

Årsrapport 2007

Norsk Intensivregister (NIR)

Styringsgruppa i NIR:

Inger-Lise Fonneland
Knut Dybwik
Jon Henrik Laake
Kristian Strand
Hans Flaatten

Reidar Kvåle
dagleg leiar i NIR
Kirurgisk serviceklinikk
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen
rkva@helse-bergen.no

I) Norsk Intensivregister (NIR) – organisasjon

Stifta i 1998 av Norsk anesthesiologisk forening (NAF)
Helse Vest har eigarskap og driftsansvar i NIR frå 2004
Medlemene i NIR eig data i registeret

NIR er leia av ei fagleg styringsgruppe, som er sett saman av:
fire representantar for medlemssjukehusa (to sjukepleiarar og to legar)
ein representant for eigar

NIR er regulert av Helseregisterlova, og er registrert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som eitt av 36 nasjonale medisinske kvalitetsregister.

Styringsgruppa i NIR (vald i 2006 for fire år):

Inger-Lise Fonneland	Sørlandet sykehus HF Arendal
Knut Dybwik	Nordlandssykehuset HF Bodø
Jon Henrik Laake	Rikshospitalet HF
Kristian Strand	Stavanger Universitetssjukehus
Hans Flaatten	Haukeland Universitetssjukehus, representant for eigar og leiar av gruppa

Nettsider

www.intensivregister.no

Føremål, vedtekter, mal for datainnsamling, årsmøteinncallingar, årsrapportar og andre relevante opplysningar om NIR er å finne på nettsidene.

Vedtekter for NIR

Vedtektene gjeld føremål, eigarskap, fagleg styringsgruppe, drift, dataleveranse, rapportering, økonomi, forskning og årsmøte i NIR, og er å finne på nettsidene.

Tilknytning til ekstern registerkompetanse

Årsmøtet i NIR 2007 gav styringsgruppa i oppdrag å arbeide for å knyte NIR til det finske intensivnettverket Intensium. Sjå eige notat om denne prosessen.

Registrering av potensielle organdonores

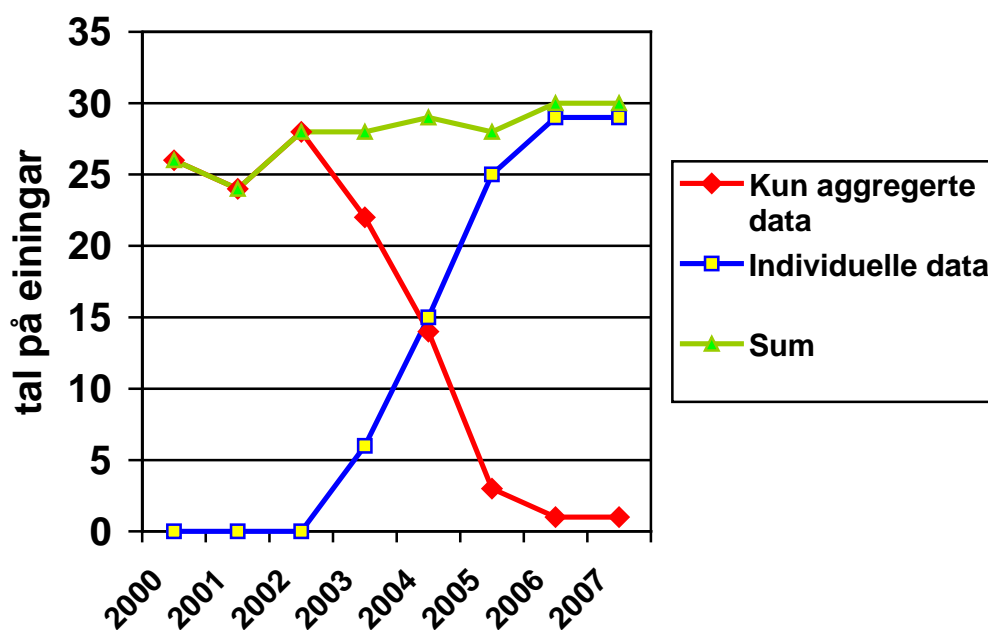
Frå 01.01.07 registrerer medlemene i NIR potensielle organdonores etter ein registreringsmal. Rapport frå 2007 er å finne på nettsidene til NIR.

II) Datainnsamling for 2007

Det er 31 einingar som rapporterer til NIR:

12 sjukehus/einingar på lokalsjukehusnivå	12 har levert data for 2007
14 sjukehus/einingar på sentralsjukehusnivå	12 har levert data for 2007
5 regionsjukehus	5 har levert data for 2007

NIR starta innsamling av individuelle data i 2004 (for år 2003), og har frå 2007 gått over til kun å bruke individuelle data:



Figur 1. Datainnsending til NIR 2000-2007, individuelle og aggregerte data

Rapporten er basert på data for dei 29 einingar som leverte individuelle data for 2007. Det er to sjukehus/einingar på sentralsjukehusnivå som ikkje har levert data for 2007. Elles har alle medlemmene levert data.

Feil, manglar og tilpassingar i datasettet

1. **Reinnleggingar.** Ikkje alle einingar registrerer reinnleggingar. For dei som gjer det, er det i mange datasett vanskeleg og svært tidkrevjande (via manuelle søk) å finne primæropphald og reinnleggingar. Dette fører igjen til at det ikkje vert korrekte data for status ut frå sjukehuset, som ifylgje malen kun skal gjelde siste opphald ved reinnleggingar.

Rapporten er basert på så gode data rapportskrivar har greidd å skaffe ved “vask” av eksisterande data og samkøyring av kjønn, alder og reinnleggingar i kvart datasett.

2. **Liggjetid** I ein del tilfelle er det registrert lenger tid for respirasjonsstøtte enn liggjetid på intensiv. Der det har vore større avvik, er dette teke opp med eininga. Ved mindre avvik (t.d. 5 vs. 5,2 døger) er liggjetida justert opp til respiratorida. For ein del opphald er liggjetid registrert med 0. Der det ut frå SAPS, NEMS og status ser ut til at dette har vore reelle, korte intensivopphald, er liggjetida sett til 0,1.

3. **SAPS-verdiar** er berre tekne med om dei er større enn 0. Det tyder at opphald som er oppført med SAPS=0, er rekna som ikkje SAPS-skåra.

4. **Årsak** til intensivopphaldet. Her er det ufullstendig rapportering i ein del av datasetta.

5. **Overførte pasientar.** Berre eit fåtal einingar rapporterer korvidt innlagde intensivpasientar kjem frå ei anna intensiveining. Noko fleire rapporterer om overførte pasientar i status ved utskriving.

6. **Status** Eitt datasett har ingen opplysningar om mortalitet, og eit fåtal datasett inneheld berre opplysningar om intensivmortalitet.

Det er difor ulikt datagrunnlag for desse variablane, slik det går fram av rapporten.

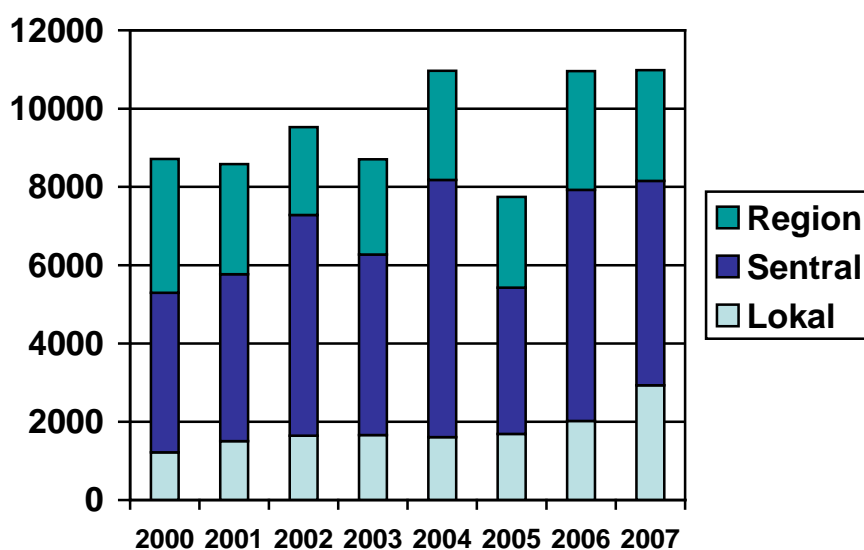
III) Resultat 2007

Tal på og fordeling av intensivopphald 2007

Totalt 10 983 intensivopphald vart rapporterte til NIR for 2007 (tal for 2006 og 2005 i parentes):

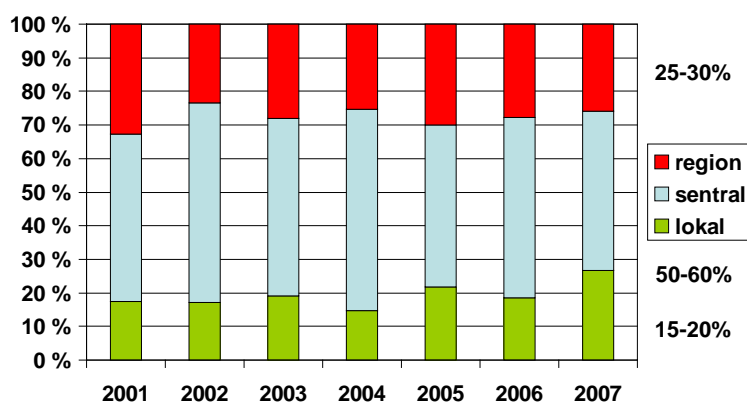
Lokalsjukehus	2935 (2021, 1890)	26,7% (18,4%, 19,9%)
Sentralsjukehus	5216 (5903, 4780)	47,5% (53,9%, 50,3%)
Regionsjukehus	2832 (3035, 2839)	25,8% (27,7%, 29,8%)

I høve til 2006 er det eitt lokalsjukehus fleire og eitt sentralsjukehus færre som har rapportert, noko som gjev seg utslag i tala. Halvparten av intensivopphalda i denne rapporten er som vi ser ved sentralsjukehusa, medan lokalsjukehusa og regionsjukehusa representerer ¼ kvar (figur 3).



