

SIR:s och SIS:s nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård

För att underlätta praktisk användning är denna riktlinje indelad i två delar. Den första (Registreringsinstruktion) innehåller de uppgifter som krävs för registrering av data för rapportering till SIR. Den andra (Bakgrundsinformation) innehåller en kort introduktion samt beskriver vad varje indikatorn reflekterar, mätetalens beräkning samt indikatorns begränsningar. För att minimera dokumentets omfång hänvisar vi till SIR:s övriga riktlinjer hellre än att upprepa samma text här.

Registreringsinstruktion

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

Kvalitetsindikatorn redovisar om avdelningen uppfyller grundläggande delar av *Riktlinje för svensk intensivvård* utfärdad av SIS/SFAI (Svenska Intensivvårdssällskapet/Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård). Indikatorn består i en serie frågor som besvaras årligen via ett särskilt webprotokoll tillgängligt från SIR:s hemsida. Rapporteringen inkluderar även några frågor som syftar till att inhämta information som inte relaterar till särskilda delar av SIS/SFAI:s riktlinje men är av värde för tolkning och analys av andra data som rapporteras till SIR.

Frågor som ska besvaras avseende den enskilda avdelningen:

1. Vilken IVA-kategori tillhör avdelningen
 - a. Kategori III
 - b. Kategori II
 - c. Kategori I

Kategorier av intensivvårdsavdelningar enl. Svensk riktlinje för intensivvård	
Kategori III	Intensivvårdsavdelning på universitetssjukhus, få eller inga begränsningar avseende vilka övervaknings- eller behandlingsmetoder som finns tillgängliga. Inkluderar specialintensivvårdsavdelningar för thorax-, neuro-barn- och brännskadeintensivvård.
Kategori II	Intensivvårdsavdelning t.ex. på länssjukhus, behärskar intensivvård vid multipel organsvikt men saknar möjlighet att erbjuda de allra mest kvalificerade metoder för övervakning och behandling vid svikt i ett eller fler som kan erbjudas på avdelning av kategori III.
Kategori I	Intensivvårdsavdelning, t.ex. på länsdelssjukhus, behärskar intensivvård vid svikt i ett eller flera organsystem men saknar möjlighet att erbjuda intensivvård på samma nivå som kategori II och III.

2. Rapporterar avdelningen för alla vårdtillfällen data enligt SIR:s grunddataset samt de registreringar som krävs för samtliga kvalitetsindikatorer?
 - a. Ja
 - b. Nej
3. Har avdelningen sjukhusbunden anesthesi- och intensivvårdsjour?
 - a. Ja
 - b. Nej
4. Om ja på fråga 3, vilken är den sjukhusbundna jourens kompetens som lägst?
 - a. Specialist i anesthesi- och intensivvård
 - b. ST-läkare i anesthesi- och intensivvård med mindre än 1 år kvar till specialistkompetens och med minst 6 månaders intensivvårdsutbildning
 - c. ST-läkare i anesthesi- och intensivvård
 - d. Finns sjukhusbunden jour men den uppfyller inte något av a-c.

”Vilken är jourens kompetens som lägst” avser den kompetens som minst krävs för att läkare ska vara jour med ansvar för den aktuella avdelningen.

5. Har alla sjuksköterskor som arbetar vid avdelningen specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård?
 - a. Ja
 - b. Nej
 - c. Nej men övriga har pågående specialistsjuksköterskeutbildning
6. Om nej. För ett enskilt arbetspass, hur stor andel av sjuksköterskorna har som lägst specialistsjuksköterskeutbildning i intensivvård?
 - a. Fler än hälften
 - b. Mindre än hälften

Alternativ a. avser avdelning där inte alla men fler än hälften av sjuksköterskorna varje arbetspass har utbildning som specialistsjuksköterska inom intensivvård och alternativ b. avdelning där det förekommer arbetspass då färre än hälften av sjuksköterskorna har sådan utbildning.

