Malmö IVA												
Malmö Inf 2												
Ystad												

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregsw.se

HEMSIDA

www.icuregsw.se

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Kvalitetsindikatorer – några exempel

Uppföljning av avlidna på IVA – vad vill intensivvården beskriva?

Organdonation är en del av intensivvårdens arbete i Sverige. När en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärninfarkt är det intensivvårdens uppgift att möjliggöra organdonation. Det råder stor brist på organ i Sverige och fler än 600 personer väntar just nu på att få ett eller flera nya organ. I den allmänna debatten har vi under flera års tid uppskattat antalet möjliga donatorer till mellan 250 och 300 per år, utan att alltid precisera innebörden i begreppet 'möjlig organdonator'.

En målsättning med SIR:s registrering är att skapa en nationell, heltäckande uppföljning av intensivvårdspatienter som är möjliga organdonatorer, dvs. intensivvårdspatient som ventilatorbehandlas och har en diagnostiserad total hjärninfarkt och saknar exklusionskriterier för organdonation. Denna definition, och framför allt exklusionskriterierna, diskuteras för närvarande mellan Donationsrådet och Svensk Transplantationsförening. Intensivvårdens talan i denna diskussion förs av SFAI's uppdragsgrupp för organdonation. Hur möjlig organdonator slutligen preciseras påverkar naturligtvis både *hur* SIR redovisar resultatet och resultatets *utfall!* Dessutom ska donationsutfallet kunna beskrivas när den avlidnes vilja var känd respektive okänd, samt skälen för att organdonation inte genomfördes.

Donationsrådet och SIR genomförde tillsammans en kartläggning av hur många möjliga organdonatorer det egentligen finns i Sverige under sista kvartalet 2007. I SIR:s redovisning för oktober till december 2007, har vi valt att följa SIR:s protokoll för avlidna på IVA. Det är detta protokoll som medlemmarna har haft för ögonen, då de registrerat alla avlidna på IVA. Sammanfattningsvis visar den del av undersökningen som omfattar SIR-medlemmar, och som regelbundet skickar data, följande för 4:e kvartalet 2007:

- ✓ 6 527 intensivvårdspatienter med 7 356 vårdtillfällen
- ✓ 5 966 patienter skrevs ut levande från IVA (91,4%)
- ✓ 561 avled på IVA
 - 7,6% (räknat på vårdtillfällen)
 - 8,6% (räknat på patienter)
- ✓ 139 av 561 som avled hade svår, nytillkommen hjärnskada
 - 127 av dessa hade ventilatorbehandling
 - 35 av dessa dödförklarades med direkta kriterier
 - 30 av dessa kontaktades transplantationsenheten
 - 27 möjliga donatorer fanns bland dessa
 - 4,8% av antalet avlidna på IVA
 - 20 organdonationer genomfördes
 - 3,6% av antalet avlidna på IVA
 - 74,1% av antalet möjliga organdonatorer

Mortaliteten på IVA under studieperioden var till antalet representativt för hela 2007, visar en sökning i databasen.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Infektioner förvärvade under intensivvård

Kunskap och dokumentation om infektionsproblematik inom intensivvården är central för att optimera antibiotikaanvändningen och för att minska uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier. Förekomst av ventilator-associerad pneumoni och CVK-relaterad infektion, båda nationella kvalitetsindikatorer, varierar kraftigt utan särskilt mönster mellan olika avdelningar. Upptäckt av multiresistenta bakterier som föranlett isolering på IVA är en annan kvalitetsindikator, som också har en mycket varierande incidens.

