

Registerprofil – aktuell per 4.11.2021

STEG 1 KONTAKTUPPGIFTER

Registrets namn	Nationellt kvalitetsregister för ambulanssjukvård
Registrets kortnamn	Ambulansregistret, AmbuReg
Startår	2016
Webbadress	www.flisa.nu
E-post till registret	klementsson@live.se
Telefonnummer	0705-885137
Registerhuvudman	Region Blekinge
Dataskyddsombud	Magdalena Nordin (Sydarkivera)
Certifieringsnivå	Kandidat
Extra kontaktperson	Glenn Larsson
Telefonnummer	0708436467
E-post till extra kp.	Glenn.Larsson@hb.se

Kontaktuppgifter till registerhållare

Förnamn	Håkan
Efternamn	Klementsson
Telefonnummer	0705-885137
E-post	klementsson@live.se
Sjukhus	Centralsjukhuset Kristianstad
Arbetsplats	VO Akut
Adress	CSK 291 85 Kristianstad

STEG 2 SAMMANFATTNING

Bakgrund

Ambulanssjukvården i Sverige utför runt 1 000 000 primäruppdrag/år (2020). I avsaknad av nationell styrning gällande kvalitetsindikatorer för svensk ambulanssjukvård avgör varje sjukvårdshuvudman avgör självt hur verksamheten ska bedrivas och hur den ska kvalitetssäkras som underlag för förbättringsarbete. Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård, Flisa har under flera år tillsammans med sina nätverk för Sveriges ambulansläkare och utbildningsansvariga fungerat som nationellt sammanhängande organ, med syfte att stödja och utarbeta nationella riktlinjer för ambulanssjukvård på olika områden.

Syfte

Ett nationellt kvalitetsregister för svensk ambulanssjukvård, AmbuReg avser att initiera och främja kunskapsstyrning inom det prehospitla området. Med kvalitet avses i första hand aspekter som berör tillgänglighet, bemötande, dokumentation, symptomlindring, tid till diagnos och tid till kausal behandling, styrning till för varje patient adekvat vårdnivå samt relevans av alarmeringssjukvårdens beslutsstöd.

AmbuReg avser att samla in från samtliga ambulansuppdrag således även de som ej förs till sjukhus (år 2018 hänvisade svensk ambulanssjukvård runt 15% av patienterna till annan än akutsjukhus vårdnivå).

Registret skall även ge möjligheter till uppföljning av beslutade algoritmer och processer, kvalitetssäkra ambulanssjukvården och åstadkomma förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. Sistnämnda av ökad betydelse också ur ett katastrofmedicinskt perspektiv.

Ett kvalitetsförbättringsregister av detta slag är även ett användbart verktyg för att kunna utvärdera olika beslutsstöd inom alarmeringssjukvård liksom det medger en effektiv möjlighet för den enskilde medarbetaren att kunna följa upp sina uppdrag.

Tillgänglighet

Vid tidskritiska tillstånd som är eller kan vara direkt livshotande som till exempel hjärtstopp, akut hjärtinfarkt, stroke och trauma, är det av stor betydelse att ambulanssjukvård snabbt är på plats och påbörjar åtgärder för att rädda liv och minska sjuklighet. Detta kan ses som en fortsättning av den optimala akutvårdskedjan där alarmeringsfunktionen är det första ledet.

Nationella mål för tillgänglighet saknas. Det är av stort intresse att nationellt kunna följa upp och mäta effekterna för olika prehospitla ledtider för att kunna kvalitetssäkra ambulanssjukvården framför allt vid tidskritiska tillstånd. Med sådan kunskap kan man också lättare resurssätta ambulanssjukvården ur ett patientperspektiv.

Följande prehospitla ledtider registreras och mätes:

1. Utalarmning ambulans till kvittering av larm.
2. Utalarmning ambulans till framme hämtplats.
3. Ankomst hämtplats till avtransport hämtplats det vill säga tid på plats
4. Avtransport hämtplats till framme sjukhus.

