

Strukturdata

RAPPORT FRÅN RIKSSTROKE 2016



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

FÖRORD

Bästa läsare!

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

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

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

Alla akuta strokeverksamheter i landet har bidragit till denna rapport. STROKE-Riksförbundet har bidragit med uppgifter om kompetensbevis. Många av enkätfrågorna från tidigare undersökningar kommer från Socialstyrelsens och Riksstrokes tidigare rapporter. Docent Peter Appelros, Örebro och professor Per Wester, Umeå och Karolinska Institutet Danderyds sjukhus, har båda bidragit till utformningen av 2016 års enkät.

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

Umeå mars 2017



Bo Norrving, professor
Registerhållare, Riksstroke

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Utvärdering av struktur vs. processer och resultat	5
Studiens genomförande, metoder och enkäter	6
Resultat	6
Grundläggande komponenter i strokeenhetsvården	6
Antal sjukhus med akut strokevård	6
Vårdinnehåll.....	6
Vårdplatser.....	7
Körkortsfrågor.....	7
Kompetenser	10
Utbildning.....	10
Akutbehandling.....	11
Rehabilitering	12
Uppföljningar	13
Förbättringsarbeten	14
Kommentarer	15
Hur tillförlitliga är resultaten i rapporten?.....	15
Uppfyllelse av alla kriterier för att kunna utgöra en strokeenhet?	15
Vårdplatserna för strokepatienter har fortsatt att minska	15
Oroande signaler om minskad utbildning för personalen	15
Tillgången till rehabilitering	16
Uppföljning behöver förbättras ytterligare.....	16
Referenser.....	17

SAMMANFATTNING

- I samarbete med Riksstroke kartlade Socialstyrelsen 2005 och 2010 den svenska strokevårdens struktur. Riksstroke har genomfört nya kartläggningar 2013, 2015 och 2016 (föreliggande rapport). Samtliga 72 sjukhus som tar emot akuta strokepatienter har deltagit i undersökningen.
- Antalet sjukhus med strokeenhet som helt uppfyller kriterierna för sådan vård har ökat, men fortfarande uppfyller inte strokeenheter vid 9 av 72 sjukhus de specificerade kraven helt eller delvis.
- Det totala antalet vårdplatser för akut strokevård har fortsatt att minska.
- Något fler sjukhus som vårdar strokepatienter erbjuder utbildning till STROKE-Riksförbundets strokekompetensbevis men mindre än hälften av personalen har genomgått utbildningen.
- Andelen sjukhus med vårdprogram för trombektomi har ökat och uppgår nu till två tredjedelar.
- Antal sjukhus som erbjuder tidig utskrivning från sjukhuset kombinerad med rehabilitering i hemmet med hjälp av multiprofessionell personal från strokeenheten har ökat och finns nu på 40 % av sjukhusen.
- De allra flesta sjukhus har ett strukturerat återbesök för patienter med TIA och stroke. Personal-kategorierna som involveras i återbesöken varierar mellan sjukhusen.
- Andelen enheter som kontinuerligt genomför förbättringsarbete har ökat och är nu 88 %. Riksstroke är en helt dominerande datakälla för förbättringsarbeten. Vid nästan en tredjedel av sjukhusen pågår förbättringsarbete enligt modellen triangelrevision.

Ytterligare material finns på Riksstrokes hemsida:

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

INLEDNING

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

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

Med närmare en miljon vårddagar årligen är stroke den enskilda kroppsliga sjukdom som svarar för flest vårddagar på svenska sjukhus. Personer som insjuknat i stroke kräver dessutom stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst. En studie från 2014 uppskattade att den totala samhällskostnaden var cirka 18,3 miljarder kronor årligen¹. Denna kostnad innefattar inte alla insatser som görs av närstående.

Utvärdering av struktur vs. processer och resultat

Det är vanligt i svensk sjukvård att utvärdera verksamheterna på tre nivåer: struktur, processer och resultat. Riksstroke rapporterar regelbundet kvalitetsdata på process- och resultatnivå. Vid två tillfällen, 2005 och 2010 har Socialstyrelsen samarbetat med Riksstroke i deras kartläggningar av strokevårdens struktur². I denna rapport och rapporter från 2013³ och 2015⁴ är det Riksstroke som ensam ansvarar för kartläggningar av landets strokevård.

Vårdens resultat och utfall är naturligtvis det centrala för den som insjuknat i stroke. Allt större fokus läggs också på utfall som kvalitetsmått. Exempel finns att hämta i landstingens och statens styrning av de nationella kvalitetsregistren (bland annat betoningen av patientrapporterade utfall) och landstingens ekonomistyrning. I strokevården beror utfallet inte enbart på strokevårdens insatser⁵. Även sociala förhållanden, samsjuklighet, de närståendes insatser och kommunens insatser spelar stor roll för utfallet. Det hälso- och sjukvårdens medarbetare mer direkt rör över är processerna, till exempel att strokepatienterna får korrekt diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering.

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

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

Studiens genomförande, metoder och enkäter

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

Under slutet av oktober 2016 skickades enkäter ut till samtliga 72 sjukhus i Sverige som tar emot akuta strokepatienter enligt uppgifter från Riksstroke. Samtliga sjukhus har besvarat enkäten. Enkäten har besvarats av olika typer av strokeansvariga vid de olika sjukhusen, och riktigheten av inlämnade data från individuella sjukhus har intygats av verksamhetschef.

