



VÄSTSTROKE

ett kvalitetsregister för hela strokevårdkedjan

Rapport för verksamhetsåret 2019

REGIONALA STROKERÅDET



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

STROKE
CENTRUM VÄST

Sammanfattning

Den aktuella rapporten omfattar patienter som vårdats med diagnosen stroke eller TIA på strokeenheterna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) under 2019. Syftet med rapporten är att följa upp förbättringsarbeten som initierats efter tidigare rapporter från Väststroke samt ge fortsatt underlag för att identifiera förbättringsområden för vidare analys och kvalitetsarbete. Nedan sammanfattas de viktigaste resultaten för de olika delarna i den multidisciplinära akuta vårdkedjan vid stroke/TIA.

Prehospital vård

- Andelen av stroke/TIA patienter som inkommer med ambulans i samband med det akuta insjuknandet har minskat något under de senaste åren.
- Under 2019 identifierades 5 av 6 (84 %) patienter med stroke/TIA diagnos som stroke/ TIA av ambulanssjuksköterskan redan före ankomst till sjukhus, vilket är utmärkt. Direktkontakt med sjukhuset, för aktivering av de strokespecifika vårdkedjorna, togs för tre fjärdedelar av dessa.
- Antalet strolarm ökar medan antalen fall som direktinläggs på strokeavdelning via ambulans (Hjärnvägen) minskar, vilket sannolikt är orsakat av platsbrist på strokeenheterna.
- Cirka 3 % av alla patienter med akut stroke eller TIA som ringt 112 transporteras inte direkt till sjukhus med ambulans efter bedömning av ambulanssjuksköterska. Dessa fall har ofta en diffus symptombild och en lång tid från symptomdebut till larm.

Vård på strokeenhet

- Förskrivningen av blodtryckssänkande medicinering efter stroke är fortsatt hög.
- Andelen strokepatienter som utvecklar trycksår på sjukhusens strokeenheter är fortsatt låg vilket är glädjande.
- Andel patienter bedöms avseende fallrisk är hög, men kan öka ytterligare och skulle i många fall kunna utföras tidigare efter inskrivning på avdelning. Det fallpreventiva arbetet bör inriktas på att göra fler fallriskbedömningar under det första vård dygnet.
- Aktivitet avseende nutritionsbedömningar varierar starkt mellan strokeenheterna och är låg särskilt på en av sjukhusets enheter, vilket kan indikera att patienternas behov av stöd avseende nutrition underskattas. Användning av nasogastrisk sond och TPN skiljer också mellan enheterna. Resultaten indikerar behov av förbättringsarbete och vaksamhet kring nutritionsfrågor i samband med akut stroke.

Logopedi

- Skillnaderna mellan sjukhusen i hur stor andel av patienterna som bedöms av logoped inom 48h har minskat under 2018.
- Att logopederna delvis själva registrerar i Väststroke har bidragit till bättre dokumentation av patienternas fortsatta behov av logopedkontakt efter utskrivning
- En tredjedel av de strokepatienter som bedöms av logoped är inte kommunikativt självständiga vid ankomst. Detta ställer krav på vården för att kunna upprätthålla patientens autonomi och delaktighet.
- Drygt en fjärdedel skrivs ut från strokeenheten med rekommendationer om konsistensanpassad mat eller kompletterande nutritionssätt. Det är möjligt att denna grupp med ät- och sväljsvårigheter skulle bli mindre med mer aktiva rehabiliterande åtgärder. Idag erbjuds oftast bara konsistensanpassning och sällan funktionsträning.

Arbetsterapi & Fysioterapi

- Efter en stroke kan funktion, aktivitet och delaktighet påverkas. Vid utskrivning från sjukhus har ca 40 % behov av hjälp i personlig vård, 25 % vid förflyttningar och 30 % vid gång. Hälften (ca 50 %) har kvarstående arm-handproblematik. Därför är rehabilitering på sjukhus viktigt, men det är också högst angeläget att identifiera och överrapportera behov av fortsatt rehabilitering efter utskrivning.
- Kognitionen har stor betydelse för ADL och därför är det angeläget att patienten får genomgå en kognitiv bedömning. Väststroke har genom åren uppmärksammat skillnader mellan enheterna gällande kognitiv bedömning, så även i 2019 års rapport. Kognition är ett arbetsområde i fokus och kräver fortsatt utvecklingsarbete.
- I samband med insjuknande i TIA och stroke får en majoritet av patienterna hälsosamtal om fysisk aktivitet och information om mental trötthet av fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter på strokeenheterna. Cirka hälften av patienterna är fysiskt inaktiva före insjuknande i stroke och TIA. Alla patienter där det är lämpligt, får råd om fysisk aktivitet och träning samt erbjuds Fysisk aktivitet på Recept (FaR) efter TIA och stroke.
- Under 2019 har arbete med att förtydliga manualen i Väststroke, workshops om kognition och implementering av rutiner om Arm & Hand, Postural kontroll & Gång, Daglig aktivitet och Kognition pågått för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom stroke. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har fortsatt registrera i Väststroke under 2020.

Uppföljning efter 3 månader

- Såväl dödsfall som återinsjuknandet i ny stroke inom 90 dagar är mycket lågt jämfört med tidigare redovisade nationella och internationella data.
- En stor andel av patienter med stroke/TIA söker akut vård på sjukhus under de närmaste 90 dagarna efter utskrivningen från sjukhus. Orsakerna behöver analyseras, och åtgärder bör vidtas för att minska detta.

Innehåll

Syfte, organisation	5
Resultat	
Patientsammansättning	6
Prehospital vård	8
Vård på strokeenhet	17
Logopedi	26
Arbetsterapi	33
Fysioterapi	39
Uppföljning efter 3 månader	45
Kvalitetsarbete och forskning	50
Appendix	
Styrgruppens sammansättning	53
Variabler med bortfall $\geq 15\%$	54

REGISTRET VÄSTSTROKE

Rapport för 2019

Syfte

Det nationella kvalitetsregistret Riksstroke utgör ett viktigt stöd för utveckling och kvalitetssäkring av den akuta strokevården på sjukhus. För det lokala verksamhetsnära arbetet med utveckling och kvalitetssäkring finns dock behov av mer detaljerade data än vad Riksstroke kan ge. Syftet med det lokala kvalitetsregistret Väststroke är att ge underlag för utveckling och kvalitetssäkring av hela vårdkedjan vid stroke genom att komplettera Riksstroke med processmått och utfallsmått som speglar den multidisciplinära vårdkedjan från de tidiga prehospitla insatserna till fortsatt vård efter utskrivning från akutsjukhuset.

Organisation

Registret omfattar patienter som vårdas på strokeenhet vid SU, på grund av stroke eller TIA. Indikatorerna har tagits fram av en multidisciplinär arbetsgrupp. Eftersom registret kompletterar Riksstroke registreras inga variabler som redan finns i Riksstroke utöver det som är nödvändigt för samkörning (dvs. personnummer och insjuknandedatum).

Registret är länkat till patientjournalen i Melior genom en applikation som är utvecklad av VGR-IT. Data lagras på VGRs servrar. Registret styrs och utvecklas av en styrgrupp med representanter för Strokecentrum Väst, de ingående strokeenheterna, prehospital vård, regionala strokerådet samt disciplinerna medicin, neurologi, omvårdnad, logopedi, arbetsterapi och fysioterapi.

Process- och utfallsmått för prehospital vård, vård på strokeenhet, och uppföljning efter 3 månader extraheras ur patientjournalen och registreras av registersjuksköterskor som även kontakter patienterna per telefon efter 3 månader för att minimera bortfallet. Process- och utfallsmått för logopedi, arbetsterapi och fysioterapi registreras direkt av de terapeuter som vårdar patienten.

Den aktuella rapporten

Den aktuella rapporten omfattar patienter som vårdats med diagnosen stroke eller TIA på strokeenheterna vid SU under 2019. Syftet med rapporten är att ge ett underlag som kan användas för att identifiera förbättringsområden för vidare analys och kvalitetsarbete. Rapporten innehåller även en sammanställning av hur registerdata från Väststroke har använts för kvalitetsutveckling och forskning. De föregående rapporterna och ytterligare dokumentation om registret finns på

<https://www.gu.se/strokecentrumvast/vaststroke>

Patientsammansättning

I tabell 1 anges kliniska karakteristika för registrerade patienter uppdelat på SU:s strokeenheter. Patienter som har flyttats mellan SU:s strokeenheter under ett vårdtillfälle redovisas under den enhet där vårdtillfället har avslutats. Under 2019 har totalt 1972 patienter med stroke- eller TIA-diagnos vårdats på SU:s strokeenheter. Sju procent av dessa (136 st.) flyttades mellan minst två av SU:s strokeenheter under vårdtillfället, flertalet av dessa (112 st.) från Sahlgrenska till Mölndal eller Östra för fortsatt strokeenhetsvård efter att initial akut behandling givits. Vid 257 (25 %) vårdtillfällen som avslutades på strokeenheten Sahlgrenska överfördes patienten för fortsatt vård på hemsjukhus i eller utanför regionen.

Tabell 1. Kliniska karakteristika för patienter som registrerats i Väststroke 2019

	Strokeenheten Sahlgrenska	Strokeenheten Östra	Strokeenheten Mölndal
Antal registrerade	1044	523	405
Antal män, n (%)	582 (55,7)	279 (53,3)	201 (49,6)
Ålder, medelvärde (SD)	71,9 (15,0)	75,9 (11,4)	77,2 (11,4)
Stroke, n (%)	843 (80,7)	398 (76,1)	248 (61,2)
Ischemisk stroke, n (%) ^a	724 (85,8)	351 (88,1)	225 (90,7))
Hemorragisk stroke, n (%) ^a	109 (12,9)	46 (11,6)	20 (8,1)
Stroke av okänd typ (I64), n (%) ^a	10 (1,1)	1 (0,2)	3 (1,2)
TIA, n (%)	182 (17,4)	112 (21,4)	128 (31,6)
Amaurosis fugax, n (%)	19 (1,8)	13 (3,2)	27 (6,7)
Retinal infarkt, n (%)	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)
NIHSS vid ankomst, median	5,0	2,0	0,0
NIHSS uppgift saknas, n (%) ^b	80 (9,3)	73 (17,8)	101 (36,5)
Drabbat kärlområde ^c			
Bakre cirkulationen	246 (27,1)	115 (24,8)	94 (25,0)
Främre cirkulationen	680 (75,0)	341 (73,6)	268 (71,2)
Ej möjligt att klassificera	21 (2,3)	33 (7,1)	33(8,8)

^aAndel av total stroke

^bNIHSS=NIH Stroke Scale, mått på stokens svårighetsgrad. Andelen där uppgift saknas är större för patienter som vårdats på Mölndals sjukhus, vilket delvis kan förklaras av en kombination av fler patienter med TIA, amaurosis fugax och retinal infarkt som inte har neurologiska symtom vid ankomst till sjukhus.

^cPatienter med ischemisk stroke eller TIA. En patient kan ha flera drabbade kärlområden.

Det totala antalet vårdtillfällen för stroke eller TIA på SU har legat relativt stabilt med ca 1900–2000 patienter sedan första årsrapporten 2015. Liksom tidigare år skiljer sig enheterna något åt vad gäller ålder, kön, och andel med TIA och typ av stroke. Patienterna som vårdas på strokeenheten Sahlgrenska är något yngre, har något svårare stroke och större andel

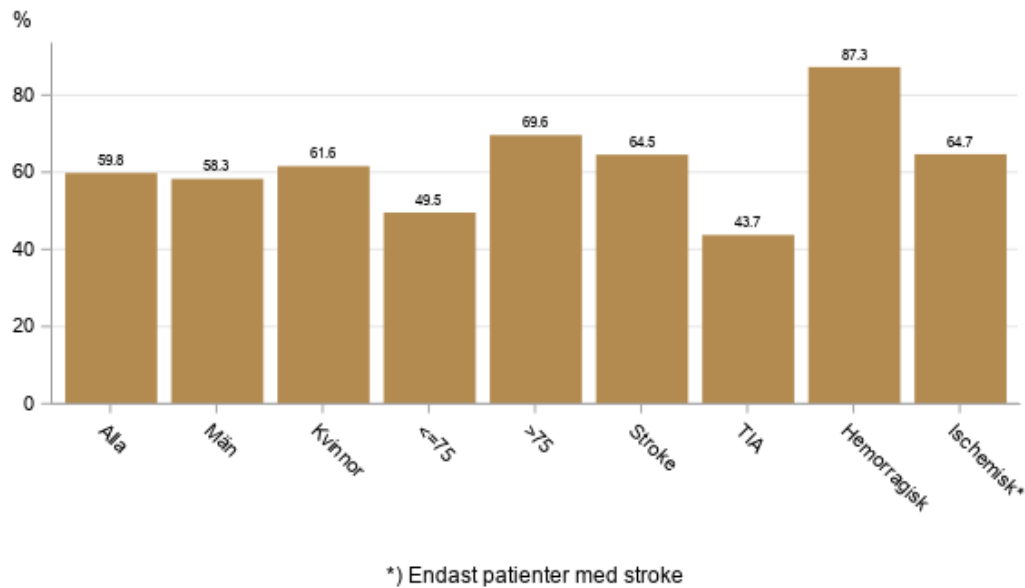
hemorragiska stroke. Strokeenheten Mölndal har en högre andel TIA och Amaurosis fugax (TIA som drabbar ögat) vilket delvis, men inte helt, förklaras av att enheten tar emot en större andel patienter med ögonsymptom som primärt sökt ögonkliniken som är lokaliserad till Mölndals sjukhus.

Andelen registreringar där data saknas är generellt sett låg. För majoriteten av variablerna är bortfallet <15 %. Några variabler sticker ut med högt bortfall jämfört med övriga; NIHSS på Mölndals sjukhus (36%), blodtryck vid utskrivning på Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset (32 % respektive 27%) samt variablerna för arbetsterapi på Mölndals sjukhus. Variabler med bortfall ≥ 15 % redovisas i appendix sist i rapporten.

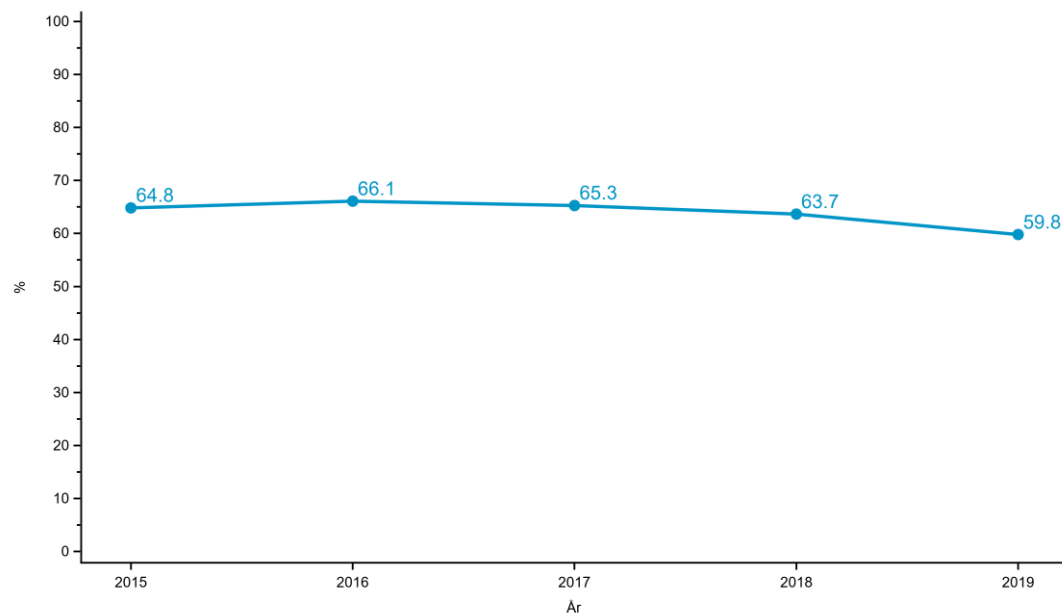
Prehospital vård

Totalt väljer knappt två tredjedelar av patienterna med stroke/TIA att transporteras med ambulans, 64 % för stroke och 44 % för TIA. Andelen är högre för kvinnor jämfört med män, för äldre jämfört med yngre och för hemorragisk jämfört med ischemisk stroke (figur 1). Andelen med stroke/TIA som transporteras med ambulans tenderar att minska något över tid och är 6% lägre 2019 jämfört med 2016 (figur 2).

Figur 1. Andel patienter transporterade med ambulans 2019



Figur 2. Andel patienter transporterade med ambulans 2015–2019.



