

Registreringsproblematik och tillämpning

SIR:s fortbildningskurs Saltsjöbaden 2014

Pär Lindgren
Johan Petersson

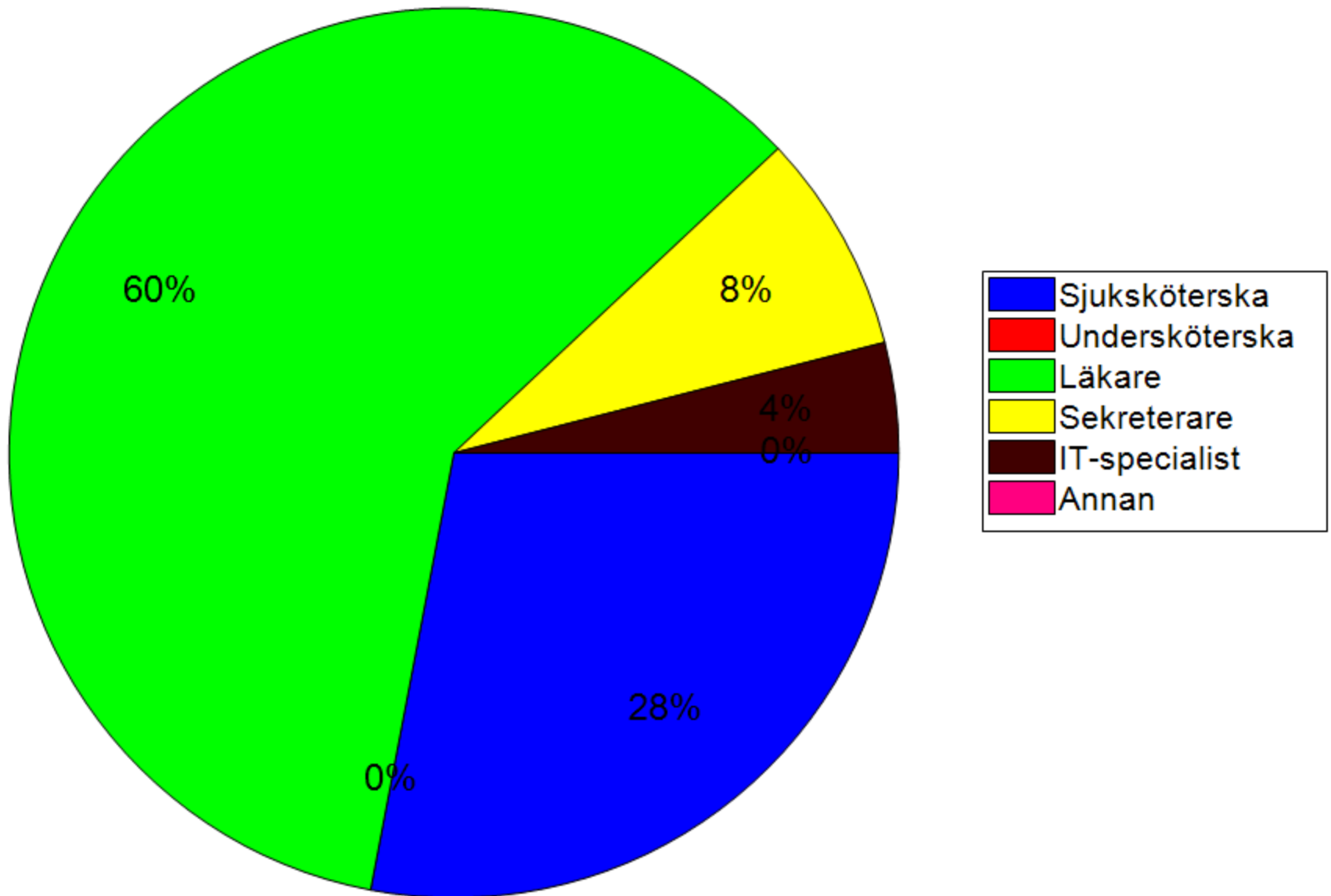


Vilken yrkeskategori tillhör du?

1. Sjuksköterska
2. Undersköterska
3. Läkare
4. Sekreterare
5. IT-specialist
6. Annan



Vilken yrkeskategorori tillhör du?



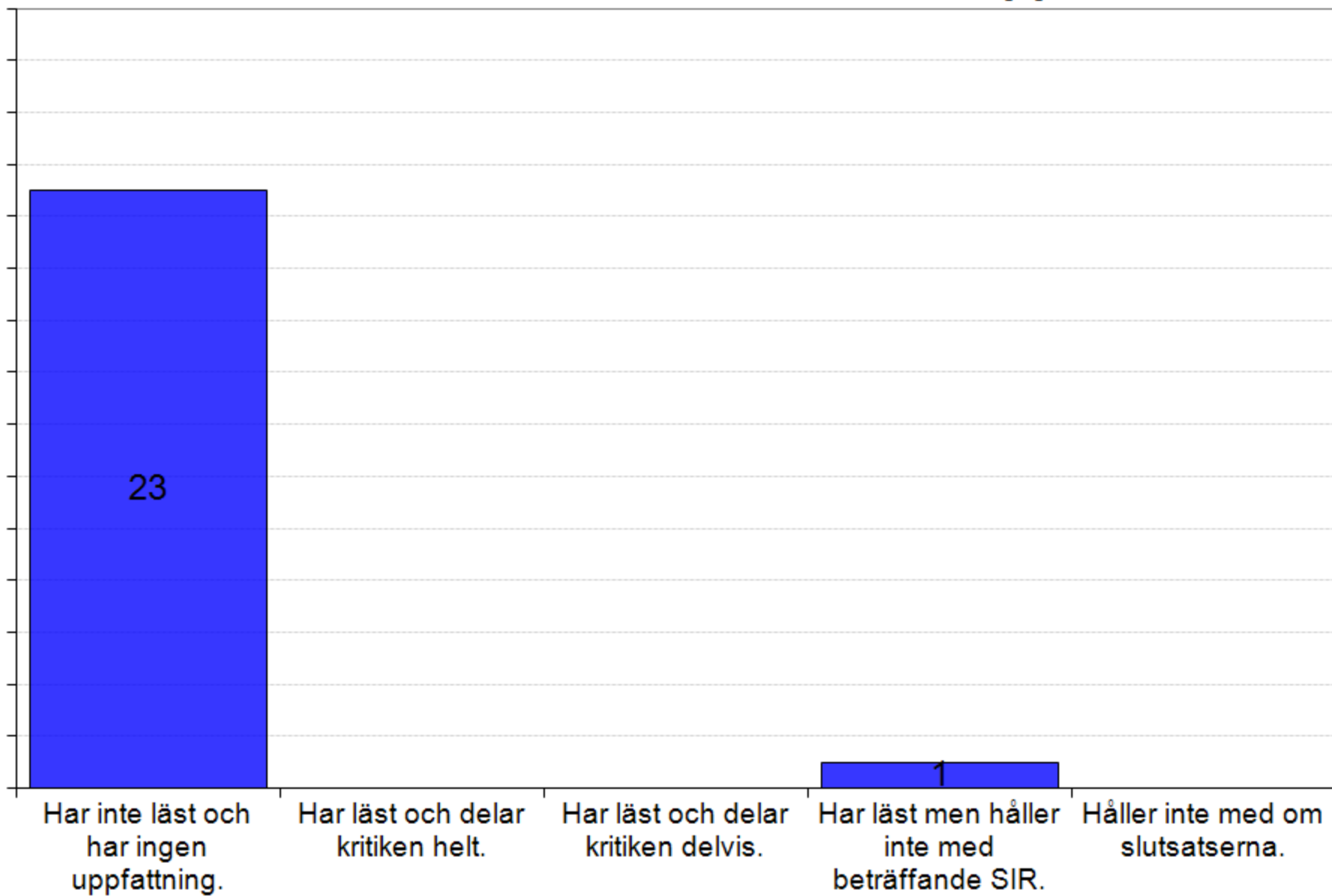
Riksrevisionen



Mentometerfråga

- Vad anser du om Riksrevisionens rapport?
1. Har inte läst och har ingen uppfattning.
 2. Har läst och delar kritiken helt.
 3. Har läst och delar kritiken delvis.
 4. Har läst men håller inte med beträffande SIR.
 5. Håller inte med om slutsatserna.

Vad anser du om Riksrevisionens rapport?



Riksrevisionen

- Om registren inte upplevs bidra till något mervärde på lokal nivå är risken stor för brister både i inmatningen i och i användningen av registren.
- För att nationella kvalitetsregister ska kunna användas för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården måste registren innehålla relevanta och tillförlitliga uppgifter.

- Riksrevisionen identifierar fem hinder för att registren ska skapa ett mervärde lokalt:
 - ökande administrativ börda
 - att kvalitetsregister inte passar all verksamhet
 - att innehållet inte passar alla professioner
 - att register inte får användas i behandling av individuella patienter
 - att det finns dåligt med tid, kunskap och intresse för analys av de data som genererats

Saxat ur läkartidningen

■ SAMMANFATTAT

För att kunna dra slutsatser från data i nationella register är en egen detaljanalys nödvändig.

Kvaliteten på de data som samlas in måste kontinuerligt följas upp.

Standardiserad mortalitetskvot har för flertalet sjukhus i Sverige för brett konfidensintervall för meningsfull upp-

följning eller jämförelse med andra kliniker.

En stor andel av 30-dagarsmortaliteten hos intensivvårdade patienter infaller efter att de lämnat IVA.

Global trigger tool är ett bra verktyg för att upptäcka komplikationer som man annars missar.

Lars Engerström et al

Läkartidningen nr 23–24 2012 volym 109

SAPS3

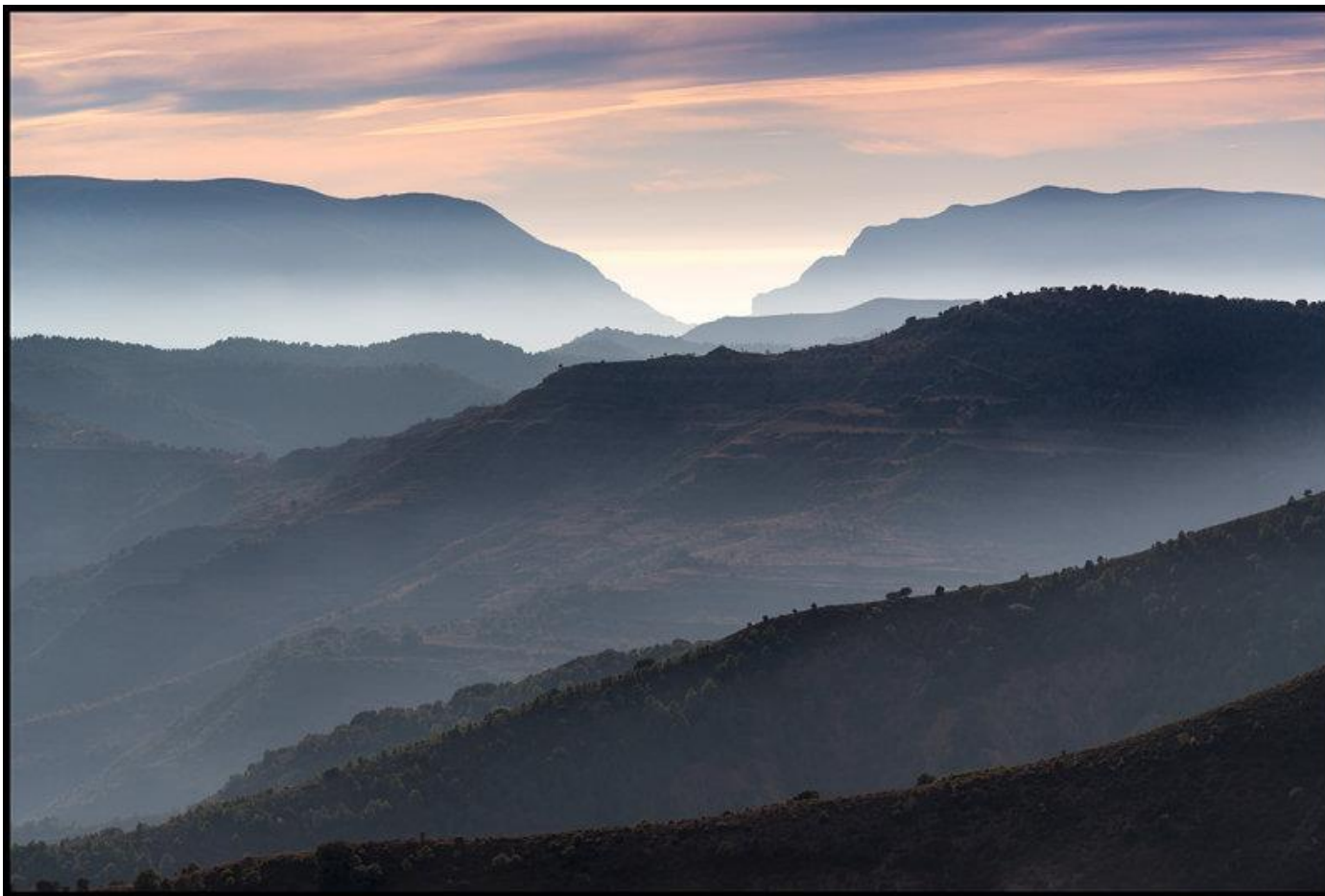
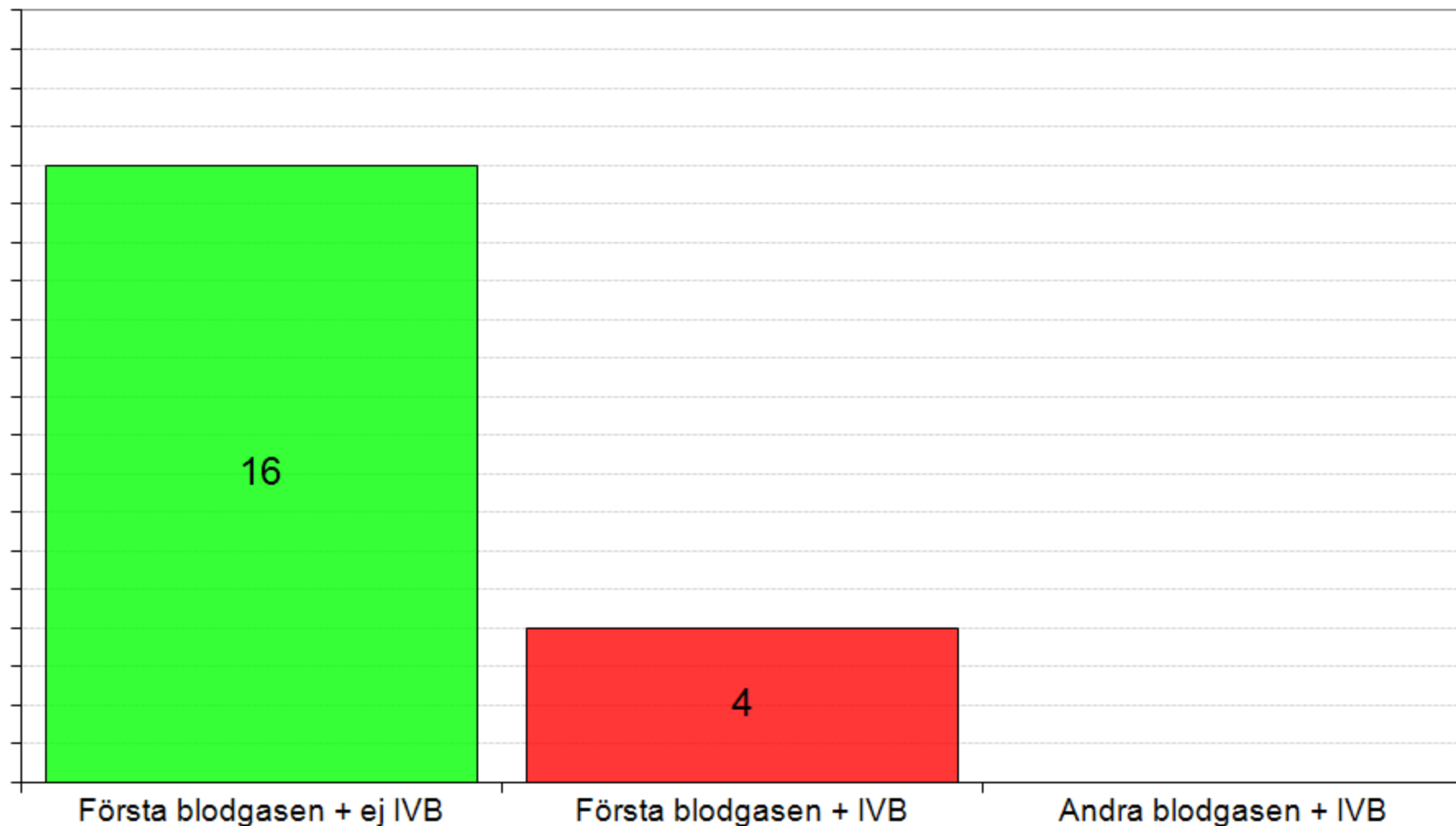


