

Utvärdering av vård vid stroke

Huvudrapport med förbättringsområden



2018

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018

Vård vid stroke

Huvudrapport med förbättringsområden

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen
kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format
skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-481-5

Artikelnummer 2018-12-57

Foto Johnér Bildbyrå AB

Sättning Åtta.45 Tryckeri AB

Tryck Åtta.45 Tryckeri AB, december 2018



Svanenmärkt trycksak, 3041 0001

Förord

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid stroke utifrån de nationella riktlinjerna för vård vid stroke från 2009 och 2018. Även förbättringsområden från en tidigare utvärdering av strokevården har använts som utgångspunkt för bedömningarna i denna rapport. Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna huvudrapport sammanfattar det viktigaste resultaten och slutsatserna från utvärderingen, och innehåller dessutom de förbättringsområden som Socialstyrelsen har identifierat. Den andra rapporten *Utvärdering av vård vid stroke – Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller en utförlig redovisning av resultatet för samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen samt en beskrivning av de använda metoderna.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom landsting, regioner och kommuner men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper samt media.

Projektledare för utvärderingen har varit Anastasia Simi. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Mikaela Svensson, Christina Broman, Max Köster, Gunilla Ringbäck Weitoft, och Eva Lejman. Externa experter har varit Christina Brogårdh, Bo Norrving, Katharina Stibrant Sunnerhagen och Per Wester.

Ett särskilt tack riktas också till företrädare för kvalitetsregistren Riksstroke, WebRehab och SWEDVASC som har bidragit med underlag till utvärderingen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Förbättringsområden för vården vid stroke	7
Inledning.....	11
Utvärderingens syfte	11
Utvärderingens avgränsningar	12
Indikatorer och målnivåer	12
Använda källor	13
Resultat i två rapporter	13
Intressenter	14
Samverkan och kommunikation.....	14
Vad är stroke.....	15
TIA	15
Riskfaktorer.....	16
Vårdkedjan vid stroke och TIA.....	17
Strokevårdens struktur och innehåll	17
Minskad funktionsnedsättning och död efter stroke.....	19
Vård och behandling i akut skede	21
Akut behandling med reperfusion	22
Vård på strokeenhet vid stroke och TIA.....	25
Förbättringsområden – vård och behandling i akut skede	28
Sekundärprevention	31
Förbättringsområden – sekundärprevention	35
Rehabilitering i tidig och sen fas.....	36
Rehabilitering i tidig fas.....	37
Förbättringsområden – rehabilitering i tidig fas.....	42
Rehabilitering i sen fas	44
Förbättringsområden – rehabilitering i sen fas	55

Strukturerad uppföljning vid stroke och TIA	58
Förbättringsområden – strukturerad uppföljning vid stroke och TIA	59
Socioekonomiska aspekter	60
Referenser	63
Bilaga 1. Projektorganisation	65
Bilaga 2. Bilagor som publiceras på webben	67

Sammanfattning

Stroke är en av de vanligaste orsakerna till död och handikapp i världen och i Sverige. Varje år insjuknar cirka 25 000–30 000 personer i stroke i Sverige och cirka 10 000 insjuknar i transitorisk ischemisk attack (TIA).

Utvärderingen visar att en del rekommendationer i riktlinjerna, särskilt vad gäller sekundärprevention, har fått genomslag i verksamheterna. Förebyggande åtgärder såsom läkemedelsbehandlingar vid högt blodtryck, förmaksflimmer och höga blodfetter har ökat avsevärt under de senaste åtta åren. Samtidigt har dödligheten i stroke, dvs. antalet dödsfall i befolkningen, minskat med 32 procent, vilket är en stor framgång. Utvärderingen visar också att rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2018 omfattar de viktigaste områdena där ett fortsatt arbete är angeläget. Nedan presenteras de främsta förbättringsområdena för hälso- och sjukvården inom landstingen och regionerna och i relevanta fall kommunerna. Inom dessa områden behövs alltså mer arbete för att öka följsamheten till riktlinjerna och få en god vård vid stroke.

Förbättringsområden för vården vid stroke

Hälso- och sjukvården kan förbättra akut vård vid stroke genom att

- arbeta för att fler kan få behandling med reperfusion
- minimera tiden mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus
- skapa kortare ledtider från ankomst till sjukhus till behandlingsstart
- lägga in personer med misstänkt stroke eller TIA på strokeenhet som första vårdenhets
- dimensionera antalet vårdplatser utifrån behovet
- minimera tiden från ankomst till sjukhus till ankomst till strokeenhet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra rehabiliteringen i tidig fas efter stroke genom att

- i högre utsträckning erbjuda tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team till personer med lindrig till måttlig stroke. Landsting och regioner behöver se till att denna rehabiliteringsform har en tydlig struktur och ett bestämt innehåll.
- öka tillgång till multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård, särskilt för äldre och för personer inom särskilda boendeformer.

Hälso- och sjukvården kan förbättra kvaliteten i och förutsättningarna för en individanpassad rehabilitering i sen fas efter stroke genom att

- enhetligt bedöma personens vård- och rehabiliteringsbehov och upprätta en individuell rehabiliteringsplan redan vid utskrivning från slutenvården
- bättre samordna landstingens och kommunernas insatser med ett gemensamt vårdprogram för stroke och tillhörande rutiner
- ge tillgång till multidisciplinärt team med strokekompetens i hela vårdkedjan
- höja kompetensen inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Att skapa förutsättningar för en strukturerad uppföljning är ett av de viktigaste förbättringsområdena inom strokevården. Hälso- och sjukvården kan förbättra uppföljningen av personer med stroke eller TIA genom att

- etablera en infrastruktur för teambaserad strukturerad uppföljning
- registrera åtgärden på ett enhetligt sätt.

Socialstyrelsen anser det också som viktigt att hälso- och sjukvården

- arbetar mer aktivt med information och rökavvänjande insatser till personer som röker vid insjuknandet i stroke eller TIA

- optimerar användningen av antikoagulantia och statiner efter stroke och TIA
- uppmärksammar utsatta grupper där socioekonomiska skillnader finns.

Socialstyrelsen anser det som viktigt att landsting, regioner och kommuner vidtar åtgärder för att underlätta implementeringen av riktlinjernas rekommendationer. Socialstyrelsen kommer att utvärdera vården vid stroke på nytt inom några år och då följa upp resultaten och förbättringsområdena från denna rapport. Målet är att landsting, regioner och kommuner ska kunna använda dessa rapporter som stöd för prioriteringar och kvalitetsutveckling, för att ytterligare förbättra vården för personer med stroke och TIA.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, analyserar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva vilka egenskaper som en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer samt genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

Den här rapporten utvärderar vården vid stroke. Rapportens utgångspunkt är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke från 2009 och 2018 [1, 2]. Vad gäller nya rekommendationer som tillkommit under revideringen av riktlinjerna under 2018 utvärderas huvudsakligen förutsättningarna för implementering. Socialstyrelsen har vid ett tidigare tillfälle utvärderat strokevården och identifierade ett antal förbättringsområden [3]. Även dessa områden har använts som utgångspunkt för bedömningarna i denna rapport.

Utvärderingens syfte

Den här rapporten är en utvärdering av landstingens och regionernas processer och resultat samt kommunernas insatser och strukturer vad gäller vård och rehabilitering vid stroke. Syftet är att öppet jämföra och utvärdera den svenska strokevården utifrån följande frågeställningar:

- Bedrivs vården i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer i riktlinjerna för vård vid stroke från 2009 och 2018?
- Har landstingen, regionerna och kommunerna förbättrat vården utifrån synpunkter som framkom i utvärderingen från 2011?

- Är vården vid stroke kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen inkluderar diagnoserna stroke och TIA. Uppgifterna i rapporten avser år 2017 och tidigare, och därför är rapporten inte primärt en utvärdering av hur rekommendationerna i de uppdaterade riktlinjerna från 2018 tillämpas. Vad gäller nya rekommendationer som tillkommit under revidering av riktlinjerna under 2018 utvärderas huvudsakligen förutsättningarna för implementering. Däremot utvärderas följsamheten till kvarvarande rekommendationer från 2009 samt utvecklingen sedan Socialstyrelsen senast utvärderat strokevården.

Uppgifter om strokevårdens struktur och innehåll ingår inte i denna utvärdering (se avsnitt Strokevårdens struktur och innehåll). Utvärderingen inkluderar inte heller rekommendationer om kost och livsstilsråd. Dessa ingår i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [4]. Information om rökstopp samt hälso- och sjukvårdens rökavvänjande insatser till personer med stroke eller TIA inkluderas dock i denna utvärdering, eftersom dessa åtgärder följs upp med indikatorer kopplade till strokeriktlinjerna.

Indikatorer och målnivåer

Indikatorerna i utvärderingen är hämtade från de nationella riktlinjerna för vård vid stroke från 2018, och är avsedda att mäta och följa upp de viktigaste av rekommendationerna i riktlinjerna. I bilaga Indikatorer (se bilaga 2) finns en teknisk beskrivning av indikatorerna. Bilagan kan hämtas på Socialstyrelsens webbplats <https://www.socialstyrelsen.se/>. Varje indikator har i namnet en bokstav och en siffra. Dessa beteckningar används konsekvent i rubriker till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar.

För vissa av dessa indikatorer har Socialstyrelsen fastställt nationella målnivåer [5]. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god vård som är jämlik i hela landet. Målnivåerna anger

hur stor andel av patientgruppen som bör få en viss behandling eller åtgärd. I utvärderingen jämförs resultaten i förhållande till målnivån i de fall en nationell målnivå finns.

Använda källor

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor, som nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens register samt en enkätundersökning till samtliga av landets kommuner och stadsdelar (hädanefter används beteckningen kommun även för storstädernas stadsdelar).

Register

Socialstyrelsen har använt uppgifter till indikatorerna från följande nationella kvalitetsregister:

- Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, Riksstroke
- Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering, WebRehab
- Nationellt kvalitetsregister för kärlkirurgi, SWEDVASC

Uppgifter har även hämtats från fyra register vid Socialstyrelsen:

- patientregistret
- läkemedelsregistret
- dödsorsaksregistret
- registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL)

Resultat i två rapporter

Utvärderingen av vården vid stroke publiceras i två rapporter. Denna huvudrapport *Utvärdering av vård vid stroke – Huvudrapport med förbättringsområden* innehåller en sammanfattning av resultat och de viktigaste slutsatserna från utvärderingen. En underlagsrapport *Utvärdering av vård vid stroke – Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller en utförlig redovisning av resultatet för samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen samt en beskrivning av de använda metoderna. Båda rapporterna kan beställas eller laddas ner från Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se/.

Intressenter

Utvärderingen riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer; politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom landstingen respektive kommunerna (fortsättningsvis används beteckningen landsting när det gäller landsting och regioner). Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara en källa till att öppet redovisa resultat till stöd för prioriteringar, kvalitetsutveckling samt för den offentliga debatten om vården vid stroke.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp bestående av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Arbetsgruppen har samverkat med det nationella strokeregistret (Riksstroke), det nationella kvalitetsregistret inom rehabilitering, (WebRehab) samt, för arbetet med målnivåer, med den nationella arbetsgruppen för stroke inom huvudmännens struktur för kunskapsstyrning. En fortsatt dialog mellan Socialstyrelsen och den nationella arbetsgruppen för stroke har som syfte att stödja vidare utveckling, särskilt inom uppföljningen av personer med stroke och TIA.

Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Vad är stroke

Stroke är ett samlingsnamn på de symtom som uppstår när hjärnan skadas på grund av hämmad syretillförsel. Syrebristen uppkommer när en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl, så kallad hjärninfarkt. Stroke kan också orsakas av en hjärnblödning, när ett blodkärl brister inne i hjärnan eller på hjärnans yta.

I 85 procent av fallen orsakas stroke av en blodpropp (akut ischemisk stroke eller hjärninfarkt). I cirka 10 procent av fallen är orsaken en blödning inne i hjärnvävnaden (intracerebral blödning), medan cirka 5 procent beror på en blödning mellan hjärnhinnorna (subaraknoidal blödning). Syrebristen eller blödningen leder till att hjärncellerna i den drabbade delen av hjärnan dör, och hjärnskadan leder till en nedsatt funktion i de aktiviteter som styrs av detta område.

I Sverige insjuknar varje år cirka 25 000–30 000 personer i stroke [6, 7]. Kvinnorna som insjuknar i stroke är något färre än männen, men antalet insjuknade minskade hos båda könen under 2006–2015 [6]. Stroke drabbar ofta äldre (medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år), men cirka en sjättedel är under 65 år. I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken, och globalt är det den näst vanligaste orsaken till död och funktionsnedsättning.

TIA

Transitorisk ischemisk attack (TIA) är en snabb övergående tillfällig syrebrist i något av hjärnans blodkärl och beror på en liten blodpropp som snabbt löses upp. Symtomen är av samma typ som vid stroke, men vid TIA går symtomen över inom några minuter till ett dygn.

Varje år insjuknar cirka 10 000 personer i Sverige i TIA [2, 7]. En TIA innebär en kraftigt ökad risk för att få en ny TIA eller en stroke inom de närmaste dygnen eller veckorna. Risken kan minskas avsevärt med tidigt insatta förebyggande åtgärder.

Risikfaktorer

Att ha drabbats av en stroke innebär en kraftigt ökad risk att drabbas igen. Insjuknandet i TIA eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom medför också en ökad risk för stroke. För att minska risken och förebygga en ny stroke görs en noggrann riskfaktorkontroll. De viktigaste riskfaktorerna för stroke är:

- högt blodtryck
- rökning
- förmaksflimmer
- diabetes
- låg fysisk aktivitet
- höga blodfetter
- förträngning i halspulsådern
- tidigare stroke eller TIA
- hög ålder
- ärftlighet av hjärt-kärlsjukdomar
- hög alkoholkonsumtion.

