



Nationell utvärdering 2011

STROKEVÅRD

Nationell utvärdering 2011

STROKEVÅRD

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 978-91-86885-57-1
Artikelnr 2011-II-2

Omslagsfoto Corbis, Johnér

Sättning Edita Västra Aros
Tryck Edita Västra Aros, Västerås, november 2011

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	7
Rapportens disposition	9
Slutsatser och rekommendationer	11
Vård och omsorg vid stroke	19
Akut omhändertagande	19
Sjukhusvård	21
Rehabilitering och hjälpmedel	22
Indikatorer och analyser	23
Process- och resultatindikatorer – ett urval	23
Behandling i akutskedet	24
Sekundärpreventiv behandling	32
Effekter av vård och omsorg	38
Tillgodosedda behov och nöjdhet	44
Karotiskirurgi	48
Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel	53
Gränsdragning för ansvaret i ordinärt boende	53
Skillnader i resultat	53
Samverkan mellan kommuner och landsting	54
Föreskrifter om samverkan och samordning	54
Kommuners och landstings samverkan	55
Skillnader i effekter av vård och omsorg	56
Rehabilitering efter stroke	57
Dag- eller teamrehabilitering kontra hemrehabilitering	57
Anhörigas insatser och stöd	60
Beroende av stöd och hjälp från anhöriga	60
Stora konsekvenser för anhöriga	63
Behov av kunskap	64
Stöd till anhöriga	
Tandvård efter stroke	65
Strokevårdens effektivitet	67

Referenser	73
Bilaga 1. Projektorganisation	75
Bilaga 2: Förteckning över process- och resultatindikatorer	77

Förord

Socialstyrelsen har gjort en nationell utvärdering av den svenska strokevården. Denna rapport innehåller slutsatser och rekommendationer, några fördjupade analyser och jämförelser inom några särskilt viktiga förbättringsområden. Rapporten bygger bland annat på två delrapporter, en om landstingens insatser och en om kommunernas insatser. Rapporten ingår i serien Nationell utvärdering som sedan tidigare innehåller utvärderingar av hjärtsjukvården och den psykiatriska vården.

Stroke är en sjukdom som kommer plötsligt och oväntat och kan leda till stora konsekvenser för många av dem som insjuknat. Socialstyrelsen presenterade nationella riktlinjer för strokesjukvård under hösten 2009 som ett led i att förbättra vården och omsorgen. De nationella riktlinjerna rör främst landstingens verksamhet men strokevården berör även kommunerna. Av den anledningen har Socialstyrelsen utvärderat både landstingens och kommunernas strokevård.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer inom både kommuner och landsting: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Den bidrar också med kunskap för andra intressenter som patientföreningar, brukarorganisationer, olika professioner inom vård och omsorg samt medier.

Underlaget kommer bland annat från flera enkätundersökningar, Socialstyrelsens hälsodataregister och register över socialtjänstinsatser och två nationella kvalitetsregister inom strokeområdet. Företrädare för kvalitetsregistren har tagit del av textutkast till samtliga rapporter och bidragit med värdefulla synpunkter. Ett särskilt tack riktas till dem för utan deras samverkan hade utvärderingen inte varit möjlig.

Projektledare för utvärderingen har varit *Matilda Hansson* (kommunernas insatser) och *Björn Nilsson* (landstingens insatser). Övriga personer som bidragit mycket till utvärderingen är *Rosita Claesson Wigand*, *Mikael Fabel*, *Lena Janzon*, *Behzad Kouchehi*, *Max Köster*, *Tsega Muzollo* och *Karin Nyqvist* samt *Kjell Asplund* (professor, medicinsk sakkunnig), *Pia Friberg* (medicinskt ansvarig sjuksköterska, sakkunnig om kommunernas hälso- och sjukvård), *Per Wester* (professor, medicinskt sakkunnig) och *Fredrik Westander* (konsult). Ansvarig chef har varit *Marie Lawrence* som tillsammans med *Mona Heurgren* och *Lena Weilandt* utgjort styrgrupp för projektet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Sammanfattning

Samverkan mellan kommuner och landsting leder till bättre resultat för personer som insjuknat i stroke. Det visar Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården. Uppgifter från enkäter till landets strokeenheter och kommuner visar att i 44 procent av kommunerna har både landstinget och kommunen uppgett att de har samverkansplaner eller rutiner för samverkan när det gäller rehabilitering. I dessa kommuner visar flera resultatindikatorer, till exempel allmänt hälsotillstånd, nedstämdhet och tillgodosett behov av rehabilitering efter sjukhusvistelsen, bättre resultat än i övriga kommuner.

Dödlighet och förmåga till aktiviteter i dagliga livet (ADL) har endast förbättrats marginellt under de senaste tio åren. Andelen patienter som återinsjuknat i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom har heller inte minskat i någon större omfattning, trots tillgång till bättre sekundärpreventiv behandling. Variationerna mellan kommunerna är stora bland annat när det gäller andelen personer som är nedstämda ett år efter insjuknandet i stroke. Socialstyrelsen har utifrån resultaten identifierat ytterligare ett antal förbättringsområden för strokevården:

- Förkorta väntetider i strokevården
- Öka andelen patienter som får vård på strokeenhet
- Förbättra sekundärpreventiv läkemedelsbehandling
- Operera fler förträngningar i halspulsådern (karotisstenos)
- Förbättra rehabiliteringen både under och efter sjukhusvistelsen
- Öka antalet personer som får psykosocial behandling

Genom att lägga kraft på dessa områden, samt genom ännu bättre följsamhet till de nationella riktlinjerna, bör resultaten för bland annat dödlighet, ADL-oberoende och nedstämdhet kunna förbättras och skillnaderna mellan landsting och mellan kommuner minskas.

Flera kommuner erbjuder inte rehabilitering efter stroke, trots att de enligt lag är skyldiga att göra det. Utvärderingen har också identifierat risk för att personer som behöver rehabilitering och hjälpmedel efter insjuknandet i stroke inte får det. Ett landsting kan ha olika hemsjukvårdsavtal med olika kommuner och det kan vara svårt för personer som insjuknat i stroke och deras anhöriga att veta vem som har ansvaret och vem de ska vända sig till om de är i behov av rehabilitering och hjälpmedel.

Personer som bor i ordinärt boende där kommunen ansvarar för hemsjukvården har bättre utfall i några resultatindikatorer som exempelvis allmänt hälsotillstånd, nedstämdhet, tillgodosett behov av stöd och hjälp samt hjälpmedel, än i kommuner där landstingets primärvård har ansvaret.

Många anhöriga uppger i utvärderingen att de är i behov av ytterligare information om strokesjukdomen och dess förlopp och om specifika behandlingsmetoder. De enkäter som anhöriga till personer som insjuknat i stroke har besvarat visar också att sjukdomen får stora konsekvenser för anhöriga, till exempel bundenhet. Endast en låg andel anhöriga uppger att de har fått något stöd från kommunen trots att kommunen är skyldig att ge detta enligt lag.

Ungefär dubbelt så många män som kvinnor får dag- och teamrehabilitering efter insjuknandet i stroke. Oavsett kön och ålder pekar indikatorerna på ett bättre resultat för personer som fått dag- och teamrehabilitering än personer som fått hemrehabilitering. Det är dock oklart vad som ingår och vem som ansvarar för de olika typerna av rehabilitering. Kvinnor och män bör få dag- och teamrehabilitering i samma utsträckning och hemrehabiliteringen behöver förbättras.

Personer som insjuknat i stroke besöker i lägre utsträckning tandvården än personer i befolkningen som helhet. Besök hos tandvården har en viktig förebyggande effekt mot tand- och munhåleproblem som kan uppstå efter insjuknandet i stroke.

Socialstyrelsen kommer att inom några år att på nytt utvärdera strokevården. Då följs rekommendationerna och de förbättringsområden som identifierats i denna utvärdering upp. Det finns också verksamheter som inte har fångats i denna rapport som kan komma att utvärderas i framtiden. Socialstyrelsen förväntar sig att landsting och kommuner använder rapporten som utgångspunkt för sitt arbete med att ytterligare förbättra strokevården.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med kapitlet *Slutsatser och Rekommendationer*. Där presenteras Socialstyrelsens slutsatser och rekommendationer baserade på såväl resultaten i delrapporterna Landstingens insatser och Kommunernas insatser [1–2] som på de fördjupade analyser som presenteras i denna rapport.

Efter rekommendationskapitlet följer en beskrivning av hur vårdkedjan kan se ut i strokevården. Avsikten med avsnittet är att ge en överblick av de olika moment och vårdinsatser som kan bli aktuella för en person som insjuknat i stroke.

I kapitlet *Indikatorer och analyser* presenteras först de resultat som bedömts vara särskilt anmärkningsvärda i de båda delrapporterna [1–2]. För varje indikator presenteras diagram och textkommentar. Därefter följer analyser och kommentarer till flera viktiga aspekter av landstingens och kommunernas strokevård. Exempel på detta är ansvarsfördelning, samverkan, rehabiliteringsinsatser och anhörigas insatser. Kapitlet avslutas med några exempel på effektivitetsanalyser avseende landstingens och/eller kommunernas vård av personer som insjuknat i stroke.

I bilaga 1 presenteras en förteckning över projektdeltagare och andra som bidragit till arbetet. I bilaga 2 listas de process- och resultatindikatorer som ligger till grund för rapporten.

Slutsatser och rekommendationer

I detta avsnitt presenterar Socialstyrelsen ett antal slutsatser och rekommendationer om strokevården utifrån våra bedömningar av de insamlade uppgifterna. Rekommendationerna och slutsatserna gäller de områden inom strokevården där vi bedömer att inga eller endast några få landsting, sjukhus eller kommuner når upp till en önskvärd nivå eller att kommunerna och landstingen brister i sitt ansvar enligt lag. De rör också områden där det finns stora skillnader i praxis mellan olika landsting, sjukhus och kommuner när det gäller den vård och omsorg som de erbjuder.

Utöver rekommendationerna i detta kapitel ger Socialstyrelsen också förslag på förbättringsområden för de enskilda landstingen, se bilaga 4 Landstingsprofiler i Delrapport: Landstingens insatser. Vi presenterar inga förbättringsområden för enskilda kommuner men bilaga 3 till Delrapport: Kommunernas insatser visar indikatorerna per kommun [1–2].

Alla indikatorer har en bokstav och en siffra i namnet, exempelvis A01. Bokstaven anger vilken del av vårdkedjan som indikatorn tillhör. En komplett förteckning över samtliga indikatorer finns i kapitlet Process- och resultatindikatorer – ett urval.

Rekommendationerna nedan ska underlätta kommunernas, landstingens och sjukhusens ordinarie arbete med att förbättra strokevården. Tanken är att sätta fokus på områden där strokevården inte når upp till en önskvärd nivå när det gäller riket som helhet. Det finns dock enstaka kommuner, landsting och sjukhus som redan når en tillräckligt hög nivå för en eller flera av de aktuella indikatorerna.

Socialstyrelsen ska särskilt följa upp de indikatorer som ligger till grund för rekommendationerna. Det gör vi i samband med nästa utvärdering av strokevården, som påbörjas inom ett par år. De kommuner, landsting och sjukhus som redovisar svagare resultat bör då ha haft möjlighet att förbättra resultaten. Utvärderingen är också ett viktigt underlag för Socialstyrelsens tillsyn.

Förtydliga ansvaret och samordna strokevården

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 slutna vård (SOSFS 2005:27).

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting

- tillsammans tar fram vårdprogram för rehabilitering efter stroke
- i högre utsträckning samverkar kring rehabilitering efter stroke.

Till viss del är det oklart vem som har ansvaret för att ge personerna rehabilitering och hjälpmedel efter stroke. Det handlar om gränsdragningen mellan vilka personer som de olika huvudmännen ansvarar för men också om att kommunerna i ett landsting kan ha olika avtal med landstinget. Otydligheterna finns framför allt i de avtal som rör hemsjukvård i ordinärt boende. Flera kommuner använder den så kallade tröskelprincipen där ansvaret beror på om personen kan ta sig till vårdcentralen eller inte. Andra kommuner uppger till exempel att gränsen beror på kommunens biståndsbeslut eller personens vårdbehov. Vet kommuner och landsting vilka personer de har ansvar för när det gäller rehabilitering och hjälpmedel efter insjuknande i stroke?

Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende verkar ge bättre resultat för personer som har insjuknat i stroke än primärvårdens hemsjukvård som finansieras av landstinget. Det kan bero på hur samverkan mellan landsting och kommuner fungerar men orsakerna kan vara flera.

Endast 58 procent av kommunerna uppger att de har rutiner för att samordna rehabiliteringen med landstinget, generellt eller specifikt för stroke. Socialstyrelsen föreskriver (SOSFS 2007:10) att landstinget och kommunen gemensamt ska ta fram rutiner för att samordna sina rehabiliteringsinsatser. Rutinerna ska säkerställa att samordningen följer föreskrifterna, att personal med ansvar för samordningen utses och det finns förutsättningar för att kunna samordna insatserna. Det finns även en föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård (SOSFS 2005:27), och enligt den ska landsting och kommuner ha rutiner för vårdplanering innan en patient skrivs ut. De ska dessutom ha rutiner för hur de för över information till varandra.

I Socialstyrelsens enkät fick strokeenheterna ange om det finns en gemensam plan för samverkan mellan strokeenheten och de eftervårdande enheterna i kommunen. Enligt enkätsvaren saknar hela 28 procent av enheterna en sådan samverkansplan. Alla kommuner och landsting verkar inte heller vara överens om att de har en samverkansplan eller rutiner för samverkan. Endast i 44 procent av kommunerna överensstämmer svaren från strokeenheterna och kommunerna. Detta tyder på att många samverkansplaner eller -rutiner inte används eftersom åtminstone en part inte känner till den aktuella planen eller rutinen. I de kommuner där svaren överensstämmer visar många resultatindikatorer på bättre utfall än i övriga kommuner.

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. Om vårdprogrammet bygger på vetenskaplig kunskap kommer de resurser som läggs på rehabilitering efter stroke att ge bra effekter, och möjliggör hög kvalitet och effektivitet inom verksamheten.

Förbättra behandlingen i akutskedet

Socialstyrelsen förväntar sig att hälso- och sjukvården

- ökar antalet trombolyslarm (A02)
- minskar väntetiden mellan ankomst till sjukhus och trombolysbehandling (A03, A03b)
- ger fler strokepatienter vård på strokeenhet (A06)
- lägger in fler strokepatienter direkt på strokeenhet (A07)
- genomför sväljtest för fler strokepatienter vid ankomst till sjukhus (A08).

I de flesta landsting är andelen trombolyslarm alltför låg (A02). Ett trombolyslarm innebär att ambulansen förvarnar det mottagande sjukhuset om att en patient med misstänkt stroke är på väg in. Med bättre rutiner för trombolyslarm ökar möjligheterna till ett snabbt och effektivt omhändertagande av patienten på sjukhuset.

På många sjukhus får patienten också vänta för länge från ankomsten till sjukhuset till dess att trombolysbehandlingen börjar (A03, A03b). Målsättningen bör vara att trombolysbehandlingen ska börja så snart som möjligt om patienten uppfyller behandlingskriterierna för trombolys. I dag är medianväntetiden i riket över en timme, vilket innebär att hälften av patienterna får vänta längre än så. Socialstyrelsen bedömer att det resultatet bör kunna bli markant bättre.

Andelen patienter som vårdas på strokeenhet (A06) och andelen som vid inläggning på sjukhus läggs direkt på strokeenhet (A07) har ökat under senare år. Trots detta visar jämförelserna i utvärderingen att det finns relativt stora skillnader mellan landstingen och mellan sjukhusen i hur stor andel som vårdas på en strokeenhet. Dessutom är den andelen alltför låg i riket som helhet. Det finns också tecken på att färre äldre personer får vård på en strokeenhet, vilket strider mot riktlinjerna. Socialstyrelsen anser att andelen som vårdas på strokeenhet bör kunna öka framöver, samt att fler strokepatienter kan läggas in direkt på en strokeenhet.

Sväljtest på patienter som har insjuknat i stroke (A08) är ett enkelt och effektivt sätt att bedöma risken för aspiration, det vill säga att patienten ska råka få ner mat eller dryck i luftvägarna på grund av en nedsatt sväljreflex. Detta är en högt prioriterad åtgärd i riktlinjerna, men praxisskillnaderna i landet är stora. Socialstyrelsen anser att alla strokepatienter bör få göra ett sväljtest om de är i skick att genomföra testet.

Förbättra rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting:

- förbättrar rehabiliteringen bland annat genom ökad följsamhet till rekommendationerna i Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 för att minska dödligheten (C01, C02, C02b, C03), minska andelen återinsjuknade (C04) och öka andelen ADL-oberoende (C05, C05b)

Andelen döda eller ADL-beroende efter stroke (C03) har varit i princip oförändrad under de senaste tio åren, liksom andelen återinsjuknade i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom (C04). Den oförändrade andelen återinsjuknanden kan vara ett tecken på att de sekundärpreventiva insatserna inte varit tillräckligt effektiva. Det finns också variationer mellan landsting och mellan sjukhus som tyder på att resultaten kan bli bättre på båda dessa områden. Socialstyrelsen har också jämfört dödligheten efter stroke med dödligheten efter hjärtinfarkt under samma period, och ser en viss skillnad till hjärtinfarktpatienternas fördel.

Andelen som utan hjälp klarar aktiviteter i dagliga livet, ADL, varierar stort mellan kommunerna (C05, C05b). På riksnivå är andelen ungefär densamma efter 12 månader som efter 3 månader, men funktionen kan bli bättre med en god rehabilitering och lämpliga anpassningsåtgärder, i synnerhet under de första månaderna efter stroke.

Socialstyrelsen anser att dödligheten och ADL-beroendet efter stroke kan minska, liksom andelen återinsjuknade, om landstingen och kommunerna blir bättre på att följa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Öka tillgången på rehabilitering och hjälpmedel

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 (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting

- undersöker vilka skillnader som finns mellan hemrehabilitering och dag- eller teamrehabilitering och åtgärder eventuella brister
- ger kvinnor och män dag- eller teamrehabilitering i samma utsträckning.

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

Dag- eller teamrehabilitering verkar ge bättre resultat än hemrehabilitering, oavsett kön och ålder. Vad som ingår i respektive rehabiliteringsform och vem som erbjuder vilken form är oklart. Uppgifterna visar dock att det är färre kvinnor än män som får dag- eller teamrehabilitering. Det innebär att färre kvinnor får den rehabilitering som ger bättre resultat, vilket Socialstyrelsen ser som oacceptabelt.

Det är också många personer som inte får någon bedömning av sitt behov av hjälpmedel och bostadsanpassning. Bland dem finns 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 och bristerna kommer troligen på sikt leda till att ett ökat behov av stöd och hjälp.

Öka sekundärpreventionen

Socialstyrelsen förväntar sig att hälso- och sjukvården

- behandlar fler strokepatienter i åldersgruppen 20–74 år med förmaksflimmer med warfarin (B03, B03b)
- behandlar fler patienter med statin efter stroke (B06, B06b)
- hjälper fler att sluta röka efter stroke (B08).