7. Kompetens hos läkare med medicinskt ledningsansvarig för avdelningen? (flera kan vara rätt)
 - a. Specialist i anesthesi och intensivvård
 - i. Ja
 - ii. Nej
 - b. 2 årig fördjupningsutbildning inom intensivvård samt godkänd examen EDIC 1 och 2.
 - i. Ja
 - ii. Nej

- c. Specialist i anestesi och intensivvård med kontinuerlig tjänstgöring inom intensivvård > 2 år.
 - i. Ja, inklusive EDIC 1 och 2
 - ii. Ja, men ej EDIC 1 och 2
 - iii. Nej
- d. Disputerad.
 - i. Ja
 - ii. Nej

Med medicinsk ledningsansvarig avses här den läkare som har det övergripande, långsiktiga ansvaret för intensivvårdsavdelningen. Alternativa benämningar är t.ex. IVA-chef eller IVA-ansvarig.

- 8. Hur många beläggningsbara intensivvårdsplatser har avdelningen?
 - a. 1-20?
- 9. Hur många isoleringsrum har avdelningen?
 - a. 1-20?

Med beläggningsbar intensivvårdsplats menas att avdelningen har både en fysisk sängplats och personal för vård av patient med intensivvårdsbehov. Om antalet intensivvårdsplatser varierar anges det antal intensivvårdspatienter som normalt kan vårdas med hänsyn till bemanning och fysiska begränsningar. Med isoleringsrum menas vådrum med stängd dörr och där enbart en patient vårdas.

- 10. Bemanning en vanlig dag kontorstid? Inkludera alla som är involverade i patientarbetet men inte de med uteslutande administrativa arbetsuppgifter.
 - a. Antal undersköterskor
 - b. Antal sjuksköterskor
 - c. Antal ST-läkare
 - d. Antal specialistläkare

Uppskatta bemanningen en normal arbetsdag när antalet beläggningsbara intensivvårdsplatser motsvarar det som anges som svar på fråga 8.

Q2. Riskjusterad mortalitet

Förutsätter rapportering av tid för vårdtillfällets start, patientens persondata samt parametrar för justering av mortalitetsrisk enligt SAPS3, PIM3 eller IVA-Higgins (se riktlinjer för registrering av vårdtillfälle och riskjustering).

Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

Indikatorn bygger på rapportering av:

1. Bakteriell multiresistens enligt riktlinje för negativa händelser och komplikationer.
2. Smittisolering enligt riktlinje för åtgärdsregistrering.

Med bakteriell multiresistens avses:

1. MRSA eller VRSA (meticillinresistenta *S. aureus* respektive vankomycinresistenta *S. aureus*).
2. VRE (vankomycinresistenta enterokocker).
3. ESBL (gramnegativa bakterier som bildar "Extended Spectrum Beta-Lactamases").

Med isolering avses:

Vårdrum med stängd dörr och där enbart en patient vårdas.

Q 4. Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist

Indikatorn bygger på rapportering av utskrivningsorsak enligt riktlinje för registrering av vårdtillfälle.

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Indikatorn bygger på rapportering av start och sluttid för vårdtillfällen samt om vårdtillfället är en akutinläggning (ja/nej) enligt riktlinje för registrering av vårdtillfälle.

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

Indikatorn bygger på att avdelningen har en rutin för att uppmärksamma och dokumentera vilka patienter som uppfyller kriterier för möjlig donator (se Mätetal för organdonation beslutade av Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod) och på rapportering enligt riktlinje för uppföljning av avlidna. Rapportering sker för alla vårdtillfällen där vårdtyp IVA, TIVA eller BIVA angivits men inte om vårdtyp postoperativ vård, HIA eller övrig vård angivits. Vårdtyp beskrivs i riktlinje för registrering av vårdtillfälle.

Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Finns dokumenterat beslut om behandlingsstrategi inom 24 h från start av intensivvårdstillfället? Besvaras som Ja/Nej och registreras genom endera:

1. Automatisk datafångst från elektronisk journal/patientdatassystem som inkluderar dokumentation av beslut om behandlingsstrategi och tidpunkt för detta.
2. Aktiv registrering i system för rapportering till SIR.

Begreppet behandlingsstrategi beskrivs i riktlinje för registrering av behandlingsstrategi.

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

Uppgifter för denna indikator registreras tillsammans med vårdtyngdsregistreringen vilken görs 1 eller 3 gånger per dygn (en gång per sköterskepass). Vid dessa tillfällen registreras:

- a. Om patienten för tillfället behandlats med invasiv ventilation (Ja/Nej).

