

INTENSIVRAPPORT

ÅR 2000

Resultat fra årsrapport fra generelle intensivavsnitt.

Rapporten er utarbeidet for Helsetilsynet

av

Intensivutvalget

Norsk Anestesiologisk Forening (NAF)

Ved

Hans Flaatten

Utvalgsleder

Anestesi og Intensivavdeling

Haukeland Sykehus

N-5021 Bergen

hkfl@haukeland.no

Bergen 22 mai 2001

Helsetilsynet har sammen med Intensivutvalget i NAF for andre år på rad sendt ut et skjema for registrering av intensivbehandling ved norske sykehus.

Resultatene for tidligere år har vært så utilstrekkelige at forsøk på å lage en oversikt over "status" hva gjelder aktivitetsdata ikke har vært mulig (mest pga manglende data og/eller manglende definisjoner og avgrensning av pasientpopulasjonen).

Det er ingen tvil om at mange har hatt og fremdeles har problem med å skille pasientgrupper. Fortsatt behandler de fleste norske intensivavsnitt en blanding av intensivpasienter og post-operative pasienter på samme sted, og mange behandler også rene overvåkingspasienter der.

Registreringen

For år 2000 ble det i god tid varslet om hvilke data HT ønsket registrert på generelle intensivheter/seksjoner/avdelinger ved norske sykehus. Det ble sendt ut 36 skjema, og ultimo mai var det kommet 32 tilbake. Det mangler skjema fra to sentralsykehus, ett lokalsykehus og ett spesial-sykehus.

Selve skjema var nokså likt fjorårets, med en generell beskrivende del (antall hjemler og bemanning på sykepleier og legeside, samt spørsmål om det hadde vært kapasitetsproblem siste år), samt en spesiell del hvor det bedt om virksomhetsdata fra år 2000 (vedlegg 1)

Av disse 32 skjema var 26 utfylt med virksomhetsdata slik at det var mulig å ta disse med i et sammendrag. Seks skjema (fem lokalsykehus og en spesialisert intensivseksjon ved et regionsykehus) manglet opplysninger om antall intensivdøgn slik at data fra disse intensivavsnitt ikke kan tolkes på en meningsfull måte. Disse er ikke inkludert i oversikten. En summarisk oversikt over data fra disse 26 sykehus finnes i vedlegg 2.

Resultat fra disse 26 intensivavsnitt er tatt med i anonyme sammenlikninger i figurer og tabellform i denne rapporten. De 26 intensivavsnitt fordeler seg på 8 lokalsykehus, 13 sentralsykehus og 5 regionsykehus.

Manglende opplysninger

Svært få sykehus kunne svare på alle spørsmål i skjema. Figur 1 viser hvilke data som ble besvart for et utvalg av spørsmålene ved disse 26 intensivavsnitt.

På forhånd hadde intensiv-utvalget definert et "minste akseptabelt datasett" (tabell 1). I alt 11 sykehus oppfylte disse kvantitative kriteriene for god

registreringspraksis (tabell 2). Disse sykehus vil få tilsendt et diplom med godkjent registreringspraksis for år 2000!

Resultat.

Alle sykehus

Fortsatt er det tydelig at noen sykehus ikke følger "mønsteret" og må betraktes som "outliers" med et høyt antall pasienter sammenliknet med sammenliknbare sykehus. Trolig skyldes dette en sammenblanding av intensivpasienter og postoperative pasienter. En har likevel valgt å ta disse sykehus med i totaloversikten.

Det ble behandlet ialt 11263 intensivpasienter som hadde 41049 intensivdøgn og 21159 respiratordøgn i år 2000. For alle sykehus gir dette ett snitt på 3,6 intensivdøgn og 1,9 respirator-døgn.

Totalt oppga disse 26 avsnitt at de hadde 253 intensivsenger men at kun 156 av sengene var operative (begrensning pga bemanning/utstyr). Den totale kapasitet for behandling av respiratorpasienter ble oppgitt til 109. En kan da regne en "teoretisk" operativ kapasitet (gitt 365 dager i ett år) på 56940 intensivdøgn og 39785 respiratordøgn. Av denne totale kapasiteten ble 72% av intensivdøgnkapasiteten brukt mens tilsvarende tall for brukt respiratorkapasitet var 52%.

24 av 26 avsnitt oppgir at de har hatt kapasitetsproblem, 4 sjelden, 5 av og til, 8 ofte og 7 hyppig (definert som 2-4 ggr/uke).

Fortsatt opplyser 3 av 26 avsnitt at de ikke har tilstedevakt av anestesilege og 3 av 26 har heller ikke fast medisinsk leder..