Patienter med hjärninfarkt som även har ett förmaksflimmer löper ökad risk att insjukna i en ny stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. Det är därför viktigt att dessa patienter behandlas med blodförtunnande läkemedel, warfarin, för att minska risken för nya blodproppar (B03, B03b). Jämförelserna i denna rapport visar att andelen strokepatienter med förmaksflimmer i åldersgruppen 20 till 74 år behandlas med warfarin i alltför låg grad i förhållande till en rimlig nivå på cirka 70 procent. Variationen i riket är också oacceptabelt stor. Socialstyrelsen anser att en högre andel i den aktuella gruppen bör behandlas med warfarin framöver.

Socialstyrelsen rekommenderar statinbehandling efter stroke för att minska risken för återinsjuknande i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom (B06, B06b). Andelen i riket som får denna behandling är dock alltför låg. Dessutom varierar utskrivningen av statiner en hel del, främst mellan sjukhusen. Bedömningen är att de flesta landsting och sjukhus bör öka andelen statinbehandlade.

Patienter som har rökt före sin stroke bör få stöd och hjälp med att sluta röka eftersom det minskar risken för att återinsjukna i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. Patienterna behöver insatser för rökavvänjning tidigt efter in-

sjuknandet vilket ökar chansen att de blir rökfria (B08). Utvärderingen visar att mindre än hälften av de patienter som rökte före sin stroke hade slutat vid mät-tillfället 3 månader efter insjuknandet. Variationen mellan landstingen är dessutom stor. Landstingen kan förbättra sina rökavvänjande insatser, och Socialstyrelsen bedömer att en högre andel av strokepatienterna då bör kunna sluta.

Möt behovet av karotiskirurgi

Socialstyrelsen förväntar sig att hälso- och sjukvården

- ökar antalet karotisoperationer för att möta det faktiska behovet av ingreppet (E01)
- arbetar för att väntetiden till kirurgi för patienter med symtomgivande karotisstenos inte ska överskrida 14 dagar (E02).

Förträngda halskärl (karotisstenos) ökar risken för stroke. Förträngningarna kan ge symptom i form av transitorisk ischemisk attack (TIA) eller lindrig stroke, och då är en operation inom 14 dagar ett effektivt sätt att minska risken för en allvarlig stroke. Det finns dock stora skillnader mellan landstingen i hur många patienter som opereras (E01), och dessutom är variationen i medianväntetid för patienter med symtomgivande karotisstenos oacceptabelt stor mellan landstingen (E02). Hälften av landstingen har en medianväntetid på över 14 dagar, vilket innebär att minst hälften av patienterna får vänta längre än rekommenderat. Socialstyrelsen förväntar sig att landstingen med dåliga resultat ska öka antalet karotisoperationer i den aktuella patientgruppen, samt minska väntetiderna till operation.

Ge fler psykosociala insatser och bättre information

Socialstyrelsen förväntar sig att kommunerna och landsting

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

Indikatorn nedstämdhet 12 månader efter insjuknandet i stroke (C09b) visar att en stor andel ofta eller ständigt är nedstämda. Andelen ökar också något mellan mät-tidpunkterna 3 och 12 månader efter insjuknandet. Depression eller nedstämdhet kan försämra resultatet av rehabilitering, men rehabiliteringens resultat påverkar också människors sinnesstämning. Med psykosociala stödinsatser och medicinsk

behandling går det att minska förekomsten av depression efter stroke. På sikt kan det troligen även förbättra gruppens allmänna hälsotillstånd, samt göra att färre behöver stöd och hjälp och att fler kan återgå till sitt arbete.

Andelen som upplever att deras behov av stöd och hjälp är tillgodosett 3 månader efter insjuknandet i stroke (D02) borde kunna öka, exempelvis genom att erbjuda information som ger rimliga förväntningar eller mer stöd och hjälp. Variationerna mellan kommunerna tyder på att det är möjligt.

Ge mer information och stöd till anhöriga

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner

- ser över hur de erbjuder och tillhandahåller anhörigstöd enligt 5 kap 10 § Socialtjänstlagen (2001:453).

Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner och landsting

- ger anhöriga mer information, framförallt om strokesjukdomen och dess förlopp, specifika behandlingsmetoder och möjligheter till anhörigstöd.

Anhöriga är en viktig grupp för de personer som har insjuknat i stroke och deras insatser är ofta omfattande och avgörande för att rehabiliteringsinsatserna ska ge bra resultat. Strokeenheterna uppger att det finns rutiner för att informera både patienter och anhöriga om strokesjukdomen, återhämtning efter stroke och vilken hjälp som finns att tillgå, men många anhöriga upplever ändå att de behöver mer kunskap. Framför allt efterfrågas mer kunskap om strokesjukdomen och dess förlopp men även kunskap om specifika behandlingsmetoder och möjligheterna att få anhörigstöd.

Sedan den 1 juli 2009 ska kommunerna erbjuda anhörigstöd till personer som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre och anhöriga som stödjer närstående som har funktionshinder (5 kap. 10 § SoL). En mycket liten andel av de anhöriga upplever att de har fått något stöd från kommunen.

Förbättra möjligheten att följa upp strokevården

Socialstyrelsen förväntar sig att

- registreringen av diagnoskoder och åtgärds-koder i strokevården ska ske i enlighet med etablerade klassifikationer och kodverk.

Strokevårdens organisation varierar mellan landstingen och sjukhusen och det finns även olika praxis för hur vårdgivare registrerar exempelvis bidiagnoser och åtgärds-koder. Detta gör det svårt att jämföra registerdata för vårdkonsumtion och kostnader för strokevården mellan landsting och mellan sjukhus. En mer enhetlig registrering av bidiagnoser och åtgärder underlättar jämförelser av strokevården och kostnaderna för den.

Vård och omsorg vid stroke

Stroke är en sjukdom som ofta kommer plötsligt och oväntat, och insjuknandet kan vara dramatiskt. Det är vanligt att den som hastigt blir sjuk får sänkt medvetande och förlamningssymtom. Ibland är dock symtomen otydligare och därmed svårtolkade. Den drabbade kan exempelvis bli svag i en arm eller få talsvårigheter. Oavsett symtombild är det viktigt att personen fort får vård, och där har befolkningens kunskaper om symtombilden vid stroke stor betydelse liksom ambulanssjukvårdens insatser. De akuta insatserna ska i första hand begränsa den hjärnskada som kan uppkomma vid stroke för att därmed minska risken för död eller funktionsnedsättning. Det är dock även viktigt att påbörja rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt eftersom insatsernas effekt är störst i det tidiga skedet. Denna rehabilitering kan ske antingen på sjukhus medan patienten är inlagd eller i patientens egen hemmiljö, så kallad strokeinriktad hemrehabilitering.

När de akuta insatserna är avslutade skrivs patienten ut från sjukhuset. Många kan återvända till sitt eget hem med hjälp och stöd av kommunen och landstinget, men en del behöver ytterligare eftervård på kommunens särskilda boenden eller motsvarande. Rehabiliteringen ska dock fortsätta även efter utskrivningen så att personen får goda möjligheter till ett gott liv.

Akut omhändertagande

Prehospitala insatser vid misstänkt stroke

En person som insjuknar i stroke måste snabbt få professionell vård, men det förutsätter att någon ringer efter ambulans. Detta förutsätter i sin tur att befolkningen vet hur stroke yttrar sig, och att person med strokesymtom genast måste få vård. Under de närmaste åren planerar landstingen en informationskampanj till allmänheten om stroke och strokesymtom i syfte att minska tiden mellan insjuknandet och ankomsten till sjukhus.

En annan viktig faktor i vårdkedjan är larmcentralens och ambulanssjukvårdens agerande vid en misstänkt stroke. Det går att korta tiden från insjuknandet till den första vårdinsatsen genom att sätta en hög prioritet när ambulansen larmas ut. Ambulanspersonalen kan i sin tur skynda på handläggningen genom att starta ett trombolyslarm, det vill säga förvarna det mottagande sjukhuset om att en person med misstänkt stroke är på väg in. Sjukhuset kan då vidta vissa förberedande åtgärder för att korta väntetiden inför en eventuell propplösande behandling eller någon annan akut insats. Ambulanssjukvården är en nyckelaktör i den akuta fasen av sjukdomen.

Ankomsten till sjukhus

Det initiala omhändertagandet på sjukhuset varierar beroende på hur sjukhuset har valt att organisera sin strokevård. På en del sjukhus finns rutiner för att transportera patienten direkt från ambulansen till röntgen eller en strokeenhet för att kunna starta en eventuell behandling så fort som möjligt. På andra sjukhus undersöks patienten först på akutmottagningen innan det blir aktuellt med röntgen. Organisationsformen beror på flera olika faktorer, men det viktiga är att omhändertagandet är skyndsamt, säkert och strukturerat.

För att kunna ge en optimal behandling är det ytterst viktigt att ställa diagnosen tidigt. Stroke kan dock bero på antingen en blödning i hjärnan eller en blodpropp och därför behöver diagnosen fastställas med hjälp av en röntgenundersökning, vanligast med datortomografi, innan det går att ge rätt behandling.

Trombolysbehandling

I det akuta skedet kan en blodproppshämmande behandling ha stor effekt, så kallad trombolys. Trombolysbehandlingen innebär att ett blodproppshämmande läkemedel injiceras i blodet under noggrann övervakning. Läkemedlet hjälper till att bryta ner den blodpropp som blockerar blodkärlet i hjärnan. På så vis kan blodförsörjningen och syresättningen till hjärnans celler återställas, och hjärnskadan minimeras eller helt undvikas. Det finns dock viktiga förbehåll. Innan patienten kan få trombolysbehandling måste hon eller han diagnostiseras med datortomografi eller någon annan likvärdig undersökning för att säkerställa att stroke inte beror på en hjärnblödning. Därför kan patienten inte få trombolysbehandlingen direkt i ambulansen. Om det visar sig att stroke beror på en blodpropp (hjärninfarkt) passar det med trombolys, förutsatt att patienten uppfyller ett antal viktiga kriterier. Det får dock inte gå mer än 4,5 timme från det att första symtomen uppträdde och för bästa resultat bör behandlingen ges så tidigt som möjligt efter symtombut.

Trombolys ökar risken för att patienten ska drabbas av hjärnblödning. Denna risk är störst hos äldre patienter, och det läkemedel som används är därför inte rekommenderat för patienter över 80 år. I vissa fall kan det ändå finnas skäl att behandla äldre patienter, men bara då efter en särskilt omsorgsfull medicinsk bedömning av en läkare.

I de nationella riktlinjerna för strokesjukvård [3] har trombolysbehandling till patienter upp till 80 år med hjärninfarkt fått prioritet 1 (högsta prioritet) på en 10-gradig skala om behandlingen ges inom 3 timmar. Prioriteten 2 om den ges 3–4,5 timme efter insjuknandet.

Sjukhusvård

Vård på strokeenhet

Enligt de nationella riktlinjerna bör patienter med stroke vårdas på en särskild strokeenhet för att de ska få en god vård. En strokeenhet är en tydligt definierad och identifierbar enhet på ett sjukhus där man enbart (eller nästan enbart) tar hand om strokepatienter. På en strokeenhet ska det exempelvis finnas personal med expertkunnskap inom stroke och rehabilitering, multidisciplinära team med specifika kompetenser, fastställda vårdprogram för registrering och för åtgärder i akutskedet och i rehabiliteringsskedet samt tydliga rutiner för informationsöverföring till patienter och deras anhöriga. Patienter som vårdas på en strokeenhet har högre överlevnad och bättre förmåga att klara aktiviteter i dagliga livet, ADL, även på längre sikt [4–6]. Det är dessutom en vårdform som ger positiva resultat oavsett patientens kön, ålder och hjärnskadans svårighetsgrad. De nationella riktlinjerna [3] ger vård på en strokeenhet högsta prioritet (prioritet 1 av 10).

Rehabiliteringsåtgärder – tidigt skede

Målmedveten rehabilitering är en mycket viktig åtgärd, både i det akuta och i det efterföljande skedet av stroke. Syftet med rehabiliteringen är att patienten ska återfå eller lära om de funktioner i kroppen som har försämrats eller helt försvunnit till följd av hjärnskadan. Ju tidigare rehabiliteringen börjar, desto större möjligheter har patienten att återfå viktiga kroppsfunktioner. Patienter som har måttliga eller lindriga restsymtom av sin stroke kan gärna lämna sjukhuset relativt tidigt för att i stället få sin rehabilitering i hemmet. Genom strokeinriktad hemrehabilitering får patienten en möjlighet att träna upp sina funktioner i hemmiljön och det ger sannolikt lika goda resultat som om patienten hade stannat kvar på sjukhuset och fått rehabiliteringen där. För att strokeinriktad hemrehabilitering ska kunna ersätta rehabilitering på sjukhus måste den dock koordineras eller ges av ett särskilt multidisciplinärt rehabiliteringsteam där även läkare ingår.

De nationella riktlinjerna för strokevård ger hög prioritet (3 av 10) till tidig utskrivning från sjukhuset i kombination med strokeinriktad hemrehabilitering när det gäller patienter med milda eller måttliga symtom. Rehabilitering på sjukhus är också högprioriterat enligt riktlinjerna; åtgärden har fått prioritet 2 på den 10-gradiga skalan [3].

Utskrivning från sjukhus

När det akuta skedet i sjukdomen bedöms vara över är det dags för patienten att skrivas ut från sjukhuset. Många kan återvända till sitt eget boende med eller utan stöd, men en del behöver en större vårdinsats. Det kan då vara aktuellt med ett korttidsboende eller ett särskilt boende i kommunens regi. För att besluta om rätt nivå på insatserna efter utskrivningen ska det finnas en skriftlig rutin om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (2 kap. 3 § SOSFS 2005:27). I den ska framgå hur vårdplaneringen inför utskrivningen ska upprättas samt hur

informationen ska överföras mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. Vid vårdplaneringsmötet beslutas om vilken vårdnivå personen behöver efter utskrivningen från sjukhuset.

Rehabilitering och hjälpmedel

Efter utskrivning från sjukhuset bör rehabiliteringen fortsätta inom primärvården som omfattar både landstingens primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård. När det gäller personer i särskilt boende inklusive korttidsboende har kommunen ansvaret för att ge rehabilitering och hjälpmedel. Bor personen i ordinärt boende kan antingen landstinget eller kommunen ha ansvaret för rehabiliteringen och eventuella hjälpmedel beroende på överenskommelser mellan landstinget och kommunen enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Landstinget ansvarar dock alltid för alla läkarinsatser.

Kommunen och landstinget ska gemensamt utforma rutiner för att samordna rehabiliteringsinsatserna när det gäller personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOSFS 2007:10). Dessa personer ska kunna få en namngiven ansvarig samordnare som ska ta fram en samordningsplan. Rutinerna ska också säkerställa att de ansvariga samordnarna har förutsättningar för att klara sin uppgift. Enligt föreskriften har bägge huvudmännen ansvar för 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.

Indikatorer och analyser

Process- och resultatindikatorer – ett urval

De två publicerade delrapporterna innehåller 62 indikatorer för strokevården [1–2]. Cirka 40 av dem speglar landstingens slutenvårdsinsatser medan ett 20-tal indikatorer beskriver utfallet för rehabiliteringsinsatser efter sjukhusvården. Rehabiliteringsinsatserna kan ske i landstingets regi inom den specialiserade vården eller inom primärvården eller i kommunernas regi inom deras hälso- och sjukvårdsansvar. Detta kapitel lyfter fram ett urval av dessa indikatorer, nämligen de som ligger till grund för rekommendationerna.

Indikatorerna har delats in i fem kategorier.

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

Bokstaven i indikatorernas benämning visar vilken kategori som indikatorn tillhör. Indikator C05 tillhör därmed kategorin C – Effekter av vård och omsorg. Några indikatorer följs upp vid två mättningspunkter: 3 månader och 12 månader efter stroke. För att särskilja dessa har indikatorn fått tillägget b vid den andra uppföljningstidpunkten, till exempel C05b.

Redovisningen av indikatorerna sker i diagramform och där det är relevant visas utvecklingen över tiden för riket. De indikatorer som vänder sig till landstingens strokesjukvård visas resultatet på landstingsnivå medan de som speglar rehabilitering efter sjukhusvistelsen visar data på länsnivå med spridningen mellan kommunerna.

Det finns flera felkällor som kan göra det svårt att tolka indikatorernas utfall, till exempel skillnader i ålderssammansättning och medvetandegrad. För att öka jämförbarheten har Socialstyrelsen kontrollerat för detta när det gäller indikatorer där åldern eller medvetandegraden kan påverka utfallet.

Beskrivningen av indikatorerna i detta kapitel är ett utdrag av de texter som presenterar indikatorn i delrapporten. En fullständig redovisning av varje indikator finns i respektive delrapport. Där redovisas bland annat identifierade felkällor och tolkningssvårigheter. Bilaga 4 i Delrapport: Landstingets insatser redovisar indikatorerna per landsting och sjukhus, och motsvarande för kommunerna finns i bilaga 3 i Delrapport: Kommunernas insatser. [1–2]

Inga specifika uppgifter har samlats in från landstingens primärvård. Vissa av indikatorerna som ingår i Delrapport: Kommunernas insatser speglar dock insat-

ser från såväl kommunernas hälso- och sjukvård som landstingens primärvård. I bilaga 2 redovisas samtliga indikatorer som utvärderingar har analyserat och där framgår även vilka indikatorer som speglar både kommunernas hälso- och sjukvård och landstingens primärvård.

Behandling i akutskedet

Tidsfördröjning mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (A03)

När en patient med misstänkt stroke anländer till sjukhuset är det viktigt att snabbt ställa en korrekt diagnos med en klinisk undersökning och datortomografiundersökning av hjärnan. Det finns en tydlig tidsgräns för hur länge efter symptomdebuten som det är möjligt att ge propplösande behandling (trombolys), och för att behandlingen ska få bra effekt är det viktigt att minska all onödig tidsfördröjning i det akuta skedet. Målet är att patienten ska få trombolysbehandling så fort som möjligt och alltid inom en timme efter ankomsten till sjukhuset.

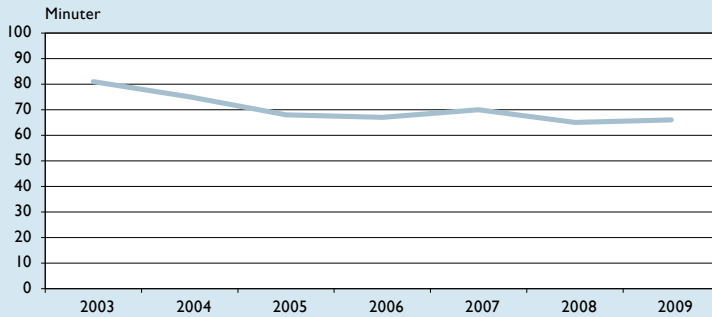
Utfall och variation

Under perioden 2003 och 2009 minskade mediantiden mellan ankomst och behandling med 15 minuter, till 66 minuter. De senaste åren har dock kurvan planat ut. År 2009 fick 40 procent av de behandlade patienterna trombolys inom 60 minuter, men andelen patienter som behandlas inom 30 minuter var cirka 5 procent under hela perioden. Allt fler får dock sin behandling inom 45 minuter vilket är en förbättring med 11,5 procentenheter sedan 2003.

