



Välkomna till Riksstrokes användar-dag
12 september 2018

Styrgrupp:

Bo Norrving Marie Eriksson Per Wester Signild Åsberg

Eva-Lotta Glader Katharina Stibrant Sunnerhagen Anneli Torsfelt Heikenborn

Pernilla Grillner Anna Bråndal Markku Paanalahti

Tommy Andersson

Arbetsgrupp:

Per Ivarsson Maria Háls Berglund Maria Sukhova

Hannele Hjelm Fredrik Jonsson Rut-Inger Enryd

Dagens program

- 1) **Mötets öppnande och praktisk information**
- 2) **Senaste resultaten från Riksstroke**
- 3) **Timing**
- 4) **Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel**
- 5) **Information från Riksstroke**
- 6) **Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke**

LUNCH

- 7) **Förbättringsarbeten**
- 8) **Formulärsändringar 2019**
- 9) **Registrering**
- 10) **Riksstrokespriset 2017**



- Världens 1a nationella strokeregister
- Det mest kompletta strokeregistret: stroke – TIA – barnstroke
- >90 %täckningsgrad
- Data i akutskedet, 3 månader och 1 år
- Många PROMS
- Ibland andra kompletterande enkäter: vårdstruktur, längre uppföljningstid, närstående



Nyckeldata tillgängliga on line för alla sjukhus

Medverkar i Vården i Siffror

Årsrapporter

Web-rapport publicerad i juni, snart kommer den fullständiga årsrapporten

Stroke och TIA

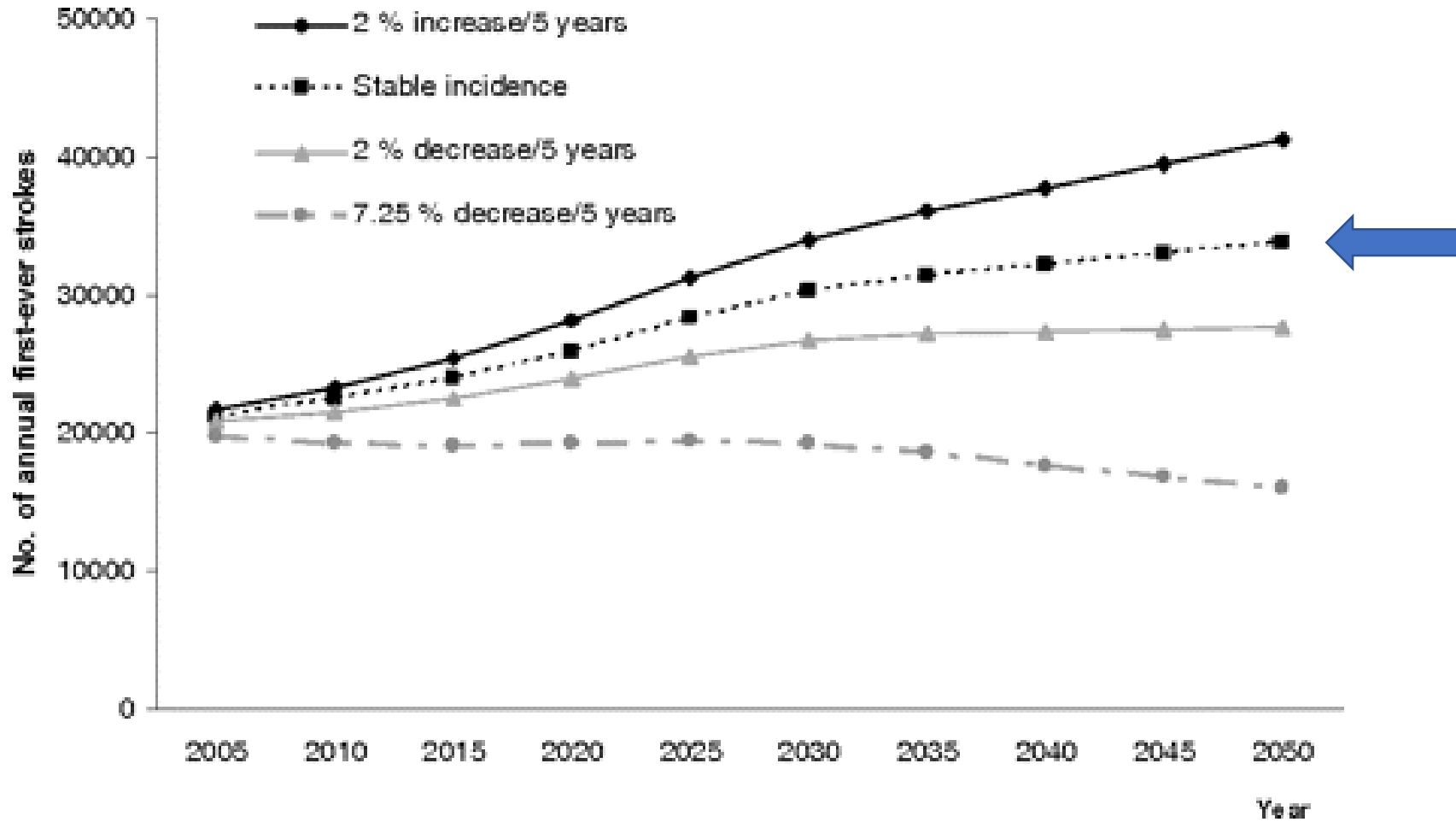
SLUTLIG ÅRSRAPPORT FRÅN RIKSSTROKE
UTGIVEN SEPTEMBER 2018



Riksstroke's årsrapport 2017

- TIA
- AKUT STROKE
- 3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE
- ANVÄNDNING AV RIKSSTROKEDATA I FÖRBÄTTRINGSARBETEN

En studie för 10 år sedan: hur många stroke får vi i Sverige framöver?

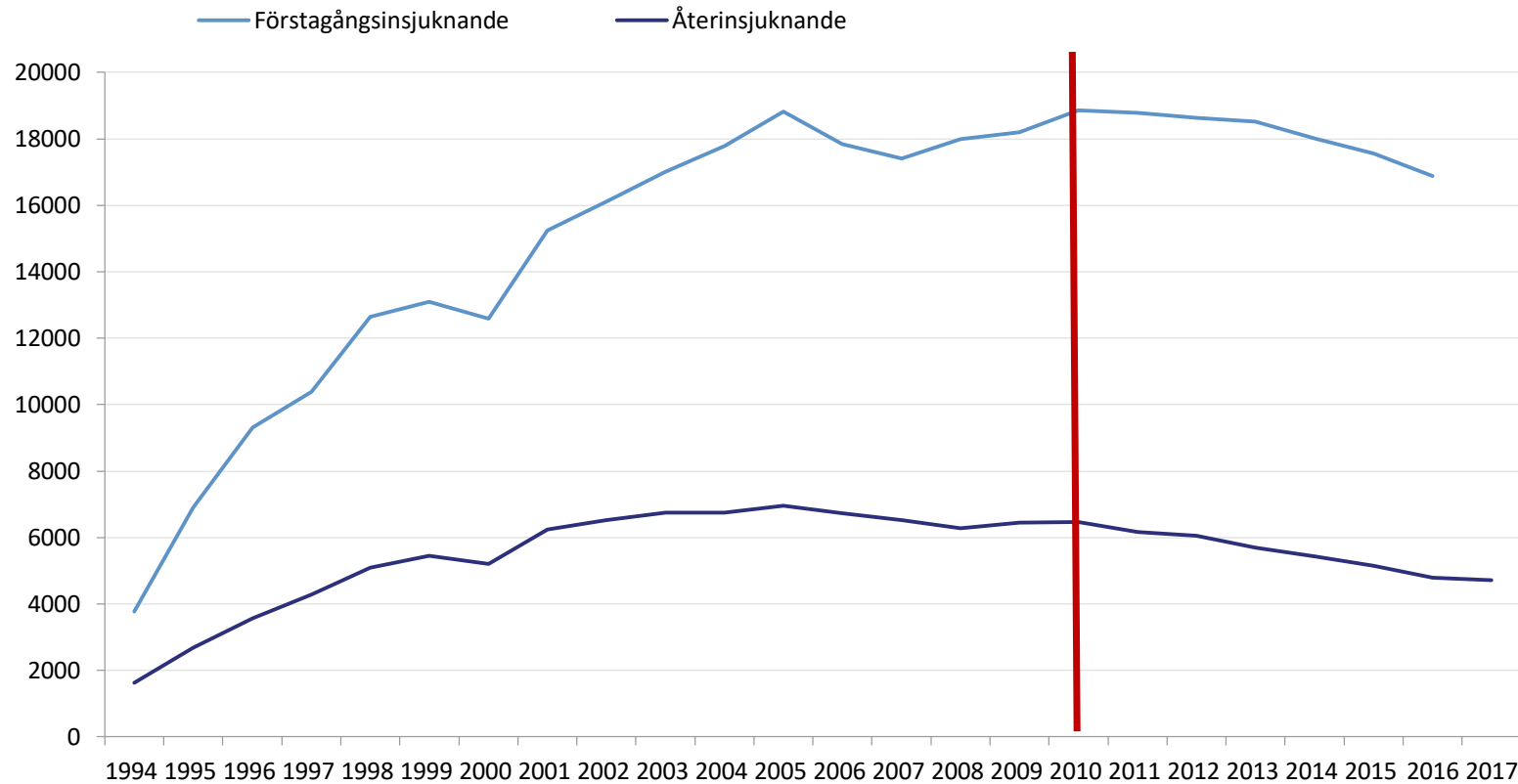


**Absolutantal stroke
påverkas av**

**Antal i befolkningen
Andel äldre
Risken att insjukna**

Stroke minskar i Sverige

Riksstroke har stabil täckningsgrad sedan 2010 = minskningen är verklig



17 % minskning
i absoluta antalet
stroke på 7 år

Detta räddade svensk
strokevård från
ett haveri

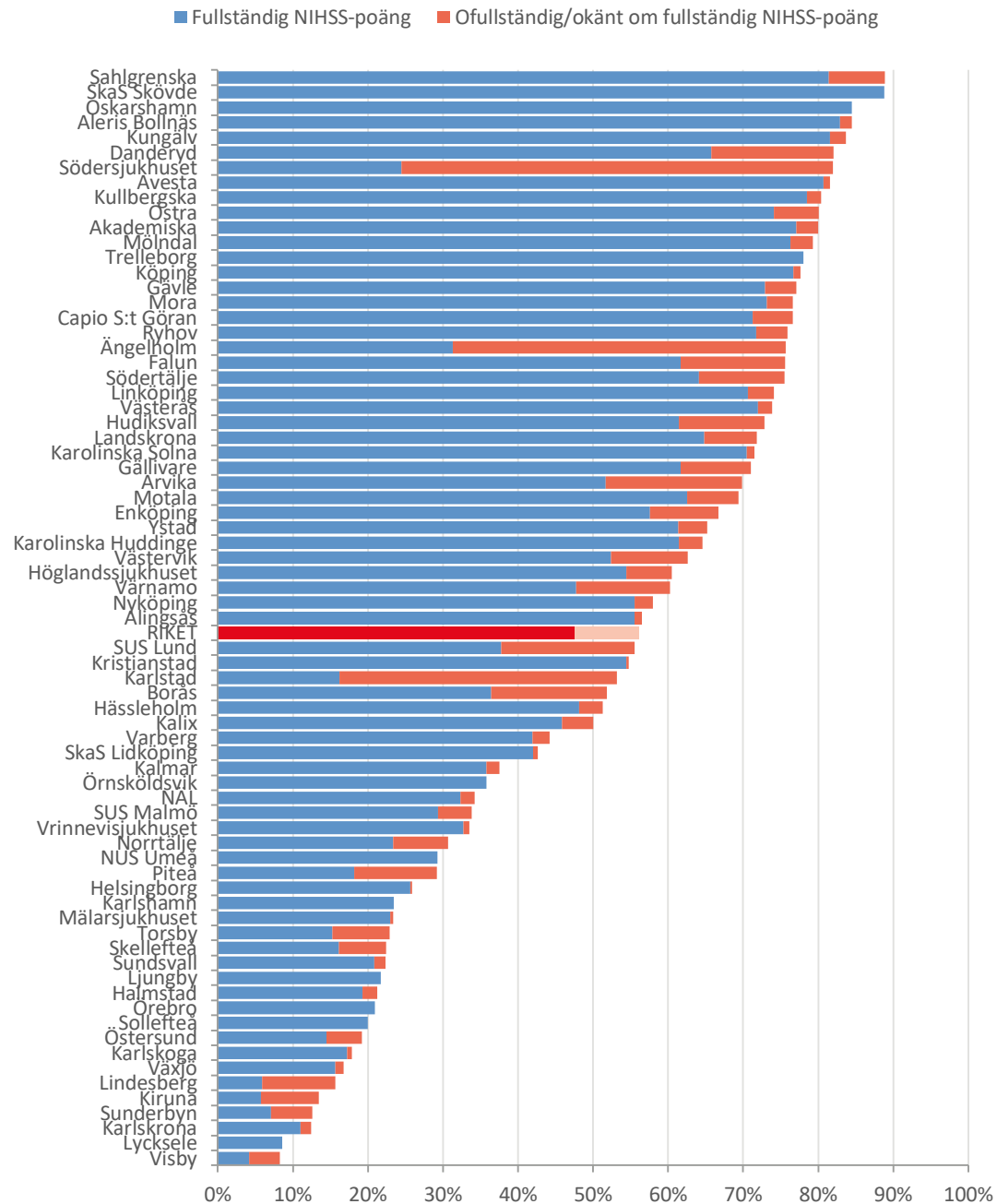
Akut ischemisk stroke 2010 till 2017

	I63	
	Andel, %	Antal
2010	87	22174
2011	86	21729
2012	87	21564
2013	86	20988
2014	87	20381
2015	86	19660
2016	86	18741
2017	86	18178

