

Stroke

WEBBRAPPORT FRÅN RIKSSTROKE UTGIVEN DECEMBER 2015



Riksstroke's årsrapport 2014
– 3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE

FÖRORD

Det nationella kvalitetsregistret Riksstroke publicerar årligen rapporter om den svenska strokevårdens kvalitet. Från och med 2014 är rapporterna för TIA och akutskedet av stroke sammanlagda i en och samma rapport, årsrapporten, vilken har publicerats i webbversion juni 2015 och publiceras som en slutlig tryckt rapport hösten 2015.

I föreliggande webbrapport redovisas data för Riksstrokes 3-månadersuppföljning för patienter som insjuknat under 2014. En slutlig rapport från 3-månadersuppföljningen ska senare publiceras tillsammans med en tillhörande 1-årsuppföljning under våren 2016.

Sammanfattningsvis framkommer i föreliggande rapport om 3-månadersuppföljningen flera positiva trender, t ex kring nöjdhet med vården, uppföljande återbesök, och rökstopp. Flera data pekar på områden som behöver förbättras, t ex stödinsatser från vård och kommun efter utskrivning, samt jämlikare tillgång till hemrehabilitering och logopedkontakter. Prognosen efter stroke avseende överlevnad, förmåga att självständigt klara vardagssysslor samt boendeformer uppvisade små eller inga förändringar jämfört med närmast föregående år.

Andelen uppföljda patienter är fortsatt på en mycket hög nivå vilket gör att Riksstroke har möjlighet att täcka in ett stort antal områden i strokevården. Den kontinuerliga kartläggning av vårdkvalitet som sker med hjälp av Riksstroke i akutskedet och efter utskrivningen från sjukhuset är världsunik.

På Riksstrokes hemsida www.riksstroke.org finns ett antal kompletterande dokument till denna rapport:

- Riksstrokes syfte, organisation
- Att tolka data från Riksstroke
- Målnivåer
- Internationella samarbeten
- Publikationer och presentationer baserade på Riksstrokedata.

Ett varmt tack till alla som på olika sätt medverkat till Riksstrokes årsrapport och som aktivt bidrar till att förbättra strokevården i Sverige så att den kommer patienter och anhöriga till nytta.

För Riksstrokes styrgrupp



Bo Norrving, ordförande och registerhållare

Styrgruppen för Riksstroke

Bo Norrving, professor, Lund (ordförande och registerhållare)

Peter Appelros, docent, Örebro

Daniela Bjarne, patient- och närstående representant, Stockholm

Mia von Euler, docent, Stockholm

Birgitta Stegmayr, professor, Umeå

Andreas Terént, professor, Uppsala

Sari Wallin, Nationell Riksstrokekoordinator

Per Wester, professor, Umeå

Wania Wigren, sjukgymnast, Trollhättan

Mariann Ytterberg, patient- och närstående representant, Västerås

Riksstroke sekreteriat

Anställda vid Riksstroke (hel- eller deltid)

Birgitta Stegmayr, professor, föreståndare

Sari Wallin, sjuksköterska, Riksstrokekoordinator

Åsa Johansson, forskningssjuksköterska

Fredrik Jonsson, statistiker

Maria Hals Berglund, statistiker

Per Ivarsson, IT-samordnare

Maria Sukhova, statistiker och civilekonom

Årets Strokeenhet 2014

Riksstroke utser härmed Årets Strokeenhet för "God strokevård".

Den klinik som utmärkte sig bäst för "God strokevård" 2014 var strokeenheten vid **Köpings lasarett** som nu får omnämmandet "Årets Strokeenhet 2014" av styrgruppen för Riksstroke!

Ytterligare fem sjukhus får ett omnämmande för "God strokevård", de är Alingsås lasarett, Bollnäs sjukhus, Halmstads sjukhus, Kullbergsska sjukhuset samt Motala lasarett.

Bedömningskriterier:

- ▶ Täckningsgrad > 85 %
- ▶ Andel uppföljda 3 månader efter stroke
- ▶ Andel vårdade på strokeenhet, IVA eller NKK
- ▶ Andel med direktintag på strokeenhet, IVA eller NKK
- ▶ Andel med genomförd sväljtest
- ▶ Andel reperfusionbehandlade
- ▶ Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart
- ▶ Andel utskrivna med antitrombotisk behandling efter hjärninfarkt utan förmaksflimmer
- ▶ Andel behandlade med antikoagulantia vid hjärninfarkt och förmaksflimmer < 80 år
- ▶ Andel utskrivna med blodtryckssänkande behandling
- ▶ Andel behandlade med statiner vid hjärninfarkt
- ▶ Andel med tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter utskrivning
- ▶ Andel med uppföljningsbesök i öppenvård hos läkare och/eller sjuksköterska
- ▶ Sjukhus som registrerar TIA



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

TACK TILL DELTAGANDE SJUKHUS MED KONTAKTPERSONER

Akademiska/Uppsala

Erika Keller, Anki Hultman

Alingsås

Brita Eklund, Annika Emilsson, Maria Ekholm,
Anna Lindh, Ida Abrahamsson

Arvika

Anna Lena Wall

Avesta

Åsa-Lena Koivisto, Else-Marie Larsson,
Bitte Pettersson, Ylitalo Taina

Bollnäs

Maj Fröjd, Lena Parhans

Borås

Elisabeth Arvidsson, Sara Ahlvin,
Marianne Hjalmarsson, Maria Jägborn

Capio S:t Göran/Stockholm

Pirjo Perduv, Bo Höjeberg, Eva Rosso,
Gabriella Strandberg

Danderyd/Stockholm

Berit Eriksson, Ann-Charlotte Laska

Enköping

Ann-Kristin Kinander

Falun

Sandra Persson, Carin Hedlund,
Monica Eriksson, Christina Nylén,
Joakim Hambraeus

Gällivare

Karin Johansson, Barbro Juuso

Gävle

Christina Andersson, Maria Smedberg

Halmstad

Monica Karlsson, Kerstin Larsson, Jessica Noren,
Christine Billfors

Helsingborg

Marie Mikkelsen, Annica Fristedt

Hudiksvall

Carin Gill

Hässleholm

Erika Snygg, Anna Zenthio, Magnus Esbjörnsson

Höglandssjukhuset/Eksjö-Nässjö

Elisabet Olsson, Katarina Andersson

Kalix

Karin Nilsson, Maria Förare

Kalmar

Kerstin Karlsson, Anette Danielsson,
Lotten Berggren

Karlshamn

Lidia Nordberg, Carina Larsson

Karlskoga

Inger Rosengren, Eva Grohp

Karlskrona

Inger Berggren, Katarina Widebrant

Karlstad

Anna-Lena Perman, Lena Larsson

Karolinska Huddinge

Marie Axelsson

Karolinska Solna

Anita Hansson Tyrén

Kiruna

Anita Stöckel Falk, Marit Edén

Kristianstad

Lena Eriksson, Cia Caplander, Anna Hansson

Kullbergska/Katrineholm

Britt-Marie Andersson, Christina Petersson

Kungälv

Maria Berglund, Eva Eriksson

Köping

Ann Hedlund, Lotta Ruin, Therese Kanthergård,
Jan Saaf

Landskrona

Eva-Lotta Persson, Birgitta Jeppsson,
Åsa Jönsson

Lindesberg

Anette Eriksson, Vigdis Welander

Linköping

Gunnie Green, Berith Vikman Johansson,
Margarita Callander

Ljungby

Elisabeth Nyman, Maria Linnerö

Lycksele

Cecilia Ölmebäck

Mora

Marianne Bertilsson, Inger Boije

Motala

Anette Grahn, Anette Gunninge,
Britt-Louise Lövgren, Ulf Rosenqvist

Mälarsjukhuset/Eskilstuna

Yvonne Kentää, Camilla Jansson

Möln dal

Eva-Britt Giebner, Helen Zachrisson,
Linda Alsholm

Norrköping/Vrinnevi

Marguerite Berglund, Anna Göransson

Norrköping

Patricia Hilland, Katarina Sjöström

Nyköping

Annika Kastenfalk

NÄL/Norra Älvsborgs Länssjukhus

Annika Jägevall, Katarina Sandman,
Karina Andersson

Oskarshamn

Anita Svensson, Ann-Kristin Persson,
Mariette Gustavsson

Piteå

Ulla Ganestig

Ryhov/Jönköping

Mary Lundgren, IzaBella Magyarovari

Sahlgrenska/Göteborg

Christina Gullibratt, Lena Wernhamn

SkaS Lidköping

Ingrid Roland, Anita Söderholm,
Kerstin Bjälkefur, Sofia Wahll

SkaS Skövde

Eric Bertholds, Björn Cederin, Eva Åkerhage

Skellefteå

Helena Olofsson, Ann-Charlotte Johnsson

Sollefteå

Inger Jonsson

Sunderbyn

Ann-Louise Lundgren, Ulla Jarlbring

Sundsvall

Barbro Högvall, Ewa Edin

SUS Lund

Karina Hansson, Eva Jonasson,
Hélène Pessah-Rasmussen

SUS Malmö

Penny Baaz, Hélène Pessah-Rasmussen,
Elisabeth Poromaa

Södersjukhuset (SÖS)/Stockholm

Cecilia Schantz-Eyre, Emma Weckström-Wadling

Södertälje

Inger Davidsson

Torsby

Anna-Lena Halvardsson, Åsa Valfridsson,
Corina de Wijs

Trelleborg

Ingela Fröjd, Agneta Kristenssen,
Ramona Vuoristo

Umeå

Åsa Olofsson, Maria Fransson

Varberg

Birgitta Bremberg

Visby

Eva Smedberg, Anna Westberg-Bysell,
Åsa Lindblad, Åsa Lövgren, Susanna Grönborg

Värnamo

Louise Salomonsson, Mats Altesjö

Västervik

Maud Lindqvist, Britt-Marie Martinsson

Västerås

Sara Östring, Linda Jakobsson,
Elisabeth Norman, Catharina Holmberg,
Inger Betshammar

Växjö

Helena Otteborn, Linda Nilsson, Annette Borland

Ystad

Bengt Jonazon, Caroline Dehman,
Gunilla Persson, Marie-Louise Wallin,
Gull-Marie Wahlberg, Åsa Lindström

Ängelholm

Dorit Christensen, Inger Hallenborg

Örebro

Marie Lokander

Örnsköldsvik

Marie Andersson , Ulrika Westin,
Maire Johansson

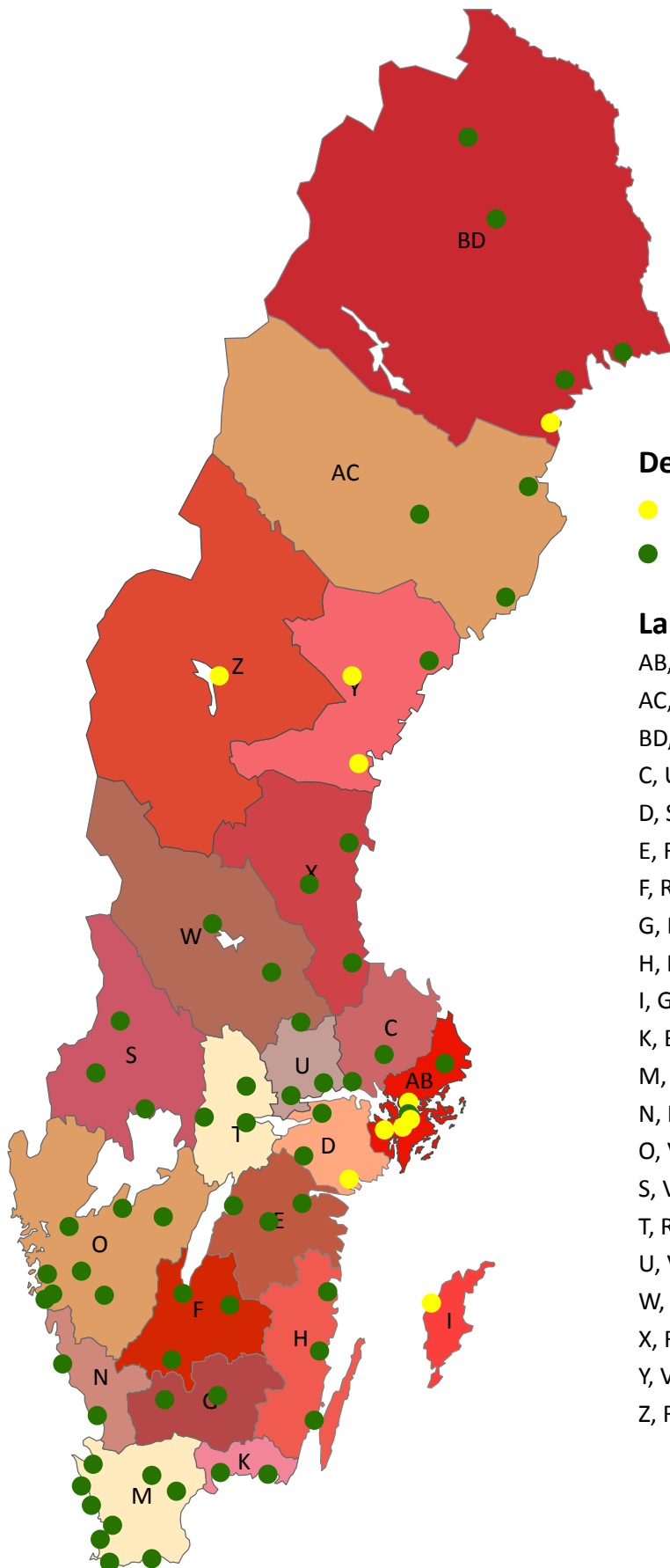
Östersund

Kristina Ingvarsson, Åsa Persson,
Sara Magnusson

Östra sjukhuset/Göteborg

Hengameh Kazemi, Linda Nilsson,
Satu Kousmanen

DELTAGANDE SJUKHUS



Deltagande sjukhus

- Registrerar endast strokepatienter
- Registrerar både TIA och strokepatienter

Landsting

- AB, Stockholm
- AC, Västerbotten
- BD, Norrbotten
- C, Uppsala
- D, Södermanland
- E, Region Östergötland
- F, Region Jönköpings län
- G, Region Kronoberg
- H, Kalmar
- I, Gotland
- K, Blekinge
- M, Skåne
- N, Halland
- O, Västra Götaland
- S, Värmland
- T, Region Örebro län
- U, Västmanland
- W, Dalarna
- X, Region Gävleborg
- Y, Västernorrland
- Z, Region Jämtland Härjedalen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.1 SAMMANFATTNING	8
1.2 PATIENTSAMMANSÄTTNING	9
1.2.1 Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet	9
1.2.2 Vilka svarade på uppföljningsformuläret?	11
1.2.3 Bortfall	11
1.3 ÖVERLEVNAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE).....	12
1.4 FUNKTION	17
1.4.1 ADL-beroende	17
1.5 BOENDE	20
1.6 VÅRDINSATSER	23
1.6.1 Rehabilitering	23
1.6.2 Hemrehabilitering	25
1.6.3 Tillgång till logoped.....	27
1.6.4 Uppföljande besök inom sjukvården.....	29
1.6.5 Rökstopp	33
1.6.6 Blodtrycksbehandling 3 månader efter insjuknandet.....	35
1.7 SYMPTOM OCH LIVSKVALITET	38
1.7.1 Multipla symtom/besvär.....	38
1.7.2 Självskattat hälsotillstånd	39
1.7.3 Trötthet	41
1.7.4 Depression/Nedstämdhet.....	42
1.7.5 Smärta	44
1.7.6 Svårigheter att tala, läsa, skriva och svälja	44
1.7.7 Minnessvårigheter	44
1.8 NÖJDHET MED VÅRDEN OCH STÖD EFTER UTSKRIVNING.....	45
1.9 TILLGODOSEDDA BEHOV EFTER UTSKRIVNING	46
1.9.1 Hjälp och stöd av närstående	50
REFERENSER.....	52

1.1 SAMMANFATTNING

Patientsammansättning

- Av 23 530 insjuknanden i stroke 2014 hade 20 733 (88 %) följts upp vid 3 månader av de som överlevt.
- Andelen uppföljda har ökat med 2 % jämfört med 2013, och antalet sjukhus som uppfyller hög och måttlig målnivå har ökat.
- De som svarat var i genomsnitt drygt ett år yngre än genomsnittet av alla som insjuknat under 2014.

Överlevnad

- Totalt avled 18 % av patienterna inom 90 dagar och 35 % var avlidna eller ADL-beroende vid uppföljningen.
- Mellan sjukhusen fanns det betydande variation i andelen avlidna, och avlidna eller ADL-beroende, men skillnaderna var små på landstings-/regionnivå efter statistisk justering.

Funktion

- Andelen patienter som är beroende av personlig ADL är oförändrad, det ligger nu för fjärde året i rad under 20 %.
- Skillnader i andelen ADL-beroende mellan sjukhusen förklaras delvis av skillnader i patientsammansättning. Det kvarstår dock betydande skillnader mellan sjukhusen också efter statistisk justering.