RESULTAT

Grundläggande komponenter i strokeenhetsvården

Antal sjukhus med akut strokevård

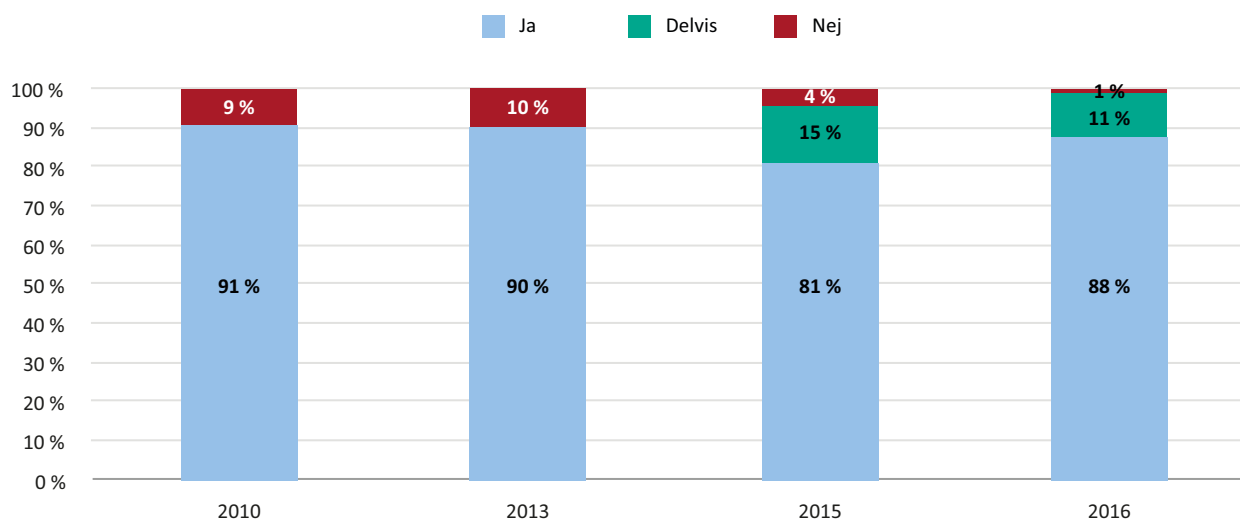
Antalet sjukhus som har akut vård av patienter med stroke är oförändrat (72 sjukhus) för 2016, 2015 och 2013. I Göteborg är akut trombolysbehandling centraliserad till Sahlgrenska sjukhuset, och trombolyslarm/rädda hjärnan-larm från Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus omdirigeras till Sahlgrenska. Vissa omdirigeringar av akuta trombolyslarm sker även på några andra ställen i landet. För patienter som kan vara aktuella för trombektomi är omdirigering till trombektomicentrum aktuellt. 2016 genomfördes cirka 500 trombektomier i Sverige, huvudsakligen vid Sahlgrenska sjukhuset, Skånes Universitetssjukhus i Lund, och Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Struktur och logistik kring trombektomibehandling kommer att vidare följas upp i Riksstroke.

Vårdinnehåll

Vid den aktuella mätningen uppgav 63 av 72 (88 %) sjukhus att de hade verksamhet som **helt** uppfyllde kriterierna för strokeenhet* som de angivits i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård⁶. Åtta sjukhus (11 %) uppgav att deras verksamhet delvis uppfyllde kriterier för strokeenhet; Avesta, Landskrona, Lycksele, Ryhov, Södersjukhuset, Visby, Östersund, och Västerås. Ett sjukhus (Mälarsjukhuset) uppgav att kriterierna för deras akuta strokeverksamhet inte uppfyllde kriterierna för strokeenhetsvård vare sig helt eller delvis.

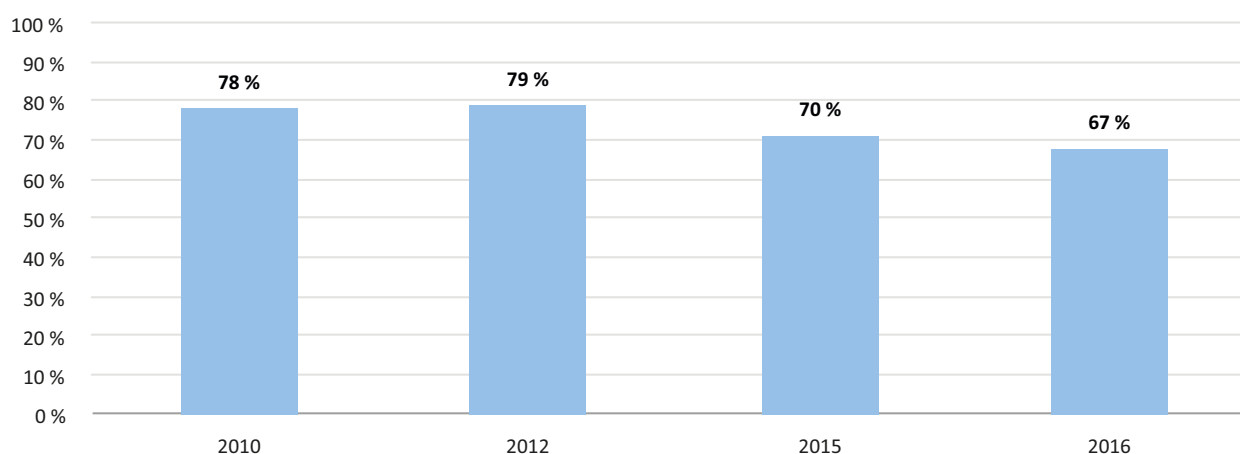
År 2016 har andel sjukhus som helt eller delvis uppfyller kriterier för strokeenhet ökat jämfört med föregående år (*figur 1*). 2015 var det 58 sjukhus som helt uppfyllde kriterierna för strokeenhet, 12 sjukhus som delvis uppfyllde kriterierna, och 2 sjukhus som inte uppfyllde kriterierna. I undersökningen från år 2010 och 2013 saknades svarsalternativet delvis, vilket försvårar jämförelser med dessa år.

