

Stroke

WEBBRAPPORT FRÅN RIKSSTROKE UTGIVEN DECEMBER 2016



Riksstroke's årsrapport 2015
– 3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE

FÖRORD

Det nationella kvalitetsregistret Riksstroke publicerar årligen rapporter om den svenska strokevårdens kvalitet. Från och med 2014 är rapporterna för TIA och akutskedet av stroke sammanslagna i en och samma rapport, årsrapporten, vilken publicerades i en preliminär version i juli 2016 och slutlig version i december 2016.

I föreliggande webbrapport redovisas data för Riksstrokes 3-månadersuppföljning för patienter som insjuknat under 2015.

Sammanfattningsvis framkommer i föreliggande rapport om 3-månadersuppföljningen flera positiva trender. Den viktigaste är att andelen patienter som får hemrehabilitering har ökat påtagligt. En annan viktig trend är att prognosen efter stroke i form av andel som är självständiga i ADL successivt fortsätter att förbättrats. Andra data pekar på områden som behöver förbättras såsom stödinsatser från vård och kommun efter utskrivning. Patientnöjdhet har inte ökat jämfört med föregående år.

2015 års enkät innehöll några nya frågor som ytterligare belyser situationen för patienter med stroke: andel som var helt återställda, som kunde leva det liv och göra de aktiviteter de hade innan insjuknandet, erbjuden rökavvänjning, information om bilkörning, och behov av stöd och hjälp med hushållsuppgifter, samt behov av hjälpmedel.

En valideringsstudie av patientrapporterade data kring återbesök efter utskrivningen visade dålig tillförlitlighet vid en jämförelse med administrativa vårddata. Målnivåer för denna variabel har tagits bort, och data redovisas endast i en webtabell.

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

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

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

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

För Riksstrokes styrgrupp



Bo Norrving, ordförande och registerhållare

Styrgruppen för Riksstroke

Bo Norrving, professor, Lund (ordförande och registerhållare)

Peter Appelros, docent, Örebro

Daniela Bjarne, patient- och närstående representant, Stockholm

Marie Eriksson, docent, Umeå

Mia von Euler, docent, Stockholm

Eva-Lotta Glader, docent, Umeå

Birgitta Stegmayr, professor, Umeå

Andreas Terént, professor, Uppsala

Sari Wallin, nationell Riksstrokekoordinator

Per Wester, professor, Umeå och Stockholm

Wania Wigren, sjukgymnast, Trollhättan

Mariann Ytterberg, patient- och närstående representant, Västerås

Signild Åsberg, med dr, Uppsala

Pernilla Grillner, barnneurolog, med dr, Stockholm, (sammankallande för BarnRiksstrokes ledningsgrupp)

Riksstrokes sekretariat

Anställda vid Riksstroke (hel- eller deltid)

Marie Eriksson, docent, föreståndare fr. o. m 1 september 2016

Birgitta Stegmayr, professor, föreståndare t. o. m. 31 augusti 2016

Sari Wallin, sjuksköterska, nationell Riksstrokekoordinator

Hannele Hjelm, sjuksköterska, biträdande nationell Riksstrokekoordinator

Fredrik Jonsson, statistiker

Maria Hals Berglund, statistiker

Per Ivarsson, IT-samordnare

Maria Sukhova, statistiker

Årets Strokeenhet 2015

Riksstroke utser härmed Årets Strokeenhet för "God strokevård".

Den klinik som utmärkte sig bäst för "God strokevård" 2015 var strokeenheten vid **Oskarshamns sjukhus** som nu får omnämmandet "Årets Strokeenhet 2015" av styrgruppen för Riksstroke!

Ytterligare fyra sjukhus får ett omnämmande för "God strokevård", de är Köping, Alingsås, Bollnäs och Motala.

Bedömningskriterier:

- ▶ Täckningsgrad > 85 %
- ▶ Andel uppföljda 3 månader efter stroke
- ▶ Andel vårdade på strokeenhet, IVA eller NKK
- ▶ Andel med direktintag på strokeenhet, IVA eller NKK
- ▶ Andel med genomförd sväljtest
- ▶ Andel reperfusionsbehandlade
- ▶ Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart
- ▶ Andel utskrivna med antitrombotisk behandling efter hjärninfarkt utan förmaksflimmer
- ▶ Andel behandlade med antikoagulantia vid hjärninfarkt och förmaksflimmer < 80 år
- ▶ Andel utskrivna med blodtryckssänkande behandling
- ▶ Andel behandlade med statiner vid hjärninfarkt
- ▶ Andel med tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter utskrivning



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

TACK TILL DELTAGANDE SJUKHUS MED KONTAKTPERSONER

Akademiska/Uppsala

Erika Keller

Alingsås

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

Arvika

Anna Lena Wall

Avesta

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

Bollnäs

Lena Parhans, Linda Regnander

Borås

Jenny Gustavsson, Elisabeth Arvidsson,
Sara Ahlvin, Marianne Hjalmarsson,
Maria Jägborn

Capio S:t Göran/Stockholm

Pirjo Perduv, Bo Höjeberg, Eva Rosso,
Gabriella Strandberg

Danderyd/Stockholm

Berit Eriksson, Ann-Charlotta Laska,
Elisabet Änggårdh Rooth

Enköping

Ann-Kristin Kinander

Falun

Sandra Persson, Monica Eriksson,
Christina Nylén, Joakim Hambræus,
Karin Kornborg Eklund

Gällivare

Karin Johansson, Barbro Juuso

Gävle

Christina Andersson, Maria Smedberg

Halmstad

Monica Karlsson, Annika Svensson,
Emma Harrysson, Jessica Norén,
Nathalié Glan Hultefors

Helsingborg

Annica Fristedt, Ingrid Larsson

Hudiksvall

Carin Gill

Hässleholm

Erika Snygg, Anna Zenthio,
Magnus Esbjörnsson

Höglandssjukhuset/Eksjö-Nässjö

Elisabet Olsson, Katarina Andersson

Kalix

Eva Olofsson

Kalmar

Lotten Berggren, Susanne Einarsson,
Maria Häggfors, Kerstin Karlsson

Karlshamn

Lidia Nordberg, Carina Larsson

Karlskoga

Inger Rosengren, Eva Grohp

Karlskrona

Inger Berggren, Katarina Widebrant

Karlstad

Susanne Karlsson, Monica Wikman,
Ingunn Nyrén

Karolinska Huddinge

Marie Axelsson

Karolinska Solna

Anita Hansson Tyrén

Kiruna

Anita Stöckel Falk, Marit Edén

Kristianstad

Lena Eriksson, Anna Hansson

Kullbergsska/Katrineholm

Britt-Marie Andersson, Christina Petersson

Kungälv

Maria Berglund, Eva Eriksson

Köping

Lotta Ruin, Lena Blomgren,
Anne-Christine Hedlund

Landskrona

Eva-Lotta Persson, Birgitta Jeppsson, Åsa Jönsson

Lindesberg

Kerstin Sjödin, Anna Wendelstam

Linköping

Gunnie Green, Margarita Callander,
Hanna Hughes

Ljungby

Maria Linnerö, Elisabeth Ottosson

Lycksele

Cecilia Ölmebäck, Marie Fredriksson

Mora

Marianne Bertilsson

Motala

Anette Gunninge, Britt-Louise Lövgren, Pernilla
Gustafsson, Helene Axelsson, Ulf Rosenqvist

Mälarsjukhuset/Eskilstuna

Yvonne Kentää, Åsa Byström

Mölnådal

Eva-Britt Giebner, Helen Zachrisson,
Linda Alsholm

Norrköping/Vrinnevi

Marguerite Berglund, Anna Göransson,
Sonja Vallner, Charlotte Wikström

Norrköping

Patricia Hilland, Katarina Sjöström

Nyköping

Miranda Tjärsta, Carin Ström Hedlund

NÄL/Norra Älvsborgs Länssjukhus

Annika Jägevall, Katarina Sandman,
Karina Andersson

Oskarshamn

Anita Svensson, Ann-Kristin Persson,
Mariette Gustavsson

Piteå

Ulla Ganestig

Ryhov/Jönköping

Alexandra Aztor, IzaBella Magyarovari

Sahlgrenska/Göteborg

Christina Gullbratt, Kerstin Ahlberg

SkaS Lidköping

Ingrid Roland, Anita Söderholm,
Kerstin Bjälkefur, Sofia Wahll

SkaS Skövde

Eric Bertholds, Björn Cederin, Eva Åkerhage,
Max Fantenberg

Skellefteå

Helena Olofsson, Ann-Charlott Vallmark,
Noomi Abrahamsson, Ann Hedström

Sollefteå

Inger Jonsson

Sunderbyn

Jasminka Barucija

Sundsvall

Jan Lindroth, Elizabeth Moreno Forss

SUS Lund

Karina Hansson, Eva Jonasson,
Hélène Pessah-Rasmussen

SUS Malmö

Elisabeth Poromaa

Södersjukhuset (SÖS)/Stockholm

Cecilia Schantz-Eyre, Emma Weckström-Wadling

Södertälje

Inger Davidsson

Torsby

Anna-Lena Halvardsson, Åsa Valfridsson,
Marie Bergström

Trelleborg

Ingela Fröjd, Agneta Kristenssen,
Ramona Vuoristo

Umeå

Åsa Olofsson, Maria Fransson

Varberg

Birgitta Bremberg

Visby

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

Värnamo

Louise Salomonsson, Mats Altesjö

Västervik

Maud Lindqvist, Britt-Marie Martinsson

Västerås

Sara Östring, Inger Betshammar, Helén Eriksson

Växjö

Helena Otteborn, Linda Nilsson, Annette Borland

Ystad

Gunilla Persson, Bengt Jonazon, Lina Hansson,
Cecilia Viberg, Åsa Lindström

Ängelholm

Dorit Christensen

Örebro

Marie Lokander

Örnsköldsvik

Marie Andersson, Ulrika Westin,
Maire Johansson

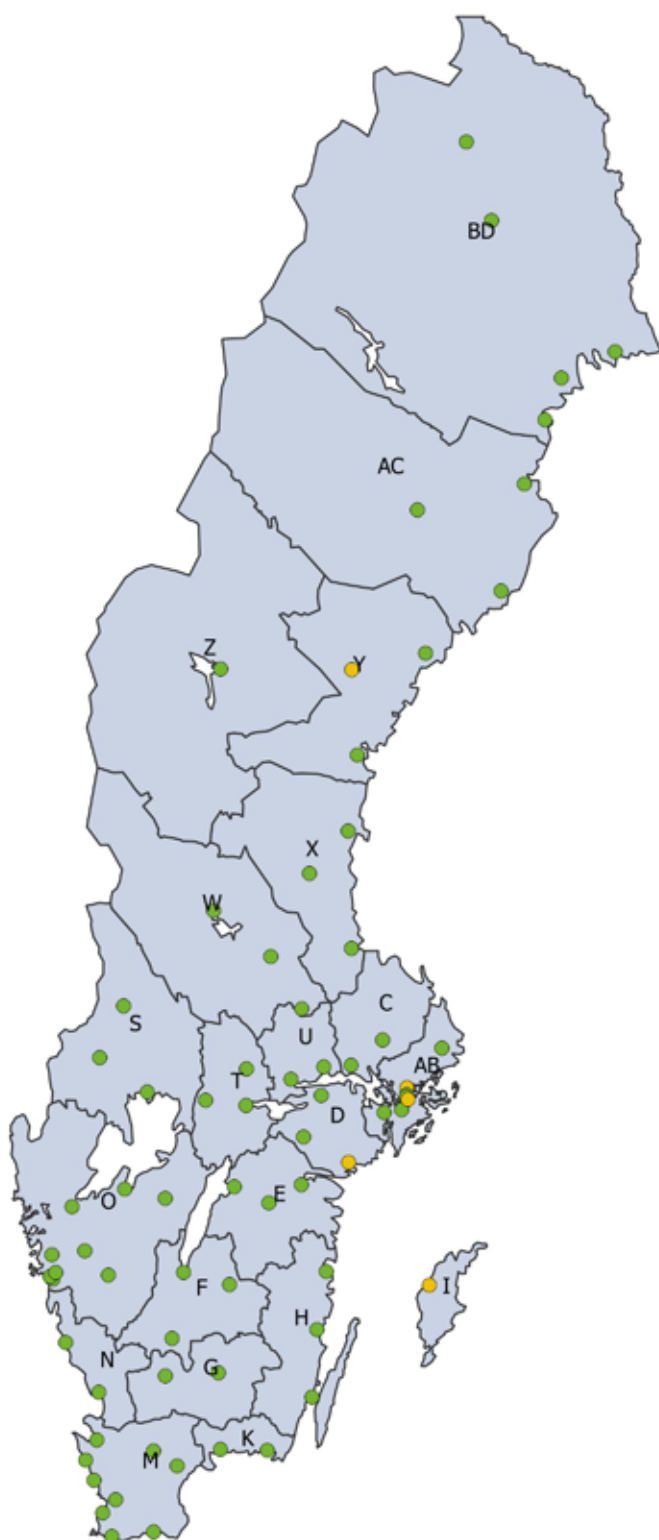
Östersund

Monica Lindh, Sara Magnusson

Östra sjukhuset/Göteborg

Hengameh Kazemi, Satu Kousmanen,
Anna Frenneson

DELTAGANDE SJUKHUS



Deltagande sjukhus

- Registrerar både TIA och strokepatienter
- Registrerar endast strokepatienter

Landsting

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.1 SAMMANFATTNING	8
1.2 PATIENTSAMMANSÄTTNING	10
1.2.1 Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet	10
1.2.2 Vilka svarade på uppföljningsformuläret?	12
1.2.3 Bortfall	12
1.3 ÖVERLEVNAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE)	13
1.4 FUNKTION	19
1.4.1 ADL-beroende	19
1.5 BOENDE	25
1.6 VÅRDINSATSER	28
1.6.1 Rehabilitering	28
1.6.2 Hemrehabilitering	30
1.6.3 Tillgång till logoped	33
1.6.4 Uppföljande besök inom sjukvården	35
1.6.5 Rökstopp	36
1.6.6 Blodtrycksbehandling 3 månader efter insjuknandet	38
1.6.7 Information om uppehåll med bilkörning	40
1.7 SYMTOM OCH LIVSKVALITET	41
1.7.1 Kvarstående besvär och återgång till aktiviteter som innan insjuknandet i stroke	41
1.7.2 Självskattat hälsotillstånd	41
1.7.3 Trötthet	43
1.7.4 Depression/nedstämdhet	43
1.7.5 Smärta	46
1.7.6 Svårigheter att tala, läsa, skriva och svälja	46
1.7.7 Minnessvårigheter	47
1.7.8 Multipla symtom	47
1.8 NÖJDHET MED VÅRDEN OCH STÖD EFTER UTSKRIVNING	48
1.9 TILLGODOSEDDA BEHOV EFTER UTSKRIVNING	49
1.9.1 Hjälps och stöd av närstående	52
1.9.2 Tillgodosedda behov av hjälpmedel	54
REFERENSER	55

1.1 SAMMANFATTNING

Patientsammansättning

- Av 22 829 insjuknanden i stroke 2015 hade 88 % följts upp vid 3 månader.
- Andelen uppföljda är oförändrad jämfört med 2014, antalet sjukhus som inte nådde upp till måttlig målnivå hade ökat.