Den teoretiska målnivån är avsaknad av dessa typer av infektioner, men praktiskt kan denna målnivå uppnås genom brister i registreringsarbetet. SIR utgår därför från två olika perspektiv. Det första perspektivet är att främja registreringen av dessa komplikationer vilket speglas i att förekomst av komplikationsregistrering är en komponent i SIR:s kvalitetsindex (se ovan). Det andra perspektivet är att koppla mikrobiologisk information direkt till varje vårdtillfälle på IVA. För att realisera denna koppling pågår en metodutveckling i ett brett samarbete med expertis inom medicinsk mikrobiologi, informatik och infektionsmedicin, delvis inom ramen för ett EU-projekt (Sjunde ramprogrammet – www.debugit.eu).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

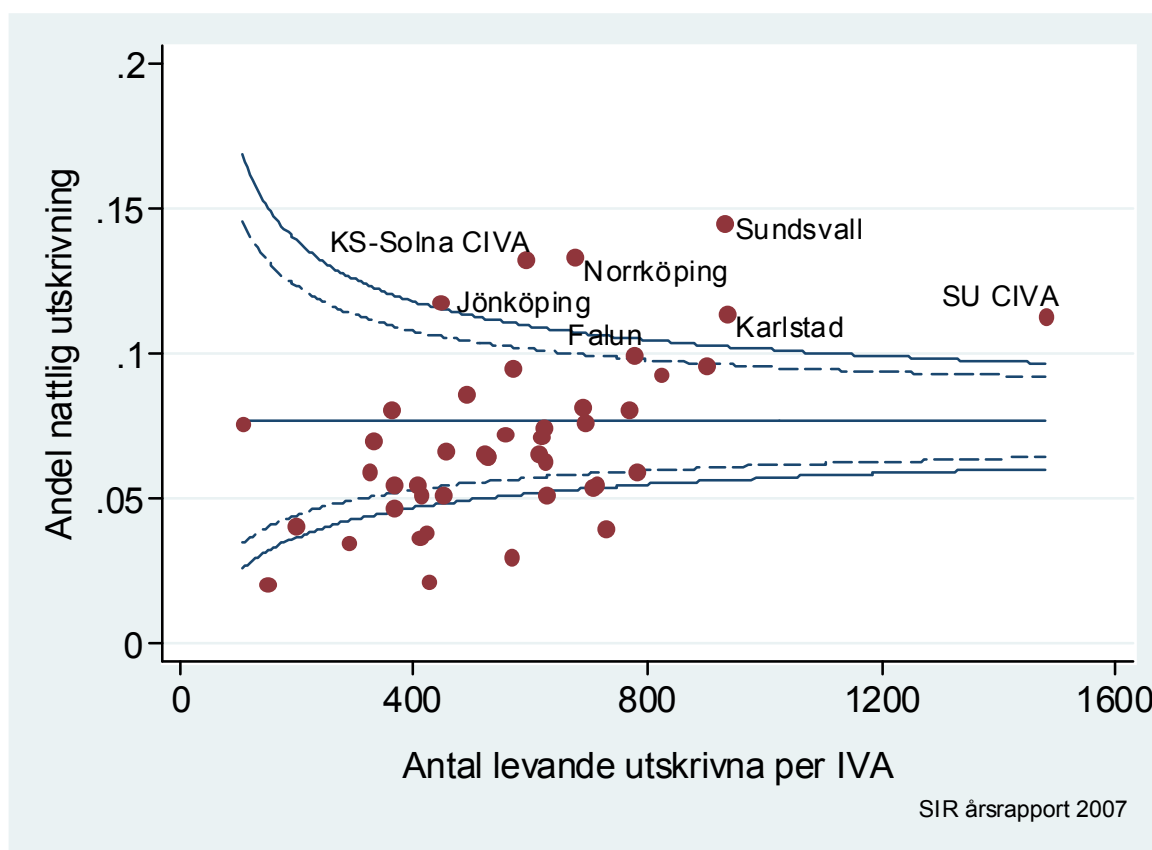
HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Nattlig utskrivning från IVA

Utskrivning från intensivvården nattetid sker vanligen av 2 skäl: utskrivning av medicinska skäl för specialistvård (t ex. neurokirurgi) och utskrivning pga platsbrist till vanlig vårdavdelning. Eftersom bemanningen ofta är begränsad nattetid betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Detta kan vara orsaken till att nattlig utskrivning från IVA är förknippat med ökad dödlighet, ett faktum som motiverar att nattlig utskrivning (utskrivning mellan kl. 22.00 och kl. 06.59) är en av SIR:s kvalitetsindikatorer. En definitiv målnivå är svår att identifiera. Vi väljer istället i SIR:s kvalitetsindex (se ovan) att utgå från förekomsten under 2005 och 2006, samt att beskriva förekomsten under 2007 i relation till medel andelen under samma år (Figur 3).



