

Nationella riktlinjer – Målnivåer
Vård vid stroke

Målnivåer för indikatorer

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 978-91-7555-458-7
Artikelnummer 2018-3-31

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2018

Förord

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd. Det finns hittills målnivåer inom tio riktlinjeområden.

Nationella målnivåer utgör en viktig del i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

Projektledare för arbetet har varit Anastasia Simi. Projektets expertgrupp har bestått av Christina Brogårdh, Bo Norrving, Katharina Stibrant Sunnerhagen och Per Wester. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, huvudmannaföreträdare och representanter för berörda organisationer arbetat med att ta fram målnivåförslagen som Socialstyrelsen sedan fastställt. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Förutsättningar för arbetet med målnivåer.....	8
Målnivåmodellen	8
Om indikatorerna	12
Om målnivåerna	12
Datakällor.....	12
Socialstyrelsens nationella målnivåer	14
Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke (Indikator S.4)	16
Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (Indikator S.5)	20
Bedömning av sväljförmåga (Indikator S.9)	23
Statinbehandling efter akut ischemisk stroke (Indikator S.14)	27
Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam (Indikator S.18)	31
Nöjda med rehabilitering efter stroke (Indikator S.20)	34
Karotiskirurgi inom rekommenderad tid (Indikator S.24)	38
Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA (Indikator T.1)	41
Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA (Indikator T.3)	42
Statinbehandling efter TIA (Indikator T.5)	47
Referenser	51
Bilaga 1. Deltagarförteckning	53

Sammanfattning

Nationella målnivåer avses som stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Det främsta syftet med målnivåer är att säkerställa en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) intentioner, genom att påverka resursfördelning och praxis i vården.

Sedan 2014 finns det nationella målnivåer fastställda för vården vid stroke, som har tagits fram inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och strokevård. I samband med revideringen av nationella riktlinjer och indikatorer för vård vid stroke har Socialstyrelsens expertgrupp granskat de tidigare fastställda målnivåer och gjort ett urval av ytterligare indikatorer, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Till de nya målnivåerna hör även målnivåer för vård vid transitorisk ischemisk attack (TIA). Arbetet har bedrivits i ett konsensusförfarande med medicinska experter, företrädare för huvudmännen samt andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund. Konsensusgruppen har diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån de befintliga underlagen. Efter genomfört arbete och en remissrunda till landsting och regioner samt övriga berörda aktörer fastställer Socialstyrelsen följande nationella målnivåer:

Sjukdomsområde	Indikator	Målnivå*	
Stroke	² Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke	≥ 20 %	
	² Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (behandlade inom 30 min)	≥ 50 %	
	¹ Vård på strokeenhet vid stroke	≥ 90 %	
	¹ Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	≥ 90 %	
	² Bedömning av sväljförmåga	100 %	
	¹ Blodtryckssänkande behandling efter stroke	≥ 80 %	
	¹ Antikoagulantia vid förmaksflimmer och akut ischemisk stroke	≥ 80 %	
	² Statinbehandling efter akut ischemisk stroke	≥ 80 %	
	¹ Rökstopp efter stroke	≥ 80 %	
	² Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam	≥ 25 %	
	² Nöjda med rehabilitering efter stroke	≥ 87 %	
	¹ Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp efter stroke	≥ 75 %	
	Stroke och TIA	² Karotiskirurgi inom rekommenderad tid	≥ 80 %
		² Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	≥ 90 %
TIA	² Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA	≥ 85 %	
	² Statinbehandling efter TIA	≥ 80 %	

* Målnivåer på gruppnivå

¹ Tidigare fastställda nationella målnivåer (2014) som har genomgått översyn och inte justerats

² Nya och reviderade målnivåer (2018)

Vissa av målnivåerna som fastställts i denna rapport har en hög nivå och det kan ta tid för hälso- och sjukvården att nå upp till dem. Av den anledningen kan det vara lämpligt att landstingen, regionerna och kommunerna sätter upp egna delmål för att nå de eftersträvarvärda målen.

Förutsättningar för arbetet med målnivåer

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård i enlighet med lagstiftarens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning för att därigenom förbättra vården.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå men syftar också till att underlätta förbättringsarbete även på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Detta uppdrag ska ses som en fortsättning på det målnivåarbete som genomfördes inom hjärt- och strokevården under 2014 [1]. Socialstyrelsen har gjort en översyn av de tidigare fastställda målnivåerna och har bedömt att sex av dessa målnivåer i nuläget är rimliga och behöver inte justeras. Utifrån de förändringar som skett rörande rekommendationerna och indikatorerna i de nationella riktlinjerna samt vårdens utveckling har fyra av de sedan tidigare fastställda målnivåer reviderats och sex nya målnivåer har tagits fram. I den nu föreliggande versionen presenteras nya och reviderade nationella målnivåer för vård vid stroke.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

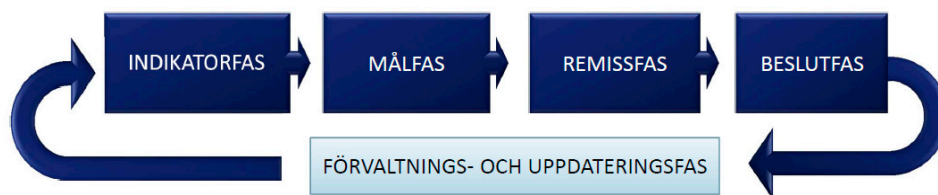
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår från en indikator, som oftast baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Framtagandet av målnivåer är en transparent process, enligt en av Socialstyrelsen utvecklade modell.

Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan vara den önskvärda nivån för blodtryck eller blodfetter. Behandlingsmålen syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser (figur 1). Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen, alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller, som visar dels utvecklingen i riket över tid och dels det aktuella läget i landstingen. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen (beskrivs i nästa kapitel om målfasen). Beställning av uppgifter är endast aktuell om nationella data finns tillgängliga.

I indikatorfasen ingår även att expertgruppen tar fram ett förslag till målnivå för varje indikator. Förslagen ingår sedan som ett av flera underlag i nästa fas.

Målfas

I målfasen får en konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag. Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från landsting, regioner och i relevanta fall även från kommuner, sakkunniga inom verksamhetsområdet samt företrädare för patient- och brukarorganisationer.

Representanter från följande professioner och specialiteter deltog i konsensusgruppen för målnivåer inom vård vid stroke: neurologi, rehabiliteringsmedicin, fysioterapi, arbetsterapi, logopedi, kärlkirurgi, allmänmedicin och omvårdnad. Det Nationella programrådet för stroke¹ samt Triangelrevisionen var också representerade. Patient- och brukarorganisationer som deltog var Stroke-Riksförbundet, Neuroförbundet och Afasiförbundet. Norra sjukvårdsregionen, Distriktläkarföreningen och Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft tillfrågades men hade inte möjlighet att delta.

¹ Nuvarande Nationella arbetsgruppen för stroke

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delhiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) och expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på expertgruppens målnivåförslag, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag till målnivå. Därefter skickas en sammanställning av resultaten och de anonymiserade kommentarerna från första omgången ut till konsensusgruppen igen, varefter enkäten som nu även inkluderar alla nya förslag som inkommit. Var och en av deltagarna har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultaten från båda omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar och den statistiska sammanställningen, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom vården vid stroke genomfördes den 29 november 2017. Konsensusgruppen lyckades i hög grad enas om målnivåförslagen.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårapporten för vård vid stroke har varit landsting och regioner, berörda specialitetsföreningar samt patient- och brukarorganisationer.

Beslutsfas

Socialstyrelsen fastställer och publicerar målnivåerna efter eventuella justeringar från remissrundan.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger landstingen, regionerna och i relevanta fall även kommunerna tydliga, mätbara mål att arbeta mot. Målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården, t.ex. som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten, samt för uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom landstingen och regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen

skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet samt i utvärderingar av följsamheten till riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder idag uppgifter från bland annat vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa vårdgivare kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På lokal nivå kan målnivåer användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kan komma att ta tid för hälso- och sjukvården att komma upp till de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att landsting och regioner tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från landstinget eller regionen. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckligt. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När ett landsting eller en region kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade behandlingen kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en viss grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det är endast denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden. Även andra patientgrupper kan dra nytta av den.

Vid redovisningar av öppna jämförelser och nationella utvärderingar av landstingens och regionernas följsamhet till nationella riktlinjer betraktas detta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna för målnivåarbetet från den indikatorlista som ingår i de nationella riktlinjerna för vården vid stroke från 2018 [2]. Indikatorerna som har tagits fram under riktlinjearbetet syftar till att spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna.

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

Om målnivåerna

De målnivåer som fastställs i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat för strokevården som vissa landsting och regioner presterar idag. För många landsting och regioner kan det därför vara en utmaning att nå målen, men det är viktigt att komma ihåg att de är just mål och att det kan ta tid innan hälso- och sjukvården kan nå dit. Beroende på utgångsläget kan landstingen och regionerna själva ta fram delmål för att så småningom nå det eftersträvarvärda målet. Målnivåerna måste också ses över regelbundet och justeras om kunskapsläget förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsens bedömning att de bör ses över inom två till fyra år efter införandet.

Datakällor

Merparten av uppgifterna som Socialstyrelsen har använt i målnivåarbetet har tillhandahållits av nationella kvalitetsregister, främst Riksstroke (Nation-

ellt kvalitetsregister för strokesjukvård) [3]. Riksstroke är det register som bidrar med data för flest indikatorer i denna rapport. Där registreras årligen cirka 22 000 fall av stroke och cirka 8 000 fall av TIA. Täckningsgraden för hela riket är 90 %, vad gäller insjuknandet i stroke. För vissa av indikatorerna har data hämtats från SWEDVASC (Nationellt kvalitetsregister för kärkirurgi) [4] och WebRehab (Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering) [5]. Underlag till målnivåarbetet har även hämtats från patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, som administreras av Socialstyrelsen, samt Socialstyrelsens strokedatabas för den officiella statistiken.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens nationella målnivåer för de indikatorer inom vården vid stroke som i nuläget bedömts vara aktuella att målsättas. Följande av de tidigare fastställda målnivåerna har bedömts efter en översyn att i nuläget är rimliga och behöver inte justeras:

Tabell 1. Nationella målnivåer för vård vid stroke som genomgått översyn och inte justerats

Indikator	Målnivå
Behandling i akut skede	
S.6 Vård på strokeenhet vid stroke	≥ 90 %
S.8 Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	≥ 90 %
Sekundärprevention	
S.11 Blodtryckssänkande behandling efter stroke	12–18 månader efter utskrivning: ≥ 80 %
S.12 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och akut ischemisk stroke	12–18 månader efter utskrivning: ≥ 80 %
S.16 Rökstopp efter stroke	3 månader efter insjuknandet: ≥ 80 %
Patientnöjdhet	
S.23 Helt tillgodoseett behov av stöd och hjälp efter stroke	3 månader efter utskrivning: ≥ 75 %

* Målnivåer på gruppnivå

För en mer fullständig beskrivning och motivering till målnivån för dessa hänvisas till tidigare rapport Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård, Socialstyrelsen, 2014 [1].