Om fråga a. besvarats med ja registreras:

- b. Om sederingsgrad registreras med sederingskala (Ja/Nej).
- c. Om det finns ett dokumenterat sederingsmål (Ja/Nej).
- d. Om patientens sederingsgrad motsvarar sederingsmålet (Ja/Nej).

Frågeställningarna besvaras för alla patienter som behandlas med invasiv ventilation, oavsett om patienten för tillfället får sederande läkemedel.

Bakgrundsinformation

Introduktion

SIR:s och SIS:s verksamheter syftar till att understödja svensk intensivvårds strävan att uppnå bästa möjliga medicinska och omvårdnadsmässiga resultat med lägsta möjliga personella och materiella resursåtgång. En del av detta stöd är användandet av kvalitetsindikatorer för att identifiera och motverka avvikelser och skillnader avseende vårdkvalitet. Syftet med kvalitetsindikatorer är därför också att initiera och underlätta lokalt förbättrings- och kvalitetssäkringsarbete.

En bra kvalitetsindikator kännetecknas av:

Validitet – både vetenskapliga resultat och klinisk erfarenhet ger stöd för att det som mäts motsvarar god eller dålig kvalitet

Relevans – en indikator har god relevans om den har god validitet och samtidigt omfattar en så stor del av verksamheten att det har signifikant betydelse att god kvalitet uppnås

Jämförbarhet – skillnader i mätetal betingas framför allt av skillnader i vårdkvalitet, andra faktorer bör ha så liten påverkan på mätetalen som möjligt. God jämförbarhet förutsätter också att mätetalen har samma eller likartad betydelse för alla enheter. Skillnader i mätetal för en kvalitetsindikator betyder skillnader i vårdkvalitet enbart om de data mätetalet bygger på är av god kvalitet och registrerats korrekt, om vården avser jämförbara patienter eller är justerade för skillnader i patientkaraktäristika och om effekten av slumpvis variation redovisats.

Kvalitetsindikatorer indelas ofta efter hur de mäter en av tre olika domäner:

Struktur – indikatorer som mäter vårdens förutsättningar i form av lokaler, utrustning, kompetens och andra resurser, t ex bemanning.

Process – indikatorer som mäter hur vården genomförs, t ex följsamhet till riktlinjer eller uppföljning av verksamheten.

Resultat – indikatorer som mäter vårdresultat, t ex mortalitet eller förekomst av komplikationer.

God vårdkvalitet syftar framför allt till bästa möjliga resultat. Användandet av struktur- och processindikatorer motiveras av att dessa ofta har en bättre jämförbarhet och är enklare att koppla till kvalitetssäkringsarbete.

Målnivåer

Intensivvårdens utveckling gör att målnivåer för kvalitetsindikatorernas mätetal förändras över tid. Målnivåerna revideras årligen och publiceras därför i ett särskilt dokument.

Q1. Följer svensk riktlinje för intensivvård

Q1 består i en serie frågor som syftar till att dels klargöra i vilken utsträckning avdelningen följer Svensk riktlinje för intensivvård utfärdad av SIS/SFAI och dels syftar till att ge information om avdelningen som är av värde för tolkningen av rapporteringen till SIR som helhet. För utökad definition av t.ex. de olika kategorierna av IVA hänvisas till SIS/SFAI:s riktlinje.

Relevans

Svensk riktlinje för intensivvård innehåller nationella rekommendationer för hur effektiv och säker intensivvård bedrivs. Riktlinjen är utformad och antagen av Svenska intensivvårdssällskapet (SIS) samt Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). Avvikelse från riktlinjen får därför anses innebära en lägre kvalitet än vård som uppfyller riktlinjen.

Typ av indikator

Struktur och process.

Mått

För varje avdelning återges hur avdelningarna besvarat frågorna 1-10 under Q1. Indikatorn uppfylls om avdelningen rapporterar svar för samtliga frågor 1-10 samt uppfyller de rekommendationer i SIS/SFAI:s riktlinje som motsvaras av frågorna 2, 3, 4, 5, 7, och 10. För fråga 2 återges dels vilket svar som givits och dels vad avdelningen faktiskt rapporterat till SIR.