Figur 3. Nattlig utskrivning. Heldragen horisontell linje markerar medel andelen nattliga utskrivningar under 2007 (7.7 %). Streckade resp. heldragna yttre linjer markerar 95% respektive 99% konfidens intervall kring den heldragna linjen.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

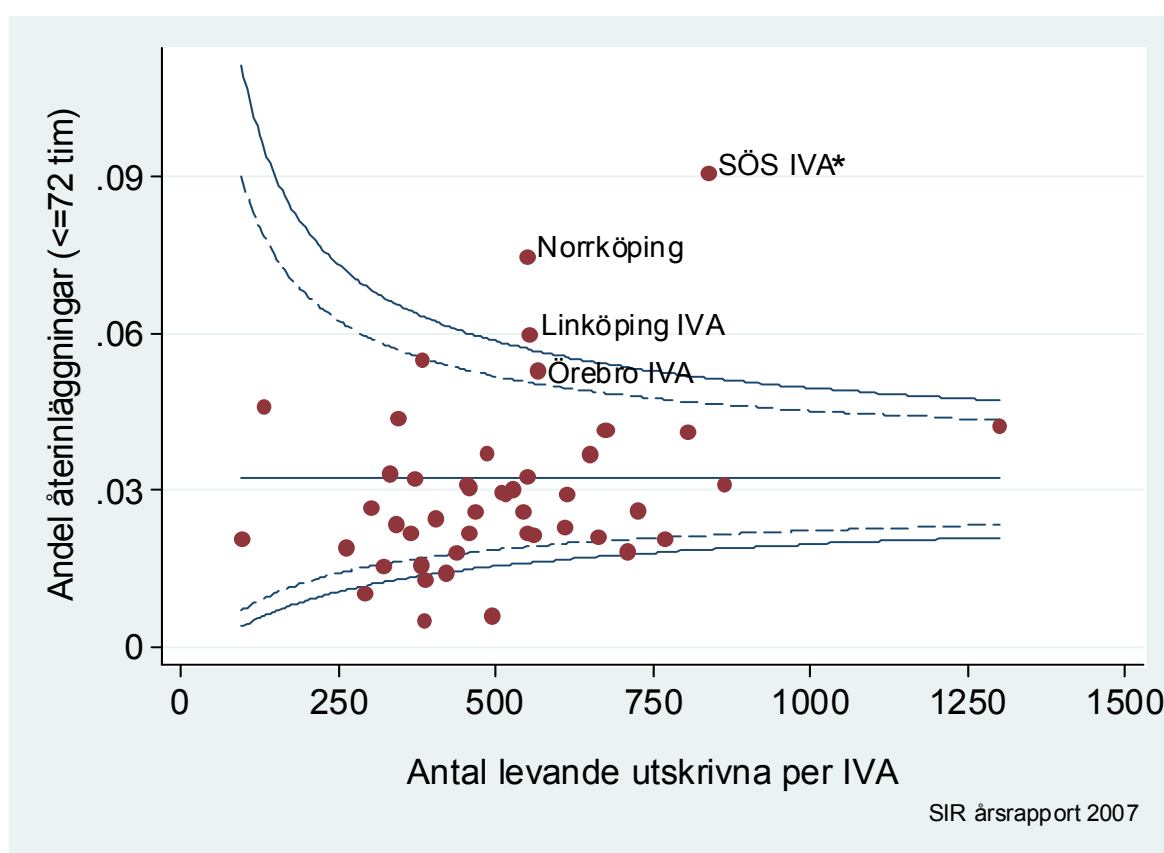
HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Åter-in inom 72 timmar

