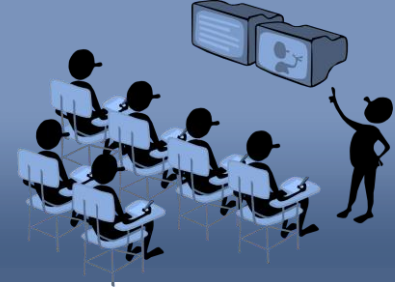


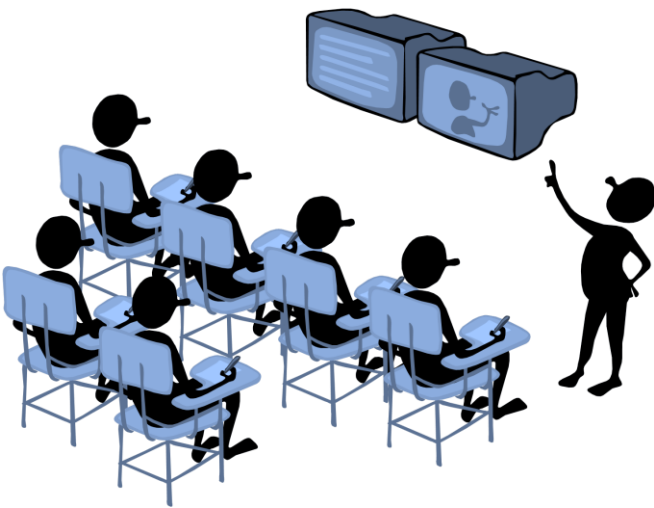


SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR



Forskning i SIR

Folke Sjöberg
Sten Walther



Innehåll

- Sjukhus- resp. 30-dagars mortalitet för beräkning av SMR
 - Kristina Rydenfeldt
- Effekten av saknade värden i SAPS3
 - Lars Engerström (Sten Walther)
- Är svensk intensivvård könsjämlig?
 - Malin Banck (Folke Sjöberg):
- Nattlig utskrivning i SIR
 - Susanne Wickberg och Sten Walther
- Information
 - inbjudan SKL 'Att använda kvalitetsregister i ST-utbildningen'
 - nationell anpassning av FOU ansökningsprocessen





Välkommen
Kristina!

“Comparison of 30-day mortality and in-hospital mortality and its effect on Standardized Mortality Rates after intensive care in Sweden”

**-A register based mortality study of intensive care patients in Sweden
2009-2010**

Kristina Rydenfelt

ST-läkare Anestesi och intensivvård

Hallands sjukhus, Halmstad

Handledare: Carolina Samuelsson

SIRs vårmöte-Saltsjöbaden- 2013

Introduktion

- **Bakgrund:**



30-dagarsmortalitet



Sjukhusmortalitet

- **Syfte:** Att undersöka förhållandet mellan 30-dagarsmortaliteten och sjukhusmortaliteten för svenska intensivvårdspatienter
- **Metod:** Registerbaserad studie 2009-2010.
- **Resultat:** 30-dagarsmortaliteten är generellt högre än sjukhusmortaliteten i Sverige



30-dagarsmortalitet

Sjukhusmortalitet

Observerad mortalitetsrat_{30-dagar}
(*OMR*)

Observerad mortalitetsrat_{sjukhus}
(*OMR*)

Estimerad mortalitetsrat
(*EMR*)

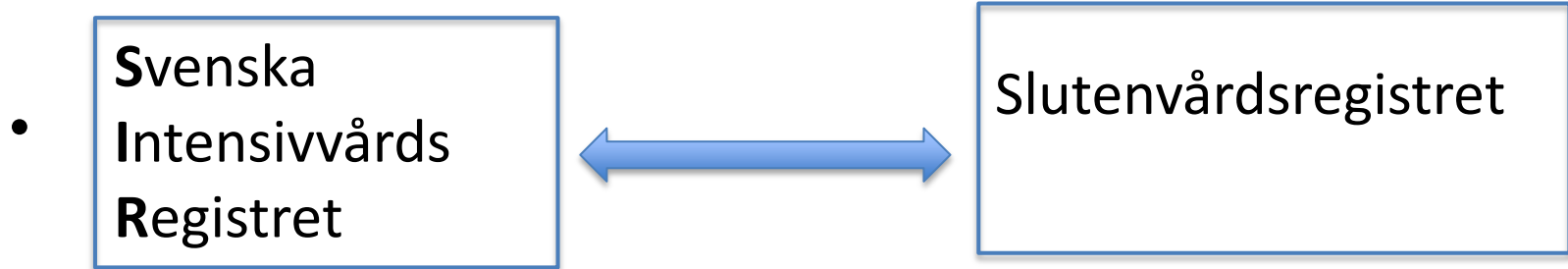
Estimerad mortalitetsrat
(*EMR*)



Standariserad mortalitetsrat_{30-dagar}
(*SMR*)

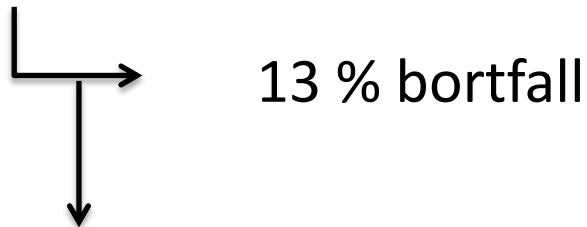
Standardiserad mortalitetsrat_{sjukhus}
(*SMR*)

Material



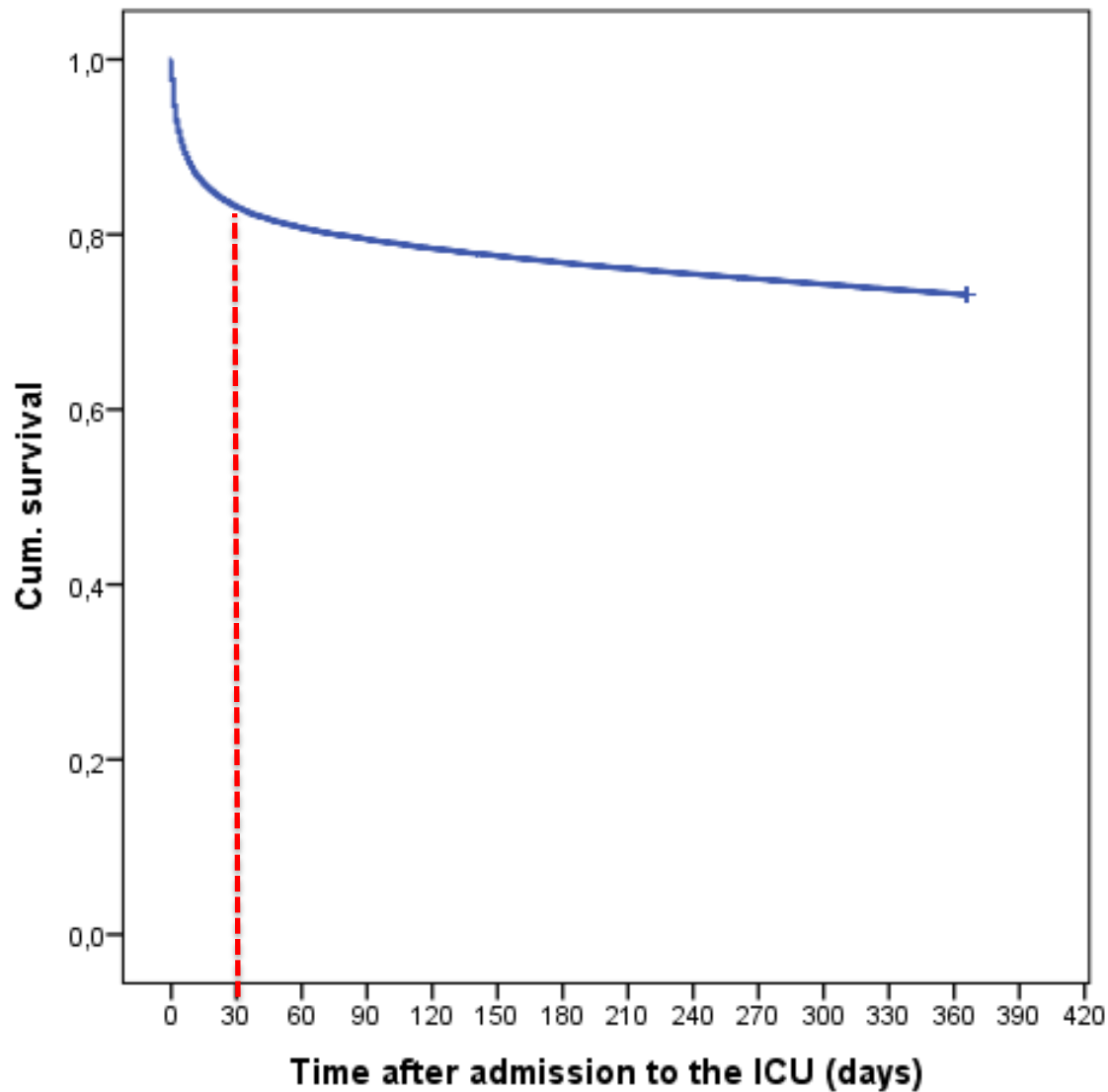
- 1:a IVA-vårdtillfället, ≥ 16 år, under 2009-2010 i Sverige

- 54 543 patienter



47 531 inkluderas, varav 34 491 registrerade med SAPS 3

Mortalitet



1-års mortalitet: 27%

30-dagarsmortalitet: 17 %

Sjukhusmortalitet: 15 %

När skiljer sig 30-dagarsmortalitet och sjukhusmortalitet?