Överlevnad

- Totalt avled 18 % av patienterna inom 90 dagar och 35 % var avlidna eller ADL-beroende vid uppföljningen. Andelarna är oförändrade jämfört med föregående år.
- Mellan sjukhusen fanns det betydande variation i andelen avlidna, och avlidna eller ADL-beroende, men skillnaderna var små på landstings-/regionnivå efter statistisk justering för skillnader i patientsammansättning.

Funktion

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

Boende

- Vid 3 månader bodde 62 % av patienterna i eget boende utan kommunal hemtjänst, 21 % i eget boende med kommunal hemtjänst, 15 % i särskilda boenden, och 2 % i annan boendeform.

Vårdinsatser

- Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen under sjukhusvistelsen (bland de som hade fått rehabilitering) var hög (90 %) för hela riket, med måttlig variation mellan landstingen/regionerna.
- Andelen som svarade att de fått hemrehabilitering hade ökat påtagligt, från 16 % till 27 %. Det var kvarstående stora skillnader över landet.
- Drygt 60 % av de strokepatienter som uppfattat sig ha talsvårigheter har fått träffa logoped för bedömning eller behandling. Variationerna mellan landstingen/regionerna är stora.
- Andelen som slutat röka vid 3 månader är i princip oförändrad på 45 %. Knappt hälften hade erbjudits rökavvänjning.
- Följsamhet vid 3 månader till insatt behandling med blodtryckssänkande läkemedel verkar mycket god.

Symtom och livskvalitet

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

Nöjd med vården

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

Tillgodosedda behov

- 58 % av patienterna tyckte att de efter att de skrivits ut från sjukhuset fått tillräckligt stöd från sjukvården och kommunen. Andelen är 4 % lägre än föregående år. Andelen patienter som ansett sig fått tillräckligt med stöd varierade kraftigt mellan sjukhusen, och mer än hälften av sjukhusen uppnådde inte måttlig målnivå.
- Mer än hälften av de strokepatienter som bor hemma uppgav att de helt eller delvis var beroende av hjälp eller stöd från närstående 3 månader efter insjuknandet (oförändrat jämfört med tidigare år). Även bland patienter i särskilt boende uppgavs behovet av hjälp eller stöd från anhöriga vara mycket stort.

1.2 PATIENTSAMMANSÄTTNING

1.2.1 Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet

Slutsatser

- Svarefrekvensen 88 % måste betraktas som mycket hög för en enkätundersökning – svaren betraktas därför som representativa.
- Andelen uppföljda är oförändrad jämfört med 2014. Antalet sjukhus som inte når upp till måttlig målnivå har ökat något.
- Data från sjukhus med många icke uppföljda patienter eller sjukhus med låg täckningsgrad måste tolkas med stor försiktighet och de har därför särskilt markerats i figurer med uppgifter från 3-månadersuppföljningen.

Målnivåer:

Hög: 90 %

Måttlig: 85 %

Av de patienter som registrerades i Riksstroke vid det akuta vårdtillfället hade 88 % följts upp 3 månader efter insjuknandet, vilket är oförändrat jämfört 2014.

Hög målnivå, med uppföljning av minst 90 % av de som överlevt, uppnåddes vid 34 av de 72 deltagande sjukhusen (2014: 35 av 72), och vid fem av dessa hade 99–100 % följts upp (2014: 6 av 72) (*tabell 1*). Måttlig målnivå, med uppföljning av minst 85 % av dem som överlevt, uppnåddes vid 18 sjukhus (2014: 22 av 72). Måttlig målnivå uppnåddes inte av 20 sjukhus (2014: 15 av 72). Två av dessa sjukhus saknade uppföljning på 25 % eller fler av överlevande patienter.

Tabell 1. Andel som följdes upp 3 månader efter insjuknandet 2015. Täckningsgrad <75 % och saknad uppföljning av >25 % vid 3 månader har markerats med rött.

Sjukhus	Antal registrerade vårdtillfällen	Uppföljda 3 månader, %	Täckningsgrad, %
Akademiska	534	83	83
Alingsås	240	96	95
Arvika	133	89	98
Avesta	171	88	98
Bollnäs	196	95	94
Borås	628	90	92
Capio S:t Göran	701	90	96
Danderyd	851	90	93
Enköping	138	91	91
Falun	524	86	91
Gällivare	99	91	92
Gävle	440	87	88
Halmstad	374	87	96
Helsingborg	432	85	87
Hudiksvall	240	86	87
Hässleholm	200	97	98
Höglandssjukhuset	273	81	88
Kalix	156	83	96
Kalmar	367	86	94
Karlshamn	171	92	93
Karlskoga	169	88	98
Karlskrona	255	91	93
Karlstad	502	84	94
Karolinska Huddinge	596	63	96
Karolinska Solna	537	84	91
Kiruna	34	82	72
Kristianstad	359	94	97
Kullbergsska	153	99	88
Kungälv	250	71	85
Köping	237	96	95
Landskrona	96	81	96
Lindesberg	164	89	97
Linköping	324	93	73
Ljungby	124	86	88
Lycksele	103	93	85
Mora	291	100	97
Motala	246	100	92

Sjukhus	Antal registrerade vårdtillfällen	Uppföljda 3 månader, %	Täckningsgrad, %
Mälarsjukhuset	257	92	84
Mölnadal	244	98	86
Norrtälje	190	78	98
NUS Umeå	426	85	89
Nyköping	226	92	88
NÄL	692	82	90
Oskarshamn	114	92	90
Piteå	181	94	94
Ryhov	364	97	83
Sahlgrenska	834	84	86
SkaS Lidköping	185	88	88
SkaS Skövde	418	98	88
Skellefteå	171	89	78
Sollefteå	118	100	98
Sunderbyn	245	85	78
Sundsvall	432	92	96
SUS Lund	637	97	85
SUS Malmö	442	76	73
Södersjukhuset	1 021	83	97
Södertälje	207	81	92
Torsby	135	84	94
Trelleborg	216	81	95
Varberg	290	91	97
Visby	145	94	86
Vrinnevisjukhuset	318	88	87
Värnamo	205	96	90
Västervik	188	94	97
Västerås	401	99	88
Växjö	335	79	94
Ystad	260	88	95
Ängelholm	254	95	93
Örebro	417	90	91
Örnsköldsvik	193	80	96
Östersund	337	76	86
Östra	423	89	86
RIKET	22 829	88	90

1.2.2 Vilka svarade på uppföljningsformuläret?

Av de som svarade var 55 % män och 45 % kvinnor. Medelåldern för de män som svarade var vid insjuknandet 72 år och för kvinnor 76 år. Totalt var medelåldern för de som svarade 75 år. Dessa data har varit mycket liknande under senare år.

Frågeformuläret hade i 49 % besvarats av patienten ensam skriftligt, i 29 % av patienten med hjälp av anhörig/närstående eller vårdpersonal, i 7 % av patienten per telefon, i 9 % av endast närstående, i 4 % av endast vårdpersonal, i 2 % av patienten vid återbesök på sjukhus/vårdcentral, och i 1 % av annan person. Sammantaget besvarades formuläret i 87 % av patienterna, ensamt eller tillsammans med någon annan.

1.2.3 Bortfall

För de 2 812 patienter som överlevde och som inte hade följts upp efter 3 månader uppgav sjukhusen att det var praktiskt omöjligt att följa upp patienten i 1 735 av fallen (t.ex. patienter som bodde utomlands eller inte kunde återfinnas på kontaktadressen).

Tolkningsanvisningar

- En stor andel bortfall vid 3-månadersuppföljningen kan ha många orsaker som säkert varierar från sjukhus till sjukhus. Därför bör sjukhus med bortfall på mer än 15 % analysera orsakerna (sjukhusen kan själva åtminstone delvis göra detta med hjälp av Riksstroke statistikmodul).
- Samkörning centralt mellan Riksstrokedata och Dödsorsaksregistret (se nedan, avsnitt "*Överlevnad och utfall*") visar att 4 % av patienter som sjukhusen saknade uppföljning på var avlidna.
- Språkproblem kan möjligen bidra till bortfall i områden med stor andel invandrare. Numera finns Riksstroke frågeformulär med anvisningar tillgängliga på flera av de stora invandraspråken (www.riksstroke.org, registreringslänken "Formulär" under "Genvägar till").

1.3 ÖVERLEVNAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE)

Slutsatser

- Totalt avled 18 % inom 90 dagar.
- Mellan sjukhusen fanns det betydande variation i andelen avlidna, med skillnader upp till 14 %. Sex sjukhus ligger signifikant lägre, och nio sjukhus högre, än riksgenomsnittet.
- Det samlade utfallsmåttet ”summan av avlidna och ADL-beroende” inom 120 dagar var 35 % och uppvisar också stora skillnader mellan sjukhusen.
- Efter justering för ålder, kön och medvetandegrad är skillnaderna mellan landstingen/regionerna små för avlidna inom 90 dagar och måttliga för det samlade utfallsmåttet ”avlidna + ADL-beroende”.
- Sjukhus med hög andel patienter med dåligt utfall bör särskilt undersöka hur de kan förbättra kvaliteten.

Om indikatorn

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

Under tidigare år har patienter som avlidit på sjukhus tidigt efter insjuknandet ofta inte rapporterats till Riksstroke. Det kan ha gett en falskt hög andel överlevande¹. Motsvarande problem med att använda andelen avlidna som kvalitetsmått har diskuterats för hjärtsjukvården². P.g.a. skillnaderna i täckningsgrad har Riksstroke inte tidigare redovisat letalitet (d.v.s. andelen avlidna). Då täckningsgraden ökat påtagligt under senare år har Riksstroke sedan 2011 redovisat sjukhusjämförelser av andelen avlidna.

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

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

Resultat

Av 2015 års patienter i Riksstroke avled 18 % av patienterna inom 3 månader. Andelen skiljde sig kraftigt mellan stroketyperna; den var 15 % vid hjärninfarkt och 35 % vid hjärnblödning. Samtliga data är mycket lika de för 2013 och 2014.

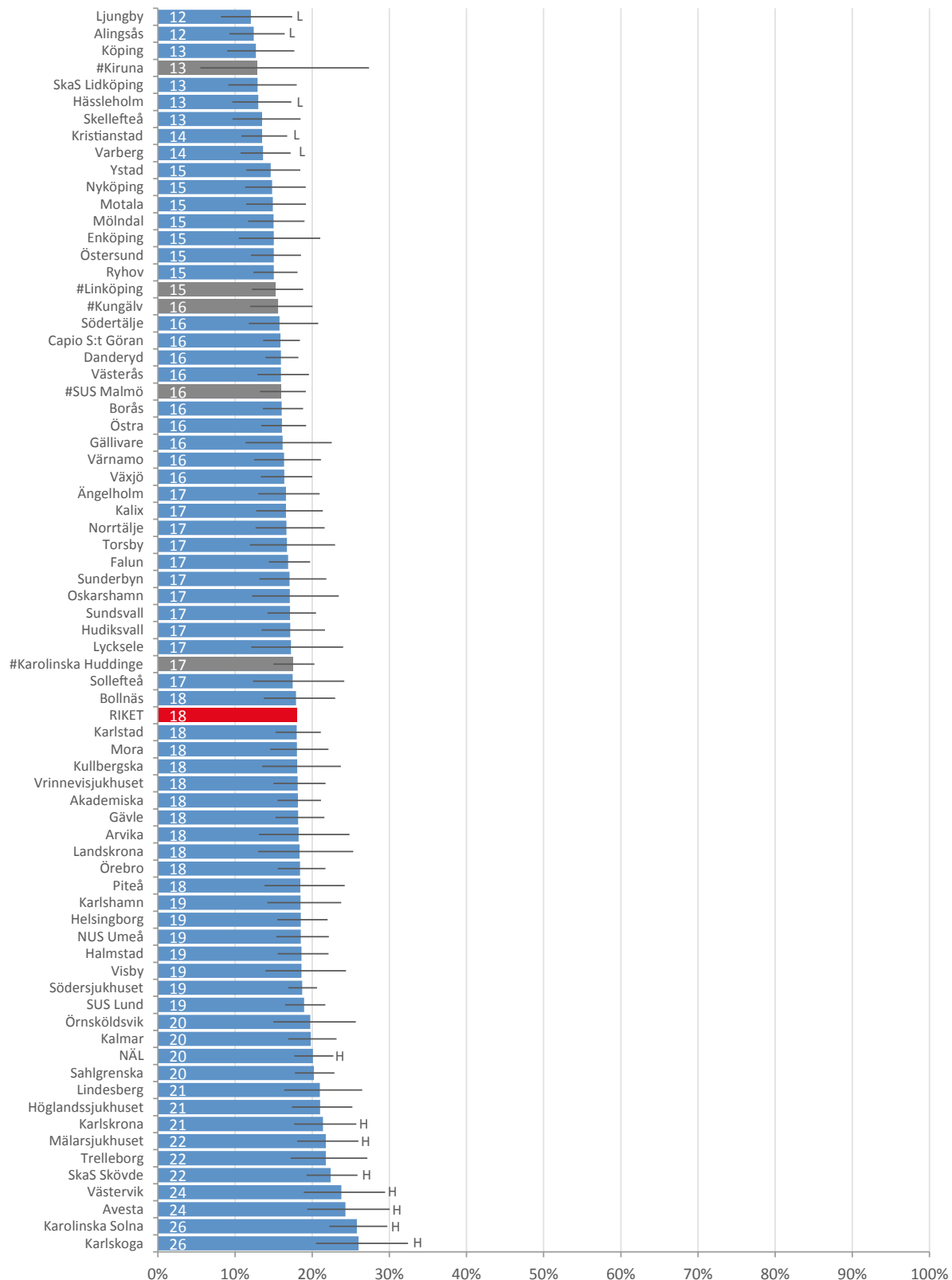
Vi har i analyserna korrigerat för skillnader mellan sjukhusen i köns- och ålderssammansättning samt i medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset (grovt mått på svårighetsgraden). Våra tolkningsanvisningar bör här ändå särskilt beaktas – de statistiska variationer vi anger (95 % konfidensintervall)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

Andelen avlidna under 80 år var 10 % för män och 11 % för kvinnor. I åldrar över 80 år avled en högre andel av kvinnorna jämfört med männen (30 % respektive 26 %), bl.a. beroende på att det i denna grupp fanns fler kvinnor i riktigt hög ålder.