Återinläggning på IVA anses allmänt kunna spegla att patienten blivit utskriven för tidigt, innan hon/han blivit tillräckligt återställd. Orsaken till för tidig utskrivning kan bl. a vara resursbrist inom intensivvården, men också bristande rutiner och omhändertagande inom och utanför IVA. Det är väl känt att patienter som återkommer till IVA kort efter utskrivning (inom 72 timmar) löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR data för åren 2005-2006 där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet (riskjusterad oddskvot 1.60, i vardagliga termer ökar risken för att dö inom 30 dagar för en vanlig 75 årig person från 15 till 23 %). Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar (fig 4).



Figur 4. Andel återinläggningar inom 72 timmar. Heldragen horisontell linje markerar medel andelen återinläggningar under 2007 (3.2 %). Streckade resp. heldragna yttre linjer markerar 95% respektive 99% konfidens intervall kring den heldragna linjen.

* Sjukhusets patientadministrativa system kan ej hantera ett sammanhängande vårdtillfälle på IVA vid klinikbyte eller avdelningsbyte inom samma klinik. Sann andel återinläggning är 3.4 % enligt manuell kontroll.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregsw.se

HEMSIDA

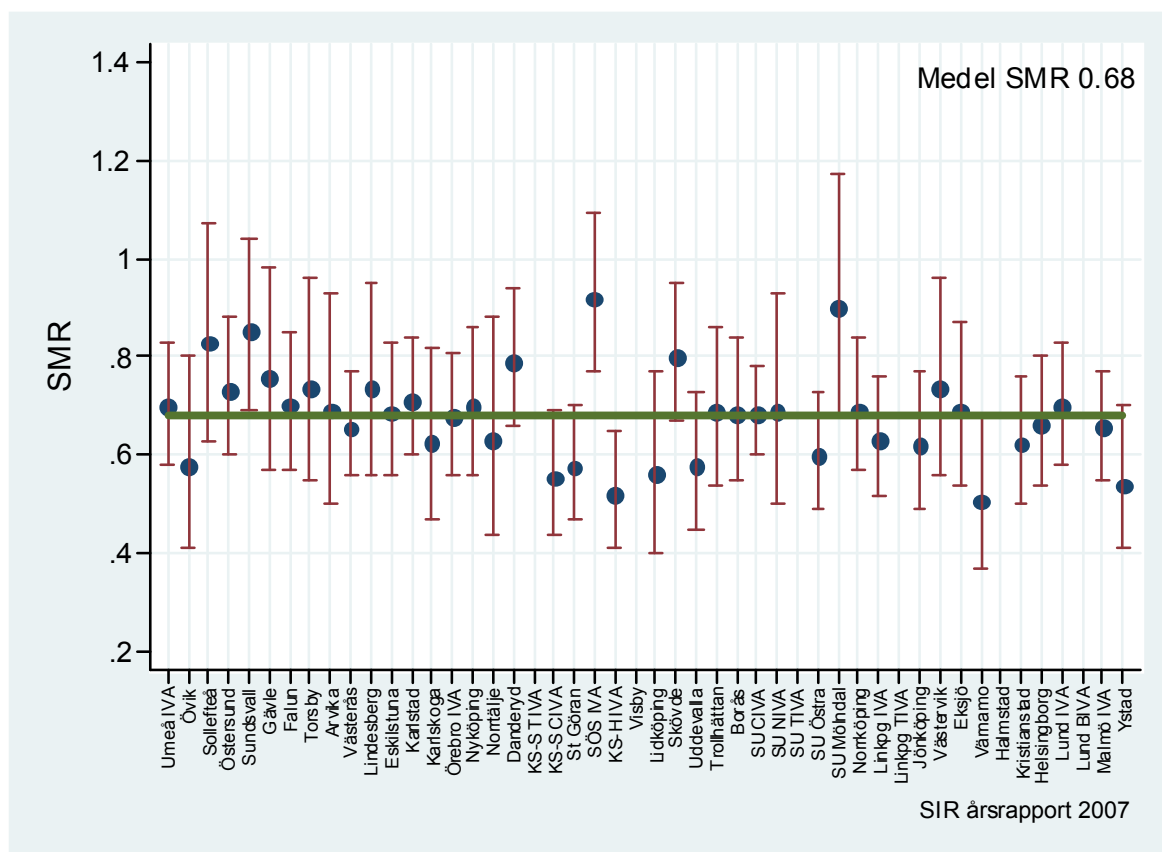
www.icuregsw.se

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Svensk riskjusterad mortalitet

Svensk riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad. Denna förväntan jämförs sedan med den observerade dödligheten via veckovisa datakörningar mot Statens personadressregister SPAR. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitets rat (SMR). Vi beräknar SMR på utfallet levande/avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. Ett stort antal faktorer påverkar SMR. Modellen för riskjustering är av stor betydelse, vilket avspeglas i att medel SMR för SIR 2007 ligger under 1, dvs. utfallet är avsevärt mycket bättre än förväntat av modellen (Figur 5). Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR, varför det är viktigt att värdet bedöms samtidigt som datakvaliteten beaktas. Därför ingår bortfallsbeskrivning som en del i utkastet till SIR:s kvalitetsindex (se ovan).

