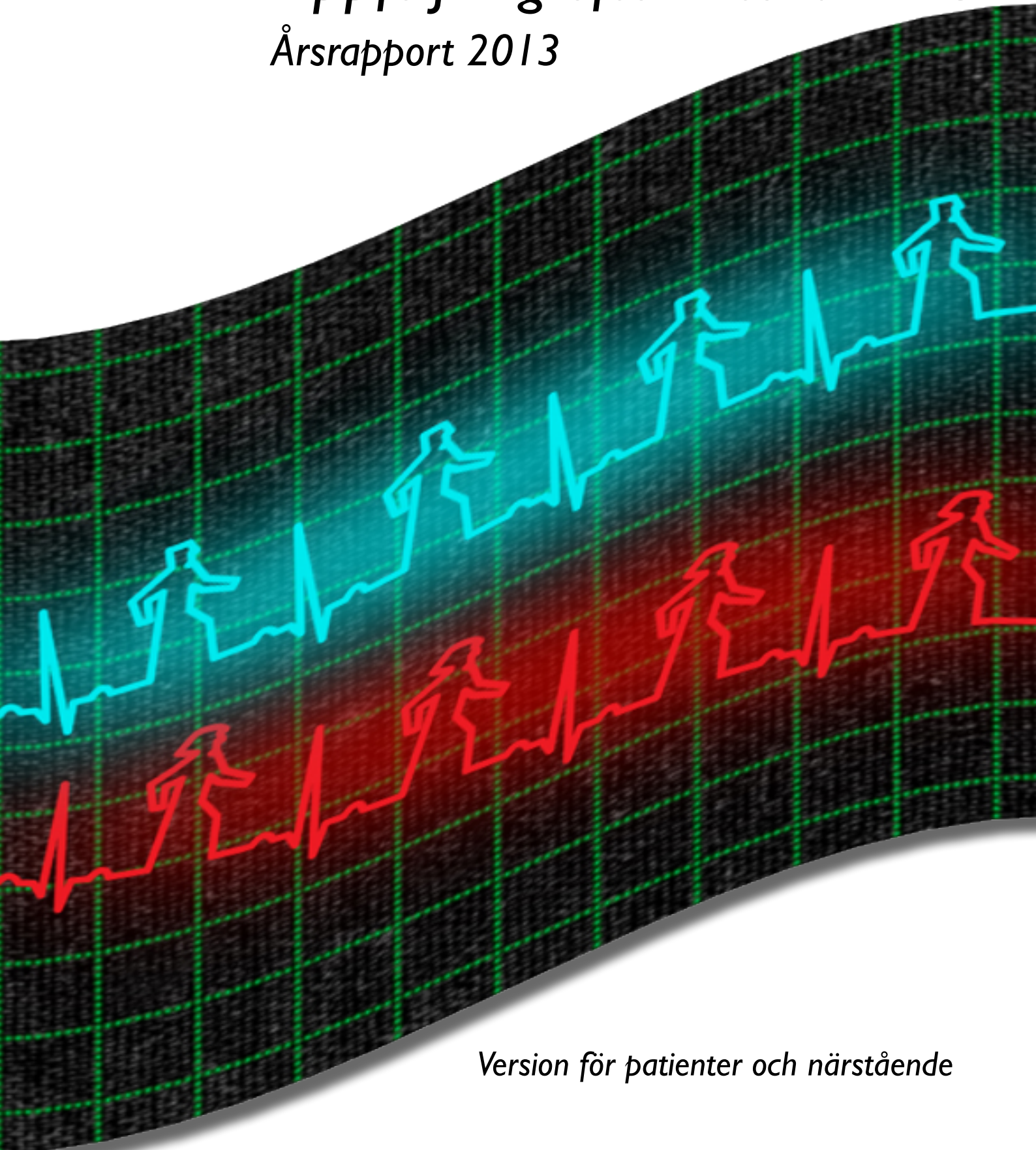


# Uppföljning efter intensivvård

## Årsrapport 2013



Version för patienter och närstående

# Uppföljning efter intensivvård

## Patientanpassad resultatdata

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) presenterar i år 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 vår hemsida [www.icuregswe.org](http://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 77 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 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 och BMI.