Skillnaden i dödlighet mellan sjukhusen med högsta respektive lägsta andelen avlidna 90 dagar efter insjuknandet är 14 % (*figur 1*). För många sjukhus var dock konfidensintervallen breda. Signifikant lägre dödlighet än riksgenomsnittet förelåg för fem sjukhus. Signifikant högre dödlighet förelåg för nio sjukhus.

Dödligheten för landstingen visade mycket mindre variation, från 15 % till 21 %, (*webbtabel 1*, www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"). Signifikant lägre dödlighet än riksgenomsnittet förelåg för ett landsting/region. Det var också två landsting/regioner som hade signifikant högre dödlighet än riksgenomsnittet.

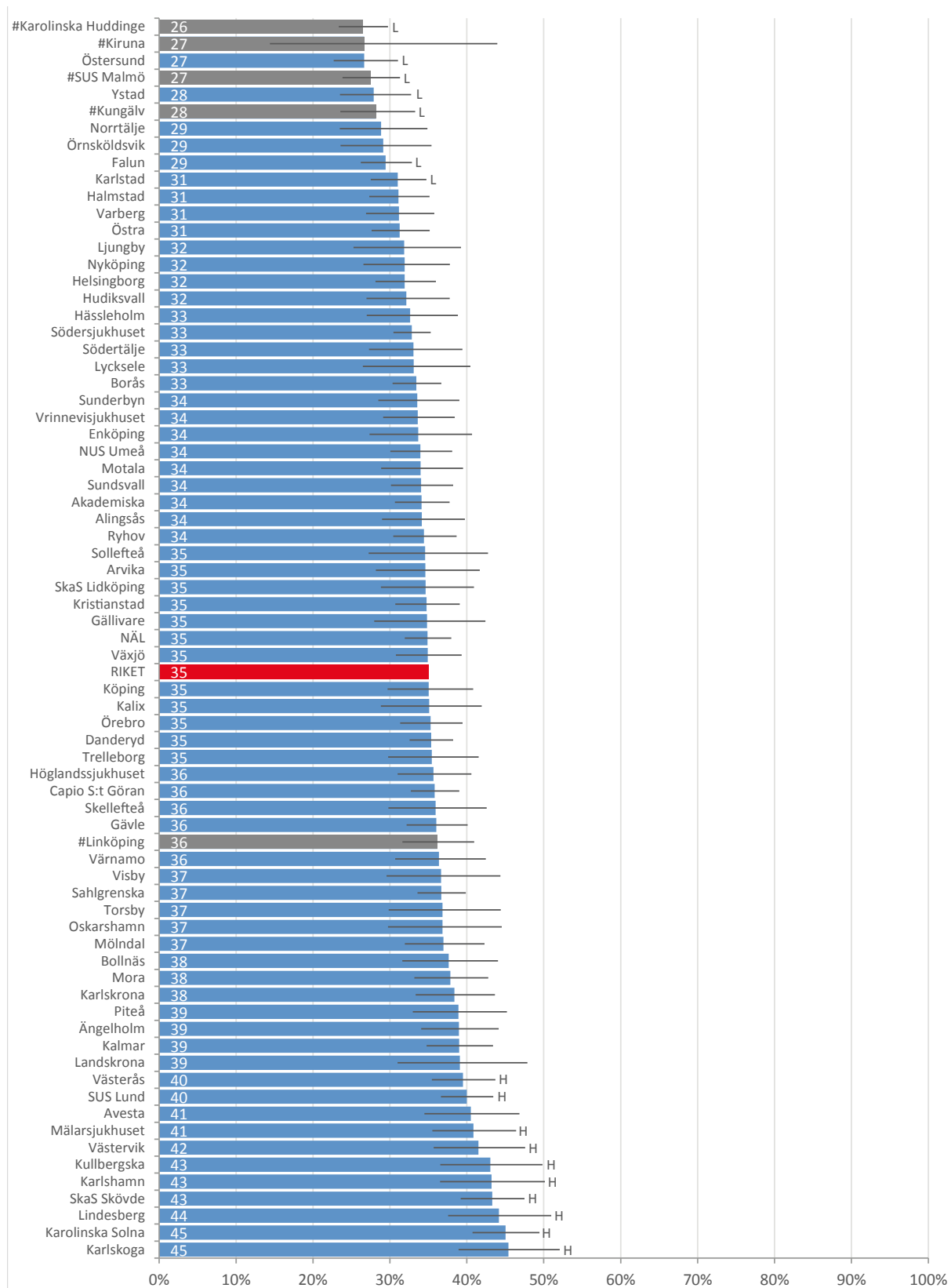
Andelen avlidna 90 dagar efter insjuknandet



Figur 1. 3-månadersletalitet (andelen avlidna) 2015 justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Andelen avlidna är kontrollerade mot Dödsorsaksregistret. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där mindre än 75 % har följts upp (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Ett sammanfattande mått på utfallet är summan av antalet avlidna och andelen ADL-beroende (oavsett beroendestatus innan insjuknandet) 3 månader efter insjuknandet. Måttet används ofta i kliniska prövningar. I riket hade 35 % dåligt utfall, samma andel som 2014. I *figur 2* jämförs detta utfallsmått mellan sjukhusen efter justering för patientsammansättning. Vid tio sjukhus var andelen statistiskt högre, och vid sju sjukhus statistiskt signifikant lägre än riket.

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



Figur 2. Andelen avlidna eller ADL-beroende strokepatienter 3 månader efter insjuknandet 2015, justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför säkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Till de senaste tre årens rapporter har Riksstroke använt data från dödsorsaksregistret för att beräkna andelen avlidna. Jämförelsen med sjukhusens egna rapporterade uppföljningsdata visade att sjukhusen i cirka 4 % av alla fall registrerade en avliden patient som "avsaknad av uppföljning". Årets data för dödlighet (och "avliden + ADL-beroende") kan därför inte direkt jämföras med dödlighetsdata från 2011 och 2012.
- Andelen avlidna kan påverkas av att vissa typer av patienter (till exempel patienter med trombolyslarm eller de som kan vara aktuella för trombektomi) flyttas mellan sjukhus. Andelen kan också påverkas om patienter med TIA som undersöks med MR och har fynd av akut ischemisk lesion registreras som hjärninfarkt. Riksstroke rekommenderar att sådana patienter fortsatt klassificeras som TIA i väntan på den nya internationella klassifikationen från WHO (ICD 11) som förväntas föreligga tidigast 2018.
- Andelen avlidna + ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet är ett sammansatt mått på kvaliteten i det akuta omhändertagandet och vården under tiden närmast efter att patienten blivit utskriven från sjukhuset (inklusive sekundärpreventiva insatser).
- Om täckningsgraden är låg p.g.a. att inte alla lindriga strokeinsjuknanden registrerats, kan andelen med dåligt utfall överskattas.
- Precisionen i måttet "andelen avlidna + ADL-beroende" påverkas också starkt av andelen som lever men inte följs upp, eller där uppgiften inte har fyllts i.
- Överlevnaden påverkas också av faktorer som strokevården har svårt att ha inflytande över (främst vakenhetsgrad vid insjuknandet, samtidig förekomst av andra sjukdomar och socioekonomiska faktorer).
- Nya studier och konsensusutlåtanden³⁻⁴ har påpekat vikten av justering för svårighetsgrad enligt NIH Stroke Scale för att möjliggöra rättvisande jämförelser vid död och andra utfall. Som framgår i avsnittet om denna strokeskala (se Årsrapport TIA och akut stroke 2015, www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter") registreras idag endast hälften av strokepatienterna enligt NIH Stroke Scale. Det är starkt önskvärt att registrering enligt den skalan införs konsekvent i klinisk rutin.

1.4 FUNKTION

1.4.1 ADL-beroende

Slutsatser

- Andelen patienter som är beroende avseende personlig ADL har uppvisat en långsamt sjunkande trend under de senaste sju åren. Andelen ligger nu för femte året i rad under 20 %.
- Skillnader i andelen ADL-beroende mellan sjukhusen förklaras delvis av skillnader i patientsammansättning. Det kvarstår dock betydande skillnader mellan sjukhusen också efter statistisk justering för olikheter i patientsammansättning, något som visar att det på många håll kan finnas betydande utrymme att förbättra rehabiliteringen efter stroke.

Om indikatorn

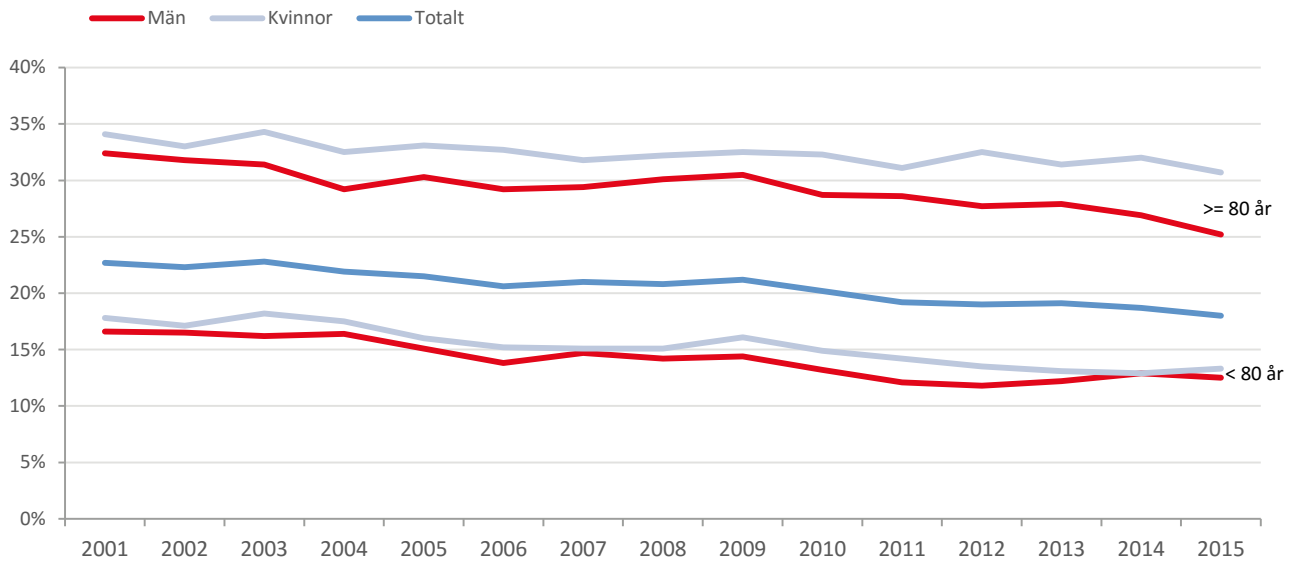
ADL-beroende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Riksstroke ADL-mätningar är validerade mot andra ADL-instrument, med tillfredsställande resultat.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas

Resultat

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

Andelen ADL-beroende 3 månader efter strokeinsjuknandet (av dem som var ADL-oberoende före in-sjuknandet) var 18 % för 2015. Det är femte året i rad som andelen ligger under 20 %. Sett över längre tid har andelen tydligt minskat – minskningen har uppgått till 3,5 % över den senaste tioårsperioden ($p < 0,001$ för tidstrend) (*figur 3*). Nedgången gäller både män och kvinnor under och över 80 år.

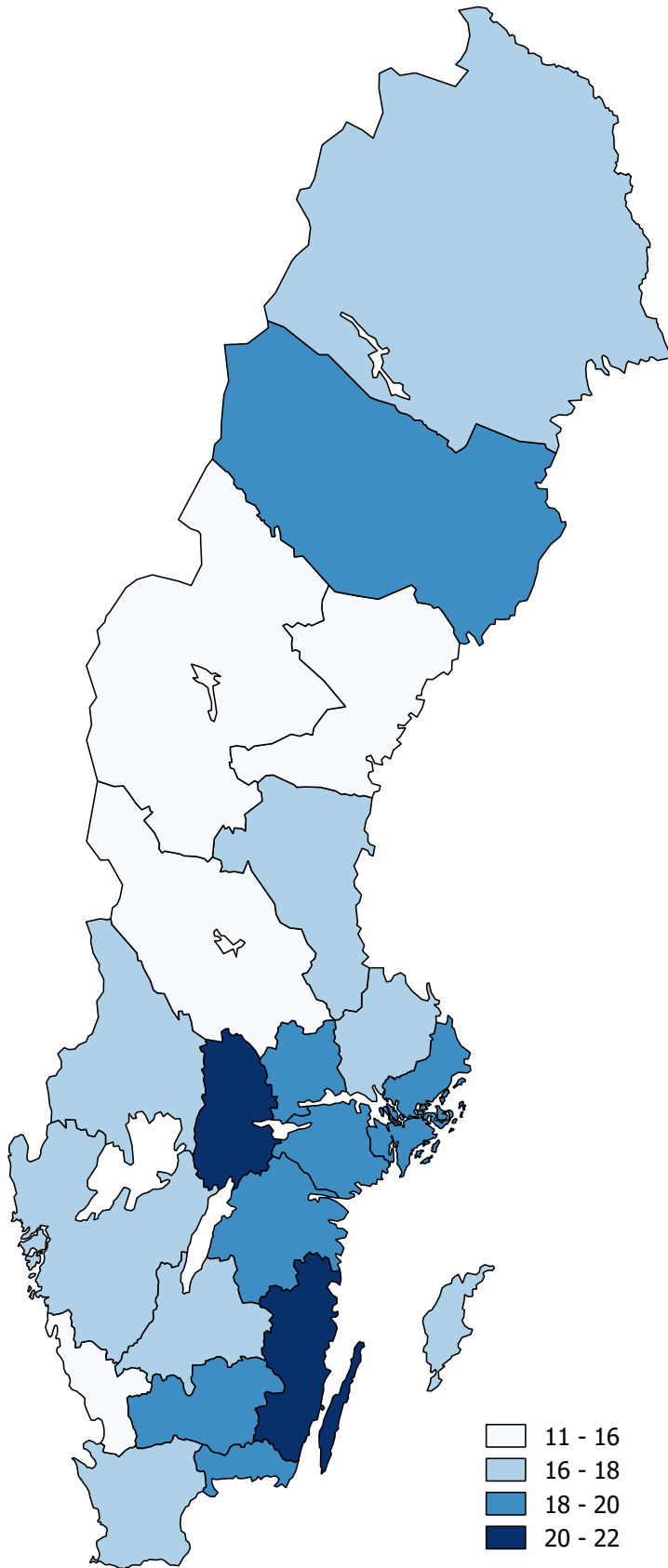
Andelen patienter som är ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet



Figur 3. Utvecklingen under 2001–2015 av andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara ADL-beroende av andra personer vid på- och avklädning och/eller toalettbesök. Uppdelat på kön och ålder samt totalt. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende.

