



Vårdbehov i Västra Götaland

- Stroke

Rapport 2016-02-29

Vårdbehov i VG

<http://analys.hsa.vgregion.se>

Rapportförfattare

Lars Rosengren, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset

Koncernkontoret, koncernavdelning
data och analys

Handläggare: Anna Kjellström

Telefon: 0703-495674

E-post: anna.kjellstrom@vgregion.se

Bo Palaszewski, koncernavdelning data och
analys, enhet för regional vårdanalys

Anna Kjellström, koncernavdelning data och
analys, enhet för regional vårdanalys

Marika Fixell, koncernstab hälso- och sjukvård,
Avdelningen för kvalitetsstyrning, uppdrag &
avtal, Enheten för specialistvård

Lena Zetterberg, koncernstab hälso- och
sjukvård, Avdelningen för kvalitetsstyrning,
uppdrag & avtal, Enheten för primärvård

Foto

Bo Palaszewski

<http://analys.vgregion.se>

Datum 2016-02-29

Diarienummer RS 3443-2015

Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

Syftet med "Vårdbehov i Västra Götaland" är att öka hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till förbättrad hälsa i Västra Götaland, med särskild uppmärksamhet på grupper i befolkningen med sämre hälsa eller som löper större risk att drabbas av ohälsa samt på patientgrupper som befaras ha ojämlig tillgång till vård i olika delar av Västra Götaland. Målet är att arbetet ska kunna användas som en del av underlaget för beställningsarbetet av hälso- och sjukvård samt för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Målgruppen är politiker och tjänstemän i Västra Götalandsregionen. Stroke är ett område inom Vårdbehov i Västra Götaland 2016.

Beskrivning av strokepopulationen

- Nästan 3 800 personer i Västra Götaland insjuknar årligen i stroke och vårdas på sjukhus. Något fler män än kvinnor drabbas av stroke, men kvinnor är generellt äldre när det sker.
- Antalet som insjuknar i stroke har minskat sedan 2005, framförallt i åldersgruppen 65-84 år, både till följd av insatser som förhindrar att personer insjuknar första gången (primär prevention) och insatser som förhindrar återinsjuknande (sekundär prevention).

Skillnader mellan grupper ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

- Strokesjukvården i VGR fungerar överlag bra på sjukhusnivå, men vid Norra Älvsborgs lasarett (NÄL) finns en förbättringspotential framförallt vad gäller direktintag på strokeenhet och reperfusionsterapi.
- En avgörande skillnad som allvarligt påverkar prognosen för de akut strokeinsjuknade är att reperfusionsterapi (trombolys eller trombektomi) skiljer sig åt där framför allt NÄL har stor förbättringspotential, men inte heller Kungälv eller SkaS Skövde når måttlig måluppfyllelse avseende hur stor andel av strokepatienterna som får behandling.
- Tillgången till öppenvård för patienter med stroke är ojämn i regionen och låg på vissa håll. Inget sjukhus når hög måluppfyllelse i andel som följts upp i öppenvård inom tre månader. Kungälv, SkaS och Sahlgrenska når inte måttlig måluppfyllelse.
- Det finns en stor förbättringspotential i den sena vårdkedjan när patienten lämnat sjukhuset. Andel patienter som upplever att behoven är tillgodosedda tre månader efter utskrivning når endast hög måluppfyllelse bland patienter som vårdats vid Alingsås lasarett.

Faktorer av betydelse för utveckling av hälso- och sjukvård

- Regionen behöver informera befolkningen om livsstilsfaktorer som påverkar risken för strokeinsjuknande. Andel rökare, fysiskt inaktiva och med för lite intag av frukt/grönt skiljer sig mellan nämndområdena på ett sätt som antyder koppling till strokeinsjuknandegrad.
- Det är viktigt att den nya behandlingsmetoden med trombolys följt av trombektomi kan breddinföras i regionen, vilket kommer att rädda 1 av 5 i den patientgruppen till ett oberoende liv. Behandlingen är extremt kostnadseffektiv. Kopplat till det vore det önskvärt med en ny strokekampanj som ju tidigare visat sig vara mycket effektiv för att få fler patienter att känna igen strokesymptom och förmå dem att

omedelbart ringa 112. Andelen patienter som kommer till sjukhusen i tid är fortfarande alldeles för låg.

- Andelen dedicerade strokeenhetsplatser har minskat i varierande omfattning vid regionens sjukhus. Detta behöver motverkas särskilt som bara Östra Sjukhuset och SkaS Lidköping uppfyller den höga målnivån för denna indikator. Strokepatienter som vårdas utanför strokeenhet blir mer beroende än vad de skulle blivit vilket medför ökade framtida kostnader och lidande.
- Vårdkedjan inom en del sjukhus måste förbättras. Det är alltför vanligt att strokeenhetsplatserna är belagda med andra patientkategorier medan stroke- och TIA-patienter ligger på andra vårdenheter. Det kostar inte mer att vårda stroke/TIA-patienterna på korrekt vårdenhet, det handlar om organisation. Här finns behov av förbättringsarbete, särskilt på NÄL.
- Vårdkedjan efter att strokepatienten lämnat sjukhuset måste förbättras. Alltför många försämras under det första året efter utskrivningen. I hela regionen behöver alla stokedrabbade få en egen namngiven kontaktperson för att guida patienten genom vårddjungeln. Varje strokepatient måste få en individuell vårdplan. Här finns oerhört mycket förbättringsarbete att göra och där Skaraborg kan tjäna som modell.

Förväntade framtida utfall

- Till följd av ökad folkmängd och fler äldre förväntas antalet vårdtillfällen för stroke år 2030 vara drygt 1 200 fler per år jämfört med dagens drygt 4 100 per år, givet att incidensen per åldersgrupp och kön är samma som år 2014. Antal vårdtillfällen är fler än antal personer som drabbas av stroke, då en person kan drabbas av stroke flera gånger.
- Men många faktorer kan påverka utfallet, t.ex. den minskande rökprevalensen, förändringar i andra riskfaktorer som andel stillasittande, andel med högt blodtryck etc.

Innehåll

Inledning.....	1
Beskrivning av gruppen	2
Inledning.....	2
Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	3
Utveckling över tid	5
Skillnader mellan grupper ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.....	10
Sjukhusvård	10
Täckningsgrad och tremånaders-uppföljning.....	10
Direktintag på strokeenhet	10
Sväljförmåga.....	11
Reperfusionsterapi.....	12
Läkemedel vid utskrivning.....	12
Vårdkedjan efter sjukhusvistelse	15
Tillgodosedda behov efter utskrivning 3-månaders.....	16
Uppföljning i öppenvård 3-månaders	16
Uppföljning i öppenvård 12-månaders	16
Faktorer av betydelse för utveckling av hälso- och sjukvård	18
Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.....	18
Ökade förväntningar på hälso- och sjukvården	19
Informations- och kommunikationsteknik.....	19
Medicinteknisk utveckling.....	20
Kompetensförsörjning.....	21
Globala faktorer	22
En åldrande befolkning.....	22
Förväntade framtida utfall	25
Referenser	30

Inledning

Syftet med "Vårdbehov i Västra Götaland" är att öka hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till förbättrad folkhälsa i Västra Götaland, med särskild uppmärksamhet på grupper i befolkningen med sämre hälsa eller som löper större risk att drabbas av ohälsa samt på patientgrupper som befaras ha ojämlig tillgång till vård i olika delar av Västra Götaland.

Målet är att arbetet ska kunna användas som en del av underlaget för beställningsarbetet av hälso- och sjukvård samt för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Målgruppen är politiker och tjänstemän i Västra Götalandsregionen.

En väsentlig faktor att ta hänsyn till är att det finns många faktorer utöver hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar hälsan i befolkningen och det goda livet. Till de viktigaste hör sysselsättning, arbetsförhållanden, utbildning, andra socioekonomiska faktorer och infrastruktur.

Ambitionen är att ta fram långsiktiga prognoser och omvärldsbevakningar som fokuserar på faktorer som förväntas påverka vården och behandlingen närmsta åren, samt identifiera ojämlikheter och förbättringsområden inom hälso- och sjukvården. Underlaget ska ses som en kunskapsbank och ett komplement till övriga underlag för beställningsarbete och utveckling av hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen, t.ex. Verksamhetsanalysen.

Behov beskrivs ofta som ett gap mellan ett aktuellt tillstånd och ett önskvärt tillstånd. Under våren 2016 fokuseras vårdbehov inom fyra områden; barn med diabetes, stroke, somatisk sjuklighet vid psykisk sjukdom samt asylsökande. Områdena har valts ut genom att skillnader som observerats i Verksamhetsanalys 2014, behövde belysas närmare. Området asylsökande valdes pga. att frågan är aktuell med anledning av senaste flyktingströmmen. Underlagen publiceras på verksamhetsanalysens webbsida sista februari 2016, <http://analys.vgregion.se>.

Beskrivning av gruppen

Inledning

Stroke är en plötslig händelse där symptomen kommer snabbt och som för överlevande alltid leder till sjukhusvistelse. I regionen varar den vanligen knappt två veckor genomsnittligen, dock med stora variationer. Den första vårdtiden är ofta kaotisk och det är svårt för patienten att förstå vad som hänt och hur det fortsatta livet ska gestalta sig. När patienten lämnar sjukhuset är den förväntade överlevnaden för flertalet mellan 5 och 10 år och många av dem gör det med bestående handikapp. Väl utskrivna från sjukhuset försvinner det stöd som slutenvården erbjudit och patienten befinner sig då i en värld med en mångfald av alternativ av varierande kvalitet som är svåra att överblicka. Nu är det primärvård och kommun som ska svara för rehabilitering, fortsatt medicinsk behandling och omvårdnad.

En av de ledande anledningarna till död och neurologiskt handikapp i världen är stroke och i Sverige är det den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer. Drygt en fjärdedel av patienterna med stroke avlider inom 90 dagar från insjuknandet. Effekten av stroke kan vara förödande för individen med permanent funktionsbortfall av både fysiska och kognitiva funktioner. Många har efter sitt insjuknande i stroke behov av stöd med aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Stroke är den enskilda somatiska sjukdom som svarar för flest vårddagar på svenska sjukhus. Nära en tredjedel av de som insjuknar har bestående handikapp efter ett år och stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst tas i anspråk för de drabbade.

Orsaken till stroke är en störning av hjärnans blodcirkulation som leder till en hjärnskada. Stroke är ett samlingsnamn för infarkt i hjärnan (ca 85 %), intracerebrala blödningar (ca 10 %) samt subaraknoidalblödningar (ca 5 %). Subaraknoidalblödningar är inte med i denna rapport. Årligen insjuknar nästan 3 800 personer i Västra Götaland på grund av akut stroke; de flesta är över 65 år (>80 %). Sedan år 2000 har antalet nyinsjuknade i stroke minskat med cirka 10 procent. Tabellen nedan visar antal personer som insjuknade i stroke år 2015 per hälso- och sjukvårdsnämndsområde i Västra Götaland, fördelat på kön och ålder.

Tabell 1. Stroke, Antal unika individer med diagnoser i slutna vård (ICD10=I61, I63, I64) 2015, fördelat på kön och ålder per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Ålder 20 år och äldre. Västra Götaland 2015. *Källa:* Vega.

	HSN Norra	HSN Västra	HSN Göteborg	HSN Södra	HSN Östra	VG
Totalt	669	763	1 044	637	637	3 750
Kön						
Kvinnor	327	363	516	304	302	1 812
Män	342	400	528	333	335	1 938
Ålder (år)						
20-44	16	12	26	15	15	83
45-64	92	111	181	90	96	560
65-74	151	180	230	144	146	851
75-84	205	247	316	209	193	1 170
85-w	205	213	291	179	187	1 075

Fler män än kvinnor drabbas av stroke, men om hänsyn tas till skillnader i ålder drabbas de i ungefär lika stor utsträckning. Men vid insjuknandet i stroke skiljer sig män och kvinnor åt. Kvinnor är äldre än män som grupp, bor oftare ensamma och är oftare ADL-beroende.

TIA, transitorisk ischemisk attack, beror till skillnad mot stroke av en tillfällig störning i hjärnans blodcirkulation och ger samma symtom som stroke fast övergående inom 24 timmar. I regionen drabbas dryg 1 500 individer av TIA årligen. Patienter som haft TIA måste identifieras, läggas in på sjukhus och få behandling eftersom risken att insjukna i ett manifest stroke då är kraftigt ökad.

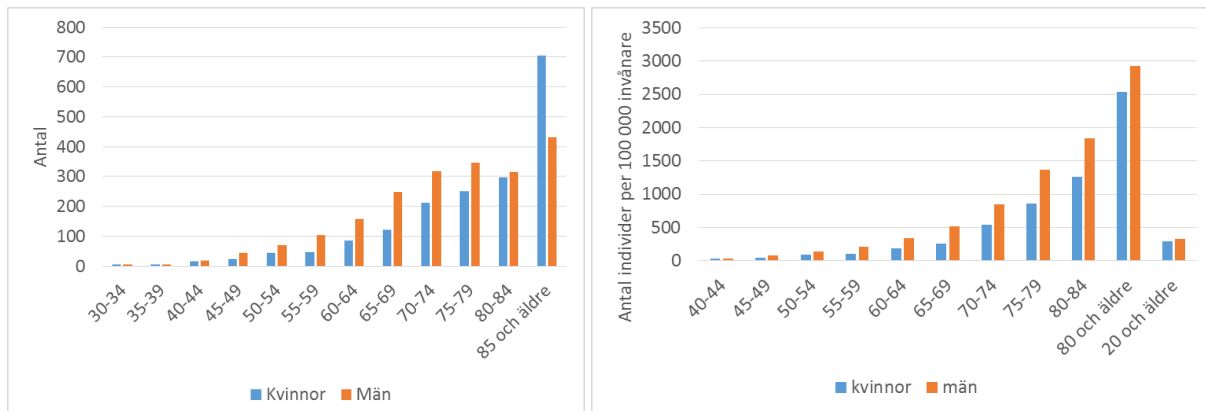


Fig 1a och 1b. Stroke, antal unika individer respektive antal individer per 100 000 invånare, med diagnoser i slutna vård (ICD10=I61, I63, I64). Ålder 40 år och äldre. Västra Götaland 2014. *Källa:* Socialstyrelsen.