Nordiska ministerrådets EMS-dataprojekt har bland annat belyst dessa frågor och uttalat ett värde av ett nationellt kvalitetsregister för ambulanssjukvården (se bilaga)

Vård och olika indikatorer

Vitalparametrar

Alla patienter inom ambulanssjukvården prioriteras efter genomförd undersökning med ledning av vitalparametrar, sjukhistoria, symtom och sjukdomstecken. Vitalparametrarna utgörs av andningsfrekvens, syresättning i blodet (Saturation O₂), blodtryck, hjärtfrekvens, medvetandegrad, och kroppstemperatur. Sjukhistoria, symtom och sjukdomstecken bedöms enskilt och fångar allvarligt sjuka patienter med normala vitalparametrar.

Ett resultatmått utgörs av andelen patienter inom ambulanssjukvården på vilka alla sex vitalparametrar är undersökta.

EKG

På alla patienter som vårdas med bröstsmärta, andningsbesvär och buksmärta ska ett diagnostiskt EKG utföras och bedömas enligt de nationella riktlinjerna.

Resultatmått är andelen patienter, utav samtliga som bedömts ha misstänkt hjärtinfarkt, där ett diagnostiskt EKG är utfört och bedömt.

Smärtbedömning

På alla patienter med smärta skall en smärtskattning göras (enligt nationell standard VAS/NRS 0-10 där 0 är ingen smärta och 10 är outhärdlig smärta). Patienter med smärta över 3 enligt VAS/NRS skall erhålla adekvat smärtlindring och effekten av given smärtlindring skall följas med upprepade bedömningar.

Resultatmått är andelen patienter där

1. smärtskattning gjorts vid första bedömning
2. smärtskattning gjorts efter eventuell behandling
3. adekvat smärtlindring utförts (definierat som VAS/NRS ≤ 3 vid avlämning).

Täckningsgrad

Vid ingången av år 2019 lämnar 21 regioner/landsting data till registret varav två endast för del av året på grund av nya digitala journalssystem.

Analys/återkoppling

Den långsiktiga målsättningen är att ambulanssjukvården i Sverige skall, oavsett var i landet man befinner sig, ha möjlighet till en kontinuerlig återkoppling som kommer verksamheten till gagn avseende:

1. verksamhetsdokumentation.
2. följsamhet gentemot riktlinjer
3. kvalitet på given behandling ställt i relation till utfall
4. möjlighet till kompetensutveckling hos den enskilde medarbetaren inom ambulanssjukvården genom möjlighet till systematisk uppföljning

5. utvärdering av beslutsstöden som används vid alarmering och prioritering

Resultaten vad avser ovanstående frågor skall årligen sammanställas och redovisas såväl ur ett nationellt som ur ett regionalt perspektiv. Målbilden är dock att insamling av data skall ske kontinuerligt för att medge återkoppling i realtid. Pilotförsök med att bygga en plattform och samla in data från två sjukvårdsregioner har påbörjats mars 2019.

Mot bakgrund av de erfarenheter som görs inom registerarbetet skall sedan de nationella riktlinjerna för ambulanssjukvården utvecklas liksom de kan ligga till grund för olika förbättringsarbeten. Sedan februari 2019 levererar AmbuReg tre kvalitetsindikatorer till Vården i Siffror (<https://vardenisiffror.se/dashboard?datefrom=2016-01-01&dateto=2017-12-31&relatedmeasuresbyentry=registry&relatedmeasuresbyid=ambureg%20-%20kvalitetsregistret%20f%c3%b6r%20svensk%20ambulanssjukv%c3%a5rd&units=se>).

Följande riktlinjer kan vara aktuellt att utveckla på sikt:

1. responstider och deras relevans vid olika tillstånd
2. tidig upptäckt och behandling av olika livshotande tillstånd
3. optimering av symtomlindrande och botande behandling i tidigt skede.
4. styrning av patienter till för varje patient lämpligaste vårdnivå.

Denna målsättning kan bara förverkligas genom skapandet av ett nationellt kvalitetsregister där de uppgifter, som ligger till grund för besvarande av ovanstående frågor, dokumenteras.