Type sykehus

Pga de svært ulike pasientgrupper og behandlingstilbud som gis ved norske sykehus er en oppsplitting av sykehusene og sammenlikning av "likedanne" sykehus av større verdi enn resultatene sett under ett. I den videre sammenlikningen skilles derfor mellom gruppene lokalsykehus (fylkessykehus), sentralsykehus og regionsykehus.

Tabell 3 (antall pas, liggedøgn, resp. døgn) viser en sammenlikning av nøkkeltall fordelt på disse sykehus. Det går her klart frem at det største antallet intensivpasienter idag behandles ved våre sentralsykehus. Disse står for 58,4% av alle intensivdøgn og 51,5% av alle respiratordøgn. Videre ses en klar tendens til mer ressurskrevende pasienter jo mer spesialiserte intensivseksjonene blir (tabell 4). Det

lave antall pasienter/lege ved regionsykehus kan trolig forklares ved en høyere andel utdanningskandidater ved disse sykehus og dels at pasientene er mer ressurskrevende.

SAPS II

Hele 18 sykehus har oppgitt middelverdier for SAPS II på sine pasienter (6 lokal, 8 sentral og 4 regionsykehus). Siden dette er første året mange bruker SAPS II som rutine, er det trolig endel usikkerheter knyttet til disse tall, noe som bl.a. gir seg uttrykk i en stor spredning i aktuelle verdier.

På lokalsykehus varierer gjennomsnitt SAPS II fra 25,4 til 47,3 og på sentralsykehus fra 25,2 til 53,2. En SAPS II verdi på 52,5 gir en forventet sykehusmortalitet på 0,5. Dette beskriver altså en meget syk pasientpopulasjon. Få, om noen store intensivavdelinger rapporterer så høye tall, selv ikke fra England. Ved regionsykehusene hvor SAPS II skåring har vært i bruk lenger er variasjonen langt mindre (37 til 43,5).

Ut fra SAPS II data vil en kunne beregne forventet dødelighet på seksjonen, og sammenliknet med aktuell sykehusdødelighet kunne si noe om hvordan avdelingen ligger an i forhold til et historisk samlemateriale (LeGall 1993). Dessverre har bare halvparten av avsnitt som oppgir SAPS II data samtidig oppgitt tall sykehusdødelighet (9 intensivavsnitt, inklusive fra 4 regionsykehus), så disse tall må sees på med all mulig forbehold.

En har likevel valgt å plote den aktuelle mortalitet mot en SAPS II standardkurve for de sykehus som oppgir begge tall (figur 2).

Diskusjon

Som helhet er registrering av aktivitet ved norske intensivavsnitt for år 2000 et meget langt skritt i riktig retning, og miljøet ved våre intensivavdelinger har all mulig grunn til å få ros for dette.

På den andre siden viser registreringen at for mange sykehus gir mangelfulle opplysninger, og at det er et godt stykke igjen før en kan si at registreringen som sådan har en akseptabel kvalitet rent kvantitativt sett. Til det bør vi i alle fall ha som mål: 90% utfylte data i snitt.

Kvaliteten av data er vanskelig å si noe sikkert om. Det er tydelige "outliers" i hver gruppe når det gjelder antall pasienter som defineres som intensivpasienter. Eksempelvis har et regionsykehus oppgitt like mange intensivpasienter som de andre tilsammen, og et lokalsykehus oppgir over dobbelt så mange intensivpasienter som

snitt på regionsykehusene. Dette viser at det fortsatt kan være vanskelig for noen å skille intensivpasienter fra andre typer overvåking og observasjonspasienter.

Kvaliteten på SAPS II data kan en også stille et spørsmålstegn ved. Det er derfor viktig fortsatt å holde en høy profil på opplæring i riktig bruk av SAPS II skåring. Dette vil bl.a. tas opp under årets høstkurs som en egen "work-shop". NEMS skåring er trolig enklere å få til, selv om den skal registreres daglig. Noe av forklaringen kan være at dette mange steder er overlatt intensivsykepleierene som nok har en høy grad av "compliance" når det gjelder registrering. NEMS skår fordeler seg i snitt slik som en vil forvente, og følger også ganske godt ratioen mellom respiratordøgn/liggedøgn for ulike grupper sykehus.

Rapporten foreligger i to versjoner: en med anonymiserte sykehus (bare nummerert etter gruppe tilhørighet) som kan offentliggjøres, og en med navn på sykehusene som kun er ment til Helsetilsynets interne bruk.

Intensivutvalget vil også gi en tilbakemelding til hvert enkelte sykehus hvor sykehusets egne data sammenliknes med et snitt for den gruppen sykehus en selv er plassert i.