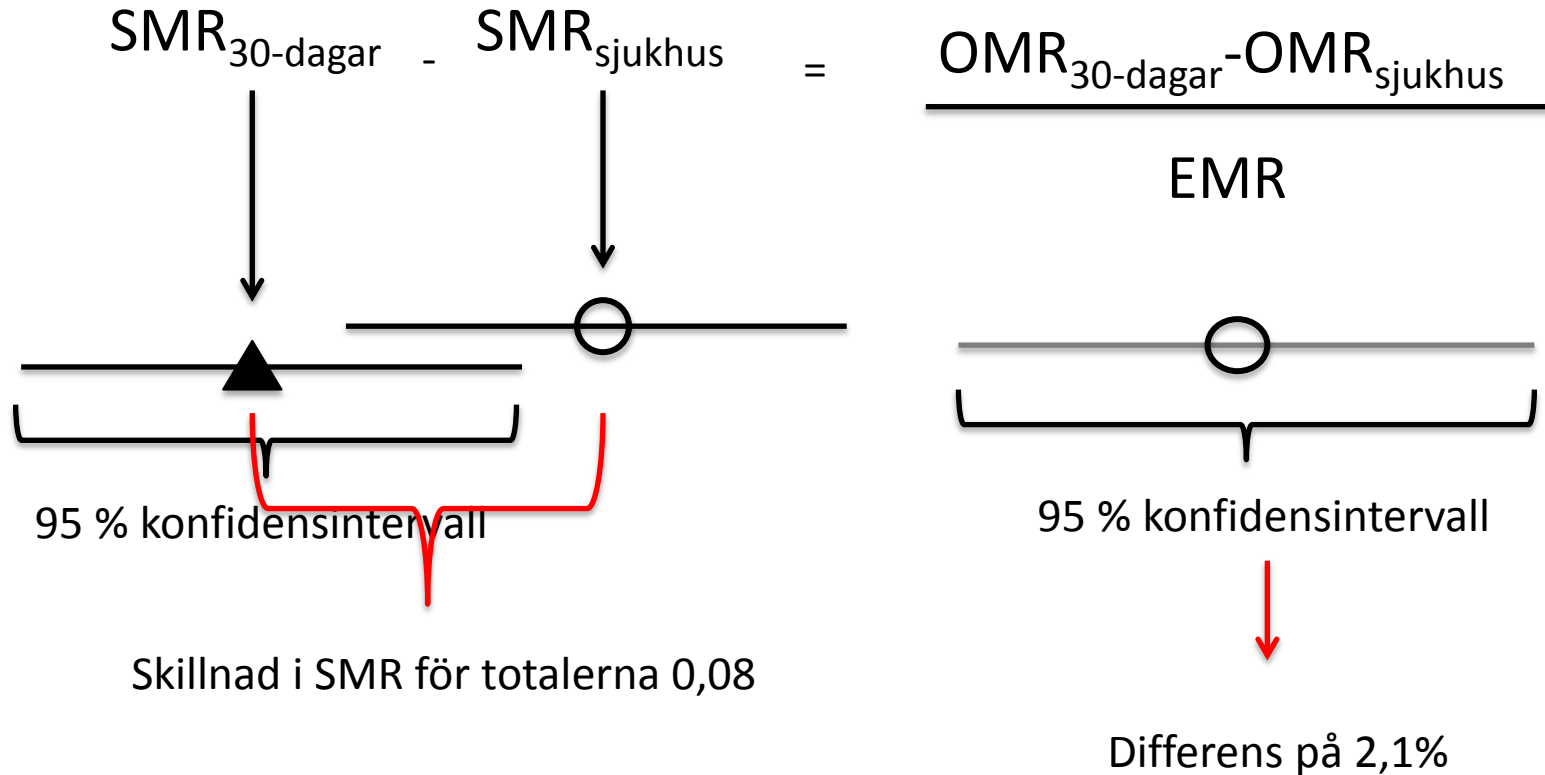
Sjukhusmortalitet

**30-dagars-
mortalitet**

	Levande	Död
Levande		1, x %
Död	3, x %	

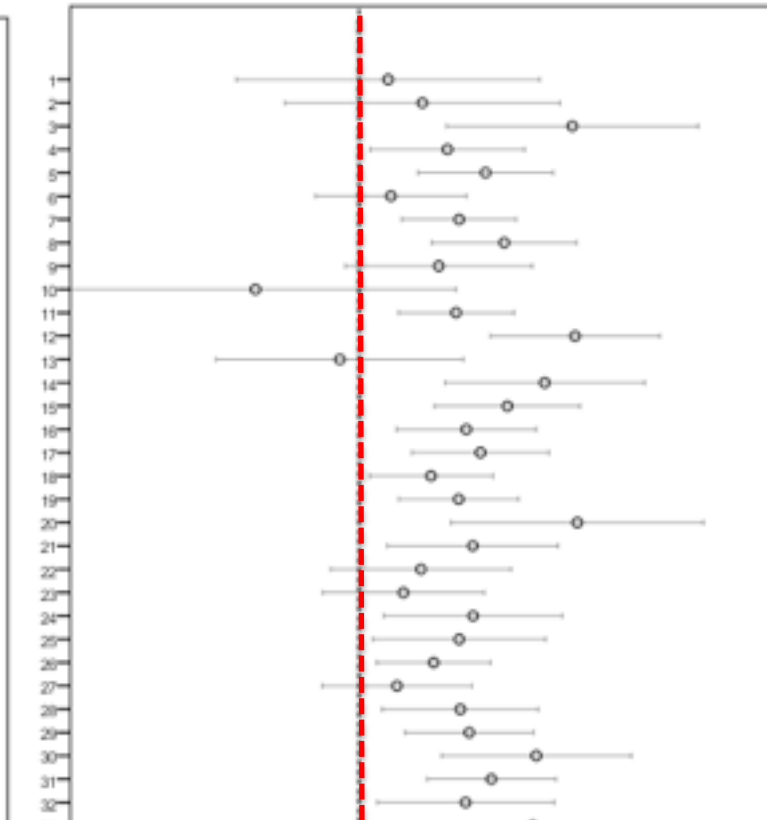
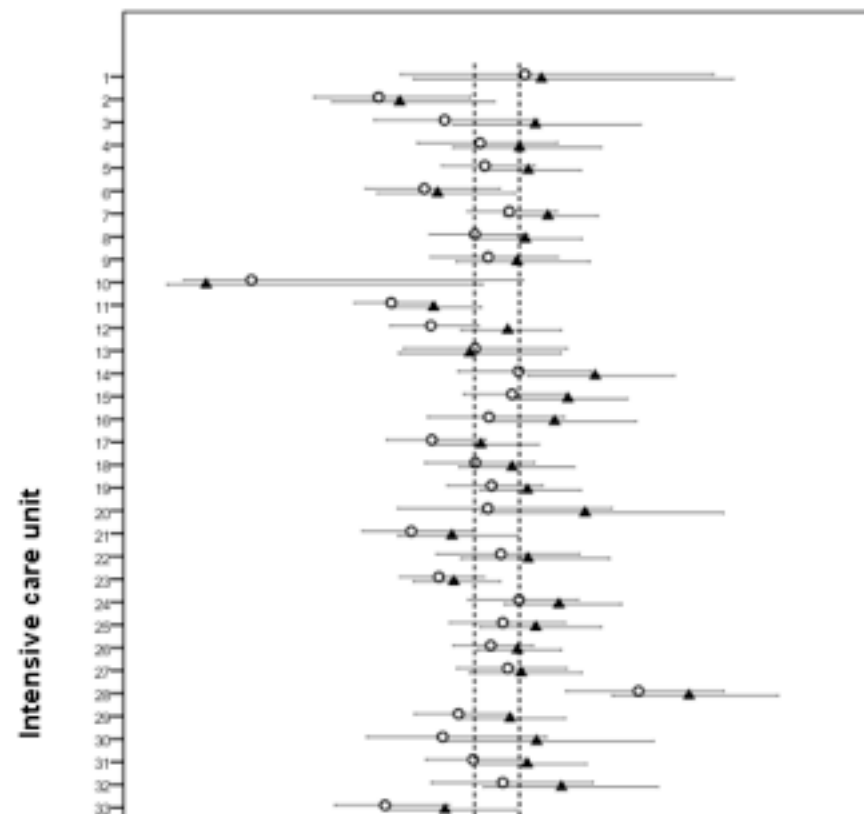
95,6% av fallen är 30-dagars och sjukhusmortaliteten lika

Resultat: jämförelse av SMR

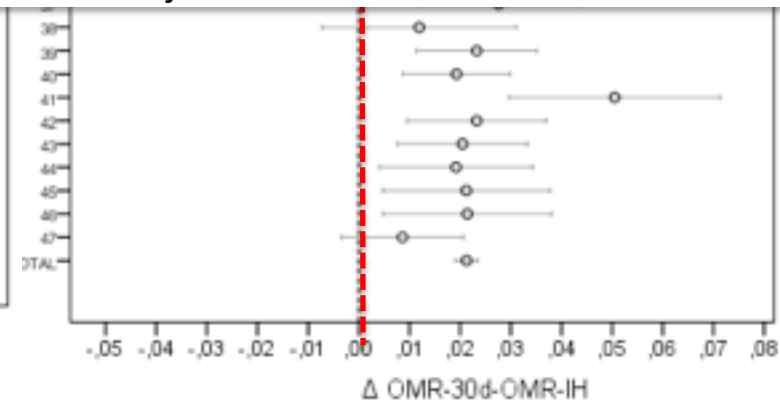
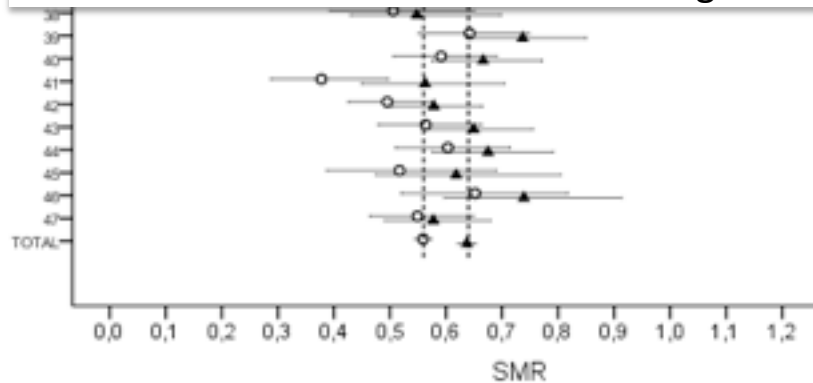