Exempel på förbättringar som ett nytt register kan tänkas bidra med.

Alla regioner och landsting har olika tillgänglighetsmål för de högst prioriterade ambulansuppdragen men få klarar att uppnå dessa mål. Målen är ofta schablonmässigt satta som ett kvalitetsmått och utvecklingsmått på egna organisationen och inte utifrån någon dokumenterad patientnytta.

Genom strukturerad och kvalitetsmässig nationell uppföljning på individnivå är bedömningen att registret kan skapa mer ändamålsenliga tillgänglighetsmål som har relevans för patientvården i en modern ambulanssjukvård.

Det finns ingen nationell uppföljning och analys av de bedömningar, åtgärder och behandlingar som idag utförs i svensk ambulanssjukvård. Ett ambulansregister bedöms kunna skapa en nationell kvalitetsstandard som ger förutsättningar för att förbättra kvaliteten inom ambulanssjukvård.

Exempel på områden där det finns förbättringspotentialer:

1. Dokumentationen av observationer, bedömning och vidtagna åtgärder kan sannolikt förbättras dvs följsamhet mot givna riktlinjer.
2. Effektiviteten i den tidiga vårdkedjan (vad gäller till exempel allokering av lämpligast resurs, tid till patient, tid på plats, tid till påbörjande av symptomlindrande behandling och tid till diagnos och till påbörjande av kausal behandling) kan sannolikt ökas.
3. Direktstyrningen av patienter direkt till lämpligaste vårdnivå kan förbättras
4. Medicinska beslutsstöd för alarmering och prioritering till gagn för förbättrad resursanvändning och därmed förbättrad tillgänglighet.
5. Kvalitetssäkring av alarmeringssjukvårdens (larmcentralernas) beslutsstöd.

STEG 3 RELEVANS

Volym i Sverige

Beräknas vara 1 miljon ambulansuppdrag årligen och registret inkluderar cirka 1 miljon primära ambulansuppdrag med patient (2020).

Kostnad

Bedömningen är att kostnaderna för ambulanssjukvården i Sverige är dryga fyra och en halv miljarder/år (2016) exklusive kostnader för alarmeringssjukvården.

Beskriv patientens hela vårdkedja och totala vårdbehov samt registrets del i uppföljningen av vården i denna kedja.

Den totala vårdkedjan vid ett sjukdomstillstånd kan beskrivas som tiden från en första kontakt tas med sjukvården, tills det att kontakten med sjukvården vad avser det aktuella tillståndet bryts helt. Uttryckt i antal timmar och minuter så utgör den prehospitla vårdkedjan oftast en liten andel av den totala vårdkedjan. Vid akuta sjukdomstillstånd är det dock i många fall före och under förloppet av den tidiga vårdkedjan som mycket händer såväl vad gäller själva naturalförloppet liksom möjligheterna att kunna påverka detta. Vid exempelvis akut hjärtinfarkt och stroke så anses organskada kan bli bestående redan inom några timmar efter symptomdebut.

Det är just detta som lyfter fram ambulanssjukvårdens roll att förhindra utveckling eller förvärring av redan uppkommen organskada.

De vanligaste kontaktorsakerna i ambulanssjukvården är bröstsmärtor, andningssvårigheter och buksmärter, olyckor följt av trauma, ospecifika tillstånd, stroke, feber, huvudvärk och yrsel.

Bakom flera av dessa fall döljer sig direkt livshotande tillstånd som akut hjärtinfarkt, stroke, blodförgiftning eller traumatiska skador på vitala organ. Dessa patienter befinner sig i riskzonen för död eller överlevnad med invalidiserande följdverkningar. I sådana fall kan tiden till diagnos och tiden till påbörjande av livräddande behandling vara helt avgörande.

Tiden från larm till diagnos eller till påbörjande av kausal behandling brukar kallas för systemfördröjning. Att hålla denna tid så kort som möjligt är oftast av största betydelse för patienten.