Foto: Jan-Michael Breider

Patient kommer till IVA. Blodgas tas på mask. PO₂ är 7 och man beslutar att intubera. Nästa gas tas efter 2 timmar. Ska jag ange IVB eller ej och vilken gas ska jag använda?

1. Första blodgasen + ej IVB
2. Första blodgasen + IVB
3. Andra blodgasen + IVB

Patient kommer till IVA. Blodgas tas på mask. PO2 är 7 och man beslutar att intubera. Nästa gas tas efter 2 timmar. Ska jag ange IVB eller ej och vilken gas ska jag...



Patientfall

- Vid 13-tiden kallas sjukhusets MIG team, bestående av IVA-läkare och IVA-sköterska, till en medicinsk vårdavdelning där en patient med känd levercirros fått blodiga kräkningar.
- MIG teamet beslutar i samråd med avdelningsläkaren om övertagning till IVA och ansvaret för patient övertages av IVA-teamet.

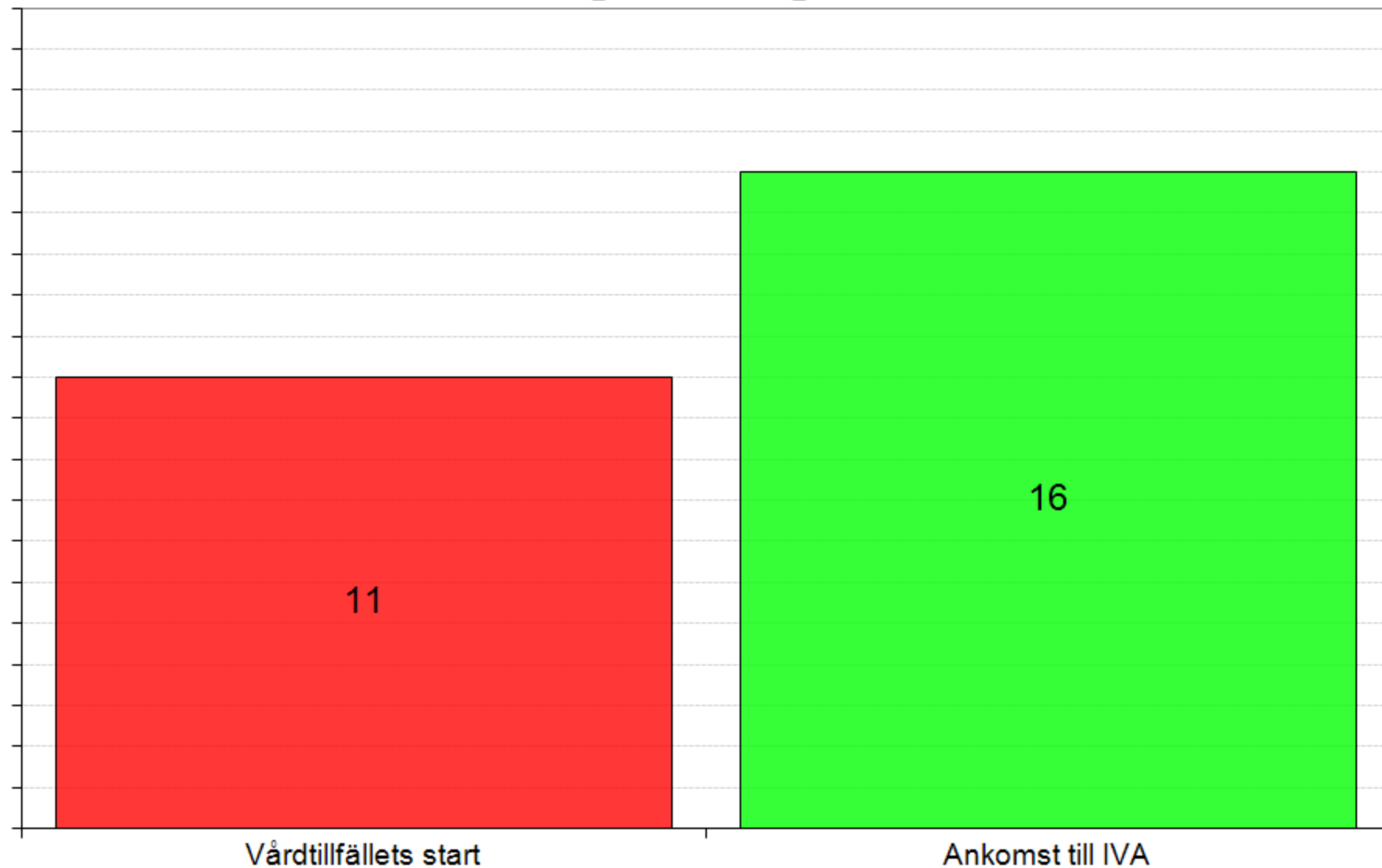
- Efter vissa nödvändiga omdisponeringar anländer patienten till IVA 14.00.
- Artärnål inläggs 16.15 och man tar då kompletta intagningsprover som bl.a visar bilirubin 50 och krea 150.
- Morgonprover från vårdavdelningen visade bilirubin 45 och krea 130

Mentometerfråga

- Vilket tidsfönster (+/- 1tim) skall användas för SAPS3 registrering?
1. Vårdtillfällets start
 2. Ankomst till IVA

Vilket tidsfönster

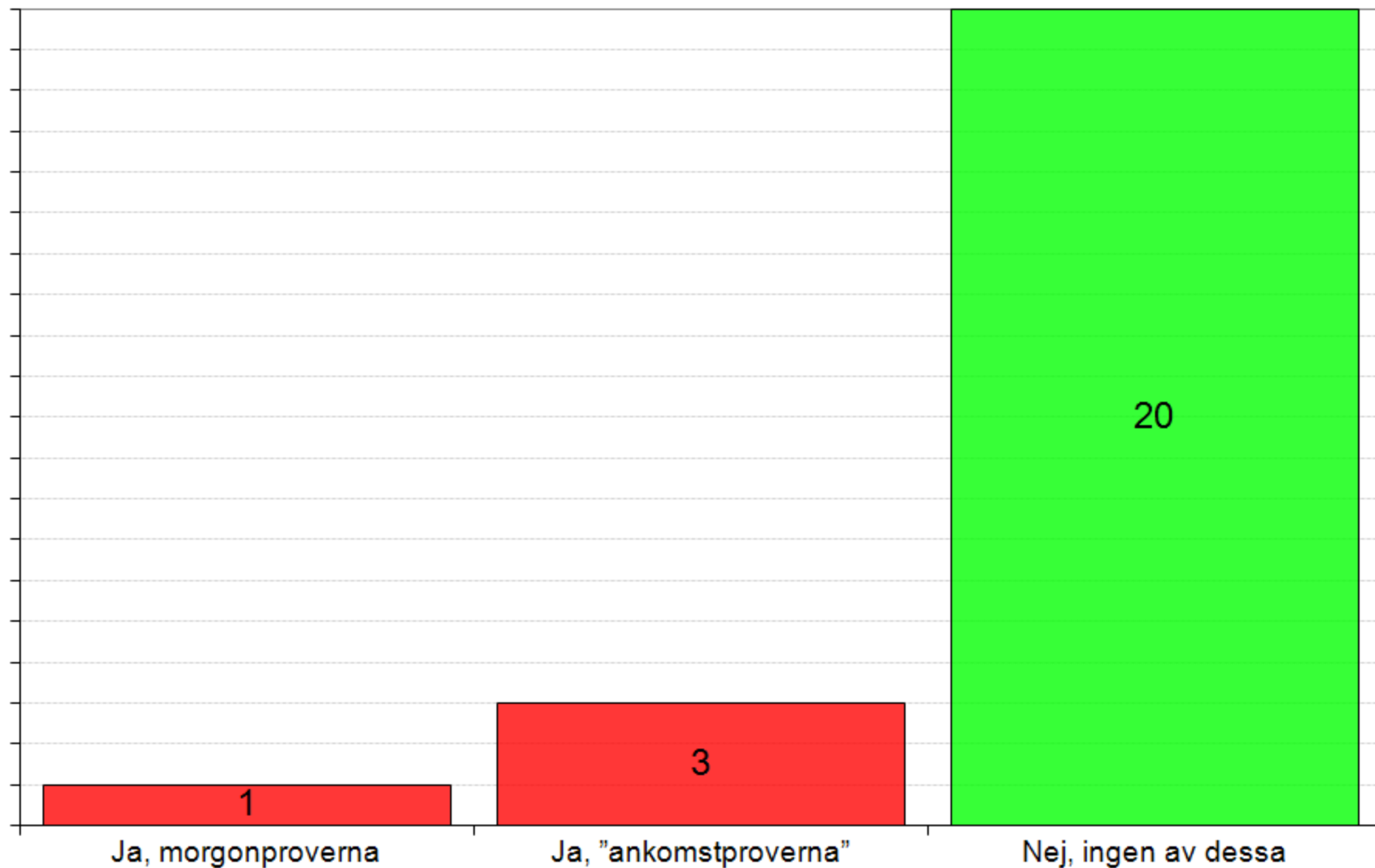
(+/- 1tim) skall användas för SAPS 3 registrering?



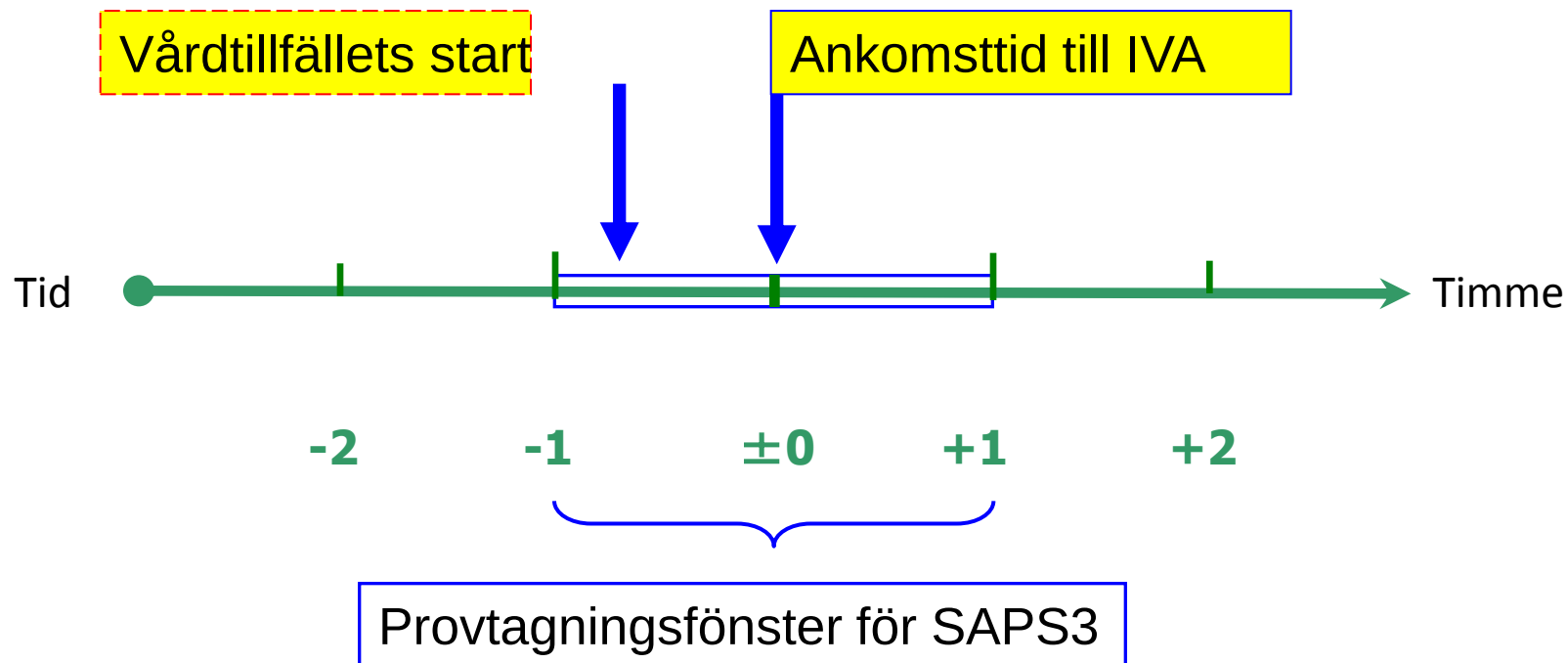
Mentometerfråga

- Bilirubin 50 och krea 150 ca 2 timmar efter ankomst till IVA.
- Morgonprover från vårdavdelningen bilirubin 45 och kreatinin 130
- Kan ovanstående bilirubin o kreatinin-värden användas för SAPS3?
 1. Ja, morgonproverna
 2. Ja, "ankomstproverna"
 3. Nej, ingen av dessa

Kan ovanstående bilirubin o kreatinin-värden användas för SAPS3?



