

Hur Covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt

Sammanfattning

Det akuta omhändertagandet vid akut stroke och hjärtinfarkt följer ett så-kallad snabbspår, som syftar till att behandling ska ges så snabbt som möjligt efter symtom start. Detta är avgörande för behandlingens resultat. I denna rapport presenteras data för indikatorer som ingår i nationella riktlinjer för vård vid stroke och hjärtsjukvård, och som mäter insatser i det akuta skedet efter insjuknandet. Syftet är att kartlägga hur vård i det akuta skedet efter stroke eller hjärtinfarkt har påverkats under covid-19-pandemin, särskilt för personer 70 år och äldre. Resultaten visar att:

- Akuta behandlingar såsom reperfusionsbehandling inom målsatt tid vid akut ischemisk stroke och hjärtinfarkt samt räddningsinsatser vid hjärtstopp på sjukhus har getts i stort sett samma utsträckning under perioden januari – juni 2020 jämfört med samma period tidigare år.
- Andelen personer 70 år och äldre som anlänt till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymptom minskat marginellt jämfört med samma period tidigare år.
- En hög andel, drygt 80 procent, har under våren 2020 vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdenhet. Detta gäller både personer under 70 år och 70 år och äldre.
- En fortsatt hög andel elektiva operationer har utförts inom rekommenderad tid hos personer som löper hög risk att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt.

Antalet fall av stroke och hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus och som rapporterats in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister har minskat under 2020 jämfört med året innan. Minskningen i patientregistret var mer uppenbar hos personer 70 år och äldre och för månaderna mars – juni motsvarade den ca 10 procent för strokefall och ca 18 procent för hjärtinfarkter.

Slutsatsen enligt data tillgänglig i dagsläget är att under covid-19-pandemin har personer 70 år och äldre fått både akuta och elektiva behandlingar för stroke och hjärtinfarkt i samma utsträckning och enligt gällande riktlinjer.

Inledning

Tidigt under covid-19-pandemin har skett en minskning i vårdkontakter bl.a. i akuta mottagningar [1]. Folk kan ha avstått från att söka vård av olika anledningar exempelvis p.g.a. oro, för att minska risken att bli smittat, eller för att inte belasta vården. För patienter med lindriga symptom för potentiellt allvarliga tillstånd som stroke och hjärtinfarkt, kan en väntan att uppsöka vård inte sällan leda till allvarliga plötsliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Övergripande finns det även ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad [2].

Covid-19-pandemin har i flera länder orsakat drastiska förändringar av resursfördelningen som påverkat tillgängligheten och kapaciteten inom bl.a. strokevården [3]. En minskning av sjukhusinläggningar vid akut stroke och hjärtinfarkt samt uppskjutna elektiva operationer har rapporterats under covid-19-pandemin från flera länder [4].

Socialstyrelsen följer fortlöpande utvecklingen av sjukdomen covid-19 och dess effekter för hälso- och sjukvården och individen. I detta faktablad presenteras data för flera indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård [5] och strokevård [6] med syfte att se eventuella påverkan av covid-19-pandemin, med fokus på vården av äldre. Urvalet av indikatorer som presenteras speglar akuta insatser före ankomst till sjukhuset och inne på sjukhuset till behandling, samt elektiva operationer som minskar risken för stroke eller hjärtinfarkt när de utförs inom rekommenderad tid. Med hänsyn till rådande rekommendationer p.g.a. covid-19 som riktat sig mot personer 70 år och äldre presenteras resultaten uppdelade på åldersgrupper, under 70 år och 70 år och äldre. Data presenteras per månad i den mån det är möjligt, för att se utvecklingen över tid under pandemin. En geografisk fördelning eller fördelning efter kön var inte möjlig p.g.a. för få observationer.

Minskat antal inrapporterade fall av stroke och hjärtinfarkt

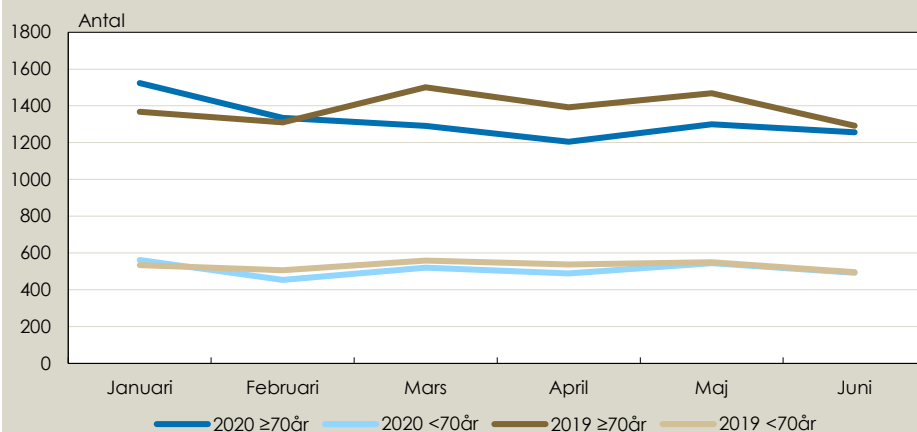
Stroke

I Socialstyrelsens patientregister har 10 975 fall av stroke rapporterats in under perioden januari – juni 2020, jämfört med 11 516 fall samma period året innan. En måttlig minskning av strokefall hos personer 70 år och äldre kan ses under perioden mars – juni, som motsvarar ca 10 procent jämfört med samma period året innan (figur 1). Majoriteten av strokefallen, ett drygt 70 procent, inträffar hos personer 70 år och äldre. I denna åldersgrupp finns det nästan lika många kvinnor som män med minst ett fall av stroke per år, medan hos personer under 70 år är fördelningen ca två män för varje kvinna [7]. Fördelningen av antalet strokefall mellan åldersgrupperna eller könen skilde sig inte år 2020 jämfört med tidigare år.