I Västra Götaland är stroke vanligare i absoluta tal hos män upp till ungefär 80 års ålder och därefter vanligare hos kvinnor, se figur 1a. Men andelen stroke i befolkningen är något högre bland män än bland kvinnor i alla åldersgrupper (figur 1b). I Riks-Stroke's årsrapport för 2014 redovisas högre medelålder för kvinnor 78,2 år jämfört med män 73,3 år för Riket. I Västra Götaland var motsvarande åldrar 79,3 år för kvinnor och 74,0 år för män.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder

Samhällets och sjukvårdens åtgärder för att minska stroke och dess konsekvenser är mångfaldiga. En åtgärd som fått allt större betydelse i det akuta förloppet är reperfundering efter hjärninfarkt, dvs. åtgärder för att återställa cirkulationen i hjärnans kärl. Behandlingen har främst givits med propplösande substans som infunderas i vensystemet (intravenös trombolys) och som när den når kärlet där proppen sitter i optimala fall löser upp den. Behandlingen måste ges snabbt, den är effektivare ju tidigare den ges och senast inom 4,5 timmar efter insjuknandet annars riskeras komplikationer. Senare år har trombolysbehandlingen allt mer kommit att kompletteras med mekanisk propputdragning (trombektomi) som innebär att tunna specialdesignade katetrar i röntgengenomlysning förs genom blodkärlen, i allmänhet från ljumskartären upp till hjärnans större kärl där blodproppen kan dras ut. Metoden har nu senaste halvåret via ett flertal vetenskapliga studier visat sig vara överlägsen trombolys när hjärnans större kärl drabbats och vi står nu inför ett paradigmskifte när metoden ska breddas i Västra Götalandsregionen.

En annan hörnsten i den akuta strokevården är strokeenhetsvård. Strokeenheten är en specialiserad enhet med multiprofessionella vårdteam där patienten observeras, utreds, behandlas, mobiliseras och tränas på ett optimalt sätt. Vård på strokeenhet medför minskad dödlighet, ökat oberoende och ökad andel patienter som kan skrivas ut till eget boende, jämfört med vård på icke-strokeenhet. Alla patienter med stroke kan tillgodogöra sig strokeenhetsvårdens goda effekter oavsett hur sent patienten kommer till vården till skillnad från reperfunderingarna som måste ges inom timmar från insjuknandet för att vara effektiv. Strokeenhetsvård ska ges till alla patienter oavsett ålder.

Strokesjukvården är stadd i ständig förändring och under de senaste decennierna har betydande förbättringar ägt rum. Dödligheten har sjunkit liksom andelen handikappade till följd av sjukdomen och behovet av samhällsinsatser har reducerats. Detta har skett till följd av medicinska landvinningar och kvalitativt förbättringsarbete inom vården men också genom förbättrad primär- och sekundärprevention som livsstilsintervention och behandling av högt blodtryck. Ett viktigt instrument i vårdens förbättringsarbete har varit och är det rikstäckande registret Riks-Stroke där olika aspekter av strokesjukvårdens resultat samlas. Dessa uppgifter sammanfattas i årsrapporter men är också tillgängliga för vårdgivaren och föreliggande verksamhetsanalys baseras mycket på bearbetning av dessa data. I Riks-Stroke kan flera kvalitetsindikatorer från de Nationella strokeriktlinjerna följas och stimulera till förbättringsarbete. Ett flertal nationella målnivåer har utarbetats, t ex minsta andel patienter som bör behandlas med reperfusion eller minsta andel patienter som bör vårdas på strokeenhet.

Utveckling över tid

Incidens

Runt 80 miljoner i världen lever med följderna av stroke och 13 miljoner drabbas av förstagångsstroke årligen. I ett globalt perspektiv har strokeincidensen i låg- och medelinkomstländer ökat kraftigt de senaste 40 åren jämfört med att den nästan halverats i världens höginkomstländer. Stroke är en av de vanligaste dödsorsakerna efter hjärtsjukdomar och cancer med nästan 6 miljoner dödsfall i världen.

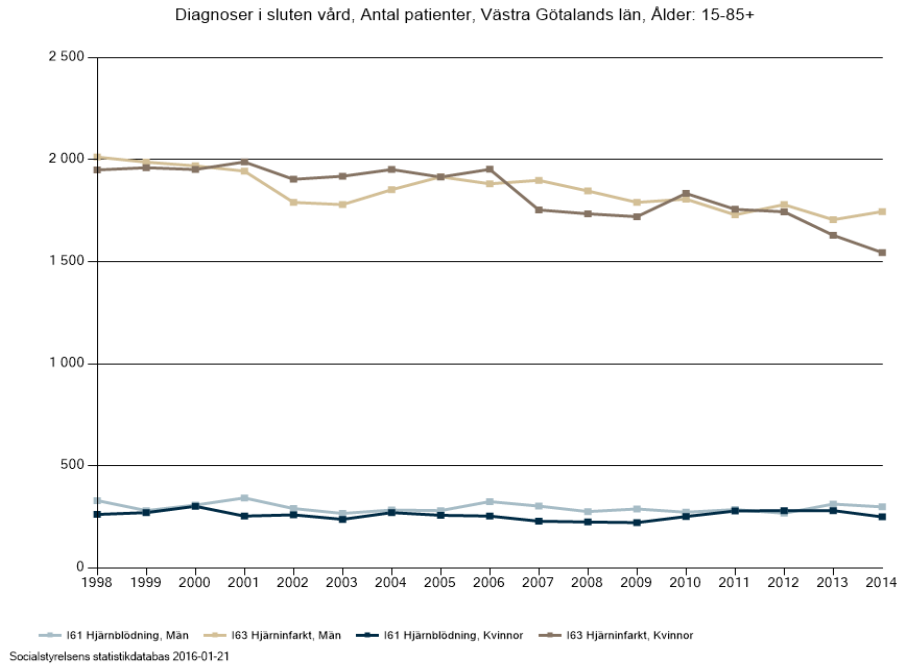


Fig 2a. Diagnoser i slutenvård, antal patienter och i Västra Götaland med stroke (I61, I63), 15 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsen.

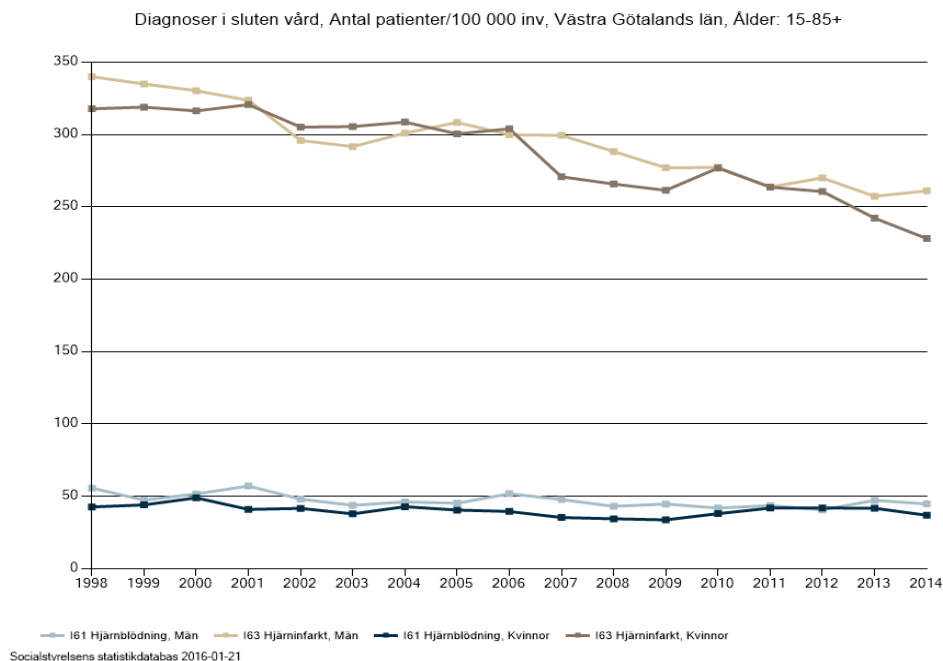


Fig 2b. Diagnoser i slutenvård, antal patienter/100 000 invånare i Västra Götaland med stroke (I61, I63), 15 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsen.

Det totala antalet patienter med stroke i Västra Götalandsregionen har minskat alltsedan 2005 för såväl män som kvinnor. Minskningen utgörs framför allt av att antalet hjärninfarkt sjunker, antalet hjärnblödningar uppvisar inte samma positiva utveckling. En likartad minskning i antal patienter kan även ses för Riket. Att antalet vårdtillfällen för stroke minskar samtidigt som antalet äldre i befolkningen ökar kan tolkas som att primär- och sekundärpreventionen av stroke fungerar allt bättre, t.ex. genom förändrade livsstilsfaktorer. På grund av åldrande befolkningar beräknas stroke trots ovan beskrivna utveckling att bli allt vanligare fram till 2030.

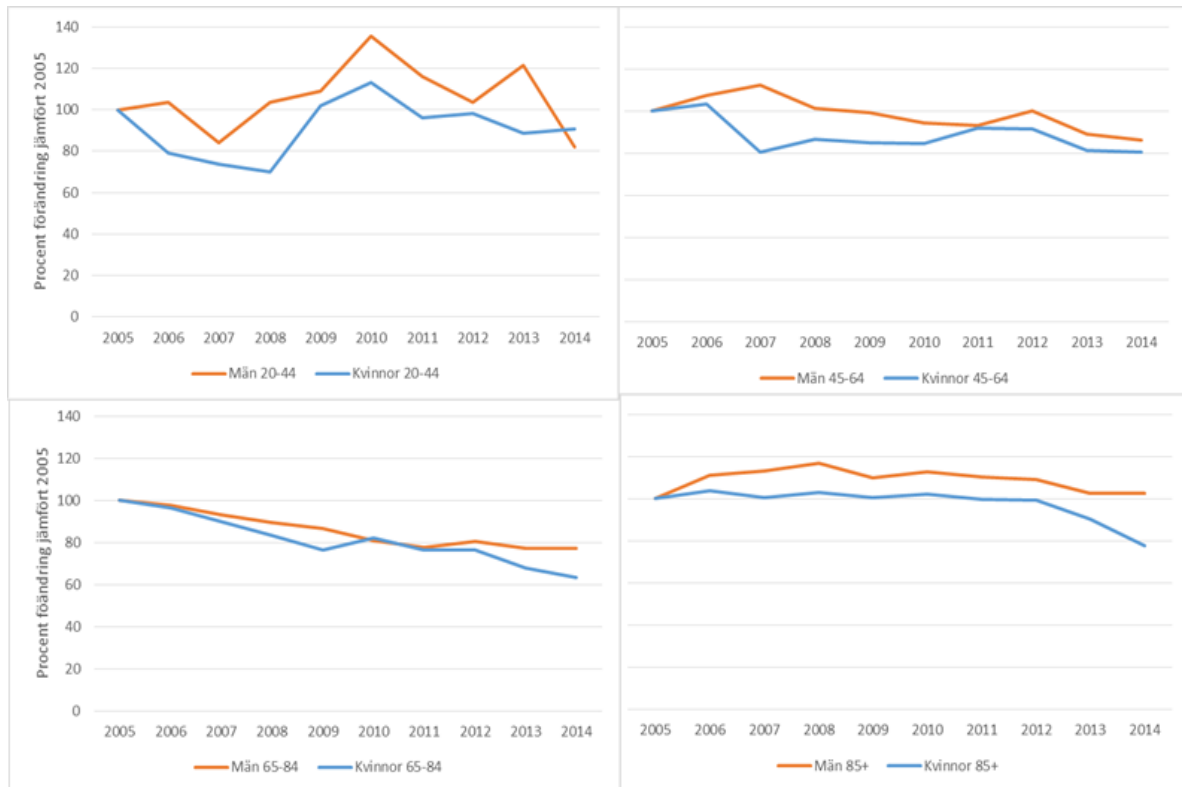


Fig 3. Relativ procentuell incidens för stroke (ICD10=I61, I63 och I64, huvud- eller bidiagnos) efter kön och ålder för personer i åldrarna 20 år och äldre i Västra Götaland från 2005 till 2014. Incidens för stroke för 2005 sattes till 100 procent, och följande procenttal är i relation till detta år. Källa: Socialstyrelsen.

Antalet patienter med stroke uppdelade på fyra åldersgrupper, 20-44 år, 45-64 år, 65-84 år respektive 85 år och äldre, har jämförts för perioden 2005-2014, se figur 6. År 2005 har använts som utgångsvärde för att redovisa förändringar. Antalet patienter med stroke i åldersgruppen 65 till 84 år uppvisar en tydlig minskning mellan 2005 och 2014 för såväl män som kvinnor. Antalet patienter är betydligt färre i de yngre åldersgrupperna (se tabell 1), vilket medför att tolkningar om utveckling över tid ska göras med försiktighet. År 2015 var det 83 patienter i gruppen 20-44 år, 560 i gruppen 45-64 år, 2 221 i gruppen 65-84 år och 1 075 i gruppen 85 år och äldre.