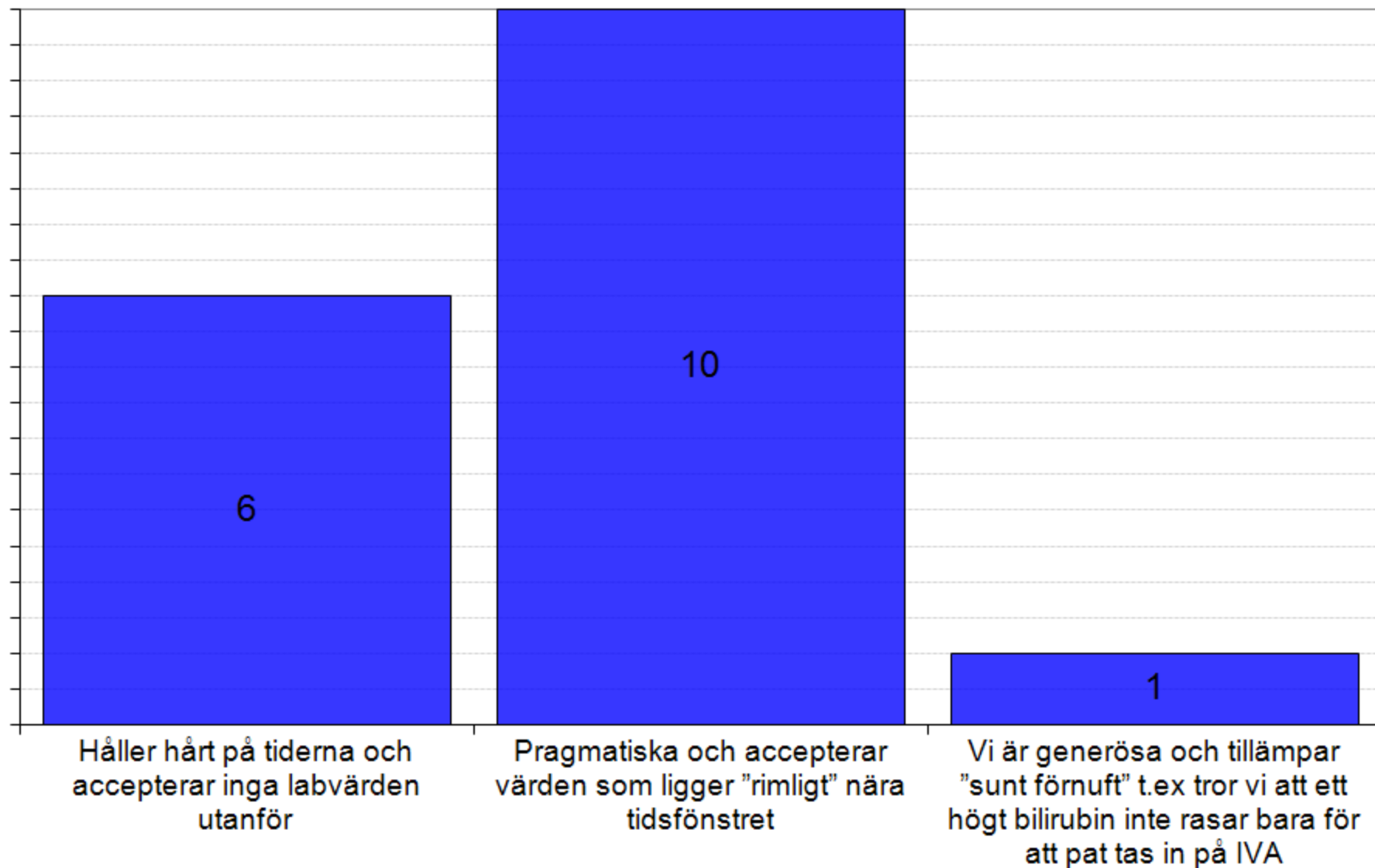
Provtagningsfönster



Mentometerfråga

-så en samvetsfråga. Hur noga är Ni med tidsfönstret ?
- 1. Håller hårt på tiderna och accepterar inga värden utanför
- 2. Pragmatiska och accepterar värden som ligger "rimligt" nära tidsfönstret
- 3. Vi är generösa och tillämpar "sunt förnuft" t.ex. tror vi att ett högt bilirubin inte rasar bara för att patienten tas in på IVA

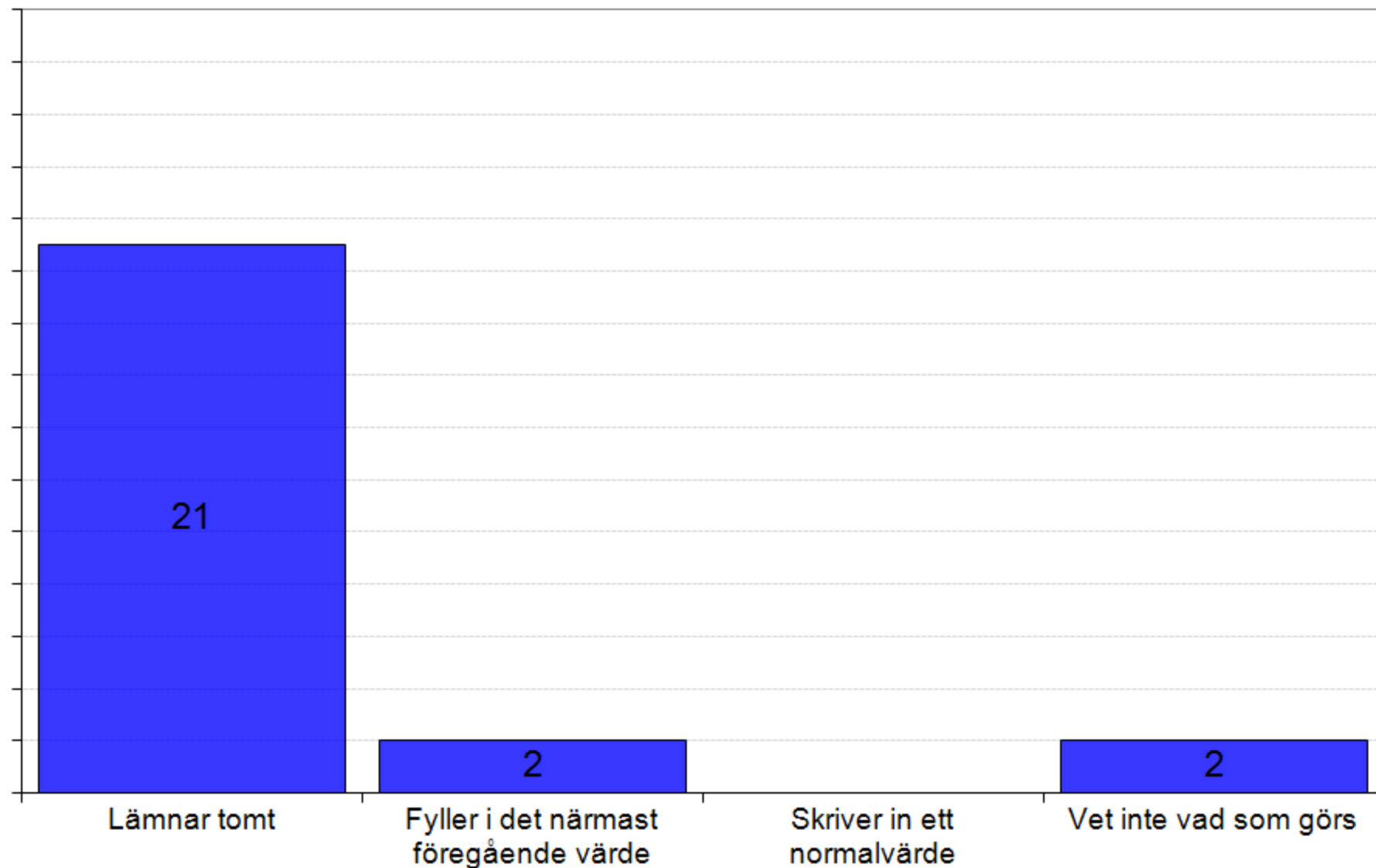
....också en samvetsfråga. Hur noga är Ni med
tidsfönstret ?



Mentometerfråga

- en samvetsfråga till.
Vad gör ni när det saknas värden t.ex. bilirubin?
1. Lämnar tomt (anger saknas)
 2. Fyller i det närmast föregående värde
 3. Skriver in ett normalvärde
 4. Vet inte vad som görs

.... en samvetsfråga till. Vad gör ni när det saknas värden
t.ex. bilirubin?



Sammanfattning

■ Tidsfönstret för SAP3 registrering

Primär IVA-diagnos

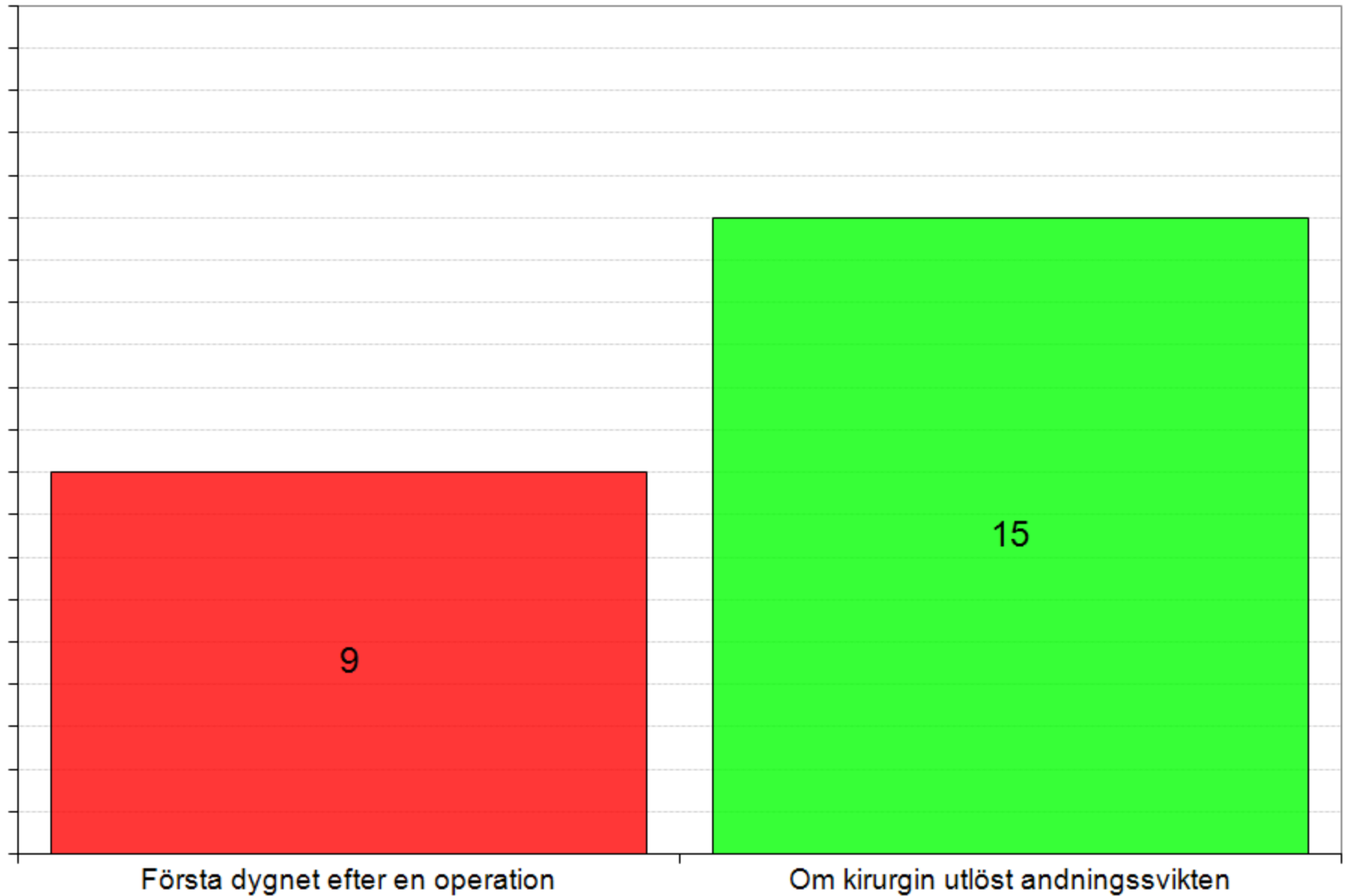


Foto: Jan-Michael Breider

Andningssvikt?

- När väljer jag diagnosen Postoperativ respiratorisk insufficiens och inte Respiratorisk insufficiens UNS?
1. Första dygnet efter en operation
 2. Om kirurgin utlöst andningssvikten

Andningssvikt?



