

Riks-Stroke

DEN SVENSKA STROKEVÅRDENS KVALITET 2010



VERSION FÖR PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE



RIKS-STROKE
The Swedish
Stroke Register

TRYCKT AV VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING
2012

ISSN 2001-2314

Förord

Riks-Stroke har i sina årsrapporter om strokevårdens kvalitet i Sverige försökt hålla ett språk som kan vara någorlunda begripligt. Rapporterna ska kunna läsas inte bara av strokevårdens personal utan också av allmänhet, patienter och sjukvårdens tjänstemän och politiker.

Ändå har det funnits ett behov att göra en mer sammanfattande rapport anpassad till patienter och närstående. Detta inte minst för att Riks-Stroke's årsrapporter har blivit allt mer omfattande och det kan vara svårt att få överblick.

Riks-Stroke presenterar nu för första gången en rapportversion särskilt avsedd att läsas av patienter och närstående. Denna rapport är relativt kortfattad. För den läsare som önskar mer detaljer hänvisar vi till Riks-Stroke's fullständiga årsrapport som finns på vår hemsida www.riks-stroke.org, under fliken Årsrapporter.


När man jämför sjukhus eller landsting, kan det finnas en rad faktorer som påverkar jämförelserna. Man måste därför göra en rad förbehåll när resultaten ska tolkas. Vi har inte tyngt denna rapport med många reservationer. Men i vår fullständiga årsrapport finns anvisningar vilka svagheter jämförelserna kan ha och hur resultaten ska tolkas.

Vi är mycket tacksamma för det hängivna arbete som gjorts vid Riks-Stroke's sekretariat för att ta fram underlaget för denna rapport. För dessa insatser tackar vi Fredrik Jonsson, Per Ivarsson, Åsa Johansson och Sari Wallin.

För Riks-Stroke's styrgrupp



Kjell Asplund
Ordförande



Daniela Bjarne
Patientrepresentant

Innehåll

AKTUELLA TRENDER I DEN SVENSKA STROKEVÅRDEN	6
BAKGRUND	6
<i>Riks-Stroke mäter strokevårdens kvalitet</i>	6
<i>Alla sjukhus deltar och nästan alla patienter registreras</i>	7
<i>Några enkla bakgrundsuppgifter</i>	7
AKUT OMHÄNDERTAGANDE OCH BEHANDLING	8
<i>De allra flesta får vård på strokeenhet</i>	8
<i>Proppupplösande akutbehandling: Trombolys</i>	11
<i>Nya akutbehandlingar</i>	15
ATT FÖREBYGGA ÅTERINSJUKNANDE	16
<i>Rökstopp</i>	16
<i>Läkemedel mot proppbildning</i>	17
<i>Läkemedel mot högt blodtryck</i>	18
<i>Statiner</i>	19
PATIENTERNAS RAPPORTER OM TILLSTÅNDET 3 MÅNADER EFTER INSJUKNANDET	21
<i>Att klara sig på egen hand</i>	21
<i>Andra funktionsnedsättningar</i>	23
<i>Boende</i>	23
<i>Hälsotillstånd</i>	25
<i>Nedstämdhet</i>	26
PATIENTERNAS UPPFATTNING OM VÅRD OCH STÖD	27
<i>Nöjdhet/missnöje med akutvården</i>	27
<i>Nöjdhet/missnöje med rehabiliteringen</i>	29
<i>Hemrehabilitering – en ny vårdform</i>	31
<i>Uppföljande läkarbesök</i>	32
HAR PATIENTERNA FÅTT SINA BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP TILLGODOSEDDA?	34
<i>Tillgodosedda behov efter utskrivning från sjukhus</i>	34
<i>Hjälp och stöd av närstående</i>	36
ETT ÅR EFTER STROKE	37
ÅRETS STROKEENHET	37
INFORMATION OM RIKS-STROKE	38
Bilaga 1	39

AKTUELLA TRENDER I DEN SVENSKA STROKEVÅRDEN

- I många avseenden fortsätter den svenska strokevården att förbättras. Det gäller framför allt tillgången till vård på strokeenhet och den medicinska behandlingen i akutskedet.
- Akutbehandling med proppupplösande läkemedel (trombolys) ökar. Men vid många sjukhus är ökningstakten långsam. Hösten 2011 drogs en stor nationell kampanj igång för att få personer med symtom på stroke att omedelbart ringa 112, så att fler kan få akutbehandling.
- Insatser för att förhindra återinsjuknande efter stroke ökar. Men också här finns fortfarande brister vid många sjukhus.
- Tidigare har förmågan att själv klara sig utan hjälp av andra förbättrats successivt över åren. Men sedan 2007 har den gynnsamma utvecklingen avstannat. Intensivare rehabiliteringsinsatser behövs.
- Rehabilitering utförd i hemmet är en metod som börjat införas i strokevården.
- Det finns tydliga brister i vård och omsorg efter utskrivning från akutsjukhus. En stor andel av patienterna upplever sig inte ha fått tillräckligt stöd från sjukvården och kommunen. Dessutom har många inte fått uppföljande läkarbesök i rimlig tid efter utskrivning från sjukhus.
- Följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård är allmänt sett god, men det finns sjukhus som avviker påtagligt från det som rekommenderas.

BAKGRUND

Riks-Stroke mäter strokevårdens kvalitet

Riks-Stroke etablerades 1994 för att följa strokevårdens kvalitet i Sverige. Riks-Stroke ska ses som sjukhusens verktyg för att mäta kvaliteten vid det egna sjukhuset eller landstinget och kunna jämföra sig med andra sjukhus/landsting.

Riks-Stroke har tre viktiga uppgifter:

- Vi bidrar till att strokevården håller en hög och jämn kvalitet över hela landet. Därför redovisar Riks-Stroke på sin hemsida vårdens innehåll och resultat öppet gentemot allmänhet, patienter, professioner och beslutfattare inom sjukvård och socialtjänst.
- Vi är en mycket viktig kunskapskälla när Socialstyrelsen följer upp i vad mån sjukhusen håller sig till de nationella riktlinjerna för strokevården.
- Vi bidrar till den vetenskapliga utvecklingen inom strokeområdet.

Alla sjukhus deltar och nästan alla patienter registreras

Alla patienter som vårdats på sjukhus för akut stroke ska registreras i Riks-Stroke. Från och med 2010 registrerar många sjukhus också patienter med TIA (varningssymtom för stroke).

Alla de 76 sjukhus i Sverige som tar emot patienter med akut stroke rapporterar till Riks-Stroke. Vi har beräknat att minst 95 % av strokepatienterna vid icke-universitetssjukhus och minst 90 % vid universitetssjukhus täcks in av registret (på universitetssjukhus missas en del patienter som drabbas t ex i anslutning till cancerbehandling eller hjärtoperationer). Att en så stor andel av patienterna registreras gör att jämförelserna mellan landstingen och mellan sjukhusen blir rättvisande.

De patienter som överlevt akutskedet får 3 månader efter insjuknandet en enkät eller så görs en telefonintervju. I enkäten frågar vi om funktionen, vissa kvarstående symtom, om man är nöjd med den vård man fått och om man fått sina behov av stöd och hjälp tillgodosedda. I genomsnitt har 88 % av alla patienter besvarat enkäten.

Riks-Stroke gör en motsvarande enkät 1 år efter insjuknandet. Den redovisas bara mycket kortfattat här. Men den fullständiga rapporten finns att tillgå på Riks-Stroke's hemsida www.riks-stroke.org under Årsrapporter.

Några enkla bakgrundsuppgifter

- Risken är hög att någon gång i livet drabbas av stroke. Var femte kvinna och var sjätte man drabbas någon gång under livet av stroke.
- Under 2010 registrerades 25 558 vårdtillfällen för akut stroke i Riks-Stroke, den högsta siffran hittills sedan Riks-Stroke startade 1994.
- Nästan exakt lika många män som kvinnor vårdas för stroke.
- Medelåldern var 2010 lägre för män (73 år) än för kvinnor (78 år). Bland patienter under 65 år dominerar männen och bland patienter 85 år och äldre dominerar kvinnor.
- 74 % insjuknade för första gången medan 26 % tidigare haft stroke och återinsjuknade nu.
- Hos 20 % av kvinnorna (20 %) och 15 % av männen var strokeinsjuknandet så svårt att de var medvetslösa när de anlände till sjukhuset.

De 10 sjukhus som 2010 hade flest vårdtillfällen för akut stroke

Sjukhus	Antal vårdtillfällen
Södersjukhuset, Stockholm	1270
Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm	988
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg	890
Danderyd sjukhus	845
Norra Älvsborgs lasarett, Trollhättan och Uddevalla	790
Skånes universitetssjukhus Malmö	743
Skånes universitetssjukhus Lund	679
Akademiska sjukhuset, Uppsala	643
Centralsjukhuset i Karlstad	603
Karolinska universitetssjukhuset Huddinge	596

Vid 4 sjukhus vårdades färre än 100 strokepatienter (Finspång, Kiruna, Skene och Gällivare).

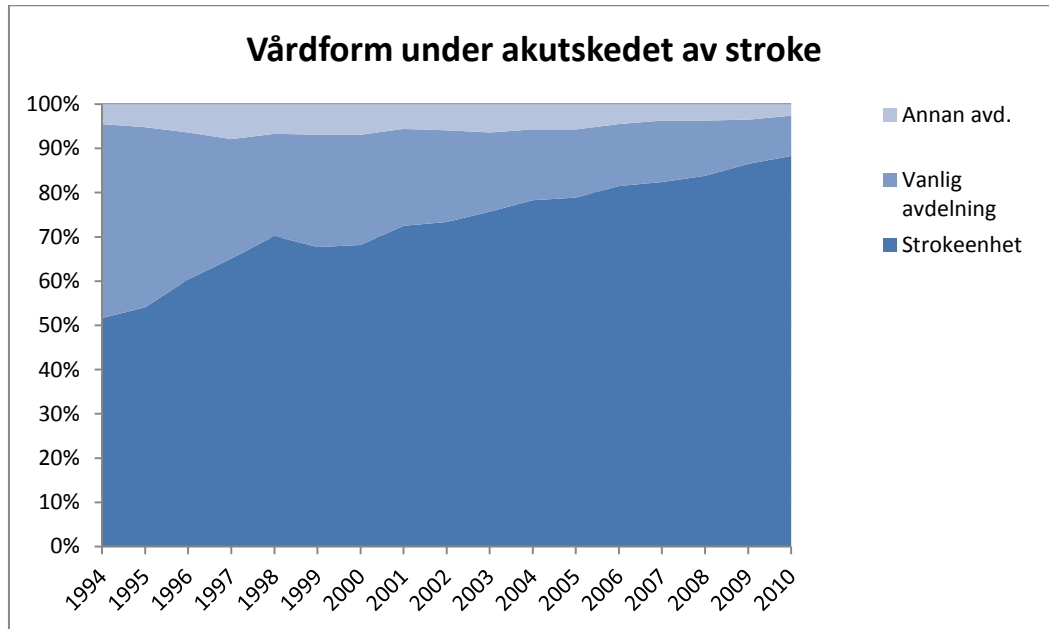
AKUT OMHÄNDERTAGANDE OCH BEHANDLING

De allra flesta får vård på strokeenhet

- Andelen strokepatienter som får tillgång till vård på strokeenhet fortsätter att öka. Sverige är det land där högst andel patienter vårdas på strokeenhet.

