



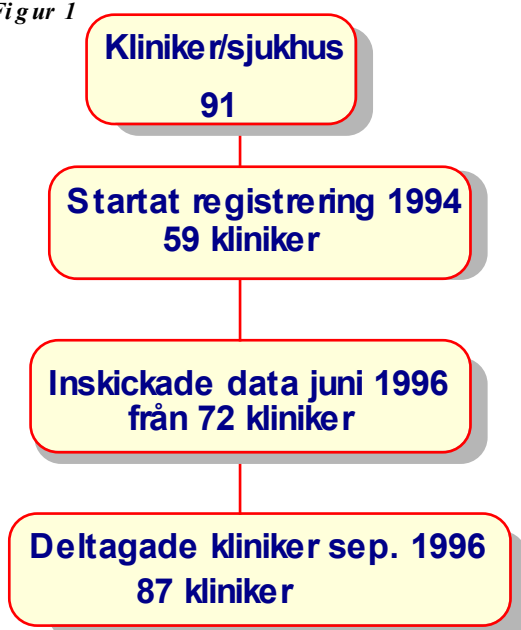
## RIKS-STROKE

Stroke (slaganfall) är en åderförkalkningssjukdom i hjärnans blodkärl. Hastigt påkommande förlamning och känselbortfall oftast i en kroppshalva samt talrubbingar är de vanligaste symtomen. Stroke tillhör folksjukdomarna och i Sverige drabbas årligen cirka 30.000 individer. Sjukdomen är vår tredje vanligaste orsak till död och den vanligaste anledningen till invaliditet. Strokepatienten upptar ca 10-15% av landet akutvårdplatser och ännu mycket högre andel av platserna på geriatrik/rehab.-kliniker. Efter Ädelreformen har kraven på att tillgodose rehabiliteringen i stor utsträckning överflyttats till den kommunala äldreomsorgen.

Kvaliteten i strokevården har under de senaste decennierna avsevärt förbättrats dels diagnostiskt genom tillgång till datortomografi vid landets alla sjukhus och dels i omhändertagandet genom etablerandet av stroke-enheter vid flertalet sjukhus i landet. Ett ytterligare steg för att bidra till att strokevården i Sverige skall hålla en hög kvalitet och ha samma goda standard i alla delar av landet har tagits genom etablerandet av ett nationellt strokeregister (RIKS-STROKE). Läkarsällskapets och läkarförbundets gemensamma kvalitetsråd, liksom Svensk Internmedicinsk förening har angivit stroke som en viktig markördiagnos för kvaliteten av svensk sjukvård i stort.

En nationellt sammansatt styrgrupp bildades under andra halvåret 1992. Denna utformade strokeregistrets innehåll av variabler och kvalitetsindikationer. Ett datoriserat program för registrering av fall utarbetades och testades 1993. Den intresseförfrågan om deltagande, som utgick till landets alla kliniker som vårdar akuta strokepatienter, besvarades 100%-igt positivt. Installationsdisketter skickades ut under februari 1994 och registreringen påbörjades april samma år. Året 1994 utgör sålunda försöksår och 1995 är registrets första driftsår.