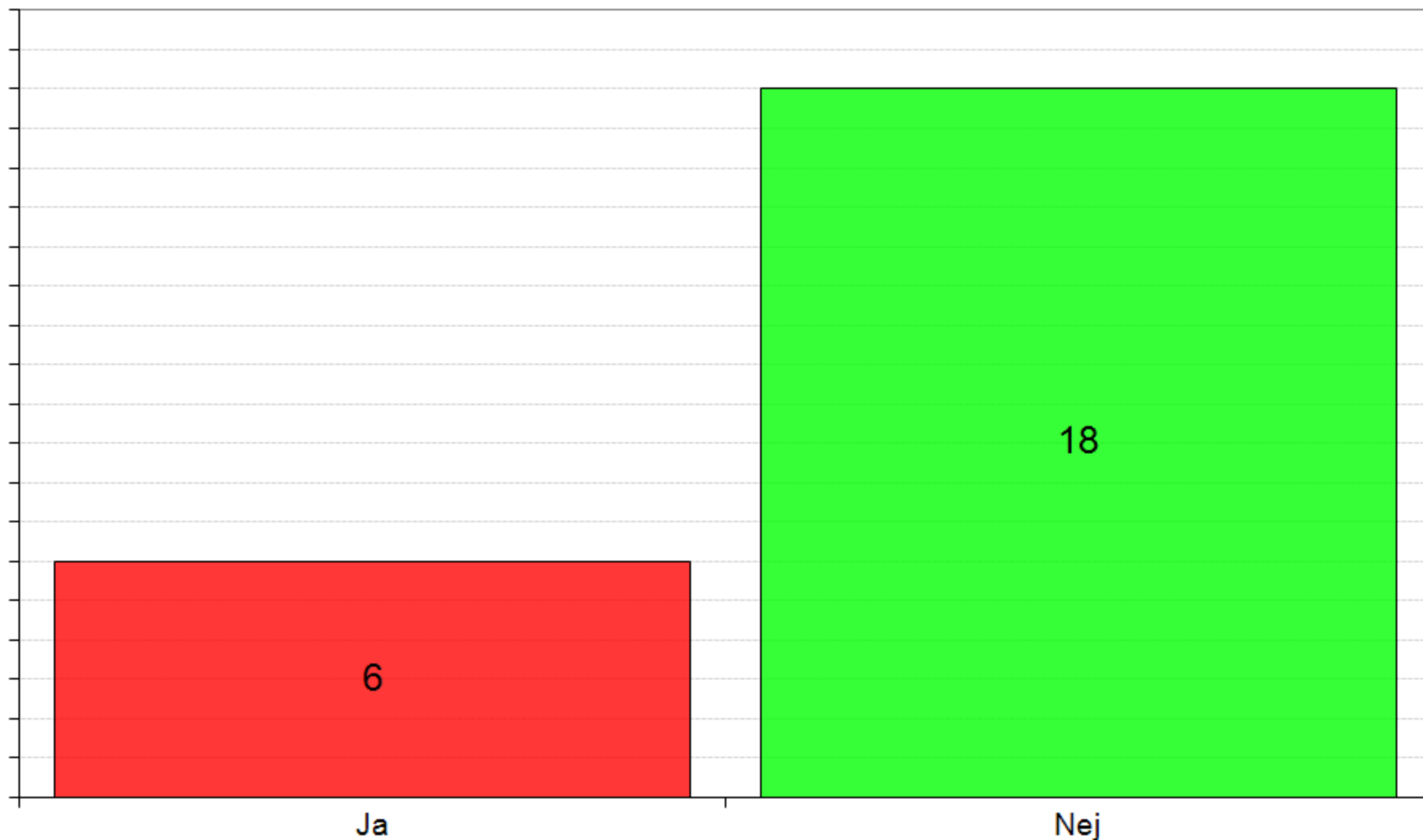
Postop. respinsuff. eller resp. insuff. UNS?

- Vare sig SIR eller någon annan har definierad gräns
- Rimligt är att ställa frågan om det är kirurgin *per se* som utlöst andningssvikten – om ja ”post operativ respiratorisk insufficiens”

Trauma

- Skall man använda
T07.9 multitrauma för
patienter som
övervakas på IVA efter
trafikolycka även om de
visar sig vara oskadda?
1. Ja
 2. Nej

Skall man använda T07.9 multitrauma för patienter som övervakas på IVA efter trafikolycka även om de visar sig vara oskadda?



Multitrauma

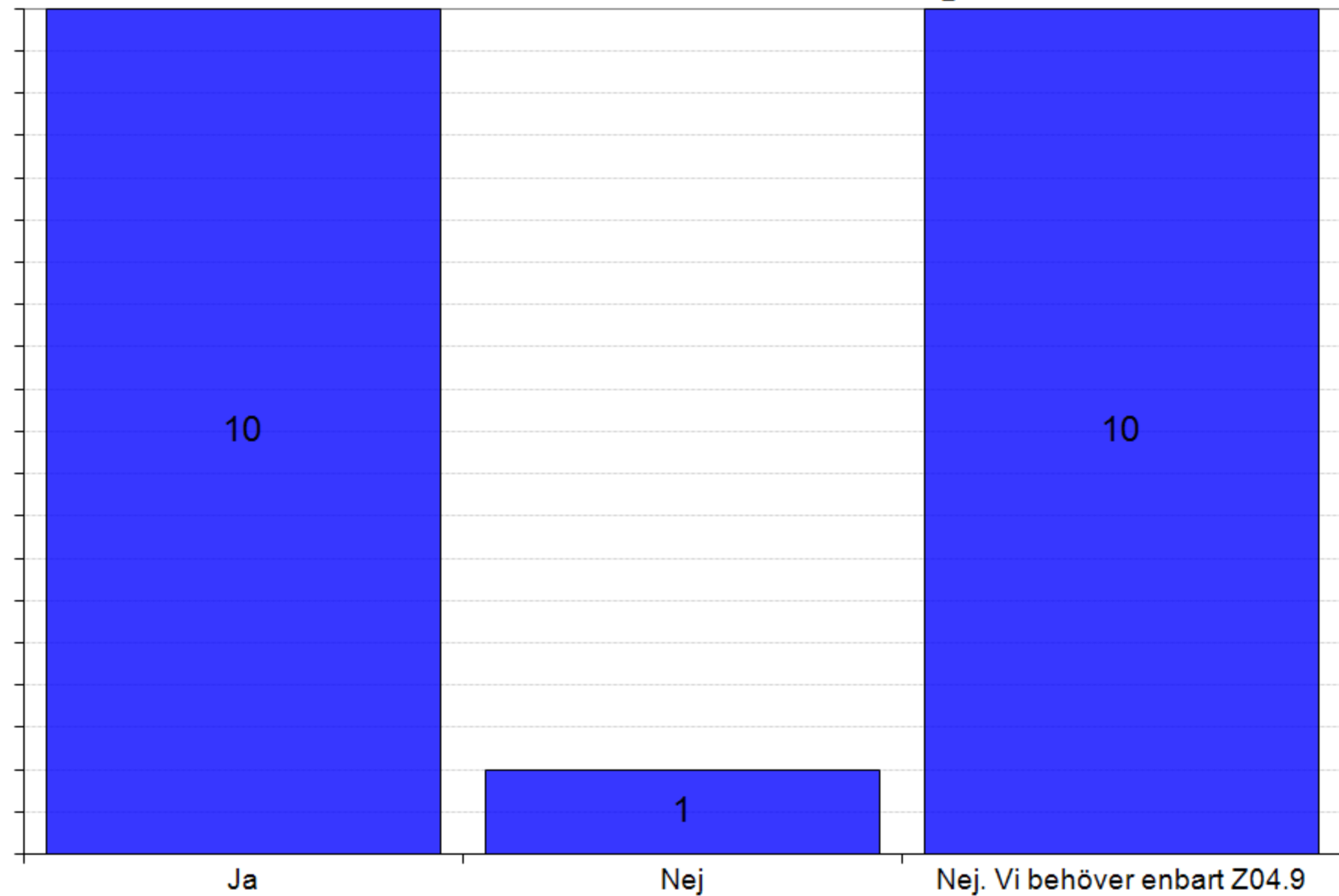
- Nej. T07.9 används vid verklig skada och definieras i våra riktlinjer:
- ”Två eller flera skador i minst två skilda delar av kroppen orsakade av olycksfall. Dessa skador kan påverka ett eller flera organsystem och medföra risk att var för sig eller tillsammans utgöra ett livshotande tillstånd”
- Diagnoskod får bli: Z04.9 Observation UNS.

Observation som diagnos

- Z03.6 Observation för misstänkt toxisk effekt av intagen substans
- Z03.4 Observation för misstänkt hjärtinfarkt
- S06.0 Hjärnskakning. Kan användas efter skallskada även om relativt opåverkad patient övervakas
- Z04.9 Observation UNS

1. Ja
2. Nej
3. Nej. Vi behöver enbart Z04.9

Behöver vi fler observationsdiagnoser?



Patientfall

- Snart 90-årig vital ensamboende dam inkommer efter att ha ramlat och ådragit sig en medial höftfraktur.
- Väger ca 50 kg
- Kreatinin normalt kring 100
- Patienten står på Waran p.g.a.mekanisk aortaklaff .

Patientfall

- Efter 2 dagar då behandling normaliserat PK opereras patienten med halvprotes.
- Postoperativ cirkulationssvikt med blodtrycksfall och patienten behandlas med Noradrenalin under några dagar.

Patientfall

- Patienten får övergående njursvikt (Krea. max 277) .
- Minsta dygnsdiures 600 ml.
- Efter 8 dagars IVA-vård är patienten om än mycket trött helt stabil i alla vitala funktioner och kan överföras till geriatrisk vårdavdelning.

Primär IVA-diagnos?

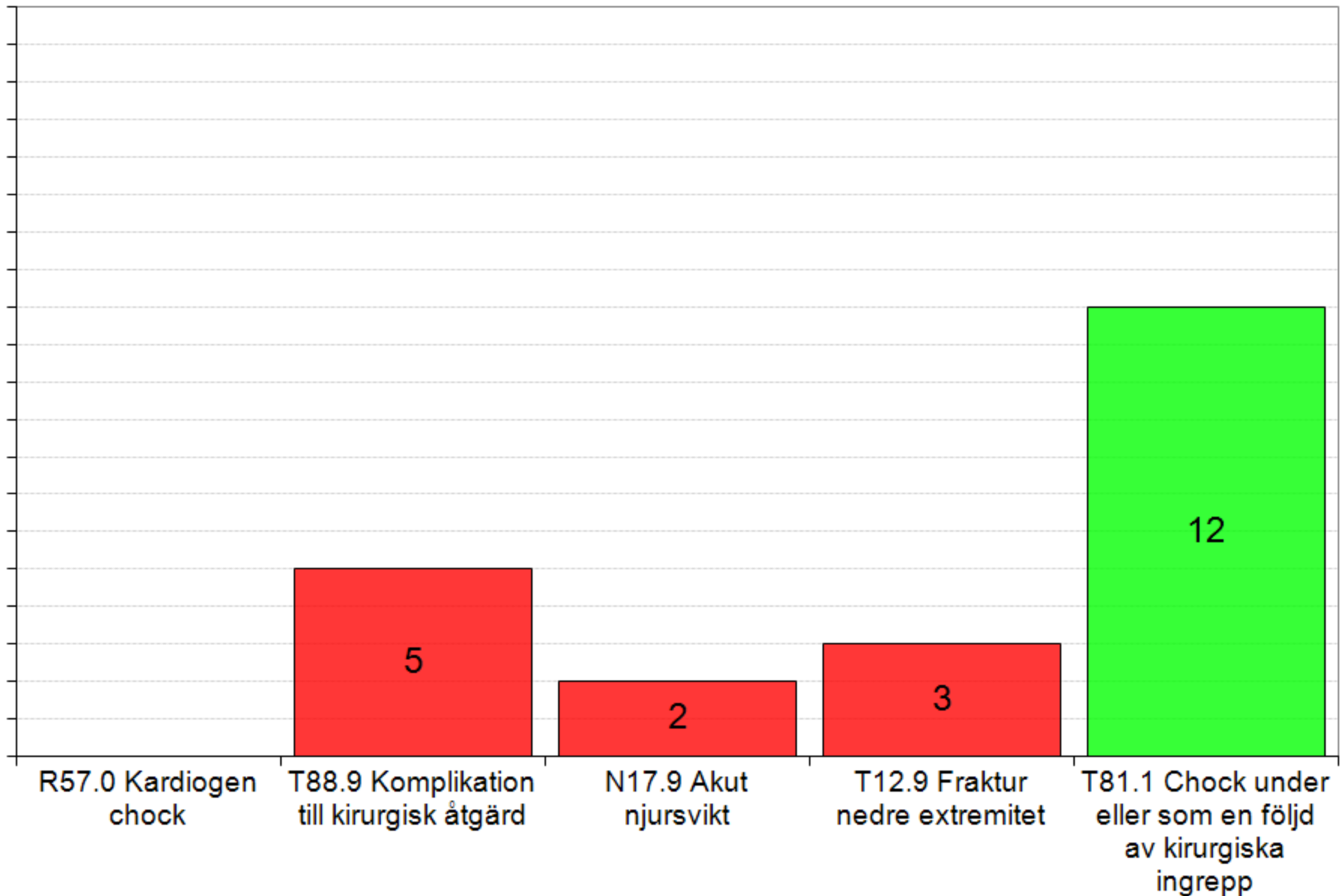
90-årig dam inkommer med en medial höftfraktur. Väger 50 kg. Krea ca 100.

Post op cirkulationssvikt och behandlas med Noradrenalin. Pat får övergående njursvikt. Krea 277.

Vilken diagnos sätter du som primär IVA-diagnos?

1. R57.0 Kardiogen chock
2. T88.9 Komplikation till kirurgisk åtgärd
3. N17.9 Akut njursvikt
4. T12.9 Fraktur nedre extremitet
5. T81.1 Chock under eller som en följd av kirurgiska ingrepp

Primär IVA-diagnos?



Primär IVA-diagnos

- Den sjukdom eller det tillstånd som är huvudorsak till den aktuella IVA-vården anges och benämns "Primär IVA-diagnos" och skall för vårdtyp IVA och TIVA alltid hämtas från SIR:s diagnosförteckning för dessa vårdtyper.

Ur SIR's riktlinje för Diagnossättning

VAP



Foto: Jan-Michael Breider

VAP?