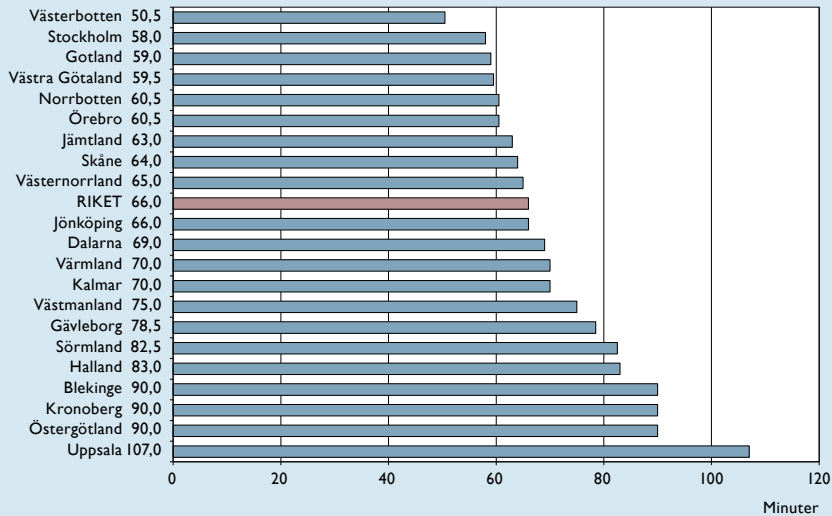
För landstingen skiljer det 56 minuter mellan den kortaste och längsta mediantiden. Fyra landsting har en medianfördröjning på över 90 minuter mellan ankomsten till sjukhuset och trombolysbehandlingens start. Det finns också påtagliga skillnader mellan landstingen i fråga om andelen patienter som får trombolys inom 30 minuter. I tre landsting är andelen behandlade inom 30 minuter över 12 procent, medan det år 2009 var sex landsting som inte påbörjade en enda trombolysbehandling under patientens första halvtimme på sjukhuset.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att det dröjer för länge innan patienterna får trombolysbehandling. Tidsfördröjningen varierar dock mycket mellan landstingen och det beror troligen på att landstingen har olika processer för det akuta omhändertagandet av strokepatienter. Bara några procent av patienterna får sin trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomsten till sjukhuset och andelen är densamma som för sju år sedan. Flera av landstingen bör kunna börja behandlingen betydligt snabbare än i dag.

Diagram A03
Riket**Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad
trombolysbehandling**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram A03
Totalt**Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad
trombolysbehandling, 2009**

Källa: Riks-Stroke.

Vård på strokeenhet (A06)

Patienter som har insjuknat i stroke bör vårdas på strokeenhet, vilket är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna. Strokeenheter är vårdavdelningar som är organiserade för att i huvudsak vårda patienter som har insjuknat i stroke. De har personal med expertkompetens inom strokevård och vårdarbetet bedrivs i multidisciplinära team med en specifik personalsammansättning. Strokeenheterna arbetar också efter fastslagna vårdprogram och tydliga rutiner. Det finns undersökningar som visat att de som vårdas på strokeenhet har högre överlevnad och bättre funktionsförmåga efter stroke. Dessa positiva effekter gäller samtliga strokepatienter oavsett ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Åtgärden har fått högsta prioritet (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna.

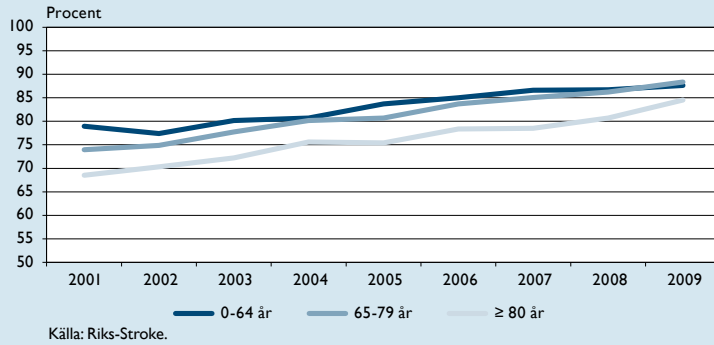
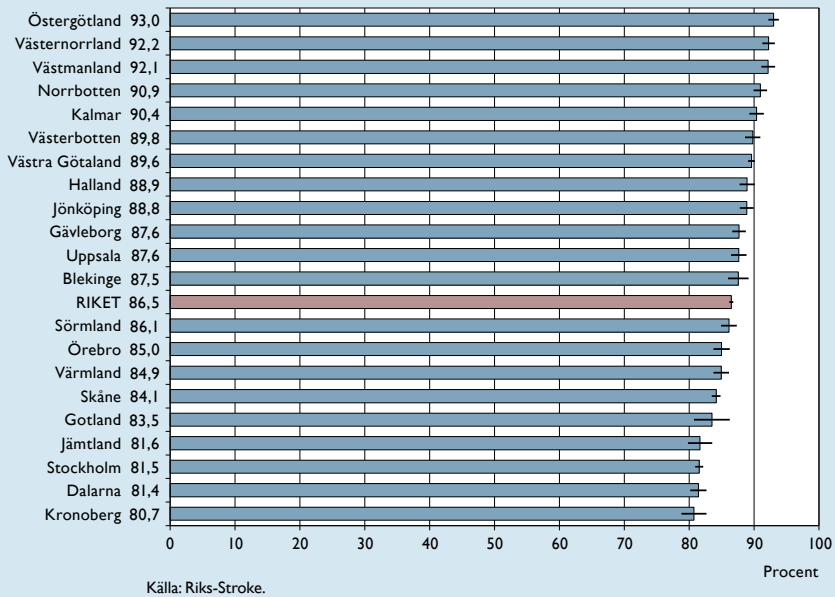
Utfall och variation

Andelen strokepatienter som vårdas på en strokeenhet har ökat stadigt under de sista tio åren, och var 87 procent år 2009. Ökningen var 14 procentenheter mellan åren 2001 och 2009 med en liten skillnad mellan kvinnor och män. Däremot är det färre patienter i åldersgruppen över 80 år som vårdas på en strokeenhet jämfört med övriga åldersgrupper. Denna skillnad har krympt något under de sista åren.

Variationen mellan landstingen var 12 procentenheter år 2009 för män och kvinnor tillsammans, men något större när det gäller kvinnor: cirka 15 procentenheter. Skillnaden var större mellan sjukhusen, hela 42,5 procentenheter. Flera av landets större sjukhus hade en relativt låg andel vårdade på en strokeenhet vilket kan bero på att en högre andel av strokepatienterna i stället behövde vård på en intensivvårdsavdelning.

Bedömning av resultat

Andelen patienter som vårdas på en strokeenhet har ökat under de senaste åren. Åtgärden har dock hög prioritet i riktlinjerna och därför bör målet vara att över 90 procent av strokepatienterna ska få sådan vård. I dagsläget når endast en tredjedel av sjukhusen upp till detta. Dessutom är det färre av de äldsta patienterna som vårdas på strokeenhet, vilket inte stämmer med rekommendationen i riktlinjerna. Jämförelsen gäller 2009 års data, och situationen kan vara annorlunda i dag eftersom en ökning av antalet platser på strokeenhet snabbt kan förändra utfallet för enskilda sjukhus.

Diagram A06
Riket, ålder**Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet**Diagram A06
Totalt**Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2009**

Direktintag på strokeenhet (A07)

Strokeenheterna ger högre vårdkvalitet för personer som har insjuknat i stroke och därför bör de läggas in direkt på strokeenheten vid ankomsten till sjukhuset. I de nationella riktlinjerna är denna indikator formulerad på följande sätt: ”Andel patienter med stroke som initialt tillbringar del av den akuta vårdtiden på annan vårdenhet än strokeenhet”. I denna jämförelse har Socialstyrelsen ändrat formuleringen så att den i stället lyder ”Andel patienter med stroke som lagts in direkt på strokeenhet vid inläggning på sjukhus”.

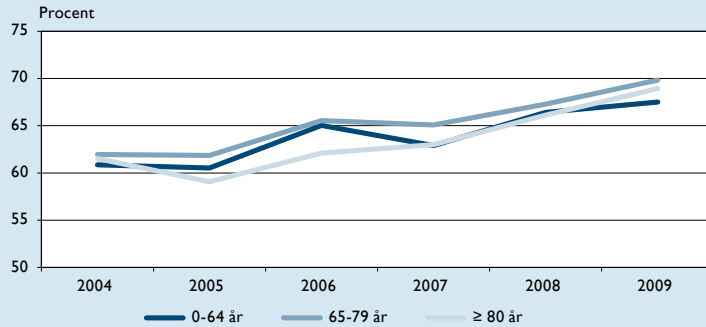
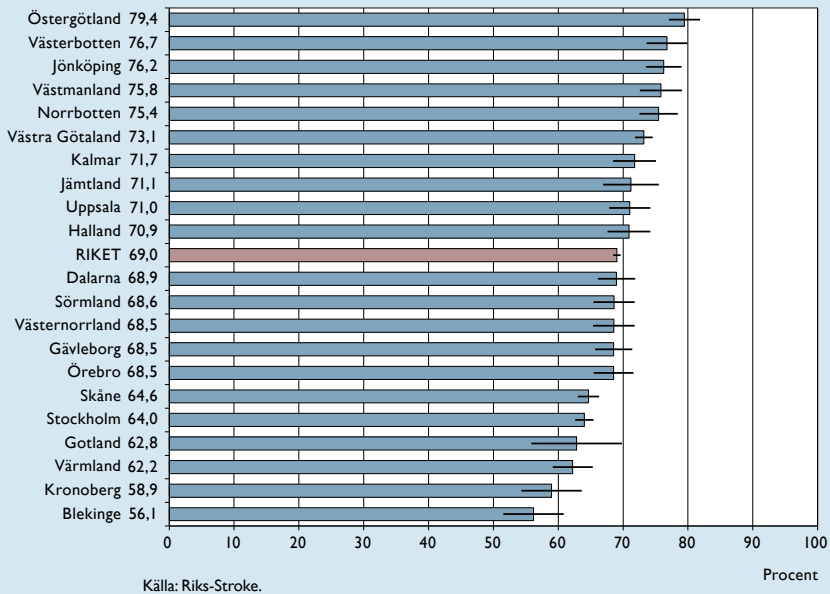
Utfall och variation

Andelen strokepatienter som direkt läggs in på strokeenhet har ökat under de sista tio åren, till 69 procent år 2009. Tidigare år fanns också en skillnad mellan kvinnor och män som i princip har försvunnit. Andelen direktinläggningar har ökat mer i åldersgruppen 80 år och äldre än i övriga åldersgrupper de senaste tre åren. År 2009 var andelen högre i den åldersgruppen som direkt hamnat på strokeenhet än i den yngsta åldersgruppen.

I landstingsjämförelsen skiljer det 23 procentenheter mellan den högsta och den lägsta andelen. Inget landsting når över 80 procent och sex stycken når inte ens 65 procent.

Bedömning av resultat

De flesta sjukhus bör kunna lägga in 80 procent direkt på strokeenheten. Resultatet har blivit bättre under de senaste åren men rikets genomsnitt är ändå en bit under det önskvärda. Inget landsting når heller upp till 80 procent och det finns stora skillnader mellan landstingen och mellan sjukhusen.

Diagram A07
Riket, ålder**Andel strokepatienter som lagts in direkt på strokeenhet vid
inläggning på sjukhus**Diagram A07
Totalt**Andel strokepatienter som lagts in direkt på strokeenhet vid
inläggning på sjukhus, 2009**

Test av sväljförmåga vid akut stroke (A08)

Många som insjuknat i stroke får nedsatt förmåga att svälja. Mat kan då hamna i luftstrupen, vilket i värsta fall leder till andningsstopp eller en svår lunginflammation. När patienten läggs in vid sjukhuset bör vårdpersonalen därför rutinmässigt bedöma sväljförmågan med ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna.

Utfall och variation

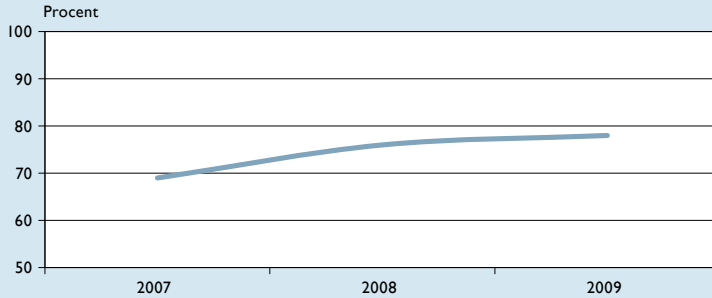
I riket som helhet har andelen sväljtest ökat från 69 procent år 2007 till 78 procent 2009. Det går inte att se några tydliga köns- eller åldersskillnader.

Andelen patienter som genomgår ett sväljtest var 67–91 procent i landstingen, alltså en variation på 24 procentenheter. Till höger i landstingsdiagrammet syns andelen patienter som vid ankomst till sjukhus var aktuella för ett sväljtest, det vill säga de som var vid medvetande. Resultatet visar inga tydliga könsskillnader även om det i vissa landsting skiljer ett par procentenheter mellan män och kvinnor, dock åt båda hållen.

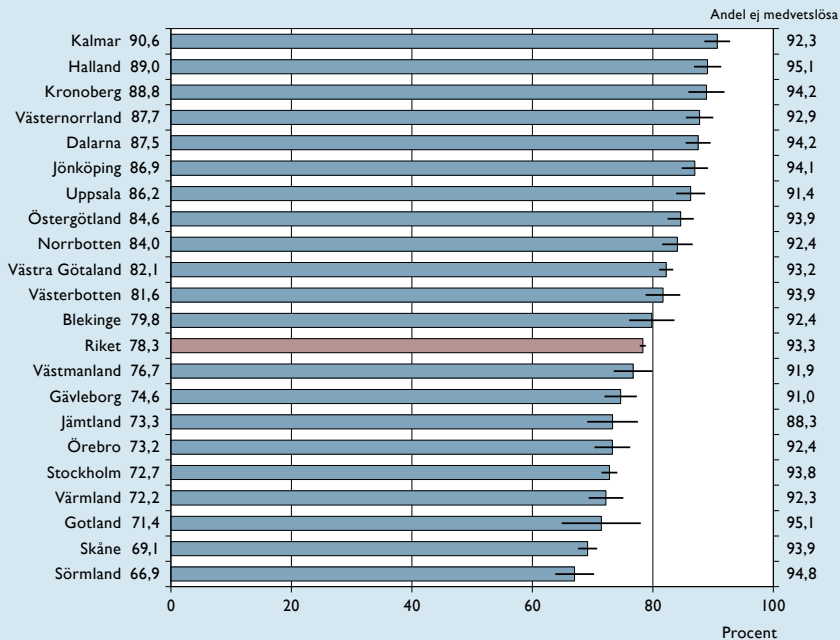
Under samma period var variationen större mellan sjukhusen, 36–100 procent. Vid 48 av de totalt 76 sjukhusen hade mer än 80 procent av patienterna genomgått sväljtestet. Vid ankomsten var 86–97 procent av patienterna vid medvetande.

Bedömning av resultat

Samtliga patienter som var vid medvetande vid ankomst till sjukhuset bör sväljtestas. Därför bör majoriteten av landstingen och sjukhusen kunna testa upp till 90 procent av sina patienter. Vid vissa sjukhus är andelen testade fortfarande låg, och resultatet för riket som helhet når inte heller upp till riktlinjens intention. De sjukhus som testar färre än 80 procent bör undersöka om de kan förbättra sina rutiner.

Diagram A08
Riket**Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus**

Källa: Riks-Stroke.

Diagram A08
Totalt**Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2009**

Källa: Riks-Stroke.

Sekundärpreventiv behandling

Warfarinbehandling vid förmaksflimmer efter stroke (B03)

Patienter med förmaksflimmer som insjuknar i stroke behöver behandling med warfarin (blodproppshämmande läkemedel) som sekundärprevention för att minska risken för en ny stroke. Behandlingen med warfarin innebär dock en del risker, framför allt för äldre patienter. Därför är det åldersgruppen 20–74 år som står i fokus i denna mätning. En stor del av patienterna har en ökad blödningsrisk och därför kontraindikationer mot denna behandling, men utvecklingen i många landsting visar att det är möjligt att behandla två tredjedelar eller fler av de patienter med förmaksflimmer som insjuknar i stroke. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 2 av 10).

Utfall och variation

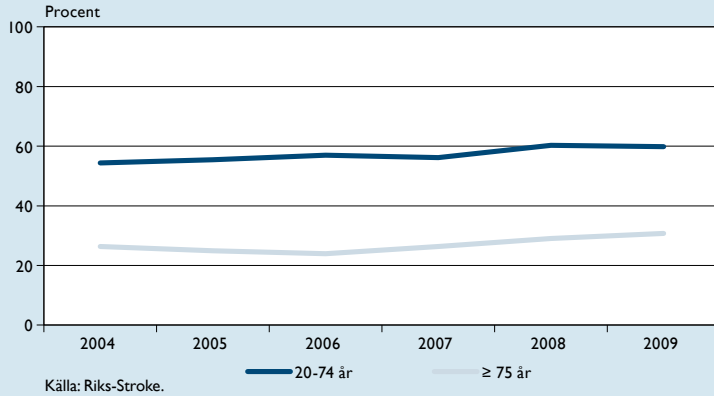
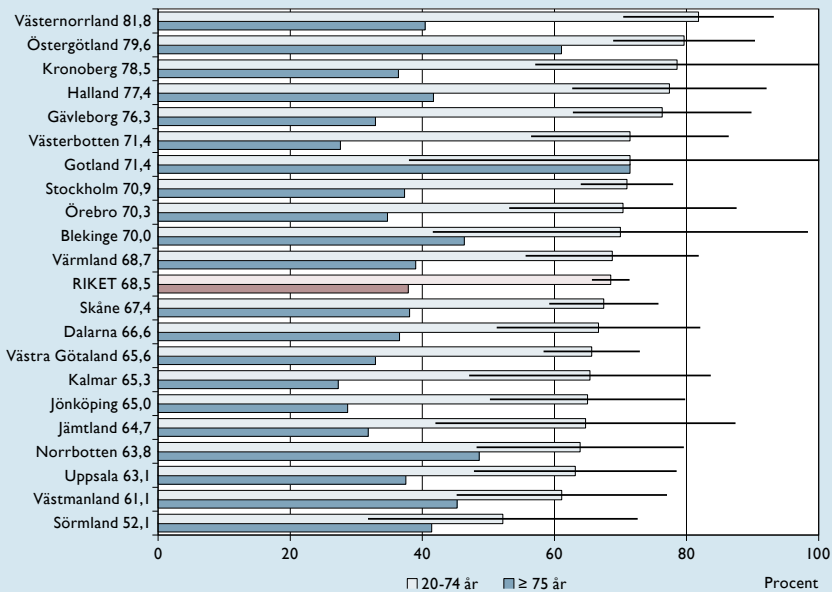
I riket som helhet var det 60 procent av de aktuella patienterna i den yngre åldersgruppen som behandlades med warfarin vid utskrivningstillfället år 2009. Andelen behandlade har ökat marginellt under de senaste åren och det verkar inte finnas några könsskillnader i denna grupp. I den äldre patientgruppen (75 år och äldre) är ökningen över tid mer markant, och andelen behandlade ligger nu på 31 procent. I denna åldersgrupp behandlas dock kvinnorna i betydligt lägre grad med warfarin. En förklaring kan vara att kvinnorna är överrepresenterade bland de äldsta i gruppen, och att det finns fler kontraindikationer i de högsta åldrarna.

