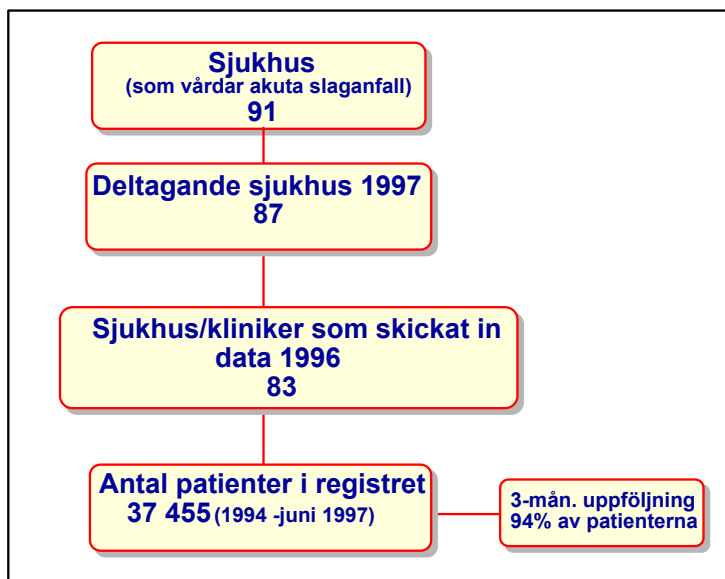


RIKS-STROKE

Analyserande rapport för 1996

Denna rapport bygger på 14 308 registrerade vårdtillfällen från de 83 deltagande sjukhus som skickat in sitt material för 1996. Detta år vårdades slaganfallspatienter i akutskedet vid 91 sjukhus. På grund av organisatoriska förändringar vårdas 1998 slaganfallspatienter vid endast 88 sjukhus. Glädjande nog deltar 1998 alla sjukhus i RIKS-STROKE. Täckningsgraden kan emellertid skilja sig avsevärt mellan olika sjukhus/kliniker. I materialet från 1996 hade 34 kliniker registrerat mer än 80% av det förväntande (baserat på en antagen incidens om 250 per 100 000 innevånare). I bilagan



Figur 1. Antal deltagande sjukhus samt antalet registrerade i RIKS-STROKE

registreras frivilligt av klinikerna.

Något flera män (51%) än kvinnor (49%) hade drabbats av slaganfall. Kvinnorna var i genomsnitt fyra år äldre än männen (77,5 år resp. 73,2 år). Samma skillnad i ålder mellan män och kvinnor noterades 1995. Medelåldern i hela materialet 1996, var 75,3 år jämfört med 74,6 år för 1995. Det är framförallt de slaganfallsdrabbade kvinnorna som har blivit äldre (77,5 år jämfört med 77,2). Mer än 60% av slaganfallspatienterna var över 75 år. Något färre än en fjärdedel hade haft slaganfall tidigare.

Medeltiden mellan symtomdebut och ankomst till sjukhuset var i genomsnitt 10,4 timmar (mediantid 10,0 timmar) och mindre än en tiondel kom till sjukhuset inom 4 timmar. Dessa siffror baseras tyvärr endast på en mindre del (30%) av alla vårdtillfällen.

Tabell 1 visar medelvårdtiden i akut skedet och för total vårdtid inom landsting uppdelat i yngre eller äldre än 75 år.

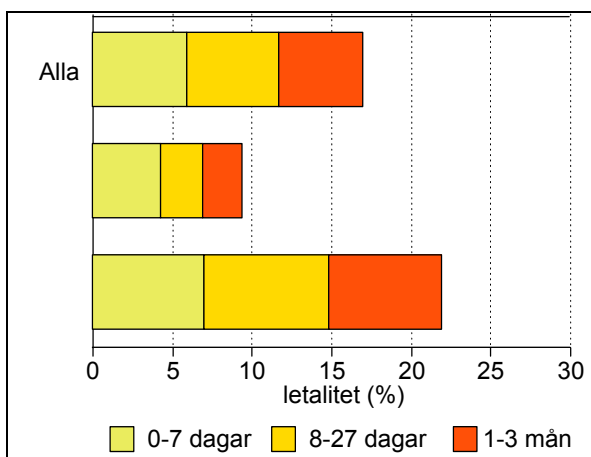
ses antalet registreringar per deltagande klinik/enhet.

Från 1997 ges de kliniker som deltar i RIKS-STROKE möjlighet att analysera sina egna data fortlöpande. Ett enklare statistikprogram (Strapp) har utvecklats och klinikerna kan numera själva skapa egna tabeller samt jämföra med föregående års aggregerade riksdatabaser.

En grov uppskattning visar att 1996 års RIKS-STROKE-material omfattar ca. 2/3 av Sveriges slaganfallspatienter med diagnosnummer hjärnblödning (431), hjärninfarkt (434) och ospecificerad diagnos (436). Subarachnoidalblödningar (430) och patienter med TIA (435) ingår ej i sammanställningen av materialet. Dessa senare diagnoser kan dock

<i>Medelvårdtid i akutskedet</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Total vårdtid* (landstinget)</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Alla	14,0	14,3	Alla	19,0	20,3
< 75 år	14,2	14,5	< 75 år	18,9	20,4
≥ 75 år	13,9	14,2	≥ 75 år	19,0	20,2

* beräknad för de som ej utskrivits till annan akutklinik eller geriatrisk/rehabklinik och där annan klinik saknar utskrivningsdatum. (Vårdtid överstigande 100 dagar har satts till 100 dagar).



Figur 2 visar andelen avlidna inom 3 månader.

Medelvårdtiden i akutskedet för slaganfallspatienterna i landet var 14,2 dagar. Det var ingen större skillnad i vårdtid hos de som var yngre än 75 år jämfört med de äldre (Tabell 1).

