

SVAR – unikt svenskt akutvårdsregister

Det nya kvalitetsregistret för akutsjukvård, SVAR, har potential att bli en unik informationskälla för svensk akutsjukvård.

V arje år behandlas 1,8 miljoner patienter på våra svenska akutmottagningar, och siffran ökar stadigt. Dessa stora patientflöden måste hanteras effektivt och säkert, vilket ställer krav på en väl fungerande organisation. Stora förändringar sker nu inom akutsjukvården för att möta dessa krav.

Akutsjukvård som tilläggs-specialitet, magisterutbildning inom akutsjukvård för sjuksköterskor, införandet av triagesystem, integrerade akutvårdsavdelningar och arbetssätt enligt lean-principer är alla exempel på detta.

Som ett uttryck för den ökande insikten om akutsjukvårdens betydelse ställs också politiska krav på vårdgivarna, såsom 4 timmarsregeln och krav på kontinuerlig kvalitetsuppföljning. En sådan uppföljning av vårdens resultat är tänkt att ge möj-

lighet till återkoppling i förbättringsarbeten, jämförelser (benchmarking), underlag för organisatoriska förändringar, det vill säga förutsättningar för evidensbaserad akutsjukvård.

Kvalitetsuppföljning kräver emellertid en stödjande organisation, och därför togs initiativet till Svenskt akutvårdsregister, SVAR.

Idag finns 71 nationella kvalitetsregister med stöd från Sveriges Kommuner och landsting (SKL) [1], av vilka de flesta täcker enskilda diagnosgrupper eller behandlingsmetoder. SVAR har som mål att bli ett nationellt register som omfattar hela det akuta omhändertagandet för alla patienter.

Under 2006 startade en diskussion kring behovet av ett kvalitetsregister för akutsjukvård på några av landets universitetssjukhus samt inom Svensk förening för akutsjukvård (SWESEM), specialistföreningen för läkare inom akutsjukvård.

Diskussionen ledde till ett samarbete mellan akutkliniker vid Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska universitetssjukhuset och dåvarande Universitetssjukhuset i Lund. En organisation för att



TABELL I. Initial variabellista.

Kvalitetsmått	Definition
Bakgrundsvariabler	Ankomstsätt, sökorsak och vitalparametrar
Processmått	Tid till första bedömning av sjuksköterska och läkare Total vistelsetid, triagenivå och diagnos vid utskrivning från akutmottagning
Resultatmått	Slutdiagnos för aktuellt vårdtillfälle, smärta, mortalitet, dödsorsak och total slutenvårdstid

bygga upp ett nationellt kvalitetsregister skapades. SVAR har nu en styrgrupp med representanter från ovan nämnda sjukhus, SWESEM och Riksföreningen för akutsjuksköterskor. SVAR drivs under SWESEM, men Stockholms läns landsting är formell huvudman. Det finns ett stort intresse och stöd från flera håll för att registret ska komma igång, och ekonomiskt stöd har utgått från SKL.

SVAR blir unikt både i Sverige och internationellt genom att det ska täcka hela den akuta vårdkedjan och bygga på automatisk datafångst. Vi känner endast till ett patientregister i världen som kan jämföras med SVAR, och det är »The North Carolina disease event tracking and epidemiologic collection tool (NC DETECT) [2]. NC DETECT innehåller patientdata från akutmottagningar i North Carolina men är inte skapat för att avspegla vårdkvalitet och fokuserar inte på processen i akutsjukvården.

På grund av de stora patientvolymerna kan SVAR inte som övriga kvalitetsregister bygga på manuell efterregistrering av data. Datainsamling kommer i stället att ske automatiskt från patientjournaler och administrativa system. Detta ger hög täckningsgrad och tillförlitliga data men ställer stora krav på tekniska lösningar, varför registret initialt startas endast på de fem nämnda akutmot-

tagningarna. Tillsammans genererar dessa data cirka 600 000 patientbesök, av totalt närmare två miljoner akutbesök årligen i Sverige.

SVAR kommer alltså omedelbart att kunna bidra till utvecklingen av akutsjukvården och ge underlag för övervakning av folkhälsan. Målet är att SVAR blir så attraktivt att samtliga akutkliniker i landet ansluter sig när de har tekniska förutsättningar. Uppsala Clinical Research Center kommer att sköta datafångst, drift och resultatanalys.

Den initiala variabellista som tagits fram för SVAR är avsedd att spegla kvalitet ur flera perspektiv avseende triagering, leddider och utfall av vård och omvårdnad (Tabell I). Ytterligare variabler kommer att läggas till över tid. På sikt ska även variabler avseende patientupplevelse läggas till.

