

# Ett år efter stroke

Rapport från Riks-Stroke



1-årsuppföljning 2011

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

**RIKS-STROKE**  
The Swedish  
Stroke Register



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD</b> .....	3
<b>Huvudbudskap</b> .....	4
<b>1 Sammanfattning</b> .....	5
<b>2 Rapportens syfte</b> .....	6
<b>3 Att tolka uppgifter från Riks-Stroke 1-årsuppföljning</b> .....	7
3.1 Risk för feltolkningar.....	7
3.2 Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer .....	7
3.3 Bortfall kan ge osäkra data.....	7
3.4 Olika län har olika patientsammansättning .....	7
<b>4 Basuppgifter</b> .....	8
4.1 Deltagare.....	8
4.2 Bortfallsanalys .....	10
<b>5 Boende och funktion</b> .....	10
5.1 Boende.....	10
5.2 Rörlighet.....	11
5.3 Personlig ADL-förmåga.....	12
5.4 Hushålls-ADL/instrumentellt ADL .....	14
5.5 Beroende av anhöriga.....	16
<b>6 Hälsotillstånd</b> .....	17
6.1 Självpupplevt hälsotillstånd .....	17
6.2 Smärta.....	19
6.3 Nedstämdhet .....	21
<b>7 Insatser i sjukvård och tandvård</b> .....	24
7.1 Uppföljning i sjukvården .....	24
7.2 Rehabilitering.....	26
7.3 Hjälpmedel .....	27
7.4 Hemsjukvård .....	28
7.5 Rökning och rökstopp.....	29
7.6 Tandvård .....	31
<b>8 Insatser i socialtjänst och från andra samhällsorgan</b> .....	33
8.1 Bistånd från kommunen .....	33
8.2 Yrkesinriktad rehabilitering .....	36
<b>Appendix 1: Kort bakgrund</b> .....	39
<b>Appendix 2: Metoder</b> .....	40
<b>Appendix 3: Om Riks-Stroke</b> .....	40
<b>Referenser</b> .....	43

# FÖRORD

Det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke har sedan 1996 årligen presenterat rapporter om den svenska strokevårdens kvalitet. Dessa rapporter har omfattat vården under akutskedet och en uppföljning tre månader efter stroke.

Sedan 2009 har även rapporter med uppföljning 1 år efter strokeinsjuknandet publicerats. Fokus har då varit på kvaliteten i samhällets långsiktiga medicinska och sociala stöd för personer som haft stroke. Vi rapporterar nu Riks-Stroke's fjärde 1-årsrapport. Den gäller personer som insjuknade i stroke 2010 och som under 2011 rapporterade uppgifter till Riks-Stroke.

Denna rapport har tagits fram av Riks-Stroke's sekretariat och styrgrupp. Den är avsedd för patienter och deras anhöriga, beslutfattare i landsting, kommuner och privat verksamhet, de professioner i hälso- och sjukvård och socialtjänst som möter personer med stroke, vissa myndigheter samt för allmänheten. Med tanke på de breda målgrupperna har vi försökt hålla språket fritt från medicinska facktermer så långt det gått.

För Riks-Stroke's styrgrupp

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kjell Asplund', is enclosed in a thin black rectangular border.

Kjell Asplund  
ordförande

# HUVUDBUDSKAP

Riks-Stroke redovisar här en 1-årsuppföljning av dem som insjuknade i stroke under år 2010. En enkät har besvarats av 13 771 personer (80 % av de tillfrågade, en anmärkningsvärt hög svarsiffra).

Uppföljningen visar att vården och omsorgen i flera avseenden tycks fungera väl för dem som insjuknat i stroke. Mest gynnsamt är att andelen som anser att deras allmänna hälsotillstånd var gott eller ganska gott har ökat med 3-4 procentenheter jämfört med föregående år.

Men kartläggningen visar också att förbättringar behövs på en rad områden, som landstingen, kommunerna, privata vård- och omsorgsgivare och naturligtvis också enskilda patienter och anhöriga kan känna ansvar för och påverka..

## Landsting, kommuner och privata vård- och omsorgsgivare      Personer som haft stroke och deras anhöriga

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• De personer som insjuknat i stroke och är under 75 år upplever ofta att deras behov av hjälp och stöd inte är tillgodosedda. Det gäller bland annat rehabilitering (nära hälften) och hemtjänst (mer än var fjärde).</li></ul>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga återkommande rehabilitering! Efterfråga ny biståndsbedömning!</li></ul>              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• En femtedel har inte följts upp med läkarbesök under det senaste halvåret. Här finns stora skillnader över landet.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga läkarbesök för att följa upp riskfaktorer och komplikationer efter stroke!</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Var tionde strokepatient anser att man inte alls fått sitt behov av smärtlindring tillgodosett.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga smärtanalys och adekvat smärtlindring!</li></ul>                                     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Även om fler rökare nu erbjuds rökavvänjning, har fortfarande 60 % av rökarna inte erbjudits detta.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga hjälp med rökavvänjning!</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• När någon i familjen insjuknat i stroke, involveras också de anhöriga. Över hälften av de svarande uppger att de var helt eller delvis beroende av anhöriga för hjälp och stöd.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga anhörigstöd hos kommunen!</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• En tredjedel har inte besökt tandläkare/tandhygienist under senaste året. Andelen som har besökt tandläkare/tandhygienist har ändå ökat sedan föregående år. Man bör i strokevården ha rutiner för att påminna patient/anhörig om detta.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Efterfråga uppföljning hos tandläkare/tandhygienist!</li></ul>                                  |

# 1 SAMMANFATTNING

## Deltagande

- Ett år efter insjuknandet sändes en enkät till samtliga överlevande som under 2010 registrerats i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke i samband med akutskedet. Enkäten besvarades av 13 771 personer (svarsfrekvens 80 %, högre än tidigare). Av dessa svarade 61 % själva, medan resterande 39 % behövde assistans av närstående eller vårdpersonal med att svara.

## Boende och funktion

- Ett år efter strokeinsjuknandet vistades 66 % i eget boende utan kommunal hemtjänst, medan 20 % hade eget boende med kommunal hemtjänst och 14 % hade särskilt vårdboende.
- För många innebär stroke att förmågan att klara det dagliga livets aktiviteter (ADL) nedsätts kraftigt. Av de som insjuknat i stroke behövde 30 % hjälp av annan person för sitt personliga ADL (förflyttning, toalettbesök och/eller på- och avklädning). Betydligt högre andelar (57 %) behövde hjälp med hushålls-ADL (matinköp och städning). Skillnaderna i ADL-beroende var relativt små mellan länen.
- Stroke innebär ofta stor belastning på anhöriga. Bland män angav 50 % och bland kvinnor 63 % att de var beroende av hjälp och stöd från anhöriga. Detta innebär ändå en minskning med 2-3 procentenheter jämfört med föregående år.

## Hälsotillstånd

- Trots att man insjuknat i stroke, upplevde merparten (77 %; 2 procentenheter högre än föregående år) ändå sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller ganska gott, detta utan stora skillnader över landet.
- 21 % uppgav att de ofta eller ständigt hade smärta och 16 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda. Detta är 2 procentenheter lägre än föregående år. Andelarna med smärta och nedstämdhet var högre bland kvinnor än bland män.

## Insatser i sjukvård och tandvård

- Av de svarande hade 20 % inte varit på läkarbesök under det senaste halvåret, medan få (7 %) inte fått sitt blodtryck mätt någon gång under det år som gått efter strokeinsjuknandet. Andelen utan läkarbesök varierade mellan länen från 15 % till 28 %.
- Av de som uppgav sig ha haft behov av rehabilitering ansåg 13 % att de inte alls och 29 % att de bara delvis hade fått sina behov tillgodosedda (oförändrat jämfört med föregående år). Variationerna var stora mellan länen (spann 39-63 %).
- I samtliga län var andelen som uppgav att de inte alls fått sina behov av hjälpmedel tillgodosedda låg (0-4 %), liksom andelen som inte alls fått sina behov av hemsjuksjukvård tillgodosedda (3-4 %).
- Andelen som uppgav att de ofta eller ständigt hade smärta och inte alls fått sina behov av smärtlindring tillgodosedda var 14 % med små variationer över landet. Andelen var särskilt hög hos män under 75 år.
- Av de personer som ofta eller ständigt kände sig nedstämda hade 49 % inte läkemedel mot nedstämdhet.
- Av de som var rökare vid strokeinsjuknandet var 57 % fortfarande rökare 1 år efter insjuknandet. Av rökarna uppgav 39 % att de fått erbjudande om rökavvänjning; andelen är visserligen låg men avsevärt högre än föregående år. Både beträffande erbjudande om rökavvänjning och faktiskt rökstopp fanns stora variationer mellan länen.
- Stroke medför ofta problem med tänder och munhåla. Av de svarande uppgav 66 % att de under det senaste året haft kontakt med tandläkare eller tandhygienist, en liten uppgång jämfört med föregående år. Andelen utan sådan kontakt var särskilt hög bland äldre kvinnor och i norra Sverige.

## Insatser från socialtjänst och andra samhällsorgan

- Totalt hade 46 % (38 % av männen, 55 % av kvinnorna) ansökt om och erhållit bistånd från kommunen, exempelvis hemtjänst. Könsskillnaden förklaras av att det finns betydligt fler kvinnor i höga åldrar.
- Mer än var fjärde (26 %) uppgav att de bara delvis eller inte alls fått sina behov av hemtjänst i form av personlig vård (som hjälp vid på- och avklädning och toalettbesök) tillgodosedda.
- Genomgående var det fler bland äldre personer med stroke ( $\geq 75$  år) som hade omfattande hjälpbehov, samtidigt som de var mer tillfreds med vård och service. I gruppen under 75 år var det inte lika många med omfattande hjälpbehov, men de var mindre tillfreds med vård och service.

- Av de som deltog i 1-årsuppföljningen hade 27 % förvärvsarbete vid insjuknandet i stroke. Av dessa hade 45 % återgått i arbete, helt eller delvis (en ökning med 4 procentenheter jämfört med föregående år).

## Riks-Stroke 1-årsdata ger inte hela bilden

- Riks-Stroke enkät ger en ögonblicksbild 1 år efter strokeinsjuknandet. Ska man få en totalbild över följderna av stroke för individen, anhöriga, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så måste man lägga till konsekvenserna/insatserna för de personer som insjuknat i stroke före 2010 och som fortfarande lever med sena följder av insjuknandet.

## 2 RAPPORTENS SYFTE

Riks-Stroke är ett verktyg för kontinuerlig kvalitet-sutveckling av svensk strokevård. Vi redovisar öppna jämförelser mellan landsting och sjukhus av strokevårdens innehåll och resultat gentemot allmänhet, patienter, professioner och beslutfattare. Riks-Stroke tjänar också som uppföljningsinstrument för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård.

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

- Att kartlägga och därmed synliggöra de behov som strokepatienterna har efter de första tre månaderna, dvs. efter akutskedet och de tidiga rehabiliteringsinsatserna, då man vanligen har god tillgång till både akutsjukvård och rehabiliterings-

team. Genom att göra uppföljningen efter ett år ökar möjligheten för kommuner och landsting att uppmärksamma och åtgärda också kvarstående behov av rehabilitering och anhörigstöd.

- Att på nationell, regional och länsnivå redovisa kvaliteten i samhällets stödinsatser för personer som insjuknat i stroke. Detta innefattar insatser i hälso- och sjukvården, vissa primärkommunala insatser och den yrkesinriktade rehabiliteringen.

I Appendix 1 ges en kort bakgrund till rapporten. Appendix 2 ger en metodbeskrivning, medan Riks-Stroke beskrivs i Appendix 3. Mer utförlig information finns tillgänglig på Riks-Stroke hemsida [www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org).

Riks-Stroke 1-årsrapport vänder sig till en bred målgrupp: personer som haft stroke och deras anhöriga, beslutfattare i landsting, kommuner och privat verksamhet, de professioner i hälso- och sjukvård och socialtjänst som möter personer med stroke samt vissa myndigheter

# 3 ATT TOLKA UPPGIFTER FRÅN RIKS-STROKES 1-ÅRSUPPFÖLJNING

## 3.1 Risk för feltolkningar

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

Här redovisar vi några av de punkter man bör ha i åtanke när Riks-Stroke data tolkas. Den som önskar en mer utförlig genomgång av fallgropar vid tolkningen av data och hur man undviker dem hänvisas till en artikel publicerad 2008 av medarbetare i Riks-Stroke<sup>1</sup>.

Under varje avsnitt ger vi tolkningsanvisningar, där vi bl a tar upp de risker för feltolkningar som kan finnas.

## 3.2 Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer

När antalet personer som berörs är litet kan slumpen göra att siffrorna inte blir helt rättvisande. Därför finns en tendens att små län ofta hamnar i toppen eller i botten i jämförelserna.

## 3.3 Bortfall kan ge osäkra data

När en stor andel av de personer som insjuknat i stroke inte besvarar 1-årsenkäten finns det en risk att rapporten inte ger en rättvisande bild av kvaliteten på olika stödinsatser. Bortfallsvariationerna är emellertid måttliga (se nedan), så denna faktor spelar ingen avgörande roll för jämförelserna mellan länen.

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

## 3.4 Olika län har olika patient-sammansättning

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

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

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

## 4 BASUPPGIFTER

### 4.1 Deltagare

Under 2010 registrerades i Riks-Stroke 25 559 strokeinsjuknanden. Totalt avled 6 497 patienter under första året efter stroke (en del med mer än ett strokeinsjuknande under året). Enkäten skickades därför ut till 16 895 patienter som överlevde det första året efter stroke.

Antalet patienter som svarat på 1-årsenkäten är 13 771 över hela riket. Det innebär en svarsfrekvens på 80 %, en uppgång jämfört med föregående år

(78 %). Eftersom samma datainsamlingsmetod använts för alla patienterna, skiljer sig inte andelen uppföljda patienter mycket mellan olika län (tabell 1). Högst var svarsfrekvensen i Jämtland och Västerbotten (85 %), och lägst i Stockholms län (76 %). Svarsfrekvensen 80 % är lägre än vid 3-månadersuppföljningen (88 %), där data inhämtas av sjukhusen själva och sedan rapporteras till Riks-Stroke.

**Tabell 1.** Antal personer som 2010 registrerats i Riks-Stroke, andelar uppföljda 3 månader och 1 år efter insjuknandet samt andel 85 år och äldre.