Boende

- Vid 3 månader bodde 61 % av patienterna i eget boende utan kommunal hemtjänst, 21 % i eget boende med kommunal hemtjänst, 15 % i särskilda boenden, och 2 % i annan boendeform.

Vårdinsatser

- Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen under sjukhusvistelsen (bland de som hade fått rehabilitering) var hög (91 %) för hela riket, med måttlig variation mellan landstingen/regionerna.
- Andelen som svarade att de fått hemrehabilitering var oförändrad (16 %), och med kvarstående stora skillnader över landet.
- Drygt hälften av de strokepatienter som uppfattat sig ha talsvårigheter har fått träffa logoped för bedömning eller behandling. Variationerna mellan landstingen/regionerna är stora.
- Andelen patienter som hade varit på återbesök hos läkare eller sjuksköterska inom 3 månader efter strokeinsjuknandet ökade. Fortfarande finns det dock sjukhus där mer än en tredjedel av patienterna uppgav att de inte varit på återbesök.
- Andelen som slutat röka vid 3 månader har ökat något, och uppgår nu till 46 % av de som rökte vid insjuknandet.
- Följsamhet vid 3 månader till insatt behandling med blodtryckssänkande läkemedel verkar mycket god.

Symtom och livskvalitet

- 77 % av patienterna angav att deras hälsotillstånd var mycket gott eller ganska gott, med måttliga variationer mellan sjukhusen.
- Trötthet, nedstämdhet, smärta, talsvårigheter och minnessvårigheter är vanligt förekommande efter stroke. Cirka en tredjedel av patienterna hade tre eller fler av sådana symtom.

Nöjd med vården

- De allra flesta strokepatienter uppgav sig vara nöjda med den vård de fått på akutsjukhuset och skillnaderna i nöjdhet mellan sjukhusen är måttliga.

Tillgodosedda behov

- 62 % av patienterna tyckte att de efter att de skrivits ut från sjukhuset fått tillräckligt stöd från sjukvården och kommunen. Andelen patienter som ansett sig fått tillräckligt med stöd varierade kraftigt mellan sjukhusen, och nästan hälften av sjukhusen uppnådde inte måttlig målnivå.
- Hälften av de strokepatienter som bor hemma uppgav att de helt eller delvis var beroende av hjälp eller stöd från närstående 3 månader efter insjuknandet (oförändrat jämfört med tidigare år). Även bland patienter i särskilt boende uppgavs behovet av hjälp eller stöd från anhöriga vara mycket stort.

1.2 PATIENTSAMMANSÄTTNING

1.2.1 Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet

Slutsatser

- Svarefrekvensen 88 % måste betraktas som mycket hög för en enkätundersökning – svaren betraktas därför som representativa.
- Andelen uppföljda har ökat med 2 % jämfört med 2013, och antalet sjukhus som uppfyller hög och måttlig målnivå avseende andelen uppföljda har ökat.
- Data från sjukhus med många icke uppföljda patienter eller sjukhus med låg täckningsgrad måste tolkas med stor försiktighet och de har därför särskilt markerats i figurer med uppgifter från 3-månadersuppföljningen.

Målnivåer:

Hög: 90 %

Måttlig: 85 %

Av de patienter som registrerades i Riksstroke vid det akuta vårdtillfället hade 88 % följts upp 3 månader efter insjuknandet, vilket är 2 % högre än 2013.

Hög målnivå, med uppföljning av minst 90 % av de som överlevt, uppnåddes vid 35 av de 72 deltagande sjukhusen (2013: 32 av 72), och vid sex av dessa hade 99–100 % följts upp (2013: 4 av 72) (*tabell 1*). Måttlig målnivå, med uppföljning av minst 85 % av de som överlevt, uppnåddes vid 22 sjukhus (2013: 16 av 72). Måttlig målnivå uppnåddes inte av 15 sjukhus (2013: 24 av 72). Två av dessa sjukhus saknade uppföljning på 25 % eller fler av överlevande patienter.

Tabell 1. Andel som följdes upp 3 månader efter insjuknandet 2014. Täckningsgrad <75 % och saknad uppföljning av >25 % vid 3 månader har markerats med rött.

Registrerade vårdtillfällen	Antal	Täckningsgrad	%	Uppföljda	%
Södersjukhuset	1098	Bollnäs	100	Mora	100
Danderyd	832	Karlskoga	99	Motala	100
Sahlgrenska	797	Lindesberg	99	Alingsås	99
Capio S:t Göran	761	Södersjukhuset	98	Kullbergiska	99
NÄL	738	Avesta	98	Sollefteå	99
Karolinska Huddinge	621	Köping	98	Värnamo	99
SUS Lund	592	Västervik	98	Visby	98
Borås	548	Sollefteå	97	Ryhov	98
Karlstad	531	Kalmar	97	Köping	98
SUS Malmö	528	Alingsås	97	SkaS Skövde	98
Falun	528	Oskarshamn	97	Växjö	97
Akademiska	524	Capio S:t Göran	97	Ängelholm	97
Karolinska Solna	513	Arvika	96	Mölnadal	96
Sundsvall	482	Mora	96	Piteå	96
Västerås	479	Halmstad	95	SUS Lund	94
SkaS Skövde	436	Kullbergiska	95	Kristianstad	94
Örebro	435	Helsingborg	94	SkaS Lidköping	94
Gävle	435	Örebro	94	Arvika	93
Helsingborg	432	Danderyd	94	Bollnäs	93
Östra	397	Karlstad	94	Hässleholm	93
Östersund	391	Örnsköldsvik	94	Borås	92
NUS Umeå	381	Östersund	94	Kalmar	92
Halmstad	380	Mälarsjukhuset	94	Capio S:t Göran	92
Vrinnevisjukhuset	377	Karolinska Huddinge	94	Enköping	92
Kristianstad	364	Ystad	94	Nyköping	92
Kalmar	352	Hässleholm	94	Västerås	91
Ryhov	343	Enköping	93	Gävle	91
Mälarsjukhuset	338	Trelleborg	93	Varberg	91
Linköping	336	Växjö	93	Karlskoga	91
Växjö	319	Motala	93	Akademiska	90
Höglandssjukhuset	316	Torsby	93	SUS Malmö	90
Varberg	309	Piteå	93	Örebro	90
Motala	295	Ängelholm	93	Linköping	90
Ystad	293	Ljungby	93	Danderyd	90
Ängelholm	290	Karlshamn	93	Halmstad	90
Kungälv	283	Karlskrona	93	Karlshamn	89
Karlskrona	278	Norrhälje	92	Torsby	89
Sunderbyn	269	Kalix	92	Mälarsjukhuset	88
Mora	262	Lycksele	91	Karlskrona	88
Alingsås	247	Nyköping	91	Karlstad	88
Köping	244	SkaS Lidköping	91	Ystad	88
Mölnadal	242	SkaS Skövde	91	Oskarshamn	88
Trelleborg	234	Södertälje	91	NUS Umeå	87
Värnamo	232	NÄL	91	Vrinnevisjukhuset	87
Södertälje	214	Kristianstad	90	Östersund	87
Hässleholm	211	Landskrona	90	Kalix	87

Tabell 1. Forts.

Registrerade vårdtillfällen	Antal	Täckningsgrad	%	Uppföljda	%
Bollnäs	208	Karolinska Solna	90	Lycksele	87
Norrtälje	207	Västerås	89	Skellefteå	87
Västervik	204	Sundsvall	89	Södertälje	87
Nyköping	200	Varberg	89	Helsingborg	86
Skellefteå	196	Värnamo	89	Sahlgrenska	85
SkaS Lidköping	195	Borås	89	Falun	85
Örnsköldsvik	184	Kungälv	89	Östra	85
Hudiksvall	183	Höglandssjukhuset	88	Sundsvall	85
Karlshamn	174	NUS Umeå	88	Kiruna	85
Arvika	172	Falun	88	Västervik	85
Kullbergsska	169	Gävle	86	Örnsköldsvik	85
Karlskoga	169	Mölnadal	86	Sunderbyn	84
Piteå	165	Sahlgrenska	86	Gällivare	84
Lindesberg	164	Östra	86	Avesta	83
Avesta	145	Vrinnevisjukhuset	86	Hudiksvall	83
Kalix	141	Visby	84	Kungälv	83
Enköping	140	Gällivare	84	Södersjukhuset	82
Oskarshamn	140	Skellefteå	83	Ljungby	81
Torsby	137	Sunderbyn	83	Lindesberg	80
Sollefteå	135	SUS Lund	83	Karolinska Solna	79
Ljungby	134	Linköping	82	NÄL	79
Lycksele	130	Akademiska	81	Landskrona	78
Visby	129	Ryhov	81	Trelleborg	78
Landskrona	108	SUS Malmö	77	Höglandssjukhuset	76
Gällivare	92	Hudiksvall	72	Norrtälje	73
Kiruna	34	Kiruna	64	Karolinska Huddinge	65
RIKET	23562	RIKET	90	RIKET	88

1.2.2 Vilka svarade på uppföljningsformuläret?

Av de som svarade var 54 % män och 46 % kvinnor. Medelåldern för de män som svarade var vid insjuknandet 72 år och för kvinnor 77 år. Totalt var medelåldern för de som svarade 74 år. De som svarat var i genomsnitt ett drygt år yngre än genomsnittet av alla som insjuknat under 2014.

Frågeformuläret hade i 49 % besvarats av patienten ensam skriftligt, i 28 % av patienten med hjälp av anhörig/närstående eller vårdpersonal, i 8 % av patienten per telefon, i 8 % av endast närstående, i 4 % av endast vårdpersonal, i 3 % av patienten vid återbesök på sjukhus/vårdcentral, och i 1 % av annan person. Sammantaget besvarades formuläret i 88 % av patienterna, ensamt eller tillsammans med någon annan.

1.2.3 Bortfall

För de 2 797 patienter som överlevde och som inte hade följts upp efter 3 månader uppgav sjukhusen att det var praktiskt omöjligt att följa upp patienten i 1 475 av fallen (t.ex. patienter som bodde utomlands eller inte kunde återfinnas på kontaktadressen).

Tolkningsanvisningar

- En stor andel bortfall vid 3-månadersuppföljningen kan ha många orsaker som säkert varierar från sjukhus till sjukhus. Därför bör sjukhus med bortfall på mer än 15 % analysera orsakerna (sjukhusen kan själva åtminstone delvis göra detta med hjälp av Riksstroke's statistikmodul).
- Samkörning centralt mellan Riksstrokedata och Dödsorsaksregistret (se nedan, avsnitt Överlevnad och utfall) visar att 3 % av patienter som sjukhusen saknade uppföljning på var avlidna.
- Språkproblem kan möjligen bidra till bortfall i områden med stor andel invandrare. Numera finns Riksstroke's frågeformulär med anvisningar tillgängliga på flera av de stora invandrarspråken (www.riksstroke.org, registreringslänken "Formulär" under "Genvägar till").

1.3 ÖVERLEVAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE)

Slutsatser

- Totalt avled 18 % inom 90 dagar.
- Mellan sjukhusen fanns det betydande variation i andelen avlidna, med skillnader upp till 15 %. Sex sjukhus ligger signifikant lägre, och nio sjukhus högre, än riksgenomsnittet.
- Det samlade utfallsmåttet "Summan av avlidna och ADL-beroende" inom 120 dagar var 35 % och uppvisar också stora skillnader mellan sjukhusen.
- För båda utfallsmåtten är skillnaderna små på landstings-/regionnivå efter justering för ålder, kön och medvetandegrad.
- Flera metodfaktorer kan påverka data för dåligt utfall, vilket gör att dessa data måste tolkas med särskild försiktighet.
- Sjukhus med hög andel patienter med dåligt utfall bör särskilt undersöka hur de kan förbättra kvaliteten.

Om indikatorn

Avlidna och ADL-beroende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Andelen avlidna + ADL-beroende är ett vanligt utfallsmått i vetenskapliga studier.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt.

Under tidigare år har patienter som avlidit på sjukhus tidigt efter insjuknandet ofta inte rapporterats till Riksstroke. Det kan ha gett en falskt hög andel överlevande¹. Motsvarande problem med att använda andelen avlidna som kvalitetsmått har diskuterats för hjärtsjukvården². P.g.a. skillnaderna

i täckningsgrad har Riksstroke inte tidigare redovisat letalitet (d.v.s. andelen avlidna). Då täckningsgraden påtagligt ökat under senare år har Riksstroke sedan 2011 redovisat sjukhusjämförelser av andelen avlidna.

Tidigare års beräkningar av andelen avlidna baserades på sjukhusens egna inrapporterade uppgifter. Från och med 2013 års data har samkörning istället skett med dödsorsaksregistret och baserats på antalet avlidna vid 90 dagar efter insjuknandet (täljare) delat med alla registrerade i akutskedet stroke (nämnare). Detta ger mer tillförlitliga data eftersom det inte influeras av att sjukhusen vid sin uppföljning kan ha missat att en patient som saknar uppgifter om uppföljning kan ha avlidit.

För beräkning av det sammansatta utfallsmåttet "avlidna + ADL-beroende" har letalitetsdata för 120 dagar istället för 90 dagar efter insjuknandet använts. Detta motiveras av att uppföljning av patienter i Riksstroke kan ske inom tidsintervallet 90 upp till 120 dagar efter insjuknandet.

Resultat

Av 2014 års patienter i Riksstroke avled 18 % av patienterna inom 3 månader. Andelen skiljde sig kraftigt mellan stroketyperna; den var 15 % vid hjärninfarkt och 34 % vid hjärnblödning. Samtliga data är mycket lika de för 2013.

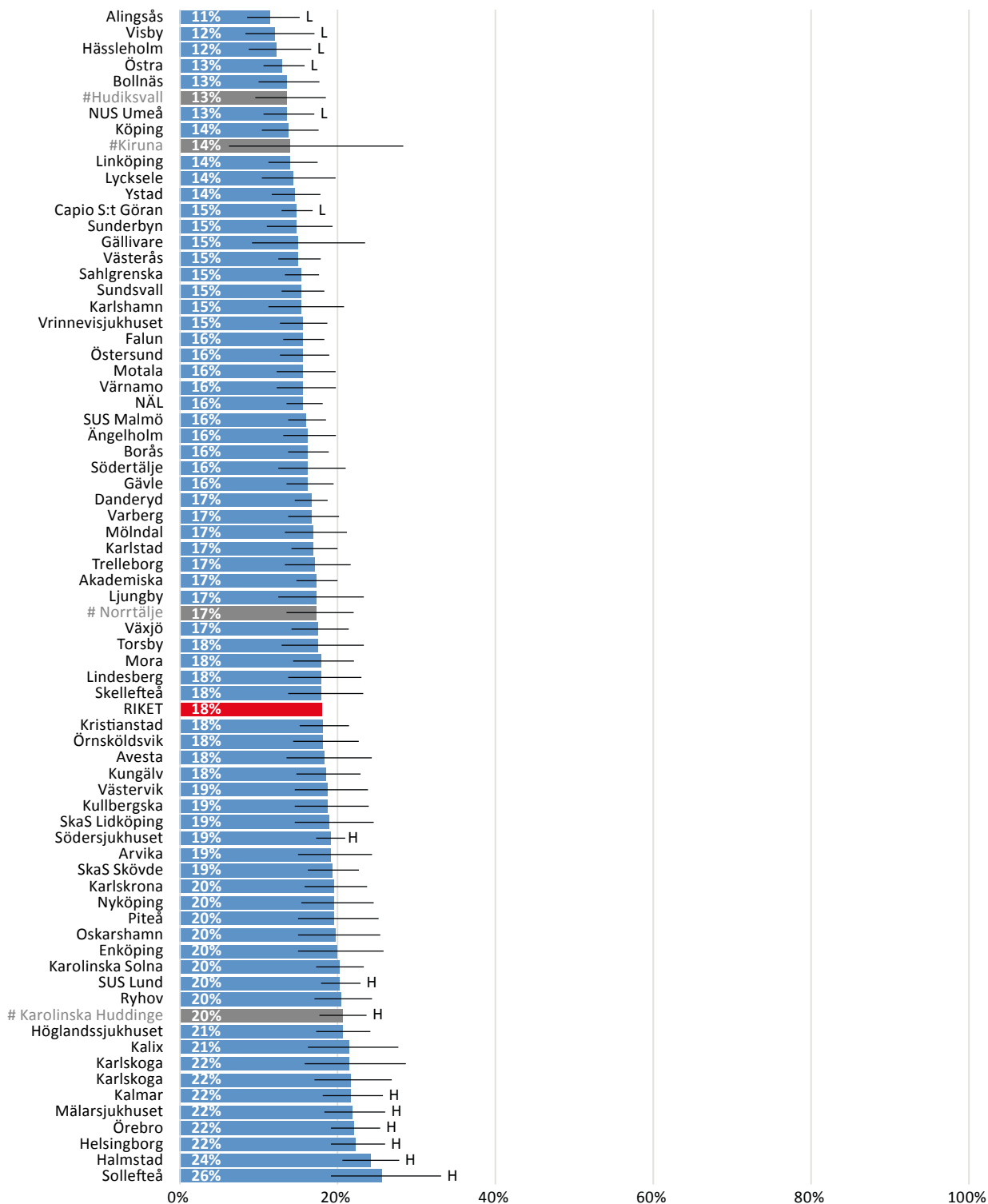
Vi har i analyserna korrigerat för skillnader mellan sjukhusen i köns- och ålderssammansättning samt i medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset (grovt mått på svårighetsgraden). Våra tolkningsanvisningar bör här ändå särskilt beaktas – de statistiska variationer vi anger (95 % konfidensintervall) innebär att avvikelserna från riksgenomsnittet vid några av sjukhusen kan vara rent slumpmässiga.

