

FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED DATA FRÅN RIKSSTROKE 2020

Sammanfattning

Insamlade uppgifter om avslutade och pågående förbättringsarbeten inom strokesjukvården på i Riksstroke deltagande sjukhus. Insamlingen har skett under 2020 och innehåller uppgifter som sjukhusen själva har inrapporterat.

Innehåll

| | |
|---|---|
| Förbättringsarbeten med data från Riksstroke..... | 2 |
| 1.Akademiska, Uppsala..... | 3 |
| 2 Arvika..... | 3 |
| 3 Avesta..... | 4 |
| 4 Helsingborg..... | 4 |
| 5 Karlskoga..... | 4 |
| 6 Köping..... | 5 |
| 7 Landskrona..... | 6 |
| 8 Lund..... | 6 |
| 9 Sahlgrenska..... | 7 |
| 10 Sunderbyn..... | 7 |

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke

Pandemiåret har varit en tuff utmaning för oss alla på många plan, professionellt och personligt, och få saker har haft en så genomgripande inflytande på vårt svenska samhälle som covid-19. Sjukvården har varit extremt hårt belastad, och effekterna har också setts på strokevården. Under 2020 har vi fått in mindre antal förbättringsarbeten men vi gör även i år en sammanställning av de förbättringsarbeten med hjälp av Riksstrokedata som sjukhusen rapporterat in. Dessa frågor ställde vi till sjukhusen.

1. På vilket sätt har registerdata använts för verksamhetsutveckling och lokalt förbättringsarbete?

- Ge en beskrivning, med konkreta exempel, över hur registerdata har använts för kliniskt förbättringsarbete, lärande och verksamhetsutveckling.

2. Vilka resultat av registerbaserat förbättringsarbete har uppnåtts på lokal, regional och nationell nivå?

- Vad i vården har blivit bättre?

3. Hur har de patientrapporterade måtten använts för att förbättra vården (uppgifter från Riksstroke 3-månaders och 1-årsuppföljning)?

1. Akademiska

Vår vision är: ”Strokevård till hundra procent”

- Vi drar patienterna till oss. Vi har på olika sätt jobbat med och informerat vårdplatskoordinatorer om vikten av att patienter med misstänkt stroke och TIA läggs in på strokeavdelningen. Vi följer detta med indikatorn på dashboarden och ser att vi har förbättrat oss. ”Plupparna redovisas på sektionsledning och AC och verksamhetschef tar med och visar sjukhusdirektör.
- Vi följer riktlinjerna. Vi jobbar mot ”gröna pluppar” på dashboarden. Vi har gjort extra arbeten både med att förbättra sväljbedömning genom olika utbildningsinsatser både på strokeenheten och enheter utanför och att förbättra andelen gjorda NIHSS-bedömningar vid inläggning genom olika informationsutskick etc. Vi jobbar också med att hitta nya lösningar för att öka andelen uppföljda och öka nöjdheten med rehabilitering. Därtill håller vi koll på att sekundärpreventionen ligger bra till med hjälp av dashboarden.
- Vi väver samman vård och forskning. Här har vi just nu framför allt Timing-studien.

Vi använder oss av registret för att följa upp förbättringsarbeten i Rädda Hjärnan spåret där vi jobbar mot att förkorta ledtiderna till både trombolys och trombektomi. Vi kan se i registret att vi har fått bättre ledtider. När det gäller trombolys har vi nu gått över till att ge Metalyse i stället för Actilys så nu använder vi oss av registret för att hålla extra koll på eventuella blödningskomplikationer. När det gäller ledtider till trombektomi så har narkos- och röntgenpersonal jobbat ihop sig så att arbetet på angiolab flyter på mycket bättre och därmed har ledtiden förbättrats. Vi använder registret för att följa ledtider och då kan vi även separera för våra egna patienter och de som kommer från sjukvårdsregionen. Vi behöver jobba vidare med flödena separat för att ytterligare kunna förbättra ledtiderna.

Med hjälp av dashboarden kan vi se att vi har förbättrat oss genom åren.

Vi håller också koll på information om körkarens och rökstopp. Vi har utvecklat en rutin för körkort med uppföljning och nu använder vi registret för att se att vi håller en hög andel som får information och uppger att de har fått information. När det gäller rökstopp kan vi se att vi behöver fortsätta jobba med det.

Vi har delat in vår strokevårdkedja i tre olika arbetsgrupper där de olika grupperna har varsin del av kedjan som passar där de befinner sig. Samtliga grupper tittar på RS-data som lämpar sig för sin grupp.