* En välfungerade strokeenhet är tydligt definierad och innebär en identifierbar enhet på sjukhus där man enbart (eller nästan enbart) tar hand om strokepatienter. Strokeenheten har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Strokeenhetens multidisciplinära team innefattar medicinsk kompetens, omvårdnadskompetens och rehabiliteringskompetens (som sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped) samt har tillgång till dietistkompetens och psykologkompetens helst med neuropsykologisk inriktning. På strokeenheten finns ett fastställt program för registrering och åtgärder av samtliga vanliga problem för att undvika och i förekommande fall snabbt åtgärda medicinska och andra komplikationer. Vid enheten startas omedelbart mobilisering och tidig rehabilitering samt ges information och utbildning till patienten och närstående under vårdtiden.



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

Strokekoordinator som har i uppgift att samordna strokevården fanns vid 47 sjukhus (67 %). Detta är en minskning jämfört med tidigare år (figur 2).



Figur 2. Andel sjukhus som har minst en strokekoordinator på strokeenheten, 2010–2016

Vårdplatser

Vid 42 av sjukhusen (58 %) fanns 2016 ett bestämt antal vårdplatser för akut stroke, medan resterande 30 sjukhus angav att vårdplatsantalet var flexibelt (tabell 1). Vid undersökningarna 2013 och 2015 uppgav 71 % respektive 63 % att de hade fasta vårdplatser. Under 2016 fanns i Sverige totalt 996–1 222 vårdplatser för stroke (984–1 271 och 1 174–1 327 för år 2015 respektive 2013). Detta tyder på en fortsatt minskning av strokevårdplatser under de senaste åren.

Körkortsförfrågor

Enkäten 2016 utvidgades med några frågor om rutiner kring hantering av körförbud efter stroke och TIA. Vid 62 sjukhus (86 %) gavs information om körförbud till strokepatienter. TIA-patienter fick information om körförbud vid 61 sjukhus (85 %). Ett skriftligt behandlingsmeddelande om körförbud gavs vid 50 sjukhus (69 %) efter stroke och vid 48 sjukhus (67 %) efter TIA (tabell 2).

Tabell 1. Antal vårdplatser för strokevård 2016, per sjukhus

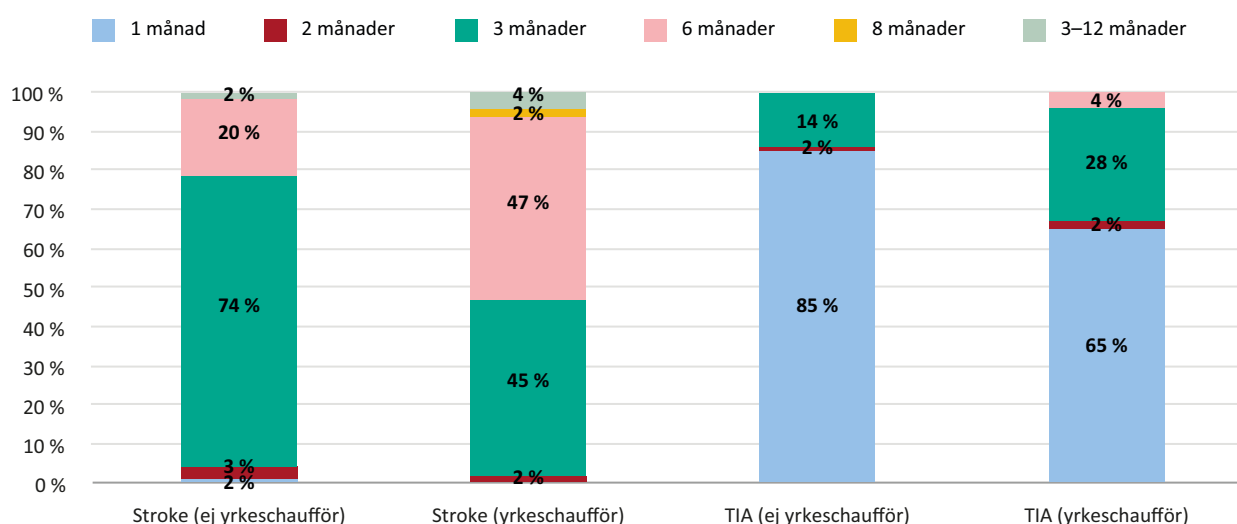
Sjukhus	Max	Min	Sjukhus	Max	Min
Akademiska	25	25	Mälarsjukhuset	16	12
Alingsås	15	15	Mölnadal	12	12
Arvika	23	8	Norrtälje	12	12
Avesta	12	1	NUS Umeå	18	18
Bollnäs	22	18	Nyköping	14	14
Borås	24	24	Näl/Uddevalla	31	31
Danderyd	18	15	Oskarshamn	8	8
Enköping	14	8	Piteå	15	15
Falun	14	14	Ryhov	9	7
Gällivare	17	17	S:t Göran	35	35
Gävle/Sandviken	24	24	Sahlgrenska	23	23
Halmstad	24	13	SKAS Lidköping	21	11
Helsingborg	21	21	SKAS Skövde	22	22
Hudiksvall	10	10	Skellefteå	8	8
Hässleholm	22	20	Sollefteå	16	16
Höglandssjukhuset	16	16	Sunderbyn	17	17
Kalix	9	9	Sundsvall/Härnösand	16	16
Kalmar	18	18	SUS Lund	24	24
Karlshamn	7	4	SUS Malmö	6	6
Karlskoga	12	10	Södersjukhuset	32	32
Karlskrona	16	16	Södertälje	18	16
Karlstad	24	24	Torsby	18	8
Karolinska Huddinge	19	19	Trelleborg	14	14
Karolinska Solna	24	19	Varberg	21	21
Kiruna	10	10	Visby	10	10
Kristianstad	24	0	Vrinnevisjukhuset	21	21
Kullbergssjukhuset	15	12	Värnamo	12	12
Kungälv	18	0	Västervik	11	11
Köping	14	14	Västerås	21	0
Landskrona	22	4	Växjö	14	14
Lindesberg	8	8	Ystad/Simrishamn	20	16
Linköping	7	7	Ängelholm	14	14
Ljungby	10	7	Örebro	31	10
Lycksele	12	12	Örnsköldsvik	6	6
Mora	8	8	Östersund	20	1
Motala	7	7	Östra sjukhuset	24	24

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

Tabell 2. Rutiner för information om körförbud/körupphåll.

