

# Ett år efter stroke

Rapport från Riks-Stroke



## 1-årsuppföljning 2009

- livssituation, tillgodosedda behov och resultat av  
vårdens och omsorgens insatser

*Version för professioner och beslutsfattare*

**RIKS-STROKE**  
The Swedish  
Stroke Register



TRYCKT AV VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING  
2010

## Innehåll

Huvudbudskap.....	3
1 Sammanfattning .....	4
2 Rapportens syfte.....	6
3 Bakgrund.....	7
3.1 Många insjuknar i stroke och stora resurser krävs.....	7
3.2 Behovet av långtidsuppföljningar efter stroke.....	7
3.3 Kort om Riks-Stroke .....	8
4 Metoder.....	9
5 Att tolka uppgifter från Riks-Stroke 1-årsuppföljning.....	10
5.1 Risk för feltolkningar.....	10
5.2 Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer.....	10
5.3 Bortfall kan ge osäkra data .....	10
5.4 Olika län har olika patientsammansättning.....	10
6 Basuppgifter .....	11
6.1 Deltagare .....	11
6.2 Bortfallsanalys .....	12
7 Boende och funktion .....	13
7.1 Boende.....	13
7.2 Rörlighet.....	14
7.3 Personlig ADL-förmåga.....	15
7.4 Instrumentellt ADL/ hushålls-ADL .....	16
7.5 Beroende av närstående.....	16
8 Hälsotillstånd .....	18
8.1 Självpupplevt hälsotillstånd.....	18
8.2 Smärta.....	19
8.3 Nedstämdhet.....	19
9 Insatser i sjukvård och tandvård.....	22
9.1 Uppföljning i sjukvården.....	22
9.2 Rehabilitering .....	25
9.3 Hjälpmedel.....	26

9.4 Hemsjukvård.....	26
9.5 Smärtlindring .....	27
9.6 Läkemedel mot nedstämdhet .....	28
9.7 Rökning och rökstopp.....	30
9.8 Tandvård.....	32
10 Insatser i socialtjänst och från andra samhällsorgan .....	34
10.1 Bistånd i form av exempelvis färdtjänst och hemtjänst .....	34
10.2 Yrkesinriktad rehabilitering .....	35
11 Referenser .....	38
Appendix: Riks-Stroke:s syfte, uppgifter och organisation .....	39

## Huvudbudskap

Riks-Stroke presenterar sin första 1-årsuppföljning. De som 2008 insjuknade i stroke har redovisat sin uppfattning om sin livssituation och om de anser att de fått sina behov av vård och stöd tillgodosedda eller inte. En enkät har besvarats av 13 159 personer (78 % av de tillfrågade, en anmärkningsvärt hög svarssiffra).

Uppföljningen visar att vården och omsorgen i flera avseenden tycks fungera väl för dem som insjuknat i stroke. Tre av fyra ansåg att deras allmänna hälsotillstånd var gott eller ganska gott. Men kartläggningen visar också att förbättringar behövs på en rad områden.

- De personer som insjuknat i stroke upplevde ofta att deras behov av hjälp och stöd inte var tillgodosedda. Det gäller bland annat rehabilitering (nära hälften), hemtjänst i form av personlig vård (mer än var fjärde) och smärtlindring (var tionde av dem som har smärta).
- En femtedel har inte följts upp med läkarbesök under det senaste halvåret. Här finns stora skillnader över landet. Mindre än var fjärde rökare har erbjudits rökavvänjning och bara hälften av de som var nedstämda hade läkemedelsbehandling för sin nedstämdhet. Här är mönstret likartat över landet.
- Personer med stroke upplevde stora brister i den yrkesinriktade rehabiliteringen. Det var ovanligt att man uppfattat sig ha fått stöd av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen för att återgå i arbete.
- När någon i familjen insjuknat i stroke, innebär det en belastning för de närstående. Över hälften av de svarande uppgav att de var beroende av närstående för hjälp och stöd.

# 1 Sammanfattning

## Deltagande

- Ett år efter insjuknandet sändes en enkät till samtliga överlevande som under 2008 i samband med akutskedet registrerats i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke. Enkäten besvarades av 13 159 personer (svarsfrekvens 78 %). Av dessa svarade 59 % själva, medan resterande 41 % behövde assistans av närstående eller vårdpersonal med att svara.

## Boende och funktion

- Ett år efter strokeinsjuknandet vistades 66 % i eget **boende** utan kommunal hemtjänst, medan 20 % hade eget boende med kommunal hemtjänst och 14 % hade särskilt vårdboende.
- För många innebär stroke att förmågan att klara det dagliga livets aktiviteter (**ADL**) nedsätts kraftigt. Av de som insjuknat i stroke behövde 28 % hjälp av annan person vid förflyttning och 19 % behövde hjälp vid toalettbesök och/eller på- och avklädning. Betydligt högre andelar behövde hjälp med så kallat instrumentellt ADL (hushålls-ADL): matinköp 44 %, städning 51 %, tvätt 44 %. Skillnaderna i ADL-beroende var påfallande små mellan länen.
- Stroke innebär ofta stor belastning på **närstående**. Bland män angav 52 % och bland kvinnor 66 % att de var beroende av hjälp och stöd från närstående.

## Hälsotillstånd

- Trots att man insjuknat i stroke, upplevde merparten (75 %) ändå sitt **allmänna hälsotillstånd** som gott eller ganska gott, detta utan stora skillnader över landet.
- Däremot upplevde 23 % ofta eller ständigt **smärta** och 18 % uppgav att de ofta eller ständigt kände sig **nedstämda**. Andelarna med smärta och nedstämdhet var högre bland kvinnor än bland män. Andelen nedstämda varierade påtagligt mellan länen; särskilt låg var den i flera av skogslänen.

## Insatser i sjukvård och tandvård

- Av de svarande hade 19-21 % inte varit på **läkarbesök** under det senaste halvåret, medan få (8-9 %) inte fått sitt **blodtryck mätt** någon gång under det år som gått efter strokeinsjuknandet. Andelen utan läkarbesök varierade mellan länen från 12 % till 26 %.
- Av de som uppgav sig ha haft behov av **rehabilitering** ansåg 13 % att de inte alls och 30 % att de bara delvis hade fått sina behov tillgodosedda. De högsta andelarna med tillgodosedda behov fanns i sydöstra Sverige (Jönköping, Blekinge och Kronoberg).
- I samtliga län var andelen som uppgav att de inte alls fått sina behov av **hjälpmedel** tillgodosedda låg (0-4 %), liksom andelen som inte alls fått sina behov av hemsjuksjukvård tillgodosedda (1-5 %).

- Andelen som uppgav att de ofta eller ständigt hade smärta och inte alls fått sina behov av **smärtlindring** tillgodosedda var 10-15 % i samliga län utom i Kronoberg och Blekinge, där andelen var lägre (6-8 %).
- Häften av de personer som ständigt kände sig nedstämda hade inte **läkemedel mot nedstämdhet**; de regionala variationerna var måttliga.
- Andelen **rökare** ett år efter strokeinsjuknandet var dubbelt så hög i Skåne och Stockholm som i Smålandslänen och Västerbotten. Bara en minoritet (22 %) av de personer som rökte vid insjuknandet uppgav att de fått erbjudande om **rökavvänjning**; andelen var låg i samtliga sjukvårdsregioner. Många hade slutat röka inom 3 månader efter insjuknandet och efter ett år hade 42 % av de tidigare rökarna lyckats hålla sitt rökstopp.
- Stroke medför ofta problem med tänder och munhåla. Av de svarande uppgav 63 % att de under det senaste året haft **kontakt med tandläkare eller tandhygienist**. Andelen utan sådan kontakt var särskilt hög bland äldre kvinnor och i norra Sverige.

### Insatser från socialtjänst och andra samhällsorgan

- Totalt hade 47 % (38 % män, 57 % kvinnor) ansökt om och erhållit **bistånd från kommunen** i form av exempelvis larm, färdtjänst eller hemtjänst. Könsskillnaden förklaras av att det finns betydligt fler kvinnor i höga åldrar.
- Var femte av de svarande (19 %) uppgav att de bara delvis eller inte alls fått sina behov av **färdtjänst** tillgodosedda.
- Mer än var fjärde (27 %) uppgav att de bara delvis eller inte alls fått sina behov av hemtjänst i form av **personlig vård** (som hjälp vid på- och avklädning och toalettbesök) tillgodosedda.
- Beträffande hemtjänst i form av **städning och/eller matinköp** varierade andelen som uppgav att de inte alls fått sina behov tillgodosedda från 3 % (Dalarna) till 10 % (Skåne).
- Genomgående var det fler bland äldre personer med stroke ( $\geq 75$  år) som hade omfattande hjälpbehov och de var mer tillfreds med vård och service. I yngreggruppen ( $< 75$  år) var det inte lika många med omfattande hjälpbehov, men de var mindre tillfreds med vård och service.
- Av de som deltog i 1-årsuppföljningen hade 28 % förvärvsarbete vid insjuknandet i stroke. Av dessa hade 40 % återgått i arbete, helt eller delvis. Bland dem som upplevde behov av **yrkesinriktad rehabilitering** uppgav två tredjedelar eller fler att de inte alls fått sina behov av yrkesinriktad rehabilitering tillgodosedda; mönstret var likartat i de sex sjukvårdsregionerna.

## 2 Rapportens syfte

Riks-Stroke's ursprungliga syfte var att utgöra ett verktyg för kontinuerlig kvalitetsutveckling av strokesjukvården. Riks-Stroke redovisar öppna jämförelser mellan landsting och sjukhus av strokevårdens innehåll och resultat gentemot allmänhet, patienter, professioner och beslutfattare. Riks-Stroke tjänar också som uppföljningsinstrument för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård.

Under Riks-Stroke's första fas i första hand inriktades registret helt på att utvärdera akutsjukvårdens kvalitet. Men ambitionerna har successivt vidgats. I Riks-Stroke's patientenkät 3 månader efter insjuknandet har patientrapporterade uppgifter (patient-reported outcome measurements; PROMs) kommit allt mer i fokus. Fr o m 2009 har också en enkät genomförts 1 år efter insjuknandet. Riks-Stroke's 1-årsuppföljning har två huvudsyften:

- att *kartlägga och därmed synliggöra de behov* som strokepatienterna har efter de första tre månaderna, dvs. efter akutskedet och de tidiga rehabiliteringsinsatserna, då man vanligen har god tillgång till både akutsjukvård och rehabiliteringsteam. Genom att göra uppföljningen efter ett år ökar möjligheten för kommuner och landsting att uppmärksamma och åtgärda också kvarstående behov av rehabilitering och anhörigstöd.
- att på nationell, regional och länsnivå *redovisa kvaliteten i samhällets stödinsatser* för personer som insjuknat i stroke. Detta innefattar insatser i hälso- och sjukvård, i vissa primärkommunala insatser och i den yrkesinriktade rehabiliteringen.



## 3 Bakgrund

### 3.1 Många insjuknar i stroke och stora resurser krävs

Stroke är samlingsnamn för infarkt i hjärnan (ca 85 %) och hjärnblödningar (ca 15 %). Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Årligen insjuknar ca 30 000 personer i Sverige i stroke. De flesta (mer än 80 %) är över 65 år. Stroke utgör den vanligaste orsaken till neurologisk funktionsnedsättning hos vuxna och är den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer.

Efter stroke krävs ofta stora rehabiliteringsinsatser. När personer i yrkesverksam ålder insjuknar i stroke kan mindre än hälften återvända i förvärsarbete (som framgår av avsnittet om yrkesinriktad rehabilitering i denna rapport).

Stroke påverkar inte bara den enskilda individen. Också närstående utsätts ofta för stora påfrestningar. För personer som insjuknat i stroke krävs dessutom inte sällan stora resurser i kommunala särskilda boenden, hemsjukvård och kommunal hemtjänst.

Baserat på bl a Riks-Stroke data gjordes 2004 en beräkning av den totala samhällskostnaden; den beräknades då uppgå till minst 14 miljarder kronor årligen, närståendes insatser oräknade.

Merparten av denna summa rör primärkommunala insatser (tabell 1).

Tabell 1. Beräkningar av samhällets genomsnittskostnader för en person som insjuknat i stroke baserat på 6 824 patienter i Riks-Stroke <sup>1</sup>.

Typ av kostnad	Summa
Initial sjukhusvård	65 000 kr (spann 2 100-974 000 kr)
Senare direkta kostnader (bl a särskilt boende, hemsjukvård och hemtjänst)	516 500 kr
Indirekta kostnader (förtidig död, förtidspension)	139 000 kr
<b>Totala kostnader</b>	<b>720 500 kr</b>

### 3.2 Behovet av långtidsuppföljningar efter stroke

Patienter och deras närstående har under många år påpekat att det är nödvändigt att göra långtidsuppföljningar efter stroke: det är först ett år efter insjukandet i stroke som patienter och närstående fullt ut erfar konsekvenserna av sjukdomen i sitt dagliga liv.