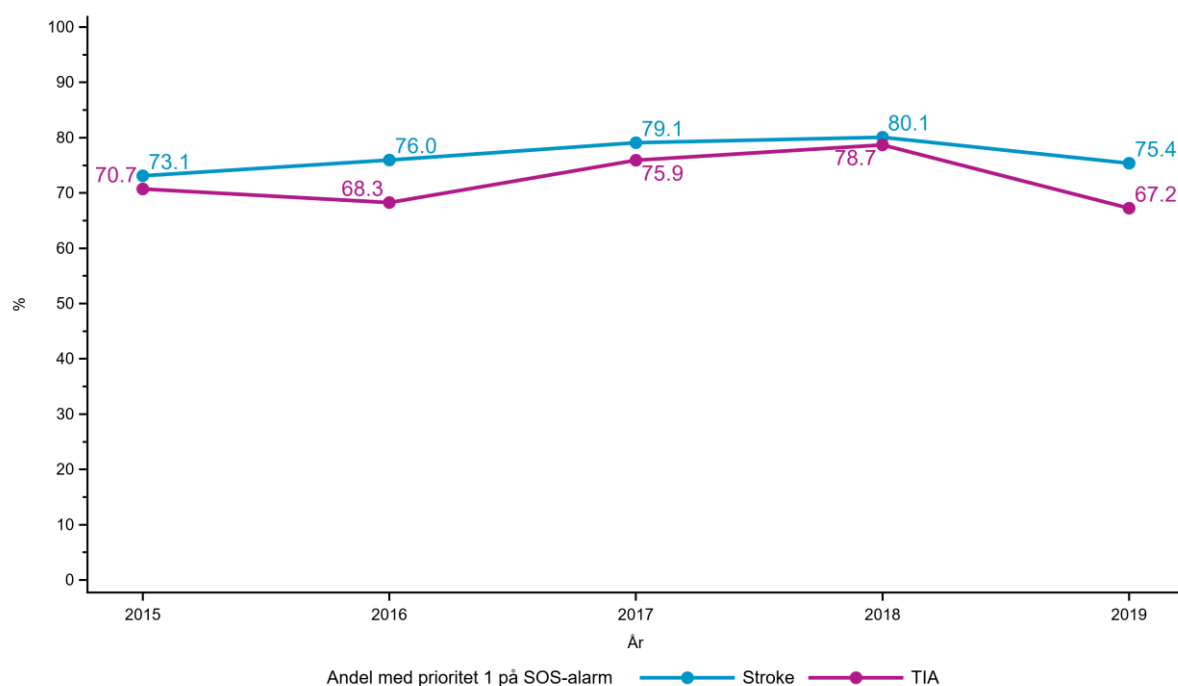
Kommentar: Majoriteten av fall med stroke/TIA transporteras med ambulans. Andelen tenderar dock att minska sedan 2016. Orsaken till detta är inte känd. En aktuell sammanställning antyder att personer som invandrat till Sverige tenderar att ringa efter ambulans i lägre grad.

Prioritering och misstanke om stroke

Prioritering på Larmcentralen

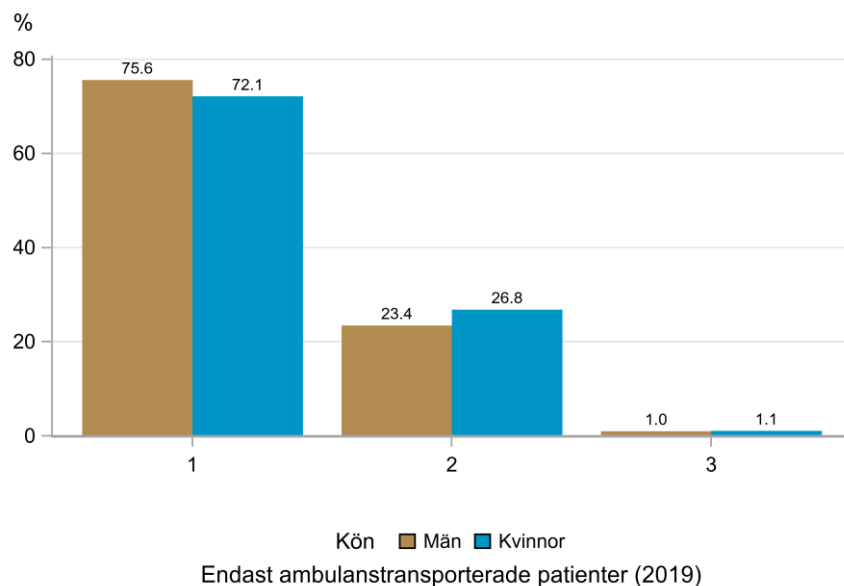
Andelen fall som får prio 1 på Larmcentralen har fluktuerat mellan 70 och 80% under de senaste åren (figur 3).

Figur 3. Andel patienter med prioritet 1 på Larmcentralen 2015–2019.



Andelen fall som får prioritet 1 på Larmcentralen är något lägre vid TIA jämfört med stroke (figur 3) men skiljer sig inte nämnvärt mellan kvinnor och män (figur 4).

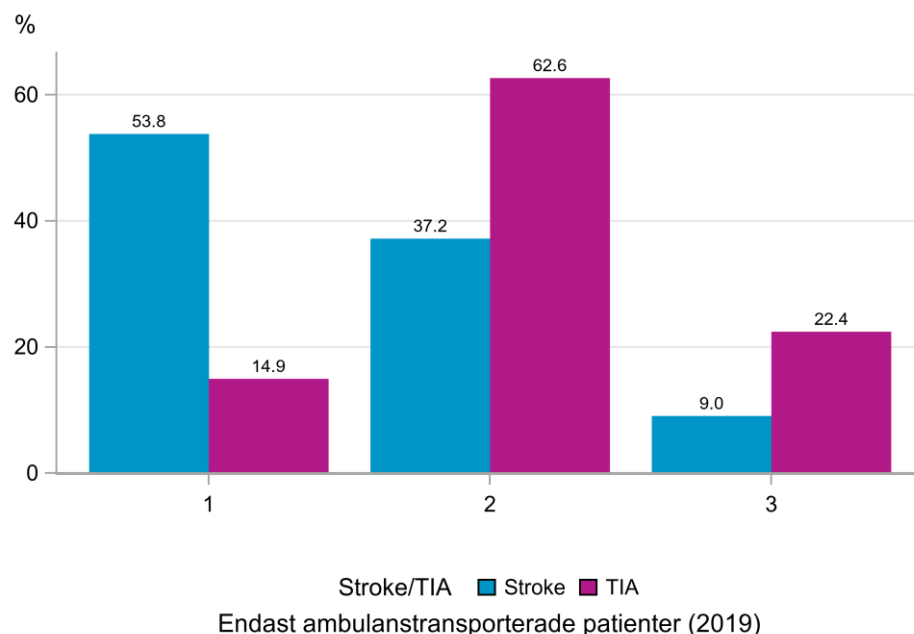
Figur 4. Andel patienter med stroke/TIA med prioritet 1, 2 och 3 på Larmcentralen, uppdelat på kvinnor och män, 2019.



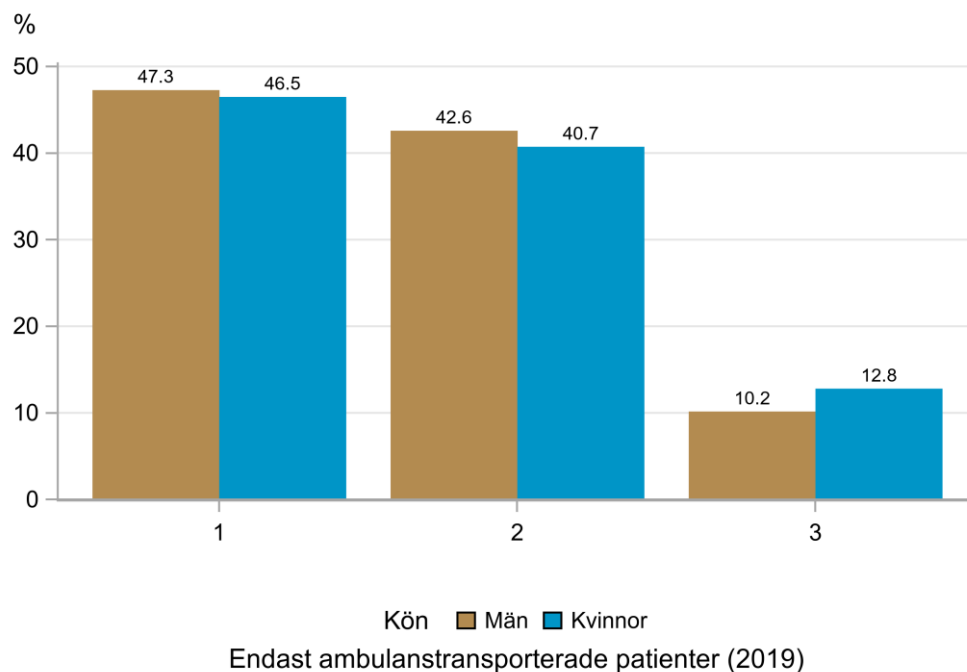
Prioritering i ambulans

Prioriteringen i ambulans skiljer sig dock påtagligt mellan stroke och TIA med en betydligt högre prioritering för stroke (figur 5). Även männen får en något högre prioritering i ambulansen jämfört med kvinnor, men skillnaderna är små (figur 6).

Figur 5. Andel med prioritet 1, 2 och 3 i ambulans, uppdelat på stroke och TIA-diagnos, 2019.

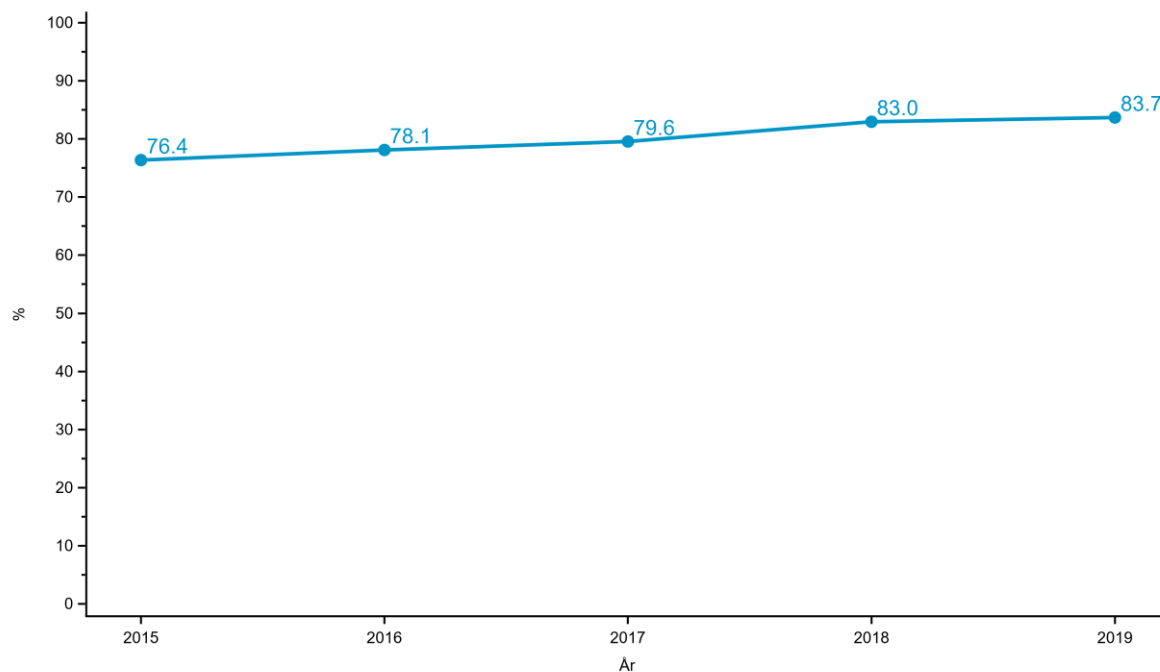


Figur 6. Andel patienter med stroke/TIA med prioritet 1, 2 och 3 i ambulans, uppdelat på män och kvinnor, 2019



Andelen fall, bland dem med slutdiagnosen stroke/TIA, där ambulanspersonalen misstänker stroke/TIA redan i ambulansen har ökat från 76,4 % 2015 till 83,7 % 2019 (figur 7).

Figur 7. Andel patienter där ambulanspersonalen misstänker stroke eller TIA, 2015–2019



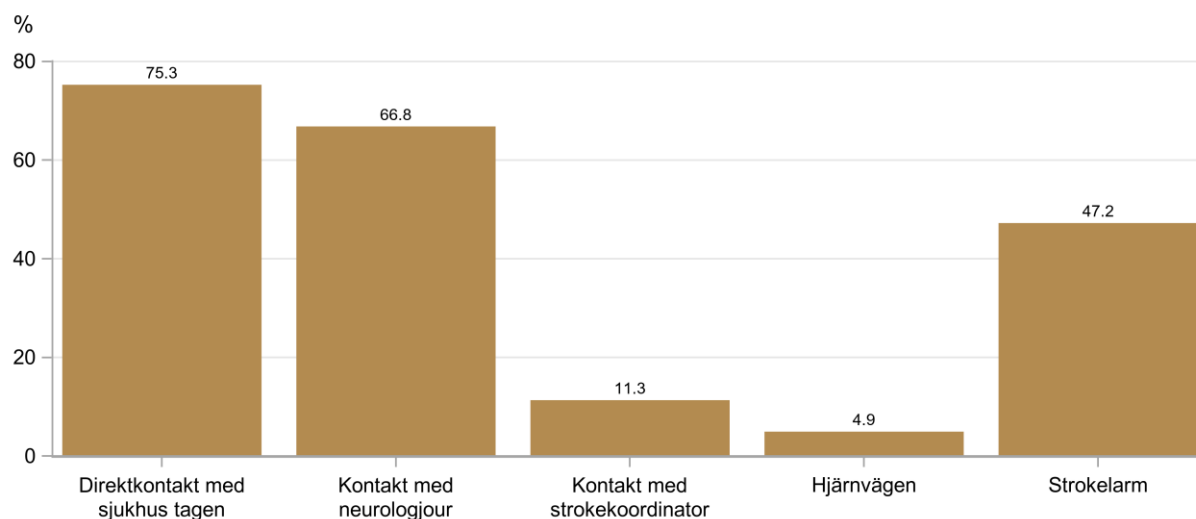
Kommentar: Efter att ha noterat en successiv ökning av andelen fall som får prio 1 på SOS fram till 2018 så ses en fallande trend det senaste året. Orsaken till detta är oklar.

Att en ökande andel av fallen med stroke/TIA upptäcks redan i ambulansen är glädjande. År 2019 fanns misstanke om diagnosen redan i ambulansen hos nästan 84 % av de patienter som erhöll slutdiagnosen stroke/TIA. Det är imponerande och andelen förväntas inte kunna öka nämnvärt.

Ambulanspersonalens åtgärder

Tidig kontakt mellan prehospital vård och akutsjukhuset är viktig för att aktivera sjukhusets vårdkedjor. I gruppen där det förelåg misstanke om stroke/TIA före ankomst till sjukhus togs direktkontakt med sjukhuset i 75 % av fallen. I majoriteten av dessa fall handlar det om kontakt med neurologjour på Sahlgrenska (figur 8). I några fall har kontakt tagits med både neurologjour och strokekoordinator. Totalt sett förefaller andelen där direktkontakt med sjukhuset tagits då misstanke om stroke/TIA har förelegat att ligga relativt stabilt under de senaste åren.

Figur 8. Andel transporter som föranledde direktkontakt med sjukhuset bland fall där det förelåg en initial misstanke om stroke/TIA 2019.

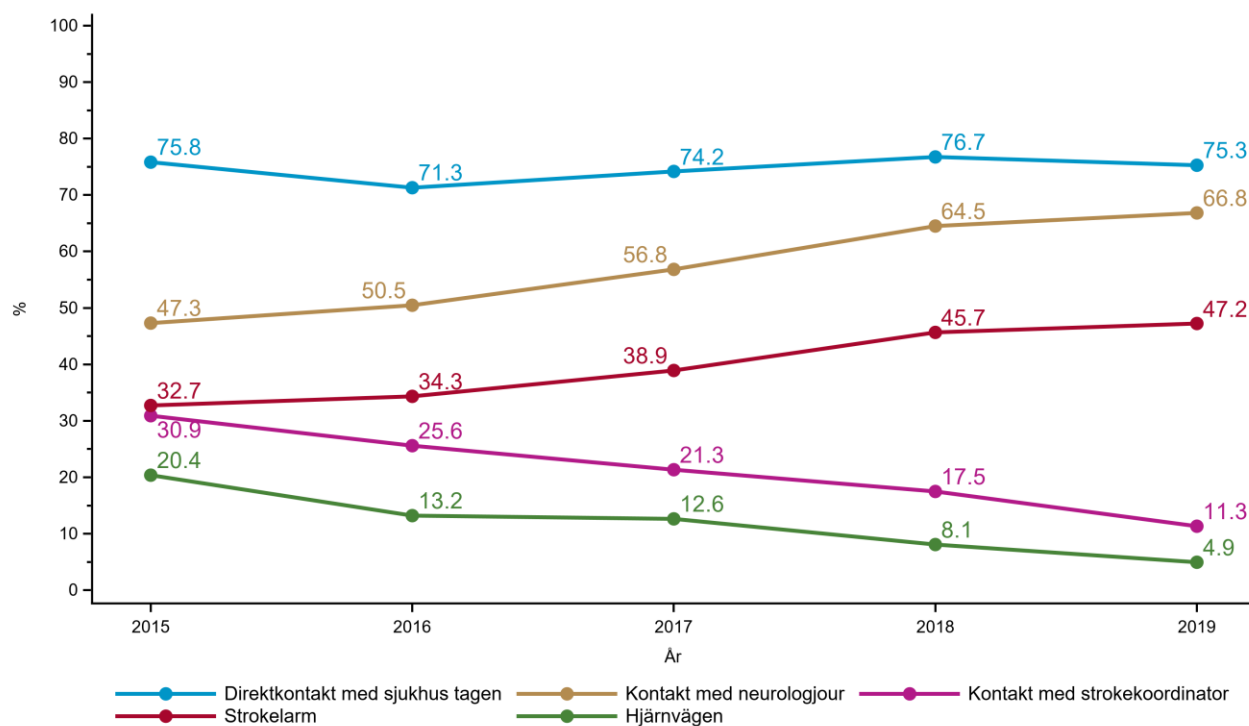


Endast patienter där man misstänker stroke/TIA

Direktkontakt med sjukhus tagen; minst ett av alternativen för direktkontakt med sjukhus har använts

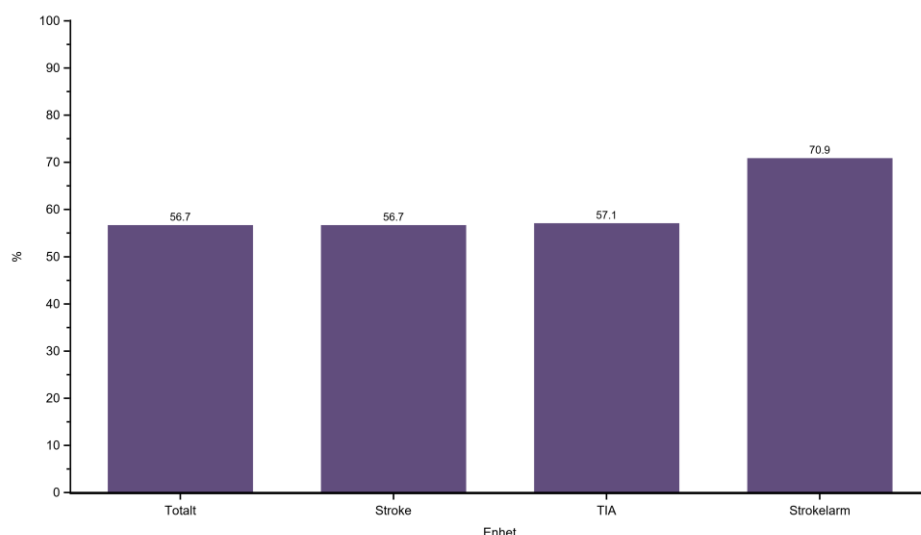
Medan antalet fall med strolalarm har ökat kraftigt så har antalet fall som lagts in direkt på strokeavdelning via ambulans (Hjärnvägen) reducerats med ca 75 % sedan 2015 (figur 9).

