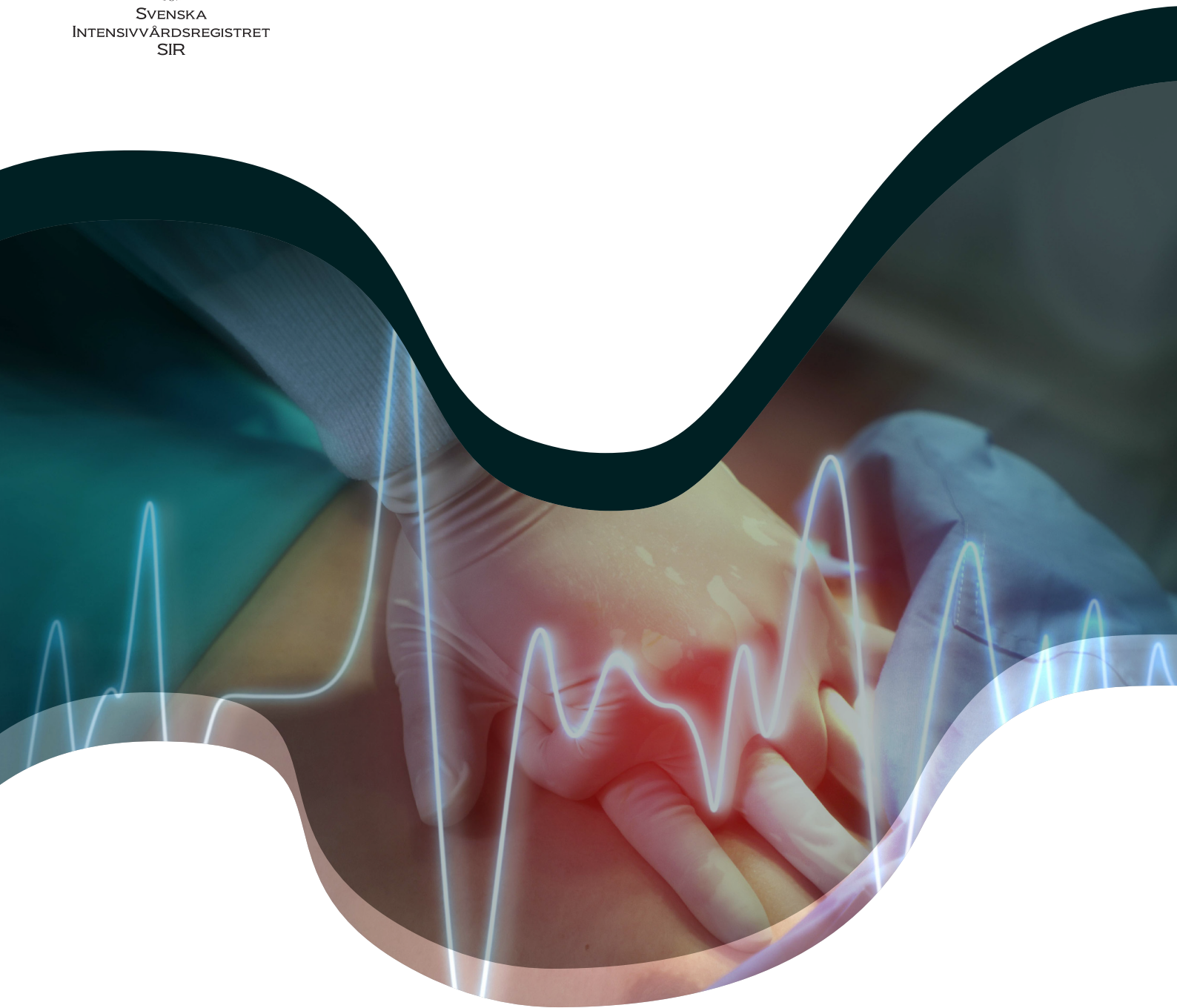




SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR



Svenska Intensivvårdsregistrets

Årsrapport 2024

SIR:s syfte

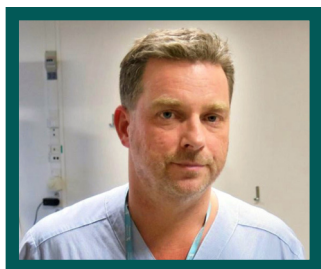
Huvudsyftet med Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är att använda data för att konkret förbättra vården för patienterna. Vägen dit är att stödja lokalt kvalitets- och förbättringsarbete och stimulera till jämförelser och diskussioner mellan de deltagande intensivvårdsavdelningarna.

Vår analys omfattar inte bara intensivvårdsförloppet utan sträcker sig för vissa indikatorer många veckor och månader in i vårdförloppet efter intensivvården. På så sätt speglar intensivvårdens resultat inte bara händelseförloppet på intensivvårdsavdelningen utan också händelser före intensivvård (mobil intensivvårdsgrupp, MIG) och efter intensivvård (PostIVA), d.v.s. omhändertagandet i hela vårdkedjan.

Innehåll

<u>Inledning</u>	4
	6 <u>Clinical Frailty Scale</u>
<u>Audit</u>	8
	10 <u>SIR-data som underlag för prioriteringar</u>
<u>Intermediärvård</u>	12
	13 <u>Sekundära transporter</u>
<u>Forskning</u>	14
	15 <u>Uppföljning efter intensivvård</u>
<u>Kvalitetsindikatorer</u>	16
	27 <u>Förbättringsarbete BIVA</u>
<u>Data från BIVA</u>	28
	34 <u>Demografi</u>
<u>Kartan</u>	40
	41 <u>Medlemsutveckling</u>
<u>Slutord</u>	42

Inledning



Johnny Hillgren
Registerhållare, SIR

Sedan 2021 har Svenska Intensivvårdsregistret en fullständig nationell täckning då alla 82 svenska intensivvårdsavdelningar är anslutna. Under 2024 har SIR välkomnat en ny avdelning. I samband med att REMEO anslöt introducerades en ny avdelningskategori, RehabIVA.

”Säker kvalitet intensivvård” (audit) har fortsatt under 2024 med nio verksamhetsbesök. Hittills har 29 intensivvårdsavdelningar genomgått audit, varav nitton har genomfört ettårsuppföljningen - sex av dessa under 2024. Det finns ett stort intresse för audit och ytterligare åtta avdelningar är planerade för kommande besök.

På uppdrag av Kunskapsstyrningen har SIR förberett inför mottagandet av intermediärvårdsdata. Driftsättning planeras under vårterminen 2025.

SIR har regelbundna avstämningar med NPO PIVoT (Perioperativ vård, Intensivvård och Transplantation). SIR har även varit en aktiv deltagare i NPO PIVoT:s nationella arbetsgrupp för sekundärtransporter av svårt sjuka patienter.

Socialstyrelsen har fortsatt gett SIR i uppdrag att följa intensivvårdsbeläggningen samt belastningen av COVID-19 på IVA. SIR har även ett kontinuerligt samarbete med Socialstyrelsen gällande donationsverksamheten. Därutöver arbetar SIR tillsammans med Folkhälsomyndigheten (FHM) avseende övervakning av smittsamma sjukdomar som leder till intensivvårdsbehov. Initialt var samarbetet inriktat på influensaövervakning, men under 2020 utökades bevakningen till att omfatta COVID-19. Dessutom har kortvarig RS-virusövervakning tillkommit och under hösten 2024 beställde FHM information om förekomsten av mycoplasma på IVA. Detta samarbete har en stor betydelse i samhällets övervakning av smittsamma sjukdomar.

Under 2024 har SIR mottagit 24 FoU-ansökningar. Det stora antalet ansökningar är glädjande men tar också en stor resurs i anspråk från FoU-gruppen. SIR ser fram emot den kommande CPUA-konsolideringen och en utökning av det administrativa stödet, vilket möjliggör en högkvalitativ service till forskare. Samtidigt skapar detta förutsättningar för SIR att genomföra och presentera fler egna analyser av registerdata.

SIR står inför en stor utmaning framöver då medel inte tilldelats i tillräcklig omfattning, trots att SIR har behållit sitt status på högsta certifieringsnivå (nivå 1) vid Kunskapsstyrningens utvärdering. Detta äventyrar SIR:s framtid utifrån den funktion registret har. SIR har en viktig del i den nationella beredskapen genom att tillhandahålla en realtidsöversikt av intensivvårdskapaciteten samt över tid. Insamling och validering av data förutsätter en tät kontakt med intensivvårdsavdelningarna. Aktiviteter som övervakning av donationsprocessen och spridningen av smittsamma sjukdomar med potentiellt allvarliga konsekvenser för befolkningen riskerar att fördröjas. Dessutom hotas möjligheten att ge ett ämneskunnigt stöd till avdelningarna.



Under 2024 har följande aktiviteter genomförts:

- Årsmötet genomfördes digitalt vecka 11
- Årsrapporten presenterades i anslutning till årsmötet
- SIR:s årliga konferens vecka 11 ställdes in med hänsyn till regionernas prekära ekonomiska situation, likaså NIVA-/BIVA- och IVA-chefsmötet som arrangeras i anslutning till dessa
- BIVA-gruppen hade en fysisk träff under höstterminen
- Nio medlemsavdelningar besöktes av "Säker kvalitet intensivvård" (audit-gruppen) och sex uppföljningsmöten arrangerades för avdelningar som genomgått en granskning tidigare
- Regelbunden kontakt med SPOR (Svenskt Perioperativt Register), SIS (Svenska Intensivvårdssällskapet), SFAI (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård), AnIva (intresseorganisation för specialistsjuksköterskor anestesi-intensivvård) samt andra relevanta organisationer
- Schemalagda träffar med SIR, SPOR och NPO PIVoT inom Kunskapsstyrningen två gånger per termin
- Nyheter och nyhetsbrev på hemsidan
- Webinarium med tema registrering av vårdtyp, inrapportering av IMA-data och revision av kvalitetsindikatorer
- Post-IVA-seminarium för alla IVA hölls i Stockholm under hösten
- Presentation vid Svenska Intensivvårdssällskapets årliga utbildningskurs
- Representation i styrgrupperna för LÖF:s säker sepsisvård och säker traumavård
- Patientrepresentanten deltar vid lämpliga aktiviteter, såsom att revidera patient- och anhöriginformation samt delta som representant vid möten
- Deltagande i SFAI & AnIva-veckan
- Rapportering av data till Vården i siffror
- SIR har genomfört fyra fysiska och åtta digitala styrgruppsmöten samt fyra fysiska arbetsmöten. Utöver detta har ett antal digitala arbetsmöten skett
- SIR är representerat i nationella kvalitetsregistrens intresseorganisation, NKRF, i styrgruppen

Clinical Frailty Scale – SIR uppmuntrar till ökad rapportering

Med en större andel äldre i befolkningen förändras befolkningsstrukturen och behoven inom välfärden. De utmaningar som hälso- och sjukvården står inför kan inte nog betonas.

Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) förväntas antalet äldre öka kraftigt de kommande åren, särskilt gruppen 85 år och äldre, som beräknas öka med 60 procent fram till 2033 (1). I takt med att andelen äldre i samhället ökar förväntas även antalet äldre patienter med komplexa sjukdomstillstånd att öka. Detta ställer högre krav på hälso- och sjukvårdens resurser och innebär att vi behöver göra noggranna överväganden kring vilka patienter som har störst nytta av intensivvård.

Beslutet om en patient ska läggas in på intensivvårdsavdelning (IVA) är ibland självklart, men ofta innebär det svåra avväganden och särskilt när det gäller den äldre patienten. Vårdgivare står inför komplexa bedömningar där intensivvård kan förbättra överlevnad och återhämtning hos vissa patienter, medan det för andra riskerar att leda till onödigt lidande och försämrad livskvalitet. Faktorer som kronisk sjukdom, skörhet och patientens egna preferenser spelar en central roll i dessa beslut. För att kunna fatta välgrundade beslut behövs mer träffsäkra verktyg för att prediktera vilka patienter som sannolikt kommer att ha nytta av intensivvård. Verktyg som kan kombinera information om ålder, skörhet, sjukdomens allvarlighetsgrad och andra relevanta faktorer torde hjälpa vårdpersonal att bättre identifiera de patienter som har störst chans att överleva och återfå en acceptabel livskvalitet efter intensivvård.

För att öka vår kunskap inför framtida demografiska utmaningar är det viktigt att systematiskt samla in och analysera data. Ett viktigt verktyg i detta arbete är skörhetsbedömningar. Skörhet är ett kliniskt syndrom som kännetecknas av minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet. Den kliniska skörhetsskalan (Clinical Frailty Scale, CFS) är ett av de vanligaste bedömningsinstrumenten för skörhet (2) och är den skalan som används av SIR (figur 1).

VIP-2-studien undersökte förekomsten av skörhet, kognitiv försämring, förmåga att klara dagliga aktiviteter samt samsjuklighet och deras inverkan på 30-dagarsöverlevnad. Totalt inkluderades 3 920 patienter från 242 intensivvårdsavdelningar i 22 länder, med en medianålder på 84 år. Vårdtiden på IVA i median var 3,9 dagar.

Överlevnaden på IVA var 72,5% och 30-dagarsöverlevnaden 61,2%. I en multivariabel analys var CFS associerad med 30-dagarsmortalitet (3). En metaanalys baserad på data från 12 studier och ungefär 24 000 patienter (medianålder 71 år) från 30 länder konkluderade att CFS är en reproducerbar variabel för tidig riskstratifiering av kritiskt sjuka patienter (4). Hos äldre intensivvårdspatienter var skörhet en oberoende riskfaktor för ökad mortalitet, oavsett den akuta underliggande sjukdomen som ledde till inläggningen. Mycket välmående patienter (CFS 1) hade en signifikant bättre prognos än alla andra patienter. CFS kan även användas för patienter yngre än 65 år, men gränsvärden skulle troligtvis behöva anpassas för denna grupp (4). En studie som inkluderade ungefär 270 000 kritiskt sjuka patienter i Australien och Nya Zeeland undersökte hur CFS påverkade utveckling av persistent critical illness och risken för sjukhusmortalitet. Resultaten visade bland annat att betydelsen av skörhet som en prediktor för mortalitet ökade med längden på vistelsen på intensivvårdsavdelningen (5), vilket har implikationer för patienter med långa vårdtider.

Sedan år 2021 har det varit möjligt att rapportera data om CFS till SIR. År 2024 rapporterade 38 avdelningar CFS för 20 097 vårdtillfällen. I tabell 1 visas fördelningen av patienter inskrivna på IVA 2024 hos de avdelningar som rapporterade CFS. Bortfallet i rapporteringen var cirka 10%. I figur 2 visas överlevnad stratifierad på grad av skörhet för alla vårdtillfällen där CFS registrerats sedan registreringen påbörjades 2021.

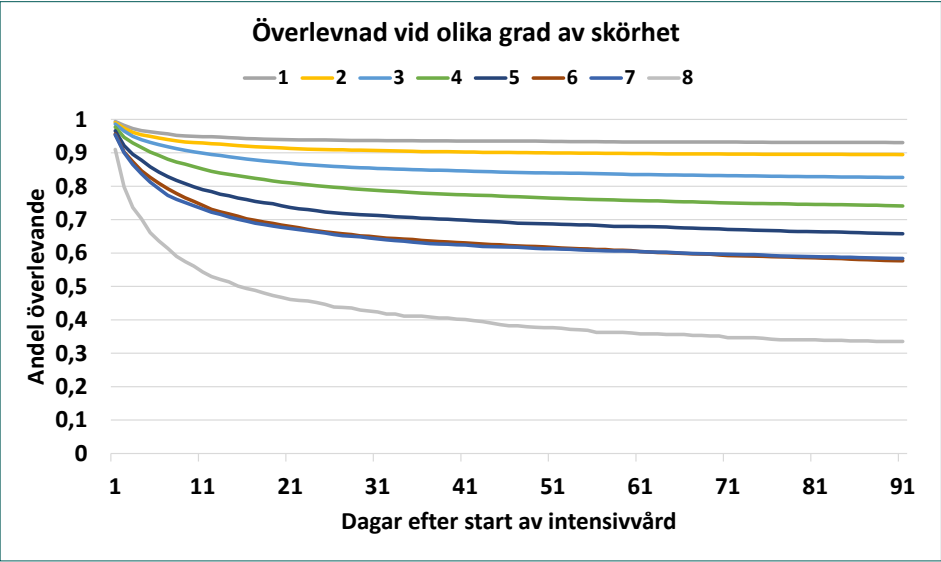
Resultaten i figur 2 är ojusterade siffror, men sammanfattningsvis illustrerar detta att olika grad av skörhet verkar ha olika överlevnad efter inläggning på IVA i Sverige. Det finns för närvarande en stor potential att öka antalet avdelningar som rapporterar CFS till SIR. Med en hög nationell täckning kan vi genomföra populationsbaserade studier som skulle kunna ge värdefulla insikter, särskilt när det gäller bedömningen av vilka patienter som har störst nytta av intensivvård med särskilt fokus på den äldre patienten. Med tanke på nuvarande och kommande demografiska förändringar är detta ett särskilt angeläget och högt prioriterat område för hälso- och sjukvården.

	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade, även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHEIT	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHEIT	Dessa personer är ofta uppenbart långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.
	6	LEVER MED MÄTTLIG SKÖRHEIT	Personer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig och kan behöva minimal hjälp (uppmärksamhet, stöd) med att klä på sig.
	7	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHEIT	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHEIT	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SJUK	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader, men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

Tabell 1. Clinical Frailty Scale rapporterat till SIR 2024

CFS	Antal (%)
1	1 512 (7,5)
2	3 163 (15,8)
3	4 651 (23,2)
4	3 053 (15,2)
5	2 350 (11,7)
6	1 553 (7,7)
7	1 340 (6,7)
8	257 (1,3)
9	64 (0,3)

« **Figur 1.** Skörhet enligt CFS (Clinical Frailty Scale). Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. 2009. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. Can Geriatr J. 2020. Version 2.0 översattes till svenska av Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti, Kristina Åhlund, oktober -december 2020, Trollhättan, Linköping och Stockholm.



« **Figur 2.** Överlevnad stratifierad på grad av skörhet för alla vårdtillfällen där CFS registrerats sedan registreringen påbörjades 2021.

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Regioner. 2024. Välfärdens kompetensförsörjning
2. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Med Can. 30 augusti 2005;173(5):489–95
3. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al; VIP2 study group. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med. 2020 Jan;46(1):57–69
4. Bruno RR, Wernly B, Bagshaw SM, et al. The Clinical Frailty Scale for mortality prediction of old acutely admitted intensive care patients: a meta-analysis of individual patient-level data. Ann Intensive Care. 2023 May 3;13(1):37.
5. Darvall JN, Bellomo R, Bailey M, et al. Impact of frailty on persistent critical illness: a population-based cohort study. Intensive Care Med. 2022 Mar;48(3):343-351.

Kvalitetssäkrad intensivvård

SIR startade hösten 2019 projektet ”Säker kvalitet intensivvård”. Detta är ett led i den ändrade roll som kvalitetsregistren har i den nya sjukvårdsorganisationen och kunskapsstyrningen. Granskningen har hämtat inspiration från LÖF:s ”Säker”-projekt och görs numera i samverkan med SFAI, AnIva och NPO PIVoT. SIR:s granskningsteam som består av 3 intensivvårdssjuksköterskor och -läkare har hittills besökt 29 avdelningar. Ytterligare åtta av landets 82 intensivvårdsavdelningar är planerade för besök eller har lämnat in intresseanmälan. Nitton avdelningar av 29 har en komplett 1-årsuppföljning. Besöken kräver relativt mycket arbete och SIR välkomnar därför fler intresserade från SFAI, AnIva och besökta avdelningar att delta som granskare. SIR står för närvarande för lönekostnad, resa samt logi. SIR välkomnar också ytterligare medlemsavdelningar att anmäla sig för att planera en granskning av verksamheten.

Granskningen innefattar flera delar. En del rör SIR-data och hur man säkerställer en bra kvalitet på indata till kvalitetsregistret. En annan del avhandlar typiska patientfall ur ett ”Best practice”-perspektiv. I samtliga dessa fall används internationella, nationella eller lokala riktlinjer som referens för granskningen. Syftet med denna andra del är att avspejla varifrån rådata som rapporteras in härstammar från, till exempel de åtgärder, diagnoser, vårdtyngd och komplikationer som noteras, samt uppföljningar som görs. Den belyser också följsamheten till riktlinjerna.

Några månader innan besöket får avdelningen ett webbaserat frågeformulär. Ledningen och övrig personal besvarar frågorna tillsammans. Utifrån dessa svar ställs kompletterande frågor vid själva besöket som tar två halvdagar i anspråk för avdelningen. En preliminär granskningsrapport lämnas till alla som har deltagit, innan besöket avslutas.

En fullständig rapport skickas sedan till det granskade sjukhuset cirka en månad efter besöket. Slutrapporten innehåller i förekommande fall ett antal styrkor samt förbättringsförslag. Den granskade avdelningen får sedan inkomma med tre till fyra förslag på åtgärder som avdelningen ska arbeta med de kommande 6 till 12 månaderna. Uppföljning av åtgärdsförslagen görs därefter.

SIR har nu lagt ut uppföljningsrapporterna från ”Säker kvalitet intensivvård” på hemsidan så att andra avdelningar skall kunna ta del av både styrkor, förbättringsförslag och åtgärder från de granskade avdelningarna enligt principen ”Delad kunskap växer”. Förhoppningsvis bidrar detta till att både SIR-avdelningarna och det nationella programområdet (NPO) för perioperativ medicin och intensivvård får en rättvisande bild av intensivvården i Sverige samt kan identifiera lämpliga kommande satsningar inom ramen för NPO. [Länk till Audit på SIR:s hemsida.](#)

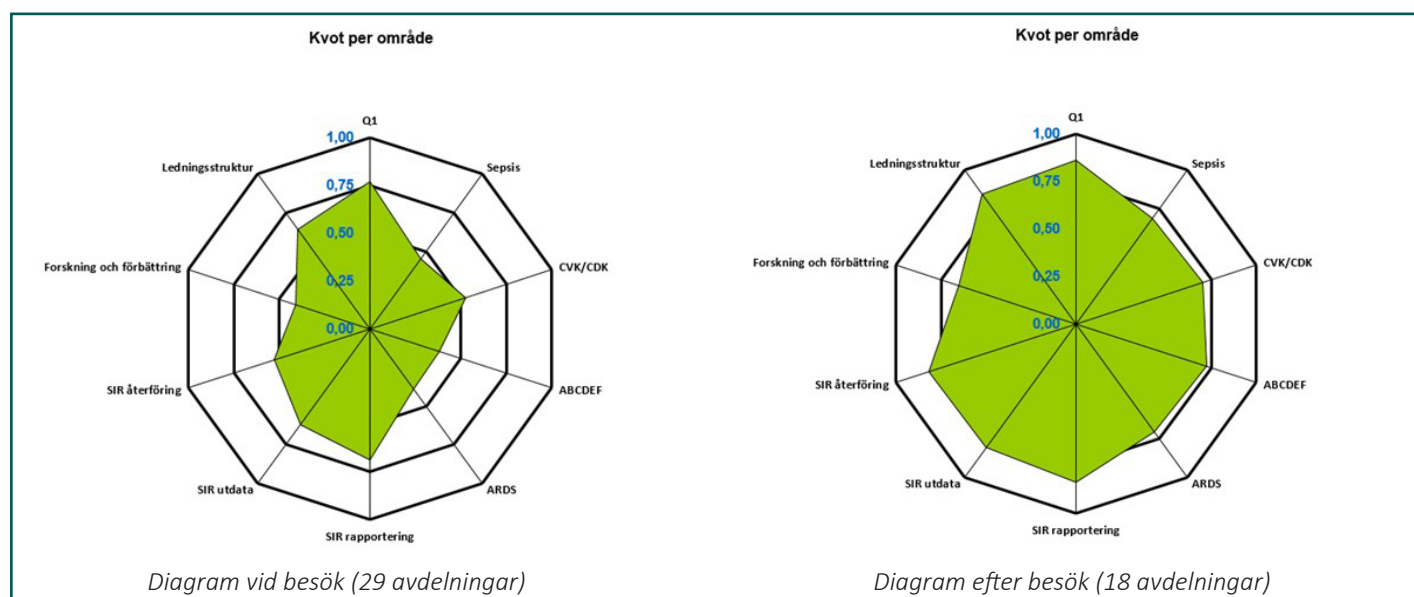
Efter de 29 utförda besöken har granskarna uppfattat att avdelningarna har fått en bättre kännedom om flera områden som kan behöva förbättring. Många av avdelningarna bekräftar detta. Som följd kommer avdelningarna i gång med förbättringsarbeten som annars inte hade blivit av.

Även granskarna får med sig en mängd intryck, arbetssätt och förhållningssätt som kan återföras till de egna avdelningarna. Sammantaget gör detta att nedlagt arbete lönar sig för alla.

Vid varje besök gör auditörerna en bedömning utifrån en gemensam standardiserad bedömningsgrund av tio specificerade områden. Vid den efterföljande uppföljningen görs sedan denna bedömning igen. Bedömningarna visualiseras i spindeldiagram vilket kan underlätta att se de förändringar som bedömts ha skett.