När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, olika patientkaraktäristika och slumpen återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.



Figur 5. Riskjusterad mortalitet. Metoden för riskjustering (Svensk APACHE) är modifierad och anpassad till svensk intensivvård efter APACHE II systemet. Data visar medel och 95% konfidensintervall per IVA.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Utveckling av Svenska Intensivvårdsregistret 2008-2010

Riva hinder för kvalitetsarbetet

Den stegvisa ökningen av antalet medlemsavdelningar sedan starten speglar värdet av det stöd i det lokala arbetet som ett gemensamt format kvalitetsregister betyder. Ett genom åren bestående hinder för kvalitetsarbetet är att inte alla avdelningar kan skicka data till SIR. Huvudorsaken till att 17 av 64 medlemmar under 2007 förhindrats att rapportera data till SIR finns i lokala IT-strukturer. Det är anmärkningsvärt att ett fåtal landstingsledningar - trots utfästelser nationellt om kvalitetsarbete - inte ger mer aktivt stöd för att bryta dessa hinder och stimulera de professionella strävanden för kvalitetsuppföljning som finns lokalt. Denna passivitet på högsta landstingsnivå hindrar våra medlemmar att uppfylla Socialstyrelsens författning om kvalitetssäkring av verksamheten.

Det finns flera tänkbara orsaker till denna tröga utveckling. Vi tror att väntan på en nationell IT-strategi för hälso- och sjukvården är en ursäkt för passivitet hos flera landsting- och sjukhusledningar. En annan orsak är att lokala sjukhus- och klinikledningar sätter sin tilltro till en utveckling mot en automatisk dataöverföring från befintliga och/eller kommande patientdata system (PDMS) till kvalitetsregistret. Vi tror att ett välfungerande sådant system tar minst 5 år att utveckla, under denna väntan förloras möjligheten att driva kvalitetsarbetet med utgångspunkt från den egna verksamhetens resultat.

