

Strukturdata

RAPPORT FRÅN RIKSSTROKE 2018



Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015, 2016 och 2018

FÖRORD

Bästa läsare!

Riksstroke har tidigare främst rapporterat uppgifter om strokevårdens processer (vad man gör) och utfall (hur det går). Däremot har strukturmått det vill säga vårdens förutsättningar (till exempel antal vårdplatser) inte varit en del i Riksstrokes årliga rapportering. Strukturmått kan ge anvisningar om vilka resurser som behövs men utan att de direkt mäter vårdens kvalitet.

I rapporten redovisar vi utvalda uppgifter om den svenska strokevårdens struktur. Genom att jämföra med uppgifter från 2010, 2013, 2015 och 2016 har vi kunnat följa utvecklingen över tid.

Rapporten har en bred målgrupp. Den är avsedd för beslutsfattare i vården, strokevårdens personal, patienter, närstående samt allmänheten. Språket har därför, så långt det varit möjligt, hållits fri från medicinska fackuttryck.

Alla akuta strokeverksamheter i landet har bidragit till denna rapport. STROKE-Riksförbundet har bidragit med uppgifter om kompetensbevis. Många av enkätfrågorna från tidigare undersökningar kommer från Socialstyrelsens och Riksstrokes tidigare rapporter. Docent Signild Åsberg och professor Per Wester, Umeå och Karolinska Institutet Danderyds sjukhus, har båda bidragit till utformningen av 2018 års enkät.

Undertecknade och statistiker Maria Sukhova vid Riksstrokesekretariatet har sammanställt rapporten, som har granskats av övrig personal vid Riksstrokes kansli och av Riksstrokes styrgrupp.



Umeå april 2020

Bo Norrving, professor
Registerhållare, Riksstroke

Per Wester professor
Styrgruppsmedlem Riksstroke

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
Utvärdering av struktur vs. processer och resultat	5
Studiens genomförande, metoder och enkäter	6
RESULTAT	7
Grundläggande komponenter i strokeenhetsvården	7
Antal sjukhus med akut strokevård	7
Vårdinnehåll.....	7
Vårdplatser.....	8
KOMPETENSER	10
Specialistläkare	10
Utbildning.....	11
Bilddiagnostik hjärna.....	11
Akutbehandling.....	12
Arrytmi-utredning.....	13
Rehabilitering.....	13
Uppföljningar	15
Förbättringsarbeten.....	17
KOMMENTARER	17
Hur tillförlitliga är resultaten i rapporten?	17
Uppfyllelse av alla kriterier för att kunna utgöra en strokeenhet?	17
Vårdplatserna för strokepatienter har fortsatt att minska.....	17
Minskad andel läkare med specialistkompetens inom geriatrik och rehabilitering samt låg andel läkare med strokekompetensutbildning.....	18
Låg andel sjukhus med tillgång till DT-perfusion.....	18
Tillgången till rehabilitering	18
Uppföljning till multidisciplinära team behöver etableras	18

SAMMANFATTNING

- I samarbete med Riksstroke kartlade Socialstyrelsen 2005 och 2010 den svenska strokevårdens struktur. Riksstroke har genomfört nya kartläggningar 2013, 2015, 2016 och 2018 (föreliggande rapport). Samtliga 72 sjukhus som tar emot akuta strokepatienter har deltagit i undersökningen.
- Inget sjukhus uppger sig helt sakna strokeenhet men antalet sjukhus som helt uppfyller kriterierna för sådan vård har minskat; 20 av 72 sjukhus uppfyller endast delvis de specificerade kraven. Strokekoordinatorer med uppgift att samordna strokevården finns vid 40 av 72 sjukhus, vilket motsvarar en kraftig minskning.
- Det totala antalet vårdplatser för akut strokevård har fortsatt att minska.
- Bland olika professioner som arbetar på strokeenheter varierar andelen som genomgått STROKE-Riksförbundets strokekompetensutbildning stort; av läkare hade mindre än en fjärdedel genomgått utbildningen.
- Antal sjukhus som erbjuder tidig utskrivning från sjukhuset kombinerad med rehabilitering i hemmet med hjälp av multiprofessionell personal från strokeenheten har ökat och finns nu på 40 % av sjukhusen.
- De allra flesta sjukhus har ett strukturerat återbesök för patienter med TIA och stroke. Personalkategorierna som involveras i återbesöken varierar mellan sjukhusen.

Andelen enheter som genomför kontinuerligt förbättringsarbete har ökat och är nu 88 %. Riksstroke är helt dominerande datakälla för förbättringsarbetet. Vid nästan en tredjedel av sjukhusen pågår förbättringsarbete enligt modellen triangelrevision.

Ytterligare material finns på Riksstrokes hemsida:

www.riksstroke.org/sve/forskning-statistik-och-verksamhetsutveckling/ovriga-rapporter

INLEDNING

Ett insjuknande i stroke kommer nästan alltid plötsligt och oväntat. De vanligaste symtomen är svaghet i ansikte, arm och ben och/eller talsvårigheter. Årligen vårdas ca 25 000 personer för stroke på sjukhus. De allra flesta (85 %) har en infarkt (blodpropp) i något av hjärnans kärl medan intracerebrala blödningar utgör ca 10 %, och subaraknoidalblödningar 5 %. Dessutom insjuknar även 8 000–12 000 personer i en så kallad TIA (transitorisk ischemisk attack). TIA är korta episoder med strokesymtom, och innebär en ökad risk att insjukna i stroke. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiska funktionshinder hos vuxna och den tredje vanligaste orsaken till död efter hjärtinfarkt och cancer.

Idag finns behandling (bland annat trombolys) för många av de strokepatienter som drabbas av akut ischemisk stroke (hjärninfarkt) och det är viktigt att den som insjuknar snabbt kommer till sjukhus då möjligheten att påverka och minska hjärnskadan avtar med tid. Trombektomi, dvs, mekaniskt borttagande av en stor blodpropp med kateterteknik, är en annan akut behandlingsmetod som är på väg att införas i den svenska strokevården.