### Sammanfattning av resultat 2013

Under 2013 har 48 IVA rapporterat in uppföljningsdata till SIR. Totalt har 7 035 patienter uppfyllt SIR:s kriterier och utav dessa har 912 följts upp vid två månader och 342 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 2013 har 37 715 antal patienter registrerats i SIR:s databas. Medelåldern hos dessa patienter är 56 år. Fler män (58 %) än kvinnor (42 %) vårdades på IVA. Betydligt fler män (65 %) än kvinnor (35 %) följdes upp vid 2 månader. Medelåldern för dessa patienter är 62 år, med en variation mellan 16-88 år. För de 342 patienter som följdes upp över tid dvs. med tre kontakter är medelåldern i denna grupp 64 år med en variation mellan 18-90 år och av dessa är 39 % kvinnor.

### Diagnoser och vårdtid

De sex vanligaste diagnoserna hos patienter uppföljda med tre kontakter är hjärtstopp (6,7%), svår blodförgiftning (9,6%), septisk chock-livshotande form av sepsis (12,9%), andningsproblem (7,3%) stort trauma (4,4%) och lunginflammation (7,0%). Vårdtiden för patienter i Sverige varierar mellan 0 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. Vårdtiden för patienter uppföljda vid två månader varierar mellan 4-58 dygn. De som har följts upp vid tre tillfällen varierar mellan 4-74 dygn.

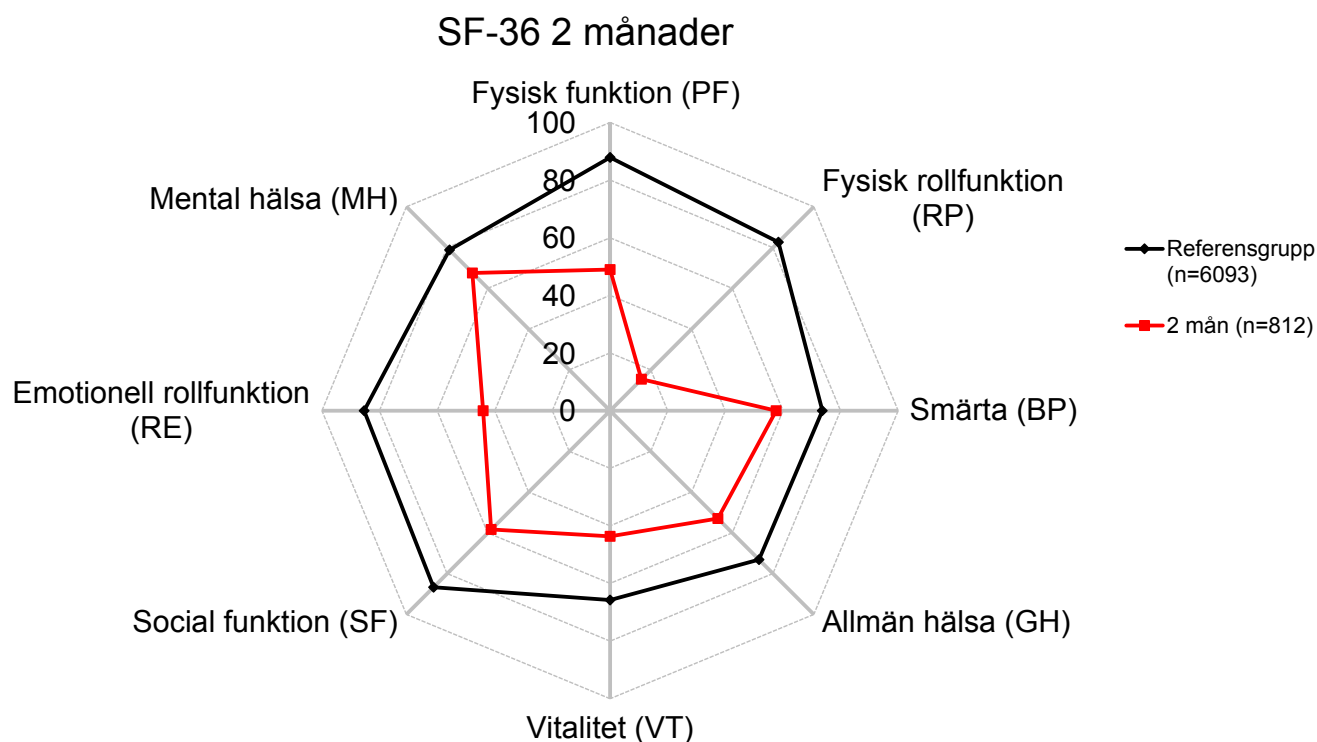
Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning är kritiskt sjuka. Dödligheten under intensivvårdstiden var ca 7 % och ca 15 % dog inom 30 dagar efter inskrivning på IVA.

