



Nationell utvärdering 2011

STROKEVÅRD

Delrapport: Kommunernas insatser

Nationell utvärdering 2011

STROKEVÅRD

Delrapport: Kommunernas insatser

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-86885-58-8
Artikelnr	2011-II-3
Omslagsfoto	Jan Haas, Scanpix
Sättning	Edita Västra Aros
Tryck	Edita Västra Aros, Västerås, november 2011

Innehåll

Förord	7
Sammanfattning	9
Inledning	11
Beskrivning av uppdraget	11
Syfte och avgränsningar	11
Intressenter	12
Samverkan och kommunikation	12
Rapportens disposition	12
Rekommendationer och bedömningar	15
Rekommendationer	15
Minska nedstämdhet och beroende av stöd och hjälp	15
Förtydliga ansvaret och säkerställ att samordning sker	16
Öka tillgången på rehabilitering och hjälpmedel	17
Bedömning utifrån dimensionerna i God vård	17
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	18
Säker vård	18
Patientfokuserad vård	19
Jämlik vård	20
Effektivitet	20
Vård i rimlig tid	20
Summering av resultatet	22
Kommentar till områdena och indikatorerna i tabellen	23
Metod	25
Strukturer och processer	25
Enkät till kommunerna	25
Redovisning och bedömning av utfallet	25
Resultat	26
Val av indikatorer	26
Indikatorförteckning	26
Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård	27
Åldersstandardisering	27
Redovisning och bedömning av utfallet	28

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar	29
Särskilt boende	29
Ordinärt boende	30
Omfattning	32
Strokevårdens strukturer och processer	35
Vårdprogram och rutiner	35
Samverkan inom rehabilitering	38
Tillgång till personal	40
Kompetensutveckling	44
Tillgång till rehabilitering efter stroke	47
Rehabiliteringsinsatser	49
Tillgång till hjälpmedel och bostadsanpassning	52
Strokevårdens resultat	55
Om presentation och tolkning	55
Indikatorens indelning	55
Redovisning sker för riket, län och kommun	55
Län och kommuner rangordnas	56
Bristande jämförbarhet och annan osäkerhet	56
C – Effekter av vård och omsorg	57
Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke (C03)	58
ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke (C05 och C05b)	61
IADL-oberoende 12 månader efter stroke (C06)	67
Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke (C07 och C07b)	71
Allmänt hälsotillstånd 3 respektive 12 månader efter stroke (C08 och C08b)	77
Nedstämdhet 3 respektive 12 månader efter stroke (C09 och C09b)	84
Svårighet att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke (C10)	90
Svårighet att svälja 3 månader efter stroke (C11)	94
Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke (C12)	97
D – Tillgodosedda behov och nöjdhet	100
Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke (D02)	101
Nöjdhet med rehabiliteringen efter utskrivning 3 månader efter stroke (D03)	105
Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke (D04)	108
Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke (D05)	112
Tillgodosett behov av service 12 månader efter stroke (D06)	115
Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet 12 månader efter stroke (D07)	118
Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke (D08)	121
Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke (D09)	125
Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke (D10)	129

Referenser	133
Bilaga 1. Projektorganisation	135
Bilaga 2. Vad är stroke?	137
Bilaga 3. Insatser och kostnader	141
Bilaga 4. Enkät till kommuner och stadsdelar	
Bilaga 5. Indikatorsbeskrivningar	
Bilaga 6. Kommunprofiler	

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av den svenska strokevården. I denna delrapport redovisar Socialstyrelsen indikatorer som kan spegla kvaliteten i kommunernas rehabilitering till personer som insjuknat i stroke. Socialstyrelsen framför också rekommendationer till både kommuner och landsting baserat på de resultat som presenteras i rapporten. Motsvarande delrapport för landstingens insatser publicerades i juni 2011. Dessa två delrapporter ligger till grund för huvudrapporten som även innehåller några fördjupade analyser. Rapporterna ingår i serien Nationell utvärdering där öppna jämförelser och utvärdering av hjärtsjukvården och psykiatrisk vård har utkommit tidigare.

Området strokevård är valt mot bakgrund av att Socialstyrelsen hösten 2009 presenterade nationella riktlinjer för strokesjukvård. De nationella riktlinjerna har främst ett landstingsperspektiv men strokevården berör både landstingens och kommunernas verksamheter. Därför ingår även kommunernas insatser som en självklar del i utvärderingen.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer inom både kommuner och landsting: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Den kan även vara till nytta för andra intressenter som patientföreningar, brukarorganisationer, olika professioner inom vård och omsorg och medier.

Underlaget kommer från en enkät som besvarats av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Socialstyrelsens hälsodataregister och register över socialtjänstinsatser samt kvalitetsregistret Riks-Stroke. Företrädare för kvalitetsregistret har tagit del av textutkast till samtliga rapporter och bidragit med värdefulla synpunkter. Ett särskilt tack riktas till företrädarna till dessa register. Utan deras samverkan hade utvärderingen inte varit möjlig.

Projektledare för delrapporten har varit *Matilda Hansson*. Övriga personer som till stor del har bidragit till delrapporten är *Lena Janzon*, *Max Köster*, *Marianne Lidbrink*, *Tsega Muzollo*, *Björn Nilsson*, *Karin Nyqvist* och *Kerstin Westergren* samt *Kjell Asplund* (professor, medicinsk sakkunnig), *Pia Friberg* (medicinskt ansvarig sjuksköterska, sakkunnig om kommunernas hälso- och sjukvård) och *Per Wester* (professor, medicinskt sakkunnig). Ansvarig chef har varit *Marie Lawrence* som tillsammans med *Mona Heurgren* och *Lena Weilandt* utgjort styrgrupp för projektet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Sammanfattning

Flera kommuner erbjuder inte rehabilitering efter stroke, trots att de enligt lag är skyldiga att göra det. Det framkommer i en enkät som medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommuner och stadsdelar besvarat inom ramen för Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården.

Även samverkan mellan kommuner och landsting är otillfredsställande när det gäller rehabilitering efter stroke. Endast 58 procent av kommunerna som besvarat enkäten uppger att de har rutiner för att samordna rehabilitering för personer med stroke tillsammans med landstingen. Detta trots den föreskrift som finns om att de gemensamt ska utforma rutiner för samordning av rehabiliteringen för personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det finns också stora skillnader mellan kommunerna i hur väl behovet av rehabilitering tolv månader efter stroke är tillgodosett. Socialstyrelsen gör bedömningen att utfallet är sämre än förväntat.

För personer i ordinärt boende verkar kommunernas och landstingens ansvar vara ottydligt. Det kan vara svårt för personer som insjuknat i stroke och deras anhöriga att veta vem som ansvarar för de olika insatserna. Även personalen kan sakna kännedom om vilka personer de ansvarar för. Det riskerar att leda till att personer som behöver rehabilitering och hjälpmedel inte får det. Landstinget kan ha olika avtal med olika kommuner. En del kommuner uppger att kommunens biståndsbeslut, den enskildes vårdbehov eller om personen kan ta sig till vårdcentral eller inte, avgör vilken huvudman som har ansvaret. Överenskommelser utifrån faktorer som personens ålder är också vanliga och varierar även mellan olika kommuner inom ett och samma landsting.

Av de 22 resultatindikatorer som presenteras i utvärderingen är det flera som visar på stora skillnader mellan kommuner eller ett sämre resultat än förväntat. Ett exempel gäller nedstämdhet tolv månader efter insjuknande i stroke. Där visar uppgifter från kvalitetsregistret Riks-Stroke på stora skillnader mellan kommunerna. Antalet personer som är nedstämda ökar under perioden tre till tolv månader efter insjuknandet. En orsak till att nedstämdheten ökar över tid framkommer i kommunenkäten. Kommunerna tillhandahåller i en mycket liten grad kuratorer och psykologer.

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande följa upp, utvärdera och rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det anges bland annat i myndighetens instruktion. Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är målet att socialtjänsten ska främja individers ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska även inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser och bygga på respekt för individernas självbestämmanderätt och integritet. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anges vidare att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Som ett verktyg för att utvärdera kommunernas hälso- och sjukvård använder Socialstyrelsen begreppet God vård som innebär att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram indikatorer som ska belysa dessa aspekter inom kommunernas verksamheter både inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden, bland annat inom ramen för öppna jämförelser och nationella riktlinjer.

Den här rapporten ingår i en serie publikationer med nationella utvärderingar utifrån de nationella riktlinjerna. År 2009 publicerade Socialstyrelsen en nationell utvärdering av hjärtsjukvården [2] och 2010 en utvärdering av psykiatrisk vård [3]. Tidigare i år publicerades den första delrapporten i utvärderingen om strokevården som riktar sig främst till landstingen. Denna delrapport berör kommunens insatser för personer med stroke. Samtidigt med denna rapport publiceras också en huvudrapport, Nationell utvärdering 2011, Strokevård, där Socialstyrelsen analyserar de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från de två delrapporterna.

Syfte och avgränsningar

Rapporten är en öppen jämförelse och utvärdering av kommunernas strukturer, processer, resultat och kostnader för strokevården. I rapporten ger Socialstyrelsen rekommendationer om vilka områden som behöver förbättras så att kommunerna kan ge god vård till personer som har insjuknat i stroke. Området är valt mot bakgrund av att Socialstyrelsen hösten 2009 presenterade nationella riktlinjer för strokesjukvården [4].

Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera den svenska strokevården med utgångspunkt i följande frågeställningar:

- Bedriver kommunerna strokevård i enlighet med de sex dimensionerna i God vård? Är strokevården kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges den i rimlig tid?

- Bedriver kommunerna strokevård i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009?

Rapporten är inte primärt en uppföljning av hur de nya riktlinjerna tillämpas eftersom data är hämtade från år 2009 och tidigare, alltså samma år som den nya riktlinjen publicerades. I stället bör rapporten läsas som en beskrivning och bedömning av kommunernas insatser för personer med stroke under den aktuella mätperioden. Dessutom är den en utgångspunkt för att i framtiden analysera och bedöma riktlinjernas effekter på strokevårdens strukturer, processer, resultat och kostnader.

Arbetet med denna delrapport har också haft som syfte att ta fram en modell för att utvärdera och analysera kvaliteten och effektiviteten i kommunernas insatser till personer med specifika sjukdomsdiagnoser, till exempel stroke eller demenssjukdom.

Inga specifika uppgifter har samlats in från landstingens primärvård. Vissa av indikatorerna som ingår i rapporten speglar dock insatser från såväl kommunernas hälso- och sjukvård som landstingens primärvård. De indikatorer som avses är tydligt utmärkta i indikatorlistan i respektive avsnitt.

Intressenter

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den kan även vara till nytta för andra intressenter, som brukarorganisationer, professioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om strokevårdens innehåll och resultat.

Omsorgstagare är ingen uttalad målgrupp för denna typ av utvärdering, även om informationen skulle kunna påverka omsorgstagarens val av vård och omsorg.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen. Arbetsgruppen har samverkat med det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke, och företrädare för kvalitetsregistret har fått möjlighet att lämna synpunkter på de indikatorer som de har bidragit med data till. Innehållet i rapporten har också presenterats i olika sammanhang för en rad intressenter.

Ett stort antal personer har medverkat i och på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Rapportens disposition

Det första kapitlet i rapporten, Rekommendationer och bedömningar, inleds med Socialstyrelsens rekommendationer. Där finns dock även rekommendationer som är baserade på slutsatser som dras i andra kapitel i rapporten. Efter rekommendationsavsnittet följer en bedömning av strokevården utifrån de sex dimensionerna i God vård. Denna bedömning återkopplar i vissa delar till re-

kommendationsavsnittet, men tar även upp andra aspekter av strokevården. Resultatet för samtliga struktur- och processområden och resultatindikatorer summeras slutligen i en tabell, tillsammans med en kort kommentar till respektive indikator utfall.

I kapitlet Metod beskrivs arbetet med enkäten till kommuner och stadsdelar om strukturer och processer, men också hur indikatorerna valdes, deras sammansättning och andra relevanta metodaspekter. I detta avsnitt beskrivs också utgångspunkterna för de bedömningar som Socialstyrelsen har gjort. Vidare beskrivs de metoder som har använts för att få fram omfattningen av kommunala insatser enligt SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, till personer som har insjuknat i stroke samt de kostnader som kommunerna har för dessa insatser.

I kapitlet Strokevårdens strukturer och processer beskrivs kommunernas organisation, kompetens, rutiner och resurser för strokevården utifrån den enkätundersökning som genomfördes inom ramen för projektet. Kommunernas och stadsdelarnas svar på ett urval av frågor presenteras i form av tabeller, textkommentarer och summerande diagram.

I kapitlet Strokevårdens resultat redovisas utfallen för de indikatorer som ingår i rapporten. Varje indikator presenteras med relevanta diagram och textkommentarer. Socialstyrelsen presenterar också en kort bedömning för varje indikator baserad på eventuella könsskillnader, rikets genomsnittliga värde, variationen mellan kommunerna samt utvecklingen över tid.

I bilaga 1 presenteras en förteckning över projektdeltagarna och andra som bidragit till arbetet.

I bilaga 2 beskrivs insjuknandet och dödligheten i stroke.

I bilaga 3 redovisas insatser och kostnader som ett resultat av den samkörning av register som genomförts.

I bilaga 4 redovisas enkäten till kommunerna samt resultatet per kommun.

I bilaga 5 finns en detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten.

I bilaga 6 finns en redovisning av respektive kommuns indikatorutfall jämfört med riket.

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel ger Socialstyrelsen rekommendationer om strokevården utifrån sina bedömningar av de data som har samlats in. Rekommendationerna gäller de områden inom strokevården där

- vissa kommuner inte erbjuder insatser som de har ansvar för enligt lag
- inga eller endast ett fåtal kommuner når upp till en önskvärd nivå
- kommunerna har stora skillnader i praxis angående den vård och omsorg som omsorgstagarna får.

Alla indikatorer som används i rapporten har en bokstav och en siffra i namnet, exempelvis C07. Bokstaven ger information om vilken kategori som indikatorn tillhör, till exempel Tillgodosett behov och nöjdhet. En komplett förteckning över samtliga indikatorer som presenteras i denna delrapport finns i kapitlet Metod.

Rekommendationerna nedan är avsedda som ett stöd för kommunerna i deras ordinarie förbättringsarbete. De syftar till att sätta fokus på områden där strokevården inte når upp till en önskvärd nivå. Flera kommuner når redan i dagsläget upp till en tillräckligt hög nivå för en eller flera av de indikatorer som lyfts till rekommendation, men om rikets utfall som helhet är sämre vill Socialstyrelsen ändå uppmärksamma det aktuella struktur- och processområdet eller resultatindikatorn.

De indikatorer som ligger till grund för rekommendationerna kommer Socialstyrelsen att följa upp särskilt i samband med framtida utvärderingar. Då bör kommunerna kunna visa förbättringar, särskilt de som i dag redovisar svagare resultat.

Rekommendationerna nedan är kortfattade. En tydligare beskrivning av varje enskilt område eller indikator och dess utfall finns i kapitlen Strokevårdens strukturer och processer samt Strokevårdens resultat.

Rekommendationer

Minska nedstämdhet och beroende av stöd och hjälp

Indikatorn Nedstämdhet 12 månader efter insjuknandet i stroke (C09b) visar betydande andelar med personer som ofta eller ständigt är nedstämda. Andelen ökar något mellan mättidpunkterna 3 och 12 månader efter insjuknandet. Depression eller nedstämdhet kan försämra resultatet av den rehabilitering som personen får, men resultatet av rehabiliteringen påverkar också i vilken utsträckning som människor känner sig nedstämda. Psykosociala stödinsatser och medicinsk behandling av depression kan påverka förekomsten av depression efter stroke. Enkäten till kommuner och stadsdelar visar dock att psykologer och kuratorer sällan är en resurs inom kommunernas rehabilitering efter stroke. Att minska nedstämdheten kan troligen på sikt även minska beroendet

av stöd och hjälp, förbättra det allmänna hälsotillståndet och öka återgången till arbete.

Andelen som utan hjälp klarar aktiviteter i dagliga livet, ADL, varierar stort mellan kommunerna (C05, C05b). Andelen på riksnivå är ungefär densamma efter 12 månader som efter 3 månader, men med en god rehabilitering och anpassningsåtgärder, i synnerhet under de första månaderna efter stroke, kan påverka ADL-funktionen i gynnsam riktning. En ökad andel ADL-oberoende kommer på sikt att leda till minskade kostnaderna för kommuner och landsting.

Det är nödvändigt att öka andelen som upplever att deras behov av stöd och hjälp är tillgodosett 3 månader efter insjuknandet i stroke (D02). De kan behöva information som ger rimliga förväntningar eller mer stöd och hjälp. Variationerna mellan kommunerna tyder på att det är möjligt.

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting

- ger fler psykosociala insatser och ökar samverkan kring medicinsk behandling för att minska andelen som är nedstämda (C09, C09b)
- förbättrar rehabiliteringen för att öka andelen ADL-oberoende (C05, C05b)
- ger bättre information och mer stöd och hjälp för att öka andelen som upplever att deras behov av stöd och hjälp är tillgodosett (D02).

Förtydliga ansvaret och säkerställ att samordning sker

Endast tre femtedelar av kommunerna uppgav att de har rutiner för samordning av rehabiliteringen, generellt eller specifikt för stroke. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering gäller att landstinget och kommunen gemensamt ska utarbeta rutiner för att samordna sina rehabiliteringsinsatser. Rutinerna ska säkerställa att samordningen följer föreskrifterna, att den personal som ska vara ansvarig för samordningen utses och att den ansvariga personalen har rätt förutsättningar för att kunna samordna insatserna. Det finns även en föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Enligt den ska landsting och kommuner ha rutiner för vårdplanering innan en patient skrivs ut. De ska dessutom ha rutiner för överföring av information.

Av de kommuner som uppgav att de har rutiner för samordning är det en mindre del som säger sig ha rutiner för att utse personal med samordningsansvar. Med bättre rutiner och information mellan kommuner och landsting kan personer lättare få den rehabilitering de behöver, vilket gör att deras behov av stöd och hjälp minskar och att både kommuner och landsting därmed får minskade kostnader på sikt.

Endast en liten andel av kommunerna uppger att de har ett vårdprogram eller liknande för rehabilitering efter stroke. Ett sådant vårdprogram kan ge personalen stöd och hjälp i det praktiska arbetet, men det bidrar också till att rehabiliteringen blir jämlik och håller god kvalitet. Ett vårdprogram som baseras på

vetenskaplig kunskap säkerställer att resurser som läggs på rehabilitering efter stroke ger bra effekter, och det möjliggör hög kvalitet och effektivitet inom verksamheten.

Socialstyrelsen har identifierat brister i följsamheten till

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)
- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27).

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting

- tillsammans tar fram vårdprogram för rehabilitering efter stroke.

Öka tillgången på rehabilitering och hjälpmedel

Flera kommuner uppger att de inte erbjuder någon rehabilitering efter stroke trots att de har ansvaret att tillhandahålla detta. Detta innebär att människor som behöver rehabilitering efter stroke inte får någon, vilket är allvarligt eftersom det ökar risken för funktionsnedsättningar och behov av stöd och hjälp efter stroke. Samtidigt får kommunerna troligen högre kostnader eftersom personerna behöver mer stöd och hjälp under längre tid.

Enkätsvaren tyder på att många personer inte får någon bedömning av sitt behov av hjälpmedel och bostadsanpassning. Bland dem finns det dock troligen ett antal som behöver hjälpmedel eller bostadsanpassningar men som därmed inte får tillgång till dessa. Det finns alltså kommuner som brister i sitt ansvar inom detta område. Bristerna bedöms på sikt leda till en ökad andel med funktionsnedsättningar.

Socialstyrelsen har identifierat brister i följsamheten till

- 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, avseende att erbjuda rehabilitering och hjälpmedel till personer som insjuknat i stroke och som bor i särskilt boende inklusive korttidsboende, samt för de som bor i ordinärt boende enligt de avtal som finns mellan kommuner och landsting
- lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m. (1992:1574)

Bedömning utifrån dimensionerna i God vård

I detta avsnitt bedöms verksamheternas resultat utifrån de sex dimensionerna i God vård:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

Avsnittet rör främst de rekommendationer som lämnats ovan, men även andra aspekter av strokevården. De indikatorer som ingår i redovisningen är dock inte tillräckliga för att göra en fullständig bedömning av hur bra strokevården är. Den bedömning av kvaliteten i kommunernas hälso- och sjukvård som presenteras här baseras alltså endast på det underlag som presenteras i rapporten.

Socialstyrelsen har delat in strokevårdens kvalitet i sex dimensioner, men de flesta indikatorer berör fler än en dimension. Exempelvis kan samma indikator spegla såväl kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård som säker vård. Avsnittet ger endast en översiktlig bild av strokevårdens kvalitet utifrån de olika aspekterna. Varje kommun bör analysera sina egna resultat. En bra utgångspunkt för de kommunspecifika analyserna är diagrammen i bilaga 6 (Kommunprofiler).

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

”Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

Kommunerna verkar överlag arbeta enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för strokesjukvård [4]. I kommunenkäten ställdes frågor om ett urval av tio insatser: sju som rekommenderas, en som inte bör ges och två som endast bör ske inom ramen för forskning och utveckling (FoU). Många kommuner erbjuder de rekommenderade insatserna, med undantag för insatsen om strukturerad information och utbildning (se Tillgänglighet nedan). Ett antal kommuner erbjuder dock insatsen akupunktur som en strokebehandling trots att den inte har visat ge några säkerställda effekter. Två tredjedelar erbjuder sensorisk stimulering vid smärta i skuldran, som bör ske inom ramen för FoU. Troligen är det bara en mindre del av denna verksamhet som genomförs inom ramen för forskning.

Många av de lokala vårdprogrammen för rehabilitering efter stroke baseras på nationella riktlinjer, antingen de som publicerades 2009 eller de som kom 2005. Av de vårdprogram som planeras under 2011 och 2012 kommer i stort sett samtliga att bygga på de senaste nationella riktlinjerna. Däremot visar enkätsvaren att personalen i många kommuner inte får handledning i professionella metoder och processer. Därmed är det tveksamt om verksamheterna verkligen inhämtar och använder ny kunskap i tillräcklig utsträckning.

Säker vård

”Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

Under kvällar, nätter och helger är det många kommuner som upplever att tillgången på läkare och sjuksköterskor är bristfällig i både särskilda boenden och ordinära boenden. Undantaget är sjuksköterskor i ordinära boenden där många uppger att en sjuksköterska kan finnas på plats inom 30 minuter. Nästan alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor som har besvarat enkäten upplever också att tillgången på dietister, logopedier och psykologer inte är tillfredsställande. Ungefär en tredjedel anser dessutom att det finns brist på arbetsterapeuter och sjukgymnaster, både i särskilt boende och i ordinärt boende. Är tillgången på kompetent personal undermålig är det inte bara en fråga om tillgänglighet utan också en viktig aspekt av framförallt säkerheten i vården men även trygghet för både individen, anhöriga och personalen.

Personalen behöver också stöd i det praktiska arbetet genom till exempel handledning. Yrkesutbildningar ger grundläggande kunskaper inom yrket, men för att bedriva en trygg och säker vård och omsorg krävs att personalen kontinuerligt uppdaterar och förnyar sina kunskaper. Ny vetenskap uppkommer ständigt och behöver införas i verksamheterna för att de ska bedrivas med hög kvalitet och effektivitet. Mer än en av tio kommuner erbjuder dock varken utbildning, fortbildning eller handledning i rehabilitering efter stroke. Det varierar också mycket vilken personal som erbjuds kompetensutveckling i rehabilitering efter stroke och vilken typ av utbildning och handledning som de får.

Efter utskrivningen är det många närstående som behöver fortsatt rådgivning om både de medicinska och de praktiska, sociala och ekonomiska problem som kan uppstå. Två av insatserna i kommunenkäten handlade om information till anhöriga, och svaren visade att endast en fjärdedel av kommunerna ger någon strukturerad information och utbildning till närstående. En hög andel av kommunerna, cirka fyra av fem, erbjuder en bedömning av personens kommunikationsförmåga och tillhandahåller alternativa kommunikationssätt.

Patientfokuserad vård

”En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

Inga av de indikatorer som studerats speglar patientfokuserad vård fullständigt men de som avser tillgodosett behov och nöjdhet ger en bild av personernas delaktighet, inflytande, förväntningar och valmöjligheter. En stor andel personer tycker att deras behov är tillgodosedda när det gäller till exempel rehabilitering, stöd och hjälp, hemtjänst, smärtlindring och hjälpmedel, och detta tyder på att den enskilde är delaktig och har inflytande. Med det finns även många andra som inte är tillfredsställda med den vård och omsorg som de får. Andelen med tillfredsställda behov skiljer betydligt mellan kommunerna, något som tyder på att självständighet och integritet tillgodoses i varierande omfattning.

Jämlik vård

”Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

Vid bedömningen av indikatorerna har hänsyn tagits till såväl könsperspektiv som ålder och geografiska skillnader. Stora skillnader mellan kommuner finns när det till exempel gäller allmänt hälsotillstånd, nedstämdhet och tillgodosett behov av stöd och hjälp och rehabilitering. Det tyder på att det finns skillnader i vården.

Effektivitet

”Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

Mot bakgrund av att resultatindikatorerna många gånger kan påverkas av både kommuner och landsting redovisas inga effektivitetsmått i denna delrapport. I utvärderingens huvudrapport redovisas ett par effektivitetsmått som försök till att belysa effektiviteten för strokevården.

Vård i rimlig tid

”Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.”

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [1]

En av tio kommuner uppger att de inte erbjuder någon rehabilitering efter stroke för personer i permanent särskilt boende, trots att kommunerna har det ansvaret enligt lag (18 § HSL). Ansvaret omfattar även korttidsboende, men även här finns det kommuner som har uppgett att de inte erbjuder rehabilitering efter stroke. Detsamma gäller personer som bor i ordinärt boende i de kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende från landstinget. Det är oacceptabelt att personer som behöver rehabilitering inte får denna hjälp.

Ansvar för hjälpmedel ingår som en del i ansvaret för hälso- och sjukvården. Därmed ansvarar samtliga kommuner för hjälpmedel i särskilda boenden, både permanenta och tillfälliga (korttidsboenden). En del kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och då beror ansvaret på det avtal som man har med landstinget (18b § HSL). Kommunerna ansvarar även för att ge bidrag till den bostadsanpassning som ska göra att personer med funktionsnedsättning kan leva ett självständigt liv i ett eget boende enligt lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. Det är många kommuner som inte bedömer behovet av hjälpmedel och bostadsanpassning för personer som har insjuknat i stroke. Om ingen bedömning görs kan det innebära att personens behov av hjälpmedel och bostadsanpassning inte tillgodoses, vilket i sin tur kan leda till att kommunen behöver ge annan stöd och hjälp. Det kan också göra att personen får problem med bland annat nedstämdhet, och i förlängningen försämrar resultatet av rehabiliteringen.

Summering av resultatet

Här ges en förenklad översikt av resultaten från kapitlen Strokevårdens strukturer och processer samt Strokevårdens resultat. Tabellen ger en snabb överblick över bedömningen för varje område och indikator. Därefter följer korta textkommentarer till utfallen för samtliga områden och indikatorer.

En mer fullständig beskrivning av bedömningen finns i kapitlen Strokevårdens strukturer och processer samt Strokevårdens resultat. Tekniska beskrivningar av indikatorerna finns i bilaga 5, Indikatorbeskrivningar.

Område/indikator		Variation	Utfall
Struktur och process			
Vårdprogram och rutiner		—	
Samverkan inom rehabilitering		—	
Tillgång till läkare, sjuksköterskor, m.fl.		—	
Kompetensutveckling		—	
Tillgång till rehabilitering efter stroke		—	
Rehabiliteringsinsatser		—	
Hjälpmedel och bostadsanpassning		—	
Resultat			
C. Effekter av vård och omsorg			
C03	Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke	••	—
C05	ADL-oberoende 3 månader efter stroke	••	—
C05b	ADL-oberoende 12 månader efter stroke	••	—
C06	IADL-oberoende 12 månader efter stroke	•••	
C07	Rörlighet 3 månader efter stroke	•	—
C07b	Rörlighet 12 månader efter stroke	•	—
C08	Allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke	•••	
C08b	Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke	•••	
C09	Nedstämdhet 3 månader efter stroke	•	
C09b	Nedstämdhet 12 månader efter stroke	•••	
C10	Svårigheter att tala, läsa och skriva 3 månader efter stroke	•••	—
C11	Svårigheter att svälja 3 månader efter stroke	••	—
C12	Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke	—	—
D. Tillgodosett behov och nöjdhet			
D02	Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke	•••	
D03	Nöjdhet med rehabilitering efter utskrivning 3 månader efter stroke	•••	
D04	Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke	•••	
D05	Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke	•	—
D06	Tillgodosett behov av serviceinsatser 12 månader efter stroke	•••	—
D07	Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet 12 månader efter stroke	••	
D08	Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke	•	
D09	Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke	••	
D10	Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke	••	

Variation	Bedömning
• Liten variation	Bra resultat
•• Medelstor variation	Medelbra resultat
••• Stor variation	Sämr resultat
— Svårvärderat/ värderas ej	— Svårvärderat/ värderas ej

Kommentar till områdena och indikatorerna i tabellen

Struktur och process

Vårdprogram och rutiner

Många kommuner har inte ett vårdprogram eller några rutiner för rehabilitering efter stroke.

Samverkan inom rehabilitering

Samverkan mellan kommuner och landsting är sällan strukturerad. Få har utarbetade rutiner, trots att de föreskrivs i bland annat SOSFS 2007:10.

Tillgång till läkare, sjuksköterskor och annan personal

På vardagar under dagtid är tillgången relativt god. På kvällar, nätter och helger upplevs behovet inte vara tillfredsställt. Många kommuner saknar tillgång till yrkesgrupper som logoped, kurator och psykolog.

Kompetensutveckling

Mer än en av tio kommuner erbjuder inte personalen utbildning, fortbildning eller handledning i rehabilitering efter stroke. Hälso- och sjukvårdspersonalen erbjuds i högre utsträckning utbildning och fortbildning jämfört med socialtjänstpersonalen som oftare erbjuds handledning. Det finns dock stora skillnader mellan kommunerna.

Tillgång till rehabilitering efter stroke

De flesta kommuner erbjuder rehabilitering efter stroke med en del gör det inte, trots att de har det ansvaret enligt lagen.

Rehabiliteringsinsatser

Många kommuner erbjuder det urval av insatser som finns i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009.

Hjälpmedel och bostadsanpassning

En stor del av kommunerna gör en behovsbedömning för personer som har insjuknat i stroke för att se om de behöver hjälpmedel och bostadsanpassning. Men många får ingen bedömning och därmed troligen inte heller de hjälpmedel eller anpassningar som de behöver.

Resultat

C03 – Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke

Resultatet har i princip varit oförändrat de senaste nio åren. Variationen mellan kommunerna bedöms som medelstor. Många faktorer påverkar utfallet av indikatorn men är en mycket viktig kvalitetsindikator.

C05, C05b – ADL-förmåga 3 respektive 12 månader efter stroke

ADL-oberoendet har ökat marginellt de senaste nio åren och år 2009 avstannade den positiva utvecklingen. Både efter 3 och 12 månader bedöms variationen som medelstor mellan kommunerna. Indikatorns utfall har varken förbättrats eller försämrats mellan de två mättidpunkterna.

C06 – IADL-oberoende 12 månader efter stroke

Många i ordinärt boende är beroende av hjälp med IADL, det vill säga att handla mat, städa och tvätta, efter insjuknandet i stroke. Variationen mellan kommunerna bedöms som stor.

C07, C07b – Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke

Andelen personer som behöver hjälp vid förflyttning minskar inte mellan de två mättidpunkterna. Indikatorns variation bland kommunerna bedöms som liten vid både 3 och 12 månader efter insjuknandet i stroke.

C08, C08b – Allmänt hälsotillstånd 3 respektive 12 månader efter stroke

Det allmänna hälsotillståndet förbättras inte mellan 3 och 12 månader efter insjuknandet i stroke. Både efter 3 och 12 månader bedöms variationerna som stora.

C09, C09b – Nedstämdhet 3 respektive 12 månader efter stroke

Kvinnor är mer nedstämda än män efter insjuknandet i stroke. Andelen nedstämda personer ökar något mellan de två mättidpunkterna. Resultatet bedöms som medelbra efter både 3 och 12 månader. Variationen mellan kommunerna bedöms som liten efter 3 månader men stora efter 12 månader.

C10 – Svårigheter att tala, läsa eller skriva månader efter stroke

För riket som helhet är resultatet svårt att värdera. Variationerna mellan kommunerna bedöms dock som stora.

C11 – Svårigheter att svälja 3 månader efter stroke

Variationerna mellan kommunerna är medelstora.

C12 – Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke

Resultatet är osäkert eftersom endast en mindre andel av kommunerna ingår i underlaget.

D02 – Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke

Resultatet är sämre än förväntat, speciellt för personer som får kommunala insatser. Variationen bland kommunerna bedöms också som stor.

D03 – Nöjdhet med rehabilitering efter utskrivning 3 månader efter stroke

Variationen mellan kommunerna är stor. Indikatorns resultat bedöms som sämre än förväntat eftersom en stor andel är missnöjda med rehabiliteringen eller som inte fått rehabilitering trots behov.

D04 – Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke

Det finns stora variationer mellan kommunerna. Resultatet bedöms som sämre än förväntat då många upplever att behovet av rehabilitering inte är helt tillgodosett.

D05 – Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke

Skillnaderna mellan kommunerna bedöms som små. Utfallet för riket har inte kunnat bedömas eftersom för få kommuner ingår.

D06 – Tillgodosett behov av serviceinsatser 12 månader efter stroke

Skillnaderna mellan kommunerna bedöms som stora. Utfallet för riket har inte kunnat bedömas eftersom för få kommuner ingår.

D07 – Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet 12 månader efter stroke

Variationen mellan kommunerna bedöms som medelstor och utfallet värderas som medelbra.

D08 – Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke

Resultatet är medelbra men många upplever ändå att deras behov av smärtlindring inte alls är tillgodosett. Variationen mellan kommunerna är liten.

D09 – Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke

Utfallet för denna indikator värderas som medelbra men variationerna mellan kommunerna bedöms som medelstora.

D10 – Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke

Resultatet bedöms som medelbra men med medelstora skillnader mellan kommunerna.

Metod

Den här delrapporten redovisar tre perspektiv på kommunernas insatser för personer som har insjuknat i stroke: strukturer och processer, resultat och kostnader. Dessa tre infallsvinklar har undersökts i syfte att beskriva, följa upp och utvärdera strokevårdens kvalitet och effektivitet. Tillgängligheten av rikstäckande data för primärvård, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst är dock mycket begränsad. Det innebär att både beskrivningen av kommunernas arbete och bedömningen av kvaliteten i verksamheten är ofullständig. Detta kapitel presenterar de metoder som har använts.

Strukturer och processer

Avsnittet om strukturer och processer ska ge en bild av kommunernas organisation, kompetens, resurser och rutiner för rehabilitering efter stroke. Som underlag till denna beskrivning har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning till kommunerna.

Enkät till kommunerna

Under april 2011 fick alla kommuner samt storstädernas stadsdelar möjlighet att svara på frågor om sin strokevård. Enkäten ställdes till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS. Av 321 kommuner och stadsdelar som fick enkäten svarade 213 stycken, det vill säga 66 procent. Av dessa 213 var 191 kommuner och 22 stadsdelar, vilket ger en procentuell jämn fördelning av svaren. Frågorna i enkäten handlade bland annat om vilket ansvar som kommunen har för hem-sjukvård och rehabilitering i ordinärt boende, om kommunen har något vårdprogram eller andra rutiner för rehabilitering efter stroke, om socialtjänst- och hälso- och sjukvårdspersonalen får någon utbildning och handledning i detta och vilken rehabilitering efter stroke som kommunen erbjuder.

Redovisning och bedömning av utfallet

Samtliga frågor som ställdes i enkäten om rehabilitering efter stroke redovisas i kapitlet Strokevårdens strukturer och processer, och där redovisas också utfallet för de kommuner och stadsdelar som besvarade enkäten. Utfallet bedöms utifrån ett övergripande nationellt perspektiv, men med reservation för att utfallet kan vara annorlunda för de kommuner och stadsdelar som inte besvarade enkäten. I bilaga 4 redovisas enkäten och enkätsvaren per kommun.

Resultat

Kapitlet Strokevårdens resultat innehåller resultatet från ett urval av indikatorer som belyser olika aspekter av strokevården och som kan kopplas till kommunernas verksamhet. Indikatorerna bygger på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke som samlar uppgifter från personer som har insjuknat i stroke, 3 respektive 12 månader efter insjuknandet. Socialstyrelsen har inte funnit några andra befintliga datakällor som beskriver kommunernas resultat i fråga om rehabilitering efter stroke.

Val av indikatorer

I kapitlet Strokevårdens resultat presenteras 22 indikatorer. Några indikatorer omfattar båda uppföljningstidpunkterna, 3 månader respektive 12 månader efter insjuknande i stroke. För dessa indikatorer finns en jämförelse mellan de två tidpunkterna för att studera utvecklingen över tid. Trots att det är relativt många indikatorer ger de ingen fullständig bild av kommunernas resultat av rehabiliteringen efter stroke. Indikatorerna visar ofta resultatet av både kommunernas, landstingens och andra aktörers verksamheter. Det kan vara svårt att urskilja vilka resultat som beror på enbart kommunens verksamhet, vilket försvårar bedömningen.

I bilaga 5, Indikatorbeskrivningar, finns en teknisk beskrivning av samtliga indikatorer.

Indikatorförteckning

Indikatorerna har delats upp i olika kategorier för att det ska bli lättare för läsaren att identifiera vilka processer i strokevården som har direkta samband med varandra. Vissa kategorier berör inte kommunernas verksamheter och därför redovisas inga indikatorer för dem i denna delrapport. Indikatorernas inbördes ordning följer ordningen i den verkliga vårdprocessen, när det finns sådana samband.

A. Behandling i akutskedet	0 indikatorer
B. Sekundärpreventiv behandling	0 indikatorer
C. Effekter av vård och omsorg	13 indikatorer
D. Tillgodosett behov och nöjdhet	9 indikatorer
E. Karotiskirurgi	0 indikatorer

Tabell 1. Indikatorförteckning

C. Effekter av vård och omsorg	
C03	Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke ¹
C05	ADL-oberoende 3 månader efter stroke ¹
C05b	ADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹
C06	IADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹
C07	Rörlighet 3 månader efter stroke ¹
C07b	Rörlighet 12 månader efter stroke ¹
C08	Allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke ¹
C08b	Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke ¹
C09	Nedstämdhet 3 månader efter stroke ¹
C09b	Nedstämdhet 12 månader efter stroke ¹
C10	Svårigheter att tala, läsa och skriva 3 månader efter stroke ¹
C11	Svårigheter att svälja 3 månader efter stroke ¹
C12	Återgång till förvärsarbete 12 månader efter stroke ¹
D. Tillgodosett behov och nöjdhet	
D02	Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹
D03	Nöjdhet med rehabilitering efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹
D04	Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke ¹
D05	Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke
D06	Tillgodosett behov av serviceinsatser 12 månader efter stroke
D07	Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser 12 månader efter stroke ¹
D08	Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke ¹
D09	Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke ¹
D10	Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke

¹ Resultatet avser insatser från såväl kommunernas hälso- och sjukvård som landstingens primärvård

Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård

Varje år registreras cirka 25 000 fall av stroke, varav cirka 18 500 förstagångs-insjuknanden i Riks-Stroke. Registret har inte lika hög täckning av antalet strokefall som patientregistret men har betydligt mer omfattande registrering för varje person. Samtliga akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i dag i registret. Huvudman är Västerbottens läns landsting. I Delrapport: Landstingens insatser finns tabell 3.2 som beskriver täckningsgraden per landsting och sjukhus [5].

Registret täcker både de akuta insatserna och de som görs vid rehabiliteringen. Riks-Stroke följer upp patienterna genom enkäter eller telefonsamtal, både 3 månader och 12 månader efter stroke. När personen inte själv kan svara på enkäten ombeds anhöriga att göra det. Vid 3 månader efter insjuknande i stroke svarar cirka 22 500 personer på enkäten och vid 12 månader är motsvarande antal 15 500 personer. Registret är tänkt att bland annat vara ett underlag för uppföljningar av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Uppgifterna i denna rapport gäller samtliga personer med akut insjuknande i stroke (infarkt och blödning i hjärnan samt oidentifierad typ av stroke), vilket omfattar ungefär 95 procent av alla strokefall.

Åldersstandardisering

Indikatorerna som rör effekter av vård och omsorg (kategori C) har åldersstandardiserats genom så kallad direkt standardisering. Varje ålderskategori har då viktats för att kommunen ska få standardpopulationens åldersfördelning. Standardpopulationen har i samtliga indikatorer varit rikets population för in-

dikatorns nämnare. Med åldersstandardisering blir det lättare att till exempel jämföra olika kommuner eftersom metoden eliminerar de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättningen. Vid samtliga åldersstandardiseringar använder rapporten samma standardpopulation för män och kvinnor, med undantag för en indikator (C06).

Indikatorerna i kategori D, Tillgodosett behov och nöjdhet, har inte åldersstandardiserats eftersom behovet bör tillgodoses oavsett personens ålder, kön, hälsotillstånd eller funktionsnedsättning.

Redovisning och bedömning av utfallet

Indikatorerna presenteras på länsnivå och på kommunnivå. Som utfall på länsnivå används genomsnittet för kommunerna i länet. Endast de kommuner där nämnaren i indikatorn är 30 personer eller fler ingår i länets och rikets uppgifter i diagrammen. I diagrammen finns även ett streck på respektive länsstapel. Strecket visar skillnaderna mellan kommunerna i länet. Observera att strecket inte avser konfidensintervall. Om bortfallet bland kommunerna är stort redovisas inte utfallet på länsnivå.

För att möjliggöra redovisningen på kommunnivå har arbetsgruppen slagit ihop uppgifter för två år och använt data för personer som lades in på sjukhus under 2008 och 2009. Undantaget är indikatorn D03 eftersom uppgifter saknas för 2008. De flesta kommundiagram redovisar de 20 kommuner med högst respektive lägst utfall för indikatorn. För de indikatorer där det varit möjligt att redovisa samtliga kommuner i diagramform ha så gjorts. Kommuner med mycket få strokefall har exkluderats, och därför redovisas inga konfidensintervall för kommunerna. I bilaga 6 redovisas dock samtliga kommuners utfall för indikatorerna.

För att bedöma variationen mellan kommunerna användes variationsvidden (högsta värdet minus minsta värdet). En variationsvidd över 34 procentenheter har bedömts som stor och en vidd på mindre än 25 procentenheter som liten. Variationsvidder däremellan har bedömts som medelstora.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna ansvar för viss hälso- och sjukvård när det gäller långvarig vård av äldre och personer med funktionsnedsättning. Ädelreformens främsta syfte var att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets vård och omsorg. En av tankarna var att de insatser som ges enligt HSL och SoL i kommunerna skulle integreras.

Genom Ädelreformen fick kommunerna ett hälso- och sjukvårdsansvar inom kunskapsområdena omvårdnad, rehabilitering och habilitering. Denna vård ska utföras av legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Kommunerna ansvarar också för att tillhandahålla hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar.

I och med reformen fick kommunerna även ett visst betalningsansvar för personer i slutenvård under vissa förutsättningar enligt lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar däremot inte läkarinsatser och inte heller sådan öppen vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, det vill säga den specialiserade somatiska respektive psykiatriska hemsjukvården. I den specialiserade hemsjukvården ingår till exempel hemrehabilitering med ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam, vilket personer med milda till måttliga symtom efter ett insjuknande i stroke kan få i stället för rehabilitering på sjukhus enligt de nationella riktlinjerna för strokesjukvård [4].

Särskilt boende

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende beskrivs i 18 § HSL. Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som

- bor i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade enligt 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL
- bor i en sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2. SoL (enskild verksamhet)
- bor i ett korttidsboende som är en del av det särskilda boendet enligt ovan
- vistas i dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Särskilt boende som boendeform kallas i dagligt tal för vård- och omsorgsboende, sjukhem, gruppboende för personer med demenssjukdom, korttidsboende samt ibland också för ålderdomshem eller servicehus. I socialtjänststatistiken, som Socialstyrelsen ansvarar för att samla in, används benämningarna permanent boende i särskilda boendeformer, som omfattar boenden enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, och bostäder med särskild service, det vill säga boenden enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Kommunens ansvar omfattar också de personer som bor i en bostad med särskild service för barn och ungdomar, en bostad med särskild service för vuxna samt i daglig verksamhet enligt 9 § 8–10 LSS (se prop. 1992/93:159 s. 182).

Ordinärt boende

En kommun kan också, efter avtal med landstinget, helt eller delvis ta över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende enligt 18 § andra stycket HSL. Även med ett sådant avtal får landstinget bedriva en kompletterande hemsjukvård och har alltså fortfarande juridisk befogenhet att göra det.