Andelen avlidna under 80 år var 10 %, lika för kvinnor och män. I åldrar över 80 år avled en högre andel av kvinnorna jämfört med männen (31 % respektive 26 %), bl.a. beroende på att det i denna grupp fanns fler kvinnor i riktigt hög ålder.

Skillnaden i dödlighet mellan sjukhusen med högsta respektive lägsta andelen avlidna 90 dagar efter insjuknandet är 15 % (*figur 1*). För många sjukhus var dock konfidensintervallen breda. Signifikant lägre dödlighet än riksgenomsnittet förelåg för sex sjukhus. Signifikant högre dödlighet förelåg för nio sjukhus.

Dödligheten för landstingen visade mycket mindre variation, från 13 % till 22 %. (*Webbtabell 1*, www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"). Signifikant lägre dödlighet än riksgenomsnittet förelåg för fyra landsting/regioner. Det var också fyra landsting/regioner som hade signifikant högre dödlighet än riksgenomsnittet. Skillnaderna var mindre på landstings-/regionnivå än sjukhusnivå för andel avlidna vid hjärnblödning och hjärninfarkt.

Andelen avlidna 90 dagar efter insjuknandet

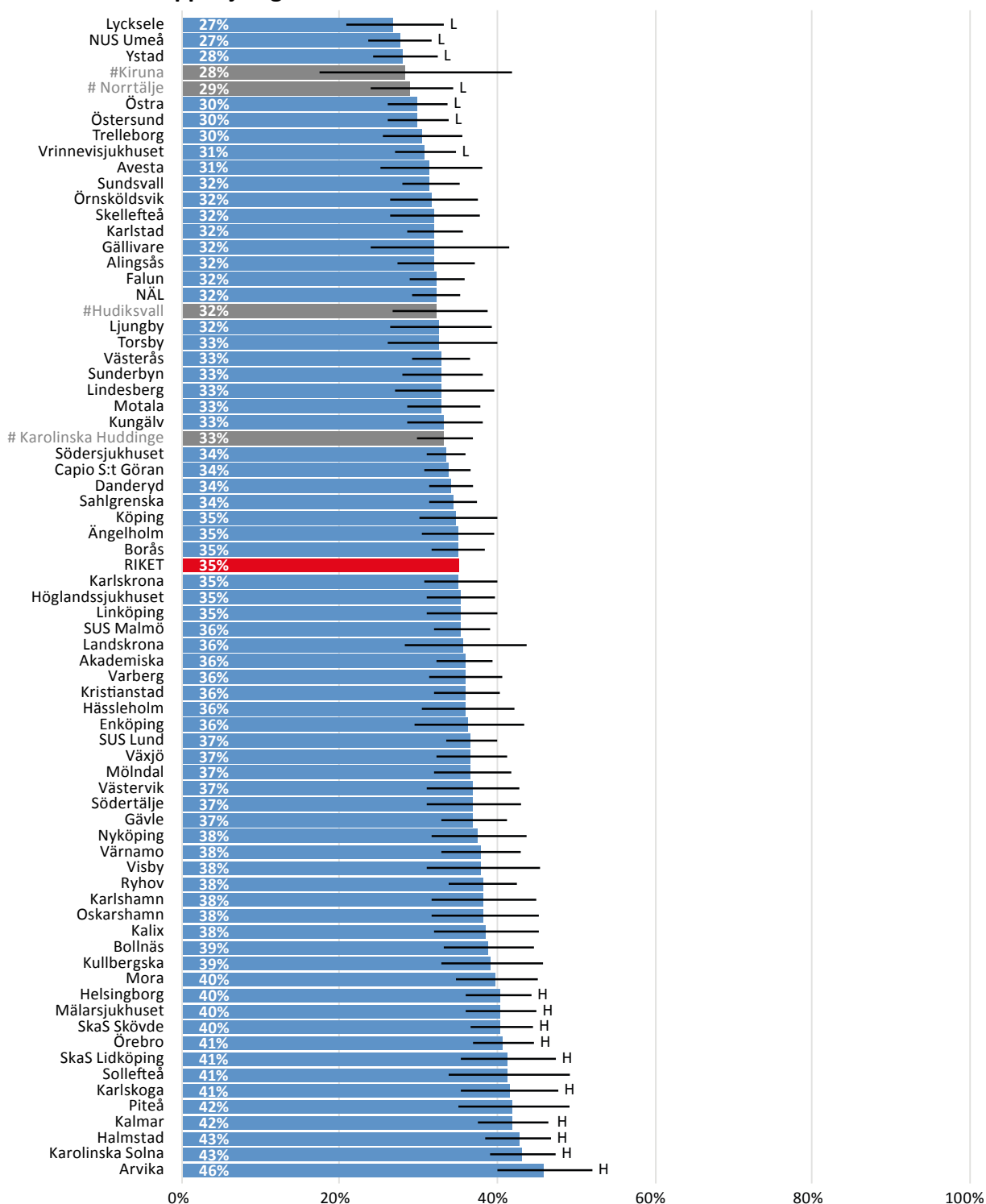


Figur 1. 3-månadersletalitet (andelen avlidna) 2014 justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Andelen avlidna är kontrollerade mot Dödsorsaksregistret. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där < än 75 % har följts upp (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Ett sammanfattande mått på utfallet är summan av andelen avlidna och andelen ADL-beroende (oavsett beroendestatus innan insjuknandet) 3 månader efter insjuknandet. Måttet används ofta i kliniska prövningar. I riket hade 35 % dåligt utfall.

I figur 2 jämförs detta utfallsmått mellan sjukhusen efter justering för patientsammansättning. Vid tio sjukhus var andelen statistiskt högre, och vid sju sjukhus statistiskt lägre, än riket.

Andelen avlidna inom 120 dagar efter insjuknandet eller ADL-beroende patienter vid 3-månadersuppföljningen



Figur 2. Andelen avlidna eller ADL-beroende strokepatienter 3 månader efter insjuknandet 2014, justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Till årets och förra årets rapport har Riksstroke använt data från dödsorsaksregistret för att beräkna andelen avlidna. Jämförelsen med sjukhusens egna rapporterade uppföljningsdata visade att sjukhusen i cirka 3 % av alla fall registrerade en avliden patient som "avsaknad av uppföljning". Årets data för dödlighet (och "avliden + ADL-beroende") kan därför inte direkt jämföras med dödlighetsdata från 2011 och 2012.
- Andelen avlidna kan påverkas av att vissa typer av patienter (till exempel patienter med trombolyslarm eller de som kan vara aktuella för trombektomi) flyttas mellan sjukhus. Andelen kan också påverkas om patienter med TIA som undersöks med MR och har fynd av akut ischemisk lesion registreras som hjärninfarkt. Riksstroke rekommenderar att sådana patienter fortsatt klassificeras som TIA i väntan på den nya internationella klassifikationen från WHO (ICD 11) som förväntas föreligga tidigast 2017.
- Andelen avlidna + ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet är ett sammansatt mått på kvaliteten i det akuta omhändertagandet och vården under tiden närmast efter att patienten blivit utskriven från sjukhuset (inklusive sekundärpreventiva insatser).
- Om täckningsgraden är låg p.g.a. att inte alla lindriga strokeinsjuknanden registrerats, kan andelen med dåligt utfall överskattas.
- Precisionen i måttet "andelen avlidna + ADL-beroende" påverkas också starkt av andelen som lever men inte följts upp, eller där uppgiften inte har fyllts i.
- Överlevnaden påverkas också av faktorer som strokevården har svårt att ha inflytande över (främst vakenhetsgrad vid insjuknandet, samtidig förekomst av andra sjukdomar och socioekonomiska faktorer).
- Nya studier och konsensusutlåtanden³⁻⁴ har påpekat vikten av justering för svårighetshetsgrad enligt NIH Stroke Scale för att möjliggöra rättvisande jämförelser vid död och andra utfall. Som framgår i avsnittet om denna strokeskala (se sid 64 i Årsrapport TIA och akut stroke 2014) registreras idag endast hälften av strokepatienterna enligt NIH Stroke Scale. Det är starkt önskvärt att registrering enligt den skalan införs konsekvent i klinisk rutin.

1.4 FUNKTION

1.4.1 ADL-beroende

Slutsatser

- Andelen patienter som är beroende av personlig ADL är oförändrad, och ligger nu för fjärde året i rad under 20 %, det är marginellt lägre än närmast föregående års utfall.
- Skillnader i andelen ADL-beroende mellan sjukhusen förklaras delvis av skillnader i patientsammansättning. Det kvarstår dock betydande skillnader mellan sjukhusen också efter statistisk justering för olikheter i patientsammansättning, något som visar att det på många håll kan finnas betydande utrymme att förbättra rehabiliteringen efter stroke.

Om indikatorn

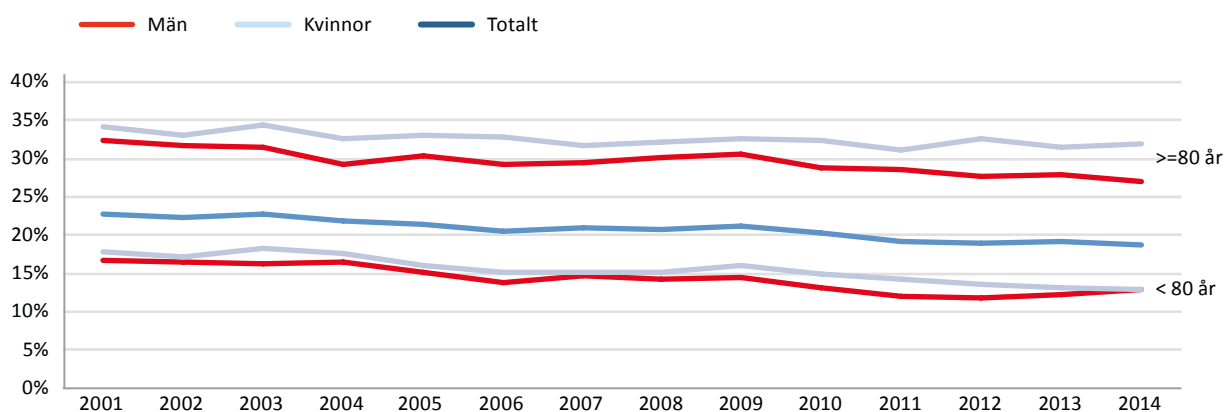
ADL-beroende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Riksstroke's ADL-mätningar är validerade mot andra ADL-instrument, med tillfredsställande resultat.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas

Resultat

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter stroke är en av de viktigaste resultatvariablerna i Riksstroke. Patienten räknas som ADL-beroende om den behöver hjälp av andra vid på- och avklädning och/eller toalettbesök. Beräkningarna baseras enbart på de personer som före strokeinsjuknandet var oberoende av andra i personlig ADL (P-ADL).

Andelen ADL-beroende 3 månader efter strokeinsjuknandet (av dem som var ADL-oberoende före insjuknandet) var 18,7 % för 2014. Det är fjärde året i rad som andelen ligger under 20 %. Sett över längre tid har andelen tydligt minskat – minskningen har uppgått till 3 % över den senaste tioårsperioden ($P < 0,001$ för tidstrend) (figur 3). Nedgången gäller både män och kvinnor under och över 80 år.

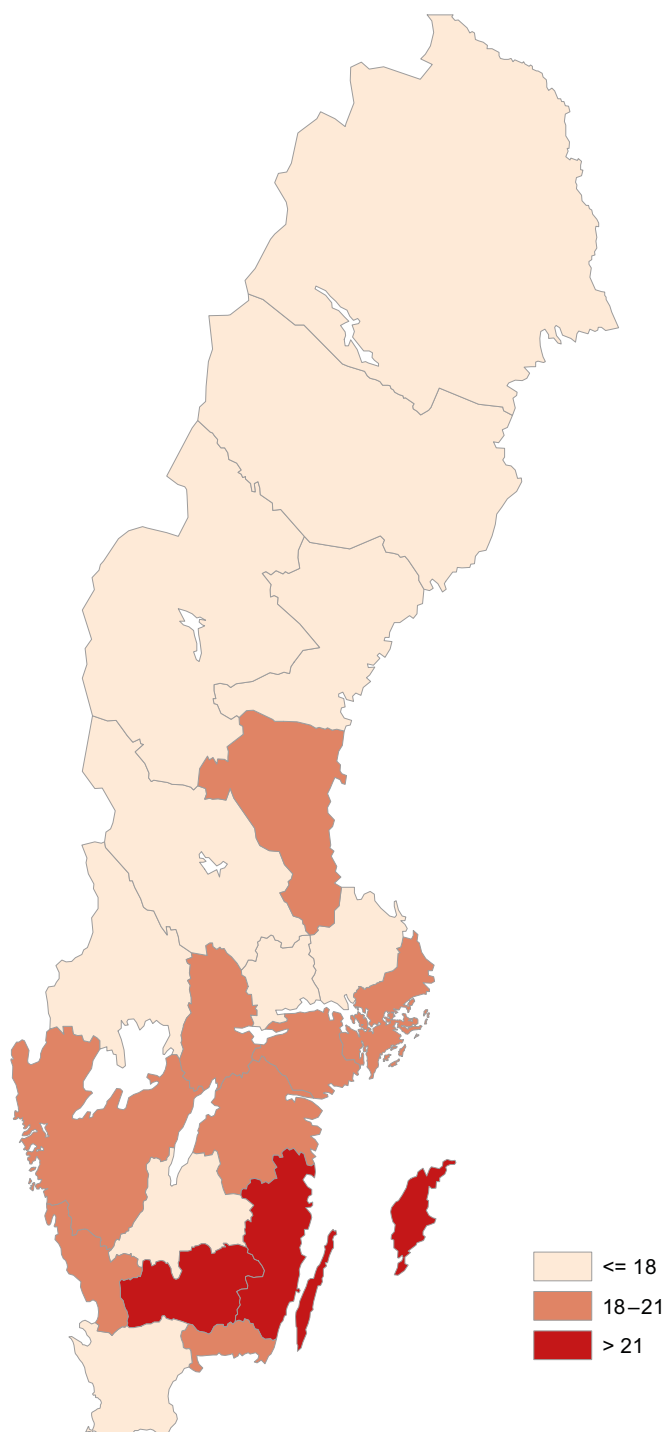
Andelen patienter som är ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet



Figur 3. Utvecklingen under 2001–2014 av andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara ADL-beroende av andra personer vid på- och avklädning och/eller toalettbesök. Uppdelat på kön och ålder samt totalt. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende.

