

Sammanfattning från de olika gruppssessionerna Open Space Vår Gård 2018-03-14

1. [Best practice](#)
2. [Registerforskning](#)
3. [Kvalitetsindikatorn Riktlinje för svensk intensivvård](#)
4. [Kvalitetskontroll av data](#)
5. [Begränsning \(Kvalitetsindikatorn\)](#)
6. [Post IVA](#)
7. [MIG \(portalen\)](#)

Best practice

- Vården kan förbättras genom att systematiskt ta fram, sprida, tillämpa, mäta och analysera best practice
- Genom diskussioner och utbyte av erfarenheter önskade vi höra vilka idéer som finns
- I gruppen identifierades några teman med diskussioner om hur olika sjukhus och avdelningar arbetar med best practice samt hur detta kan vidareutvecklas
- Det diskuterades hur riktlinjer följs för behandling av infektioner och sepsis, användning av behandlingsstrategi, hur samarbetet ser ut med intermediärvårdsavdelningar
- CVK-relaterade frågor togs upp, exempel på hur uppföljning av patienter efter överflyttning av patienter från IVA till vårdavdelning, även delirium samt mobilisering diskuterades.

Konklusionen av gruppens diskussioner var att best practice är viktig och bör utvecklas, önskemål att det ska vara mätbart och inte så tidskrävande.

Registerforskning

Diskussion:

- Kristianstad: rapporter, årsrapporter, diagnoser, mortalitet, ventilatorrutiner. Behandlingsrekommendationer cirkulatorisk svikt, arbetstid avsatt.
- Niva – skickar bara till SIR. Bemanning, via PAS-IVA.
- Gävle vill göra förbättringsprogram. Via region Gävleborg.
- Sederling väldigt stort. Hur får man hävstång utan pekpinne.
- Mycket data, styrkort, kvot VTS och bemanning.
- Op flöden, postop flöden. Kvartals och årsrapporter.
- Sundsvall kvartalsrapport, gå in själva, andel behandlingsbegränsningar ökar hur dokumenterar man detta.

- SIR data används mycket aktivt, PDMS, Qlicwiew kopplat, ekonomi kopplat, VTS kopplat till ekonomi i Stockholm
- Linköping produktionsstatistik.
- VTS:a på rätt sätt.....
- Ge energi till gruppen. Visa resultaten till gruppen.
- Se resultat.
- Lund- går igenom alla data rättar och jämför med alla andra BIVA.
- Rättar fel som finns även på andra enheter.
- Hitta delar för att förbättringsarbeten är svårt.....
- Nya diagnoser förbättrar troligen möjlighet att jämföra.
- Västerås: Lämna rapporter, verksamhetsplan, barn på IVA ökar, jämföra med andra jämförbara sjukhus. Grupper behöver stöd när man utvärderar data. ST-arbeten. Årsrapporten jämför med 7 jämförbara sjukhus.
- NÄL: hämtar från Clinisoft, nutrition och sedering. Är det ordinerat? Är den uppnådd? Mortalitet. SIR: MIG, NEWS hur ofta är de migade. Mortalitet på vårdavdelningen. VTS- SOFA till bemanning. Kardiologi-hjärtstopp erbjuda PCI? svår rapportera in SOFA
- ECMO: VTS bra -hur mår vi, jämför tidigare år. Forskning, Månadsrapporter, läkare rapporterar in alla data
- Umeå använder Mig, saknar golvnära förbättringsarbeten

Förslag på registerstudier:

- NIV-Inv vid hypoxisk lungsvikt
- C-vitamin jmf placebo vid septisk chock
- Lungrekrytering ej lungrekrytering
- Mobilisering (till stående)
- Vitamin D
- MAP gränser
- Saturationsgränser
- Tidig sjukgymnastik
- Vilket läkemedel ska trappas ut först?
- Timing renal replacement, tidig, sen
- Timing readmission

Kvalitetsindikatorn Riktlinje för svensk intensivvård

- Upplevelse att registrerade (visade) Q1 data angående bemanning avviker från verkligheten. Fundering om detta beror på missad kommunikation mellan MLA, enhetschef och registeransvarige
- Förslag att dessa träffas i ett forum med andra i samma situation, kanske på Vår Gård eller vid annat tillfälle. Detta för att förbättra de inrapporterade data

- Förslag att Q1 får ett tillägg med bemanningsfrågor under alla pass under en vardag och en helgdag vid tre tillfällen under året ex. mars, juli, oktober. Detta för att bättre fånga bemanningsbekymmer nattetid och över helg samt mer intensiv "normal" verksamhet jämfört med sommaren

