

Kvalitetsindikatorer – ny riktlinje

Christina Agvald-Öhman

Pär Lindgren

Ett SIR/SIS-samarbete

- SIR
 - Johnny Hillgren - Gävle
 - Pär Lindgren - Växjö
 - Johan Petersson - Karolinska Solna
- SIS
 - Anneli Fagerberg - Sahlgrenska
 - David Konrad – Karolinska Solna

QI-revision - tidtabell

Våren 2014

arbetsgruppen tar fram förslag på indikatorer

Hösten 2014

förankring SIR/SIS, samverkan med IT-kompetens, skriftlig riktlinje

Feb 2015

beslut SIR:s styrelse

Mars 2015

beslut på SIR:s årsmöte

Mars 2015

information till medlemmarna, initiera IT-förändringar

1 Januari 2016

Nya kvalitetsindikatorer

En bra kvalitetsindikator kännetecknas av

- **Validitet**

- vetenskapliga resultat och klinisk erfarenhet ger stöd för att det som mäts motsvarar god eller dålig kvalitet

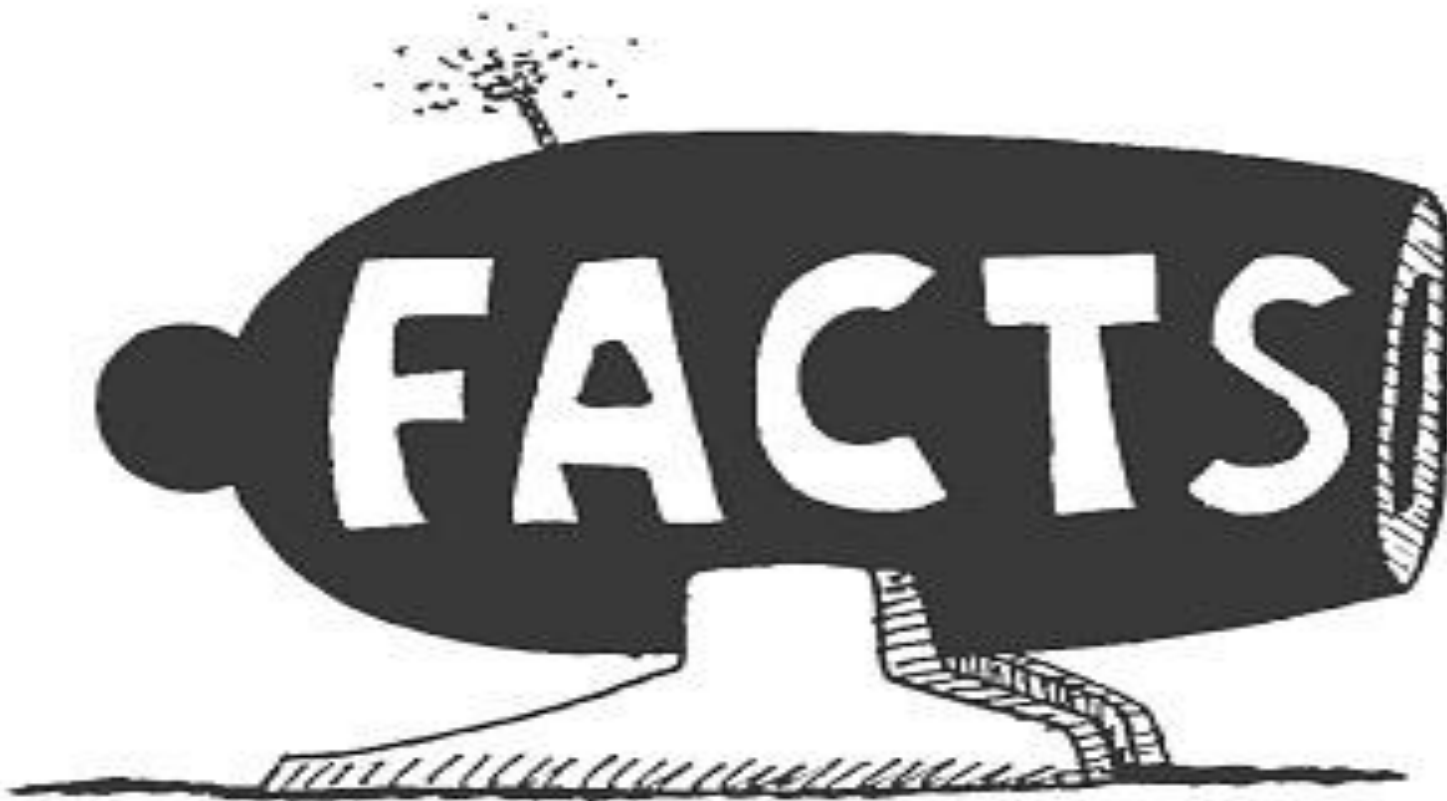
- **Relevans**

- god relevans förutsätter god validitet
- att indikatorn omfattar en stor del av verksamheten
- att indikatorn motsvarar angelägna och möjliga förbättringar

Jämförbarhet, Tolkningsbarhet – förutsätter

- Att skillnader i mätetal motsvarar skillnader i vårdkvalitet - andra faktorer bör ha så liten påverkan på mätetalen som möjligt.
- Att mätetal är reproducerbara och inte användarberoende, har likartad betydelse för alla enheter och att generella målnivåer kan identifieras
- Att data är korrekta, att vården avser jämförbara patienter eller att mätetal justeras för skillnader i patientkaraktäristika.

Motsvarar skillnader i mätetal verkligen skillnader i kvalitet?



Tre olika domäner

- **Strukturindikatorer**
 - mäter vårdens förutsättningar.
- **Processindikatorer**
 - mäter hur vården genomförs.
- **Resultatindikatorer**
 - mäter vårdresultat.

Hur har vi tänkt?

- God vårdkvalitet syftar framför allt till bästa möjliga **resultat**.
- Användandet av **struktur-** och **processindikatorer** motiveras av att dessa ofta har en bättre jämförbarhet och är enklare att koppla till kvalitetssäkringsarbete.

Principer

