



Version: 8.0
Fastställt: 2020-02-12
Gäller från: 2019-01-01

SIR:s och SIS:s nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Målnivåer	2
Q1. Följer riktlinje för svensk intensivvård	2
Q2. Riskjusterad mortalitet	3
Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier	4
Q4. Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist	5
Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar	6
Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer	7
Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi.....	8
Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål	10

Bakgrundsinformation

Introduktion

SIR:s och SIS:s verksamheter syftar till att understödja svensk intensivvårds strävan att uppnå bästa möjliga medicinska och omvårdnadsmissiga resultat med lägsta möjliga personella och materiella resursåtgång. En del av detta stöd är användandet av kvalitetsindikatorer för att identifiera och motverka avvikelser och skillnader avseende vårdkvalitet. Syftet med kvalitetsindikatorer är därför också att initiera och underlätta lokalt förbättrings- och kvalitetssäkringsarbete.

En bra kvalitetsindikator kännetecknas av:

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

Relevans – en indikator har god relevans om den har god validitet och samtidigt omfattar en så stor del av verksamheten att det har signifikant betydelse att god kvalitet uppnås

Jämförbarhet – skillnader i mätetal betingas framför allt av skillnader i vårdkvalitet, andra faktorer bör ha så liten påverkan på mätetalen som möjligt. God jämförbarhet förutsätter också att mätetalen har samma eller likartad betydelse för alla enheter. Skillnader i mätetal för en kvalitetsindikator betyder skillnader i vårdkvalitet enbart om de data mätetallet bygger på är av god kvalitet och registrerats korrekt, om vården avser jämförbara patienter eller är justerade för skillnader i patientkaraktäristika och om effekten av slumpvis variation redovisats.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Kvalitetsindikatorer indelas ofta efter hur de mäter en av tre olika domäner:

Struktur – indikatorer som mäter vårdens förutsättningar i form av lokaler, utrustning, kompetens och andra resurser, t ex bemanning.

Process – indikatorer som mäter hur vården genomförs, t ex följsamhet till riktlinjer eller uppföljning av verksamheten.

Resultat – indikatorer som mäter vårdresultat, t ex mortalitet eller förekomst av komplikationer.

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.

Målnivåer

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

Q1. Följer riktlinje för svensk intensivvård

Q1 består i en serie frågor som syftar till att dels klargöra i vilken utsträckning avdelningen följer ”Riktlinjer för svensk intensivvård” utfärdad av SIS/SFAI och dels syftar till att ge information om avdelningen som är av värde för tolkningen av rapporteringen till SIR som helhet. För utökad definition av t.ex. de olika kategorierna av IVA hänvisas till SIS/SFAI:s riktlinje.

Relevans

Riktlinje för svensk intensivvård innehåller nationella rekommendationer för hur effektiv och säker intensivvård bedrivs. Riktlinjen är utformad och antagen av Svenska intensivvårdssällskapet (SIS) samt Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). Avvikelse från riktlinjen får därför anses innebära en lägre kvalitet än vård som uppfyller riktlinjen.

Typ av indikator

Struktur och process.

Mått

För varje avdelning återges hur avdelningarna besvarat frågorna under Q1. Indikatorn uppfylls om avdelningen rapporterar svar för samtliga frågor samt uppfyller de rekommendationer i SIS/SFAI:s riktlinje som motsvaras av frågorna 2, 3, 4, 5, och 8 i Registreringsinstruktion för svensk intensivvård.

Möjlighet att registrera svar på frågorna finns under hela året via SIR:s hemsida.

Åtterrapporeringen från SIR återger de senast lämnade svaren för det aktuella året. Finns inga svar registrerade för det aktuella året återges det som utebliven rapportering. Uppfyllande av Q1 förutsätter rapportering minst en gång varje kalenderår.