SMR

OMR_{30-dagar} - OMR_{sjukhus}

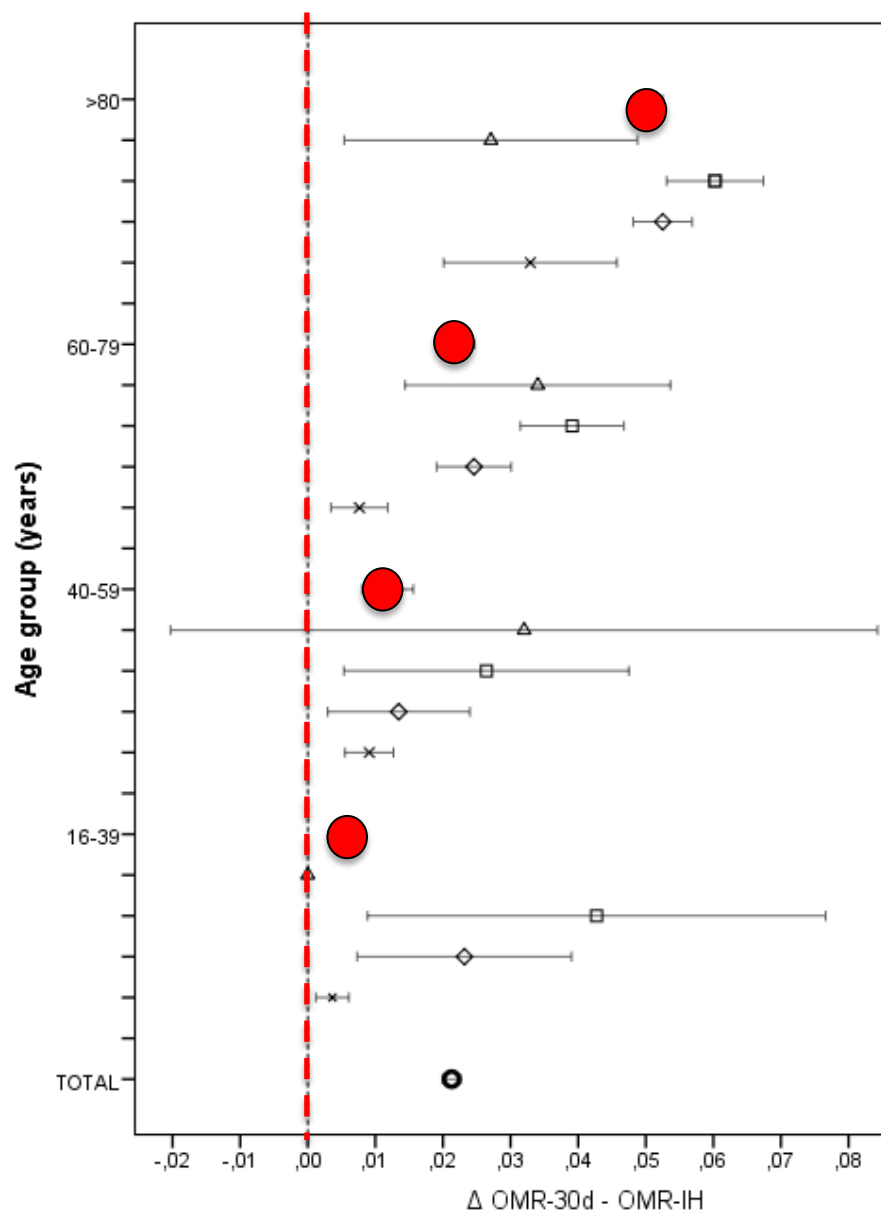


Signifikant högre SMR_{30-dagar} än SMR_{sjukhus} för 35/47 IVA-enheter

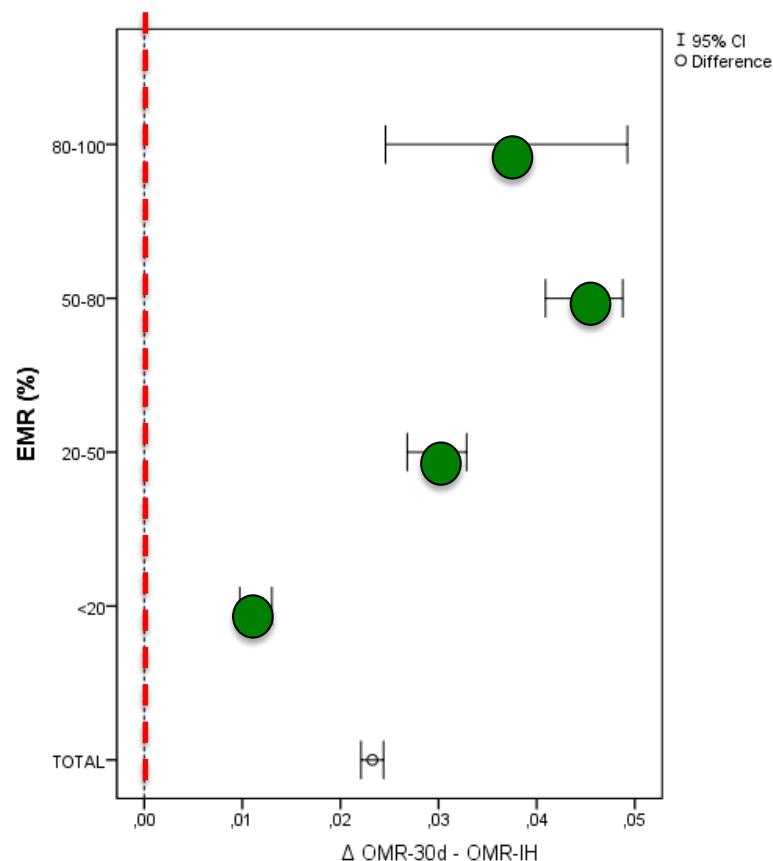


Subgruppering $OMR_{30\text{-dagar}} - OMR_{\text{sjukhus}}$

Ålder och EMR

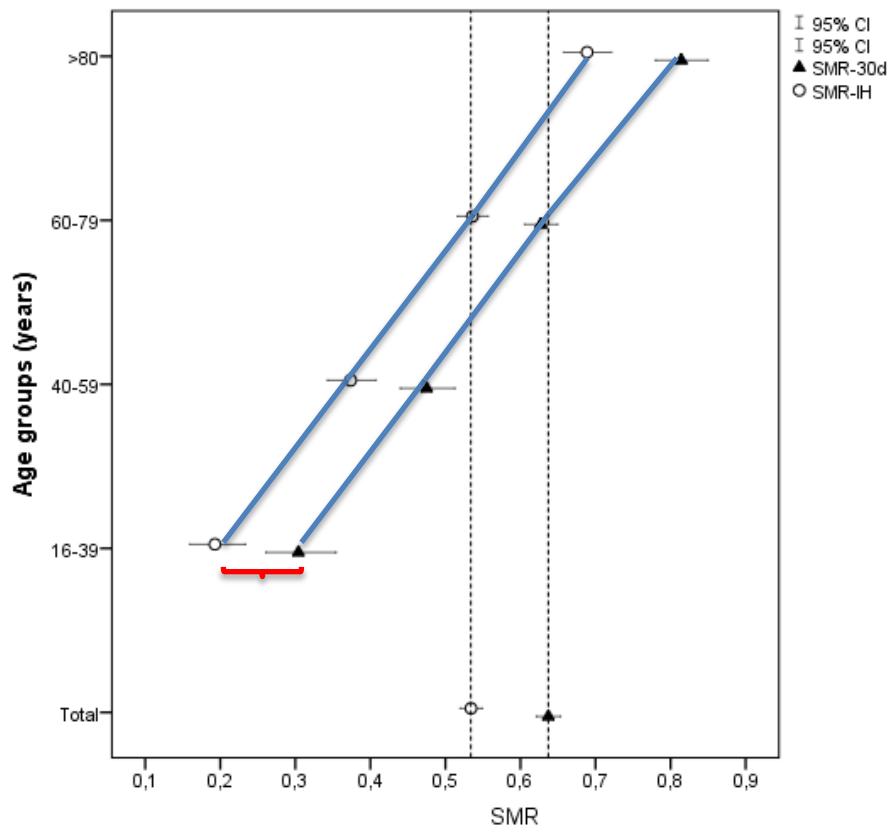


EMR-grupper

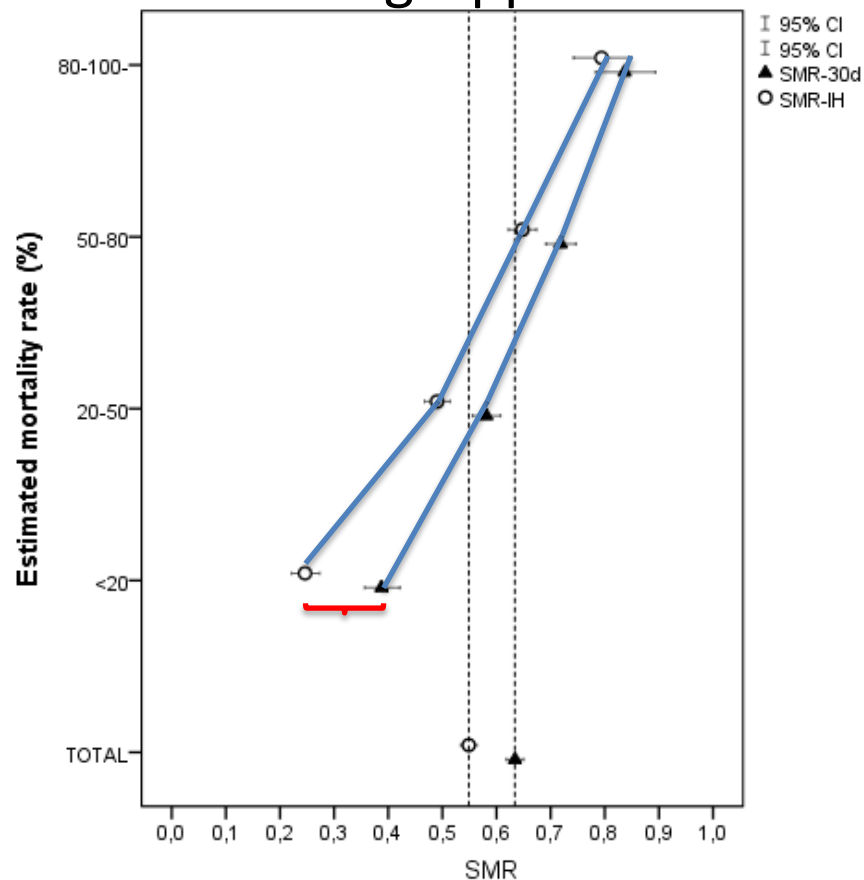


Subgruppering SMR

Åldersgrupper



EMR-grupper



Differensen mellan $SMR_{30\text{-dagar}}$ och SMR_{sjukhus} skiljer i storlek mellan subgrupper

Slutsatser



- 30-dagarsmortalitet var 2% högre än Sjukhusmortalitet
- $SMR_{30-dagar}$ var signifikant högre än $SMR_{sjukhus}$ för 75% av IVA-avdelningarna
- Hur stor skillnaden är mellan $SMR_{30-dagar}$ och $SMR_{sjukhus}$ varierar med ålder och EMR

TACK FÖR UPPMÄRKSAMHETEN!



FRÅGOR?

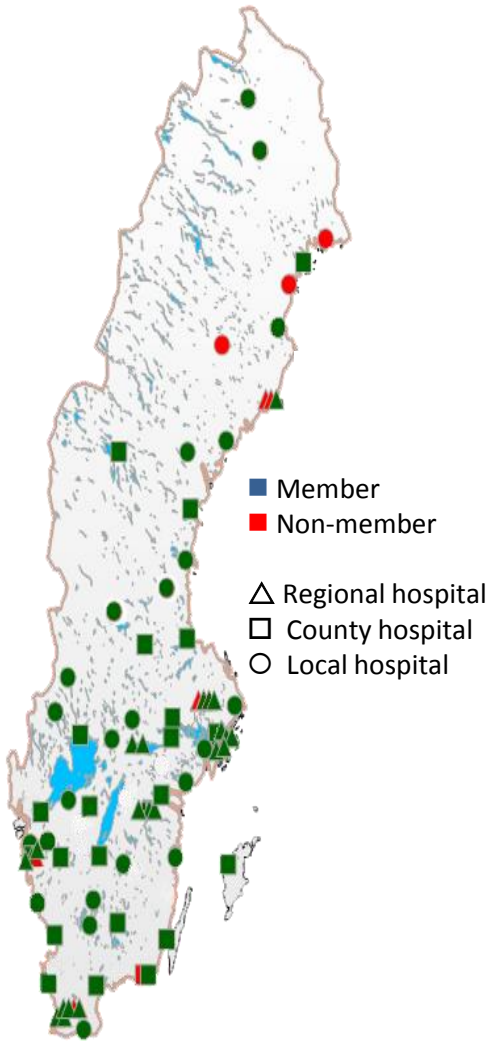


SVENSKA

INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

The Swedish Intensive Care Registry



Influence of missing physiologic variables on performance of the SAPS3 outcome prediction model

Lars Engerström

Thomas Nolin

Caroline L Mårdh

Folke Sjöberg

Göran Karlström

Mats Fredrikson

Sten Walther

on behalf of the Swedish Intensive Care Registry

<http://www.icuregswe.org>

Introduction:

- Missing physiologic data are presumed to have normal values in the SAPS3 model allowing calculation of the probability of hospital death
- What is the effect of missing physiologic data on performance of the SAPS3 model?

Aim of the study

- To examine the influence of missing physiologic variables on SAPS3 model performance using routinely collected patient records in the Swedish Intensive Care Registry

Material (I):

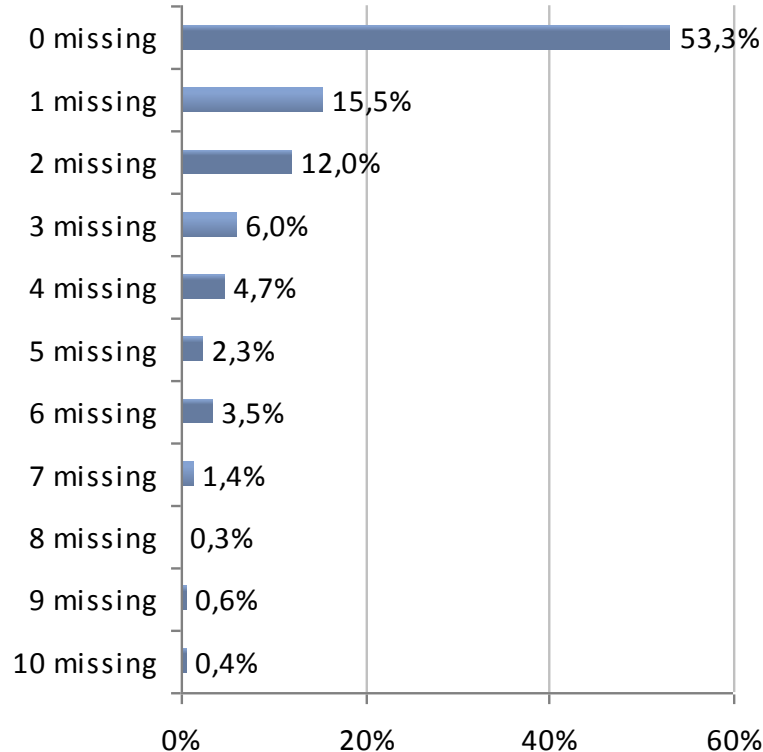
Basic dataset (45 ICUs, 31 647 patient records, 2009-2010)

Gender (male / female)	56.9% / 43.1%
Age, years (median, IQR)	64 (46 – 75)
SAPS3 score (median, IQR)	52 (41 – 64)
SAPS3 probability (median, IQR)	0.21 (0.07 – 0.44)
Length of stay in ICU, hrs (median, IQR)	24 (12 – 59)
ICU mortality	8.9%
Hospital mortality	Not known
30-day mortality	17.9%

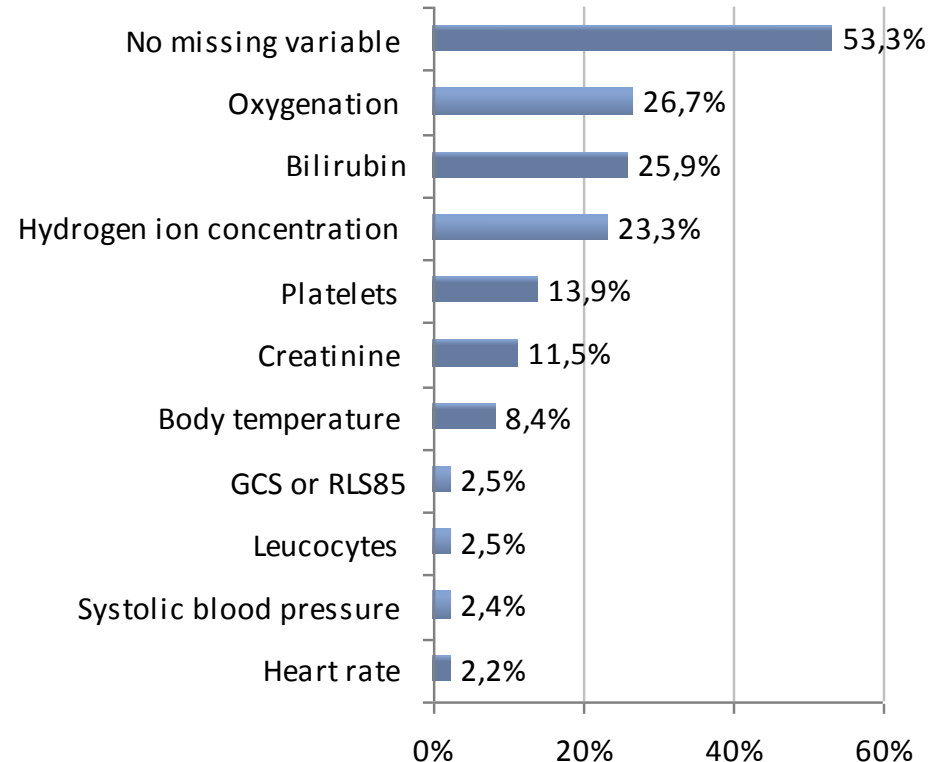
Material (II):

Proportion of missing physiologic variables

Number missing per patient record



Missing specific variables



Sum greater than 100% since more than one variable may be missing. GCS is Glasgow Coma Scale, RLS85 is Reaction Level Scale 85

Methods (II)

measures of model performance:

- Accuracy

Precision, mått på prediktionsfelet

- Brier's score

Perfect prediction: Brier = 0, hedged prediction ('50/50'): Brier = 0.25

- Discrimination

Klassificeringsförmåga, separera de som överlever från de som dör

- c index (area under the receiver operating characteristics curve)

Perfect discrimination: $c = 1$, no discrimination: $c = 0.5$

- Calibration

Jämförelse av förväntat och observerat antal dödsfall

- Grafisk / χ^2 goodness-of-fit
- Cox's calibration regression

Perfect calibration: Cox's α (intercept) = 0, Cox's β (slope) = 1

Methods (II)

simulation of missing variables:

☐ The selected single variable was replaced with a missing value (yielding 0 points) in as many records as had the single variable missing in the original dataset.

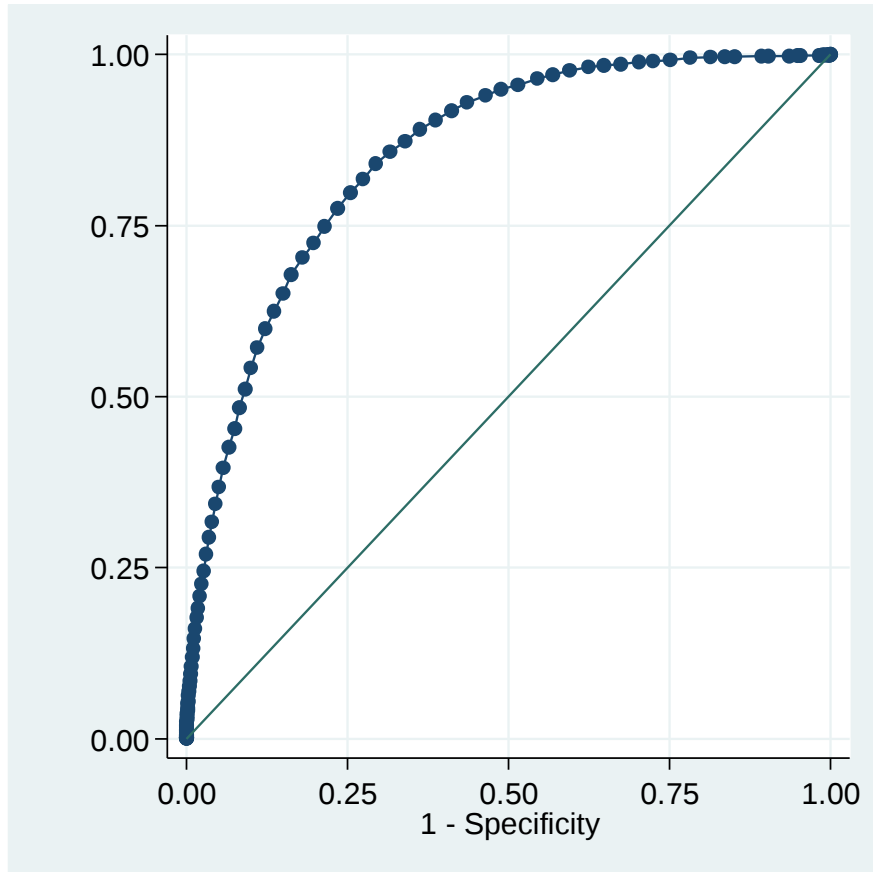
Example: The contribution of Oxygenation to the SAPS3 score in 4568 randomly chosen patient records (27 % of 16 919 complete records) was changed from

+11 to 0 points in 522 records, +7 to 0 points in 3124 records
+5 to 0 points in 451 records, 0 to 0 points in 471 records

☐ Discrimination was recalculated using records where missing data were simulated

Results (I):

Discrimination and calibration in the dataset (N=31 647)



Discrimination:
c index = 0.853

Arean under ROC-kurvan

Modellens förmåga att separera friska från sjuka



FAKTARUTA 13.1

* Klassificeringsförmåga enligt arean under ROC-kurvan

Följande tumregler kan användas för att bedöma klassificeringsförmågan hos ett diagnostiskt test utifrån arean under ROC-kurvan.