I och med att SVAR planeras återspegla hela det akuta omhändertagandet kommer det att innebära att registret utöver data från akutmottagningar även ska inkludera data från den prehospitala verksamheten, akutvårdsavdelningar och barnakutsjukvård. Möjligheterna att samverka med Sveriges övriga 71 kvalitetsregister är stora.

Under hösten 2009 genomfördes en studie i samarbete med Nordic Health Care Group för att utröna möjligheten till prestandajämförel-

ANNA LETTERSTÅL
med dr, leg sjuksköterska, akutkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
anna.letterstal@karolinska.se

ULF EKELUND
docent, överläkare, adjungerad lektor i akutsjukvård, akutkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund; ordförande i styrgruppen för SVAR

MAARET CASTRÉN
professor i akutsjukvård, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet; verksamhetsområde akutsjukvård, Södersjukhuset, Stockholm

PER LINDMARKER
med dr, verksamhetschef, akutkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm; registerhållare i SVAR

URBAN SÄFWENBERG
med dr, verksamhetschef, akutkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

LISA KURLAND
lektor i akutsjukvård, överläkare, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet; verksamhetsområde akutsjukvård, Södersjukhuset, Stockholm

ser mellan akutmottagningarna vid de fem universitetssjukhus som var representerade i styrgruppen för SVAR.

Ur patientdatasystemen extraherades flödestider (kopplat till triagenivåer) som tid till läkarbedömning, total vistelsetid och fördelning av patienter över dygn och veckodagar mellan januari och juni 2009. Totalt ingick 460 000 patientbesök i analysen, och ett manuskript är nu under granskning hos en internationell vetenskaplig tidskrift.

Studien visade att det är möjligt att extrahera data för jämförelser av vårdkvalitet.

En uppenbar svårighet som framkom är skillnaderna i definitioner av variabler, vilket måste beaktas under vårt fortsatta arbete. Därför har SVAR bland annat påbörjat samordning av termer för kontaktorsaker på de ingående akutmottagningarna med Socialstyrelsens klassifikationslista.

Sammanfattningsvis har SVAR potential att bli en unik informationskälla för svensk akutsjukvård genom att leverera data som ger möjlighet till systematisk kvalitetsförbättring, effektiv organisatorisk förändring samt forskning. Genom SVAR kan också folkhälsan monitoreras och underlag ges för preventivt arbete. SVAR kan därmed bidra till att ge patienterna en säkrare, effektivare och mer jämlik vård. Enligt gällande tidsplan kommer SVAR att påbörja insamlingen av data med automatisk datafångst vintern 2010, varefter fler akutsjukhus kan anslutas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sveriges Kommuner och landsting. Nationella kvalitetsregister. [Citerat 17 juni 2010]. http://www.kvalitetsregister.se/web/Kvalitetsregister_startsida.aspx
2. The North Carolina disease event tracking and epidemiologic collection tool (NC DETECT). [Citerat 17 juni 2010]. <http://www.ncdetect.org/index.html>

Vuxenpsykiatrin felbedömer autismspektrumtillstånd

Rätt diagnos kan skydda mot allvarliga felbehandlingar

Kunskapen om autismspektrumtillstånd är fortfarande otillräcklig inom psykiatrin. Rätt diagnos behövs för förståelse och adekvata åtgärder. Riktade utbildningsinsatser är ett första steg mot ökad kunskap om autismspektrumtillstånd.

Kunskapen om autismspektrumtillstånd (AST) hos vuxna brister inom psykiatrin. Patienter med AST finns på alla slags mottagningar och i slutenvård under fel diagnoser. De missförstås och felbehandlingas. Ofta anses de besvärliga eller terapirefraktära. Många av dem hyser en berättigad misstro mot psykiatrin [1]. Rena övergrepp från sjukvården förekommer.

Fallexempel 1: Tomas' halvbror har autism. Själv har han alltid varit egen, blyg, tystlåten och skygg. Han har haft få vänner och svårt för gruppkaktiviteter och sociala kontakter. Under högstadietiden blev han mobbad. Efter gymnasieexamen blir Tomas kvar i föräldrahemmet i tre år »utan att göra något«. Vårdintyg skrivs 2002 efter tilltagande katatoni med isoleringstendens, mutism, matvägran, negativism och passivitet. Under tvångsvården ordinerar neuroleptika, som utlöser kramper men inte bidrar till någon förbättring. Utskrivningsdiagnos: Psykos UNS.

Påföljande öppenvårdsutredning utmynnar i diagnosen »atypisk autism«. Neuropsykologisk utredning visar



ANDREAS FRIES
specialistläkare
i psykiatri, Stockholm
neuropsykiatri@
comhem.se

att Tomas är normalbegåvad, har mycket gott minne, är långsam och pedantisk. MRT hjärna visar normala fynd. EEG är normalt.