**3996 patienter mindre 2017
Jämfört med 2010**

Täckningsgraden i RS oförändrad
under dessa år

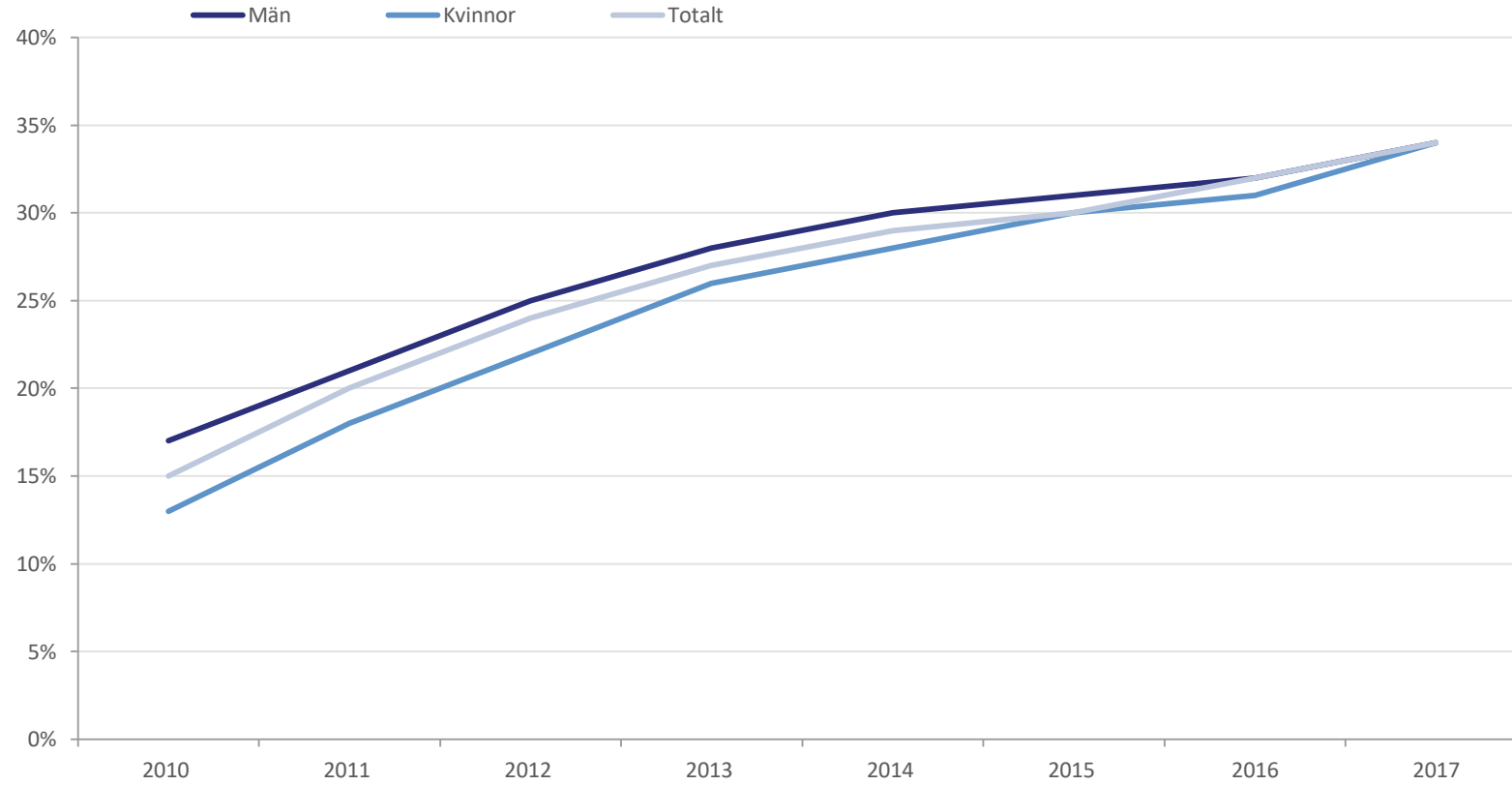
**Akkumulerat 14 087 färre
Ischemiska stroke totalt över
åren 2011 till 2017
Jämfört med 2010**



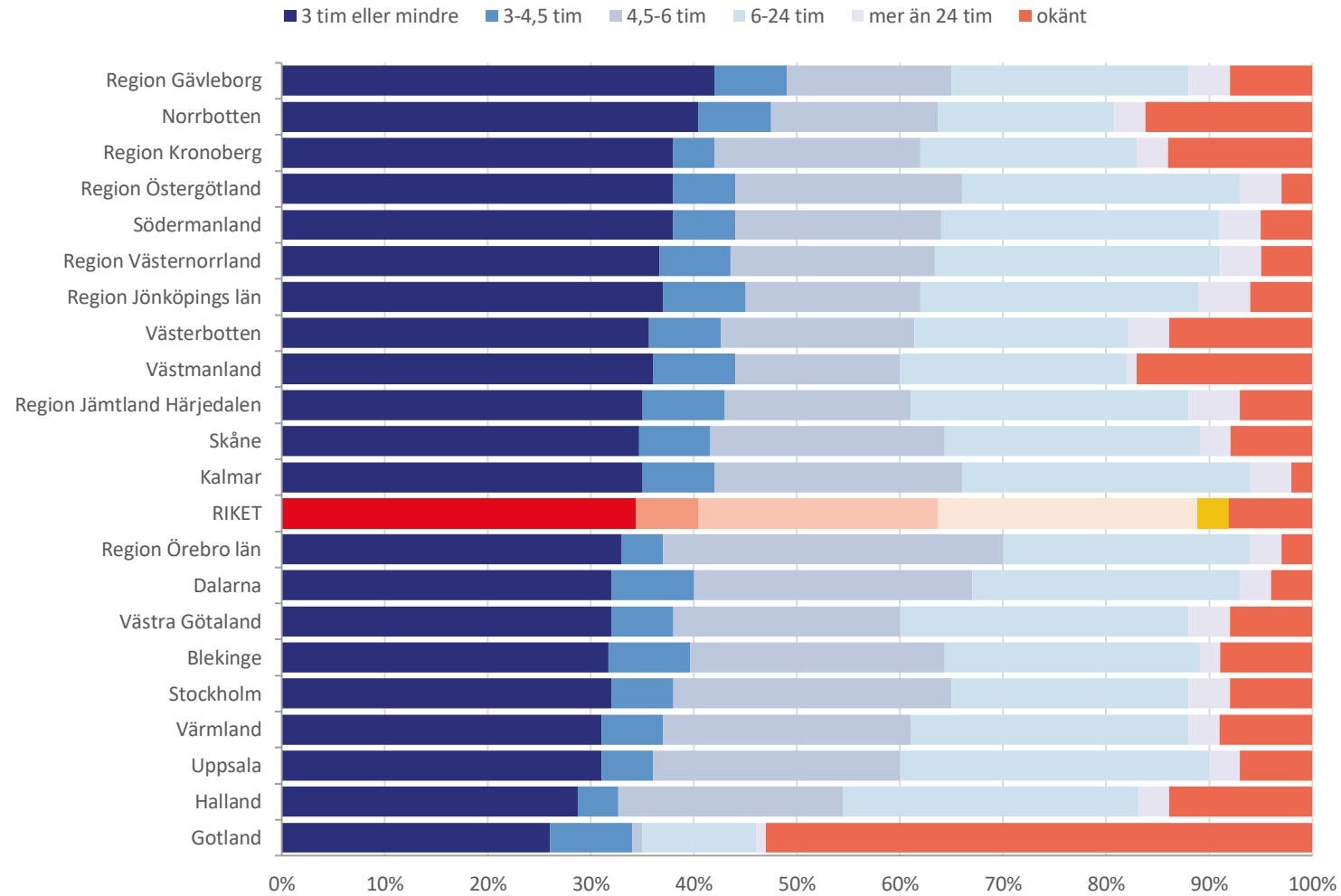
NIHSS hos 56 % av alla

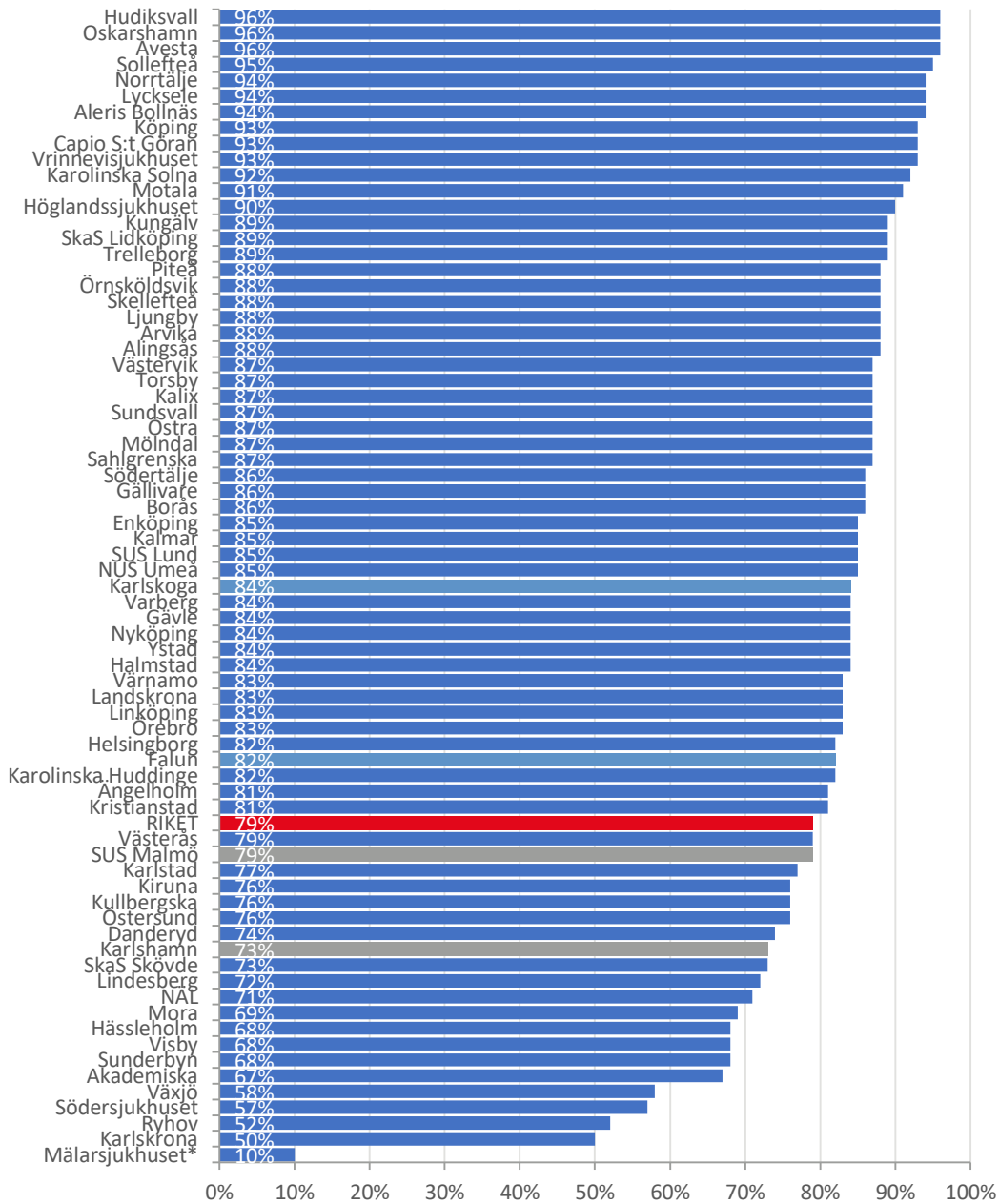
Snälla, hjälp till att öka denna andel!

