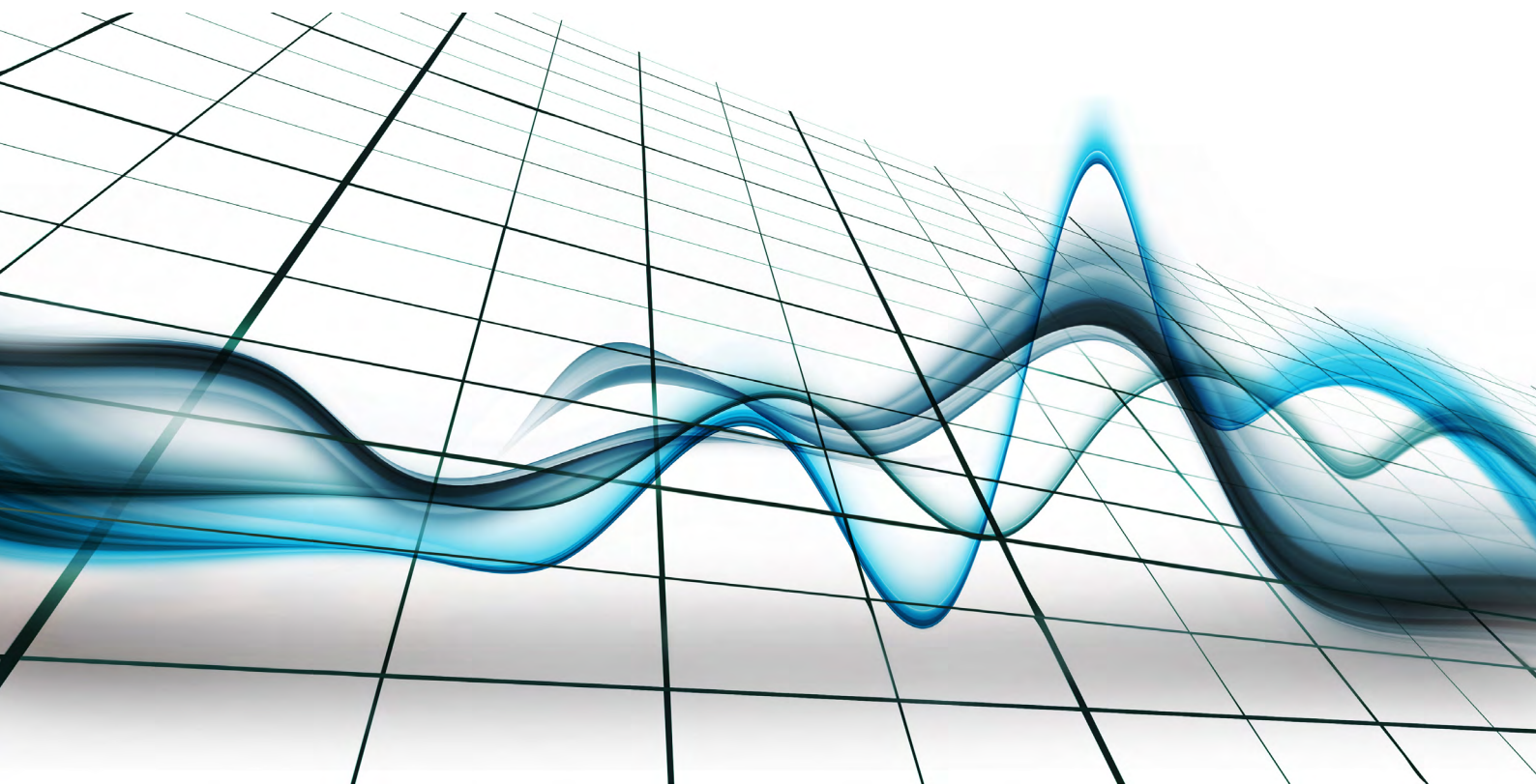




SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Uppföljning efter intensivvård

Årsrapport 2014



Version för patienter och närstående

Uppföljning efter Intensivvård

Patientanpassad resultatdata

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) presenterar en rapportversion särskilt avsedd att läsas av patienter och närstående. Rapporten är mycket kortfattad. För den läsare som önskar mer detaljer hänvisar vi till SIR:s fullständiga årsrapport som finns på hemsidan www.icuregswe.org, under fliken utdata.