Kvalitetskontroll av data

- Diskussion kring hur man kontrollerar data. Vissa har ssk med avsatt tid som kollar alla vårdtillfällen, vissa kollar tex slumpmässigt var femte vårdtillfälle och vissa kollar inget alls. Oftast ssk med avsatt tid.
- Diskussion kring SAPS3-poäng vid hjärtstopp då det upplevs som poängen blir låg. Hjärtstopp har ingen extra koefficient i SAPS3, så poängen beror som vanligt på patientens kroniska sjukdomar, omständigheter vid ankomst till intensivvården och patientens fysiologiska parametrar.
- Någon föredrog SOFA som beskrev patientens tillstånd bättre än SAPS3. SOFA kan användas för att registrera hur patienten s tillstånd utvecklar sig över tid.
- Återigen diskussion kring tidpunkten för Vårdtillfällets start. Finns många tolkning och vissa gränsland är svåra att ge ett entydigt svar på. Viktigt ändå att försöka bedöma när IVA-personalen övertar ansvaret. Vi har det beskrivet i riktlinjen men är ju inte helt svart eller vitt.
- Är PCI en operation? Svar Ja och det står i vår riktlinje för SAPS3
- Diskussion kring ankomstväg. Är den alltid överensstämmande med Vårdplats före IVA i SAPS3? Man kan tänka sig att det är så och att man i så fall skulle kunna lägga in en validering där, men det behöver gås igenom.
- Ankomstväg från akuten gav olika bedömningar. Förutsättningarna varierar på olika avdelningar, en del gör åtgärder på operation som andra skulle göra på IVA. Vilken ankomstväg gäller i nedanstående exempel tex för ett Trauma Ex:
 - Akutmottagning → Röntgen → Operation → IVA
 - Akutmottagning → Röntgen → IVA
 - Akutmottagning → Operation → IVA
 - Akutmottagning → IVA
- Vilken ankomstväg från avdelning
 - Vårdavdelning → Operation → Postop → IVA
 - Vårdavdelning → Operation → IVA
- En fråga uppkommer om SAPS3 har alla de ankomstvägar som SIR registrerar. Alla finns i original-SAPS3, men beskrivs först i supplementet. Registreringen följer den tolkning man gjorde av detta dokument när SAPS3 infördes av SIR.
- Problem med opereradstatus om patienten återkommer till IVA under ett sammanhängande sjukvårdstillfälle.
 - Man skriver Ej opererad på sekundära vårdtillfällen pga att regeln att patienten räknas som opererad enligt SAPS3 om den är opererad någon gång under det sammanhängande sjukvårdstillfället (oavsett om det skedde på ett annat sjukhus) ej är känd.

- Man skriver Ej opererad på sekundära vårdtillfällen för annars måste man ange PreOpKod och då blir det dubletter av op-koder som ställer till det med utdata. Gäller för dem som har PreOpkod = Alltid.
- Arv av SAPS3 poäng. Ny SAPS3 poäng ska beräknas vid varje ankomst till intensivvårdsavdelning, det uppmärksammas att SAPS3 poängen ibland följer med från föregående avdelning vid flytt av patient mellan olika intensivvårdsavdelningar.
- Diskussion kring skyddad identitet och rapportering till SIR. Man uppfattar att personnumret är skyddat men det är uppgifter kring personnumret som tex adress osv som är skyddat. Vi har inga adresser och helt OK att rapportera till oss även till SIRI som var den egentliga frågan.
- Diskussion kring exkludera patient och som man trodde behövdes göra för att skydda patienten enligt punkterna ovan. Det behöver man inte men det är troligen så att patienten själv vill bli exkluderad och det är ju ett alternativ om man så önskar.

Begränsning (Kvalitetsindikatorn)

Diskussionen handlade både om Q7 Beslut om behandlingsstrategi finns dokumenterat inom 24 timmar efter ankomst till IVA och om Behandlingsbegränsning i allmänhet. Drygt 20 personer deltog totalt. Följande punktvisa huvudreflektioner gjordes.

- Kunskapsnivån är låg om regelverk och lagstiftning mm kring behandlingsstrategi/vårdbegränsning. SIR skulle kunna göra en stor insats att sprida kunskap och ha bra utbildningsmaterial i detta angelägna arbete
- Fast vårdkontakt är ett begrepp som, trots att det är lagstiftat endast är känt hos en klar minoritet av de som arbetar inom IVA
- SFAI:s riktlinje är från ungefär samma tid som SoS författning i området kom ut (2011), men begreppet finns inte med. Ingen uppdatering har skett. SFAI borde (eventuellt med SIR) uppdatera denna
- Oklart vad som gäller för dokumentation av behandlingsbegränsningar. På mötet visades Appendix II av SFAI:s riktlinje "Behandlingsbegränsning IVA" med ett exempel på rekommenderad dokumentation. Även denna mall skulle dock behöva revideras
- Q7 är i sin nuvarande utformning för begränsad. Borde kompletteras med också andra informationsmängder för att ge en kvalitetsuppfattning om området. (Finns fast vårdkontakt, information till patient/närstående, grunder för beslutet mm) Inga detaljerade diskussioner fördes om exakt hur den skulle utformas
- Mycket diskussioner om etiska aspekter