Med närmare en miljon vårddagar årligen är stroke den enskilda kroppsliga sjukdom som svarar för flest vårddagar på svenska sjukhus. Personer som insjuknat i stroke kräver dessutom stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst. Den totala samhällskostnaden uppgår till mer än 18,3 miljarder kronor årligen. Denna kostnad innefattar inte alla insatser som görs av närstående.

Utvärdering av struktur vs. processer och resultat

Det är vanligt i svensk sjukvård att utvärdera verksamheterna på tre nivåer: struktur, processer och resultat. Riksstroke rapporterar regelbundet kvalitetsdata på process- och resultatnivå. Vid två tillfällen, 2005 och 2010 har Socialstyrelsen samarbetat med Riksstroke i deras kartläggningar av strokevårdens struktur. I denna rapport och rapporter från 2013, 2015 och 2016 är det Riksstroke som ensam ansvarar för kartläggningar av landets strokevård. De tidigare rapporterna finns på Riksstrokes hemsida.

Vårdens resultat och utfall är naturligtvis det centrala för den som insjuknat i stroke. Allt större fokus läggs också på utfall som kvalitetsmått. Exempel finns att hämta i landstingens och statens styrning av de nationella kvalitetsregistren (bland annat betoningen av patientrapporterade utfall) och landstingens ekonomistyrning. I strokevården beror utfallet inte enbart på strokevårdens insatser. Även sociala förhållanden, samsjuklighet, de närståendes insatser och kommunens insatser spelar stor roll för utfallet. Det hälso- och sjukvårdens medarbetare mer direkt rör över är processerna, till exempel att strokepatienterna får korrekt diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering.

Strukturdata berättar om förutsättningarna att ge god strokevård. Strukturmått har under senare år blivit alltmer ifrågasatta som kvalitetsindikatorer – kritikerna, framför allt vårdens beslutsfattare, menar att goda resultat kan nås med hjälp av en rad olika strukturer. Här tycks det finnas en paradox. Beslutsfattare, som i stor utsträckning har makten över vårdens strukturer, förminskar strukturernas betydelse. Vårdpersonalen och patientföreträdarna – som själva har begränsat inflytande över strukturerna – anser att frågor som vårdens

organisation, personalens kompetens, arbetsförhållanden och resurser är avgörande för att ge högkvalitativ vård.

Riksstroke anser att det finns goda skäl att komplettera sina rapporter över strokevårdens processer och resultat med kartläggningar av strokevårdens förutsättningar (struktur) och hur dessa förändrats under de senaste åren. Denna rapport är beskrivande. Vår ambition att utnyttja dessa strukturdata för att kunna identifiera vilka strukturella förutsättningar som bidrar till hög kvalitet på processerna och utfallen. Därför kommer Riksstroke att fortsätta att regelbundet utvärdera och mäta också strokevårdens struktur framöver, och förhoppningen är att dessa ska ligga till grund och underlätta inför beslut inom sjukhus, landsting och kommuner.

Studiens genomförande, metoder och enkäter

Strukturdataenkäter har skickats ut vid fem tidigare tillfällen (2005, 2010, 2013, 2015 och 2016). De två första gångerna med Socialstyrelsen som avsändare men i samarbete med Riksstroke medan 2013, 2015 och 2016 enbart från Riksstroke. Frågeformuläret har genomgått revideringar och kompletteringar inför varje utskicksomgång. Jämfört med tidigare rapporter har en del frågor omformulerats för att bättre beskriva strukturen av strokevården idag. Bilaga 1 visar frågeformuläret för 2018 samt de frågor som var möjliga att jämföra med tidigare undersökningarna.

I september 2018 skickades enkäter ut till samtliga 72 sjukhus i Sverige som tar emot akuta strokepatienter enligt uppgifter från Riksstroke. Samtliga sjukhus har besvarat enkäten. Enkäten har besvarats av olika typer av strokeansvariga vid de olika sjukhusen, och riktigheten av inlämnade data från individuella sjukhus har intygats av verksamhetschef.

RESULTAT

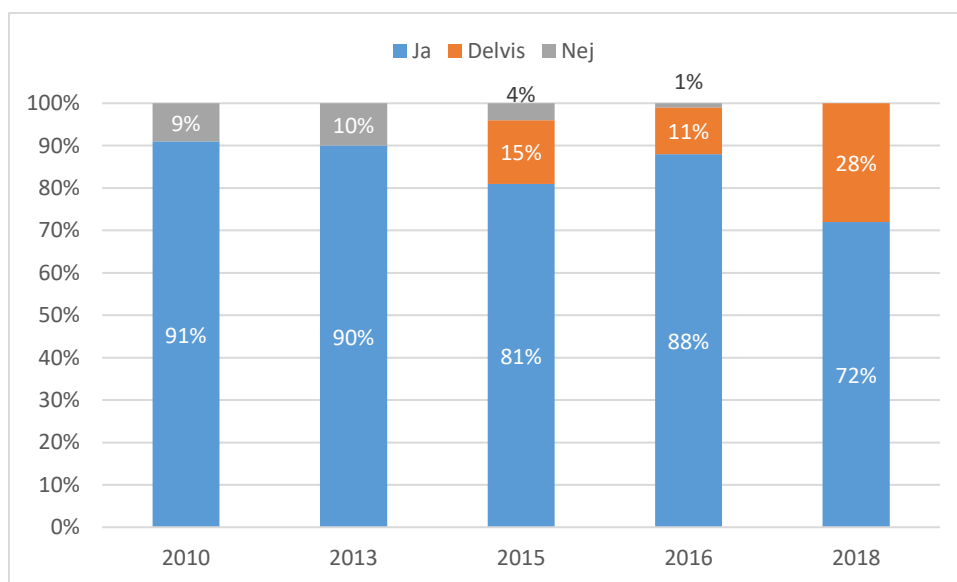
Grundläggande komponenter i strokeenhetsvården