Under perioden januari – juni 2020 har 8 625 sjukhusvårdade fall av stroke rapporterats i det nationella kvalitetsregister Riksstroke. Motsvarande period för år 2019 har 10 292 strokefall rapporterats. Minskningen har skett under perioden april – juni, och särskilt i åldrarna 70 år och äldre (figur 2). För personer 70 år och äldre har 28 procent färre strokefall rapporterats i Riksstroke under april – juni 2020 jämfört med samma period året innan.

Figur 1. Antal fall av stroke som vårdats på sjukhus

Totalt antal sjukhusvårdade fall av stroke (I61, I63, I64) som registrerats i patientregistret.



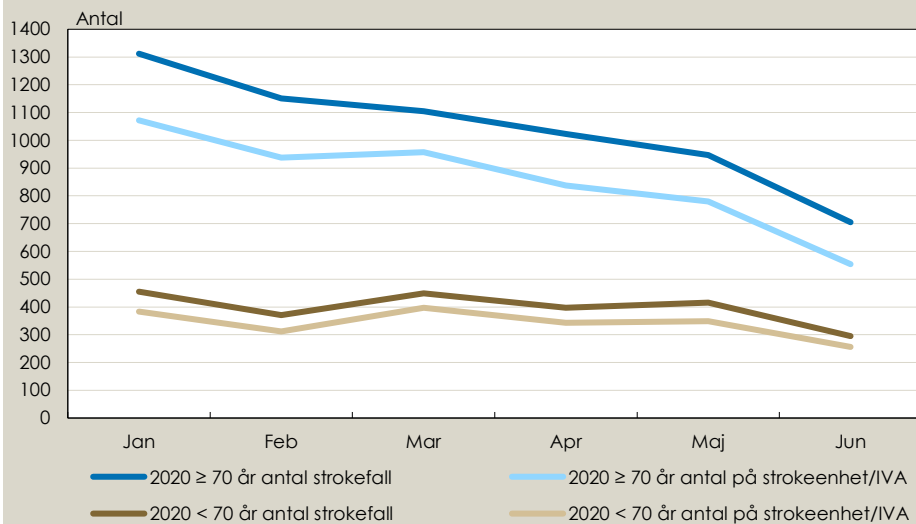
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Enligt Riksstroke var andelen sjukhusvårdade fall av stroke som vårdats på strokeenhet eller intensivvårdsavdelning (IVA) som första vårdenhetsförändrad under våren 2020, jämfört med samma period år 2019. Andelen som vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdenhetsförändrad har ökat under de senaste åren och närmar sig Socialstyrelsens nationella målnivå på ≥ 90 procent. Under våren 2020 vårdades 82 respektive 85 procent av strokepatienterna i åldersgrupperna 70 år och äldre respektive under 70 år på strokeenhet eller IVA som första vårdenhetsförändrad (figur 2). Det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor i andelen som vårdas på strokeenhet eller IVA som första vårdenhetsförändrad, för någon av åldersgrupperna. Samma resultat gäller år 2020 som tidigare år.

Andelen personer med stroke som behöver intensivvård är mindre än 10 procent, och de flesta av strokefallen som behöver intensivvård inträffar hos personer under 70 år. Andelen vårdade på IVA bland personer med stroke som registrerats i det svenska intensivvårdsregistret (SIR) under perioden april – juni 2020 var 7,9 procent för personer under 70 år och 2,7 procent för personer 70 år och äldre. Motsvarande siffror för samma period 2019 var 8,5 respektive 3,4 procent för åldersgrupperna under 70 år och 70 år och äldre. Av de strokefallen som registrerats i SIR har vårdtiderna på IVA under april – juni 2020 varit i genomsnitt ett dygn längre, 105 timmar, jämfört med 82 timmar för samma period året innan. Att en lägre andel, sannolikt de allra svåraste fallen, har vårdats på IVA under 2020 kan ha medfört en längre medelvårdtid. Sannolikt kan det också vara att några få mycket svåra fall med långa vårdtider under mätperioden 2020 ha påverkat resultatet.

Figur 2. Antalet strokefall och antalet vårdade på strokeenhet eller IVA som första vårdnivå

Antal sjukhusvårdade fall av stroke (I61, I63, I64) och antal strokefall som under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet eller IVA utan att först vårdats på en annan vårdavdelning vid inskrivning på sjukhus.



Källa: Riksstroke.