- Indikatorer från alla tre domänen
- Samverkan mellan indikatorer och en nationell riktlinje för intensivvård.
- Kvalitetsindikatorer som påverkas av faktorer före/efter IVA-vården är ett uttryck för patientfokus och inte diskvalificerande.

Nuvarande indikatorer

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

Utgår 2016

- **2014:Q1 Uppföljning livskvalitet och funktionellt status efter intensivvård.**
 - Indikatorn komplex, resurskrävande otydlig koppling till förbättringar, alltför styrande.
- **2014:Q4 VAP.**
 - Ojämn/dålig rapporteringen, komplex riktlinje, låg specificitet och begränsad validitet.
- **2014:Q8 Nattlig utskrivning till vårdavdelning.**
 - Idag låg validitet.
- **2014:Q10 Beläggningsgrad på IVA.**
 - Svårtolkat, motsvarar inte bara resurs utan också arbetssätt, svårt att definiera nationella målnivåer.

Nationell kvalitetsindikator vs. annan registrering

- Rapportering till SIR kan fortsätta även om en kvalitetsindikator utgår
 - fortsatt registrering enligt komplikationsriktlinjen
 - fortsatt rapportering av PostIVA uppföljning

Kvarstår

- 2016:Q2 Riskjusterad mortalitet (SMR)
- 2016:Q3 Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier
- 2016:Q4 Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist
- 2016:Q5 Åter in (samma IVA) inom 72 h

Reviderade

- 2016:Q6 Uppmärksammande av möjliga donatorer
- 2016:Q7 Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Nya 2016

- 2016:Q1 Följer svensk riktlinje för intensivvård
- 2016:Q8 Användning av sederingsskala och sederingsmål

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

- Redovisar om avdelningen uppfyller grundläggande delar av *"Riktlinje för svensk intensivvård"* utfärdad av SIS/SFAI
- Består i en serie frågor som besvaras via ett särskilt webbprotokoll tillgängligt från SIR:s hemsida.
- Registrering en gång per år eller tätare

Att tänka på i samband med Q1

- Är de olika svarsalternativen tillräckligt definierade?
- Kan det finnas flera möjliga alternativ över tid?