Län	Population*	Uppföljda 3 månader**	Uppföljda 1 år**	>= 85 år
Blekinge	447	71	82	20
Dalarna	957	90	82	23
Gotland	180	98	83	23
Gävleborg	936	87	81	22
Halland	797	95	81	24
Jämtland	389	95	85	27
Jönköping	960	91	78	24
Kalmar	792	92	82	18
Kronoberg	434	99	81	23
Norrbottn	745	86	83	19
Skåne	3383	93	80	23
Stockholm	4641	81	76	23
Södermanland	794	92	84	18
Uppsala	783	99	78	22
Värmland	919	89	80	24
Västerbotten	762	88	85	23
Västernorrland	776	79	81	21
Västmanland	728	93	81	23
Västra Götaland	4215	85	81	24
Örebro	879	89	81	22
Östergötland	1042	91	80	21
<b>Riket</b>	<b>25559</b>	<b>88</b>	<b>80</b>	<b>22</b>

\* antal personer som 2010 registrerats i Riks-Stroke

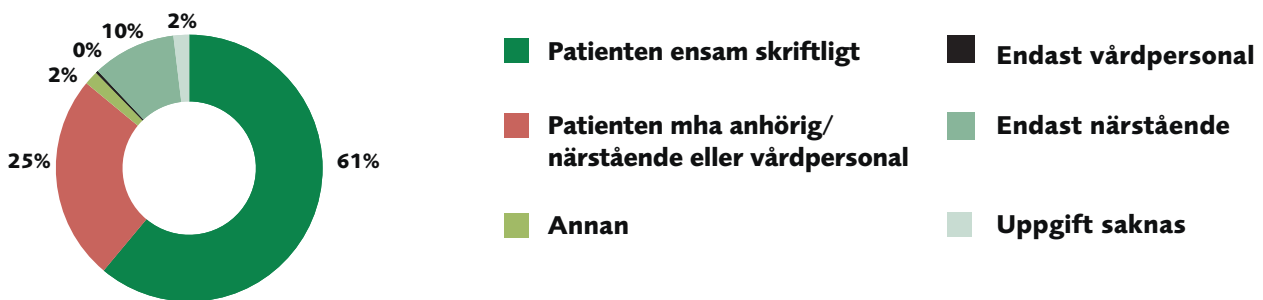
\*\* beräknad andel av samtliga strokepatienter som registrerats i Riks-Stroke i akutskedet och som överlevt 3 respektive 12 månader efter insjuknandet.



De som svarat på enkäten var till 61 % patienterna själva (figur 1). Om man till den siffran lägger till dem som fått hjälp att svara på enkäten är man uppe i 86 %. I endast 12 % av fallen hade någon annan svarat på enkäten för patientens räkning. När någon annan än patienten själv svarat, kan förstås många av svaren på frågorna färgas av den personens åsikt.

Man bör ta hänsyn till skillnader i åldersfördelning, särskilt då andelen riktigt gamla, när utfallsparametrarna tolkas. I riket som helhet var 22 % av de svarande 85 år eller äldre (tabell 1). Variationerna mellan landstingen är dock måttliga (18-27 %). Det fanns en liten övervikt för män bland de svarande, 53,5 % mot 46,5 % kvinnor. Medelåldern var 74,5 år (72,7 år hos män, 76,5 år hos kvinnor).

## Vem som svarat på enkäten



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

## Tolkningsanvisningar

- Att helt eller delvis behöva hjälp med att svara på enkäten kan tyda på nedsatta kognitiva funktioner.

- Variationerna i svarsfrekvens mellan olika delar av landet är relativt små och kan inte nämnvärt påverka jämförelserna i denna rapport.

## Slutsatser

- Andelen svarande är mycket hög i jämförelse med andra enkätstudier. Strokepatienter och deras närstående har stort engagemang i arbetet med att utveckla strokevårdens kvalitet.

- Andelen som helt eller delvis behöver hjälp med att svara på enkäten är i samma storleksordning som andelen med demens 1 år efter stroke (27 %)<sup>2</sup>.

## 4.2 Bortfallsanalys

Medelåldern var densamma för de som svarat respektive inte svarat på Riks-Stroke 1-årsenkät (tabell 2). Svarefrekvensen var något högre bland män än bland kvinnor. Bland de med svårt strokeinsjuknande (medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhus) var svarefrekvensen lägre än bland de med mindre svårt insjuknande (ingen medvetande-

sänkning), men den var ändå så hög som 71 %. Eftersom patienterna med sänkt medvetandegrad vid insjuknandet i högre grad avled under det första året efter stroke – de utgör endast 8 % av patienterna i 1-årsuppföljningen – påverkar detta utfallsparametrarna (t ex rörlighet, ADL-förmåga, hälsotillstånd) i mycket begränsad utsträckning.

*Tabell 2. Jämförelse mellan svarande och icke-svarande på Riks-Stroke 1-årsenkät.*

	Svarande			Icke-svarande		
	Medel	Antal	Andel	Medel	Antal	Andel
Ålder	74 år			74 år		
Män		7363	80,8%		1748	19,2%
Kvinnor		6408	78,9%		1710	21,1%
Medvetandesänkt vid insjukn.		1035	71,4%		415	28,6%
Fullt vaken vid insjukn.		12649	80,7%		3020	19,3%

## Slutsatser

- Bortfallet är lägre än i de flesta andra enkätuppföljningar.
- Det finns inga större skillnader i ålders- eller könsfördelning mellan de som svarat respektive inte svarat.

- Eftersom patienterna med sänkt medvetandegrad vid insjuknandet i högre grad avled under det första året efter stroke – de utgör endast 8 % av patienterna i 1-årsuppföljningen – påverkar detta utfallsparametrarna (t ex rörlighet, ADL-förmåga, hälsotillstånd) i mycket begränsad utsträckning.

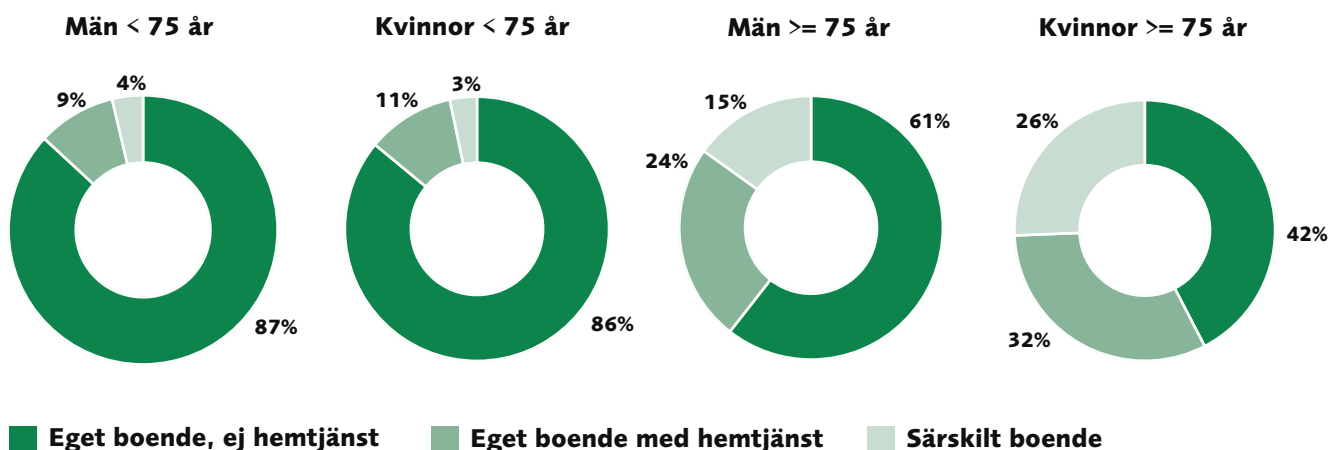
## 5 BOENDE OCH FUNKTION

### 5.1 Boende

Ett år efter insjuknandet vistades totalt 66 % i eget boende utan kommunal hemtjänst, och 20 % hade eget boende med kommunal hemtjänst, medan 14 % hade särskilt vårdboende.

Som visas i figur 2, var det stor skillnad i boende mellan åldersgrupperna och mellan könen. Av kvinnorna 75 år och äldre hade endast 42 % eget boende utan hemtjänst (jämfört med 61 % av männen 75 år och äldre).

## Boende



Figur 2. Andel i olika typer av boende 1 år efter strokeinsjuknandet, uppdelat på åldersgrupp och kön.

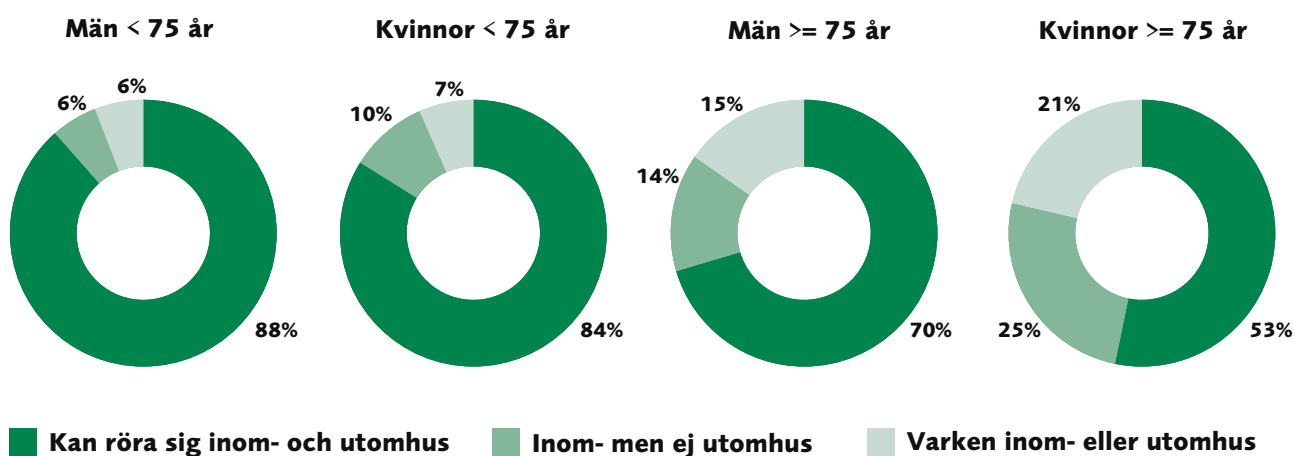
## 5.2 Rörlighet

Rörligheten påverkas ofta efter stroke på grund av förlamning eller balans- och koordinationsrubblningar. Vid insjuknandet var 94 % oberoende av hjälp av annan person vid förflyttning både utomhus och inomhus, 4 % behövde hjälp utomhus men klarade sig själva inomhus och 2 % behövde hjälp både utomhus och inomhus. Ett år efter stroke var fördelningen 73, 14 och 13 % Dessa andelar var i

stort sett oförändrade sedan föregående år.

Andelen som behövde annan hjälp av annan person för sin förflyttning var kraftigt åldersberoende. Särskilt hög var den bland kvinnor 75 år och äldre, där nästan varannan behövde hjälp åtminstone för förflyttning utomhus (figur 3).

## Rörlighet



Figur 3. Andel som behöver hjälp av annan person vid förflyttning inomhus respektive utomhus 1 år efter strokeinsjuknandet.

## Tolkningsanvisningar

- Andelen som behöver hjälp med förflyttning 1 år efter stroke är till största delen en följd av själva strokeinsjuknandet (eller återinsjuknande), men också frakturer, tilltagande artros m m kan bidra.

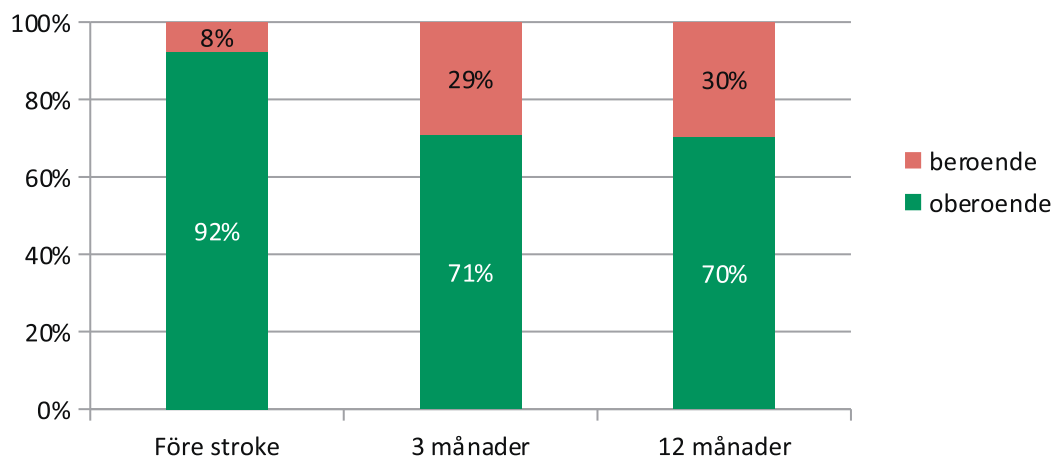
## Slutsatser

- Andelen som behöver hjälp vid förflyttning är lika hög 1 år efter stroke som 3 månader efter stroke. Det är möjligt att minskade rehabiliteringsinsatser efter akutskedet kan bidra till att man inte fortsätter att förbättras i sin rörlighet.
- Andelen med behov av hjälp med förflyttning är särskilt hög bland kvinnor 75 år och äldre.

### 5.3 Personlig ADL-förmåga

På/avklädning och toalettbesök är exempel på viktiga personliga dagliga aktiviteter som efter biståndsbedömning ingår i den kommunala hemtjänstens insatser för personlig vård. I riket var 70 % oberoende i personligt ADL 1 år efter stroke av de som var oberoende innan insjuknandet. Andelen var i stort sett densamma som 3 månader efter strokeinsjuknandet (figur 4).

#### Andel oberoende i personligt ADL

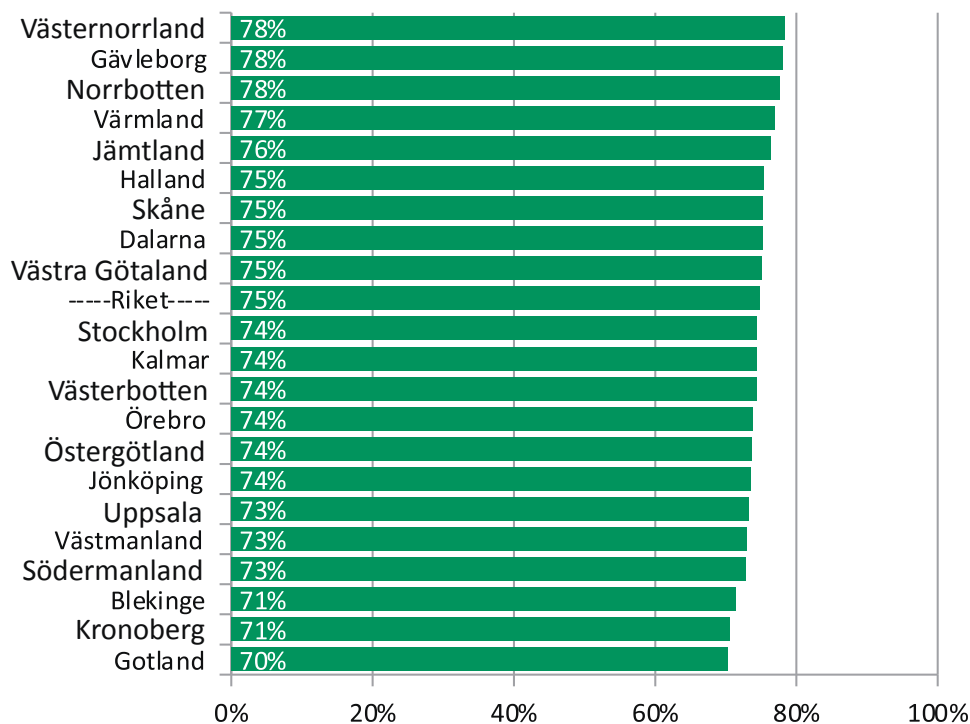


**Figur 4.** Andel av de svarande som oberoende av hjälp från andra personer kunde klara av- och påklädning och toalettbesök före strokeinsjuknandet samt 3 månader och 12 månader efter insjuknandet

Även efter justering för skillnader i köns- och ålderssammansättning och strokeinsjuknandets svårighetsgrad fanns det en viss variation mellan

landstingen, från endast drygt 70 % på Gotland och i Kronoberg till över 78 % i Västernorrland och Gävleborg (figur 5).