Bakgrund

Svenska Intensivvårdsregistret SIR startade år 2001. Huvudsyftet med Svenska Intensivvårdsregistret är att använda data för att konkret förbättra vården för patienterna. Vägen dit är att stödja lokalt kvalitets- och utvecklingsarbete och stimulera till jämförelser och diskussioner mellan de svenska intensivvårdsavdelningarna. Våra analyser omfattar inte bara intensivvårdsförloppet utan kan även innefatta tiden före och efter intensivvården. På så sätt speglar intensivvårdens resultat inte bara händelseförloppet på IVA, utan också händelser före intensivvård och efter intensivvård, dvs. omhändertagandet i hela vårdkedjan som är relaterad till intensivvård.

Definition av intensivvård

Intensivvård är en vårdnivå och inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller svikt i vitala funktioner.

Deltagande intensivvårdsavdelningar

I Sverige finns 84 intensivvårdsavdelningar (allmänna och specialavdelningar) av dessa är 75 medlemmar i SIR. Specialinriktade intensivvårdsavdelningar är neurointensivvård, ECMO, thoraxintensivvård, brännskadeintensivvård och barnintensivvård. Patienter som vårdas på någon av de intensivvårdsavdelningar som är medlemmar i SIR registreras.

SIR har utarbetade riktlinjer för uppföljning efter intensivvård. Riktlinjen rekommenderar att de patienter som är 16 år och äldre med en vårdtid på intensivvårdsavdelningen på 96 timmar eller mer följs upp. Lokala variationer kan förekomma på de olika intensivvårdsavdelningarna.

Riktlinjerna innebär att personal från intensivvårdsavdelningen genomför uppföljningen. Ett besök genomförs på vårdavdelningen under första veckan efter utskrivning från IVA. Syftet är att skapa en kontakt samt ge information om vanligt förekommande konsekvenser efter IVA-vårdtiden. SIR har valt tre kontakter 2, 6 och 12 månader efter utskrivning från IVA. Kontakten vid 2 månader efter avslutad intensivvård är vald med hänsyn till att den ökar möjligheten att tidigt identifiera problem och tillstånd som är behandlingsbara. Kontakterna vid 6 och 12 månader kan ge kunskap som är av värde för både patient och verksamhet. Inför kontakterna får patienten skatta sin hälsorelaterade livskvalitet i ett formulär, SF -36, samt besvara frågor om aktuell sysselsättning, förmåga att utföra dagliga aktiviteter, längd och vikt.

Sammanfattning av resultat 2014

Under 2014 har 49 IVA rapporterat in uppföljningsdata till SIR. Totalt har 6660 patienter uppfyllt SIR:s kriterier och utav dessa har 1774 följts upp vid två månader och 510 har följts upp vid tre tillfällen. En orsak till att inte alla patienter är uppföljda kan vara att dödligheten är hög under det första året efter intensivvården. Det kan också vara relaterat till att patienten har fysiska eller psykosociala begränsningar. Bristande personella och ekonomiska resurser på IVA kan också begränsa möjligheten till uppföljning.

Ålder och kön

Under 2014 har 37075 antal patienter registrerats i SIR:s databas. Medelåldern hos dessa patienter var 56.5 år. Fler män (58%) än kvinnor (42%) vårdades på IVA. Betydligt fler män (62%) än kvinnor (38%) följdes upp vid 2 månader. Medelåldern ibland dessa patienter var 62 år, med en variation mellan 16-89 år. För de 510 patienter som följdes upp över tid dvs. med tre kontakter är medelåldern i denna grupp 65 år med en variation mellan 16-87 år och av dessa är 36% kvinnor.

Diagnoser och vårdtid

De sex vanligaste diagnoserna hos patienter uppföljda vid två månader är hjärtstopp, svår blodförgiftning (septisk chock-livshotande form av sepsis), andningsproblem, stort trauma och lunginflammation. Vårdtiden för patienter i Sverige varierar mellan <24 timmar och fler än 30 dygn. Få patienter 1% vårdades >30 dygn, 4% i 11-30 dygn, 12% i 4-10 dygn, 35% i 1-3 dygn och 49% i mindre än ett dygn. Medelvårdstiden för alla patienter är 2.7 dygn.