Figur 9. Andel transporter där direktkontakt med sjukhuset togs, bland fall där det förelåg misstanke om stroke/ TIA, samt vilka typer av kontakt som togs, 2015–2019.



Kommentar: Direktkontakt med sjukhuset för patienter med misstänkt stroke/TIA skulle kunna utnyttjas oftare. Det faktum att antalet strolalarm har ökat är dock glädjande och speglar sannolikt en ökande effektivitet i den tidiga vårdkedjan. Orsaken till att andelen fall som direktinläggs på strokeavdelningen via ambulans, d.v.s. Hjärnvägen, har minskat så dramatiskt (från 20,4 % 2015 till 4,9 % 2019) är hittills inte helt klarlagd. Platsbrist på strokeenheterna spelar sannolikt en viktig roll. Vi vet inte heller varför kontakt med strokekoordinatorn minskar.

Figur 10. Andel ambulanstransporterade patienter med stroke/ TIA diagnos där ambulanspersonalen dokumenterat resultat från undersökning enligt strokesymtomskalan modifierad NIHSS, under 2019



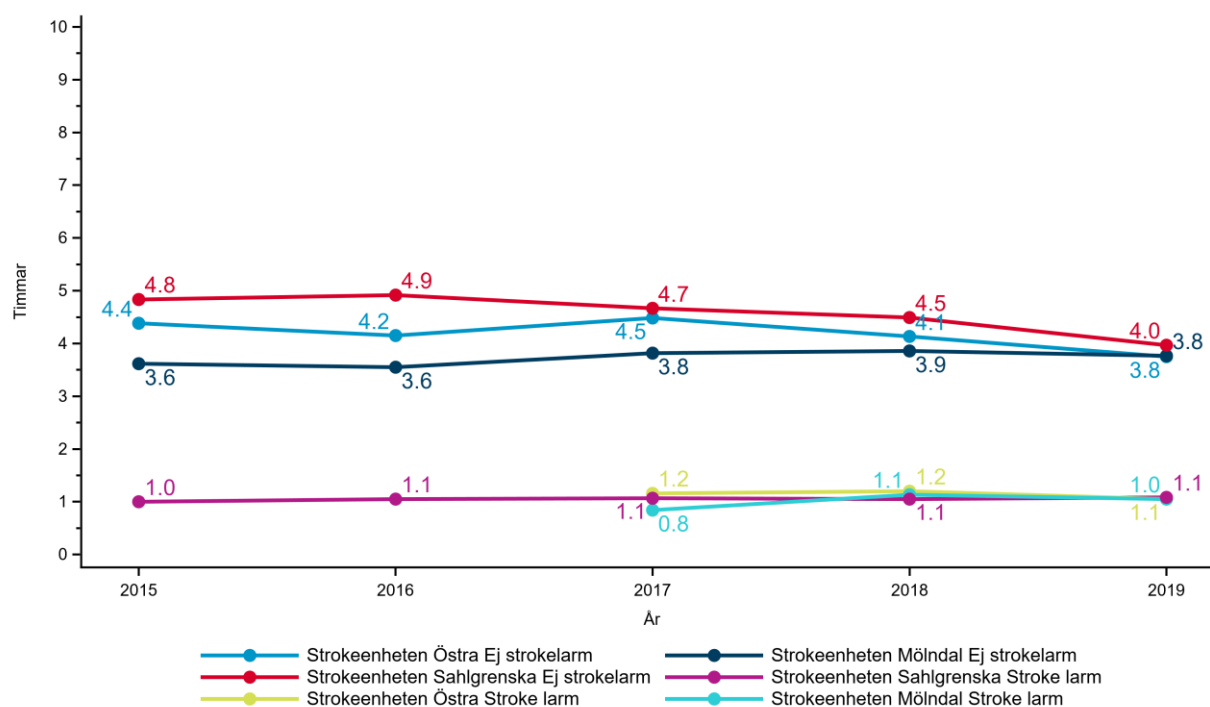
Kommentar: Bedömning enligt modifierad NIHSS har gjorts i drygt hälften av fallen med TIA/stroke. Detta skall relateras till att NIHSS är för ambulanspersonalen ett relativt nytt bedömningsinstrument. Jämfört med tidigare erfarenheter är nyttjandet av modifierad NIHSS i ökande vilket är glädjande.

Ledtider

Tiden från första sjukvårdskontakt (larm) till undersökning med datortomografi hjärna på sjukhus illustreras i figur 11 i olika subgrupper. Mediantiden är relativt oförändrad i de olika grupperna. Denna ledtid brukar kallas för systemfördröjning. Denna tid är allra längst på strokeenheten på Sahlgrenska sjukhuset när det ej föreligger trombolys larm (median cirka 4 timmar), medan den är kortast på strokeenheten Sahlgrenska sjukhuset när det föreligger trombolyslarm (median cirka 1 timme).

För 2017–2019 redovisas även ”strokalarm Mölndal” och ”strokalarm Östra” (turkos respektive grön markering i figur 11) för de patienter som enligt en ny rutin 2017 kommer med ambulans på strokelarm till datortomografen på Sahlgrenska och som sedan direkt överförs till strokeenheterna på Östra respektive Mölndal efter att strokelarmet har avblåsts.

Figur 11. Ambulanstransporterade patienter med stroke- eller TIA-diagnos; Mediantid från utlarmning (SOS) till undersökning med datortomografi av hjärnan uppdelat på strokeenhet och strokalarm 2015–2019.

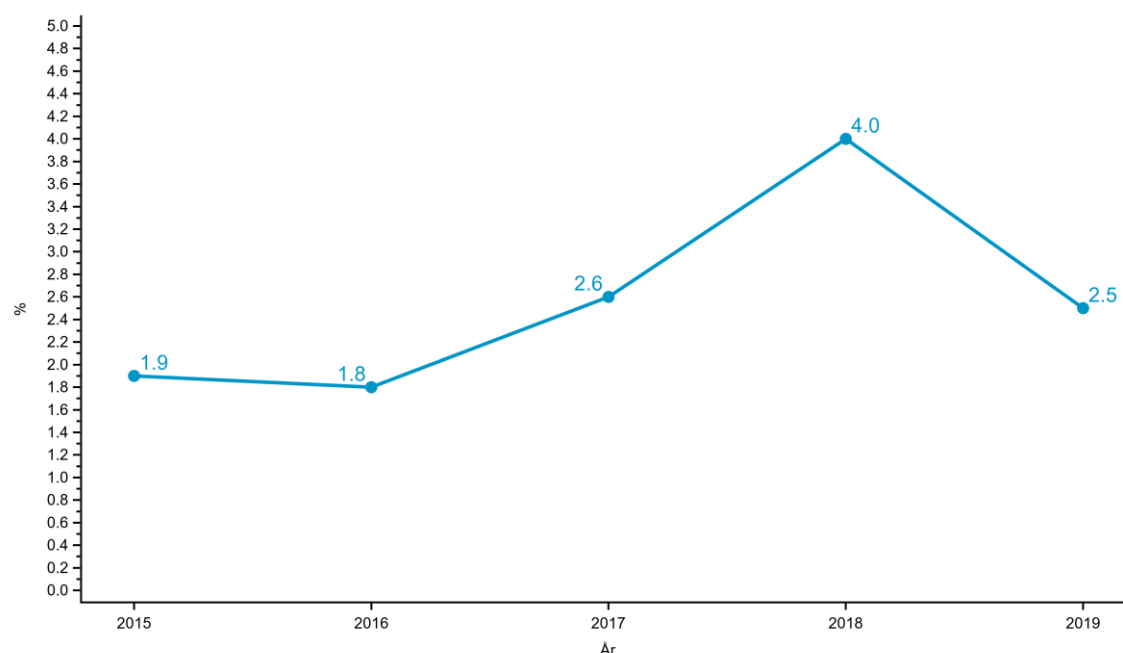


Kommentar: Vid strokalarm är mediantiden från utlarmning till datortomografi av hjärnan endast en timme, vilket får anses som ett gott resultat. Denna så kallade systemfördröjningen tycks vara relativt stabil över tid. För patienter som inte inkommer på strokalarm är tiden från utlarmning till datortomografi ca 3 timmar längre. Även dessa ledtider är relativt stabila över tid med endast små skillnader mellan strokeenheterna. En tendens till minskande ledtider noteras på Sahlgreńska bland de fall där det inte föreligger ett strokalarm.

Avbrutna ambulanstransporter

Med avbrutna transporter avses att Larmcentralen skickat en ambulans och att ambulanspersonalen har varit framme hos patienten men gjort bedömningen att patienten inte behöver åka ambulans direkt till sjukhus. Patienten har senare kommit till sjukhus på annat sätt, och vårdats på strokeenhet och fått slutdiagnos stroke/TIA. Det finns två principiella orsaker till så kallad avbruten ambulanstransport: 1) Ambulanspersonalen misstänker inte en underliggande allvarlig sjukdom som kräver direkt transport till sjukhus; 2) Patienten vill inte åka ambulans.

Figur 12. Andel patienter med slutdiagnos stroke/ TIA som haft en avbruten ambulanstransport 2015–2019.



Kommentar: Andelen fall som inte transporteras direkt till sjukhus med ambulans efter bedömning av ambulanssjuksköterskan är ca 3 % av samtliga fall. Dessa fall är nu noggrant kartlagda. Många av dessa patienter förefaller ha ospecifika symptom där yrsel och balanssvårigheter utgör ett dominerande inslag. Ca 80 % av de fall där NIHSS bedömts på plats har ett värde på 0 poäng. Mer än hälften av patienterna har en tid från symptomdebut till larm på > 24 timmar. Kompletterande studier pågår och vi har nyligen kartlagt hur stor andel av patienterna som kontaktar ambulanssjukvården på grund av yrsel där orsaken är ett cerebrovaskulärt insjuknande.

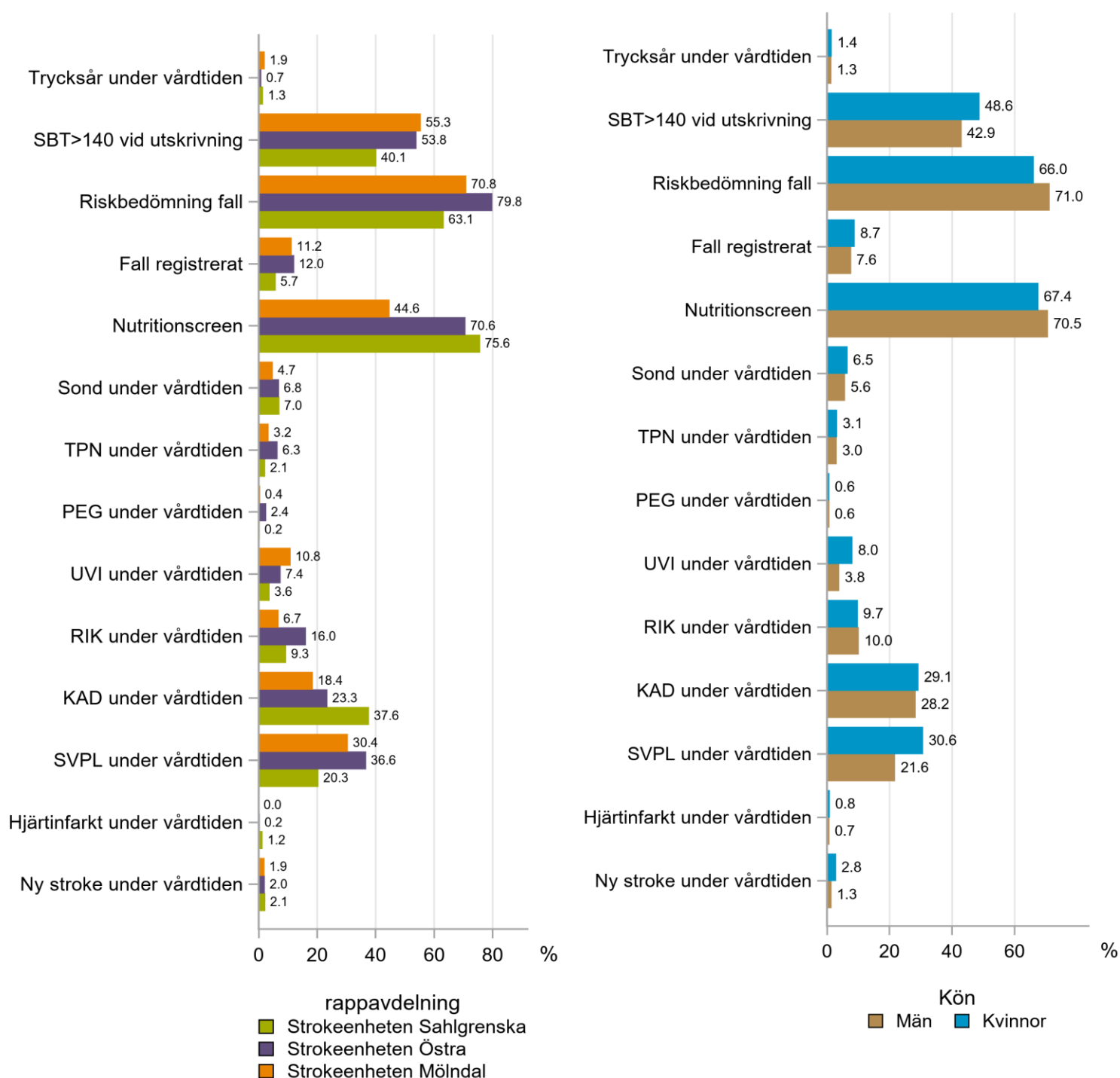
Sammanfattning prehospital vård

- Andelen av stroke/TIA patienter som inkommer med ambulans i samband med det akuta insjuknandet har minskat något under de senaste åren.
- Under 2019 identifierades 5 av 6 (84 %) patienter med stroke/TIA diagnos som stroke/ TIA av ambulanssjuksköterskan redan före ankomst till sjukhus, vilket är utmärkt. Direktkontakt med sjukhuset, för aktivering av de strokespecifika vårdkedjorna, togs för tre fjärdedelar av dessa.
- Antalet strokelarm ökar medan antalen fall som direktinläggs på strokeavdelning via ambulans (Hjärnvägen) minskar, vilket sannolikt är orsakat av platsbrist på strokeenheterna.
- Cirka 3 % av alla patienter med akut stroke eller TIA som ringt 112 transporteras inte direkt till sjukhus med ambulans efter bedömning av ambulanssjuksköterska. Dessa fall har ofta en diffus symptombild och en lång tid från symptomdebut till larm.

Vård på strokeenhet

För såväl utfallsmått som processmått ses skillnader mellan strokeenheterna (figur 13). I viss utsträckning kan detta förklaras av att strokeenheterna delvis har olika uppdrag. Strokeenheten Sahlgrenska har särskilt ansvar för akut reperfusionsbehandling (trombolys och trombektomi), observation av patienter med större blödningar, patienter som genomgått hemikraniektomi och yngre patienter. Det innebär att patienterna som vårdas på strokeenheten Sahlgrenska är något yngre, har något svårare stroke och i större utsträckning skrivs ut för rehabilitering på Högsbo sjukhus.

Figur 13. Patienter med strokediagnos under 2019; process- och utfallsmått som speglar vård på strokeenhet, uppdelade på sjukhus (till vänster) och kön (till höger).