## Oberoende i personligt ADL



**Figur 5.** Andel av de svarande som oberoende av hjälp från andra personer kunde klara av- och påklädning och toalettbesök. Data är justerade för skillnader i köns- och åldersfördelning och för strokeinsjuknandets svårighetsgrad länsvis.

## Tolkningsanvisning

- Det är ofta beroendet av hjälp vid toalettbesök som medför behov av vårdboende.

## Slutsats

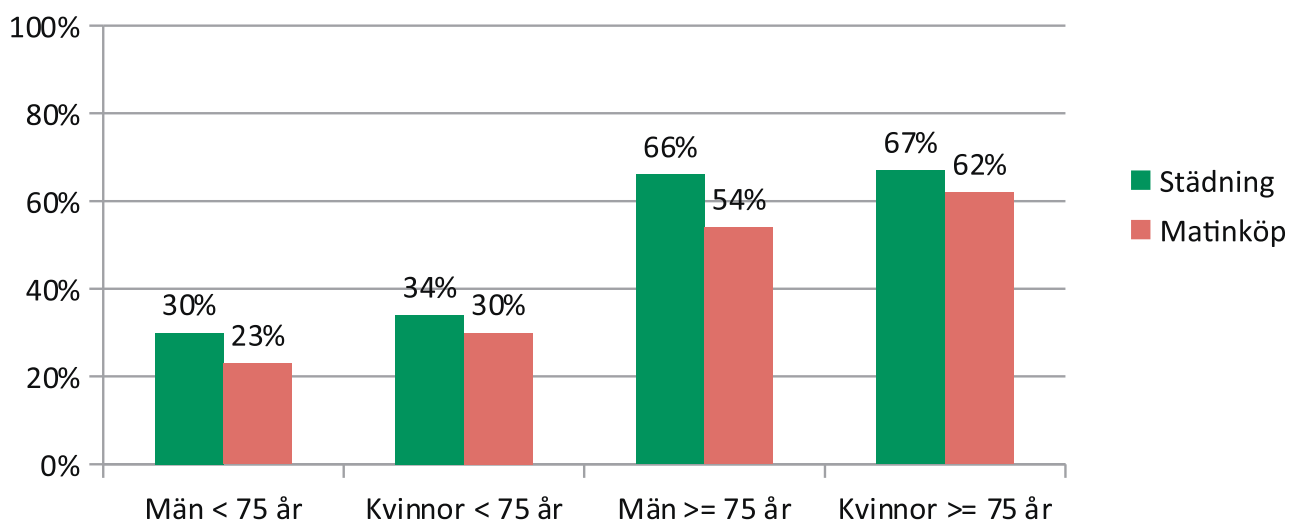
- Ett år efter stroke har tre personer av tio fortfarande så uttalad funktionsnedsättning att han/hon är beroende av hjälp från andra personer för det dagliga livets aktiviteter.

## 5.4 Hushålls-ADL/instrumentellt ADL

Matinköp och städning är exempel på dagliga aktiviteter som många behöver hjälp med och som ingår i den kommunala hemtjänstens service efter biståndsbedömning. De kallas också hushålls-ADL eller instrumentellt ADL. Om man är oberoende av hjälp med hushålls-ADL är man i allmänhet oberoende även i personligt (primärt) ADL. Därför har vi valt att redovisa den andel som är oberoende i såväl personligt ADL som hushålls-ADL.

Andelen som var oberoende i både personligt ADL och hushålls-ADL beräknades för samtliga överlevande ett år efter stroke, dvs. både de som hade eget och särskilt boende. Andelen var 42,7 % för riket. Detta innebär en fortsatt långsamt ökning över tid (4 procentenheter under en 2-årsperiod). Som framgår av figur 6, ökade andelen beroende i hushålls-ADL markant med åldern. Genomgående var det fler män än kvinnor som var beroende av andra för att klara sitt hushålls-ADL.

### Hushålls ADL, antal beroende

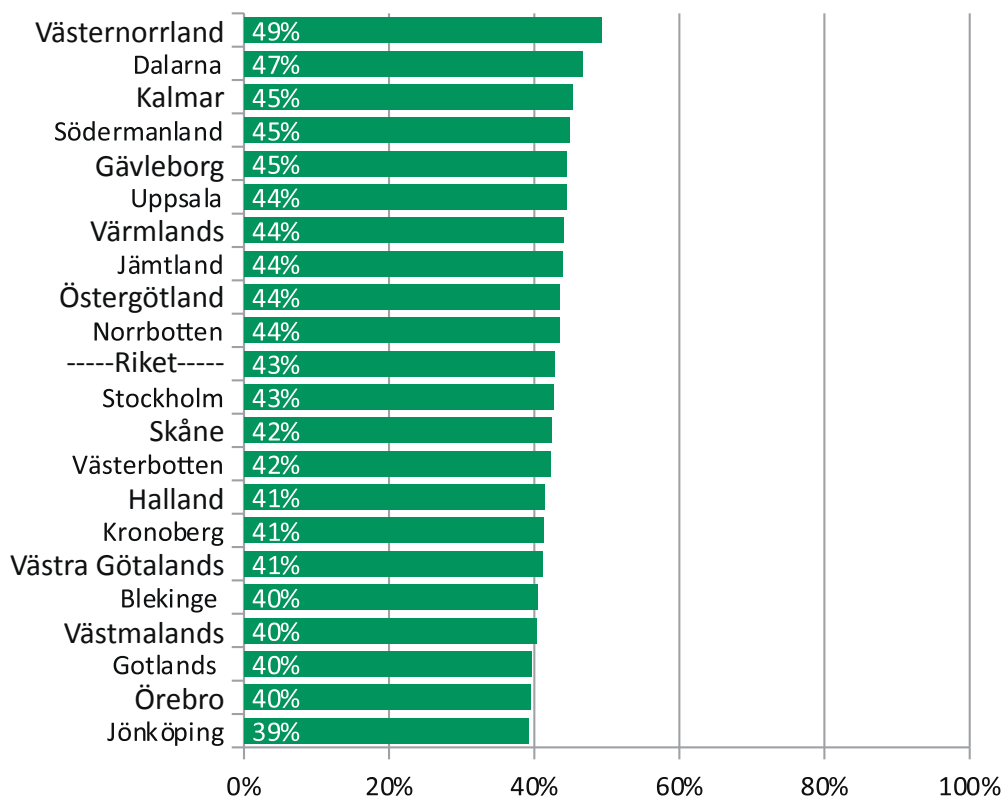


**Figur 6.** Andel av de svarande som är beroende av hjälp från andra personer med hushålls-ADL av de som var ADL-oberoende innan insjuknandet, uppdelat på kön och åldersgrupp.

Andelen som var oberoende av andra i personlig ADL och hushålls-ADL varierade mellan 49 % i

Västernorrland till 39 % i Jönköping, Örebro och Gotland (figur 7).

## Oberoende i personligt ADL och hushålls ADL



**Figur 7.** Andel av de svarande som oberoende av hjälp från andra personer kunde klara både personligt ADL och hushålls-ADL (matinköp och städning), länsvis.

## Tolkningsanvisning

- Förmågan att klara hushålls-ADL har åtminstone tidigare varit genusstyrkt - kvinnor i parförhållanden har ofta utfört dessa aktiviteter. Idag håller detta på att förändras bland annat genom att antalet ensamhushåll ökar.

## Slutsats

- Andelen oberoende i personlig ADL och hushålls-ADL-förmåga 1 år efter strokeinsjuknandet har ökat från 39 % 2009 till närmare 43 % år 2011.

## 5.5 Beroende av anhöriga

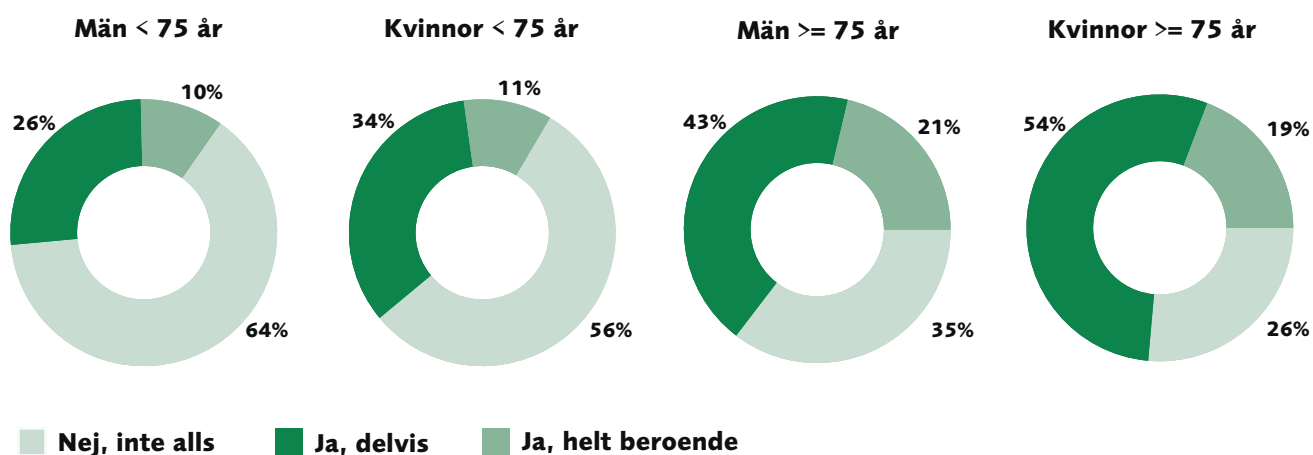
Av samtliga personer som haft stroke, uppgav 16 % att de var helt beroende och 40 % att delvis var beroende av stöd från anhöriga. I absoluta tal innebär det 2 111 personer som var helt och 5 838 som var delvis beroende av stöd från anhöriga ett år efter stroke.

Jämfört med föregående år, har andelarna som helt eller delvis behöver stöd från anhöriga minskat

med 2 procentenheter hos män och 3 procentenheter hos kvinnor.

Som förväntat och som framgår av figur 8 ökar behovet av anhörigstöd med åldern. Både under och över 75 år uppger fler kvinnor än män behov av anhörigstöd efter stroke. Bland kvinnor 75 år och äldre säger sig fyra av fem behöva stöd helt eller delvis från anhöriga.

### Beroende av anhöriga



*Figur 8. Andel som anger sig vara helt eller delvis beroende av stöd från anhöriga för män och kvinnor under respektive över 75 år.*

### Tolkningsanvisning

- I Riks-Stroke's enkät lyder den enkla frågan: ”Är du idag beroende av hjälp/stöd av anhörig/närstående?” Detta kan innebära att den som svarar avser både praktisk hjälp och socialt stöd.

### Slutsats

- Behovet av anhörigstöd är stort ett år efter stroke, särskilt då hos personer 75 år och äldre.

- Kvinnor uppger sig oftare än män vara beroende av anhörigas stöd. Till detta bidrar säkert att kvinnor oftare än män har ett svårt strokeinsjuknande och att de därför oftare än män har nedsatt funktion (ADL-beroende) efter stroke.
- Andelen som uppger sig ha behov av stöd från anhöriga har minskat med 2-3 procentenheter jämfört med föregående år.



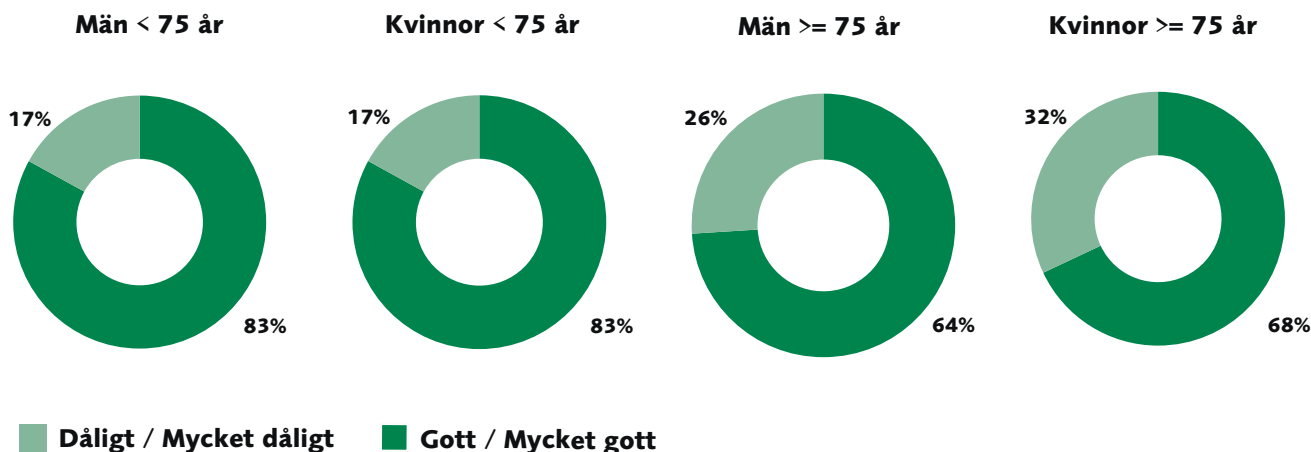
## 6. HÄLSOTILLSTÅND

### 6.1 Självupplevt hälsotillstånd

Merparten av de svarande uppgav att de 1 år efter sitt strokeinsjuknande upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott. Riksgenomsnittet var 77 % med en något högre andel bland män (79 %) än bland kvinnor (74 %) – jämfört med föregående år var dessa andelar 3-4 procentenheter högre för båda könen.

Bland personer under 75 år fanns ingen könsskillnad. Personer 75 år och äldre hade genomgående sämre självupplevt hälsotillstånd. I denna åldersgrupp var det avsevärt fler kvinnor än män som ansåg att allmäntillståndet var dåligt eller mycket dåligt (figur 9).

### Självupplevt allmäntillstånd

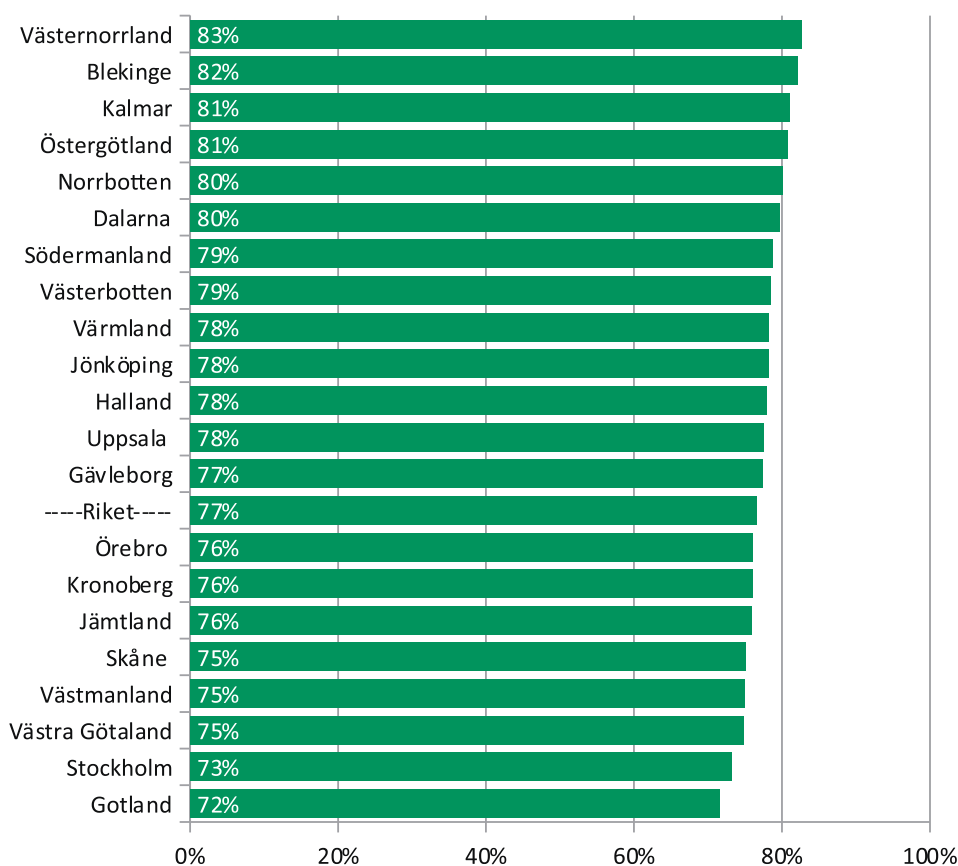


*Figur 9. Andel av de svarande som uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, uppdelat på kön och åldersgrupp.*

Det fanns måttliga skillnader mellan landstingen. Allra högst var andelen i Västernorrland (83 %) och Blekinge (82 %). Lägsta andelen med gott eller mycket gott hälsotillstånd (72-73 %) rapporterade

personer från Gotlands och Stockholms län (figur 10). Största förbättringarna (>=5 procentenheter) mellan 2010 och 2011 rapporterades från Blekinge, Kalmar och Östergötland.