Ju fler riskfaktorer en person har, desto större är risken för att insjukna eller återinsjukna i stroke. Förebyggande åtgärder är läkemedelsbehandlingar som kontrollerar blodtryck (blodtryckssänkande läkemedel) och höga blodfetter (statiner). Dessutom kan behandling med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia) vid förmaksflimmer och karotiskirurgi vid förträngning i halspulsådern (karotisstenos) förebygga blodproppsbildning och minska risken för stroke hos personer med dessa tillstånd. Hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser vid stroke omfattar även information och råd om riskerna med rökning och andra livsstilsråd.

Ovannämnda insatser utgör högprioriterade åtgärder i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [2], och *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [4].

Vårdkedjan vid stroke och TIA

Den akuta vårdkedjan vid stroke syftar till att personer med stroke ska få behandling så tidigt som möjligt efter insjuknandet. Vårdkedjan innefattar insatser både utanför och på sjukhus, trombolyslarm från ambulans till sjukhus, tidig diagnostik och tidig behandling. Den akuta vården sker normalt på strokeenheter på sjukhus.

Under vårdtiden på strokeenhet påbörjas rehabilitering, som anpassas till individens symtom och funktionshinder. Beroende på graden av funktionsnedsättning bedöms lämplig form för fortsatt rehabilitering efter vården på strokeenheten. Rehabiliteringen kan fortsätta inom slutenvården, på en strokeenhet, en annan avdelning eller en specialiserad rehabiliteringsklinik, eller i öppen vård (dagrehabilitering på sjukhus). Alternativt kan rehabiliteringen fortsätta i hemmiljö eller inom primärvården.

Personens funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet bedöms och sammanställs i en rehabiliteringsplan. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:10) ska den individuella planen dokumenteras och innehålla uppgifter om den enskildes behov, mål för de samordnade insatserna, planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser, information om vilken verksamhet och personal som genomför insatserna och en tidsplan. Många personer som insjuknat i stroke kan också ha behov av återkommande rehabiliteringsinsatser under lång tid.

Personer som insjuknat i TIA eller stroke har en kraftigt ökad risk för nya kärlhändelser och död. Dessa personer har därför ett livslångt behov av uppföljning för att minska risken för nya insjuknanden och för att tillgodose att de får rätt stöd och insatser för kvarstående funktionsnedsättningar.

Strokevårdens struktur och innehåll

Indikatorerna som har tagits fram under riktlinjearbetet följer i de flesta fall strokevårdens processer, och i vissa fall dess resultat. I uppföljningen av strokevården använder Socialstyrelsen även vissa övergripande resultatindikatorer, t.ex. dödlighet.

Strukturmått visar vårdens förutsättningar att ge en god vård till personer med stroke. Vårdens organisation, personalens kompetens

och resurser är exempel på strukturmått som har stort betydelse för vårdens kvalitet. Strokevårdens innehåll är tydligt definierad i en rad kriterier som en enhet måste uppfylla för att identifieras som stroke-enhet [8].

Tidigare har Socialstyrelsen i samarbete med Riksstroke gjort kartläggningar av strokevårdens struktur genom en enkät till de akutsjukhus som tar emot strokepatienter. Sedan 2013 har Riksstroke ensamt ansvarat för dessa kartläggningar och publicerar strukturdatarapporter med jämna mellanrum (2013, 2015). År 2018 påbörjade Riksstroke en ny insamling av strukturdata. Samtidigt pågår en utvärdering av strokeenhetsvården inom ramen för Triangelrevisionen. Triangelrevision är en metod som har utvecklats av SKL tillsammans med det nationella programrådet för stroke¹ [9]. Enligt metoden utvärderar strokeenheterna varandra på ett strukturerat sätt, utifrån åtta kriterier för god specialiserad vård som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke. Till och med första kvartalet 2019 kommer 60 av landets 72 strokeenheter ha genomgått en utvärdering med triangelrevision. Resultaten återkopplas till varje enhet i direkt anslutning till revisionsbesöket, men sammanställs även på regionnivå och återkopplas till såväl verksamheter som landstingsledning som en del i det regionala förbättringsarbetet. Den nationella arbetsgruppen för stroke kommer att sammanställa resultaten i en nationell rapport under 2019.

Av ovanstående anledningar redovisas inte strukturdata för specialistvården i denna utvärdering. Socialstyrelsen har i den föreliggande versionen istället valt att kartlägga vissa aspekter vad gäller struktur och innehåll i den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom den ansvarar för den senare rehabiliteringen av personer med stroke (resultaten redovisas i avsnitt om rehabilitering i sen fas).

¹ Nuvarande nationella arbetsgruppen för stroke

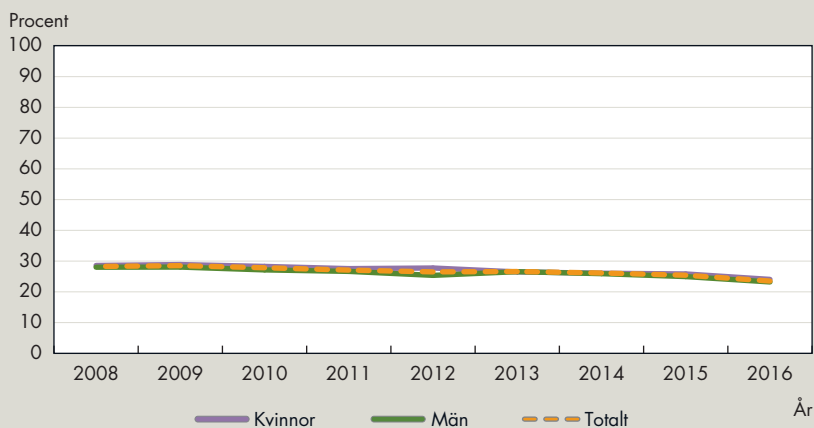
Minskad funktionsnedsättning och död efter stroke

Stroke är en av de vanligaste orsakerna till död och handikapp i världen och i Sverige. Ett snabbt och korrekt omhändertagande på sjukhuset minskar risken för att dö eller bli beroende av hjälp med aktiviteter i dagliga livet (ADL), dvs. aktiviteter som alla människor regelbundet måste utföra för att leva ett självständigt liv. Därför är död och ADL-beroende viktiga mått på kvaliteten i hälso- och sjukvårdens omhändertagande av patienter med stroke.

Trenden visar att död och ADL-beroende 3 månader efter stroke minskar långsamt, tack vare en bättre prognos efter stroke som är kopplad till bättre akut behandling och förebyggande åtgärder (diagram O.6). Införandet av reperfusionsbehandling, som siktar på att återställa blodtillförsel till den skadade hjärnan efter ischemisk stroke, har revolutionerat strokevården och resulterat i mindre beroende och funktionsnedsättning för de som fått behandlingen. Samtidigt har minskningen i dödligheten efter akut ischemisk stroke varit blygsam (diagram O.5 i underlagsrapporten), vilket talar för ett behov av bättre behandlingar och åtgärder för stroke.

Diagram O.6. Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke

Andelen avlidna eller ADL-beroende 3 månader efter stroke. Justerat efter ålder och medvetandegrad.



Källa: Riksstroke, patientregistret, dödsorsaksregistret.

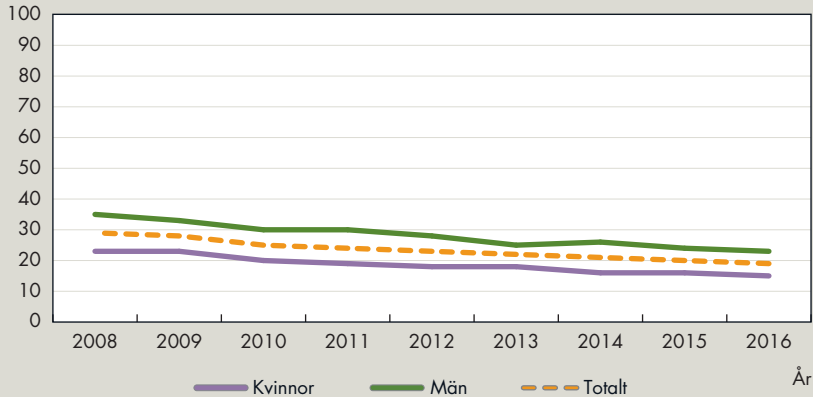
Det mest gynnsamma resultat kan ses för dödligheten i stroke per 100 000 invånare, dvs. antalet dödsfall i befolkningen (gäller personer under 80 år, så kallad åtgärdbar dödlighet). Dödligheten i stroke har minskat med 32 procent under de senaste åtta åren, vilket är en stor framgång. Minskningen i dödligheten innebär att både risken för att dö i stroke och risken för att få en stroke har minskat avsevärt. Nu är det cirka 7 000 färre personer som får stroke per år jämfört med åtta år sedan, sannolikt tack vare förebyggande åtgärder [6].

Data för utfall som presenteras i denna rapport har justerats efter medvetandegrad vid insjuknandet, vilket är ett grovt mått för svårighetsgraden av stroke. Utfall justerat för svårighetsgrad enligt NIH:s strokeskala (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) skulle möjliggöra mer rättvisa jämförelser. I dagsläget registreras stroke svårighetsgrad enligt NIHSS i Riksstroke i ungefär hälften av fallen. Socialstyrelsen anser att täckningsgraden behöver öka innan data för indikatorerna kan justeras enligt NIHSS.

Diagram O.3. Dödlighet i stroke

Antalet dödsfall i stroke per 100 000 invånare. Avser personer 1–79 år, justerat efter ålder.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret.

Vård och behandling i akut skede

Den akuta vårdkedjan vid stroke syftar till att personer med stroke ska få behandling så tidigt som möjligt. Vid akut ischemisk stroke syftar behandlingen till att återställa blodflödet och syretillförseln (så kallad reperfusion) till den delen av hjärnan som drabbats, antingen farmakologiskt (trombolys) eller interventionellt (trombektomi). Allmänhetens kunskap om strokesymtom, snabb ankomst till sjukhus samt strokevårdens processer för snabb utredning och diagnostik påverkar andelen som kan få behandling samt behandlingens resultat.

Processer som påverkar andelen som får behandling efter akut insjuknandet i stroke utgör rekommendationer med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [2]. Dessa centrala rekommendationer följs upp med indikatorerna som visas i tabell 1a.

Tabell 1a. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer vad gäller vård och behandling i akut skede

Nr	Indikatornamn	Rekommen- dation	Nationell målnivå
S.1	Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus	B01, B06	-
S.2	Trombolyslarm vid stroke	B06	-
S.3	Datortomografiangiografi vid insjuknandet	C01	-
S.4	Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke	D01, D03, D04	≥ 20 %
S.5	Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolys-behandling (andel behandlade inom 30 min)	D01	≥ 50 %

Den akuta behandlingen och omhändertagandet av personer som insjuknat i stroke sker normalt på en strokeenhet på sjukhus. Även tidiga rehabiliteringsinsatser startar på strokeenheten. En sammanhållen vårdprocess på en strokeenhet, dvs. en akut vård kombinerad med rehabilitering, minskar bl.a. dödligheten och funktionsnedsättningarna vid stroke [2].

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke 2018 bör även personer med TIA (transitorisk ischemisk attack) omhän-

dertas på en strokeenhet i det akuta skedet. Personer som insjuknar i TIA har nämligen en hög risk att insjukna i stroke under den närmsta tiden. Sekundärpreventiva åtgärder kan drastiskt minska den risken och därför behöver personer med TIA ett akut omhändertagande med tillgång till den specialiserade strokekompetens som finns på strokeenheten.

Ett flertal indikatorer som speglar centrala rekommendationer med hög prioritet i de nationella riktlinjerna följer upp strokevårdens processer med fokus vård på strokeenhet, se tabell 1b.

Tabell 1b. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer vad gäller vård och behandling i akut skede

Nr	Indikatornamn	Rekommendation	Nationell målnivå
S.6	Vård på strokeenhet vid stroke	E02	≥ 90 %
S.7	Tid mellan ankomst till sjukhus och ankomst till strokeenhet	E01	-
S.8	Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	E01	≥ 90 %
S.9	Bedömning av sväljförmåga	E04	100 %
T.1	Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	E16	≥ 90 %

Akut behandling med reperfusion

Behandling med trombolys har dokumenterad effekt när den ges upp till 4,5 timmar efter insjuknandet. Resultaten visar att enbart en tredjedel av personerna med akut ischemisk stroke anländer till sjukhus inom tre timmar från symtomstart (diagram S, tid till sjukhus). Trombolyslarm, vilket förvarnar det mottagande sjukhuset när en ambulans transporterar en patient som kan vara aktuell för trombolys, utlyses i 31 procent av fallen som senare bekräftas som stroke (diagram S, trombolyslarm). Vid ankomst till sjukhus görs en klinisk undersökning och datortomografi för att ställa en korrekt diagnos innan trombolysbehandlingen kan startas. En välfungerande akut vårdkedja kan få ner handläggningen på sjukhus mot 20 minuter, och i de allra flesta fall under 30 minuter. Ökad beredskap vid trombolyslarm bidrar till en kort handläggningstid på sjukhus. Resultaten visar att andelen som får trombolysbehandling inom 30 min från ankomsten till

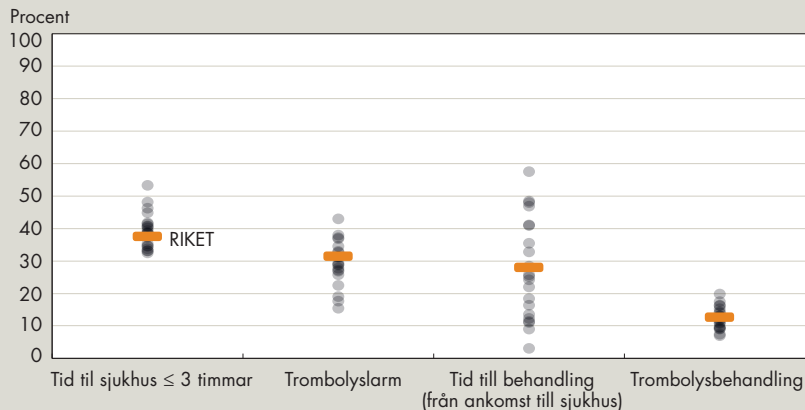
sjukhus varierar påtagligt mellan landstingen, 12–58 procent. Bara en tredjedel av patienterna i riket behandlas inom 30 minuter (diagram S, tid till behandling). Sen ankomst till sjukhus och tidsfördröjningen i handläggningen på sjukhuset är bland de vanligaste orsakerna varför i dag endast 13 procent av personerna med ischemisk stroke får behandling med trombolys. Regionala skillnader i trombolysnivån är stora (diagram S, trombolysbehandling).