Figur 3 visualiserar 10 utvärderade områden^{*}. Till vänster vid besöket, till höger vid uppföljning. I dessa diagram finns tecken till att besöken har lett till förbättringar inom samtliga 10 områden. Detta stärker den utvecklande känsla som upplevts av både besökta avdelningar och av auditörerna, och ger förutsättningar för att höja vårdens kvalitet, patientsäkerheten och optimera användning av resurser.

**Sepsis, central venkateter, optimering av vårdåtgärder (ABCDEF-bundle), ARDS, SIR rapportering, SIR utdata, SIR återföring, forskning och förbättring, ledningsstruktur*



Figur 3. Spindeldiagram som visualiserar 10 utvärderade områden*. Till vänster vid besöket, till höger vid uppföljning.

Hur har det sett ut vid uppföljningarna som är gjorda?

Ett urval av de förbättringsområden som avdelningarna har arbetat med enligt åtgärdsöverenskommelserna. Fallande ordning och antal avdelningar som valt områdena att förbättra står till höger.

Förbättringsområde	Antal
Egenkontroll av SAPS, VTS, Åtgärder och diagnoser	10
Bättre diagnossättning	7
Arbete med vårdrelaterade infektioner som diagnostik, profylax och behandling	7
Arbete med sedering, smärta och delirium	6
Mer enhetlig VTS	6
Simulerings-/scenarioarbete på avdelning för team- och kompetensutveckling	5
Involvering av närstående i vården	3
Patientinformation om SIR	3
Rondrutin utveckling	2
Förbättringsarbeten med exempelvis Gröna Korset	2
Förbättrad enhetlig sepsisbehandling	2
Förtydligande och diskussion runt behandlingsstrategi	2
PostIVA-uppföljning	1
Teamarbetet utvecklas i olika situationer	1
Arbeta med förkortade ventilatortider i ett helhetsbegrepp	1
Förbättrad läkarkontinuitet på IVA	1
Etikrond som rutin	1
Arbete med övergripande accessteam	1

Arbetsätt, som skapat mervärde och lett till andra förbättringar som ej innefattas av Audit direkt, enligt de besökta avdelningarna:

- Arbetsgrupper samlas och diskuterar utifrån frågebatteriet med spinoff i andra arbetsområden
- Bidragit till att höja avdelningens lägsta nivå.
- Energiskapande för gruppen och utmanande för tanken med vilja att utveckla verksamheten tillsammans
- Effekt av Audit och samarbetet inom avdelningen som fortsätter även efter besöket
- Ger avdelningen stolthet och styrka i fortsatt arbete

Under 2025 är 6 avdelningar inplanerade för besök och ytterligare 2 avdelningar står på väntelista.

De som är intresserade av att bli auditörer och ytterligare avdelningar som önskar att bli besökta, får gärna höra av sig till Frida Hagdahl.

frida.hagdahl@icuregswe.org

SIR-data som underlag för prioriteringar

Intensivvården är ett område där brist på resurser ofta förekommer och där behov av prioriteringar uppstår. Sverige har ett lågt antal intensivvårdsplatser och antalet sjunker år för år. Data från SIR kan ge en överblick gällande tillgängliga vårdplatser och beläggning på svenska intensivvårdsavdelningar samt demografiska och kliniska karakteristika gällande patienterna och i vilken grad de överlever. Därigenom kan identifiering av patientgrupper med sämre prognos göras, vilket kan vara en del i ett underlag för den enskilda patientens prognos och ger möjlighet till reflektion kring rimligheten av intensivvård och invasiva åtgärder som potentiellt kan innebära obehag för patienterna.

Kan data användas för att sia om utfall?

En kvalitetsindikator som ofta används inom intensivvården är riskjusterad mortalitet, där antalet faktiskt avlidna divideras med antalet förväntade dödsfall. Risken för att avlida kan skattas genom att ta hänsyn till patientens kroniska sjukdomar, omständigheter vid inläggning på IVA, orsak till inläggning och mätvärden vid inläggning. I Sverige används en version av modellen Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3) som har justerats för svenska förhållanden för att beräkna den förväntade mortalitetsrisken.

Modellen är bra på att identifiera en ökad risk hos dem som sedan avlider och ger en relativt korrekt uppskattning av förväntad mortalitet på gruppnivå (figur 4). Riskjusteringsmodeller kan optimeras ytterligare, fler variabler kan läggas till och mer avancerade modeller kan användas. Således skulle data från intensivvårdsregistret kunna användas för att beräkna risken för att avlida när det övervägs om en patient skall tas till IVA.

Ansvarsbiten blir dock oklar om man låter modeller prioritera patienter. Vem bär ansvaret om det blir fel? Är det tillverkaren av datorn, programvaran, modellen, övervakningsutrustningen, den som matar in data eller den som undersöker patienten?

Bedömning för ställningstagande till intensivvård

Vid användning av beräknad risk för död för ställningstagande till vård måste flera aspekter bedömas och avvägningar göras. Dessa inkluderar relevant tidsram för överlevnad, livskvalitet efter vårdtiden, hur mycket behandlingen får kosta i både lidande och resurser och vilken risknivå för död krävs för att motivera detta. Gagnar det patienten att överleva intensivvården men avlida på vårdavdelning, eller direkt efter ankomst till hemmet? Överleva 30 dagar eller 90 dagar? Beror det på kvarvarande förväntad livslängd?

Att överleva innebär inte nödvändigtvis att patienten får ett kvalitativt liv efter intensivvården, exempelvis vid svåra hjärnskador. Och är sjukvården och patienten beredda att utstå vilken behandling som helst för att patienten ska överleva? Det kan handla om kort behandling med blodtryckshöjande infusion på grund av sepsis eller månader

av sedering och utträning ur respirator. Dessutom krävs det överväganden kring vilken risknivå för död som anses acceptabel för att motivera intensivvård av en patient. Intensivvård är ofta förknippad med psykiskt lidande under vårdtiden och kvarstående både psykiska och fysiska besvär efter avslutad vård. Vi saknar idag verktyg för att förutse livskvalitet efter intensivvården, men SIR samlar in data vid uppföljning efter intensivvården för fysiskt och psykiskt mående samt arbetsförmåga för att kunna undersöka detta.

När läkare idag gör prioriteringar väger vi in både risken att avlida, förväntad återstående livslängd, möjlighet till livskvalitet samt vilken vård som skulle krävas. Var gränsen ska dras för när chansen till ett gott resultat av vården är för låg kan man fundera på, och det handlar som nämnts inte bara om mortalitet utan även om livskvalitet, vilka resurser som krävs och vilket lidande patienten behöver utstå. Etiska diskussioner är viktiga för att kunna införa välgrundade prioriteringar i intensivvården.

Hur kan den demografiska utvecklingen påverka intensivvården?

2030 kommer vi att ha 50% fler medborgare över 85 år. Sannolikt kommer behovet av intensivvård att öka. En av de vanligaste diagnoserna på IVA är hjärtstopp vilket med en åldrande befolkning kan leda till ökat behov av intensivvård. Medianvårdstid för hjärtstopp är också nästan dubbelt så lång som för intensivvården generellt då bedömning av neurologisk återhämtning blir säkrare efter tre dygn. Utan nya resurser kommer det att finnas ett ökat behov av prioriteringar.

Hjärtstopp är förknippat med en hög mortalitet, med en 30-dagarsmortalitet kring 60% bland dem som tas till IVA. Denna ökar till 85% vid hjärtstopp utanför sjukhus, ålder över 70 år och minst måttlig skörhet enligt Clinical Frailty Scale, och överlevnaden efter 180 dagar är endast drygt 5%. Analys av data från SIR ger fakta om prognos för olika patientgrupper som bedömningar inför ställningstagande till intensivvård kan grundas på.

Ett problem med att använda SIR-data för prioriteringar inom intensivvården är att information bara finns för de patienter som faktiskt vårdats på IVA. Vi saknar data för dem som inte bedömdes gagnas av intensivvård och inte togs till

IVA. Användandet av historiska data för ställningstagande till vård riskerar även att ge en självuppfylld profetia av dålig överlevnad. Om vården läggs ner för patientgrupper som historiskt haft dåligt utfall så kommer det leda till fortsatt dålig överlevnad inom gruppen.

I patientgrupper med hög mortalitet, hög ålder och stor resursåtgång kan vi behöva prioritera. En utmaning är i så fall hur vi ska etablera en nationell konsensus angående prioriteringsprinciper i framtiden.

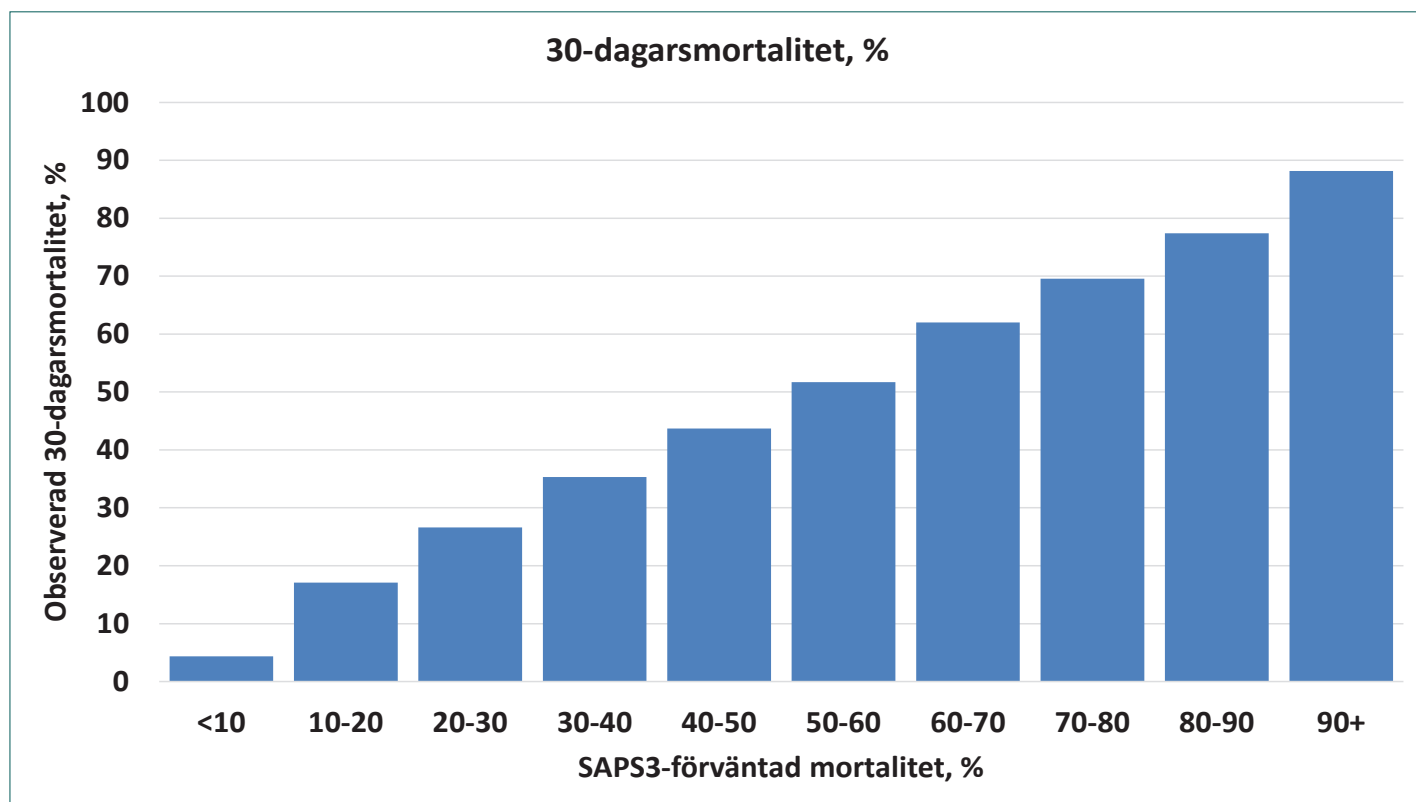
Slutsats

Det går relativt bra att förutsäga hur stor risken för att avlida i samband med intensivvård är. Emellertid är kvalitetsregistren inte skapade för att fungera som prioriteringsverktyg utan för att följa upp och främja kontinuerlig förbättring av vårdkvaliteten. Genom analys av intensivvårdsdata kan resurskrävande patientgrupper med låg chans att överleva identifieras. Om data ska användas vid prioriteringar inom intensivvården så behöver det

fastställas vilken chans till överlevnad som är rimlig att ta samt vilken överlevnadstid som är rimlig att satsa på och det behöver relateras till lidande och resursåtgång. Mortalitet är ett grovt utfallsmått, och även andra faktorer som förväntat antal levnadsår och livskvalitet behöver beaktas. Sammanfattningsvis är det svårt att lämna över besluten till beräknade risker då det finns fler dimensioner att ta hänsyn till. De beräknade riskerna kan dock vara en del i en helhetsbedömning. I framtiden kommer vi sannolikt att behöva nationell konsensus när det gäller prioriteringar med tanke på försämrade resurser i förhållande till vårduppdrag. Det blir en stor utmaning och etiska överväganden är viktiga.

Referat av: Läkartidningen. 2024;121:23201

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2024/09/intensivvardsregistrets-roll-vid-riskbedomning-och-prioritering/>



Figur 4. 30-dagarsmortalitet i spann av förväntad mortalitet uträknad med riskjusteringsmodellen Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS3), svensk rekalkibrering för att förutsäga 30-dagarsmortalitet. Förväntad och observerad 30-mortalitet ligger kring 19% sammanräknat under perioden 2008 - 2023 i Sverige. Data för intensivvårdstillfällen under perioden 2008 - 2023, oberoende av förekomst av behandlingsbegränsningar.



Intermediärvård välkomnas till SIR

Förra året gav Kunskapsstyrningen SIR uppdraget att ta emot vårdtillfällesdata från intermediärvårdsavdelningar (IMA) i Sverige. SIR kommer att öppna för inrapportering under första kvartalet av 2025.

Variabler för intermediärvård omfattar grundläggande administrativ information om patienten och vårdtillfället, diagnoser, vårdresultat, vårdtillfällets duration med mera. Urvalet baseras på rekommendationer av Nationella Arbetsgruppen (NAG) Intermediärvård från november 2023. De aktuella variablerna liknar grunddatasetet för intensivvård, vilket underlättar för att komma i gång på sjukhus där det redan finns en IVA som är medlem i SIR. I det första steget kommer samtliga intermediärvårdsavdelningar att använda samma variabellista, men det finns ett intresse för att anpassa variablerna för att möta behoven på specialiserade avdelningar, såsom barn-IMA, neuro-IMA och thorax-IMA.

SIR:s instruktion för rapportering av vårdtillfället syftar till att behålla en kontinuitet i statistiken för intensivvård. IVA fortsätter att registrera sina vårdtillfällen som "Vårdtyp IVA". Konvertering till "Vårdtyp IMA" sker enbart vid byte av avdelning. På IMA bedrivs intermediärvård enligt definitionen "Vårdtyp IMA" och vid försämring av tillståndet förutsätter konvertering av vårdtyp att patienten förflyttas till en IVA. För mer detaljer hänvisas till riktlinjerna. En IMA-portal kommer att skapas på SIR:s utdataportal.

I dagsläget vet vi inte exakt hur många intermediärvårdsavdelningar som finns i Sverige. SIR har skickat ut inbjudan till verksamheter för att ansluta sina IMA till SIR via Nationella Programområdet Perioperativ medicin, intensivvård och transplantation samt de regionala programgrupperna.

SIR välkomnar alla intermediärvårdsavdelningar till registret. IT-leverantören har förberett de tekniska lösningarna för automatisk dataöverföring. De lokala intensivvårdsavdelningarna kan också vara behjälpliga vid frågor om journalsystem och elektroniska verktyg för registrering av data. Riktlinje kommer att publiceras på SIR:s hemsida.

Relaterad länk

» [Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård](#)

Ny vägledning för sekundära transporter av svårt sjuk patient

Interhospitala transporter av patienter i behov av intensivvård är komplexa, utmanande och resurskrävande. En nationell arbetsgrupp (NAG) startades 2022 av nationella programområdet (NPO) Perioperativ vård, intensivvård och transplantation (PIVoT) med uppdraget att skapa vägledning för en nationell medicinsk standard avseende sekundära transporter av svårt sjuk patient.

I en tvärprofessionell process med representant från SIR skapades en vägledning med fokus på rekommendationer kring bemanning och kompetens, utrustning och behandlingsmöjligheter under transport samt kompetens vid beslut om medicinsk transportlogistik. I vägledningen bidrog data från SIR till att över tid belysa förekomst samt typ av transport.

Såväl internationell som nationell forskning kring intensivvårdstransporter är fortsatt att betrakta som sparsam. Det är svårt att bedriva transporter inom intensivvård av hög kvalitet utan att också bedriva lokal, regional och nationell kvalitetsutveckling och forskning. Som kvalitetsregister har SIR goda förutsättningar att i framtiden möjliggöra utökad kvalitetsuppföljning kring såväl själva transporten som patientgruppen.

» [Vägledningen publicerades och trädde i kraft 2024-10-02](#)



Forskning, utveckling och publikationer 2024

Under 2024 har SIR mottagit 23 nya ansökningar om datauttag för forskningsändamål eller kvalitetsuppföljning. Utöver detta har ett myndighetsärende som rör uppföljning av ett tidigare projekt hanterats. Efter toppnoteringen år 2020 med 48 ansökningar är antalet i sjunkande, men en hög belastning på FoU-gruppen kvarstår. Tabell 2 visar antalet ansökningar sedan 2019.

FoU-gruppen i SIR består av fyra medlemmar samt en representant från vår CPUA-myndighet, Region Värmland. FoU-gruppen förbereder de inkomna ansökningarna för beslut från registerhållaren och arbetar i samråd med QRC Stockholm, med juridiskt stöd från Region Värmland.

FoU-gruppen i SIR:

- Ritva Kiiski Berggren, Umeå (FoU-ansvarig)
- Göran Karlström, representant CPUA
- Lars Engerström, Norrköping
- Jonas Karlsson, Borås
- Emma Larsson, Stockholm

Under året har SIR lanserat en portal för elektroniska ansökningar med en säker inloggning. Forskaren får aviseringar vid varje steg i ärendehantering. För att ansökan ska kunna bedömas krävs att ett godkänt etiskt tillstånd, forskarens CV samt en detaljerad projektplan bifogas. Ansökningsblanketten måste även innehålla en tydlig beskrivning av hur intensivvårdsdata kommer att användas

och lagras. Om samkörningar planeras ska processen för detta vara tydligt beskrivet. Den godkända etiska ansökan ska vidare specificera de variabler som efterfrågas. SIR är anslutet till Vetenskapsrådets metadataverktyget RUT och forskarna hänvisas dit för information om variabelinnehåll.

Forskarna är alltid välkomna att rådfråga SIR i förväg för att optimera variabeluttaget i relation till den vetenskapliga frågeställningen. SIR tillhandahåller dock inte service för samkörning av data med andra register.

FoU-gruppen välkomnar alltid välgjorda ansökningar om datauttag för att öka kunskapen och förbättra vården för IVA-patienter.

Länk till publikationer och verksamhetsutvecklingsprojekt som baseras på SIR-data 2024:

» [Publikationer 2024](#)

Relaterade länkar:

- » [Metadataverktyget RUT – Registerforskning.se](#)
- » [Forskning \(icuregswe.org\)](#)

Tabell 2. Antal mottagna ansökningar sedan 2019

År	Antal
2019	8
2020	48
2021	34
2022	27
2023	19
2024	23

Tabell 3. Kategoriindelning av inkomna ansökningar 2024

Kategori	Antal
A Medlemsavdelningens egna data	1
B Data från hela databasen utan personnummer	3
C Data från hela databasen med personnummer, i syfte att samköra data med exempelvis Socialstyrelsens register eller andra kvalitetsregister	15
M Myndighetsuttag: datauttag på begäran från exempelvis Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket för analys och uppföljning	4
Summa	23



Uppföljning efter intensivvård

Riktlinje

SIR:s riktlinje för uppföljning av intensivvårdspatienter har uppdaterats utifrån den Nationella riktlinjen ”Uppföljning av vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning”¹. Numera inkluderar alla patienter som har haft en vårdtid ≥ 48 timmar i uppföljningen. Brytpunkten har sänkts från vårdtid ≥ 96 timmar. Ett tidigt besök på vårdavdelningen under första veckan efter utskrivning från intensivvården (IVA) har lagts till för att minska det gap som finns mellan vårdnivåerna, och tidigt identifiera patienter med problem för att få ett kontinuerligt flöde i patientens vård. Uppföljning vid 12 månader har tagits bort då studier visar att det är en liten förändring i patientens återhämtning mellan 6 och 12 månader. Ett validerat screeningformulär för ångest och depression, Hospital Anxiety and Depression Score (HADS), samt screening för posttraumatisk stress, Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS-14) har lagts till. För HADS finns en svensk licens för användning i pappersformat. En validering av PTSS-14 inom intensivvården förväntas bli klar under 2025. Utöver dessa så finns nu ett frågeformulär för att identifiera behov av stöd utifrån fysisk kapacitet och aktivitetsförmåga och kognition.

Post-IVA seminarium

Cirka 80 personer deltog i Post-IVA-seminariet hösten 2024. Programmet på förmiddagen innehöll nyheter inom SIR. SIR:s nya riktlinje för uppföljning samt indataportalen presenterades och diskuterades. Under eftermiddagen presenterade intensivvårdsavdelningar pågående studier och projekt. I år var IVA på Åland inbjuden för att presentera sitt uppföljningskoncept utifrån de speciella omständigheterna som medföljer av att de arbetar på en ö med ett sjukhus. Upplägget för uppföljning liknar det svenska men de har ingen möjlighet att rapportera data.

SIR:s patientrepresentant fick ordet och presenterade sig själv, sin erfarenhet som intensivvårdspatient och rollen som representant.

Dagen avslutades med en diskussion kring dataportalerna inom uppföljning. Många värdefulla synpunkter från deltagarna dokumenterades för framtida arbete.

¹ <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardriktlinjer/uppdaterad20230907/riktlinje-uppfoljning-vuxna-som-vardats-pa-intensivvardsavdelning.pdf>

Kvalitetsindikatorer

Svenska Intensivvårdsregistret har i nuläget åtta nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Enskilda avdelningar behöver data från kvalitetsregistret för att följa upp och utvärdera medicinska resultat samt resursanvändning, vilket ger avdelningarna underlag till verksamhetsförbättring och planering. Jämförelser mellan avdelningar som har likvärdiga verksamheter och patientpopulation är en naturlig del i utvärderingen. SIR har påbörjat ett större revisionsarbete av nuvarande kvalitetsindikatorer, vilket kommer medföra att vissa av kvalitetsindikatorerna kommer att tas bort och helt nya läggs till.

Läs sammanfattningen på sidan 26 gällande pågående revisionsarbete.

Q1. Följer riktlinje för svensk intensivvård

Q2. Riskjusterad mortalitet

Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

Q4. Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Q8. Användning av sederingssskala och sederingsmål

Följer riktlinje för svensk intensivvård

Kvalitetsindikator 1 baseras på riktlinjen för svensk intensivvård som är framtagen av Svenska Intensivvårdssällskapet (SIS) och Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI). Målsättningen är att alla medlemsavdelningar svarar på frågor tillhörande denna kvalitetsindikator minst en gång per år. Alla Sveriges intensivvårdsavdelningar är medlemmar i SIR - det gör att vi i princip har en fullständig bild av Sveriges intensivvårdsavdelningar avseende antal beläggningsbara platser, kompetens och organisation.

Enligt den kategoriindelning som är definierad av SIS/SFAI delas intensivvårdsavdelningarna in i tre kategorier. Kategori III innefattar intensivvårdsavdelningar som tillhandahåller de mest kvalificerade övervaknings- och behandlingsmetoderna som kan erbjudas vid olika typer av organsvikt samt specialinriktade intensivvårdsavdelningar t.ex. TIVA, NIVA, BIVA och BRIVA. Intensivvård kategori II är intensivvårdsavdelningar som behärskar intensivvård vid akut funktionsnedsättning i de flesta organsystem, framför allt cirkulations- och respirationssvikt, men saknar de allra mest kvalificerade metoderna för övervakning/behandling av svikt i ett eller flera organsystem (som kan erbjudas på en kategori III-avdelning). Intensivvård kategori I är intensivvårdsavdelningar på exempelvis länsdelssjukhus som behärskar intensivvård vid akut funktionsnedsättning i flera organsystem, men saknar möjlighet att erbjuda intensivvård på samma nivå som kategori II- och III-avdelningar.

År 2024 fanns enligt årsrapporteringen 499 beläggningsbara IVA-platser med och utan respiratorkapacitet. Det inkluderar även nio platser som rapporterades för 2023 från två avdelningar som inte rapporterat sina platser för 2024. Detta innebär en fortsatt minskning jämfört med år 2023, då det rapporterades 507 platser inklusive en saknad avdelning som året innan rapporterat fyra platser.

I november 2024 uppgick Sveriges befolkning preliminärt till 10 557 720 invånare enligt SCB. Detta innebär att antalet IVA-platser per 100 000 invånare minskar till 4,7 år 2024. År 2021 var motsvarande siffra 5,3 IVA-platser/100 000 invånare. Detta inkluderar både allmänna-, barn-, thorax-, brännskade- och neurointensivvårdsplatser.

Två av 14 kategori I-avdelningar har inte sjukhusbunden jour, en minskning jämfört med året innan. Antalet kategori I-avdelningar har minskat från 16 stycken år 2022.

