

Närvarande:

Johanna Hjelm, Sthlm, Birgitta Ohlgren, Sthlm, Bo-Michael Bellander, Sthlm, Daniel Törnberg, Sthlm, Gina Djerf, Linköping, Fredrik Ginstman, Linköping, Kristina Eriksson, Linköping, Charlotta Rosenkrantz-Gustafsson, Gbg, Christer Pettersson, Gbg

Diskuterade föregående möte, etc

Definitionen av v-dränsrelaterade infektioner är vi överens om från NIVA-klubben i Umeå. Förslaget är skickat från SIR:s NIVA-grupp till SIR.

SAPS3-registrering utförs med olika rutiner. Registrering sker manuellt då PDMS-data inte går in automatiskt alternativt primärdata finns endast på papper. I Stockholm problem med att överföring av data mellan olika system inte fungerar. Detta kan vara en förklaring till stora bortfall och att EMR blir olika mellan enheterna. Endast US Linköping kan med PasIVA se EMR direkt vid registrering och på så sätt verifierad att registreringen är rimlig och korrekt.

Efterregistrering av diagnoser som görs när patienten lämnar kliniken tas från epikrisen är mycket tidskrävande/resurskrävande (Linköping).

I Gbg sköter läkarna diagnosregistreringen. I Sthlm hjälper sköterskor och läkare varandra och i Linköping sköter sjuksköterskorna diagnosregistreringen till SIR.

Åtgärds-koder

Följande koder bör adderas till SIR:

- CBF-mätning: Noninvasiv cerebral blodflödesmätning ex Xenon (används i Linköping, planeras i Stockholm)
- Invasiv cerebral blodflödesmätning ex Bowman.
- Aktiv normotermi-behandling bör registreras (Coolguard, Thermowrap etc).

Förtydligande av befintliga åtgärds-koder

- Registrering av vasospasm definieras som behandlingkrävande vasospasm, t.ex extra Mg, 3H, ökad Nimodipinos (högre än vanlig profylaxdos), ballongdilatation, intraarteriell nicardipin injektion mm. Genom att registrera alla åtgärder kan vi få en uppfattning om förekomsten av behandlingskrävande vasospasm.
- Definition av coma-behandling. Läkemedelinducerat koma som syftar till att minska hjärnans metabolism och ICP och inkluderar därmed EEG-monitorering (burst-suppression) och/eller ICP-mätning..

Diagnoser

- Vid multitrauma i kombination med traumatisk hjärnskada skall båda registreras (S06.9 och T07.9) enligt SIR:s riktlinjer.
- Vid intrakraniella blödningar ska eventuell Waranbehandling registreras.

Utdata från SIR

- Tre stora diagnosgrupper: Intrakraniell skada (S06.9), SAH (I60.9) och Meningit(G00.9).

Traumatisk hjärnskada (TBI)

Pat med traumatisk hjärnskada ska delas upp i – 1. Skallskador utan multitrauma (=isolerad skallskada [S06.9]) och 2. Multitrauma med skallskada med (T07.9 och S06.9)

För att kunna få relevans i grupperna bär TBI delas in enligt medvetandepåverkan . Vi föreslår följande grupper: GCS 3/RLS8; GCS 4-5/RLS 6-7; GCS 6-8/RLS 4-5; GCS 9-13/RLS 2-3 och GCS 14-15/RLS 1.

Dessutom vore det intressant om se olika åldersgrupper.

För dessa grupper bör okorrigerad mortalitet redovisas. Om materialet är tillräcklig stort för sårredovisning av varje inrapporterande enhet.

I framtida registrering vore det av intresse att få med

-Pupillreaktion (ljusstel (0)eller reaktiv (1), uni-eller bilat) vid inkomst till sjukhus.

- CT-fynd:

--Medellinjöverskjutning (ICD10-kod saknas men vore önskvärt))

--Förekomst av traumatisk SAH (S06.6) och

--Traumatisk intraventrikulär blödning (S06.6 alt egen kod)

-B-glukos vid inkomst

Studier har även visat att Hb och kreatinin kan ha prediktivt värde.

Tillägg: Att ha med pupilldilatation vore av värde för alla neuropatienter och kanske alla intensivvårdspatienter över huvud taget. (Fråga till SIR)

Aneurysmal och idiopatisk SAH

Det vore intressant ut få okorrigerad mortalitet jämfört med ålder och GCS/RLS-gruppering (som traumatisk hjärnskada enligt ovan).

I framtiden skulle vi vilja ha rapport om frekvens av v-drän, spasmbehandling och respiratorbehandling .

-Re-blödning, förekomst av detta är viktigt för outcome. Kod saknas för detta. Kan man lägga till det i ”komplicerande tillstånd”?

-Hunt&Hess vore önskvärt som indata.

Meningit

Redovisning av okorrigerad mortalitet.

Indelas i GCS 3-8/RLS 4-8, GCS9-13/RLS 2-3, GCS 14-15/RLS 1.

Stroke

-Trombolysfall och dess komplikationer bör registreras i framtiden

Vårdtyngdsmätning

Nems – Gbg, Linköping och VTS – Sthlm

Finns möjlighet att jämföra dessa?

Vid protokollet
Birgitta Ohlgren

Justerat
Daniel Törnberg