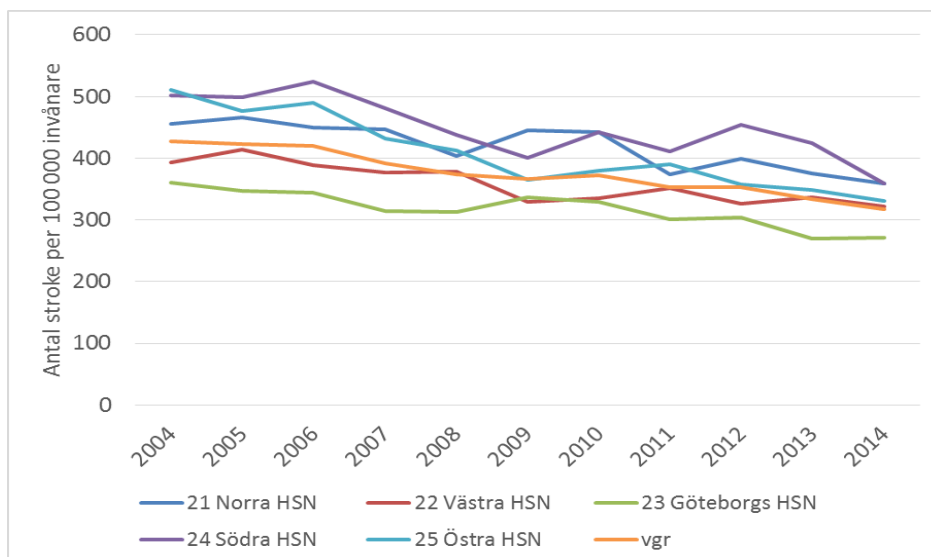


Fig 4. Antal vårdtillfällen med stroke per 100 000 invånare med strokedagnos (ICD10=I61, I63, I64), åldersgrupp 18 år och äldre, efter Hälso- och sjukvårdsnämnder i Västra Götaland, 2005-2014. *Källa:* Västra Götaland.

Förekomsten av sjukhusvårdad stroke varierar stort mellan nämnder och kommuner i Västra Götaland (figur 4). Flera kommuner i Sjuhäradsbygden i Borås närhet ligger högt i förekomst av stroke, vilket även syns i att Södra nämnden har högsta förekomsten av stroke i relation till befolkningsstorlek. I Norra nämnden finns det flera närliggande kommuner med relativt hög förekomst av stroke som andel av befolkningen. Även Töreboda har en hög andel stroke av befolkningen. En del av den högre förekomsten av stroke kan förklaras med att befolkningen i dessa nämnder och kommuner är något äldre än i de övriga områdena.

Förekomsten av stroke i områden i Göteborg med hög andel invandrare (mer än 45 procent utlandsfödda) har varit något högre än i områden med låg andel invandrare, men skillnaden tycks ha utjämnats på senare år, och för 2013 är förekomsten av stroke densamma oberoende av andel utlandsfödda i områden i Göteborg (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015).

Vårdkonsumtion

År 2015 gjordes drygt 6 000 besök i specialiserad vård i med stroke som huvuddiagnos i Västra Götaland. Drygt 4 000 vårdtillfällen resulterade i 50 000 vårddagar. Vårdkonsumtionen nedan är ej uppdelad på nämndsområden till följd av svårigheter i tolkning av eventuella skillnader. Dessa avspeglar i hög grad vårdens organisation och hur vårdkedjorna är uppbyggda inom olika områden.

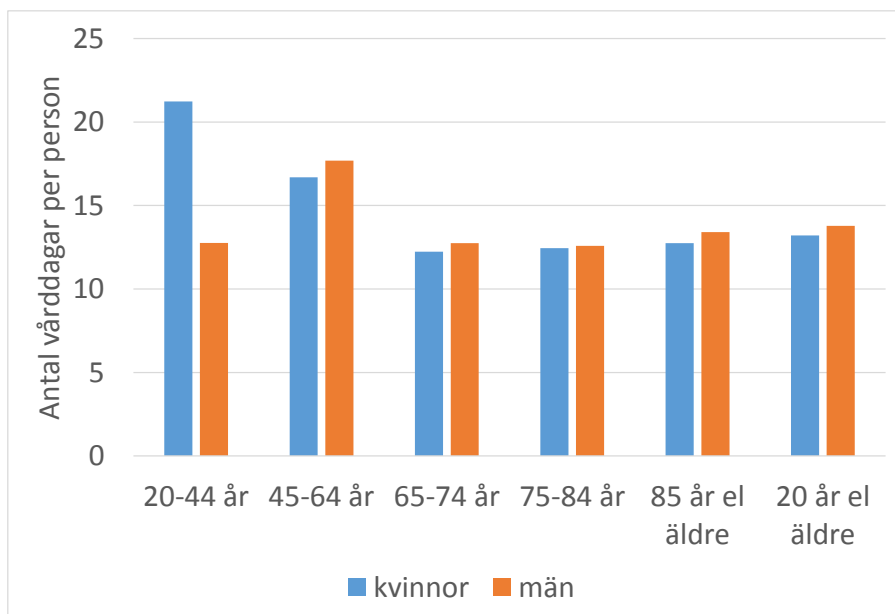
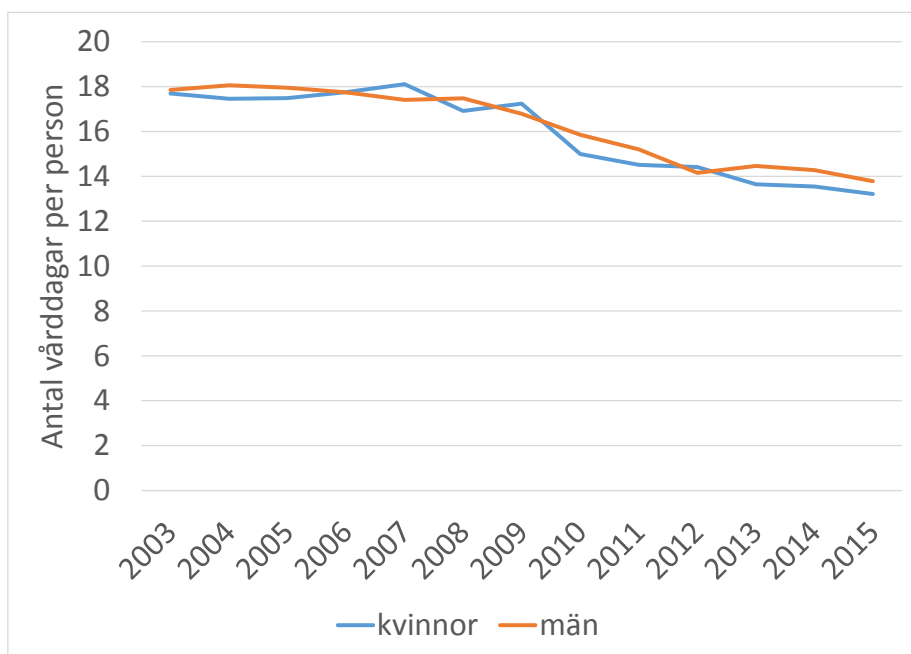


Fig 5. Stroke, antal vård dagar per person med diagnoser i slutna vård (ICD10=I61, I63, I64). Ålder 20 år och äldre. Västra Götaland 2015. *Källa:* Vega och SCB.

Antalet vård dagar per person med stroke som huvuddiagnos skiljer sig ej mellan kön och inte bland personer äldre än 65 år (figur 5). Antalet vård dagar per person är högre i yngre åldrar, vilket kan tyda på att yngre personer med stroke får allvarigare stroke alternativt får längre vårdtider jämfört med äldre. Yngre personer får i högre grad rehabilitering på sjukhus.



Figur 6. Antal vård dagar med stokediagnos (ICD10=I61, I63, I64) per person med stroke, åldersgrupp 20 år och äldre per kön i Västra Götaland, 2003-2015. *Källa:* Västra Götaland.

Antalet vårddagar per person med stroke har minskat över tid, från cirka 17-18 dagar per person mellan 2003-2009 till drygt 13 dagar per person år 2015. Minskningen sågs framförallt bland personer äldre än 65 år. Detta förklaras troligtvis av färre vårdplatser. Eftersom antalet vårddagar sjunker, så ökar detta ytterligare krav på eftervårdens roll, dvs. i primärvård, specialistvårdens öppenvård eller inom kommun.

Skillnader mellan grupper ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Behov beskrivs ofta som en skillnad, eller ett gap, mellan ett aktuellt tillstånd och ett önskvärt tillstånd. I analysen jämförs huvudsakligen hur olika aktörer i hälso- och sjukvården lyckas nå upp till olika målnivåer, oavsett om de är fastställda på nationell eller regional nivå alternativt av kvalitetsregister. I andra hand används uppnådda resultat på nationell eller regional nivå som jämförelse, där inte målnivåer finns definierade. För flera av de mått som används i denna rapport har en måttlig respektive hög målnivå fastställts av Riks-Stroke¹. De olika målnivåerna utnyttjas som beskrivande mått i analysen.

Indikator	Täckningsgrad	Uppföljda tre månader efter stroke	Direktintag på strokeenhet	Sväljförmåga testad	Reperfusion-behandlade	Trombocyt-hämmande behandling	Antikoagulerande behandling	Blodtrycks-sänkande behandling	Statinbehandling	Tillgodosedda behov efter utskrivning	Uppföljning i öppenvård
Patientgrupp ICD10	I61, I63, I64	I61, I63, I64	I61, I63, I64	I61, I63, I64	I63	I63, ej I48	I63, I48 <80år	I61, I63, I64	I63	I61, I63, I64	I61, I63, I64
Hög måluppfyllelse	92	90	90	95	15	90	70	80	75	75	90
Måttlig måluppfyllelse	85	85	80	90	10	85	55	70	65	60	80
Alingsås	97	99	83	100	9	97	>70	84	87	88	89
Borås (SÅS)	89	92	88	70	15	96	>70	79	84	60	89
Kungälv	89	83	87	95	10	92	>70	77	67	60	79
NÄL	91	79	68	93	7	91	>70	77	66	57	82
SkaS Skövde	91	98	79	99	9	88	>70	79	71	68	74
SkaS Lidköping	91	94	91	90	19	88	>70	83	48	55	60
Östra	86	85	92	93		92	>70	80	83	53	89
Mölnadal	86	96	88	97		89	62	82	72	55	86
Sahlgrenska	86	85	86	96	12	87	>70	69	68	50	79

	Hög måluppfyllelse
	Måttlig måluppfyllelse
	Låg måluppfyllelse

Tabell 2. Måluppfyllelse för akutsjukhus med strokevård i Västra Götaland, målnivåer enligt Riks-Stroke, i procent. 2014. *Källa:* Riks-Stroke 2014.

Sjukhusvård

Täckningsgrad och tremånaders-uppföljning

Täckningsgraden beskriver den andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riksstroke. Täckningsgraden beräknas som antalet förstlagångsinsjuknanden registrerade i Riksstroke i förhållande till antalet förstlagångsinsjuknanden i akut stroke i Patientregistret vid Socialstyrelsen. Täckningsgraden för 2014 års data var för hela riket 90 %. I regionen är det bara Alingsås sjukhus som når hög måluppfyllelse, de övriga sjukhusen når måttlig måluppfyllelse.

Av de patienter som registrerades i Riksstroke vid det akuta vårdtillfället hade på nationell nivå 88 % följts upp 3 månader efter insjuknandet i stroke. I regionen når över hälften av sjukhusen hög måluppfyllelse, Östra och Sahlgrenska måttlig måluppfyllelse, och Kungälv och NÄL misslyckas med att nå någon målnivå på denna indikator.

Direktintag på strokeenhet

Strokeenhetsvård för patienter med misstänkt stroke är mycket högt prioriterat. Strokeenheten är en specialiserad enhet där patienten observeras, utreds, behandlas, mobiliseras och tränas på ett optimalt sätt. Även vård på IVA eller neurokirurgisk klinik räknas in i direktintag på strokeenhet. Strokeenhetsvård ska ges till alla patienter oavsett ålder. Det är vetenskapligt belagt att patienter

¹ Även Socialstyrelsen har publicerat målnivåer för bland annat strokevården, vilka också används i Öppna Jämförelser. Dessa stämmer som regel överens med de som Riks-Stroke fastställt, förutom för sekundärprevention med läkemedel, där Socialstyrelsens målnivåer oftast avser läkemedelsbehandling 12-18 månader efter utskrivning där Riks-Stroke anger läkemedelsbehandling vid utskrivning från akutsjukvården.

med stroke som vårdas på strokeenhet överlever i högre utsträckning och får lindrigare handikapp jämfört med patienter som vårdas på allmänmedicinsk avdelning. Andelen av patienter med stroke med direktintag på strokeenhet bör vara 90 procent eller högre enligt Riks-Strokes höga målnivå. För att nå Riks-Strokes måttliga målnivå ska minst 80 procent av patienterna med stroke direktintagas på strokeenhet. Västra Götalandsregionen når precis över måttlig målnivån 2013 med 80,5 procent direktintagna på strokeenhet. SkaS Lidköping och Östra är de av sjukhusen som når hög målnivå medan NÄL och SkaS Skövde når inte upp till måttlig målnivå. Låg andel direktintag talar för att antalet strokeenhetsvårdplatser är för lågt alternativt att vårdflödena är dåligt organiserade på sjukhuset så att strokeenhetsplatserna beläggs med andra patientkategorier. Konsekvensen blir ökad dödlighet och handikapp för strokepatienterna.