2 Arvika

Under våren 2019 gjorde vi en stroke triangelrevision tillsammans med de två övriga sjukhusen i Värmland. Det baserades mycket på siffror ur Riksstroke. Resultatet för Arvikas del blev bla. att vi skall utveckla ledning/processgrupper så att fler professioner representeras. Vi kom bra i gång, men efter mars 2020 har det mesta legat nere pga. Corona. Sedan december 2019 har vi ändrat rutinen för trombolysbehandlig. Tidigare gavs Actilys på IVA men nu ges Metalyse på röntgen vilket har ökat andelen behandlade inom 30 min. Vi har också sedan maj 2020 kommit i gång med mobilt stroketeam. Uppehåll under sommaren. Mer focus på skriftlig rehab. plan vid utskrivning. Fortsatt arbete att förbättra NIHSS vid inläggning samt bedömning av sväljförmåga.

3 Avesta

Vi arbetar ständigt med förbättringar för att uppnå hög målnivå och för att få till en strokesjukvård med hög kvalitet. Bland annat har vi startat upp Webb-StrokeKompetensUtbildning, första gången lokalt på egen hand under hösten 2019 och planerar att starta upp ett nytt team vartefter för att säkerställa kompetensen hos personalen, där ingår bland annat om vikten av att utföra sväljttest i akutskedet.

Vi använder de utpekade målområdena som stöd i förbättringsarbeten. Vi har märkt att det framför allt är viktigast att arbeta med implementering av rutiner och arbetssätt till nyanställd personal, tex hur viktigt det är med vård på strokeenhet, direktinläggning på strokeenhet, läkemedelsbehandling mm. Vi har utsedda personer för att säkerställa implementeringen av rutiner (en grupp som sattes samman efter triangelrevisionen som utfördes 2016). Sen träffar avdelningschefen alla underläkarvikarier, AT- samt ST-läkare under deras schemalagda introduktion, för att berätta om rutiner, arbetssätt och vårdprogram som gäller (vårdprogrammet är länsgemensamt och uppdateras regelbundet. Vi har också märkt att vissa saker fungerar bra och utförs korrekt, men tyvärr brister i dokumentation, tex första NIHSS utförd av läkare på akuten, som är korrekt ifyllt på papper har vi nu säkrat upp så det även blir registrerat i journalsystemet och därmed sedan även i Riksstroke.

Verksamhetsutvecklaren skriver ut målområdena kvartalsvis och sätter upp på klinikens ”mätetavla” för information till all personal om hur vi ligger till. Statistiken presenteras även i verksamhetsberättelsen varje år.

Vi fortsätter ”brottas” med Uppföljda i Riksstroke 3 månader efter stroke, tyvärr är det svårt att få svar. Vi har infört en rutin att strokesjuksköterskan, under sitt uppföljande besök efter 1 månad, uppmuntrar patienten att svara och/eller, vid uteblivet svar, efter skriftlig påminnelse, även ringa och erbjuda hjälp att fylla i och svara, dock när vi fortfarande endast måttlig målnivå.

2016 Startat trombolysbehandling

2017 Startade hemrehabilitering

2019 Startat lokal StrokeKompetensUtbildning (Webb-SKU)

Projekt: ”Fysioterapeut som stöd på akutmottagning vid bedömning av patienter med misstanke om TIA/Stroke med diffusa symptom Avesta lasarett”

Generellt bättre följsamhet till vårdprogram och nationella riktlinjer

4 Helsingborg

Under detta år har det inte blivit mycket förbättringsarbete, men vi tittar ju hela tiden på hur det ser ut med door-to-needle-tiden och på vilken som är första vårdavdelning. Man försöker hela tiden förbättra tiderna. Vårdavdelning kan vi tyvärr inte styra själva. När det är jouren som lägger in är det inte alltid prio på att det ska vara rätt patienter till avdelningen. I detta läge har jag inte mer att säga om förbättringsarbeten.

5 Karlskoga

Strokesjuksköterska tar kontinuerligt ut siffror och trendkurvor samt journalgranskar de fall där det finns tveksamheter för om möjligt hitta orsaker som kan åtgärdas eller förändras i handhavande. Detta lyfts med avdelningschef samt verksamhetschef. Aktuella siffror redovisas kontinuerligt på APT samt på tavla på avdelningen. Positiva siffror används som positiv feedback för personal och brister lyfts i t ex läkargruppen eller annan berörd personal.