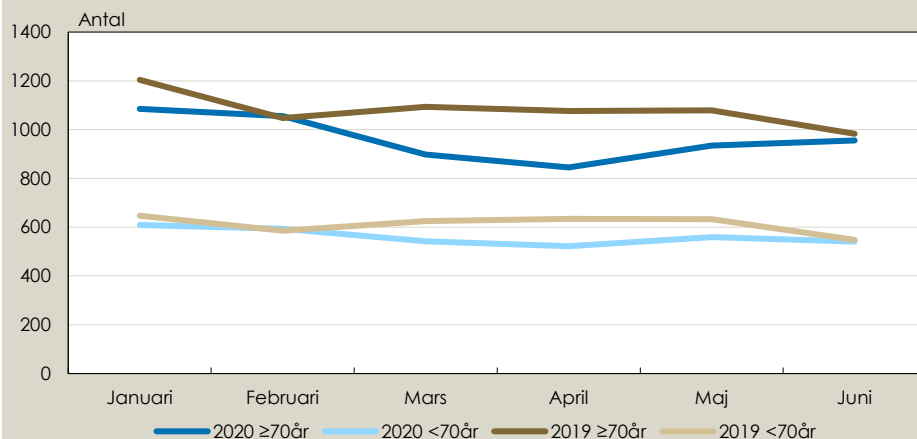
Hjärtinfarkt

Enligt Socialstyrelsens officiella statistik år 2018 fanns det 25 789 incidenta fall av akut hjärtinfarkt, varav 21 798 vårdats på sjukhus. Personer med hjärtinfarkt vårdas i första hand på specialiserad hjärtavdelning med integrerade hjärtintensivplatser (HIA). Dessa registreras i det svenska registret för hjärtintensivvård (RIKS-HIA) men inte i SIR. År 2018 hade 17 486 personer med hjärtinfarkt registrerats i RIKS-HIA. En del personer med hjärtinfarkt vårdas på annan medicinsk vårdavdelning och en väldigt liten andel på sedvanlig IVA avdelning.

Tre av fem hjärtinfarkter inträffar hos personer 70 år och äldre. I denna åldersgrupp finns det nästan lika många kvinnor som män med minst ett fall av hjärtinfarkt per år, medan hos personer under 70 år är fördelningen ca tre män för varje kvinna [8]. Fördelningen av antalet fall av hjärtinfarkt mellan åldersgrupperna eller könen skilde sig inte år 2020 jämfört med tidigare år. Under perioden januari – juni 2020 har det skett en minskning i antalet inrapporterade fall av akut hjärtinfarkt till Socialstyrelsens patientregister, jämfört med samma period året innan (figur 3). Minskningen i antalet fall var mest uppenbar i åldrarna 70 år och äldre och för månaderna mars – maj motsvarade det 17,6 procent.

Figur 3. Antal fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus

Totalt antal sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt (I21, I22) som registrerats i patientregistret.

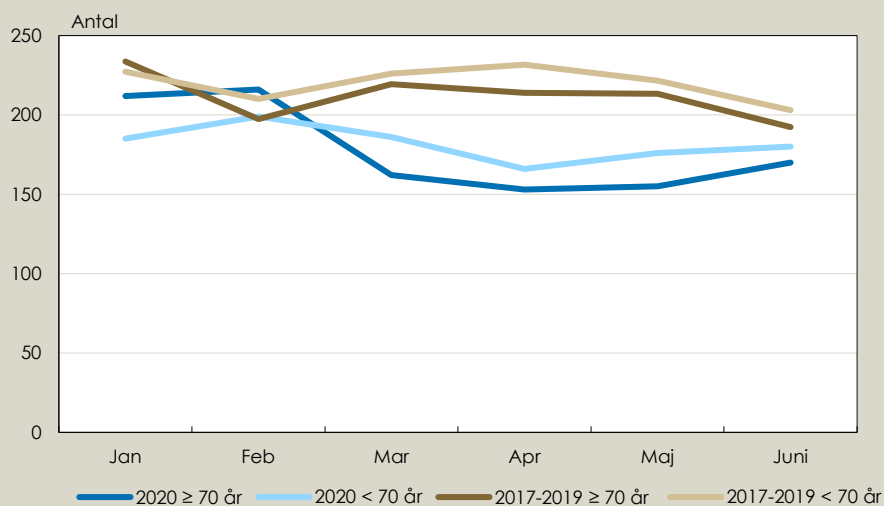


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Drygt 30 procent av alla hjärtinfarkter registrerade i RIKS-HIA är så kallade ST-höjningsinfarkter, dvs. hjärtinfarkter med påvisade ST-höjning på EKG. Antalet ST-höjningsinfarkter som registrerats i RIKS-HIA under perioden januari – juni 2020 var 2160 fall, jämfört med 2590 fall som var genomsnittet för samma period 2017 – 2019, en minskning med 17 procent. Minskningen i antalet fall av ST-höjningsinfarkt i RIKS-HIA var som högst under perioden mars – maj 2020, och har skett i båda åldersgrupperna (figur 4).

Figur 4. Personer med ST-höjningsinfarkt i RIKS-HIA

Totalt antal patienter med ST-höjningsinfarkt som registrerats i RIKS-HIA.



Källa: RIKS-HIA (SWEDHEART)

Minskningen i inrapporterade fall – vad kan det bero på?

I dagsläget är det oklart varför en minskning i inrapporterade fall av stroke och hjärtinfarkt har skett under covid-19-pandemin. En bidragande faktor kan vara att personer med lindriga symtom, särskilt i åldrarna 70 år och äldre, undvikit att

söka akut vård. En annan bidragande faktor till minskningen kan vara en lägre grad av inrapportering eller en eftersläpning i inrapportering till berörda register.

Vad gäller stroke var minskningen i inrapporterade fall mer måttlig i patientregistret än i det nationella kvalitetsregistret Riksstroke, vilket talar för en lägre täckningsgrad i strokeregistret under covid-19-pandemin. Flera orsaker kan bidra till detta, exempelvis att strokeflöden på en del sjukhus har ändrats och strokepatienter har placerats på andra avdelningar än strokeenheten. Det finns normalt en eftersläpning i registreringen, och den kan ha förstärkts under covid-19-pandemin. Till skillnad från Socialstyrelsens patientregister är inrapporteringen till nationella kvalitetsregistren frivillig, varför täckningsgraden ha påverkats olika.

