

FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED DATA FRÅN RIKSSTROKE 2022-2023

Sammanfattning

Insamlade uppgifter om avslutade och pågående förbättringsarbeten inom strokesjukvården på i Riksstroke deltagande sjukhus. Insamlingen har skett under 2023 och innehåller uppgifter som sjukhusen själva har inrapporterat.

Innehåll

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke	2
Användande av Dashboard	2
1 Akademiska sjukhuset	3
2 Danderyds sjukhus	4
3 Kungälv's sjukhus.....	4
4 Köping/Fagersta	5
5 Landskrona lasarett	5
6 Mölndal	5
7 NUS Umeå	6
8 SUS Lund	7
9 Sundsvalls sjukhus	8
10 Vrinnevisjukhuset	9
11 Örnsköldsvik	9

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke

Riksstroke gör varje år en sammanställning av sjukhusens förbättringsarbeten. Planerade, pågående och avslutade arbeten som sjukhusen arbetat med 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.

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)?

Vi ställde även frågan:

Hur sjukhusen använder Dashboarden på Riksstroke hemsida

- 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
- Se även under respektive sjukhus svar.

1. Akademiska sjukhuset

1. Under hösten har vi en läkarstudent som gör ett projektarbete med journalgranskning om varför patienterna inte direktinläggs på strokeenhet, både stroke och TIA patienter. Det ska bli spännande att läsa resultatet och se vad hen hittar för orsaker och därefter kan eventuella olika förbättringsarbeten påbörjas.

Vi ser att vi har längre tid till trombolysstart så vi har påbörjat ett arbete med att se över Rädda Hjärnan larmkedjan och ska kartlägga det flödet med start under januari 2024.

Vi har genom åren jobbat systematiskt med ett par indikatorer åt gången och gjort journalgranskningar för att hitta orsaker till att vi inte når Socialstyrelsens mål. Därefter har vi gjort förändringar i rutiner och då har vi blivit bättre och därmed antar vi att det har blivit bättre för patienterna.

När vi ser att siffrorna blir sämre tar vi tag i det och försöker hitta lösningar för att vända trenden.

Vi försöker förbättra täckningsgraden genom att informera sekreterare och sprida diagnoslathunden men det är svårt att få till det på ett universitetssjukhus. Vi är noggranna med att kolla att de som ska registreras görs det och de som inte ska registreras inte heller blir registrerade genom att använda oss av informationen som finns i vägledningen mm.

2. Vi har t. ex. tidigare jobbat med förbättringsarbeten och information om vikten av sväljbedömningar och nu har vi lyckats hitta rutiner så att det blir bra för patienterna och dessutom nås Socialstyrelsens mål. Det finns ett gemensamt dokument för vårt verksamhetsområde för hur vi ska göra sväljbedömningar och detta sprider bl. a. strokekonsulten vidare till resten av sjukhuset.

Patienterna får den sekundärprevention de ska ha när de skrivs ut och det är rimligt att anta att det också är bra för patienterna.

De senaste årens förbättringsarbeten gjorde att vi tillslut nådde verksamhetens mål att sjukhuset skulle utses till årets strokeenhet. Kopia av diplommet sitter uppe på flera ställen och informationen om det har spridits till flera verksamheter. Att det syns hoppas jag bidrar till att patienter och närstående kan känna att de erbjuds bra vård.

Nu gäller det att vi fortsätter att jobba för att ligga kvar på en hög nivå och regera på om våra siffror försämras

3. Gällande den patientrapporterade datan har vi mest tittat på nöjdheten med rehabiliteringen och jobbar med att försöka hitta bra rutiner när patienterna går mellan olika enheter i vårdkedjan.

Vår verksamhetsledning tittar på dashboarden två gånger per månad när det har möten. Om det är saker de tycker ser konstigt ut får jag förklara det. För övrigt är det väldigt lätt att få ut bra data och följa indikatorer på olika sätt den vägen. Det blir tydligt och förståeligt och det går att inspirera folk att koppla ihop vård och siffror på ett enkelt sätt. Med andra ord så använder vi den flitigt och hoppas att den får finnas kvar på något sätt även i framtiden.

