



Årsmöte 2011-03-18 i Saltsjöbaden

1. Årsmötets öppnande

Göran Karlström förklarar mötet öppnat. Röstberättigade är de avdelningar som betalat årsavgift för 2010. Röstlängd finns framtagen.

2. Val av mötesordförande

Till mötesordförande väljs Göran Karlström.

3. Val av 2 justeringspersoner (utanför styrelsen)

Till justeringspersoner väljs Göran Anderzon, NU-sjukvården och Lina De Geer, Linköping

4. Val av mötessekreterare

Till mötessekreterare väljs Kristian Thörn.

5. Godkännande av kallelse till årsmötet och procedurfrågor

Årsmöteskallelse gick ut för ett år sedan och godkännes.

6. Anmälan av övriga frågor till diskussion

Förslag till stadgeändring finns anmält sedan förra årets årsmöte till beslut. Ingen övrig fråga anmäls till diskussion.

7. Redovisning Exekutivt ansvarig

a) Verksamhetsåret 2010 (powerpoint)

Göran Karlström redovisar enligt särskild bilaga 1.

b) Verksamhetsplan för 2011-2012 (powerpoint)

Göran Karlström redovisar enligt särskild bilaga 1.

8. Årsredovisning Ordförande

Sten Walther redovisar kort och hänvisar till skriftlig årsberättelse som i förväg publicerats på hemsidan, bilaga 2.

9. Årsredovisning FoU-grupp

Folke Sjöberg redovisar kort och hänvisar till skriftlig årsberättelse som i förväg publicerats på hemsidan, bilaga 3.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

10. Årsredovisning IT-grupp

Caroline Mårdh redovisar kort och hänvisar till skriftlig årsberättelse som i förväg publicerats på hemsidan, bilaga 4.

11. Årsredovisning IVA-Strama

Göran Karlström redogör kort för att årsberättelsen finns på hemsidan, bilaga 5. Håkan Hanberger, som är sammankallande i IVA-strama, var inte närvarande men har skickat hälsning till årsmötet.

12. Revisionsrapport

Särskild revision sker i SFAI-verksamheter AB och Landstinget i Värmland. Göran Karlström presenterar revisionsberättelse från verksamhetsrevisor Hans Barle. Revisionsrapporten godkänns av årsmötet.

13. Ansvarsfrihet för styrelsen.

Resultat och balansräkning fastställs. Styrelsen beviljas av årsmötet ansvarsfrihet för verksamhetsåret 2010. Årsmötet beslutar enhälligt att denna punkt är omedelbart justerad.

14. Fastställande av årsavgifter

Årsmötet godkänner styrelsens förslag om oförändrad medlemsavgift 0 kr samt oförändrade dataregisteravgifter 25000 respektive 35000 kronor + moms per år baserat på antal vårdtillfällen (gräns 700 vårdtillfällen av vårdtyp IVA, TIVA eller BIVA)

Information ges kring eventuellt ökade medlemsavgifter 2012, om inte ökade anslag från SKL.

15. Val av ordförande (1 år)

Sten Walther väljs på ett år.

16. Val av styrelseledamöter

Till sekreterare på 2 år väljs Christina Agvald-Öhman, Stockholm.

Val av tre styrelseledamöter på 2 år: Folke Sjöberg, Linköping, Silvana Naredi, Umeå, Pär Lindgren, Växjö,

17. Val av lekmannarevisor och suppleant till denne

Årsmötet väljer på 1 år: Hans Barle, Danderyd, och som suppleant Lars Berggren, Örebro

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

18. Val av valberedning

Årsmötet väljer på 1 år: Pehr Gullbrand, Falun, och Andreas Hvarfner, Lund.

19. Registreringsförändringar i SIR 2012-01-01

Se bilaga 1.

20. Preliminära registreringsförändringar i SIR 2013-01-01

Se bilaga 1.

21. Nationella Kvalitetsindikatorer

Årsmötet 2009 beslutade att styrelsen skulle komma med ett revisionsförslag till årsmötet 2011. Förslaget har presenterats under förmiddagen. Årsmötet beslutar enligt styrelsens förslag, se bilaga 6.

22. Övriga frågor

a) För beslut

Stadgeändringsförslag från Exekutivt ansvarig och Ordförande (bilaga 6)

Se bilaga 7 – förslaget till stadgeändring bifölls av årsmötet för andra och sista gången.

23. Årsmötets avslutning

Göran Karlström förklarar årsmötet avslutat och meddelar samtidigt ut kallelse till nästa årsmöte 2012-03-17 kl 10.30-11.30 på Vår Gård, Saltsjöbaden.

Protokollförare

Kristian Thörn, Årsmötessekreterare

Justeras

Sten Walther, Ordförande

Göran Karlström, Exekutivt ansvarig

Lina De Geer

Göran Anderzon

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Bilaga 1

Dagordning 2011-03-18



1. Årsmötets öppnande
2. Val av mötesordförande
3. Val av 2 justeringsmän (utanför styrelsen)
4. Val av mötessekreterare
5. Godkännande av kallelse till årsmötet och procedurfrågor
6. Anmälan av övriga frågor till diskussion
7. Redovisning Exekutivt ansvarig
 - a) Verksamhetsåret 2010
 - b) Verksamhetsplan för 2011-2012
8. Årsredovisning Ordförande
9. Årsredovisning FoU-grupp
10. Årsredovisning IT-grupp
11. Årsredovisning IVA-Strama
12. Revisionsrapport
13. Ansvarsfrihet för styrelsen.
14. Fastställande av årsavgifter
15. Val av ordförande (1 år)
16. Val av styrelseledamöter
17. Val av lekmannarevisor och suppleant till denne
18. Val av valberedning
19. Registreringsförändringar i SIR 2012-01-01
20. Preliminära registreringsförändringar i SIR 2013-01-01
21. Nationella Kvalitetsindikatorer
22. Övriga frågor
 - a) För beslut
 - a) Stadgeändringsförslag från Exekutivt ansvarig och Ordförande (bilaga)
 - b) För diskussion
23. Årsmötets avslutning

Stadgar

2



1. Årsmötets öppnande

☐ Välkomna!

Röstberättigad = 2010 års avgifter betalda, 1 eller 2 röster per avdelning beroende på storlek

3

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



2. Val av mötesordförande

☐ Förslag:

- Exekutivt ansvarig Göran Karlström

4



3. Val av två justerare

☐ Protokollet skall justeras av:

- mötesordförande
- ordförande
- två valda personer vid årsmötet (som ej bör sitta i styrelsen)

5

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



4. Val av mötessekreterare

- ☐ Förslag:
 - Kristian Thörn

6



5. Godkännande av kallelse

- ☐ Årsmötesplats och datum känt sedan ett år.
- ☐ Kallelse på hemsidan > sex veckor i förväg, och dagordning + årsberättelser två veckor innan vilket är vad stadgarna kräver.

7

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



6. Anmälan av övriga frågor för beslut och diskussion...



- ❑ Frågor för BESLUT skall vara föranmälda tidigare (3 v).
 - Förslag om stadgeändring föreligger sedan föregående årsmöte, nu andra dragningen.
 - Diskussionen av anmäld fråga sker under punkt 22 b.
 - Frågor till denna punkt? Ingen är föranmäld

8



7a. Årsredovisning ekonomi för 2010

9

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR



7a. Personalkostnader 2010

- ☐ Personalkostnader 2010
 - Thomas Nolin helår 30 %
 - Caroline Mårdh 50 %
 - Göran Karlström helår 10 %
- ☐ TN och GK har ersatts med lön som på ordinarie tjänst
- ☐ CM särskild lönesättning enligt styrelsens riktlinje

10



7a. Vilka var inte med 2010?

9 st

Region Norrland (5 st)

- ☐ Kalix sjukhus
- ☐ Piteå älvåldals sjukhus
- ☐ Lycksele lasarett
- ☐ Norrlands Universitetssjukhus TIVA
- ☐ Norrlands Universitetssjukhus NIVA

Region Uppsala/Örebro (1 st)

- ☐ Uppsala Akademiska sjukhus NIVA

Region Stockholm/Gotland (0 st)

Region Sydöstra (0 st)

Region Västsvenska (1 st)

- ☐ Göteborg SU-Östra INFIVA

Region Södra (2 st)

- ☐ Blekingesjukhuset TIVA Karlskrona
- ☐ Universitetssjukhuset i Lund NIVA

11

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



7a. Ekonomi 2010

□ Föreningen

• Ingående balans 2010-01-01	0 Kr
• Kostnader 2010-01-01—12-31	0 Kr
• Utgående balans 2010-12-31	0 Kr
• Skatt 2010-01-01—12-31	0 Kr

□ Landstinget i Värmland

• Ingående balans 2010-01-01	1 861 812 Kr
• Inkomster 2010-01-01—12-31	1 500 000 Kr
• Utgifter personal 2010-01-01—12-31	136 987 Kr
• Utgifter IT 2010-01-01—12-31	377 947 Kr
• Utgifter övrigt 2010-01-01—12-31	1 801 Kr
• Utgående balans 2010-12-31	2 845 077 Kr
• Vinst 2010	983 265 Kr

12



7a. Ekonomi 2010 forts

– SFAI Verksamheter AB - 22 SIR

• 2002-06-30 Resultat + 324 481 Aggr vinst	324 481 Kr
• 2003-06-30 Resultat + 23 755 Aggr vinst	348 236 Kr
• 2004-06-30 Resultat + 116 903 Aggr vinst	465 139 Kr
• 2005-06-30 Resultat + 505 005 Aggr vinst	970 144 Kr
• 2006-06-30 Resultat + 292 324 Aggr vinst	1 262 468 Kr
• 2007-06-30 Resultat + 510 672 Aggr vinst	1 773 140 Kr
• 2008-06-30 Resultat + 63 874 Aggr vinst	1 837 014 Kr
• 2009-06-30 Resultat + 8 502 Aggr vinst	1 845 516 Kr
• 2010-06-30 Resultat - 282 636 Aggr vinst	1 562 580 Kr

13

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



7a. Ekonomi 2010 forts

☐ Ekonomi forts

– Skatt

• 2005:	25 534,00 Kr
• 2006:	169 908,00 Kr
• 2007:	123 588,00 Kr
• 2008:	13 541,00 Kr
• 2009:	4 765,00 Kr
• 2010:	0,00 Kr

14



7a. Ekonomi 2010 forts

☐ Kommentar utfall 2010

- Sen fakturering under 2010 har gjort att årsavgifter 2010 ej inkommit i redovisningen och därmed inte syns 2010-06-30. Därav förlust 2010 i bolagets del.

☐ Sammanfattning:

- SFAI Verksamheter AB reellt sett i balans eller måttligt plus 2010 – avsett behållas tv. omkring 1 500 000 Kr.
- LiV-ekonomin ger överskott – resurskapital, användas för en del personalutgifter 2011.
- För 2011 har personalsatsning gjorts från 0,9 till 2,8 årsarbetare.

15

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



7a. Revisionsförfarande

- SFAI Verksamheter AB
 - Auktoriserad revisor LRF Konsult Kalmar
 - Lekmannarevisor SIR, Hans Barle, Danderyd, vald av årsmötet
- Föreningen
 - Lekmannarevisor SIR, Hans Barle, Danderyd, vald av årsmötet
- Landstinget i Värmland
 - Landstingsrevision
 - Bokslutskontroller i landstinget
 - Internrevision under året
 - Lekmannarevisor SIR, Hans Barle, Danderyd, vald av årsmötet

16



7a. Verksamhet 2010

☐ Verksamhet

- Samarbete Donationsrådet
- Revision riktlinjer
- Utveckling ny utdataportal
- Utveckling SIR-webben, inklusive SITHS-kort inloggning
- Framtidsseminarium Öland
- Öppna jämförelser, 3 indikatorer
- Nordiskt samarbetsprojekt
- Mikrobiologiarbetet

☐ Ekonomi

- Stabil med säkerhetsmarginal. Satsning görs för 10-årsjubileum 2010.

☐ Möten

- Saltsjöbadenkurs mars 2010
- Arbetsmöten som tidigare
- Hembesök som tidigare
- Deltagande vid SFAI-veckan i Halmstad, ESICM i Barcelona samt IVA-mötet i Sigtuna i november
- Samverkan med SIS

17

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



7b. Verksamhetsplan 2011

□ Verksamhet

- Utdata – ny portal i bruk
- Registreringsunderstödjande
 - Ökad personalresurs, fler hembesök, fokus på medlemskommunikation
- Årsrapport med fokusområden i stort som tidigare
- Samarbetsavtal finns med Donationsrådet även för 2011
- Casemix analyser i särskilt projekt
- Avtal med OTIMO skrivet 2011 – 2015 (med optionsår efter detta)
- Beläggning, SOFA, Revision Q-indikatorer och Komplikationer, Öppna jämförelser samt Årsrapport
- Mikrobiologi?
- Påbörja kalibrering SAPS3

□ Ekonomi

- Stabil – underskott accepteras om investeringsbehov – målet är ekonomisk reserv minst motsv ca 1 års SKL-anslag. 1,5 miljoner beviljat för 2011.

□ Möten

- Arbetsmöten som tidigare, Saltsjöbaden 17-18 mars, SFAI-veckan Kalmar med jubileumssession och IVA-chefsmöte med SIS, SSAI Bergen, ESICM Berlin, SIS Sigtuna, Adm.möte höst 2011?

18



7b. Verksamhetsplan 2011

□ Personalkostnader 2,8 – 3,3 årsarbetare (0,9 2010):

- Göran Karlström 10 %.
- Thomas Nolin 50 %.
- Caroline Mårdh 50 %.
- Hans Gren 50 %
- Lotti Orvelius 20 %.
- Kjell Söderlund 40 %.
- Per Hederström 40 %.
- Lena Andersson 20 %
- Riktade satsningar motsv. ca 6 månader.

□ Lön och villkor enligt policy antagen av styrelsen

19

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



7b. Verksamhetsplan 2012

- ☐ Mötesstruktur ungefär som 2010-2011
- ☐ Kalibrering SAPS3
- ☐ Utveckling utdata
- ☐ Samverkan med SIS
- ☐ Successiva riktlinjerevisioner
- ☐ Utveckling valideringsprogrammet
- ☐ Återrapportering Vårdbegäran
- ☐ Beläggning
- ☐ Revision Nationella Q-indikatorer Q9 till årsmötet 2012

20



8. Årsredovisning Ordförande

- ☐ Årsberättelse

21

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



9. Årsredovisning FoU-grupp

☐ Årsberättelse

22



10. Årsredovisning IT-grupp

☐ Årsberättelse

23

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



11. Årsredovisning IVA-Strama

☐ Årsberättelse

24



12. Revisionsrapport

- ☐ SFAI Verksamheter AB: Revision av auktoriserad revisor godkänd. Bolagsstämman avhållen september 2010 för tiden tom 2010-06-30.
- ☐ Landstinget i Värmland: Bokslut avslutat. Ekonomin godkänd och granskad. Inga anmärkningar.
- ☐ SIR Revisorns utlåtande

25

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



13. Ansvarsfrihet för styrelsen

- ☐ Kan resultat och balansräkningar fastställas?
- ☐ Kan styrelsen beviljas ansvarsfrihet för 2010?

26



14. Fastställande av årsavgifter

☐ Förslag:

- oförändrade årsavgifter: 0 kr medlemsavgift och dataregisteravgifter enligt nedan.
 - (25000 respektive 35000 Kronor + moms per år baserat på antal vårdtillfällen IVA, TIVA och BIVA)
 - Lägre avgiften < 700 vårdtillfällen med vårdtyp IVA, TIVA och BIVA
 - För tidigare medlemmar som skickar data gäller föregående år som klassning i tveksamma fall (om man skickat data för hela året).
 - Förvarning! 2012 anpassade avgifter till personalstruktur för framtiden om inte centrala anslag ökar...

27

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



15. Val av ordförande

- ☐ Ett års mandattid
 - Sten Walther, Finspång
- ☐ Valberedningens förslag:
 - Sten Walther, Finspång (omval)

28



16. Val av styrelseledamöter

- ☐ Mandattid två år

Pall Einarsson, Thomas Nolin, Kristian Thörn och Folke Sjöberg har mandat som tar slut.
- ☐ Valberedningens förslag:
 - Pär Lindgren, Växjö
 - Silvana Naredi, Umeå
 - Christina Agvald-Öhman, Huddinge, Sekreterare
 - Folke Sjöberg, Linköping
- ☐ Ett år kvar på sina mandat:
 - Susanne Wickberg, Västerås
 - Carl-Johan Wickerts, Danderyd
 - Jan Martner, Mölndal
 - Per Hederström, Uddevalla

29

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



17. Val av revisor + suppl

☐ Mandattid ett år – nuvarande:

- Ordinarie: Hans Barle, Danderyd
- Suppleant: Lars Berggren, Örebro

☐ Valberedningens förslag

- Ordinarie: omval Hans Barle, Danderyd
- Suppleant: omval Lars Berggren, Örebro

30



18. Val av valberedning

☐ Mandattid ett år

☐ Nuvarande är:

- Pehr Guldbrand, Falun
- Andreas Hvarfner, Lund

☐ Förslag:

- ? + ?
- Nuvarande valberedning står till förfogande för omval

31

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



19. Registreringsförändringar i SIR från 2012-01-01

- ☐ Ankomsttid IVA införs (IVA + TIVA obligatoriskt från 2012)
 - Knutet till SAPS3, SOFA
- ☐ Komplikationer
 - Totalt reviderad riktlinje
- ☐ Nationella Kvalitetsindikatorer
 - Reviderad i mindre omfattning i huvudsak utifrån förändringar i Komplikationsriktlinjen
- ☐ Åtgärder
 - Mindre revision och kompletterande koder
- ☐ Diagnoser – Diagnossättning
 - Mindre revision och kompletterande koder
- ☐ Förtydliganden SOFA
- ☐ Postiva

32



20. Prel. registreringsförändringar i SIR från 2013-01-01

- ☐ Nationella Q-indikatorer – Behandlingsstrategi...
- ☐ Ny VTS riktlinje
- ☐ Ny svensk kalibrering av SAPS3(?)
- ☐ Beläggning – bemanning möjlighet till rapportering
- ☐ Komplikationer
 - Eventuellt ytterligare revision
- ☐ Åtgärder
 - Reviderad riktlinje och kompletterande koder
- ☐ Diagnoser – Diagnossättning
 - Reviderad riktlinje och kompletterande koder
- ☐ Vårdbegäran – revision
- ☐ Vårdtillfälle - revision

33

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



21. Nationella Q-indikatorer

- ☐ Revisionsförslag föreligger för årsmötet att ta ställning till i enlighet med tidigare årsmötesbeslut.
- ☐ Förslag till riktlinje.