I figur 4 jämförs andelen ADL-beroende 3 månader efter strokeinsjuknandet mellan landstingen/regionerna. Andelen ADL-beroende varierade mellan 11 och 22 %. Andelen ADL-beroende vid hjärninfarkt var 17 %, och vid hjärnblödning 29 %.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet

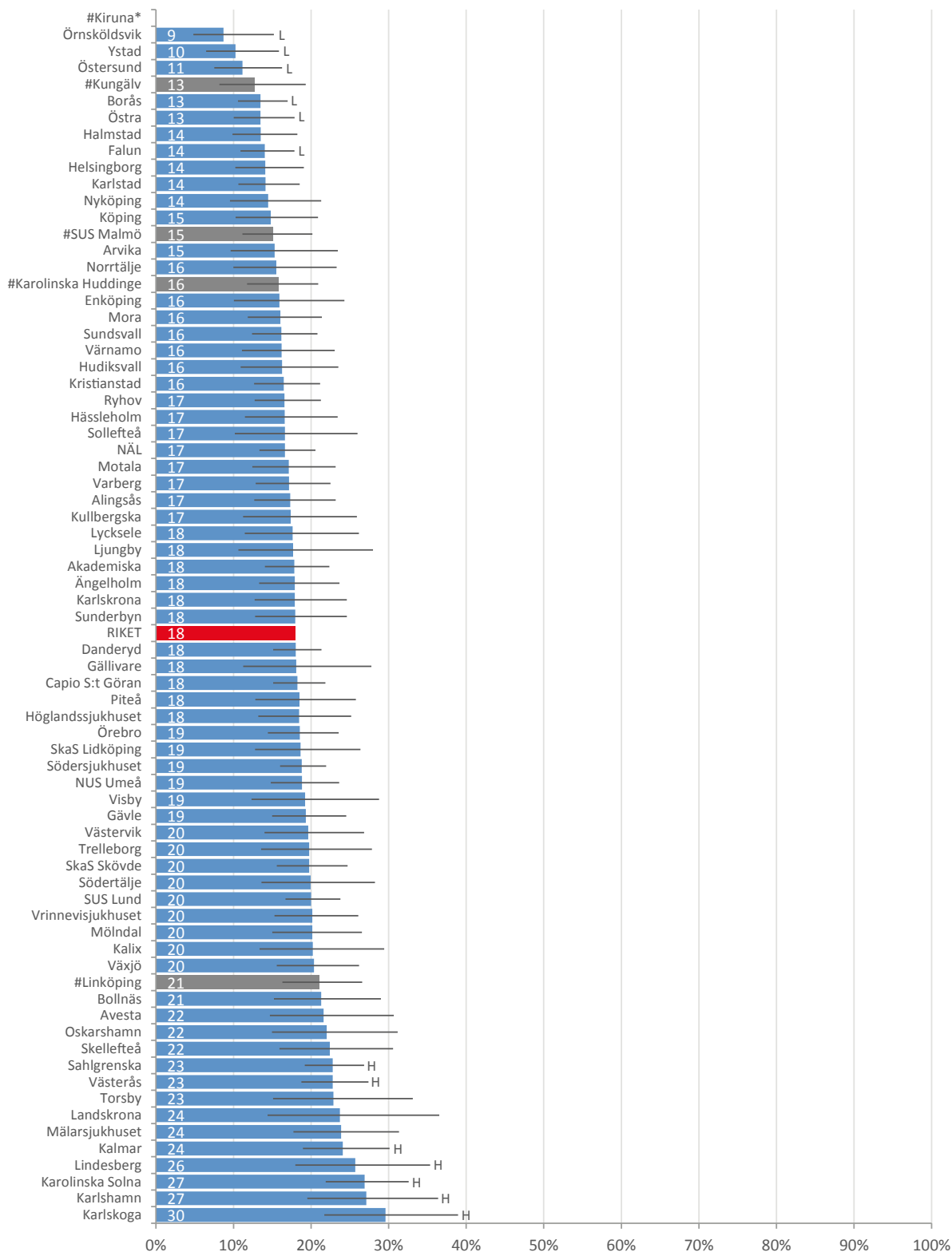


Figur 4. Jämförelse mellan landstingen av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2015. Endast patienter som före insjuknandet var ADL-oberoende.

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

Även efter justeringar för patientsammansättning vid insjuknandet kvarstår skillnader på 21 % mellan sjukhus med låg respektive hög andel ADL-beroende patienter. För några sjukhus med höga respektive låga andelar ADL-beroende patienter är skillnaderna mot riksgenomsnittet statistiskt säkerställda (*figur 5*). Vid sju sjukhus var andelen ADL-beroende signifikant högre, och vid sex sjukhus signifikant lägre, än riksgenomsnittet. Konfidensintervallen var genomgående stora, för många sjukhus 10 % eller mer, och även för de största sjukhusen 5–9 %.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet



*Kiruna har för få patienter som svarat på frågan för att kunna genomföra analysen

Figur 5. Jämförelse mellan sjukhusen av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2015. Andelen har justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

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

1.5 BOENDE

Slutsatser

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

Om indikatorn

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

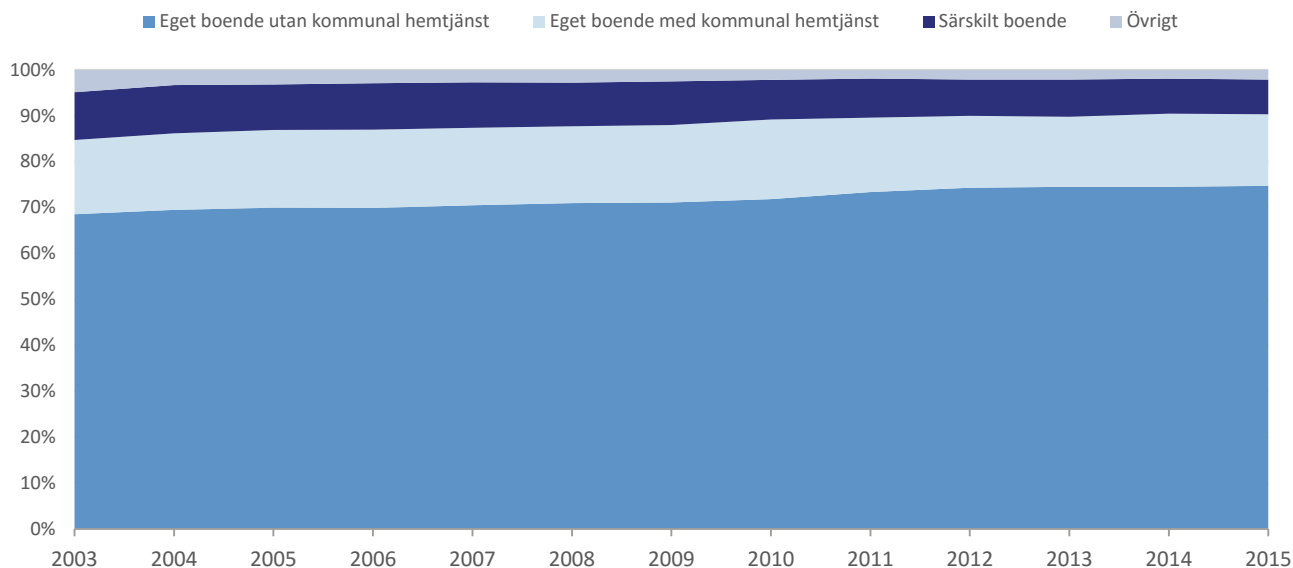
Resultat

Av totalt 15 570 patienter uppföljda vid 3 månader, bodde 9 701 (62 %) i eget boende utan kommunal hemtjänst, 3 221 patienter (21 %) i eget boende med kommunal hemtjänst, 2 334 patienter i särskilda boenden (15 %), och 314 patienter (2 %) i annan boendeform (ibland inlagda på sjukhus).

Andelen i särskilt boende på sjukhusnivå varierade påtagligt, mellan 8 % och 24 % (*Webbtabell 2*, tillgänglig på www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter") Vid flera sjukhus låg andelen i särskilt boende 3 månader efter insjuknandet på mindre än 10 % (vid 10 sjukhus 2015, jämfört med 6 sjukhus 2014).

Andelen patienter som före strokeinsjuknandet hade eget boende och som 3 månader efter insjuknandet återgått till eget boende har ökat långsamt under det senaste decenniet. Under 2015 var andelen 91 % (*figur 6*), en liknande andel som för 2014. Andelen med eget boende utan kommunal hemtjänst låg på en högre nivå (74–75 %) än tidigare, medan andelen i eget boende med kommunal hemtjänst har varit liknande under de senaste 4 åren.

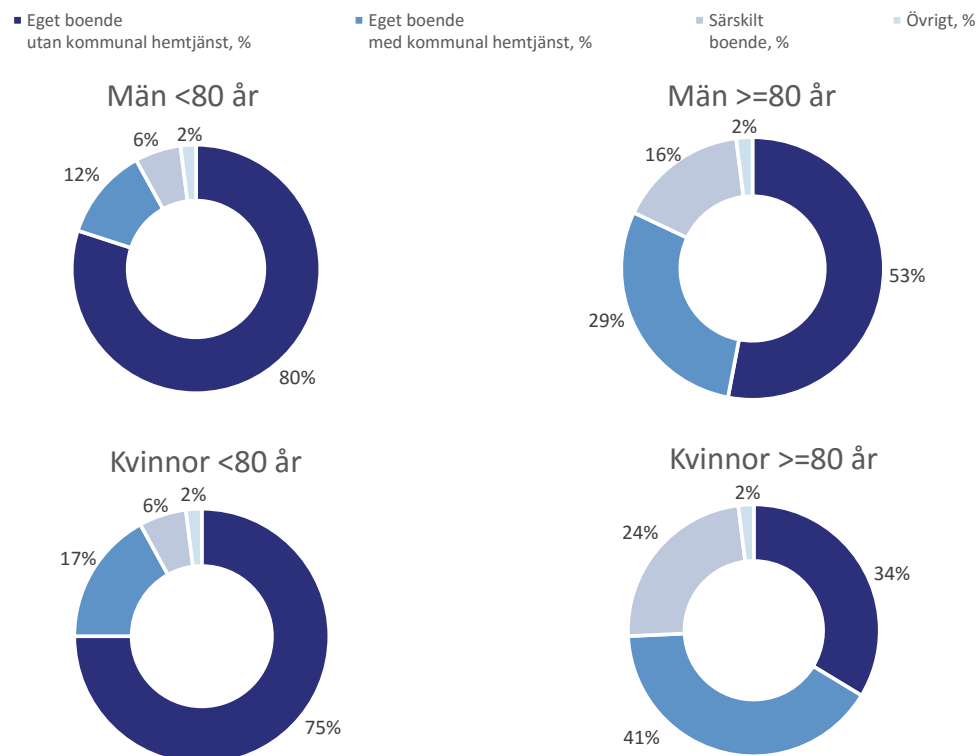
Patienters boende 3 månader efter injuknandet



Figur 6. Patienters boende 3 månader efter strokeinsjuknandet, 2003–2015. Enbart patienter med eget boende utan hemtjänst före insjuknandet.

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

Patienters boende 3 månader efter insjuknandet, kön- och åldersuppdelat



Figur 7. Patienters boende 3 månader efter strokeinsjuknandet, uppdelat på män respektive kvinnor, under och över 80 år gamla vid insjuknandet. Enbart patienter med eget boende och utan hemtjänst före insjuknandet. Nationell nivå 2015.