2. Danderyds sjukhus

1. NIHSS infört som övervakningsschema vid stroke och TIA obs på hela sjukhuset sedan 1 juni 2023. Innan dess hade vi ett förkortat paresschema på andra kliniker, men NIHSS på Neuroklin.
Vi såg att vi låg kring 65% och fick inte upp den siffran trots påminnelser till läkare på AKM.
2. Vi har sedan införandet av NIHSS-schema på sjukhuset fått upp siffran konstant >80%. Det blir både bättre för pat att få även synfält + neglekt kartlagt (som inte var med i den kortare versionen). Dessutom lärde ssk sig via instruktionsfilmer att göra en bättre kvalitet på NIHSS.
3. Vi har ett pågående arbete att införa en Vård-och Rehabplan i det personcentrerade förhållningssättet på vår Strokeenhet. Då ser vi förhoppningsvis 3månaders-uppf om den andelen ökar under året. Fn på 2% och vi bör ligga på 15%.

3. 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.

Vi följer våra resultat och har som mål att ligga på hög målnivå på alla indikatorer. Under året har vi fokuserat på att förbättra att vi frågar om rökning och dokumentationen om rökning. Öka användningen av rehabplan. Öka riskbedömning munhälsa och nutrition. Arbete med detta fortsätter. Vi har förkortat tiden till trombolys.

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

- Vad i vården har blivit bättre?

Vårt största förbättringsområde har varit att förkorta tiden till trombolys. Det har vi lyckats med men det liksom allt annat förbättringsarbete gäller att hålla i.

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

Vi har sett att patienter som inte ingått i hemrehab pga de bor utanför vårt upptagningsområde har varit mer missnöjda med rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen. Vi arbetar för att kunna ta in även dessa patienter i hemrehabteamet.

Hur använder Ni Dashboard?

Vi följer hur vi ligger till med registreringen 2 ggr /månad och vidtar åtgärder om vi ser att vi kommer efter.

Vi tittar på målnivåerna varje till varannan månad och lyfter förbättringsbehov, det ger oss underlag till vilket utvecklingsarbete vi ska fokusera på.

4. Köping/Fagersta

Förbättringsarbeten 2022

- Vårdskadeprevention (CDS) och riskbedömningar sker i stor omfattning jmfirt med 2018/2019 när vi började registrering av Omvårdnadsvariabler. Vi kan se en stor ökning på antalet gjorda riskbedömningar på fall, trycksår och munhälsa samt att relevanta åtgärder är insatta. Resultat använder vi för att se vilka områden vi behöver lägga extra fokus på men även se hur vi bibehålla det som är bra.
- Strokekompetensutbildning pågår med nya deltagare 1 gång per år.
- Internutbildningar i tex NIHSS, sväljning
- Deltar i studien säkra förflyttningar
- Se till att man skriver in vapen och vapenlicens samt körkort aktiv inte aktiv bilförare i journal
- Vid uppföljning på strokemottagningen följs fallhändelse, munhälsa och nutrition upp. Vid behov kan sjuksköterska skriva remiss till övriga professioner på rehab kliniken.
- Tre månaders enkät används delvis vid mottagningsbesöket.

5. Landskrona lasarett

Förbättringsarbeten frågor från Landskrona Lasarett

Det var glädjande att vi har fått separata rapporter för våra egna sjukhus. Man kunde titta och analysera, hur har vi sköt oss och hur vi ligger mot andra sjukhusen. Vi ligger rätt ok procentuellt på bedömningar och omhändertagande av våra strokepatienter. Viktigt med riskbedömningar av munhälsa och undernäring., att ha med sig till register.

Uppföljning av våra strokepatienter sker efter 1 månad hos ssk på neurologmottagning, och sen efter 3 månader sker uppföljning hos doktor på samma mottagning. SSK besök var väldigt uppskattad, patienterna för svar på många frågor. Vi har ett möte som kallas strokerond varje onsdag i veckan på strokeenhet. På mötet medverkar vår neurolog, ansvarig doktor på avd., dietisten, logopeden, fysioterapeuten, arbetsterapeuten, kurator och ssk. På mötet diskuterar vi våra strokepatienter, nuläget och vidare planering. Efter utskrivning, några av de få rehabilitering på Ängelholms rehab, några åker till korttidsboende, några åker till hemmet.

Patientrapporterade måtten på 3 månaders uppföljning brukar vi diskutera på stroke ronden, och försöker jobba på det som behövs.

6. Mölndal

- Vi checkar regelbundet i Riksstrokedata så att vi ligger bra till när det gäller sväljbedömningar, snabba bedömningar av AT/FT, DTN, tid till trombektomistart, SE

som första avdelning, sekundärprevention avseende mediciner. Och sätter in åtgärder om vi inte ligger bra till!