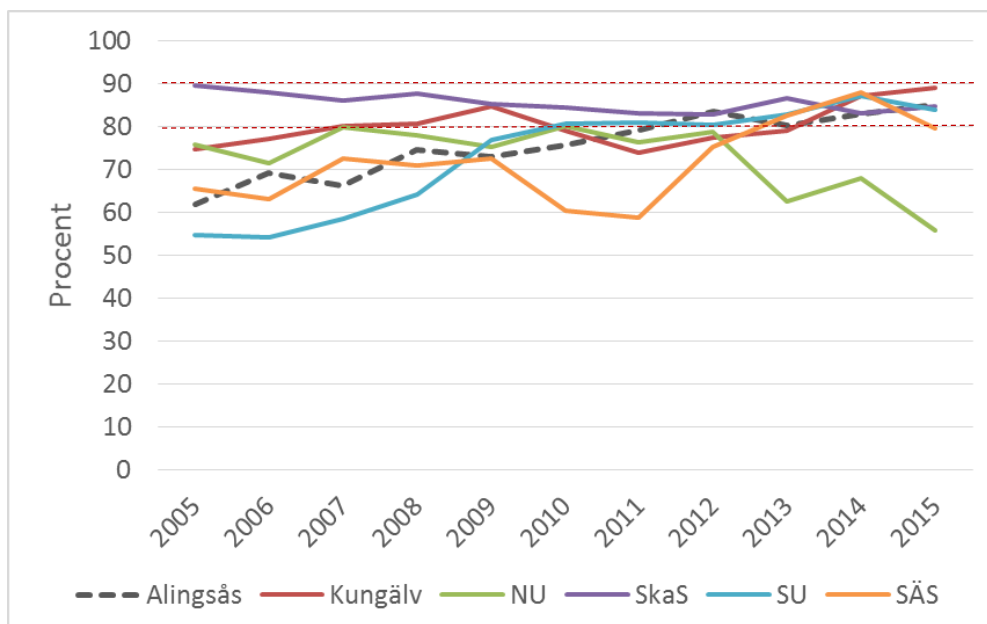


Fig 7. Andel patienter med stroke (ICD10=I61, I63 och I64) i Västra Götaland som direktintagits på strokeenhet/IVA/neurokirurgisk klinik för år 2005-2015, efter förvaltning. *Källa:* Västra Götaland.

Resultaten redovisade på förvaltningsnivå pekar på att ingen förvaltning når hög målnivå, men samtidigt framgår att de olika enheterna nu är väl samlade på en nivå kring 80-89 procent, med undantag för NU-sjukvården som endast når 56 procent. Andelen patienter som direktintagas på strokeenhet skiljer sig inte åt mellan män och kvinnor om hänsyn tas till skillnader i åldersfördelning (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015). Nationella resultat enligt Eriksson et al, 2015, pekar på att det verkar finnas socioekonomiska skillnader, där patienter med högre utbildning i högre grad direktintagas på strokeenhet än de med lägre utbildning.

Sväljförmåga

Nedsatt förmåga att svälja till följd av stroke kan leda till aspiration med andningsstopp eller allvarlig lunginflammation. Därför bör ett enkelt sväljningstest genomföras när patienten kommer till sjukhuset. Testet är en kvalitetsindikator inom omvårdnadsområdet. Bedömning av sväljförmåga har högsta prioritet (prioritet 1) i Socialstyrelsens Nationella strokeriktlinjer. Regionen nådde här 91 procent, strax över måttlig måluppfyllelse för år 2014, nivån för Riket var 92 procent under samma år. Merparten av sjukhusen i regionen når här hög målnivå, med Alingsås i topp med 100 procent. Endast Borås (SÄS) når inte upp till måttlig målnivå för indikatorn "test av sväljförmåga".

Reperfusionsterapi

En viktig åtgärd i behandling efter hjärninfarkt är reperfusionsterapi, dvs. åtgärder för att återställa cirkulationen i hjärnans kärl. Trombolysbehandlingen kan även kompletteras med mekanisk propputdragning (trombektomi) där man med hjälp av katetrar mekaniskt avlägsnar en proppbildning i hjärnan. Ibland genomförs trombektomin primärt. I Västra Götalandsregionen utförs all trombektomi på Sahlgrenska. Andelen av patienter med stroke som reperfusionsterapi behandlats bör vara minst 15 procent enligt Riks-Stroke's höga målnivå. För att nå Riks-Stroke's måttliga målnivå ska minst 10 procent reperfusionsterapi behandlas.

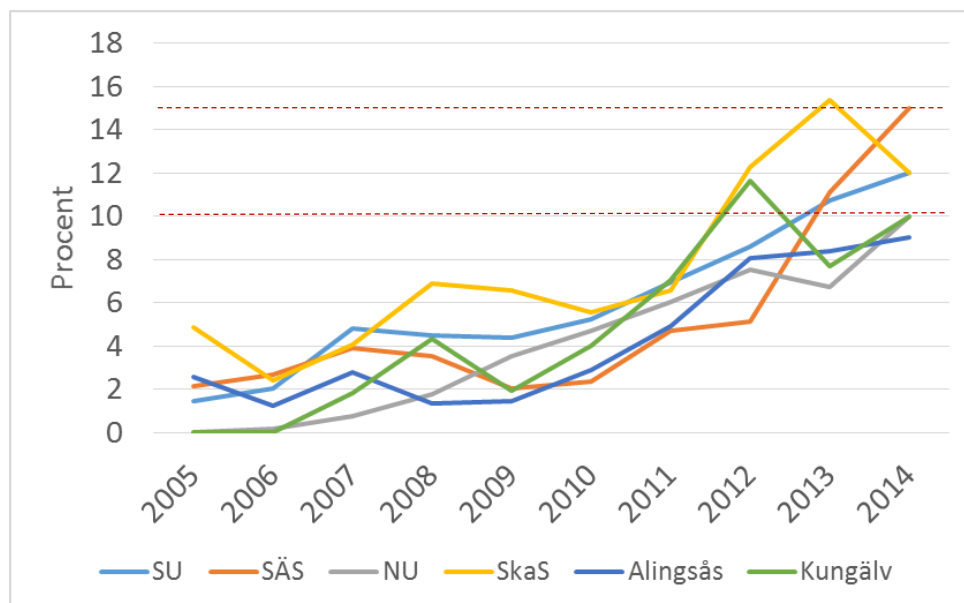


Fig 8. Andel patienter med hjärninfarkt (ICD10=I63) i Västra Götaland som fått reperfusionsterapi, alla åldrar. Period 2005-2014, efter förvaltning. *Källa:* Västra Götaland.

Andelen reperfusionsterapi behandlade (trombolys och/eller trombektomi) patienter i Västra Götalandsregionen har ökat kraftigt under perioden. Andelen reperfusionsterapi behandlade i regionen når nu Riks-Stroke's måttliga målnivå (10 %) för år 2014. Nivån för Riket var 12 procent för 2014. Borås (SÄS) och SkaS Lidköping är de av sjukhusen i regionen som når hög målnivå. Alingsås, NÄL och SkaS Skövde når inte måttlig målnivå. Reperfusion i SU är samlat på Sahlgrenska Universitetssjukhus, och därför särredovisas inte resultat för Östra och Mölndal.

Kvinnor får reperfusionsterapi i något mindre utsträckning än män, även efter att hänsyn tagits till ålder. Tas även hänsyn till ensamboende/delat boende så syns inte längre någon skillnad mellan män och kvinnor med avseende på andel reperfusionsterapi behandling. En förklaring kan vara att ensamboende oftast inte har någon anhörig i sin närhet som kan larma och kommer därför oftare till sjukhus så sent att reperfusionsterapi ej längre är aktuell (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015). Såväl fördjupningsrapporten om stroke som Eriksson et al, 2015, pekar på att det verkar finnas socioekonomiska skillnader, där patienter med högre utbildning har högre chans att få reperfusionsterapi än de med lägre utbildning.

Läkemedel vid utskrivning

Sekundärpreventiva åtgärder hos en strokepatient initieras som regel under eller vid utskrivning från akutsjukvården. Åtgärderna kan omfatta livsstilsåtgärder som rökstopp och fysisk aktivitet men även sekundärpreventiv behandling med läkemedel. Här ingår bland annat behandling med blodtrycks-

sänkande behandling, trombocythämmande behandling samt statinbehandling. Rapportering av läkemedel vid utskrivning kan vara underskattad då den inte omfattar planerad insättning av läkemedel vid återbesök, vilket är rutin på en del strokeenheter.

Trombocythämmande behandling

Patienter med hjärninfarkt som ej har förmaksflimmer ska enligt riktlinjer ha trombocythämmande behandling efter strotetillfället. Flertalet av sjukhusen i regionen når hög målnivå på denna indikator, endast SkaS Skövde, SkaS Lidköping, Mölndal och Sahlgrenska når inte upp till hög målnivå på 90 procent utan bara måttlig målnivå, men ligger relativt nära med mellan 87-89 procent. I Riket nås en nivå på 89 procent.

Behandling med antikoagulerande preparat vid förmaksflimmer

Förmaksflimmer är en viktig riskfaktor och orsak till stroke och bör enligt Socialstyrelsens riktlinjer behandlas med främst warfarin eller nya orala antikoagulantipreparat (NOAK). Andelen av patienter med hjärninfarkt med tidigare förmaksflimmer som behandlas med antikoagulantia bör vara 70 procent eller högre vid utskrivning från akutsjukvård enligt Riks-Stroke's höga målnivå. För att nå Riks-Stroke's måttliga målnivå ska minst 55 procent behandlas med antikoagulantipreparat. I regionen behandlades 80 procent av målgruppen år 2014. I Riket behandlades 76 procent med något antikoagulerande preparat (warfarin eller NOAK).

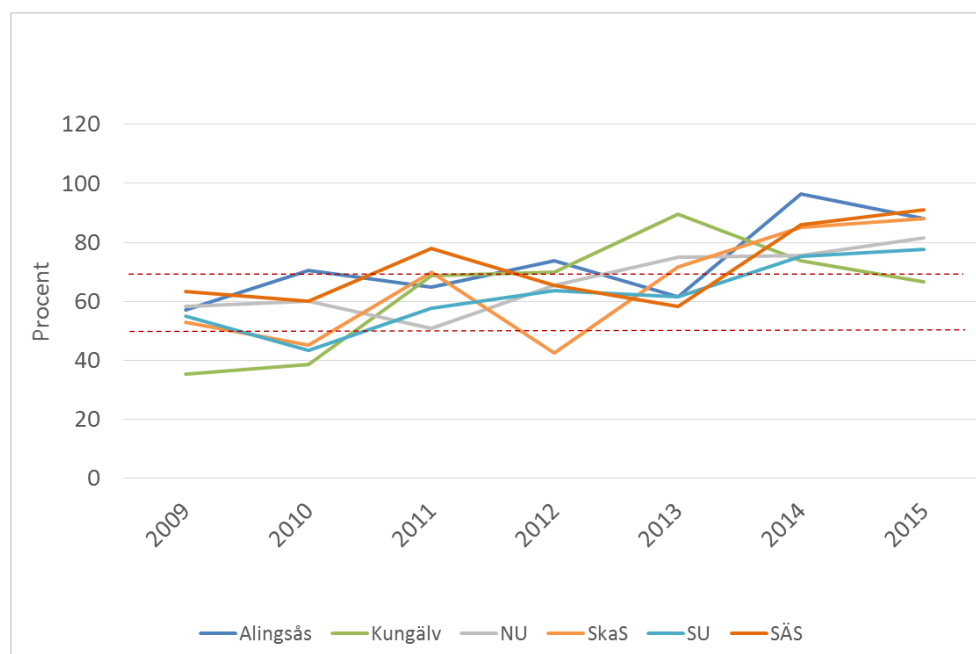


Fig 9. Andel patienter med hjärninfarkt (ICD10=I63) i Västra Götaland och Riket som haft förmaksflimmer innan insjuknandet, och som erhållit antikoagulantia (warfarin eller NOAK) vid utskrivning, 55-79 år. Period 2009-2015, efter förvaltning. *Källa:* Västra Götaland.

Andelen patienter med hjärninfarkt som haft förmaksflimmer före insjuknandet och som fått någon form av antikoagulantia har stadigt ökat såväl i Riket som i Västra Götaland. År 2014 hade alla sjukhusen utom Mölndal nått hög målnivå, där 62 procent av patienterna hade fått antikoagulantia-behandling vid utskrivning.

Män behandlas med antikoagulantia efter utskrivning i högre utsträckning än kvinnor, även om hänsyn tas till skillnader i åldersfördelning. I Göteborg sågs ej heller några skillnader mellan de som

bor i invandratäta områden och de som bor i områden med högre andel födda i Sverige efter att hänsyn tagits till skillnader i åldersfördelning (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015). Såväl fördjupningsrapporten om stroke som Eriksson et al, 2015, pekar på att det bland patienter med förmaksflimmer finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå, där patienter med högre utbildning har högre chans att bli förskrivna behandling med antikoagulantia som sekundärprevention än de med lägre utbildning.

Blodtryckssänkande behandling

De flesta patienter med såväl hjärninfarkt, hjärnblödning eller TIA och med förhöjt blodtryck bör behandlas med blodtryckssänkande behandling med främst ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare (ARB), eventuellt tillsammans med diuretikum, kalciumblockerare eller betablockerare. Andelen av patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel bör vara 80 procent eller högre vid utskrivning från akutsjukvård enligt Riks-Stroke's höga målnivå. För att nå Riks-Stroke's måttliga målnivå ska minst 70 procent behandlas med blodtryckssänkande preparat. Andelen patienter i Riket som skrevs ut från sjukhus med blodtryckssänkande läkemedel var 78 procent under 2014.