I detta avsnitt presenteras enbart nya och reviderade nationella målnivåer för vård vid stroke. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- Ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- En teknisk beskrivning av indikatorn med täljare och nämnare angiven. Om inte annat anges ingår personer i åldrarna 18 år och äldre i jämförelsen
- Socialstyrelsens fastställda nationella målnivå, inklusive en motivering
- En redovisning av hur målnivån förhåller sig till senaste tillgängliga resultat på landstings- och regionnivå.

En sammanfattning av nya och reviderade nationella målnivåer visas i tabell 2.

Tabell 2. Nya och reviderade nationella målnivåer för vård vid stroke

Sjukdoms- område	Nr	Indikator	Målnivå*
Stroke	Behandling i akut skede		
	S.4	Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke	≥ 20 %
	S.5	Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (behandlade inom 30 min)	≥ 50 %
	S.9	Bedömning av sväljförmåga	100 %
	Sekundärprevention		
	S.14	Statinbehandling efter akut ischemisk stroke	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ≥ 80 %
	Rehabilitering		
S.18	Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke team	≥ 25 %	
S.20	Nöjda med rehabilitering efter stroke	3 samt 12 månader efter stroke ≥ 87 %	
Stroke och TIA	Karotiskirurgi		
	S.24	Karotiskirurgi inom rekommenderad tid	≥ 80 %
TIA	Behandling i akutskede		
	T.1	Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	≥ 90 %
	Sekundärprevention		
	T.3	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ≥ 85 %
	T.5	Statinbehandling efter TIA	0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning: ≥ 80 %

* Målnivåer på gruppnivå

Reperusionsbehandling vid akut ischemisk stroke (Indikator S.4)

Indikatorn visar andelen fall av akut ischemisk stroke som får reperusionsbehandling med trombolys och trombektomi.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Reperusionsbehandling syftar till att lösa upp eller ta bort blodproppen som orsakar stroke för att därigenom minska den hjärnskada som proppen orsakat och förbättra prognosen. Vid trombolys löses blodproppen upp med blodproppslösande läkemedel. Trombektomi innebär att proppen i hjärnan tas bort mekaniskt med endovaskulär teknik. Trombektomi är en invasiv behandling som kan vara aktuell vid ocklusion av hjärnans stora kärl.

Trombektomi utförs på interventionella neuroradiologiska centra.

Indikatorn mäter andelen fall av akut ischemisk stroke som fått reperusionsbehandling i form av trombolys eller trombektomi. Trombektomin kan ha utförts med eller utan föregående behandling med trombolys. Reperusionsbehandling minskar risken för funktionshinder.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som fick reperusionsbehandling med

- a) enbart trombolys
- b) enbart trombektomi
- c) trombektomi i kombination med trombolys
- d) trombolys och/eller trombektomi dvs. all reperusionsbehandling oavsett metod

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Ischemisk stroke	I63

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Inga uppgivna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *reperusionsbehandling vid akut ischemisk stroke* (trombolys och trombektomi) har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 20 procent.

Motivering till målnivån

Behandlingarna trombolys och trombektomi sammanfattas med termen "reperusionsbehandling", som används för behandlingar som syftar till att åter-

ställa blodflödet genom upplösning eller mekaniskt borttagande av en blodpropp. Ibland genomförs trombektomi primärt och ibland efter att trombolys inte haft någon effekt.

Fler faktorer påverkar andelen patienter som är aktuella för att få trombolysbehandling. Den vanligaste anledningen är att patienter kommer för sent till sjukhus, och därför inte kan bli aktuella för behandling inom den tidsram som trombolys har dokumenterad effekt (< 4,5 timmar efter insjuknandet). Långa avstånd till närmaste sjukhus, och organisatoriska faktorer såsom fördröjningstider mellan ankomst till sjukhus och behandlingsstart påverkar också andelen patienter som kan ha möjlighet att få behandlingen. Ett flertal patientfaktorer, såsom ökad blödningsrisk, kan också påverka bedömningen om en patient är lämplig eller inte för behandlingen.

Eftersom varje minut fördröjning försämrar effekten av trombolysbehandlingen och prognosen är det angeläget att fortsätta arbeta med att minska tiden till behandlingsstart. Akutsjukhus behöver fortsätta sitt arbete med att förfinas både den organisatoriska strukturen samt logistiken för akut omhändertagande av strokepatienter. Låg poäng i NIH strokeskala (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) innebär inte nödvändigtvis en lindrig stroke, därför behöver alla patienter oavsett sjukdomens allvarlighetsgrad bedömas om de är aktuella för trombolys. Samtidigt behöver kunskapen av stroke i samhället öka så att patienten kan söka hjälp tidigare. Den nationella strokekampanj som genomförts 2011 till 2013 har resulterat i att fler personer med strokesymtom har sökt vård i tidigt skede. Att upprepa en sådan kampanj skulle med stor sannolikhet kunna ha en positiv inverkan på andelen patienter som får trombolys.

Trombektomibehandling har dokumenterad gynnsam effekt hos patienter med akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl, och det finns också konsensus att behandlingen är effektiv vid akut ischemisk stroke orsakad av ocklusion av arteria basilaris. Trombektomi har dokumenterad effekt upp till 6 timmar efter insjuknandet.

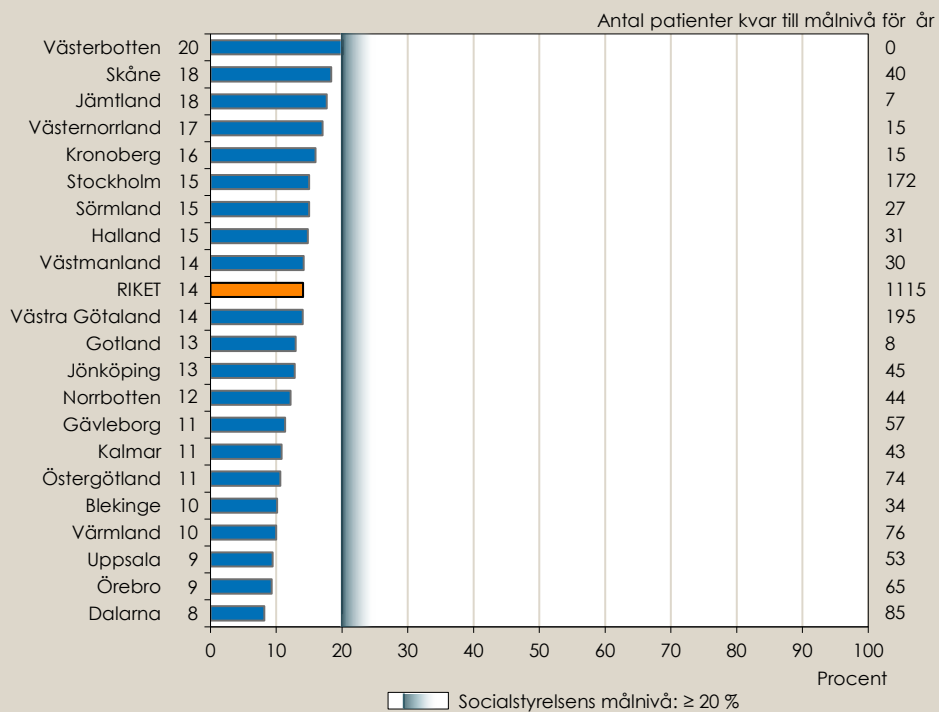
Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 20 procent är eftersträvansvärd för reperfusionsbehandling och kan vara möjligt att uppnå. Det nationella strokeregistret från Storbritannien (SSNAP) beräknar att cirka 20 procent av patienter med ischemisk stroke är lämpliga kandidater för trombolys. Denna nivå uppnås av flera internationella centra, och också på nationell nivå i vissa länder. Skattningen av andelen patienter med ischemisk stroke som kan vara lämpliga för trombektomi är osäker, men kan uppgå till 5, möjligen 10 procent. Majoriteten av patienter som behandlas med trombektomi erhåller emellertid först behandling med trombolys därför fastställs målnivån för reperfusionsbehandling oavsett metod.

Den nu föreslagna målnivån gäller oberoende funktionsnivå innan insjuknandet och inkluderar alla åldrar från 18 år och uppåt, eftersom hög ålder i sig inte är kontraindikation till behandlingen.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram S.4. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke

Andel fall av akut ischemisk stroke som får reperfusionsterapi med trombolys och trombektomi, 2016.



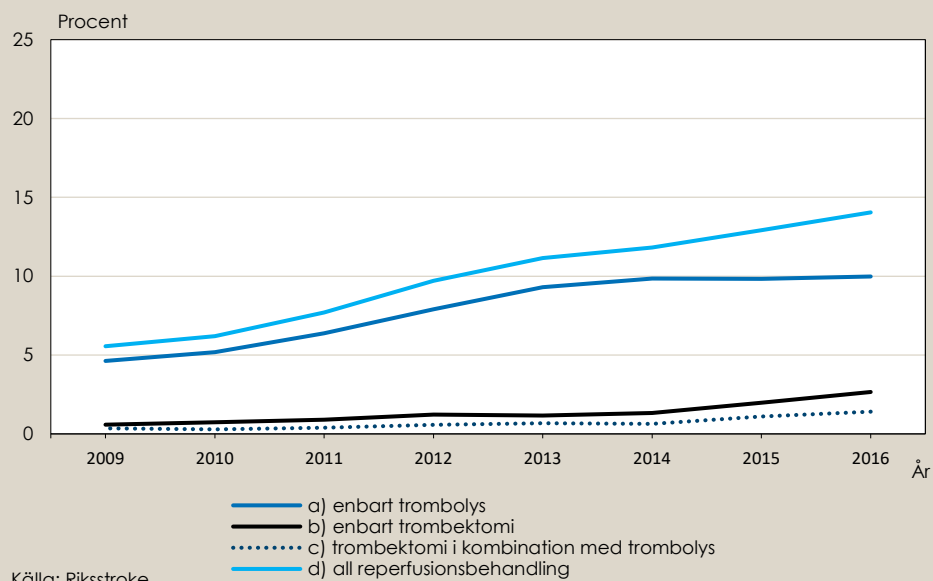
Källa: Riksstroke.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	17,7
Rikets genomsnitt (median, %)	14,1
Variation bästa - sämsta värde (%)	8,2 – 20,2
Antal patienter i nämnaren	18736

Diagram S4. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke

Andel fall av akut ischemisk stroke som fått reperfusionsterapi med trombolys och trombektomi.



Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling (Indikator S.5)

Indikatorn visar andelen sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn speglar effektiviteten i omhändertagandet av strokepatienter på sjukhuset avseende målsättningen att påbörja trombolysbehandling så snart det bara är möjligt. Ju tidigare behandlingen påbörjas desto större sannolikhet är det att den ger ett bra resultat.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som fått trombolysbehandling inom 30 minuter.

Nämnare: Antal sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som fått trombolysbehandling.

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Olikheter kring registrering av ankomsttid och tidpunkt för trombolys kan påverka utfallet. Vid redovisning på sjukhusnivå kan i en del landsting och regioner antalet trombolysfall vara så få att slumpmässiga variationer kan påverka utfallet.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling* (andel behandlade inom 30 minuter) har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 50 procent.