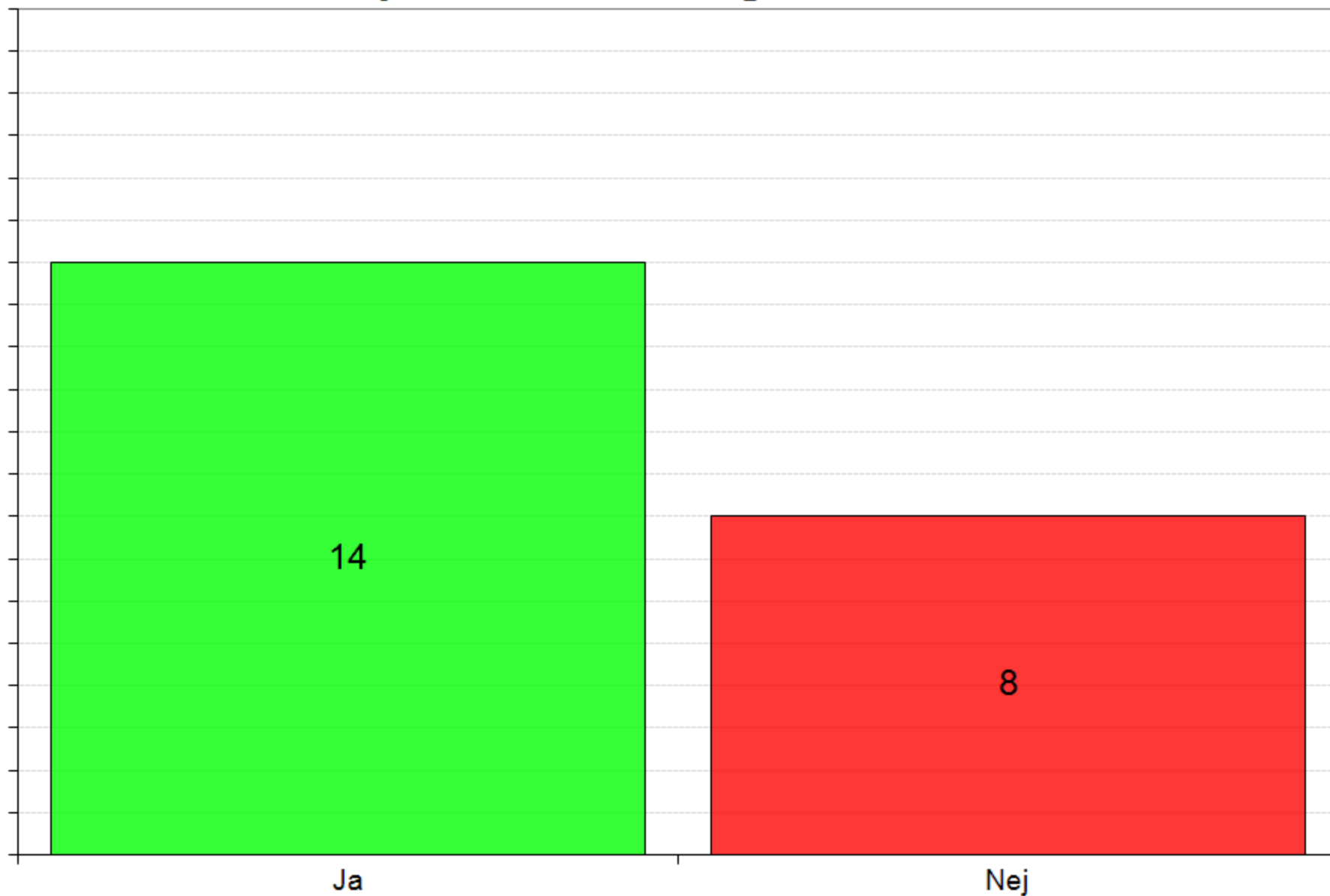
- Patient övertages från regionklinik där han vårdats i en vecka.
- Har sedan 4 dygn en trakeostomi och fortfarande respiratorvårdad.
- Nästa morgon noteras purulent sputa.
- Lungröntgen påvisar ett infiltrat på röntgen.
- Odlingssvar från regionkliniken taget dagen före överflyttning visar "signifikant" växt.

Mentometerfråga

- Ska patienten få diagnosen VAP?

1. Ja
2. Nej

Ska patienten få diagnosen VAP?



Mentometerfråga

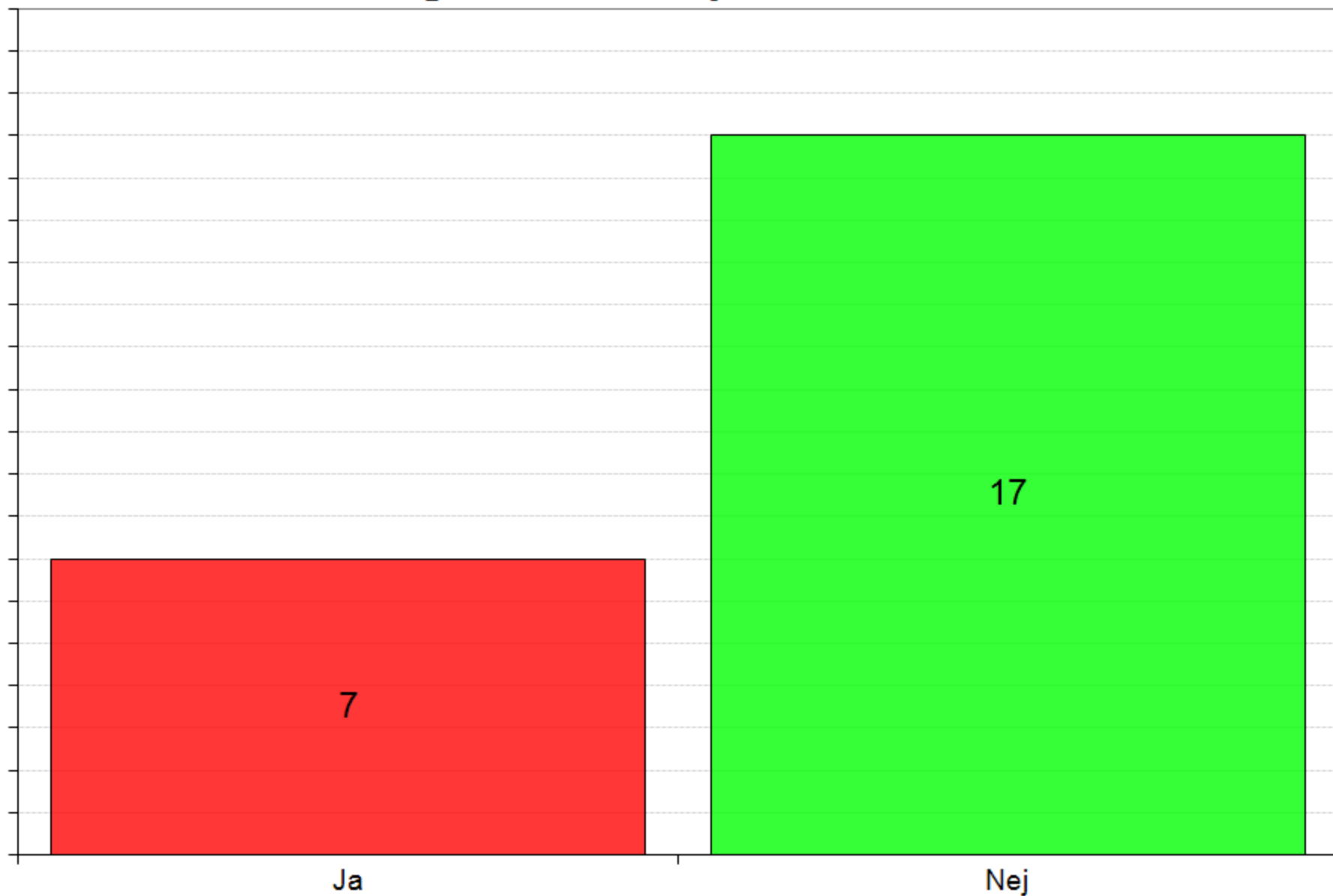
- Ska vi registrera komplikationen VAP?

1. Ja
2. Nej

Ska vi registrera komplikationen VAP?

INTE

20



SIR definition misstänkt VAP

Misstänkt VAP SK022

Har behandlats med invasiv ventilation ≥ 48 timmar
(sammanhängande tid, uppmätt på egna enheten)

och

Därefter utvecklar ett nytt eller progredierande lunginfiltrat
(lungröntgen eller datortomografi)

i kombination med:

Kliniska tecken på VAP i form av CRP ≥ 100 mg/l **och**
kroppstemperatur $\geq 38,5^{\circ}$ C

***Misstänkt VAP registreras inte om patienten uppfyller
kriterierna för Verifierad VAP.***

SIR definition verifierad VAP

Verifierad VAP SK021

Har behandlats med invasiv ventilation ≥ 48 timmar
(sammanhängande tid, uppmätt på egna enheten)

och

Därefter utvecklar ett nytt eller progredierande lunginfiltrat
(lungröntgen eller datortomografi)

i kombination med:

Positiv mikrobiologisk diagnostik:

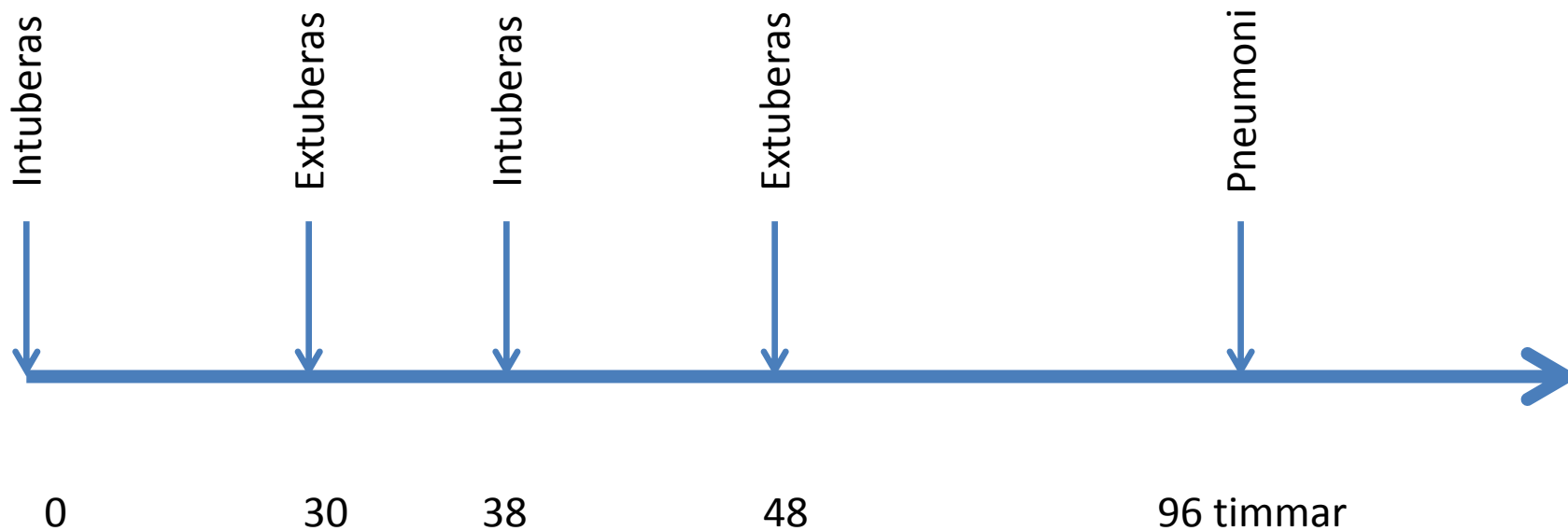
- Skyddad borste med växt $\geq 10^3$ * CFU/ml och/eller
- BAL med växt $\geq 10^4$ CFU/ml och/eller
- ***Kvantitativ odling av trakealsekret med växt $\geq 10^6$ CFU/ml***
(KNS, Enterokocker och *Candida sp.* exkluderas)

Förekomst av VAP skall registreras
som komplikation där den
uppkommer!

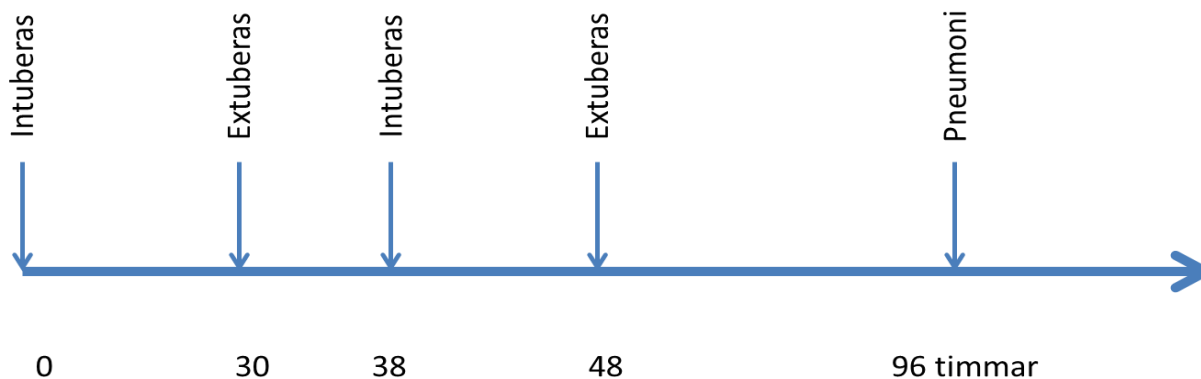
En patient till...

- Man inkommer medvetslös med på DT synlig liten subduralblödning.
- Pat intuberas och ventilatorbehandlas under ett dygt dygn men kan sedan extuberas.
- Blödningen fyller på sig och patienten opereras. Postop ventilatorbehandling över natten då han extuberas på nytt.
- Två dygn senare 39.5 °C samt CRP på 135 och lungröntgen visar nytillkommet infiltrat.

VAP?



Ska vi registrera VAP?



1. Ja
2. Nej

VAP?