En lägre inrapporteringsgrad kan också ha bidragit till ett lägre antal hjärtinfarkter som registrerats. Som för stroke kan detta ha orsakats av en hög belastning hos personalen eller av att patienter har placerats på andra avdelningar än hjärtavdelning, vilket kan ha påverkat patientflödet och registreringen. I dagsläget är det oklart hur ett ökat behov av intensivvårdsplatser under utbrottet av covid-19 har påverkat hjärtintensiven. Det är möjligt att incidensen av hjärtinfarkt ha påverkats under covid-19-pandemin, det behövs dock säkrare och mer robust data för att dra slutsatser om incidens. En mer fördjupad analys behövs för att ta reda på orsakerna till skillnaden mot tidigare år.

Akut behandling vid stroke

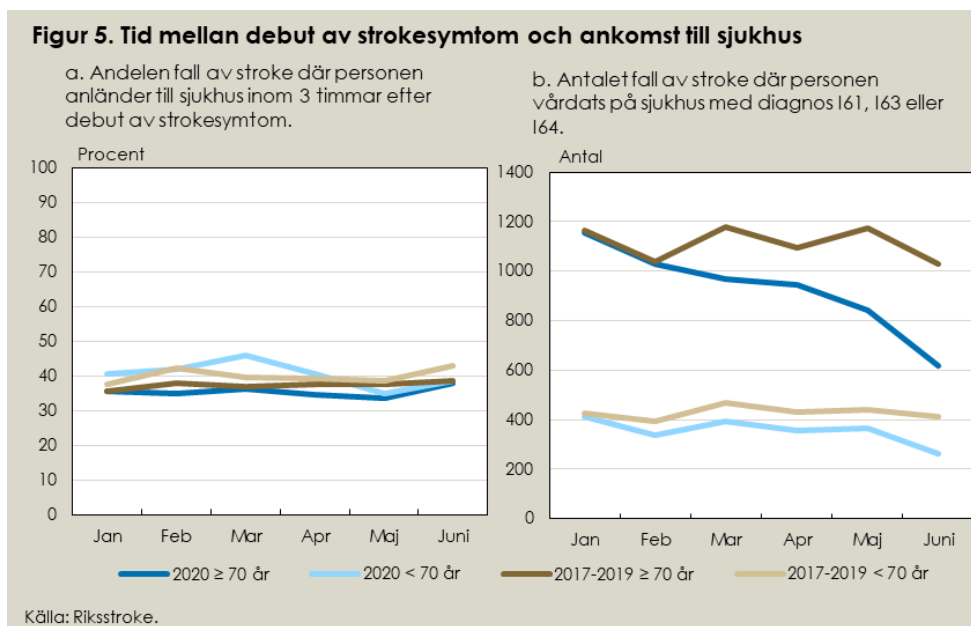
Den akuta vårdkedjan vid stroke syftar till att personer med stroke ska få behandling så tidigt som möjligt. Vid akut ischemisk stroke dvs. den typen av stroke som uppstår när en blodpropp orsakar syrebrist i hjärnan, syftar behandlingen till att återställa blodflödet och syretillförseln (så kallad reperfusion) till den delen av hjärnan som drabbats. Detta kan göras antingen med propplösande läkemedel (trombolys) eller interventionellt (trombektomi). Allmänhetens kunskap om strokesymtom, snabb ankomst till sjukhus samt strokevårdens processer för snabb utredning och diagnostik påverkar andelen som kan få behandling samt behandlingens resultat.

Nedan redovisas tre indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke med syfte att se hur vården i det akuta skedet efter stroke påverkats under covid-19-pandemin:

- Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus
- Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke
- Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling

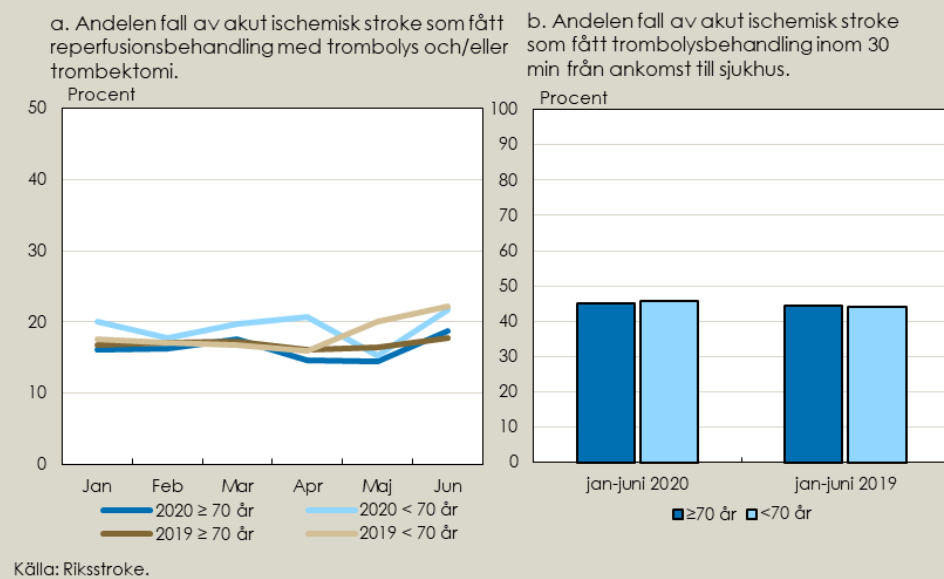
Indikatorn *Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus* speglar allmänhetens kunskaper om vikten av att snabbt söka vård vid strokesymtom men också den prehospitla vårdens organisation och kvalitet vid misstänkt stroke. Indikatorn visar andelen strokefall där patienten anländer till sjukhus inom tre timmar från debut av strokesymtom. Andelen personer 70 år och äldre som anlänt till sjukhus inom tre timmar från symtomdebut var 35,7 procent för perioden januari – juni 2020, jämfört med 37,4 procent som var genomsnittet för samma period 2017 – 2019. För personer under 70 år var andelen som anlänt till sjukhus inom tre timmar från symtomdebut oförändrad under våren 2020, jämfört med tidigare år, och låg på cirka 40 procent (figur 5a).