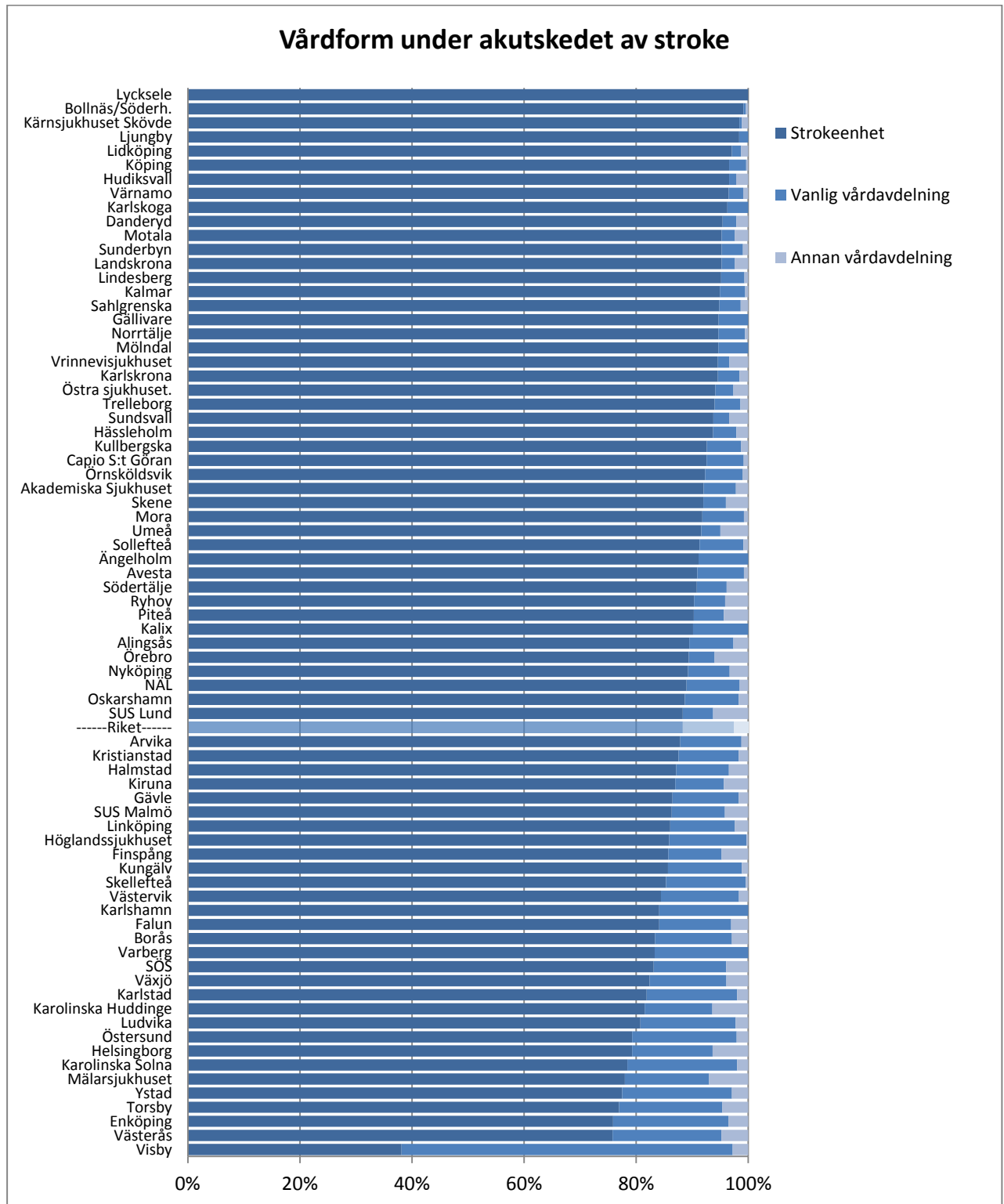
Vård på strokeenhet har, jämfört med vård på vanlig vårdavdelning, mycket gynnsamma effekter på både överlevnad och funktion efter stroke. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård prioriteras denna insats mycket högt, bland annat därför att den ger stora mänskliga vinster i förhållande till kostnaden.

Som figuren visar har andelen på strokeenhet ökat successivt över åren. Andelen var 88 % år 2010. Därmed är Sverige det land där andelen vårdade på strokeenhet är högst i världen. Med "annan vårdavdelning" avses i figuren vård på till exempel intensivvårdsavdelning under hela vårdtiden.



Ett problem är ändå att en fjärdedel av alla strokepatienter inte får tillgång till särskild vårdkompetens (på strokeenhet eller intensivvårdsavdelning) direkt efter inläggning på sjukhus. De kan i stället läggas in på t ex observationsavdelning under något eller några dygn innan de överförs till strokeenheten. Vid vissa sjukhus är det mer än en tredjedel av patienterna som inte direkt får tillgång till vård på strokeenhet.

Skillnaderna mellan sjukhusen har minskat mycket påtagligt de senaste åren. Frånsett Visby (som haft särskilda svårigheter att rekrytera strokeläkare under 2010) vårdas nu minst tre fjärdedelar av alla strokepatienter på strokeenhet. Vi har inom Riks-Stroke diskuterat vad som är en rimlig målsättning och kommit fram till att målet bör vara minst 90 %. Nästan hälften av sjukhusen ligger idag under denna nivå.



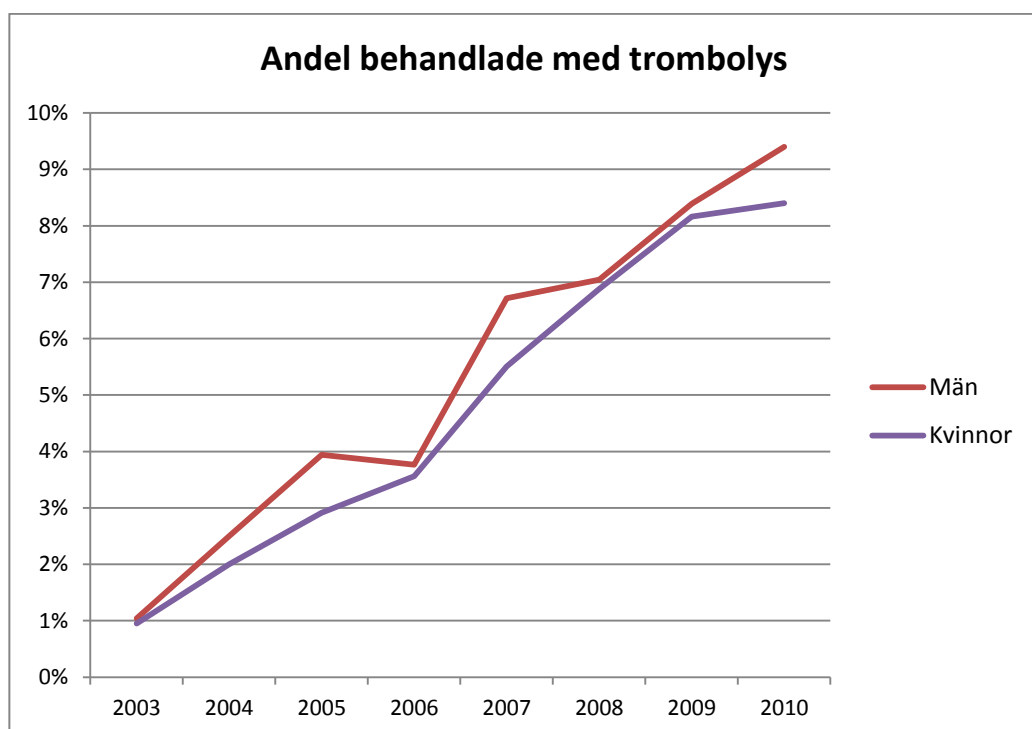
Proppupplösande akutbehandling: Trombolys

- Andelen patienter som akutbehandlas med proppupplösande läkemedel (trombolys) ökar stadigt, om än i ganska långsam takt.
- Andelen patienter med trombolys som registrerats i Sverige 2010 (9 %) ligger väl till i internationella jämförelser.
- De stora variationerna mellan landsting och mellan sjukhus tyder på att trombolys vid många sjukhus är underutnyttjat.
- I oktober 2011 startades en landsomfattande kampanj riktad till allmänheten för att minska fördröjningen från insjuknande till ankomst till sjukhus (AKUT-kampanjen). Denna kampanj ökar möjligheter till att fler ska få tillgång till akutbehandling med trombolys.

Akutbehandling med proppupplösande läkemedel, så kallad trombolys, ökar chansen för snabb återhämtning efter stroke. Behandlingen är aktuell för patienter med stroke på grund av proppbildning – vid hjärnblödning är den alltså inte aktuell.

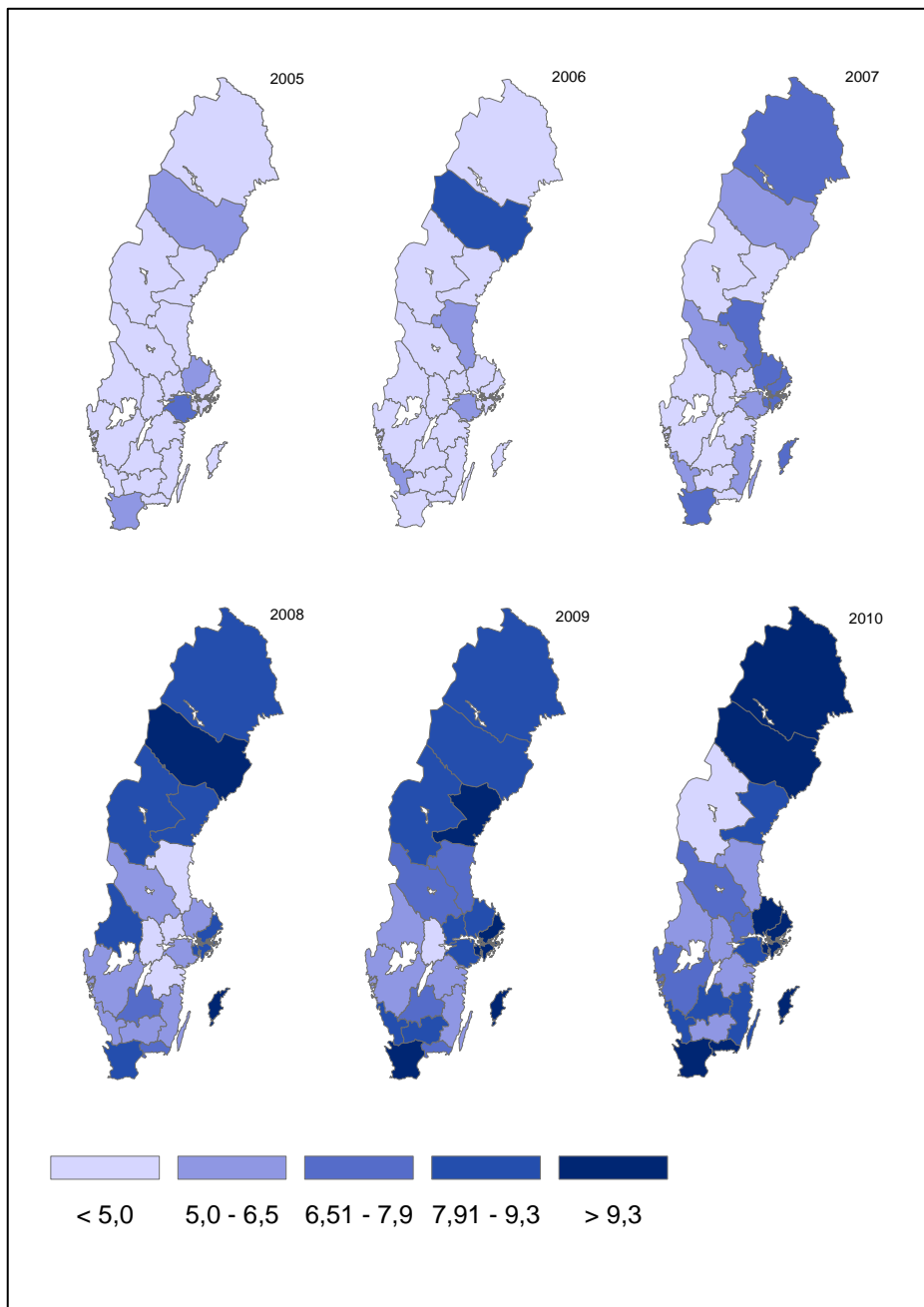
Trombolysbehandling är effektivare ju tidigare efter insjuknandet den sätts in. Därför är det synnerligen viktigt att 112 larmas omedelbart, att transporten till sjukhus sker med största skyndsamhet och att det finns ett snabbt omhändertagande inne på sjukhuset. Behandling senare än 4,5 timmar efter insjuknandet rekommenderas inte. Det finns en viss risk för allvarliga blödningar i samband med behandlingen. Patienter som är lämpliga för behandling måste därför väljas med stor omsorg.