Variationen är stor mellan landstingen, 42–86 procent år 2008 i den yngre patientgruppen. Fyra landsting redovisar en behandlingsgrad på över 70 procent. Resultatet är dock osäkert eftersom de bygger på få patienter. Därför är det inte heller meningsfullt att redovisa eventuella könsskillnader på landstingsnivå.

Efter 12–18 månader var andelen warfarinbehandlade något högre, 68 procent i den yngre och 38 procent i den äldre patientgruppen. Detta kan bero på att warfarin ibland sätts in i öppenvården efter utskrivning från sjukhuset eller på att dödsfallen är fler bland dem som inte behandlas med warfarin.

Bedömning av resultat

I åldersgruppen 20–74 år bör cirka 70 procent av patienterna med förmaksflimmer vara aktuella för behandling med warfarin. År 2009 fanns stora variationer mellan landstingen och landsting med låga andelar bör överväga sin behandlingspraxis och fullt ut använda denna möjlighet till att förbygga återinsjuknanden.

Diagram B03
Riket**Andel strokepatienter med förmaksflimmer som behandlas med warfarin vid utskrivning från sjukhus**Diagram B03b
Totalt**Andel strokepatienter med förmaksflimmer som behandlas med warfarin 12-18 månader efter stroke, 2008**

Blodfettssänkande behandling efter stroke (B06, B06b)

Blodfettssänkande behandling med statiner har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter en hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet (prioritet 3 av 10), och i princip ska alla patienter med hjärninfarkt behandlas med generiskt statin. Det finns dock risker med behandlingen och en del patienter drabbas av biverkningar. I första hand är det äldre patienter som får muskelpåverkan. Statiner kan även interagera negativt med andra läkemedel. När man vill förenkla läkemedelslistan hos patienter med många läkemedel, polyfarmaci, är det vanligt att man avstår från statinerna.

Utfall och variation

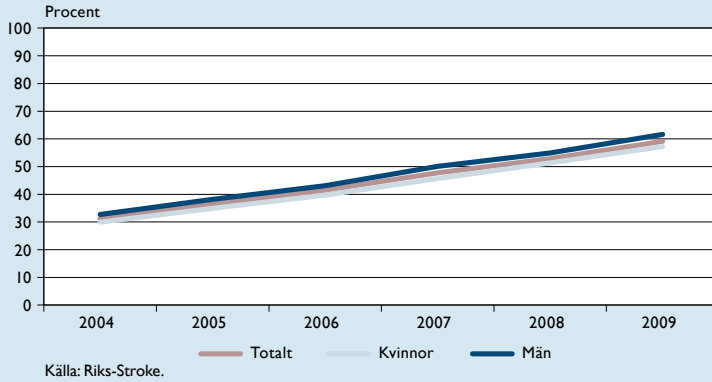
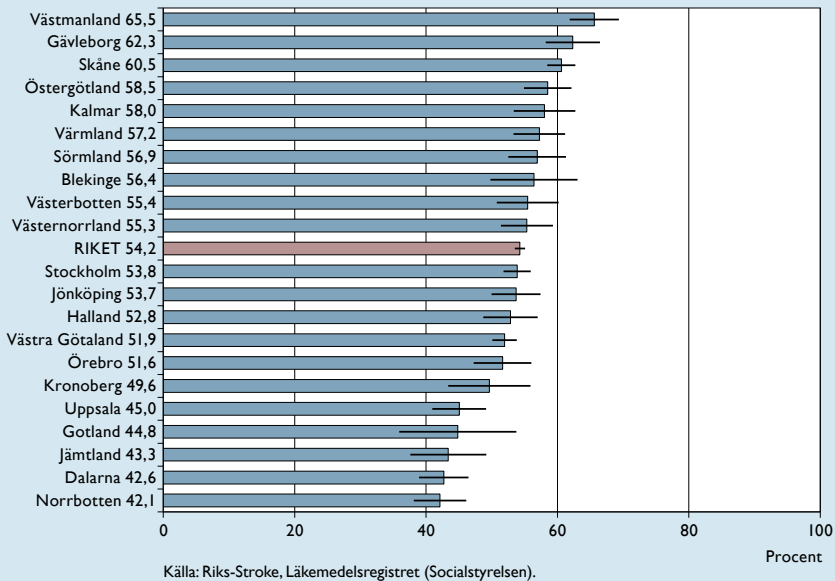
I riket behandlades år 2009 knappt 60 procent av patienterna med statiner vid utskrivningstillfället (B06) men andelen har ökat med 28 procentenheter under de senaste fem åren. Män behandlas i högre grad än kvinnor; det skiljer 5 procentenheter mellan könen. Könsskillnaden kan bero på att en högre andel män behandlades med statiner redan före sin stroke på grund av hjärtsjukdom. I gruppen 80 år och äldre är andelen statinbehandlade lägre än för andra åldersgrupper, vilket inte är särskilt förvånande. Sannolikt beror det på att vårdpersonalen bedömer att risken för muskelbiverkningar är hög eller att man vill undvika polyfarmaci.

På landstingsnivå var andelen statinbehandlade patienter 40–70 procent, alltså en variation på 30 procentenheter. I sex landsting låg andelen behandlade under 50 procent. Vissa landsting har även stora skillnader mellan män och kvinnor och som mest skiljer det 13 procentenheter mellan könen. Även på sjukhusnivå finns en betydande variation: över 50 procentenheter under perioden 2007–2009.

Vid uppföljningstillfället 12–18 månader efter utskrivningen från sjukhuset är andelen statinbehandlade i princip oförändrad i riket som helhet. Skillnaderna mellan män och kvinnor kvarstår också.

Bedömning av resultat

Andelen behandlade har ökat de senaste åren, men det finns ändå stora skillnader mellan landstingen och framför allt mellan sjukhusen. Dessutom finns vissa könsskillnader som är värda att uppmärksamma. För att följa riktlinjerna bör de flesta landsting öka sin förskrivning av statiner till patienter med hjärninfarkt.

Diagram B06
Riket**Andel strokepatienter som behandlas med blodfettsänkande läkemedel vid utskrivning från sjukhus. Åldersstandardiserade värden**Diagram B06b
Totalt**Andel strokepatienter som behandlas med blodfettsänkande läkemedel 12-18 månader efter utskrivning från sjukhus, 2008. Åldersstandardiserade värden**

Rökstopp efter stroke (B08, B08b)

Efter insjuknandet i stroke behöver patienter som röker hjälp med att sluta röka. Det är en viktig och effektiv åtgärd för att förhindra att patienten får en ny stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. Av samtliga patienter som insjuknade under 2009 var nästan 20 procent rökare. I praktiken bör samtliga patienter sluta röka, men det är i realiteten inte ett realistiskt mål.

Utfall och variation

I riket som helhet uppgav 45 procent av rökarna år 2009 att de hade slutat röka tre månader efter stroke. Detta är en marginell försämring av resultatet sedan år 2004, och trenden är densamma oavsett kön och åldersgrupp. Kvinnor lyckas i högre utsträckning sluta röka än män, och äldre lyckas bättre än yngre.

Det varierar mellan landstingen hur stor andel som hade slutat röka tre månader efter stroke. Variationen år 2009 var 29–59 procent, vilket är 30 procentenheter. På sjukhusnivå skiljde det över 30 procentenheter för åren 2007–2009.

Vid nästa uppföljningstillfälle, 12 månader efter stroke, var andelen som hade slutat röka något lägre vilket kan tyda på att några procentenheter har börjat röka igen (B08b). Andelen rökare var då 4,5 procent.

Bedömning av resultat

Landstingen kan påverka utfallet för denna indikator genom att erbjuda ändamåls-
enliga rökavvänjningsinsatser. Andelen personer som röker efter stroke har inte minskat under de senaste fem åren. Det nuvarande riksgenomsnittet är att 45 procent har slutat röka tre månader efter insjuknandet och det är några procentenheter lägre än motsvarande mätning för patienter som har haft en hjärtinfarkt. Det finns stora skillnader mellan landstingen och mellan sjukhusen, vilket tyder på att det finns olika rutiner för hantering av tobaksfrågor i olika delar av landet. Sammantaget finns mycket kvar för landstingen att göra för att hjälpa människor att sluta röka efter stroke.

Diagram B08 **Andel rökare som slutat röka 3 månader efter stroke**
Riket

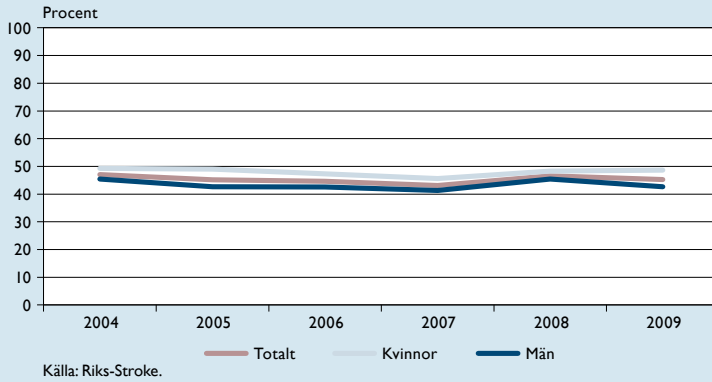
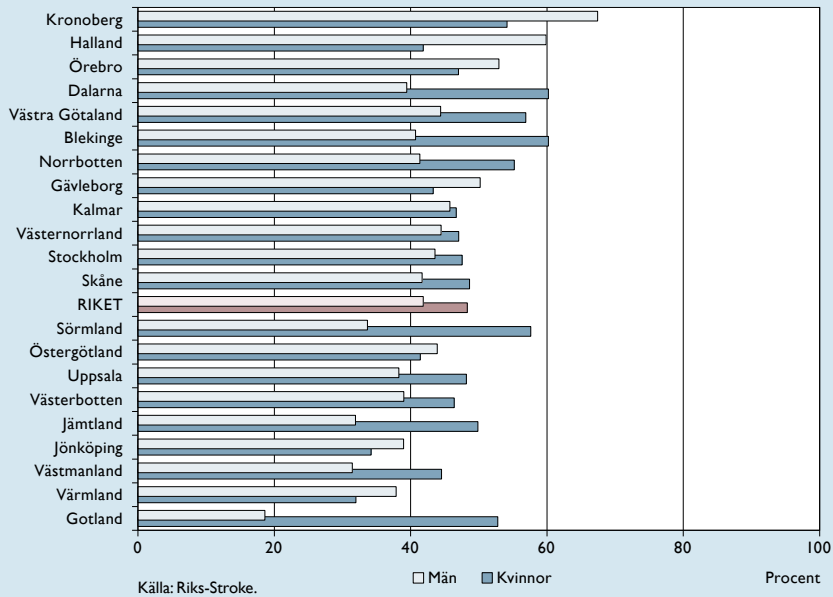


Diagram B08 **Andel rökare som slutat röka 3 månader efter stroke, 2009**
Kvinnor/män



Effekter av vård och omsorg

ADL-oberoende (C05, C05b)

Andelen som får en funktionsnedsättning efter insjuknandet i stroke är en indikation på kvaliteten i vården, 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.

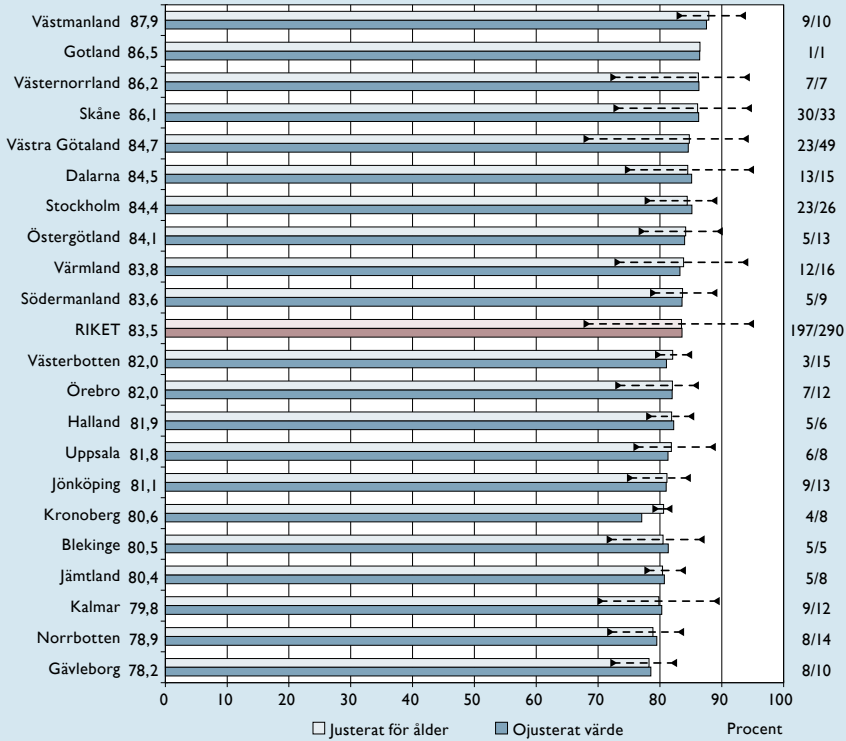
Utfall och variation

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

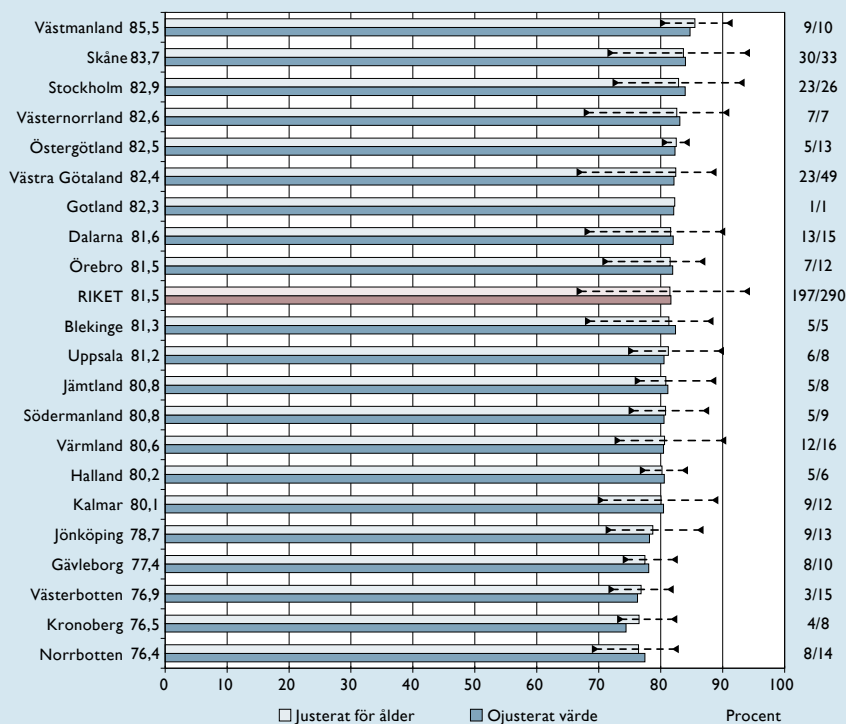
Vid uppföljningen efter 3 månader var 68–95 procent ADL-oberoende och efter 12 månader var variationen 67–97 procent. På länsnivå är skillnaderna mindre: 78–88 procent respektive 77–86 procent.

Bedömning av indikatorn

Indikatorns utfall för riket förändrades inte under perioden 2001–2009 och skillnaden mellan kommunerna bedöms vara medelstor. Uppgifterna visar också att indikatorns utfall varken förbättrades eller försämrades mellan de två uppföljningstillfällena. En orsak kan vara att personerna blir äldre och därmed fler som är beroende av hjälp med ADL. Trolig beror det också på att rehabiliteringen efter stroke inte fungerar helt tillfredsställande.

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

Källa: Riks-Stroke.

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

Källa: Riks-Stroke.

Nedstämdhet (C09, C09b)

De som insjuknar i stroke kan drabbas av nedstämdhet, dels på grund av själva hjärnskadan, dels som en reaktion på den förändrade livssituation som stroke kan medföra. Nedstämdheten kan försämra effekten av rehabiliteringsinsatserna, men den beror även på resultatet av rehabiliteringen. Personer som har insjuknat i stroke drabbas oftare av nedstämdhet än hos befolkningen i övrigt.

Utfall och variation

Under perioden 2004–2009 var det stadigt cirka 13 procent i riket som uppgav att de ofta eller ständigt var nedstämda 3 månader efter insjuknandet i stroke. Fler kvinnor än män svarade att de ofta eller ständigt var nedstämda.

Andelen varierar mellan kommunerna. Vid uppföljningen 3 månader efter insjuknandet var den 0–23 procent, och 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.

Bedömning av indikatorn

Fler kvinnor uppger att de är nedstämda efter insjuknandet i stroke, men det behöver inte bero på några skillnader i rehabiliteringen. Enligt Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, rapporterar kvinnor i högre utsträckning att de är nedstämda och förbrukningen av antidepressiva läkemedel är också generellt högre bland kvinnor än män [7].

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 och landsting.