I figur 4 jämförs andelen ADL-beroende 3 månader efter strokeinsjuknandet mellan landstingen/regionerna. Andelen ADL-beroende varierade mellan 16 och 23 %. Andelen ADL-beroende vid hjärninfarkt var 18 %, och vid hjärnblödning 28 %.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet, %

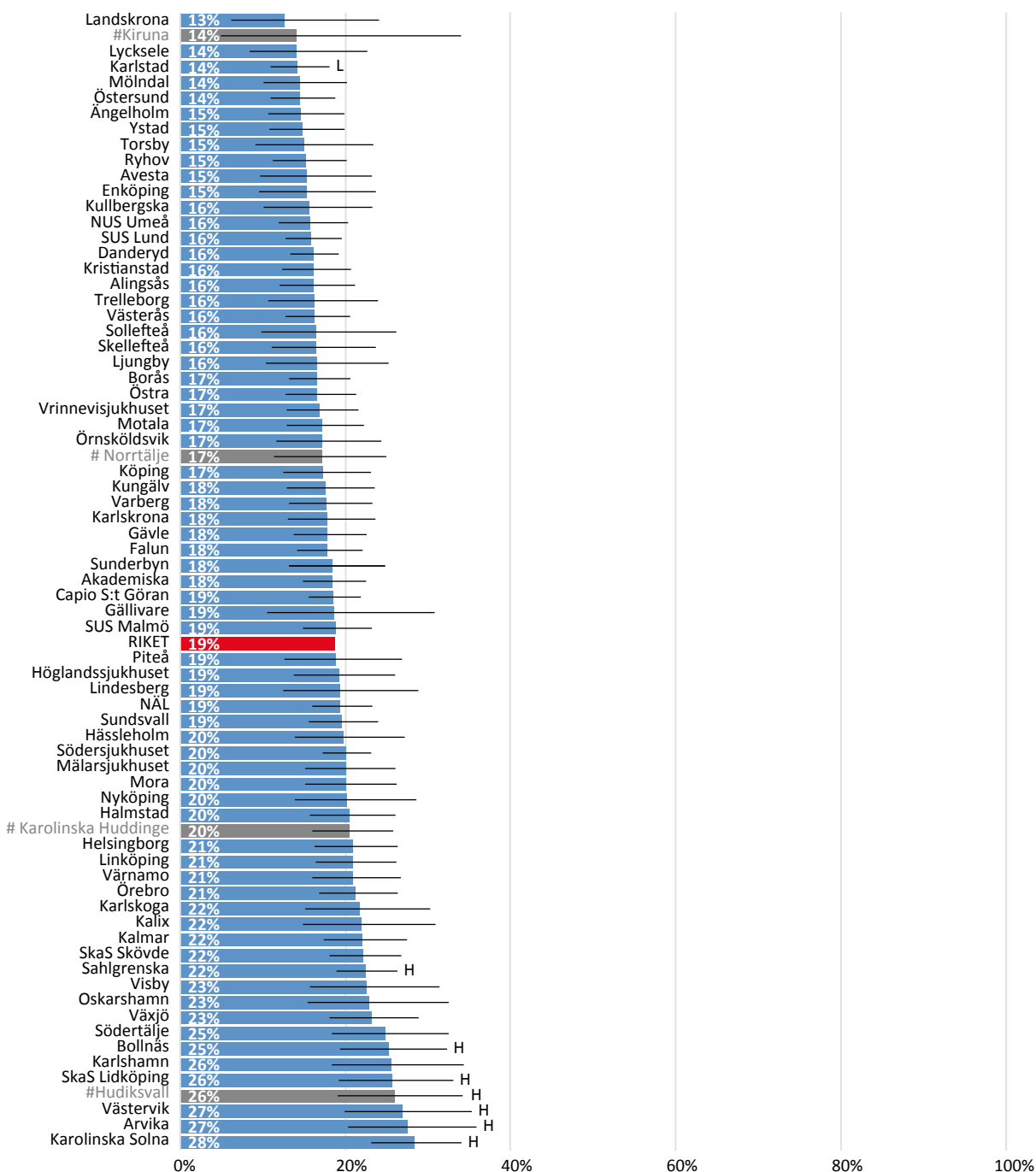


Figur 4. Jämförelse mellan landstingen av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2014. Endast patienter som före insjuknandet var ADL-oberoende.

I figur 5 visas, för respektive sjukhus, andelen patienter som var P-ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet, av dem som var P-ADL-oberoende före. Andelen har i en statistisk modell justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet (mått på svårighetsgrad).

Även efter justeringar för patientsammansättning vid insjuknandet kvarstår skillnader på 15 % mellan sjukhus med låg respektive hög andel ADL-beroende patienter. För några sjukhus med höga respektive låga andelar ADL-beroende patienter är skillnaderna mot riksgenomsnittet statistiskt säkerställda (figur 5). Vid sju sjukhus var andelen ADL-beroende signifikant högre, och vid ett sjukhus signifikant lägre, än riksgenomsnittet. Konfidensintervallen var genomgående stora, för många sjukhus 10 % eller mer, och även för de största sjukhusen 6–7 %.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet (per sjukhus)



Figur 5. Jämförelse mellan sjukhusen av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2014. Andelen har justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Detta är ett av de mest centrala utfallsmåtten i Riksstroke. Det avspeglar kvaliteten på rehabiliteringsinsatserna i bred mening. Även närståendes och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmått.
- I nämnaren finns enbart patienter som var ADL-oberoende före insjuknandet. Därigenom avspeglar måttet sannolikt i huvudsak det aktuella strokeinsjuknandet, strokevården på sjukhus samt vården under tiden närmast efter att patienten skrivs ut. Måttet kan emellertid också påverkas av socioekonomiska faktorer och samsjuklighet. Måttet kan också påverkas av när patientens ADL-förmåga bedömts – i samband med personligt besök eller via enkätsvar. Analyser av vilken roll detta spelar pågår.
- ADL-förmågan är en förhållandevis robust kvalitetsindikator på riks- och landstings-/regionnivå, medan data på sjukhusnivå behöver tolkas med viss försiktighet beroende på statistisk osäkerhet med små tal. Den successivt ökade täckningsgraden i Riksstroke över flera år skulle eventuellt kunna påverka utfallet. Sjukhusens ansträngningar för att öka andelen svarande kan ha gjort att fler svårt sjuka nu registreras.
- Måttet påverkas måttligt av andelen dödsfall. Se också avsnittet *”Överlevnad och utfall”*.

1.5 BOENDE

Slutsatser

- Det finns ingen ”idealisk” nivå på andelen i särskilt boende 3 månader efter strokeinsjuknandet. Vid sjukhus med särskilt höga andelar kan det ändå finnas anledning att särskilt analysera orsakerna (t.ex. avsaknad av hemrehabilitering). Om andelen i särskilt boende ligger långt under riksgenomsnittet kan det bero på dålig tillgång till denna boendeform.
- Andelen i särskilt boende är hög bland kvinnor över 75 år som haft stroke. Detta kan avspegla dels att många var ensamboende före strokeinsjuknandet, dels att ADL-funktionen är sämre än i andra grupper (se ovan).

Om indikatorn

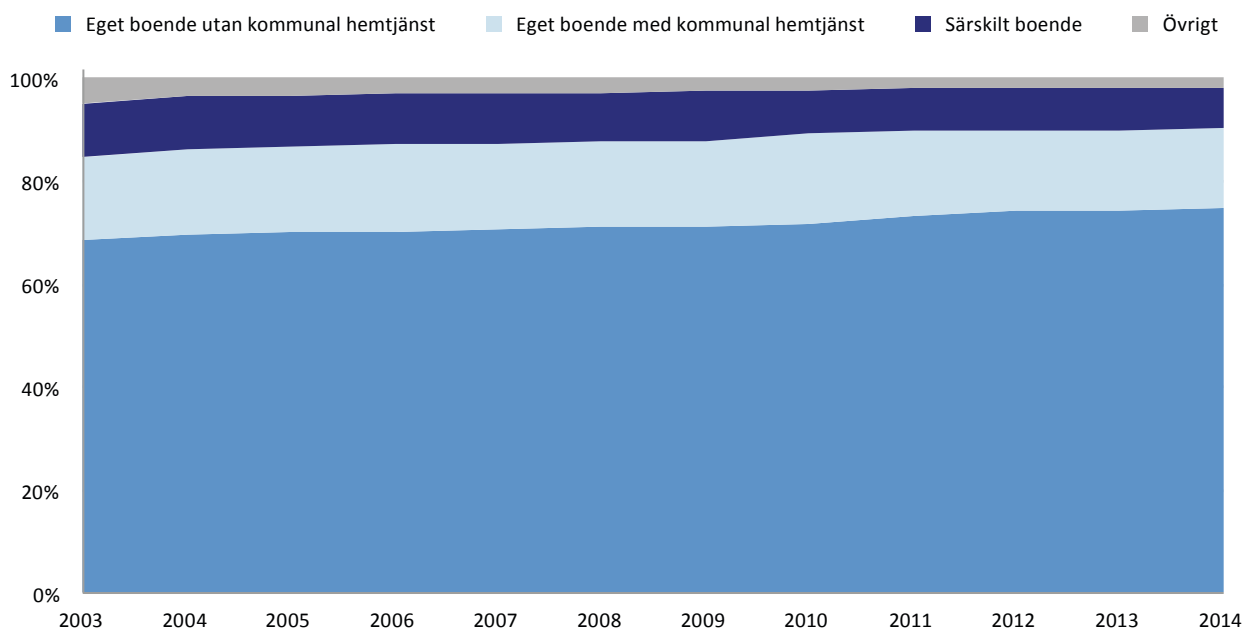
Boende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM) – men inte klarlagt vad som är optimal andel i särskilt boende.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas

Resultat

Av totalt 16 113 patienter uppföljda vid 3 månader, bodde 9 907 (61 %) i eget boende utan kommunal hemtjänst, 3 404 patienter (21 %) i eget boende med kommunal hemtjänst, 2 484 patienter i särskilda boenden (15 %), och 318 patienter (2 %) i annan boendeform (ibland inlagda på sjukhus).

Andelen patienter som före strokeinsjuknandet hade eget boende och som 3 månader efter insjuknandet återgått till eget boende har ökat långsamt under det senaste decenniet. Under 2014 var andelen 90 % (figur 6), en liknande andel som för 2013. Andelen med eget boende utan kommunal hemtjänst låg på en högre nivå (73–75 %) än tidigare, medan andelen i eget boende med kommunal hemtjänst uppvisar endast små skillnader jämfört med 2013 då det var 16 %.

Patienters boende 3 månader efter insjuknandet



Figur 6. Patienters boende 3 månader efter strokeinsjuknandet, 2003–2014. Enbart patienter med eget boende utan hemtjänst före insjuknandet.

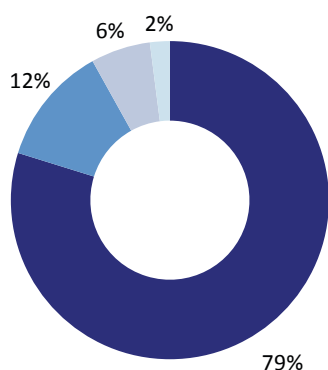
I åldrar upp till 80 år finns bara måttliga skillnader mellan män och kvinnor i boende och hemtjänst. I högre åldrar var det en avsevärt högre andel av kvinnorna än av männen som hade särskilt boende (figur 7).

Andelen i särskilt boende på sjukhusnivå varierade påtagligt, mellan 7 % och 22 % (webbtabell 2, tillgänglig på www.riksstroke.org/årsrapporter). Vid flera sjukhus låg andelen i särskilt boende 3 månader efter insjuknandet på mindre än 10 % (vid 6 sjukhus 2014, jämfört med 18 sjukhus 2013). Tidigare Riksstrokedata har visat att det inte finns något omvänt samband mellan andelen som har kommunal hemtjänst i eget hem och andelen i särskilt boende (se *Årsrapporten 2010 års data*, sid 101).

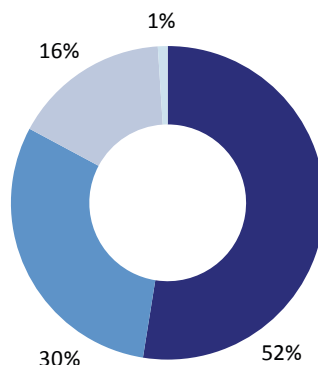
Patienters boende 3 månader efter insjuknandet, kön- och åldersuppdelat

■ Eget boende utan kommunal hemtjänst, % ■ Eget boende med kommunal hemtjänst, % ■ Särskilt boende, % ■ Övrigt, %

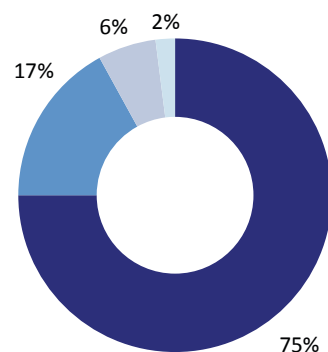
Män <80 år



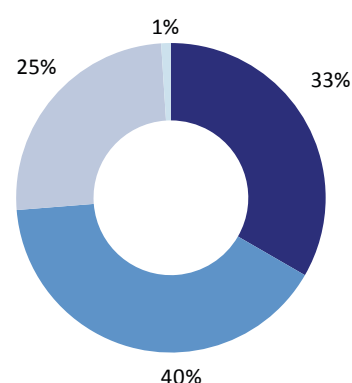
Män >=80 år



Kvinnor <80 år



Kvinnor >=80 år



Figur 7. Patienters boende 3 månader efter strokeinsjuknandet, uppdelat på män respektive kvinnor, under och över 80 år gamla vid insjuknandet. Enbart patienter med eget boende och utan hemtjänst före insjuknandet. Nationell nivå 2014.

Tolkningsanvisningar

- Andelen patienter i eget boende är lätt att mäta och i sig en robust indikator. Men andelen påverkas om det skulle vara en särskilt låg andel svarande på 3-månaders-enkäten bland patienter som bor på särskilt boende. Omvänt tenderar bortfallet att vara större hos patienter med ingen eller endast liten funktionsnedsättning, vilket kan ge en alltför negativ bild av resultatet vid enstaka sjukhus.
- Detta resultatmått är nära knutet till ADL-förmåga. Det avspeglar dock inte bara kvaliteten i rehabiliteringsinsatserna i bred mening, det är också i hög grad beroende av närståendes och socialtjänstens insatser.
- Vid vissa mindre sjukhus utan akutmottagning kan en hög andel i särskilt boende förklaras av att sjukhusen har en överrepresentation av patienter med stora omvårdnadsbehov.
- Måttet är mer svårtolkat än andelen ADL-beroende. En hög andel i eget boende är inte nödvändigtvis en indikator på god kvalitet – det kan också bero på dålig tillgång till särskilt boende och tar i så fall inte hänsyn till patienternas egna önskemål.

1.6 VÅRDINSATSER

1.6.1 Rehabilitering

Slutsatser

- Andelen nöjda med rehabiliteringen är lägre än andelen nöjda med sjukhusvården i allmänhet. Dessutom är färre nöjda med rehabiliteringen efter att de skrivits ut än med rehabiliteringen på sjukhuset. Andelen nöjda med rehabiliteringen är liknande som åren innan, men stora skillnader mellan sjukhusen kvarstår.
- Vid landsting och sjukhus där andelen missnöjda eller mycket missnöjda med rehabiliteringen överstiger 10 % kan det finnas anledning att lokalt granska orsakerna till den höga andelen.

Om indikatorn

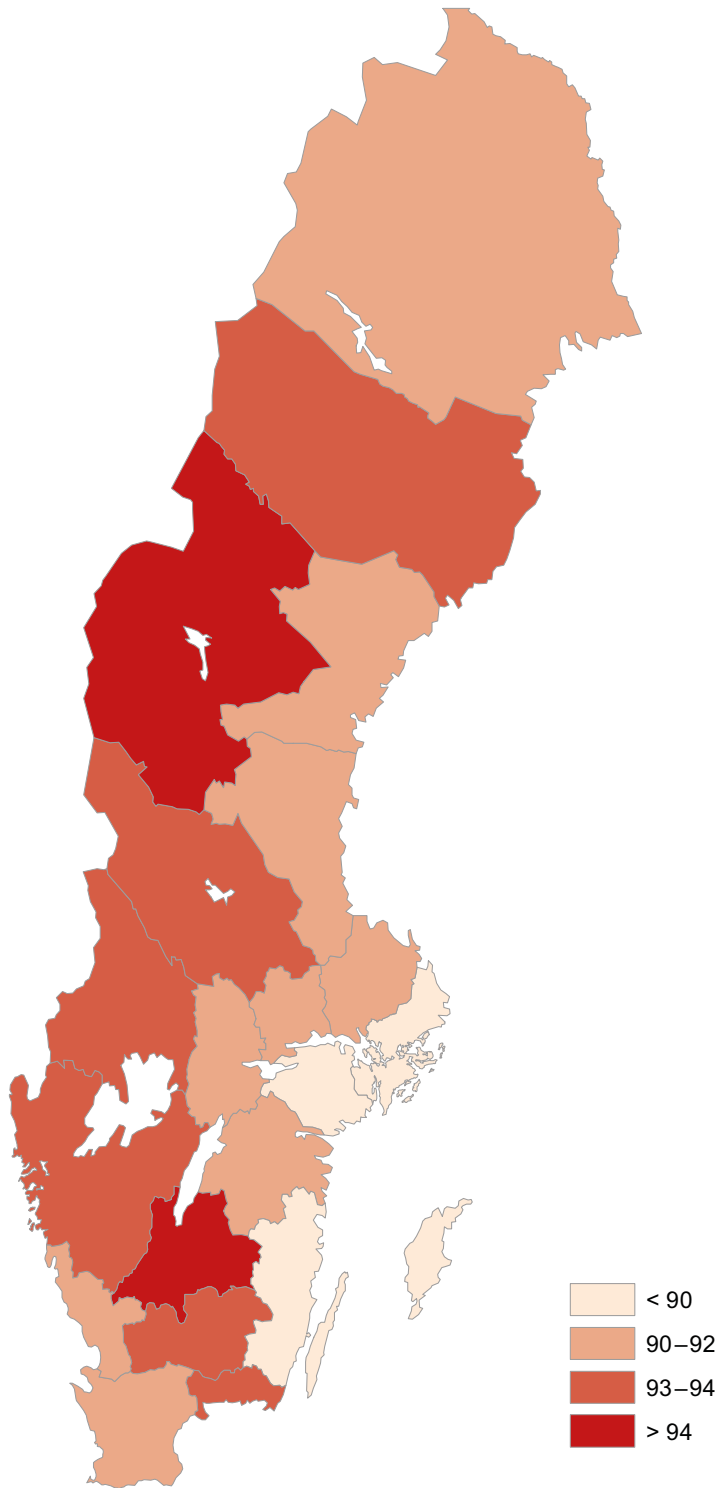
Nöjdhet/missnöje med rehabiliteringen	
Typ av indikator	Resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Accepterade patientrapporterade utfallsmått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillgängligt

Resultat

Rehabilitering på sjukhus. Andelen patienter som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset (bland de som hade fått rehabilitering) var hög för hela riket; flertalet (91 %) uppgav sig vara nöjda eller mycket nöjda (andelen är en procent högre än för 2013). Samtidigt uppgav 9 % att de var missnöjda eller mycket missnöjda (svarsalternativet "vet ej" är inte medtagna i analyserna). 5 % uppgav att de haft behov av rehabilitering på sjukhuset men inte fått det. Andelen nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset var högre hos de som hade eget boende vid 3 månader (93 % nöjda) än de som vid 3 månader bodde i särskilt boende (80 % nöjda).