Tolkningsanvisningar

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

1.6 VÅRDINSATSER

1.6.1 Rehabilitering

Slutsatser

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

Om indikatorn

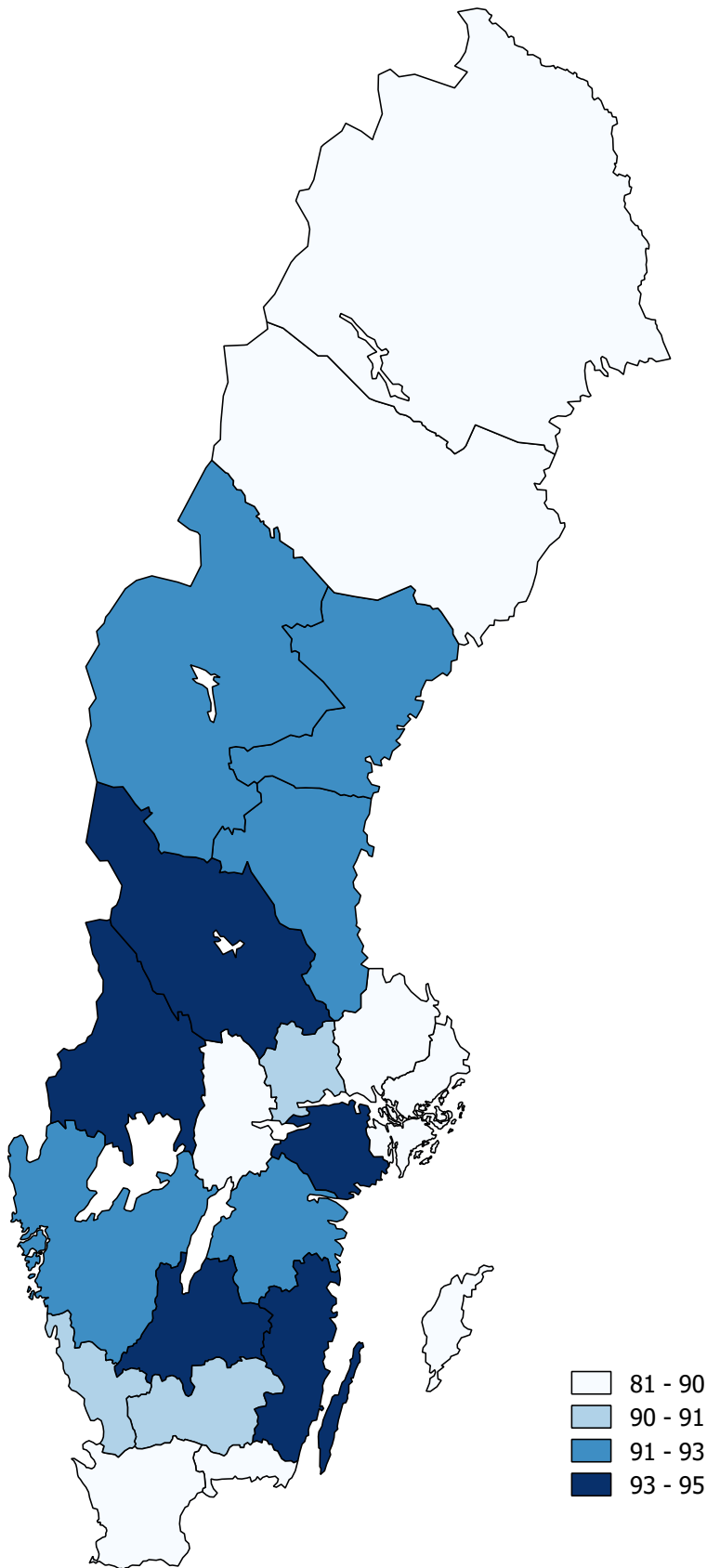
Nöjdhet/missnöje med rehabiliteringen	
Typ av indikator	Resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Accepterade patientrapporterade utfallsmått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillgängligt

Resultat

Rehabilitering på sjukhus. Andelen patienter som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset (bland de som hade fått rehabilitering) var hög för hela riket; flertalet (90 %) uppgav sig vara nöjda eller mycket nöjda (andelen är en procent lägre än för 2014 och oförändrad jämfört med 2013). Samtidigt uppgav 10 % att de var missnöjda eller mycket missnöjda. Andelen nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset var högre hos dem som hade eget boende vid 3 månader (92 % nöjda) än de som vid 3 månader bodde i särskilt boende (78 % nöjda).

Jämförelser mellan landsting/regionerna visar en måttlig variation, från 85 % upp till 95 % (*figur 8*). Rangordning mellan sjukhusen uppvisade stora likheter med närmast föregående år.

Andelen patienter som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset



Figur 8. Jämförelse mellan landstingen/regionerna av andelen patienter som i 3-månadersenkäten svarade att de var nöjda eller mycket nöjda med den rehabilitering de fått på akutsjukhuset 2015. Andelen "vet ej"-svar på denna fråga var 10 % och redovisas inte.

En jämförelse mellan sjukhusen redovisas i *webbtabell 3* (tillgänglig på www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"). På många håll var andelarna påtagligt höga: 14 sjukhus hade en andel nöjda på 95 % eller högre. Endast vid ett sjukhus återfanns andelar under 80 %.

På landstings-/regionsnivå varierade andelen som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset mellan 85 % och 96 % hos de som hade eget boende vid 3 månader, medan variationen var från 61 % till 93 % hos de som vid 3 månader bodde i särskilt boende.

Rehabilitering efter utskrivning från sjukhus. Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus var lägre jämfört med andelen nöjda med rehabiliteringen på sjukhus (85 % mot 90 %). Andelen är liknande som för åren 2011 till 2014 (84–85 %). Under 2015 uppgav 7 % att de haft behov av rehabilitering efter att de skrivits ut från sjukhuset men inte fått det.

Tolkningsanvisningar

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

1.6.2 Hemrehabilitering

Slutsatser

- Andelen som svarade att de fått hemrehabilitering har ökat kraftigt jämfört med 2014, och uppgår till 27 % för riket 2015. Det kvarstår stora skillnader över landet i andelen som fått hemrehabilitering. Riksstroke kan inte redovisa om hemrehabiliteringen utgått från sjukhuset eller kommunen, eller om rehabiliteringen utförts av ett multidisciplinärt team inklusive läkare.

Om indikatorn

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

Resultat

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

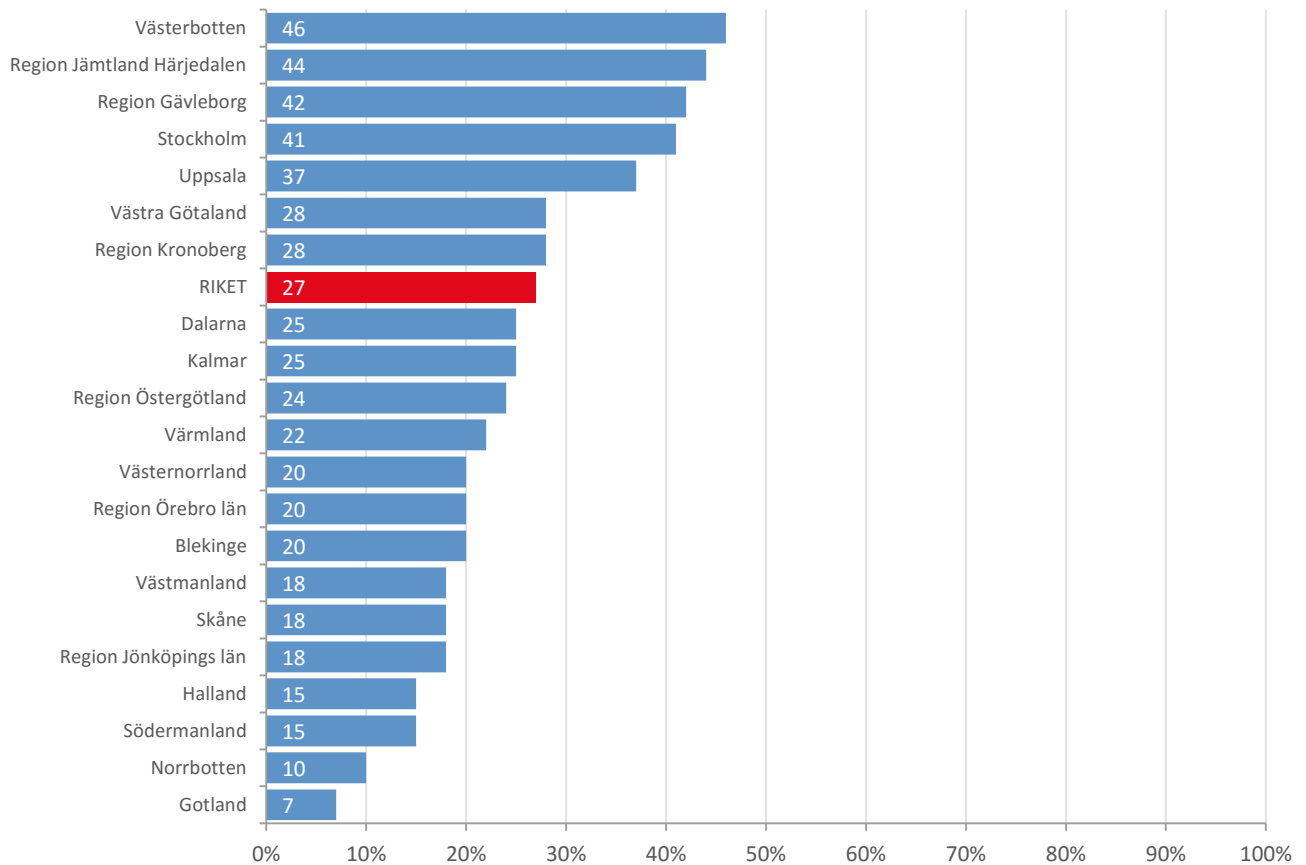
- lindriga symtom utan rehabiliteringsbehov
- att rehabiliteringsmålen nåtts redan på akutsjukhuset
- att patienten valt att avstå
- att det saknats resurser för att genomföra rehabilitering i öppenvård

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

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

Vid 3-månadersuppföljningen uppgav 27 % av alla patienter som fått någon form av rehabilitering, och som angav att de behövde/ville ha stöd eller hjälp, att det skedde som hemrehabilitering. Detta är en kraftig ökning från närmast föregående år 2010 till 2014 då andelen var 14-16 %. Som *figur 9* visar, överstiger andelen 30 % i fem landsting/regioner (jämfört med ett landsting/region 2014), medan andelen överstiger 20 % inom ytterligare 15 landsting/regioner (jämfört med tre landsting/regioner 2014). Spridningen mellan landstingen/regionerna var från 7 % upp till 46 %.

Andelen patienter som hade fått hemrehabilitering



Figur 9. Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen 2015 uppgav att de hade fått rehabilitering i hemmet (av samtliga som uppgav att de fått någon form av rehabilitering efter att de skrevs ut från sjukhuset).

Tolkningsanvisningar

- Riksstrokedata om hemrehabilitering bygger på uppgifter som patienterna rapporterat. Det är möjligt att vissa patienter inte har helt klart för sig vad hemrehabilitering innebär och de absoluta procenttalen kan därför vara osäkra. Rangordningen mellan landstingen/regionerna påverkas nog inte i någon större utsträckning av detta. Riksstroke kan ej särskilja om hemrehabiliteringen utgått från sjukhus eller kommun, och om den varit multidisciplinär eller om läkare ingått.

1.6.3 Tillgång till logoped

Slutsatser

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

Om indikatorn

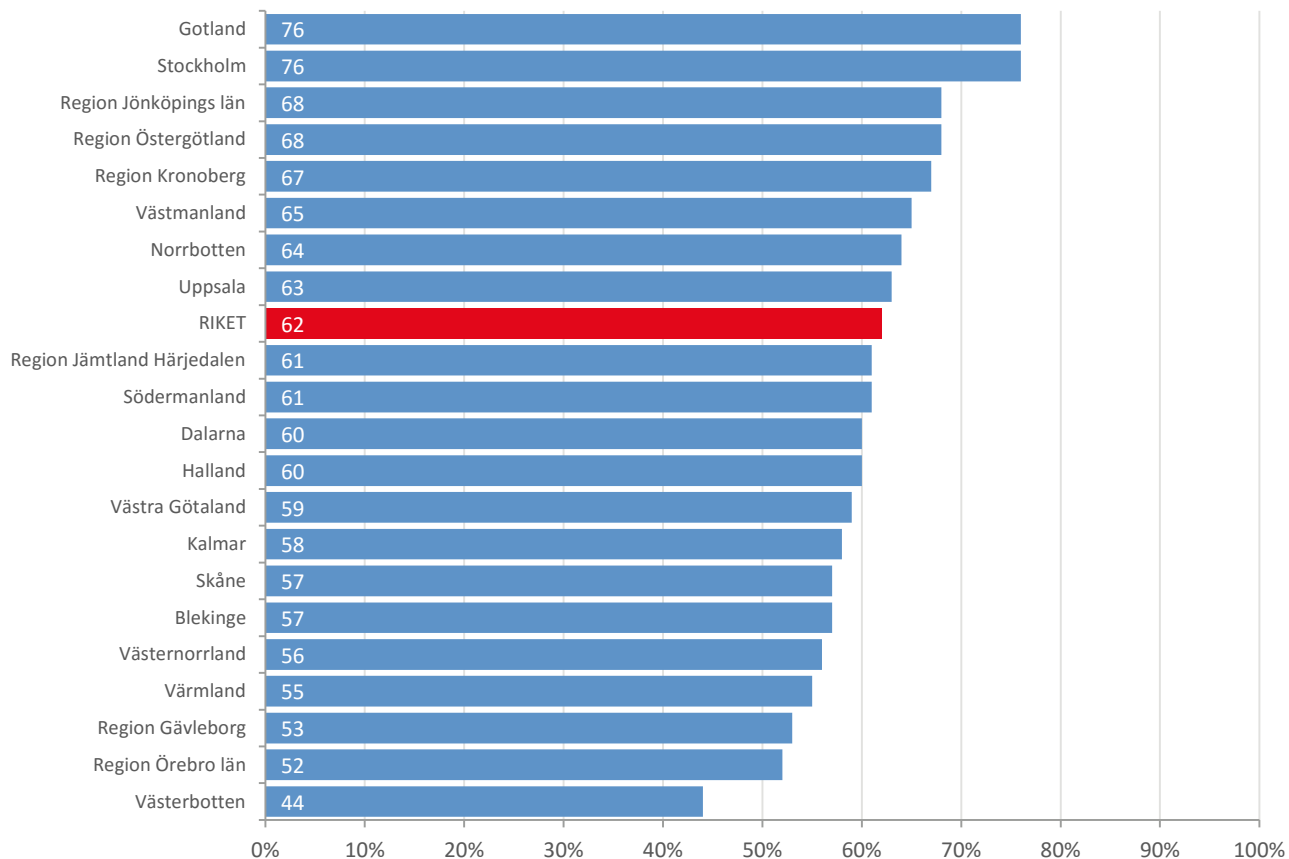
Talsvårigheter och tillgång till logoped	
Typ av indikator	Process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Talsvårigheter: patientrapporterat utfallsmått (PROM). Tillgång till logoped: ⁶ (men svagheter i detta underlag).
Prioritet enligt nationella riktlinjer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

Resultat

Över hälften (62 %) av de patienter som rapporterade att de hade talsvårigheter uppgav att de hade träffat en logoped för bedömning och/eller behandling (28 % för bedömning och 34 % för bedömning och behandling). Andelen är 4 % högre än för 2014, och de närmast föregående år.