Cirka hälften av landets kommuner har skrivit avtal om att överta hemsjukvården i ordinärt boende, bland annat alla kommuner i Södermanland, Skåne, Västra Götaland, Halland, Kronoberg, Örebro, Värmland, Uppsala (undantag Heby kommun) och Jämtland. I Kalmar län tog kommunerna över hemsjukvården i ordinärt boende från och med 2008 [6]. Landstingen har kvar ansvaret i Jönköpings, Stockholms, Västmanlands och Västernorrlands län, förutom i ett fåtal kommuner [7]. Inom flera kommuner och landsting pågår också utredningar och förhandlingar om ett eventuellt kommunalt övertagande.

Tabell 2. Landsting där kommunerna har övertagit ansvaret.

Ansvar för både hemsjukvård och rehabilitering	Inget ansvar för varken hemsjukvård eller rehabilitering
Halland	Blekinge
Jämtland	Dalarna ¹
Kalmar	Gävleborg
Kronoberg	Jönköping ²
Skåne	Norrbottnen
Sörmland	Stockholm
Uppsala	Västerbotten
Värmland	Västernorrland
Västra Götaland ⁴	Västmanland ³
Örebro	Östergötland
Gotland	

¹ och ² En kommun övertagit ansvaret för hemsjukvård

³ Två kommuner övertagit ansvaret för rehabilitering

⁴ En kommun har endast ansvar för hemsjukvård

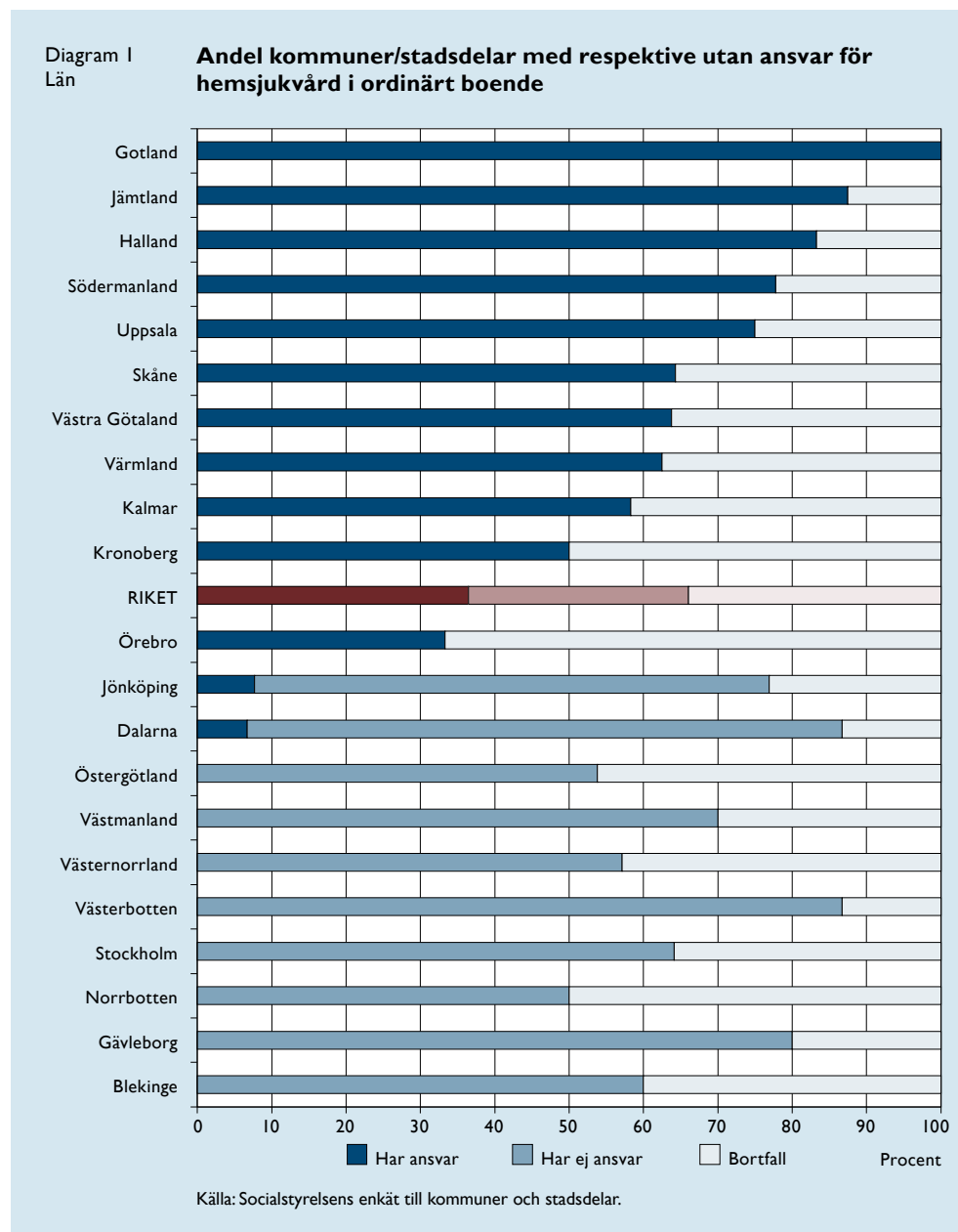
Källa: Socialstyrelsen

Enkäten som Socialstyrelsen skickade till kommunerna i april 2011 innehöll frågor om kommunernas ansvar för hemsjukvård och rehabilitering. Av de tillfrågade kommunerna svarade 66 procent och bortfallet var stort i framför allt Örebro, Kronoberg, Norrbotten, Östergötland och Kalmar. Bland de 213 kommuner och stadsdelar som svarade på enkäten har 55 procent övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. I 11 landsting har samtliga kommuner tagit över ansvaret men ingen kommun i 8 andra landsting. I Jönköping och Dalarna har bara några kommuner övertagit ansvaret.

De kommuner som har ansvar för hemsjukvården har vanligtvis även ansvar för rehabiliteringen i ordinärt boende. Det var bara 2 kommuner som hade ett rehabiliteringsansvar utan att även ha ansvar för hemsjukvården. 114 kommuner uppgav att de har övertagit ansvaret för rehabilitering. Med några få undan-

tag har kommunerna inom ett och samma landsting antingen övertagit ansvaret för både hemsjukvård och rehabilitering eller för inget av det.

I de flesta kommuner, 81 procent, skiljde sig inte rehabiliteringsansvaret efter stroke från det övriga ansvaret för rehabilitering. Endast 8 kommuner, motsvarande 7 procent, uppgav att rehabiliteringsansvaret efter stroke skiljde sig från kommunens övriga ansvar.

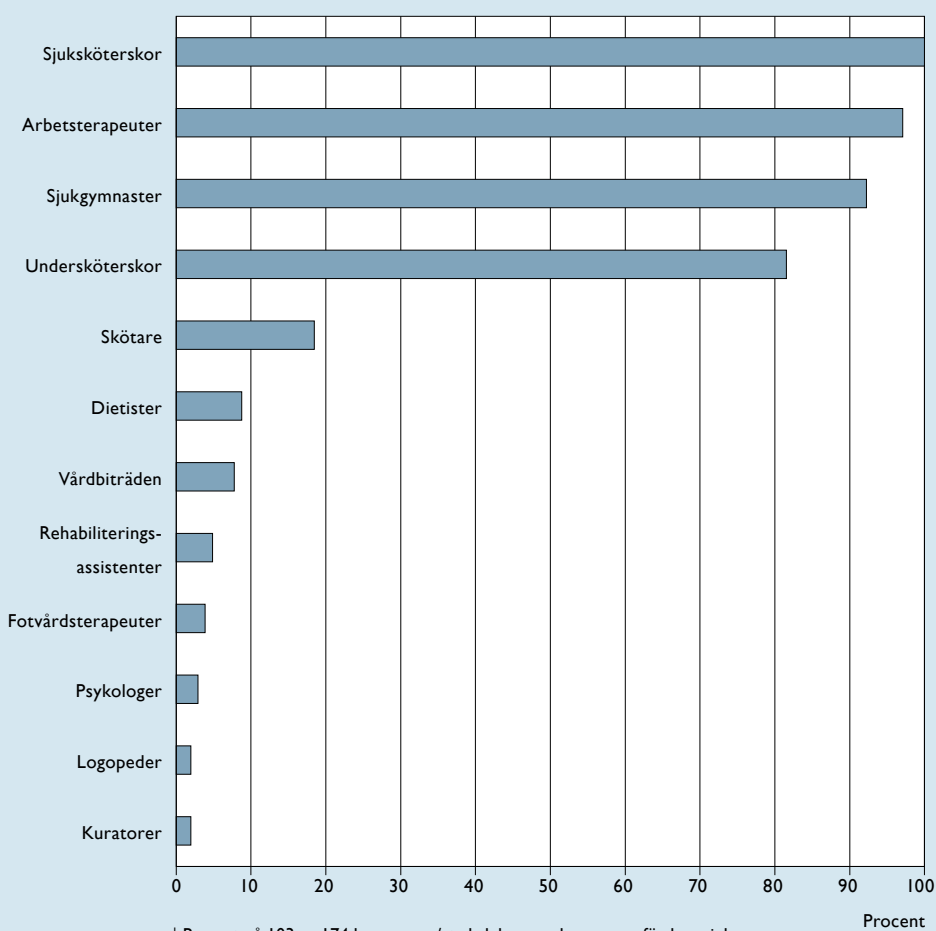


Omfattning

Gränsen för vad som ingår i kommunens hemsjukvårdsansvar dras på olika sätt i de olika kommunerna. Flera kommuner använder sig av den så kallade tröskelprincipen, vilken innebär att kommunen har hemsjukvårdsansvaret för de patienter som inte själva eller med hjälp av ledsagare kan ta sig till en landstingsfinansierad vårdcentral eller liknande. I andra kommuner anges att hemsjukvårdsansvaret beror på kommunens biståndsbeslut, personens vårdbehov eller andra gränssnittsöverenskommelser mellan kommunen och landstinget eller regionen. 72 procent av kommunerna med hemsjukvårdsansvar tar hand om samtliga åldersgrupper medan 17 procent endast har ansvar för personer över 17 eller 18 år. I andra kommuner omfattar ansvaret patienter som är 7 år och äldre alternativt 65 år och äldre, eller dem som är 18–65 år.

Diagram 2

Andel kommuner/stadsdelar¹ som finansierar respektive yrkeskategori inom ramen för hemsjukvård i ordinärt boende



¹ Baserat på 103 av 174 kommuner/stadsdelar som har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

88 procent av kommunerna med ansvar för både hemsjukvård och rehabilitering har ett lika omfattande ansvar för båda verksamheterna. I 16 kommuner fanns det dock skillnader i ansvaret, till exempel så att hemsjukvårdsansvaret gäller alla åldersgrupper medan rehabiliteringsansvaret bara gäller dem som är 20 eller 21 år och äldre. Insatser av sjuksköterskor ingår också oftare i hemsjukvårdsansvaret än i rehabiliteringsansvaret. Det är främst arbetsterapeuter och sjukgymnaster som finansieras inom ramen för rehabiliteringsansvaret.

Några få kommuner uppgav att rehabiliteringsansvaret för stroke skiljer sig från kommunens övriga ansvar, och skillnaden är framför allt att de har en gemensam organisation med primärvården för teamrehabilitering till personer som har insjuknat i stroke.

Yrkeskategorier som omfattas av kommunernas ansvar

I samtliga kommuner som har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende finansieras sjuksköterskor inom ramen för hemsjukvård. Finansieringen av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor ingår också ofta i ansvaret. Däremot uppgav få kommuner att rehabiliteringsassistenter, psykologer, logopedier och kuratorer ingår i kommunernas ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende.

Strokevårdens strukturer och processer

För att utvärdera kommunernas verksamhet är det viktigt att se till deras förutsättningar för att bedriva en god rehabilitering efter stroke, det vill säga strukturen, och att undersöka vad de faktiskt gör, det vill säga processerna. Detta kapitel ska ge en bild av kommunernas organisation kring rehabilitering efter stroke samt vilka kompetenser, resurser och rutiner som finns i kommunen. I viss mån visar innehållet även vad kommunerna gör för personer som har insjuknat i stroke efter deras sjukhusvistelse.

För att kartlägga kommunernas strukturer och processer skickade Socialstyrelsen i april 2011 ut en enkätundersökning till samtliga kommuner och stadsdelar i storstäderna. Enkäten innehöll frågor om deras verksamhet kring rehabilitering efter stroke samt deras ansvar för hemsjukvård och rehabilitering i ordinärt boende, men också en del frågor om diabetesvård. Totalt ingick 321 kommuner och stadsdelar i undersökningen och 66 procent besvarade enkäten. Kommuner och stadsdelar svarade i lika stor utsträckning.

I detta avsnitt redovisas resultatet på de frågor som avser kommunernas rehabilitering efter stroke tillsammans med en bedömning på riksnivå för de kommuner som svarade på enkäten. Bedömningarna sammanfattas i avsnittet Rekommendationer och bedömningar och en redovisning av samtliga resultat på kommunnivå finns i bilaga 4. Resultaten som avser diabetesvården redovisas inte i denna rapport utan i samband med den nationella utvärderingen av diabetesvård som är planerad till slutet av 2011.

Vårdprogram och rutiner

Ett vårdprogram ska ge personalen hjälp och stöd i det praktiska arbetet och bygger därför på bästa tillgängliga kunskap. Arbetet går också lättare om det finns upparbetade rutiner som personalen kan följa. Dessutom är vårdprogram och rutiner en förutsättning för att alla ska få en likvärdig vård och för att resurserna ska utnyttjas effektivt. Vårdprogram och rutiner stödjer också samordningen av vård- och omsorgsinsatser.

Utfall

Vårdprogram för rehabilitering efter stroke

Enkäten visar att de flesta kommuner och stadsdelar, 65 procent av de som besvarat enkäten, inte har något vårdprogram eller liknande när det gäller rehabilitering efter stroke. En knapp fjärdedel uppgav att de har ett medan 10 procent arbetar med att ta fram ett vårdprogram eller liknande.

De kommuner och stadsdelar som har ett vårdprogram eller likande för rehabilitering efter stroke har tagit fram eller reviderat det senast under perioden 2002–2011. Vårdprogrammen baseras framför allt på de nationella riktlinjer som togs fram 2005 och 2009 samt på lokala och regionala riktlinjer. Ofta har

programmen tagits fram i samarbete mellan kommunen och landstinget och det är vanligt att andra kommuner också har medverkat. Men en del kommuner använder vårdprogram som de inte själva har varit med att ta fram.

Cirka 10 procent av kommunerna och stadsdelarna uppgav att de inte har ett vårdprogram för rehabilitering efter stroke men att de planerar att ta fram ett sådant. Knappt två tredjedelar av dessa svarade att vårdprogrammet kommer att fastställas under 2011 och resterade planerar att fastställa det under 2012. Enligt planerna ska dessa vårdprogram bygga på de nationella riktlinjerna för strokesjukvård, lokala och regionala vårdprogram, God vård och God kvalitet i socialtjänsten. Både kommuner och landsting kommer i hög utsträckning att medverka i arbetet med att ta fram de nya vårdprogrammen.

Rutiner för kommunernas hälso- och sjukvård och rehabilitering

De flesta kommuner har rutiner för regelbundna genomgångar (ronder) med läkare samt rutiner för att informera anhöriga om kommunens anhängstöd. En något mindre andel har även rutiner för regelbundna läkemedelsgenomgångar. Till största delen gällde detta skriftliga rutiner snarare än muntliga, framför allt för läkarronder. Rutinerna för anhänginformation gällde framför allt ett generellt anhängstöd, i 83 procent av kommunerna, medan andra kommuner har både generell och sjukdomsspecifik information. Några få kommuner, motsvarande 1,6 procent, har endast specifik information som är riktad till personer med andra sjukdomsgrupper än stroke och diabetes.

Tillgång till landstingets medicinska journaler

Lite mer än hälften av kommunerna har inte alls tillgång till landstingets medicinska journaler. 44 procent har dock tillgång till relevanta delar av journalerna genom tittbehörighet, journalkopior eller anteckningar.

Bedömning

Det är få kommuner som har något vårdprogram för rehabilitering efter stroke, vilket innebär att en stor del av personalen inte får det stöd som programmen ger. Därmed finns en risk för att människor som har insjuknat i stroke inte får den rehabilitering som de behöver.

Figur 1: Vårdprogram eller liknande för rehabilitering efter stroke

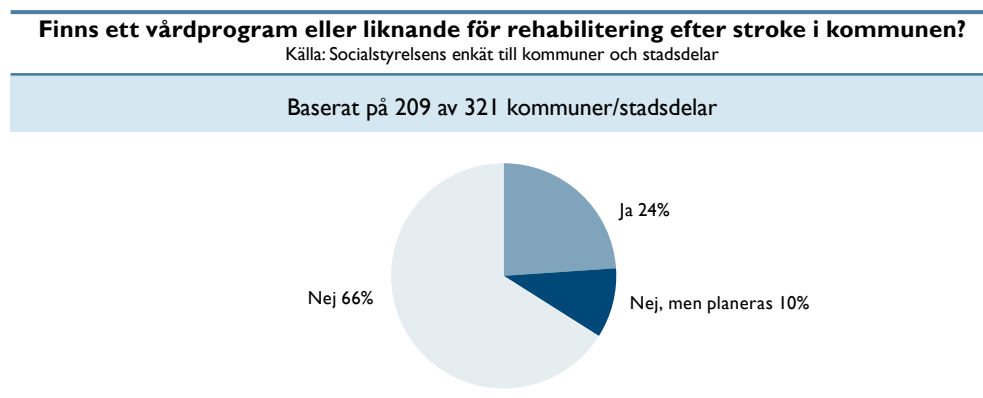
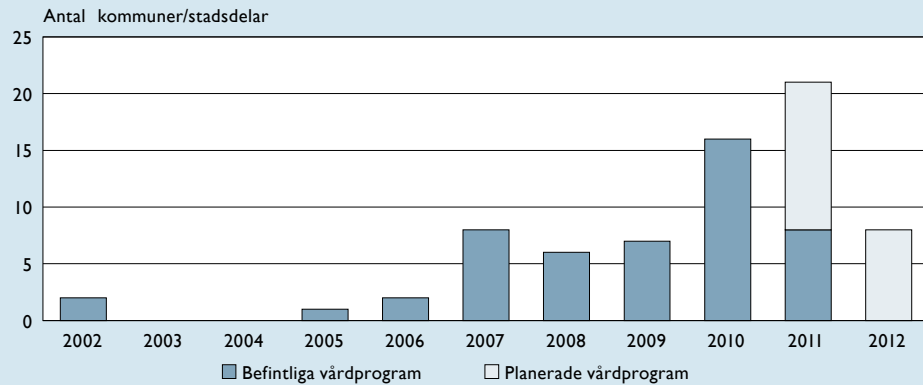


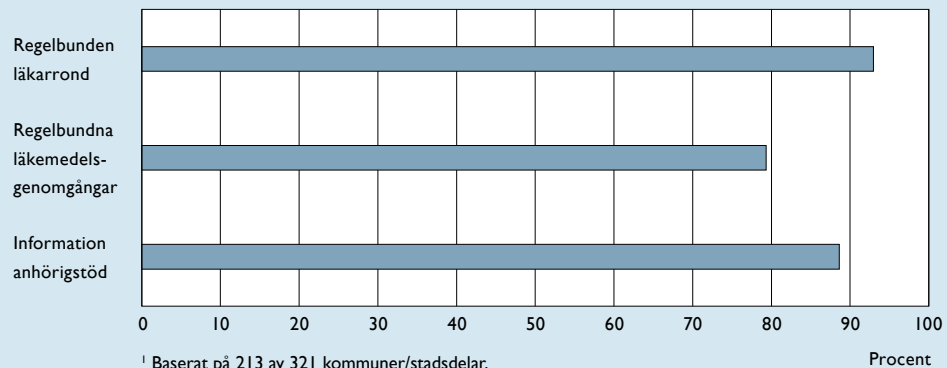
Diagram 3 **Antal kommuner/stadsdelar¹ med befintliga respektive planerade vårdprogram efter år för fastställande**



¹ Baserat på 209 av 321 kommuner/stadsdelar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Diagram 4 **Andel kommuner/stadsdelar med rutiner för regelbundna läkarronder¹ och läkemedelsgenomgångar² samt för information om anhörigstöd³**



¹ Baserat på 213 av 321 kommuner/stadsdelar.

² Baserat på 208 av 321 kommuner/stadsdelar.

³ Baserat på 290 av 321 kommuner/stadsdelar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Samverkan inom rehabilitering

Rehabiliteringsinsatserna fungerar inte alltid om det finns brister i samverkan mellan kommunerna och landstinget, olika verksamheter eller enskilda yrkesutövare. Det är viktigt att ta hänsyn till och väga samman alla livsområden och kriterier för livskvalitet som är relevanta i en persons liv, men det kräver att olika aktörer samverkar. Enligt Socialstyrelsens vägledning om samverkan vid rehabilitering finns det tre grundförutsättningar för en lyckad rehabiliteringsprocess [8]:

1. Varje brukare ses som unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna.
2. Det finns kontinuitet när det gäller personal, metod, struktur och information.
3. Olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra i tur och ordning, vilket kräver gränsöverskridande samverkan.

Socialstyrelsen har gett ut en föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10) som i första hand gäller personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det centrala i föreskriften är kravet på att kommuner och landsting gemensamt ska utforma rutiner för att samordna rehabiliteringsinsatserna. När samverkan anses behövas ska personen ifråga kunna få en namngiven ansvarig samordnare som ska ta fram en samordningsplan. Rutinerna ska också säkra att de samordningsansvariga har förutsättningar att klara sin uppgift. Det är bägge huvudmännens ansvar att uppmärksamma personens samlade behov, oavsett vilken huvudman han eller hon inledningsvis har kontakt med. Huvudmännen, verksamheterna och de enskilda yrkesutövarna ansvarar dock för sina rehabiliteringsinsatser [8].

Enligt de nationella riktlinjerna för strokesjukvård [4] kan hälso- och sjukvården skriva ut personer med milda till måttliga symtom från sjukhuset under förutsättning att personen får rehabilitering i hemmet (ordinärt eller särskilt boende) av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam som har kunskap om strokevård (prioritet 3 på en 10-gradig skala där 1 är högst prioritet). Teamet består av flera yrkeskategorier inklusive läkare, och för att få goda resultat måste teamet bland annat ha ett nära samarbete med omvårdnadspersonalen.

Utfall

Gemensamt utarbetade rutiner

Av kommunerna och stadsdelarna har 58 procent rutiner för att samordna rehabiliteringen tillsammans med landstingen. Av dessa har 75 procent generella rutiner för rehabilitering medan 14 procent har både gemensamma rutiner för generell rehabilitering och specifikt för stroke. Resterande 11 procent har endast rutiner som är specifika för rehabilitering efter stroke.

Utsedd samordnare

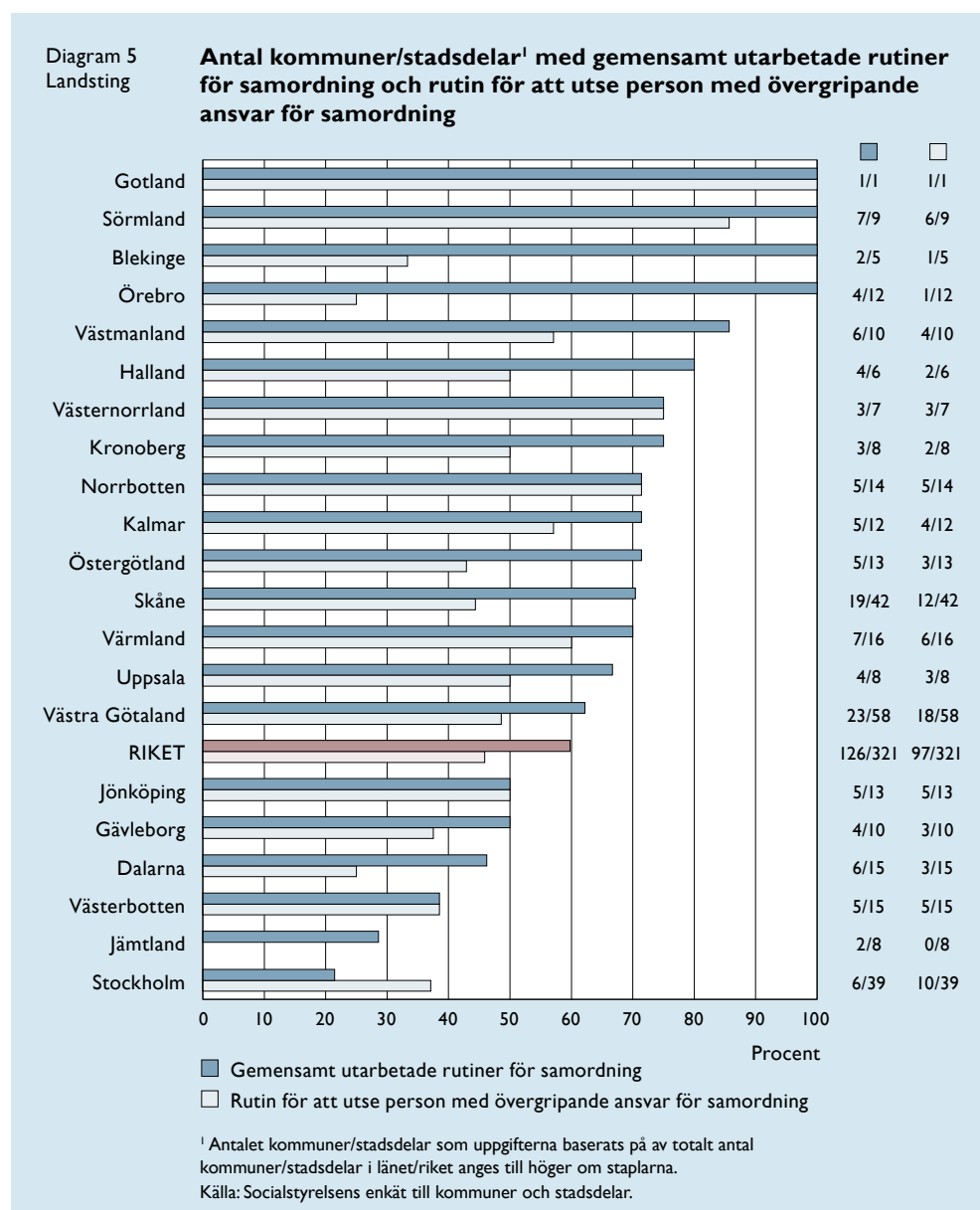
Knappt hälften av kommunerna och stadsdelarna uppgav att de har rutiner för att utse en person med ett övergripande ansvar för att samordna personernas rehabilitering. I 84 procent av dem ansvarar den utsedda personen även för att upprätta en plan för samordningen.

Multidisciplinärt rehabiliteringsteam

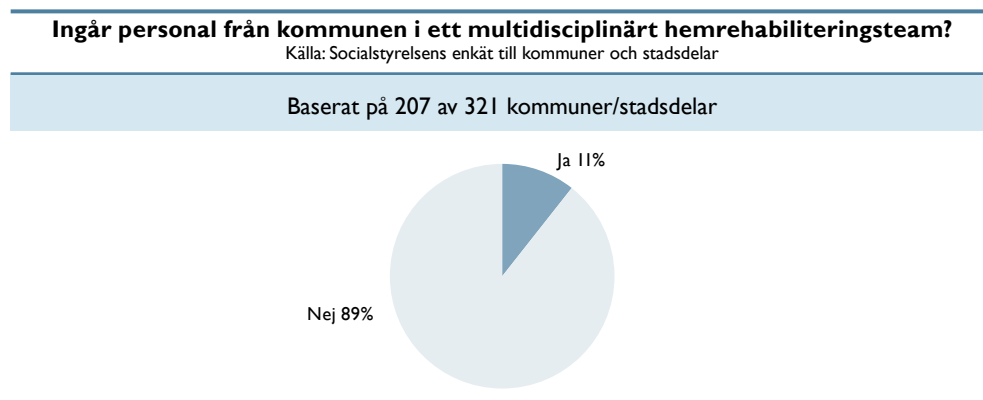
En av tio kommuner och stadsdelar uppgav att de ingår i ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam. Av kommunens personal är det framför allt arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor som ingår i teamet.

Bedömning

På många håll samverkar kommuner och landsting när det gäller rehabilitering. Men det är ändå många kommuner som saknar ett strukturerat arbete kring samverkan med landstinget, vilket kan påverka resultatet av rehabiliteringen.



Figur 2. Multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam



Tillgång till personal

För att kunna ge god vård och omsorg och rehabilitering är det avgörande att ha tillgång till läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som arbetsterapeuter och sjukgymnaster, både i särskilt boende och i ordinärt boende. Det är viktigt att tidigt identifiera strokerelaterade symtom eftersom det har stor betydelse för utfallet på lång sikt, och därför måste personalen på särskilda boenden samt hemtjänstpersonalen ha kunskap om akuta strokesymtom och om de komplikationer som kan uppträda sent efter stroke. Dålig tillgång på läkare i boendena riskerar också att öka belastningen på akutmottagningarna, vilket leder till ett ineffektivt resursutnyttjande [9].

Undersökningar och behandlingar kan behöva utföras när som helst på dygnet. Om det inte finns tillräckligt många sjuksköterskor i tjänst riskerar undersökningar och behandlingar att försenas eller inte bli av alls, vilket äventyrar personens säkerhet och trygghet. I rapporten Hemsjukvård i förändring som publicerades 2008 kom Socialstyrelsen fram till att det fortfarande fanns ett stort behov av att öka tillgången på läkare och sjuksköterskor, särskilt under helger, kvällar och nätter [10]. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har också en central roll när det gäller rehabiliteringen, och därmed är tillgängligheten till dessa yrkesgrupper viktig för resultatet.

I enkäten definierades tillgång till läkare som att hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska, kan kontakta en läkare via telefon med sina frågor. Dessutom ska personerna som bor i ett särskilt eller ordinärt boende ha tillfredsställande möjlighet att träffa en läkare, på en vårdcentral eller vid ett hembesök.

Observera att uppgifterna för ordinärt boende baseras på ungefär 120 kommuner och därmed bör tolkas med försiktighet.

Utfall

Tillgång till läkare

Särskilda boenden inklusive korttidsboenden i de flesta kommuner och stadsdelar har en tillfredsställande tillgång till läkare under dagtid på vardagarna, men mindre tillfredsställande på kvällar, nätter och helger. 13 procent av kommu-

nerna och stadsdelarna uppgav att tillgången till läkare inte alls var tillfredsställande under varken vardags- eller helgnätterna.

Tillgången på läkare i särskilt boende påverkar troligen också i vilken utsträckning personen får en läkarbedömning vid en misstänkt stroke eller TIA (transitorisk ischemisk attack). De flesta kommuner uppgav dock att alla eller de flesta får en läkarbedömning vid en misstänkt stroke eller TIA, och drygt två tredjedelar svarade att en läkarbedömning sker inom tre timmar. Det finns dock en kommun som uppgav att personer i särskilt boende inte får någon läkarbedömning vid en misstänkt stroke eller TIA.

En relativt stor andel av kommunerna och stadsdelarna som svarade på frågan uppgav att tillgängligheten på läkare i ordinärt boende inte alls var tillfredsställande. 20 procent uppgav att tillgängligheten inte alls var tillfredsställande på dagtid under helger och på kvällstid under vardagar. Motsvarande siffra för kvällar och nätter under helgerna var 24 respektive 26 procent.

Tillgång på sjuksköterskor

Tillgången på sjuksköterskor i särskilt boende inklusive korttidsboende verkar likna tillgången på läkare, men med skillnaden att mycket färre kommuner och stadsdelar bedömde tillgängligheten som tillfredsställande på främst helger, kvällar och nätter.

Uppemot 40 procent uppgav att det inte går att få en sjuksköterska till ett ordinärt boende inom 30 minuter på natten, och 35 procent svarade detsamma angående kvällstid. Tillgången är dock bättre under dagtid på vardagar och 84 procent av kommunerna uppgav att en sjuksköterska då kan infinna sig inom 30 minuter. Motsvarande andel under dagtid på helgerna var 71 procent.

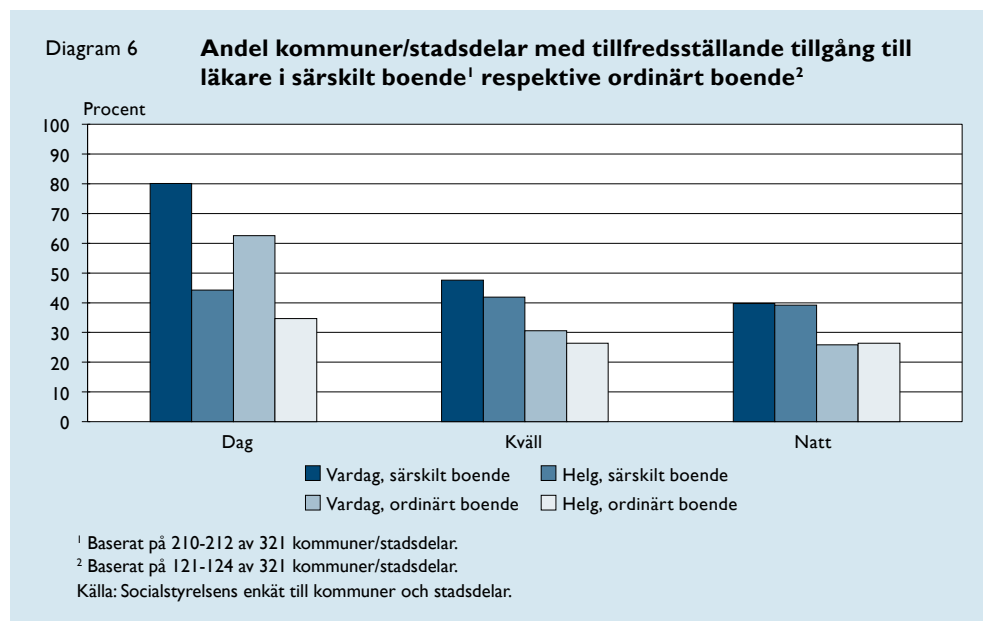
Tillgång på andra yrkesgrupper

De flesta kommuner och stadsdelar bedömde att de överlag har en tillfredsställande tillgång till arbetsterapeuter och sjukgymnaster i särskilt boende. Psykologer, kuratorer och logopeder finns dock vanligtvis inte alls att tillgå (enligt 85, 82 respektive 76 procent av kommunerna och stadsdelarna).

Tillgängligheten till arbetsterapeuter och sjukgymnaster i ordinärt boende bedömdes vara tillfredsställande av de flesta kommuner och stadsdelar. Men psykologer, kuratorer och logopeder finns vanligtvis inte alls att tillgå (enligt 82, 76 respektive 75 procent av kommunerna och stadsdelarna).

Bedömning

Kommunerna och stadsdelarna behöver större tillgång till läkare och sjuksköterskor under kvällar, helger och nätter. Det är också oroväckande att många verkar sakna tillgång till viktiga rehabiliteringsresurser som logopeder, kuratorer och psykologer. Dessutom verkar många kommuner sakna central rehabiliteringspersonal som arbetsterapeuter och sjukgymnaster.



Figur 3: Läkarbedömning vid första misstanke om stroke eller TIA i särskilt boende

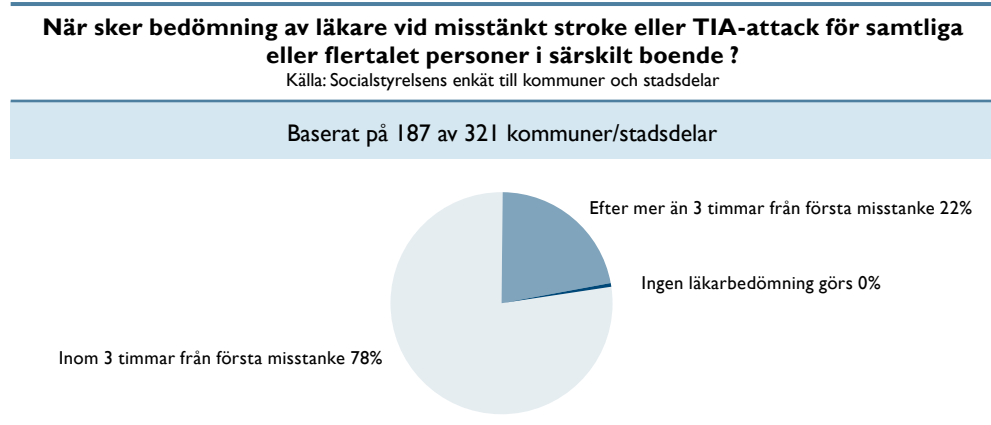
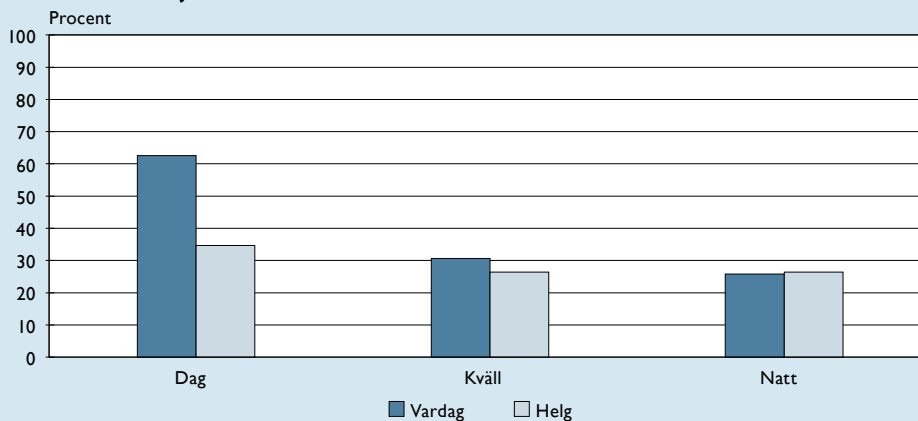
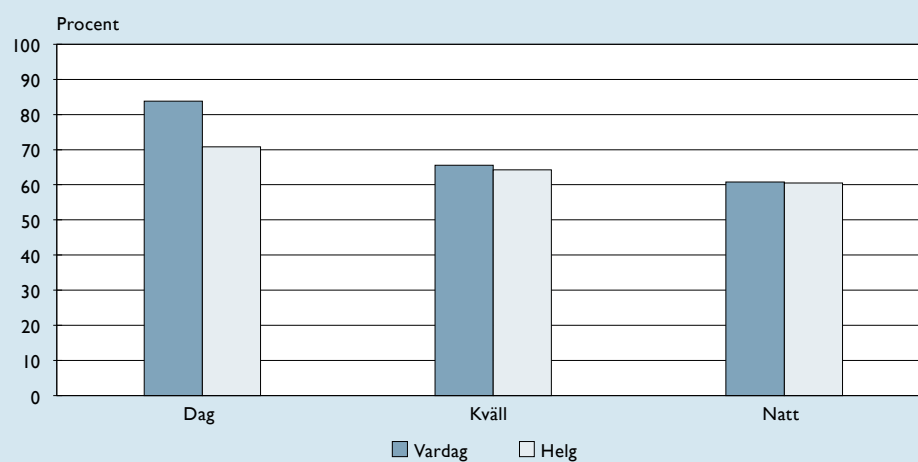


Diagram 7

Andel kommuner/stadsdelar¹ med tillfredsställande tillgång på sjuksköterskor i särskilt boende

¹ Baserat på 207-211 av 321 kommuner/stadsdelar.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

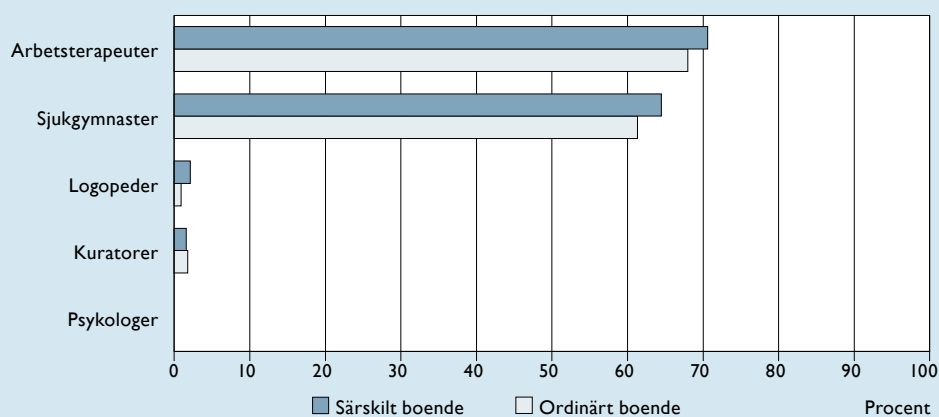
Diagram 8

Andel kommuner/stadsdelar¹ där sjuksköterska kan infinna sig i ordinärt boende inom 30 minuter

¹ Baserat på 129-131 av 231 kommuner/stadsdelar.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Diagram 9

Andel kommuner/stadsdelar med tillfredsställande tillgång till arbetsterapeuter¹, sjukgymnaster², logopeder³, kuratorer⁴ och psykologer⁵ i särskilt boende respektive ordinärt boende



¹ Baserat på 211 respektive 125 av 321 kommuner/stadsdelar.

² Baserat på 211 respektive 124 av 321 kommuner/stadsdelar.

³ Baserat på 189 respektive 107 av 321 kommuner/stadsdelar.

⁴ Baserat på 189 respektive 110 av 321 kommuner/stadsdelar.

⁵ Baserat på 187 respektive 107 av 321 kommuner/stadsdelar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Kompetensutveckling

Ny kunskap inom rehabilitering efter stroke tillkommer ständigt, och personalens grundläggande kunskaper behöver förnyas och utvecklas för att vården och omsorgen ska kunna bedrivas med god kvalitet och effektivitet. Utbildning, fortbildning och handledning är viktiga instrument för kommunerna så att de kan förbättra kompetensen inom sin verksamhet. Det finns flera utbildningar och kurser om stroke; STROKE-Riksförbundet erbjuder till exempel en ettårig kompetensutbildning på deltid för alla yrkeskategorier som kommer i kontakt med personer som har insjuknat i stroke, bland annat kommunens personal. Utbildningen leder till ett strokekompetensbevis [11]. När det gäller handledning verkar praktisk träning, direkthandledning och feedback vara effektiva sätt att föra in ny kunskap i socialtjänstens verksamheter [12].

Enkätfrågorna gällde utbildning och fortbildning som är kostnadsfri för personalen och som sker på arbetstid. Frågorna om handledning syftade på ett praktiskt pedagogiskt stöd som ska öka personalens förmåga att ge god vård och omsorg och som ska motverka stress. Handledning kan ges individuellt eller i grupp.

Utfall

Utbildning och fortbildning i rehabilitering efter stroke

Ungefär hälften av kommunerna och stadsdelarna uppgav att de erbjuder personalen någon utbildning eller fortbildning i rehabilitering efter stroke. Målgruppen varierar: En fjärdedel erbjuder utbildning eller fortbildning till både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdspersonalen. En femtedel utbildar endast

hälso- och sjukvårdspersonalen och 5 procent endast socialtjänstpersonalen. Det innebär att socialtjänstpersonalen i mindre utsträckning får någon utbildning eller fortbildning i rehabilitering efter stroke.

Drygt en tredjedel av kommunerna och stadsdelarna uppgav att utbildningen eller fortbildningen består av en intern utbildning utifrån lokala vårdprogram eller liknande. Det är också vanligt med interna utbildningar som bygger på nationella riktlinjer och andra utbildningar eller fortbildningar. Drygt 10 procent erbjuder en utbildning som leder till ett strokekompetensbevis.

De kommuner och stadsdelar som angav någon annan utbildning eller fortbildning nämner kurser i läkemedel för stroke, förflyttning, kontrakturprofylax, kognition, sjukgymnastiska tekniker och handledning samt kurser i rehabiliterande arbets-, syn- och förhållningssätt. Andra kommuner erbjuder generell kompetenshöjning, patientrelaterad utbildning och en högskoleutbildning med inriktning mot stroke. Andra uppger att utbildning och fortbildning i rehabilitering efter stroke ingår i introduktionen, att de håller årliga strokeseminarium eller att personalen får utbildning genom enstaka kurser via landstinget eller andra aktörer.

Det är främst arbetsterapeuter, undersköterskor och sjukgymnaster som erbjuds utbildning i rehabilitering efter stroke, men sjuksköterskor och vårdbiträden kan få utbildning i de flesta kommuner och stadsdelar. Vissa erbjuder även utbildning till verksamhets- och enhetschefer, biståndshandläggare och boendestödjare.

Handledning i rehabilitering efter stroke

Det är främst hälso- och sjukvårdspersonalen får utbildning eller fortbildning i rehabilitering efter stroke. Kunskaperna kommer väl till pass eftersom det också främst är arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor som handleder personalen i rehabilitering efter stroke. Andra kan dock också fungera som handledare, till exempel läkare, stroke team, sjukhusets strokeenhet, externa vårdgivare, logoped, dietister, pedagoger, personliga assistenter med strokekompetensbevis, biståndssamordnare och undersköterskor med strokekompetensbevis eller någon annan specifik utbildning i stroke.