Tidigare har Riks-Stroke i samarbete med Socialstyrelsen genomfört uppföljningar två år efter stroke <sup>2-4</sup>. Den första tvåårsuppföljningen uppmärksammade att många hade kvarstående funktionsnedsättningar, inte minst av kognitiv art. En tredjedel ansåg att de inte fick tillräcklig rehabilitering. Mer än hälften var helt eller delvis beroende av närstående.

Den andra tvåårsuppföljningen fyra år senare visade att fler bodde kvar hemma och var nöjda med hjälp och stöd. Fortfarande saknade dock en tredjedel tillräcklig rehabilitering och över hälften angav att de var helt eller delvis beroende av närstående. En samtidig anhörigenkät bekräftade de stora insatser som närstående utförde.

### 3.3 Kort om Riks-Stroke

Det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke startades 1994. Syfte, organisation och vissa andra basuppgifter redovisas i Appendix.

Genom den rapport som här presenteras är Riks-Stroke ett av de första av de nationella kvalitetsregistren som försöker täcka in kvaliteten i såväl landstingens och primärkommunernas verksamheter. Utöver Senior Alert är Riks-Stroke det enda nationella kvalitetsregister där kvaliteten i kommunernas insatser avspeglas.

I och med att Riks-Strokes 1-årsuppföljning bygger på enkätdata rapporterade av patienternas själva (med eller utan hjälp av närstående och vårdpersonal) ger Riks-Stroke en bild av patientrapporterade processer och utfall som hittills saknas i de flesta andra nationella kvalitetsregister.

I ett internationellt perspektiv är Sverige det land som nått längst när det gäller att etablera ett nationellt kvalitetsregister för strokevård. Riks-Stroke är det nationella strokeregister som existerat längst (sedan 1994) och som har inkluderat flest vårdtillfällen för stroke (över 300 000 vårdtillfällen sedan starten). I flera andra länder finns eller etableras nu liknande nationella system för att följa strokevårdens kvalitet.

Riks-Stroke skiljer sig i flera viktiga avseenden från kvalitetsregister i många andra länder:

- Samtliga landets sjukhus som vårdar akuta strokepatienter deltar
- Kontinuerlig registrering över lång tid
- Uppföljning görs under första året efter insjuknandet med uppgifter också om rehabilitering och kommunala stödinsatser
- Patientupplevelser inkluderas

## 4 Metoder

Riks-Stroke har beräknats täcka in minst 83 % av samtliga akuta strokepatienter som vårdas på svenska sjukhus<sup>5</sup>. Genom kontroll mot dödsorsaksregistret identifierades personer som under akutfasen av stroke registrerades av Riks-Stroke under 2008 och som fortfarande levde 1 år efter strokeinsjuknandet.

En pilotundersökning där en första version av enkäten testades genomfördes april-maj 2008. Enkäten sändes till 1488 personer, varav 1182 (79,4 %) svarade. Pilotstudien föranledde smärre förändringar i hur enkätfrågorna formulerades.

Enkätfrågorna avser att belysa de svarandes funktion och hälsotillstånd, vilken/vilka insatser de tagit del av samt i vad mån deras behov av stödinsatser tillgodosetts. Enkäten finns tillgänglig via Riks-Stroke's hemsida ([www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org)). Av de frågor/delfrågor som ingår belyser 17 de svarandes aktuella situation, 8 vilka insatser som gjorts, och 7 i vad mån behoven tillgodosetts. En fråga gäller vem som svarat på enkäten.

Enkäten distribuerades av företaget Scandinfo och inkluderade en påminnelse till de personer som inte besvarat enkäten efter det första utskicket. Databearbetningen har skett vid Riks-Stroke's sekretariat.

Viss bakgrundsinformation har hämtats från Riks-Strokeregistreringarna i akutskedet och från den enkätuppföljning som genomfördes 3 månader efter strokeinsjuknandet.

Om en patient insjuknar i stroke vid flera tillfällen under ett kalenderår, får han/hon 1-årsenkäten endast vid ett tillfälle (1 år efter det första insjuknandet under året).

I Skaraborgsdelen av Västra Götaland har uppföljningen 1 år efter strokeinsjuknandet skett via ett separat system och uppgifterna därifrån redovisas inte i denna rapport.

## 5 Att tolka uppgifter från Riks-Stroke 1-årsuppföljning

### 5.1 Risk för feltolkningar

En rad faktorer påverkar jämförelser mellan län eller regioner eller jämförelser över tid. När Riks-Stroke-data tolkas, måste man vara uppmärksam på begränsningar i underlaget och på möjligheterna till feltolkningar. Här blir det en balansgång: siffrorna ska granskas kritiskt, samtidigt som man måste ta indikatorer på otillräcklig vårdkvalitet på stort allvar så att de verkligen stimulerar till förbättringar.

Här redovisar vi några av de punkter man bör ha i åtanke när Riks-Stroke-data tolkas. Den som önskar en mer utförlig genomgång av fallgropar vid tolkningen av data och hur man undviker dem hänvisas till en artikel publicerad 2008 av medarbetare i Riks-Stroke <sup>6</sup>.

### 5.2 Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer

När antalet personer som berörs är litet kan slumpen göra att siffrorna inte blir helt rättvisande. Därför finns en tendens att små län ofta hamnar i toppen eller i botten i jämförelserna. När talen är alltför små för att tillåta rättvisande jämförelser mellan länen, jämförs i denna rapport i stället sjukvårdsregioner – de bygger på större tal och data blir därmed mer robusta.

### 5.3 Bortfall kan ge osäkra data

När en stor andel av de personer som insjuknat i stroke inte besvarar 1-årsenkäten finns det en risk att rapporten inte ger en rättvisande bild av kvaliteten på olika stödinsatser. Det har visat sig att yngre patienter och de med lätta symtom efter stroke oftare än andra avstår från att svara. Bortfallsvariationerna är emellertid måttliga (se nedan), så denna faktor spelar ingen avgörande roll för jämförelserna mellan länen.

Även om täckningsgraden är god uttryckt som andel patienter som registreras i Riks-Stroke, kan bortfall av enskilda uppgifter påverka datakvaliteten. Bortfallet i de frågor som ingår i 1-årsenkäten är generellt sett lågt.

### 5.4 Olika län har olika patientsammansättning

Detta är den vanligaste spontana förklaringen till skillnader i utfall: Att vi hamnar så illa till i jämförelserna måste bero på att vi har äldre och/eller fler svårt sjuka personer än på andra håll i landet.

Det är riktigt att ålder, svårighetsgrad vid strokeinsjuknandet och samsjuklighet (t ex diabetes eller allvarlig hjärtsjukdom) påverkar prognosen. Men det finns inga stora variationer mellan länen i patienternas medelålder. Ändå kan sociala och ekonomiska förhållanden påverka förloppet på lång sikt.

För primär ADL-funktion redovisar vi i denna rapport data som med statistiska metoder justerats för skillnader i köns- och ålderssammansättning samt för skillnader i andelen patienter som är medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhus.

## 6 Basuppgifter

### 6.1 Deltagare

Under 2008 registrerades i Riks-Stroke 22 561 patienter (exklusive Skaraborg) som insjuknade i stroke en eller flera gånger. Totalt avled 5 666 patienter under första året efter stroke. Enkäten skickades därför ut till 16 895 patienter som överlevde det första året efter stroke.

Antalet patienter som svarat på 1-årsenkäten är 13 159 över hela riket (78 %). Eftersom samma datainsamlingsmetod använts för alla patienterna, skiljer sig inte andelen uppföljda patienter mycket mellan olika län (tabell 2). Högst var svarsfrekvensen i Värmland och på Gotland (84 %), och lägst i Stockholm och i Kronobergs län (75 %). Svarsfrekvensen stämmer ungefär överens med den vid 3-månadersuppföljningen, om enbart en skriftlig enkät används.

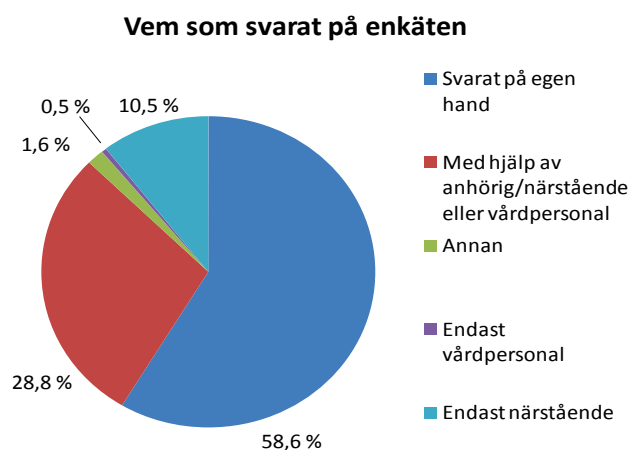
Tabell 2. Antal personer som 2008 registrerats i Riks-Stroke, beräknad täckningsgrad, andelar uppföljda 3 månader och 1 år efter insjuknandet samt andel över 85 år.

Län	Population*	Täckningsgrad**, %	Andel uppföljda vid 3 mån, %	Andel uppföljda vid 1 år, %	Andel >=85 år, %
Norrbottnen	820	86,9	91	79	18
Västerbotten	657	75,4	86	81	24
Västernorrland	883	83,3	92	80	21
Jämtland	396	91,3	98	82	27
Gävleborg	920	84,1	92	80	26
Dalarna	923	88,7	90	78	26
Uppsala	753	82,3	100	79	28
Västmanland	885	86,5	93	78	28
Örebro	816	83,7	86	79	29
Stockholm	4137	83,5	79	75	26
Södermanland	721	83,8	84	81	27
Värmland	854	91	86	84	24
Östergötland	1035	85,1	89	79	26
V. Götaland	4073	80,3	88	78	27
Gotland	145	83,6	98	84	24
Kronoberg	311	63	96	75	24
Kalmar	688	81,7	91	82	27
Jönköping	1016	88,1	90	78	29
Halland	714	82,3	94	78	26
Blekinge	439	88,4	86	77	24
Skåne	3294	88,5	91	78	24
Riket	24480	83,4	88	78	26

\* antal personer som 2008 registrerats i Riks-Stroke

\*\* beräknad andel av samtliga strokepatienter som registrerats i Riks-Stroke i akutskedet.

De som svarat på enkäten är till nästan 60 % patienterna själva (figur 1). Om man till den siffran lägger till dem som fått hjälp att svara på enkäten är man uppe i 87,4 %. I endast 12,6 % av fallen har någon annan svarat på enkäten för patientens räkning. När någon annan än patienten själv svarat, kan förstås många av svaren på frågorna färgas av den personens åsikt.



Figur 1. Fördelning av dem som besvarat Riks-Stroke's 1-årsuppföljning.

Man bör ta hänsyn till skillnader i åldersfördelning, särskilt då andelen riktigt gamla, när utfallsparametrarna tolkas. I riket som helhet är 26 % av de svarande 85 år eller äldre (tabell 2). Variationerna mellan landstingen är dock måttliga (24-29 %) med undantag för Norrbotten (18 %) och Västernorrland (21 %). Det finns en liten övervikt för män bland de svarande, 53,5 % mot 46,5 % kvinnor. Medelåldern är som väntat högre hos kvinnor, 75,8 år mot 71,7 år hos män.

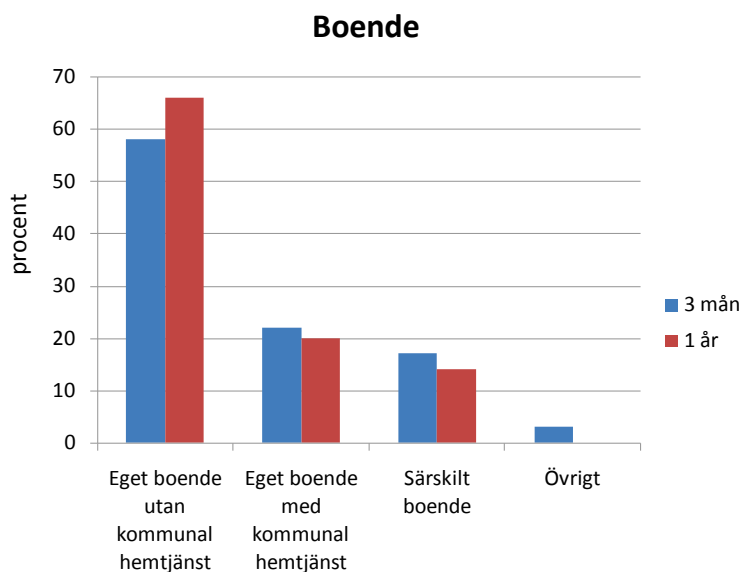
## 6.2 Bortfallsanalys

Det fanns en trend till att medelåldern var något högre och att andelen kvinnor var större bland dem som inte svarade på enkäten. Likaså var svårighetsgraden vid strokeinsjuknandet högre bland dem som inte svarade (c:a 21% bortfall bland patienter som var vid fullt medvetande vid inkomsten, mot c:a 29% bortfall bland patienter med sänkt medvetandegrad). Rapporten missar med andra ord en större andel av de svårast insjuknade. Eftersom patienterna med sänkt medvetandegrad vid insjuknandet i högre grad avled under det första året efter stroke – de utgör endast 8% av patienterna i 1-årsuppföljningen – bör detta inte påverka utfallsparametrarna (såsom rörlighet, ADL-förmåga, hälsotillstånd) i någon stor utsträckning.