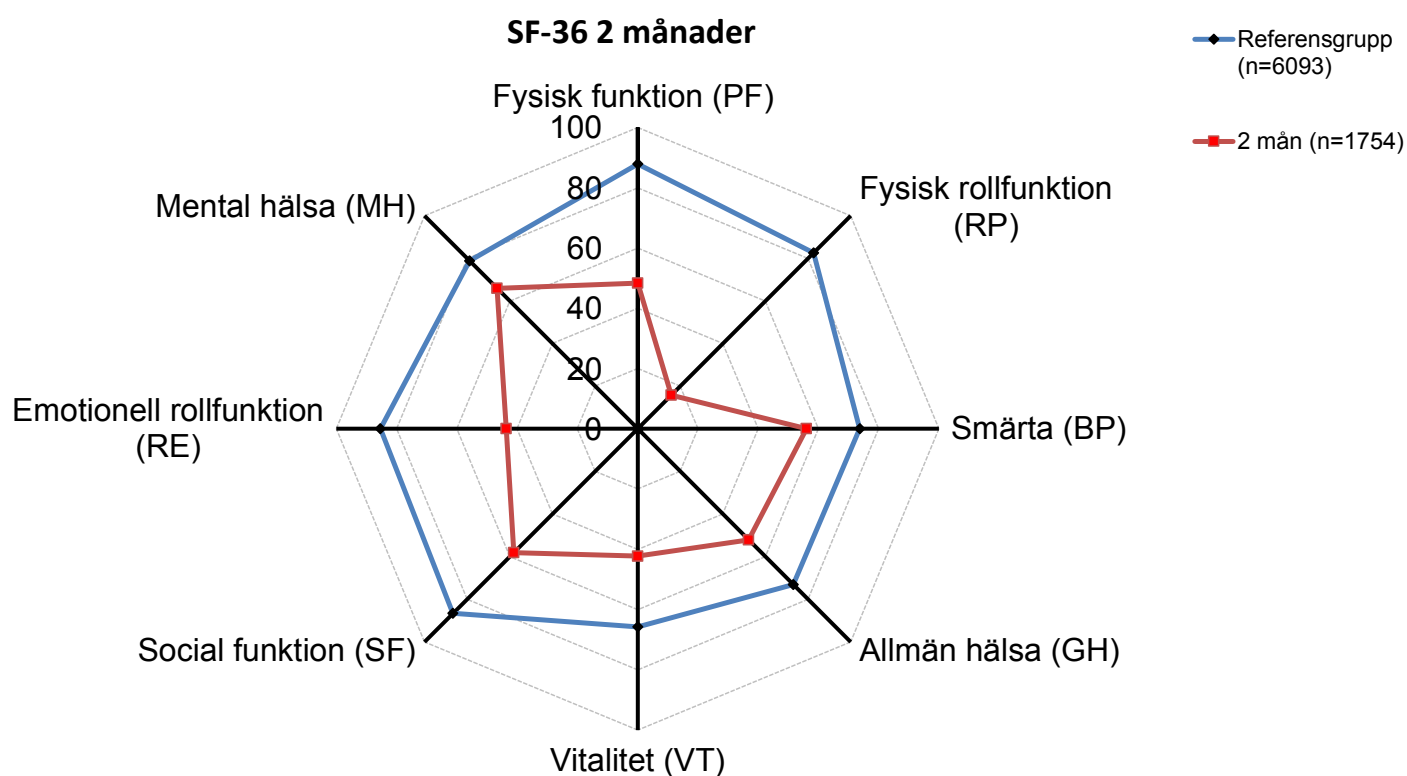
Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning är kritiskt sjuka. Dödligheten under intensivvårdstiden var ca 7% och ca 15% dog inom 30 dagar efter utskrivning från IVA.

Situationen efter IVA

Hälsorelaterad livskvalitet innefattar patientens fysiska, psykiska och sociala hälsa. Denna mäts med instrumentet SF-36 som är ett vanligt förekommande mätinstrument i vården. Det högsta värdet, utmärkt hälsa är 100 och det lägsta värdet, sämre hälsa är 0. SF-36 består av 8 områden, fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE), mental hälsa (MH). Fysisk rollfunktion RP speglar förmågan att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter utan att hämmas av fysiska problem. Den emotionella

rollfunktionen RE speglar förmågan att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter utan att hämmas av känslomässiga problem. De åtta områdena kan sammanfattas i två områden varav fyra är mer styrda mot fysisk hälsa och de fyra övriga mot psykosocial hälsa. Utifrån helhetssyn på individen kan inte enskilda områden isoleras utan de samverkar med varandra. Skattningen med hjälp av SF-36 visas ofta i form av ett spindeldiagram.

