

Intensivvård

Intensivvårdsavdelningen ansvarar för intensivvården på Capio S:t Görans sjukhus. På IVA finns åtta vårdplatser där det bedrivs intensivvård av svårt sjuka patienter. På avdelningen används avancerade behandlingar så som respirator, dialys och cirkulatoriskt stöd under noggrann övervakning för att kunna vårda patienter med svikt i vitala organ.

IVA:s personal tillkallas vid akuta tillstånd som hjärtstopp och andningssvikt på sjukhuset, inklusive till SLLs psykiatriska vårdenheter. Sektionen konsulteras också och ger stöd eller förslag på behandling vid icke akuta tillstånd via en mobil intensivvårdsgrupp (MIG), med narkosläkare och intensiv- vårdssjuksköterska dygnet runt. Riktad uppföljning av vissa patienter efter avslutad intensivvård sker på vårdavdelning enligt särskilda riktlinjer. Patienter som vårdats tre dygn eller mer följs upp efter utskrivning med ett eller flera besök på IVA-mottagningen.

IVA servar hela sjukhuset avseende vård av svårt sjuka patienter med svikt i vitala organ där målet är att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens synvinkel.

Merparten av IVA:s patienter kommer från sjukhusets akutmottagning (ca 40 %) eller från någon av sjukhusets vårdavdelningar (ca 30 %). Övriga patientgrupper som behöver intensivvård är postoperativa patienter och patienter som vårdas i samarbete med övriga intensivvårdsavdelningar i Stockholm (ca 6%).

Beskrivning av patientflödet

| | |
|-----------------------------------|---|
| Akut/elektiv fördelning | Endast akut |
| Kön (M/K) fördelning: | Könsfördelningen under 2018 var ca 65 % män och 35 % kvinnor. |
| Ålder: | Största volymerna sett till antal vårdtillfällen återfanns i åldrar 70-79 år. |
| Volym: | Under 2018 har 585 patienter vårdats på IVA. Medelvårdtiden för patienter på IVA var under 2018 3,2 dygn. |
| Aktuella kvalitetsregister | Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) |

5 vanligaste diagnoserna 2018

| Primär IVA-diagnos | Antal vårdtillfällen | Medel dygn |
|---------------------------|----------------------|------------|
| Hjärtstopp | 62 | 3,7 |
| Delirium tremens | 56 | 3,0 |
| Septisk chock | 33 | 5,7 |
| Gastrointestinal blödning | 32 | 1,2 |
| Svår sepsis | 21 | 4,4 |

Kvalitetsindikatorer

| Typ | Kvalitetsindikator | Mål och/eller nationella snitt 2018 | Utfall 2018 | Utfall 2017 |
|---------|--|-------------------------------------|-------------|-------------|
| CROM | Riskjusterad mortalitet, SMR | <1,05 | 0,81 | 0,92 |
| CROM | Oplanerat återintag på IVA inom 72 timmar | <3,0 % | 1,4 % | 2,6 % |
| PROM | PTSS (andel som skattar > 35 dvs. risk för PTSS) | Bättre än riksgenomsnitt | 9 % | 31 % |
| PREM | Enkät närstående – information (mycketbra/bra) | >90 % | 100 % | 100 % |
| PREM | Enkät närstående – delaktighet (mycketbra/bra) | >90 % | 100 % | 100 % |
| PREM | Enkät närstående – omhändertagande (mycketbra/bra) | >90 % | 100 % | 100 % |
| Process | Identifierade möjliga organdonatorer | 100 % | 100 % | 100 % |
| Process | Ventilator Associerad pneumoni (VAP) | <2,9 % | 1,3 % | 3,4 % |

Analys av resultat

Avdelningen har under 2018 uppnått samtliga ovan redovisade kvalitetsmål inklusive de övriga som inrapporteras till SLL (ej redovisade).