## Gott eller mycket gott självupplevt allmäntillstånd



Figur 10. Andel av de svarande som uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, länsvis.

## Tolkningsanvisningar

- Självskattat hälsotillstånd är nära knutet till ADL-förmåga och dessa båda variabler ger olika aspekter på gott eller dåligt utfall: självupplevt hälsotillstånd avspeglar patientens upplevelse, ADL-förmågan ger en mer ”objektiv” beskrivning av funktionen.
- Ökningen av andelen med gott hälsotillstånd kan, åtminstone delvis, bero på en högre svarsfrekvens jämfört med föregående år.
- På grund av lågt antal personer kan de slumpmässiga variationerna vara stora för Gotlands del – föregående år låg man i toppen, nu i botten i denna jämförelse. För större län är andelarna mer robusta.

- Denna resultatindikator kan påverkas av sjukvårdens insatser under akutskedet och efter utskrivning från sjukhus men också av stödet från närstående och samhället. Förväntningar spelar in liksom socioekonomiska förhållanden. Behovet av anhörigstöd är stort ett år efter stroke, särskilt då hos personer 75 år och äldre.

## Slutsats

- I många län har det självskattade hälsotillståndet förbättrats påtagligt.

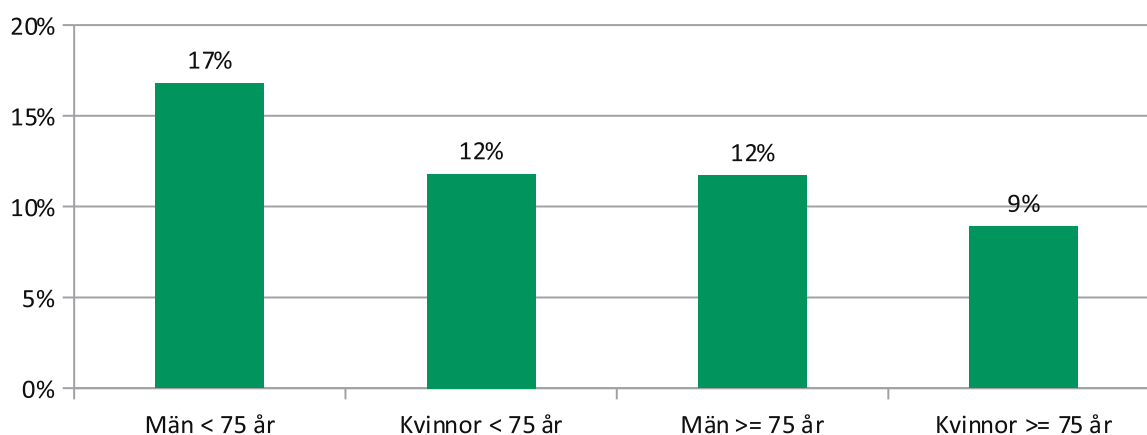
## 6.2 Smärta

Smärta hos patienter som haft stroke kan ha många olika orsaker. Det är vanligt att smärtan kommer från leder och muskler (till exempel om man inte kan röra armen normalt), men ibland kan smärtan vara central och bero på en skada av smärt- och känselbanor i hjärnan. Ängest, nedstämdhet och fysisk inaktivitet sänker smärttröskeln. Många som haft stroke kan också ha smärta på grund av sjukdomar eller skador som inte har med själva strokeinsjuknandet att göra, eftersom olika typer av smärta är ganska vanligt i den äldre befolkningen. Vad som än orsakar smärtan kan den kraftigt påverka livskvaliteten. Adekvat smärtlindring är därför en angelägen uppgift för sjukvården.

Av de som deltog i 1-årsuppföljningen angav 21 % att de ofta eller ständigt upplevde smärta. Andelen var oförändrad jämfört med föregående år. Variationerna mellan länen var måttliga (18-24 %) med undantag för Kronoberg där en lägre andel (14 %) rapporterade smärta ofta eller ständigt.

Av de som angav att de ofta eller ständigt hade smärta tyckte 32 % att de fått sina behov av smärtlindring helt tillgodosedda, medan ytterligare 56 % ansåg behovet vara delvis tillgodosett. Andelen som upplevde sina behov av smärtlindring inte alls var tillgodosedda var högre bland män än bland kvinnor och högre bland personer under jämfört med personer 75 år och äldre (figur 11).

### Behov av smärtlindring som upplevts inte alls ha tillgodosetts

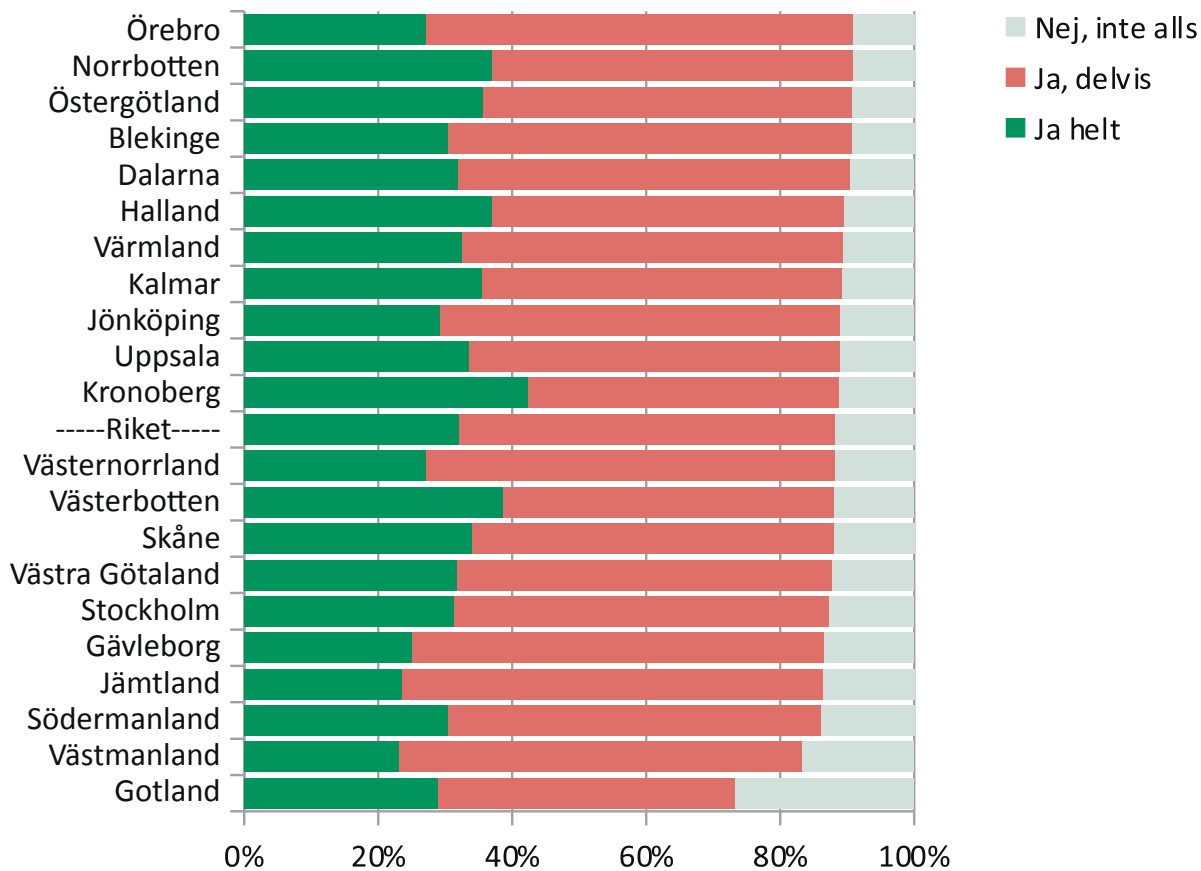


**Figur 11.** Andelen av de personer som uppgav sig ofta eller ständigt ha smärta som uppgivit att deras behov av smärtlindring inte alls tillgodosetts, uppdelat på kön och åldersgrupper.

Andelen med helt eller delvis tillgodosedda behov av smärtlindring var likartad över landet (figur 12;

siffrorna för Gotland osäkra på grund av litet antal individer med smärta).

## Tillgodosedda behov av smärtlindring



**Figur 12.** Andelen av de personer som uppgav sig ofta eller ständigt ha smärta som uppgivit att deras behov av smärtlindring tillgodosetts, länsvis.

### Tolkningsanvisningar

- Andelen som uppger sig ofta eller ständigt ha smärta är ett relativt robust mått.
- Däremot blir andelarna med tillfredsställda behov av smärtlindring mer osäkra i de mindre länen/landstingen, detta på grund av låga tal i gruppen med smärta.

### Slutsats

- Drygt var tionde person med smärta uppger sig inte alls ha fått sina behov av smärtlindring tillgodosedd. För många av dessa personer finns utrymme för kvalitetsförhöjande insatser genom bättre behandling av smärtan. En särskilt riskgrupp för underbehandling tycks vara män under 75 år.

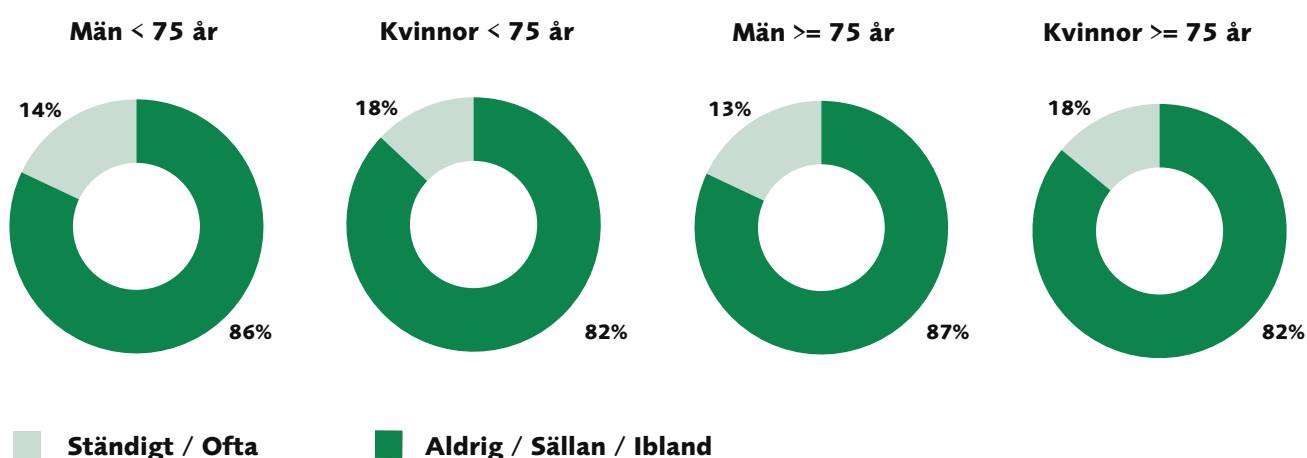
## 6.3 Nedstämdhet

Depression är vanligt efter stroke. Det kan handla om en direkt konsekvens av hjärnskadan (vissa skadelokalisationer följs oftare än andra av depression), dels om en reaktion på funktionsnedsättning och förändrade livsvillkor. Så kallad post-stroke depression är bara delvis behandlingsbar.

Riks-Stroke's enkla fråga om hur ofta man känner sig nedstämd har visat en någorlunda god sam-

stämmighet med mer avancerade instrument att bedöma om en depression föreligger eller inte. Av männen uppgav 14 % och av kvinnorna 18 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda. Hos båda könen förekom nedstämdhet i samma omfattning i åldrar under respektive över 75 år (figur 13).

### Nedstämdhet

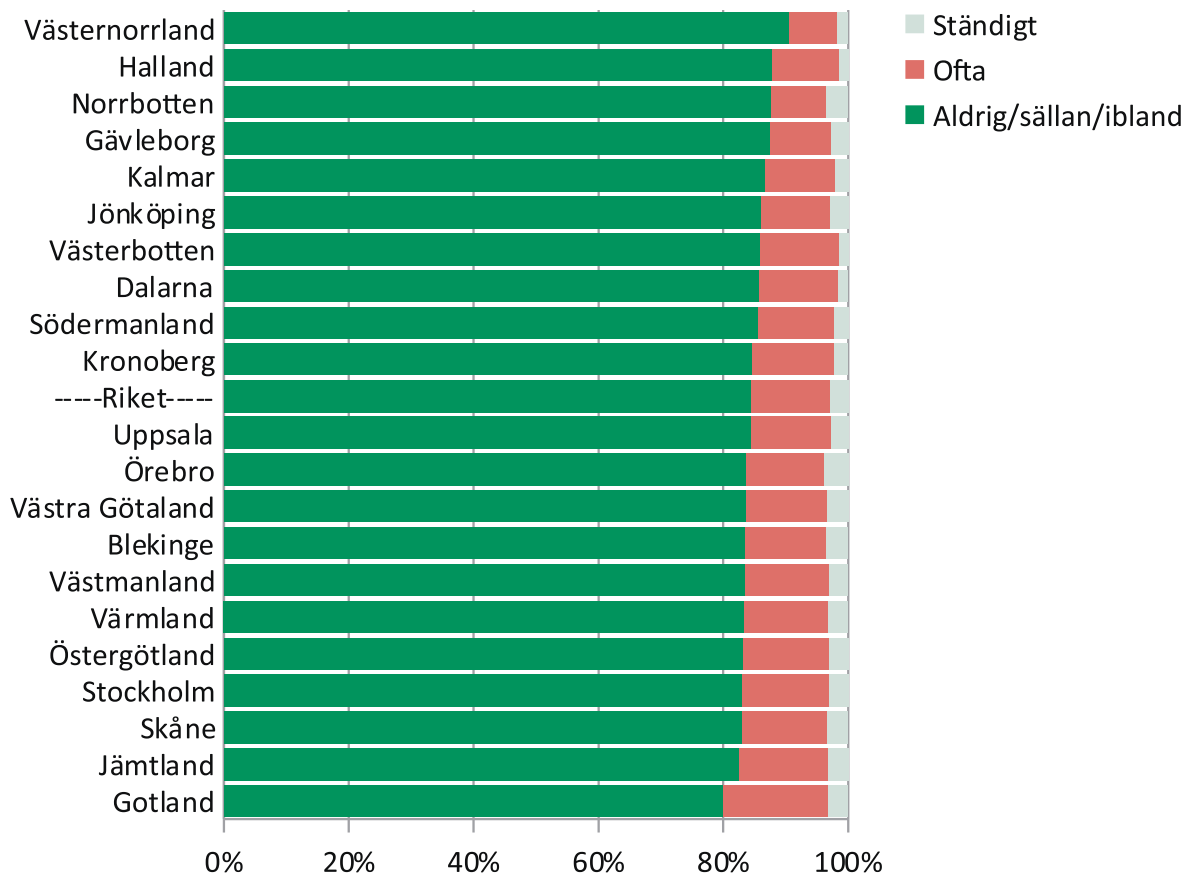


*Figur 13. Andel som valt olika svarsalternativ på frågan "Känner du dig nedstämd?", uppdelat på kön och åldersgrupp.*

Andelen som rapporterade att de ofta eller ständigt var nedstämda var påfallande lika (12-17 %) mellan länen, detta med två undantag:

I Västernorrland var andelen 9 %, medan den på Gotland var 20 % (figur. 14).