Möjlighet att registrera svar på frågorna 1-10 finns under hela året. I SIR:s årsrapport återges de senast lämnade svaren för det aktuella året. Finns inga svar registrerade för det aktuella året återges det som utebliven rapportering. Uppfyllande av Q1 förutsätter därför rapportering minst en gång varje kalenderår.

Tolkningsproblem, Felkällor

Möjliga felkällor består framför allt i felaktig rapportering, t.ex. pga. att de olika svarsalternativen är otillräckligt definierade. Tolkningsproblem kan betingas av begränsad detaljupplösning, t ex avseende kompetens hos jourläkare eller sjuksköterskor eller av att förhållandena på en intensivvårdsavdelning varierar på ett sätt som inte fångas av rapporteringen.

Q2. Riskjusterad mortalitet

Relevans

Indikatorn har hög relevans eftersom förlängd överlevnad är en självklar målsättning för all intensivvård. Riskjusterad mortalitet är dessutom ett resultatmått som medger god jämförbarhet för resultat från olika avdelningar och från samma avdelning över tid. Indikatorn är allmänt använd internationellt.

Typ av indikator

Resultat.

Mått

Riskjusterad mortalitet beräknas som standardiserad mortalitetsrat (SMR, rat = kvot). SMR motsvarar kvoten mellan observerad mortalitetsrat (OMR) 30 dagar efter ankomsttid och den förväntade mortaliteten (EMR, estimerad mortalitetsrat). För PIM3 beräknas raterna avseende IVA-mortalitet.

$$SMR = OMR/EMR$$

EMR beräknas med hjälp av riskjusteringsmodeller som utnyttjar data rörande patientens ålder, sjukdom och fysiologi för att bedöma risken för död. För vuxna (≥ 16 år) används SAPS3, för barn (< 16 år) PIM3 och för patienter inom thoraxintensivvården används IVA-Higgins. SMR och riskjusteringsmodellerna beskrivs närmare i SIR:s riktlinje för riskjustering.

Uppgifter om observerade mortalitet (OMR) hämtas av SIR från Sveriges folkbokföring

Redovisas som:

1. SMR för alla vårdtillfällen under en definierad tidsperiod, t.ex. kalenderår.
2. SMR stratifierat för kön och ålderskategorier.

Tolkningsproblem, Felkällor

1. Riskjustering eliminerar bara delvist skillnader i förväntad dödlighet mellan olika patientgrupper.
2. 30-dagarsdödlighet påverkas inte uteslutande av vården på IVA utan t.ex. också av kirurgisk behandling och vården före och efter intensivvården. Detta påverkar inte indikatorns relevans ur ett patientperspektiv men det försvårar tolkningen eftersom det bidrar till att skillnader i SMR kan ha andra orsaker än skillnader i intensivvårdens kvalitet.

3. Riskjustering inkluderar angiven intagningsorsak vilket ofta är en subjektiv bedömning av den som registrerar data.
4. Avsaknad av några av de värden som krävs för riskjustering kan leda till underskattad risk för död och därmed ett falskt högt SMR.
5. De parametrar som används av riskjusteringsmodellerna ska vara registrerade inom bestämda tidsramar (se SIR:s riktlinje för riskjustering). Rapportering av mätvärden som registrerats utanför dessa tidsramar kan resultera i felaktig riskjustering och falskt låg SMR.

Samtliga av 1-5 kan bidra till skillnader i SMR mellan olika enheter eller för samma enhet över tid utan att skillnader i intensivvårdens kvalitet föreligger.

Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

Relevans

Adekvat isolering av patienter infekterade eller koloniserade med multiresistenta bakterier motverkar spridning av dessa till andra patienter. Detta medför i sin tur minskad risk att patienter utvecklar svårbehandlade infektioner, minskad risk för inadekvat empirisk antibiotikabehandling och minskad användning av bredspektrumantibiotika.

Typ av indikator

Struktur och process. Indikatorn återspeglar dels att den rapporterande avdelningen har isoleringsrum och bemanning som medger isolering (struktur) och dels att detta genomförs när indikation finns (process).