Antal sjukhus med akut strokevård

Antalet sjukhus som har akut vård av patienter med stroke är oförändrat (72 sjukhus) för 2018, 2016, 2015 och 2013. I Göteborg är akut trombolysbehandling centraliserad till Sahlgrenska sjukhuset, och trombolyslarm/rädda hjärnan-larm från Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus omdirigeras till Sahlgrenska. Vissa omdirigeringar av akuta trombolyslarm sker även på några andra ställen i landet. För patienter som kan vara aktuella för trombektomi är omdirigering till trombektomicentrum aktuellt. 2018 genomfördes 847 trombektomier i Sverige, vid Sahlgrenska sjukhuset, Skånes Universitetssjukhus i Lund, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Akademiska sjukhuset Uppsala, Norrlands Universitetssjukhus Umeå och Linköpings universitetssjukhus Linköping. Struktur och logistik kring trombektomibehandling kommer att vidare följas upp i Riksstroke.

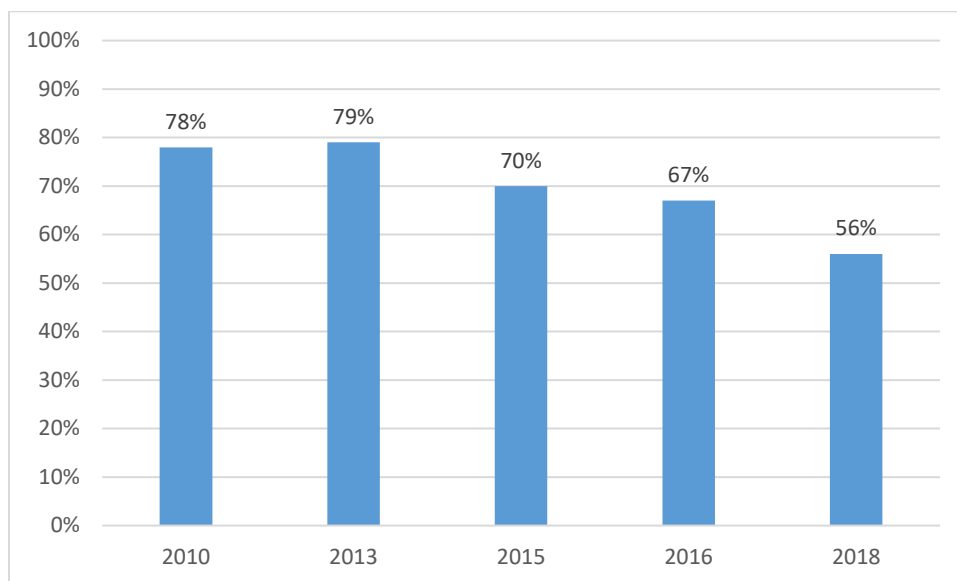
Vårdinnehåll

Vid den aktuella mätningen uppgav ingen att de helt saknade strokeenhet. Femtiotvå av 72 (76 %) sjukhus rapporterade att de hade verksamhet som **helt** uppfyllde kriterierna för strokeenhet som de angivits i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård medan 20 sjukhus (24 %) uppgav att deras verksamhet **endast delvis** uppfyllde kriterier för strokeenhet. Det är framför allt kriteriet ger detaljerad information och utbildar patienten och närstående om stroke som inte uppfylls. 56% av sjukhusen angav att de hade minst en strokekoordinator på strokeenheten vilket tyder på en tydlig successiv nedgång jämfört med tidigare år.



Figur 1. Svartsfördelning på frågan om beskrivningen av strokeenhet i de nationella riktlinjerna stämmer in på sjukhusens strokeenhet

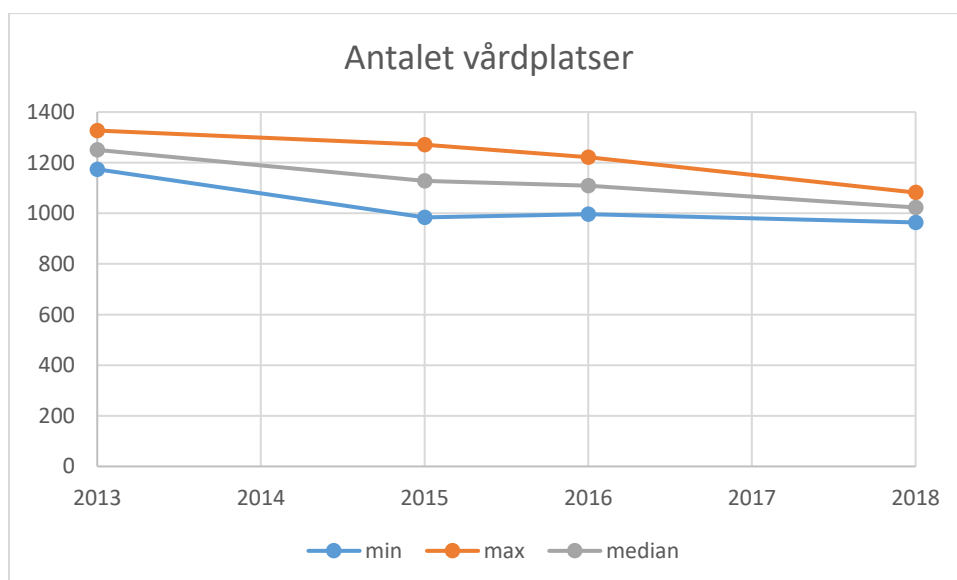
Strokekoordinator som har i uppgift att samordna strokevården fanns vid 40 sjukhus (56 %). Detta är en tydlig minskning jämfört med tidigare år. (Figur 2)



Figur 2. Andel sjukhus som har minst en strokekoordinator på strokeenheten, 2010-2018

Vårdplatser

Vid 47 av sjukhusen (65 %) fanns 2018 ett bestämt antal vårdplatser för akut stroke, medan resterande 25 sjukhus angav att vårdplatsantalet var flexibelt (*tabell 1*). Under 2018 fanns i Sverige totalt 1023 (964-1082; medianvärde och min-max) vårdplatser för stroke medan motsvarande antal för år 2016 var 1109 (996-1222); för år 2015 1128 (984-1271) och för år 2013 1251 (1174-1327) Figur 3. Detta tyder på en fortsatt minskning av strokevårdplatser under de senaste åren.