Samtliga kategori II-avdelningar, förutom en, har sjukhusbunden jour vilket är samma som året innan. En av kategori III-avdelningarna har inte sjukhusbunden jour och åtta av 30 avdelningar i kategori III har inte specialist i anestesi-/intensivvård utan en ST-läkare som jour (liksom året innan). Detta gäller främst specialintensivvårdsavdelningarna.

Avseende kompetens hos medicinskt ledningsansvarig på IVA har 32/79 = 41% European Diploma of Intensive Care (EDIC I + II). 2022 var motsvarande andel 40%. Ungefär hälften (33/79 = 41%) har genomgått en tvåårig fördjupningsutbildning inom intensivvård. Andelen av de medicinskt ledningsansvariga som har vetenskaplig meritering motsvarande minst doktorexamen är 30/79 = 38%.

Antalet avdelningar som inte enbart har specialistutbildade sjuksköterskor var 16 under 2024 jämfört med 18 året innan.

Fyra avdelningar (tre avdelningar 2023) uppfyller inte kravet på läkarbemanning enligt SIS/SFAI. Alla avdelningar uppfyller kravet på total mängd personal per patient.

Riskjusterad mortalitet

Riskjusterad mortalitet är en metod att analysera resultat av intensivvård uttryckt som mortalitet där hänsyn tas till hur sjuka patienterna är. Ju lägre riskjusterad mortalitet (standardiserad mortalitetsratio, SMR), desto fler patienter överlever jämfört med vad som kan förväntas.

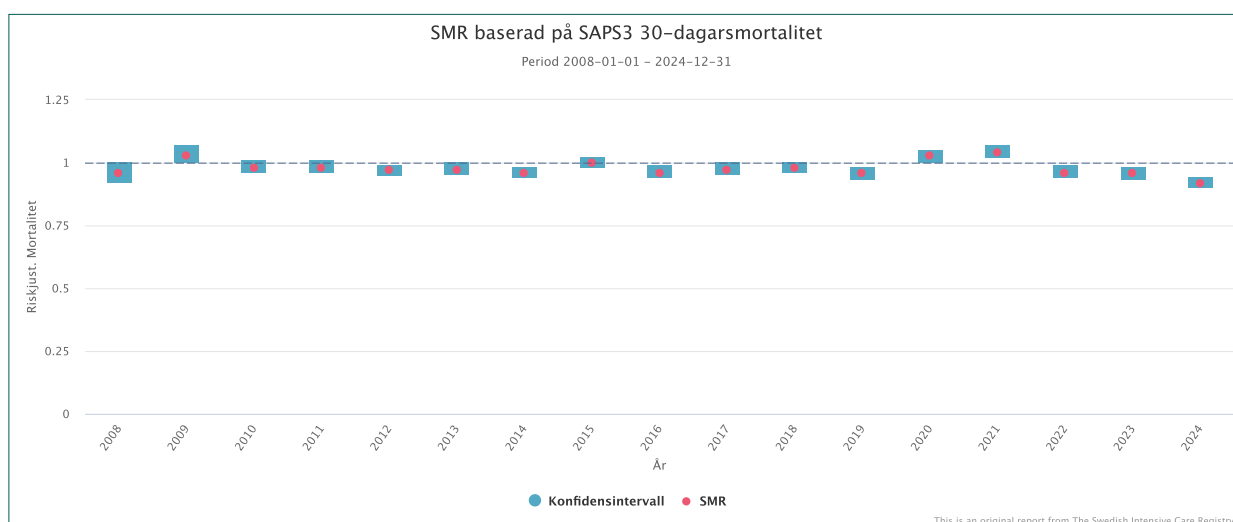
Allmän intensivvård av vuxna patienter

För allmän intensivvård av patienter som är minst 16 år gamla används riskjusteringsmodellen SAPS3. En svensk kalibrering av denna används som beräknar förväntad 30-dagarsmortalitet. 2020 - 2021 steg den riskjusterade mortaliteten på Sveriges intensivvårdsavdelningar i samband COVID-19 pandemin. Sedan år 2022 har SMR åter gått nedåt och är nu 0,92, vilket är det lägsta värdet hittills. Det kan tyda på förbättrade behandlingsresultat. Om man ser över tid är det den förväntade mortaliteten som har stigit, och i lägre grad även den observerade. Senaste året har dock framför allt den observerade mortaliteten sjunkit. SAPS3-poängen har stigit från ett medelvärde på 54,6 (2014) till 57,1 (2024) vilket antyder att patienterna numera är sjukare

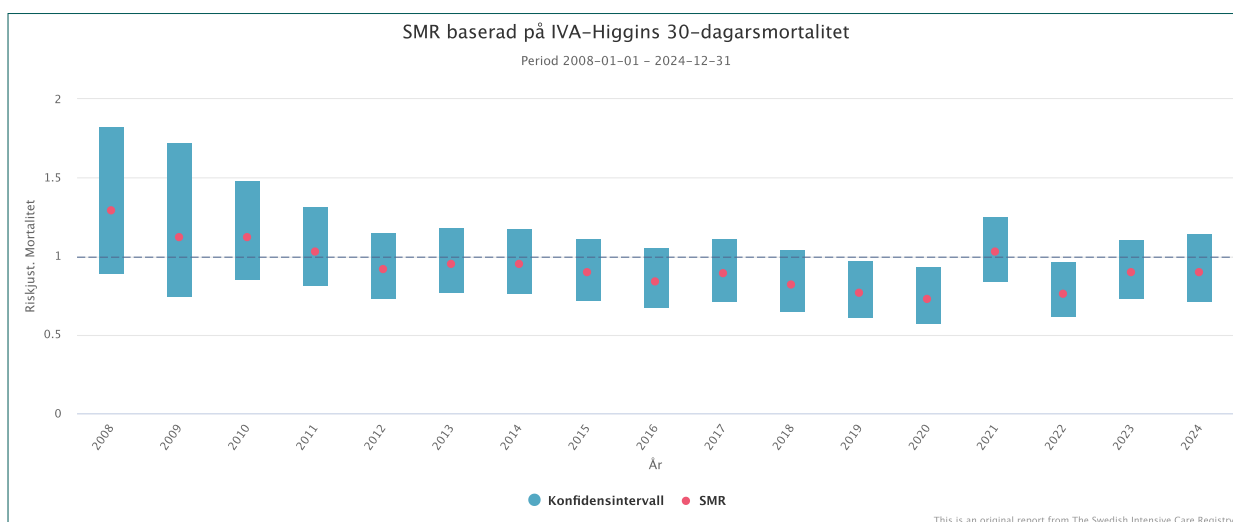
vid inskrivning till IVA . Antalet kompletta SAPS3 kan även spela roll och här har andelen ökat från 64,5% (2014) till 69,6% (2024). Antalet intensivvårdsplatser minskar och brist på öppna vårdplatser kan påverka patientselektionen.

Thoraxintensivvård av vuxna patienter

För thoraxintensivvård görs riskjustering med en modifierad IVA-Higgins modell. Den riskjusterade mortaliteten visade 2008 - 2012 en sjunkande trend, men har sedan dess inte haft en fortsatt tydlig trend (figur 6). Under 2021 gick SMR upp, kanske en effekt av COVID-19 pandemin. År 2022 hade SMR åter minskat till samma nivå som år 2020. Åren 2023–2024 ligger den ganska konstant. Antalet avlidna är få och konfidensintervallen överlappar, förändringar från ett år till ett annat är inte signifikanta.



Figur 5. Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för allmän intensivvård



Figur 6. Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för thoraxintensivvård

Barnintensivvård

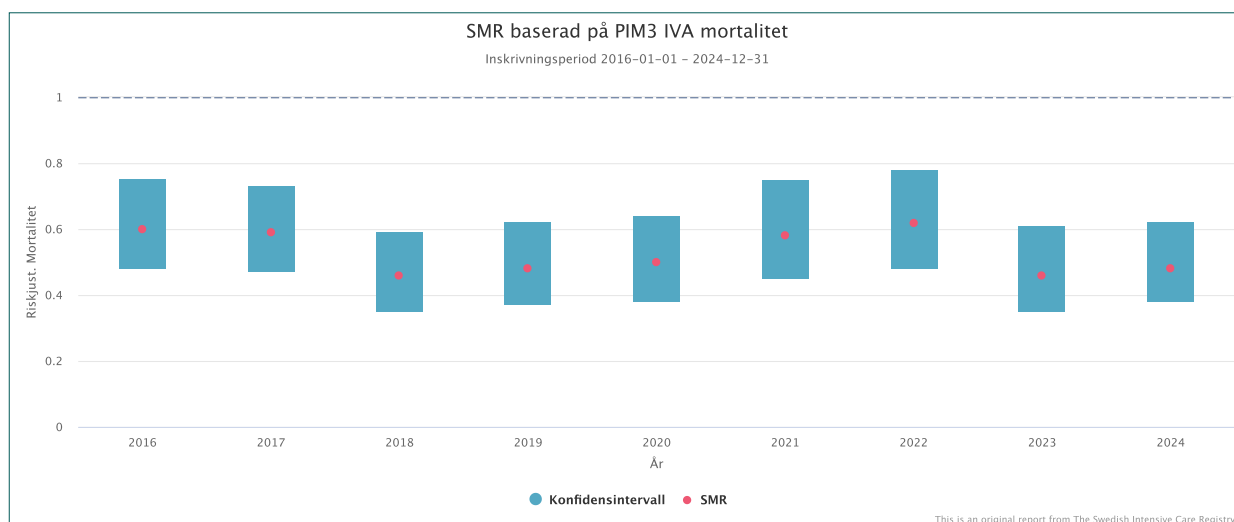
Riskjustering för patienter under 16 års ålder görs med modellen PIM3. Denna använder IVA-mortalitet till skillnad från våra övriga riskjusteringsmodeller som används av SIR och är inte justerad för svenska förhållanden. Eftersom IVA-mortalitet används påverkas måttet av bland annat transporter mellan avdelningar. SMR är lågt (tydande på god kvalitet) jämfört med när den internationella modellen PIM3 skapades. Eftersom dödsfallen är få så är konfidensintervallen breda. PIM3 har använts i Sverige sedan 2016. Över tid ses ingen tydlig trend. SMR var 0,49 år 2024.

Presentationen av PIM3 på SIR:s utdataportal följer inte originalpublikationen då de som skrivs ut till annan IVA ska exkluderas. Om detta görs får vi andra siffror med en högre SMR, men SMR ligger fortfarande lågt se figur 7a och 7b.

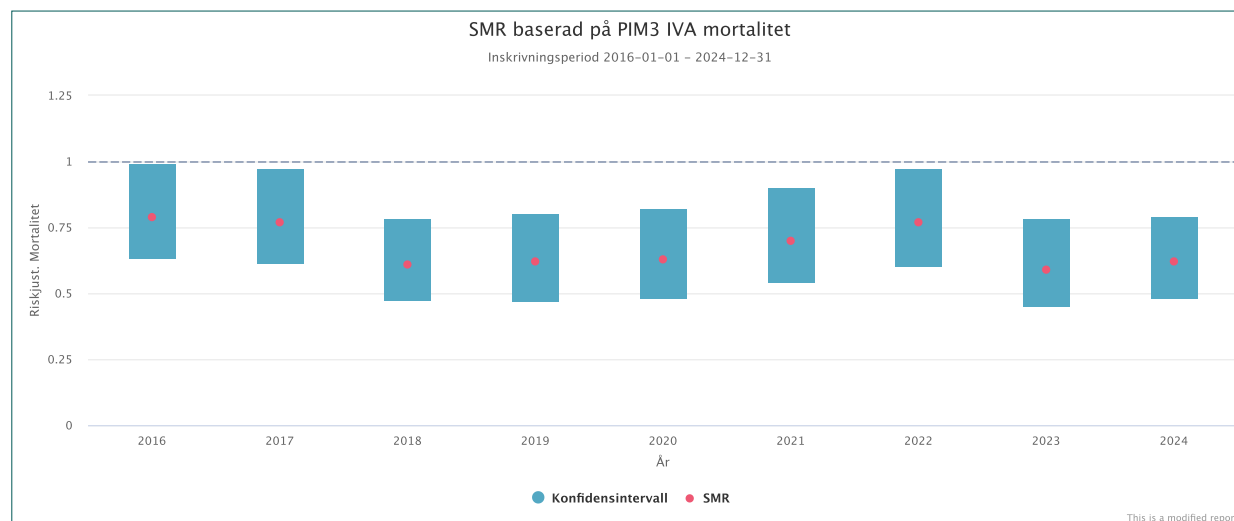
Barnintensivvård bedrivs både på specialiserade BIVA och på allmän IVA. BIVA är oftast den högre vårdnivån

som allmän IVA vänder sig till vid mer komplicerade fall eller för en högre kompetensnivå av barnintensivvården. Mortalitet, både, observerad och beräknad, kan därför skilja sig mellan avdelningarna. Cirka 2 000 av alla vårdtillfällen (cirka 3 900) behandlas på en allmän IVA vid något tillfälle. Sedan 2016 har SMR på allmän IVA legat på mellan 0,49 och 0,85 utan någon säker trend, men är lågt jämfört med när modellen utvecklades. SMR vid allmän-IVA vårdtillfällen var 0,69 år 2024. (Figur 8, sidan 20)

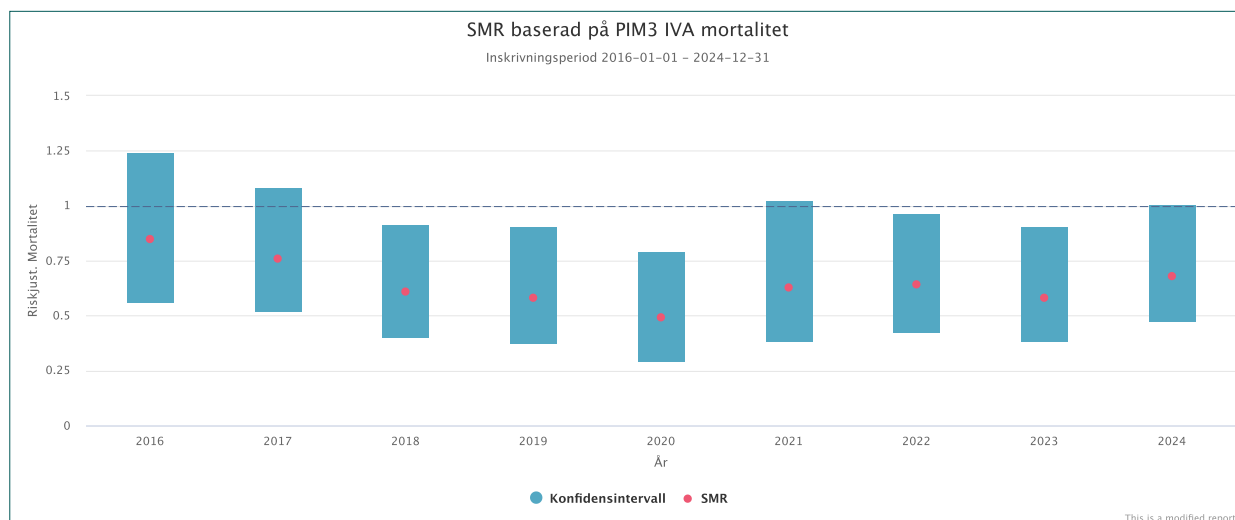
BIVA har cirka 1 900 vårdtillfällen och även BIVA har låg SMR jämfört med när PIM3 utvecklades. BIVA har en fullständig täckningsgrad och högre andel kompletta data jämfört med allmän IVA, det vill säga en högre datakvalitet. Saknade värden kan ge en högre SMR. SMR vid BIVA-vårdtillfällen var 0,58 år 2024. (Figur 9, sidan 20)



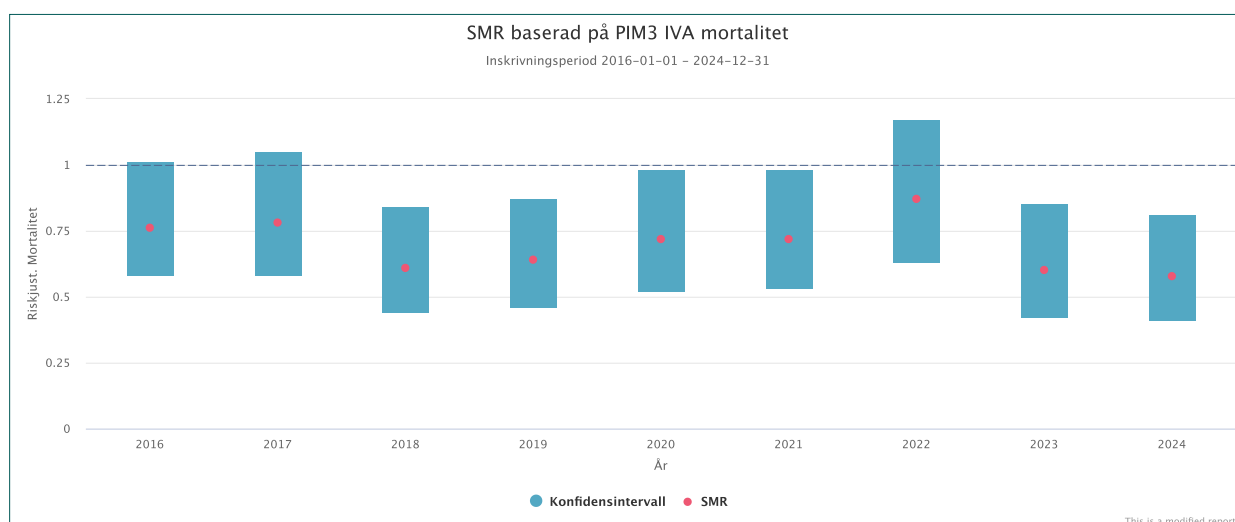
Figur 7a. Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för patienter under 16 år



Figur 7b. Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för patienter under 16 år. Utskrivna till annan IVA exkluderade i enlighet med originalmodellen.



Figur 8. *Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för patienter under 16 år på allmän IVA, utskriven till annan IVA exkluderad.*



Figur 9. *Standardiserad mortalitetsratio (SMR) för patienter under 16 år på BIVA, utskrivna till annan IVA exkluderade.*

Q3

Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

Målnivån för denna kvalitetsindikator är att alla patienter med känd bakteriell multiresistens (MRB) skall vårdas isolerade enligt gällande hygienstandard. Bakteriell multiresistens registreras som komplikation (SK011, SK012) och kopplas till åtgärden isolering (DV091).

Andelen vårdtillfällen där en isoleringsåtgärd har registrerats vid förekomst av MRB har legat kring 60%. Det innebär att drygt hälften av de noterade fallen av multiresistens har vårdats i isolering, förutsatt att alla åtgärder DV091 har rapporterats in. Endast 20 avdelningar har skickat in data om både MRB och isolering under 2024, vilket begränsar informationsvärdet av denna indikator. Ytterligare nio avdelningar har rapporterat förekomst av MRB men information om isoleringsåtgärder saknas.

Denna kvalitetsindikator tar ingen hänsyn till isoleringsbehov orsakat av virussjukdomar såsom influensa eller SARS-CoV2. Därmed ger den en ofullständig bild av den arbetsbörda som smittsamma sjukdomar medför för intensivvården.

» **Indikatorn kommer att tas bort i samband med pågående revideringen av kvalitetsindikatorer.**

Q4

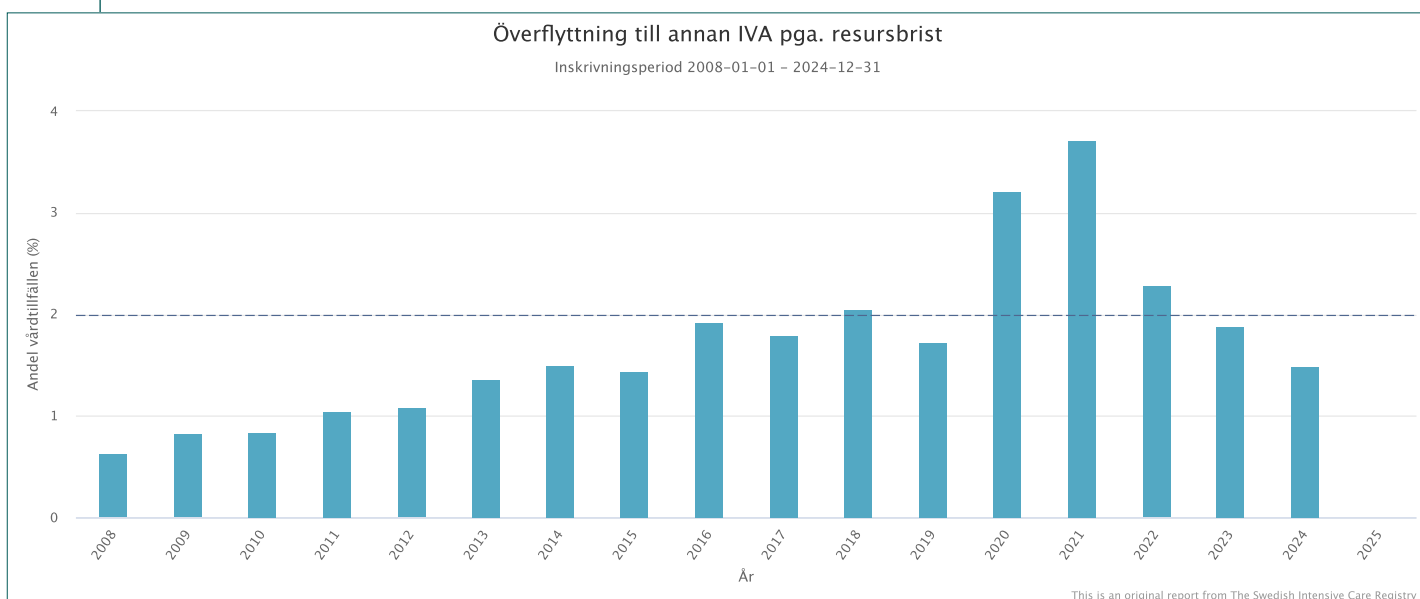
Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist

När en intensivvårdsavdelnings samlade resurser inte räcker för att möta behovet hos patienterna kan det bli nödvändigt att överföra patienter till annan IVA. Överflyttning på grund av resursbrist antyder att resurserna är för små i förhållande till uppdraget. Att flytta patienter mellan olika avdelningar kan optimera platsutnyttjandet, men kräver resurser för att genomföra flytten och är ofta en nackdel för patienten. Överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar medför risker, dels relaterade till själva transporten och dels risker i form av ofullständig informationsöverföring, fördröjd diagnostik, behandling och förlängd vårdtid på IVA.

Kvalitetsindikatorn mäts som andel (%) vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist. Andelen beräknas av alla vårdtillfällen där patienten skrivits ut levande.

Målsättningen är att andelen vårdtillfällen med utskrivning p.g.a. resursbrist bör vara <2%. Detta värde är angett utifrån vad som kan vara rimligt i förhållande till hur stor andel som flyttas i Sverige, kvalitetsindikatorn har inget givet målvärde eftersom den är en avvägning mellan resursutnyttjande och vårdkvalitet. För den enskilda patienten innebär flytt på grund av platsbrist en försämrad vård och bör i möjligaste mån undvikas.

Andelen för hela Sverige år 2024 var 1,5%, vilket är en sänkning jämfört med 2020 – 2023. Nivån har inte varit så låg sedan 2015. Den höga andelen 2020 - 2021 var en förväntad effekt av COVID-19 pandemin. Den trend med ökade flyttar p.g.a. resursbrist som syns över tid har nu vänt. Det är oklart varför det är så då platserna fortsätter minska. En förklaring kan vara att under pandemin öppnade flera sjukhus avdelningar med en intermediär vårdnivå. I dagsläget vet vi inte hur många sådana vårdplatser som finns i Sverige men SIR kommer att öppna för intermediärvårdsavdelningar att ansluta sig till kvalitetsregistret under 2025.



