

Stroke och TIA

PRELIMINÄR ÅRSRAPPORT FRÅN RIKSSTROKE

UTGIVEN JULI 2026



RIKSSTROKES ÅRSRAPPORT FÖR 2025 ÅRS DATA

- TIA
- AKUT STROKE
- SUBARAKNOIDALBLÖDNINGAR (SAB)
- 3-MÅNADERS UPPFÖLJNING
- DATAKVALITET, UTVECKLING OCH ANVÄNDNING



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

FÖRORD

Det nationella kvalitetsregistret Riksstroke publicerar årligen rapporter om den svenska strokevårdens kvalitet. Föreliggande rapport är årsrapporten, som inkluderar TIA, akutskedet av stroke och subaraknoidalblödningar samt information om datavalidering, utveckling och användning.

Begreppet stroke omfattar ischemisk stroke, intracerebral blödning och subaraknoidalblödning. Ischemisk stroke och intracerebrala blödningar har mycket likartat insjuknande och kräver radiologisk undersökning för att säkert åtskiljas. Subaraknoidalblödningar (hjärnhinneblödningar) debuterar oftast med akut isättande svår huvudvärk. Majoriteten av subaraknoidalblödningar beror på ett brustet pulsåderbräck (aneurysm) i skallen. Endovaskulär eller neurokirurgisk intervention ingår i de flesta fall i den akuta behandlingen, liksom vanligen neurointensivvård.

Vid en TIA ska samtliga symtom ha gått tillbaka inom 24 timmar. Vid stroke kvarstår symtom eller fynd även efter 24 timmar. TIA och stroke är ett kontinuum. Förebyggande behandling av akut ischemisk stroke och TIA är väsentligen desamma och syftar till att minska insjuknande i en ny stroke. Det är mycket viktigt både vid TIA och stroke att patienten snabbt söker och får vård, diagnosticeras korrekt och får rätt behandling. Både de nationella riktlinjerna och det personcentrerade och strukturerade vårdförloppet inkluderar stroke och TIA.

Indikatorerna i Riksstroke är nära kopplade både till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård (www.socialstyrelsen.se) och till det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för stroke och TIA ([Stroke och TIA - tidiga insatser och vård](#)). Riksstroke har sedan flera år tillbaka tagit fram och redovisat målnivåer. Riksrokes målnivåer är kongruenta med Socialstyrelsens målnivåer.

Riksstroke ingår i europeiska strokeorganisationens (ESO:s) arbete med Stroke Action Plan for Europe (SAP-E) 2018–2030, och rapporterar aggregerade data kring ett antal nyckelindikatorer i en öppen benchmarking med de europeiska länderna. Dessa data redovisas öppet i SAP-E:s *Stroke Service Tracker* (<https://actionplan.eso-stroke.org/sap-e-stroke-service-tracker>).

Årsrapporten redovisar helårsdata, men det är angeläget att ett förbättringskvalitetshjul roterar kontinuerligt under hela året. Vårdförloppsrapporter som visar målnivåer på strategiska insatser inom strokevården på sjukhus-, region-, storregion- och nationell nivå tas därför fram kvartalsvis.

Det finns en funktion i Riksstroke (dashboard) som gör det möjligt för sjukhus att, direkt efter inloggning, ta del av sina egna data samt jämföra dessa med regionala och nationella resultat för ett antal nyckelvariabler. Genom att snabbt kunna se och analysera sina egna resultat förbättras förutsättningarna för att återföra informationen till verksamheten utan onödiga fördröjningar. För att dashboarden ska fungera optimalt och kunna användas fullt ut är det viktigt att data registreras i Riksstroke i nära anslutning till vårdtillfället.

Riksstroke har även utvecklat en interaktiv rapport (Shiny-lösning) som presenterar aggregerade data utan krav på inloggning. Syftet med denna rapport är att göra information från Riksstroke mer lättillgänglig. Rapporten riktar sig till en bred målgrupp, inklusive patienter, vårdgivare och allmänhet. Fokus ligger på indikatorer som beskriver kvaliteten i strokevårdens vårdförlopp. Informationen kan presenteras på flera olika sätt, exempelvis som diagram där sjukhus jämförs med varandra, som tidsserier som visar utveckling över tid, eller i tabellform. Den interaktiva rapporten

uppdateras regelbundet, vilket innebär att den innehåller aktuella data. Rapporten benämns **”Riksstrokes interaktiva rapport (Shiny)”**.

Under 2025 har all data hanterats på registerplattform, ITS, samma plattform som vi haft i många år. Från och med 2026 ligger Riksstroke på INCA-plattformen. Den nya plattformen kommer att ge nya möjligheter till interaktiva rapporter. Det tar dock lite tid att få ordning på allt så funktionaliteten kommer att utvecklas successivt.

Tyvärr rapporterar inte längre alla sjukhus in sina data till Riksstroke. I år har två sjukhus, Lycksele och Gällivare, slutat rapportera. Detta kan bero på minskade resurser. Om det då även finns vårdåtgärder man inte har resurser för att göra kan vi inte se och inte heller rapportera om.

Endovaskulär behandling, vanligen trombektomi, vid ischemisk stroke har tillsammans med trombolysbehandling revolutionerat den akuta strokevården. Riksstroke har utvecklat ett nära samarbete med EVAS-registret som registrerar variabler kring endovaskulär behandling av akut ischemisk stroke, utöver de basvariabler som registreras i Riksstroke. Samkörningar av data kring endovaskulär behandling från Riksstroke och EVAS genomförs årligen och ett tätt forskningssamarbete pågår.

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

- Riksstrokes syfte, organisation
- Att tolka data från Riksstroke
- Forskningspublikationer och presentationer baserade på Riksstrokedata.

Det är många som på olika sätt medverkat till denna årsrapport från Riksstroke och bakom de siffror som visas i årsrapporten finns mycket arbete syftande till att upprätthålla och förbättra strokevården i Sverige. **Jag vill särskilt tacka alla på rapporterande sjukhus som arbetat hårt med registrering och alla patienter och anhöriga som svarat på uppföljningsenkäterna!**

Jag vill varmt tacka Fredrik Jonsson, Per Ivarsson och Sara Korpela för ett fint och noggrant arbete med databasen och förberedelser till årsrapporten och alla i styrgruppen som korrekturläst densamma och som kontinuerligt arbetar för att förbättra Riksstroke.

För Riksstrokes styrgrupp



Mia von Euler, ordförande och registerhållare

Styrgruppen för Riksstroke

Mia von Euler, professor, överläkare, ordförande och registerhållare, Stockholm

Bo Norrving, seniorprofessor, Lund

Marie Eriksson, professor, statistiker, Umeå

Per Wester, professor, överläkare, Umeå och Stockholm

Signild Åsberg, docent, överläkare, Uppsala

Teresa Ullberg, docent, överläkare, Malmö/Lund

Katharina Stibrant Sunnerhagen, professor, överläkare, Göteborg

Anneli Torsfeldt Heikenborn, patientrepresentant, Stockholm

Anna Bråndal, medicine doktor, legitimerad fysioterapeutspecialist, Umeå

Alex Szolics, medicine doktor, överläkare, Stockholm

Christina Sjöstrand, docent, överläkare, Stockholm

Elisabeth Ronne Engström, professor, överläkare, Uppsala

Elisabeth Moreno Forss, sjuksköterska, Sundsvall

Hannele Hjelm, sjuksköterska, nationell Riksstrokekoordinator, Umeå

Riksstroke arbetsgrupp

Arbetar vid Riksstroke

Per Ivarsson, kanslichef, systemförvaltare

Fredrik Jonsson, statistiker

Sara Korpela, sjuksköterska, nationell Riksstrokekoordinator

TACK TILL DELTAGANDE SJUKHUS MED KONTAKTPERSONER

Akademiska/Uppsala

Erika Keller, Ulrika Wågström

Alingsås

Stina Claesson, Frida Hermansson

Arvika

Madeleine Stigsdotter Nilsson

Avesta

Kim Kronlund, Petra Eriksson

Bollnäs

Inger Tällberg, Karin Tjäder, Jeiel Bustamante Sarmiento

Borås

Ida Svensson, Jennie Persson

Capio S:t Göran/Stockholm

Eva Rosso, Gabriella Strandberg, Helén Falkenström

Danderyd/Stockholm

Elisabet Änggårdh Rooth, Moria Sahlin, Amandeep Man, Markus Dalenbring

Enköping

Ann-Kristin Kinander

Falun

Christina Nylén, Karin Bäckström

Gällivare

Carine Nutti

Gävle

Maria Smedberg

Halmstad

Jessica Jessica Olsson, Ebba Ryberg, Nathalié Glan Hultefors

Helsingborg

Ingrid Larsson, Katarina Lundmark, Kristina Östgren

Hudiksvall

Carin Gill

Hässleholm

Erika Snygg, Magnus Esbjörnsson, Annika Nilsson, Anna Nilsson

Höglandssjukhuset/Eksjö-Nässjö

Malin Svensson, Jessica Nordling, Lilia Blixt, Linn Bengtsson

Kalix

Eva Olofsson

Kalmar

Kali B Brenander, Lotten Berggren, Karin Wigertsson

Karlshamn

Katarina Widebrant, Emmy Rundqvist, Lena Östrand

Karlskoga

Inger Rosengren, Jennie Johansson

Karlskrona

Katarina Widebrant, Emmy Rundqvist, Lena Östrand

Karlstad

Leif Axelsson, Susanne Hallebäck, Elin Pettersson

Karolinska Huddinge

Anna Sinervä Stenhols, Ismahan Sabre, Michael Mazya

Karolinska Solna

Anna Sinervä Stenhols, Michael Mazya

Kiruna

Ann-Sofi Brännvall

Kristianstad

Anna Hansson, Maria Kopperud, Maria Larsson

Kullbergsga/Katrineholm

Britt Svärd

Kungälv

Anna Rydeskog, Kaltrina Loma

Köping

Ewa Karlsson, Sanne Thungren

Landskrona

Muhiba Bihorac, Maria Rolfson, Anders Jarenros, Wilma Håkansson

Lindesberg

Miriam Rosengren, Matilda Sollin

Linköping

Ove Grankvist, Avan Sabir Rashid, Annelie Eriksson.

Ljungby

Karin Hörberg Svensson

Lycksele

Mora

Anna-Lena Liljedahl, Maria Bergelin Axelsson, Evelina Bennberg, Hannah Lekskog

Motala

Anette Gunninge, Pernilla Gustafsson, Helene Axell, Ulf Rosenqvist, Petra Cervin, Kenneth Csiffary, Linda Jagneby Törnqvist

Mälarsjukhuset/Eskilstuna

Jenny Sjönvall, Melina Ikonen Kallionpää, Bo Danielsson

Mölndal

Anna Lindborg, Linda Alsholm

Norrköping/Vrinnevi

Anna Göransson, Gunilla Bergström

Norrtälje

Kristina Drotz, Stina Embro

Nyköping

Pernilla Johansson

NÄL/Norra Älvsborgs Länssjukhus

Karina Andersson , Ebba Welinder

Oskarshamn

Kirsten Hartmann

Piteå

Maja Lundmark

Ryhov/Jönköping

Jenny Håkansson, Christina Svensson

Sahlgrenska/Göteborg

Maria Isaksson, Julia Hallberg

SkaS Skövde

Alexander Johansson, Eva Åkerhage, Max Fantenberg

Skellefteå

Helena Olofsson, Evelina Forsgren
Marianne Nilsson, Julia Stenberg, Lina Öström,

Sollefteå

Mariana Linde, Karin Hagberg

Sunderbyn

Helen Andersson

Sundsvall

Elizabeth Moreno Forss, Anna-Lena Ekengren,
Marie Karlsson

SUS Lund

Karina Hansson

SUS Malmö

Alic Zuhrija

Södersjukhuset (SÖS)/Stockholm

Cecilia Schantz-Eyre, Kremena Skarleva

Södertälje

Sara Gavelin

Torsby

Marie Bergström, Cecilia Eklund

Trelleborg

Pricella Einevik, Olivia Bengtsson

Umeå

Elvira Lindberg Fjällström

Varberg

Frida Bernhardt, Katrin Sandersson, Anette Hvalgren, Linda Andersson, Desjana Hamataj

Visby

Jennie Hellgren, Isa Sedman, Lina Nyström

Värnamo

Anna Vinblad, Gunilla Palmlöw, Carina Finnander, Anna Petersson

Västervik

Mattias Johansson, Erik Nilsson

Västerås

Sara Östring Jalonon, Ingemo Aldborg och

Växjö

Annette Borland, Monica Ström, Linnea Persson

Ystad

Åsa Lindström, Gunilla Persson,
Louise Raihle Lagnecranz, Nermina Bectasevic

Ängelholm

Jenny Nilsson-Carola Nordahn, Malin Calmebring, Mia Olsson, Josefine Björklund

Örebro

Lena Fransson, Cecilia Hallingsten

Örnsköldsvik

Anna-Maria Eskelind, Maire Jonsson, Anette Sjöberg, Anna Edin, Sofia Tjärnström

Östersund

Monika Lind, Sara Magnusson

Östra sjukhuset/Göteborg Hengameh Kazemi,
Satu Kousmanen

Registrering Subaraknoidalblödningar 2025:

Akademiska SAH Mona Bäfve

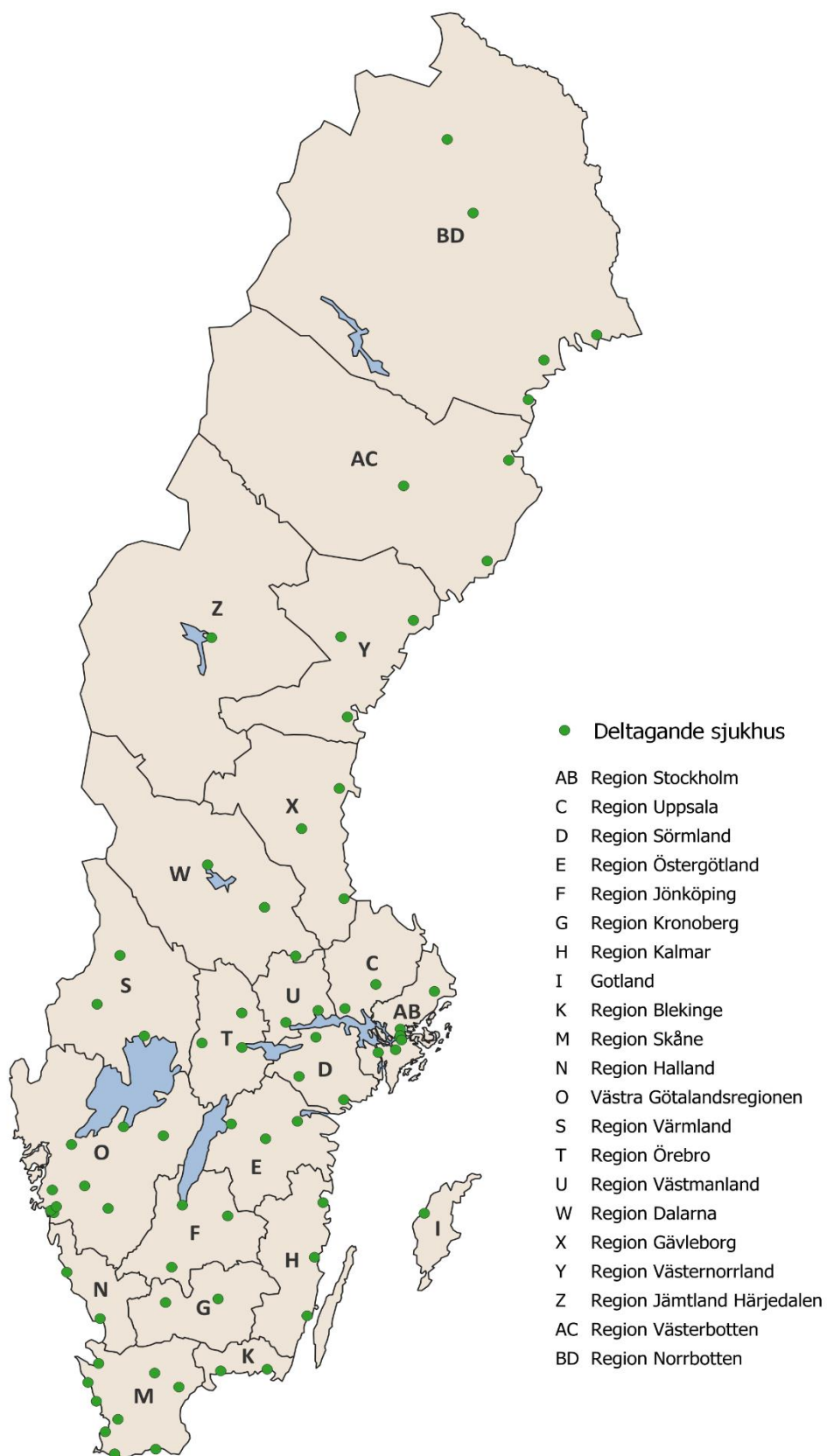
Umeå SAH Elvira Lindberg Fjällström

SUS Lund SAH Susanne Månsson, Anette Westerberg

Karolinska SAH Rakel Tormod Rutegård

Linköping SAH Anne-Maj Nilsson, Gun Persson

DELTAGANDE SJUKHUS



Innehållsförteckning

RIKSSTROKES ÅRSRAPPORT FÖR 2025: HUVUDBUDSKAP FÖR TIA OCH STROKE	11
--	----

SAMMANFATTNING	12
----------------------	----

1. TIA..... 19

1.1. BAKGRUND OCH DEFINITION	20
1.1.1. Målnivåer TIA	21
1.2. OM ÅRETS TIA-DATA	23
1.2.1. Deltagande sjukhus	23
1.2.2. Täckningsgrad för TIA	24
1.3. PATIENTSAMMANSÄTTNING	27
1.4. AMBULANSTRANSPORT, TID TILL SJUKHUS OCH INLÄGGNING	28
1.4.1. Ambulanstransport.....	28
1.4.2. Tid till sjukhus.....	31
1.4.3. Sjukhusvård för TIA.....	33
1.4.4. Vårdnivå vid TIA.....	34
1.5. DIAGNOSTISERING AV TIA-PATIENTER.....	36
1.5.1. Bilddiagnostik av hjärnan	36
1.5.2. Bilddiagnostik av halskärl	39
1.5.3. Långtids-EKG.....	40
1.6. LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR TIA-PATIENTER.....	42
1.6.1. Blodtryckssänkande läkemedel	42
1.6.2. Trombocythämmande läkemedel vid TIA utan förmaksflimmer	46
1.6.3. Perorala antikoagulantia vid TIA och förmaksflimmer	47
1.6.4. Statiner	51
1.6.5. Operation av halskärnen	52
1.7. RÖKSTOPP, BILKÖRNING OCH ÖVRIGA INSATSER FÖR TIA-PATIENTER	52
1.7.1. Råd om rökstopp	52
1.7.2. Råd om bilkörning	54
1.7.3. Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, och logoped.....	57
1.8. UPPFÖLJNING EFTER TIA-INSJUKNANDE	60

2. AKUT STROKE 63

Webbtabeller.....	64
Målnivåer stroke	66
2.1. OM 2025 ÅRS RIKSSTROKEDATA	69
2.1.1. Förtydligande av sjukhusnamn.....	69
2.1.2. Täckningsgrad.....	72
2.1.3. Svårighetsgrad vid ankomst till sjukhus.....	74
2.1.4. Stroketyper	78
2.1.5. Intracerebrala blödningar under pågående antikoagulantibehandling	79
2.1.6. Ischemisk stroke under pågående antikoagulantibehandling.....	80
2.2. BEHANDLING I AKUTSKEDET	81
2.2.1. Prehospital vård	82
2.2.2. Vård vid inläggning på sjukhus	86
2.2.3. Vård på strokeenhet någon gång under vårdtiden	89
2.2.4. Vårdtider.....	92
2.2.5. Bedömning av sväljförmåga	94
2.2.6. Bilddiagnostik av hjärnan	96
2.2.7. Utvidgad bilddiagnostik vid hjärnblödning.....	98
2.2.8. Bilddiagnostik av kärl och räddningsbar hjärnvävnad vid akut ischemisk stroke.....	99
2.2.9. Långtids-EKG vid ischemisk stroke	103
2.2.10. Reperusionsbehandling (trombolys och trombektomi)	105
2.2.11. Trombektomi	120

2.2.12. Hemikraniektomi	127
2.2.13. Neurokirurgisk åtgärd för hjärnblödning.....	128
2.2.14. Sjukgymnastik/fysioterapi och arbetsterapi.....	128
2.2.15. Bedömning av en logoped avseende tal- eller sväljfunktion under vårdtiden.....	130
2.3. LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR STROKEPATIENTER	132
2.3.1. Blodtryckssänkande läkemedel	132
2.3.2. Trombocythämmande läkemedel vid ischemisk stroke utan förmaksflimmer	136
2.3.3. Perorala antikoagulantia vid ischemisk stroke och förmaksflimmer.....	139
2.3.4. Statiner efter ischemisk stroke.....	143
2.4. RÖKSTOPP, BILKÖRNING OCH ÖVRIGA INSATSER FÖR STROKE-PATIENTER	145
2.4.1. Rökning.....	145
2.4.2. Bilkörning.....	147
2.4.3. Utskrivning till typ av boende.....	147
2.4.4. Planerad rehabilitering efter utskrivningen	149
2.5. UPPFÖLJNING EFTER STROKEINSJUKNANDE	156

3. SUBARAKNOIDAL-BLÖDNINGAR..... 159

3.1. OM 2025 ÅRS SUBARAKNOIDALBLÖDNING	160
3.1.1. Bakgrund	160
3.1.2. Antal deltagande sjukhus och antal registrerade i Riksstroke.....	160
3.1.3. Riskfaktorer	161
3.2. PATIENTER SOM INTE SKICKADES VIDARE TILL NEUROKIRURGISK KLINIK.....	161
3.3. PATIENTER SOM VÅRDADES PÅ NEUROKIRURGISK KLINIK.....	162
3.3.1. Behandling av blödningskällan	163
3.4. ÖVRIG AKUT BEHANDLING	163
3.5. UTSKRIVNINGSSSTATUS	164
3.6. 3-MÅN UPPFÖLJNING	165

4. 3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE 166

4.1. PATIENTSAMMANSÄTTNING	167
4.1.1. Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet.....	167
4.1.2. Bortfall.....	170
4.2. ÖVERLEVAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE).....	170
4.3. FUNKTION.....	174
4.3.1. ADL-beroende.....	174
4.4. BOENDE	178
4.5. VÅRDINSATSER	180
4.5.1. Rehabilitering	180
4.5.2. Rökstopp.....	182
4.5.3. Råd om livsstilsförändringar	183
4.6. SYMPTOM OCH LIVSKVALITET	183
4.6.1. Kvarstående besvär och återgång till aktiviteter som innan insjuknandet i stroke	183
4.6.2. Självskattat hälsotillstånd.....	185
4.6.3. Trötthet	187
4.6.4. Depression/nedstämdhet.....	188
4.7. TILLGODOSEDDA BEHOV EFTER UTSKRIVNING	190
4.7.1. Hjälps och stöd.....	194

5. DATAKVALITET, UTVECKLING OCH ANVÄNDNING 196

5.1. ANSLUTNINGSGRAD OCH TÄCKNINGSGRAD	197
5.2. VALIDERING OCH DATAKVALITET	197
5.2.1. Validering av trombektomidata i Riksstroke mot EVAS.....	198
5.3. RAPPORTERINGSGRAD	198
5.4. UTVECKLING AV RELEVANTA KVALITETSINDIKATORER.....	199
5.5. EFFEKTER AV REGISTRETS INSATSER PÅ VÅRDEN	199
5.6. PROMS OCH PREMS	200
5.7. FAKTISKT UTNYTTJANDE AV DATA I KVALITETSARBETET	201

5.7.1. Förbättringsarbeten	201
5.8. ANVÄNDNING AV RIKSSTROKE AV MYNDIGHETER OCH ANDRA INTRESSENTER	201
5.9. ANVÄNDNING AV RIKSSTROKE INOM FORSKNING	202
5.10. REFERENSER	202

Preliminär

RIKSSTROKES ÅRSRAPPORT FÖR 2025:

HUVUDBUDSKAP FÖR TIA OCH STROKE

Under det kritiska första dygnet får var sjunde patient med stroke eller TIA inte tillgång till kvalificerad strokevård på en strokeenhet eller en högre vårdnivå – en av de tydligaste kvalitetsbristerna i strokevården. Orsaken till detta är framför allt brist på strokeenhetsvårdplatser på vissa sjukhus. Även om detta har blivit bättre finns det fortfarande förbättringsutrymme på flera sjukhus. Strukturreporten (som publiceras separat) indikerar dessutom att alla enheter som benämns strokeenhet inte fullt ut lever upp till benämningen.

Var femte patient med ischemisk stroke behandlas med akut reperfusion, trombolys och/eller trombektomi. Tillgången till behandling med trombektomi uppvisar fortfarande skillnader mellan sjukvårdsregionerna.

Andelen patienter med förmaksflimmer och TIA eller ischemisk stroke som behandlades med antikoagulantia ligger fortsatt på mycket hög nivå i hela landet.

Det fanns stora geografiska variationer i planerad rehabilitering efter utskrivningen. Mindre än hälften av sjukhusen uppnådde hög målnivå för tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön. Att döma av våra data finns det även en stor förbättringspotential avseende rehabiliteringsplaner som ganska få patienter får. Här finns en tydlig förbättringspotential

Tre månader efter stroke anger hälften av de svarande att de har problem med att tänka och koncentrera sig och en majoritet besvärar sig av trötthet. Glädjande nog anger dock 79 % av patienterna att deras hälsotillstånd 3 månader efter stroke var ganska eller mycket gott.

SAMMANFATTNING

TIA

Antal registreringar, anslutningsgrad, och täckningsgrad

- Under 2025 rapporterades 8 680 vårdtillfällen för TIA, 41 färre registreringar än 2024.
- Täckningsgraden 2025 är 84%.

Demografi, riskfaktorer, vårdform och vårdtider

- Något fler män än kvinnor insjuknade i TIA. Medelåldern var 75 år (74 år bland män och 76 år bland kvinnor).
- 62% av TIA-patienterna hade behandling mot högt blodtryck, 21% hade förmaksflimmer, 19% hade diabetes och 6% var rökare.
- Av TIA-patienterna kom 46% till sjukhus inom tre timmar och 95% inom ett dygn (exkluderat de som insjuknat inneliggande). Hälften (50%) kom in med ambulans.
- 84% lades in på strokeenhet direkt. Medianvårdtiden var tre dagar (vilket innefattar in- och utskrivningsdag).

Diagnostik

- Så gott som alla patienter undersöktes med datortomografi (DT), 98%, medan 19% undersöktes med magnetkamera (MR) av hjärnan, det senare med stora variationer mellan sjukhusen. Halskärlen undersöktes med bilddiagnostik hos 85% av patienterna, en majoritet med DT-angiografi (67%) och en lägre andel med ultraljud (28%).
- Långtidsregistrering av EKG för att upptäcka hjärtrytmstörningar genomfördes hos 80% av patienterna som inte hade känt förmaksflimmer under det akuta vårdtillfället, och för ytterligare 10% planerades undersökningen efter vårdtillfället.

Sekundärprevention

- Av de TIA-patienter, i alla åldrar, som hade förmaksflimmer behandlades 90% med perorala antikoagulantia (i de flesta fall DOAK). Geografiska skillnader i andelen behandlade var måttliga.
- Blodtryckssänkande läkemedel gavs till 73% av patienterna och statiner till 89%. Variationer i praxis föreligger fortsatt.
- Hälften av rökarna (51%) rapporterades ha fått råd om rökstopp. Uppgifter om information om rökstopp var ej utfört eller dokumentation saknades för 48%.

- Bland TIA-patienterna var ett återbesök vid en sjukhusmottagning eller i primärvården planerat för 96%.

Bilkörning

- 70% av de med körkort rapporterades ha fått råd om sin bilkörning och för ytterligare 13% bedömdes inte information vara relevant. För 17% uppgavs att information om bilkörning ej var given eller att dokumentation saknades.

STROKE

Antal registreringar och täckningsgrad

- År 2025 registrerades 19 344 vårdtillfällen i Riksstroke, 488 färre än 2024. Andel av alla stroke som var återinsjuknanden är kvar på 20%.
- Täckningsgraden år 2025 är 85%.

Demografi, riskfaktorer, vårdform och vårdtider

- Medelålder och könsfördelning för stroke var väsentligen oförändrad jämfört med föregående år. Något fler män än kvinnor insjuknade i stroke. Medelålder var 75 år, 74 år bland män och 78 år bland kvinnor.
- Andel fullt vakna vid ankomst var 85%. Registrering av svårighetsgrad med NIHSS är 80%, med fortsatt stora skillnader mellan sjukhus.
- Högt blodtryck registrerades hos 64% av strokepatienterna, 28% hade förmaksflimmer, 27% hade diabetes och 12% var rökare.
- 13% av alla stroke var hjärnblödningar. Andelen av dessa som hade pågående antikoagulantabehandling steg initialt när användandet ökade men har de senaste åren legat stilla för att 2025 uppgå till 25%. Reverserande behandling med antidot gavs till hälften av patienterna.
- Andel akuta strokepatienter som någon gång under vårdtiden vårdades vid strokeenhet var fortsatt hög, 96%. Variation mellan sjukhusen var liten.
- Vid flera sjukhus vårdades dock många strokepatienter inte på strokeenhet utan på annan vård-, observations- eller intagningsavdelning (riksgenomsnitt 13%) under det kritiska första dygnet.
- Vårdtid (median) på akutsjukhusen var 6 dagar. Det finns fortfarande stora variationer mellan sjukhus, vilket till viss del kan förklaras av olika nyttjande av tidig utskrivning med fortsatt

strokerehabilitering i hemmet eller rehabilitering inom annan slutenvård.

Diagnostik

- Tillgången till datortomografi (DT) för bilddiagnostik var god vid samtliga sjukhus.
- Genomsnittlig användning av magnetkamera (MR)-undersökning var 38% med stor variation mellan sjukhus.
- DT-angiografi (för att identifiera ocklusion av hjärnans stora kärl, som kan vara aktuell för trombektomibehandling) i direkt anslutning till initial DT gjordes i 66% av alla fall, med stora variationer mellan sjukhusen.
- Undersökning med DT-perfusion för att kartlägga förekomst av räddningsbar hjärnvävnad gjordes på 24% av patienterna med ischemisk stroke.
- Bilddiagnostiska undersökningar av halskärnen gjordes på 84% av alla patienter med ischemisk stroke
- Andel patienter med ischemisk stroke, och utan känt förmaksflimmer, som undersöktes med långtids-EKG under vårdtiden var 84%, och för ytterligare 6% planerades långtids-EKG efter utskrivningen. Andelarna varierade mellan sjukhusen.
- Sväljningsförmåga bedömdes hos 88% av patienterna.

Reperfusionsbehandling (att återställa blodflödet med trombolys och trombektomi)

- Andelen reperfusionsbehandlade uppgick till 20% av alla med ischemisk stroke under 2025. En tredjedel av de behandlade var 80 år eller äldre.
- Skillnaderna i andelen trombolyserade mellan sjukhusen har minskat genom åren.
- Av alla som fick trombolys behandlades 53% inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus, 16% inom intervallet 31–40 minuter, 15% inom intervallet 41–60 minuter, och 15% efter mer än 60 minuter. Variationerna mellan sjukhusen var fortsatt påtagliga.
- År 2025 genomfördes 1658 trombektomier (att mekaniskt avlägsna en propp i hjärnans kärl med hjälp av kateter), de flesta inom fyra sjukvårdsregioner: Stockholm, Västra, Södra och Mellansverige. Totalt 14% av alla ischemiska stroke behandlades med trombektomi under 2025. Det är stor variation över landet. 29% av alla trombektomier gjordes i det senare intervallet, 6–24 timmar efter insjuknandet.
- Totalt togs 4 103 kontakter med trombektomicentra.

Neurokirurgisk åtgärd för hjärnblödning

- Hos patienter med hjärnblödning genomfördes en neurokirurgisk åtgärd i 7% av alla fall.

Sjukgymnastik/Fysioterapi och arbetsterapi

- 88% av patienterna bedömdes av sjukgymnast och 85% av arbetsterapeut, i cirka hälften av fallen inom 24 timmar efter ankomsten till sjukhus.

Logopedi

- 41% fick sin tal- eller sväljfunktion bedömd av logoped under vårdtiden.

Sekundärprevention

- 12% var rökare vid insjuknandet. Hälften av rökarna fick råd om rökstopp. Uppgifter om information om rökstopp var ej utfört eller dokumentation saknades för 48%.
- Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som fick sekundärprevention med perorala antikoagulantia (i de allra flesta fall DOAK) låg år 2025 på 85% och lika mellan könen.
- Andel strokepatienter som skrivs ut från sjukhus med blodtryckssänkande läkemedel låg på 79% med relativt små variationer mellan sjukhusen.
- Statinanvändning efter ischemisk stroke var 85%, 88% hos män och 82% hos kvinnor. Variationer mellan sjukhus föreligger fortfarande i hög grad.

Bilkörning

60% av patienterna hade fått råd om bilkörning och för ytterligare 24% bedömdes inte information vara relevant. För 16% rapporterades att information om bilkörning ej var utfört eller att dokumentation saknades.

Utskrivning till typ av boende och planerad rehabilitering

- 79% av patienterna skrevs ut till eget boende, medan 20% skrevs ut till särskilt boende.
- För 22% av fallen planerades tidig understödd rehabilitering från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön

(den högprioriterade formen av tidig understödd utskrivning). Drygt hälften av regionerna (57%) uppnådde måttlig eller hög målnivå. Det var stora variationer i andel med hemrehabilitering i olika former och dagrehabilitering.

- Ett återbesök vid en sjukhusmottagning eller i primärvård var planerat för 97% av strokepatienterna.

SUBARAKNOIDALBLÖDNINGAR (SAB)

Antal registreringar och demografi

- Under 2025 rapporterade bara fyra av de sju neurokirurgiska klinikerna (Akademiska sjukhuset, SUS Lund, Universitetssjukhusen i Umeå och Linköping) data om patienter med subaraknoidalblödningar i Riksstroke vilket gör att siffrorna måste tolkas med försiktighet då de endast representerar ett urval av klinikerna som behandlar subaraknoidalblödningar.
- Totalt rapporterades 339 patienter med SAB varav 60% var kvinnor och 40% var män. Medianåldern var lägre än för övriga stroke, 64 år.
- Vid inkomst till sjukhus var 60% fullt vakna, 18% medvetlösa och 22% medvetandesänkta.
- Av de patienter som insjuknade i SAB skrevs 61% in på en neurokirurgisk avdelning.

Behandling

- Av de rapporterade patienterna blev 19 behandlade med kirurgisk åtgärd, 83 behandlades med neurointervention och 61 fick ingen behandling av blödningskällan.
- Hos de patienter som remitterades till neurokirurgisk klinik var ventrikeldränage den vanligaste behandlingen (49%), följt av invasiva spasmbehandlingar (11%). 13 % av patienterna tracheotomerades.

Uppföljning

- Av de 339 registrerade patienter hade 16% avlidit vid 3-månader.
- Svarsfrekvensen på 3-månaders enkäten var 43% (av de överlevande) vilket är påtagligt lägre än för stroke och TIA.

3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE

Patientsammansättning

- Av 19 344 insjuknanden i stroke 2025 hade 74% följts upp eller avlidit vid 3 månader.

Överlevnad

- Totalt avled 14% av patienterna inom 90 dagar och 31% var avlidna eller ADL-beroende vid uppföljningen.
- Mellan sjukhusen fanns det betydande variation i andelen avlidna, och avlidna eller ADL-beroende, men skillnaderna var små på regionnivå efter statistisk justering för skillnader i patientsammansättning.

Funktion

- Andelen patienter som är beroende av personlig ADL var 14%, samma nivå som föregående år.
- Skillnader i andelen ADL-beroende mellan sjukhusen förklaras delvis av skillnader i patientsammansättning. Det kvarstår dock betydande skillnader mellan sjukhusen också efter statistisk justering. Förflyttningar mellan sjukhus i akutskedet för trombolys och trombektomi kan bidra till skillnaderna.

Boende

- Vid 3 månader bodde 68% av patienterna i eget boende utan kommunal hemtjänst, 20% i eget boende med kommunal hemtjänst, 10 % i särskilda boenden, och 1% i annan boendeform.

Vårdinsatser

- Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen under sjukhusvistelsen (bland de som hade fått rehabilitering) var 92%, med måttlig variation mellan regionerna. Andelen patienter som var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen var 87%.
- Av de 13% som var rökare vid insjuknandet rapporterade 48% att de erbjudits rökavvänjning. Andelen som slutat röka vid 3 månader var 44%.
- Av de patienter som 3 månader efter insjuknandet besvarade frågan om livsstilsändringar uppgav 54% att de fått råd om livsstilsförändringar, 49% av kvinnorna och 59% av männen.

Symtom och livskvalitet

- 79% av patienterna angav att deras hälsotillstånd var mycket gott eller ganska gott, med måttliga variationer mellan sjukhusen.
- 29% angav att de kunnat återgå till det liv och aktiviteter som de hade innan strokeinsjuknandet, 40% svarade "ja, men inte riktigt som förut" och 30% svarade "nej" på frågan.

- Hälften av patienterna uppgav att de inte hade svårigheter att tänka, koncentrera sig eller minnas efter sin stroke. 16% angav svårigheter som inte påverkade dagliga aktiviteter och 28% upplevde svårigheter som påverkade deras dagliga aktiviteter.
- 69% av kvinnorna och 55% av männen rapporterar trötthet efter stroke som påverkar förmågan att utföra dagliga aktiviteter.
- Nedstämdhet depression eller ångestkänslor rapporterades av 37% av patienterna.
- 20% av patienterna rapporterade att de upplevt en ny typ av smärta efter stroke.

Tillgodosedda behov

- 43% av patienterna tyckte att de fått tillräckligt stöd från sjukvården och kommunen efter att de skrivits ut från sjukhuset. Andelen patienter som ansett sig fått tillräckligt med stöd varierade kraftigt mellan sjukhusen (31–83%).
- Bland de som hade eget boende 3 månader efter stroke angav 67% av männen och 55% av kvinnorna under 80 år att de klarade sig utan hjälp eller stöd. Hjälpbehovet var högre bland de över 80 år där 45% av männen och 33% av kvinnorna angav att de inte behövde hjälp eller stöd.

TIA

(TRANSITORISKA ISCHEMISKA ATTACKER)
DATA FRÅN 2025

1.1. BAKGRUND OCH DEFINITION

Transitoriska ischemiska attacker (TIA) beror på övergående proppbildning i hjärnan eller i ögats artärer. Patienter med TIA löper en mångfaldigt ökad risk för att insjukna i stroke. Risken är särskilt stor de första dagarna och veckorna efter en TIA. Behandling ska därför inledas snabbt efter att patienten fått en diagnos på sjukhus. Åtgärderna för att förebygga stroke efter TIA är i princip desamma som vid sekundärprevention efter ischemisk stroke.

Rapporten baseras på registrerade TIA-diagnoser i Riksstroke. De nu gällande svenska diagnostiska kriterierna är plötsliga fokalneurologiska bortfall med varaktighet upp till 24 timmar (med eller utan synlig hjärninfarkt vid bilddiagnostik av hjärnan). I den kommande ICD-11 som fastställts av WHO är definitionen av TIA reviderad: patienter med övergående neurologiska symtom av cerebral ischemi kortare än 24 timmar, men som vid undersökning med diffusions MR visar sig ha en färsk ischemisk skada, klassificeras som akut ischemisk stroke. Tidpunkt för övergång från ICD-10 till ICD-11 i Sverige har ännu inte beslutats. När ändringen införs kommer Riksstroke att ändra på motsvarande sätt.

För en fylligare bakgrund till TIA och tolkningar av TIA-data hänvisar vi till Riksstrokes hemsida (www.riksstroke.org).

Tolkningsanvisningar figurer och tabeller

- Om antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen med # Är antalet svar dessutom mindre än 6 redovisas värdet som 0%.
- Om antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen likt i tabeller med #. Är antalet svar dessutom mindre än 6 visas ingen stapel. I figurer anger grön linje hög målnivå och gul linje måttlig målnivå.
- I figur 2 innebär en överkryssad cirkel att bortfallet på frågan är större än 25% vilket indikerar att data måste tolkas med stor försiktighet.
- I hela rapporten har 0,5 avrundats uppåt

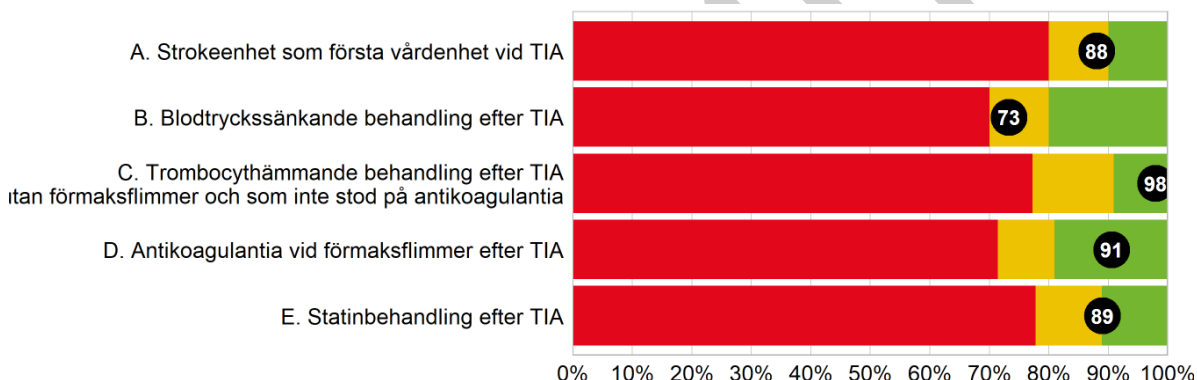
1.1.1. Målnivåer TIA

I mars 2018 presenterade Socialstyrelsen nya målnivåer för stroke och TIA (www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-31.pdf). Riksstroke styrgrupp har efter detta reviderat och utökat Riksstroke tidigare målnivåerna för att göra dem kongruenta med Socialstyrelsens. Generellt motsvarar Socialstyrelsens målnivåer Riksstroke höga målnivåer. Riksstroke använder de reviderade målnivåerna i denna rapport som redovisar verksamhetsdata från 2024.

För 2025 gällde följande målnivåer för fem områden för TIA:

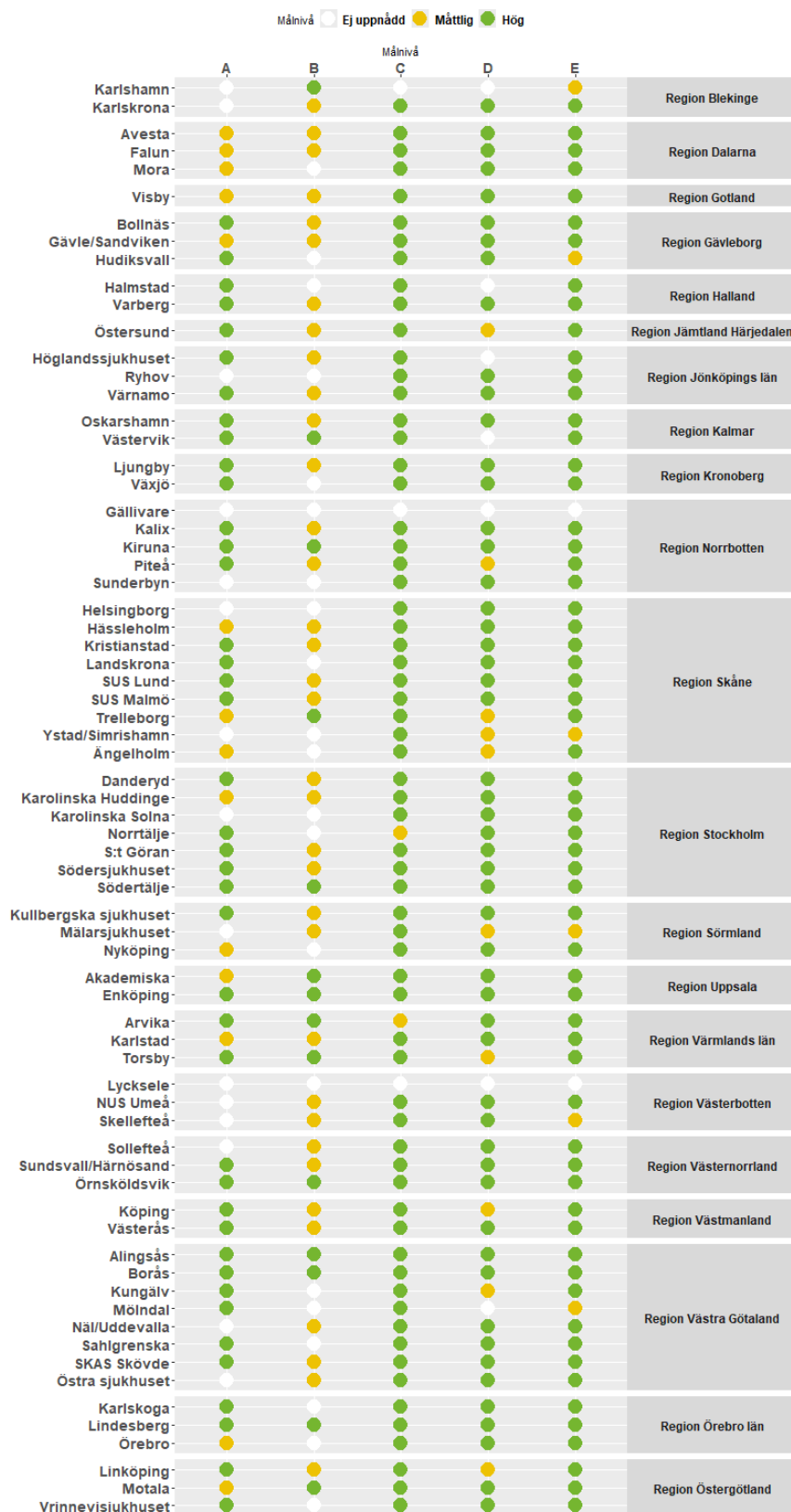
- A. Strokeenhet som första vårdenhet vid TIA (hög 90%; måttlig 80%)
- B. Blodtryckssänkande behandling efter TIA (hög 80%; måttlig 70%)
- C. Trombocythämmande behandling efter TIA utan förmaksflimmer och som inte stod på antikoagulantia (hög 90%; måttlig 85%)
- D. Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter TIA (hög 85%; måttlig 75%)
- E. Statinbehandling efter TIA (hög 80%; måttlig 70%)

Målnivåer för TIA på nationell nivå



Figur 1. Målnivåer för TIA på nationell nivå 2025. Rött område avser ej uppnådd målnivå, gult område avser måttlig målnivå och grönt område hög målnivå. Svart punkt visar aktuellt värde (%) på nationell nivå.

Målnivåer för TIA på sjukhusnivå



Figur 2. Målnivåer TIA per sjukhus, 2025. Avsaknad av färgmarkering betyder att sjukhuset inte nått måttlig målnivå, gul färgmarkering betyder måttlig målnivå uppnådd och grön färgmarkering betyder hög målnivå uppnådd. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

1.2. OM ÅRETS TIA-DATA

1.2.1. Deltagande sjukhus

De flesta sjukhusnamn anger var de är placerade geografiskt. Vissa sjukhusnamn anger dock inte detta (Tabell 1)

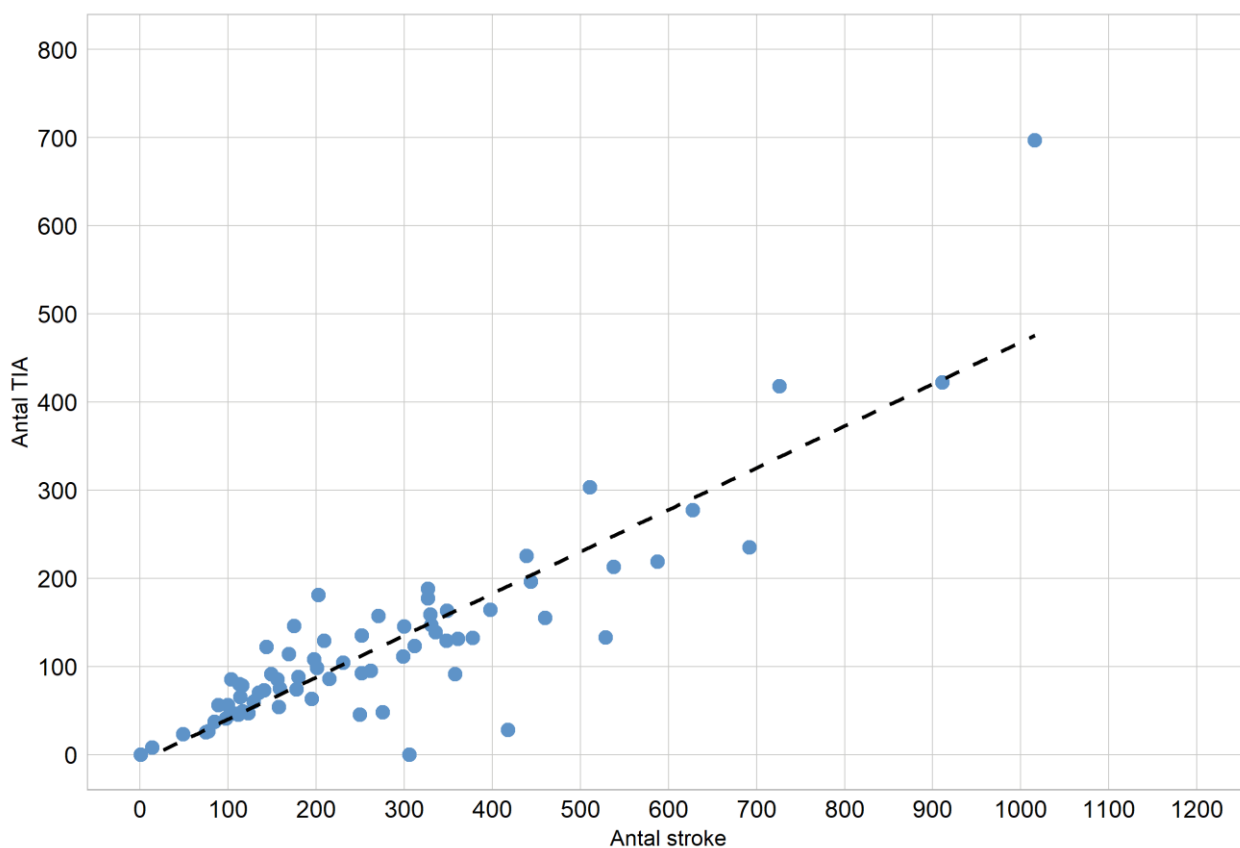
Tabell 1. Sjukhus där den geografiska platsen inte framgår av sjukhusnamnet.

Sjukhusnamn	Ort
Akademiska	Uppsala
Capio S:t Göran	Stockholm
Höglandssjukhuset	Eksjö
Kullbergska	Katrineholm
Mälarsjukhuset	Eskilstuna
NÄL (Norra Älvsborgs Sjukhus)	Trollhättan/Uddevalla
Ryhov	Jönköping
Sahlgrenska	Göteborg
SkaS Skövde	Skövde, Falköping, Mariestad
Sunderbyn	Luleå/Boden
Södersjukhuset	Stockholm
Vrinnevisjukhuset	Norrköping
Östra	Göteborg

Tolkningsanvisningar

- Andelen inlagda på sjukhus (se särskilt avsnitt nedan) är hög. Det kan innebära att andelen inlagda faktiskt är hög, men det är också möjligt att sjukhusen i huvudsak rapporterar inlagda patienter till Riksstroke. Förändringar i antalet registrerade TIA över åren kan delvis bero på förändrade inläggningsrutiner.
- Vid mindre sjukhus kan det finnas spontana variationer från år till år i antalet registrerade TIA i Riksstroke.

Sambandet mellan antalet registrerade insjuknanden i stroke och TIA



Figur 3. Sambandet mellan antalet registrerade insjuknanden i stroke och TIA under 2025, med streckad regressionslinje. Varje punkt representerar ett sjukhus.

1.2.2. Täckningsgrad för TIA

Beräkningen av täckningsgrad utgår från jämförelse av förstagångsinsjuknande i TIA i patientregistret respektive Riksstroke och presenteras i Tabell 3. Täckningsgrad per sjukhus finns i Webbtabel 1 (www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter"). För sjukhus med låg täckningsgrad måste tolkning av resultaten göras med försiktighet.

Tabell 2. Antalet TIA-patienter som rapporterades till Riksstrokes register och patienternas medelålder per sjukhus 2025.

Sjukhus	Antal	Medelålder	Sjukhus	Antal	Medelålder
Akademiska	219	75	Norrtälje	70	76
Alingsås	86	78	NUS Umeå	188	72
Arvika	25	76	Nyköping	95	77
Avesta	46	78	Näl/Uddevalla	277	75
Bollnäs	91	75	Oskarshamn	37	72
Borås	225	73	Piteå	65	78
Danderyd	422	75	Ryhov	157	76
Enköping	78	77	S:t Göran	418	76
Falun	132	75	Sahlgrenska	159	73
Gävle/Sandviken	129	75	SKAS Skövde	235	77
Halmstad	48	75	Skellefteå	85	77
Helsingborg	123	75	Sollefteå	56	75
Hudiksvall	74	77	Sunderbyn	54	75
Hässleholm	88	75	Sundsvall/Härnösand	111	76
Höglandssjukhuset	98	73	SUS Lund	213	75
Kalix	56	73	SUS Malmö	133	71
#Karlshamn		0	Södersjukhuset	697	75
Karlskoga	49	77	Södertälje	135	73
Karlskrona	164	77	Torsby	80	75
Karlstad	303	76	Trelleborg	104	76
Karolinska Huddinge	131	70	Varberg	177	77
Karolinska Solna	28	67	Visby	85	76
Kiruna	23	73	Vrinnevisjukhuset	91	75
Kristianstad	92	75	Värnamo	122	72
Kullbergska sjukhuset	47	74	Västervik	60	79
Kungälv	145	73	Västerås	196	76
Köping	63	77	Växjö	45	75
Landskrona	26	76	Ystad/Simrishamn	181	75
Lindesberg	41	74	Ängelholm	146	76
Linköping	139	72	Örebro	155	73
Ljungby	45	76	Örnsköldsvik	114	76
Mora	129	74	Östersund	147	76
Motala	75	77	Östra sjukhuset	163	75
Mälarsjukhuset	73	74	#Lycksele	0	0
Mölnadal	108	72	Riket	8 680	75

Tabell 3. Täckningsgrad för TIA per region 2025.

Region	Täckningsgrad, %
Region Stockholm	91%
Region Uppsala	95%
Region Sörmland	69%
Region Östergötland	87%
Region Jönköpings län	85%
Region Kronoberg	40%
Region Kalmar	43%
Region Gotland	91%
Region Blekinge	89%
Region Skåne	77%
Region Halland	70%
Västra Götalandsregionen	91%
Region Värmland	87%
Region Örebro län	92%
Region Västmanland	93%
Region Dalarna	87%
Region Gävleborg	88%
Region Västernorrland	92%
Region Jämtland-Härjedalen	85%
Region Västerbotten	74%
Region Norrbotten	75%
Riket	84%

Slutsatser

- Sjukhus med lågt antal TIA-registreringar i förhållande till antalet registrerade stroke bör se över rutinerna för att registrera i Riksstroke's TIA-modul. Vid enstaka sjukhus synes TIA-registreringen vara klart ofullständig.

1.3. PATIENTSAMMANSÄTTNING

Kön och ålder presenteras i Tabell 2. I den här rapporten redovisar vi patienter med amaurosis fugax (övergående blindhet; diagnoskod G45.3) tillsammans med övriga TIA-patienter.

Tolkningsanvisningar

- Många patienter med amaurosis fugax remitteras från ögonklinik eller primärvård till sjukhusets strokeenhet. Det är dock möjligt att det vid enstaka sjukhus finns andra rutiner som gör att bortfallet kan bli relativt stort i just den här patientgruppen.
- En del sjukhus kan ha som rutin att registrera amaurosis fugax som ospecificerad TIA.

Andelen som hade någon av de registrerade riskfaktorerna för TIA och stroke är angivna i tabell 4. Det finns ytterligare riskfaktorer, till exempel bristande fysisk aktivitet, höga blodfetter, ohälsosam diet och hög alkoholkonsumtion, som inte registreras i Riksstroke men som är nog så viktiga ur preventionssynpunkt.

Tabell 4. Registrerade riskfaktorer för TIA 2025.