Sedan trombolys 2003 godkändes för behandling av stroke har andelen behandlade ökat successivt. År 2010 behandlades över 1 000 av patienter i målgruppen med trombolys (9,0 %). Andelen var något högre för män än för kvinnor.



Figuren nedan visar hur utvecklingen i de olika landstingen under de fem senaste åren. Skillnaderna över landet har minskat betydligt, men fortfarande är tillgången till trombolysbehandling inte jämlik över landet. Under 2010 rapporterades den högsta andelen i Västerbotten, de lägsta i Jämtland och Östergötland.

Utvecklingen 2005-2010 av andel strokepatienter i målgruppen som behandlats med trombolys



Går man ner på sjukhusnivå varierar andelen trombolysbehandlade från 15-20 % i Hässleholm, Södersjukhuset, Umeå, Ystad, Skellefteå och Kiruna ned till 0-3 % vid några mindre sjukhus.

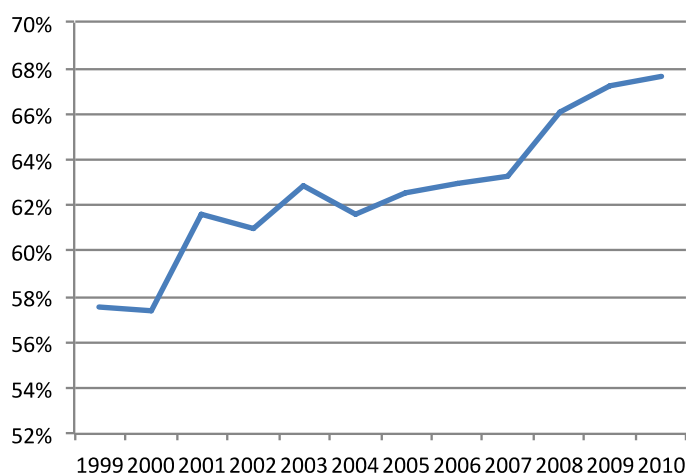
Av de som behandlades 2010 drabbades 5 % av en allvarlig blödning. Denna andel är bättre än i de vetenskapliga studier som ligger till grund för att trombolys godkännts av myndigheterna för strokebehandling. Siffrorna visar att behandlingen kan genomföras i rutinsjukvården med en rimligt låg risk för svåra biverkningar.

Behandlingen är inte formellt godkänd i åldrar över 80 år. Men det har kommit allt fler vetenskapliga rapporter som visar att behandlingen kan vara effektiv också hos patienter över 80 år. Riks-Stroke-data från 2010 visar att man vid 25 svenska sjukhus börjat behandla ett begränsat antal patienter över 80 år. Under 2012 kommer resultaten från en mycket stor internationell studie, där vi kommer att få mer säkert svar på nytta och risker i höga åldrar.

Eftersom tiden efter det att symtom uppträtt är avgörande för om trombolys kan ges eller inte, har vi särskilt analyserat fördröjningar i vårdkedjan.

Som figuren visar, har andelen som kommer till sjukhus inom 3 timmar efter insjuknandet ökat successivt under 2000-talet. År 2010 var andelen strax över två tredjedelar.

Andel som inkommer till sjukhus inom 3 tim efter insjuknandet



De olika tidsintervallen för trombolysbehandlade patienter jämförs landstingsvis i tabellen nedan. För riket är tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus i genomsnitt 80 min. Behandlingen påbörjas efter ytterligare 88 min (sammanlagd tid från symtomstart till behandlingsstart i genomsnitt 168 minuter).

Inte överraskande med tanke på de långa avstånden är tiden från symtomstart till ankomst till sjukhus längst i Jämtland. Mer anmärkningsvärt är variationerna i fördröjningen inne på sjukhus med dubbelt så långa tider i Uppsala jämfört med Västerbotten.

Fördröjning från strokesymtom till ankomst till sjukhus samt sedan till behandling med trombolys (bland de patienter som fått trombolys)

Landsting	Fördröjning från symtomstart till sjukhus, minuter	Fördröjning från ankomst till sjukhus till behandling, minuter
Norrbottnen	83	70
Västerbotten	99	47
Västernorrland	81	64
Jämtland	113	66
Gävleborg	55	96
Dalarna	79	63
Uppsala	79	96
Västmanland	93	83
Örebro	86	55
Stockholm	83	70
Södermanland	58	93
Värmland	95	83
Östergötland	70	90
Västra Götaland	75	70
Gotland	57	54
Kronoberg	73	83
Kalmar	83	68
Jönköping	69	69
Halland	53	82
Blekinge	88	84
Skåne	82	71
Riket	80	88

Många sjukhus och landsting, särskilt de med långa fördröjningar inne på sjukhuset, arbetar nu mycket målmedvetet med att förkorta tiderna.

För att minska fördröjningen före ankomsten till sjukhus drog Sveriges Landsting och Regioner i oktober 2011 igång en stor nationell strokekampanj. Målet är att alla ska känna till tre viktiga symtom på stroke (sammanfattade i initialerna AKUT i akuttestet för stroke, se bilaga) och omedelbart ringa 112. Genom Riks-Stroke kan effekterna av kampanjen följas.

Nya akutbehandlingar

TVå nya metoder för akutbehandling av patienter med proppar i hjärnans kärl är på ingång i svensk strokevård.

Vid så kallad **trombektomi** avlägsnar man proppen med hjälp av en kateter som förs in i det tilltäppta kärlet i hjärnan.

Behandlingen är klart vanligast vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, men hade 2010 introducerats i viss skala också vid Skånes Universitetssjukhus i Lund och Malmö, vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och Norrlands Universitetssjukhus. Det pågår fortfarande studier för att avgöra hur metoden bäst ska användas.

I sällsynta fall av mycket svår hjärnsvullnad på grund av hjärninfarkt har man börjat tillgripa **hemikraniektomi**. Vid detta neurokirurgiska ingrepp avlägsnas en del av skallbenet för att ge utrymme för svullnaden. Åtgärden kan vara direkt livräddande och har i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård prioriterats mycket högt.

Under 2010 rapporterades 52 ingrepp av denna typ (0,4 % av alla med hjärninfarkt). Det finns inga uppseendeväckande skillnader över landet. Även om andelen behandlade är liten, så är den högre än vad som rapporterats från USA.

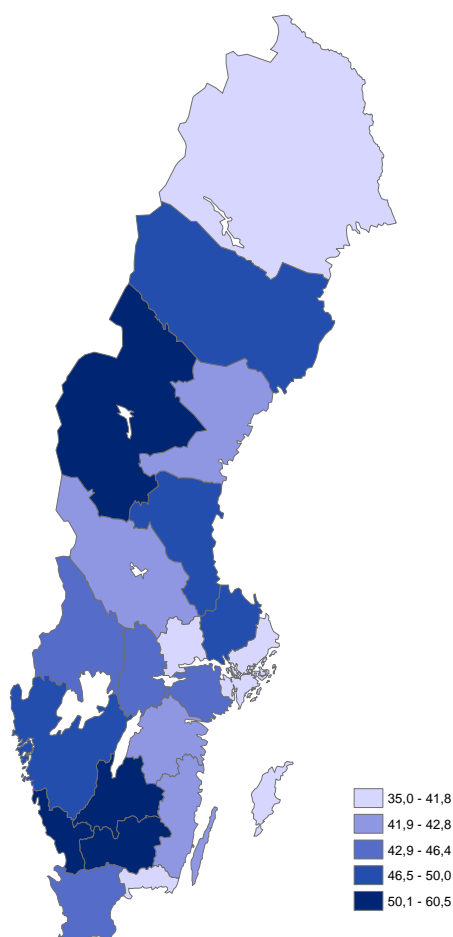
ATT FÖREBYGGA ÅTERINSJUKNANDE

En mycket viktig del av strokevården är att förhindra återinsjuknande bland dem som skrivs ut från sjukhus efter att ha vårdats för stroke. Här ingår både råd om levnadsvanor, t ex rökstopp, och läkemedelsbehandling.

Rökstopp

- Vid många sjukhus lyckas över hälften av rökarna sluta röka efter sitt strokeinsjuknande. Men vid många sjukhus är insatserna mot rökning hos patienter som haft stroke otillräckliga.

Andel rökare med rökstopp 3 månader efter insjuknandet



Rökning ökar risken för stroke. Därför är råd och stöd att sluta röka viktiga insatser för de patienter som rökt före sitt strokeinsjuknande.

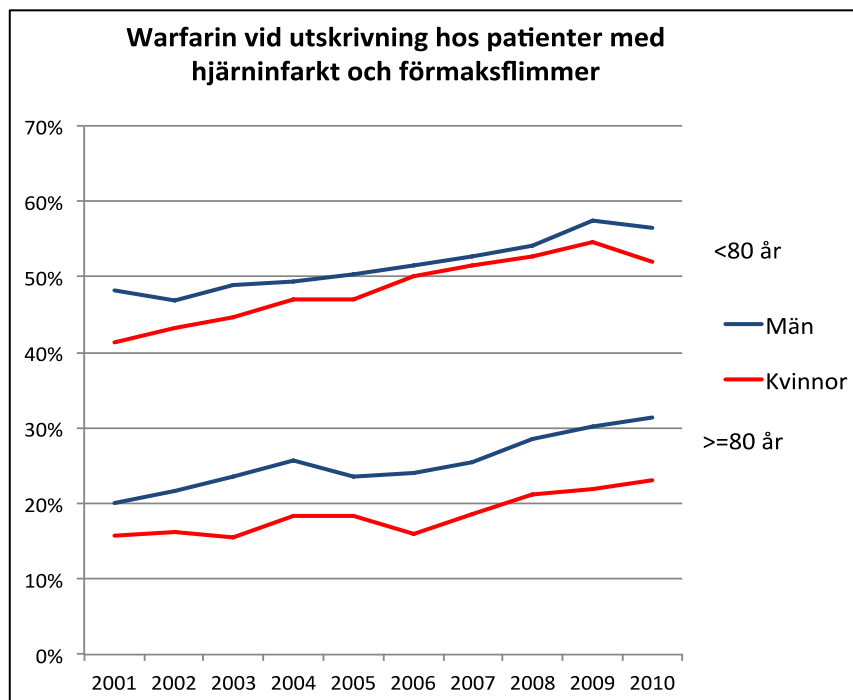
Av de strokepatienter som rökte före insjuknandet, hade nära hälften (46 %) slutat 3 månader efter insjuknandet. Som figuren visar var andelen rökstopp högst i Jämtland, Jönköping, Kronoberg, och Halland, lägst i Norrbotten, Stockholm, Västmanland och på Gotland.