34



22. Övriga frågor

- a) För beslut
 - a) Stadgeändring (år 2)
 - a) Förslag till stadgeändring...
 - b) Kan förslaget godkännas av årsmötet?
 - b) Diskussionspunkter (Skall i så fall ha anmälts vid mötets början)

35

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



23. Årsmötets avslutning

☐ Tack!

☐ Välkomna åter nästa år!

☐ Vår Gård, Saltsjöbaden 2012-03-17
(Vecka 11) 10.30-11.30

36

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Bilaga 2

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) – ordförandens årsberättelse för 2010

Under 2010 inledde SIR sitt 10:e verksamhetsår! Ett naturligt fokus under det gångna året har varit att planera framåt mot tonåren – vad ska vi uppnå på 3-5 års sikt? För att besvara denna fråga samlades SIR:s styrelse och arbetsgrupper på ett Framtidsseminarium tillsammans med inbjudna från SFAIs styrelse, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementets arbetsgrupp för översyn av de nationella kvalitetsregistren samt Boston Consulting Group (som nyligen genomfört en fristående analys av kvalitetsregistren). Såväl Svenska Intensivvårdssällskapet som Svenska Läkarsällskapet var inbjudna men deltog inte.

Vi identifierade behovet av att öka mervärdet av SIR för våra medlemmar som helt centralt. Mervärde bl. a i form av en mer effektiv återkoppling av data, ett handfast stöd i kontakt med IT-leverantörer samt hembesök med utbildningsmaterial riktat för att öka kunskapen om hur SIR kan användas för att utveckla intensivvården på det lokala planet. En önskan om att utveckla den registerbaserade forskningen framfördes också från många håll.

Hittills har arbetet i SIR huvudsakligen skett halvideellt och med ett stort engagemang. Detta arbetssätt är i längden ohållbart mot bakgrund av de behov som vi identifierat. Därför har vi under året ökat tjänstetrymmet till motsvarande tre heltidstjänster och fr. o m 2011 besatt dessa med fem personer. Därmed arbetar nu under 2011 åtta personer för SIR med tjänstgöringsgrader som varierar från 10% till 50%. Detaljer finns redovisade på SIR:s hemsida. Jag tror att vi därmed börjat rusta oss för att på ett fullgott sätt ta oss an de uppgifter som vi identifierat.

Att skapa goda former för samverkan med SFAI och Svenska Intensivvårdssällskapet (SIS) har fortsatt att vara ett prioriterat arbetsområde. Under verksamhetsåret har vi uppnått detta visavi SFAI genom regelbundna formella och informella kontakter relaterade till framtidsfrågor och SIR:s engagemang i SFAI-veckan 2011. Med SIS har det varit svårare att skapa en stabil och kontinuerlig form för samverkan. En sådan samverkan skulle gagna SIR såväl som SIS, men framför allt skulle den vara till nytta för svensk intensivvård. Vad vore mer naturligt än att utnyttja det faktum att SIS samlar intensivvårdsintresserade varje höst? Då skulle vi kunna diskutera utvecklingen av svensk intensivvård och aktuella trender såsom de speglas i SIR:s data. Jag tror att detta kan bli ett positivt resultat av den konstruktiva dialog som vi fört under hösten.

Datainspektionen har efter en omfattande tillsyn kritiserat personuppgiftshandlingen i fem kvalitetsregister. Även om SIR inte omfattades av tillsynen har vi analyserat rapporten i detalj och vidtagit åtgärder avseende bl. a kravet på stark autentisering i samband med datakommunikation över öppet nät. Mer information avseende detta finns på SIR:s hemsida under rubriken 'SIR och datajuridiken'. Det är troligt att SKL kommer verka för en översyn av lagstiftningen inom området. Inte avseende kravet på säker hantering av personuppgifter

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

utan för att bereda möjlighet att använda kvalitetsregister som beslutsstöd över vårdgivargränser, en möjlighet som inte medges av dagens lagstiftning.

Under 2011 fyller SIR 10 år och detta firar vi med ett jubileumssymposium på Vår Gård, Saltsjöbaden i mars samt en Jubileumssession under SFAI-veckan i Kalmar, då också temat för en av högtidsföreläsningarna kommer anknyta till registerforskning inom intensivvård. Väl mött vid båda dessa tillfällen!

Förutom de ovan nämnda aktiviteterna har vi skrivit nya riktlinjer, reviderat gamla riktlinjer, samlat och analyserat data till Öppna Jämförelser 2010, utvecklat en ny utdataportal, redovisat och diskuterat SIR data på möten och i skrift, och arbetat med mycket annat som redovisas i arbetsgruppernas rapporter. Om Du också vill delta i detta arbete är Du välkommen att höra av Dig!

Linköping 2011-01-11

Sten Walther, ordförande

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Årsberättelse FoU, SIR för 2010.

Händelser och möten

1. **Vår Gård – kurs om intensivvårdsregistrering** 2010-03-18--19.
 - 2010-03-16--18 internt arbetsmöte inför kursen
 - SIR:s årliga fortbildningskurs hölls för första gången på Vår Gård i Saltsjöbaden.
 - Reflektioner kring dåtid, nutid & framtid inledde kursen, följt av en diskussion hur olika aktörers (Landsting – IT – Verksamheten – Leverantörer – SIR) villkor är, samt beskrivning av det aktuella och förväntade förändringsarbetet av SIR:s komplikationer, diagnoser och åtgärder. Den årligen återkommande programpunkten om registreringsproblem och tillämpning (mentometrar) hölls i sedvanlig god stil. Gruppdiskussioner hölls kring olika teman - Vårdtyngd Sverige (VTS), Vårdbegäran, Livskvalitetsuppföljning, SOFA, Hur etablerar vi och underhåller ett kvalitetsarbete på IVA kring antibiotikaanvändning och infektionspanoramat samt Ny i SIR! Att komma igång. Utbildningsdagarna avslutades med glimtar från framtiden och återkoppling från grupparbeten.
 - SIR:s årsmöte hölls 2010-03-19.
2. Under 2010 har samarbetet fortsatt med **Donationsrådet**.
 - Samverkansavtalet med Donationsrådet fortsatte under 2010.
 - ”Letter to the Editor” till Acta Anaesthesiologica med titeln ”A continuous and nationwide open audit of potential and actual organ donors in Sweden” publicerades under februari 2010.
 - **Nationellt DAS möte** 2010-01-18, Valje. Thomas Nolin presenterar Nationell uppföljning av avlidna på IVA med hjälp av utdataportalen.
3. **Styrelse-/arbetsmöten**, har skett enligt nedan:
 - 2010-01-14—15 (Kalmar) Inställt.
 - 2010-02-18—19 (Kalmar)
 - 2010-03-16—19 (Saltsjöbaden)
 - 2010-05-27—28 (Kalmar)
 - 2010-09-20—22 (Halmstad)
 - 2010-11-15—17 (Sigtuna)
 - 2010-12-09—10 (Kalmar).
4. SIR:s årliga möte med **programleverantörer** var i Danderyd 2010-04-15--16.
5. Ett fortsatt omfattande arbete med **revidering av alla riktlinjer** har gjorts under 2010 som svar på synpunkter från medlemmar och SIR:s arbetsgrupper.
6. **Datalagerarbete** i Kalmar
2010-01-12—13
2010-12-08.
7. **”Hembesök”** - Träff med klinikledning och personal för information om SIR och starthjälp.
 - Caroline Mårdh & Thomas Nolin 2010-08-30: Gävle
 - Caroline Mårdh & Thomas Nolin 2010-10-06: Halmstad
 - Göran Karlström 2010-02-04--05: Västernorrland

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstatorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

8. Christina Agvald-Öhman fick sitt arbete med att minska frekvensen vårdrelaterade infektioner publicerat i Läkartidningen 2010 nr 1-2 »Skjut på« och »dra« metod för att minska vårdrelaterade infektioner på IVA. Pilotprojekt med aktiv uppföljning.
9. **NIVA-klubben** 2010. Arbetsmöte i samband med kursen i Saltsjöbaden och NIVA-klubben i Umeå i oktober.
10. **BIVA 2010**. Arbetsmöte i samband med kursen i Saltsjöbaden och i Göteborg i december.
11. **TIVA-nätverket**, som samlas och arbetar med benchmarking 2 gånger årligen, har påbörjat en översyn av SIR:s riktlinje för registrering av Thoraxintensivvård och SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser & komplikationer inom intensivvård.
12. 23rd Annual Congress, Barcelona, **ESICM**, 9-13 October 2010. SIR-data presenterades i olika sammanhang:
 - Göran Karlström deltog i symposiet om *The chronic ICU patient* med föredraget *How long ICU stay to say "chronic"*.
 - Göran Karlström pratade för i pro/con diskussionen *We should deliver individual ICU performance data to the public*.
 - Thomas Nolin redovisade *A continuous and nationwide open audit of the deceased donation process in Swedish ICU's*.
 - Johan Berkus presenterade sin poster *Health related quality of life in COPD patients followed 24 months after ICU care*.
13. **Årsrapporten** 2009.
 - Mortalitetsuppföljning i SPAR inför årsrapporten gjordes 2010-03-24.
 - Årsrapporten för 2009 skrevs under veckorna 16-21 av Thomas Nolin, Sten Walther, Göran Karlström, Caroline Mårdh och Folke Sjöberg.
 - Årsrapporten gick till medlemmarna för synpunkter 2010-05-19.
 - Årsrapporten publicerades på SIR:s hemsida 2010-05-25.
14. **FoU-ansökningar** under 2010:
 - Ulrika Petersson & Dariusz Sobiecki. Intensivvårdspatienter ur genusperspektiv. En retrospektiv registerstudie grundat på data från Svensk Intensivvårdsregister.
 - Folke Sjöberg. Komorbiditetens betydelse vid intensivvård och särskilt vid sepsis, svår sepsis och septisk shock.
 - Max Bell Intensivvårdsoutcome efter sepsis
15. **SoS:s kvalitetsregisterkonferens**, Örebro, 2010-10-12--13.
Bevakades av Susanne Wickberg Per Hederström.
16. I den femte rapporten med **öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet** som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerade november 2010 har SIR, liksom året innan, bidragit med 3 kvalitetsindikatorer: 1) Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA, 2) Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning och 3) Oplanerade återinskrivningar till IVA.
17. Ett gemensamt arbete mellan Sverige, Finland och Norge kring **"Scandinavian Intensive Care 2006 survey"** har resulterat i publikationen *Variations in the length of stay of intensive care unit nonsurvivors in three Scandinavian countries* i Crit Care 2010 med Kristians Strand som huvudförfattare.
18. **SFAI-veckan**, Halmstad, 2010-09-24
SIR deltog i symposiet *Medicin, Juridik och Etik* och vi har medverkat och administrerat en webbenkät under våren, vars syfte var att se om och hur SFAI:s riktlinjer används i processen kring begränsad behandlingsstrategi inom svensk intensivvård.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

19. SFAI's intensivvårdskurs, Sigtuna 2010-11-17-19.

- Göran Karlström, Patrik Rossi & Thomas Nolin hade en gemensam kort presentation av aktuell utveckling inom SIR under föreningsangelägenheter. SIS och SIR gemensamma frågor belystes och årligt rådslag om svensk intensivvård diskuterades, liksom intermediärvård och avslutningsvis medicinsk kvalitetsrevision.

Kontinuerligt utvecklingsarbete

En omfattande revision av alla riktlinjer har skett under året. SIR:s årsrapport väckte inte så mycket reaktioner från omvärlden. Ett omfattande och nära samarbete mellan FoU / IT / Otimo Data AB har ägt rum kring utvecklingen av det nya datalagret.

2011-01-14.

Avgående FoU
Thomas Nolin

Tillträdande FoU
Folke Sjöberg

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Bilaga 4

Årsberättelse SIR IT 2010

SIR:s IT-grupp har under hela året arbetat integrerat med övrig verksamhet. Följande huvuduppgifter har dominerat:

Mycket tid har lagts på arbetet med direkt medlemsstöd och support kring registrering, valideringsprogram, inrapportering och dataåterkoppling.

Täta kontakter och arbetsinsatser tillsammans med SIR dataleverantör som administrerar och underhåller SIR:s databaser, webbmoduler och utdataportal

Årsrapport 2009. Att producera årsrapport för SIR är en omfattande process som kräver förberedelse, koncentration och såväl teknisk som estetisk kompetens. En arbetsgrupp med personer från både FoU och IT arbetade under några gemensamma dagar med att sammanställa årsrapporten både i en analyserad del och en mer detaljerad del. Liknande arbetsinsats har lagts på att ta fram data till SIR:s indikatorer för SKL:s Öppna Jämförelser

Många arbetstimmar under året har lagts på att vidareutveckla det nya datalager som bygger på den nya registreringsstandarden XML5.1. Både praktiskt arbete med utveckling av databasen, datainläsning samt dokumentation.

Under 2010 fortsatte arbetet med en ny utdataportal som tar till vara de fördelar som finns med SIRXML5.1. Arbete har lagts på att planera och arbeta med utdata ihop med FoU-gruppen. Målet är att under 2011 kunna öppna denna nya Portal.

En ny version av valideringsprogrammet har skapats och distribuerats inför 2011 års justeringar av riktlinjer.

IT-möte hölls i Stockholm i Svenska läkarsällskapet lokaler med syfte att skapa en god dialog med både systemleverantörer och IT-landstings.

SIR har under året följt utvecklingen från Datainspektionen och SKL om hur datajuridiken och dess krav på ökad säkerhet har utvecklats under året. SIR påbörjade under slutet av året arbetet med att införa säker autentisering via SITHS-kort för inmatning via våra webbmoduler. Detta arbete planeras bli slutfört senast 31 mars 2011.

Webbmodulerna för *Vårdbegäran* och *PostIva-uppföljning* justerades inför 2011.

SIR har fortsatt sitt samarbete med Donationsrådet med databearbetning för uppföljning av avlidna på IVA.

Under 2010 har SIR mikros inrapporteringsprogram omarbetats för att fungera smidigare för användaren och inte minns få en plats i SIR:s fortsatta utveckling. En viktig nyhet är att det nu

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

finns en webbmodul med vars hjälp alla medarbetare inom SIRMikro kan få insikt i översättningsproblematiken. Omkring årsskiftet 2010/2011 kommer det nya systemet att slutprovas i Linköping, Falun, Malmö och Stockholm. Därefter tar vi nästa steg i att försöka utvidga kretsen genom att kontakta övriga lab som vi tidigare haft kontakt med. Manuellt framtagna rapporter har under året presenterats såväl vid MEDINFO 2010 i Kapstaden som vid ESCAIDE i Lissabon. Rutinmässiga rapporter i någon form beräknas börja levereras under våren 2011.

2011-01-17

Caroline Mårdh
Göran Karlström
Greger Fransson
Pall Einarsson

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Årsberättelse SIR-IVASTrama 2010

Arbetsgruppen IVA-Strama har varit verksam sedan 2000, de senaste 5 åren under namnet SIR-IVASTrama. Under dessa drygt 10 år har fokus varit att sammanställa data avseende antibiotikaanvändning, resistensläge och infektionskontroll inom intensivvården. En viktig uppgift på senare år har varit att skapa importrutiner för personnummerbaserade mikrobiologiska data. En sådan import skulle såväl ersätta tidigare genererade sammanställningar, som skapa färskt underlag för att bedöma betydelsen av antibiotikaresistens inom intensivvården.

En viktig del i detta mödosamma arbete har varit att skapa en gemensam terminologi. Detta arbete har till del drivits gemensamt med Avdelningen för medicinsk informatik på Linköping Universitet under ledning av professor Hans Åhlfeldt, som tyvärr hastigt avled under året. Terminologiarbetet har delvis kunnat accelereras med hjälp av en webbapplikation som identifierar oöversatta termer och tillåter en omedelbar översättning i anslutning till import av nya data.

Breddinförandet av en webbservice för en sådan import av mikrobiologiska data har fortsatt under 2010. Vi har konstruerat ett program vilket läser personnummer i laboratoriesystemen och kontrollerar om matchande IVA-tillfälle finns. Relevanta mikrobiologiska data överförs sedan på ett säkert sätt via en webb-tjänst. De personnummerbaserade mikrobiologiska uppgifterna matchas med data från SIR:s komplikationsregister. Vi kan nu t.ex. redovisa mortalitet vid samhälls och sjukhusförvärd, sepsis, ventilatorassocierad pneumoni (VAP) vid olika etiologiska agens och antibiotikaresistens. Vi kan också analysera precisionen i aktuella rekommendationer och riktlinjer för antibiotikabehandling, ett tema som presenterades i samarbete med avdelningen för medicinsk informatik vid Medinfo 2010 i Cape Town, sept. 2010 och ESCAIDE i Lissabon, nov 2010.