Behandling med trombektomi är inte fullt uppbyggd i alla sjukvårdsregioner. År 2017 var det cirka 4 procent av personerna med ischemisk stroke som behandlades med trombektomi (diagram S4). I en uppskattning från England anges att cirka 12 procent av alla ischemiska strokefall kan vara aktuella för trombektomi, vilket innebär att behandlingen förmodligen underutnyttjas i Sverige. Användningen av DT-angio, en undersökning som görs för att identifiera om en person med misstänkt stroke kan vara aktuell för trombektomi, varierar påtagligt mellan landstingen (diagram S3 i underlagsrapport).

Resultaten visar att reperfusionsbehandling (trombolys och trombektomi) ökar, men behöver öka ytterligare (diagram S4). Socialstyrelsen har fastställt nationella målnivåer för reperfusionsbehandling (≥ 20 procent) och andelen reperfusionsbehandlade inom 30 minuter från ankomsten till sjukhus (≥ 50 procent) [5]. För båda indikatorerna ligger rikets genomsnitt under eller mycket under den nationella målnivån.

Diagram S. Faktorer som påverkar möjligheten att få behandling med trombolys

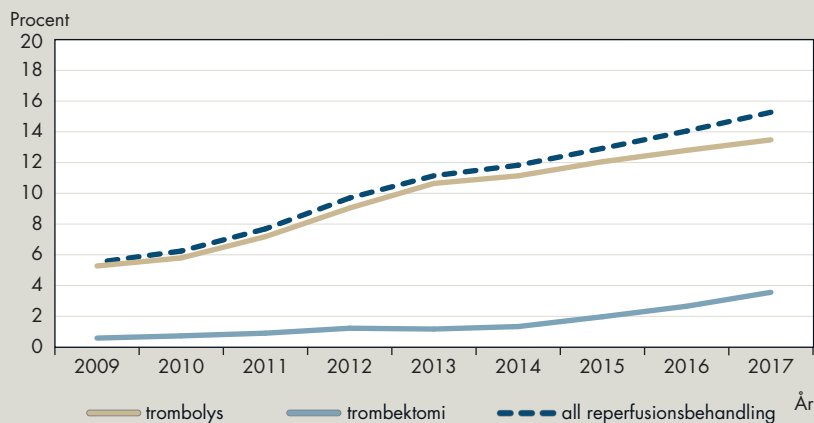
Punkterna i diagrammet representerar andelen i varje landsting som får åtgärden enligt indikatorn. Uppgifter för 2016 (se diagram för indikatorer S1, S2, S4, S5 i underlagsrapport).



Källa: Riksstroke.

Diagram S.4. Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke

Andelen fall av akut ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling med trombolys och trombektomi.



Källa: Riksstroke.

Vård på strokeenhet vid stroke och TIA

Nio av tio personer som får stroke i dag vårdas på en strokeenhet, men cirka en fjärdedel får inte komma direkt till strokeenhet, utan läggs först på en intagningsavdelning eller en annan vårdavdelning (diagram S.8). I genomsnitt tar det 64 minuter att komma till strokeenhet för dem så får behandling med reperfusion, medan för övriga tar det 225 minuter (rikets median). Intaget till strokeenhet är mycket snabbare på sjukhus där patienten läggs på strokeenhet som första vårdenhets (se diagram S7.2a och b i underlagsrapport). Icke reperfusionbehandlade som inte läggs på strokeenhet som första vårdenhets kan tillbringa mer än ett dygn på sjukhuset utan specialiserad strokevård (tabell S.7). Detta gäller nästan var sjunde strokepatient. Icke reperfusionbehandlade som vårdas på strokeenhet som första vårdenhets kommer till strokeenhet ungefär 3 timmar efter ankomsten till sjukhuset.

Tabell S.7. Tid (minuter) till strokeenhet för icke reperfusionbehandlade

Uppgifter är för år 2017 och visas uppdelade på dem som har lagts på strokeenhet som första vårdnivå och övriga.

Uppgift	Strokeenhet första vårdnivå	Övriga, ej första vårdnivå
Rikets median	195	1715
Min värde	41	158
Max värde	340	4340
Varians	54	767
Antal* patienter i riket	10739	1652

*Bortfallet räknas in för varje uppdelning vilket påverkar antalet, jämfört med nämnaren i indikatorerna S.4, S.7 och S.8

Socialstyrelsen har fastställt nationella målnivåer för vård på strokeenhet vid stroke, och för strokeenhet som första vårdnivå vid stroke och vid TIA [5]. För båda åtgärderna ligger den nationella målnivån på ≥ 90 procent. Cirka tre fjärdedelar av patienterna vårdas på strokeenhet som första vårdnivå, och andelen är oförändrad sedan 2013. År 2017 var det inga landsting, och endast 12 av de 72 akutsjukhusen som tar emot strokepatienter, som nådde den nationella målnivån (diagram S.8). Ett likartat resultat ses för vård på strokeenhet som

första vårdnivå vid TIA (diagram T.1). Täckningsgraden i Riksstroke för denna variabel är dock betydligt lägre för TIA än för förstagångsstroke.

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin tur kan leda till komplikationer, t.ex. aspiration och lunginflammation. I sedvanlig vård ingår att säkerställa att personen kan svälja innan man ger något peroralt, men en tredjedel av patienterna som inte direkt hamnar på en strokeenhet får inte sin sväljförmåga bedömd i det akuta skedet. Personer som vårdas på strokeenhet som första vårdenhets genomgår i högre utsträckning en sådan sväljbedömning (diagram S.9a och b i underlagsrapport). Denna skillnad understryker vikten av strokeenhet som första vårdnivå. Socialstyrelsens nationella målnivå är att 100 procent av patienterna ska få en bedömning av sväljförmåga inom ett dygn från insjuknandet i stroke.

Diagram S.8. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning, 2017.

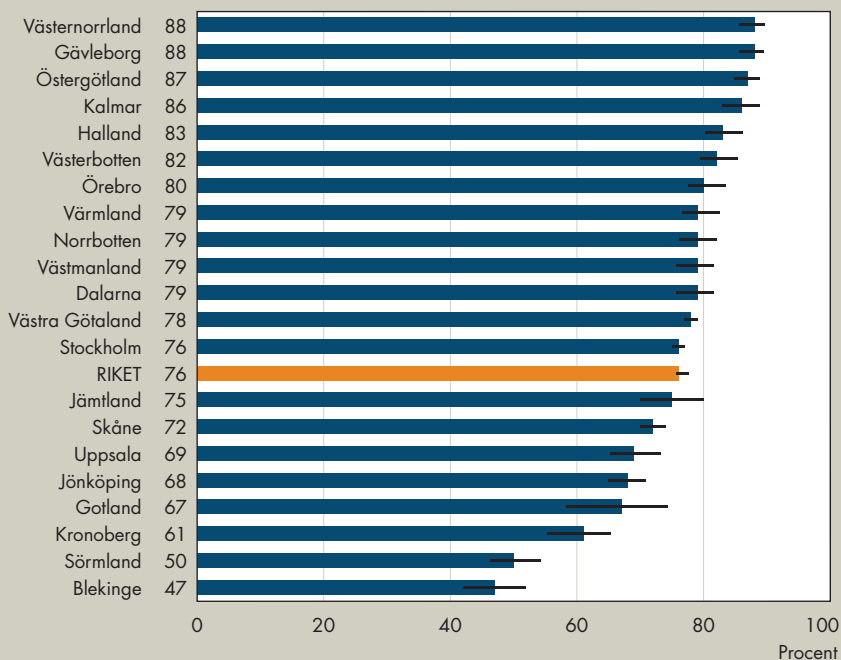
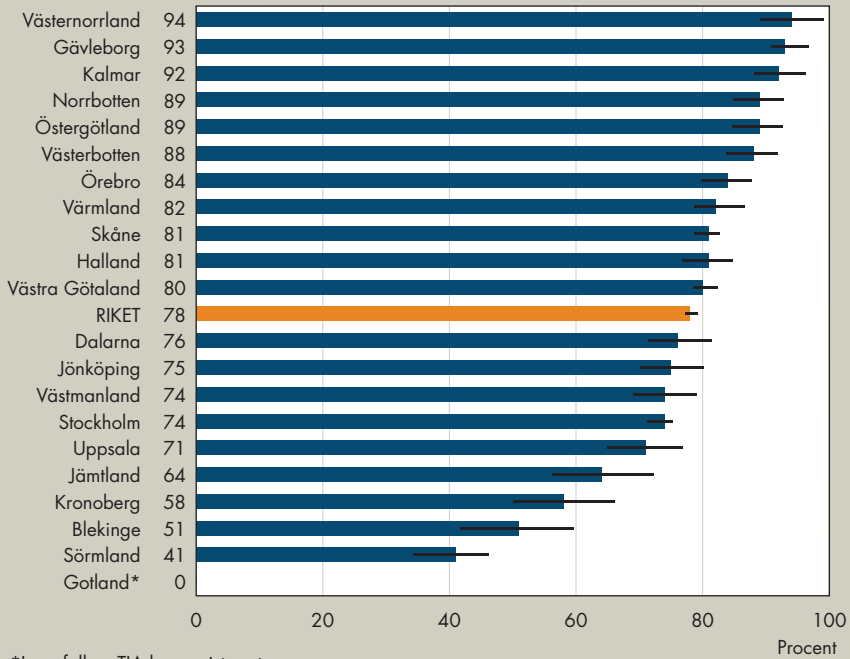


Diagram T.1. Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA

Andelen fall av TIA som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet och inte på en annan vårdavdelning, 2017.



*Inga fall av TIA har registrerats.

Socialstyrelsens nationella målnivå: $\geq 90\%$

Källa: Riksstroke.

Förbättringsområden – vård och behandling i akut skede

Hälso- och sjukvården kan förbättra akut vård vid stroke genom att

- arbeta för att fler kan få behandling med reperfusion
- minimera tiden mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus
- skapa kortare ledtider från ankomst till sjukhus till behandlingsstart
- lägga in personer med misstänkt stroke eller TIA på strokeenhet som första vårdenhet
- dimensionera antalet vårdplatser utifrån behovet
- minimera tiden från ankomst till sjukhus till ankomst till strokeenhet.

Reperfusion: tid är hjärna

Tiden är en avgörande faktor beträffande möjligheten att kunna ge trombolysbehandling och därmed undvika bestående skador eller död. Varje minuts fördröjning försämrar effekten av trombolysbehandlingen och därmed prognosen.

För att öka andelen som får trombolysbehandling behöver flera komma in till sjukhus tidigare. Socialstyrelsen anser att det behövs upprepan information för att öka allmänhetens kunskap om stroke, och därmed förståelsen av vikten av att söka hjälp så fort stroke-symtomen uppstår. Åtgärden information till allmänheten om akuta strokesymtom har nu fått en högre prioritet än i tidigare riktlinjer. Det finns också en stor förbättringspotential att effektivisera den prehospitala vårdkedjan när det gäller ambulanspersonal och de på sjukhuset som handlägger inkommande misstänkta strokefall. Evidensen visar att en högre andel trombolyslarm resulterar i att fler får trombolys.

Organisatoriska faktorer såsom fördröjningstider mellan ankomst till sjukhus och behandlingsstart påverkar också andelen patienter som kan få trombolys. Handläggningstiderna varierar påtagligt mel-

lan sjukhus, förmodligen för att de har olika processer för det akuta omhändertagandet, och vid flera sjukhus finns det tidsfördröjningar i delar av vårdkedjan som kan åtgärdas. En kort akut vårdkedja vid stroke, med förvarning från ambulans till sjukhuset, direkt transport till datortomografi, och start av trombolysbehandling i nära anslutning till datortomografiutrustningen, är en förutsättning för att minimera tiden till behandlingsstart. Socialstyrelsen anser att tiden mellan ankomst till sjukhus och start av behandling är ett viktigt förbättringsområde inom den akuta strokevården, och alla sjukhus behöver säkerställa att den tiden är så kort som möjligt. Den nationella målnivån är att ≥ 50 procent ska påbörja trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomsten till sjukhus. Målnivån anses som relativt låg och kommer att omprövas inom två år [5]. På längre sikt skulle de flesta patienter som är aktuella för trombolys kunna behandlas inom 30 minuter.

Socialstyrelsen konstaterar också att det behövs en fungerande organisation kring bedömning, remittering och behandling av personer med misstänkt ischemisk stroke som kan vara aktuella för trombektomi. Uppbyggnad av organisationen för trombektomi pågår och arbetet bör skyndsamt slutföras. För att öka trombektominivån kan det vara aktuellt att ha fler interventionister och införa DT-angio som rutin för dem med måttlig till svår stroke (NIHSS > 5) som anländer till sjukhus inom 6 timmar från larmsymtomen.

Strokeenhet: kärnan i en god strokevård

Att kunna påbörja reperfusionbehandling är inte det enda syftet med snabb ankomst till strokeenhet och ett snabbt akut omhändertagande. Evidensen visar att strokeenheten är till nytta för alla, även personer med svår stroke som oftast är äldre eller ej aktuella för reperfusionbehandling [10]. De flesta strokepatienter får heller inte reperfusionbehandling. Vidare får nästan var sjunde patient vänta i mer än ett dygn på att komma till en strokeenhet, på grund av logistiken i vårdkedjan på akutmottagningen eller brist på vårdplatser. Vissa sjukhus kan ha som policy att först lägga patienten på en intagningsavdelning eller annan avdelning, vilket är en icke-göra i riktlinjernas rekommendationer.