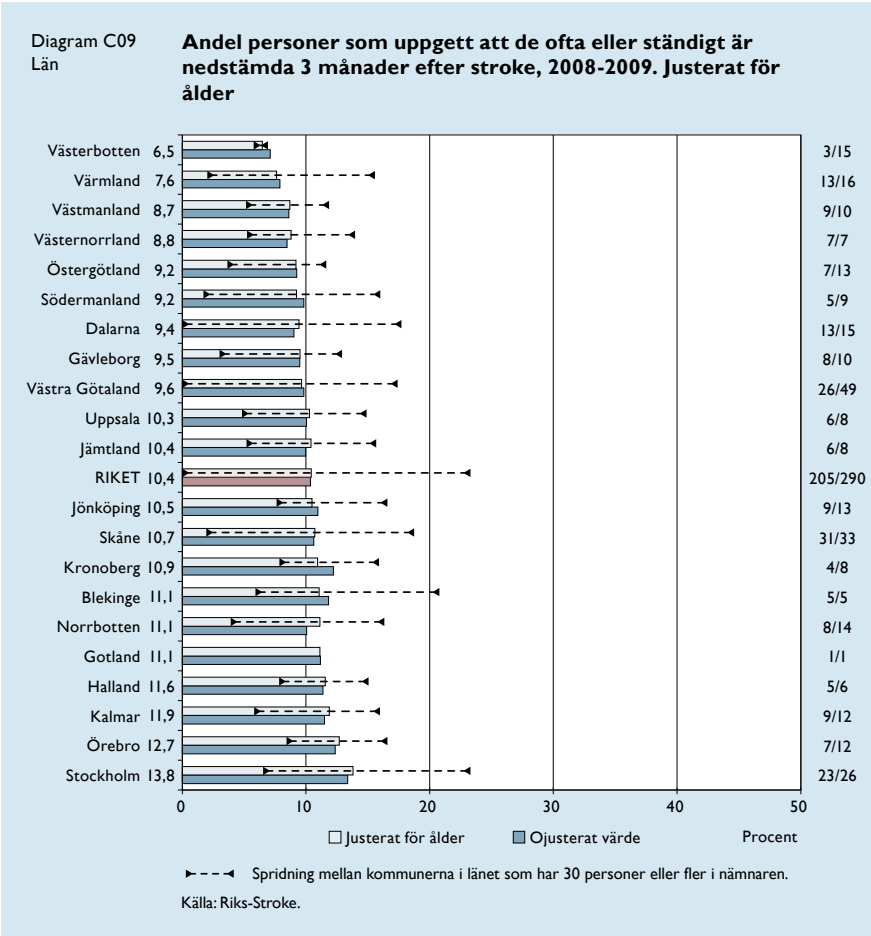
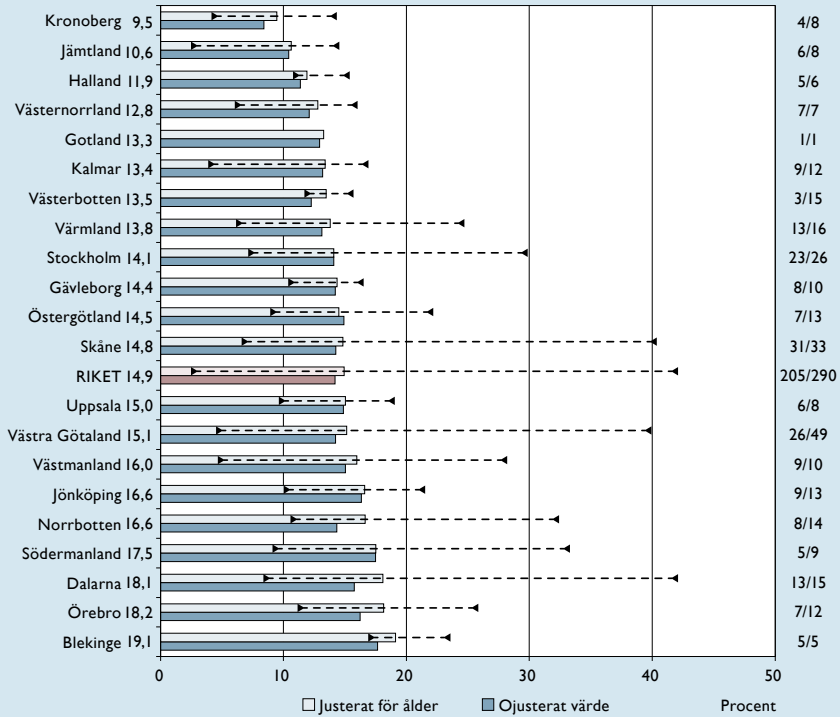


Diagram C09b
Län**Andel personer som uppgett att de ofta eller ständigt är nedstämda 12 månader efter stroke, 2008-2009. Justerat för ålder**

Källa: Riks-Stroke.

Tillgodosedda behov och nöjdhet

Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning (D02)

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

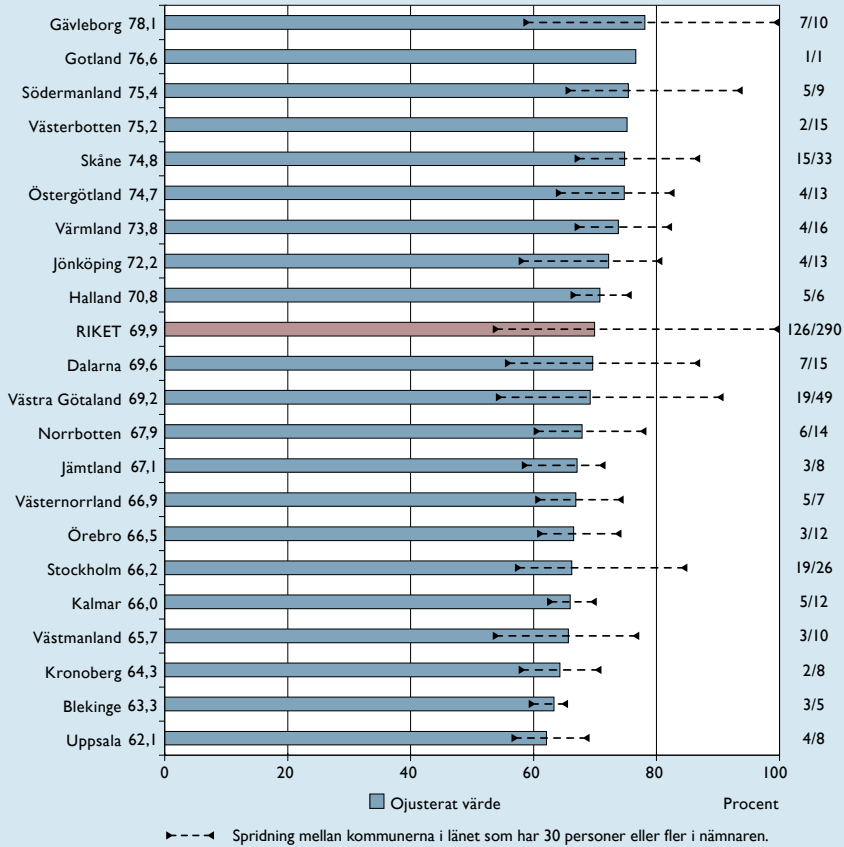
Utfall och variation

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

I särskilt boende uppgav 62 procent att deras behov av stöd och hjälp var helt tillgodosett och motsvarande andel i ordinärt boende var 64 procent för dem med hemtjänst respektive 74 procent för dem utan hemtjänst. Det gäller för få personer för att resultaten ska kunna redovisas på kommunnivå.

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. Upplevelsen kan delvis bero på högt ställda förväntningar på stöd och hjälp, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett. Socialstyrelsen bedömer att andelen med ett tillfredsställt behov av stöd och hjälp är för låg 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 bli bättre i många kommuner.

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

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

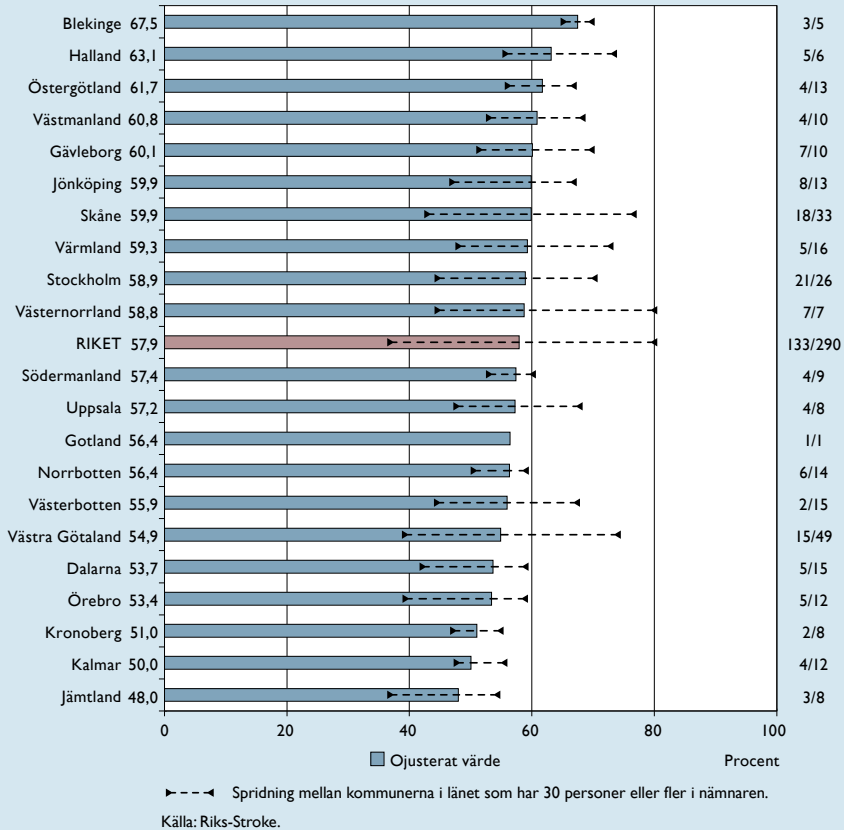
Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Därför är det viktigt att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet.

Utfall och variation

I kommunerna hade 36–80 procent ett helt tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter utskrivningen från sjukhuset. Variationen mellan länen var mindre, 48–67 procent.

Bedömning av indikatorn

Variationen mellan kommunerna bedöms som stor och i många kommuner finns det människor som upplever att de inte har fått tillräckligt med rehabilitering efter utskrivningen. Detta kan delvis bero på högt ställda förväntningar, men troligen finns det också ett behov som kommunerna och landstingen inte har tillgodosett. Det är en överraskande stor andel som upplever att deras behov inte är helt tillgodosett, och variationen tyder på att rehabiliteringen kan bli bättre i många kommuner.

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**

Karotiskirurgi

Karotiskirurgi vid symtomgivande karotisstenos (E01)

Förträngningar i halsartärerna kan göra att små blodproppar bildas. Dessa kan lossna och orsaka mindre, ofta övergående episoder av syrebrist i hjärnan med symtom som liknar de vid en hjärninfarkt. Den som har haft en sådan TIA (transitorisk ischemisk attack) eller lindrig stroke, har en kraftigt förhöjd risk för att inom kort drabbas av en fullskalig hjärninfarkt. Risken för hjärninfarkt går dock att minska väsentligt genom att skyndsamt operera patienter med symtomgivande förträngningar i halsartärerna, med så kallad karotiskirurgi. När det gäller täta förträngningar (över 70 procent) har skyndsamt kirurgi fått hög prioritet (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna.

Utfall och variation

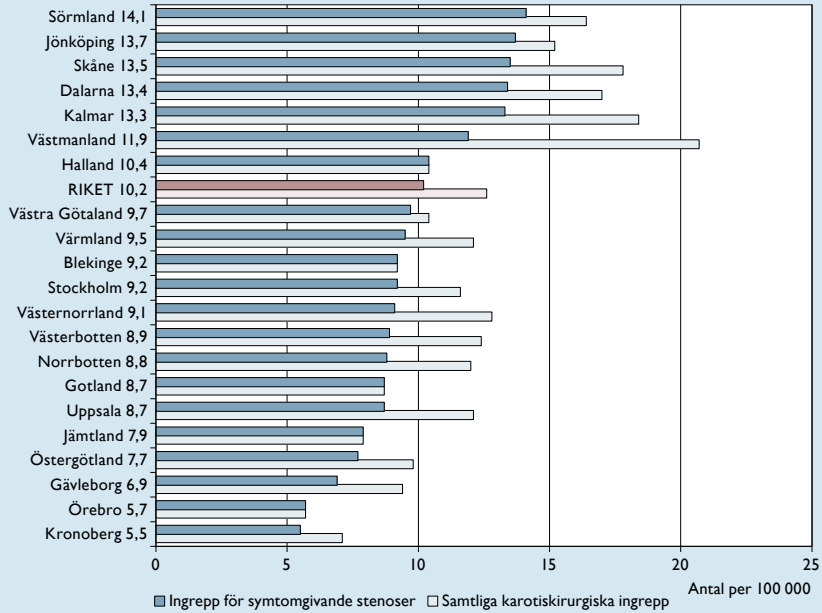
I riket som helhet genomfördes 12,6 karotisoperationer per 100 000 invånare under år 2009. Drygt 80 procent av dessa avsåg symtomgivande karotisstenoser. Av dessa patienter var männen dubbelt så många som kvinnorna, totalt 17,2 mot 8,1 per 100 000 invånare. Könsskillnaden kan till stor del förklaras med att män löper högre risk att utveckla karotisstenos jämfört med kvinnor i motsvarande ålder.

I denna jämförelse är det viktigast att studera patienterna med symtomgivande karotisstenoser, eftersom stödet för en skyndsamt operation är störst för dem. Variationen mellan lägsta och högsta antalet operationer är drygt 8 per 100 000 invånare, där det landsting som utförde lägst antal ingrepp år 2009 genomförde 5,5 operationer per 100 000 invånare. Detta kan jämföras med riksgenomsnittet som var nära det dubbla för samma år.

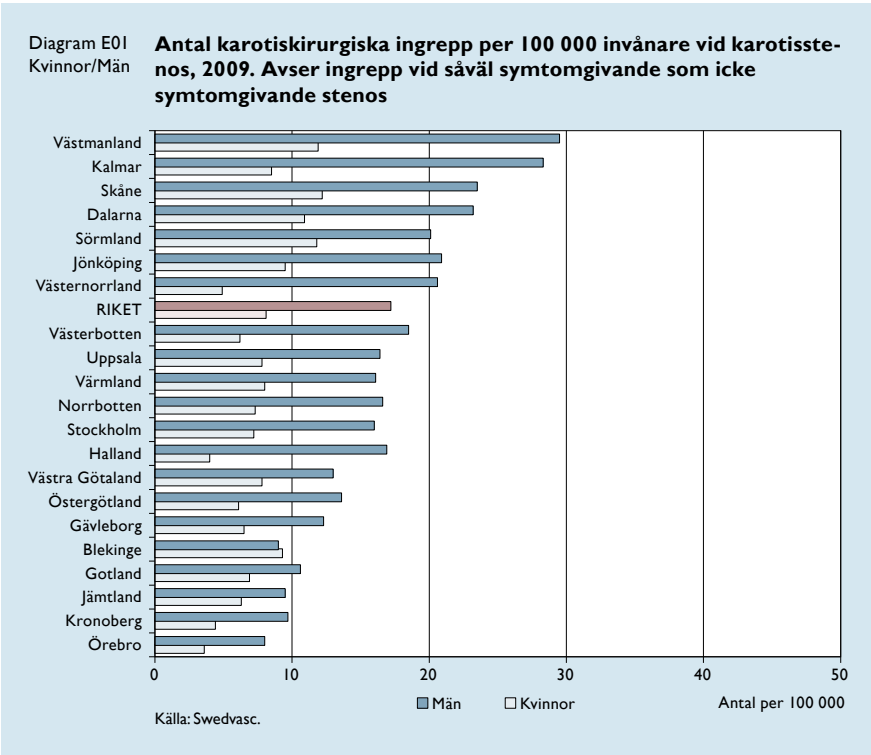
Risken för komplikationer efter ingreppet är liten, vilket understryker värdet av operationen. I hela riket drabbades 1,6 procent av allvarliga komplikationer år 2009. Eftersom komplikationerna är få är det inte meningsfullt att kommentera eventuella köns- eller ålderskillnader.

Bedömning av resultat

Det finns inget tydligt samband mellan antalet karotisoperationer och förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom i olika delar av landet. Det finns heller inget mål för hur många ingrepp som behöver göras per år. Enligt de nationella riktlinjerna är det dock många landsting som behöver göra fler operationer för att samtliga patienter som behöver ingreppet också ska få det. Den stora variationen mellan landstingen tyder också på att vården inte identifierar alla patienter som behöver kirurgi. Med tanke på ingreppets stora förebyggande nytta bör landstingen förbättra sina rutiner för att upptäcka och åtgärda symtomgivande karotisstenoser. Av de opererade patienterna är det ytterst få som drabbas av allvarliga komplikationer och det tyder på att ingreppen håller hög medicinsk säkerhet och kvalitet.

Diagram E01
Totalt**Antal karotiskirurgiska ingrepp per 100 000 invånare vid
karotisstenos, 2009**

Källa: Swedvasc.



Tid till operation vid symtomgivande karotisstenos (E02)

Vid symtomgivande höggradig karotisstenos, där patienten har fått neurologiska symtom i form av exempelvis TIA, är det viktigt att förträngningen snabbt blir opererad. De nationella riktlinjerna säger att patienten ska opereras inom fjorton dagar efter symtomdebuten för att ge bästa förebyggande effekt mot stroke. Operation av symtomgivande höggradiga och medelhöggradiga karotisstenoser har hög prioritet (prioritet 1 respektive 4 av 10) i de nationella riktlinjerna. Vid karotisstenos som inte ger några symtom är prioriteringen till operation lägre (prioritet 6 av 10).

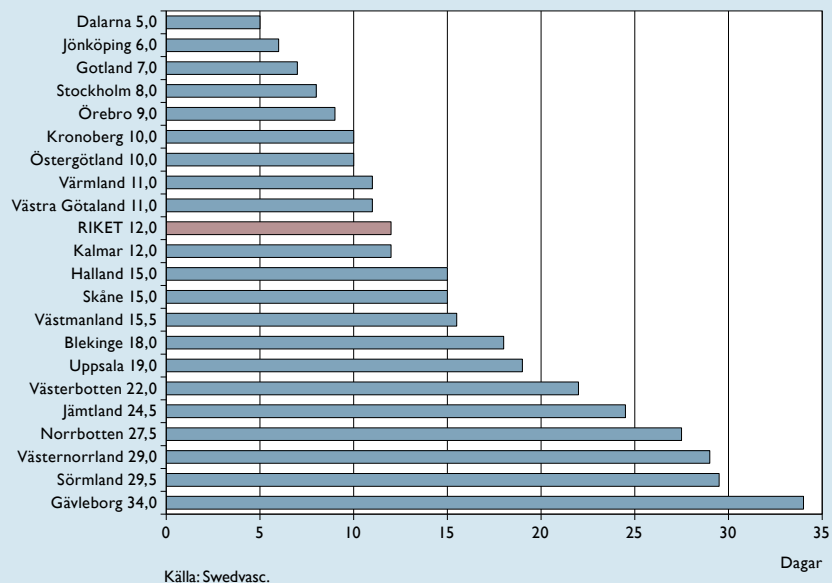
Utfall och variation

Medianväntetiden i riket var 12 dagar mellan första symtom och operation för de patienter som opererades under 2009. Den kortaste väntetiden var 0 dagar och den längsta var 759 dagar. Resultaten tyder inte på någon könsskillnad i riket som helhet.

På landstingsnivå var variationen för medianväntetiden 29 dagar: 5–34 dagar. I hälften av landstingen var medianväntetiden längre än 14 dagar.