Finns det under vårdtiden rutiner för information om	Antal	Andel, %
Ja, information om körförbud ges under vårdtiden hos patienter med stroke	62	86
Ja, information om körförbud ges under vårdtiden hos patienter med TIA	61	85
Ja, skriftligt behandlingsmeddelande om körförbud efter stroke ges från sjukvården vid utskrivning från sjukhuset	50	69
Ja, skriftligt behandlingsmeddelande om körförbud efter TIA ges från sjukvården vid utskrivning från sjukhuset	48	67

66 sjukhus (92 %) har angett att det fanns rutiner för information om körförbudets längd för strokepatienter som inte är yrkeschaufförer och 47 sjukhus (65 %) för strokepatienter som är yrkeschaufförer. Liknande siffror är det för TIA-patienter, 66 sjukhus (92 %) hade rutiner för information om körförbudets längd för icke yrkeschaufförer och 46 sjukhus (64 %) för yrkeschaufförer. *Figur 3* illustrerar hur körförbudets längd varierar beroende på diagnos i kombination med information om patienten är yrkeschaufför eller ej.



Figur 3. Rutiner för information om körförbudets längd.

Vid 61 sjukhus (85 %) fanns det rutiner för bedömning av körkortsförbud vid tveksamheter om körkortsförmåga, ärenden remitteras till trafikmedicinsk utredningsenhet (eller motsvarande).

Ett beslutsstöd för *Körkort efter Stroke/TIA* gavs ut av Nationella Strokerådet den 29 november 2016, dvs strax efter det att strukturdataenkäten genomförts⁷.

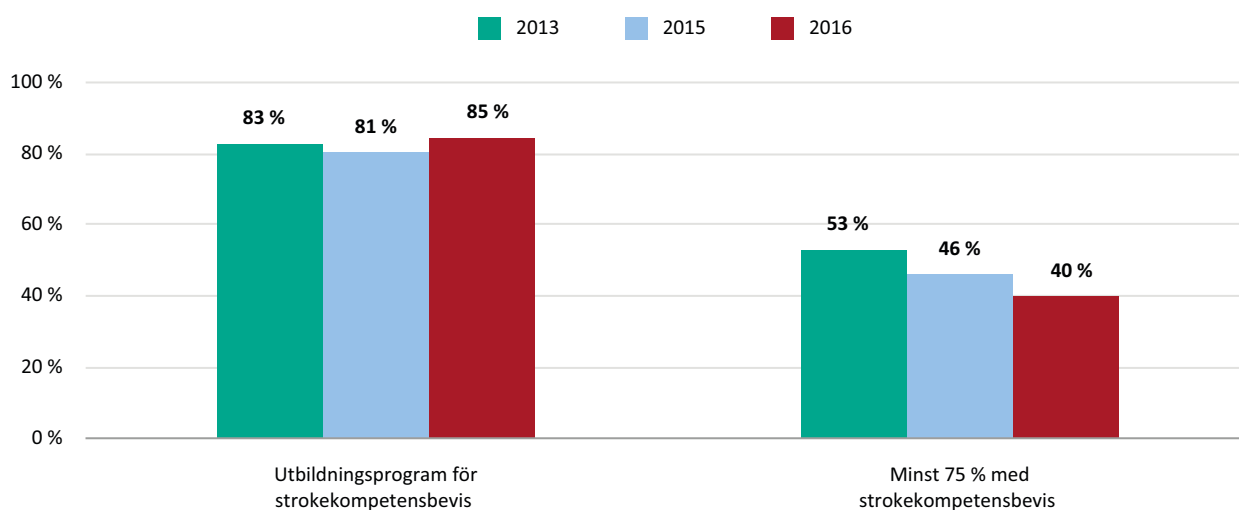
KOMPETENSER

Utbildning

Sextio av 72 sjukhus (85 %) angav att de regelbundet (minst en gång vartannat år) anordnade en utbildning som ledde till STROKE-Riksförbundets strokekompetensbevis. Enligt uppgifter från STROKE-Riksförbundet till Riksstroke var det 56 sjukhus och 17 kommuner som hade anordnat utbildningar under 2013–2016.

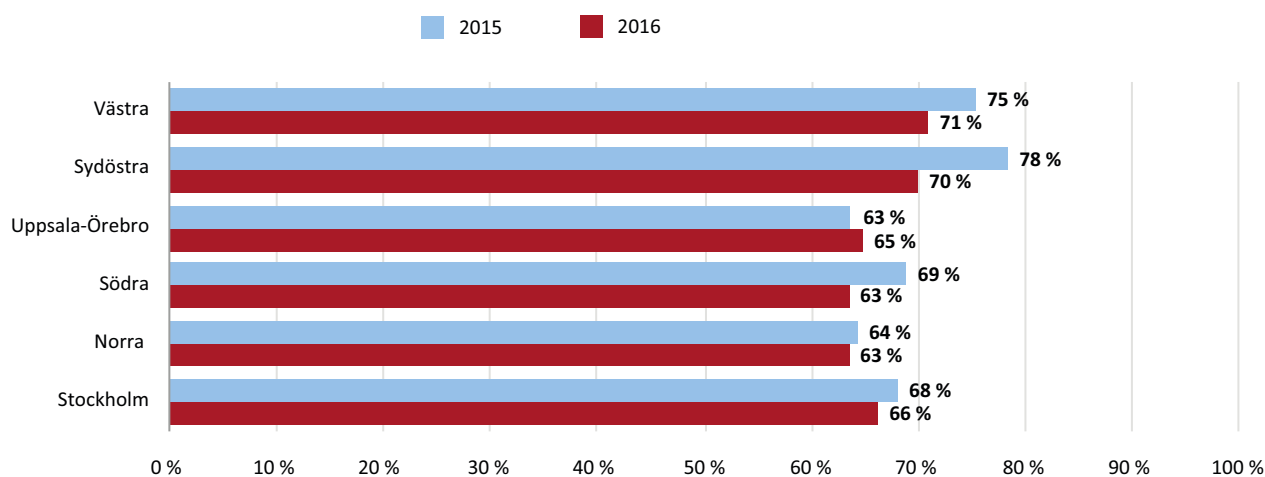
Andelen personal vid strokeverksamheterna som hade strokekompetensbevis var i median för sjukhusen 70 % men varierade starkt, från 17–40 % vid 9 sjukhus till 90–100 % vid 9 sjukhus. Vid 40 % av sjukhusen angavs att minst tre fjärdedelar av personalen hade strokekompetensbevis (*figur 4*).