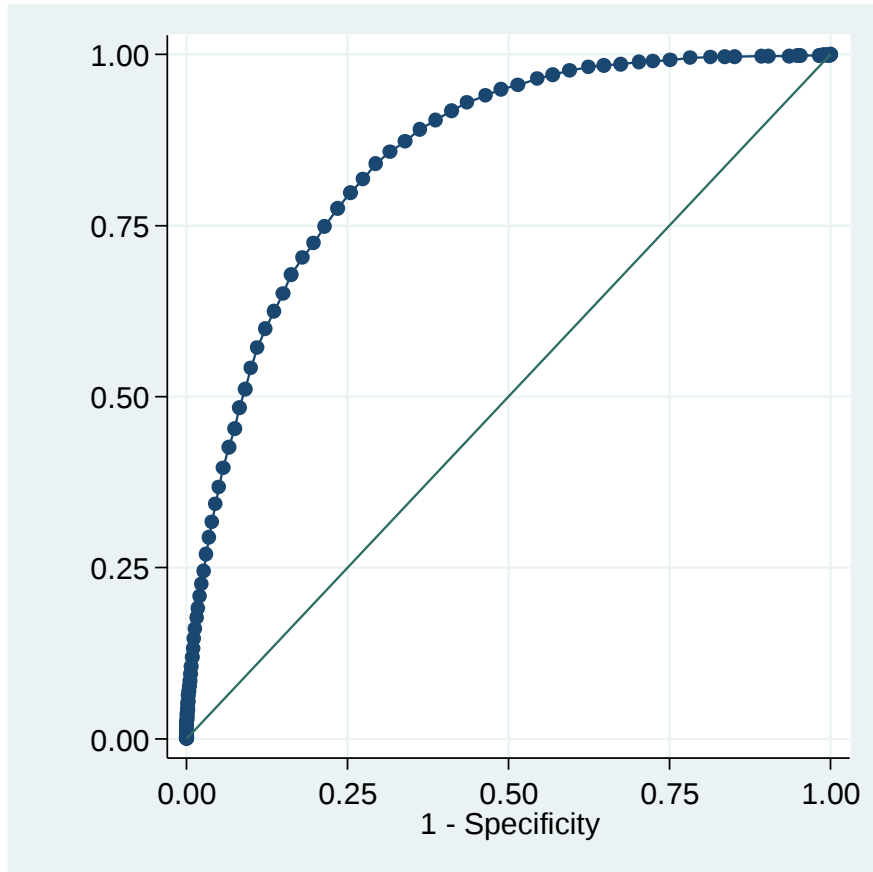
- $\leq 0,5$ Slumpmässig klassning minst lika bra
- $\geq 0,7$ Acceptabel
- $\geq 0,8$ Utmärkt
- $\geq 0,9$ Utomordentlig

Som alltid gäller det att använda tumregler med förnuft. Ytterst är det den aktuella tillämpningen och ROC-kurvans exakta form som avgör vad som är tillräckligt god klassificeringsförmåga.

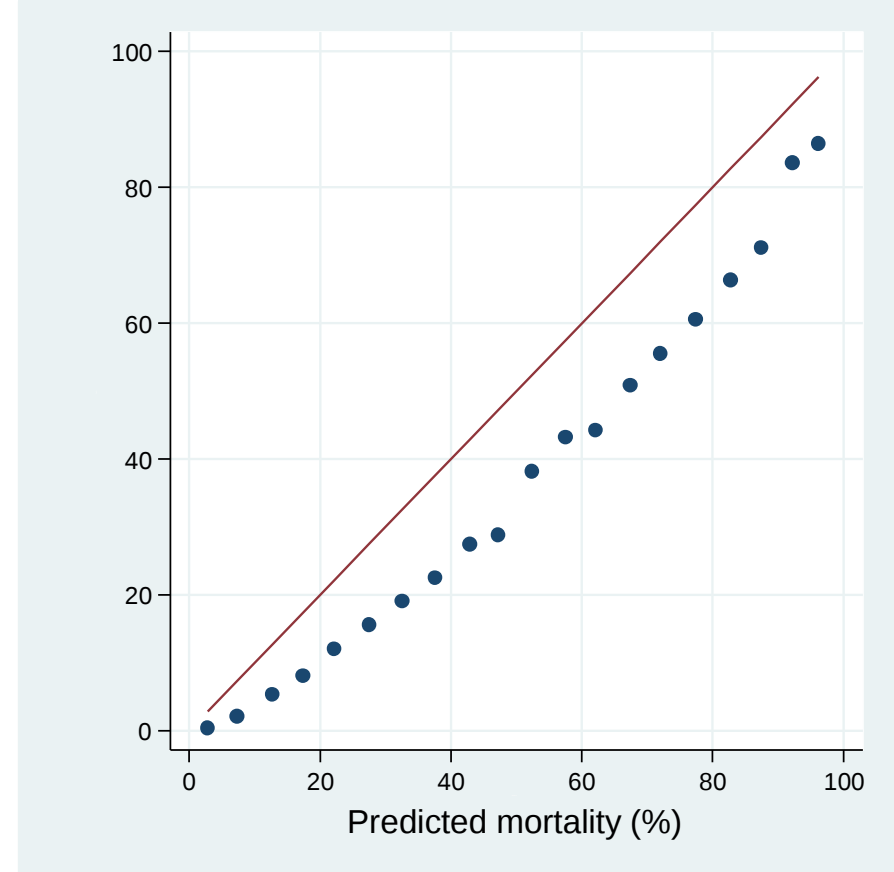
(Björk , Liber 2011)

Results (I):

Discrimination and calibration in the dataset (N=31 647)



Discrimination:
c index = 0.853



Calibration:
Cox's α (intercept) = -0.76
Cox's β (slope) = 1.08

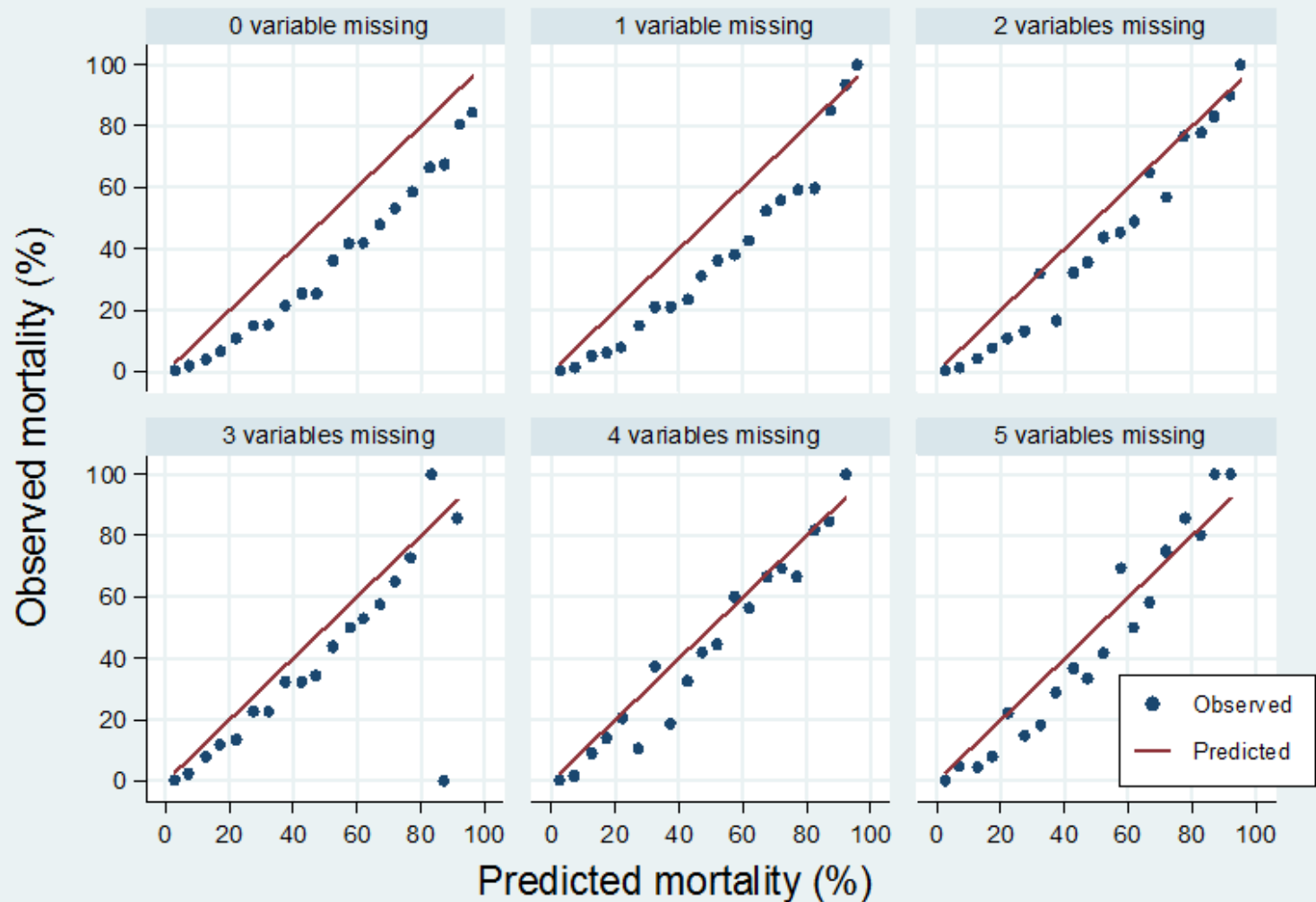
Results (II):

Performance by numbers of missing variables

	Patient records	Accuracy	Discrimination	Calibration Intercept	Slope
0 missing	16 919	0.144	0.834	-0.86	1.06
1 missing	4 855	0.110	0.866	-0.82	1.17
2 missing	3 788	0.073	0.890	-0.50	1.34
3 missing	1 882	0.081	0.874	-0.33	1.21
4 missing	1 491	0.106	0.861	-0.28	1.21
5 missing	702	0.088	0.872	-0.24	1.26
6 missing	1 107	0.076	0.896	0.30	1.48
7 missing	453	0.090	0.902	1.03	1.58
8 missing	96	0.108	0.868	0.83	1.38
9 missing	179	0.096	0.864	0.88	1.38
10 missing	120	0.117	0.726	-0.40	0.69

Results (II):

Calibration plots



Results (III):

Performance with single variable missing

	Patient records	Accuracy	Discrimination	Calibration Intercept	Slope
No missing variable	16 919	0.144	0.834	-0.86	1.06
GCS or RLS85	279	0.159	0.770	-0.83	0.84
Bilirubin	1962	0.129	0.856	-0.87	1.23
Body temperature	521	0.127	0.856	-0.72	1.08
Creatinine	53	0.125	0.898	-1.22	1.33
Heart rate	9	0.245	0.525	0.09	0.50
Leucocytes	75	0.098	0.912	-1.82	1.48
Hydrogen ion conc.	350	0.082	0.895	-0.70	1.23
Platelets	139	0.147	0.828	-0.46	1.08
Syst. blood pressure	22	0.136	0.715	-0.81	0.66
Oxygenation	1443	0.070	0.890	-0.87	1.22

Results (IV):

Comparison of discrimination between the original missing data and simulated missing data

Missing variable	Dataset	Accuracy	Discrimination
No missing data	Primary	0.14 (0.14-0.15)	0.83 (0.83-0.84)
GCS or RLS85 only	Primary	0.15 (0.13-0.18)	0.80 (0.74-0.86)
	Simulated	0.15 (0.13- 0.18)	0.78 (0.72-0.85)
Bilirubin only	Primary	0.13 (0.12-0.14)	0.86 (0.84-0.88)
	Simulated	0.15 (0.14-0.16)	0.83(0.81-0.85)
Oxygenation only	Primary	0.07 (0.06-0.07)	0.91 (0.88-0.93)
	Simulated	0.14 (0.13- 0.15)	0.82 (0.80-0.85)
Hydrogen ion only	Primary	0.08 (0.07-0.10)	0.89 (0.84-0.95)
	Simulated	0.13 (0.11-0.15)	0.86 (0.82-0.91)

Conclusion:

- Limited influence of missing physiologic data on SAPS3 model performance
- Missing physiologic data is NOT a random event

Perspective

- Develop sampling routines to reduce missing data
- Customization necessary to improve accuracy and calibration



SVENSKA

INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Malin Banck*/Folke Sjöberg/Sten Walther/Göran Karlström/Thomas Nolin/ Silvana Naredi/Caroline Mårdh/Lotti Orvelius/Carolina Samuelsson*,

Svenska Intensivvårdsregistret, Karlstad *och Hallands sjukhus Region Halland

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Varför?

- Inom **kardiologin** påvisades för ca 10 år sedan en könsojämlig behandling vid akut koronart syndrom, till kvinnors nackdel.
- **Experimentella data** har visat att kvinnligt könshormon är förknippat med en överlevnadsfördel vid tex trauma, stor blödning och sepsis.
- I **epidemiologiska studier** är resultaten inte lika entydiga.
- Hur ser det ut inom **svensk intensivvård**?

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Malin Lindskog*, Folke Sjöberg, Sten Walther, Göran Karlström, Thomas Nolin, Silvana Naredi, Caroline Mårdh, Lotti Orvelius, Carolina Samuelsson *
Svenska Intensivvårdsregistret, Karlstad och *Hallands sjukhus Halmstad Region Halland

Vad är jämlig vård?

- Horisontell rättvisa -
lika vårdbehov ska ge lika vård.
- Vertikal rättvisa –
större vårdbehov ska medföra mera vård.

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Malin Lindskog*, Folke Sjöberg, Sten Walther, Göran Karlström, Thomas Nolin, Silvana Naredi, Caroline Mårdh, Lotti Orvelius, Carolina Samuelsson *
Svenska Intensivvårdsregistret, Karlstad och *Hallands sjukhus Halmstad Region Halland

Hypotes:

1. Kvinnor och män har samma sjukdomsgrad när de blir föremål för intensivvård
2. Kvinnor och män får vård av samma omfattning (tid, resurser) för samma sjukdomsgrad
3. Kvinnor och män har samma utfall (mätt som riskjusterad mortalitet) efter intensivvård
4. Kvinnor i fertil ålder har en riskjusterad överlevnadsfördel efter intensivvård jämfört med män

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Metod

- Utdrag ur SIR från perioden januari 2009 – mars 2011.
- 55 521 vårdtillfällen från 57 IVA avdelningar på 48 sjukhus.
- Sjukdomsgrad mättes med EMR
- Vårdens omfattning bedömdes med:
 - Vårdtid (VT)
 - VTS
 - Vårdintensitet (VTS/VT)
- Utfall:
 - IVA-mortalitet
 - 30- och 90dgr mortalitet
 - SMR (OMR30dgr/EMR)

Metod

- Subgruppering efter

- Sjukdomsgrad $EMR \leq 20\%$, $EMR 21-79\%$, $EMR \geq 80\%$
- Ålder ≤ 45 år, >45 år.