Bedömning av resultat

Medianväntetiden 12 dagar innebär att hälften av patienterna fick vänta längre än så. Det innebär sannolikt att närmare hälften av patienterna med symtomgivande karotisstenos opereras senare än vad de nationella riktlinjerna rekommenderar (14 dagar). I elva landsting är medianväntetiden över 14 dagar och åtta av dem har mediantider som är betydligt längre än 14 dagar. Det är inte ett tillfredsställande resultat, med tanke på att karotiskirurgi som utförs i rätt tid har mycket god förebyggande effekt mot stroke. Om resurserna för karotisoperation är begränsade är det rimligt att överföra resurser från operation av patienter med asymtomatiska karotisstenoser till dem med symtomatiska för att bättre följa rekommendationen i riktlinjerna.

Diagram E02
Totalt**Medianväntetid till karotiskirurgi vid symtomatisk karotisstenos, 2009**

Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel

Ansvar för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och hjälpmedel är delat mellan landstingen och kommunerna. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt hemsjukvårdsavtalen mellan kommuner och landsting beskriver hur ansvaret fördelas. I Delrapport: Kommunernas insatser beskrivs ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting närmare [2].

Gränsdragning för ansvaret i ordinärt boende

Avtalen mellan kommuner och landsting avseende hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende varierar när det gäller gränsen för vad som ingår i respektive huvudmans ansvar. Flera kommuner använder den så kallade tröskelprincipen, vilken innebär att kommunen har hemsjukvårdsansvaret för de patienter som inte själva eller med hjälp av en ledsagare kan ta sig till en landstingsfinansierad vårdcentral eller liknande. Andra kommuner anger att hemsjukvårdsansvaret avgörs av kommunens biståndsbeslut, personens vårdbehov eller någon annan mer eller mindre diffus gräns. 72 procent av kommunerna med hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende tar hand om samtliga åldersgrupper medan 17 procent endast har ansvar för personer över 17 eller 18 år. Andra kommuner har ansvar för patienter som är 7 år och äldre alternativt 65 år och äldre, eller dem som är 18–65 år.

Det finns också skillnader i vilken typ av vård som kommunerna ansvarar för. I en del kommuner ingår ansvar för rehabilitering, i andra inte. Av kommunerna med ansvar för både hemsjukvård och rehabilitering har 88 procent lika omfattande ansvar för de båda vårdtyperna. I fåtalet kommuner fanns det dock skillnader i ansvaret, till exempel att hemsjukvårdsansvaret gäller alla åldersgrupper medan rehabiliteringsansvaret bara gäller dem som är 21 år och äldre. Insatser av sjuksköterskor ingår också oftare i hemsjukvårdsansvaret än i rehabiliteringsansvaret. Det är främst arbetsterapeuter och sjukgymnaster som ingår i 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 att ge teamrehabilitering till personer som har insjuknat i stroke.

Sjuksköterskor finansieras inom ramen för hemsjukvård i samtliga kommuner som har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende. Finansieringen av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor ingår också ofta i ansvaret. I enstaka kommuner omfattar det även andra yrkesgrupper såsom biståndshandläggare, anhörigsamordnare samt syn- och hörselkonsulenter.

Skillnader i resultat

Eftersom ansvaret varierar mellan kommuner och landsting är det intressant att jämföra resultatet i de kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende med de kommuner där landstinget fortfarande har ansvaret. Soci-

alstyrelsen har analyserat ett urval av de indikatorer som berör hemsjukvård och som redovisas i delrapporten om kommunernas insatser [2]. Skillnaderna i ansvar gäller ordinärt boende och därför har indikatorerna studerats utifrån de personer som vid uppföljningstillfället bodde i ordinärt boende, med eller utan insatser enligt SoL.

Utfall

De flesta resultatindikatorer visar inte på några skillnader mellan kommuner och landsting som huvudman för hemsjukvården. För följande indikatorer är dock resultatet bättre när kommunen har hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende:

- allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke (C08)
- nedstämdhet 12 månader efter stroke (C09b)
- tillgodosett behov av stöd och hjälp 3 månader efter stroke (D02)
- tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke (D09).

Bedömning och kommentar

De kommuner som har övertagit hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende har bättre resultat i några indikatorer och det kan finnas många orsaker till detta. En teori är att många personer har daglig kontakt med kommunens socialtjänst som kan uppmärksamma om personen behöver ytterligare insatser, och att samarbetet inom kommunen fungerar bättre än det mellan kommunens socialtjänst och landstingets primärvård.

Samverkan mellan kommuner och landsting

Vid bedömning av vård- och omsorgsbehov är det 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.

Föreskrifter om samverkan och samordning

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård gäller följande:

Landstingen och kommunerna skall i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst (2 kap. 3§ SOSFS 2005:27).

Rutinerna ska dokumenteras och vara enhetligt utformade inom ett län eller en region och de ska bland annat innehålla uppgifter om vilka som är ansvariga för

att sända och ta emot in- och utskrivningsmeddelanden, samt vilka som ska kallas till vårdplaneringen.

Vårdplaneringen ska resultera i en vårdplan med information om vilka insatser när det gäller öppen vård och socialtjänst som patienten behöver efter utskrivning från den slutna vården. Exempel på sådan information är medicinska åtgärder, aktuella läkemedelsföreskrivningar, allmän och specifik omvårdnad samt rehabilitering och habilitering. Det ska även stå vilken eller vilka läkare som har det fortsatta ansvaret för patientens vård.

Vårdplanen ska även kompletteras med andra uppgifter som kan vara viktiga för patientens fortsatta vård och omsorg. Sådana uppgifter kan till exempel vara en sammanfattning och utvärdering av den vård, behandling och rehabilitering som patienten fått i den slutna vården, patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd samt en riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd.

Denna vårdplan och alla andra väsentliga uppgifter ska sedan överföras till de berörda enheterna inom öppenvården och socialtjänsten, senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

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 kommunerna och landstingen gemensamt ska ta fram rutiner för att samordna rehabiliteringsinsatserna. Personen ska också 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. Båda huvudmännen har ansvar för 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 egna rehabiliteringsinsatser [8].

Kommuners och landstings samverkan

Utbildning i samverkan

Inom denna utvärdering har Socialstyrelsen samlat in två enkäter. En enkät var riktad till sjukhusens strokeenheter och den andra besvarades av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Strokeenheterna svarade bland annat på om landstinget regelbundet erbjuder utbildningsinsatser avseende vård och rehabilitering av stroke för kommunens omvårdnadspersonal. Totalt 18 strokeenheter, vars upptagningsområde är 63 kommuner, svarade att de regelbundet erbjuder utbildning avseende vård och rehabilitering av stroke. I kommunenkäten svarade också några kommuner att personalen erbjuds utbildning och fortbildning i landstingets regi.

Olika syn på samverkan

I enkäten till sjukhusens strokeenheter ställdes följande fråga: ”Finns en gemensam samverkansplan för organiserat samarbete mellan strokeenhetens omvårdnadspersonal och eftervårdande enheter inom socialtjänsten?” Totalt 59 av 77 strokeenheter svarade att det finns en sådan samverkansplan. En liknande fråga ställdes till kommunerna: ”Har kommunen och landstinget gemensamt utarbetat rutiner för samordning av rehabilitering?” För att kunna jämföra svaren för dessa frågor har varje kommun kopplats till ett sjukhus, vilket innebär att svaret från ett och samma sjukhus återfinns hos flera kommuner.

För 65 procent av kommunerna svarade både strokeenheten och kommunen på sina frågor om samverkan. Av dem var det 44 procent som uppgav att de har en gemensam samverkansplan och gemensamma rutiner för samordning. I 32 procent av fallen svarade strokeenheterna att det finns en samverkansplan medan kommunen uppgav att det inte finns gemensamma rutiner för samordning av rehabilitering. I 16 procent av fallen svarade kommunerna att det finns rutiner medan strokeenheten ansåg att det inte finns någon samverkansplan och i 9 procent finns det varken någon gemensam samverkansplan eller några gemensamma rutiner för samordning av rehabilitering.

Tabell 1. Strokeenheter och kommunernas svar angående samverkansplan respektive rutiner för samordning

		Kommunernas svar	
		Rutiner för samordning finns	Rutiner för samordning finns inte
Strokeenheter och kommunernas svar	Samverkansplan finns	44 %	32 %
	Samverkansplan finns inte	16 %	7 %

Källa: Socialstyrelsens enkäter till strokeenheter samt kommuner och stadsdelar.

Skillnader i effekter av vård och omsorg

En tanke med samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel är att vården och omsorgen ska hålla så hög kvalitet och ge så bra resultat som möjligt. Delrapporten om kommunernas insatser innehåller ett antal indikatorer som berör både kommunernas och landstingens verksamheter [2]. Socialstyrelsen har analyserat dem för att se om samverkan ger bättre resultat. Uppgifterna om samverkan är hämtade från de enkäter som strokeenheter och kommuner har svarat på. I de fall där både strokeenheten och kommunen uppgett att det finns plan eller rutiner för samverkan har vi tolkat detta som att de samverkar. Om strokeenheter och kommunernas svar däremot inte överensstämmer anser vi att det inte finns

någon samverkan. De kommuner som inte besvarade enkäten finns inte med i det undersökta materialet.

Utfall

Flera resultatindikatorer visar att resultaten är olika för personer som bor i kommuner med respektive utan samverkan eller samordning mellan kommunen och landstinget. Resultaten verkar vara bättre i kommuner där både strokeenheten och kommunen uppgav att det finns en plan och rutiner för samverkan eller samordning. Det gäller följande indikatorer:

- allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke (C08b)
- nedstämdhet 3 och 12 månader efter stroke (C09, C09b)
- tillgodosett behov av stöd och hjälp 3 månader efter stroke (D02)
- nöjdhet med rehabilitering 3 månader efter stroke (D03)
- tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke (D04)
- tillgodosett behov av hälso- och sjukvård 12 månader efter stroke (D07).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det är oklart i vilken utsträckning som kommuner och strokeenheter faktiskt samverkar kring rehabiliteringen efter stroke eftersom det inte framgår av enkätsvaren. Om båda parter svarade att det finns sådana rutiner bör dock samverkan vara mera strukturerad och därmed också fungera bättre i praktiken. När strokeenheterna och kommunerna svarar på olika sätt är det möjligt att det finns rutiner men att de inte följs.

Bedömning

Det är troligt att samordningen fungerar i de landsting och kommuner där båda parterna uppger att det finns sådana rutiner. Samordningen verkar också spela en roll för resultatet av insatserna till personer som har insjuknat i stroke.

Rehabilitering efter stroke

Det finns olika rehabiliteringsformer för personer med stroke. Efter sjukhusvistelsen kan de få rehabilitering genom landstingens och sjukhusens specialiserade vård, landstingens och kommunernas hemsjukvård (primärvård) samt kommunernas korttidsboende eller i form av något annat stöd från läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer eller logopedier.

Dag- eller teamrehabilitering kontra hemrehabilitering

I Riks-Stroke's uppföljning 3 månader efter stroke får patienterna ange vilken typ av stöd eller hjälp som de har fått från sjukhus eller kommunen efter sjukhusvistelsen. Dessa uppgifter har använts för att se om resultatet skiljer sig mellan rehabi-

litereringsformerna dag- eller teamrehabilitering och hemrehabilitering. För att göra jämförelsegrupperna så lika som möjligt valde vi personer som

- var vid medvetande vid ankomst till sjukhus
- skrevs ut till ett ordinärt boende
- vid uppföljningstillfället bodde i ett ordinärt boende
- uppgav att de har fått dag- eller teamrehabilitering eller hemrehabilitering.

Vi har också tagit hänsyn till kön, ålder och vårdtid på sjukhuset.

Utfall

Många resultatindikatorer visar på bättre utfall för dag- eller teamrehabilitering än för hemrehabilitering. Däremot finns det inga skillnader bland de indikatorer som speglar tillgodosett behov och nöjdhet. Följande indikatorer visar på bättre utfall för dag- eller teamrehabilitering än för hemrehabilitering:

- ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke (C05, C05b)
- IADL-oberoende 12 månader efter stroke (C06)
- rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke (C07, C07b)
- allmänt hälsotillstånd 3 respektive 12 månader efter stroke (C08, C08b)
- nedstämdhet 3 månader efter stroke (C09).

Av de som får dag- eller teamrehabilitering uppgår andelen män till 61,3 procent och andelen kvinnor till 38,7 procent för de som insjuknat 2008 och 2009. För hemrehabilitering uppgick andelarna till 51,4 procent män respektive 48,6 procent kvinnor. Uppgifterna visar att kvinnor i lägre utsträckning får dag- eller teamrehabilitering än män, 6,3 procent respektive 9,6 procent. Dessa skillnader finns i alla åldersgrupper. Motsvarande uppgifter för de som får hemrehabilitering var 5,5 procent för kvinnor och 5,6 procent för män.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Det finns alltså tydliga tecken på att dag- eller teamrehabilitering ger bättre utfall för flera indikatorer men samtidigt finns det en del tolkningssvårigheter. Det framgår inte var som menas med dag- eller teamrehabilitering respektive hemrehabilitering i den fråga som ställs 3 månader efter insjuknandet i stroke, utan det är upp till svarspersonen att tolka detta. Därför är det svårt att veta både vem som utför de olika rehabiliteringsformerna och vad som ingår i dem. En tolkning kan vara att dag- eller teamrehabilitering bedrivs i landstingets regi inom den specialiserade vården medan hemrehabilitering bedrivs inom primärvården i landstingets eller kommunens regi.

Dessutom kan det finnas skillnader mellan jämförelsegrupperna när det gäller behovet av rehabilitering efter insjuknande i stroke. Socialstyrelsen har i möjligaste mån tagit hänsyn till detta men behovet kan fortfarande variera mellan de som har fått dag- eller teamrehabilitering och de som har fått hemrehabilitering.

Bedömning

Utfallet tyder på att dag- eller teamrehabilitering ger bättre resultat än hemrehabilitering. Det är dock oklart vad som menas med dag- eller teamrehabilitering kontra hemrehabilitering. Det är viktigt att kommuner och landsting försöker ta reda på vad skillnaderna är och genomför de förändringar som behövs för att rehabiliteringen ska bli så bra som möjligt för alla som får rehabilitering oavsett vilken inom vilken form rehabiliteringen ges. Socialstyrelsen anser också att kommuner och landsting behöver utjämna den ojämlikhet som råder mellan kvinnor och män när det gäller vilken rehabiliteringsform som de får.

Tabell 2. Jämförelse av utfall för dag- eller teamrehabilitering respektive hemrehabilitering för kön och ålder, procent

	Kvinnor	Män	20–64 år	65–79 år	80-w år
ADL-oberoende 3 månader efter stroke (C05)¹					
Dag-/teamrehabilitering	92	90	95	89	83
Hemrehabilitering	84	80	91	82	76
ADL-oberoende 12 månader efter stroke (C05b)¹					
Dag-/teamrehabilitering	91	88	94	88	82
Hemrehabilitering	83	80	88	82	76
IADL-oberoende 12 månader efter stroke (C06)¹					
Dag-/teamrehabilitering	44	45	63	38	15
Hemrehabilitering	23	31	50	30	10
Rörlighet 3 månader efter stroke (C07)²					
Dag-/teamrehabilitering	4	5	2	6	7
Hemrehabilitering	8	10	7	9	11
Rörlighet 12 månader efter stroke (C07b)²					
Dag-/teamrehabilitering	3	3	2	4	7
Hemrehabilitering	6	9	5	6	9
Allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke (C08)¹					
Dag-/teamrehabilitering	81	84	84	82	79
Hemrehabilitering	77	77	74	78	76
Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke (C08b)¹					
Dag-/teamrehabilitering	81	79	82	80	74
Hemrehabilitering	75	76	75	77	75
Nedstämdhet 3 månader efter stroke (C09)²					
Dag-/teamrehabilitering	12	8	11	8	10
Hemrehabilitering	15	11	17	12	12

¹ Ju högre andel desto bättre resultat.

² Ju lägre andel desto bättre resultat.

Källa: Riks-Stroke

Anhörigas insatser och stöd

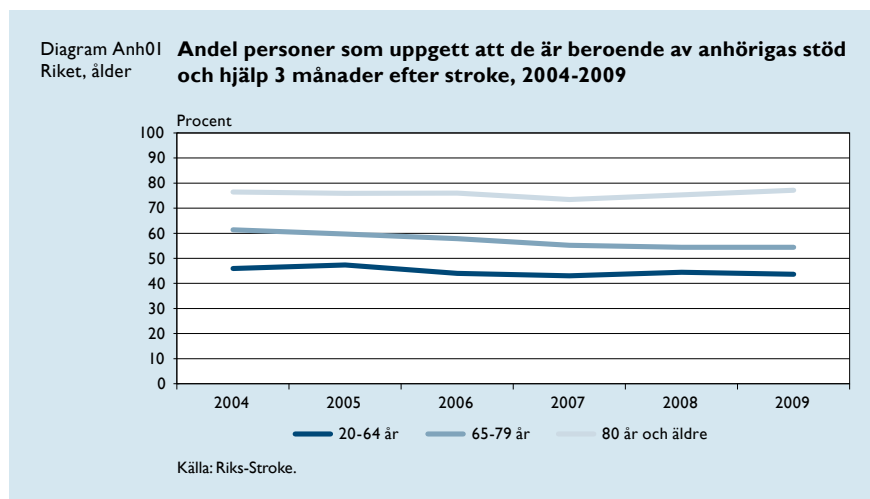
Insjuknandet i stroke får många gånger stora konsekvenser för de anhöriga. Det är viktigt att ta reda på vad insjuknandet i stroke får för konsekvenser för de anhöriga och vilket stöd de får från vården och omsorgen och därför har Socialstyrelsen i samarbete med Riks-Stroke skickat ut en enkät till anhöriga 2009 och 2010. Detta avsnitt innehåller kortfattade resultatet från dessa enkäter, Riks-Stroke's uppföljningsenkäter samt frågor från de två enkätundersökningar som Socialstyrelsen har genomfört i samband med denna utvärdering.

Beroende av stöd och hjälp från anhöriga

I Riks-Stroke's uppföljningsenkäter, efter 3 månader och 12 månader, får svarspersonerna ange om de i dag är beroende av stöd och hjälp från någon anhörig eller närstående.

Av personerna som har insjuknat i stroke är det 61 procent som är beroende av stöd och hjälp från anhöriga 3 månader efter stroke. Graden av beroende hänger ihop med personens ålder och kön och inom alla åldersgrupper är det färre kvinnor än män som säger sig behöva stöd och hjälp från anhöriga. Bland personer i åldrarna 20–64 år behövde 44 procent stöd och hjälp från anhöriga jämfört med 54 procent i åldern 65–79 år och 77 procent bland de äldsta. Andelen har minskat i åldersgruppen 65–79 år men ökat i gruppen 80 år och äldre. Motsvarande gäller även vid uppföljningen 12 månader efter stroke men då är det något färre som upplever att de är beroende av stöd och hjälp från anhöriga, 57 procent.