Läkemedel mot proppbildning

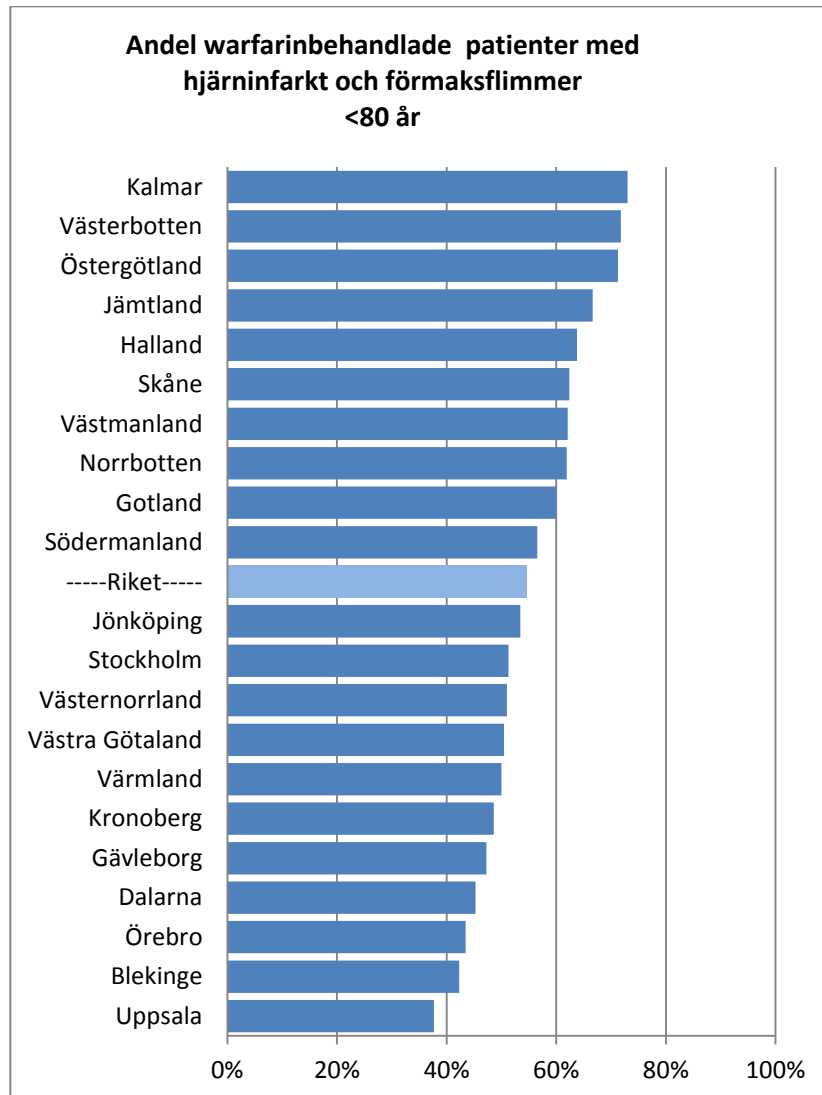
- De allra flesta patienter med hjärninfarkt får någon form av proppförebyggande medicinering för att förhindra nyinsjuknande.
- För patienter som fått stroke på grund av hjärtflimmer förekommer ändå viss underbehandling med "blodförtunnande" läkemedel.

Det finns två huvudtyper av läkemedel mot proppbildning efter stroke: medel som påverkar de blodplättar som bygger upp proppar (trombocythämmare) och medel som påverkar blodets levringsförmåga (antikoagulantia; "blodförtunnande"). De allra flesta patienter som haft proppar i hjärnan bör stå på någon form av propphämmande läkemedel när de skrivs ut från sjukhus. Riks-Stroke-data visar att alla sjukhus tillämpar denna grundprincip.

Det är enklare att medicinera med trombocythämmare än med antikoagulantia. Men om det bildats en propp i hjärtat och den vandrat med blodet till hjärnan, är antikoagulantia (warfarin, Waran®) effektivare för att förhindra nya proppar. Detta gäller främst patienter som har hjärtflimmer. Men det finns en betydande risk för blödningar, särskilt hos många äldre, och därför är behandlingen inte lämplig för alla. Vi redovisar här bara data för patienter under 80 år.



Figuren på föregående sida visar utvecklingen av antikoagulantibehandling hos patienter som har kombinationen hjärtflimmer och hjärninfarkt. Andelen behandlade ökar stadigt. Det finns dock, som figuren nedan visar, fortfarande stora skillnader mellan landstingen i hur denna förebyggande behandling tillämpas. Andelen är dubbelt så hög andel i Kalmar jämfört med Uppsala.



Läkemedel mot högt blodtryck

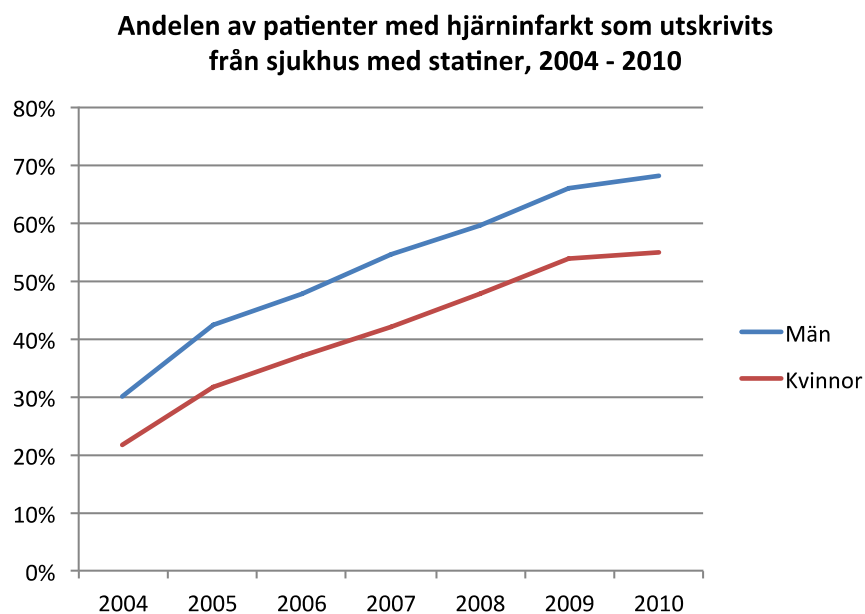
De nationella strokeriktlinjerna rekommenderar behandling med blodtryckssänkande behandling till alla strokepatienter, om inte patienten har en förhöjd risk för biverkningar. Följsamheten mot denna rekommendation är god vid de allra flesta sjukhusen.

Statiner

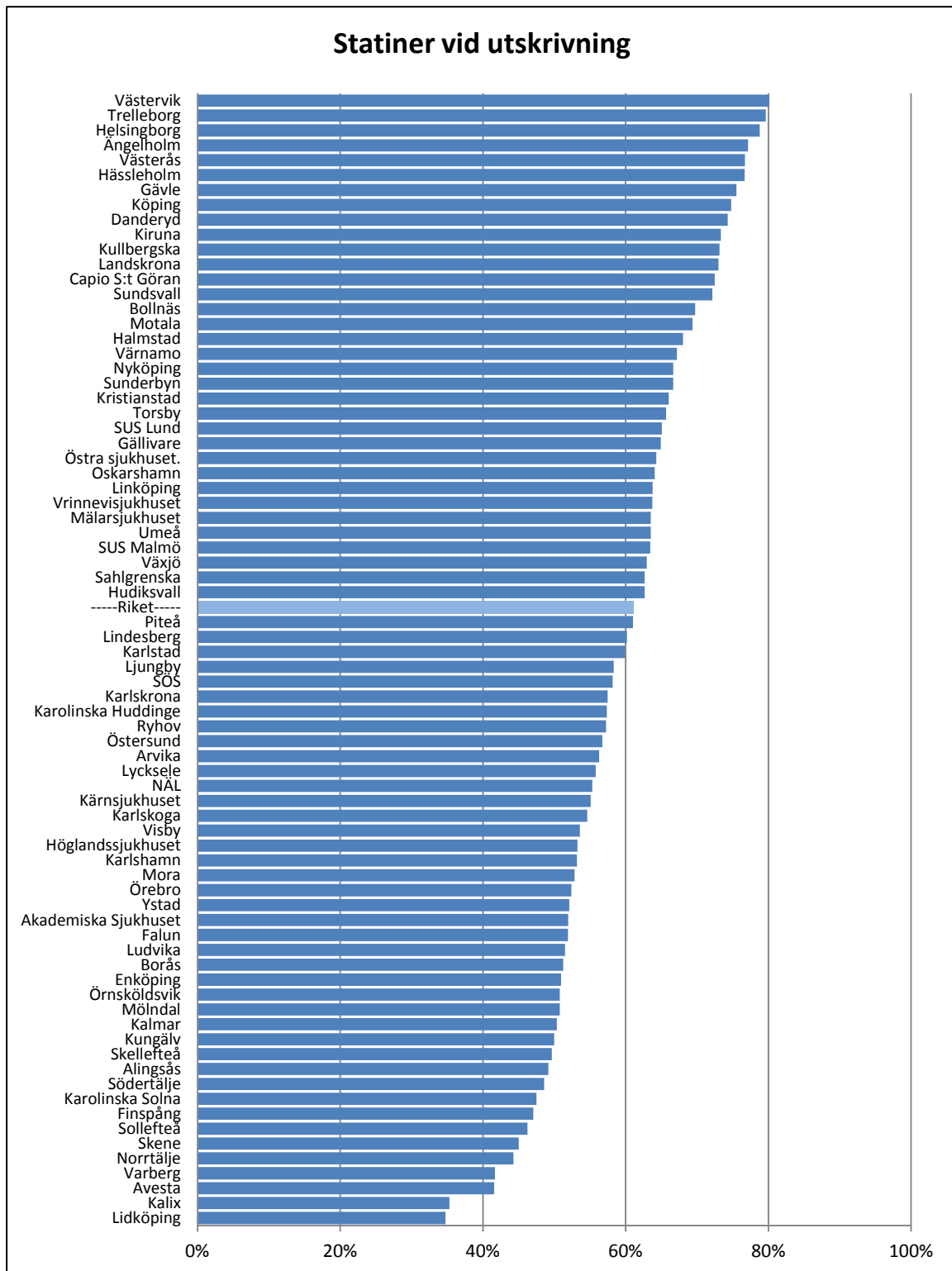
- Vetenskapliga studier har visat att statiner är en läkemedelsgrupp som har gynnsamma effekter efter hjärninfarkt. Men statinbehandlingen varierar fortfarande mycket mellan sjukhusen.
- Det finns tydliga könsskillnader, där män behandlas oftare än kvinnor.

Läkemedelsgruppen statiner (vanligast Simvastatin) introducerades ursprungligen för att behandla höga kolesterolnivåer i blodet. Men det har visat sig att statiner har en rad andra gynnsamma effekter hos patienter med kärlsjukdomar, däribland stroke. I de nationella strokeriktlinjerna har statiner fått en relativt hög prioritering för att förebygga nya strokeinsjuknanden hos patienter som haft proppbildning i hjärnan (hjärninfarkt). Statiner gör ingen nytta hos patienter med hjärnblödning.

Användningen av statiner ökar, men i ganska långsam takt. Det finns en avsevärd könsskillnad till kvinnornas nackdel (se figuren).



Det finns stora skillnader mellan sjukhusen i hur man tillämpar rekommendationen om statinbehandling efter hjärninfarkt, som figuren nedan visar. Medan andelen ligger under 40 % vid några sjukhus, är den mer än dubbelt så hög vid andra sjukhus.



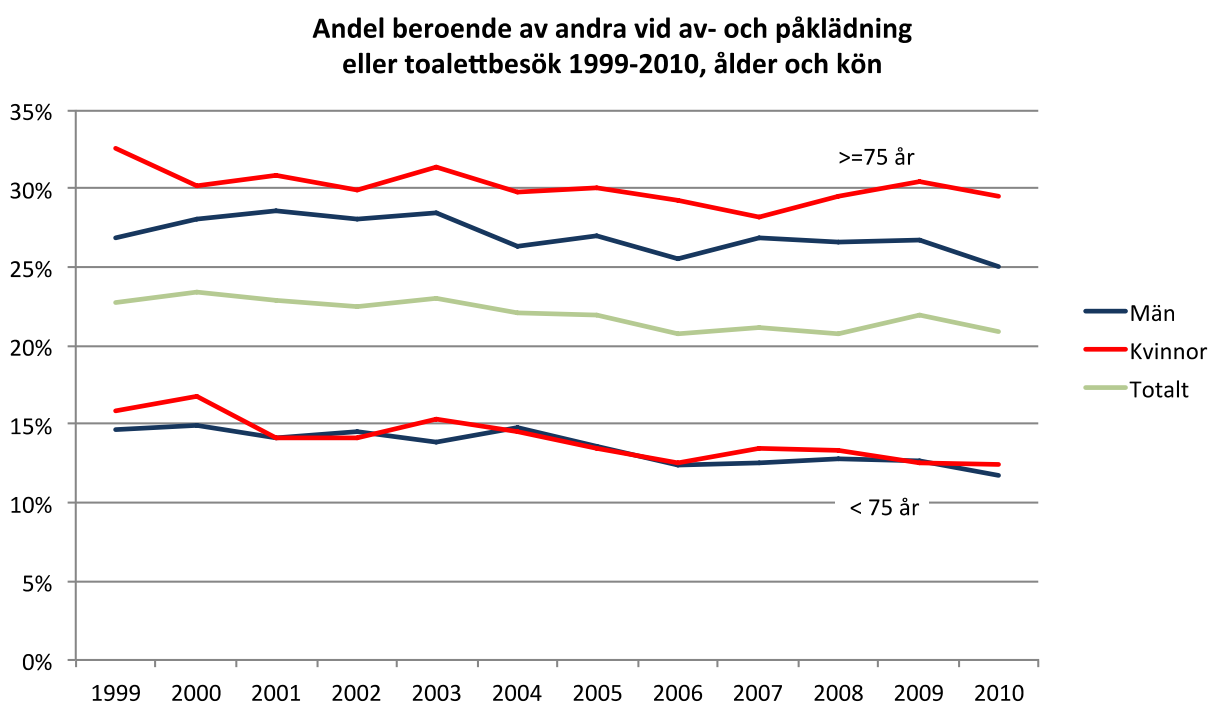
PATIENTERNAS RAPPORTER OM TILLSTÅNDET 3 MÅNADER EFTER INSJUKNANDET

Att klara sig på egen hand

- Andelen som är beroende av andra för att klara enkla vardagliga aktiviteter förbättrades successivt under 1990-talet och första halvan 2000-talet. Men sedan 2007 har inga ytterligare förbättringar skett.
- Variationerna mellan sjukhusen är relativt stora. På många håll kan det behövas särskilda satsningar på rehabilitering efter stroke.