Förbättringsarbete/projekt

- Utöver ovan nämnda förbättringsarbeten har fokus under året legat på förbättrade sederingsrutiner. Avdelningen har infört skattningsskalor för IVA delirium (CAM-ICU) liksom förbättrade rutiner avseende sederingsmål. Sedan 2017 rapporterar avdelningen sederingsparametrar till SIR. Arbetet kommer att fortsätta under 2019.
- Som ett led i att utöka digitaliseringen har vi under 2018 påbörjat införandet av ett automatiskt patientdata insamlingsystem (PDMS) vilket kommer att fortgå under 2019.
- Rutiner/arbetssätt nödvändiga inför den planerade flytten till nya lokaler ses över.
- Under 2018 har 314 akutcykelutryckningar och 223 MIG-konsultationer registrerats. 121 uppföljningar av patient på vårdavdelning efter avslutad intensivvård har genomförts. Det är en ökning med ca 20 % jmf. med 2017.
- Intensivvården i allmänhet och i Stockholm i synnerhet lider av en betydande personal och platsbrist. Vi har därför strävat efter en låg personalomsättning, låg korttids sjukfrånvaro, bemanning utifrån vårdtyngd och en god kontinuitet, även på läkarsidan. Dessa åtgärder ger en mer effektiv och säker vård av hög kvalitet, en enligt medarbetarutvärderingar mycket nöjd personal med stort engagemang gällande patientsäkerhetsfrågor. Avdelningen har därför, liksom tidigare, kunnat bidra till att avlasta övriga intensivvårdsavdelningar i regionen.

Kommentarer relaterade till redovisade kvalitetsmål

CROM – medicinska utfallsmått

Avdelningen har sedan flera år bedrivit ett fokuserat arbete för att minska återintaget <72 timmar. Vi kartlägger fortlöpande vilka patienter som återinskrivs och identifiera förslag på förbättringsåtgärder så som att förbättra MIG-verksamheten och standardiserad uppföljning av de sjukare patienterna. Under 2018, liksom under tidigare år, har avdelningen nått målvärdet (<3,0 %) med god marginal. Kvarstår gör ett tydligt identifierat behov av en kirurgisk intermediärvårdsavdelning.

PROM – patientrapporterade utfallsmått

Ett PTSS-värde >35 indikerar en ökad risk för att utveckla posttraumatisk stress. Indikatoren är ny sedan 2016 och redovisas ej nationellt. Därför kan vi i nuläget ej använda denna indikator för jämförelser med övriga IVA men väl för att själva driva vårt eget förbättringsarbete och vi ser en nedgång i andelen patienter med risk för att utveckla posttraumatisk stress. Behovet av utökad uppföljning, ändrade vård/ sederingsrutiner m.m. utvärderas fortlöpande.

PREM – Patientrapporterade upplevelsemått

Upplevelsemått inom vår patientgrupp är svårt att inhämta varför vi har vänt oss till patienternas anhöriga i egenskap av deras företrädare. Sedan 2015 har vi 1 ggr/termin genomfört en enkätundersökning som i samtliga fall har redovisat en hög grad av belåtenhet. Sedan 2017 har avdelningen funktionen anhängstödjare som är avsedd att ta hand om anhöriga i den akuta situationen i syfte att ytterligare förbättra omhändertagande.

Process – Följsamhet till rutiner / ledtider

Indikatoren för Identifierade möjliga organdonatorer är ny sedan 2016. Ett övergripande mål är att samtliga möjliga donatorer identifieras. Svårigheterna ligger bl.a. i att veta om en möjlig donator identifierats. Vi har därför infört en separat journalmall att använda vid svår nytillkommen hjärnskada. Utbildningsinsatser genomförts fortlöpande gentemot personalen på IVA. Förutom den lagstadgade funktionerna donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska har avdelningen även sedan många år en erfaren intensivvårdssjuksköterska som donations-specialiserad sjuksköterska, verksam inom regionalt donationscentrum.

Jämfört med resultatet för 2017 har frekvensen ventilator associerad pneumoni (VAP) minskat 2018 och ligger under tidigare nationella liksom lokalt förhandlat målvärde. VAP har tagits bort som nationell kvalitetsparameter i SIR. Vår bedömning är dock att indikatoren är av värde för att följa avdelningens arbete med att reducera antalet vårdrelaterade infektioner. Vi arbetar regelbundet med rutiner för att minimera risken för VAP och utför punktprevalenser 1-2 ggr/år avseende följsamhet till rutiner.

Kontaktpersoner

Michael Wanecek, medicinskt ansvarig läkare
E-post: michael.wanecek@capiostgoran.se

Charlotta Löwendahl, vårdenhetschef
E-post: charlotta.lowendahl@capiostgoran.se