Figur 3 Antal vårdplatser totalt i Sverige för akut stroke år 2013-2018

Tabell 1. Antal vårdplatser för strokevård 2018, per sjukhus

Siffror i fet stil indikerar att sjukhuset har fasta vårdplatser vikta för strokepatienter

Sjukhus	Max	Min	Sjukhus	Max	Min
Akademiska	18	18	Mälarsjukhuset	16	0
Alingsås	16	15	Mölnadal	15	15
Arvika	30	8	Norrtälje	14	2
Avesta	8	8	NUS Umeå	14	14
Bollnäs	14	14	Nyköping	14	14
Borås	16	16	Näl/Uddevalla	31	31
Danderyd	12	12	Oskarshamn	8	8
Enköping	12	8	Piteå	20	18
Falun	14	14	Ryhov	14	14
Gällivare	10	10	S:t Göran	35	35
Gävle/Sandviken	16	16	Sahlgrenska	29	29
Halmstad	16	16	SKAS Lidköping	11	11
Helsingborg	21	21	SKAS Skövde	14	14
Hudiksvall	10	20	Skellefteå	8	8
Hässleholm	15	2	Sollefteå	13	13
Höglandssjukhuset	13	13	Sunderbyn	12	12
Kalix	11	11	Sundsvall/Härnösand	18	18
Kalmar	14	14	SUS Lund	13	13
Karlshamn	12	12	SUS Malmö	20	20
Karlskoga	20	18	Södersjukhuset	24	24
Karlskrona	16	16	Södertälje	21	21
Karlstad	26	26	Torsby	8	8
Karolinska Huddinge	9	9	Trelleborg	14	14
Karolinska Solna	9	9	Varberg	18	18
Kiruna	8	7	Visby	10	10
Kristianstad	20	0	Vrinnevisjukhuset	21	14
Kullbergssjukhuset	16	12	Värnamo	12	12
Kungälv	14	14	Västervik	18	8
Köping	11	11	Västerås	21	21
Landskrona	*	*	Växjö	10	0
Lindesberg	7	7	Ystad/Simrishamn	24	20
Linköping	12	12	Ängelholm	14	14
Ljungby	10	10	Örebro	16	16
Lycksele	12	12	Örnsköldsvik	6	6
Mora	9	9	Östersund	16	16
Motala	9	9	Östra sjukhuset	24	24

KOMPETENSER

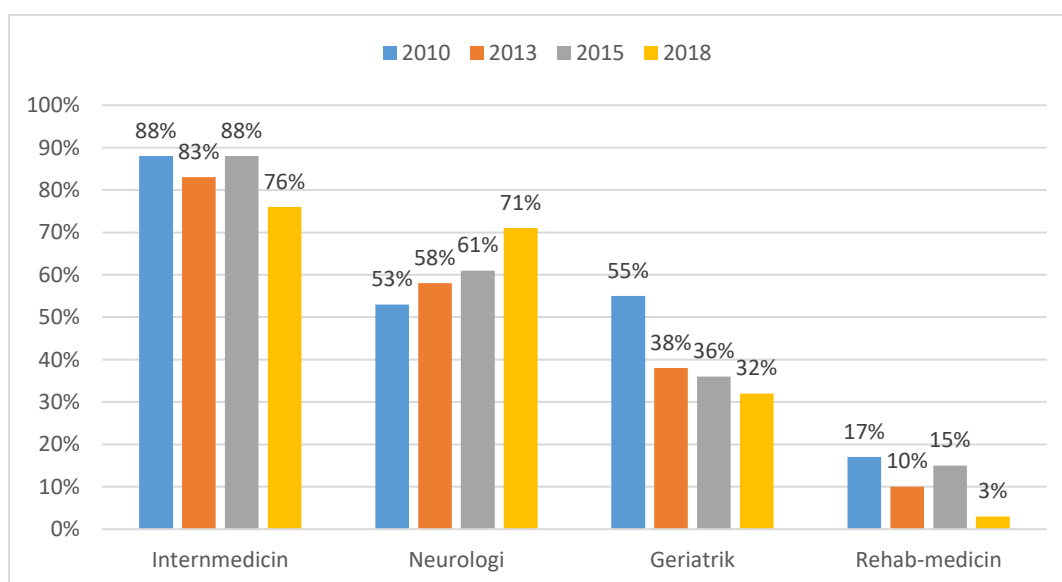
Majoriteten av strokeenheter uppger sig ha erforderliga professioner i multidisciplinära teamet (Tabell 2).

Tabell 2 Vid ert sjukhus, vilka professioner ingår i Strokeenhetens multidisciplinära team?

	Antal	Andel, %
Arbetsterapeut	72	100
Kurator	69	96
Logoped	72	100
Läkare	72	100
Sjukgymnast/fysioterapeut	72	100
Sjuksköterska	72	100
Undersköterska	71	99
ÖVRIG KOMPETENS	Antal	Andel, %
Dietist	65	90
Neuropsykolog	10	14
Annan, ange vilken	10	15