Socialstyrelsen anser att akutsjukhus behöver arbeta för ett snabbare omhändertagande med en kortare tid på akuten och färre

utlokaliserade patienter. Med undantag för dem som behöver intensivvård är det angeläget att personer med misstänkt stroke läggs in på strokeenhet som första vårdenhet, oavsett om de är aktuella för reperfusion eller inte. Socialstyrelsen anser att landstingen behöver se till att akutsjukhusens lokala organisation gör platser tillgängliga på strokeenheten. Åtgärden innebär en bättre vård vilket medför minskad dödlighet och funktionsnedsättning. Detta har haft hög prioritet i riktlinjernas rekommendationer sedan 2009, men trots det har inga landsting nått den nationella målnivån.

Alla patienter med TIA har hög risk för återinsjuknade, varför en särskild rekommendation för TIA inkluderades i riktlinjerna 2018. En snabb utredning och tidigt insatt sekundärpreventiv behandling vid TIA kan dock minska risken för insjuknandet i stroke med 80 procent. Därför anser Socialstyrelsen att landstingen behöver tillgängliggöra platser på strokeenhet även för personer med TIA. Vårdtiderna vid TIA är mycket kortare än för stroke, så det bör vara möjligt att behandla samtliga TIA-fall på strokeenhet och samtidigt undvika en undanträngningseffekt (t.ex. av patienter med stroke). För att uppnå detta krävs det dock en organisatorisk struktur som ger förutsättningar för en snabb utredning.

Sekundärprevention

Den som drabbats av stroke eller TIA har en förhöjd risk att drabbas igen av stroke eller TIA och andra hjärt- och kärlsjukdomar, exempelvis hjärtinfarkt. Sekundärprevention avser behandlingar i förebyggande syfte som kan minska risken för återinsjuknande. Dessa behandlingar behöver sättas in tidigt och följas upp kontinuerligt. Livsstilsförändringar efter stroke eller TIA följer samma principer som vid primärprevention. Det är synnerligen viktigt med regelbunden fysisk aktivitet anpassad efter funktionsförmåga, stresshantering och kost enligt nordiska näringsrekommendationer. Dessa faktorer tas inte upp i strokeriktlinjerna utan ingår i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [4]. Strokevårdens rökavvänjande insatser samt information om hur rökstopp kan förebygga en ny stroke följs dock upp med indikatorer kopplade till strokelinjerna.

De indikatorer som speglar riktlinjernas rekommendationer följer åtgärder för fem av de viktigaste riskfaktorerna som är kopplade till förhöjd risk för stroke: hög blodtryck, förmaksflimmer, höga nivåer av blodfetter, förträngning i halskärl (karotisstenos) och rökning. De flesta åtgärder gäller läkemedelsbehandlingar med blodtryckssänkande läkemedel, blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia vid förmaksflimmer) och statiner, dvs. läkemedel som sänker kolesterolnivån och därigenom minskar risken för återinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom. Tidig karotiskirurgi är aktuellt vid symtomgivande karotisstenos. Nedan presenteras indikatorerna som följer upp de ovan nämnda sekundärpreventiva insatserna inom strokevården (tabell 2).

Tabell 2. Indikationer som mäter följsamheten till rekommendationer vad gäller sekundärprevention vid stroke och TIA

Nr	Indikatornamn	Rekommendation	Nationell målnivå
Sekundärprevention, stroke			
S.11	Blodtryckssänkande behandling efter stroke	G06	≥ 80 %
S.12	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och akut ischemisk stroke	– *	≥ 80 %
S.13	Blödningskomplikation vid antikoagulantibehandling, stroke	–	-
S.14	Statinbehandling efter akut ischemisk stroke	G07	≥ 80 %
S.15	Information om rökstopp efter stroke	– **	-
S.16	Rökstopp efter stroke	– **	≥ 80 %
Sekundärprevention, TIA			
T.3	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA	– *	≥ 85 %
T.4	Blödningskomplikation vid antikoagulantibehandling, TIA	–	-
T.5	Statinbehandling efter TIA	G07	≥ 80 %
T.6	Information om rökstopp efter TIA	– **	-
Stroke och TIA			
S.24	Karotiskirurgi inom rekommenderad tid	G08	≥ 80 %

* Indikatorn speglar Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer och rekommendationer i *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*.

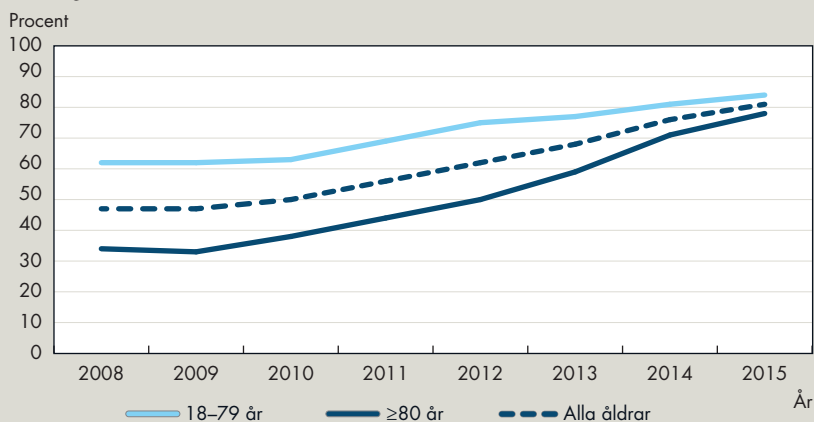
** Indikatorn speglar rekommendationer i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

Behandling med blodtryckssänkande läkemedel är en sedan länge etablerad behandling för personer med stroke. Andelen behandlade ligger under de senaste tio åren stabilt på en hög nivå som är förenlig med Socialstyrelsens nationella målnivå. Behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer och ischemisk stroke har ökat kraftigt under de senaste åren och numera ges i nästan samma utsträckning även till personer som är 80 år och äldre. Kontraindikationer för behandlingen förekommer oftare hos äldre, och därför har andelen behandlande bland de äldre ökat i långsammare takt (diagram S.12). Trots att en större andel får behandlingen i dag, ligger komplikationsfrekvensen oförändrad på en låg nivå jämfört med internationella data (diagram S.13 i underlagsrapport). Behandling med statiner efter ischemisk stroke också ökar och närmar sig den nationella målnivån (diagram S.14 i underlagsrapport).

Användningen av antikoagulantia och statiner vid TIA har ökat något långsammare än för stroke, men den positiva trenden fortsätter och andelen behandlande närmar sig de Socialstyrelsens fastställda målnivåer. Registrering av TIA i det nationella strokeregistret ökar, men ligger fortfarande lågt för vissa landsting. En högre täckningsgrad för TIA behövs för säkrare jämförelser.

Diagram S.12. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och akut ischemisk stroke

Andelen fall av ischemisk stroke och förmaksflimmer där patienten behandlats med antikoagulantia 12–18 månader efter stroke.

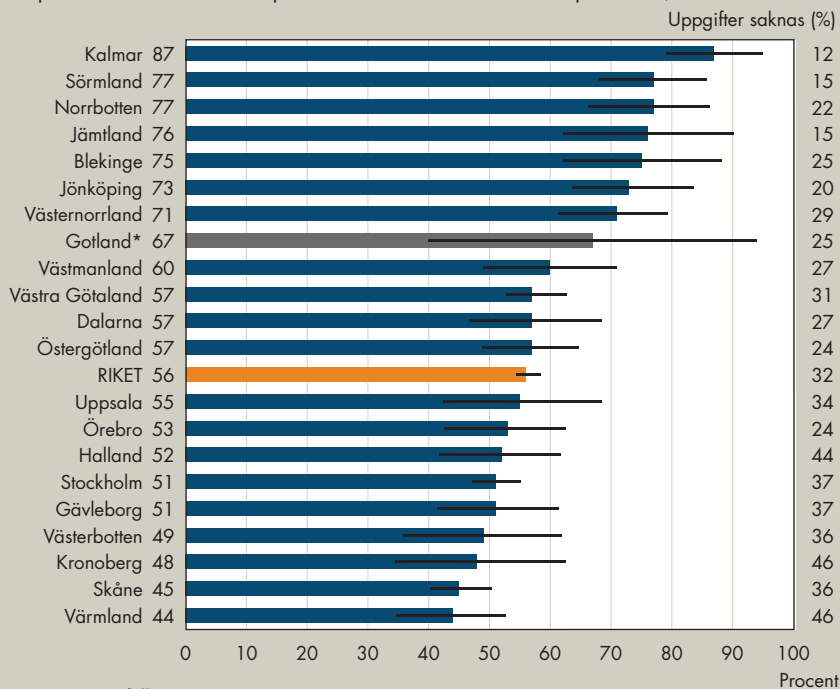


Källa: Riksstroke, patientregistret, läkemedelsregistret.

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för stroke. Information om rökstopp vid insjuknandet i stroke eller TIA är en viktig förebyggande åtgärd. Trots att det finns en nationell målnivå för rökstopp efter stroke har andelen som fått information i samband med insjuknandet gått ner sedan 2012 (se diagram S.15 i underlagsrapport). Dokumentationen i det nationella strokeregistret av rökvanor, information och insatser till rökare som insjuknar i stroke eller TIA är fortfarande dålig, vilket kan delvis förklara den stora variationen som ses mellan landstingen (diagram S.15).

Diagram S.15. Information om rökstopp efter stroke

Andelen fall av stroke där information om rökstopp har getts i samband med insjuknandet. Bland fall där patienten har varit rökare vid insjuknandet, 2016.



*Färre än 30 fall i nämnaren.

Källa: Riksstroke.

Vad gäller karotiskirurgi som förebyggande åtgärd vid symtomatisk karotisstenos ser resultaten bra ut i förhållande till Socialstyrelsens nationella målnivå.

Förbättringsområden – sekundärprevention

Hälso- och sjukvården kan förbättra sekundärprevention vid stroke genom att

- arbeta mer aktivt med information och rökavvänjande insatser till personer som röker vid insjuknandet i stroke eller TIA
- optimera användningen av antikoagulantia och statiner efter stroke och TIA.

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården bör arbeta mer aktivt med information och rökavvänjande insatser till personer som röker och får en stroke eller TIA. Utländskfödda behöver uppmärksammas särskilt då andelen rökare är mycket högre bland dem jämfört med svenskfödda (se kapitlet Socioekonomiska aspekter). Socialstyrelsen anser också att dokumentationen om rökning i det nationella strokeregistret behöver bli bättre, särskilt vad gäller TIA. Det är också viktigt att i hälso- och sjukvården fortsätter arbeta med andra livsstilsförändringar som förebyggande insatser vid stroke och TIA [4].

Behandling med antikoagulantia (vid förmaksflimmer) och statiner efter akut ischemisk stroke har ökat kraftigt under de senaste sju åren. Andelen som får dessa behandlingar når i dag upp till Socialstyrelsens nationella målnivåer, men det finns fortfarande regionala skillnader. Därför anser Socialstyrelsen att landsting och regioner behöver fortsätta arbeta för att personer med stroke eller TIA ska få dessa behandlingar tidigt efter insjuknandet. Socialstyrelsen anser också att hälso- och sjukvården behöver arbeta vidare för att upprätthålla en hög andel med tidigt insatt behandling vad gäller blodtryckssänkande läkemedel vid stroke, samt karotiskirurgi inom rekommenderad tid vid symptomgivande förträngning i halspulsådern.

Tack vare dessa förebyggande åtgärder har dödligheten i stroke minskat avsevärt under de senaste åren, i första hand risken att få en stroke men även risken att dö i stroke (se diagram O.3 i kapitlet Minskad funktionsnedsättning och död efter stroke).

Rehabilitering i tidig och sen fas

Rehabilitering efter stroke sker i olika faser. Den akuta fasen startar på strokeenheten och fortsätter därefter i hemmet eller i öppenvården. Rehabiliteringen är framförallt inriktad på att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan. Insatsernas innehåll och intensitet varierar utifrån personens behov. Behoven är olika beroende på vem som drabbas dvs. vad personen hade för livssituation innan insjuknandet och vad hen ska återvända till. Efter den initiala rehabiliteringen är det många som behöver återkommande insatser för att behålla funktionsförmågan. Spetskompetens behövs framförallt i det akuta skedet (sjukhusbaserad rehabilitering) men personal som är kunnig i stroke-rehabilitering behövs i hela vårdkedjan.

I de nationella riktlinjerna för vård vid stroke lyfts vissa rehabiliteringsinsatser fram, och de är bland de viktigaste åtgärderna där det finns stöd från vetenskaplig evidens och/eller beprövad erfarenhet [2]. I denna utvärdering följs dessa centrala rekommendationer upp med följande indikatorer:

Tabell 3. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer vad gäller rehabilitering vid stroke

Nr	Indikatornamn	Rekommendation	Nationell målnivå
S.17	Slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke	F01	–
S.18	Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team	F02–F03	≥ 25 %
S.19	Multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering på sjukhus	–	–
S.20	Nöjda med rehabilitering efter stroke	– *	≥ 87 %
S.21	Behandling med botulinumtoxin	F27	–
S.22	Afasibehandling	F14	–
S.23	Stöd och hjälp efter stroke	F04–F06	≥ 75 %

*Indikatorn speglar kvaliteten i flertal åtgärder som återfinns i rekommendationerna kring rehabilitering.

Rekommendationer i riktlinjerna vad gäller rehabilitering kan vara aktuella för hela vårdkedjan, dvs. både under sjukhusvistelsen och i närtid efter den (specialistvårdens insatser) men även i det senare skedet, när kommunen och primärvården har tagit över ansvaret för rehabiliteringen. Därför har Socialstyrelsen, utöver indikatorerna, kartlagt i vilken utsträckning den kommunala vården kan erbjuda de rehabiliteringsinsatserna som är högprioriterade i riktlinjerna. Utvärderingen omfattar även andra aspekter som rör rehabilitering i det senare skedet, såsom:

- rehabilitering med multidisciplinärt team i det senare skedet
- samordning och ansvar för rehabilitering
- samverkansrutiner, vårdprogram och kunskapsstöd som används av kommunerna
- kompetens, utbildning och fortbildning i stroke för personal som arbetar i kommunerna.