Mått

För alla vårdtillfällen (vtf) där bakteriell multiresistens registrerats beräknas andelen (%) där också åtgärden isolering registrerats. Det vill säga:

$$\% = \frac{\text{Antalet vtf med multiresistens (SK-010) och åtgärden isolering (DV091)}}{\text{Antalet vtf med multiresistens (SK-010)}}$$

Nödvändig inställning i valideringsprogrammet

SIR återrappporterar Q3 enbart om avdelningen rapporterar med valideringsprogrammet inställt på "Registrerar alltid" för "Negativa händelser och komplikationer" och för åtgärden smittisolering (DV091).

Tolkningsproblem, Felkällor

1. Återrapporteringen från SIR klargör inte om ett lågt värde för indikatorn betingas av brister avseende struktur eller process.
2. Ofullständig registrering av bakteriell multiresistens kan leda till falskt högt (bra) värde för indikatorn. Ofullständig registrering av åtgärden smittisolering kan leda till falskt lågt (dåligt) värde för indikatorn.

Q4. Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist

När en intensivvårdsavdelnings samlade resurser överstigs kan det bli nödvändigt att av resursskäl överföra patient till annan IVA.

Relevans

Överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar medför dels risker relaterade till själva transporten och dels risker i form av ofullständig informationsöverföring, fördröjd diagnostik och behandling, och förlängd intensivvårdstid. Överflyttning medför också en extra belastning för patient och närstående i och med att de förlorar etablerade relationer till vårdgivare på den IVA och det sjukhus som patienten flyttas ifrån.

Typ av indikator

Struktur. Indikatorn återspeglar framför allt struktur eftersom resursbrist är förutsättningen för överflyttningen.

Mått

Andel (%) vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA pga egen resursbrist. Andelen beräknas av alla vårdtillfällen där patienten skrivits ut levande:

$$\% = \frac{\text{Antal vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA pga egen resursbrist}}{\text{Antalet vårdtillfällen där patienten skrivs ut levande}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

De faktiska eller potentiella konsekvenserna och riskerna med en överflyttning mellan två olika IVA beror på t.ex. avstånd mellan enheterna, huruvida journaldokumentation är fortsatt tillgänglig på den nya enheten, om överflyttningen också medför byte av ansvarig läkare från patientens bakavdelning. Till exempel är det skillnad mellan överflyttning mellan två IVA

inom samma sjukhus respektive överflyttning med ambulans till annat sjukhus. Samma andel överflyttningar kan därför återspegla olika brister i kvalitet.

Regional samordning av intensivvården är nödvändig för optimalt utnyttjande av begränsade intensivvårdsresurser. Total avsaknad av överflyttningar pga. egen resursbrist är sannolikt inte ett optimalt utnyttjande om det avser överflyttningar inom samma sjukhus. Detta försvårar valet av nationella målvärden för indikatorn.

För en avdelning inom ett sjukhus med flera IVA kan överflyttning pga. egen resursbrist mer återspegla resursbrist för sjukhuset som helhet än för den enskilda avdelningen.

Resursbrist kan också medföra tidigare utskrivning av IVA-patienter till andra vårdnivåer eller att man på den rapporterade avdelningen vårdar fler patienter än vad resurserna egentligen är anpassade för. Andelen överflyttningar pga. egen resursbrist utgör då en underskattning av den egentliga resursbristen.

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Relevans

Återinläggning på IVA kort tid efter det att ett tidigare vårdtillfälle avslutats kan återspegla att patienten skrivits ut för tidigt. Orsaken till för tidig utskrivning kan vara resursbrist men också bristande rutiner och felaktiga bedömningar. Patienter som återkommer till IVA kort tid efter utskrivning har en ökad risk för kort överlevnad. Det är dock oklart om en förlängd första intensivvårdsperiod skulle medfört bättre överlevnad.

Typ av indikator

Struktur, process och resultat. Indikatorn mäter i sig ett resultat men detta återspeglar såväl struktur (resurser) som process (hur vården genomförts) på såväl IVA som vårdavdelning.

