

Bilaga 8. Kunskapsstyrning, riktlinjer, beslutsstöd

Kunskapsstyrning i den prehospitala akutsjukvården

Den statliga kunskapsstyrningen avseende hälso- och sjukvård ska bidra till att målen i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls och ska utgöra ett stöd för huvudmän och olika professioner vilka har ett ansvar för att patienter ges en god vård.¹

Styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och bindande föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till en ökad jämställdhet.²

Rådet för styrning med kunskap, styrs av förordningen och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård. I rådet ingår tio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande.

Sex myndigheter i Rådet har tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå, Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Partnerskapet bildades 2018 när styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och Rådet för statlig styrning med kunskap (Rådet) enades om att skapa och uttala ett tillitsbaserat partnerskap som modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. De myndigheter som ingår är Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, E-hälsomyndigheten och Folkhälsomyndigheten. Syftet med partnerskapet är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling samt bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd. Vidare är syftet att bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Målet är att uppnå en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet.³

Sedan 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Kunskapsstyrning är svensk vårds gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda

¹ 1 § förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

² 2 § förordning 2015:155.

³ <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.56210.html>

bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.⁴

För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i Rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Socialstyrelsen ingår tillsammans med fem myndigheter i ett partnerskap med regionernas nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård. Det övergripande målet med partnerskapet är att samverka för en god vård, det vill säga att hälso- och sjukvården är: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv.

Svensk vård håller hög kvalitet. Men skillnaderna är för stora vård, behandling och resultat. Det gör att två personer som söker vård för samma sjukdomstillstånd kan få olika vård och behandling beroende på var de söker vård och på var i landet de bor. Dessa skillnader har uppmärksammats i Socialstyrelsens uppföljningar och rapporter under lång tid. Hälso- och sjukvården arbetar för att minska dessa skillnader och kunskapsstyrning är en viktig del i detta arbete.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Regionerna samverkar genom Nationellt system för kunskapsstyrning och har en struktur som är organiserad i 26 stycken nationella programområden och åtta nationella samverkansgrupper. Dessa styrs av en regiongemensam nationell styrgrupp.

NPO och NSG arbetar för att minska de ovan nämnda skillnaderna i vård och behandling och för att vården ska bli mer jämlik och effektiv. I uppdraget för NPO och NSG ingår bland annat att leda och samordna kunskapsstyrning, utveckla och förvalta kunskapsstöd, genomföra och analysera gap- och behovsanalyser, att bidra i arbetet med att utveckla kvalitetsregister och arbete med ordnat införande eller utfasning av läkemedel och behandlingar.

De nationella programområdena och samverkansgrupperna fokuserar på olika insatser för att driva förbättringsarbete inom olika områden. Majoriteten av NPO är kopplade till olika diagnosområden men ett mindre antal NPO är knutna till flöden och processer. Till dessa hör NPO Akut som omfattar ett område med tydlig anknytning till prehospital vård. Samverkansgrupperna ska leda och samordna regionernas gemensamma nationella arbete inom befintliga nationella strukturer, t ex inom läkemedel och patientsäkerhet. Programområden och samverkansgrupper fokuserar sina insatser inom olika insatsområden för att driva förbättringsarbete. Till dessa insatsområden är s k nationella arbetsgrupper (NAG) kopplade. De nationella arbetsgrupperna arbetar för att ta fram olika typer av kunskapsstöd inom områden där nationell samverkan är av stor betydelse för att åstadkomma en mer jämlik och kunskapsbaserad vård. Exempel på kunskapsstöd är vårdförlopp, vårdprogram och rekommendationer. Förutom de kunskapsstöd som tas fram inom ramen

⁴ Hämtat från www.kunskapsstyrningvard.se 220920

för kunskapsstyrningsorganisationen finns kunskapsstöd som tas fram av myndigheter, regioner, professionsföreningar och aktörer inom vården.

Nationella programområden aktiva inom prehospita l vård

Prehospita l vård kan omfatta patienter med en mängd olika sjukdomstillstånd, såväl somatiska som psykiatriska. Prehospita l vård är därmed multidisciplinär till sin natur och behandlar vårdförlopp och processer för patienter i alla åldrar.

NPO Akut

Akut vård innefattar enligt NPO Akuts avgränsning tidig identifiering, riskvärdering, diagnostik och åtgärder utifrån symtom, tillstånd och skador som är tidskänsliga och potentiellt farliga för liv och hälsa. Vården omfattar akut eller oväntat uppkomna symtom och skador, och bedrivs oberoende av fysisk plats och patientens ålder. Vården fokuserar framför allt, men inte enbart, på oselektade patientpopulationer. Riskvärdering innefattar såväl värdering som prioritering av risk kontra nytta för den individuella patienten, den aktuella patientpopulationen samt övriga patientpopulationer.