Tolkningsproblem, Felkällor

Möjliga felkällor består framför allt i felaktig rapportering, t.ex. pga. att de olika svarsalternativen är otillräckligt definierade. Tolkningsproblem kan betingas av begränsad detaljupplösning, t ex avseende kompetens hos jourläkare eller sjuksköterskor eller av att



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

förhållandena på en intensivvårdsavdelning varierar på ett sätt som inte fångas av rapporteringen.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q1:

Riktlinjer för svensk intensivvård utfärdad av Svenska Intensivvårdssällskapet/Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SIS/SFAI). Riktlinjen finns på SFAI:s hemsida. Indikatorn består i en serie frågor som besvaras minst årligen via ett särskilt webbprotokoll tillgängligt på SIR:s hemsida. Se också: **Registreringsinstruktion för Riktlinje för svensk intensivvård (Q1)**

Q2. Riskjusterad mortalitet

Relevans

Indikatorn har hög relevans eftersom förlängd överlevnad är en av målsättningarna för all intensivvård. Riskjusterad mortalitet är dessutom ett resultatmått som medger god jämförbarhet för resultat från olika avdelningar och från samma avdelning över tid. Indikatorn är allmänt använd internationellt.

Typ av indikator

Resultat.

Mått

Riskjusterad mortalitet beräknas som Standardiserad Mortalitetens rat (SMR). $Rat = kvot$. SMR motsvarar kvoten mellan Observerad Mortalitetens rat (OMR) 30 dagar efter vårdtillfällets start och den förväntade mortaliteten, Estimerad Mortalitetens risk (EMR). För PIM3 beräknas raterna avseende IVA-mortalitet.

$SMR = OMR/EMR$

EMR beräknas med hjälp av riskjusteringsmodeller som utnyttjar data rörande patientens ålder, sjukdom och fysiologi för att bedöma risken för död. För vuxna (≥ 16 år) används SAPS3, för barn (< 16 år) PIM3 och för patienter inom thoraxintensivvården används IVA-Higgins. SMR och riskjusteringsmodellerna beskrivs närmare i SIR:s riktlinje för riskjustering.

Uppgifter om observerade mortalitet (OMR) hämtas av SIR från Sveriges folkbokföring.

Redovisas som:

1. SMR för alla vårdtillfällen under en definierad tidsperiod, t.ex. kalenderår.

Tolkningsproblem, Felkällor

1. Riskjustering eliminerar bara delvis skillnader i förväntad dödlighet mellan olika patientgrupper.
2. 30-dagarsdödlighet påverkas inte uteslutande av vården på IVA utan t.ex. också av kirurgisk behandling och vården före och efter intensivvården. Detta påverkar inte indikatorns relevans ur ett patientperspektiv men det försvårar tolkningen eftersom det bidrar till att skillnader i SMR kan ha andra orsaker än skillnader i intensivvårdens kvalitet.
3. Riskjustering inkluderar angiven intagningsorsak vilket kan vara subjektiv bedömning av den som registrerar data.
4. Avsaknad av några av de värden som krävs för riskjustering kan leda till underskattad risk för död och därmed ett falskt högt SMR.
5. De parametrar som används av riskjusteringsmodellerna ska vara registrerade inom bestämda tidsramar (se SIR:s riktlinje för riskjustering). Rapportering av mätvärden som registrerats utanför dessa tidsramar kan resultera i felaktig riskjustering och falskt låg SMR.

Samtliga av 1–5 kan bidra till skillnader i SMR mellan olika enheter eller för samma enhet över tid utan att skillnader i intensivvårdens kvalitet föreligger.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q2:

Riktlinje för grunddata och vårdtillfälle för intensivvård och övriga vårdtyper och Riskjusteringsmodeller inom svensk intensivvård

Q3. Isolering av IVA-patienter med multiresistenta bakterier

Relevans

Adekvat isolering av patienter infekterade eller koloniserade med multiresistenta bakterier motverkar spridning av dessa till andra patienter. Detta medför i sin tur minskad risk att patienter utvecklar svårbehandlade infektioner, minskad risk för inadekvat empirisk antibiotikabehandling och minskad användning av bredspektrumantibiotika.