Checklistor och informationsmaterial tas fram utifrån riskstrokes och Socialstyrelsens kriterier.

De senaste åren har mycket arbete lagts på god strokevård samt jämlik vård för stroke/TIA patienterna, med mycket fokus på sekundärprevention. Informationsmaterial till patient och anhöriga har tagits fram. Löpande diskussioner kring förbättringar sker. Webbstrokeutbildning pågår för all personal som arbetar med stroke. Strokemottagningen har utvecklats och är nu en välfungerande mottagning med fokus på sekundärprevention, livsstil och hälsa samt stöd för patient och anhörig.

Halv- och helårsrapport av 3-månadersuppföljningen tas fram av strokesjuksköterska och redovisas för avdelningschef samt klinikchef. Siffrorna sammanställs och redovisas för personal på avdelningen samt diskussioner förs på APT kring patienternas åsikter i syfte att förbättra eller ge feedback för bra resultat.

6 Köping

Externa Stroke Teamet startade för drygt två år sedan och deras syfte är att understödja tidig utskrivning från sjukhuset. Deras upptagningsområde är Köping, Arboga, Kolsva, Kungsör och Hallstahammar (KAK-området). EST-teamet består av fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, logoped, undersköterska och kurator. Dietist finns att tillgå vid behov. Patienterna rondas en gång i veckan av ansvarig läkare på dagrehab. Träningsprogrammen utgår från patientens personliga förutsättningar och mål: Dessa program sätts ihop tillsammans med patienten av fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped som sedan delegerar träning till undersköterska. EST kan ha tränat "patienten" i hemmet med balans, styrka, koordination, tal, skrift och även social träning tex våga ut o promenera, gå till affären. Stöttning av EST kan vara ca 2–6 veckor. Sedan kan dagrehab ta över om behov finns.

NIHSS

Journaltabell i cosmic har skapats för att få en förenklad NIHSS-dokumentation. Dokumentationen med journaltabellen gör också att det är lättare att följa förändringar i patientens mående och hälsotillstånd. Läkaren kan se samma information via journalen vid till exempel läkarkontakt på jourtid eller på ronderna. Detta har ökat patientsäkerheten.

Utbildning

Personalen går olika webbutbildningar inom omvårdnad till exempel trycksår, munhälsa och fallprevention. Det pågår på hela medicinkliniken och avdelningen ständigt förbättringsarbete angående dokumentationen i Cosmic. Syftet är att dokumentationen skall bli tydligare, strukturerad och mer lättläst.

Personal från strokeavdelningen och rehabenheten utbildar undersköterskor och sjuksköterskor på avdelningen och kliniken. En kunnig undersköterska från avdelningen är ute på andra avdelningar på sjukhuset och informerar om NIHSS och akut omhändertagande. Vi ser brister gällande diagnoskoder som ibland blir fel dokumenterade i patientjournalen. Läkare tillsammans med läkarsekreterare sätter diagnoskod i patientjournal. Vi ser ett utbildningsbehov och planering finns att göra detta under 2020 för och i första steget läkarsekreterarna på kliniken. Utbildningen är en kortare variant med STROKE/symtom/behandling/rehab och diagnoskoder utifrån Riksstrokes mall. Stroke-Webb utbildning sker kontinuerligt på kliniken. Föreläsning om Stroke sker kontinuerligt av van personal, både på andra enheter och offentligt.

Omvårdnadsvariabler

Vi har arbetat aktivt med att samtliga patienter som läggs ska det göras riskbedömningar på: för fall, trycksår och munhälsa. Receptionisten journal granskar måndag-fredag om ROAG är gjort på inläggande patienter om inte läggs en påminnelse "ROAG-lapp" ut till aktuellt team. Receptionisten bedömer även om ny ROAG bedömning behöver göras innan utskrivning om vårdtiden är lång eller om risk för ohälsa i munnen finns vid första bedömningen. Denna åtgärd har gett resultat och markant ökning av utförda bedömningar och åtgärder utförs.

Journalgranskning gällande journaltabell för fall och trycksår endast sker sporadiskt.

Uppföljning av detta sker klinikövergripande av klinikens utvecklingssjuksköterska som ger återkoppling till respektive enhet.