Åtgärder innefattar rådgivning, styrning till korrekt vårdnivå, stabilisering, behandling samt övervakning. Huvudfokus är på vård som bedrivs på akutmottagning men prehospita l aspekter är också aktuella.⁵

Noterbart är att akutsjukvård är en medicinsk specialitet men akut vård är något som definierades utifrån uppdrag och kompetens som en del av kunskapsstyrningen.⁶ Akut vård skiljer sig från andra områden då den är inriktad mot processer och vårdförlopp hos patienter med ett stort antal diagnoser. Fokus hos NPO Akut är identifiera vad som behövs för att arbeta patientsäkert. Prehospita l kompetens ingår i specialistkompetens. Den prehospita l vården är en del av den akuta vårdkedjan, vilket motiverar att processer också utanför den prehospita l vården behöver tas med vid diskussioner och planering för optimal prehospita l vård.

Prehospita l kompetens ingår i specialistutbildning för akutläkare. De flesta arbetar på akutmottagningar men beroende på hur den aktuella regionen arbetar kan de också arbeta prehospita l i bedömningsbil, akutläkarbil, medicinskt ansvarig i ambulanssjukvården, eller fungera som bakre medicinskt stöd till ambulansen antingen på akuten eller på larmcentral.

Specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård har en specialisering inom antingen prehospita l sjukvård eller akutsjukvård med fokus på kompetenser som behövs på en akutmottagning.

NPO Akut arbetar med två insatsområden 2022:

- Kvalitetsindikatorer för den akuta vårdkedjan. Arbeta att ta fram kvalitetsindikatorer för uppföljning av kvalitet och resultat i den akuta vårdkedjan

⁵ Hämtat från www.kunskapsstyrningvard.se 220920

⁶ Samtal med Lisa Kurland 221017

- Resurser för den akut sjuka patienten. Resurser som behövs på och kring en sjukhusbunden akutmottagning.

Dessutom har insatsområde trauma startat under 2022. Ett arbete med hänvisningar prehospital till rätt vårdnivå är under utveckling inför 2023. Här ser man det som viktigt att undvika dubbelarbete och att antingen kunskapsstyrningsorganisationen eller Socialstyrelsen arbetar vidare med frågan.

NPO Akut fungerar som remissinstans och nominerar representanter till nationella arbetsgrupper (NAG). Det mer aktiva arbetet sker i dessa NAG och implementering och stöd ges av RPO och LPO.

De riktlinjer som tagits fram av SLAS riktas till som arbetar i ambulans. SLAS riktlinjer modifieras av regionerna vilket gör det svårt att få till likvärdighet. Variationer byggs in i systemet.

Aktuella kvalitetsregister inom området är Svenska Akutvårdsregistret (SVAR) och Svenska ambulansregistret (AmbuReg). Se avsnitt om kvalitetsregister nedan. NPO Akut ser att det idag saknas ett kvalitetsregister som följer patienten genom hela den akuta vårdkedjan. SVAR har idag ca 40% av befolkningen täckt men utvecklingsarbete pågår. NPO Akut ser att samverkan mellan de båda registren skulle behöva utvecklas. Ett juridiskt problem idag är också att data från kvalitetsregister inte får samköras vilket medför att det behövs ett kvalitetsregister som omfattar den akuta vårdkedjan i sin helhet. Idag är det dessutom svårt att se om en patient har sökt akut på en akutmottagning, och om denne därefter har blivit inlagd akut i befintliga hälsodatabaser. Här ser NPO Akut ett stort behov av utveckling att kunna säkra och kontinuerligt följa vårdkvaliteten i den akuta vårdkedjan.

Andra kvalitetsregister med koppling till området är bland annat Svenska Traumaregistret (SweTrau) och Svenska hjärt- och lungrehabiliteringsregistret (SHLR).

NPO Akut kommer ofta in i arbeten med olika diagnoser och samarbetar därför mycket med andra NPO och NSG som NPO infektionssjukdomar inom sepsis, NPO äldres hälsa inom område sköra äldre, samt NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin kring traumatisk hjärnskada. Samtliga dessa samarbeten har koppling till prehospital vård. NPO Akut vård ser detta som en mycket viktig och central roll i sitt arbete.

Framåt ser NPO Akut ett behov av att få till nationell styrning för att minska variationen över landet. Detta är en roll som kunskapsstyrningsorganisationen skulle kunna axla. Akutsjukvården är en del av nära vård och ambulansen bedöms vara, och kommer alltmer utvecklas, till ett nav i nära vård.

NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation (PIVOT)

Programområdet omfattar vård och omhändertagande av patienter före, under och efter operationer, patienter i behov av intensivvård och patienter som genomgår transplantationer. NPO Pivot är ett relativt nytt NPO som tidigare ingick i NPO Akut vilket gör att deras respektive områden kan glida in i varandra.