## 7 Boende och funktion

### 7.1 Boende

Ett år efter insjuknandet vistades totalt 66 procent i eget boende utan kommunal hemtjänst, och 20 % hade eget boende med kommunal hemtjänst, medan 14 % hade särskilt vårdboende. Andelen i eget boende utan hemtjänst var högre 1 år jämfört med 3 månader efter insjuknandet (figur 2), delvis beroende på att många i särskilt boende eller i gruppen "övrigt" (t ex vård på akutklinik eller geriatrisk klinik) hade avlidit i tidsspännat efter 3 månader.



Figur 2. Andel i olika typer av boende 3 månader och 1 år efter strokeinsjuknandet.

Spridningen var mycket stor mellan landstingen: Västernorrland och Skåne hade lägst andel i särskilt boende, 10 %, medan Kronoberg hade högst andel, 21 %.

Det var också stor skillnad mellan åldersgrupperna. I åldersgruppen under 75 år vistades hela 84 % i eget boende utan hemtjänst, 11 % i eget boende med hemtjänst och endast 4,5 % i särskilt boende. Motsvarande andelar för åldersgruppen 75 år och äldre var 50 % utan hemtjänst, 28 % med hemtjänst och hela 22 % i särskilt boende.

I den yngsta åldersgruppen (<75 år) var spridningen stor, från 2 % i särskilt boende i Örebro län till 7 % i Östergötland. Även i den äldsta åldersgruppen (>=75 år) var spridningen stor mellan länen, från 17 % i Västernorrland till hela 33 % i Kronoberg.

Könsskillnaderna var inte lika betydande i den yngre åldersgruppen som i åldersgruppen 75 år och äldre. Av männen som var 75 år och äldre hade 18 % särskilt boende jämfört med 26 % för kvinnorna i samma åldersgrupp.

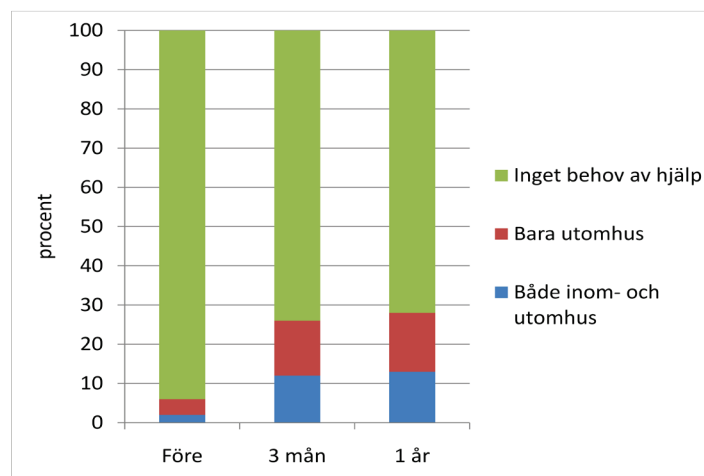
## Tolkning

- Detta resultatmått är nära knutet till ADL-förmåga. Det avspeglar dels kvaliteten i rehabiliteringsinsatserna i bred mening, dels närståendes och socialtjänstens insatser.
- Andelen i eget boende är lättmätt men påverkas om andelen svarande på 12-månadersenkäten skulle vara särskilt låg bland de vårdboende.
- Måttet är mer svårtolkat än andelen ADL-beroende. En låg andel i eget boende är inte nödvändigtvis en indikator på god kvalitet – den kan också bero på dålig tillgång till vårdboende och tar i så fall inte hänsyn till patienternas egna önskemål.
- Måttet påverkas av andelen dödsfall men är långt mindre känsligt för bortfall än vad andelen avlidna vid 3 månader är. Eftersom bortfallet tenderar att vara större hos patienter med ingen eller endast liten funktionsnedsättning kan ett stort bortfall ge en alltför negativ bild av resultatet.

## 7.2 Rörlighet

Rörligheten påverkas ofta efter stroke på grund av förlamning eller balans- och koordinationsrubbingar. Vid insjuknandet var 94 % oberoende av hjälp av annan person vid förflyttning både utomhus och inomhus, 4 % behövde hjälp utomhus men klarade sig själva inomhus och 2 % behövde hjälp både utomhus och inomhus. Tre månader efter stroke var fördelningen 74, 14 och 12 %. Ett år efter stroke var fördelningen 72, 15 och 13 % (figur 3).

### Hjälp av annan person vid förflyttning



Figur 3. Andel som behöver hjälp av annan person vid förflyttning före respektive 3 månader och 1 år efter strokeinsjuknandet.

I åldersgruppen under 75 år var det 6 % (oberoende av kön) som behövde hjälp att förflytta sig både inomhus och utomhus. I den äldre gruppen över 75 år var det hela 15 % (13 för män och 17 för kvinnor).

## Tolkning

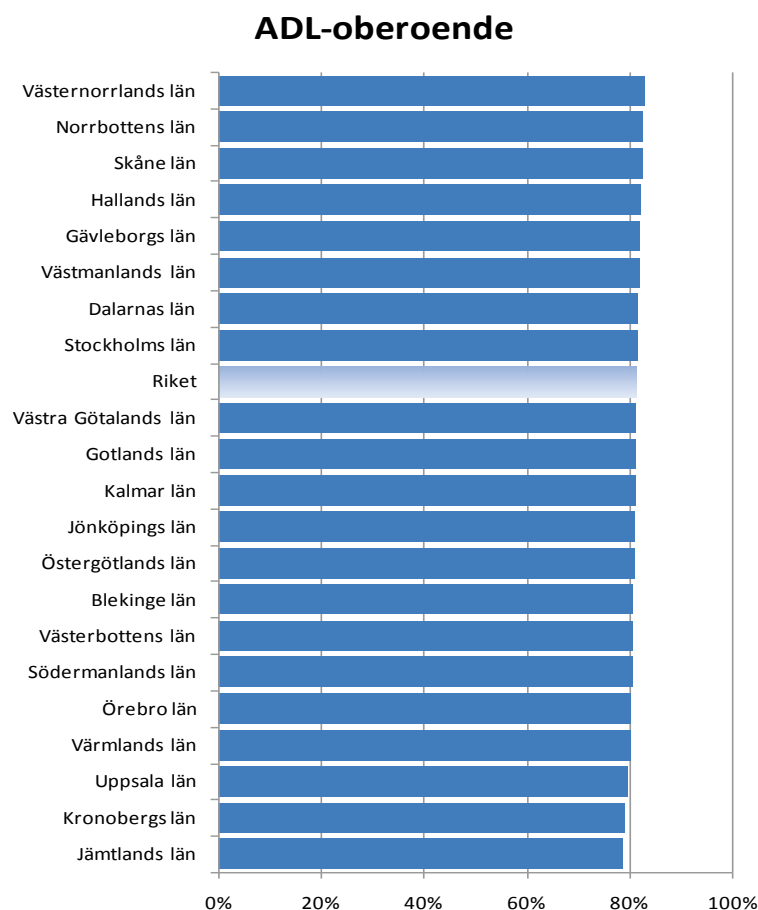
- Behovet av hjälp vid förflyttning vid 3 månader står i stor utsträckning kvar vid 1 år. Att något fler behöver hjälp efter 1 år jämfört med efter 3 månader kan delvis förklaras av försämring pga. nya stroke, frakturer etc. Det kan också förklaras av att rehabiliteringsinsatserna minskar efter tre månader, och att man då inte fortsätter att förbättras i sin rörlighet.



### 7.3 Personlig ADL-förmåga

På/avklädning och toalettbesök är exempel på viktiga personliga dagliga aktiviteter som efter biståndsbedömning ingår i den kommunala hemtjänstens insatser för personlig vård.

- 1. På/avklädning:** Redan vid insjuknandet var 5 % av dem som sedan överlevde ett år efter stroke beroende av hjälp vid på/avklädning. Vid uppföljning efter 3 månader var 19 % beroende av hjälp och efter ett år var 22 % beroende av hjälp.  
I åldersgruppen under 75 år var det 11 % (oberoende av kön) som behövde hjälp, medan i den äldre gruppen var det hela 25 % (24 för män och 26 för kvinnor).
- 2. Toalettbesök:** Redan vid insjuknandet var 4 % av dem som sedan överlevde ett år beroende av hjälp vid toalettbesök. Vid uppföljning efter 3 månader var 15 % beroende av hjälp och efter ett år 16 %.  
I åldersgruppen under 75 år var endast 7 % beroende av hjälp (oberoende av kön), medan i åldersgruppen 75 år och äldre var andelen hela 19 % (17 för män och 20 för kvinnor).



Figur 4. Andel av de svarande som oberoende av andra personer kunde klara av- och påklädning och toalettbesök. Data är justerade för skillnader i köns- och åldersfördelning och för strokeinsjuknandets svårighetsgrad.

Sedan man i analyserna justerat för skillnader mellan länen i köns- och ålderfördelning samt för strokeinsjuknandets svårighetsgrad fanns endast små variationer i andelen som var oberoende av andra beträffande på- och avklädning samt toalettbesök (figur 4).

#### Tolkning

- Beroende av hjälp med på/avklädning ökade pga. stroke och kvarstod eller ökade mellan 3 månader och ett år, vilket kan bero på försämringstillstånd och/eller brister i rehabiliteringen efter 3 månader. Försämrade kognitiva funktioner och demensutveckling är vanligt efter stroke och även detta kan bidra till den försämrade ADL-förmågan.
- Beroende av hjälp vid toalettbesök ökade från 4 till 16 procent och utgör i allmänhet en viktig orsak till behov av vårdboende.

### 7.4 Instrumentellt ADL/ hushålls-ADL

Matinköp, städning och tvätt är exempel på dagliga aktiviteter som många behöver hjälp med och som ingår i den kommunala hemtjänstens service efter biståndsbedömning. Denna service ingår också i vårdboende, varför endast hjälpbehov för personer i eget boende redovisas i punkt 1-3.

1. **Städning:** Av dem som vistades i eget boende ett år efter stroke behövde 51 % hjälp med städning. I åldersgruppen under 75 år behövde 34 % av männen och 38 % av kvinnorna hjälp. I den högre åldersgruppen var det 66-67 % som behövde hjälp.
2. **Matinköp:** Av dem som vistades i eget boende ett år efter stroke behövde 44 % hjälp med sina matinköp. I åldersgruppen under 75 år behövde 26 % av männen och 34 % av kvinnorna hjälp. I den äldre gruppen behövde 55 % av männen och 63 % av kvinnorna hjälp.
3. **Tvätt:** Av dem som vistades i eget boende ett år efter stroke behövde 44 % hjälp med tvätten. I åldersgruppen under 75 år behövde 35 % av männen och 26 % av kvinnorna hjälp. I den högre åldersgruppen behövde 64 % av männen och 52 % av kvinnorna hjälp.

Andelen som fortfarande var oberoende i sin instrumentella ADL-förmåga beräknades för samliga överlevande ett år efter stroke, dvs. både de som hade eget och särskilt boende. Andelen var 39 % för riket och varierade mellan 44 % i Örebro län och 36 % i Västra Götaland.

#### Tolkning

- Förmågan att klara hushålls-ADL har åtminstone tidigare varit genusstyrtd så tillvida att kvinnor i parförhållanden ofta utfört dessa aktiviteter. Idag håller detta på att förändras bland annat genom att antalet ensamhushåll ökar.
- Förmågan att klara hushålls-ADL påverkas av rörlighetsförmågan, både när man ska ta sig till och från mataffären eller tvättstugan och när man ska genomföra en fysiskt krävande veckostädning.

### 7.5 Beroende av närstående

Det är väl känt att närstående står för mycket hjälp/stöd, vilket också resultatet i denna uppföljning visar. **Totalt** var det 42 % (män 48 %, kvinnor 34 %) som uppgav att de inte alls var beroende av närstående, medan 43 % (män 35 %, kvinnor 51 %) var delvis beroende och 16 procent (män 17 %, kvinnor 15 %) var helt beroende av närstående.

I åldersgruppen **under 75 år** uppgav 60 % av männen och 50 % av kvinnorna att de inte alls hade behov av anhörigstöd. Delvis beroende var 28 % av männen och 39 % av kvinnorna. Helt beroende var 11 procent oberoende av kön.

I åldersgruppen **75 år och äldre** uppgav 33 % av männen och 24 % av kvinnorna att de inte alls hade behov av anhörigstöd. Delvis beroende var 44 % av männen och 58 % av kvinnorna. Helt beroende var 23 % av männen och 18 % av kvinnorna. Totalt var alltså 67 % av männen och 76 % av kvinnorna 75 år och äldre helt eller delvis beroende av anhörigstöd.