## Nedstämdhet

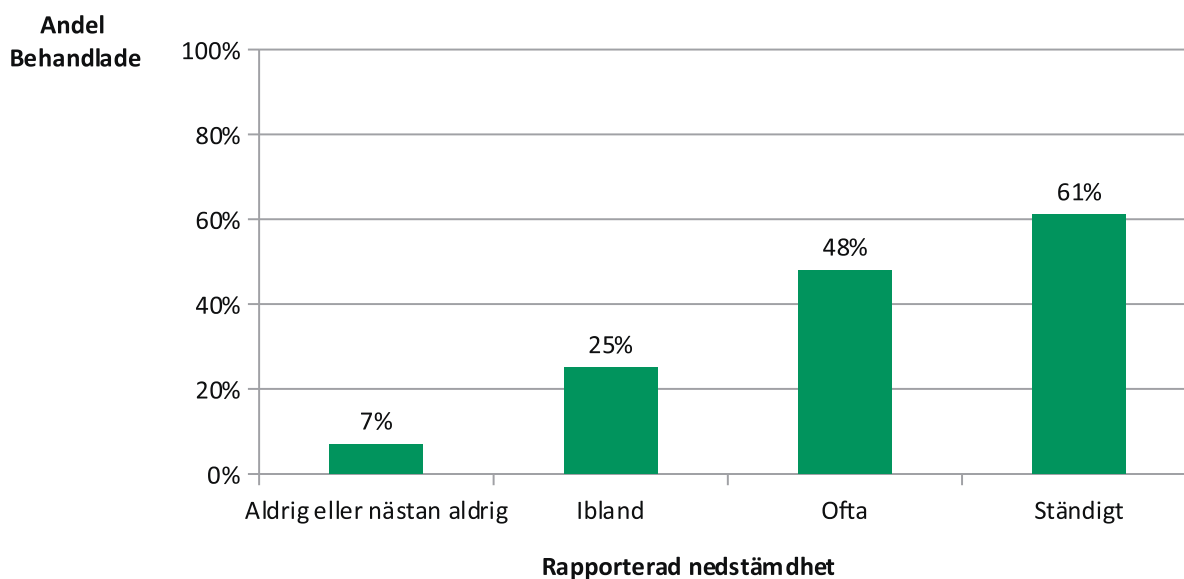


**Figur 14.** Andel som valt olika svarsalternativ på frågan "Känner du dig nedstämd?", länsvis.

Det fanns, som förväntat ett nära samband mellan självupplevd nedstämdhet och behandling med antidepressiva läkemedel (figur 15). Hos de som

ständigt upplevde sig vara nedstämda, hade 61 % läkemedelsbehandling för depression.

## Behandling med antidepressiva läkemedel i förhållande till rapporterad nedstämdhet



**Figur 15.** Andel som medicinerar med läkemedel mot depression i förhållande till hur de svarat på frågan "Känner du dig nedstämd?"

Av de som ständigt eller ofta kände sig nedstämda medicinerade 51 % med läkemedel mot sin nedstämdhet. I de flesta län/landsting låg andelen mellan 45 och 61 %, men en lägre andel rapporterades av patienter i Kalmar län (40 %), Uppsala län (41 %) och Södermanland (42 %).

### Tolkningsanvisning

- Att personer som ofta eller ständigt känner sig nedstämda inte behandlas med läkemedel mot depression kan bero på (a) att rapporterad nedstämdhet behöver inte vara liktydigt med klinisk depression, (b) att det finns kontraindikationer mot läkemedel eller biverkningar, (c) att behandlingsförsök gjort men visat sig vara utan gynnsam effekt, eller (d) att underbehandling förekommer.

- I många län har det självskattade hälsotillståndet förbättrats påtagligt.

### Slutsatser

- Det är betydligt vanligare att kvinnor som insjuknat i stroke, jämfört med män, upplever att de ofta eller ständigt är nedstämda. Liknande könsskillnader finns även i den allmänna befolkningen.
- Cirka hälften av de som uppger sig ofta eller ständigt vara nedstämda har läkemedel mot nedstämdhet. Kontraindikationer eller utebliven effekt kan ligga bakom att andelen inte är högre.

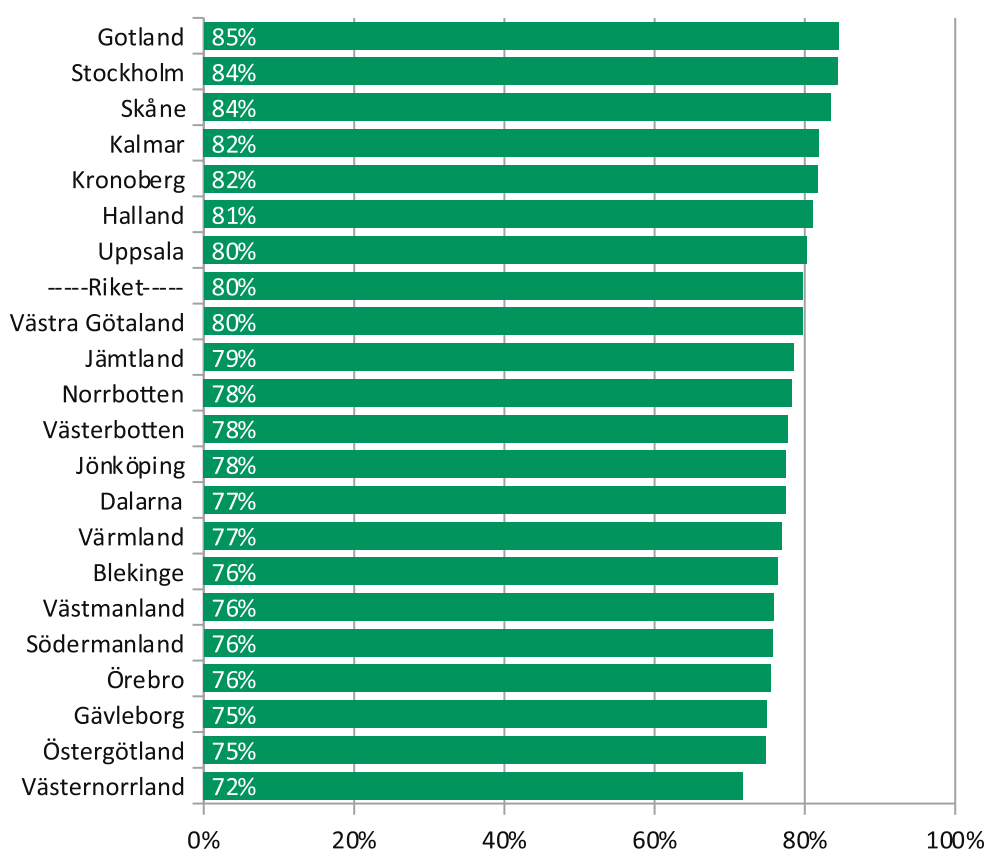
## 7. INSATSER I SJUKVÅRD OCH TANDVÅRD

### 7.1 Uppföljning i sjukvården

Av de som deltog i 1-årsuppföljningen angav 20 % att de under det senaste halvåret inte varit på läkarbesök. Andelen är oförändrad jämfört med föregående år.

Liksom föregående år, hade personer på Gotland, i Stockholm och Skåne de största möjligheterna att få återbesök hos läkare (84-85 %), medan möjligheterna var tydligt mindre i Västernorrland (72 %) (figur 16).

#### Läkarbesök under senaste halvåret



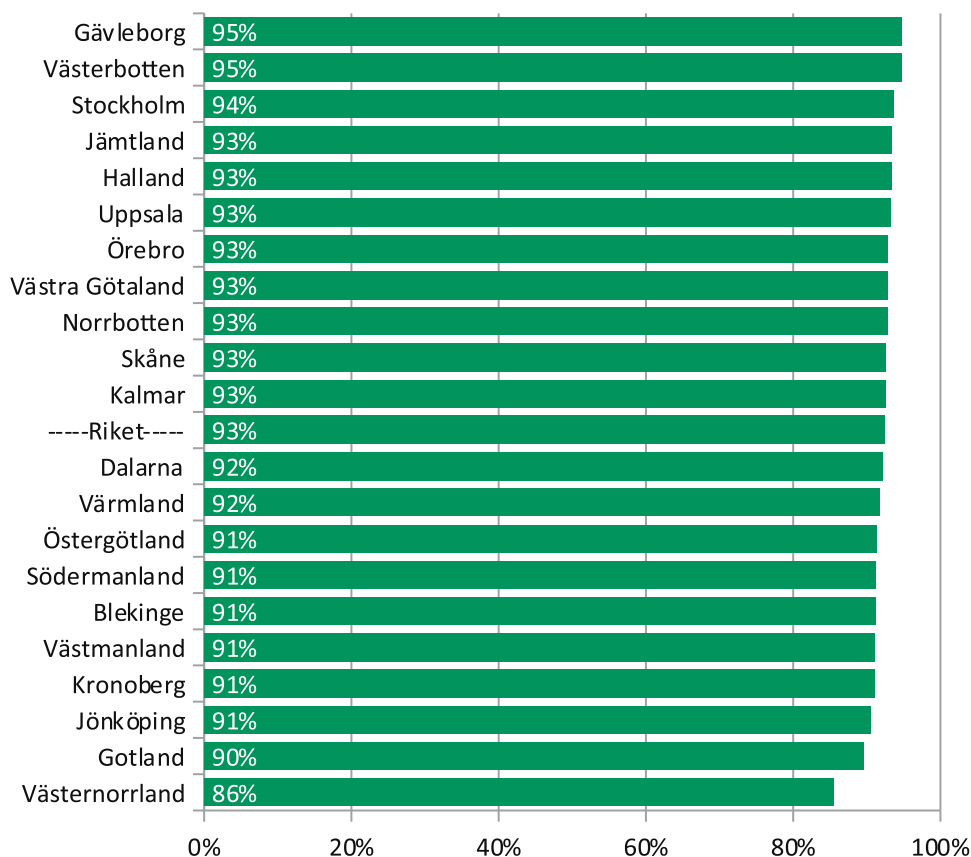
*Figur 16. Andel som uppgivit sig ha varit på läkarbesök under det senaste halvåret, länsvis.*

En hög andel (93 %) rapporterade att deras blodtryck hade mätts vid något tillfälle under det år som gått sedan strokeinsjuknandet. Andelen var likartat hög (90-95 %) i samtliga landsting utom

Västernorrland, där en lägre andel (86 %) angav att de fått blodtrycket mätt någon gång efter strokeinsjuknandet (figur 17).



## Blodtrycksmätning någon gång sedan strokeinsjuknandet



**Figur 17.** Andel som uppgett sig ha fått sitt blodtryck mätt någon gång under det året som gått sedan strokeinsjuknandet, länsvis.

## Tolkningsanvisningar

- Stroke är en allvarlig sjukdom där det finns behov av medicinsk uppföljning, bl a för att ta ställning till om de sekundärpreventiva insatserna är optimala, om behandling för depression kan behövas eller om tecken på kognitiva störningar uppträder. Cirka en femtedel av alla som insjuknat i stroke för ett år sedan har inte fått någon uppföljning av läkare under det senaste halvåret.
- Att blodtrycket mätts betyder inte att det nödvändigtvis är under kontroll; Riks-Stroke har inga uppgifter om blodtrycksnivåerna efter stroke.
- Det kan möjligen vara så att läkarbedömning som gjorts av personer i särskilt

boende inte alltid har uppfattats som "läkarbesök" när frågan besvarats.

## Slutsatser

- Cirka en femtedel av alla som insjuknat i stroke för ett år sedan har inte fått någon uppföljning av läkare under det senaste halvåret.
- Eftersom högt blodtryck är en av de viktigaste riskfaktorerna för stroke, är det tillfredsställande att de allra flesta fått uppföljning med blodtrycksmätning (hos t ex sjuksköterska eller läkare) efter stroke.

## 7.2 Rehabilitering

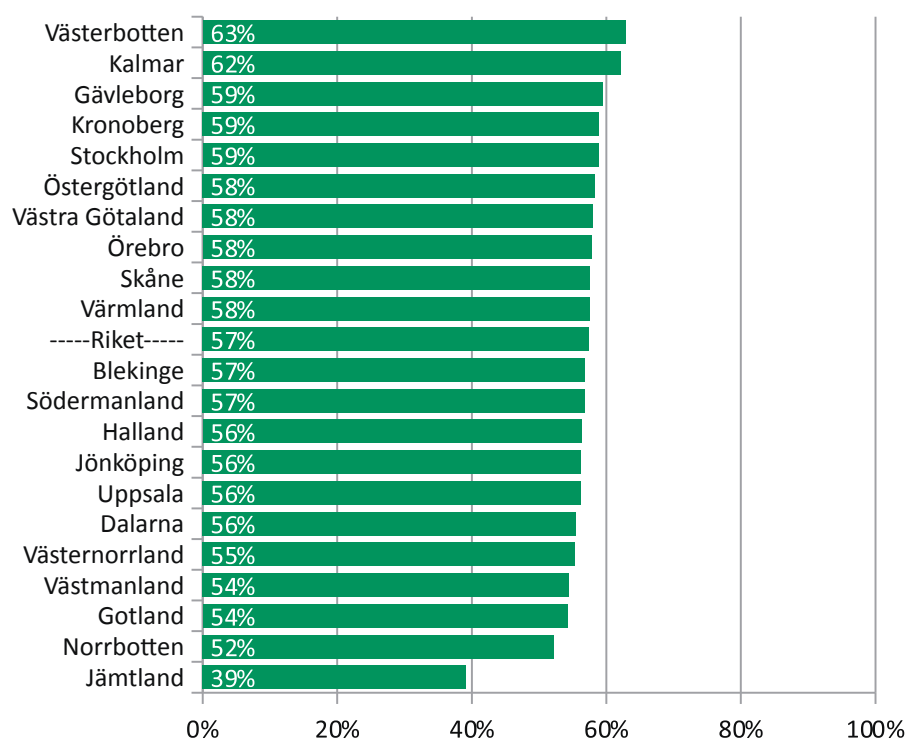
Av de som uppgav sig ha haft behov av rehabilitering uppgav 57 % att de fått sina behov helt tillgodosedda och 29 % att behovet delvis tillgodosetts, medan resterande 13 % ansåg att behovet inte alls tillgodosetts. Dessa andelar är oförändrade jämfört med föregående år.