Jämfört med referenspopulationen, som är ett genomsnitt av individer i samhället mellan 20 och 75 år (6093 individer, medelålder 46 år, 54% kvinnor), uppger intensivvårdens patienter 2 månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning en statistisk säkerställd lägre hälsorelaterad livskvalitet i samtliga åtta områden (Figur 1).



Figur 1. Polärt diagram av hälsorelaterad livskvalitet mätt med livskvalitetsformuläret SF-36 2 månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning. Medelvärden för de 8 områdena redovisas tillsammans med en referenspopulation. Inom parentes står den engelska förkortningen för varje område.



Skillnaden mellan intensivvårdspatienter och referensgrupp är störst i fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP) och emotionell funktion (RE). Vi har därför valt att fokusera på dessa tre områden i syfte att kartlägga olika faktorer av betydelse.

Våra analyser visar att de faktorer som påverkar fysisk funktion (PF) är vårdtid, där längre vårdtid på intensivvårdsavdelningen innebär lägre skattad PF. Kvinnor skattar lägre PF än män, och äldre personer skattar lägre PF än yngre. Ytterligare faktorer som påverkar PF negativt är faktorn ”tiden före intagning för intensivvård” vilken innefattar kronisk sjukdom, vårdplats på sjukhuset före intagning till intensivvården, tid på sjukhus efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen samt läkemedelsbehandling innan intensivvården. Dessutom påverkas sänkningen i PF av den huvudsakliga orsaken till intagningen på intensivvårdsavdelningen där patienter vårdade för hjärtstopp eller stort trauma skattar lägre PF.

Fysisk rollfunktion (RP) påverkas liksom PF negativt av längre vårdtid samt faktorerna före intagning för intensivvård samt av den huvudsakliga orsaken till intagningen på intensivvårdsavdelningen. Den emotionella rollfunktionen (RE) påverkas negativt enbart av sjukdom som patienten har före intagning på intensivvårdsavdelningen.

Uppföljning över tid

De patienter som har avslutat sin uppföljning under 2014 och har tre uppföljningar med kompletta SF-36 är 510 patienter. Medelvårdtiden för dessa patienter är 223 timmar (min/max 17,5 -1 388 timmar).

Över tid skattar patienterna sin hälsorelaterade livskvalitet lägre än referenspopulationen i samtliga dimensioner. Vid skattning av hälsorelaterad livskvalitet behöver mätning göras över tid för att eventuella förändringar ska upptäckas. Detta kan vi se i denna grupp då mätningen vid 2 månader är lågt skattad för att stiga vid 6 månader och därefter ligga kvar på ungefär samma nivå (Figur 2). Analyser visar dock skillnader beroende på vad patienten har för huvudsaklig