- Logistisk regression, med kontroll för ålder och sjukdomsgrad genomfördes för att jämföra 30-dagars mortalitet mellan kvinnor och män.

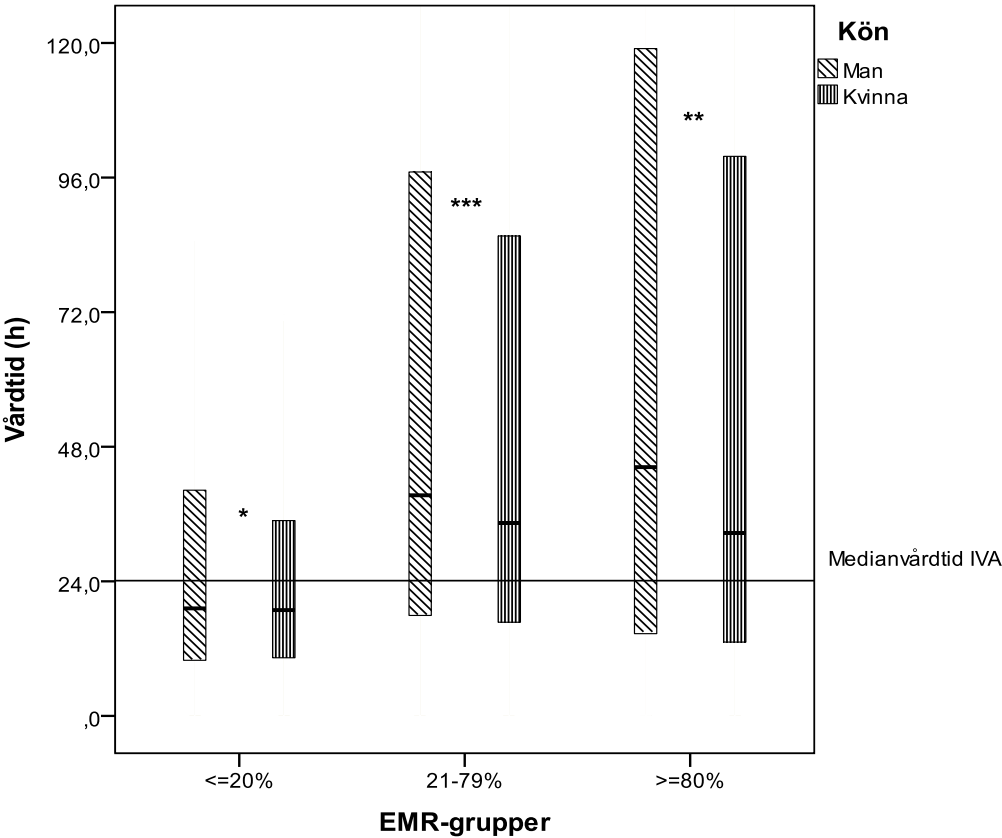
Är svensk intensivvård könsjämlig?

Malin Lindskog*, Folke Sjöberg, Sten Walther, Göran Karlström, Thomas Nolin, Silvana Naredi, Caroline Mårdh, Lotti Orvelius, Carolina Samuelsson *
Svenska Intensivvårdsregistret, Karlstad och *Hallands sjukhus Halmstad Region Halland

Resultat

- 1.Män är sjukare än kvinnor när de skrivs in på IVA
- 2.Män konsumerar mer intensivvård och vårdas längre på IVA.

Män konsumerar mer intensivvård och vårdas längre på IVA



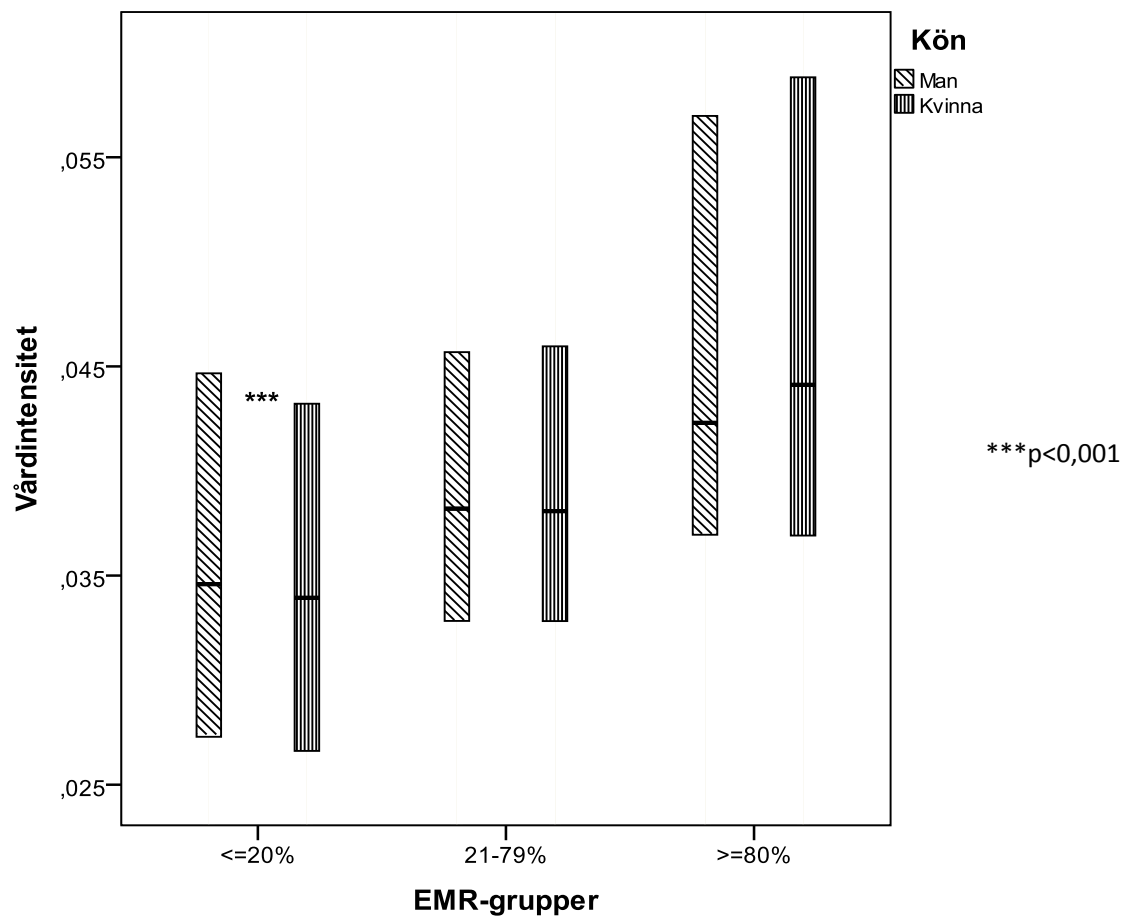
p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Resultat

- 1.Män är sjukare än kvinnor när de skrivs in på IVA
- 2.Högre vårdintensitet för män än för kvinnor i den friskaste gruppen

Högre vårdintensitet för män än för kvinnor i den friskaste gruppen

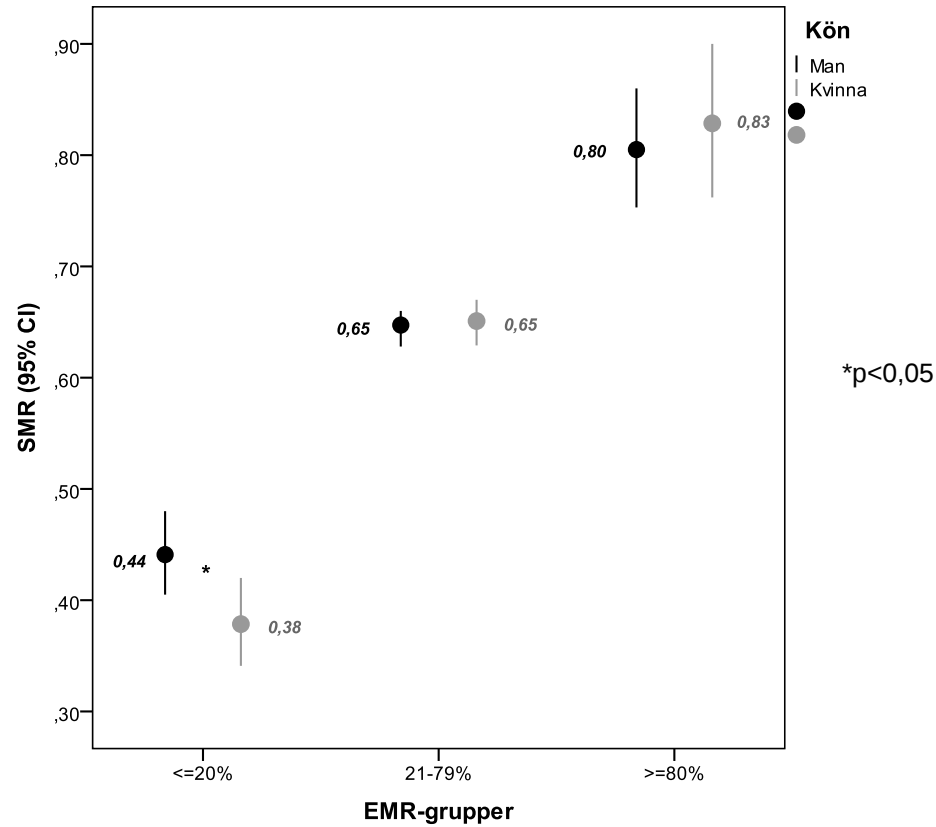


Är svensk intensivvård könsjämlig?

Resultat

- 1.Män är sjukare än kvinnor när de skrivs in på IVA
- 2.Män konsumerar mer intensivvård och vårdas längre på IVA.
Högre vårdintensitet för män än för kvinnor i den friskaste gruppen
- 3.Män och kvinnor har samma riskjusterade mortalitet efter intensivvård men subgruppering visar på skillnader

Män och kvinnor har samma riskjusterade mortalitet efter intensivvård men subgruppering visar på skillnader



Är svensk intensivvård könsjämlig?

Resultat - vad fann vi?

- 1.Män är sjukare än kvinnor när de skrivs in på IVA
- 2.Män konsumerar mer intensivvård och vårdas längre på IVA.
Högre vårdintensitet för män än för kvinnor i den friskaste gruppen
- 3.Män och kvinnor har samma riskjusterade mortalitet efter intensivvård men subgruppering visar på skillnader
- 4.Intensivvårdade kvinnor i fertil ålder (16-45 år) har lägre mortalitet än jämngamla män.

Är svensk intensivvård könsjämlig?

Diskussion – vad innebär resultaten?

- Horisontell orättvisa?
- ...men vertikal rättvisa?
- Generell överlevnadsfördel hos unga kvinnor – eller diagnosspecifik?
- Ska kön ingå i SAPS3?
- Är biologiska skillnader förklaringen?
- eller kan dagens vård inte tillse individers olika behov på rätt sätt?



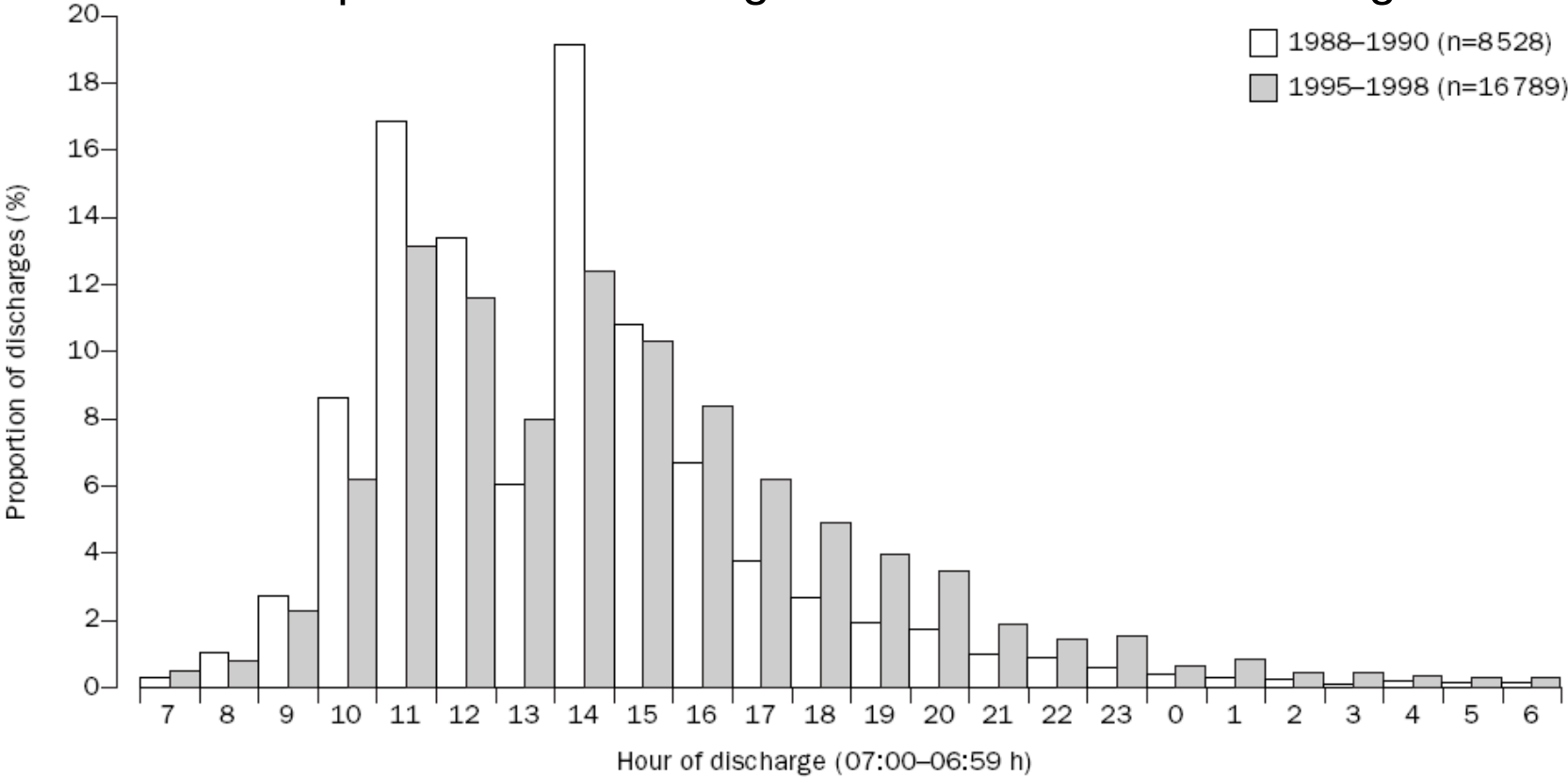
SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR



Nattlig utskrivning $(SW)^2$ med flera

C Goldfrad, K Rowan

Consequences of discharges from intensive care at night

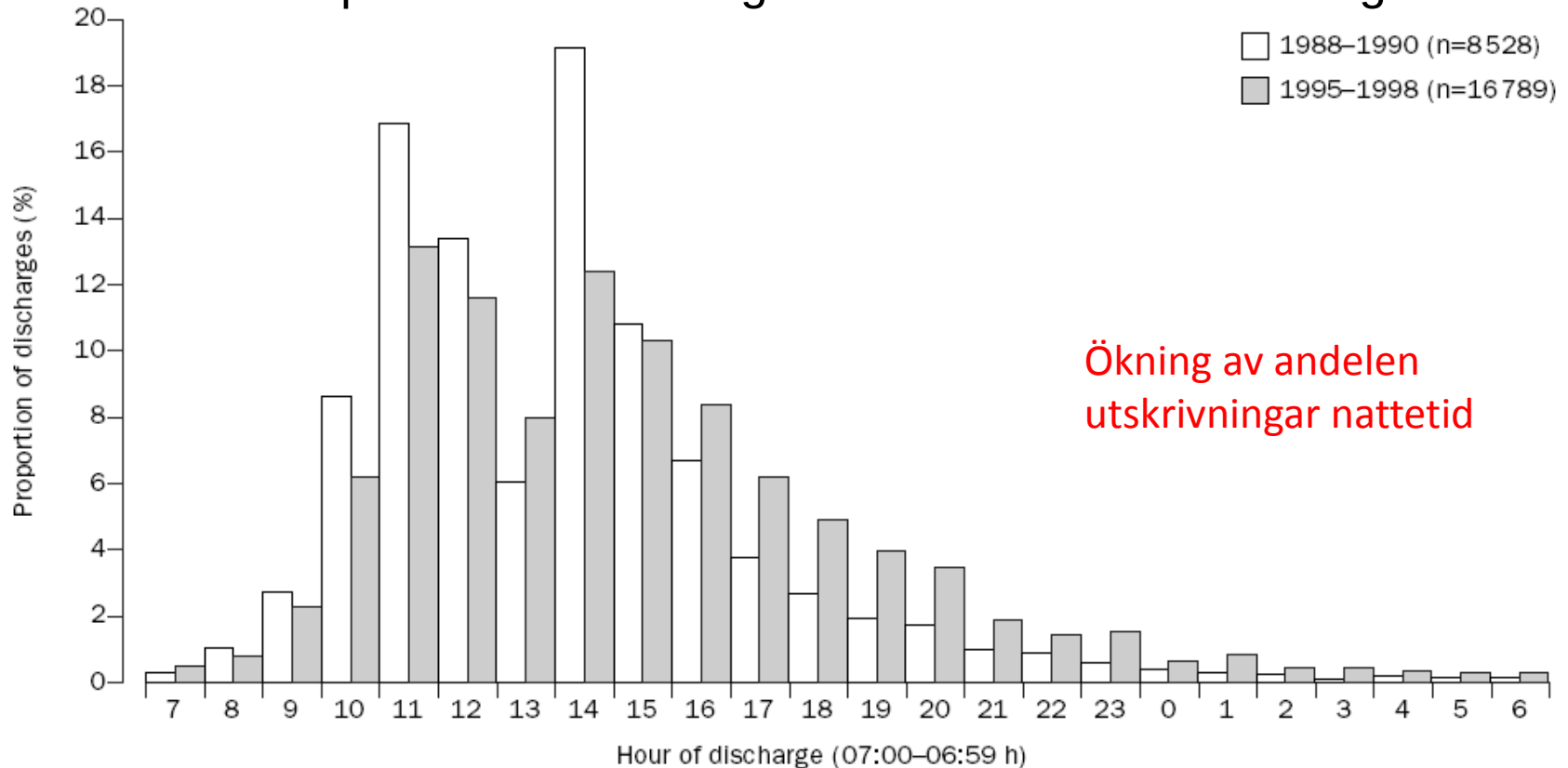


Proportion of discharges by hour for ICUs in UK APACHE II study compared with CMPD

Det började på ICNARC

C Goldfrad, K Rowan

Consequences of discharges from intensive care at night



Proportion of discharges by hour for ICUs in UK APACHE II study compared with CMPD

Det började på ICNARC

C Goldfrad, K Rowan

Consequences of discharges from intensive care at night

Definition of night	OR (95% CI)
2200–0659 h	
Crude*	1.46 (1.18–1.80)
Case-mix adjusted*	1.33 (1.06–1.65)
After adjustment for premature discharge	1.17 (0.92–1.49)†

*Ultimate hospital mortality for night versus day discharges.

Table 5: **Outcome for night versus day discharges—impact of premature discharge**

Det började på ICNARC

C Goldfrad, K Rowan

Consequences of discharges from intensive care at night

Definition of night	OR (95% CI)
2200–0659 h	
Crude*	1.46 (1.18–1.80)
Case-mix adjusted*	1.33 (1.06–1.65)
After adjustment for premature discharge	1.17 (0.92–1.49)†
0000–0459 h	
Crude*	1.62 (1.19–2.21)
Case-mix adjusted*	1.53 (1.11–2.13)
After adjustment for premature discharge	1.33 (0.95–1.87)

*Ultimate hospital mortality for night versus day discharges.

Table 5: **Outcome for night versus day discharges – impact of premature discharge**

‘In the dead of the night’

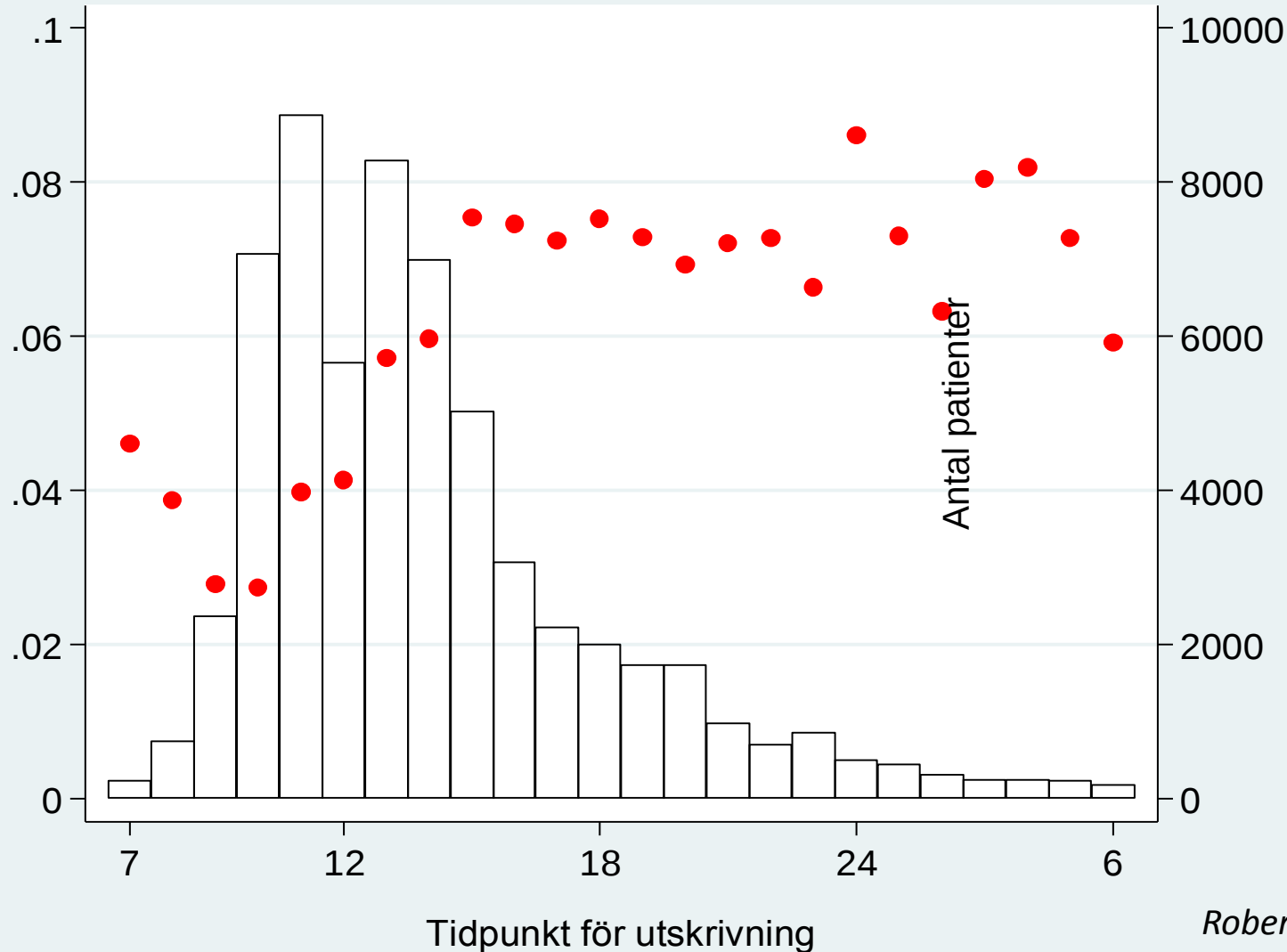
Risk, odds, oddskvot

	Antal patienter	Antal dödsfall	Risk	Odds
Utskriven dagtid	21 000	2 100	2100/21000 (0.100)	2100/18900 (0.111)
Utskriven nattetid	1 600	190	190/1600 (0.119)	190/1410 (0.135)

Oddskvot: $0.135 / 0.111 = 1.216$ (95% CI: 1.032 – 1.425)

*Rekommenderad läsning:
Malmquist, Läkartidn 2002;99:751-6*

SIR 2002-2005



SIR 2002-2005

Död inom 7 d

Utskrivning **nattetid vs. dagtid**

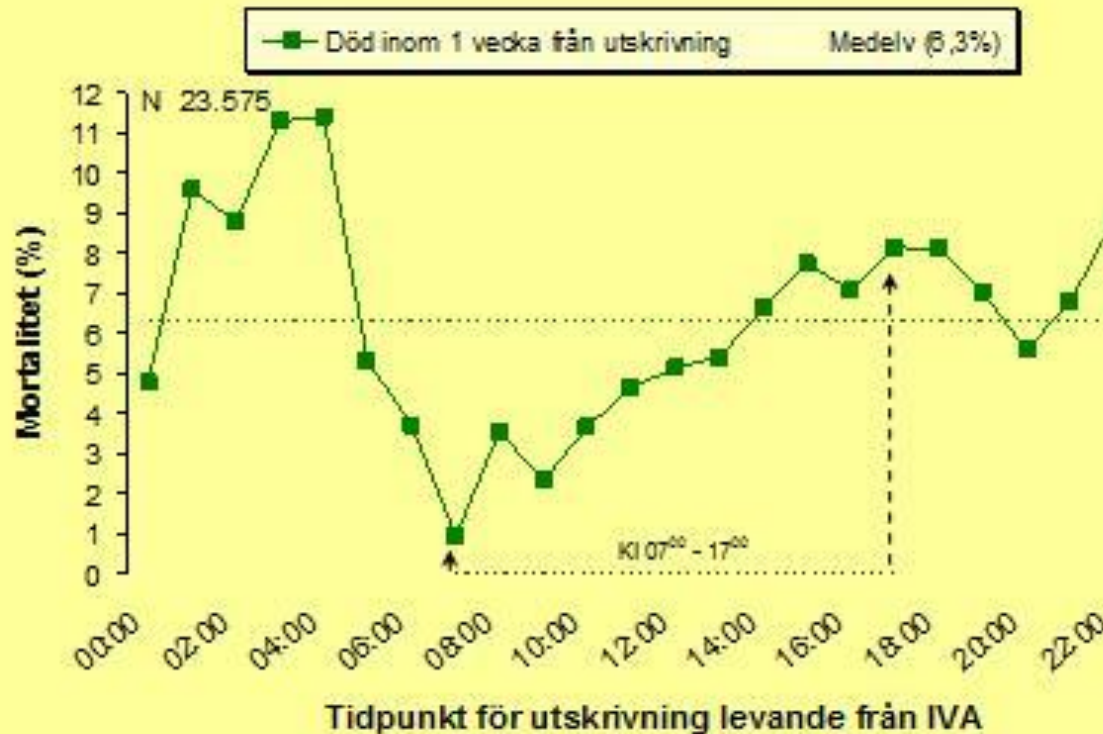
	Odds kvot (95 % c.i.)
Rå risk	1.37 (1.21 – 1.55)
Ålders justerad	1.64 (1.44 – 1.87)
APACHE II riskjusterad	1.45 (1.20 – 1.76)
Ålders och APACHE II justerad	1.61 (1.33 – 1.96)

Översatt i mer vanliga termer:

		Riskökning	NNK
80 år		från 11 till 17 %	17
70 år	30 % förväntad mortalitet	från 4 till 11 %	14
58 år	19 % förväntad mortalitet	från 3 till 5 %	54