Andel som kommer in som strokelarm – fortsatt ökning



Andel som kommer in inom 3 timmar ökar inte



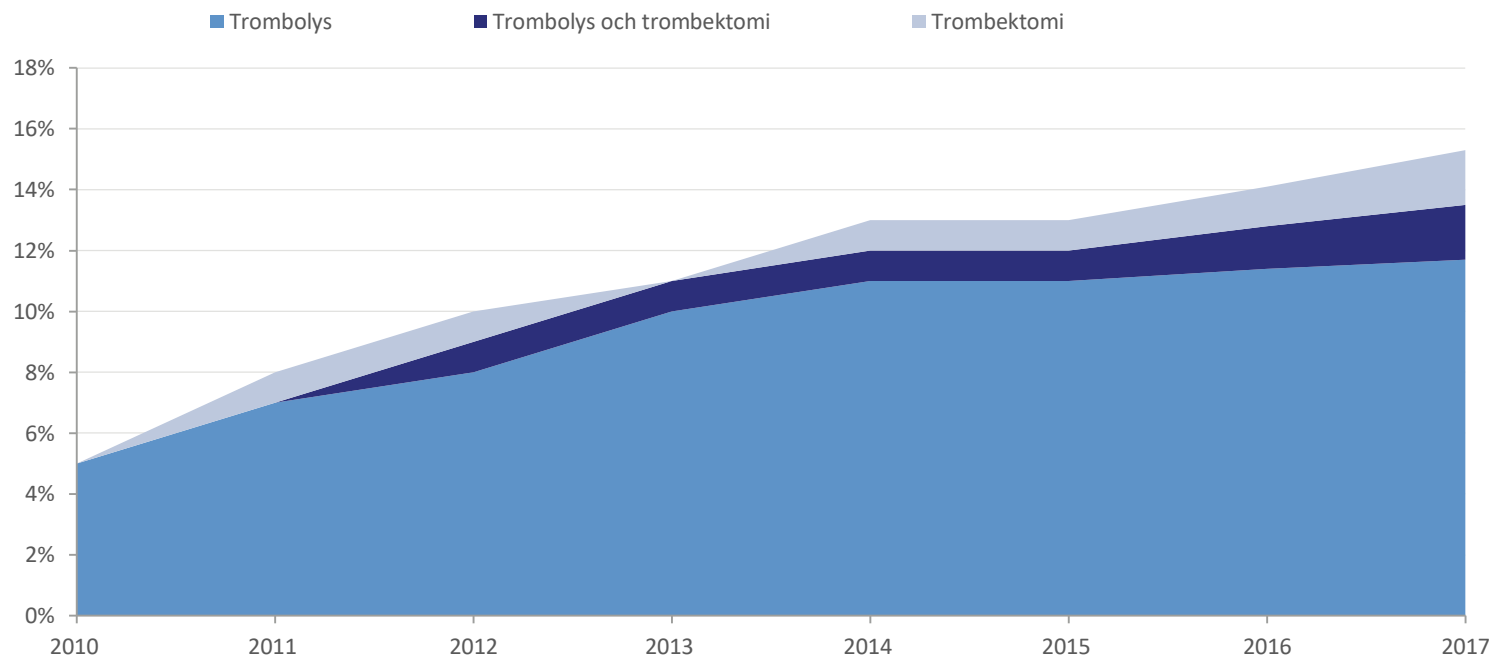


Andel som vårdas på strokeenhet som 1a vårdnivå: oförändrat på 79 % sen flera år

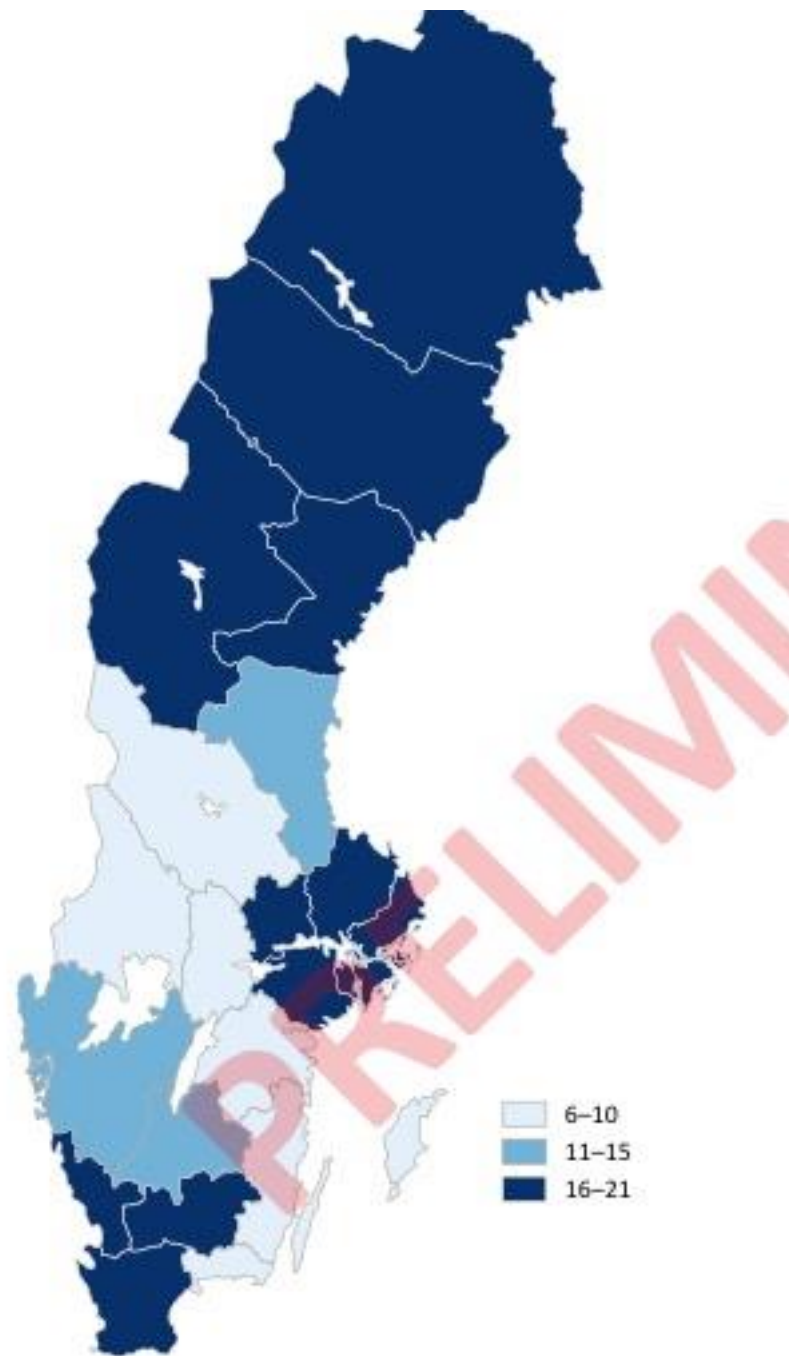
Ingen trend till bättring

svensk strokesjukvårds enskilt allvarligaste problem

Reperfusion-behandling

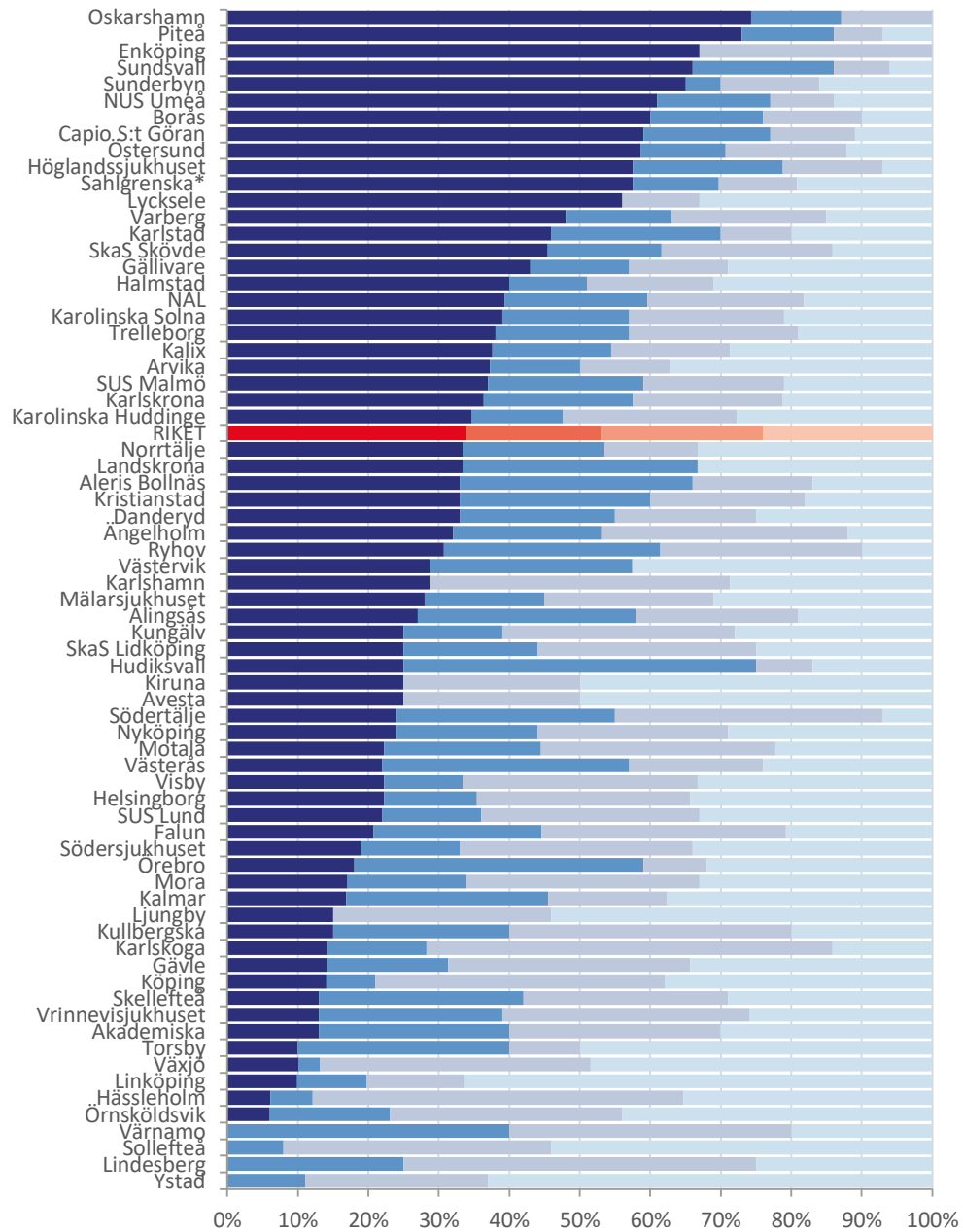


15 % totalt



Fortsatt variationer mellan sjukhus och regioner

■ mindre eller lika med 30 min ■ 31-40 min



Dörr-till-nål tider

53 % < 40 minuter
 23 % 41-60 minuter
 24 % >60 minuter

Trombektomi – stora variationer över landet

Akutbehandling trombektomi				
Region	2016		2017	
	Antal	per 100 000 inv	Antal	per 100 000 inv
Norra	12	1,3	33	3,7
Uppsala - Örebro	50	2,4	72	3,5
Stockholm - Gotland	110	4,7	143	6,1
Sydöstra	25	2,4	26	2,5
Västra	159	8,6	192	10,3
Södra*	143	7,9	179	9,9
RIKET	499	5	645	6,5

Samarbete Riksstroke och EVAS

Long-term cost-effectiveness of thrombectomy for acute ischaemic stroke in real life: An analysis based on data from the Swedish Stroke Register (Riksstroke)

**Katarina Steen Carlsson¹, Gunnar Andsberg², Jesper Petersson²
and Bo Norrving³**

International Journal of Stroke

0(0) 1-13

© 2017 World Stroke Organization

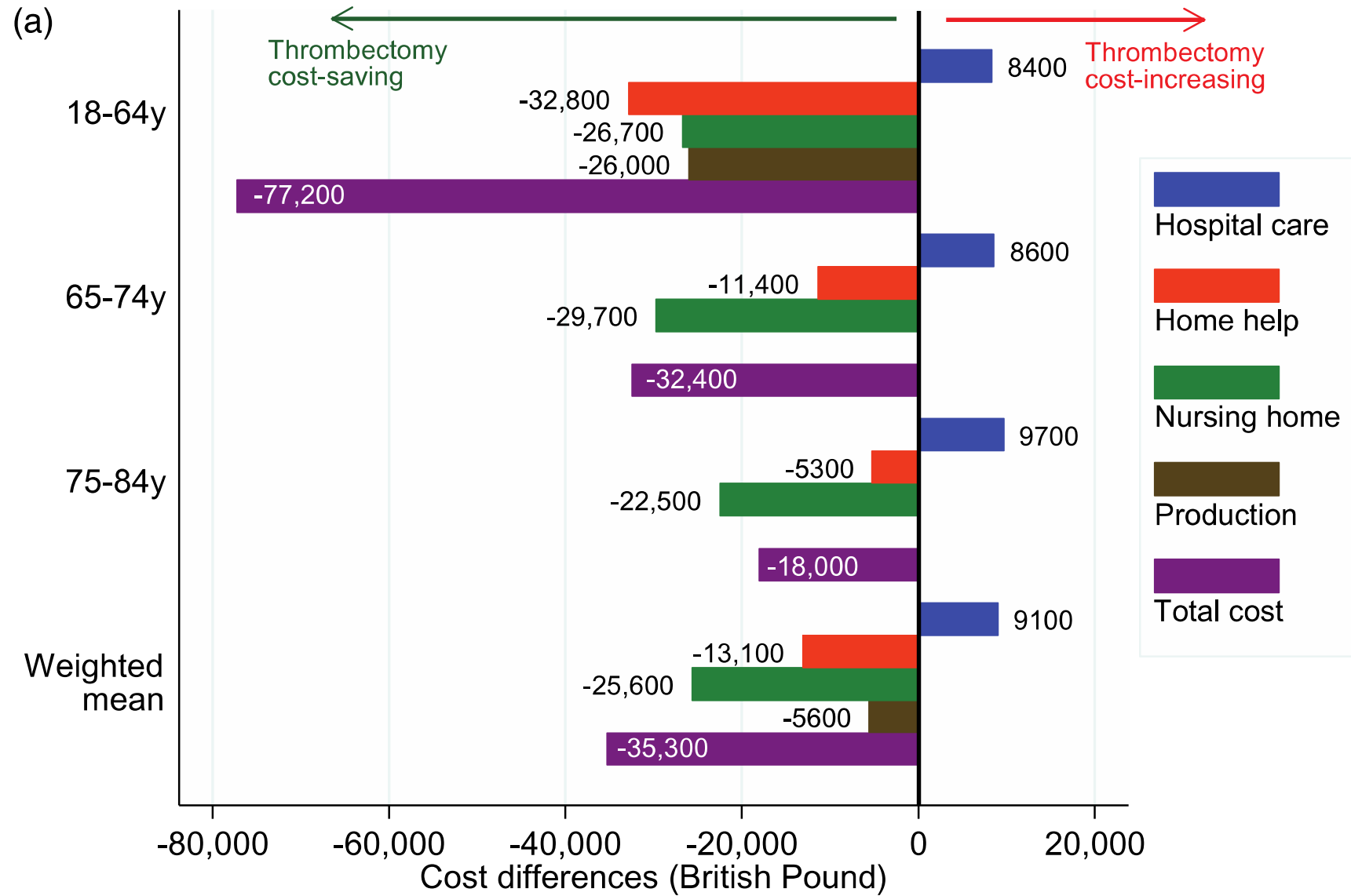
Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1747493017701154