Riskfaktorer	TIA män, %	TIA kvinnor, %	TIA totalt, %
Tidigare stroke	16%	13%	15%
Tidigare TIA	18%	18%	18%
Behandlas mot högt blodtryck	62%	63%	63%
Förmaksflimmer, tidigare känt	21%	15%	19%
Förmaksflimmer, nyupptäckt	3%	3%	3%
Förmaksflimmer, nyupptäckt eller tidigare känt	24%	18%	21%
Diabetes	22%	17%	19%
Rökare	6%	7%	7%

1.4. AMBULANSTRANSPORT, TID TILL SJUKHUS OCH INLÄGGNING

1.4.1. Ambulanstransport

Om indikatorn

Ambulanstransport	
Vetenskapligt underlag	Skyndsam handläggning och tidigt insatt terapi minskar risken för stroke.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Omhändertagande i ambulans för patienter med akuta strokerelaterade symtom: Prio 2.

De nationella strokeriktlinjerna och vårdförlopp Stroke och TIA rekommenderar ett skyndsamt omhändertagande av patienter med TIA. Inom ramen för den svenska AKUT-kampanjen har SOS Alarm rekommenderat ambulanserna att högprioritera sjukhustransport av patienter med akuta strokesymtom, vilket inkluderar TIA. Andelen TIA-patienter som anlände med ambulans redovisas i Tabell 5.

Tabell 5. Andelen TIA-patienter som anlände med ambulans, andelen som lades in på sjukhus samt medianvårdtid under 2025.

Sjukhus	Ankommit med ambulans, %	Inlagda på sjukhus, %	Medianvårdtid i dagar
Akademiska	54%	94%	3
Alingsås	38%	100%	3
Arvika	44%	84%	2
Avesta	43%	98%	3
Bollnäs	64%	100%	3
Borås	46%	99%	3
Danderyd	60%	98%	3
Enköping	42%	100%	3
Falun	51%	65%	2
Gävle/Sandviken	52%	99%	3
Halmstad	61%	98%	3
Helsingborg	45%	67%	2
Hudiksvall	59%	100%	3
Hässleholm	44%	78%	3
Höglandssjukhuset	48%	99%	3
Kalix	52%	100%	2.5
#Karlshamn	NA%	NA%	
Karlskoga	42%	96%	3
Karlskrona	53%	100%	3
Karlstad	61%	93%	2
Karolinska Huddinge	43%	100%	3
Karolinska Solna	64%	100%	3
Kiruna	39%	87%	3
Kristianstad	82%	99%	3
Kullbergssjukhuset	64%	100%	3
Kungälv	47%	100%	3
Köping	50%	100%	3
Landskrona	92%	100%	6
Lindesberg	73%	100%	2
Linköping	44%	100%	2
Ljungby	61%	100%	3
Mora	53%	43%	1
Motala	59%	92%	3
Mälarsjukhuset	58%	95%	3
Mölnadal	31%	100%	3
Norrtälje	59%	100%	3

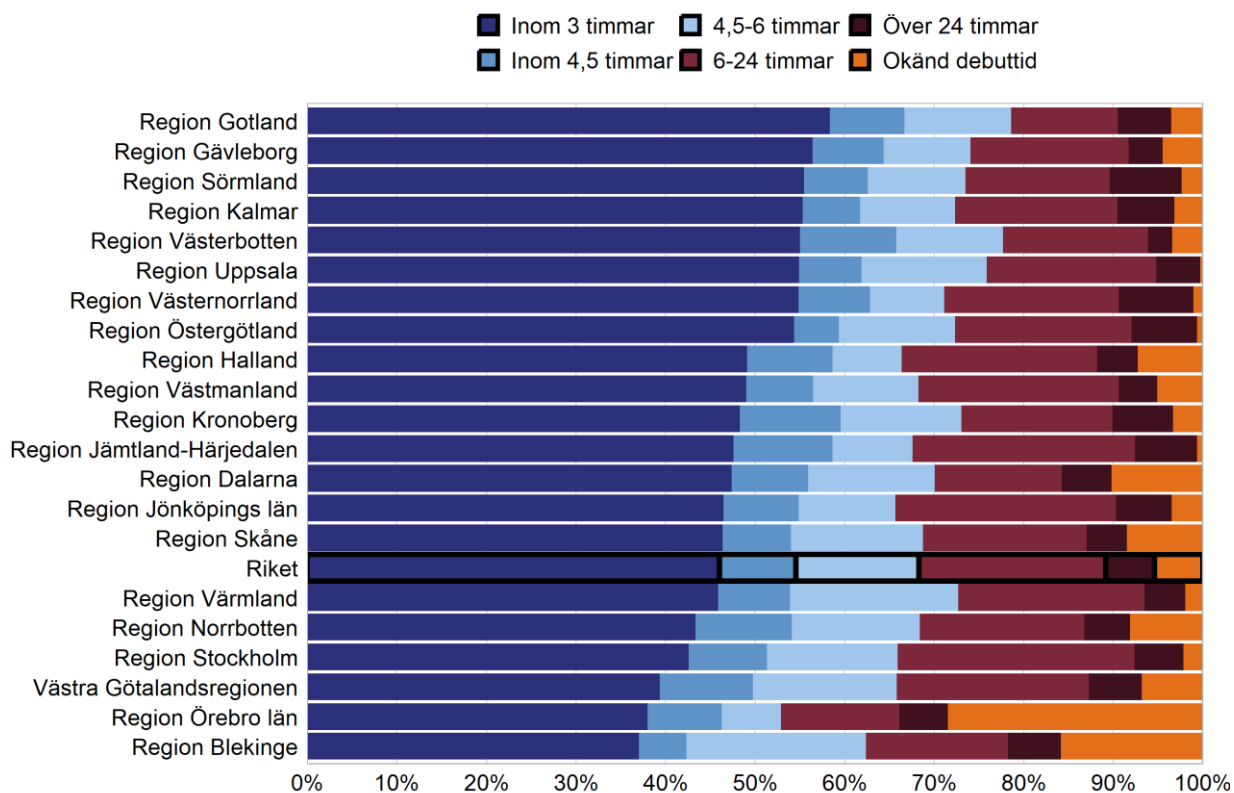
Sjukhus	Ankommit med ambulans, %	Inlagda på sjukhus, %	Medianvårdtid i dagar
NUS Umeå	45%	96%	3
Nyköping	48%	96%	3
Näl/Uddevalla	49%	100%	4
Oskarshamn	54%	100%	3
Piteå	56%	100%	3
Ryhov	47%	92%	3
S:t Göran	45%	100%	3
Sahlgrenska	23%	99%	3
SKAS Skövde	58%	99%	3
Skellefteå	46%	99%	2
Sollefteå	64%	100%	3
Sunderbyn	63%	100%	3
Sundsvall/Härnösand	46%	100%	3
SUS Lund	49%	75%	3
SUS Malmö	66%	100%	2
Södersjukhuset	56%	100%	3
Södertälje	50%	99%	3
Torsby	66%	88%	3
Trelleborg	58%	100%	3
Varberg	46%	100%	3
Visby	49%	100%	3
Vrinnevisjukhuset	52%	100%	2
Värnamo	57%	98%	3
Västervik	58%	98%	3
Västerås	46%	99%	3
Växjö	51%	100%	3
Ystad/Simrishamn	61%	81%	3
Ängelholm	51%	100%	3
Örebro	41%	99%	3
Örnsköldsvik	56%	100%	3
Östersund	50%	99%	3
Östra sjukhuset	41%	99%	3
#Lycksele	0%	0%	0
Riket	52%	96%	3

1.4.2. Tid till sjukhus

Om indikatorn

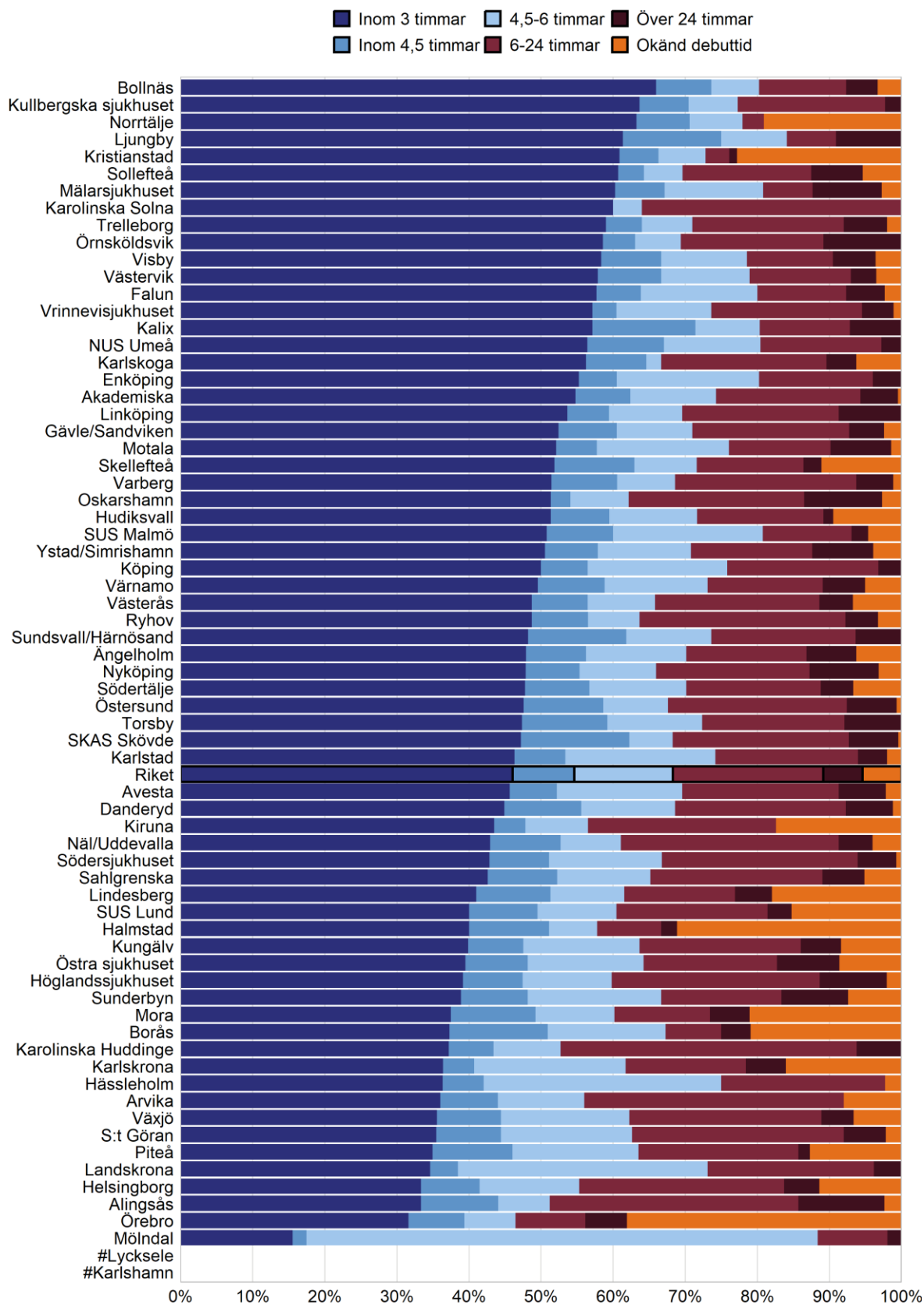
Tid från symtomdebut till ankomst till sjukhus	
Typ av indikator	Process
Vetenskapligt underlag	Skyndsam handläggning och tidigt insatt terapi minskar risken för stroke.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Misstänkt stroke eller TIA: Information till allmänheten om akuta strokesymtom i syfte att öka förutsättningarna för tidig behandling: Prio 2.

Tid till sjukhus



Figur 4. Tidsintervall från symtomdebut till ankomst till sjukhus per region 2025.

Tid till sjukhus



Figur 5. Tidsintervall från symtomdebut till ankomst till sjukhus per sjukhus 2025.

1.4.3. Sjukhusvård för TIA

Om indikatorn

Andelen patienter vårdade på sjukhus	
Vetenskapligt underlag	Skyndsam handläggning och tidigt insatt terapi på sjukhus eller i särskild akut öppenvårdsorganisation minskar risken för stroke.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Akut utredning och behandling på sjukhus: Prio 1.

Tabell 5 visar andelen registrerade TIA-patienter som lades in på sjukhus. I nationella riktlinjer har inläggning på strokeenhet som första vårdenhet med snabb utredning och tidigt insatt sekundärpreventiv behandling hög prioritet vid akut TIA. Sjukhus med låg andel TIA-patienter som vårdas inom slutenvården kan behöva se över sina rutiner.

1.4.4. Vårdsnivå vid TIA

Om indikatorn

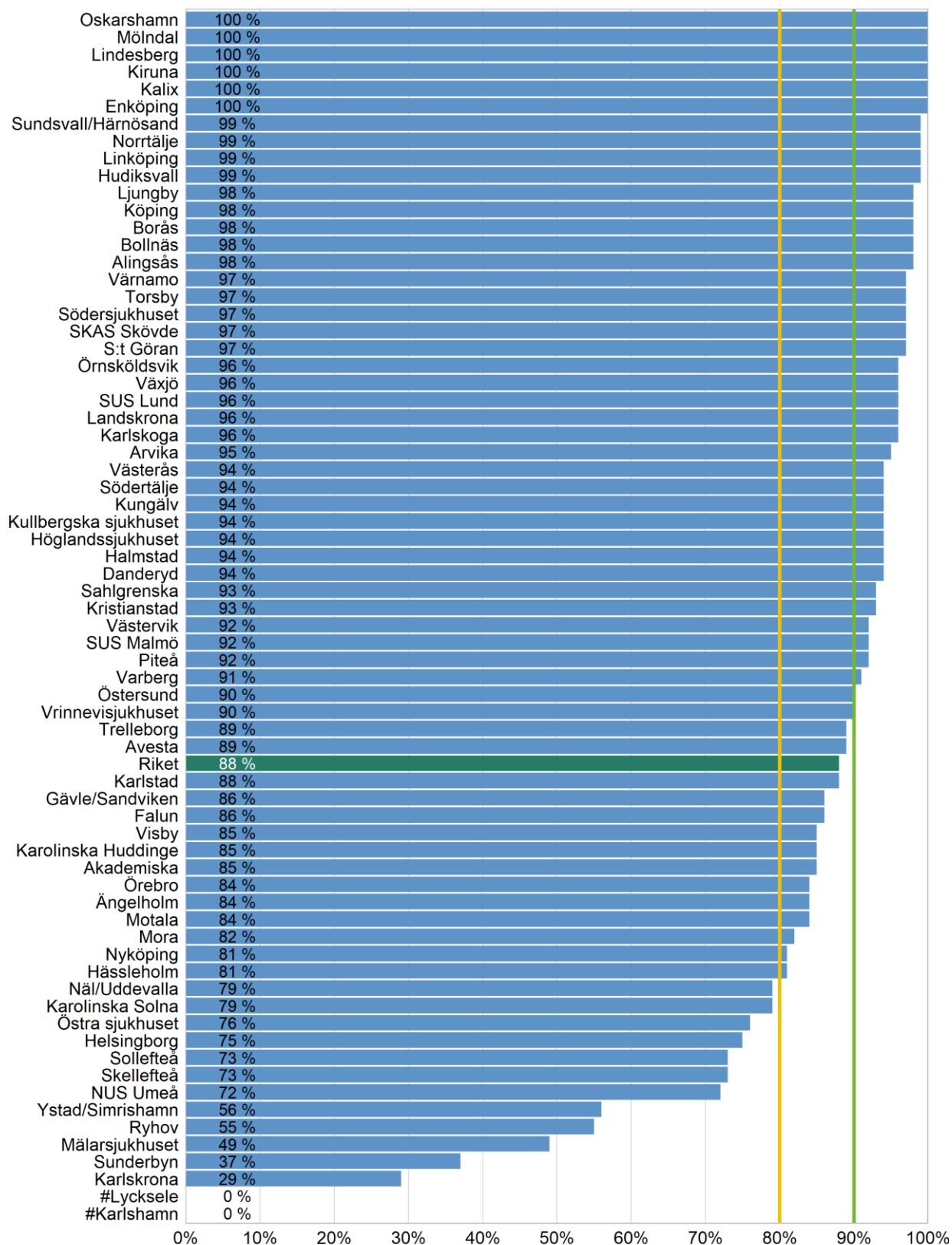
Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet med snabb utredning och tidigt insatt sekundärpreventiv behandling leder till minskad risk för stroke inom 90 dagar, jämfört med omhändertagande inom öppen vård, enligt beprövad erfarenhet (konsensus). (Socialstyrelsen 2018). Omhändertagande på TIA-klinik med snabb poliklinisk handläggning inom öppen vård medför minskad risk att drabbas av stroke inom 90 dagar jämfört med omhändertagande i allmän öppen vård, enligt beprövad erfarenhet (konsensus). (Socialstyrelsen 2018).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet med snabb utredning och tidigt insatt sekundärpreventiv behandling: Prio 2. Omhändertagande på TIA-klinik med snabb poliklinisk handläggning inom öppen vård: Prio 10.
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 90 % Måttlig: 80 %. Socialstyrelsen: 90 %.

I Socialstyrelsens riktlinjer 2020 gavs inläggning på strokeenhet som första vårdnivå hög prioritet, medan omhändertagande på TIA-klinik med snabb poliklinisk handläggning inom öppen vård fick mycket låg prioritet. I kommentar anför Socialstyrelsen att poliklinisk handläggning innebär sämre förutsättningar för långtidsregistrering av hjärtrytm och sämre förutsättningar till akutbehandling vid strokeinsjuknande, jämfört med omhändertagande på strokeenhet. Åtgärden är heller inte tillgänglig dygnet runt. Det saknas större klinisk erfarenhet av åtgärden i Sverige.

Andelen som lades in på strokeenhet som första vårdnivå på de olika sjukhusen redovisas i Figur 6. Figuren visar att det var mycket stora variationer mellan sjukhusen i inläggning på strokeenhet/IVA/NKK. Andelarna som vårdats på strokeenhet/IVA/NKK någon gång under vårddagen var i stort identiska med andelarna som haft denna vårdform som första enhet, talande för att patienter med TIA nästan aldrig bytte vårdform under vårddagen.

Patienternas vårdtid beräknas inklusive inläggnings- och utskrivningsdag (Tabell 5).

Strokeenhet/IVA/NKK som första vårdenhhet vid TIA



Figur 6. Andelen TIA-patienter med strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk klinik som första vårdenhhet vid inläggning på sjukhus under 2025.

1.5. DIAGNOSTISERING AV TIA-PATIENTER

1.5.1. Bilddiagnostik av hjärnan

Om indikatorn

Bilddiagnostik av hjärnan	
Vetenskapligt underlag	Datortomografi vid TIA (och stroke) är en så väletablerad metod att den utgått som egen rad i de nya nationella riktlinjerna. Misstänkt ischemisk stroke eller TIA, med differentialdiagnostiska svårigheter; Magnetresonanstomografi (MR) inklusive diffusion.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Datortomografi: utgått ur prio-listan, metoden fullt etablerad. MR vid osäker diagnos efter klinisk bedömning och datortomografi: Prio 2.

Andelen undersökta med antingen datortomografi eller MR visas i Tabell 6. Observera att den definition av TIA som används i Riksstroke baseras på tiden som symptomen varar och inte på MR fynd; patienter med fullständig symtomregress inom 24 timmar registreras som TIA även om MR påvisar en akut ischemisk förändring.

Tabell 6. Andelen TIA-patienter som undersöktes med datortomografi, MR eller någon av dessa undersökningar per sjukhus 2025.

Sjukhus	Datortomografi, %	MR, %	Datortomografi eller MR, %
Akademiska	96%	25%	99%
Alingsås	100%	2%	100%
Arvika	92%	4%	92%
Avesta	96%	13%	96%
Bollnäs	100%	9%	100%
Borås	98%	19%	98%
Danderyd	99%	17%	100%
Enköping	100%	9%	100%
Falun	92%	8%	92%
Gävle/Sandviken	98%	32%	99%
Halmstad	100%	35%	100%
Helsingborg	98%	18%	99%
Hudiksvall	99%	16%	99%
Hässleholm	99%	74%	100%
Höglandssjukhuset	100%	9%	100%
Kalix	100%	5%	100%
#Karlshamn	NA%	NA%	NA%
Karlskoga	96%	16%	96%
Karlskrona	99%	36%	99%
Karlstad	96%	15%	96%
Karolinska Huddinge	100%	33%	100%
Karolinska Solna	100%	46%	100%
Kiruna	100%	18%	100%
Kristianstad	98%	24%	99%
Kullbergssjukhuset	100%	19%	100%
Kungälv	99%	8%	99%
Köping	100%	26%	100%
Landskrona	100%	54%	100%
Lindesberg	100%	10%	100%
Linköping	99%	71%	100%
Ljungby	100%	43%	100%
Mora	98%	19%	100%
Motala	97%	31%	99%
Mälarsjukhuset	99%	37%	99%
Mölnadal	85%	16%	85%
Norrtälje	96%	4%	96%

Sjukhus	Datortomografi, %	MR, %	Datortomografi eller MR, %
NUS Umeå	96%	30%	98%
Nyköping	94%	18%	97%
Näl/Uddevalla	99%	14%	100%
Oskarshamn	100%	27%	100%
Piteå	97%	11%	97%
Ryhov	96%	23%	97%
S:t Göran	99%	12%	100%
Sahlgrenska	97%	26%	97%
SKAS Skövde	93%	10%	93%
Skellefteå	99%	5%	99%
Sollefteå	98%	9%	98%
Sunderbyn	100%	10%	100%
Sundsvall/Härnösand	98%	19%	99%
SUS Lund	98%	65%	100%
SUS Malmö	100%	62%	100%
Södersjukhuset	99%	7%	99%
Södertälje	100%	23%	100%
Torsby	98%	18%	98%
Trelleborg	99%	20%	99%
Varberg	95%	9%	95%
Visby	93%	6%	94%
Vrinnevisjukhuset	100%	4%	100%
Värnamo	100%	37%	100%
Västervik	98%	0%	98%
Västerås	98%	14%	98%
Växjö	100%	16%	100%
Ystad/Simrishamn	98%	40%	99%
Ängelholm	97%	27%	97%
Örebro	97%	10%	97%
Örnsköldsvik	98%	15%	99%
Östersund	100%	9%	100%
Östra sjukhuset	97%	10%	98%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	98%	20%	98%

1.5.2. Bilddiagnostik av halskärl

Om indikatorn

Bilddiagnostik av halskärl	
Vetenskapligt underlag	Alla tre diagnostiska metoder för halskärl har en hög precision för att identifiera höggradig karotisstenos hos personer med akut TIA eller ischemisk stroke. Ultraljud har högre sensitivitet än DT-angiografi (vilket innebär att en andel av de med höggradig karotisstenos missas om enbart DT-angiografi utförs). Att komplettera ultraljud med DT-angiografi ger högre specificitet. (Socialstyrelsen 2020).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Ischemisk stroke eller TIA där karotisintervention (kirurgi/ stent) kan vara aktuellt. Ultraljud halskärl: Prio 1. DT angio: Prio 2. MR angio: Prio 3.

Tolkningsanvisningar

- Hos patienter med TIA har en mindre andel klar kontraindikation mot halskärlsoperation, och i dessa fall finns ingen anledning att genomföra bilddiagnostik av halsartärerna. Därför kan andelen undersökta inte nå 100%, men det är oklart vilken den optimala andelen undersökta patienter är.
- Vid mindre sjukhus kan slumpmässiga variationer göra att andelen undersökta avviker kraftigt från riksgenomsnittet.

1.5.3. Långtids-EKG

Om indikatorn

Långtids-EKG	
Vetenskapligt underlag	Åtgärden medför att fler patienter med förmaksflimmer identifieras, jämfört med enstaka rutin-EKG. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Åtgärden bör vara en del av rutinsjukvården på en strokeenhet. (Socialstyrelsen 2020)
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Ischemisk stroke eller TIA Långtidsregistrering 24 till 48 timmar av hjärtrytm med Holter-EKG eller telemetri, för att upptäcka förmaksflimmer: Prio 2. (Socialstyrelsen 2020)

Observera att andelarna beräknas enbart på de patienter som inte hade tidigare känt förmaksflimmer vid TIA-insjuknandet.

Tabell 8. Andelen TIA-patienter utan känt förmaksflimmer som undersöktes med långtids-EKG per sjukhus 2025.

Sjukhus	Långtids-EKG minst 24 h, %	Långtids-EKG planerat, %	Sjukhus	Långtids-EKG minst 24 h, %	Långtids-EKG planerat, %
Akademiska	9%	77%	Norrköping	88%	0%
Alingsås	88%	3%	NUS Umeå	47%	44%
Arvika	68%	26%	Nyköping	89%	0%
Avesta	81%	3%	Näl/Uddevalla	95%	2%
Bollnäs	99%	0%	Oskarshamn	97%	0%
Borås	89%	0%	Piteå	96%	0%
Danderyd	37%	36%	Ryhov	85%	2%
Enköping	100%	0%	S:t Göran	94%	1%
Falun	85%	1%	Sahlgrenska	97%	1%
Gävle/Sandviken	91%	0%	SKAS Skövde	91%	2%
Halmstad	54%	5%	Skellefteå	11%	71%
Helsingborg	42%	23%	Sollefteå	89%	2%
Hudiksvall	89%	2%	Sunderbyn	91%	7%
Hässleholm	85%	2%	Sundsvall/Härnösand	89%	1%
Höglandssjukhuset	97%	0%	SUS Lund	68%	26%
Kalix	93%	0%	SUS Malmö	54%	46%
#Karlskoga	0%	0%	Södersjukhuset	98%	1%
Karlskoga	89%	3%	Södertälje	86%	7%
Karlskrona	7%	62%	Torsby	85%	10%
Karlstad	87%	5%	Trelleborg	80%	6%
Karolinska Huddinge	98%	0%	Varberg	89%	0%
Karolinska Solna	96%	0%	Visby	48%	22%
Kiruna	64%	14%	Vrinnevisjukhuset	99%	0%
Kristianstad	78%	0%	Värnamo	85%	1%
Kullbergssjukhuset	98%	2%	Västervik	82%	4%
Kungälv	98%	0%	Västerås	94%	2%
Köping	98%	2%	Växjö	65%	15%
Landskrona	100%	0%	Ystad/Simrishamn	83%	1%
Lindesberg	69%	0%	Ängelholm	94%	1%
Linköping	97%	0%	Örebro	96%	0%
Ljungby	100%	0%	Örnsköldsvik	92%	1%
Mora	39%	21%	Östersund	76%	8%
Motala	91%	6%	Östra sjukhuset	90%	0%
Mälarsjukhuset	82%	5%	#Lycksele	0%	0%
Mölnådal	95%	0%	Riket	80%	10%

1.6. LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR TIA-PATIENTER

Tolkningsanvisningar

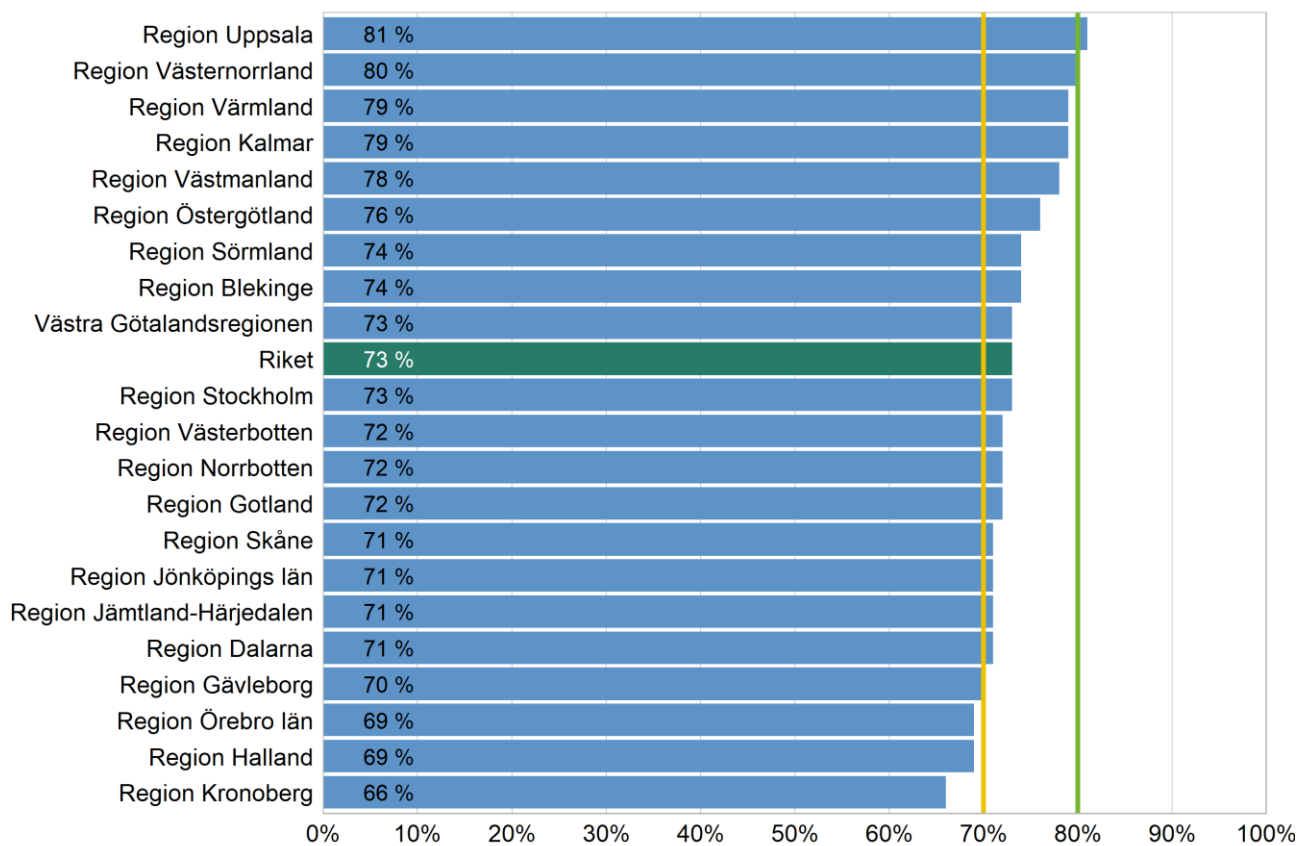
- Andelen som behandlats är ett relativt robust mått för alla läkemedel, undantaget antikoagulantia, där det vid små sjukhus kan förekomma slumpmässiga variationer.
- I Riksstroke registreras inte insättning av läkemedel som sker vid återbesök efter utskrivningen.

1.6.1. Blodtryckssänkande läkemedel

Om indikatorn

Blodtryckssänkande läkemedel	
Vetenskapligt underlag	Det finns inga studier specifikt på TIA, men TIA-patienter tillsammans med strokepatienter och andra diagnosgrupper är vetenskapligt väl studerade.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Nej
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 % Socialstyrelsen: Ej målnivå

Blodtryckssänkande behandling vid TIA



Figur 7. Andelen TIA-patienter som vid utskrivningen behandlades med blodtryckssänkande läkemedel per region 2025.

Tabell 9. Andelen TIA-patienter som behandlades med blodtryckssänkande läkemedel, statiner eller trombocythämmare när de skrevs ut, per sjukhus 2025. Andelen behandlade med trombocythämmare gäller TIA-patienter utan förmaksflimmer och som inte behandlas med oral antikoagulantia.

Sjukhus	Blodtryckssänkande, %	Statiner, %	Trombocythämmare, %
Akademiska	82%	91%	98%
Alingsås	85%	94%	100%
Arvika	92%	88%	86%
Avesta	70%	91%	100%
Bollnäs	70%	93%	100%
Borås	83%	92%	96%
Danderyd	76%	92%	98%
Enköping	81%	97%	100%
Falun	77%	83%	99%
Gävle/Sandviken	71%	90%	92%
Halmstad	65%	85%	95%
Helsingborg	64%	94%	99%
Hudiksvall	66%	76%	98%
Hässleholm	78%	98%	100%
Höglandssjukhuset	76%	93%	100%
Kalix	71%	96%	100%
#Karlshamn	0%	0%	0%
Karlskoga	59%	92%	94%
Karlskrona	73%	91%	99%
Karlstad	78%	82%	99%
Karolinska Huddinge	76%	89%	100%
Karolinska Solna	54%	82%	100%
Kiruna	83%	96%	100%
Kristianstad	77%	90%	98%
Kullbergskas sjukhuset	79%	89%	95%
Kungälv	68%	92%	93%
Köping	79%	89%	98%
Landskrona	69%	100%	100%
Lindesberg	93%	100%	100%
Linköping	79%	86%	97%
Ljungby	73%	89%	100%
Mora	66%	91%	96%
Motala	81%	95%	100%
Mälarsjukhuset	77%	73%	96%
Mölnadal	62%	72%	96%
Norrtälje	69%	86%	88%

Sjukhus	Blodtryckssänkande, %	Statiner, %	Trombocythämmare, %
NUS Umeå	70%	91%	98%
Nyköping	69%	86%	97%
Näl/Uddevalla	71%	93%	100%
Oskarshamn	76%	95%	100%
Piteå	74%	89%	93%
Ryhov	64%	82%	98%
S:t Göran	72%	90%	98%
Sahlgrenska	64%	96%	100%
SKAS Skövde	75%	83%	98%
Skellefteå	76%	75%	100%
Sollefteå	77%	93%	100%
Sunderbyn	68%	96%	98%
Sundsvall/Härnösand	78%	88%	97%
SUS Lund	72%	90%	98%
SUS Malmö	70%	91%	99%
Södersjukhuset	71%	89%	99%
Södertälje	81%	93%	100%
Torsby	80%	93%	100%
Trelleborg	81%	87%	99%
Varberg	70%	87%	93%
Visby	72%	92%	96%
Vrinnevisjukhuset	67%	99%	100%
Värnamo	75%	97%	99%
Västervik	81%	90%	94%
Västerås	77%	88%	95%
Växjö	58%	98%	100%
Ystad/Simrishamn	66%	78%	99%
Ängelholm	66%	96%	98%
Örebro	66%	88%	97%
Örnsköldsvik	82%	95%	98%
Östersund	71%	85%	99%
Östra sjukhuset	75%	90%	96%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	73%	89%	98%

1.6.2. Trombocythämmande läkemedel vid TIA utan förmaksflimmer

Om indikatorn

Trombocythämmande läkemedel	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej (Socialstyrelsen 2020)
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Acetylsalicylsyra (ASA): Prio 3. Klopidogrel: Prio 3. Acetylsalicylsyra och dipyridamol som kombinationsbehandling: Prio 6. Acetylsalicylsyra och klopidogrel i kombination som korttidsbehandling, dvs 3 veckor: Prio 3.
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 90 % Måttlig: 85 % Ej målnivå hos Socialstyrelsen.

Vid sekundärpreventivbehandling har monoterapi med acetylsalicylsyra respektive klopidogrel samma prioritet i riktlinjerna (prioritet 3). I en uppdatering av riktlinjerna januari 2020 gav Socialstyrelsen prioritet 3 till korttidsbehandling under 3 veckor med acetylsalicylsyra och klopidogrel i kombination vid akut ischemisk stroke eller TIA, utan förmaksflimmer. I tabell 9 visas andelen TIA-patienter som behandlades med trombocythämmare när de skrevs ut, per sjukhus 2025.

1.6.3. Perorala antikoagulantia vid TIA och förmaksflimmer

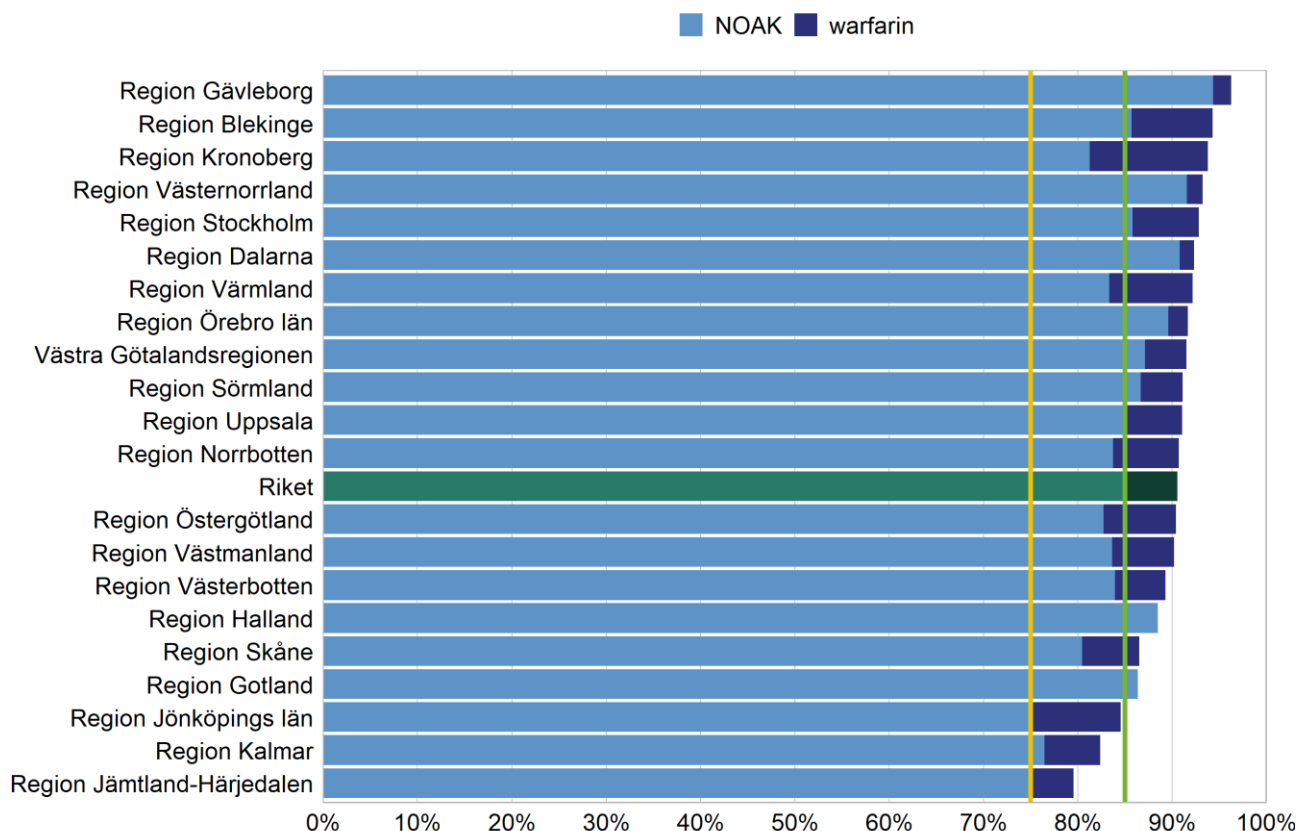
Om indikatorn

Antikoagulantia vid förmaksflimmer	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Non-vitamin K orala antikoagulantia (DOAK): Prio 2. Vitamin K antagonister (warfarin): Prio 4.
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 85 % Måttlig: 75 % Socialstyrelsen: 85 %

Behandling med perorala antikoagulantia vid förmaksflimmer minskar påtagligt risken för insjuknande i ny TIA eller ischemisk stroke och har en mycket hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Däremot finns behandling med acetylsalicylsyra bland åtgärder som bör undvikas ("icke-göra") då det finns andra åtgärder som har betydligt bättre effekt. Dock kan en andel patienter ha en annan indikation för trombocythämmare, till exempel aktuell ischemisk hjärtsjukdom.

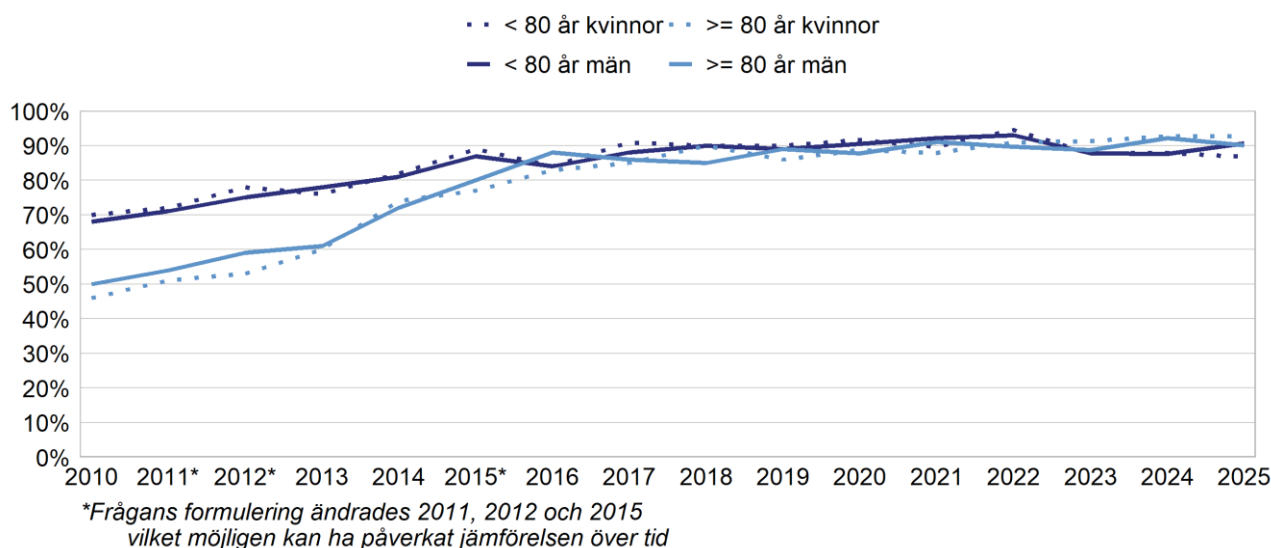
Webbtabell 7 (www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter") visar behandling med perorala antikoagulantia för TIA.

Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer och TIA



Figur 8. Andelen TIA-patienter, alla åldrar, med förmaksflimmer som vid utskrivning behandlades med perorala antikoagulantia per region 2025.

Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer och TIA



Figur 9. Andelen TIA-patienter med förmaksflimmer som behandlades med warfarin eller DOAK när de skrevs ut från sjukhuset, 2010–2025.

Tabell 10. Andel TIA-patienter, alla åldrar, med förmaksflimmer som vid utskrivning behandlades med antikoagulantibehandling per sjukhus 2025.

Sjukhus	Warfarin, %	DOAK, %	Antikoagulantia totalt, %
Akademiska	8%	85%	92%
Alingsås	5%	86%	90%
#Arvika	0%	100%	100%
Avesta	0%	100%	100%
Bollnäs	0%	100%	100%
Borås	5%	90%	95%
Danderyd	7%	85%	92%
Enköping	0%	87%	87%
Falun	3%	90%	93%
Gävle/Sandviken	5%	90%	95%
#Halmstad	0%	71%	71%
Helsingborg	15%	80%	95%
Hudiksvall	0%	92%	92%
Hässleholm	17%	78%	96%
Höglandssjukhuset	9%	64%	73%
Kalix	0%	92%	92%
#Karlshamn	0%	0%	0%
Karlskoga	0%	92%	92%
Karlskrona	9%	86%	94%
Karlstad	10%	84%	94%
Karolinska Huddinge	10%	83%	93%
#Karolinska Solna	0%	0%	0%
#Kiruna	0%	0%	0%
Kristianstad	14%	77%	91%
#Kullbergska sjukhuset	33%	67%	100%
Kungälv	0%	74%	78%
Köping	14%	64%	79%
#Landskrona	0%	0%	0%
Lindesberg	9%	91%	100%
Linköping	0%	83%	83%
#Ljungby	11%	89%	100%
Mora	0%	88%	88%
#Motala	22%	67%	89%
Mälarsjukhuset	0%	82%	82%
Mölnadal	4%	63%	70%
Norrtälje	0%	85%	85%

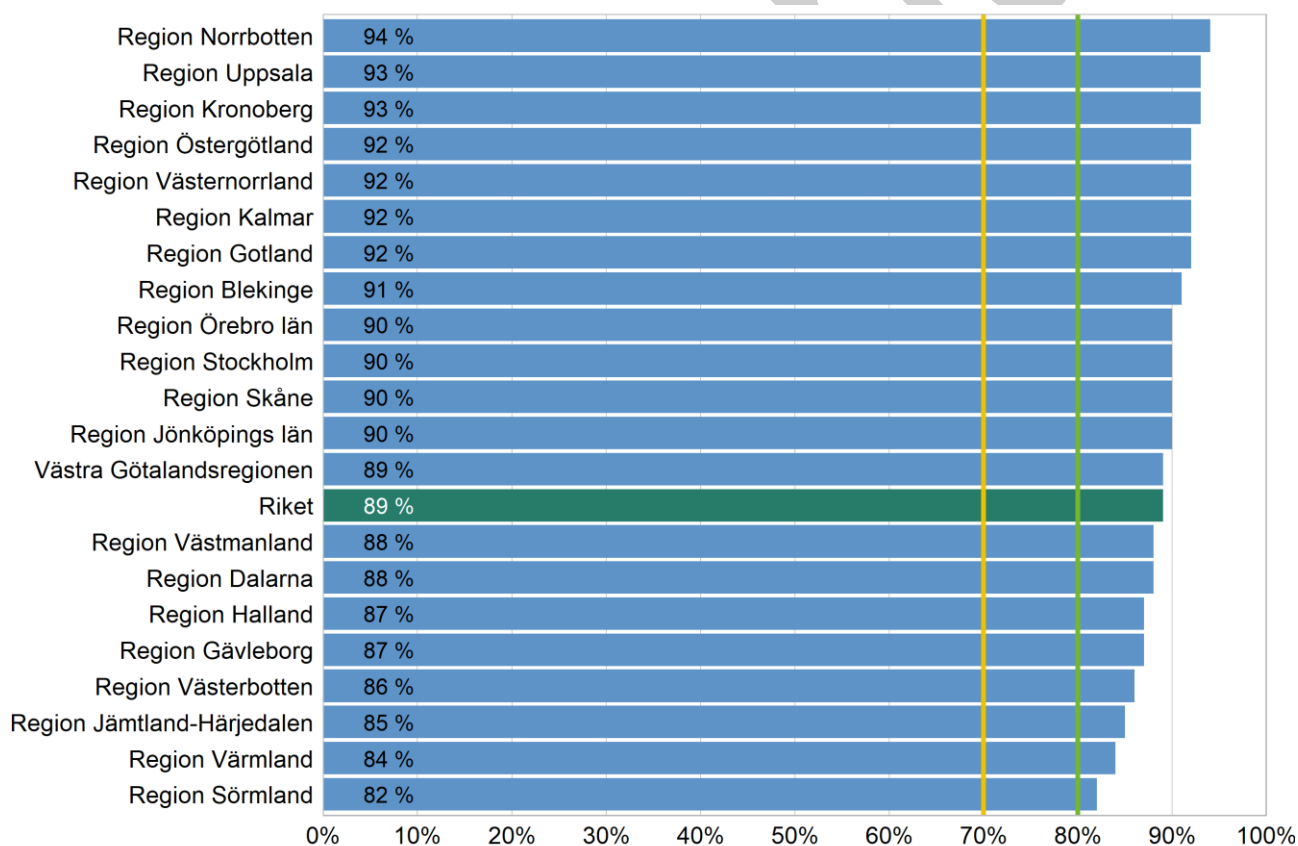
Sjukhus	Warfarin, %	DOAK, %	Antikoagulantia totalt, %
NUS Umeå	3%	85%	88%
Nyköping	0%	95%	95%
Näl/Uddevalla	7%	89%	96%
#Oskarshamn	0%	100%	100%
Piteå	11%	74%	84%
Ryhov	11%	75%	86%
S:t Göran	5%	91%	95%
Sahlgrenska	0%	100%	100%
SKAS Skövde	6%	87%	92%
Skellefteå	9%	82%	91%
Sollefteå	0%	100%	100%
#Sunderbyn	11%	89%	100%
Sundsvall/Härnösand	0%	92%	92%
SUS Lund	3%	88%	91%
SUS Malmö	0%	95%	95%
Södersjukhuset	8%	84%	92%
Södertälje	12%	82%	94%
Torsby	9%	74%	83%
Trelleborg	5%	74%	79%
Varberg	0%	91%	91%
Visby	0%	86%	86%
Vrinnevisjukhuset	11%	89%	100%
Värnamo	8%	85%	92%
#Västervik	11%	56%	67%
Västerås	4%	89%	94%
#Växjö	14%	71%	86%
Ystad/Simrishamn	0%	74%	76%
Ängelholm	3%	76%	79%
Örebro	0%	88%	88%
Örnsköldsvik	5%	85%	90%
Östersund	5%	75%	80%
Östra sjukhuset	0%	95%	95%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	6%	85%	91%

1.6.4. Statiner

Om indikatorn

Statiner	
Vetenskapligt underlag	Åtgärden minskar risk för stroke (acceptabel tillförlitlighet) och andra vaskulära händelser (god tillförlitlighet).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 3
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 % Socialstyrelsen: 80 %

Statinbehandling vid TIA



Figur 10. Andelen TIA-patienter som vid utskrivningen behandlades med statiner per region, 2025.

1.6.5. Operation av halskärnen

Många TIA-patienter genomgår en operation av halskärl (karotis) för att förbygga ett insjuknande i stroke. Kvalitetsdata från halskärlsoperationer och stentingrepp registreras i registret Swedvasc (www.ucr.uu.se/swedvasc). För operationsdata för 2025 hänvisas till Swedvascs årsrapport. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2020 ges prioritet 1 till öppen karotiskirurgi för symptomgivande karotisstenos inom 14 dagar, medan karotisstentning ges prioritet 6. Målnivå för karotisoperation inom 14 dagar är 80 % eller högre.

1.7. RÖKSTOPP, BILKÖRNING OCH ÖVRIGA INSATSER FÖR TIA-PATIENTER

1.7.1. Råd om rökstopp

Om indikatorn

Råd om rökstopp	
Vetenskapligt underlag	Effekten av rådgivande samtal för rökavvänjning är begränsad men kliniskt relevant. Åtgärden baseras på måttligt starkt vetenskapligt underlag.
Prioritet enligt nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor	Vuxna med särskild risk som röker dagligen – Rådgivande samtal: Prio 3.

Tolkningsanvisningar

- Riksstroke har inte validerat svaren på frågan om råd om rökstopp.
- Det stora bortfallet gör att jämförelser mellan sjukhusen blir osäkra.
- Vissa sjukhus dokumenterar inte alltid rådgivning om rökstopp i journalen, vilket kan påverka resultatet.

I vissa regioner finns ett mycket stort bortfall vilket försvårar rättvisa jämförelser dem emellan, Tabell 11. Data för enskilda sjukhus baseras på små tal och för en majoritet av sjukhusen är talen så små att den statistiska osäkerheten är betydande, därför redovisas råd om rökstopp endast på regionnivå i denna rapport.

Tabell 11. Andelen av de TIA-patienter som var rökare innan insjuknandet och om de fick råd om rökstopp, per region 2025.

Region	Ja andel, %	Nej andel, %	Ej relevant andel, %
#Region Blekinge	22%	78%	0%
Region Dalarna	47%	53%	0%
#Region Gotland	0%	0%	0%
Region Gävleborg	47%	47%	7%
#Region Halland	100%	0%	0%
#Region Jämtland-Härjedalen	100%	0%	0%
Region Jönköpings län	52%	43%	5%
Region Kalmar	50%	50%	0%
#Region Kronoberg	0%	0%	0%
#Region Norrbotten	100%	0%	0%
Region Skåne	26%	74%	0%
Region Stockholm	53%	47%	0%
Region Sörmland	62%	38%	0%
Region Uppsala	65%	35%	0%
Region Värmland	57%	40%	3%
#Region Västerbotten	0%	0%	0%
Region Västernorrland	33%	60%	7%
Region Västmanland	82%	18%	0%
Region Örebro län	52%	43%	4%
Region Östergötland	54%	46%	0%
Västra Götalandsregionen	52%	47%	1%
Riket	51%	48%	1%

1.7.2. Råd om bilkörning

Om indikatorn

Råd om bilkörning	
Vetenskapligt underlag	Saknas. Bedömning på individuell grund.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Ingår ej i riktlinjerna. Transportstyrelsen har föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort.

Tolkningsanvisningar

- Riksstroke har inte validerat svaren på frågan om råd om bilkörning.
- Det stora bortfallet gör att jämförelser mellan sjukhusen blir synnerligen osäkra.
- Vissa sjukhus dokumenterar inte alltid rådgivning om bilkörning i journalen, vilket kan påverka resultatet.

Tabell 12. Andelen TIA-patienter som fick råd om bilkörning per sjukhus 2025.

Sjukhus	Ja andel, %	Nej/Okänt andel, %	Ej relevant andel, %
Akademiska	67%	13%	21%
Alingsås	88%	5%	7%
Arvika	52%	32%	16%
Avesta	74%	4%	22%
Bollnäs	79%	2%	19%
Borås	65%	33%	2%
Danderyd	83%	10%	7%
Enköping	72%	4%	24%
Falun	67%	17%	16%
Gävle/Sandviken	69%	12%	19%
Halmstad	65%	29%	6%
Helsingborg	36%	41%	23%
Hudiksvall	76%	1%	23%
Hässleholm	84%	13%	3%
Höglandssjukhuset	77%	10%	13%
Kalix	89%	2%	9%
#Karlshamn	38%	38%	25%
Karlskoga	53%	37%	10%
Karlskrona	51%	44%	5%
Karlstad	72%	12%	16%
Karolinska Huddinge	68%	18%	14%
Karolinska Solna	82%	11%	7%
Kiruna	57%	26%	17%
Kristianstad	60%	29%	11%
Kullbergssjukhuset	64%	4%	32%
Kungälv	91%	8%	1%
Köping	78%	8%	14%
Landskrona	96%	0%	4%
Lindesberg	63%	29%	7%
Linköping	55%	35%	11%
Ljungby	44%	29%	27%
Mora	57%	34%	9%
Motala	79%	17%	4%
Mälarsjukhuset	40%	41%	19%
Mölnadal	68%	2%	31%
Norrtälje	53%	44%	3%

Sjukhus	Ja andel, %	Nej/Okänt andel, %	Ej relevant andel, %
NUS Umeå	72%	11%	18%
Nyköping	69%	5%	25%
Näl/Uddevalla	69%	20%	10%
Oskarshamn	89%	0%	11%
Piteå	62%	14%	25%
Ryhov	68%	18%	13%
S:t Göran	75%	15%	10%
Sahlgrenska	67%	33%	1%
SKAS Skövde	68%	7%	25%
Skellefteå	68%	14%	18%
Sollefteå	73%	16%	11%
Sunderbyn	81%	4%	15%
Sundsvall/Härnösand	77%	4%	19%
SUS Lund	62%	35%	3%
SUS Malmö	68%	19%	14%
Södersjukhuset	78%	13%	9%
Södertälje	64%	12%	24%
Torsby	66%	9%	25%
Trelleborg	78%	13%	10%
Varberg	76%	17%	7%
Visby	48%	38%	14%
Vrinnevisjukhuset	81%	15%	3%
Värnamo	71%	12%	16%
Västervik	50%	17%	33%
Västerås	83%	11%	6%
Växjö	56%	27%	18%
Ystad/Simrishamn	46%	46%	8%
Ängelholm	75%	8%	16%
Örebro	77%	11%	12%
Örnsköldsvik	56%	24%	20%
Östersund	97%	1%	3%
Östra sjukhuset	45%	17%	38%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	70%	17%	13%

1.7.3. Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, och logoped

Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut registreras i Riksstroke vid TIA. Åtgärden har dock inte dokumenterats vetenskapligt vid TIA, och ingår inte heller i de nationella riktlinjerna för strokevård. Bedömningarna syftar dels till att ytterligare säkerställa att nedsatt rörelseförmåga eller andra funktionshinder inte finns kvar trots att de neurologiska symtomen rapporteras ha gått över helt, dels till att kartlägga om sådana funktionshinder fanns innan TIA-episoden och kan motivera aktuella insatser.

Tabell 13. Andelen TIA-patienter bedömda av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, och logoped per region 2025.

Region	Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut, %	Bedömning av arbetsterapeut, %	Bedömning av logoped, %
Region Blekinge	49%	48%	7%
Region Dalarna	50%	49%	1%
Region Gotland	76%	69%	2%
Region Gävleborg	89%	86%	15%
Region Halland	29%	25%	9%
Region Jämtland-Härjedalen	44%	11%	2%
Region Jönköpings län	45%	62%	3%
Region Kalmar	85%	85%	1%
Region Kronoberg	92%	90%	9%
Region Norrbotten	77%	76%	3%
Region Skåne	63%	60%	2%
Region Stockholm	58%	54%	19%
Region Sörmland	51%	47%	13%
Region Uppsala	69%	68%	45%
Region Värmland	40%	35%	2%
Region Västerbotten	57%	21%	9%
Region Västernorrland	61%	67%	10%
Region Västmanland	86%	82%	6%
Region Örebro län	42%	45%	24%
Region Östergötland	42%	48%	3%
Västra Götalandsregionen	81%	68%	35%
Riket	62%	57%	15%

Tabell 14. Andelen TIA-patienter bedömda av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped.

