

Mötesanteckning BIVA höstmöte Göteborg 2018-11-15

Deltagare:

K Solna BIVA: Katarina von Schewelov, Camilla Linnarsson och Katarina Johansson

SU BIVA: Ann Gulbransgaard Wallöf, Ola Ingemansson och Malin Larsson

Lund BIVA: Hanna Engsvik, Pernilla Heide, Lars Lindberg och Anna Burlion

Uppsala BIVA: Staffan Sundling, Mikko Aarnio och Pia Stöllman (en dag)

SIR: Caroline Mårdh och Peter Nordlund

K Solna ECMO: Håkan Kalzén

Socialstyrelsen: Carin Franzén deltog första dagen och specifikt under punkten Donation

Nya deltagare

Ska representant från ECMO Stockholm ingå i SIR barngruppen. Från SIR:s sida är det ok eftersom de vårdar svårt sjuka barn. Frågan ställs då om alla IVA ska vara med som vårdar barn såsom Malmö, Huddinge, Sahlgrenska mfl. BIVA-gruppen arbetar för enhetlig registrering och insamling av statistik för barnintensivvård och inte allmänna medicinska diskussioner. Inget beslut togs

Diagnossättning

Göteborg startade 14/11 med nya diagnossättningen, Stockholm väntar på IT, Lund har använt det i ett par månader och Uppsala ska börja i december

Enligt SIR bör man komma igång senast i november. Den stora biten är utbildning av den nya diagnossättningen. Lund har byggt egna bibliotek av barnkoder. Lund förklarar hur de har lagt upp sina kodsystém och bibliotek.

Listan: "För intensivvården viktiga diagnoser" känns inte relevant för BIVA. Förslag genomarbetas till vårmötet och där läggs förslaget till SIR.

Prismaprotokoll

Lars Lindberg redovisar de CRRT protokoll som samlats in. Slutsats att en speciell modul för barn ger inte ytterligare väsentlig information. Beslut tas om att vi lägger ner prismaprotokollet.

Donation

Fredrik Hugosson och Manne Karlsson Sahlgrenska, föreläser om donation.

Presentation av donationsfall Göteborg.

Diskussion om vilka kriterier man använder för att fastställa döden på små barn

Deltagande av Carin Franzén från Socialstyrelsen och samtal om kring nätverkande i frågan kring små barn och donation

Var ska barn dö?

Angående föregående punkt. Är det rimligt att skicka en patient fler mil för att dö på BIVA? Missar vi donatorer om de dör på sitt hemmasjukhus? Svårt när man får vårda både donator och mottagare på samma avdelning.

Diskussion kring avsaknad av behandlingsstrategi. Två av fyra BIVA-rapporterar behandlingsstrategi till SIR.

Analys Pim3 mellan Lund och Stockholm

En analys är gjord på PIM3-data mellan Lund och Stockholm. Lars gick igen om hur det skiljer sig åt och vilka olika utfall det ger i tex EMR. Han visade olika beräkningar och hur de olika koefficienterna påverkar utfallet.

Barnportalen

Ett förslag på utveckling av Barnportalen visades (framtaget av Lars L). Gruppen använde inte Barnportalen nämnvärt så det kördes en kort visning på mötet.

- Peter lyfter i styrelsen önskemålet om resurser till utveckling av barnportalen under 2019
- Om klartecken från styrelsen, ska BIVA-gruppen utse en arbetsgrupp. En från varje BIVA.
- BIVA-arbetsgruppen jobbar med Lars underlag, bearbetar, prioriterar och tittar på ordinarie Portal om vad som redan finns där osv. Vad ska finnas på resp ställe osv?
- På möte i mars har vi då en specifikation på vilka rapporter, vilka urval och grupperingar som ska utvecklas

VTS

Diskussion om VTS och dess svårigheter av bedömning. Under flera indikatorer bedömde man olika. Det viktiga är att man bedömer resursåtgång och inte har standardvärde eller bedömer utifrån bemanningstal. De punkter vi vill ha ändrade i text ska vi skicka in till SIR och be om förtydligande. Lämna barnsyn på texten.