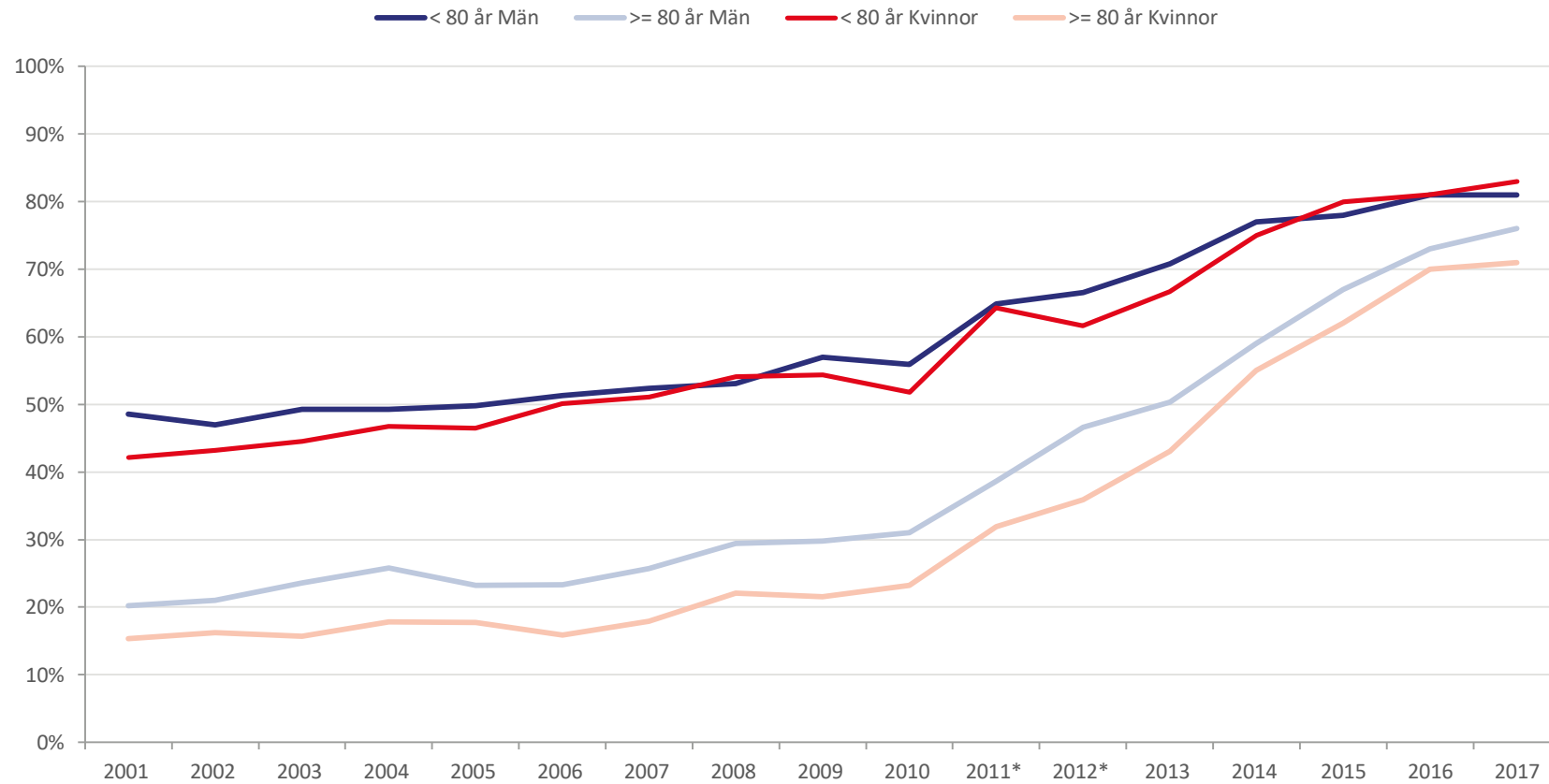
journals.sagepub.com/home/wso





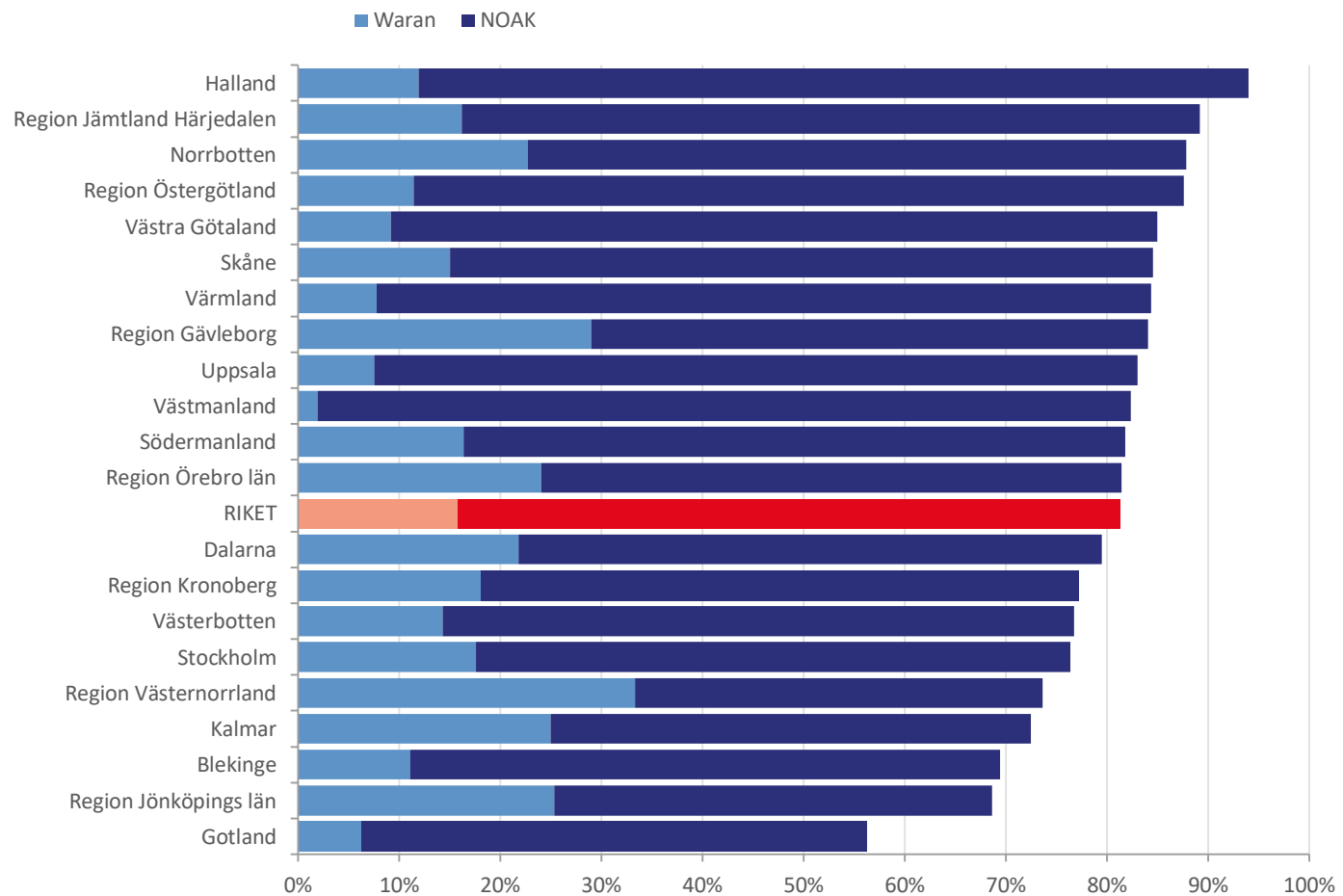
Thrombektomi är starkt kostnadsbesparande för samhället

Andelen ischemiska stroke med förmaksflimmer som antikoagulantibehandlas



...fortfarande regionala skillnader

NOAC 66 %



Antal **med** förmaksflimmer vid ischemiska stroke

	Förmaksflimmer			
	Förstagångsinsjuknande		Återinsjuknande	
	Andel, %	Antal	Andel, %	Antal
2010	69	4519	31	2067
2011	70	4454	30	1922
2012	70	4419	30	1862
2013	71	4436	29	1855
2014	72	4454	28	1761
2015	72	4226	28	1640
2016	73	3970	27	1503
2017	73	3887	27	1430

Förstagångsinsjuknande
632 patienter färre

Återinsjuknande
637 patienter färre

Totalt
1269 patienter färre
med förmaksflimmer
och ischemisk stroke

Antal **utan** förmaksflimmer vid ischemiska stroke

	Ej förmaksflimmer			
	Förstagångsinsjuknande		Återinsjuknande	
	Andel, %	Antal	Andel, %	Antal
2010	77	11767	23	3501
2011	77	11675	23	3400
2012	78	11745	22	3362
2013	79	11434	21	3061
2014	79	11068	21	2969
2015	80	10848	20	2775
2016	80	10500	20	2566
2017	80	10203	20	2527

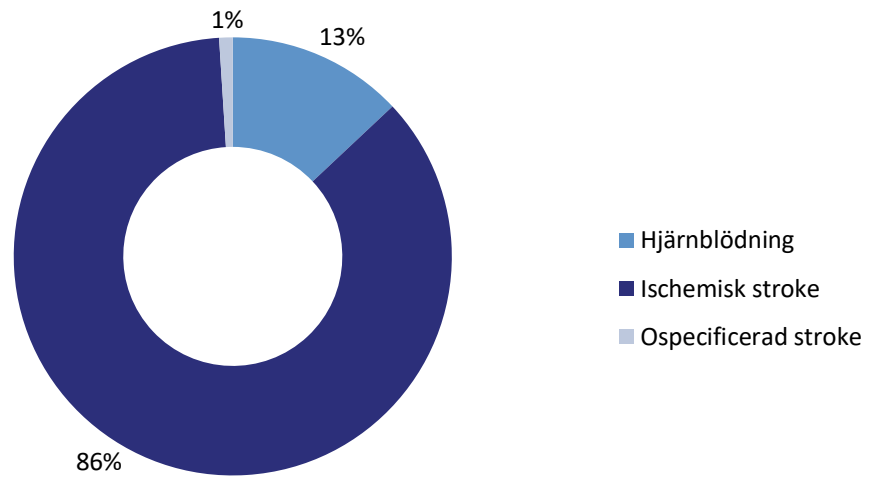
Förstagångsinsjuknande
1564 patienter färre

Återinsjuknande
974 patienter färre

Totalt
2538 patienter färre
utan förmaksflimmer
och ischemisk stroke

1269 mindre **med** förmaksflimmer/3807 mindre ischemiska stroke totalt =
en tredjedel av minskningen förklaras av bättre behandling av förmaksflimmer

Lägg till tby
O vinsterna



Stroketyp

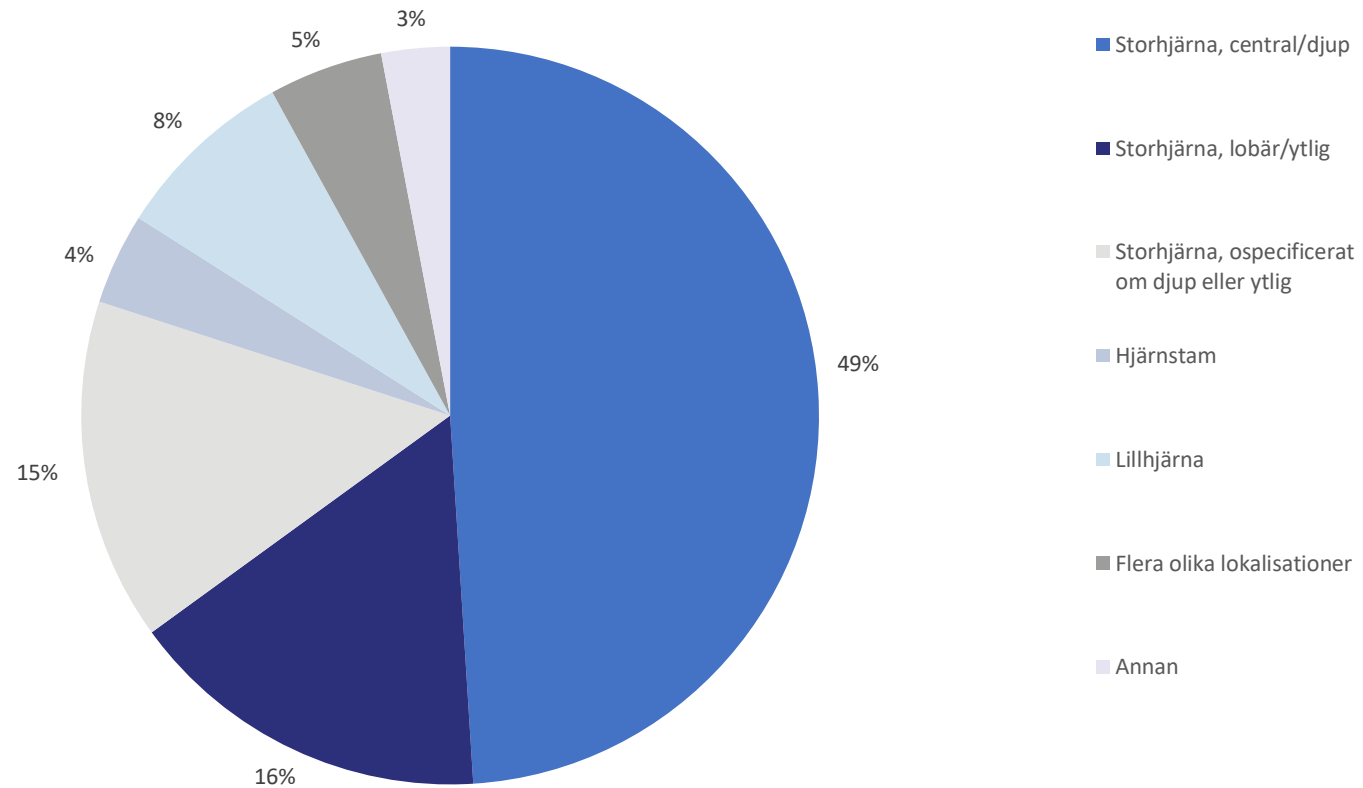
N **%**

Hjärnblödning **2840** **13**

Ischemisk stroke 18178 86

Ospec stroke 198 1

Lokalisation av hjärnblödningarna



Demografi och baslinjedata

	Hjärnblödningar	Ischemisk stroke
Medelålder	73,3 år	75,5 år
Män	55 %	53 %
Kvinnor	45 %	47 %
Vakenhetssänkta	38 %	12 %

Hur stor andel utreds vidare avseende etiologi?