Sjukhus	Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut, %	Bedömning av arbetsterapeut, %	Bedömning av logoped, %
Akademiska	63%	63%	47%
Alingsås	94%	94%	94%
Arvika	76%	76%	0%
Avesta	91%	85%	7%
Bollnäs	100%	93%	8%
Borås	65%	65%	36%
Danderyd	28%	25%	23%
Enköping	85%	83%	38%
Falun	51%	50%	0%
Gävle/Sandviken	91%	86%	19%
Halmstad	45%	32%	11%
Helsingborg	32%	25%	5%
Hudiksvall	74%	77%	18%
Hässleholm	73%	74%	10%
Höglandssjukhuset	38%	39%	6%
Kalix	95%	95%	4%
#Karlshamn	25%	38%	0%
Karlskoga	80%	80%	8%
Karlskrona	50%	48%	7%
Karlstad	26%	18%	1%
Karolinska Huddinge	57%	54%	2%
Karolinska Solna	75%	75%	0%
Kiruna	78%	78%	0%
Kristianstad	89%	79%	2%
Kullbergssjukhuset	23%	23%	0%
Kungälv	88%	89%	74%
Köping	84%	79%	5%
Landskrona	27%	23%	8%
Lindesberg	68%	73%	0%
Linköping	24%	33%	2%
Ljungby	91%	91%	4%
Mora	35%	35%	0%
Motala	63%	65%	3%
Mälarsjukhuset	19%	8%	4%
Mölnadal	95%	91%	36%
Norrtälje	90%	71%	36%

Sjukhus	Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut, %	Bedömning av arbetsterapeut, %	Bedömning av logoped, %
NUS Umeå	67%	19%	13%
Nyköping	89%	88%	27%
Näl/Uddevalla	61%	9%	3%
Oskarshamn	97%	97%	0%
Piteå	91%	91%	3%
Ryhov	71%	71%	1%
S:t Göran	76%	69%	19%
Sahlgrenska	93%	86%	58%
SKAS Skövde	87%	84%	5%
Skellefteå	35%	27%	0%
Sollefteå	71%	71%	14%
Sunderbyn	41%	37%	4%
Sundsvall/Härnösand	25%	38%	3%
SUS Lund	27%	31%	0%
SUS Malmö	68%	65%	1%
Södersjukhuset	59%	60%	20%
Södertälje	70%	59%	9%
Torsby	83%	83%	4%
Trelleborg	91%	91%	1%
Varberg	25%	23%	8%
Visby	76%	69%	2%
Vrinnevisjukhuset	54%	57%	3%
Värnamo	16%	69%	2%
Västervik	77%	77%	2%
Västerås	87%	83%	7%
Växjö	93%	89%	13%
Ystad/Simrishamn	77%	76%	1%
Ängelholm	84%	70%	3%
Örebro	24%	26%	35%
Örnsköldsvik	90%	93%	14%
Östersund	44%	11%	2%
Östra sjukhuset	92%	86%	45%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	62%	57%	15%

1.8. UPPFÖLJNING EFTER TIA-INSJUKNANDE

Om indikatorn

Uppföljning efter stroke och TIA	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Strukturerad uppföljning i öppenvård minskar risken för att återinsjukna i stroke, annan hjärtkärlihändelse eller död. Åtgärden leder dessutom till ökat fysiskt och psykiskt välmående och ökad livskvalitet samt ökar förutsättningarna för att patienten ska få rätt och individanpassade åtgärder. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. För TIA rekommenderas uppföljning efter 1–3 månader, och för stroke efter 3–6 månader. Kommentar: Åtgärden utesluter inte annan vårdkontakt innan den strukturerade uppföljningen.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 2

Tolkningsanvisningar

- Det kan hända att sjukhusen, trots att de planerat återbesök, inte journalfört det. Det kan leda till falskt låga andelar för återbesök i rapporteringen till Riksstroke.
- Att ett återbesök planerats innebär inte alltid att det blir av.
- Om återbesöket är strukturerat enligt rekommendationerna framgår inte.

I Riksstrokes TIA-formulär ingår en fråga om planerat återbesök. Frågan innefattar dock inte information om återbesöket innebär en strukturerad uppföljning, till exempel med hjälp av post-stroke-checklistan, på det sätt som rekommenderas i vårdförlopp och riktlinjer.

Tabell 15. Andelen TIA-patienter som hade återbesök planerat per sjukhus 2025. *Ja, på särskild strokemottagning, annan sjukhusmottagning, vårdcentral, särskilt boende eller dagrehabilitering.

Sjukhus	Ja*, %	Nej, %	Okänt, %
Akademiska	97%	3%	0%
Alingsås	95%	3%	1%
Arvika	100%	0%	0%
Avesta	96%	2%	2%
Bollnäs	100%	0%	0%
Borås	100%	0%	0%
Danderyd	97%	2%	0%
Enköping	100%	0%	0%
Falun	98%	2%	1%
Gävle/Sandviken	99%	1%	0%
Halmstad	96%	2%	2%
Helsingborg	94%	2%	3%
Hudiksvall	96%	4%	0%
Hässleholm	100%	0%	0%
Höglandssjukhuset	97%	3%	0%
Kalix	100%	0%	0%
#Karlshamn	100%	0%	0%
Karlskoga	98%	2%	0%
Karlskrona	96%	2%	1%
Karlstad	95%	3%	2%
Karolinska Huddinge	99%	1%	0%
Karolinska Solna	100%	0%	0%
Kiruna	87%	4%	9%
Kristianstad	96%	4%	0%
Kullbergssjukhuset	100%	0%	0%
Kungälv	99%	0%	1%
Köping	98%	0%	2%
Landskrona	100%	0%	0%
Lindesberg	90%	5%	5%
Linköping	96%	3%	1%
Ljungby	100%	0%	0%
Mora	95%	5%	0%
Motala	99%	0%	1%
Mälarsjukhuset	88%	3%	10%
Mölndal	94%	6%	0%
Norrtälje	94%	6%	0%

Sjukhus	Ja*, %	Nej, %	Okänt, %
NUS Umeå	99%	0%	1%
Nyköping	99%	0%	1%
Näl/Uddevalla	96%	3%	1%
Oskarshamn	100%	0%	0%
Piteå	78%	22%	0%
Ryhov	92%	2%	6%
S:t Göran	95%	4%	1%
Sahlgrenska	97%	0%	3%
SKAS Skövde	100%	0%	0%
Skellefteå	94%	5%	1%
Sollefteå	96%	4%	0%
Sunderbyn	94%	6%	0%
Sundsvall/Härnösand	94%	6%	0%
SUS Lund	92%	0%	8%
SUS Malmö	100%	0%	0%
Södersjukhuset	97%	3%	1%
Södertälje	99%	1%	1%
Torsby	95%	5%	0%
Trelleborg	97%	1%	2%
Varberg	99%	1%	0%
Visby	93%	5%	2%
Vrinnevisjukhuset	99%	1%	0%
Värnamo	98%	0%	2%
Västervik	87%	12%	2%
Västerås	99%	0%	1%
Växjö	96%	2%	2%
Ystad/Simrishamn	87%	4%	9%
Ängelholm	99%	1%	0%
Örebro	97%	1%	1%
Örnsköldsvik	89%	10%	2%
Östersund	99%	1%	0%
Östra sjukhuset	98%	1%	1%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	96%	2%	1%

AKUT STROKE

DATA FRÅN 2025

Preliminär

WEBBTABELLER

Webbtabellerna finns på Riksstrokes hemsida (www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter").

Webbtabell 1	Täckningsgrad för TIA per sjukhus.
Webbtabell 2	Andel strokepatienter med blodtryckssänkande behandling, statiner och trombocythämmande behandling vid utskrivning.
Webbtabell 3	Andel TIA patienter med blodtryckssänkande behandling, statiner och trombocythämmande behandling vid utskrivning.
Webbtabell 4	Andel patienter med TIA utan förmaksflimmer och antikoagulantibehandling som fick trombocythämmande behandling vid utskrivning.
Webbtabell 5	Andel patienter med ischemisk stroke utan förmaksflimmer och antikoagulantibehandling som fick trombocythämmande behandling vid utskrivning.
Webbtabell 6	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som fick behandling med antikoagulantia vid utskrivning.
Webbtabell 7	Andel patienter med TIA och förmaksflimmer som fick behandling med antikoagulantia vid utskrivning.
Webbtabell 8	Medelålder och andel patienter med stroke som var fullt vakna vid ankomst till sjukhus.
Webbtabell 9	Andel patienter med stroke som kommer till sjukhus med ambulans, per region.
Webbtabell 10	Andel patienter med stroke som kommer till sjukhus med ambulans, per sjukhus
Webbtabell 11	Andelen patienter med ischemisk stroke som undersökts med DT-perfusion samt inom vilket tidsintervall dessa patienter ankom till sjukhuset efter symptomdebut, per region.
Webbtabell 12	Andel patienter med ischemisk stroke som undersökts med DT-perfusion samt inom vilket tidsintervall dessa patienter ankom till sjukhuset efter symtomdebut, per sjukhus.
Webbtabell 13	Andel patienter med trombolys/trombektomilarm av totala antalet patienter med stroke som blev inlagda, per sjukhus.
Webbtabell 14	Andel trombolysbehandlade patienter av de över 80 år med ischemisk stroke, utan hänsyn till ADL-status före insjuknandet, andel reperfusionsbehandlade, samt andel av de trombolysbehandlade som inom 36 timmar efter behandling fick symptomgivande intrakraniell blödning.
Webbtabell 15	Antal trombolys- och trombektomibehandlingar som totalt utförts på varje sjukhus (utförda för strokepatienter som vårdats på egna sjukhuset eller huvudsakligen på annat sjukhus).
Webbtabell 16	Mediantiden (i minuter) från ankomst till sjukhus till behandlingsstart för patienter som fick trombolys, per sjukhus.
Webbtabell 17	Andel patienter med stroke som blivit bedömd av en logoped eller öron-, näsa-, halsspecialist avseende tal eller sväljförmåga under vårdtiden, per sjukhus.
Webbtabell 18	Andelen patienter med stroke som givits råd om bilkörning, per sjukhus.

- Webbtabell 19** Andel avlidna inom 90 dagar efter stroke, per region. Justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad.
- Webbtabell 20** Boende 3 månader efter insjuknandet i stroke.
- Webbtabell 21** Andel patienter som i 3-månadersuppföljningen svarat att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen på sjukhus och efter utskrivning från sjukhus.
- Webbtabell 22** Andelen patienter som vid 3-månadersuppföljningen uppgav sig fått råd om livsstilsförändringar för att förhindra ny stroke.
- Webbtabell 23** Andel patienter som i 3-månadersuppföljningen svarat på om de kan genomföra lokala resor på egen hand (till exempel med bil, cykel, kollektivtrafik eller färdtjänst).
- Webbtabell 24** Sjukhus med låg täckningsgrad TIA
- Webbtabell 25** Sjukhus med låg täckningsgrad stroke

MÅLNIVÅER STROKE

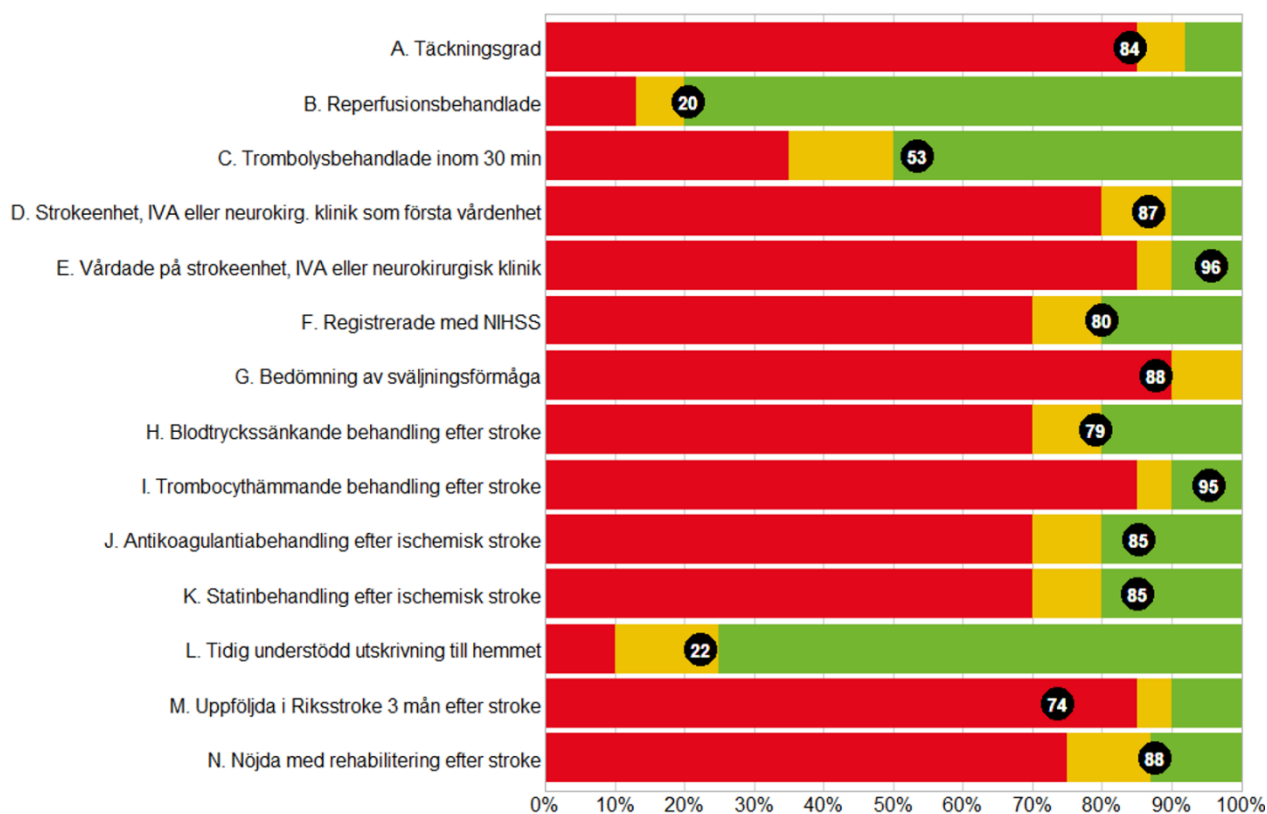
I mars 2018 presenterade Socialstyrelsen nya målnivåer för stroke och TIA (www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-31.pdf). Riksstroke styrgrupp har efter detta reviderat och utökat Riksstroke tidigare målnivåer för att göra dem kongruenta med Socialstyrelsens. Riksstroke använder de reviderade målnivåerna 2019 i redovisningen av verksamhetsdata sedan 2018.

För 2025 gällde följande målnivåer för 14 områden för stroke:

- A. Täckningsgrad (hög 92%; måttlig 85%)
- B. Reperfusionsbehandlade (hög 20%; måttlig 13%)
- C. Trombolsbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus (hög 50%; måttlig 35%)
- D. Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdenhet (hög 90%; måttlig 80%)
- E. Vårdade på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik (hög 90%; måttlig 85%)
- F. Registrerade med NIHSS (hög 80%; måttlig 70%)
- G. Bedömning av sväljningsförmåga (hög 100%; måttlig 90%)
- H. Blodtryckssänkande behandling efter stroke (hög 80%; måttlig 70%)
- I. Trombocythämmande behandling efter ischemisk stroke utan förmaksflimmer hos de som inte stod på antikoagulantia (hög 90%; måttlig 85%)
- J. Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer (hög 80%; måttlig 70%)
- K. Statinbehandling efter ischemisk stroke (hög 80%; måttlig 70%)
- L. Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt rehabteam koordinerat från strokeenhet (hög 25%; måttlig 10%)
- M. Uppföljda i Riksstroke 3 månader efter stroke (hög 90%; måttlig 85%)
- N. Nöjda med rehabilitering efter stroke (hög 87%; måttlig 75%)

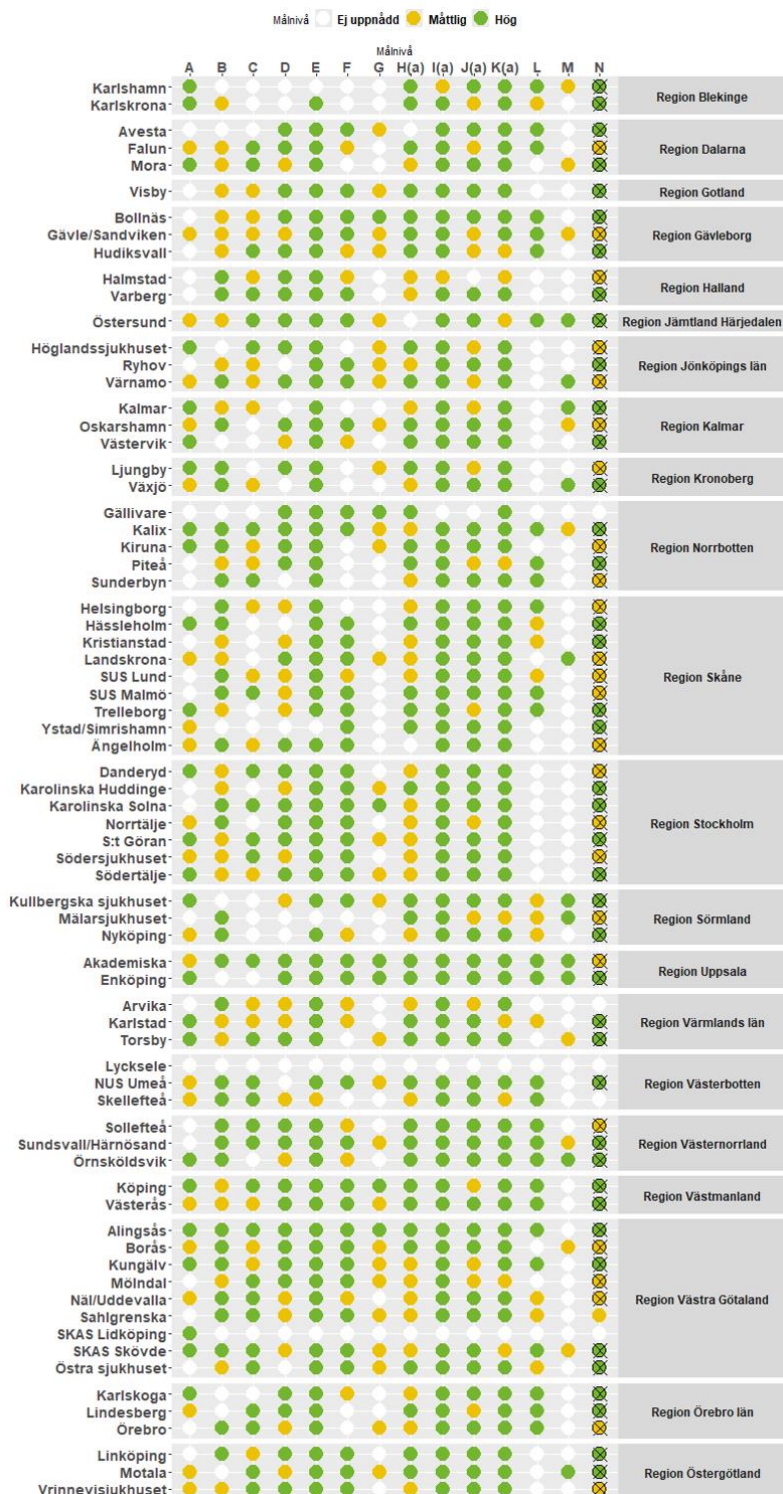
Tolkningsanvisningar figurer och tabeller

- Om antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen med #. Är antalet svar dessutom mindre än 6 redovisas värdet som 0%.
- Om antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen likt i tabeller med #. Är antalet svar dessutom mindre än 6 visas ingen stapel. I figurer anger grön linje hög målnivå och gul linje måttlig målnivå.
- I figur 12 innebär en överkryssad cirkel att bortfallet på frågan är större än 25% vilket indikerar att data måste tolkas med försiktighet. För målnivåerna F, G, L och M räknas både "Nej" och saknade värden som att det inte utförts, vilket innebär att dessa målnivåer per definition inte har något bortfall.



Figur 11. Målnivåer för stroke på nationell nivå 2025. Rött område avser ej uppnådd målnivå, gult område avser måttlig målnivå och grönt område hög målnivå. Svart punkt visar aktuellt värde (%) på nationell nivå.

Målnivåer för Stroke på sjukhusnivå



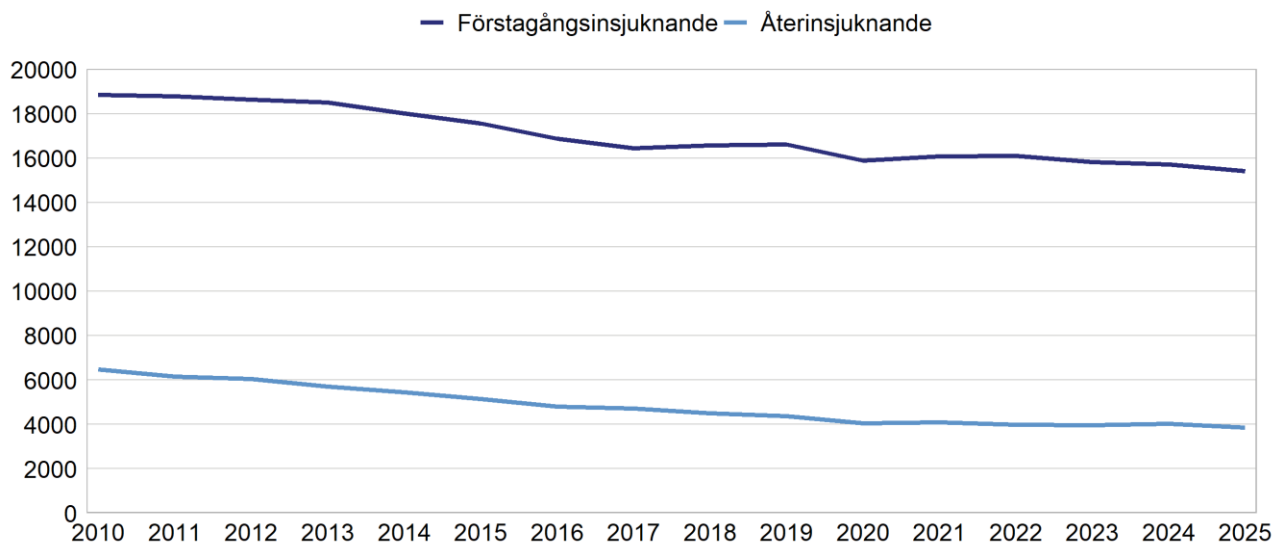
- Vissa sjukhus tar definitiv ställning till sekundärpreventiv behandling efter utskrivning från sjukhus.
- Behandlingen är centraliserad till ett annat sjukhus.

Figur 12. Målnivåer per sjukhus 2025. Avsaknad av färgmarkering betyder att sjukhuset inte nått måttlig målnivå, gul färgmarkering betyder måttlig målnivå uppnådd och grön färgmarkering betyder hög målnivå uppnådd. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

2.1. OM 2025 ÅRS RIKSSTROKEDATA

2.1.1. Förtydligande av sjukhusnamn

I den här rapporten har de flesta sjukhus ett namn som anger var de är placerade geografiskt. Men i några fall anges namn som inte alla läsare omedelbart kan lokalisera. I Tabell 1 i TIA-delen listas de sjukhusnamn där orten inte framgår av namnet i Riksstrokes redovisningar.



Figur 13. Antalet registreringar i Riksstroke 2010–2025, uppdelat på förstagångs- och återinsjuknanden.

Tabell 16. Antalet registreringar per region för åren 2015–2025.

Region	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Region Blekinge	426	404	393	342	404	363	395	408	373	416	412
Region Dalarna	986	848	787	763	770	772	802	689	693	663	695
Region Gotland	145	132	121	107	143	111	119	116	101	108	104
Region Gävleborg	876	797	715	718	664	668	672	668	652	699	675
Region Halland	664	693	741	741	704	703	717	794	760	697	603
Region Jämtland-Härjedalen	337	339	339	332	403	326	283	275	296	306	331
Region Jönköpings län	842	706	727	750	755	664	760	795	713	658	616
Region Kalmar	669	565	516	518	592	531	563	595	575	378	520
Region Kronoberg	459	430	337	315	347	363	324	367	409	351	362
Region Norrbotten	715	645	642	591	619	608	630	597	533	559	422
Region Skåne	2 896	2 785	2 912	2 898	2 686	2 722	2 746	2 334	2 444	2 627	2 498
Region Stockholm	4 103	3 928	3 748	3 730	3 679	3 512	3 736	3 803	3 813	3 998	3 819
Region Sörmland	636	616	703	671	729	627	505	674	483	597	526
Region Uppsala	672	598	609	625	684	708	655	626	667	684	704
Region Värmland	770	857	757	764	813	734	745	780	743	737	699
Region Västerbotten	700	615	642	740	701	639	640	646	607	512	483
Region Västernorrland	743	803	736	679	685	680	706	650	618	580	557
Region Västmanland	638	652	629	670	634	640	674	667	643	703	639
Region Örebro län	750	725	692	735	670	624	541	645	573	588	675
Region Östergötland	888	906	928	884	912	859	843	881	800	892	853
Västra Götalandsregionen	3 914	3 753	3 542	3 551	3 496	3 143	3 172	3 105	3 427	3 079	3 151
Riket	22 829	21 797	21 216	21 124	21 090	19 997	20 228	20 115	19 923	19 832	19 344

Tabell 17. Antalet registrerade vårdtillfällen per sjukhus 2025.

Sjukhus	Registrerade vårdtillfällen	Täckningsgrad, %	Sjukhus	Registrerade vårdtillfällen	Täckningsgrad, %
Akademiska	588	90%	Mölnadal	198	69%
Alingsås	215	92%	Norrtälje	135	91%
Arvika	75	70%	NUS Umeå	327	86%
Avesta	108	76%	Nyköping	262	91%
Bollnäs	149	82%	Näl/Uddevalla	628	89%
Borås	439	89%	Oskarshamn	85	91%
Danderyd	911	94%	Piteå	114	79%
Enköping	116	96%	Ryhov	271	82%
Falun	378	89%	S:t Göran	726	94%
Gällivare	1	2%	Sahlgrenska	330	69%
Gävle/Sandviken	348	90%	SKAS Skövde	692	95%
Halmstad	276	81%	Skellefteå	156	86%
Helsingborg	312	77%	Sollefteå	89	76%
Hudiksvall	178	82%	Sunderbyn	158	75%
Hässleholm	180	93%	Sundsvall/Härnösand	299	84%
Högländssjukhuset	201	93%	SUS Lund	538	80%
Kalix	100	94%	SUS Malmö	529	80%
Kalmar	306	93%	Södersjukhuset	1 016	90%
Karlshamn	14	93%	Södertälje	252	94%
Karlskoga	117	99%	Torsby	113	96%
Karlskrona	398	93%	Trelleborg	231	95%
Karlstad	511	96%	Varberg	327	81%
Karolinska Huddinge	361	83%	Visby	104	82%
Karolinska Solna	418	66%	Vrinnevisjukhuset	358	89%
Kiruna	49	95%	Värnamo	144	89%
Kristianstad	252	68%	Västervik	129	94%
Kullbergska sjukhuset	123	95%	Västerås	444	87%
Kungälv	300	92%	Växjö	250	89%
Köping	195	96%	Ystad/Simrishamn	203	92%
Landskrona	78	90%	Ängelholm	175	90%
Lindesberg	98	92%	Örebro	460	80%
Linköping	336	76%	Örnsköldsvik	169	93%
Ljungby	112	95%	Östersund	331	88%
Mora	209	94%	Östra sjukhuset	349	69%
Motala	159	89%	Lycksele	0	0%
Mälarsjukhuset	141	51%	Riket	19 344	84%

2.1.2. Täckningsgrad

Målnivåer:

Hög: 92 %

Måttlig: 85 %

Täckningsgraden beskriver den andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riksstroke.

Täckningsgraden beskriver den andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riksstroke. Täckningsgraden beräknas som antalet förstagångsinsjuknanden registrerade i Riksstroke i förhållande till antalet förstagångsinsjuknanden i akut stroke i Patientregistret vid Socialstyrelsen. Att inte återinläggningar under strokediagnos tas med i jämförelserna beror på att det finns varierande praxis när det gäller de diagnosnummer som sätts för patienter med resttillstånd efter stroke. Tar man med samtliga strokediagnoser blir underlaget därför osäkrare än om man begränsar sig till förstagångsstroke.

Det måste betonas att Riksstrokes sätt att beräkna täckningsgraden är beroende av kvaliteten i de strokediagnoser som sätts i rutinsjukvården, det vill säga att de strokediagnoser som sätts verkligen är stroke. De vanligaste anledningarna till att patienter inte registreras i Riksstroke är:

- Att patienter med resttillstånd efter tidigare stroke felaktigt får en akut strokediagnos
- Att sjukvården inte hinner med, eller inte har utarbetade rutiner, för att registrera alla patienter med stroke på sjukhuset
- Att patienter med TIA får en akut strokediagnos
- Att patienter med oförklarat akut insjuknande får en strokediagnos utan att det finns undersökningsfynd som talar för diagnosen
- Att patienter med traumatiska hjärnskador (traumatiska hjärnblödningar) felaktigt får en strokediagnos. Vid flera universitetssjukhus förekommer det dessutom att patienter som fått stroke i samband med annan vård, t.ex. på thoraxkirurgisk eller neurokirurgisk klinik, inte registreras.

Riksstroke utarbetade 2013–2014 en diagnoslathund med anvisningar för diagnossättning enligt ICD-10. Lathunden reviderades senast 2024 med tillägg av KVÅ kod för Strukturerad uppföljning enligt nationella Riktlinjer 2021. Lathunden finns på Riksstrokes hemsida, och kan också beställas från Riksstrokes sekretariat.

Tabell 18. Boende hos män och kvinnor före insjuknandet, strokepatienter 2025.

Boende	Män, %	Kvinnor, %	Totalt, %
Ensamboende	37%	57%	47%
Särskilt boende	5%	9%	7%

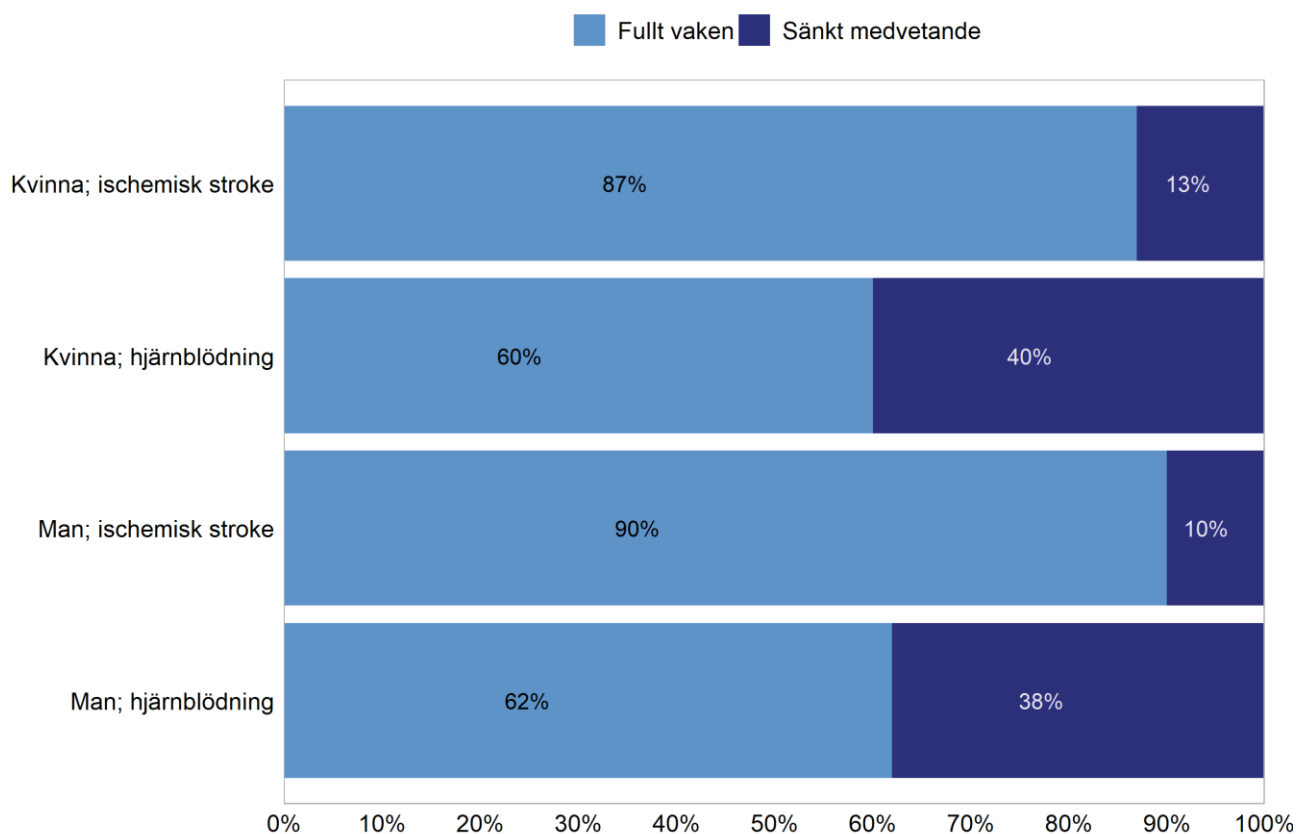
Tabell 19. Riskfaktormönster hos män och kvinnor före insjuknandet hos strokepatienter 2025

Riskfaktorer	Stroke män, %	Stroke kvinnor, %	Stroke totalt, %
ADL-beroende	8%	13%	11%
Tidigare stroke	21%	19%	20%
Tidigare TIA	9%	9%	9%
Behandlas mot högt blodtryck	64%	67%	65%
Förmaksflimmer, tidigare känt	22%	21%	22%
Förmaksflimmer, nyupptäckt	7%	7%	7%
Förmaksflimmer, nyupptäckt eller tidigare känt	29%	28%	29%
Diabetes	27%	21%	24%
Rökare	12%	10%	12%

2.1.3. Svårighetsgrad vid ankomst till sjukhus

Sänkt vakenhetsgrad tidigt efter insjuknandet avspeglar strokesjukdomens svårighetsgrad och är en mycket kraftfull prognostisk variabel för ogynnsamt utfall.

När en patient vaknar med symtom på stroke ("wake-up stroke") blir tidsbestämningen osäker, något som kan försvåra bedömningen inför trombolys.



Figur 14. Fördelning per diagnos, kön och medvetande grad.

NIHSS

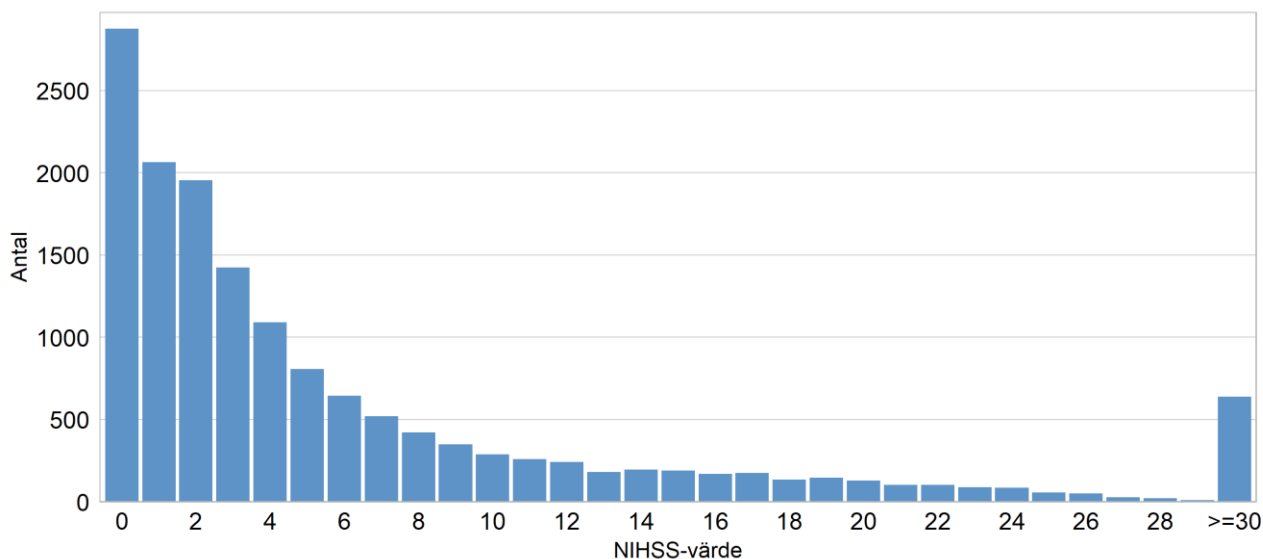
Om indikatorn

NIHSS	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	NIHSS är den etablerade skalan för bedömning av svårighetsgrad vid stroke. Den ger möjlighet att jämföra olika strokepopulationer avseende fördelning av svårighetsgrad och den ger möjlighet att analysera olika åtgärder (diagnostik, behandling), relaterat till nivåer av svårighetsgrad. NIHSS är också starkt relaterat till prognos.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas.
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 %. Socialstyrelsen: ej målnivå

Den strokeskala som utvecklats vid National Institutes of Health i USA (NIH stroke scale; NIHSS) är ett känsligare mått på svårighetsgrad än andra strokeskalor, där principen är: ju högre poäng desto allvarigare stroke. Användandet av NIHSS vid ankomst till sjukhus som ett dokumenterat mått på svårighetsgraden av stroke, rekommenderas för alla patienter som del i klinisk rutin. Nationella Arbetsgruppen för Stroke har nyligen tagit fram en uppdaterad manual och instruktionsfilm för NIHSS, som också finns att ladda ner på Akut Neurologi Sveriges hemsida (www.akutneurologi.org)

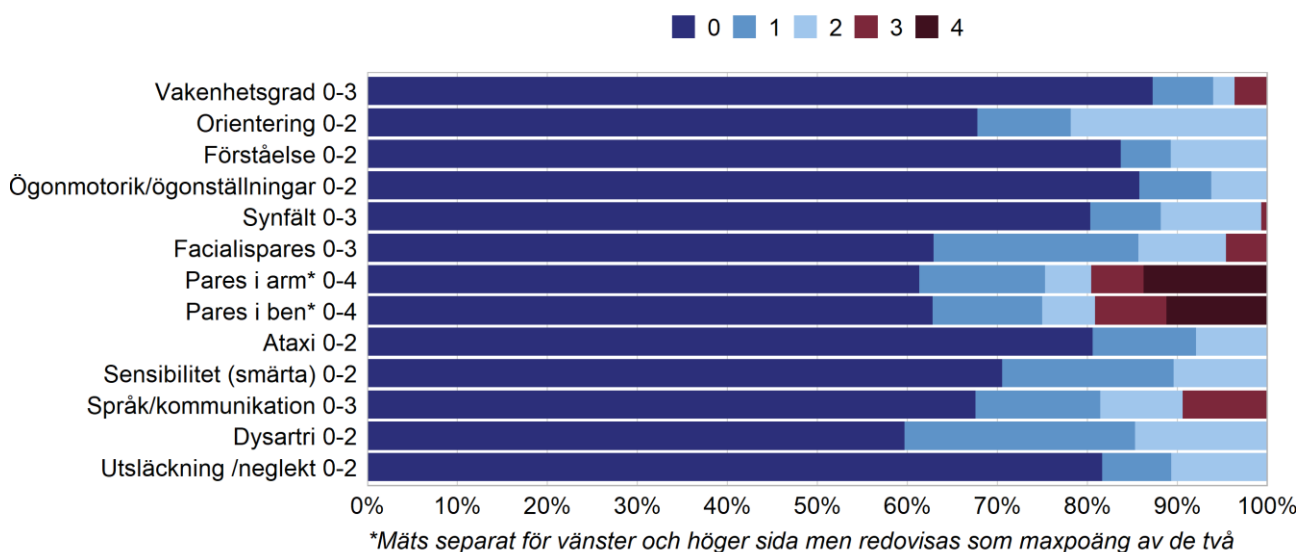
NIHSS ger den bästa bedömningen av svårighetsgraden vid stroke. En konsekvent registrering och rapportering av NIHSS i Riksstroke skulle medföra bättre möjligheter att jämföra patientsammansättningen mellan olika sjukhus. Detta skulle också ge bättre möjligheter att justera efter svårighetsgrad vid beräkningar av utfallsmått efter stroke. Även om andelen som registreras med NIHSS har ökat, är variationerna mellan andelarna som registreras vid de olika sjukhusen fortsatt mycket stora. Riksstroke rekommenderar att bedömning utifrån NIHSS alltid görs som en fullständig undersökning (det vill säga att uppgifter för skalans alla domäner ingår) för att undvika att omfattningen på stroke underskattas.

Fördelningen av NIHSS-poäng vid ankomst till sjukhus



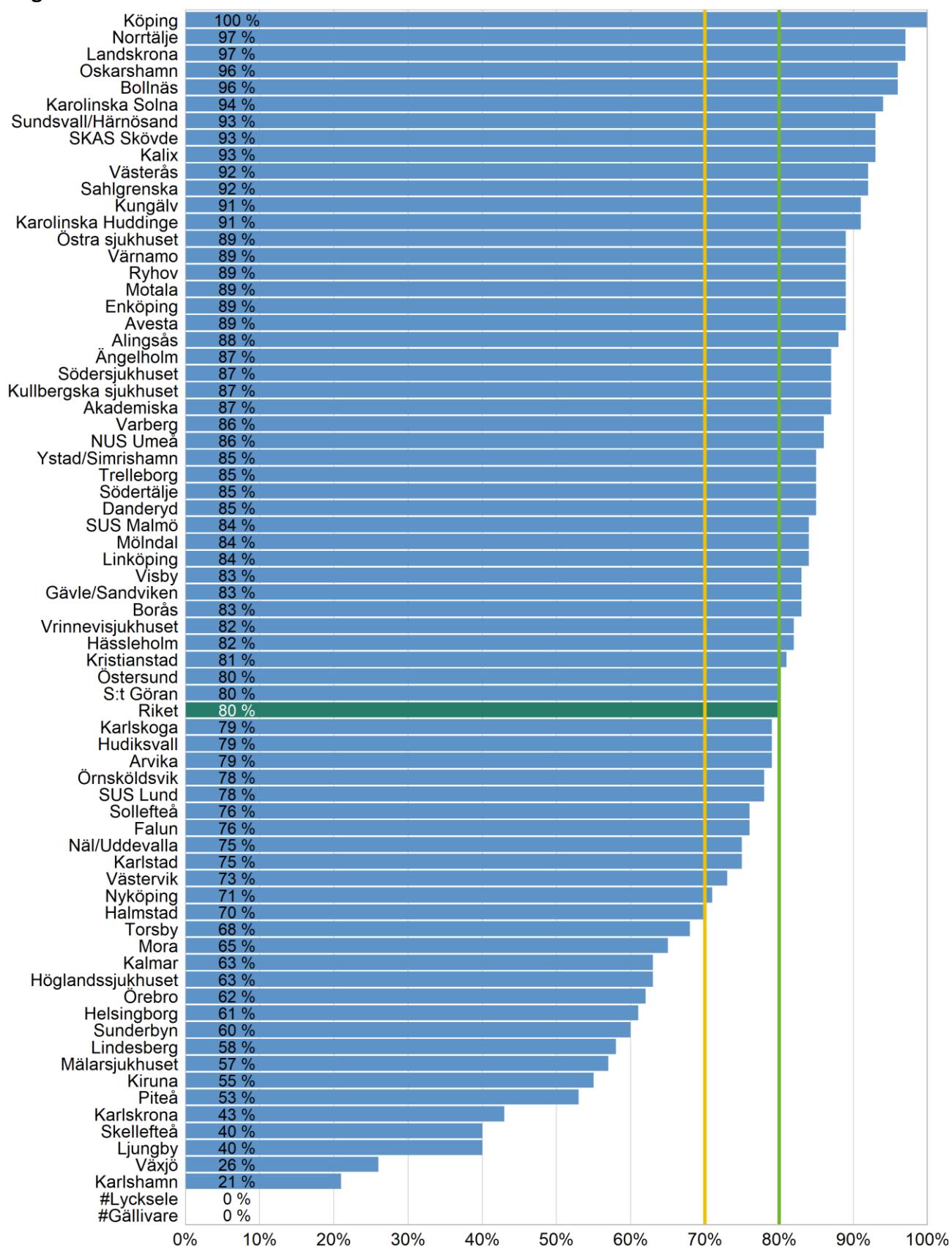
Figur.15 Fördelningen av NIHSS-poäng vid ankomst till sjukhus, 2025. Högre poäng innebär svårare symtom. Studier pågår för att validera NIHSS 0. I den region som har rapporterat kontroll av sina NIHSS bedömningar var ca hälften med NIHSS=0 felregistrerade vilket gör att de antal NIHSS=0 som anges i figuren bör tolkas med försiktighet.

Fördelning av individuella NIHSS-poäng



Figur 16. Fördelning av individuella NIHSS-poäng vid ankomst till sjukhus, 2025. Högre poäng innebär svårare symtom.

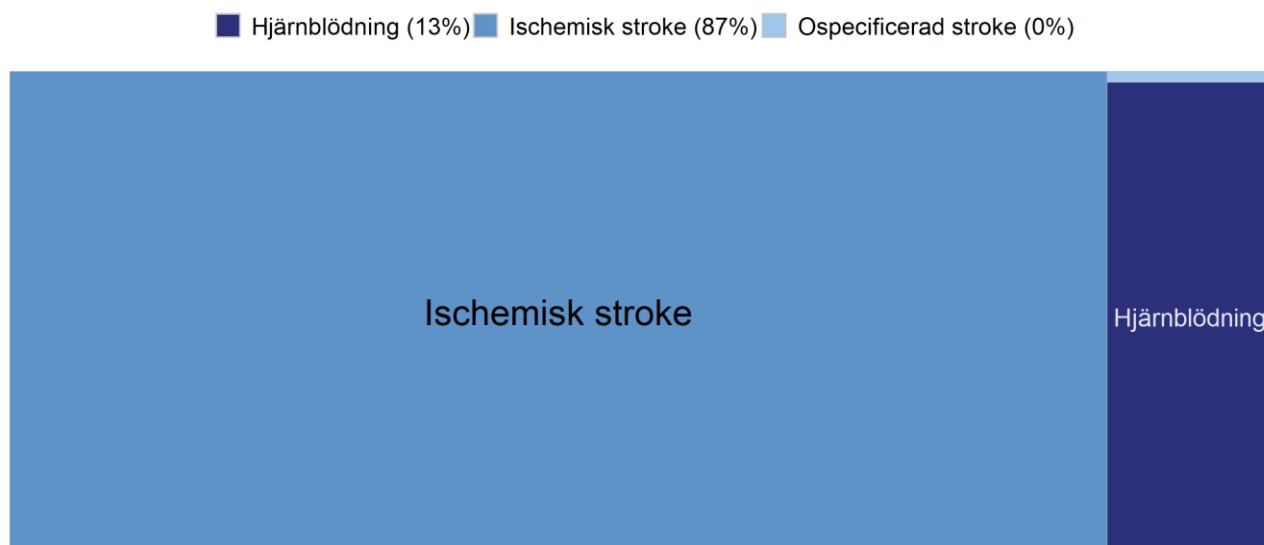
Registrerade med NIHSS



Figur17. Andel registrerade med NIHSS vid ankomst till sjukhus per sjukhus 2025.

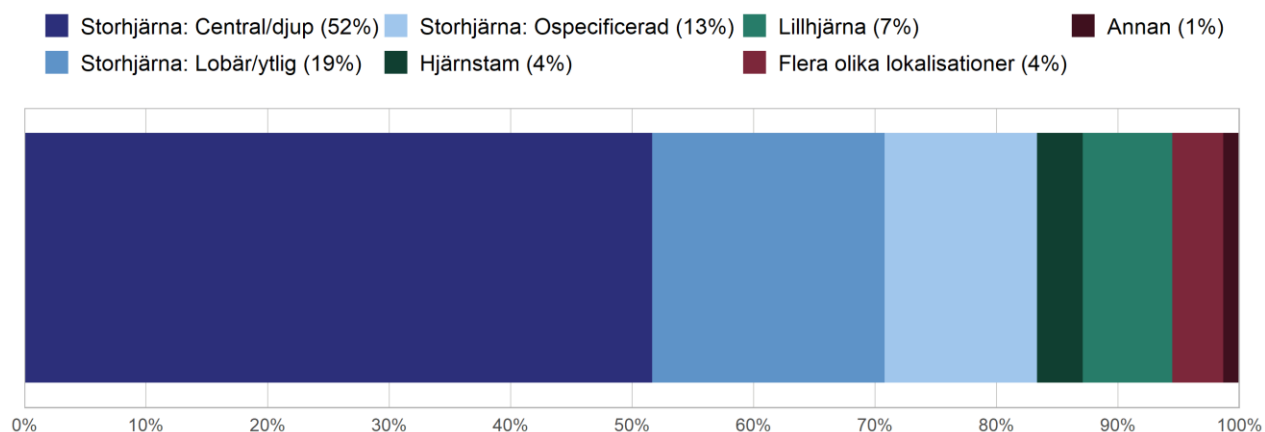
2.1.4. Stroketyp

Strokediagnoser



Figur 18. Typ av stroke, nationell nivå 2025.

Lokalisation av hjärnblödning



Figur 19. Lokalisation av hjärnblödning, nationell nivå 2025.

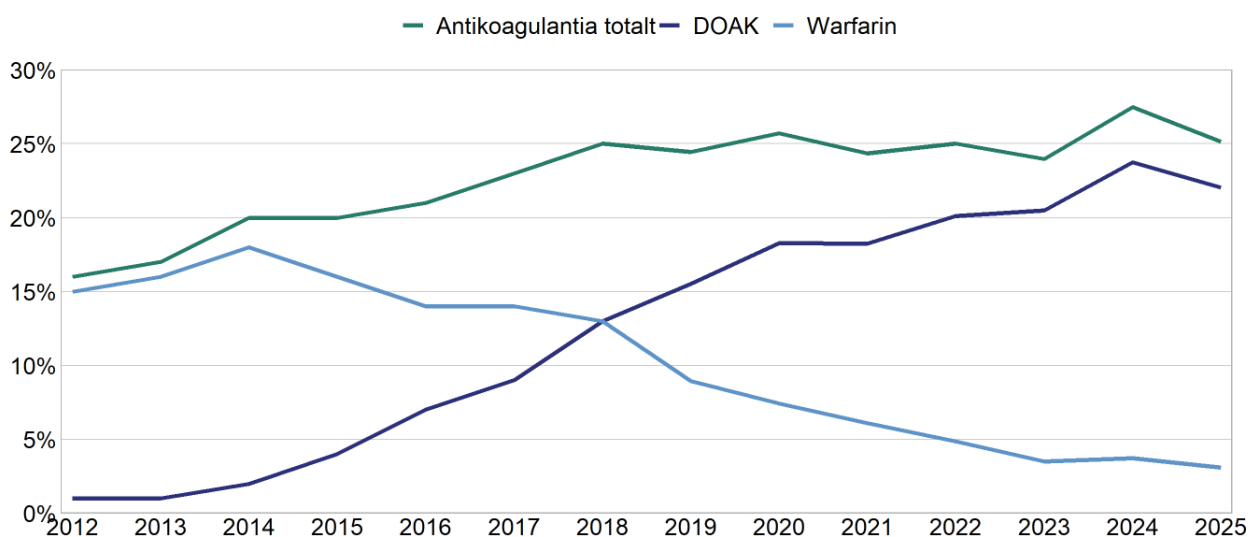
2.1.5. Intracerebrala blödningar under pågående antikoagulantibehandling

Antalen för de enskilda DOAK-preparaten var små och bör tolkas med stor försiktighet då den inte tar hänsyn till indikation för antikoagulantibehandling eller demografiska patientkaraktäristiska.

Tabell 20. Behandling med antikoagulantia i Sverige samt vid hjärnblödning.

Rubrik	Warfarin	DOAK, totalt	Apixaban	Dabigatran	Rivaroxaban	Edoxaban
Antal behandlade i Sverige	37640	471527	334967	34055	87872	14633
Antal behandlade patienter med ICH	76	543	407	20	100	16
Andel behandlade patienter med ICH av totalt antal (%)	0.20%	0.12%	0.12%	0.06%	0.11%	0.11%

Antikoagulantia vid inskrivningen hos de som insjuknat i hjärnblödning.



Figur 20. Andel patienter som drabbades av en hjärnblödning under pågående antikoagulantibehandling, uppdelat på warfarin och DOAK, 2012–2025.

Reversering av antikoagulantibehandling vid hjärnblödning

Om indikatorn

Intracerebral blödning under antikoagulantia behandling, i akutskedet – Reversering av antikoagulantiaeffekt	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden medför en minskad progress av hjärnblödning. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Intracerebral blödning under behandling med warfarin, reversering med koagulationsfaktorkoncentrat kombinerat med K-vitamin: Prio 2 Intracerebral blödning under behandling med dabigatran, reversering med idarucizumab: Prio 3 Intracerebral blödning under behandling med apixaban eller rivaroxaban, reversering av antikoagulantiaeffekt med andexanet: FoU

2.1.6. Ischemisk stroke under pågående antikoagulantibehandling

Från Socialstyrelsens statistiskdatabas kan utläsas hur många personer som behandlades med antikoagulantia under 2024. Jämförelsen mellan olika preparatgrupper och preparat bör tolkas med stor försiktighet då den inte tar hänsyn till indikation för antikoagulantibehandlingen eller demografiska patientkaraktäristiska.

Tabell 21. Behandling med antikoagulantia i Sverige samt vid ischemisk stroke.

Rubrik	Warfarin	NOAK, totalt	Apixaban	Dabigatran	Rivaroxaban	Edoxaban
Antal behandlade i Sverige	37640	471527	334967	34055	87872	14633
Antal behandlade patienter med ischemisk stroke	307	2854	2071	230	444	109
Andel behandlade patienter med ischemisk stroke av totala antalet behandlade (%)	0.82%	0.61%	0.62%	0.68%	0.51%	0.74%

2.2. BEHANDLING I AKUTSKEDET

Om indikatorn

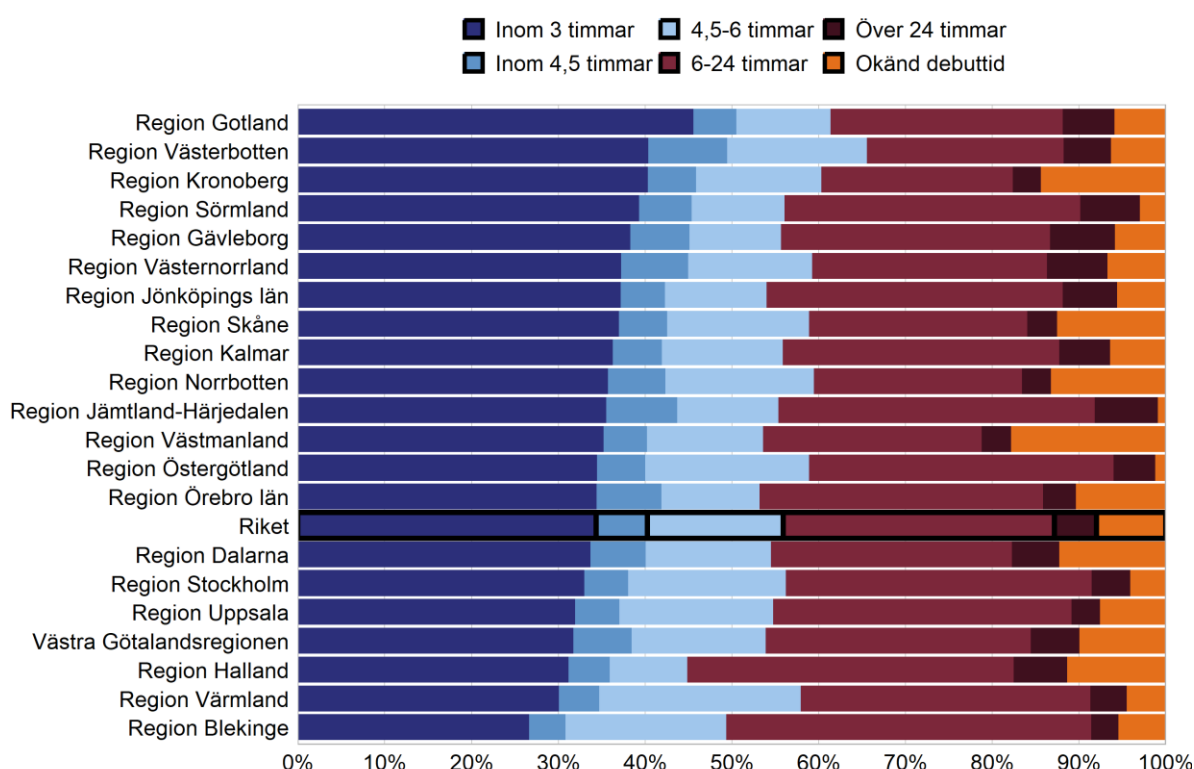
Tid från symtomdebut till ankomst till sjukhus	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus; Information till allmänheten om akuta strokesymtom ökar förutsättningarna för en tidigare upptäckt av stroke och TIA-symtom och en minskad tid mellan insjuknande och ankomst till sjukhus för behandling (konsensus). Trombolys-/trombektomilarm (strukturerat omhändertagande före ankomst till sjukhuset respektive inne på sjukhuset) innebär kortare tid till trombolysbehandling, att fler patienter kan få behandling med trombolys eller trombektomi och att risken för funktionsnedsättning minskar (konsensus) (Socialstyrelsen 2020).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Information till allmänheten: Prio 2. Trombolys-/trombektomilarm: Prio 1.