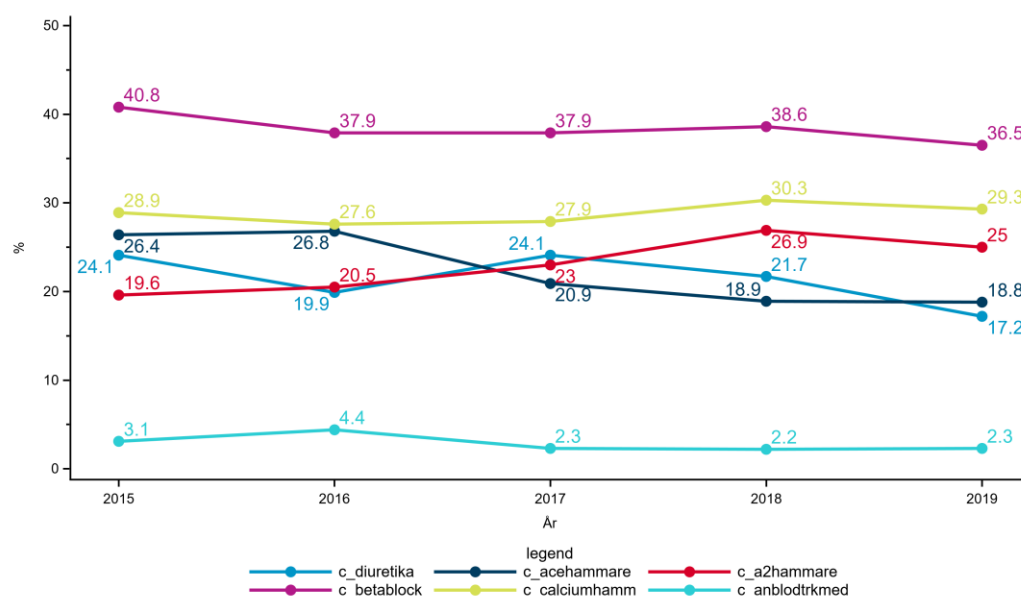
Förkortningar: SBT=systoliskt blodtryck; TPN=total parenteral nutrition; PEG=perkutan endoskopisk gastrostomi; UVI=urinvägsinfektion; RIK= ren intermittent kateterisering; KAD=kvarliggande kateter i urinblåsan; SVPL=samordnad vårdplanering

Trycksår: Trycksår är en komplikation som kan undvikas och målsättningen är givetvis att inga patienter skall utveckla trycksår eftersom de ofta innebär höga kostnader för vården och lidande för dem som drabbas. I Väststroke registreras endast de trycksår som uppkommer under vårdtiden på strokeenheten. Andelen som utvecklade trycksår under 2019 var 1,9 %, 0,7 % och 1,3 % på strokeenheterna Mölndal, Östra och Sahlgrenska vilket är i paritet med föregående 2018 års resultat (0,4 %, 1,2 % och 1,3 % på strokeenheterna Mölndal, Östra och Sahlgrenska).

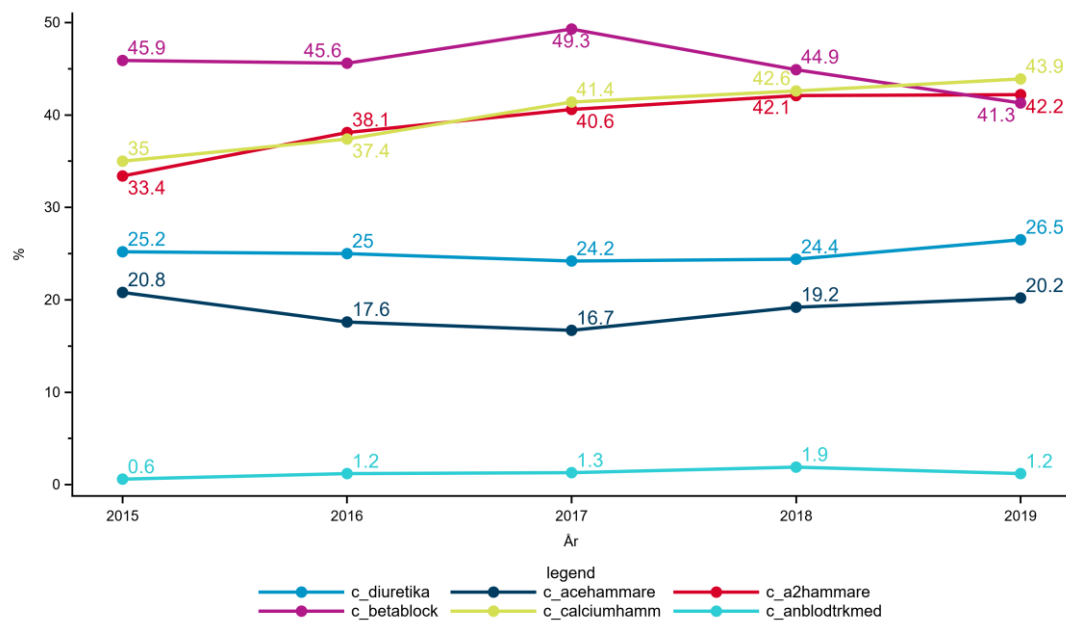
Blodtryck vid utskrivningen: Mellan 40 och 54 % av patienterna hade förhöjt blodtryck vid utskrivning (figur 13). Blodtrycket är dock reflexmässigt förhöjt i samband med akut stroke och sjunker spontant under den första veckan. Eftersom många patienter har korta vårdtider kan man inte förvänta att alla når målblodtryck före utskrivning. För en relativt hög andel (11% Sahlgrenska, 27 % Östra och 32 % Mölndal) saknas blodtrycksmätning dagen för utskrivning. Det är värt att notera att strokeenheten Sahlgrenska har lägre andel med förhöjt blodtryck vid utskrivning, trots att Riksstroke visar att andelen med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning är lägre där jämfört med de andra strokeenheterna.

Typ av antihypertensiva läkemedel vid utskrivning: Adekvat antihypertensiv behandling är en viktig sekundärpreventiva åtgärd efter stroke. Många patienter behöver en kombination av flera olika preparat för att uppnå adekvat blodtryckskontroll. Förskrivningen av antihypertensiv behandling vid utskrivning och då fr.a. Angiotensin 2 hämmare förefaller något högre vid strokeenheten Östra jämfört med övriga två strokeenheter (figur 14–16). En påfallande hög andel patienter behandlas med betablockerare på samtliga enheter. Detta är bara rekommenderat för hypertoni behandling vid samtidig ischemisk hjärtsjukdom och/eller förmaksflimmer. Samtidig hjärtsjukdom är dock vanligt vid stroke vilket sannolikt förklarar denna förskrivning.

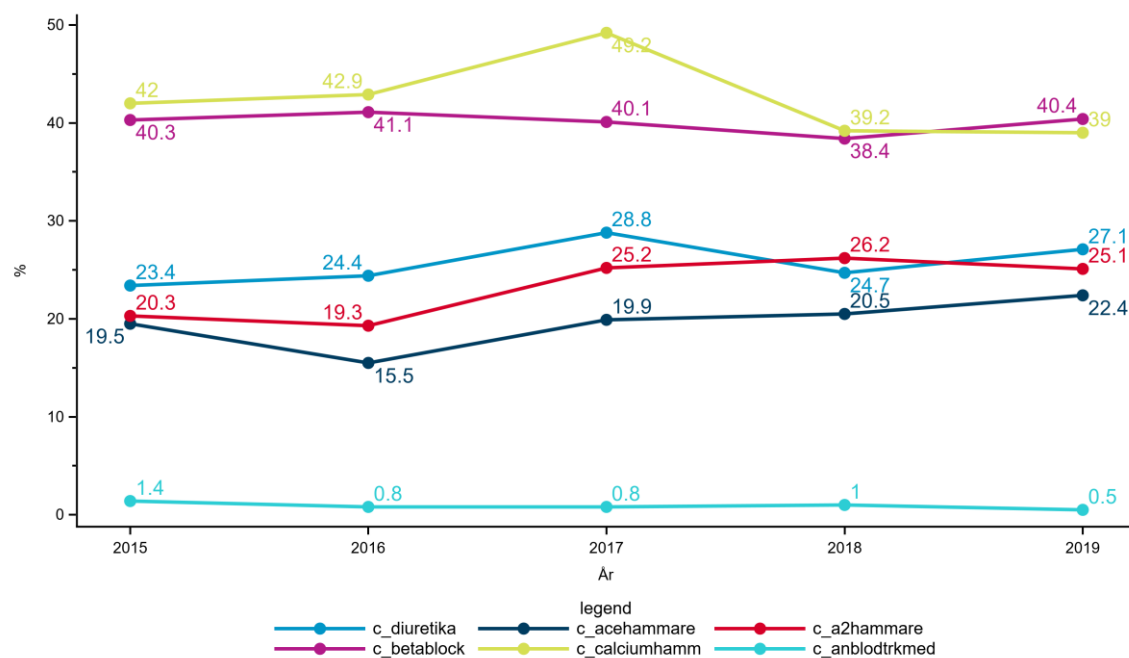
Figur 14. Typ av antihypertensiva läkemedel vid utskrivningen. Andel med respektive läkemedelstyp bland patienter med strokediagnos, strokeenheten Sahlgrenska, 2015–2019



Figur 15. Typ av antihypertensiva läkemedel vid utskrivningen. Andel med respektive läkemedelstyp bland patienter med strokediagnos, strokeenheten Östra, 2015–2019



Figur 16. Typ av antihypertensiva läkemedel vid utskrivningen. Andel med respektive läkemedelstyp bland patienter med strokediagnos, strokeenheten Mölndal, 2015–2019

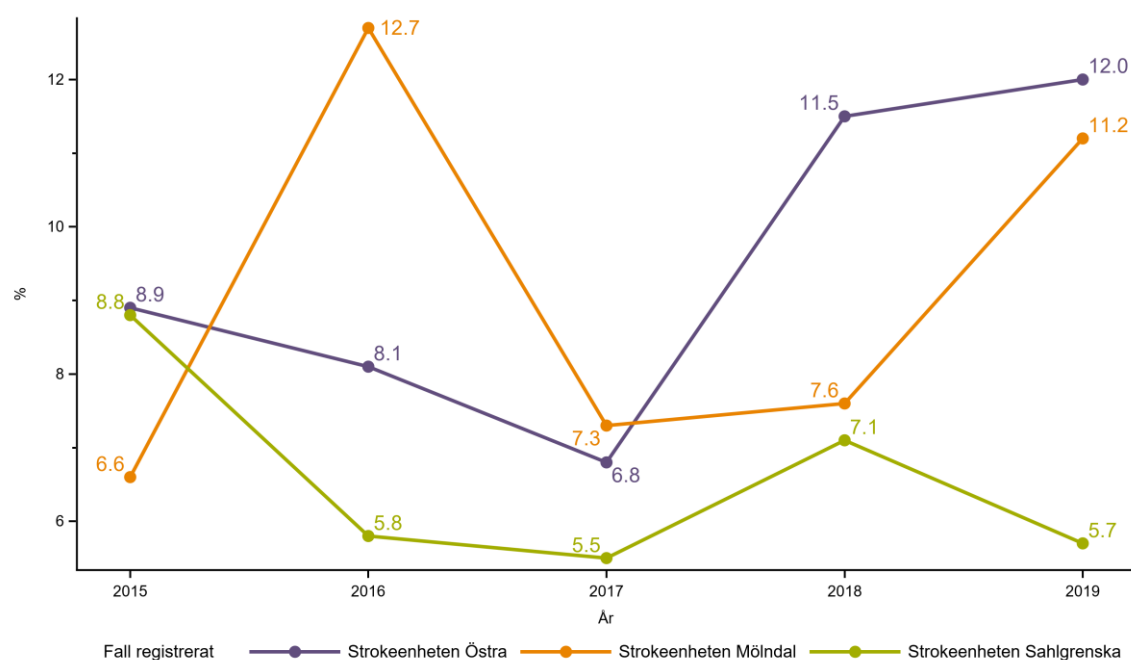


Fall: I samband med stroke är det vanligt med störd balans, syn och/eller motorik i kombination med kognitiv påverkan vilket kraftigt ökar risken för fall. Många av dessa fall inträffar tidigt efter insjuknandet. Riskbedömning "fall" är ett processmått som innebär att sjuksköterskan dokumenterar sin bedömning av patientens risk för fall, vilket utgör en viktig del i det fallförebyggande arbetet.

Fallprevention och strukturerad fallriskbedömning är ett prioriterat område på sjukhuset. Under 2019 fanns det en sådan riskbedömning hos 63 % (SU/Sahlgrenska) till 78 % (SU/Östra) av strokepatienterna vid strokeenheterna (figur 13). Målsättningen är förstås att riskbedömningen skall göras på alla patienter.

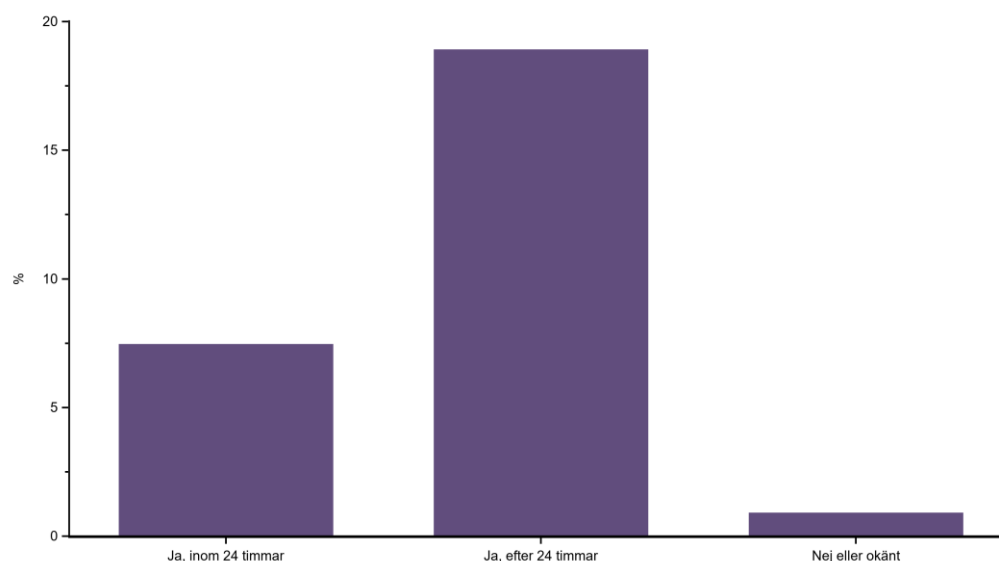
Andelen med minst en dokumenterad fallhändelse är något lägre än de 13–15 % som brukar rapporteras i litteraturen och variationen i antalet fall varierar stort från år till år (figur 17). Detta kan indikera att inte alla fall som sker dokumenteras i journalen. Antal rapporterade fall 2019 har ökat på SU/Östra och SU/Mölndal men minskat på SU/Sahlgrenska jämfört med året innan. Det är svårt att dra slutsatser om orsakerna till ökningen som skulle kunna bero på bättre rapportering av inträffade fallolyckor.

Figur 17. Patienter med stokediagnos; andel med fall dokumenterat i patientjournalen, uppdelad på strokeenhet, 2015–2019



I figur 18 redovisas andel fall uppdelat på om och när fallriskbedömning är utförd. Den högsta andelen fall ses i gruppen där fallriskbedömning genomfördes mer 24 timmar efter inläggning. Resultatet indikerar att de fallriskbedömningar som utförs, görs för sent. Ett arbete för bättre fallprevention bör således koncentreras på att tidigarelägga fallriskbedömningarna istället för att öka antalet, eftersom patienter som inte fått en strukturerad fallriskbedömning har låg risk för fall, dvs sjuksköterskorna kan göra korrekta bedömningar av att låg fallrisk föreligger utan att genomföra en strukturerad bedömning.