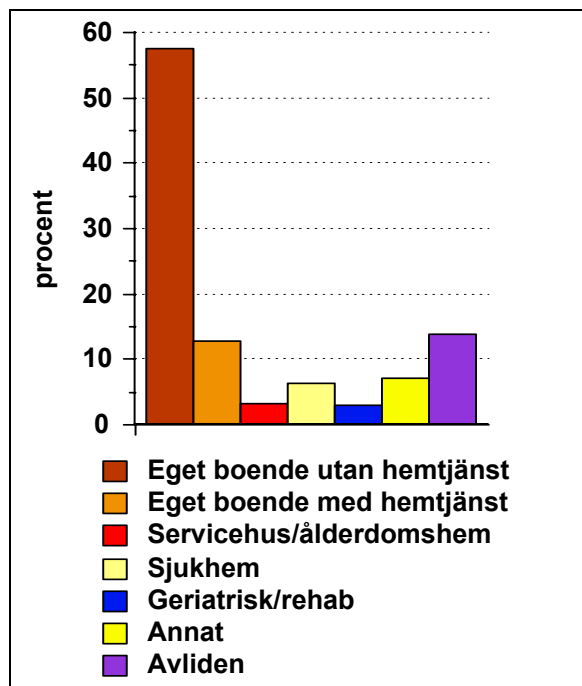
Medelvårdtiden var 13,7 dagar 1995 och har sålunda inte minskat för 1996. Medianvårdtiden som var 13,0 för både 1995 och 1996, skilde sig inte mycket från medelvårdtiderna, vilket innebär att mycket långa vårdtider är sällsynta efter Ädelreformen. Den totala vårdtiden (akutvård och rehabilitering tillsammans) på sjukhus var i medeltal 19,6 dagar. Kvinnor hade i genomsnitt ungefär 1 dags längre totalvårdtid (Tabell 1).

Av slaganfallspatienterna i landet hade 1996 drygt 60% vårdats vid strokeenhet vilket är en blygsam ökning från 1995 års 54%.

Andelen som datortomograferades är något högre 1996 (92,6%) än 1995 (90,2%).

De under 75 år var datortomograferade i 97,5% (95,7% 1995) av fallen och de över 75 år i 89,4% (86,2% 1995). Det är sålunda en synnerligen hög andel slaganfallspatienter som datortomograferas i vårt land, vilket ger ett mycket gott underlag för tillförlitlig diagnostik. Cirka 10% av patienterna hade hjärnblödning, 78% hjärninfarkt och resten (12%) fick en ospecificerad slaganfallsdiagnos. Variationen mellan klinikerna med avseende på andelen hjärnblödningar var relativt stor (10:e percentilen 6,4% och 90:e percentilen 16,0%).

Figur 2 visar letaliteten (hur stor andel som avlider av de som drabbats av slaganfall). För 1996 rapporterades att letaliteten var 5,9% under den första veckan efter slaganfallet och 17% inom 3 månader, vilket är identiskt med de siffror som rapporterades för 1995. De som drabbades av sitt första slaganfall, hade något lägre letalitet (5,4% första veckan resp. 15,4% inom 3 mån.), jämfört



Figur 3. Boendeformer 3 månader efter slaganfallet hos de som bodde själva utan kommunal tillsyn före slaganfallet.

vårdades på sjukhem, medan minst 10% av klinikerna angav att ingen vårdats på sjukhem 3 månader efter slaganfallet (Tabell 2). "Förflyttning utan hjälp" visade en variation

med de som återinsjuknade (6,6% resp. 19,8%). Obduktionsfrekvensen av de avlidna slaganfallspatienterna är låg (ca. 10%) med stor variation mellan rapporterande kliniker. Det låga medianvärdet på 4,6% förklaras av att många kliniker rapporterar att inga avlidna slaganfallspatienter obduceras.

Före insjuknandet bodde drygt 75% av patienterna i eget boende utan hemtjänst, ca 15% bodde i hemmet med hjälp av hemtjänst, ca 7% på servicehus/ålderdomshem och ca 1% på sjukhem. Detta har inte förändrats på sedan 1995.

Av de slaganfallspatienter som bodde hemma utan hemhjälp före slaganfallet var 57,3% hemma utan kommunal hjälp 3 månader efter insjuknandet. Ytterligare 12,8% kunde bo hemma med hjälp av hemtjänsten, dvs att drygt 70% kunde återvända hem, 3,1% bodde på servicehus/ ålderdomshem, 2,8% fanns kvar på geriatrisk/rehabklinik och 6,2% krävde sjukhemsvård (Figur 3).

Situationen var likartad 1995 och det var relativt stora variationer mellan klinikernas rapporter beträffande hjälp av hemtjänst, servicehusboende och sjukhem. T.ex. angavs hos 10% av alla kliniker att mer än 12% av slaganfallspatienterna

Tabell 2. Variationer mellan klinikerna (10:e och 90:e percentilen) beträffande boende, hjälp vid förflyttning och ADL 3 månader efter slaganfallet

	10:e percentilen	90:e percentilen
Eget boende	40,6	66,0
Eget boende med hemtjänst	6,7	20,8
På servicehus	0	7,0
På sjukhem	0	12,2
Förflyttning utan hjälp	40,0	64,0
Hjälp både inom- och utomhus	7,9	21,0
Behov av hjälp vid toalettbesök	9,8	37,7
Behov av hjälp vid påklädning	1,0	8,2

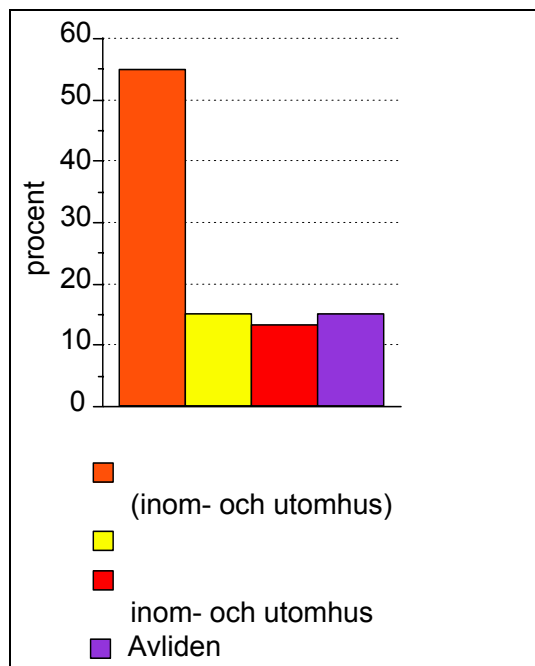
mellan klinikerna på 40% till 64% mellan 10:e och 90:e percentilen medan variationen för hjälp både inom och utomhus varierade mellan 7,9 och 21% för 10:e resp 90:e percentilen (Tabell 2). Av de patienter som hade full rörlighet före slaganfallet kunde 55% förflytta sig utan hjälp både inom

och utomhus 3 månader efter slaganfallet och 14,5% kunde förflytta sig utan hjälp inomhus medan 13,1% behövde hjälp att gå både inom- och utomhus (Figur 4).

Av de som var oberoende vid av- och påklädning och toalettbesök före slaganfallet var 59% fortfarande oberoende 3 månader efter slaganfallet medan 18,5% behövde hjälp med av- och påklädning och toalettbesök och 4,5 % hjälp med av och påklädning men ej toalettbesök.

Behovet av hjälp vid toalettbesök varierade för klinikerna mellan 9,8 till 37,7% (10:e resp 90:e percentilen). Motsvarande siffra för av och påklädning var endast 1,0 resp 8,2% (Tabell 2).