Det är mindre vanligt att hälso- och sjukvårdspersonal får handledning i rehabilitering efter stroke, och nästan 40 procent av kommunerna och stadsdelarna uppgav att hälso- och sjukvårdspersonalen inte får någon sådan handledning. Drygt 80 procent svarade dock att socialtjänstpersonalen får handledning, främst undersköterskor och vårdbiträden.

Boendeformen verkar inte ha någon betydelse för handledningen. Över 90 procent av kommunerna som ansvarar för rehabilitering efter stroke i ordinärt boende uppgav att personalen får handledning. Andelen är ungefär densamma för både permanent särskilt boende och för korttidsboende.

Handledningen handlar i de flesta fall om handledning i det dagliga arbetet, både för socialtjänstpersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är också relativt vanligt med handledning i svåra och krävande situationer och vid etiska dilemman, men mindre vanligt med handledning i professionella metoder och processer. Socialtjänstpersonalen kan också få handledning i till exempel förflyttningsteknik, matsituationer, bemötande, ADL, träning, TENS (transku-

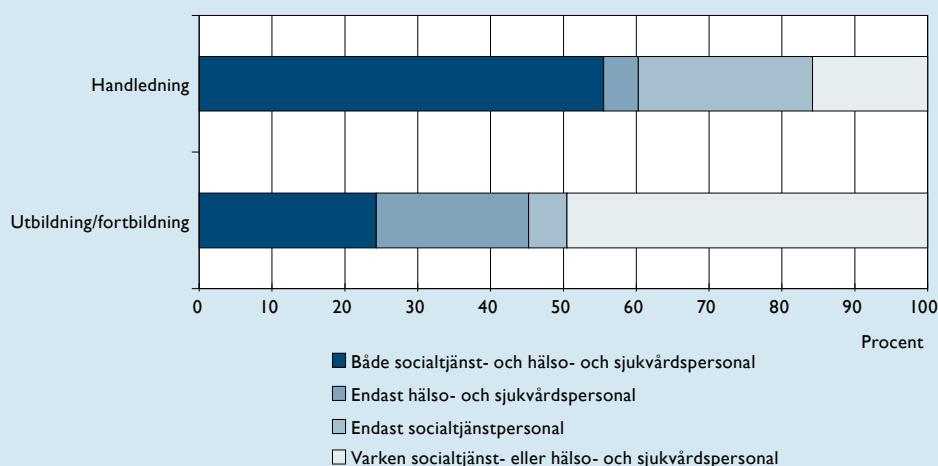
tan elektrisk nervstimulering) och hemrehabilitering samt handledning för att öka förmågan att ge god vård och omsorg. För hälso- och sjukvårdspersonalen kan det handla om att öka förmågan att ge god vård och omsorg samt handledning i specifika situationer eller vid behov.

Bedömning

Kunskap är avgörande för resultatet av rehabiliteringen, men drygt en av tio kommuner erbjuder ingen utbildning, fortbildning eller handledning i rehabilitering efter stroke. Det varierar också vilken personal som får utbildning och fortbildning respektive handledning. Den handledning som erbjuds verkar gälla det dagliga arbetet eller svåra och etiska dilemman, snarare än professionella metoder och processer. Detta kan vara negativt för kvaliteten och effektiviteten i verksamheten.

Diagram 10

Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder personalen utbildning/fortbildning¹ respektive handledning² i rehabilitering efter stroke

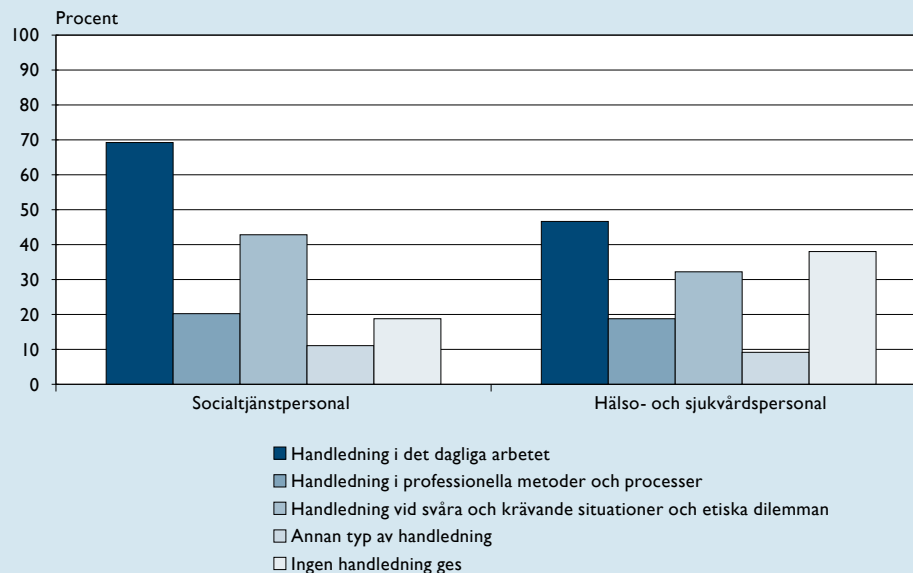


¹ Baserat på 210 av 321 kommuner/stadsdelar.

² Baserat på 209 av 321 kommuner/stadsdelar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Diagram 11 **Andel kommuner/stadsdelar¹ som erbjuder personalen olika typer av handledning i rehabilitering efter stroke**



¹ Baserat på 205 av 321 kommuner/stadsdelar.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Tillgång till rehabilitering efter stroke

Kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar inom kunskapsområdena omvårdnad, rehabilitering och habilitering. Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade. I dessa särskilda boendeformer ingår även korttidsboende.

Utfall

Boendeformer

De flesta kommuner och stadsdelar uppgav att de erbjuder rehabilitering i särskilt boende, både permanent- och korttidsboenden. Ungefär 10 procent av kommunerna erbjuder dock ingen rehabilitering efter stroke i permanenta särskilda boenden trots att detta är kommunens ansvar enligt HSL. För korttidsboenden är motsvarande andel 6 procent.

Av de kommuner och stadsdelar som har övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende var det en mindre andel, 4 procent, som uppgav att de inte erbjuder rehabilitering efter stroke för personer som bor i ordinärt boende.

Platser på korttidsboende

Drygt en av tio kommuner och stadsdelar uppgav att de har platser på ett korttidsboende som specifikt är avsedda för rehabilitering efter stroke. Andra har platser för rehabilitering som inte är vikta för just stroke även om de i stor grad upptas av personer som rehabiliteras efter stroke. I genomsnitt har dessa kom-

muner och stadsdelar 12 platser som är avsedda för personer som har insjuknat i stroke.

Tillgång under året

De flesta kommuner och stadsdelar minskar sin rehabiliteringsverksamhet under delar av året, till exempel under sommaren. Men en stor andel, 40 procent, uppgav att deras rehabiliteringsverksamhet har samma omfattning under hela året.

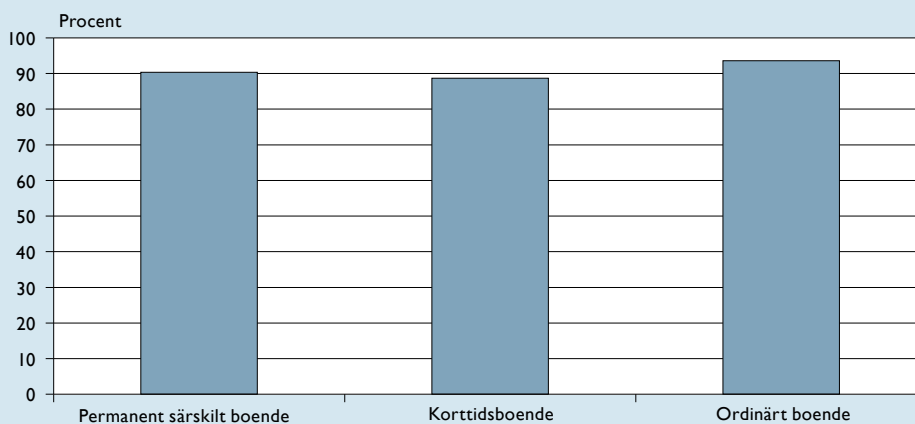
Bedömning

Alla kommuner har ansvar för rehabiliteringen i särskilda boenden inklusive korttidsboenden, men enkätsvaren visade att det finns kommuner som inte erbjuder någon rehabilitering efter stroke i permanenta särskilda boenden och i korttidsboenden. Exempel på det finns även bland de kommuner som har ansvar för rehabilitering efter stroke i ordinärt boende.

Majoriteten av kommunerna uppgav också att de minskar på rehabiliteringsverksamheten under delar av året, trots att insatserna behöver vara kontinuerliga för att ge ett bra resultat.

Diagram 12

Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder rehabilitering efter stroke i permanent särskilt boende¹, korttidsboende¹ respektive ordinärt boende²



¹ Baserat på 176 av 321 kommuner/stadsdelar.

² Baserat på 94 av 174 kommuner/stadsdelar med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Rehabiliteringsinsatser

Det finns en mängd rehabiliteringsinsatser som kommuner och landsting kan erbjuda och erbjuder. I de nationella riktlinjerna för strokesjukvård [4] och dess vetenskapliga underlag [9] redovisas de bedömningar och forskningsresultat som finns för några av dessa insatser. Socialstyrelsen ger tre typer av rekommendationer: insatser som har vetenskapligt stöd och som rangordnas med en skala från 1 till 10, insatser som inte bör utföras (icke-göra) och FoU, som endast bör utföras inom ramen för forskning. Enkäten listade ett urval på tio insatser och kommunerna fick svara på om de erbjuder eller inte erbjuder insatsen vid ett specifikt tillstånd. Det fanns även möjlighet att svara att insatsen inte bedömdes vara kommunens ansvar. Sju av de tio insatserna har en hög rekommendation i riktlinjerna, en insats rekommenderas inte och två insatser bör endast ske inom ramen för FoU.

Tabell 3. Urval av rekommenderade insatser från tillstånds- och åtgärdslistan i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009

Rad	Tillstånd	Åtgärd	Rekommendation
F6	Nedsatt balans och gångförmåga efter stroke	Träning med sjukgymnastik	2
F7	Nedsatt motorisk förmåga efter stroke	Uppgiftsspecifik träning	3
F19	Stroke med kvarstående nedsättning av ADL-funktion	ADL-träning i hemmet efter utskrivning	1
F20	Stroke	Bedömning av kommunikationsförmåga (afasi, pragmatisk språkstörning, dysartri) och information till närstående och vårdpersonal	3
F25	Dysartri eller nedsatt kommunikationsförmåga vid stroke	Alternativa kommunikationssätt (till exempel hjälpmedel)	4
F28	Dysinhibition och ångest (till exempel vid aggressivitet och irritabilitet) vid stroke	Information till närstående	3
F36	Person som insjuknat i stroke	Strukturerad information och utbildning riktad till närstående	4
F17	Stroke	Akupunktur som strokebehandling	Icke-göra
F23	Svår afasi vid stroke	Intensivgruppsbehandling i slutet av eller efter sjukhusvistelse	FoU
F32	Smärta i skuldran efter stroke	Sensorisk stimulering (med massage)	FoU

Det vetenskapliga underlaget visar bland annat att *träning med sjukgymnastik* ger bättre effekt än att inte träna och att träning med kombinerade sjukgymnastiska åtgärder minskar beroendet av hjälp med ADL för dem som har nedsatt balans och gångförmåga efter stroke.

Uppgiftsspecifik träning förbättrar förmågan i specifika uppgifter eller aktiviteter vid nedsatt motorisk förmåga efter stroke, enligt det vetenskapliga underlaget till riktlinjen.

Vetenskapliga studier visar att *ADL-träning i hemmet*, ordinärt boende, efter utskrivning ökar förmågan att klara dagliga aktiviteter vid en uppföljning efter 3–12 månader.

I det vetenskapliga underlaget till riktlinjerna framgår att *bedömning av personens förmåga att förstå tilltal och skrift* särskilt bör beaktas om detta inte har uppmärksamats av de anhöriga eller personalen. Informationen bör ges med hänsyn till denna förmåga.

Personer med dysartri efter stroke bör i dag få *alternativa kommunikationssätt* såsom bokstavstavla, datoriserade talhjälpmedel och telefonhjälpmedel. Enligt klinisk praxis [9] kan behandlingen innebära att dessa kommunikationssätt övas in i olika miljöer, tillsammans med till exempel närstående och arbetskamrater. Insatsen kan också innefatta oralmotorisk träning av de berörda muskelfunktionerna.

Efter utskrivningen är det många närstående som behöver fortsatt rådgivning om de medicinska men också praktiska, sociala och ekonomiska problem som kan uppstå. De kan också behöva eget psykosocialt stöd i den nya livssituationen. Insatsen *information till närstående* kan öka deras trygghet och upplevelse av att på bästa sätt kunna hantera den nya livssituationen.

Strukturerad information och utbildning till personer som har insjuknat i stroke och deras närstående ökar de närståendes kunskap om stroke, enligt det vetenskapliga underlaget. Redan i ett tidigt stadium bör vården och omsorgen tillsammans med individen och de anhöriga diskutera vilka problem som kan förväntas uppstå i hemmiljön, vem de ska vända sig till för att få hjälp och vilka omvårdnadsuppgifter som ska utföras av vem. Detta bör ske innan patienten skrivs ut från sjukhuset och innan kommunen beslutar om boendeformen och de fortsatta rehabiliteringsinsatserna.

Enligt det vetenskapliga underlaget finns det ingen övertygande evidens för att *akupunktur* har någon effekt på funktionsnivån eller aktivitetsförmågan. Det finns inte heller studier med tillräckligt god kvalitet för att kunna rekommendera *intensivgruppsbehandling*. Däremot finns ett visst vetenskapligt underlag för att *sensorisk stimulering* kan minska upplevelsen av smärta i skuldran. Enligt riktlinjerna bör dock denna insats endast genomföras inom ramen för forskning.

Utfall

Träning med sjukgymnastik

Nästan alla, 95 procent, av kommunerna och stadsdelarna ser träning med sjukgymnastik som kommunens ansvar, och av dem erbjuder samtliga insatsen till personer som har nedsatt balans och gångförmåga efter stroke. 5 procent bedömer att denna insats inte är kommunens ansvar.

Uppgiftsspecifik träning

93 procent anser att uppgiftsspecifik träning är kommunens ansvar, och i stort sett alla erbjuder också insatsen. Det finns dock några kommuner och stadsdelar, 3 procent, som uppgav att de inte erbjuder denna insats även om det bedöms som deras ansvar. Cirka 7 procent av kommunerna och stadsdelarna svarade att detta inte ligger inom kommunens ansvarsområde.

ADL-träning i hemmet efter utskrivning

84 procent av kommunerna och stadsdelarna bedömer att det är deras ansvar att erbjuda ADL-träning i hemmet efter utskrivning, 80 procent erbjuder även insatsen. Däremot är det 16 procent som inte ser detta som kommunens ansvar.

Bedömning av kommunikationsförmåga

Bara 45 procent av kommunerna och stadsdelarna anser att de har ansvaret för att bedöma en persons kommunikationsförmåga. 34 procent erbjuder också insatsen.

Alternativa kommunikationssätt

66 procent av kommunerna och stadsdelarna har uppgett att de har ansvaret för att finna alternativa kommunikationssätt. 11 procent erbjuder inte insatsen även om de bedömer att det är kommunens ansvar.

Information till närstående

25 procent av kommunerna och stadsdelarna bedömer att de inte har ansvar för att ge information till närstående. 49 procent anger att det är deras ansvar och att de erbjuder insatsen, resterande 23 procent upplever att de har ansvaret men inte erbjuder insatsen.

Strukturerad information och utbildning riktad till närstående

Endast 20 procent av kommunerna och stadsdelarna erbjuder strukturerad information och utbildning till närstående, 50 procent anser att de har ansvaret men erbjuder inte insatsen. Resterande 30 procent bedömer att kommunen inte har ansvar för att erbjuda insatsen

Akupunktur som strokebehandling

12 procent av kommunerna och stadsdelarna uppgav att de erbjuder akupunktur som behandling efter stroke. Många kommuner, 51 procent, upplever att denna insats faller inom kommunens ansvar men erbjuder inte den, vilket är rekommendationen enligt de nationella riktlinjerna. 38 procent av kommunerna och stadsdelarna bedömer att insatsen inte faller inom kommunens ansvar.

Intensivgruppsbehandling

Endast 2 procent av kommunerna och stadsdelarna erbjuder insatsen intensivgruppsbehandling. Ytterligare 29 procent bedömer att insatsen faller inom kommunens ansvarsområde men erbjuder inte insatsen. Av enkätsvaren framgår inte om insatsen erbjuds inom ramen för FoU.

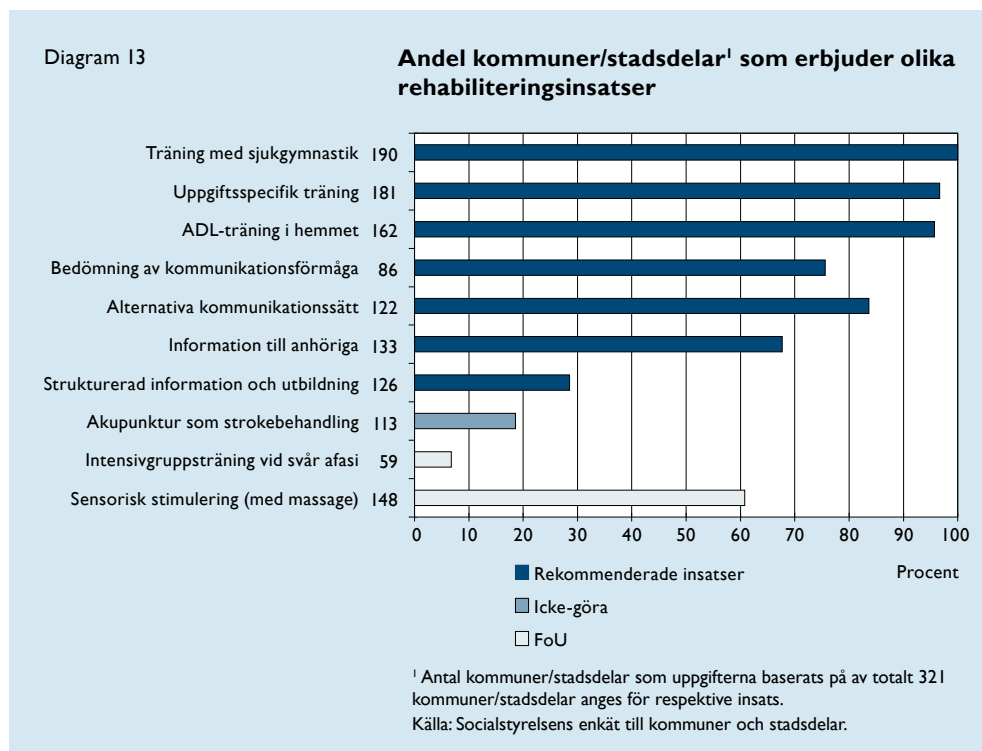
Sensorisk stimulering

En stor andel, 49 procent, av kommunerna och stadsdelarna erbjuder sensorisk stimulering vid smärta i skuldran efter stroke. 32 procent bedömer att det är deras ansvar men erbjuder inte insatsen. 19 procent uppger att de inte har ansvaret för insatsen.

Bedömning

Kommunerna verkar överlag arbeta i enlighet med rekommendationerna i riktlinjerna, men insatser som avser information till anhöriga erbjuds i lägre utsträckning än förväntat. Många erbjuder sensorisk stimulering men det framgår

inte av enkäten om det sker inom ramen för forskning. Troligen är det dock få som erbjuder insatsen inom ramen för forskning.



Tillgång till hjälpmedel och bostadsanpassning

Bra hjälpmedel kan förbättra livskvaliteten för personer med funktionsnedsättning, och individuellt anpassade hjälpmedel är en viktig del i rehabiliteringen och ett stöd i vardagslivet. Hjälpmedel ingår i det ansvar för hälso- och sjukvården som kommunerna har i särskilt boende och i ordinärt boende (18b § HSL). Kommunerna ansvarar även för att ge bidrag till anpassning och återställning av bostäder så att personer med funktionsnedsättning lättare kan få ett självständigt liv i ett eget boende (lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.)

Utfall

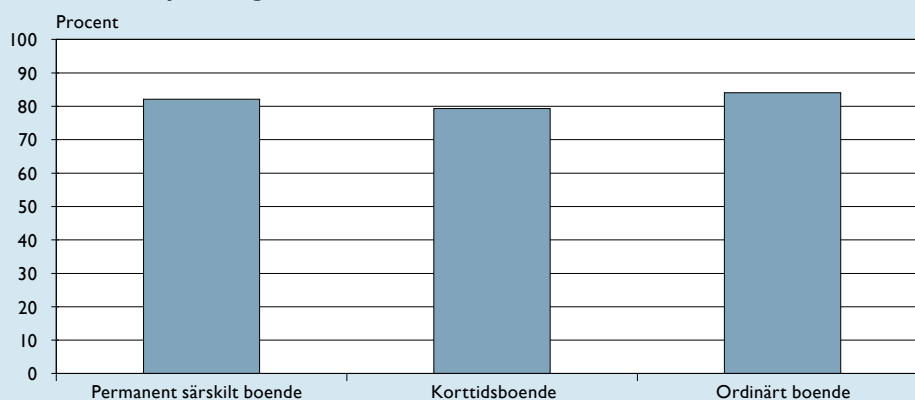
Omkring 80 procent av kommunerna och stadsdelarna uppgav att alla eller de flesta som har insjuknat i stroke får en bedömning av sitt behov av hjälpmedel och bostadsanpassning. Det gäller i alla boendeformer.

Bedömning

Majoriteten av kommunerna gör en behovsbedömning för alla eller de flesta som har haft en stroke. Ändå är det många människor som inte får någon sådan bedömning och därmed inte heller de hjälpmedel eller bostadsanpassningar som de behöver.

Diagram 14

Andel kommuner/stadsdelar där samtliga eller flertalet personer i permanent särskilt boende¹, korttidsboende² respektive ordinärt boende³ får bedömning av behov av hjälpmedel inkl. bostadsanpassning



¹ Baserat på 176 av 321 kommuner/stadsdelar.

² Baserat på 174 av 321 kommuner/stadsdelar.

³ Baserat på 96 av 174 kommuner/stadsdelar med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar.

Strokevårdens resultat

Om presentation och tolkning

Det här kapitlet handlar om strokevårdens resultat och bygger på uppgifter som har hämtats från kvalitetsregistret Riks-Stroke. Denna publikation redovisar resultat för 22 indikatorer som på något sätt kan spegla kvaliteten i kommunernas verksamhet för personer som har insjuknat i stroke.

Indikatorernas indelning

Indikatorerna har delats upp i olika kategorier för att det ska bli lättare för läsaren att identifiera vilka processer i strokevården som har direkta samband med varandra. Vissa kategorier berör inte kommunernas verksamheter och därför redovisas inga indikatorer för dem i denna delrapport. Indikatorernas inbördes ordning följer ordningen i vårdprocessen, när det finns sådana samband.

A. Behandling i akutskedet	0 indikatorer
B. Sekundärpreventiv behandling	0 indikatorer
C. Effekter av vård och omsorg	13 indikatorer
D. Tillgodosett behov och nöjdhet	9 indikatorer
E. Karotiskirurgi	0 indikatorer

Varje indikator benämns med en bokstav (A–E) och en siffra. Dessa beteckningar används konsekvent i rubrikerna till den löpande texten, i diagrammen och vid olika hänvisningar. Beteckningarna återkommer även i bilaga 6, Kommunprofiler. För vissa indikatorer redovisas två olika mätperioder eller mätpunkter under samma indikatorrubrik. Ett exempel är ADL-oberoende (C05) där den första mätningen har skett 3 månader efter insjuknandet i stroke och den andra mätningen 12 månader efter insjuknandet. I dessa fall har diagrammen som redovisar det senare mättillfället fått tillägget *b* till indikatorbenämningen. Vissa indikatorer mäts på ett jämförbart sätt vid båda uppföljningstillfällena, och då har samma population använts för att öka jämförbarheten mellan mättillfällena i läns- och kommundiagrammen och för att kunna se eventuella faktiska förändringar under perioden.

Redovisning sker för riket, län och kommun

När det är relevant och data finns tillgängligt redovisas informationen i tre separata diagram: för riket över tid, för samtliga län med spridningen bland kommunerna i länet och för de 20 kommuner som har lägst respektive högst värden.

Många av indikatorerna är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning 12 månader efter insjuknandet i stroke. Denna uppföljning skedde för första gången 2009 för de som insjuknade 2008, och eftersom det bara finns två observationer för dessa indikatorer redovisas inte utvecklingen över tid i riket.

Uppgifterna på kommun- och länsnivå avser generellt personer 20 år eller äldre som lades in på sjukhus under 2008 och 2009. Uppgifterna för de två åren har slagits samman för att öka den statistiska säkerheten, förutom för vissa indikatorer om underlaget inte fanns tillgängligt eller inte var jämförbart för flera år. På kommun- och länsnivå redovisas endast uppgifter för de kommuner som har haft minst 30 personer i nämnaren för indikatorn. Några av indikatorerna har även redovisats i delrapporten om landstingets insatser och för dem kan rikets genomsnitt skilja sig från det genomsnitt för riket som redovisats i delrapporten om landstingens insatser, bland annat beroende på uppdateringar i underlaget. Uppgifterna på landstingsnivå skiljer sig också från de uppgifter som redovisas för länen. Länens uppgifter baseras på de kommuner som har minst 30 personer i nämnaren medan landstingen innehåller samtliga individer i landstinget.

Syftet med att redovisa indikatorerna på länsnivå är att dels få en överblick över spridningen i landet, dels visa spridningen bland kommunerna i länet. Spridningen bland kommunerna visas genom det horisontella streck som går genom stapeln. Observera att detta streck inte visar konfidensintervallet. I länsdiagrammen anges också hur många kommuner som ingår i indikatorn, både i riket och i länet.

Kommundiagrammen visar oftast de 20 kommuner som har högst respektive lägst resultat, men för några indikatorer redovisas samtliga kommuner som ingår i indikatorns utfall. Diagrammen syftar till att visa spridningen bland kommunerna. Kommuner med mycket få fall har exkluderats, och därför redovisas inga konfidensintervall för kommunerna. Samtliga kommuners utfall redovisas i bilaga 6.

Län och kommuner rangordnas

I samtliga diagram rangordnas både länen och de kommuner som har högst respektive lägst indikatorutfall. Principen är att det starkaste resultatet återfinns högst upp och det svagaste resultatet längst ner i diagrammet. Syftet med att rangordna diagrammen i denna rapport är inte primärt att jämföra län och kommuner mot varandra utan att synliggöra de variationer som finns i landet. I bilaga 6, Kommunprofiler, redovisas enskilda kommuners indikatorer samlat och i jämförelse med rikets genomsnitt.

Bristande jämförbarhet och annan osäkerhet

Det finns flera felkällor eller orsaker till att resultaten är svåra att tolka. Skillnader i ålderssammansättningen är ett exempel och för att öka jämförbarheten har de indikatorer där åldern bedöms påverka utfallet åldersstandardiserats (se kapitlet Metod). En indikator har även kontrollerats för könsammansättningen. Varje diagramrubrik anger tydligt vilken eventuell justering som har gjorts för indikatorn, och för samtliga indikatorer redovisas även de ojusterade värdena.

I denna rapport har inga specifika uppgifter om primärvårdens insatser för personer med stroke samlats in. Vissa av de indikatorer som ingår i rapporten speglar dock insatser från såväl kommunens hälso- och sjukvård som landstingens primärvård då det i dagsläget inte är möjligt att särskilja insatserna. Indikatorer som speglar såväl kommunernas som primärvårdens insatser har märkts ut i respektive avsnitts indikatorlista.

C – Effekter av vård och omsorg

En stroke ger i vissa fall endast lindriga symtom men kan i andra fall leda till svår funktionsnedsättning eller död. Vilka hjärnskador som uppstår till följd av stroke beror på flera olika faktorer. En person som akut drabbas av en svår stroke med medvetandeförlust har sämre prognos än den som insjuknar med lättare symtom. Äldre personer är skörare än yngre och får ofta svårare restsymtom efter stroke. I detta avsnitt presenteras ett antal indikatorer som mäter strokevårdens resultat ur olika perspektiv.

Tabell 4: Indikatorförteckning avsnitt C – Effekter av vård och omsorg

Indikator-nummer	Kortnamn
C03	Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke ¹
C05	ADL-oberoende 3 månader efter stroke ¹
C05b	ADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹
C06	IADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹
C07	Rörlighet 3 månader efter stroke ¹
C07b	Rörlighet 12 månader efter stroke ¹
C08	Allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke ¹
C08b	Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke ¹
C09	Nedstämdhet 3 månader efter stroke ¹
C09b	Nedstämdhet 12 månader efter stroke ¹
C10	Svårigheter att tala, läsa och skriva 3 månader efter stroke ¹
C11	Svårigheter att svälja 3 månader efter stroke ¹
C12	Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke ¹

¹ Resultaten avser insatser från såväl kommunens hälso- och sjukvård som landstingens primärvård

Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke (C03)

Andelen personer som har dött eller är ADL-beroende 3 månader efter stroke är en indikator på kvaliteten vid det akuta omhändertagandet, på till exempel sjukhus och i särskilda boenden, och i den efterföljande rehabiliteringen. Indikatorn mäter både effekterna av direkt livräddande insatser och hur stor andel av de överlevande patienterna som har fått en hjärnskada som leder till ADL-beroende. Indikatorns utfall kan påverkas av ett snabbt och korrekt omhändertagande på sjukhuset och i det särskilda boendet, liksom av tillgången till individanpassad rehabilitering efter sjukhusvistelsen. Med ADL-beroende avses i detta fall att personen behöver hjälp för att klara på- och avklädning och/eller toalettbesök.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke 2008 och 2009 och som hade dött eller var ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet. Under 2008 och 2009 var det 37 600 personer som lades in på sjukhus för stroke och som överlevde minst 3 månader eller som besvarade frågor om ADL-beroende. Könsfördelningen var 47 procent kvinnor och 53 procent män. Redovisningen baseras på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke och har justerats för ålder.

Utfall och variation

Drygt en tredjedel av de personer som lades in på sjukhus för stroke under 2008 och 2009 hade dött eller var ADL-beroende 3 månader efter insjuknandet. Andelen varierar dock kraftigt mellan kommunerna, även med hänsyn till åldersstrukturen i dem. Andelen var 16–52 procent bland kommunerna. På länsnivå var skillnaderna mindre, 27–40 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Under de senaste åren har Riks-Stroke fått en bättre täckningsgrad som starkt påverkar trendkurvan för indikatorn. Därmed är det svårt att tolka utvecklingen över tid och inte meningsfullt att presentera detta för indikatorn.

Indikatorn påverkas av hur svårt strokeinsjuknandet är, om de personer som insjuknar kommer till sjukhus tillräckligt snabbt för att få en aktiv behandling och hur framgångsrik rehabiliteringen är. Enligt de nationella riktlinjerna för strokesjukvård kan vissa vårdas i hemmet, om vissa villkor är uppfyllda. Indikatorn kan påverkas av i vilken mån kommunerna följer denna rekommendation.

Bedömning av indikatorn

Variationen mellan kommunerna bedöms som medelstor. Det är inte ett tillfredsställande resultat eftersom måttet är en viktig indikation på hur det akuta omhändertagande och rehabiliteringen av personer som insjuknar i stroke fungerar.

Både kommuner och landsting kan påverka utfallet för denna indikator, bland annat genom den nationella informationskampanj om stroke som planeras för

att alla ska komma till sjukhus snabbt efter insjuknande. För dödligheten har landstingens insatser förmodligen avsevärt större betydelse än kommunerna (se även indikator C05 ADL-oberoende). De stora skillnaderna mellan kommunerna inom ett och samma län tyder på att kommunernas agerande kan påverka utfallet.

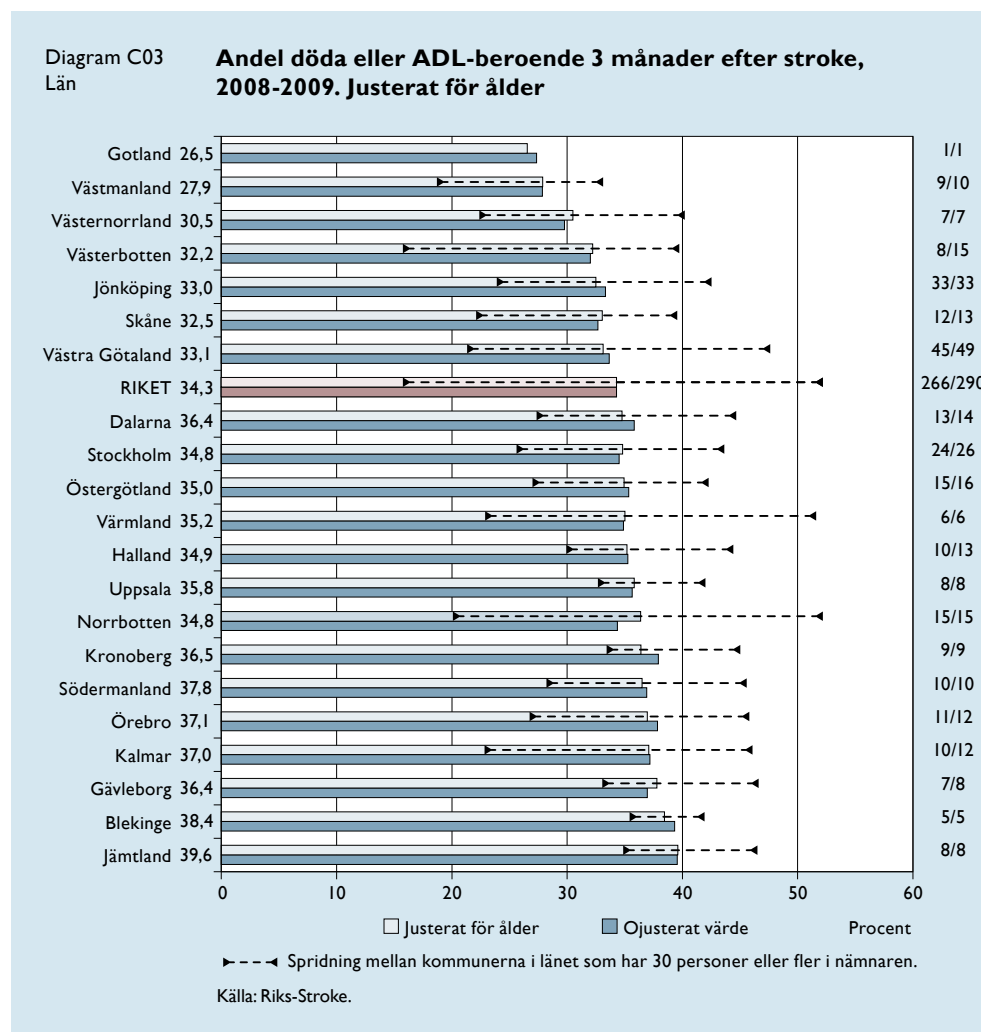
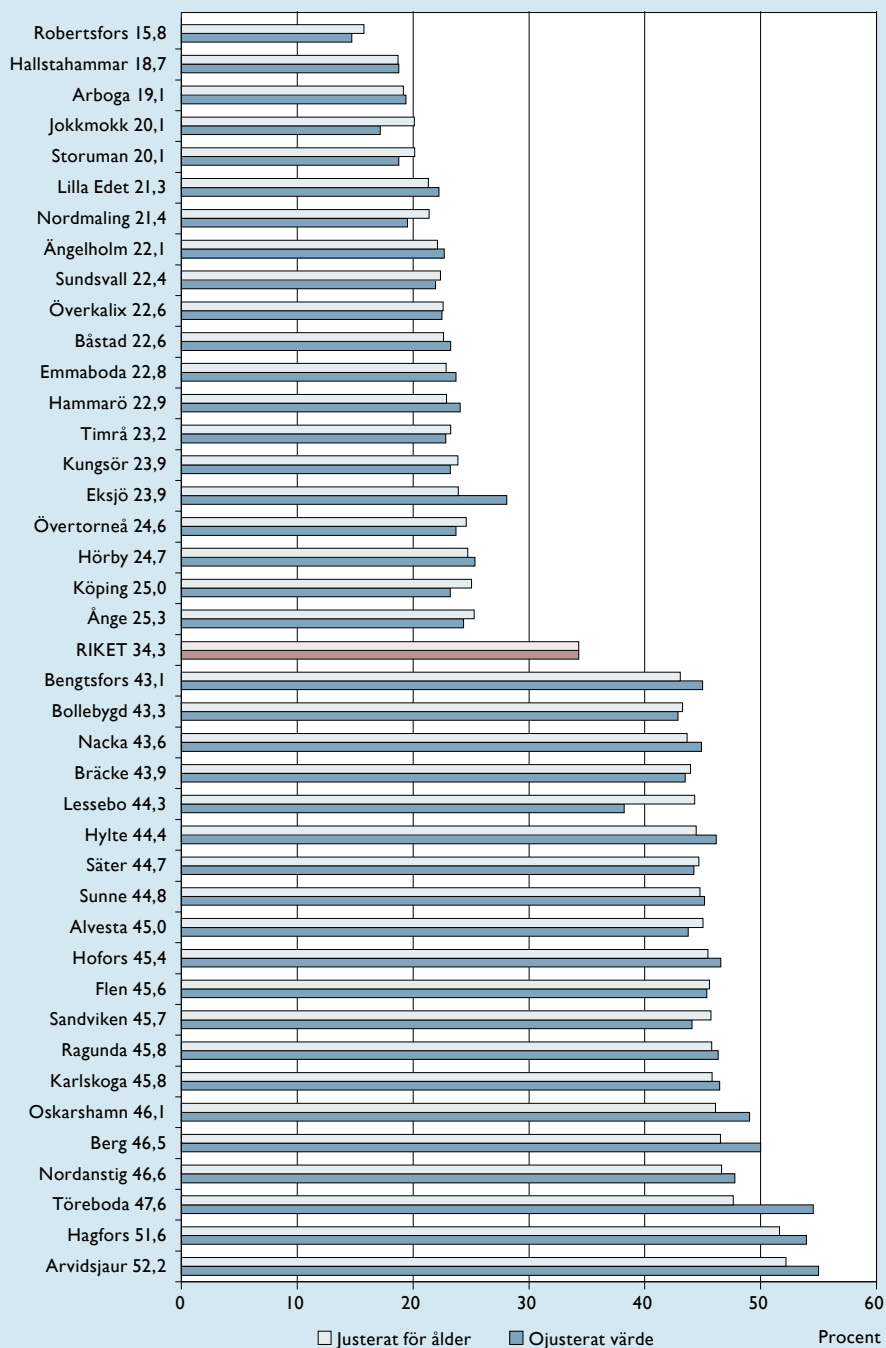


Diagram C03
Kommun**Andel döda eller ADL-beroende 3 månader efter stroke
2008-2009. Justerat för ålder**De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 266 kommuner som har
30 personer eller fler i nämnaren.

ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke (C05 och C05b)

Andelen som får en funktionsnedsättning efter insjuknandet i stroke är en indikator på kvaliteten, dels vid det akuta omhändertagandet på till exempel sjukhus och särskilda boenden, dels i den efterföljande rehabiliteringen. Med funktionsnedsättning menas i detta fall att vara beroende av hjälp från andra för att klara aktiviteter i dagliga livet, ADL, eller det som inom hemtjänsten kallas insatser inom personlig omvårdnad. Med ADL-oberoende menas här att personen på egen hand klarar av- och påklädning samt toalettbesök.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke 2008 och 2009, som var ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter insjuknandet och som före insjuknandet var ADL-oberoende. 22 500 personer besvarade frågorna om ADL-beroende vid båda uppföljningstidpunkterna, varav 54 procent män. Redovisningen baseras på underlag från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Andelen oberoende i ADL efter 3 månader förbättrades med knappt 2 procentenheter på nationell nivå åren 2001–2009, och var 79 procent år 2009. Sedan år 2006 har dock kurvan planat ut och under 2009 blev resultatet till och med något sämre.

Vid uppföljningen efter 3 månader var andelen ADL-oberoende 68–95 procent och efter 12 månader var variationen 67–97 procent. På länsnivå är skillnaderna mindre: 78–88 procent respektive 77–86 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Täckningsgraden har successivt förbättrats i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning vid 3 månader efter insjuknandet i stroke, vilket kan påverka andelen ADL-oberoende.

Bedömning av indikatorn

Indikatorns utfall för riket har inte förändrats under perioden 2001–2009. Skillnaden mellan kommunerna bedöms som medelstor. Uppgifterna visar också att indikatorns utfall varken förbättras eller försämrars mellan de två uppföljningstillfällena. En orsak till det kan vara att personerna blir äldre och därmed i högre utsträckning är beroende av hjälp med ADL. Men en trolig anledning är också att rehabiliteringen efter stroke inte fungerar helt tillfredsställande.