2.2.1. Prehospital vård

Tid från symtomdebut till ankomst till sjukhus

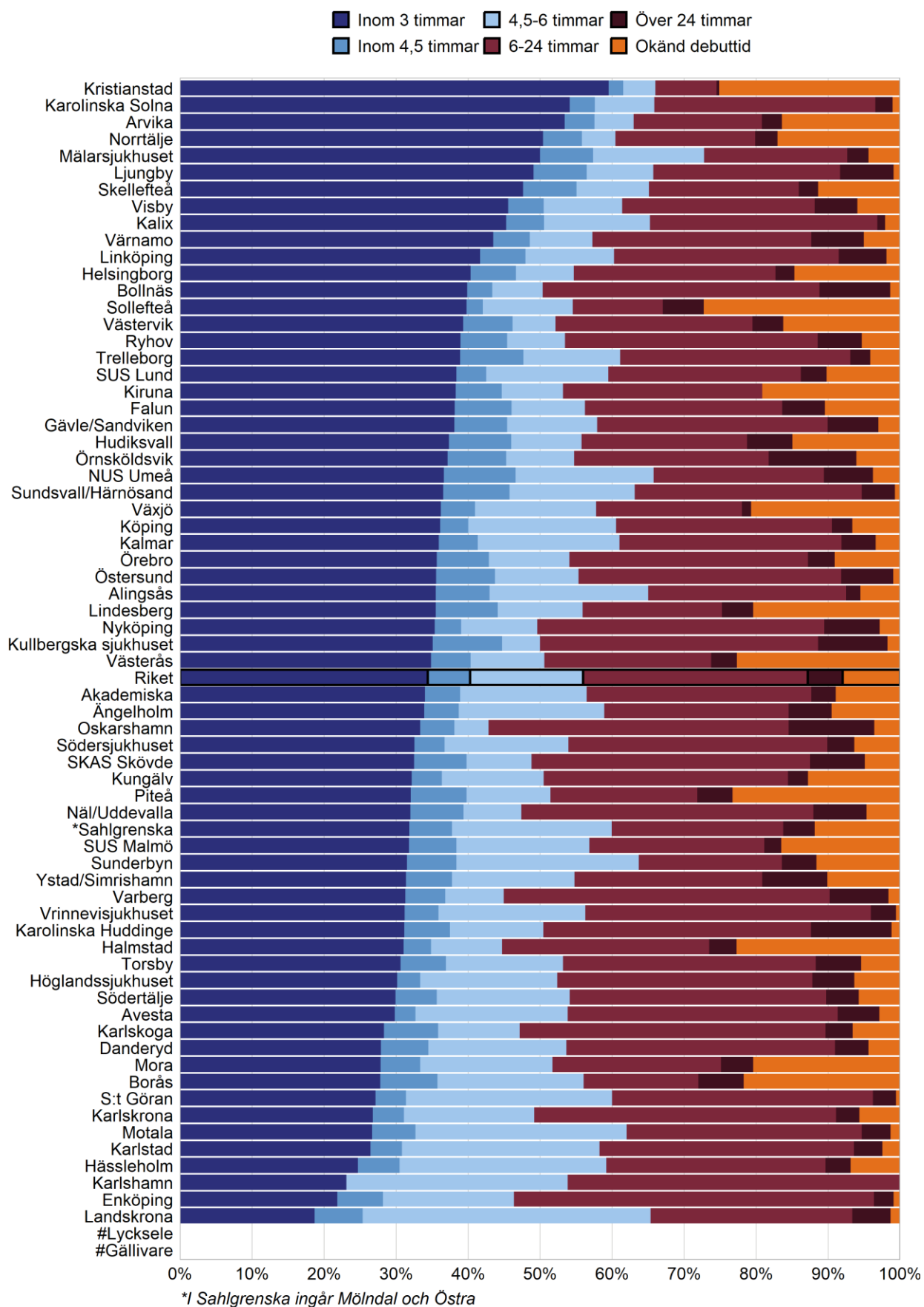
En mycket vanlig anledning till att trombolys inte är aktuellt är att en patient kommer alltför sent till sjukhuset för att kunna behandlas. Tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus speglar framför allt allmänhetens (patienternas och deras anhöriga) kunskap om strokesymtomens allvar och deras benägenhet att söka akutvård. Patienternas möjlighet att påkalla eller få hjälp kan även spela in, liksom den prehospitala vårdens organisation och kvalitet kan spela in.

Tid till sjukhus



Figur 21. Andelen som kom till sjukhus inom olika tidsintervall efter strokeinsjuknandet per region 2025.

Tid till sjukhus

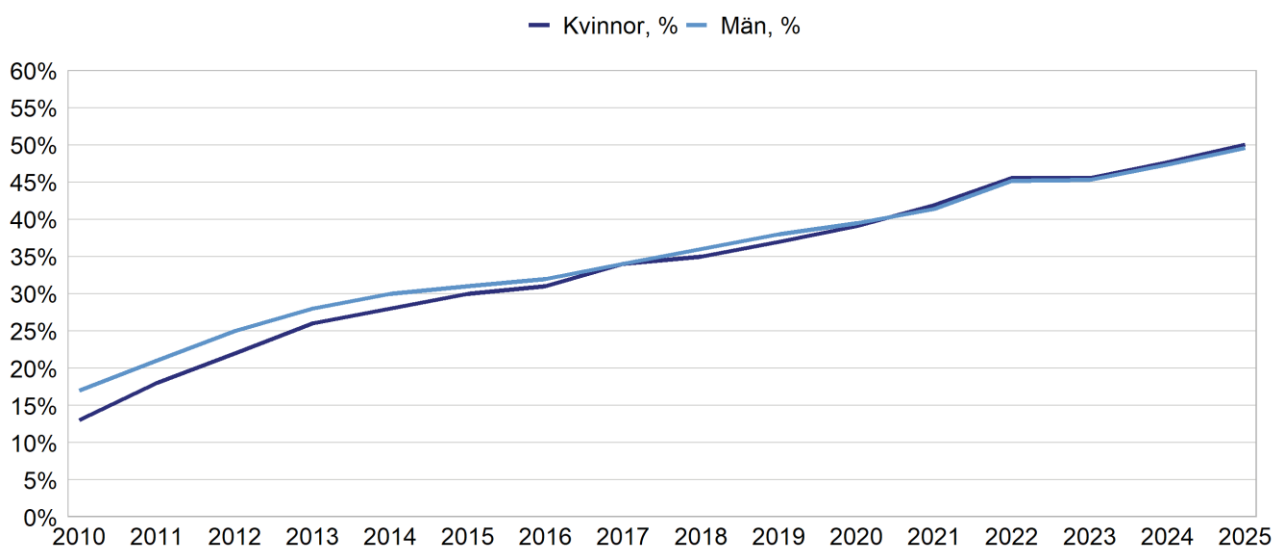


Figur 22 Andelen som kom till sjukhus inom olika tidsintervall efter strokeinsjuknandet per sjukhus 2025.

Trombolys-/trombektomilarm

Trombolys-/trombektomilarm innebär att SOS-alarm eller ambulanspersonalen, ibland i samråd med trombolysjour, preliminärt bedömer att patienten skulle kunna vara en kandidat för trombolysbehandling för stroke. Sjukhuset ökar då beredskapen för att omedelbart ta emot och bedöma patienten. Observera att trombolys-/trombektomilarm som registreras i Riksstroke endast inkluderar de trombolys-/trombektomilarm där en slutlig strokediagnos ställdes. Registreringen i Riksstroke omfattar därför inte de trombolys-/trombektomilarm som visade sig ha en annan bakomliggande sjukdom än stroke. Trombolys-/trombektomilarm där slutdiagnosen var TIA registreras separat i TIA-registret. Det totala antalet trombolys-/trombektomilarm vid sjukhusen är därför högre än de antal som redovisas här.

Trombolys-/trombektomilarm



Figur 23. Andelen patienter med trombolys-/trombektomilarm, alla åldrar 2010–2025.

Tabell 22. Andelen trombolys-/trombektomilarm, alla åldrar per region 2025.

Region	Trombolys-/trombektomilarm, %	Antal
Region Blekinge	59%	235
Region Dalarna	40%	277
Region Gotland	57%	59
Region Gävleborg	53%	358
Region Halland	48%	285
Region Jämtland-Härjedalen	46%	151
Region Jönköpings län	41%	254
Region Kalmar	39%	204
Region Kronoberg	57%	203
Region Norrbotten	60%	244
Region Skåne	56%	1 339
Region Stockholm	51%	1 929
Region Sörmland	56%	286
Region Uppsala	45%	318
Region Värmland	51%	356
Region Västerbotten	51%	244
Region Västernorrland	44%	242
Region Västmanland	50%	315
Region Örebro län	50%	334
Region Östergötland	40%	342
Västra Götalandsregionen	49%	1 532
Riket	50%	9 507

Webtabell 13 (www.riksstroke.org/, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter") visar andelen trombolys-/trombektomilarm per sjukhus, rangordnat utifrån frekvensen av trombolys-/trombektomilarm.

2.2.2. Vård vid inläggning på sjukhus

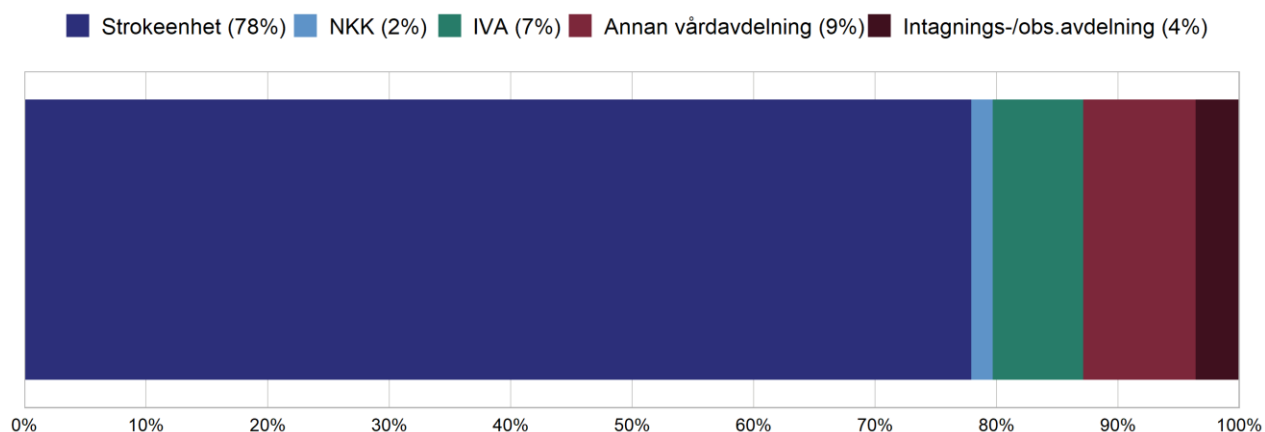
Om indikatorn

Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet ger ökad möjlighet för tidig diagnostik och tidigt omhändertagande, vilket minskar risken för komplikationer, funktionsnedsättning och död. Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 1. Vård på avdelning som ej är strokeenhet är "icke-göra" (Socialstyrelsen 2018)
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 90 % Måttlig: 80 %. Socialstyrelsen: 90 %.

Tolkningsanvisningar

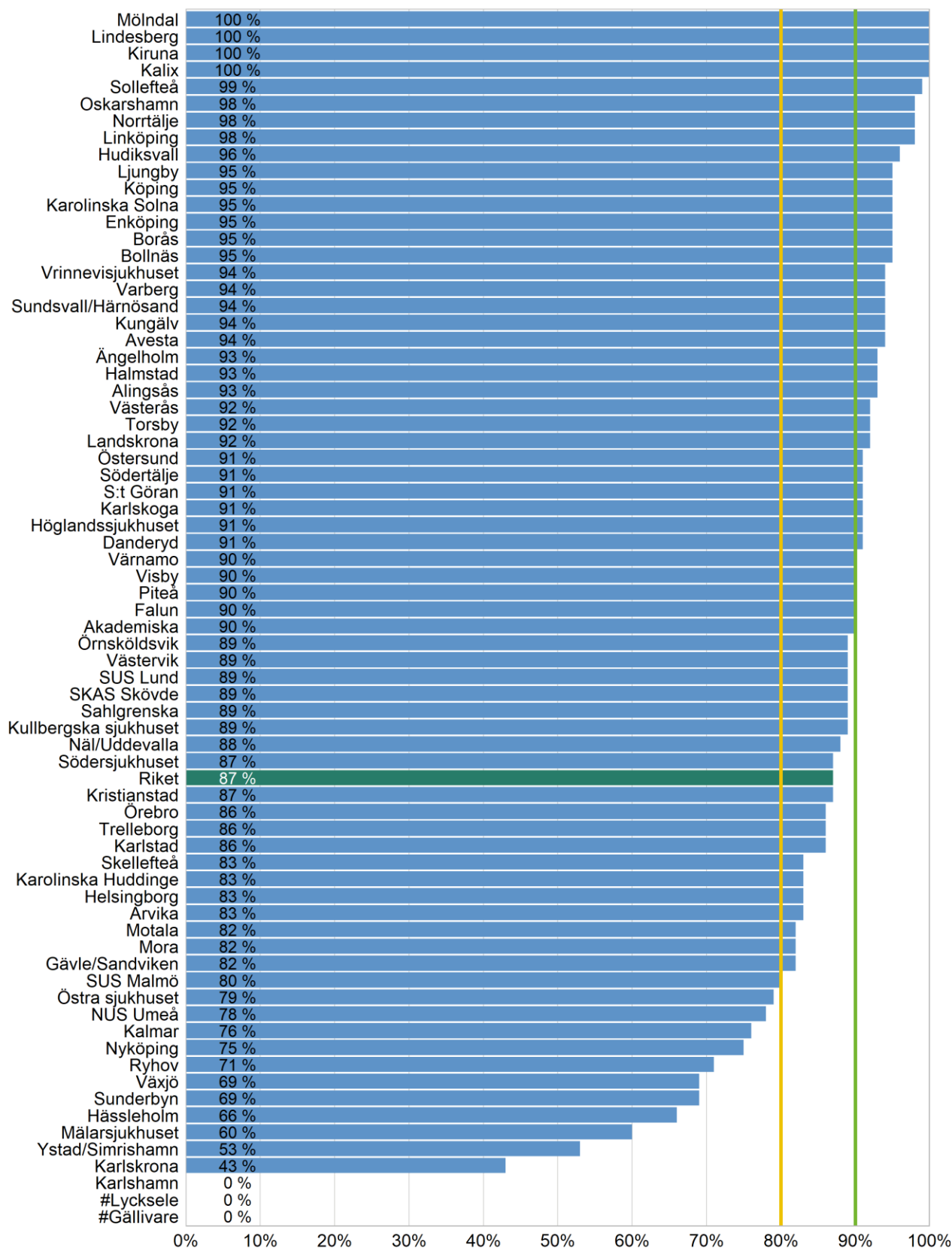
- Variationer kan bero på begränsad tillgång till strokeenhetsplatser men också på att vissa sjukhus har rutinen att lägga in strokepatienter på annan vårdavdelning eller på en så kallad inläggnings- eller observationsavdelning. På några sjukhus utförs trombolys och annan avancerad övervakning eller akutbehandling på en intensivvårdsavdelning.
- Vård på strokeenhet är en hörnsten i den akuta strokevården och har haft högsta prioritet i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för Strokevård ända sedan de första riktlinjerna gavs ut. Inläggning på strokeenhet som första vårdenhet ger ökad möjlighet för tidig diagnostik och tidigt omhändertagande, vilket minskar risken för komplikationer, funktionsnedsättning och död.
- Definitionen strokeenhet är självskattad. Strukturdatarapporten ([Strukturdatarapport 2022](#)) indikerar att inte alla formellt uppfyller kraven på strokeenhet.

Strokeenhet/IVA/NKK som första vårdenhet



Figur 24. Typ av avdelning som akuta strokepatienter initialt vårdades på när de lades in på sjukhus, 2025.
NKK = neurokirurgisk klinik och IVA = intensivvårdsavdelning.

Strokeenhet/IVA/NKK som första vårdenhet



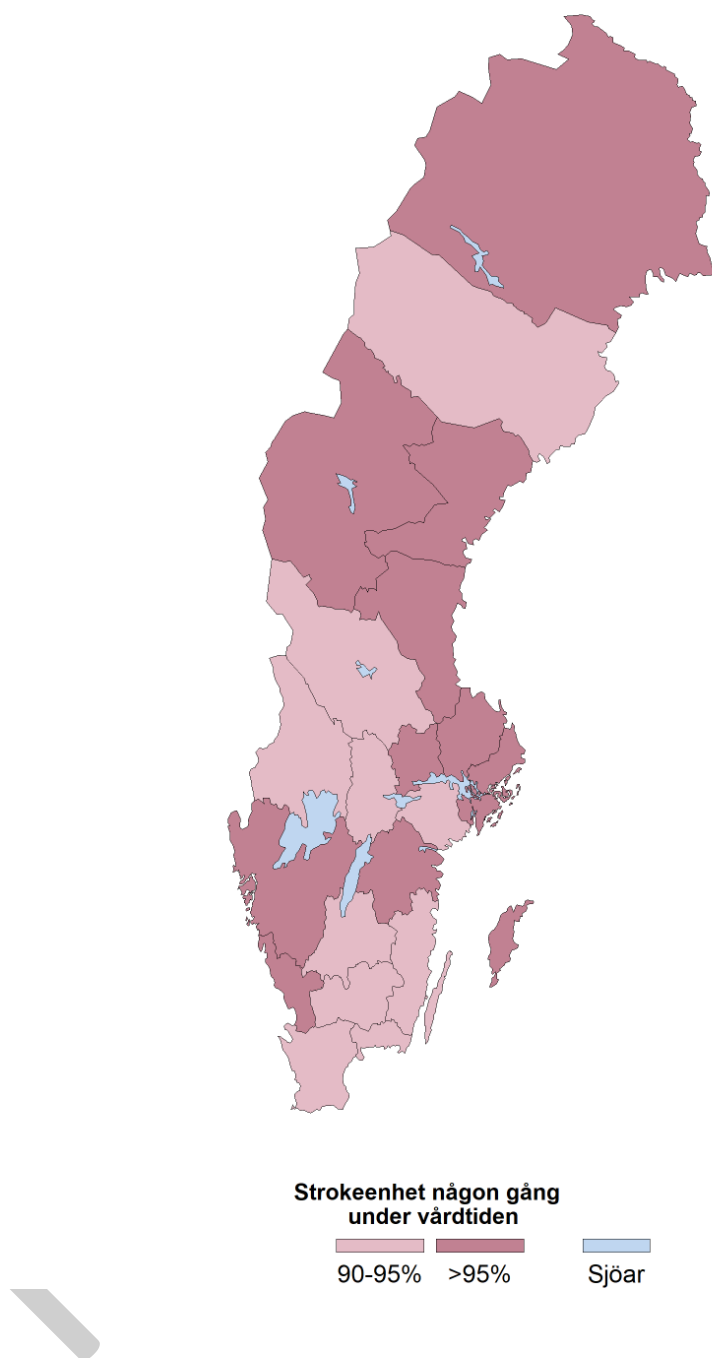
Figur 25. Andel patienter med strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk klinik som första vårdenhet vid inläggning på sjukhus under 2025.

2.2.3. Vård på strokeenhet någon gång under vårddagen

Om indikatorn

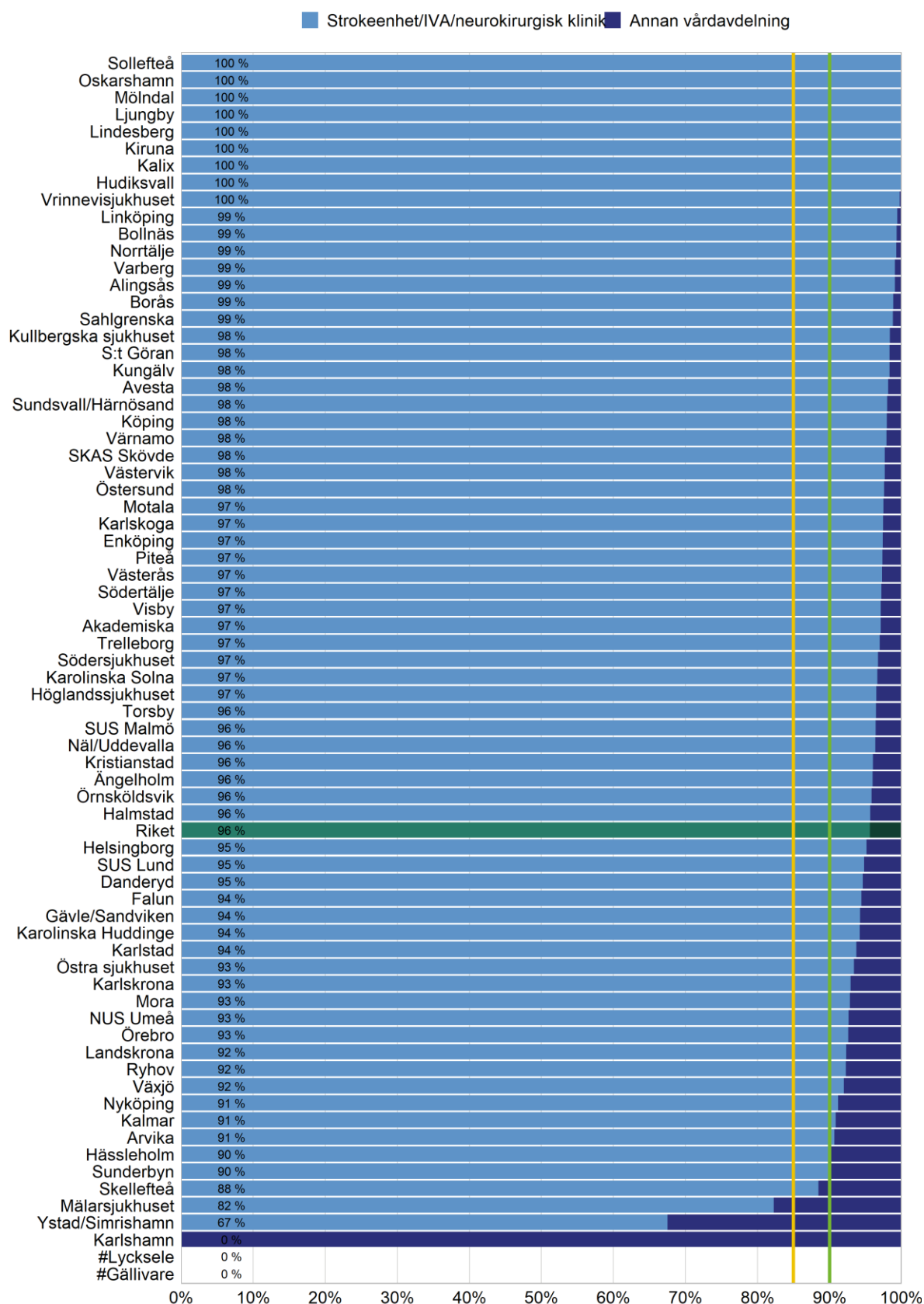
Vård på strokeenhet	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Vård på strokeenhet har positiv effekt på funktionsnedsättning och död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 1 (Socialstyrelsen 2020)
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 90 % Måttlig: 85 %. Socialstyrelsen: 90 %.

Vårdform (strokeenhet någon gång under vårdtiden)



Figur 26. Andel strokepatienter som någon gång under vårdtiden vårdades på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik per region 2025.

Vårdform (strokeenhet någon gång under vårdtiden)



Figur 27. Andel strokepatienter som i akutskedet vårdades på en strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik respektive i andra vårdformer per sjukhus 2025.

2.2.4. Vårdtider

Tolkningsanvisningar

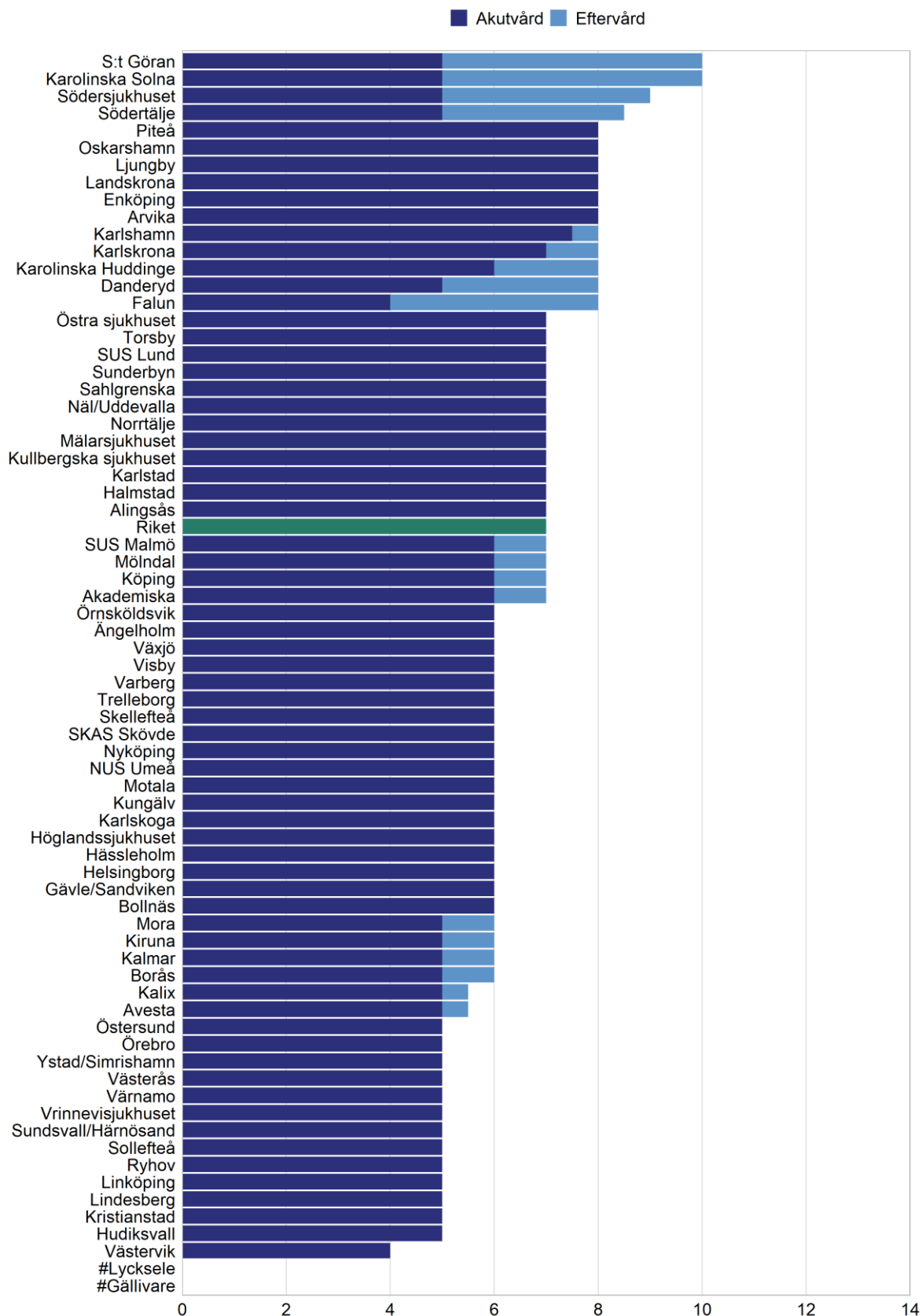
- Stora variationer i vårdens organisation gör att data om vårdtid måste tolkas med stor försiktighet. Program med tidig utskrivning med rehabilitering i hemmet kan reducera vårdtid på sjukhus.
- Längre vårdtider på akutsjukhus kan bero på att all rehabilitering sker sammanhållet på en strokeenhet. Jämförelser är förmodligen mer rättvisande för den totala vårdtiden (inklusive regionfinansierad eftervård) än för antalet vårddagar på akutsjukhus.
- När patienten byter vårdform kan det vid vissa sjukhus vara svårt att följa den totala vårdtiden. Det är möjligt att de redovisade siffrorna då innebär en viss underskattning av den totala tiden i regionvård.
- För sjukhus med stor andel selekterade strokepatienter (t.ex. vissa universitetssjukhus som förutom patienter från egna lokala upptagningsområdet också tar emot patienter från andra sjukhus för akuta bedömningar och ställningstaganden till akuta interventioner) ska jämförelserna av vårdtid tolkas med särskilt stor försiktighet.

De nationella riktlinjerna för strokesjukvård saknar rekommendationer om vårdtider, eftersom medelvårdtider inte avspeglar strokevårdens kvalitet på samma sätt som andra indikatorer. Vårdtiden på akutsjukhus behöver vara tillräcklig för adekvat:

- diagnostik
- funktionsbedömning
- information
- mobilisering
- initial rehabiliteringsstart
- planering
- anhörigkontakter
- informationsöverföring
- initiering av sekundärprevention med mera

I de randomiserade studier av vård på strokeenheter som genomförts har den genomsnittliga vårdtiden (medelvärdet), inklusive rehabiliteringen, varit 14 dagar eller längre.

Medianvårdtider, antal dagar



Figur 28. Medianvårdtid (dagar) i akutvård och i regionfinansierad eftervård per sjukhus 2025. För Riket visas medianvårdtid för akutvård och eftervård sammanslaget.

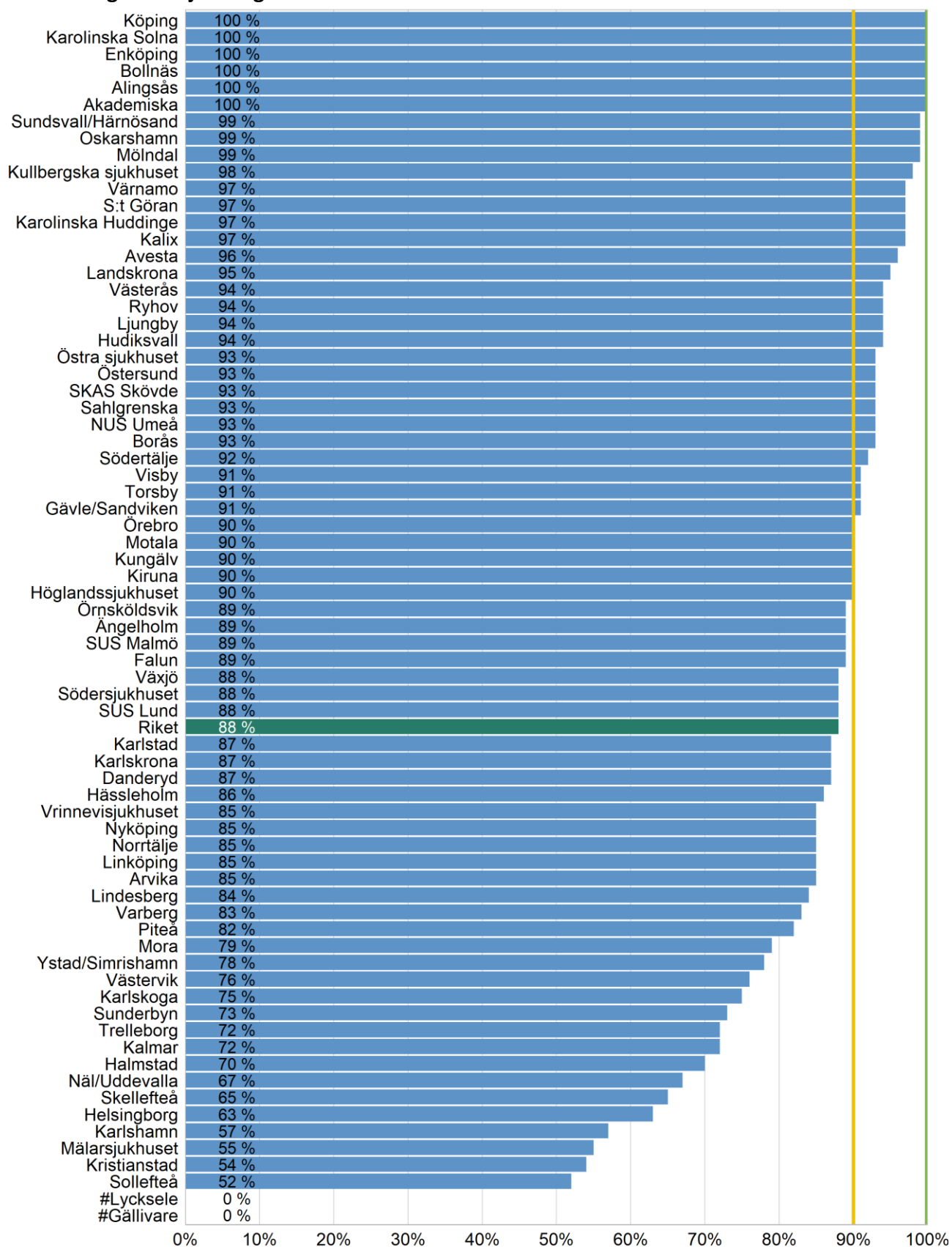
2.2.5. Bedömning av sväljförmåga

Om indikatorn

Bedömning av sväljförmåga	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Bedömning av sväljförmåga ökar möjligheterna att identifiera, behandla och följa upp dysfagi, och minskar risken för komplikationer. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. (Socialstyrelsen 2020)
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 1 (Socialstyrelsen 2020)
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 100 % Måttlig: 90 % Socialstyrelsen: 100 %

Nedsatt förmåga att svälja till följd av stroke kan leda till aspiration med andningsstopp eller allvarlig lunginflammation som följd. Därför bör ett enkelt sväljningstest genomföras när patienten kommer till sjukhuset. Testet är en kvalitetsindikator inom omvårdnadsområdet för strokepatienter. För vissa svårt sjuka patienter är det olämpligt att genomföra ett sväljningstest på grund av hög risk för aspiration, och testet är inte aktuellt för patienter som är medvetandesänkta. Indikatorn är benämnd "Bedömning av sväljförmåga" och innefattar både patienter där ett sväljningstest utförts och patienter där ett sväljningstest inte varit aktuellt att kunna utföra (främst på grund av medvetandesänkning). En initial bedömning av sväljförmåga för att veta om patienten kan äta, dricka och ta sina mediciner är mycket viktig oavsett om patienten vårdas på strokeenhet eller ej.

Bedömning av sväljförmåga



Figur 29. Andel strokepatienter där sväljförmågan bedömdes i anslutning till inläggning per sjukhus 2025.

2.2.6. Bilddiagnostik av hjärnan

Om indikatorn

Bilddiagnostik av hjärnan	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Datortomografi är en förutsättning för adekvat modern strokevård och är etablerat i rutin. MR ökar de diagnostiska möjligheterna vid differentialdiagnostiska svårigheter (stöd i etablerad erfarenhet enligt konsensusförfarande).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Datortomografi: utgått ur prio-listan, metoden fullt etablerad. MR vid osäker diagnos efter klinisk bedömning och datortomografi: Prio 2.

Tolkningsanvisningar

- Medan samtliga patienter bör undersökas med datortomografi, är en adekvat andel som bör undersökas med MR svår att ange. Patienter som undersökts med MR vid differentialdiagnostisk misstanke om stroke, och där MR visat annan diagnos, ingår ej i Riksstroke.

Tabell 23. Andel patienter som undersöktes med någon form av bilddiagnostik av hjärnan per sjukhus 2025.

Sjukhus	Datortomografi, %	MR, %	Sjukhus	Datortomografi, %	MR, %
Akademiska	98%	47%	Möndal	98%	23%
Alingsås	99%	30%	Norrtälje	100%	26%
Arvika	99%	48%	NUS Umeå	95%	41%
Avesta	100%	23%	Nyköping	96%	46%
Bollnäs	98%	18%	Näl/Uddevalla	98%	25%
Borås	99%	34%	Oskarshamn	100%	51%
Danderyd	98%	39%	Piteå	99%	22%
Enköping	100%	32%	Ryhov	96%	41%
Falun	99%	23%	S:t Göran	97%	38%
#Gällivare	0%	0%	Sahlgrenska	95%	44%
Gävle/Sandviken	98%	54%	SKAS Skövde	98%	24%
Halmstad	100%	40%	Skellefteå	99%	18%
Helsingborg	100%	45%	Sollefteå	100%	24%
Hudiksvall	99%	38%	Sunderbyn	100%	28%
Hässleholm	98%	72%	Sundsvall/Härnösand	98%	32%
Höglandssjukhuset	96%	41%	SUS Lund	98%	58%
Kalix	100%	9%	SUS Malmö	100%	62%
Kalmar	98%	46%	Södersjukhuset	99%	22%
Karlshamn	100%	77%	Södertälje	100%	48%
Karlskoga	98%	41%	Torsby	98%	36%
Karlskrona	98%	56%	Trelleborg	98%	47%
Karlstad	99%	33%	Varberg	99%	24%
Karolinska Huddinge	98%	46%	Visby	100%	30%
Karolinska Solna	98%	50%	Vrinnevisjukhuset	99%	29%
Kiruna	100%	23%	Värnamo	99%	53%
Kristianstad	98%	43%	Västervik	97%	9%
Kullbergssjukhuset	100%	48%	Västerås	98%	31%
Kungälv	98%	17%	Växjö	99%	34%
Köping	99%	56%	Ystad/Simrishamn	99%	62%
Landskrona	99%	58%	Ängelholm	98%	40%
Lindesberg	96%	30%	Örebro	96%	24%
Linköping	100%	73%	Örnsköldsvik	99%	26%
Ljungby	96%	66%	Östersund	99%	25%
Mora	99%	45%	Östra sjukhuset	98%	24%
Motala	100%	35%	#Lycksele	0%	0%
Mälarsjukhuset	100%	58%	Riket	98%	38%

2.2.7. Utvidgad bilddiagnostik vid hjärnblödning

En utvidgad utredning vid hjärnblödning kan vara aktuellt, särskilt hos yngre personer där en bakomliggande kärlmissbildning är en vanlig orsak. Utvidgad diagnostik vid hjärnblödning med MR eller DT- angiografi ingår inte i Socialstyrelsens riktlinjer 2020.

Tabell 24. Andelen patienter med hjärnblödning undersökta med MR eller DT-angiografi, 2025.

*Ja i direkt anslutning till första datortomografin

Ålder	DT-angiografi*, %	MR, %
<55 år	68%	49%
55-64 år	67%	32%
65-74 år	57%	25%
>=75 år	43%	12%
Alla	51%	20%

2.2.8. Bilddiagnostik av kärl och räddningsbar hjärnvävnad vid akut ischemisk stroke

Om indikatorn

Bilddiagnostik av kärl	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Förutsättning för adekvat handläggning eller behandling. Ett av syftena med kärlutredning vid akut ischemisk stroke är att identifiera ocklusion av hjärnans stora kärl där trombektomi kan vara aktuell. För detta syfte görs angiundersökning (kärl) i omedelbar anslutning till initial datortomografi (DT). Ett annat syfte med kärlutredning är att identifiera patienter där karotisintervention kan vara aktuell. Kärlutredning i detta syfte kan ske senare under vårdtiden. Ultraljud halskärl, DT-angio, eller MR-angio har hög diagnostisk precision för att identifiera höggradig karotisstenos hos personer med akut TIA eller ischemisk stroke. Ultraljud har en högre sensitivitet än DT-angio (vilket innebär att en andel av de med höggradig karotisstenos missas om enbart DT-angio utförs). Att komplettera med DT-angio ger högre specificitet. I riktlinjerna januari 2020 tillkom rekommendation om trombektomi till personer med akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad (6–24 timmar efter insjuknandet) (prioritet 1). För att utreda förekomst av räddningsbar hjärnvävnad inför eventuell trombektomi rekommenderas utredning med datortomografi-perfusion som tillägg till datortomografi-angiografi vid ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl (6–24 timmar efter insjuknandet) (prioritet 1)
Prioritet enligt nationella riktlinjer	DT-angio i direkt anslutning till DT hos patienter där trombektomi kan vara aktuellt: Prio 1 För halskärlsdiagnostik: • Ultraljud halskärl: Prio 1 • DT-angio: Prio 2 • MR-angio: Prio 3 DT-perfusion i direkt anslutning till DT-angio inför ev. trombektomi i intervallet 6–24 timmar: Prio 1

Tolkningsanvisningar

- Det är inte fastställt vilken som är den optimala andelen av alla patienter med ischemisk stroke som bör undersökas med DT-angiografi i direkt anslutning till initial DT för att identifiera patienter som kan vara aktuella för trombektomi.
- Det är inte givet vad som är en optimal andel halskärlsundersökta. Det kan finnas tydliga kontraindikationer mot halskärlsoperation och patienten kan själv välja att avstå från en eventuell framtida operation.

DT-angiografi i direkt anslutning till initial DT är den diagnostiska metoden för att identifiera om en patient har ocklusion av hjärnans stora kärl som kan vara aktuella för trombektomibehandling. Vid all DT-angiografi visualiseras såväl intrakraniella- som extrakraniella kärl; halskärlsförändringar som kan vara aktuella för karotisintervention identifieras således också vid en tidigt utförd DT-angiografi.

I riktlinjerna januari 2020 tillkom rekommendation om trombektomi till personer med akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad (6–24 timmar efter insjuknandet) (prioritet 1). För att utreda förekomst av räddningsbar hjärnvävnad inför eventuell trombektomi rekommenderas utredning med datortomografi-perfusion som tillägg till datortomografi-angiografi vid ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl (6–24 timmar efter insjuknandet) (prioritet 1). Ibland görs upprepade undersökningar, både akut och senare i förloppet. Detta kan behövas om den tekniska kvaliteten av första undersökningen inte är tillfredsställande eller om sjukdomsutvecklingen motiverar förloppskontroll.

Vid sjukhus med låg andel undersökta med DT-angiografi för att identifiera kärlocklusion som kan vara aktuell för trombektomi kan det finnas anledning att lokalt analysera om alla patienter med indikation verkligen får tillgång till angiografiundersökning.

Tabell 25. Andel patienter som undersöktes med någon form av bilddiagnostik av kärlen per sjukhus 2025.

Sjukhus	DT-angiografi i anslutning till första DT, %	DT-angiografi senare under vårdtiden, %	Ultraljud, %	Kärlundersökning totalt, %
Akademiska	52%	14%	33%	83%
Alingsås	74%	19%	6%	86%
Arvika	58%	24%	4%	78%
Avesta	54%	10%	19%	74%
Bollnäs	72%	15%	18%	85%
Borås	63%	15%	1%	76%
Danderyd	75%	11%	9%	85%
Enköping	45%	32%	11%	76%
Falun	49%	15%	14%	68%
#Gällivare	0%	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	54%	20%	38%	83%
Halmstad	52%	15%	31%	76%
Helsingborg	93%	19%	12%	97%
Hudiksvall	82%	10%	51%	92%
Hässleholm	88%	2%	13%	90%
Höglandssjukhuset	52%	11%	28%	77%
Kalix	91%	7%	7%	97%
Kalmar	54%	11%	27%	77%
Karlshamn	38%	0%	38%	77%
Karlskoga	46%	9%	47%	76%
Karlskrona	62%	12%	26%	85%
Karlstad	57%	7%	18%	73%
Karolinska Huddinge	86%	24%	4%	92%
Karolinska Solna	97%	2%	1%	98%
Kiruna	91%	7%	5%	93%
Kristianstad	72%	4%	22%	87%
Kullbergssjukhuset	62%	2%	13%	69%
Kungälv	82%	10%	2%	87%
Köping	65%	14%	11%	77%
Landskrona	87%	9%	13%	94%
Lindesberg	61%	12%	28%	76%
Linköping	63%	7%	39%	93%
Ljungby	72%	17%	36%	89%
Mora	67%	15%	11%	73%
Motala	45%	10%	41%	84%
Mälarsjukhuset	72%	18%	18%	83%

Sjukhus	DT-angiografi i anslutning till första DT, %	DT-angiografi senare under vårdtiden, %	Ultraljud, %	Kärlundersökning totalt, %
Möln dal	57%	6%	74%	84%
Norrtälje	59%	10%	20%	78%
NUS Umeå	81%	18%	6%	93%
Nyköping	60%	6%	23%	78%
Näl/Uddevalla	46%	9%	38%	81%
Oskarshamn	43%	7%	31%	76%
Piteå	65%	29%	12%	83%
Ryhov	56%	17%	33%	85%
S:t Göran	63%	27%	9%	89%
Sahlgrenska	55%	25%	32%	86%
SKAS Skövde	42%	7%	31%	70%
Skellefteå	65%	12%	2%	74%
Sollefteå	78%	11%	1%	84%
Sunderbyn	77%	2%	0%	79%
Sundsvall/Härnösand	78%	8%	3%	84%
SUS Lund	85%	19%	14%	95%
SUS Malmö	94%	4%	16%	98%
Södersjukhuset	81%	14%	7%	91%
Södertälje	74%	22%	10%	92%
Torsby	68%	10%	3%	78%
Trelleborg	87%	14%	13%	92%
Varberg	54%	14%	22%	82%
Visby	68%	22%	24%	92%
Vrinnevisjukhuset	44%	7%	46%	87%
Värnamo	74%	11%	23%	89%
Västervik	36%	8%	34%	66%
Västerås	63%	10%	16%	78%
Växjö	53%	12%	30%	79%
Ystad/Simrishamn	76%	23%	36%	92%
Ängelholm	86%	21%	14%	91%
Örebro	61%	13%	27%	79%
Örnsköldsvik	80%	9%	1%	85%
Östersund	60%	12%	13%	76%
Östra sjukhuset	47%	5%	34%	78%
#Lycksele	0%	0%	0%	0%
Riket	66%	13%	20%	84%

2.2.9. Långtids-EKG vid ischemisk stroke

EKG tas rutinmässigt på alla patienter med misstänkt stroke. Långtids-EKG syftar i första hand till att upptäcka tidigare okänt förmaksflimmer hos patienter med ischemisk stroke, eftersom dessa patienter bör behandlas med antikoagulantia i stället för trombocythämmare i blodproppsförebyggande syfte. Långtids-EKG kan göras som EKG-övervakning på sjukhus, eller efter utskrivningen med olika typer av apparatur. I Socialstyrelsens Riktlinjer för Strokevård 2018 får åtgärden "Långtidsregistrering 24 till 48 timmar av hjärtrytm med Holter-EKG eller telemetri, för att upptäcka förmaksflimmer" prioritet 2. Åtgärden är inte indikator hos Socialstyrelsen och har då inte heller någon målnivå.

Preliminär

Tabell 26. Andel patienter utan känt förmaksflimmer som undersöktes med Långtids-EKG per sjukhus 2025.

Sjukhus	Långtids-EKG minst 24h, %	Långtids-EKG planerat, %	Sjukhus	Långtids-EKG minst 24h, %	Långtids-EKG planerat, %
Akademiska	41%	42%	Mölnadal	93%	0%
Alingsås	95%	0%	Norrtälje	88%	0%
Arvika	95%	2%	NUS Umeå	75%	13%
Avesta	92%	0%	Nyköping	92%	0%
Bollnäs	98%	0%	Näl/Uddevalla	91%	1%
Borås	91%	0%	Oskarshamn	98%	0%
Danderyd	62%	16%	Piteå	77%	0%
Enköping	95%	1%	Ryhov	92%	1%
Falun	91%	0%	S:t Göran	91%	1%
#Gällivare	0%	0%	Sahlgrenska	96%	0%
Gävle/Sandviken	84%	0%	SKAS Skövde	79%	1%
Halmstad	32%	31%	Skellefteå	34%	44%
Helsingborg	81%	4%	Sollefteå	93%	0%
Hudiksvall	86%	3%	Sunderbyn	95%	0%
Hässleholm	96%	0%	Sundsvall/Härnösand	87%	1%
Högländssjukhuset	91%	0%	SUS Lund	91%	0%
Kalix	95%	0%	SUS Malmö	62%	36%
Kalmar	81%	0%	Södersjukhuset	94%	0%
#Karlskrona	44%	22%	Södertälje	86%	4%
Karlskoga	88%	0%	Torsby	92%	0%
Karlskrona	33%	39%	Trelleborg	80%	4%
Karlstad	95%	1%	Varberg	91%	0%
Karolinska Huddinge	99%	0%	Visby	81%	0%
Karolinska Solna	97%	0%	Vrinnevisjukhuset	89%	0%
Kiruna	95%	0%	Värnamo	88%	1%
Kristianstad	88%	2%	Västervik	85%	0%
Kullbergssjukhuset	94%	0%	Västerås	92%	1%
Kungälv	96%	0%	Växjö	76%	5%
Köping	98%	0%	Ystad/Simrishamn	93%	1%
Landskrona	100%	0%	Ängelholm	94%	0%
Lindesberg	74%	0%	Örebro	94%	0%
Linköping	96%	0%	Örnsköldsvik	89%	0%
Ljungby	93%	3%	Östersund	85%	1%
Mora	72%	10%	Östra sjukhuset	89%	0%
Motala	97%	0%	#Lycksele	0%	0%
Mälarsjukhuset	80%	3%	Riket	84%	6%

2.2.10. Reperfusionsbehandling (trombolys och trombektomi)

Om indikatorn

Reperfusionsbehandling (trombolys och trombektomi)	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag*	Intravenös behandling av ischemisk stroke med trombolys inom 4,5 timmar efter symtomdebut har en stor effekt på dödlighet och funktionsnedsättning. Den positiva effekten är beroende av tid till behandling, men är oberoende av patientens ålder och hur svåra symtomen är. Studier visar att vid påvisad räddningsbar vävnad kan tidsfönstret i selekterade fall förlängas till 9 timmar. Mekanisk trombektomi vid ischemisk stroke med oklusion av hjärnans främre stora kärl har en potentiellt mycket stor effekt på funktionsnedsättning upp till 24 timmar. Vetenskapliga underlaget för mekanisk trombektomi vid basilarisocklusion bedömdes i de nationella riktlinjerna 2020 som otillräckligt, men stöddes av beprövad erfarenhet (konsensus). Evidensläget har sedan dess stärkts med flera randomiserade kliniska prövningar
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Intravenös trombolys med alteplas inom 4,5 timmar: Prio 1. Mekanisk trombektomi prio 1 (oklusion i hjärnans främre kärl) och prio 2 (oklusion av a. basilaris). Mekanisk trombektomi till personer med akut ischemisk stroke med oklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad (6–24 timmar efter insjuknandet) (prioritet 1) (Socialstyrelsen januari 2020)
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 20 % Måttlig: 13 %. Socialstyrelsen: 20 % Tid mellan ankomst till sjukhus och trombolysbehandling (dörr-till-nål tid): Hög: ≥50 % behandlade inom 30 minuter Måttlig: 35 % behandlade inom 30 minuter.

**Socialstyrelsens riktlinjer uppdaterades senast 2020 och omfattar därför inte nyare evidens. I Riksstroke mäts trombolys och trombektomi både i tidigt och sent tidsfönster såväl som behandling med alteplas och tenecteplas.*

Tolkningsanvisningar

Trombolysfrekvens

- Enligt nationella riktlinjer är trombolys en högprioriterad insats för patienter utan kontraindikationer. Det är därför en mycket viktig processindikator.
- Om patienten skickas från sitt hemsjukhus till ett annat sjukhus för att få trombolysbehandling, men sedan skickas tillbaka till hemsjukhuset för fortsatt vård, ska behandlingen i normalfallet registreras på hemsjukhuset (med undantag för VG-region). Praxis för denna registreringsfördelning kan emellertid variera på vissa sjukhus. För en mer fullständig bild av flödet vid trombolys redovisar Riksstroke också antal trombolyser och trombektomier som görs på varje sjukhus.

Komplikationer

- Andelen patienter med blödningskomplikationer bygger på små tal och här finns stora slumpvariationer på regionnivå och ofta synnerligen stora slumpvariationer på sjukhusnivå.

Insjuknande till ankomst till sjukhus

- Tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus påverkas av en rad faktorer utanför sjukhuset. Till dessa hör långa avstånd till sjukhus, något som kan bidra till långa tider från symtomdebut till ankomst till sjukhus i flera av glesbygds länen. Även den prehospitla vårdens organisation och kvalitet spelar in (t.ex. tillgång till ambulanshelikopter i glesbygden).
- Data för insjuknande till ankomst till sjukhus är osäkra då tidpunkten för insjuknandet är okänt för en andel av patienterna. På motsvarande sätt blir data kring tid från insjuknande till start av reperfusionsbehandling osäkra.

Dörr-till-nål tid

- Tiden från ankomst till sjukhus till behandlingsstart är i hög grad beroende av organisation, kompetens och andra resurser på sjukhuset och är därför möjlig att direkt påverka.

Bakgrund

Möjligheten till effektiv akutbehandling vid stroke har revolutionerat strokevården och medför stor patientnytta. Arbetet med att implementera reperfusionsbehandling (trombolys och trombektomi) i akut strokevård så att det kan komma alla patienter till nytta fortsätter.

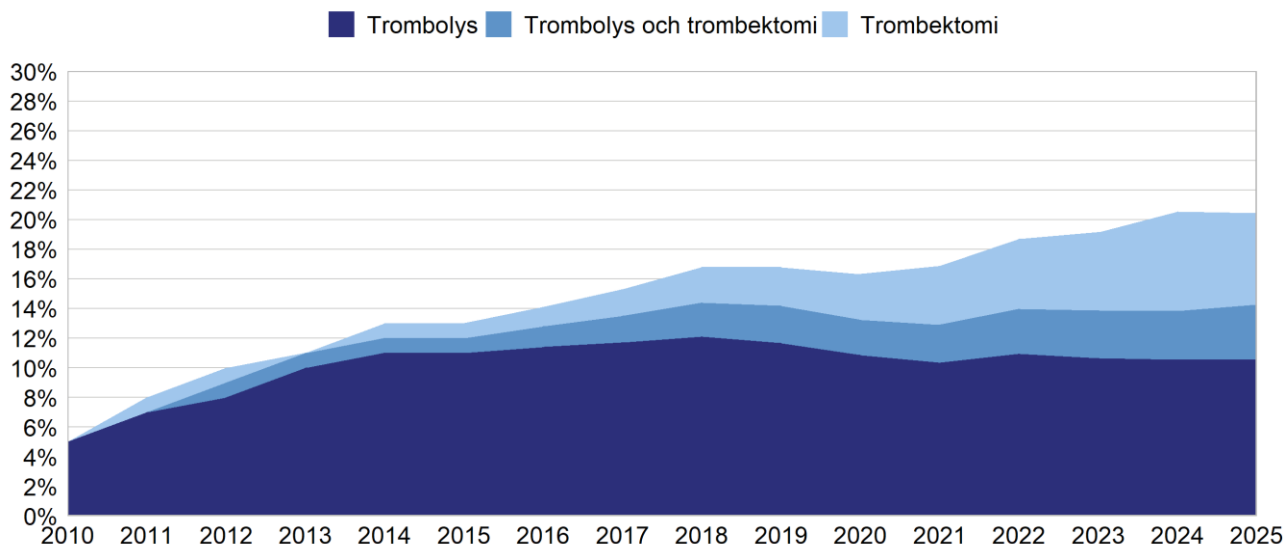
Riksstroke redovisar trombolysbehandling från 18 års ålder och utan någon övre åldersgräns. Beräkningarna tar inte heller hänsyn till det äldre kriteriet att bara patienter som var ADL-oberoende före insjuknandet skulle behandlas. ADL-beroende är långt ifrån alltid en kontraindikation för trombolysbehandling. ADL-beroende kan dessutom bero på andra faktorer än effekter från en tidigare stroke. Riksstroke följer här internationell praxis i beräkningsgrunder för andelen som trombolysbehandlas.