Enligt RIKS-STROKE var 10% av patienterna redan före slaganfallet beroende av hjälp vid toalettbesök och nästan 20% av de som var oberoende före slaganfallet var beroende av hjälp 3 månader efter.



Figur 4. Hjälpbehov vid förflyttning 3 månader efter slaganfallet hos de som kunde förflytta sig utan hjälp före slaganfallet.

eller äldre.

Genderjämförelse

I RIKS-STROKE för 1996 har registrerats 7 000 kvinnor och 7 300 män. Kvinnorna var i genomsnitt drygt fyra år äldre än männen (77,4 år resp 73,2 år). Drygt hälften av männen (51,6%) och 70% av kvinnorna var 75 år

Flera män än kvinnor vistades i eget boende före slaganfallet (84% resp 67,5%). Vid ankomsten till sjukhus var signifikant fler kvinnor än män medvetandesänkta (23,0% jämfört med 17,6%). Efter åldersstandardisering kvarstod denna skillnad ($p < 0,0001$). Kvinnorna hade något längre vårdtid både under akutskedet och totalt jämfört med männen (14,3 resp. 14 dagar samt 20,3 respektive 19 dagar).

Signifikant flera män hade undersökts med datortomografi jämfört med kvinnor (93,6 vs. 91,9; $p = 0,0001$, åldersstand.). Skillnaden sågs inte hos män och kvinnor yngre än 75 år (97,8 vs. 97,1), utan avsåg till största delen män och kvinnor som var äldre än 75 år (91,5 vs. 87,7).

Lika stor andel (ca. 60%) kvinnor som män vårdades vid strokeenheter. Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män i avseende på typ av slaganfall - ca 10% hade blödningar, 78% infarkter och 11% fick en ospecifik slaganfallsdiagnos.

Det var inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män i dödlighet, vare sig under första veckan, under 2-4 veckor eller efter 3 månader.

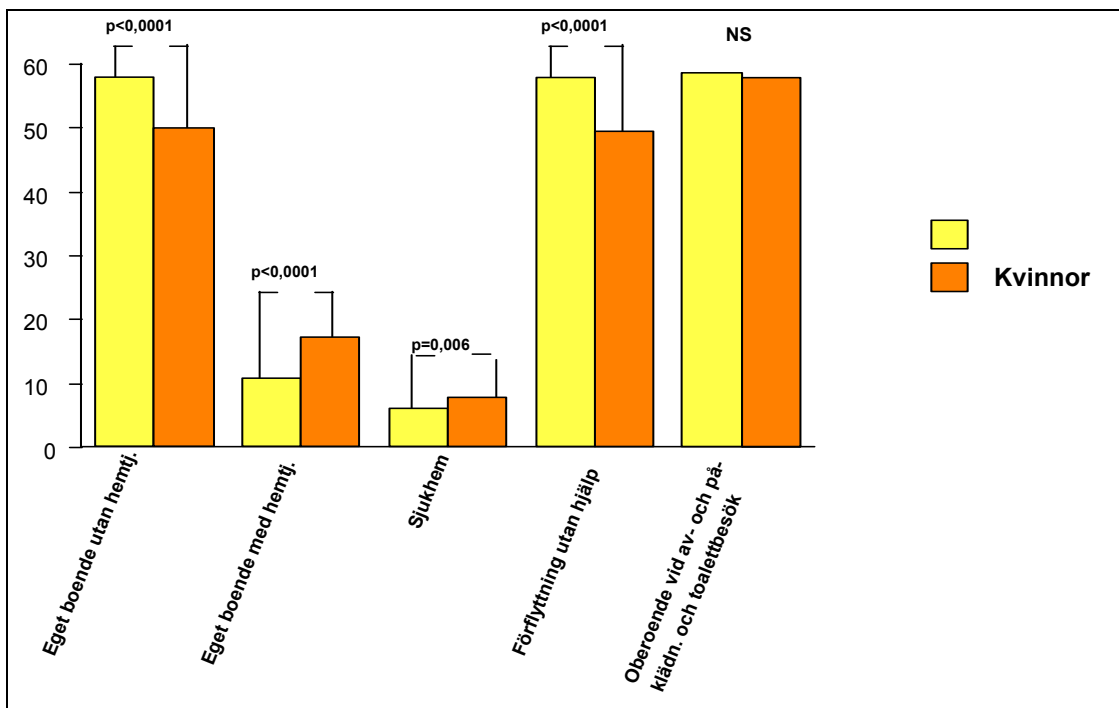
Kvinnorna obducerades i lägre omfattning än män, 10,0% resp. 14,1% för män, en skillnad som dock inte var statistisk signifikant efter åldersstandardisering ($p = 0,07$).

Tabell 3. Ålderstandardiserade andelen som bodde hemma utan hjälp och var oberoende före slaganfallet.

Före slaganfallet	MÄN	KVINNOR
Eget boende utan hemtjänst	81,4	71,3
Förflyttning utan hjälp inom- och utomhus	88,7	83,4
Oberoende vid av- och påklädning och toalettbesök	86,4	85,0

I tabell 3 framgår boendeform och ADL-behov före slaganfallet. Betydligt fler män än kvinnor bodde hemma före slaganfallet.

Av de som bodde hemma utan hjälp före slaganfallet, var det betydligt fler män än kvinnor som kunde återvända hem. Kvinnorna hade mer behov av hemtjänst och vistades i större utsträckning på servicehus/ålderdomshem och även på vårdhem 3 månader efter slaganfallet.



Figur 5. Ålderstandardiserade andelen män och kvinnors hjälpbehov 3 månader efter slaganfallet.

OBS. Gäller de som var helt oberoende före slaganfallet.

Bland de som hade full rörlighet före slaganfallet observerades även stora skillnader i rörlighet mellan kvinnor och män tre månader efter slaganfallet (Figur 5). Betydligt fler män hade full rörlighet 3 månader efter slaganfallet. Skillnaderna var statistiskt signifikanta även efter standardisering för ålder. Lika stor andel män som kvinnor klarade att ta av- och på sig kläder, samt toalettbesök på egen hand.

Jämförelse mellan patienter vårdade vid strokeenheter och patienter vårdade vid vanliga avdelningar.

I tabell 4 framgår några skillnader mellan patienter vårdade vid strokeenheter och vanlig vårdavdelning. Av de inrapporterade vårdtillfällena i RIKS-STROKE 1996 hade 60,4% vårdats vid strokeenhet och 33,2% vid vanlig vårdavdelning.

Patienter vårdade på strokeenheter var något yngre än de som vårdats på vanlig vårdavdelning. Detta gällde såväl som män som kvinnor (Tabell 4).