Jämförelser mellan landstingen/regionerna visar en måttlig variation, från 85 % upp till 96 % (*figur 8*). Rangordning mellan sjukhusen uppvisade stora likheter med närmast föregående år.

Andelen patienter som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset, %



Figur 8. Jämförelse mellan landstingen/regionerna av andelen patienter som i 3-månadersenkäten svarade att de var nöjda eller mycket nöjda med den rehabilitering de fått på akutsjukhuset 2014. Andelen "vet ej"-svar på denna fråga var 10 % och redovisas inte.

En jämförelse mellan sjukhusen redovisas i *webbtabell 3* (tillgänglig på www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"). På många håll var andelarna påtagligt höga: 23 sjukhus hade en andel nöjda på 95 % eller högre. Endast vid ett sjukhus återfanns andelar under 75%.

Andelen nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset varierade mellan 87 % och 98 % hos de som hade eget boende vid 3 månader, medan variationen var från 61 % till 92 % hos de som vid 3 månader bodde i särskilt boende.

Rehabilitering efter utskrivning från sjukhus. Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus var lägre jämfört med andelen nöjda med rehabiliteringen på sjukhus (85 % mot 91 %). Andelen är liknande som för 2013 (85 %), 2012 (84 %) och 2011 (85 %). Under 2014 uppgav 7 % att de haft behov av rehabilitering efter att de skrivits ut från sjukhuset men inte fått det.

Tolkningsanvisningar

- Liksom variabeln "nöjd eller missnöjd" med akutvården, kan denna indikator påverkas av utfallet av stroke och andra faktorer, utöver rehabiliteringens kvalitet.
- Eftersom en del av patienterna inte har behov av rehabilitering, eller inte fått rehabiliteringsinsatser av andra orsaker, blir talen för mindre sjukhus små och därför osäkra.
- Patienter med omfattande rehabiliteringsbehov får merparten av sin rehabilitering utanför akutsjukhuset. För dem är inte akutvårdstiden avgörande för bedömningen av hur nöjda de är med rehabiliteringen i dess helhet.

1.6.2 Hemrehabilitering

Slutsatser

- Andelen som svarade att de fått hemrehabilitering är oförändrad under de senaste tre åren. Det kvarstår stora skillnader över landet i andelen som fått hemrehabilitering.
- Sjukhus med minskande, eller låga, andelar patienter som fått hemrehabilitering bör se över vårdkedjan efter att patienterna skrivs ut för att försöka belysa om det är patienter som av resursskäl inte får hemrehabilitering.

Om indikatorn

Hemrehabilitering	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Saknas
Vetenskapligt underlag	Finns främst för hemrehabilitering ⁵ – lika bra eller bättre funktionellt utfall jämfört med konventionell öppenvårdsrehab.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	ADL-träning i hemmet: 1

Resultat

Sett till hela landet planerades öppenvårdsrehabilitering för 60 % av de patienter som skrevs ut till hemmet (dessa data är osäkra eftersom andelen saknade uppgifter på denna fråga var hög för hela riket). Att ingen rehabilitering planerats kan bero på:

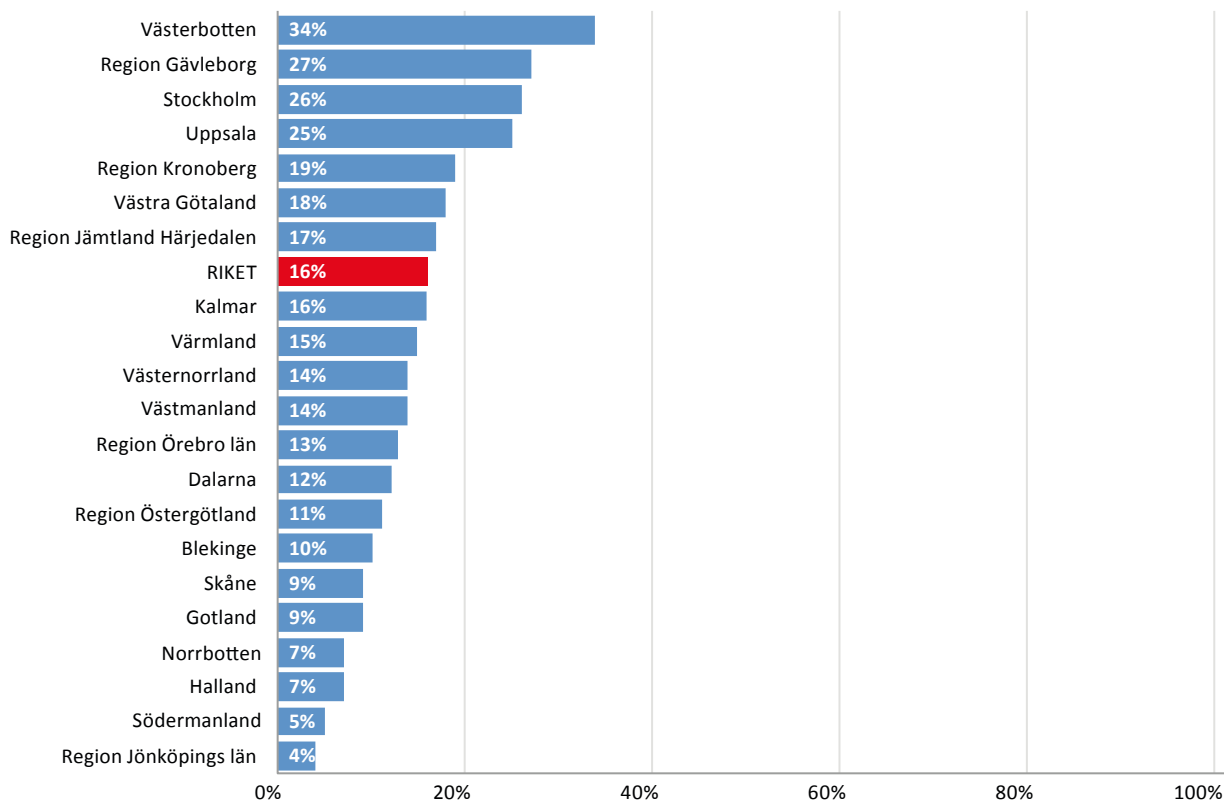
- lindriga symtom utan rehabiliteringsbehov
- att rehabiliteringsmålen nåtts redan på akutsjukhuset
- att patienten valt att avstå
- att det saknats resurser för att genomföra rehabilitering i öppenvård

Vilken organisatorisk form för öppenvårdsrehabilitering som är mest gynnsam för patienten är inte helt klarlagt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård finns det dock ett särskilt avsnitt om hemrehabilitering och vi redovisar därför Riksstrokes siffror om hemrehabilitering separat.

I de nationella riktlinjerna har rehabilitering i hemmet fått mycket hög prioritet (prio 1). Detta under förutsättning att verksamheten sköts av ett multidisciplinärt team med särskild strokekompetens, inklusive har tillgång till läkare.

Vid 3-månadersuppföljningen uppgav 16 % av alla patienter som fått någon form av rehabilitering, och som angav att de behövde/ville ha stöd eller hjälp, att det skedde som hemrehabilitering, en liknande andel som för 2013 (15 %), 2012 (16 %), 2011 (15 %) och 2010 (14 %). Som *figur 9* visar, är verksamheten klart mest utbyggd i Västerbotten (34 %), medan andelen överstiger 20 % inom ytterligare tre landsting. Spridningen mellan landstingen var från 4 % upp till 34 %.

Andelen patienter som hade fått hemrehabilitering



Figur 9. Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen 2014 uppgav att de hade fått rehabilitering i hemmet (av samtliga som uppgav att de fått någon form av rehabilitering efter att de skrevs ut från sjukhuset redovisas på landstings/regionnivå).

Tolkningsanvisningar

- Riksstrokedata om hemrehabilitering bygger på uppgifter som patienterna rapporterat. Det är möjligt att vissa patienter inte har helt klart för sig vad hemrehabilitering innebär och de absoluta procenttalen kan därför vara osäkra. Rangordningen mellan landstingen/regionerna påverkas nog inte i någon större utsträckning av detta.

1.6.3 Tillgång till logoped

Slutsatser

- Drygt hälften av de strokepatienter som uppfattat sig ha talsvårigheter har fått träffa logoped för bedömning eller behandling. Variationerna mellan landstingen/regionerna är stora. I landsting/regioner med låga andelar finns det anledning att se över tillgången till logoped för personer med talsvårigheter efter stroke.

Om indikatorn

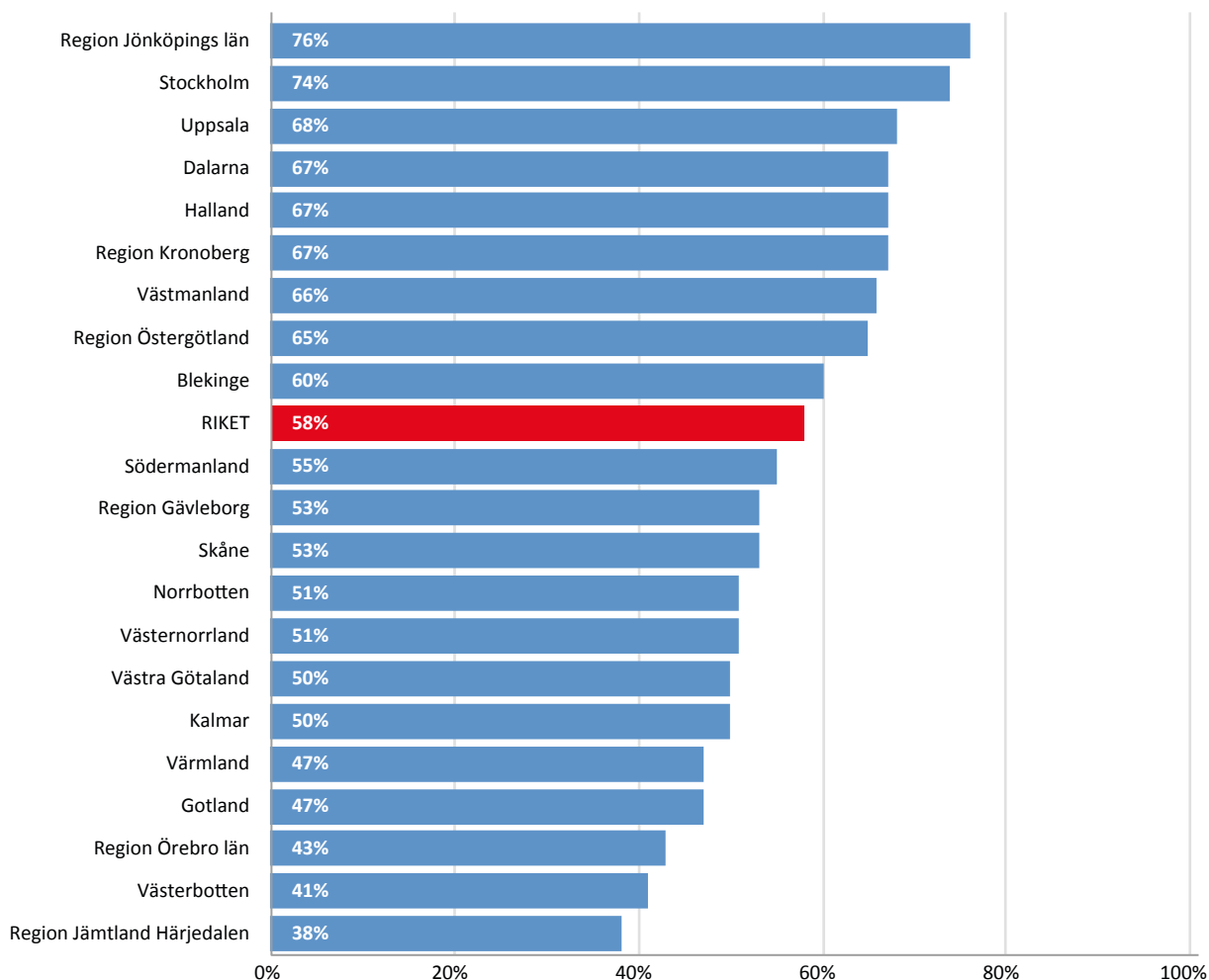
Talsvårigheter och tillgång till logoped	
Typ av indikator	Process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Talsvårigheter: patientrapporterat utfallsmått (PROM). Tillgång till logoped: ⁶ (men svagheter i detta underlag).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	4–8 eller FOU beroende på typ av insats

Resultat

Drygt hälften (58 %) av de patienter som rapporterade att de hade talsvårigheter uppgav att de hade träffat en logoped för bedömning eller behandling (Riksstroke's fråga gäller om patienten träffat logoped, men skiljer inte på om patienten bara fått bedömning eller om den även fått behandling). Andelen är liknande den för 2013 och 2012.

Tillgången till logoped varierade kraftigt mellan landstingen/regionerna, från 38 % till 76 %, liknande som för närmast föregående år, (*figur 10*).

Andelen patienter som träffat logoped



Figur 10. Andelen strokepatienter som vid 3-månadersuppföljningen 2014 uppgav sig ha talsvårigheter och hade haft kontakt med logoped redovisas på landstings-/regionnivå.

Tolkningsanvisningar

- Detta mått är beroende av om patienten själv upplever att han eller hon har talsvårigheter eller inte. Det är inte säkert att alla patienter som bedömts av logoped under akutskedet uppfattat det. Därför ger de absolutnivåer som bygger på patientrapporterade data förmodligen en underskattning av den verkliga tillgången till bedömning eller behandling hos logoped. För jämförelserna mellan sjukhusen eller landsting/region torde detta dock spela mindre roll.
- Vid vissa sjukhus där logopedresurserna är begränsade är det vanligt att andra personal-kategorier (t.ex. arbetsterapeuter) genomför talträning med strokepatienter. Dessa insatser avspeglas inte i detta processmått.

1.6.4 Uppföljande besök inom sjukvården

Slutsatser

- Andelen patienter som hade varit på återbesök hos läkare eller sjuksköterska inom 3 månader efter strokeinsjuknandet ökade. Fortfarande finns det dock sjukhus där mer än en tredjedel av patienterna uppgav att de inte varit på återbesök. Tillgången till öppenvård för strokepatienter är långt ifrån likvärdig över landet.

Om indikatorn

Uppföljande besök inom sjukvården	
Typ av indikator	Process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Förutsättning för att tillämpa många av de sekundärpreventiva och rehabiliterande insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas
Målnivåer	Hög: 90 % Måttlig: 80 %

Ett återbesök efter sjukhusvård för stroke har flera syften, t.ex. att

- följa upp resultatet av rehabiliteringen
- undersöka patientens sociala situation
- upptäcka sena komplikationer (t.ex. depression)
- följa upp den sekundärpreventiva läkemedelsbehandlingen
- följa upp samtidiga sjukdomar som förmaksflimmer och diabetes

Ett uppföljande besök kan dessutom bidra till trygghet för patienten och närstående.

Resultat

Riksstroke använder patientrapporterade återbesök som skett inom 3 månader efter att patienten skrevs ut som en markör för ambitionsnivån för hur patienter som insjuknat i stroke följs upp.

Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig ha varit på ett uppföljande läkarbesök efter att de skrevs ut från sjukhuset (eller hade ett inplanerat besök) var i riket 70 %. Det är en minskning med 3 % från 2013, men liknande data för 2012 (69 %). Ungefär lika många hade följts upp med läkarbesök i primärvården och vid sjukhusmottagningar (*tabell 2*). Andelen patienter som uppgav sig ha varit på ett uppföljande läkarbesök var 72 % hos patienter i eget boende mot 63 % hos patienter i särskilt boende.

64 % av patienterna rapporterade att de varit på återbesök hos sjuksköterska (eller hade ett inplanerat besök), att jämföra med 65 % för 2013, 52 % för 2012 och 48 % för 2011. Andelen patienter som uppgav sig ha varit på ett uppföljande sjuksköterskebesök var 63 % hos patienter i eget boende mot 67 % hos patienter i särskilt boende.

Andelen patienter som hade följts upp inom 3 månader varierade kraftigt mellan sjukhusen (tabell 2). Totalt hade 85 % följts upp antingen hos läkare eller sjuksköterska. Hög målnivå (90 % eller mer) uppnåddes av 17 sjukhus, medan 34 sjukhus uppnådde måttlig målnivå (80 % eller mer uppföljda).