Professor Hans Åhlfeldt var också drivande i DebugIT, ett projekt inom EU:s 7:e ramprogram. Detta projekt, där SIR och SIR-IVASTrama under 2010 bl. a bidragit med oidentifierade data, har som syfte att automatiskt identifiera information som är relevant för infektionsbehandling och uppföljning av antibiotikaresistens. DebugIT fortsätter under 2011, möjligen delvis i samarbete med ECDC, den europeiska smittskyddsorganisationen. Under 2010 har SIR-IVASTramas hemsida med sökbar antibiotikaförbrukning för enskild IVA sjuksatts efter ett intensivt förberedelsearbete. Resultatet avseende infektioner på IVA i Norden jmf med Medelhavsländerna från EPIC II punktprevalens studie redovisades på intensivvårdsmötet ISICEM i Bryssel, mars 2010. Arbetsgruppen har presenterat data avseende tio års antibiotikaförbrukning på svenska IVA på ECCMID i Wien, april 2010. Samma information har återkopplats i samband med två symposier på SFAIs intensivvårdsmöte i Halmstad, september 2010. Arbetsgruppen har också deltagit i analys och presentation av data från EPIC II studien avseende betydelsen av IVA infektion med MRSA.

Linköping 2011-02-08
Håkan Hanberger

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Bilaga 6

Ansvariga författare: Thomas Nolin, Johan Berkus, Wolfgang Freter, Hans Gren, Göran Karlström, Caroline Mårdh, Lotti Orvelius, Johan Petersson, Kjell Söderlund, Sten Walther, Susanne Wickberg och Carl-Johan Wickerts.

Version: 2.00

Fastställt: 2011-03-18

Gäller från: 2012-01-01, med successivt anpassade rapporter under 2011.

SIR:s nationella kvalitetsindikatorer för Intensivvård

Innehållsförteckning

SIR:s nationella kvalitetsindikatorer för Intensivvård.....	30
Innehållsförteckning.....	30
Sammanfattning	30
Kvalitetsindikatorer enligt InfoVU och God Vård	32
Q 1: Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård	38
Q 2: Svensk riskjusterad mortalitet.....	41
Q 3: Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA	44
Q 4: Ventilator-associerad pneumoni (VAP)	47
Q 5: Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist	52
Q 6: Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar.....	54
Q 7: Avlidna på IVA uppföljning.....	57
Q 8: Nattlig utskrivning från IVA	60
Q 9: Dokumenterad behandlingsstrategi på IVA.....	63
Q 10: Beläggning på IVA.....	64
Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna.....	68
Ändringshistorik	69

Sammanfattning

Detta dokument är en andra revision av SIR:s nationella kvalitetsindikatorer från maj 2006. I SIR:s databas finns ett växande antal intensivvårdstillfällen registrerade. Denna ”guldgruva” utnyttjar vi för att dynamiskt förändra målnivåerna för kvalitetsindikatorerna så att ”ständig förbättring” av intensivvårdens kvalitet i Sverige kan beskrivas på ett meningsfullt sätt och vidmakthållas. Därför har ”målnivåer” lyfts ur detta dokument, för att lättare kunna uppdateras. Målnivåernas numeriska värden hämtas i görligaste mån från > 200 000 vårdtillfällen ur databasen sedan 2005.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

För övrigt har inga större förändringar gjorts i den inledande teoridelen om kvalitetsindikatorerna.

Kvalitetsindikator 1 (Q1), *Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård*. Uppföljda patienter och komplett registrering har preciserats. Ett webbformulär för uppföljning av intensivvård är i funktion och data kommer in i ökande takt.

Kvalitetsindikator 2 (Q2), *Svensk riskjusterad mortalitet*, har samma grundstruktur som tidigare, men av tidigare riskjusteringssystem har APACHE tagits bort och SAPS3, PIM2 samt IntensivvårdsHiggins kvarstår.

Kvalitetsindikator 3 (Q3), *Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA*. Koder för bakteriell multiresistens har lagts till. Nödvändig koppling i valideringsprogrammet har lagts till (Q3 är inte möjlig att beskriva utan inställningen "Registrerar alltid" för SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer inom Intensivvård i Sverige).

Kvalitetsindikator 4 (Q4), *Ventilator-associerad pneumoni (VAP)*. Nödvändig koppling i valideringsprogrammet har poängterats (Q4 är inte möjlig att beskriva utan inställningen "Registrerar alltid" i valideringsprogrammet för både vissa negativa händelser/complicationer och för åtgärdsregistrering av invasiv ventilatorbehandling).

Kvalitetsindikator 5 (Q5), *Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist*. Indikatorn mäter förekomsten av "resursbrist hos oss" som förklaring till "utskrivningsorsak" från IVA enhetens vårddata. Att flytta intensivvårdspatient, av resursskäl, kan ha negativa konsekvenser.

Kvalitetsindikator 6 (Q6), *Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar*. Beräkningsgrunden med begreppen "återin-indexvårdtillfälle" och "återin-vårdtillfälle" fortsätter som förut. Koppling till registrering och definition av vårdtillfälle har poängterats (Q6 och planerad inläggning på IVA eller ankomstväg annan IVA kan ej förekomma samtidigt, liksom registrering av SK-100!).

Kvalitetsindikator 7 (Q7), *Avlidna på IVA uppföljning*. SIR och Donationsrådet har fortsatt med samarbetsavtal sedan tidigare. En 3:e variabel har lagts till: andel avlidna intensivvårdspatienter enl. direkta kriterier där transplantationskoordinator har kontaktats.

Kvalitetsindikator 8 (Q8), *Nattlig utskrivning från IVA*, har i grunden inte förändrats. Förekomst och målnivå har baserats på data från 2009.

Kvalitetsindikator 9 (Q9), *Behandlingsstrategi* (tidigare *Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA*). Indikatorn är f.n. under omarbetning, varför målnivå ej presenteras.

Kvalitetsindikator 10 (Q10), *Beläggning på IVA*. Inga förändringar.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Kvalitetsindikatorer enligt InfoVU och God Vård

Kvalitetsindikatorer – Behövs de?

Ja, de behövs som ett medel för att på ett öppet och medvetet sätt beskriva och utveckla vårt vardagsarbete systematiskt och standardiserat.

Intensivvårdens målsättning

Intensivvårdens målsättning är bästa medicinska och omvårdnadsmässiga resultat till lägsta personella och materiella resurs för samma typ och grad av sjukdom utan komplikationer. Här fyller SIR:s 10 nationella kvalitetsindikatorer en viktig funktion i förbättringsarbetet, eftersom de i olika grad och omfattning belyser intensivvårdens målsättning.

InfoVU-modellen för utveckling av kvalitetsindikatorer

I InfoVU (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) har en konsensusmodell använts i arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer, som har stora likheter med den modell som används i det engelska och holländska sjukvårdssystemet.

Bedömningen av intensivvårdens kvalitet bestäms av i vilken mån resultatet motsvarar det uppsatta målet. Resultaten utvärderas och jämförs med stöd av kvalitetsindikatorer eller ett kvalitetsmått.

Socialstyrelsen har i samverkan med Landstingsförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting arbetat med olika uppgifter inom detta projekt mellan åren 2001-2006.

Internationell utblick

“Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias” (SEMICYUC), publicerade 2005 den spanska intensivvårdsföreningens 120 kvalitetsindikatorer för intensivvård. Denna publikation har bland annat stimulerat ESICM:s (European Society of Intensive Care Medicine) *Working group on Quality Improvement* att försöka skapa 10 kvalitetsindikatorer gemensamt för ESICM.

I USA finns många initiativ till hur vi kan utveckla, tillämpa, utvärdera och underhålla förbättring i intensivvårdens kvalitet och hur många räddade liv inom intensivvården detta kan medföra.

Översiktlig, systematisk och sammanfattande redovisning

Olika former av jämförelser får allt större betydelse för uppföljning och styrning av vården. Utvecklingen går mot att inkludera allt fler indikatorer i olika jämförelser. Ett steg i denna riktning är att skapa en sammanfattande bild av utvecklingsläget i form av t ex ett index. I ”Att skapa index” har SKL i en problematiserande och resonerande studie tagit fram ett förslag på en lämplig metodgång för att utveckla index. Resonemang förs kring vilka kritiska val och dilemman som man behöver ta hänsyn till när ett index ska utvecklas.

Utkast till översiktlig, systematisk och sammanfattande redovisning av SIR:s 10 kvalitetsindikatorer, snarare än ett ”index” redovisas sist i detta dokument.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Kvalitetsindikator

Begreppen indikator och (kvalitets)mått används idag synonymt. En indikator eller ett kvalitetsmått visar på kvaliteten i någon del av intensivvården och är avsedd att användas i förbättringsarbeten. Med kvalitetsindikator avses ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen och medveten redovisning av intensivvårdens kvalitet.

Av tradition brukar indikatorer delas in i tre typer av mått:

1. **Strukturmått** är mått som speglar förutsättningarna för god intensivvård och har inte ett tydligt patient-/brukarfokus.
2. **Processmått** är mått som speglar vad som faktiskt görs inom intensivvården - När, var och hur. T ex fördröjning mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus och riskbedömning för uppkomst av trycksår. Processmått har ofta fördelar som att vara lättare att mäta och ger mindre utrymme för oklarheter vad gäller definition. De har högre sensitivitet än resultatmått, och ger direkt anvisning om vad som behöver förbättras.
3. **Resultatmått** är mått som speglar resultatet av intensivvård och dess effekter på hälsa och välbefinnande. Resultatmått är relaterade till målen (förbättra överlevnaden, förbättra funktionsförmågan, undvika skador etc.). En viktig och ibland svår uppgift är just att konkret ange en målnivå att sträva mot, som är mätbar. Graden av måluppfyllelse anger sedan kvaliteten. En viktig dimension av intensivvårdens nytta är i vad mån den påverkar upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet.

Kvalitet

Kvalitet är ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov” (Svensk Standard SS-IS08402).

Kvalitet ska alltså förstås mot bakgrund av *behov* av en tjänst och *förväntningar* på en tjänst. När det gäller tjänster inom intensivvården handlar det framför allt om dels *resultatet*, dvs. i vilken mån målet nåddes (grad av måluppfyllelse), dels *innehållet* samt om sättet att förmedla tjänsten motsvarades utifrån de sex kvalitetsområdena för ”God Vård”.

God Vård (SOSFS 2005:12)

En god intensivvård ska, likt all sjukvård enligt Socialstyrelsen, vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och förmedlad i rimlig tid. Dessa 6 krav på och mål för den ”goda vården” kan formuleras utifrån kvalitetsområden och därmed påverka bedömning och upplevelse av intensivvård.

Balanserade mått innebär att flera mått tillsammans speglar olika aspekter på vårdkvalitet. Kvalitetsförbättring inom intensivvården kräver mätning och uppföljning inom samtliga sex kvalitetsområden samtidigt. Det gäller att få en bra balans mellan mått som speglar kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård och vård i rimlig tid, dvs. samtliga sex kvalitetsområden.

Kvalitetskrav på kvalitetsindikatorer

Vid utvecklingen av mått på kvalitet bör de vara trovärdiga och praktiskt användbara för dem som ska använda dem. Måtten ska kännetecknas av:

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

1. Vetenskaplig rimlighet/validitet

Beskriver hur väl indikatorn verkligen mäter intensivvårdens kvalitet. I avsaknad av en erkänd kunskapsbas kan en indikator också anses valid om det råder professionell konsensus om att indikatorn speglar god vård och omsorg. Validiteten hos en indikator hänger också samman med i vad mån måttet verkligen återspeglar det som indikatorn sägs mäta och om förbättringar i verksamheten leder till förbättring av indikatorn.

2. Vikt/relevans

En indikatorns vikt eller betydelse avgörs av i princip tre faktorer:

- ✓ Huruvida indikatorn belyser ett viktigt område därför att här finns det problem eller ett gap mellan aktuellt tillstånd och möjligt, nåbart tillstånd
- ✓ Politiker och patienter är av olika skäl angelägna att se förbättringar inom det här området.
- ✓ Intensivvården kan påverka det som indikatorn mäter och därmed kommer mätningarna och uppföljningen att kunna bidra till förbättring.

3. Mätbarhet

Termer och begrepp som ingår i måttet måste vara tydligt definierade liksom population och tidsintervall, så att tveksamhet inte kan uppstå om vad som ska mätas och när och hur. Utvecklingen bör gå mot ett tillförlitligt system för att fånga den aktuella informationen som utgör grunddata i kvalitetsmättet.

4. Tolkningsbarhet/entydighet

Indikatorn måste skilja mellan vad som är acceptabel kvalitet och vad som är icke-acceptabel kvalitet. Indikatorn bör besitta både sensitivitet, dvs. kunna fånga betydelsefulla skillnader, och specificitet, dvs. skilja mellan god och dålig kvalitet. För att möjliggöra jämförelser mellan enheter måste indikatorn kunna standardiseras beträffande bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön, annan sjuklighet (case-mix) och andra bakgrundsfaktorer (confounding factors)

Samtliga dessa krav kan sällan uppfyllas fullt ut i samband med framtagningen av en indikator utan användningen kommer att visa på behov av att rätta till oklarheter i måttets beskrivning och av att hantera tolkningssvårigheter, felkällor, mm.

Det är just därför som denna revidering av SIR:s nationella kvalitetsindikatorer görs nu och kommer att behöva göras på nytt.

Beskrivning och specificering av kvalitetsindikatorn enligt InfoVU

Relevans

Har kvalitetsindikatorn vetenskaplig rimlighet/validitet och vikt/relevans för att spegla **God Vård**?

Led i vård och omsorgskedjan

Intensivvårdens olika insatser och åtgärder kan sorteras i följande moment: förebyggande (ex Mobil Intensivvårds Grupp, MIG), kontaktorsak (ex intagningsorsaker), bedömning/diagnos (ex primär IVA diagnos), utredning (ex åtgärder), behandling (ex åtgärder), resultat (ex riskjusterad mortalitet, hälsorelaterad livskvalitet efter intensivvård, möjlig organdonator osv.), information (ex patientdagbok), samordning (ex rond), utbildning (ex EDIC) och administration (ex beläggning, bemanning).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstatorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Kvalitetsområde

Vilket eller vilka av de sex kvalitetsområdena i **God vård** belyser kvalitetsindikatorn?

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
2. Säker
3. Patientfokuserad
4. Effektiv
5. Jämlig
6. Förmedlad i rimlig tid

Typ av indikator

Är kvalitetsindikatorn en struktur, process eller resultat indikator?

Mått

Här definieras kvalitetsindikatorn i mätbara termer – för att göra det, måste den specificeras i ett eller flera mått.

Beskrivning

Under denna rubrik beskrivs *täljare* och *nämnare* om måttet är ett andelsmått. Särskilt viktigt är att nämnaren – t ex populationen – noga definieras: Vilka ingår i observations-/studiegruppen? Vilket urval ska mätningen avse? Vilka är urvalskriterierna? Vilken tidsperiod avses?

Beträffande medeltalsmått måste *mätmetoden* definieras och för tidsmått måste *tidpunkten* från vilken mätning sker respektive tidpunkten till vilken mätning slutar noggrant specificeras.

De *begrepp* som ingår i måttet måste också noggrant beskrivas så att inte tveksamhet uppstår om vad som ska mätas.

Mätmetod

Här beskrivs olika möjligheter till informationsinsamling. Genom sedvanlig registrering av vårddata i enhetens kliniska informationssystem? Genom inmatning till lokalt, regionalt eller nationellt kvalitetsregister? Genom enkäter? Genom punktprevalensstudier? Genom retrospektiv journalgenomgång? Genom medicinsk kvalitetsrevision? Via webbaserad, strukturerad vårddokumentationsmall? Av vem ska detta göras?

Datakälla

Här beskrivs var data hämtas. Hämtas de ur patientjournaler eller annan lokal datakälla inom verksamheten? Finns en kvalitetsdatabas där data om kvalitet lagras?

Felkällor

Här berörs uppenbara felkällor som obeaktade kan leda till felaktiga och ovederhäftiga slutsatser. I synnerhet gäller detta om jämförelser mellan verksamheter ska kunna göras. Vid bedömning av sådana resultatmått som belyser förändringar i funktionstillstånd måste hänsyn tas till case-mix, dvs. materialen måste standardiseras för ålder, kön och andra faktorer som påverkar aktuellt funktionstillstånd (co-morbiditet, samverkande problem).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Form för redovisning

Här ska beskrivas hur kvalitetsdata bör redovisas för att informationsvärdet ska bli det bästa möjliga. Formen för redovisning av data kan variera beroende på målgrupp och syftet med redovisningen.

Mätdata över tid presenterade i så kallade tidsseriediagram är i allmänhet det mest begripliga, dvs. tillgängliga, sättet att presentera data på. I ett tidsseriediagram kan målnivåer läggas in, vilket ger en uppfattning om förbättringspotentialen. Styrgränser kan också läggas in.

Diagrammet kan också kompletteras med noteringar om genomförda förbättringsåtgärder som i sin tur kan relateras till förändringar i utfallet.

Standardiserad redovisning för patientkaraktistika eftersträvas.