Analyserna av andelarna som trombolysbehandlas tar ingen hänsyn till att vissa patienter har specifika kontraindikationer mot trombolys. Alla patienter med ischemisk stroke ingår i nämnaren för respektive grupp.

Det vetenskapliga underlaget för trombektomi förändrades kraftigt 2014–2015 då flera randomiserade studier visade en kraftigt gynnsam effekt på funktionsnedsättning jämfört med bästa medicinska behandlingen (som i de flesta fall innefattade intravenös trombolys). I Socialstyrelsens riktlinjer har intravenös trombolys, liksom trombektomi för behandling av ischemisk stroke och ocklusion av hjärnans stora främre kärl, prioritet 1, medan trombektomi av basilarisocklusion har prioritet 2. Mekanisk trombektomi till personer med akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad (6–24 timmar efter insjuknandet) har prioritet 1, infört i Socialstyrelsens riktlinjer januari 2020).

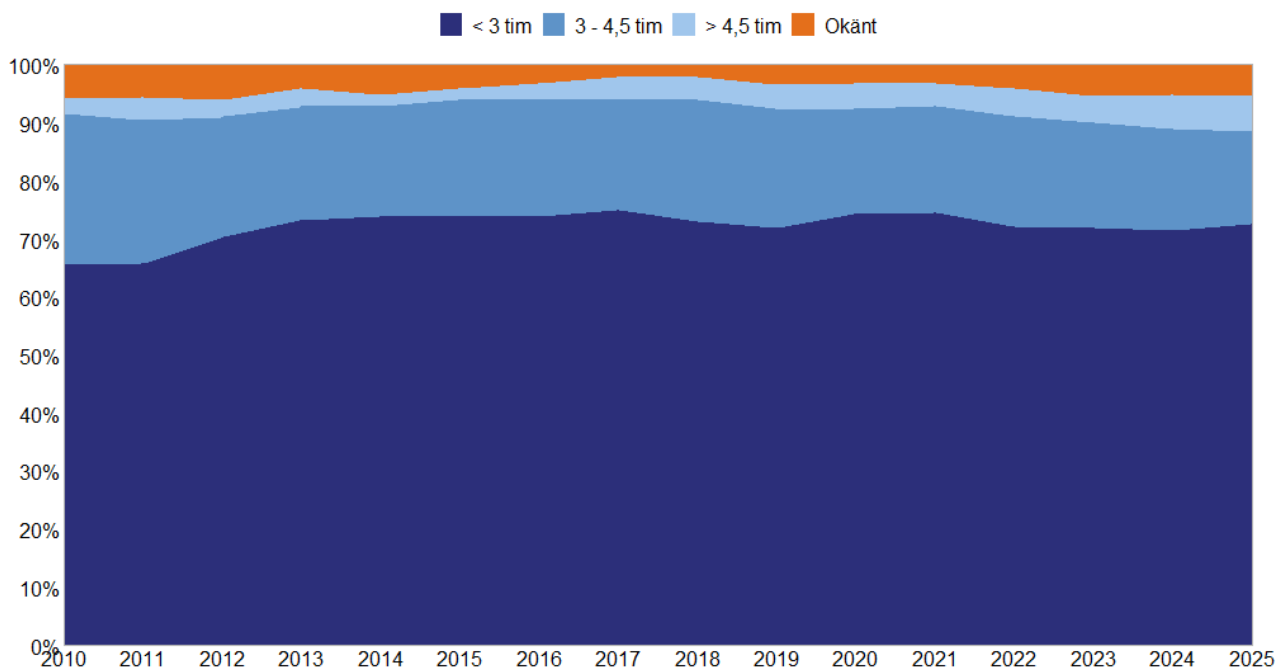
Rapporten redovisar mer detaljerat än tidigare båda metoderna, som tillsammans utgör reperfusionsbehandling (reperfusion = återställande av blodflödet). Utvidgade parametrar kring själva trombektomibehandlingen samlas in och rapporteras i EVAS registret som presenterar data i en separat årsrapport (<https://evas-registret.se/>). Ett samarbete med samkörning av trombektomidata i Riksstroke och EVAS är etablerat och gemensamma rapporter publiceras regelbundet ([Reperfusionsbehandling i Sverige](#)).

Reperfusionsbehandlade

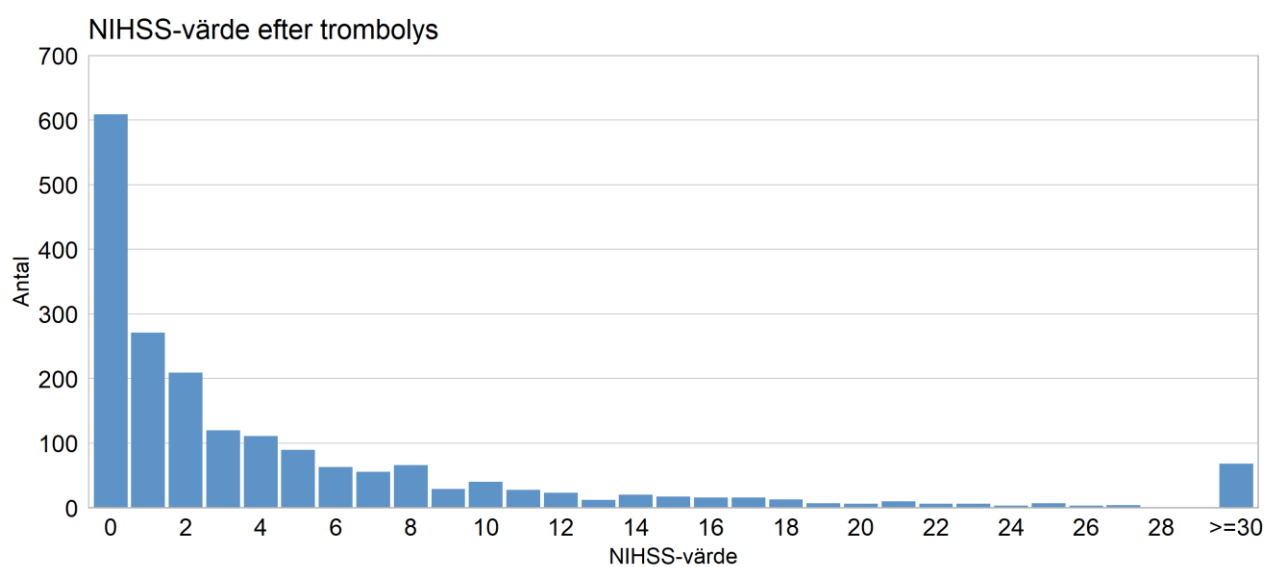
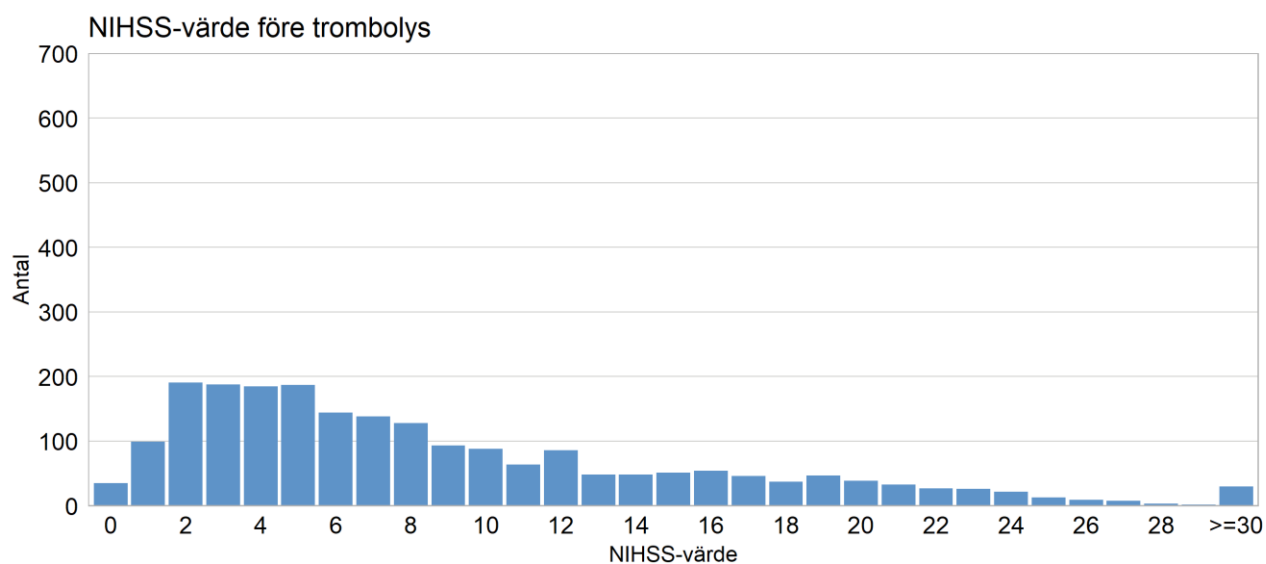


Figur 30. Andel av patienter med ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling 2010–2025.

Den övre tidsgränsen för trombolys är enligt nationella riktlinjer och den godkända indikationen 4,5 timmar, men effekten av en trombolysbehandling är klart större ju tidigare den genomförs. Nya studier öppnar även för positiv effekt även senare i vissa fall.



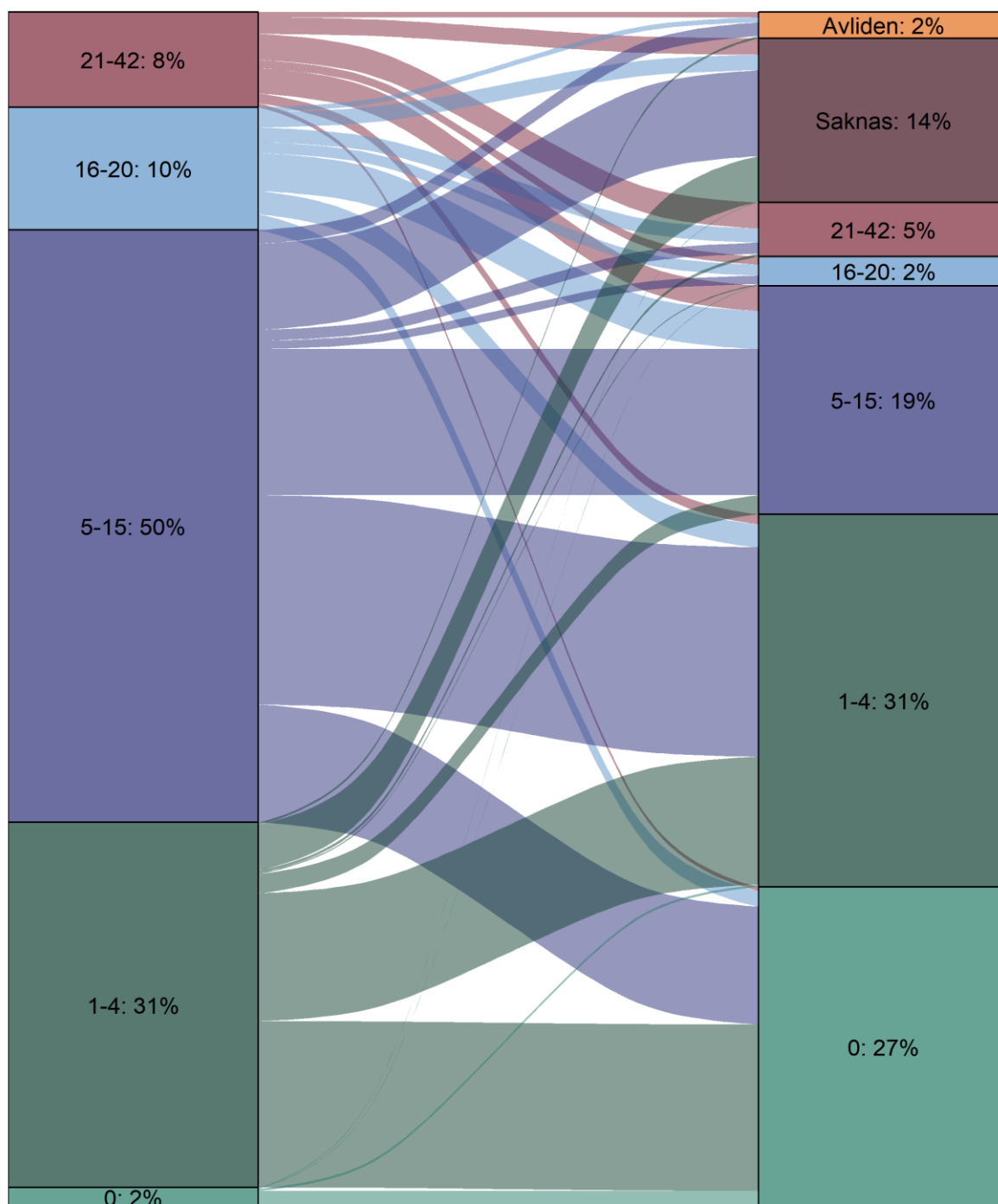
Figur 31. Andel trombolysbehandlade i olika tidsintervall 2010–2025.



NIHSS-värde vid trombolys

Figur 32. Fördelningen av NIHSS-värdet före (övre) och efter trombolys (nedre), 2025.

NIHSS-värde före och efter trombolys

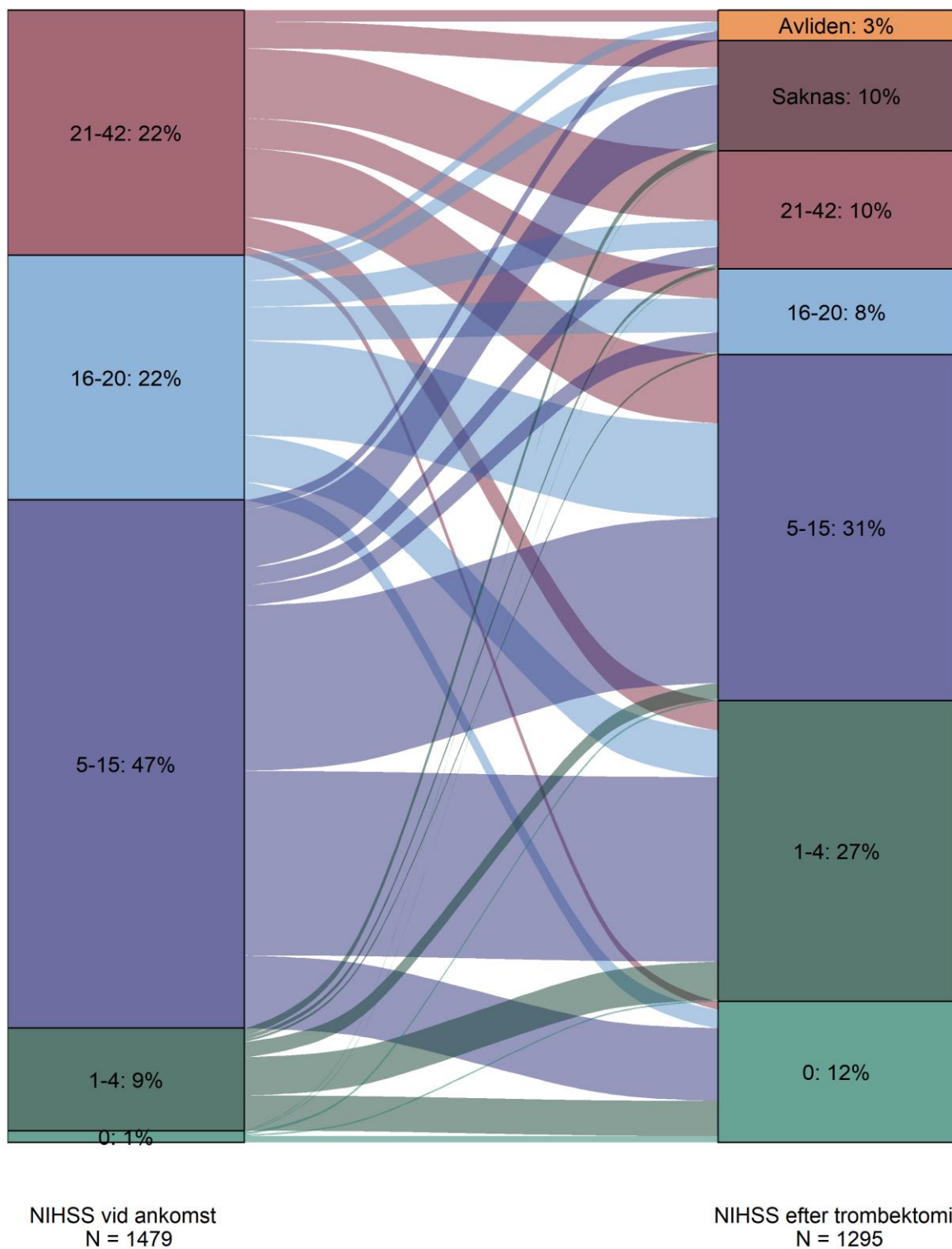


NIHSS vid ankomst
N = 2169

NIHSS-värde efter trombolys
N = 1823

Figur 33. Visar grafiskt hur NIHSS-värdet fördelade sig före (vänster) och efter (höger) trombolys. Hos 1768 patienter som fick trombolys fanns NIHSS-värde registrerat både före och efter trombolysbehandling under 2025.

NIHSS-värde före och efter trombektomi



Figur 34. Visar grafiskt hur NIHSS-värdet fördelade sig före (vänster) och efter (höger) trombektomi. Hos 1295 patienter som behandlades med trombektomi fanns NIHSS-värde rapporterat både före och efter trombektomi under 2025.

Tabell 27. Andelen patienter med ischemisk stroke i alla åldrar som fick reperfusionsbehandling (trombolys, trombolys och trombektomi eller endast trombektomi) per region 2025.

Region	Trombolys, %	Trombektomi, %	Trombolys och trombektomi, %	Reperfusionsbehandlade totalt, %
Region Blekinge	9%	5%	3%	17%
Region Dalarna	8%	4%	2%	14%
Region Gotland	15%	1%	2%	18%
Region Gävleborg	11%	5%	2%	18%
Region Halland	14%	7%	5%	25%
Region Jämtland-Härjedalen	10%	3%	4%	17%
Region Jönköpings län	12%	3%	2%	16%
Region Kalmar	11%	2%	2%	16%
Region Kronoberg	14%	5%	4%	24%
Region Norrbotten	16%	5%	3%	24%
Region Skåne	12%	6%	5%	23%
Region Stockholm	9%	8%	4%	21%
Region Sörmland	11%	4%	2%	17%
Region Uppsala	8%	7%	6%	21%
Region Värmland	9%	6%	3%	18%
Region Västerbotten	12%	7%	5%	24%
Region Västernorrland	20%	3%	4%	27%
Region Västmanland	11%	5%	3%	18%
Region Örebro län	5%	12%	4%	20%
Region Östergötland	8%	7%	4%	18%
Västra Götalandsregionen	11%	7%	3%	21%
Riket	11%	6%	4%	20%

Tabell 28 Andelen patienter med ischemisk stroke i alla åldrar som fick reperfusionsbehandling (trombolys, trombolys och trombektomi eller endast trombektomi) per sjukvårdsregion 2025.

Sjukvårdsregion	Trombolys, %	Trombektomi, %	Trombolys och trombektomi, %	Reperfusionsbehandlade totalt, %
Mellansverige	9%	6%	3%	18%
Norra	15%	5%	4%	24%
Stockholm	9%	8%	4%	21%
Sydöstra	10%	4%	3%	17%
Södra	12%	6%	5%	22%
Västra	11%	7%	4%	22%
Riket	11%	6%	4%	20%

Reperfusionsbehandling på sjukhusnivå

I Västragötalandsregionen, Göteborg med omnejd, är trombolysbehandlingen centraliserad till ett sjukhus, Sahlgrenska. I våra sjukhusjämförelser har vi därför inte tagit med Östra sjukhuset eller Mölndals sjukhus. Region Stockholm har direkttriagering av patienter med svårare stroke till Karolinska Solna vilket gör att Karolinska Solnas andel reperfusionsbehandlade blir högre och andelen för övriga Stockholmssjukhus blir lägre (se nedan).

I Tabell 29 redovisas trombolysbehandling och reperfusionsbehandling totalt för patienter i alla åldrar utan hänsyn till ADL-status före insjuknandet.

Trombolysbehandling hos patienter över 80 år

Socialstyrelsen ändrade 2014 de nationella riktlinjerna för strokevård och tog bort den tidigare övre åldersgränsen på 80 år, baserat på nyttillkomna vetenskapliga studier.

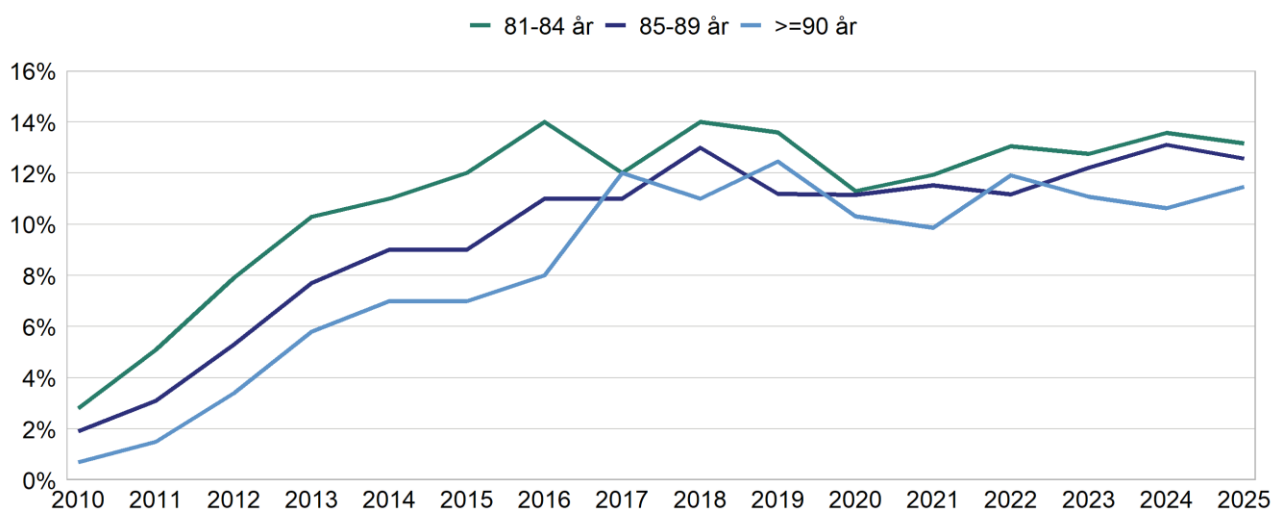
Figur 35 visar utvecklingen av andelen trombolysbehandlingar hos patienter över 80 år med ischemisk stroke (utan hänsyn till ADL-funktion före insjuknandet).

Webbtabell 14 (www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter") visar data för trombolysbehandling på sjukhusnivå för patienter över 80 år.

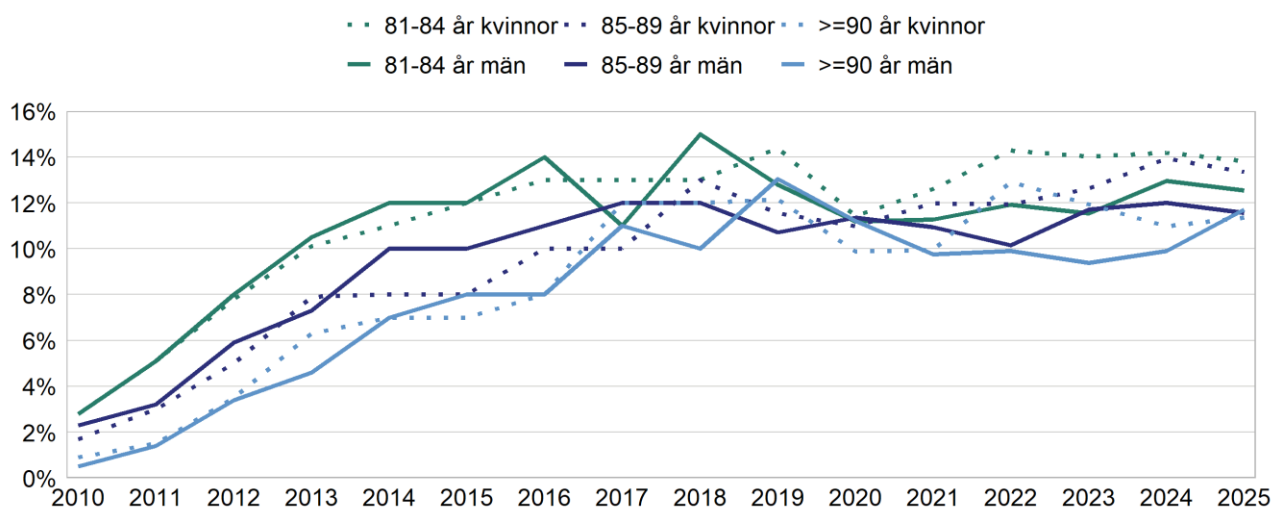
Webbtabell 15 (www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter") redovisar det totala antalet trombolys- och trombektomibehandlingar som utfördes på varje sjukhus (utförda för patienter som vårdades på det egna sjukhuset eller huvudsakligen på annat sjukhus).

Trombolysbehandling i åldrar över 80 år

Totalt



Män och kvinnor



Figur 35. Andelen patienter över 80 år med ischemisk stroke som behandlats med trombolys. I övre bilden totalt och i nedre bilden uppdelat på kön där heldragna linjer är män och streckade linjer är kvinnor, 2010–2025.

Tabell 29. Andelen trombolysbehandlade patienter av de med ischemisk stroke i alla åldrar, utan hänsyn till ADL-status före insjuknandet, andelen reperfusionsbehandlade totalt, samt andelen av de reperfusionsbehandlade som inom 36 timmar efter behandlingen fick symptomgivande intrakraniell blödning. * För Sahlgrenska ingår Mölndal och Östra

Sjukhus	Trombolys andel, %	Reperfusionsbehandlade andel, %	Hjärnblödning andel, %
Akademiska	16%	24%	8%
Alingsås	18%	26%	2%
Arvika	14%	23%	6%
#Avesta	7%	11%	0%
Bollnäs	14%	15%	5%
Borås	16%	23%	2%
Danderyd	12%	16%	4%
#Enköping	4%	7%	0%
Falun	11%	15%	2%
#Gällivare	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	13%	19%	5%
Halmstad	17%	23%	0%
Helsingborg	25%	31%	1%
Hudiksvall	13%	18%	0%
Hässleholm	18%	23%	0%
Höglandssjukhuset	9%	11%	11%
Kalix	16%	21%	0%
Kalmar	14%	16%	2%
#Karlshamn	8%	8%	0%
Karlskoga	9%	12%	0%
Karlskrona	12%	17%	5%
Karlstad	12%	18%	3%
Karolinska Huddinge	10%	15%	2%
Karolinska Solna	29%	61%	3%
Kiruna	32%	39%	0%
Kristianstad	13%	14%	3%
#Kullbergsska sjukhuset	8%	9%	0%
Kungälv	14%	23%	4%
Köping	10%	17%	7%
Landskrona	9%	17%	0%
Lindesberg	5%	12%	10%
Linköping	13%	25%	6%
Ljungby	22%	26%	4%
Mora	9%	13%	0%
Motala	11%	12%	6%
Mälarsjukhuset	13%	21%	12%

Sjukhus	Trombolys andel, %	Reperfusionsbehandlade andel, %	Hjärnblödning andel, %
Norrtälje	12%	24%	12%
NUS Umeå	16%	25%	6%
Nyköping	16%	20%	5%
Näl/Uddevalla	15%	22%	3%
Oskarshamn	16%	20%	33%
Piteå	12%	18%	13%
Ryhov	15%	19%	0%
S:t Göran	10%	15%	2%
Sahlgrenska	11%	19%	1%
SKAS Skövde	14%	20%	3%
Skellefteå	19%	21%	0%
Sollefteå	29%	30%	4%
Sunderbyn	23%	27%	3%
Sundsvall/Härnösand	23%	26%	2%
SUS Lund	19%	31%	4%
SUS Malmö	18%	23%	4%
Södersjukhuset	12%	18%	1%
Södertälje	10%	15%	6%
Torsby	12%	14%	7%
Trelleborg	11%	15%	7%
Varberg	20%	28%	0%
Visby	17%	18%	19%
Vrinnevisjukhuset	11%	15%	2%
Värnamo	19%	20%	0%
Västervik	11%	12%	7%
Västerås	14%	19%	7%
Växjö	17%	23%	6%
Ystad/Simrishamn	8%	12%	10%
Ängelholm	21%	24%	0%
Örebro	9%	24%	5%
Örnsköldsvik	22%	26%	5%
Östersund	13%	17%	0%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	14%	20%	4%

Intracerebral blödning som komplikation till trombolysbehandling

Vid enskilda sjukhus noterades relativt höga frekvenser symptomgivande intracerebrala blödningar men man ska komma ihåg att talen är mycket små och det därför finns stort utrymme för slumpmässiga variationer (Tabell 29 samt Webbtabel 14 www.riksstroke.org, under länken "Rapporter" och "Årsrapporter").

Tid från symptomdebut till ankomst till sjukhus för trombolysbehandlade patienter och tid från symptomdebut till trombolysbehandling

Riksstroke har tidigare redovisat dessa data som medianvärden per region. Det finns emellertid osäkerheter i denna beräkning, bland annat beroende på hur tiden för symptomdebut registreras samt skillnader i saknade data. Riksstroke har bedömt att dessa data är alltför osäkra, och har därför valt att inte rapportera dem i föreliggande årsrapport.

Tabell 30. Mediantid (i minuter) från ankomst till sjukhus till behandlingsstart (dörr-till-nål) 2025.

Region	Ankomst sjukhus till behandling. Median, min
Region Blekinge	45.0
Region Dalarna	28.5
Region Gotland	37.0
Region Gävleborg	31.5
Region Halland	26.0
Region Jämtland-Härjedalen	22.0
Region Jönköpings län	30.0
Region Kalmar	33.0
Region Kronoberg	45.0
Region Norrbotten	25.0
Region Skåne	36.5
Region Stockholm	25.0
Region Sörmland	38.5
Region Uppsala	30.0
Region Värmland	30.5
Region Västerbotten	21.5
Region Västernorrland	30.0
Region Västmanland	32.0
Region Örebro län	22.0
Region Östergötland	31.0
Västra Götalandsregionen	23.0
Riket	29.0

Tid från ankomst till sjukhus till behandlingsstart

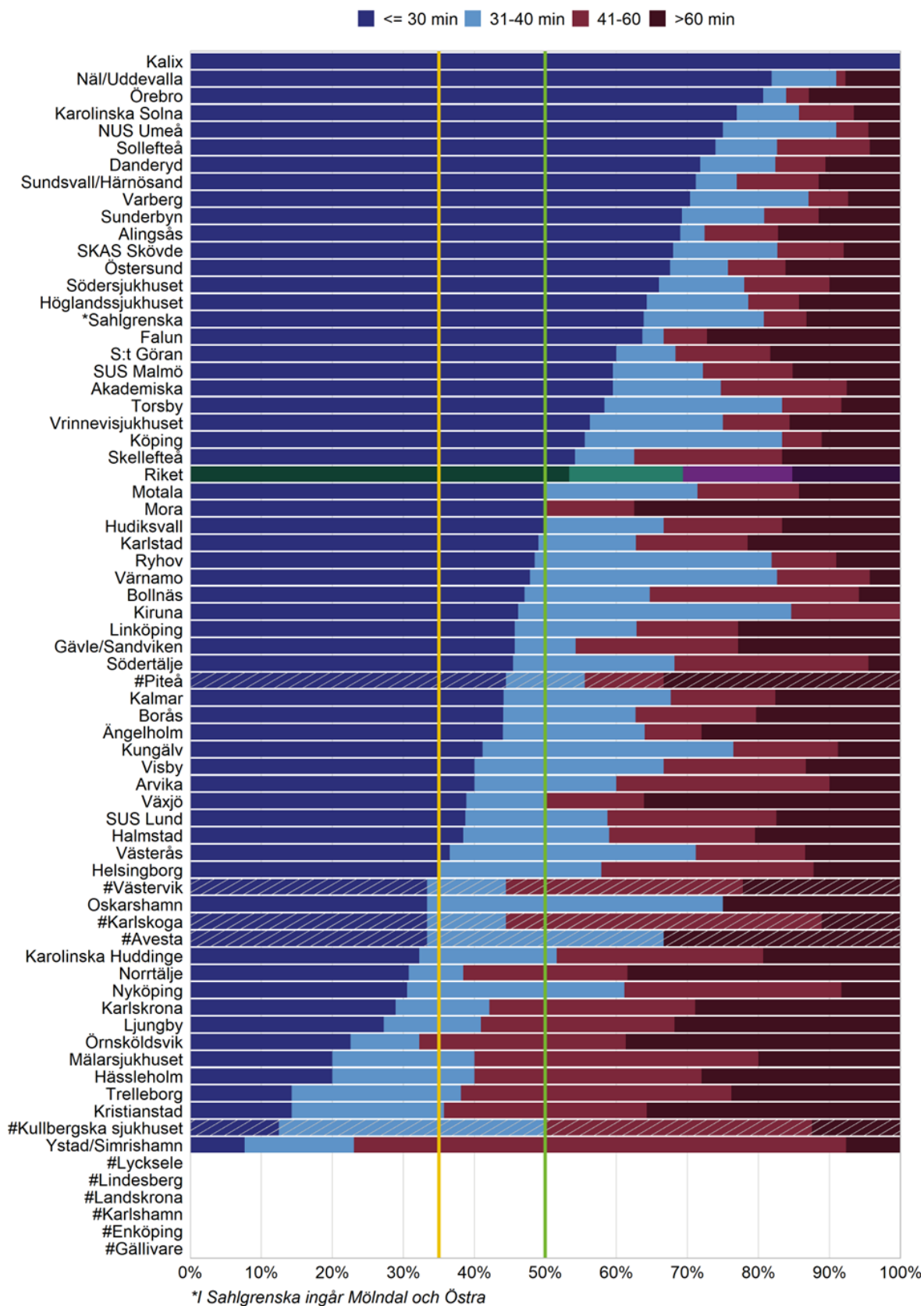
Tiden från att patienten kommer in till sjukhus till behandlingsstart med trombolys, s.k. "dörr-till-nål"-tid, är en kritiskt viktig variabel, eftersom effekten av trombolysbehandlingen är större ju tidigare den ges.

Det fanns mycket stora variationer mellan sjukhusen, vilket talar för att det återstår mycket arbete med att implementera en effektiv vårdkedja för snabb trombolysbehandling på sjukhusen.

Tabell 31. Andelen patienter som trombolysbehandlades inom olika tidsintervall från ankomst till sjukhus till behandlingsstart per region 2025.

Region	<= 30 min, %	31-40 min, %	41-60 min, %	> 60 min, %
Region Blekinge	25%	11%	27%	36%
Region Dalarna	57%	5%	7%	30%
Region Gotland	40%	27%	20%	13%
Region Gävleborg	45%	14%	23%	19%
Region Halland	55%	18%	12%	15%
Region Jämtland-Härjedalen	64%	8%	8%	21%
Region Jönköpings län	51%	29%	10%	10%
Region Kalmar	37%	24%	15%	24%
Region Kronoberg	34%	12%	19%	34%
Region Norrbotten	62%	14%	12%	12%
Region Skåne	36%	19%	25%	20%
Region Stockholm	61%	12%	13%	13%
Region Sörmland	25%	29%	34%	12%
Region Uppsala	56%	15%	19%	10%
Region Värmland	48%	16%	16%	20%
Region Västerbotten	66%	14%	10%	10%
Region Västernorrland	58%	7%	17%	18%
Region Västmanland	42%	32%	13%	14%
Region Örebro län	66%	6%	11%	17%
Region Östergötland	52%	18%	12%	18%
Västra Götalandsregionen	60%	15%	10%	15%
Riket	52%	16%	16%	17%

Dörr-till-nål-tider



Figur 36. Andelen patienter som trombolysbehandlades inom olika tidsintervall från ankomst till sjukhus till behandlingsstart per sjukhus 2025.

Trombolysbehandling med tenecteplase

Intravenös trombolys kan göras med alteplas eller tenecteplase. I nuläget är det framförallt tenecteplas som finns att tillgå i Sverige.

Orsak till att trombolys ej gavs bland dem som insjuknat i ischemisk stroke och ej fått trombolys

Uppgifter kring varför trombolysbehandling inte gavs redovisas i Tabell 32.

Tabell 32. Orsaker till att trombolysbehandling inte gavs, 2025.

Orsak	Andel	Antal
För milda symptom	20%	2 941
För svåra symptom	1%	182
Ej möjligt att ge behandling i tid, >4,5 tim från insjuknandetidpunkt till ankomsttidpunkt till sjukhus	26%	3 774
Andra kontraindikationer för trombolys	19%	2 719
Annan anledning (ex. okänd insjuknandetid)	29%	4 098
Felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan	0%	31
Saknades nödvändig kompetens (ex. läkare med trombolyserfarenhet, bedömning av radiologi)	0%	8
Okänt	7%	1 043

2.2.11. Trombektomi

Resultat

Det finns sju trombektomicenter i Sverige, vid Norrlands universitetssjukhus, Akademiska Sjukhuset Uppsala, Universitetssjukhuset Örebro, Karolinska Solna i Stockholm, Sahlgrenska i Göteborg, Linköpings universitetssjukhus och Skånes universitetssjukhus (SUS) Lund. Ibland kan även trombektomi utföras vid Sundsvalls sjukhus. Andelen trombektomier i relation till befolkningsstorleken varierar mellan sjukvårdsregionerna (Figur 37).

Tabell 33. Antal trombektomier per sjukvårdsregion under 2024–2025. Den övre tabellen visar vårdtillfällen som sjukhusen äger 2025 och den nedre var behandlingen genomfördes oavsett vilket sjukhus som äger vårdtillfället.

*Trombektomier genomförda på utländskt sjukhus redovisas ej

Sjukvårdsregion	Antal	per 100 000 inv
Mellansverige	367	17.0
Norra	132	14.7
Stockholm	402	15.8
Sydöstra	118	10.8
Södra	315	17.6
Västra	324	15.3
Riket	1 658	15.6

Sjukvårdsregion	2024	2025
Norra	141	134
Stockholm	469	430
Sydöstra	86	115
Södra	295	314
Mellansverige	414	324
Västra	302	328
Riket	1 707	1 645

Trombektomibehandlingar registreras i EVAS-registret. Registren kompletterar varandra så att Riksstroke registrerar ett antal bakgrundsvariabler, mycket få data kring interventionen men däremot mer utförliga uppföljningsdata av dessa patienter, medan EVAS registrerar detaljerade uppgifter kring själva interventionen inklusive neuroradiologiska fynd. Redovisning av trombektomidata i föreliggande rapport baseras på de trombektomidata som registrerats in till Riksstroke.

En grafisk översikt över hur trombektomipatienter flyttas för att få behandling återfinns i Figur 39.

I Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer från januari 2020 tillkom en rekommendation kring trombektomi för personer med akut ischemisk stroke med okklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad 6–24 timmar efter insjuknandet (prioritet 1). Andelen per sjukvårdsregion redovisas i Tabell 34.

Tabell 34. Andel trombektomibehandlade av de som insjuknat i ischemisk stroke per sjukvårdsregion 2025.

Sjukvårdsregion	Andel	Antal
Stockholm	12%	402
Västra	11%	324
Södra	10%	315
Mellansverige	9%	367
Norra	9%	132
Sydöstra	7%	118
Riket	10%	1 658

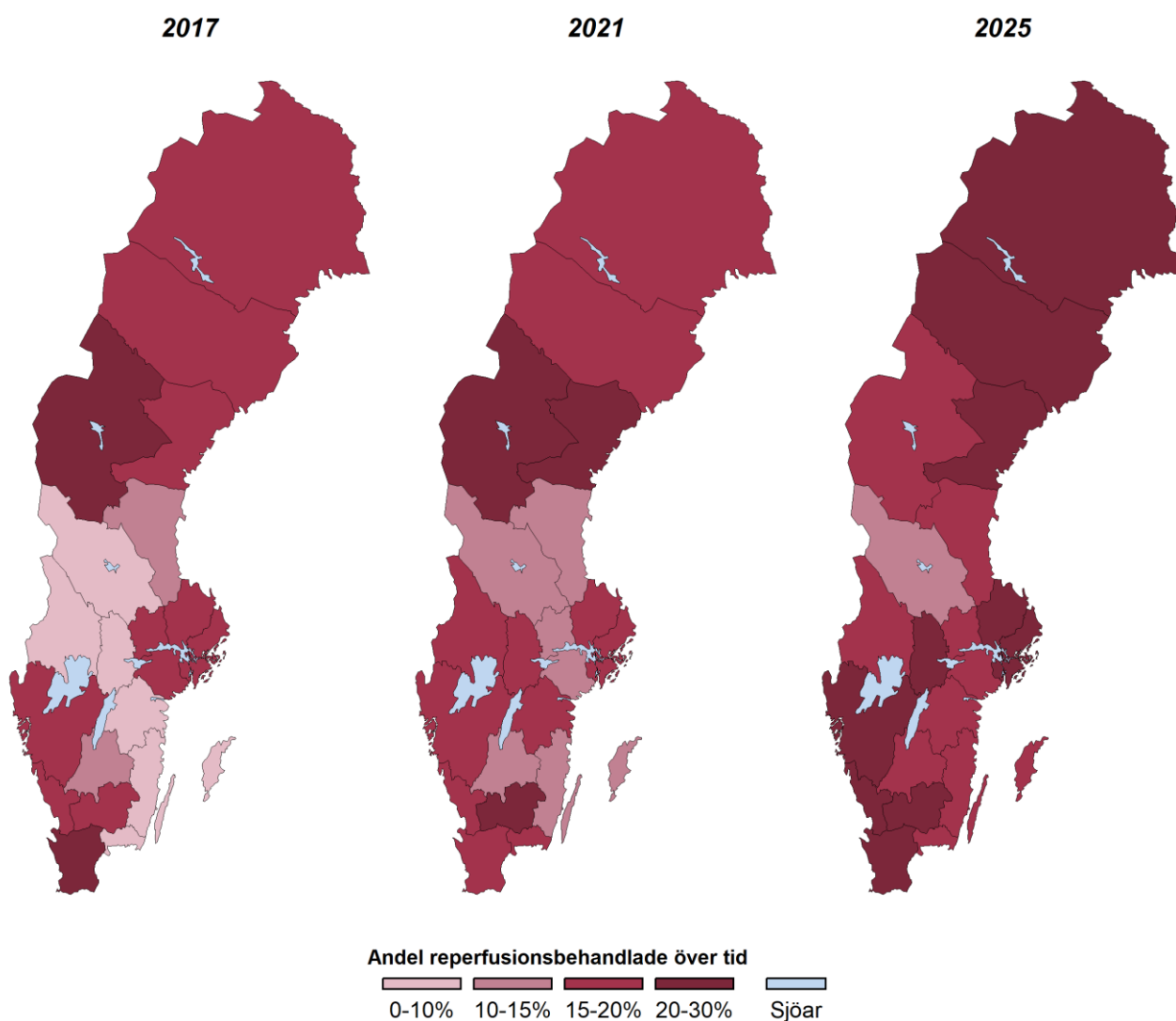
Tabell 35. Andel trombektomibehandlade i intervallet 6 – 24 timmar efter insjuknandet av alla trombektomier per sjukvårdsregion 2025.

Sjukvårdsregion	Trombektomi i 6-24 h efter ankomst, %
Mellansverige	33%
Norra	42%
Stockholm	27%
Sydöstra	30%
Södra	28%
Västra	20%
Riket	29%

Tabell 36. Andel trombektomibehandlade av de som insjuknat i ischemisk stroke per region 2025

Region	Andel
Region Blekinge	8%
Region Dalarna	6%
Region Gotland	3%
Region Gävleborg	7%
Region Halland	12%
Region Jämtland-Härjedalen	7%
Region Jönköpings län	5%
Region Kalmar	4%
Region Kronoberg	9%
Region Norrbotten	8%
Region Skåne	11%
Region Stockholm	12%
Region Sörmland	6%
Region Uppsala	13%
Region Värmland	9%
Region Västerbotten	12%
Region Västernorrland	7%
Region Västmanland	8%
Region Örebro län	15%
Region Östergötland	10%
Västra Götalandsregionen	11%
Riket	10%

Andel reperfusionsbehandlade 2017,2021,2025

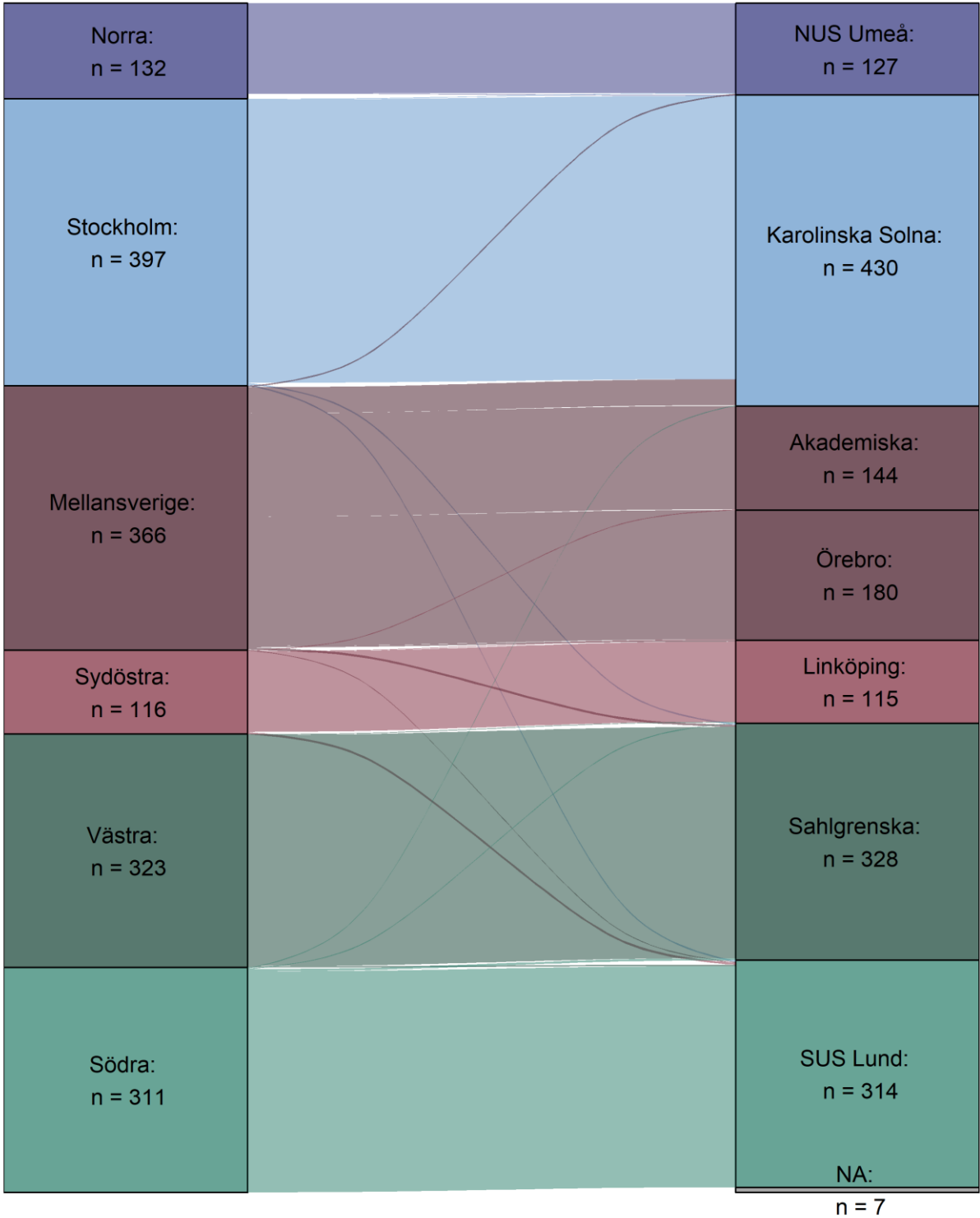


Figur 37. Andel av patienter med ischemisk stroke som reperfusionsbehandlats år 2016, 2020, 2024 per region.

Förflyttningar trombektomibehandlade

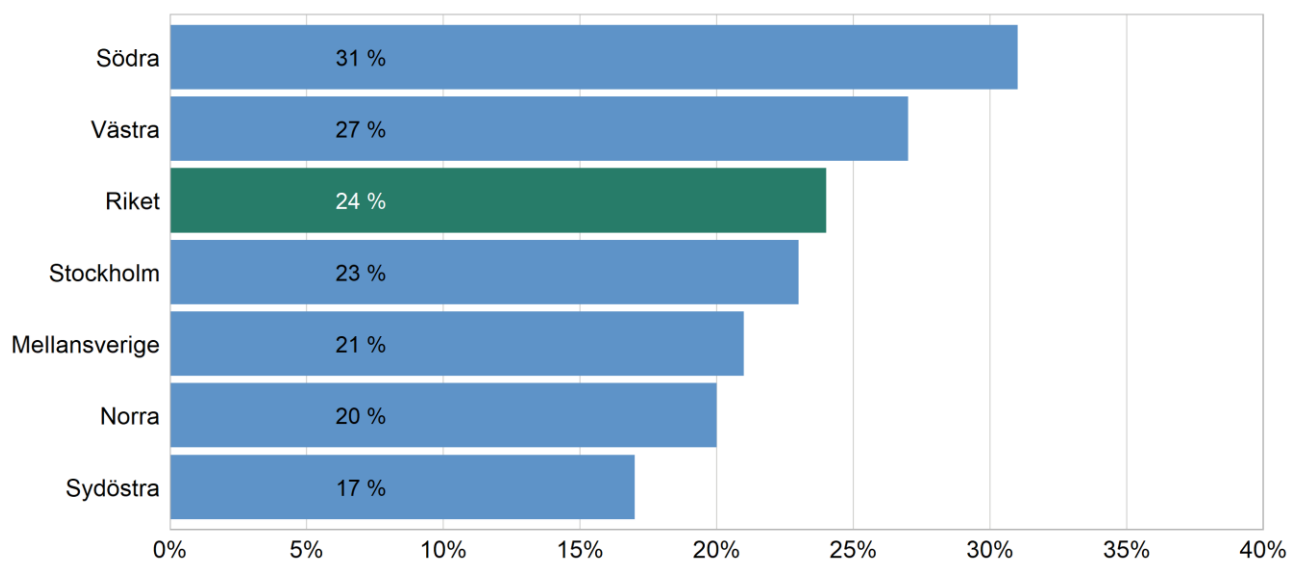
Trombektomi görs huvudsakligen vid sju sjukhus i landet. Vanligen sker förflyttningen inom sjukvårdsregionen. Målet är att trombektomi ska ske så snabbt som möjligt och därför kan ibland det närmaste trombektomicentrat ligga i en annan sjukvårdsregion (Figur 39).

Förflyttningar vid trombektomibehandling



Figur 39. Översikt över hur patienter flyttats för att få trombektomibehandling under 2025.

Trombektomicentra kontaktat



Figur 40. Trombektomicentra kontaktat för de som insjuknat i ischemisk stroke per sjukvårdsregion 2025.

*Trombektomier genomförda på utländskt sjukhus redovisas ej

2.2.12. Hemikraniektomi

Om indikatorn

Hemikraniektomi	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Halverar risken för död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 1

Vid mycket stora ischemiska stroke med livshotande hjärnsvullnad kan hemikraniektomi genomföras. Detta är ett neurokirurgiskt ingrepp där skallbenet temporärt lyfts bort och hårda hjärnhinnan utvidgas för att ge utrymme för svullnaden så att inte livsuppehållande funktioner påverkas.

Tabell 37. Antal hemikraniektomier per sjukvårdsregion under 2025. Den övre tabellen visar vårdtillfällen som sjukhusen äger och den nedre var behandlingen genomfördes oavsett vilket sjukhus som äger vårdtillfället.

*Hemikraniektomier utförda på utländskt sjukhus redovisas ej

Sjukvårdsregion	per 100 000 inv ägande sjukhus	per 100 000 inv behandlande sjukhus
Mellansverige	0.3	0.3
Norra	0.8	0.8
Stockholm	0.2	0.2
Sydöstra	0.5	0.5
Södra	0.4	0.4
Västra	0.1	0.1
Riket	0.3	0.3

2.2.13. Neurokirurgisk åtgärd för hjärnblödning

Riksstroke registrerar sedan 2018 neurokirurgisk behandling genomförd för hjärnblödning. I de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen ges neurokirurgisk behandling för supratentoriell intracerebral blödning i akutskedet prioritet 4; i det vetenskapliga underlaget anges att åtgärden har en viss effekt på död och funktionsberoende. För vissa patienter är operationen livräddande. För lillhjärnsblödning ges prioritet 2, baserat på stöd från beprövad erfarenhet (konsensus).

Andelen genomförda neurokirurgiska åtgärder per region redovisas i Tabell 38.

Tabell 38. Andelen genomförda neurokirurgiska åtgärder per sjukvårdsregion 2025.

Sjukvårdsregion	Andel	Antal
Mellansverige	8%	47
Norra	11%	24
Stockholm	8%	40
Sydöstra	8%	19
Södra	4%	19
Västra	5%	22
Riket	7%	171

2.2.14. Sjukgymnastik/fysioterapi och arbetsterapi

Tolkningsanvisningar

- En hög andel saknade uppgifter gör att siffrorna för om patienten fått sjukgymnastik/fysioterapi eller arbetsterapi måste tolkas särskilt försiktigt.
- Skillnader mellan sjukhusen för bedömning och behandling av sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut kan influeras av huruvida de finns tillgängliga också under helgtid eller inte.
- Skillnader mellan sjukhus för behandling av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast kan också influeras av huruvida det finns tillgång till tidig understödd rehabilitering i hemmet. Med korta vårdtider och tillgång till tidig understödd rehabilitering så sker rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus. Under sjukhusperioden prioriteras bedömningar och medicinska undersökningar.

Om indikatorn

Bedömning och behandling av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast är åtgärder som görs vid en strokeenhet. Riksstroke registrerar sedan 2012 patienternas tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast i akutfasen av stroke.

Tabell 39 Andelen strokepatienter som bedömdes av sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut under 2025. *Uppgift saknas är exkluderat vid beräkning av övriga andelar

Bedömning	Sjukgymnast, %	Arbetsterapeut, %
Ja, <=24 tim	55%	51%
Ja, >24 tim men <=48 tim	16%	16%
Ja, >48 tim	17%	19%
Nej	12%	14%
Uppgift saknas/okänt*	1%	1%

Tabell 40. Andelen strokepatienter som behandlades av sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut under 2025. *Uppgift saknas är exkluderat vid beräkning av övriga andelar

Behandling	Sjukgymnast, %	Arbetsterapeut, %
Ja	66%	67%
Nej, men har haft behov	1%	2%
Nej, men har haft behov men inte kunnat tillgodogöra sig rehab	2%	2%
Nej, har inte haft behov	30%	28%
Patienten har avböjt	1%	1%
Uppgift saknas/okänt*	20%	22%

2.2.15. Bedömning av en logoped avseende tal- eller sväljfunktion under vårdtiden

Om indikatorn

Bedömning av logoped	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Bedömningen utgör en förutsättning för adekvata fortsatta åtgärder.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Själva bedömningen ingår inte som egen åtgärdsrad i riktlinjerna. I dessa prioriteras olika former av tal- och kommunikationsträning.