Andelen sjukhus som angav att de erbjöd utbildning till sin vårdpersonal för strokekompetensbevis har varierat från 81 % till 85 % mellan åren 2013 och 2016 (*figur 4*). En negativ trend har setts för andelen personal som genomgått utbildningen och erhållit strokekompetensbevis. Om man sätter ett mål att minst tre fjärdedelar av personalen ska ha strokekompetensbevis, så uppfyllde 53 % av sjukhusen detta mål 2013, 46 % uppfyllde målet 2015, men bara 40 % år 2016 (*figur 4*).



Figur 4. Utbildningsprogram för STROKE-Riksförbundets strokekompetensbevis och andel sjukhus där tre fjärdedelar av personalen har strokekompetens.

Andelen med strokekompetensbevis varierade över landet, 71 % i Västra sjukvårdsregionen till 61 % i Stockholmregionen (*figur 5*). Jämfört med 2015 har andelen minskat med 1 till 9 procentenheter i samtliga sjukvårdsregioner förutom Uppsala – Örebroregionen där andelen med strokekompetensbevis ökat med en procentenhet.



Figur 5. Genomsnittandel med STROKE-Riksförbundets strokekompetensbevis för sjukhusen i respektive sjukvårdsregion.

Akutbehandling

Trombolys fanns tillgängligt vid 70 av 72 sjukhus som tar emot akuta strokepatienter, antingen genom att behandlingen utförs vid det egna sjukhuset eller att trombolysbehandlingen är centraliserad till ett sjukhus i närområdet. Jämfört med 2015 är resultatet oförändrat, däremot är det en ökning med tre procentenheter jämfört med 2013 (tabell 3).

Vid 43 sjukhus (64 %) fanns det ett vårdprogram för trombektomi, en ökning med 23 respektive 20 procentenheter jämfört med mätningar 2013 och 2015. Vårdprogram för hemikraniektomi fanns på 28 sjukhus (44 %) vid senaste mätningen och på 27 sjukhus (40 %) år 2015. Frågan om vårdprogram för hemikraniektomi ingick inte i frågeformuläret 2013 (tabell 3).

Tabell 3. Trombolys, trombektomi och hemikraniektomi.

Antal och andel för frågor som besvarats med "ja"	2013	2015	2016
Kan ert sjukhus erbjuda trombolys dygnet runt alla dagar även helger, kvällar och nätter?	66 (94 %) ^a	70 (97 %)	70 (97 %)
Finns vårdprogram för trombektomi på ert sjukhus?	26 (41 %) ^b	31(44 %) ^c	43(64 %) ^d
Finns vårdprogram för hemikraniektomi på ert sjukhus?	Frågan ingick ej 2013	27 (40 %) ^e	28 (44 %) ^f

a) Uppgift saknas för 2 sjukhus 2013

b) Uppgift saknas för 9 sjukhus 2013

c) Uppgift saknas för 2 sjukhus 2015

d) Uppgift saknas för 5 sjukhus 2016

e) Uppgift saknas för 4 sjukhus 2015

f) Uppgift saknas för 8 sjukhus 2016

Trombektomiverksamheten är under aktuell översyn och under utbyggnad efter de positiva resultaten av fem randomiserade studier publicerade 2015⁹⁻¹³. Den kommer även fortsättningsvis att vara centraliserad till universitetssjukhusen som svarar för verksamheten inom ett definierat upptagningsområde.

Hemikraniektomier genomförs bara vid universitetssjukhusens neurokirurgiska kliniker. Under 2015 utfördes 48 stycken, enligt Riksstrokes årsrapport⁸. Vid 44 % av sjukhusen finns vårdprogram för hemikraniektomi.

Rehabilitering

75 % av sjukhusen angav att de hade längre tids rehabilitering (>2 veckor) som en integrerad del av strokeenheten, vilket är samma nivå som 2013 och en minskning med 6 % jämfört med 2015. Vid vart fjärde sjukhus fanns ingen annan typ av slutenvårdsrehabilitering inom upptagningsområdet. Rehabmedicinsk avdelning för patienter yngre än 65 år fanns vid 60 % av sjukhusen 2016, en ökning med drygt 10 % jämfört med föregående mätningar. Under 2016 och 2015 angav 38 % av sjukhusen att de hade tillgång till geriatrisk rehabilitering för patienter äldre än 65 år i slutenvård. 21 % av sjukhusen rapporterade att det fanns rehabiliteringsenhet i primärkommunal regi inom sjukhusets upptagningsområde, en ökning med 8 % jämfört med 2015 och samma nivå som 2013 (tabell 4).

Tabell 4. Vilka olika rehabiliteringsalternativ (slutenvård) finns det inom sjukhusets upptagningsområde? Flera alternativ kunde anges.