Skapa förutsättningar för analys av beläggningsstatistik

Beläggning och optimalt antal disponibla intensivvårdsplatser per IVA-enhet eller per region är en fråga som arbetas med på olika håll i landet. SIR har i årets rapport för första gången kunnat redovisa siffror för antalet belagda intensivvårdsplatser per IVA-enhet. Nästa steg i utvecklingen är att kunna få fram siffror på disponibla intensivvårdsplatser som antingen är upptagna eller lediga, och därmed kunna närma oss frågan om optimalt antal intensivvårdsplatser. Kartläggningen upplevs av många medlemmar som angelägen i den pågående diskussionen om intensivvårdsresurser i förhållande till behovet. Denna belysning skulle också delvis kunna förklara variationen i nattlig utskrivning och återinläggning på IVA. Att det på respektive enhet också vårdas postoperativa patienter eller övrig vård framgår inte i vår redovisning. Det vore värdefullt att också få med postoperativ vård på IVA i ökad omfattning. För det första tror vi att en del intensivvårdspatienter vårdats på avdelningen tidigare, men då som postoperativa patienter. Finns det någon koppling mellan det postoperativa vårdförloppet och senare återkomst till samma avdelning, men nu pga ett intensivvårdsbehov? För det andra är förvisso postoperativ vård inte mer än c:a 5 % av vårdtyngden för en allmän IVA, men antalet vårdtillfällen kan vara lika stort som antalet intensivvårdstillfällen.

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Utveckling av återkoppling och medlemskommunikation

SIR:s utdatafunktion via webbplatsen har av medlemskommentarerna att döma blivit mycket uppskattad. Mycket arbete har lagts ned på att skapa en bra funktionalitet och ett lätt använt och systematiskt arbetssätt. De viktigaste funktionerna för att utvärdera kvalitetsindikatorer och andra parametrar för ett år i taget finns för vårdtyp intensivvård. Motsvarande arbete för vårdtypen Barnintensivvård och Thoraxintensivvård pågår under 2008. Som omnämnt tidigare finns ett starkt önskemål att också fånga produktion av andra vårdtyper inom intensivvårdsavdelningen väggår, t ex HIA och Postoperativ vård för att respektive enhet skall ha en god bild av den totala produktionen inom enheten. I det fortsatta arbetet är också tidsserierepresentationer mycket högt prioriterade. Ett omfattande arbete planeras för att under andra halvan av 2008 utveckla dessa delar så att en betydligt utbyggd ”version 2” av utdataportalen finns klar till kommande årsskifte. Den nya registreringsnormen som gäller som krav för alla från 2008-01-01 innebär också att användning av åtgärder som ventilatorbehandling och njurersättningsterapi m fl kan följas upp kvantitativt på ett helt annat sätt än tidigare. Utdataportalen och utdatalagret är under förändring så att denna funktionalitet enkelt skall kunna presenteras via utdataportalen senast från kommande årsskifte.

Kvalitetsregistrets bild i omvärlden, liksom mycket av medlemskommunikationen, är till stor del beroende av presentationen på Internet. SIR ser denna kommunikationsväg som strategiskt viktig och märker ett ökat intresse från huvudmän och medlemmar, samt den akademiska världen att få tillgång till intensivvårdsdata. Webbplatsen <http://www.icuregswe.org> har mot denna bakgrund behov av utbyggd funktionalitet, förenklad webbpubliceringsmetod och strukturerade arbetsflöden både inom arbetsgrupperna i SIR och ut mot medlemmarna. Från januari 2008 bedrivs därför ett omfattande projekt för att generationsväxla webbplatsen. Arbetet är tänkt att leda till att den nya webben presenteras i samband med specialistföreningens fortbildningsvecka i Uppsala v 37. En engelskspråkig webbversion ingår i planerna, men kommer om nödvändigt att senareläggas något.

SIR arbetar för att under 2008 etablera en fastare personalmässig struktur där medarbetare arbetar deltid inom kvalitetsregistrets ram för att säkerställa kontinuitet och utveckling. Resursmässigt innebär detta dock starkt önskemål om långsiktig finansiell trygghet i registrets finansiering om detta skall kunna leda till den ”lärande organisation” vi hett önskar. SKL:s ansvar och långsiktiga planering för kvalitetsregistren behöver preciseras för att vi rätt skall kunna värdera vilken satsning som blir möjlig.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
Landstinget i Värmland
Division Opererande specialiteter
651 82 Karlstad

TELEFON

0730 – 543 900
070 – 27 47 529

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

www.icuregswe.org