Figur 2. Tal på opphald registert i NIR 2000-2007, sjukehuskategoriar

Fordeling av opphald 2000–2007 sjukehuskategoriar



Figur 3. Fordeling av opphald registert i NIR 2001-2007, sjukehuskategoriar

Reinnleggingar

For 2007 er det tre lokalsjukehus og to sentralsjukehus som ikkje har registrert reinnleggingar, medan alle regionsjukehusoppalda har dette registrert. Prosent reinnleggingar er rekna ut frå oppalda det faktisk er registrert slike data på.

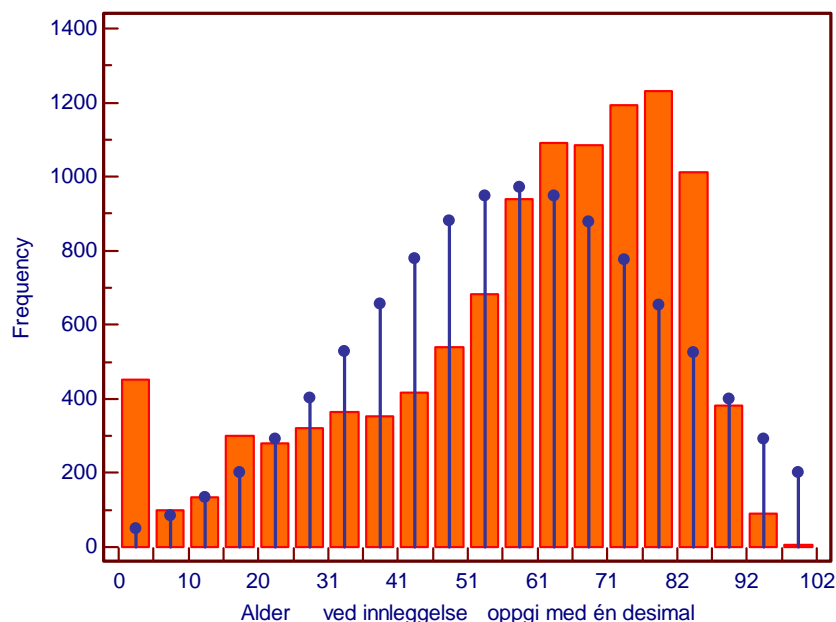
Det er ser ut til å vere fallande reinnleggingsfrekvens i alle tre sjukehuskategori, trass i at talet på intensivopphald ikkje har gått ned. Dette kan skuldast meir “treffsikker” utskrivingspraksis, betre oppfølging etter utskrivning, betre intensivkapasitet eller andre faktorar NIR ikkje har opplysningar om.

	<u>% registrerte opphald</u>	<u>% reinnlegging av oppalda</u>
Lokalsjukehus	82,9% (2433/2935)	7,3% (8,1%, 7,8%)
Sentralsjukehus	78,1% (4075/5216)	6,1% (6,9%, 7,9%)
Regionsjukehus	100% (2832/2832)	9,8% (10,1%, 11,5%)

Tabell 1 Reinnleggingar registrert i NIR 2007 (% for 2006 og 2005 i parentes)

Alder

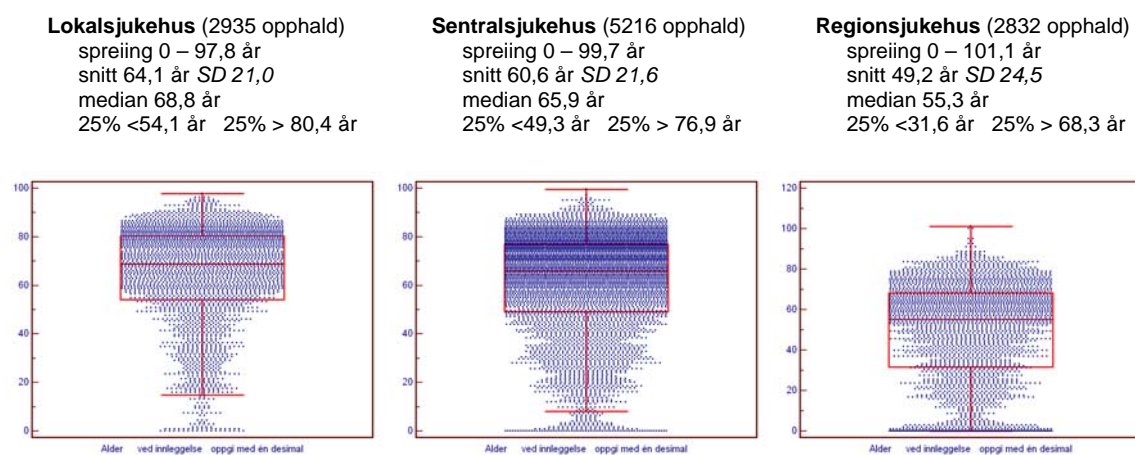
Det er stor spreing i aldersamansetjing i intensivpopulasjonane som vert rapporterte til NIR. Figur 4 viser at det i totalmaterialet (10 983 opphald) som før er tydeleg skeivfordeling i retning høgare aldergrupper, og medianalderen er 64,0 år (63,7 år i 2006) (dvs. at halvparten av alle intensivopphalda i 2007 gjeld pasientar som er 64,0 år eller meir).



Figur 4 Aldersfordeling alle intensivopphald 2007 (n=10983)

Median alder er 64,0 år og gjennomsnittleg alder er 58,6 år
 25% av pasientane er mellom 0 og 46,1 år
 50% av pasientane er mellom 46,1 og 76,4 år
 25% av pasientane er over 76,4 år

Dei ulike sjukehuskategoriene viser som tidlegare år tydelege skilnader seg imellom når det gjeld alderssamansetjing i intensivpopulasjonen:



Figur 5 a) b) c) Aldersfordeling sjukehuskategori

Kvart punkt representerer einiskildpasientar, alder er i år langs y-aksen. Dei raude boksane uttrykkjer 25- og 75-percentilen, og raud strek inni boksen markerer medianverdien. 50% av pasientane på lokalsjukehusa er mellom 54,1 og 80,4 år, medan tilsvarende tal for sentralsjukehusa er 49,3 og 76,8 år, og for regionsjukehusa 31,6 og 68,3 år.

Dei eldste og dei yngste (tal for 2006 i parentes)

Intensivpasientar >85,0 år i totalmaterialet: 714 (812) opphald 6,5% (7,4%) av alle
Intensivpasientar <2 år i totalmaterialet: 331 (256) opphald 3,0% (2,3%) av alle

Det kan vere tilfeldig variasjon, men det ser altså ut til at talet på intensivpasientar over 85 år fell, medan talet på pasientar under 2 år aukar. Både 25- og 75-percentilen er lågare i 2007 enn i 2006 for alle samla sjukehuskategori.

Kjønn

NIR har opplysningar om kjønn for 10980 av 10983 opphald i 2007

- 43,8% er kvinner (4811 av opphalda) (42,7% i 2006)
- 56,2% er menn (6169 av opphalda) (57,3% i 2006)

Lokalsjukehusnivå: 44,5% kvinner (1306/2935) (47,2% i 2006)

Sentralsjukehusnivå: 46,4% kvinner (2421/5216) (42,8% i 2006)

Regionsjukehusnivå: 38,3% kvinner (1084/2832) (40,2% i 2006)

Det er frå 2006 ein auke i delen kvinner på sentralsjukehusa, medan det er relativt færre kvinner innlagde på lokal- og regionsjukehusa. Det er mogeleg at dette heng

saman med at det er blitt noko færre av dei eldste pasientane (kvinner representerte 55,8% av opphalda ved alder >85,0 år i 2007).

Liggjetid

For 2007 er det registrert liggjetider for 10878 opphald. Vi har sett bort frå pasientar som er oppførde med liggjetid=0.

Totalt er det registrert 55 575 intensivdøger i 2007.

Gjennomsnittleg liggjetid for alle 5,1 døger (95% KI 4,9 – 5,3) (sd 11,9) (4,8 d i 2006)

Median liggjetid er 2,1 (same som i 2006)

205 opphald (1,9%) hadde liggjetid > 30 døger (i 2006 var det 2,0%)