För några år sedan skapades rutin med att samtliga patienter som läggs in med misstänkt stroke/TIA eller konstaterad skulle det göras en bladderscan på. Genom att påminna varandra så har den rutinen börjat fungera. Vilket förhoppningsvis visar sig i registreringen av omvårdnadsvariabler som vi startade 2019. Omvårdnadsvariabel munhälsa har registerats sedan 2018 övriga omvårdnadsvariabler från. Det är en del av förbättringsarbete för att kunna följa och utvärdera omvårdnaden runt strokepatienten och göra vården ännu bättre för dessa patienter i framtiden

Sväljbedömningar

Det planeras utbildning i sväljbedömning av logoped under hösten 2020. Några vana undersköterskor ska kunna avlasta logopeden, samt bedöma lämpligt intag per os. Framför allt under helger och kvällar när ingen logoped tjänstgör.

Strokemottagningen

Strokemottagningen består av sjuksköterskor och en läkare som rondar aktuella patienter en gång i veckan. Uppföljningsbesök sker hos sjuksköterska efter 3 månader från insjuknande datum. Vi såg att patienten kunde ha besvär i vardagen som hade behövts fångas upp tidigare. Beslut togs att telefonuppföljning skulle ske till patienter som skrivs ut till hemmet 1 månad efter insjuknande. Förbättringsarbete och checklista för dessa samtal togs fram.

Telefonuppföljningens syfte är att fånga upp svårigheterna, läkemedelsbiverkningar, kvarvarande symtom och besvär för att sedan vid behov skriva remiss till övriga profession eller enheter.

7 Landskrona

Situation i landet pga. coronapandemi har ändrat på många saker. Vi har tittat på data i registret, diskuterat om vi kunde hjälpa våra patienter från Landskrona direkt på akuten med trombolys. Det var många pussel som skulle sättas ihop för det, och sen kom pandemi, så det blir inget nu i året. Har gått genom hur rehabilitering på våra patienter har fungerat efter utskrivning. Det var en hel del, de var nöjda, med vård i Landskrona, och efter vård på korttidsboende, hemrehabilitering med mottagnings teamet som det heter i Landskrona. Våra strokepatienter som behöver logopeduppföljning, följs på mottagning av duktig logoped, och det är mycket bra accepterat. Vår strokeenhet har varit co vid enhet, nu under vår och sötmar, och vi ska försöka ta hand om våra strokepatienter så bra så möjligt.

8 Lund

Har jobbat mycket med sväljbedömningar och registrering av detta. Jobbar med larmspåret för att förbättra våra tider. En ökning i dokumenterad sväljbedömning.

9 Sahlgrenska

Vi använder aktivt Riksstroke:

- för att öka andelen patienter som skrivs in på Strokeenheten som första vårdenhet genom att frigöra platser. Avblåsta larm - patienter från Östra/Mölnadal går åter direkt till sina hemsjukhus och larmpatienter från regionen som fått behandling återgår till hemsjukhus efter 24 tim. På så vis ökar vi antalet platser att ta emot strokepatienter på.
- som ett mått för att se att vi uppfyller Nationella riktlinjer för god strokevård. Vid försämrade resultat analyserar vi varför och hur vi ska göra för att få bättre resultat och varför vi inte når målet. Tex för att öka andelen patienter som svälj testas inom 24 h och patienter som skrivs ut med hypertoni-och/eller statinbehandling.
- För att se om vi håller målet för behandling med NOAK på patienter med FF och emboliskstroke.
- för att följa medicinska parametrar i kvartalsrapporter
- för att förbättra vård- och läkemedelsberättelsen genom att se vilken information patienten får tex ang. körkort, rökning och uppföljning.
- för att upptäcka om det finns TIA-patienter på akuten som ej behandlas inlaggande
- för att hålla nere tex. DTN-tiden. Ser vi en ökning kollar vi vad som hänt och se hur det kan förbättras.
- för att förbättra tiden då patienten kommer från första sjukhus hit till trombektomicenter och hur lång tid det tar innan trombektomin startar.
- Vi försöker med hjälp av Riksstrokes statistisk att motivera personalen.

10 Sunderbyn

Data från Riksstroke följs upp en gång per månad och presenteras för personalen på processutvecklingsträffar där hela teamet är närvarande.

En gång per år (i mars) har vi resultatdag för all personal. Föregående årsresultat för vår enhet tas ut från registret. (Kan inte använda den nationella årsrapporten eftersom den kommer ut så sent på året) Resultaten presenteras och analyseras i personalgruppen. Förbättringsområden identifieras och utifrån det väljs aktuella prioriterade områden ut. Förbättringsområden överförs till en handlingsplan för förbättringsarbeten och prioriterade områden överförs till målstyrkorterna som följs upp löpande under verksamhetsåret. Resultaten presenteras även i Kompetenscentrum Rehabiliteringsmedicins årsrapport som finns tillgänglig för personal och allmänhet på enhetens webbsida.