Uppdraget är både brett och specifikt. Det innehåller processer som är livsviktiga för många hälsotillstånd och kräver samverkan med andra

programområden. Kunskapsläge, arbetssätt och kvaliteten i det pre- och postoperativa omhändertagandet och intensivvården har stor påverkan på medicinska resultat och patienternas hälsa.⁷

NPO Pivot har precis som NPO Akut ett fokus på vårdflöden och processer. Man möter många typer av patienter varför det inte går att fokusera på diagnos utan fokus är på styrning och ledning, t ex vad gäller sekundärtransport och transplantation, samt personcentrerade vårdförlopp. Man har ett multidisciplinärt fokus där patienten är i fokus.⁸

Det prehospitla perspektivet är en viktig del av NPO pivot även om majoriteten av fokus ligger på verksamhet på sjukhus. Under 2022 arbetar man bl a med NAG sekundärtransport och transport av svårt sjuka patienter. Sekundärtransport uppmärksammades under pandemin då IVA-nätverket skapades för att kunna samordna transporter pga. platsbrist på IVA. Pandemin blottade ojämlikhet över landet när det gäller tillgång till prehospital transportkapacitet vad gäller väg och luft. Det stora problemet anses inte vara sekundärtransporter inom ramen för nationell högspecialiserad vård utan det finns även stora problem när det gäller transport inom regionen.

Kunskapsstyrningsorganisationen upplevs ha goda förutsättningar och möjligheter att styra. Regionernas kapacitet att implementera olika typer av kunskapsstöd ses dock som en stor utmaning. Här kommer införandestödet in som en viktig del. Resurserna i regionerna är dock begränsade, hur ska till exempel det som ligger utanför nationell högspecialiserad vård tas om hand? Det är en stor konkurrens om samma resurser och här har NPO studerat hur Australien och Norge arbetat med dessa frågor.

NPO Pivot ser ett behov av att regioner och Socialstyrelsen samordnar sitt arbete. Det är viktigt att utföra aktiviteter som gagnar patienten. Verksamhetsnära läkare kan annars se kunskapsstyrningen som ett hot som tar resurser. I Kunskapsrådet är arbetet mer och mer fokuserat på personcentrering. Viktiga frågor är hur regioner kan prioritera, det finns inte möjlighet att införa allt. De vårdförlopp som införs måste vara de mest prioriterade och som ger störst nytta. Det är också viktigt att det inte blir universitetssjukhusperspektiv

Prioriteringar görs av regionerna själva vilket kan leda till ojämlikhet trots konceptet med nationell högspecialiserad vård. Man ser ett behov av samordning mellan regioner för att ska bli mer likvärdigt.

NPO Pivot arbetar med flera insatsområden under 2022:

- Transporter av svårt sjuka patienter. En nationell arbetsgrupp (NAG) ska tillsättas. Målet är att skapa ett kunskapsstöd för sekundärtransport av svårt sjuka patienter. Detta insatsområde ligger inom prehospital vård.
- Uppföljning efter intensivvård. Kunskapsstöd på remiss 2022
- Intermediärvård. Belastningen på vårdavdelningar och intensivvården under coronapandemin visar behov av intermediärvård, där patienter kan få utökad övervakning och mer avancerad behandling än vad som kan erbjudas på en vårdavdelning.

⁷ Hämtat från www.kunskapsstyrningvard.se 220920

⁸ Samtal 220928 med Martin Holmér ordförande, Linda Andlöv processledare, Eva Alm NPO Stockholm-Gotland, Jonny Hillgren NAG sekundärtransport

- Uppföljning efter intensivvård. Nationella kunskapsstöd ska tas fram för uppföljning efter intensivvård som möter patientens behov.
- Donation och transplantation. En fördjupad översyn ska göras av donation och transplantation
- Verka för att ny kompetens blir tillgänglig och stannar kvar i vården

Andra insatsområden som är under utredning inkluderar framtagande av standard för registrering av perioperativ process samt audit och revision med det övergripande målet är att undersöka hur kunskapsstyrning följs upp och analyseras, och om systemet leder till verkliga förbättringar. En undersökning ska göras av det arbete med klinisknära uppföljning och analys som görs inom LÖF och SIR, och om det kan vara en modell även för kunskapsstyrningen. NPO Pivot är fortfarande ett relativt nytt NPO som är under uppstart. Den viktigaste samarbetspartnern är NPO Akut men man har varierande grad av samarbetet med ett stort antal NPO genom att man har ett processtänk som inkluderar många diagnoser. Man ingår som experter i exempelvis ortopedi, stroke och hjärta. NPO pivot samarbetar med NSG strukturerad vårdinformation. Man använder sig av andra typer av kunskapsstöd för att undvika dubbelarbete, t ex SLAS riktlinjer.

Aktuella kvalitetsregister inom området är Svenskt intensivvårdsregister (SIR) och Svenskt perioperativt register (SPOR). Se avsnitt om kvalitetsregister nedan.