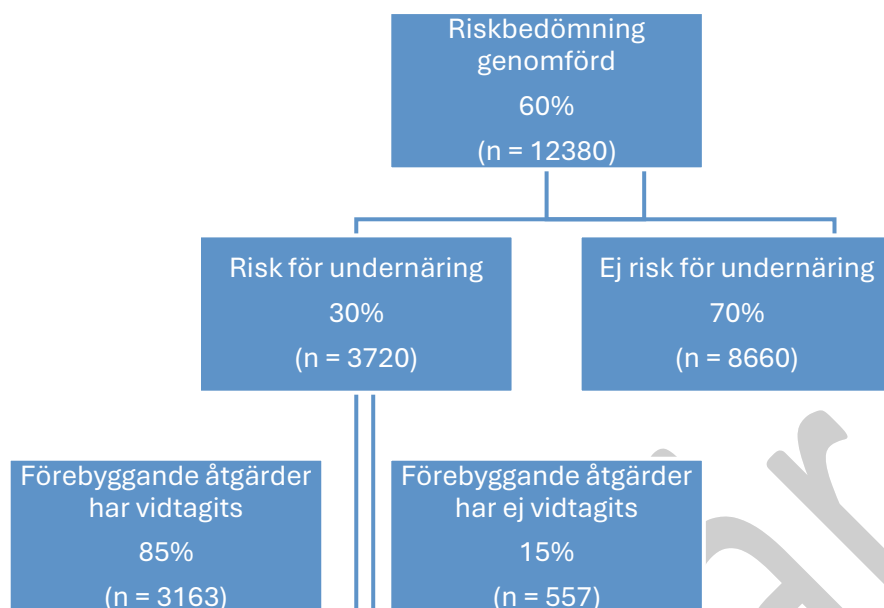
Tolkningsanvisningar

- Måttet är nyligen infört i Riksstroke. Det tar inte hänsyn till om patienten haft tal- eller sväljsvårigheter under vårdtiden. Indikatorn är under utveckling.

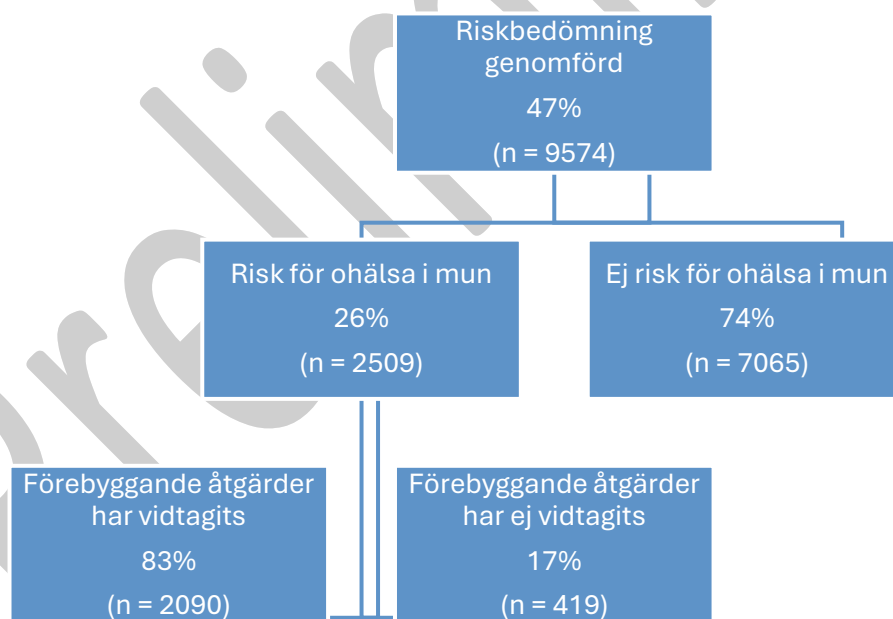
2.2.16. Riskbedömning omvårdnad

Om indikatorn

I det personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för stroke och TIA lyfts vikten av att utreda, riskbedöma och sätta in åtgärder för omvårdnadsvariabler. 2023 kom även ett nytt kunskapsstöd för bedömning av munhälsa efter stroke. Riksstroke registrerar riskbedömning för undernäring och av munhälsa sedan 2023.



Figur 41 Andel patienter alla åldrar där Riskbedömning för undernäring är gjord, Riket 2025.



Figur 42. Andel patienter alla åldrar där Riskbedömning av munhälsa är gjord, Riket 2025.

2.3. LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR STROKEPATIENTER

2.3.1. Blodtryckssänkande läkemedel

Om indikatorn

Blodtryckssänkande läkemedel	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Ischemisk stroke under akutskede: Icke-göra Hjärnblödning under akutskede: Prio 3 Ischemisk stroke eller hjärnblödning efter akutskede (sekundärprevention): Prio 2
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 %. Socialstyrelsen: 80 %.

Tolkningsanvisningar

- Endast sekundärprevention registreras i Riksstroke
- För en mindre andel strokepatienter är blodtrycksbehandling inte till gagn, till exempel vid lågt blodtryck eller kraftig ortostatism. Alla strokepatienter kan därför inte behandlas.
- Vid vissa sjukhus sätts sekundärpreventiv behandling in vid tidigt återbesök efter utskrivning. För dessa sjukhus kan Riksstrokedata vid utskrivning ge alltför låga siffror. Då är de uppgifter patienter rapporterar tre månader efter stroke förmodligen mer tillförlitliga.

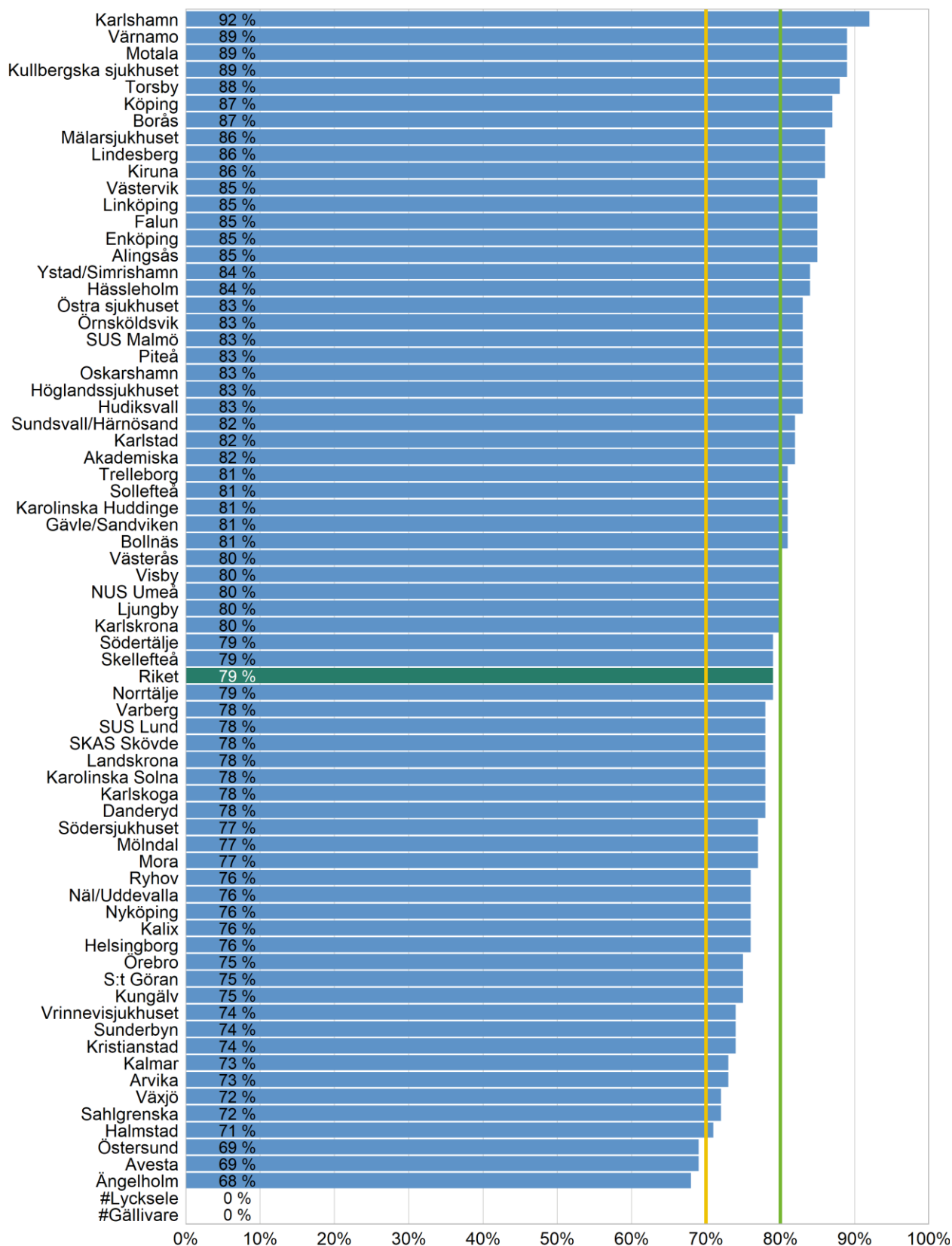
Blodtryckssänkande behandling insatt (ej akut men i regel innan utskrivning från sjukhus) efter såväl ischemisk stroke som hjärnblödning syftar till att förhindra återinsjuknande i stroke och andra kardiovaskulära händelser. Enligt nationella riktlinjer rekommenderas behandling vid normalt/högt blodtryck och har ett gott vetenskapligt stöd. Under akutskedet efter ischemisk stroke och för en mindre andel av strokepatienterna är dock blodtryckssänkande läkemedel olämpliga på grund av att blodtryckssänkningen blir alltför kraftig.

Tabell 41. Andel strokepatienter med ischemisk stroke respektive hjärnblödning som skrevs ut med någon form av blodtryckssänkande läkemedel per sjukhus 2025.

Sjukhus	Ischemisk stroke, %	Hjärnblödning, %	Totalt, %
Akademiska	82%	86%	82%
Alingsås	83%	100%	85%
#Arvika	73%	0%	73%
Avesta	67%	85%	69%
Bollnäs	81%	78%	81%
Borås	86%	97%	87%
Danderyd	77%	80%	78%
#Enköping	86%	78%	85%
Falun	85%	85%	85%
#Gällivare	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	81%	84%	81%
Halmstad	70%	82%	71%
Helsingborg	74%	83%	76%
Hudiksvall	83%	85%	83%
Hässleholm	82%	100%	84%
Höglandssjukhuset	84%	64%	83%
#Kalix	75%	100%	76%
Kalmar	72%	79%	73%
#Karlshamn	92%	0%	92%
#Karlskoga	77%	0%	78%
Karlskrona	80%	86%	80%
Karlstad	82%	85%	82%
Karolinska Huddinge	80%	86%	81%
Karolinska Solna	78%	82%	78%
#Kiruna	85%	0%	86%
#Kristianstad	74%	0%	74%
Kullbergssjukhuset	88%	94%	89%
Kungälv	73%	100%	75%
Köping	86%	94%	87%
#Landskrona	78%	75%	78%
#Lindesberg	86%	86%	86%
Linköping	85%	88%	85%
#Ljungby	79%	88%	80%
Mora	77%	83%	77%
Motala	90%	79%	89%
Mälarsjukhuset	84%	100%	86%

Sjukhus	Ischemisk stroke, %	Hjärnblödning, %	Totalt, %
Mölnadal	75%	95%	77%
Norrtälje	78%	79%	79%
NUS Umeå	81%	67%	80%
Nyköping	77%	64%	76%
Näl/Uddevalla	75%	89%	76%
#Oskarshamn	81%	100%	83%
Piteå	83%	85%	83%
Ryhov	76%	78%	76%
S:t Göran	75%	73%	75%
Sahlgrenska	71%	86%	72%
SKAS Skövde	77%	87%	78%
Skellefteå	79%	83%	79%
#Sollefteå	81%	0%	81%
Sunderbyn	73%	81%	74%
Sundsvall/Härnösand	82%	78%	82%
SUS Lund	76%	92%	78%
SUS Malmö	83%	85%	83%
Södersjukhuset	76%	85%	77%
Södertälje	78%	95%	79%
#Torsby	87%	0%	88%
Trelleborg	79%	93%	81%
Varberg	77%	90%	78%
Visby	80%	83%	80%
Vrinnevisjukhuset	72%	89%	74%
Värnamo	89%	89%	89%
#Västervik	84%	0%	85%
Västerås	79%	88%	80%
Växjö	73%	67%	72%
Ystad/Simrishamn	83%	89%	84%
Ängelholm	65%	88%	68%
Örebro	74%	83%	75%
Örnsköldsvik	85%	67%	83%
Östersund	67%	84%	69%
Östra sjukhuset	81%	89%	83%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	78%	85%	79%

Blodtryckssänkande behandling



Figur 43. Andel strokepatienter som skrevs ut från sjukhus med någon form av blodtryckssänkande mediciner per sjukhus 2025.

2.3.2. Trombocythämmande läkemedel vid ischemisk stroke utan förmaksflimmer

Om indikatorn

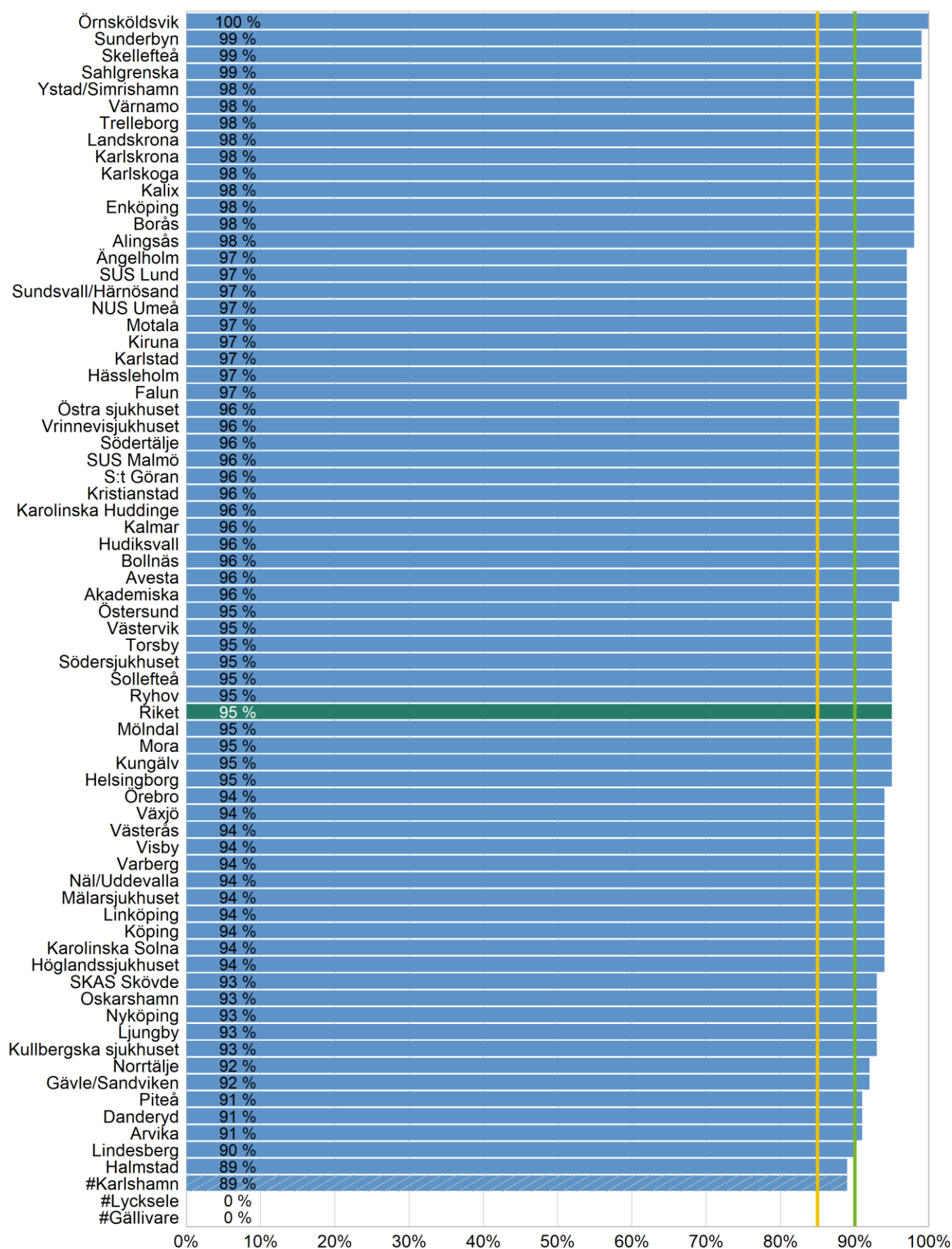
Trombocythämmande läkemedel	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej (Socialstyrelsen 2018)
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Acetylsalicylsyra under akutskede: Prio 2
	Acetylsalicylsyra efter akutskede: Prio 3
	Klopidogrel efter akutskede: Prio 3
	Korttidsbehandling (3 veckor) med acetylsalicylsyra och klopidogrel i kombination: Prio 3 (uppdatering januari 2020)
	Acetylsalicylsyra och dipyridamol som kombinationsbehandling efter akutskede: Prio 6
Målnivåer för sekundärprevention	Riksstroke: Hög 90 % Måttlig: 85 %.
	Ej målnivå hos Socialstyrelsen.

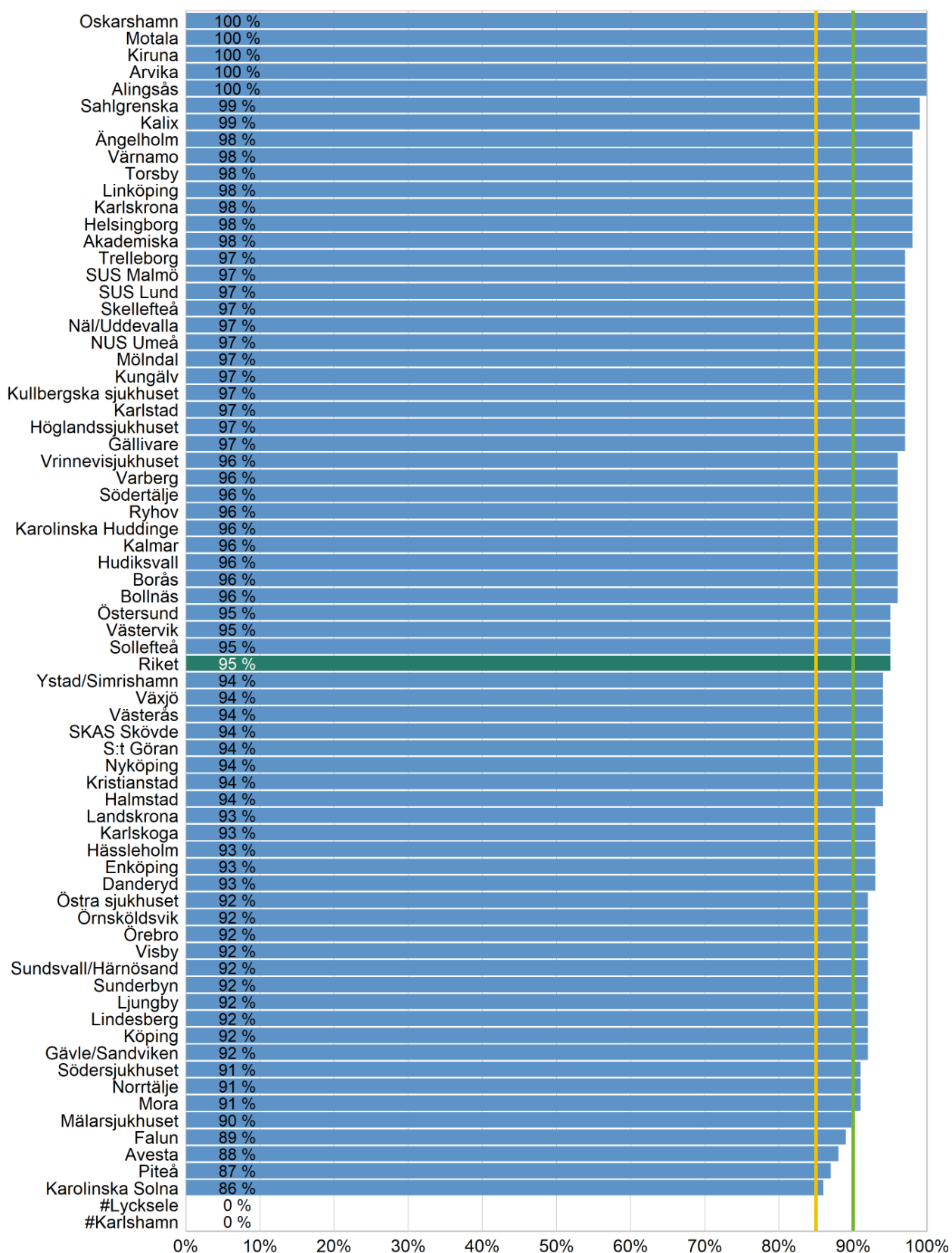
Acetylsalicylsyra (ASA) används sedan länge som sekundärprofylax efter ischemisk stroke utan förmaksflimmer för att förebygga återinsjuknande i kardiovaskulära sjukdomar. Behandlingen kan också ges under akutskedet (inom 48 timmar från insjuknande i ischemisk stroke) för att minska risk för tidiga händelser och har då högre prioritet än som sekundärprofylax enligt Socialstyrelsen. Vid sekundärpreventivbehandling har monoterapi med acetylsalicylsyra respektive klopidogrel samma prioritet i riktlinjerna (prioritet 3).

I en uppdatering av riktlinjerna januari 2020 gav Socialstyrelsen prioritet 3 till korttidsbehandling, under 3 veckor med acetylsalicylsyra och klopidogrel i kombination vid akut ischemisk stroke eller TIA, utan förmaksflimmer.

En liten andel patienter med ischemisk stroke och utan förmaksflimmer kan ha indikation för antikoagulantia (t.ex. patienter med mekanisk klaffprotes eller venös trombos). Patienter med antikoagulantia exkluderas därför i beräkningen av aktuell indikator.

Trombocythämmande läkemedel hos patienter med ischemisk stroke utan förmaksflimmer och utan antikoagulantia





Figur 44. Andel patienter med ischemisk stroke utan förmaksflimmer eller behandling med antikoagulantia som skrevs ut med trombocythämmande medicinering som sekundärprofylax per sjukhus 2025.

2.3.3. Perorala antikoagulantia vid ischemisk stroke och förmaksflimmer

Om indikatorn

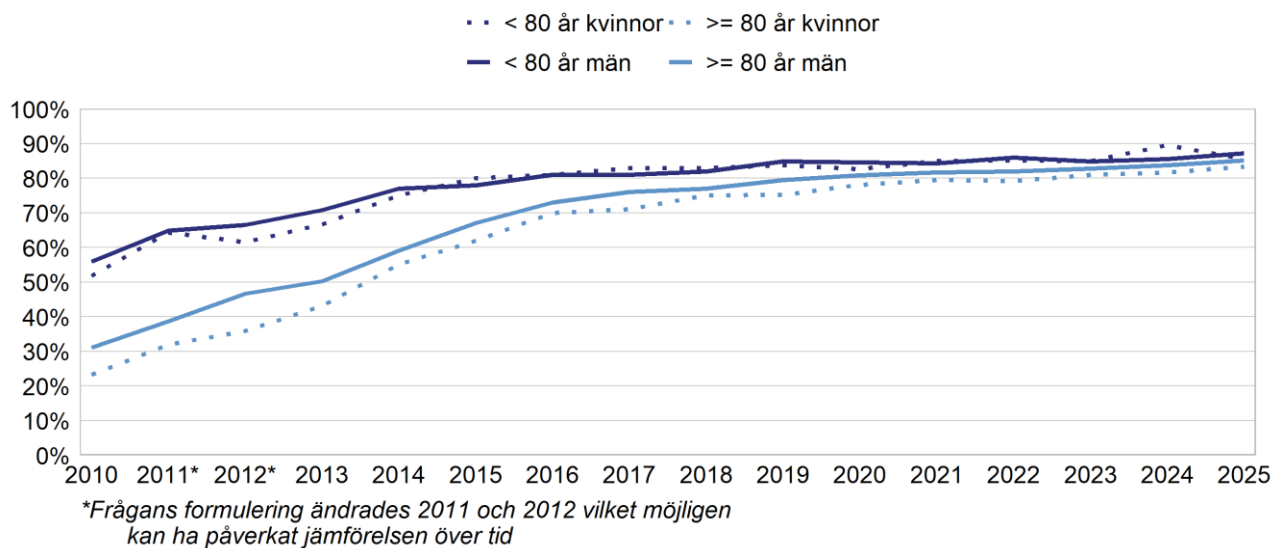
Antikoagulantia vid förmaksflimmer och ischemisk stroke	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för nyinsjuknande och död Randomiserade studier (TIMING, ELAN) har visat god säkerhet i de fall peroral antikoagulantia initieras inom dagar efter ett insjuknande i ischemisk stroke. Ytterligare studier kring optimal tidpunkt för insättning pågår.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	DOAK: Prio 2. Vitamin-K antagonister (warfarin): Prio 4
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 %. Socialstyrelsen: 80 %.

Tolkningsanvisningar

- Behandling med perorala antikoagulantia innebär ökad blödningsrisk. Alla patienter med förmaksflimmer och ischemisk stroke kan därför inte behandlas.
- Lämplig tidpunkt för insättande av peroral antikoagulantia efter ischemisk stroke hos patienter med förmaksflimmer har tidigare varit osäkert. Nu har två randomiserade studier, varav en svensk baserad på Riksstroke, visat att insättning inom fyra dagar efter strokeinsjuknande inte är sämre än senare insättning.

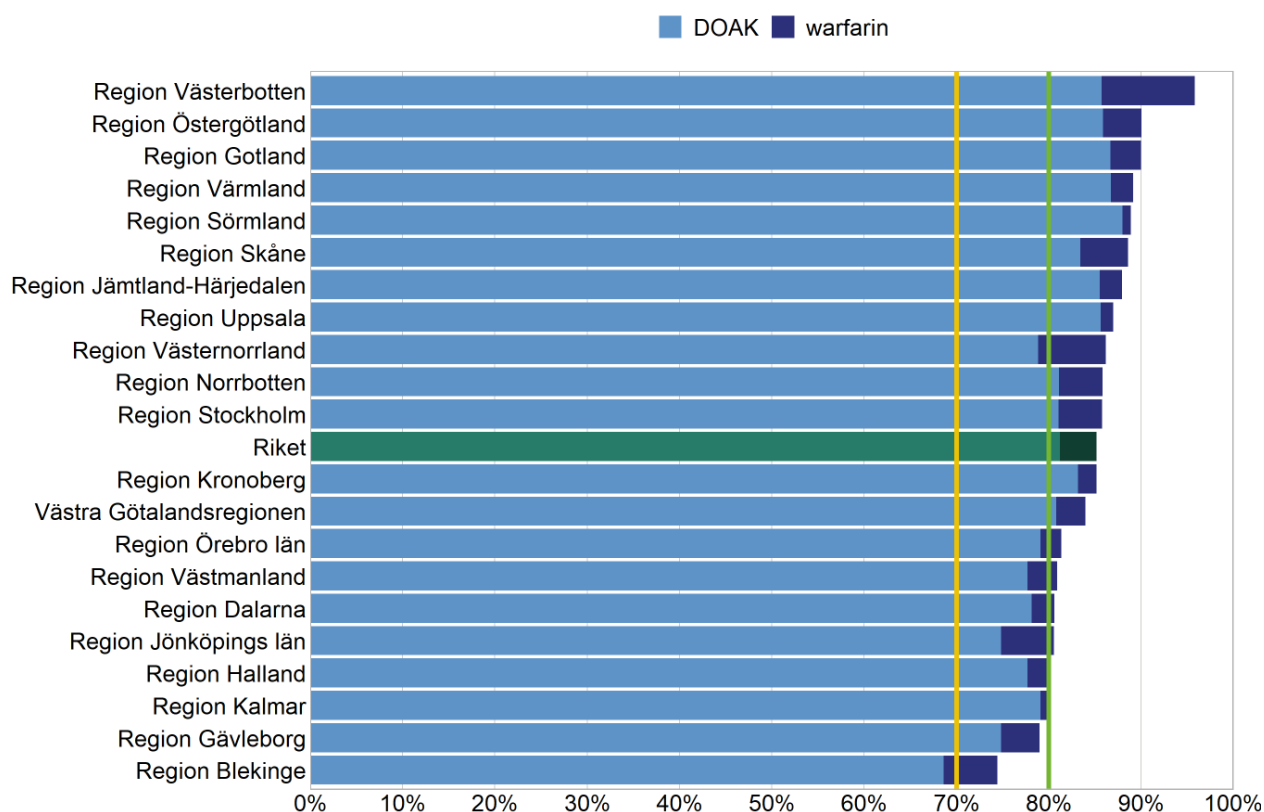
Behandling med antikoagulantia minskar påtagligt risken för återinsjuknande vid ischemisk stroke och har en mycket hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Däremot rekommenderas inte acetylsalicylsyra; i Socialstyrelsens riktlinjer 2020 för strokeprevention vid förmaksflimmer graderas behandling med acetylsalicylsyra i denna situation som "icke-göra" då det finns andra åtgärder som har betydligt bättre effekt. Dock kan en andel patienter, som har bedömts olämpliga för antikoagulantia, ändå ha indikation för acetylsalicylsyra, till exempel under första tiden efter en hjärtinfarkt där stent placerats i hjärtats kranskärl.

Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer och ischemisk stroke



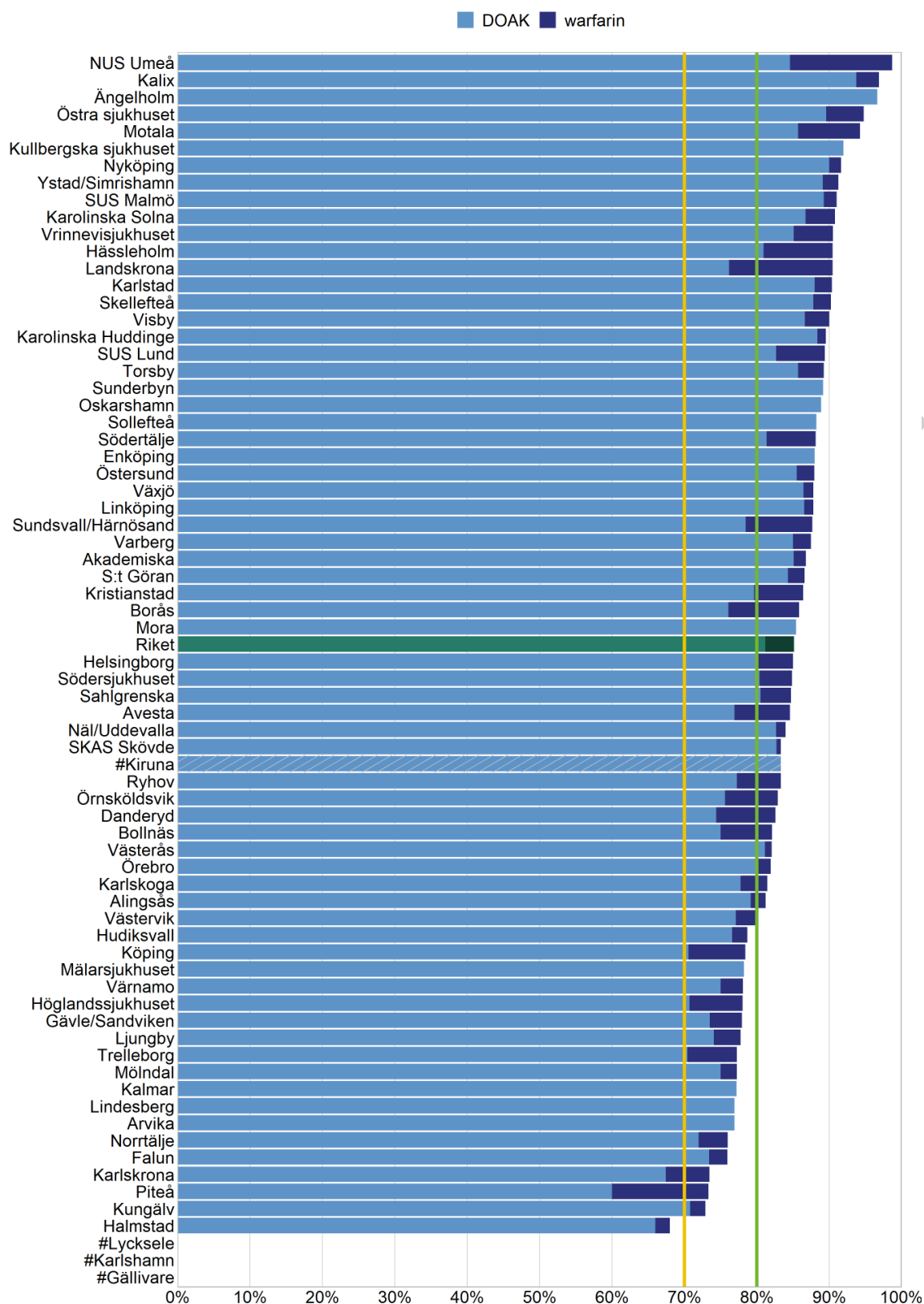
Figur 45. Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer under åren 2010–2025 som behandlades med warfarin eller DOAK när de skrevs ut från sjukhuset.

Antikoagulantibehandling



Figur 46. Andel patienter, alla åldrar, med ischemisk stroke och förmaksflimmer som vid utskrivningen från sjukhus behandlades med peroral antikoagulantia (warfarin eller DOAK) per region 2025.

Antikoagulantibehandling



Figur 47. Andel patienter, alla åldrar, med ischemisk stroke och förmaksflimmer som när de skrevs ut behandlades med warfarin eller DOAK per sjukhus 2025.

2.3.4. Statiner efter ischemisk stroke

Om indikatorn

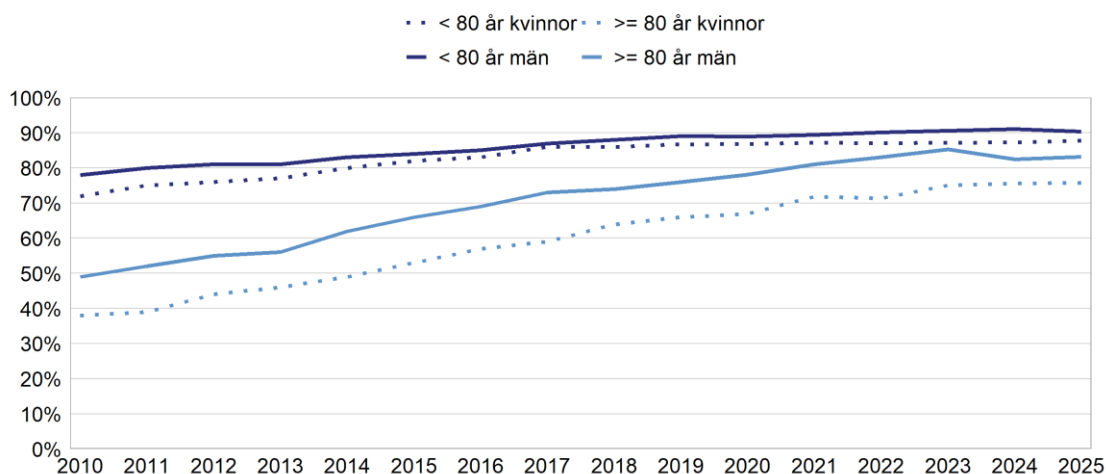
Statinbehandling efter ischemisk stroke	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Minskar risken för återinsjuknande i stroke och annan vaskulär händelse.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Prio 3
Målnivåer	Riksstroke: Hög: 80 % Måttlig: 70 %. Socialstyrelsen: 80 %.

Tolkningsanvisningar

- Vid vissa sjukhus sätts sekundärpreventiv behandling in vid tidigt återbesök efter utskrivning. För dessa sjukhus kan Riksstrokedata vid utskrivning ge alltför låga siffror.

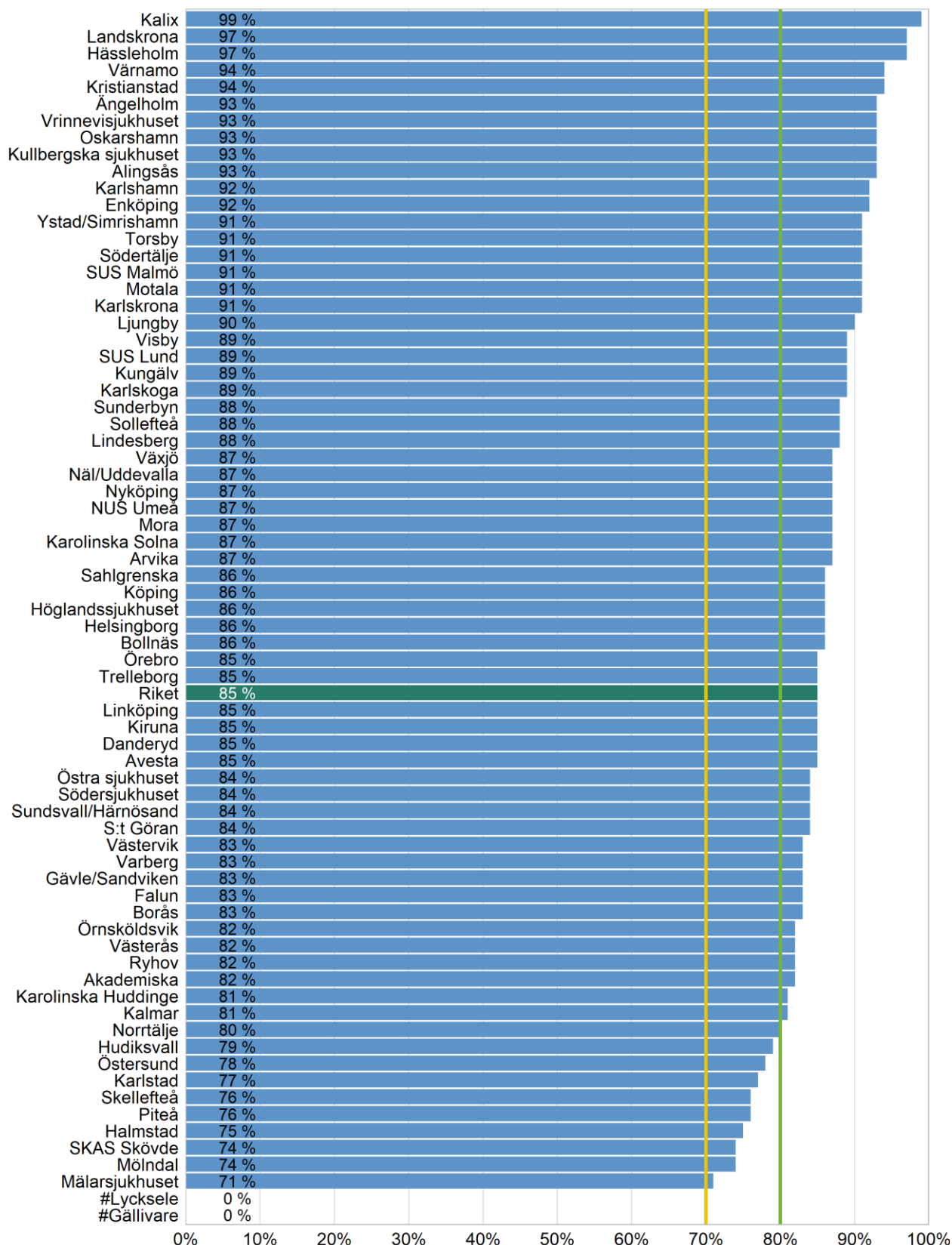
De gynnsamma effekterna av statinbehandling efter ischemisk stroke är väl dokumenterade. Rekommendation till statinbehandling gäller lika för kvinnor och män samt yngre och äldre.

Statinbehandling



Figur 48. Andel av patienter med ischemisk stroke i alla åldrar som behandlades med statiner när de skrevs ut från sjukhus, 2010–2025.

Statinbehandling vid ischemisk stroke



Figur 49. Andel patienter med ischemisk stroke i alla åldrar som behandlades med statiner när de skrevs ut per sjukhus 2025.

2.4. RÖKSTOPP, BILKÖRNING OCH ÖVRIGA INSATSER FÖR STROKE-PATIENTER

2.4.1. Rökning

Om indikatorn

Råd om rökstopp	
Typ av indikator	Process och resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Effekten av rådgivande samtal för rökavvänjning är begränsad men kliniskt relevant. Åtgärden baseras på måttligt starkt vetenskapligt underlag
Prioritet enligt nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor	Vuxna med särskild risk som röker dagligen – Rådgivande samtal: Prio 3

Tolkningsanvisningar

- Riksstroke har inte validerat svaren på frågan om rökstopp.
- Det stora bortfallet gör att jämförelser mellan sjukhusen blir osäkra.
- Vissa sjukhus dokumenterar inte alltid rådgivning om rökstopp i journalen, vilket kan påverka resultatet. De uppgifter patienter rapporterar tre månader efter stroke förmodligen mer tillförlitliga.

Ett mycket stort bortfall för många sjukhus försvårar rättvis jämförelse och därför redovisas information om rökstopp endast på regionnivå (Tabell 41).

Vid 3-månadersuppföljningen tillfrågas också patienterna om rökning och om de fått hjälp med rökavvänjning.

Tabell 41. Andel strokepatienter som rökte före strokeinsjukandet och som fick information om rökstopp under vårdtiden per region 2025.

Region	Ja, %	Nej/Okänt, %	Ej relevant, %
Region Blekinge	50%	50%	0%
Region Dalarna	36%	63%	1%
#Region Gotland	13%	88%	0%
Region Gävleborg	48%	45%	7%
Region Halland	65%	34%	2%
Region Jämtland-Härjedalen	87%	13%	0%
Region Jönköpings län	39%	49%	12%
Region Kalmar	67%	25%	8%
Region Kronoberg	38%	50%	13%
Region Norrbotten	77%	21%	2%
Region Skåne	26%	73%	1%
Region Stockholm	60%	38%	2%
Region Sörmland	63%	36%	2%
Region Uppsala	57%	36%	7%
Region Värmland	54%	37%	10%
Region Västerbotten	37%	52%	11%
Region Västernorrland	40%	55%	4%
Region Västmanland	66%	31%	3%
Region Örebro län	44%	52%	4%
Region Östergötland	42%	56%	2%
Västra Götalandsregionen	45%	54%	1%
Riket	48%	49%	3%

2.4.2. Bilkörning

Om indikatorn

Råd om bilkörning	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Saknas
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas

Tolkningsanvisningar

- Riksstroke's fråga om råd om bilkörning är inte validerad.
- Andelen som rapporteras ha fått råd om bilkörning baseras på journaldokumentationen, som kan variera mellan olika sjukhus.

Vid 3-månadersuppföljningen tillfrågas också patienterna om de fått råd om bilkörning.

2.4.3. Utskrivning till typ av boende

Tolkningsanvisningar

- Uppgiften om utskrivningsdestination ska tolkas med försiktighet som enskild kvalitetsvariabel. Variabeln avspeglar inte huruvida den vårdnivå patienten skrevs ut till är den optimala.
- Tillgängligheten till olika former av rehabilitering (t.ex. generell hemrehabilitering eller tidigt understödd hemgång) kan påverka utskrivningsdestinationen. Likaså kan variabeln påverkas av tillgängligheten till platser i särskilda boenden. Utfallet kan också påverkas av lokala traditioner i fördelningen mellan vård i eget boende med kommunala insatser och vård i särskilda boendeformer.
- Regioner med avvikande mönster för utskrivningsdestination bör se över aktuell praxis för vilken vårdnivå patienterna skrivs ut till.

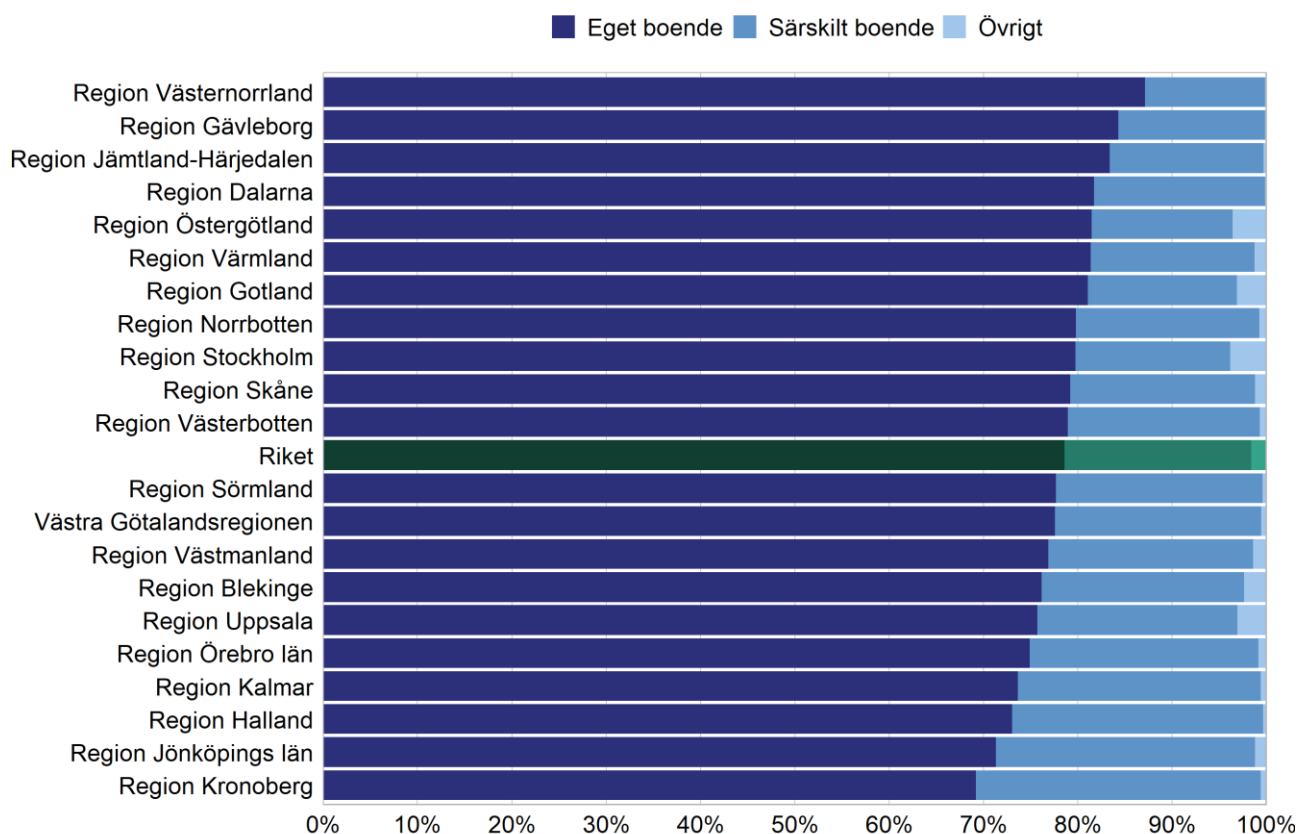
Om indikatorn

Utskrivning till typ av boende

De nationella riktlinjerna för stroke innefattar inte rekommendationer specifikt om utskrivning till olika former av boende. Utskrivningsplanering till boendeform som är lämplig för patienten är emellertid en del av rutinerna inom strokeenhetsvården. Rutiner för samordnad vårdplanering mellan sjukhus, primärvård och kommun är också reglerad i författningar. Boendeform efter

stroke baseras på en sammanvägd bedömning av flera faktorer såsom patientens ADL-funktion, sociala förhållanden såsom ensamboende och beslut tas i samråd med patienten och eventuellt dess närstående. Tillgänglighet till platser med särskilda boendeformer kan påverka besluten. Någon specifik nivå för vilka andelar av patienter som är lämpliga att skrivas ut till olika boendeformer kan inte anges.

Utskriven till efter akutvård och eftervård



Figur 50. Andel patienter som skrevs ut till eget boende, särskilt boende eller övrigt per region 2025.

2.4.4. Planerad rehabilitering efter utskrivningen

Om indikatorn

Planerad rehabilitering efter utskrivningen	
Typ av indikator	Process
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	a) Tidig understödd rehabilitering från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön: åtgärden innebär att färre avlider eller blir beroende av hjälp med personlig ADL samt förbättrad förmåga att klara aktiviteter i och utanför hemmet. b) Tidig understödd rehabilitering från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team koordinerar utskrivning men där fortsatt rehabilitering i hemmiljön utförs av kommunen eller primärvården: det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärden (konsensus).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	a) Prio 2 b) Prio 9
Målnivåer	Riksstroke: Hög 25 % Måttlig 10 % Socialstyrelsen: ≥ 25 %

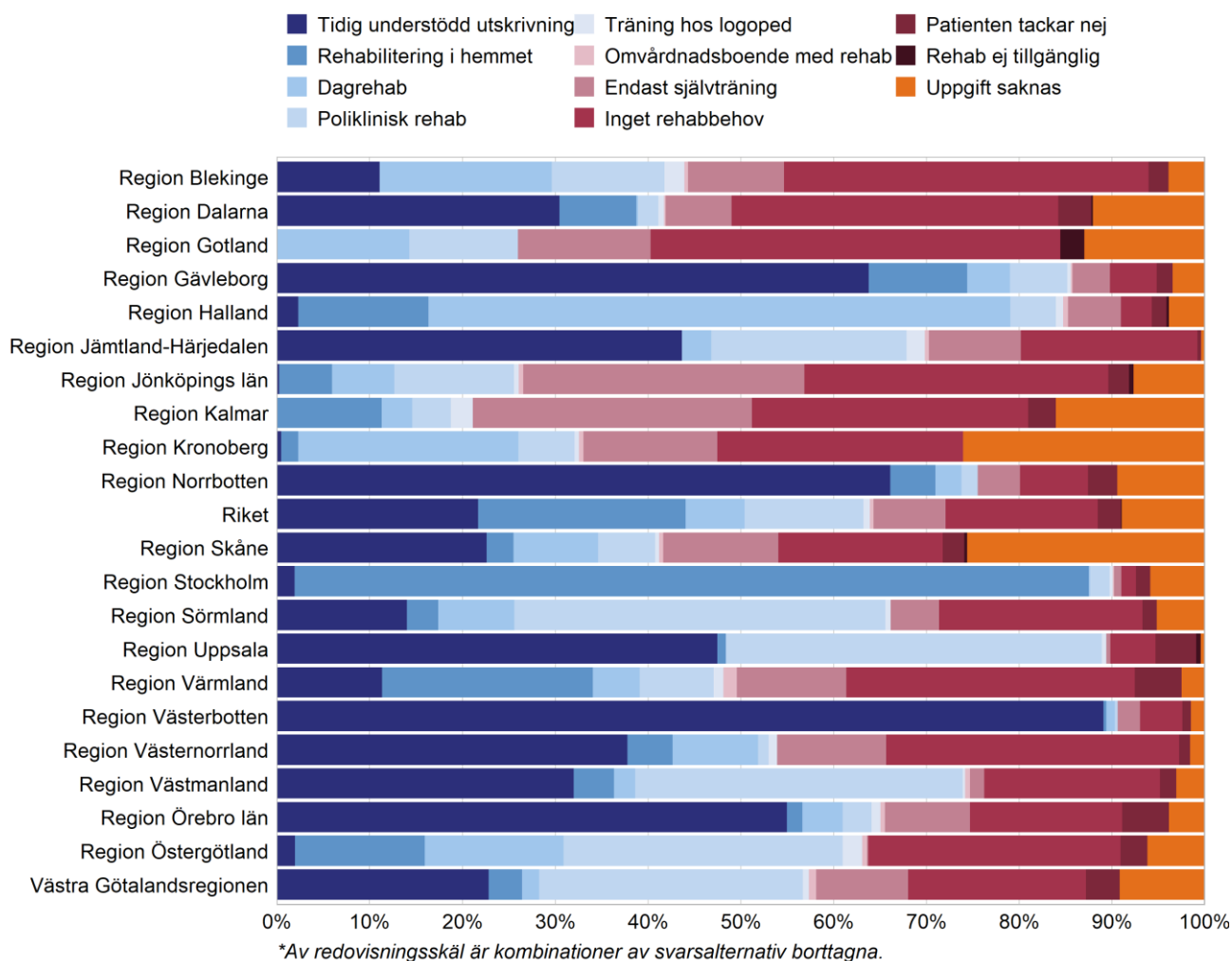
Tolkningsanvisningar

- Data för planerad rehabilitering efter utskrivningen ska tolkas med stor försiktighet. Uppgifterna visar inte om den planerade rehabiliteringen blev av.
- Bedömningen av rehabiliteringsbehov görs individuellt utifrån patienternas funktionsstatus och behov av rehabilitering. Data för planerad rehabilitering tillåter inte en bedömning huruvida rehabiliteringsinsatserna i det enskilda fallet varit adekvata.
- Data återspeglar att utbudet av olika rehabiliteringsformer varierar kraftigt beroende på var i landet patienten finns.
- Regioner och sjukhus bör reflektera över egna data om vilka rehabiliteringsformer som finns att tillgå, och särskilt om endast en liten eller ingen del av patienterna planeras för hemrehabilitering av ett multidisciplinärt team en rehabiliteringsform som har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.
- Regioner och sjukhus med en hög andel patienter som inte bedöms ha ett rehabiliteringsbehov bör också reflektera över aktuell lokal praxis för bedömning av rehabiliteringsbehov.

Planerad rehabilitering efter utskrivningen

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stroke 2018 innehåller flera rekommendationer kring den fortsatta rehabiliteringens innehåll och organisation. En målnivå som då infördes var "Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke-team både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön" (prio 2) på $\geq 25\%$. Åtgärden "Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke-team koordinerar utskrivning men där fortsatt rehabilitering i hemmiljön utförs av kommunen eller primärvården" har prioriteringsgrad 9 i de nationella riktlinjerna. Riksstroke's formulär har ändrats för att tydliggöra skillnaderna mellan dessa båda former av rehabilitering och möjliggöra en korrekt registrering.

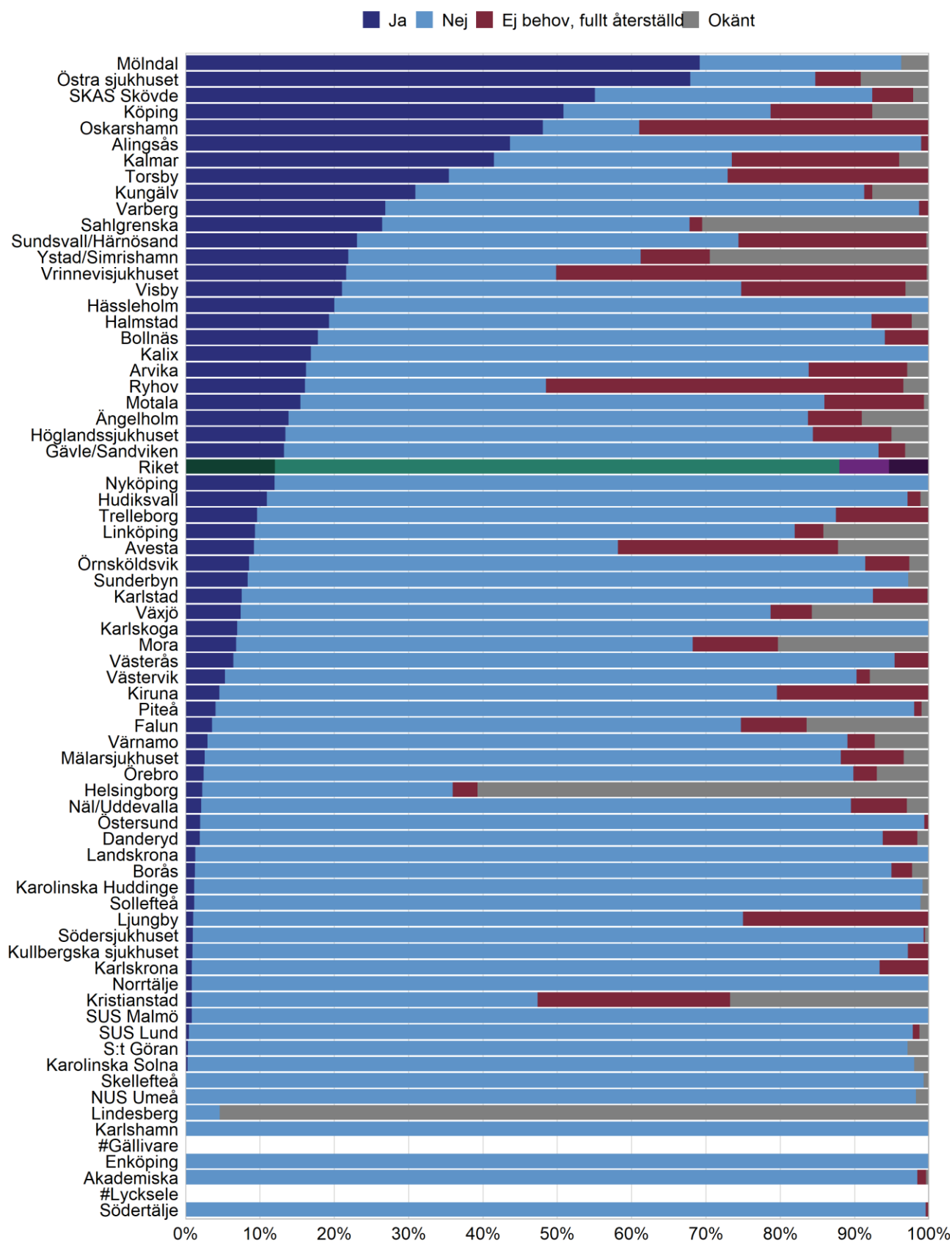
Planerad rehabilitering efter akutvård och eftervård hos dem som skrevs ut till eget boende*



Figur 51. Andel strokepatienter med planerad rehabilitering hos de patienter som skrevs ut till eget boende per region 2025.