Figur 10. Andel patientvårdtillfällen som flyttat till annan IVA på grund av resursbrist 2008-2024. KS TIVA data saknas

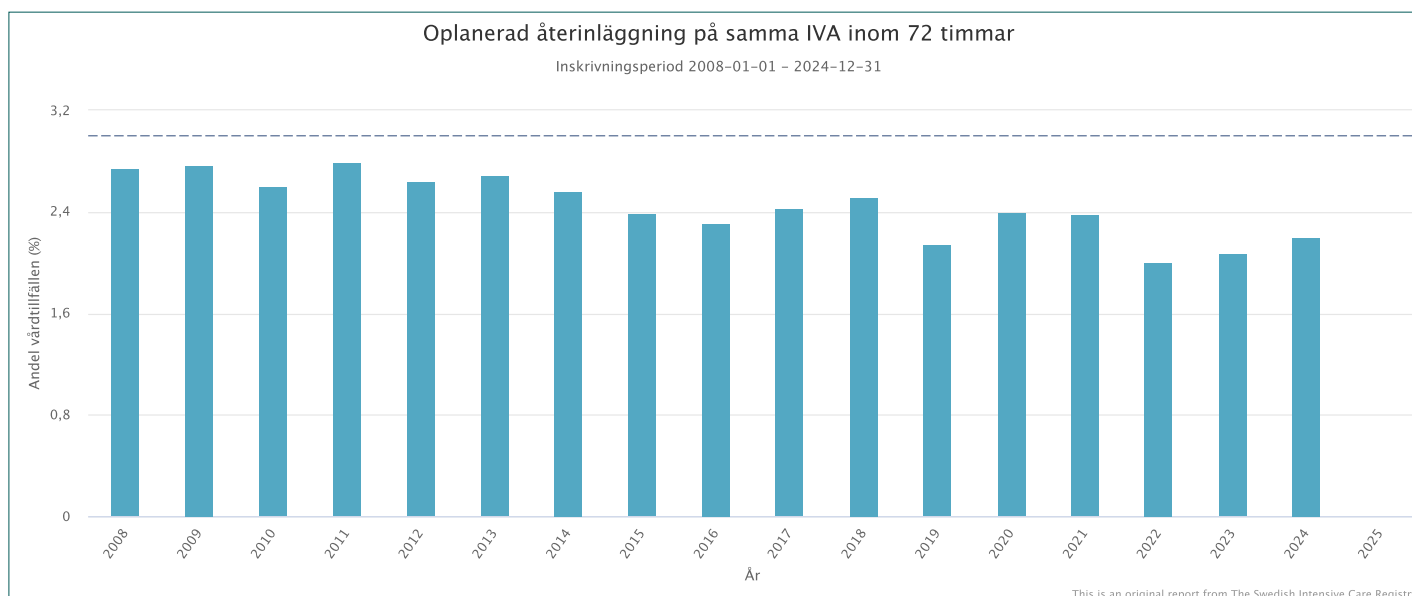
Q5

Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Återinläggning på IVA kort tid efter att ett tidigare vårdtillfälle avslutats kan återspegla flera faktorer. För den enskilda patienten kan tidig återinläggning tyda på för tidig utskrivning, men även reflektera en oväntad försämring i patientens tillstånd samt faktorer som ej är kopplade till intensivvården i sig. Patienter som återinläggs på IVA kort tid efter utskrivning har en ökad risk för kort överlevnad, dock är det ej visat huruvida en förlängd initial intensivvårdsperiod är associerad med bättre överlevnad.

Denna kvalitetsindikator beräknas via grunddata, vilket innebär att alla avdelningar som skickar data till SIR finns med i rapporten. Antalet återinläggningar anges som andel (%) av det totala antalet inskrivna vårdtillfällen.

För hela Sverige 2023 rapporterades, 2,2% oplanerade återinläggningar inom 72 timmar. Det går lite upp och ner år för år, men om man ser på trenden från år 2008 till år 2024 ses en tendens till minskad andel återinläggningar över tid vilket är positivt.



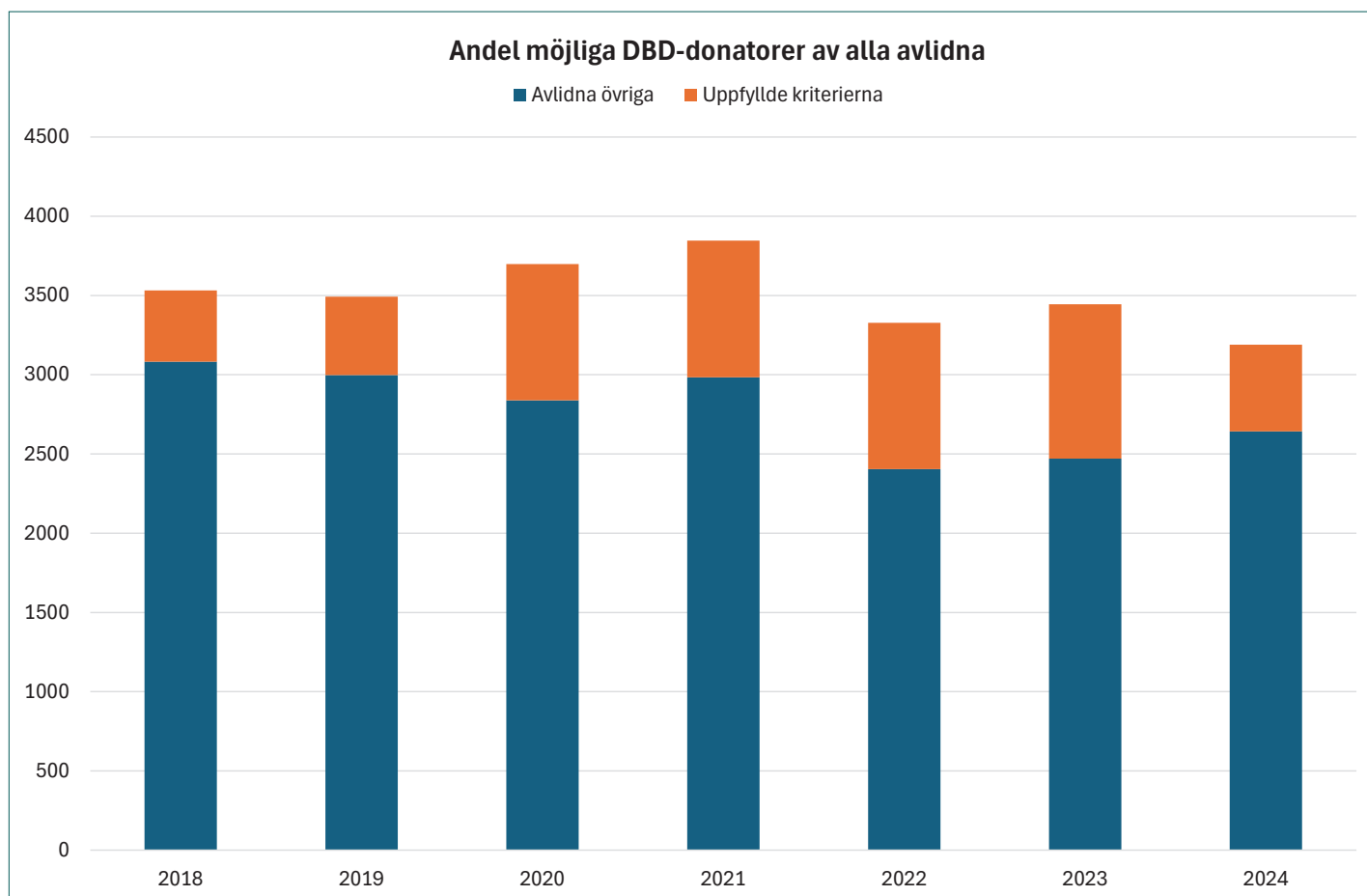
Figur 11. Andel oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar 2008-2024. Data för KS TIVA 2024 saknas.

Uppmärksammande av möjlig donator

Patient med svår nytillkommen hjärnskada, som vårdas i ventilator vid ankomst till eller under vårdtiden på intensivvårdsavdelning kan bli aktuell som organdonator via DBD (donation genom hjärndöd) om båda av 1–2 nedan är uppfyllda:

1. RLS >6 eller GCS <5 (djupt medvetslös)
2. Nytillkommet bortfall av minst en kranialnervsreflex

Kvalitetsindikatorn ”Uppmärksammande av möjlig donator” syftar till att varje individ där intensivvården visar sig vara utsiktslös blir utvärderad som en donatorkandidat när brytpunktsbeslutet om avveckling av intensivvården tas. SIR:s medlemsavdelningar har i genomsnitt identifierat över 96% av möjliga donatorer. Efter revisionen av kriterierna har vi sett en ökning i antalet möjliga donatorer från cirka 450 årligen till över 900 under 2022 – 2023. Under 2024 avled 3 189 patienter på en intensivvårdsavdelning. Av dessa bedömdes 546 uppfylla kriterier till möjlig donator, och 539 (98,7 %) identifierades i förväg. Vi vet ännu inte varför det faktiska antalet har varierat under de senaste åren. Figur 12 visar andelen möjliga DBD-donatorer av alla avlidna under åren 2018 – 2024.



Figur 12. Andelen möjliga DBD-donatorer av alla avlidna under åren 2018 – 2024.

Q7

Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Behandlingsstrategi innebär beslut om att tillämpa eller inte tillämpa begränsningar avseende vilka behandlingsinsatser som ska genomföras.

Ökad kunskap om svåra sjukdomstillstånd och dess behandling ger allt fler patienter en möjlighet till överlevnad. Samtidigt kan intensivvård också resultera i förlängt lidande utan att patienten tillfrisknar eller återfår en livssituation och livskvalitet som är acceptabel för patienten själv. Det finns därför ett stort behov av att all intensivvård i möjligaste mån föregås av samråd med patienten, tillsammans med en medicinsk bedömning av möjligheterna att med intensivvård bidra till överlevnad och tillfrisknande. Målsättningen bör vara att beslut om behandlingsstrategi fattas och dokumenteras senast i samband med vårdtillfällets start. Av praktiska skäl kan detta dock fördröjas, varför mätetalet inkluderar en tidsram på 24 timmar. Under 2024 var täckningsgraden för denna kvalitetsindikator 94,5%. Det är även viktigt att behandlingsstrategin omvärderas kontinuerligt under intensivvårdstiden. För att möjliggöra uppföljning av dessa dagliga omvärderingar kommer kvalitetsindikator 7 att uppdateras med att även innehålla ett dagligt ställningstagande till behandlingsstrategin. Detta genomförs i samband med att den pågående revisionen av kvalitetsindikatorer slutförs.

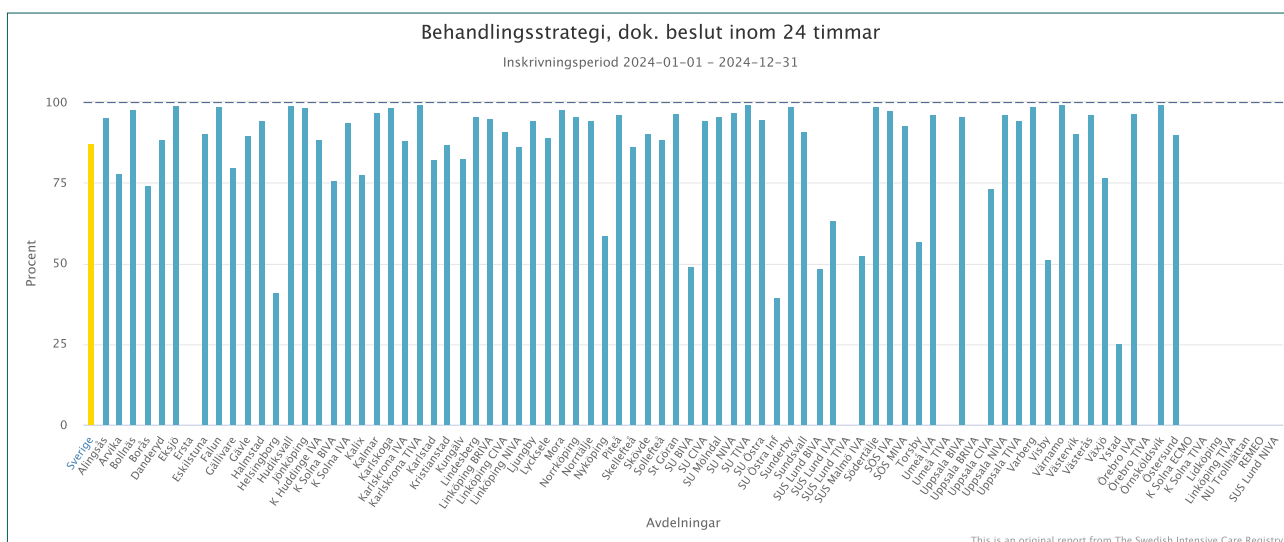
Kvalitetsindikator 7 visar andelen (%) av intensivvårdstillfällen där avdelningen har rapporterat att ett dokumenterat beslut om behandlingsstrategi finns senast 24 timmar efter vårdtillfällets start. Beslut tagna före IVA inkluderas också. Målet är att 100% av alla vårdtillfällen ska ha ett dokumenterat beslut samt att alla avdelningar rapporterar in sina behandlingsstrategier. Resultatet för 2024

presenteras i diagrammet nedan. P.g.a. ett lokalt dataleveransproblem saknas en avdelning med cirka 1000 vårdtillfällen och som sedan 2017 haft 100% dokumenterade beslut i redovisningen nedan. (Figur 13).

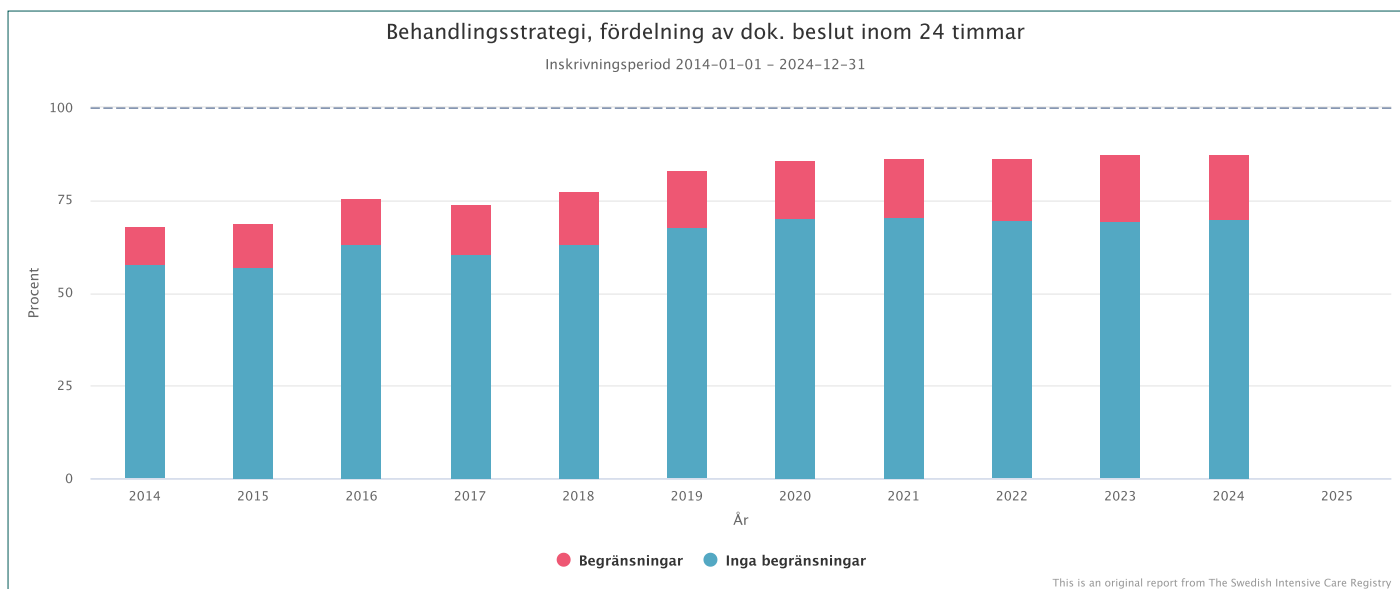
År 2024 fanns det dokumenterade beslut om behandlingsstrategi i 87,5% av vårdtillfällena, motsvarande siffra 2023 var 87,4%. Av dessa fanns år 2024 "inga begränsningar" i 70,0% av vårdtillfällena, respektive "begränsningar" i 17,5% av vårdtillfällena. Vid 12,5% av vårdtillfällena saknades således ett dokumenterat beslut. Detta resultat innebär en fortsatt förbättring av rapporteringen som skett sedan 2014, men vi är fortfarande en bit från att uppnå det uppsatta kvalitetsmålet. (Figur 14).

Bland de vårdtillfällen där en dokumenterad begränsning förekommit, finns en trend att andelen beslut om att avstå någon behandling har ökat de senaste åren. (Figur 15). Har det då påverkat mortaliteten för de vårdtillfällen som har beslutet att avstå någon behandling? Möjligen, baserat på den data som rapporterats till SIR. Den riskjusterade mortaliteten enligt SAPS 3 har visat en minskande tendens de senaste tre åren för denna grupp av vårdtillfällen. (Figur 16)

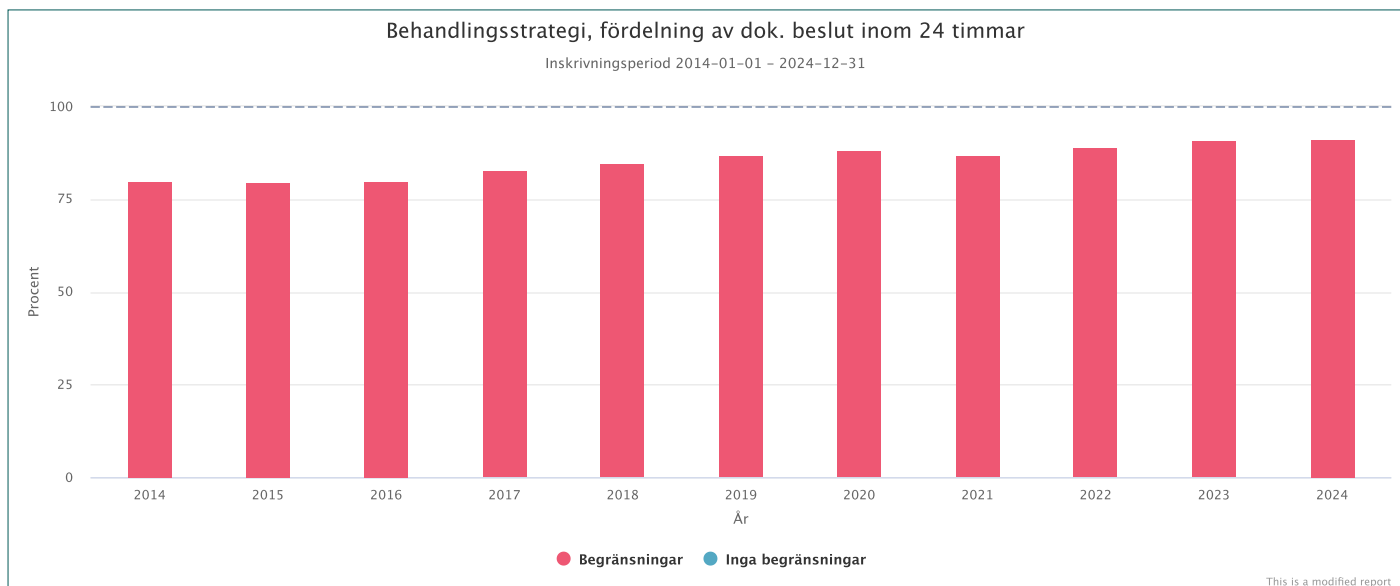
Vad denna tendens beror på är ren spekuliation, men kan vara ett område för vidare fördjupning. Det är möjligt att ett större antal patienter skulle kunna ha nytta av begränsad intensivvård, antingen på IVA eller på en intermediärvårdsavdelning. Detta bör dock fortfarande betraktas som en hypotes.



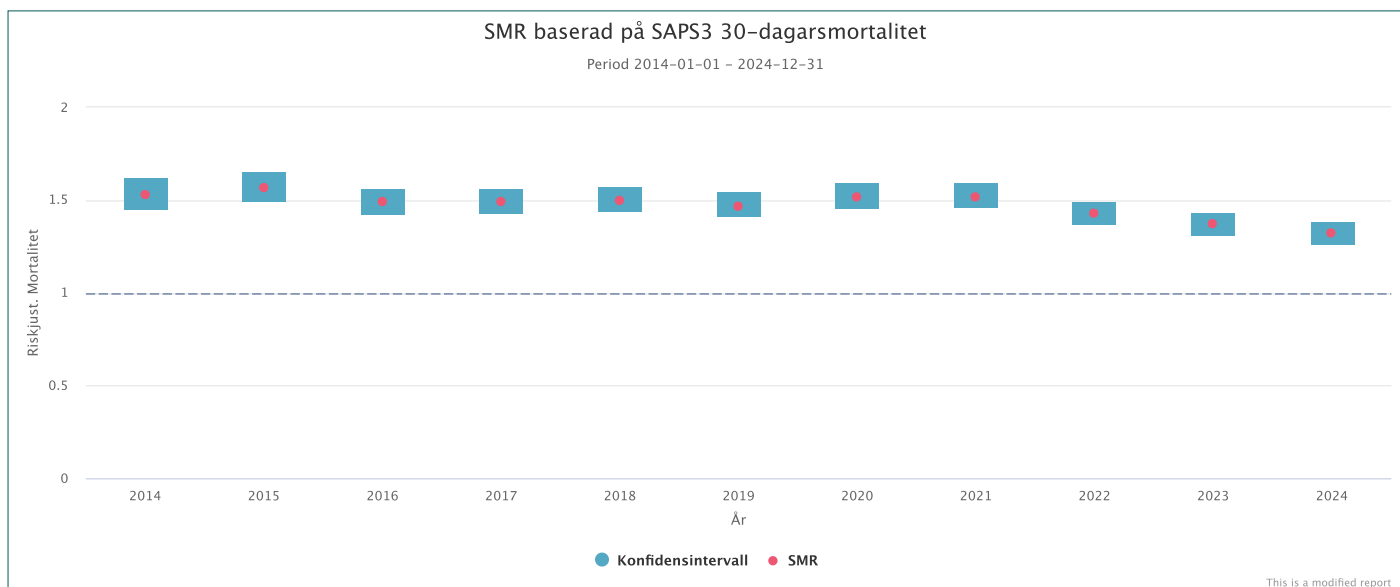
Figur 13. Dokumenterat beslut inom 24 timmar från vårdtillfällets start under 2024 per avdelning.



Figur 14. [Dokumenterat beslut inom 24 timmar från vårdtillfällets start i Sverige under åren 2014-2024.](#)



Figur 15. [Andel dokumenterat behandlingsstrategibeslut med avstå som behandlingsbeslut 2014--2024.](#)



Figur 16. [Standardiserad mortalitetsratio \(SMR\) för de vårdtillfällen som har avstå som behandlingsstrategibeslut 2014-2024](#)



Sederingskala och sederingsmål

Denna riktlinje syftar till att kvalitetssäkra rutiner vid invasiv ventilatorbehandling vilket inkluderar en stor andel av IVA-patienterna. Patienter vårdade med invasiv ventilatorbehandling har olika behov av sedering för att uppnå en för patienten säker vård och tillfredställande komfortnivå. Användning av sederingskala och sederingsmål bidrar till att uppnå en individuellt anpassad sederingsnivå. Flera studier har visat att användning av sederingskala och sederingsmål resulterar i kortare vårdtider med invasiv ventilation. Sedan rapporteringen började 2016 har antalet rapporterade avdelningar successivt ökat.

Rapporteringen förväntas ske en gång per pass hos patienter med invasiv ventilatorbehandling. Bland rapporterade avdelningar registrerades detta vid 62% av vårdtillfällena år 2016 respektive 79% år 2024 (oförändrat jämfört med 2023). Vissa tolkningssvårigheter har uppstått vid vård av patienter med skallskador eller andra neurologiska åkommor.

» I det påbörjade revisionsarbetet av kvalitetsindikatorer kommer denna kvalitetsindikator att tas bort.

Revision av kvalitetsindikatorer

Vad är god kvalitet för intensivvården? Frågan är inte helt enkel att besvara. Intensivvårdsavdelningarna i Sverige hanterar alla typer av patienter med många olika diagnoser. Det finns dock tre perspektiv för kvalitet som bör beaktas:

- Struktur – mäter vårdens förutsättningar i form av lokaler, utrustning, kompetens och andra resurser.
- Process – mäter hur vården genomförs till exempel följsamhet till riktlinjer eller uppföljning av verksamheten
- Resultat – mäter vårdresultat, till exempel förekomst av negativa händelser

SIR:s åtta kvalitetsindikatorer härstammar från den senaste revideringen 2016. I samverkan med Svenska Intensivvårdssällskapet och Riksföreningen AnIVA har SIR nu reviderat dessa. Tabell 4 sammanfattar de beslutade förändringarna.

Kvalitetsindikator 1 som beskriver intensivvårdsavdelningens organisation och resurser delas i en kvalitativ och en deskriptiv del. Den förstnämnda blir kvar som kvalitetsindikator och övrig information kommer att presenteras som rapport i utdataportalen.

Kvalitetsindikator 4 avser överflyttning enbart från en intensivvårdsavdelning till en annan. Därmed tas svarsalternativet ”Annat sjukhus” bort både för ankomstväg och mottagande enhet.

Kvalitetsindikator 7 delas i två: den befintliga frågan om beslut inom 24 timmar kompletteras med information om dagliga beslut. Förändringen för indikator 1, 4 och 7 träder i kraft den januari 2026.

Två indikatorer tas bort från och med 1 januari 2025, dvs. 3 och 8. Kvalitetsindikator 3 tar inte hänsyn till isoleringsbehov orsakat av virussjukdomar och har blivit mindre relevant. Kvalitetsindikator 8 som efterfrågar användning av sederingskala och -mål vid invasiv ventilatorbehandling har upplevts som svårtolkad för patienter med intrakraniella sjukdomstillstånd.

Revisionsgruppens arbete baserades på en analys av publikationer och kunskapshämtning från ett flertal utländska intensivvårdsregister. En meningsfull kvalitetsindikator skall spegla vårdens kvalitet och vara påverkansbar av verksamheten.