Specialistläkare

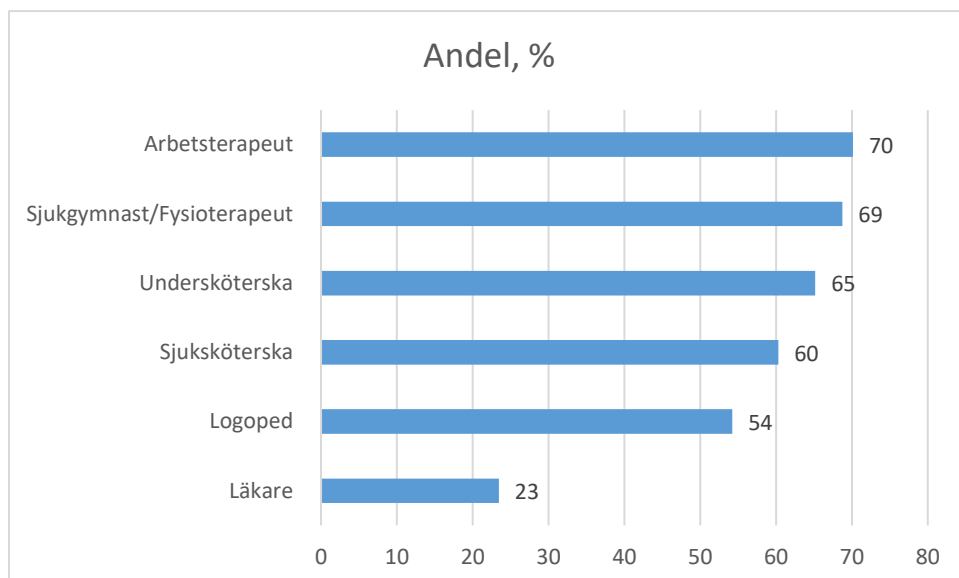
Bland läkare på strokeenheter finns i regel många olika specialiteter, antingen i form av läkare med flera specialiteter alternativt läkare med olika specialiteter. Vanligaste specialiteter är internmedicin och neurologi med en viss minskning inom internmedicin och en ökning inom neurologi. Geriatriker fanns 2018 endast vid en tredjedel av strokeenheterna och andelen med rehabiliteringsmedicinare har minskat avsevärt (3%) jämfört med tidigare.



Figur 4 Förändringar av läkarspecialiteter vid strokeverksamheterna 2010-2018. Enkätfrågan om specialistläkare kunde besvaras som kombination av olika specialiteter antingen om en och samma läkare hade dubbelspecialitet eller om det fanns läkare med olika specialiteter vid verksamheten

Utbildning

Bland olika professioner som arbetar på strokenheter varierar andelen med strokekompetens (Figur 5). Läkargruppen märker ut sig som den yrkeskategori med minst andel (23%) som genomgått STROKE-Riksförbundets strokekompetensutbildning.



Figur 5 Andel med strokekompetens bland olika professioner år 2018

Bilddiagnostik hjärna

De flesta sjukhus har tillgång till DT hjärna och DT-angio såväl under dagtid som icke-kontorstid medan en tredjedel (35%) nyttjar telemedicin vid behov. Tolkning av DT hjärna och DT-angio med telemedicin vid behov har ökat i omfattning sedan 2015. MR hjärna finns tillgänglig hos majoriten av sjukhus under dagtid, mer sällan under icke-kontorstid respektive via telemedicin. En dryg fjärdedel (28%) har tillgång till DT-perfusion under dagtid och en dryg femtedel (21%) har tillgång till DT-perfusion under icke-kontorstid.

Tabell 3 Har ert sjukhus tillgång till följande undersökningsmetoder (inklusive tolkning av bilder)? Flera svarsalternativ kan anges

	Dagtid		Kvällar, nätter, helger		Via telemedicin vid behov	
	2015 Antal (%)	2018 Antal (%)	2015 Antal (%)	2018 Antal (%)	2015 Antal (%)	2018 Antal (%)
DT-hjärna	70 (97%)	64 (90%)	69 (96%)	68 (94%)	13 (18%)	25 (35%)
DT-angio	70 (97%)	65 (90%)	64 (89%)	65 (90%)	13 (18%)	24 (33%)
DT-perfusion	23 (32%)	20 (28%)	13 (18%)	15 (21%)	5 (7%)	5 (7%)
MR-hjärna	67 (93%)	66 (92%)	25 (35%)	17 (24%)	7 (10%)	3 (4%)

Akutbehandling

Samtliga 72 sjukhus som tar emot akuta strokepatienter har trombolysbehandling med behandling på det egna sjukhuset eller genom centraliserat till ett sjukhus i närområdet. Sextiosju sjukhus (93%) har trombolysbehandling dygnet året runt, en viss nedgång jämfört med år 2016.

96% av rapporterande sjukhus har strukturerat omhändertagande före ankomst respektive inne på sjukhus, vilket innebär en avsevärd ökning jämfört med år 2013 och 2015. Majoriteten av sjukhusen (75%) tillämpar en vårdkedja med direkttransport till röntgen utan stopp på akutmottagningen vid "rädda-hjärnan/stroke-larm". Vid 33 sjukhus (46%) startas trombolysbehandling på röntgenavdelningen.

Tabell 4 Reperfusionbehandling

Antal och andel för frågor som besvarats med "ja"	2013	2015	2016	2018
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Kan ert sjukhus erbjuda trombolys dygnet runt alla dagar	66 (94%)	70 (97%)	70 (97%)	67 (93%)
Finns strukturerat omhändertagande före ankomst respektive inne på sjukhuset (exempelvis "Rädda hjärnan-larm" eller "Stroke-larm") till personer med misstänkt stroke och eventuellt behov av trombolys eller trombektomi?	17 (24%)	42 (63%)	#	69 (96%)
Har ert sjukhus rutin att ambulanstransporter av patienter går direkt till röntgenavdelning utan stopp på akutmottagning vid "Rädda hjärnan/Stroke-larm"?	#	#	#	55 (76%)
Vid ert sjukhus, var startas vanligtvis trombolysbehandling?				
Röntgenavdelning	5 (7%)	22 (32%)	24 (34%)	33 (46%)
Intensivvårdsavdelning	30 (43%)	28 (41%)	26 (37%)	23 (32%)
Strokeenhet	18 (26%)	14 (21%)	11 (16%)	9 (13%)
Annan	14 (20%)	4 (6%)	10 (14%)	6 (8%)
Vid ert sjukhus, var övervakas vanligen patienter i samband med trombolysbehandling?				
Strokeenhet med övervakning	24 (36%)	24 (40%)	28 (39%)	29 (41%)
Intensiv- eller intermediärvårdsavdelning (exempelvis hjärt-IVA, neuro-IMA/IVA, medicin-IMA eller central-IVA)	34 (52%)	35 (52%)	32 (45%)	35 (49%)
Annan	8 (12%)	6 (9%)	11 (16%)	7 (10%)