Registren används för uppföljning och mycket av kvalitetsarbetet sker på kliniken. Kvalitetsregistren anses ha stärkt uppföljningen men det finns viss överlappning i registren samtidigt som det är svårt att utbyta data mellan registren. Här ser man ett behov av samordning. Vidare ser man ett behov av att ambulansprocessen behöver komma in i det övergripande vårdflödet. Det är ett ständigt pågående arbete med revision av register, vad ska rapporteras, hur få in data på bästa sätt?

Under pandemin uppmärksammades en lucka i information eftersom det inte finns uppgift i SIR om vad som händer under transport. Sekundärtransport är inte ett vårdtillfälle och under pandemin skedde många långa transporter där det alltså inte kom in information till SIR om vad som skett under transporten.

Uppföljning av kvalitet är också en komplex fråga. Man har arbetat med nationell konsensus där man studerade 4 vårdprocesser och analyserade hur klinikerna hanterade patienterna. Det är en utmaning att vet vad som är bra i förbättringsarbetet. Implementering ses som svårt att få till, även om personal vet vad som behövs är det lätt att återgå till tidigare arbetsätt.

Inom kompetensutvecklingsområdet förs en diskussion mellan regioner och NPO vad gäller rekrytering. Man ser ett behov av bättre samordning med högskolorna. RPO arbetar med frågan. En enkät skickas till exempel ut med frågor om antal insatser som gjorts för att vidareutbilda och behålla personal.

Förutom NPO Akut och NPO Pivot som arbetar multidisciplinärt finns det även diagnosorienterade NPO:s som innehåller delar som relevanta för den prehospitala vården.

Hit hör NPO nervsystemets sjukdomar som inkluderar insatsområde stroke. Här har ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för stroke

tagits fram som startar med den akuta prehospitala fasen (se nedan). NPO nervsystemets sjukdomar ska även ta fram ett reviderat personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA, del 1, tidiga insatser och vård.

Ett NPO med viss koppling till ambulans är NPO infektionssjukdomar som tagit fram ett vårdförlopp för sepsis. Vårdförloppet beskriver handläggning på akuten men en stor del av dessa patienter kommer till akuten med ambulans. I detta arbete har som nämnts ovan även NPO Akut varit involverat. Vidare arbetar NPO rörelseorganens sjukdomar med att ta fram kunskapsstöd för området höftfraktur inklusive vårdprogram för omhändertagande av patienter med höftfraktur där även ambulanssjukvården är inblandad.

Personcentrerade vårdförlopp

Regeringen och SKR har tecknat en överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård. En del i överenskommelsen är framtagande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Syftet är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvårdspersonal. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.⁹

Flera av de sammanhållna vårdförloppen inkluderar prehospitala dimensioner eftersom vårdförloppen inleds innan patienten kommer till sjukhus, t ex när patienten eller någon annan person kontaktar 112.

NPO nervsystemets sjukdomar och NAG stroke har tagit fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för stroke och TIA. Utgångspunkten är att det idag finns omotiverade skillnader i vården av patienter med stroke vad gäller tillgänglighet och kvalitet. Vårdförloppet kan inledas med kontakt med 112 eller 1177 för att en person har symtom på stroke eller TIA, vilket leder till beslut om ambulanstransport.¹⁰

Ett vårdförlopp med koppling till prehospital vård är det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för sepsis som startar när en patient ankommer till akutmottagning med misstänkt sepsis. Majoriteten av dessa patienter kommer in till akuten med ambulans efter kontakt med SoS Alarm, sjukvårdens larmcentraler, 1177 eller hemsjukvård. Vårdförloppet har tagits fram av NPO infektionssjukdomar och NPO Akut.¹¹

Vidare ska ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för patienter i alla åldrar ska tas fram inom insatsområdet traumatisk hjärnskada. Vårdförloppet ska bidra till god samordning och säkerställa att patienterna får rätt stöd och information. Vårdförloppet ska införas våren 2023. NPO Barn och ungas hälsa, NPO Nervsystemets sjukdomar och NPO Akut är involverade. NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har huvudansvaret för arbetet.

⁹ Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. 2022

¹⁰ Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2022

¹¹ Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Sepsis. Nationellt system för kunskapsstyrning och hälso- och sjukvård

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framställa statistik och för forskning inom hälso- och sjukvård. Kvalitetsregister gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. För närvarande finns omkring 100 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Kvalitetsregistren drivs av regionerna och på SKR finns en stödfunktion som arbetar med nationell samordning. Socialstyrelsen fungerar också som ett stöd till de nationella kvalitetsregistren. Bland annat kan Socialstyrelsen bistå med samkörningar mot Socialstyrelsens register, både för att ta fram täckningsgradsjämförelser men även för andra typer av uppföljningar

De nationella kvalitetsregistren ska vara en integrerad del av den nationella kunskapsstyrningen och de ska därför samverka med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och de nationella programområden (NPO) som finns inom detta system.

Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård ingår även en överenskommelse om stöd till nationella kvalitetsregister 2022. Överenskommelsen omfattar totalt 174,5 miljoner kronor där regionerna bidrar med 100 miljoner kronor och regionerna med 74,5 miljoner kronor. Medlen ska bland annat användas som grundanslag till nationella kvalitetsregister.¹²

Ambulansregistret, AmbuReg

Ambulansregistret AmbuReg följer de insatser som genomförs av ambulanssjukvården och är därmed det kvalitetsregister som följer hela vårdprocessen för samtliga patienter inom ambulansverksamheten. Registret har region Blekinge som huvudman och är kopplat till registercentrum Syd. Samtliga 21 regioner rapporterar in till AmbuReg och man täcker nära 100 procent av alla primäruppdrag. Under 2022 ska även sekundäruppdrag inkluderas i registret. AmbuReg ingår däremot inte i SKR:s förteckning av kvalitetsregister vilket innebär att registret inte finansieras med gemensamt ekonomiskt stöd från staten och sjukvårdshuvudmännen.

Syftet med AmbuReg är att initiera och främja kunskapsstyrning inom det prehospitala området. Med kvalitet avses aspekter som tillgänglighet, bemötande, dokumentation, symtom lindring, tid till diagnos, tid till behandling och styrning till adekvat vårdnivå. Registret ska även ge möjlighet till uppföljning av algoritmer, processer, behandlingar och åtgärder som utförs av ambulanssjukvården. Målet är att kvalitetssäkra ambulanssjukvården och därigenom åstadkomma förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. Det sistnämnda är av ökad betydelse också ur ett katastrofmedicinskt perspektiv.¹³

Exempel på indikatorer som kan följs är:

¹² Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner

¹³ resyd.se/ambureg, hämtat 221030

- Vitalparametrar. Andel patienter inom ambulanssjukvården på vilka alla vitalparametrar (andningsfrekvens, syresättning i blodet, blodtryck, hjärtfrekvens, medvetandegrad och kroppstemperatur) har undersökts
- EKG. Andel patienter med misstänkt hjärtinfarkt där ett diagnostiskt EKG genomförts och bedömts
- Smärtbedömning. Andel patienter där: smärtskattning gjorts vid första bedömning, smärtskattning gjorts efter eventuell behandling, samt där korrekt smärtlindring utförts

Idag saknas nationella mål för tillgänglighet och AmbuReg har identifierat att uppföljning och mätning av olika ledtider inom den prehospitala vården är av intresse för att kvalitetssäkra ambulanssjukvården vid olika tidskritiska tillstånd. Följande ledtider är aktuella [Registerprofil AmbuReg augusti 2021]:

- Utlarmning av ambulans till kvittering av larm
- Utlarmning av ambulans till framme vid hämtplats
- Ankomst hämtplats till avtransport hämtplats, det vill säga tid på plats
- Avtransport hämtplats till framme vid sjukhus

Sedan 2019 rapporterar dessutom AmbuReg in tre kvalitetsindikatorer till Vården i siffror:

- Blodsockermätning i ambulans vid sänkt medvetandegrad
- EKG i ambulans vid misstänkt hjärtinfarkt
- Mätning av andningsfrekvens i ambulans

Svenska Traumaregistret, SweTrau

Det svenska traumaregistret, SweTrau, registrerar skadade traumapatienter. Fokus i registret ligger främst på vård på sjukhus men viss prehospital data registreras också i registret, Patientuppgifter från skadetillfället, genom hela vårdkedjan samt uppföljning upp till ett år efter skadan registreras i registret. SweTrau fokuserar på allvarligt skadade patienter, multitrauma orsakade av trafikolyckor, fall eller annat yttre våld. I registreringerna ingår också skaderegistrering som används för att beskriva hur svårt skadad en patient. Syftet med registret är att studera traumapatienternas vårdkedja för att identifiera svagheter och styrkor vad gäller patientkategorier, upptagningsområden och enskilda sjukhus, ha fokus på slutenvårdsbehandling av svåra trauman, men också innehålla en prehospital komponent samt ha ett posthospitalt perspektiv, inklusive rehabilitering och slutgiltiga behandlingsresultat. Registret ska också redovisa resultatmått och kvalitetsindikatorer och utgöra underlag för klinisk forskning och fördjupningsstudier.

Prehospitala data som följs i registret är ankomststätt till sjukhus, t ex markambulans, tid från alarm till ankomst på sjukhus, antal och andel transporter där läkare medföljde, tid på skadeplats och antal patienter som intuberats på plats. I dessa delar finns en viss överlappning med uppgifter som samlas in av AmbuReg.