Figur 5 visar att andelen som anlänt till sjukhus inom tre timmar från debut av strokesymtom har marginellt påverkats av covid-19 pandemin, däremot har antalet inrapporterade fall av stroke i Riksstroke minskat avsevärt.



Reperfusionsterapi minskar risken för funktionshinder och ju tidigare den ges, desto bättre blir dess resultat. Indikatorn *Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke* visar andelen fall av akut ischemisk stroke som får reperfusionsterapi med trombolys och/eller trombektomi, och indikator *Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling* visar andelen som får trombolysbehandling inom 30 min från ankomst till sjukhus. Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorerna ligger på ≥ 20 procent för andelen som får reperfusionsterapi och ≥ 50 procent för andelen som får trombolys inom 30 min från ankomst till sjukhus. Genomsnittet för andelen reperfusionsterapi för perioden januari – juni 2020 var 16,2 procent för åldersgruppen 70 år och äldre, och 19,1 procent för den yngre åldersgruppen. Motsvarande siffror för samma period 2019 var 16,9 respektive 18,2 procent (figur 6). Andelen som behandlats med trombolys inom 30 minuter från ankomst till sjukhus var oförändrad för perioden januari – juni 2020 jämfört med samma period 2019, och låg på cirka 45 procent för båda åldersgrupperna (figur 6b).

Resultaten visar att andelen som har fått reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke samt andelen som behandlats med reperfusion inom målsatt tid har inte påverkats av covid-19-pandemin (figur 6). Ett lägre antal patienter har fått reperfusionsterapi under våren 2020 p.g.a. det totala antalet fall av akut ischemisk stroke som rapporterats till Riksstroke var lägre under perioden, jämfört med samma period året innan.

Figur 6. Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke

Akut behandling vid hjärtinfarkt

En hjärtinfarkt beror oftast på att en blodpropp har bildats som helt eller delvis har täppt igen hjärtats kranskärl och orsakar syrebrist i en del av hjärtat. Kardiologerna skiljer på hjärtinfarkt med ST-höjning på EKG och hjärtinfarkt utan ST-höjning. Varje år drabbas cirka 25 000 personer av hjärtinfarkt, varav cirka trettio procent är ST-höjningsinfarkter. En hjärtinfarkt med ST-höjning är allvarligare i det akuta skedet och varje minut är viktig när det gäller att återställa blodflödet i kärlet, så kallad reperfusionsbehandling. I första hand rekommenderas en så kallad ballongvidgning eller PCI (perkutan koronar intervention), en intervention där kärlen vidgas så att blodet kan passera som det ska. Om PCI-behandling inte finns tillgänglig inom rimlig tid kan en propplösande behandling med läkemedel (trombolys) ges istället.

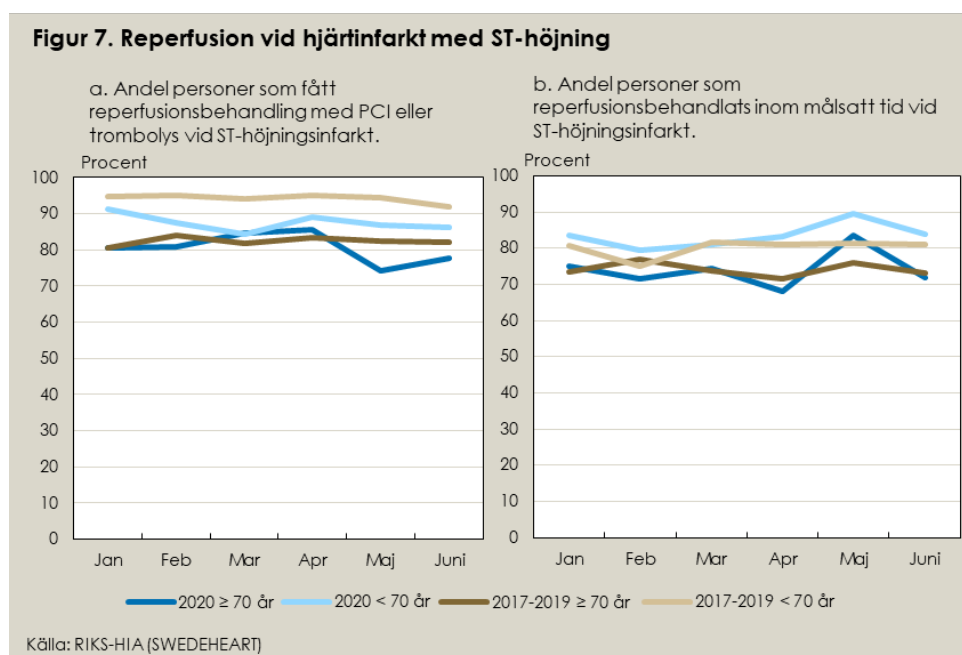
Behandlingens resultat beror bland annat på hur snabbt efter symtomdebut den ges och oavsett typ av reperfusionsbehandling är tid till behandling en av de viktigaste faktorerna för behandlingens resultat. Som kvalitetsmål har satts 90 minuter från första EKG till start av primär PCI, motsvarande för trombolys är 30 minuter.