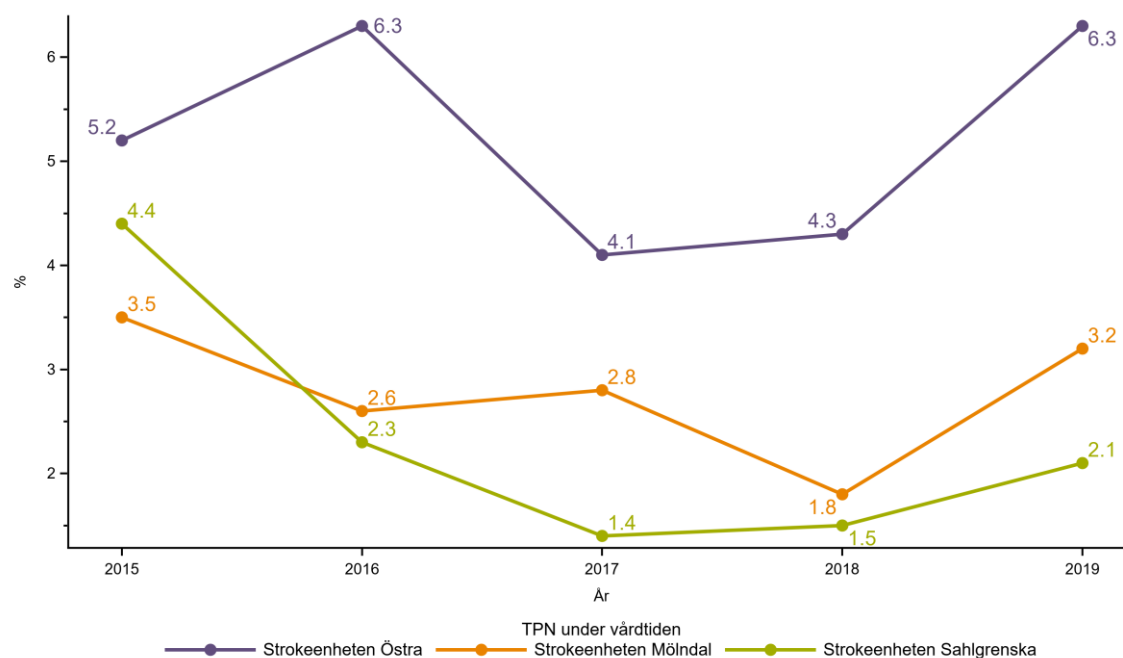
Figur 18. Patienter med strokediagnos; andel med fall dokumenterat i patientjournalen, uppdelad när och om fallriskbedömning var utförd, under 2019



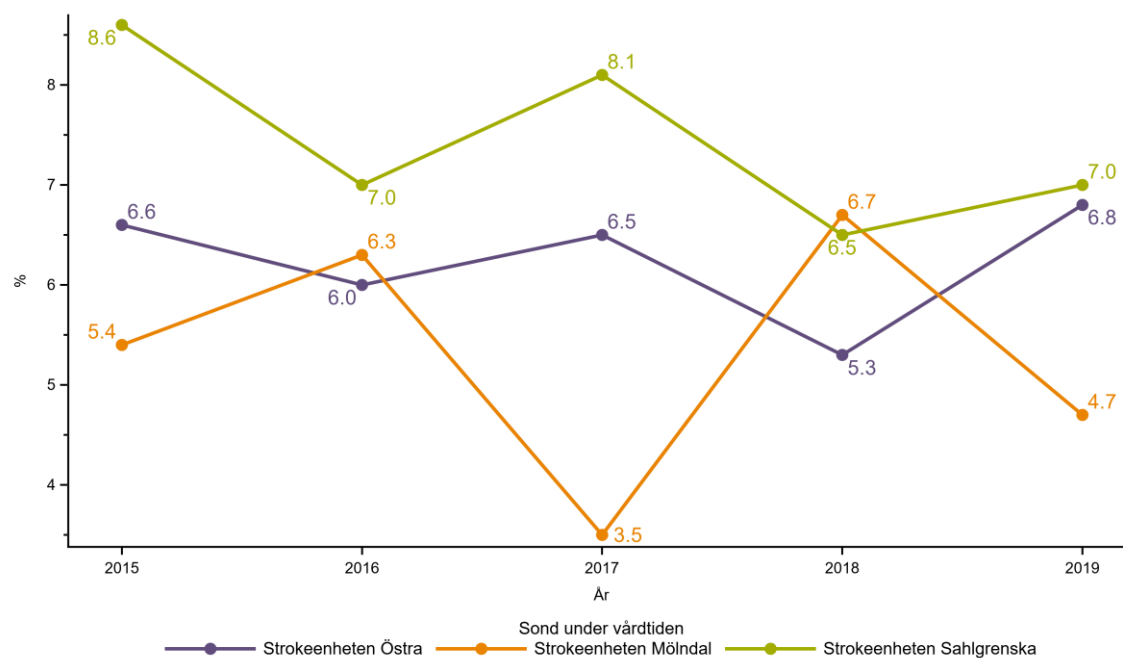
Nutrition: Sväljningssvårigheter är mycket vanligt vid akut stroke och standardbehandling är nutrition via nasogastrisk sond. I undantagsfall kan total parenteral nutrition (TPN) i form av näringsdropp ges under en kort tid, antingen som full nutrition eller som stöd till en patient som delvis kan försörja sig per os vara nödvändig. Ur fysiologisk synvinkel är dock tillförsel av näring genom TPN sämre jämfört med nasogastrisk sond. Personer som får PEG (permanent sond till magsäcken) är oftast de med svårast skada efter stroke.

Andelen patienter med TPN och sond skiljer något mellan strokeenheterna vilket indikerar att arbetssätten mellan enheterna skiljer sig åt vad gäller nutrition i samband med akut stroke. Strokeenheten Östra har över tid högre andel med TPN jämfört med strokeenheten Sahlgrenska (figur 19). Det är dock oklart i vilken utsträckning den TPN som används på strokeenheten utgör full nutrition eller endast stöd till intag peroralt. Användningen av nasogastrisk sond tycks över tid minska på strokeenheten Sahlgrenska, vilket är ett observandum (figur 20). Minskningen, tillsammans med låg användning and TPN kan indikera att nutritionsproblematik uppmärksammas i mindre utsträckning, men skulle även kunna förklaras av mindre svåra stroke och korta vårdtider för patienter som flyttas till något av regionens sjukhus efter det första dygnets akutbehandling.

Figur 19. Patienter med strokediagnos; andel med behandling med total parenteral nutrition (TPN), uppdelad på strokeenhet, 2015–2019.



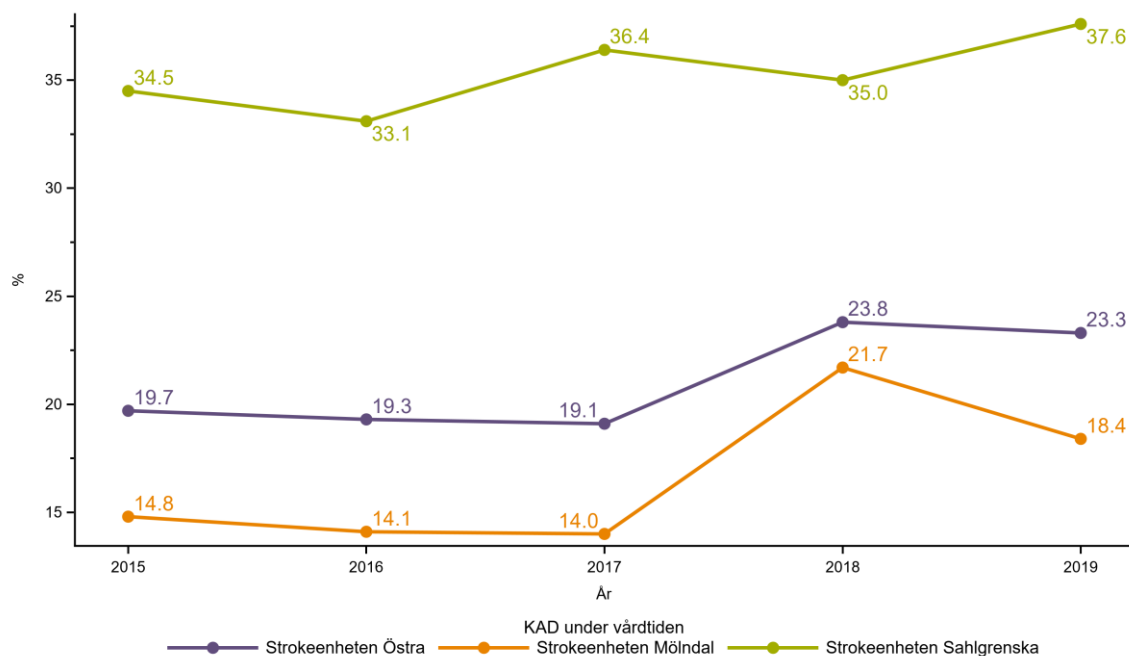
Figur 20. Patienter med strokediagnos; andel med behandling med nasogastrisk sond, uppdelad på strokeenhet, 2015–2019.



Nutritionsscreening: För att minska risken för undernäring under vårdtiden på strokeenheten ska alla patienter vid inläggningen bedömas avseende eventuell nutritionsproblematik. Det ses en stor variation i andelen patienter som bedöms vid strokeenheterna med ca 75 % på strokeenheten Sahlgrenska och endast ca 45 % på strokeenheten Mölndal (figur 13). Bland de som screenas identifieras nutritionsproblem hos 32%, och för dessa finns det en upprättad åtgärdsplan dokumenterar för i stort sett alla (92%). Tyvärr har andelen som screenas sjunkit på alla strokeenheterna sedan 2018. Resultatet indikerar att det finns behov av att öka aktiviteten kring nutritionsfrågor vid strokeenheterna.

Elimination: Nedsättning av förmågan att tömma urinblåsan är vanligt vid akut stroke. Kvarliggande kateter (KAD) i urinblåsan ökar risk för urinvägsinfektion och bör undvikas till förmån för RIK (ren intermitterant katetrisering). Den högre KAD-användningen på Sahlgrenska förklaras av att KAD rutinmässigt ofta sätts kortvarigt i samband med trombeaktomibehandling och neurokirurgiska ingrepp. (Figur 21).

Figur 21. Patienter med stokediagnos; andel med behandling med KAD, uppdelad på strokeenhet, 2015–2019.



Vårdplanering under vårdtiden (SVPL): Den höga andelen patienter med vårdplanering före utskrivning (figur 13) ligger relativt stabilt över tid och avspeglar att en stor andel av patienterna med stroke har kvarstående nytillkomna funktionsnedsättningar med stort behov av stöd och assistans efter utskrivning från sjukhus. Andelen med samordnad vårdplanering på strokeenheten Sahlgrenska är lägre jämfört med övriga sjukhus vilket sannolikt förklaras av att patienterna är något yngre, och i större utsträckning skrivs ut för fortsatt vård på andra strokeenheter eller rehabilitering på Högsbo sjukhus.

Hjärtinfarkt och ny stroke under vårdtiden: Andelen som utvecklar hjärtinfarkt och/eller ny stroke under vårdtiden är låg (figur 13) och väsentligen oförändrad jämfört med tidigare år.

Resultat för kvinnor och män: Det tycks inte finnas några större skillnader mellan kvinnor och män vad gäller de valda indikatorerna för vård på strokeenhet utöver det som kan förväntas med fler kvinnor som drabbas av UVI samt högre andel kvinnor med samordnad vårdplanering innan utskrivning (figur 13).

Sammanfattning vård på strokeenhet

- Förskrivningen av blodtryckssänkande medicinering efter stroke är fortsatt hög.
- Andelen strokepatienter som utvecklar trycksår på sjukhusens strokeenheter är fortsatt låg vilket är glädjande.
- Andel patienter bedöms avseende fallrisk är hög, men kan öka ytterligare och skulle i många fall kunna utföras tidigare efter inskrivning på avdelning. Det fallpreventiva arbetet bör inriktas på att göra fler fallriskbedömningar under det första vård dygnet.
- Aktivitet avseende nutritionsbedömningar varierar starkt mellan strokeenheterna och är låg särskilt på en av sjukhusets enheter, vilket kan indikera att patienternas behov av stöd avseende nutrition underskattas. Användning av nasogastrisk sond och TPN skiljer också mellan enheterna. Resultaten indikerar behov av förbättringsarbete och vaksamhet kring nutritionsfrågor i samband med akut stroke.

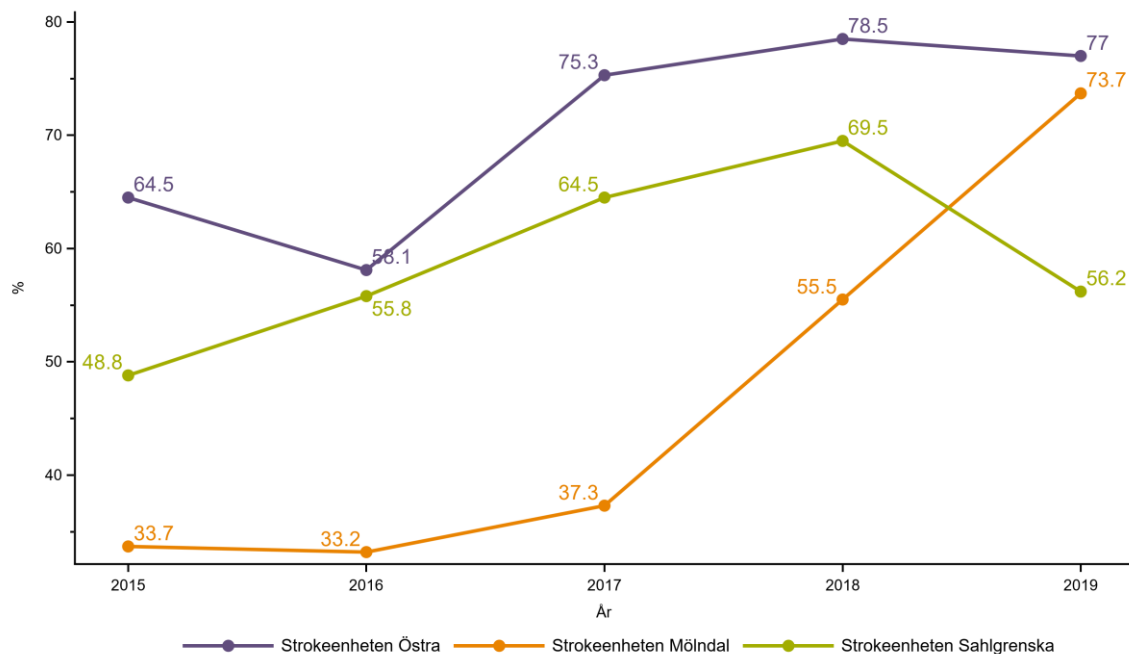
Logopedi

Syftet med den logopediska delen av Väststroke är att kartlägga det tidiga logopediska omhändertagandet av strokepatienter och deras utskrivningsplanering, samt få en klarare bild av hur och i vilken grad strokepatienterna har problem med sin tal- och språkförmåga samt sväljningsförmåga. En annan aspekt är att se om det finns skillnader i det logopediska omhändertagandet mellan sjukhusen.

Logopedbedömning inom 48 timmar

Andel av strokepatienter som träffar en logoped inom 48 timmar skiljer sig mellan sjukhusen, men skillnaden har blivit mindre jämfört med tidigare år (figur 22). Man kan se att förbättringsarbetet som bedrivits på strokeenheten och i logopedernas strokeenhetsgrupp har fått resultat, men att strokeenheten Sahlgrenska 2019 haft svårt att bibehålla sin tidigare stora andel snabba bedömningar.

Figur 22. Patienter med strokediagnos 2015–2019 som erhöll logopedbedömning inom 48 timmar, uppdelat på strokeenhet.

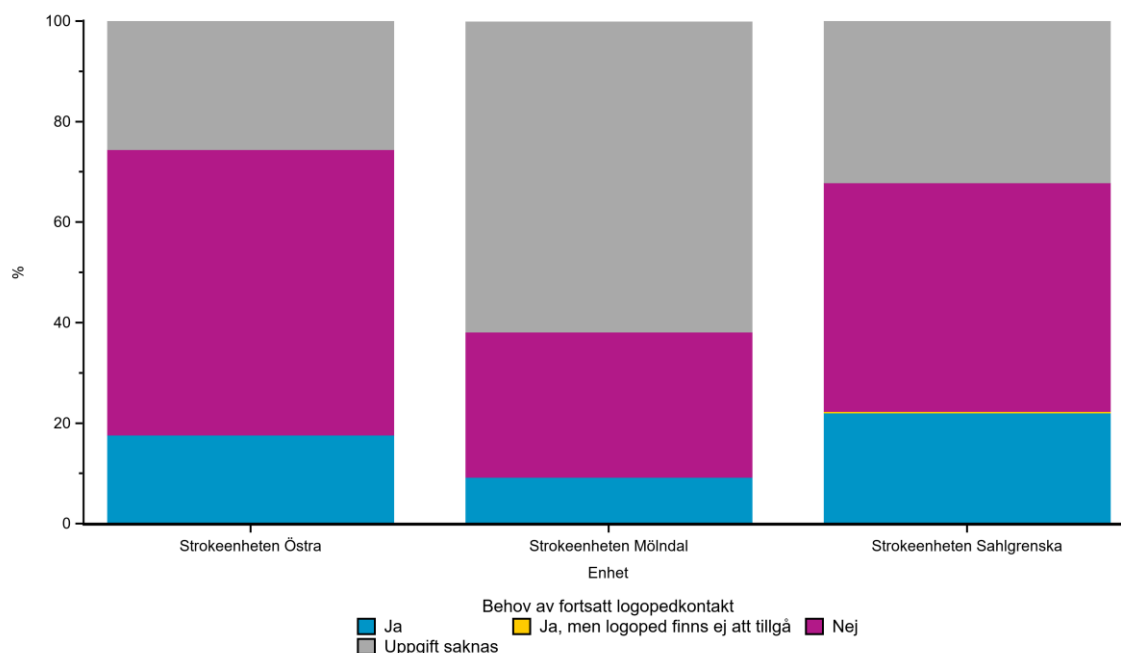


Kommentar: Om man beaktar resultaten från RiksStrokes årsrapport 2019 om hur många patienter som blir logopedbedömda under hela vårdtiden, kan man också se att de flesta patienter som träffar logoped påbörjar den kontakten inom 48 h, endast en mindre andel tillkommer efter 48 h. Tidig bedömning är viktig för att hinna färdigt planeringen inför utskrivning med tanke på att vårdtiderna är korta. Logopederna har inte helgtjänstgöring.