Något högre andel män hade vårdats vid strokeenhet. Denna skillnad föll bort vid åldersstandardisering. Andelen som återinsjuknar och andelen hjärnblödningar skilde sig inte signifikant i de båda grupperna. Däremot förelåg en större andel medvetandesänkta patienter på vanlig avdelning jämfört med strokeenhet (Tabell 4).

Datortomografi hade utförts i 95,0% av fallen vid strokeenheterna, jämfört med 88,8% vid vanlig vårdavdelning; $p < 0,0001$ (ålderstandardiserat). Detta stämmer också överens med att de som vårdats vid vanlig avdelning fått en ospecifik slaganfallsdiagnos i högre grad (16,7% mot 7,7%) vid strokeenhet.

Tabell 4. Skillnader mellan strokeenhet och vanlig vårdavdelning (case-mix).

	Strokeenheter (n=8 642)	Vanlig vårdavdelning (n=4 752)
Medelålder (alla)	74,9	76,3
- Män	72,9	74,2
- Kvinnor	77,0	78,4
Återinsjukn. i slaganfall (%)	29,2	28,0
Hjärnblödningar, I61 (%)	10,0	10,6
Eget boende (%)	77,7	71,9
Medvetandesänkta (%)	17,3	23,2

När det gäller vårdtiderna observerades inga större skillnader mellan vård vid strokeenhet och vård på vanlig avdelning. En halv dags längre vårdtid under akutskedet noterades för strokeenhet medan den totala vårdtiden var ca 1 dag kortare.

Letaliteten bland patienter vårdade vid strokeenhet var lägre än hos de som vårdats vid vanlig vårdavdelning. Detta gäller såväl under första veckan som under andra till och med fjärde veckan och de som avled inom 3 månader. Skillnaderna gällde både män och kvinnor och både de som var över och under 75 år. Skillnaderna kvarstod efter standardisering för ålder (Tabell 5).

Även graden av handikapp efter 3 månader hos de som var helt oberoende före slaganfallet var mindre hos de som vårdats vid strokeenhet. Helt oberoende vid förflyttning var 57,8% jämfört

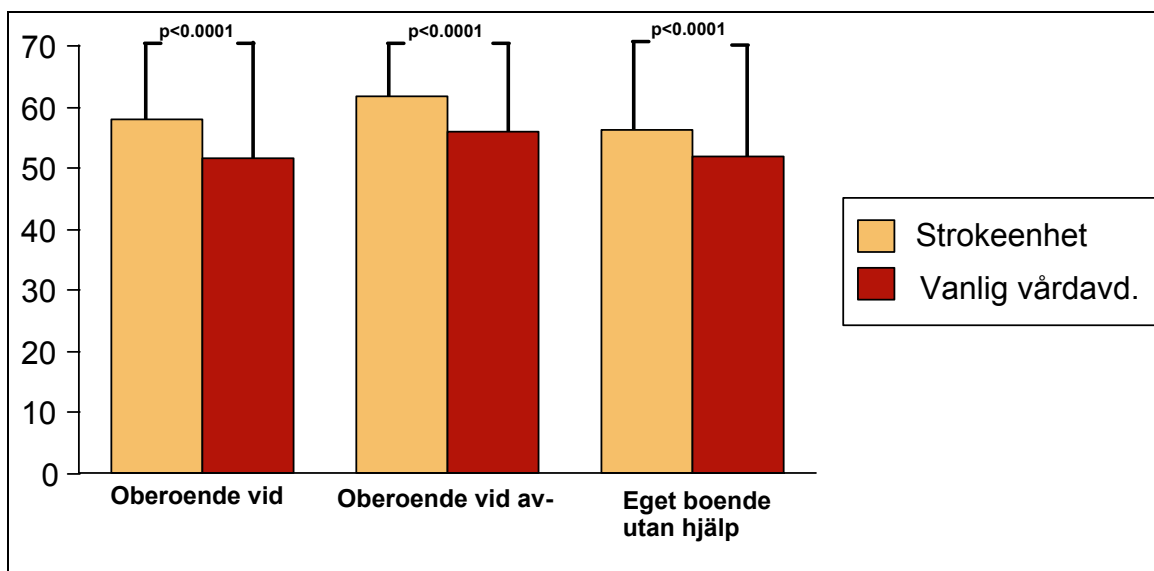
Tabell 5. Ålderstandardiserad letalitet (%) på slaganfallsenhet

och vanlig vårdavdelning.

	Strokeenhet	Vanlig vårdavd.	p-värde
≤ 7 dagar	4,9	6,7	<0,0001
8-27 dagar	5,2	6,5	0,0015
Inom 3 mån.	15,3	18,6	<0,0001

med 51,5% och helt oberoende vid av och påklädning samt toalettbesök var 61,5% av patienterna jämfört med 55,7%. Omvänt, krävde 14,4% av patienterna vårdade vid vanlig vårdavdelning hjälp vid förflyttning både inomhus och utomhus efter 3 månader jämfört med 12,4% för de som vårdats vid strokeenhet, och 18,5% mot 16,8% krävde hjälp med både på- och avklädning samt toalettbesök (Figur 6).

I linje med minskat handikapp hos de patienter som vårdas vid strokeenhet kunde en större andel av dessa återvända till eget boende. Av de som hade eget boende före insjuknandet kunde 59,8% komma hem utan hjälp jämfört med 51,8% för de som vårdats vid vanlig avdelning. En statistiskt säkerställd skillnad ($p<0,0001$) som kvarstår även efter åldersstandardisering.