Rehabilitering i tidig fas

Efter den initiala vårdtiden på strokeenheten kan personer som behöver rehabilitering inom slutenvården fortsätta sin rehabilitering på strokeenhet, en annan avdelning på samma sjukhus eller vid en specialiserad rehabiliteringsklinik utanför sjukhuset, beroende på den lokala strukturen och vårdens organisation. Personer med mindre omfattande rehabiliteringsbehov kan fortsätta sin rehabilitering på sjukhuset som öppenvårdsbesök. År 2016 fick 14 procent av personerna som insjuknat i stroke rehabilitering inom slutenvården, och cirka en fjärdedel av dem på en specialiserad rehabiliteringsklinik. Cirka var 10:e person fick vid utskrivning från slutenvården planerade rehabiliteringsinsatser inom den specialiserade öppna vården. Andelen med planerad rehabilitering inom den specialiserade öppna vården minskar med åldern, liksom andelen som får rehabilitering i specialiserad rehabiliteringsklinik (se uppgifter i tabell nedan samt avsnitt Jämförelser utifrån ålder och boendeform under Slutenvårdsrehabilitering i underlagsrapport).

Uppgifter om rehabilitering inom den specialiserade vården

Ålder	Andel med rehabilitering i slutenvård ¹ (%)	Andel i specifik rehabiliterings-enhet ² (%)	Andel med rehabilitering i öppenvård ^{1,3} (%)	Totalt antal strokefall (2011-2016)
0-64	20	11	19	21536
65-74	16	3	11	30387
75-79	16	2	8	18688
80-84	16	1	6	20511
85+	17	1	3	32215
Total	17	3	9	123337

¹Källa: Riksstroke

²Källa: WebRehab

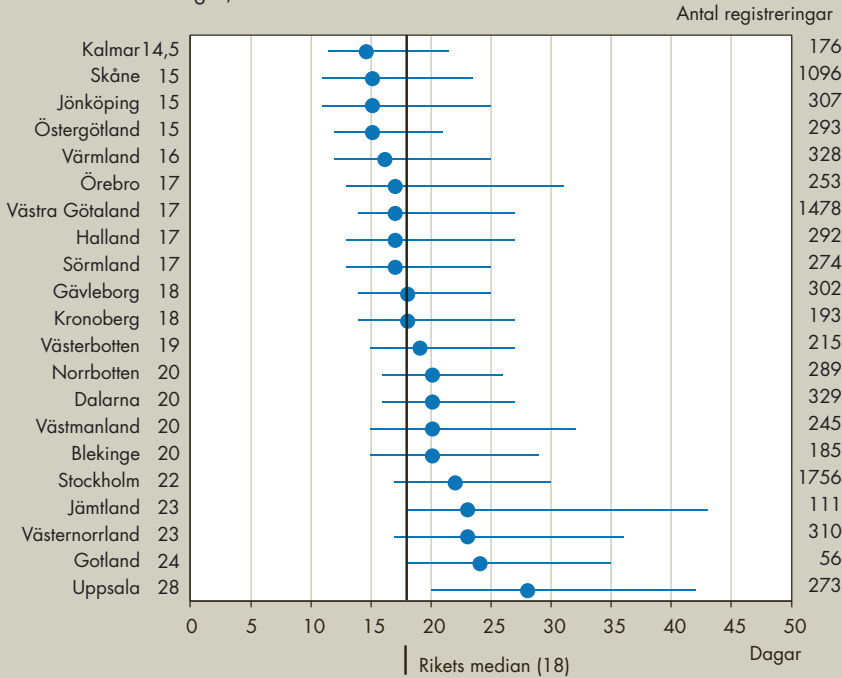
³gäller planerad rehabilitering vid utskrivning från slutenvården (2013-2016).

Den akuta vårdtiden efter stroke är 8 dagar (i riket, median). Vårdtider som är längre än 8 dagar innebär oftast behov av fortsatt rehabilitering inom slutenvården. För personer som är inneliggande i mer än 8 dagar skiljer sig vårdtidslängden påtaglig mellan landstingen, vilket tyder på att det finns ett behov av att möjliggöra en längre slutenvårdstid för personer med mer omfattande vård- och rehabiliteringsbehov (diagram S.17.2).

Som regel har personer som skrivs ut till särskilt boende efter stroke längre vårdtider, jämfört med dem som skrivs ut till ordinärt boende. Anmärkningsvärt är dock att vårdtidslängden för dem som skrivs ut till särskilt boende skiljer sig avsevärt beroende på vilken boendeform personen hade när stroke inträffades. De som är bosatta i ordinärt boende och skrivs ut till särskilt boende efter stroke har en total vårdtid på 10 dagar i genomsnitt (median), medan de som är redan i särskilt boende innan stroke och skrivs ut till särskilt boende har en vårdtid på sjukhus som i genomsnitt är 5 dagar kortare (tabell 4).

Diagram S.17.2 Rehabilitering inom slutenvården vid stroke – vårdtider

Vårdtidslängd (dagar) för hela sjukhusvistelsen, akut vård plus eftervård exkl de med vårdtid ≤ 8 dagar, 2016.



Källa: Riksstroke, WebRehab, patientregistret.

Tabell 4. Vårdtider inom slutenvården vid utskrivning till särskilt boende, 2016

Boendeform innan stroke	Kön	Median	Antal
Ordinärt boende	Totalt	10	189
	Män	10,5	66
	Kvinnor	10	123
Särskilt boende	Totalt	5	730
	Män	5	233
	Kvinnor	4	497

Källa: Riksstroke (uppgift om stroke) och SOL registret vid Socialstyrelsen (uppgift om boende).

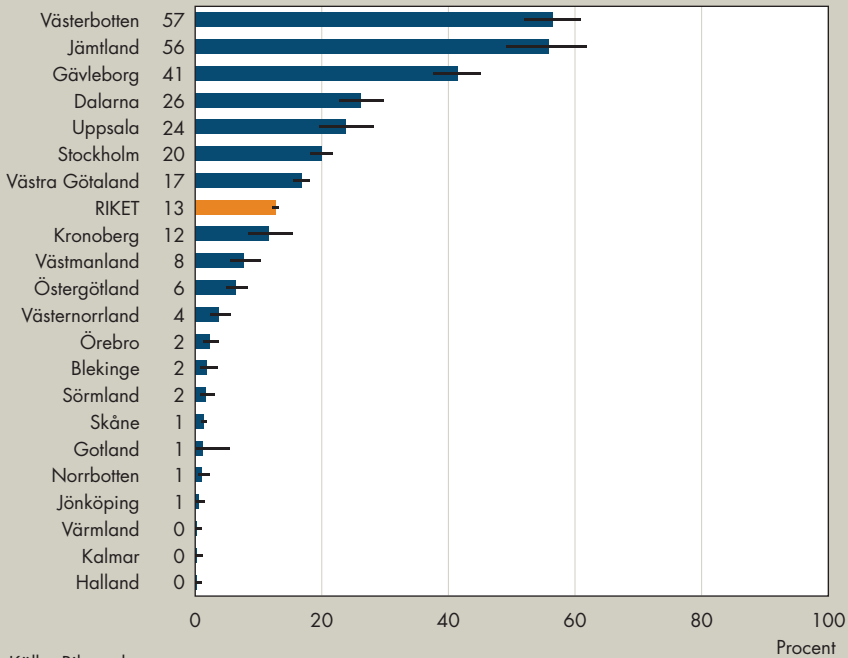
Multidisciplinär teambaserad rehabilitering

Traditionellt sett har den största delen av strokerehabiliteringen i akut skede getts på sjukhus, antingen inom slutenvården eller under öppenvårdsbesök då patienten träffar ett specialiserat multidisciplinärt stroketeam. För personer med lindrig till måttlig stroke kan den initiala rehabiliteringen starta på strokeenhet men fortsätta i hemmiljön med stöd av ett rehabiliteringsteam med särskild kunskap om stroke. Denna form av rehabilitering är relativt ny men stöds av stark vetenskaplig evidens, och därför är den högt prioriterad i de nationella riktlinjerna. En nationell målnivå på ≥ 25 procent har fastställs för denna åtgärd.

Av de som 2016 skrevs ut till ordinärt boende efter avslutat akut vårdtillfälle för stroke fick 13 procent tidigt hemgång och rehabilitering med multidisciplinärt team i hemmiljön (diagram S.18). Variationen mellan landstingen är mycket stor, och beror på att vårdformen ännu inte är etablerat i landet. Öppenvårdsrehabilitering på sjukhus, så kallad teambaserad dagrehabilitering, används oftast som alternativ rehabiliteringsform där förutsättningar för stöd vid tidig hemgång inte finns (se korrelation mellan rehabiliteringsformerna i diagram S.18.1 i underlagsrapporten).

Diagram S.18. Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam

Andelen personer med stroke som fick tidig understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerat utskrivningen och utfört fortsatt rehabilitering i hemmiljön, 2016.



Förbättringsområden – rehabilitering i tidig fas

Hälso- och sjukvården kan förbättra rehabiliteringen i tidig fas efter stroke genom att

- i högre utsträckning erbjuda tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team till personer med lindrig till måttlig stroke. Landsting och regioner behöver ser till att denna rehabiliteringsform har en tydlig struktur och ett bestämt innehåll.
- öka tillgång till multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård, särskilt för äldre och för personer inom särskilda boendeformer².

Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team

Tidig utskrivning och rehabilitering i hemmiljö är betydelsefullt för patienten då det möjliggör att aktiviteter kan tränas i den egna miljön. Åtgärden betraktas som en fortsatt strokeenhetsvård i hemmiljö och tillför ett högre värde på rehabiliteringen samtidigt som den frigör platser på strokeenheten. Vårdformen är ännu inte etablerad i stora delar av landet, men åtgärden är högprioriterad i riktlinjerna och landsting behöver ser till att upprätta en organisation för tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team.

Evidensen understryker att samma stroke-team som koordinerar utskrivningen också bör utföra rehabiliteringen i hemmiljön. Det finns olika modeller för hur detta kan fungera i praktiken. I vissa fall kan hela teamet tillhöra strokeenheten, och i andra fall kan personal från kommunen eller primärvården ingå i teamet tillsammans med personal från strokeenheten. Riktlinjerna specificerar dock att rehabilitering i hemmiljön vid tidig utskrivning endast i undantagsfall bör utföras av enbart kommunen eller primärvården.

² Med särskilda boendeformer avses både permanenta och korttidsboenden.

Rehabilitering inom slutenvården för äldre och personer inom särskilda boenden

Multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård, direkt efter vård på strokeenhet, har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Landstingen behöver därför möjliggöra för strokevården att erbjuda längre tid på sjukhus för personer med mer omfattande rehabiliteringsbehov som inte kan tillgodoses utanför sjukhuset.

Generellt får personer i arbetsför ålder mer rehabilitering, oavsett rehabiliteringsform. Delvis beror detta på att orken och förväntan av vad man skulle kunna klara är ofta högre hos yngre än hos äldre med samma grad av funktionsnedsättning. Sannolikt spelar det också roll att vården traditionellt prioriterar rehabilitering av personer i arbetsför ålder, men majoriteten av de som drabbas av stroke idag är 65 år och äldre. Personer i arbetsför ålder utgör endast 16 procent av alla strokefall [6]. Dessutom har äldre och personer med svårare stroke ofta sämre prognos och större omvårdnadsbehov, och därför behöver vården erbjuda slutenvårdsvårdsrehabilitering i högre utsträckning för dessa personer.

Vårdtiden inom slutenvården är särskilt kort för personer som bor i särskilt boende och får en stroke. Dessutom har det framkommit i utvärderingen att en ny vårdplanering vid förändrat vårdbehov, t.ex. när en stroke inträffar, sällan görs för personer inom särskilda boenden. Eftersom rehabilitering inte är primärfokus för verksamheten i särskilda boenden innebär detta att dessa personer kan ha rehabiliteringsbehov som inte tillgodoses. I dagsläget är det oklart i vilken omfattning personer i särskilda boenden har tillgång till rehabilitering, och hur detta skiljer sig över landet. Därför anser Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården i högre utsträckning behöver stödja personer som återgår till särskilt boende efter stroke och har mer omfattande rehabiliteringsbehov, så att de kan få den rehabilitering de behöver.

Förutsättningarna för att följa upp rehabiliteringsinsatser inom särskilda boenden förväntas bli bättre under de närmaste åren, i samband med utvecklingen av Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till registret gäller från och med 1 januari 2019; se även [11]).

Rehabilitering i sen fas

Personer som insjuknat i stroke har ofta ett långvarigt behov av rehabilitering. Efter den akuta fasen (sjukhusbaserad vård) tar kommunen tillsammans med landstingets öppenvård ansvaret för den fortsatta vården och rehabiliteringen av personer med stroke. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering i ordinärt boende (hemsjukvård³), dagverksamhet och särskilda boenden. Landsting (i de flesta fall primärvården) bistår kommunens rehabiliteringsarbete med vissa kompetenser inom rehabilitering och med läkarinsatser. Undantag är kommunerna i Stockholms län, förutom Norrtälje, där ansvaret för hemsjukvård ligger på landstingets öppna vård eller primärvården.

Rehabilitering med multidisciplinärt team i det senare skedet

I riktlinjerna framgår att det bör finnas tillgång till ett multidisciplinärt team under hela den långsiktiga uppföljningen av personer med stroke [2]. Rekommendationerna i riktlinjerna för rehabilitering med multidisciplinärt team gäller dock tidigt understödd utskrivning till hemmet av personer med lindrig till måttlig stroke (rehabilitering i akut fas, se S.18), och det finns ingen rekommendation specifikt för multidisciplinär teamrehabilitering i det senare skedet⁴. I utvärderingen framkom att flera kommuner har tolkat det som att multidisciplinär teamrehabilitering inom den kommunala vården är nedprioriterad. Socialstyrelsen menar att tillgången till multidisciplinärt team är viktig i hela vårdkedjan. Därför har Socialstyrelsen i en enkätundersökning till kommuner frågat specifikt om förekomsten av multidisciplinärt team i kommunernas rehabiliteringsarbete.