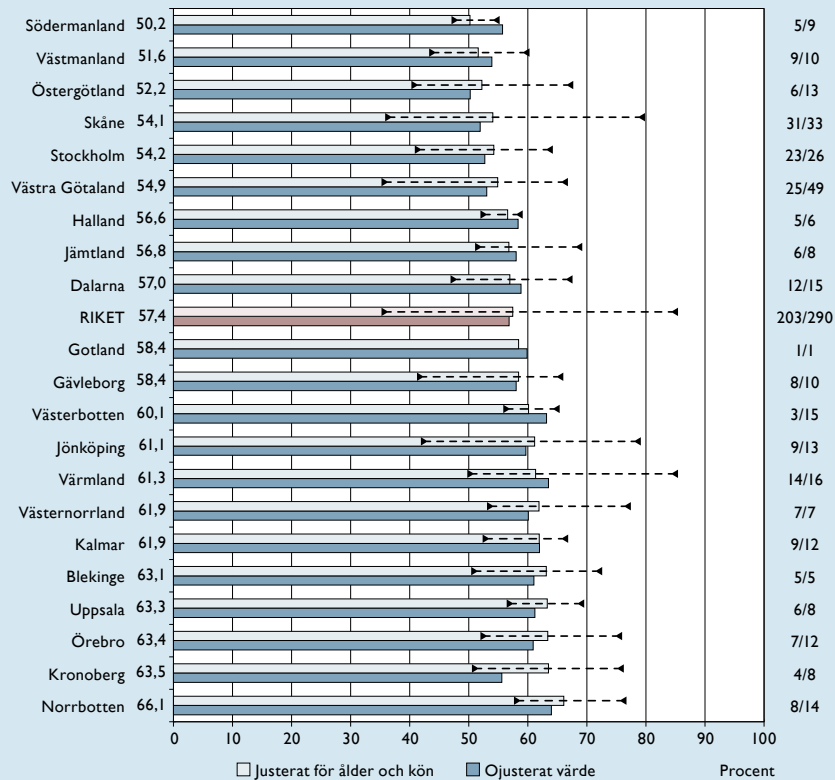
Andelen som är beroende av stöd och hjälp från anhöriga 3 månader efter stroke varierar kraftigt mellan kommunerna, 35–85 procent. Vid uppföljningen 12 månader efter stroke är det färre som behöver stöd och hjälp från anhöriga men



variationen mellan kommunerna är ändå 34–83 procent. Uppgifterna tar hänsyn till både kön och ålder. Resultaten speglar dock inte om personerna behövde stöd och hjälp från sina anhöriga redan före insjuknandet, vilket kan påverka utfallet.

Diagram Anh01
Län

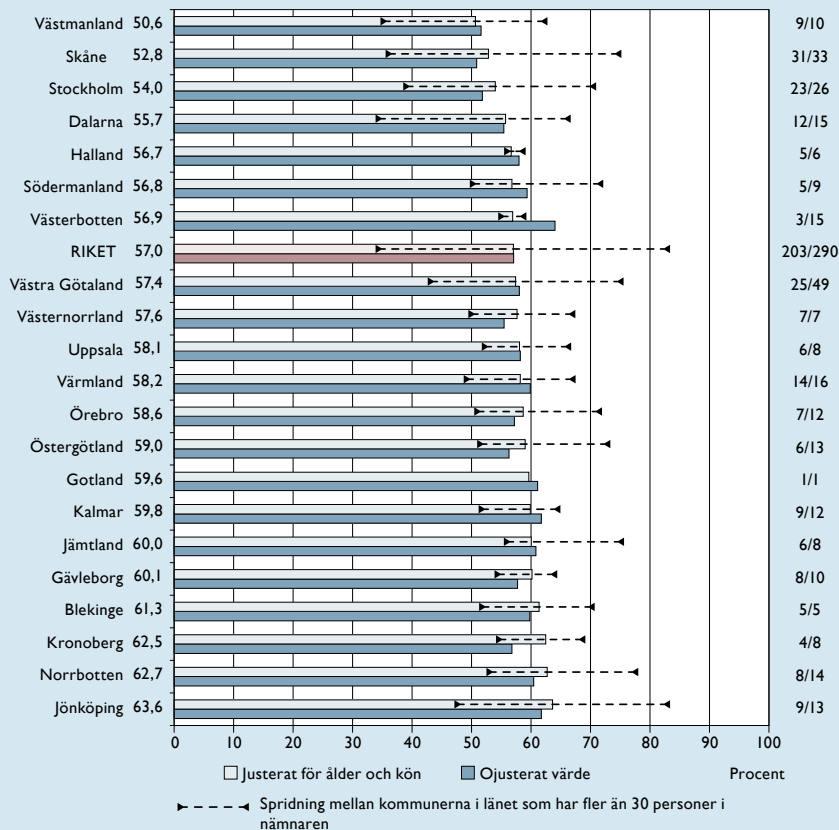
**Andel personer som uppgett att de är beroende av anhörigas stöd och hjälp 3 månader efter stroke, 2008-2009.
Justerat för ålder och kön**



Källa: Riks-Stroke.

Diagram
Anh01b
Län

**Andel personer som uppgett att de är beroende av anhörigas stöd och hjälp 12 månader efter stroke, 2008-2009.
Justerat för ålder och kön**



Källa: Riks-Stroke.

Stora konsekvenser för anhöriga

När en person insjuknar i stroke får det stora konsekvenser för de anhöriga. Särskilt gäller det anhängigvårdare, det vill säga de som har uppgett att deras närstående är helt eller delvis beroende av deras hjälp och tillsyn. Gruppen anhängigvårdare var 49 procent av samtliga som besvarade enkäten till anhöriga 2010, eller 358 personer.

Tabell 3. Konsekvenser av att den närstående insjuknat i stroke, totalt samt anhängigvårdare, 2009 och 2010, procent.

	Totalt 2009 (n=695)	Totalt 2010 (N=729)	Anhängigvårdare 2009 (n =288)	Anhängigvårdare 2010 (n=358)
Bundenhet (ej lämna utan tillsyn ½ dag)	48	26	60	45
Medverkan i rehabilitering	15	17	33	27
Hjälp med ADL	44	49	100	100
"Tagit över" andra sysslor	26	35	60	58
Självsfattad hälsa (ganska/mycket dålig)	13	12	17	16
Minskade sociala aktiviteter	8	7	16	13
Vet ej vem jag ska kontakta i vården	36	37	33	34
Kontakt med strokeförening	4	4	6	7
Behov av mer kunskaper om stroke	47	50	56	57

Källa: Socialstyrelsen

Resultaten i tabellen ovan ger en indikation på konsekvenserna för de anhöriga. Många får medverka i rehabiliteringsarbetet (träning och aktivering), hjälp till med ADL, och andra sysslor till exempel sköta ekonomin, köra bil och sköta hus och hem. Anhöriga till personer som insjuknat i stroke skattade också sin egen hälsa som sämre än ett urval av befolkningen i motsvarande åldrar. 13 procent respektive 17 procent av de anhöriga uppgav att de har ganska dålig respektive mycket dålig hälsa. För anhängigvårdare var motsvarande andel 16 procent respektive 13 procent. Dessa uppgifter kan jämföras med befolkningen som helhet där cirka 11 procent anser att deras hälsa är ganska eller mycket dålig. Många anhöriga, särskilt anhängigvårdare, saknar även egen tid för bland annat sociala aktiviteter.

Drygt en tredjedel av de anhöriga uppgav både 2009 och 2010 att de inte visste vem inom vården de skulle kontakta för att få råd eller stöd.

Behov av kunskap

De flesta strokeenheter, 88 procent, uppger att de har rutiner för att under vårdtiden informera patienterna och deras anhöriga om stroke, återhämtning efter stroke samt vilken hjälp som finns att få efter utskrivningen. 10 procent uppger dock att det inte finns några sådana rutiner. Många, 80 procent, informerar också patienterna och de anhöriga om de patientföreningar som finns och deras eventuella lokalföreningar.

Trots strokeenheternas svar ansåg ungefär hälften av de anhöriga att de behövde mer kunskap om stroke. Behovet av kunskap tycks överlag ha ökat mellan åren 2009 och 2010, men särskilt bland anhörigvårdare. De vill framför allt ha mer kunskap om sjukdomen stroke samt om behandlingsmöjligheter, läkemedel och möjligheter till anhörigstöd.

Tabell 4. Anhörigas behov av kunskap om stroke, 2009 och 2010, procent.

	Totalt 2009 (n=695)	Totalt 2010 (n=729)	Anhörig- vårdare 2009 (n=288)	Anhörig- vårdare 2010 (n=358)
Behov av kunskap om strokesjukdomen och dess förlopp	25	27	27	32
Behov av kunskap om specifika behandlingsmetoder	15	18	18	25
Behov av kunskap om möjligheter till anhörigstöd	12	15	15	22
Behov av kunskap om samlevnad	3	4	4	4
Behov av kunskap om läkemedel	8	11	11	14
Behov av kunskap om möjligheter till bostadsanpassning	6	7	7	10
Behov av kunskap om möjligheter till tekniska hjälpmedel	6	9	9	14
Inget behov av kunskap	53	50	50	43

Källa: Socialstyrelsen

Stöd till anhöriga

Sedan 1 juli 2009 ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta tillvaron för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder (5 kap. 10 § SoL). Enligt enkätsvaren från de anhöriga upplever 6 procent att de har fått någon form av anhörigstöd. Bland anhörigvårdarna var andelen högre, 12 procent, men andelen är fortfarande mycket liten.

Enkäten till kommuner och stadsdelar visar att 77 procent av de svarande kommunerna har rutiner för att informera om kommunens anhörigstöd, antingen generella rutiner eller sådana som är specifika för personer som har insjuknat i stroke.

Tandvård efter stroke

Personer som insjuknat i stroke löper ökad risk att få problem med tänder och munhåla. Detta beror på flera faktorer; bland annat har många med kvarstående funktionsnedsättningar svårare att sköta sin munhygien utan hjälp. Det är också vanligt med dålig protespassning och försämrad munmotorik till följd av minskad känslighet i munnen efter en stroke. Genom kontakt med tandläkare eller tandhygienist kan problemen förebyggas. I delrapporten Landstingens insatser redovisas andelen strokepatienter som besökt tandläkare eller tandhygienist inom ett år efter sin stroke (indikator B10) [1]. Jämförelsen mellan landstingen visar på stora skillnader i andelen strokepatienter som besöker tandvården under sitt första år efter insjuknandet i stroke. Variationen mellan landstingen var 37 procentenheter 2009. En något högre andel män än kvinnor hade besökt tandvården inom ett år efter sin stroke.

I detta avsnitt jämförs strokepatienters tandvårdsbesök med befolkningen som helhet. De flesta strokepatienterna är äldre än 60 år. Av den anledningen har jämförelsen avgränsats till personer 60 år och äldre. Uppgifterna avser andelen strokepatienter som besökt tandvården inom tolv månader efter utskrivning från sjukhus och andelen personer i hela befolkningen som besökt tandvården under år 2009. I kvalitetsregistret Riks-Stroke's tolv månadersuppföljning ingår 11 500 patienter som insjuknat i stroke under 2008 och följts upp under 2009. Uppgifter avseende befolkningen som helhet utgår från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Totalt har 1 464 992 personer över 60 år besökt tandvården under 2009.

Få strokepatienter besöker tandvården

Det är önskvärt att så många strokepatienter som möjligt besöker tandvården eftersom detta har en viktig förebyggande effekt mot tand- och munhåleproblem. Jämförelsen visar dock att en lägre andel strokepatienter än personer i befolkningen som helhet besökt tandvården under den aktuella mätperioden. För riket som helhet är skillnaden 4 procentenheter men i tre landsting är den över 8 procentenheter. Det faktum att andelen tandläkarbesök hos personer över 60 år i befolkningen som helhet är högre än för gruppen strokepatienter kan tyda på att tandvården för strokepatienter är eftersatt eller att det finns brister i tandvårdens tillgänglighet. Vid jämförelse mellan patienter i alla åldrar är resultatet det omvända; en högre andel strokepatienter än befolkningen i övrigt har besökt tandläkare eller tandhygienist. Anledningen till detta är att en betydligt lägre andel yngre personer besöker tandvården på årlig basis vilket drar ner den totala andelen tandvårdsbesök i Socialstyrelsens tandhälsoregister. Av strokepatienterna är endast 11 procent i jämförelsen yngre än 60 år medan motsvarande siffra i tandhälsoregistret är 64 procent.

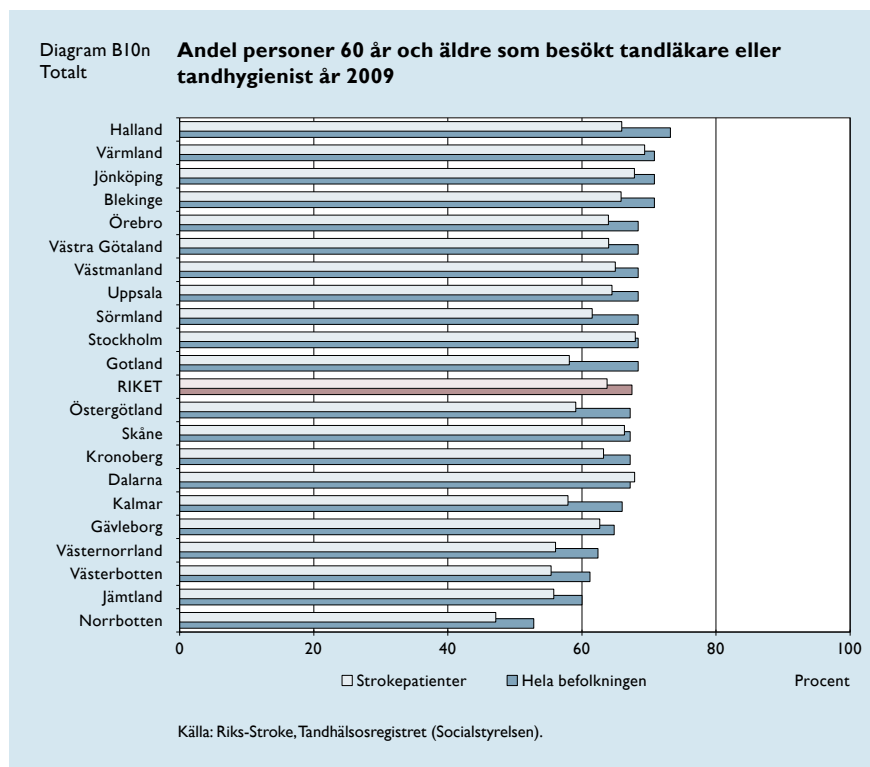
Felkällor och tolkningssvårigheter

I jämförelsen mellan strokepatienter och befolkningen som helhet finns en del felkällor och tolkningssvårigheter att ta hänsyn till. I Riks-Stroke's 12-månadersuppföljning finns ett visst bortfall av patienter som inte besvarat de frågor som

rör tandvård. Merparten av de som inte svarat är personer som har svåra symtom av sin stroke. Ett rimligt antagande är att personer med svåra restsymtom i lägre omfattning besöker tandläkare eller tandhygienist varför de siffror avseende strokepatienter som redovisas här i själva verket är för höga.

Även i tandhälsoregistret finns ett visst bortfall av personer. I dagsläget omfattas cirka 500 000 personer av landstingens så kallad uppsökande tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338). Det gäller samtliga personer som bor i kommunalt särskilt boende och/eller har beviljats LSS-insatser. Dessa patienter registreras vanligtvis inte i Socialstyrelsens tandhälsoregister såvida inte den uppsökande tandvården resulterar i beslut om större ingrepp som sedan genomförs på tandvårdsklinik. Till följd av detta är den verkliga andelen tandvårdsbesök i gruppen 60 år eller äldre sannolikt högre än vad uppgifterna visar.

I en aktuell rapport från Försäkringskassan [9] framgår att personer i socioekonomiskt utsatta områden i lägre grad genomför regelbundna besök hos tandvården. I denna jämförelse har inga justeringar gjorts för sådana faktorer.



Strokevårdens effektivitet

Effektivitet handlar om att använda resurserna på bästa sätt utifrån de uppsatta målen. Ett effektivitetsmått kan antingen spegla absolut effektivitet eller relativ effektivitet. För att titta på absolut effektivitet behövs en målnivå, till exempel hur stor andel med tillgodosedda behov som kommunerna eller landstingen ska uppnå. Dessutom måste det vara tydligt vad som är en liten respektive stor resursförbrukning, eller låga respektive höga kostnader, för verksamheten. Lyckas en kommun eller ett landsting uppnå målet till låga kostnader är verksamheten effektiv. När det gäller relativ effektivitet jämförs kommunernas eller landstingens resultat med varandra istället för mot bestämda mål- och kostnadsnivåer. Den relativa effektiviteten kan mätas genom kostnad per person som har uppnått målet, till exempel ha ett tillgodosett behov av rehabilitering. En låg kostnad per person med tillgodosedda behov innebär att effektiviteten är högre än i andra landsting eller kommuner.

Landstingens och kommunernas verksamheter påverkar tillsammans resultatet av vård och omsorg till personer som har insjuknat i stroke och därför är det nödvändigt att studera den gemensamma effektiviteten. I det här kapitlet redovisar Socialstyrelsen, i ett försök att belysa effektiviteten för strokevården, två effektivitetsmått:

- Effektivitet avseende ADL-oberoende 12 månader efter stroke (eC05b)
- Effektivitet avseende tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke (eD04)

Måtten visar relativ effektivitet i form av kostnad per person som har uppnått målet, vilket också kan uttryckas som kostnad per lyckat fall. Det finns dock brister i måtten. För både kommuner och landsting använder vi beräknade kostnader men vissa har inte gått att beräkna, till exempel landstingens primärvårdskostnader. Kostnaderna som används i effektivitetsmåtten är därför underskattningar av strokevårdens totala kostnader för kommuner och landsting. Det finns även en viss osäkerhet när det gäller resultatindikatorerna, bland annat täckningsgraden. Därför går det inte att dra några slutsatser enbart utifrån dessa effektivitetsmått, men måtten kan användas av kommuner och landsting som en utgångspunkt för fortsatta effektivitetsanalyser.

Metod

Kommunernas kostnader

Det finns inga registeruppgifter som visar kommunernas kostnader för insatser till personer som har insjuknat i stroke. Därför har Socialstyrelsen beräknat kostnaderna med hjälp av uppgifter från flera källor. Vi har använt patientregistret och registret över socialtjänstinsatser till äldre personer och personer med funktionsnedsättning för att få fram i vilken utsträckning och omfattning som kommunerna tillhandahåller insatser till personer som har insjuknat i stroke. Dessa uppgifter

har vi sedan multiplicerats med den genomsnittliga kostnaden för kommunernas insatser. Denna uppgift bygger på data från Statistiska centralbyråns undersökning Räkenskapssammandrag för kommuner samt från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatserna för personer 65 år och äldre. I bilaga 3 till Delrapport: Kommunernas insatser finns en närmare beskrivning av metoden för att beräkna kommunernas kostnader för personer som har insjuknat i stroke [2].