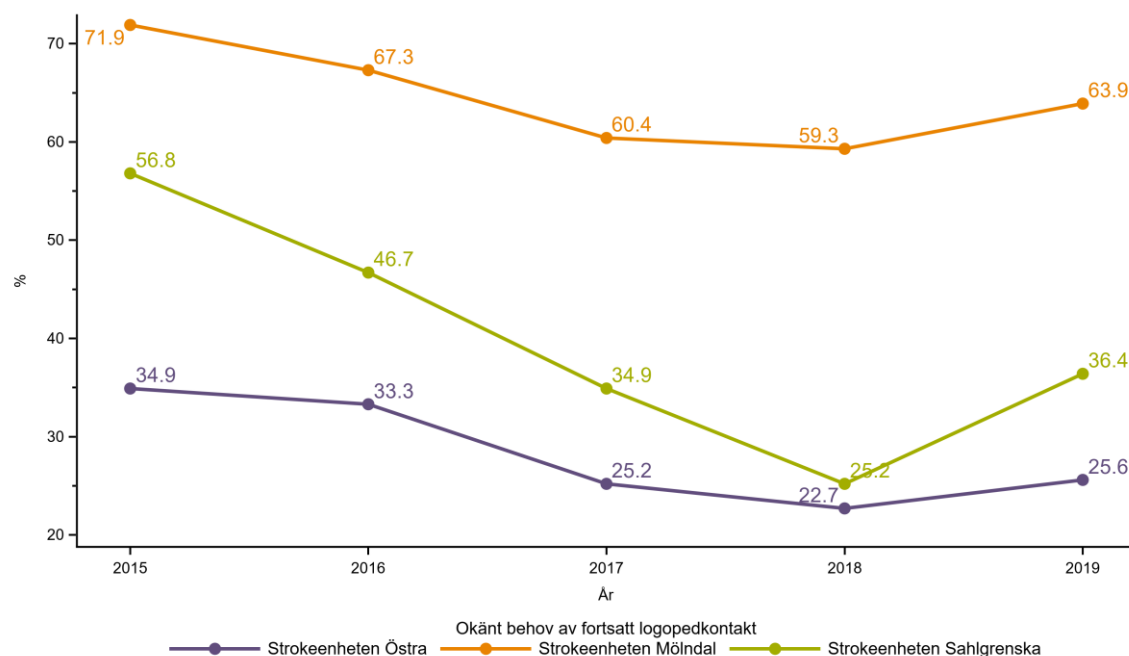
Behov av fortsatt logopedkontakt efter utskrivning från sjukhuset

Variabeln är utformad för att mäta behovet av uppföljning, rådgivning eller rehabilitering hos logoped efter utskrivning, vilket ger underlag för ändamålsenlig dimensionering och allokering av resurser. Patienterna på Sahlgrenska har i högre grad behov av uppföljning efter utskrivning (figur 23). I en relativt hög andel journaler finns ingen dokumentation om behovet av logoped efter utskrivning, särskilt vid strokeenheten på Mölndal. Andelen har dock minskat över tid (Figur 24) vilket speglar ett systematiskt arbete med att förbättra dokumentationen och tydliggöra vilka som behöver slussas vidare i vårdkedjan och vilka patienter som inte kommer kunna få tillgång till logoped på de ställen där logoped saknas. Att logopederna delvis själva har börjat mata in i registret bidrar sannolikt till att dokumentationen kring utskrivningsplanering blir bättre.

Figur 23. Patienter med strokediagnos 2019 behov av fortsatt logopedkontakt efter utskrivning från sjukhuset, uppdelat på strokeenhet.



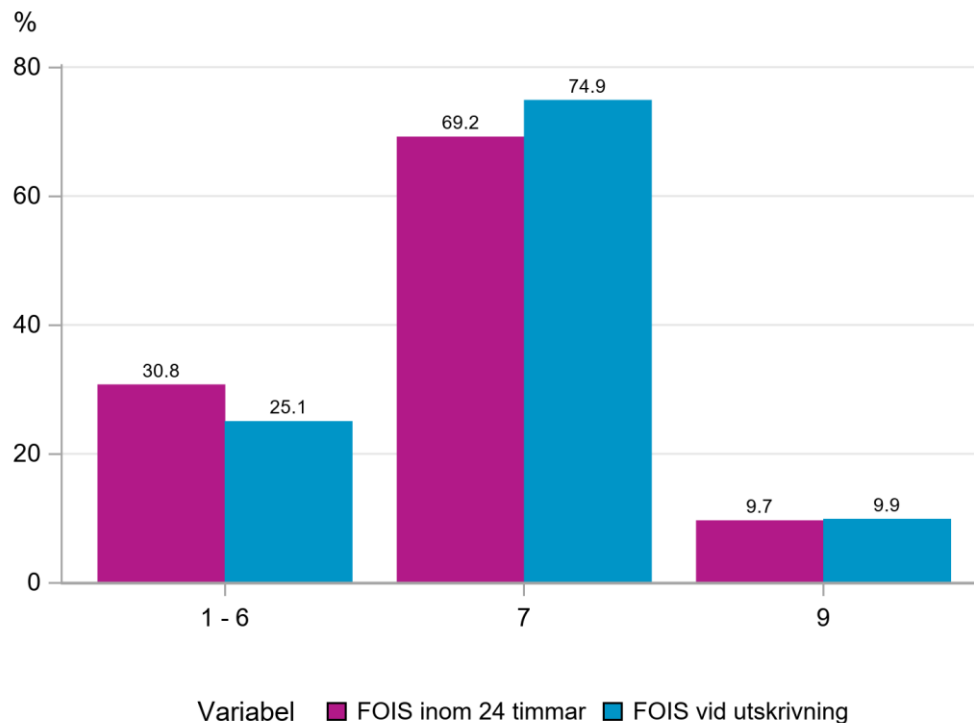
Figur 24. Patienter med strokediagnos 2015–2019, uppgift om behov av fortsatt logopedkontakt efter utskrivning från sjukhuset ej dokumenterat, uppdelat på strokeenhet.



Förmåga att inta föda via munnen

Patienternas förmåga att inta föda via munnen vid ankomst och utskrivning har skattats enligt skalan FOIS (Functional Oral Intake Scale) baserat på dokumentation i journalen där 7 betyder normalt ätande utan anpassningar och 1 är de patienter som inte kan inta föda alls via munnen.

Figur 25. Patienter med strokediagnos 2019; förmågan att inta föda via munnen enligt skalan FOIS (Functional Oral Intake Scale).



1-6 någon grad av nedsättning av förmågan att inta föda via munnen, 7 normalt ätande utan anpassningar, 9 förmåga att inta föda via munnen kunde ej skattas baserat på journaldokumentation. Andelarna för 1-6 respektive 7 har beräknats i gruppen med skattnings enligt FOIS.

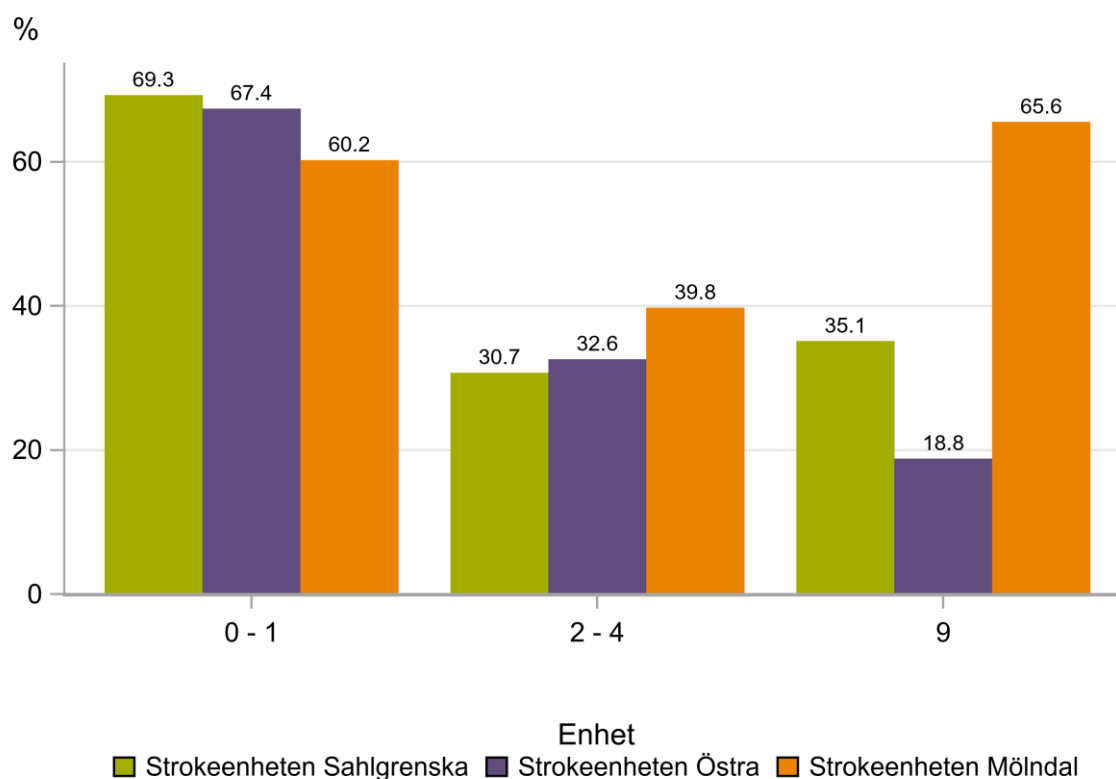
Kommentar: FOIS fungerar fortsatt som en indikator på hur patienternas ätande och sväljningsförmåga utvecklas under vårdtiden. Drygt en fjärdedel skrivs ut från strokeenheten med rekommendationer om konsistensanpassad mat eller kompletterande nutritionssätt, andelen har varit stabil över tid. Det är möjligt att denna grupp med ät- och sväljsvårigheter skulle bli mindre med mer aktiva rehabiliterande åtgärder. Idag erbjuds oftast bara konsistensanpassning och sällan funktionsträning.

Muntlig kommunikation

Patientens funktionella muntliga kommunikationsförmåga skattas vid logopedens ankomstsamtal och är del i bedömning av patientens funktionsstatus. Skattnings enligt skalan Reinvang muntlig kommunikation där 0–1 indikerar att man är kommunikativt självständig, Reinvang 2–4 att man har varierande grad av svårigheter att göra sig förstådd och är beroende av samtalspartnern. I figur 26 framgår att en tredjedel av de strokepatienter som bedöms av logoped inte är kommunikativt självständiga vid ankomst. Detta ställer krav på vården för att kunna upprätthålla patientens autonomi och delaktighet. I Figur 26 framgår även att strokelogopedernas arbetssätt skiljer sig mellan

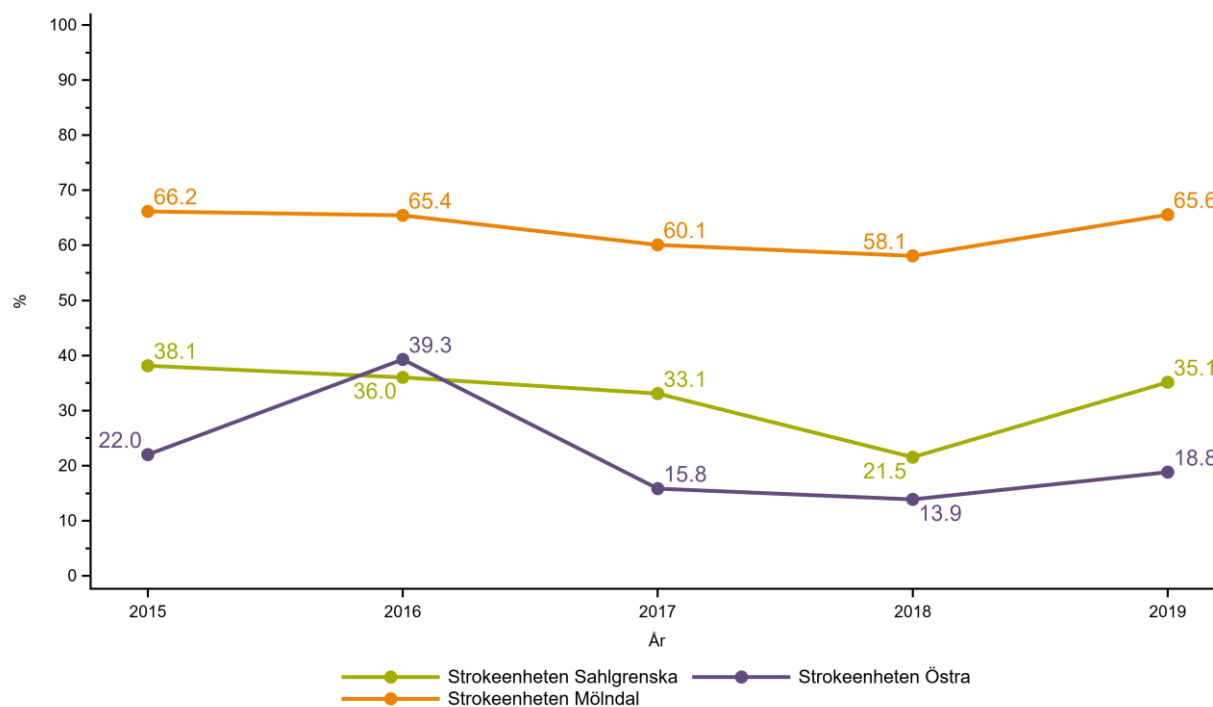
sjukhuset, där en mycket lägre andel av patienterna på Mölndals sjukhus bedöms av logoped enligt Reinvang-skalan vilket gör att det kan vara svårt att jämföra resultaten. Skillnaderna har varit i stort sett oförändrade över tid (Figur 27).

Figur 26. Patienter med strokediagnos under perioden 2019; förmåga att kommunicera muntligt enligt skalan Reinvang, uppdelat på strokeenhet.



0–1=normal eller lindrig nedsättning av muntlig kommunikation, 2-4 = ökande grad av muntlig kommunikationsnedsättning. 9=patienter som inte blivit bedömda.

Figur 27. Patienter med strokediagnos; andel där logoped ej bedömt patienten avseende språkförmåga enligt Reinvang 2015–2019 uppdelat på strokeenhet.



Kommentar: Sedan flera år väntas en nationell logopedisk riktlinje för bedömning av afasi i akutskedet vid stroke och detta kan komma att ändra bedömningsinstrument som används och även en minskad skillnad i arbetssätt mellan strokelogopederna.

Sammanfattning logopedi

- Skillnaderna mellan sjukhusen avseende andel av patienterna som bedöms av logoped inom 48h har minskat under åren, men strokeenheten Sahlgrenskas tidigare höga andel snabba bedömningar har minskat under 2019.
- Att logopederna delvis själva registrerar i Väststroke har bidragit till bättre dokumentation av patienternas fortsatta behov av logopedkontakt efter utskrivning
- En tredjedel av de strokepatienter som bedöms av logoped är inte kommunikativt självständiga vid ankomst. Detta ställer krav på personal förhållningssätt för att kunna upprätthålla patientens autonomi och säkra delaktighet.
- Drygt en fjärdedel skrivs ut från strokeenheten med rekommendationer om konsistensanpassad mat eller kompletterande nutritionssätt. Idag erbjuds oftast bara konsistensanpassning och sällan funktionsträning. Man skulle i framtida kvalitetsarbete vilja följa dessa patienter på längre sikt med avseende på tillgång till dysfagirehabilitering, deras komplikationer, nutritionsproblem och livskvalitet.

Arbetsterapi

I denna rapport redovisas de registreringar som arbetsterapeuter gjort om patienternas självständighet i personlig vård, om strokerelaterad arm-handproblematik, om kognitiv bedömning genomförts samt om patienten fått information om mental trötthet. Utöver detta registreras också om patienten äter själv, kognitiv funktion, förekomst av kognitiv träning i aktivitet samt om hjälpmedel förskrivits.

Patienter som vårdats på Sahlgrenska för reperfusionsterapi och sedan förts över till hemortssjukhus i regionen eller patienter som avlidit inom 30 dagar efter insjuknandet är inte redovisade här. Avsikten med att exkludera dessa patienter är att tydliggöra rehabiliteringen på strokeenheterna.

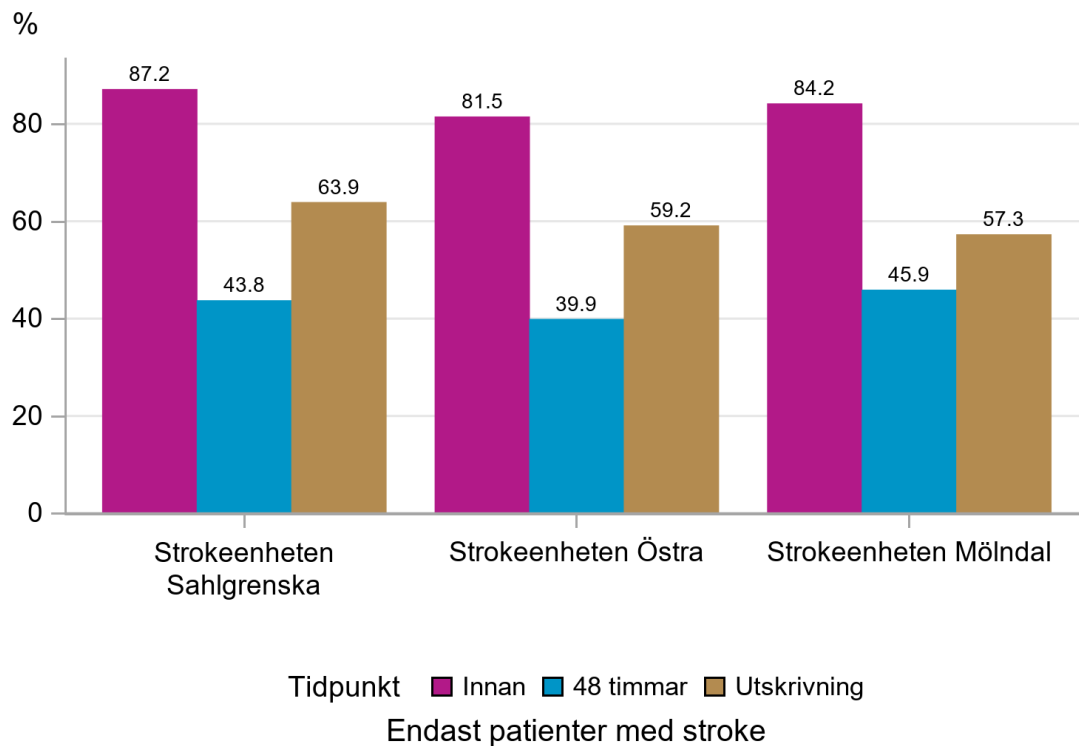
Självständighet i personlig vård och strokerelaterad handproblematik

Inom 48 timmar efter insjuknandet inhämtar arbetsterapeuten bland annat information om patientens tidigare funktion samt bedömer nuvarande grad av självständighet i personlig vård och eventuell förekomst av strokerelaterad arm-handproblematik. Jämförelse sker över tid och mellan de tre strokeenheterna för uppföljning av kvalitet och jämlik vård.