Frågan ingick ej vid detta tillfälle #

Arrytmi-utredning

Vid 59 (82%) sjukhus registreras hjärtrytm rutinmässigt med telemetri, 38 sjukhus (53%) använder Holter EKG och 33 (46%) använder handhållen EKG. I Socialstyrelsens strokeriktlinjer har hjärtövervakning med telemetri eller Holter-EKG under ett par dygn en hög prioritet (prio 2) medan det saknas evidens för handhållen EKG (ex. tum-EKG) som är upptagen som en FoU-åtgärd.

Tabell 5 Vid ert sjukhus, hur registreras rutinmässigt hjärtrytm för att fånga förmaksflimmer? Flera svarsalternativ kan anges.

	Antal	Andel, %
Telemetri	59	82
Daglig tolkning	55	93
Tolkning ≤3 ggr/vecka	3	5
Bandspelar-EKG (Holter)	38	53
Inneliggande	14	37
Efter utskrivning	24	63
Handhållen EKG (ex. tum-EKG)	33	46

Rehabilitering

81 % av sjukhusen angav att de hade längre tids rehabilitering (>2 veckor) som en integrerad del av strokeenheten, vilket är en ökning med 6 % jämfört med 2016 (Tabell 6). 29% av sjukhusen uppgav att de hade tillgång till sjukgymnast/fysioterapeut/ arbetsterapeut under helgdagar.

Rehabmedicinsk teambaserad rehabilitering vid rehabiliteringsmedicinsk avdelning för patienter yngre än 65 år fanns för 50 % av sjukhusen 2018, en minskning med 10 % jämfört med 2016 men med liknande andelar som vid 2015 och 2013. Under 2018 angav 26 % av sjukhusen att de hade tillgång till multidisciplinär teambaserad geriatrisk rehabilitering för patienter äldre än 65 år i slutenvård vilket är en tydlig nedgång jämfört med tidigare. 24 % av sjukhusen uppgav sig ha multidisciplinär teambaserad rehabilitering oavsett ålder över 18 år vilket är en tydlig minskning jämfört med tidigare år. 8 % av sjukhusen rapporterade att det fanns rehabiliteringsavdelning i primärkommunal regi inom sjukhusets upptagningsområde, en minskning på 13 % jämfört med 2016.

Tabell 6. Inom ert sjukhus upptagningsområde, vilka rehabiliteringsalternativ finns i slutenvård? Flera svarsalternativ kunde anges

Rehabiliteringsalternativ i slutenvård	2013	2015	2016	2018
Rehabilitering (även mer än 2 veckor) är integrerad i den akuta strokeenheten	53 (74%)	58 (81%)	54 (75%)	58 (81%)
Multidiscipliär teambaserad rehabilitering finns vid Rehabiliteringsmedicinsk avdelning för patienter mellan 18 och 65 år	35 (49%)	34 (47%)	43 (60%)	36 (50%)
Multidiscipliär teambaserad rehabilitering (eller motsvarande) finns vid Geriatrisk avdelning för patienter 65 år och äldre	26 (36%)	27 (38%)	27 (38%)	19 (26%)
Multidiscipliär teambaserad rehabilitering finns vid gemensam rehabiliteringsavdelning för patienter oavsett ålder över 18 år	21 (29%)	20 (28%)	28 (39%)	17 (24%)
Rehabiliteringsavdelning som organiseras av kommun (eller motsvarande) med begränsad läkarmedverkan	15 (21%)	9 (13%)	15 (21%)	6 (8%)

69% av sjukhusen uppgav sig ha rutiner för utformande av individuell rehabiliteringsplan som också delges patienten (tabell 7). 29% av sjukhusen har tillgång till sjukgymnast/fysioterapeut/arbetsterapeut under helgdagar. Dessa två frågor har ej förekommit i tidigare strukturdatarapporter varför någon jämförelse med tidigare år ej är möjlig.

Tabell 7. Vid er strokeenhet, finns tidigt i strokekedjan rutiner för utformande av individuell rehabiliteringsplan som också delges patienten?