Motivering till målnivån

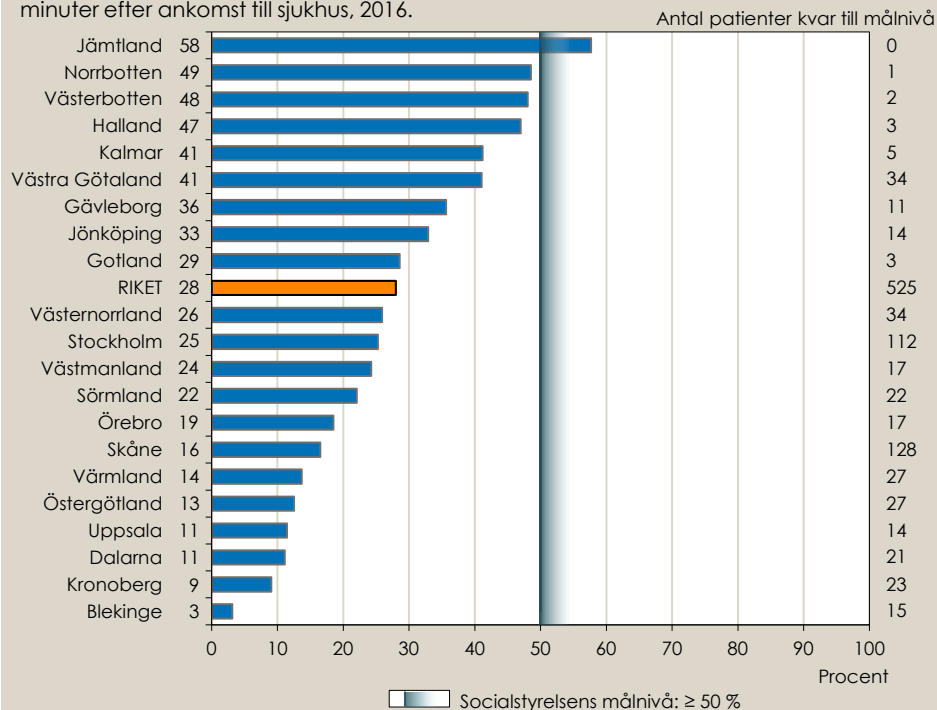
Tiden är en avgörande faktor beträffande möjligheten att kunna ge trombolysbehandling och därmed undvika bestående skador eller död. Varje minuts fördröjning försämrar effekten av trombolysbehandlingen och prognosen. Med en väl fungerande organisation kan tid från ankomst till sjukhus till start av trombolysbehandlingen minimeras. Kompetens för att ge trombolysbehandling behöver finnas på plats alla tider i jourlinjen, både dag och natt tid. Arbete med kompetensutveckling är viktig för att få fler strokeläkare som kan ge trombolys.

Socialstyrelsen bedömer att, genom ett fortsatt arbete för att förkorta fördröjningstider, kan en målnivå på ≥ 50 procent för andelen som påbörjar trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus vara fullt möjligt att uppnå inom två år. På längre sikt skulle de flesta patienter som är aktuella för trombolys kunna behandlas inom 30 min.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram S.5. Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling

Andel sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus, 2016.



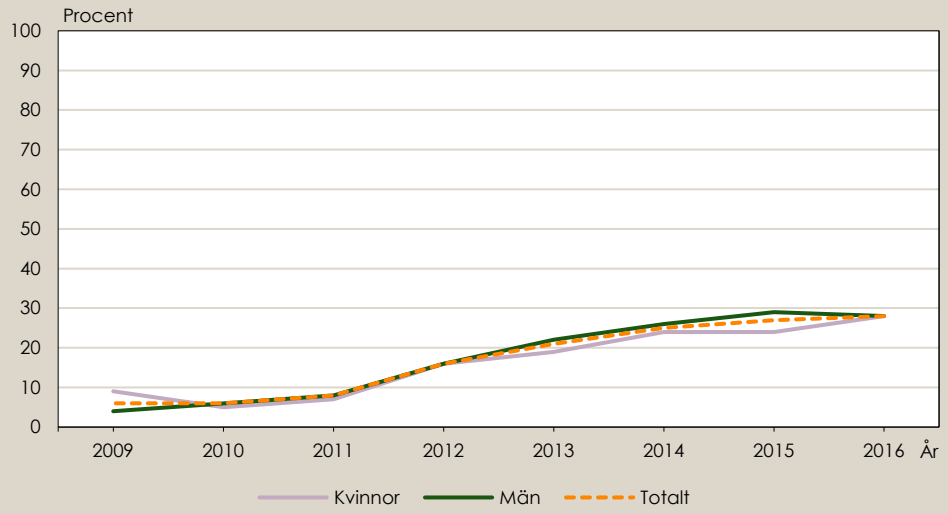
Källa: Riksstroke.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	48,1
Rikets genomsnitt (median, %)	28,0
Variation bästa - sämsta värde (%)	3,1 – 57,7
Antal patienter i nämnaren	2367

Diagram S.5. Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling

Andel sjukhusvårdade fall av akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus.



Källa: Riksstroke.

Bedömning av sväljförmåga (Indikator S.9)

Indikatorn visar andelen sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten inom ett dygn från ankomst till sjukhus.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin följd kan leda till komplikationer, till exempel aspiration och lunginflammation. Vid stroke görs en bedömning av sväljförmågan vilket ligger till grund för ställningstagande hur patienter fortsatt ska tillföras vätska och mat. En bedömning av sväljförmågan är därför aktuellt hos samtliga patienter med stroke. Ett praktiskt sväljtest, där förmågan att svälja vatten undersöks på ett standardiserat sätt, görs hos patienter som är vakna och kan medverka i undersökningen. Ett praktiskt sväljtest är inte lämpligt att genomföra hos patienter som uppenbarligen saknar förmåga att svälja, till exempel på grund av sänkt vakenhetsgrad eller annan orsak till att inte kunna medverka. I sådana fall görs endast en bedömning av sväljförmågan (utan ytterligare testning) att det inte är lämpligt att ge vätska och mat genom munnen. Resultatet av en sväljbedömning dokumenteras i journal.

Syftet med indikatorn är att följa upp i vilken utsträckning sjukvården har procedur för genomförandet av sväljbedömning i det akuta skedet vid insjuknande i stroke. Indikatorn omfattar

- a) bedömning med praktiskt test hos patienter som kan medverka i undersökningen, och
- b) bedömning utan praktiskt test hos patienter som är vakenhetssänkta eller av annan anledning inte kan medverka i undersökningen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal strokefall med nämnarens definition där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten med praktiskt test, eller utan praktiskt test i de fall patienten bedömts inte kunna genomföra ett praktiskt test, inom ett dygn från ankomst till sjukhus.

Nämnare: Samtliga fall som sjukhusvårdats för stroke med någon av nedanstående diagnoser.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Intracerebral blödning	I61
Ischemisk stroke	I63
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Fall där uppgifter om sväljbedömning inte finns angivna räknas som att sväljbedömning inte har genomförts.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *bedömning av sväljförmåga* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till 100 procent.

Motivering till målnivån

Vid stroke gör en bedömning av sväljförmågan, oavsett bedömningsmetod, det möjligt att identifiera, behandla och följa upp personer med dysfagi för att minska risken för medicinska och funktionella komplikationer. En initial sväljbedömning är därför aktuell för samtliga patienter, och det kan genomföras oavsett medvetandegrad/vakenhet. För vakenhetssänkta patienter kan detta betyda att patienten är för sjuk för att genomföra sväljtest, och enbart i de fallen bedöms att patienten inte kan svälja utan att göra ett sväljtest. För en enhetlig registrering är det dock viktigt att det nationella strokeregistret förtydligar registreringsanvisningen för indikatorn.

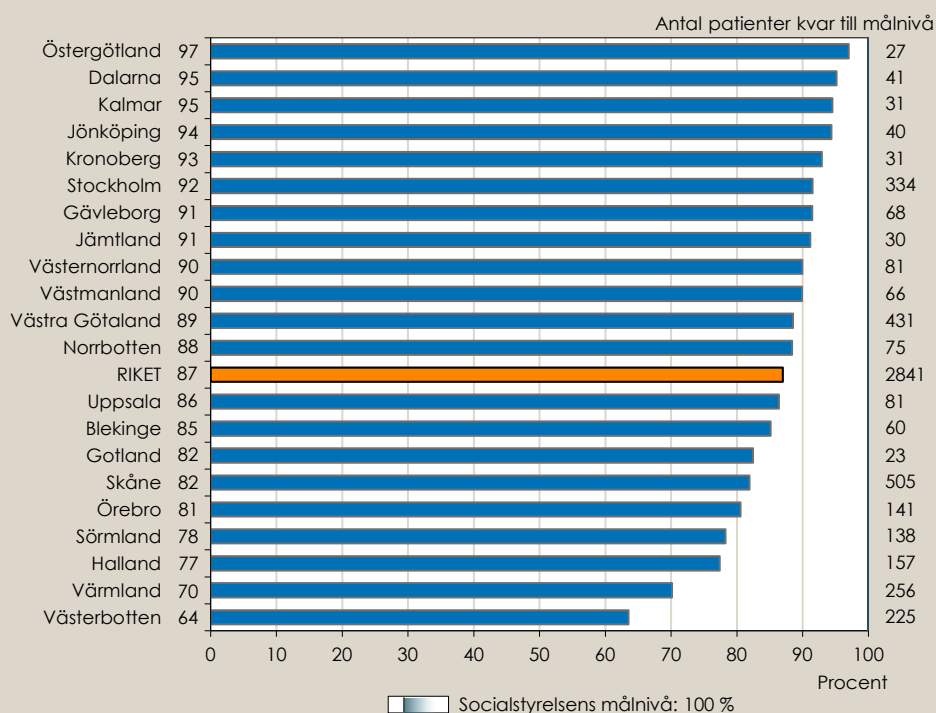
Då det inte finns några kontraindikationer och åtgärden kan komma till nytta för samtliga patienter bedömer Socialstyrelsen att målnivån bör ligga på 100 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

I diagrammen nedan visas andelen sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av sväljförmågan har genomförts hos patienten i det akuta skedet vid insjuknandet i stroke. I det nationella strokeregistret finns det inte möjlighet att mäta tidpunkten för sväljningsbedömning, dock sker detta normalt alltid inom första dygnet. Det nationella strokeregistret kommer att förtydliga registreringsanvisningen för indikatorn under 2018, i samband med en översyn av målnivåerna i Riksstroke.

Diagram S.9. Bedömning av sväljförmåga

Andelen sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten i det akuta skedet, 2016.