Anmärkningsvärt var att även personer i **särskilt boende** ansåg sig i så hög utsträckning ansåg sig vara helt beroende av anhöriga (42 % av männen och 29 % av kvinnorna i eget boende).

#### *Tolkning*

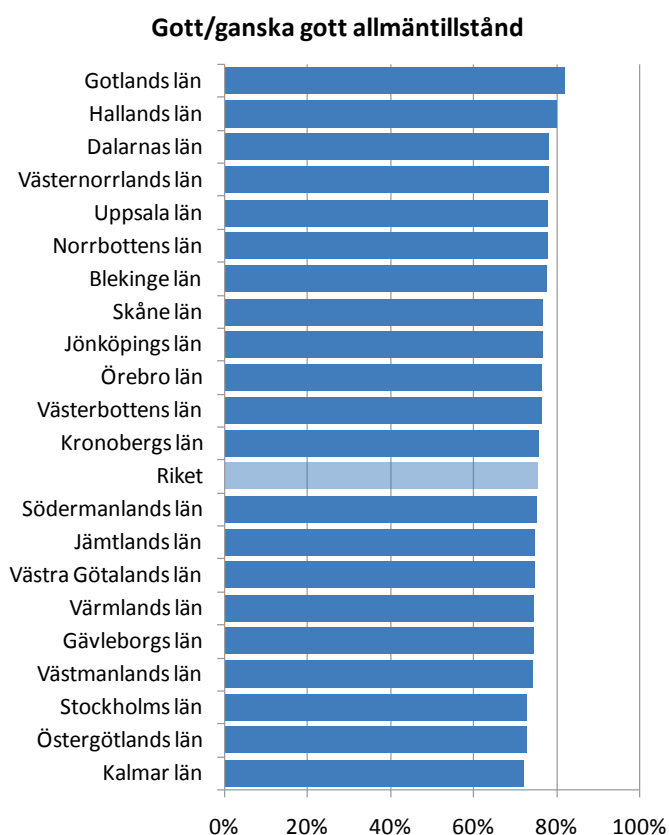
- Behovet av anhörigstöd är stort för alla ett år efter stroke, men var påtagligt större i den högre åldersgruppen.

## 8 Hälsotillstånd

### 8.1 Självupplevt hälsotillstånd

Merparten av de svarande uppgav att de 1 år efter sitt strokeinsjuknande upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller ganska gott. Riksgenomsnittet var 73 % med en något högre andel bland män (75 %) än bland kvinnor (71 %). Denna skillnad kan i stor utsträckning tillskrivas kvinnorna högre medelålder; bland personer under 75 år ansåg 80 % att deras allmänna hälsotillstånd var gott eller ganska gott, medan andelen bland personer över 75 år var 67 %.

Det fanns inga stora skillnader mellan landstingen. Allra högst var andelen på Gotland (82 %) och i Halland (80 %). Lägsta andelen med gott eller ganska gott hälsotillstånd (72-73 %) rapporterade personer från Kalmar, Östergötlands och Stockholms län (figur 5).



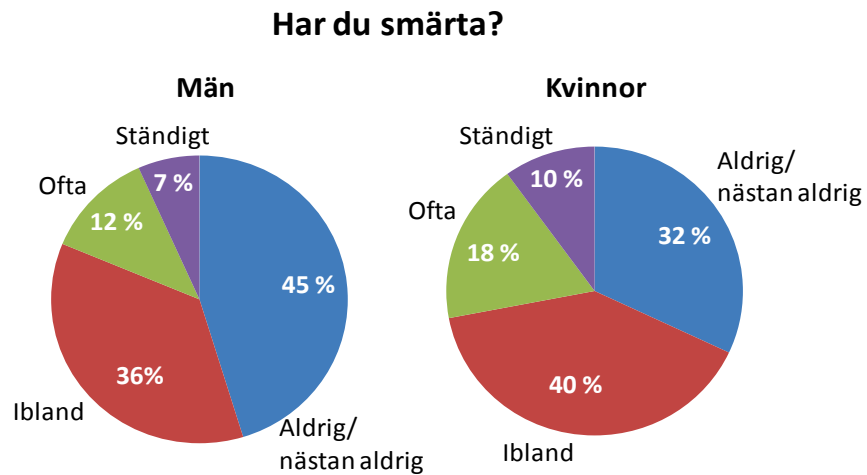
Figur 5. Andel av de svarande som uppgav till allmänna hälsotillstånd som gott eller ganska gott, länsvis.

#### Tolkning

- Självskattat hälsotillstånd är nära knutet till ADL-förmåga och dessa båda variabler ger olika aspekter på gott eller dåligt utfall: det förstnämnda avspeglar patientens upplevelse, det sistnämnda ger en mer "objektiv" beskrivning av funktionen.
- Denna resultatindikator kan påverkas av sjukvårdens insatser under akutskedet och efter utskrivning från sjukhus men också av stödet från närstående och samhället. Förväntningar spelar in liksom socioekonomiska förhållanden.

## 8.2 Smärta

Av de som deltog i 1-årsuppföljningen angav 14,5 % att de ofta upplevde smärta och 8,3 % att de hade ständigt smärta. De var betydligt vanligare att kvinnor än män ofta eller ständigt upplevde smärta (figur 6).



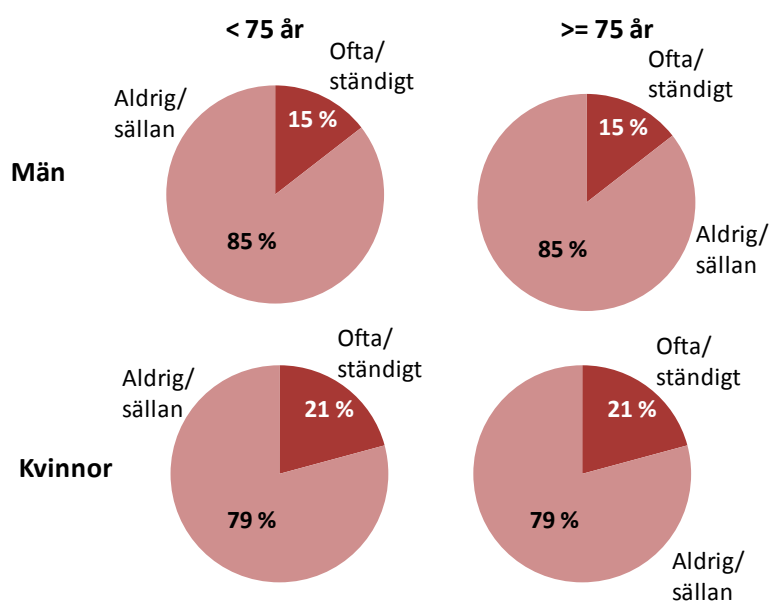
Figur 6. Andel män respektive kvinnor som angivit olika svarsalternativ på frågan "Har du smärta?"

*Tolkning*  
Se sid 28.

## 8.3 Nedstämdhet

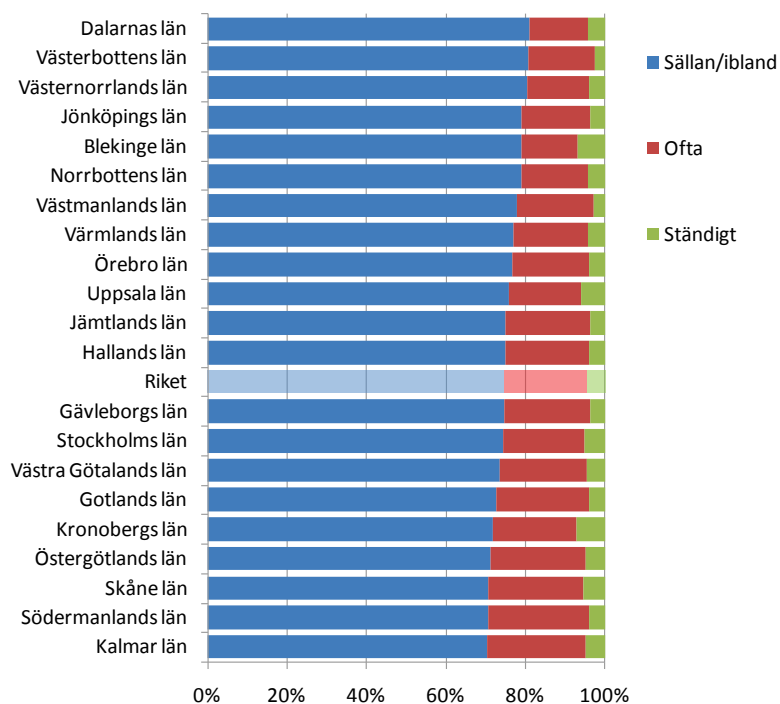
Av männen uppgav 15 % och av kvinnorna 21 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda. Hos båda könen förekom nedstämdhet i samma omfattning i åldrar under respektive över 75 år (figur 7).

## Nedstämdhet



Figur 7. Andel som valt olika svarsalternativ på frågan "Känner du dig nedstämd?", uppdelat på kön och åldergrupp.

## Andel med nedstämdhet



Figur 8. Andel som valt olika svarsalternativ på frågan "Känner du dig nedstämd?", länsvis.

De lägsta andelarna av personer som rapporterade att de ofta eller ständigt var nedstämda rapporterades från Dalarna, Västerbotten, Norrbotten och Västernorrland (13-14 %), medan de högsta andelarna förelåg i Kalmar och Södermanland (21 %) (figur 8).

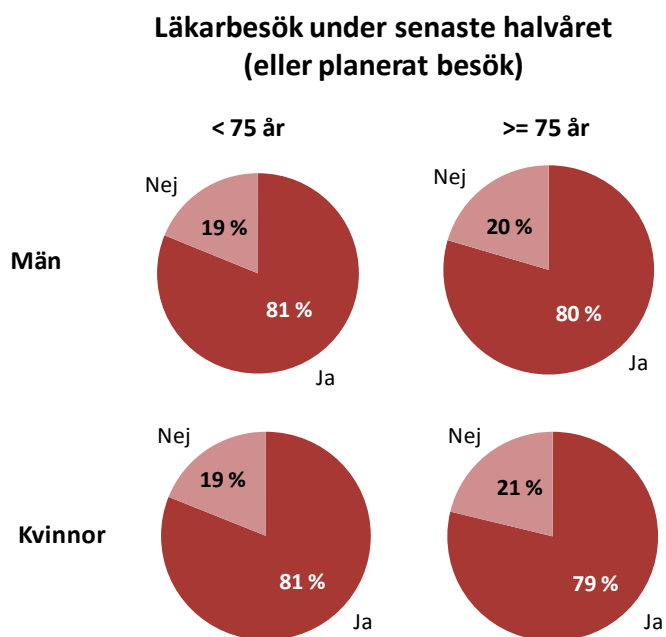
*Tolkning*

Se sid 29.

## 9 Insatser i sjukvård och tandvård

### 9.1 Uppföljning i sjukvården

Av de som deltog i 1-årsuppföljningen angav 19-21 % att de under det senaste halvåret inte varit på läkarbesök, detta oberoende av kön och åldersgrupp (figur 9). Av personer i särskilt boende svarade 6 % att "vet ej" på frågan om läkarbesök. Men andelen utan läkarbesök förblev 20 % sedan man exkluderat personer i särskilt boende.

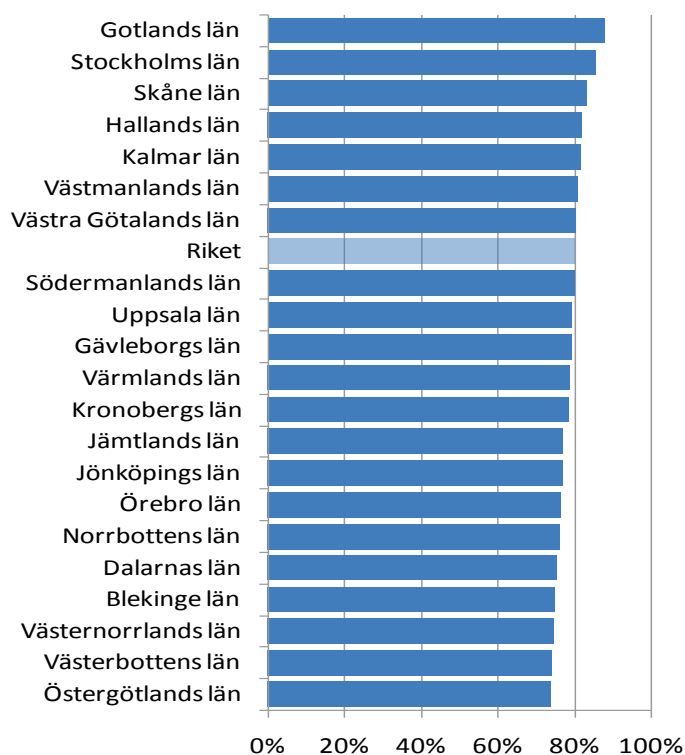


Figur 9. Andel som uppgivit sig ha varit respektive inte ha varit på läkarbesök under det senaste halvåret uppdelat på kön och åldersgrupp.