- NEJ !
- Uppfyller ej kriteriet för VAP!
 - Ej sammanhängande IVB ≥ 48 tim
 - Rtg pulm och feber inte under perioden med IVB
- Däremot har pat en vårdrelaterad pneumoni
T81.4

VAP

- Förnärvarande komplikation och/eller diagnos
- Dessutom en av våra kvalitetsindikatorer
- ”Komplex” definition

Hjärtstopp

Foto: Jan-Michael Breider



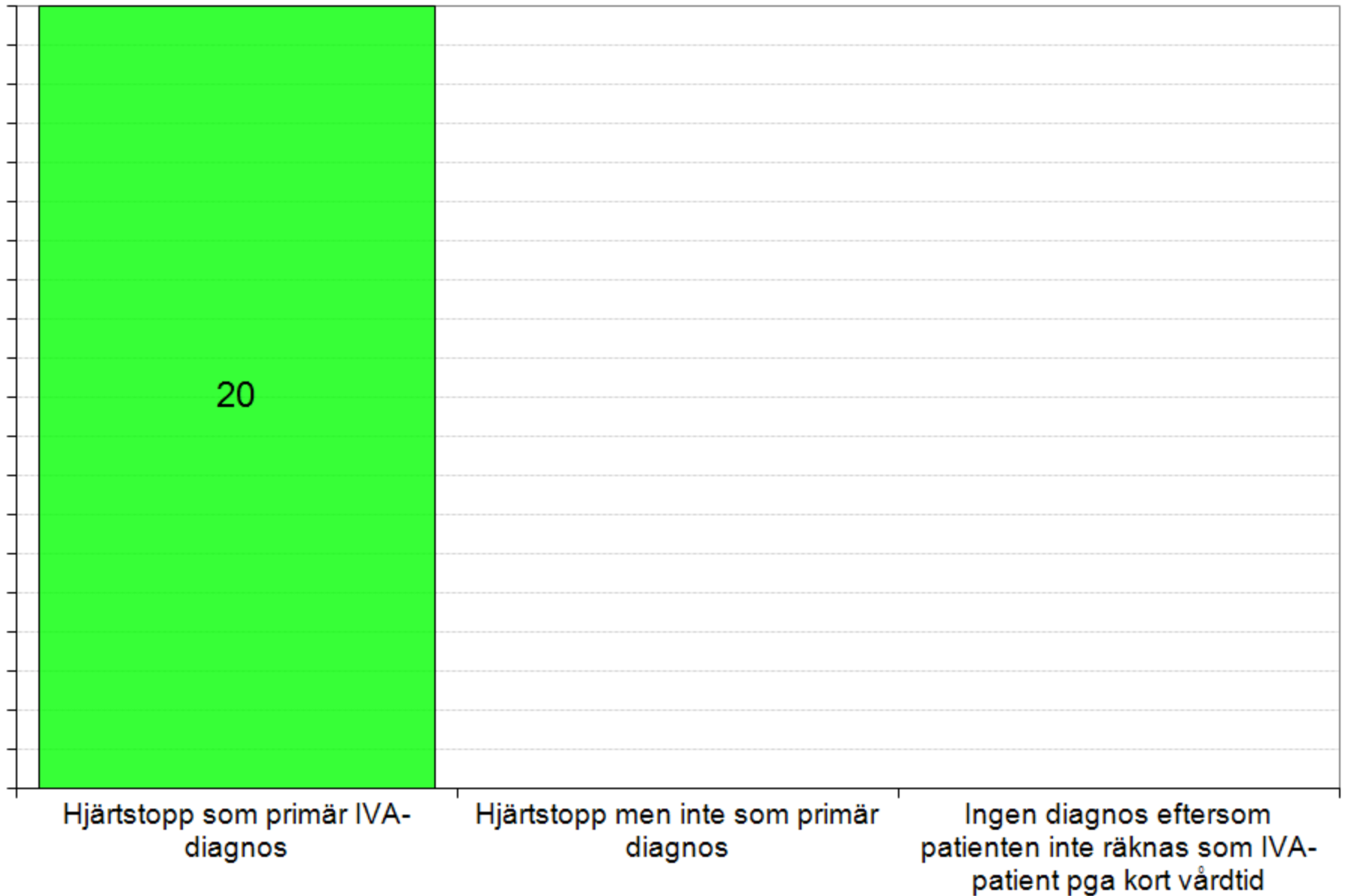
Hjärtstopp

- Patient inkommer till IVA med hjärtstopp.
 - HLR pågår men åtgärden avslutas efter 20 minuter.
 - Diagnossättning?
-
1. Hjärtstopp som primär IVA-diagnos
 2. Hjärtstopp men inte som primär diagnos
 3. Ingen diagnos eftersom patienten inte räknas som IVA-patient pga kort vårdtid

Diagnossättning?

INTE

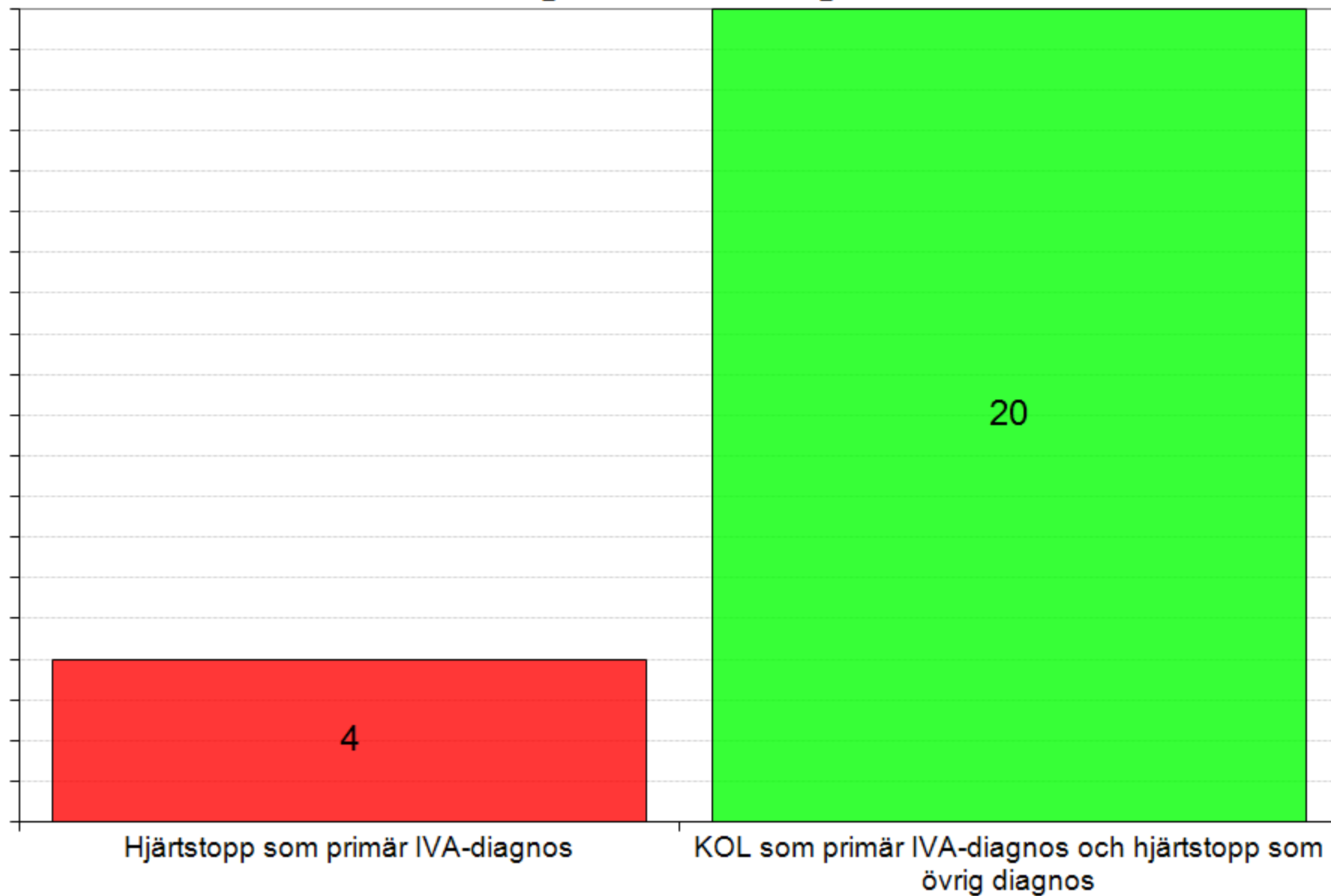
20



Hjärtstopp

- Patient inkommer pga försämring i sin KOL.
- Intuberas och ventilatorbehandling påbörjas. Får efter 10 minuter ett hjärtstopp.
- Diagnossättning?
 1. Hjärtstopp som primär IVA-diagnos
 2. KOL som primär IVA-diagnos och hjärtstopp som övrig diagnos

Diagnossättning?



Hjärtstopp

- För patienter som läggs in och vårdas på IVA pga. hjärtstopp skall diagnosen Hjärtstopp I46.9 alltid anges som "Primär IVA-diagnos".
- Hjärtstopp uppkommet på IVA diagnoskodas med Hjärtstopp I46.9 som "Övrig diagnos" medan grundorsaken/diagnosen till IVA-vårdtillfället anges som "Primär IVA-diagnos".

Hjärtstopp

- En av våra ”nyckeldiagnoser”

Åtgärder

Foto: Jan-Michael Breider



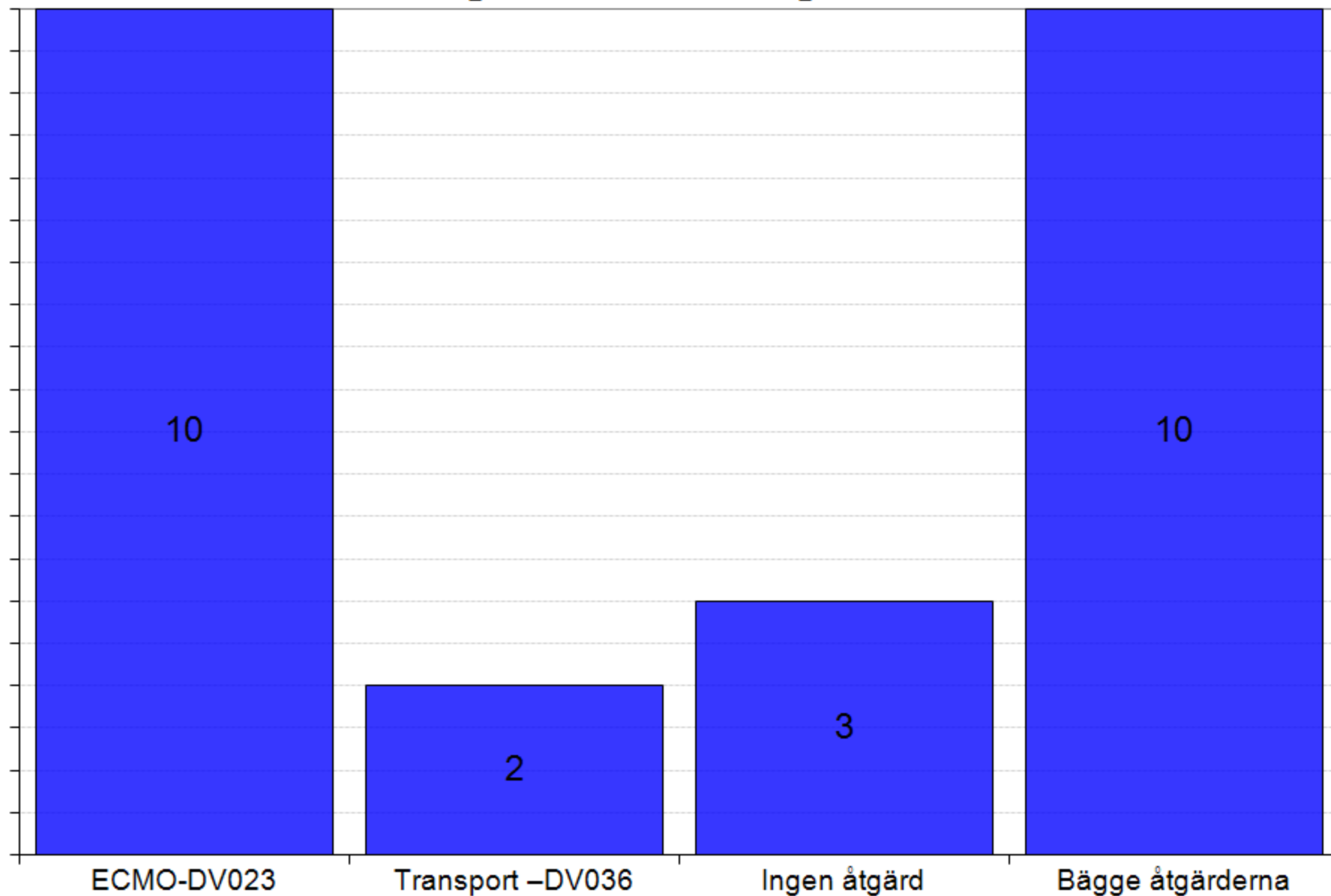
Patientfall

- En 2-årig flicka med allvarlig pneumoni vårdas på din intensivvårdsavdelning.
- Kontakt tas med ECMO-team från Astrid Lindgren
- Samma kväll kommer ECMO- teamet kanylerar, startar ECMO och transporterar därefter barnet till Stockholm.

Mentometerfråga

- Vilka åtgärder skall registreras ?
 1. ECMO-DV023
 2. Transport –DV036
 3. Ingen åtgärd
 4. Båda åtgärderna

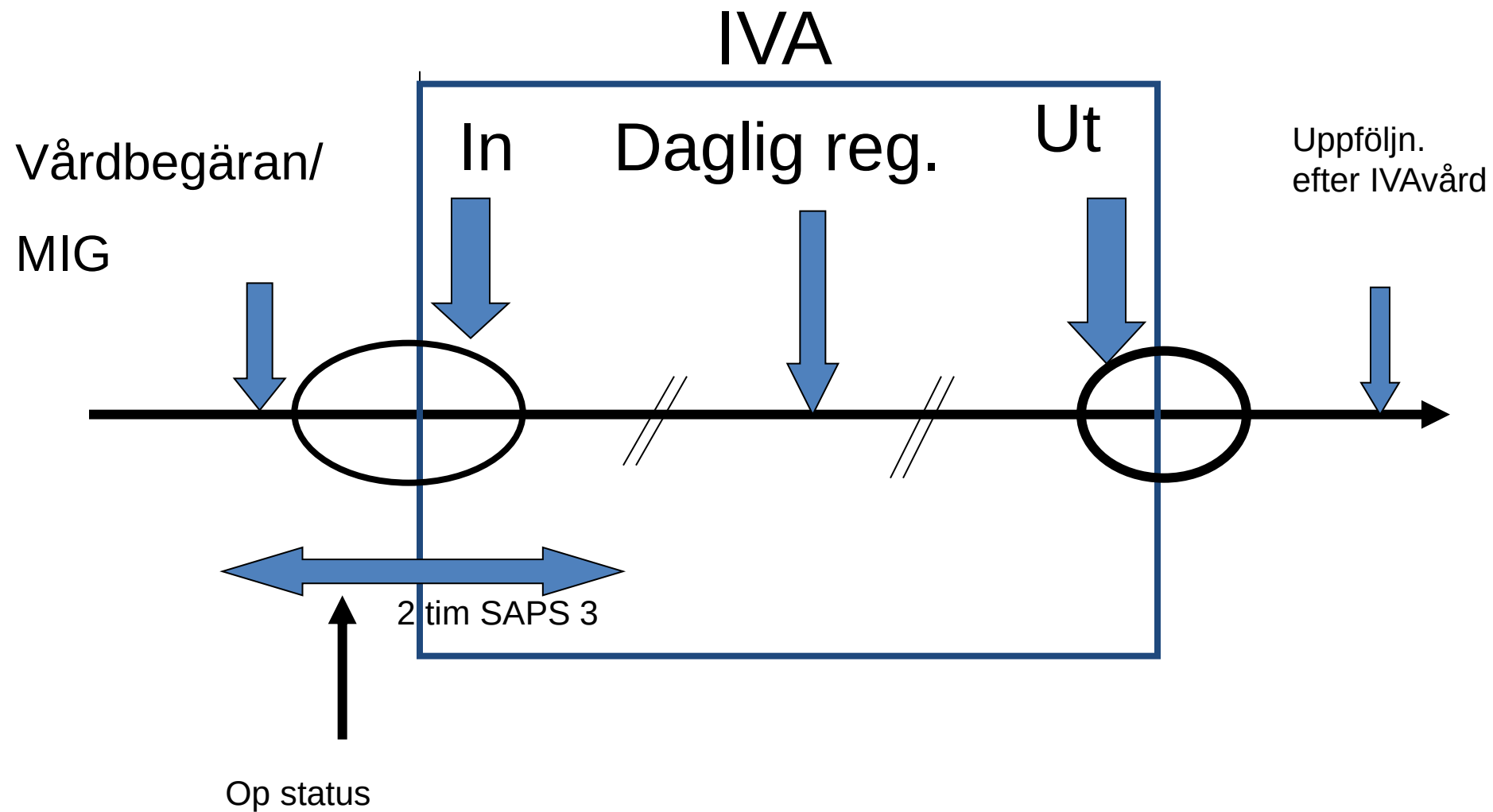
Vilka åtgärder skall registreras ?