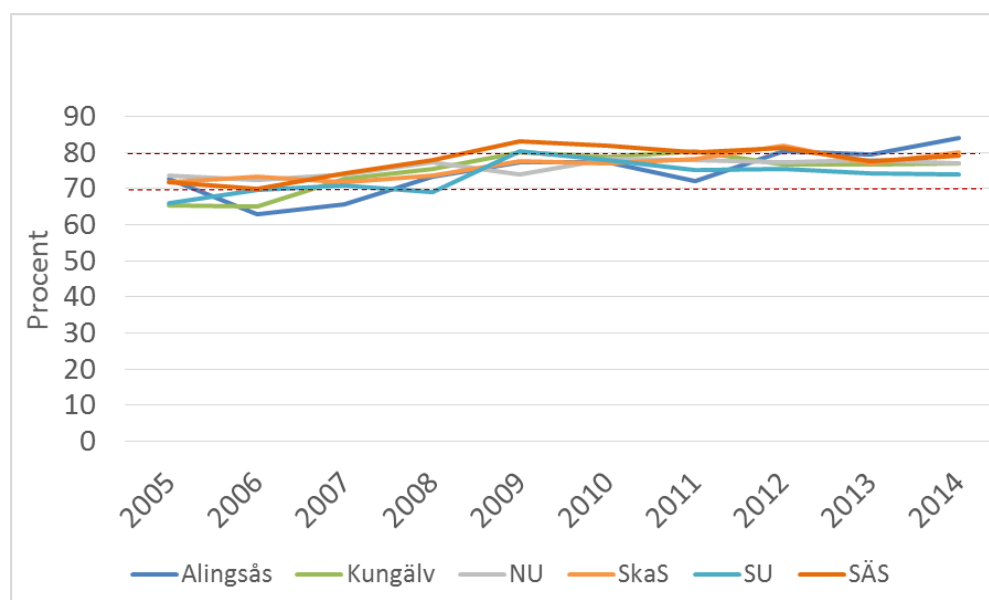


Fig 10. Andel patienter med stroke (ICD10=I61, I63 och I64) i Västra Götaland som erhållit blodtryckssänkande behandling vid utskrivning. Period 2005-2014, efter förvaltning. *Källa:* Västra Götaland.

Andelen patienter med stroke som har blodtryckssänkande behandling vid utskrivning har stadigt ökat under perioden. Trots denna ökning nådde regionen bara måttlig målnivå (70 %) 2014. Sjukhus som ej nådde måttlig målnivå för blodtryckssänkande behandling 2014 var Borås (SÄS), Kungälv, NÄL, och SkaS Skövde, vilka låg i ett spann mellan 77 och 79 procent. Andelen patienter med stroke vilka fått blodtryckssänkande behandling vid utskrivning vid Sahlgrenska låg på en nivå som inte når upp till måttlig målnivå med bara 69 procent behandlade patienter.

Under perioden 2009-2013 fick män och kvinnor blodtryckssänkande medicinering i samma utsträckning vid utskrivning. De patienter vilka drabbats av stroke och som bor i Göteborgs mer invandratäta områden har blodtrycksmedicinering vid utskrivning i högre utsträckning än de som bor i områden med låg andel invånare som är födda utomlands under perioden 2009-2013, även efter det att resultatet justerats för åldersskillnader och tidigare blodtrycksbehandling mellan grupperna (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015).

Statinbehandling

De gynnsamma effekterna av statinbehandling av patienter med hjärninfarkt är väl dokumenterade, och statiner ska förskrivas till flertalet av patienter med hjärninfarkt eller TIA, med eller utan samtidig kranskärslssjukdom. Andelen av patienter med hjärninfarkt som statinbehandlas bör vara 75 procent eller högre vid utskrivning från akutsjukvård enligt Riks-Strokes höga målnivå. För att nå Riks-Strokes måttliga målnivå ska minst 65 procent behandlas med statiner. I Riket var andelen patienter som skrevs ut från sjukhus med behandling 71 procent under 2014.

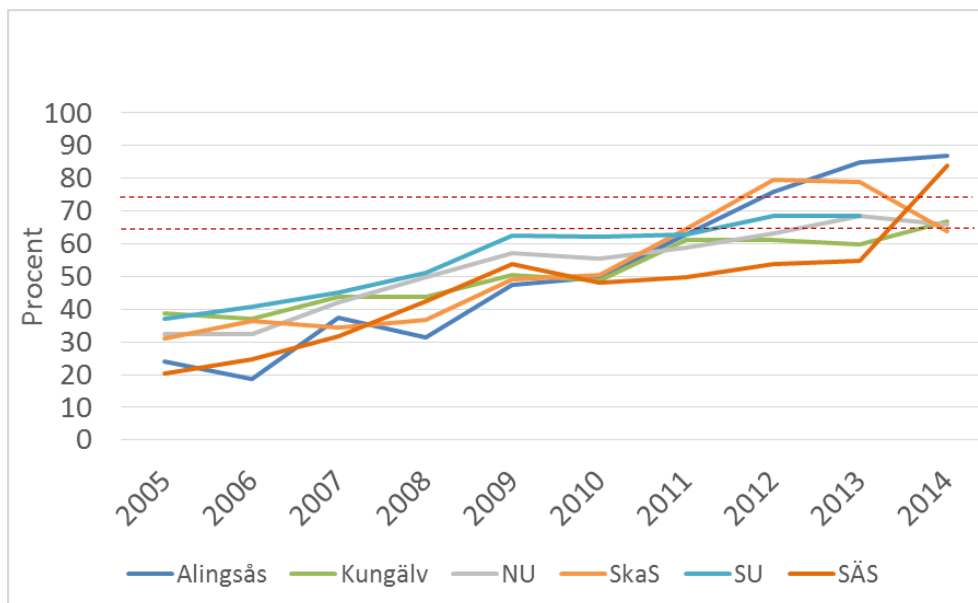


Fig 11. Andel patienter med hjärninfarkt (ICD10=I63) i Västra Götaland som erhållit statiner vid utskrivning. Period 2005-2014, efter förvaltning. *Källa:* Västra Götaland.

Variationen i fråga om statinbehandling vid utskrivning från sjukhus efter hjärninfarkt varierar stort i regionen. Lägst ligger SkaS Lidköping med endast 48 procent statinbehandlade patienter, vilket är långt från måttlig måluppfyllelse. Hög måluppfyllelse har Alingsås, Borås (SÄS) och Östra.

Män med hjärninfarkt får statiner i högre utsträckning vid utskrivning jämfört med kvinnor under perioden, även efter att det tagits hänsyn till skillnader i åldersfördelning. Det fanns ingen skillnad beträffande statinbehandling mellan patienter som bor i områden med låg respektive hög andel utlandsfödda, om hänsyn tas till skillnader i åldersfördelning (Strokevården i Västra Götaland 2005-2013; 2015). Fördjupningsrapporten om stroke samt även Eriksson et al, 2015, pekar på att det bland patienter med diagnosen hjärninfarkt finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå, där patienter med högre utbildning har högre chans att bli förskriven behandling med statin som sekundärprevention än de med lägre utbildning.

Vårdkedjan efter sjukhusvistelse

När strokepatienten lämnat slutenvården övertas vård och rehabiliteringsansvar framför allt av primärvård och kommun. Organisationen av överlämnandet och den fortsatta vården skiljer sig mycket beroende på var patienten skrivs ut. Ofta är det väldigt svårt för patient och anhöriga att orientera sig i vårdutbudet och hitta vårdgivare som stämmer med patientens behov. Lagstiftningen om fast vårdkontakt och individuell planering efterlevs ofta inte. Tillgången till öppenvård för

patienter med stroke är ojämn i regionen och låg på vissa håll. Andelen som följts upp i öppenvård inom tre månader når inte måttlig måluppfyllelse i Kungälv, SkaS och Sahlgrenska.

Tillgodosedda behov efter utskrivning 3-månaders

I uppföljningen 3 månader efter strokeinsjuknandet får patienterna bland annat besvara frågan om de tycker att de fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta av patienten skattade resultatmått avspeglar det samlade stöd som patienten upplever att samhället ger och är en av indikatorerna på kvaliteten i hela vårdkedjan under de första månaderna efter att patienten skrivits ut från sjukhuset. Sett över hela riket ansåg 62 % att de fått sina behov av stöd från sjukvård och kommun tillgodosedda. Måluppfyllelsen på denna indikator är låg i regionen, bara Alingsås har hög måluppfyllelse, medan Borås (SÄS), Kungälv och SkaS Skövde når måttlig måluppfyllelse. Samtidigt beskriver denna indikator ett område av hälso- och sjukvård som inte sjukhusen styr över själva, utan är en fråga som till stora delar berör ett ansvar som delas mellan sjukvård (primärvård) och kommuner.

Uppföljning i öppenvård 3-månaders

Indikatorn patientrapporterade återbesök som skett inom 3 månader efter att patienten skrevs ut kan ses som en markör för ambitionsnivån för hur patienter som insjuknat i stroke följs upp. Andelen patienter som hade varit på återbesök hos läkare eller sjuksköterska inom 3 månader efter strokeinsjuknandet i Riket var 85 procent. Vare sig Kungälv, SkaS Lidköping, SkaS Skövde eller Sahlgrenska når måttlig måluppfyllelse på denna indikator. Övriga sjukhus når måttlig måluppfyllelse och inget sjukhus når här hög måluppfyllelse. Tillgången till öppenvård för patienter med stroke är ojämn i regionen och riktigt låg på vissa håll.

Uppföljning i öppenvård 12-månaders

Patientens självständighet efter 12 månader mäts med grad av ADL-oberoende (aktiviteter i dagligt liv), där de som anger att de inte behöver hjälp med vare sig påklädning eller toalettbesök betecknas som ADL-oberoende. I regel försämras patienten när de lämnat sjukhuset och eftersom vårdutbudet varierar finns det regionala skillnader t ex i patientens självständighet² efter 12 månader. Orsaker till detta kan vara att en bristande och varierande vårdkedja för patientgruppen både inom primärvård och kommun och att neurovårdsteam inom vårdval rehab som särskilt ska värna om patienter med neurologiska handikapp inte är fullt utvecklade i regionen.

Av de strokepatienter som var ADL-oberoende vid tre månader, hade fem procent försämrats efter 12 månader i Västra Götaland, för perioden 2012-2014. Andelen varierade mellan två och tio procent mellan sjukhusen. Högst andel sågs i Alingsås, men andelen har minskat något sedan 2012.

² Mätt med grad av ADL-oberoende (aktiviteter i dagligt liv), där de som anger att de inte behöver hjälp med vare sig påklädning eller toalettbesök betecknas som ADL-oberoende.

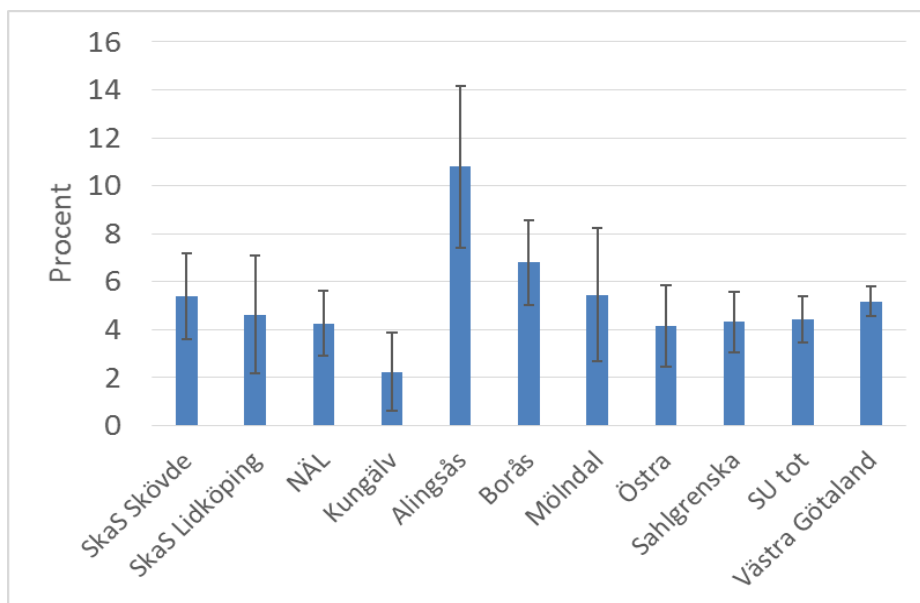


Fig 12. Andel patienter med stroke, som anger försämrad ADL, mellan 3- och 12-månadersuppföljningen, givet att patienten var ADL-oberoende såväl innan intag på sjukhus för strokevård som vid 3-månadersuppföljningen (ICD10=I61, I63, I64). Västra Götaland 2012-2014. *Källa:* Riksstroke.

Faktorer av betydelse för utveckling av hälso- och sjukvård

Faktorer av betydelse för utveckling och beställning av hälso- och sjukvård, bland annat samhälleliga förändringar, medicinteknisk utveckling och effekter av nya läkemedel och behandlingar.

Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande åtgärder

Vårdgivaren ska arbeta systematiskt med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder och integrera dessa i hälso- och sjukvården. Ett hälsofrämjande förhållningssätt syftar till att stärka patientens tillit till sin egen förmåga att hantera sin sjukdom och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Sjukdomsförebyggande åtgärder innebär att samtal om levnadsvanor integreras i de riktade insatser som vården ger. Vårdgivaren ska ingå i det regionala Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) och ska fortsätta att utveckla och följa upp arbetet i enlighet med intentionerna för HFS, Socialstyrelsens riktlinjer och regionuppdrag (RS 138-2011).