Nedan redovisas tre indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård med syfte att se hur akuta insatser och behandlingar utfördes under covid-19-pandemin:

- Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt
- Reperfusion inom målsatt tid
- Tid till åtgärd vid hjärtstopp på sjukhus

Indikatorn *Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt* mäter andelen personer med ST-höjningsinfarkt som fått akut reperfusionsbehandling med antingen PCI eller trombolys. ST-höjningsinfarkten ska vara verifierad med EKG. Personer 80 år och äldre behandlas i mindre utsträckning än personer under 80 år och den nationella målnivån för indikatorn är ≥ 70 procent för personer 80 år och äldre respektive ≥ 85 procent för den yngre åldersgruppen.

Andelen som fått reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt under perioden januari – juni 2020 skilde sig marginellt från genomsnittet för perioden i de tre senaste åren (figur 7a). Andelen som fick behandlingen under våren 2020 var 81 procent bland personer 70 år och äldre och 88 procent bland personer under 70 år. Andelen som fått *reperfusion inom målsatt tid* dvs. behandling med PCI inom 90 minuter eller trombolys inom 30 min skilde sig inte heller från tidigare år (figur 7b). Under perioden januari – juni 2020 var andelen reperfusionsterapi inom målsatt tid 74 procent för personer 70 år och äldre och 83 procent för personer under 70 år. Färre personer med ST-höjningsinfarkt har dock rapporterats i RIKS-HIA under januari – juni 2020, antalet minskade med 17 procent jämfört med genomsnittet för samma period 2017 – 2019 (figur 4).



Idag överlever cirka 30 procent ett hjärtstopp som inträffar på sjukhus och där behandling påbörjats. Vid hjärtstopp är högsta prioritet att tidigt larma efter hjälp, att påbörja hjärtkompressioner och inblåsningar det vill säga hjärtlungräddning (HLR) samt, att ge behandling med elstötter (defibrillering) för att återställa hjärtats rytm och pumpförmåga, förutsatt att hjärtstoppet är defibrilleringsbart. Hela förloppet bör från hjärtstopp till första defibrillering ta maximalt tre minuter [9]. Den nationella målnivån från hjärtstopp till första defibrillering inom 3 minuter är ≥ 80 procent.

Indikatorn *Tid till åtgärd vid hjärtstopp på sjukhus* mäter andelen larm eller HLR inom 1 minut samt defibrillering inom 3 minuter bland hjärtstopp som inträffar på sjukhus. Det totala antalet hjärtstopp på sjukhus hos personer 70 år och äldre som var aktuella för någon av räddningsåtgärderna samt det antalet som fick en åtgärd inom målsatt tid visas i tabell 1. Värden som anges gäller perioden januari – juni 2020 och jämförs med genomsnittet för samma period de tre tidigare år (tabell 1). Andelen som fick åtgärd inom målsatt tid under våren 2020 var 78 procent för larm inom 1 minut, 91 procent för HLR inom 1 minut och 64 procent för första defibrillering. Andelen hjärtstopp på sjukhus som fick någon av åtgärderna inom målsatt tid skilde sig inte från genomsnittet för åren 2017 – 2019 (figur 8). Under april – juni 2020, när fallen av covid-19 var som

högst, var andelen med HLR inom målsatt tid oförändrad, jämfört med april – juni 2019. Andelen med larm inom målsatt tid har minskat marginellt och andelen med defibrillering inom målsatt tid var högre under april – juni 2020 jämfört med samma period året innan. Däremot har det totala antalet åtgärdbara hjärtstopp på sjukhus som rapporterats till det svenska Hjärt-Lungräddningsregistret minskat med drygt 30 procent under april – juni månaderna år 2020 jämfört med året innan.

Tabell 1. Tid till åtgärd vid hjärtstopp på sjukhus¹

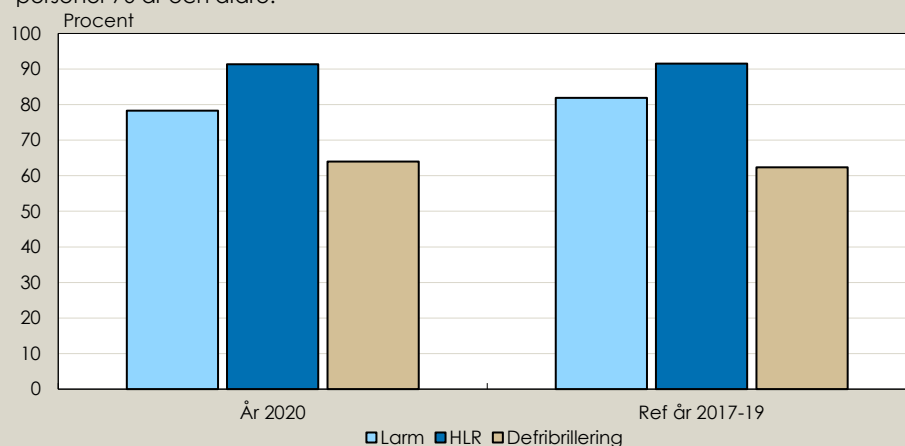
Åtgärd	Totalt antal hjärtstopp med åtgärd		Åtgärd inom målsatt tid	
	2020	2017 – 2019 ²	2020	2017 – 2019 ²
Larm	552	710	432 (78 %)	581 (82 %)
HLR	599	771	547 (91 %)	706 (92 %)
Defibrillering	175	199	112 (64 %)	124 (62 %)

¹Avser personer 70 år och äldre; ²Genomsnitt för perioden januari – juni.

Källa: Hjärt-Lungräddningsregistret.

Figur 8. Tid till åtgärd vid hjärtstopp på sjukhus

Andel hjärtstopp som inträffat på sjukhus där åtgärd har skett inom målsatt tid. Avser personer 70 år och äldre.