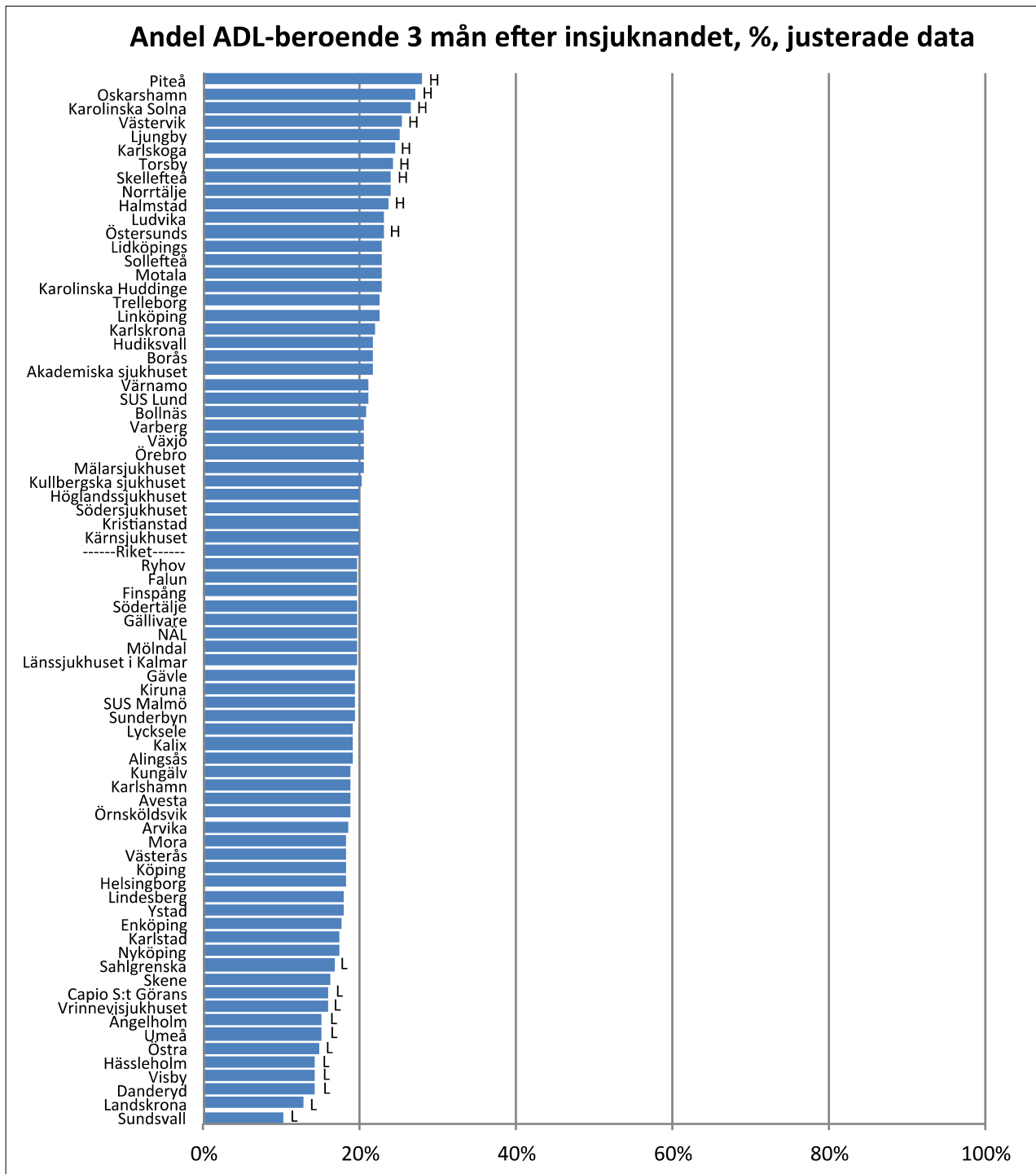
ADL står för de aktiviteter i det dagliga livet (Activities of Daily Living). I Riks-Stroke frågar vi patienterna om de på egen hand klarar toalettbesök, att klä sig och att förflytta sig eller om de behöver hjälp av någon annan person. Förmågan att klara ADL 3 månader efter stroke är ett av de viktigaste måtten på strokevårdens kvalitet.

Andelen ADL-beroende minskade långsamt under åren 2000-2006, för att därefter vara ungefär oförändrad (se figuren nedan).



I figuren nedan jämförs sjukhusen beträffande andelen patienter som var ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet. Eftersom det kan skilja mellan sjukhusen i t ex åldersfördelning och hur svårt strokeinsjuknandet är, har vi med statistiska metoder justerat för sådana skillnader.

Trots justeringar för patientsammansättning kvarstår skillnader på 21 procentenheter mellan sjukhus med låg respektive hög andel ADL-beroende patienter. I figuren markeras sjukhus med en andel som är säkerställt högre än riksgenomsnittet med H och säkert lägre med L. Allra lägsta andelen ADL-beroende finns bland patienter vårdade på Sundsvalls sjukhus.



Andra funktionsnedsättningar

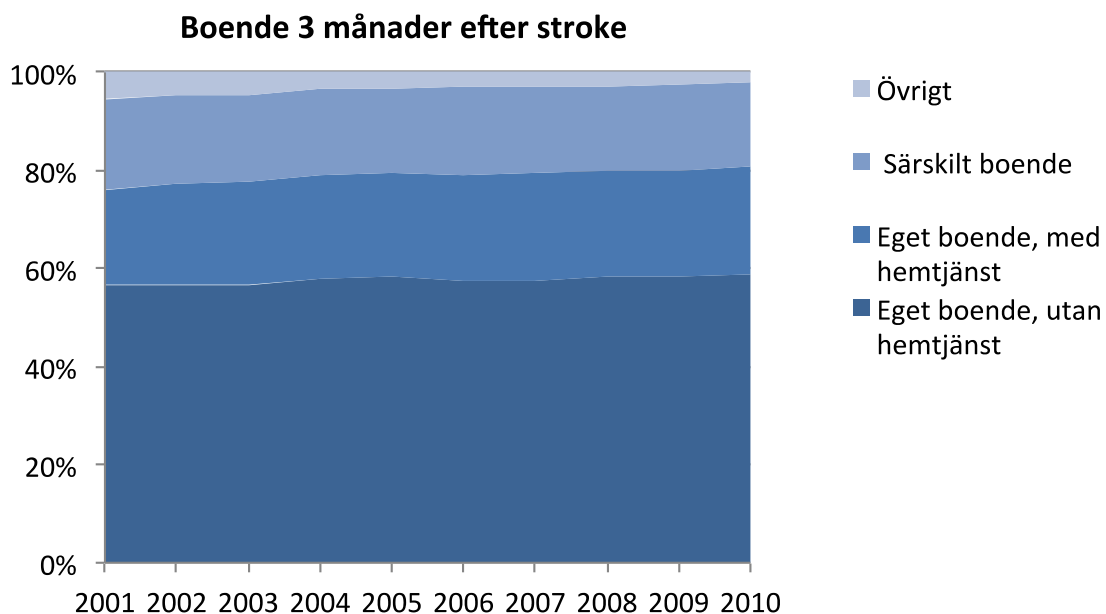
- Omkring en fjärdedel av personer som insjuknat i stroke har svårigheter att tala, läsa eller skriva.
- Var tionde patient uppger sig ha sväljningssvårigheter. Det kan påverka näringstillståndet och öka risken för att maten hamnar i luftstrupen och ger lunginflammation.

Stroke kan också orsaka en rad svåra funktionsnedsättningar. Vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet frågar vi patienterna också om vissa andra funktionsnedsättningar utöver det som gäller ADL-förmåga. Följande andelar rapporterar svårigheter att ...

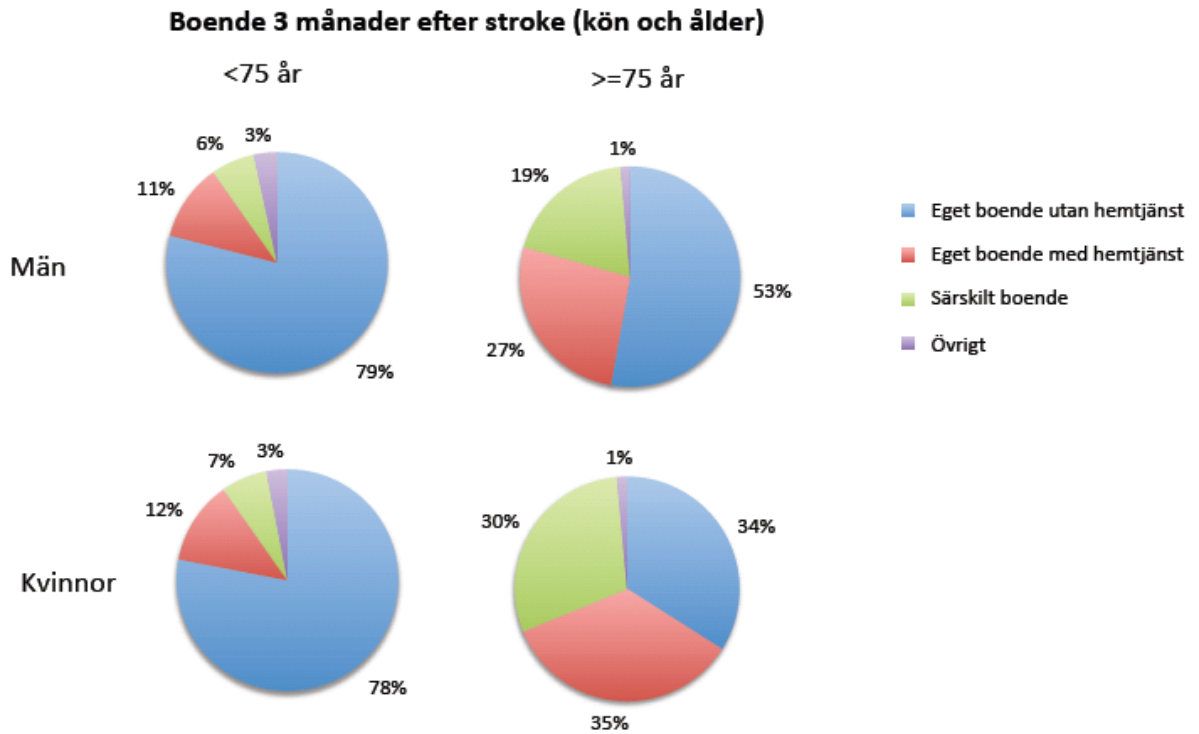
- tala 21 %
- läsa 22 %
- skriva 29 %
- svälja 10 %

Boende

De allra flesta patienter som vårdats på sjukhus för stroke återvänder hem. Andelen som 3 månader efter insjuknandet återvänt till eget boende har ökat långsamt under det senaste decenniet. Under 2010 var andelen 81 %, den högsta siffra vi hittills noterat (se figuren). Av de som har eget boende, har ungefär en tredjedel hemtjänst från kommunen.



