

FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED DATA FRÅN RIKSSTROKE 2024

Sammanfattning

Insamlade uppgifter om avslutade och pågående förbättringsarbeten inom strokesjukvården på i Riksstroke deltagande sjukhus. Insamlingen har skett under 2024 och innehåller uppgifter som sjukhusen själva har inrapporterat.

Innehåll

Förbättringsarbeten med data från Riksstroke.....	2
1. Akademiska sjukhuset	3
2. Danderyd	4
3. NUS Umeå	5
4. Sahlgrenska Göteborg	6
5. Sundsvall	6
6. SUS Lund	7
7. Södersjukhuset	7
8. Vrinnevi sjukhuset Norrköping	8
9. Ystad	8

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 Riksstrokes 3-månaders och 1-årsuppföljning)?

1. Akademiska sjukhuset

Under början av året redovisades projektarbetet om direktinläggning på strokeenhet utifrån Riksstroke som bland annat påvisade att det nästan varje morgon klockan 06 var fullt eller överbelagt på strokeavdelningen. När det inte finns någon ledig plats är det svårt att ta emot nästkommande strokepatient och därmed svårt att nå Socialstyrelsens mål gällande direktinläggning på strokeenhet. Resultatet initierade ett pågående arbete där avdelningen jobbar med att märka upp tänkbara patienter som ska kunna flyttas någon annanstans för att strokeavdelningen ska kunna ta emot nästa strokepatient från akutmottagningen. Vidare har det identifierats att utflödet från strokeavdelningen är en viktig faktor för att få inflödet att fungera. Detta medför att avdelningen arbetar vidare med samarbetspartners längre ut i strokevårdkedjan för att hitta lösningar för ett förbättrat utflöde från strokeavdelningen. Direktinläggning på strokeenhet är en prioriterad område att fortsätta jobba vidare med.

Under början av året startades också ett arbete med att göra en processkartläggning för hela Rädda Hjärnan flödet på sjukhuset. Strokeavdelningen följer noggrant andel gjorda reperfusion behandlings och ledtider till trombolys via Riksstroke. Variationer syns under året där längre ledtider kan relateras till att det är ny personal som bemannar Rädda Hjärnan spåret. Processkartläggningen har medfört att larmkedjan har förändrats gällande vilken personal som bemannar Rädda Hjärnan Spåret och att skriftliga rutiner har uppdaterats. Andel reperfusion behandlings och ledtider till behandling kommer fortsätta följas framöver för att följa upp om genomförda förändringar får den förväntade effekten om fler genomförda reperfusion behandlings och kortare ledtider till trombolys.

Vi jobbar också för att fortsätta förbättra täckningsgraden genom att informera och sprida Riksstroke diagnoslathund till sekreterare. Sekreterare bjöds in till Riksstroke webinarium om diagnoskodning vid stroke och den uppdaterade diagnoslathunden, vilket var mycket uppskattat av de som deltog. Vi jobbar dessutom aktivt med att vara noggranna med att rätt patienter kodas rätt och därmed registreras i registret och att de som inte ska registreras inte heller blir registrerade. Detta arbete har medfört att senaste årets täckningsgrad förbättrades. Under detta år har vi även bytt sekreterargrupp. Inför bytet hade vi särskild utbildning om strokekodning och diagnoslathunden samt skapade kommunikationsrutiner för hur vi ska göra för att få den bästa kodningen och registreringen för att sträva mot att ytterligare förbättra täckningsgraden.

Förra året blev Akademiska sjukhuset utsedd till Årets Strokeenhet för 2022 års data, något som strokeavdelning har haft som mål och jobbat mot under flera år. Denna utmärkelse medförde att strokeavdelningen har fortsatt jobba systematiskt med indikatorerna och snabbt reagerat om en i indikator börjat försämrats. Journalgranskning har genomförts för att säkerställa att rätt data har matats in i Riksstroke och rutiner har tydliggjorts i det dagliga arbetet för att försöka vända nedåtgående siffror till uppåtgående igen. Detta arbete har medfört att vården håller hög kvalitet, patienterna får den vård och behandling som de ska och Socialstyrelsens målnivåer uppnås för nästan alla indikatorer. Resultatet av arbetet har lett till att Akademiska sjukhuset utsågs till Årets Strokeenhet även i år för 2023 års data. Kopia av båda diplomerna sitter uppe på flera ställen på strokeavdelningen och informationen har spridits till flera verksamheter och sjukhusledningen. Att detta syns hoppas vi bidrar till att patienter och närstående kan känna att de erbjuds bra strokevård på sjukhuset. Det