Ett år senare: ny kataton försämring. Tomas har nu slagit föräldrarna. Vårdintygsprövande bakjour konstaterar »väldokumenterad psykosjukdom«. Tomas skrivs ut med diagnosen »simplexschizofreni«, och har sedan dess tvångsvårdats och tvångsmedicinerats med depåneuroleptika under olika schizofrenidiagnoser. Han har aldrig uppvisat positiva symtom, däremot tics, ritualbeteenden, samlande, mutism, undflyende blick, tvångsmässighet, enstörighet, episodisk anorexi och episodisk explosiv aggressivitet. Våld har förekommit under perioder av förvärrad katatoni, ofta i anslutning till krav, framför allt krav på ätande. Tomas uttrycker sig enstavigt och kommunicerar stundtals bara via skrivna lappar. Han läser gärna om teknik och kemi. Sedan flera år bor han på ett HVB-hem och är i dag över 30 år.

Neuroleptika har inte medfört någon säker förbättring av Tomas' tillstånd. Hans kliniska bild motsvarar ingen känd schizofreniform. Tomas anses sakna insikt om sin sjukdom.

Kommentar: Autistisk problematik kan ha stora likheter



Foto: Gail Shumway/Getty Images

Kunskapen brister om autismspektrumtillstånd. Symtom som hänger ihop betraktas enskilt och missförstås lätt. Den övergripande problematiken förblir ofta oupptäckt, som om blicken riktats fel.

med schizofrenins negativa symtom. Utvecklingsanamnes och ett livstidsperspektiv behövs för att skilja dem åt. Vuxenpsykiatrin saknar tradition att undersöka dessa. Katatoni förekommer som komplikation till AST hos vuxna i upp till 17 procent av fallen [2]. Tillståndet utgör relativ kontraindikation för neuroleptikabehandling, som riskerar att förvärra katatoni och utlösa malignt neuroleptikasyndrom [3, 4].

1993 skrev Beier att autism är en vuxenpsykiatrisk angelägenhet [5]. Scharin och Hellström visade elva år senare att vuxenpsykiatrin missar barnneuropsykiatriska diagnoser [6]. Men därefter har väl mycket hänt? SK-kurser i vuxenpsykiatri hålls numera, och det skrivs vårdprogram. Överallt pratas det ju knappt om annat än neuropsykiatri. Eller? Medan kunskapen om

ADHD hos vuxna långsamt ökat, har motsvarande bara i mindre omfattning skett för AST. Schablonbilden av en person med autistisk problematik är känd men beskriver bara fåtalet av de drabbade.

Det finns flera skäl till underdiagnostiseringen:

1. Kunskap saknas om de negativa konsekvenser som ofta följer av att svårigheterna inte uppmärksammas.
2. De kliniska uttrycken skiftar stort och kan misstolkas som social fobi, tvångssyndrom, AD(H)D, schizofreni, bipolär sjukdom och olika personlighetsstörningar.
3. Alla tänkbara psykiska störningar kan pålagras AST och försvåra differentialdiagnostiken.
4. Flera diagnossystem konkurrerar, och diagnoskriterierna utgår från barns – väsentligen pojkar – beteenden. Orimliga exklusionskriterier har formulerats, bland annat för ADHD och schizofreni.
5. Vuxna, högfungerande personer med AST har ofta lärt sig att maskera sina autistiska drag.
6. Vuxenpsykiatriska anamnesmetoder och diagnostik fångar inte upp utvecklingsrelaterade funktionshinder.
7. Slutligen har läkare i dag sällan tid att läsa journaler

noggrant. Tyvärr, för det är vanligen i dessa man finner stöd för AST-misstanke, snarare än i patientens beteende under korta läkarbesök.

Varför är rätt diagnos viktig? Läkare och psykologer frågar ibland efter poängen med autismspektrumdiagnos: det finns ju ändå ingen behandling? Har patienten inte tillräckligt många diagnoser redan?

Fallexempel 2: Maria är 28 år. Hon adopterades som spädbarn från Korea. Hela livet har hon känt sig annorlunda och haft sociala svårigheter. Trots god begåvning har Maria misslyckats med studierna. Återkommande depressioner, ångest och svängande stämningsläge för henne till en specialmottagning för affektiv sjukdom. Där ställs diagnosen bipolär sjukdom typ 1. Litium och valproat ordineras, och på två år ökar hon 25 kilo i vikt. Symtomförbättringen uteblir, men urinmängden ökar: Maria drabbas av inkontinens. Vid begränsad tilläggsutredning ställs diagnosen ADHD. Maria tror sig även ha Aspergers syndrom (AS) men får mager utfall på ett självskattningsformulär för AST. Hennes läkare uppger också att man inte kan ha både ADHD och AS. Metylfenidat ordinarie

ras, och humöret stabiliseras. Ångesten kvarstår, liksom stora sociala svårigheter. Maria känner sig missförstådd.