Som framgår av figur 10, hade personer på Gotland (88 %), i Stockholm (85 %) och Skåne (82 %) de största möjligheterna att få återbesök, medan möjligheterna var tydligt mindre i Västerbotten och Östergötland (båda 74 %).

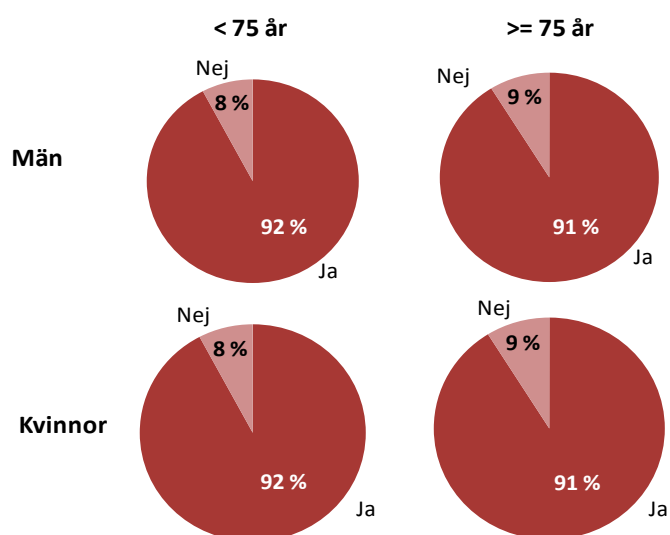


### Läkarbesök senaste halvåret



Figur 10. Andel som uppgivit sig ha varit på läkarbesök under det senaste halvåret, uppdelat länsvis.

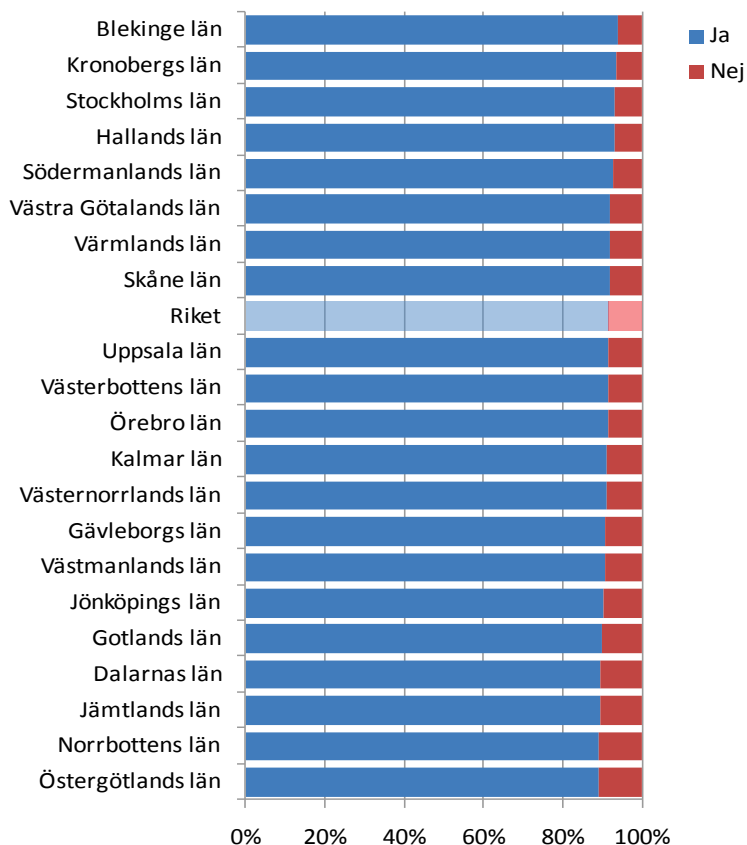
### Blodtrycksmätning efter utskrivning från sjukhus



Figur 11. Andel som uppgivit sig ha fått respektive inte ha fått sitt blodtryck mätt någon gång under året efter strokeinsjuknandet, uppdelat på kön och åldersgrupp.

Genomgående uppgav en hög andel att deras blodtryck hade mätts vid något tillfälle under det år som gått sedan strokeinsjuknandet. Denna andel skiljde sig inte mellan män och kvinnor och den var inte beroende av ålder (figur 11). Andel var hög (>=89 %) i samtliga landsting (figur 12).

### Andel som uppgivit sig ha fått sitt blodtryck mätt någon gång efter strokeinsjuknandet



Figur 12. Andel som uppgivit sig ha fått sitt blodtryck mätt någon gång under det året som gått sedan strokeinsjuknandet, uppdelat länsvis.

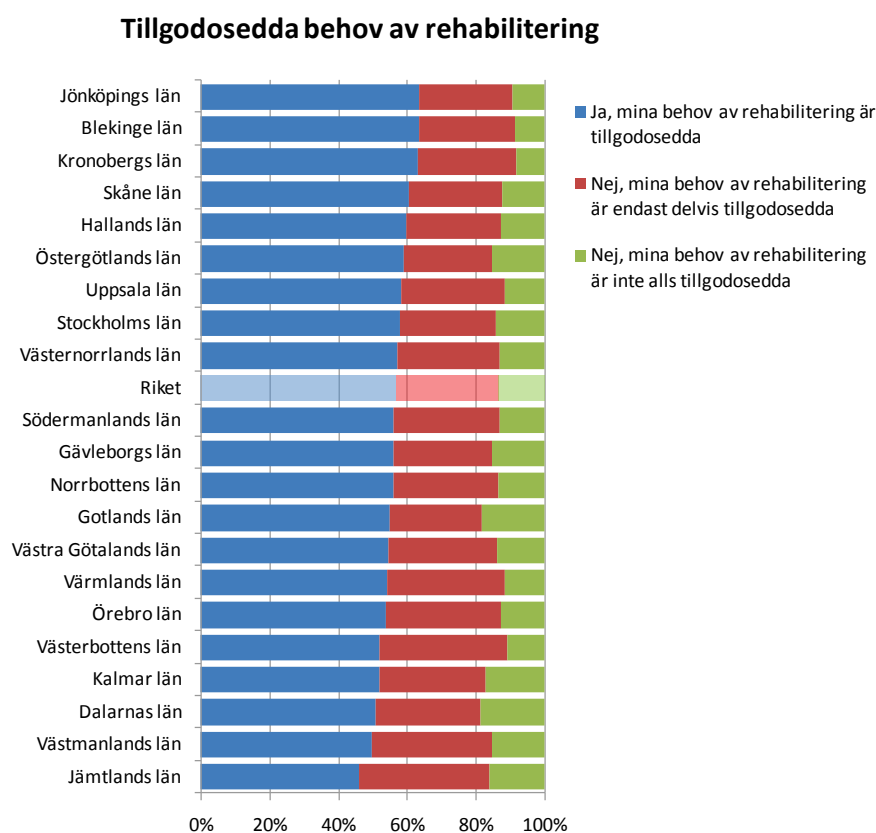
#### Tolkning

- Stroke är en allvarlig sjukdom där det finns behov av medicinsk uppföljning, bl a för att ta ställning till om de sekundärpreventiva insatserna är optimala, om behandling för depression kan behövas eller om tecken på kognitiva störningar uppträder. Cirka en femtedel av alla som insjuknat i stroke för ett år sedan har inte fått någon uppföljning av läkare under det senaste halvåret.
- Däremot förekommer det mer sällan att blodtrycket, en av de viktigaste riskfaktorerna för stroke, inte mätts (även om tidsintervallet i frågan är annat än det för läkarbesök). Att blodtrycket mätts betyder dock inte att det nödvändigtvis är under kontroll; Riks-Stroke har inga uppgifter om blodtrycksnivåerna efter stroke.
- Skillnaderna mellan könen och mellan åldergrupperna i tillgång till läkarbesök och blodtryckskontroll är påfallande små.
- Det kan möjligen vara så att läkarbedömning som gjorts av personer i särskilt boende inte alltid har uppfattats som "läkarbesök" när frågan besvarats.

## 9.2 Rehabilitering

Av de som uppgav sig ha haft behov av rehabilitering fann 57 % att de fått sina behov tillgodosedda och 30 % att behovet delvis tillgodosetts, medan resterande 13 % ansåg att behovet inte alls tillgodosetts. Det fanns inga påtagliga könsskillnader. Däremot var det vanligare att personer under 75 år än över 75 år ansåg att deras behov av rehabilitering var fullt tillgodosedda (65 % resp. 50 %).

Högsta andelarna tillgodosedda behov rapporterades i Jönköpings, Blekinge och Kronobergs län, de lägsta i Jämtland, Västmanland och Dalarna (figur 13). Högsta andelen som fått sina behov helt eller delvis tillgodosedda fanns i Jönköping, Blekinge och Kronoberg (91-92 %), medan de lägsta andelarna noterades från Dalarna (81 %) och Gotland (82 %).



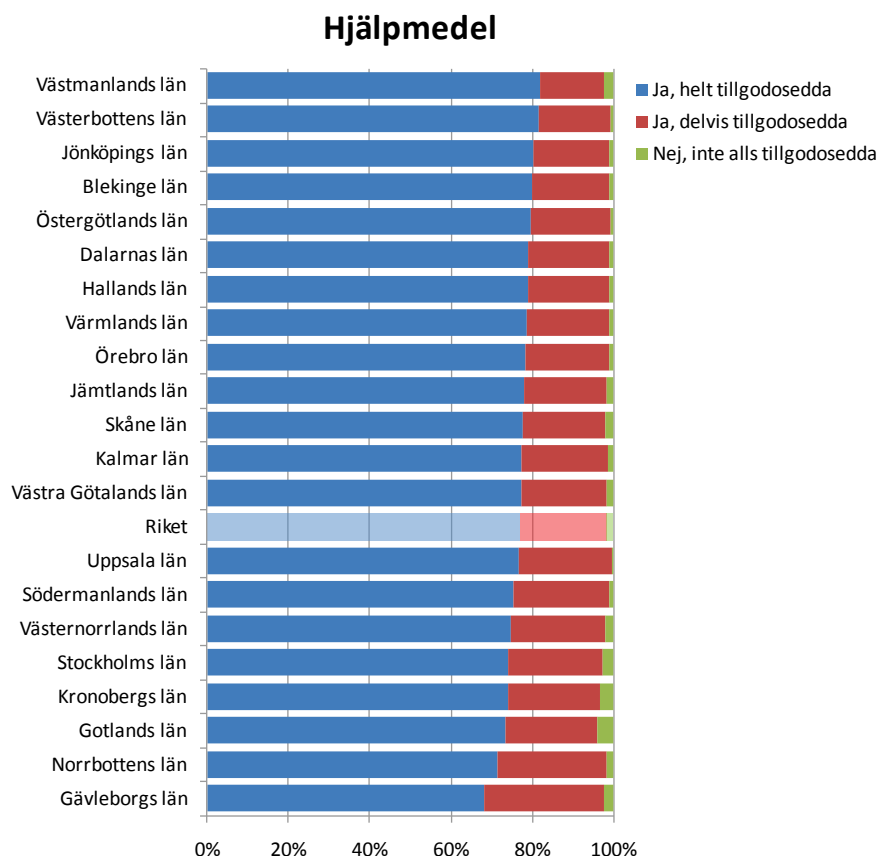
Figur 13. Grad av uppfyllda behov bland de som uppgivit behov av rehabilitering, länsvis.

### Tolkning

- I enkäten har innebörden i rehabilitering förklarats med flera exempel på rehabiliteringsinsatser. En del av de som svarat på enkäten kan ändå ha haft svårt att förstå vad exakt som avses med rehabilitering.
- Det självupplevda behovet av rehabilitering behöver inte nödvändigtvis avspegla de bedömningar som gjorts av rehabiliteringspersonal (i första hand sjukgymnast och arbetsterapeut).
- Talen för de tre svarsalternativen är i allmänhet tillräckligt stora för att ge tillförlitliga skattningar av andelarna.

### 9.3 Hjälpmedel

Genomgående var det låga andelar (0-4 %) som ansåg att de inte alls fått sina behov av tekniska hjälpmedel tillgodosedda (figur 14). Andelen som uppfattade att behoven bara delvis var tillgodosedda varierade från 16-18 % (Västmanland och Västerbotten) till 27-30 % (Norrbotten och Gävleborg).



Figur 14. Grad av uppfyllda behov bland de som uppgivit sig ha behov av tekniska hjälpmedel, länsvis.