Hypertoni är den största riskfaktorn för att utveckla stroke. Andra viktiga riskfaktorer är fysisk inaktivitet, rökning, diabetes och förmaksflimmer. Dessa riskfaktorer kan förklara två tredjedelar av alla nyinsjuknanden i stroke (O'Donnell et al 2010).

Förekomsten av riskfaktorerna skiljer sig mellan hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Tabellen nedan visar resultat från folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" år 2015. Röd/grönmarkerade värden visar statistiskt säkerställd skillnad jämfört med länet som helhet.

Befolkningen i Norra nämndsområdet har en högre andel personer som är stillasittande, dagligrökare, har lågt intag av frukt och grönt, diabetiker och högt blodtryck jämfört med i övriga länet, och därmed en högre risk för insjuknande i stroke. Befolkningen har även den äldsta befolkningen i länet som helhet tillsammans med Östra nämndsområdet, vilket ökar risken för stroke.

I Västra nämndsområdet är förhållandet det omvända, befolkningen har en lägre andel personer med stillasittande fritid, dagligrökare, litet intag av frukt och grönt respektive diabetesförekomst.

Tabell 3. Andel av befolkningen med stillasittande fritid, dagligrökare, litet intag av frukt och grönt, med diabetes respektive högt blodtryck, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde. 16-84 år. Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2015.

	HSN Norra	HSN Västra	HSN Göteborg	HSN Södra	HSN Östra	VG
Antal respondenter	12 758	10 051	9 361	7 119	13 059	52 348
Stillasittande fritid	17%	14%	16%	15%	14%	15%
Dagligrökare	11%	8%	10%	12%	10%	10%
Litet intag frukt/grönt	27%	24%	24%	25%	26%	26%
Diabetes	7%	5%	5%	6%	7%	6%
Högt blodtryck	23%	19%	18%	22%	21%	20%

Grönt/rött indikerar statistisk signifikans, $p < 0,05$

Riktade insatser mot högt blodtryck, dålig diabeteskontroll, stillasittande, felaktig kost och rökning kommer att minska insjuknandet i stroke (O'Donnell et al 2010).

Ökade förväntningar på hälso- och sjukvården

Patienter av idag förväntar sig i högre utsträckning att vården ska vara mer jämlik än förr. Men som nämnts ovan är organisationen av vårdkedjan efter slutenvården ofta bristfällig och svåröverblickbar. Förhållandet att omhändertagandet skiljer sig åt beroende på var patienten bor gör att vården blir ojämlig. En del av problemet är att det ofta inte finns en väldefinierad vårdkedja för den fortsatta vården när patienten skrivs ut. Patienten får ingen fast vårdkontakt och individuell rehabiliteringsplan saknas ofta. Inom projektet "Jämlik strokevård" som Regionala strokerådet driver tillsammans med Kunskapscentrum för Jämlik Vård pågår det ett förbättringsarbete riktat mot dessa brister. Projektet har presenterats i vårdsamverkansgrupperna där upplägg av programmet diskuterats och lokala förutsättningar lyfts fram. Projektet har varit mycket framgångsrikt i Skaraborg. I Göteborg har det inte varit möjligt att få till stånd ett samarbete med kommun och primärvård varför det inte haft någon framgång där. I Södra Älvsborg och Fyrbodalen kommer projektet genomföras under året. SIMBA³ har hittills inte kunnat erbjuda ett kontakttillfälle för att diskutera projektet. Ett genomgående problem, även i Skaraborg är svårigheterna att få läkare från primärvården att delta. Man har dåliga möjligheter att medverka i omfattande förbättringsarbete då det innebär att man måste avstå från vårdproduktion.

Den 1 september 2014 infördes Vårdval Rehab i Västra Götalandsregionen. Inom ramen för Vårdval Rehab finns möjlighet för patienter med kvarstående funktionsnedsättning av stroke att välja rehabilitering efter utskrivning från slutenvården. Det innebär att patienterna själva kan välja någon av de rehabenheter som blivit godkända i vårdvalet. Rehabenheter ska erbjuda arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik. Några av dem erbjuder även ett tilläggsuppdrag inom neurologi där logoped ingår.

Informations- och kommunikationsteknik

Under perioden 2011 till 2013 pågick den nationella strokekampanjen i Sverige. Syftet med den var att få medborgarna att känna igen de symtom som är varningssignaler för att man kan ha insjuknat i stroke, och att om man iakttar det hos någon eller själv får symtomen så ska man omedelbart ringa 112. Skälet till kampanjen var att alltför många kom för sent till sjukvården så att man inte hann ge propplösande behandling. Kampanjen var mycket framgångsrik och visade att det genom information i TV, dagstidningar och via internet gick att påverka befolkningens kunskap och beteende och andelen strokepatienter som hann få propplösande behandling ökade. Men information är färskvara; den kontinuerliga ökningen av propplösande behandlingar som observerades under kampanjen bröts och planade ut året efter det att den avslutades. Förnyade upplysningsinsatser mot befolkningen kan förväntas att ytterligare bidra till bättre behandlingsresultat och att färre individer handikappas av stroke.

³ SIMBA är en närvårdssamverkansorganisation för Den Nära Vården i mellersta Bohuslän och Ale.

UPPTÄCK STROKE I TID

Misstänker du att en person nära dig har fått en stroke? Kontrollera följande:



ANSIKTE Kan personen le och visa tänderna? Om mungipan hänger - ring 112!



KROPPSDEL ARM/BEN Kan personen lyfta armarna och hålla kvar dem i 10 sekunder? Om en arm faller - ring 112!



UTTAL Kan personen upprepa en enkel mening som "Det är vackert väder idag"? Om personen sluddrar eller inte hittar rätt ord - ring 112!



TID Varje sekund räknas.

Tveka aldrig. Ring 112 direkt.

Gör AKUT-testet på www.strokekampanjen.se. Tillsammans kan vi rädda liv

ETT INITIATIV FRÅN SVERIGES LANDSTING OCH REGIONER

Fig 13. Informationsblad om AKUT-kampanjen 2011-2013

Medicinteknisk utveckling

Den medicinska forskningen påverkar både antalet som insjuknar i stroke och konsekvenserna av stroke. Sedan några år finns det en ny generation perorala antikoagulantia (NOAK) som gör det enklare att ge individer med förmaksflimmer profylax mot embolier (proppar) från hjärtat till hjärnan. Användandet av antikoagulantia ökar därför och färre får stroke av den orsaken.

Nya metoder att screena i övrigt friska personer för förmaksflimmer utvecklas. Så kallad tum-EKG, en liten handburen EKG-apparat som är uppkopplad trådlöst mot nätet gör att personer lätt kan göra egenmätningar i hemmet. Framtida satsningar här kommer att leda till att fler personer med förmaksflimmer identifieras och som då kan få effektiv behandling. Nya regimer mot riskfaktorer och andra predisponerande förhållanden som t ex utvecklingen av nya trombocythämmare kommer att verka i samma riktning.

En begränsande faktor för effektiv propplösande terapi är att tiden till behandling är helt avgörande för effektivitet. Strokekampanjer enligt ovan är ett sätt att minska insatstiden. Andra möjligheter innefattar att flytta ut behandlingen från sjukhus till ambulansen. I VGR utvecklas för närvarande en portabel mikrovågstomograf som har potential att skilja hjärnblödningar från stroke orsakade av proppar (ischemisk stroke). Om det med säkerhet går att utesluta hjärnblödning redan i ambulansen öppnar sig möjligheten till att ge propplösande mycket snabbare efter insjuknandet.

Resultaten av stora randomiserade studier har presenterats senaste året som visar att mekanisk propputdraning (trombektomi) när stora centrala kärl är tilltäppta är minst dubbelt så effektivt som traditionell propplösnings behandling (trombolys). Den akuta strokesjukvården står därför inför ett paradigmskifte. Den här patientgruppen som utgör runt 10 % av alla ischemiska stroke måste identifieras så snabbt som möjligt och transporteras till ett strokecenter som kan erbjuda den här avancerade åtgärden. Metoden kommer att finnas tillgänglig vid större centra i Sverige som har tillräckliga resurser och som med hänsyn till patientflödet kan bedriva en effektiv och patientsäker verksamhet dygnet runt alla dagar året runt. Behandlingens effektivitet avtar snabbt med tiden och i normalfallet är den inte meningsfull efter 6 timmar. I VGR finns trombektomi tillgängligt på SU Sahlgrenska. Det innebär att de som insjuknar ute i regionen långt från Sahlgrenska kommer att få något sämre förutsättningar för effektiv behandling. Detta ställer stora krav på en effektiv logistik i regionen så att patienterna kommer till Sahlgrenska i tid. En ny regional medicinsk riktlinje har nyligen godkänts för behandlingen och ett ordnat införande kommer att finansieras av regionen för implementering under 2016 och 2017. Kostnaden är relativt hög men den hälsoekonomiska effekten är mycket gynnsam där kostnaderna väsentligen kommer tillbaka till samhället i form av lägre kostnader för rehabilitering och omhändertagande i kommunerna.

Kompetensförsörjning

I Sverige är utbildningen till specialistsjuksköterska en högskoleutbildning på minst ett år. Titeln specialistsjuksköterska är skyddad och den får endast användas inom vissa områden som medicin, intensivvård m.fl. (www.socialstyrelsen.se). Det finns därför ingen formell möjlighet för en sjuksköterska att bli specialistsjuksköterska i stroke. Även om det finns högskoleutbildning för strokesköterskor är detta förhållande negativt från flera synpunkter. Dels finns det inga generella riktlinjer för vad som ska krävas av en sjuksköterska inom stroke för nå motsvarande kompetens. Dels förlorar strokesjukvården kompetenta medarbetare till andra specialiteter där specialistsjukskötersketjänster kan erbjudas till något högre lön. Detta blir särskilt viktigt nu när strokesjukvården verkligen behöver specialtränade sjuksköterskor för att effektivt kunna erbjuda både trombolys och trombektomi. I dagsläget har det förekommit att specialutbildade trombolysjuksköterskor av det skälet lämnat stroke till förmån för intensivvården. Dessutom råder det brist på sjuksköterskor som vill arbeta med stroke i regionen och en möjlighet till kompetensutveckling skulle vara viktig för att motverka detta. I viss utsträckning gäller detta även för läkarna. Vanligen är det neurologer, invärtesmedicinier eller geriatriker som arbetar regionens strokeenheter. Men det finns inga formella krav på vilken kompetens läkarna ska ha och av organisatoriska såväl som rekryteringsmässiga skäl kan bemanningen ibland lösas med läkare som saknar tillräcklig erfarenhet av stroke. Det skulle vara värdefullt att göra en inventering av kompetensförsörjningen inom strokevården i regionen för bägge yrkeskategorierna liksom att formulera vilken kompetens som fordras för olika befattningar.

Inom primärvården vore det önskvärt med viss subspecialisering till gagn för de strokesjuka. Det finns diabetessjuksköterskor men i regel inte motsvarande för stroke. Positivt är att godkända rehabenheter inom Vårdval Rehab även kan bli godkända för tilläggsuppdrag neurovårdsteam. Prioriterad målgrupp är patienter med neurologisk sjukdom i direkt anslutning till utskrivning från slutenvården. I teamet ingår arbetsterapeut, fysioterapeut och logoped med fördjupad kompetens inom neurologi. Det finns i dagsläget 9 neurovårdsteam fördelat på alla nämndområden undantaget norra nämndens område; tre i Göteborg, en i Södra, två i Västra, tre i Östra. Förhoppningsvis kommer fler rehabenheter söka tilläggsuppdraget.

Globala faktorer

Strokeinsjuknandet ökar globalt till skillnad från i Sverige. 2015-12-31 fanns cirka 26 000 asylsökande personer i Västra Götaland och under 2015 fick närmare 8 000 personer uppehållstillstånd och kommunmottogs i länet. Det var framförallt personer yngre än 65 år, men majoriteten kommer från högriskområden, och med en högre andel riskfaktorer för stroke. Riktade insatser mot riskfaktorer är särskilt viktiga i den här gruppen, där kommunikation och språksvårigheter kan vara en utmaning.

En åldrande befolkning

Folkmängden i Västra Götaland förväntas öka, vilket huvudsakligen beror på en ökad inflyttning. Den största demografiska trenden i västvärlden är att befolkningen blir allt äldre. Medborgarna kommer att leva längre och antalet personer med åldersrelaterade sjukdomar kommer sannolikt att öka. Trots en utveckling med bättre hälsa i de högre åldersintervallerna är vårdtillfällena fler, längre och mer resurskrävande än i de lägre intervallerna. Detta samtidigt som andelen skattebetalare som ska bekosta sjukvården minskar något.

Enligt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos förväntas befolkningen växa till nära 1,9 miljoner invånare år 2030. Det innebär 220 000 fler invånare 2030 jämfört med år 2015, vilket är en ökning med 14 procent.

Antalet äldre invånare i Västra Götaland förväntas växa snabbare än övriga åldersgrupper i ett perspektiv som sträcker sig fram till 2030, speciellt gäller det åldersgruppen 80 år och äldre efter 2020. Antalet personer över 65 år förväntas öka med 23 procent, vilket motsvarar 72 000 fler personer. Figur 14 visar att befolkningen över 80 år förväntas öka med nära 50 procent, eller drygt 40 000 personer. Under samma period förväntas antalet personer i arbetsför ålder, 18-64 år, öka med cirka nio procent, vilket motsvarar drygt 89 000 personer.