Figur 1

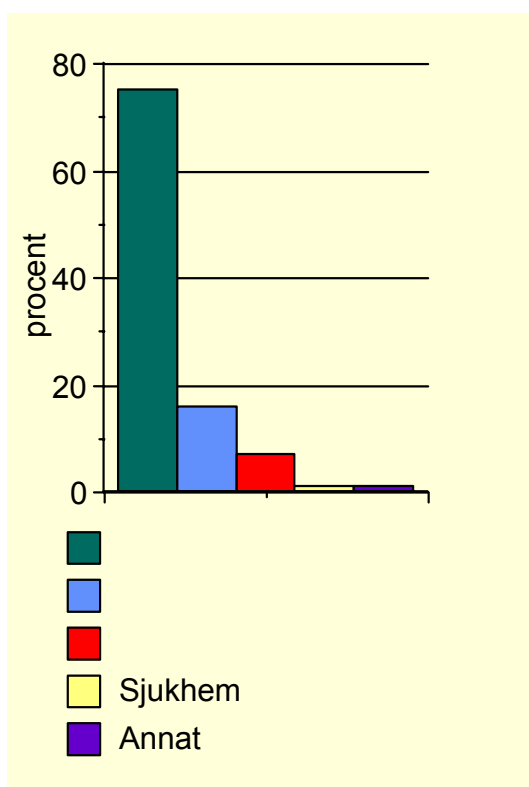


Utvecklingen av deltagandet bland strokevårdande kliniker redovisas i figur 1. I september 1996 deltar 96% av landets strokevårdande kliniker.

Under 1995 rapporterade 72 kliniker in totalt 10115 strokefall till RIKS-STROKE. 87% av de överlevande hade följts upp efter 3 månader. Medelåldern var 74.6 år och kvinnorna (49%) var i genomsnitt fyra år äldre än männen. Drygt 90% av patienterna hade genomgått datortomografi och på de som var under 75 år hade datortomografi utförts i 96 %. Variationerna mellan de olika

rapporterande klinikerna var i detta avseende ej särskilt stora. Dessa höga siffror för genomgången datortomografi, sannolikt bäst i världen, utgör en mycket bra grund för säker diagnostik. I materialet hade 75% drabbats av hjärninfarkt och 10% av hjärnblödning, hos de övriga 15% var det oklart om en blödning eller infarkt förelåg.

Medelvårdtiden, som var 13,7 dagar, skilde sig obetydligt från medianvårdtiden, vilket tyder på att enstaka långa eller mycket långa vårdtider är ovanliga inom akutvården efter Ädelreformens genomförande.



Före insjuknandet bodde 75% av de drabbade hemma utan hjälp av hemtjänst och denna siffra var likartad i landet. I genomsnitt bodde 7% på servicehus/ålderdomshem före insjuknandet. Denna siffra varierade betydligt mellan sjukhusen. Figur 2 visar boendeförhållanden i riket före insjuknandet i stroke.

Figur 3 visar att av alla som bodde hemma utan hjälp före insjuknandet, så hade efter 3 månader i genomsnitt 62% återvänt hem utan hjälp, 14% kunde bo hemma men

Fig. 2 Boendeform före insjuknandet

behövde hjälp, 4% kom till servicehus/ålderdomshem och 9 % hade hamnat på sjukhem. Hur många som återvände till hemmet utan hjälp visade på relativt stora variationer mellan klinikerna i landet. Av alla som var ADL-oberoende före insjuknandet var 67 % fortsatt oberoende efter 3 månader medan 20 % ej kunde sköta egna toalettbestyr.

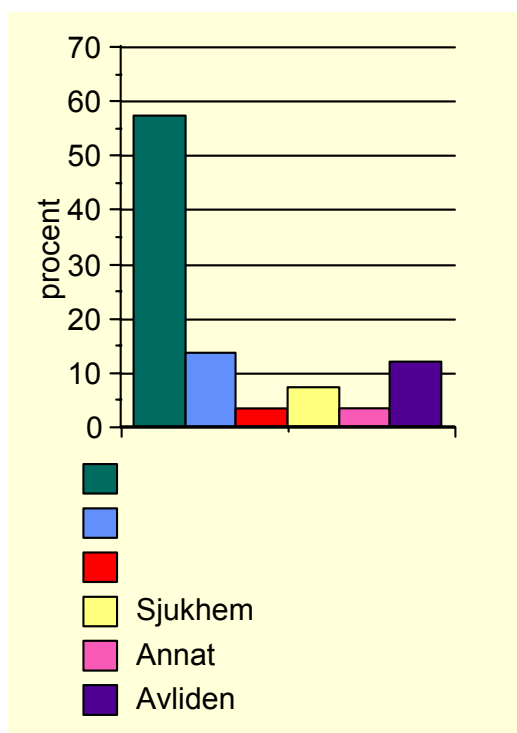


Fig. 3. Boendeform 3 månader efter slaganfall

flertalet regioner, 65% i Stockholmsregionen och 55% i Norrlandsregionen. Relativt stora skillnader i medelvårdtiden kunde konstateras vilket kan antyda organisatoriska skillnader i strokevården mellan regionerna.