Igjen er det grunn til å berømme intensivmiljøet for et meget langt skritt i riktig retning når det gjelder å få til en god registrering av aktivitetsdata ved norske intensivavsnitt

Vedlegg:

- 1) Registreringsskjema år 2000
- 2) Oversikt over alle sykehus som besvarte skjema med nøkkeldata for hvert sykehus
- 3) Oversikt over de 26 sykehus som hadde tilstrekkelig data til å tas med i rapporten

Tabeller og figurer. Intensivrapport 2000.

Tabell 1. Minste godkjente datasett

Antall pasienter
 Antall liggedøgn
 Antall respiratorpasienter
 Antall respiratordøgn
 Gjennomsnittsalder
 NEMS skår
 SAPS II skår
 Intensivmortalitet

Tabell 2. Intensivseksjoner med godkjent registreringspraksis for år 2000

Regionsykehuset i Tromsø
 Sentralsykehuset i Rogaland
 Fylkessykehuset i Molde
 Ringerike Sykehus
 Sentralsykehuset i Elverum
 Ullevål Sykehus
 Sentralsykehuset i Møre og Romsdal
 Fylkessykehuset i Haugesund
 Regionsykehuset i Trondheim
 Haukeland Sykehuset
 Sentralsykehuset i Akershus

Tabell 3. Sum og (gjennomsnitt) på antall pasienter, ligge- og respiratordøgn, fordelt på type sykehus.

Type sykehus	Pasienter	Liggedøgn	Respiratordøgn
Lokal	2276	5466 (911)	2028 (253)
Sentral	5569	23995 (1846)	10904 (839)
Region	3418	11588 (2317)	8227 (1645)

Tabell 4 Ressursbruk

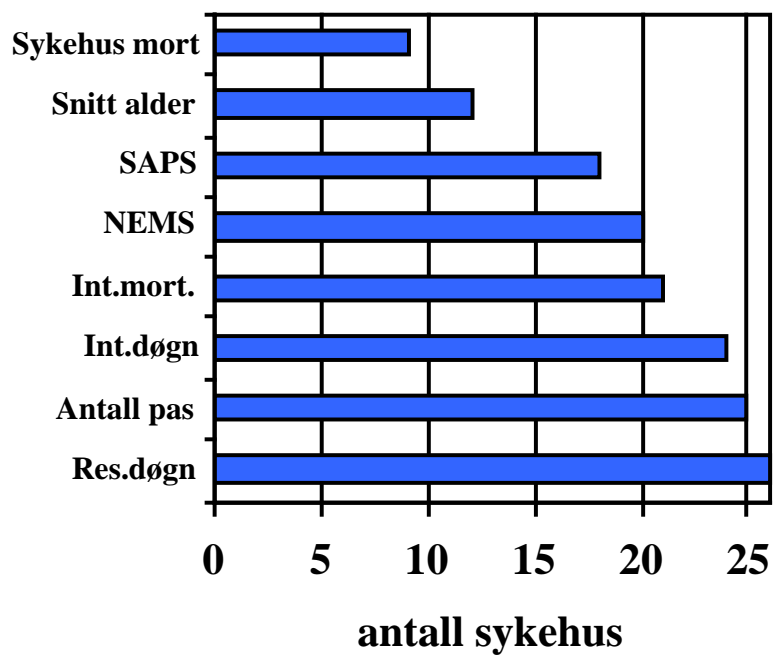
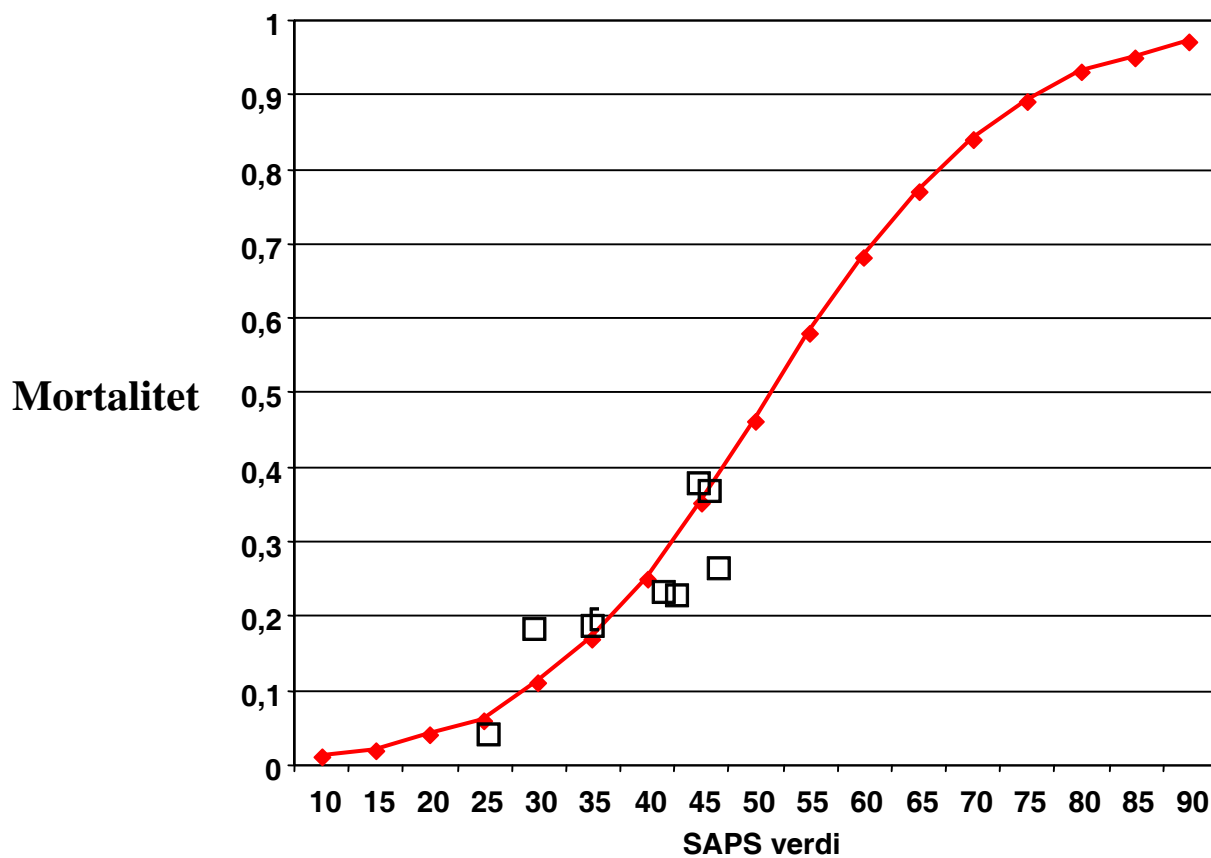
Type sykehus	Ratio	NEMS	Spl ¹	Lege ²
Lokal	0,37	24,1	7,2	3,8
Sentral	0,45	25,4	8,3	3,7
Region ³	0,76	30,8	10,5	1,6