Typ av indikator

Struktur och process. Indikatorn återspeglar dels att den rapporterade avdelningen har isoleringsrum och bemanning som medger isolering (struktur) och dels att detta genomförs när indikation finns (process).



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Mått

För alla vårdtillfällen (vtf) där bakteriell multiresistens registrerats beräknas andelen (%) där också åtgärden isolering registrerats. Det vill säga:

$$\% = \frac{\text{Antalet vårdtillfällen med multiresistens och åtgärden isolering} * 100}{\text{Antalet vårdtillfällen med multiresistens}}$$

Nödvändig inställning i valideringsprogrammet

SIR återrapporterar Q3 enbart om avdelningen rapporterar med valideringsprogrammet inställt på "Registrerar alltid" för "Negativa händelser och komplikationer" och för åtgärden smittisolering.

Tolkningsproblem, Felkällor

1. Återrapporteringen från SIR klargör inte om ett lågt värde för indikatorn betingas av brister avseende struktur eller process.
2. Ofullständig registrering av bakteriell multiresistens kan leda till falskt högt (bra) värde för indikatorn. Ofullständig registrering av åtgärden smittisolering kan leda till falskt lågt (dåligt) värde för indikatorn.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q3:

SIR:s riktlinje för registrering av negativa händelser och komplikationer inom intensivvård i Sverige - Bakteriell multiresistens på IVA - (SK-010 (SK-011 och SK-012)) och Åtgärdsregistrering och registrering av operationstillfällen under Intensivvård i Sverige enligt SIR - Smittisolering, infekterad patient – (DV091)

Q4. Överflyttning till annan IVA pga. egen resursbrist

När en intensivvårdsavdelnings samlade resurser överstigs kan det bli nödvändigt att av resursskäl överföra patient till annan IVA.

Relevans

Överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar medför dels risker relaterade till själva transporten och dels risker i form av ofullständig informationsöverföring, fördröjd diagnostik och behandling, och förlängd intensivvårdstid. Överflyttning medför också en extra belastning för patient och närstående i och med att de förlorar etablerade relationer till vårdgivare på den IVA och det sjukhus som patienten flyttas ifrån.

Typ av indikator

Struktur och resultat. Indikatorn mäter i sig ett resultat men återspeglar framför allt struktur eftersom resursbrist är förutsättningen för överflyttningen.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Mått

Andel (%) vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA pga. egen resursbrist. Andelen beräknas av alla vårdtillfällen där patienten skrivits ut levande:

$$\% = \frac{\text{Antal vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA pga. egen resursbrist} * 100}{\text{Antalet vårdtillfällen där patienten skrivs ut levande}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

De faktiska eller potentiella konsekvenserna och riskerna med en överflyttning mellan två olika IVA är multifaktoriell.

Regional samordning av intensivvården är nödvändig för optimalt utnyttjande av begränsade intensivvårdsresurser. Total avsaknad av överflyttningar pga. egen resursbrist är sannolikt inte ett optimalt utnyttjande om det avser överflyttningar inom samma sjukhus. Detta försvårar valet av nationella målvärde för indikatorn.

För en avdelning inom ett sjukhus med flera IVA kan överflyttning pga. egen resursbrist mer återspegla resursbrist för sjukhuset som helhet än för den enskilda avdelningen.

Resursbrist kan också medföra tidigare utskrivning av IVA-patienter till andra vårdnivåer eller att man på den rapporterade avdelningen vårdar fler patienter än vad resurserna egentligen är anpassade för. Andelen överflyttningar pga. egen resursbrist utgör då en underskattning av den egentliga resursbristen.