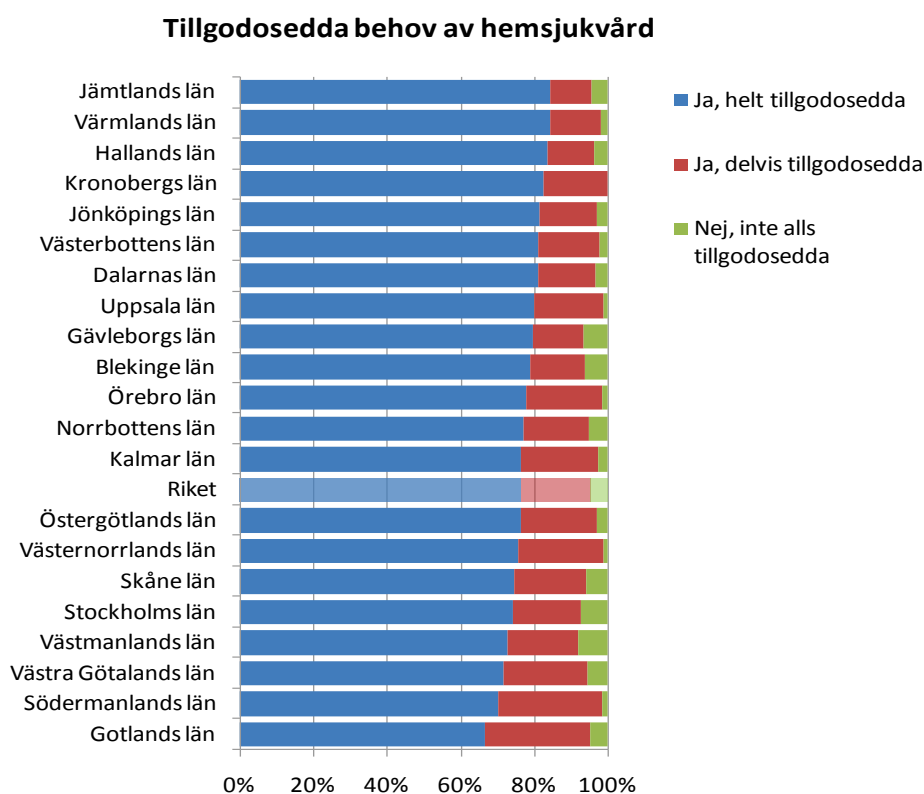
#### Tolkning

- Det självupplevda behovet av hjälpmedel behöver inte nödvändigtvis avspegla de bedömningar som gjorts av rehabiliteringspersonal (i första hand sjukgymnast och arbetsterapeut).
- Talen för svarsalternativet "inte alls tillgodosedda" är genomgående så låga att slumpmässiga variationer kan spela in. Skillnader i "delvis tillgodosedda" behov är mer tillförlitliga.

### 9.4 Hemsjukvård

Bland dem som ansåg sig ha behov av hemsjukvård var den andel som tyckte att behoven inte alls var tillgodosedda låg (5 % bland män, 4 % bland kvinnor). Men många ansåg att behoven bara delvis var tillgodosedda (20 % av männen, 18 % av kvinnorna). Personer över 75 år ansåg något oftare än personer under 75 år att deras behov av hemsjukvård var fullt tillgodosedda (79 % resp. 72 %).

Andelen med helt tillgodosedda behov varierade påtagligt. Lägst var andelen på Gotland och i Sörmland (67 % respektive 70 %), högst i Jämtland, Värmland och Halland (84 %) (figur 15).



Figur 15. Grad av uppfyllda behov bland de i eget boende som uppgivit behov av hemsjukvård, länsvis.

#### Tolkning

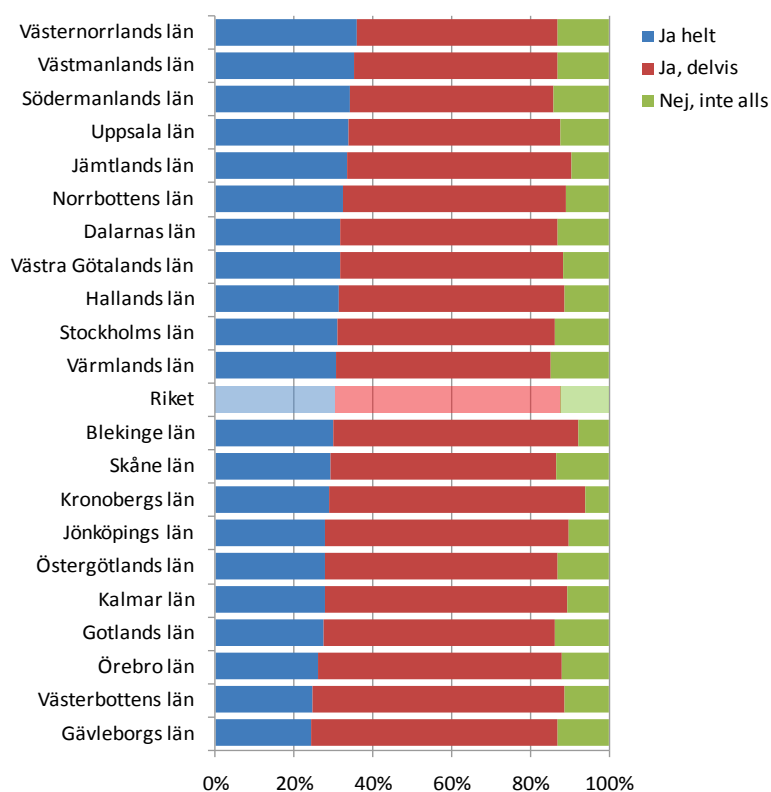
- Det självupplevda behovet av hemsjukvård behöver inte nödvändigtvis avspegla de bedömningar som gjorts av landstingets eller kommunens bedömare. En del av de som svarat på enkäten kan också ha haft svårt att förstå vad som avses med hemsjukvård.
- Talen för svarsalternativet "inte alls tillgodosedda" är genomgående så låga att slumpmässiga variationer kans spela in. Skillnader i "delvis tillgodosedda" behov är mer tillförlitliga.

## 9.5 Smärtlindring

Bland de som sade sig vara i behov av smärtlindring, uppgav 30 % att de fått sina behov helt och 57 % delvis tillgodosedda, medan 13 % inte alls fått den sina behov av smärtlindring tillgodosedda, en anmärkningsvärt hög andel.

Det fanns måttliga skillnader (24-36 %) mellan landstingen i den andelen som angav att de fått sina behov av smärtlindring helt tillgodosedda (figur 16). Omvänt var andelen som inte alls fått sina behov av smärtlindring tillgodosedda av samma storleksordning (10-15 %) i samtliga landsting utom två: i Kronoberg och Blekinge var andelen lägre (6 respektive 8 %).

## Har du fått dina behov av smärtlindring tillgodosedda?



Figur 16. Andel av de som uppgivit smärta som valt olika svarsalternativ på frågan "Har dina behov av smärtlindring tillgodosetts?", länsvis.

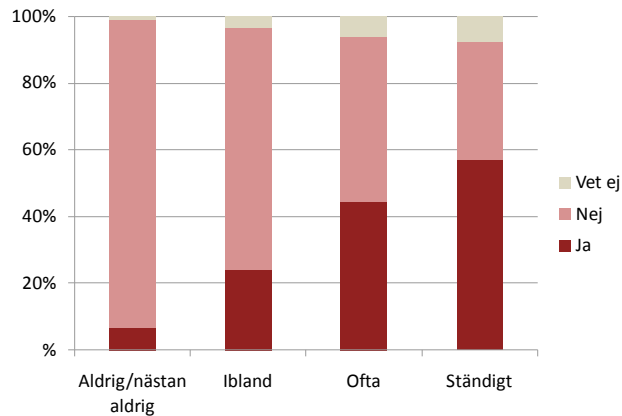
### Tolkning

- Smärta hos personer som haft stroke beror inte nödvändigtvis på strokeinsjuknandet – smärtan kan ha andra orsaker. Men smärta påverkar livskvaliteten starkt negativt och många har stor nytta av effektiv smärtlindring.
- Det är betydligt vanligare att kvinnor som insjuknat i stroke, jämfört med män, upplever att de ofta eller ständigt har smärta. Sådana könsskillnader i förekomst av smärta finns också i den allmänna befolkningen. Smärta kan också vara ett symptom på depression som förekommer oftare bland kvinnor (se nedan).
- I små län bygger andelarna som fått sina behov av smärtlindring helt, delvis eller inte alls tillgodosedda på relativt små tal och ska därför tolkas med försiktighet.

## 9.6 Läkemedel mot nedstämdhet

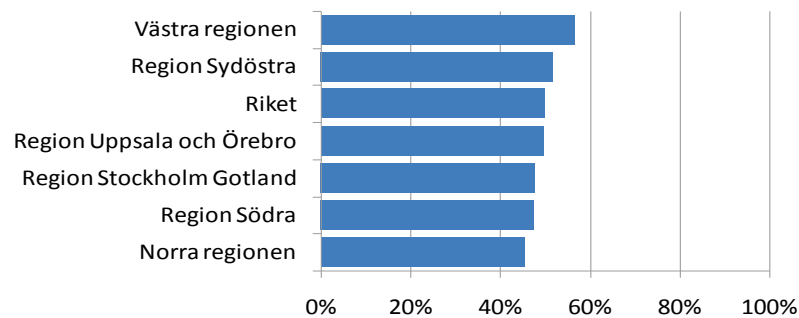
Det fanns, som förväntat ett samband mellan förekomst av nedstämdhet i olika grader och medicinering med antidepressiva läkemedel. Även hos de som ständigt kände sig nedstämda medicinerade mindre än 60 % med läkemedel mot sin nedstämdhet (figur 17). Som framgår av figur 18, rapporterades den högsta andelen från Västra regionen (57 %), den lägsta i norra regionen (46 %).

### Läkemedel mot depression i förhållande till upplevelse av nedstämdhet



Figur 17. Andel som medicinerar med läkemedel mot depression i förhållande till hur de svarat på frågan "Känner du dig nedstämd?"

### Andel av personer som uppger sig vara nedstämda som har läkemedel mot nedstämdhet



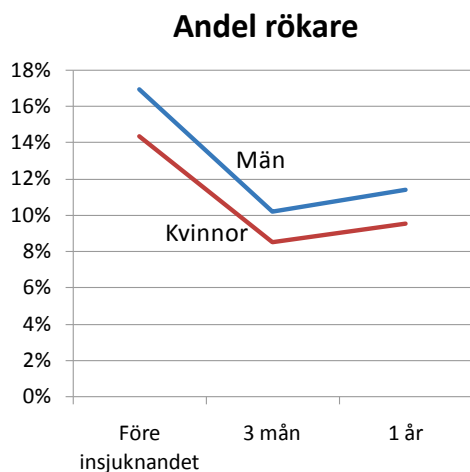
Figur 18. Andel av de personer som uppger att de ofta eller ständigt känner sig nedstämda som anger att de har läkemedel mot nedstämdhet. På grund av små tal i vissa mindre landsting har jämförelser gjorts per sjukvårdsregion.

#### Tolkning

- Det är betydligt vanligare att kvinnor som insjuknat i stroke, jämfört med män, upplever att de ofta eller ständigt är nedstämda. Liknande könsskillnader finns även i den allmänna befolkningen.
- Cirka hälften av de som uppger sig ofta eller ständigt vara nedstämda har läkemedel mot nedstämdhet. Kontraindikationer eller utebliven effekt kan ligga bakom att andelen inte är högre.
- De regionala skillnaderna i användningen av antidepressiva läkemedel efter stroke ingår i ett mer allmänt mönster med hög användning av psykofarmaka i västra och låg i norra regionen.

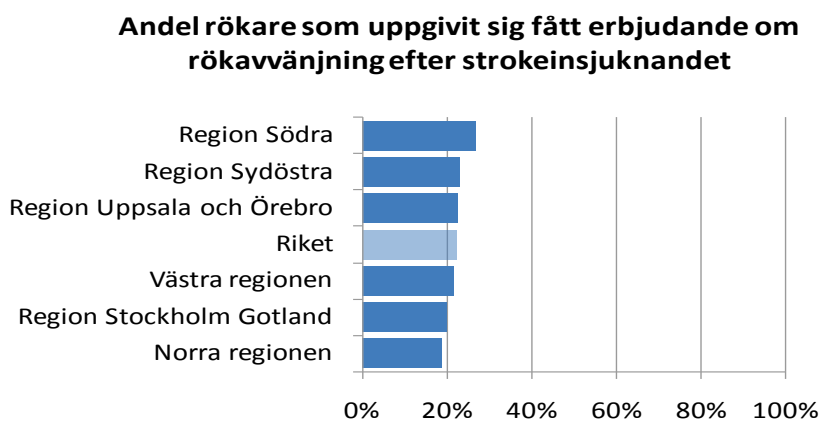
## 9.7 Rökning och rökstopp

Som framgår av figur 19, minskade hos både män och kvinnor andelen rökare från c:a 15 % till c:a 10% från tiden föresjuknandet till 3 månader efter insjuknandet, för att sedan åter öka till c:a 12 %. Genomgående var andelen rökare något högre bland män än bland kvinnor.



Figur 19. Andel rökare före strokeinsjuknandet, 3 månader och 1 år efter insjuknandet, könsuppdelat.