	MR, %	DT-angiografi, %	
< 55 år	26	57	
55-64 år	20	42	
65-74 år	13	34	MR: cavernom, hemorragisk infarkt
>75 år	7	18	
Alla	12	29	DTA: AVM

190 patienter (7 %) opererades

Nu över till hjärnblödningar under antikoagulantia...

Under 2017 var det 650 hjärnblödningar under pågående antikoagulantia-behandling: 23 % av alla hjärnblödningar

warfarin	397 fall
----------	----------

NOAK	253 fall
------	----------

Apixaban	169 fall
----------	----------

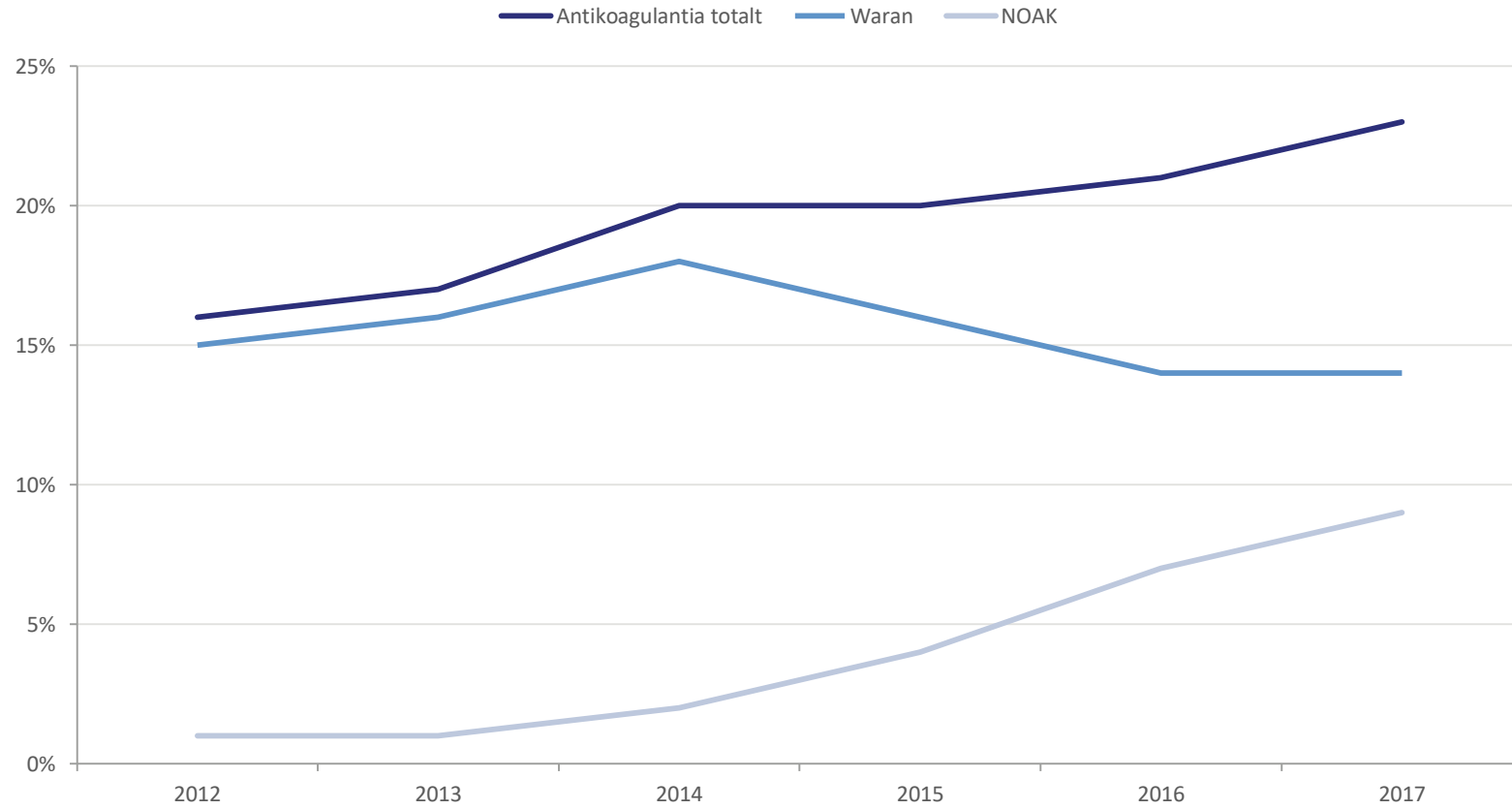
Dabigatran	16
------------	----

Rivaroxaban	64
-------------	----

Annan	5
-------	---

Endoxaban	0
-----------	---

Antikoagulantiarelaterade hjärnblödningar ökar



23 % av alla
hjärnblödningar

Reversering

Med Protaminkomplekskoncentrat (PCC)

Warfarin.	255/397	64 %
NOAK	92/237	39 %

Idarucizumab: 11 av 16 fall under dabigatran-
behandling

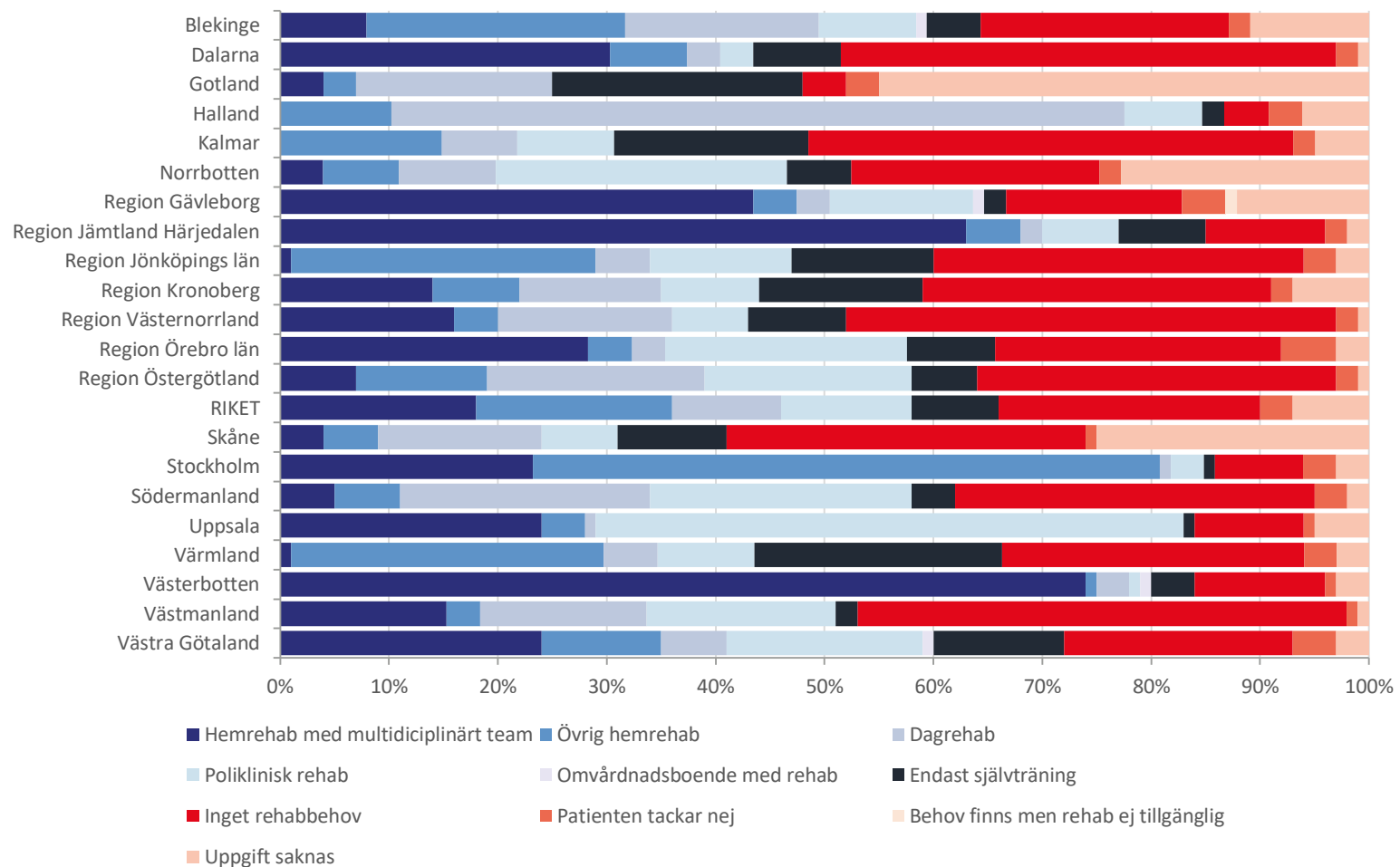
	Antal ICH totalt	Antal AK-ICH.	Antal icke-AK-ICH
2010	2956		
2011	3016	395*	2621*
2012	2946	464	2482
2013	3115	513	2602
2014	2955	571	2384
2015	2944	588	2356
2016	2811	578	2233
2017	2840 -4%	650	2190. - 16 %

116 mindre totalt

255 fler AK

431 mindre ej AK

Rehabiliteringsinsatser efter utskrivningen – ett lapptäcke



TIA

Antal registreringar och anslutningsgrad

- Under 2017 rapporterades 8 708 vårdtillfällen för TIA, 681 fler registreringar än 2016. Ytterligare två sjukhus har börjat registrera TIA sedan 2016 och data för TIA registreras nu vid 70 av landets 72 sjukhus.
- Utifrån antalet registrerade TIA i Riksstroke kan totala antalet TIA i Sverige under 2017 uppskattas till cirka 10 000.
- Förhållandet mellan antalet TIA och ischemiska stroke är numera cirka 1:2.

Demografi, riskfaktorer, vårdform och vårdtider

- Något fler män än kvinnor insjuknade i TIA. Medelåldern är 74 år (72 år bland män och 75 år bland kvinnor), cirka ett år lägre än för stroke.
- 59 % av TIA-patienterna hade högt blodtryck, 19 % hade förmaksflimmer, 17 % hade diabetes och 11 % var rökare.
- För det aktuella TIA-insjuknandet var det 85 % som först sökte till akutmottagning på sjukhus, 12 % som först sökte primärvård och 3 % som först sökte på annat sätt.
- Av TIA-patienterna kom 45 % till sjukhus inom tre timmar och 88 % inom ett dygn. 51 % kom in med ambulans.
- 78 % lades in på strokeenhet direkt. Medianvårdtiden var tre dagar.

Diagnostik

- Så gott som alla patienter undersöktes med datortomografi, medan 12 % undersöktes med magnetresonanstomografi (MR) av hjärnan. Ultraljud var den vanligaste metoden för kärlundersökning (52 %), följt av DT-angiografi (29 %) och MR-angiografi (1 %). En trend till ökad användning av DT-angiografi ses.
- Långtidsregistrering av EKG för att upptäcka hjärtrytmstörningar genomfördes hos 73 % av patienterna som inte hade känt förmaksflimmer under det akuta vårdtillfället, och för ytterligare 11 % planerades undersökningen efter vårdtillfället.

Sekundärprevention

- Av de TIA-patienter, alla åldrar, som hade förmaksflimmer behandlades 87 % med perorala antikoagulantia. Detta är en fortsatt ökning jämfört med tidigare år, särskild hos de äldsta patienterna. Geografiska skillnader i andelen behandlade var små. Andelen som behandlades med någon av de nya orala antikoagulantia har fortsatt att öka.
- Blodtryckssänkande läkemedel gavs till 72 % av patienterna (oförändrat) och statiner till 82 % (ökning med 2 %). Påtagliga variationer i praxis utifrån geografi föreligger fortsatt.
- Den absoluta merparten av rökarna (77 %) rapporterades ha fått råd om rökstopp och 64 % av de med körkort rapporterades ha fått råd om sin bilkörning. Uppgifter om rökstopp eller bilkörning saknades i vart fjärde till vart femte fall.
- Bland TIA-patienterna var ett återbesök vid en sjukhusmottagning eller i primärvården planerat för 91 %.

3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE

Patientsammansättning

- Av 21 216 insjuknanden i stroke 2017 hade 85 % följts upp eller avlidit vid 3 månader.
- Andelen uppföljda 3 månader efter stroke har ökat med 1 % jämfört med 2016. Fler sjukhus uppnådde hög målnivå i uppföljningsgrad, men det var också fler sjukhus som inte nådde upp till måttlig nivå.

Symtom och livskvalitet

- 77 % av patienterna angav att deras hälsotillstånd var mycket gott eller ganska gott, med måttliga variationer mellan sjukhusen.
- 29 % angav att de kunnat återgå till det liv och aktiviteter som de hade innan strokeinsjuknandet, 37 % svarade "ja, men inte riktigt som förut" och 34 % svarade "nej" på frågan.
- Trötthet, nedstämdhet, smärta, talsvårigheter och minnessvårigheter är vanligt förekommande efter stroke. Cirka en tredjedel av patienterna hade tre eller fler av sådana symtom.