- Vi ska nu sätta igång med att dela ut rehabplaner till alla patienter eftersom vi sett i Riksstrokedata men även att vi vet själva att vi inte har jobbat tillräckligt på detta område
- Vi har inte sett i Riksstrokestatistik men fått info från Maria som reggar för RS hos oss att det ser inte bra ut med dokumentation angående munhälsa på vår avdelning, så det ska förbättras nu. Och det hade vi inte vetat om hon inte hade jobbat med RS.
- Vi har nu bestämt att vi ska bli bättre på att använda och presentera dashboarden på varje APT. Ett förbättringsarbete som faktiskt ska dra igång just imorgon!
- Vi ska även bli bättre på att använda de patientrapporterade måtten
- När det gäller DTN specifikt så har vi nu dragit igång en stor utredning som förhoppningsvis ska visa varför de tiderna blev så dåliga under sommaren. Beror det på renovering/ovan personal/annat? Men denna utredningen hade vi inte kunnat dra igång utan DTN som inte specificerar antalet minuter.

7. NUS Umeå

Förbättringsarbeten med Riksstrokedata Norrlands Universitetssjukhus

Trombolysbehandlade inom 30 minuter från ankomst till sjukhus

En journalgranskning av de patienter som inte fått trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus visar på att beslut om trombolys bland annat dröjer av oklar anledning till efter DT-angio vilket fördröjer behandlingsstart med flera minuter.

En tidsstudie påbörjats där tidtagarur och ett protokoll med tidpunkter som ska klockas från ankomst till ambulanshall (dörr). Mottagande läkare tar klocka och protokoll och startar uret, noterar tidpunkter fram till ankomst till DT-lab. Där tar ansvarig trombolys SSK över och noterar tider fram till start av trombolys.

Syftet är att se över leddtider och orsaker till fördröjningar via journalgranskning för att kunna åtgärda tidstjuvar och komma ner i tid till behandlingsstart för de patienter där det är möjligt.

Projektet påbörjat men inte tillräckligt många patienter klockade för att kunna dra slutsatser och vidta åtgärder.

Andel NIHSS vid inläggning

Andel fullständiga NIHSS vid inläggning och efter trombolys/trombektomi lågt. Ansvar har legat på inläggande läkare att utföra och dokumentera. Utbildningsinsats i NIHSS till sjuksköterskorna på Strokecenter har genomförts och rutin att SSK alltid gör ett fullständigt NIHSS när patienten anländer till vårdavdelningen ska göras. Också 24 timmar efter trombolys/trombektomi om patienten finns på avdelningen. Inläggande läkare har fortfarande ansvar att också utföra NIHSS, men då även SSK utför är förhoppningen att uppnå hög målnivå. Rutinen införts helt under oktober 2023 så ännu för tidigt att utvärdera.

Översyn av transportkedjan /larmrutiner till trombektomicenter inom Norra Sjukvårdsregionen

Riksstrokedata använts i ett sjukvårdsregionalt förbättringsarbete som påbörjats kring att förbättra logistiken kring strokepatienter i norra sjukvårdsregionen bl a tid till trombektomi för patienter som remitteras från andra sjukhus.

En handlingsplan har arbetats fram som ska förankras i RAG innan den arbetas vidare med.

Strokecenter vårdavdelning börjat registrera omvårdnadsvariabler

F o m 230101 har registrering av omvårdnadsvariablerna påbörjats. Ännu är inte data bearbetade men intentionen är att framför allt göra en satsning på munhälsobedömningar under 2024.

Riksstroke Dashboard

Används som tidigare regelbundet på APT för att på olika sätt visa hur vi ligger till i vår produktion av god strokevård.

8. SUS Lund

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.

Möte varje månad då riksstroke data kommer. Gå igenom siffrorna, diskuterar förbättringsarbete.

Enhetscheferna för båda strokekavdelningarna + ansvarig läkare + riksstroke registrerare deltar.

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

Larmlinjen, Evasregistret, triagearbete för att öka säkerheten vid trombektomi behandling. Komplikationer blödningskomplikationer vid trombektomi. Publicerat.

Vad i vården har blivit bättre?

Forskningsarbete pågår, förbättra patientvården.

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

Vi har telefonuppföljning efter 3 veckor för att fånga upp de patienter som har frågor. Vi använder post strokechecklistan.