Andelen som angav att deras behov av rehabilitering var fullt tillgodosedda var högre bland män än

bland kvinnor (60 % vs. 55 %) och högre bland personer över än under 75 år (65 % resp. 52 %).

Högsta andelarna tillgodosedda behov rapporterades i Västerbottens och Kalmar län (63 % respektive 62 %), den klart lägsta andelen (liksom föregående år) i Jämtland (39 %) (figur 18).

### Tillgodosedda behov av rehabilitering



*Figur 18. Andel som anger om deras behov av rehabilitering är tillgodosedda eller inte, länsvis.*

## Tolkningsanvisningar

- I enkäten har innebörden i rehabilitering förklarats med exempel på rehabiliteringsinsatser. En del av de som svarat på enkäten kan ändå ha haft svårt att förstå vad som avses med rehabilitering.
- Det självupplevda behovet av rehabilitering behöver inte avspegla de bedömningar som gjorts av rehabiliteringspersonal (i första hand sjukgymnast och arbetsterapeut). Samtidigt kan ett upplevt behov påminna om att det kan behövas återkommande rehabiliteringsinsatser.

## Slutsats

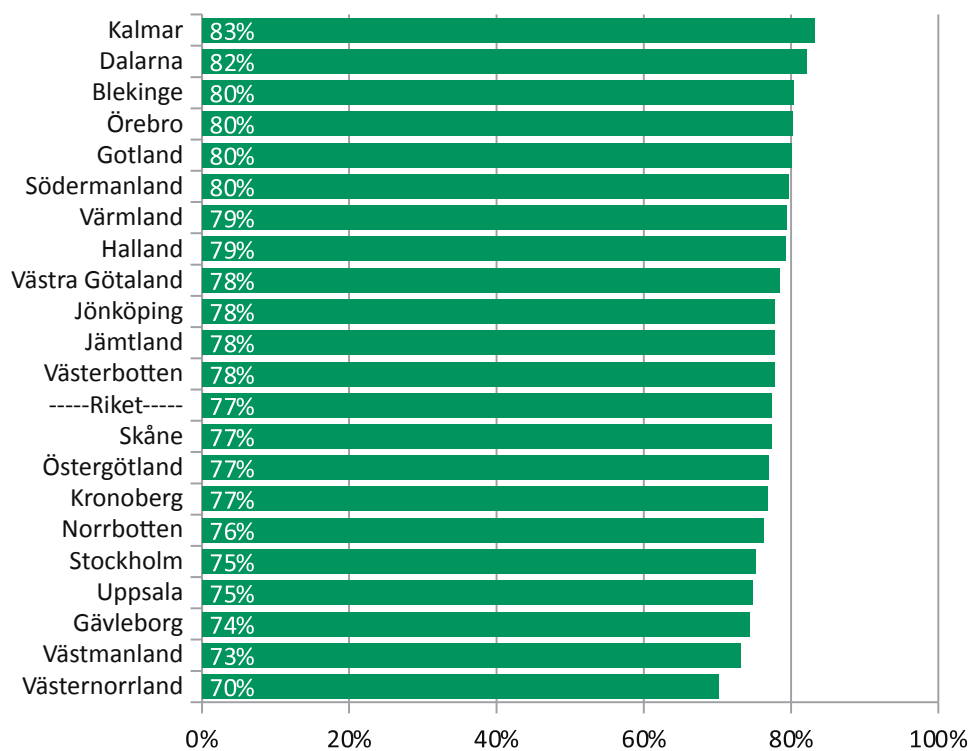
- Andelen med tillgodosedda behov är klart lägre än för andra ”tillgodoseddsfrågor”. Det är alltså mycket vanligt att patienterna tycker att de behöver mer rehabiliteringsinsatser än de faktiskt får. I län med särskilt låga andelar tillgodosedda behov finns all anledning att se över rehabiliteringsinsatserna efter stroke, också i ett senare skede.

## 7.3 Hjälpmedel

Genomgående var det låga andelar (0-4 %) som ansåg att de inte alls fått sina behov av tekniska hjälpmedel tillgodosedda. Andelen som uppfattade att

behoven var helt tillgodosedda var 77 % i hela landet med de högsta andelarna i Kalmar län (83 %), de lägsta i Västernorrland (70 %) (figur 19).

### Andel med helt tillgodosedda behov av hjälpmedel



**Figur 19.** Grad av uppfyllda behov bland de som uppgivit sig ha behov av tekniska hjälpmedel, länsvis.

## Tolkningsanvisning

- Det självupplevda behovet av hjälpmedel behöver inte avspegla de bedömningar som gjorts av rehabiliteringspersonal (i första hand sjukgymnast och arbetsterapeut).

## Slutsats

- Ett år efter stroke uppfattar de allra flesta att deras behov av hjälpmedel är åtminstone delvis tillgodosedda. I län med andelar under 75 % kan det finnas anledning för landsting och kommuner att se över tilldelningen av hjälpmedel.

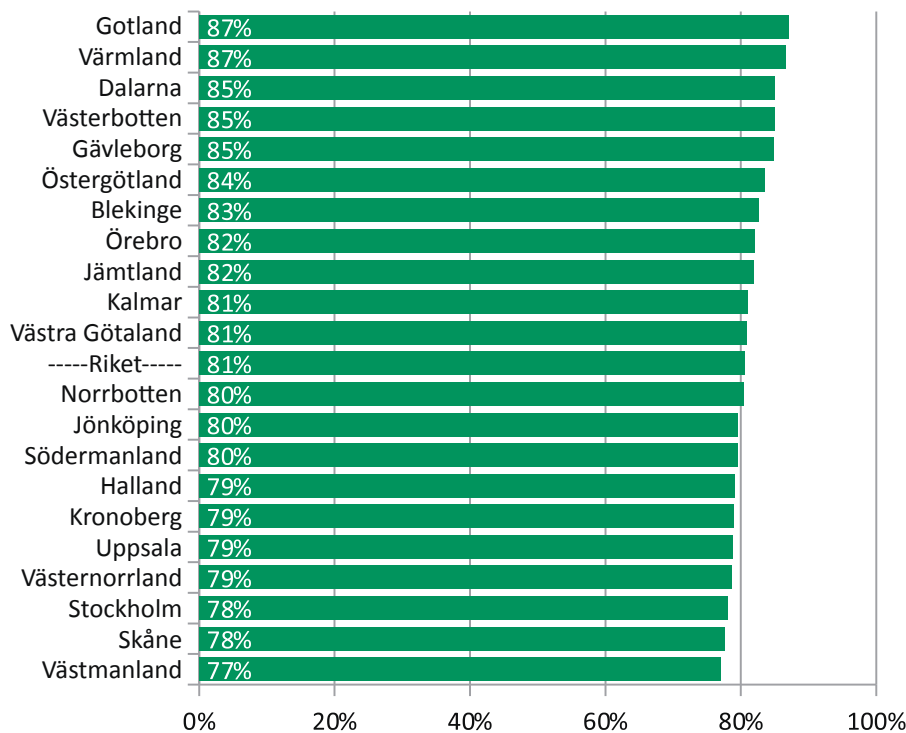
## 7.4 Hemsjukvård

Bland dem som ansåg sig ha behov av hemsjukvård var den andel som tyckte att behoven inte alls var tillgodosedda låg (4 % bland män, 3 % bland kvinnor). Men många ansåg att behoven bara delvis var tillgodosedda (18 % av männen, 15 % av kvinnorna). Det var mycket vanligare att personer över 75 år ansåg att deras behov av hemsjukvård var fullt tillgodosedda jämfört med personer under 75 år (83 % vs. 73 %).

Jämfört med föregående år var andelen med fullt tillfredsställda behov av hemsjukvård oförändrad.

Högst andel med helt tillfredsställda behov av hemsjukvård fanns på Gotland och i Värmland (87 %), lägst i Västmanland, Skåne och Stockholm (77-78 %) (figur 20).

### Tillgodosedda behov av hemsjukvård



**Figur 20.** Andel av som anser att deras behov av hemsjukvård varit helt uppfyllda bland de i eget boende som uppgivit behov av hemsjukvård, länsvis.

## Tolkningsanvisningar

- Det självupplevda behovet av hemsjukvård behöver inte avspegla de bedömningar som gjorts av landstingets eller kommunens bedömare. En del av de som svarat på enkäten kan också ha haft svårt att förstå vad som avses med hemsjukvård.
- För län med relativt liten befolkning blir talen små och det finns utrymme för slumpmässiga variationer.

## Slutsats

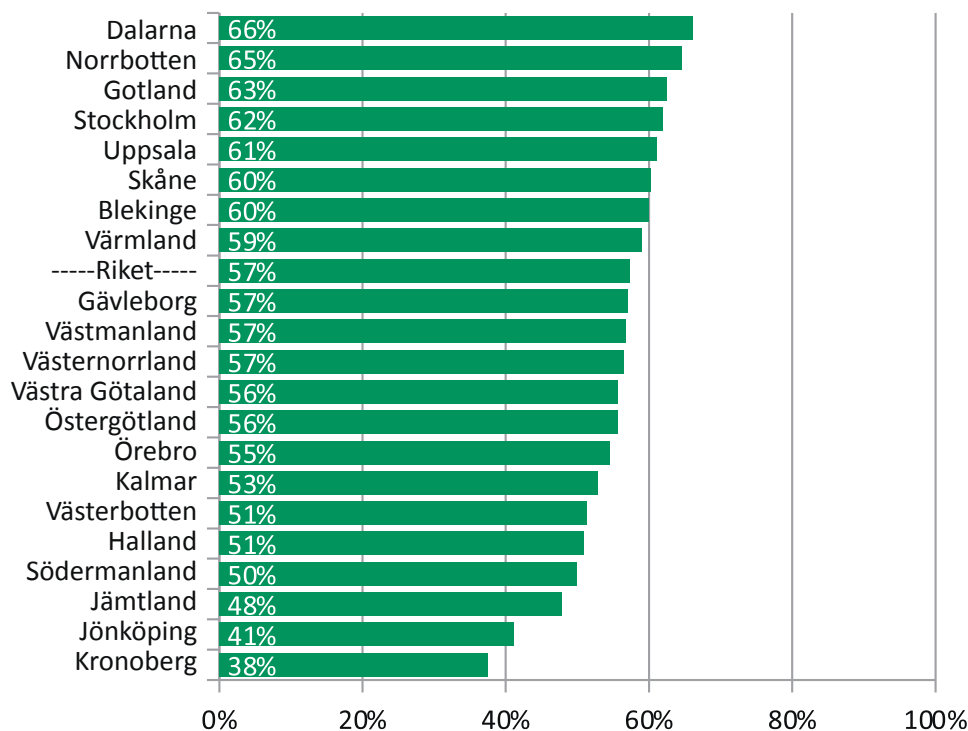
- Fyra av fem som har hemsjukvård efter stroke upplever att deras behov av hemsjukvård är helt tillgodosett. Det finns dock skillnader mellan länen. I län med lägsta andelar tillfredsställda behov kan det finnas anledning att se över hemsjukvårdsverksamheten för personer som haft stroke.

## 7.5 Rökning och rökstopp

Av de som rökte vid strokeinsjuknandet hade 42 % av männen 44 % av kvinnorna slutat röka (att jämföra med 3 månader efter stroke då andelarna var 43 % respektive 49 %).

Andelen som fortsatt att röka (av de som rökte strokeinsjuknandet) varierade påtagligt mellan landstingen (figur 21; se dock reservationen för slumpmässiga variationer under rubriken Tolkningsanvisningar nedan).

### Andel som fortsatt röka 1 år efter strokeinsjuknandet

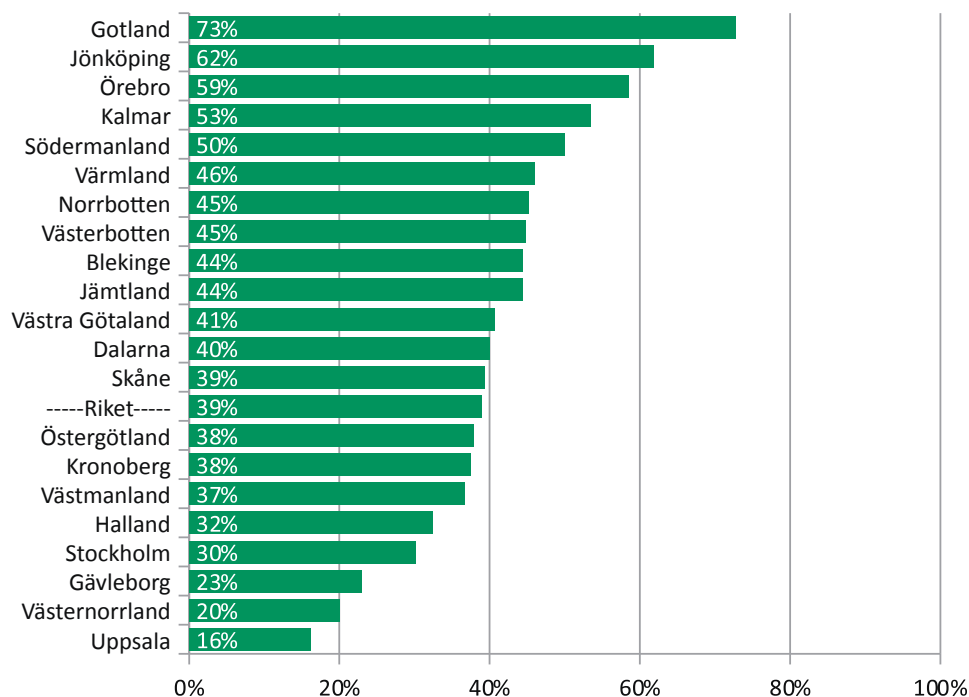


*Figur 21. Andel som fortfarande rökte efter 1 år av de som var rökare vid strokeinsjuknandet, länsvis.*

Vid 1-årsuppföljningen tillfrågades de som var rökare vid strokeinsjuknandet om de fått erbjudande om rökavvänjning av sjukvården. Av de personer som rökte vid strokeinsjuknandet uppgav sig 39 % ha fått ett sådant erbjudande, en

påtaglig uppgång sedan föregående år. Också här finns (med reservationer under rubriken 'Tolkning nedan') mycket stora variationer mellan länen/landstingen (figur 22).

## Erbjudande om rökavvänjning till rökare



Figur 22. Andel av dem som rökte vid strokeinsjuknandet som uppgivit sig ha fått erbjudande om rökavvänjning.

## Tolkningsanvisningar

- För många län/landsting bygger andelarna i detta avsnitt på relativt små tal och det finns en risk för slumpmässiga variationer. Andelarna ska därför tolkas med försiktighet. På riksnivå och för Stockholm, Västra Götaland och Skåne är dock risken för slumpmässiga variationer liten.
- En del av de svarande kan ha förträngt ett erbjudande som de fått. Men de stora geografiska variationerna indikerar att rökavvänjning efter stroke bedrivs med olika grader av intensitet i olika landsting.