En rehabiliteringsplan utformas tillsammans med patienten (och eventuellt även med närstående). Rehabiliteringsplanen bör innehålla en sammanfattning av genomförda utredningar och bedömning av dessa, patientens mål, planerade åtgärder och tid för uppföljning. Den bör också beskriva vem som har ansvar för de olika momenten och var patienten vänder sig. En skriftlig rehabiliteringsplan lyfts i det nationella vårdförloppet för Stroke och TIA. Sjukhus där få patienter har rehabiliteringsplan bör se över sina rutiner för att försöka förbättra detta.

Skriftlig rehabiliteringsplan efter utskrivning från akutvård



Figur 52. Andel patienter som fått en skriftlig rehabiliteringsplan efter akutvård.

Tabell 42. Andel patienter som fått en skriftlig rehabiliteringsplan efter akutvård.

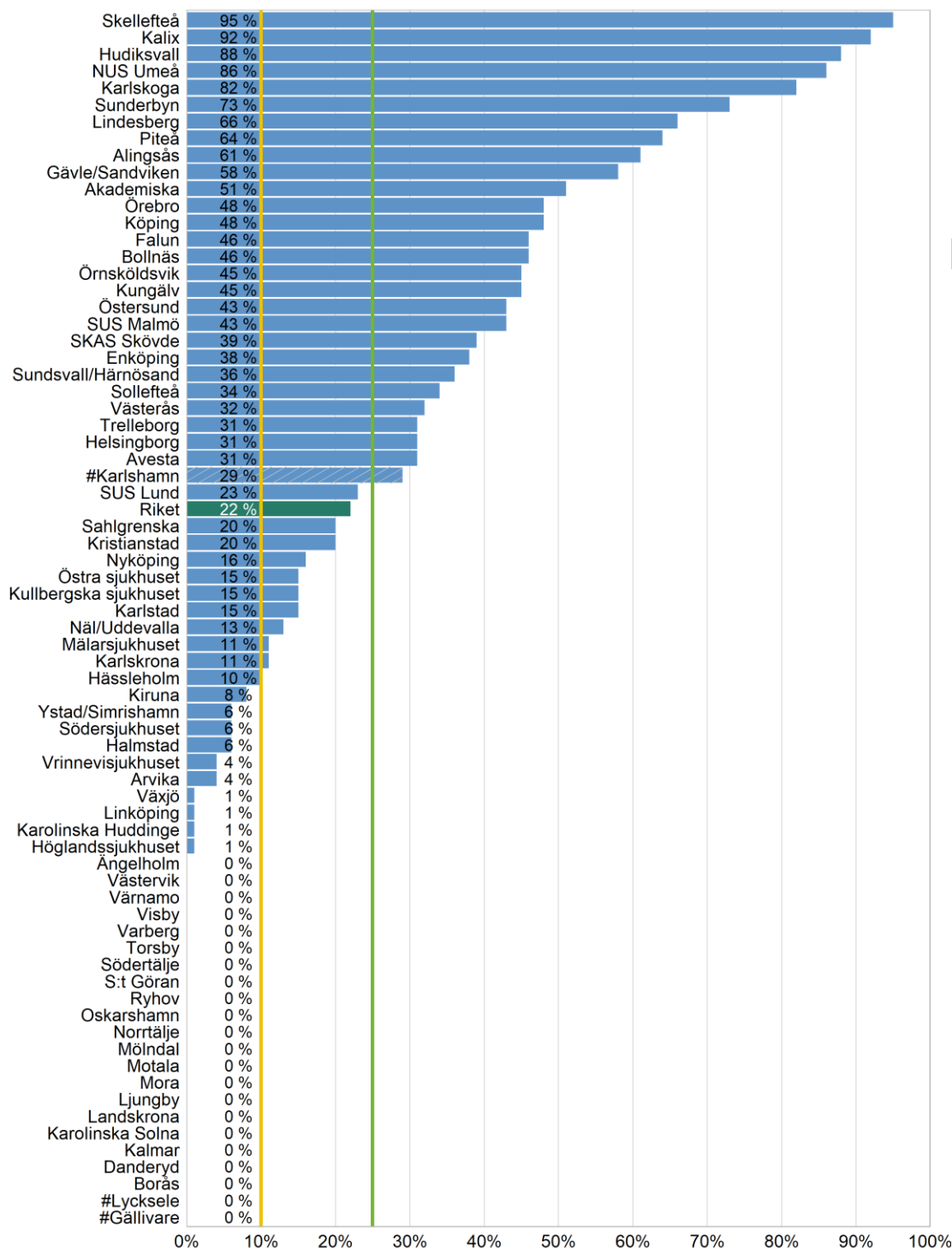
Sjukhusnamn	Ja, %	Nej, %	Ej behov, fullt återställd, %
Akademiska	0%	98%	1%
Alingsås	44%	55%	1%
Arvika	16%	68%	13%
Avesta	9%	49%	30%
Bollnäs	18%	76%	6%
Borås	1%	94%	3%
Danderyd	2%	92%	5%
Enköping	0%	100%	0%
Falun	4%	71%	9%
#Gällivare	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	13%	80%	4%
Halmstad	19%	73%	5%
Helsingborg	2%	34%	3%
Hudiksvall	11%	86%	2%
Hässleholm	20%	80%	0%
Höglandssjukhuset	13%	71%	11%
Kalix	17%	83%	0%
Kalmar	41%	32%	23%
Karlshamn	0%	100%	0%
Karlskoga	7%	93%	0%
Karlskrona	1%	93%	7%
Karlstad	8%	85%	7%
Karolinska Huddinge	1%	98%	0%
Karolinska Solna	0%	98%	0%
Kiruna	5%	75%	20%
Kristianstad	1%	47%	26%
Kullbergssjukhuset	1%	96%	3%
Kungälv	31%	60%	1%
Köping	51%	28%	14%
Landskrona	1%	99%	0%
Lindesberg	0%	5%	0%
Linköping	9%	73%	4%
Ljungby	1%	74%	25%
Mora	7%	61%	11%
Motala	15%	70%	13%
Mälarsjukhuset	3%	86%	8%

Sjukhusnamn	Ja, %	Nej, %	Ej behov, fullt återställd, %
Mölnadal	69%	27%	0%
Norrtälje	1%	99%	0%
NUS Umeå	0%	98%	0%
Nyköping	12%	88%	0%
Näl/Uddevalla	2%	87%	8%
Oskarshamn	48%	13%	39%
Piteå	4%	94%	1%
Ryhov	16%	32%	48%
S:t Göran	0%	97%	0%
Sahlgrenska	26%	41%	2%
SKAS Skövde	55%	37%	5%
Skellefteå	0%	99%	0%
Sollefteå	1%	98%	0%
Sunderbyn	8%	89%	0%
Sundsvall/Härnösand	23%	51%	25%
SUS Lund	0%	97%	1%
SUS Malmö	1%	99%	0%
Södersjukhuset	1%	98%	0%
Södertälje	0%	100%	0%
Torsby	35%	38%	27%
Trelleborg	10%	78%	13%
Varberg	27%	72%	1%
Visby	21%	54%	22%
Vrinnevisjukhuset	22%	28%	50%
Värnamo	3%	86%	4%
Västervik	5%	85%	2%
Västerås	6%	89%	5%
Växjö	7%	71%	6%
Ystad/Simrishamn	22%	39%	9%
Ängelholm	14%	70%	7%
Örebro	2%	87%	3%
Örnsköldsvik	9%	83%	6%
Östersund	2%	97%	1%
Östra sjukhuset	68%	17%	6%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	12%	76%	7%

Tidig understödd utskrivning med fortsatt koordinerad rehabilitering från strokeenhet

Tidig understödd utskrivning (Early supported Discharge) från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroke team både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, rekommenderas för patienter med lindrig till måttlig stroke.

Tidig understödd utskrivning med fortsatt koordinerad rehabilitering från strokeenhet



Figur 53. Andel patienter med planerad tidig understödd utskrivning med fortsatt koordinerad rehabilitering från strokeenhet per sjukhus 2025.

2.5. UPPFÖLJNING EFTER STROKEINSJUKNANDE

Om indikatorn

Uppföljning efter stroke	
Vetenskapligt underlag	Konsensus är att patienter med stroke bör följas upp i öppenvård (vetenskapliga studier saknas). I de nationella riktlinjerna 2018 infördes Strukturerad Uppföljning i Öppen Vård 3–6 månader efter stroke som en ny rekommendation, baserad på konsensus.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas. Strukturerad Uppföljning i Öppenvård: Prio 2 (Socialstyrelsen 2018)

Tolkningsanvisningar

- Det kan hända att sjukhusen, trots att de planerat återbesök, inte journalfört det. Det kan leda till falskt låga andelar för återbesök i rapporteringen till Riksstroke.
- Att ett återbesök planerats innebär inte alltid att det blir av.
- Om återbesöket är strukturerat enligt rekommendationerna framgår inte.

I Riksstroke's strokeformulär ingår en fråga om planerat återbesök. Huruvida återbesöket innebär en strukturerad uppföljning med till exempel post-stroke-checklistan framgår inte.

Tabell 43. Andelen strokepatienter som hade ett återbesök planerat per sjukhus 2025. *Ja, på särskild strokemottagning, annan sjukhusmottagning, vårdcentral, särskilt boende eller dagrehabilitering.

Sjukhus	Ja*, %	Nej, %	Okänt, %
Akademiska	97%	2%	2%
Alingsås	99%	1%	1%
Arvika	91%	4%	4%
Avesta	95%	5%	0%
Bollnäs	99%	1%	0%
Borås	99%	1%	0%
Danderyd	92%	7%	1%
Enköping	96%	3%	1%
Falun	98%	2%	0%
#Gällivare	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	98%	2%	0%
Halmstad	93%	6%	0%
Helsingborg	88%	4%	8%
Hudiksvall	95%	5%	1%
Hässleholm	100%	0%	0%
Högländssjukhuset	97%	2%	1%
Kalix	98%	1%	1%
Kalmar	97%	1%	1%
Karlshamn	100%	0%	0%
Karlskoga	97%	3%	0%
Karlskrona	97%	1%	2%
Karlstad	97%	2%	1%
Karolinska Huddinge	98%	2%	0%
Karolinska Solna	92%	8%	0%
Kiruna	80%	7%	14%
Kristianstad	96%	2%	2%
Kullbergssjukhuset	100%	0%	0%
Kungälv	95%	3%	2%
Köping	97%	1%	2%
Landskrona	100%	0%	0%
Lindesberg	86%	11%	2%
Linköping	93%	2%	5%
Ljungby	98%	2%	0%
Mora	96%	4%	1%
Motala	97%	3%	1%
Mälarsjukhuset	97%	3%	1%

Sjukhus	Ja*, %	Nej, %	Okänt, %
Mölnadal	99%	1%	1%
Norrtälje	89%	11%	0%
NUS Umeå	96%	0%	4%
Nyköping	99%	0%	1%
Näl/Uddevalla	96%	2%	2%
Oskarshamn	97%	3%	0%
Piteå	91%	8%	1%
Ryhov	98%	1%	0%
S:t Göran	93%	6%	1%
Sahlgrenska	99%	0%	1%
SKAS Skövde	99%	0%	1%
Skellefteå	98%	2%	0%
Sollefteå	92%	7%	1%
Sunderbyn	100%	0%	0%
Sundsvall/Härnösand	88%	12%	0%
SUS Lund	91%	0%	9%
SUS Malmö	99%	0%	1%
Södersjukhuset	95%	4%	1%
Södertälje	98%	1%	1%
Torsby	97%	3%	0%
Trelleborg	99%	1%	0%
Varberg	96%	3%	1%
Visby	98%	1%	1%
Vrinnevisjukhuset	98%	1%	0%
Värnamo	96%	1%	3%
Västervik	93%	6%	1%
Västerås	96%	4%	0%
Växjö	97%	3%	0%
Ystad/Simrishamn	96%	0%	4%
Ängelholm	96%	0%	4%
Örebro	94%	1%	5%
Örnsköldsvik	92%	6%	2%
Östersund	100%	0%	0%
Östra sjukhuset	98%	1%	1%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	96%	3%	1%

SUBARAKNOIDAL- BLÖDNINGAR

DATA FRÅN 2025

Preliminär

3.1. OM 2025 ÅRS SUBARAKNOIDALBLÖDNING

3.1.1. Bakgrund

Spontan subaraknoidalblödning (SAB) är en typ av stroke men det finns flera viktiga skillnader jämfört med hjärninfarkt och hjärnblödning vilket har betydelse för patientgruppen.

Det är känt att:

- Medianåldern är lägre än vid ischemisk stroke och majoriteten är i arbetsför ålder.
- Många har barn som fortfarande bor hemma.
- Spontan SAB har en hög mortalitet inom en månad från insjuknandet.
- Uttrötthet är ett vanligt restsymtom. Det påverkar kognitiv prestation och försvårar återgång till arbete och till ett normalt familjeliv.

Akut behandling av SAB innebär eliminering av blödningskällan när sådan kan identifieras, samt behandling av komplikationer som kan uppstå i akutfasen. Detta sker på landets neurokirurgiska kliniker där det finns en multidisciplinär kompetens. Efter akutfasen remitteras patienter till andra kliniker närmare hemmet. Intrycket är att majoriteten inte erbjuds rehabilitering. I stället skrivs många patienter ut till hemmet och får stöd av primärvården och kommunen. Patienternas behov och förutsättningar under denna fas är bristfälligt studerade. Det är därför viktigt att registrera specifik information för SAB för att nationellt få en kunskap om handläggningen i akutskedet samt om patienternas förutsättningar efter sjukdomen.

2014 bildades en samarbetsgrupp för en prospektiv SAH-studie med representanter från Sveriges då sex neurokirurgiska kliniker (Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala). Parallellt med detta utformade gruppen ett akutformulär till Riksstroke för spontan subaraknoidalblödning.

Inriktningen på akutformuläret var:

- Handläggningen av patienten innan neurokirurgisk klinik
- Handläggningen av patienten på neurokirurgisk klinik avseende
 - Behandling av blödningskälla
 - Neurointensivvårdstygnd
 - Planerad uppföljning

Till detta ska kopplas uppföljningar av stroke enligt Riksstrokes rutiner.

3.1.2. Antal deltagande sjukhus och antal registrerade i Riksstroke

2025 var det sjätte året spontan SAB registrerades i Riksstroke och under året registrerade 5 neurokirurgiska kliniker (Akademiska Sjukhuset, Linköpings universitetssjukhus, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, SUS Lund och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg) samt ytterligare 37 andra sjukhus utan neurokirurgisk klinik patienter med spontan subaraknoidalblödning. På många rapporterande sjukhus finns endast ett fåtal patienter. Vi presenterar därför alla data på nationell nivå.

3.1.3. Riskfaktorer

Tabell 45. Andelen patienter med olika riskfaktorer av alla patienter som registrerats med subaraknoidalblödning i Riksstroke. Bortfallet på frågorna var relativt litet förutom på frågan om patienten rökte en cigarett eller mer per dag eller slutat under de senaste 3 månaderna.

Riskfaktorer	Andel
Tidigare stroke	10%
Tidigare subaraknoidalblödning	5%
Tidigare aneurysm	6%
Behandlas mot högt blodtryck	47%
Rökare	25%

*Frågan om Rökare hade bortfall på 25%

3.2. PATIENTER SOM INTE SKICKADES VIDARE TILL NEUROKIRURGISK KLINIK

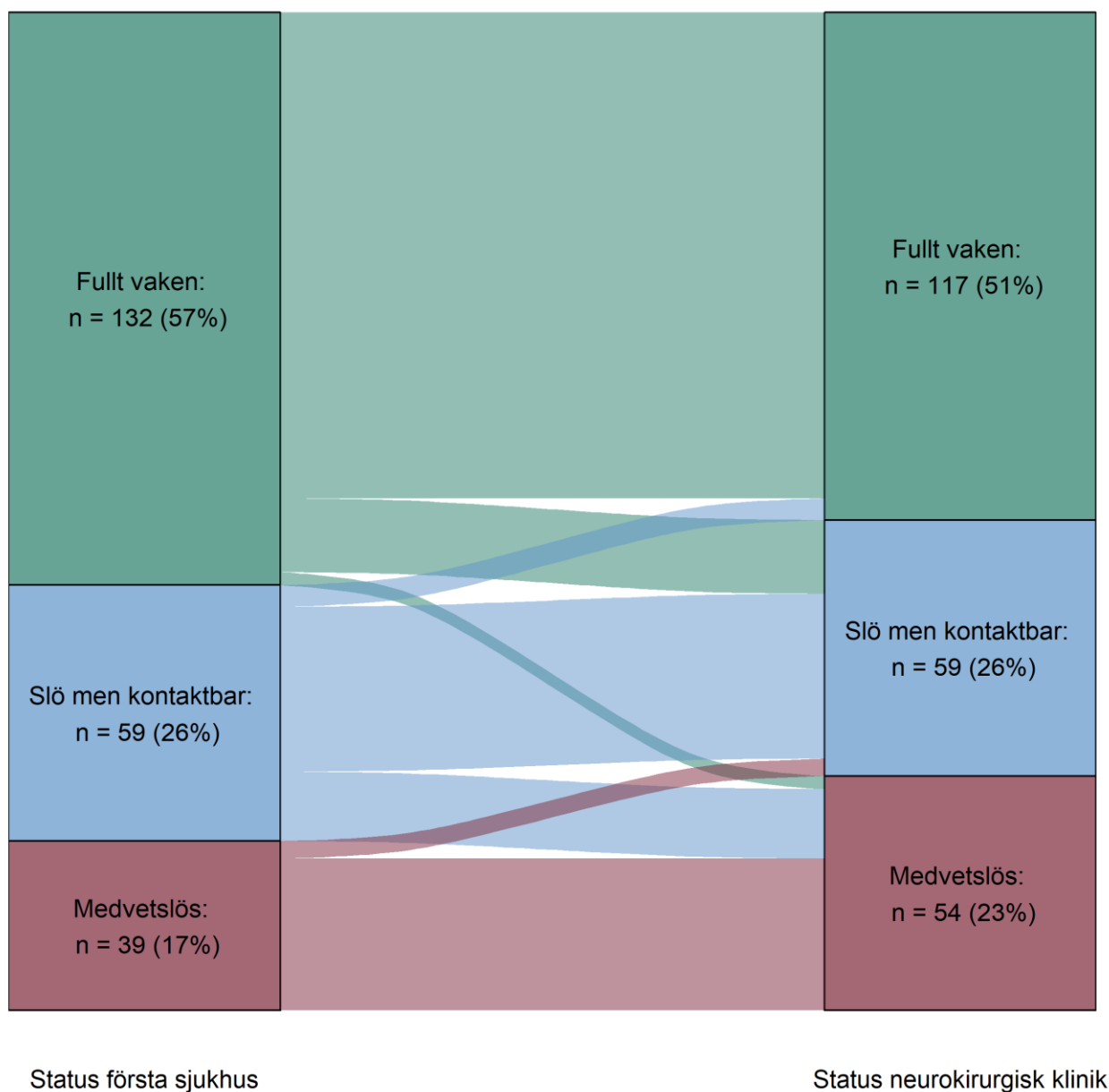
Tabell 46. Orsak till att patienter ej skickats vidare till neurokirurgisk klinik.

Orsak till ej skickats till Neurokirurgisk klinik	Antal
Ytterligare akut utredning behövs inte	48
Andra medicinska skäl	31
För dålig kliniskt pga SAB	28

3.3. PATIENTER SOM VÅRDADES PÅ NEUROKIRURGISK KLINIK

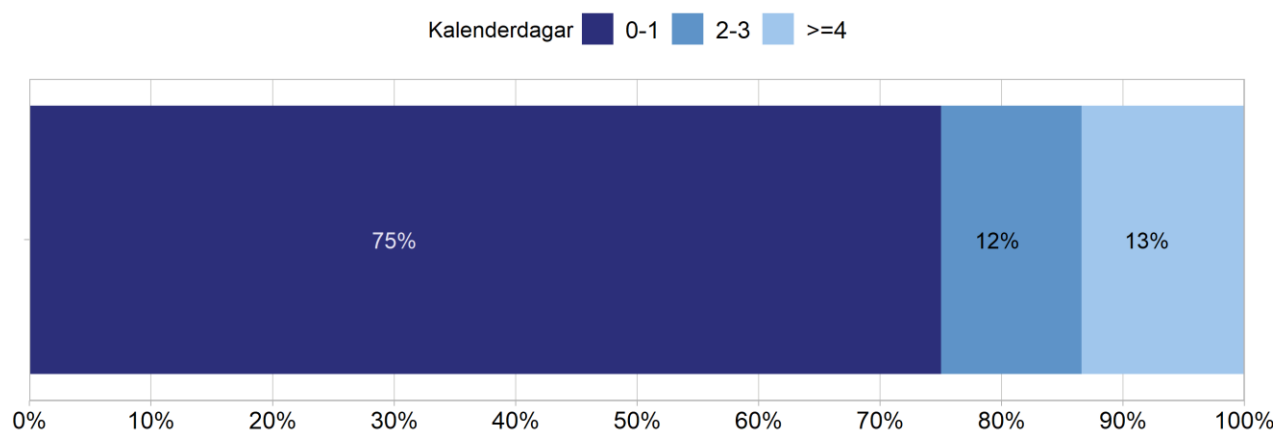
Alla patienter är inte uppföljda lika länge så mortalitetssiffrorna ska tolkas med försiktighet.

Medvetandegrad vid ankomst till första sjukhus och neurokirurgisk klinik



Figur 54. Medvetandegrad vid ankomst till första sjukhus till vänster och medvetandegrad vid ankomst till Neurokirurgisk klinik till höger. N betecknar antalet individer med I60 diagnosen.

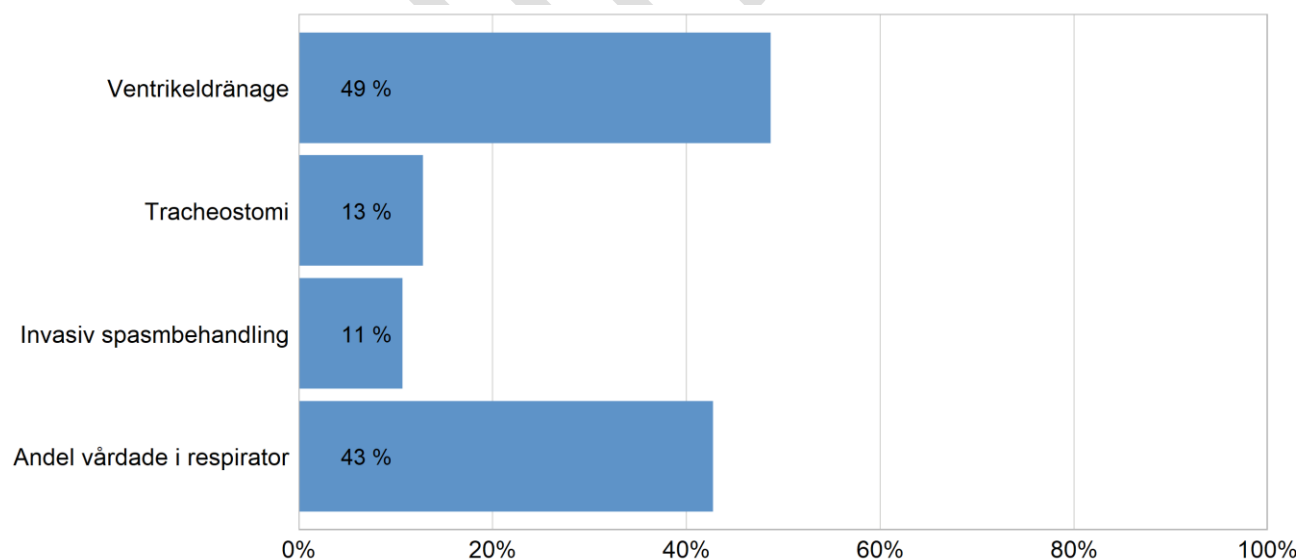
3.3.1. Behandling av blödningskällan



Figur 55. Tid i dagar från ankomst till sjukhus till första aneurysmbehandling.

3.4. ÖVRIG AKUT BEHANDLING

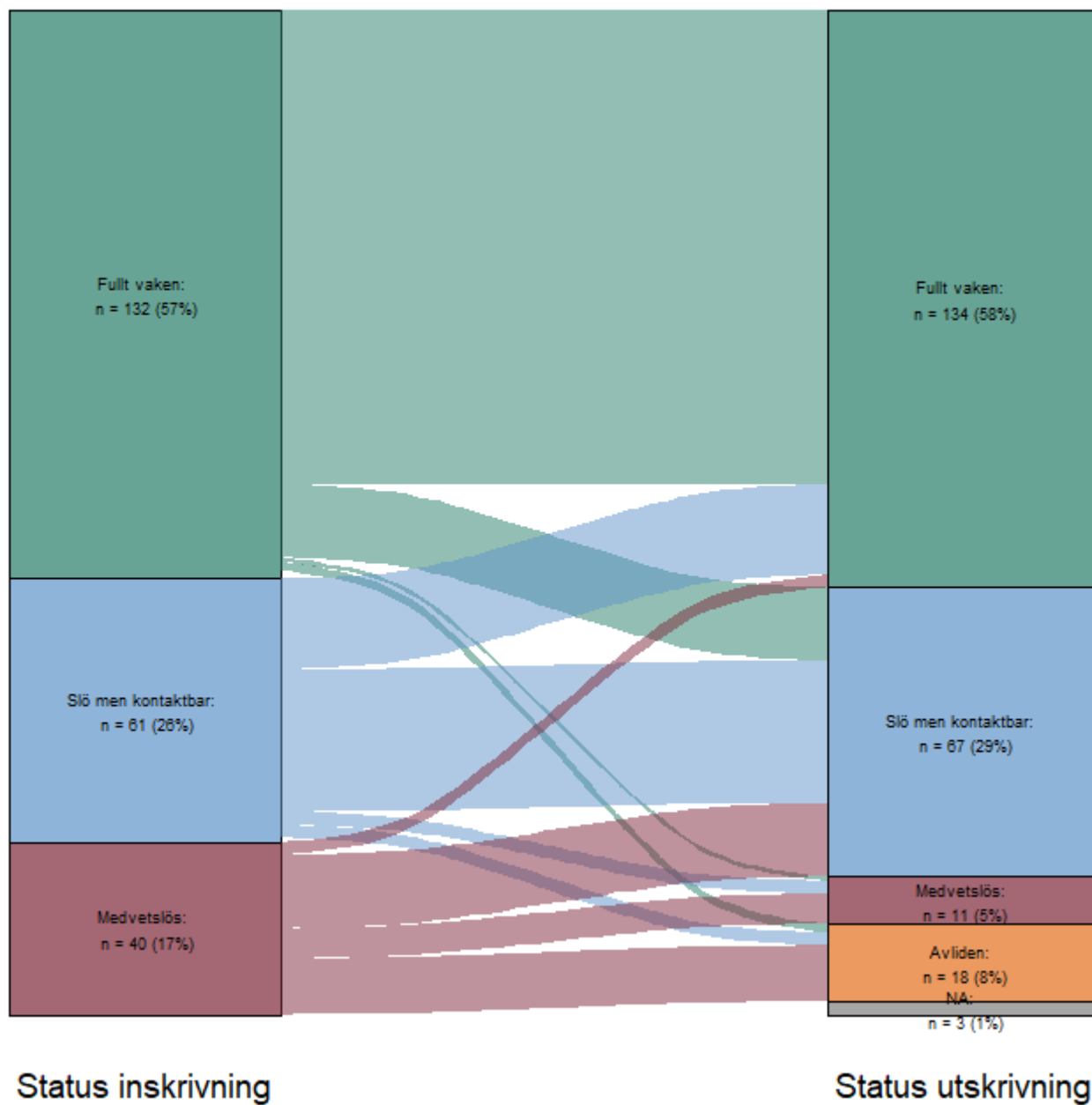
Behandling på neurokirurgisk klinik kan omfatta olika åtgärder. Några av de vanligare är följande: ventrikeldränage, tracheostomi och neurointerventions-behandling mot vasospasm



Figur 56. Indikatorer för intensivvårdstyngd

3.5. UTSKRIVNINGSTATUS

Utskrivningsstatus jämfört med inskrivningsstatus



Figur 57. Utskrivningsstatus i relation till första status för de patienter som registrerats med en subaraknoidalblödning, n betecknar antalet individer.

3.6. 3-MÅN UPPFÖLJNING

Av 234 patienter avled 53 personer. Från återstående lämnade 122 personer svar på 3-månadersuppföljningen. Resultat från utvalda frågor i 3-månadersuppföljningen visas i Tabell 47. Alla frågor redovisas inte.

Tabell 47 Utvalda frågor från tremånadersuppföljningen för patienter med subaraknoidalblödning och deras svar. Alla frågor har inte samma svarsalternativ och har då markerats med -. Svarsfrekvensen var låg, 50% vilket gör att svaren får tolkas med försiktighet.

Fråga från 3-mån. uppföljningen	Ja andel, %	Nej andel, %	Ja delvis andel, %	Vet ej andel, %	Bortfall
Ensamboende	27%	73%	-	-	1
Hjälp vid toalettbesök	12%	88%	-	-	1
Hjälp med på- och avklädning	13%	87%	-	-	1
Återställd efter stroke	30%	60%	-	10%	1
Återgång till aktivitet som innan insjuknandet i stroke	23%	29%	49%	0%	1
Mer nedstämd/deprimerad eller ångestfylld sedan stroke	42%	48%	-	10%	7
Ökad trötthet sedan stroke	71%	27%	-	2%	6
Svårighet att tänka, koncentrera sig och minnas	55%	32%	-	13%	5
Ny typ av smärta relaterad till stroke	37%	55%	-	9%	5
Råd om livsstilsförändringar	48%	41%	-	11%	6
Röker	9%	89%	-	2%	3

3-MÅNADERSUPPFÖLJNING EFTER STROKE

DATA FRÅN 2025

Preliminär

4.1. PATIENTSAMMANSÄTTNING

Riksstroke redovisar i sin 3-månadersuppföljning 2025 de personerna följts upp 3 månader efter sitt insjuknande i stroke under år 2025. Uppföljningen baserar sig på en enkät som under 2025–2026 skickas ut till de personerna som hade ett komplett registrerat akutskede i Riksstroke och bodde i Sverige. De som avled inom 90 dagar från insjuknandet räknas som uppföljda i Riksstroke.

4.1.1. Andelen patienter som följts upp 3 månader efter insjuknandet

Tolkningsanvisningar

- En stor andel bortfall vid 3-månadersuppföljningen kan ha många orsaker som 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's dashboard och listor).
- Språkproblem kan möjligen bidra till bortfall i områden med stor andel invandrare. Riksstroke's frågeformulär med anvisningar finns tillgängliga på flera av de stora invandarspråken (www.riksstroke.org, under länken "Dokument" och "Formulär").
- Färre än 10 svarande redovisas ej.

Tolkningsanvisningar figurer och tabeller

- Patienter räknas som uppföljda om de avlidit inom uppföljningstiden eller besvarat 3-månadersuppföljningen. Om det totala antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen med # och värdet redovisas som 0%.
- Om det totala antalet svar på en enskild fråga är mindre än 10 markeras sjukhuset eller regionen likt i tabeller med # och ingen stapel visas.
- Sjukhus med färre än 10 patienter som besvarat 3-månadersuppföljningen redovisas inte på sjukhusnivå. Andelar presenteras som 0% för dessa sjukhus i bland annat figuren med *andel avlidna 90 dagar efter insjuknande*. Detta beror således **inte** på att dessa sjukhus inte hade några avlidna, utan att uppföljda patienter är för få för att redovisas.
- I figur 54, 58 och 63 anger de horisontella linjerna 95% konfidensintervall. L= statistiskt signifikant lägre än riksgenomsnittet. H= statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittet.

Målnivåer:

Hög: 90%

Måttlig: 85%

Tabell 48. Antal registreringar per sjukhus, andel som följdes upp 3 månader efter insjuknandet och täckningsgrad, 2025.

Sjukhus	Antal registrerade vårdtillfällen	Täckningsgrad, %	Uppföljda 3 månader, %
Akademiska	588	0%	90%
Alingsås	215	0%	84%
Arvika	75	0%	23%
Avesta	108	0%	51%
Bollnäs	149	0%	73%
Borås	439	0%	89%
Danderyd	911	0%	83%
Enköping	116	0%	93%
Falun	378	0%	65%
#Gällivare	1	0%	0%
Gävle/Sandviken	348	0%	87%
Halmstad	276	0%	68%
Helsingborg	312	0%	64%
Hudiksvall	178	0%	82%
Hässleholm	180	0%	64%
Höglandssjukhuset	201	0%	74%
Kalix	100	0%	86%
Kalmar	306	0%	92%
Karlshamn	14	0%	86%
Karlskoga	117	0%	77%
Karlskrona	398	0%	79%
Karlstad	511	0%	55%
Karolinska Huddinge	361	0%	47%
Karolinska Solna	418	0%	50%
Kiruna	49	0%	73%
Kristianstad	252	0%	59%
Kullbergsska sjukhuset	123	0%	96%
Kungälv	300	0%	64%
Köping	195	0%	76%
Landskrona	78	0%	92%
Lindesberg	98	0%	80%
Linköping	336	0%	70%
Ljungby	112	0%	84%
Mora	209	0%	88%
Motala	159	0%	93%
Mälarsjukhuset	141	0%	98%

Sjukhus	Antal registrerade vårdtillfällen	Täckningsgrad, %	Uppföljda 3 månader, %
Mölnadal	198	0%	80%
Norrtälje	135	0%	70%
NUS Umeå	327	0%	81%
Nyköping	262	0%	82%
Näl/Uddevalla	628	0%	84%
Oskarshamn	85	0%	86%
Piteå	114	0%	72%
Ryhov	271	0%	72%
S:t Göran	726	0%	69%
Sahlgrenska	330	0%	29%
SKAS Skövde	692	0%	88%
Skellefteå	156	0%	10%
Sollefteå	89	0%	61%
Sunderbyn	158	0%	77%
Sundsvall/Härnösand	299	0%	88%
SUS Lund	538	0%	72%
SUS Malmö	529	0%	78%
Södersjukhuset	1 016	0%	59%
Södertälje	252	0%	62%
Torsby	113	0%	88%
Trelleborg	231	0%	73%
Varberg	327	0%	80%
Visby	104	0%	81%
Vrinnevisjukhuset	358	0%	84%
Värnamo	144	0%	90%
Västervik	129	0%	47%
Västerås	444	0%	74%
Växjö	250	0%	100%
Ystad/Simrishamn	203	0%	83%
Ängelholm	175	0%	70%
Örebro	460	0%	67%
Örnsköldsvik	169	0%	98%
Östersund	331	0%	92%
Östra sjukhuset	349	0%	38%
#Lycksele	0	0%	0%
Riket	19 344	0%	74%

4.1.2. Bortfall

- För de patienter som överlevde och inte hade följts upp efter 3 månader uppgav sjukhusen att kan det vara praktiskt omöjligt att följa upp patienten, till exempel patienter som bodde utomlands eller inte kunde återfinnas på kontaktadressen). Data från sjukhus med många icke uppföljda patienter måste tolkas med stor försiktighet och de har därför särskilt markerats i figurer med uppgifter från 3-månadersuppföljningen.

4.2. ÖVERLEVNAD OCH UTFALL (AVLIDEN ELLER ADL-BEROENDE)

Om indikatorn

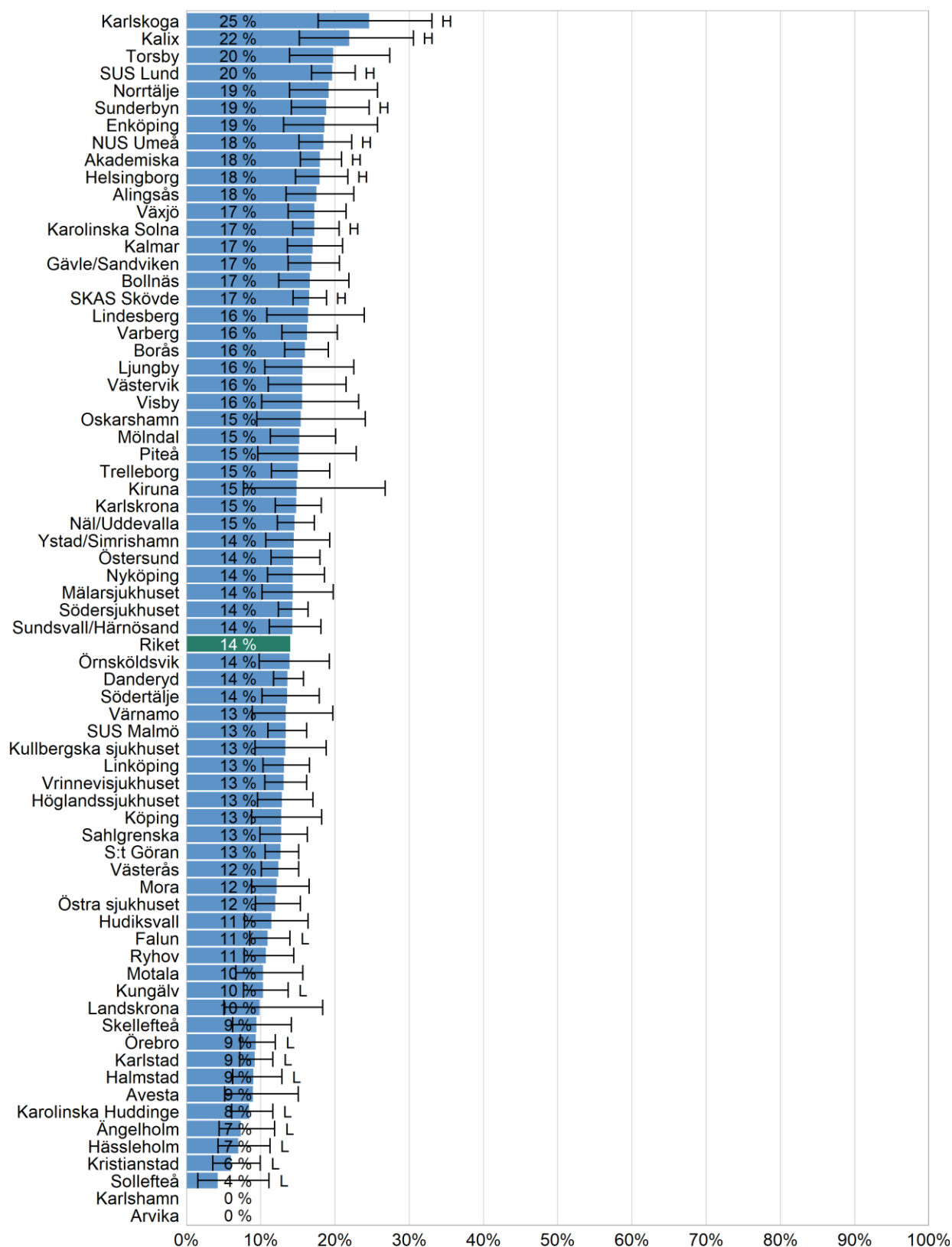
Avlidna och ADL-beroende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Andelen avlidna + ADL-beroende är ett vanligt utfallsmått i vetenskapliga studier.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt

Tolkningsanvisningar

- Sedan ett par år tillbaka använder Riksstroke sina egna uppgifter istället för data från dödsorsaksregistret för att beräkna andelen avlidna.
- 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 sådana patienter ökar. Variablerna i Riksstroke kring förflyttning mellan sjukhus har reviderats för 2019 för att bättre kunna följa patienternas akuta vårdkedja med förflyttning mellan sjukhusen. Andelen kan också påverkas om patienter med TIA som undersöks med MR och har fynd av akut ischemisk lesion registreras som ischemisk stroke. Riksstroke rekommenderar att sådana patienter fortsatt klassificeras som TIA i väntan på den nya internationella klassifikationen från WHO (ICD 11) som inte förväntas införas förrän om några år.
- Andelen avlidna eller 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 eller ADL-beroende" påverkas också starkt av andelen som lever men inte följts upp, eller där uppgiften om ADL-beroende 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).
- Precisionen i justering för svårighetsgrad av stroke skulle öka om data på NIH Stroke Scale användes. Som framgår i avsnittet om denna strokeskala (se avsnitt 2.1.6) registreras idag två tredjedelar av strokepatienterna enligt NIH Stroke Scale (NIHSS). Det är starkt önskvärt att registrering enligt den skalan införs konsekvent i klinisk rutin.

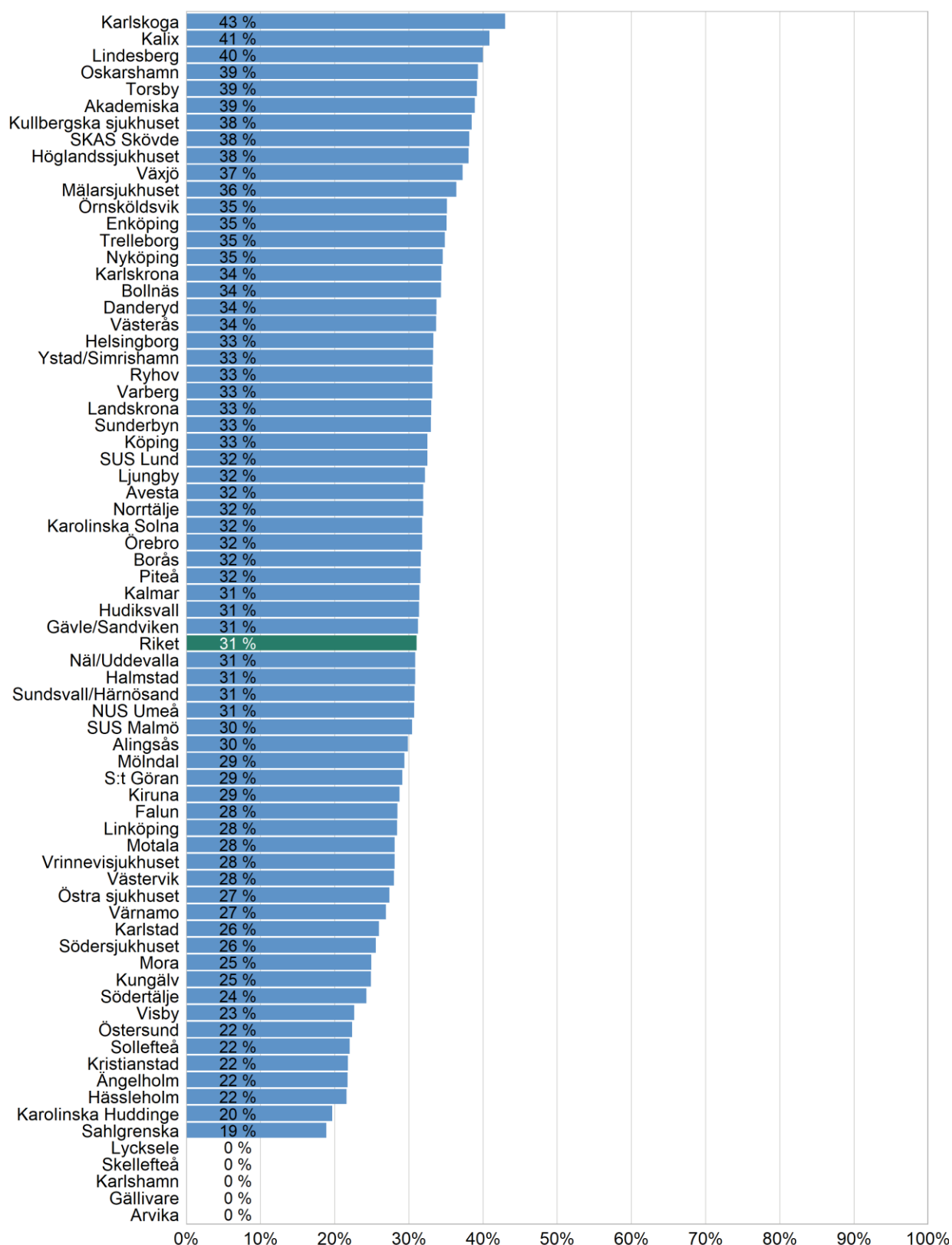
Vi har i analyserna korregerat för skillnader mellan sjukhusen i köns- och ålderssammansättning samt i medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset (grovt mått på svårighetsgraden). Våra tolkningsanvisningar bör här ändå särskilt beaktas – de statistiska variationer vi anger (95% konfidens intervall)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

Andelen avlidna 90 dagar efter insjuknandet



Figur 58. 3-månadersletalitet (andelen avlidna) 2025 justerat i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset. Andelen avlidna är kontrollerade mot Dödsorsaksregistret. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

Andelen avlidna inom 90 dagar efter insjuknandet eller ADL-beroende patienter vid 3-månadersuppföljningen.



Figur 59. Andelen avlidna eller ADL-beroende strokepatienter 3 månader efter insjuknandet 2025. Avlidna är kontrollerade mot Dödsorsaksregistret.

4.3. FUNKTION

4.3.1. ADL-beroende

Om indikatorn

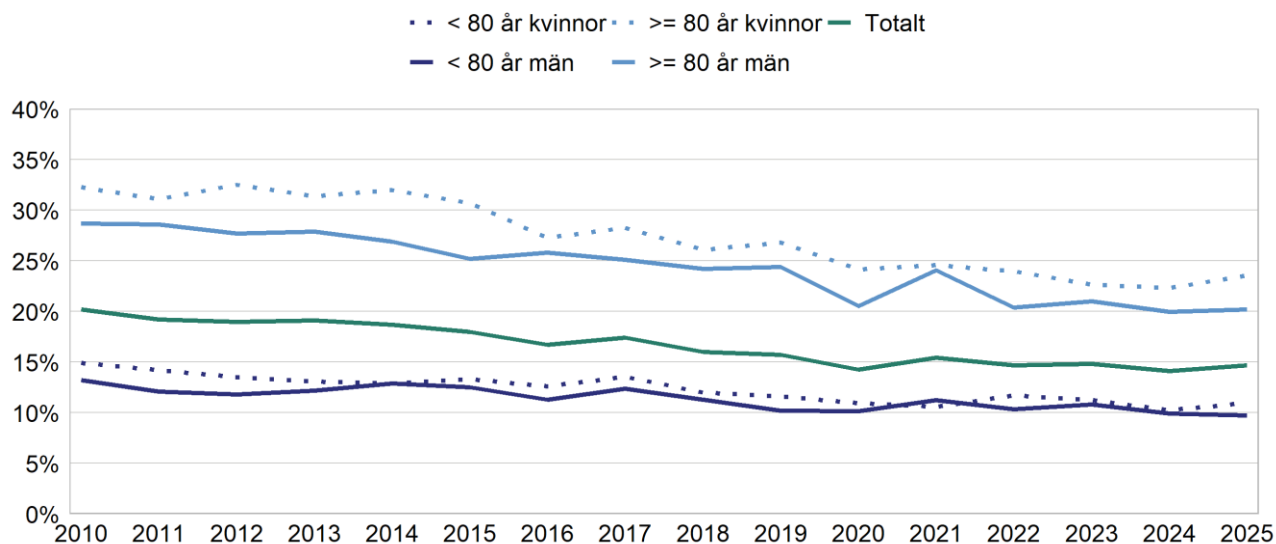
ADL-beroende	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Riksstroke ADL-mätningar är validerade mot andra ADL-instrument, med tillfredsställande resultat.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Saknas

Tolkningsanvisningar

- Detta är ett av de mest centrala utfallsmåtten i Riksstroke. Det avspeglar kvaliteten på rehabiliteringsinsatserna i bred mening. Även anhörigas och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmått.
- I nämaren 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 och hur det bedömts, i samband med personligt besök eller via enkätsvar.
- ADL-förmågan är en förhållandevis robust kvalitetsindikator på riks- och regionnivå, medan data på sjukhusnivå behöver tolkas med viss försiktighet beroende på statistisk osäkerhet med små tal. Andelen kan också påverkas av förflyttningar mellan olika sjukhus i akutskedet, i första hand för trombektomibehandling.
- Måttet påverkas måttligt av andelen dödsfall. Se också avsnittet "Överlevnad och utfall".

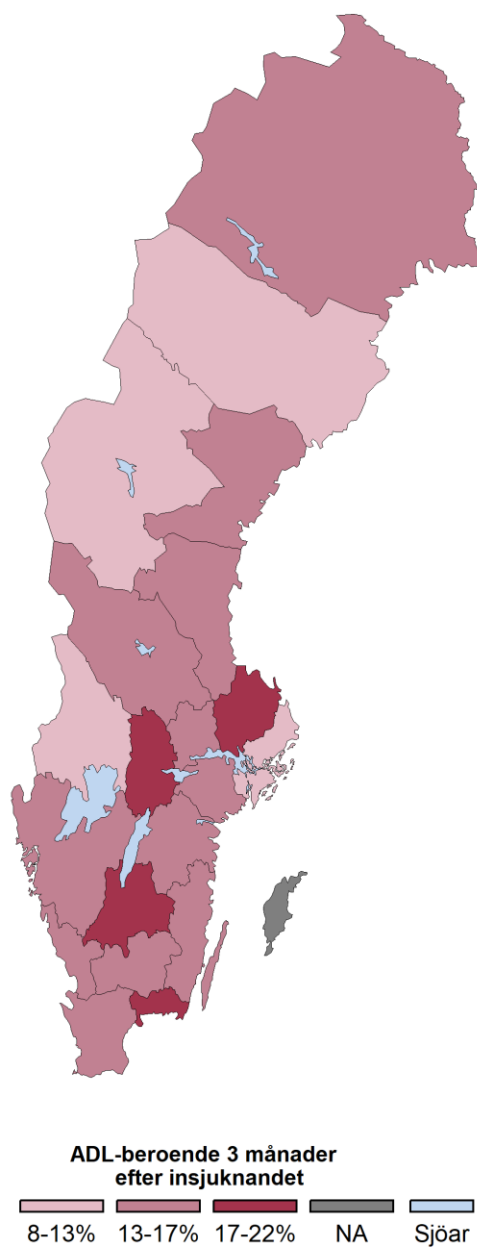
Beräkningarna baseras enbart på de personer som före strokeinsjuknandet var oberoende av andra i personlig ADL.

Andelen patienter som är ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet



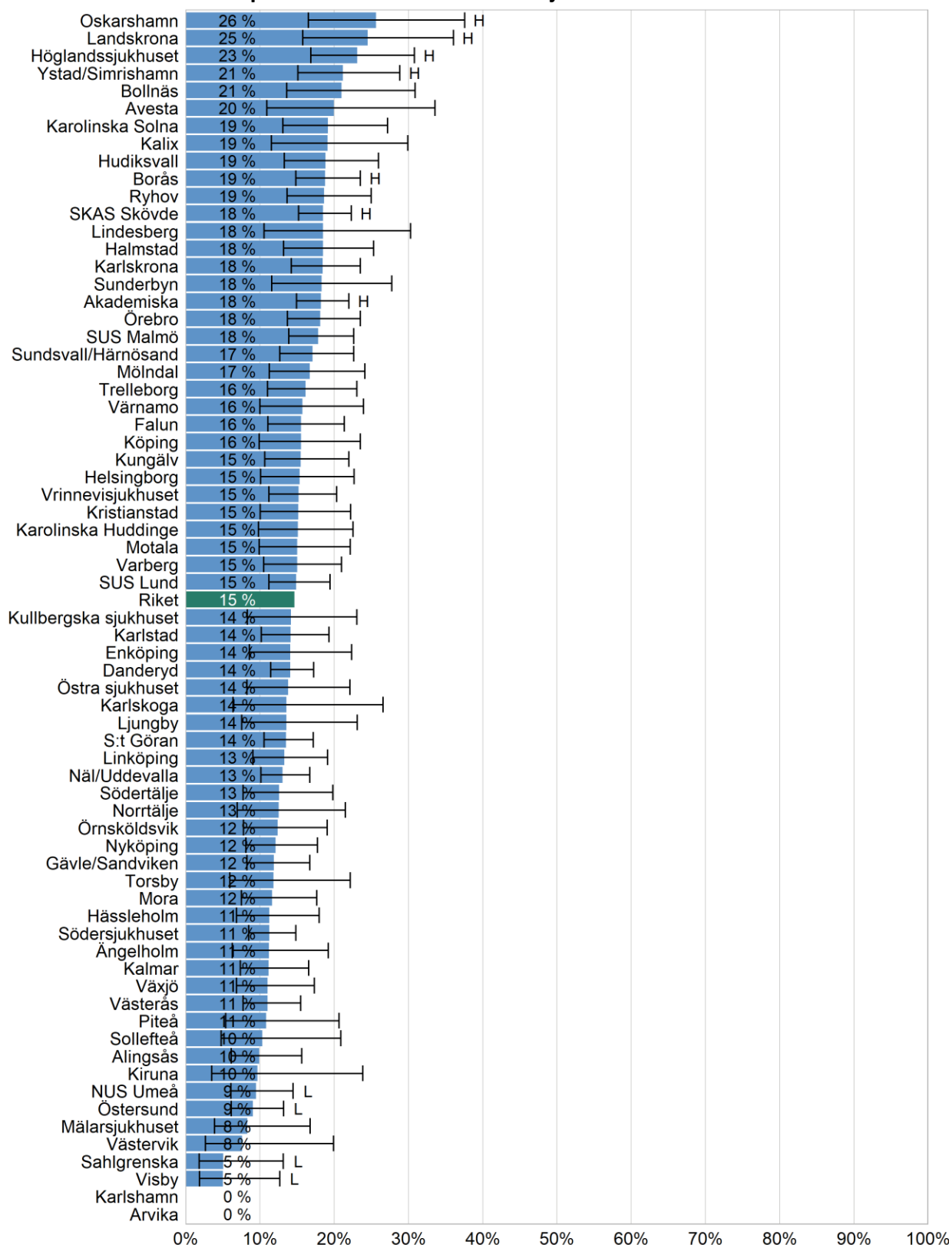
Figur 60. Utvecklingen under 2010–2025 av andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara ADL-beroende. Uppdelat på kön och ålder samt totalt. Beräkningarna baseras enbart på personer som före insjuknandet var ADL-oberoende.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet



Figur 61. Jämförelse mellan regionerna av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2025. Endast patienter som före insjuknandet var ADL-oberoende.

Andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet



Figur 62. Jämförelse mellan sjukhusen av andelen ADL-beroende patienter 3 månader efter insjuknandet 2025. 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. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

4.4. BOENDE

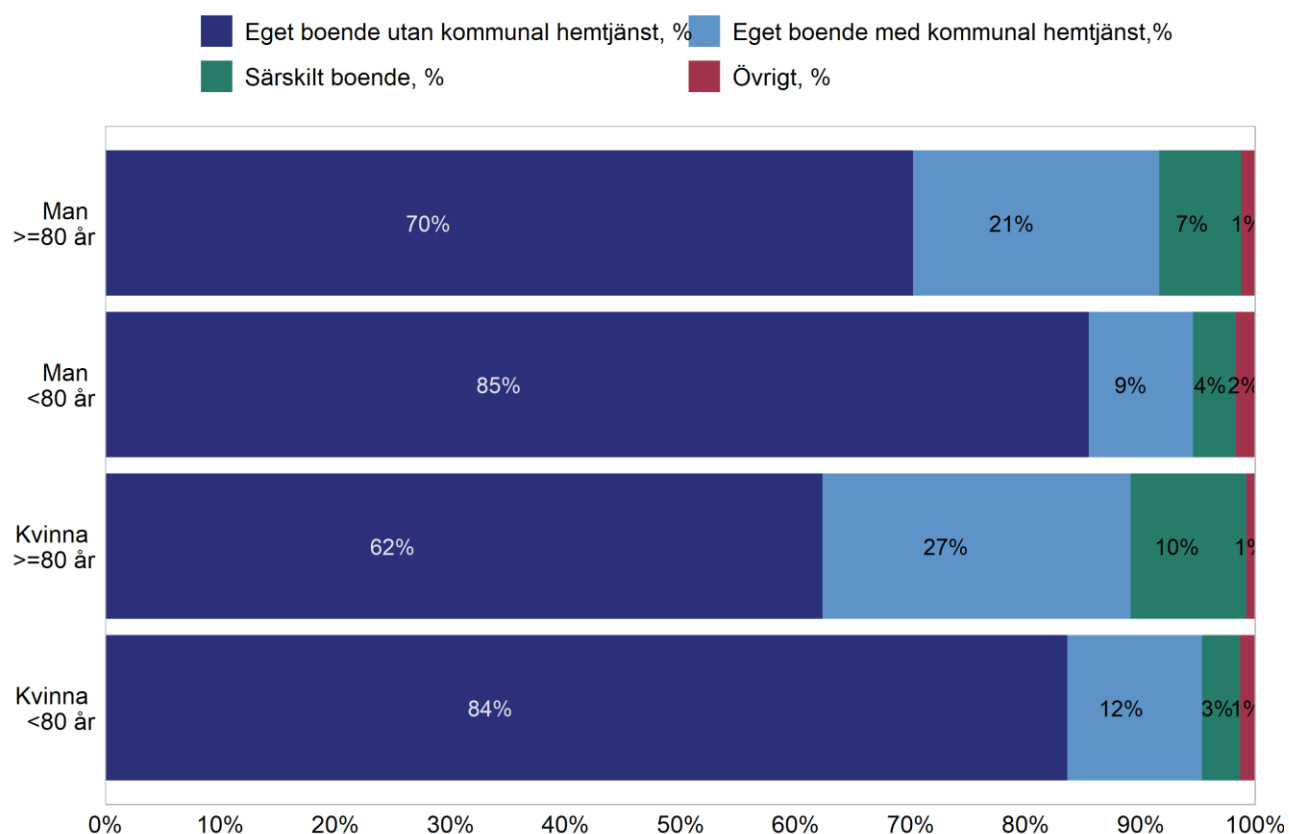
Om indikatorn

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

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.
- 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.