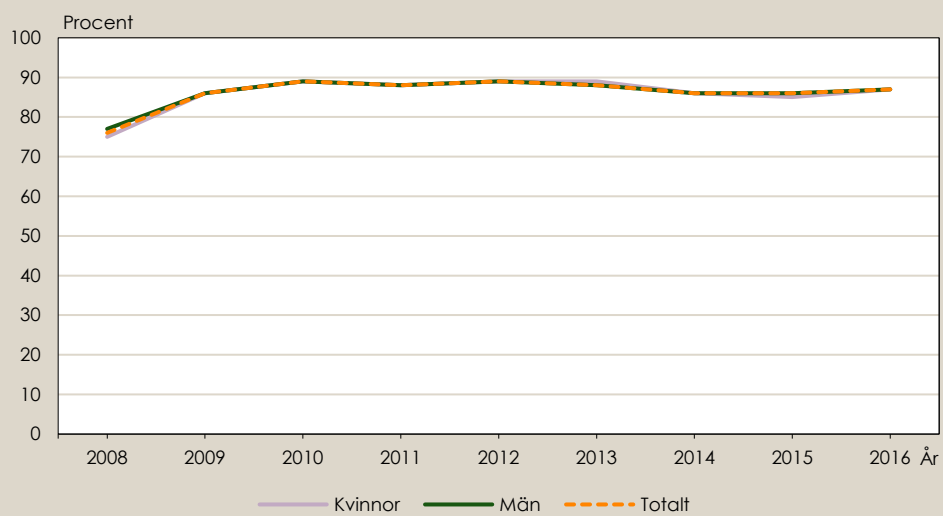
Källa: Riksstroke.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	94,5
Rikets genomsnitt (median, %)	87,0
Variation bästa - sämsta värde (%)	63,5 – 97,0
Antal patienter i nämnaren	21855

Diagram S.9. Bedömning av sväljförmåga

Andelen sjukhusvårdade strokefall där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten i det akuta skedet.



Källa: Riksstroke.

Statinbehandling efter akut ischemisk stroke (Indikator S.14)

Indikatorn visar andelen fall av akut ischemisk stroke där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 samt 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Risken att utveckla kranskärlssjukdom är bland annat relaterad till kolesterolnivån i blodet. Statinbehandling har en dokumenterat god effekt vid sekundär prevention efter akut ischemisk stroke.

Statiner sänker kolesterolnivån och minskar risken för att återinsjukna i hjärt- kärlsjukdom. Indikatorn mäter en av hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal sjukhusvårdade fall av ischemisk stroke där patienten fått statinbehandling som har hämtats ut från apotek 0-3 månader samt 12-18 månader efter utskrivningsdatum.

Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10AA

Nämnare: Totalt antal fall ischemisk stroke. Patienter som avlidit inom 18 månader efter strotetillfället exkluderas.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Ischemisk stroke	I63
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64

Datakälla: Riksstroke samt patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregister vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Vid jämförelser mellan könen kan kvinnors genomsnittligt högre insjuknandeålder i stroke påverka utfallet. Sjukhusens rutiner vid ställningstagande till sekundärprevention kan variera. För vissa sjukhus sker detta ställningstagande i samband med återbesök i öppenvård.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *statinbehandling efter akut ischemisk stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent. Målnivån bör gälla både vid 0-3 månader samt 12-18 månader efter utskrivning.

Motivering till målnivån

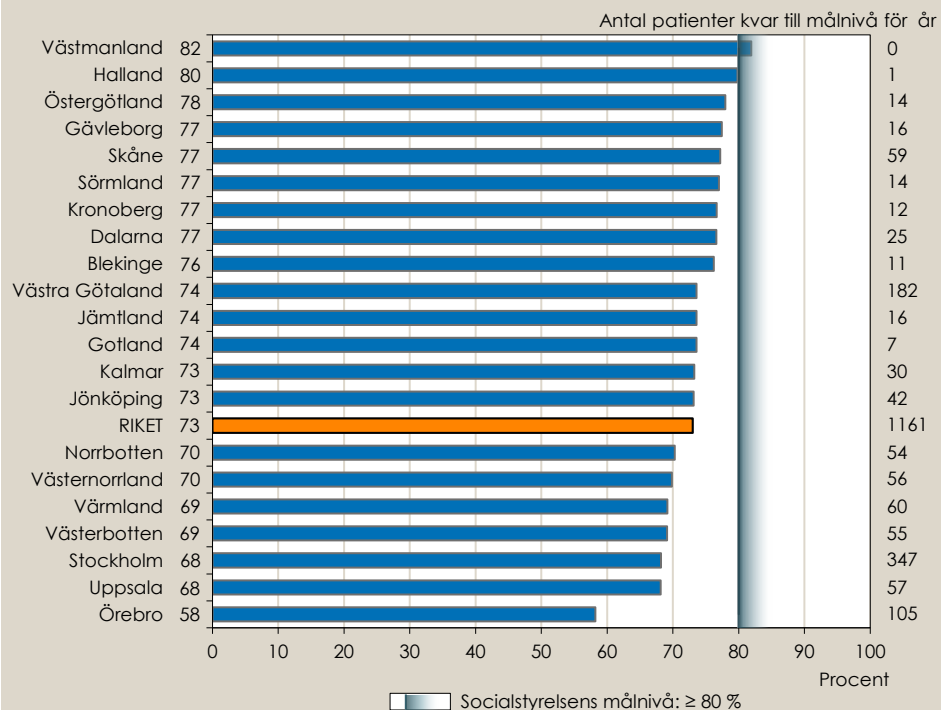
Behandling med statiner minskar risken för insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdom samt risken för återinsjuknandet i stroke. Biverkningsproblematik kan förekomma hos strokepatienter i högre utsträckning än i andra patientgrupper såsom t.ex. ischemiska hjärtsjukdomar, på grund av att patienter med stroke i genomsnitt är äldre och oftare multisjuka.

Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 80 procent bör vara rimlig. Anledning till detta är att möjligheten att inte behandla behöver finnas för att kunna undvika läkemedelsbiverkningar.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram S.14a. Statinbehandling efter akut ischemisk stroke

Andel fall av akut ischemisk stroke där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 månader efter utskrivning från slutenvården, 2015.

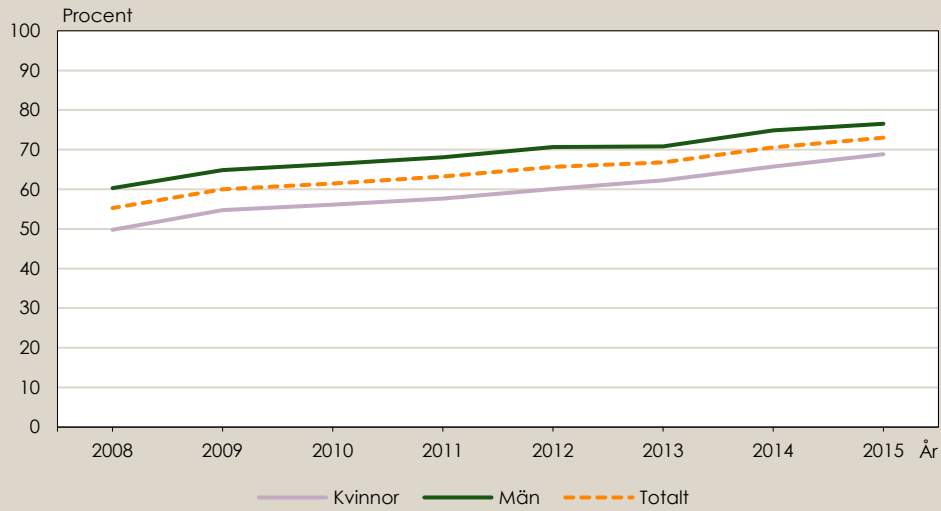


Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	77,9
Rikets genomsnitt (median, %)	73,0
Variation bästa - sämsta värde (%)	58,2 – 81,9
Antal patienter i nämnaren	16562

Diagram S.14a. Statinbehandling efter akut ischemisk stroke

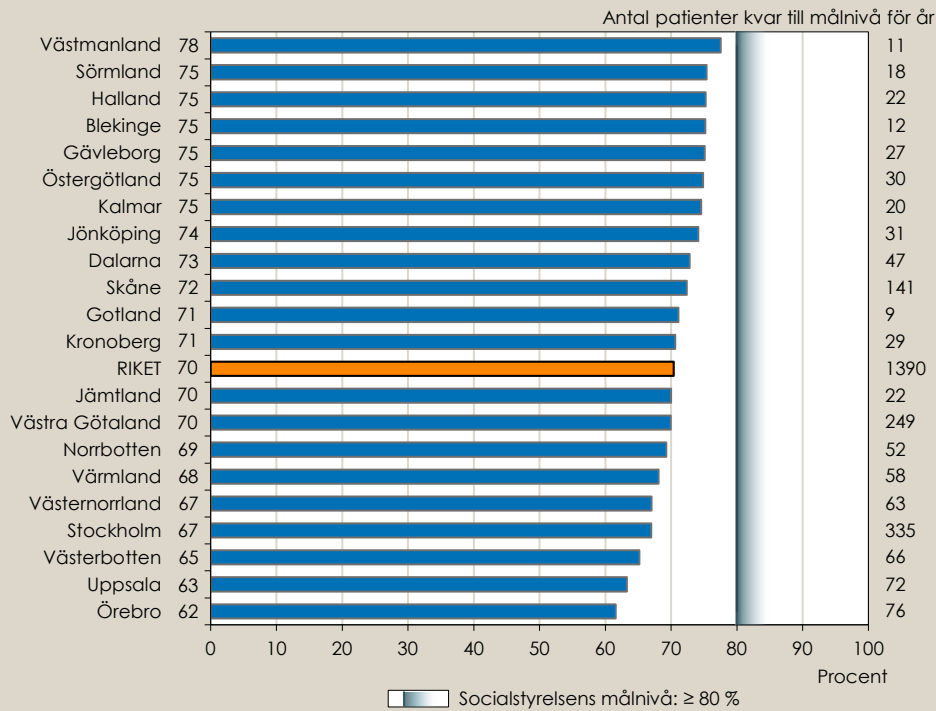
Andel fall av akut ischemisk stroke där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 månader efter utskrivning från slutenvården.



Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Diagram S.14b. Statinbehandling efter akut ischemisk stroke

Andel fall av akut ischemisk stroke där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården, 2015.



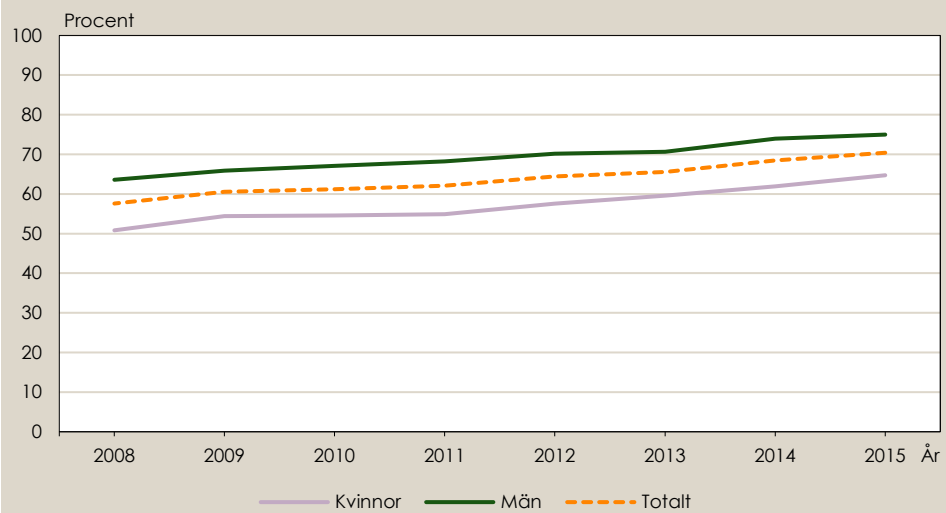
Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Uppgifter för år 2015

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	75,3
Rikets genomsnitt (median, %)	70,4
Variation bästa - sämsta värde (%)	61,6 – 77,5
Antal patienter i nämnaren	14518

Diagram S.14b. Statinbehandling efter akut ischemisk stroke

Andel fall av akut ischemisk stroke där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården.



Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam (Indikator S.18)

Indikatorn visar andelen personer med stroke som i anslutning till akut vårdtillfälle för stroke fick tidig understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön.

Multidisciplinärt stroketeam

Med multidisciplinärt stroketeam 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.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Tidig understödd utskrivning från sjukhus av ett multidisciplinärt team som koordinerar och samordnar vården direkt efter utskrivningen, samt erbjuder fortsatt rehabilitering i hemmiljö, medför minskad risk för död eller ADL-beroende för de som drabbats av stroke.

Syftet med indikatorn är att följa i vilken utsträckning sjukvården erbjuder denna rehabiliteringsform till personer som drabbats av stroke.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal strokefall enligt nämningens definition som i anslutning till akut vårdtillfälle för stroke fick tidig understödd utskrivning till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön.

Nämning: Samtliga strokefall som sjukhusvårdats och skrivits ut till ordinarie boende efter avslutat akut vårdtillfälle. Fall med eftervård exkluderas därmed från nämningen.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Intracerebral blödning	I61
Ischemisk stroke	I63
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Bortfall i uppgift om åtgärden i kvalitetsregistren.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke team* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 25 procent.

Motivering till målnivån

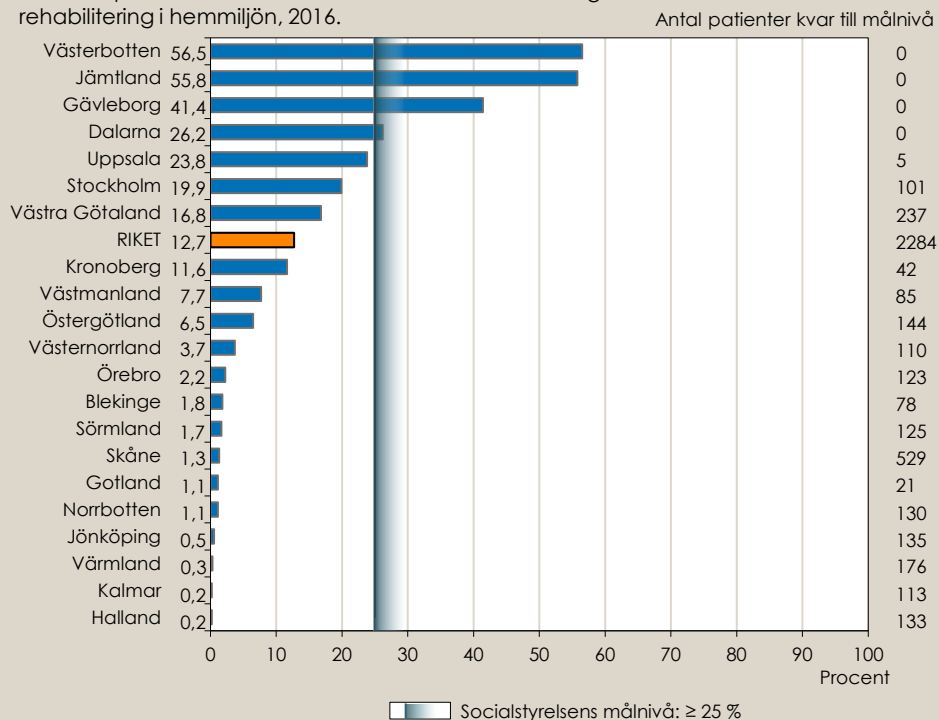
Att samma stroke team koordinerar utskrivningen och genomför rehabiliteringen i hemmiljön minskar risken för död och ADL-beroende och medför en kortare initial vårdtid. Åtgärden kan betraktas som en fortsättning av strokeenhetsvård i hemmiljön och det ersätter inte slutenvårdsrehabilitering. Åtgärden riktar sig till personer med lindrig till måttlig stroke, och beräknas vara aktuell för 35-45 procent av alla personer med stroke som vårdas på sjukhus.

Vårdformen är ännu inte etablerad i stora delar av landet vilket kommer att innebära organisatoriska förändringar hos verksamheter inom landsting och regioner samt kommuner. Av den anledningen fastställer Socialstyrelsen målnivån till ≥ 25 procent. Målnivån bör ses över och omprövas om två år. Införandet av tidig understödd utskrivning och hemrehabilitering med multidisciplinärt stroke team kan på sikt både förkorta vårdtider och frigöra vårdplatser på strokeenheterna samt öka kvaliteten av rehabiliteringen.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram S.18. Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke team

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



Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	41,4
Rikets genomsnitt (median, %)	12,7
Variation bästa - sämsta värde (%)	0,2 – 56,5
Antal patienter i nämnaren	15848

Nöjda med rehabilitering efter stroke (Indikator S.20)

Indikatorn visar andelen av alla strokefall där patienterna vid 3 samt 12 månader efter stroke uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn är ett viktigt mått på kvaliteten på rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen. Den är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal strokefall med nämnarens definition där patienten uppgett att den är nöjd eller mycket nöjd med rehabiliteringen.

Nämnare: Samtliga fall av sjukhusvårdad stroke där patienten fick rehabilitering och som 3 samt 12 månader efter stroke följdes upp med en fråga om hur nöjda de är med rehabiliteringen.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Intracerebral blödning	I61
Ischemisk stroke	I63
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Täckningsgraden, liksom svarsfrekvensen, kan påverka resultatet för indikatorn. Hög täckningsgrad kan innebära att fler patienter med svår stroke (och särskilt de som vårdas på särskilda boenden) kan ha nåtts av uppföljningen och därmed kan andelen ADL-beroende bli högre. Låg svarsfrekvens kan bero på att främst patienter med lindrigare funktionshinder svarar, och kan istället ge ett falskt positivt resultat.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *nöjda med rehabilitering efter stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 87 procent.

Motivering till målnivån

Personer som insjuknat i stroke har ett ofta omfattande rehabiliteringsbehov som behöver tillgodoses för att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan. Indikatorn mäter patientnöjdhet. Patientens egna förväntningar och flera andra faktorer kan påverka resultatet.

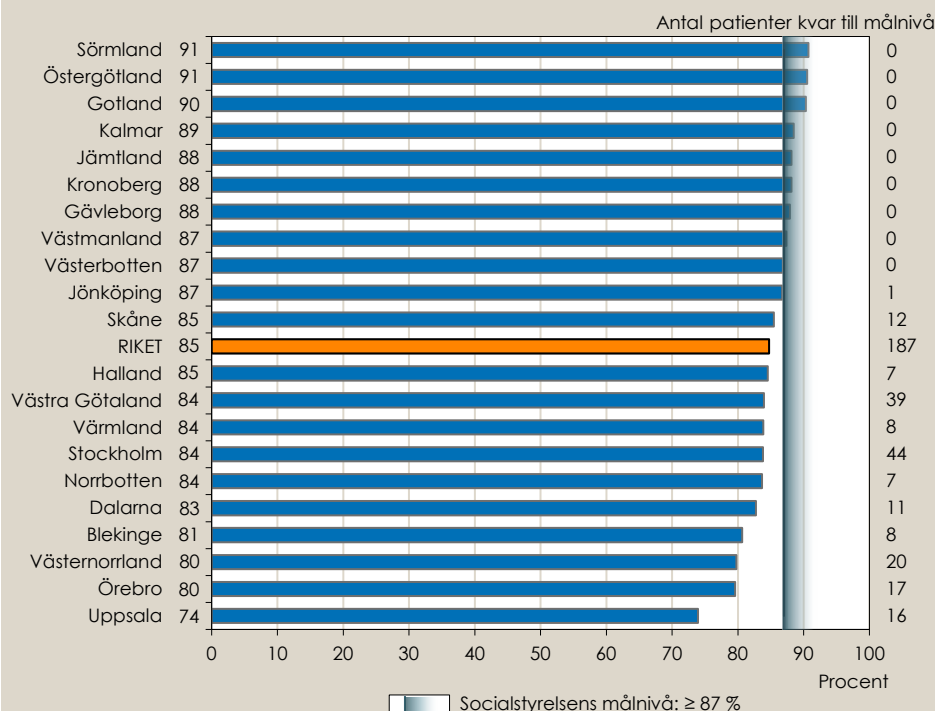
Frågan i enkäten är svårbedömd och det kommer att ses över av det nationella storkeregistret. Resultatet påverkas också av att inte alla patienter har

förmågan att svara på enkäten och av att det är frivilligt att delta i enkätundersökningen. Många sjukhus har låg svarsfrekvens, vilket gör jämförelsen svårare. Av den anledningen bedömer Socialstyrelsen att den sedan tidigare fastställda målnivån på ≥ 87 procent bör kvarstå.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram S.20a. Nöjda med Rehabilitering efter stroke

Andelen av alla strokefall där patienterna vid 3 månader efter stroke uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen, 2016.