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

1. Vilken IVA-kategori tillhör avdelningen
 - A. Kategori III
 - B. Kategori II
 - C. Kategori I

Kategorier av intensivvårdsavdelningar enl. Svensk riktlinje för intensivvård

Kategori III	Intensivvårdsavdelning på universitetssjukhus, få eller inga begränsningar avseende vilka övervaknings- eller behandlingsmetoder som finns tillgängliga. Inkluderar specialintensivvårdsavdelningar för thorax-, neuro- barn- och brännskadeintensivvård.
Kategori II	Intensivvårdsavdelning t.ex. på länssjukhus, behärskar intensivvård vid multipel organsvikt men saknar möjlighet att erbjuda de allra mest kvalificerade metoder för övervakning och behandling vid svikt i ett eller fler som kan erbjudas på avdelning av kategori III.
Kategori I	Intensivvårdsavdelning, t.ex. på länsdelssjukhus, behärskar intensivvård vid svikt i ett eller flera organsystem men saknar möjlighet att erbjuda intensivvård på samma nivå som kategori II och III.

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

2. Rapporterar avdelningen för alla vårdtillfällen data enligt SIR:s grunddataset samt de data som krävs för samtliga kvalitetsindikatorer?

A. Ja

B. Nej

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

3. Har avdelningen sjukhusbunden anesthesi- och intensivvårdsjour?

A. Ja

B. Nej

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

4. Om ja på fråga 3, vilken är den sjukhusbundna jourens kompetens som lägst?
- A. Specialist i anesthesi- och intensivvård
 - B. ST-läkare i anesthesi- och intensivvård med mindre än 1 år kvar till specialistkompetens och med minst 6 månaders intensivvårdsutbildning
 - C. ST-läkare i anesthesi- och intensivvård
 - D. Finns sjukhusbunden jour men den uppfyller inte något av a-c.

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

5. Har alla sjuksköterskor som arbetar vid avdelningen specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård?
- A. Ja
 - B. Nej
 - C. Nej, men övriga har pågående specialistsjuksköterskeutbildning

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

6. Om nej. För ett enskilt arbetspass, hur stor andel av sjuksköterskorna har som lägst specialistsjuksköterskeutbildning i intensivvård?
- A. Hälften eller fler än hälften
 - B. Mindre än hälften

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

7. Kompetens hos läkare med medicinskt ledningsansvar för avdelningen?
- A. Specialist i anesthesi och intensivvård
 - B. Specialist i anesthesi och intensivvård med kontinuerlig tjänstgöring inom intensivvård > 2 år.
 - C. Tvåårig fördjupningsutbildning inom intensivvård (SSAI) samt godkänd examen EDIC 1 och 2.
 - D. Vetenskaplig meritering motsvarande minst doktorsexamen.

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

8. Hur många beläggningsbara intensivvårdsplatser har avdelningen?
9. Hur många isoleringsrum har avdelningen?

Q1. Svensk riktlinje för intensivvård

10. Bemanning "en vanlig dag" under kontorstid?

Inkludera alla som är involverade i patientarbetet men inte de med uteslutande administrativa arbetsuppgifter.

- A. Antal undersköterskor
- B. Antal sjuksköterskor
- C. Antal ST-läkare
- D. Antal specialistläkare

Q1. Relevans

- *”Svensk riktlinje för intensivvård”* innehåller nationella rekommendationer för hur effektiv och säker intensivvård ska bedrivas.
- Riktlinjen är utformad och antagen av Svenska intensivvårdssällskapet (SIS) samt ska antas av Svensk förening för anesthesi och intensivvård (SFAI) under våren 2015.
- Följsamhet till riktlinjen får anses avspegla kvalitet.

Q1. Typ av indikator

- Struktur och process.

Q1. Mått

- För varje avdelning återges svaren på frågorna.
- För fråga 2 återges dels vilket svar som givets och dels vad avdelningen faktiskt rapporterat till SIR.
- Indikatorn uppfylls
 - om avdelningen rapporterar svar för samtliga frågor 1-10
 - samt uppfyller de rekommendationer i SIS/SFAI:s riktlinje som motsvaras av frågorna 2, 3, 4, 5, 7, och 10.