Vid 1-årsuppföljningen fanns relativt höga andelar rökare hos båda könen i Skåne (16 % hos män samt 12 % hos kvinnor) och Stockholm (14 % hos män, 11 % hos kvinnor). Låga andelar noteras från de tre Smålandslänen (Jönköping, Kronoberg och Kalmar) samt från Västerbotten (6-8 % hos män samt 6 % hos kvinnor i alla dessa fyra län).



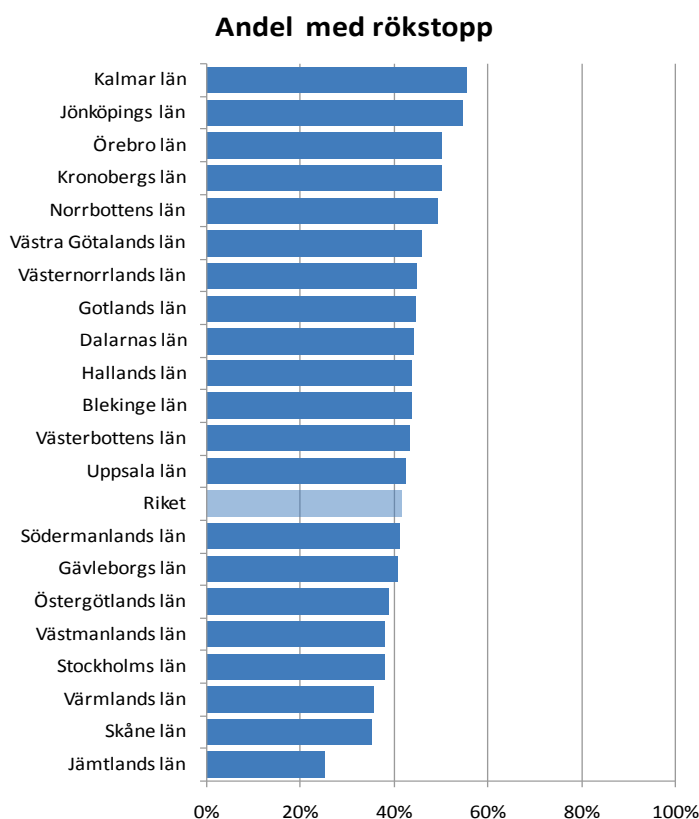
Figur 20. Andel av dem som rökte vid strokeinsjuknandet som uppgivit sig ha fått erbjudande om rökavvänjning. På grund av låga antal i mindre län har jämförelsen gjorts per sjukvårdsregion.

Knappt en fjärdedel (22 %) av de personer som rökte vid strokeinsjuknandet uppgav sig ha fått erbjudande om rökavvänjning. Andelen var densamma för män och kvinnor.



I Södra sjukvårdsregionen förekom erbjudande om rökavvänjning oftare (27 %) än i andra regioner (19-23 %) (figur 20).

Av dem som rökte vid insjuknandet uppgav sig 42 % ha slutat röka ett år efter insjuknandet. Det fanns stora skillnader mellan länen med högsta andelen rökstopp (Kalmar 56 % och Jönköping 55 %) och de med lägsta andelen (Jämtland 25 %, Skåne 35 % och Värmland 35 %) (figur 21).



Figur 21. Andel av dem som rökte vid strokeinsjuknandet som slutat röka 1 år efter insjuknandet, länsvis.

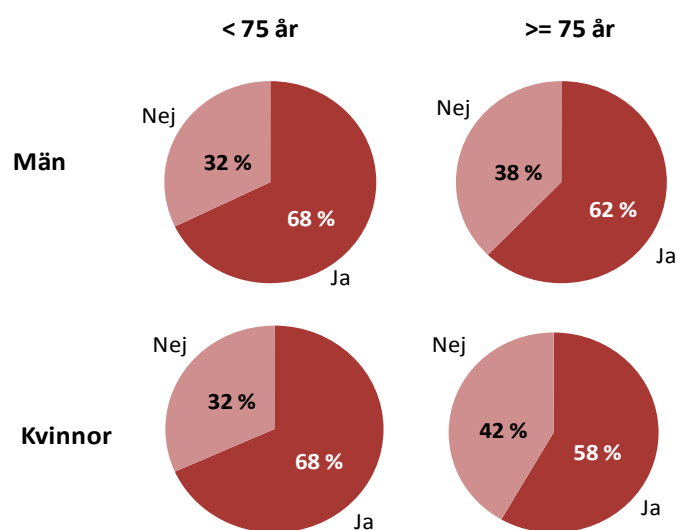
#### Tolkning

- Den andel av dem som var rökare före strokeinsjuknandet som uppgav sig ha erbjudits rökavvänjning var påfallande låg (19-27 %) i alla delar av landet (även om en del av de svarande kan ha förträngt ett erbjudande som de fått).
- Andelen som rapporterade rökstopp ett år efter strokeinsjuknandet var genomgående högre än den andel som sade sig ha erbjudits rökavvänjning. Rökstopp på eget initiativ eller efter kort rådgivning av vårdpersonal har rimligen bidragit.
- Andelen med rökstopp efter ett år bygger på relativt små tal i de mindre länen och ska där tolkas med försiktighet. För län med låg andel rökstopp kan det ändå finnas anledning att se över rutinerna för tillgång till interventioner mot rökning.

## 9.8 Tandvård

Stroke medför ofta problem från tänderna och munhålan, orsakade av t ex infektioner, dålig protespassning eller orala perceptionsproblem. Av de som deltog i 1-årsuppföljningen uppgav 63,4 % att de haft kontakt med tandläkare eller tandhygienist under det senaste året, medan resterande 36,6 % antingen inte haft sådan kontakt eller svarande "vet ej". Som framgår av figur 22, var andelen utan tandläkar- eller tandhygienistkontakt högre bland personer över än under 75 år. Särskilt hög var andelen bland kvinnor över 75 år.

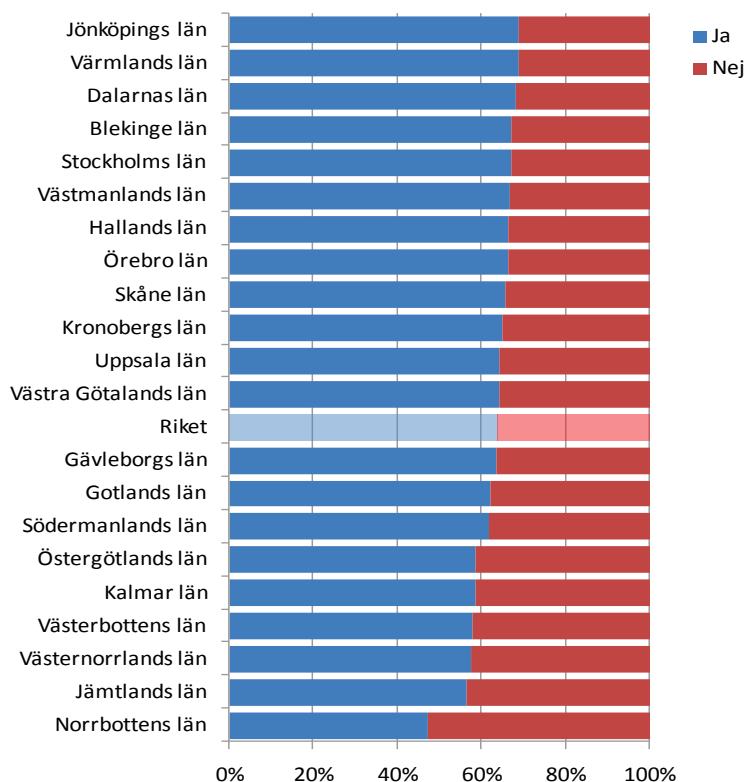
### Besök hos tandläkare eller tandhygienist under senaste året



Figur 22. Andel som uppgivit sig träffat eller inte träffat tandläkare eller tandhygienist under det senaste året, uppdelat på kön och åldersgrupp.

Det fanns betydande skillnader mellan landstingen i tillgången till tandvård för personer som råkat ut för stroke. Genomgående var andelen som besökt tandläkare eller tandhygienist under det senaste året relativt låg i länen i norra sjukvårdsregionen med den allra lägsta andelen i Norrbotten (47 %). Högsta andelarna (68-69 %) fanns i Jönköping, Värmland och Dalarna (figur 23).

### Andel som uppgett sig ha träffat tandläkare eller tandhygienist under det senaste året



Figur 23. Andel som uppgett sig träffat tandläkare eller tandhygienist under det senaste året, uppdelat länsvis.

#### Tolkning

- Behovet av tandvård ökar med stigande ålder och med olika former av allvarliga sjukdomar, däribland stroke. Riks-Stroke's 1-årsuppföljning visar att drygt en tredjedel av dem som råkat ut för stroke inte besökt tandläkare eller tandhygienist under det senaste året.
- Andelen som inte besökt tandläkare eller tandhygienist är högst i den äldsta åldergruppen, särskilt då bland kvinnor över 75 år, något som knappast avspeglar behoven.

## 10 Insatser i socialtjänst och från andra samhällsorgan

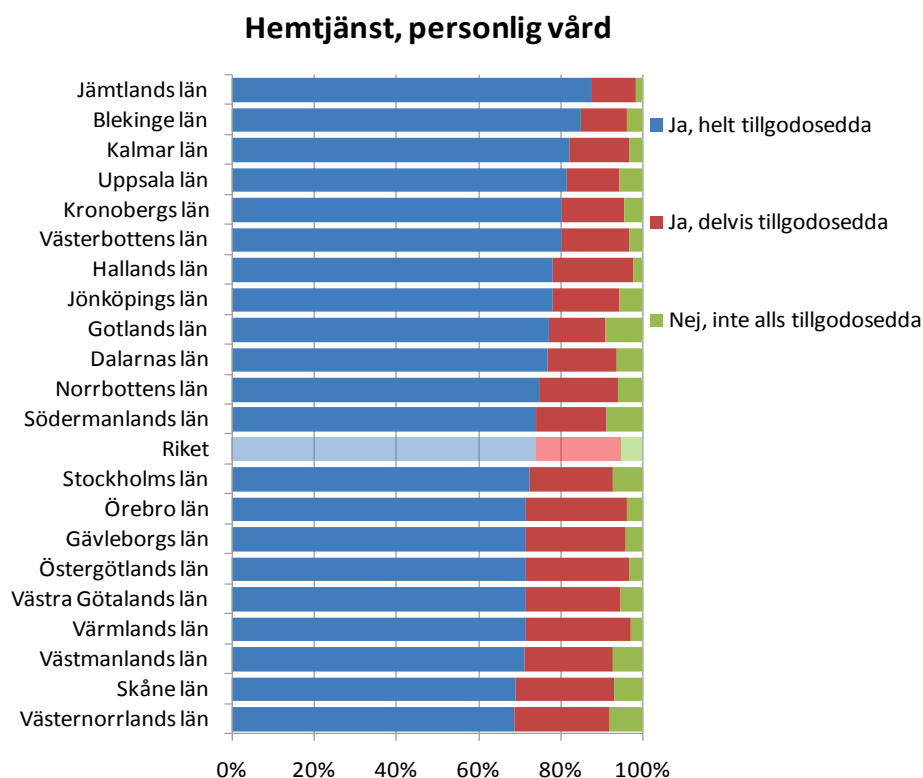
### 10.1 Bistånd i form av exempelvis färdtjänst och hemtjänst

**Bistånd:** Totalt hade 47 % (38 % män, 57 % kvinnor) ansökt om och erhållit bistånd från kommunen i form av exempelvis larm, färdtjänst eller hemtjänst. I åldersgruppen under 75 år var andelen som fått bistånd 26 % och i den högre åldersgruppen 55 %, lika för båda könen.

**Färdtjänst:** På frågan "Är dina behov tillgodosedda avseende färdtjänst?" svarade totalt 81 % ja, 10 % delvis och 9 % nej, inte alls tillgodosedda. Inga könsskillnader förelåg. I åldersgruppen **under 75 år** var det något större andel (10 % män och 12 % kvinnor) som svarade nej jämfört med gruppen **75 år och äldre** (8 % oavsett kön).

**Hemtjänst, personlig vård:** På frågan om dina behov är tillgodosedda avseende hemtjänst i form av personlig vård, såsom på- och avklädning och/eller toalettbesök, svarade 74 % "Ja, helt tillgodosedda", 21 % "Ja, delvis tillgodosedda" och 6 % "Nej, de är inte alls tillgodosedda". Det var 7 % män och 4 % kvinnor, som ansåg att de inte alls fått sina behov tillgodosedda. I den **yngre** åldersgruppen utgjorde de 11 % av männen och 10 % av kvinnorna, medan motsvarande andel i den **äldre** åldersgruppen bara var 4 respektive 3 %. Andelen i riket var 5 % med variation mellan landstingen från 2 % i Hallands och Jämtlands län till 8 respektive 9 % i Västernorrlands och Gotlands län (figur 24).