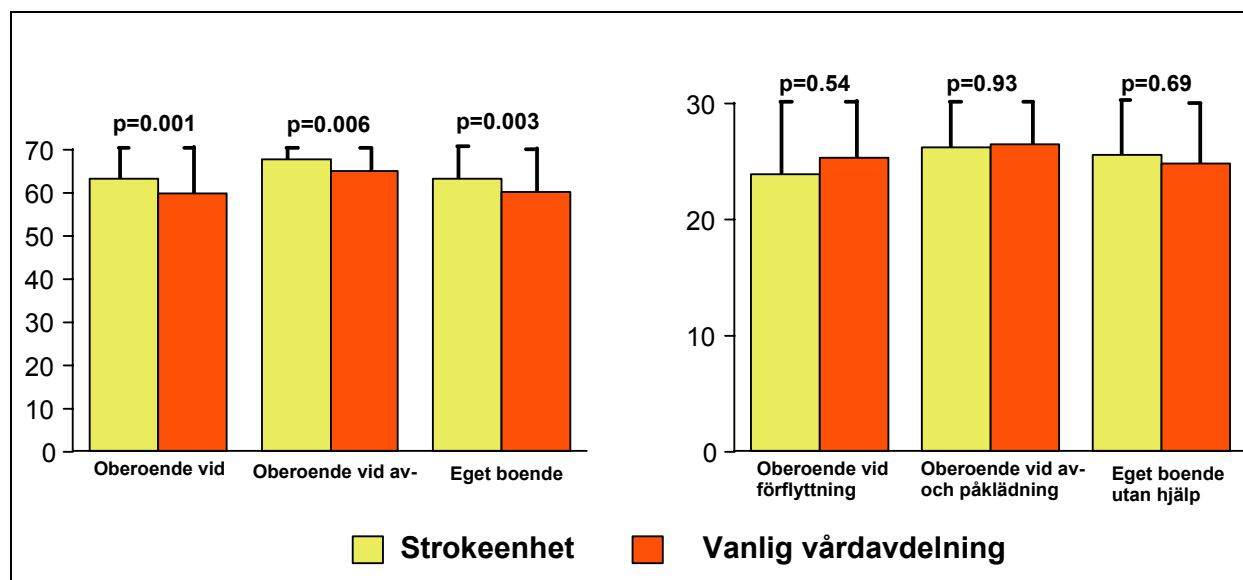
Figur 6. Jämförelse mellan strokeenhet och vanlig vårdavdelning vad gäller patienters oberoende 3 månader efter slaganfallet (ålderstandardiserat). OBS. Gäller endast de som var oberoende och bodde hemma före slaganfallet

De patienter som vårdades på vanlig vårdavdelning var i större utsträckning medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhuset. Vi har därför, vad gäller utfallsparametrarna, delat in materialet i de som var medvetandesänkta vid inkomsten till sjukhuset och de som ej var medvetandesänkta och jämfört utfallet. Hos de som ej var medvetandesänkta kvarstår skillnaderna i letalitet såväl under första veckan som inom 3 månader. Hos de medvetandesänkta däremot finns ingen skillnad i letalitet vare sig de vårdas vid strokeenhet eller vanlig vårdavdelning (Tabell 6).

De icke medvetandesänkta patienterna som vårdas vid strokeenhet hade mindre handikapp efter 3 månader såväl beträffande rörlighet som hjälpbehov vid av- och påklädning och toalettbesök. För de medvetandesänkta var det däremot ingen skillnad i handikappshänseende mellan patienter vid strokeenhet och de som vårdats på vanlig vårdavdelning (Figur 7).

Tabell 6. Letaliteten hos de som var medvetandesänkta resp. ej medvetandesänkta vid inkomsten till sjukhus (ålderstandardiserat).

	Ej medvetandesänkta			Medvetandesänkta		
	Strokeenhet	Vanlig vårdav.	p-värde	Strokeenhet	Vanlig vårdavd.	p-värde
≤ 7 dagar	1,4	2,3	0,0006	21,1	21,4	0,87
8-27 dagar	3,2	3,6	0,23	12,3	14,7	0,20
<3 mån.	8,1	10,1	0,0014	43,4	43,8	0,85



Figur 7. Jämförelse mellan strokeenhet och vanlig vårdavdelning vad gäller patienters oberoende 3 månader efter slaganfallet hos de som var vid medvetande jämfört med medvetlösa vid inkomsten till sjukhus.

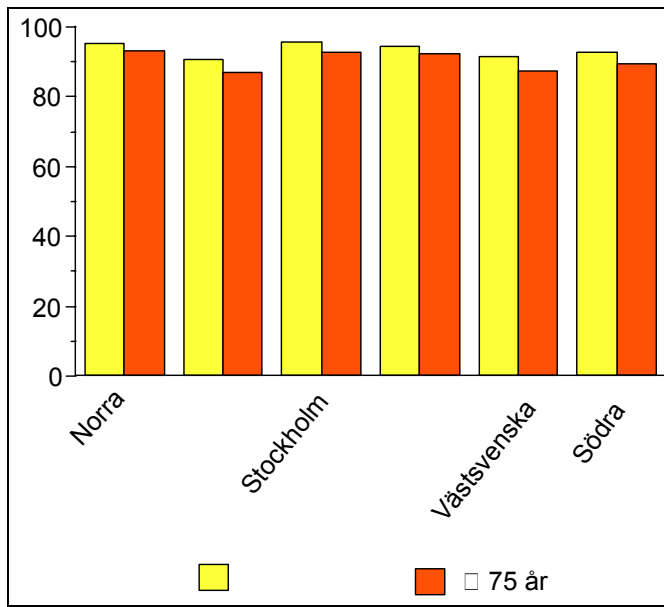
Jämförelse mellan Sveriges sjukvårdsregioner

Liksom för 1995 har RIKS-STROKEMaterialet delats upp på sjukvårdsregioner. I den analys som har gjorts måste hänsyn tas till att i Stockholmsregionen har endast en mindre del av slaganfalls-patienterna registrerats. Patienterna från vissa sjukhus ingår inte i materialet 1996. Andelen som saknar 3-månadersuppföljning är hög i Stockholmsregionen. Regionerna skiljer sig åt både vad gäller ålder och kön för patienter med slaganfall. Liksom 1995 är Stockholmsregionens patienter ett

år äldre och Norrlandsregionens ett år yngre än från de övriga regionerna. Andelen ≥ 75 år är 67% i Stockholms-, 64% i Västsvenska-, 55% i Norra och ca. 60% i övriga regioner. Andelen kvinnor var högst i Stockholmsregionen och lägst i de Norra och Södra regionerna (Tabell 7).

Tabell 7. Bakgrundsfaktorer (case-mix) i de olika sjukvårdsregionerna.

	Norra	Uppsala- Örebro	Stockholm	Sydöstra	Väst- svenska	Södra
Antal registreringar	1770	3900	1403	2195	2602	2432
Sakn. 3-mån. uppf(%)	8,2	6,3	14,3	1,3	6,4	1,9
Män (%)	53,1	51,1	45,5	49,9	51,8	52,7
Medelålder	74,5	75,1	76,5	75,4	75,8	75,0
- män	72,7	72,9	73,7	73,2	74,1	73,0
- kvinnor	76,1	77,4	78,9	77,5	77,7	77,2
Andel ≥ 75 år (%)	55,4	59,2	67,2	60,6	64,0	59,1
Förstagångsinsjukn.	70,5	72,1	69,5	74,2	70,4	75,4
Medvetandesänkta	17,9	22,8	21,8	17,9	22,3	16,6