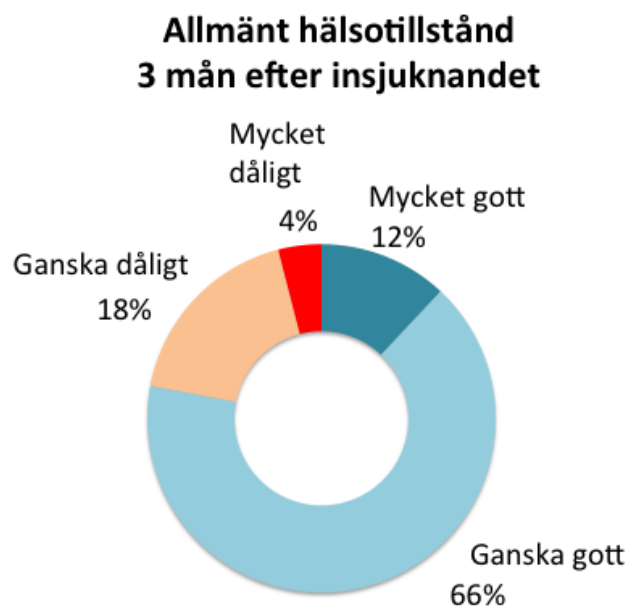
I åldrar upp till 75 år finns inga större skillnader i boende och hemtjänst mellan män och kvinnor. I högre åldrar är det en avsevärt högre andel av kvinnorna än av männen som har hemtjänst eller särskilt boende (figuren nedan)



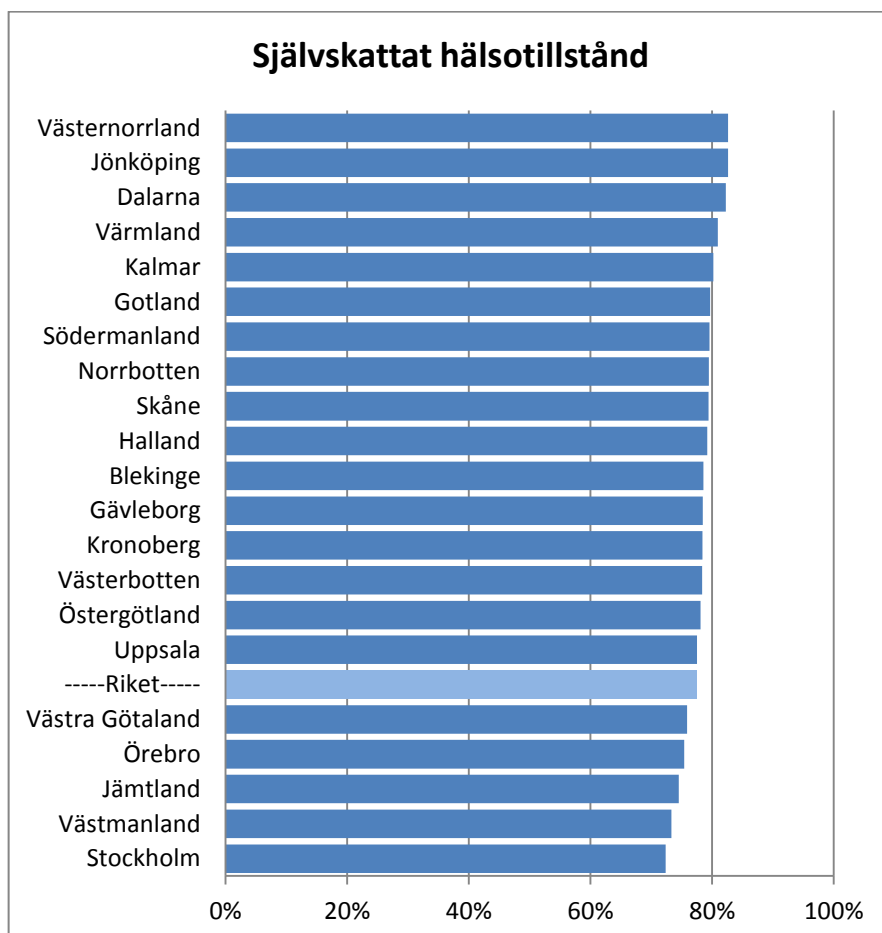
Hälsotillstånd

- Mer än tre fjärdedelar av patienterna rapporterar att deras hälsotillstånd är ganska eller mycket gott 3 månader efter stroke. Andelen har ökat över de senaste åren.

Av samtliga patienter som 2010 besvarade frågan om allmänt hälsotillstånd 3 månader efter insjuknandet, uppgav mer än tre fjärdedelar att deras hälsotillstånd var ganska eller mycket gott, medan drygt en femtedel rapporterade att det allmänna hälsotillståndet var ganska eller mycket dåligt (figuren nedan). Under de senaste åren har andelen patienter som rapporterat ganska eller mycket dåligt hälsotillstånd minskat.



Det finns vissa skillnader mellan landstingen i hur patienterna upplever sitt allmänna hälsotillstånd. Bland landstingen fanns de högsta andelarna med mycket gott eller ganska gott allmänt hälsotillstånd i Västernorrland (85 %), Jönköping och Dalarna (83 %) och de lägsta andelarna (72-73 %) i Stockholm och Västmanland. Att andelen är förhållandevis låg i Stockholm är ett mönster som återkommit under flera år.



Nedstämdhet

- Det finns tydliga variationer mellan sjukhusen i andelen patienter som rapporterar att de är nedstämda efter stroke. Det kan motivera översyn av psykosocialt stöd och av rutinerna för tidig upptäckt och behandling av depression efter stroke vid dessa sjukhus.

Det är vanligt att personer som haft stroke drabbas av nedstämdhet, ibland som en följd av själva hjärnskadorna, men ofta på grund av att livssituationen förändrats radikalt.

Nedstämdheten bidrar kraftigt till försämrad livskvalitet. Är den allvarlig (klinisk depression), kan behandling med psykoterapi eller läkemedel vara till viss hjälp.

Av de som vid 3-månadersuppföljningen besvarat frågan om nedstämdhet, uppgav 13 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda. Bland de större sjukhusen varierade andelen som rapporterade nedstämdhet från 8 % (Sundsvall) till 20 % (Östra sjukhuset i Göteborg).

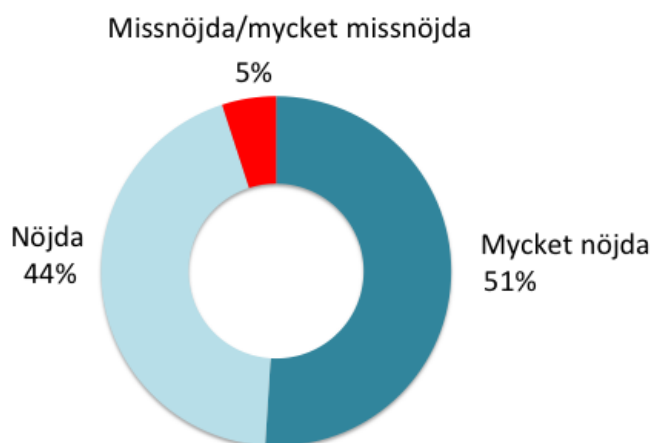
PATIENTERNAS UPPFATTNING OM VÅRD OCH STÖD

Nöjdhet/missnöje med akutvården

- De allra flesta strokepatienterna är nöjda med den vård de fått på akutsjukhuset. Ändå finns vissa skillnader mellan landstingen.
- Riks-Stroke har åtskilliga frågor om nöjdheten som gör det möjligt för sjukhusen att själva analysera om man kan minska andelen missnöjda ytterligare.

I enkäten 3 månader efter strokeinsjuknandet tillfrågas patienterna om de är nöjda eller missnöjda med den vård de fått på akutsjukhuset. Som visas i figuren är andelen nöjda eller mycket nöjda mycket hög sett över hela landet. Andelen som svarat "vet ej" (6 %) redovisas inte i figuren.

Andel nöjda/missnöjda med vården på akutsjukhus



Den andel som svarat att de var missnöjda eller mycket missnöjda med vården (4,5 %) är något lägre jämfört med tidigare år. Andelen missnöjda är något lägre bland män (4 %) än bland kvinnor (5 %).

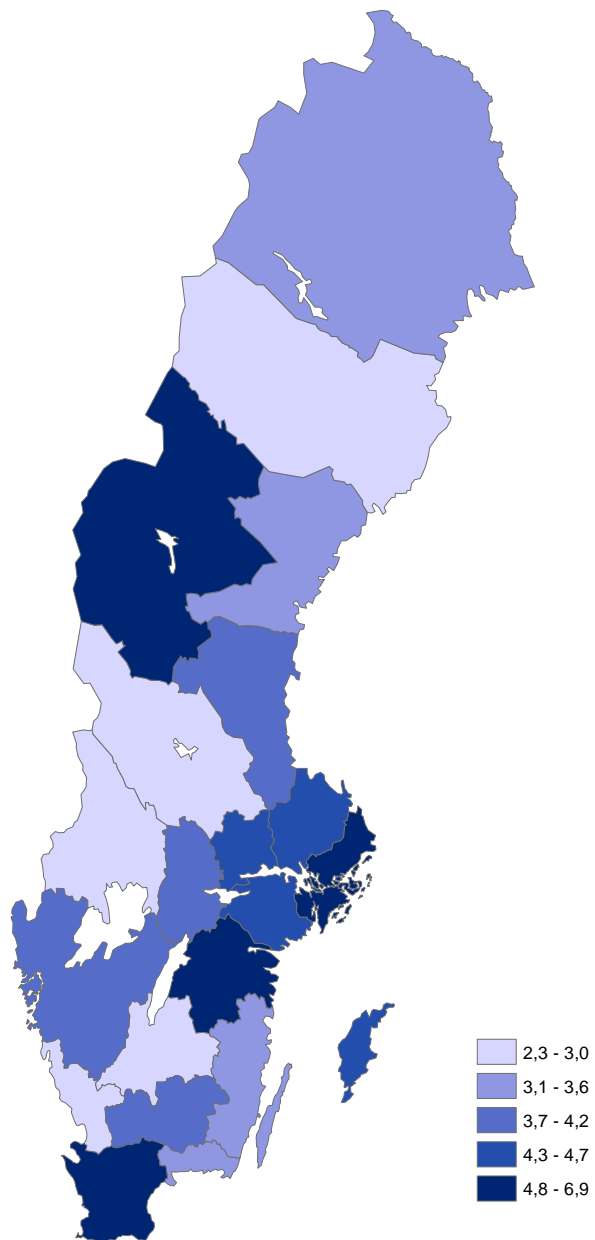
En detaljerad analys har visat att de missnöjda finns framför allt bland dem som har ett dåligt utfall 3 månader efter insjuknande (dvs. de som är ADL-beroende, nedstämda och har dålig självupplevd hälsa). Men det finns också faktorer inom strokevården som ger högre risk för missnöje:

- inte vårdats strokeenhet
- inte deltagit i vårdplanering
- inte fått någon läkaruppföljning i öppenvård efter utskrivningen från sjukhus.

Andelen missnöjda är lägre vid små sjukhus än vid medelstora och stora sjukhus.

Bland landstingen finns den högsta andelen missnöjda patienter i Stockholm, Jämtland, Östergötland och Skåne. Lägsta andelen missnöjda med vården finns på sjukhus i Västerbotten, Dalarna, Värmland, Jönköping, Kronoberg och Halland (se figuren nedan). Andelarna missnöjda är dock genomgående små och når inte i något landsting över 7 %.

Andel missnöjda med akutvården i olika landsting.