Av de 235 kommuner som svarade på frågan angav 110 att de har ett multidisciplinärt team, dock ingår inte alla kompetenser enligt

3 Sedan 1990-talet pågår en process för att föra över ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende (hemsjukvård) från landsting till kommuner. I dagsläget har majoriteten av landets kommuner, förutom kommunerna i Stockholms län, tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstingen.

4 Med det senare skedet avses den subakuta fasen, dvs. upp till 3 månader efter stroke.

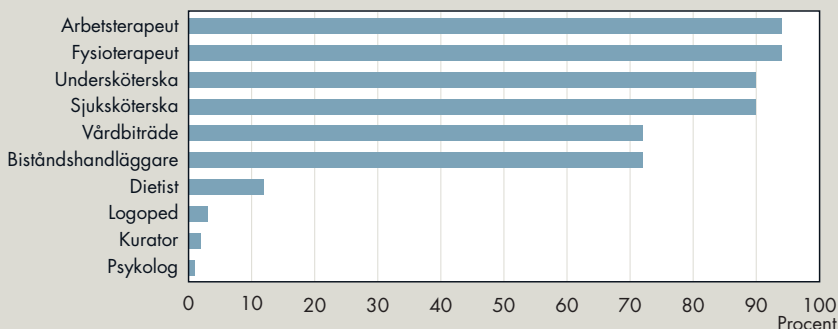
Socialstyrelsens definition⁵ i detta. I 60 procent av fallen har teamet inte tillgång till läkare med strokekompetens. Flera kommuner angav i sitt svar att landstinget bistår med vissa professioner, oftast logoped-er och psykologer, vid behov. Mer än hälften av kommunerna som lämnade kommentar på frågan om multidisciplinärt team angav dock att även om det finns tillgång till olika professioner saknas det strukturerat teamarbete. I några enstaka fall finns ett team bestående av personal som är anställd av olika huvudmän, och ett gott samarbete mellan landsting och kommun som utgår från patientens behov. De Stockholmskommuner som inte har tagit över ansvaret för hemsjukvård refererar till landstingets mobila Neuroteam, men i dessa ingår inte läkare.

I diagram E1 visas professioner som ingår i kommunens rehabiliteringsarbete enligt respondenterna. De professioner som oftast saknas i kommunen men borde finnas tillgängliga via landstingens öppna vård är logoped, kuratorer och psykologer. Cirka en tredjedel av respondenterna kommenterar dock att de har begränsad tillgång till logoped, kurator, psykolog, och i vissa fall även dietist kompetens via landstinget. Detta speglas även i kommunernas svar i frågan om de kan erbjuda vård- och rehabiliteringsinsatser som är högprioriterade i riktlinjerna (i egen regi, i samarbete med andra eller via enskilda utförare).

5 Med multidisciplinärt stroke-team avses ett rehabiliteringsteam som består av vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke och som samarbetar kring den enskilde. De yrkesgrupper som kan behöva engageras är fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, läkare, logoped, dietist, undersköterska, vårdbiträde, kurator, psykolog och biståndshandläggare. Teamets sammansättning bör motsvara den enskildes behov. Vilka som deltar i teamarbetet kan variera över tid men teamet ska alltid ha tillgång till läkare med strokekompetens.

Diagram E1. Yrkeskategorier som ingår i kommunens rehabiliteringsarbete för vård vid stroke

Andel kommuner som svarat att nedanstående yrkeskategorier ingår i rehabiliteringsarbetet.



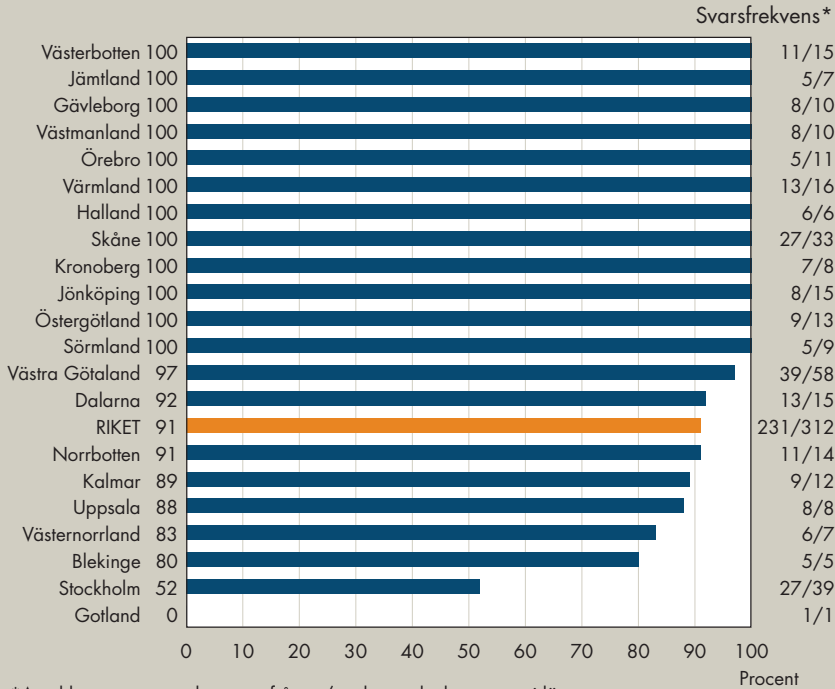
Totalt 235 av 312 kommuner i riket besvarade enkätfrågan.

Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Resultaten visar att tillgängligheten till specifika insatser är kopplad till vilka professioner är representerade i kommunen. Rehabilitering som rör vardagliga aktiviteter och fysiska hjälpmedel erbjuds i stor utsträckning av kommunens personal, medan tillgången till språklig träning, psykiskt stöd och kognitiva hjälpmedel är mer begränsad (diagram E4-15 i underlagsrapport; två exempel visas nedan, se diagram E4 och E10). Variationen mellan länen i omfattningen av en viss åtgärd erbjuds av kommunen är, för de flesta av åtgärderna, väldigt stor. Kommunerna i vissa län erbjuder t.ex. träning i kompensatoriska tekniker för minnesfunktion eller problemlösning efter stroke, medan kommunerna i andra län erbjuder dessa i mindre utsträckning eller inte alls (diagram E10 nedan samt E11 i underlagsrapport). Om åtgärderna inte kan erbjudas på kommunnivå är det oklart i vilken utsträckning personer med stroke får stöd för sina besvär via landstingens öppenvård eller primärvård.

Diagram E4. ADL-träning i hemmet efter stroke

Andel kommuner inom respektive län som kan erbjuda ADL-träning i hemmet efter utskrivning vid nedsatt ADL-förmåga efter stroke.



*Antal kommuner som besvarat frågan/totala antalet kommuner i länet.

Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Diagram E10. Kompensatoriska tekniker för minnesfunktion efter stroke

Andel kommuner inom respektive län som kan erbjuda kompensatoriska tekniker för minnesfunktion vid nedsatt minne efter stroke.



Samordning och ansvar för rehabilitering

Efter en stroke görs en bedömning av personens funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitet och delaktighet. Dessa sammanställs i en rehabiliteringsplan tillsammans med de rehabiliteringsinsatser som är aktuella för att möta personens behov (SOSFS 2007:10). Den individuella rehabiliteringsplanen upprättas i slutenvården, vid utskrivning från slutenvården eller senare och bör uppdateras efter patientens behov. När det behövs insatser från både kommun och landsting ska planeringen av rehabiliteringsinsatserna samordnas. Detta sker i ett vårdplaneringsmöte som patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården kallar till (4 kap. 1 och 3 §§ i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612)).

Av svaren till Socialstyrelsens enkät framkom att en befintlig individuell rehabiliteringsplan diskuteras vid vårdplaneringsmötet i cirka hälften av fallen (diagram E16). I de fall en individuell rehabiliteringsplan inte finns vid utskrivning från slutenvården kan det uppmärksammas vid senare skedet att personen har kvarstående rehabiliteringsbehov som behöver samordnas. I detta fall ska den som uppmärksammar behoven kalla till ett vårdplaneringsmöte (särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Endast var femte kommun anger att de har kallat till ett nytt vårdplaneringsmöte för att upprätta en individuell rehabiliteringsplan, när patientens rehabiliteringsbehov krävde insatser som kommunen inte kunde erbjuda (diagram E17).

Resultaten visar att en individuell rehabiliteringsplan inte alltid upprättas och att det finns personer med stroke som inte följs upp. Riksstroke registrerar resultatet av en teambedömning som görs vid utskrivning från slutenvården, där det framgår bl.a. huruvida personer som insjuknat i stroke har kvarstående rehabiliteringsbehov. Utvärderingen visar att andelen som bedömdes inte behöva fortsatt rehabilitering efter utskrivning skiljer sig påtagligt mellan lands- tingen (diagram S.17.4a och b i underlagsrapport). Variationen kan inte förklaras av skillnader i svårighetsgraden av stroke eller reperfusionsnivån, vilket talar för att en mer standardiserad metod behövs för att bedöma rehabiliteringsbehov.

Diagram E16. Individuell rehabiliteringsplan diskuteras på vårdplaneringsmöte

Andel kommuner som svarat hur vanligt det är att en befintlig individuell rehabiliteringsplan diskuteras vid vårdplaneringsmöte.

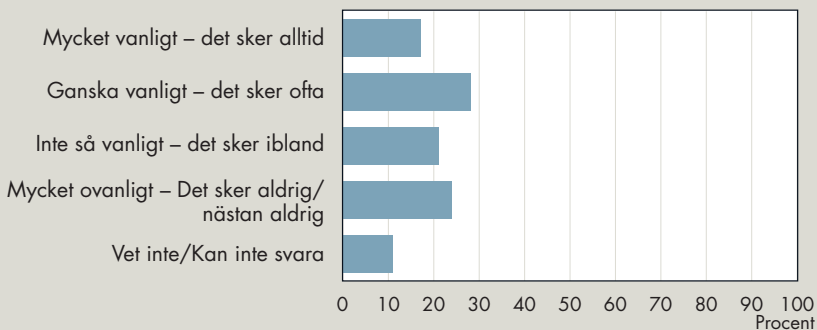


Diagram E17. Kommunen sammankallar vårdplaneringsmöte för att upprätta en individuell rehabiliteringsplan

Andel kommuner som svarat hur vanligt det är att kommunen kallar till ett vårdplaneringsmöte när det uppmärksammas att personen har kvarstående rehabiliteringsbehov som behöver samordning.



I kommunen finns det oftast en utsedd funktion (eller flera) som ansvarar för att samordna rehabiliteringen och ser till att rehabiliteringsplanen verkställs, och efter behov uppdateras. Detta är en förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda en behovsstyrd rehabilitering. I kartläggningen framkom att en tredjedel av kommunerna har en medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) medan två tredjedelar har en medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) som också har som uppgift att samordna rehabiliteringen (vissa har båda). En tredjedel av kommunerna har angett att de har en utsedd person, annan än MAS eller MAR, som arbetar patientnära och ansvarar för den individuella rehabiliteringsplanen. Endast 8 procent av kommunerna har angett att de (även) har en utsedd person som ansvarar för rehabiliteringen efter stroke.

Gemensamt vårdprogram och rutiner för rehabilitering efter stroke

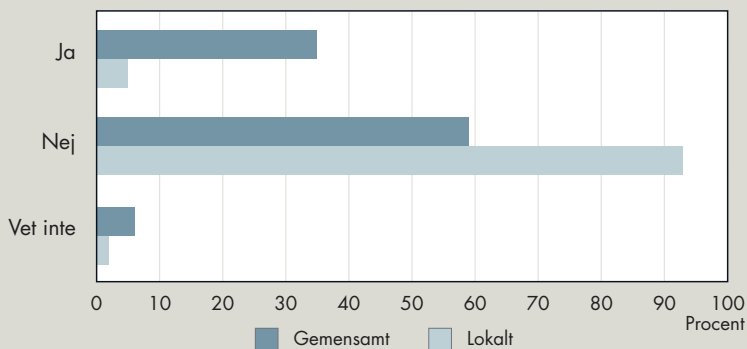
Ett gemensamt vårdprogram mellan landsting och kommuner är en förutsättning för en lyckad regional samordning. Samordning av rehabilitering och ett gemensamt vårdprogram för stroke var ett av förbättringsområden redan vid den tidigare utvärderingen av strokevården [3]. Under de senaste tre åren har cirka en fjärdedel av kommunerna tillsammans med andra tagit fram vårdprogram för rehabilitering efter stroke, vilket är en positiv utveckling (diagram

E19 i underlagsrapport). Under samma period har var femte kommun genomfört fortbildning i stroke. Av svaren framkom dock att satsningar på specifika diagnoser inte är vanligt förekommande hos kommunerna.

Nästan 60 procent av kommunerna saknar fortfarande vårdprogram för stroke även på lokal nivå (diagram E22). Även i län där kommuner angett att ett gemensamt vårdprogram finns med landstinget, var det inte alla kommuner inom samma län som tog del i detta (diagram E23). Tre av fem kommuner har rutiner för samverkan mellan specialistvården, primärvården och kommunen. Dessa rutiner gäller i de flesta fall rehabilitering generellt, men inte särskilt stroke. Flera kommuner kommenterar också att de rutiner som finns inte gäller hela vårdkedjan utan specifika moment såsom kommunikation vid utskrivning och överlämning av ansvar, eller stöd från landstinget för logopedinsatser. Av svaren framkom att de flesta kommuner har rutiner för informationsöverföring i vårdkedjan, men rutiner för t.ex. multidisciplinär teamrehabilitering, långsiktig uppföljning av patient och närstående samt kompetensutveckling för personalen förekommer mer sällan (diagram E25 i underlagsrapport).

Diagram E22. Vårdprogram för rehabilitering efter stroke

Andel kommuner som svarat om de har ett gemensamt med landstinget eller lokalt vårdprogram för rehabilitering efter stroke.