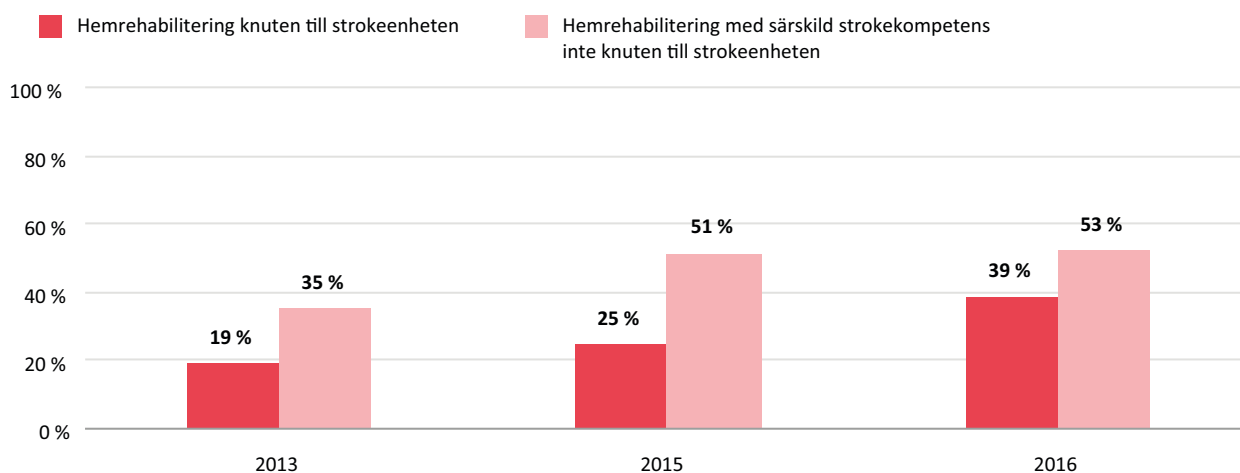
Rehabiliteringsalternativ i slutet av slutenvård	2013	2015	2016
Rehabilitering (även mer än 2 veckor) är integrerad i den akuta strokeenheten	53 (74 %)	58 (81 %)	54 (75 %)
Rehabiliteringsmedicinsk avdelning finns för patienter yngre än ca 65 år.	35 (49 %)	34 (47 %)	43 (60 %)
Geriatrisk rehabilitering (eller motsvarande) finns för patienter äldre än ca 65 år.	26 (36 %)	27 (38 %)	27 (38 %)
Gemensam rehabiliteringsavdelning finns för patienter oavsett ålder.	21 (29 %)	20 (28 %)	28 (39 %)
Rehabiliteringsavdelningar som organiseras av kommuner (eller motsvarande) med begränsad läkarmedverkan.	15 (21 %)	9 (13 %)	15 (21 %)

Samtliga sjukhus uppgav att strokepatienter hade tillgång till någon form av öppenvårdsrehabilitering, vanligast var dagrehabilitering. Andelen sjukhus med dagrehabilitering har hållit sig konstant på 50 sjukhus (69 %) sedan det minskade med 11 sjukhus vid mätning 2013 (tabell 5).

Tabell 5. Vilket/vilka eftervårdande enheter med strokeinriktad rehabilitering finns att tillgå efter utskrivning från sjukhuset? Flera alternativ kunde anges.

Rehabiliteringsalternativ i öppenvård	2013	2015	2016
Hemrehabilitering knuten till strokeenheten	14 (19 %)	18 (25 %)	28 (39 %)
Hemrehabilitering som inte är organisatoriskt knuten till strokeenheten	25 (35 %)	37 (51 %)	38 (53 %)
Dagrehabilitering	61 (85 %)	50 (69 %)	50 (69 %)
Korttidsboende eller motsvarande med rehabilitering	45 (63 %)	39 (54 %)	38 (53 %)
Kommunalt särskilt boende eller motsvarande med rehabilitering	27 (38 %)	25 (35 %)	29 (40 %)

De nationella strokeriktlinjerna anger att rehabilitering i hemmet av strokeinriktade rehabiliterings-team knutet till strokeenhet är ett högt prioriterat alternativ för patienter med lindriga och måttliga funktionsnedsättningar efter stroke². Hemrehabilitering knuten till strokeenheten har ökat markant under de senaste åren och har mer än fördubblats sedan 2013 (figur 6).



Figur 6. Andel sjukhus med någon form av hemrehabilitering.

Det var relativt vanligt med någon form hemrehabilitering – men 6 sjukhus angav att det inte fanns tillgång till hemrehabilitering i någon form (*tabell 4*).

Uppföljningar

Enligt Riksstroke's rapport från 3-månadersuppföljningen uppgav 65 % av patienterna att de hade följts upp med ett läkarbesök inom 3 månader efter insjuknandet. Ungefär lika många hade följts upp i primärvården som vid öppenvårdsmottagning på sjukhus⁸.

Som framgår av tabellerna 6 och 7 finns det skillnader i hur uppföljande besök organiserats vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Klart vanligast var att patienten träffade enbart sjuksköterska eller både sjuksköterska och läkare. Vid 10 sjukhus fanns också sjukgymnast/fysioterapeut med i mottagningsteamet (*tabell 7*).

Tabell 6. Återbesök i öppenvård.

Antal och andel som besvarats med "ja"	2013	2015	2016
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Finns rutiner för återbesök med strukturerat innehåll/program för patienter med stroke eller TIA efter utskrivning från ert sjukhus? ^a	62 (87 %)	62 (86 %)	66 (92 %)
Var sker återbesöket för patienter med stroke			
Strokemottagning eller motsvarande inom ert sjukhus	65 (90 %)	62 (86 %)	
Primärvård	47 (65 %)	50 (69 %)	
Annat	4 (6 %)	4 (6 %)	
Var sker återbesöket för patienter med TIA			
Strokemottagning eller motsvarande inom ert sjukhus	50 (69 %)	53 (74 %)	
Primärvård	53 (74 %)	51 (71 %)	
Annat	3 (4 %)	2 (3 %)	
Var sker återbesöket för patienter med stroke eller TIA ^b			
Strokemottagning eller motsvarande inom ert sjukhus			67 (93 %)
Primärvård			49 (68 %)
Annat			2 (3 %)

a) Uppgift saknas från ett sjukhus 2013

b) 2016 har stroke och TIA slagits ihop i återbesöksfrågan

Tabell 7. Personalkategorier som träffar strokepatienten vid återbesök på sjukhuset.