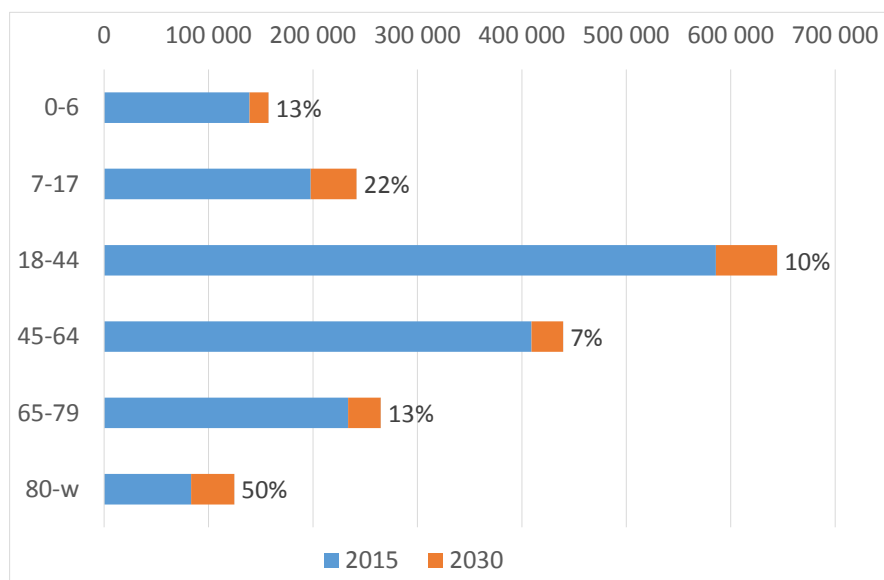


Fig 14. Förväntad befolkningsutveckling i Västra Götaland 2015-2030, samt procentuell förändring mellan år 2015 och 2030, åldersgrupperat. *Källa:* Västra Götalands befolkningsprognos.

Andelen 65 år eller äldre förväntas öka från 19 procent av befolkningen till 21 procent av befolkningen år 2030. Fram till 2020 sker framförallt ökningen i åldersgruppen 65-79 år och därefter sker ökningen i åldersgruppen 80 år eller äldre. Ökningen av äldre kommer att påverka resursbehovet av hälso- och sjukvård.

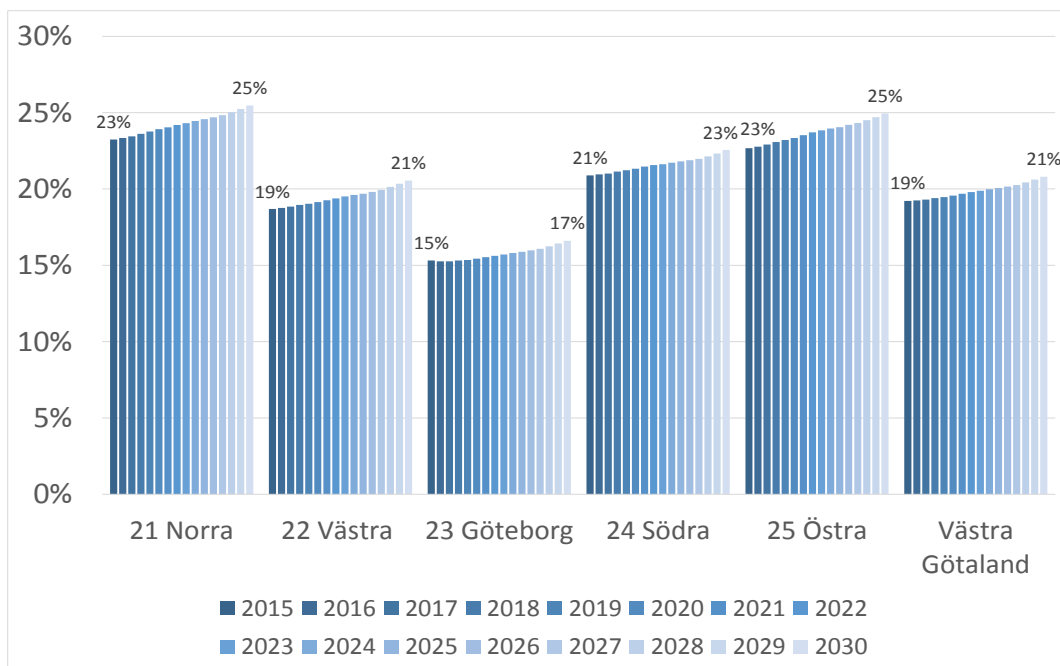


Fig 15. Prognostiserad andel av befolkningen 65 år eller äldre 2015-2030, fördelat på hälso- och sjukvårdsnämndsområde i Västra Götaland. *Källa:* Västra Götalands befolkningsprognos.

Befolkningen 65 år eller äldre förväntas öka i samtliga hälso- och sjukvårdsnämndsområden mellan 2015 och 2030, vilket innebär att andelen äldre även fortsättningsvis kommer att vara klart högre i Norra och Östra nämndsområdet. Andelen 65 år eller äldre i befolkningen förväntas öka från 23 till 25 procent i norra och Östra nämnden, vilket motsvarar en ökning med cirka 10 000 personer i respektive område. I Göteborgsnämnden förväntas andelen äldre öka från 15 till 17 procent vilket motsvarar en ökning med cirka 26 000 personer. I Västra förväntas antalet äldre öka med 16 000 individer 65 år eller äldre och i Södra med cirka 9 000 individer.

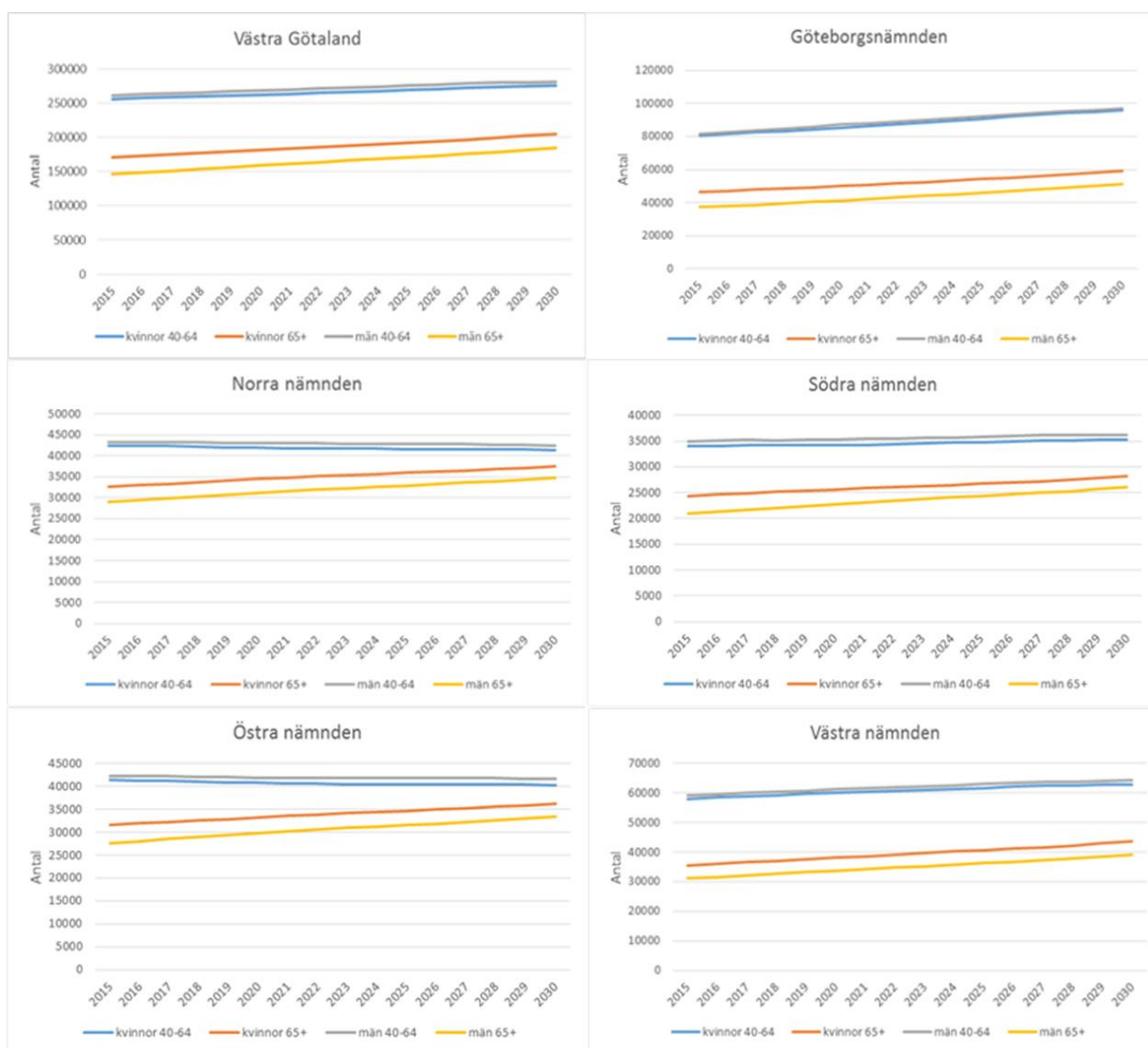


Fig 16. Förväntad befolkningsutveckling i Västra Götaland 2016-2030, regionen och per nämnd, 40 år och uppåt. *Källa:* SCB och Västra Götaland.

De äldres (65+) antal i befolkningen i Göteborgsnämnden samt Västra nämnden förväntas öka i något högre takt än för individer i åldersgruppen 40-64. Bland de äldre är det fler kvinnor, som en följd av deras längre förväntade livslängd. De äldres (65+) antal av befolkningen i Norra, Södra och Östra nämnden förväntas öka stadigt i relation till åldersgruppen 40-64. De senare förväntas vara konstanta i antal över tid i Södra nämnden och till och med minska något i antal över tid i Östra och Norra nämnden.

Förväntade framtida utfall

Förväntat antal stroke fram till och med år 2030 är beräknat utifrån att incidensen är densamma som år 2014, men att antalet personer per åldersgrupp och kön förväntas öka i respektive nämnds-område. Risk att drabbas av stroke per individ i regionen har beräknats för män respektive kvinnor för åldersgrupperna: 20-44, 45-64, 65-74, 75-84 samt 85 år eller äldre. Ålders- och könsspecifika risker för stroke har sedan vägts samman med befolkningsprognoser⁴ för respektive kön och åldersgrupp, och har därefter summerats till en prognos per åldersgrupp samt en prognos för totalt antal förväntade stroke för respektive år fram till och med år 2030.

Trots att strokeinsjuknandet minskat över tid, så förväntas ändå antalet stroke att öka fram till 2030 på grund av åldrande befolkningar. I dag är antalet vårdtillfällen med strokefall i regionen lite drygt 4 000 per år, år 2030 förväntas de vara drygt 5 200, dvs. cirka 1 200 fler än idag. Det är framförallt i åldersgruppen 75-84 år som antalet förväntas öka, och efter år 2020 även bland personer 85 år eller äldre.

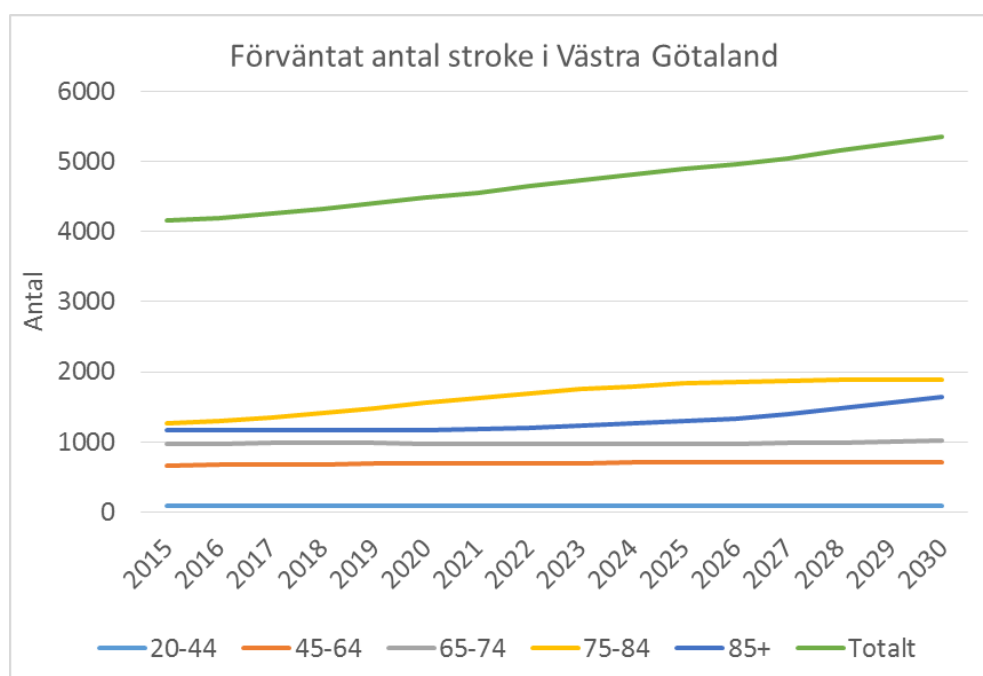


Fig 17. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

Om det sjunkande antalet stroke som observerats senaste tioårsperioden fortsätter, så kan prognostiserat scenario vara överskattat. Men det är svårt att veta hur länge strokeinsjuknandet kan fortsätta att sjunka. Om man ser till riskfaktorer för stroke, så har prevalensen av dagligrökare

⁴ Befolkningsprognoserna är gjorda med den modell som utvecklats av Enheten för regional utveckling vid Koncernkontoret, Avdelningen för Data och Analys. Antaganden om fruktsamhets- och dödlighetsutveckling samt in- och utvandring baseras på SCB:s riksprognos 2015. Antaganden om inrikes flyttningar baseras på Västra Götalandsregionens egna bedömningar med bl.a. hjälp av bostadsmarknadsanalysen framtagen av Länsstyrelsen i Västra Götaland. En mer utförlig beskrivning av prognosmodellen återfinns på www.vgregion.se/regionutveckling/rapporter under Arkiv- Rapporten 2009

minskat senaste åren i Västra Götaland från 14 procent år 2007 till 10 procent år 2015 enligt "Hälsa på lika villkor", vilket borde bidra till en fortsatt sjunkande incidens av stroke. Rökningen har minskat i samtliga hälso- och sjukvårdsnämndsområden. Men å andra sidan har andelen med stillasittande fritid ökat något senare år, och även andelen med litet intag av frukt och grönt, samt andelen med fetma och högt blodtryck, vilket skulle kunna motverka den sjunkande strokeincidensen. Med ett mer förebyggande skulle framtida strokeincidens kunna påverkas.