### 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 PF 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 (6 093 individer, medelålder 46 år, 54 % kvinnor), uppgår intensivvårdens patienter 2 månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning en 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) och i fysisk rollfunktion (RP). Vi har därför valt att fokusera på dessa två områden i syfte att kartlägga olika faktorer av betydelse.

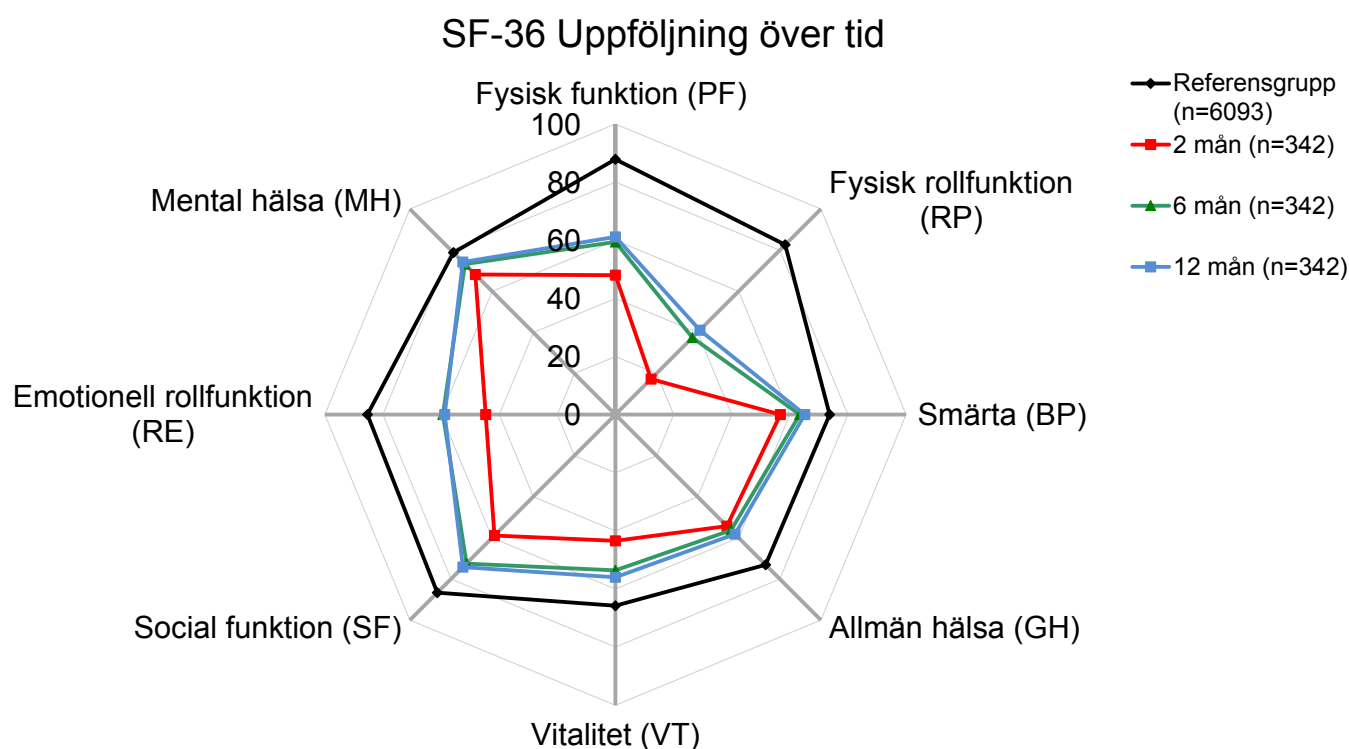
Våra analyser visar att de faktorer som påverkar fysisk funktion (PF) är vårdtid, där längre vårdtid på intensivvårdsavdelningen innebär lägre skattad fysisk funktion (PF). Kvinnor skattar lägre fysisk funktion (PF) än män. Ytterligare faktorer som påverkar fysisk funktion (PF) är tiden före intagning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