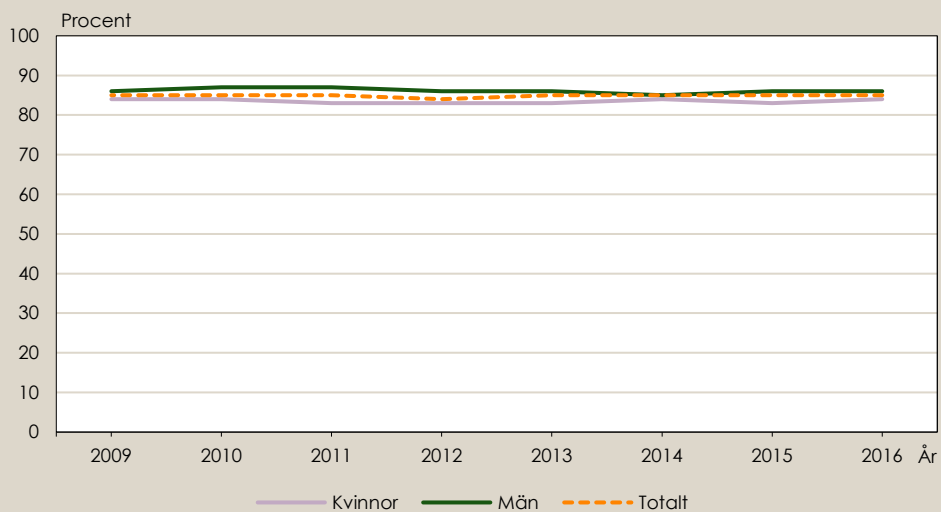
Källa: Riksstroke.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	90,3
Rikets genomsnitt (median, %)	84,7
Variation bästa - sämsta värde (%)	73,9 – 90,7
Antal patienter i nämnaren	6971

Diagram S.20a. Nöjda med rehabilitering efter stroke

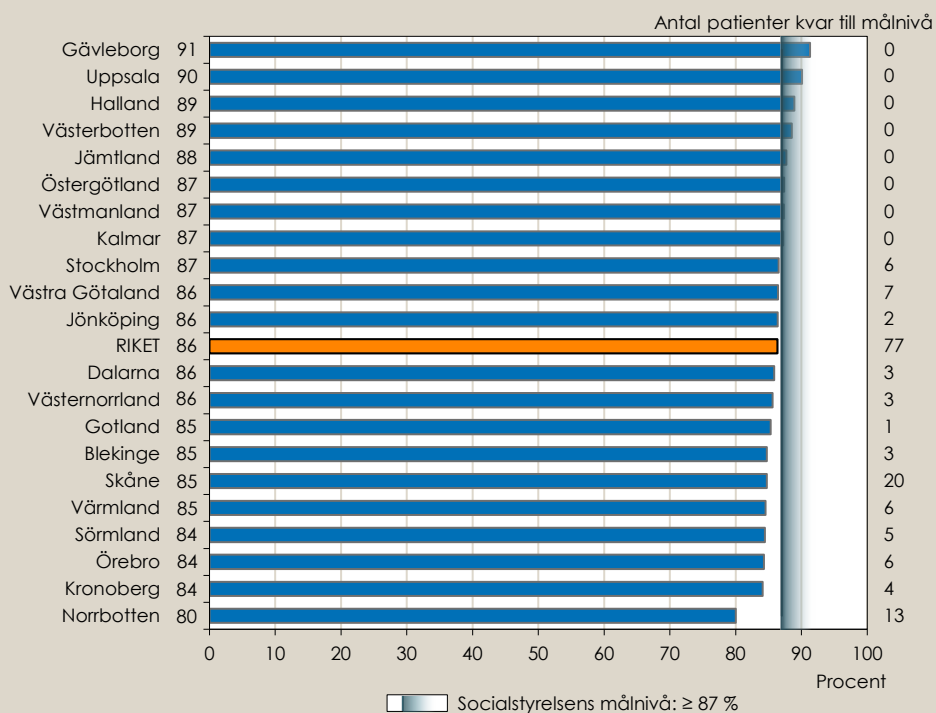
Andelen av alla strokefall där patienterna vid 3 månader efter stroke uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen.



Källa: Riksstroke.

Diagram S.20b. Nöjda med Rehabilitering efter stroke

Andelen av alla strokefall där patienterna vid 12 månader efter stroke uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen, 2016.



Källa: Riksstroke.

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	88,9
Rikets genomsnitt (median, %)	86,3
Variation bästa - sämsta värde (%)	80,0 – 91,3
Antal patienter i nämnaren	7058

Karotiskirurgi inom rekommenderad tid (Indikator S.24)

Indikatorn visar andelen karotisingrepp för symtomgivande karotisstenos inom 14 dagar från insjuknandet i strokesjukdom eller TIA.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Förträngningar i halsartärerna (karotisstenos) kan leda till att blodproppar bildas som i sin tur kan ge upphov till TIA och andra strokesjukdomar. Genom att åtgärda förträngningen i halsartärerna interventionellt är det möjligt att minska den risken väsentligt för patienterna med symtomgivande karotisstenos.

Ingreppet bör genomföras inom 14 dagar efter alarmsymtom, de stroke-symtom som ledde till vårdkontakt. Åtgärden minskar påtagligt risken för stroke. Indikatorn syftar till att spegla kvalitet inom hela vårdkedjan, både inom strokesjukvården och inom kärnkirurgisk verksamhet samt följa i vilken utsträckning vården följer rekommendationen i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal karotiskirurgiska ingrepp genomförda inom 14 dagar från insjuknandet.

Nämnare: Totalt antal karotiskirurgiska ingrepp hos patienter med symtomgivande karotisstenos och som har insjuknat i strokesjukdom eller TIA.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Intracerebral blödning	I61
Ischemisk stroke	I63
Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi	I64
Transitorisk ischemisk attack	G45

Datakälla: SWEDVASC.

Felkällor

Inga uppgivna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *karotiskirurgi inom rekommenderad tid* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

Patienter med symtomgivande karotisstenos som är lämpliga för karotiskirurgi har en hög tidig risk att insjukna i stroke. Väntetiden för karotiskirurgi bör därför i normalfallet inte överstiga 14 dagar, för att undvika att stroke inträffar under väntetid till operation. För ett fåtal patienter, särskilt de med

svårare ischemiska stroke, kan det vara motiverat att avvakta något med operation. Under de senaste tio åren har ny evidens tillämpats till klinisk praxis, vilket medfört en avsevärd förbättring på nationell nivå som kan betydligt minska risken att återinsjukna i stroke.

Vårdkedjan som leder till operation av en karotisstenos kan vara komplex, men behöver fungera så att patienter aktuella för ingreppet snabbt identifieras och remitteras till behandlade sjukhus. Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 80 procent bör vara rimlig för denna åtgärd. En anledning till att målnivån inte kan vara högre är att ingreppet utförs enbart på vissa sjukhus, och en alltför hög målnivå skulle kunna ha till följd att operationer utförs utanför kontorstid eller av oerfaren operatör, vilket kan öka risken med ingreppet.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

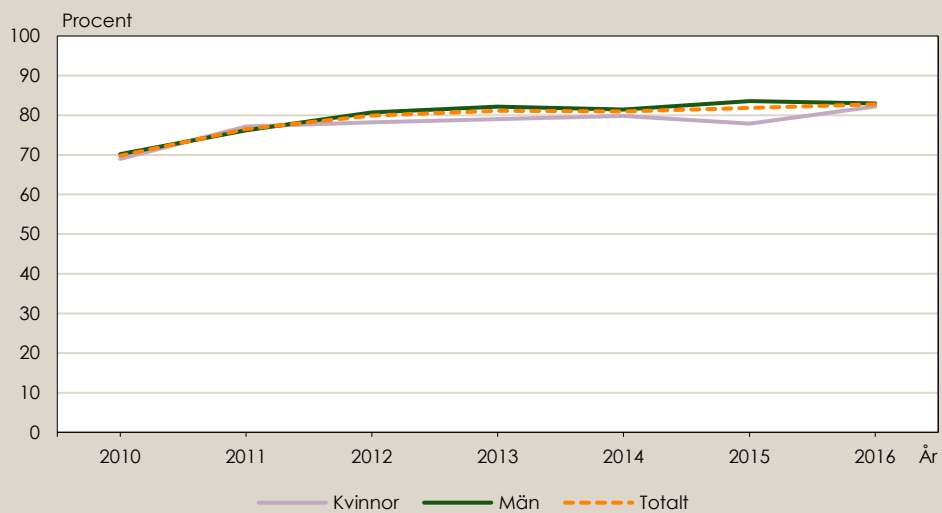


Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	95,2
Rikets genomsnitt (median, %)	82,7
Variation bästa - sämsta värde (%)	61,9 – 100,0
Antal patienter i nämnaren	771

Diagram S.24. Karotiskirurgi inom rekommenderad tid

Andelen karotisingrepp för symptomgivande karotisstenos inom 14 dagar från insjuknandet i strokesjukdom eller TIA.



Källa: Swedvasc.

Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA (Indikator T.1)

Indikatorn visar andelen fall av TIA som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet och inte på en annan vårdavdelning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Att vårdas först på strokeenhet och inte på en annan vårdavdelning innebär högre vårdkvalitet oavsett ålder vid insjuknandet, kön samt sjukdomens allvarlighetsgrad.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal fall TIA som initialt under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet utan att först vårdats på en annan vårdavdelning vid inskrivning på sjukhus.

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall med TIA diagnos enligt nedan.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Transitorisk ischemisk attack	G45

Datakälla: Riksstroke.

Felkällor

Varierande täckningsgrad i landsting och regioner, alla TIA patienter registreras inte i Riksstroke.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *strokeenhet som första vårdnivå vid TIA* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

Som för stroke, tillför vård på strokeenhet med tillgång till specialistkunskap ökad vårdkvalitet för patienter med TIA. En välfungerande vårdkedja som leder till en snabb utredning och behandling av TIA kan minska risken för insjuknandet i stroke med 80 procent.

Socialstyrelsen fastställer målnivån till ≥ 90 procent för denna åtgärd vid TIA, vilket är lika målnivå som för stroke. TIA-patienter har korta vårdtider och antalet vårdplatser som behövs för strokeenhetsvård av TIA är mycket mindre än för stroke. För att kunna behandla samtliga patienter med TIA vid strokeenhet och samtidigt undvika en undanträngningseffekt (t.ex. av patienter med stroke) krävs det organisatorisk struktur och förutsättningar för en snabb utredning, vilket borde vara möjligt att genomföra inom 36 till 48 timmar.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Data inte tillgänglig (ny variabel i Riksstroke).

Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA (Indikator T.3)

Indikatorn visar andelen fall av TIA och förmaksflimmer där patienten behandlas med antikoagulantia 0-3 samt 12-18 månader efter TIA.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Förmaksflimmer kan leda till att blodproppar bildas. Patienter med förmaksflimmer som insjuknar i TIA rekommenderas behandling med blodproppshämmande läkemedel som sekundärprevention för att minska risken för nya TIA attacker samt en stroke.

Indikatorn mäter kvaliteten i sjukvårdens sekundärpreventiva arbete kring patienter med TIA och förmaksflimmer.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal fall enligt nämnavrens definition där patienten 0-3 samt 12-18 månader efter utskrivningsdatum har hämtat ut peroral antikoagulantia från apotek med ATC koder i tabellen nedan.

Läkemedel	ATC-kod
Apixaban	B01AF02
Dabigatran	B01AE07
Edoxaban	B01AF03
Rivaroxaban	B01AF01
Warfarin	B01AA03

Nämnavre: Antal fall av TIA som uppfyller både villkor (1) och (2) beskrivna nedan, och inte har uppfyllt villkoren för nämnavren under 18 månader före aktuell inskrivning. Detta innebär att avståndet mellan föregående utskrivning till inskrivningen för det aktuella vårdtillfället måste vara minst 18 månader.

1. Utskriven från slutenvård för

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Transitorisk ischemisk attack	G45

Samt

2. Har under en 10-årsperiod någon gång skrivits ut från slutenvården eller har fått vård inom specialiserad öppen- vård för förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Förmaksflimmer och förmaksfladder	I48

Datakälla: Riksstroke samt patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregister vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Sjukhusens rutiner vid ställningstagande till sekundärprevention kan variera. För vissa sjukhus sker detta ställningstagande i samband med återbesök i öppenvård.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 85 procent. Målnivån bör gälla både vid 0-3 månader samt 12-18 månader efter utskrivning.