Tabell 4. SIR:s kvalitetsindikatorer och planerade förändringar

Indikator	Blir kvar
Q1 - Riktlinje för svensk intensivvård	Ja
Q2 - Riskjusterad mortalitet	Ja
Q3 - Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier	Nej
Q4 - Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist	Ja
Q5 - Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar	Ja
Q6 - Uppmärksammande av möjlig donator	Ja
Q7 - Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi	Ja
Q8 - Användning av sederingskala och sederingsmål	Nej

Minskning av strukna operationer på grund av platsbrist inom barnintensivvården

Text: Ann Gullbransgaard Wallöf - Vårdenhetschef, Drottning Silvias barnsjukhus BIVA

Bakgrund

Under många år har brist på postoperativa intensivvårdsplatser på Barnintensivvårdsavdelningen (BIVA) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset tvingat oss att ställa in ett stort antal operationer samma dag. År 2021 påverkades 51 patienter av detta. För operationsavdelningen innebär detta att operationsstart avvaktades tills BIVA kunde bekräfta tillgänglighet.

För de drabbade barnen och deras familjer ledde detta till omfattande negativa konsekvenser när förberedelser som preoperativ fasta, operationsduschar och insättning av venkanyl rann i sanden. Att ta ledigt från arbetet ledde också till ekonomiska och logistiska följder vilket skapade oro och frustration. Det orsakade också ineffektivt utnyttjande av operationsresurser samt ökat dubbelarbete.

Syfte och mål

Målet med förbättringsarbetet var att:

- Minska antalet inställda operationer på grund av platsbrist på BIVA
- Säkerställa att BIVA alltid kan ta emot patienter med akuta intensivvårdsbehov

Metod

BIVA hanterar både akuta och elektiva patienter, vilket innebär stora och snabba variationer i beläggning. För att hantera detta implementerades följande åtgärder:

- Synliggörande av beläggningsmönster för att bättre förutsäga behov

- Mandat till ledningsansvariga sjuksköterskor och läkare att anpassa bemanningen efter aktuellt vårdbehov
- Rutiner för att alltid ha en plan för nästa patient ersatte tidigare praxis att eftersträva en tom, bemannad plats för akutfall
- Tydliggörande av att ledningsansvariga läkare ansvarar för resursfördelningen inom AnOpiva

Resultat och slutsats

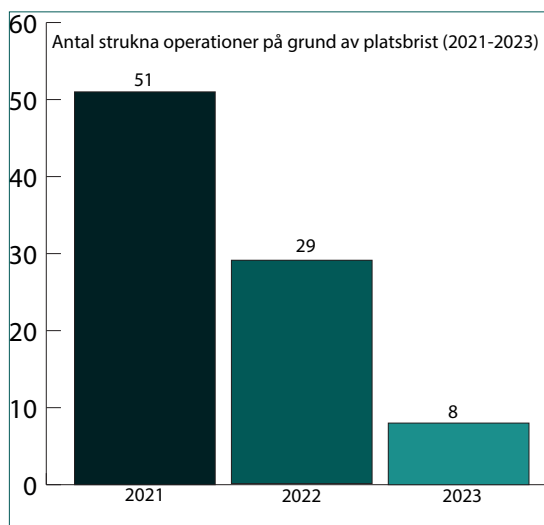
Förbättringsarbetet resulterade i:

- Markant minskning av antalet strukna operationer
- Tidigare operationsstart, vilket optimerade arbetsflödet
- Bättre utnyttjande av operationskapaciteten, med minimal resursförlust
- Högre beredskap vid belastningstoppar på BIVA utan ökning av övertidstimmar

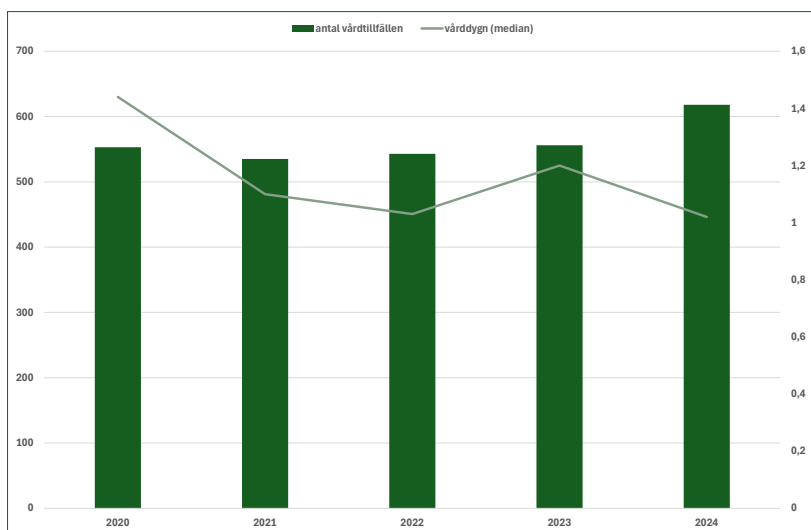
Framför allt har förändringarna inneburit att ett stort antal barn och deras familjer sluppit gå igenom de fysiska och emotionella förberedelser som tidigare ofta ledde till inställda operationer.

Sammanfattning

Genom att förändra bemanningsrutiner och tydliggöra ansvarsfördelning har vi lyckats minska antalet inställda operationer samtidigt som både personalens och operationsresursernas effektivitet förbättrats. Denna förändring har varit avgörande för att skapa trygghet och kontinuitet för våra patienter och deras familjer.



Figur 17. Antalet operationer strukna på grund av platsbrist på BIVA minskade mellan 2021 och 2023. Trenden visar en tydlig minskning.



Figur 18. Minskningen är ett direkt resultat av förbättrade rutiner och ökad resurseffektivitet. Detta speglas också i kortare vårdtider medan antalet vårdtillfällen har ökat sedan 2020.

Sammanställning av data från barnintensivvårdsavdelningarna i Sverige 2024

Text: Ann Gullbransgaard Wallöf - Vårdenhetschef, Drottning Silvias barnsjukhus BIVA

I Sverige finns det fyra intensivvårdsavdelningar för barn. De är lokaliserade i Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala. Totala antalet platser i januari 2025 är 24 varav Göteborg har 8, Lund 4, Uppsala 6 och Stockholm 6 st. I Sverige bor ca 2,2 miljoner barn under 18 år det innebär att det finns 1,1 barnintensivvårdsplatser per 100 000 barn. Det observerade antalet vårdtillfällen varierar mellan avdelningarna, vilket beror på skillnader i patientflöden, diagnosfördelning eller vårdresurser, se figur 19.

Ankomstvägar

Ankomstvägarna till barnintensivvårdsavdelningarna (BIVA) skiljer sig mellan de fyra enheterna, beroende på geografiska förutsättningar, remitteringsrutiner och vårdorganisationens struktur, se figur 20.

Ålder och könsfördelning

Barnintensivvårdsavdelningar vårdar patienter i åldersspannet 0 till 18 år, vilket medför betydande variationer i både fysiologiska och utvecklingsmässiga behov. Detta kräver att personalen besitter omfattande och mångsidig medicinsk kompetens för att kunna möta behoven hos såväl nyfödda som äldre tonåringar. Maskinparken på BIVA är omfattande, då utrustning och apparatur måste vara anpassade för att hantera det breda ålders- och viktspannet. Dessutom är vården familjecentrerad, vilket innebär att stöd och omvårdnad av barnens familjer är en integrerad del av

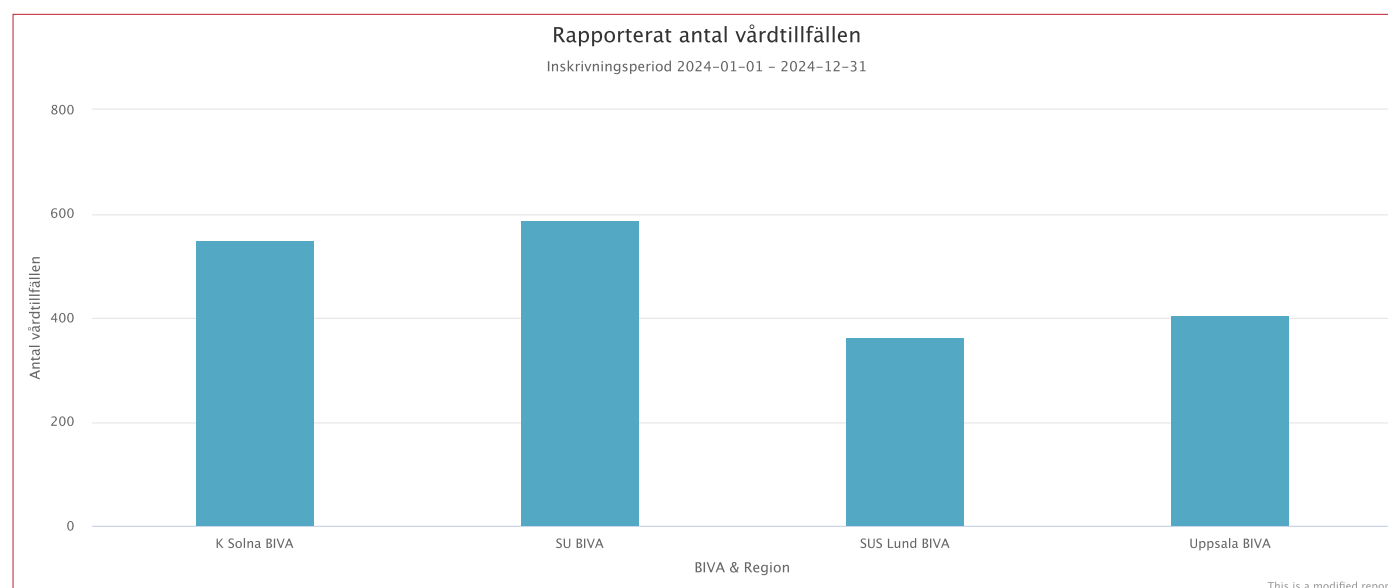
vårdprocessen. Vårdtyp BIVA avser vård av barn under 16 år, medan de som är över 16 år får vårdtyp IVA. I figur 21 visas ålder och könsfördelning.

Diagnoser

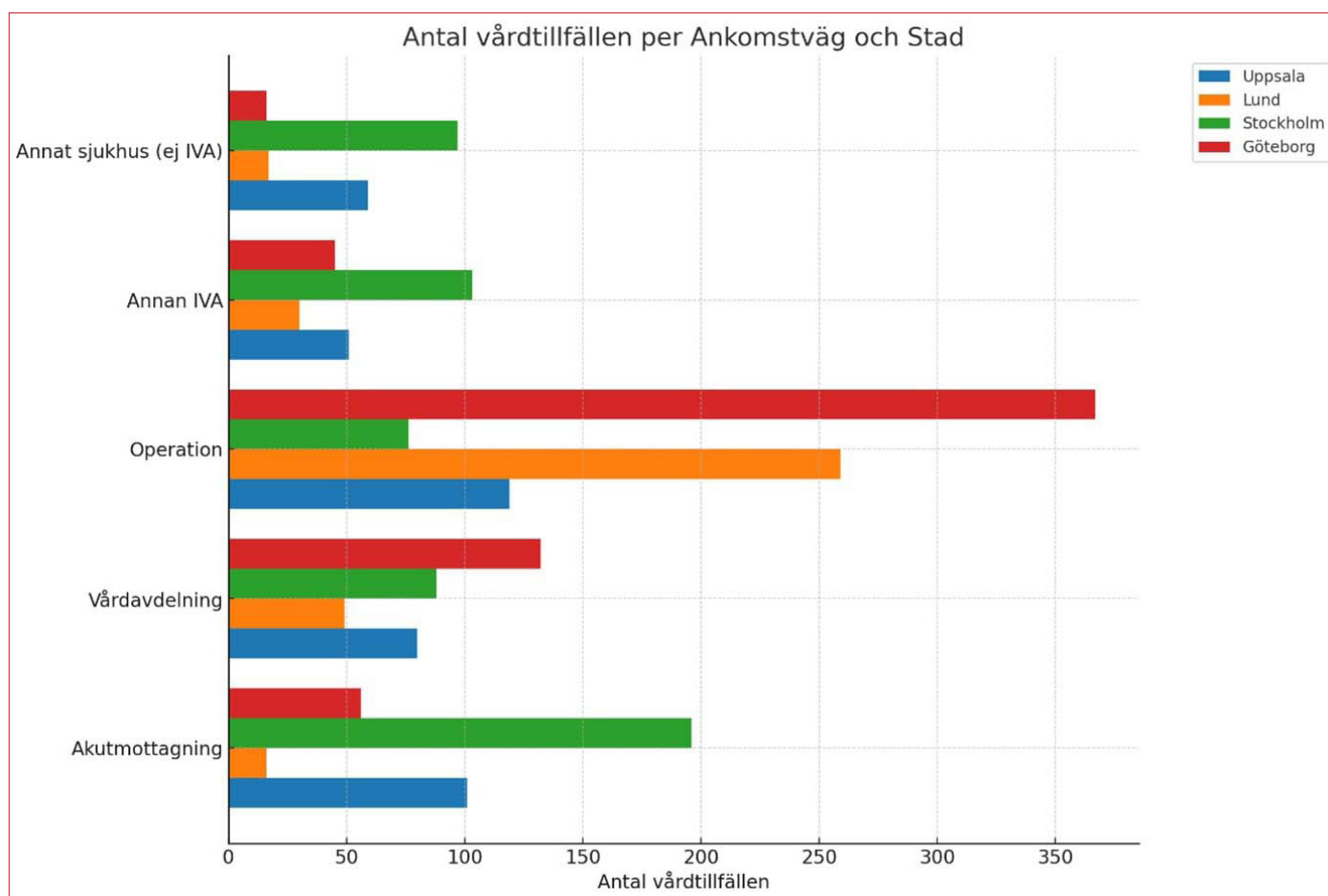
En översikt av olika diagnoser som behandlas vid Sveriges barnintensivvårdsavdelningar presenteras i figurerna 22-25. De diagnoser som listas är de 25 vanligaste – huvudsakliga IVA-diagnoser per BIVA. Dessa enheter har olika nationella högspecialiserade vårduppdrag (NHV), såsom barnhjärtkirurgi, behandling av omfattande brännskador, viss spädbarnskirurgi samt genomförande av organ- och vävnadstransplantationer. Varje BIVA är specialiserad för att hantera specifika högkomplexa vårdbehov inom sitt respektive ansvarsområde.

Mortalitet

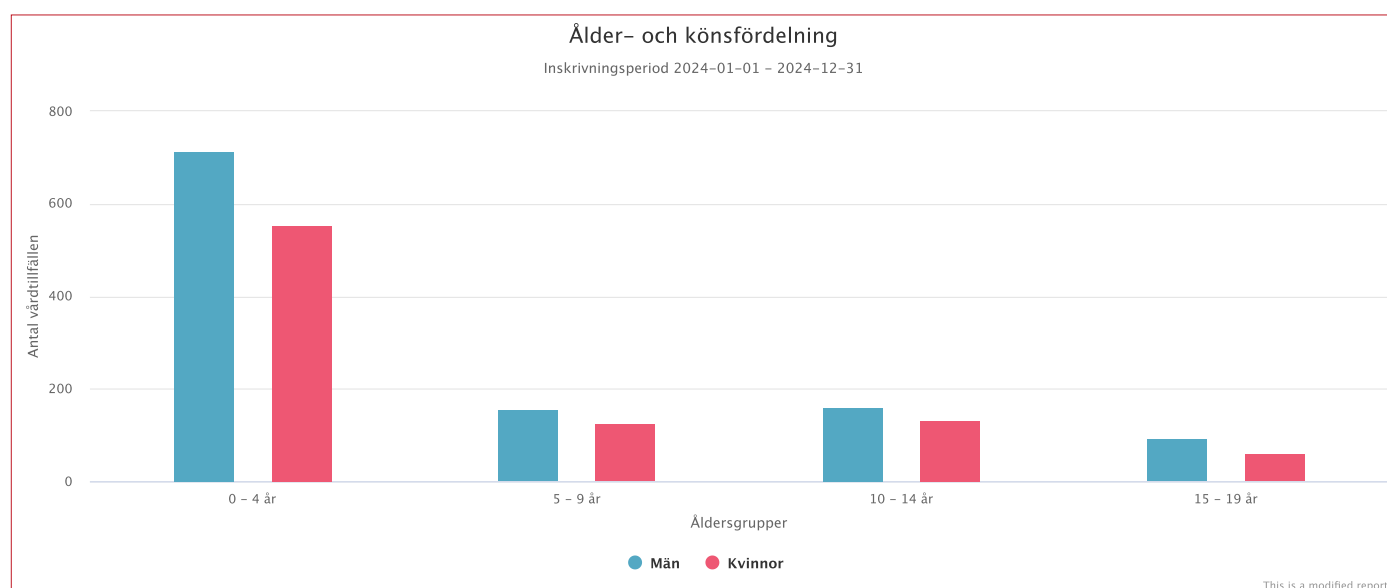
Antalet avlidna varierar mellan de olika barnintensivvårdsavdelningarna, vilket kan tillskrivas enheternas uppdrag, diagnoser och de behandlingsstrategier som tillämpas vid varje enskild avdelning. Mortaliteten är låg och därav kan det se mycket olika ut år för år, därför visas även siffror från 2023 för att åskådliggöra variationerna. Siffrorna för riskjusterad mortalitet är dock beroende av korrekt PIM3 registrering vilket varierar stort mellan enheterna. Se figurerna 26-29 sist i detta avsnitt.



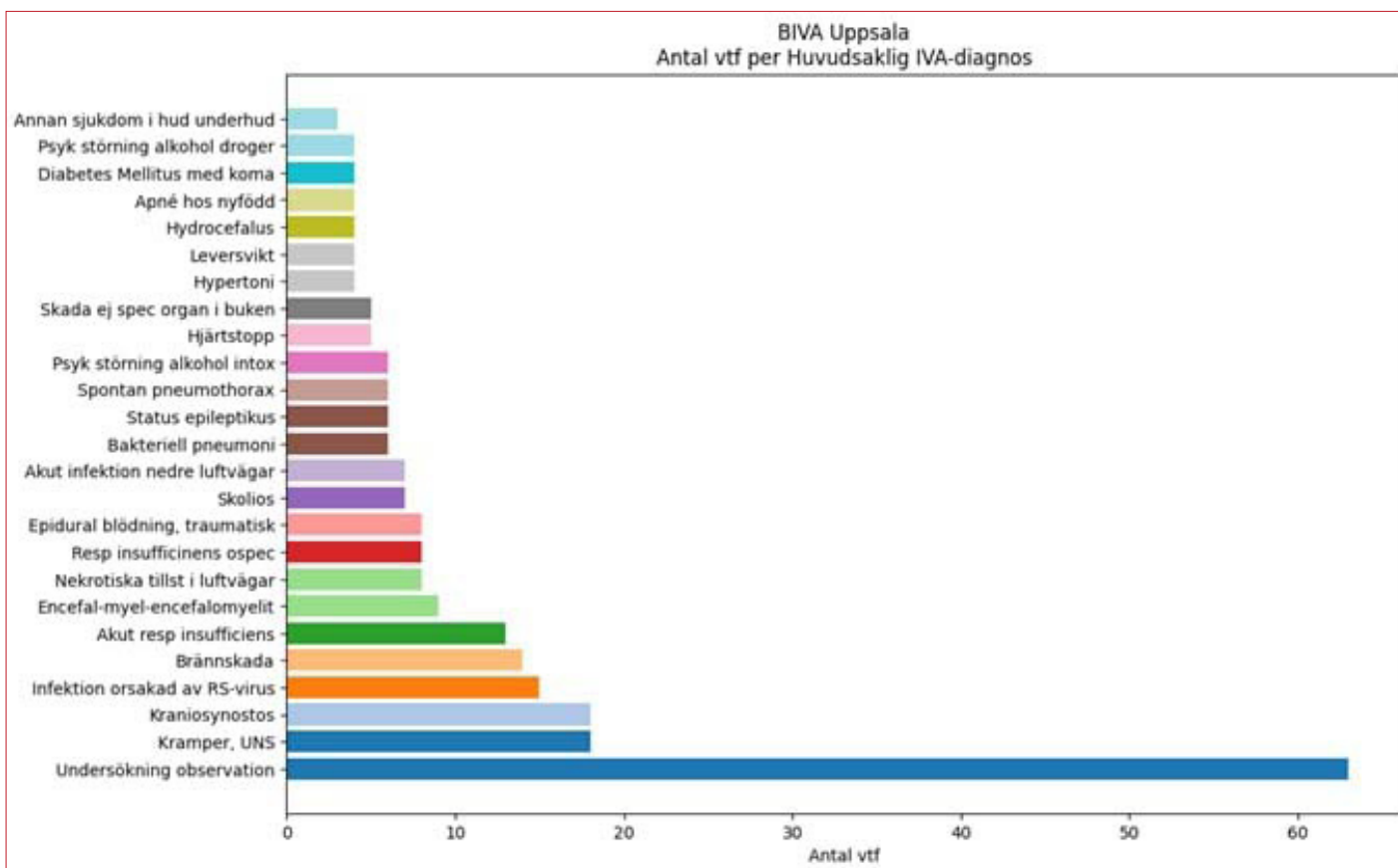
Figur 19. Antal vårdtillfällen 2024



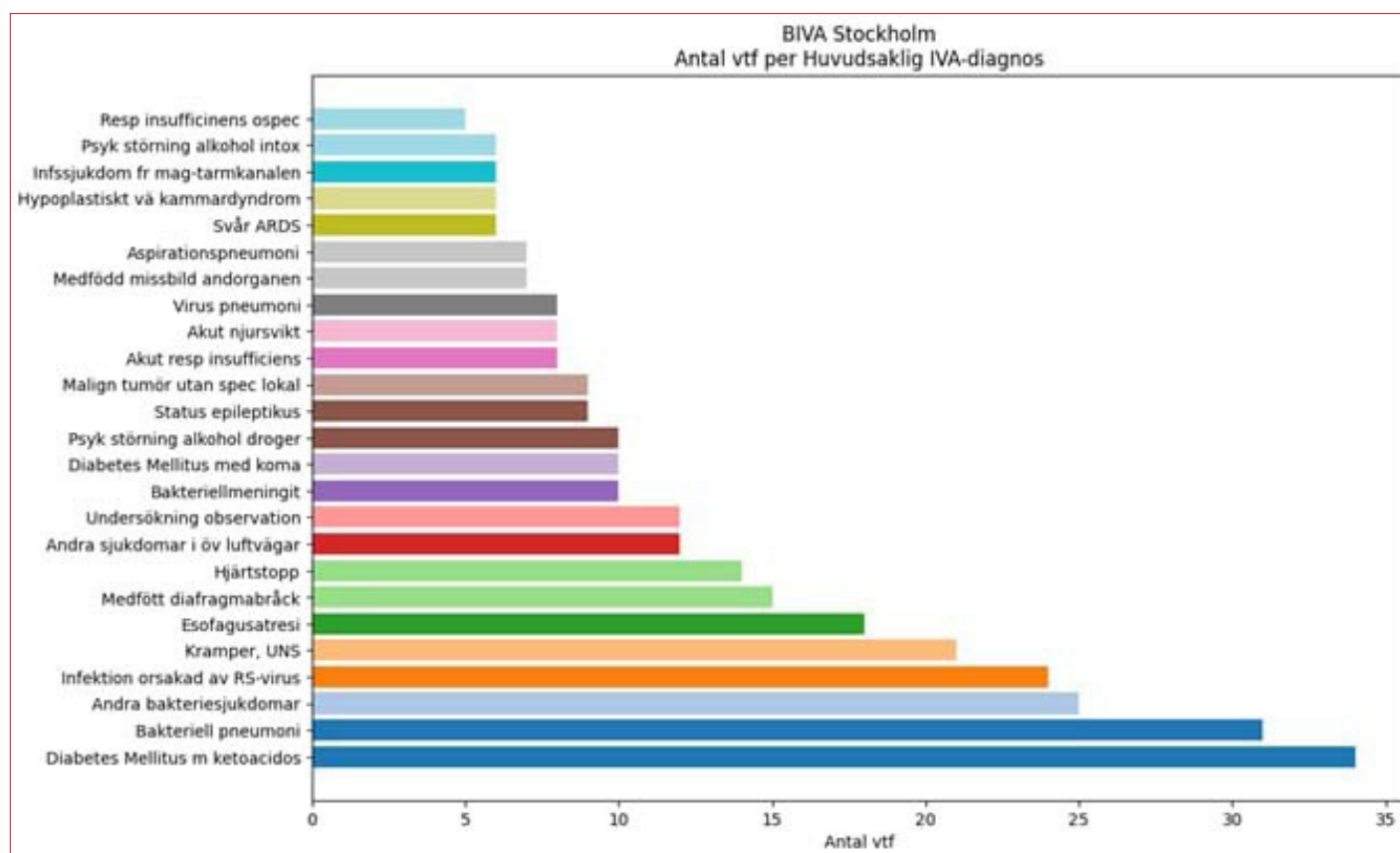
Figur 20. Ankomstvägar 2024



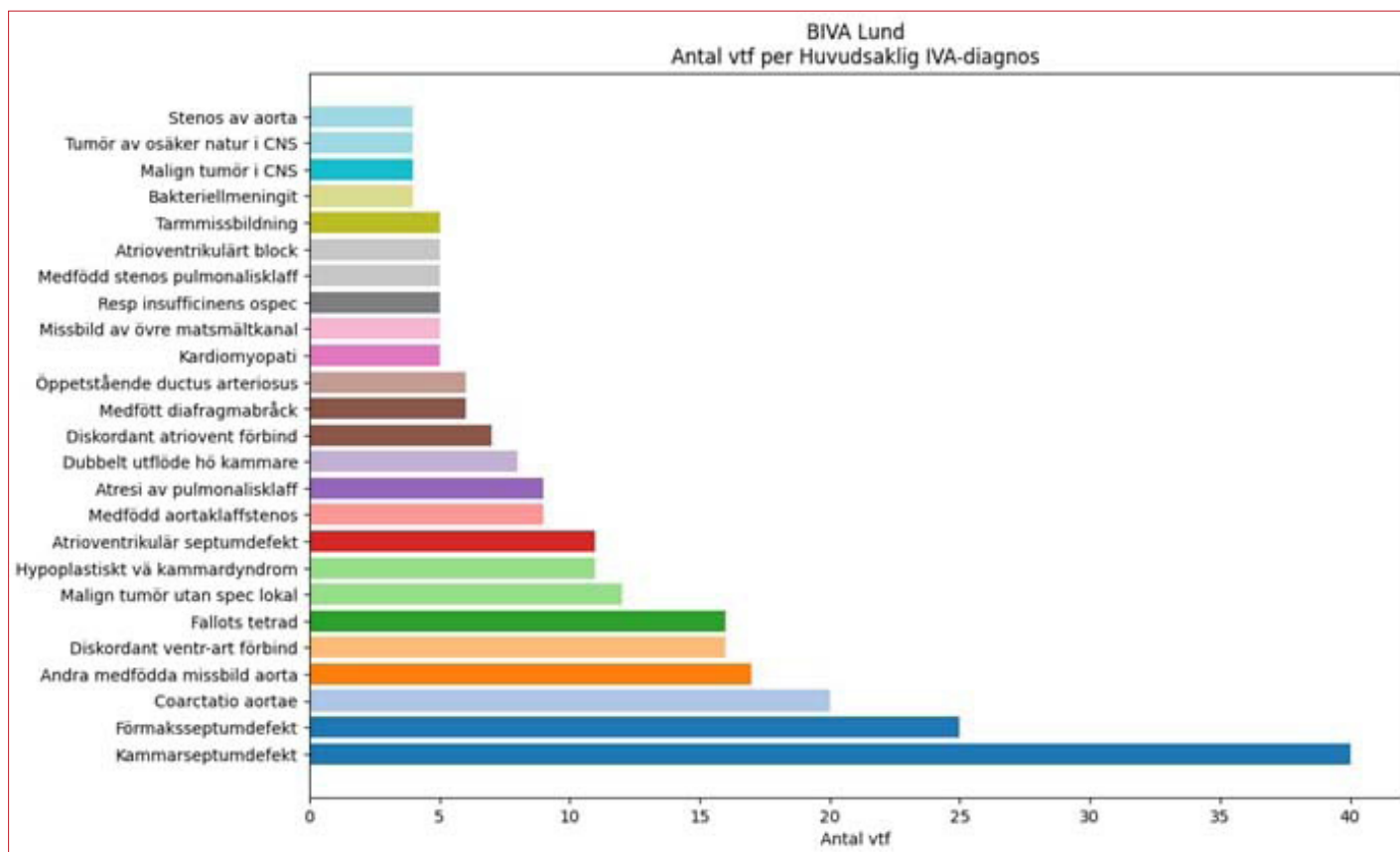
Figur 21. Ålder- och könsfördelning 2024