Figur C05. Hjälp med toalettbesök och av- och påklädning 3 respektive 12 månader efter stroke

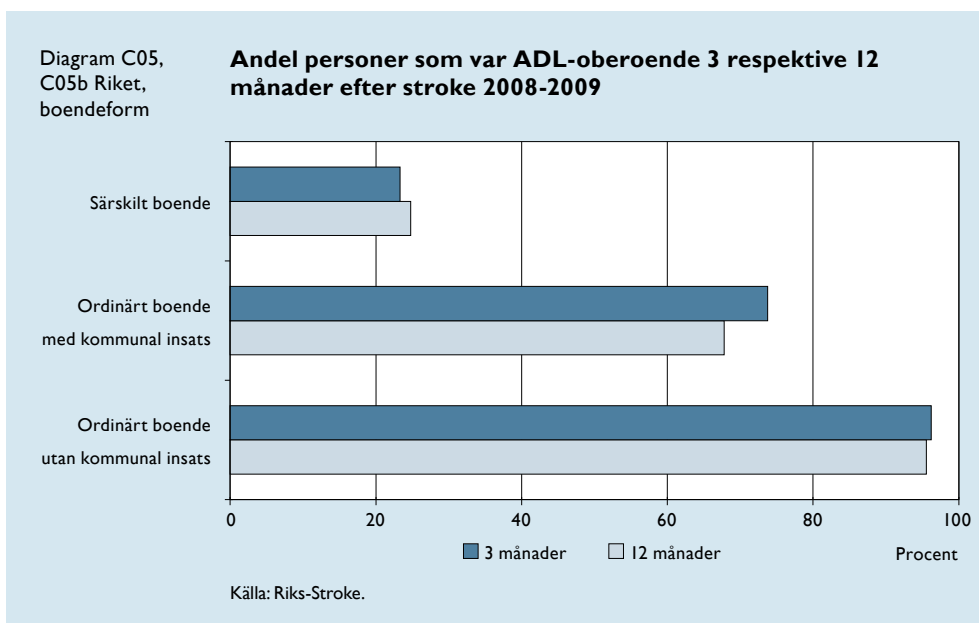
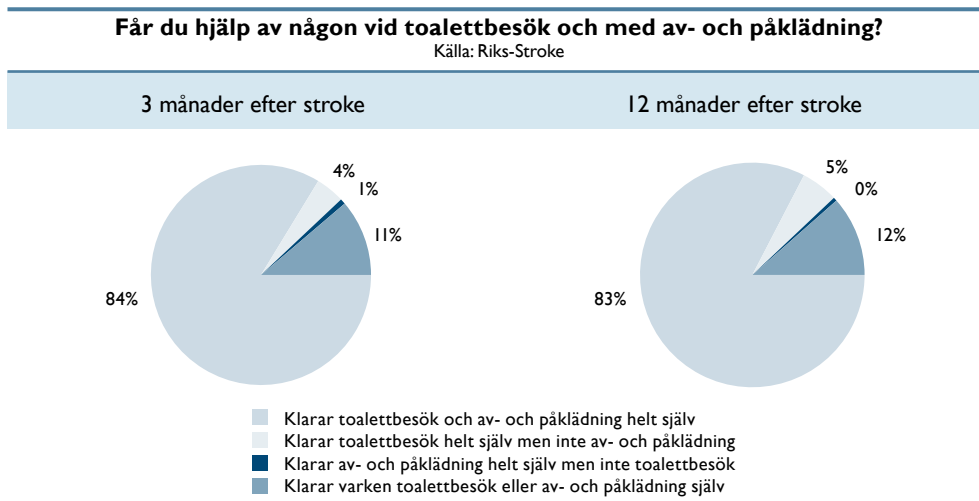
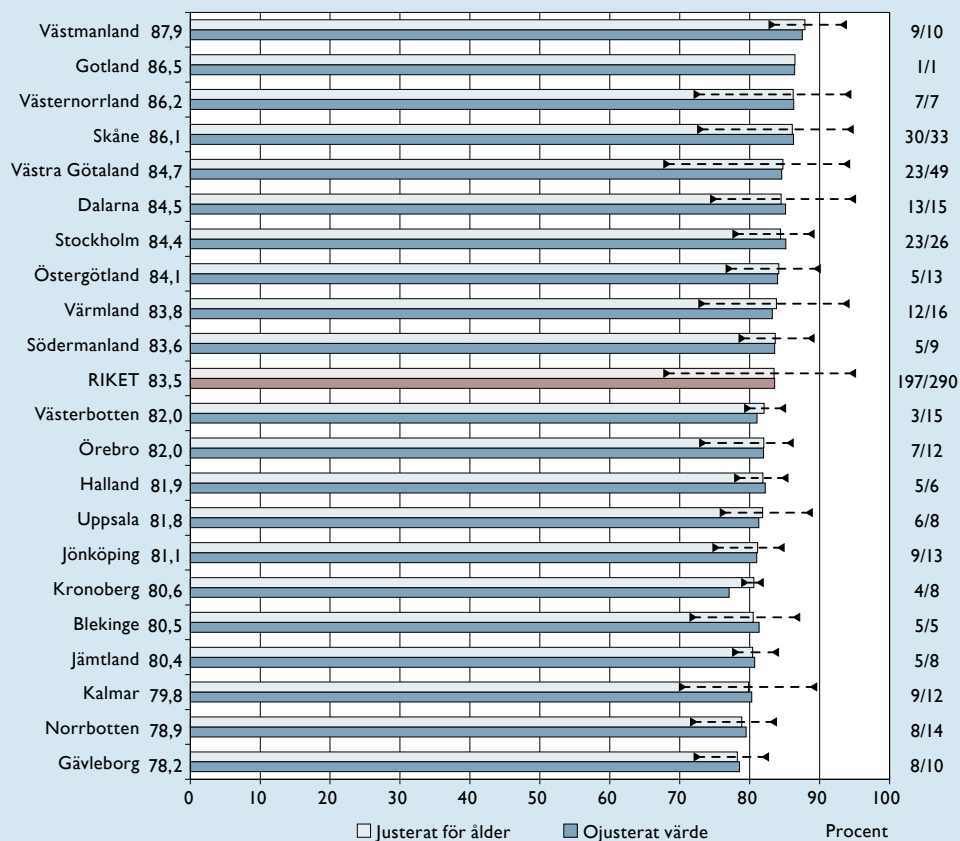
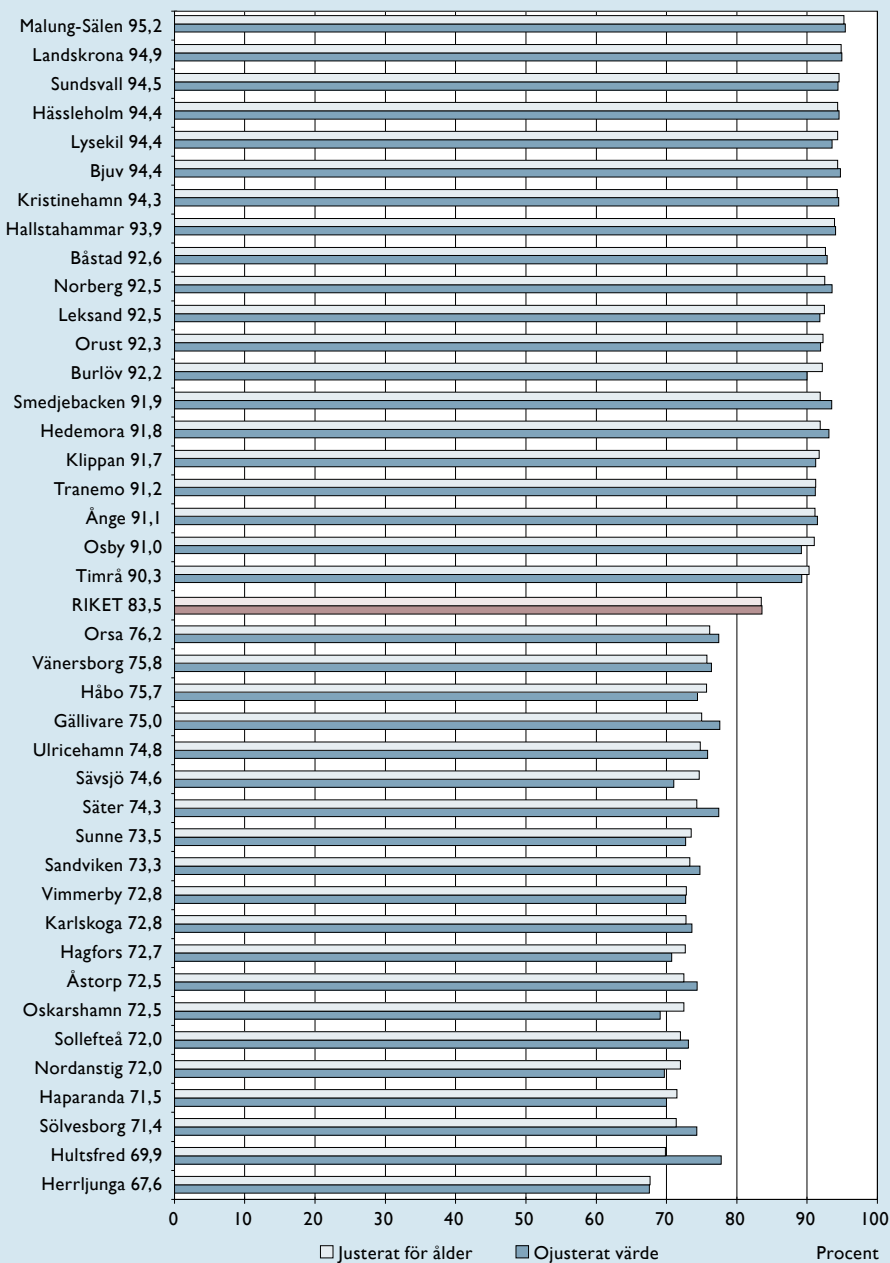


Diagram C05
Län**Andel personer som var ADL-oberoende 3 månader
efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

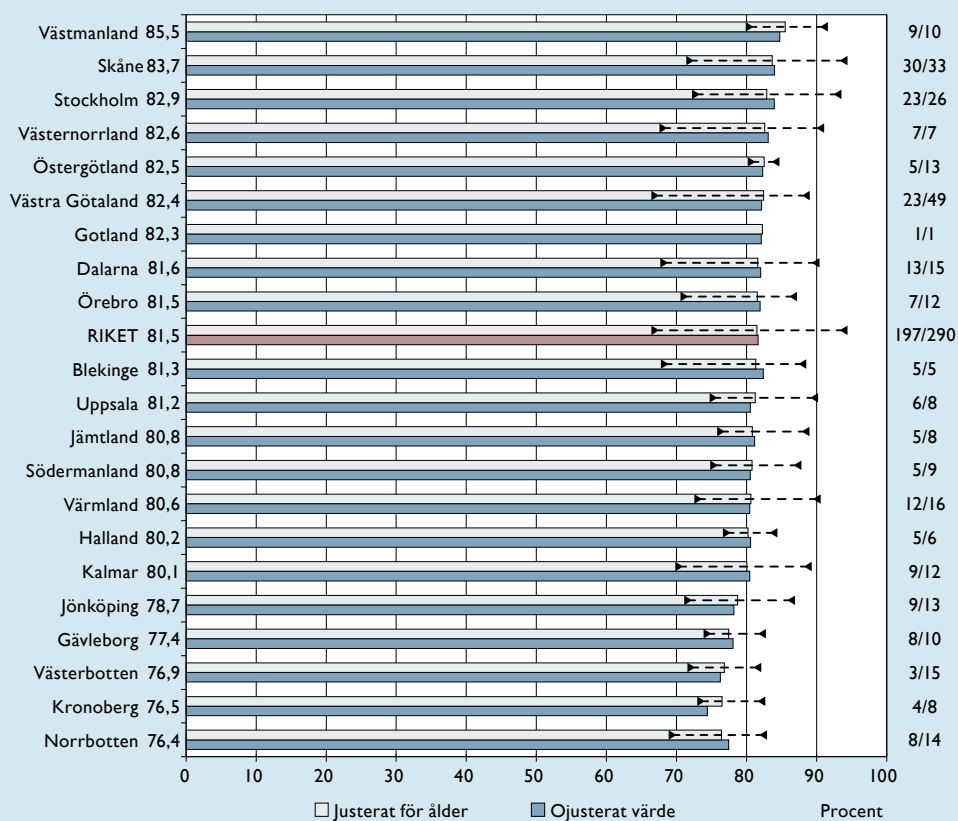
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C05
Kommun**Andel personer som var ADL-oberoende 3 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**

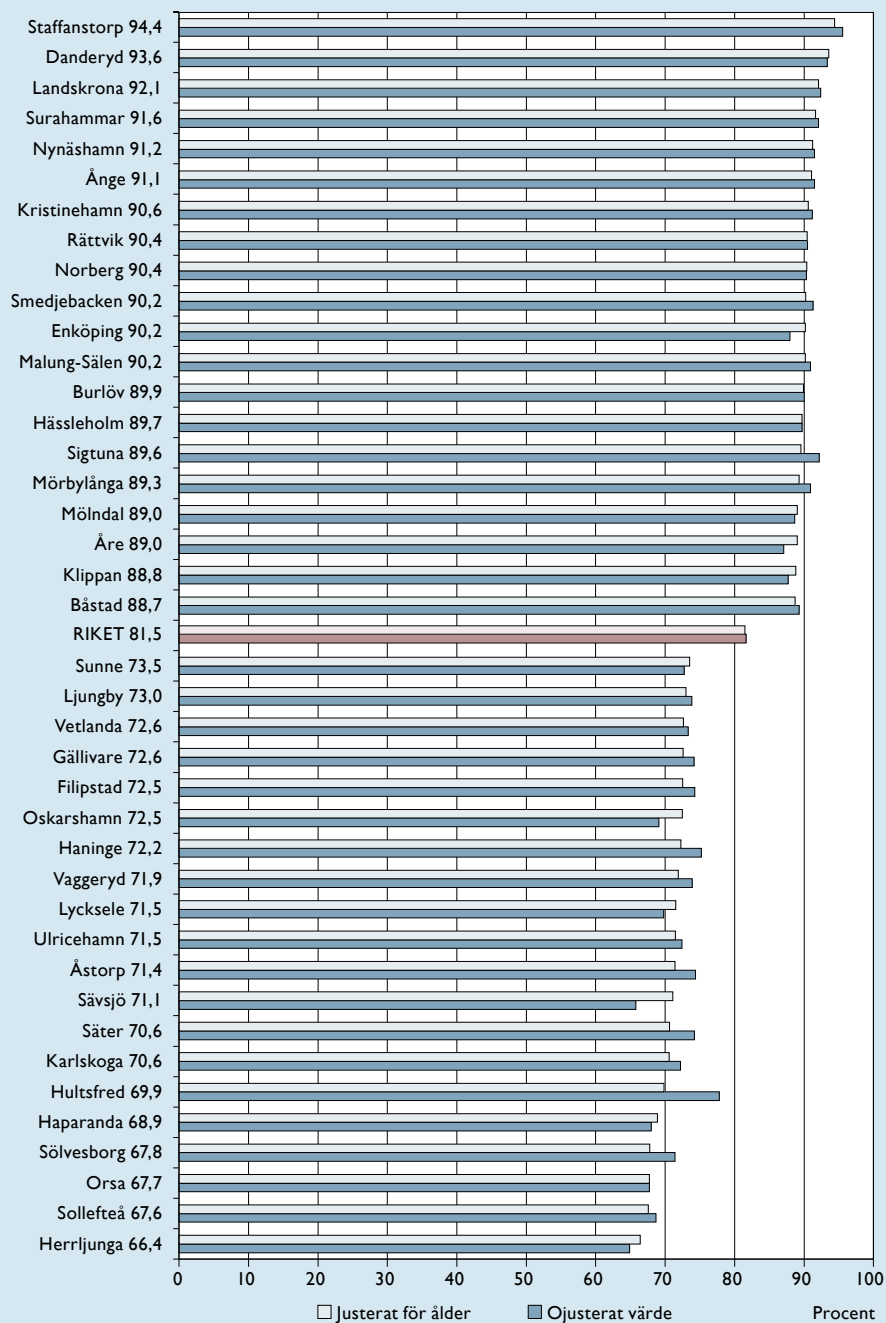
De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 197 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram C05b
Län**Andel personer som var ADL-oberoende 12 månader
efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C05b
Kommun**Andel personer som var ADL-oberoende 12
månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 197
kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.

Källa: Riks-Stroke.

IADL-oberoende 12 månader efter stroke (C06)

Att handla mat, städa och tvätta ingår i det som kallas instrumentella aktiviteter i dagliga livet, IADL, och som inom hemtjänsten kallas för serviceinsatser. Med IADL-oberoende menas att personen på egen hand klarar att handla mat, städa och tvätta. Andelen IADL-oberoende visar hur väl rehabiliteringen efter stroke fungerar, dels vid det akuta omhändertagandet på till exempel sjukhus och i särskilda boenden, dels efter sjukhusvistelsen.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus 2008 och 2009 och som var IADL-oberoende i ordinärt boende 12 månader efter insjuknandet i stroke, av de personer som tidigare var ADL-oberoende. Underlaget består av 19 700 personer, varav 45 procent var kvinnor. Uppgifterna är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke. Indikatorn har justerats för ålder och kön.

Utfall och variation

Det är stora skillnader mellan kommunerna i andelen IADL-oberoende, även med hänsyn till både ålder och kön. Variationen är 21–66 procent. På länsnivå är skillnaderna mindre, 37–49 procent. Genomsnittet för riket var 46 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

En del av personerna som var beroende av hjälp med IADL vid uppföljningen 12 månader efter insjuknandet i stroke behövde troligen vissa serviceinsatser även före insjuknandet. Det hade varit önskvärt att kunna ta hänsyn till detta i indikatorn, men det finns inga tillgängliga uppgifter om IADL-oberoende före insjuknandet. Därför används i stället uppgiften om ADL-oberoende för att i viss mån ändå ta hänsyn till personernas förmågor före insjuknandet. Andelen IADL-oberoende kan påverkas av samhällsstrukturen, till exempel närhet till mataffär och tillgång till transportmedel.

Bedömning av indikatorn

I de flesta kommuner behöver majoriteten i ordinärt boende hjälp med att handla, städa och tvätta 12 månader efter insjuknandet i stroke. Resultatet tar inte fullt ut hänsyn till IADL-oberoendet före insjuknandet i stroke, men den stora variationen mellan kommunerna tyder ändå på att rehabiliteringen kan förbättras på många håll.

Figur C06. Hjälp med matinköp, städning och tvätt 12 månader efter stroke

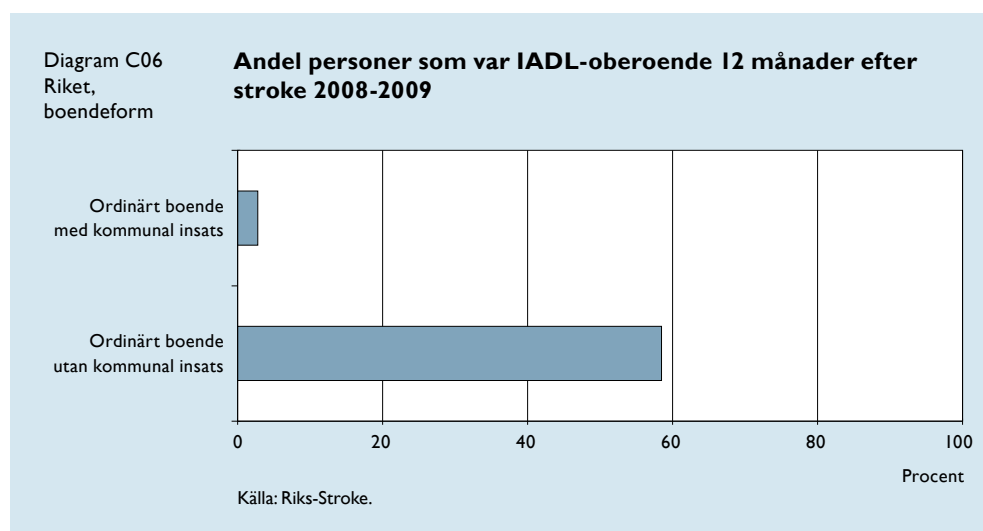
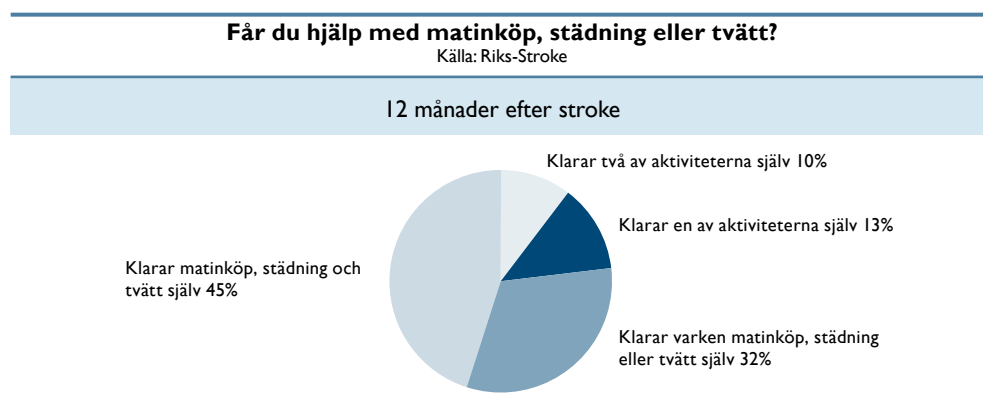
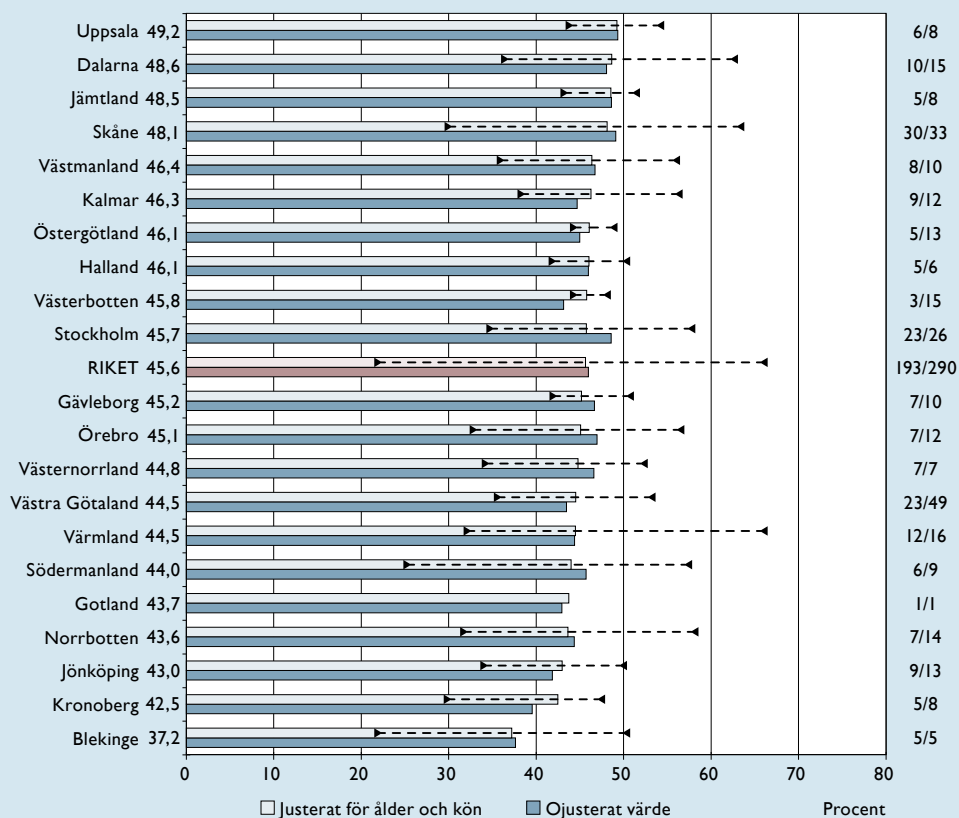
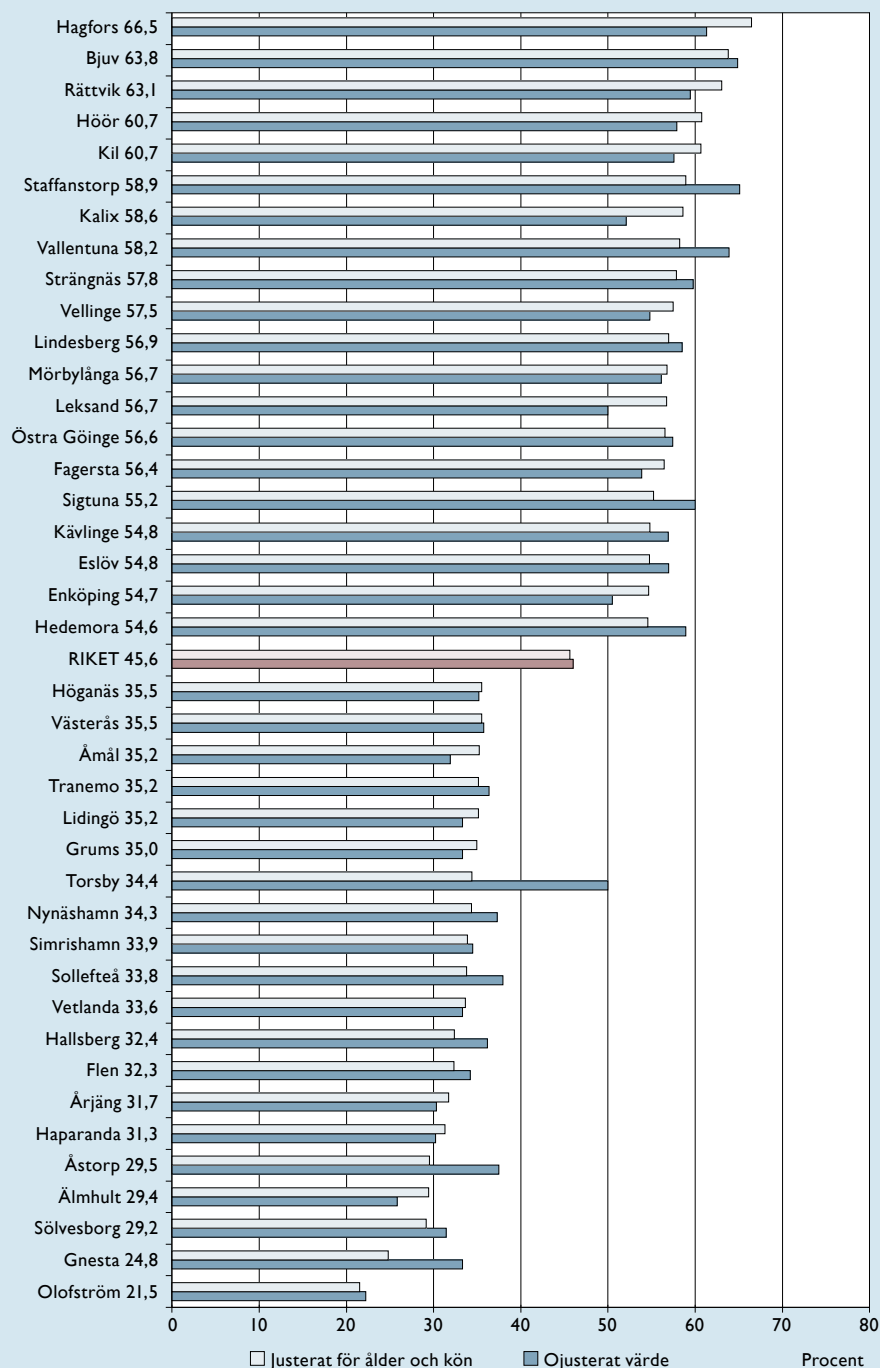


Diagram C06
Län**Andel personer som var IADL-oberoende 12 månader
efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder och kön**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C06
Kommun**Andel personer som var IADL-oberoende 12 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder och kön**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 193 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke (C07 och C07b)

Att kunna röra sig är något som de flesta av oss är vana vid och denna förmåga påverkar vår livskvalitet. Rörligheten påverkar vår möjlighet att bland annat klara aktiviteter i dagliga livet, och är ett prioriterat område och god rörlighet är ett av målen med rehabiliteringen efter stroke. Andelen som behöver hjälp vid förflyttning belyser rehabiliteringens kvalitet.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke under 2008 och 2009 och som uppgav att de behövde hjälp vid förflyttning av annan person 3 respektive 12 månader efter insjuknandet i stroke. 22 100 personer medverkade vid båda uppföljningstidpunkterna, varav 46 procent var kvinnor. Uppgifterna är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Andelen som 3 månader efter insjuknandet uppgav att de behövde hjälp för att förflytta sig minskade med 1 procentenhet åren 2004–2009.

För riket uppgav 69 procent att de 3 månader efter insjuknandet kunde förflytta sig både inomhus och utomhus på egen hand. Motsvarande andel var 73 procent efter 12 månader. Vid 3 och 12 månader uppgav 16 procent respektive 15 procent att de kunde förflytta sig inomhus på egen hand men behövde hjälp utomhus. Resterade 15 respektive 12 procent behövde hjälp med att förflytta sig både inomhus och utomhus.

Bland kommunerna var det 0–21 procent som behövde hjälp av annan person att förflytta sig 3 månader efter insjuknandet. Motsvarande andel vid 12 månader var 0–24 procent. Spridningen på länsnivå är mindre: 6–13 procent respektive 7–13 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Under senare år har täckningsgraden blivit bättre i kvalitetsregistret Riks-Stroke uppföljning vid 3 månader efter insjuknandet i stroke.

Bedömning av indikatorn

En stor del av personerna som före insjuknandet i stroke kunde förflytta sig på egen hand både inomhus och utomhus kan även göra det 3 och 12 månader efter insjuknandet. Indikatorn visar att andelen som behöver hjälp av annan person vid förflyttning inte minskar mellan uppföljningstillfällena, vilket delvis kan bero på att personerna blir äldre. Resultatet speglar också brister i rehabiliteringen efter stroke. Skillnaderna mellan kommunerna bedöms som små både 3 och 12 månader efter insjuknandet i stroke. Andelen som behöver hjälp vid förflyttning borde kunna minskas i många kommuner.

Figur C06. Hjälp med matinköp, städning och tvätt 12 månader efter stroke

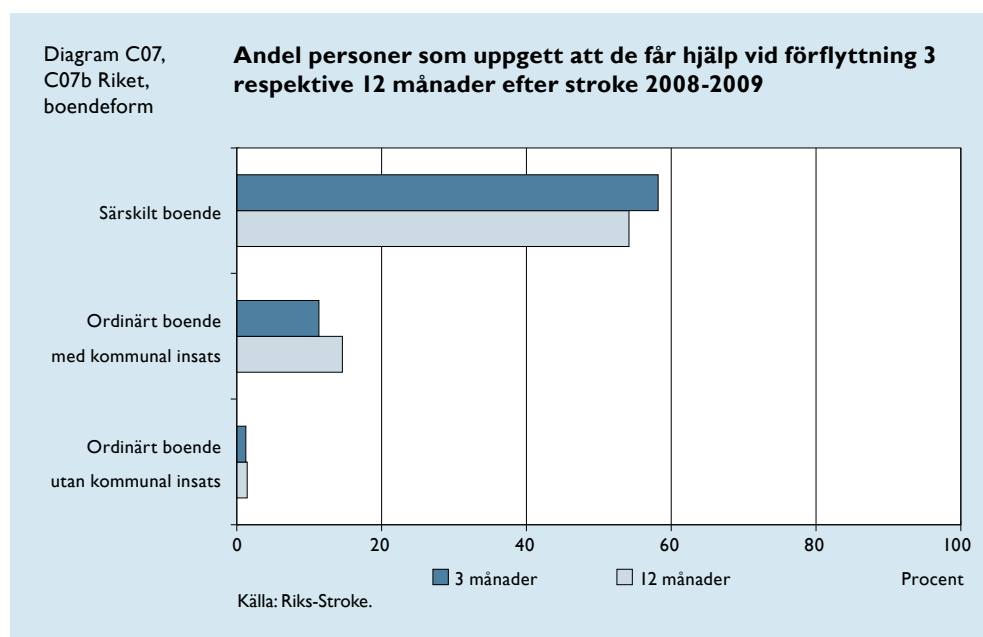
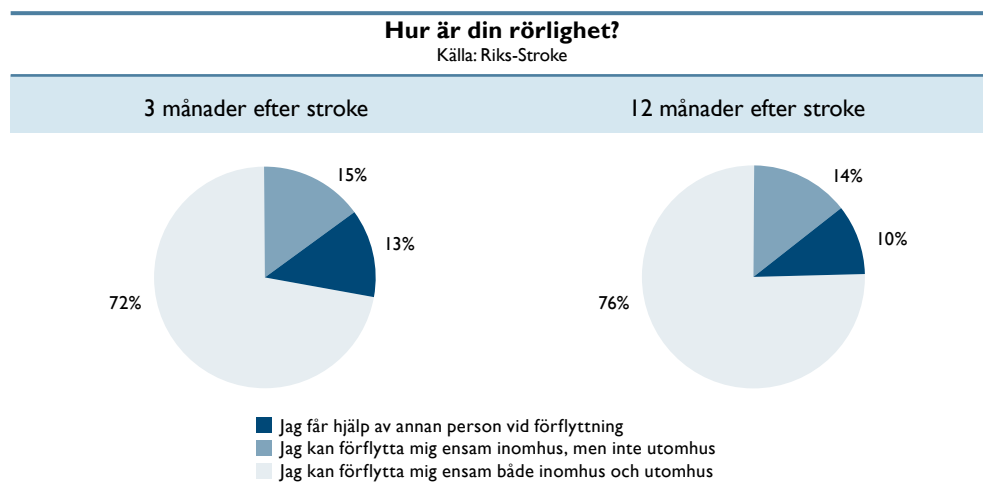
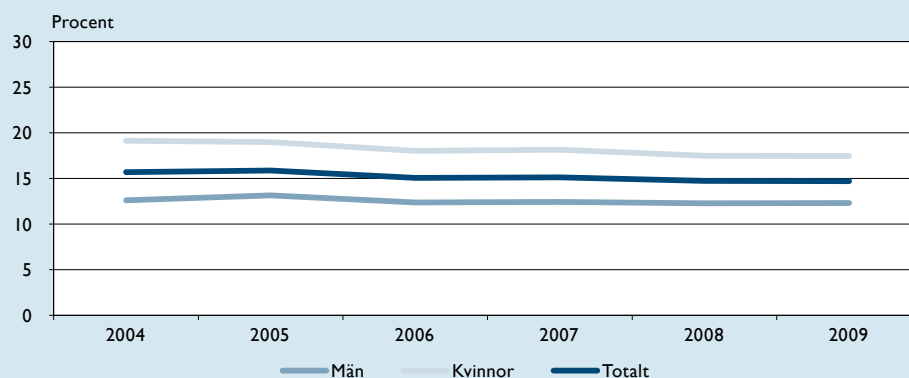


Diagram C07
Riket,
kvinnor/män

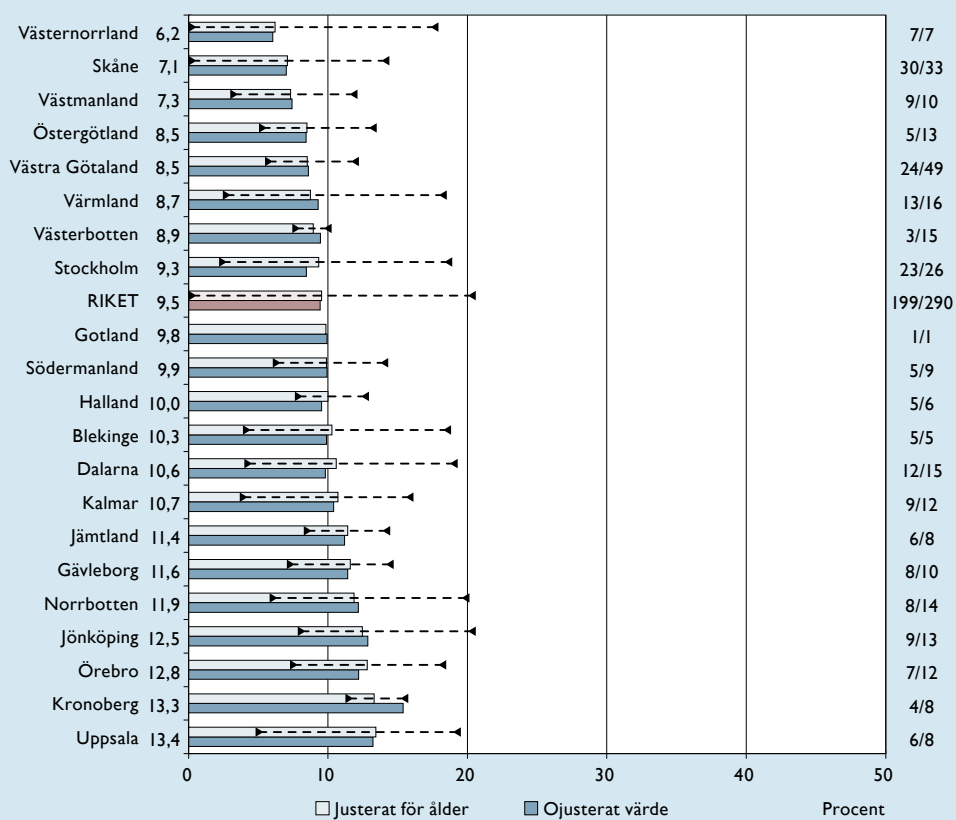
Andel personer som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning 3 månader efter stroke, 2008-2009



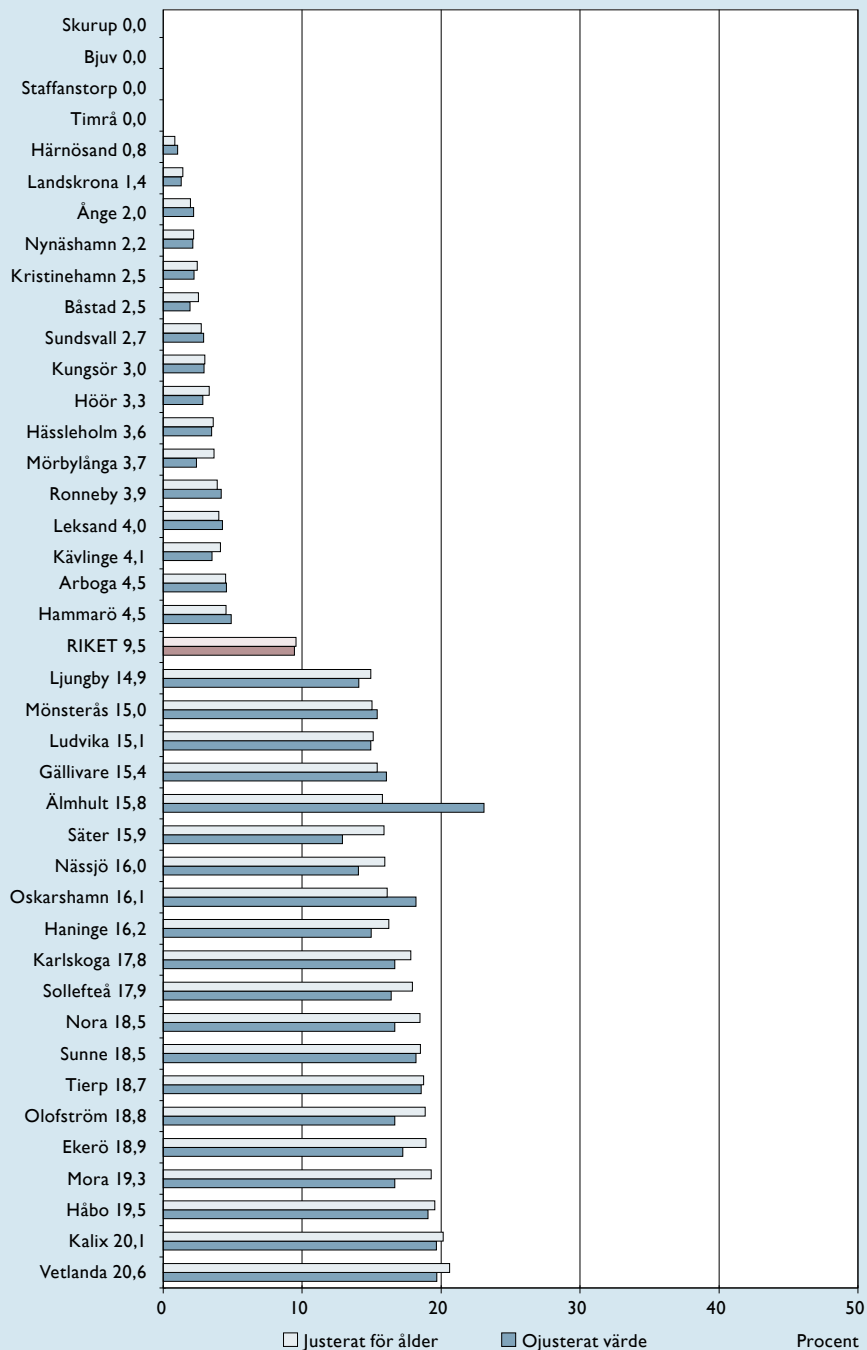
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C07
Län

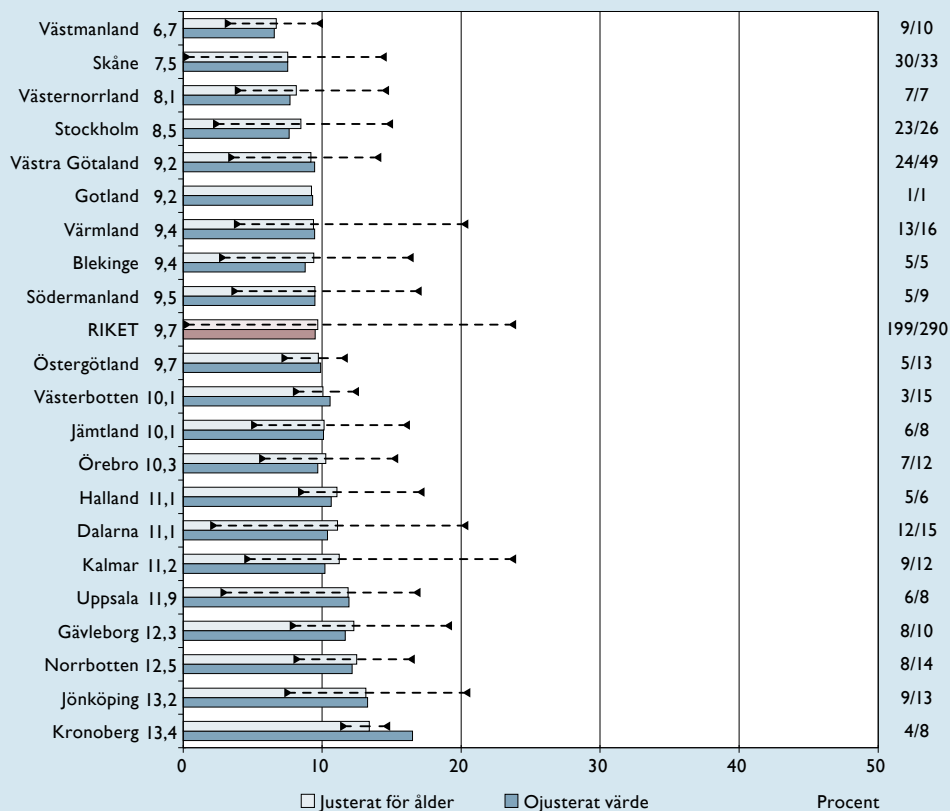
Andel personer som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning 3 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder



Källa: Riks-Stroke.

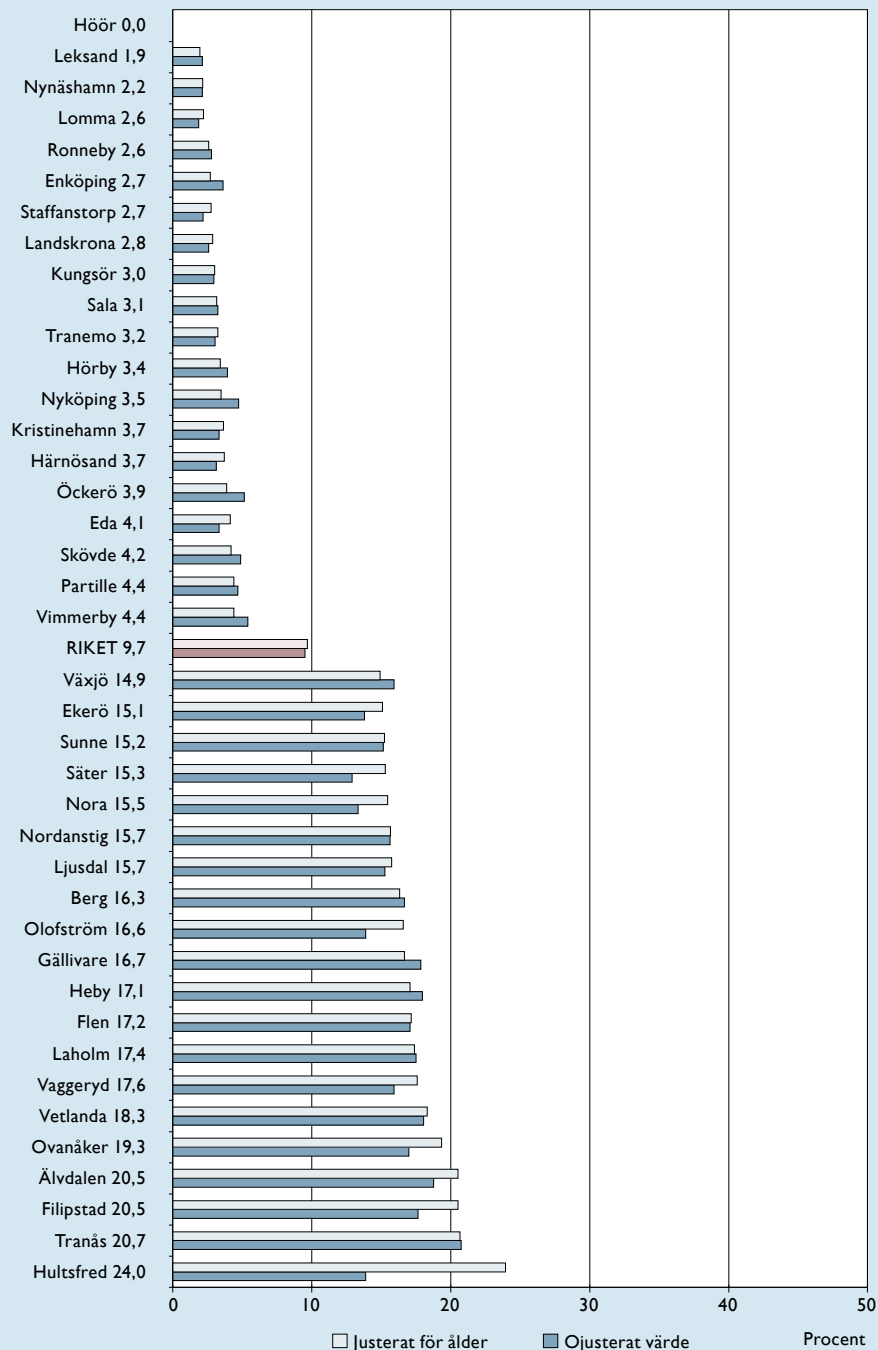
Diagram C07
Kommun**Andel personer som uppgett att de får hjälp vid förflyttning
3 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 199
kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C07b
Län**Andel personer som uppgett att de får hjälp vid förflyttning
12 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

---> Spridning mellan kommunerna i länet som har 30 personer eller fler i nämnaren.

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C07b
Kommun**Andel personer som uppgett att de får hjälp vid förflyttning
12 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 199
kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.

Allmänt hälsotillstånd 3 respektive 12 månader efter stroke (C08 och C08b)

Det allmänna hälsotillståndet påverkar livskvaliteten och är bland annat en indikator på hur väl den medicinska behandlingen, rehabiliteringen och anpassningen efter insjuknandet i stroke har fungerat.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus 2008 och 2009 och som skattade sitt allmänna hälsotillstånd som ganska gott eller mycket gott vid uppföljningen 3 respektive 12 månader efter insjuknandet. Underlaget är 23 000 personer som skattade sitt allmänna hälsotillstånd båda uppföljningstillfällena. Andelen kvinnor var 46 procent. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Det allmänna hälsotillståndet för personer som har insjuknat i stroke var i stort sett oförändrat under perioden 2004–2009. Som väntat var det fler i de yngre åldersgrupperna som sa sig ha ett gott eller mycket gott hälsotillstånd jämfört med personer som är 80 år eller äldre. Män uppgav också i högre utsträckning än kvinnor att de hade ett gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, delvis beroende på att männen är i genomsnitt 4–5 år yngre än kvinnorna vid insjuknandet. Det är heller ingen överraskning att färre personer i särskilt boende såg sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott. Denna andel minskade också med 3 procentenheter under perioden 2004–2009. Detta kan vara en förskjutning mot att människor har ett sämre hälsotillstånd innan särskilt boende blir aktuellt.

Vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet uppgav 54–96 procent i kommunerna att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott. Motsvarande andel vid uppföljningen efter 12 månader var 50–91 procent. På länsnivå är skillnaderna mindre, 70–82 procent respektive 72–80 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Kvalitetsregistret Riks-Stroke har successivt fått en bättre täckningsgrad vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet.

Resultatet kan också påverkas av vem som besvarade frågan om det allmänna hälsotillståndet eftersom anhöriga generellt ger en mer negativ bild av hälsotillståndet än personen själv. Det kan bidra till att andelen är så låg bland dem som bor i särskilt boende och bland andra grupper där det i högre utsträckning är någon anhörig som svarar på enkäten. När anhöriga besvarar frågorna beror det oftast på att personen har kognitiva nedsättningar, vilket är vanligt efter stroke, och inte själv kan svara.

Indikatorn påverkas också av graden av ADL-beroende. En person som inte är beroende av hjälp för att klara aktiviteter i dagliga livet upplever generellt sitt allmänna hälsotillstånd som bättre än en person som är ADL-beroende.

Bedömning av indikatorn

Det allmänna hälsotillståndet 3 månader efter insjuknandet i stroke har i stort sett varit oförändrat under perioden 2004–2009. Tillståndet verkar inte heller ändras under perioden mellan uppföljningstidpunkterna. Variationen mellan kommunerna bedöms som stor. Det tyder på att rehabiliteringen och andra stödinsatser efter stroke kan förbättras i vissa kommuner även om sjukvårdens insatser naturligtvis också kan påverka det allmänna hälsotillståndet.

Figur C08. Allmänt hälsotillstånd 3 respektive 12 månader efter stroke

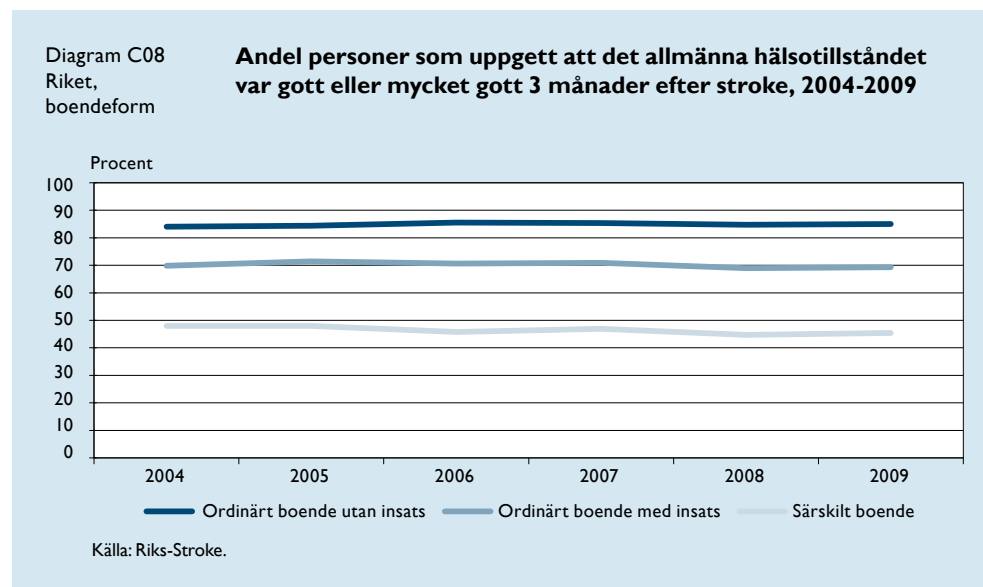
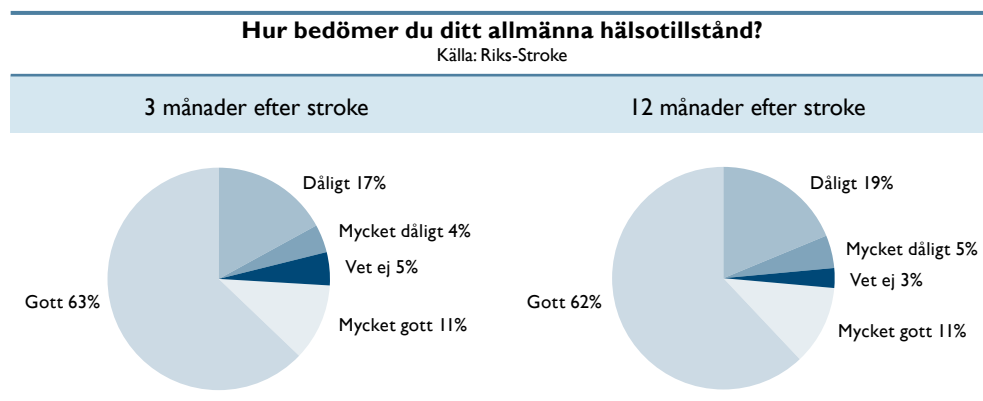


Diagram C08,
C08b Riket,
boendeform

Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott tre respektive 12 månader efter stroke 2008-2009

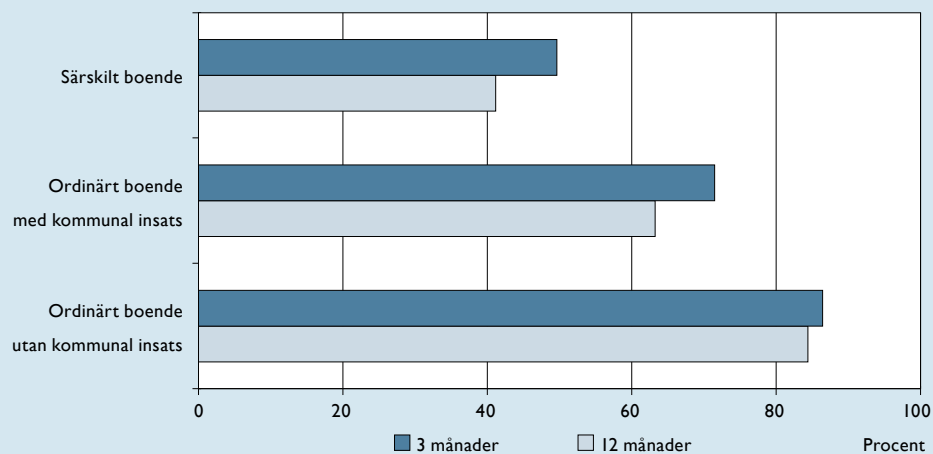


Diagram C08
Riket, ålder

Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott 3 månader efter stroke, 2004-2009

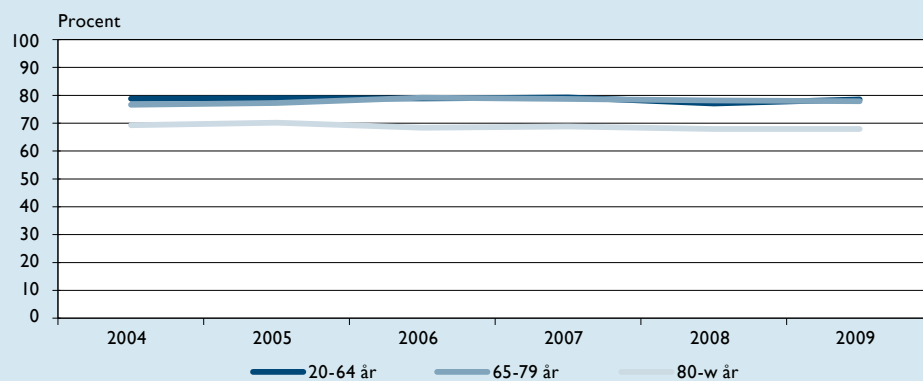
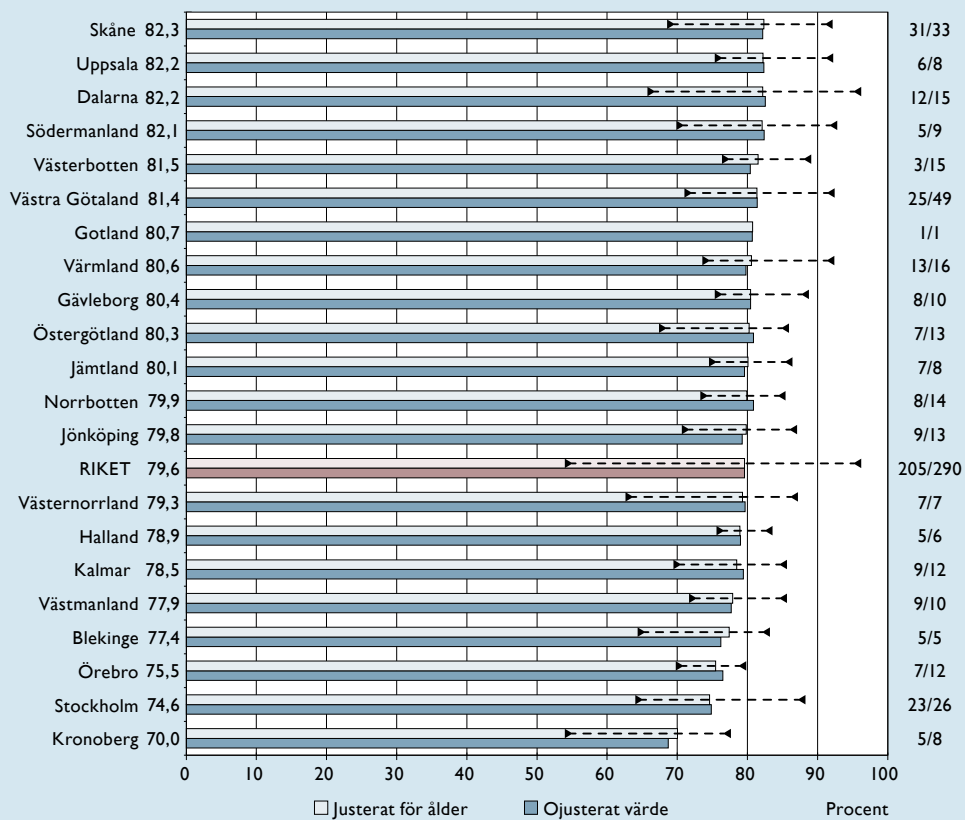
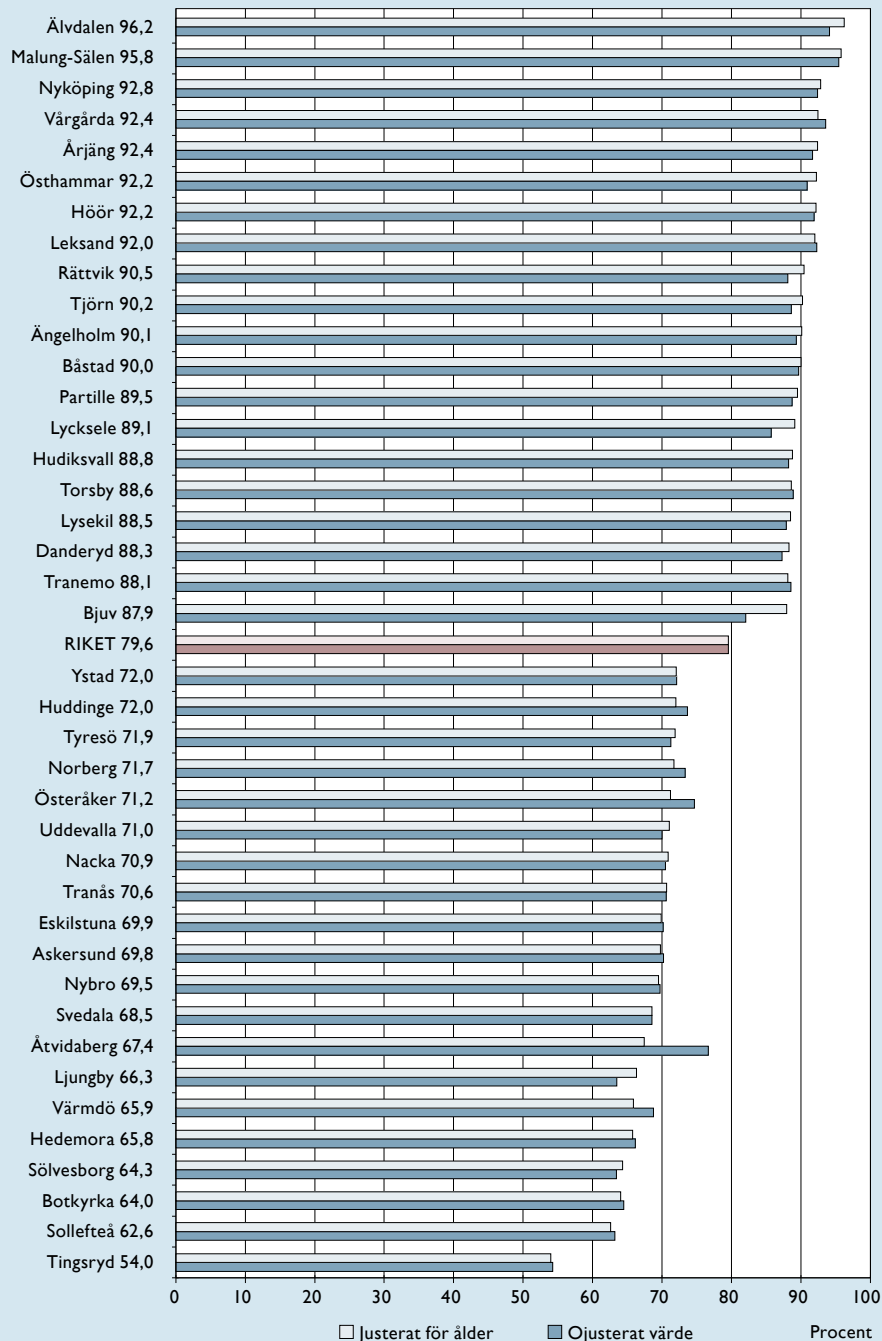


Diagram C08
Län**Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott 3 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

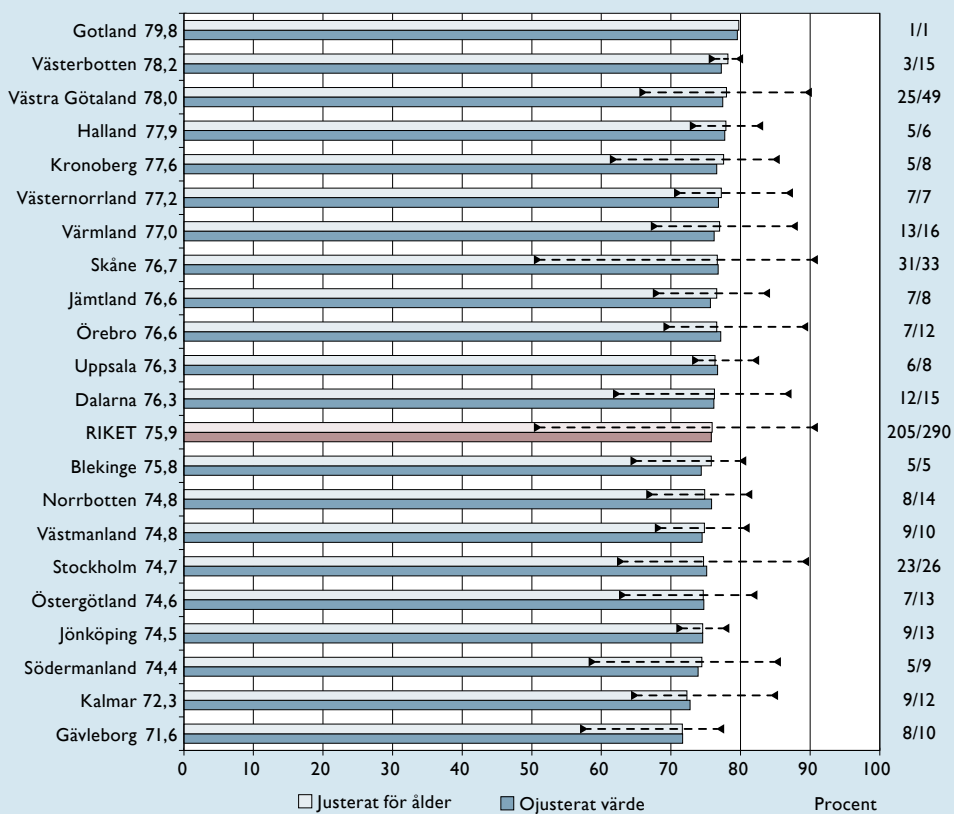
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C08
Kommun**Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott 3 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 205 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



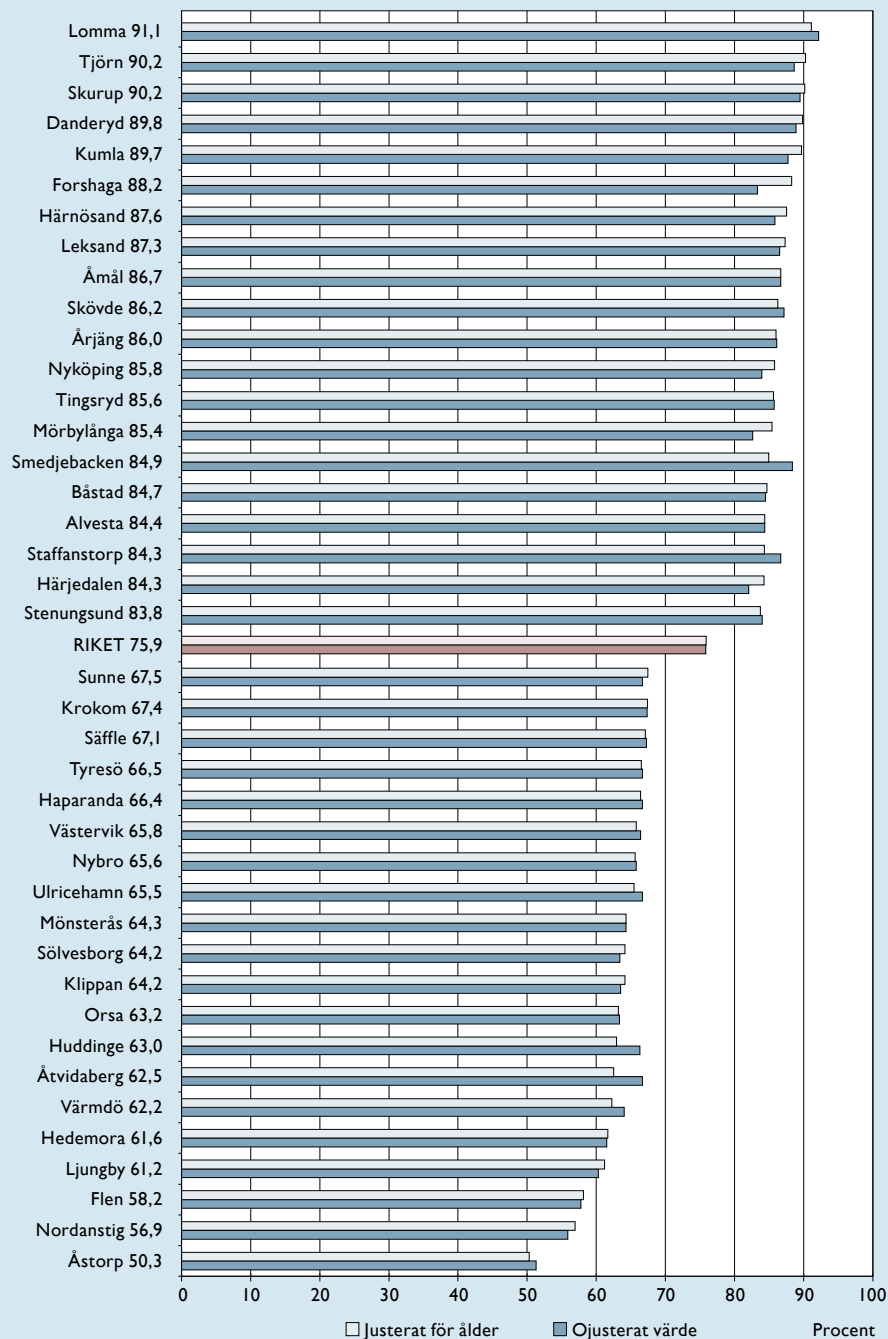
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C08b
Län**Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott 12 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C08b
Kommun**Andel personer som uppgett att det allmänna hälsotillståndet var gott eller mycket gott 12 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 205 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Nedstämdhet 3 respektive 12 månader efter stroke (C09 och C09b)

De som insjuknar i stroke kan drabbas av nedstämdhet. Dels kan själva hjärn-skadan leda till en depression, dels kan depressionen vara en reaktion på den förändrade livssituation som stroke kan medföra. Nedstämdhet kan försämra effekten av rehabiliteringsinsatserna, men den kan även påverkas av resultatet av rehabiliteringen. Nedstämdhet är vanligare hos personer som har insjuknat i stroke än hos befolkningen i övrigt.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke under 2008 och 2009 och som efter 3 respektive 12 månader uppgav att de ofta eller ständigt var nedstämda. 23 100 personer medverkade vid båda uppföljningstillfällena, varav 46 procent var kvinnor. Indikatorn baseras på uppgifter från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Andelen som uppgav ofta eller ständigt var nedstämda 3 månader efter insjuknandet i stroke låg stadigt runt 13 procent för riket under perioden 2004–2009. Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män att de ofta eller ständigt var nedstämda.

Andelen som ofta eller ständigt var nedstämda varierar mellan kommunerna. Vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet var den 0–23 procent, och vid uppföljningen efter 12 månader var andelen 2–42 procent. Även på länsnivå finns skillnader, men de är mindre: 6–14 procent efter 3 månader och 9–19 procent efter 12 månader.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Nedstämdhet kan bero på andra faktorer än insjuknandet i stroke och svarspersonerna kan ha varit nedstämda redan före stroke. I dessa indikatorer tas ingen hänsyn till detta.

Bedömning av indikatorn

Fler kvinnor uppger att de är nedstämda efter insjuknandet i stroke, men det behöver det inte bero på några skillnader i rehabiliteringen mellan kvinnor och män. Enligt Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, rapporterar kvinnor i högre utsträckning att de är nedstämda och förbrukningen av antidepressiva läkemedel är också högre bland kvinnor än män [13].

Det är oroande att andelen som ofta eller ständigt är nedstämda ökar mellan de två uppföljningstillfällena. Skillnaderna mellan kommunerna bedöms också som små vid uppföljningen efter 3 månader men stora efter 12 månader. Inom detta område finns en hel del att göra i många kommuner.

Figur C09 Nedstämdhet 3 respektive 12 månader efter stroke

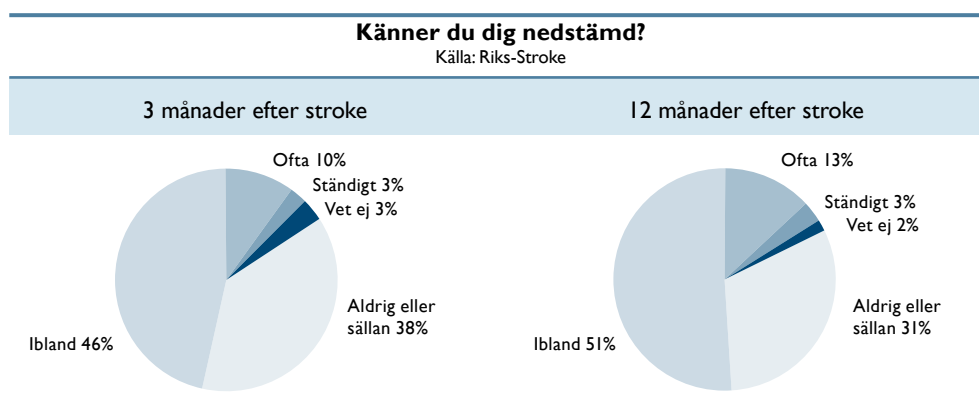
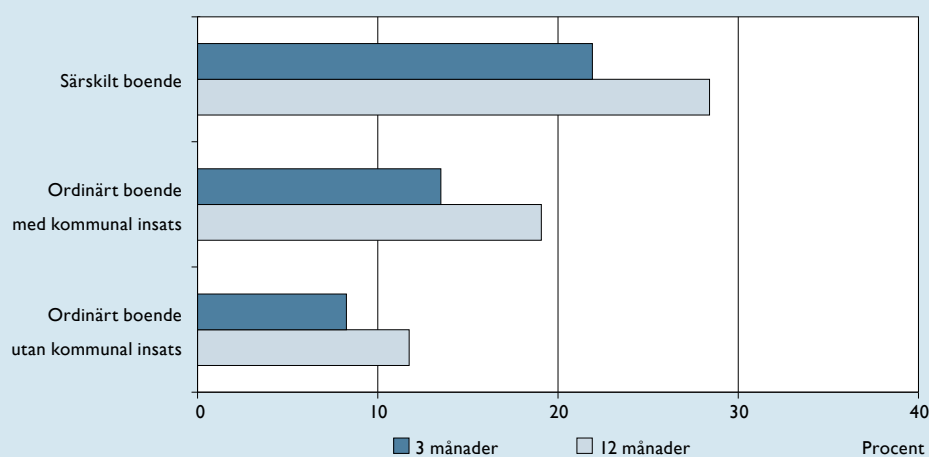
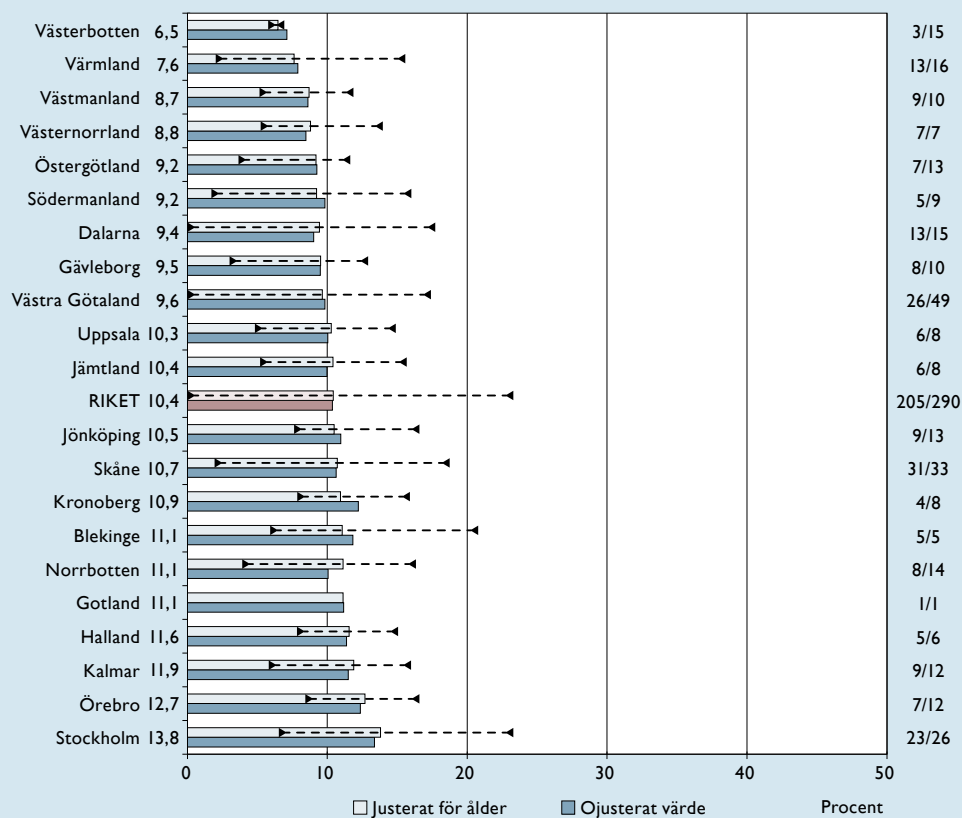
Diagram C09,
C09b Riket,
boendeform**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 3 respektive 12 månader efter stroke 2008-2009**

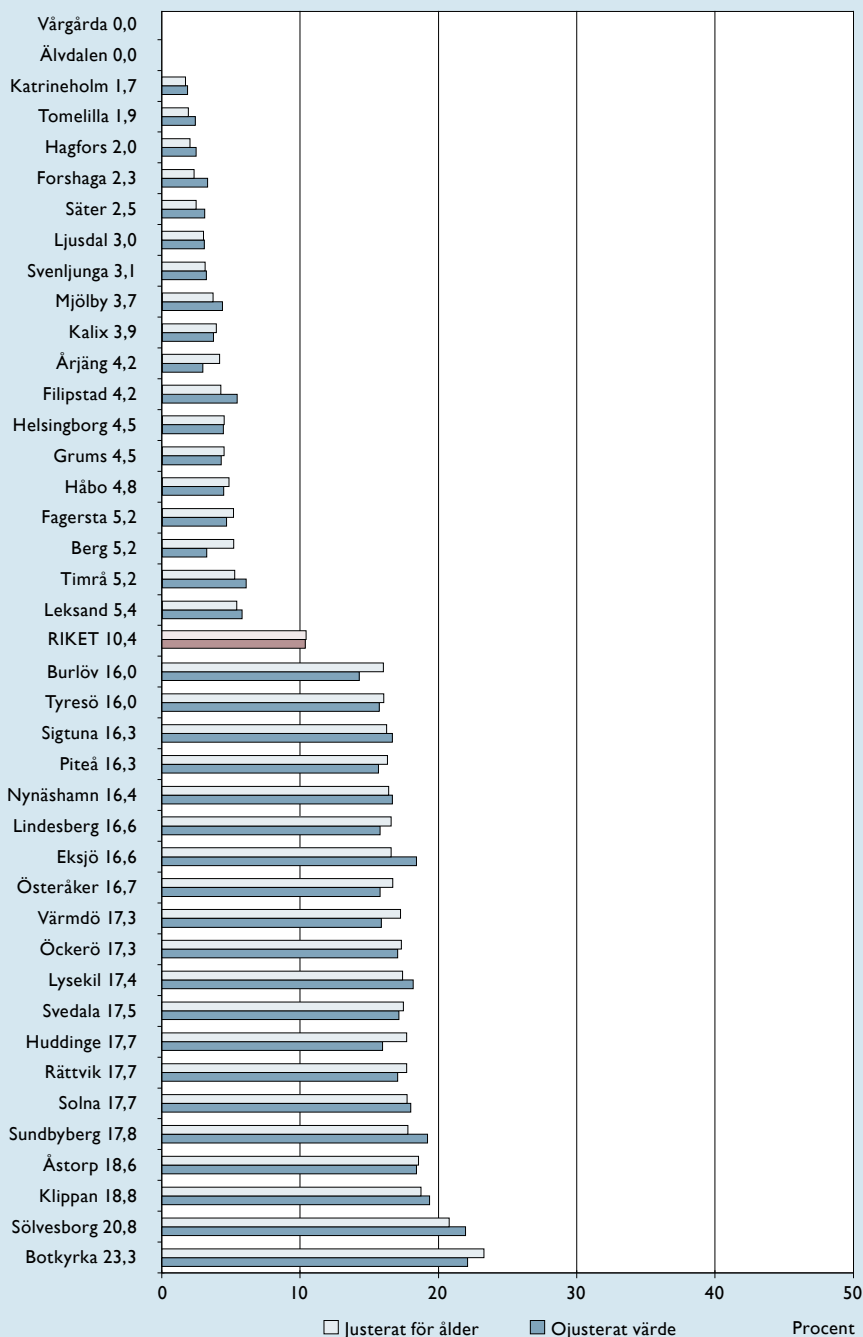
Diagram C09
Län**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 3 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

---> Spridning mellan kommunerna i länet som har 30 personer eller fler i nämnaren.

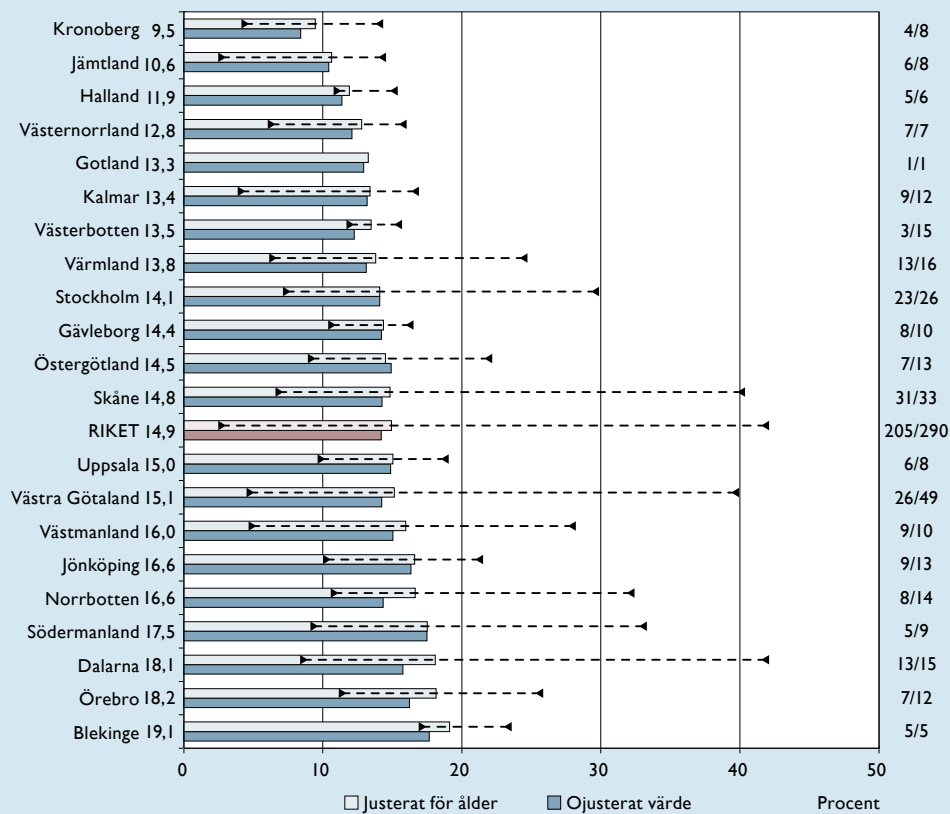
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C09
Kommun**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 3 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**

De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 205 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



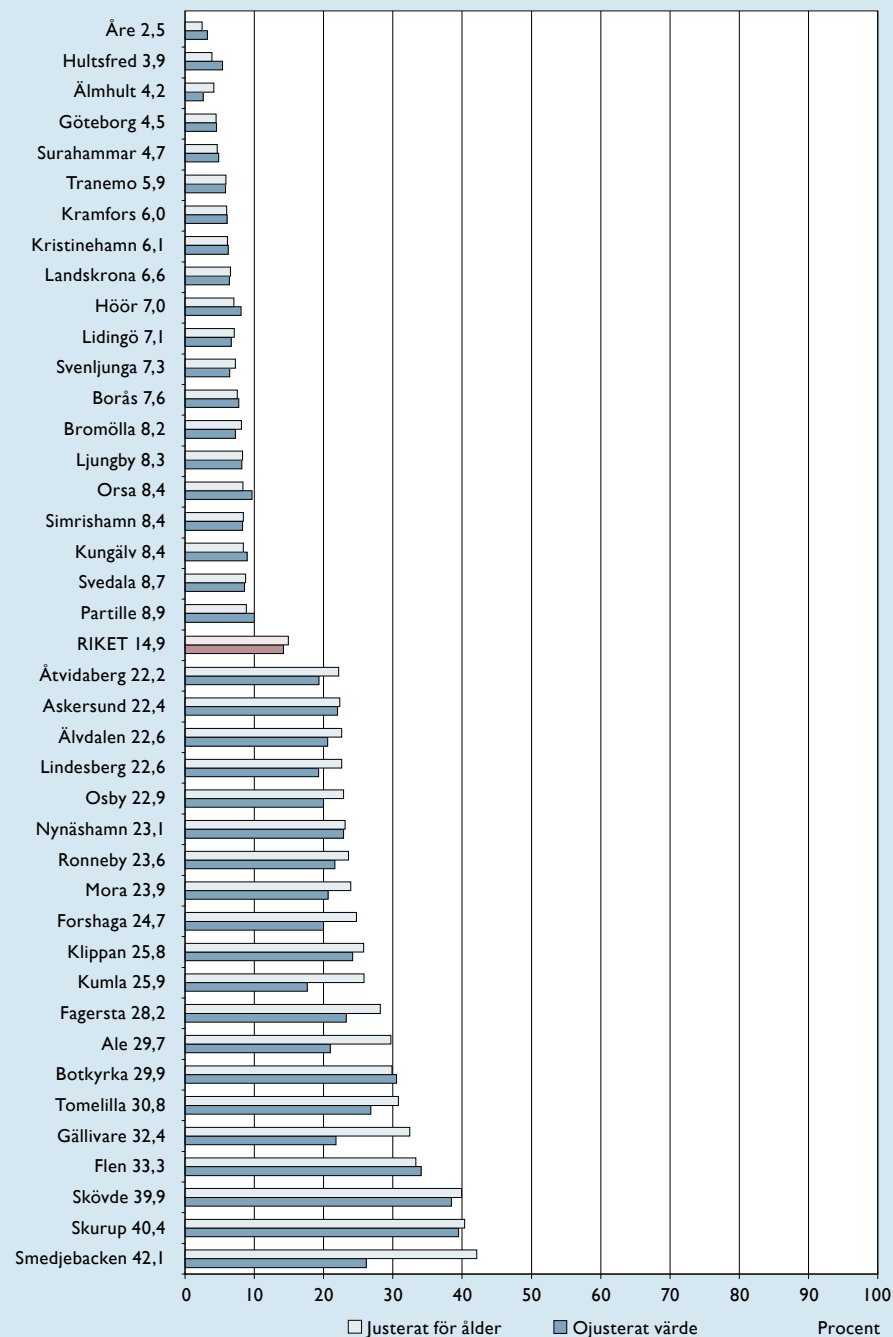
Källa: Riks-Stroke.

Diagram C09b
Län**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 12 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C09b
Kommun**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 12 månader efter stroke 2008-2009. Justerat för ålder**

De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 205 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Svårighet att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke (C10)

Förmågan att tala, läsa och skriva påverkar vår vardag och livskvalitet, men efter insjuknandet i stroke är det många som får svårt att klara dessa saker. Förmågan att tala, läsa eller skriva 3 månader efter insjuknandet belyser kvaliteten på rehabiliteringen.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke under 2009 och som uppgav att de 3 månader efter insjuknandet hade svårt att tala, läsa eller skriva. Totalt ingår 17 600 personer, varav 47 procent kvinnor. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I riket var det 59 procent som inte hade några svårigheter med att läsa, skriva eller tala medan en femtedel uppgav att de hade sådana svårigheter. Cirka 13 procent uppgav att de hade svårigheter med två av de tre förmågorna och en knapp tredjedel hade problem med en av förmågorna.

Andelen som hade svårigheter med att läsa, skriva eller tala var 13–66 procent bland kommunerna. Skillnaderna på länsnivå var 33–46 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Frågeställningen finns i formuläret för uppföljningen vid 3 månader från och med 2009. Det innebär att någon utveckling över tid inte kan redovisas för denna indikator.

Det vore önskvärt att kunna justera resultatet för svårigheter med att tala, läsa och skriva före insjuknandet i stroke. Det har dock inte varit möjligt eftersom det inte finns några sådana uppgifter.

Bedömning av indikatorn

Skillnaderna mellan kommunerna bedöms som stora. I många kommuner är det en stor andel som uppger att de har svårt att läsa, skriva eller tala, och detta tyder på att det finns en stor förbättringspotential när det gäller insatser för att återfå eller förbättra dessa förmågor.

Figur C10. Svårigheter med att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke

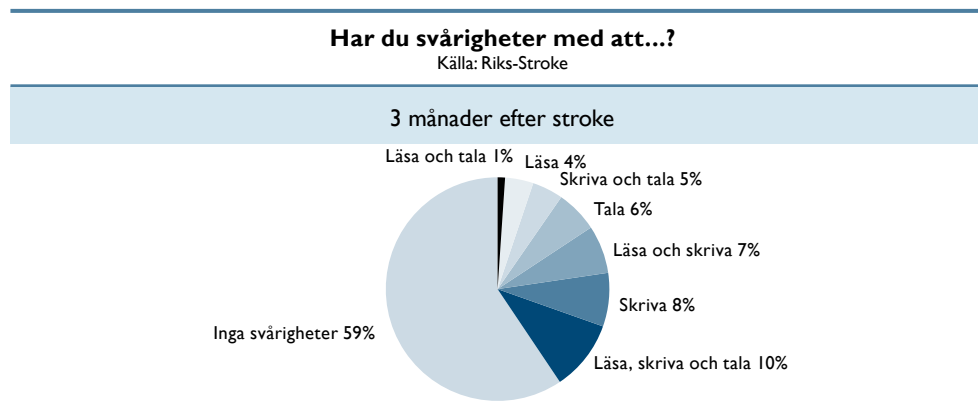
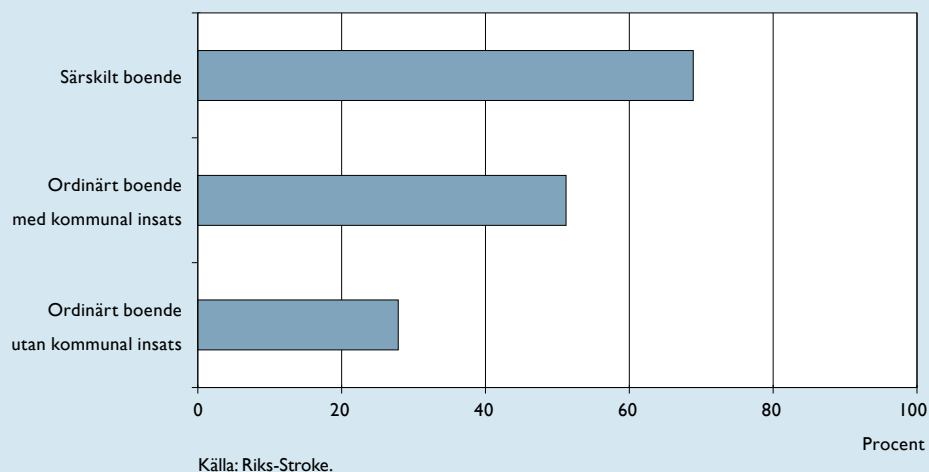
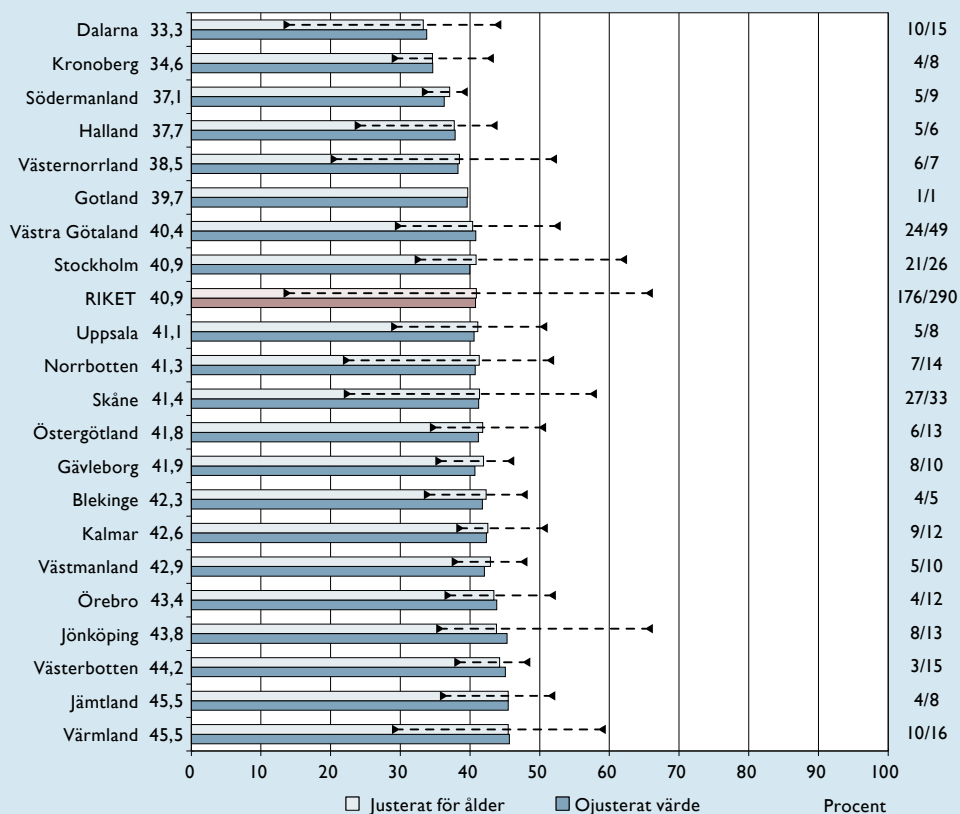
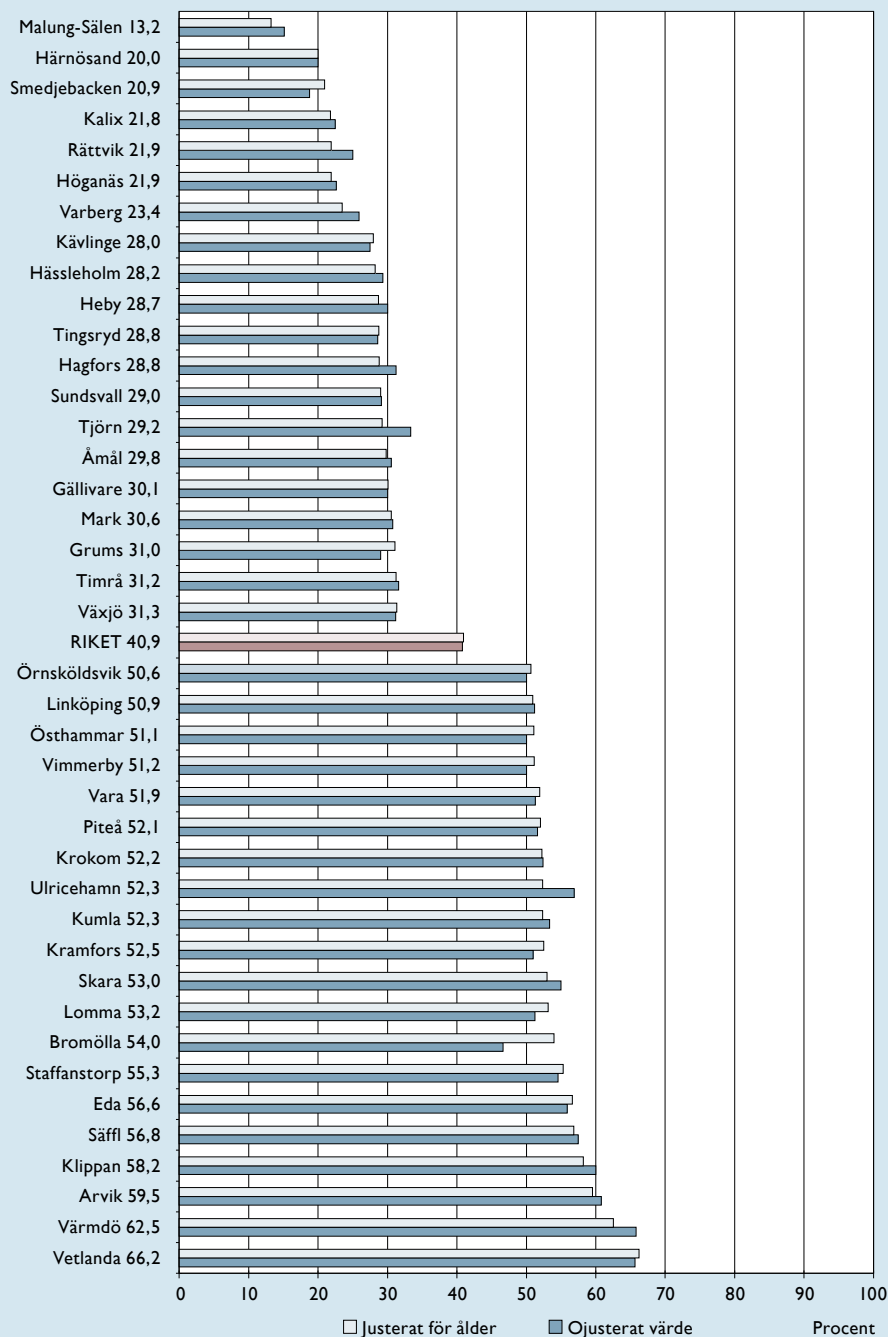
Diagram C10
Riket,
boendeform**Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke 2009**

Diagram C10
Län**Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke 2009. Justerat för ålder**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram C10
Kommun**Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att tala, läsa eller skriva 3 månader efter stroke 2009.****Justerat för ålder**

De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 176 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Svårighet att svälja 3 månader efter stroke (C11)

Livskvaliteten påverkas starkt om man har svårigheter att svälja. Det kan vara besvärligt att få i sig mat, vilket kan leda till näringsbrist och till andningsproblem eller infektioner om mat och vätska hamnar i luftvägarna. Att förbättra sväljförmågan är en viktig del i rehabiliteringen efter stroke. Andelen personer som har svårt att svälja 3 månader efter insjuknandet är indikation på förmågan att upptäcka och åtgärda sväljningsproblem, men också på kvaliteten i rehabiliteringen.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke under 2008 och 2009 och som 3 månader efter insjuknandet uppgav att de hade svårigheter att svälja. Underlaget består av 17 600 personer, varav 47 procent kvinnor. Uppgifter är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I kommunerna var det 10 procent som vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet i stroke uppgav att de hade problem att svälja. I några kommuner uppgav dock samtliga att de inte hade några sådana problem. Variationen är mindre på länsnivå: 8–17 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Frågeställningen finns i formuläret för uppföljningen vid 3 månader från 2009. Det innebär att någon utveckling över tid inte kan redovisas för denna indikator.