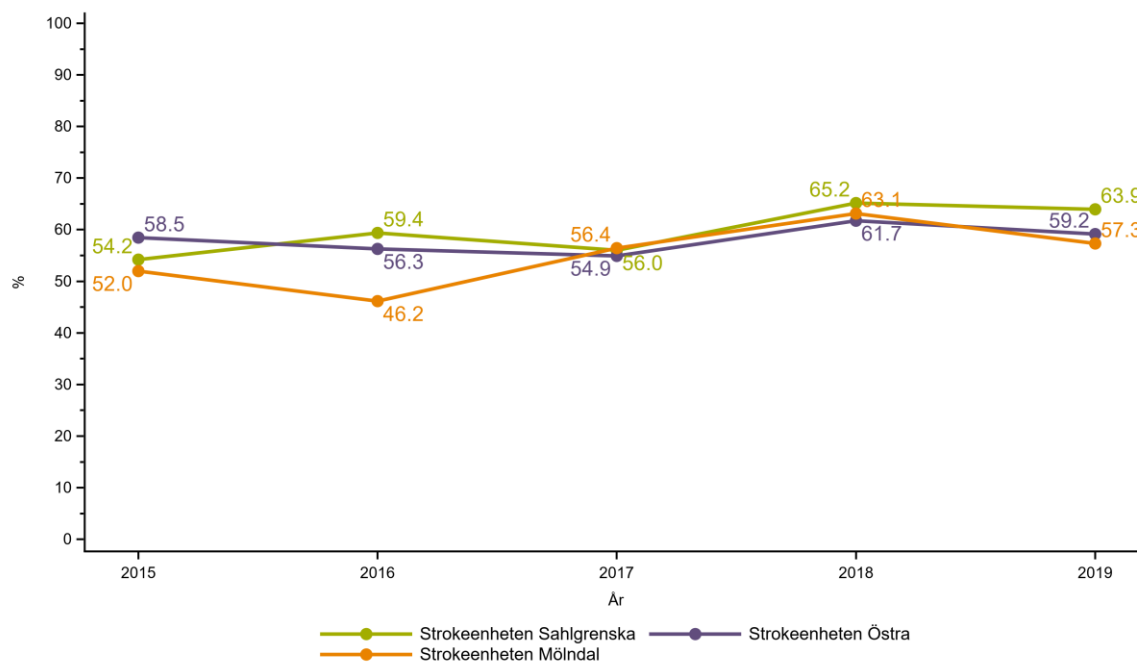
Före insjuknandet var en majoritet (82–87 %) av patienterna självständiga i personlig vård, medan knappt hälften (40–46 %) var självständiga 48 timmar efter insjuknande och drygt hälften (57–64 %) vid utskrivning (figur 28). Figur 29 visar att självständighet i personlig vård vid utskrivning ligger relativt stabilt över tid, med en marginell skillnad (7 %) mellan Sahlgrenska, Mölndal och Östra sjukhuset 2019.

Strokerelaterad arm-handproblematik (grov kraft, sensibilitet, utsläckning, motorik och ödem) förekommer hos få patienter (4–10 %) innan insjuknande i stroke. Efter insjuknandet (48 timmar) har ca två tredjedelar (65–76 %) strokerelaterad arm-handproblematik medan ca hälften (51–55 %) har kvarvarande symtom vid utskrivning (figur 31).

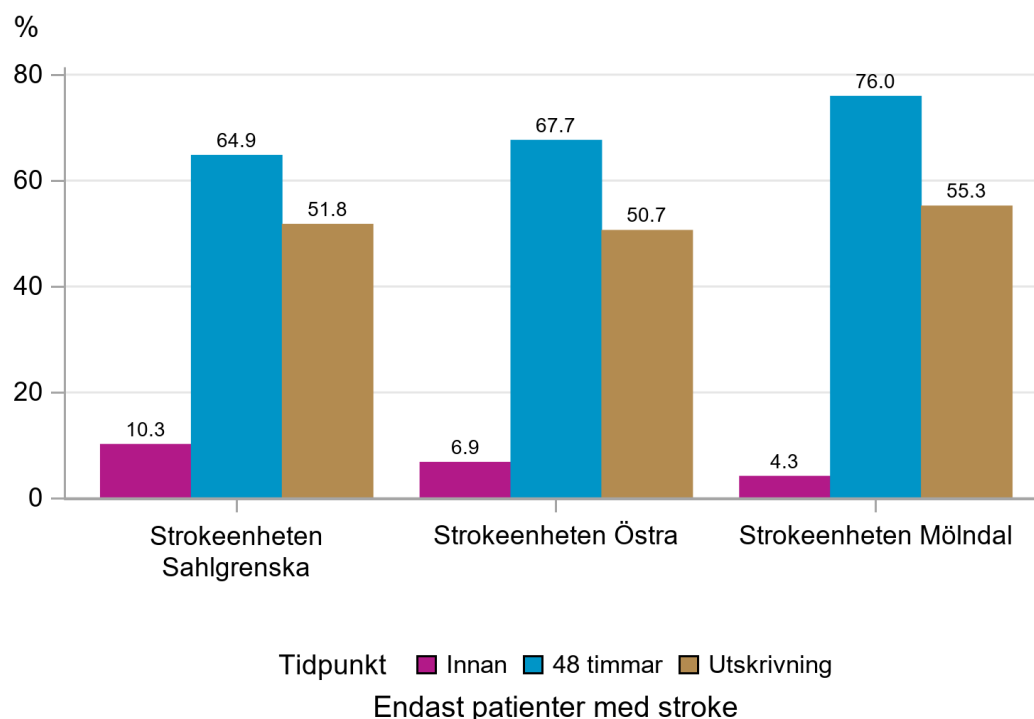
Figur 28. Patienter med strokediagnos 2019; andel som var självständiga i personlig vård, uppdelad på strokeenhet.



Figur 29. Patienter med strokediagnos; andel som var självständiga i personlig vård vid utskrivning 2015–2019, uppdelad på strokeenhet.



Figur 30. Patienter med strokediagnos under perioden 2019; andel med strokerelaterad arm-handproblematik, uppdelad på strokeenhet.

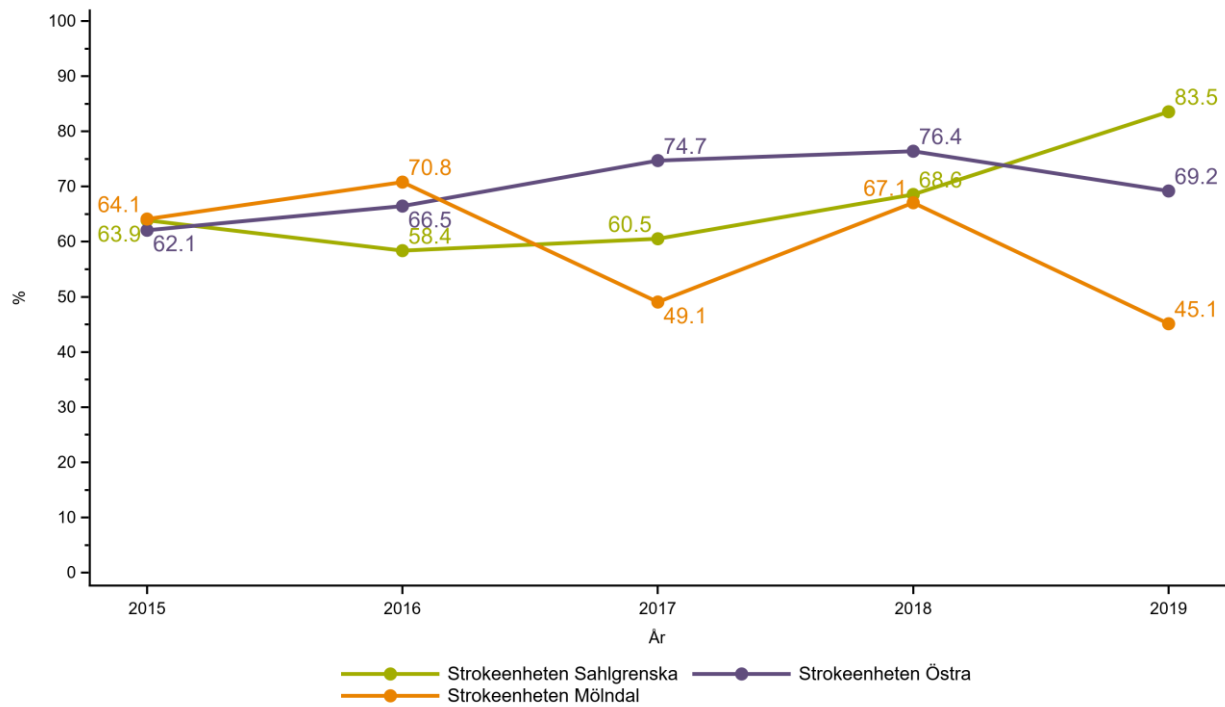


Bedömning av kognitiv funktion

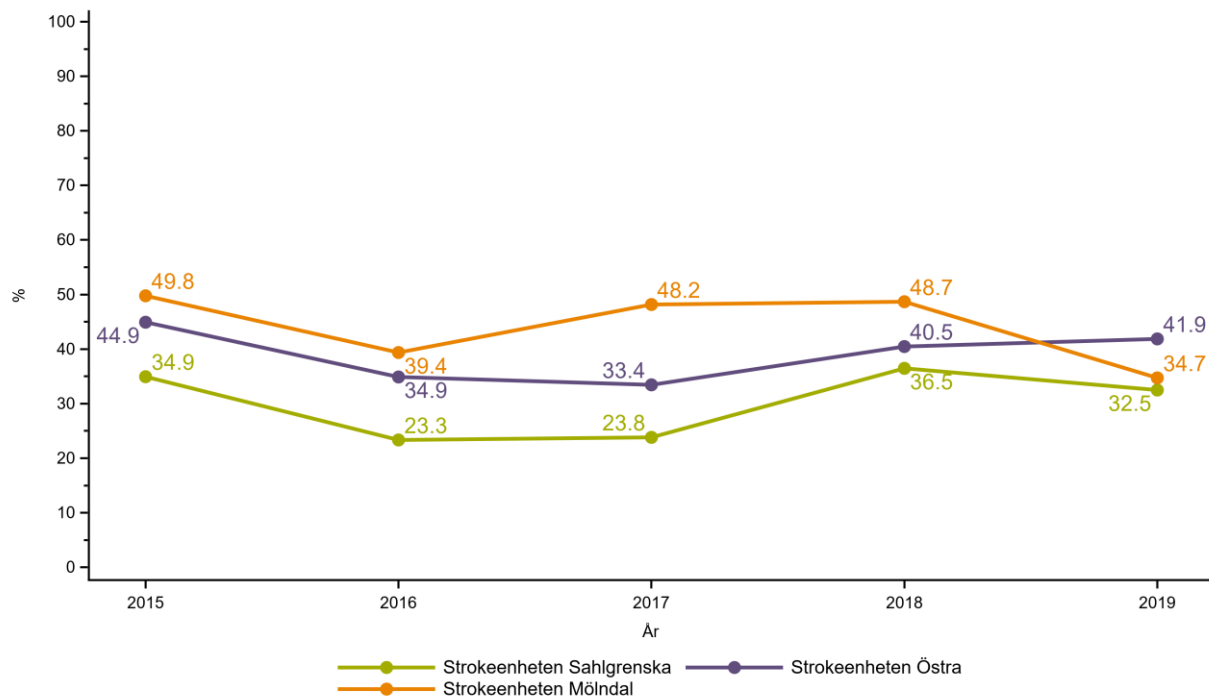
Kognitiva problem är vanliga efter stroke och bedöms av arbetsterapeuten genom observationer i aktivitet och med hjälp av kognitiva screeninginstrument. Hur dessa metoder kombineras skiljer sig åt mellan enheterna. Valet av metoder påverkas sannolikt av ett flertal olika förutsättningar så som patientsammansättning, erfarenhet hos bedömare och andra förutsättningar på enheterna.

Mellan 45 och 84 % av patienterna bedömdes i aktivitet 2019, vilket utgörs av en ökning på Sahlgrenska och en minskning på Mölndals sjukhus. Figur 31 visar hur dessa bedömningar varierar med en spridning på 39 % mellan sjukhusen. Figur 32 visar att kognitiv bedömning med Montreal Cognitive Assessment (MoCA) under 2019 genomfördes hos 33–42 % av patienterna med en spridning på 9 %. Bedömning med MoCA har minskat något jämfört med föregående år. Figur 34 visar att en majoritet av patienterna (74–89 %), med 15 % variation mellan sjukhusen, får en kognitiv bedömning i aktivitet eller en bedömning med MoCA eller en kombination av båda metoderna. I figur 33 redovisas olika anledningar till att bedömning med MoCA inte utförts. Dessa varierar mellan strokeenheterna. Noterbart är att andelen "inte hunnits med under vårdtiden" och "vet ej" har minskat något sedan föregående år, vilket är positivt.

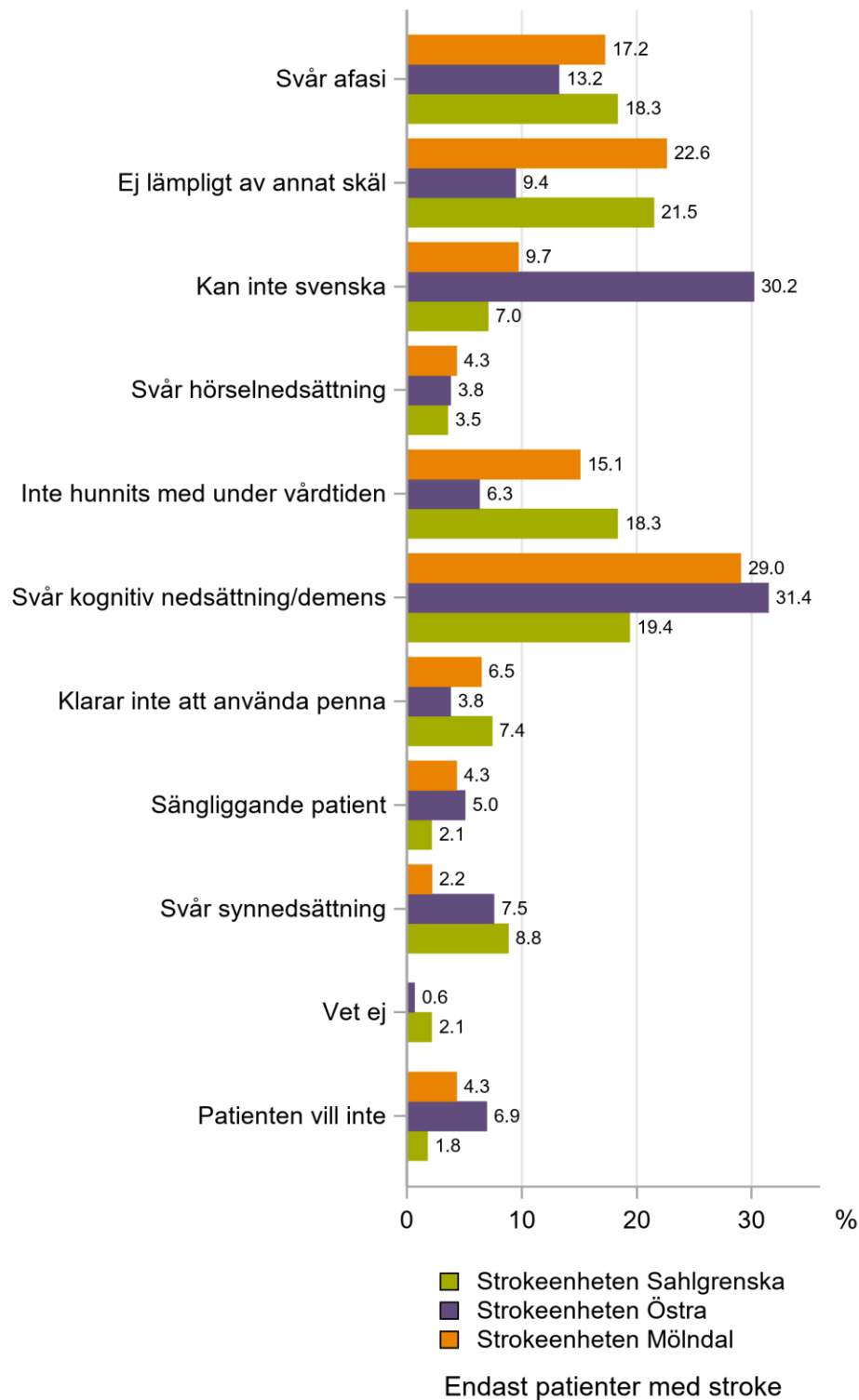
Figur 31. Patienter med strokediagnos, andel med utförd kognitiv bedömning i aktivitet 2015–2019, uppdelad på strokeenhet.