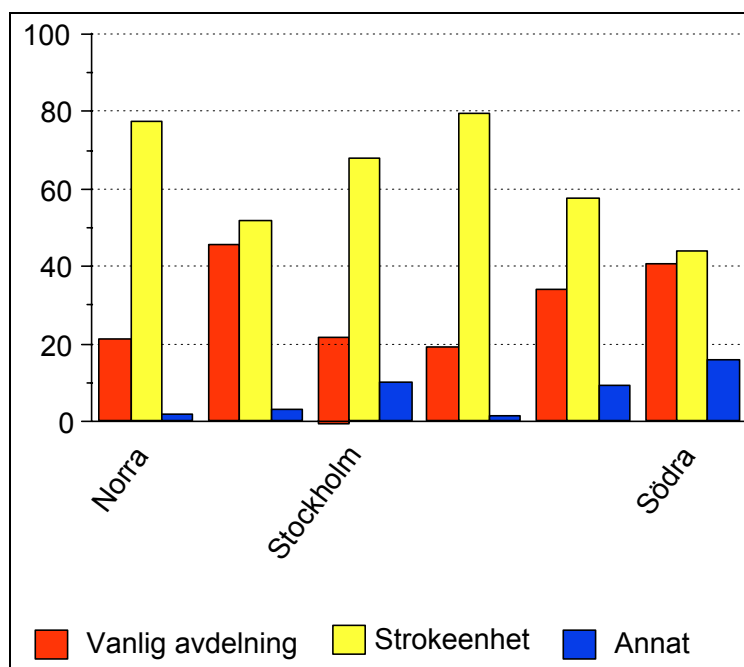
Figur 8. Andelen datortomograferade fördelat på sjukvårdsregioner.

Andelen som återinsjuknande i slaganfall var ca. 30% i Stockholm, Västsverige och Norrland, medan Södra och Sydöstra regionerna hade ungefär 25%. Sänkt medvetandegrad, en annan faktor för sämre prognos, var lägst i de Södra, Sydöstra och Norra regionerna och högst i Uppsala-Örebro och Västsvenska regionerna (Tabell 7).

Andelen som datortomograferades är mycket hög i alla regioner, ca. 95% i Stockholm, Norra och Södra regionerna - något lägre i Uppsala-Örebro och Västsvenska regionerna som dock datortomograferade mer än 90% av slaganfallspatienterna (Figur 8). Andelen datortomograferade i åldern ≥ 75 år är något lägre i dessa senare regioner.

Andelen med ospecifik diagnos har minskat betydligt sedan 1995 i samtliga regioner utom i Stockholm som redan då hade

mycket låg andel. Andelen hjärnblödning ligger oförändrat kring 10%.

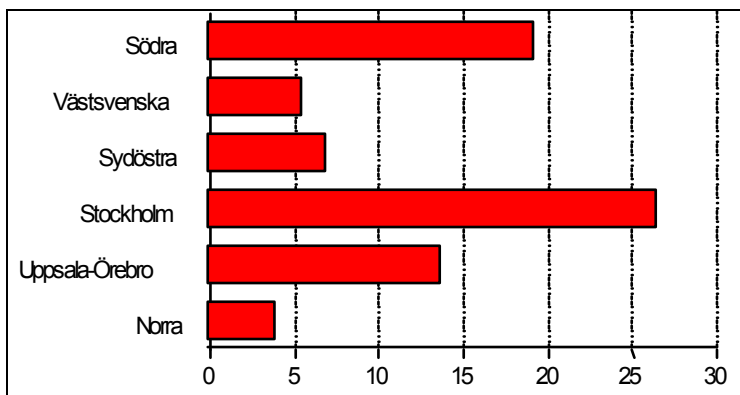


Figur 9. Andelen patienter som vårdas vid vanlig vårdavdelning, strokeenhet resp. annat, inom på de olika regionerna.

Liksom 1995 varierade medel- och medianvårdtiden mellan regionerna. Under akutskedet har Stockholm liksom tidigare, men nu också Sydsvenska regionen, lägst medelvårdtid på ca. 10 dagar. Fem dagars längre vårdtid noteras i genomsnitt för Norra, Uppsala-Örebro och Södra regionerna. Västsvenska regionen har minskat sin medelvårdtid på 19,3 dagar 1995 till 16,8 dagar 1996. Den totala medelvårdtiden (all landstingsvård)¹ rapporterades definitivt lägst i Stockholm på ca. 10 dagar. Det måste dock observeras att uppgifter saknas för Stockholms del i ca 40% av alla registreringar, jämfört med ca 12% för landet i stort, varför siffran är mycket osäker. I övrigt är variationerna inte så stora, utan rör sig runt 20 dagar, utom i Sydöstra regionen som har ett par dagars längre totalvårdtid.

¹ Alla patienter där vi saknar vetskap om den totala vårdtiden har exkluderats. Ex. gäller för de patienter som remitterats över till geriatrisk/rehab klinik, men där det inte registrerats någon utskrivning - så har dessa patienter exkluderats.

Andel patienter som vårdas vid strokeenheter skiljer sig avsevärt mellan regionerna. I Sydöstra och Norra regionerna vårdas nästan 80% vid strokeenheter. I Stockholm drygt 10% färre och i Västsvenska ytterligare ca 10% färre (Figur 9).



Figur 10 visar den ålderstandardiserade andelen obducerade i regionerna.

tillbaka till eget boende utan hjälp (Figur 11).