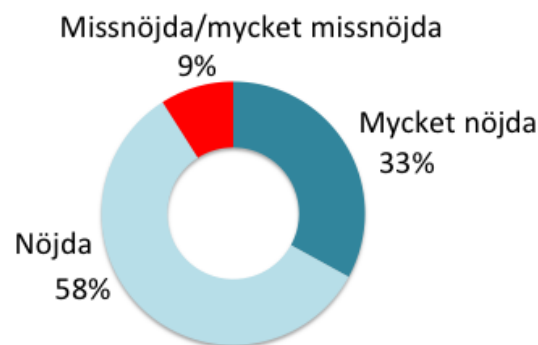


Nöjdhet/missnöje med rehabiliteringen

- Andelen patienter som är missnöjda med rehabiliteringen efter stroke är något högre än andelen missnöjda med akutsjukvården.
- Vissa skillnader mellan landstingen har bestått över flera år. Riks-Stroke har åtskilliga frågor om nöjdheten som gör det möjligt för sjukhusen att själva analysera om man kan minska andelen som är missnöjda med rehabiliteringen.

I likhet med tidigare år finns ett mönster med relativt sett låga andelar som är nöjda med rehabiliteringen bland patienter som vårdats vid något av Stockholmssjukhusen. Andelen som var nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning från akutkliniken (bland de patienter som erhållit sådan rehabilitering) var relativt hög, även om något fler var missnöjda med rehabiliteringen än med akutsjukvården (se figuren). Det finns inga skillnader i andelen nöjda mellan män och kvinnor.

Andel nöjda/missnöjda med rehabiliteringen



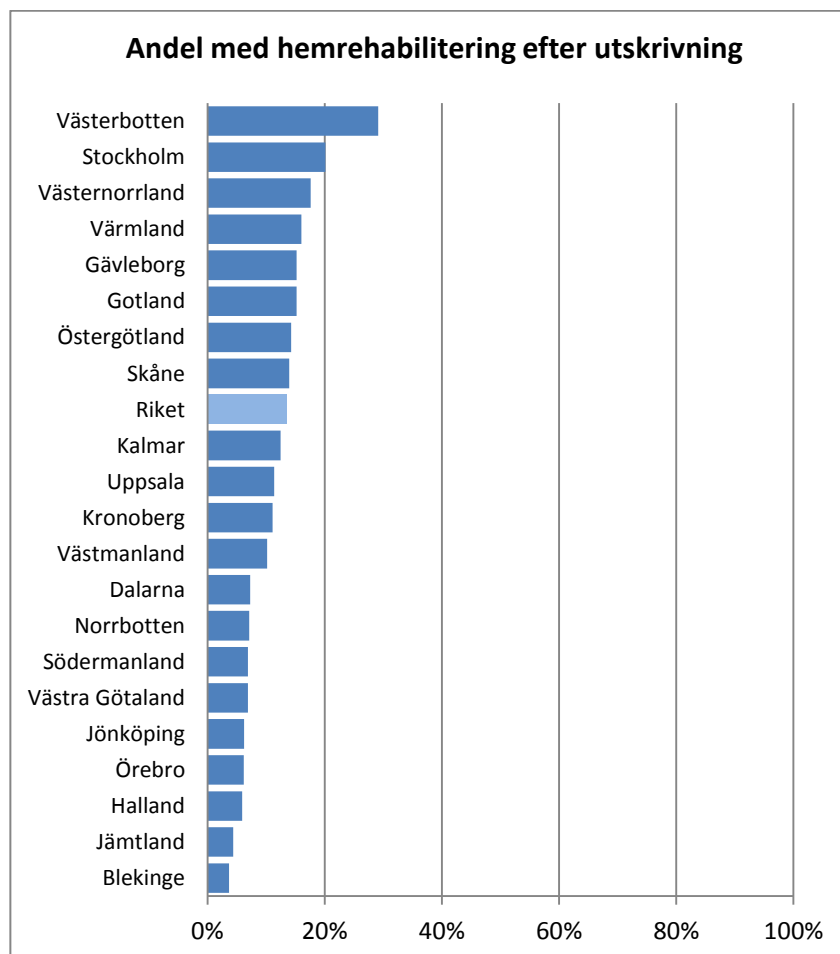
Hemrehabilitering – en ny vårdform

- Rehabilitering i hemmet är en ny metod med gott vetenskapligt stöd. Det finns stora skillnader över landet i hur snabbt denna nya metod blir tillgänglig för patienterna.

Rehabilitering efter stroke har hittills skett antingen som ineliggande på t ex geriatrisk klinik eller som besök på mottagning. Under de senaste åren man fått vetenskapligt stöd för att rehabilitering i hemmet har minst lika goda effekter.

Många patienter är mycket nöjda med denna form av rehabilitering, som innebär att ett team med sjukgymnast och arbetsterapeut besöker patienten i hemmet. I teamet ingår också sjuksköterska, läkare och vid behov logoped. I Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer för strokesjukvården har rehabilitering i hemmet fått hög prioritet.

14 % av alla patienter som fått någon form av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus anger att detta skett som rehabilitering i hemmet. Som visas i figuren är verksamheten mest utbyggd i Västerbotten och Stockholm. I en tredjedel av landstingen uppger mindre än 10 % av de patienter som fått rehabilitering att detta skett i hemmet.



Uppföljande läkarbesök

- En ökande andel av strokepatienterna får läkarbesök inom 3 månader efter utskrivning från sjukhus.
- På många håll, får dock fortfarande en stor andel av strokepatienterna inte tillgång till läkarbesök i öppenvård inom 3 månader efter insjuknandet - det är uppenbart att vården i detta avseende inte är likvärdig över landet.

Efter ett strokeinsjuknande är det viktigt att följa upp resultatet av rehabiliteringen och den sociala situationen, att upptäcka sena komplikationer (t ex depression) och att följa upp de insatser som gjorts för att förebygga återinsjuknande i stroke. Ett uppföljande besök ger dessutom viss trygghet till patient och närstående.

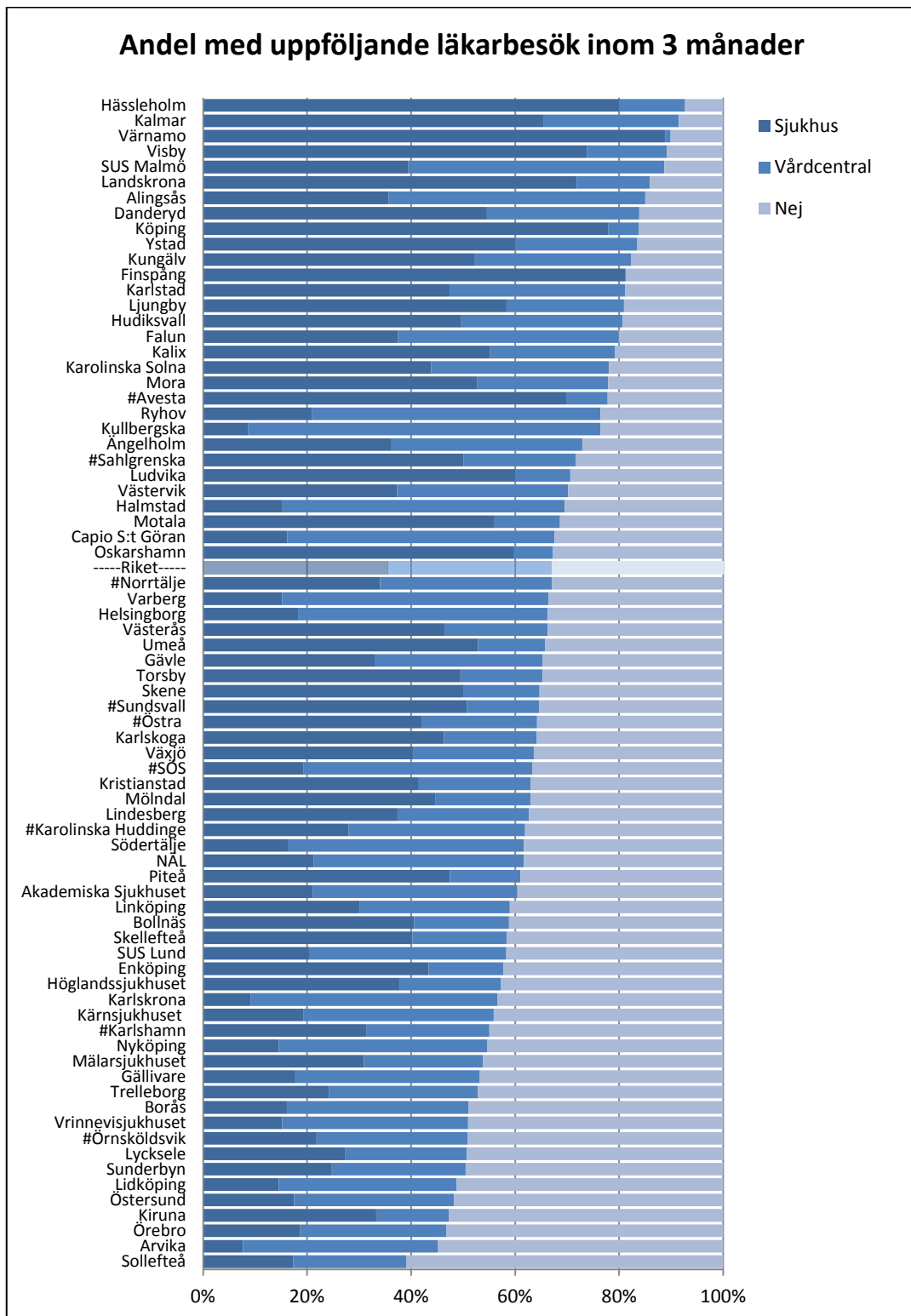
Riks-Stroke använder läkarbesök inom 3 månader som en markör för ambitionsnivån i uppföljningen av patienter som insjuknat i stroke. Andelen kan tjäna som ett grovt mått på kvaliteten i primärvård eller vid sjukhusets öppenvårdsmottagning. Det är patienterna själva som rapporterar om sina läkarbesök.

År 2010 var andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig ha varit på ett uppföljande läkarbesök efter utskrivningen från sjukhus 67 %. Denna andel har ökat successivt under senaste åren. Andelen som följts upp med besök i primärvården (t ex vårdcentraler) och vid sjukhusmottagningar var 2010 ungefär lika (32 % respektive 36 %).

Det fanns tydliga könsskillnader. Bland män hade 70 % fått återbesök; motsvarande andel bland kvinnor var 64 %.

Andelen som fått uppföljning inom 3 månader varierade kraftigt mellan sjukhusen, något som framgår av figuren nedan.

Vid flera sjukhus/vårdcentraler erbjuds återbesök hos sjuksköterska i stället för läkare. Från och med 2011 registrerar Riks-Stroke också detta.



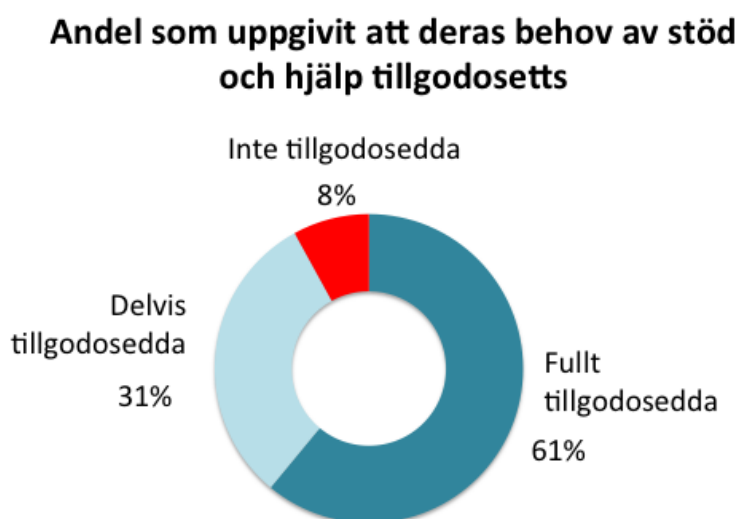
HAR PATIENTERNA FÅTT SINA BEHOV AV STÖD OCH HJÄLP TILLGODOSEDDA?