Exempel på tydliga samband mellan systemfördröjning (vårdkedjans effektivitet) och utfall är patienter med akut hjärtinfarkt och ST-höjningar på EKG. För varje timme som dröjer från larm till påbörjande av re-perfusionsbehandling ökar risken, för död eller att patienten skall bli lidande av kvarstående symptom på hjärtsvikt, med 10 %.

Under de två senaste decennierna har det skett en dramatiskt minskad systemfördröjning (dvs en effektivisering av den tidiga vårdkedjan) vid ST-höjningsinfarkt. Denna effektivisering har varit associerad med en dramatisk förbättring av prognosen. Detta utesluter inte möjligheten av en ytterligare effektivisering av den tidiga vårdkedjan såväl vid ST-höjningsinfarkt som vid andra livshotande tillstånd.

Även vid stroke har man kunnat påvisa ett samband mellan systemfördröjning (tid till påbörjande av re-perfusionsbehandling) och prognos.

Vid sepsis (blodförgiftning) har man sett samband mellan tidig misstanke om sepsis väckt vid ankomst av ambulanspersonal och tid till behandling med livräddande antibiotika.

En vanlig vårdkedja etablerad sedan ett decennium tillbaka är äldre patienter med höftfraktur som redan på skadeplats förbereds för snabb röntgenundersökning och inskrivning på vårdavdelning vid ankomst till sjukhus. Detta görs för att minska patientens vårdlidande och förbättra prognosen för återvunnen hälsa.

Ge argument för behovet av ett nationellt kvalitetsregister för att säkra och utveckla verksamheten inom det område registret avser.

Ambulanssjukvårdens uppdrag har sedan flera år ökat. Sedan 2005 skall det enligt SFS 2009:10 finnas legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som kan utföra kvalificerade bedömningar och behandlingar i varje ambulans. Det pågår sedan 2005 en utveckling av ambulanssjukvårdens kapacitet gällande bedömning av patienternas tillstånd och behov av vård på olika vårdnivåer. För att förbättra omhändertagandet i ambulanssjukvården har olika vårdkedjor implementeras för specifika patientgrupper.

Exempel utgör patienter med symptom på hjärtinfarkt, stroke, höftfraktur, geriatriska patienter och patienter som inte bedöms behöva vård på sjukhus eller transport till akutmottagning.

Det finns ingen strukturerad och samlad nationell kunskapsstyrning av svensk ambulanssjukvård och det är varje sjukvårdshuvudman som avgör hur ambulanssjukvården ska bedrivas i respektive landsting. Behovet av ett kvalitetsregister är stort i landets ambulansverksamheter för att på ett kvalitetsmässigt och strukturerat sätt kunna följa upp och analysera ambulanssjukvårdens resultat och hur det påverkar vården till patienterna.

Det finns nationella riktlinjer för ambulanssjukvården men det saknas kunskaper om hur dessa riktlinjer följs och hur de påverkar patientutfallet.

Ambulanssjukvården har under flera år utvecklats med ny teknik och man har infört olika metoder för olika diagnostiska åtgärder och behandlingar utan efterföljande strukturerade uppföljningar eller utvärderingar.

Syfte

Ett nationellt kvalitetsregister för svensk ambulanssjukvård avser att initiera och främja kunskapsstyrning inom det prehospitala området (inklusive alarmeringssjukvården). Med kvalitet avses i första hand aspekter som berör tillgänglighet, bemötande, dokumentation, symptomlindring, tid till diagnos och tid till kausal behandling samt styrning till för varje patient adekvat vårdnivå.

Registret avser även att, genom uppföljning av beslutade algoritmer och processer, kvalitetssäkra ambulanssjukvården och åstadkomma förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. Sistnämnda är av ökad betydelse också ur ett katastrofmedicinskt perspektiv.

Ett kvalitetsförbättringsregister av detta slag är även ett användbart verktyg för att kunna utvärdera olika beslutsstöd inom alarmeringssjukvård liksom det medger en effektiv möjlighet för den enskilde medarbetaren att kunna följa upp sina uppdrag.