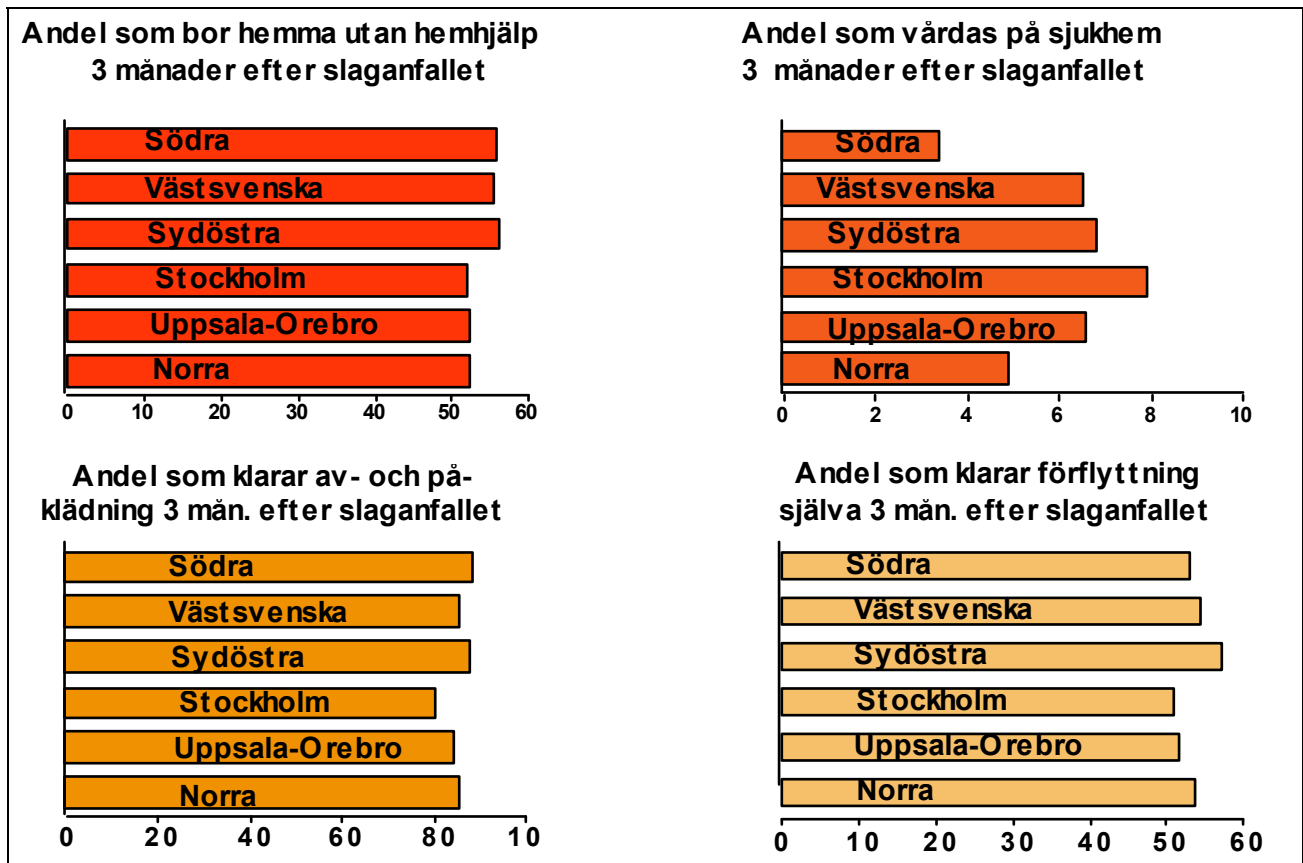
Patienterna i Sydöstra regionen var minst beroende av hjälp både vid förflyttning och med av- och påklädning och toalettbesök efter 3 månader. Detta kvarstod även efter åldersstandardisering. Även i Västsvenska och Södra regionen kunde en stor andel av patienterna återvända till eget boende utan hjälp. Sjukhemsboende var, liksom 1995, vanligast i Stockholm men har där minskat från 13,7% till 7,9% 1996.

redovisade en stor andel som vårdats vid "Annan enhet" än vanlig avdelning eller strokeenhet.

Obduktionsfrekvensen hos slaganfallspatienterna varierade mycket mellan regionerna (Figur 10).

Stockholms- och Södra regionen obducerade flest patienter, i Uppsala-Örebroregionen obducerades ca. 14% och endast runt 5% i Norra-, Sydöstra- och Västsvenska regionerna.

Utfallsvariablerna "rörlighet" hos de som kunde förflytta sig utan hjälp före slaganfallet och "hjälp med av- och påklädning respektive toalettbesök" hos de som var oberoende innan, skilde sig något åt mellan regionerna. Så gjorde också andelen som kunde komma



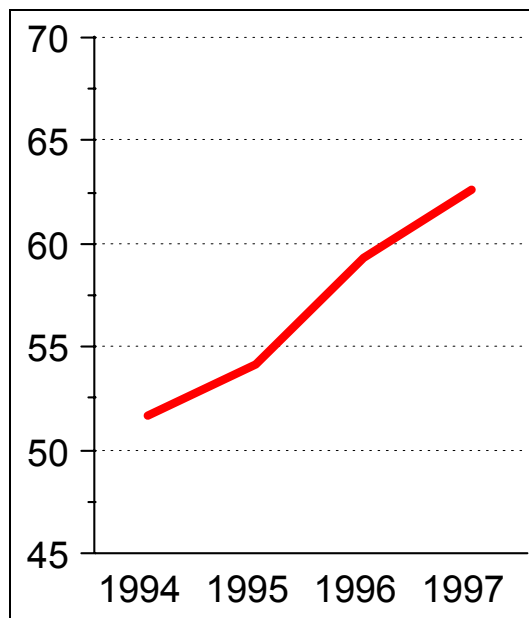
Figur 11. Åldersstandardiserad andel patienter som bor ”hemma utan hjälp”, ”klarar förflyttning” respektive ”av- och påklädning” 3 månader efter slaganfallet. OBS. Gäller de patienter som var helt oberoende innan.

Kommentarer

Andelen sjukhus/kliniker som deltog i RIKS-STROKE 1996 var 83 av landets 91 sjukhus där slaganfallspatienter vårdas. Kvaliteten på insänt material är betydligt bättre än året dessförinnan, men fortfarande återstår mycket arbete med att ytterligare förbättra kvaliteten och det finns vissa data i RIKS-STROKE som man måste vara särskilt försiktig med vid tolkning och eventuella jämförelser. Andelen avlidna, under såväl dag 1-7, dag 8-27 som inom 3 månader är liksom vid analysen av 1995 års data är påfallande låga. Täckningsgraden i registret av de avlidna är tyvärr ofullständig. Det finns flera kliniker/enheter som rapporterade att ingen avled under såväl 1-7 som under dag 8-27.

Den totala vårdtiden är en annan uppgift som måste tolkas med försiktighet. Först och främst måste man observera att vårdtiden inom primärkommunal vård inte ingår, vilket innebär att olika organisationer mellan landstingsvård och primärkommunal vård kan påverka den "totala vårdtiden". Hemrehabilitering som nu organiseras på flera håll i landet, registreras inte heller i RIKS-STROKE. Dessutom har den totala vårdtiden inte kunnat beräknas för de patienter som utskrivits till annan akutklinik eller till geriatrisk-/rehabiliteringsklinik och där utskrivningsdatum från dessa enheter saknas. För de kliniker där många patienter utskrivits till geriatrisk-/rehabiliteringsklinik eller annan akutklinik har sålunda siffrorna för den "totala vårdtiden" av mycket begränsat värde.