Motivering till målnivån

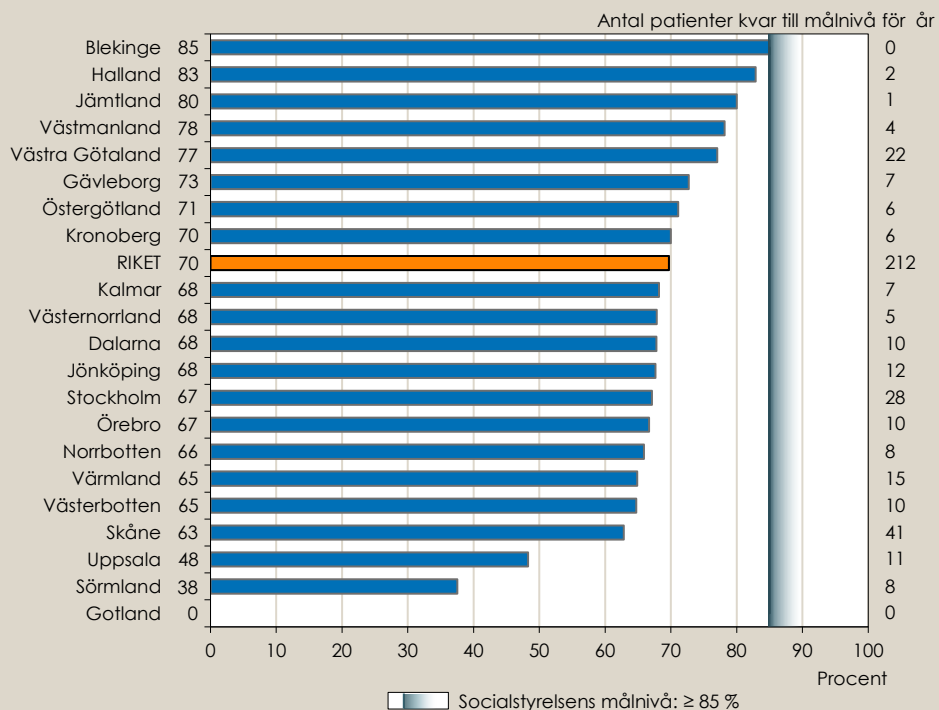
Vid förmaksflimmer minskar behandling med antikoagulantia kraftigt risken för ischemisk stroke. Förmaksflimmer är vanligt förekommande både vid ischemisk stroke och TIA. Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 85 procent bör vara rimlig för patienter med TIA.

En fastställd målnivå på ≥ 80 procent finns för denna åtgärd för patienter med ischemisk stroke. Skillnaden på målnivåerna mellan stroke och TIA motiveras av att biverkningsproblematiken inte förekommer i samma utsträckning i patientgruppen med TIA jämfört med stroke. För de nya antikoagulantia är risken för hjärnblödning också mindre. Målnivån bör gälla både vid 0-3 månader samt 12-18 månader efter utskrivning för alla personer med TIA som vårdas på sjukhus oavsett ålder.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram T.3a. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA

Andel fall av TIA och förmaksflimmer där patienten behandlas med antikoagulantia 0-3 månader efter TIA, 2015.



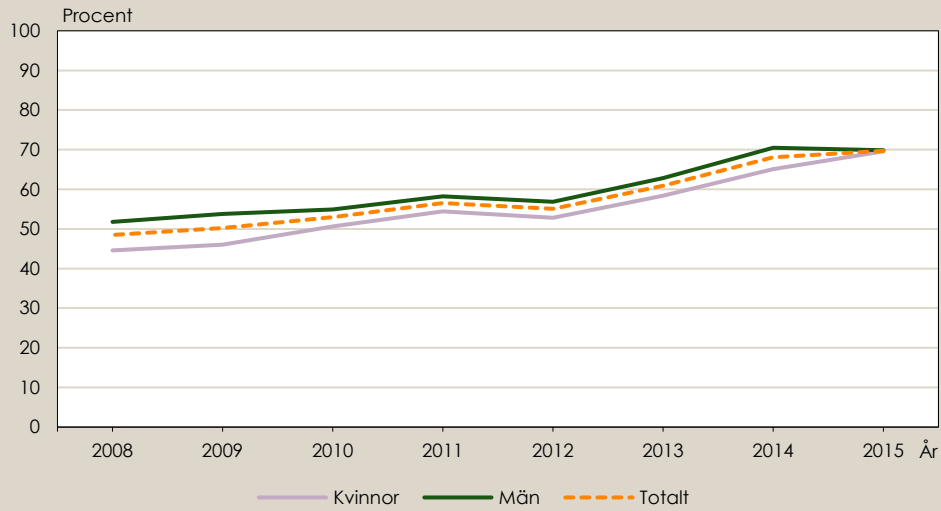
Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Uppgifter för år 2015

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	80,0
Rikets genomsnitt (median, %)	69,7
Variation bästa - sämsta värde (%)	37,5 – 85,0
Antal patienter i nämnaren	1383

Diagram T.3a. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA

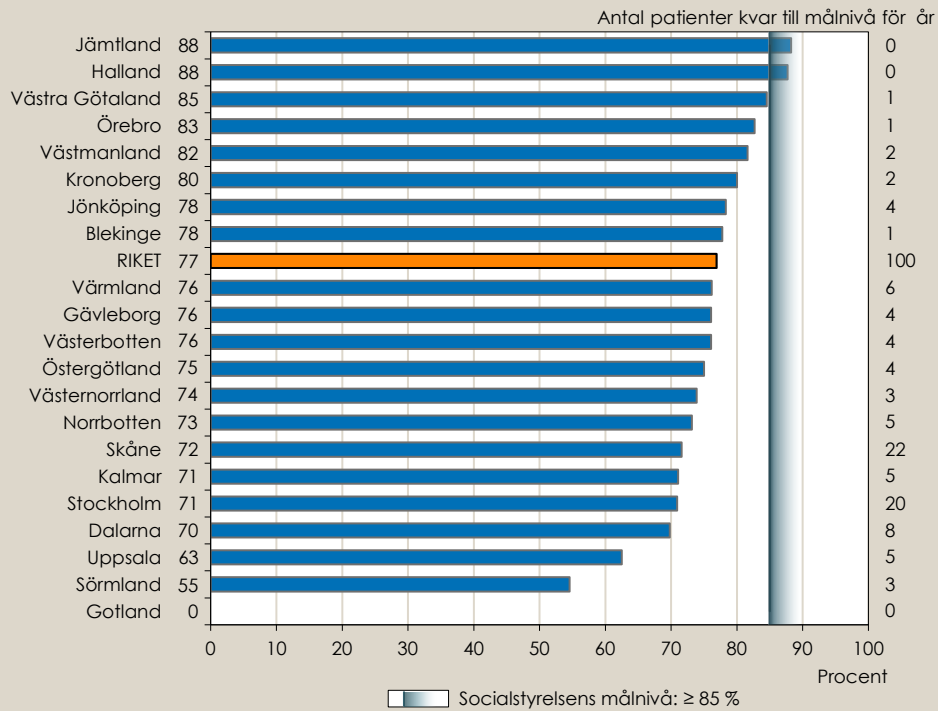
Andel fall av TIA och förmaksflimmer där patienten behandlas med antikoagulantia 0-3 månader efter TIA.



Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Diagram T.3b. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA

Andel fall av TIA och förmaksflimmer där patienten behandlas med antikoagulantia 12-18 månader efter TIA, 2015.



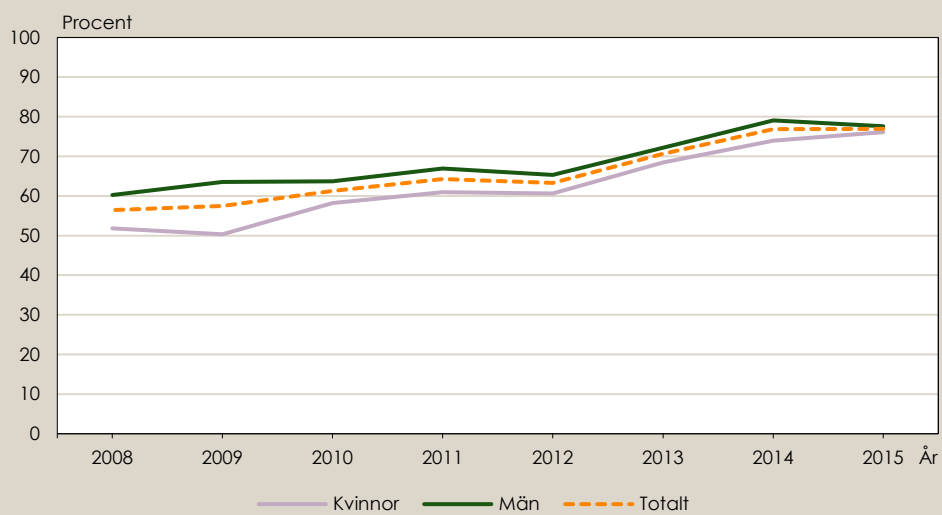
Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Uppgifter för år 2015

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	84,5
Rikets genomsnitt (median, %)	76,9
Variation bästa - sämsta värde (%)	54,5 – 88,2
Antal patienter i nämnaren	1209

Diagram T.3b. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och TIA

Andelen fall av TIA och förmaksflimmer där patienten behandlas med antikoagulantia 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården.



Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Statinbehandling efter TIA (Indikator T.5)

Indikatorn visar andelen fall av TIA där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 månader samt 12-18 månader efter TIA.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Risken att utveckla kranskärslsjukdom är bland annat relaterad till kolesterolnivån i blodet. Statinbehandling har en dokumenterat god effekt vid sekundär prevention efter TIA.

Statiner sänker kolesterolnivån och minskar risken för att återinsjukna i hjärt- kärlsjukdom. Indikatorn mäter en av hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal sjukhusvårdade fall av TIA där patienten fått statinbehandling som har hämtats ut från apotek 0-3 samt 12-18 månader efter utskrivningsdatum.

Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10AA

Nämnare: Totalt antal sjukhusvårdade fall med TIA diagnos enligt nedan. Patienter som avlidit inom 18 månader efter insjuknandet exkluderas.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Transitorisk ischemisk attack	G45

Datakälla: Riksstroke samt patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregister vid Socialstyrelsen.

Felkällor

Täckningsgrad i kvalitetsregistret. Sjukhusens rutiner vid ställningstagande till sekundärprevention kan variera. För vissa sjukhus sker detta ställningstagande i samband med återbesök i öppenvård.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *statinbehandling efter TIA* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent. Målnivån bör gälla både vid 0-3 månader samt 12-18 månader efter utskrivning.

Motivering till målnivån

Behandling med statiner minskar risken för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom samt risken för insjuknande i stroke. Biverkningsproblematik kan dock förekomma hos TIA patienter, som jämfört med andra patientgrupper oftare är äldre och multisjuka.