Sväljbedömning. För två år sedan hade vi låga resultat för sväljbedömning. Bedömningarna genomfördes men vi var inte så bra på att registrera det. Siffrorna har förbättrats mycket sedan vi aktivt har arbetat med området, tex att noggrant journalföra sväljbedömningarna. Vi kollar att sväljbedömning är gjort när vi tar över patienten från andra avdelningar och gör annars en egen bedömning på avdelningen. Alla på avdelningen hjälps åt att uppmärksamma detta och att det står inskrivet i vårdplanen.

NIHSS efter 24h. Vi arbetar med att förbättra denna siffra. På vår PULS-tavla för daglig styrning har vi nu introducerat en knapp märks NIHSS. Syftet är att komma ihåg att påminna

avdelningsläkaren om att göra NIHSS. Detta finns numera även med i Strokeövervakningslistan.

NIHSS vid ankomst. Läkarna arbetar med att förbättra NIHSS vid ankomst. ST-läkare Tove Floderus har som kvalitetsgranskningsprojekt engagerat sig i frågan och vid ett par tillfällen informerat kollegorna om vikten att NIHSS registreras vid ankomst för alla strokepatienter. Detta sker med NIHSS som används på akuten där varje fråga besvaras av jourläkaren och pappret följer patienten till avdelningen som sedan skannas.

Första vårdinstans strokeenhet, IVA, NKK. Det har tagits upp på strokemöten att jourläkare ska försöka tänka på att strokepatienter läggs in på strokeenheten i första hand. Det är också uppmärksammat hur man kan göra byten mellan avdelningar, t ex inte lägga in så många utlokaliserade patienter om det inte absolut behövs.

Tidig understödd utskrivning till hemmet. Vi har ett pågående förbättringsarbete där teamet arbetar på att öka antalet patienter som har kontakt med det multidisciplinära teamet. Vi ser över indikatorer som kan visa på förbättringar/ökad nöjdhet hos patienterna.

Täckningsgrad. Vi har haft en lägre täckningsgrad än önskat och under året har vi analyserat orsakerna till detta. Vi har reviderat rutinen för att säkerställa att vi har kontroll på alla patienter som legat inne på sjukhuset pga. stroke. En ansvarig person på avdelningen är tillsatt för att kontrollera patientlistor och registrera i Riksstroke.

Lokal nivå på Sunderby sjukhus:

Andelen trombolysbehandlade inom 30 min: ökat från 43% 2018 till 69 % 2020 (gått från gult värde till grönt värde)

Strokeenhet/IVA/NKK som första instans: Ökat från 71 % 2018 till 88 % 2019. Under 2020 har covid påverkat vårdplatssituationen och vi har 2020 ett värde på 76 %.

NIHSS vid inläggning har gått från 19 % 2018, till 43 % 2020.

Bedömning av sväljförmåga har ökat från 72 % 2018 till 94 % 2020.

Statinbehandling efter ischemisk stroke har ökat från 76 % 2018 till 86 % 2020. Den har gått från gult till grönt.

Nöjda med rehabilitering efter stroke har ökat från 73 % 2018 till 79 % 2020, dvs från vitt till gult.

Tidig understödd utskrivning till hemmet har gått från 13 % 2019 till 68 % 2020, från gult till grönt värde.

Sammanfattning:

2018 hade vi 4 gröna och 4 gula värden av de 13 indikatorerna.

2019 hade vi 5 gröna och 6 gula värden av de 14 indikatorerna.

2020 har vi hittills 7 gröna och 3 gula värden av de 14 indikatorerna. (Detta trots inverkan av covid-19 på hela sjukhusets personal- och vårdplatssituation)

Vi har arbetat med att förbättra informationen om sjukdomen till patienter och närstående.

Kurator har regelbundet öppna grupper där patienterna inbjuds att delta medan de är inlagda på sjukhuset. Vår rutin är att sjuksköterska/undersköterska delar ut informationsbroschyr. Läkarnas skriftliga sammanfattning över vårdtiden (PINF=patientinformation) innehåller information om levnadsråd efter stroke.

Vi har även en egen enkät som vi delar ut inför utskrivningen. Där finns frågor som är något mer specificerade för vår enhet och dessa resultat arbetar vi aktivt med och följer upp månadsvis på våra målstyrkort.