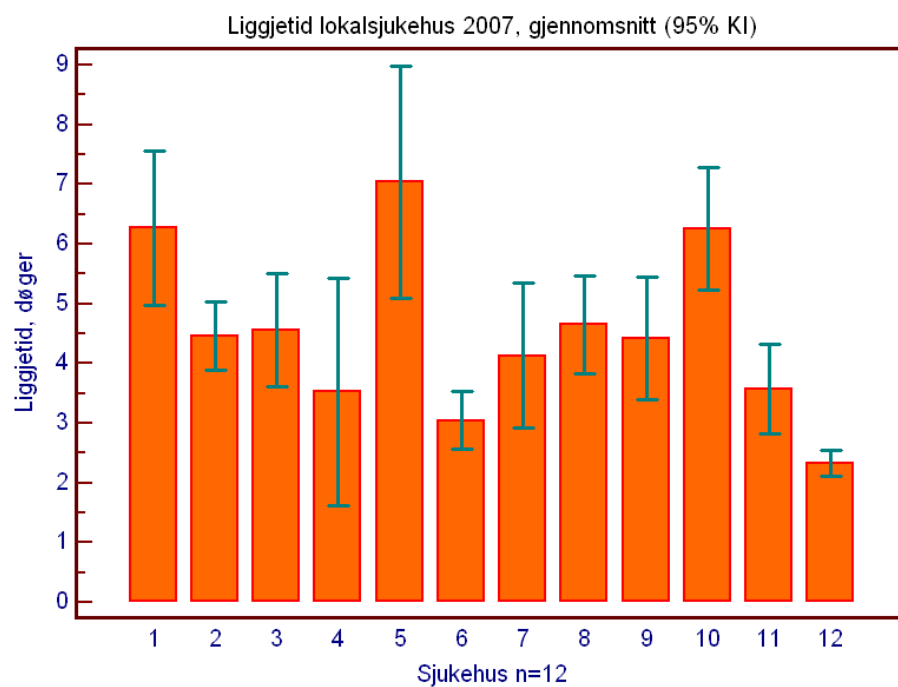
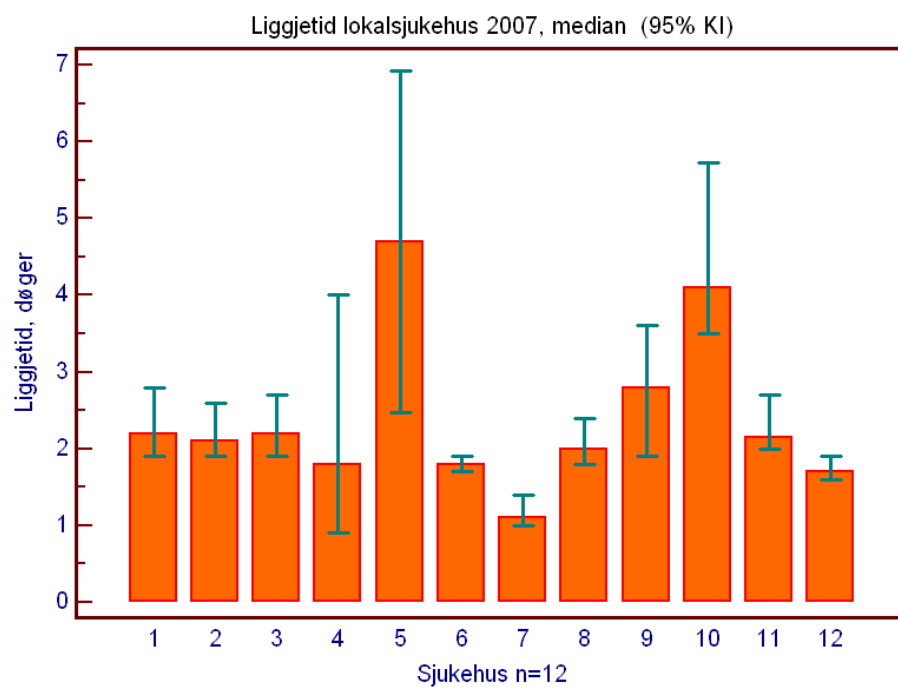
Lokalsjukehusa har tydeleg kortast liggjetid, og den fell. Viktigaste grunn er relativt færre langliggjalarar >7 døger. Regionsjukehusa har lengst liggjetid, og ein markert auke i opphald over 7 døger.

<i>Liggjetid</i>	<i>Snitt</i>	<i>Median</i>	<i>Grenser</i>	<i>Percentilar</i> (25-75)	<i>% > 7 døger</i>
Lokal	4,2 (4,6)	1,9 (2,1)	0 - 112	1,1 – 4,2 (1,2 – 4,8)	13,9% (16,0%)
Sentral	5,1* (4,5)	2,0 (2,0)	0 - 358*	1,1 – 4,6 (1,1 - 4,4)	15,7% (15,1%)
Region	6,1 (5,4)	2,8 (2,6)	0 - 102	1,2 – 7,4 (1,2 – 6,1)	26,3% (22,3%)

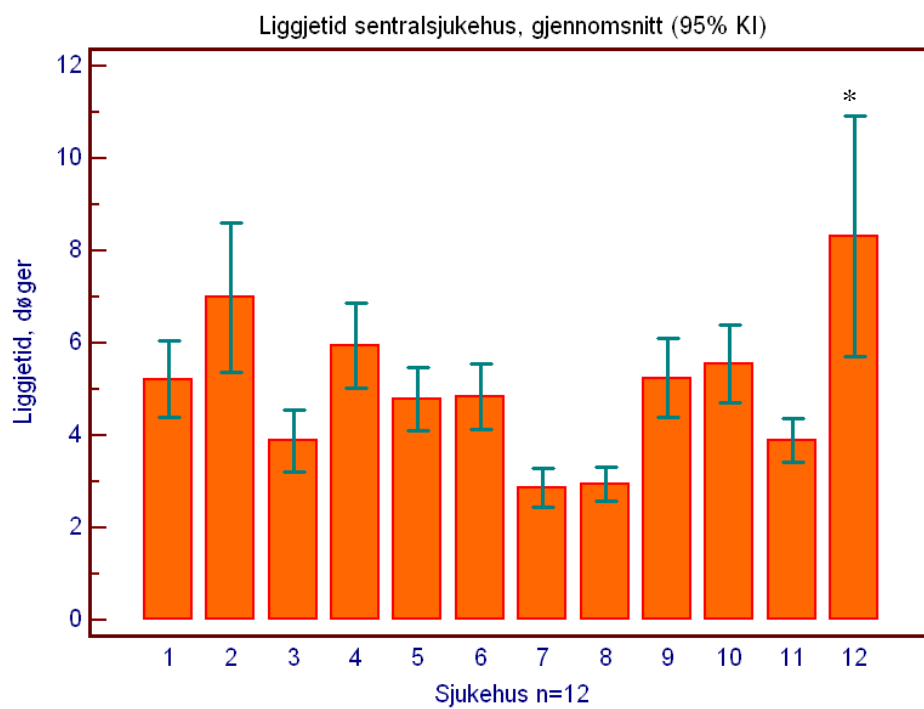
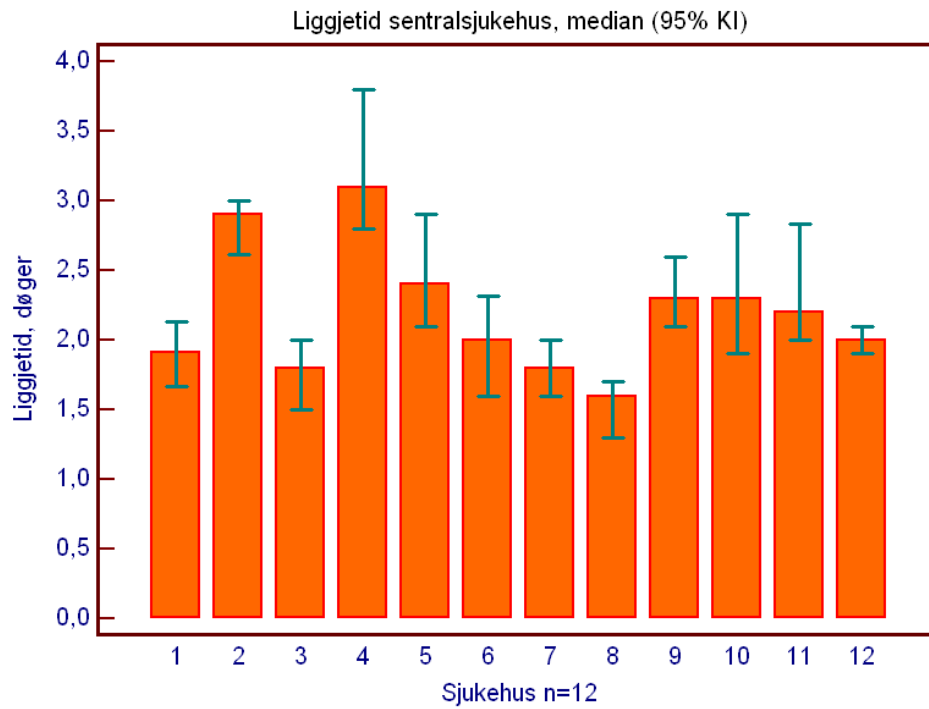
Tabell 2 Liggjetider 2007 (tal frå 2006 i parentes)

*Det er 9 liggjetider som er frå 213 til 358 døger (og dermed høyst sannsynleg feile verdiar). på eit sentralsjukehus. Ingen av desse 9 opphalda er registrert med noka respirasjonsstøtte, slik at statistikken for dette skulle vere upåverka (jf. figur 11 b). Dersom ein tek bort desse 9 opphalda når ein reknar liggjetid, vert gjennomsnittleg liggjetid for sentralsjukehusa 4,6, og altså tilsvarande 2006-nivået.

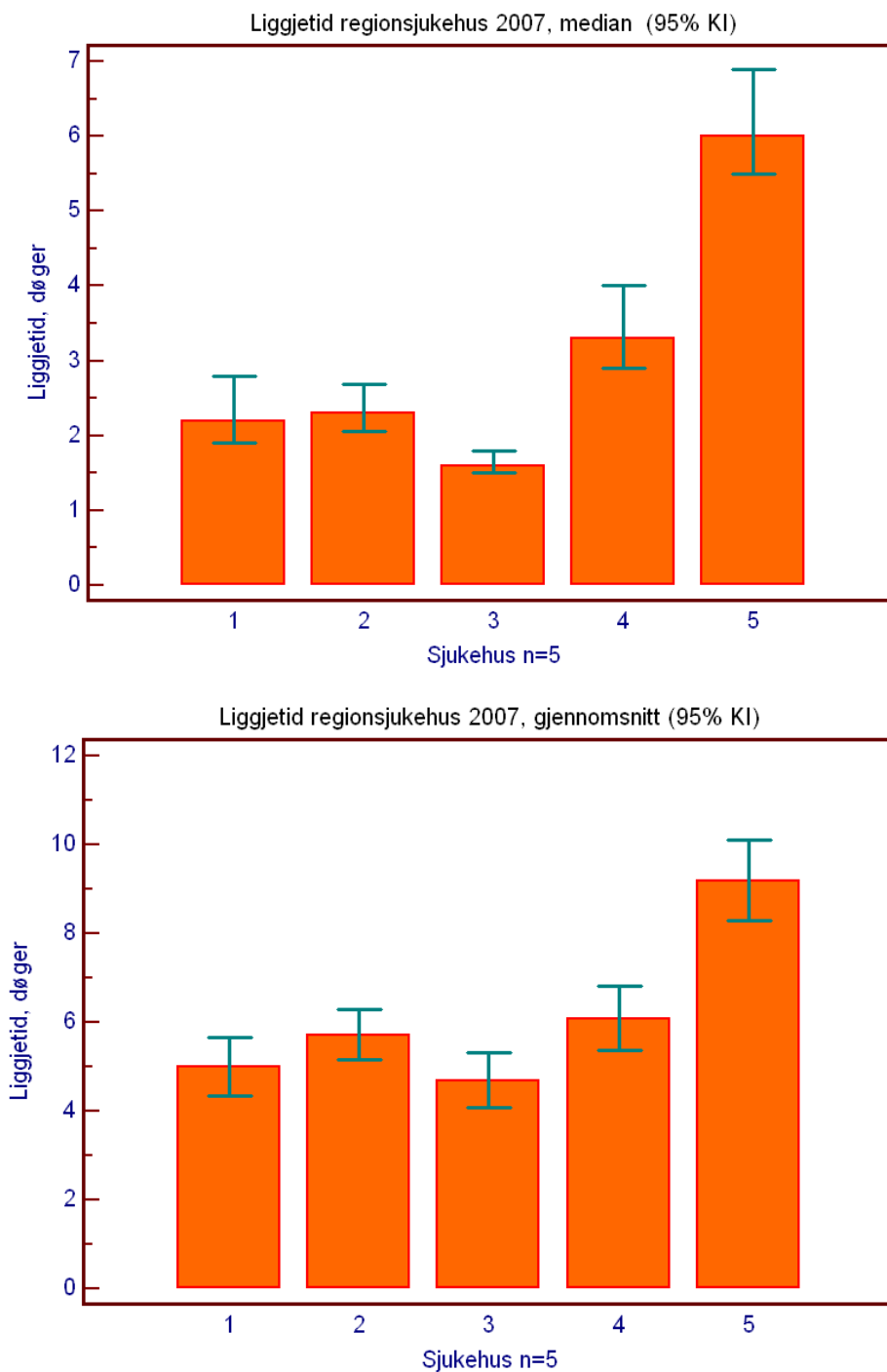
Dette tyder at sjukehus 12 i figur 8 b) sannsynlegvis er registrert med altfor høg gjennomsnittleg liggjetid.