Bedömning av indikatorn

De flesta har inga problem med att svälja 3 månader efter insjuknandet. Sväljsvårigheter kan dock leda till allvarliga problem och det är viktigt att minska antalet som påverkas av sådana svårigheter. Skillnaderna mellan kommunerna tyder också på att många kan bli bättre på att hjälpa människor med nedsatt sväljförmåga genom att uppmärksamma problemen och verka för att personen får avancerad träning i landstingets regi.

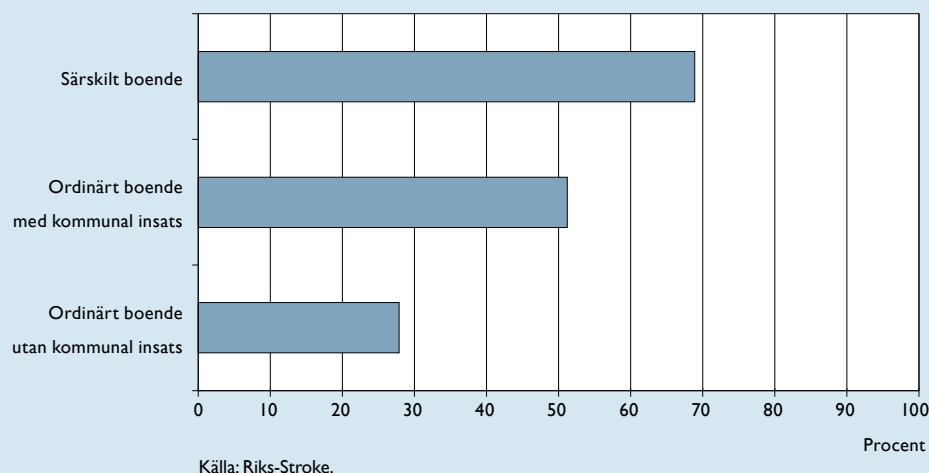
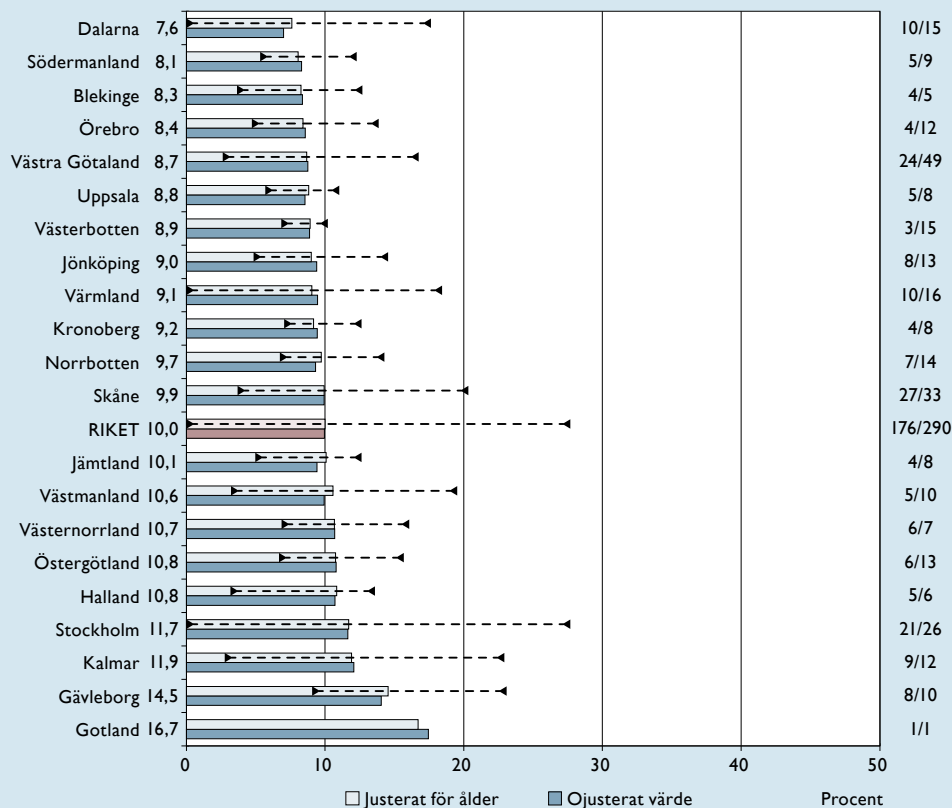
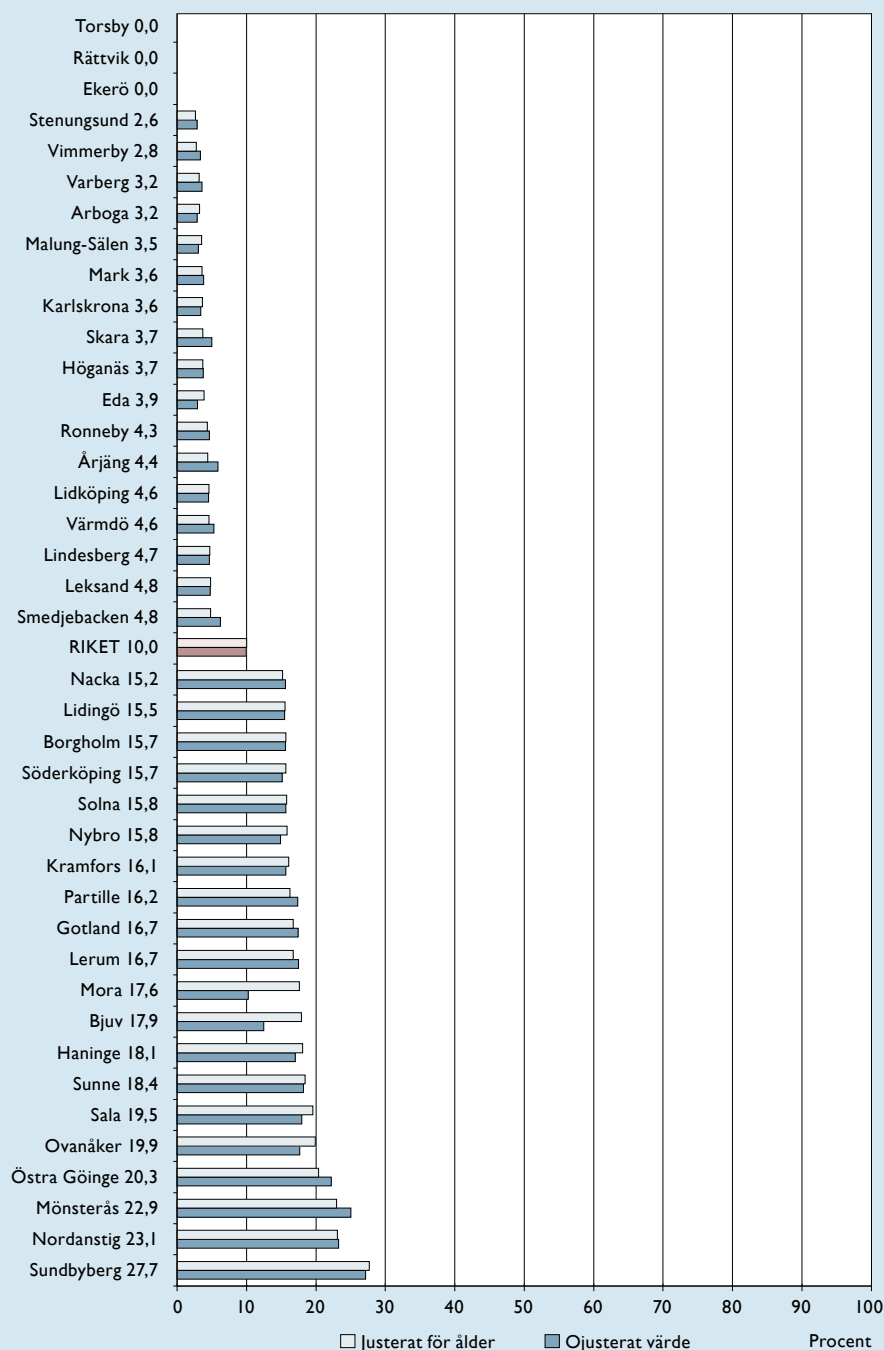
Diagram CII
Riket,
boendeform**Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att
svälja 3 månader efter stroke 2009**Diagram CII
Län**Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att
svälja 3 månader efter stroke 2009. Justerat för ålder**

Diagram CII
Kommun

Andel personer som uppgett att de har svårigheter med att svälja 3 månader efter stroke 2009. Justerat för ålder
De 20 lägsta respektive högsta värdena för de 176 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke (C12)

Ett mål för rehabiliteringen bör vara att få personer i yrkesverksam ålder tillbaka i arbete efter insjuknandet i stroke. Andelen som återgår till arbete ger en bild av kvaliteten på rehabiliteringen, både under och efter sjukhusvistelsen.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer i åldern 20–64 år som lades in på sjukhus för stroke under 2008 och 2009 och som helt eller delvis hade börjat arbeta 12 månader efter insjuknandet, av de som uppgav att de förvärvsarbetade före insjuknandet. Frågan besvarades av 3 900 personer som förvärvsarbetade före insjuknandet i stroke, och av dessa var 34 procent kvinnor. Eftersom underlaget är relativt litet redovisas andelen för länets samtliga invånare i stället för spridningen mellan kommunerna. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Ungefär en femtedel av personerna i yrkesverksam ålder planerade att inte återgå till förvärvsarbete. Drygt en fjärdedel arbetade inte före insjuknandet. En tredjedel hade efter 12 månader börjat förvärvsarbeta igen, lika mycket eller mindre än tidigare.

I länen hade mellan 47–65 procent av personerna 20–64 år som insjuknat i stroke hade återgått till förvärvsarbete. 27 kommuner hade fler än 30 personer som förvärvsarbetade före insjuknandet och som besvarade frågan, och i dem hade 39–76 procent börjat arbeta igen.

Felkällor och tolkningssvårigheter

De flesta som insjuknar i stroke är äldre än 64 år och därför är det få som förvärvsarbetar när de insjuknar i stroke. Därmed är det svårt att dra några slutsatser på kommunnivå.

Bedömning av indikatorn

Det går inte att bedöma utfallet i riket eftersom det bara var 27 kommuner som hade fler än 29 personer som förvärvsarbetade före insjuknandet. Bland dem finns dock stora variationer i andelen som återgår till förvärvsarbete.

Figur C12. Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke för personer 20-64 år som insjuknat i stroke 2008-2009

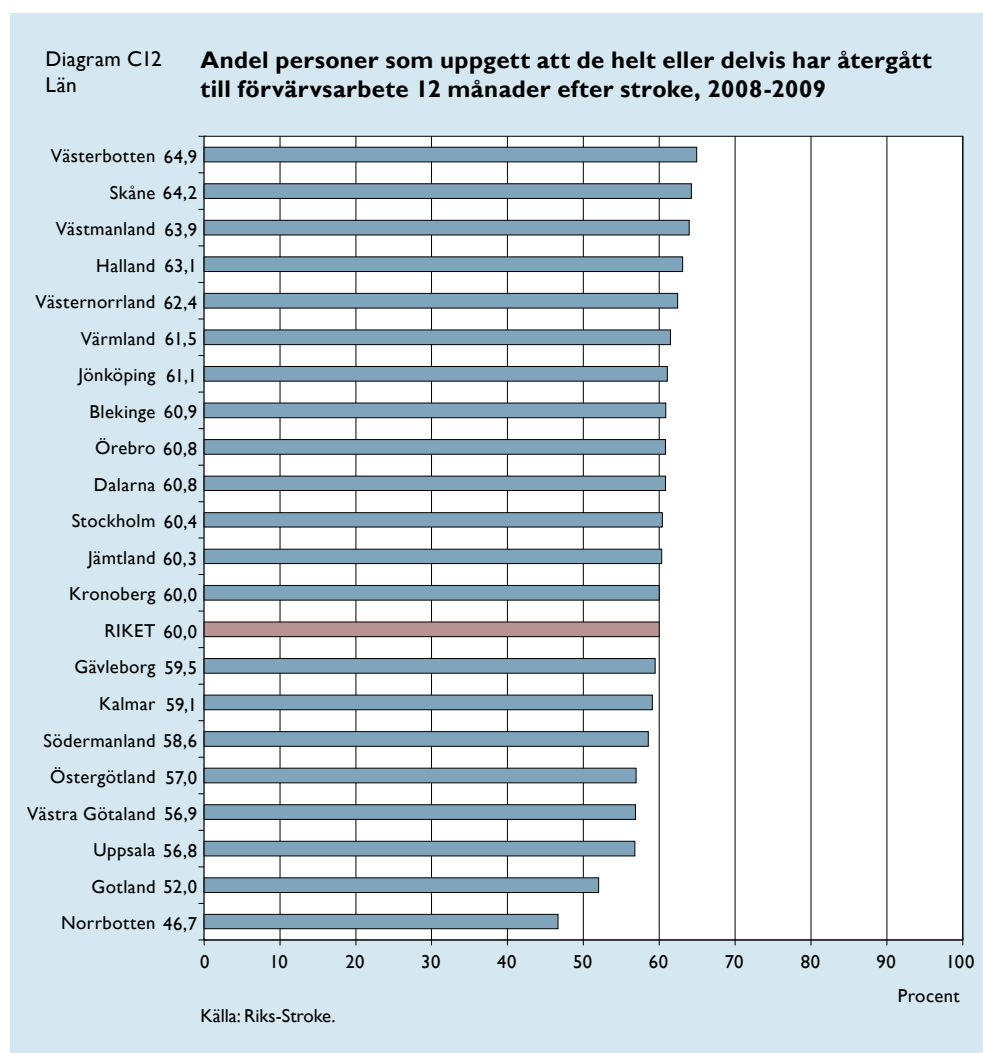
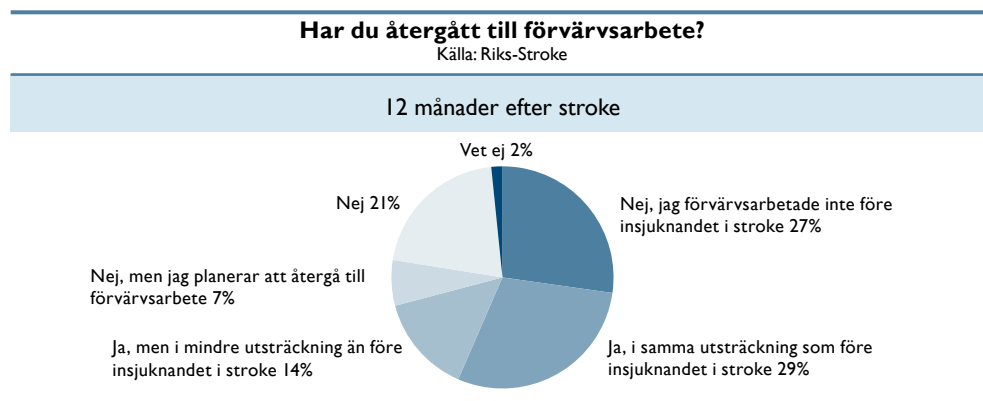
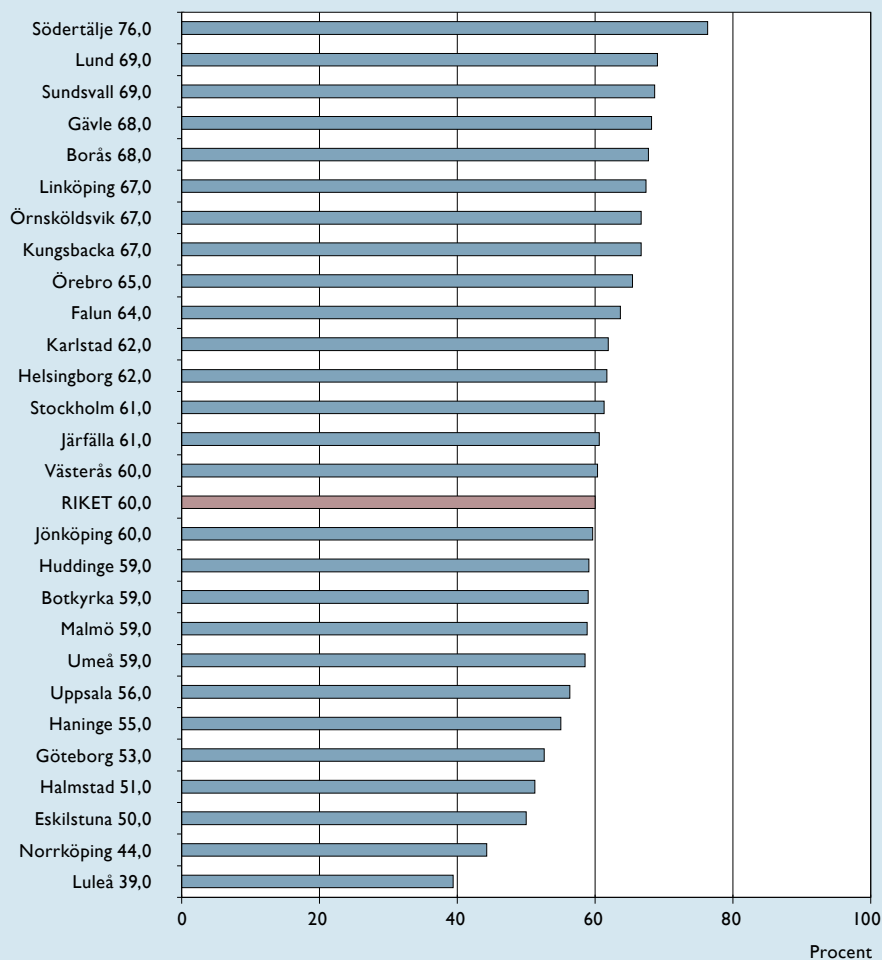


Diagram C12
Kommun

Andel personer som uppgett att de helt eller delvis har återgått till förvärvsarbete 12 månader efter stroke, 2008-2009

Samtliga 27 kommuner med 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

D – Tillgodosedda behov och nöjdhet

Kvalitetsregistret Riks-Stroke mäter bland annat om personer som har insjuknat i stroke upplever att deras behov av stöd och hjälp är tillgodosedda och om de är nöjda med stödet och hjälpen. Uppgifterna samlas in med hjälp av enkäter eller telefonsamtal 3 månader respektive 12 månader efter insjuknandet.

Tabell 5. Indikatorförteckning avsnitt D- Tillgodosedda behov och nöjdhet

Indikator-nummer	Kortnamn
D02	Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹
D03	Nöjdhet med rehabilitering efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹
D04	Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke ¹
D05	Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke
D06	Tillgodosett behov av serviceinsatser 12 månader efter stroke
D07	Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser 12 månader efter stroke ¹
D08	Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke ¹
D09	Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke ¹
D10	Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke

¹ Resultatet avser insatser från såväl kommunernas hälso- och sjukvård som landstingens primärvård

Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke (D02)

Andelen med ett tillgodosett behov av stöd och hjälp ger en bild av tillgången till det stöd och den hjälp som ges efter insjuknandet i stroke.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som lades in på sjukhus för stroke 2009 och som 3 månader efter insjuknandet uppgav att deras behov av stöd och hjälp var helt tillgodosett. Underlaget består av 13 400 personer, varav 47 procent kvinnor. Uppgifterna baseras på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I kommunerna uppgav 53–100 procent att de hade fått det stöd och den hjälp efter sjukhusvistelsen som de behövde. På länsnivå är skillnaderna mindre: 62–78 procent.

I särskilt boende uppgav 62 procent att deras behov av stöd och hjälp var helt tillgodosett. Motsvarande andel i ordinärt boende var 64 procent för dem med hemtjänst respektive 74 procent för dem utan hemtjänst. Antalen är för små för att kunna redovisa på kommunnivå.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn påverkas av personernas förväntningar på stödet och hjälpen från kommunen eller landstinget. Är förväntningarna högt ställda kan resultatet underskattas och vice versa.

Under åren har frågan förändrats i frågeformuläret, och därför går det inte att göra några jämförelser med tidigare år.

Bedömning av indikatorn

Personer med kommunala insatser verkar i högre grad uppleva att de inte får tillräckligt mycket stöd och hjälp jämfört med personer som inte har några kommunala insatser. Socialstyrelsen bedömer att andelen med tillfredsställt behov av stöd och hjälp inte är tillfredsställande bland personer med kommunalt stöd. Indikatorn avspeglar både landstingens, kommunernas och anhörigas insatser, men visar att det finns relativt stora variationer mellan kommunerna även inom ett län. Det tyder på att hjälpen och stödet efter stroke kan förbättras i många kommuner.

Figur D02. Tillgodosedda behov av stöd och hjälp 3 månader efter stroke, insjuknande år 2008-2009

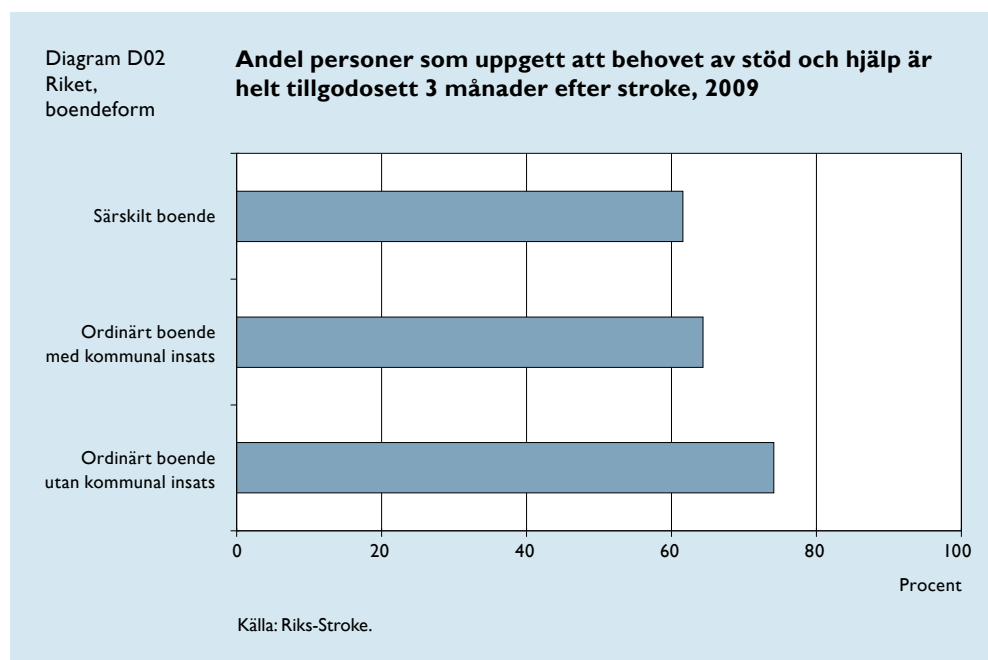
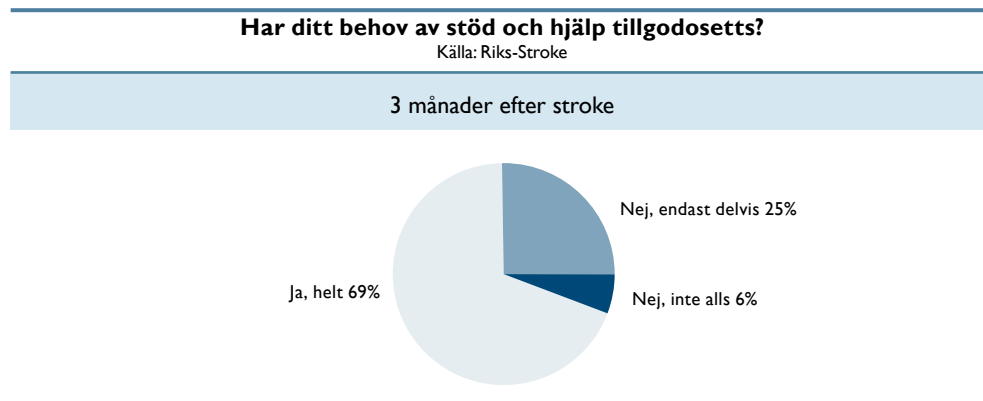
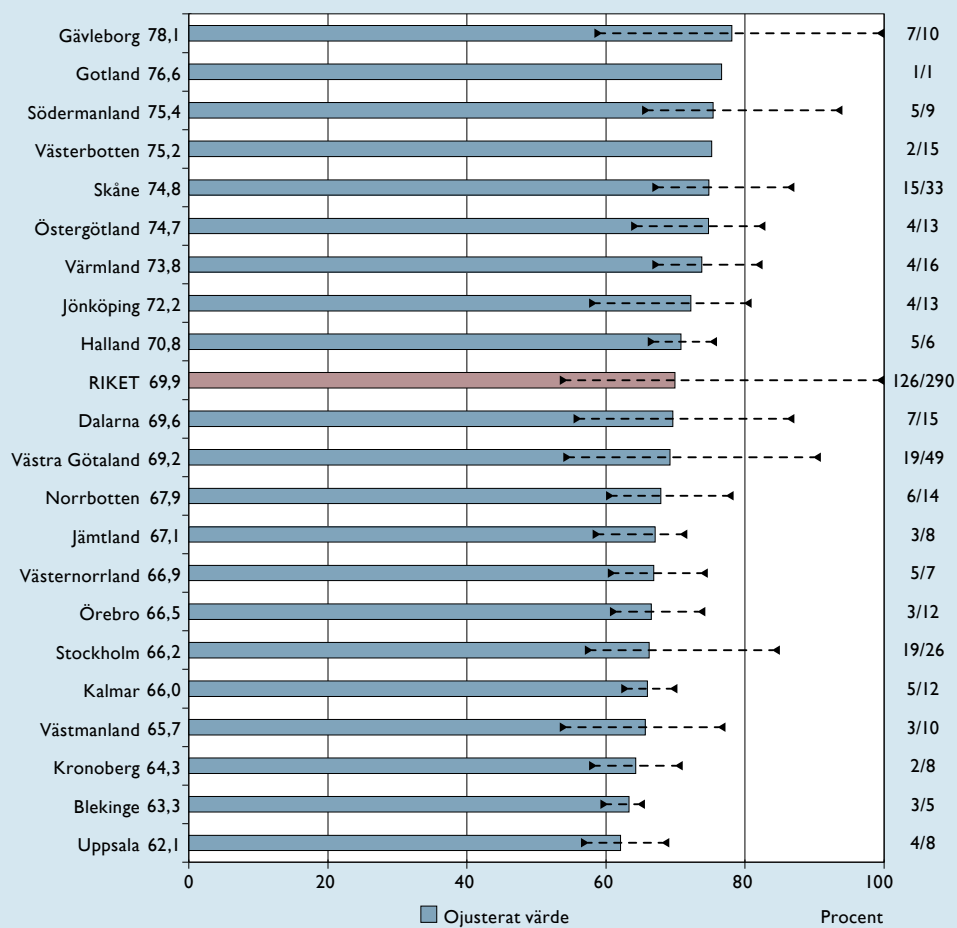
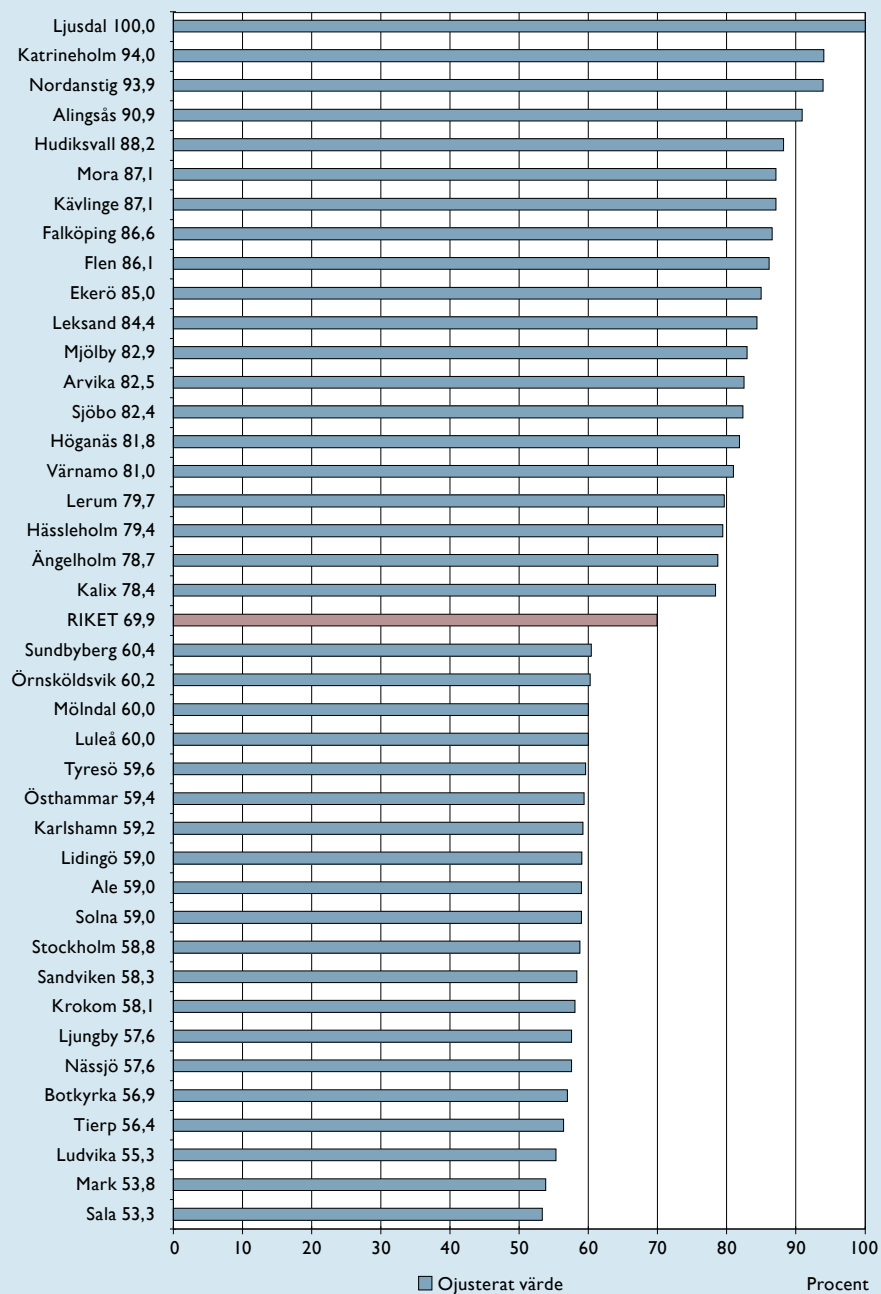


Diagram D02
Län**Andel personer som uppgett att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke 2009**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram D02
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 126 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Nöjdhet med rehabiliteringen efter utskrivning 3 månader efter stroke (D03)

Med rehabilitering menas träning och utbildning för att förbättra eller bibehålla sin rörlighet och förmåga att klara det dagliga livet. En indikator för rehabiliteringens kvalitet är hur nöjda personer som har insjuknat i stroke är med den rehabilitering som de får efter sjukhusvistelsen.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke 2009 som behövde rehabilitering efter sjukhusvistelsen och som 3 månader senare uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering. Underlaget består av de 8 800 personer som uppgav att de behövde rehabilitering 3 månader efter insjuknandet. Andelen kvinnor var 46 procent. För denna indikator redovisas inte kommunernas spridning i länet eftersom alltför få kommuner hade fler än 29 personer som behövde rehabilitering. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I kommunerna var 57–100 procent nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter stroke.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Även denna indikator kan påverkas av de förväntningar som personer har på rehabiliteringen – om man förväntar sig att bli helt återställd och hur snabbt det ska gå. De som har högt ställda förväntningar kan känna sig mindre nöjda med rehabiliteringen än om man har lägre förväntningar.

Det finns en risk för att denna indikator inte enbart mäter nöjdhet med rehabiliteringen. Det är till exempel vanligt att de som är missnöjda med rehabiliteringen också är missnöjda med andra delar av vården och stödet efter stroke. En depression, vilket är vanligt efter stroke, kan bidra till detta [14].

Under åren har frågan förändrats i frågeformuläret, och därför går det inte att göra några jämförelser med tidigare år. Frågan är inte heller jämförbar med frågan som ställs i uppföljningen vid 12 månader.

Bedömning av indikatorn

De flesta som får rehabilitering efter stroke verkar vara nöjda eller till och med mycket nöjda med rehabiliteringen, men många är också missnöjda. Variationen mellan kommunerna bedöms vara stor. I vissa kommuner är i stort sett inga missnöjda med rehabiliteringen medan andelen är betydligt högre i andra. Här finns potential till förbättringar.

Figur D03. Nöjdhet med rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen 3 månader efter insjuknandet i stroke 2009

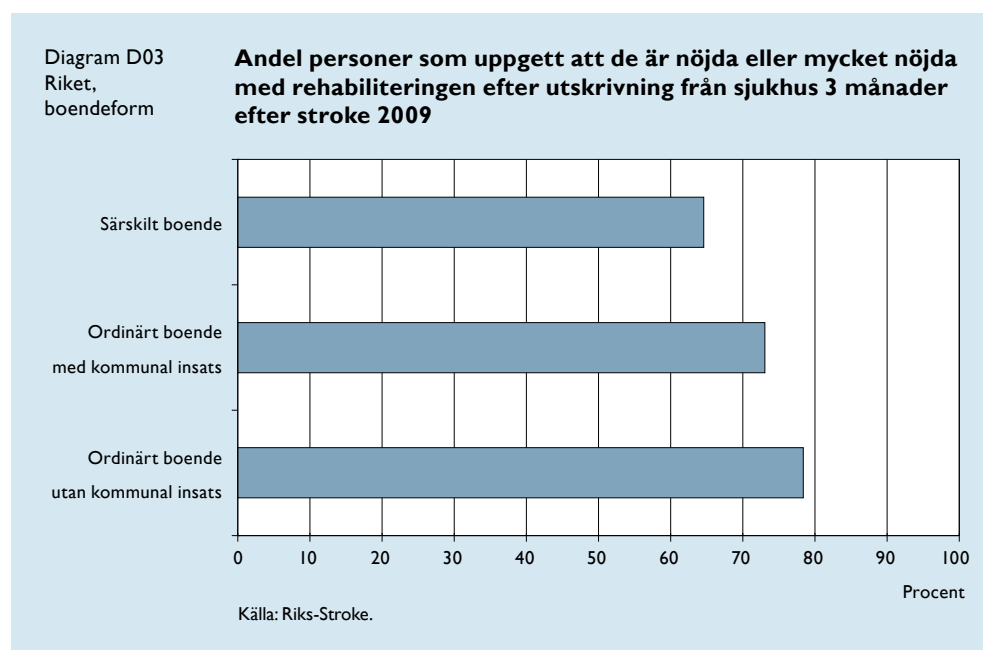
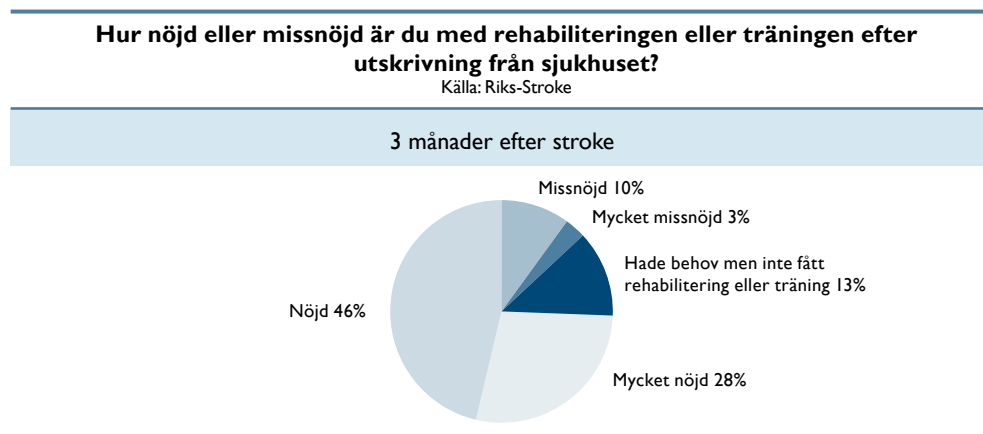
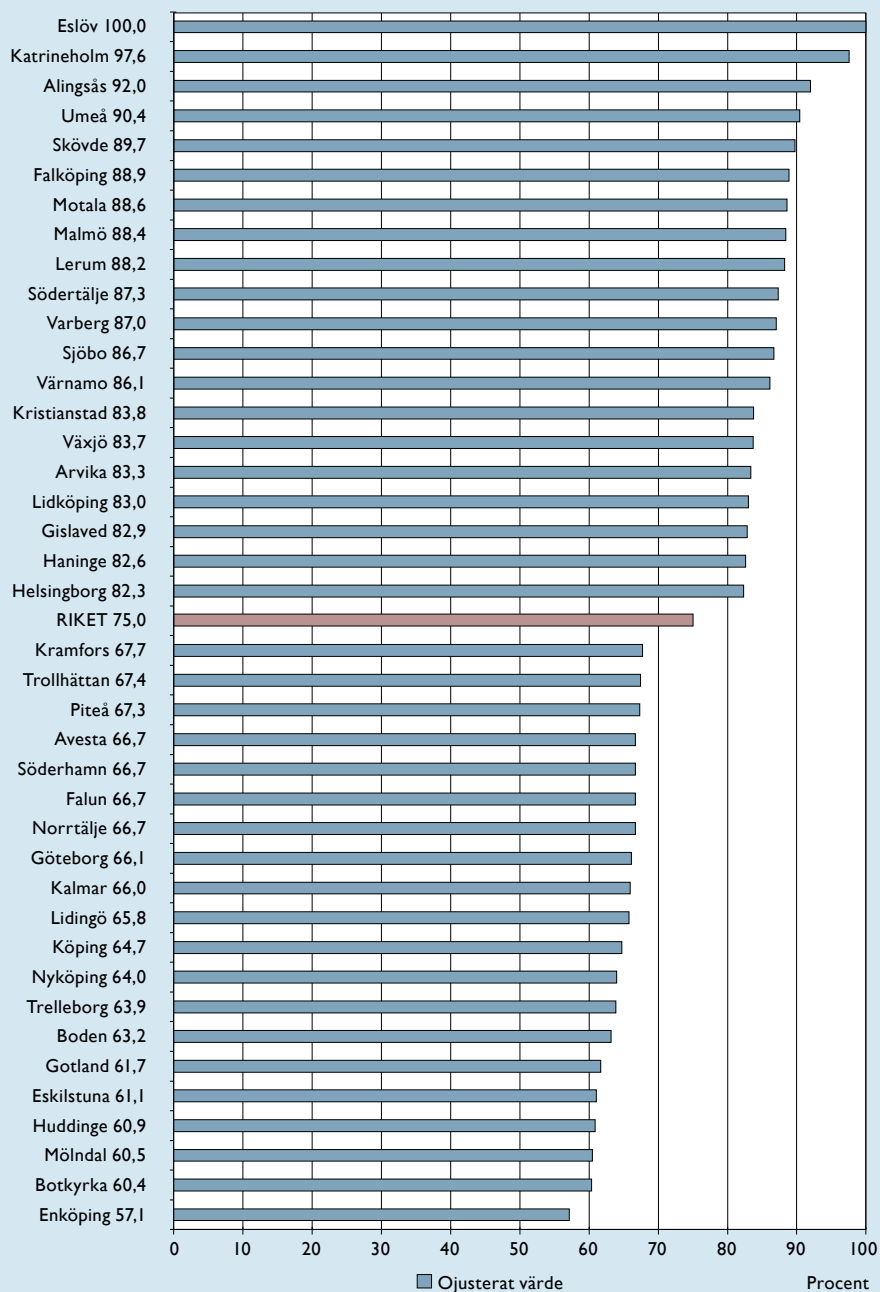


Diagram D03
Kommun**Andel personer som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus 3 månader efter stroke 2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 82 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke (D04)

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför motiverat att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet i stroke.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke 2008 och 2009, som behövde rehabilitering efter sjukhusvistelsen och som uppgav att behovet var helt tillgodosett 12 månader efter insjuknandet. Underlaget består av 14 000 personer som uppgav att de behövde rehabilitering efter utskrivningen, varav 48 procent var kvinnor. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I kommunerna hade 36–80 procent ett helt tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivningen från sjukhuset. Variationen mellan länen är mindre, 48–67 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn påverkas av förväntningarna på kommunens och landstingets rehabilitering efter utskrivningen. Är förväntningarna högt ställda kan resultatet underskattas och vice versa.

Frågan skiljer sig från motsvarande fråga vid uppföljningen efter 3 månader. Indikatorn är inte jämförbar med indikator D03.