	Antal	Andel, %
Ja	48	69
Nej	22	31
Uppgift saknas	2	3

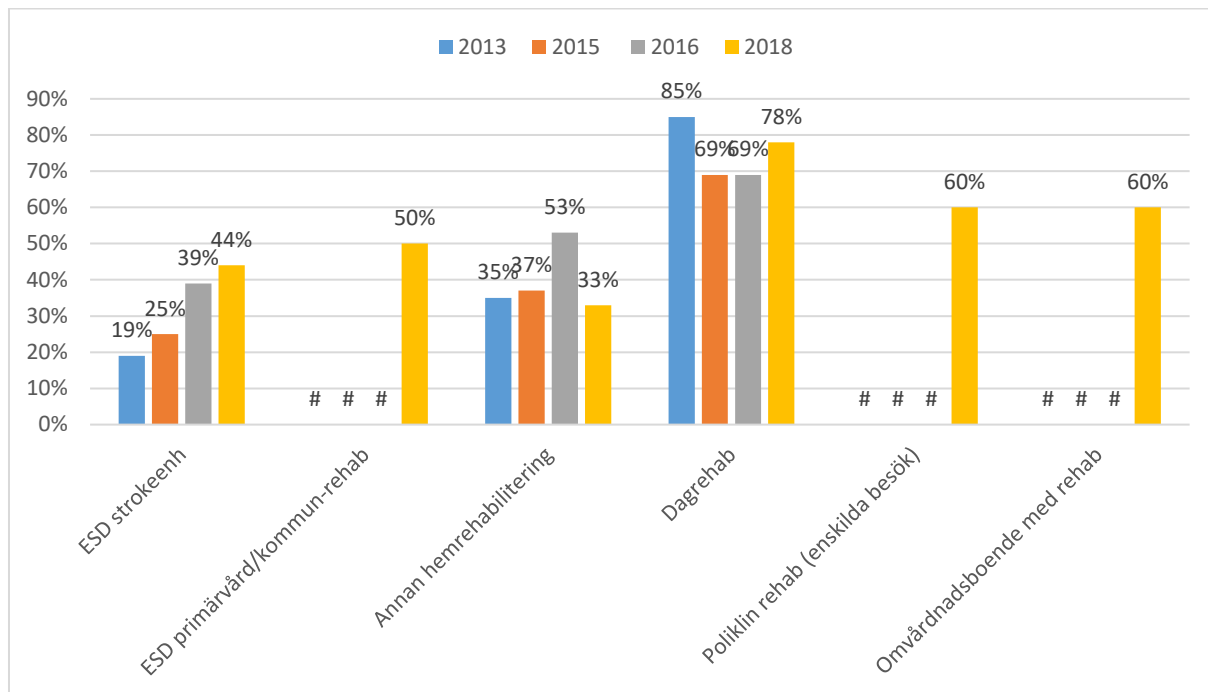
Tabell 8. Vid er strokeenhet, finns tillgång till sjukgymnast/fysioterapeut/arbetsterapeut under helgdagar?

	Antal	Andel, %
Ja, endast sjukgymnast/fysioterapeut	8	11
Ja, endast arbetsterapeut	1	1
Ja, både sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut	12	17
Nej	51	71

Rehabilitering efter utskrivning från sjukhus

I Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjerna har ESD (early supported discharge) knuten till strokeenheten, dvs tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön en hög prioritering (prio 2). ESD knuten till strokeenhet har successivt ökat i andel (Figur 6). ESD i primärvård/kommunal rehabilitering, dvs tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering i hemmiljön utförs av kommunen/primärvården har en låg prio (prio 9)

och rekommenderas endast i undantagsfall. Denna vårdform, respektive annan hemrehabilitering rapporterades hos 50% respektive 33%. Andelen sjukhus med dagrehabilitering rapporteras från 56 sjukhus (78 %) medan poliklinisk rehabilitering vid enskilda besök rapporterades från sedan det har minskat med 11 sjukhus vid mätning 2013.



Figur 6 Rehabiliteringsalternativ efter utskrivning från sjukhus.

Frågan ingick ej vid detta tillfälle #

Uppföljningar

Nästan samtliga sjukhus rapporterade sig ha strukturerad uppföljning i öppenvård efter utskrivning för både stroke och TIA (88%) eller endast för strokepatienter (7%) (Tabell 9).

Tabell 9. Vid ert sjukhus, finns rutiner för strukturerad uppföljning i öppenvård efter utskrivning för patienter med TIA eller stroke?

Ja, endast för TIA	0
Ja, endast för stroke	5 (7%)
Ja, för både TIA och stroke	61 (88%)
Nej	3 (4%)

Den strukturerade uppföljningen efter TIA och stroke skiljer sig åt avsevärt med avseende när och till vem patienten kallas. Strukturerad uppföljning till multidisciplinärt team, som i nationella strokeriktlinjerna har en hög prioritet (prio 3) inom 1 mån för TIA-patienter och inom 3-6 månader för strokepatienter rapporterades endas undantagsvis (tabell 10).

Tabell 10 Vid ert sjukhus, till vem, var och när sker strukturerad uppföljning efter TIA/stroke?
Flera svarsalternativ kan anges.

Kolumn1	Inom 1 mån	Efter 1-3 mån	Efter 3-6 mån
TIA			
Till sjuksköterska, enskilt	24 (34%)	22 (31%)	3 (4%)
Till läkare, enskilt	7 (10%)	12 (17%)	7 (10%)
Till multidisciplinärt team	5 (7%)	5 (7%)	0
Primärvården	4 (6%)	15 (21%)	7 (10%)
Stroke			
Till sjuksköterska, enskilt	18 (25%)	30 (42%)	9 (13%)
Till läkare, enskilt	4 (6%)	22 (31%)	15 (21%)
Till multidisciplinärt team	9 (13%)	12 (17%)	2 (3%)
Primärvården	3 (4%)	15 (21%)	15 (21%)

Hos de som rapporterats ha strukturerad uppföljning bedöms i regel många aspekter (tabell 11). Bedömning enligt POST-STROKE checklista tillämpades vid 18 sjukhus. Uppgift hur många av patienterna som blir föremål för denna bedömning efterfrågades ej i föreliggande strukturenkät. I nationella strokeriktlinjerna tas POST-STROKE checklista, med dess 14 variabler, upp som ett exempel hur strukturerade uppföljningen kan följas upp.

Tabell 11 Vid strukturerad uppföljning efter stroke, vilka av områden nedan bedöms?