Beskriv avgränsning till andra register

Det finns ett antal register till vilka ambulanssjukvården lämnar information vad gäller omhändertagandet av patienter prehospitalt.

Exempel utgör det svenska Hjärt-lungräddningsregistret, SWEDEHEART, SweTrau och Riksstroke. Det förstnämnda fungerar idag till en del (den del som kartlägger hjärtstopp utanför sjukhus) som ett register för ambulanssjukvården. Detta är den enda del av ambulanssjukvården som i nuläget till fullo är utsatt för kvalitetssäkring. Detta registers årliga rapporter med tillhörande rekommendationer leder snabbt till genomslag i ambulanssjukvården genom förändrade arbetsätt och rutiner med ökad överlevnad i hjärtstopp utanför sjukhus som resultat.

Andra tänkbara register inhämtar idag i princip ingen information (med undantag för huruvida patienten transporteras med ambulans) från ambulanssjukvården.

Svenskt akutvårdsregister, SVAR söker kartlägga akutprocessen inne på sjukhuset med utgångspunkt från akutmottagningarna. Det täcker således inte in hela ambulanssjukvården (som hänvisar 15-25% av patienterna till annan vårdnivå än akutsjukhus eller direkt till definitiv behandling utan att passera akutmottagning). Ett kvalitetsregister för Svensk Ambulanssjukvård skulle däremot kunna bidra med data till SVAR.

Om ett kvalitetsregister för Svensk Ambulanssjukvård införs så kommer sannolikt också en samkörning med SWEDEHEART och Riksstroke att vara önskvärd liksom till ett framtida akutvårdsregister.

Vad avser stroke så finns det ett stort antal patienter där ambulanssjukvården misstänker stroke men som får en annan slutdiagnos och därför aldrig inkluderas i Riksstroke.

Motsvarande kan sägas om SWEDEHEART. Bara ca 10 % av alla patienter som ringer 112 på grund av bröstsmärtor får slutdiagnosen akut hjärtinfarkt. Detta innebär att den stora majoriteten av patienter med bröstsmärtor aldrig kommer att inkluderas i SWEDEHEART.

Naturligtvis kommer patienter med andra symptom i viss mån att hamna i andra kvalitetsregister. Exempel utgör patienter med andnöd (dessa kan hamna i hjärtviktsregistret eller i registret för obstruktiva lungsjukdomar).

Det är emellertid svårt att se att en samkörning med andra register kommer att kunna ge en samlad bild av den svenska ambulanssjukvård. Det är därför som behovet av ett nationellt kvalitetsregister inom ambulanssjukvården är stort.

STEG 4 SAMVERKAN

Hur sker samverkan med närliggande register?

Ambulansregistret ser kopplingar mot flera Nationella Kvalitetsregister (NKR):

Till det svenska hjärt-lungräddningsregistret lämnar ambulanssjukvården idag tider och data på åtgärder och behandlingar.

Till Swetrau lämnar ambulanssjukvården idag tider och vitalparametrar utöver info om behandling/åtgärder.

Till Swedeheart lämnar ambulanssjukvården idag kontaktorsak ("intagningsorsak"), olika tider, destination, EKG och uppgift om given behandling.

Till Riksstroke lämnar ambulanssjukvården idag tider.

Till Rikshöft lämnar ambulanssjukvården idag tider och andra data.

Akutvårdsregistret SVAR hämtar endast uppgifter från sjukhusjournalssystemen (patientliggarna i de flesta fall) och inkluderar således endast de patienter som har förts till akutsjukhusen (15-30% hänvisas av ambulanssjukvården till annan vårdnivå).

PAR – Patientregistret är ett annat möjligt alternativ. Man skulle i efterhand kunna granska hur många bedömningar som har varit korrekta respektive inkorrekta i den prehospitala fasen av vården. Slagning mot PAR (diagnos). Pilotförsök i två regioner har genomförts under våren 2018.

Vilket registercentrum är registret anslutet till?