Tillgången till logoped varierade kraftigt mellan landstingen/regionerna, från 44 % till 76 %, något mindre än för närmast föregående år, (*figur 10*).

Andelen patienter med talsvårigheter som träffat logoped



Figur 10. Andelen strokepatienter som vid 3-månadersuppföljningen 2015 uppgav sig ha talsvårigheter och hade haft kontakt med logoped för bedömning eller både bedömning och behandling.

Tolkningsanvisningar

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

1.6.4 Uppföljande besök inom sjukvården

Slutsatser

- Andelen patienter som angav att de fått ett uppföljande återbesök inom sjukvården har tidigare redovisats i Riksstroke, och har också varit en indikator där målnivåer satts upp. En valideringsstudie av patientrapporterade återbesök jämfört med verkligen genomförda besök visade att en betydande del av faktiska återbesök missades vid självrapporteringen. Patientrapporterade data för återbesök bedömdes alltför osäkra att för närvarande kunna användas som kvalitetsmått.

Om indikatorn

Uppföljande besök inom sjukvården	
Typ av indikator	Process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Förutsättning för att tillämpa många av de sekundärpreventiva och rehabiliterande insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas
Målnivåer	Har borttagits i Riksstroke för 2015

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

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

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

Resultat

Riksstroke har tidigare använt patientrapporterade uppgifter om återbesök som skett inom 3 månader efter att patienten skrevs ut som en markör för ambitionsnivån för hur patienter som insjuknat i stroke följs upp. En valideringsstudie från Riksstroke (<http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2016/02/Studie-av-patientrapporterade-data-kring-uppf%C3%B6ljningsbes%C3%B6k-efter-stroke-mot-v%C3%A5rdproduktionsuppgifter..pdf>) av patientrapporterade återbesök mot verkligen genomförda besök visade att en av fem överlevare inte hade fått återbesök hos läkare efter utskrivning från sjukhus eller rehabiliteringsavdelning tre månader efter sitt stroke-insjuknande, baserat på vårdadministrativa data. Självrapporterad data avseende uppföljning visade sig ha begränsad validitet som mått på faktisk uppföljning (83 % svarar korrekt ja och endast 32 % svarar korrekt nej).

Resultat av patientrapporterade data för 2015 visas i *Webbtabell 4* (tillgänglig på www.riksstroke.org under länken "Årsrapporter").

Tolkningsanvisningar

- En valideringsstudie har visat att patientrapporterade uppgifter om förekomst av återbesök var alltför osäkra för att kunna användas som kvalitetsmått.
- Riksstroke kommer att undersöka möjligheten att fånga återbesök genom samkörning av vårdadministrativa data.

1.6.5 Rökstopp

Slutsatser

- Andelen som slutat röka vid 3 månader ligger på 45 %, oförändrat.
- Registreringen av rökstopp har markant förbättrats jämfört med närmast föregående år, och andelen där uppgift saknas är nu mycket liten.
- Knappt hälften av de som rökte vid insjuknandet angav att de erbjudits rökavvänjning.

Om indikatorn

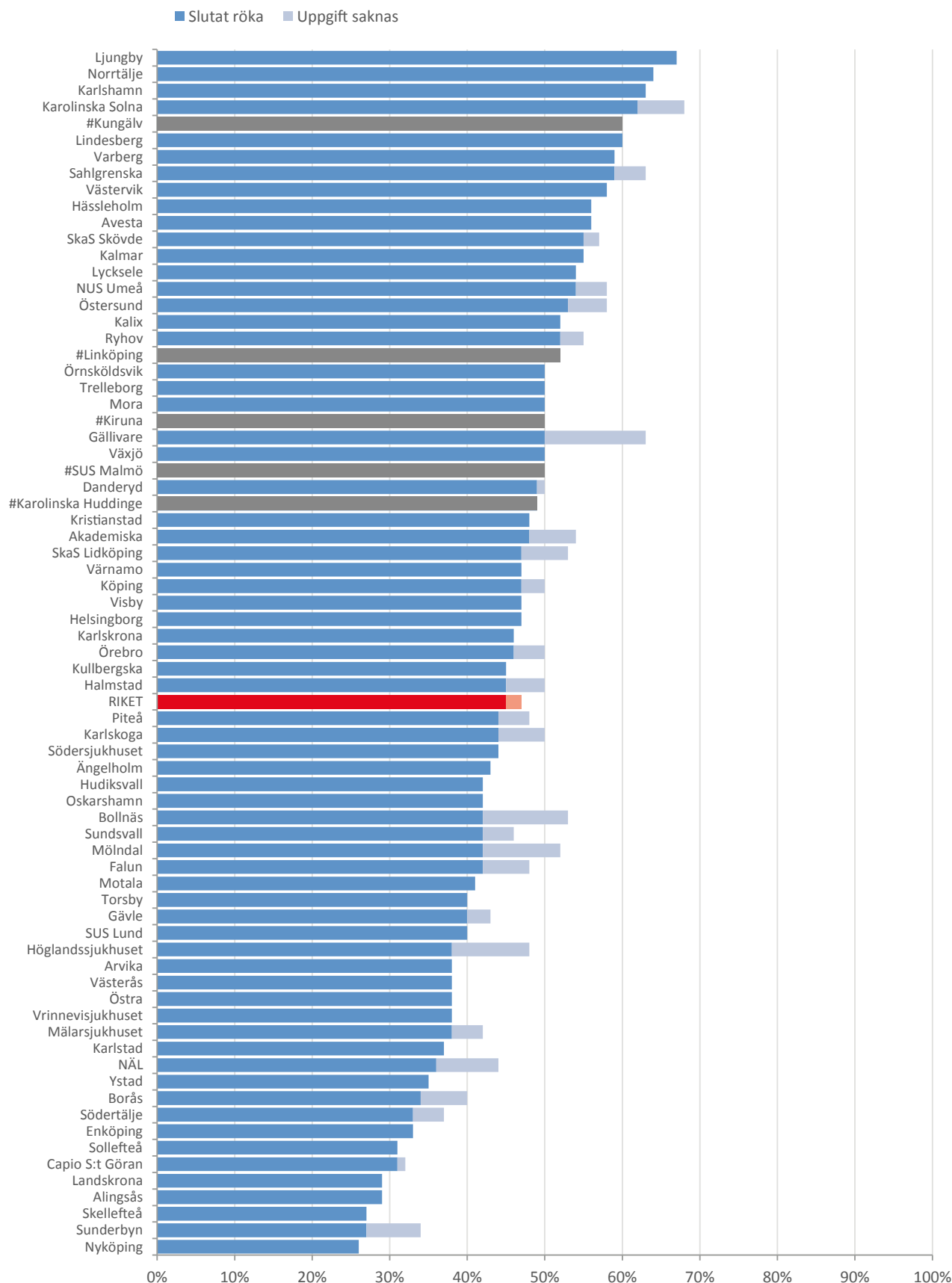
Rökning	
Typ av indikator	Process och resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Otillräckligt, se de nationella riktlinjernas vetenskapliga underlag ⁵ .
Prioritet enligt nationella riktlinjer	3

Resultat

Av dem som registrerades i Riksstroke 2015 var 14 % rökare vid insjuknandet. Detta är 2 % lägre än för närmast föregående år. Enligt data rapporterade av personalen fick mer än hälften rökare (56 %) råd om rökstopp. Vid 3-månadersuppföljningen tillfrågas också patienterna om rökning.

För 2015 uppgav 45 % av patienterna som rökte vid insjuknandet att de slutat röka, en liknande nivå som 2013 och 2014. Liksom tidigare år är spridningen mellan sjukhusen stor (*figur 11*). I formuläret för 2015 ingick också för första gången en fråga om rökavvänjning. Det var 46 % av de som rökte vid insjuknandet som angav att de hade erbjudits rökavvänjning.

Rökstopp 3 månader efter insjuknandet



Figur 11. Andelen patienter som vid insjuknandet 2015 uppgav sig vara rökare och som 3 månader efter insjuknandet angav att de inte rökte (d.v.s. har gjort rökstopp efter insjuknandet). Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

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

1.6.6 Blodtrycksbehandling 3 månader efter insjuknandet

Slutsatser

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

Om indikatorn

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

Resultat

Att döma av de uppgifter patienterna rapporterat 3 månader efter stroke var följsamheten för blodtryckssänkande medicinering allmänt sett god. Som framgår av *tabell 2* var andelen som vid 3 månader efter insjuknandet uppgav sig ta blodtryckssänkande läkemedel obetydligt lägre än den andel som skrivits ut med denna typ av medicinering (78 % mot 79 %). Andelarna är samma som för 2014. Variationen mellan sjukhusen är måttlig, med en variation från 63 % till 91 % för andelar som uppgav att de behandlades med blodtryckssänkande läkemedel vid 3 månader. Skillnaderna mellan utskrivning och 3 månader per sjukhus var genomgående små.

Tabell 2. Andelen strokepatienter (oavsett typ av stroke) som skrevs ut från sjukhuset med någon form av blodtryckssänkande medicinering, 2015. Sjukhus med täckningsgrad <75 % eller uppföljning <75 % (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Sjukhus	Vid utskrivning, %	3 månader efter insjuknandet, %	Sjukhus	Vid utskrivning, %	3 månader efter insjuknandet, %
Akademiska	83	81	Mälarsjukhuset	88	91
Alingsås	77	78	Mölnadal	83	83
Arvika	80	88	Norrtälje	82	82
Avesta	83	82	NUS Umeå	73	79
Bollnäs	84	79	Nyköping	79	73
Borås	83	80	NÄL	78	76
Capio S:t Göran	74	73	Oskarshamn	82	77
Danderyd	78	77	Piteå	75	78
Enköping	86	85	Ryhov	84	79
Falun	76	79	Sahlgrenska	74	73
Gällivare	91	85	SkaS Lidköping	88	83
Gävle	82	81	SkaS Skövde	73	75
Halmstad	80	79	Skellefteå	81	76
Helsingborg	82	80	Sollefteå	84	77
Hudiksvall	75	79	Sunderbyn	77	77
Hässleholm	85	82	Sundsvall	78	78
Höglandssjukhuset	81	82	SUS Lund	74	73
Kalix	82	70	#SUS Malmö	79	74
Kalmar	83	77	Södersjukhuset	78	77
Karlshamn	74	73	Södertälje	76	79
Karlskoga	81	84	Torsby	81	75
Karlskrona	75	70	Trelleborg	81	85
Karlstad	76	75	Varberg	78	79
#Karolinska Huddinge	79	72	Visby	81	86
Karolinska Solna	65	69	Vrinnevisjukhuset	76	75
#Kiruna	74	80	Värnamo	78	79
Kristianstad	76	75	Västervik	89	86
Kullbergsska	89	91	Västerås	84	85
#Kungälv	81	84	Växjö	85	78
Köping	83	78	Ystad	72	63
Landskrona	75	66	Ängelholm	78	76
Lindesberg	84	81	Örebro	72	71
#Linköping	89	84	Örnsköldsvik	80	82
Ljungby	82	75	Östersund	75	72
Lycksele	86	86	Östra	78	79
Mora	81	80	RIKET	79	78
Motala	80	81			

Tolkningsanvisningar

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

1.6.7 Information om uppehåll med bilkörning

Slutsatser

- Drygt 80 % av patienter hade fått information om att avstå från bilkörning.

Akut stroke påverkar i nästan alla fall hjärnfunktionen på något sätt som medför ökad risk för olyckor vid bilkörning. Det är praxis att patienter med stroke avråds från bilkörning under en tidsperiod, vanligen minst 3 månader, efter insjuknandet. 3-månadersenkäten 2015 innehöll för första gången en fråga om information kring uppehåll med bilkörning. För 30 % av patienterna var information om bilkörning inte aktuellt eftersom de inte körde bil före insjuknandet. I de fall där information var aktuellt angav 82 % att de informerats om uppehåll med bilkörningen, medan 18 % angav att de inte fått sådan information.

1.7 SYMTOM OCH LIVSKVALITET

1.7.1 Kvarstående besvär och återgång till aktiviteter som innan insjuknandet i stroke

Uppföljningsenkäten 2015 innehöll för första gången två nya frågor om restillstånd, funktionsförmåga och aktivitet: "Har du fortfarande besvär efter din stroke?", och "Har du kunnat återgå till det liv och aktiviteter som du hade före insjuknandet i stroke?".

Det var 29 % som angav att alla besvären hade gått över helt, medan 71 % angav att de fortfarande hade besvär.

Det var 29 % som angav att de kunna återgå till det liv och aktiviteter som de hade innan stroke insjuknandet, 36 % svarade "ja men inte riktigt som förut", och 35 % svarade "nej" på frågan.