SIR:s årsrapport 2006

Tidpunkt för utskrivning & vårdresultat



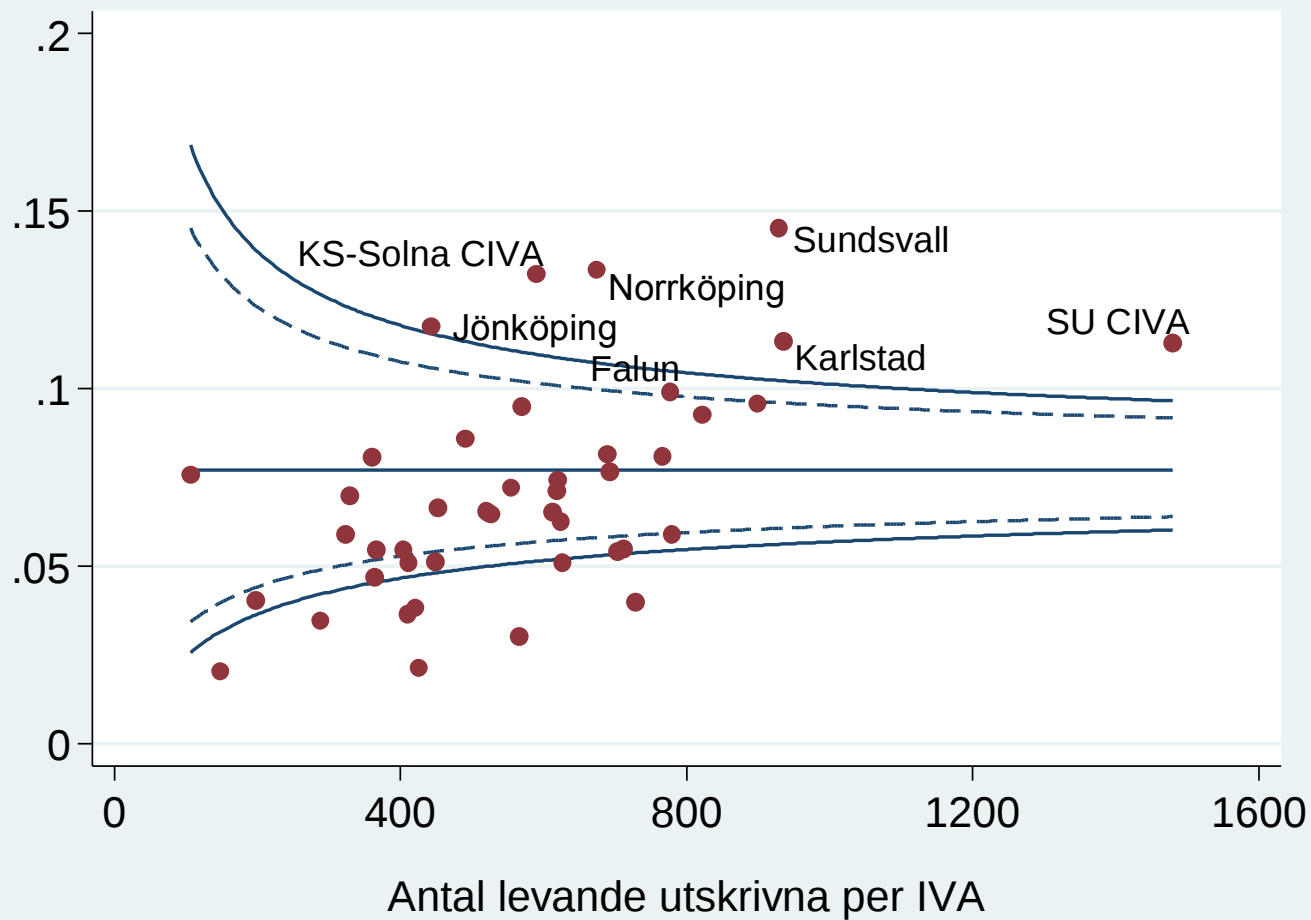
2007-10-01

SIR:s årsrapport 2006

Innehåll

256

SIR:s årsrapport 2007



SIR årsrapport 2007



SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2012

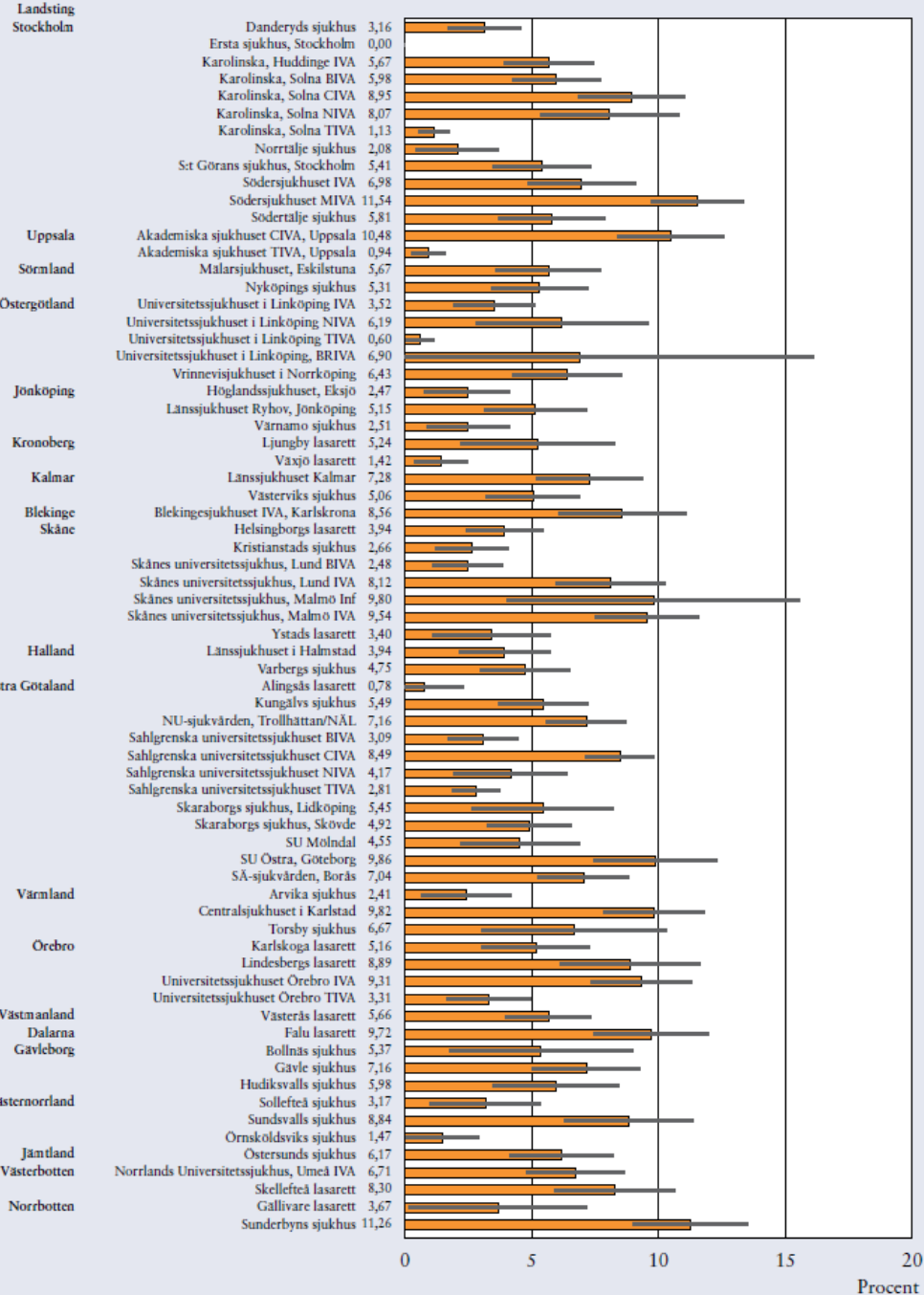
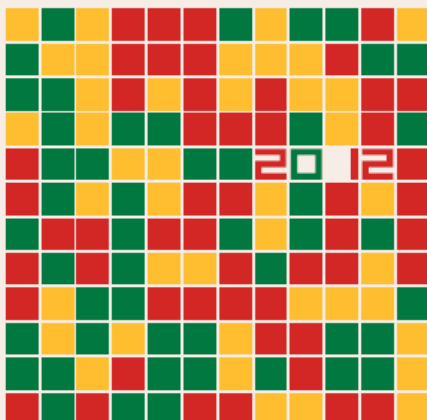
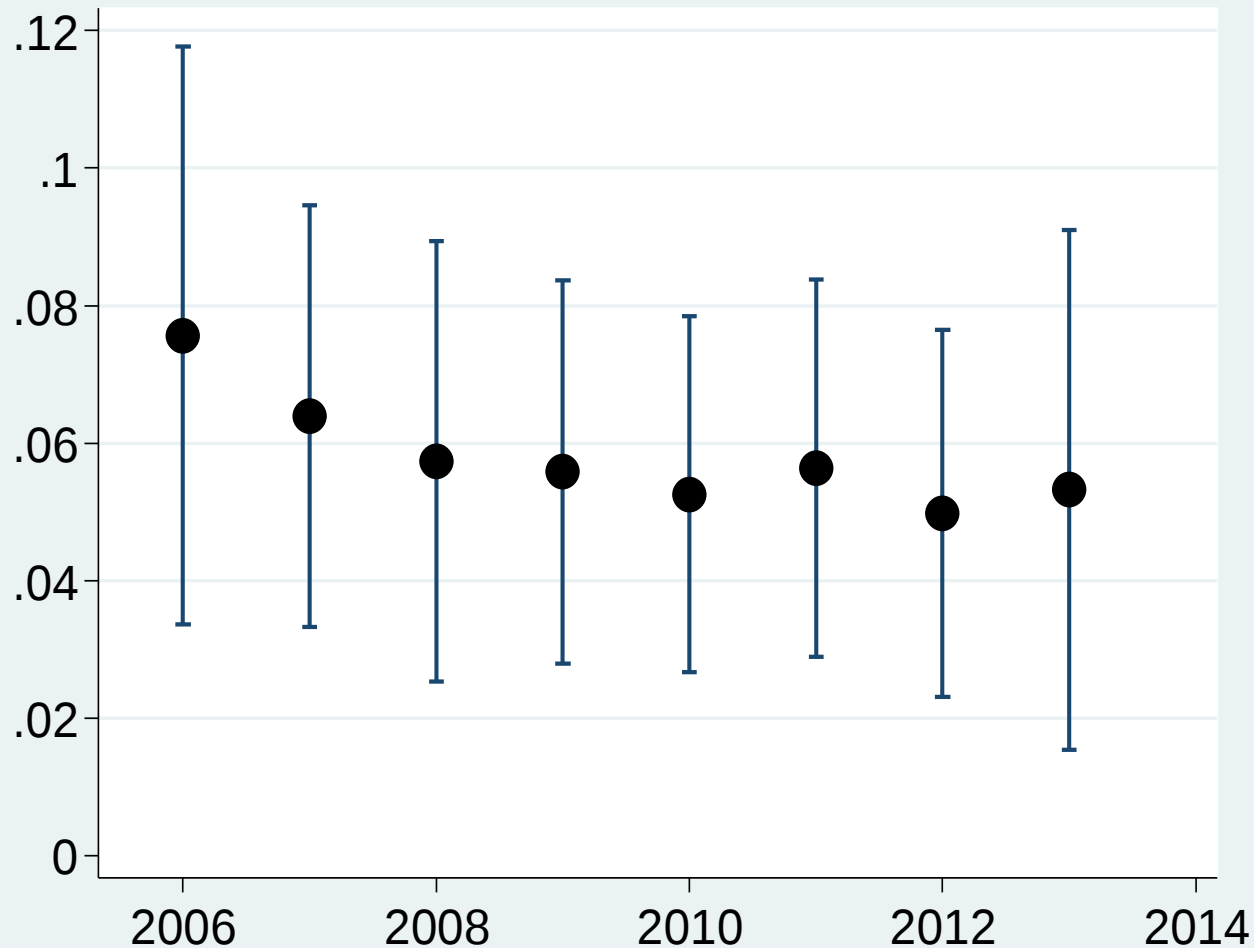


Diagram 161
Sjukhus

Andel patienter som skrevs ut nattetid från
intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2011.

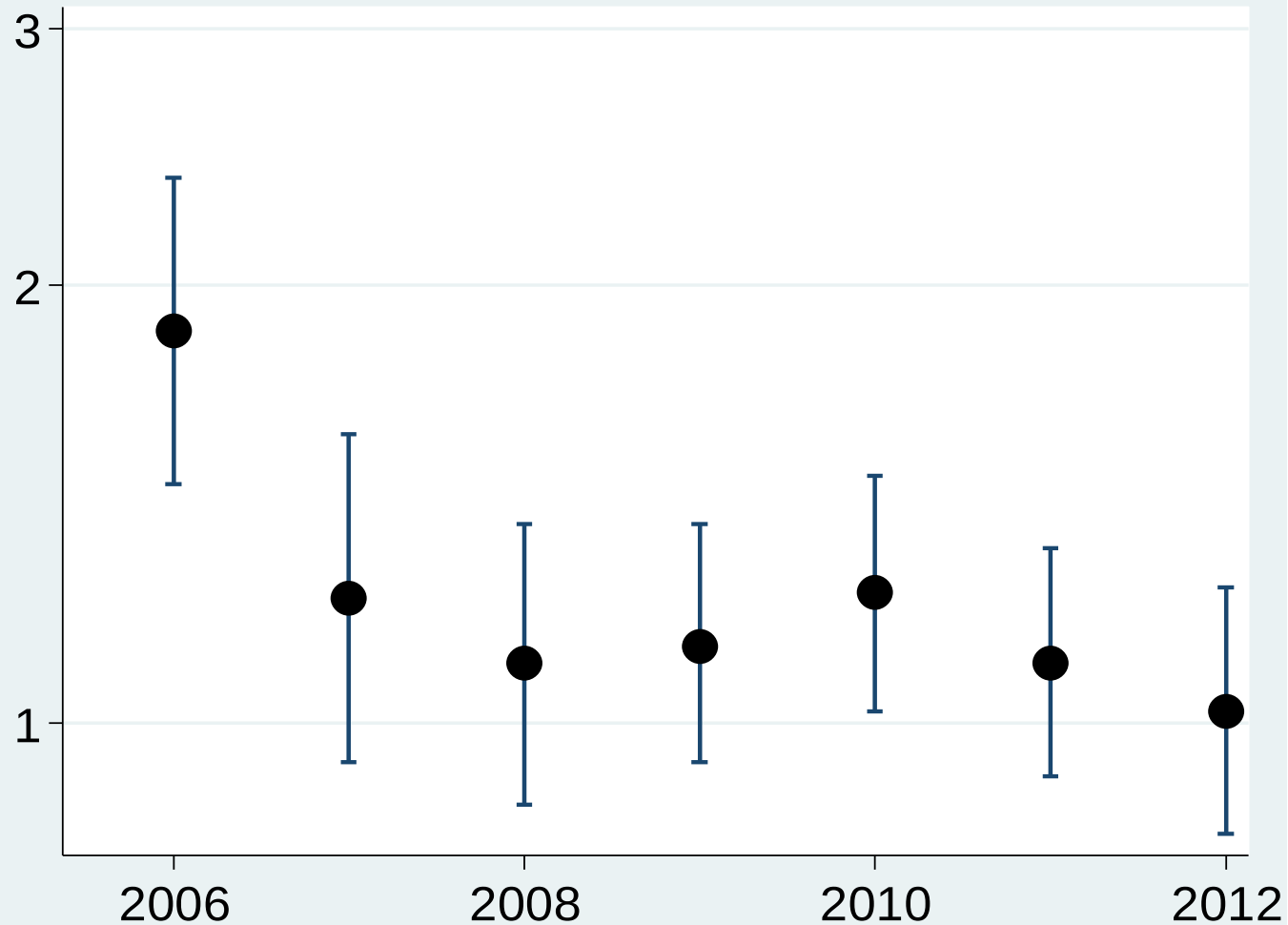
Nattlig utskrivning 2006-13



[illegible]

NATTUT 2006-2012		Odds kvot (död 30 d efter utskrivn)
Modell 1 (N=149 099)	Nattut vs. dagut	1.18
	Ålder, per år	1.04
	Risk (APACHE/SAPS3), per 0.10	1.04
Modell 2 (N=149 099)	Nattut vs. dagut	1.18
	Ålder, per år	1.04
	Risk (APACHE/SAPS3), per 0.10	1.03
	Sjukhustyp	
	Länsdelssjukhus	1.00
	Länssjukhus	1.05
	Regionsjukhus	1.00
	Inskrivningsår, per år	0.96

Nattlig utskrivning 2006-12



Dags för ett nytt begrepp?