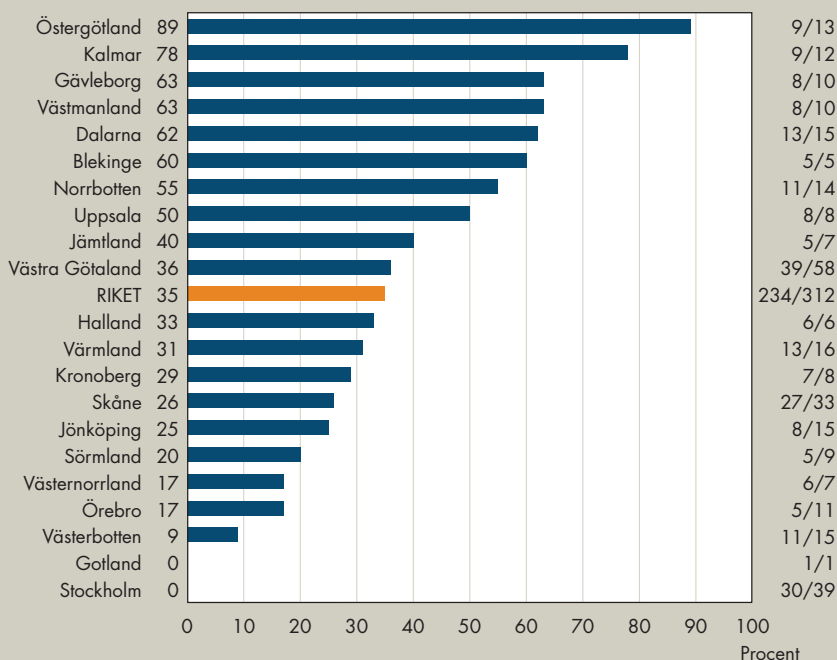


Totalt 232 av 312 kommuner i riket besvarade enkätfrågan.
Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Diagram E23. Gemensamt vårdprogram

Andel kommuner inom respektive län som har vårdprogram för rehabilitering efter stroke gemensamt med landstinget.

Svarsfrekvens*



*Antal kommuner som besvarat frågan/totala antalet kommuner i länet.

Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Kompetens, utbildning och fortbildning i stroke för kommunal personal

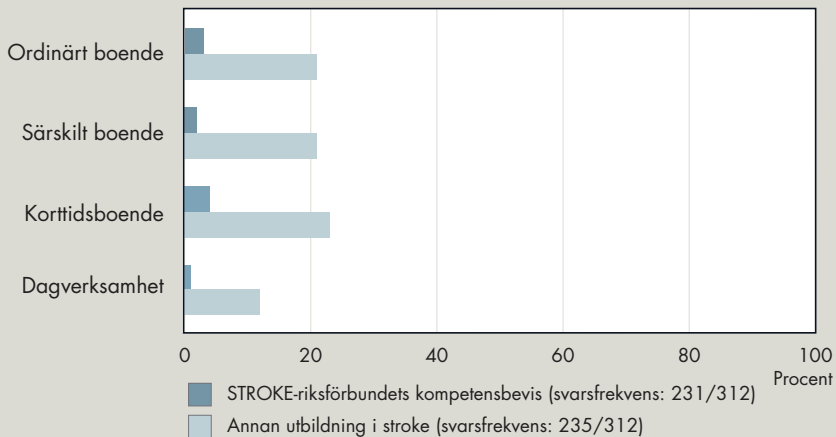
Personer i behov av rehabilitering efter stroke behöver ha tillgång till kompetent vård- rehabilitering- och omsorgspersonal i hela vårdkedjan. Kompetens betyder att personalen är kunnig inom sitt eget yrke men även kunnig inom strokerehabilitering. I kommunerna saknas dock ofta personal med strokekompetens.

Socialstyrelsens kartläggning visar att endast 1–4 procent av kommunens personal har gått utbildning som leder till STROKE-riksförbundets kompetensbevis [12]. Mindre än en fjärdedel av personalen som arbetar inom hemsjukvården eller olika boendeformer har fått någon form av utbildning i stroke (diagram E26 och E28). Från kommentarerna i Socialstyrelsens enkätundersökning framkommer att

kommunerna i regel inte ställer några krav på formell kompetens för legitimerad personal i form av strokecertifiering via utbildningar som erbjuds av regionen. En del kommuner kommenterar att det finns få utbildningar och få platser, och att i vissa fall är regionutbildningar nedlagda trots att det råder brist på kompetent personal. Fortbildning i stroke förekommer sällan (diagram E27). Specialistkompetens inom yrket är också ovanligt bland vård- och rehabiliteringspersonal som arbetar i kommunerna (diagram E29 i underlagsrapport).

Diagram E26. Kommunal personal med utbildning i stroke

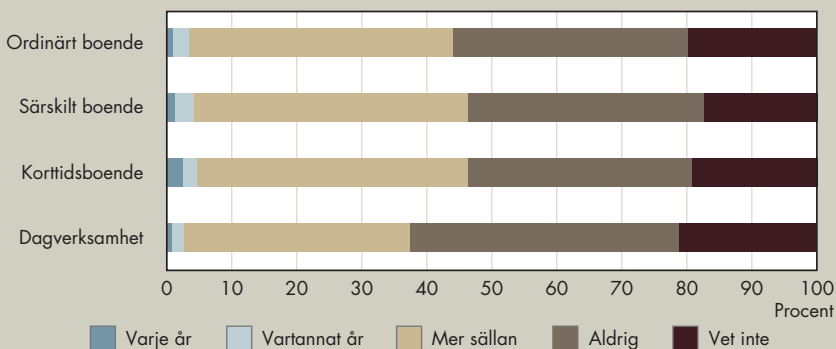
Andel kommuner som svarat att kommunens vård-, rehabiliterings- och omsorgspersonal som arbetar inom följande boendeformer får utbildning i stroke. Avser tillsvidareanställd personal.



Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Diagram E27. Fortbildning i stroke

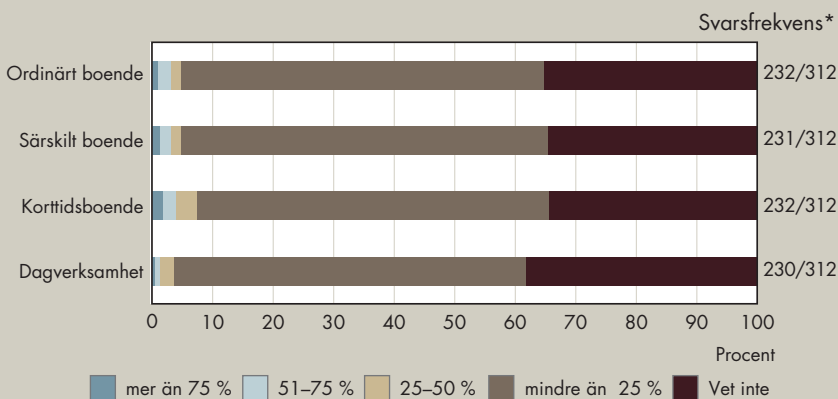
Andel kommuner som svarat hur ofta kommunens vård-, rehabiliterings- och omsorgspersonal som arbetar inom följande boendeformer får fortbildning i stroke.



Totalt 232 av 312 kommuner i riket besvarade enkätfrågan.
Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Diagram E28. Kommunal personal med strokekompetens

Andel kommuner som svarat hur stor andel av kommunens vård-, rehabiliterings- och omsorgspersonal som arbetar inom följande boendeformer som har strokekompetens.



*Antalet kommuner som besvarat enkätfrågan/totala antalet kommuner i riket.
Källa: Socialstyrelsens enkät 2018.

Förbättringsområden – rehabilitering i sen fas

Hälso- och sjukvården kan förbättra kvaliteten och förutsättningarna för en individanpassad rehabilitering i sen fas efter stroke genom att

- enhetligt bedöma personens vård- och rehabiliteringsbehov och upprätta en individuell rehabiliteringsplan redan vid utskrivning från slutenvården
- bättre samordna landstingens och kommunernas insatser med ett gemensamt vårdprogram för stroke och tillhörande rutiner
- ge tillgång till multidisciplinärt team med strokekompetens i hela vårdkedjan
- höja kompetensen inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Resultaten visar att en individuell rehabiliteringsplan inte alltid upprättas och att det finns personer med stroke som inte följs upp. Socialstyrelsen anser att en kontinuitet i rehabiliteringen under hela vårdkedjan behöver säkerställas, vilket kräver en bättre samordning och kommunikation mellan vårdinstanserna. Vad som behövs för att uppnå detta är:

- En individuell rehabiliteringsplan behöver upprättas redan vid utskrivning från slutenvården. Strukturerad teambedömning av rehabiliteringsbehov bör ingå även vid uppföljningen.
- För att bättre samordna arbetet kring rehabiliteringsfrågor kan det vara en fördel att även ha en MAR i kommunen. Detta ökar förutsättningarna för att kommunen ska kunna erbjuda en behovsstyrd rehabilitering.
- Ett gemensamt vårdprogram för vård och rehabilitering efter stroke bör tas fram av landstingen tillsammans med kommunerna. Tillhörande rutiner behöver täcka hela vårdkedjan och tydliggöra ansvarsfördelningen och kontaktvägarna mellan olika vårdinstanser.

Tillgång till ett multidisciplinärt team vid rehabilitering i det senare skedet är en förutsättning för en individanpassad rehabilitering. Annars finns det risk att rehabiliteringen utgår från tillgängligheten i stället för behoven. Ett multidisciplinärt team möjliggör att olika aspekter av patientens funktionshinder bedöms och att vidare åtgärder riktas utifrån patientens sammantagna behov, vilket tillför en ökad kvalitet på rehabiliteringen i hela vårdkedjan.

Socialstyrelsen anser att landsting och kommuner behöver säkerställa tillgång till ett multidisciplinärt team vid rehabilitering i det senare skedet efter stroke. Flera professioner behöver vara representerade i de multidisciplinära teamen. Personalen som ingår i teamet kan tillhöra olika huvudmän men behöver arbeta tillsammans på ett strukturerat sätt och utifrån den enskildes behov. Dessutom behövs fler resurser när det gäller professioner som idag inte finns i kommunerna, och resurser för samverkan inom rehabilitering på regionnivå.

En organiserad öppenvård inom landstingen (primärvård) är centralt för en välfungerande kommunal vård. Enligt den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (2017:612) har samordningsansvaret övergått från specialistvården till landstingens öppenvård eller primärvård. Landstingen behöver därmed ta ansvar för att organisera rehabiliteringen på primärvårdsnivå, med regional samordning. Detta innebär mer resurser och en kompetenshöjning inom primärvården, vilket också föreslås i delbetänkandet från utredningen *”Samordnad utveckling för god och nära vård”* (SOU 2018:39; [13]).

Socialstyrelsen konstaterar att en kompetenshöjning är angeläget inom den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbete pågår för närvarande inom huvudmännens struktur för kunskapsstyrning, genom den nationella arbetsgruppen för stroke, med att ta fram en nationell webbaserad strokekompetensutbildning i arbetsgruppens regi. Utbildningen riktar sig till all personal i strokevårdskedjan.

Ledningsfrågor i styrningen av den kommunala hälso- och sjukvården

En vanlig förekommande kommentar i frågan om strokekompetens är att den kommunala vården arbetar utifrån behov, inte diagnos. Givetvis är detta förhållningssätt mer lämpligt för en verksamhet som arbetar med multisjuka personer, och det bör betraktas som en styrka.

Kunskap om stroke hos personalen som arbetar i kommunerna innebär dock inte ett hinder för att även fortsättningsvis styra verksamheten utifrån behov. Att ha kunskap om olika diagnoser och vad dessa innebär för såväl personens funktionsnedsättning som dess livskvalitet är nödvändigt för att kunna ge vård med hög kvalitet.

Enligt Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård har 5 170 personer som drabbades av stroke under 2016 behövt insatser från den kommunala vården, varav 1 133 i särskilda boendeformer. Var tredje person 65 år och äldre behöver insatser från kommunal hälso- och sjukvård efter stroke, och cerebral infarkt (akut ischemisk stroke) är en av de tre mest förekommande diagnoserna bland personer med kommunal hälso- och sjukvård [14]. Allt fler får vård i denna verksamhet, som utgör en del av den landstingsfinansierade primärvården.

Inspektionen för vård och omsorg har granskat strokevårdskedjan i två län och konstaterar att det är svårt att uttala sig om kvalitet om verksamheten inte följs upp utifrån diagnoserna. Slutsatsen var att det finns fördelar med att inte styra verksamheten utifrån diagnos, men det kan också medföra att patienten inte får den vård, omsorg och rehabilitering som hen behöver [15].

Strukturerad uppföljning vid stroke och TIA

Den som har insjuknat i stroke eller TIA har en ökad risk för att insjukna igen, i stroke eller någon annan kardiovaskulär sjukdom. Personer som insjuknat i stroke har dessutom ofta ett långvarigt behov av rehabilitering och stöd för kvarstående funktionsnedsättningar. Det finns därmed ett behov av att långsiktigt och kontinuerligt följa upp personer som insjuknat i stroke eller TIA. Uppföljningen behöver anpassas efter individens behov när det gäller tid, frekvens och innehåll, och den kräver tillgång till ett multidisciplinärt stökteam.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerad uppföljning i öppenvård till personer med stroke eller TIA. Uppföljningen görs antingen på ett sjukhus eller på en mottagning i primärvårdens regi. Strukturerad uppföljning innebär att man gör en strukturerad bedömning av rehabiliteringens effekter och effekterna av den sekundärpreventiva behandlingen, samt bedömer behovet av vidare insatser [2].

Två indikatorer har tagits fram för att följa upp riktlinjernas rekommendationer om strukturerad uppföljning: uppföljning efter stroke (S.10) och uppföljning efter TIA (T.2). Måttet är antalet personer som vårdats på sjukhus för stroke eller TIA och fått ett teamåterbesök inom den öppna specialiserade vården 3-6 månader efter stroke eller 1-3 månader efter TIA. Socialstyrelsen har gjort ett försök att följa upp teamåterbesök inom den specialiserade vården i patientregistret. Socialstyrelsen har kommit fram till att i dagsläget det inte är möjligt att presentera tillförlitlig data för indikatorerna, eftersom de befintliga åtgärdskoderna för teamåterbesök underrapporteras i registret (för mer utförlig beskrivning se underlagsrapporten).