9. Sundsvall

Förbättringsarbeten Sundsvalls sjukhus 2023

I Sundsvall har Riksstrokedata använts på en mängd olika sätt. 2023 blev året då vi åter kunde kalla oss för strokeenhet utifrån dagens definition; En strokeenhet ska övervägande ta hand om patienter med stroke. Det var lätt att kunna se skillnad med hjälp av data. Siffror i sig var inte enda anledningen till denna förändring men ett verktyg när man behöver visa på faktiska siffror.

Under året har fokus lagts på att underlätta dokumentationen och få en struktur. Det har underlättat mitt arbete som Riksstrokeregistrerare att hitta väsentlig information samlad. Vi har tidigare inte registrerat riskbedömningar för omvårdnad men har nu lagt mer tyngd på detta. Det blev väldigt tydligt att det finns förbättringsbehov i dokumentationen. Alltför ofta får vi registrera 2=ej utfört.

Via dashboard har vi konstaterat att registrering av NIHSS kan förbättras och våra sväljbedömningar blivit färre. Vi har sett att våra DTN tider har blivit något längre. Utifrån allt detta så har det blivit fler diskussioner på avdelningen över hur vi arbetar och hur vi ska bli bättre på alla dessa punkter.

Vi har tagit upp det på APT och reflekterat över vad som kunnat vara anledningen till sämre siffror samt vilka åtgärder som behövs.

Vi har ordnat med föreläsningar för att lyfta diverse ämnen och via kvartal data sett förbättringar enbart genom att prata om det.

När det gäller dokumentationen så har vi arbetat mycket med frastexter. Vi har tagit fram frastext för omvårdnad, NIHSS, Rädda hjärnan larmet. Frastexter hjälper den som dokumenterar att inte glömma fylla i viktigt data och det går snabbare, på så sätt spar tid. För mig som samlar informationen blir det också lättare att hitta informationen jag söker. Ibland har patienter fått fel diagnoskod. Fått I63 när det borde vara I69 eller tvärtom, det har inneburit att visa registreringar har uteblivit medan andra inte gått att registrera då det egentligen inte är aktuell stroke utan tidigare. Det finns ingen exakt siffra på detta men när täckningsgraden visas så borde man kunna se om det är ett problem eller bara en känsla. Data över utförda undersökningar har använts vid samtal med röntgenpersonal. Det har varit bra att ha faktiska siffror när det uppstår diskussioner.

Strokeenheten har haft Sussa representation och på så sätt arbetat med Riksstroke variabler i vårt kommande vårdinformationsstöd. Det är viktigt att även i framtiden hitta den information som idag efterfrågas. Förutom att informationen ska hittas så ska en del av informationen vara strukturerad och på så sätt möjliggöra att Riksstroke variabler går att göra delvis automatiserad.

10. Vrinnevisjukhuset

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

Vi har använt registerdata för att utvärdera riskbedömningar gällande munhälsa och undernäring.

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

Kollade upp hur många riskbedömningar som var gjorda och redovisade resultatet på ssk-usk möte.

Vi har i nuläget dåligt resultat på dessa och detta är ett försök till att få det bättre.

Vi har även infört NIHSS på vårt inskrivningsformulär för strokepatienter för att även där få ett bättre resultat. Har i uppdrag att ta reda på resultatet inför nästa ssk möte.

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

Vi har ännu inte haft någon uppföljning än på förbättringsarbete.

-Vad i vården har blivit bättre?

Det är ännu för tidigt att se något resultat men förhoppningsvis blir det bättre.

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

I nuläget har vi inte använt oss av dessa rapporter.

11. Örnsköldsvik

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.

Vi har använt registerdata för att sätta enhetsmål på stroke- och rehabiliteringsavdelningen vid Ö-viks sjukhus. Vi har även använt registerdata till att förändra och utveckla vårt teamarbete mellan alla yrkesprofessioner med att ha regelbundna möten kring verksamhetsutveckling. Vi har även regelbunden information om hur vår statistik ser ut för alla medarbetare vid enheten 3 gånger per år.

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

Vad i vården har blivit bättre?

Vi har förbättrat vårt teamarbete med alla yrkesprofessioner under året samt höjt allas kunskapsnivå kring stroke utifrån datan. Detta genererar i slutändan en bättre och säkrare vård för våra patienter på avdelningen.

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

Vi har bland annat ändrat vårt arbetssätt tillsammans med våra patienter kring deras egen rehabiliteringsplan. Patienterna har fått en större delaktighet kring att sätta mål och delmål för sin rehabilitering.