systematiska arbetet med att följa upp siffrorna har gett resultat men också en press för att fortsättningsvis hålla hög kvalitet och påvisa bra siffror samt kunna redogöra för vad sämre siffror kan bero på. Utmärkelserna har också medfört att arbete med kvalitetsregister har lyfts som en viktig och naturlig del i den dagliga strokevården och anses också vara ett sätt att jobba datadrivet. De indikatorer där verksamheten inte uppnår Socialstyrelsens målnivåer kommer framgent generera nya förbättringsarbeten.

Under slutet av året har det börjat planeras för förbättringsarbeten och verksamhetsuppföljning gällande NIHSS samt storkärsockklusioner via Riksstrokedata.

2. Danderyds 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 visar Riksstrokes registerdata vid personalmöten på strokeenheten varje månad för att all personal medverkar i de aktuella siffrorna och förtydligar vårt utvecklingsmål. Visar även på strokeenhetens styrmöte för att strukturerat bearbeta förbättringar. Vi undersöker och upptäcker tidigt problemen utifrån Riksstroke-data och kan agera utefter det.

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

- *Vad i vården har blivit bättre?*

Vi jobbar framförallt med bedömning av sväljförmåga, som är det mål vi ej uppnått ännu. Utifrån registrering upptäckte vi att två av våra strokeavdelningar behöver förbättra sina rutiner kring sväljscreening-dokumentation, så under året har vi fokuserat på det. Vi har även jobbat mot icke neuro/strokeavdelningar som också har strokepatienter. Vi utbildar dem angående sväljbed test samt ger positiv feedback (när de gjort sväljningstest så vi meddelar dem och uppmuntrar att fortsätta arbeta.) Nu ligger det 88 % på bedömning av sväljförmåga jämför med 84% i 2023.

NIHSS registrering förbättrades också, 81% nu jämför med 77% i 2023 för att vi använder NIHSS- skala på hela sjukhus sedan i mitten av 2023, tidigare använts ett förkortat paresschema på icke strokeavdelning.

Trombolysbehandlade inom 30 min blivit tydligt bättre. 41% i 2023. Vi har under 2024 48 % i kvartal 2, 45 % i k3 2024, 55 % i k4 2024. Vi har ändrat rutinen för strokelarm/trombolys för att kunna effektivt jobb samt börjat Metalyse som kan enklare administreras än Actilyse.

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

Vi utreder regelbundet anledningar till att patienter svarar "missnöjd" på frågan ang nöjdhet kring rehabilitering under och efter sjukhusvistelsen.

Vi bearbetar och fokuserar nu på att använda vår "Vård och rehabiliteringsplan" i samarbete med pat som ligger >3 dygn på vår Strokeenhet för att förbättra den patientcentrerade vården.

3. NUS Umeå

Trombolysbehandlade inom 30 minuter från ankomst till sjukhus

Tidigare påbörjat förbättringsarbete med att få ner DTN tiderna genom tidtagning och granskning av ledtider lett till en medvetenhet hos inblandande i trombolys kedjan om att varje minut räknas. Vilket kortat ner tiden.

Information i läkargruppen om vikten av att i de fall det är möjligt fatta beslut om trombolys helst innan DT- angio.

Mottagande läkare nere på akutmottagningen noterar "dörr tiden", detta då det visat sig vara varierande kvalitet på den tid som anges i ambulansjournalen. Också detta har kortat ner tiden i och med mer korrekta tidsangivelser.

Övergången till Meatlyse under våren med snabbare och enklare spädning och administrering tros också ha påverkat.

Andel NIHSS vid inläggning

Arbetet med att förbättra antalet NIHSS vid inläggning och 24 timmar efter trombolys/trombektomi som påbörjades oktober 2023 med att ansvarig SSK gör NIHSS vid inläggning har fortsatt. Fler utbildningsinsatser för att göra SSK gruppen trygg i att utföra bedömningen har utförts. Tydligt är att upprepade utbildningsinsatser och påminnelser om varför det är viktigt är nödvändigt. Rutinen har inte satt sig riktigt än men vi ser en förbättring av antalet NIHSS.