Andelen ADL-oberoende före insjuknandet som 3 månader efter insjuknandet åter bodde hemma utan hjälp var högst i den Norra regionen och andelen strokepatienter på sjukhem 3 månader efter insjuknandet var högst i Stockholmsregionen. Skillnaden kan bl a förklaras av olika patientsammansättningar.

Vid tillämpning av RIKS-STROKE-data på hela landets strokeinsjuknade patienter kan man beräkna att mer än 2000 tidigare ADL-oberoende personer årligen kommer att kräva sjukhemsvård och att drygt 5000 tidigare ADL-oberoende personer 3 månader efter sitt stroke-insjuknande måste få hjälp med att gå på toaletten.

#### Regionala jämförelser av RIKS-STROKE

Vid regionala jämförelser av RIKS-STROKE-materialet 1995 framkom vissa skillnader. Exempelvis insjuknade i Stockholmsregionen fler kvinnor än män till skillnad från övriga landet. Andelen patienter 75 år och äldre var ca 60% i

RIKS-STROKE kan förväntas vara till stor nytta för strokesjukvården i landet i flera

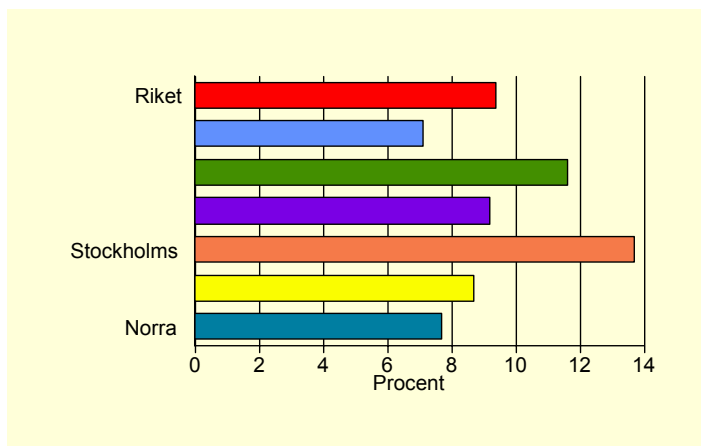


Fig. 4 . Andel som vårdas på sjukhem 3 månader slag-  
anfallet av de som hade eget boende före insjuknandet

motsvarande variabler för riket, skapas möjligheter för analys av avvikelser, förbättringsförsök och förnyad uppföljning av utfall/resultat.

RIKS-STROKE är rikstäckande och inhämtar kunskap över specialitetsgränser. RIKS-STROKE-arbetet stimulerar därvid till ökat samarbete mellan personalkategorier, deltagande specialiteter och huvudmän. RIKS-STROKE kan dessutom ge en uppfattning om funktioner i vårdkedjan och vidare visa på regionala skillnader av intresse för politiska beslutsfattare. På sikt borde RIKS-STROKE -materialet kunna bli underlag för vetenskapliga bearbetningar.

avseenden. Utfalls-

/resultatsvariabler i vården av stroke-patienter har tidigare ej

kunnat redovisas. Det

väsentligaste värdet med

RIKS-STROKE utgörs av att

registret ger möjlighet till

kvalitetsförbättring. Genom

att ge kunskap om utfalls-

/resultatvariabler av den egna

klinikens strokevård och att

kunna jämföra denna med