Figur 6 a) og b) Liggjetid lokalsjukehus 2007 (median 1,9 snitt 4,2)



Figur 7 a) og b) Liggjetid sentralsjukehus 2007 (median 2,0 snitt 5,1)



Figur 8 a) og b) Liggjetid regionsjukehus 2007 (median 2,8 snitt 6,1)

Det er mange faktorar som påverkar liggjetid på ei intensivavdeling: kapasitet, utskrivingspraksis, samarbeid med sengepostar og andre intensivavdelingar, pasientsamansetjing (alvorsgrad, alder, aktuell sjukdom, grunnsjukdommar, akutt versus planlagde innleggingar).

Det er størst variasjon på lokalsjukehusnivå, og noko mindre på sentralsjukehusnivå. På regionnivå har ei eining ein større del alvorlege traume, og det er hovudforklaringa på den auka liggjetida.

Respirasjonsstøtte

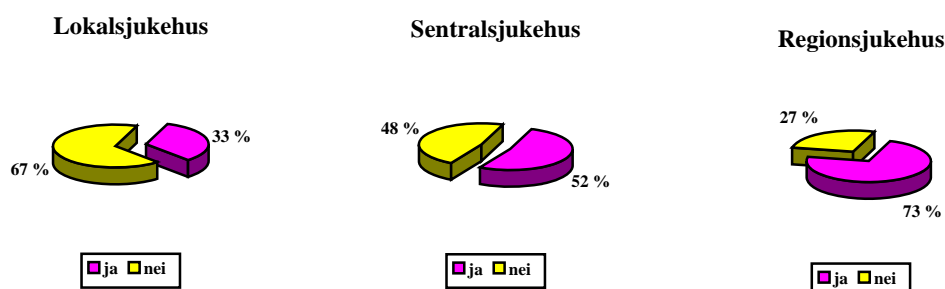
Respirasjonsstøtte er definert som “den tiden pasienten har fått respirasjonsstøtte ut over O₂-tilførsel i åpent system”.

For 2007 er det registrert respirasjonsstøtte for 52,4% av alle intensivopphalda (5760 av 10983). Dette er faktisk same frekvens som i 2006 (5741 av 10959, 52,4%).

Gjennomsnittleg tid for respirasjonsstøtte er 5,0 døger (sd 8,2)

Median tid for respirasjonsstøtte er 1,9 døger

Spreiing: 0,01 – 135 d

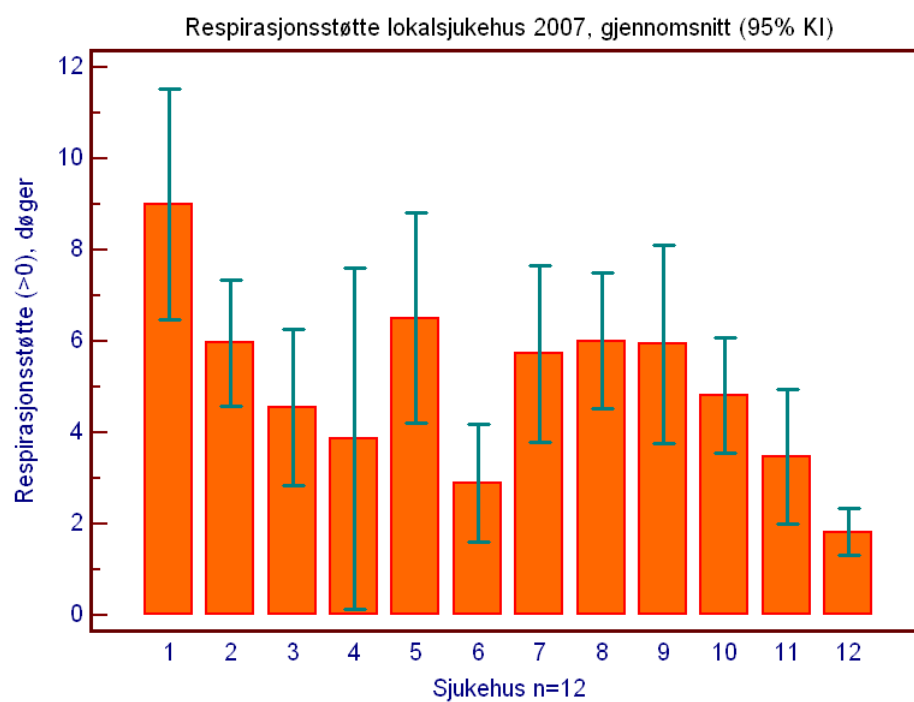
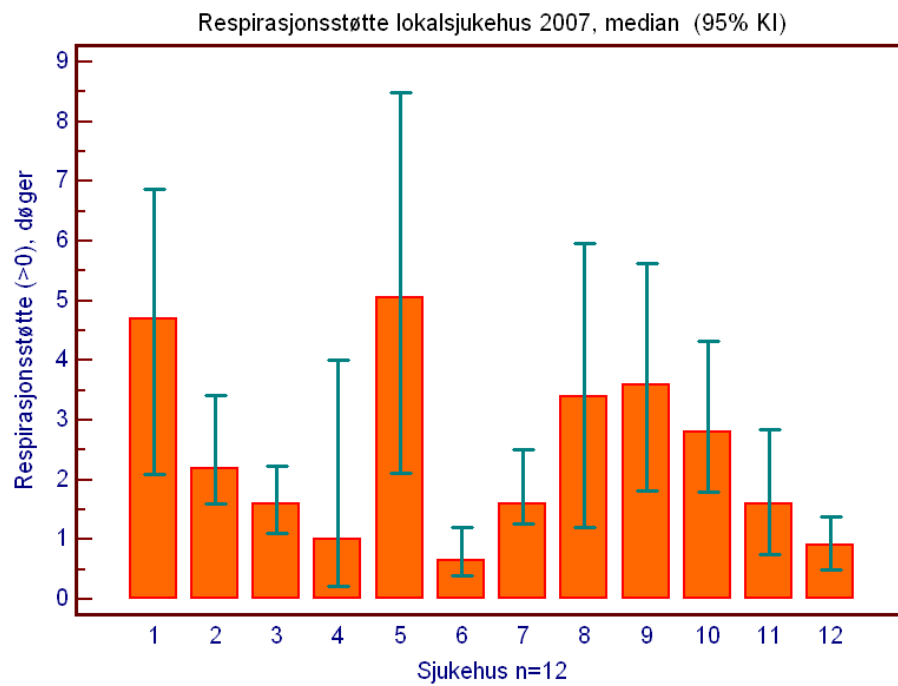


Figur 9 Prosentdel av opphalda der det vart gjeve respirasjonsstøtte i 2007 ved alle sjukehusa

Figur 11 viser ay det i 2007 vart gjeve respirasjonsstøtte ved 32,9% av opphalda på lokalsjukehusa, 52,5% på sentralsjukehusa og 72,6% på regionsjukehusa.

