

FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED DATA FRÅN RIKSSTROKE 2021

Sammanfattning

Insamlade uppgifter om avslutade och pågående förbättringsarbeten inom strokesjukvården på i Riksstroke deltagande sjukhus. Insamlingen har skett under 2021 och innehåller uppgifter som sjukhusen själva har inrapporterat.

Innehåll

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke	2
Andel som använder dashboarden på Riksstrokes hemsida	2
1. Akademiska	3
2. Danderyds sjukhus	4
3. Höglandssjukhuset Eksjö	4
4. Kungälv's sjukhus.....	5
5. Köping/Fagersta	6
6. Landskrona lasarett	7
7. S:T Görän	7

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke

Vi på Riksstroke gör varje år en sammanställning av de förbättringsarbeten som sjukhusen gjort under året med hjälp av Riksstrokedata. Riksstroke rapporterar till Kansliet för kvalitetsregister på Sveriges kommuner och Regioner (SKR) om hur registrets data används på sjukhusen. Under 2020-2021 har det rapporterats in färre förbättringsarbeten från sjukhusen p.g.a pandemin och på många enheter även en svår personalsituation 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)?

Andel som använder dashboarden på Riksstroke hemsida

Över 90 % av sjukhusen använder Riksstroke dashboard regelbundet.

- Används dagligen, varje gång de registrerar, flera ggr i veckan.
- Utöver daglig användning redovisning i större grupp, varje månad – 2 ggr/ halvår på APT, med teamet, lokala strokeråd, sektionschefer och politiker.
- Det är det mest använda verktyget på Riksstroke hemsida med över 50 unika besök i veckan

6 sjukhus och 4 regioner prenumerera på data från Riksstroke för kontinuerlig uppföljning av indikatorer inom vården av stroke och TIA patienter

1 Akademiska

Verksamhetsledningen/Strokesektionen inom vårt VO tittar på våra pluppar var annan vecka när de har sektionsledningsmöte. Vi jobbar mot att få grönt på varje plupp, både för Stroke och TIA. Där vi inte når till grönt följer vi upp på individnivå och gör journalgranskningar för att se att vi inte har registrerat fel. Därefter reflekterar vi och diskuterar vad vi behöver göra för åtgärder för att förbättra oss och därmed våra siffror. Verksamheten har satt mål att de vill fortsätta få diplom för god strokevård och bli årets strokeenhet

Trombolys- och trombektomibehandling följs noga. Vi tittar på ledtider och andel behandlade. Vi följer upp på individnivå de fall som har långa ledtider för att se vad som hände och vad vi kan förbättra i vårdkedjan. En ST-läkare har gjort ett kvalitetsarbete om trombektomier.

När vi inte når mål för sekundärprevention görs journalgranskning, vi har tittat på NOAK vid förmaksflimmer och blodtrycksbehandling. Senast gick vi igenom alla TIA-patienter och journalgranskade alla som inte hade fått blodtrycksbehandling vid utskrivning efter TIA. Därefter har stroläkarna diskuterat sina rutiner och jobbar med att lära ut till underläkarna. Detta arbete kommer att fortsätta då vi ännu inte nått "grön plupp" där.

Vi har tidigare gjort på samma sätt när det gäller NIHSS registrering och körkortsinformation. Nu finns det med som påminnelser på morgonens tavelrund mellan läkare, hälsoprofessioner och vårdplatskoordinator. Där tas även rökning upp, då vi har noterat att vi har dåliga dokumentationsrutiner på just det och en hel del "okänd" i Riksstroke.

Sväljbedömning är ett område vi har jobbat mycket med och kommer fortsätter arbeta med kontinuerligt för att hålla i. Strokekonsulten frågar efter om sväljbedömning är gjord när de blir kontaktade angående strokepatienter som vårdas på andra avdelningar. Vi har tagit fram ett dokument för hur sväljbedömning ska göras som vi hänvisar till och som finns i sjukhusets dokumentsystem som all personal kan söka fram. Det är enkelt beskrivet och bara att följa. Om patienten har några problem står det tydligt att logoped ska kontaktas. Vi har också haft utbildning av personal på andra avdelningar inom vårt verksamhetsområde om hur sväljbedömning ska göras. Det har också skickats ut information om vikten av att detta till alla läkare inom vårt verksamhetsområde samt medicin och akutsjukvård. Sväljbedömning finns med i standardvårdplaner och som sökord i mallar som sjuksköterskorna använder i sin statusdokumentation. Sväljbedömning är något som också tas upp på morgonmöte och eftermiddagsreflektion med omvårdnadspersonal.

Strokeenhet som första vårdnivå jobbar vi fokuserat med och där ser vi att vi har förbättrat oss de senaste åren, men vi har en bit kvar innan vi nått dit för både stroke och TIA. Vi jobbar aktivt med att strokeavdelningens vårdplatskoordinator identifiera stroke- och TIA-patienter på akutmottagningen och dra dem till strokeavdelningen under vardagar dagtid. Vi kommer att utöka detta med att avsatt personal har det uppdraget även kvällstid framöver.