## Slutsatser

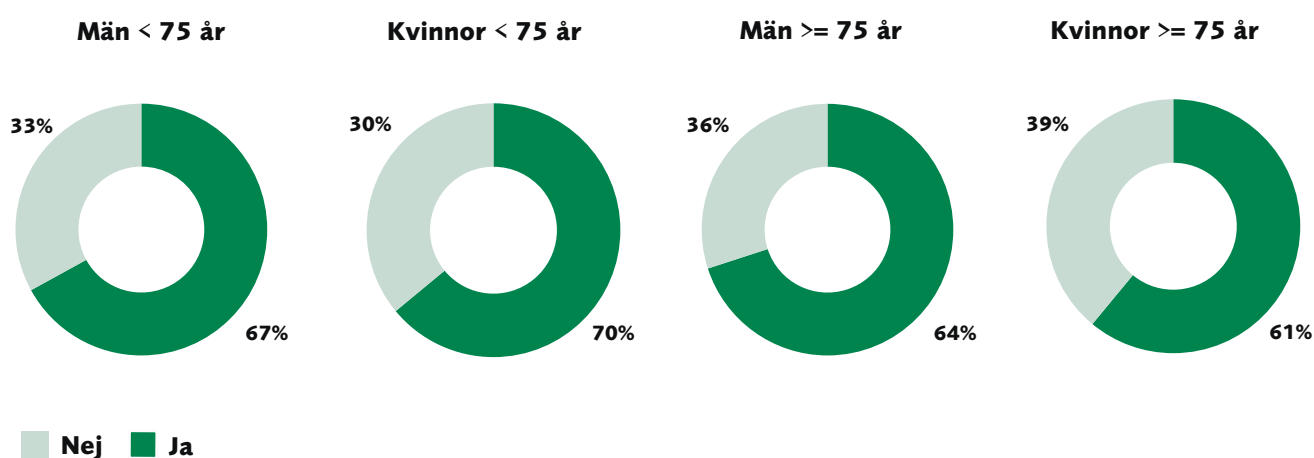
- Den andel av dem som var rökare före strokeinsjuknandet som uppgav sig ha erbjudits rökavvänjning var låg (39 %) på nationell nivå.
- Andelen som rapporterade rökstopp ett år efter strokeinsjuknandet var högre än den andel som sade sig ha erbjudits rökavvänjning. Rökstopp på eget initiativ eller efter kort rådgivning av vårdpersonal har rimligen bidragit.
- I län/landsting med kombinationen av hög andel som fortfarande röker + låg andel som uppfattat sig fått erbjudande om rökavvänjning finns anledning att stärka stödet för rökstopp.

## 7.6 Tandvård

Stroke medför ofta problem från tänderna och munhålan, orsakade av t ex infektioner, dålig protespassning, orala perceptionsproblem eller nedsatt uppmärksamhet av egna munhälsan. Av de som deltog i 1-årsuppföljningen uppgav 66 % att de haft kontakt med tandläkare eller tandhygienist under det senaste året (en liten uppgång jämfört med föregående år, 63 %). Resterande personer

hade antingen inte haft sådan kontakt (34 %) eller svarade ”vet ej” (1 %). Som framgår av figur 23, var andelen utan tandläkar- eller tandhygienistkontakt lägre bland personer över än under 75 år. Särskilt låg var andelen bland kvinnor 75 år och äldre (61 %). Ändå är ökningen från föregående år (3 procentenheter) särskilt uttalad i denna grupp.

### Tandläkar- eller tandhygienistbesök under året efter strokeinsjuknandet

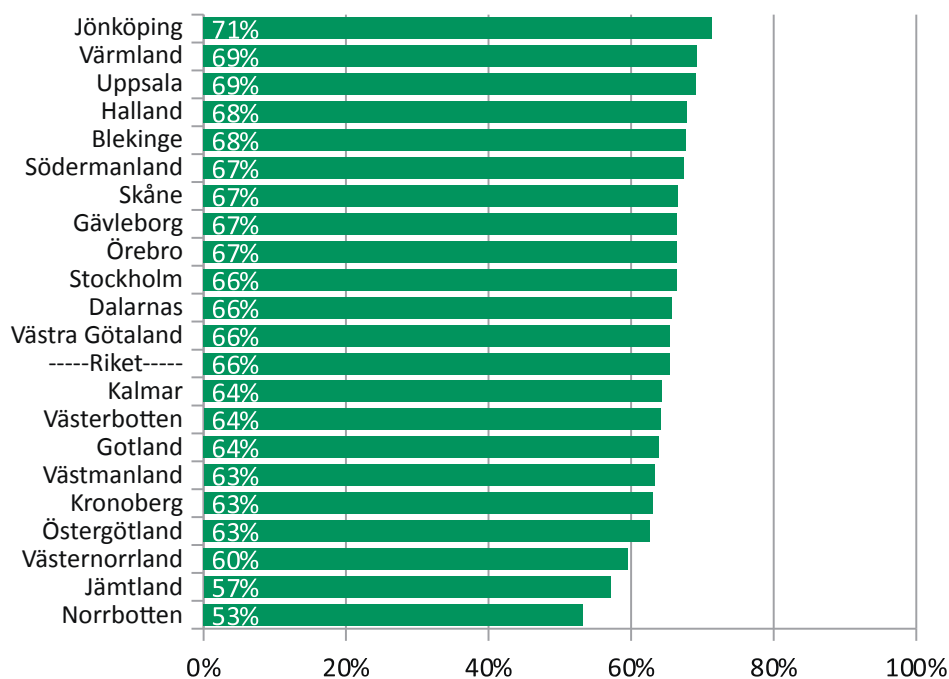


**Figur 23.** Andel som uppgivit sig träffat eller inte träffat tandläkare eller tandhygienist under det senaste året, uppdelat på kön och åldersgrupp.

Det fanns betydande skillnader mellan landstingen i tillgången till tandvård för personer som råkat ut för stroke. Liksom föregående år finns de högsta andelarna i Jönköping och Värmland, de lägsta i

Norrbottnen, Jämtland och Västernorrland (figur 24). Det måste ändå noteras att andelen i Norrbotten ökat markant, från 47 % under föregående år till nu 53 %.

## Tandläkar- eller tandhygienistbesök under året efter strokeinsjuknandet



Figur 24. Andel som uppgivit sig träffat tandläkare eller tandhygienist under det senaste året, länsvis.

### Tolkningsanvisningar

- De andelar som redovisas i detta avsnitt bedöms vara robusta.

### Slutsatser

- En tredjedel av de personer som haft stroke har inte besökt tandläkare eller tandhygienist under det senaste året. Men andelen som besökt tandläkare/tandhygienist har ökat sedan föregående år.

- Andelen som inte besökt tandläkare eller tandhygienist är högst i den äldsta åldersgruppen, särskilt då bland kvinnor över 75 år, något som knappast avspeglar behoven.

- För att förbättra uppföljningen av tandhälsan bör man i strokevården ha rutiner för att påminna om besök hos tandläkare/tandhygienist.



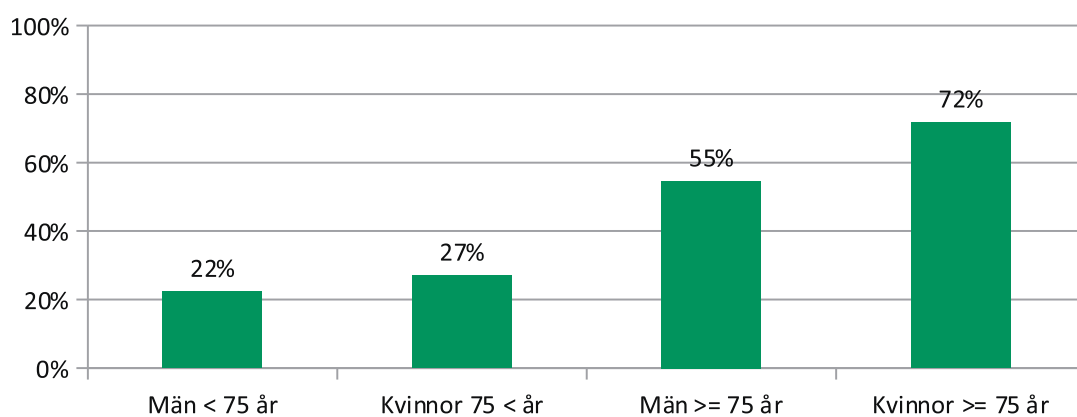
## 8. INSATSER I SOCIALTJÄNST OCH SAMHÄLLSORGAN

### 8.1 Bistånd från kommunen

Totalt hade 6009 personer (46 %) som haft stroke ansökt om och erhållit bistånd från kommunen. I åldersgruppen 75 år och äldre var andelen som fått bistånd mer än dubbelt så hög som i åldersgrup-

pen under 75 år (figur 25). I bägge åldersgrupperna hade kvinnorna bistånd i betydligt högre utsträckning jämfört med männen.

#### Bistånd från kommunen

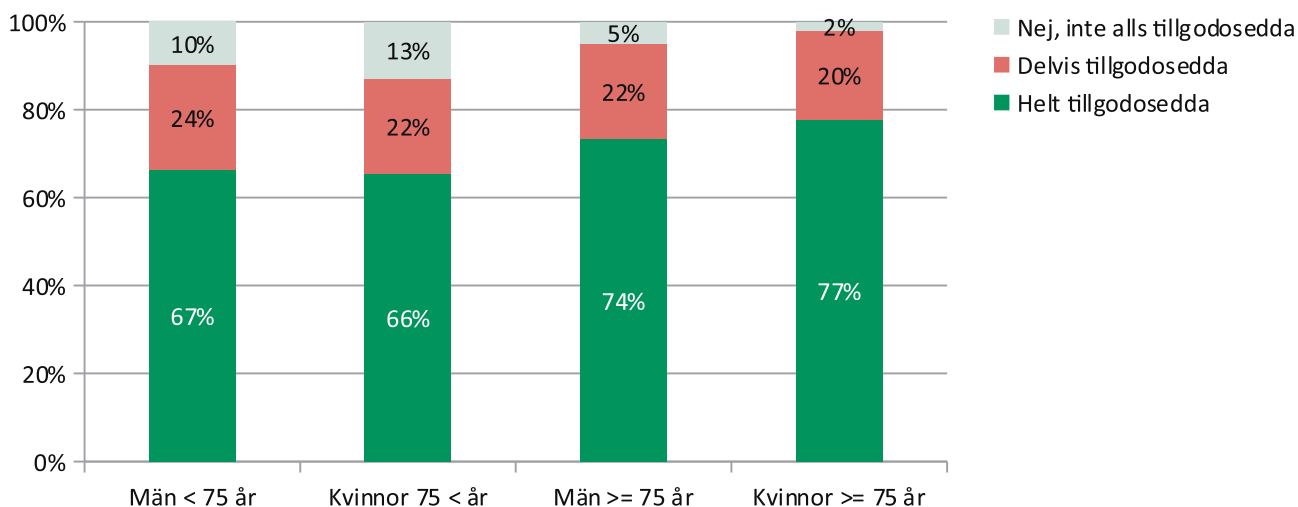


Figur 25. Andel av de som uppgivit att de ansökt om och fått bistånd från kommunen, uppdelat på kön och åldersgrupper.

Det var betydligt fler som tyckte att deras behov av hemtjänst var helt uppfyllda bland personer över

jämfört med under 75 år (figur 26). Däremot fanns här inga stora könsskillnader.

#### Tillgodosedda behov av hemtjänst, personlig vård

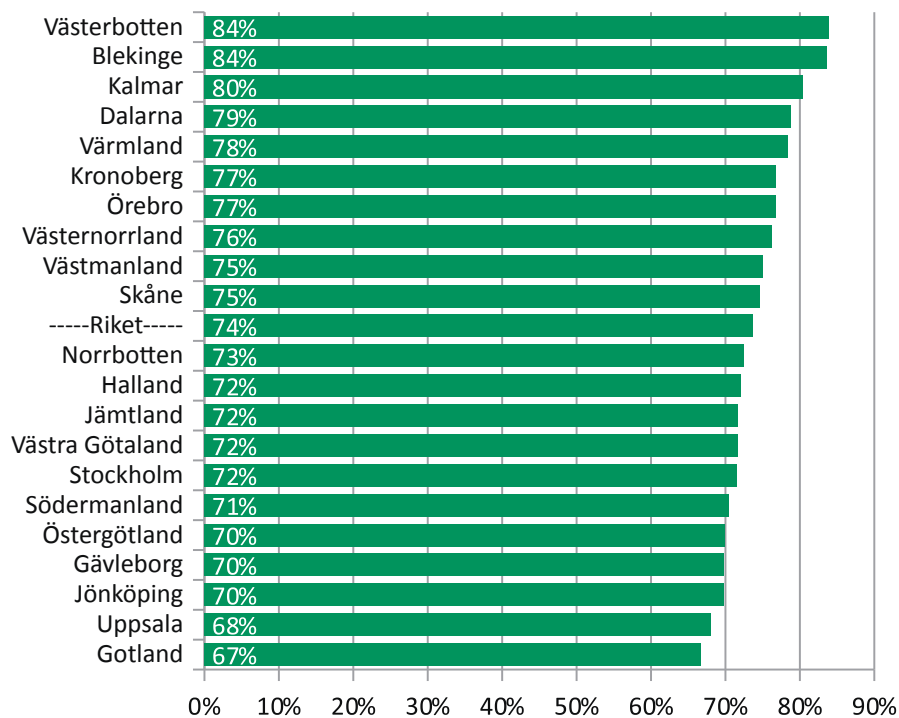


Figur 26. Andel av de som uppgivit att de fått sina behov av hemtjänst i form av personlig vård tillgodosedda uppdelat på kön och åldersgrupper.

Vad gäller personlig vård ansåg drygt 74 % att man hade fått sina behov helt tillgodosedda. Spridningen

varierade mellan Gotland på närmare 67 % till Västerbotten och Blekinge på närmare 84 % (figur 27).

## Helt tillgodosedda behov hemtjänst, personlig vård

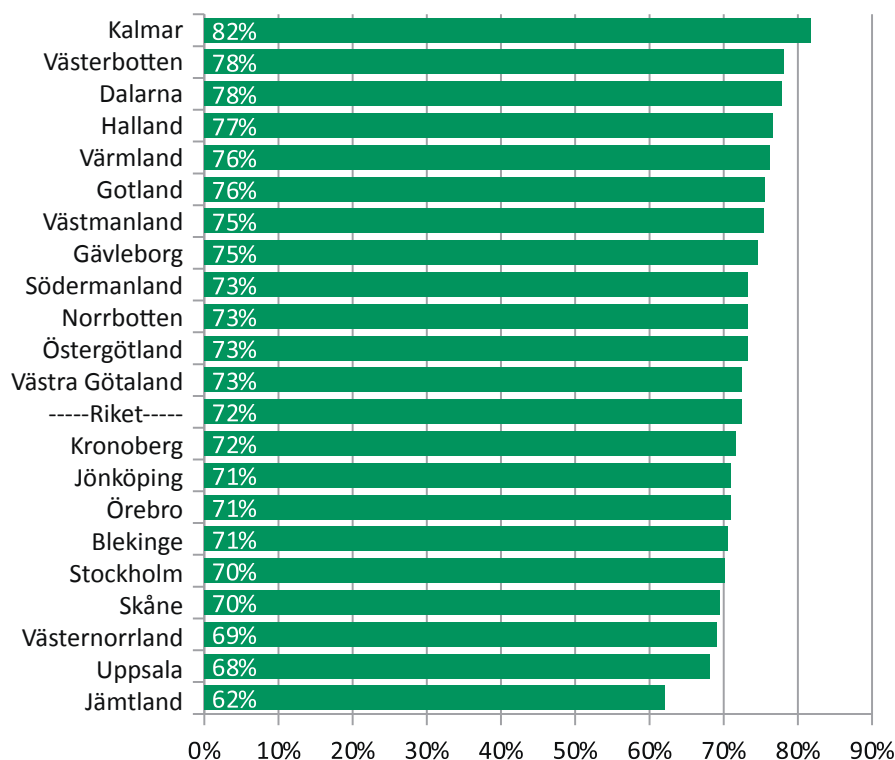


**Figur 27.** Andel av de som uppgivit att de fått sina behov av hemtjänst i form av personlig vård tillgodosedda, länsvis.