Bedömning av indikatorn

Variationen mellan kommunerna bedöms som stor. I många kommuner finns människor som upplever att deras behov av rehabilitering inte är tillgodosett efter utskrivningen. Det kan delvis bero på högt ställda förväntningar, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett. Det är en överraskande stor andel som upplever att deras behov inte är helt tillgodosett, och variationerna mellan kommunerna tyder på att behovet kan tillgodoses bättre.

Figur D04. Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

Har ditt behov av rehabilitering efter strokeinsjuknandet tillgodosetts?

Källa: Riks-Stroke

12 månader efter stroke

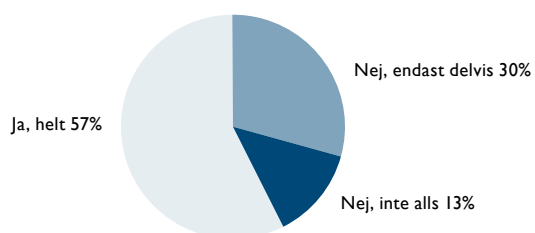


Diagram D04
Riket,
boendeform

Andel personer som uppgett att deras behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009

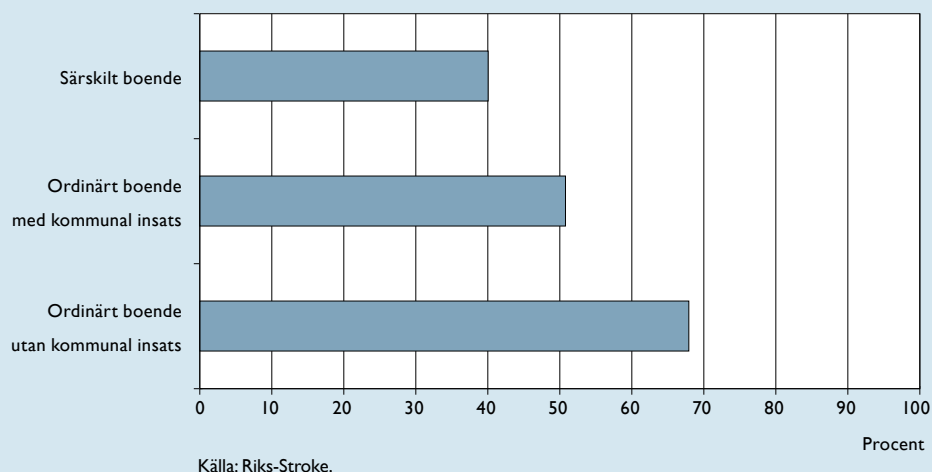


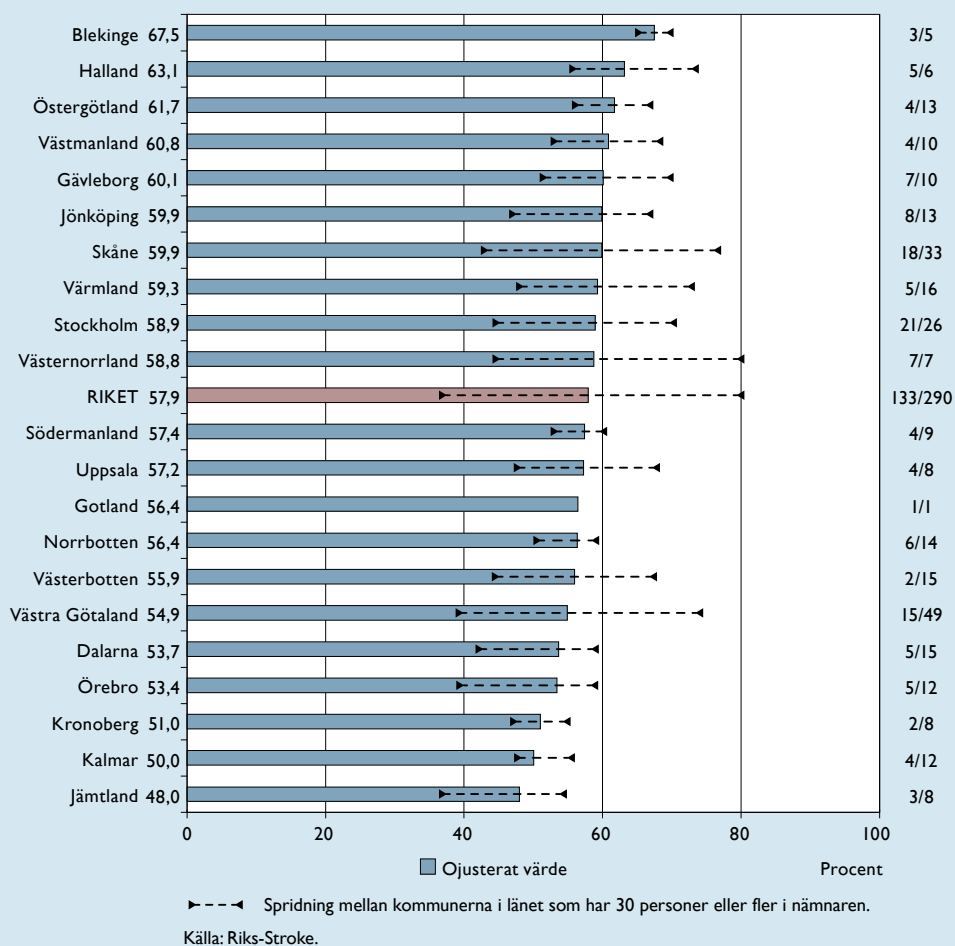
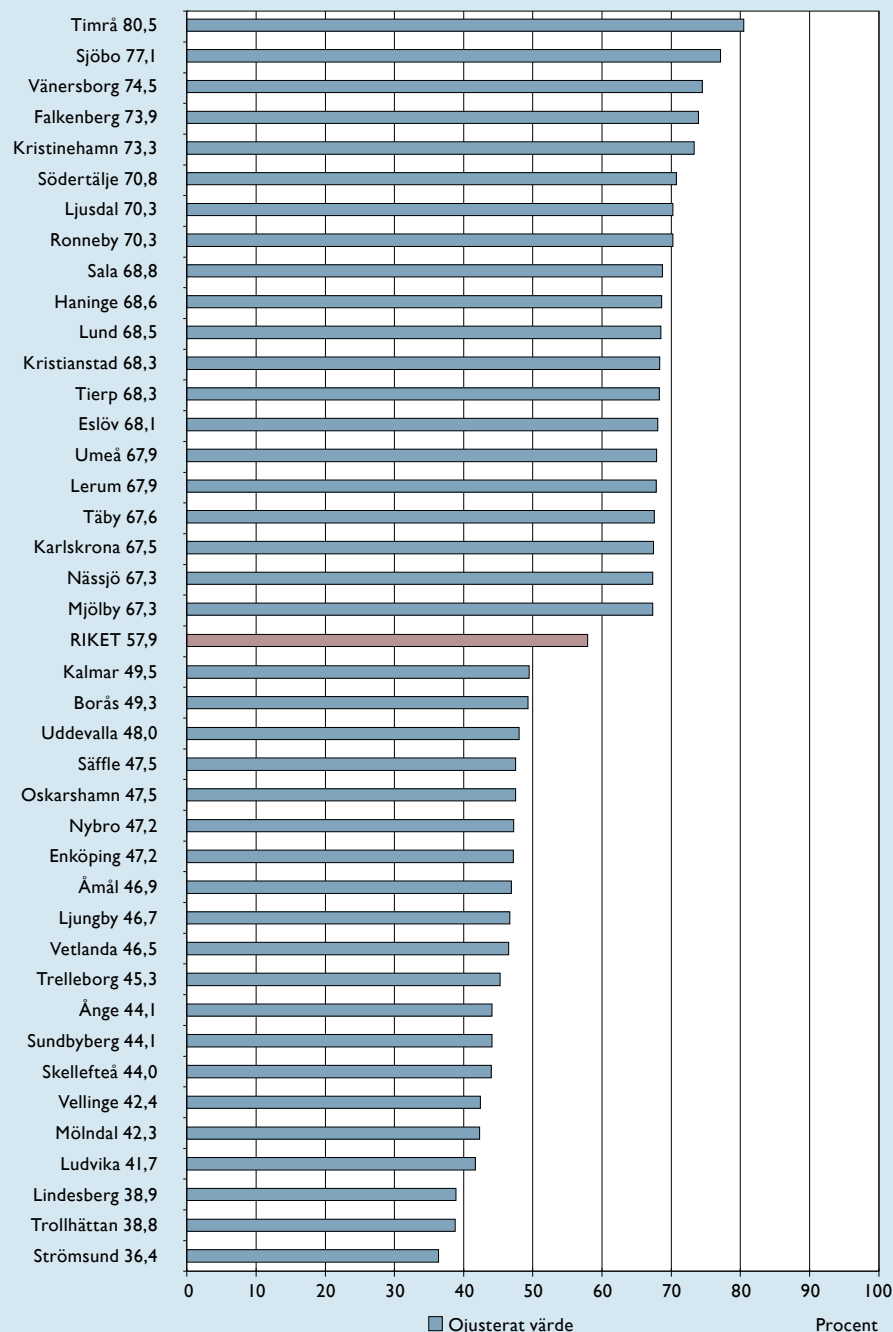
Diagram D04
Län**Andel personer som uppgett att deras behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

Diagram D04
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 133 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke (D05)

Efter insjuknandet i stroke är det många som behöver hjälp med personlig omvårdnad, till exempel på- och avklädning och toalettbesök. Indikatorn visar kvaliteten i tillgången på hemtjänst i form av personlig omvårdnad.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke 2008–2009, som uppgav att de behövde personlig omvårdnad och som uppgav att behovet var helt tillgodosett 12 månader efter insjuknandet. Underlaget består av 5 900 personer som uppgav att de behövde personlig omvårdnad. Av dessa var 55 procent kvinnor. För denna indikator redovisas inte kommunernas spridning i länet eftersom alltför få kommuner hade fler än 29 personer som behövde personlig omvårdnad. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

I riket upplevde 73 procent att deras behov av personlig omvårdnad var tillgodosett 12 månader efter insjuknandet i stroke. Bland kommunerna var andelen 58–88 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Endast 50 kommuner hade fler än 29 personer som uppgav att de behövde personlig omvårdnad, och därför bör indikatorn tolkas med försiktighet när det gäller skillnaderna i riket.

Även denna indikator kan påverkas av förväntningarna på den kommunala hemtjänsten och deras insatser för personlig omvårdnad. Högt ställda förväntningar kan leda till en lägre andel med tillgodosedda behov.

Bedömning av indikatorn

Skillnaderna är små mellan kommunerna när det gäller tillgodosett behov av personlig omvårdnad. De flesta uppger att deras behov är tillgodosett, men det finns ändå en relativt stor andel som upplever att de har behov som inte är tillgodosedda. Detta påverkar sannolikt livssituationen i hög grad. Uppgifterna om antalet stämmer väl överens med andelen ADL-beroende (indikator C05b).

Figur D05. Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

Har ditt behov av personlig omvårdnad tillgodosetts?

Källa: Riks-Stroke

12 månader efter stroke

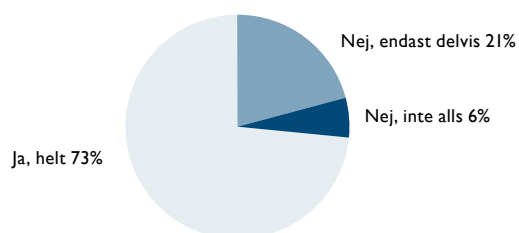
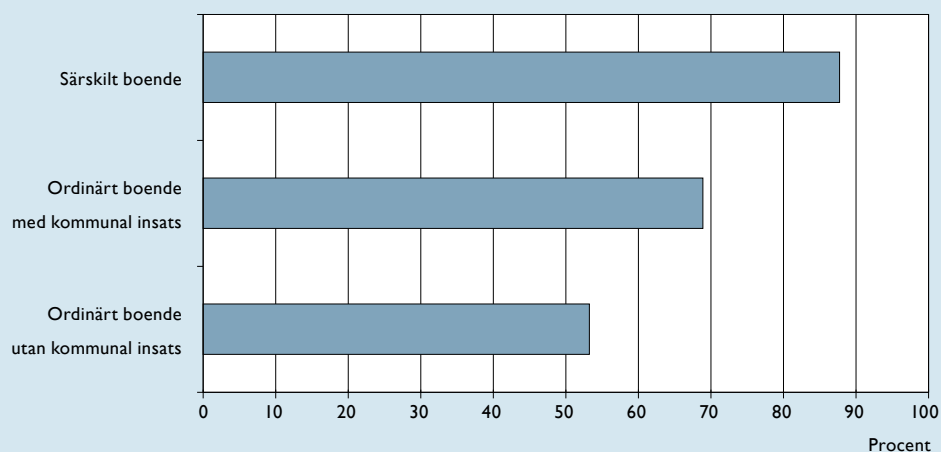


Diagram D05
Riket,
boendeform

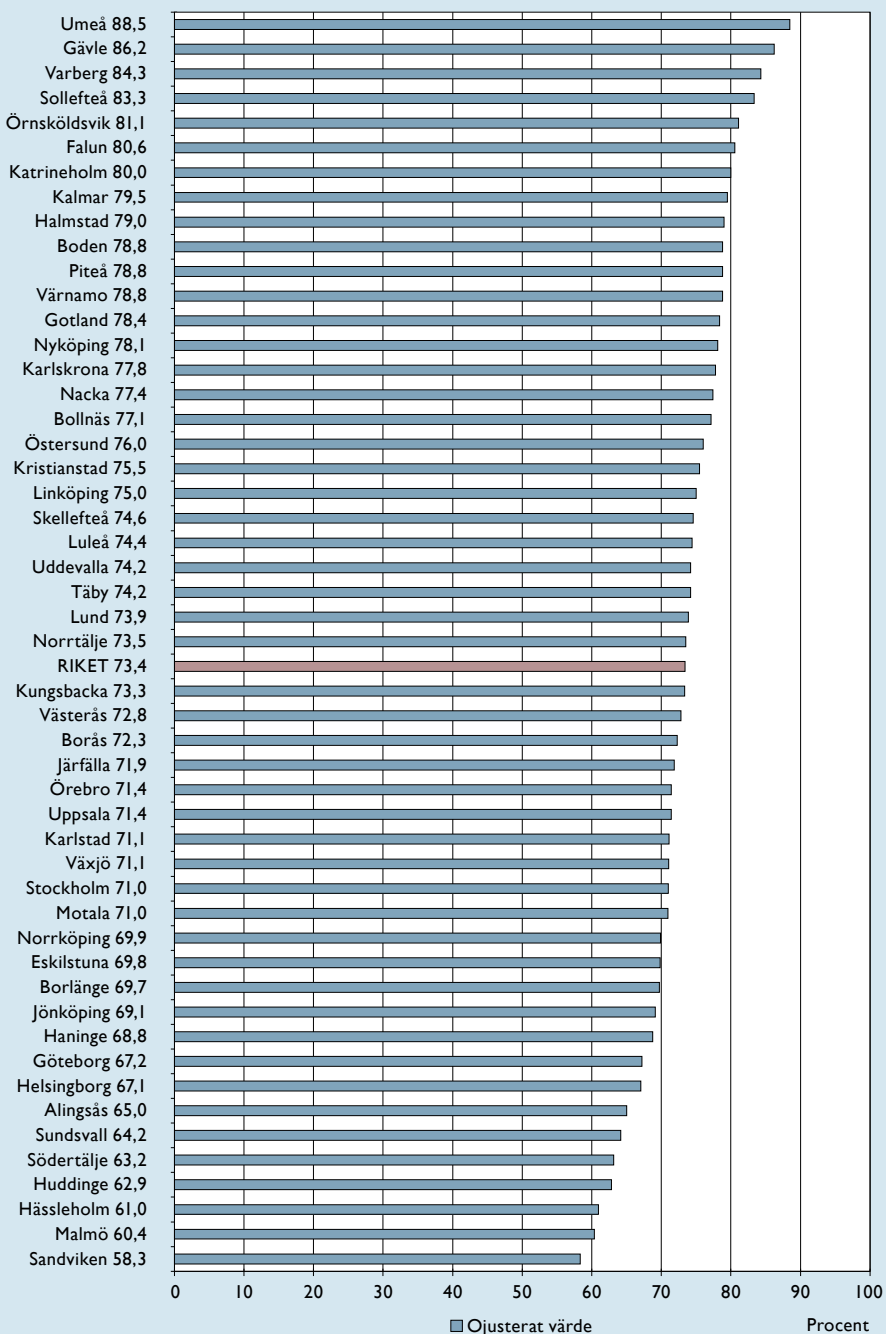
Andel personer som uppgett att deras behov av personlig omvårdnad är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009



Källa: Riks-Stroke.

Diagram D05
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av personlig
omvårdnad är helt tillgodosett 12 månader efter stroke
2008-2009**

Samtliga 50 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosett behov av service 12 månader efter stroke (D06)

De som har insjuknat i stroke behöver inte bara personlig omvårdnad när de kommer hem efter sjukhusvistelsen. Många behöver också serviceinsatser såsom hjälp med städning och matinköp. Denna indikator speglar kvaliteten i form av tillgänglighet till serviceinsatser i kommunerna.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke 2008 och 2009, och som uppgav att deras behov av serviceinsatser var helt tillgodosett vid uppföljningen efter 12 månader, av de som uppgav att de behöver serviceinsatser. Underlaget består av 7 600 personer som uppgav att de behöver serviceinsatser, varav 59 procent var kvinnor. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

På riksnivå uppgav 70 procent att de fick sitt behov av serviceinsatser tillgodosett 12 månader efter insjuknandet i stroke. 67 kommuner hade 30 personer eller fler som uppgav ett behov av serviceinsatser, och variationen bland dem var 38–87 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn kan påverkas av förväntningarna på de serviceinsatser som den kommunala hemtjänsten tillhandahåller. Högt ställda förväntningar kan leda till att utfallet är underskattat och vice versa.

Bedömning av indikatorn

Det är fler som uppger att behovet av serviceinsatser inte är helt tillgodosett jämfört med behovet av personlig omvårdnad. Dessa serviceinsatser påverkar människors livssituation och är viktiga för att det dagliga livet ska fungera. Skillnaderna mellan kommunerna bedöms som stora och många kommuner kan förbättra resultatet för denna indikator.

Figur D06. Tillgodosedda behov av serviceinsatser 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

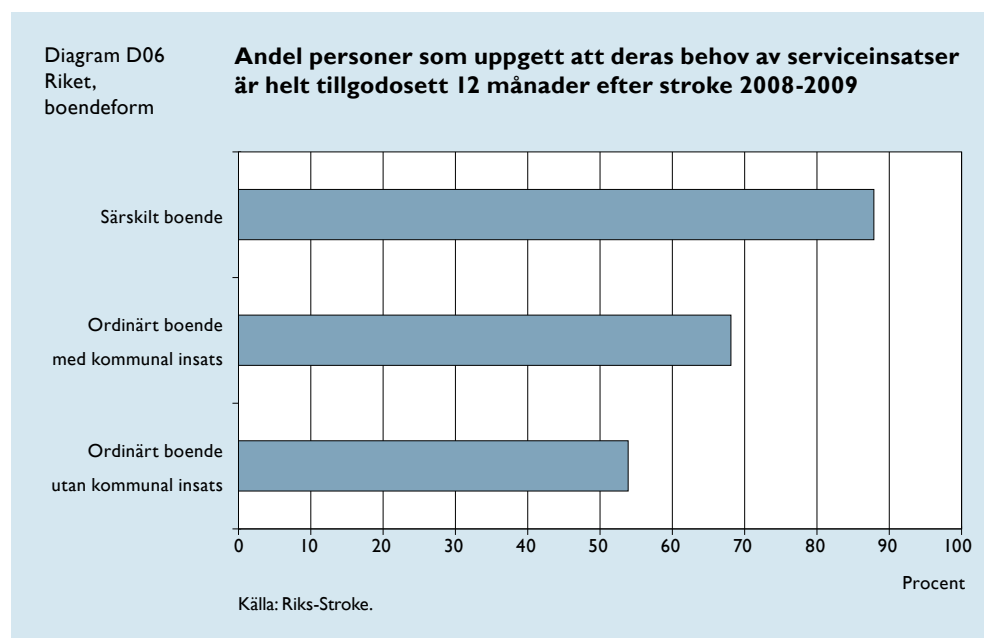
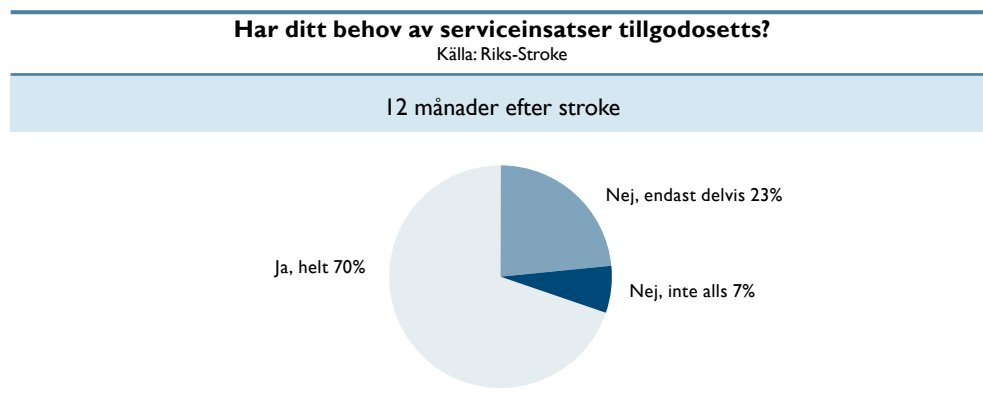
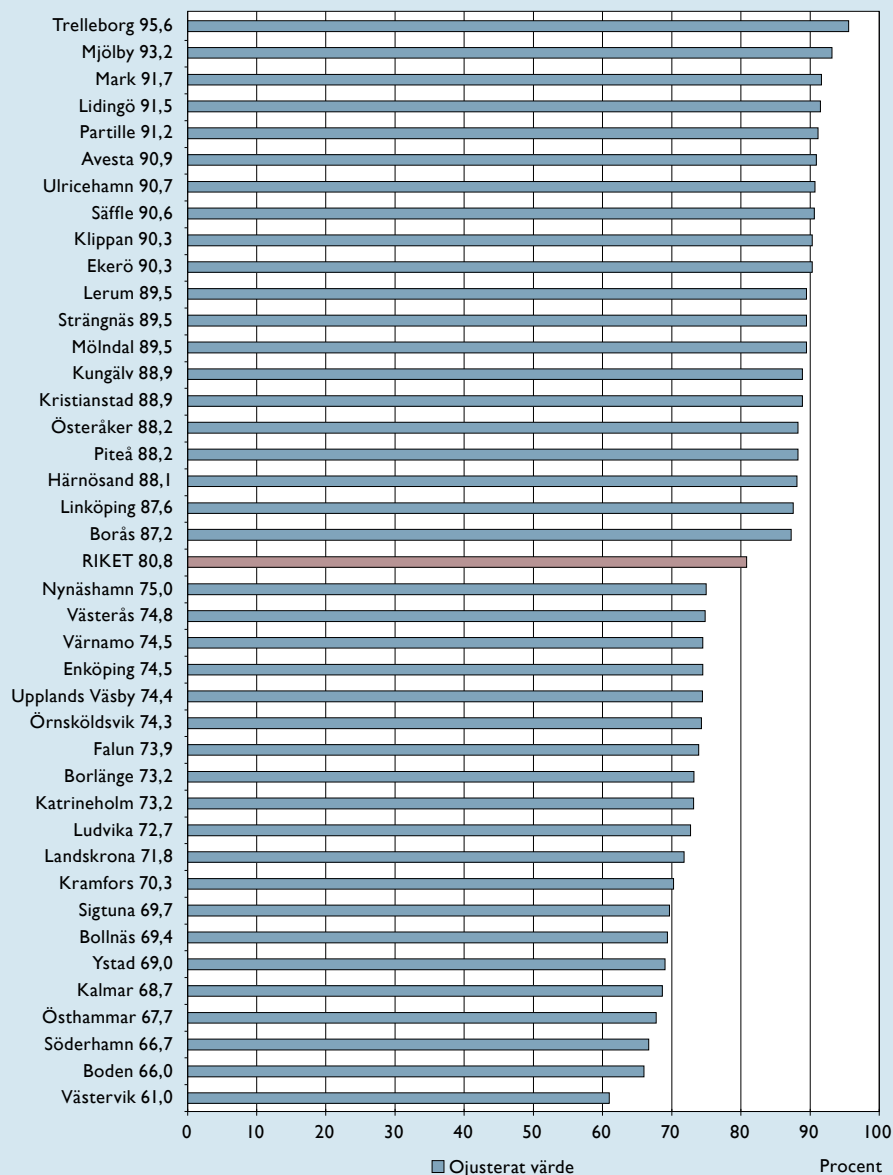


Diagram D10
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av färdtjänst är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 102 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet 12 månader efter stroke (D07)

Den som har insjuknat i stroke kan behöva hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, och de kan antingen tillhandahållas av kommunen eller landstinget beroende på vem som har detta ansvar. Samtliga kommuner ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som bor i särskilt boende och cirka hälften av kommunerna har också övertagit ansvaret för personer i ordinärt boende. Indikatorn visar i vilken utsträckning som kommuner och landsting tillhandahåller hälso- och sjukvårdsinsatser och hur personer som har insjuknat i stroke anser att det fungerar.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke under 2008 och 2009 och som uppgav att deras behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet var helt tillgodosett. Populationen omfattar de 8 000 personer som 12 månader efter insjuknandet uppgav att de behövde hälso- och sjukvård i det egna hemmet. 55 procent var kvinnor. Underlaget baseras på uppgifter från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Cirka 80 procent av personerna som behövde hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet upplevde att deras behov var helt tillgodosett. 75 kommuner hade fler än 29 personer med sådana behov, och bland dem var andelen 68–95 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Denna indikator kan påverkas av förväntningarna på de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i det egna hemmet. Höga förväntningar kan ge ett underskattat resultat och låga förväntningar kan ge ett överskattat resultat.

Frågan innehåller en förklaring av vad som menas med hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet men det kan ändå vara svårt att särskilja dessa från andra insatser som kommunen ger, till exempel hemtjänst. Indikatorn kan därför påverkas av förväntningarna på och tillhandahållandet av andra insatser än hälso- och sjukvårdsinsatser.

Bedömning av indikatorn

En relativt stor andel upplevde att behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet var helt tillgodosett. Andelen är högre än motsvarande för personlig omvårdnad eller serviceinsatser. Variationen bedöms dock som stor och flera kommuner kan troligen förbättra resultatet för denna indikator.

Figur D07. Tillgodosedda behov av hälso- och sjukvårdsinsatser 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

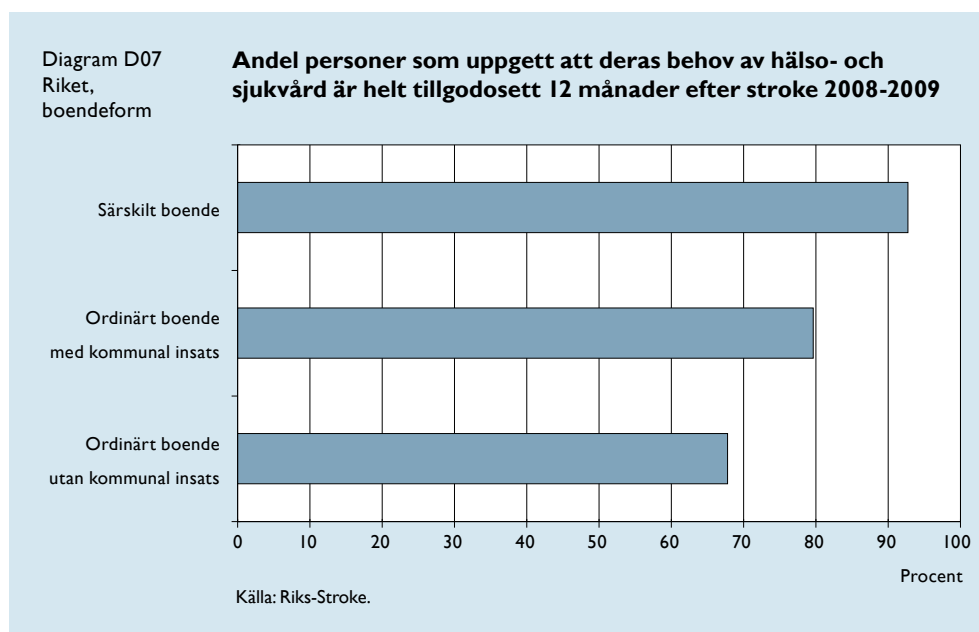
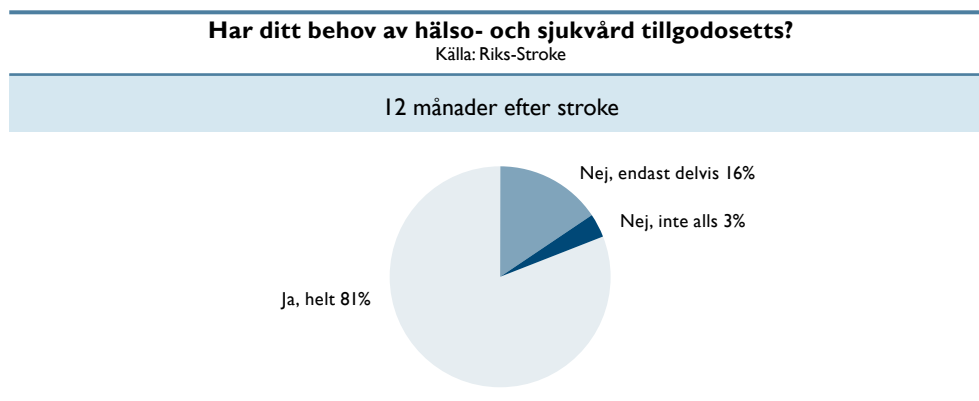
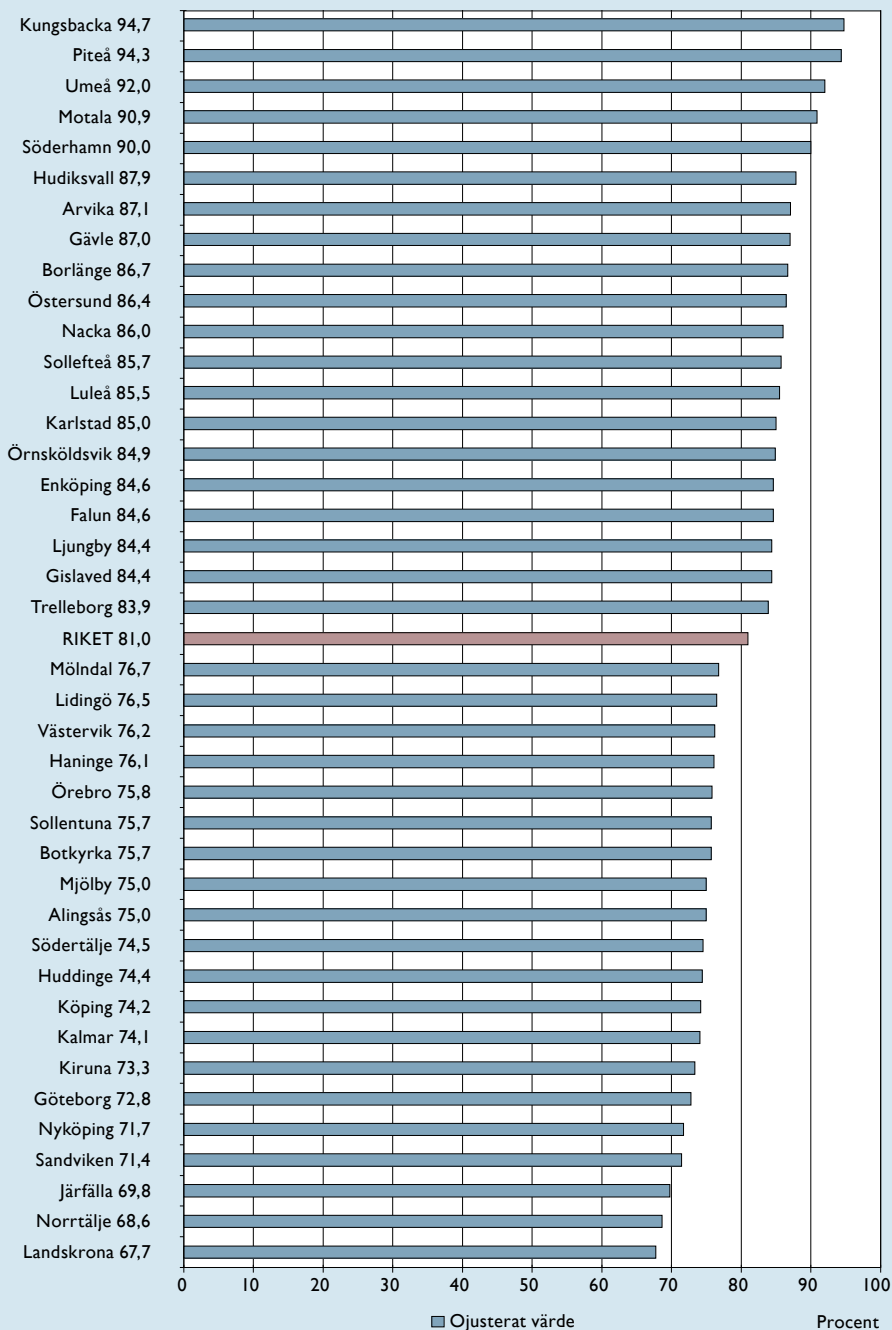


Diagram D07
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av hälso- och sjukvårdsinsatser är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 75 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke (D08)

Efter insjuknandet i stroke kan själva hjärnskadan ibland resultera i ett svårt allmänt smärttillstånd, så kallad central smärta. Men det är vanligare med smärtor från leder och muskler på grund av de snedbelastningar och rörelseinskränkningar som många får. Dessutom är det vanligt att äldre personer har olika smärttillstånd redan före insjuknandet. Att leva med ständiga smärtor påverkar livskvaliteten kraftigt och kan påverka ens psykiska välbefinnande, men i dag finns metoder som på ett effektivt sätt lindrar smärtan. Indikatorn ger en bild av kvaliteten i omvårdnaden och visar om personen får tillräcklig smärtlindring.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke under 2008 och 2009 och som uppgav att behovet av smärtlindring inte alls var tillgodosett 12 månader efter insjuknandet, av de personer som behövde smärtlindring. Underlaget består av 12 800 personer, varav 53 procent kvinnor. Uppgifterna är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Av de personer som behövde smärtlindring uppgav 12 procent att behovet inte alls var tillgodosett. 125 kommuner hade minst 30 personer med behov av smärtlindring, och bland dem varierade andelen med 2–26 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Denna indikator kan påverkas av personens individuella upplevelse av smärta och av förväntningarna på insatser som lindrar smärtan. Låg smärtröskel eller höga förväntningar kan ge ett överskattat resultat vice versa.

Bedömning av indikatorn

Det är många personer som upplever att deras behov av smärtlindring inte alls är tillgodosett. Rikets genomsnitt bedöms dock som medelbra och variationen mellan kommunerna är relativt liten.

Figur D08. Tillgodosedda behov av smärtlindring 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

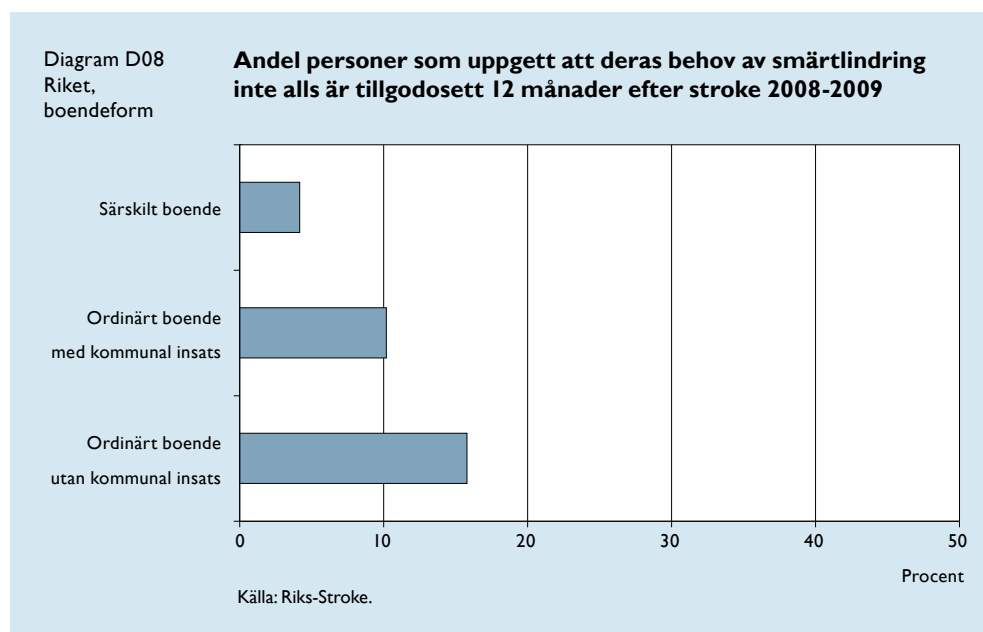
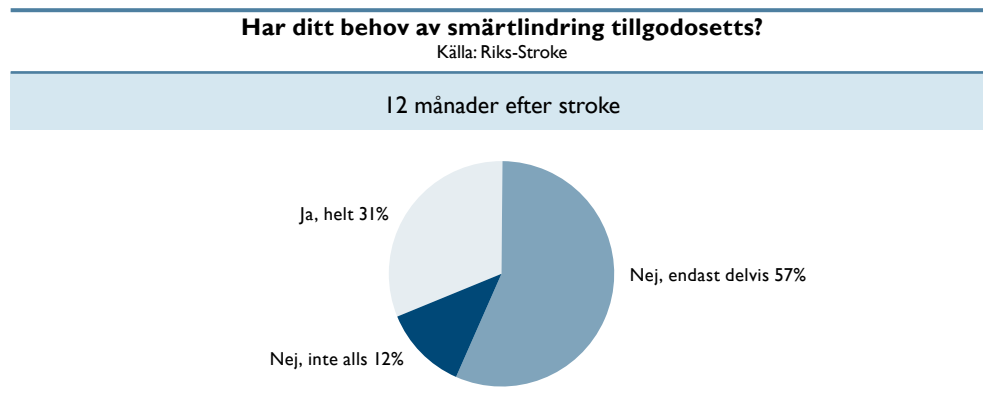


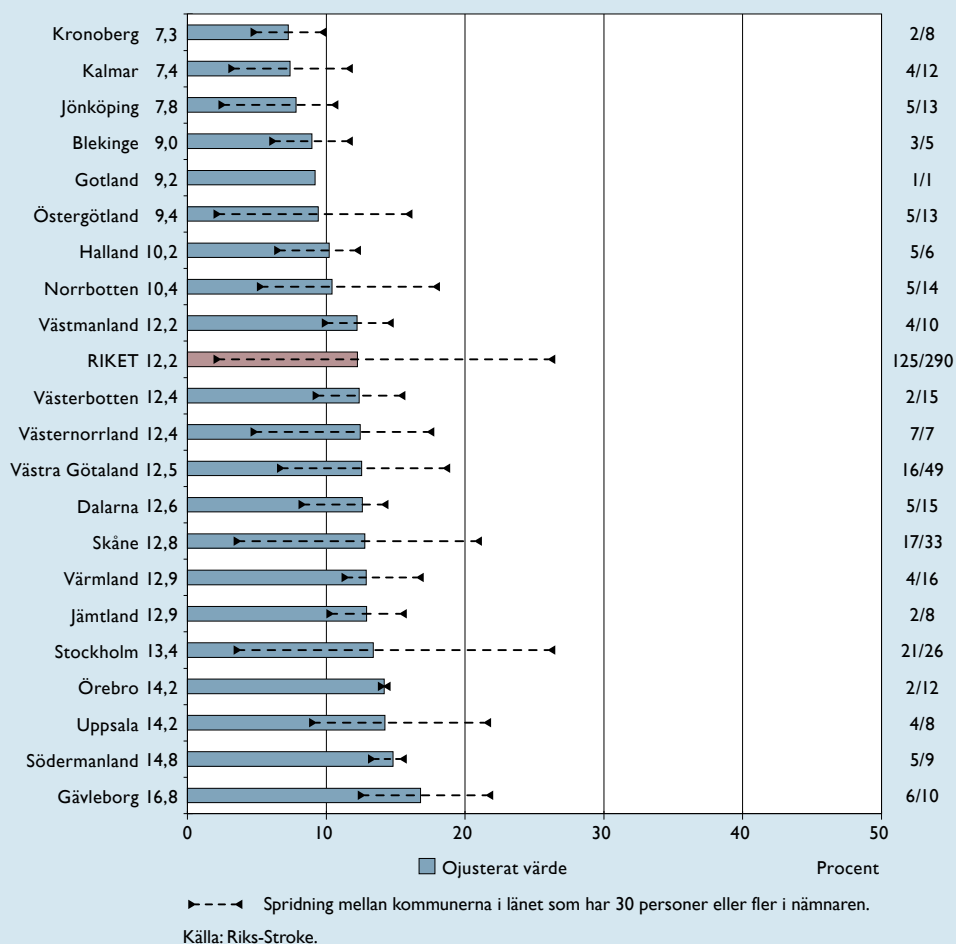
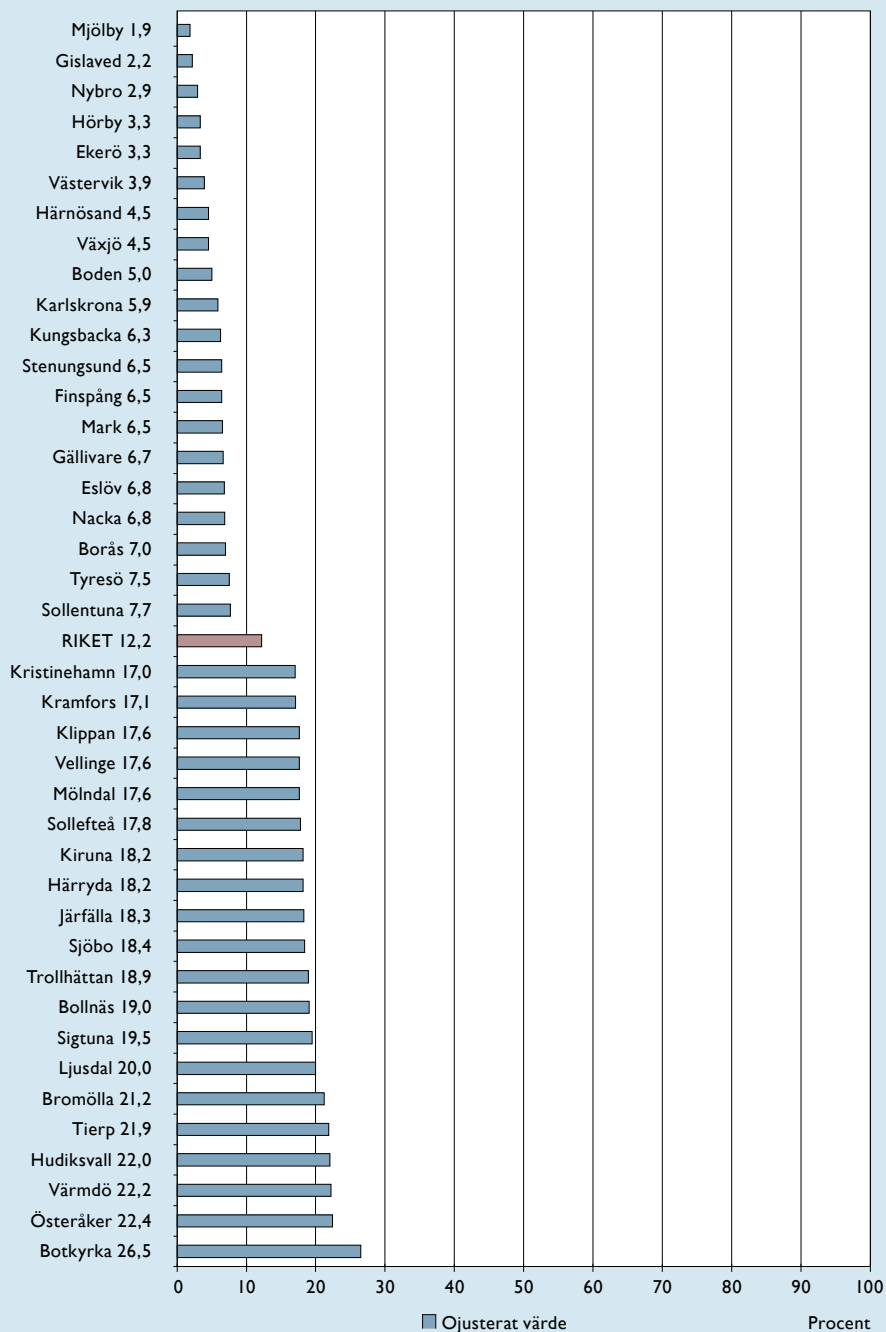
Diagram D08
Län**Andel personer som uppgett att deras behov av smärtlindring inte alls är tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

Diagram D08
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av smärtlindring inte alls är tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 125 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke (D09)

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva hjälpmedel för att fungera i vardagen. I kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård (18b § HSL) ingår att de ska tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning för att de ska kunna leva ett självständigt liv i eget boende. Indikatorn visar kvaliteten i landstingens och kommunernas utprovning och tillhandahållande av hjälpmedel.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke 2008 och 2009 och som uppgav att deras behov av hjälpmedel var helt tillgodosett 12 månader efter insjuknandet, av de som behövde hjälpmedel. 13 500 personer besvarade frågan om tillgodosett behov av hjälpmedel, varav 55 procent var kvinnor. Underlaget är hämtat från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

Ungefär 77 procent av de som behövde hjälpmedel uppgav att deras behov var helt tillgodosett. Andelen bland kommunerna var 60–94 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Utfallet kan påverkas av förväntningarna på hjälpmedlen. Högt ställda förväntningar kan leda till att utfallet är underskattat och vice versa.