PIM3

Olika svåra fall att sätta PIM3 på redovisas.

Agenda vårmöte

Lund tar över värdskapet och börjar med att ha hand om förmötet i Saltsjöbaden. Diskutera behovet av höstmöte? Beslut tas på Vår Gård

Om vi vill ha en programpunkt på det stora programmet ska vi anmäla det. Anmälningar till stora mötet och förmöten. Förmöte tis v11. Anmälan öppnar i december.

Fördela arbetet inför varje möte. Förslag till att det blir fyra olika delar som varje enhet ansvarar för.

Övriga frågor:

Preop koder: Patienter åter in, vill inte skriva in preop koderna igen i det nya vårdtillfället eftersom det då blir dubletter. SIR har inte i nuläget någon lösning på detta utan arbetar vidare för att finna lösning.

Sedering: Beslutet från årsmötet om att det inte ska gälla vårdtyp BIVA är åtgärdat i dokument och i rapporter. För barn med vårdtyp IVA dvs ≥ 16 år gäller kvalitetsindikatorn sedering.

Komplikationer: Vilka komplikationer vill vi ha? Lars lämnade förslag vid förra höstmötet på de komplikationer de har i Lund. Bör diskuteras på varje BIVA inför vårmötet om någon ska införas generellt för BIVA

Postop vård vs Intensivvård

Diskussion fördes kring svårigheterna att bedöma rätt vårdtyp. Ofta skrivs barn in som intensivvård när det borde vara postoperativ vård. Detta gör att det inte blir jämföra bara data. BIVA-gruppen önskar att SIR förtydligar definitionerna kring vårdtyperna.

Planerad /Elektiv) vs Oplanerad inläggning – PIM3

BIVA-gruppen har noterat att det kan bli fel när planerad resp oplanerad inläggning automatiskt överförs till PIM3 registreringen.

Orden planerad och oplanerad kan lätt misstolkas som om det vid PIM3 registreringen har med vilken tid inläggning sker i förhållande till när den blev känd. I SAPS3 är planerad eller oplanerad kopplad till om inläggningen är "känd mindre än 12 tim eller inte. PIM3 variabel elektiv/akut skall inte bedöma om inläggningen är känd eller inte utan utgår från patientens tillstånd – dvs inläggningen är akut om barnet är så svårt sjuk att om inläggning uppskjuts i mer än 6 timmar så uppträder en försämring "adverse effect" hos patienten.

För barn <16 år gäller således att om en IVA-inläggning hade kunnat uppskjutas i mer än 6 timmar utan "adverse effect" räknas den som en elektiv inläggning (enl. PIM3) ". Om inläggningen kan skjutas upp i mer än 6 timmar utan adverse effects är det således alltid en planerad inläggning oavsett om inläggningen sker inom 10 minuter eller 1 timme eller 6 timmar.

Oftast blir denna variabel markerad som Oplanerad i PIM3, om BIVA uppfattar att inläggningen sker inom ca 6 timmar, i bästa fall, 12 timmar, i sämsta fall, vilket automatiskt ger PIM3 svaret "Akut", trots att det ur patientens tillstånd är en planerad inläggning (elektiv) enligt definition ovan. Tex. En transport från annan IVA, där patienten mycket väl hade kunnat vårdas "utan försämring". Att uppskjutas i mer än 6 timmar utan "adverse effect" blir en subjektiv och inte objektiv bedömning. Planerad inläggning (elektiv) ger Coefficient -0,5378 i PIM3.

Reglerna gäller ju alla <16 år oavsett BIVA eller IVA, men hur skall man skriva riktlinjen så att variabeln alltid blir rätt ifylld, är frågan? Kan SIR förtydliga hur barn skall registreras angående variabel Elektiv/akut?

BIVA:s förslag är att vi följer vuxenvärden - dvs känd 12 tim. Spelar nog minimal risk för PIM3 och det är väl viktigast att vi kan jämföra oss nationellt. Vi har ändå en SMR som kraftigt underskrider övriga världen