**Kap. 6.7 Pasientrettet kvalitetsforbedring (Eksempel på utfylling)**

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:*

*For å oppfylle kravene til nivå B i stadieinndelingen må registeret dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid.*

*For å oppfylle kravene til nivå A i stadieinndelingen skal registeret dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.*]

**Tabell 1.** **Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret**

|  |  |
| --- | --- |
| Identifiserte pasientrettede forbedringsområder | * **Andel pasienter direkte innlagt i slagenhet**: Indikator med stor variasjon; kun 19 av 48 sykehus har høy måloppnåelse. * **Andel pasienter som ble vurdert/testet for svelgefunksjon**: Indikatoren har moderat måloppnåelse på nasjonalt nivå, og 9 sykehus har lav måloppnåelse. * **Andel pasienter behandlet med trombolyse**: Indikatoren avdekker at det er betydelig uønsket variasjon I trombolysefrekvens, fra 6 – 42 %. * **Andel pasienter med innrapportert status etter 3 måneder:** Indikatoren nådde for første gang høy måloppnåelse på nasjonalt nivå, men det er fortsatt for stor variasjon mellom sykehusene; 12 sykehus hadde lav måloppnåelse I 2021. |

**Tabell 2.** **Tiltak og resultat**

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:*

*Fyll en ut tabell for hver kvalitetsindikator med beskrivelse av igangsatte eller kontinuerte/pågående tiltak i rapporteringsåret og resultater dersom dette foreligger. Alle tiltak og resultater tilhørende samme kvalitetsindikator beskrives i samme tabell. Resultat foreligger ofte ikke samme år som tiltaket ble startet, men gjerne først etter 2-3 år. I slike tilfeller bes det om at tabell 2 fylles ut også for tiltak som ble igangsatt 2 og 3 år før rapporteringsåret.]*

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuelt forbedringsområde | Andel pasienter behandlet med trombolyse (Indikator D) |
| Hva ble gjort av hvem/hvor og når? | 1. «Prosjekt slagenhetsbehandling – klinisk kvalitetsforbedring i regi av Norsk hjerneslagregister». Prosjektet ble gjennomført i 2018-2021, og tre sykehus som hadde lav måloppnåelse på indikatoren deltok: Harstad, Namsos og Kristiansund. Målet med prosjektet var å øke andelen trombolysebehandlede og redusere tid fra innleggelse til trombolyse. Konkrete tiltak for bedring av logistikk og trombolysevirksomhet ble igangsatt og evaluert ved hjelp av gjennombruddsmetodikk. Fullstendig beskrivelse av prosjektet finnes i sluttrapport, som ble publisert i 2022. 2. Lillehammer sykehus: I 2021-2022 har sykehuset gjennomført forbedringsarbeid i akuttmottaket med gjennomgang av prosedyrer, informasjon til alle involverte og utarbeiding av plakat som henger sentralt i akuttmottaket. Hensikten var å sikre korrekt pasientforløp og redusere tiden fra innleggelse til trombolyse. 3. Kongsvinger sykehus: Har i perioden 2019-2021 gjennomført scenariotrening på trombolyse. To sykepleiere og lege fra nevrologisk avdeling, medisinsk sekundærvakt, radiograf, bioingeniør og ambulansepersonell deltok. Hensikten var å innarbeide effektive samarbeidsrutinger mellom enhetene og redusere tiden fra innleggelse til trombolyse. 4. Bærum sykehus: I 2021-2022 har sykehuset gjennomført regelmessig trening/simulering for å redusere tidsbruk ved mottak av pasienter med hjerneslag. I tillegg brukes registerdata for å lage en månedlig oversikt over antall utførte trombolyser og tid til trombolyse, som sendes til ledelsen. |
| Hvilke resultater ble oppnådd? | 1. “Prosjekt slagenhetsbehandling – klinisk kvalitetsforbedring i regi av Norsk hjerneslagregister»: Andelen trombolysebehandlede økte fra 8 % ved baseline for de tre deltakende sykehusene til 20 % ved avslutning av prosjektet (1. halvår 2021). 2. Lillehammer sykehus: Økt måloppnåelse på indikatoren, fra 20 % i 2020 til 24 % i 2022. 3. Kongsvinger sykehus: Økt måloppnåelse på indikatoren, fra 12 % i 2020 til 21 % i 2021. 4. Bærum sykehus: Økt måloppnåelse på indikatoren, fra 18 % i 2019 og 2020 til 20 % i 2022. |