**Hemtjänst, service:** På frågan om dina behov är tillgodosedda avseende hemtjänst i form av städning och/eller matinköp svarade 7 % att deras behov inte alls var tillgodosedda med en variation mellan länen från 3 % i Dalarnas län till 10 % i Skåne. Det var större andel män än kvinnor (9 respektive 6 %) och större andel **under 75 år än 75 år och äldre** (15 respektive 4-5 %) oavsett kön, som inte alls fick sina behov av service tillgodosedda.



Figur 24. Andel av de som uppgivit att de fått sina behov av hemtjänst i form av personlig vård tillgodosedda, länsvis.

#### Tolkning

- Även om andelarna utan tillgodosedda behov av hemtjänst kan tyckas vara låga, innebär de att det varje år tillkommer tusentals personer som efter stroke lämnats utan ett stöd som de anser tillgodoser behoven.
- Resultaten visar att det troligen är svårare för dem som är under 75 år att få bistånd beviljat i form av färdtjänst och/eller hemtjänst i form av personlig vård och service.
- Det framgår inte av Riks-Strokens enkät hur många som ansökt om bistånd men som fått avslag. Sannolikt har många av dem som i frågor om färdtjänst och hemtjänst uppger att deras behov inte alls eller endast delvis blivit tillgodosedda ansökt om detta men fått avslag på sin ansökan. Det gäller i så fall främst de som är under 75 år gamla.
- Efter biståndsbedömning i kommunen kan hemtjänst, hemsjukvård och färdtjänst beviljas, om behovet är tillräckligt omfattande och långvarigt. Många av dem som insjuknat i stroke förbättras betydligt under de första månaderna. De flesta som ett år efter stroke har olika typer av kommunala insatser kommer troligen att behöva dem också över lång tid framåt.
- Alla kommunala insatser föregås av en biståndsbedömning, som kan variera betydligt mellan olika kommuner. Även om Socialtjänstlagen är lika för alla prioriterar kommunerna sina insatser olika mellan olika stödformer beroende på ekonomiska och personella resurser.

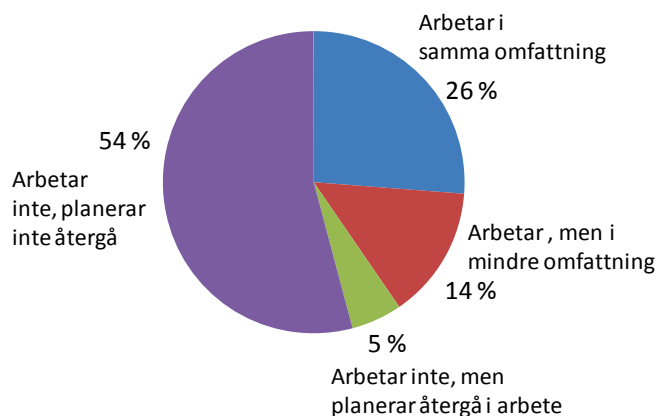
## 10.2 Yrkesinriktad rehabilitering

Yrkesinriktad rehabilitering kan bli aktuellt för de personer som haft förvärvsarbete före sitt strokeinsjuknande. I 1-årsuppföljningen beskrevs att arbetsinriktad rehabilitering avser till exempel

utformning av rehabiliteringsplan, arbetsanpassning, arbetshjälpmedel, ändrade arbetsuppgifter/arbetstider, arbetsträning, omplacering eller utbildning.

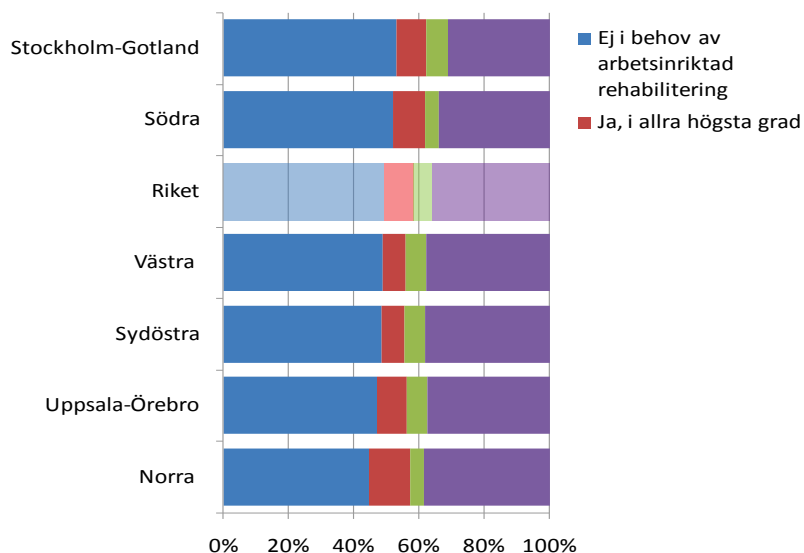
Av dem som deltog i 1-årsuppföljningen hade 3493 personer (27,9 %) förvärvsarbete innan de insjuknade i stroke. Av dessa hade 40 % återgått i arbete, helt eller delvis, ett år efter insjuknandet, medan ytterligare 5 % ännu inte hade återgått i arbete men hade planer på att göra det (figur 25).

### Återgång i arbete efter stroke



Figur 25. Andel av dem som yrkesarbetat före strokeinsjuknandet som ett år angivit olika svarsalternativ för återgång i arbete. Andelen "vet ej"-svar var 0,7 %.

### Tillgodosedda behov av yrkesinriktad rehabilitering



Figur 26. Andel som uppgivit att de i olika grad fått sina behov av yrkesinriktad rehabilitering tillgodosedda (av dem som yrkesarbetade före strokeinsjuknandet). På grund av litet antal observationer i mindre län redovisas resultaten per sjukvårdsregion.

När de som hade varit i förvärvsarbete före sitt strokeinsjuknande tillfrågades om de efter sin stroke hade haft behov av yrkesinriktad rehabilitering svarade cirka hälften av dem (49 %) att de inte hade upplevt något behov av yrkesrehabilitering. Men bland dem som upplevde ett sådant behov var

mönstret likartat i de sex sjukvårdsregionerna beträffande uppfyllda behov: två tredjedelar eller fler upplevde att de inte alls fått sina behov av yrkesinriktad rehabilitering tillgodosedda (figur 26).

När personerna som haft stroke tillfrågades om vilken/vilka de fått hjälp av för att återgå i arbete (flera svarsalternativ kunde anges) var det vanligaste svaret "vet ej". En stor andel var egenföretagare. Bland dem som inte var egenföretagare och som angav andra svarsalternativ än "vet ej" var det vanligast att man angav att man fått hjälp av arbetsgivaren (figur 27). Mindre ofta angav man hjälp från Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.



Figur 27. Andel som uppgivit att de hade fått hjälp av arbetsgivaren, Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen för att återgå i arbete (av dem som återgått i arbete). Flera svarsalternativ kunde anges. På grund av litet antal observationer redovisas resultaten endast på nationell nivå.

#### Tolkning

- En betydande andel av de personer som förvärvsarbetade före strokeinsjuknandet befinner sig nära pensionsåldern. Det kan vara en av förklaringarna till att man inte upplevt något behov av yrkesinriktad rehabilitering. En annan förklaring kan vara att strokeinsjuknandet inte medfört så allvarliga kvarstående symtom att det funnits behov av yrkesinriktad rehabilitering.
- Det är förhållandevis ovanligt att de som upplevt behov av yrkesrehabilitering tycker att de fått sina behov fullt ut tillgodosedda. Denna slutsats gäller i alla delar av landet.
- Att hjälpen att återgå i arbete främst kommer från arbetsgivaren är i linje med det ansvar lagstiftningen lägger på arbetsgivaren.

## 11 Referenser

1. Ghatnekar O, Persson U, Glader EL, Terent A. Cost of stroke in Sweden: An incidence estimate. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20:375-380
2. Glader E-L, Stegmayr B, Hulter Åsberg K, Johansson L, Staaf A, Wester PO. Slaganfall – och sedan? Omfattande hjälpbehov två år efter slaganfallet, visar stor nationell studie. *Läkartidningen* 2001;98:4462-4467
3. Socialstyrelsen. *Att drabbas av stroke. Hur ser situationen ut två år efter insjuknandet?* Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
4. Socialstyrelsen. *Livssituationen två år efter stroke. En uppföljning av strokedrabbade och deras närstående.* Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
5. Riks-Stroke. Årsrapport. Tillgänglig på [www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org). 2009
6. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Riks-Stroke och hur fallgropar vid tolkning av resultaten undviks. *Läkartidningen*. 2008;105:529-533



## **Appendix: Riks-Stroke's syfte, uppgifter och organisation**

### **Syfte**

Riks-Stroke ursprungliga syfte var att utgöra sjukhusens verktyg för kontinuerlig kvalitetsutveckling av strokesjukvården. Syftet har varit att bidra till att strokevården håller en hög och jämn kvalitet över hela landet. Riks-Stroke redovisar strokevårdens innehåll och resultat öppet gentemot allmänhet, patienter, professioner och beslutfattare inom sjukvård och socialtjänst. Riks-Stroke tjänar även som uppföljningsinstrument för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård.

Riks-Stroke syfte har nu utvidgats till att redovisa kvaliteten i den hälso- och sjukvård som personer som insjuknat i stroke får under det första året efter sitt insjuknande. Riks-Stroke belyser också på nationell, regional och länsnivå kvaliteten i vissa primärkommunala insatser liksom i den yrkesinriktade rehabiliteringen.

### **Omfattning**

Riks-Stroke startade 1994. Sedan 1998 deltar alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet. Varje år registreras 24 000 – 25 000 vårdtillfällen för stroke.

Registreringen omfattar det akuta insjuknandet samt uppföljningar 3 och 12 månader efter strokeinsjuknandet. Inrapportering och resultatredovisning sker via Internet.

### **Organisation**

Riks-Stroke leds av en styrgrupp, vars uppgift är att kontinuerligt övervaka registrets kvalitet samt vara beslutande i frågor om fortsatt inriktning och omfattning. Styrgruppens uppgift är också att stimulera och/eller genomföra forskning utifrån registerdata. Analysarbete och rapportering sker i samråd med styrgruppen.

Det mesta av det praktiska arbetet utförs av en arbetsgrupp vars verksamhet är förlagd till Norrlands Universitetssjukhus, Umeå. Där finns Riks-Stroke's sekretariat samt den datacentral vid Umeå universitet (Umdac) som Riks-Stroke anlitar för datainsamling och databearbetning.

Den 1-årsuppföljning som denna rapport bygger på har Riks-Stroke anlitat Scandinfo, Göteborg, som stått för utskick (inklusive en påminnelse) och insamling av enkäter.

### **Registerhållare**

Professor Kjell Asplund, Riks-Stroke, Medicincentrum, Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 Umeå

### **Styrgruppen för Riks-Stroke**

Kjell Asplund, professor, Stockholm (ordförande)

Peter Appelros, docent, Örebro

Daniela Bjarne, patient- och närstående representant, Stockholm

Kerstin Hulter Åsberg, docent, Enköping och Uppsala

Bo Norrving, professor, Lund

Birgitta Stegmayr, professor, Stockholm och Umeå

Andreas Terént, professor, Uppsala

Mariann Ytterberg, patient- och närstående representant, Västerås

### **Arbetsgruppen för Riks-Stroke**

Sari Wallin, Riks-Strokekoordinator

Åsa Johansson, forskningssjuksköterska

Marie Eriksson, med dr, statistiker

Fredrik Jonsson, statistiker

Per Ivarsson, databasansvarig

Eva-Lotta Glader, med dr, ST-läkare

Roger Jacobsson, datakonsult

Tommy Larsson, datakonsult

### **Forskning**

Riks-Stroke är primärt inte ett forskningsregister. Det har dock visat sig vara en mycket värdefull kunskapsbas också för kliniskt-epidemiologiskt inriktad forskning kring stroke. Riks-Strokematerial utnyttjas eller har utnyttjats i flera pågående och avslutade avhandlingsarbeten.

För närvarande finns forskare i Uppsala, Lund, Umeå, Enköping, Stockholm och Örebro mer långsiktigt knutna till Riks-Stroke. Dessutom arbetar forskare på flera andra orter med Riks-Stroke data.

Det databasmaterial forskarna arbetar med är i samtliga fall anonymiserat, dvs det går inte att via namn eller födelsenummer identifiera enskilda individer.

### **Validering av data**

Validiteten av registerdata har vid journalstudier visats vara god. Mer utförlig information finns tillgänglig på engelska på Riks-Stroke's hemsida.

### **Ekonomi**

Registeret stöds sedan 1994 ekonomiskt från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

### **Tillstånd**

Registerverksamheten har granskats och godkänts av Datainspektionen och Forskningsetisk Kommitté/Forskningsetiknämnden.

### **Riks-Strokes hemsida**

På Riks-Strokes hemsida, <http://www.riks-stroke.org> finns kontaktuppgifter. Där återfinns också bl. a. de formulär som används för registrering av patienter och uppföljningsenkäter, liksom årsrapporter. I en engelsk översättning finns allmän information om registret samt formulär med tillhörande vägledning och variabellista över tid.