1.7.2 Självskattat hälsotillstånd

Slutsatser

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

Om indikatorn

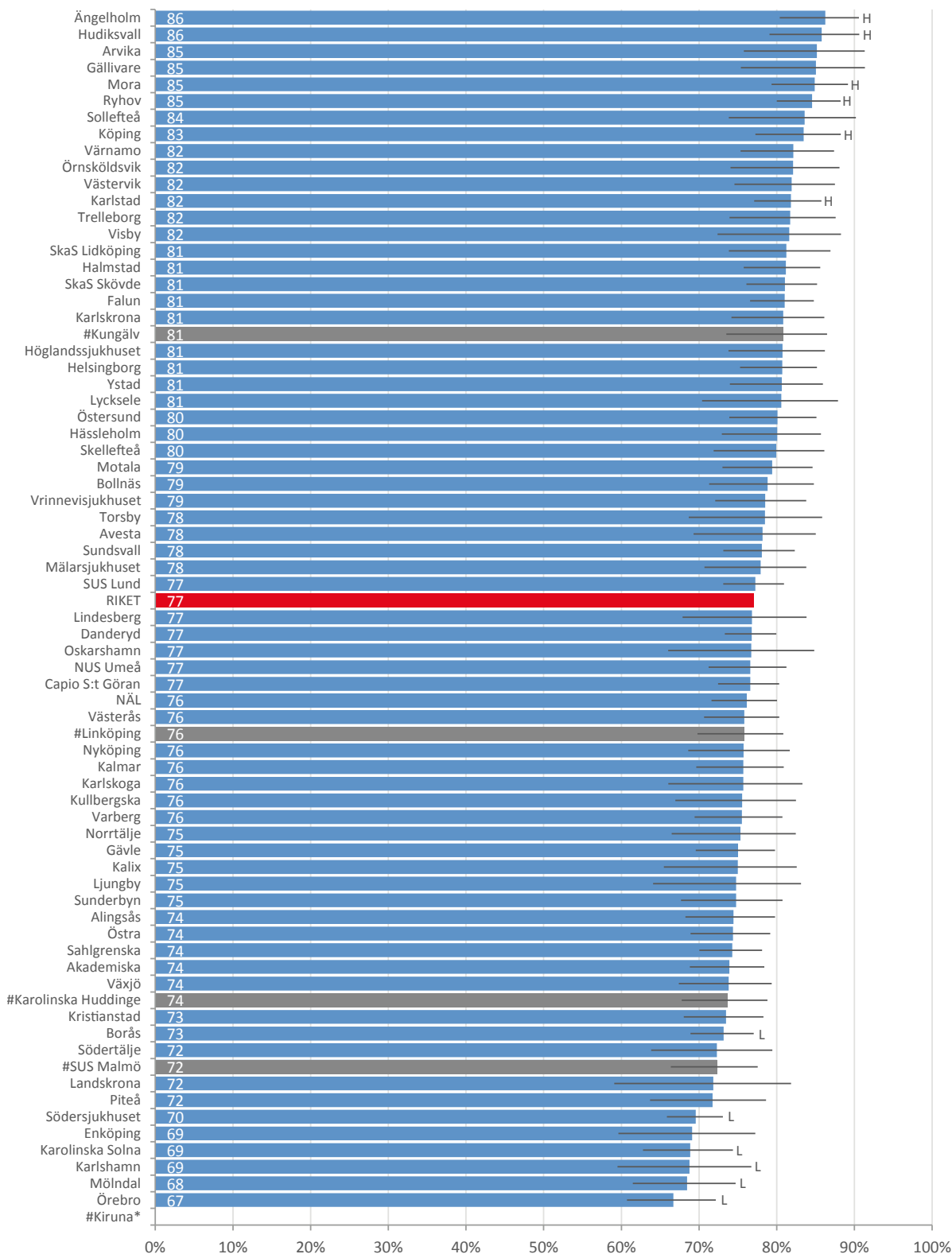
Självskattat hälsotillstånd	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM); pågående validering inom ett Riksstrokeprojekt.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt

Resultat

Av de patienter som besvarade frågan om sitt hälsotillstånd 3 månader efter insjuknandet, uppgav 77 % att deras hälsotillstånd var ganska eller mycket gott. Av de svarande uppgav 18 % sitt allmänna hälsotillstånd som ganska dåligt och 5 % som mycket dåligt. Samtliga resultat är oförändrade över de senaste fem åren.

Efter statistisk justering för skillnader i köns- och ålderssammansättning samt medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset finns stora skillnader mellan sjukhusen (19 %) i andelen med ganska eller mycket god självskattad hälsa 3 månader efter insjuknandet. I många fall är avvikelserna från riksgenomsnittet statistiskt säkerställda (*figur 12*).

Självskattat hälsotillstånd ganska eller mycket gott hos patienterna 3 månader efter insjuknandet



*Kiruna har för få patienter som svarat på frågan för att kunna genomföra analysen

Figur 12. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2015 uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket gott. Andelen har justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

- Indikatorn är känslig för stort bortfall. Stort bortfall (andel uppföljda <80 %) gällde för 6 sjukhus.
- Patientens självskattade hälsotillstånd är nära knutet till ADL-förmågan och dessa båda resultatvariabler ger olika aspekter på gott eller dåligt utfall.
- Denna resultatindikator kan påverkas av sjukvårdens insatser under akutskedet och efter att patienten skrivits ut från sjukhuset, men troligen mer av stödet från närstående och samhället. Patientens förväntningar spelar också in, liksom socioekonomiska förhållanden och eventuell förekomst av depression.

1.7.3 Trötthet

Slutsatser

- Trötthet är vanligt förekommande efter stroke.

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen efterfrågas också uppgifter om ett flertal symtom. Ständig eller ofta förekommande trötthet angavs av 40 %, andelen var högre för kvinnor (47 %) än för män (35 %). Kvinnors högre medelålder kan bidra till könsskillnaden.

1.7.4 Depression/nedstämdhet

Slutsatser

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

Om indikatorn

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

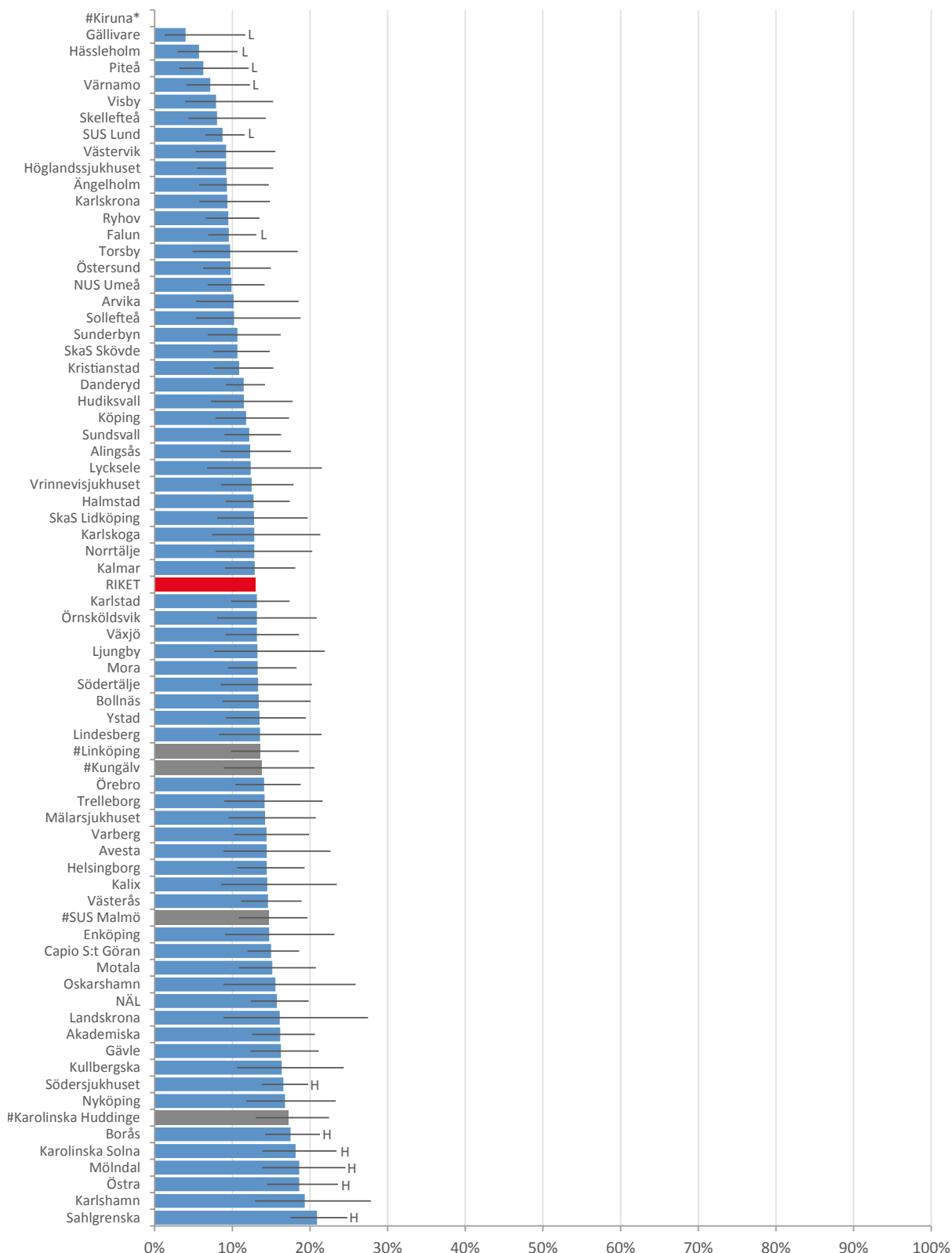
Nedstämdhet är en så vanlig komplikation efter stroke att det fått en särskild engelsk benämning: *post-stroke depression*. Många, men långt ifrån alla, patienter med post-stroke depression är hjälpta av antidepressiva läkemedel.

Resultat

Av de patienter som vid 3-månadersuppföljningen besvarade frågan om nedstämdhet, uppgav 13 % att de ofta eller ständigt kände sig nedstämda (liknande andel som för åren 2010–2014).

Efter justering för ålder, kön och vakenhetsgraden vid insjuknandet rapporterades en signifikant lägre andel nedstämda vid 6 sjukhus, och andelen var signifikant över riksnivån vid 6 sjukhus (*figur 13*).

Förekomst av nedstämdhet hos patienterna 3 månader efter insjuknandet



*Kiruna har för få patienter som svarat på frågan för att kunna genomföra analysen

Figur 13. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2015 uppgav sig vara nedstämda ofta eller ständigt. Justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och vakenhetsgrad vid insjuknandet. De horisontella linjerna anger 95 % konfidensintervall. L = statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H = statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Tolkningsanvisningar

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

1.7.5 Smärta

Slutsatser

- Smärta är vanligt förekommande efter stroke.

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen angav 23 % att de ofta eller ständigt hade smärta. Andelen var 19 % hos män och 29 % hos kvinnor. Andelarna är något högre än för närmast föregående år.

På frågan om patienten fått sitt behov av smärtlindring tillgodosett svarade 34 % att behovet var helt tillgodosett, 50 % att det var delvis tillgodosett och 16 % att behovet av smärtlindring inte alls var tillgodosett. Denna fråga har tidigare endast funnits i Riksstrokes 1-årsuppföljning och är ny för i år i 3-månadersuppföljningen.

1.7.6 Svårigheter att tala, läsa, skriva och svälja

Slutsatser

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

Resultat

Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig ha talsvårigheter var 21 %, oförändrat jämfört med de tre närmast föregående åren. Lässvårigheter uppgavs av 21 % och skrivsvårigheter av 28 %. Svårigheter att svälja angav 10 %. Se avsnittet *"Tillgång till logoped"* för uppgifter om andel patienter som träffat logoped för behandling eller bedömning.

1.7.7 Minnessvårigheter

Resultat

Vid 3-månadersuppföljningen angav 35 % av patienterna att de ofta eller ständigt upplevde minnessvårigheter.

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

1.7.8 Multipla symtom

Slutsatser

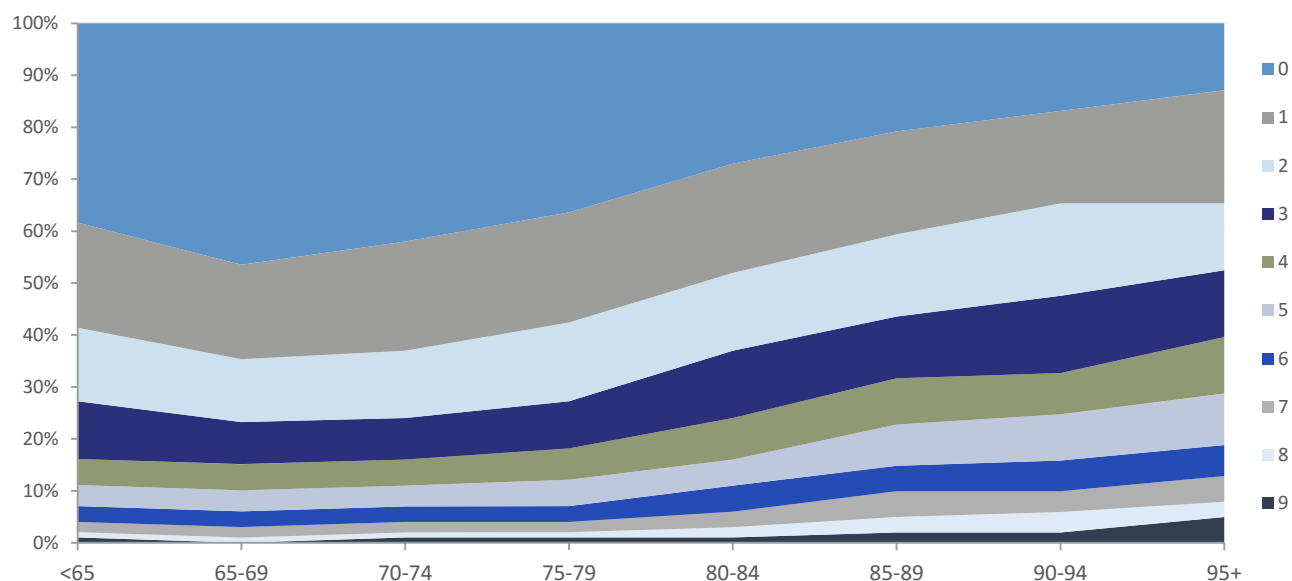
- Nästan var fjärde patient har tre eller flera av de symtom som följs upp vid 3 månader.
- Vid uppföljning av patienter efter stroke behöver ett flertal typer av symtom och funktionshinder beaktas.

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

Resultat

Figur 14 visar andel patienter i olika åldersgrupper som har samtidig förekomst av flera besvär av de ovan uppräknade. Figuren visar att andelen patienter med multipla besvär ökar med åldern. Andel patienter med tre eller fler samtidiga besvär är drygt 20 % i åldrar upp till 75 år, drygt 30 % i åldrarna 75–85 år, och drygt 40 % hos patienter över 85 år.

Antal besvär per åldersgrupp



Figur 14. Andel patienter med multipla besvär uppdelat på ålder. Nationell nivå 2015.

1.8 NÖJDHET MED VÅRDEN OCH STÖD EFTER UTSKRIVNING

Slutsatser

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

Om indikatorn

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

Resultat

I 3-månadersenkäten tillfrågas patienterna om de är nöjda eller missnöjda med den vård de fick på akutsjukhuset. Sett över hela landet var andelen missnöjda eller mycket missnöjda låg, 5 %, och sett över tid syns det mycket små skillnader i andelen missnöjda patienter under den senaste tioårsperioden. Någon könsskillnad i nöjdhet noterades ej.