När vi har identifierat vad vi behöver förbättra resulterar det ofta i uppdaterade skriftliga rutiner, PM, informationsspridning på olika sätt och utbildningsinsatser.

Jag har ett pågående samarbete med sekreterarna för att förbättra diagnoskodning och täckningsgrad. Det är svårt och tungt att få till. Sekreterarna säger att de ska skriva det som läkarna säger i sina diktat men samtidigt har Akademiska ett system där det är sekreterarna som ska koda. Jag har spridit diagnoslathunden men den har lite brister och kanske behöver revideras framöver för att bli tydligare. Ibland räcker det med att jag påtalar konstigheter i kodning men många gånger måste läkarna blandas in för att det ska bli en ändring.

Vi har börjat registrera omvårdnadsvariabler och hoppas på att kunna använda den datan för att skapa bättre omvårdnadsdokumentation framöver.

2 Danderyds sjukhus

Vi håller på att titta igenom alla patienter som dött i ICB sista halvåret 2020 + helår 2021 för att se varför vi har så få som går till organdonation på DS (jämfört med motsvarande sjukhus i Regionen). Där kan vi förhoppningsvis identifiera "selektion bias" som vi sedan kan arbeta med i samarbete med t ex IVA.

Vi har infört att strokelarma via en BEST-telefon istället för att ringa via vx, med möjlighet att skriva i text om viktig klinisk information kring trolig t-lys, vikt etc. Lyckats öka andelen trombolys <30 min. 70% av strokelarmen dras via telefonen 6 mån efter införandet vilket vi tycker är ett bra resultat.

Vi har skickat ut en enkät i samband med 3 mån-Riksstrokeenkäten gällande patienternas delaktighet i vården som en del i införandet av Personcentrerat Vårdförlopp för stroke & TIA. Vi fick ca 60% svarsfrekvens. Samma typ av enkät i personal och läkargruppen gjord med ca 50% svarsfrekvens. Vi planerar workshop + fickmanual kring hur vi alla kan bemöta patienten personcentrerat enligt "Vad är viktigt för mig?" och "Förstå mig rätt/Teach back". Vi tror att patienten via ökad delaktighet får en bättre möjlighet att påverka sin återhämtning efter stroke/TIA och även en ökad följsamhet till förebyggande läkemedelsbehandling.

3 Höglandssjukhuset Eksjö

Problem: Mål värde Door-to-needle tid inom 30 min. Vi hade medelvärde på 51 min.

Förbättringsarbete: Tog i våras tag i detta problem genom att ta fram papper där strokekoordinator efter trombolys och trombektomi fick skriva i tider bla. "ankomst sjukhus", "start CT", "Start CT-Angio", "Beslut trombolys/trombektomi", "Går upp till avdelning" och "Start Actilyse". Härefter har vi kollat igenom resultatet och hittat "fel" som vi har åtgärdat.

Åtgärder: Vi såg att det tog tid på rtg med CT- angion. Kontakt togs med rtg och åtgärder som är gjorda är bla. CT hjärna remiss har CT-angio direkt på remissen i stället för att de lägger till den manuellt.

Sen har vi märkt att det tar tid för läkaren att ta beslut om att ge Actilyse, bla. en osäkerhet och man behöver rådfråga både bakjour samt strokejouren i Linköping. Åtgärden här har blivit utbildning för läkarna regelbundet samt vanare läkare som går på larm (bytt ut AT-läkare mot bara ST-läkare).

Resultat: Genom detta har vi gått från 51 min i medelvärde till 35,5 minuter i medelvärde (Tertial 1 till tertial 2).

Eller tex kvartal 1: 17%

Kvartal 2: 0%

Kvartal 3 (hittills): 67%

Vi hade även svårt att hinna med att fylla i Riksstrokeformulären då det var få som kunde registrera i Riksstroke och formulär samlades därför på hög och det blev mycket journalgranskning och jobb i efterhand.

Nu har vi sett till att alla som är koordinatörer på vår avdelning har inloggning i Riksstroke och bestämt att man ska försöka fylla i ett formulär per pass. På så sätt har vi nu minskat "högen med formulär" och ligger i fas!

Formulären blir dessutom bättre ifyllda då alla är mer uppmärksamma och dokumenterar tider och information som behövs till Riksstroke, mindre journalgranskning krävs!

4 Kungälv's sjukhus

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.

Registerdata har använts för att följa våra resultat, bevara det som fungerar bra och identifiera våra förbättringsområden; tid till trombolys och sväljbedömning. Utdata används för att följa effekten av utbildning och förbättringsarbeten.

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

- Vad i vården har blivit bättre?

Vi har kortat tiden till trombolys och vi har ökat andelen patienter som får sväljbedömning

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

Vi behöver öka täckningsgraden för 3-månadersuppföljning

5 Köping/Fagersta

Utbildning och spridning av information om stroke

Kontinuerliga uppdateringar och utbildningar pågår i; NIHSS utförande och dokumentation, sväljbedömning, matsituation, mobilisering. Där personal med god kunskap inom de olika områdena delar med sig av sin kunskap till medarbetare och erbjuder även andra avdelningar att ta del av kunskapen.