Målnivå

Om det finns nationella målnivåer angivna för ett visst kvalitetsmått ska det framgå i beskrivningen av måttet. När sådana uttalade målnivåer – *standards* – saknas får de fortlöpande mätningarna och uppföljningen av måttet visa var ”*best practice*” befinner sig och nationella målnivåer sätts med ledning därav. Jämförelser – *benchmarking* – bör ske inte enbart inom landstinget utan med hela landet, även internationellt. All strävan att förbättra vården bör ta sikte på bästa uppnåbara resultat.

I SIR:s databas finns ett växande antal intensivvårdstillfällen registrerade. Denna ”guldgruva” utnyttjar vi för att dynamiskt förändra målnivåerna för kvalitetsindikatorerna så att ”ständig förbättring” av intensivvårdens kvalitet i Sverige kan beskrivas på ett meningsfullt sätt och vidmakthållas. Därför har målnivåer lyfts ur detta dokument, för att lättare kunna uppdatera det.

Intressenter

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i svensk intensivvård innebär dels att den speglar kvaliteten utifrån olika aspekter (de sex kvalitetsområdena, de olika leden i vård- och omsorgskedjan), dels att den tillgodoser olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet. Intressenter är patienter, närstående, personal, sjukhusledning, medborgare och politiker.

Referenser

Det är en styrka om vi kan ange några centrala och viktiga publikationer som vi hämtar inspiration från.

IT-struktur och kvalitetsindikatorer

En förutsättning för användningen av kvalitetsindikatorer inom intensivvården är att det finns effektiva och lättanvända IT-strukturer för registrering, inrapportering och återkoppling av kvalitetsdata. Erfarenheterna av att hämta och sammanställa uppgifter ur olika befintliga IT-system är nedslående. Det är genomgående svårt att sammanställa information/data från olika register eller databaser.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

SIR:s 10 nationella kvalitetsindikatorer

- Q1 [Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård](#)
- Q2 [Svensk riskjusterad mortalitet](#)
- Q3 [Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA](#)
- Q4 [Ventilator-associerad pneumoni \(VAP\)](#)
- Q5 [Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist](#)
- Q6 [Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar](#)
- Q7 [Avlidna på IVA uppföljning](#)
- Q8 [Nattlig utskrivning från IVA](#)
- Q9 [Dokumenterad behandlingsstrategi på IVA](#)
- Q10 [Beläggning på IVA](#)

Referenser:

1. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Publicerat www.socialstyrelsen.se, november 2005. Artikelnr 2005-124-7. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8964/2005-124-7.htm>
2. Quality Indicators in Critically Ill Patients. First edition May 2005. ISBN: 609-5974-0. http://www.semicyuc.org/calidad/quality_indicators_SEMICYUC2006.pdf
3. Att skapa index. Metodutveckling och test baserat på Öppna jämförelser. ISBN 978-91-7164-367-4. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL 2008.
4. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12 (M). http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.htm
5. Nya krav på information vid IT-samverkan inom vård och omsorg. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för IT. Publicerat www.socialstyrelsen.se, november 2005. Artikelnr 2005-124-6. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8946/2005-124-6.htm>
6. Begrepp och termer inom vård och omsorg. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för begrepp och termer. Publicerat www.socialstyrelsen.se, maj 2005. Artikelnr 2005-131-21. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8761/2005-131-21.htm>
7. Curtis JR e al. Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med 2006; 34: 211–218.
8. 1 000 Lives Campaign. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?orgid=781>

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 1:

Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård

Relevans

Kvalitetsindikatorns relevans är hög, då den belyser såväl individens egen bild av sin hälsa, som ger en mer objektiv bild av individens funktionsnivå efter intensivvård. Uppföljning av intensivvårdspatienter är stimulerande och kunskapen om hur dessa patienter mår kan leda till en utveckling av intensivvården och förbättra dessa och kommande patienters situation.

Led i vård och omsorgskedjan

Speglar hela omsorgskedjan, där intensivvården utgör en central del. Visar också på förekomsten av ”Uppföljningsteam” eller ”PostIva mottagning”, som sedan några år tillbaka är under stark utveckling i Sverige.

Kvalitetsområde

Patientfokuserad och effektiv vård

Typ av indikator

Resultat och process (förekomst av uppföljning) samt struktur

Mått

Andel (%) vårdtillfällen, enligt urvalskriterier, som är fullständigt uppföljda (= avslutade uppföljningar med tre kompletta kontakter/protokoll).

Varje uppföljning består av tre kontakter. Varje kontakt, tillfälle då patienten följs upp, dokumenteras enligt ett strukturerat protokoll enligt riktlinjen för registrering av PostIVA-uppföljning.

Med komplett kontakt menas att all obligatorisk data är ifylld eller att bortfallsorsak är registrerad.

Med avslutad uppföljning avses att SIR:s rekommenderade tre kontakter är kompletta.

Kvalitetsindikatorn bygger på ett protokoll med data avseende patientskattad hälsorelaterad livskvalitet mätning enligt SF-36.

Beskrivning

Urval – Vilka patienter ska följas upp?

Rekommendationen är att samtliga patienter ≥ 16 år med vårdtillfällen där vårdtiden ≥ 96 timmar med vårdtyp IVA och TIVA ska följas upp.

För att undvika flera samtida uppföljningar för de vårdtillfällen som återinläggs, så är det indexvårdtillfället för PostIvauppföljning som bör följas upp. Ett indexvårdtillfälle för PostIvauppföljning är det första vårdtillfälle som har vårdtid ≥ 96 timmar efter angiven starttidpunkt för uppföljning på egen IVA.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Ingen ny PostIvauppföljning, för samma person, på samma avdelning, förväntas ske förrän efter 24 månader efter utskrivning av indexvårdtillfället och då vid nästa vårdtillfälle på ≥ 96 timmar.

Om patienten under indexvårdtillfället vårdats på mer än en IVA så bör uppföljning ske på endast en IVA.

Urval - När ska uppföljningen ske?

Kontakt sker vid 2, 6 och 12 månader efter utskrivning från vårdtillfälle av vårdtyp IVA/TIVA. Dessa kontakter måste ske inom vissa tidsramar. Om tiden gått för långt så ska en orsak till varför man ej följt upp anges.

Riktlinjer:

1. 2 månaderskontakt ska ske inom 4 månader från utskrivning ($0 \text{ till } \leq 4 \text{ mån.}$),
2. 6 månaderskontakt ska ske mellan 4 till 9 månader från utskrivning ($> 4 \text{ till } \leq 9 \text{ mån.}$),
3. 12 månaderskontakt ska ske mellan 9 till 14 månader ($> 9 \text{ till } \leq 14 \text{ mån.}$), och
4. därefter kan ytterligare uppföljning ske om så önskas.

Vad ska mätas?

Obligatorisk data är hälsorelaterad livskvalitet med SF36 enligt specifikt formulär samt datum för kontakt.

Dessutom rekommenderas en strukturerad registrering av data avseende både funktionsnivå för bedömning av grundläggande ADL funktioner och arbetsförmåga i form av huvudsaklig sysselsättning. Dessa data samlas dels vid den aktuella situationen, men också före intensivvårdstillfället. BMI beräknas.

Mätmetod

Patientintervju och undersökning av ”uppföljningsteam” samt inmatning i strukturerat formulär, antingen via SIR:s webbformulär eller i eget system.

Datakälla

Webbformulär med inloggning för SIR:s medlemmar.

Felkällor

Bortfall kan utgöra ett problem. I redovisning av resultat, bör därför också bortfallets storlek (efter selektion enligt vårdtyp, vårdtid och ålder) beskrivas.

Bortfallsorsak när kontakt ej genomförts registreras enligt nedan:

1. Patient ville ej eller kunde ej nås
2. Patienten kan ej (t.ex. språkligt)
3. Patient inlagd på sjukhus eller hälsoskäl
4. Verksamhet saknas (t.ex. vid semestertider)
5. Följs upp av annan IVA
6. Annan uppföljning pågår, egen IVA
7. Patient ingår i studie
8. Avliden

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Form för redovisning

1. Andel (%) vårdtillfällen, enligt urvalskriterier, som är fullständigt uppföljda (= avslutade uppföljningar med tre kompletta kontakter):
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med tre kompletta kontakter (all obligatorisk data är ifylld inom rätt tidsintervall *eller* att bortfallsorsak är registrerad).
 - ✓ Nämnare: Antal indexvårdtillfällen för PostIVA (vårdtid $\geq$ 96 timmar, vårdtyp IVA eller TIVA, mer än 24 månader från tidigare uppföljning samt patient $\geq$ 16 år).
2. Andel uppföljda vid 2 månader
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med komplett kontakt (all obligatorisk data är ifylld *eller* att bortfallsorsak är registrerad)
 - ✓ Nämnare: Antal indexvårdtillfällen för PostIVA (vårdtid $\geq$ 96 timmar, vårdtyp IVA eller TIVA, mer än 24 månader från tidigare uppföljning samt patient $\geq$ 16 år).
3. Andel uppföljda vid 6 månader:
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med kompletta kontakter (all obligatorisk data är ifylld *eller* att bortfallsorsak är registrerad)
 - ✓ Nämnare: Antal indexvårdtillfällen för PostIVA (vårdtid $\geq$ 96 timmar, vårdtyp IVA eller TIVA, mer än 24 månader från tidigare uppföljning samt patient $\geq$ 16 år).
4. Andel uppföljda vid 12 månader:
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med kompletta kontakter (all obligatorisk data är ifylld *eller* att bortfallsorsak är registrerad)
 - ✓ Nämnare: Antal indexvårdtillfällen för PostIVA (vårdtid $\geq$ 96 timmar, vårdtyp IVA eller TIVA, mer än 24 månader från tidigare uppföljning samt patient $\geq$ 16 år).

Intressenter

Patienter, profession och huvudman

Vidare utveckling av indikatorn

Framtida urvalet kan förändras till att koncentrera uppföljningen till riskgrupper om dessa kan identifieras.

Referenser:

1. Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, et al. Pre-existing disease: the most important factor for health related quality of life long-term after critical illness: a prospective, longitudinal, multicentre trial. Crit Care 2010; 14: R67.
2. Orwelius L et al. Prevalence of sleep disturbances and long term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study. Crit Care 2008; 12: R97.
3. Hofhuis JG et al. Quality of life before intensive care unit admission is a predictor of survival. Crit Care 2007; 11: R78.
4. Kaarlola A et al. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. Crit Care Med 2006; 34: 2120-2126.
5. Orwelius L et al. Role of preexisting disease in patients' perceptions of health-related quality of life after intensive care. Crit Care Med 2005; 33: 1557-1564.



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 2: Svensk riskjusterad mortalitet

Relevans

Relevansen är hög, eftersom överlevnad är en förutsättning för fortsatt liv (har ur den aspekten ett *egenvärde*).

Mortaliteten 30 dagar efter vårdtillfällets start för vårdtyp IVA varierar i Sverige mellan 9,4 – 27,5 %. Tas hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad, typ och art enligt SAPS3, så varierar den standardiserade mortalitetsraten (SMR) i Sverige mellan 0,59 – 0,70 (25–75 percentilen). Uppgifterna är hämtade ur SIR:s databas för 2009-2010.

Led i vård och omsorgskedjan

Svensk riskjusterad mortalitet är ett sammansatt mått som speglar hela vård- och omsorgskedjan från intensivvårdens start, över utskrivning från sjukhus till hemmet eller till institution för eftervård.

Kvalitetsområde

Patientfokuserad och effektiv

Typ av indikator

Resultat

Mått

För beräkning av Svensk riskjusterad mortalitet använder vi för vuxna (≥ 16 år) SAPS3, för hjärtkirurgiska patienter IntensivvårdsHiggins och för barn PIM2 (< 16 år).

För IntensivvårdsHiggins kommer en rekallibrerad version att presenteras under våren 2011 och tillämpas. Den är baserad på ca 8 000 hjärtopererade patienter, för svenska förhållanden, och resultatet är validerat.

Svensk riskjusterad mortalitet beskrivs med måttet SMR (Standardiserad Mortalitetsrat).

$SMR = OMR$ (Observerad Mortalitets Rat)/ EMR (Estimerad Mortalitets Risk).

Rat = kvot.

Beskrivning

SMR

I SIR används SMR som kvoten mellan observerad mortalitet 30 dagar efter vårdtillfällets start (OMR) och förväntad mortalitet enligt SAPS3 eller IntensivvårdsHiggins eller PIM2 (EMR):

$SMR_{30d} = \text{Observerad mortalitet}_{30d} / \text{Förväntad mortalitet SAPS3 el PIM2}$

Täljare:

Täljarens numeriska värde hämtas ur SPAR - Statens personadressregister.

Nämnare:

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Hämtas vårdtillfällesvis ur respektive formel för varje riskjusteringsmodell där EMR sedan summeras.

Både täljare och nämnare anges som ett tal med 1 decimal och är mellan 0,1 och 99,9.

Mätmetod

Riktlinjer och specifikation för SAPS3 och PIM2 kodning inom intensivvård i Sverige finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Datafångst sker från respektive IVA-enhets egen databas och skickas till SIR enligt SIRXML specifikation.

Felkällor

1. Definition och tillämpning av intagningsorsak är systematisk men ännu ej enhetlig.
2. Kvalitet på indata för riskjustering är otillräcklig, t.ex. laboratorievärden och fysiologiska värden i Box III i SAPS3.
3. Anpassning av SAPS3 & PIM2 för svensk intensivvård behöver göras.

Form för redovisning

SMR under definierad tidsperiod (ex 1 år, 2011)

SMR för enskilda nyckel och viktiga diagnoser med köns och åldersstratifiering beräknas:

1. Nyckeldiagnoserna
 - R65.1 Svår sepsis
 - R57.2 Septisk chock
 - J80.9 Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS)
 - I46.9 Hjärtstopp
2. Viktiga diagnoserna:
 - K85.9 Pankreatit
 - K92.2 Gastrointestinal blödning
 - J44.9 Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)
 - T07.9 Multipelt trauma
 - I71.0 .8 och .9 Aortaaneurysm, tre olika, se riktlinje Diagnossättning
 - G00.9 Meningit, bakteriell
 - I60.9 Subaraknoidalblödning (ej trauma)
 - S06.9 Intrakraniell skada, ospecificerad
3. Åldersstratifiering enligt SIR:s utdataportal i 10-årsklasser för SAPS3 och IntensivvårdsHiggins. För PIM2 enligt särskild åldersgruppering för barn.
4. Genusperspektiv ges med uppdelning på kvinna och man i ovanstående diagnos- och åldersstratifiering.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Intressenter

Professionen, patienter och huvudman

Vidare utveckling av indikatorn

Under 2011 kommer en workshop att ske om riskjustering inom intensivvård med särskilt fokus på SAPS3.

Syftet med workshopen är att förstå den metodik som används för utveckling av riskjusteringssystem inom intensivvården, med utgångspunkt från SAPS3 och att förstå teorin och praktiken bakom de metoder som kan användas för att anpassa (*calibration, customization*) riskjusteringssystem.

Målsättningen är att anpassa SAPS3 för svenska förhållanden under 2011/2012.

Referenser:

1. Metnitz PG et al on behalf of the SAPS3 Investigators. SAPS3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description Intensive Care Med 2005; 31: 1336–1344.
2. Moreno RP et al on behalf of the SAPS3 Investigators. SAPS3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. Intensive Care Med 2005; 31: 1345–1355.
3. SAPS3 - from Evaluation of the Patient to Evaluation of the Intensive Care Unit. Electronic Supplementary Material. <http://www.springerlink.com/content/k101329015377474/MediaObjects/supp.pdf>
4. Slater A et al. PIM2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality. Intensive Care Med 2003; 29: 278-285.
5. Baghurst PA et al. The application of risk-adjusted control charts using the Paediatric Index of Mortality 2 for monitoring paediatric intensive care performance in Australia and New Zealand. Intensive Care Med 2008; 34: 1281-1288.



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 3:

Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA

Relevans

Infektioner orsakade av multiresistenta bakterier hos IVA patienter är förenat med ökad sjuklighet och dödlighet. Kunskap och dokumentation om infektionsproblematik inom intensivvården är central för att optimera antibiotikaanvändningen och för att minska uppkomsten och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier. Patienter som drabbas av dessa kräver ofta ökade resurser t.ex. i form av isolering.

Led i vård och omsorgskedjan

Fokuserar på grundläggande (förebyggande) hygienrutiner och screening av riskpatienter.

Kvalitetsområde

Kvalitetsindikatorn belyser kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad och effektiv vård.

Typ av indikator

Resultat, struktur och process

Definitioner

1. Bakteriell multiresistens

Bakteriell multiresistens, känd vid ankomsten till eller upptäckt under intensivvårdstillfället, har förekommit under det aktuella vårdtillfället med någon av nedanstående bakterier (SK-010 från SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer inom Intensivvård i Sverige).

Med bakteriell multiresistens avses:

1. Staphylococcus aureus:
 - 1.1. MRSA (Meticillinresistenta S aureus)
 - 1.2. VRSA (Vankomycinresistenta S aureus)
2. Enterococcus faecalis och Enterococcus faecium:
 - 2.1. VRE (Vankomycinresistenta enterokocker)
3. ESBL-bildande Enterobacteriaceae (Extended Spectrum β -Lactamases):
 - 3.1. Tarmbakterier som bildar "Extended Spectrum Beta-Lactamase" (många olika ESBL-enzym har kunnat identifieras). De är resistenta både mot de traditionellt betalaktamasresistenta penicillinerna men också mot de flesta betalaktamasresistenta cefalosporinerna. ESBL har påvisats hos t.ex. Escherichia coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus och Pseudomonas.