Sekundärpreventiva åtgärder (såsom stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor och läkemedelsbehandling)	63 (95%)
Nyttillkomna eller förändrade symtom (såsom neurologiska symtom, depression, smärta, minnesstörningar, emotionalism, ångest, trötthetssyndrom (fatigue) och inkontinens)	63 (95%)
Munhälsa (behov av åtgärder för att bibehålla eller förbättra munhälsan)	20 (30%)
Förändrad livssituation (såsom relationer med närstående samt arbets- och bostadssituation)	59 (89%)
Funktionsförmåga (såsom motorik, ledrörlighet, balans, känsel, spasticitet och kognition)	64 (97%)
Aktivitetsförmåga (såsom kommunikation, förflyttningar, förmåga att klara vardagliga aktiviteter samt fritidsaktiviteter)	63 (95%)
Behov av rehabiliteringsinsatser (inklusive stöd till arbetsåtergång samt hjälpmedel)	55 (83%)
Lämplighet som bilförare (körkort) och jägare (vapenlicens)	59 (89%)
Patientens och närståendes tillfredsställelse med befintlig vård och rehabilitering	48 (73%)
Bedömning enligt POST-STROKE CHECKLISTA	18 (24%)

Förbättringsarbeten

Bra strokevård handlar även om att ständigt bedriva ett förbättringsarbete. För strokevårdens förbättringsarbete är Riksstrokekedata det viktigaste underlaget. *Tabell 12* visar att alla som gjorde förbättringsarbeten använde sig av de data som Riksstroke hade tagit fram. 89 % av rapporterade sjukhus uppger att man har kontinuerliga förbättringsarbeten och 85% att man använder riksstrokedata kontinuerligt i förbättringsarbeten; dessa höga nivåer är likvärdiga med de som rapporterades 2016. Dessutom genomförde 28 sjukhus en så kallad Triangelrevision under 2018 (en ökning med 16 sjukhus jämfört med 2016). Det innebär att tvärprofessionella team utvärderar varandras strokeenheter utifrån specifika kriterier.

Tabell 12. Kontinuerliga och systematiska förbättringsarbeten vid strokeenheterna

Genomförs/pågår kontinuerlig och systematiskt kvalitetsförbättringsarbete vid er enhet?	2015	2016	2018
Genom riktade förbättringsarbeten som pågår kontinuerligt	59 (82%)	63 (88%)	64 (89%)
Använder ni Riksstrokedata kontinuerligt i förbättringsarbeten	59 (82%)	62 (86%)	61 (85%)
Enligt triangelrevisionen	10 (14%)	22 (31%)	28 (39%)

KOMMENTARER

Hur tillförlitliga är resultaten i rapporten?

De resultat som redovisas i denna rapport bygger på vad som rapporterats från de lokala strokeverksamheterna under slutet av 2018. Liksom för svaren på strukturdataenkäten 2016 har verksamhetschefer intygat att de uppgifter som lämnas var korrekta och sanna för den rapporterade kliniken för den aktuella perioden.

Uppfyllelse av alla kriterier för att kunna utgöra en strokeenhet?

Inget sjukhus uppger sig helt sakna strokeenhet men var fjärde (24%) sjukhus bedömde att de inte fullt uppfyllde kraven på att benämnas "strokeenhet". Strokeenhetsvård, med direktinläggning på strokeenheten, och med fullt uppfyllda krav att utgöra en strokeenhet, är hörnstenar inom strokevården och har högsta prioritet i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer.

Vårdplatserna för strokepatienter har fortsatt att minska

Sedan 2010 fram till 2018 har antalet vårdtillfällen för stroke i landet minskat med ca 15 %. Under samma period har antalet vårdplatser för akut strokevård minskat med minst 18 %, vid vissa sjukhus betydligt mer. Denna minskning av vårdplatsantalet försvårar direktinläggning på strokeenhet, vilket har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer. På sjukhus där man tvingas korta vårdtiderna på grund av vårdplatsbrist finns en uppenbar risk att patienter med de mest uttalade funktionshindren – som kräver långa slutenvårdstider för rehabilitering – missgynnas.

Minskad andel läkare med specialistkompetens inom geriatrik och rehabilitering samt låg andel läkare med strokekompetensutbildning

Andelen läkare med specialitet inom geriatrik respektive rehabilitering har kraftigt minskat. Trots kortare vårdtider inom slutenvården är det av stor vikt att rehabiliteringskompetens finns i strokeenheten på strokeenheterna. Anmärkningsvärt är att mindre än var fjärde läkare har genomgått STROKE-Riksförbundets strokekompetensutbildning. Noteras att den nya nationella webb-baserade strokekompetensutbildningen (webb-SKU) sjuösattes under hösten 2018 och nedanstående andel baseras på endast på den gamla utbildningen.

Låg andel sjukhus med tillgång till DT-perfusion

DT hjärna och DT-angiografi finns tillgängligt såväl dagtid som utanför kontorstid på de flesta sjukhusen vilket är nödvändigt inför perfusionsbehandling med trombolys respektive trombektomi i tidigt skede (inom 6 timmar). Trombektomi i senare skede (6-24 timmar) har liksom övrig reperfusionbehandling högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer från år 2020. En förutsättning för att kunna identifiera patienter inför trombektomi i senare skede görs med DT-perfusion. En etablering av DT-perfusion på de flesta av landets sjukhus är att förvänta framöver.

Tillgången till rehabilitering

Det finns stora skillnader över landet i hur rehabiliteringen efter stroke organiseras. Vid flera sjukhus, framför allt de mindre, sker rehabiliteringen inom strokeenheten, en vårdmodell som ger god kontinuitet men längre vårdtider på akutkliniken. Det är också en modell som har starkt vetenskapligt stöd.

Det finns gott vetenskapligt underlag för att tidig utskrivning från sjukhus kombinerad med Rehabilitering i hemmet och med hjälp av personal med särskild strokekompetens, har gynnsamma effekter. Denna modell har hög prioritet i de nationella strokeriktlinjerna. Modellen har blivit betydligt vanligare under de senaste åren. Undersökningen visar att 44 % av sjukhusen hade hemrehabiliteringen knuten till strokeenheten – en ökning med 5 procentenheter jämfört med 2016. Ytterligare femtio procent har hemrehabilitering utan medverkan av strokeenheten men med särskild strokekompetens. Här ingår oftast paramedicinsk kompetens men nästan aldrig strokesjuksköterskor, undersköterskor och läkare.

Uppföljning till multidisciplinära team behöver etableras

Uppföljning efter stroke och TIA sker oftast till sjuksköterskor eller läkare enskilt. I Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer har strukturerad uppföljning till multidisciplinärt team en hög prioritet. Denna uppföljningsform är sällsynt och kommer behöva etableras inom svensk strokevård framöver.