Dagens program

- 1) Mötets öppnande och praktisk information
- 2) Senaste resultaten från Riksstroke
- 3) Timing**
- 4) Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel
- 5) Information från Riksstroke
- 6) Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke
- LUNCH
- 7) Förbättringsarbeten
- 8) Formulärsändringar 2019
- 9) Registrering
- 10) Riksstrokepriset 2017

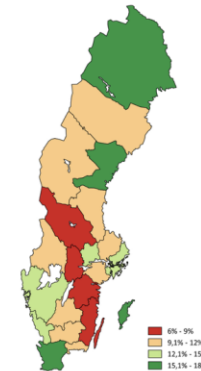
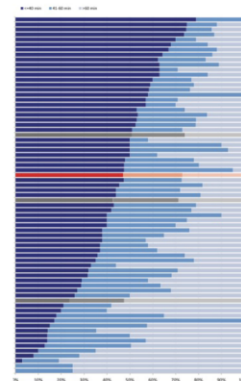
Dagens program

- 1) Mötets öppnande och praktisk information
- 2) Senaste resultaten från Riksstroke
- 3) Timing
- 4) **Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel**
- 5) Information från Riksstroke
- 6) Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke
- LUNCH
- 7) Förbättringsarbeten
- 8) Formulärsändringar 2019
- 9) Registrering
- 10) Riksstrokepriset 2017

Stroke policy och kvalitetsregisterforskning

ORGANISATION: FORSKARGRUPP

Översikt Forskare Forskningsoutput Projekt



KONTAKTINFORMATION

Universitetssjukhuset, EA-15
Lund, Sverige

Hemsida: <https://lu.se>

MODERENHET(ER)

Forskargrupper vid Lunds universitet
Neurologi, Lund

Forskningsområden

Neurologi

Forskning

The Swedish Stroke Register (Riksstroke) was founded in 1994. Riksstroke includes registration of acute stroke, with a follow up after 3 months and 1 year. The Stroke policy and quality register research group has several ongoing projects based on data from Riksstroke, and in many studies also using data record linkage to other national registers and data bases. The thesis of Teresa Ullberg explored the 1-year follow up survey in Riksstroke.

► Mer

Senaste forskningsoutput



Trine Apostolaki Hansson, knuten till universitetet
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning



Fredrik Buchwald, knuten till universitetet
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Bo Norrving, Seniorprofessor
Stroke policy och kvalitetsregisterforskning, Neurologi, Lund, Klinisk strokeforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Hélène Pessah-Rasmussen, knuten till universitetet
Rehabiliteringsmedicin, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning, Neurologi, Lund
Forskningsområden:
Neurologi



Jesper Petersson, knuten till universitetet
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Stefan Sennfält, knuten till universitetet, Doktorand
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Teresa Ullberg, knuten till universitetet, Neurolog
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Stefan Sennfält, knuten till universitetet, Doktorand
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Teresa Ullberg, knuten till universitetet, Neurolog
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Jesper Petersson, knuten till universitetet
Neurologi, Lund, Stroke policy och kvalitetsregisterforskning
Forskningsområden:
Neurologi



Bo Norrving, Seniorprofessor
Stroke policy och kvalitetsregisterforskning, Neurologi, Lund, Klinisk strokeforskning
Forskningsområden:
Neurologi

Doktorandprojekt:

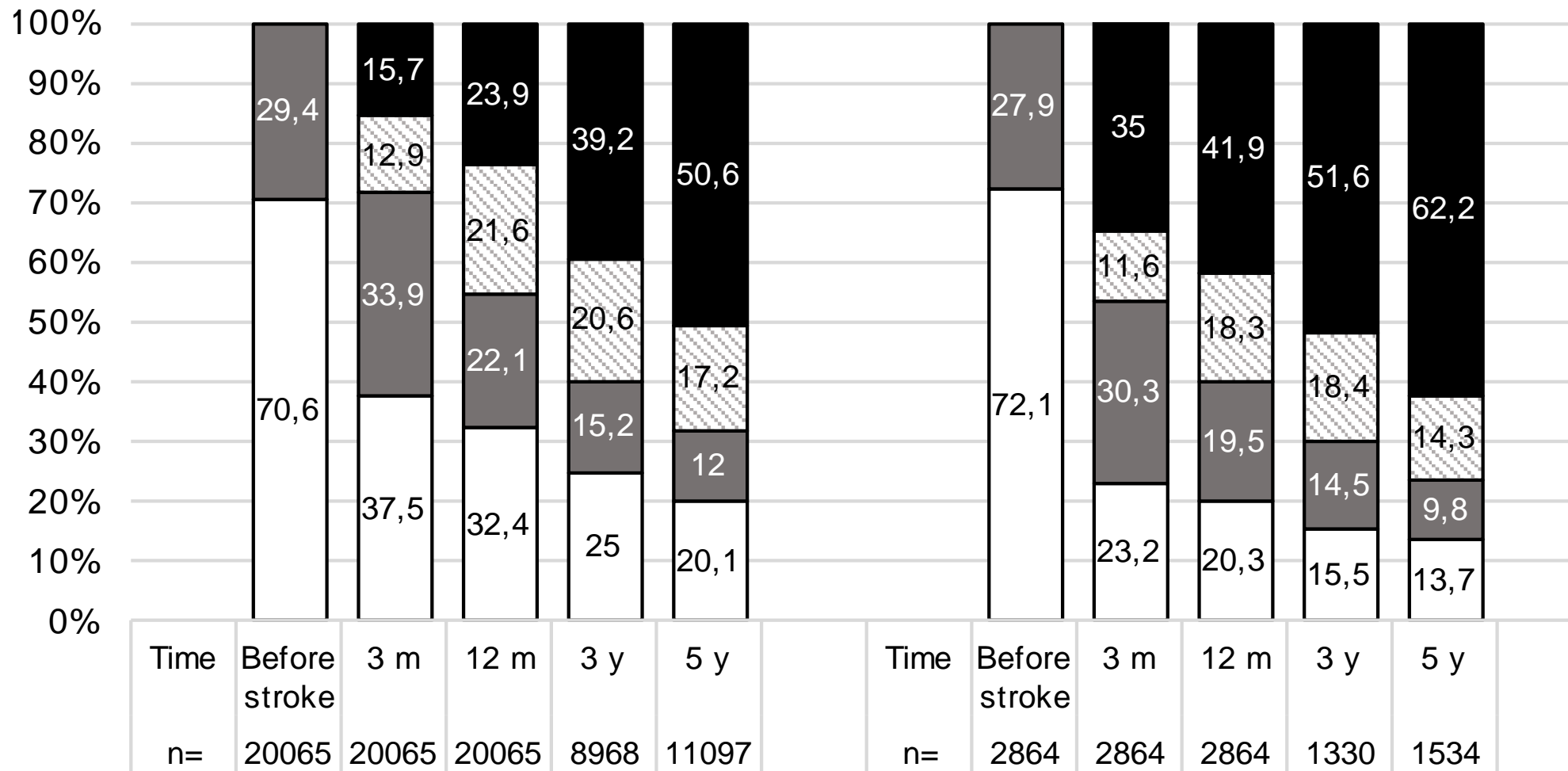
Riksstrokek uppsljning efter 3-5 år

Överlevnad och funktion upp till 5 år efter stroke

3A

Ischemic stroke

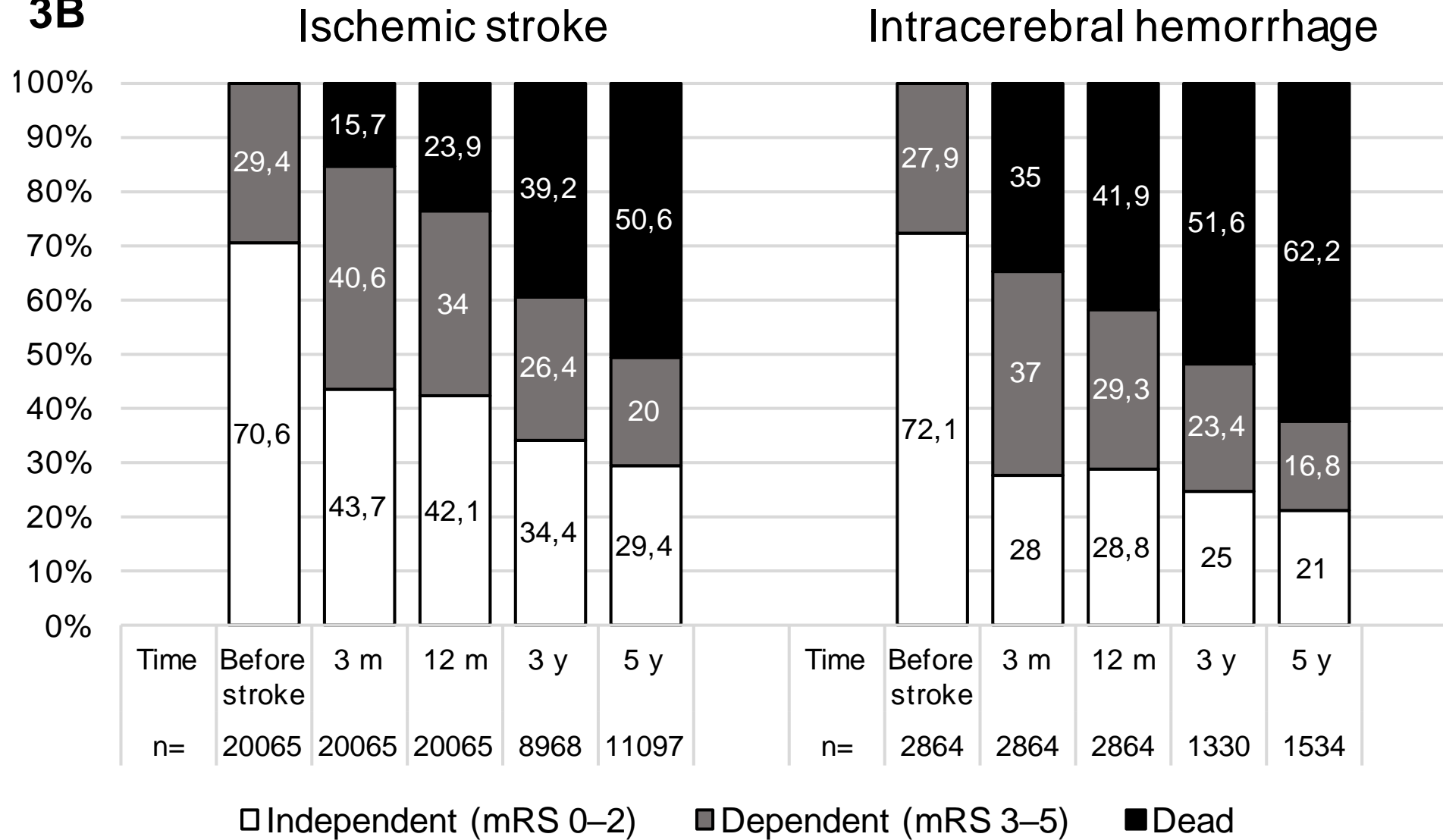
Intracerebral hemorrhage



Independent (mRS 0–2)
 Dependent (mRS 3–5)
 Lost to follow-up
 Dead

Överlevnad och funktion upp till 5 år efter stroke – med imputerade data

3B



Long-term cost-effectiveness of thrombectomy for acute ischaemic stroke in real life: An analysis based on data from the Swedish Stroke Register (Riksstroke)

**Katarina Steen Carlsson¹, Gunnar Andsberg², Jesper Petersson²
and Bo Norrving³**

International Journal of Stroke
0(0) 1-13

© 2017 World Stroke Organization

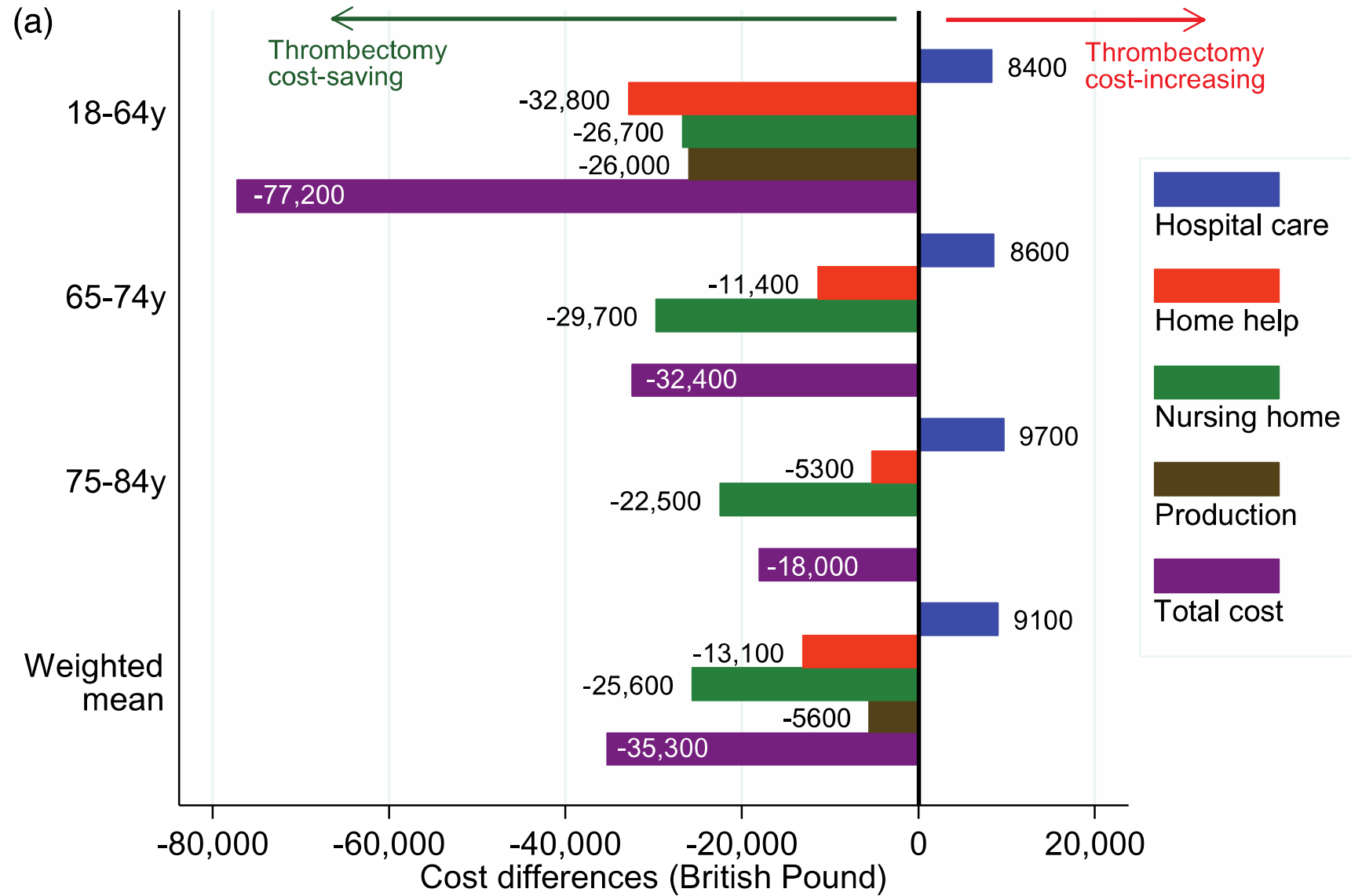
Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1747493017701154

journals.sagepub.com/home/wso





Thrombektomi är starkt kostnadsbesparande för samhället

Dagens program

- 1) Mötets öppnande och praktisk information
 - 2) Senaste resultaten från Riksstroke
 - 3) Timing
 - 4) Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel
 - 5) **Information från Riksstroke**
 - 6) Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke
- LUNCH
- 7) Förbättringsarbeten
 - 8) Formulärsändringar 2019
 - 9) Registrering
 - 10) Riksstrokespriset 2017