Sammanblandning av begreppen för Annat Sjukhus, Annan IVA kan vid utskrivning utgöra en felkälla.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q4:

Riktlinje för grunddata och vårdtillfälle för intensivvård och övriga vårdtyper (Utskriven till, Utskrivningsorsak och Vårdresultat)

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar

Relevans

Återinläggning på IVA kort tid efter det att ett tidigare vårdtillfälle avslutats kan återspegla att patienten skrivits ut för tidigt. Orsaken till för tidig utskrivning kan vara resursbrist men också bristande rutiner och felaktiga bedömningar. Patienter som återkommer till IVA kort tid efter utskrivning har en ökad risk för kort överlevnad. Det är dock oklart om en förlängd första intensivvårdsperiod skulle medfört bättre överlevnad.

Typ av indikator

Struktur, process och resultat. Indikatorn mäter i sig ett resultat men detta återspeglar såväl struktur (resurser) som process (hur vården genomförts) på såväl IVA som vårdavdelning.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Mått

Definition av återinvårdtillfälle

Oplanerad återinskrivning av ett vårdtillfälle till samma IVA inom 72 timmar efter ett tidigare vårdtillfälle och är av vårdtyp IVA, TIVA eller BIVA. Överflyttning mellan IVA exkluderas.

Utifrån avdelningens sedvanliga registrering av vårdtillfällens början och slut, sker en automatisk beräkning av indikatorn enligt ovan. Detta till skillnad mot komplikationen ”Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar” (SK-100) som registreras av användaren själv om kraven för oplanerad återinläggning är uppfyllda. Om en intensivvårdsavdelning ”rapporterar alltid” i sin registrering av SIR:s definierade negativa händelser och komplikationer bör SK-100 vara samstämmig med kvalitetsindikatorn ”Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar”.

Antalet återinläggningar anges som andel (%) av det totala antalet inskrivna vårdtillfällen:

$$\% = \frac{\text{Antal återinläggningar} * 100}{\text{Totalt antal inskrivna vårdtillfällen på IVA}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

Vissa återinläggningar betingas inte av bristande vårdkvalitet utan av oförutsägbara försämringar i patientens tillstånd eller andra orsaker ej kopplade till intensivvården. Indikatorn registrerar inte återinläggning på annan IVA. Andra tidsramar än 72 timmar förekommer i litteraturen, kortare tidsramar medför ökad sannolikhet att återinläggningen är kopplad till för tidig utskrivning från IVA men också att färre återinläggningar påvisas. Felaktig angiven ”planerad inläggning” är en felkälla.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q5:

Riktlinje för grunddata och vårdtillfälle för intensivvård och övriga vårdtyper (Indikatorn beräknas på rapportering av start och sluttid för vårdtillfällen samt om vårdtillfället är en oplanerad inläggning på samma IVA enligt riktlinje för registrering av vårdtillfälle.

Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer

Indikatorn motsvarar, ”Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer på IVA bland totala antalet avlidna möjliga donatorer”, enligt ”Kvalitetsindikatorer organdonation – avlidna” beslutade av Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod. Begreppet möjlig donator beskrivs i detalj i detta dokument och i SIR:s riktlinje för uppföljning av avlidna. Målsättningen för intensivvården är uppmärksamma *alla patienter* som uppfyller kriterierna för möjlig donator och att detta dokumenteras. Kvalitetsindikatorn värderar i vilken utsträckning detta sker för gruppen patienter som avlidit på IVA. För dessa patienter identifieras i efterhand de som uppfyllt kriterier för möjlig donator och därefter kontrolleras om detta dokumenterats före döden. Granskningen av vårdtillfället i efterhand beskrivs i detalj i riktlinjen för uppföljning av avlidna.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Relevans

Det är intensivvårdens uppgift att möjliggöra organdonation när en patient under pågående intensivvård utvecklar total hjärninfarkt. Ett stort antal svårt sjuka patienter väntar på organtransplantation. Transplantation innebär för dessa patienter förlängd överlevnad, förbättrad livskvalitet och minskat vårdbehov. Indikatorn belyser intensivvårdens förmåga att uppmärksamma möjliga donatorer. Brister i denna förmåga har kopplats till lågt antal organdonationer.