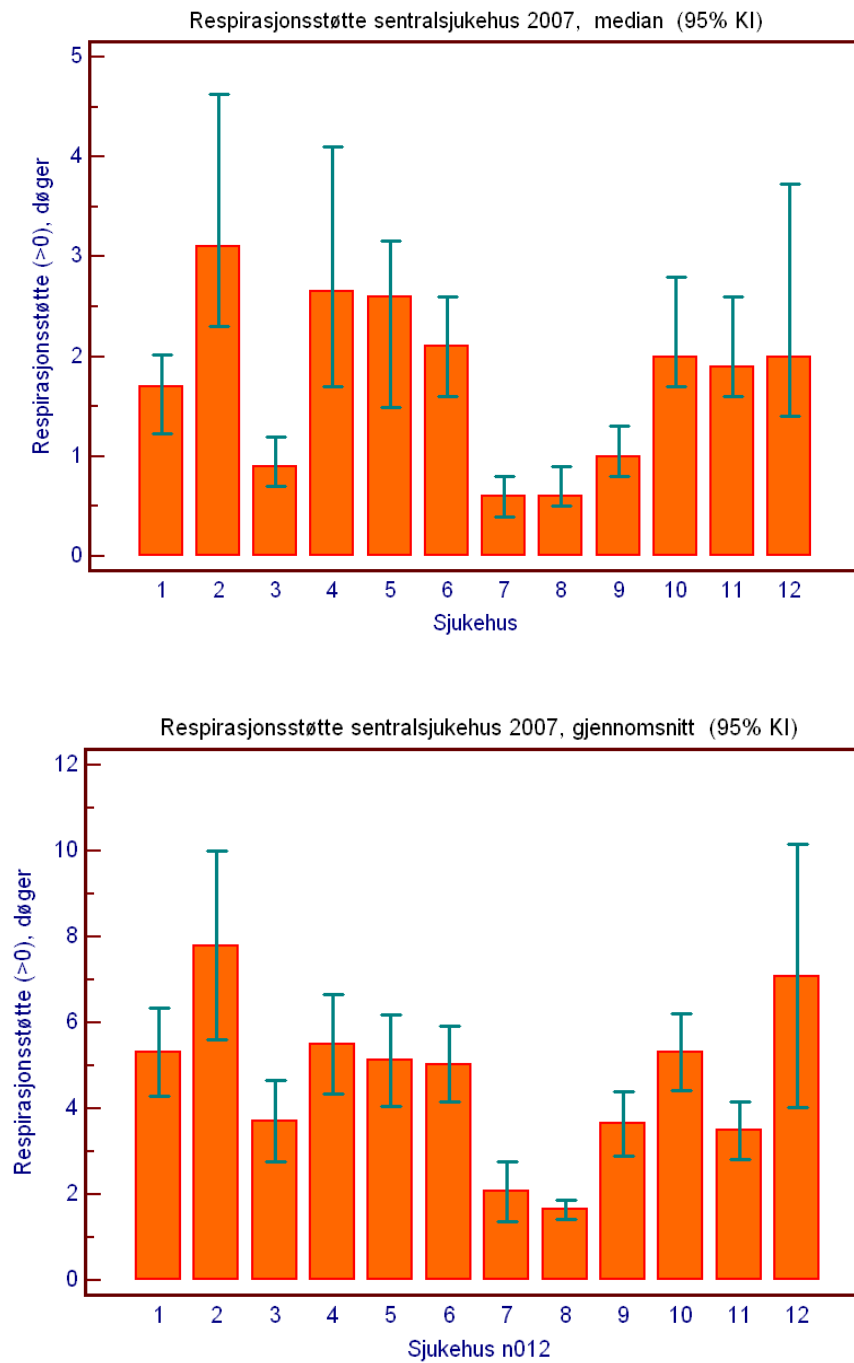
I 2006 var tala for lokalsjukehusnivået 35%, sentralsjukehusnivået 49% og regionsjukehusnivået 71%. Det er altså ein liten reduksjon i prosentdel av pasientane som får respirasjonsstøtte ved lokalsjukehusa, medan det er auke i dei to andre kategoriane.

Lokalsjukehus



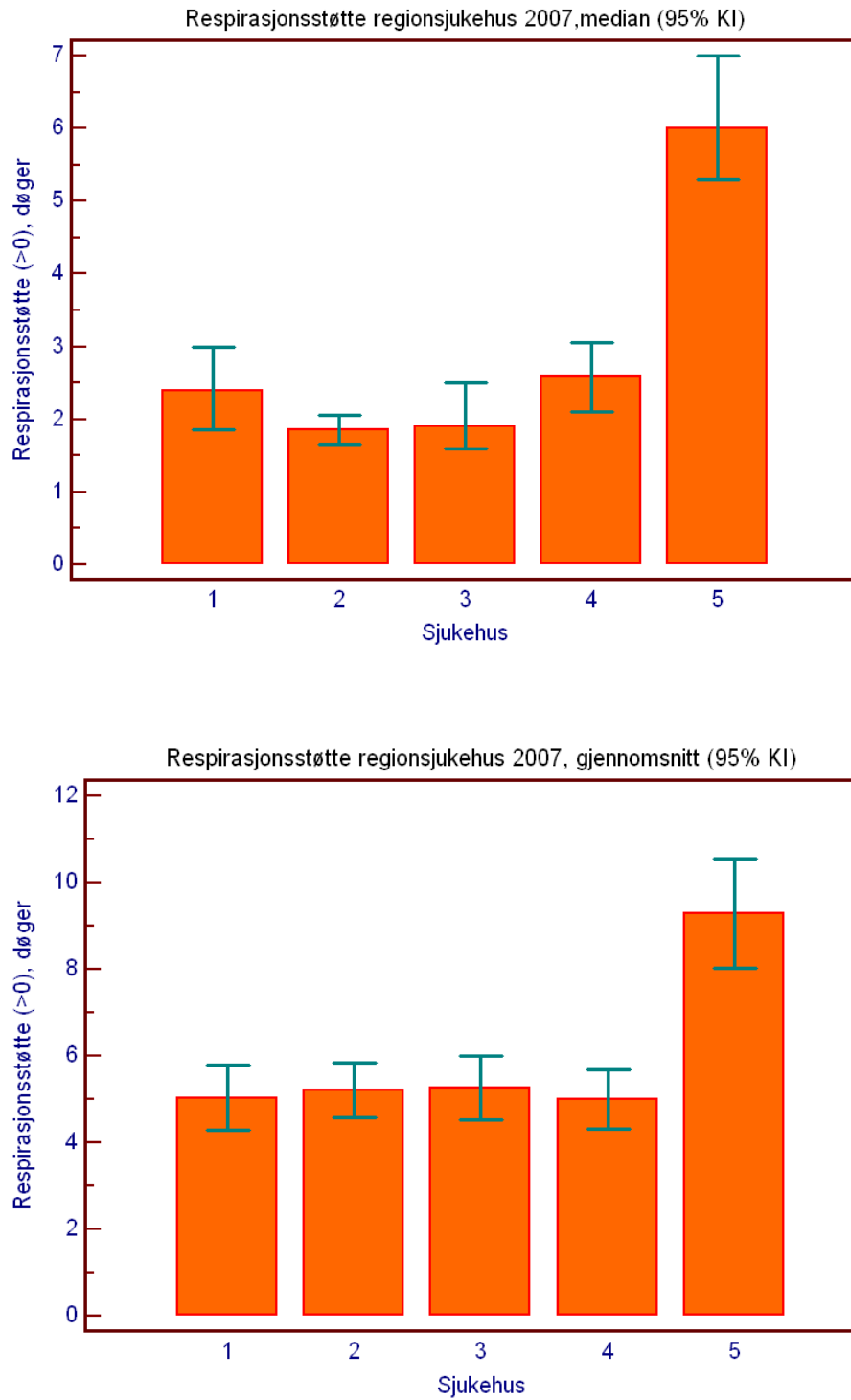
**Figur 10 a) og b) Respirasjonsstøtte lokalsjukehus 2007 (berre dei med støtte > 0)
Median- og gjennomsnittsverdiar med konfidensintervall**

Sentralsjukehus



**Figur 11 a) og b) Respirasjonsstøtte sentralsjukehus 2007 (berre dei med støtte > 0)
Median- og gjennomsnittsverdiar med konfidensintervall**

Regionsjukehus



**Figur 12 a) og b) Respirasjonsstøtte regionsjukehus 2007 (berre dei med støtte > 0)
Median- og gjennomsnittsverdiar med konfidensintervall**

Figurane 10, 11 og 12 viser markerte skilnader i median og gjennomsnittleg respirasjonsstøtte mellom sjukehusa i kategorien lokal- og sentralsjukehus. NIR har ikkje opplysningar om pasientutval ut over det som finst i dette datasettet (dvs. skilnader i sjølve pasientpopulasjonen), og ingen opplysningar om skilnader når det gjeld sedasjonspraksis, respiratoravvenning, trakeotomi, tilgang på andre spesialitetar (lunge, ønh, røntgen) o.a.

Det er difor vanskeleg å seie kva dei store skilnadene skuldast. Nokre einingar brukar kortvarig CPAP etter operasjon og ekstubasjon nærast som rutine. I statistikken får desse einingane med ein del ukompliserte, postoperative pasientar med kort liggjetid og kortvarig respirasjonsstøtte.

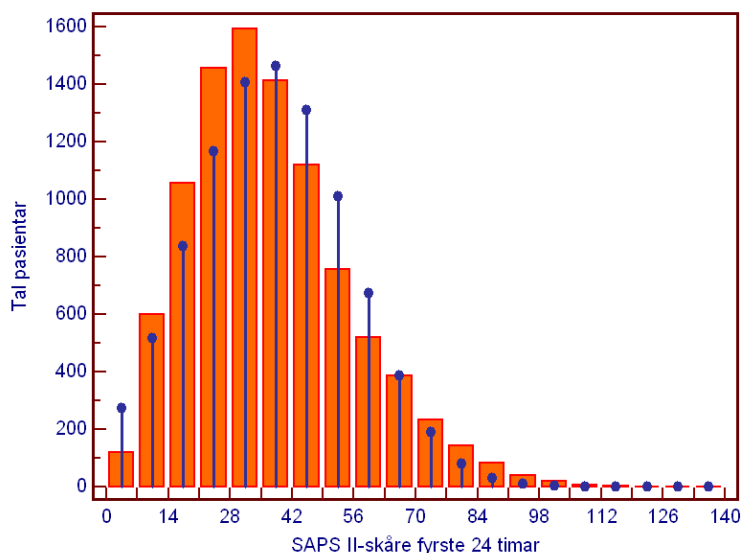
SAPS II, mortalitet intensiv og sjukehus og standardisert mortalitetsratio (SMR)

Oversikten gjeld alle opphald med SAPS-skåre. Vi har sett bort frå opphald der SAPS er sett til 0, og fem opphald som har svært høg verdi og over maksverdi.