RC Syd Karlskrona

Samverkan med näringslivet

Journalleverantörer till majoriteten av ambulansverksamheter är Saab Group AB, Cesam, Ortivus och Amphi Systems A/S.

Samverkan med journalleverantörerna i Sverige i samband med testinsamlingen av data pågår sedan några år tillbaka. I nuläget är det Cesam som levererar journalsystem till drygt hälften av ambulansverksamheterna i Sverige.

En annan stor leverantör är PrediCare som levererar beslutsstöd för bedömning och prioritering till ambulanssjukvård och akutmottagningar. En majoritet av landets ambulansorganisationer använder idag (2017) detta beslutsstöd.

STEG 5 STYRGRUPP – KOMPETENS OCH FÖRANKRING INOM VÅRD OCH OMSORG

Styrgrupp

Håkan Klementsson, MD, PhD, akutmakare, ambulansöverläkare, ordförande Flisa.

Per Örninge, MD, anestesilog, MLA VGR Larmcentral Västra Götaland.

Stig Holmberg, ambulanssjukvårdare länsansvarig ambulanssjukvården Norrbotten.

Glenn Larsson, PhD, forskning, handledare doktorander vid Högskolan Borås.

Hans Blomberg, MD, PhD, anestesilog, MLA Sjukvårdens larmcentral, Uppsala.

Thomas Blomberg, MD, anestesilog.

Anders Sandvik, ambulanssjuksköterska, verksamhetsutvecklare Region Västmanland.

Christer Axelsson, PhD, ambulanssjuksköterska, bitr. professor vid Högskolan Borås.

Johan Herlitz, MD, PhD, professor Högskolan Borås, registerhållare HLR-registret.

Björn Evertson, ambulanssjuksköterska, verksamhetsutvecklare Region Halland.

Carina Mattisson, Backaryd, Ronneby utsedd av Neuroförbundet

Hur är gruppens kompetens att driva kvalitetsregister?

Johan Herlitz, MD, PhD, professor i prehospital akutsjukvård, registerhållare i svenska hjärt-lungräddningsregistret 25 år.

Christer Axelsson, PhD, docent, forskning och registerarbete i svenska hjärt-lungräddningsregistret.

Hans Blomberg, MD, PhD, aktiv handledare för doktorander inom ämnesområdet

Håkan Klementsson, MD, PhD

Glenn Larsson, PhD, forskning, handledare doktorander vid Högskolan Borås

Hur kompenseras man för den kompetens man inte har

Registercenter Syd erbjuder kompetenser.

Förankring

Flisa, Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård

Per Örninge, vice ordförande, Glenn Larsson, styrelseledamot, Stig Holmberg, sekreterare, Anders Sandvik, kassör.

Slas, Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan.

Thomas Blomberg, Hans Blomberg, Per Örninge, Håkan Klementsson

Nusa, Nätverket för utbildningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård

Caroline Hagström, Regional utbildningschef Region Skåne, ledamot

Nysam, nyckeltalsamverkan ambulanssjukvård

Glenn Larsson, Anders Sandvik, Stig Holmberg

EMS (Emergency medicine system) data-projektet, nordiskt samarbete för jämförelse av nyckeltal och kvalitetsindikatorer för hjärtstopp, hjärtinfarkt och stroke.

Thomas Blomberg, Stig Holmberg, Glenn Larsson

Finns patient/brukarrepresentant eller motsvarande i registrets styrgrupp?

Ja. Carina Mattisson, Backaryd, Ronneby utsedd av Neuroförbundet.

Annan samverkan? Nej

Jävsdeklaration? Nej.

STEG 6 MÅTT OCH DESIGN

Inklusionskriterierna för registret är alla primäruppdrag, med prioritet 1-3 enligt SOSFS 2009:10

Prio 1, akuta livshotande symtom eller olycksfall ca 30 %

Prio 2, akuta men inte livshotande symtom ca 50-60 %

Prio 3, övriga uppdrag med vård eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka patientens tillstånd ca 10 %

Alla primäruppdrag oavsett ålder ska registreras i Ambulansregistret.