Personal från avdelningen deltar i mån av tid i offentliga sammanhang för att sprida information och kunskap om Stroke till exempel med lokala Stroke föreningen och Bissen Brainwalk. Stroke-Webb utbildning sker kontinuerligt på Stroke enheten

Externa stroketeamet

Externa Stroke Teamet riktlinjer och rutiner är uppdaterade och vi har kunnat inkludera fler patienter.

Sväljtest/sväljscreening

Undersköterska med special utbildning av logoped utför sväljscreening på patienter med sväljproblematik, när inte logoped är på plats. Kan även vara behjälplig på andra avdelning vid behov. Det är en stor hjälp när logoped endast är på plats 2 dagar i veckan.

Stroketeam för avdelningen

Aktivt stroketeam som bland annat planerar utformning av anhörigträffar som sker ungefär 1 g/mån.

Rutiner och förbättringsarbeten

Riksstroke administratör har regelbunden kontakt med ansvarig sjuksköterska på akuten /Hia angående förbättring av rutiner och dokumentation vid trombolys tex door to needle tider, eventuellt anledning att avstå trombolys.

Arbetats med en rutin gällande Körförbud - TIA, Stroke, Hjärtstopp. För att göra det tydligare vad som gäller.

Sjukhuset deltar i regionens arbete i strokeprocessens olika delar.

Omvårdnadsvariabler

Sjukhuset registrerar samtliga omvårdnadsvariabler från 2019 som en del av avdelningens och klinikens förbättringsarbeten. Där kan man se att det är fler patienter som får bedömning av munhälsa och riskbedömning för fall än vid start av registreringar. Vilket visar att de förbättringsarbeten som gjorts har gett en tydlig skillnad. Det som sjukhuset behöver arbeta vidare med är undernäring och smärtskattning. Vilket sker kommande år.

6 Landskrona Lasarett

Det vi har tittat på:

-Det vi har sett är att antalet patienter har minskat på vårt sjukhus.

-Vi har blivit mycket bra på sväljnings bedömningar, och nutitions bedömningar.

-Efter utskrivning från slutna vård, direkt till rehabilitering, där har vi ökat med antalet patienter.

-Uppföljning hos sjuksköterska efter 1 månad efter utskrivning, det har vi hög procent och det är väldigt uppskattat av våra strokepatienter.

-Har börjat boka patienter hos Arbetsterapeuten för kognitiv test inför besök hos doktor angående körkortets bedömningen.

7 S:t Göran

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

All registerdata har använts för att jobba med strokeflödesarbete och ge till våra patienter en likvärdig och effektiv vård som kan leda till rätt utredning samt i sin tur rätt/effektiv behandling. Vi arbetar kontinuerligt med strokeflödesarbete dvs följer statistik om NIHSS, BT, sväljningsbedömningar som försöker göras så snabbt som möjligt (dag 1) samt tidig mobilisering av våra patienter. Vi prioriterar att våra patienter (TIA, ischemisk stroke eller hjärnblödningar) ska ha strokeenhet som första vårdnivå (utom endast få fall som har kontakt med IVA)

Genom registerdata försöker vi hitta "svagheter" i flödesarbete i vår klinik så vi kan snabbt åtgärda dem.

Med vår registrering av data har vi kontinuerlig kontakt med regionen och informerar dem om vårt strokeflöde (dvs hur många patienter som söker med TIA/stroke symptom eller door to needle tiderna avseende trombolys etc.)

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

För exempel följer vi upp NIHSS kontroller, sväljningsbedömningar, antal patienter som får som vård på strokeenhet som första vårdnivå etc kontinuerligt för att se om personal registrerar ordinerade kontroller och direkt efteråt ges feedback (negativ och positiv) Vi utvärderas kontinuerligt behov av inskolning/utbildning. Vi följer upp data för att förbättra våra rutiner och ge den rätt vård till våra patienter.

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

Vi har hög uppnådd nivå på nedan punkter:

1. Trombolys inom 30 min (doort to needle)
2. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke
3. Trombocythämmande behandling
4. Antikoagulation behandling
5. Statin behandling

Måttlig uppnådd nivå på medan punkter:

1. Reperfusionbehandling
2. Andel NIHSS vid inläggning
3. Bedömning av sväljningsförmåga
4. Blodtryckssänkande behandling
5. Nöjd med rehabilitering efter stroke

- Vad i vården har blivit bättre?

Att patienter får rätt vård redan från akuten (dvs direkt till strokeenhet), rätt och kompletterande utredning samt rätt behandling och förstås uppföljning efter utskrivning till vår mottagning.

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

Det gick inte tyvärr att använda den måtten då har vi dålig svarsfrekvens från våra patienter men vi har skaffat en ny blankett (poststroke checklista) som våra patienter kan fylla elektronisk innan återbesök på vår mottagning så vi försöker använda den måtten i framtiden. Tyvärr har vi inte riktigt lyckats ännu att skaffa en bra rutin /uppföljning vad gäller poststroke checklista heller men vi fortsätter vi hitta på en bra lösning.