Patientfall



Foto: Jan-Michael Breider



Bakgrund

- Tidigare frisk ung man.
- Tre dagar feber, toppnotering på 39,8 °C.
- Kräkts och kraftiga diarréer samt smärtor höger thorax.
- Har ätit och druckit sparsamt under de senaste två dygnet.
- Små urinmängder senaste dygnet.

Status

- Vaken men allmänpåverkad.
- Temp 37,2°
- AF 25/min
- Saturation 93 % med 10 l syrgas
- Lungor: Dämpade andningsljud hela höger lungfält.
- Cirk: BT 90/55 takykard. Kall perifert
- Lab: laktat 4.6, CRP 417, krea 460

30 min efter ankomst

- MIG-teamet tillkallas
- Blododlingar tagna
- Erhållit antibiotika
- Får Ringeracetat 2000 ml på akutrummet, men förbättras inte i blodtryck
- Överflyttas till IVA

Mentometerfråga

- Rapporterar ni vårdbegäran till SIR idag?
 1. Har ingen MIG-verksamhet.
 2. Har MIG-verksamhet men rapporterar inte och planerar inte börja.
 3. Har MIG-verksamhet men rapporterar inte men planerar börja.
 4. Rapporterar idag.

SAPS3

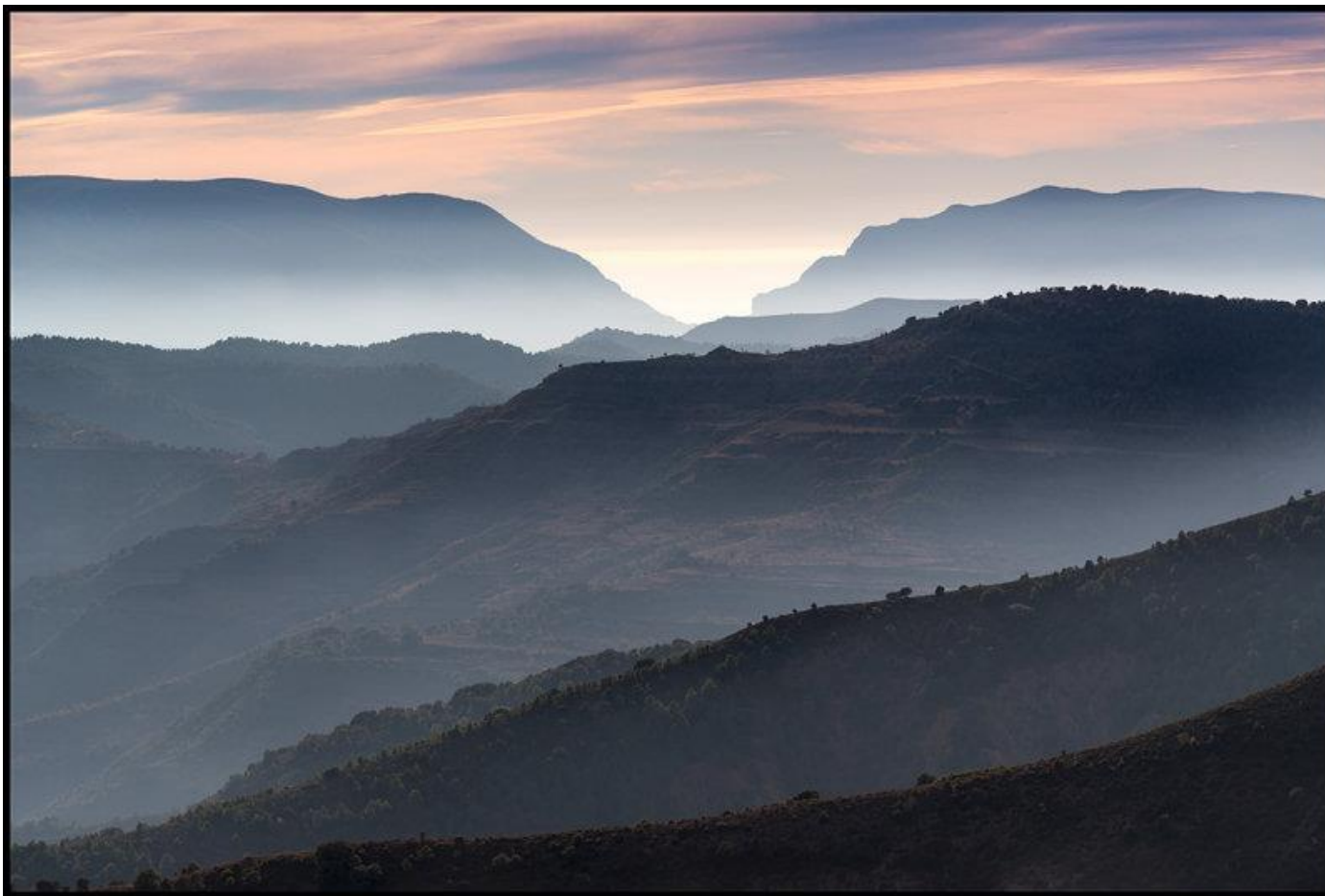


Foto: Jan-Michael Breider

SAPS 3 – Box I

Box I beskriver patienten före intagning för intensivvård. Den omfattar ålder, komorbiditet, beskriver eventuell vistelse på sjukhus före intagning för intensivvård samt vissa specifika terapeutiska åtgärder.

Delpoäng	0	3	5	6	7	8	9	11	13	15	18
Ålder, år	<40		40<60				60<70		70<75	75<80	≥80
Komorbiditet (Flerval, poäng summeras)		Speciell terapi m.m. ¹		Kronisk hjärtsvikt, Hematologisk. malignitet ^{2,3}		Cirrhos, AIDS ^{3,4}		Cancer ⁵			
Vårdplats på sjukhus ⁶ före IVA (enval)	Operation		Akutmott		Uppvakning, Intermediär- IVA/Post-op, Annan IVA	Vanlig vårdavd. Annan plats					
Tid på sjukhus före IVA, dagar	<14			14<28	≥ 28						
Terapi före IVA		Vasoaktiva farmaka ⁷									

SAPS 3 – Box II

Box II beskriver omständigheter som leder till intagning för intensivvård.

Dessa omfattar anledning/-ar till intagning inklusive planeringskategori, förekomst av infektion samt kirurgiskt status och, i förekommande fall, operationstyp.

Delpoäng	0	3	4	5	6
Planeringskategori		Öplanerad inläggning			
Intagningsorsak	Se tabell A nedan				
Kirurgiskt status	Elektiv kirurgi ¹			Ingen kirurgi	Akut kirurgi ¹
Operationstyp	Se tabell B nästa sida				
Akut infektion vid inläggning			Nosokomial ²	Djup luftväg ³	

¹ Elektiv kirurgi sker minst 24 tim efter beslut, akut kirurgi sker eller avses ske inom 24 tim efter beslut

² Infektion som utvecklats efter minst 48 tim på sjukhus eller sekundärt till medicinsk/kirurgisk procedur.

³ Pneumoni, lungabscess eller annan djup luftvägsinfektion med undantag av bronkit

Box 2 - Intagningsorsak

- Vad registrerar du som intagningsorsak till IVA?

1. Septisk chock
2. Annan respiratorisk orsak
3. Akut njursvikt
4. 1 och 2
5. 1, 2 och 3

Bland kardiovaskulära intagningsorsaker i SAPS3 står septisk chock.

Skall även patienter med svår sepsis inkluderas?

1. Ja
2. Nej
3. Vet inte

Är det samma sak?

- Intagningsorsak
- Omständigheter vid vårdtillfällets start

- Patienten ankommer till IVA kl 15:15
- NIV påbörjas inom en halvtimme
- Det finns två blodgaser tillgängliga när du ska göra SAPS3 beräkning
- Den ena med syrgas på mask kl 15:19 och den andra ventilatorbehandling – noninvasiv kl 16:05.

Blodgaser

kl	15:19	16:05
Mode		ASB
l/min	12	
%		70 %
PEEP		7
ASB		7
pH	7,37	7,337
PCO2	5,1	5,43
PO2	7,07	11,0
Sat	87,5	96,2
BE	-2,8	-3,8

Vilken blodgas till SAPS3?

1. Den från 15:19
2. Den från 16:05

kl	15:19	16:05
Mode		ASB
l/min	12	
%		70 %
PEEP		7
ASB		7
pH	7,37	7,337
PCO2	5,1	5,43
PO2	7,07	11,0
Sat	87,5	96,2
BE	-2,8	-3,8

SAPS3 Box 3

- Fotnot 3:
- Ta först hänsyn till förekomst av andningsunderstöd, om detta används ange lägsta $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ under denna behandling. I annat fall ange lägsta PaO_2 .

Egenkontroll av inmatade värden?



Mentometerfråga

- Gör ni någon egenkontroll av inmatade värden?
 1. Ja
 2. Nej
 3. Vet inte
 4. Vi har vid något tillfälle använt excelfilen från SIR

Åtgärder och komplikationer

Foto: Jan-Michael Breider



Nyckelåtgärd

- Nyckelåtgärder är ett litet urval av de viktiga åtgärder som SIR anser vara de som absolut bör följas
- Vilken/vilka av dessa åtgärder som utfördes på denna patient tillhör denna grupp?
 1. NIV
 2. LIDCO (Övrig kont. CO-mätning)
 3. Inläggning och bruk av CVK
 4. Ekokardiografi

Andra dygnet

- Blododling: växt av grampositiv kock
 - (slutsvar Streptococcer grupp A)
- Patienten visar sig också ha en positiv PCR för influensa A (H1N1)
- Rtg visar högersidig pneumoni med suspekt central smältning
- TPK 66, APTT 54, PK 1,8

Fler nyckelåtgärder

- Dygn 3: Intuberas. CRRT startas.
- Dygn 7: Extuberas men behöver reintuberas efter 4 timmar. Bronkoskopi görs.
 1. Ventilatorbehandling - invasiv
 2. CRRT
 3. Bronkoskopi
 4. 1 + 2
 5. Alla

Ytterligare åtgärder att registrera?

- Pneumothorax. Kavern som brustit ut mot pleura?
- Thoraxdrän. Datortomografi. Kontakt med thoraxkirurg.

1. Thoraxdrän
2. DT thorax
3. Konsult regionklinik

Åtgärder

- DT thorax - Intensivövervakning under transport?
- Omfattande regionkontakter kan registreras under VTS "Närstående och externa kontakter".

Registrering av komplikation

- Har pneumothoraxen
 1. Ja
 2. Nejuppkommit sekundärt till medicinska åtgärder under intensivvårdstillfället?

Pneumothorax

- Stickrelaterad skada vid CVK-inläggning
 - SK-061
- Stickrelaterad skada vid pleuratappning
 - SK-062
- Volym-/tryckskada vid invasiv ventilatorbehandling (IVB)
 - SK-063
- Annan orsak sekundär till medicinsk åtgärd
 - SK-064

- En registrering skall ske för varje förekomst (av pneumothorax)
 - med förutsättningen att komplikationen har krävt en åtgärd!
 - Dvs det ska vara symptomgivande pneumotorax som fordrar åtgärd med t.ex. exsufflering av luft eller dränagebehandling.

Ur SIR's riktlinje

Mentometerfråga

- Patienten trakeostomeras inne på operation utan närvaro av personal från IVA.
 - Skall trakeostomi registreras?
1. Ja som åtgärd
 2. Nej eftersom den inte utförs på IVA och görs utan deltagande av IVA's personal.

Trakeostomi-öppen

- Denna åtgärd skall enbart registreras när den har utförts under vårdtillfället på registrerande IVA.
- Åtgärden skall inte registreras om man bara dilaterat upp en tidigare befintlig trakeostomi utan bara vid ingrepp på "jungfrulig" eller läkt vävnad.

Ur SIR's riktlinje

- Patienten förbättras och har syrgas på trackkanylen inför dekanylering.
- Inom 1 dygn dock sämre blodgaser och intermittent respiratorbehandling påbörjas på nytt.

Mentometerfråga

- Patienten spontanandas på "tracken" i 18 timmar inför planerad dekanylering. Försämras och respiratorn kopplas på nytt.
 - Skall ny respiratorperiod anges?
1. Ja
 2. Nej

Skall nytt resp. tillfälle anges?

1. Ja - om man gjorde en medicinsk bedömning med klar inriktning på att avsluta IVB (kanske tar ut och rengör resp etc)
2. Nej - om man utgår från att det bara var ett försiktigt försök ett se om patienten klarar sig utan IVB

Vid vilken tidpunkt skall IVB anses som avslutat ?

- Då patient planerat extuberas
- Då patient senast fick IVB inom aktuell respiratorperiod

OBS aktuell respiratorperiod begränsas av

- 24 timmars regeln
- Inom 24 tim av aktivt beslut att avbryta IVB

Ur SIR's riktlinje

17 - 24 dagar efter ankomst

- Avveckling av dialys
- Urträning ur respirator
- Dygn 24 från IVA till vårdavdelning

Primär IVA-diagnos



Foto: Jan-Michael Breider

Mentometerfråga

- Vilken primär IVA-diagnos anger du?
 1. B 95.0 Streptococcer grupp A
 2. J15.9 Bakteriell pneumoni
 3. R57.2 Septisk chock
 4. J09.9 Virusinfluensa av pandemikaraktär

Diagnossättning vid infektionstillstånd

Svår sepsis /
septisk chock ?



Infektionstyp ?



Infektiöst
Agens ?



Antibiotika-
Resistens ?

Hur differentierar vi mellan Svår sepsis och Septisk chock ?

Septisk chock

- Behov av vasopressor eller inotropt stöd (om det inte är uppenbart att behovet beror på sedering)
- Hypotension trots adekvat vätske-substitution
- Väljes alltid före Svår sepsis om definierade kriterier är uppfyllda
- Under ett vårdtillfälle kan Septisk chock och Svår sepsis ***aldrig*** samtidigt registreras

Behandlingsstrategi!