Typ av indikator

Process och resultat. Indikatorn mäter i sig ett resultat men återspeglar framför allt att vården inkluderar rutiner som medför att möjliga donatorer identifieras och att detta dokumenteras.

Mått

Andel (%) dokumenterade möjliga donatorer. Andelen beräknas av det totala antalet avlidna på IVA som uppfyllt kriterierna för möjlig donator.

$$\% = \frac{\text{Antal möjliga donatorer som uppmärksammats före döden} * 100}{\text{Totala antalet avlidna på IVA som uppfyllt kriterierna för möjlig donator}}$$

Tolkningsproblem, Felkällor

Granskningen i efterhand medför att indikatorn återspeglar i vilken utsträckning möjliga donatorer uppmärksammats och detta dokumenterats. Indikatorn kan därför vara en underskattning av det verkliga antalet uppmärksammade möjliga donatorer. Det är likväl en brist om detta inte dokumenterats enligt gällande riktlinjer. Indikatorn anger enbart andelen av avlidna möjliga donatorer som uppmärksammats medan den verkliga målsättningen är att uppmärksamma alla möjliga donatorer. Indikatorn är dock relevant då det enbart är avlidna men inte uppmärksammade möjliga donatorer som är potentiellt förlorade tillfällen till organdonation.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q6:

SIR:s riktlinje för uppföljning av Avlidna på IVA. Se även Nationell donationsdokumentation: ”Kvalitetsindikatorer organdonation – avlidna” på Vävnadsrådets hemsida.

Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

Relevans

Med behandlingsstrategi menas beslut att tillämpa eller inte tillämpa begränsningar avseende vilka behandlingsinsatser som ska genomföras. Intensivvårdens ökande möjligheter gör att allt sjukare patienter ges möjlighet till överlevnad. Intensivvård kan också resultera i förlängt lidande utan att patienten tillfrisknar och kan återgå till en livssituation och livskvalitet som patienten själv kan acceptera. Det finns därför ett stort behov av att all intensivvård föregås av samråd med patienten och en medicinsk bedömning av möjligheterna att med intensivvård



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

bidra till överlevnad och tillfrisknande. För många patienter är det förutsägbart att beslut om intensivvård kan bli aktuellt. I dessa fall bör samråd och bedömning ske med god framförhållning.

Typ av indikator

Process.

Mått

Andel (%) intensivvårdstillfällen där det den rapporterade avdelningen registrerat att det finns ett dokumenterat beslut om behandlingsstrategi senast 24 timmar efter vårdtillfällets start.

Beslut tagna före IVA inkluderas

Målsättningen bör vara att beslut om behandlingsstrategi tas och dokumenteras senast i samband med vårdtillfällets start. Av praktiska skäl kan dock ett beslut bli fördröjt varför indikatorn omfattar en tidsram på 24 timmar efter vårdtillfällets start.

Tolkningsproblem, Felkällor

Det vore önskvärt att registrera i vilken utsträckning beslut om behandlingsstrategi tagits innan intensivvårdstillfället påbörjas. Detta skulle återspegla i vilken utsträckning samråd med patient och medicinsk bedömning genomförs inom de verksamheter där patienten vårdas före IVA. Den aktuella indikatorn inkluderar dock en tidsram på 24 timmar då beslut eller dokumentation av beslut av praktiska skäl kan bli fördröjda. Ett särskilt problem avseende registrering av beslut om behandlingsstrategi är situationer där behandling bedrivs utan begränsningar men man förutser ett kommande beslut om förändrad behandlingsstrategi, en situation som ryms inom begreppet medicinskt rådrum. Dessa situationer bör dock betraktas som att det hela tiden finns ett beslut om behandlingsstrategi även om en omprövning förutses. Ytterligare en problematik är att det idag är en vanlig uppfattning att beslut om behandlingsstrategi ska dokumenteras enbart om det innebär behandlingsbegränsningar. Denna uppfattning avviker dock både från SIR:s och SIS/SFAI:s riktlinjer.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q7:

SIR:s riktlinje för registrering av behandlingsstrategi vid livsuppehållande behandling inom svensk intensivvård och Riktlinje för grunddata och vårdtillfälle för intensivvård och övriga vårdtyper (vårdtillfällets start).