Under 2021 var mediantiden 55 minuter för tid från larm till ankomst på sjukhus och den har legat på denna nivå de senaste åren. Mediantiden speglar resurser i fråga om ambulans, transportavstånd och tid på skadeplats. Det

skiljer sig dock åt när det gäller transportsätt. Mediantiden för tid från skada till ankomst på sjukhus för markambulans har stadigt ökat under perioden 2013–2014 medan mediantiden för helikopter sjunkit de senaste åren.¹⁴

Svenska hjärt- och lungräddningsregistret (SHLR)

Svenska hjärt- och lungräddningsregistret (SHLR) registrerar data på hur många personer som överlever ett plötsligt hjärtstopp, såväl utanför sjukhus som inne på sjukhus. Syftet med SHLR är att kartlägga förlopp och identifiera svaga länkar i den kedja som räddar liv vid HLR. Med hjälp av registerdata kan man kartlägga hur olika delmoment kan optimeras för att öka chanserna för återupplivning vid ett plötsligt hjärtstopp.

Ambitionen är att alla fall där HLR har påbörjats ska registreras. När det gäller HLR utanför sjukhus fångar man upp i stort sett all utförd hjärt-lungräddning. För delregistret HLR på sjukhus är det fortfarande en bit kvar till full täckningsgrad. Det som registreras är uppgifter om patienten, omständigheter kring hjärtstoppet och vilka insatser som gjordes och när. Patienter som överlever följs upp så att man får in data om hur de mår och fungerar efter återupplivningen.

Registerdata visar att överlevnaden efter HLR har tredubblats de senaste 30 åren och SHLR har spelat en viktig roll när det gäller att sprida kunskap om kritiska länkar som kan förbättras och om vad som bör göras vid ett plötsligt hjärtstopp. I majoriteten av alla fall startas HLR innan ambulansens ankomst och allt fler defibrilleras innan ambulansen kommer fram. Samtidigt har responstiden för ambulans ökat betydligt under de år som registret varit i drift. Responstid beräknas som tiden mellan utlarmning (från larmcentral) och ankomst av ambulans till patienten. Mediantiden från larm till ambulansens ankomst har ökat från 5 minuter in början av 1990-talet till 10 minuter 2021 och då är 10 minuter en viss förbättring jämfört med åren innan. Sannolikt har den ökande responstiden försämrat överlevnaden efter hjärtstopp utanför sjukhus.¹⁵

Riks-HIA. Registret för hjärtintensivvård

Syftet med det svenska registret för hjärtintensivvård, RIKS-HIA, är att utveckla akut hjärtsjukvård genom kontinuerlig information om vårdbehov, behandling och behandlingsresultat samt förändringar såväl inom ett sjukhus som i jämförelse med andra sjukhus. Registret är ett delregister i kvalitetsregistret Swedeheart. Den långsiktiga målsättningen är att bidra till en minskad dödlighet och sjuklighet hos patienterna och att öka kostnadseffektiviteten i vården.¹⁶ I registret följs flera aspekter med bäring på den prehospitala vården, t ex akuta insatser vid hjärtinfarkt. Data från 2021 visar att patienter med akut ST-höjningsinfarkt kom under vård snabbt. Mediantiden från symtom till PCI (reperfusion) låg på 165 minuter 2021 vilket är samma som 2019. Den rekommenderade tiden från EKG till PCI är 90 minuter för denna

¹⁴SweTrau. Svenska traumaregistret. Årsrapport 2021. 2022

¹⁵Svenska hjärt- och lungräddningsregistret, SHLR. Hämtad från hemsida www.hlr.nu 20220922, Årsrapport SHLR 2021, 2022

¹⁶Swedeheart. Annual Report 2021. 2022

patientgrupp. Under 2021 låg mediantiden på 62 minuter.¹⁷ Båda dessa insatser är tidskritiska och beroende av en välfungerande prehospital akutsjukvård för att patienten ska komma under rätt vård i tid.

Riksstroke. Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård

Riksstroke är det nationella kvalitetsregistret för strokevården och genomför fortlöpande utvärdering av den svenska strokevården. Riksstroke utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna och speglar både processer och resultat. Riksstroke samlar även in uppgifter från patienter vid uppföljning tre månader och ett år efter insjuknandet.

De nationella strokeriktlinjerna och vårdförlopp Stroke och TIA (transitorisk ischemisk attack) rekommenderar ett skyndsamt omhändertagande av patienter med TIA. Inom ramen för den svenska AKUT-kampanjen har ambulanssjukvården rekommenderat ambulanserna att högprioritera sjukhusransport av patienter med akuta strokesymtom, vilket inkluderar TIA. I Riksstroke följer man upp följande indikatorer som har bäring på prehospital vård:

- Ambulanstransport. Tid till sjukhus och inläggning. Omhändertagande i ambulans för patienter med akuta strokerelaterade symtom.
- Behandling i akutskedet. Tid från symptomdebut till ankomst till sjukhus. Trombolys-/trombektomilarm: Tiden från symptomdebut till ankomst till sjukhus speglar framför allt allmänhetens (patienternas och deras anhöriga) kunskap om strokesymtomens allvar och deras benägenhet att söka akutvård. Patienternas möjlighet att påkalla eller få hjälp kan även spela in, liksom den prehospitala vårdens organisation och kvalitet.