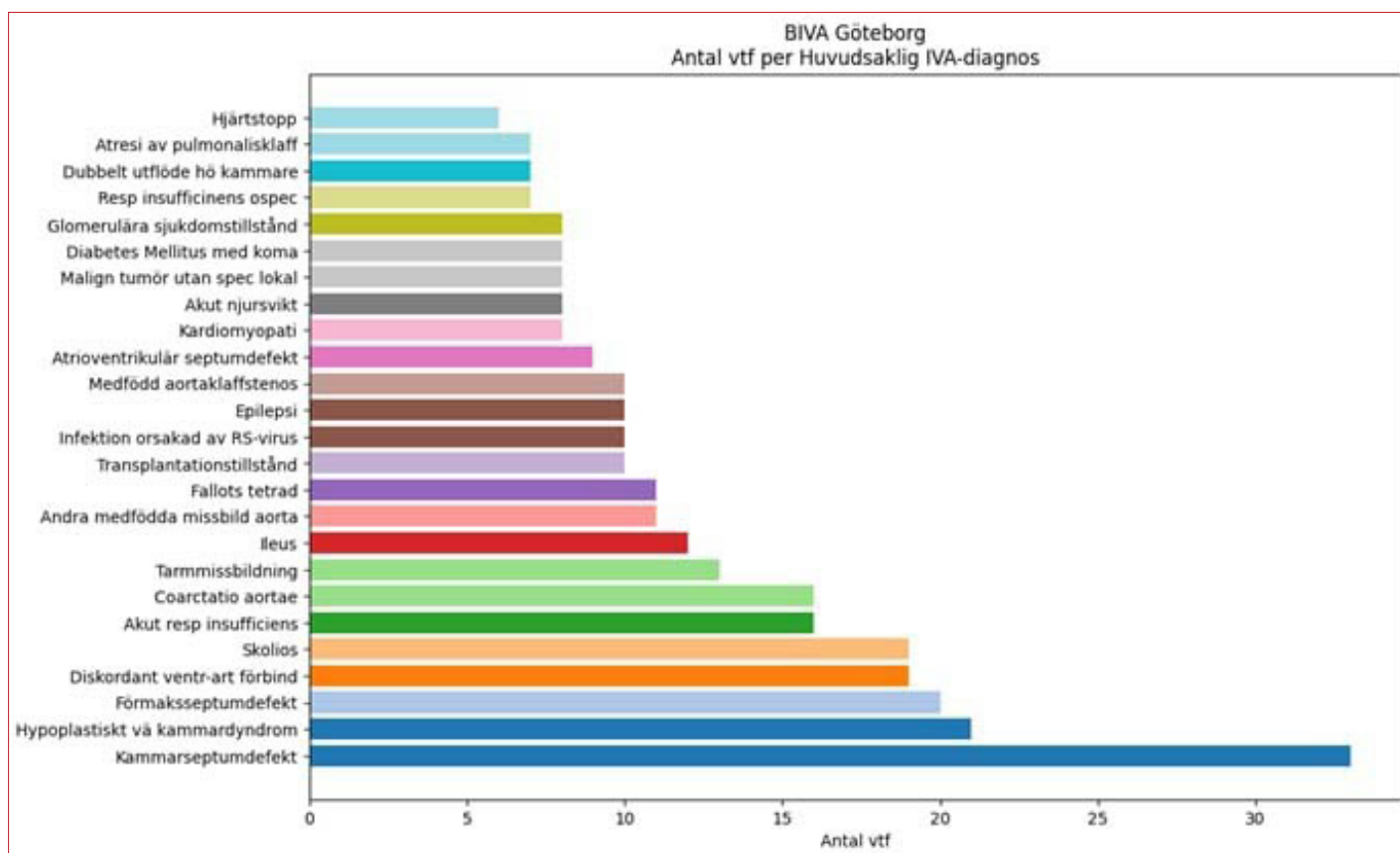
Figur 22. 25 vanligaste – huvudsakliga IVA-diagnoser BIVA Uppsala 2024



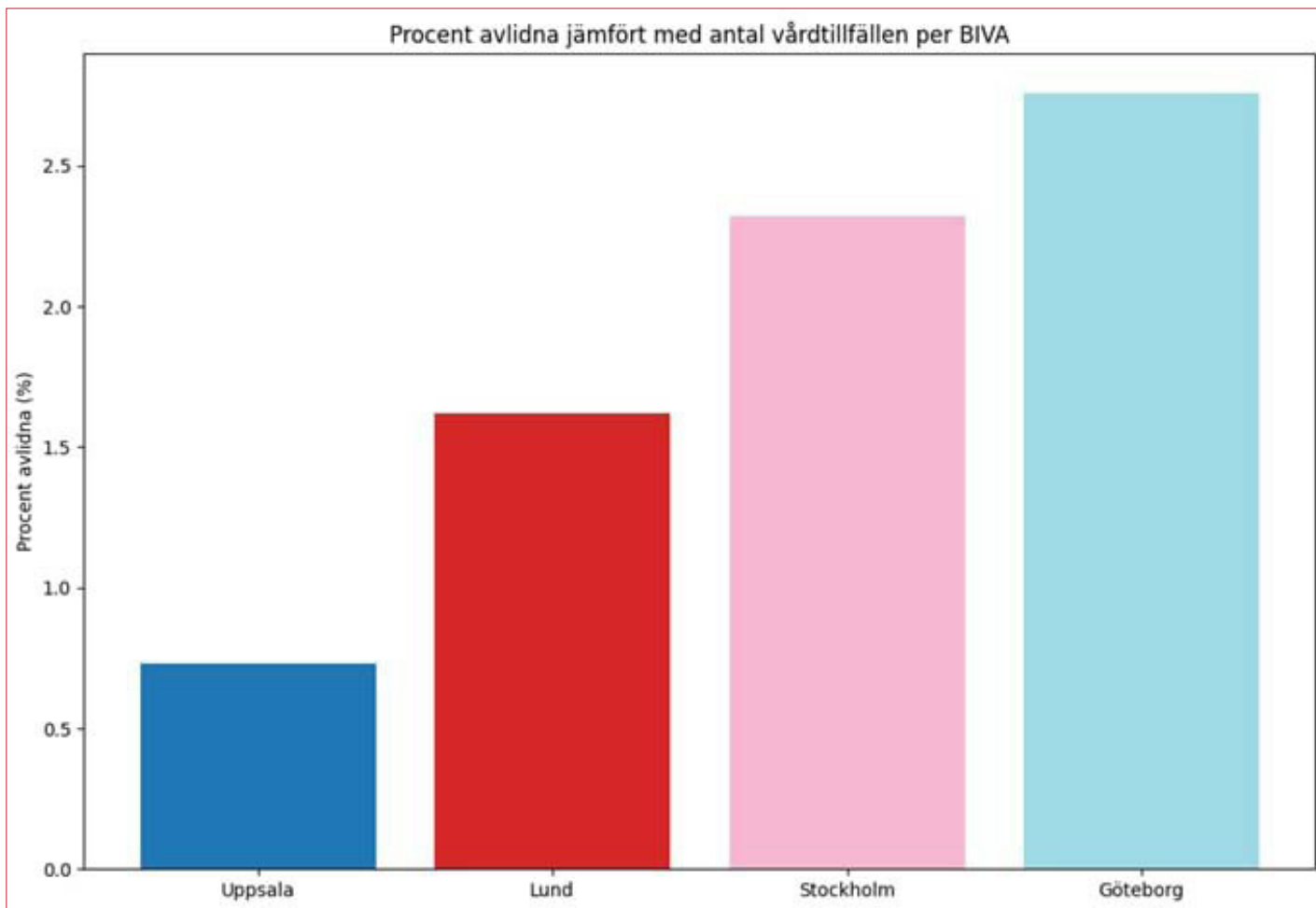
Figur 23. 25 vanligaste – huvudsakliga IVA-diagnoser BIVA Stockholm 2024



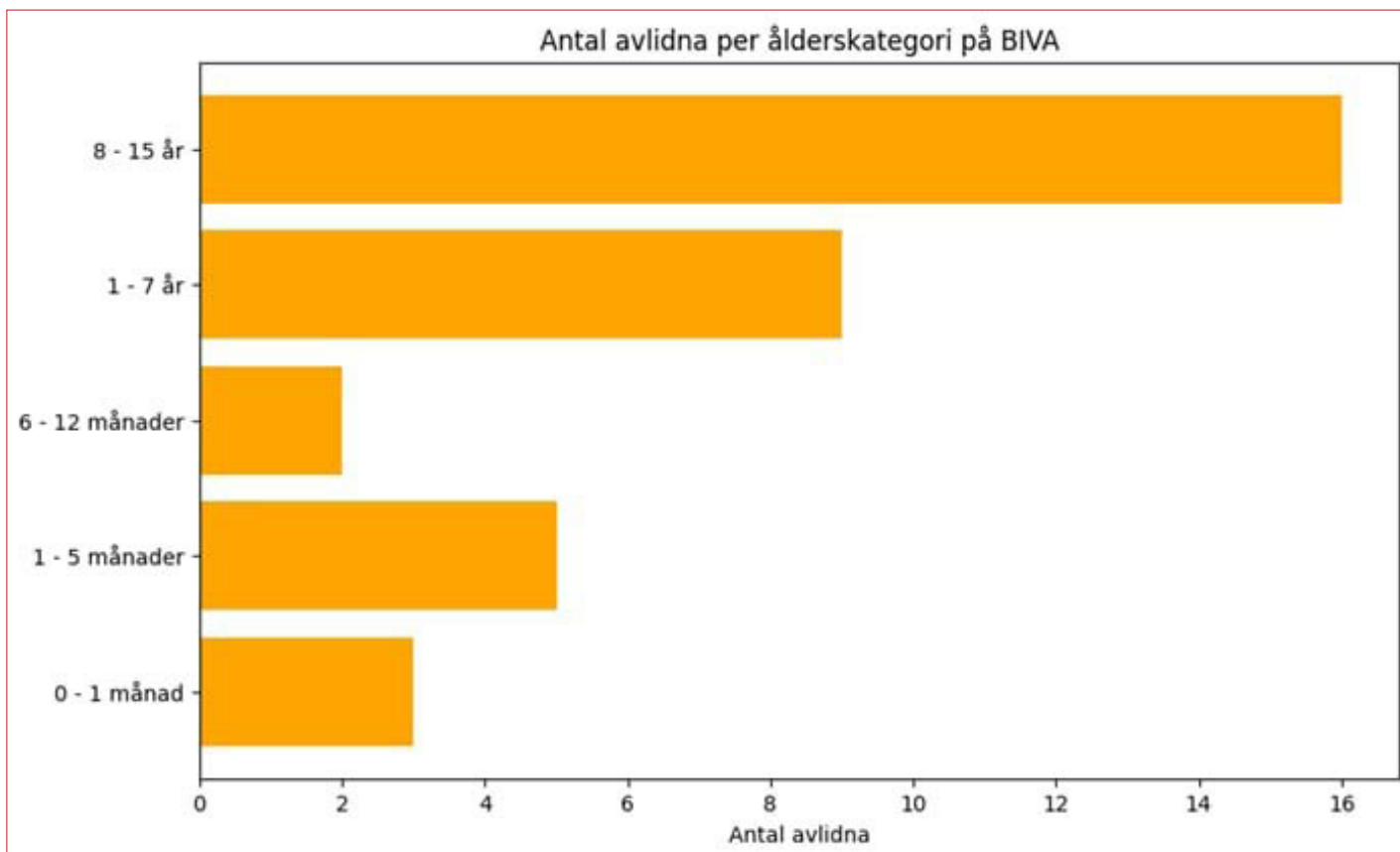
Figur 24. 25 vanligaste – huvudsakliga IVA-diagnoser BIVA Lund 2024



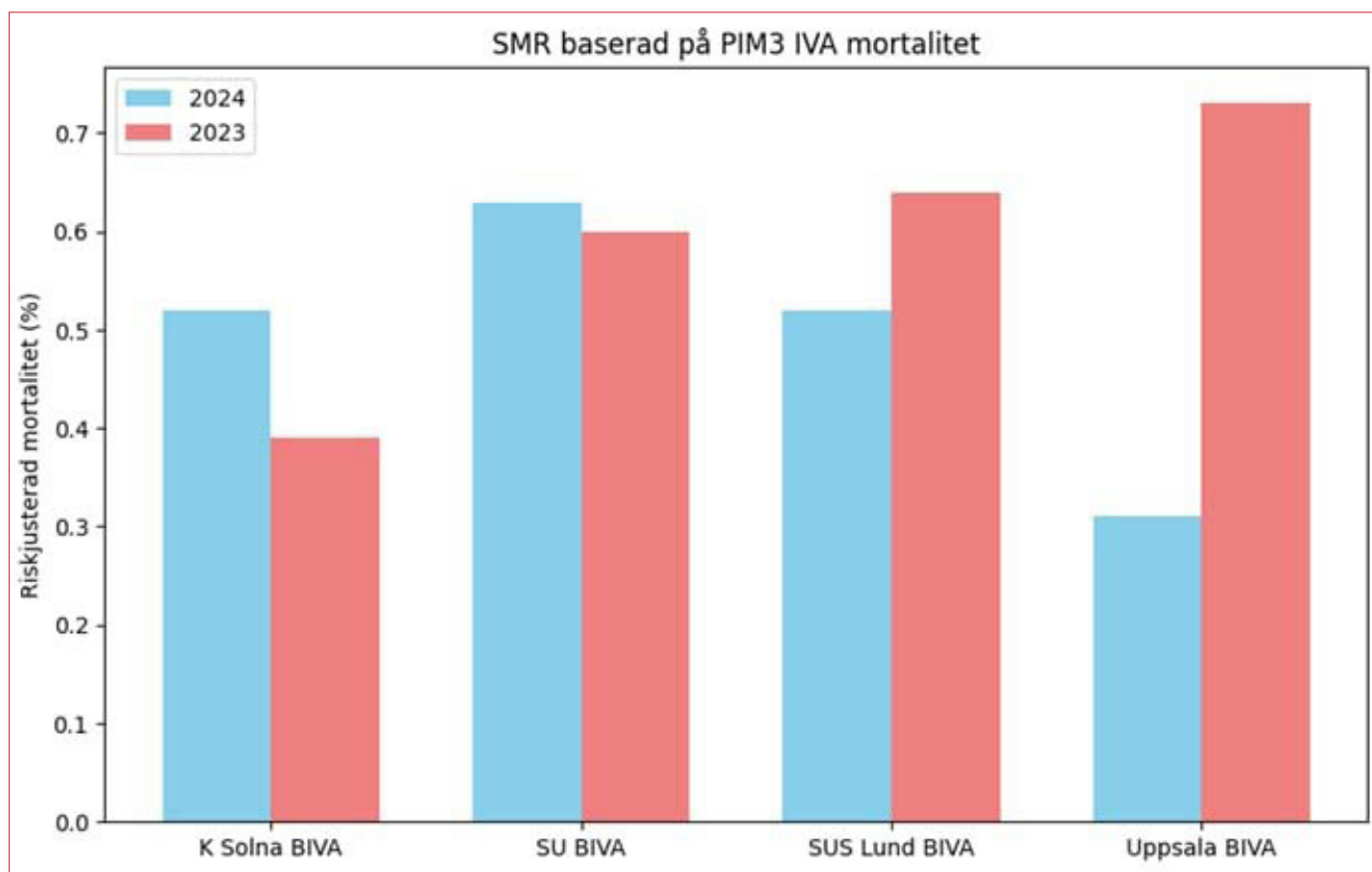
Figur 25. 25 vanligaste – huvudsakliga IVA-diagnoser BIVA Göteborg 2024



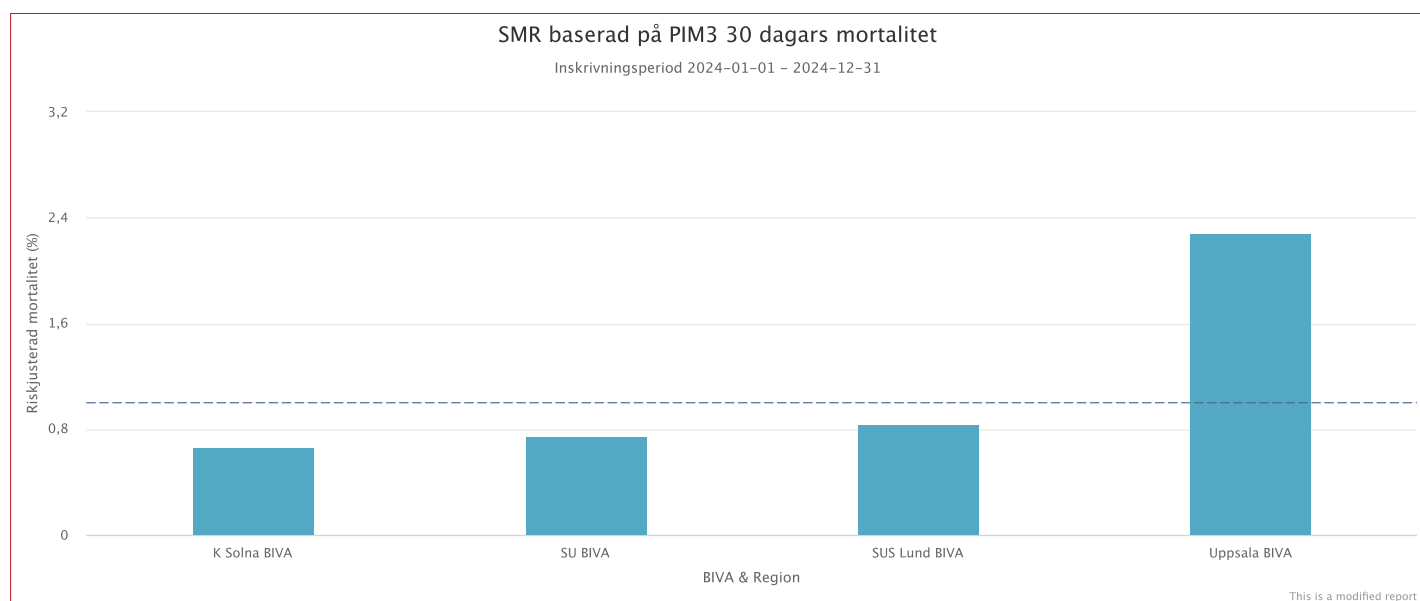
Figur 26. Procent avlidna jämfört med antal vårdtillfällen per BIVA



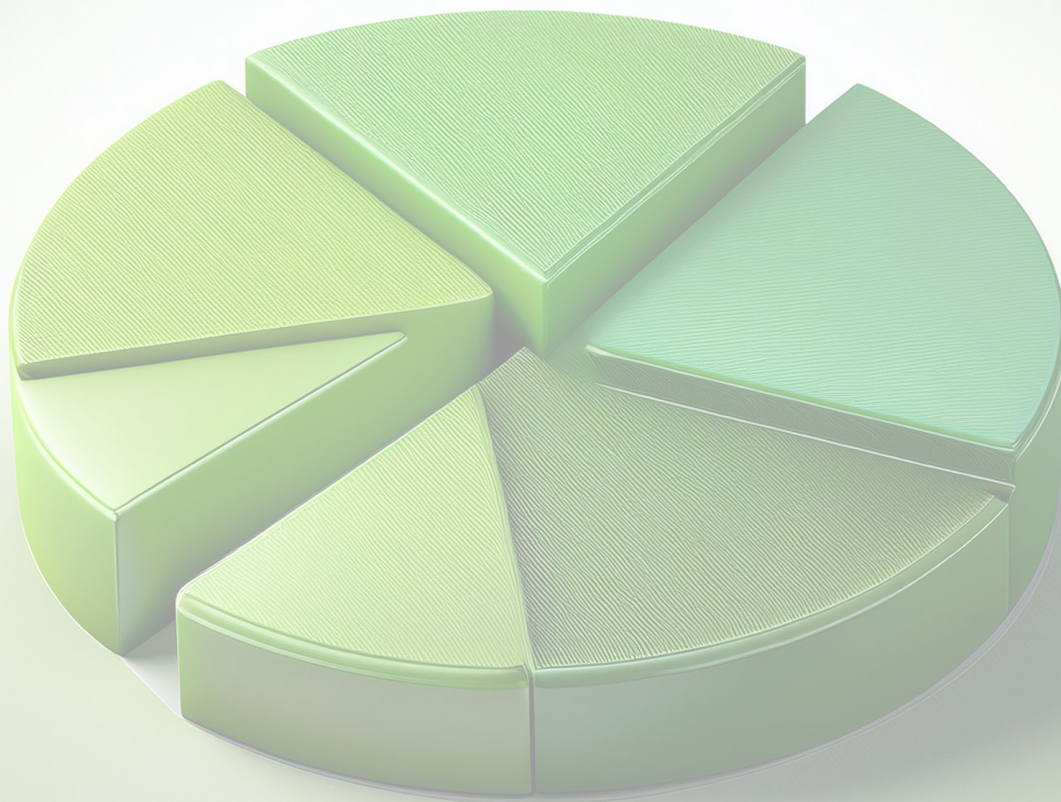
Figur 27. Antal avlidna per ålderskategori på BIVA



Figur 28.. SMR baserad på PIM3 2023 och 2024



Figur 29. SMR baserad på PIM3 30-dagars mortalitet 2024



Demografi 2024

Sammanställningen för 2024 är indelad i fyra avsnitt:

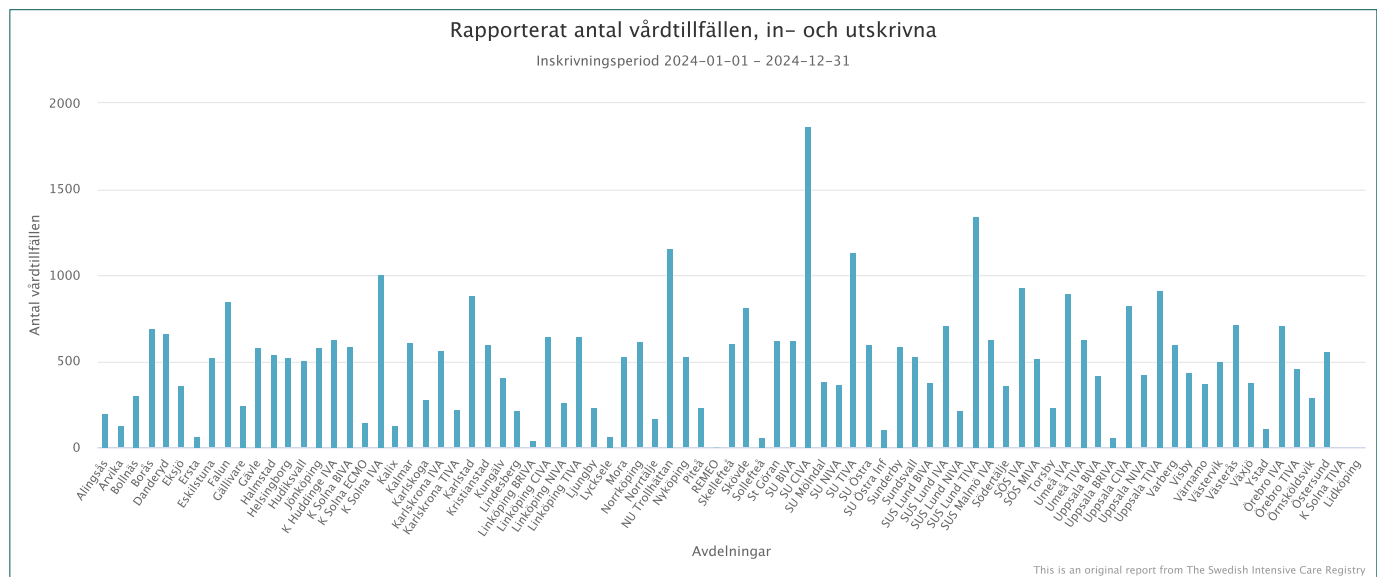
1. Vårdtillfällen per avdelning och sjukvårdsregion
2. Ankomstväg till IVA
3. Ålder- och könsfördelning
4. Överlevnad

I detta avsnitt beskrivs överlevnad i samband med intensivvård med hjälp av ett antal diagram (Kaplan-Meier-kurvor) som illustrerar överlevnad från intensivvårdstillfällets start hos olika patientgrupper. Faktorer som påverkar överlevnad hos dessa patienter inkluderar:

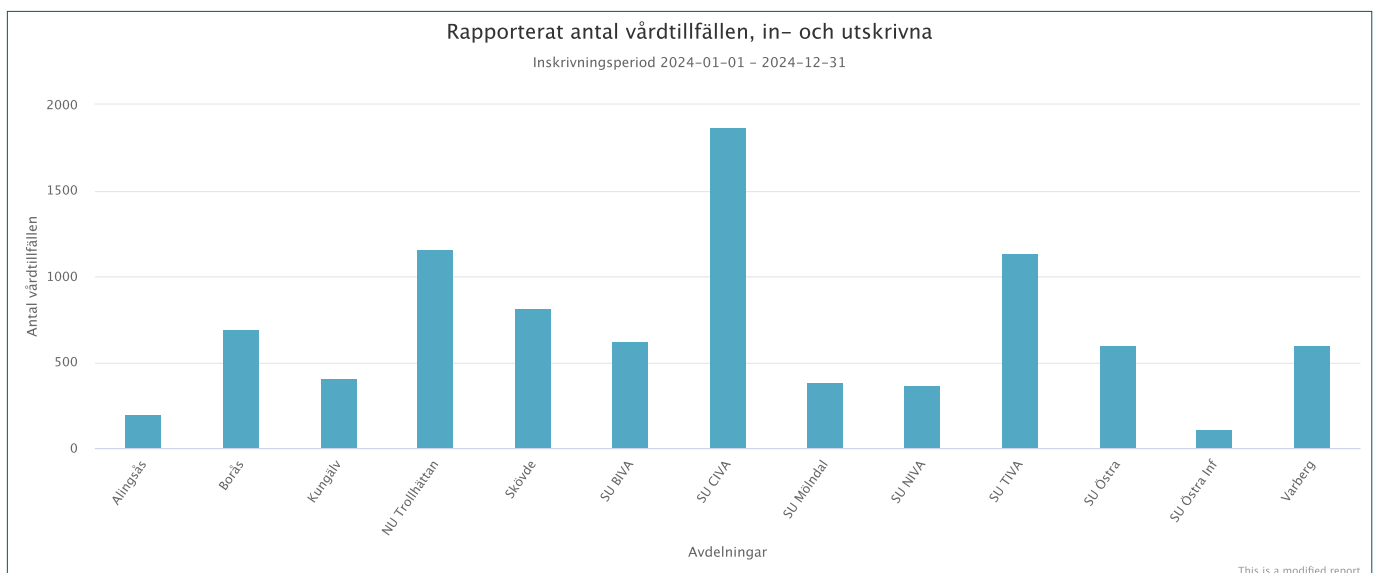
- **Diagnos** – Det tillstånd eller den diagnos som gör att patienterna behöver intensivvård. Diagrammet visar överlevnad vid några utvalda diagnoser
- **Ålder** – Diagrammet visar överlevnad i olika åldersgrupper
- **Sjuklighet** – Hur sjuka patienterna är vid ankomst till intensivvårdsavdelningen. Sjuklighet mäts inom svensk intensivvård med SAPS3 (Simplified Acute Physiology Score 3). Diagrammet visar överlevnad i olika intervall av SAPS3
- **Åtgärder** – Överlevnad vid olika typer av IVA-åtgärder

För detaljerade rapporter rekommenderas [SIR:s utdataportal](#). På SIR:s hemsida finns även korta [e-learningfilmer](#) för att på ett enkelt sätt kunna komma igång med utdataportalen. Utdataportalen är dynamisk och uppdateras hela tiden. I de fall rapporten hämtats från utdataportalen finns länk till aktuell rapport.

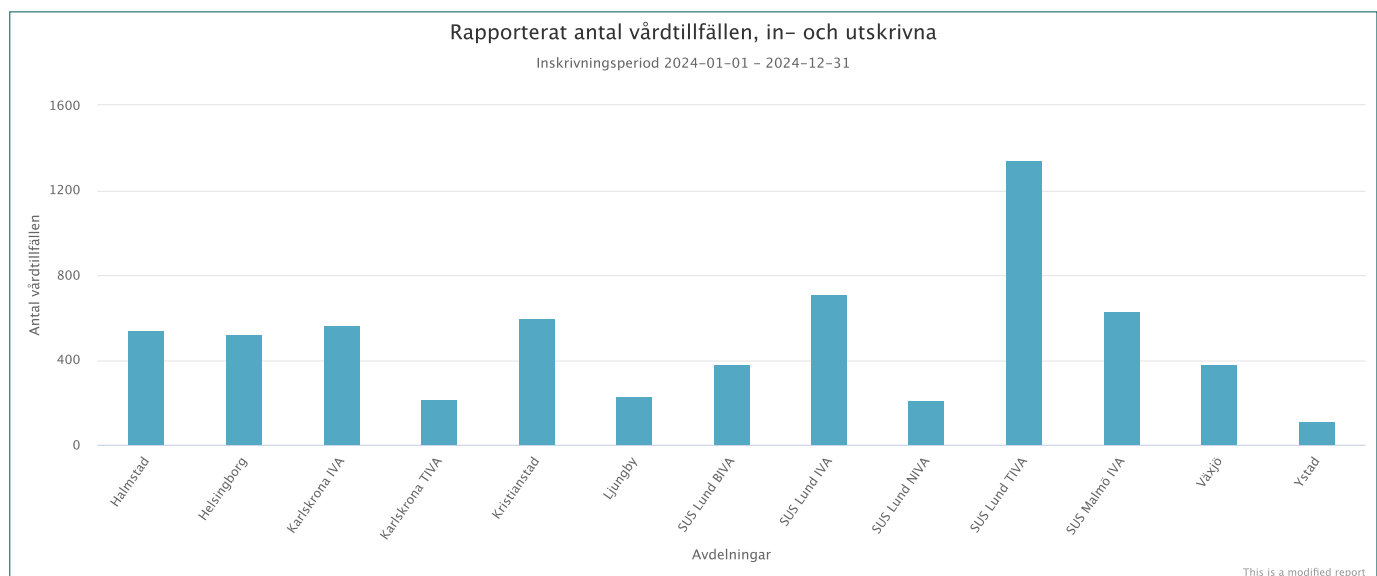
1. Antal vårdtillfällen per avdelning och sjukvårdsregion



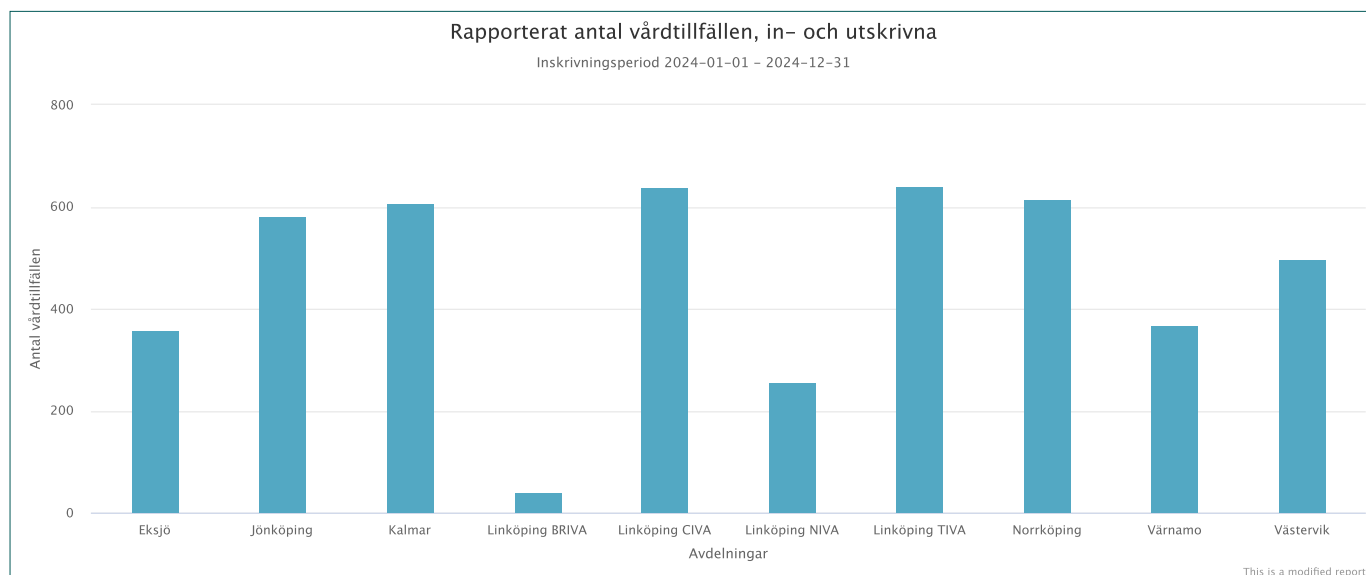
Figur 30. [Antal vårdtillfällen Sverige 2024](#). KS TIVA saknar data för 2024



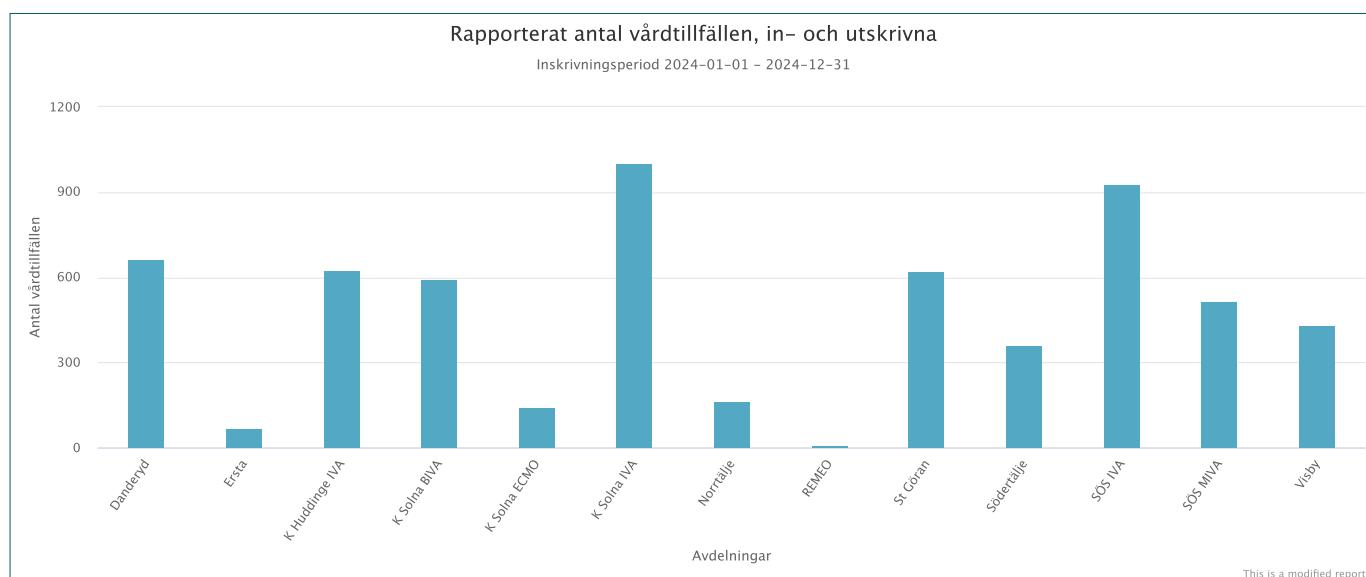
Figur 31. [Antal vårdtillfällen - Västra sjukvårdsregionen 2024](#).



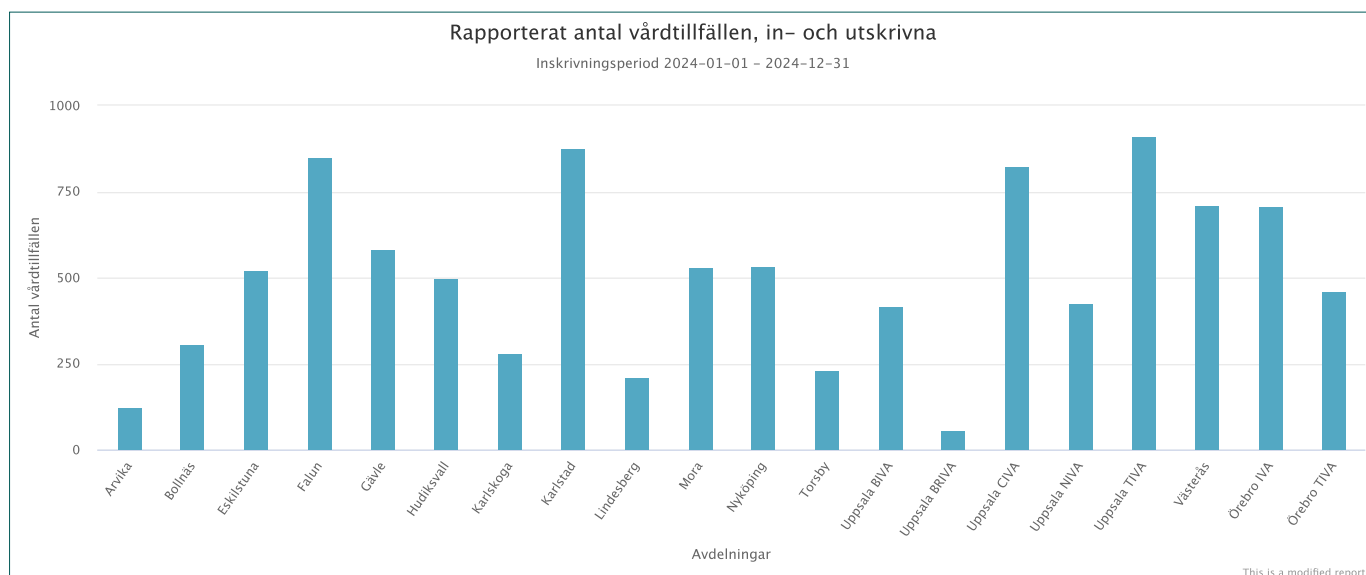
Figur 32. [Antal vårdtillfällen - Södra sjukvårdsregionen 2024](#).



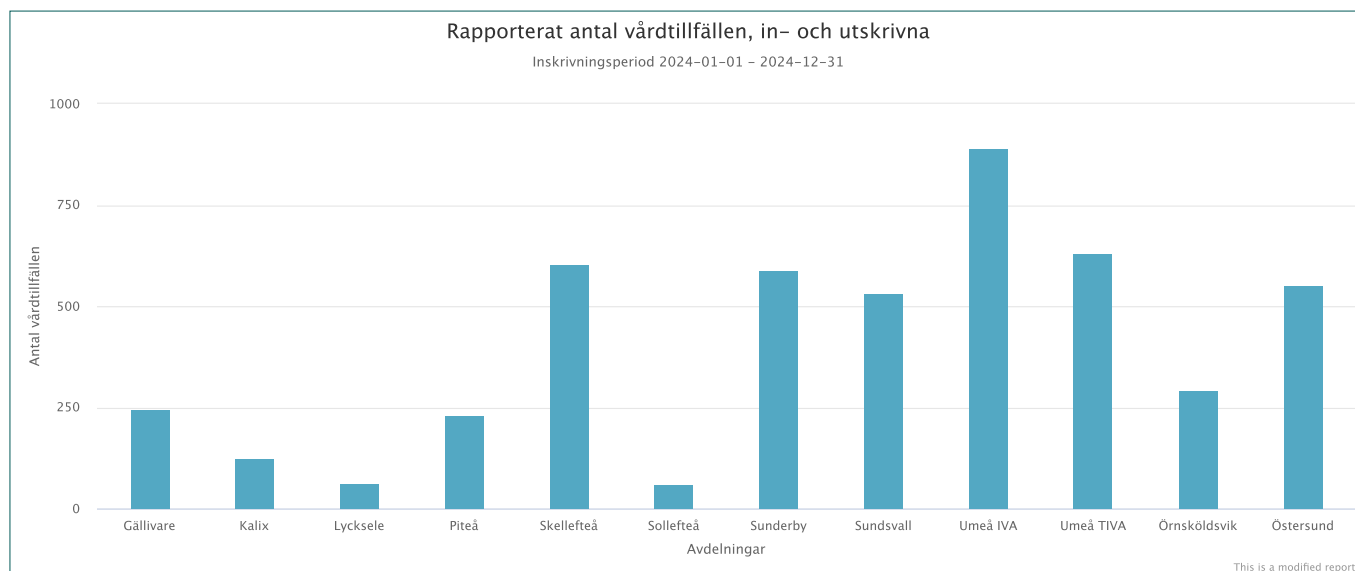
Figur 33. [Antal vårdtillfällen - Sydöstra sjukvårdsregionen 2024](#)



Figur 34. [Antal vårdtillfällen - Stockholms sjukvårdsregion 2024. KS TIVA saknar data för 2024.](#)

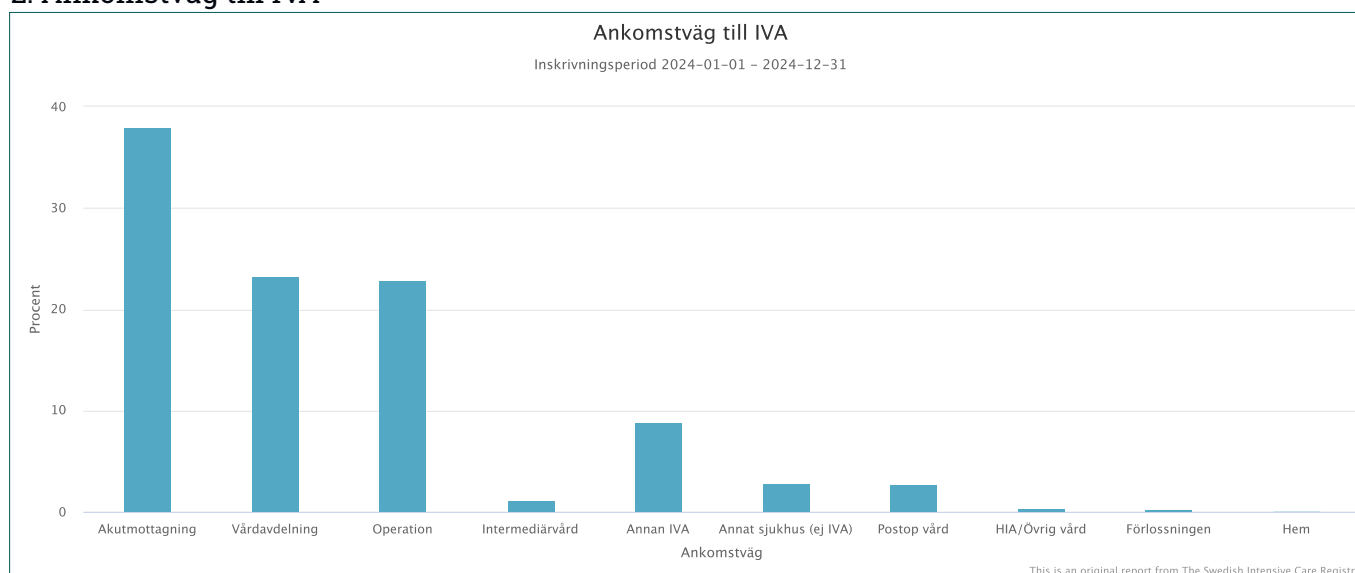


Figur 35. [Antal vårdtillfällen \(10 071\) - Sjukvårdsregionen Mellansverige 2024.](#)



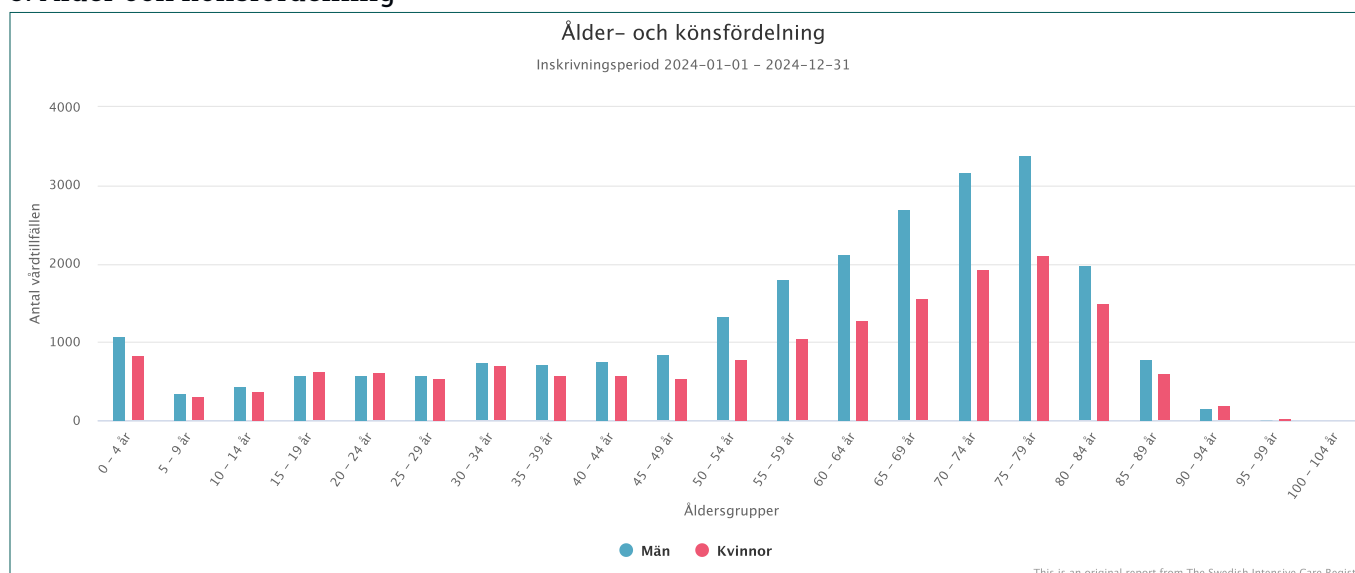
Figur 36. [Antal vårdtillfällen \(4 823\) - Norra sjukvårdsregionen 2024.](#)