- Planerad resp. oplanerad utskrivning
- Utskriven för att omedelbart bereda plats för ny patient
- Beläggningsrelaterad utskrivning
-

Dags att säga 'God natt' till Nattlig utskrivning som Q indikator?



Upprop från SKL



Dnr:13/1559

VÄLKOMMEN

Att använda Nationella Kvalitetsregister i ST- utbildningen

Sveriges Kommuner och Landsting startar nu ett projekt som vänder sig till ST-läkare som vill använda data ur kvalitetsregister i sitt obligatoriska förbättringsarbete under utbildningen.

Upprop från SKL



Dnr:13/1559

VÄLKOMMEN

Att använda Nationella Kvalitetsregister i ST- utbildningen

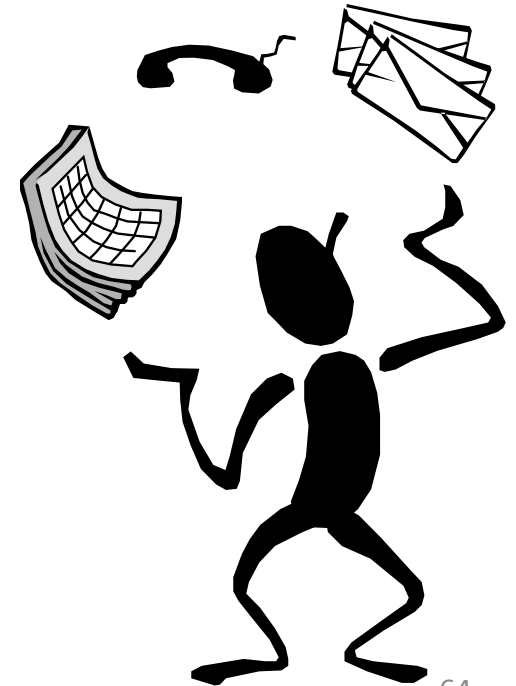
**Ansökanska vara SKL
tillhanda senast den 5 april 2013**

Sveriges Kommuner och Landsting startar nu ett projekt som vänder sig till ST-läkare som vill använda data ur kvalitetsregister i sitt obligatoriska förbättringsarbete under utbildningen.

Forskning och vårdutveckling med data från SIR

Nationell anpassning av processen och handlingar för FOU-ansökningar

Folke Sjöberg
Professor FoU SIR



Patientdatalagen (PDL)

- PDL 7. Kap § 4-5 Kvalitetsregisters ändamål
 - 4 § I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att
 - systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.
 - 5 § Personuppgifter som behandlas för de ändamål som anges i 4 § får också behandlas för ändamålen
 - 1. framställning av statistik,
 - 2. forskning inom hälso- och sjukvården,
 - 3. utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1 och 2 eller i 4 §, och
 - 4. fullgörande av annan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning än den som anges i 15 kap. 5 § sekretesslagen (1980:100).

FoU i SIR – Forskning med SIR data

SIRS Hemsida

FoU-ansökningar - SIR-Svenska Intensivvårdsregistret



In English | Webbarta | Frågor och svar | Beläggning | Logga in

Svenska Intensivvårdsregistret - SIR

Start | Nyheter | Riktlinjer | Utdata | Kunskapsutbyte | Webbformulär | Om Intensivvård | **Om SIR** | Medlemsidor

Start / Om SIR / FoU-ansökningar

Om SIR

Ekonomisk kontaktinformation

Etiskt reglemente

FoU-ansökningar

FoU-grupp

FoU-projekt

Information till besökare

IT-grupp

IT-policy

IVA-STRAMA

Kontaktvägar och Webbredaktion

Media - kontaktinformation

Minnesanteckningar från Årsmöten,
SIR-styrelse och arbetsgrupper

Om webbplatsen

Ordförande

FoU-ansökningar

SIR är positiv till att registerdata används för forskningsändamål. Varje ansökan granskas och kräver en formell ansökan

SIR välkomnar förslag till forskning på data ur registret. Forskning är ett av de syften som finns bakom kvalitetsregistren utöver det grundläggande att förbättra vårdens kvalitet.

SIR har försökt beskriva hur vi ser på forskningsansökningar och processen runt dem för den som är intresserad. I dokumentet riktlinje ges en översikt kring de två olika ansökningar SIR har definierat och något om hur de hanteras.

I rutan till höger kan du ladda ned SIR:s blankett som du använder för ansökan om datauttag. Godkänd forskningsetisk ansökan är en förutsättning för att ansökan beviljas, men det går naturligtvis bra att höra sig för allmänt redan innan en sådan ansökan gjorts.

Ansvarig för FoU-ansökningarna är sammankallande för FoU-gruppen Folke Sjöberg, Linköping.

Alla ansökningar skall insändas till sir@icuregswe.org

Skribent: [Göran Karlström](#)

Senast uppdaterad: 2012-01-25 18:29 | Kategori: Information, Information, Organization

 Skriv ut

Ladda ned blankett för ansökan om Datauttag från SIR

SIR har en särskild blankett för den som önskar göra ett FoU-uttag från SIR. Endast komplett ifyllda ansökningar beaktas. Det är viktigt att ge kontaktvägar till sökanden för att ge goda förutsättningar för snabb hantering. Bifoga övrig dokumentation som är aktuell, men dessa kan aldrig ersätta blanketten som finns nedan. Forskningsetiskt godkännande är nödvändigt för att en ansökan skall beviljas och kopia på godkännandet skall insändas till SIR.

Allt korrespondens med SIR sker till sir@icuregswe.org

[Ansökningsblankett](#) för datauttag

[Riktlinje](#) som beskriver olika typer av FoU-ansökningar och hur de hanteras.

FoU i SIR – Forskning med SIR data

SIRS Hemsida

Ladda ned blankett för ansökan om Datauttag från SIR

SIR har en särskild blankett för den som önskar göra ett FoU-uttag från SIR. Endast komplett ifyllda ansökningar beaktas. Det är viktigt att ge kontaktvägar till sökanden för att ge goda förutsättningar för snabb hantering. Bifoga övrig dokumentation som är aktuell, men dessa kan aldrig ersätta blanketten som finns nedan. Forskningsetiskt godkännande är nödvändigt för att en ansökan skall beviljas och kopia på godkännandet skall insändas till SIR.

Allt korrespondens med SIR sker till
sir@icuregswe.org

Ansökningsblankett för datauttag

Riktlinje som beskriver olika typer av FoU-ansökningar och hur de hanteras.

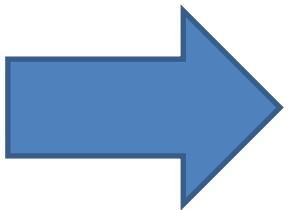
FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Rutin för FoU-ansökningar ställda till SIR

FoU-ansökningar till SIR kan ha en mycket stor spännvidd i omfattning och innehåll. De kan vara del i lokala Vårdutvecklingsprojekt men också delar av nationella eller internationella Forskningsprojekt. Denna riktlinje är till för att klargöra processens formella steg samt hur SIR behandlar ansökningar.

Ansökan skall bestå av komplett ifylld ansökningsblankett med tillhörande projektplan (bakgrund, syfte, metodik, preliminära resultat, betydelse) och skickas till sir@icuregswe.org

- Vårdutveckling
 - Forskningsprojekt
- 
- Vad för data som efterfrågas
 - Och hur data skall hanteras

Enkel ansökan (A) – Utvidgad ansökan (B)

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Enkel ansökan (A):

Typfallet för en enkel ansökan kan vara att en avdelning ingående i SIR vill ha tillgång till egna samlade data avseende någon åtgärd eller vårdtider på ett sådant sätt som inte uppenbart är tillgängligt via utdataportalen. Data emot tas och ansvaras för av den egna enheten (huvudmannen). Ett annat typfall kan vara att man för en uppsats behöver enstaka faktauppgifter. Uppsatsförfattaren gör då en överenskommelse med klinikchefen om hur data hanteras. Om klinikchefen ej önskar stå som huvudman görs en utvidgad ansökan av den nya, tänkta huvudmannen (Utvidgad ansökan B).

Ansökan skall:

1. vara skriftlig (e-post går bra);
2. klart och tydligt innehålla syfte och tänkt användningssätt;
3. beskriva vem som är dataansvarig inklusive kontaktvägar
4. innehålla en detaljbekrivning av vilka data som efterfrågas.

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Enkel ansökan (A)

Beslut:

SIR:s FoU-grupp bereder ansökan och styrelsen beslutar om datautlämning. FoU-gruppen kan antingen förelägga styrelsen underlag för beslut eller föreslå att styrelsen skall genomföra en större förankringsprocess. Ärenden kan beslutas i samband med arbetsmöten eller per telefon alternativt e-post. Svar på ansökan delges sökanden per e-post snarast efter beslut.

SIR förväntar sig alltid att få ta del av rapporter och uppsatser som skrivs med hjälp från SIR och att få göra dessa tillgängliga minst för alla medlemmar. Data skickas enligt fastslagen rutin krypterat till den egna kliniken (huvudman).

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Utvidgad ansökan (B):

Detta gäller i allmänhet mer omfattande datauttag (**vanligen mer än en avdelning och annan huvudman än kliniken som är medlem i SIR**) inklusive beräkningar eller andra datatransformationer och/eller samkörningar t.ex. med andra register. Förfaringssättet är identiskt med Enkel ansökan fränsett att kravet på insänt underlag är större.

SIR:s ansökningsblankett används (finns att hämta på www.icuregswe.org) samt följande handlingar bifogas:

1. utvidgad projektbeskrivning (bakgrund; syfte/målsättning; metod/arbetssätt; ev. preliminära data och betydelse).
2. uppgifter om resursuppskattning och tidsplanering - där också den förväntade omfattningen av SIR:s insats beskrivs.
3. Den sökandes CV samt vetenskapliga meriter skall bifogas, liksom en beskrivning om förslaget ”projekt” ingår i större process. För icke disputerad förutsätts intyg att linjechef eller akademisk företrädare förklarar sig införstådd med projektet och beredd att avsätta nödvändiga resurser.

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Utvidgad ansökan (B) forts.

4. Forskningshuvudmannen garanterar att resurser och kompetens finns för projektets genomförande samt för att data hanteras på ett IT-säkert sätt.
5. Om undersökningen inbegriper samkörning med andra register skall arbetsgången beskrivas (dvs. om data kommer att avidentifieras innan utskick från SIR eller om och var i processen avidentifiering av registerdata kommer att ske).
6. Den etiska ansökan skall i sin helhet bifogas tillsammans med dokumentation på godkännandet.
7. Utöver den information som efterfrågas för enkel ansökan skall det också framgå om ansökan skall ses som ett samarbetsprojekt mellan SIR och frågeställaren och därmed hur SIR skall delta i processens genomförande och avslut. SIRs roll i resultatredovisningen specificeras.

Beredning sker på samma sätt som med enkel ansökan.

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Utvidgad ansökan (B)

Beslut:

SIR:s FoU-grupp bereder ansökan och styrelsen beslutar om datautlämning. FoU-gruppen kan antingen förelägga styrelsen underlag för beslut eller föreslå att styrelsen skall genomföra en större förankringsprocess. Beslut rörande ansökningar av denna kategori sker alltid på arbets-/styrelsemöte som protokollförs. Ett kontrakt skall upprättas mellan sökanden och SIR som klargör behov och förväntningar. Ekonomiska åtaganden, tidsplanering och ansvarsförhållanden inklusive formell ställning för SIR i projektet skall klart framgå. Kostnad, om sådan skall debiteras, fastställs i samband med beslutet och kan debiteras i förväg om styrelsen så beslutar.

FoU i SIR – Forskning med SIR data

Riktlinjen

Utvidgad ansökan (B)

Styrelsen beslutar vem som är SIR:s förhandlingspart i denna kontraktsteckning. Bindande svar på ansökan föreligger inte förrän underskrivet kontrakt finns av sökanden och SIR:s Ordförande eller Exekutivt ansvarige. Styrelsen kan formellt besluta att frågan skall föreläggas samtliga medlemmar i rådgivande syfte före beslut. Handläggningsprocessen för denna typ av ansökan förväntas vara 2-4 månader, men bör inte överstiga sex månader. SIR har som rutin att få ta del av rapporter och uppsatser baserade på SIR-data. I normalfallet görs dessa tillgängliga för medlemmarna på den egna webbplatsen som PDF-filer.

Omprövning – Överklagan av beslut

Sökande som inte är nöjd med styrelsens beslut kan begära omprövning och vidare besvärshänvisning.