Beräknat på de 81 % av patienterna som svarade på frågan finns det måttliga skillnader mellan landets sjukhus i andelen nöjda eller mycket nöjda patienter sedan analyserna korrigerats för skillnader i patientsammansättning (*Webbtabell 5 www.riksstroke.org, under länken "Årsrapporter"*). På riksnivå var 95 % av patienterna nöjda eller mycket nöjda med vården, med en spridning från 89 % till 99 %.

Tolkningsanvisningar

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

1.9 TILLGODOSEDDA BEHOV EFTER UTSKRIVNING

Slutsatser

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

Om indikatorn

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

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

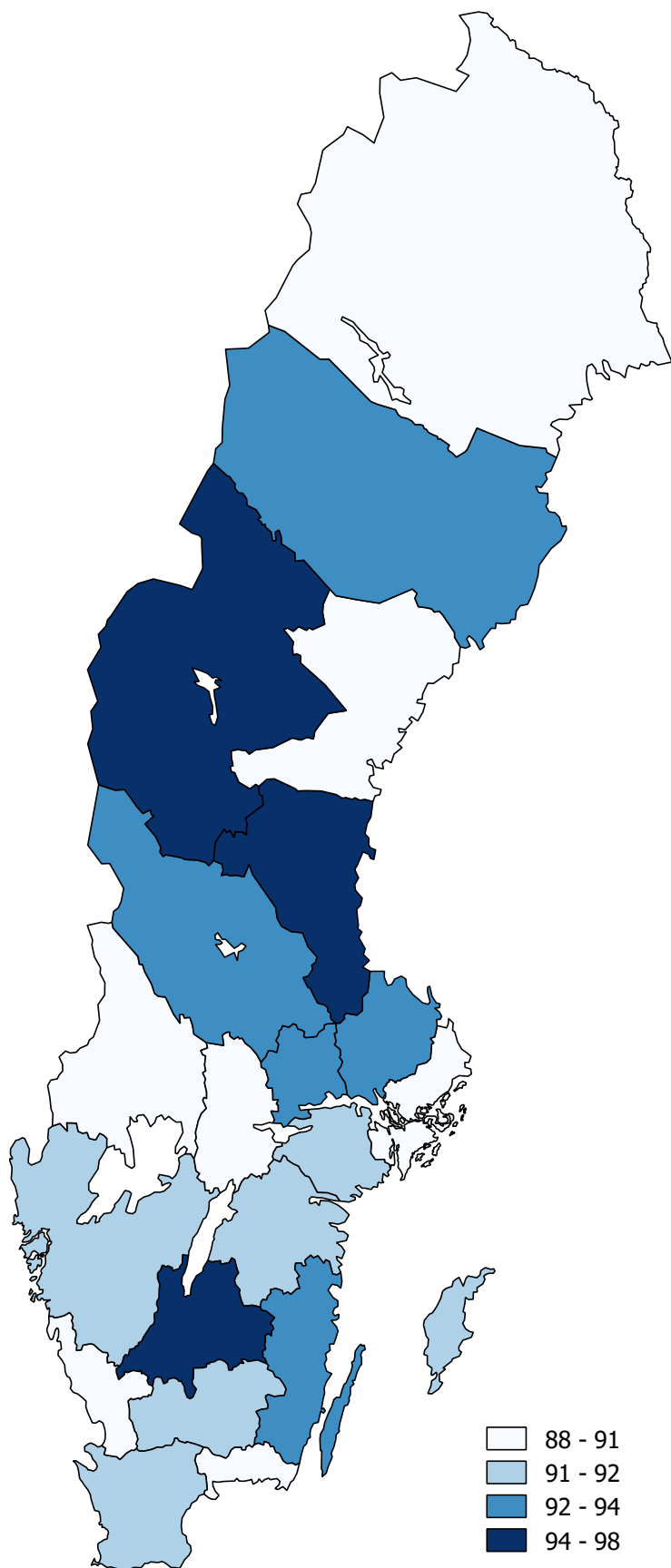
Resultat

Sett över hela riket ansåg 58 % att de fått sina behov av stöd från sjukvård och kommun tillgodosedda. Att behoven bara var delvis tillgodosedda ansåg 34 % och 8 % svarade "nej" på frågan, se *tabell 3*. Andelen med fullt tillgodosedda behov är något lägre än andelen för åren 2010–2014 (61–63 %).

Som framgår av *tabell 3* varierade andelen patienter som ansåg att deras behov av stöd var fullt tillgodosedda kraftigt beroende på vilket sjukhus de vårdades på, från 41 % till 98 %. Fyra sjukhus uppnådde en hög målnivå (75 %) med tillgodosedda behov, medan 28 sjukhus uppnådde måttlig målnivå (60 %). Måluppfyllelsen för hög målnivå har minskat med två sjukhus jämfört med 2014, och måluppfyllelsen för måttlig målnivå har minskat med 5 sjukhus.

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

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



Figur 15. Andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet 2015 uppgav sig ha fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Beräkningarna bygger endast på personer som uppgav sig haft behov av stöd och hjälp.

Tabell 3. Antalet och andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet 2015 uppgav sig ha fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Beräkningarna bygger endast på personer som uppgav sig ha behov av stöd och hjälp. Rangordning utifrån andelen helt tillgodosedda behov. Grön linje anger hög målnivå och gul linje måttlig målnivå. Sjukhus med täckningsgrad <75 % och sjukhus där <75 % har följts upp efter 3 månader (och därför osäkra data) har markerats med # och gråmarkerats.

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Kullbergska	89	8	3
Värnamo	88	12	0
Ryhov	81	17	2
Köping	76	18	6
Ängelholm	74	18	8
Arvika	71	27	2
SUS Lund	69	25	5
SkaS Skövde	69	26	5
Oskarshamn	69	22	9
Hudiksvall	69	28	3
Ystad	68	27	5
Motala	68	27	5
#Kiruna	67	25	8
Mora	67	30	3
Kristianstad	66	26	9
NUS Umeå	65	30	5
Norrtälje	65	26	9
Danderyd	64	28	7
Kalmar	64	31	6
Alingsås	64	33	3
Vrinnevisjukhuset	63	33	5
Bollnäs	63	30	7
#Kungälv	63	31	6
Visby	62	30	8
Skellefteå	62	32	6
Halmstad	61	29	10
Östersund	61	36	2
Piteå	61	28	10
Falun	60	32	8
Östra	60	30	10
Kalix	60	31	9
Trelleborg	60	37	3
Capio S:t Göran	58	35	8
Torsby	58	31	11
Varberg	58	32	9
Karlskoga	58	36	5
Borås	57	35	8

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Växjö	57	38	5
Lycksele	57	34	9
Gävle	57	37	6
Karlstad	56	31	12
Ljungby	55	32	12
Nyköping	55	35	10
Örnsköldsvik	55	29	16
Hässleholm	53	40	7
Sunderbyn	52	32	16
Avesta	52	41	7
Enköping	52	39	9
Akademiska	51	43	6
Helsingborg	51	34	15
Mölnådal	51	40	9
Södersjukhuset	51	36	12
Sundsvall	51	41	8
Karlskrona	51	39	10
Södertälje	51	41	8
Karlskrona	50	41	9
NÄL	50	40	10
Västerås	50	44	6
Karolinska Solna	49	40	10
Örebro	49	40	11
#Linköping	49	38	13
Gällivare	49	43	9
#Karolinska Huddinge	48	41	11
Höglandssjukhuset	48	42	10
Sollefteå	47	42	12
Sahlgrenska	46	42	12
Västervik	45	47	8
SkaS Lidköping	45	49	5
#SUS Malmö	42	46	12
Landskrona	39	49	12
Mälarsjukhuset	37	53	10
Lindesberg	35	57	8
RIKET	58	34	8

Tolkningsanvisningar

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

1.9.1 Hjälps och stöd av närstående

Slutsatser

- En mycket hög andel av de personer som haft stroke uppgav sig vara beroende av hjälp och stöd från närstående, särskilt i åldrar över 80 år.
- Kvinnor i eget boende uppgav oftare än män att de har behov av hjälp och stöd från närstående.
- Personer i särskilt boende rapporterade stora insatser från närstående. Ofta handlar det om emotionellt stöd och hjälp med praktiska saker som ekonomi, inköp, utflykter etc.

Om indikatorn

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

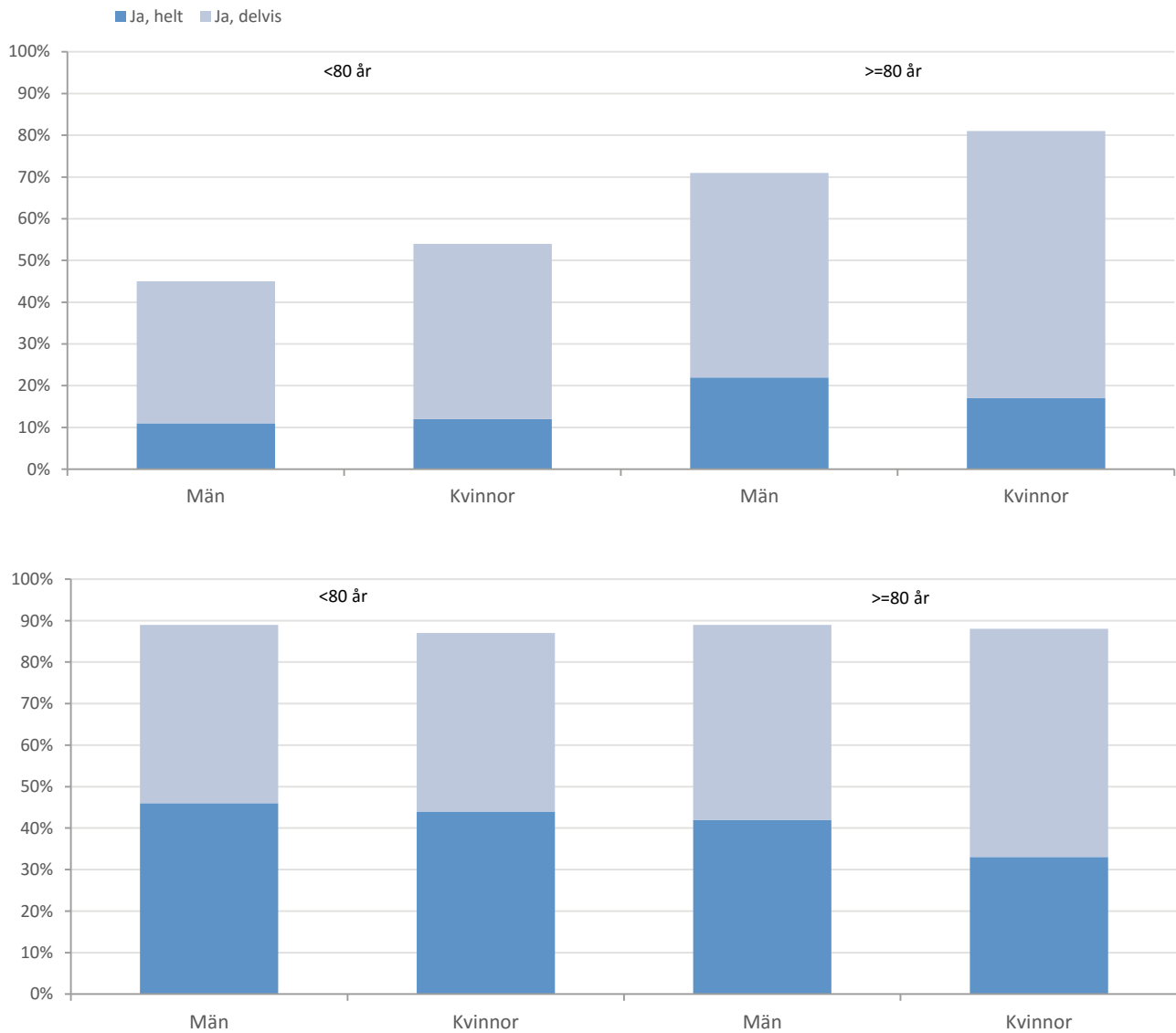
Resultat

I *figur 17* redovisas de andelar strokepatienter som uppgav sig ha behov av hjälp eller stöd från närstående 3 månader efter insjuknandet, uppdelat på kön och ålder.

Bland dem som hade eget boende 3 månader efter stroke uppgav kvinnor oftare än män att de är delvis beroende av närstående. I åldrar över 80 år uppgav fyra av fem av de svarande att de helt eller delvis är beroende av hjälp och stöd från närstående. Det är också en påfallande stor andel (88 %) av de som bor i kommunalt särskilt boende uppgav sig vara helt eller delvis beroende av närståendes insatser. Detta gäller både män och kvinnor samt de under och över 80 år (*figur 16*). Andelen som är beroende av närstående är i stort sett oförändrad jämfört med tidigare år.

2015 års enkät innehöll också för första gången en fråga om behov av hjälp av någon att sköta hushållet. 41 % angav att de hade sådant behov, 47 % att de ej hade sådant behov, och 12 % svarade att frågan ej var relevant för dem eftersom de inte skötte hushållet innan stroke.

Patienters beroende av hjälp eller stöd från närstående



Figur 16. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara beroende av hjälp eller stöd från närstående. Uppdelat på patienter i eget boende (övre) och särskilt boende (servicehus eller liknande; nedre). Nationell nivå 2015.

Tolkningsanvisningar

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

1.9.2 Tillgodosedda behov av hjälpmedel

Slutsatser

- En mycket hög andel angav att behov av hjälpmedel helt eller delvis var tillgodosedda.

3-månadersenkäten 2015 innehöll för första gången en fråga om tillgodosedda behov av hjälpmedel efter stroke. Ett flertal hjälpmedel kan vara aktuella efter stroke, ofta olika slag av gånghjälpmedel.

Av de 7 870 patienter som angav att de hade behov av hjälpmedel angav 72 % att behoven var helt tillgodosedda, 23 % att de var delvis tillgodosedda, och 5 % att de ej alls var tillgodosedda.

REFERENSER

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