Styrgruppen avser att inte analysera barndata (≤ 18 år) i inledningskedet.

Ambulansregistret avser att bara registrera uppdrag som är direkt kopplade till patient.

Exklusionskriterier: Sekundäruppdrag (dvs vård under transport av läkarbedömd patient) och alla uppdrag utan patient (ex patient ej påträffad, passningsuppdrag).

Definiera täckningsgraden för registret, hur mäter ni, vad ingår i täljare resp. nämnare.

Alla ambulansuppdrag med koppling till patient enligt inklusionskriterier/registrerade ambulansuppdrag. Alla ambulansuppdrag och patientjournaler registreras digitalt.

Dessa data kommer att kopplas ihop med registret och täckningsgraden kommer att utgöra 100 % för de verksamheter som deltar i registret. Ambitionen är att registret ska hämta data med automatik från varje landsting fortlöpande för att medge återkoppling i realtid.

Finns registret i andra länder?

Nej

Bakgrundsdata

Ange de viktigaste demografiska data som samlas i registret för att karaktärisera deltagande individer.

Kön, Ålder, Bostadsort

Processmått på kvalitet

Ange processmått som kan ha påverkan på kvalitet; exempelvis diagnostiska procedurer, behandlingsåtgärder, metodval, följsamhet mot vårdprogram, ledtider.

-Systemfördröjning:

1. Tid från larm – till PCI vid ST-höjningsinfarkt.
2. Tid från larm – till CT vid stroke.
3. Andel prio 1 larm som har tid från larm – ankomst till patient <10 minuter (eller < 20 minuter).
4. Andel patienter med bröstsmärtor, andningsbesvär och buksmärter som har fått ett EKG registrerat.
5. Andel patienter med prio 1-3 larm som har fått registrerat samtliga vitalparametrar.
6. Andel patienter med <90 % saturation som behandlats med syrgas.

-Patientstyrning

1. Vilka vitalparametrar/symtom och tecken bedömdes då patienter lämnades hemma.
2. Vilka parametrar bedömdes då patienter allokerades till primärvården.
3. Vilka parametrar bedömdes då patienter allokerades till slutenvård.
4. Hur stor andel av prio 1 ut allokeras till Slutenvård/Öppenvård/Lämnas hemma respektive
5. Hur stor andel av prio 2 ut allokeras till Slutenvård/Öppenvård/Lämnas hemma respektive
6. Hur stor andel av prio 3 ut allokeras till Slutenvård/Öppenvård/Lämnas hemma respektive

Dessa mått är under utveckling i styrgruppen.

-Resultatmått

1. överlevnad 7 dagar
2. överlevnad 30 dagar
3. andel patienter med smärta vid ankomst som har VAS <4 vid avlämning.

Innehåller registret professionsbedömda mått på patientens funktionsförmåga?

Andel patienter med vakenhetsgrad enligt RLS 1-8 eller GCS 3-15.

PROM

Inom området patientrelaterade mått är det av stort intresse att följa hur patienten upplever omhändertagandet på skadepplats, transport och avlämning till annan vårdnivå. Det finns behov av att utveckla ett mått som passar den aktuella situationen i ambulanssjukvård.

Registret kommer att vara associerat till RC Syd som har stor kunskap och erfarenhet inom PROM-området. I ambulansjournalen mäts professionsrapporterade mått på smärta med VAS/NRS och andningsfrekvens. Dessa parametrar kommer att ingå som variabler i ambulansregistret.

PREM

När det gäller patientens upplevelse av omhändertagandet, är patienter som tas om hand inom ambulanssjukvård generellt mycket nöjda. Det kan bli en utmaning att fånga relevant PREM-data ur den synvinkeln att man bör vara medveten om den oundvikliga beroendeställning som patienten befinner sig i vid akut sjukdom/skada som kräver ambulanssjukvård. Oftast är man tacksam över att bli omhändertagen och det kan ge bias att fånga data under insjuknande/olycka.