Tabell 2. Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig ha varit på återbesök hos läkare eller sjuksköterska (Ssk) eller hade ett besök inplanerat. Rangordnat utifrån andelen besök hos läkare och/eller sjuksköterska totalt (eller både och). Grön linje anger hög målnivå och gul linje måttlig målnivå. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Sjukhus	Läkare sjh, %	Läkare VC, %	Läkare totalt, %	Ssk sjh, %	Ssk VC, %	Ssk totalt*, %	Läkare el Ssk totalt, %
Värnamo	69	20	93	97	2	99	99
Motala	32	29	56	74	51	95	98
Visby	68	22	92	78	6	89	98
Ryhov	15	58	91	7	26	75	97
Kalmar	26	43	67	72	21	93	96
Köping	34	11	53	86	2	92	96
Avesta	38	17	58	68	4	82	93
Danderyd	75	31	90	33	20	59	93
Kristianstad	49	15	75	51	11	80	93
Oskarshamn	82	18	89	70	7	84	93
Västervik	78	18	88	77	16	89	93
Landskrona	61	13	69	63	14	82	91
Mora	31	17	64	49	12	78	91
Västerås	35	25	63	70	13	85	91
# Hudiksvall	45	23	58	61	19	81	90
Hässleholm	74	16	88	40	13	63	90
NUS Umeå	71	22	84	49	13	69	90
Alingsås	9	69	80	25	5	54	89
Borås	33	41	70	48	19	76	89
Gävle	41	30	70	55	15	77	89
Trelleborg	65	22	81	25	12	41	89
Varberg	16	57	80	8	30	56	89
Ystad	71	14	86	53	6	69	89
Ängelholm	21	41	66	11	25	67	89
Östra	54	22	77	54	22	80	89
Gällivare	25	37	64	54	16	79	88
Ljungby	29	25	60	42	11	70	88
Örnsköldsvik	43	22	57	65	9	75	88
Helsingborg	25	47	71	50	21	73	87
SUS Malmö	34	39	78	32	13	47	87
Falun	25	58	79	25	25	60	86
Karlskrona	21	60	80	13	26	51	86
# Karolinska Huddinge	48	42	79	33	18	57	86
Karolinska Solna	49	43	82	28	29	59	86
Kullbergska	10	39	62	45	21	78	86
Mölnadal	45	28	74	49	20	76	86
Capio S:t Göran	21	46	75	15	25	62	85
Halmstad	25	53	74	12	33	54	85

Tabell 2. Forts.

Sjukhus	Läkare sjh, %	Läkare VC, %	Läkare totalt, %	Ssk sjh, %	Ssk VC, %	Ssk totalt*, %	Läkare el Ssk totalt, %
Lycksele	42	26	66	51	15	71	85
Vrinnevisjukhuset	69	16	79	32	14	48	85
Bollnäs	42	28	70	32	17	65	84
SUS Lund	24	49	76	10	17	55	84
Södersjukhuset	30	53	76	14	27	52	84
Höglandssjukhuset	48	32	75	16	21	50	83
Kalix	27	16	51	56	10	76	83
Karlstad	26	41	61	60	17	71	83
Mälarsjukhuset	30	37	68	46	19	66	83
NÄL	24	47	68	26	26	60	82
Växjö	26	31	61	31	21	65	82
Torsby	29	29	60	39	15	66	81
# Kiruna	36	40	72	28	12	52	80
Karlshamn	36	31	68	15	20	53	79
Kungälv	36	39	69	21	21	54	79
Sahlgrenska	36	39	70	20	23	52	79
Sunderbyn	29	33	57	44	13	63	79
Södertälje	30	41	70	12	27	52	79
Enköping	41	20	61	48	7	63	78
# Norrtälje	30	33	74	17	22	48	78
Karlskoga	25	11	47	42	8	63	76
Sundsvall	31	14	56	44	13	66	76
Lindesberg	28	20	51	39	9	60	75
Arvika	20	42	71	6	17	35	74
Nyköping	26	40	66	10	12	35	74
Piteå	13	22	40	41	15	67	74
SkaS Skövde	28	32	65	11	17	45	74
Skellefteå	40	12	53	34	9	61	74
Östersund	29	20	51	35	15	62	74
Akademiska	25	31	61	11	16	42	70
Linköping	36	21	50	34	13	54	69
Örebro	24	31	57	8	22	44	68
SkaS Lidköping	22	23	53	6	14	37	60
Sollefteå	14	19	41	7	11	30	52
RIKET	36	34	70	35	18	64	85

Det fanns inga tydliga könsskillnader i andelen med återbesök inom 3 månader. I åldersgruppen under 80 år rapporterade 87 % av männen och 88 % av kvinnorna att de varit på återbesök (eller hade ett återbesök inplanerat) inom 3 månader. I åldersgruppen 80 år eller äldre var andelarna 81 % hos männen och 80 % hos kvinnorna.

När olika typer av återbesök korreleras till varandra kan vi dra följande slutsatser:

- Återbesök kan ske vid sjukhusmottagning eller i primärvården. Var återbesöken sker tycks dock inte ha någon avgörande betydelse patientens möjlighet att få återbesök – i genomsnitt är andelen med uppföljande återbesök lika för båda varianterna.
- Återbesök hos sjuksköterska har inte i någon högre utsträckning ersatt läkarbesök (undantag fanns vid enstaka sjukhus).
- Ju fler läkarbesök, desto fler sjuksköterskebesök på sjukhus. Detta beror förmodligen på att patienten på sjukhusmottagningen ofta möter ett multidisciplinärt team, där både läkare och sjuksköterska ingår.

Tolkningsanvisningar

- Detta patientrapporterade mått är ännu inte validerat mot återbesöksregistreringar i sjukvården. Det är dock inte särskilt sannolikt att skillnader mellan sjukhusen beror på att patienterna uppfattat frågan på olika sätt.
- Det saknas nationella rekommendationer om när återbesök efter akutvård för stroke ska ske. Återbesök inom 3 månader ska ändå ses som ett (grovt) mått på ambitionsnivån i den medicinska uppföljningen av patienter som insjuknat i stroke. Skulle det vid vissa sjukhus finnas rutiner för senare uppföljande besök registreras dessa inte.
- Patienter i särskilt boende kan ha haft besök av läkare eller sjuksköterska utan att de uppfattat det som "läkarbesök" eller "sjuksköterskebesök", något som i så fall skulle dra ner andelen jakande svar.
- Måttet tillhör dem som är mindre känsliga för bortfall.

1.6.5 Rökstopp

Slutsatser

- Andelen som slutat röka vid 3 månader har ökat något, och uppgår nu till 46 %.
- Andelen är dock osäker då uppgift om rökning innan insjuknandet saknas hos var femte patient.
- Insatserna mot rökning för patienter som haft stroke är fortsatt otillräckliga på många håll.

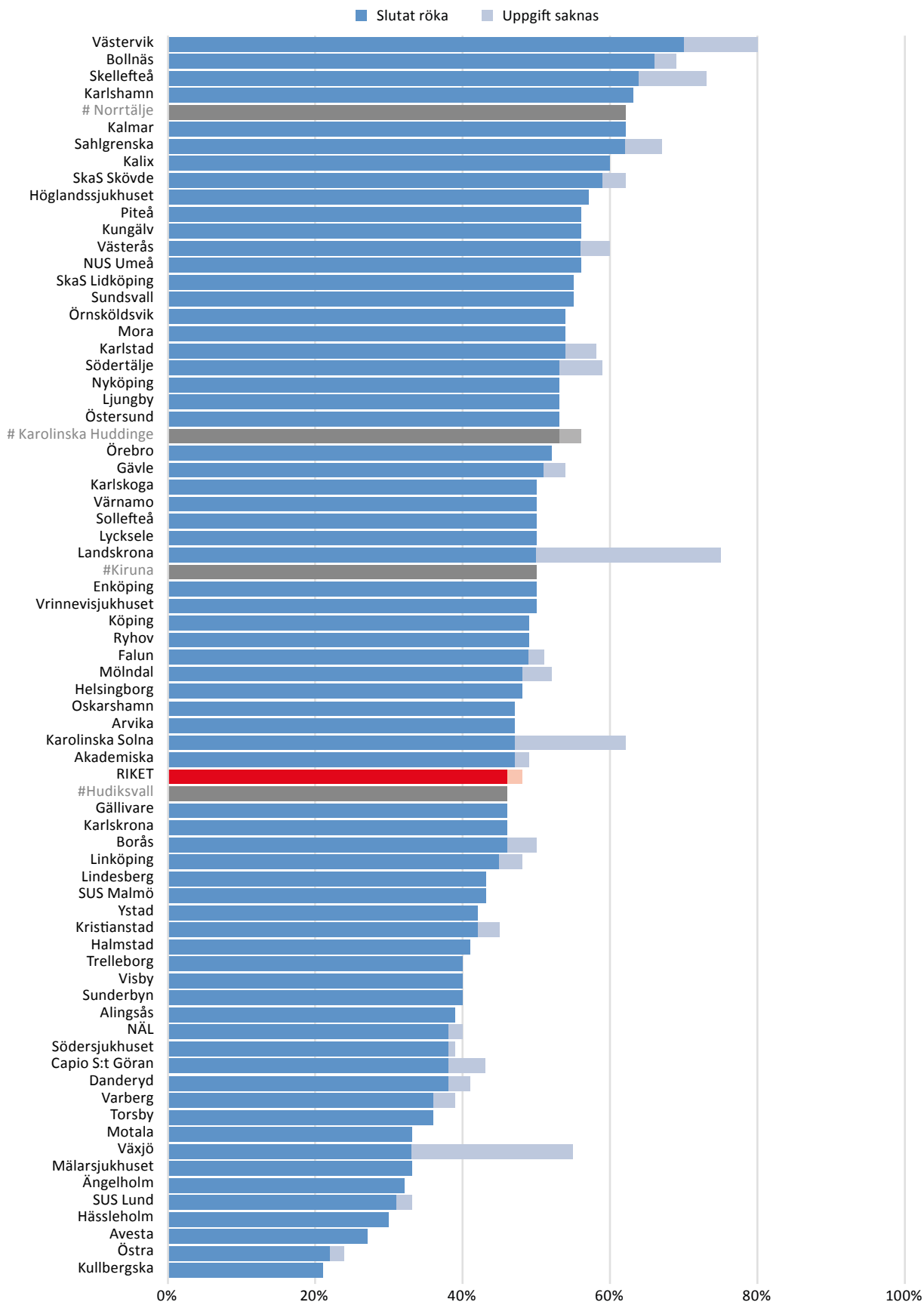
Om indikatorn

Rökning	
Typ av indikator	Process och resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Otillräckligt, se de nationella riktlinjernas vetenskapliga underlag ⁵ .
Prioritet enligt nationella riktlinjer	3

Resultat

Av dem som registrerades i Riksstroke 2014 var 14 % rökare vid insjuknandet. Detta är 2 % lägre än för närmast föregående år. Enligt data rapporterade av personalen fick mer än hälften rökare (59 %) råd om rökstopp. Vid 3-månadersuppföljningen tillfrågades också patienterna om rökning. För 2014 uppgav 46 % av patienterna som rökte vid insjuknandet att de slutat röka, en ökning med 2 % jämfört 2013. Liksom för 2013 är spridningen mellan sjukhusen stor (*figur 11*).

Rökstopp 3 månader efter insjuknandet



Figur 11. Andelen patienter som vid insjuknandet 2014 uppgav sig vara rökare och som 3 månader efter insjuknandet angav att de inte rökte (d.v.s. har gjort rökstopp efter insjuknandet). Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- För sjukhus med lågt antal rökare vid insjuknandet är risken för slumpmässiga variationer stor. Detta kan förklara varför många mindre sjukhus har särskilt låga eller höga andelar rökstopp.

1.6.6 Blodtrycksbehandling 3 månader efter insjuknandet

Slutsatser

- Följsamhet vid 3 månader till insatt behandling med blodtryckssänkande läkemedel är god.

Om indikatorn

Blodtryckssänkande läkemedel	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död ⁵ .
Prioritet enligt nationella riktlinjer	2
Målnivåer	Hög: 80 % Måttlig: 70 %

Resultat

Att döma av de uppgifter patienterna rapporterat 3 månader efter stroke var följsamheten till blodtryckssänkande medicinering allmänt sett god. Som framgår av *tabell 3* var andelen som då uppgav sig ta blodtryckssänkande läkemedel obetydligt lägre än den andel som skrivits ut med denna typ av medicinering (77 % mot 78 %). Andelarna är samma som för 2013. Variationen mellan sjukhusen är måttlig, med en variation från 69 % till 91 % för andelar som uppgav att de behandlades med blodtryckssänkande läkemedel vid 3 månader. Skillnaderna mellan utskrivning och 3 månader per sjukhus var genomgående små.

Tabell 3. Andelen strokepatienter (oavsett typ av stroke) som skrevs ut från sjukhuset med någon form av blodtryckssänkande medicinering, 2014. Sjukhus med täckningsgrad <75 % eller uppföljning <75 % (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Sjukhus	Vid utskrivning, %	Vid 3 månader, %
Kullbergiska	90	87
Lycksele	89	85
Gällivare	88	91
Enköping	87	83
Mälarsjukhuset	87	82
Sollefteå	87	86
Visby	87	79
Akademiska	86	80
Linköping	86	74
Arvika	85	81
Lindesberg	85	83
Ljungby	85	83
Alingsås	84	86
Kalmar	84	81
Karlshamn	84	89
Oskarshamn	84	82
Växjö	84	81
# Hudiksvall	83	82
Motala	83	87
Nyköping	83	80
SkaS Lidköping	83	86
Sundsvall	83	85
Torsby	83	80
Västervik	83	78
Köping	82	81
Landskrona	82	77
Mölnadal	82	79
Bollnäs	81	81
Hässleholm	81	77
Karlskrona	81	76
# Kiruna	81	88
Mora	81	81
Ryhov	81	83
Västerås	81	80
Avesta	80	70
Halmstad	80	79
#Norrtälje	80	80
Östra	80	77
Borås	79	74
Gävle	79	76
SkaS Skövde	79	78
SUS Malmö	79	79
Danderyd	78	78
Helsingborg	78	76

Tabell 3. Forts.

Sjukhus	Vid utskrivning, %	Vid 3 månader, %
Ystad	78	72
Kalix	77	79
Kungälv	77	78
NÄL	77	76
Vrinnevisjukhuset	77	77
Värnamo	77	75
Ängelholm	77	73
Örnsköldsvik	77	76
Capio S:t Göran	76	72
Falun	76	77
Karlstad	76	74
NUS Umeå	76	78
Piteå	76	80
Skellefteå	76	75
SUS Lund	76	74
Trelleborg	76	71
Höglandssjukhuset	75	73
Kristianstad	75	77
Sunderbyn	75	76
Varberg	75	73
Södersjukhuset	74	73
#Karolinska Huddinge	73	72
Östersund	73	77
Örebro	72	72
Karlskoga	71	74
Sahlgrenska	69	71
Södertälje	69	72
Karolinska Solna	61	69
RIKET	78	77

Tolkningsanvisningar

- Denna indikator är (liksom annan sekundärpreventiv läkemedelsbehandling) sannolikt mindre känslig för låg täckningsgrad än många andra.
- Det finns kontraindikationer mot blodtryckssänkande läkemedel i den här patientgruppen. Andelen behandlade kan därför aldrig bli 100 %.
- Vid vissa sjukhus sätts sekundärpreventiv behandling in efter utskrivningen. För dessa sjukhus kan Riksstrokedata vid utskrivningen ge alltför låga siffror. Då är de uppgifter patienterna rapporterade tre månader efter stroke förmodligen mer tillförlitliga. Den stora samstämmigheten för uppgift från sjukhusen om behandling vid utskrivning, och uppgift från patienterna om pågående behandling, talar för att patienterna är välinformerade om att de står på blodtryckssänkande läkemedel.