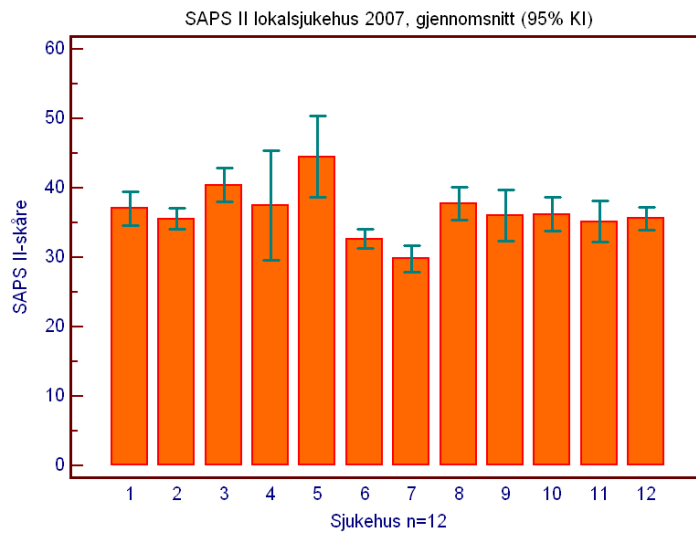
Mortalitet gjeld opphald der pasienten faktisk er skåra, og der vi i tillegg kjenner vitalstatus for pasienten ved utskriving både frå intensiv og sjukehus.

NB! Vitalstatus er berre registrert for siste opphald ved reinnleggingar, og berre siste opphald vil difor vere med i denne samanhengen (reinnleggingar har jamt over høgare SAPS II og mortalitet enn andre opphald).

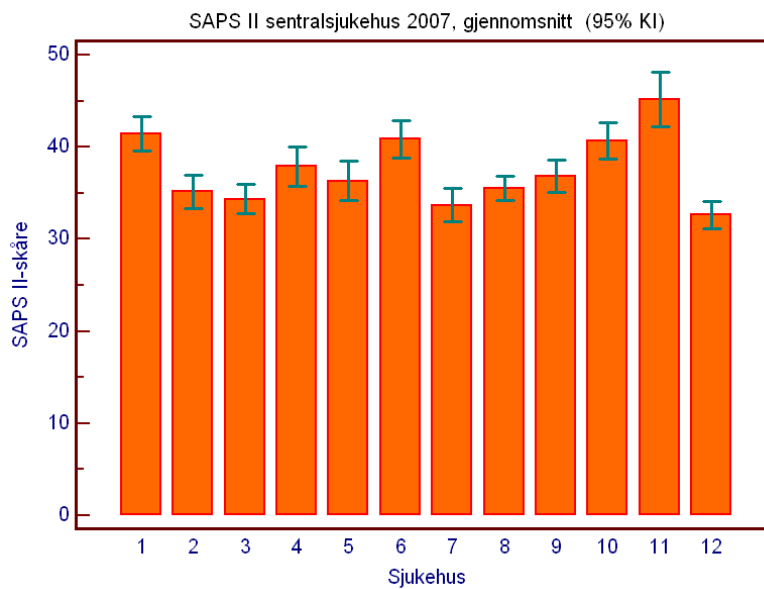
SAPS II 2007: totalt 9559 opphald er skåra (87,0 % av alle), 5 av desse er kutta ut
Gjennomsnittleg SAPS II er 36,8 (36,4 i 2006), SD 18,1 (18,3 i 2006)
median 34,0 (som i 2006)
spreiing 1 – 120 (25% – 75% 24-47,0) (for 2006 1-117 og 25%-75% 23 – 47)



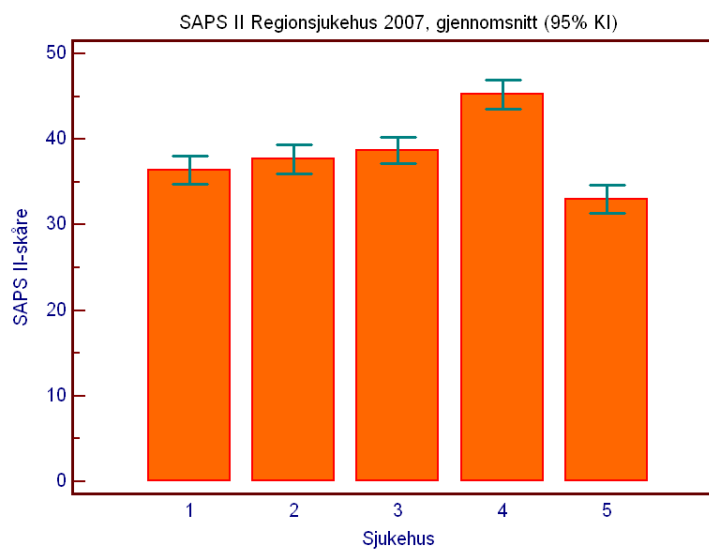
Figur 13 Fordeling SAPS II, alle opphald som er skåra 2007 (n=9554)



Figur 14 a) SAPS II 2007 lokalsjukehus (gjennomsnitt med 95% KI)



Figur 14 b) SAPS II 2007sentralsjukehus (gjennomsnitt med 96% KI)



Figur 14 c) SAPS II 2007 regionsjukehus (gjennomsnitt med 96% KI)

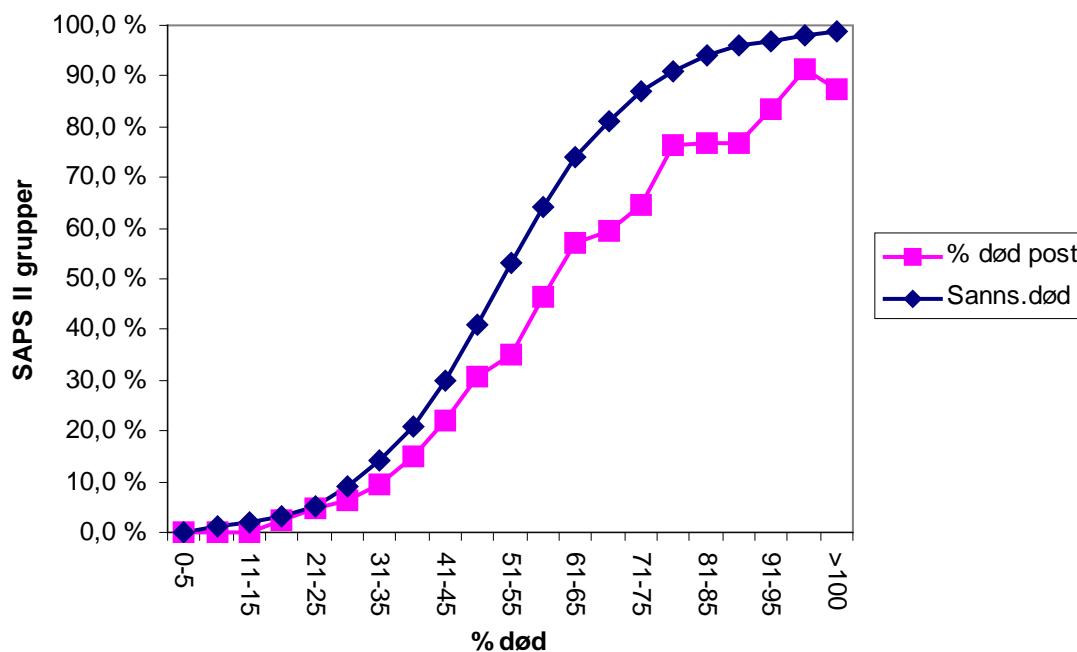
Totalt 10983 opphald vart registrerte i 2007:

1424 opphald er ikkje skåra (mange av desse er barn) eller har fått skåre 0
 5 opphald har SAPS-skåre på over 130 (usannsynleg høg verdi) og 197 (over maksimal skåre) – desse er kutta ut her
 9554 opphald er SAPS II-skåra med verdi > 0 (87,0% av alle opphald)
 1308 av desse opphalda manglar vitalstatus (kring halvparten er primæropphald før reinnleggingar, og skal heller ikkje ha vitalstatus).
 8246 opphald er registrerte med SAPS>0 og rapportert vitalstatus for sjukehusopphaldet (for siste opphald ved reinnleggingar)

Det er som tidlegare til dels stor variasjon i SAPS II-skåre mellom sjukehusa. Sidan NIR ikkje har rådata, veit vi ikkje kva som er årsakene til variasjonen. Mykje skuldast sjølvstøtt reelle skilnader i pasientutval (t.d. alder) og skåre. Det er sannsynlegvis også ulike rutinar for skåring. Nokre skårar alle, andre skårar ikkje dei minst sjuke. Det er også truleg at det er ulike rutinar (om slike finst) for om ein skal ta med eller utelate kortvarige avviksverdiar (t.d. i blodtrykk) som kan gje store utslag på SAPS-skåre, men ikkje er representative for pasienten sin tilstand. Likeeins veit vi ikkje om det er ulike måtar å skåre Glasgow Coma Score på, særleg på sederte pasientar.

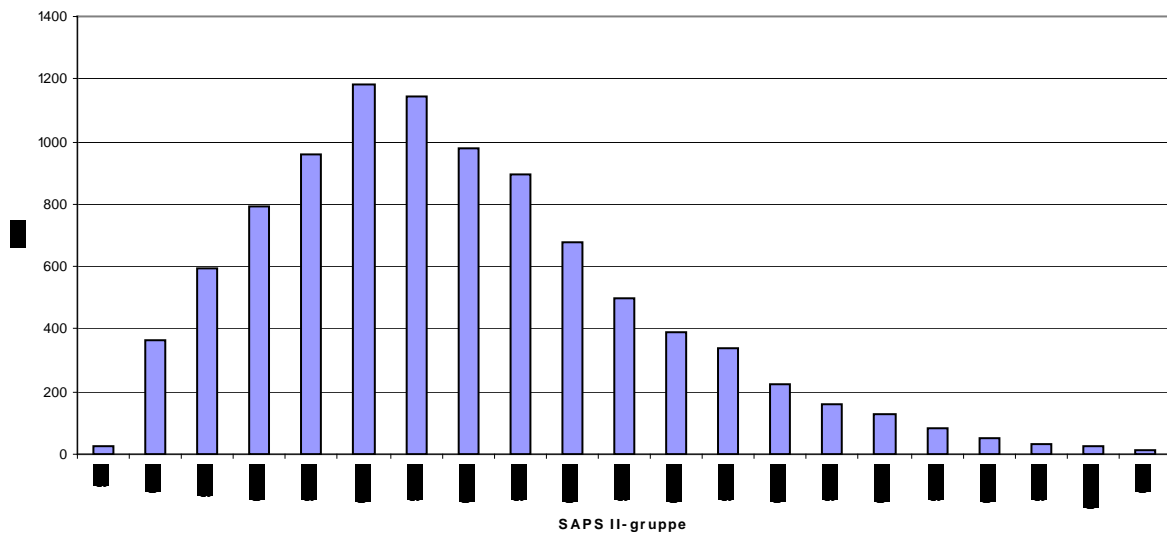
Kurva under er laga ved at SAPS II-skåren er delt inn i bolkar på 5 poeng (11-15, 16-20 osv.), og observert mortalitet i kvar gruppe er plotta saman med estimert mortalitet ut frå SAPS II-skåre (strengt teke skulle ein gjort dette for kvar pasient og kvar SAPS II-skåre, men den brukte metoden er ikkje så omstendeleg og skulle gje eit godt overslag).