Under 2021 kom 33 procent av patienterna in till sjukhus inom 3 timmar. Ytterligare 6 procent kom inom 4,5 timmar efter insjuknandet. Andelen som kommit till sjukhus inom 3 timmar har varit konstant från 2011 och framåt, och det finns inga påtagliga skillnader mellan kön och ålder.¹⁸

Trombolys-/trombektomilarm (strukturerat omhändertagande före ankomst till sjukhuset respektive inne på sjukhuset) innebär kortare tid till trombolysbehandling, att fler patienter kan få behandling med trombolys eller trombektomi och att risken för funktionsnedsättning minskar.

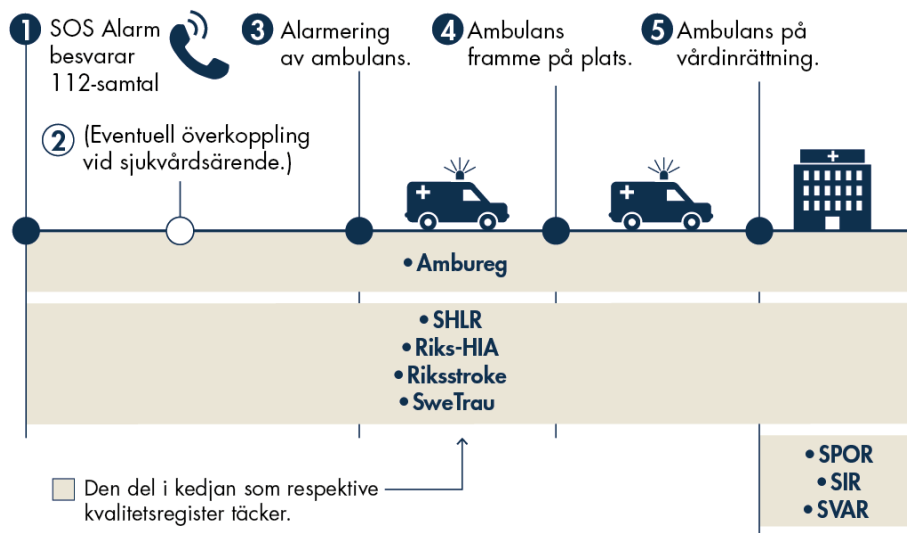
Andelen trombolys-/trombektomilarm beräknat utan övre åldersgräns har ökat snabbt och under 2021 var andelen 42 procent vilket var 8 procent fler jämfört med 2020.

¹⁷ Swedeheart Årsrapport 2021. 2022

¹⁸ Årsrapport Stroke och TIA 2021. Riksstroke 2022.

Figur 1. Hur kvalitetsregistren täcker den prehospitla vårdkedjan.

Hur kvalitetsregistren täcker den prehospitla vårdkedjan.



Notera att ambulansregistret, AmbuReg, redovisar indikatorer för samtliga patientgrupper inom ambulanssjukvården. SHLR, Riks-HIA, Riksstroke och SweTrau beskriver specifika patientgrupper/tillstånd.

Övriga kvalitetsregister

Svenskt intensivvårdsregister (SIR)

Syftet med registret är att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård inom utvalda kontinuerligt uppföljda områden. Svenska intensivvårdsregistret ska dessutom främja metodutveckling och forskning inom intensivvården, framför allt inom epidemiologi, men även andra riktade områden. Fokus för registret är vård som bedrivs på sjukhus (IVA), men registret innehåller även data med koppling till perihospital vård. t ex har man tagit fram kvalitetsindikatorn Q4 Överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist. Detta är något som inbegriper sekundärtransport med ambulans eller helikopter. Överflyttning till annan IVA medför risk för patienten och bör undvikas. Målsättningen är att andelen vårdtillfällen med överflyttning till annan IVA bör vara <2 procent. Under 2020 var andelen vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA på grund av resursbrist 3,7 procent vilket är en kraftig ökning jämfört med 1,8 procent 2019. Detta är en förväntad effekt av den belastning som Corona pandemin orsakat.¹⁹

Svenskt perioperativt register (SPOR)

Syftet med SPOR är att med hjälp av integration med befintliga lokala operationsplaneringssystem hämta data från den perioperativa processen och

¹⁹Svenska intensivvårdsregistrets Årsrapport 2020. 2021

därmed erbjuda ett verktyg för lokal och nationell kvalitetsutveckling. Den perioperativa processen följs i sin helhet, från operationsanmälan tills det att patienten lämnar den post-operativa avdelningen. Huvudfokus i registret är verksamhet som bedrivs inne på sjukhus men registret innehåller även viss prehospita data. T ex följer registret orsak till försenad operation där väntan på extern transport (ambulans eller helikopter) är en variabel.²⁰

Svenska akutvårdsregistret (SVAR)

Svenska akutvårdsregistret (SVAR) är ett nationellt kvalitetsregister med fokus på omhändertagande av patienter inom akutsjukvård som är under uppbyggnad. Fullt utbyggt är det tänkt att omfatta prehospita vård, akutmottagning samt akutvårdsavdelningar eller motsvarande. I det initiala skedet inkluderas endast akutmottagningar. Därefter kommer variabler och kvalitetsmått för prehospita vård och fortsatt akut slutenvård att adderas.