Mått

Antalet återinläggningar fångas av:

1. Att ett nytt intensivvårdstillfälle vid samma IVA inleds ≤ 72 tim efter det att ett tidigare vårdtillfälle avslutats.
2. Att det andra vårdtillfället inte är en planerad inläggning.
3. Att ankomstvägen vid det andra vårdtillfället inte är från "Annan IVA". Överföringar mellan olika IVA återrapporteras inte som återinläggning.

Antalet återinläggningar anges som andel (%) av det totala antalet vårdtillfällen där patienten skrivits ut från IVA levande:

Antal återinläggningar

$$\% = \frac{\text{Antalet vårdtillfällen där patienten skrivs ut levande}}{\text{Antal återinläggningar}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

Återinläggning på IVA inom 72 h kan återspegla bristande vårdkvalitet både på aktuell IVA och på mottagande vårdavdelning.

Vissa återinläggningar betingas inte av bristande vårdkvalitet utan av oförutsägbara försämringar i patientens tillstånd.

Indikatorn registrerar inte återinläggning på annan IVA.

Andra tidsramar än 72 h förekommer i litteraturen, kortare tidsramar medför ökad sannolikhet att återinläggningen är kopplad till för tidig utskrivning från IVA men också att färre återinläggningar påvisas.

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

Indikatorn motsvarar mätetal 5, "Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer på IVA bland totala antalet avlidna möjliga donatorer", enligt "Mätetal för organdonation" beslutade av Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod. Begreppet möjlig donator beskrivs i detalj i detta dokument och i SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna. Målsättningen för intensivvården är uppmärksamma *alla patienter* som uppfyller kriterierna för möjlig donator och att detta dokumenteras. Kvalitetsindikatorn värderar i vilken utsträckning detta sker för gruppen patienter som avlidit på IVA. För dessa patienter identifieras i efterhand de som uppfyllt kriterier för möjlig donator och därefter kontrolleras om detta dokumenterats före döden. Granskningen av vårdtillfället i efterhand beskrivs i detalj i riktlinjen för uppföljning av avlidna.

Relevans

Det är intensivvårdens uppgift att möjliggöra organdonation när en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärninfarkt. Ett stort antal svårt sjuka patienter väntar på organtransplantation. Transplantation innebär för dessa patienter förlängd överlevnad, förbättrad livskvalitet och minskat vårdbehov. Indikatorn belyser intensivvårdens förmåga att uppmärksamma möjliga donatorer. Brister i denna förmåga har kopplats till lågt antal organdonationer.

Typ av indikator

Process. Indikatorn återspeglar framför allt att vården inkluderar rutiner som medför att möjliga donatorer identifieras och att detta dokumenteras.

Mått

Antal möjliga donatorer där det finns dokumenterat att detta
uppmärksammats före döden

% =

Totala antalet avlidna på IVA som uppfyllt kriterierna för möjlig donator

Tolkningsproblem, Felkällor

Granskningen i efterhand medför att mätetalet återspeglar i vilken utsträckning möjliga donatorer uppmärksammats *och* detta dokumenterats. Mätetalet kan därför vara en underskattning av det verkliga antalet uppmärksammade möjliga donatorer. Det är likväl en brist om detta inte dokumenterats enligt gällande riktlinjer. Mätetalet anger enbart andelen av avlidna möjliga donatorer som uppmärksammats medan den verkliga målsättningen är att uppmärksamma alla möjliga donatorer. Mätetalet är dock relevant då det enbart är avlidna men inte uppmärksammade möjliga donatorer som är potentiellt förlorade tillfällen till organdonation.

Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Relevans

Med behandlingsstrategi menas beslut att tillämpa eller inte tillämpa begränsningar avseende vilka behandlingsinsatser som ska genomföras. Intensivvårdens ökande möjligheter gör att allt sjukare patienter ges möjlighet till överlevnad. Intensivvård kan också resultera i förlängt lidande utan att patienten tillfrisknar och kan återgå till en livssituation och livskvalitet som patienten själv kan acceptera. Det finns därför ett stort behov av att all intensivvård föregås av samråd med patienten och en medicinsk bedömning av möjligheterna att med intensivvård bidra till överlevnad och tillfrisknande. För många patienter är det förutsägbart att beslut om intensivvård kan bli aktuellt. I dessa fall bör samråd och bedömning ske med god framförhållning.