Tillgodosedda behov efter utskrivning från sjukhus

- Det finns landsting och sjukhus med en påtagligt låg andel patienter med tillgodosedda behov av stöd från sjukvård och kommun. Riks-Stroke har rekommenderat dessa landsting/sjukhus att förbättra samarbetet med primärvård och kommun för att stärka stödet.

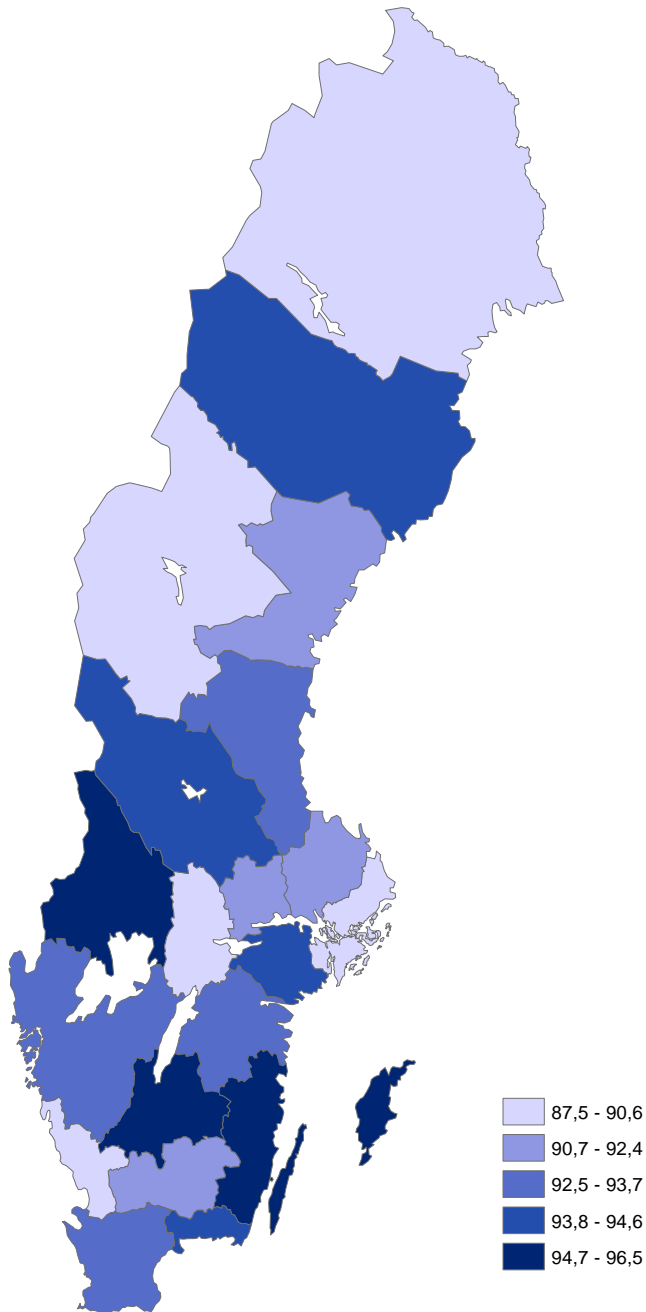
I enkäten 3 månader efter strokeinsjuknandet tillfrågas patienterna om de tycker att de fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta avspeglar det samlade stöd patienten upplever att samhället ger. Det kan ses som ett mått på kvaliteten i hela vårdkedjan under de första månaderna efter utskrivning från sjukhus.

Nästan en tredjedel ansåg att deras behov av stöd och hjälp bara delvis var tillgodosett (se figuren nedan).



Högsta andelen med tillgodosedda behov rapporterades från Värmland, Jönköping, Kalmar och Gotland, lägsta andelarna från Stockholm, Norrbotten, Jämtland, Örebro och Halland.

Tillgodosedda behov av stöd och hjälp efter utskrivning från sjukhus (%)

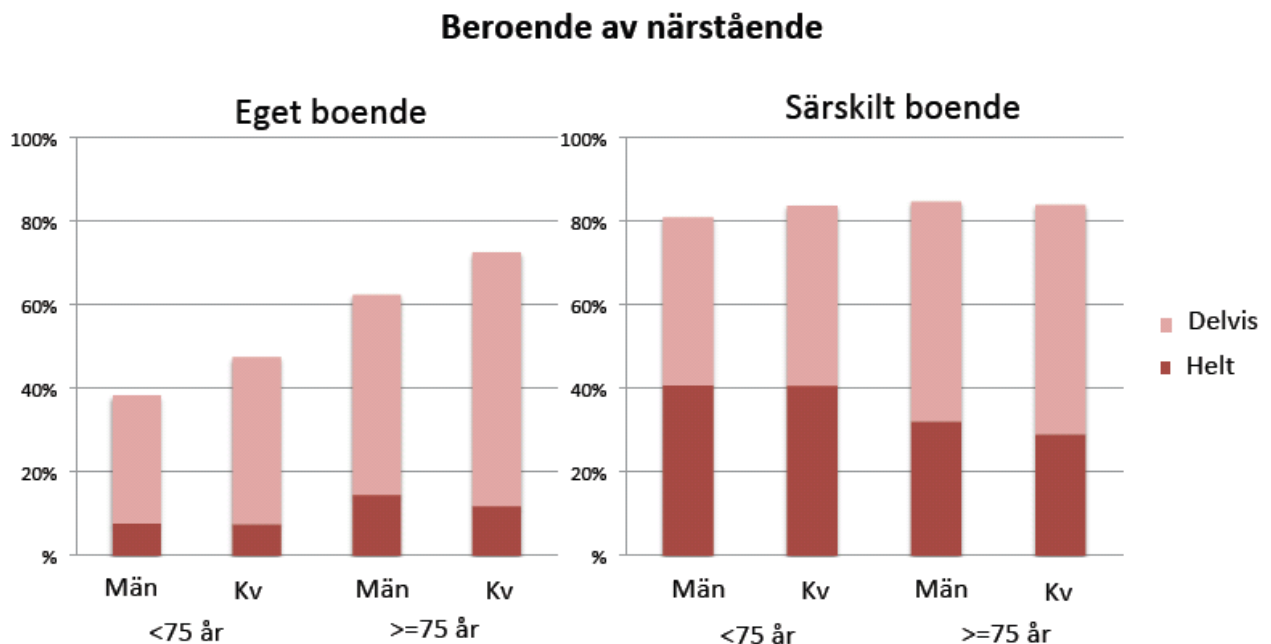


Hjälp och stöd av närstående

- En mycket hög andel av de personer som haft stroke är beroende av hjälp och stöd från närstående, särskilt i åldrar över 75 år.
- Kvinnor uppger oftare än män att de har behov av hjälp och stöd från närstående.
- Även personer i särskilt boende rapporterar stora insatser från närstående. Ofta handlar det om emotionellt stöd och hjälp med praktiska saker som ekonomi, inköp, utflykter, etc.

Närstående gör ofta mycket stora insatser för att hjälpa och stödja de personer som haft stroke. I figuren nedan ses de andelar av strokepatienter som uppger sig ha behov av hjälp/stöd från närstående 3 månader efter insjuknandet, uppdelat på kön och ålder.

Bland de som har eget boende 3 månader efter stroke uppger kvinnor oftare än män att de är delvis beroende av närstående. I åldrar över 75 år anger mer än hälften av de svarande att de helt eller delvis är beroende av hjälp och stöd från närstående. Det är också påfallande att så stor andel (c:a 85 %) av de som bor i kommunalt särskilt boende anger sig vara helt eller delvis beroende av närståendes insatser.



ETT ÅR EFTER STROKE

Riks-Stroke presenterade i juni 2011 sin andra 1-årsuppföljning. Syftet var att beskriva strokepatienternas situation sent efter insjuknandet samt att brett bedöma kvaliteten i samhällets insatser för patienter med stroke. Rapporten är tillgänglig på Riks-Strokes hemsida samt i tryckt form.

De personer som 2009 insjuknade i stroke redovisade under 2010 sin uppfattning om sin livssituation och om de anser att de fått sina behov av vård och stöd tillgodosedda eller inte. Av de tillfrågade svarade 80 %, en anmärkningsvärt hög andel.

I ett avseende gav Riks-Strokes 1-årsuppföljning en ljus bild av situationen för de personer som insjuknat i stroke: Tre av fyra (76 %) ansåg att deras allmänna hälsotillstånd var gott eller ganska gott. Men kartläggningen avslöjade också en rad brister, som i många avseenden är desamma som vad vi i denna rapport lyft fram kring situationen 3 månader efter stroke.

- De personer som insjuknat i stroke upplevde ofta att deras behov av hjälp och stöd inte var tillgodosedda. Det gällde bland annat rehabilitering (fyra av tio), hemtjänst i form av personlig vård (mer än var fjärde) och smärtlindring (var tionde av dem som har smärta).
- En femtedel hade inte följts upp med läkarbesök under det senaste halvåret. Här fanns stora skillnader över landet.
- Yngre personer med stroke upplevde stora brister i den yrkesinriktade rehabiliteringen. Det var ovanligt att man tyckte sig ha fått stöd av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen för att återgå i arbete.
- När någon i familjen insjuknar i stroke, innebär det ofta en stor belastning för de närstående. Över hälften av de svarande uppgav att de var beroende av närstående för hjälp och stöd.

Rapporten innehåller jämförelser mellan län/landsting.

ÅRETS STROKEENHET

För tredje året har Riks-Stroke utsett Årets strokeenhet. Bedömningen bygger på det sammanvägda resultatet av 12 viktiga mått på strokevårdens kvalitet.

Priset för Årets strokeenhet 2010 gick till Norrlands universitetssjukhus, Umeå. Fem sjukhus fick särskilt omnämmande för god strokevård: Akademiska sjukhuset i Uppsala, Alingsås lasarett, Värnamo sjukhus, Trelleborgs lasarett samt Oskarshamns sjukhus.

INFORMATION OM RIKS-STROKE

Styrgruppen för Riks-Stroke

Kjell Asplund, professor, Stockholm och Umeå (ordförande)
Peter Appelros, docent, Örebro
Daniela Bjarne, patient- och närstående representant, Stockholm
Wania Engberg, sjukgymnast, Trollhättan
Kerstin Hulter Åsberg, docent, Enköping och Uppsala
Bo Norrving, professor, Lund
Birgitta Stegmayr, professor, Stockholm och Umeå
Andreas Terént, professor, Uppsala
Sari Wallin, sjuksköterka, Riks-Strokekoordinator, Umeå
Mariann Ytterberg, patient- och närstående representant, Västerås

Arbetsgruppen för Riks-Stroke

Anställda vid Riks-Stroke

Sari Wallin, sjuksköterska, Riks-Strokekoordinator (deltid)
Åsa Johansson, forskningssjuksköterska (deltid)
Fredrik Jonsson, statistiker
Per Ivarsson, projektadministratör (deltid)

Övriga

Marie Eriksson, docent, statistiker
Eva-Lotta Glader, med dr, ST-läkare
Roger Jacobsson, datakonsult
Tommy Larsson, datakonsult

Kontaktuppgifter m m

På Riks-Stroke's hemsida, <http://www.riks-stroke.org> finns kontaktuppgifter. Där återfinns också bl. a. de formulär som används av Riks-Stroke, liksom alla tidigare utgivna årsrapporter. På engelska finns allmän information om registret samt formulär med tillhörande vägledning.

Bilaga 1

Akutttest för stroke enligt Nationella strokekampanjen

Första steget

AKUT är en förkortning som hjälper dig att komma ihåg hur symtomen ser ut och vad du ska göra.

Lägg den på minnet.



ANSIKTE

Kan personen le och visa tänderna? Om ena mungipan hänger - ring 112!

KROPPSDEL ARM/BEN

Kan personen lyfta armarna och hålla kvar dem i 10 sekunder? Om en arm faller - ring 112!

UTTAL

Kan personen upprepa en enkel mening som "Det är vackert väder idag"? Om personen sludrar eller inte hittar rätt ord - ring 112!

TID

Varje sekund räknas. Tveka aldrig. Ring 112 direkt.

<http://strokekampanjen.se>