Q8. Användning av sederingskala och sederingsmål

Enligt riktlinjen bör registrering ske för alla patienter som behandlas med invasiv ventilation, oavsett om patienten för tillfället får sederande läkemedel.

Relevans

Riktlinjen syftar till kvalitetssäkring av rutiner kring invasiv ventilatorbehandling vilket inkluderar en stor andel av IVA-patienterna, särskild de med lång vårdtid och stor risk för död. Användning av sederingskala och sederingsmål har i flera studier visats resultera i kortare vårdtider med invasiv ventilation. De bidrar därför till snabbare tillfrisknande, effektivare användning av intensivvårdens resurser och sannolikt till färre komplikationer relaterade till invasiv ventilatorbehandling.

Typ av indikator

Process och resultat.

Mått

Gäller för vårdtyp IVA och TIVA. Vårdtyp BIVA exkluderas

1. Andel (%) av alla registreringstillfällen med invasiv ventilation där man samtidigt registrerar sederingsgrad med sederingskala och att det finns ett dokumenterat sederingsmål.

$$\% = \frac{\text{Antal registreringstillfällen med invasiv ventilation där man samtidigt registrerar sederingsgrad med sederingskala och ett dokumenterat sederingsmål finns} * 100}{\text{Antalet registreringstillfällen med invasiv ventilation}}$$

För patienter med invasiv ventilatorbehandling motsvarar mätetalet andelen registreringstillfällen då sederingsgrad övervakas med sederingskala och det finns ett dokumenterat sederingsmål. Om registreringar görs regelbundet kan procentalen antas motsvara andelar av den totala tiden med invasiv ventilatorbehandling.

För mätetalet syftar registreringstillfällen på tillfällen då man bedömer patienten avseende ventilation och sederingsgrad.

Tolkningsproblem, Felkällor

Förutom felaktig eller utebliven registrering inga identifierade felkällor.

Registreringsinstruktion – hänvisning till gällande riktlinje som beskriver registrering av data för Q8:

SIR:s riktlinje för registrering användning av sederingskala och sederingsmål.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Ändringshistorik

2020-02-12 Version 8.0

Endast förtydligat text i Q6. Uppmärksammande av möjliga donatorer
Indikatorn motsvarar, "Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer på IVA bland totala antalet avlidna möjliga donatorer", enligt "Kvalitetsindikatorer organdonation – avlidna" beslutade av Nationella rådet för organ, vävnader, celler och blod.

2019-03-12 Version 7.0

Under Q8. Användning av sederingssskala och sederingsmål har följande tagits bort
Andel (%) av alla registreringstillfällen med invasiv ventilation där man samtidigt registrerar sederingsgrad med sederingssskala och patientens sederingsgrad motsvarar det dokumenterade sederingsmålet

2018-03-14 Version 6.0

Justerat under *Mått* för Q8. Användning av sederingssskala och sederingsmål:
Gäller för vårdtyp IVA och TIVA. Vårdtyp BIVA exkluderas

2018-05-07 Version 5.0

Förtydligat *Mått* under Q7. Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi

2017-05-19 Version 4.0

Q1. Förtydligande text under Q1 att frågorna 2, 3, 4, 5, och 8 hittas i SIR:s
Registreringsinstruktion för svensk intensivvård

2016-12-28 Version 3.0

Q5. Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar är förändrad då indexvårdtillfälle tagits bort. Redovisas som antalet återinläggningar uttryckt i andel (%) av det totala antalet inskrivna vårdtillfällen.

Några textjusteringar under avsnittet *Q1 Följer Riktlinje för svensk intensivvård*.