Två år och två misslyckade arbetsträningsförsök senare remitteras Maria till neuropsykiatrisk mottagning för »second opinion«. Där ställs diagnoserna Aspergers syndrom, ADHD och tvångssyndrom. Marias depressioner förstås delvis som följer av funktionshindren. Humörsvängningarna förklaras som del i ADHD-problematiken. Det som tidigare tolkats som mani förstås bättre som intensivt engagemang i ett av de specialintressen Maria haft. Stämningsstabiliserarna trappas ut, och KBT inleds mot tvängen. Med dietisthjälp lyckas hon minska 15 kilo i vikt varpå urininkontinensen försvinner. Det blir tydligare för alla inblandade vilka krav som är rimliga att ställa på Maria. LSS-insatser beviljas. Efter hand minskar ångesten, men en låg underhållsdos SSRI krävs för att förhindra recidiv i depression. Maria känner att hon har fått upprättelse genom AS-diagnosen.

Kommentar: Kombinationen AST och ADHD är vanlig [7, 8], fastän DSM-IV anger tillstånden som ömsesidigt exkluderande. Många patienter får inte gehör för sina misstankar om AST hos läkare som inte känner igen tecknen. De screeningformulär för AST hos vuxna som används i dag inbjuder till missförstånd och felsvar. Bipolär sjukdom förekommer som samsjuklighet till AST [8] – men även som differentialdiagnos.

Rätt diagnos behövs för förståelse och adekvata insatser. Utan diagnos finns stor risk för felaktigt bemötande, orimliga krav samt kontraproduktiva medicinerings-, psykoterapier och rehabiliteringsförsök. Rätt diagnos skyddar mot allvarliga felbehandlingar. Dessutom har den diagnostiska processen ofta en terapeutisk verkan [9].

Inom psykiatri bör AST – jämte ADHD och beroendetillstånd – alltid övervägas som differentialdiagnos eller underliggande orsak vid terapivikt, ångestproblematik eller atypisk klinisk bild.

Åtskilligt kan göras för att patienter med AST bättre ska identifieras och få hjälp. Följande behovs:

1. *ökad utbildning* om AST
2. *nya screeninginstrument*, som bättre än de aktuella speglar vuxnas – inte minst kvinnors – svårigheter
3. *mer klinisk forskning* om AST hos vuxna
4. *specialistcentra för neuropsykiatri* för forskning, metodutveckling och utbildning.

Alla psykiatrer behöver ändå kunna identifiera, diagnostisera och behandla neuropsykiatriska funktionshinder, eftersom dessa är så vanligt förekommande. Riktade utbildningsinsatser är ett första steg på vägen mot ökad kunskap om autismspektrumtillstånd.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Organiserade Aspergare. För mycket okunskap om Aspergers syndrom inom sjukvården! Pressmeddelande 2009-03-04. <http://www.aspergare.org/press090304.html>
2. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;176:357-62.
3. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull*. 2010;36: 314-20.
5. Beier H. Autistiska syndrom. En angelägenhet även inom vuxenpsykiatri. *Läkartidningen*. 1993; 90:4560-4.
7. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Stahlberg O, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2009;9:35.

läs mer Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

■ faktaruta

- Autismspektrumtillstånd (AST)/autismspektrumstörning är ett samlingsnamn för ett antal mestadels ärftliga syndrom av olika svårighetsgrad.
- Dessa har delvis olika namn och definitioner i diagnossystemen ICD-10 och DSM-IV.
- Vanligast förekommande är Aspergers syndrom, atypisk autism och autistiskt syndrom (ICD-10).
- I samtliga AST ingår svårigheter med socialt samspel och ömse-sidig kommunikation. Dessutom finns alltid olika slags repetitiva/stereotypa aktiviteter. Avvikande perception och snävt avgränsade, intensiva intressen är också vanligt.
- De kliniska uttrycken färgas av syndromets svårighetsgrad, den aktuella miljön, individens begåvningsnivå, samsjuklighet och uppväxtfaktorer.
- Samexistensen med andra neuropsykiatriska funktionshinder är hög, t ex ADHD, dyslexi, dyskalkyli, tics/Tourettes syndrom och tvångssyndrom.
- Psykiatrisk tilläggsdiagnostik är mycket vanlig.