2. Isolering

Med isolering menas ett vådrum med ensam patient med stängd dörr och med konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner. Isoleringsvård har som syfte att ytterligare försvåra

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

smittspridning genom att minska de fysiska möjligheterna för mikroorganismer att spridas från en person till en annan.

Isolering kan vara av två orsaker:

1. Smittisolering (DV091): Isolering sker av patient p.g.a. dennes smitta.
 2. Skyddsisolering (DV092): Isolering sker av patient p.g.a. dennes infektionskänslighet.
- Här avser vi att följa **på IVA vårdad patient med multiresistenta bakterier** som orsak till isolering, dvs. **smittisolering, DV091** som KVÅ kod.

Mått

Andel vårdtillfällen av patienter som är bärare av och/eller infekterade med multiresistenta bakterier på IVA där smittisolering (DV091) har förekommit.

Beskrivning

Bakteriell multiresistens på IVA – Bakgrundsvariabel

1. **Andel 1:** Andelen vårdtillfällen med bakteriell multiresistens:
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med bakteriell multiresistens (SK-010)
 - ✓ Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen

Isolering pga. multiresistenta bakterier hos patient på IVA (DV091)

Vid förekomst av bakteriell multiresistens på IVA, är möjligheten till smittisolering viktig och påverkansbar.

2. **Andel 2:** Andelen vårdtillfällen där smittisolering har förekommit:
 - ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med bakteriell multiresistens (SK-010) **och** smittisolering (DV091) någon gång under någon del av vårdtiden på IVA
 - ✓ Nämnare: Antal vårdtillfällen med bakteriell multiresistens (SK-010)

Nödvändig inställning i valideringsprogrammet

Q3 är inte möjlig att redovisa utan inställningen ”Registrerar alltid” för SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer inom Intensivvård i Sverige och för åtgärden smittisolering, DV091.

Mätmetod

Sedvanlig vårddataregistrering, dvs. ”SK-010” i SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer samt SIR:s åtgärds kod för smittisolering, DV091. Riktlinjerna finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Data hämtas ur IVA-enhetens patientadministrativa system.

Felkällor

1. Det finns varierande ”odlingsintensitet” på och mellan avdelningar.
2. Det förekommer otillräcklig följsamhet i registrering av vissa negativa händelser och komplikationer samt åtgärdsregistrering på IVA-enheten.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

3. Vårdtillfällen där odlingssvar med bakteriell multiresistens kommer först efter vårdtillfällets slut exkluderas, då dessa ej var kända under själva vårdtillfället.

Form för redovisning

Enkel tabellredovisning för preciserad tidsperiod.

Intressenter

Patient, profession och huvudman

Vidare utveckling av indikatorn

Arbetet med överföring av mikrobiologiska patientdata till SIR som sker bl. a. inom ramen för DEBUG-IT (*Detecting and Eliminating Bacteria UsinG Information Technology*) kan bidra till en automatiserad och mer fullständig registrering av denna indikator.

Med personnummerbaserad mikrobiologi kan också avgöras om resistensen uppkommit före, under eller efter vårdtillfället på IVA.

Referenser:

1. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). <http://www.strama.se/dyn//,12,11.html>
2. CARE-ICU (Controlling Antibiotic Resistance in ICU). <http://ipse.univ-lyon1.fr/>
3. DebugIT Detecting and Eliminating Bacteria UsinG Information Technology. Large-scale integrating project (FP7, 2008 - 2011). <http://www.debugit.eu>.
4. Hanberger et al. Surveillance of microbial resistance in European Intensive Care Units: a first report from the Care-ICU programme for improved infection control. *Intensive Care Med* 2009; 35: 91-100.
5. Milstone AM, Perl TM (Editorial). Fact, Fiction, or No Data: What Does Surveillance for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Prevent in the Intensive Care Unit? *Clinical Infectious Diseases* 2008; 46: 1726–1728.
6. McGinagle KL, et al. The use of active surveillance cultures in adult intensive care units to reduce methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-related morbidity, mortality, and costs: a systematic review. *Clin Infect Dis*. 2008; 46: 1717-1725.
7. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen 2006.
8. Kollef MH. Bench-to-bedside review: antimicrobial utilization strategies aimed at preventing the emergence of bacterial resistance in the intensive care unit. *Crit Care*. 2005; 9: 459-64.
9. Cepeda JA et al. Isolation of patients in single rooms or cohorts to reduce spread of MRSA in intensive-care units: prospective two-centre study. *Lancet*. 2005; 365: 295-304.
10. O'Connell NH, Humphreys H. Intensive care unit design and environmental factors in the acquisition of infection. *J Hosp Infect*. 2000; 45: 255-262.



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 4:

Ventilator-associerad pneumoni (VAP)

Relevans

Kvalitetsindikatorn har hög relevans eftersom komplikationen VAP är förenat med ökad sjuklighet och dödlighet samt påverkningsbar med olika konkreta åtgärder.

Led i vård och omsorgskedjan

Rapporterat antal komplikationer VAP speglar flera led i vård och omsorgskedjan vilka berör förebyggande åtgärder, diagnostik och utredning av VAP, tidig behandling samt resultat och kvalitet, dvs. vilka resurser läggs på att förebygga, diagnostisera och registrera VAP

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad, säker och patientfokuserad

Typ av indikator

Resultat

Mått

Antal vårdtillfällen med VAP per 10 000 timmar invasiv ventilatorbehandling

Beskrivning

Kriterier för ventilator-associerad pneumoni (VAP)

	Kod	Definition - samtliga kriterier (1-3) ska vara uppfyllda.
<u>Verifierad</u> VAP	SK-021	1. Har behandlats med invasiv ventilation ≥ 48 timmar (sammenhängande tid, uppmätt på egna IVA-enheten) <u>och</u> 2. Därefter utvecklar ett nytt eller progredierande lunginfiltrat (lungröntgen eller datortomografi) <u>i kombination med:</u> 3. Positiv mikrobiologisk diagnostik a. Skyddad borste med växt $\geq 10^{3*}$ CFU/ml <u>och/eller</u> b. BAL med växt $\geq 10^4$ CFU/ml <u>och/eller</u> c. Kvantitativ odling av trakealsekret med växt $\geq 10^6$ CFU/ml (KNS, Enterokocker och <i>Candida sp.</i> exkluderas)

* I svenska laboratoriesvar motsvarar detta $\geq 10^6$ CFU/ml. Skillnaden beror på att man internationellt rapporterar den observerade bakteriekoncentrationen medan svenska laboratorier rapporterar den beräknade koncentrationen i det ursprungliga provmaterialet. Laboratorierna i Sverige svarar inte ut "signifikant växt" om koncentrationen är $\leq 10^6$ CFU/ml. Ett arbete pågår för att anpassa svensk standard till den internationella, om växt av $\geq 10^3$ CFU/ml rapporteras som signifikant växt ska det alltså uppfattas som att pt uppfyller punkt 3a.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

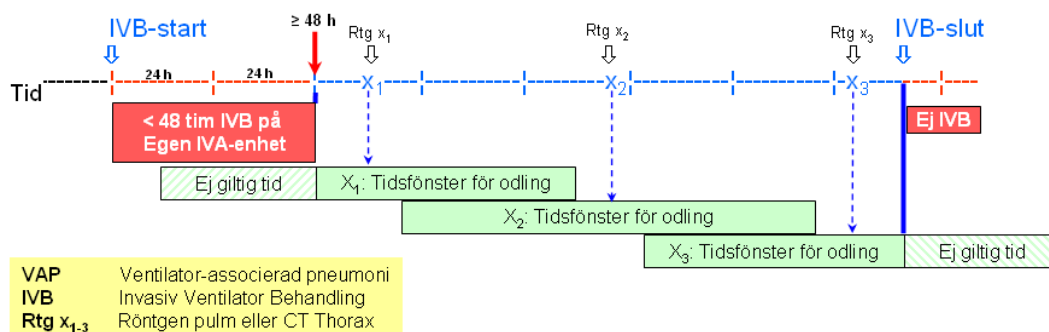
<http://icuregswe.org>

	Kod	Definition - samtliga kriterier (1-3) ska vara uppfyllda.
Misstänkt VAP	SK-022	- Har behandlats med invasiv ventilation ≥ 48 timmar (sammanhängande tid, uppmätt på egna IVA-enheten) och - Därefter utvecklar ett nytt eller progredierande lunginfiltrat (lungröntgen eller datortomografi) i kombination med: - Kliniska tecken på VAP i form av - CRP ≥ 100 mg/l och - kroppstemperatur $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (undantag kan göras för kriterium b om behandlingen omfattar åtgärder för att undvika temperaturstegring)
Misstänkt VAP registreras inte om patienten uppfyller kriterierna för Verifierad VAP.		

Tidsram:

- Bortse från fynd (röntgen, mikrobiologi, CRP och kroppstemperatur) som uppträder
 - De första 48 timmarna av invasiv ventilatorbehandling (IVB) **och**
 - Efter det att invasiv ventilatorbehandling har avslutats.
- Tidsramen börjar tidigast efter 48 timmar invasiv ventilatorbehandling på den egna IVA-enheten.
- Tidsfönster utgår från tidpunkten för den lungröntgen (eller CT) som visat ett nytt eller progredierande lunginfiltrat.
- För att uppfylla kriterierna för verifierad VAP ska odlingen med signifikant växt vara tagen inom 48 timmar före/efter tiden för röntgenundersökningen, dock tidigast efter 48 timmar ventilatorbehandling på den egna enheten och inte efter avslutad invasiv ventilatorbehandling.

Tidsram för verifierad VAP



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

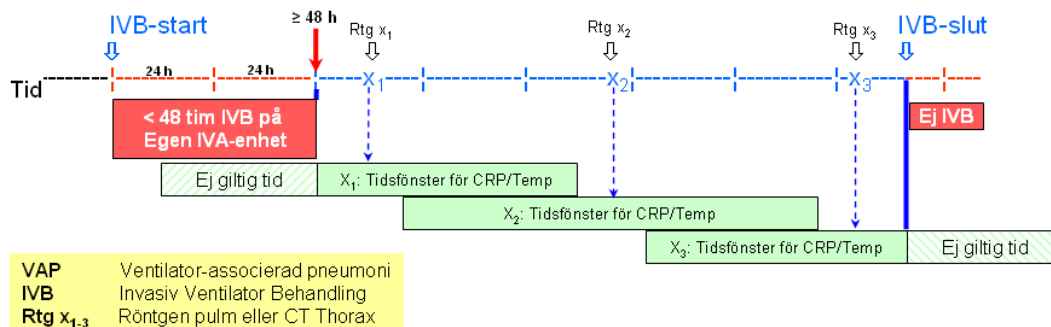
HEMSIDA

<http://icuregswe.org>

Svenska intensivvårdsregistret – SIR

5. För att uppfylla kriterierna för misstänkt VAP ska CRP vara minst 100 mg/l och kroppstemperaturen minst 38,5°C vid något tillfälle inom 48 timmar före/efter röntgenundersökningen, dock tidigast efter 48 timmar ventilatorbehandling på den egna enheten och inte efter avslutad invasiv ventilatorbehandling. Tidpunkten för blodprovstagningen måste inte sammanfalla med tidpunkten för kroppstemperatur $\geq 38,5^\circ\text{C}$.

Tidsram för misstänkt VAP



Förekomst av VAP

Förekomst av verifierad VAP (SK-021) beräknas ur nedanstående täljare och nämnare:

- ✓ **Täljare:** Antal vårdtillfällen med SK-021
 - ✓ **Nämnare:** Summa timmar med invasiv ventilatorbehandling (DG021) för alla vårdtillfällen där DG021 ≥ 48 timmar
- Nämnarens invasiva ventilatorbehandlingstid omfattar:
1. Vårdtillfällen med invasiv ventilatorbehandling ≥ 48 timmar och
 2. Den invasiva ventilatorbehandlingstiden beräknas enligt SIR:s riktlinje för registrering av ventilatorbehandling inom intensivvård och
 3. Inkluderar även de första 48 timmarna, och
 4. Den invasiva ventilatorbehandlingstiden avser egen IVA-enhet.

Förekomst av misstänkt VAP (SK-022) beräknas ur nedanstående täljare och nämnare:

- ✓ **Täljare:** Antal vårdtillfällen med SK-022
 - ✓ **Nämnare:** Summa timmar med invasiv ventilatorbehandling (DG021) för alla vårdtillfällen där DG021 ≥ 48 timmar
- Nämnarens invasiva ventilatorbehandlingstid omfattar:
1. Vårdtillfällen med invasiv ventilatorbehandling ≥ 48 timmar och
 2. Den invasiva ventilatorbehandlingstiden beräknas enligt SIR:s riktlinje för registrering av ventilatorbehandling inom intensivvård och
 3. Inkluderar även de första 48 timmarna, och
 4. Den invasiva ventilatorbehandlingstiden avser egen IVA-enhet.

Nödvändig inställning i valideringsprogrammet

Q4 är inte möjlig att redovisa utan inställningen "Registrerar alltid" för dels SIR:s riktlinje för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer inom Intensivvård i Sverige, dels åtgärdsregistreringen invasiv ventilatorbehandling (IVB).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Mätmetod

1. Sedvanlig vårddataregistrering av komplikationerna ”SK-021” och ”SK-022” samt
2. Riktad internkontroll av data särskilt viktigt då diagnostiken kan vara svår och tillståndet sällan förekommande.

Riktlinjer för registrering av komplikationer inom intensivvård i Sverige finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Data hämtas ur IVA-enhetens patientadministrativa system.

Felkällor

1. Underrapportering är troligen den vanligaste felkällan! Kan reduceras med, systematiska ställningstaganden av dedicerad person som har tid avsatt för uppgiften! Rutin för detta bör säkerställas i det dagliga arbetet, eventuellt med elektroniskt stöd i respektive informationssystem
2. ”Case-mix” beskrivning är viktig, t ex ålderskategori och diagnoser.

Form för redovisning

Förekomsten av verifierad och misstänkt VAP anges per 10 000 timmar invasiv ventilatorbehandling per enhet per definierad tidsperiod.

✓ **Täljare:**

Antal vårdtillfällen med VAP = Antal ”SK-021” och/eller antal ”SK-022”.

OBS: Misstänkt VAP registreras inte om patienten uppfyller kriterierna för Verifierad VAP. Det är således summan av antalet vårdtillfällen med förekomst av verifierad eller misstänkt VAP som ska finnas i täljaren för varje IVA-enhet.

✓ **Nämnare:**

Summa timmar med invasiv ventilatorbehandling enligt, SIR:s riktlinje för registrering av ventilatorbehandling, för alla vårdtillfällen med åtgärden invasiv ventilatorbehandling vid den egna enheten, där den invasiva ventilatorbehandlingen är ≥ 48 timmar.

Intressenter

Patient, profession och huvudman

Vidare utveckling av indikatorn

När mikrobiologiska patientdata har överförts till SIR kan vi se vilka patogener som är vanligast vid VAP såväl på den egna enheten som i hela landet. Detta plus resistensmönster kan sen korreleras till morbiditet och mortalitet.

För att kunna avgöra om adekvat empirisk antibiotikabehandling påverkar morbiditet och mortalitet krävs införande av digitala läkemedelsordinationssystem.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Referenser:

1. Hyllienmark P et al. Nosocomial pneumonia in the ICU: a prospective cohort study. Scand J Infect Dis. 2007; 39: 676-682.
2. Chastre J. Ventilator-associated pneumonia: what is new? Surg Infect (Larchmt) 2006, 7 Suppl 2:S81-85.
3. Fujitani S, Yu VL. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia: focus on nonbronchoscopic techniques (nonbronchoscopic bronchoalveolar lavage, including mini-BAL, blinded protected specimen brush, and blinded bronchial sampling) and endotracheal aspirates. J Intensive Care Med 2006, 21(1):17-21.
4. Jackson WL, Shorr AF. Update in ventilator-associated pneumonia. Curr Opin Anaesthesiol 2006, 19(2):117-121.
5. Koenig SM, Truitt JD. Ventilator-associated pneumonia: diagnosis, treatment, and prevention. Clin Microbiol Rev 2006, 19(4):637-657.
6. Porzecanski I, Bowton DL. Diagnosis and treatment of ventilator-associated pneumonia. Chest 2006, 130(2):597-604.
7. Ylipalosaari P et al. Epidemiology of intensive care unit (ICU)-acquired infections in a 14-month prospective cohort study in a single mixed Scandinavian university hospital ICU. Acta Anaesthesiol Scand 2006; 50: 1192-1197.
8. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen 2006.
9. Calandra T, Cohen J. The International Sepsis Forum Consensus Conference on Definitions of Infection in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 2005; 33:1538 –1548.
10. Horan TC et al. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008; 36: 309-332.



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 5:

Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist

Relevans

Regional samordning av sjukvård är viktigt för optimalt utnyttjande av begränsade intensivvårdsresurser. När en IVA enhets samlade resurser överstigs kan det bli nödvändigt att av resursskäl överföra patient till annan IVA enhet.

Men att flytta intensivvårdspatient, av resursskäl, har många negativa konsekvenser:

1. Patientsäkerhetsrisk vad gäller informationsöverföring mellan IVA enheterna.
2. Försämrat tillstånd hos patienten under och efter själva intensivvårdstransporten har påvisats i olika studier, med förlängd vårdtid på IVA som en konsekvens.
3. Psykisk extra belastning för patient, närstående och personal.
4. Resurser för transport tas i regel från den pool av resurser som redan är överbelastad, även om det på sina håll finns speciella intensivvårdsambulanser.