Q1. Tolkningsproblem, Felkällor

- Felaktig rapportering
- Tolkningsproblem kan betingas av begränsad detaljupplösning

Q2. Riskjusterad mortalitet

- Kvar sedan tidigare
- Riskjustering förändras 2016
 - PIM3
 - SAPS3 SWE
- Den gamla kalibreringen för SAPS3 kommer enbart att visas i tabellform

Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

- Kvar som tidigare

Q 4. Överflyttning till annan IVA p.g.a. egen resursbrist

- Kvar som tidigare

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

- Kvar som tidigare

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

- Indikatorn bygger på att avdelningen har en rutin för att uppmärksamma och dokumentera vilka patienter som uppfyller kriterier för möjlig donator

Möjlig donator

- Patient med svår nytillkommen hjärnskada, som vårdas i respirator vid ankomst till eller under vårdtiden på intensivvårdsavdelning där patientens hjärnfunktioner inte är metaboliskt eller farmakologisk påverkade och samtliga av 1-3 nedan är uppfyllda:
 1. $RLS > 6$ eller $GCS < 5$
 2. Bortfall av spontanandning eller minst en kranialnervsreflex
 3. Hög sannolikhet för utvecklande av total hjärninfarkt

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

- *”Mätetal för organdonation”* (1 – 11) beslutade av Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod.
 - Mätetal 5, *”Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer på IVA bland totala antalet avlidna möjliga donatorer”* motsvarar indikatorn Q6.

Q6. Relevans

- Indikatorn belyser intensivvårdens förmåga att uppmärksamma möjliga donatorer.
- Brister har kopplats till lågt antal organdonationer.

Q6. Typ av indikator

- Process.

Q6. Mått

- Andel möjliga donatorer där det finns dokumenterat att detta uppmärksammats före döden av totalt antalet avlidna på IVA som uppfyllt kriterierna för möjlig donator.

Q6. Tolkningsproblem, Felkällor

- Den verkliga målsättningen är att uppmärksamma alla möjliga donatorer
- Mätetalet anger enbart andelen av avlidna möjliga donatorer som uppmärksammas.

Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

- Dokumenterat beslut om behandlingsstrategi **inom 24 h** från start av intensivvårdstillfället?
- Rapporteras till SIR genom:
 1. Automatisk datafångst.
 2. Aktiv registrering.

Q7. Relevans

- Det finns ett stort behov av att all intensivvård föregås av samråd med patienten och en medicinsk bedömning av möjligheterna att med intensivvård bidra till överlevnad och tillfrisknande.

Q7. Typ av indikator

- Process

Q7. Mått

- Andel (%) av alla intensivvårdtillfällen där den rapporterande avdelningen registrerat att det finns ett dokumenterat beslut om behandlingsstrategi och det är dokumenterat inom 24 h efter det att vårdtillfället påbörjats.

Q7. Tolkningsproblem, Felkällor

- Kommer att närmare diskuteras i annat föredrag.

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

- Uppgifter för denna indikator registreras 3 gånger per dygn
- Riktlinje för hur denna registrering ska ske kommer att utarbetas under våren 2015.

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

- För patienter som behandlas med invasiv ventilatorbehandling besvaras följande frågor:
 - Om sederingsgrad registreras med sederingskala.
 - Till barn används förslagsvis Comfortskalan
 - Om det finns ett dokumenterat sederingsmål.
 - Om patientens sederingsgrad motsvarar sederingsmålet.

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

- Alla patienter som behandlas med invasiv ventilation, oavsett om patienten för tillfället får sederande läkemedel.
- Tänk på diagnosen Delirium F05.9!

Q8. Relevans

- Kvalitetssäkring av rutiner kring invasiv ventilatorbehandling.
- Användning av sederings skala och sederingsmål resulterar i kortare vårdtider.
 - Snabbare tillfrisknande
 - Effektivare användning av resurser
 - Sannolikt till färre komplikationer

Q8. Typ av indikator

- Process

Q8. Mått

1. Andel (%) av alla registreringstillfällen med invasiv ventilation där man använder sederingskala och har dokumenterat sederingsmål
2. Andel (%) av alla registreringstillfällen med invasiv ventilation, mätning med sederingskala och dokumenterat sederingsmål där patientens sederingsgrad motsvarar det dokumenterade sederingsmålet

Q8. Tolkningsproblem, Felkällor

- Förutom felaktig eller utebliven registrering inga identifierade felkällor.

Målnivåer

- Intensivvårdens utveckling gör att målnivåer för kvalitetsindikatorernas mätetal förändras över tid.
- Målnivåerna revideras årligen och publiceras därför i ett särskilt dokument.

Frågor?