Ratio: forhold respiratordøgn/intensivdøgn

¹. Snitt antall sykepleierhjempler/intensivpasient

². Snitt antall intensivpasienter/lege (dagtid)

³. Fra fire av fem regionsykehus

Figur 1. Besvarte spørsmål (n=26)**Figur 2. SAPS II estimert mortalitet vs. aktuell mortalitet (n=9 sykehus)**

Hans Flaatten
Leder
Intensivutvalget
Norsk Anestesiologisk Forening
Anestesi og Intensivavdelingen
Haukeland Sykehus
N-5021 Bergen

Fagsjef
Jo Kittelsen
Statens Helsetilsyn
Postboks 8128 DEP
0032 Oslo

Bergen 22 mai 01

Angående intensivregistrering år 2000 (ref 98/7069 5 PSK)

Herved oversendes rapporten som er laget ut fra virksomhetsregistrering ved landets intensivavdelinger.

Fire sykehus har ikke besvart skjema, og 6 hadde såpass mangelfulle opplysninger at data ikke kunne brukes i noen fornuftig sammenlikning. De resterende 26 avdelinger danner utgangspunkt for rapporten.

Vi ber om at data for hvert enkelt sykehus ikke gjøres offentlig, i så fall kan sykehusnavnet erstattes av et nummer i vedlegg 2 og 3.

Vi er i NAF meget fornøyd med den betydelige bedring vi har sett fra 1999 til 2000 mtp registreringspraksis, selv om rapportereingen også viser at det er et godt stykke igjen til både kvalitet og kvantitet på data er gode nok. Vi håper på at videre arbeide med dette som et offisielt kvalitetsregister vil gi oss mulighet for en ytterligere forbedring.

For år 2001 håper vi fortsatt at Helsetilsynet vil påta seg å sende ut skjema til landets sykehus, mens vi som i år kan stå for bearbeidelse og rapportskrivning. Vi vil trolig forandre litt på selve utforming av skjema, men kan komme tilbake til dette til høsten.

Vennlig hilsen

Hans Flaatten

Kopi:
Jannicke Mellin Olsen, leder NAF