Patienters boende 3 månader efter insjuknandet, kön- och åldersuppdelat



Figur 63. 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 2025.

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.

4.5. VÅRDINSATSER

4.5.1. Rehabilitering

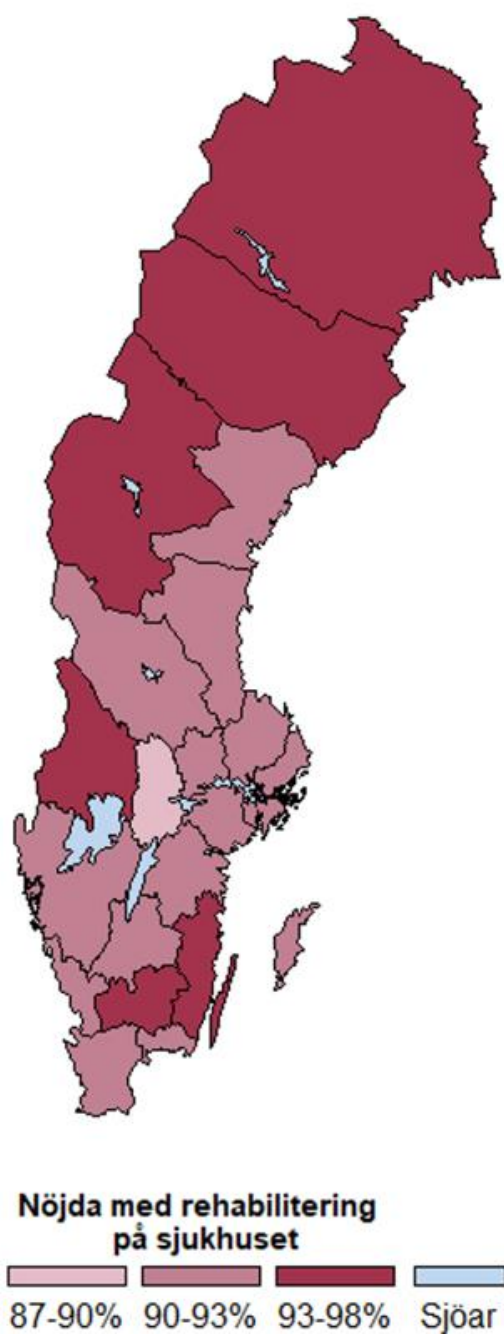
Om indikatorn

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
Målnivå	Målnivå nöjd med rehabilitering efter stroke Riksstroke: Hög: 87 % Måttlig: 75 %. Socialstyrelsen: 87 %.

Tolkningsanvisningar

- Denna indikator kan 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.
- Vid regioner och sjukhus där andelen missnöjda eller mycket missnöjda med rehabiliteringen överstiger 10% kan det finnas anledning att lokalt granska orsakerna till den höga andelen.

Andelen patienter som var nöjda med rehabiliteringen på sjukhuset



Figur 64. Jämförelse mellan regionerna av andelen patienter som i 3-månadersenkäten svarade att de var nöjda eller mycket nöjda med den rehabilitering de fått på akutsjukhuset 2025. Andelen patienter som svarade "vet ej" eller att de inte ville ha eller inte fick rehabilitering under sjukhusvistelsen är exkluderad när andelar beräknats.

4.5.2. Rökstopp

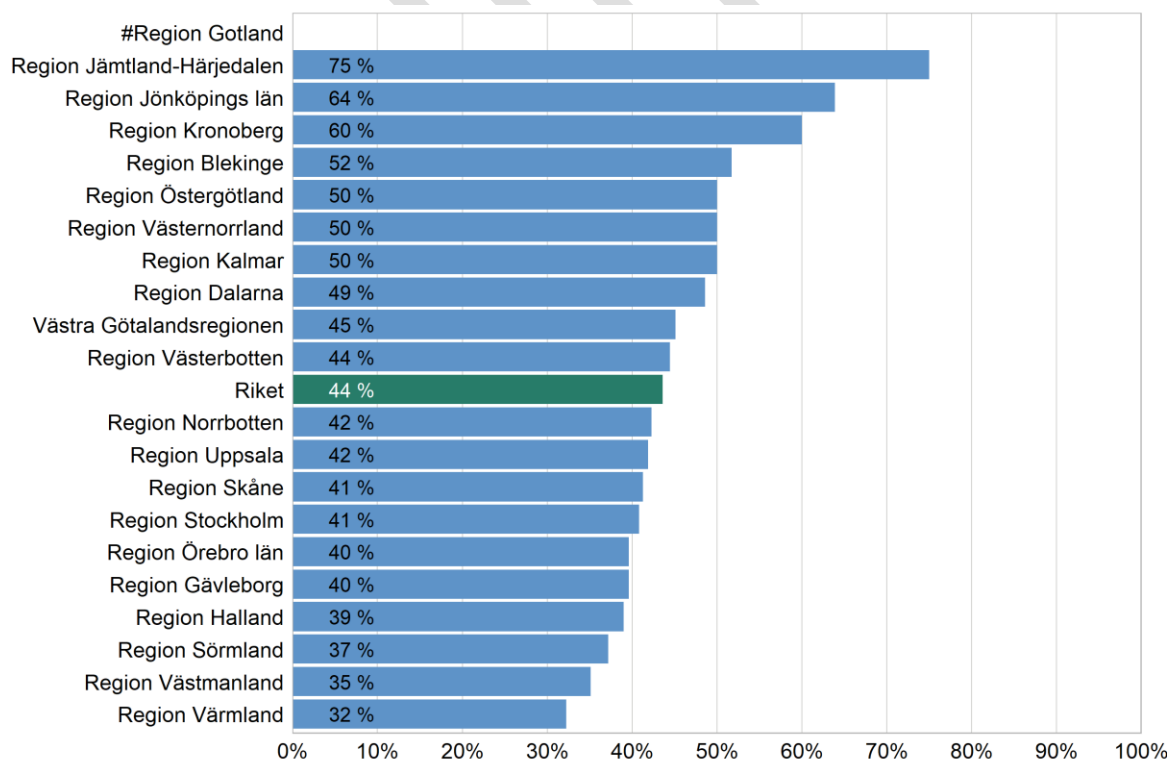
Om indikatorn

Rökning	
Typ av indikator	Process och resultat
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Otillräckligt, se de nationella riktlinjernas vetenskapliga underlag.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Rökstopp var ej egen prio-rad i de nationella riktlinjerna 2018

Tolkningsanvisningar

För sjukhus med lågt antal rökare vid insjuknandet är risken för slumpmässiga variationer stor.

Rökstopp 3 månader efter insjuknandet



Figur 65. Andelen patienter som vid insjuknandet 2025 var rökare och som 3 månader efter insjuknandet angav att de inte rökte (d.v.s. har gjort rökstopp efter insjuknandet), per region.

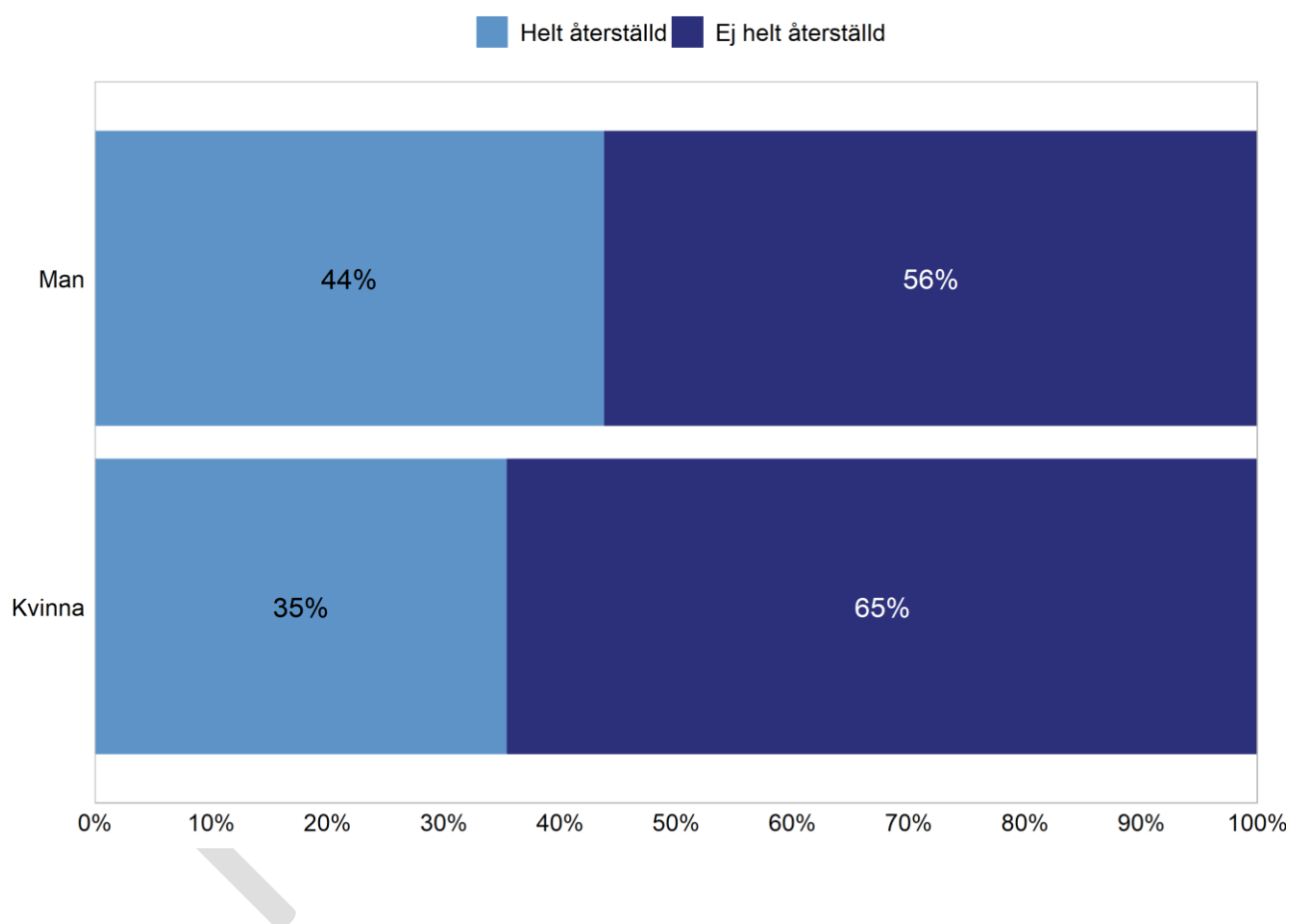
4.5.3. Råd om livsstilsförändringar

Råd om livsstilsförändringar som rökning, fysisk aktivitet, diet, alkoholkonsumtion och stresshantering bör ges. Andelen som rapporterar att de fått det finns redovisade i Webtabell 22, (www.riksstroke.org).

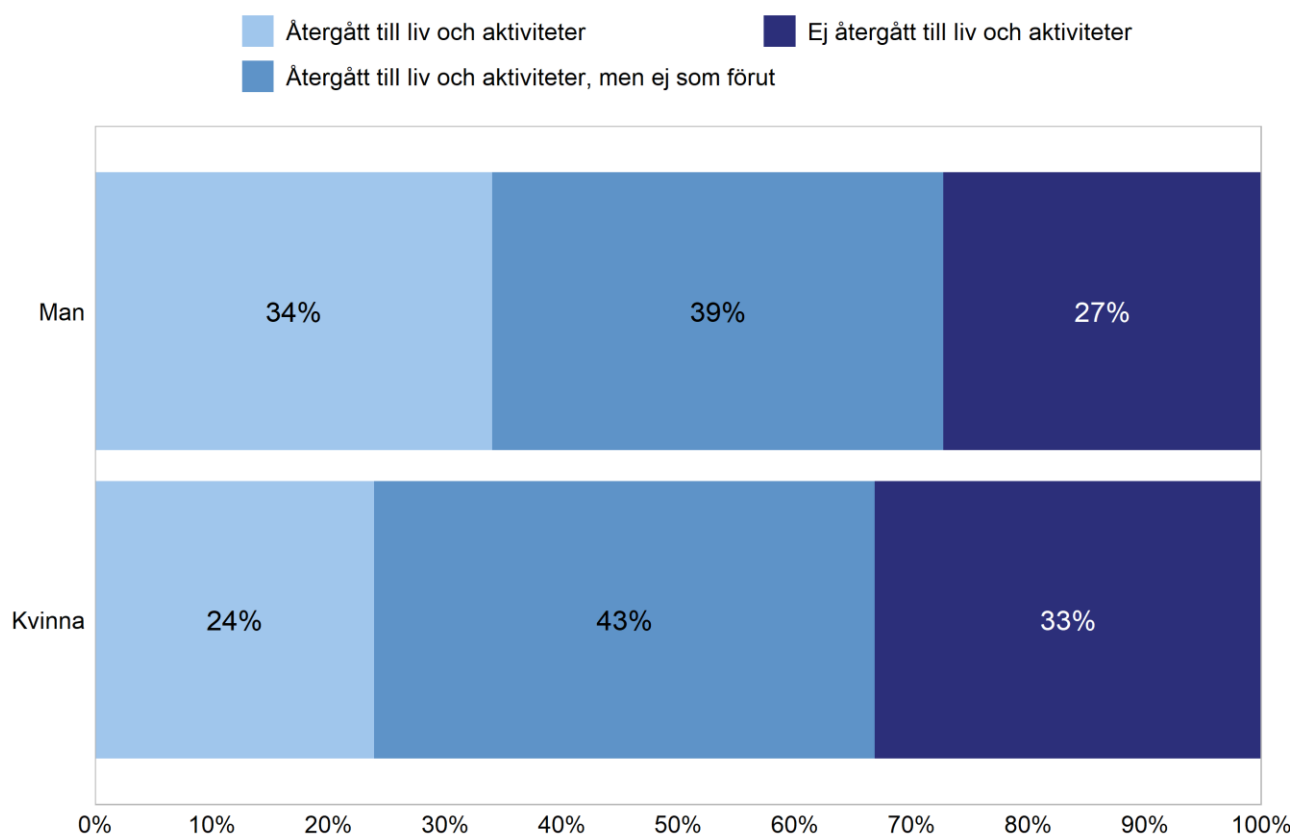
4.6. SYMTOM OCH LIVSKVALITET

4.6.1. Kvarstående besvär och återgång till aktiviteter som innan insjuknandet i stroke

I 3-månadersuppföljningen ingår frågor om kvarstående besvär, återgång till tidigare liv och aktivitet samt möjlighet att resa på egen hand.



Figur 66. Andel av män respektive kvinnor som rapporterar att de känner sig helt återställda respektive fortfarande har besvär efter sin stroke.



Figur 67. Andel av män respektive kvinnor som rapporterar i vilken utsträckning de kunnat återgå till tidigare aktiviteter.

4.6.2. Självskattat hälsotillstånd

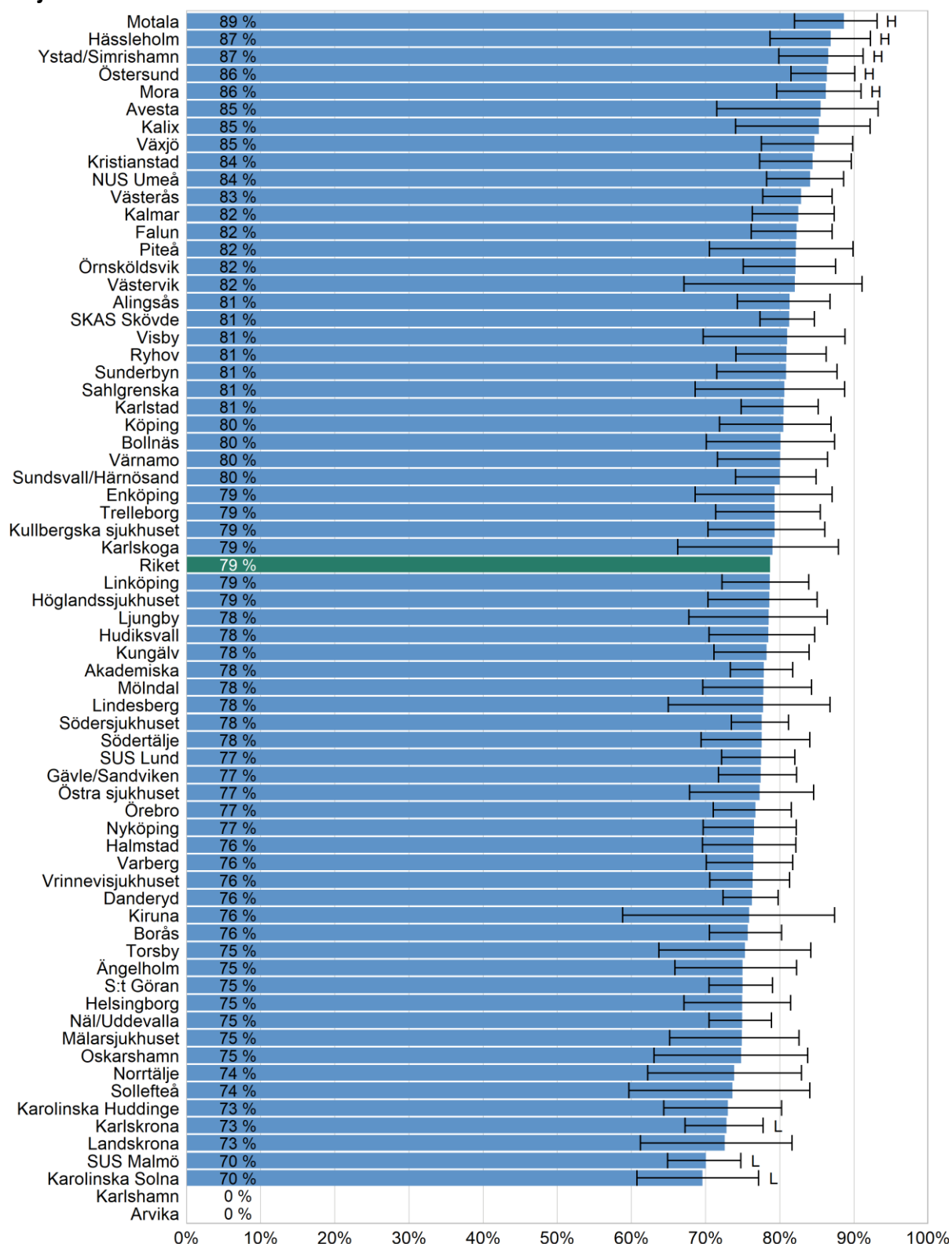
Om indikatorn

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

Tolkningsanvisningar

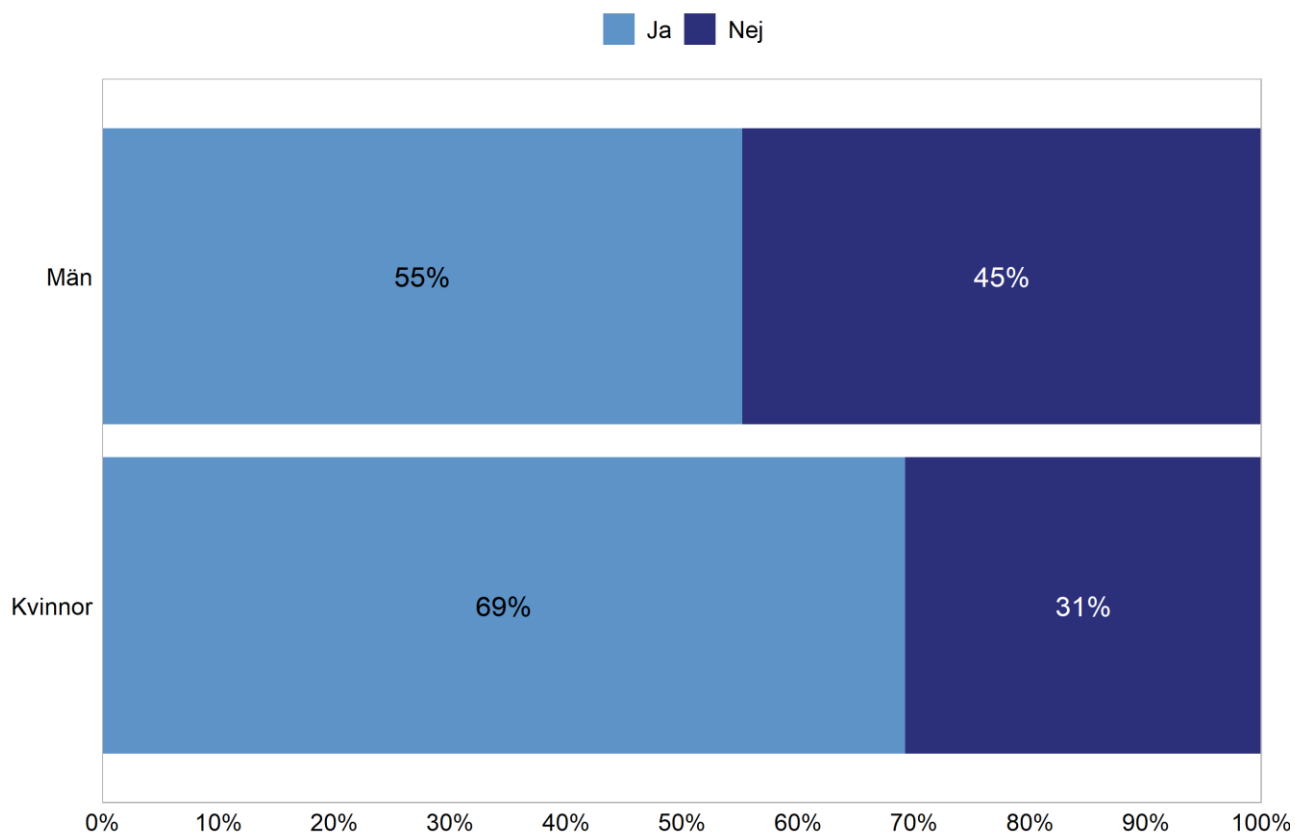
- Indikatorn är känslig för stort bortfall.
- Patientens självskattade hälsotillstånd är nära knutet till ADL-förmågan och dessa båda resultatvariabler ger olika aspekter på gott eller dåligt utfall.
- Denna resultatindikator kan påverkas av sjukvårdens insatser under akutskedet och efter att patienten skrivits ut från sjukhuset, men troligen mer av stödet från anhöriga och samhället. Patientens förväntningar spelar också in, liksom socioekonomiska förhållanden och eventuell förekomst av depression.
- Resultatet kan påverkas av förflyttningar av patienter mellan sjukhusen för reperfusionsbehandling och hur dessa patienter redovisas per sjukhus. En vidareutveckling för att bättre kartlägga förflyttningar mellan sjukhus pågår inom Riksstroke.

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



Figur 68. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2025 uppgav sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket gott. De som svarat "vet ej" har exkluderats innan andelen har räknats ut. Andelen har justerats för skillnader mellan sjukhusen i medelålder, könsfördelning och vakenhetsgrad vid insjuknandet. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

4.6.3. Trötthet



Figur 69. Andel av män respektive kvinnor som rapporterar att de upplever ökad trötthet efter stroke.

4.6.4. Depression/nedstämdhet

Om indikatorn

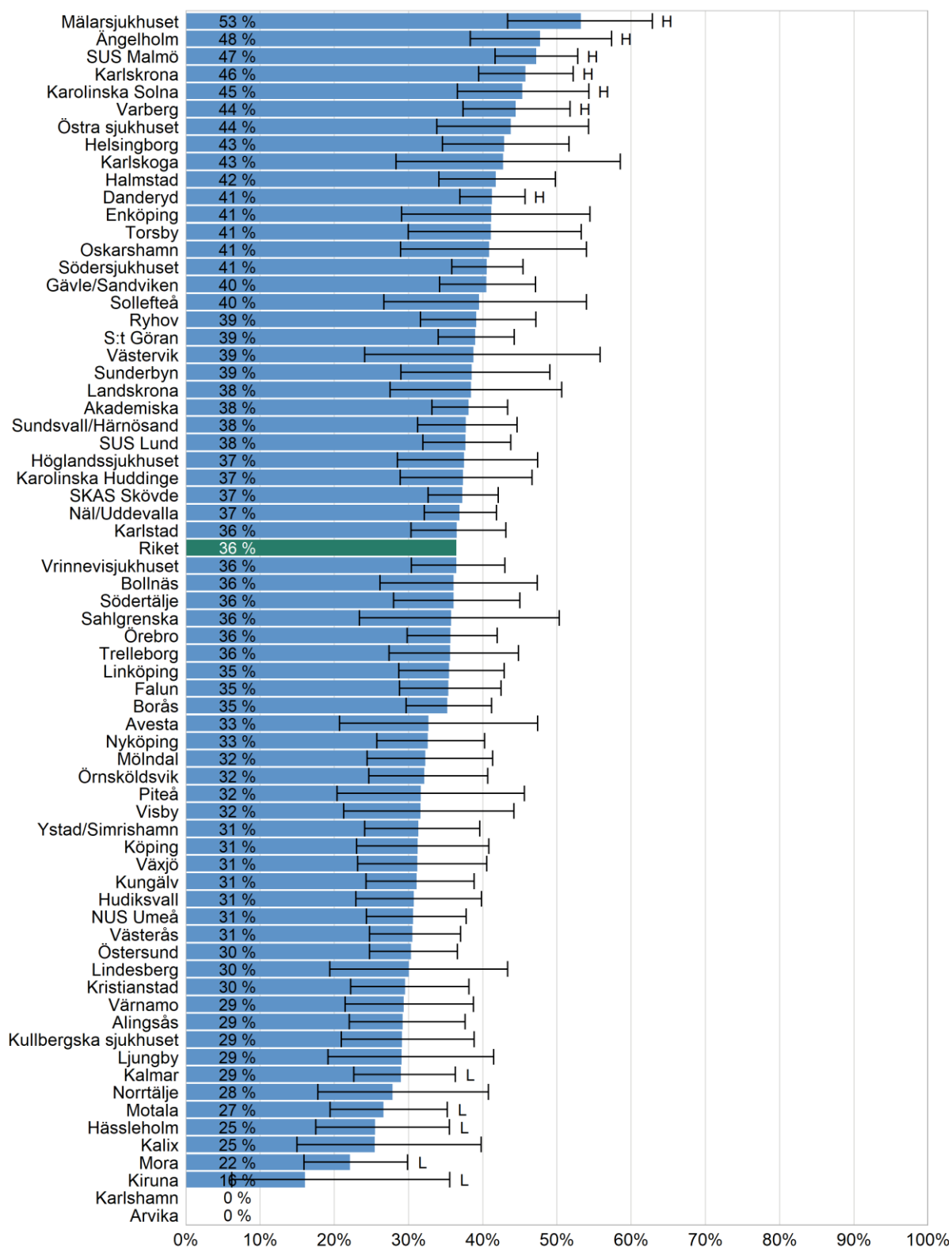
Depression/Nedstämdhet	
Typ av indikator	Utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Nej
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM); Riksstrokes mätningar av nedstämdhet är validerade med tillfredsställande resultat. För farmakologisk behandling av post-strokedepression finns visst vetenskapligt stöd.
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Farmakologisk behandling prio 3 i riktlinjerna 2018.

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.

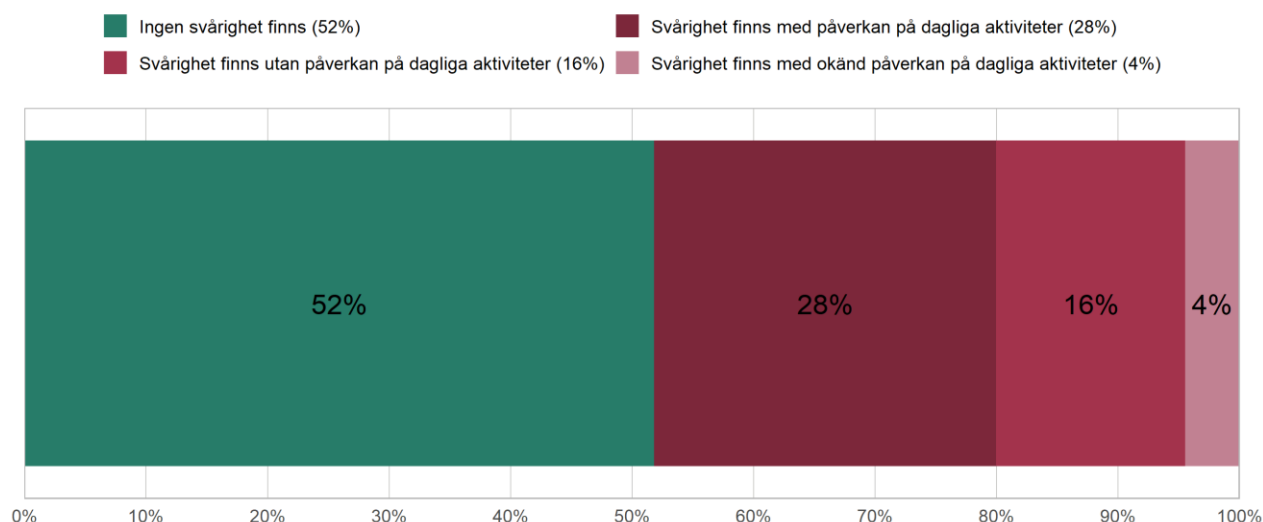
Nedstämdhet är en så vanlig komplikation efter stroke att det fått en särskild engelsk benämning: post-strokedepression. Många, men långt ifrån alla, patienter med post-strokedepression är hjälpta av antidepressiva läkemedel.

Förekomst av nedstämdhet hos patienterna 3 månader efter insjuknandet



Figur 70. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet 2025 uppgav sig vara nedstämda ofta eller ständigt. De som svarat "vet ej" har exkluderats innan andelen har räknats ut. Andelen har också justerats i statistisk modell för skillnader i kön, ålder och vakenhetsgrad vid insjuknandet. Se tolkningsanvisning i början av kapitlet.

Svårighet med att tänka, koncentrera sig och minnas med påverkan på dagliga livet



Figur 71. Andel patienter som rapporterar svårighet att tänka, koncentrera sig och minnas efter stroke och om det har en påverkan på dagliga aktiviteter. Nationell nivå 2025.

4.7. TILLGODOSEDDE BEHOV EFTER UTSKRIVNING

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	Nej

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.

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.

Preliminär

Tabell 50. Andelen patienter som 3 månader efter insjuknandet 2025 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.

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Akademiska	37%	29%	5%
Alingsås	51%	21%	4%
#Arvika	0%	0%	0%
Avesta	47%	28%	2%
Bollnäs	39%	20%	5%
Borås	36%	26%	6%
Danderyd	44%	27%	5%
Enköping	47%	29%	5%
Falun	45%	27%	7%
#Gällivare	0%	0%	0%
Gävle/Sandviken	44%	24%	5%
Halmstad	46%	23%	9%
Helsingborg	41%	26%	6%
Hudiksvall	47%	21%	2%
Hässleholm	51%	10%	5%
Höglandssjukhuset	32%	28%	6%
Kalix	68%	18%	0%
Kalmar	41%	15%	7%
#Karlshamn	0%	0%	0%
Karlskoga	44%	14%	3%
Karlskrona	36%	28%	5%
Karlstad	41%	20%	4%
Karolinska Huddinge	42%	26%	6%
Karolinska Solna	42%	26%	6%
Kiruna	31%	15%	8%
Kristianstad	33%	19%	5%
Kullbergsska sjukhuset	87%	10%	1%
Kungälv	43%	22%	4%
Köping	52%	23%	3%
Landskrona	38%	22%	7%
Lindesberg	51%	22%	4%
Linköping	42%	22%	3%
Ljungby	47%	31%	2%
Mora	44%	20%	5%
Motala	58%	17%	1%
Mälarsjukhuset	67%	26%	5%

Sjukhus	Ja, helt, %	Ja, delvis, %	Nej, %
Möndal	40%	19%	5%
Norrtälje	45%	31%	8%
NUS Umeå	44%	22%	4%
Nyköping	38%	21%	3%
Näl/Uddevalla	38%	25%	7%
Oskarshamn	35%	26%	2%
Piteå	45%	19%	6%
Ryhov	42%	28%	2%
S:t Göran	49%	27%	4%
Sahlgrenska	53%	30%	2%
SKAS Skövde	51%	21%	3%
#Skellefteå	0%	0%	0%
Sollefteå	35%	23%	10%
Sunderbyn	36%	26%	2%
Sundsvall/Härnösand	35%	24%	4%
SUS Lund	34%	29%	5%
SUS Malmö	36%	29%	7%
Södersjukhuset	42%	24%	5%
Södertälje	40%	27%	5%
Torsby	52%	18%	1%
Trelleborg	49%	18%	6%
Varberg	46%	27%	5%
Visby	31%	32%	3%
Vrinnevisjukhuset	38%	25%	8%
Värnamo	40%	18%	5%
Västervik	38%	27%	0%
Västerås	43%	23%	3%
Växjö	39%	23%	8%
Ystad/Simrishamn	33%	16%	4%
Ängelholm	43%	17%	14%
Örebro	40%	25%	6%
Örnsköldsvik	48%	15%	6%
Östersund	47%	15%	2%
Östra sjukhuset	42%	22%	7%
#Lycksele	0%	0%	0%
Riket	43%	23%	5%

- 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.

4.7.1. Hjälp och stöd

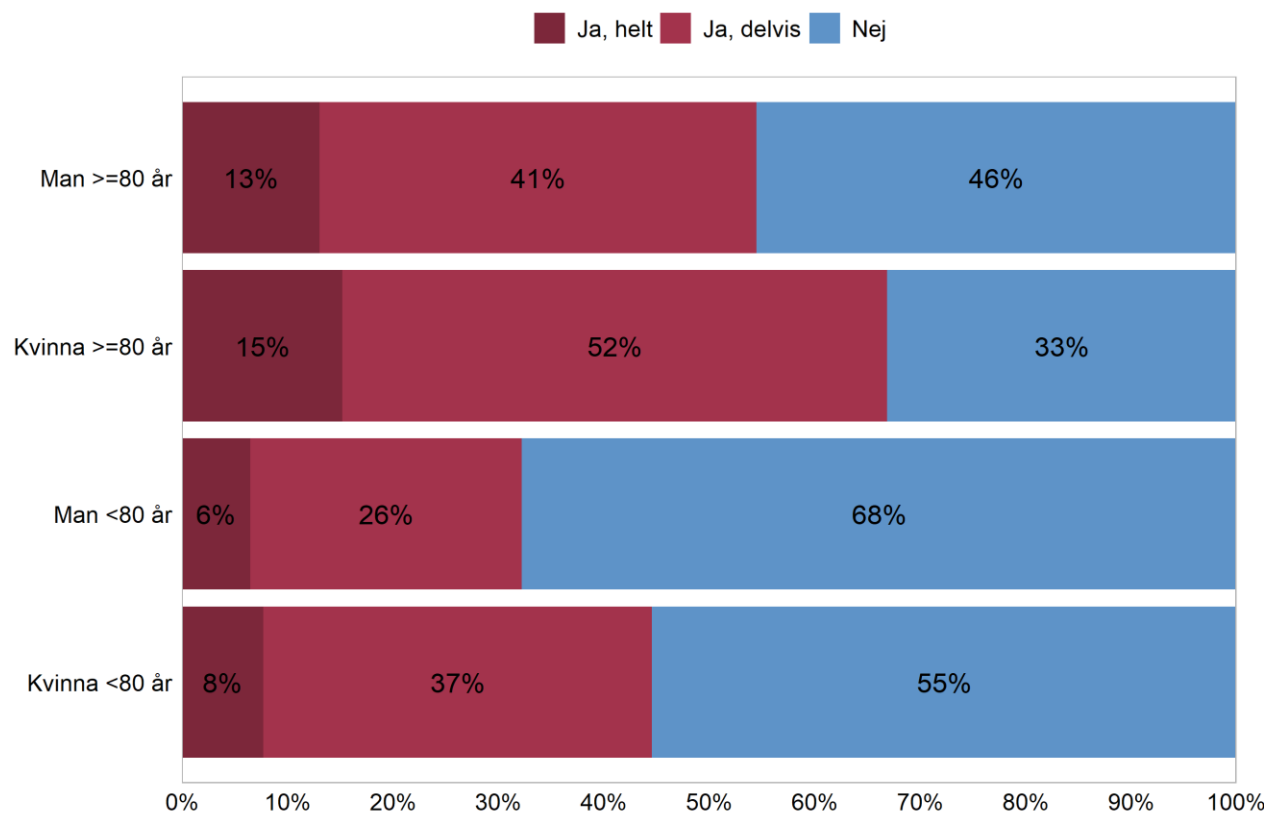
Om indikatorn

Stöd eller hjälp	
Typ av indikator	Kombination av process och utfall
Kvalitetsindikator enligt nationella riktlinjer	Ja
Vetenskapligt underlag	Patientrapporterat mått (PROM).
Prioritet enligt nationella riktlinjer	Inte tillämpligt

Tolkningsanvisningar

- Detta utfallsmått är kraftigt beroende av ADL-förmåga.
- Måttet är begränsat till om patienten själv tycker sig vara i beroende av stöd eller hjälp. Däremot saknas mått på insatsernas innehåll och den faktiska belastning de innebär för vård och närstående.
- Frågan formulerades om i år till: "Är du idag beroende av stöd eller hjälp?"

Patienters beroende av hjälp eller stöd bland patienter med eget boende



Figur 72. Andelen strokepatienter med eget boende som 3 månader efter insjuknandet uppgav sig vara beroende av hjälp eller stöd. Nationell nivå 2025.

DATAKVALITET, UTVECKLING OCH ANVÄNDNING

5.1. ANSLUTNINGSGRAD OCH TÄCKNINGSGRAD

År 2025 registrerade 69 av de 71 sjukhus som vårdar akut stroke i Riksstroke. Möjlighet att registrera TIA infördes 2010, och anslutningsgraden är för närvarande 69 av de 71 sjukhusen. Registrering av TIA var från starten angiven som "frivillig", men i årsrapporterna framhålls nu att TIA och stroke skall ses som ett kontinuum, och att kvalitetsarbetet för TIA är lika viktigt som för stroke. Socialstyrelsen har i de indikatorer som publicerades mars 2018 även indikatorer (och målnivåer) för TIA, det personcentrerade och strukturerade vårdförloppet likaså.

Täckningsgraden beskriver den andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riksstroke. Täckningsgraden beräknas som antalet förstagångsinsjuknanden registrerade i Riksstroke i förhållande till antalet förstagångsinsjuknanden i akut stroke i Patientregistret vid Socialstyrelsen. Att inte återinläggningar under strokediagnos tas med i jämförelserna beror på att det finns varierande praxis när det gäller de diagnosnummer som sätts för patienter med resttillstånd efter stroke. Tar man med samtliga strokedagnoser blir underlaget därför osäkrare än om man begränsar sig till förstagångsstroke. En validering av Patientregistret har visat att det ofta förekommer överdiagnostik av stroke i rutinsjukvården, d.v.s. man sätter stroke som utskrivningsdiagnos utan att det finns säkert underlag för diagnosen. Täckningsgraden för Riksstroke var 85% för 2025.

5.2. VALIDERING OCH DATAKVALITET

Kvalitetsgranskningar sker dels genom automatiska kontroller vid inregistrering i webformulär, dels genom statistisk processkontroll där varningar för avvikande resultat sedan kontrolleras manuellt för att utreda om det är en faktiskt fel eller naturlig variation. Efter varje manuell granskning av avvikande värden skrivs en valideringsrapport över avvikelserna och utförd kontroll och vilka eventuella åtgärder som utförts.

Individuella sjukhus täckningsgrader, och automatiska kontroller vid inregistrering ses över regelbundet och uppdateras/korrigeras vid behov (tex formulärsändringar). Andra datavalideringar i Riksstroke bl a med journal-jämförelser har publicerats 2015 och 2016 (Buchwald F, Ström JO, Norrving B, Petersson J. Validation of Diagnoses of Transient Ischemic Attack in the Swedish Stroke Register (Riksstroke) TIA-Module. *Neuroepidemiology*. 2015; 45:40-43; Soderholm A, Stegmayr B, Glader EL, Asplund K, Riksstroke C. Validation of Hospital Performance Measures of Acute Stroke Care Quality. *Riksstroke, the Swedish Stroke Register. Neuroepidemiology*. 2016; 46:229–234).

Riksstroke har också arbetat för förbättrad kvalitet i diagnossättningen av stroke, då flera studier och erfarenheter visat att en del patienter fel-klassificeras. Exempel på felaktig klassificering är att patienter med resttillstånd efter tidigare stroke felaktigt får en akut strokedagnos (den vanligaste anledningen), att patienter med oförklarad akut insjuknande får en strokedagnos utan att det finns undersökningsfynd som talar för diagnosen, och att patienter med traumatiska hjärnskador (traumatiska hjärnblödningar) felaktigt får en strokedagnos.

Riksstroke utarbetade 2013–2014 en diagnoslathund med anvisningar för diagnossättning enligt ICD-10. Lathunden reviderades med tillägg av förtydliganden 2017. Lathunden finns på Riksstrokes hemsida och kan också beställas från Riksstrokes sekretariat. Medlemmar i

Riksstroke's styrgrupp har besökt flera kliniker för seminarier om ökad kvalitet i diagnossättningen av stroke.

Ett större valideringsprojekt har sammanställts till en intern rapport 2021.

5.2.1. Validering av trombektomidata i Riksstroke mot EVAS

Trombektomibehandlingar registreras i Riksstroke samt i EVAS-registret, som innehåller mer detaljerade uppgifter kring själva behandlingen. Ett nära samarbete finns mellan Riksstroke och EVAS kring trombektomibehandlingarna. I samkörningen görs en validering av data mellan de båda registren. Under 2021 matchades registren för att se hur bra de stämmer överens. Behandlingarna identifierades mellan registren via personnummer, inläggningsdatum samt åtgärdsdatum +/- fem dagar. Patienterna kan då hamna i en av fyra olika grupper:

1. Förekommer endast i Riksstroke
2. Förekommer endast i EVAS
3. Förekommer i båda registren (matchar)
4. Förekommer inte i något av registren

Grupp fyra går inte att beräkna men kan antas vara liten då både Riksstroke och EVAS har hög täckningsgrad.

Orsaker till att en patient endast registreras i Riksstroke kan vara att trombektomibehandling gjorts utomlands eller att patienter missats att registreras i EVAS av tekniska orsaker då registren har olika registreringsrutiner. Orsaker till att patienter endast registreras i EVAS kan vara teknisk registreringsmiss (till vilket förflyttningar av trombektomipatienter mellan sjukhus kan bidra), multipla trombektomier hos samma patient, eller att patienter med ett tidigt återinsjuknande som lett till trombektomi bara fått det första insjuknandet registrerat i Riksstroke. Personer med ogiltiga personnummer eller med reserv- eller samordningsnummer kan också falla bort vid matchningen.

Tabell 4. Resultat av matchning mellan EVAS registreringar och Riksstroke. Rapporten kommer kompletteras med tabellen

5.3. RAPPORTERINGSGRAD

Riksstroke's frågor har i hög utsträckning en god rapporteringsgrad (tabell 36). På riksnivå är bortfallet för frågor både i akutskedet för stroke och TIA generellt lågt. Sjukhus med ett större bortfall än 25 % på enskilda frågor är markerade i Årsrapporten enligt angiven figur- eller tabelltext för att uppmärksamma om osäkra data.

För centrala variabler redovisas andel patienter med missing i rapporteringen. Målnivåer redovisas i en Dashboard och där markeras särskilt variabler med >25% missing för respektive sjukhus (nytt från 2018). Uppnådda målnivåer med >25% missing får sedan inte tillgodoräknas i beräkningar för "Årets strokeenhet".

Vi jämför olika beräkningsgrunder, tex jämförs andelar när missing exkluderas med när missing räknas in i nämnaren. Mer detaljerade bortfallsanalyser publiceras i vetenskapliga tidskrifter.

Tabell 5. Andelen patienter som har rapporterade värden för fem variabler som är underlag för de allra viktigaste indikatorerna.

Variabel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ankomsttid till	96	95	95	96	95	96	95	96	96	95	95
Vård på stroke	99	99	99	99	99	99	99	99	100	100	100
Reperfusionstid	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100
Trombocythän	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antikoagulant	99	99	98	98	100	100	100	100	100	100	100

För patientrapporterade uppgifter 3 månader efter stroke finns inte samma markering om stort bortfall i Årsrapporten då vårdpersonal eller en närstående till personen som haft stroke kan svara på enkäten för patientens räkning och därmed ibland saknar information om patientens upplevelse. I 3-månadersenkäten finns även möjligheten att svara "Vet ej", detta alternativ exkluderas vid beräkningar av övriga andelar men redovisas separat när andelen är särskilt hög.

Vid 3-månadersuppföljningen förelåg svar (besvarad enkät, eller kännedom om att patienten var avliden) hos 74% av patienterna. Bortfallsanalyser av de som inte svarat har gjorts i några av Riksstroke's vetenskapliga publikationer. Hög ålder, svår stroke, och funktionshinder innan strokeinsjukandet är faktorer kopplade till att svar på 3-månadersuppföljningen inte kan erhållas. I en av de vetenskapliga rapporterna om långtidsprognos för funktion och död har statistisk imputering av missing data använts.

5.4. UTVECKLING AV RELEVANTA KVALITETSINDIKATORER

Utvecklingen av indikatorerna i Riksstroke har successivt modifierats efter utvecklingen inom strokeområdet, så att variabler har utmönstrats och nya har tillkommit. En strävan har alltid varit att begränsa antalet variabler och att bara ha med variabler som är kopplade till kvalitetsaspekter.

En noggrann översyn av variablerna gjordes 2017–2018 som del i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stroke (riktlinjer och indikatorer publicerades mars 2018). Socialstyrelsen har också 2018 tagit fram målnivåer för stroke och TIA. De målnivåer som används i Riksstroke reviderades 2018 för att vara samstämmiga med Socialstyrelsens.

För utvecklingen av kvalitetsindikatorer har Riksstroke en särskild "formulärsgrupp" där förslag utvecklas. En referensgrupp från olika sjukhus är kopplad till formulärsgruppen. Indikatorer diskuteras också inom ramen för kunskapsstyrningen, där Riksstroke's registerhållare är medlem i Nationella Arbetsgruppen för Stroke.

5.5. EFFEKTER AV REGISTRETS INSATSER PÅ VÅRDEN

Riksstroke är i princip enda datakälla för monitorering av förändringar i vårdens kvalitet och resultat, och data från Riksstroke har haft en stark återkoppling till vården och är ett av de bästa

exemplen på hur kvalitetsregisterdata har kunnat integrerats i "kvalitetscirkeln". Riksstroke är väl integrerat i den nationella kunskapsstyrningen.

Förändringar inom strokevården har varit snabba inom många områden, och förändringar har setts från ett år till ett annat. Aktuella exempel är användning av trombektomi och behandling med antikoagulantia efter ischemisk stroke med förmaksflimmer, där vi sett en dramatisk ökning under senaste decenniet. Studier baserade på Riksstroke visar också att utfall efter stroke förbättrats avseende bland annat överlevnad, risk att återinsjukna och funktionsförmåga (självrapporterad ADL). Riksstroke har också kunnat visa på områden där snabba förbättringar varit svårare att genomföra t.ex. direktinläggning på strokeenhet. Riksstroke har också tydliggjort de stora skillnader som finns i vårdkvalitet mellan olika regioner, vilket har fått stor uppmärksamhet.

Dessa förbättringar har publicerats i en mängd vetenskapliga artiklar, se publikationslista på Riksstrokes hemsida www.riksstroke.org. Förbättringar och framgångsfaktorer finns även redovisade i Nationella programrådets rapport: Framgångsfaktorer i strokevården – en jämförande studie av strokevård (SKR).

Den mest glädjande förändringen som setts är en minskning i absoluta antalet stroke sedan 2010 och framåt med drygt en femtedel, trots en ökad andel äldre i befolkningen och en ökande befolkning generellt. Minskningen ses framför allt hos patienter med ischemisk stroke och uppgår i absoluta tal till nästan 3 000 patienter. Minskning ses både för förstagångs- insjuknanden och återinsjuknanden. Analys av orsakerna till denna stora minskning av stroke pågår, men preliminära data talar för att insatser från vården i form av bättre förebyggande åtgärder spelar en stor roll. Det minskade antalet stroke motsvarar en samhällsvinst på över en miljard kronor.

Införandet av trombektomi har också fått kraftigt stöd av den kostnadseffektivitetsanalys som 2017 publicerats baserat på data från Riksstroke applicerat på resultaten av de randomiserade studierna. Studien visade att varje behandlat fall innebar en kostnad för sjukvården på cirka 100 000 kronor men en besparing för samhället på nästan en halv miljon kronor (på grund av förbättrad prognos, mindre behov av särskilt boende, och hemtjänst).

Jämfört med förra decenniet sjönk andelen patienter som är beroende i ADL-aktiviteter vid 3 månader från 22% till 16% under en tioårsperiod, det vill säga en minskning i andelen svåra stroke med bestående funktionshinder med cirka en fjärdedel. Analyser av orsaker till den förbättrade prognosen pågår, men ökande användningen av reperfusion (särskilt trombektomi) tros ha bidragit till detta.

5.6. PROMS OCH PREMS

PROMS och PREMS har ingått i Riksstroke sedan mer än 20 år tillbaka och har successivt utvecklats. Samma frågor ställs vid uppföljningarna efter 3 månader och långtidsuppföljningarna. Frågorna täcker in nöjdhet med olika aspekter på vården, funktionsstatus, förekomst av kvarvarande symtom och behandling av dessa, samt stöd från anhöriga och från region och kommun.

PROMS och PREMS är subjektiva bedömningar och influeras också av flera faktorer som inte direkt är kopplade till vårdkvalitet. Faktorer som influerar svar på PROMS och PREMS har analyserats i flera vetenskapliga artiklar från Riksstroke, vilka visat att svårighetsgrad av stroke,

restsymtom, depression, smärta och boendeform är av betydelse. Resultat från Riksstroke och vetenskapliga rapporterna har gett stöd till den nya rekommendationen i Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård att patienter bör få återbesök med strukturerad uppföljning innefattande flera olika domäner 3–6 månader efter stroke.

5.7. FAKTISKT UTNYTTJANDE AV DATA I KVALITETSARBETET

Det finns ingen annan datakälla än Riksstroke där det är möjligt att monitorera strokevårdens kvalitet, ojämlik vård, och peka på förbättringsområden. Regelbundna rapporter om strokevården tas fram för att möjliggöra monitorering på sjukhus eller regionnivå för följsamhet till det personcentrerade och strukturerade vårdförloppet, reperforationsgrad mm.

Tillkomst av dashboard med online-visning av egna data används vid majoriteten sjukhus, att har bidragit till att sprida kännedom om registerarbetet hos all personal. Flera sjukhus skickar ut veckobrev med aktuella egna data.

5.7.1. Förbättringsarbeten

Riksstroke är ett viktigt underlag för strokevårdens förbättringsarbete. Riksstroke gör varje år en sammanställning av sjukhusens förbättringsarbeten med hjälp av Riksstrokedata. Under 2022–2023 rapporterade 11 sjukhus in sina förbättringsarbeten till Riksstroke. Rapporterna finns på Riksstrokes hemsida www.riksstroke.org.

Några huvudområden där Riksstrokedata användes var:

- Omvårdnadsvariabler för munhälsa, undernäring och sväljbedömning
- NIHSS
- Rehabplan
- Följer Målnivåer
- Direktintag och innehåll på strokeenhet
- Uppföljning vårdförlopp
- Dörr-till-nål tid
- Antal trombolysbehandlingar
- Patientrapporterade mått 3 månader efter insjuknande
- Sekundärprevention och behandling av förmaksflimmer.

5.8. ANVÄNDNING AV RIKSSTROKE AV MYNDIGHETER OCH ANDRA INTRESSETER

Riksstroke används också hos Socialstyrelsen i arbetet med att ta fram och följa upp riktlinjer för stroke. Socialstyrelsens senaste riktlinjer för strokevård publicerades 2018 med en uppdatering 2020. I arbetet ingår kontinuerligt utnyttjande av Riksstrokedata för att identifiera områden där strokevården är ojämlik eller inte följer tillgänglig evidens. Riksstroke används också som bas för huvuddelen av de kostnadsberäkningar som görs för de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. I en särskild del av riktlinjearbetet tas indikatorer fram, och målnivåer fastställs. Socialstyrelsens indikatorer baseras till stor del på Riksstrokedata, och målnivåer som tas fram

inom riktlinjearbetet har beaktats av Riksstroke så att målnivåerna är samstämmiga. Socialstyrelsen publicerade 2018 rapporten "Utvärdering av vård vid stroke. Indikatorer och underlag för bedömningar." Rapporten baseras i hög grad på data från Riksstroke, och huvuddelen av medverkande experter var från Riksstrokes styrgrupp.

Ordföranden för Riksstroke ingår också som ledamot i den Nationella Arbetsgruppen för Stroke (NAG stroke; tidigare från 2014 till 2017 "Nationella Strokerådet"). NAG stroke är en integrerad del i den nationella kunskapsstyrningen, och ingår i programområdet Nervsystemets Sjukdomar. NAG stroke har tagit fram det personcentrerade och strukturerade vårdförloppet för stroke och identifierat viktiga områden för implementering och kvalitetsförbättring i strokevården. I detta arbete ingår leverans och analys av data från Riksstroke, framförallt i Vårdförloppsrapporterna. Dessutom har en interaktiv rapport tagits fram som också syftar till att se hur väl implementering går i landet ([Riksstroke - statistik.incanet.se](https://www.riksstroke.org/sve/statistik))

Riksstroke lämnar data till Vården i Siffror (VIS) och Öppna jämförelser. Riksstroke var ett av de första anslutande registren till VIS.

Riksstroke ingår också i Vetenskapsrådets RUT-portal.

På internationell nivå rapporterar Riksstroke data för europeiska jämförelser och registerhållaren representerar Sverige i Stroke Action Plan Europe (SAP-E).

Riksstroke har sedan starten haft ett nära samarbete med Strokeförbundet som är patientorganisationen för stroke. Bland annat har en Patientrapport, baserad på Riksstrokedata tagits fram tillsammans.

5.9. ANVÄNDNING AV RIKSSTROKE INOM FORSKNING

Riksstrokedata används i ett mycket stort antal forskningsprojekt. Publikationer från Riksstroke finns förtecknade på Riksstrokes hemsida. <https://www.riksstroke.org/sve/forskning-statistik-och-verksamhetsutveckling/forskning/publikationer-om-riksstroke/>

5.10. REFERENSER

De uppgifter som registreras i Riksstroke har sin grund i vetenskap och beprövad erfarenhet, och är nära kopplade till rekommendationer i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för Strokevård www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/stroke/. Här finns också länkar vidare till olika stöddokument och indikatorer och målnivåer. Det vetenskapliga stödet för olika åtgärder i strokevården redovisas detaljerat i de nationella riktlinjerna, till vilka hänvisas. Vetenskapliga referenser har därför tagits bort i föreliggande årsrapport. Länkar till andra Riksstrokedokument på Riksstrokes hemsida är inlagda direkt i texten.

Preliminär