Bedömning av indikatorn

Det är fler som upplever att deras behov är tillgodosedda när det gäller hjälpmedel än personlig omvårdnad och serviceinsatser. Men det är ändå en ganska stor del som inte är nöjda. Den stora variationen mellan kommunerna tyder på att många kan öka andelen som upplever att behovet är tillgodosett.

Figur D09. Tillgodosedda behov av hjälpmedel 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

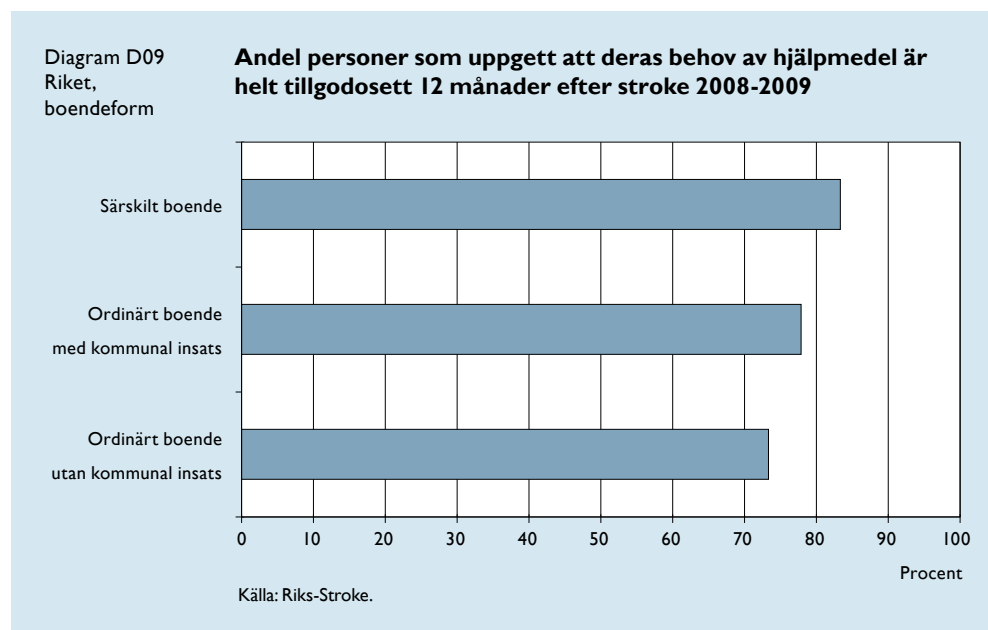
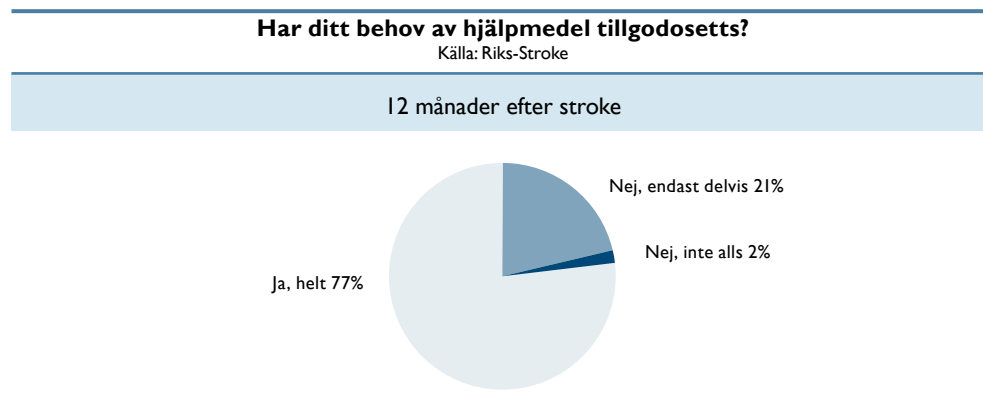
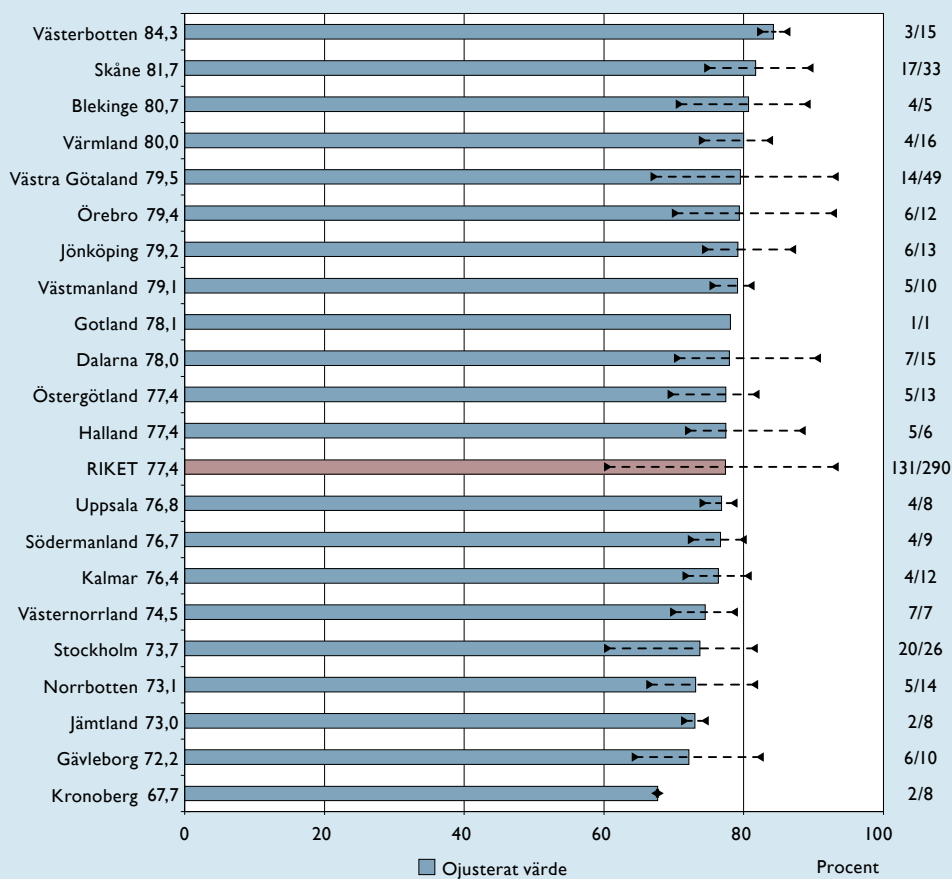
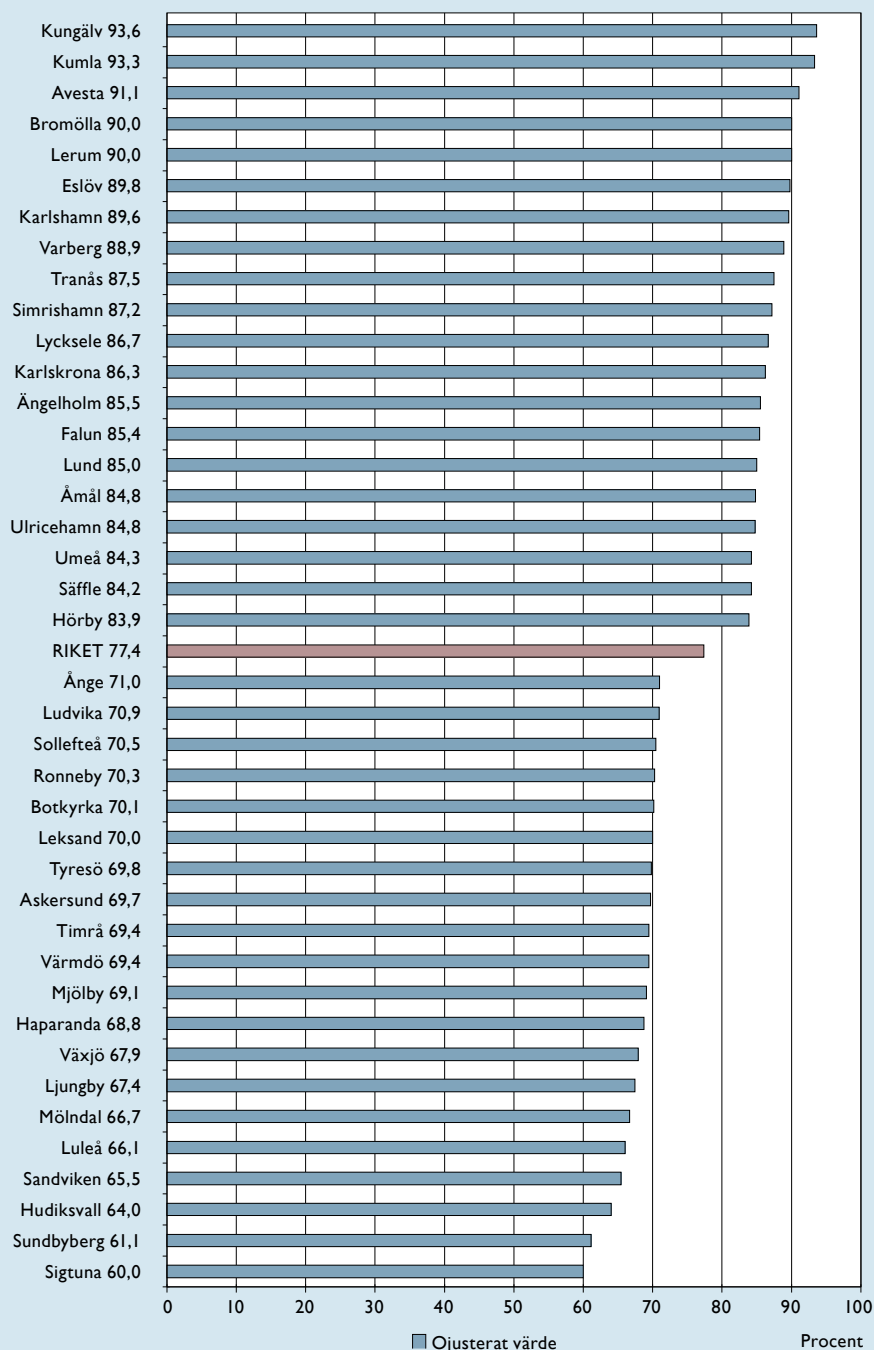


Diagram D09
Län**Andel personer som uppgett att deras behov av hjälpmedel
är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram D09
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av hjälpmedel är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 131 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke (D10)

De som har insjuknat i stroke kan behöva färdtjänst för att fungera i vardagen, delta i samhällslivet och träffa familj, vänner och bekanta. Indikatorn visar i vilken utsträckning som kommunerna tillhandahåller färdtjänst och om insatsen fungerar tillfredsställande.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen personer som insjuknade i stroke under 2008 och 2009 och som uppgav att deras behov av färdtjänst var helt tillgodosett 12 månader efter insjuknandet, av de som behövde färdtjänst. Underlaget består av cirka 11 000 personer, varav 54 procent kvinnor. Underlaget baseras på data från kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Utfall och variation

81 procent upplevde att deras behov av färdtjänst var helt tillgodosett. 102 kommuner hade 30 personer eller fler som behövde färdtjänst, och bland dem var andelen 61–96 procent.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Förväntningarna på färdtjänsten kan påverka denna indikator. Utfallet underskattas om personerna har för högt ställda förväntningar eller omvänt överskattas om personerna har för lågt ställda förväntningar.

Bedömning av indikatorn

En relativt hög andel av dem som behöver färdtjänst upplever att behovet är helt tillgodosett. Det finns dock stora skillnader mellan kommunerna vilket tyder på att många kan förbättra sitt resultat.

Figur D10. Tillgodosedda behov av färdtjänst 12 månader efter insjuknandet i stroke 2008–2009

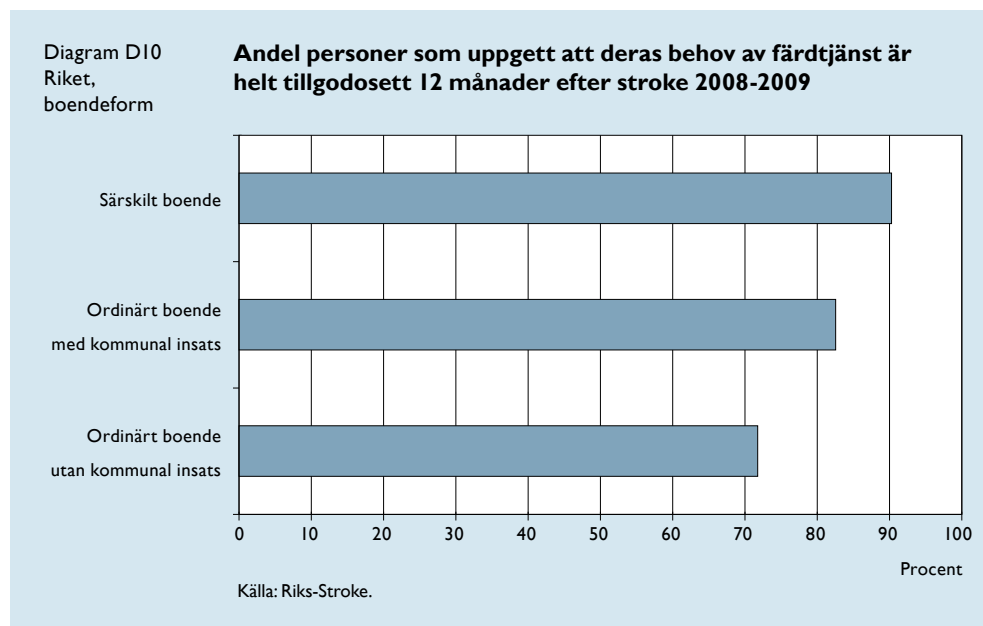
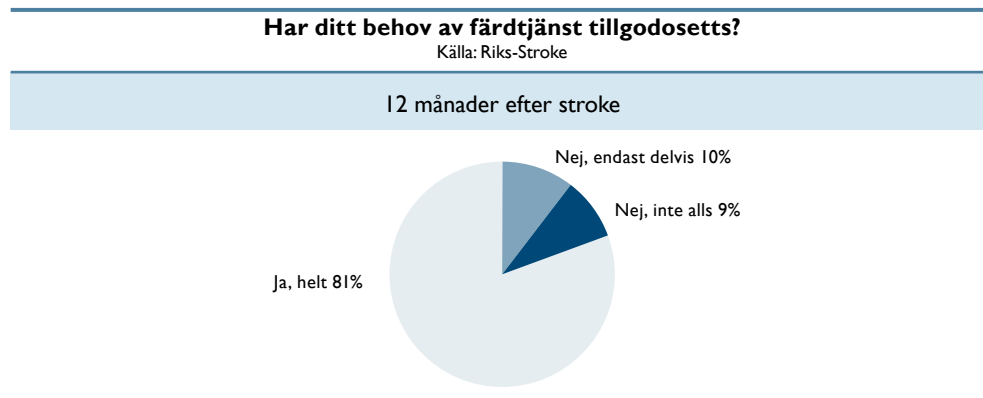
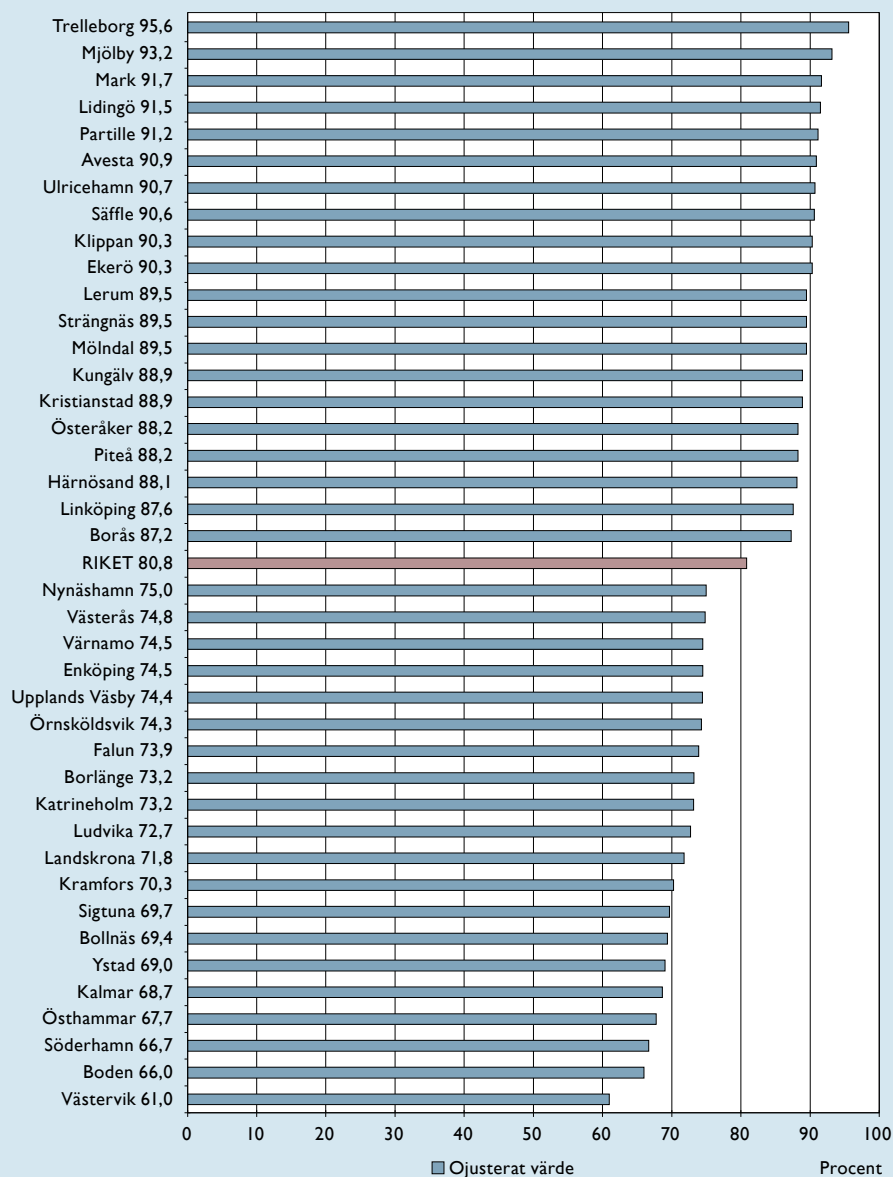


Diagram D10
Kommun**Andel personer som uppgett att deras behov av färdtjänst är helt tillgodosett 12 månader efter stroke 2008-2009**

De 20 högsta respektive lägsta värdena för de 102 kommuner som har 30 personer eller fler i nämnaren.



Källa: Riks-Stroke.

Referenser

1. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 Psykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 Strokevård Delrapport: Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Socialstyrelsen. Bättre kostnadsredovisning av hälso- och sjukvården i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
7. Svenska Kommunförbundet. Kommunen kommer hem – Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. Stockholm: Svenska Kommunförbundet; 2002.
8. Socialstyrelsen. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Socialstyrelsen; 2008.
9. Socialstyrelsen. Strokesjukvård Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
10. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. STROKE-Riksförbundet. [webbsida]. Hämtad 2011-06-29 på <http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=483&sp=451&go=Strokekompetensutbildning>.
12. Socialstyrelsen. Att förändra socialt arbete – forskare och praktiker om implementering. Stockholm: Gothia Förlag; 2008.
13. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
14. Socialstyrelsen. Nationell brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
15. Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
16. Ghatnekar O, Persson U, Glader EL, Terént A. Cost of stroke in Sweden: An incidence estimate. Int J Tech Ass Health Care. 2004;20(3):375-80.

Bilaga I. Projektorganisation

Styrgrupp

Marie Lawrence	enhetschef, Enheten för Utvärdering
Mona Heurgren	enhetschef, Enheten för Öppna Jämförelser
Lena Weilandt	enhetschef, Enheten för Nationella Riktlinjer

Projektledningsgrupp

Matilda Hansson	delrapportens projektledare
Björn Nilsson	
Rosita Claesson Wigand	

Arbetsgrupp

Från Socialstyrelsen

Matilda Hansson	projektledare, Socialstyrelsen
Björn Nilsson	
Karin Nyqvist	
Marianne Lidbrink	
Max Köster	
Lena Janzon	
Kerstin Westergren	
Mikael Fabel	kommunikation

Övriga

Pia Friberg	medicinskt ansvarig sjuksköterska, Umeå kommun, sakkunnig om kommunernas hälso- och sjukvård
Kjell Asplund	professor, registerhållare kvalitetsregistret Riks-Stroke, medicinskt sakkunnig
Per Wester	professor, medicinskt sakkunnig
Fredrik Westander	extern konsult

Övriga deltagande

Från Socialstyrelsen

Caroline Lööf	administrativt stöd
Eva Landström	stöd enkätkonstruktion
Marie Linder	statistiskt stöd
Marianne Aggestam	stöd indikatorer
Göran Zetterström	
Tsega Muzollo	statistikframställning

Övriga

Örjan Sandgren EDITA, diagramproduktion

Kvalitetsregister

Kjell Asplund registerhållare, Riks-Stroke

Fredrik Jonsson statistiker, kvalitetsregistret Riks-Stroke

Bilaga 2. Vad är stroke?

Stroke är en av våra stora folksjukdomar med svåra konsekvenser för många av dem som drabbas. Sjukdomen är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet, efter hjärtinfarkt och cancer.

En stroke kan utlösas av en blodpropp (hjärninfarkt), eller en blödning i hjärnans blodkärl. Det ger en syrebrist i den del av hjärnan där blodproppen eller blödningen finns. Syrebristen skadar de funktioner som styrs från detta område i hjärnan. När man insjuknar sker det oftast plötsligt.

De allra flesta insjuknanden i stroke beror på en hjärninfarkt, vilket förekommer i cirka 85 procent av fallen. Orsaken är att en blodpropp har bildats. Det medför att blodcirkulationen i en del av hjärnan har minskat eller upphört helt och hållet. Blodproppen kan bildas i förkalkade kärl i hjärnan och kallas då trombos. En blodpropp kan också komma med blodströmmen från en åderförkalkad halspulsåder (förträngning av karotis) eller från hjärtat i samband med förmaksflimmer. Förmaksflimmer är en vanlig störning i hjärtrytmen som kan leda till att koagel bildas i hjärtats förmak och följer med blodströmmen till hjärnan. En sådan propp kallas emboli.

Stroke kan också orsakas av en blödning. En blödning inne i hjärnan, så kallad intracerebral blödning, förekommer i 10 procent av fallen. En sådan blödning orsakas oftast av högt blodtryck eller missbildade blodkärl inne i hjärnan.

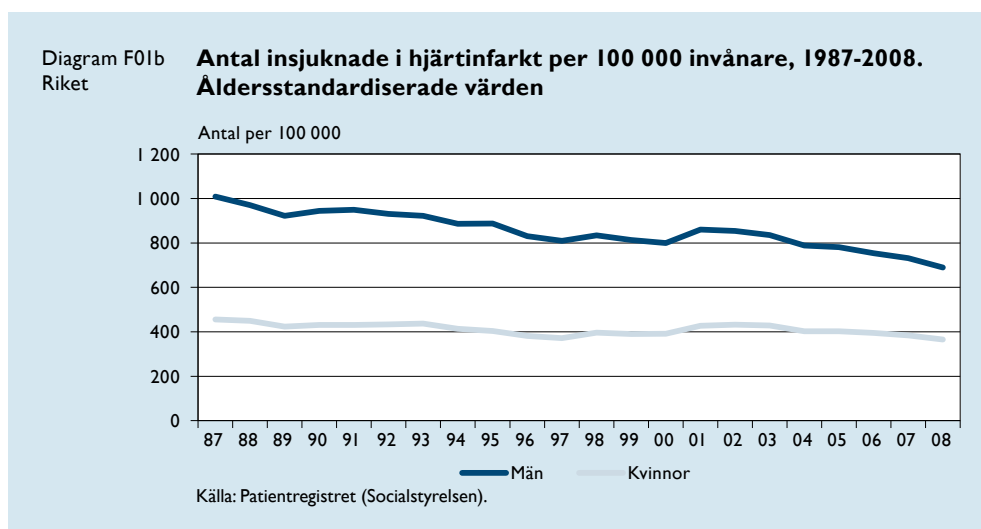
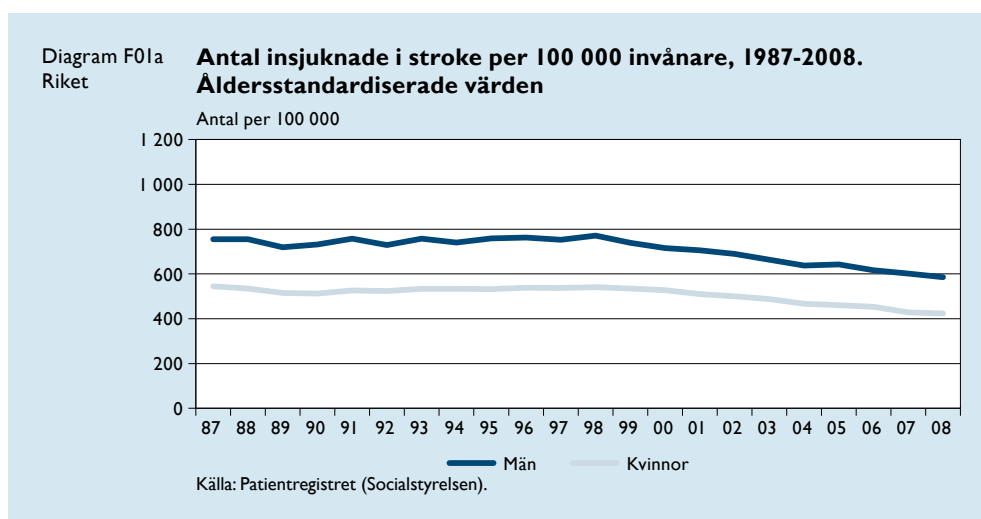
De blödningar som kan uppstå mellan de hinnor som omger och skyddar hjärnan kallas subaraknoidalblödningar och förekommer vid hälften av strokefallen orsakade av blödning. Den vanligaste orsaken till en sådan blödning är ett så kallat pulsåderbräck (aneurysm). Subaraknoidalblödningarna ingår dock inte i denna utvärdering av strokevården.

Risken för att insjukna i stroke är hög för den som fått en TIA (transitorisk ischemisk attack), en liten propp som orsakar ett tillfälligt och övergående tillstånd av syrebrist i hjärnan. De flesta TIA beror på små blodproppar som snabbt löses upp och symtomen går oftast över inom 5–10 minuter. Cirka tio procent av dem som har en TIA riskerar att få en stroke inom två dagar [1].

Insjuknade i stroke

Varje år insjuknar cirka 30 000 personer i stroke i Sverige. Drygt 80 procent av de som drabbas är över 65 år. För personer under 65 år är det främst män som drabbas (cirka 65 procent av de som insjuknade) och för personer 85 och äldre dominerar kvinnor (cirka 64 procent av de som insjuknade). Män som drabbas av stroke är i genomsnitt fem år yngre än kvinnor. Medelåldern för män var 73,4 år och för kvinnor 78,3 år. Dessutom beräknas att cirka 8 000 personer årligen drabbas av en TIA, som kan vara ett förebud för stroke [2].

Antalet insjuknade i stroke har procentuellt sett minskat ganska lika bland kvinnor och män. År 2008 utgjorde andelen insjuknade drygt 78 procent av motsvarande andel 1987. Av diagram F01 kan man se skillnaden över tid för insjuknade i stroke och hjärtinfarkt, vilken också tillhör gruppen hjärt- och kärlsjukdomar.



Högt blodtryck är den av de påverkbara riskfaktorerna som enskilt orsakar flest insjuknanden i stroke. Tidig upptäckt och behandling av högt blodtryck har därför en central roll i primärprevention (förbyggande åtgärd för att förhindra sjukdom) av stroke [1]. En anledning till att risken att insjukna i stroke har minskat under framförallt de allra senaste åren kan vara att den genomsnittliga blodtrycksnivån i befolkningen har sjunkit, efter en lång period av i stort sett oförändrade nivåer.

Variationerna kan också förklaras av socioekonomiska förhållanden. Risken att drabbas av stroke är klart högre bland lågutbildade arbetare jämfört med högre tjänstemän (35–80 procents överrisk). Denna skiktning finns hos båda könen och

beror delvis på skillnader i kända riskfaktorer som blodtryck, rökning och diabetes, men en del av skillnaderna går dock inte att förklara med detta [3].

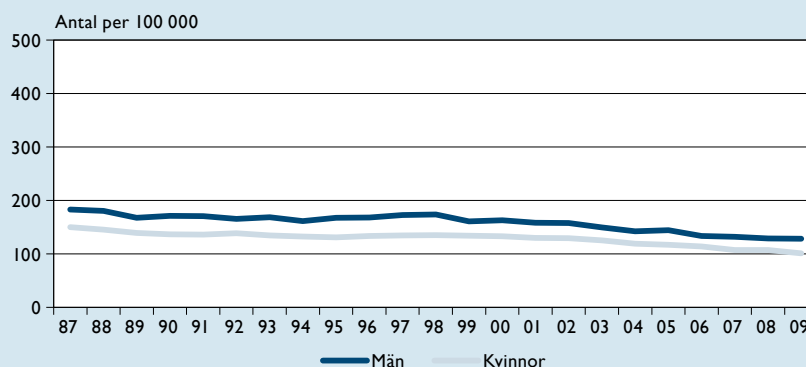
Dödlighet i stroke

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sveriges befolkning. Av alla som avled 2009 dog 37 procent av kvinnorna och 40 procent av männen till följd av hjärt- och kärlsjukdomar. Mellan åren 1987 till 2009 minskade dödligheten på grund av stroke, för kvinnor från 150 till 101 döda per 100 000 invånare och för män från som högst 183 till 128 döda per 100 000 invånare.

Minskningen i dödligheten på grund av stroke är dock betydligt mindre jämfört med dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar, till exempel hjärtinfarkt och hjärtsvikt, under motsvarande period [4]. I diagram F02 kan man se utvecklingen över tid för stroke och hjärtinfarkt, som också tillhör gruppen hjärt- och kärlsjukdomar.

Diagram F02a
Riket

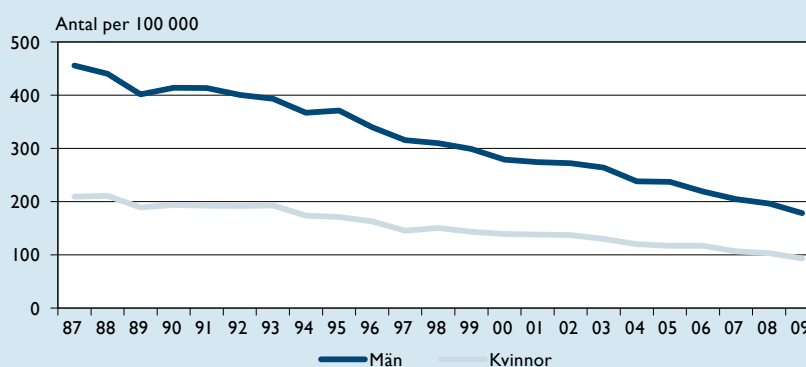
Antal döda i stroke per 100 000 invånare, 1987-2009. Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Diagram F02b
Riket

Antal döda i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 1987-2009. Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).

Det finns inga avgörande behandlingsgenombrott som skulle förklara den förbättrade överlevnaden efter stroke under de senaste åren. I stället är det flera insatser som tillsammans bidrar till den bättre prognosen. Den gynnsamma utvecklingen tycks bero på ett förbättrat omhändertagande i akutskedet av stroke men även på att sekundärpreventiva insatser som mer förbättrad läkemedelsbehandling, aktivare livsstilsinsatser, till exempel att sluta röka, och bättre rehabilitering kan ha bidragit till att minska återfallen och öka långtidsöverlevnaden [3].

Det finns regionala skillnader i Sverige där dödlighet i stroke länge har varit låg i Uppsala län jämfört med många andra län. Det finns också en öst-västlig gradient i dödlighet i stroke över Mellansverige där risken att drabbas är högre i den västra delen. Orsaken till detta är inte känt [3].

Referenser

1. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
2. Riks-Stroke Årsrapport 2009. Västerbottens läns landsting, 2010.
3. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
4. Dödsorsaker 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

Bilaga 3. Insatser och kostnader

Det finns inga uppgifter som visar vilka av kommunernas insatser enligt SoL och LSS som ges till personer som har insjuknat i stroke. Socialstyrelsen har dock kunnat kartlägga viss del av denna konsumtion genom att samköra olika individbaserade register. Utvärderingen har kunnat studera omfattningen av insatser till personer som insjuknade i stroke under en viss period, men inte av de insatser som ges på grund av en tidigare stroke. Det innebär att resultatet är underskattat. Nedan beskrivs hur uppgifterna har tagits fram för insatser enligt SoL och LSS.

Metoder

Insatser enligt SoL

En samkörning av uppgifter från Socialstyrelsens patientregister och registret över kommunala insatser enligt SoL till äldre och personer med funktionsnedsättning (i fortsättningen benämnt SoL-registret) har legat till grund för uppgifterna som visar antalet insatser enligt SoL som ges på grund av insjuknande i stroke. Från patientregistret hämtades populationen, det vill säga de personer som insjuknade i stroke 1 oktober 2007 eller senare, skrevs ut från sjukhuset 31 maj 2008 eller tidigare och som fortfarande var i livet 30 juni 2008. Tidsperioden har valts med utgångspunkt i SoL-registret som innehåller uppgifter för den 1 oktober 2007 och 30 juni 2008. Populationen uppgick till 20 000 personer.

Stroke är bara en av flera orsaker till att personer har behov av kommunala insatser enligt SoL. För att kontrollera för andra orsaker har insatserna vid mätillfället den 30 juni 2008 reducerats med de insatser som personerna hade innan insjuknandet i stroke, mätt den 1 oktober 2007. För en person som insjuknat i stroke någon gång mellan mättidpunkterna och som hade beslut om 20 timmar hemtjänst den 1 oktober 2007 och 30 timmar 30 juni 2008 har 10 timmar hemtjänst antagits bero på insjuknandet i stroke.

Insatser enligt LSS

Arbetsgruppen har också undersökt vilka insatser enligt LSS som beror på insjuknandet i stroke, på ett liknande sätt som för SoL-insatserna. LSS-registrets årliga mättag är dock 1 oktober och redovisningen bygger på uppgifter för 2007, 2008 och 2009. Populationen har anpassats till tidpunkterna och flera populationer har studerats. Den första populationen omfattar 26 000 personer som insjuknade i stroke 1 oktober 2007 eller senare, som skrevs ut från sjukhuset 1 september 2008 eller tidigare och som levde 1 oktober 2008. Denna population har kunnat följas upp både 1 oktober 2008 och 1 oktober 2009. Den andra populationen består av 25 400 personer som insjuknade i stroke 1 oktober 2008 eller senare, skrevs ut från sjukhuset 1 september 2009 eller tidigare och var vid liv 1 oktober 2009.

Kostnader för insatser enligt SoL

Kostnader för insatser enligt SoL som följd av insjuknandet i stroke har beräknats med hjälp av de uppgifterna om antal insatser enligt SoL som beskrivits ovan samt uppgifter om kommunernas genomsnittliga kostnader för insatserna. Kostnaden är en underskattning eftersom antalet personer endast avser de som insjuknat i stroke under perioden 1 oktober 2007–31 maj 2008 och inte de som tidigare haft en stroke och som fortfarande är beroende av kommunala insatser. Kostnaderna avser 2008 och har beräknats med hjälp av uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, SoL-register och från Statistiska centralbyråns undersökning Kommunernas räkenskapssammandrag.

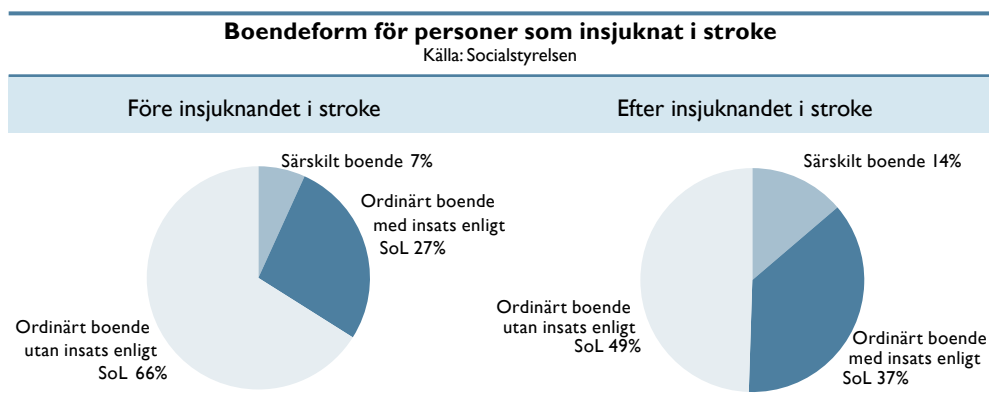
Resultat – antal insatser

Insatser enligt SoL

För personer som insjuknat i stroke mellan 1 oktober 2007–31 maj 2008 har uppgifter om vilka insatser enligt SoL som de har fått före insjuknandet respektive efter insjuknandet tagits fram. Skillnaden har antagits vara insatser som de har fått som en följd av insjuknandet i stroke. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och SoL-register.

Ungefär två tredjedelar av personerna som insjuknar i stroke har inte några insatser enligt SoL före insjuknandet. Efter insjuknandet minskar andelen som inte har några insatser enligt SoL till ungefär hälften. Andelen som bor i särskilt boende var 7 procent före insjuknandet och ökade till 14 procent efter insjuknandet. Det innebär att cirka 2 200 personer flyttade till särskilt boende efter att ha insjuknat i stroke. Även andelen i ordinärt boende som har insats enligt SoL har ökat efter insjuknandet, från 27 procent till 37 procent, dvs. ytterligare cirka 3 000 personer fick insats enligt SoL efter insjuknandet i stroke.

Figur 4: Före respektive efter insjuknandet i stroke fördelat efter särskilt boende samt ordinärt boende med respektive utan insats enligt SoL



Insatser enligt LSS

Uppgifter om insatser enligt LSS till personer som insjuknat i stroke före respektive efter insjuknandet har belysts genom samkörning mellan Socialstyrelsens patientregister och LSS-register. Uppgifterna har gällt personer som insjuknat i stroke mellan 1 oktober 2007–30 augusti 2008 respektive 1 oktober 2008 och 30 augusti 2009.

Drygt 0,3 procent av personerna 20 år och äldre och som har insatser enligt LSS insjuknar i stroke under ett år. Det är ungefär 140 personer. Utöver dessa kan det finnas personer som insjuknat tidigare i stroke och som fortfarande har insatser enligt LSS som en följd av stroke.

Personlig assistans med assistansersättning

Personer som insjuknar i stroke kan på grund av följderna av stroke beviljas assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Huvudmannaskapet för assistansersättningen är delat mellan kommunerna och staten där kommunerna står för de första 20 timmarna per vecka.

I de tidigare studier som gjorts LSS-kommittén och Försäkringskassan genomförde en aktstudie över cirka 450 personer som nybeviljats assistansersättning under 2000–2006 samt ett ungefär lika stort urval av nybeviljanden under 1994–1999. I akterna finns uppgift om diagnoser för personerna. Under perioden 1994–1999 var 5,6 procent av nybeviljade diagnostiserade med stroke och under 2000–2006 var andelen 7,7 procent [15]. Med en liknande utveckling bedöms andelen nybeviljade med diagnosen stroke vara ungefär 9,4 procent. Det innebär att cirka 100–130 personer nybeviljas assistansersättning med diagnosen stroke varje år. En grov uppskattning är att 1 000–1 500 personer har assistansersättning som följd av insjuknande i stroke.

Resultat – kostnader

Sjukdomen stroke orsakar, som alla sjukdomar, kostnader i samhället. Kostnaderna avser både direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader till exempel kostnader för hälso- och sjukvårdens behandling och rehabilitering och för kommunens insatser enligt SoL och LSS. Indirekta kostnader handlar om de förlorade intäkter som samhället skulle ha haft om sjukdomen inte uppstått, till exempel kostnader för produktionsbortfall som uppstår vid sjukfrånvaro från arbetet.

I den senaste svenska studien [16] som beräknat samhällets kostnader för stroke uppgick de direkta kostnaderna till 9,9 miljarder kronor under fyra år efter insjuknandet i stroke vid ett antagande om 19 200 förstagångsinsjuknade. Av dessa avsåg ungefär 45 procent socialtjänstens kostnader, dvs. 4,5 miljarder kronor. Kostnaderna anges i 2000 års prinsnivå.

Enligt denna svenska studie avsåg ungefär 45 procent av samhällets direkta kostnader kommunernas socialtjänst, dvs. 4,5 miljarder kronor under fyra år. Kostnaderna under det första året efter insjuknande i stroke är något högre än för de följande tre åren enligt studien. Det första årets kostnader uppskattas vara 32 procent av de beräknade kostnaderna för socialtjänsten, dvs. 1,44 miljarder

kronor. Räknas kostnaderna upp till 2008 års priser har kostnaden beräknats till 2 miljarder kronor för socialtjänsten.

Kostnader för insatser enligt SoL

Kostnaderna för kommunernas insatser enligt SoL till personer som insjuknat i stroke har beräknats till 0,7 miljarder kronor för 2008. Det motsvarar 0,7 procent av kommunens kostnader för insatser enligt SoL till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Den genomsnittliga kostnaden varierar mellan kommunerna. Skillnaderna beror på flera faktorer bland annat i vilken utsträckning som kommunerna beviljar särskilt boende och insatser i ordinärt boende påverkar antalet personer med insats och därmed de genomsnittliga kostnaderna. Ställs stora krav på behov av hjälp kan det resultera i att få personer får särskilt boende. Särskilt boende innebär ofta högre kostnader än insatser i särskilt boende med den finns individuella undantag. Kostnaden för särskilt boende 2008 varierade mellan 291 500–1 376 400 kronor per boende och mellan 4 600–229 600 kronor per person med insats enligt SoL i ordinärt boende.

Kvaliteten i vård och omsorg för personer som insjuknat i stroke varierar mellan kommunerna, och följsamheten till lagar och föreskrifter på området brister i vissa fall. Det visar resultaten i Nationell utvärdering 2011 – Strokevård, Delrapport: Kommunernas insatser.

Utvärderingen visar att ett flertal kommuner inte erbjuder rehabilitering efter stroke trots att de enligt lag är skyldiga att göra det. De rehabiliteringsinsatser som erbjuds kan dessutom se olika ut i olika kommuner, något som återspeglas i bland annat ADL-förmåga (förmåga till aktiviteter i dagliga livet) och i tillgodosett behov av rehabilitering. Andelen personer som är nedstämda tolv månader efter stroke är också betydande.

Socialstyrelsen har utifrån resultaten identifierat ett antal förbättringsområden för kommunernas vård av personer med stroke:

- Förbättra de psykosociala insatserna för att minska förekomst av nedstämdhet efter stroke
- Förbättra rehabiliteringsinsatserna
- Förtydliga ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner

Genom att lägga ytterligare kraft på att förbättra dessa områden, samt genom ännu bättre följsamhet till de nationella riktlinjerna, bör resultaten avseende såväl ADL-förmåga som livskvalitet kunna förbättras.

Nationell utvärdering 2011 – Strokevård, Delrapport: Kommunernas insatser är den andra delrapporten av två i Socialstyrelsens utvärdering av svensk strokevård. Den första delrapporten avsåg landstingens insatser. De samlade slutsatserna från båda delrapporterna samt fördjupade analyser inom några viktiga områden av strokevården presenteras i huvudrapporten **Nationell utvärdering 2011 – Strokevård**.

Utvärderingen av strokevården är en del i en serie av nationella utvärderingar där Socialstyrelsen tidigare har utvärderat hjärtsjukvården och den psykiatriska vården.

Nationell utvärdering 2011 – Strokevård – Delrapport: Kommunernas insatser

(artikelnr 2011-11-3) kan beställas från
Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: socialstyrelsen@strd.se
Fax: 08-779 96 67

Publikationen kan också laddas ner på www.socialstyrelsen.se