Typ av indikator

Process

Mått

Andel (%) intensivvårdstillfällen där det den rapporterande avdelningen registrerat att det finns ett dokumenterat beslut om behandlingsstrategi inom 24 h efter det att vårdtillfällets påbörjas.

Målsättningen bör vara att beslut om behandlingsstrategi tas och dokumenteras senast i samband med att vårdtillfället påbörjas, av praktiska skäl kan dock detta bli fördröjt varför mätetalet inkluderar en tidsram på 24 h.

Tolkningsproblem, Felkällor

Det vore önskvärt att registrera i vilken utsträckning beslut om behandlingsstrategi tagits innan intensivvårdstillfället påbörjas. Detta skulle återspegla i vilken utsträckning samråd med patient och medicinsk bedömning genomförs inom de verksamheter där patienten vårdas före IVA. Som angivet inkluderar dock Den aktuella indikatorn inkluderar dock en tidsram på 24 h då beslut eller dokumentation av beslut av praktiska skäl kan bli fördröjda. Ett särskilt problem avseende registrering av beslut om behandlingsstrategi är situationer där behandling bedrivs utan begränsningar men man förutser ett kommande beslut om förändrad behandlingsstrategi, en situation som ryms inom begreppet medicinskt rådrum. Dessa situationer bör dock betraktas som att det hela tiden finns ett beslut om behandlingsstrategi även om en omprövning förutses. Ytterligare en problematik är att det idag är en vanlig uppfattning att beslut om behandlingsstrategi ska dokumenteras enbart om det innebär behandlingsbegränsningar. Denna uppfattning avviker dock från SIR:s och SIS:s riktlinjer.

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

Enligt riktlinjen ska registrering ske för alla patienter som behandlas med invasiv ventilation, oavsett om patienten för tillfället får sederande läkemedel. Skälet till detta är att undvika oklarheter avseende när registrering ska ske, att undvika behov av att definiera vilka läkemedel som ska betraktas som sederande samt att monitorering med sederingskala är önskvärt även för patienter som inte får sederande läkemedel, t.ex. för att dokumentera agitation.

Relevans

Riktlinjen syftar till kvalitetssäkring av rutiner kring invasiv ventilatorbehandling vilket inkluderar en stor andel av IVA-patienterna, särskild de med lång vårdtid och stor risk för död. Användning av sederingskala och sederingsmål har i flera studier visats resultera i kortare vårdtider med invasiv ventilation. De bidrar därför till snabbare tillfrisknande, effektivare användning av intensivvårdens resurser och sannolikt till färre komplikationer relaterade till invasiv ventilatorbehandling.

Typ av indikator

Process

Mått

För varje patient registreras 1 eller 3 gånger per dygn:

- a. Om patienten för tillfället behandlats med invasiv ventilation (Ja/Nej).

Om fråga a. besvarats med ja registreras:

- b. Om sederingsgrad registreras med sederingskala (Ja/Nej).
- c. Om det finns ett dokumenterat sederingsmål (Ja/Nej).
- d. Om patientens sederingsgrad motsvarar sederingsmålet (Ja/Nej).

Skälet till varierande registreringsfrekvens är att registreringen samordnas med vårdtyngdsmätning vilket sker 1 eller 3 gånger per dygn beroende på vilket poängsystem som används.

Redovisas som:

1. Andel (%) av alla vårdtyngdsregistreringstillfällen med invasiv ventilation där man samtidigt besvarat b och c ovan med ja, dvs:

$$\% = \frac{\text{Antal registreringstillfällen där a, b, och c besvarats med ja}}{\text{Antalet registreringstillfällen där a besvarats med ja}}$$

2. Andel (%) av alla vårdtyngdsregistreringstillfällen med invasiv ventilation, mätning med sederingskala och dokumenterat sederingsmål och patientens sederingsgrad motsvarar det dokumenterade sederingsmålet, dvs:

$$\% = \frac{\text{Antal registreringstillfällen där a, b, c och d besvarats med ja}}{\text{Antalet registreringstillfällen där a, b och c besvarats med ja}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

Förutom felaktig eller utebliven registrering inga identifierade felkällor.

Referenser

UTKAST