Led i vård och omsorgskedjan

Kvalitetsindikatorn belyser IVA enhetens resurstillgång i förhållande till efterfrågan. Den påverkas framför allt av personaltillgång på enheten, men också av sjukhusets målsättning för antal disponibla intensivvårdsplatser.

Kvalitetsområde

Kvalitetsindikatorn speglar säker, patientfokuserad och jämlik intensivvård.

Typ av indikator

Resultat- och strukturmått

Mått

Andel (%) vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA pga. egen resursbrist.

I SIR:s riktlinje för registrering och definition av vårdtillfälle inom intensivvård (IVA, TIVA och BIVA), samt definitioner av övriga vårdtyper (Postop, HIA och Övrig) finns under rubriken Utskriven till/Annan IVA/Resursbrist hos oss den variabel som efterfrågas.

Om utskrivningsorsaken är medicinsk indikation eller att patienten är hemmahörande där, så anges detta som orsak istället.

Beskrivning

Andel (%) vårdtillfällen med utskrivning pga. resursbrist:

- ✓ Täljare: Antal vårdtillfällen med utskrivning till *Annan IVA* och utskrivningsorsak "resursbrist hos oss"
- ✓ Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen av vårdtyp IVA, TIVA och BIVA med levande utskriven patient.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Mätmetod

Datafångst sker från den IVA enhet (IVA 1), som pga. resursbrist, skickar patienten:

Transport från:	Datafångst 1	Transport	Datafångst 2	Transport till:
IVA 1	Efterfrågad data! Resursbrist hos oss ¹		Ej efterfrågad data! Resursbrist hos avsändare ²	IVA 2

V.g. se SIR:s riktlinje för registrering och definition av vårdtillfälle inom intensivvård (IVA, TIVA och BIVA), samt definitioner av övriga vårdtyper (Postop, HIA och Övrig) med följande sökvägar:

¹ Utskriven till/Annan IVA/Resursbrist hos oss

² Ankomstväg/Annan IVA/Resursbrist hos avsändaren

IVA 1 rapporterar alltid till SIR, och IVA 2 kan göra det, men behöver inte göra det.

Både IVA 1 och 2 kan finnas på olika sjukhus, men kan också finnas på samma sjukhus.

Datakälla

Data hämtas från IVA-enhetens patientadministrativa system eller motsvarande, där ställningstagandet och registrering av utskrivningsorsaken görs i samband med utskrivning från IVA.

Felkällor

1. Variabla kriterier för in- respektive utskrivning av intensivvårdspatient beroende på den aktuella beläggningen (resistans/motstånd för inläggning när fyllnaden/beläggning ökar eller ”sug”/vilja till inläggning när fyllnaden/beläggningen minskar).
2. Otydliga lokala riktlinjer för hur många fastställda och disponibla vårdplatser som enheten har.

Form för redovisning

Enkel tabellredovisning för preciserad tidsperiod.

Intressenter

Patienter, närstående, professionen och sjukhusledning

Vidare utveckling av indikatorn

När vi får ett trovärdigt grepp om förekomsten, så inställer sig frågan hur morbiditet och mortalitet påverkas av överflyttning till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist.

Referenser:

1. Lippert A et al. Kapaciteten på danske intensivavdelinger. En national survey af kapacitet, aflysninger og overflytninger af kritisk syge patienter. Ugeskr Laeger. 2007; 169: 712-716.
2. Rosenberg AL, Hofer TP, Strachan C et al. Accepting critically ill transfer patients: adverse effect on a referral centre's outcome and benchmark measures. Ann Intern Med 2003; 138: 882-890.
3. Duke GJ, Green JV. Outcome of critically ill patients undergoing interhospital transfer. Med J Aust 2001; 174: 122-125.



POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>

Q 6:

Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Relevans

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. Detta bekräftas av SIR-data för åren 2009-2010 där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet (Riskjusterad - SAPS3 och ålder - oddskvot 1,83 med 95 % konfidensintervall 1,55 - 2,17).

Led i vård och omsorgskedjan

Kvalitetsindikatorn är en avvikelse/komplikation (SK-100) som belyser samordningen mellan IVA och vårdavdelningen. Den påverkas av in-/utskrivningskriterier för intensivvård samt personella och kompetensmässiga förhållanden på både IVA och vårdavdelning. Vissa återinläggningar är emellertid ett resultat av oförutsägbara och tillstötande komplikationer.

Kvalitetsområde

Kvalitetsindikatorn speglar säker, patientfokuserad och effektiv intensivvård.

Typ av indikator

Resultat, struktur och process

Mått

Komplikationen SK-100 är vårdtillfällen med en oplanerad återinläggning till samma IVA enhet ≤ 72 tim efter utskrivning.

Överföringar mellan olika IVA-enheter klassas inte som SK-100.

Beskrivning

Definition av "återin-indexvårdtillfälle"

Första vårdtillfället av vårdtyp IVA, TIVA och BIVA för en patient under definierad tidsperiod för definierad IVA.

Definition av "återin-vårdtillfälle"

Första vårdtillfället som kommer efter "återin-indexvårdtillfället".

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

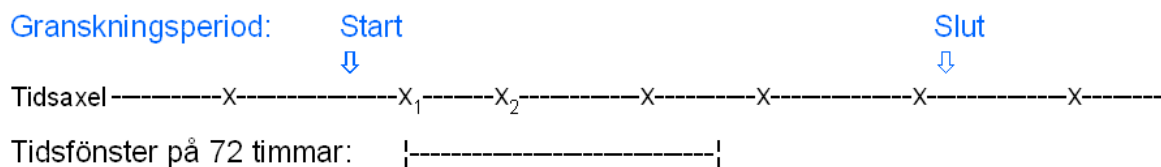
HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Schematisk skiss – beskrivning av index samt återinvårdtillfälle:



Förklaring:

- ↓ Start och slut av den tidsperiod som ska granskas.
- x En och samma patients olika vårdtillfällen på samma IVA-enhet.
- x₁ Återin-indexvårdtillfälle
- x₂ Återin-vårdtillfälle

Täljaren – följande 3 krav:

1. Återinläggning
Första vårdtillfället (återin-vårdtillfälle, dvs. x₂ i skiss ovan) efter ”återin-indexvårdtillfället” (x₁ i skiss ovan), där tiden mellan utskrivning från ”återin-indexvårdtillfället” och återin-vårdtillfällets start är ≤ 72 tim
2. Till samma IVA-enhet
3. Oplanerad inläggning

Nämnumren – följande 2 krav:

1. Totala antalet ”återin-indexvårdtillfällen” (x₁ i skiss ovan)
2. Patienten är utskriven levande från återin-indexvårdtillfället (x₁ i skiss ovan) på IVA

Koppling till registrering och definition av vårdtillfälle

Q6 och planerad inläggning på IVA eller ankomstväg annan IVA kan ej förekomma samtidigt som registrering av SK-100!

Mätmetod

Utifrån avdelningens sedvanliga registrering av vårdtillfällen början och slut som skickas till SIR, selekterar SIR fram ”återin-indexvårdtillfällen” enligt definition ovan.

Riktlinjer för registrering av vissa negativa händelser och komplikationer inom intensivvård i Sverige finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Data hämtas från IVA-enhetens patientadministrativa system eller motsvarande.

Felkällor

Lokala IT system kan också vara en felkälla, om det inte kan hantera ett vårdtillfälle enligt SIR:s kriterier och därmed inte kan följa SIR:s registreringsstandard.

Indikatorn påverkas av vårdens innehåll och kvalitet hos mottagande avdelning, som vi som skickande avdelning inte har direkt kontroll över, men indirekt via MIG kan hjälpa till med i förekommande fall.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Återinläggning efter andra vårdtillfällen än återin-indexvårdtillfället fångas inte.

Form för redovisning

Enkel tabellredovisning för preciserad tidsperiod.

Urval blir begränsat i rapporter till årsvis tidsintervall, då SIR inte klarar att med rimlig prestanda möjliggöra kortare tidsperspektiv och samtidigt underhålla beräkning av index för sådana.

Intressenter

Patient, profession och huvudman

Vidare utveckling av indikatorn

Tiden 72 timmar kan diskuteras. Andra gränsvärden, t ex 24 och 48 timmar finns också beskrivna i litteraturen. Då SIR får lite mer data, enhetligt använda, borde vi kunna besvara frågan om optimal tid för uppföljning av oplanerad återinläggning till samma IVA.

Graden av ökad morbiditet och mortalitet vid oplanerad återinläggning på samma IVA samt identifiering av de viktigaste orsakerna (SK-101, SK-102, SK-103 och SK-104) borde då kunna analyseras.

Referenser:

1. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. Chest. 2000; 118: 492-502.
2. Metnitz PG et al. Critically ill patients readmitted to intensive care units--lessons to learn? Intensive Care Med 2003; 29: 241-248.
3. Haller G et al. Validity of unplanned admission to an intensive care unit as a measure of patient safety in surgical patients. Anesthesiology. 2005; 103: 1121-1129.
4. Elliott M. Readmission to intensive care: a review of the literature. Aust Crit Care 2006; 19: 96-98.
5. Haller G et al. Assessment of an unplanned admission to the intensive care unit as a global safety indicator in surgical patients. Anaesth Intensive Care. 2008; 36: 190-200.
6. Kaben A et al. Readmission to a surgical intensive care unit: incidence, outcome and risk factors. Critical Care 2008 12: R 123.
7. Campbell AJ et al. Predicting death and readmission after intensive care discharge. Br J Anaesth 2008; 100: 656-662.



POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 7: Avlidna på IVA uppföljning

Relevans

Organdonation är en del av intensivvården. Intensivvårdens uppgift är att möjliggöra organdonation i händelse av att en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärninfarkt.

I Sverige tas organ för transplantationsändamål om hand från omkring 100-150 avlidna människor per år.

Med möjlig organdonator avses en intensivvårdspatient som avlider under pågående ventilatorbehandling och där total hjärninfarkt fastställts och patienten identifierats som medicinskt lämplig som organdonator.

Knappt 4 % av de intensivvårdspatienter som avlider på IVA blir organdonatorer.

Led i vård och omsorgskedjan

Indikatorn belyser intensivvårdens förmåga att i tid identifiera möjliga organdonatorer samt möjliggöra organdonation i förekommande fall.

Kvalitetsområde

Indikatorn belyser kunskapsbaserad vård som är förmedlad i rimlig tid.

Typ av indikator

Resultat- och strukturmått (förekomst av Donations Ansvarig Läkare och Sjuksköterska; DAL/DAS) samt processmått (kontakt med transplantationskoordinator).

Mått

Andel (%) och antal.

Beskrivning

I SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna på IVA, finns 10 frågor att besvara kring varje avliden intensivvårdspatient. Protokollet gäller endast vårdtyperna IVA, TIVA och BIVA (ej post-operativ vård, övrig vård eller HIA vård).

Mätmetod

Protokoll enligt ovanstående riktlinje fylls i när en intensivvårdspatient avlider.

SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna på IVA finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Data hämtas via ordinarie SIRXML fil i IVA-systemet eller, via separat fil från lokalt system eller, via webbformulär som tillhandahålls av SIR. Oavsett val av metod, så är protokollet detsamma.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Felkällor

Förutsätter uppföljning av **alla** intensivvårdspatienter som avlider på IVA.

Att denna uppföljning sker och att de 10 frågorna besvaras korrekt är bland annat ett ansvar för donationsansvarig läkare (DAL) och donationsansvarig sjuksköterska (DAS) enligt direktiv från Socialstyrelsen (Donationsrådet).

Form för redovisning

Enkel tabellredovisning för preciserad tidsperiod av

1. Andelen avlidna intensivvårdspatienter som har registrerats enligt protokoll:
 - ✓ Täljare: Antal avlidna intensivvårdspatienter som har registrerats enligt protokoll
 - ✓ Nämnare: Antal avlidna intensivvårdspatienter
2. Andelen protokoll som har granskats av DAL/DAS:
 - ✓ Täljare: Antal protokoll granskade av DAL/DAS
 - ✓ Nämnare: Antal avlidna intensivvårdspatienter som har registrerats enligt protokoll
3. Andel avlidna intensivvårdspatienter enl. direkta kriterier där transplantationskoordinator har kontaktats:
 - ✓ Täljare: Antal avlidna med svår, nytillkommen hjärnskada och invasiv ventilatorbehandling, där diagnostik har skett med direkta kriterier och där kontakt har tagits med transplantationskoordinator.
 - ✓ Nämnare: Antal avlidna med svår, nytillkommen hjärnskada och invasiv ventilatorbehandling, där diagnostik har skett med direkta kriterier

Strukturerade och mer detaljerade rapporter, utifrån protokollet, presenteras på SIR:s utdataportal.

Intressenter

Framst är det andra sjuka människor i behov av organ, eftersom bristen på organ är stor. Drygt 600 personer finns f.n. 2011 uppsatta på väntelista för att få ett eller flera organ i Sverige. Intensivvårdsprofessionen och Socialstyrelsen (Donationsrådet) är andra intressenter. SIR och Donationsrådet har 2009 tecknat ett samarbetsavtal om nationell uppföljning av ”Avlidna på IVA”.

Vidare utveckling av indikatorn

Den gemensamma undersökningen med Donationsrådet hösten 2007 har väckt fler frågor och funderingar som berör kvalitetsindikatorerna avlidna på IVA och avstå och avbryta medicinsk behandling på IVA. SIR kan här hjälpa till med riktade frågeställningar kring viktiga beröringspunkter.

Referenser:

1. Nolin T, Mårdh C, Karlström G, Möller C, Welin A, Walther S. A continuous and nationwide open audit of potential and actual organ donors in Sweden. Acta Anaesthesiol Scand 2010; 54: 392-3.
2. Möller C et al. Möjliga donatorer i Sverige - En nationell kartläggning av dödsfall inom intensivvården. 2008. Rapporten finns på Donationsrådets hemsida:
<http://www.donationsradet.se/upload/SONO%20projektet/Mojliga%20donatorer%20i%20Sverige,%20juni%202008.pdf>
3. Barber K et al. Potential for organ donation in the United Kingdom: audit of intensive care records. BMJ 2006; 332: 1124-1127.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

4. Opdam HI, Silvester W. Potential for organ donation in Victoria: an audit of hospital deaths. MJA 2006; 185: 250–254.
5. Sheehy E et al. Estimating the Number of Potential Organ Donors in the United States. N Engl J Med 2003; 349: 667-674.
6. SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna på IVA kan nås på <http://www.icuregswe.org/sv/Riktlinjer/>
7. Riktlinjer för donation av organ och vävnader antagna 2008-11-19 av SFAI (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård). <http://www.sfai.se/dokument/riktlinjer>.
8. SOSFS 2005:10 Kriterier för att bestämma människans död. http://www.sos.se/sosfs/2005_10/2005_10.htm
9. SOSFS 2005:11 – Fortsatta medicinska insatser efter en människas död samt om donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska. http://www.sos.se/sosfs/2005_11/2005_11.htm
10. Rekommendationer om donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska. ISSN: 1654-0980. Donationsrådet 2007. http://www.donationsradet.se/upload/DR%20rekommendationer,%20rapporter%20och%20sammanställningar/rekommendationer1_2007.pdf
11. Gäbel H, Edström B. Organ från avlidna för transplantation. Efterfrågan ökar men inte antalet donatorer; diagnoser hos patienter som avled under respiratorvård. Läkartidningen 1993;90: 248-57.



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 8:

Nattlig utskrivning till vårdavdelning

Relevans

Utskrivning från intensivvården nattetid av levande patient 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 är en av SIR:s kvalitetsindikatorer.

Ur SIR:s databas från 2009-2010 noteras att nattlig utskrivning (kl. 22:00-06:59) förekommer i 7,2 % av alla vårdtillfällen. Risk och åldersjusterad 30 dagars mortalitet är ökad vid nattlig utskrivning med en oddskvot på 1,27 och 95 % konfidensintervall 1,10 – 1,47.

Led i vård och omsorgskedjan

Kvalitetsindikatorn utgör ett mått för led i vård- och omsorgskedjan som har med förebyggande och samordnande åtgärder att göra. Det finns sannolikt också ett inslag av resurs- och prioriteringsdiskussion i denna kvalitetsindikator.

Kvalitetsområde

Kvalitetsindikatorn belyser kunskapsbaserad, säker och patientfokuserad vård.

Typ av indikator

Resultat

Mått

Andel (%):

Andel (%) patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid (utskriven mellan kl. 22:00 och kl. 06:59). Med detta avses utskrivningssätt till ”Annat sjukhus” och till ”Vårdavdelning” (se riktlinje Vårdtillfälle).

Beskrivning

Andel (%):

✓ Täljare:

Antal patienter med utskrivning levande från IVA till vårdavdelning mellan kl. 22:00-06:59.

Patienter utskrivna till annan IVA av medicinska skäl exkluderas.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

✓ Nämnare:

Totala antalet patienter med utskrivning levande från IVA till ”Vårdavdelning” och till ”Annat sjukhus”. Patienter utskrivna till annan IVA av medicinska skäl exkluderas.

Mätmetod

Den sker genom sedvanlig registrering av vårddata i enhetens kliniska informationssystem.

Datakälla

Data hämtas från IVA-enhetens patientadministrativa system eller motsvarande.

Felkällor

Hög andel av behandlingsbegränsning hos patienter som skrivs ut nattetid från IVA till vårdavdelning. Förekomsten av begränsad behandlingsstrategi på IVA fanns dokumenterat i 6,3 % av vårdtillfällen under 2007 i SIR:s årsrapport.

Hög ålder är en annan variabel att ta hänsyn till. Däremot förefaller det inte finnas någon genusskillnad i SIR:s årsrapport 2007.