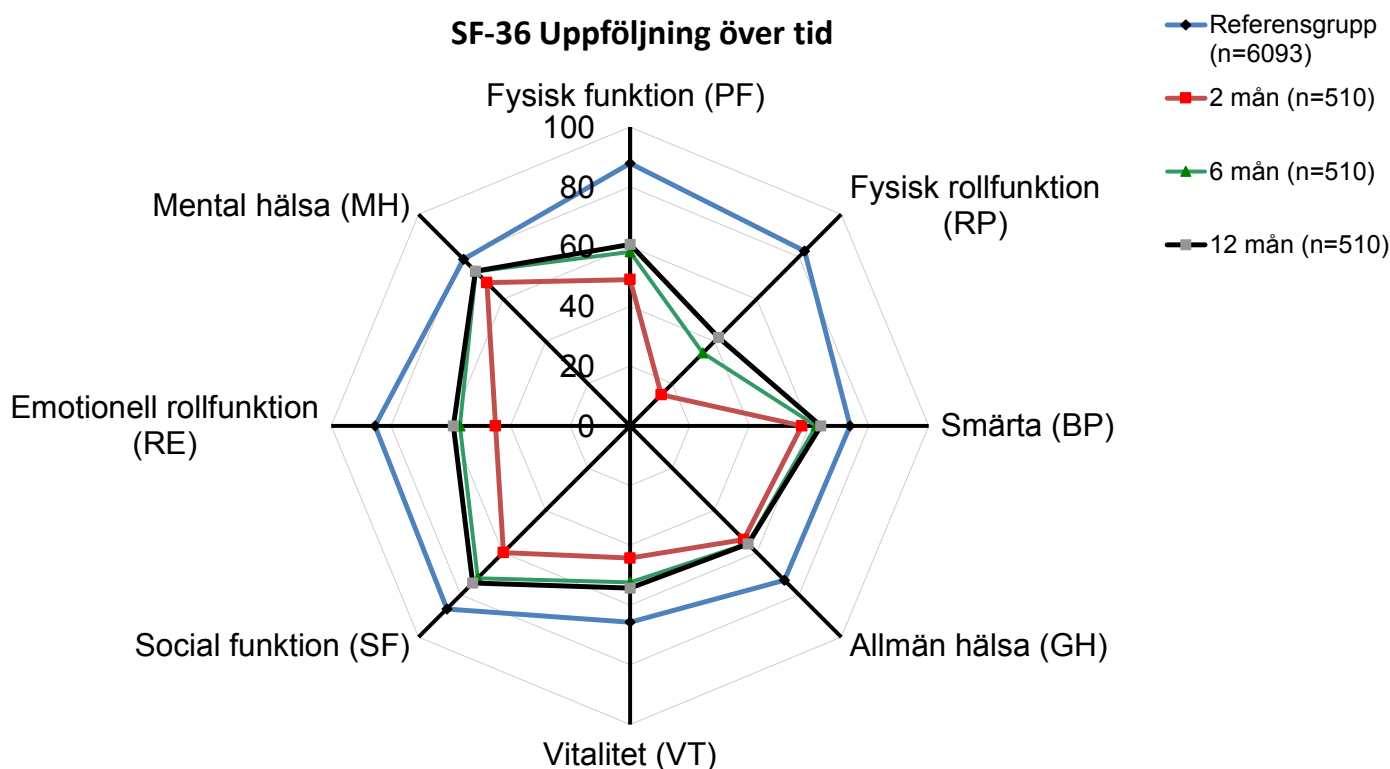
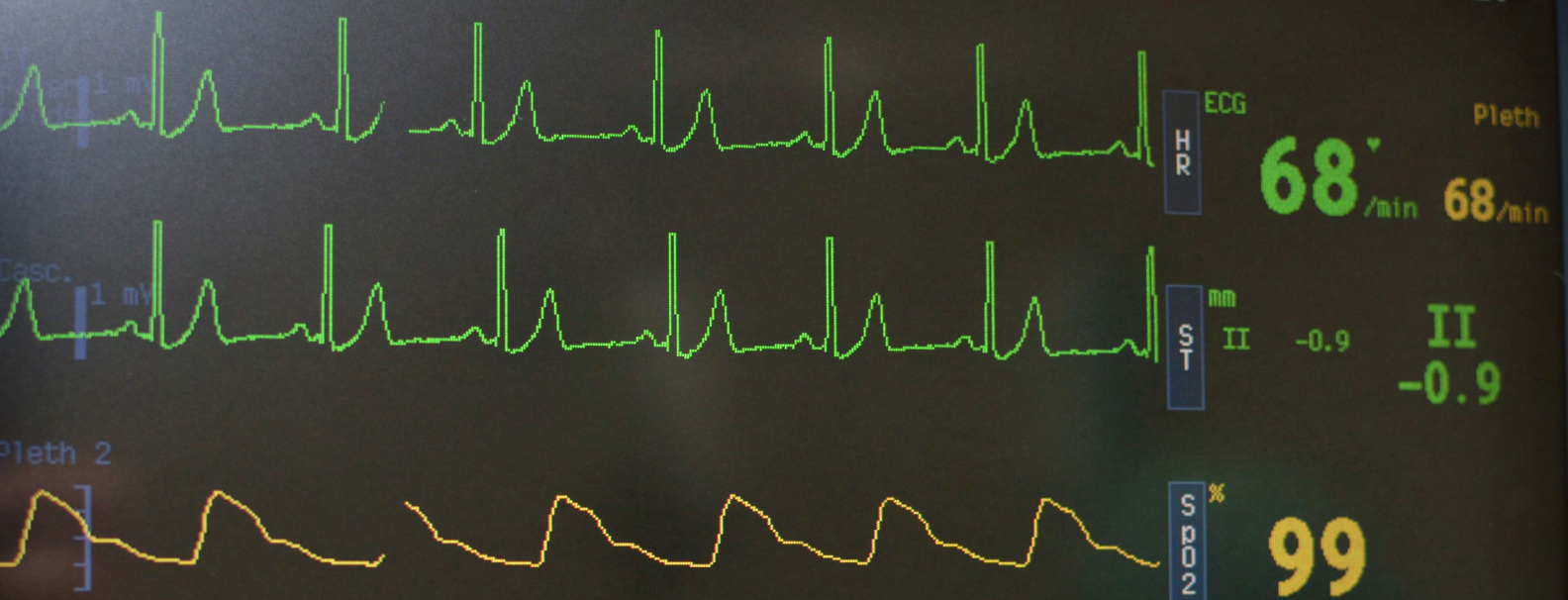
orsak till intagningen på intensivvårdsavdelningen. Patienter vårdade för hjärtstopp, svår blodförgiftning, septisk chock – livshotande form av sepsis, stort trauma samt andningsproblem skattar en allt högre hälsorelaterad livskvalitet över tid medan patienter vårdade för lunginflammation skattar sin hälsorelaterade livskvalitet allt sämre över tid. Analyserna av data över tid visar att patienterna framförallt har problem med den fysiska rollfunktionen (RP) där de största skillnaderna jämfört med referensgruppen finns. Då fysisk rollfunktion (RP) mäter i vilken utsträckning fysiska hälsoproblem inverkar på förmågan att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter kan detta innebära att även de övriga områdena påverkas och individen kan bli mer eller mindre beroende av andra personer i det dagliga livet. Över tid så påverkas dimensionen RE enbart av vilka sjukdomar patienten har före inläggning på intensivvårdsavdelning. Den lågt skattade nivån på både RP och RE påverkar patientens dagliga aktivitet pga. det fysiska hälsotillståndet och känslomässiga problem, d.v.s. de har varken fysisk förmåga eller psykisk ork till de dagliga aktiviteterna.