Information från Riksstroke

Nya målnivåer Socialstyrelsen och Riksstroke

Strukturdataenkät

Webinarier

Barnriksstroke

EVAS

SAH registrering

Utträde ur registret och registrutdrag

Riksstroke inom den nationella kunskapsstyrningen

Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF)

Tabell 1. Nationella målnivåer för vård vid stroke som genomgått översyn och inte justerats

Indikator	Målnivå
Behandling i akut skede	
S.6 Vård på strokeenhet vid stroke	□ 📺🔔
S.8 Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	□ 📺🔔
Sekundärprevention	
S.11 Blodtryckssänkande behandling efter stroke	12–18 månader efter utskrivning: □ 📺🔔
S.12 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och akut ischemisk stroke	12–18 månader efter utskrivning: □ 📺🔔
S.16 Rökstopp efter stroke	3 månader efter insjuknandet: □ 📺🔔
Patientnöjdhet	
S.23 Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp efter stroke	3 månader efter utskrivning: □ 📺🔔

* Målnivåer på gruppnivå

Tabell 2. Nya och reviderade nationella målnivåer för vård vid stroke

Sjukdoms- område	Nr	Indikator	Målnivå*
Stroke	Behandling i akut skede		
	S.4	Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke	☐ 📄 📞
	S.5	Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (behandlade inom 30 min)	☐ 📄 📞
	S.9	Bedömning av sväljförmåga	☐ 📄 📞
	Sekundärprevention		
	S.14	Statinbehandling efter akut ischemisk stroke	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ■ 📄 📞
	Rehabilitering		
S.18	Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stökteam	☐ 📄 📞	
S.20	Nöjda med rehabilitering efter stroke	3 samt 12 månader efter stroke ☐ 📄 📞	
Stroke och TIA	Karotiskirurgi		
	S.24	Karotiskirurgi inom rekommenderad tid	☐ 📄 📞
TIA	Behandling i akutskede		
	T.1	Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	☐ 📄 📞
	Sekundärprevention		
	T.3	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ☐ 85 📞
	T.5	Statinbehandling efter TIA	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ☐ 📄 📞

* Målnivåer på gruppnivå

RIKSSTROKES NYA MÅLNIVÅER BÖRJAR ANVÄNDAS 2019

Akut stroke

- A. **Täckningsgrad (hög 92%, måttlig 85%)** – Socialstyrelsen, en gång per år.
- B. **Reperfusionbehandlade (hög 20%, måttlig 15%) reviderade målvärden**
(hög 15%, måttlig 10%)
- C. **Andel trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus (hög 50%, måttlig 35%)
reviderad indikator** (tid från ankomst till trombolystid, hög 40min, måttlig 60min)
- D. **Strokeenhet, IVA eller NKK som första vårdenhet (hög 90%, måttlig 80%)**
- E. **Vårdade på strokeenhet, IVA, NKK (hög 90%, måttlig 85%)**
- F. **Andel registrerade med NIHSS (hög 80 %, måttlig 70 %) Ny**
- G. **Bedömning av sväljförmåga (hög 100%, måttlig 90%) reviderade målvärden och nytt namn**
(hög 95%, måttlig 90%)

- H. **Blodtryckssänkande behandling efter stroke (hög 80%, måttlig 70%)**
- I. **Trombocythämmande behandling efter ischemisk stroke utan förmaksflimmer och som inte stod på antikoagulantia (hög 90%, måttlig 85%)**
- J. **Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer (hög 80%, måttlig 70%) åldersbegränsning borttagen, reviderade målvärden (hög 70%, måttlig 55%)**
- K. **Statinbehandling efter hjärninfarkt (hög 80%, måttlig 70%) reviderade målvärden (hög 75%, måttlig 65%)**
- L. **Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt rehabteam koordinerat från strokeenhet (hög 25%, måttlig 10%) NY**
- M. **Uppföljda 3 månader efter stroke (hög 90%, måttlig 85%)**
- N. **Nöjda med rehabilitering efter stroke (hög 87%, måttlig 75%) Ny**

TIA

- A. Strokeenhet som första vårdnivå, TIA (hög 90%, måttlig 80%) Ny
- B. Blodtryckssänkande behandling efter TIA (hög 80%, måttlig 70%) Ny
- C. Trombocythämmande behandling efter TIA utan förmaksflimmer och som inte stod på antikoagulantia (hög 90%, måttlig 85%) Ny
- D. Antikoagulantia vid TIA och förmaksflimmer (hög 85%, måttlig 75%) Ny
- E. Statinbehandling efter TIA (hög 80%, måttlig 70%) Ny

Information från Riksstroke

Nya målnivåer Socialstyrelsen och Riksstroke

Strukturdataenkät

Webinarier

Barnriksstroke

EVAS

SAH registrering

Utträde ur registret och registrutdrag

Riksstroke inom den nationella kunskapsstyrningen

Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF)

Information från Riksstroke

Nya målnivåer Socialstyrelsen och Riksstroke

Strukturdataenkät

Webinarier

Barnriksstroke

EVAS

SAH registrering

Utträde ur registret och registrutdrag

Riksstroke inom den nationella kunskapsstyrningen

Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF)

Samverkan för en mer
kunskapsbaserad, jämlik och
resurseffektiv vård

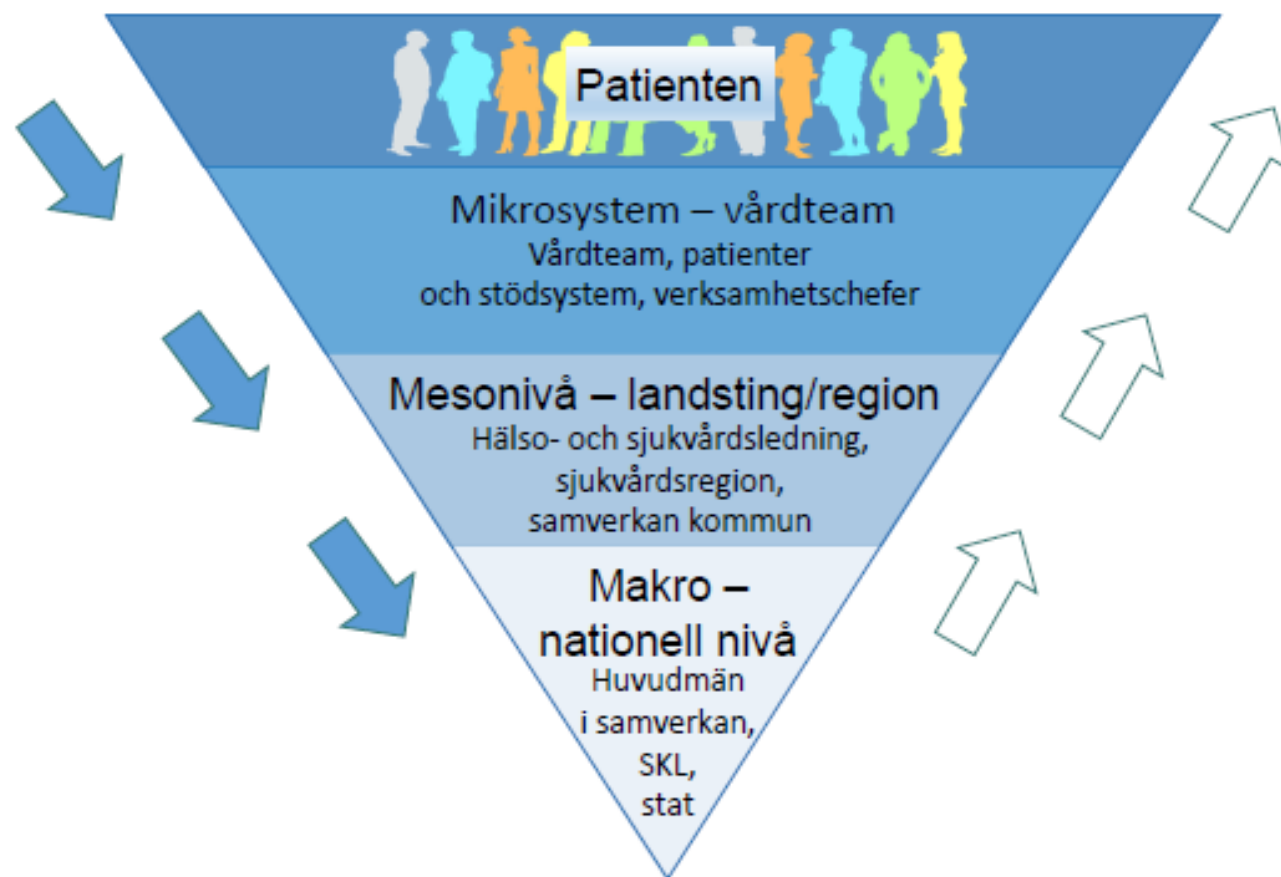
Landsting och regioners system för kunskapsstyrning

Mats Bojestig, ordf. Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan

Landsting och regioners
system för kunskapsstyrning

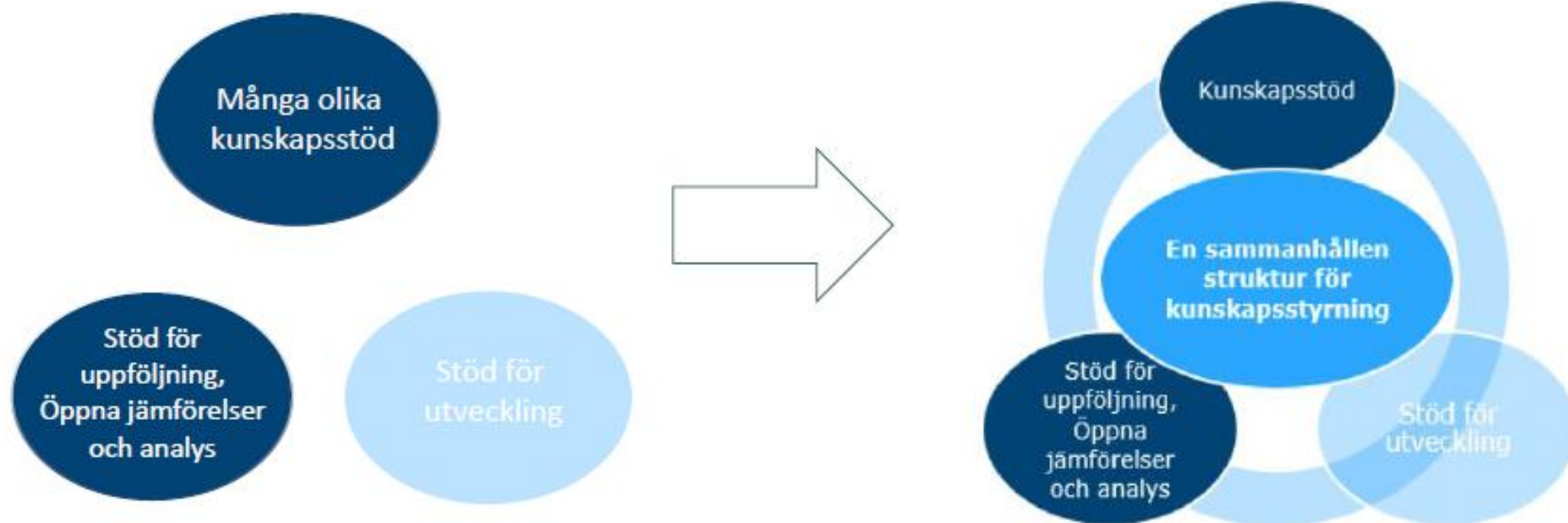


Samspel för kunskapsstyrning



Landsting och regioners
system för kunskapsstyrning

Inte göra mera – bara mera tillsammans!



Landsting och regioners
system för kunskapsstyrning

Nationella Programområden (NPO)

(Regionalt värdskap)

Respektive NPO speglar hela vårdkedjan: prevention, primärvård, specialistvård, rehabilitering, omvårdnad etc.