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 b l a tid till trombektomi för patienter som remitteras från andra sjukhus.

Tidigare påbörjat arbete fortgår. Som ett led i arbetet har interventionist från NUS åkt till Sundsvall för att utföra trombektomi istället för att patienten åker till NUS.

Riksstroke Dashboard

Används som tidigare regelbundet på APT för att på olika sätt visa hur vi ligger till i vår produktion av god strokevård. En temadag genomförts under december där temat var "Hur kan vi bli Sveriges bästa strokeenhet" och utgångspunkten för att identifiera områden att arbeta med under 2025 var Riksstrokedata.

Direktinläggning Strokeenhet

NUS har under några år kämpat med att kunna erbjuda direktinläggning på Strokeenhet bland annat på grund av svårigheter att hålla tillräckligt många vårdplatser öppna. Siffror på direktinläggning på

Strokeenhet har följts från ledning och arbete med att rekrytera personal och strukturera patientflöden pågår och har börjat ge resultat.

4. Sahlgrenska

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

- Vi har jobbat under ca 1 års tid med att få fram ett välfungerande patientkontrakt med rehabplan som vi nu börjat komma igång med. Vi lämnade inte ut rehabplan alls innan och nu börjar vi sakta få upp vår statistik. Vi använde och resultat av patientenkäten som skickats ut 2023 där resultatet visade att patienterna var nöjda med vårdtiden hos oss men många visste inte vad som skulle hända efter denna. Text var uppföljning skulle ske eller var de kunde vända sig till. Detta har blivit mycket bättre och vi har fått extremt bra respons från de patienter som fått kontraktet.
- Vi tillsatte också en nutritionsgrupp för ca 1 års sedan som har gjort ett fantastiskt arbete med fokus på nutrition. Allt ifrån att alla patienter sväljtestas till att de får i sig nutritionen de behöver. Också infört att vi har en fika/måltidsvagn som körs runt på eftermiddagen så alla de som behöver och vill får lite extra i sig.

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

- Än så länge inga jättestora resultat men hoppas kunna se dessa kommande år. Information till patienten och möjlighet till direktkontakt med strokesjuksköterska efter utskrivning, de får direkt nr till vår ssk som bla jobbar med understöddhemgång och är en van och senior ssk.
- Sväljbedömning görs på alla. Samt att alla förstår hur viktigt nutrition är för vår patientgrupp.

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

- Där kan vi bli bättre. Vi diskuterar att vi inte använder den datan så mycket.
- Där kan vi bli bättre. Vi diskuterar att vi inte använder den datan så mycket.

5. Sundsvall

Sundsvall har använt Riksstroke data inom en mängd olika områden även detta år. Några gånger per år har vi redovisat data från vår dashboard under våra apt:n. Vi har använt oss av datan för att lyfta förbättringsområden med varierande resultat. Vi har reflekterat över DTN tider, NIHSS, sväljbedömning och omvårdnadsvariabler. Det har använts till vetenskapliga arbeten, både lokala och regionala presentationer. Till olika utbildningar såsom strokekompetensutbildning, trombolysutbildning.

6. 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.

Vi arbetar hela tiden med våra siffror, vi har utbildningar i sväljbedömningar, föreläsningar med logoped.

Vi har under hela hösten arbetat med nya rutiner, utbildning, körkort av vår larmpersonal, detta för att förbättra våra trombolystider. Vi granskar siffrorna varje månad för att se hur vi kan bli ännu bättre.

NIHSS utbildning för vårdpersonalen

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

- Vad i vården har blivit bättre?

Kompetensnivån, NIHSS, Sväljbedömning, larmkompetensen

1. *Hur har de patientrapporterade måtten använts för att förbättra vården (uppgifter från Riksstroke 3-månaders och 1-årsuppföljning)?*
2. Patientrapporterade måtten använder vi inte så mycket.

7. Södersjukhuset

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.