Syftet är att skapa ett rikstäckande register som ger kunskap om epidemiologi, akuta processer och vårdkvalitet i det akuta skedet för alla patienter som söker akutmottagning. Registret är tänkt att bli en unik bas för lokal, regional och nationell kvalitetsutveckling och för systematisk FoU inom akutsjukvården.²¹

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där Socialstyrelsen bedömer att behovet av vägledning hos beslutsfattare och profession är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg. Socialstyrelsen tar även fram indikatorer och målnivåer för uppföljning och utvärdering av följsamhet till riktlinjerna.

Socialstyrelsen har identifierat ett par riktlinjeområden med rekommendationer som kan kopplas till den prehospita vården.

Nationella riktlinjer för vård vid stroke

Den akuta vårdkedjan vid stroke syftar till att personer med stroke ska få behandling så tidigt som möjligt efter insjuknandet. Vårdkedjan innefattar insatser både utanför och på sjukhus, trombolyslarm från ambulans till sjukhus, tidig diagnostik och tidig behandling.²²

²⁰ Variabellista Förseningsorsaker. Hämtad från spor.se 221030.

²¹ Svenska akutvårdsregistret, SVAR. Hämtat från www.ucr.uu.se/svar/ / 220920

²² Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Socialstyrelsen 2020

Tidsaspekten vid stroke ställer krav på att 1177 Vårdguiden, larmcentralen, ambulanssjukvården, sjukhusvården, primärvården och den kommunala vården samarbetar effektivt. Detta för att tiden mellan insjuknande, diagnos och behandling ska bli så kort som möjligt.

Exempel på rekommendationer i de nationella riktlinjerna är att hälso- och sjukvården bör erbjuda ett strukturerat omhändertagande före ankomst till sjukhuset respektive inne på sjukhuset till personer med misstänkt stroke och misstänkt akut ischemisk stroke.

För att minska tiden från insjuknande till behandling behöver det finnas rutiner på plats. Det kan handla om att ambulanssjukvården kommunicerar relevant information till sjukhuset och att patienten förs direkt till en röntgenavdelning där trombolysbehandling kan påbörjas.

Indikatorer stroke och TIA med relevans för ambulanssjukvården:

- tid mellan symptomdebut och ankomst till sjukhus
- trombolyslarm vid stroke

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård

Under de senaste 30–35 åren har dödlighet och insjuknande i olika hjärtsjukdomar stadigt minskat. Den positiva utvecklingen beror på utveckling av nya behandlingar, förbättringar i befolkningen när det gäller riskfaktorer som t ex rökning samt förbättrade förebyggande insatser efter hjärtinfarkt. Nya effektiva läkemedel, förbättrad diagnostik samt förbättrad akutsjukvård är också förklaringar till den positiva utvecklingen.

Precis som vid stroke är det viktigt att patienter som drabbas av t ex hjärtinfarkt och hjärtstopp snabbt kan få vård i det akuta skedet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och *Nationella riktlinjerna för vård vid stroke* överlappar till viss del varandra. Både stroke och hjärtinfarkt är ofta en följd av åderförkalkning (ateroskleros) i kranskärlen.

De nationella riktlinjerna för vård vid stroke är därför ett viktigt komplement till riktlinjerna för hjärtsjukvård.²³

Exempel på rekommendationer som involverar den prehospitala akutsjukvården är att trombolys sätts in inom 30 minuter vid ST-höjningsinfarkt där primär PCI inte är tillgänglig inom 120 minuter efter EKG.

Möjlighet till snabbt insatt trombolys förutsätter i många fall att trombolysbehandlingen även kan ges prehospitalt, det vill säga i ambulans eller på vårdcentral.

En annan rekommendation som involverar prehospital akutsjukvård är mekanisk hjärt-lungräddning vid hjärtstopp. Denna åtgärd har betydelse för ambulanssjukvården och det finns arbetsmiljöaspekter eftersom det är både svårt och delvis farligt att utföra manuella hjärtkompressioner under färd, ofta i hög fart.

Indikatorer hjärtsjukvård med relevans för ambulanssjukvården

- Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

²³ Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Socialstyrelsen. 2018

- Reperfusion inom målsatt tid

Reperusionsbehandling (ballongutvidgning PCI eller behandling med läkemedel trombolys) är tidskänsliga insatser där det är viktigt att sjukvården ser över sina processer. Detta gäller både mottagande sjukhus som ambulanssjukvården. Ju mer som är förberett på sjukhuset när patienten anländer desto bättre. När det gäller trombolys kan den behöva genomföras i ambulansen för att behandlingen ska kunna sättas in inom de rekommenderade 30 minuterna.