SAPS II-estimert vs. observert mortalitet alle (n=8246)



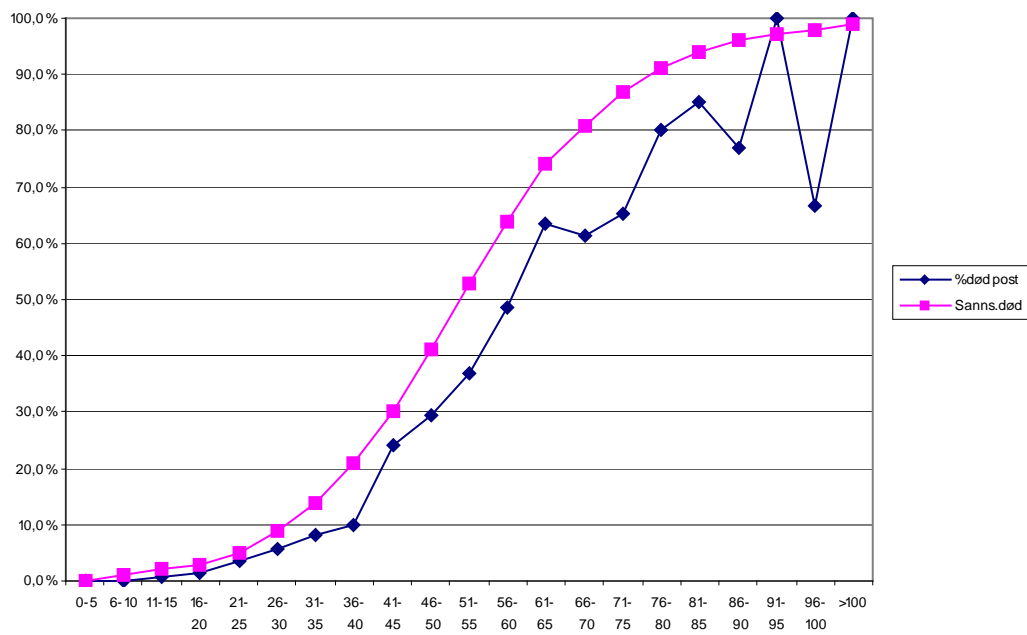
Figur 15 SAPS II-estimert mortalitet og observert mortalitet, alle SAPS-skåra

Tal på opphald i SAPS II-grupper

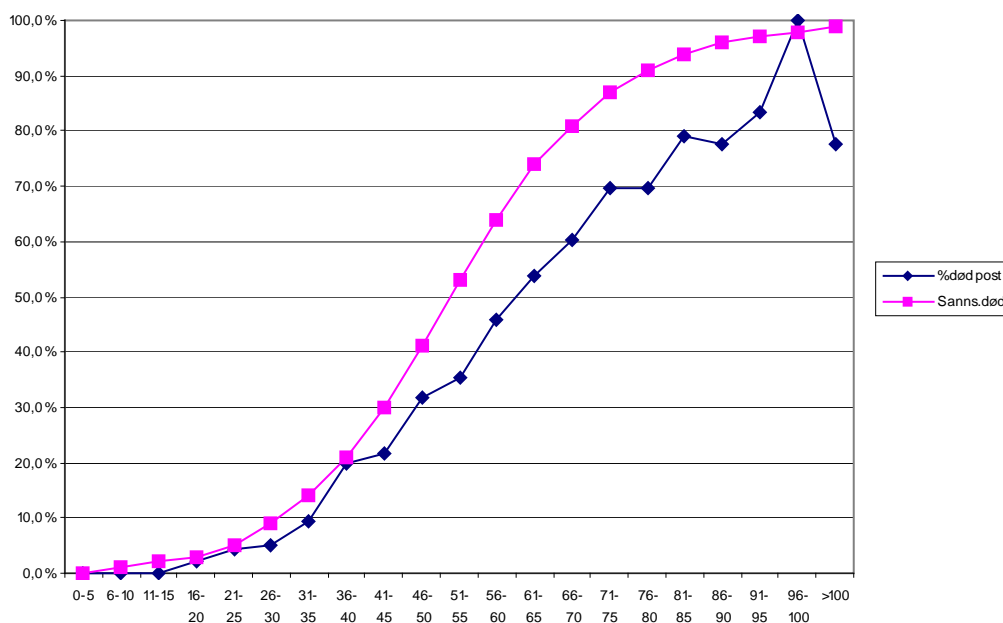


Figur 16 SAPS II-grupper NIR 2007, alle SAPS-skåra (n= 9554)

SAPS II-estimert vs. observert mortalitet lokalsjukehus 2007 (n=2512)

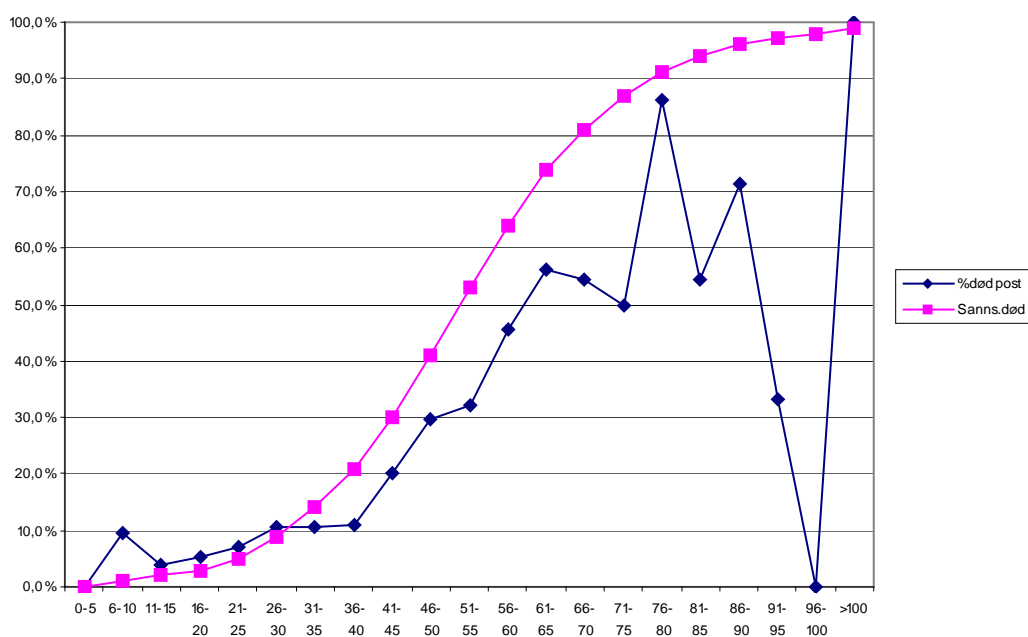


Figur 17 a) SAPS-II-estimert og observert mortalitet, lokalsjukehus



Figur 17 b) SAPS-II-estimert og observert mortalitet, sentralsjukehus

SAPS II-estimert vs. observert mortalitet regionsjukehus (n=1655)



Figur 17 c) SAPS-II-estimert og observert mortalitet, regionsjukehus

Som figur 17 a), b) og c) viser, er observert mortalitet stort sett lågare enn SAPS II-estimert mortalitet i heile materialet. Dei langt fleste pasientane har SAPS-verdiar frå 15-55. NB! Det er få pasientar som har dei lågaste og høgaste SAPS-verdiane, og ein skal difor ikkje leggje vekt på desse delane av kurvene (til dømes er det observert 0 mortalitet i gruppa SAPS 96-100 for regionsjukehusa, men tala viser at det berre var 1 pasient her, og denne pasienten overlevde).

Standardisert mortalitetsratio (SMR) for dei ulike einingane i NIR

Dette er observert mortalitet delt på SAPS II-estimert mortalitet. Ein SMR < 1 vil difor tyde på betre overleving enn ein skulle vente ut frå SAPS-skåre, medan ein verdi > 1 tyder på høgare mortalitet enn ein skulle vente.

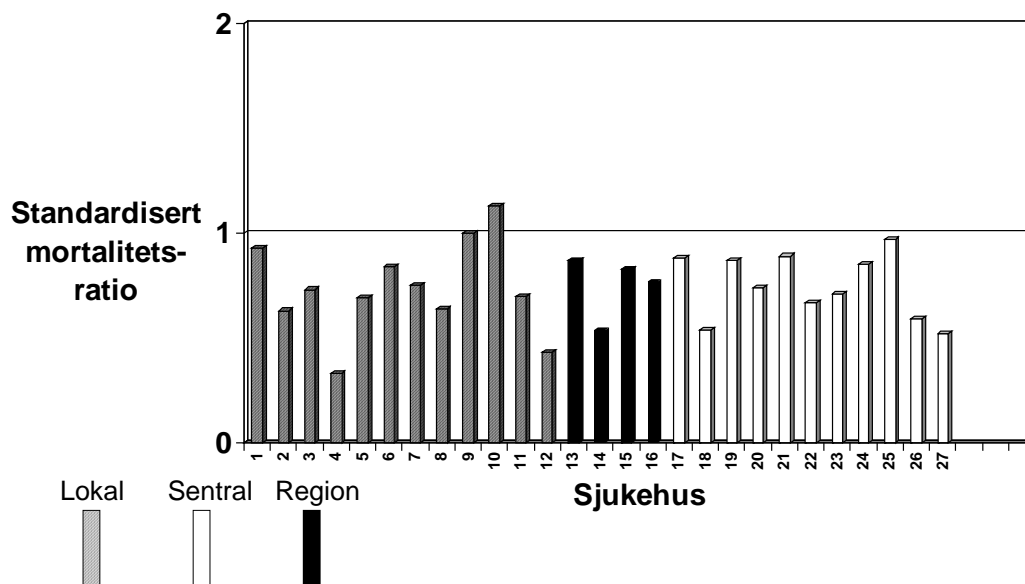
Det kan i utgangspunktet diskuteras i kva grad SMR utrekna på dette viset er nyttig. SAPS II er trass alt ein “gammal” skåre, og det er skjedd mange endringar i intensivmedisinen etter at SAPS vart konstruert. Vi lar det liggje i denne omgang.