Södersjukhuset jobbar permanent med strokeprocessen sedan april 2017. Det är ett kontinuerligt arbete där kvalitetsindikatorer för god strokevård har tagits fram och följs 1x/månad i workshops där strokeprocessledaren följer upp detta med representanter från VO akuten, VO Bilddiagnostik och VO internmedicin/stroke genom att diskutera olika fall och komma med förbättringsförslag. Strokeprocessen ingår sedan sept 2021 i Utskott stroke / Kommitté för Akut sjukvård där fortsätter man med arbetet och rapporterar regelbundet (tertial) läget på sjukhusledningsnivå. Samtidigt har vi ökat antal strokeenheter på SÖS (40 strokeplatser) och har tillsatt strokeledningssjuksköterskor (två) som jobbar kontinuerligt med redovisning av registerdata för personal.

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

- *Vad i vården har blivit bättre?*

De viktigaste:

DTN 30 min (SÖS egna diffror) – 64% (målet både lokalt och nationellt (90%) uppnåtts) (2023: 54%)

Direktinläggning stroke – 86% (2023: 82%)

Vård på strokeenhet – 95% (2023: 93%)

NIHss vid inskrivning – 85% (2023: 82%)

Test av sväljbedömning – 90% (2023: 85%)

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

Genom hela förbättringsarbetet som pågått i 7 år och som jag beskrev ovan. Frekventa WS med representanter från alla inblandade verksamheter, 1x/månad i 7 år, där uppföljning av kvalitetsindikatorerna sker. Strokeutbildning för larmssk:or och läkare på VO akuten och VO internmedicin 2x/år. Uppdaterade material/broschyrer till patienter och deras närstående samt till personal. Rapportering av våra resultat konstant till sjukhusledning. Flera strokeplatser planeras att öppnas – 48 st år 2026.

8. Vrinnevi sjukhuset Norrköping

Vi har inte gjort några stora förbättringsarbeten, vi tjarar och kämpar på med att det ska göras NIHSS, sväljbedömningar och övriga riskbedömningar. Vi har även under hela året dragits med ett stundande varsel då personalstyrkan ska minskas. Vi fortsätter och tänker att även det lilla vi gör är viktigt.

9. Ystad

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.*
 - På avdelningen som f.n. är en medicinavdelning där vi också vårdar patienter med neurologiska sjukdomar och stroke/TIA har vi 3 sjuksköterskor och 1 usk som jobbar med att registrera in data i Riksstroke. Det är ett arbete som kräver mycket resurser från avdelningen men det är ett arbete vi vill fortsätta och lägga

stor vikt vid att göra själva – allt för att uppmärksamma vårt arbete och själva se och förankra det vi lär oss i vårt patientnära och dagliga arbete på avdelningen.

- Vi försöker att aktivt använda oss av siffrorna och målnivåerna för att kunna rikta våra utbildningsinsatser. Vi presenterar aktuella siffror i samband med några neuroteammöten varje år. Neuroteammöten har vi varje månad. Representanter från alla yrkeskategorier i teamet kring patienten är inbjudna till dessa möten.
- Vår data har också varit ett underlag i motivering till varför vi ska starta upp en separat Neurologiavdelning med strokeenhet på Lasarettet i Ystad. Det är ett lätt sätt att använda siffrorna för att se hur vi uppfyller de rekommendationer som ges i vården kring våra patienter som drabbats av stroke/TIA.
- Vi som registrerar utgår från Vårdförloppet Stroke/TIA och de rekommendationer som finns där bland annat vad gäller SSAS och GUSS som rekommendationer vid strukturerad sväljscreening. Siffrorna blir sämre där i år men kvaliteten på screeningen är bättre. Tar tid att utbilda och implementera men en stark kvalitetsutveckling. Idag kan all personal nära patienten göra en sväljscreening utifrån SSA-S och GUSS.

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

- *Vad i vården har blivit bättre?*

- Sväljbedömningen har blivit strukturerad och implementerad som en naturlig del i vår rutin vid inskrivnings av nya patienter med Stroke/TIA.
- Bedömning av rehab sker oftast inom 24 timmar oavsett var på sjukhuset patienten landar.
- Från och med 1: a januari 2025 kommer Lasarettet i Ystad att ha en Neurologiavdelning med strokeenhet.