Liksom i analysen för 1995 har vi för 1996 jämfört data från inrapporterade kliniker med hög täckningsgrad (34 kliniker med 7 018 inrapporterade vårdtillfällen) med data från hela RIKS-STROKE-materialet (83 kliniker med 14 308 018 inrapporterade vårdtillfällen). Inga skillnader framkom vare sig 1995 eller 1996 annat än för letalitet. Kliniker med hög täckningsgrad hade något högre letalitet, särskilt under dag 1 -7, tydande på att tidiga dödsfall ofta ungår registrering. Tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus har endast registrerats i 30% av vårdtillfällena. Tiden var i genomsnitt 10 timmar vilket är en alltför lång tid för flertalet patienter för att kunna komma ifråga för proppupplösande behandling. Mindre än 10% av patienterna kom till sjukhus inom 4 timmar. Här kommer mycket information att behövas till allmänheten om vikten av att snabbt komma till sjukhus och dessutom organisatoriska förändringar vid sjukhusen om och när trombolys blir allmänt accepterad som behandlingsmetod.



Diagnostik via datortomografi utnyttjas i Sverige för flertalet patienter med slaganfall. Andelen patienter som genomgått datortomografi var hög 1995 och för 1996 noterades ännu högre siffror. Nästan alla patienter (97,5%) under 75 år hade 1996 genomgått datortomografi. Denna höga andel datortomograferade patienter i vårt land utgör ett unikt underlag för tillförlitlig slaganfallsdiagnostik. Den låga obduktionsfrekvensen kan sannolikt förklaras av att många anser att den diagnostiska säkerheten med datortomografi i stor utsträckning har kunnat ersätta obduktionerna. Antalet vårdtillfällen med ospecifik diagnos har minskat från ca 15% 1995 till drygt 10% av vårdtillfällena under 1996.

Utfallet i form av boendeformer och funktionsparametrar 3 månader efter slaganfallet var likartat 1995 och 1996. Av de patienter som bodde hemma och var ADL-oberoende innan slaganfallet, kunde 3 månader efter slaganfallet nästan 60% åter bo hemma utan hjälp. Enligt RIKS-STROKE var 10% av patienterna redan före slaganfallet beroende av hjälp vid toalettbesök och nästan 20% av de som var oberoende före slaganfallet blev beroende av hjälp 3 månader efter. Omräknat till landets beräknade slaganfallspatienter innebär detta att mellan fyra- och femtusen patienter om året får en så allvarlig inskränkning i den personliga integriteten som krav på hjälp vid toalettbesök. Till detta kan adderas ca 2 500 som sedan tidigare är så kraftigt ADL-beroende.

Figur 12. Andel patienter som vårdas på strokeenhet i Sverige, 1994-1997.

De mest påtagliga skillnaderna vid den gjorda gender-jämförelse var att kvinnorna var drygt fyra år äldre än männen och att kvinnorna var medvetandesänkta i högre grad vid inkomsten till sjukhus. Färre kvinnor bodde hemma före slaganfallet och färre kvinnor kunde

återvända hem efter slaganfallet. Detta förhållande skulle kunna förklaras av att kvinnorna var äldre och att de sannolikt i högre grad saknade partner som kunde hjälpa till.

Dessutom behövde fler kvinnor av de som var oberoende före slaganfallet, hjälp med både förflyttning, på och avklädning och toalettbesök, efter slaganfallet, vilket naturligtvis också gör att färre kvinnor kommer hem till eget boende. Andelen med hjärnblödning, som ju har sämre prognos än hjärninfarkt, var lika mellan män och kvinnor. Lika stor andel kvinnor som män hade vårdats vid strokeenhet. Att kvinnor behövde mer hjälp kan ej förklaras av olika former av omhändertagande. Förhållandet att flera kvinnor än män var medvetandesänkta vid inkomsten till sjukhus är tidigare inte känt och kan naturligtvis förklara det sämre utfallet för kvinnorna. Vi saknar däremot förklaring till varför kvinnor drabbas av svårare slaganfall. Observationerna bör verifieras och detta föranleder fördjupade studier.

I en jämförelse som gjorts mellan patienter vårdade vid strokeenheter och patienter som vårdats vid vanliga vårdavdelningar framkom skillnader till fördel för de som vårdats vid strokeenheter både vad gällde diagnostik och utfall i form av dödlighet och minskat handikapp. Patientmaterialen var emellertid olika i vissa avseenden av prognostisk betydelse. Andel hjärnblödningar var lika i materialen, men det fanns större andel med ospecifik diagnos hos patienter vårdade vid vanlig vårdavdelning. Vanlig vårdavdelning hade, en större andel patienter som var medvetandesänkta vid inkomsten. Av den anledningen delades materialet upp i de som var medvetandesänkta och de som ej var medvetandesänkta vid inkomst. Intressant nog framkom då att i gruppen som var medvetandesänkta vid inkomst fanns inte längre någon skillnad i utfallet vare sig avseende dödlighet eller handikapp. Hos de som ej var medvetandesänkta kvarstod de signifikanta skillnaderna.

Trots att hänsyn tagits till några prognostiska faktorer kan naturligtvis patientmaterialen skilja sig åt i andra avseenden, såsom olika andel diabetiker, hjärtsjuka, rökare etc. Man kan dock anta att genom materialens storlek har sådana eventuella skillnader minimerats.

Figur 12 visar andelen patienter som fått vård på strokeenhet under de år som RIKS-STROKE har pågått. Ännu är det en bit kvar till att alla patienter som drabbas av ett slaganfall i Sverige erhåller den berättigade vård som finns vid en strokeenhet. Nyttan av strokeenheter har dokumenterats i flera randomiserade studier och metaanalyser har klart visat strokeenheternas värde. Data från RIKS-STROKE kan nu bekräfta att vård vid strokeenheter synes vara gynnsamt och att detta förhållande även gäller i vardagssjukvård på nationell nivå. Endast 60% av landets slaganfallspatienter fick vård vid strokeenhet. Kunskapen från såväl randomiserade studier som från RIKS-STROKE-data anger att alla patienter borde få tillgång till vård vid strokeenhet. Vi har sålunda ännu ett avsevärt stycke att gå för att uppnå detta välunderbyggda mål.

Vid jämförelser mellan olika regioner kan, som redan påpekats i analysen av RIKS-STROKE data för 1995, många olika faktorer utgöra förklaringsgrund till eventuella skillnader. Jämfört med 1995 är analysen nu förbättrad genom att standardisering gjorts för åldersvariabeln. Många andra faktorer kan naturligtvis på avgörande sätt påverka utfallsvariablerna och då inte minst olika organisatoriska förhållanden.

Intressant är dock att patienterna i sydöstra regionen dels hade högst andel vårdade vid strokeenheter och dels hade minst andel patienter som efter sitt slaganfall var beroende av hjälp både vid förflyttning och vid av och påklädning och toalettbesök. I det programarbete för god slaganfallsvård som gjorts i Östergötlands län finns klart uttalat att slaganfallspatienter bör vårdas på strokeenhet.