PostIVA

Stor grupp som diskuterade PostIVA-uppföljning inom SIR

- Önskemål om att på SIR:s hemsida ha en länk till ANIVA:s "Rekommendationer för uppföljning efter intensivvård"

- PROMIS är en frågebank som används bla i USA. Syftet är att de som svarar på en fråga ska få följande frågor utifrån svaret på föregående fråga. Detta innebär att de inte får icke relevanta frågor. PROMIS har översatts till svenska och arbete med att validera det pågår. SIR har anmält intresse av att vara med i validering utifrån IVA populationen
- Vilka förbättringsförslag i vården har identifierats på uppföljningen? Flera beskrev att de utifrån vad som framkommit vid samtal med patienterna ökat medvetenheten hos personalen i t.ex. område som smärta, ljud, törst mm
- Önskemål om att jämföra våra svenska resultat från RAND 36 med internationella resultat från intensivvårdspopulationen

MIG

Deltagare:

Sjuksköterskor och läkare från Piteå, Mölndal, Borås, Östersund och Varberg

Diskussion:

1. Vana och erfarna användare som på ett bra sätt kunde dela med sig av både positiva och mindre positiva erfarenheter av att använda webbformuläret för inregistrering samt användning av utdata från MIG portalen på ett kreativt sätt, till mindre erfarna eller användare som ligger i startgroparna för att påbörja registrering av MIG data.
2. Webbformuläret upplevs rent allmänt som utförligt, men också resurskrävande att användas för registrering. De flesta har någon form av MIG modul i sina sjukhusgemensamma journalsystem. En del av dessa moduler innehåller all den data som ingår i SIR:s protokoll men dock inte alla. Upplevelsen är att det tar tid att inhämta alla uppgifter från journalen, speciellt svårt att hitta uppgifter som inskrivningstid på sjukhus och uppgiften om behandlingsstrategi.
3. Formuläret är uppbyggt som tänkt för online registrering på avdelningen vid MIG uppdrag med teknik som ännu inte haft genomslagskraft i svensk sjukvård t.ex. användandet av surfplattor och/eller mobiltelefoner. Kräver då säker inloggning vid användning av dessa devices (är på gång). Idag sker så gott som all registrering i efterhand och som då upplevs som dubbeldokumentation.
4. Användning av IVA:s egna registrerings- och/eller kliniska informationssystem är knappast möjligt då merparten av MIG uppdrag inte leder till ett IVA vårdtillfälle utan patienten kan skötas på vårdavdelning med eller utan stöd av MIG teamet.
5. Möjligheten att idag kunna ta del av utdata i MIG portalen upplevs generellt som mycket positivt och används på flera håll för utbildning av personal (alla yrkeskategorier) på den egna avdelningen och vårdavdelningar för motivation att använda sig av ett strukturerat arbetssätt som bygger på att förutse, förebygga, behandla och kommunicera enligt ett strukturerat prioriteringssystem.
6. MIG portalen och möjlighet till att ta del av utdata för sin egen avdelning och också jämförelser med andra avdelningar har lett till att allt fler avdelningar har börjat registrera MIG data. I dagsläget är det 14 intensivvårdsavdelningar som rapporterar in data och fler är på gång bl.a. SU Mölndal, Borås, Kalmar och ev. Lidköping.
7. NEWS har kommit att bli det helt dominerande kriteriesystemet och även f.d. MET användare har börjat gå över till NEWS och Pro-Act konceptet.

Förslag till förbättringar:

1. Då webbformuläret med sitt ganska omfattande innehåll av detaljer så var det framför allt två saker som pekades ut
 - a. Då det ofta saknas behandlingsstrategi vid första MIG uppdraget så upplevde delegater från Piteå att MIG kontakten oftast ledde fram till ett sådant ställningstagande av patientansvarig läkare på vårdavdelningen. Detta ville man förmedla som en tänkbar lösning för andra avdelningar att införa den rutinen.
 - b. Då protokollet idag är uppbyggt på så vis att förslag till åtgärder från MIG teamet kräver ett uppföljande MIG besök/kontakt. Anledningen till det är att det enligt juridisk mening innebär att förslag till åtgärder betyder ett konsultativt ansvar där utfallet av föreslagen åtgärd bör följas upp. Många har av resurs- och praktiska skäl inte planerat uppföljande ny bedömning utan avdelningen tar förnyad kontakt (ofta inom ett tidsspann). Detta är om man vill vara pragmatisk att betrakta som en planerad ny bedömning.
 - c. Önskemålet är dock att kunna registrera förslag till eller utförda åtgärder av MIG teamet oberoende av om ny bedömning är planerad eller inte,

Åtgärder från SIR

1. Se över möjligheten att kunna registrera förslag till eller utförda åtgärder från MIG teamet oberoende av om ny bedömning är planerad eller inte.
2. Undersöka möjligheten att förenkla (förkorta) webbformuläret utan att tappa viktig information-