Form för redovisning

Stapel- eller trattendigram

Intressenter

Patient och profession

Vidare utveckling av indikatorn

Vi behöver genomlysna vad som är ”nattlig” tid.

Finns det anledning av att koppla denna kvalitetsindikator med t ex vårdtyngd och SOFA poäng vid utskrivning från IVA?

Referenser:

1. Laupland KB et al. Hospital mortality among adults admitted to and discharged from intensive care on weekends and evenings. J Crit Care. 2008; 23: 317-324.
2. Hanane T et al. The association between nighttime transfer from the intensive care unit and patient outcome. Crit Care Med. 2008; 36:2232-2237.
3. Pilcher DV et al. After-hours discharge from intensive care increases the risk of readmission and death. Anaesth Intensive Care 2007;35: 477-485.
4. Priestap FA, Martin CM. Impact of intensive care unit discharge time on patient outcome. Crit Care Med. 2006; 34: 2946-2951.
5. Tobin AE, Santamaria JD. After-hours discharges from intensive care are associated with increased mortality. Med J Aust. 2006; 184: 334-337.
6. Duke GJ et al. Night-shift discharge from intensive care unit increases the mortality-risk of ICU survivors. Anaesth Intensive Care 2004; 32: 697-701.
7. Uusaro A et al. The effects of ICU admission and discharge times on mortality in Finland. Intensive Care Med 2003; 29: 2144-2148.
8. Beck DH et al. Waiting for the break of dawn? The effects of discharge time, discharge TISS scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. Intensive Care Med 2002; 28: 1287-1293.
9. Goldfrad C, Rowan K. Consequences of discharges from intensive care at night. Lancet 2000; 355: 1138-1142.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR



POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 9:

Dokumenterad behandlingsstrategi på IVA

Arbete pågår...

Denna indikator är under total revision. Avsikten är att i kommande version av riktlinjen återkomma med beskrivning.

Referenser:

1. Azoulay É et al. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med* 2009; 35: 623-630.
2. Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1498-1505.
3. Wunsch H et al. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31: 823-831.
4. Ho KM, Liang J. Withholding and withdrawal of therapy in New Zealand intensive care units (ICUs): a survey of clinical directors. *Anaesth Intensive Care*. 2004; 32: 781-786.
5. Carlet J et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004; 30: 770-784.
6. Sprung CL et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290: 790-797.
7. Ferrand E et al. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001; 357: 9-14.
8. Esteban A et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001; 27: 1744-1749.
9. Nolin T, Andersson R. Withdrawing medical treatment in the ICU. A cohort study of 318 cases during 1994-2000. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003 47: 501-7.
10. Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. Experiences with a special protocol. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1998; 42, 232-7.
11. SFAI:s nationella riktlinje om att: Avstå eller avbryta behandling inom svensk intensivvård <http://www.sfai.se/riktlinjer/riktlinjer>
12. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. Svenska Läkarsällskapet 2007. <http://www.svls.se/cs-media/xyz/000003352.pdf>



POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Q 10: Beläggning på IVA

Relevans

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.

Om detta sedan kopplas till antalet somatiska vårdplatser, befolkningsunderlaget, och redovisning av antalet intensivvårdstransporter pga. resursbrist, så skulle vi kunna få en beskrivning av svensk intensivvårds kapacitet.

Denna indikator skulle också delvis kunna förklara variationen i nattlig utskrivning och återinläggning på IVA.

En kompletterande utveckling är att beskriva resursbehovet i termer av vårdtyngd i stället för i vårdplatser. Det gäller då att bland annat identifiera ett samband mellan vårdtyngd och personalbehov.

Led i vård och omsorgskedjan

Speglar balansen mellan behov och tillgång vid givna in- och utskrivningskriterier för intensivvård.

Kvalitetsområde

Säker och jämlik vård

Typ av indikator

Process

Mått

Beläggningsgrad (%)

Beskrivning

Begrepp och termer

1. Vårdplats

Bäddplats på IVA-enheten som en inskriven patient kan disponera under ett vårdtillfälle.

2. Fastställd vårdplats

Vårdplats som normalt står till kontinuerligt förfogande för IVA-enheten.

Varierar mer sällan och bestäms i regel av sjukhusledning/verksamhetschef.

3. Disponibel vårdplats

Fastställd vårdplats som är belagd eller kan beläggas

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

- Upptagen/belagd (= ej ledig vårdplats)

- Ledig

Disponibla vårdplatser kan variera pga. bemanning (semester, sjukdom) eller belastning (ex VTS/NEMS-poäng, antal patienter med isolering).

4. Vårdtid respektive vård dag

I SIR är det enskilda vårdtillfällets **Vårdtid = Utskrivningstid – Inskrivningstid** i formatet ”åååå-mm-dd tt:mm”. Vårdtiden anges i minuter som grundenhet.

OBS – skillnad finns mellan SIR:s beräkning av vårdtid och sjukvårdens övriga, nationella beskrivning av samma sak!

I rapporten från InfoVU om begrepp och termer inom vård och omsorg så är vårdtid den tid under vilken ett vårdtillfälle äger rum och i den nationella statistiken räknas vårdtid i antal dagar och beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. Vård dag definieras där som dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle och i den nationella statistiken räknas varje påbörjat dygn som en vård dag.

Sammanfattningsvis – samma term definieras olika.

Belagda platser (Disponibel, upptagen/belagd vårdplats)

Tid för Upptagna/Belagda Vårdplatser per definierad tidsenhet.

1. Kan uttryckas som summa vårdtid i dagar.
2. Kan uttryckas som ett kumulativt kurvnomogram med antalet belagda platser på x-axel och andel (%) av tillgänglig tid (8 760 timmar per år) på y-axel. Antalet belagda platser kan t ex beräknas varje timme vid ex minut ”33” (8 760 ”kontrolltimmar per år”).

Beläggingsgrad (%)

$$[(\sum \text{Tid för Upptagna/Belagda Vårdplatser}) / (\sum \text{Tid för Disponibla Vårdplatser})] \times 100.$$

Engelskans ”occupancy” kan översättas med beläggingsgrad.

Mätmetod

Sedvanlig vårddataregistrering, där in-/ut-tider för enskilt vårdtillfälle anges i formatet åååå:mm:tt:mm. SIR beräknar vårdtiden i minuter som grundenhet.

Grunddata för SIRXML gällande från 2009 finns på SIR:s hemsida.

Datakälla

Data hämtas från IVA-enhetens patientadministrativa system eller motsvarande.

Felkällor

1. För beräkning av beläggning är icke öppet redovisat antalet disponibla, lediga vårdplatser ett hinder.
2. För beräkning av belagda platser utgörs felkällan av eventuella felaktigt angivna tider vid vårdtillfällets start och slut.
3. En källa till variation är:
 - a. Variabla kriterier för in- respektive utskrivning av intensivvårdspatient beroende på den aktuella beläggningen (resistans/motstånd för inläggning när fyllnaden/beläggning ökar eller ”sug”/vilja till inläggning när fyllnaden/beläggningen minskar).

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>

- b. Det föreligger olika patientkaraktistika (casemix) på avdelningarna. Kan ex belysas med medel SOFA-poäng och VTS-poäng vid varje in-/utskrivning av patient till/från IVA.

Form för redovisning

Beläggingsgrad (%):

1. Enkel tabellredovisning:

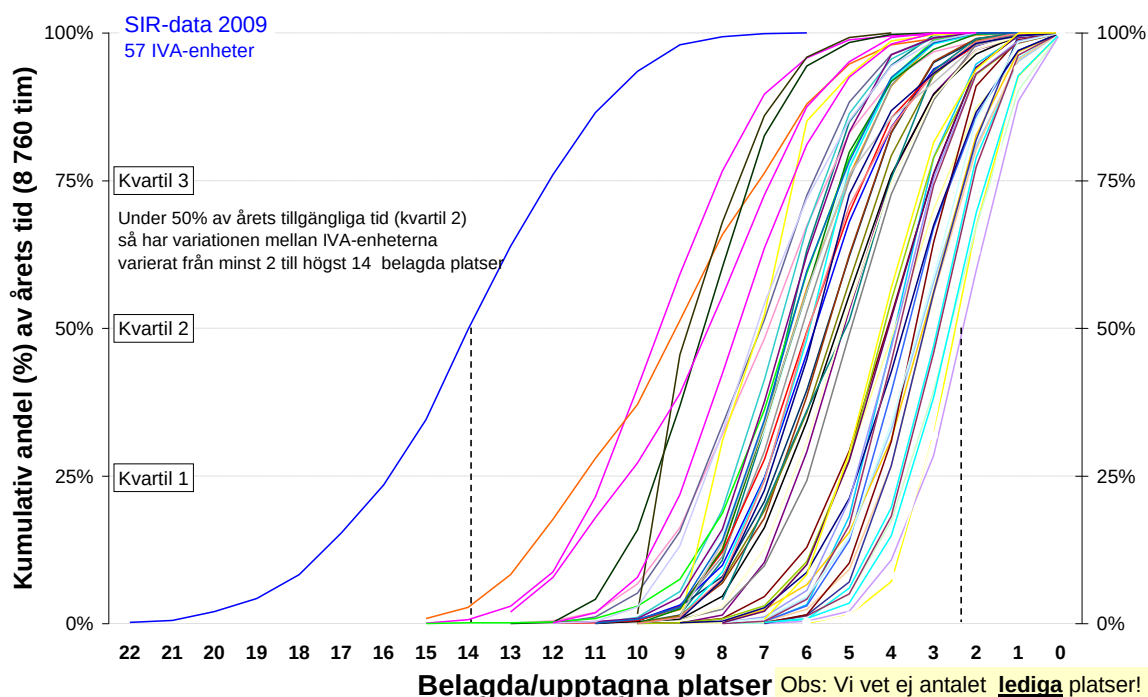
$$[(\sum \text{Tid för Belagda Vårdplatser}) / (\sum \text{Tid för Disponibla Vårdplatser})] \times 100.$$

"Tid" syftar på skillnaden mellan UT-/IN-skrivningstiden på IVA för varje intensivvårdstillfälle under den aktuella tidsperioden (tt:mm) och anges i minuter som grundenhet.

2. Kumulativt kurvnomogram:

Om antalet disponibla vårdplatser ej kan anges, så kan det faktiska utfallet (= disponibla, belagda platser) uttryckas som ett kumulativt kurvnomogram med antalet disponibla, belagda platser på x-axel (obs: skalan går från högst till lägst antal) och andel (%) av tillgänglig tid (8 760 timmar per år) på y-axel. Antalet belagda platser kan t ex beräknas varje timme vid ex minut "33" (8 760 "kontrolltimmar per år").

58 IVA-enheters kumulativa beläggning under 2009. Figur från SIR:s databas 2009.



Det vore önskvärt att bättre kunna beskriva skillnaden mellan det faktiskt uppmätta (=diagrammet ovan) och det som sjukhusledning har som målsättning (=fastställd vårdplats). Det saknas emellertid adekvata data i SIR för att kunna redovisa detta.

Intressenter

Profession och huvudman

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

Vidare utveckling av indikatorn

1. En grundläggande förutsättning är att komma överens om och tillämpa grundläggande begrepp på ett likartat sätt. Här gäller det ”disponibel vårdplats – upptagen respektive ledig”.
2. Nästa steg är att försöka nå fram till en nationell norm för en rimlig målnivå.
3. Två viktiga faktorer för kvalitetsindikatorn är dels intagnings- dels utskrivningskriterier för intensivvård.
4. Nyansera och fördjupa förståelsen bakom olika beläggningssiffror för avdelningar med olika patientkaraktistika genom att komplettera med t.ex. SOFA och VTS.

Referenser:

1. Lippert A et al. Kapaciteten på danske intensivavdelninger. En national survey af kapacitet, aflysninger og overflytninger af kritisk syge patienter. Ugeskr Laeger. 2007; 169: 712-716.
2. Glance LG. Impact of patient volume on the mortality rate of adult intensive care unit patients. Crit Care Med 2006; 34: 1925–1934.
3. Glimelius-Petersson C, Persson L. Sjuksköterskors registrering av vårdtyngd på en intensivvårdsavdelning – en undersökning av instrumentets validitet och reliabilitet. Vård i Norden 2005; 2: 25-30.
4. Iapichino G et al. Volume of activity and occupancy rate in intensive care units. Association with mortality. Intensive Care Med 2004; 30: 290–297.
5. Begrepp och termer inom vård och omsorg. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för begrepp och termer. Maj 2005. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8761/2005-131-21.htm>.
6. Walther SM, Wickerts C-J. Stora regionala skillnader i svensk intensivvård. Lägst antal vårdplatser i storstadsregionerna visar rikstäckande enkätstudie. Läkartidningen 2004 nr 47: 3768-3773.
7. Hjortso E, Buch T, Ryding J et al. The nursing care recording system. A preliminary study of a system for assessment of nursing care demands in the ICU. Acta Anaesthesiol Scand 1992; 36: 610-614.



POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>

Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna

En översiktlig och sammanfattande redovisning av kvalitetsindikatorerna kan bidra till att styrkor blir tydliga, svagheter och brister lättare identifieras och därmed åtgärdas snabbare. Nedanstående exempel är ofullständiga men redovisas som ett utkast till hur en redovisning skulle kunna ske.

Förklarande text:

Q1 Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet & funktionellt status efter intensivvård

- >70% av pat enl SIR:s urvalskrit har kompl uppföljning
- Data registreras och kan redovisas
- Data saknas i SIR

Q2 Svensk riskjusterad mortalitet

- $SMR_{SAPS3} < 0,59$ och $SMR_{PIM2} < 1,0$ el. $SMR_{Higgins} < 1,0$
- $SMR_{SAPS3} \geq 0,59$ eller $SMR_{PIM2} \geq 1,0$ el. $SMR_{Higgins} < 1,0$
- Data saknas

Q3 Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA

- Smittisolering vid bakteriell multiresistens i 100 %
- Smittisolering vid bakteriell multiresistens i < 100 %
- Data saknas i SIR

Q4 Ventilator-associerad pneumoni (VAP)

- ≤ 5 VAP per 10 000 ventilatortimmar
- > 5 VAP per 10 000 ventilatortimmar
- Data saknas i SIR

Q5 Överflyttning av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist

- Data registreras och kan redovisas
- Data saknas i SIR

■ Ej SIR medlem

Q6 Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

- < 3,1 % oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
- $\geq 3,1$ % oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
- Data saknas i SIR

Q7 Avidna på IVA uppföljning

- Alla komplett granskade av DAL/DAS *
- Alla ej komplett granskade av DAL/DAS *
- Data saknas i SIR

Q8 Nattlig utskrivning från IVA

- < 6,8 % nattliga utskrivningar
- $\geq 6,8$ % nattliga utskrivningar
- Data saknas i SIR

Q9 Dokumenterad behandlingsstrategi på IVA

- Under revision och ingen aktuell målnivå finns för närvarande
- Under revision och ingen aktuell målnivå finns för närvarande

Q10 Beläggning på IVA

- Beläggningskurva finns för hela året
- Beläggningskurva kan ej konstrueras

SK Komplikationsregistrering

- Registrerar alltid
- Registrerar sporadiskt
- Data saknas i SIR

* DAL Donations Ansvarig Läkare & DAS Donations Ansvarig Sjuksköterska

Exempel på redovisning:

Region 2010	Livskvalitet	Riskjust mortalitet	Isolering/Bakt resist.	VAP	Överflytt resursbrist	Återinläggning	Avidna på IVA	Nattlig utskrivning	Behandlingsstrategi	Beläggning	Komplikationsreg.
Kvalitetsindikator (Q)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SK
IVA 1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 7	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 8	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 10	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 11	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 12	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
IVA 13	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

POSTADDRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstatorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Ändringshistorik

Version 2011-02-10

1. Alla "Målnivå" har brutits ur till ett eget dokument.
2. Allmän inledning
Sammanfattningen är uppdaterad. Under "Målnivå" har processen för målhantering beskrivits.
3. Kvalitetsindikator 1: Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård
Förtydligande av uppföljda patienter och komplett registrering.
4. Kvalitetsindikator 2: Svensk riskjusterad mortalitet
Svensk APACHE har tagits bort. 2 nya sepsis-koder har ersatt 1 gammal.
5. Kvalitetsindikator 3: Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA
Koder för bakteriell multiresistens har lagts till. Nödvändig koppling i valideringsprogrammet har poängterats.
6. Kvalitetsindikator 4: Ventilator-associerad pneumoni (VAP)
Nödvändig koppling i valideringsprogrammet har poängterats.
7. Kvalitetsindikator 5: Överflyttning av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist
Förtydligande att det vid utskrivning gäller levande patient. Täljaren på s 24 preciserats.
8. Kvalitetsindikator 6: Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
Koppling till registrering och definition av vårdtillfälle har poängterats. Form för redovisning: urval blir begränsat i rapporter till årsvis tidsintervall.
9. Kvalitetsindikator 7: Avlidna på IVA uppföljning
Under Form för redovisning har andel avlidna intensivvårdspatienter enl. direkta kriterier där transplantationskoordinator har kontaktats lagts till.
10. Kvalitetsindikator 8: Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning
Inga särskilda ändringar.
11. Kvalitetsindikator 9: Behandlingsstrategi på IVA
Bytt namn. Arbete med att få till stånd aktiv registrering av "full satsning". Stora IT-mässiga konsekvenser.
12. Kvalitetsindikator 10: Beläggning på IVA
Uppdaterat figur – f.ö. inga ändringar.
13. Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna
Uppdaterat figurerna.