Källa: Hjärt-Lungräddningsregistret

Elektiv vård vid symtom som innebär risk för stroke eller hjärtinfarkt

I detta avsnitt presenteras data för elektiva kirurgiska ingrepp som är avgörande för att minska risken för ischemisk stroke eller hjärtinfarkt, och som bör ges inom rekommenderad tid för att uppnå denna skyddande effekt. Två indikatorer i nationella riktlinjer för vård vid stroke respektive hjärtsjukvård följer om dessa ingrepp ges inom rekommenderad tid:

- Karotiskirurgi inom rekommenderad tid
- Väntetid till klaffkirurgi för aortastenos

Karotiskirurgi vid symtomgivande karotisstenos

Förträngningar i halsartärerna (karotisstenos) kan leda till att blodproppar bildas, vilket i sin tur kan ge upphov till ischemisk stroke. Genom att åtgärda förträngningen i halsartärerna interventionellt (i första hand genom karotiskirurgi) är det möjligt att minska den risken väsentligt för patienterna med symtomgivande

karotisstenos. Ingreppet bör genomföras inom 14 dagar efter alarmsymtom, alltså de strokesymtom som ledde till vårdkontakten. Åtgärden minskar påtagligt risken för stroke och är därför högprioriterad i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke.

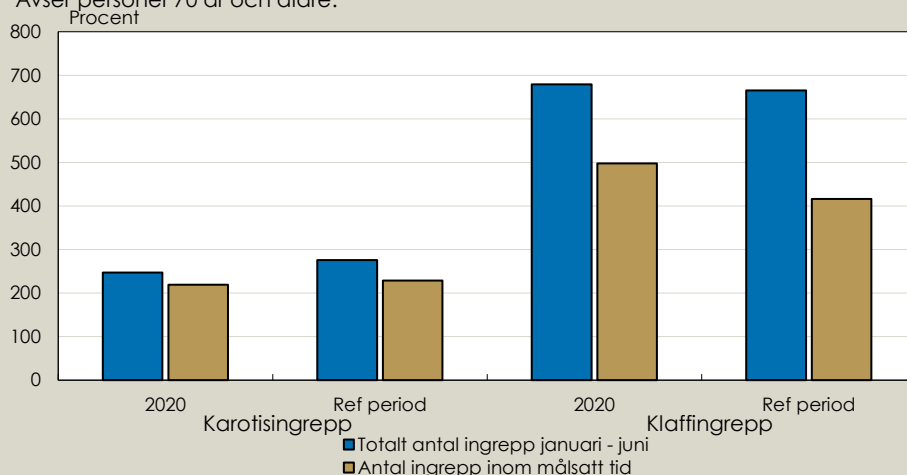
Indikatorn *Karotiskirurgi inom rekommenderad tid* mäter andelen karotisingrepp för symtomgivande karotisstenos inom 14 dagar från insjuknandet i stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Den nationella målnivån ligger på ≥ 80 procent. Under perioden januari – juni 2020 genomfördes totalt 341 karotisingrepp i riket, varav 247 hos personer 70 år och äldre. Genomsnittet för samma period 2017 – 2019 var 387 ingrepp totalt i riket, och 276 hos personer 70 år och äldre. Andelen ingrepp som genomfördes inom 14 dagar från alarmsymtom januari – juni 2020 var totalt 86 procent, och för personer 70 år och äldre var det 88 procent (figur 9). Resultaten visar att elektiv karotiskirurgi för personer med symtomgivande karotisstenos har utförts som vanligt och utan fördröjning under covid-19-pandemin.

Klaffkirurgi vid aortastenos

Personer med förträngning på aortaklaffen (aortastenos) har en ökad belastning på hjärtat. Uttalade symtom i form av andfåddhet, svimning, bröstsmärtor och/eller nedsatt pumpförmåga hos hjärtat utgör indikation för att den sjuka klaffen bör repareras eller bytas ut. Vid allvarlig förträngning av aortaklaffen kan en operation vara direkt livräddande, förlänga livet och leda till en god livskvalitet. Sjukdomsutvecklingen är individuell men även vid stabil sjukdom kan en oskälig väntan på operation vara psykiskt påfrestande för patienten. Enligt vårdgarantin i HSL ska patienten inte behöva vänta på operation längre än 90 dagar från diagnosdatum där beslut om åtgärd fattas.

Figur 9. Elektiv vård inom rekommenderad tid

Kirurgiska ingrepp vid karotisstenos (karotiskirurgi inom 14 dagar från symtom av stroke eller TIA) och aortastenos (hjärtkirurgi och TAVI-vård inom 90 dagar från diagnos). Avser personer 70 år och äldre.



Källa: SWEDVASC och SWEDEHEART (Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR)

Indikatorn *Väntetid till klaffkirurgi för aortastenos* mäter andelen personer med aortastenos som genomgått en klaffoperation inom 90 dagar efter att de genomgått preoperativ utredning. Med klaffoperation avses både hjärtkirurgi och TAVI-vård (kateterburen aortaklaffimplantation). Under perioden januari – juni

2020 genomfördes totalt 833 klaffingrepp i riket, varav 679 hos personer 70 år och äldre. Genomsnittet för samma period 2017 – 2019 var 827 ingrepp totalt i riket, och 665 hos personer 70 år och äldre. Andelen ingrepp som genomfördes inom 90 dagar perioden januari – juni 2020 var cirka 75 procent, och för den äldre gruppen 73,4 procent (figur 9). Resultaten visar att under covid-19-pandemin har en högre andel personer med aortastenotomi opererats inom målsatt tid, jämfört med genomsnittet de tre senaste åren.