Akut vård

Infektionssjukdomar

Cancersjukdomar
(utgörs av RCC i samverkan)

Endokrina sjukdomar

Psykisk hälsa

Nervsystemets sjukdomar

Ögonsjukdomar

Öron-, näsa- och halssjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar

Lung- och allergisjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar

Hud- och könssjukdomar

Mag- och tarmsjukdomar

Njur- och urinvägssjukdomar

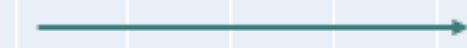
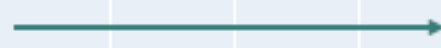
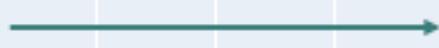
Kvinnosjukdomar och förlossning

Barn och ungdomars hälsa

Sällsynta sjukdomar

Tandvård

Nationella primärvårdsrådet



Nationella samverkansgrupper (NSG)

Metoder för kunskapsstöd

Kvalitetsregister

Uppföljning och analys

Läkemedel/medicinteknik

Forskning/Life Science

Patientsäkerhet

Tillfälliga satsningar

Sammanställning NPO och nationella arbetsgrupper (NAG)



Sammanställning NPO

- 6 regionala ledamöter och en processledare
- Representanter från respektive sjukvårdsregion
- Bred professionell kompetens inom fältet och med ett regionalt mandat

Sammanställning NAG

- Experter (primär- och specialistvård)
- Kvalitetsregister
- Patientföreträdare
- Vårdprogram
- Om relevant: kommunrepresentant

- Arbetet stöds av processledaren för NPO samt stödfunktion på SKL
- Representation från samtliga regioner
- Jämn könsfördelning ska eftersträvas
- Multiprofessionell sammansättning samt representativitet från primärvård och sjukhus



Anna Benemark
Processtöd



Martin Gunnarsson
Uppsala-Örebro



Jonatan Salzer
Norra



Mia von Euler
Stockholm-Gotland



Mikael Edsbagge
Västra



Jesper Petersson
Södra
Ordförande



Patrick Vigren
Sydöstra

Nationella Kvalitetsregister

Vision och mål

Vision: Nationella kvalitetsregister ska bidra till att rädda liv och uppnå jämlik hälsa och användas aktivt för uppföljning, lärande, kvalitetsutveckling, förbättring, forskning samt ledning.

- Vidare ska kvalitetsregistren vara **en integrerad del i ett nationellt hållbart system för den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen** av svensk hälso- och sjukvård och ett viktigt **stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa och resurseffektiv vård och omsorg.**
- Nationella kvalitetsregister ska också **användas i förbättringsarbete** i vårdens och omsorgens verksamheter samt som **kunskapskälla för klinisk forskning, inklusive samarbete med Life science-sektorn.**



Landstingens ansvar

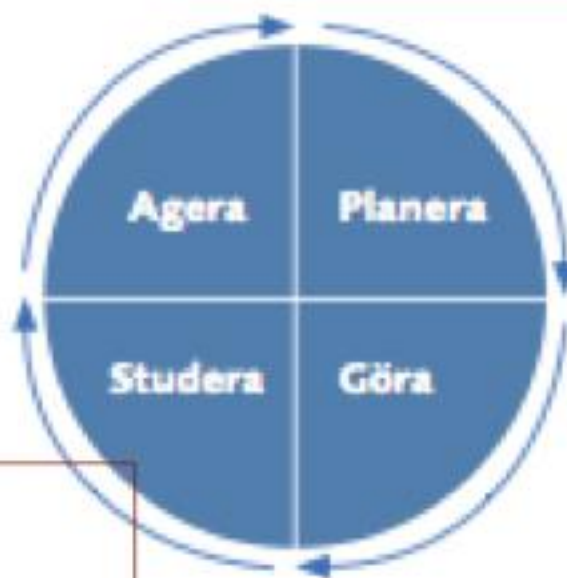
- **Integrera kvalitetsregistren i kunskapsstyrningen** av hälso- och sjukvården, tillse att samtliga kvalitetsregister som beviljas medel uppnår **hög anslutnings- och täckningsgrad** samt *tillse att system och tid* säkras som möjliggör att registren används som en integrerad del i **förbättringsarbete** på såväl mikro-, meso- och makronivå.



Följa data direkt

- Dashboard online
- Registeranvändning i det dagliga arbetet

*Kunskapsstöd och
Kvalitetsregistret
Integrerat i
kvalitetscirkeln*



Riksstroke:

- Akut stroke/TIA/Barn
- Uppföljning 3 mån PROMS
- Uppföljning 1 år PROMS
- Målnivåer rel till kunskapsstödet
- Årsrapport ("årsbokslut")
- Patientvänliga data
- Webinarier med info

Kunskapsstöd

- Nationella Riktlinjer SoS
- Nationella Strokerådets rekommendationer
- Lokala/regionala riktlinjer

Var hade vi stått idag utan kvalitetsregistret för stroke?



- Famlat i blindo
- Ingen möjlighet att följa och styra utvecklingen
- Ingen möjlighet att ta fram strategierna hur strokevården skall klaras, och utvecklas framöver!

Dagens program

- 1) Mötets öppnande och praktisk information
 - 2) Senaste resultaten från Riksstroke
 - 3) Timing
 - 4) Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel
 - 5) Information från Riksstroke
 - 6) **Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke**
- LUNCH
- 7) Förbättringsarbeten
 - 8) Formulärsändringar 2019
 - 9) Registrering
 - 10) Riksstrokepriset 2017

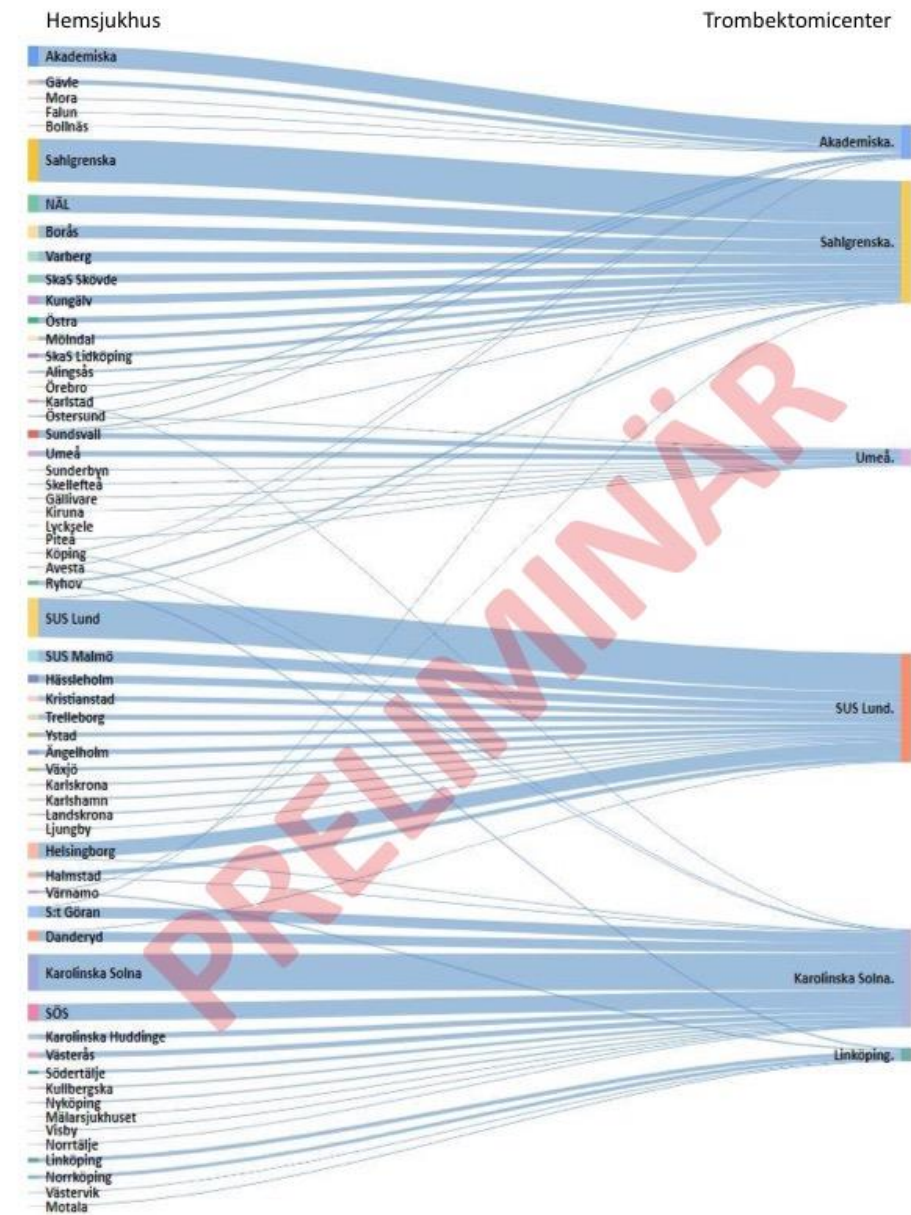
Dagens program

- 1) **Mötets öppnande och praktisk information**
- 2) **Senaste resultaten från Riksstroke**
- 3) **Timing**
- 4) **Aktuell Forskning och pågående studier med Riksstrokedata – några exempel**
- 5) **Information från Riksstroke**
- 6) **Nationell arbetsgrupp för stroke – NAG Stroke**

LUNCH

- 7) **Förbättringsarbeten**
- 8) **Formulärsändringar 2019**
- 9) **Registrering**
- 10) **Riksstrokespriset 2017**

Förflyttningar för trombektomibehandlade



Figur 32. Översikt över hur trombektomipatienter flyttats för att få behandling, 2017.

Formulärsändringar 2019

- arbete med ordningen

- Förflyttningar mellan sjukhusen
- Första sjukhus/utskrivande sjukhus
- Logisk ordning som följer patienten
- Kunna registrera de åtgärden sjukhuset gjort

Nya frågor
Ändring formulering
Strukna frågor

Ankomst

- Patienten var redan inlagd på sjukhus eller var redan på akuten vid detta strokeinsjuknande |__|
1= ja 2= nej

Patient som insjuknar på akuten räknas som "inlagd"

- Triagerad till första sjukhus |__|
1=ja 2 =nej 9=okänt

Vad menar vi med triagering? Viktigt med förklarande text i Vägledning.

DT- angiografi genomförd i direkt anslutning till 1:a DT

1= ja

2 = nej

9= okänt

DT - perfusion genomförd i direkt anslutning till 1:a DT

1= ja

2 = nej

9= okänt

Sväljförmåga

Bedömning av Sväljförmåga ~~testad~~ genomförd | ___ |

1= ja (dokumenterad i journal) 2= nej/okänt (ej utfört eller dokumentation saknas i journal)

3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient

- Anpassad till formulering i socialstyrelsens nya målnivåer

Trombektomi

Ankomst till sjukhus med trombektomi-center

Ankomstdag (ÅÅMMDD) |__|__||__|__||__|__|

Tidpunkt för ankomst (TIM.MIN) |__|__|. |__|__|

**Ange Riksstroke sjukhuskod där trombektomi
genomfördes** |__|__|__|

888= utlandskod 999= okänd sjukhuskod

110 - Akademiska

116 - Sahlgrenska

118 - NUS Umeå

141 - SUS Lund

143 - Karolinska Solna

146 - Örebro

147 - Linköping

888 – Utlandskod

Trombektomi blocket

Ange Riksstroke sjukhuskod för patientens hemortssjukhus enligt folkbokföringen |__|__|__|

888= utlandskod 999= okänd sjukhuskod

Önskemål om ny fråga. Frivillig fråga?

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Svarsalternativ 1= ja 2= nej 3= nej, planerad insättning
inom 2 v efter utskrivning 4= ja, ingår i klinisk studie
9= okänd

Diagnostik

DT- angiografi genomförd efter första dygnet. (tex undersökning i samband med carotisutredning, Avser inte DT-perfusion.)

~~1~~ ~~2~~

~~1a= ja i direkt anslutning till första datortomografin 1b= ja, senare under vårdtiden~~

~~2= nej 3= undersökning inom 28 dagar före insjuknande 9= okänt~~

~~Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi~~ ~~1~~ ~~2~~

~~(fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde)~~

~~1= halskärlen 2= intrakraniella kärl 3= både halskärl och intrakraniella kärl 9= okänt~~

REHABILITERINGSPLAN EFTER UTSKRIVNING

Tidig understödd utskrivning med fortsatt koordinerad rehabilitering från strokeenhet med multidisciplinärt rehabiliteringsteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens från akutvård eller eftervård

1= ja 2= Nej 9= okänt

Även kvar i svarsalternativen vid utskrivning från akutvård respektive eftervård

Målnivå Socialstyrelsen Mars 2018. Riksstroke kommer att använda de reviderade målnivåerna 2019 i redovisningen av verksamhetsdata från 2018 och framåt.

Patienten har fått en skriftlig Rehabiliteringsplan vid utskrivningen.

|__|

1= ja 2a = nej 2b =Fullt återställd, ej behov 9= okänt

- Nationell arbetsgrupp stroke

Diskussion

- Frågor från användarna, se PP - Hannele
- Visa Plattform, funktioner i dashboard – Per
- Statistikfrågor – statistikerna
- Missing – Maria S
- Omvårdnadsvariabler

Frågor användare

- Avlidandedatum efter planerad uppföljning - 120 dagar
- Ägande sjukhus
- Ankomstdag ins dag AK. Se svar Signild
- Rehabplan
- Tider

Tider

Pat A ramlar kl 13 =insjuknandetid

Kommer till akuten 1330

Till läkaren berättar pat kl 1400 ="ankomst till sjukhus" (- för strokesymtom) att han nog blev svag i benet innan han ramla. Rädda Hjärnan dras på akuten 1415. Ct görs. Acilyce startas 1445. När är Door-tiden?

Pat B ramlar kl 13.

Kommer till akuten 1330.

Träffar läkaren kl 1400 som upptäcker 1405 =insjuknandetid (på sjukhus) en svaghet som pat förnekar varit innan. Rädda hjärna dras på akuten 1415. Ct görs.

Actilse startas 1445. När är Door-tiden?

Pat C vaknar med övergående hjärtklappning hemma.

Söker akuten kl 1105

Träffar läkaren 1400 och får akuta strokesymtom 1405 =insjuknandetid (på sjukhus) och Rädda hjärnan dras på akuten.

Räknas detta som insjuknande ineliggande? Eller vilken blir Door-tiden annars?