Överflyttning mellan intensivvårdsavdelningar

Sjukvårdens resurser är begränsade och antal intensivvårdsplatser är inte alltid tillräckliga. Detta medför att patienter behöver flyttas från en intensivvårdsavdelning till en annan, ibland även till ett annat sjukhus. Problemet belystes i fjolårets rapport. I år har en analys gjorts om överflyttning till annan intensivvårdsavdelning påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten hos de patienter som överflyttas. Resultatet visar att de patienter som överflyttas skattar lägre i två av de fysiska områdena, PF och RP i jämförelse med de patienter som inte överflyttas. Orsaken till detta behöver studeras ytterligare.

Analys

Studier visar att det finns flera fördelar med att starta den fysiska rehabiliteringen/mobiliseringen tidigt under vistelsen på IVA. Då vårt resultat i årsrapporten visar



Figur 2. Polärt diagram av hälsorelaterad livskvalitet mätt med livskvalitetsformuläret SF-36 vid uppföljning över tid 2, 6 och 12 månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen. Medelvärden för de 8 områdena redovisas tillsammans med en referenspopulation. Inom parentes står den engelska förkortningen för varje område.

att framförallt patienternas fysiska hälsa är påverkad mätt med SF-36 så stödjer detta ytterligare fördelarna med en tidig mobilisering. Detta förutsätter mer vakna patienter, en behandlingsstrategi som idag rekommenderas inom intensivvården. Idag finns det flera nya lugnande och smärtlindrande mediciner som gör att patienterna kan vara mer vakna och på så sätt medverka vid vården och har då möjlighet att bättre bibehålla den intellektuella och fysiska funktionen.

Det sker en ständig utveckling inom intensivvården för att förbättra patientens behandlingsresultat. En dialog med patient och närstående och uppföljning av resultat är ett av de redskap som kan leda till utveckling och förbättring.

Det finns fortfarande begränsad kunskap kring hur det går för patienter efter intensivvård och om det sker förändringar över tid. Det är därför viktigt att följa de patienter som lämnar intensivvårdsavdelningarna vid flera tillfällen. Olika instrument och uppföljande besök på PostIVA mottagningar är en viktig del i detta arbete.

Patientens upplevelse av vården är viktig för att kvalitén på vården ska kunna utvecklas. Idag finns det få tillförlitliga instrument som är testade på intensivvårdspatienter för att samla in sådan information. SIR har påbörjat ett arbete med hur detta ska kunna göras.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Kontakt:

Exekutivt ansvarig för Svenska Intensivvårdsregistret: Carl-Johan Wickerts

Postadress: Svenska Intensivvårdsregistret, c/o Carl-Johan Wickerts

Skördevägen 23

183 57 Täby

Telefon: 054-19 14 97

E-mail: carl-johan.wickerts@icuregswe.org