Socialstyrelsen fortsätter att följa utvecklingen

Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen när det gäller både antalet personer med stroke och hjärtinfarkt som vårdas på sjukhus och vårdens insatser vid dessa tillstånd. I nuläget är det exempelvis oklart om antalet inrapporterade fall av stroke och hjärtinfarkt har börjat vända tillbaka mot normala nivåer. Det är också oklart vad orsakerna som ledde till en minskning i inrapporterade fall under våren 2020 är. Det är viktigt att även följa konsekvenserna på sikt, om personer med stroke och hjärtinfarkt inte sökt akut eller om de har placerats på andra avdelningar än specialiserad strokeenhet respektive hjärtavdelning. Att inte söka vård eller hamna fel i vården vid dessa allvarliga tillstånd kan, på sikt, leda till en högre dödlighet och funktionsnedsättning.

Metod

Bidragande register

Data har hämtats från det nationella kvalitetsregistret för strokesjukvård, Riksstroke, det nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi, SWEDVASC, och det svenska Hjärt-Lungräddningsregistret. Flera delregister har bidragit inom SWEDEHEART, RIKS-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård), SCAAR (det svenska kvalitetsregistret för koronarangiografi och PCI), Svenska Hjärtkirurgiregistret samt SWENTRY (tidigare även Perkutana klaffregistret, som innehåller information om TAVI-ingrepp). Antalet strokefall (diagnoser I61, I63, I64) och antalet fall av hjärtinfarkt (diagnoser I21, I22) som vårdats på sjukhus har hämtats ut ur Socialstyrelsens patientregister och antalet vårdade på IVA med diagnos stroke (I61, I63, I64) från det svenska intensivvårdsregistret, SIR. Ett fall av sjukhusvårdad stroke respektive hjärtinfarkt är en stroke eller hjärtinfarkt som leder till ett vårdtillfälle, och som inträffar för första gången eller minst 28 dagar efter ett eventuellt föregående vårdtillfälle.

Inrapportering av data

Normalt sett sker en ca 1–2 månaders fördröjning i inrapportering av data till nationella kvalitetsregister, vilket kan ha förlängts under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen hämtat ut data från nationella kvalitetsregister i augusti 2020, vilket innebär att vissa data är fortfarande preliminära. Socialstyrelsens patientregister anses ha god täckning tre månader efter aktuellt vårdtillfälle. Uttaget från patientregistret ha gjorts i september 2020, emellertid är uppgifterna i patientregistret för år 2020 inte fullständiga i dagsläget. Incidenssiffror för stroke och hjärtinfarkt för år 2020 kommer att tas fram som en del i Sveriges officiella statistik när uppgifterna i Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret är fullständiga. Statistik siffror i denna rapport kan därför komma att ändras.

Redovisning av resultat

För flera av indikatorer som redovisas i denna rapport är antalet fall som inkluderas i nämnaren för mätperioden litet. Resultat för indikatorer, såsom andelen som fick en viss behandling eller åtgärd, redovisas månadsvis enbart i de fall antalet observationer är fler än 100. I de fall det finns mindre än 100 antal observationer per månad redovisas andelen som genomsnitt för hela perioden januari – juni eller april – juni. Referensvärden för mätperioden år 2020 utgör i de flesta fall genomsnittet för samma period för åren 2017 – 2019. För vissa behandlingar, t.ex. reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke, kan en tydlig ökande trend ses från år till år. I dessa fall har värden från 2019 använts som referensvärde. Eftersom incidenta fall av stroke och hjärtinfarkt minskar för varje år har 2019 använts som referensperiod i redovisningen av antalet fall av stroke och hjärtinfarkt.

Referenser

1. Effekter av covid-19 på hur patienter besöker somatiska akutmottagningar – juni 2020. Socialstyrelsen; 2020.
2. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården – februari 2018. Socialstyrelsen; 2018.
3. Markus HS och Brainin M. COVID-19 and stroke – A global World Stroke Organisation perspective. International Journal of Stroke 2020; 15(4):361-364.
4. Szymanski FM, Smuniewski C, and Platek AE. Will the COVID-19 Pandemic Change National Security and Healthcare in the Spectrum of Cardiovascular Disease? Curr Probl Cardiol 2020;45:100645.
5. Nationella riktlinjer – Hjärtsjukvård – Indikatorer. Socialstyrelsen; 2018.
6. Nationella riktlinjer – Vård vid stroke – Indikatorer. Socialstyrelsen; 2020.
7. Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen. Statistik om stroke, 2018. Publicerad 2019-12-04.
8. Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter, 2018. Publicerad 2019-12-11.
9. Svenska riktlinjer för hjärt-lungräddning, Svenska Rådet för hjärtlungräddning, 2016.

Faktabladet har sammanställts av: Anastasia Simi vid Socialstyrelsen med medverkan av Mikael Nyman och Rocio Winnersjö.

Personer som bidragit med värdefulla synpunkter på datauttaget och bearbetningar: Joakim Alfredsson (ordf. Riks-HIA), David Erlinge (ordf. SCAAR), Örjan Friberg (ordf. Svenska Hjärtkirurgiregistret), Max Köster (Socialstyrelsen), Bo Norrving (registerhållare Riksstroke), Andreas Rück (ordf. SWENTRY), Joachim Starck (registerhållare SWEDVASC).

Kontakt: Anastasia Simi, anastasia.simi@socialstyrelsen.se, 075-247 4149.

Versionshistorik

Version	Ändring avser	Datum
1.0	Nytt dokument	2020-10-22