Fysisk rollfunktion (RP) påverkas av vårdtid före intagning för intensivvård samt den huvudsakliga orsaken till intagningen på intensivvårdsavdelningen.

### Uppföljning över tid

De patienter som har avslutat sin uppföljning under 2013 och har tre uppföljningar med kompletta SF-36 är 342 patienter. Medelvårdtiden för dessa patienter är 246 timmar (min/max 96-1 775 timmar).

Över tid skattar patienterna sin hälsorelaterade livskvalitet lägre än referenspopulationen. 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



**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. Medelvärdet för de 8 områdena redovisas tillsammans med en referenspopulation. Inom parentes står den engelska förkortningen för varje område.



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.

Andelen patienter som är beroende eller delvis beroende av andra personer för det dagliga livets aktiviteter (personligt ADL) som förflyttning, klara toalettbesök och klä sig var fler (14%) ett år efter IVA vårdtiden i jämförelse med före IVA. Av de patienter som var i arbete innan intensivvårdsperioden hade 68% återgått till samma sysselsättning som före intensivvårdsperioden.

### ***Analys***

Resultatet i årsrapporten visar att patienterna skattar med SF-36 en påverkad fysisk hälsa. Vår reflektion av detta är att det är viktigt att tidigt påbörja mobilisering under vårdtiden på IVA. Studier som är gjorda visar att det är möjligt att starta den fysiska rehabiliteringen/mobilisering tidigt under vistelsen på IVA. En av förutsättningarna för detta är den behandlingsstrategi med mer vakna patienter som rekommenderas inom

intensivvården idag. Flera av de läkemedel som tidigare använts för att hjälpa patienten slappna av och ge smärtlindring har visat sig ha effekter i form av hallucinationer och mardrömmar. En mer vaken patient kan medverka vid vården och har då möjlighet att bibehålla kognitiv och fysisk funktion.

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 endast begränsad kunskap kring hur det går för patienter efter intensivvård och det är viktigt att arbetet fortgår med att försöka öka det antal intensivvårdsavdelningar som följer upp sina patienter över tid.

## Kontakt:

Exekutivt ansvarig för Svenska Intensivvårdsregistret: Carl-Johan Wickerts

Postadress: Svenska Intensivvårdsregistret, c/o Carl-Johan Wickerts  
Skördevägen 23  
183 57 Täby

Telefon: 054-191497

E-mail: [carl-johan.wickerts@icuregswe.org](mailto:carl-johan.wickerts@icuregswe.org)