Personalkategori	2013 ^a	2015 ^b	2016 ^c
	Antal	Antal	Antal
Sjuksköterska	24	23	22
Läkare + sjuksköterska	20	26	25
Läkare	7	4	2
Läkare + sjuksköterska + sjukgymnast/arbetsterapeut	7	5	7
Sjuksköterska + sjukgymnast/arbetsterapeut	3	0	3
Rutin saknas för vilka personalkategorier som ska delta	8	6	6

a) Samtliga strokeverksamheter har svarat på frågan 2013

b) 2015 saknades svar från 7 sjukhus

c) 2016 saknades svar från 7 sjukhus

Förbättringsarbeten

Bra strokevård handlar även om att ständigt bedriva ett förbättringsarbete. För strokevårdens förbättringsarbete är Riksstrokestrokedata det viktigaste underlaget. *Tabell 8* visar att alla som gjorde förbättringsarbeten använde sig av data som fanns registrerat i Riksstroke. Dessutom genomförde 22 sjukhus en så kallad Triangelrevision under 2016 (en ökning med 12 sjukhus jämfört med 2015). Det innebär att tvärprofessionella team utvärderar varandras strokeenheter utifrån specifika kriterier.

Tabell 8. Kontinuerliga och systematiska kvalitetsförbättringsarbeten vid strokeverksamheter.

Genomförs/pågår det kontinuerligt och systematiskt kvalitetsförbättringsarbete vid er enhet?	2015	2016
	Antal (%)	Antal (%)
Genom särskilda förbättringsarbeten som pågår kontinuerligt	59 (82 %)	63 (88 %)
Använder ni Riksstrokedata kontinuerligt i förbättringsarbeten	59 (82 %)	62 (86 %)
Enligt Triangelrevision	10 (14 %)	22 (31 %)

KOMMENTARER

Hur tillförlitliga är resultaten i rapporten?

De resultat som redovisas i denna rapport bygger på vad som rapporterats från de lokala strokeverksamheterna. Liksom för svaren på strukturdataenkäten 2015 har verksamhetschefer intygat att de uppgifter som lämnas var korrekta och sanna för den rapporterade kliniken för den aktuella perioden.

I rapporten noterar vi en diskrepans i uppgifter när det gäller personalutbildning. Medan 81 % av sjukhusen angivit att de har utbildningsprogram som syftar till STROKE-Riksförbundets strokekompetensbevis, visar STROKE-Riksförbundets egen statistik att utbildning genomförts vid 56 sjukhus (78 %) någon gång under åren 2013 till och med 2016.

Uppfyllelse av alla kriterier för att kunna utgöra en strokeenhet?

Även om siffrorna förbättrats jämfört med 2015, är det oroande att 9 enheter bedömde att de inte fullt uppfyllde kraven på att benämnas "strokeenhet". Strokeenhetsvård, med direktinläggning på strokeenheten, och med fullt uppfyllda krav att utgöra en strokeenhet, är hörnstenar inom strokevården och har högsta prioritet i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer.

Vårdplatserna för strokepatienter har fortsatt att minska

Sedan 2010 har antalet vårdtillfällen för stroke i landet minskat med ca 8 %¹⁴. Under samma period har antalet vårdplatser för akut strokevård minskat med minst 10 %, vid vissa sjukhus betydligt mer. På sjukhus där man tvingas korta vårdtiderna på grund av vårdplatsbrist finns en uppenbar risk att patienter med de mest uttalade funktionshindren – som kräver långa slutenvårdstider för rehabilitering – missgynnas. I Riksstroke har vi visat att patienter med svåra strokeinsjuknanden har minst lika stor nytta av strokeenhetsvård som patienter med lätta och måttliga symtom¹⁵.

Oroande signaler om minskad utbildning för personalen

Under de fem senaste åren har antalet sjukhus som erbjuder sin strokepersonal utbildning som syftar till att erhålla STROKE-Riksförbundets kompetensbevis minskat. En ännu kraftigare nedgång har skett i andelen bland personalen som har genomgått utbildningen och erhållit kompetensbeviset. Om detta inte kompenseras med andra typer av utbildning innebär det en utarmning av personalens kompetens.

Tillgången till rehabilitering

Det finns stora skillnader över landet i hur rehabiliteringen efter stroke organiseras. Vid flera sjukhus, framför allt de mindre, sker rehabiliteringen inom strokeenheten, en vårdmodell som ger god kontinuitet men längre vårdtider på akutkliniken. Det är också en modell som har starkt vetenskapligt stöd^{6, 16}.

Det finns gott vetenskapligt underlag för att tidig utskrivning från sjukhus kombinerad med Rehabilitering i hemmet och med hjälp av personal med särskild strokekompetens, har gynnsamma effekter¹⁷. Denna modell har hög prioritet i de nationella strokeriktlinjerna⁶. Modellen har blivit betydligt vanligare under de senaste åren. Undersökningen visar att 39 % av sjukhusen hade hemrehabiliteringen knuten till strokeenheten – en ökning med 14 procentenheter jämfört med 2015. Ytterligare femtio procent har hemrehabilitering utan medverkan av strokeenheten men med särskild strokekompetens. Här ingår oftast paramedicinsk kompetens men nästan aldrig strokesjuksköterskor, undersköterskor och läkare.