1.7 SYMTOM OCH LIVSKVALITET

1.7.1 Multipla symtom/besvär

Slutsatser

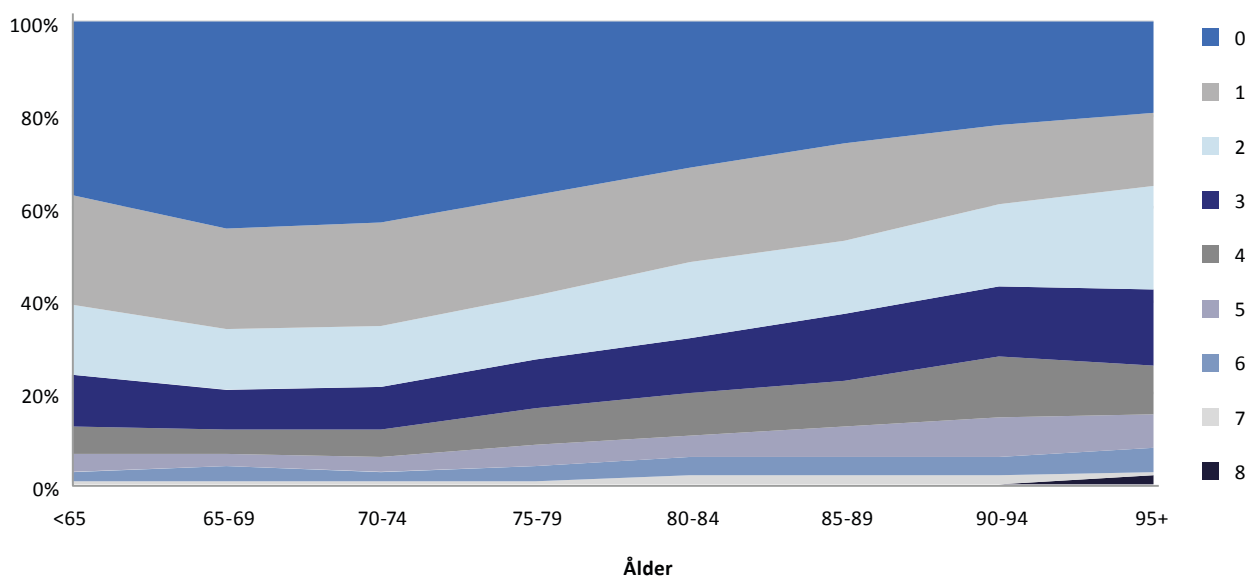
- Var tredje patient har tre eller flera av de symtom/besvär som följs upp vid 3 månader.
- Vid uppföljning av patienter efter stroke behöver ett flertal typer av besvär och funktionshinder ingå.

Den primära ADL-förmågan som mäts i Riksstroke avspeglar huvudsakligen patientens rörelseförmåga och koordination. Stroke kan också orsaka andra svåra funktionshinder. Vid 3 månadersuppföljningen ingår data om trötthet, nedstämdhet, smärta, tal-, läs-, skriv-, minnes-, och sväljningssvårigheter.

Resultat

Figur 12 visar andel patienter i olika åldersgrupper som har samtidig förekomst av flera besvär av de ovan uppräknade. Figuren visar att andelen patienter med multipla besvär ökar med åldern. Andel patienter med 3 eller fler samtidiga besvär är drygt 20 % i åldrar upp till 75 år, drygt 30 % i ålder 75–85 år, och drygt 40 % hos patienter över 85 år.

Antal besvär per åldersgrupp



Figur 12. Andel patienter med multipla besvär uppdelat på ålder. Nationell nivå 2014.

1.7.2 Självskattat hälsotillstånd

Slutsatser

- Den självskattade hälsan hos patienterna 3 månader efter strokeinsjuknandet skiljer sig måttligt mellan sjukhusen.

Om indikatorn

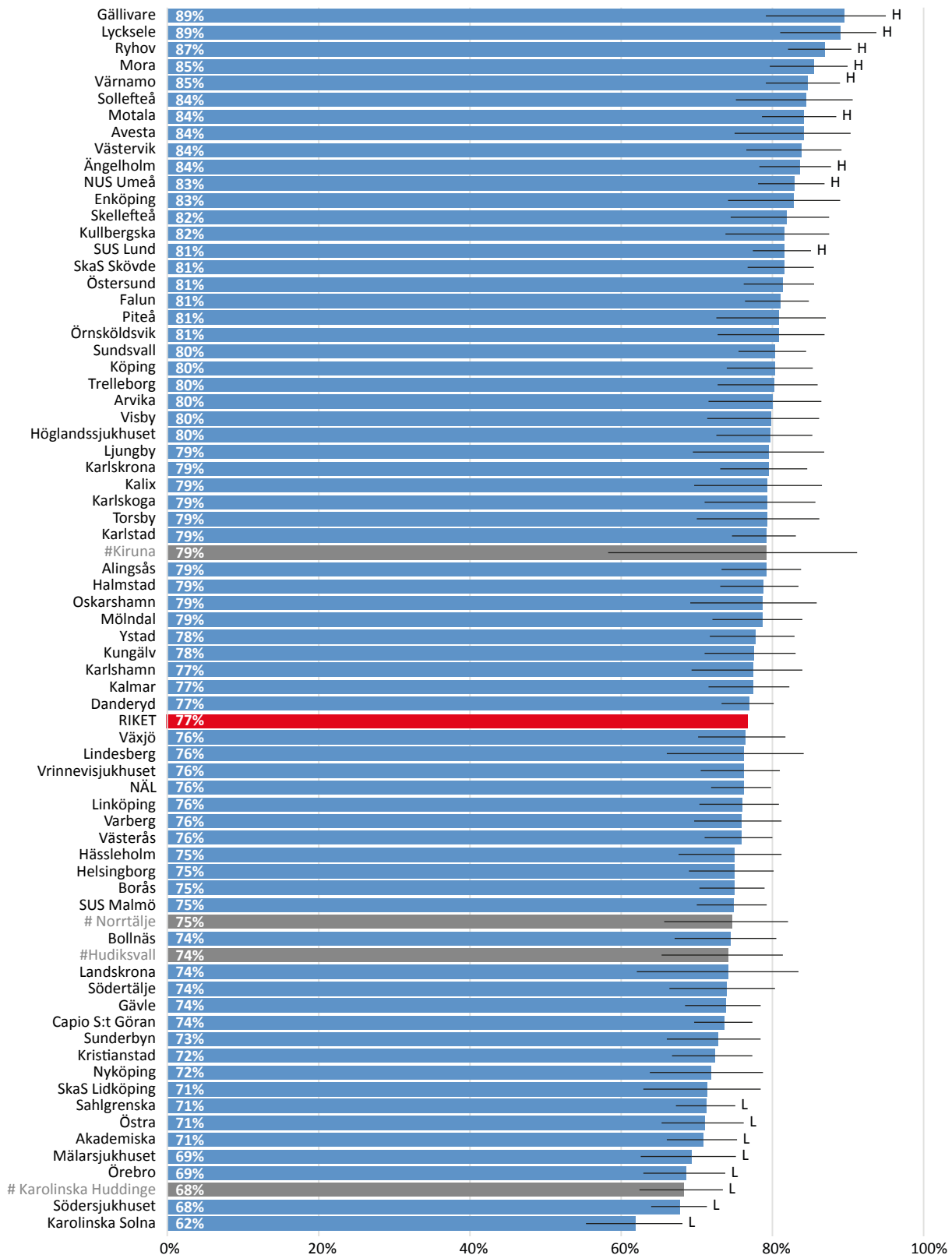
Självskattad hälsotillstånd	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM); pågående validering inom ett Riksstrokeprojekt.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt

Resultat

Av de patienter som besvarade frågan om sitt hälsotillstånd 3 månader efter insjuknandet, uppgav 77 % att deras hälsotillstånd var mycket gott eller ganska gott. Av de svarande uppgav 19 % sitt allmänna hälsotillstånd som ganska dåligt och 5 % som mycket dåligt. Samtliga resultat är oförändrade över de senaste fyra åren.

Efter statistisk justering för skillnader i köns- och ålderssammansättning samt medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset finns stora skillnader mellan sjukhusen (27 %) i andelen med ganska eller mycket god självskattad hälsa 3 månader efter insjuknandet. I många fall är avvikelserna från riksgenomsnittet statistiskt säkerställda (*Figur 13*).

Självskattat hälsotillstånd hos patienterna 3 månader efter insjuknandet



Figur 13. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2014 uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket gott. Andelen har justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Indikatorn är känslig för stort bortfall. Stort bortfall (andel uppföljda <80 %) gällde för 7 sjukhus.
- Patientens självskattade hälsotillstånd är nära knutet till ADL-förmågan och dessa båda resultatvariabler ger olika aspekter på gott eller dåligt utfall.
- Denna resultatindikator kan påverkas av sjukvårdens insatser under akutskedet och efter att patienten skrivits ut från sjukhuset, men troligen mer av stödet från närstående och samhället. Patientens förväntningar spelar också in, liksom socioekonomiska förhållanden och eventuell förekomst av depression.

1.7.3 Trötthet

Slutsatser

- Trötthet är vanligt förekommande efter stroke.

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen efterfrågas också uppgifter om ett flertal symtom. Ständig eller ofta förekommande trötthet angavs av 40 %, Andelen var högre för kvinnor än för män (35 % män/ 45 % kvinnor). Kvinnors högre medelålder kan bidra till könsskillnaden.

1.7.4 Depression/Nedstämdhet

Slutsatser

- Förekomsten av nedstämdhet kan påverkas av sjukvårdens stödinsatser men också av stödet från närstående och samhället. Höga andelar nedstämda kan motivera översyn av psykosocialt stöd och av rutinerna för att tidigt upptäcka och behandla depression efter stroke.
- Förekomsten av depression och dålig självupplevd hälsa är nära kopplade till varandra. Också på befolkningsnivå är detta mönster tydligt.

Om indikatorn

Depression/Nedstämdhet	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM); Riksstrokes mätningar av nedstämdhet är validerade med tillfredsställande resultat ⁷ . För farmakologisk behandling av post-stroke depression finns visst vetenskapligt stöd ⁵ .
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Farmakologisk behandling 4.

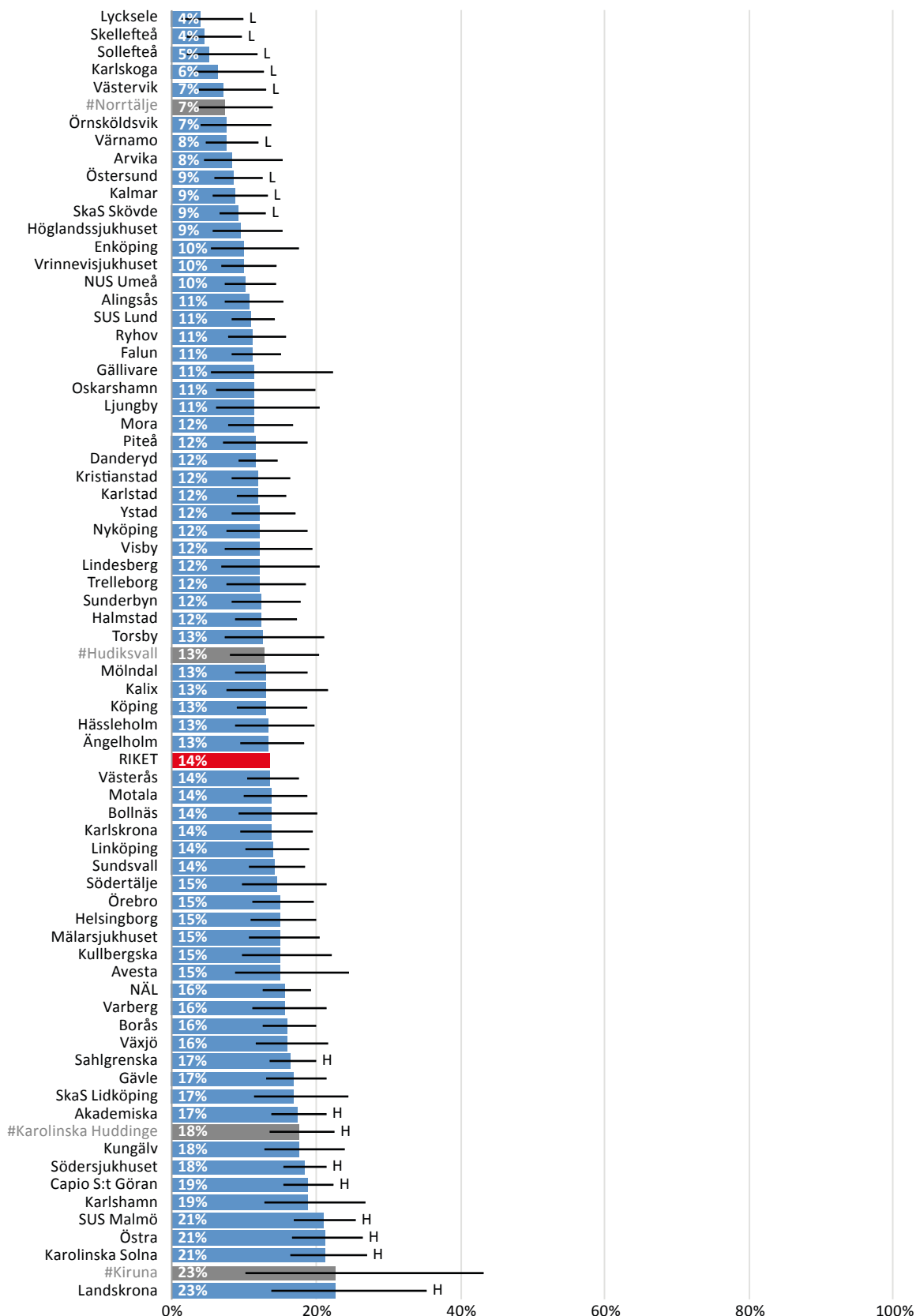
Nedstämdhet är en så vanlig komplikation efter stroke att det fått en särskild engelsk benämning: *post-stroke depression*. Många, men långt ifrån alla, patienter med post-stroke depression är hjälpta av antidepressiva läkemedel.

Resultat

Av de patienter som vid 3-månadersuppföljningen besvarade frågan om nedstämdhet, uppgav 14 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda (samma andel som för 2013, och liknande som för åren 2010–2012).

Efter justering för ålder, kön och vakenhetsgraden vid insjuknandet rapporterades en signifikant lägre andel nedstämda vid 9 sjukhus, och andelen låg signifikant över riksnivån vid 9 sjukhus (*figur 14*).

Förekomst av nedstämdhet hos patienterna 3 månader efter insjuknandet



Figur 14. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2014 uppgav sig vara nedstämda ofta eller ständigt. Justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och vakenhetsgrad vid insjuknandet. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Indikatorn är känslig för stort bortfall. Stort bortfall kan ge mer ofördelaktiga siffror.
- Valideringar av Riksstroke's enkla fråga om nedstämdhet har visat att den har låg sensitivitet men hög specificitet för depression efter stroke. Det innebär att det finns en stor sannolikhet att patienten är deprimerad om han eller hon uppger sig vara nedstämd ofta eller ständigt. Det innebär också att denna fråga inte fångar upp alla med depression. Den faktiska förekomsten av depression underskattas alltså.
- Vid mindre sjukhus finns betydande variationer från år till år, förmodligen slumpmässiga.

1.7.5 Smärta

Slutsatser

- Smärta är vanligt förekommande efter stroke.

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen angav 21 % att de ofta eller ständigt hade smärta. Andelen var 17 % hos män och 25 % hos kvinnor. Andelarna är mycket liknande dem under närmast föregående år.

Förekomst av smärta efterfrågas också i Riksstroke's 1-årsuppföljning, och där frågas också om patienten fått sitt behov av smärtlindring tillgodosett.

1.7.6 Svårigheter att tala, läsa, skriva och svälja

Slutsatser

- Mer än var femte patient har svårt att tala, läsa, eller skriva. Var tionde patient uppgav sig ha sväljningssvårigheter, något som kan påverka näringstillståndet och öka risken för aspiration (att mat hamnar i luftstrupen) med lunginflammation som följd.

Resultat

Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig ha talsvårigheter var 21 %, oförändrat jämfört med 2013 och 2012. Lässvårigheter uppgavs av 22 % och skrivsvårigheter av 28 %. Svårigheter att svälja angav 11 %. Se ovan för uppgifter om andel patienter som träffat logoped för behandling eller bedömning.

1.7.7 Minnessvårigheter

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen angav 20 % av patienterna att de ofta eller ständigt upplevde minnessvårigheter. Andelen var 18 % hos män och 22 % hos kvinnor. Andelarna är liknande som närmast föregående år. Kvinnors högre medelålder kan bidra till könsskillnaden.

Att en patient uppger besvär med minnet i 3-månadersuppföljningen är inte likställt med att patienten lider av demens. Mer precis diagnostik av minnesvårigheter, andra kognitiva funktioner och demens kräver att patienten undersöks med tester. Diagnos av demens bygger inte på subjektivt uppskattad minnesförmåga.

1.8 NÖJDHET MED VÅRDEN OCH STÖD EFTER UTSKRIVNING

Slutsatser

- De allra flesta strokepatienter uppgav sig vara nöjda med den vård de fått på akutsjukhuset och skillnaderna i nöjdhet mellan sjukhusen är måttliga.

Om indikatorn

Nöjdhet/missnöje med vården	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Accepterat patientrapporterat utfallsmått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Ej tillämpligt

Resultat

I 3-månadersenkäten tillfrågas patienterna om de är nöjda eller missnöjda med den vård de fick på akutsjukhuset. Sett över hela landet var andelarna missnöjda (4 %) eller mycket missnöjda (1 %) låga, medan 6 % svarade "vet ej" och uppgift saknades för 4 % av patienterna. Andelarna är närmast identiska med 2010 till 2013 års siffror. Sett över tid syns det mycket små skillnader i andelen missnöjda patienter under den senaste tioårsperioden. Männerna är cirka 1 % mer nöjda med vården än kvinnorna.