2. Ankomstväg till IVA



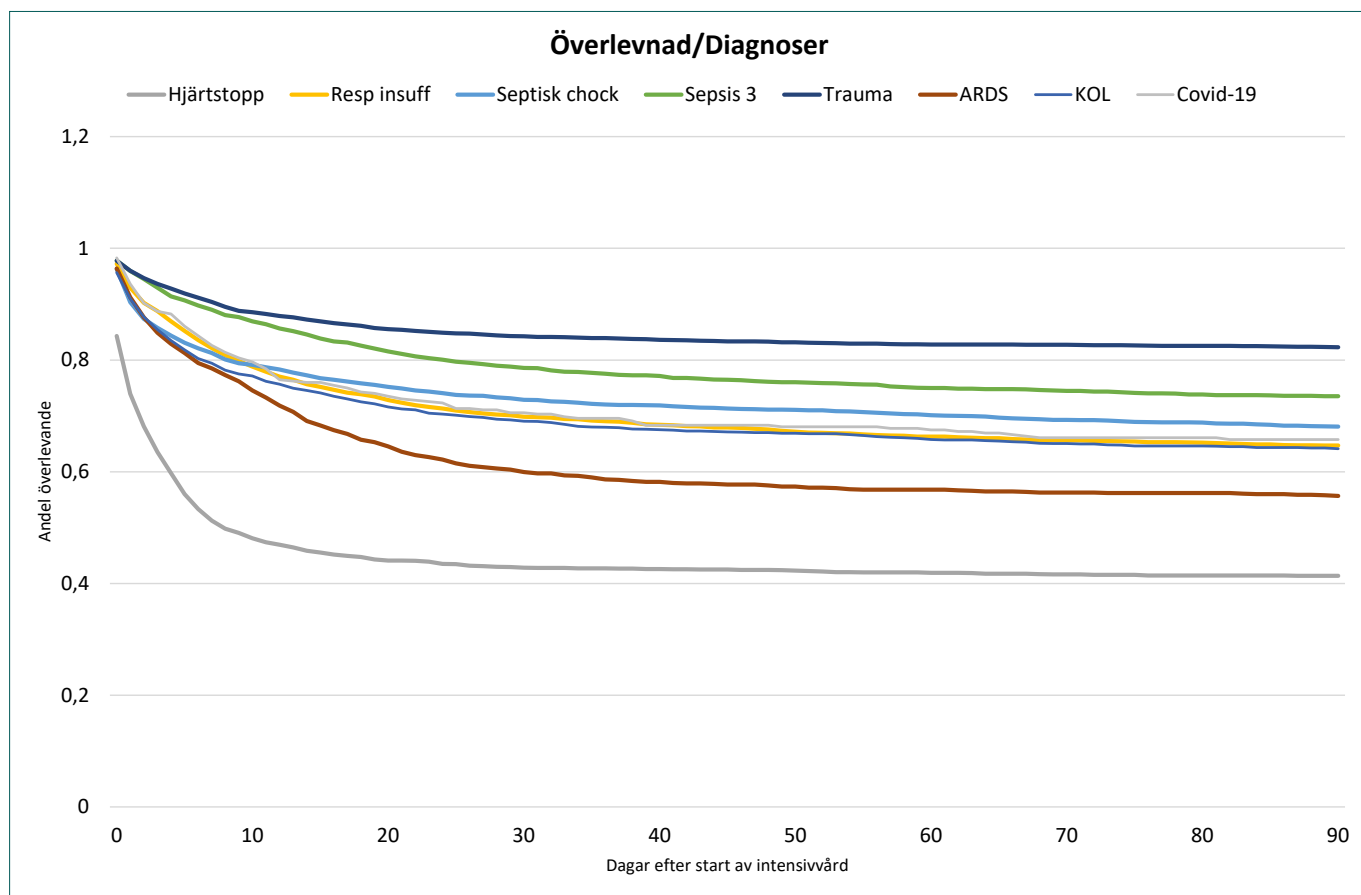
Figur 37. [Fördelning av de vanligaste ankomstvägarna till IVA 2024.](#)

3. Ålder och könsfördelning

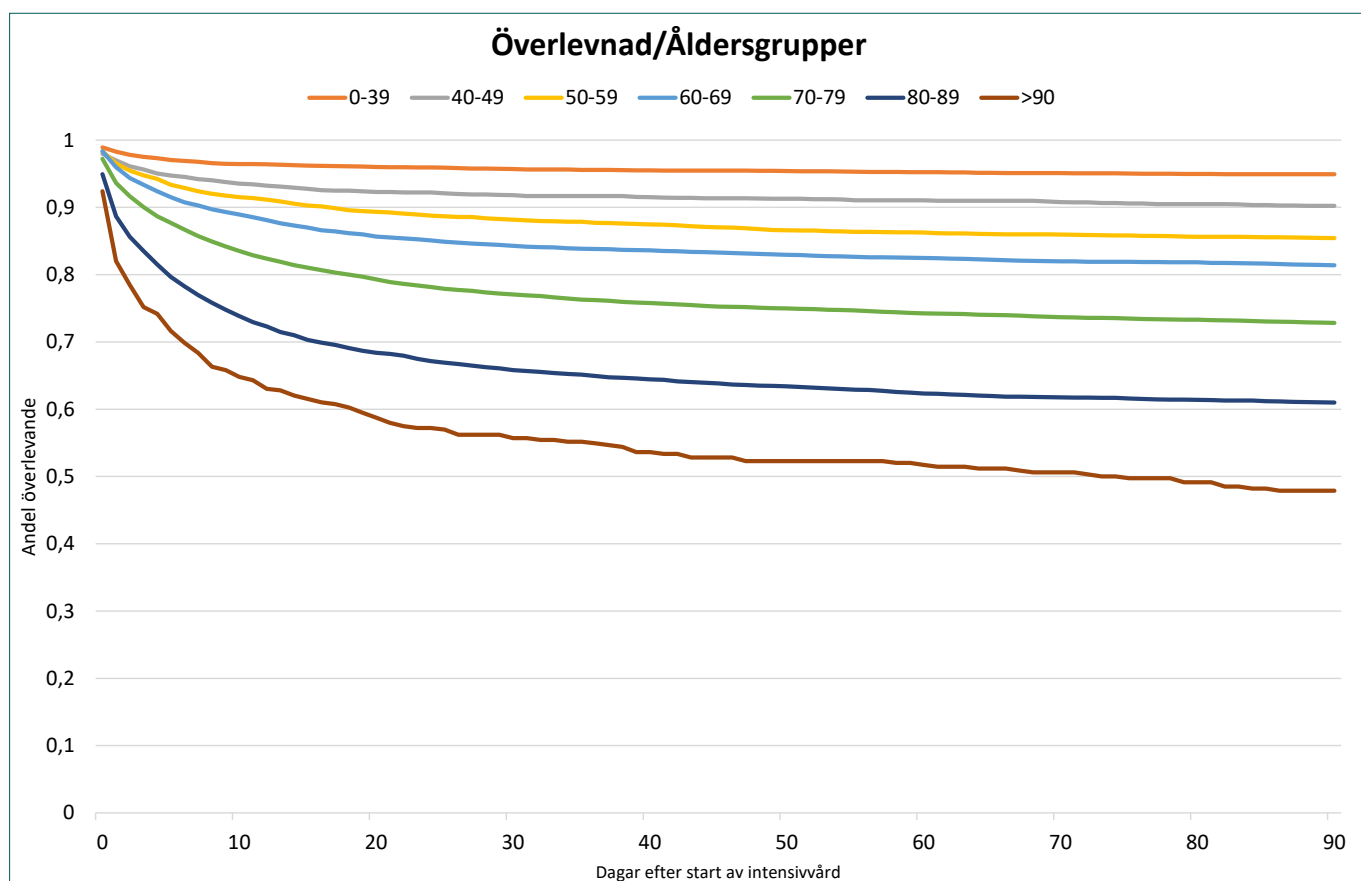


Figur 38. [Diagrammet visar ålder- och könsfördelning under 2024.](#)

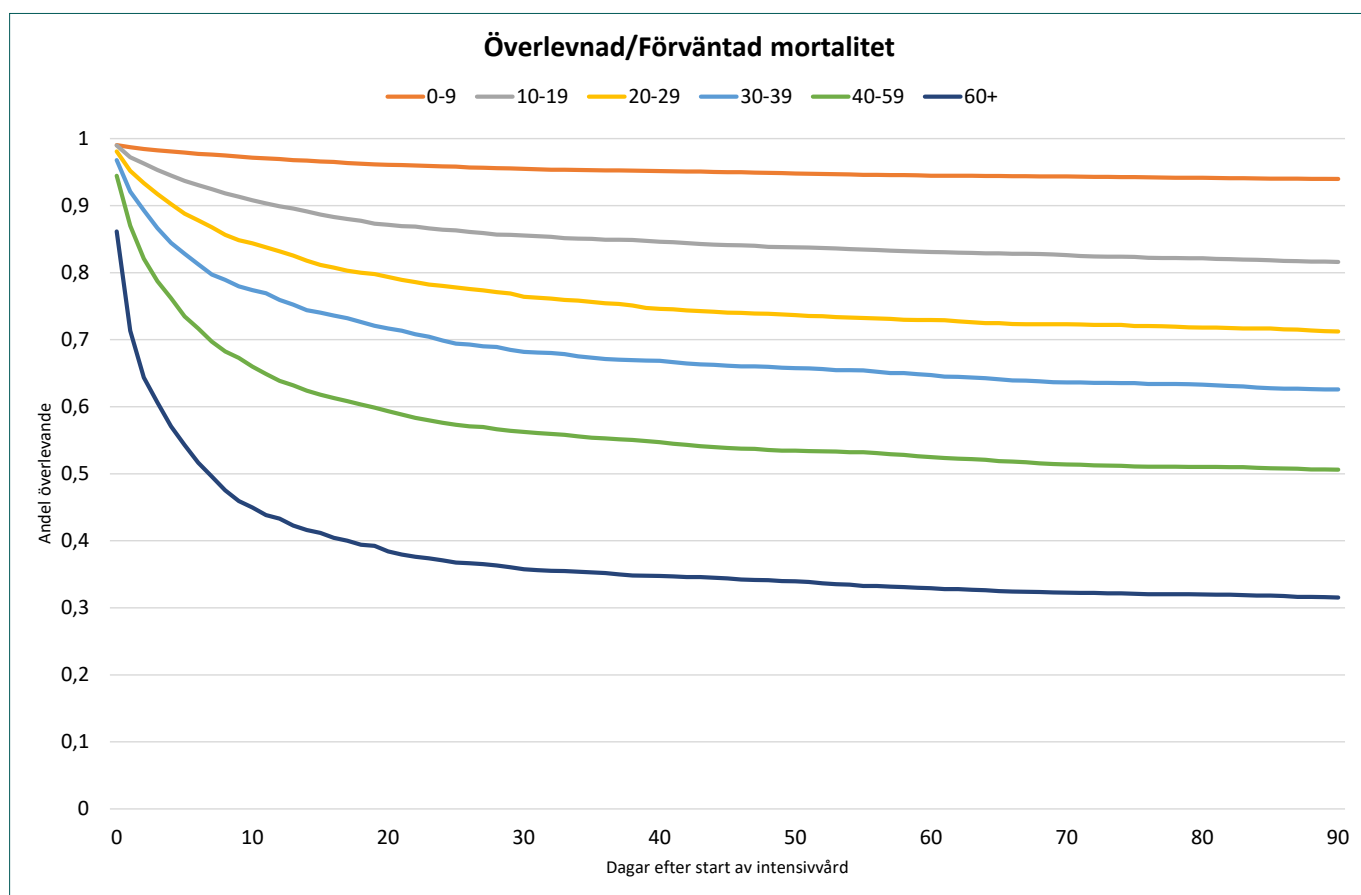
4. Överlevnad i samband med intensivvård



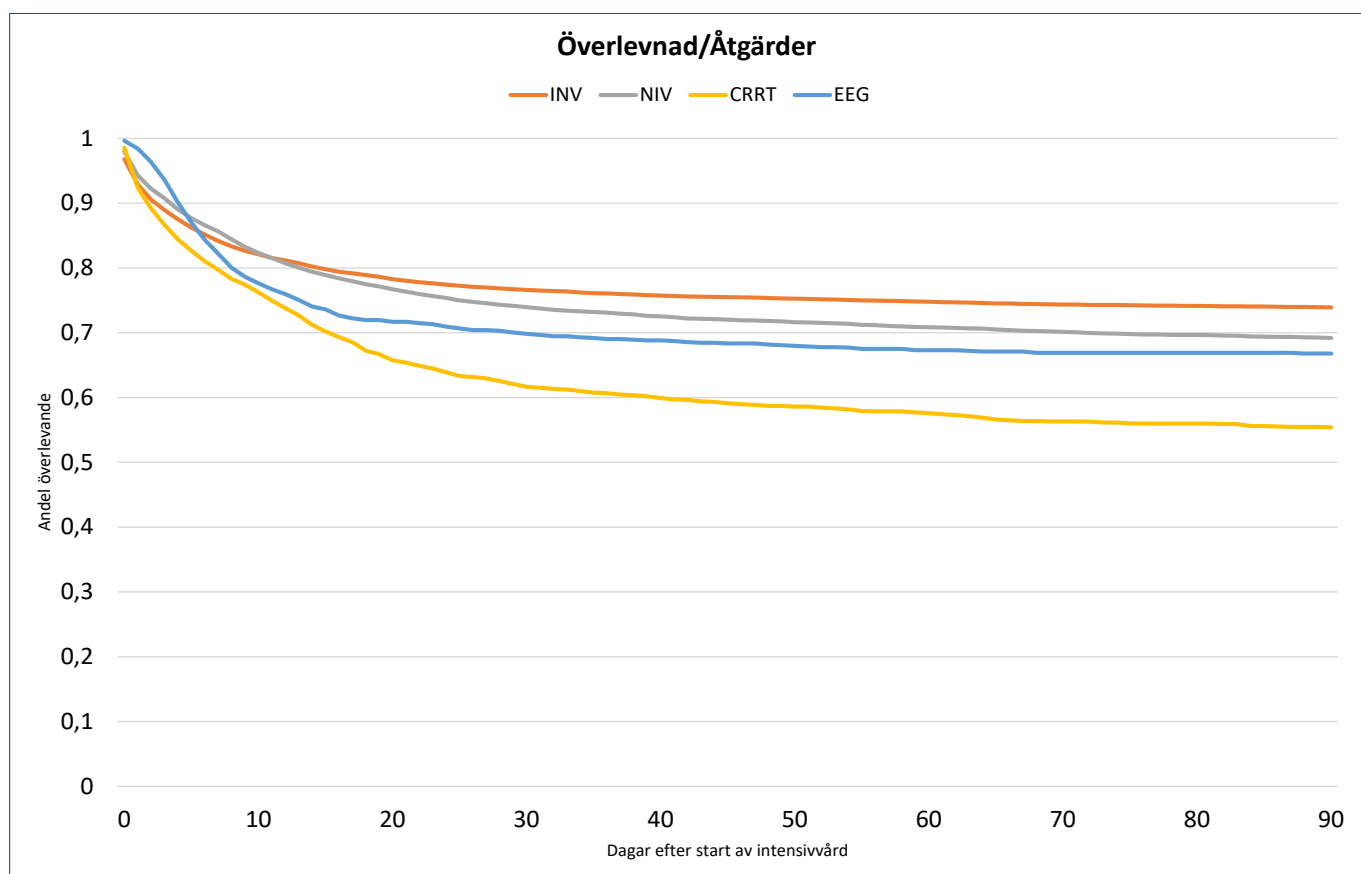
Figur 39. Överlevnad efter intensivvårdstillfällets start vid några vanliga intagningsorsaker och diagnoser. Resp insuff = akut, kronisk eller UNS.



Figur 40. Överlevnad i dagar efter intensivvårdstillfällets start i olika åldersintervall. När man tittar på ålder så är det tydligt att de med låg ålder har en bättre överlevnad medan de äldsta har en påtagligt sämre överlevnad.

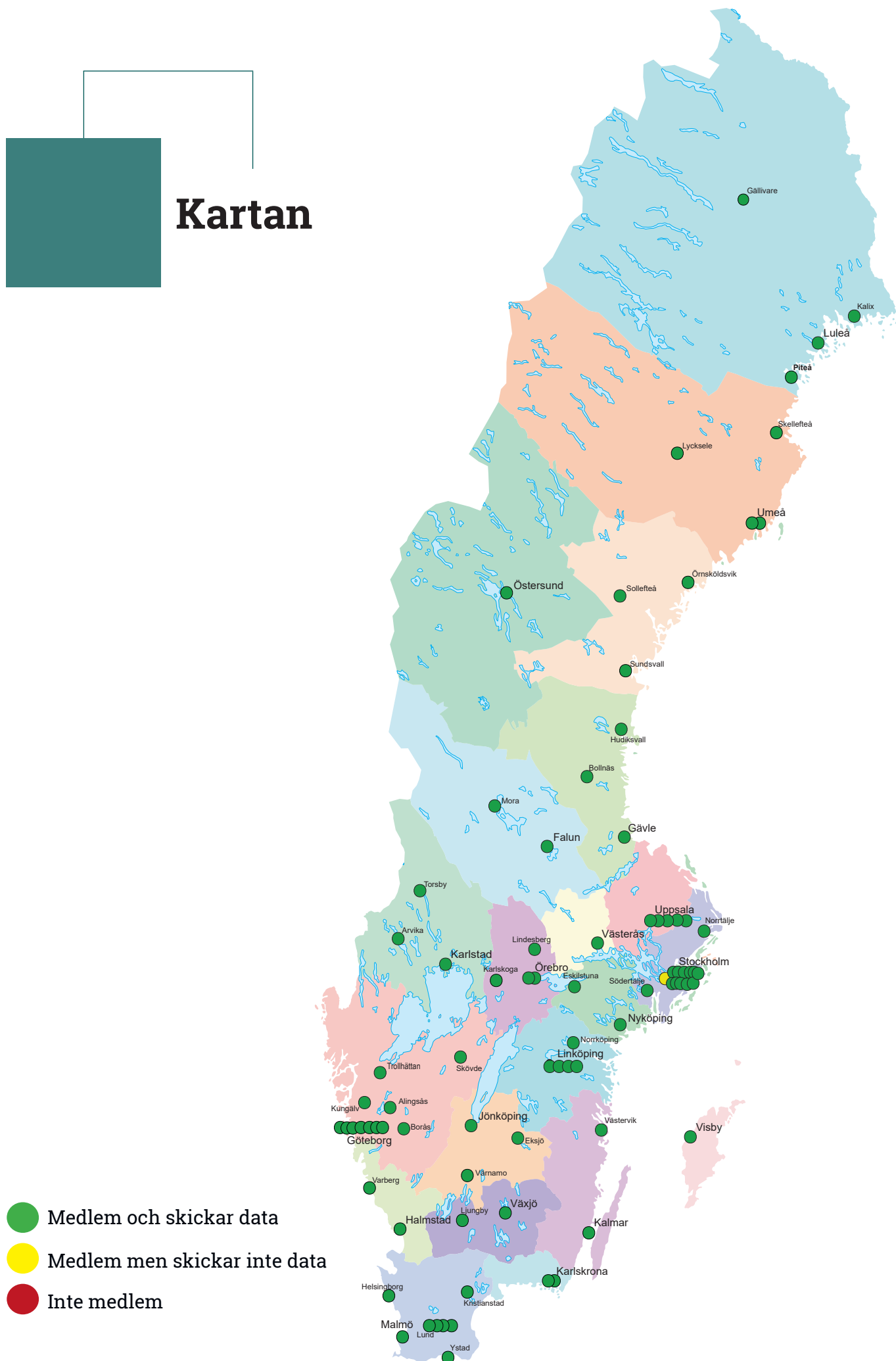


Figur 41. Överlevnad i dagar efter intensivvårdstillfällets start i olika intervall av SAPS3-poäng. Som väntat korrelerar hög SAPS3-poäng väl mot lägre överlevnad.



Figur 42. Överlevnad i dagar efter intensivvårdstillfällets start för patienter som får olika behandlingar på intensivvårdsavdelning.

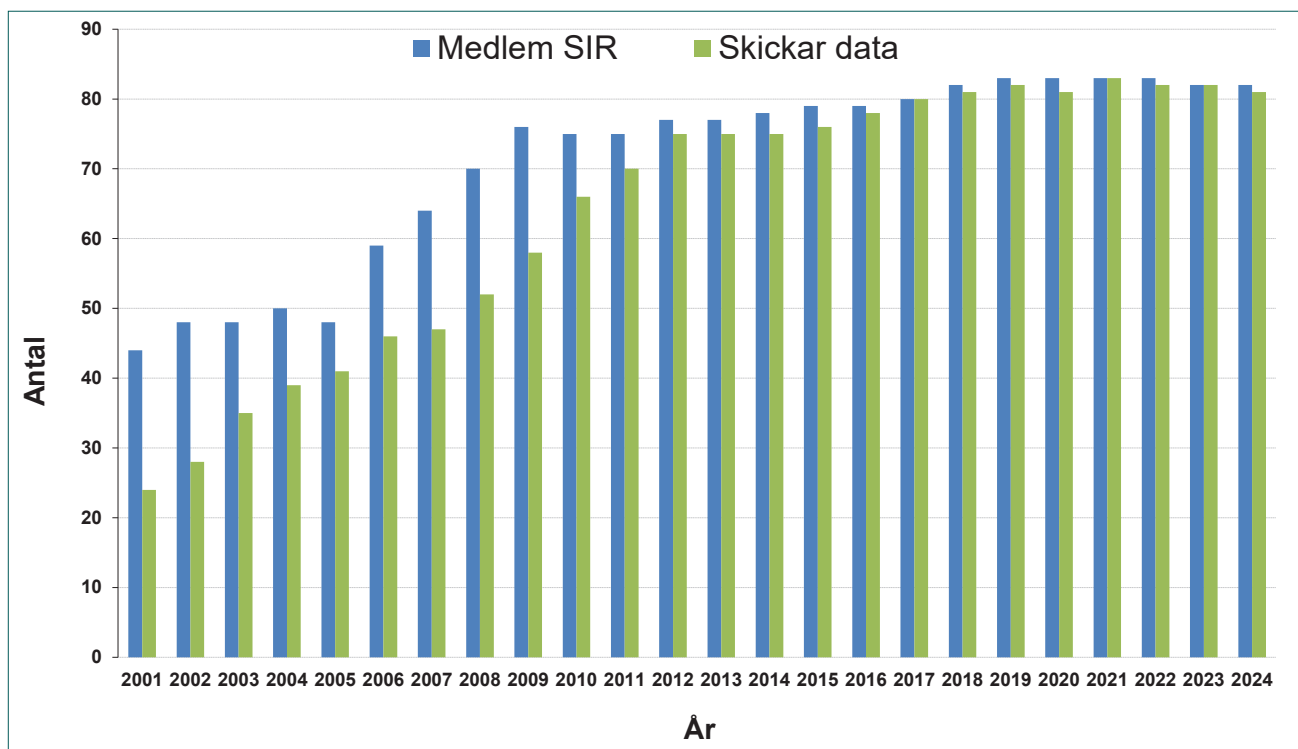
Kartan



Täckningsgrad och medlemsutveckling

Tabell 5. Täckningsgrad - avdelningstyp 2024.

Avdelningstyp	Medlem	Ej medlem	Total	Täckning
IVA	60	0	60	100%
BIVA	4	0	4	100%
TIVA	8	0	8	100%
NIVA	4	0	4	100%
BRIVA	2	0	2	100%
MIVA	1	0	1	100%
InfIVA	1	0	1	100%
ECMO	1	0	1	100%
RehabIVA	1	0	1	100%
	82	0	82	100%



Figur 43. Medlemsutveckling 2001–2024.

Slutord

Svenska Intensivvårdsregistret har en viktig roll för uppföljning och utveckling av kvalitet inom svensk intensivvård. Registret har även en viktig funktion nationellt som den enda möjligheten att följa upp potentiella donatorer och genomförda organdonationer i Sverige. Folkhälsomyndigheten har gett SIR i uppdrag att bevaka viktiga smittsamma sjukdomar samt det nationella läget för intensivvårdsbehov kopplat till dessa sjukdomar. Vikten av denna bevakning visades under pandemin där SIR snabbt kunde tillhandahålla in- och utdata för covidpatienter. Vidare har SIR möjlighet att bidra med en lägesbild av intensivvårdskapacitet Sverige, vilket är av betydelse ur ett civilberedskapsperspektiv. Under pandemin fick SIR i uppdrag av HSD-nätverket att leda en nationell samverkan mellan alla regioner, med syfte att snabbt sprida kunskap om COVID-19 samt hjälpas åt att avlasta de regionerna med högst belastning. Genom detta utvecklades flera viktiga samverkansdelar och nätverket blev ett viktigt verktyg för Sverige att hantera pandemin. Därefter har SIR på uppdrag från Socialstyrelsen tagit fram ett underlag för hur vi ska kunna få en lägesbild avseende tillgängliga IVA-platser – belagda och lediga – med vissa hälsodata som är av vikt för nationell civilberedskap.

Det pågår för närvarande en oroande utveckling gällande finansieringen av de svenska kvalitetsregistren. Medelstillelningen till registren minskar och för SIR betyder det att vi inte kommer kunna upprätthålla registret med de viktiga funktioner SIR har om inte finansieringen framåt säkras. SIR spelar en viktig roll för att säkra kvaliteten i en av de mest resurskrävande delarna av hälso- och sjukvården, men även för Sverige som en del av den civila beredskapen.

SIR arbetar vidare med audit, vilket flera avdelningar är intresserade av. Det finns ett behov av auditörer. Är du intresserad så kontakta SIR.

Vi ser fram emot ett fortsatt år av gott samarbete med alla våra intensivvårdsavdelningar och övriga intressenter. Har du frågor eller funderingar? Tveka inte att höra av dig till oss på SIR! Kontaktuppgifter till både styrelse och medarbetare hittar du under fliken "Om SIR" på vår hemsida.

För hela SIR-gruppen

Ritva Kiiski-Berggren - FoU-ansvarig

Johnny Hillgren - Ordförande

Amanda Johansson

Anna Eriksson

Emma Larsson

Eva Åkerman

Frida Hagdahl

Göran Karlström

Jonas Karlsson

Karin Löwhagen

Lars Engerström

Lena Andersson

Märta Leffler

Peter Nordlund

Pär Lindgren