Andra svårigheter med dessa indikatorer är att i patientregistret registreras i dagsläget enbart läkarbesök, samt att det inte är möjligt att särskilja återbesök från läkarbesök av andra anledningar. Återbesök hos andra yrkesprofessioner eller inom primärvården fångas inte heller av dessa indikatorer.

Förbättringsområden – strukturerad uppföljning vid stroke och TIA

Hälso- och sjukvården kan förbättra uppföljningen av personer med stroke eller TIA genom att

- etablera en infrastruktur för teambaserad strukturerad uppföljning
- registrera åtgärden på ett enhetligt sätt.

Strukturerad uppföljning minskar risken för att återinsjukna i stroke, samtidigt som den leder till ökad livskvalitet och ökat fysiskt och psykiskt välmående. Dessutom ökar förutsättningarna för en individanpassad rehabilitering. Landsting behöver därför etablera en infrastruktur för teambaserad strukturerad uppföljning. Detta kan i första hand ske inom den specialiserade strokevården, men på sikt behöver fungera även inom primärvården där den långsiktiga uppföljningen av personer med stroke oftast sker. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och utgör ett av de viktigaste förbättringsområden inom strokevården.

Socialstyrelsen anser att förutsättningarna för att följa utvecklingen vad gäller uppföljningen av personer med stroke behöver förbättras. Socialstyrelsen konstaterar också att indikatorerna för uppföljning tills vidare får betraktas som utvecklingsindikatorer, eftersom det saknas kopplade åtgärds-koder för enhetlig registrering. Arbete pågår i den nationella arbetsgruppen för stroke med att ta fram ett PM och en checklista för strukturerad uppföljning efter stroke och TIA. Socialstyrelsen kommer att, i samarbete med den nationella arbetsgruppen för stroke, ta fram specifika åtgärds-koder som är kopplade till strukturerad uppföljning vid stroke och TIA. Detta kommer att ge bättre förutsättningar för både en enhetlig registrering av åtgärden och för uppföljning av personer med stroke på ett strukturerat sätt.

Socioekonomiska aspekter

I utvärderingen redovisas resultat för ett flertal indikatorer efter personens utbildning, födelseland, boendesituation och typ av sjukhus där den akuta behandlingen ägt rum. Syftet är att ge mer kunskaper om huruvida strokevården ges på lika villkor i olika befolkningsgrupper och om resultaten är jämlika.

Vid jämförelser är det viktigt att ta hänsyn till att funna skillnader oftast kan ha flera orsaker. En viktig orsak till sämre utfall är exempelvis samsjuklighet, vilket förekommer ofta bland personer med stroke [16]. Samsjuklighet förekommer ofta i olika grad även bland låg- och högutbildade. Bland svenska strokepatienter är exempelvis diabetes, hypertoni, förmaksflimmer och tidigare stroke betydligt vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland de med universitetsutbildning [17]. Även levnadsvanor inverkar på behandlingsinsatser och utfall, t.ex. rökning. Enligt SCB:s statistik är det 9 procent som röker dagligen bland svenskfödda, och 17 procent bland utlandsfödda [18]. Rökning har också en stark social gradient, dvs. ju högre socioekonomisk nivå desto lägre förekomst av rökare. Skillnader i den vård som ges kan möjligen också förklaras av vilken typ av akutsjukhus man har tillgång till lokalt då patienter på orter med universitetssjukvård generellt har tillgång till vissa behandlingsmetoder. På orter med universitetssjukvård är också en större andel högutbildade.

Syftet med denna utvärdering är att belysa skillnader som kan hänföras till vårdens organisation, och som inte främst orsakas av patientfaktorer. Därför har jämförelserna justerats för ålder, medvetandegrad vid ankomst till sjukhus, ADL-förmåga, tidigare stroke eller förekomst av diabetes, rökning och sjukhustyp (se bilaga 3). Vissa samverkande faktorer kan dock saknas i analysen, och då riskerar skillnader att överskattas. Socialstyrelsen anser det ändå som viktigt att mäta ojämlikheten i vården, och att resultaten uppmärksammas som underlag för diskussion.

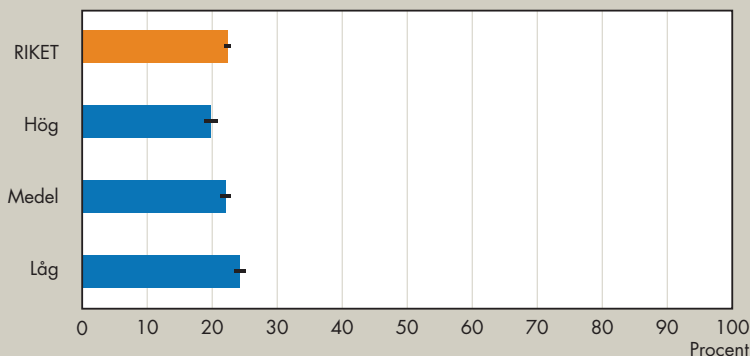
Sammanfattningsvis visar resultaten att personer med låg utbild-

ning och personer som är födda utanför EU oftare avlider eller är ADL-beroende 3 månader efter stroke (diagram O.6). Lågutbildade, personer födda utanför EU, och ensamboende har också minskade möjligheter att snabbt komma till sjukhus (indikator S.1), och i viss utsträckning att få tillgång till reperfusionsterapi (indikator S.4). Dessutom får dessa grupper vissa av hälso- och sjukvårdens insatser som rekommenderas i riktlinjer i mindre utsträckning, medan boende på orter med universitetssjukvård har mer tillgång till rekommenderade behandlingsmetoder. Ett exempel på detta är tidig understödd utskrivning till hemmet med ett multidisciplinärt stökteam, som ges i mindre utsträckning till lågutbildade och personer födda i övriga EU (indikator S.18).

Det är också viktigt att uppmärksamma att inom flera områden finns inga, eller små skillnader mellan jämförda grupper. Det gäller exempelvis vård på strokeenhet som första vårdnivå eller trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomsten till sjukhus. Däremot ges reperfusionsterapi och trombolysbehandling inom 30 minuter i betydligt mindre utsträckning vid mindre icke-universitetssjukhus, medan vård på strokeenhet som första vårdnivå är vanligare vid mindre sjukhus. För en mer utförlig redovisning av resultat efter socioekonomiska och andra förhållanden se underlagsrapport; alla diagram och tabeller finns i bilaga Socioekonomi stroke (se bilaga 2).

Diagram O.6. Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke

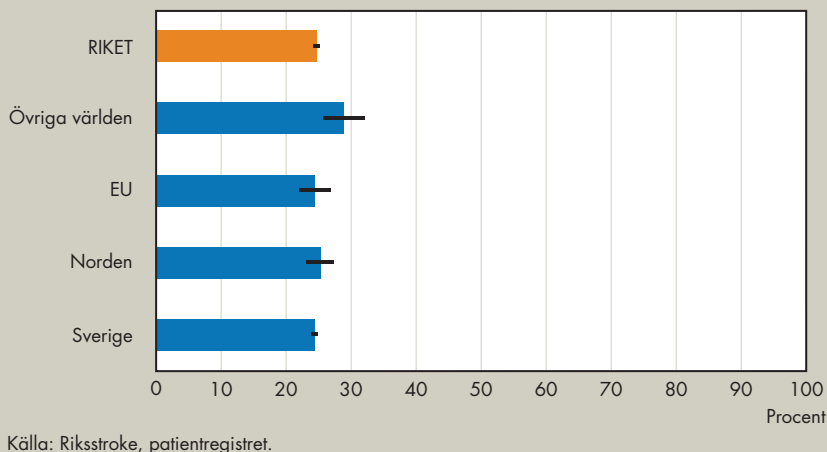
Andelen avlidna eller ADL-beroende 3 månader efter stroke, 2015–2016. Uppdelat på utbildningsnivå. Avser personer 30–89 år, justerat efter ålder.



Källa: Riksstroke, utbildningsregistret.

Diagram O.6. Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke

Andelen avlidna eller ADL-beroende 3 månader efter stroke, 2015–2016. Uppdelat på födelseland. Avser personer 18 år och äldre, justerat efter ålder.



Tidigare studier har visat att i socioekonomiskt mindre gynnade grupper finns det förhöjda risker att insjukna, återinsjukna och dö efter strokesjukdom. Det är resultat som visats i forskning som bl.a. är baserad på kvalitetsregistret Riksstroke, inom ramen för projektet Equalstroke [17, 19]. Liknande resultat som i denna utvärdering har visats när det gäller jämlik förekomst av vård vid strokeenhet [20] samt resultat som visar på något minskad tillgång till reperfusionshandling vid låg utbildning och vid ensamboende [17].

Många resultat i denna utvärdering är kopplade till förhållanden som vården kan ha svårt att påverka, som t.ex. att människor bor långt från sjukhus eller saknar partner eller annat socialt nätverk som kan tolka symtom och larma. Socialstyrelsen anser dock att en förbättrad kunskap och återkoppling av dessa resultat till vården kan öka möjligheten att bättre styra insatser efter olika samhällsgruppers behov.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för strokevård, 2009. Stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2009.
2. Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2018. Stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
3. Nationell utvärdering – Strokevård, 2011. Socialstyrelsen; 2011.
4. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, 2018. Stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
5. Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård vid stroke, 2018. Socialstyrelsen; 2018.
6. Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen. Statistik om stroke, 2017. Publicerad 2018-12-06.
7. Stroke och TIA – Årsrapport 2017 från Riksstroke. Hämtad från 2018-11-14 från http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2018/10/Riksstroke_Årsrapport-2017-WEBB.pdf.
8. Strukturdata – Rapport från Riksstroke 2016. Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015 och 2016. Hämtad 2018-04-05 från <http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2017/03/Strukturdata-2016.pdf>.
9. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/utbildning/webbutbildningar/triangel-revision/>
10. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (9):Cd000197.
11. <https://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva/icfochkvaikommunalhalso-ochsjukvard>
12. <http://www.strokeforbundet.se/Strokekompetensutbildning>.
13. Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) – Andra delbetänkandet (SOU 2018:39). Hämtad 2018-10-02 från http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU-2018_39_webb.pdf.

14. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård, 2018. Socialstyrelsen; 2018-2-17.
15. Tydliga mål kan ge bättre strokevård, 2017; Inspektionen för vård och omsorg; IVO 2017-23.
16. Gallacher, KI, McQueenie, R, Nicholl, B, Jani, BD, Lee, D, Mair FS. Risk factors and mortality associated with multimorbidity in people with stroke or transient ischaemic attack: a study of 8,751 UK Biobank participants. *J Comorb.* 2018; 8(1):1-8.
17. Eriksson, M, Glader, EL, Norrving, B, Asplund, K. Kvalitetsregistret Riksstroke visar på ojämlik strokevård. *Läkartidningen.* 2015; 112:DR7H.
- 18 <http://www.statistikdatabasen.scb.se/> Hämtad 2018-09-04.
19. Lindmark A, Glader EL, Asplund K, Norrving, B, Eriksson, M. Socioeconomic disparities in stroke case fatality – observations from Riks-Stroke, the Swedish stroke register. *Int J Stroke.* 2014;9:429–36.
20. Glader EL, Edlund H, Sukhova M, Asplund K, Norrving, B, Eriksson, M. Reduced inequality in access to stroke unit care over time: a 15-year follow-up of socioeconomic disparities in Sweden. *Cerebrovasc Dis.* 2013;36:407–11.

Bilaga 1. Projektorganisation

Projektleddningsgrupp	
Anastasia Simi	Projektleddare, Socialstyrelsen
Mikaela Svensson	Datahantering, Socialstyrelsen
Christina Broman	Utredare, Socialstyrelsen
Gunilla Ringbäck Weitoft	Sakkunnig socioekonomi, Socialstyrelsen

Expertgrupp	
Christina Brogårdh	Docent (i experimentell rehabiliteringsmedicin), Lunds universitet, sjukgymnast, Skånes universitetssjukhus
Bo Norrving	Registerhållare Riksstroke, professor (i neurologi), Lunds universitet, överläkare, Skånes universitetssjukhus
Katharina Stibrant Sunnerhagen	Professor (i rehabiliteringsmedicin), Göteborgs universitet, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Per Wester	Professor (i medicin), Umeå universitet, överläkare, Norrlands universitetssjukhus

Projektarbetsgrupp	
Max Köster	Sakkunnig indikatorer, Socialstyrelsen
Eva Lejman	Sakkunnig kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen
Anna Lord	Nationella riktlinjer, Socialstyrelsen
Erik Wahlström	Register service, Socialstyrelsen
Maria Sukhova	Statistiker, Riksstroke
Claes Falck	Enkät service, Socialstyrelsen
Riitta Sorsa	Utredare, Socialstyrelsen
Maria Morko	Statistiker, Socialstyrelsen
Clara Larsson	Statistiker, Socialstyrelsen
Åsa Söderlund	Diagramproduktion, Socialstyrelsen
Manja Takman	Projektadministration, Socialstyrelsen
Frida Nyman	Projektadministration, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	Produktionsledare
Harriet Wennberg	Kommunikatör

Bilaga 2. Bilagor som publiceras på webben

Till utvärderingen hör ett antal externa bilagor:

- Indikatorer
- Socialstyrelsens enkät till kommuner, 2018
- Socioekonomi stroke, 2018 (fullständig redovisning i diagram och tabeller)

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid stroke syftar till att utvärdera den svenska vården, utifrån de nationella riktlinjerna inom området. Rapporten sammanfattar de viktigaste resultaten i utvärderingen och ger rekommendationer till landstingen, regionerna och kommunerna om prioriterade förbättringsområden.

Rapporten riktar sig till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården, men kan även vara till nytta för berörda personalgrupper samt patientföreningar.

På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom en underlagsrapport, som innehåller en utförligare beskrivning av samtliga resultat.

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018
Utvärdering av vård vid stroke – Huvudrapport med
förbättringsområden (artikelnr 2018-12-57)
kan beställas från Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se