Att däremot i efterförloppet fånga PREM-data via enkät på 1177.se skulle vara en framkomlig väg som bör utredas vidare. Styrgruppen ser det som en framtida utmaning att fånga patientens perspektiv på korrekt sätt och därigenom få fram potentialer till förbättringar inom ambulanssjukvården.

STEG 7 DATAFÅNGST

Automatisk överföring från ambulansjournal via plattform (Pharos) till ambulansregister. Vid pilot testinsamlingen genomfördes datafångsten via en direkt SQL fråga till driftservern i de medverkande verksamheterna i testinsamlingen. Frågan konstruerades utifrån de variabler som beslutades i projektgruppen samt under ett år som avgränsningsperiod (2015). Data på respektive region/läns driftserver är en direkt spegling av inmatningar ambulanssjuksköterskan matar in till driftservern via journalprogramvaran. Inmatningen sker "bedside" hos patient till ankomst till mottagande vårdenheter.

Automatisk överföring från ambulansjournal via Pharos lösningen som skall driftsättas. Datafångsten sker genom automatisk överföring av data från respektive verksamhets statistikserver som är en spegling av driftservern med samma variabler som i testinsamlingen. Således är datafångsten en avbild av inkluderade mätpunkter av data som sjuksköterskan i ambulans för in i ambulansjournal. En automatisk överföring från verksamhetens statistikdatabas planeras ske regelbundet till registercenter syd via nationell tjänsteplattform eller på annat sätt och tjänstekontrakt upprättas med medverkande län/regioner. Den automatiska datafångsten kommer att ske i bakgrunden och ändrar och påverkar inte sköterskans i ambulans arbetsmetod.

För ambulansregistret är det viktigt att ha online återkoppling. Som användare av registret är det viktigt att så snabbt som möjligt få återkoppling på data som registrerats och ambitionen är att registret ska tillhandahålla denna funktion på samma sätt som till exempel landets förlossningskliniker har där man får återkoppling på senaste dygnet redan dygnet efter.

Hur stor del (procent) av patienterna registreras?

Samtliga patienter som uppfyller inklusionskriterierna registreras. Idag (2019) lämnar samtliga 21 regioner data till registret.

Pågår arbete med att anpassa registrets variabler till nationella standarder?

Ambulanssjukvården har på samma sätt som annan hälso- och sjukvårdsbehov att kunna jämföra resurser och vårdinnehåll mellan landsting, regioner och länder. Ett hinder för detta har varit bristen på konsensus för nationella termer och begrepp.

Flisa har därför utarbetat och förankrat en standard för nationella data i ambulansjournal för att harmonisera vissa data som skall registreras i ambulanssjukvårdens journalsystem.

Denna standard har varit på remiss till samtliga ambulansverksamheter, Socialstyrelsen och andra intressenter. Utifrån remissvar har nationell konsensus skapats för de nationella journaldefinitionerna.

Dokumentet Standard för nationella data i ambulansjournal finns publicerade på www.flisa.nu och relaterar till alla frågevariabler enligt Nationellt fackspråk och Nationell informationsstruktur. Kontroll kommer att göras i samband med upplägg av automatisk överföring via NKRR.

Arbetet med anpassning utifrån nationella standarder och verksamheternas behov följes årligen upp på användardagar (närmast 16 september 2020).

På vilken plattform körs/driftas registret?

RC Syd plattform (Pharos (Nasher AB Lund))

Vilka klassifikationer finns i registret?

Kontaktorsak (*ESS*) enligt RETTS[®] samt *Prehospitalt bedömt tillstånd (PBT)* är de två vanligaste förekommande bedömningsklassificeringar inom svensk ambulanssjukvård. Inom dessa klassificeringar finns en koppling till ICD-10. ESS och PBT omfattas av en till flera ICD-10 koder. Koppling mellan ATC kod (för läkemedel) och statistikdatabas i datafångsten har blivit möjlig genom utvecklingsarbete tillsammans med journalleverantörerna.