Landstingets kostnader

I landstingens kostnader ingår endast beräknade kostnader för landstingens slutenvård. De har beräknats genom att multiplicera strokesjukvårdens viktandel av den somatiska slutenvården har multiplicerats med landstingens rapporterade nettokostnader för hela den somatiska slutenvården. Viktandel har tagits fram med hjälp av två diagnosrelaterade grupper (DRG): stroke med respektive utan komplikation, DRG14A och DRG14B, som andel av det totala antalet konsumerade DRG-poäng. Sedan multiplicerade vi kostnaden per invånare för den strokevård som bedrivs i slutenvården för respektive landsting med antalet invånare i respektive kommun. På så sätt fick vi fram en total kostnad för slutenvården per kommun. Det finns dock flera felkällor och tolkningsproblem med beräkningen av landstingens slutenvårdskostnader till exempel överskattas för landsting där patienter skrivs över mellan kliniker och sjukhus under en och samma vårdepisod. Uppgifterna kommer från patientregistret och Sveriges kommuner och landstings ekonomistatistik. I bilaga 5 till Delrapport: Landstingens insatser finns en utförligare beskrivning av metoden för att beräkna den somatiska slutenvårdens kostnad för strokevård samt felkällor och tolkningssvårigheter [1].

Resultatindikatorer

Socialstyrelsens mål var att spegla effektiviteten i vården och omsorgen till personer som har insjuknat i stroke. För detta ändamål har vi använt två resultatindikatorer, ADL-oberoende 12 månader efter stroke och tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke. Indikatorerna beskrivs närmare i avsnittet Förbättringsområden i strokevården samt i Delrapport: Kommunernas insatser. I likhet med indikatorerna i Delrapport: Kommunernas insatser redovisar vi bara effektivitetsmått för de kommuner som har minst 30 personer i indikatorns närmare. Däremot ingår samtliga fall i landstingens uppgifter [2].

Effektivitetsmått mäts som kostnad per lyckat fall. Vi tog fram antalet lyckade fall genom att multiplicera resultatindikatorns värde med antalet personer i respektive kommun som insjuknade i stroke år 2009.

Resultat

Effektivitet avseende ADL-oberoende 12 månader efter stroke (eC05b)

Den som har fått en stroke kan behöva hjälp med att till exempel gå på toaletten eller klä av och på sig men hjälpberoendet kan minska med rehabilitering och träning. Effektivitetsmättet ADL-oberoende 12 månader efter stroke speglar landstingens och kommunernas samlade effektivitet både i det akuta omhändertagandet och i rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen.

Utfall och variation

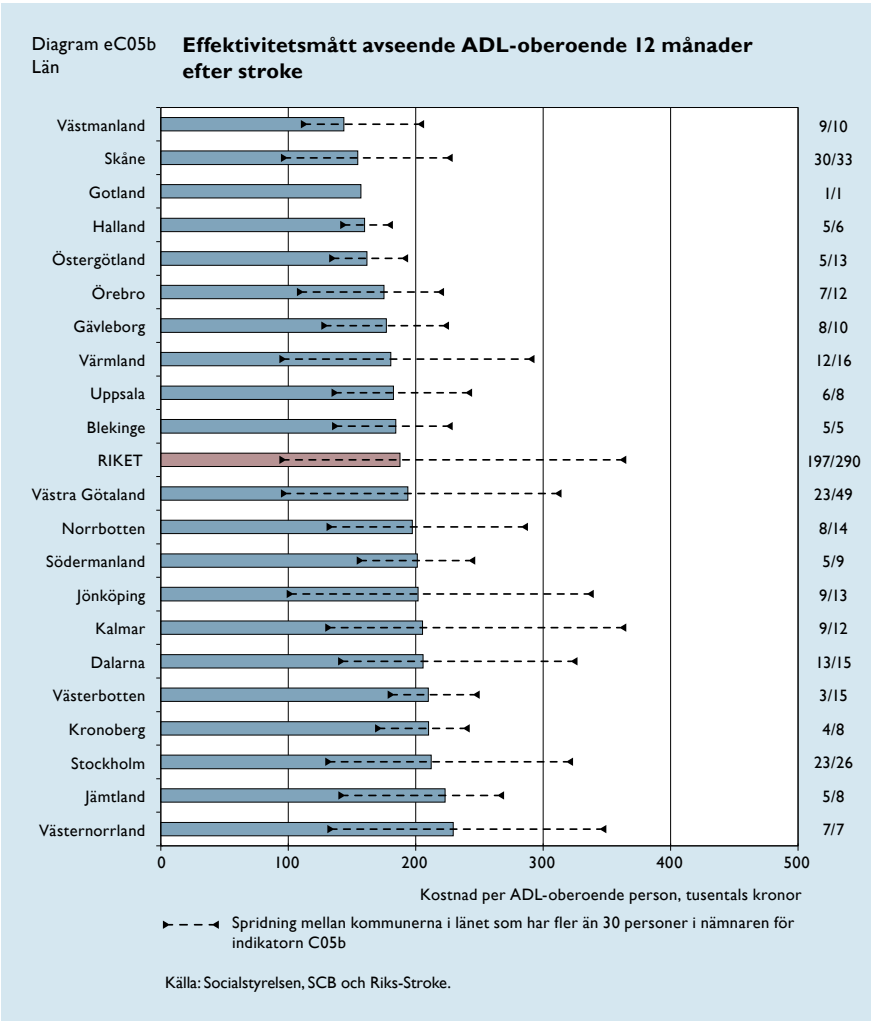
Den genomsnittliga kostnaden i rikets var 187 500 kronor per person som var ADL-oberoende 12 månader efter stroke. Utfallet varierar mellan både landstings- och kommunnivå: 143 500–229 300 kronor på landstingsnivå och 92 800–365 200 kronor per ADL-oberoende person på kommunnivå.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Dataunderlaget är mycket osäkert. Det är uppenbart att de beräknade kostnaderna är lägre än de totala, faktiska kostnaderna för kommunernas och landstingens strokevård för de inkluderar till exempel inte kostnader för landstingens primärvård till personer som har insjuknat i stroke. Måtten kan ändå vara både högre och lägre än det faktiska värdet eftersom kostnaderna är beräknade. Resultatet tar ingen hänsyn till eventuella skillnader i ålder, kön och svårighetsgrad, vilket också kan påverka måttet.

Kommentar

Här är inte kostnadens storlek det viktigaste utan hur kostnaderna förhåller sig till varandra. En låg kostnad per ADL-oberoende person indikerar att verksamheterna är effektivare i det landstinget eller i den kommunen än i andra landsting och kommuner som har en högre kostnad. Dataunderlaget är dock mycket osäkert och det är svårt att göra någon bedömning på nationell nivå. Däremot kan effektivitetsmättet användas som underlag för landstingens och kommunernas vidare arbete med effektivitet inom vården och omsorgen efter insjuknande i stroke.



Effektivitet avseende tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus 12 månader efter stroke (eD04)

Efter insjuknandet i stroke behöver många rehabilitering och träning, men det varierar i vilken utsträckning som detta behov tillgodoses. Det spelar till exempel stor roll om personen på egen hand kan sköta sin hygien, röra sig eller återgå till arbetet. Detta effektivitetsmått belyser den samlade effektiviteten i kommunernas och landstingens insatser för rehabilitering när personen har skrivits ut från sjukhuset.

Utfall och variation

Den genomsnittliga kostnaden i riket var 271 100 kronor per person som upplever att deras behov av rehabilitering efter utskrivning är helt tillgodosedda. Variationen var 204 900–342 400 kronor på landstingsnivå och 136 600–535 500 kronor på kommunnivå.

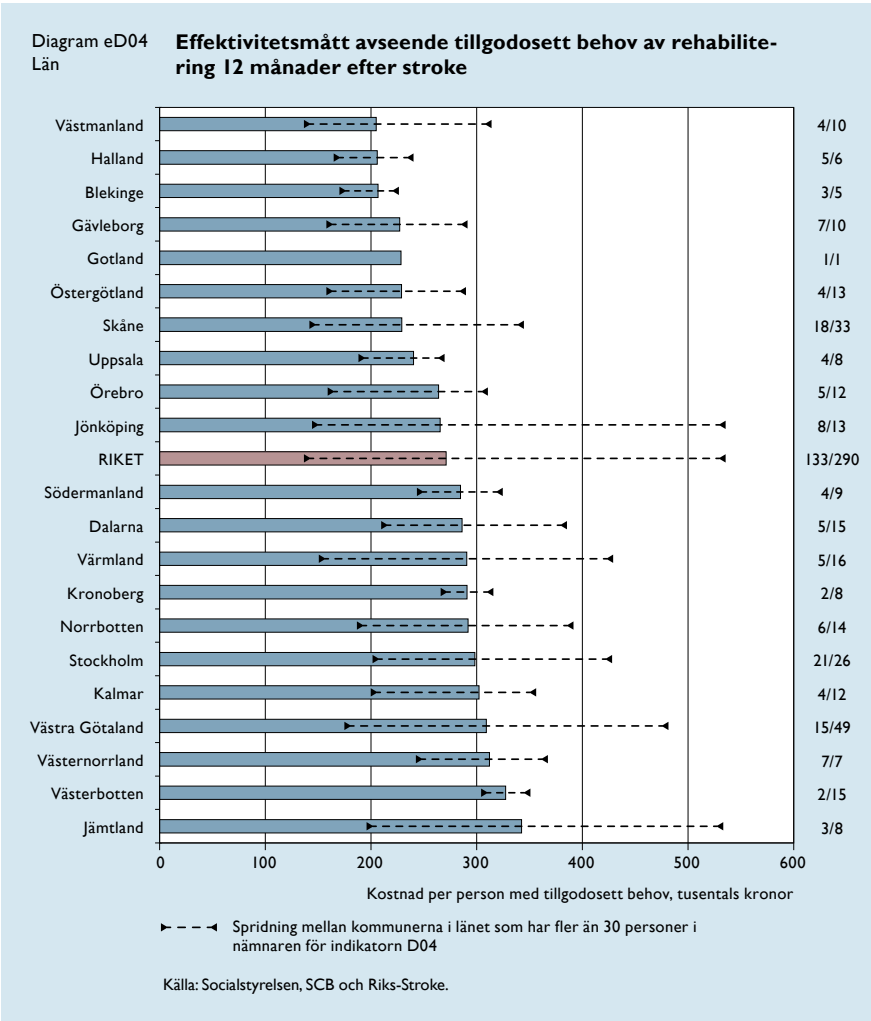
Felkällor och tolkningssvårigheter

Dataunderlaget är mycket osäkert, bland annat på grund av att de beräknade kostnaderna är lägre än de totala, faktiska kostnaderna för kommunernas och landstingens strokevård. Till exempel ingår inte kostnader för landstingens primärvård till personer som har insjuknat i stroke. Måtten kan ändå vara både högre och lägre än det faktiska värdet eftersom kostnaderna är beräknade. Resultatet tar ingen hänsyn till eventuella skillnader i ålder, kön och svårighetsgrad, vilket också kan påverka måttet.

Människors förväntningar på kommunens och landstingets rehabilitering påverkar deras upplevelse av den. Är förväntningarna högt ställda kan resultatet underskattas och vice versa.

Kommentar

En låg kostnad per person med tillgodosett rehabiliteringsbehov indikerar att verksamheterna är effektivare i det landstinget eller i den kommunen än i andra landsting och kommuner som har en högre kostnad. Själva kostnaden är dock inte det mest intressanta här, utan hur den förhåller sig till kostnaden i andra landsting och kommuner. Dataunderlaget är dock mycket osäkert och det är svårt att göra någon bedömning på nationell nivå. Däremot kan måttet användas som underlag för landstingens och kommunernas vidare arbete med att effektivisera vården och omsorgen efter insjuknandet i stroke.



Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 Strokevård Delrapport: Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 Strokevård Delrapport: Kommunernas insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
4. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke [database on the Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2007;CD000197. 2007.
5. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Asberg K, Norrving B, Peltonen M, Terént A, et al. Stroke units in their natural habitat: can results of randomized trials be reproduced in routine clinical practice? Stroke. 1999;30:709-14.
6. Terént A, Asplund K, Farahmand B, Henriksson KM, Norrving B, Stegmayr B, et al. Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105,043 patients in Riks-Stroke, the Swedish Stroke Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80:881-7.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Socialstyrelsen. Samverkan i re/habilitering - en vägledning. Socialstyrelsen; 2008.
9. Försäkringskassan. Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008, analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv. Socialförsäkringsrapport 2011_9. Försäkringskassan; 2011.

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	Projektledare
Björn Nilsson	Projektledare
Rosita Claesson Wigand	

Arbetsgrupper

Socialstyrelsen

Mikael Fabel	kommunikation
Karin Nyqvist	
Marianne Lidbrink	
Lena Janzon	
Jonas Karnström	
Behzad Kouchehi	
Max Köster	
Kerstin Westergren	
Arvid Widenlou Nordmark	
Göran Zetterström	

Övriga

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

Övriga deltagande

Socialstyrelsen

Marianne Aggestam	stöd indikatorer
Caroline Lööf	administrativt stöd
Eva Landström	enkätkonstruktion
Marie Linder	statistiskt stöd, enkätkonstruktion

Pinelopi Lundqvist	sammanställningar från läkemedelsregistret
Tsega Muzollo	statistikframställning
Erik Onelöv	sammanställningar från patientregistret och Riks-Stroke
Lennart Ringström	enkätkonstruktion
Lisbeth Serdén	sammanställningar från patientregistret, DRG

Övriga

Fredrik Jonsson	statistiker, kvalitetsregistret Riks-Stroke
Örjan Sandgren	EDITA, diagramproduktion

Bilaga 2: Förteckning över process- och resultatindikatorer

Tabell 5: Indikatorförteckning

Indikator	Delrapport
A. Akut vård och behandling	
A01 Tidsfördröjning till ankomst till sjukhus	L
A02 Trombolyslarm vid stroke	L
A03 Mediantid till trombolys	L
A03b Trombolys inom 30 respektive 45 minuter	L
A04 Trombolys vid stroke	L
A05 Hjärnblödning vid trombolys	L
A06 Vård på strokeenhet	L
A07 Direktiläggning på strokeenhet	L
A08 Sväljtest vid stroke	L
A09 Hemrehabilitering i landstingets regi	L
B. Sekundärprevention	
B01 Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning	L
B01b Blodtryckssänkande behandling efter 12-18 månader	L
B02 ARB som blodtryckssänkande läkemedel vid utskrivning	L
B02b ARB som blodtryckssänkande läkemedel efter 12-18 månader	L
B03 Warfarin vid förmaksflimmer vid utskrivning	L
B03b Warfarin vid förmaksflimmer efter 12-18 månader	L
B04 Blödningskomplikation vid warfarinbehandling	L
B05 Warfarin utan förmaksflimmer	L
B06 Blodfettssänkande behandling vid utskrivning	L
B06b Blodfettssänkande behandling efter 12-18 månader	L
B07 Lågkostnadsstatin som blodfettssänkande läkemedel	L
B08 Rökstopp 3 månader efter stroke	L
B09 Återbesök hos läkare 3 månader efter stroke	L
B09b Återbesök hos läkare 12 månader efter stroke	L
B10 Besök hos tandläkare/tandhygienist 12 månader efter stroke	L
B11 Läkemedelsbehandling vid nedstämdhet 3 månader efter stroke	L
B11b Läkemedelsbehandling vid nedstämdhet 12 månader efter stroke	L

Indikator		Delrapport
C. Effekter av vård och omsorg (Strokevårdens resultat)		
C01	28-dagarsdödlighet vid stroke	L
C02	Dödlighet vid sjukhusvårdad stroke inom 28 dagar	L
C02b	Dödlighet vid sjukhusvårdad stroke inom 365 dagar	L
C03	Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke ¹	L, K
C04	Död eller återinskrivning på sjukhus p.g.a. hjärt- och kärlsjukdom inom 365 dagar	L
C05	ADL-oberoende 3 månader efter stroke ¹	L, K
C05b	ADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹	L, K
C06	IADL-oberoende 12 månader efter stroke ¹	K
C07	Rörlighet 3 månader efter stroke ¹	K
C07b	Rörlighet 12 månader efter stroke ¹	K
C08	Allmänt hälsotillstånd 3 månader efter stroke ¹	K
C08b	Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke ¹	K
C09	Nedstämdhet 3 månader efter stroke ¹	K
C09b	Nedstämdhet 12 månader efter stroke ¹	K
C10	Svårigheter att tala, läsa och skriva 3 månader efter stroke ¹	K
C11	Svårigheter att svälja 3 månader efter stroke ¹	K
C12	Återgång till förvärvsarbete 12 månader efter stroke ¹	K
D. Tillgodosedda behov och nöjdhet (Patientnöjdhet)		
D01a	Bemötande i samband med stroke	L
D01b	Information under vårdtiden	L
D01c	Vård vid sjukhus i samband med stroke	L
D01d	Information om hjälp efter utskrivning	L
D01e	Rehabilitering under sjukhusvistelsen	L
D02	Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹	K
D03	Nöjdhet med rehabilitering efter utskrivning 3 månader efter stroke ¹	K
D04	Tillgodosett behov av rehabilitering efter utskrivning 12 månader efter stroke ¹	K
D05	Tillgodosett behov av personlig omvårdnad 12 månader efter stroke	K
D06	Tillgodosett behov av serviceinsatser 12 månader efter stroke	K
D07	Tillgodosett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser 12 månader efter stroke ¹	K
D08	Ej tillgodosett behov av smärtlindring 12 månader efter stroke ¹	K
D09	Tillgodosett behov av hjälpmedel 12 månader efter stroke ¹	K
D10	Tillgodosett behov av färdtjänst 12 månader efter stroke	K
E. Karotiskirurgi		
E01	Antal operationer vid karotisstenos	L
E02	Medianväntetid till operation vid symtomgivande stenos	L

L = Indikatorn presenteras i Delrapport: Landstingens insatser (1)

K = Indikatorn presenteras i Delrapport: Kommunernas insatser (2)

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

Nationell utvärdering 2011 – Strokevård syftar till att öppet jämföra och utvärdera kvalitet och effektivitet i vård och omsorg för personer som insjuknat i stroke. I utvärderingen studeras strukturer, processer, resultat och kostnader i såväl landstingens som kommunernas verksamheter. Utvärderingen tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård.

Denna rapport baseras på resultaten i de båda tillhörande delrapporterna – Landstingens insatser och Kommunernas insatser – och kompletterar dessa med fördjupade analyser av viktiga områden av strokevården.

Nationell utvärdering 2011 – Strokevård är främst avsett som ett stöd för personer som fattar beslut om prioriteringar och verksamhetsutveckling inom vård och omsorg i såväl landsting som kommuner. Rapporten identifierar områden av strokevården där resultaten inte når upp till riktlinjernas intentioner och ger därmed ett underlag för förbättringsarbete på lokal och regional nivå.

Nationell utvärdering 2011 – Strokevård

(artikelnr 2011-11-2) 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