Version 2009-02-27

Version på SIR:s hemsida för medlemmarna inför Sigtuna 2009-03-13

1. Allmän inledning
2. Kvalitetsindikator 1: Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård
3. Kvalitetsindikator 2: Svensk riskjusterad mortalitet
4. Kvalitetsindikator 3: Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA
5. Kvalitetsindikator 4: Ventilator-associerad pneumoni (VAP)
6. Kvalitetsindikator 5: Överflyttning av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist
7. Kvalitetsindikator 6: Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
8. Kvalitetsindikator 7: Avlidna på IVA uppföljning

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

9. **Kvalitetsindikator 8: Natlig utskrivning från IVA till vårdavdelning**
10. **Kvalitetsindikator 9: Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA**
11. **Kvalitetsindikator 10: Beläggning på IVA**
12. **Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna**

Version 2009-02-13

Efter Kalmarmötet 2009-02-12—13.

1. **Allmän inledning**
Sammanfattning och kort inledning om varför kvalitetsindikatorer behövs. Annars bara smärre justeringar av ord.
2. **Kvalitetsindikator 1: Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård**
Urval – vilka och när har lagts till, liksom vad som ska mätas. Orsaker till bortfall har listats. Form för redovisning har beskrivits.
3. **Kvalitetsindikator 2: Svensk riskjusterad mortalitet**
SAPS3 och PIM2 har lagts till som riskjusteringssystem. En del förtydligande i texten. Under ”viktiga diagnoser” har aortakirurgi reducerats till I71.8. Tidsserieanalys enligt Variable Life Adjusted Display (VLAD) metodik och Numbers Needed to Treat (NNT) eller Harm (NNH) har tagits bort, då de bedöms endast utgöra varianter av SMR. Målnivån för SMR ändrats till < percentil 33 för 2007.
4. **Kvalitetsindikator 3: Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA**
Definitionen av bakteriell multiresistens och listan på multiresistenta bakterier justerats och koordinerade med komplikationsregistreringen. Under Beskrivning har en grundlig förändring gjorts av andelsberäkningen i 2 delar gjorts, med konsekvenser för form för redovisning och målnivå.
5. **Kvalitetsindikator 4: Ventilator-associerad pneumoni (VAP)**
Kriterier för VAP, liksom Tidsram med figur har omarbetats efter diskussioner i Sigtuna och Kalmar. Form för redovisning och målnivå har skrivits om. Skrivningen är identisk med skrivningen för komplikationer. Frågan om antal VAP/10000 tim eller 1000 dygn diskuterades ingående, liksom episoder VAP vs vårdtillfällen med VAP. Också ändringar i texten om svenska laboratoriesvar och $\geq 10^6$ CFU/ml.
6. **Kvalitetsindikator 5: Överflyttning av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist**
Inga större förändringar.
7. **Kvalitetsindikator 6: Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar**
Schematisk skiss omgjord över beskrivning av index samt återinvårdtillfälle. Målnivå har preciserats till < 2,6 %, motsvarande percentil 33 för 2008.
8. **Kvalitetsindikator 7: Avlidna på IVA uppföljning**
Form för redovisning ändrad i texten. Texten om möjlig organ donation flyttats till inledningen. Andelsbeskrivningen fått tydligare täljare/nämnare beskrivning.
9. **Kvalitetsindikator 8: Natlig utskrivning från IVA till vårdavdelning**
Kommentar om valideringsprogrammets inställning under Mått, Steg 2. Under ”relevans” har vi lagt till text om förekomst och ökad mortalitetsrisk utifrån SIR data, som motiverar indikatorns förekomst och valet ”natt” som kl 22-06.
10. **Kvalitetsindikator 9: Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA**
Beskrivningen reducerad till förekomst enbart.
11. **Kvalitetsindikator 10: Beläggning på IVA**
Kumulativt kurvmogram med ex från årsrapporten 2007 har lagts till.
12. **Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna**
Inga ändringar

Version 2009-01-18

Efter Sigtunamötet 2008-11-11—12 samt Kalmarmötet 2009-01-15—16 (TN):

1. **SIR:s 10 nationella kvalitetsindikatorer på s 10 är korrigerad för ordalydelse.**

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstatorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

2. **Kvalitetsindikator 1: Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård**
Förtydligat texten under "Urval" s 12 som rör att endast PostIva-indexvårdtillfälle ska följas upp!
3. **Kvalitetsindikator 2: Svensk riskjusterad mortalitet**
Målsättning för SMR_{SAPS3} under definierad tidsperiod är ändrad från $\leq 1,0$ till $< 1,0$.
4. **Kvalitetsindikator 3: Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA**
Definition av bakteriell multiresistens är nu åter till den gamla och rödmarkerad. Här gäller det att hitta en balans mellan Håkans förslag och vårt gamla! Det borde också här finnas med ICD 10 koder för respektive bakterie – det skulle underlätta för medlemmarna!
"Form för redovisning" har behövt ändras, eftersom ingen tidsuppgift finns på start/slut av smittisolering.
Texten under "Målnivå" är ändrad – tror att det blir tydligare.
5. **Kvalitetsindikator 4: Ventilator-associerad pneumoni (VAP)**
"Kriterier för Ventilator-associerad Pneumoni – VAP" är ändrat enligt diskussioner i Kalmar 2009-01-16 på sidorna 21-22.
Texten under "Förekomst av VAP" är justerad i ordval samt förtydligad.
6. **Kvalitetsindikator 5: Överflyttning av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist**
Inga ändringar.
7. **Kvalitetsindikator 6: Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar**
Återin-indexvårdtillfälle tillämpat under rubrikerna "Beskrivning" och "Mätmetod" på s 27-28.
Pilen för start av tidsfönster på 72 timmar ändrad.
Lagt till några referenser.
8. **Kvalitetsindikator 7: Avlidna på IVA uppföljning**
Under rubriken "Form för redovisning" är tabellen borttagen och texten nedbantad.
Målsättningen under "Målnivå" är ändrad.
Under "Intressenter" har jag lagt till lite text om samarbetsavtalet med Donationsrådet.
En referens om UppGrupp Organdonations arbete som SFAI:s riktlinje har jag lagt till.
9. **Kvalitetsindikator 8: Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning**
Under "Beskrivning" har jag lagt till bortfall - patienter som inte kan följas upp via SPAR, vid lämpliga ställen.
10. **Kvalitetsindikator 9: Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA**
Under "Mått" har jag lagt till bortfall - patienter som inte kan följas upp via SPAR, vid lämpliga ställen.
Under "Vidare utveckling av indikatorn" har jag lagt till en punkt om WELPICUS på s 40.
11. **Kvalitetsindikator 10: Beläggning på IVA**
Inga ändringar.
12. **Översiktlig, systematisk beskrivning av indikatorerna**
Ändrat felaktigheter och stavfel i rubriker.

Version 2008-10-12

Efter synpunkter från medlemmar (TN):

1. **SIR:s 10 nationella kvalitetsindikatorer (s. 10)**
Indikator 3 har ändrats i rubriken till "Bakteriell multiresistens på IVA". Ordet "upptäckt" har tagits bort.
Indikator 4 ska vara VAP – Klipp/klistra fel i förra versionen!
Indikator 8 – Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning (kursivt har lagts till rubriken). Tydliggöra att det gäller just patienter som skrivs ut till vårdavdelning.
2. Alla länkar till riktlinjer på SIR:s hemsida har tagits bort och ersatts med hänvisning till hemsidan i allmänna ordalag.
3. **Kvalitetsindikator 1:**
Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård.
Fråga - Finns det några exklusionskriterier t.ex. utländsk medborgare som vi ska lägga till i texten?
4. **Kvalitetsindikator 2:**
Svensk riskjusterad mortalitet.
"SAPS 3" har ersatts med "SAPS3" i hela dokumentet. "ARDS" har ersatts med "Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) och "KOL" med "Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)". SMR & EMR – "Rat" istället för "Ratio".

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

5. **Kvalitetsindikator 3:**
Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA.
Ordet ”upptäckt” har tagits bort sista stycket s. 19. Vi måste samordna och ändra i ”SIR:s riktlinje för registrering av komplikationer inom Intensivvård i Sverige.”
6. **Kvalitetsindikator 4:**
Ventilator-associerad pneumoni (VAP)
Ett förtydligande har gjorts på s. 22 under rubriken ”Andelen VAP” i ”Nämnare” till ”Antal timmar (totalt) invasiv ventilatorbehandling vid vårdtillfällen med ≥ 48 timmar och åtgärden invasiv ventilatorbehandling på egen IVA-enhet.”
7. **Kvalitetsindikator 5:**
Transport av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist
Det ska vara ”resursbrist hos oss”. Har förtydligat med hänvisning till SIR:s riktlinje för registrering och definition av vårdtillfälle inom intensivvård (IVA, TIVA och BIVA), samt definitioner av övriga vårdtyper (Postop, HIA och Övrig) med följande sökväg: Utskriven till/Annan IVA/Resursbrist hos oss! Även tabellen s. 25 under ”Mätmetoder” har förtydligats utifrån ovanstående.
8. **Kvalitetsindikator 6:**
Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
”Index vårdtillfälle” ändras till ”indexvårdtillfälle” och ”återin vårdtillfälle” till ”återinvårdtillfälle”.
9. **Kvalitetsindikator 7:**
Avlidna på IVA uppföljning.
”Form för redovisning” på s. 29 för detaljerad? Tas bort?
För övrigt har inga ändringar gjorts.
10. **Kvalitetsindikator 8:**
Nattlig utskrivning från IVA
”Nattlig” som begrepp och tidsgränser behöver diskuteras mer. ”Oplanerad” (< 6 tim) utskrivning –
Emellertid så har vi ingen uppgift att gå på som talar om när vi planerar skriva ut en patient.
11. **Kvalitetsindikator 9:**
Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA
Synpunkt: Det viktiga är att det finns protokoll och rutiner för att detta alltid tas ställning till, följs och uppdateras varje dygn - Inte exakt hur många av varje det är.
Länk till SIR:s hemsida är borttagen. För övrigt har inga ändringar gjorts.
12. **Kvalitetsindikator 10:**
Beläggning på IVA
13. **Översiktlig, systematisk beskrivning av kvalitetsindikatorerna**
I den förklarande texten är ett stavfel i VAP korrigerat.
Presentation enligt ”Balanced Scorecard”?
14. **Allmänna synpunkter att diskutera på Sigtuna:**
 - ✓ Synpunkter har kommit på att komplettera nuvarande kvalitetsindikatorer med struktur och process indikatorer. Nedanstående litteratur har refererats till.
Najjar-Pellet J et al. Quality assessment in intensive care units: proposal for a scoring system in terms of structure and process. Intensive Care Med 2008; 34: 278-285.
de Vos M et al. Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? J Crit Care 2007; 22: 267-274.
 - ✓ Kritik har också framförts mot beläggningsindikatorn – ”Att ha ett fixt antal platser bestämt från början (om lokalerna medger annat) anser jag vara ett förlegat sysätt som medger dåligt resursutnyttjande.” T.ex. hur mycket personal det behövs för varje NEMS/VTs-poäng och ange beläggningen i hur många NEMS/VTs av vår totala NEMS/VTs-kapacitet har vi utnyttjat.
 - ✓ Jag noterar också en rädsla för en alltför stor ”förenklad” beskrivning av intensivvården. Detta tangerar ”index” diskussionen (medveten om att vi redan använder justeringar och index/kvoter), fast mer i flera steg, tror jag. Indikatorn avstå/avbryta nämns också, dels att reducera den till att det görs enligt riktlinjer, dels att dessa åtgärder ogynnsamt påverkar t.ex. SMR om man har en policy på sin IVA med ett utökat ansvar i dessa frågor. Frågan har också kommit om det finns ett mervärde att ange andelen som har ”avstå” redan vid intag på IVA?

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårestadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregsw.se

HEMSIDA

<http://icuregsw.se>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

- ✓ Jag har inlett en e-mail dialog med Mattias Elg, en av författarna till ”Att skapa index” och som pratade om detta i Umeå. Han ska skicka mig en Excel fil som de använt i sitt arbete. Jag tänkte att vi kan titta på det och i vad mån vi tycker att det är tillämpligt.
- ✓ Är det dags för oss att använda begreppet ”Avvikelse” istället för ”Komplikation”. Avvikelse (= oönskad händelse) har större vidd.
- ✓ Avslutningsvis – Kvalitetsregisterdagarna 7-8/10 i Umeå tycker jag visade på att vårt sätt att beskriva kvalitetsindikatorerna är ”rätt”. Särskilt efterlyses indikatorer som beskriver *patienterfarenheter* av vården. Indikatorområdet *patienterfarenheter* avser befolkningens och patienters uppfattning om hälso- och sjukvården på ett allmänt plan. Patienters mer specifika bedömningar av själva resultatet av en behandling ingår inte i detta avsnitt. Så som jag förstår det täcks detta inte av vår kvalitetsindikator 1. Något som vi ska fundera vidare på?

Version 2008-09-03

Till medlemmar för synpunkter (TN):

1. **Referenslitteratur** har lagts till varje avsnitt.
2. **SIR:s nationella kvalitetsindikatorer för Intensivvård**
Detta avsnitt är utökat med mer om InfoVu projektet samt SoS:s God Vård.
Rubriker samt riktlinjer för hur kvalitetsindikatorer ska beskrivas under respektive rubrik är hämtade från InfoVU projektet.
3. Varje kvalitetsindikator har fått en ytterligare rubrik **Vidare utveckling av indikatorn** på slutet, för att ge plats åt utvecklingsmöjligheter och problem samt poängtera att indikatorerna ej är statiska utan kan förändras med tiden och efter behov.
4. Det har skett ett **byte av kvalitetsindikator**
CVK relaterad infektion har utgått och ersatts av transport av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist.
SIR anser fortfarande att CVK relaterad infektion är viktig, men att indikatorn, i dess hittills varande upplägg, ej ger en fullständig beskrivning. SIR förordar ett nationellt kvalitetsregister för CVK som bättre skulle beskriva hela .
5. **Kvalitetsindikator 1:**
Uppföljning av livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård.
Inga större förändringar har gjorts.
6. **Kvalitetsindikator 2:**
Svensk riskjusterad mortalitet.
I stort sett samma innehåll som tidigare, men APACHE har tagits bort.
Målnivåer har preciserats ytterligare.
7. **Kvalitetsindikator 3:**
Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA.
Indikatorn har bytt namn och fokuserar nu på bärare av och/eller infekterade patienter med multiresistenta bakterier på IVA samt hur många av dessa som pga. detta har vårdats med isolering.
8. **Kvalitetsindikator 4:**
Ventilator-associerad pneumoni (VAP)
Definitionen har förändrats till suspekt respektive verifierad VAP och gäller fr.o.m. 2009-01-01.
Beskrivning, mätmetod och målnivå har som en konsekvens ändrats betydligt.
9. **Kvalitetsindikator 5:**
Transport av patient till annan IVA från egen IVA pga. egen resursbrist
Detta är en helt ny kvalitetsindikator.
10. **Kvalitetsindikator 6:**
Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
Samma indikator som förut, men med en annan beräkningsgrund, baserat på index vårdtillfälle.
11. **Kvalitetsindikator 7:**
Avlidna på IVA uppföljning
SIR:s riktlinjer för avlidna på IVA uppföljning är reviderad och gäller fr.o.m. 2009-01-01.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstatorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Svenska intensivvårdsregistret – SIR

12. **Kvalitetsindikator 8:**
Nattlig utskrivning från IVA
”Nattlig” som begrepp och tidsgränser behöver diskuteras mer.
13. **Kvalitetsindikator 9:**
Avstå respektive avbryta medicinsk behandling på IVA
Inga större förändringar.
14. **Kvalitetsindikator 10:**
Beläggning på IVA
I stort sett som förut, men större tonvikt vid termer och begrepp.
15. **Översiktlig, systematisk beskrivning av kvalitetsindikatorerna**
Avslutningsvis infogas en översiktlig beskrivning som ska ses som ett förslag att kommentera och diskutera utifrån.

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>



Bilaga 7

Förslag till Stadgeändring till Svenska Intensivvårdsregistrets årsmöte i Saltsjöbaden 2011-03-18

Nuvarande § 2

§2 Föreningens ställning – associationer

Svenska Intensivvårdsregistret är en självständig förening, men som sådan en associerad förening till Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) och kommer att följa de regler, rekommendationer och riktlinjer som gäller för nationella kvalitetsregister, samt verka för att ha gemensamma regler, rekommendationer och riktlinjer som SFAI och SFAI:s delförening för Intensivvård beslutar om.

Förslag till ny § 2

§2 Föreningens ställning – associationer

Svenska Intensivvårdsregistret är en självständig förening, men som sådan en associerad förening till Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) och kommer att följa de regler, rekommendationer och riktlinjer som gäller för nationella kvalitetsregister, samt verka för att ha gemensamma regler, rekommendationer och riktlinjer som SFAI beslutar om samt att ha en löpande god kontakt och utbyte med andra nationella och internationella intensivvårdsorganisationer.

Process

Godkänd första gången 2010-03-19. Slutligt godkännande föreslås 2011-03-18 på årsmöte för 2010.

Finspång/Karlstad 2011-02-01

Sten Walther
Ordförande

Göran Karlström
Exekutivt ansvarig

POSTADRESS

Svenska Intensivvårdsregistret
Exekutivt ansvarig Göran Karlström
c/o Snårstadtorp 511
655 93 Karlstad

TELEFON

070 – 27 47 529
054 – 86 00 43

EPOST

ceo@icuregswe.org

HEMSIDA

<http://icuregswe.org>