For 2007 presenterer NIR SMR for einskildsjukehus/-einingar. Det må presiserast at det er mange ukjende faktorar som gjer at desse resultata må tolkast svært varsamt:

1. Resultata gjeld berre pasientar som har fått utført SAPS-skåre, og der verdien er over 0, samstundes som det føreligg data for sjukehusmortalitet for pasienten. Dette utgjer eit meir eller mindre representativt utval av pasientane ved dei ulike intensivavsnitta (sjå tidlegare i rapporten).
2. NIR har ingen rådata – det tyder at vi berre må gå ut frå dei oppgjevne SAPS- verdiane. Dette inneber at utvalet pasientar som er SAPS-skåra vil vere ulikt, i tillegg til at vi veit at det ikkje er nokon felles “mal” skåringa er gjort etter (sjå over). Figur 14 a), b) og c) viser at det er nokre lokal- og sentralsjukehus som har klårt høgare gjennomsnittleg SAPS-skåre enn dei fleste regionsjukehusa. Dette står i kontrast til andre opplysningar, t.d. andelen respiratorpasientar, blant desse sjukehuskategoriane.
3. Nokre data for rapportert sjukehusmortalitet er usikre (eit par einingar har rapportert ingen/svært få dødsfall på sengepost etter utskrivning frå intensiv, og det kan mistenkjast at det eigentleg berre er intensivmortaliteten som er registrert).
4. Sist, men ikkje minst, NIR har ikkje god oversikt over pasientar som er overflytta under pågåande intensivbehandling. Sjukehus som “eksporterer” slike pasientar, vil få ein falskt låg observert mortalitet, då dette er pasientar som kan ha hatt høge SAPS-verdiar, og der ein del av desse pasientane døyr på mottakarsjukehusa. Pasientar som er rimeleg stabile ved overflytting, men likevel døyr av komplikasjonar/organsvikt, vil gje mottakarsjukehuset høgare SMR. Sjå seinare i rapporten.

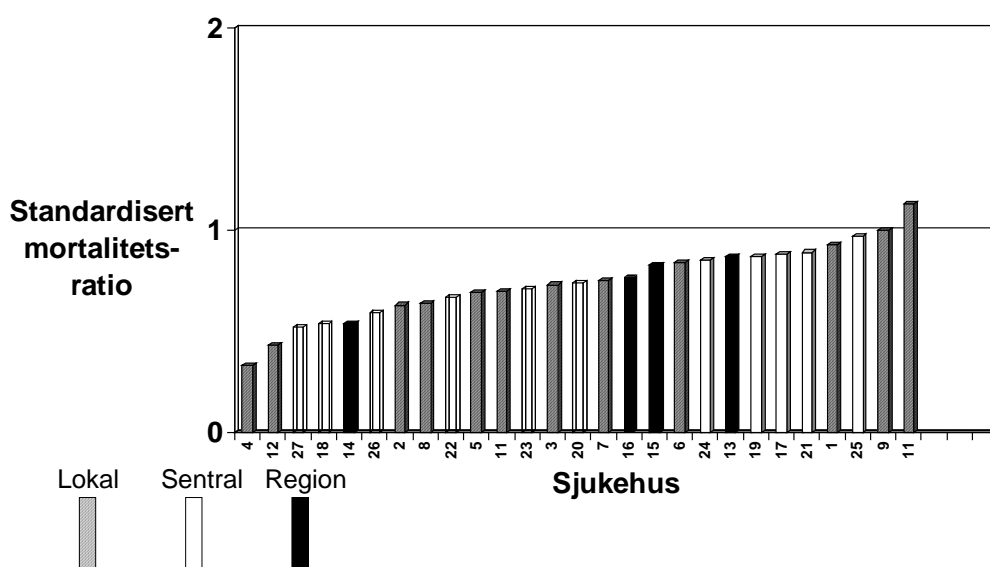
SMR er rekna ut ved hjelp av oppgjeven sjukehusmortalitet og samla SAPS II-estimert risiko for død for alle aktuelle einskildpasientar ved kvar eining (NB! Dette er noko anna enn gjennomsnittsskåre for SAPS – jamfør at kurvene i figur 17 er sigmoide).

Standardisert mortalitetsratio 2007



Figur 17 a) og b) Standardisert mortalitetsratio (SMR) 27 einingar

Standardisert mortalitetsratio 2007



Mortalitet – intensiv og sjukehus

NIR har enno ufullstendige mortalitetsdata. (Vi kunne hatt svært god statistikk på dette felte også utover sjukehusopphaldet, om vi fekk lov å registrere personidentifiserbare data). Eitt regionsjukehus har ikkje levert mortalitetsdata, og eitt sentralsjukehus har berre gjeve data for intensivmortalitet. Resten av sjukehusa har stort sett levert fullstendige data på både intensiv- og sjukehusmortalitet, men det er fleire datasett som inneheld mangelfulle opplysningar om reinnleggingar. NIR har så godt det har late seg gjere gått gjennom dette manuelt og prøvd å finne primæropphalda og fjerna status for desse, slik malen tilseier.

Tabellen under viser totaltal for pasientar det er opplyst både intensiv- og sjukehusmortalitet for (NB! Ved reinnleggingar er berre siste opphald teke med).

Mortalitet 2007 (n=9601)

	<u>Tal pasientar</u>	<u>døde intensiv</u>	<u>døde post</u>
Alle:	9601	12,1% (1160)	5,7% (546)
Lokal	2752	10,6% (293)	6,2% (170)
Sentral	4596	12,6% (578)	5,9% (271)
Region	2253	12,8% (289)	4,7% (105)

Tabell 3 Mortalitet NIR 2007, opphald med status ut sjukehus registrert

Type opphald

Vi har i NIR delt dette inn i tre kategoriar (for spesifikasjon sjå mal på nettsidene):

0 = etter planlagd/elektiv operasjon

1 = akutt non-operativ innlegging

2 = etter akutt operasjon

Type opphald 2007 n=9148 (83,3%)

	<u>Planlagd op.</u>	<u>akutt non-op.</u>	<u>akutt operativ</u>
Alle	14,2% (1298)	52,6% (4813)	33,2% (3037)
Lokal	15,0% (435)	57,9% (1676)	27,1% (785)
Sentral	15,5% (680)	56,6% (2473)	27,9% (1221)
Region	9,7% (183)	35,4% (664)	54,9% (1031)

Tabell 4 Type opphald NIR 2007

Det er lite skilnad mellom lokal- og sentralsjukehusa, men b e har relativ reduksjon i akutt operative opphald fr  2006, og auke i dei to andre kategoriane.

Regionsjukehusa har også relativ reduksjon i akutt operative opphald, men også i elektive opphald, slik at det her er ein tydeleg auke i akutt non-operative opphald fr  2006 (35,4% vs. 24%).

Overføring av pasientar

Det er framleis svært mangelfull rapportering av korvidt pasientane er overførte mellom intensivavdelingar under pågåande intensivbehandling.

For 2006 vart dette rapportert for 27% av opphalda, og 10,3% (289 av 2798) av desse opphalda gjaldt overført pasient.

For 2007 er det rapportert overf ringsstatus for 3793 av 10983 opphald (34,5%).

Totalt er det 389 av 3793 opphald som gjeld overførte pasientar, og pussig nok er dette akkurat same frekvens som i 2006, 10,3%.

Det er difor grunn til   tru at overflytta pasientar utgjer kring 10% av opphalda, og det skulle tyde på at dette gjeld over 1000 opphald i året.

 rsm te 2007 vart halde 7.november på Grand Hotel Oslo.

Det var 58 deltakarar, og alle medlemssjukehus så n r som eitt var representerte.

Alle  rsm tedeltakarar fekk utdelt som gåve eit eksemplar av boka "25 Years of Progress and Innovation in Intensive Care Medicine", utgjeven av European Society of Intensive Care Medicine i 2007.

Etter rapportgjennomgangen vart det peika på og vist døme på kva utfordringar vi møter statistisk n r deler av datasettet er ufullstendig

Det vart presentert data frå eitt år med SAPS III-skåring ved to universitetssjukehus Nursing Activities Score (NAS) vart presentert som eit kanskje meir eigna skåringsverktøy enn NEMS, og  rsm tedeltakarane vart utfordra til   melde seg på eit utpr vingsprosjekt.

Årsmøtet diskuterte Sosial- og helsedirektoratet sitt avslag på søknaden fr  NIR om   få lagre personidentifiserbare data. Styringsgruppa publiserte i Dagens Medisin februar 2008 eit innlegg om ulempene ved at NIR ikkje har tilgang på identifiserbare data.

Det vart referert til møtet NIR hadde med Intensium i Kuopio i april 2007, og Esko Roukonen orienterte så om Intensium og det finske intensivregisteret, og viste døme på rapportar og datasett ved   kople seg til Intensium på nettet.

Årsmøtet slutta seg til styringsgruppa sitt forslag om at NIR skulle arbeide for   knyte seg til Intensium. Sj  meir om denne prosessen i eige skriv.

for styringsgruppa i NIR
Reidar Kvåle