- Patient har intensivvårdas fullt ut utan några uttalade eller i journalen dokumenterade begränsningar.

Vad registerar jag för *Behandlingsstrategi* vid utskrivningen?

1. Dokumenterat beslut saknas
2. Inga begränsningar
3. Begränsningar

Influensaregistrering!

- Jag kan vänta att registrera min IVA-avdelnings influensafall tills säsongen är över.
Då kan jag knappa in alla på en gång!

1. Nej
2. Ja

Frågor från nätet



Foto: Jan-Michael Breider

Skallskada!

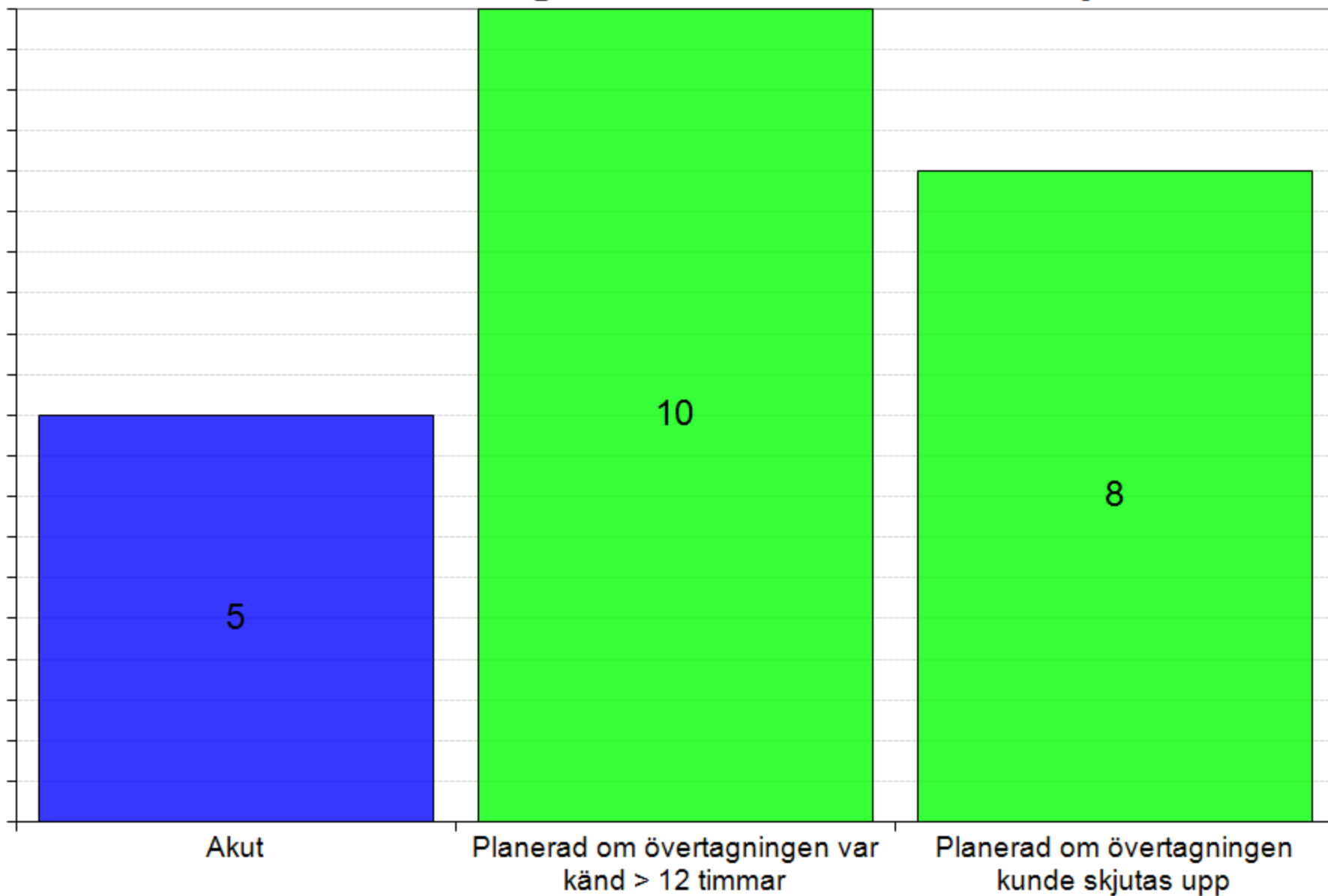
- Patient inkommer med svår skallskada. Intuberas och stabiliseras på IVA.
Transporteras sedan vidare till NIVA inom 1 timme
- Efter 2 dygn återtransporteras han till hemorts-IVA efter utrymning av stort subduralhematom. Pat är fortfarande i respirator och med vakenhet motsvarande RLS 2-3.

Akut/ Ej akut

- Ska denna inskrivning räknas som akut eller ej akut?

1. Akut
2. Ej akut om övertagningen var känd > 12 timmar
3. Ej akut om övertagningen kunde skjutas upp

Skall denna inskrivning räknas som akut eller planerad?



Akut/ Ej akut inläggning

- Ej akut, dvs. planerad/elektiv inläggning. (patientens behov av intensivvård känd sedan > 12 timmar enl. SAPS3)
- Akut inläggning - patientens behov av intensivvård känd sedan < 12 timmar (enl. SAPS3)
- För barn < 16 år gäller att om en IVA-inläggning hade kunnat uppskjutas i mer än 6 timmar utan "adverse effect" räknas den som en elektiv inläggning (enl. PIM2)

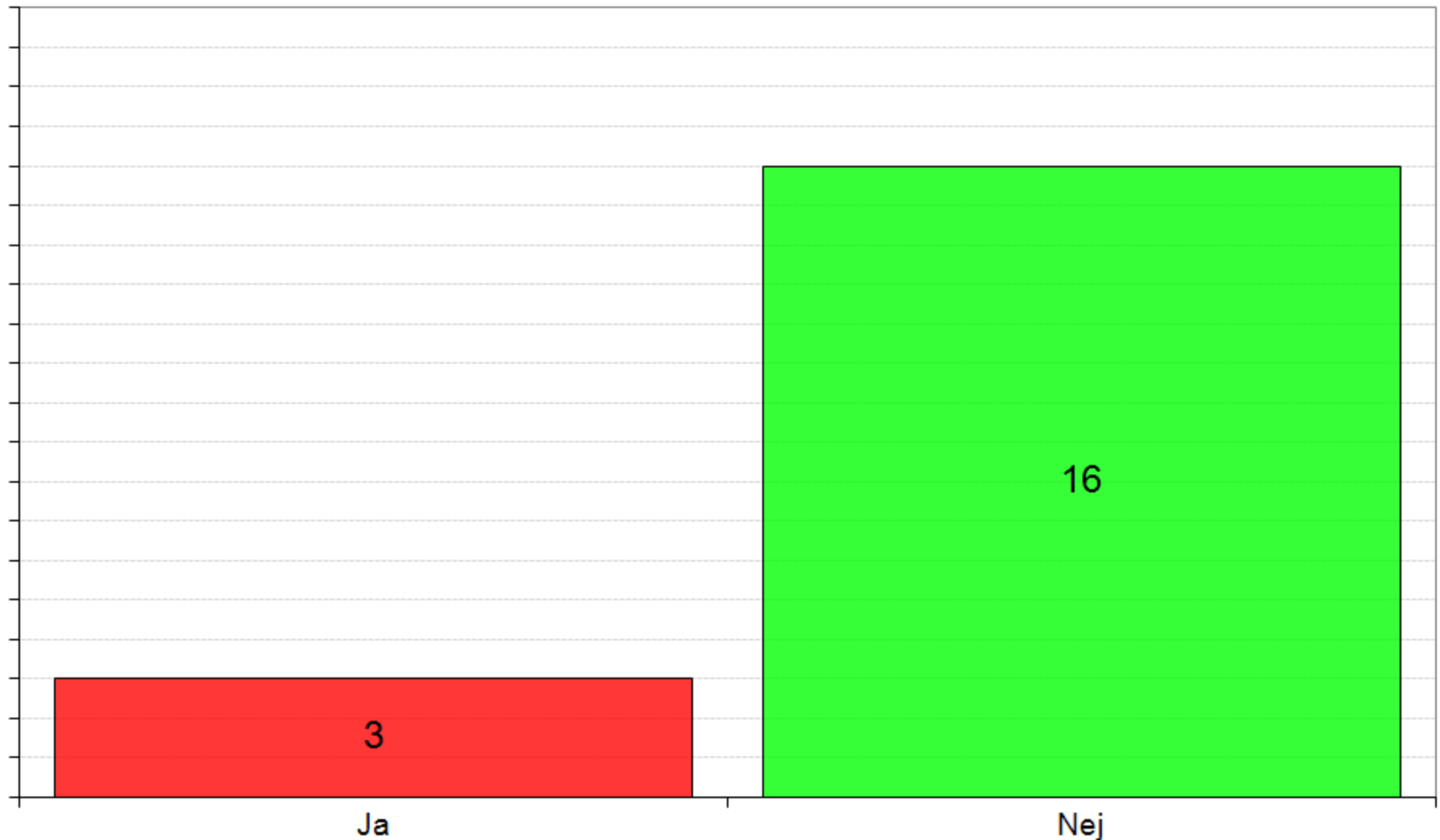
Ur SIR's riktlinje

Intagningsorsak i SAPS3

- Skall ”intrakraniell volymseffekt” (10 poäng) registreras (vilket gjordes då patienten lades in på första gången och även på NIVA)?

1. Ja
2. Nej

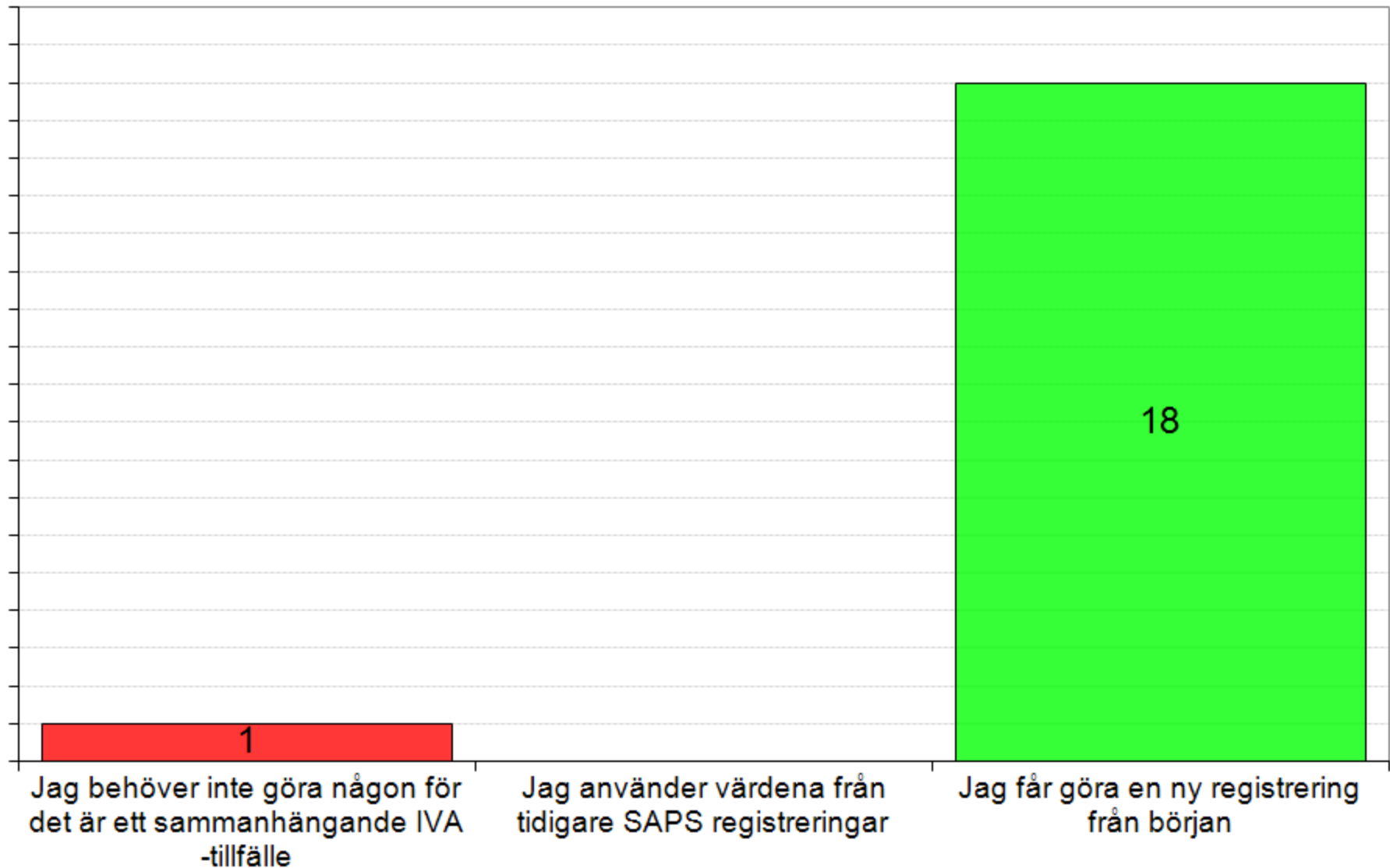
Skall "intrakraniell volymseffekt" (10 poäng) registreras
(vilket gjordes då patienten lades in på första gången och
även på NIVA)?



SAPS3

- Hur registrerar jag SAPS3 i samband med denna övertagning?
1. Jag behöver inte göra någon för det är ett sammanhängande IVA-tillfälle
 2. Jag använder värdena från tidigare SAPS3 registreringar
 3. Jag får göra en ny registrering från början

Hur registrerar jag SAPS 3 i samband med denna övertagning?



Nya koder från 2014

- U82.2A ESBL-A (klassisk ESBL)
- U82.2B ESBL-M (ESBL av pAmpC-typ)
- U82.2C ESBL-CARBA
- U82.2W Resistens på grund av betalaktamaseer med utvidgat spektrum (ESBL) av annan typ

Nya koder från 2014

- J80.9A Lätt ARDS
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 26\text{--}40$ och PEEP 5 eller mer
- J80.9B Måttlig ARDS
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 13\text{--}25$ och PEEP 5 eller mer
- J80.9C Svår ARDS
 - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ mindre än 13 och PEEP 5 eller mer
- J80.9X ARDS
 - utan uppgift om svårighetsgrad

Frågor?



Foto: Jan Michael Breider