Uppföljning behöver förbättras ytterligare

I de medicinska uppföljningarna finns en tydlig trend mot att de i huvudsak blir sjuksköterskebaserade (ofta i samarbete med sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut) medan läkarinsatserna minskar. Vilka effekter detta kan ha på uppföljningarnas kvalitet är osäkert.

REFERENSER

Uncategorized References

1. Ghatnekar O, Persson U, Asplund K, Glader EL. Costs for stroke in Sweden 2009 and developments since 1997. *International journal of technology assessment in health care*. 2014;30:203-209
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen, nationell utvärdering 2011 – strokevård. 2011
3. Riksstroke. Strukturdata 2013. 2013
4. Riksstroke. Strukturdata 2015. 2015
5. Asplund K, Sukhova M, Wester P, Stegmayr B, Riksstroke C. Diagnostic procedures, treatments, and outcomes in stroke patients admitted to different types of hospitals. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2015;46:806-812
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. 2009, 2011 and 2012
7. Sveriges Kommuner och Landsting. Beslutsstöd - Körkort efter stroke / TIA. 2016
8. Riksstroke. Årsrapport 2015 års data. 2016
9. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2015;372:11-20
10. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, et al; EXTEND-IA Investigators. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med*. 2015;372:1009–1018.
11. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, et al; ESCAPE Trial Investigators. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2015;372:1019–1030.
12. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke [published online ahead of print April 17, 2015]. *N Engl J Med*.
13. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke [published online before print April 17, 2015]. *N Engl J Med*.
14. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/stroke. 2015
15. Terent A, Asplund K, Farahmand B, Henriksson KM, Norrving B, Stegmayr B, et al. Stroke unit care revisited: Who benefits the most?
16. Stroke Unit Trialists' C. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007:Cd000197
17. Fearon P, Langhorne P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:Cd000443

BILAGA 1

Fråga	2010	2013	2015	2016
En välfungerade strokeenhet är tydligt definierad och innebär en identifierbar enhet på sjukhus där man enbart (eller nästan enbart) tar hand om strokepatienter.	x	x	x	x
Har ni något system för att hitta patienter med stroke/TIA som vårdats på annan avdelning (och aldrig varit på strokeenheten)?	-	-	-	x
Strokeenheten har personal med specialistkunnande inom stroke och rehabilitering	-	-	x	x
Strokeenhetens multidisciplinära team innefattar: 1. Medicinsk kompetens, 2. Omvårdnadskompetens, 3. Rehabiliteringskompetens, 4. Övrig kompetens	-	-	x	x
På strokeenheten finns ett fastställt program för registrering och åtgärder av samtliga vanliga problem vid stroke för att undvika och i förekommande fall snabbt åtgärda medicinska och andra komplikationer	-	-	x	x
Vid enheten startas omedelbart mobilisering och tidig rehabilitering vid stroke	-	-	x	x
Vid enheten ges information och utbildning om stroke till patienten och närstående under vårdtiden	-	-	x	x
Finns på strokeenheten minst en person som ägnar sig åt att samordna strokevården (stroke-koordinator)?	x	x	x	x
Ange normalt antal fasta strokevårdplatser (gäller även platser för eftervård vid obruten vårdkedja) per dygn på er enhet under första kvartalet 201X	x	x	x	x
Om fasta platser saknas, ange antal flexibla strokevårdplatser per dygn på er enhet under första kvartalet 201X	x	x	x	x
Erbjuder enheten återkommande (minst vart annat år) utbildning inom strokevård för anställd personal, som leder till STROKE-Riksförbundets kompetensbevis?	x	x	x	x
Ange andel av strokeenhetens anställda personal som första kvartalet 201X hade STROKE-Riksförbundets kompetensbevis alternativt påbörjat denna utbildning under första kvartalet 201X	x	x	x	x
Kan ert sjukhus (eller om trombolysbehandlingen är organiserad till annat sjukhus) erbjuda trombolys dygnet runt alla dagar även helger, kvällar och nätter?	x	x	x	x
Finns vårdprogram för trombektomi på ert sjukhus?	x	x	x	x
Finns vårdprogram för hemikraniectomi på ert sjukhus?	-	-	x	x
Finns det under vårdtiden rutiner för information om körförbud/köruppehåll.	-	-	-	x
Har ni rutiner för information om körförbudets längd?	-	-	-	x
Finns strukturerat program för utredning och bedömning av att upphäva körförbud EFTER vårdtiden på ert sjukhus?	-	-	-	x
Om ja på ovanstående fråga, vilken/vilka personalkategorier gör utredning och bedömning av att upphäva körförbud EFTER vårdtiden på ert sjukhus?	-	-	-	x
Finns rutiner på ert sjukhus eller vid eftervårdande enheter för bedömning av körförbud vid fortsatta tveksamheter om körförmåga?	-	-	-	x
Vilka olika rehabiliteringsalternativ (sluten vård) finns inom sjukhusets upptagningsområde?	-	x	x	x
Vilket/vilka av följande eftervårdande enheter med trokeinriktad rehabilitering finns att tillgå efter utskrivning från ert sjukhus?	x	x	x	x

BILAGA 1, FORTS.

Fråga	2010	2013	2015	2016
Finns rutiner för återbesök med strukturerat innehåll/program för patienter med stroke eller TIA efter utskrivning från ert sjukhus?	x	x	x	x
För patienter som haft stroke eller TIA: Var sker återbesöket/återbesöken?	x	-	-	x
För patienter som haft stroke: Vilka personalkategorier ska enligt rutin delta vid det strukturerade återbesöket på sjukhuset?	x	x	x	x
För patienter som haft TIA: Vilka personalkategorier ska enligt rutin delta vid det strukturerade återbesöket på sjukhuset?	-	-	-	x
Genomförs/pågår det kontinuerligt och systematiskt kvalitetsförbättringsarbete vid er enhet?	-	-	x	x
Finns det ett regionalt strokeråd som samverkar?	-	-	x	x