I ett nationellt perspektiv har man även sett att andelen stroke ökar bland 20-44-åringar. Även om man inte insjuknar i den åldersgruppen, kan man anta att risken är förhöjd, vilket på sikt skulle kunna påverka strokeincidensen i åldersgruppen 45-64 år istället. Eller att risken för TIA ökar i dessa åldersgrupper. Detta är en grupp som kan leva länge med konsekvenser av strokeinsjuknande.

Men scenarion kan bli annorlunda om vi satsar ytterligare på sjukdomsförebyggande åtgärder som att minska förekomsten av riskfaktorer i befolkningen. Bättre identifiering av TIA, som i dagsläget kan vara underdiagnostiserade, och effektivare sekundärprevention kommer att leda till färre strokeinsjuknanden. Förbättrad kunskap i befolkningen om att omedelbart ringa 112 efter strokesymtom så att manifest stroke inte hinner utvecklas. Möjligen kan den förväntade åldersrelaterade ökningen av strokeincidensen därmed brytas och vändas till en nedåtgående trend.

Tabell 4 visar förväntat fler strokevårdstillfällen år 2030 per hälso- och sjukvårdsnämndsområde.

Tabell 4. Antal vårdtillfällen med stroke (I61, I63 och I64) år 2014 och förväntat antal fler stroke år 2030 (I61, I63 och I64) i Västra Götaland, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

	Antal vårdtillfällen 2014	Förväntat antal fler vårdtillfällen 2030
Norra HSN	764	220
Västra HSN	871	290
Göteborgs HSN	1 183	330
Södra HSN	612	140
Östra HSN	693	260
Västra Götaland	4 123	1 230

Diagrammen nedan visar prognostiserat antal strokefall 2016-2030 per åldersgrupp fördelat på per hälso- och sjukvårdsnämndsområde.

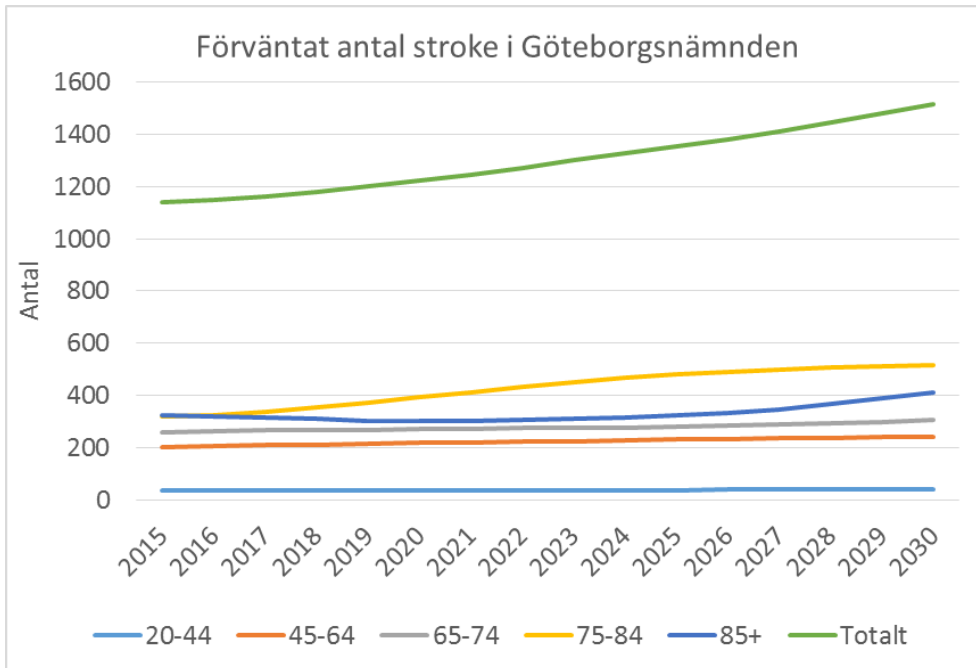


Fig 18. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Göteborgsnämnden i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

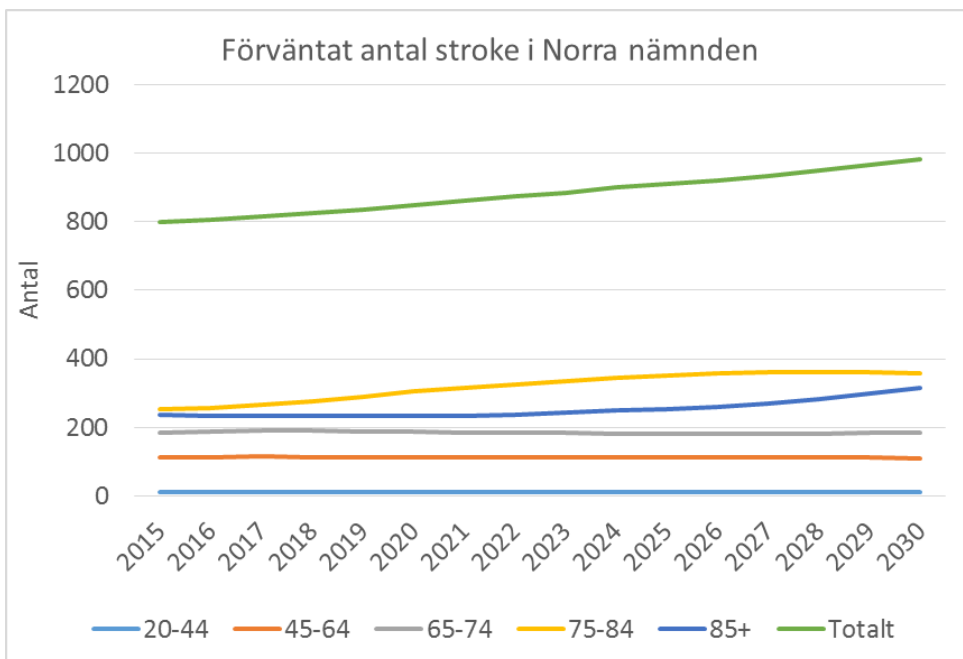


Fig 19. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Norra nämnden i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

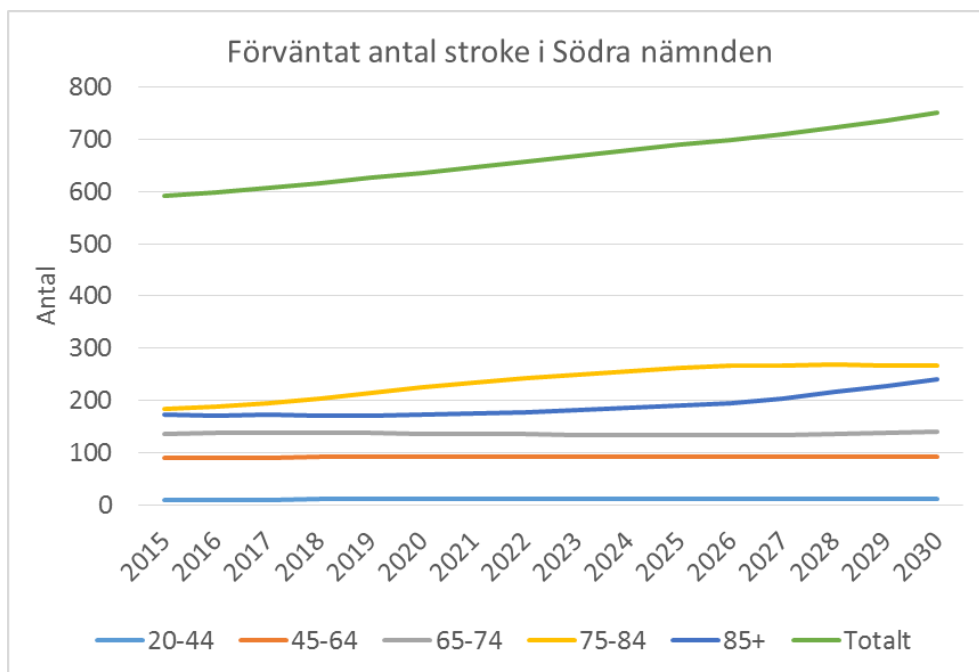


Fig 20. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Södra nämnden i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

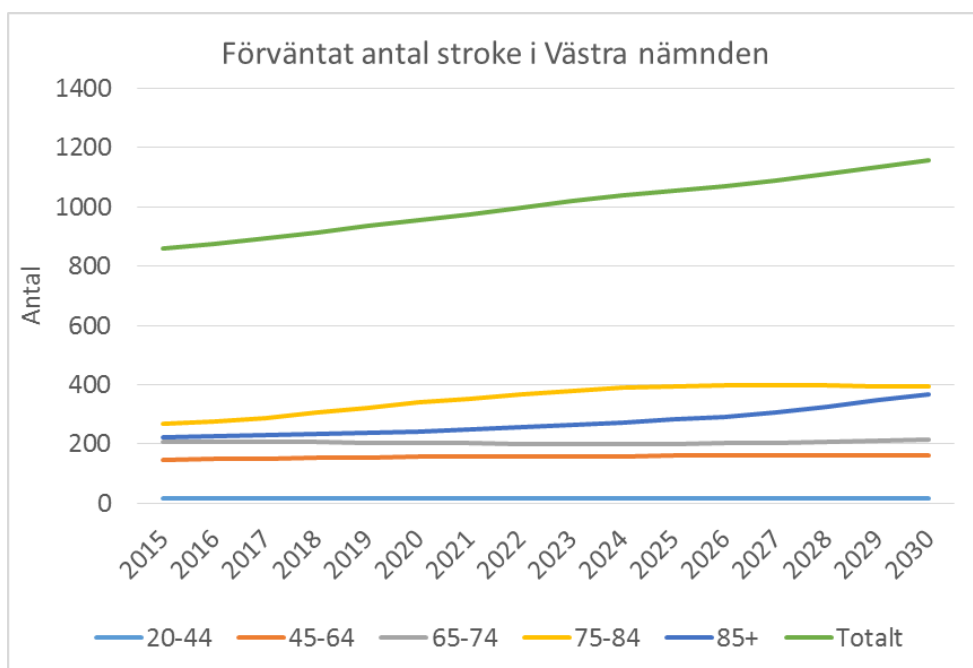


Fig 21. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Västra nämnden i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

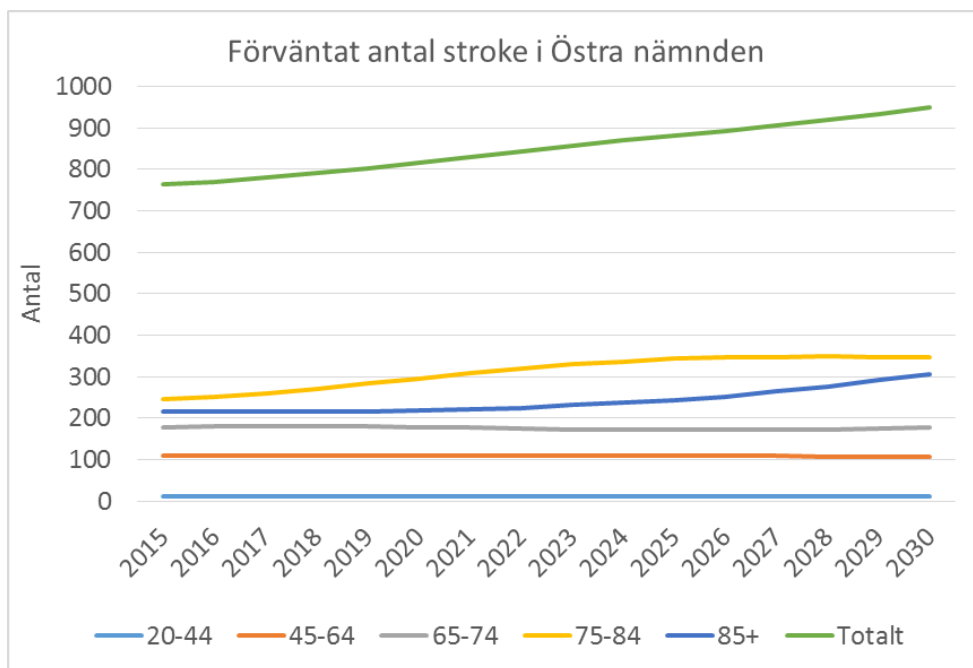


Fig 22. Förväntat antal stroke (I61, I63 och I64) i Östra nämnden i Västra Götaland 2016-2030, 20 år och äldre. *Källa:* Socialstyrelsens statistikdatabaser, vårddatabasen VEGA samt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos.

Referenser

Eriksson et al. 2015. Läkartidningen 2015; 112:DR7H

O'Donnell et al. 2010. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 376; 112-23, 2010

Stroke och TIA, årsrapport från Riksstroke 2014, 2015

Strokevården i Västra Götaland 2005-2013 – En fördjupningsanalys, 2015



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONENS
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDER
UPPDELADE I KOMMUNER