Beträffande service ansåg drygt 72 % att deras behov var helt tillgodosedda. Spridningen här vari-

erade mellan Jämtland 62 % till Kalmar län på närmare 82 % (figur 28).

## Helt tillgodosedda behov hemtjänst, service



Figur 28. Andel av de som uppgett att de fått sina behov av hemtjänst i form av service tillgodosedda, länsvis.

## Tolkningsanvisningar

- Även om andelarna utan tillgodosedda behov av hemtjänst kan tyckas låga, innebär de att det varje år tillkommer hundratals personer som haft stroke och som anser att de inte fått sina behov tillgodosedda.
- Det framgår inte av Riks-Strokens enkät hur många som ansökt om bistånd men som fått avslag. Sannolikt har många av dem som uppger att deras behov inte alls eller endast delvis blivit tillgodosedda ansökt om detta men fått avslag på sin ansökan. Det gäller i så fall främst de som är under 75 år gamla.
- Många av dem som insjuknat i stroke förbättras betydligt under de första månaderna. Men de flesta som ett år efter stroke har olika typer av kommunala insatser kommer troligen att behöva dem också över lång tid framåt.

## Slutsatser

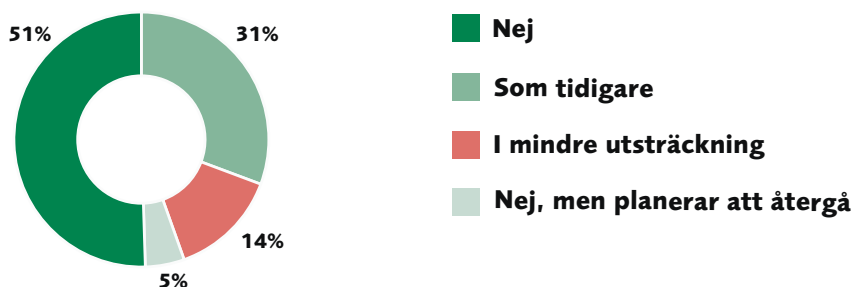
- Det är fler under än över 75 år som anser att de inte alls fått sina behov av hemtjänst tillgodosedda. Resultaten visar att det troligen är svårare för dem som är under 75 år att få bistånd beviljat i form av hemtjänst i form av personlig vård och service.
- Alla kommunala insatser föregås av en biståndsbedömning. Skillnaderna i tillgodosedda behov tyder på bedömningarna varierar över landet. Även om Socialtjänstlagen är lika för alla prioriterar kommunerna sina insatser olika mellan olika stödformer.

## 8.2 Yrkesinriktad rehabilitering

Av dem som deltog i 1-årsuppföljningen hade 3727 personer (27 %) förvärvsarbete innan de insjuknade i stroke. Av dessa hade 45 % återgått i arbete, helt eller delvis, ett år efter insjuknandet.

Denna andel är högre än föregående år (41 %). Ytterligare 5 % ännu inte hade återgått i arbete men hade planer på att göra det (figur 29).

### Återgång till yrkesarbete efter stroke

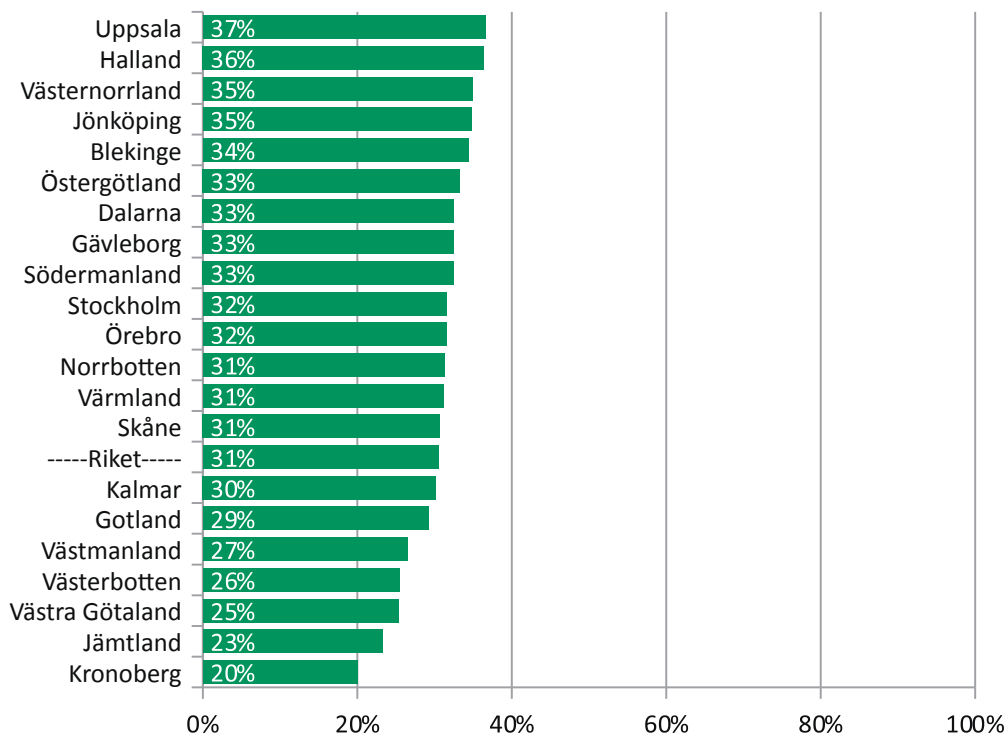


*Figur 29. Andel av dem som yrkesarbetat före strokeinsjuknandet som ett år senare angivit olika svarsalternativ för återgång i arbete.*

Över landet fanns betydande skillnader. Fig. 30 visar andelen som återvänt till yrkesarbete i samma utsträckning som före insjuknandet. Denna andel

var nästan dubbelt så hög i Uppsala län (37 %) som i Kronobergs län (20 %).

## Återgått till yrkesarbete efter stroke

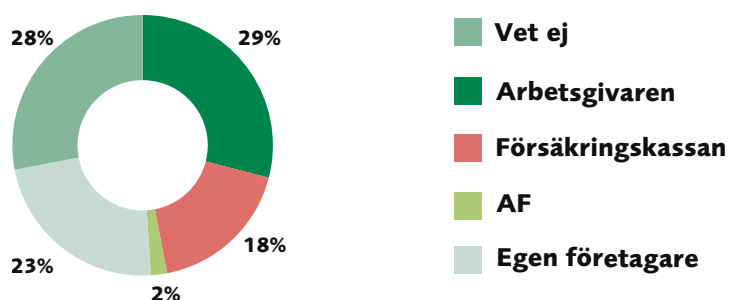


**Figur 30.** Andel av dem som yrkesarbetat före strokeinsjuknandet som ett år angivit olika svarsalternativ för återgång i arbete, länsvis.

Yrkesinriktad rehabilitering kan bli aktuellt för de personer som haft förvärvsarbete före sitt strokeinsjuknande. När personerna som haft stroke tillfrågades om vilken/vilka de fått hjälp av för att återgå i arbete (flera svarsalternativ kunde anges) var ett av de vanligaste svaren ”vet ej” (figur 31). En stor andel var egenföretagare. Bland dem som inte var egenföretagare och som angav

andra svarsalternativ än ”vet ej” var det vanligast att man angav att man fått hjälp av arbetsgivaren. Mindre ofta angav man hjälp från Försäkringskassan och det var ovanligt att man fått hjälp från Arbetsförmedlingen. Fördelningen mellan de olika svarsalternativen var oförändrad jämfört med föregående år.

## Av vem har du fått hjälp av att återgå i arbete?



**Figur 31.** Andel som uppgett att de hade fått hjälp av arbetsgivaren, Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen (AF) för att återgå i arbete (av dem som återgått i arbete). Flera svarsalternativ kunde anges. På grund av litet antal observationer redovisas resultaten endast på nationell nivå.

### Tolkningsanvisning

- En betydande andel av de personer som förvärsarbetade före strokeinsjuknandet befinner sig nära pensionsåldern. Det kan vara en av förklaringarna till att man inte upplevt något behov av yrkesinriktad rehabilitering. En annan förklaring kan vara att strokeinsjuknandet inte medfört så allvarliga kvarstående symtom att det funnits behov av yrkesinriktad rehabilitering.

### Slutsatser

- Andelen som före insjuknandet haft förvärsarbete och som kunnat återgå i sitt arbete, helt eller delvis, har ökat med 4 procentenheter jämfört med föregående år.
- Att hjälpen att återgå i arbete främst kommer från arbetsgivaren är i linje med det ansvar lagstiftningen lägger på arbetsgivaren.

## APPENDIX 1: KORT BAKGRUND

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

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

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

Baserat på bl a Riks-Stroke-data gjordes 2004 en beräkning av den totala samhällskostnaden; den beräknades då uppgå till minst 14 miljarder kronor årligen, närståendes insatser oräknade. Merparten av denna summa rör primärkommunala insatser (tabell 3).

**Tabell 3.** Beräkningar av samhällets genomsnittskostnader för en person som insjuknat i stroke baserat på 6 824 patienter i Riks-Stroke<sup>3</sup>.

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

Patienter och deras närstående har under många år påpekat att det är nödvändigt att göra långtid-suppföljningar efter stroke: det är först ett år efter insjuknandet i stroke som konsekvenserna för patienter och närstående fullt ut kan bedömas. Tidigare har Riks-Stroke i samarbete med Socialstyrelsen genomfört uppföljningar två år efter stroke<sup>4-6</sup>. Riks-Stroke-data har också använts i de uppföljningar av de nationella riktlinjerna för strokesjukvård

som Socialstyrelsen gjort<sup>7</sup>. Dessa uppföljningar har visat på allvarliga brister i hälso- och sjukvårdens och kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning efter stroke och deras anhöriga.

Riks-Stroke:s 1-årsrapporter gör det möjligt att följa hur kvaliteten i hälso- och sjukvårdens och kommunernas insatser utvecklas.

## APPENDIX 2: METODER

Riks-Stroke har beräknats täcka in minst 94 % av samtliga akuta strokepatienter som vårdas på svenska sjukhus<sup>8</sup>. I denna rapport ingår personer som under akutfasen av stroke registrerades av Riks-Stroke under 2010 och som fortfarande levde 1 år efter strokeinsjuknandet. Personer som avlidit under det första året efter stroke har identifierats genom kontroller mot dödsorsaksregistret.

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

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

Viss bakgrundsinformation har hämtats från Riks-Stroke's registreringarna i akutskedet och från den enkätuppföljning som genomfördes tre månader efter strokeinsjuknandet.

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

Mer utförliga metodbeskrivningar finns presenterade på Riks-Stroke's hemsida ([www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org)).

## APPENDIX 3: OM RIKS-STROKE

### Bakgrund

Det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke startades 1994.

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

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

- Samtliga landets sjukhus som vårdar akuta strokepatienter deltar
- Kontinuerlig registrering över lång tid

- Uppföljning görs under första året efter insjuknandet med uppgifter också om rehabilitering och kommunala stödinsatser
- Patientupplevelser inkluderas

Genom 1-årsuppföljningarna är Riks-Stroke ett av de få svenska kvalitetsregister som täcker in kvaliteten i såväl landstingens och primärkommunernas verksamheter. Även kvalitetsregistret Senior Alert mäter kvaliteten i kommunernas insatser.

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



## Syfte

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

Riks-Stroke:s syfte har utvidgats till att även redovisa kvaliteten i den hälso- och sjukvård som personer som insjuknat i stroke får under det första året efter sitt insjuknande. Riks-Stroke belyser också på nationell och länsnivå kvaliteten i vissa primärkommunala insatser liksom i den yrkesinriktade rehabiliteringen. Nyligen har också ett TIA-register etablerats (första rapporten publiceras 2012)

## Omfattning

Riks-Stroke startade 1994. Sedan 1998 deltar alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet. Varje år registreras 25 000 – 26 000 vårdtillfällen för stroke.

Registreringen omfattar det akuta insjuknandet samt uppföljningar 3 och 12 månader efter strokeinsjuknandet.

## Organisation

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

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

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

## Styrgruppen för Riks-Stroke

*Peter Appelros*, docent, Örebro

*Kjell Asplund*, professor, Stockholm (ordförande, registerhållare)

*Daniela Bjarne*, patient- och anhörigföreträdare, Stockholm

*Mia von Euler*, docent, Stockholm

*Kerstin Hulter Åsberg*, docent, Enköping och Uppsala

*Bo Norrving*, professor, Lund

*Birgitta Stegmayr*, professor, Stockholm och Umeå

*Andreas Terént*, professor, Uppsala

*Sari Wallin*, sjuksköterska, Umeå

*Mariann Ytterberg*, patient- och anhörigföreträdare, Västerås

## Riks-Stroke:s sekretariat

*Sari Wallin*, Riks-Strokekoordinator

*Åsa Johansson*, forskningsjuksköterska

*Fredrik Jonsson*, statistiker

*Per Ivarsson*, IT-samordnare

*Anna Söderholm*, projektledare

Till sekretariatet är också knutna:

*Marie Eriksson*, docent, statistiker

*Eva-Lotta Glader*, med dr, ST-läkare

## Validering av data

Validiteten av registerdata har vid journalstudier visats vara god. Mer utförlig information finns tillgänglig på engelska på Riks-Stroke:s hemsida. Ett nytt omfattande valideringsprogram har initierats under 2012.

## Inrapportering och redovisning av data

Inrapportering av uppgifter till Riks-Stroke sker via Internet med krypterad överföring.

Inmatade uppgifter finns tillgängliga online för deltagande sjukhus via ett statistik- och presentationsprogram, där det egna sjukhuset kan jämföras med landstinget, regionen eller riket. Riks-Stroke publicerar fyra typer av årsrapporter.

- Akutvården + 3-månadersuppföljning
- 1-årsuppföljning (denna rapport)
- TIA-rapport
- Patientversion

TIA-rapporten finns tillgänglig endast i elektronisk form, övriga rapporter i såväl skriftlig version som elektroniskt.

## Forskning

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

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

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

## Ekonomi

Registret stöds sedan 1994 ekonomiskt från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Registret har inget stöd från industrin.

## Tillstånd

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

## Riks-Stroke's hemsida och kontakt

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

## REFERENSER

1. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Riks-Stroke och hur fallgropar vid tolkning av resultaten undviks. *Läkartidningen*. 2008;105:529-533.
2. Pendlebury S, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8: 1006–18.
3. Ghatnekar O, Persson U, Glader EL, Terent A. Cost of stroke in Sweden: An incidence estimate. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20:375-380
4. Glader E-L, Stegmayr B, Hulter Åsberg K, Johansson L, Staaf A, Wester PO. Slaganfall – och sedan? Omfattande hjälpbehov två år efter slaganfallet, visar stor nationell studie. *Läkartidningen* 2001;98:4462-4467
5. Socialstyrelsen. Att drabbas av stroke. Hur ser situationen ut två år efter insjuknandet? Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
6. Socialstyrelsen. Livssituationen två år efter stroke. En uppföljning av strokedrabbade och deras närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
7. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-2>.
8. Riks-Stroke. Årsrapport 2011. Tillgänglig på [www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org).