Beräknat på de 87 % av patienterna som svarade på frågan ("uppgift saknas" och "vet ej"-svar ej inkluderade) finns det måttliga skillnader mellan landets sjukhus i andelen nöjda patienter sedan analyserna korrigerats för skillnader i patientsammansättning (*webbtabell 4* www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"). På riksnivå var 95 % av patienterna nöjda med vården, med en spridning från 90 % till 100 %.

Tolkningsanvisningar

- Denna resultatindikator påverkas bl.a. av vårdens kvalitet och hur patienterna bemöts. Men den påverkas också av utfallet av stroke; det finns ett nära samband mellan missnöje med vården och dålig ADL-funktion, dåligt allmäntillstånd och nedstämdhet vid 3-månadersuppföljningen⁸.
- Andelen missnöjda med sjukhusvården avspeglar den totala sjukhusvården och inte nödvändigtvis bara vården på akutsjukhus. De siffror som redovisas här avser all sjukhusvård efter insjuknandet. Vid många sjukhus är vårdtiderna relativt korta och patienter med stora rehabiliteringsbehov överförs tidigt till rehabiliteringskliniker.

1.9 TILLGODOSEDDA BEHOV EFTER UTSKRIVNING

Slutsatser

- Variationerna mellan sjukhusen var mycket stora. Flera sjukhus hade en påtagligt låg andel patienter med tillgodosedda behov av stöd från sjukvård och kommun. Dessa sjukhus bör sträva efter att samarbeta med primärvården och kommunen för att stärka stödet.

Om indikatorn

Tillgodosedda behov	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt
Målnivåer	Fullt tillgodosedda behov: Hög: 75 % Måttlig: 60 %

I patientenkäten 3 månader efter strokeinsjuknandet får patienterna frågan om de tycker att de fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta självskattade resultatmått avspeglar det samlade stöd som patienten upplever att samhället ger och är en av indikatorerna på kvaliteten i hela vårdkedjan under de första månaderna efter att patienten skrivits ut från sjukhuset.

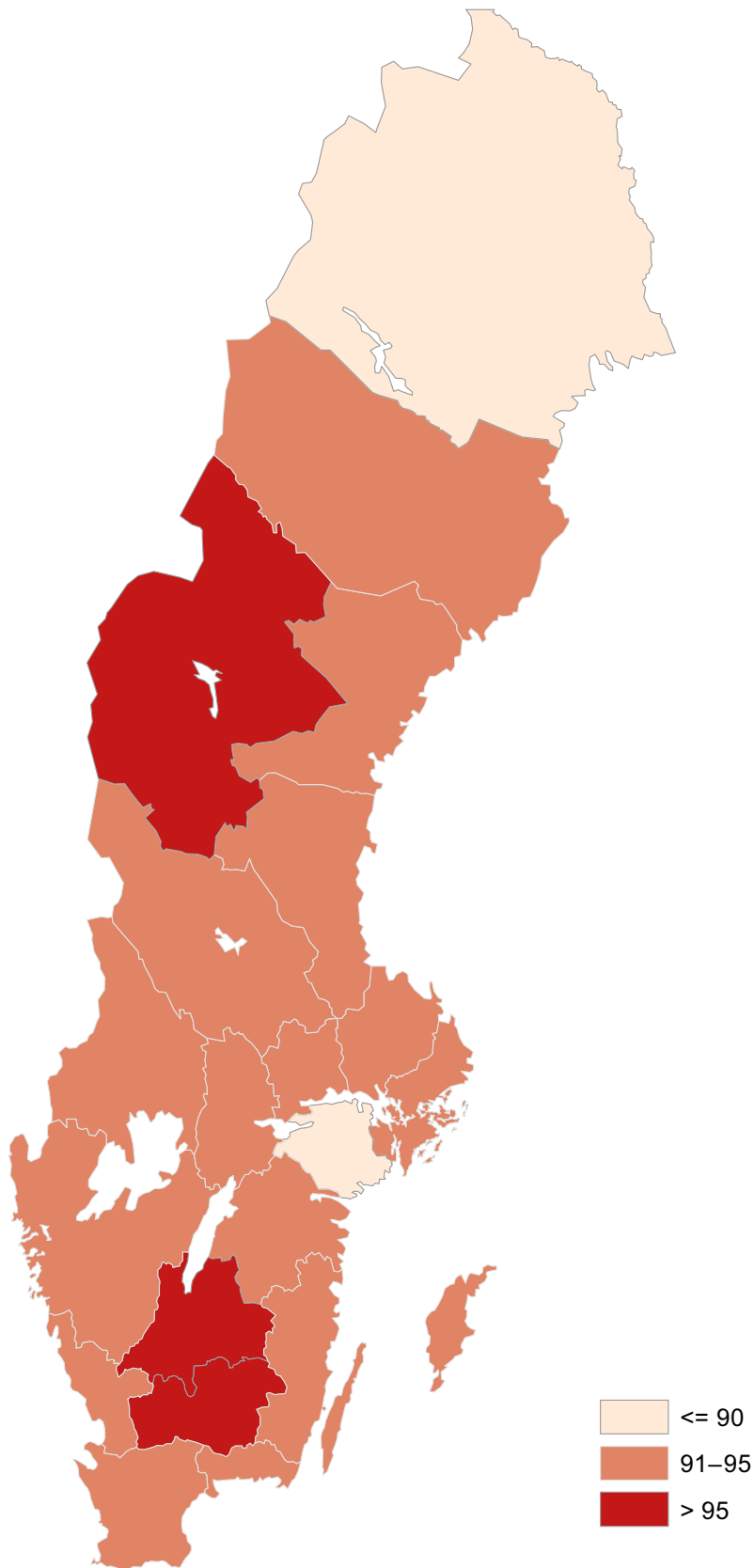
Resultat

Sett över hela riket ansåg 62 % att de fått sina behov av stöd från sjukvård och kommun tillgodosedda. Att behoven bara var delvis tillgodosedda ansåg 30 % och 8 % svarade "nej" på frågan. Andelen med fullt tillgodosedda behov är liknande andelen för åren 2010–2013 (61–63 %), se *tabell 4*.

I *figur 15* jämförs landstingens/regionernas andelar patienter som uppgav att deras behov av hjälp och stöd efter att de skrivits ut från sjukhuset varit helt eller delvis tillgodosedda. Variationerna var måttliga.

Som framgår av *tabell 4* varierade andelen patienter som ansåg att deras behov av stöd var fullt tillgodosedda kraftigt beroende på vilket sjukhus de vårdades på, från 41 % till 98 %. Sex sjukhus uppnådde en hög målnivå ($\geq 75\%$) med tillgodosedda behov, medan 33 sjukhus uppnådde måttlig målnivå ($\geq 60\%$). Måluppfyllelsen är lika den för 2013.

Tillgodosedda behov av stöd och hjälp efter att patienten skrivits ut från sjukhuset, %



Figur 15. Andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet 2014 uppgav sig ha fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Beräkningarna bygger endast på personer som uppgav sig ha behov av stöd och hjälp.

Tabell 4. Antalet och andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet 2014 uppgav sig ha fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Beräkningarna bygger endast på personer som uppgav sig ha behov av stöd och hjälp. "Vet ej"-svar redovisas inte. Rangordning utifrån andelen helt tillgodosedda behov. Grön linje anger hög målnivå och gul linje måttlig målnivå. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Värnamo	98	2	0
Alingsås	88	10	2
Ryhov	85	12	2
Kullbergska	82	14	5
Ängelholm	82	14	4
Motala	76	20	4
Enköping	73	23	4
Arvika	72	23	5
NUS Umeå	71	23	6
Oskarshamn	70	30	0
Ystad	70	22	7
Bollnäs	69	26	5
Danderyd	69	25	5
Gällivare	69	25	6
Gävle	69	25	6
Köping	69	24	8
Lycksele	69	29	2
SUS Lund	69	21	10
Hässleholm	68	22	10
Ljungby	68	32	0
SkaS Skövde	68	27	5
Västervik	68	28	4
Visby	67	25	7
Kristianstad	66	29	5
Vrinnevisjukhuset	66	28	5
Falun	65	30	5
Lindesberg	65	20	14
Skellefteå	65	30	5
Västerås	63	31	6
Helsingborg	61	30	8
Kalmar	61	32	7
Karlstad	61	31	9
Sundsvall	61	31	8
SUS Malmö	61	27	12
Avesta	60	35	4
Borås	60	33	7
Capio S:t Göran	60	31	8
Kungälv	60	27	13
Torsby	60	33	7
# Norrtälje	59	32	9
Örnsköldsvik	59	37	5
Östersund	59	37	4

Tabell 4. Forts.

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Halmstad	58	35	7
# Hudiksvall	58	34	9
Karlskoga	58	42	0
Trelleborg	58	33	9
Växjö	58	36	6
NÄL	57	34	8
Södersjukhuset	57	34	9
Karlshamn	55	36	9
Mölnadal	55	31	13
Piteå	55	33	13
SkaS Lidköping	55	34	11
Varberg	55	37	8
Karlskrona	54	38	7
Landskrona	54	34	12
Linköping	54	38	8
Mora	54	36	10
Nyköping	54	31	15
Södertälje	54	39	7
Höglandssjukhuset	53	42	4
Kalix	53	40	7
Sunderbyn	53	35	12
Örebro	53	37	11
Östra	53	39	7
Akademiska	51	41	8
Karolinska Solna	50	40	10
Sahlgrenska	50	35	15
# Karolinska Huddinge	48	39	13
Sollefteå	48	35	17
# Kiruna	46	38	15
Mälarsjukhuset	41	46	13
RIKET	62	30	8

Tolkningsanvisningar

- Vi redovisar kvalitetsindikatorn per sjukhus där patienten vårdats under akutskedet, men akutsjukhuset kan bara delvis påverka utfallet. En av de många faktorer som kan påverka detta utfall är kvaliteten i vårdplaneringen tillsammans med primärvården och kommunen.
- Upplevelsen att behoven är tillgodosedda kan påverkas av patientens förväntningar. Det är möjligt att förväntningarna på sjukvårdens och kommunens stöd varierar över landet.

1.9.1 Hjälp och stöd av närstående

Slutsatser

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

Om indikatorn

Hjälp och stöd av närstående	
Typ av indikator	Kombination av process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt

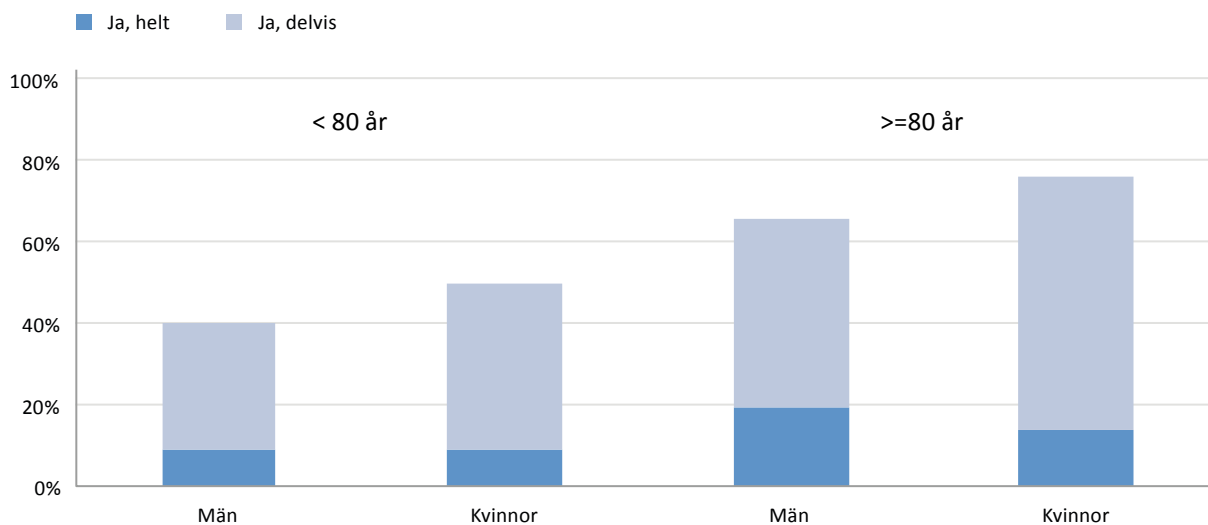
Resultat

I *figur 16* redovisas de andelar strokepatienter som uppgav sig ha behov av hjälp eller stöd från närstående 3 månader efter insjuknandet, uppdelat på kön och ålder.

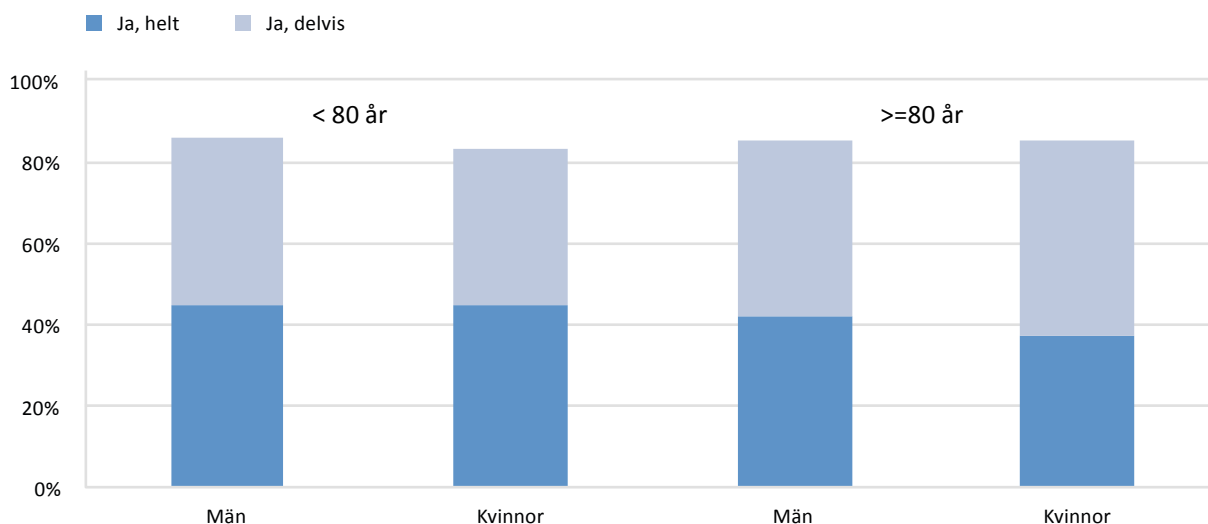
Bland de som hade eget boende 3 månader efter stroke uppgav kvinnor oftare än män att de är delvis beroende av närstående. I åldrar över 80 år uppgav fler än hälften av de svarande att de helt eller delvis är beroende av hjälp och stöd från närstående. Det är också påfallande att så stor andel (över 80 %) av de som bor i kommunalt särskilt boende uppgav sig vara helt eller delvis beroende av närståendes insatser. Detta gäller både män och kvinnor samt de under och över 80 år (*figur 16*). Andelen som är beroende av närstående är i stort sett oförändrad jämfört med tidigare år.

Patienters beroende av hjälp eller stöd från närstående

Patienter i eget boende



Patienter i särskilt boende



Figur 16. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara beroende av hjälp eller stöd från närstående. Uppdelat på patienter i eget boende (övre) och särskilt boende (servicehus eller liknande; nedre). Nationell nivå 2014.

Tolkningsanvisningar

- Detta utfallsmått är kraftigt beroende av ADL-förmåga.
- Måttet är begränsat till om patienten själv tycker sig vara i behov av närståendes insatser. Däremot saknas mått på insatsernas innehåll och den faktiska belastning de innebär för de närstående.

REFERENSER

1. Björck, S. and M. Förars, Mortalitet osäkert mått vid kvalitetsjämförelser. Läkartidningen, 2008. 105:2349.
2. Herlitz, J., Hjärtinfarktvård under lupp. De länsvisa öppna jämförelserna måste utvecklas och bli mer trovärdiga. Läkartidningen, 2009. 106:2117.
3. Fonarow GC, Alberts MJ, Broderick JP, Jauch EC, Kleindorfer DO, Saver JL, Solis P, Suter R, Schwamm LH. Stroke adjustment measures must be appropriately risk adjusted to ensure quality care of patients. *Stroke* 2014;45:1589-1601
4. Katzan IL, Spertus J, Bettger JP, Bravata DM, Reeves MJ et al. Risk adjustment of ischemic stroke outcomes for comparing hospital performance: A Statement for Health Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45:918-944
5. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för strokesjukvård. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer, inklusive vetenskapligt underlag på www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/Stroke_Vetenskapligt_underlag2009.pdf, 2009, kompletteringar 2011 och 2012.
6. Brady.M.C., et al., Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 5: p. CD000425.
7. Astrom, M., R. Adolfsson, and K. Asplund, Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*, 1993. 24:976-82.
8. Asplund, K., et al., Patient dissatisfaction with acute stroke care. *Stroke*, 2009. 40:3851-6.