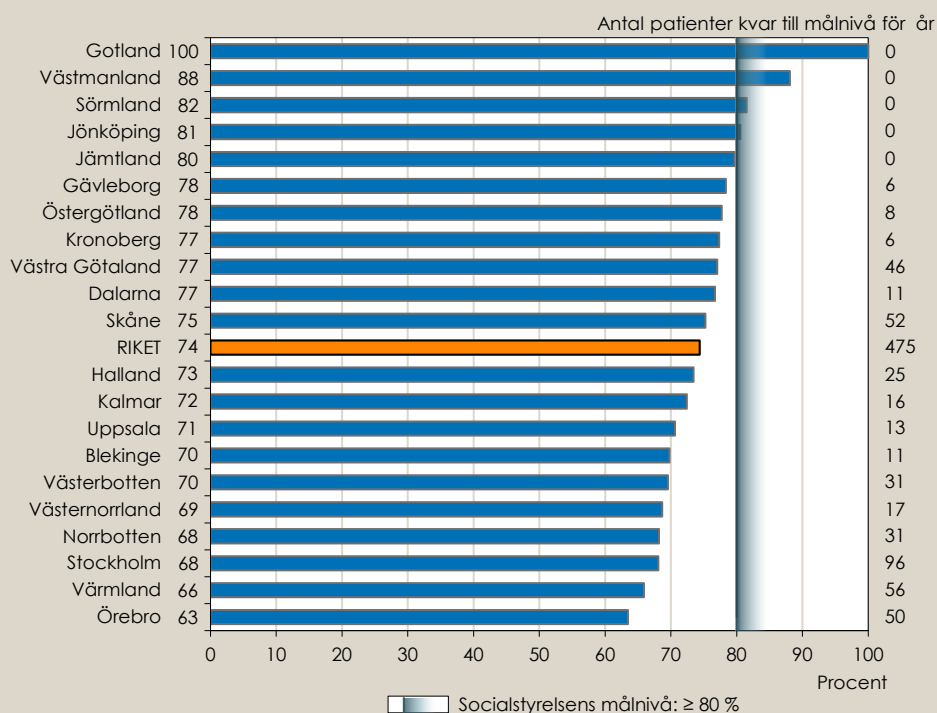
Socialstyrelsen bedömer att en målnivå på ≥ 80 procent bör vara rimlig för denna åtgärd. Anledning till detta är att möjligheten att inte behandla behöver

finnas för att kunna undvika läkemedelsbiverkningar. Målnivån för denna åtgärd bör ligga på samma nivå för TIA som för stroke, eftersom populationen äldre och multisjuka är lika stor för både stroke och TIA patienter.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivå

Diagram T.5a. Statinbehandling efter TIA

Andel fall av TIA (transitorisk ischemisk attack) där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 månader efter utskrivning från slutenvården, 2015.



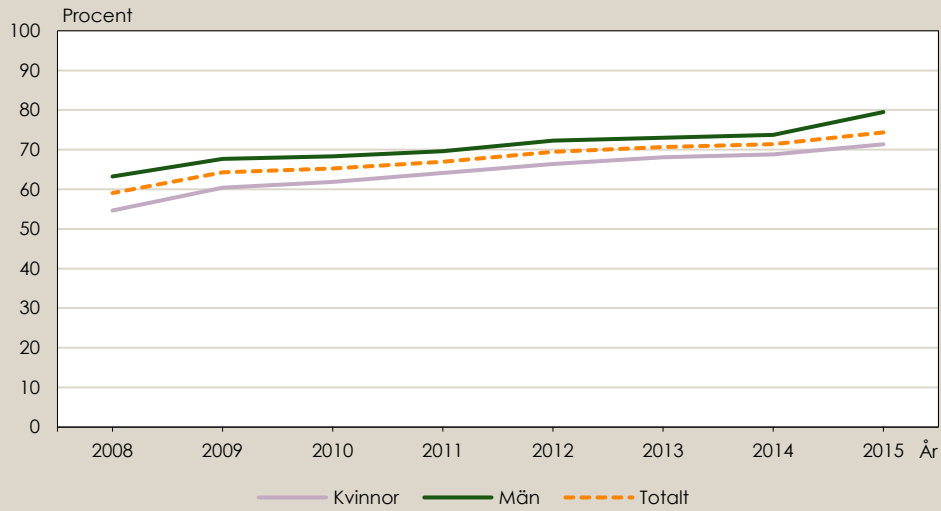
Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Uppgifter för år 2015

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	81,5
Rikets genomsnitt (median, %)	74,3
Variation bästa - sämsta värde (%)	63,5 – 100,0
Antal patienter i nämnaren	7883

Diagram T.5a. Statinbehandling efter TIA

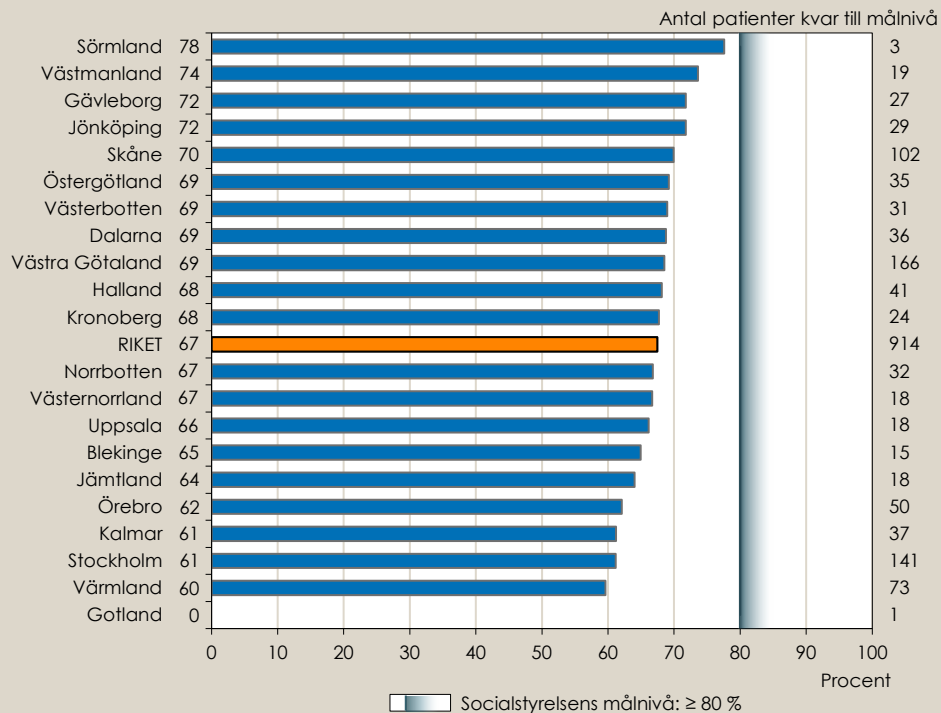
Andel fall av TIA (transitorisk ischemisk attack) där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 0-3 månader efter utskrivning från slutenvården.



Källa: Riksstroke, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

Diagram T.5b. Statinbehandling efter TIA

Andelen fall av transitorisk ischemisk attack (TIA) där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården, 2015.



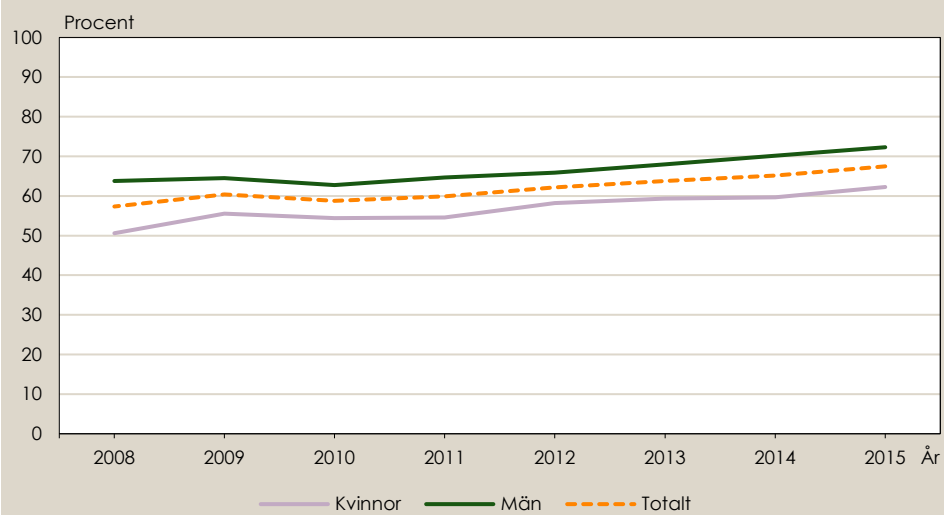
Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Uppgifter för år 2015

Uppgift	Värde
90:e percentilen (%)	71,8
Rikets genomsnitt (median, %)	67,5
Variation bästa - sämsta värde (%)	59,6 – 77,6
Antal patienter i nämnaren	7305

Diagram T.5b. Statinbehandling efter TIA

Andelen fall av transitorisk ischemisk attack (TIA) där patienten behandlas med statiner (blodfettsänkande läkemedel) 12-18 månader efter utskrivning från slutenvården.



Källa: Riksstroke, patientregistret och läkemedelsregistret.

Referenser

1. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård. Socialstyrelsen: 2014.
2. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stockholm: Socialstyrelsen: 2018.
3. Riksstroke, Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, <http://www.riksstroke.org/sve/>
4. SWEDVASC, Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi, <http://www.ucr.uu.se/swedvasc/>
5. WebRehab, Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering, <http://www.ucr.uu.se/webrehab/>

Bilaga 1. Deltagarförteckning

Projektorganisation, målnivåer för vård vid stroke

Projektleddsgrupp	
Anastasia Simi	Projektleddare, Socialstyrelsen
Maria State	Utredare, 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

Konsensusgrupp*	
Bo Höjeberg**	Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Christofer Martinelle	Sydöstra sjukvårdsregionen
Gisela Lilja	Södra sjukvårdsregionen
Karin Lundberg	Uppsala-Örebro sjukvårdsregionen
Eva Sving**	Uppsala-Örebro sjukvårdsregionen
Clæus Gustavsson	Västra sjukvårdsregionen, Triangelrevision
Lars Rosengren	Västra sjukvårdsregionen, Vårdprofessioner inom neurologi/ Nationellt programråd, stroke ²
Eva Arvidsson	Vårdprofessioner inom allmänmedicin, SFAM
Monica Blom Johansson	Vårdprofessioner inom logopedi
Christina Eriksson	Vårdprofessioner inom arbetsterapi, Sveriges Arbetsterapeuter
Ulf Hedin	Vårdprofessioner inom kärkirurgi
Hannele Hjelm	Vårdprofessioner inom omvårdnad, Swenurse
Marianne Lannsjö	Vårdprofessioner inom rehabiliteringsmedicin
Disa Sommerfeldt	Vårdprofessioner inom fysioterapi
Ann Ander	Afasiförbundet
Kjell Holm	Stroke-Riksförbundet
Roger Lindahl	Neuroförbundet
Hasse Sandberg	Stroke-Riksförbundet

*Norra sjukvårdsregionen tillfrågades men hade inte möjlighet att delta

**förhinder vid Konsensusmöte

Projektarbetsgrupp	
Christina Broman	Utredare, Socialstyrelsen
Max Köster	Sakkunnig indikatorer, Socialstyrelsen
Frida Nyman	Projektadministration, Socialstyrelsen
Mikaela Svensson	Datahantering, Socialstyrelsen
Erik Wahlström	Register service, Socialstyrelsen

² Nuvarande Nationella arbetsgruppen för stroke