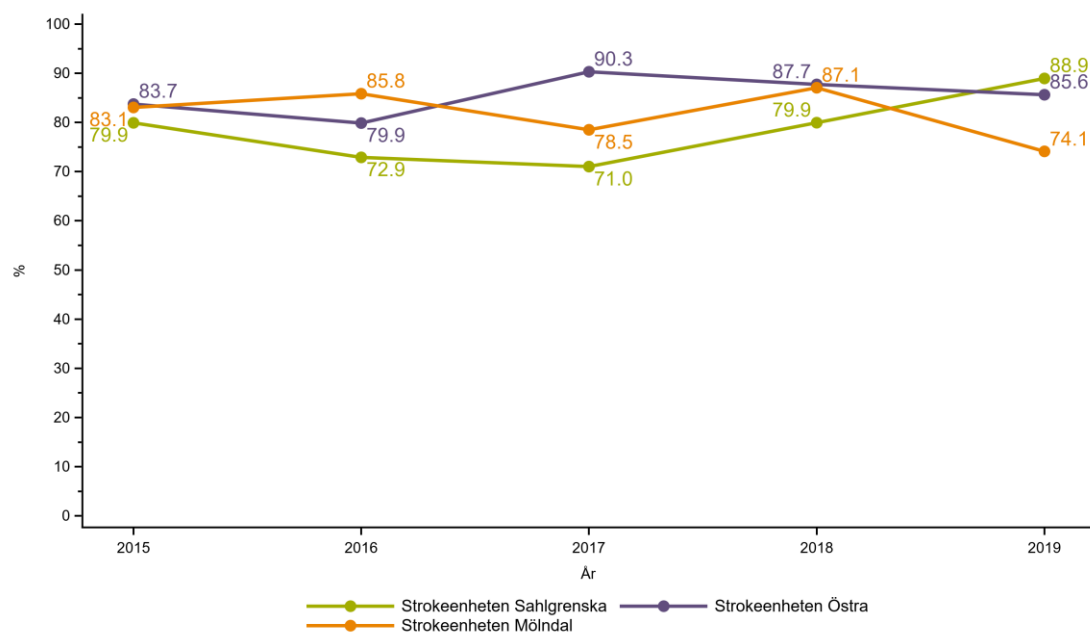
Figur 32. Patienter med strokediagnos; andel med MoCA-bedömning 2015–2019



Figur 33. Anledningar till att MoCA ej har utförts under 2019, uppdelat på strokeenhet.



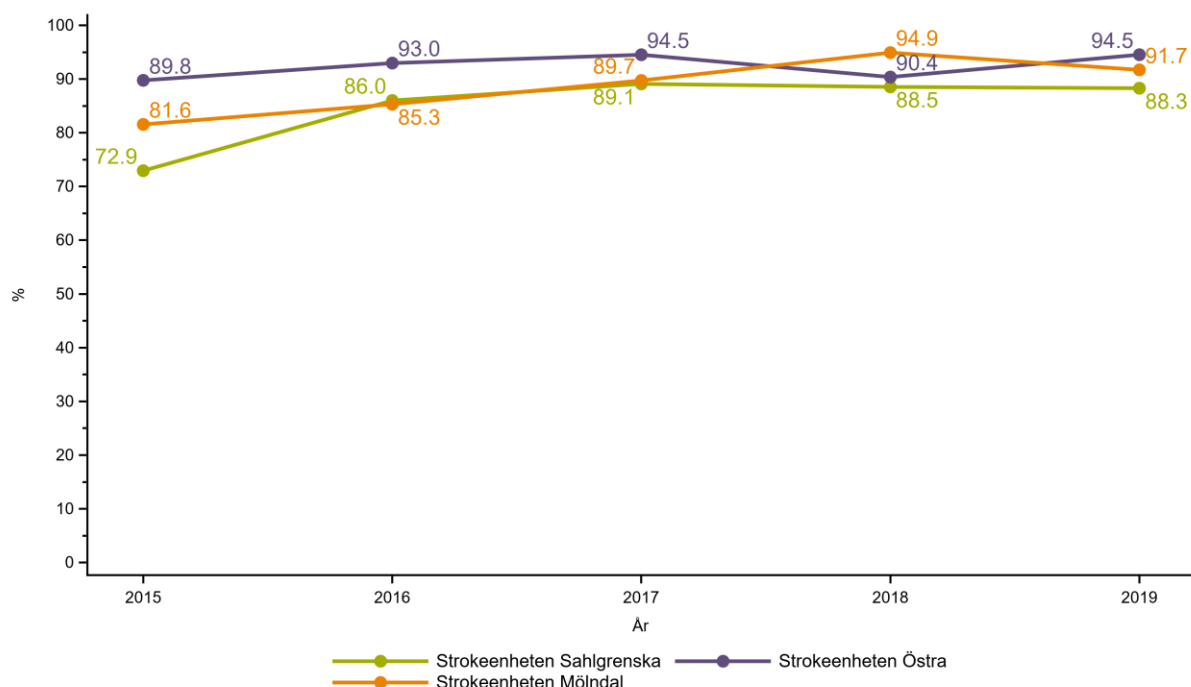
Figur 34. Patienter med stokediagnos som fått kognitiv bedömning i aktivitet och/eller med MoCA, uppdelad på strokeenhet, 2015–2019



Information om mental trötthet

Majoriteten (88–95 %) av patienterna med stroke eller TIA får information om problematik och strategier för att hantera mental trötthet, även kallad hjärntrötthet. Figur 35 visar att samtliga enheter stabilt redovisar höga siffror.

Figur 35. Patienter med stroke eller TIA; andel som erhållit information om mental trötthet 2015–2019, uppdelad på strokeenhet.



Fysioterapi

I denna rapport redovisas de registreringar som fysioterapeuter gjort om patienternas självständighet vid förflyttning och gång samt tidigare fysisk aktivitetsnivå. Dessutom rapporteras i Väststroke om patienten har fått förskrivna hjälpmedel samt om balans och fallrisk.

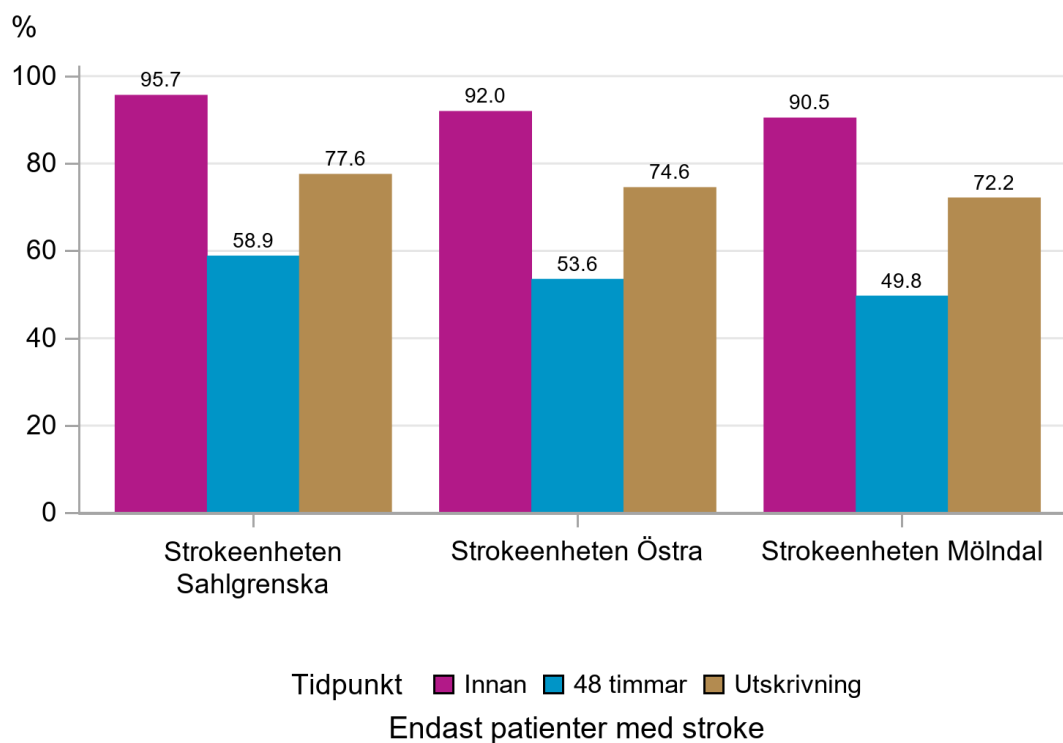
Patienter som vårdats på Sahlgrenska för reperfusionsbehandling och sedan förts över till hemortssjukhus i regionen eller patienter som avlidit inom 30 dagar efter insjuknandet är inte redovisade här. Avsikten med att exkludera dessa patienter är att tydliggöra rehabiliteringen på strokeenheterna.

Förflyttningar och gång

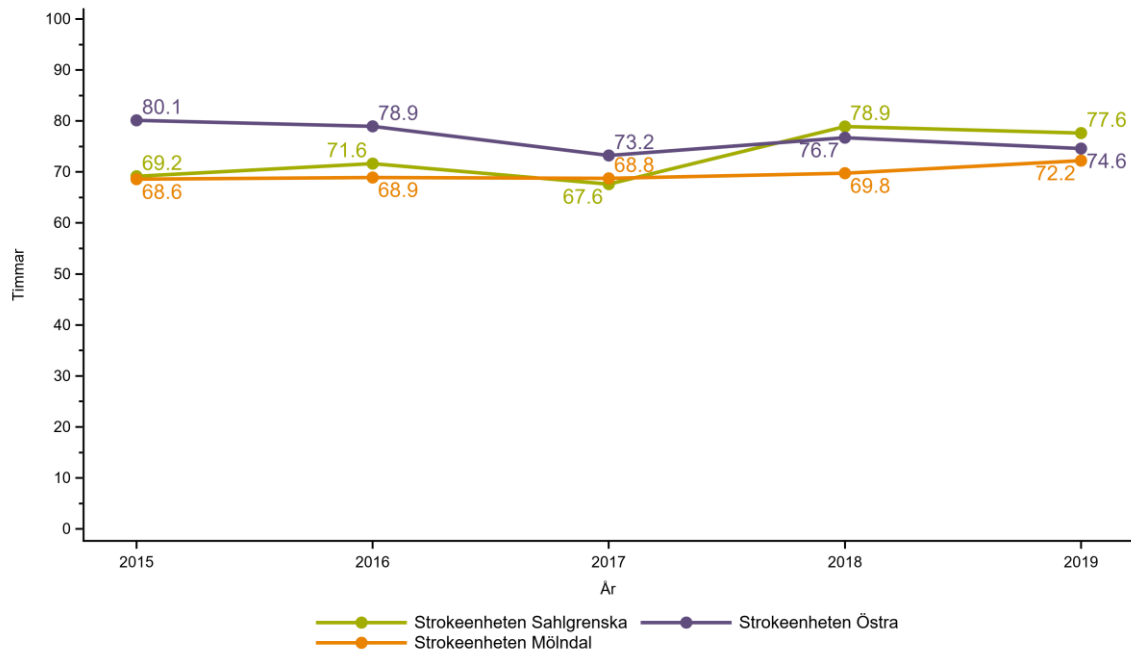
Inom 48 timmar efter insjuknandet inhämtar fysioterapeuten bland annat information om patientens tidigare funktion samt bedömer nuvarande förflyttning och gångförmåga. Jämförelse sker över tid och mellan de tre strokeenheterna för uppföljning av kvalitet och jämlik vård.

Före insjuknandet i stroke var de flesta av patienterna självständiga avseende förflyttningar (91–96 %), se figur 36 och gång (87–91 %), se figur 38, men andelen sjunker betydligt i samband med strokeinsjuknandet då 50–59 % var självständiga vid förflyttning och 39–51. % vid gång. Vid utskrivningen var 72–78 % självständiga avseende förflyttning och 66–76 % vid gång. Siffrorna är ganska samstämmiga mellan sjukhusen och över tid mellan åren 2015–2019 (figur 37 och 39), men patienterna på Sahlgrenska är mer ofta självständiga vid gång när de skrivs ut från strokeenheten, vilket skulle kunna förklaras av lägre medelålder.

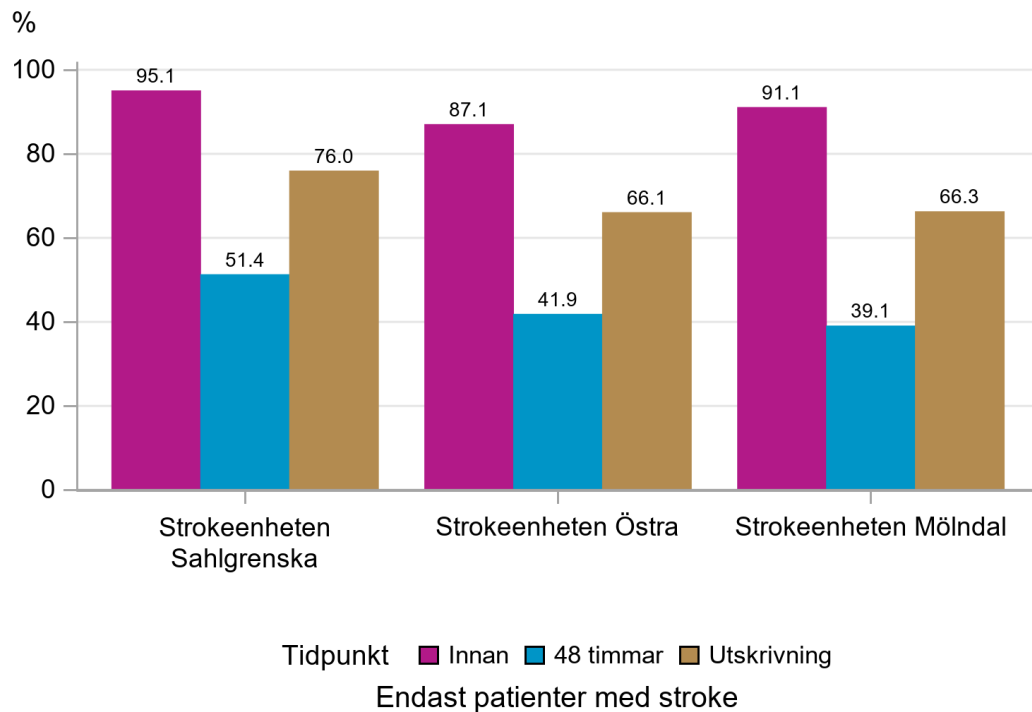
Figur 36. Patienter med strokediagnos 2019; andel som är självständiga i förflyttning, uppdelad på strokeenhet.



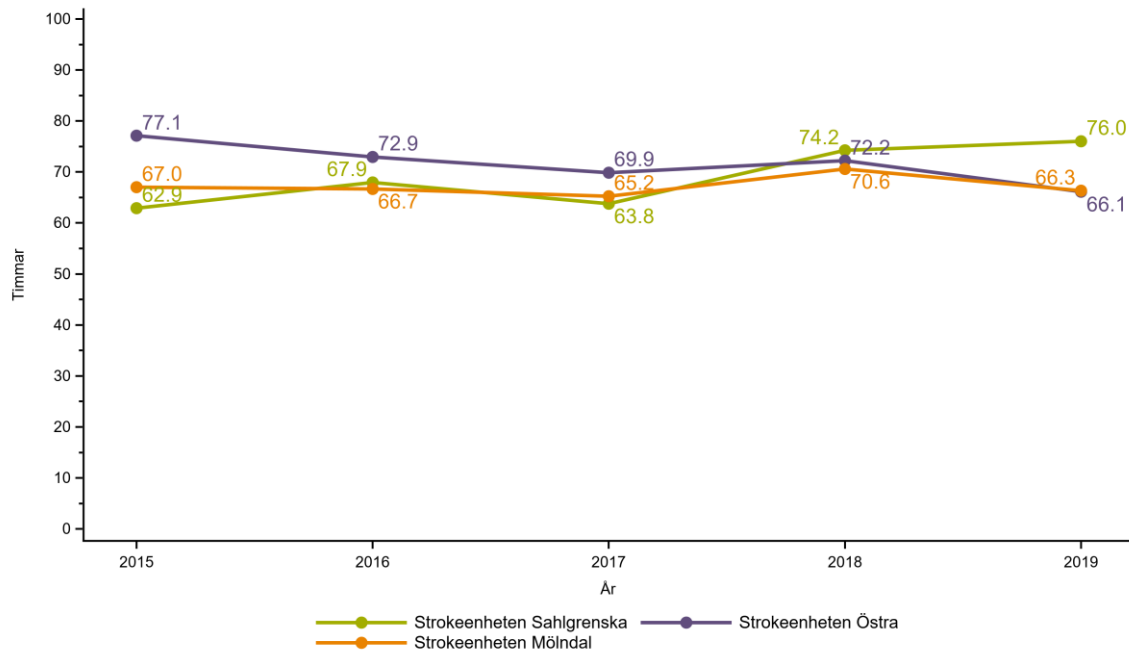
Figur 37. Patienter med strokediagnos; andel som är självständiga i förflyttning vid utskrivning 2015–2019, uppdelad på strokeenhet.



Figur 38. Patienter med strokediagnos 2019; andel som är självständiga i gång, uppdelad på strokeenhet.



Figur 39. Patienter med strokediagnos; andel som är självständiga i gång vid utskrivning 2015–2019, uppdelad på strokeenhet.

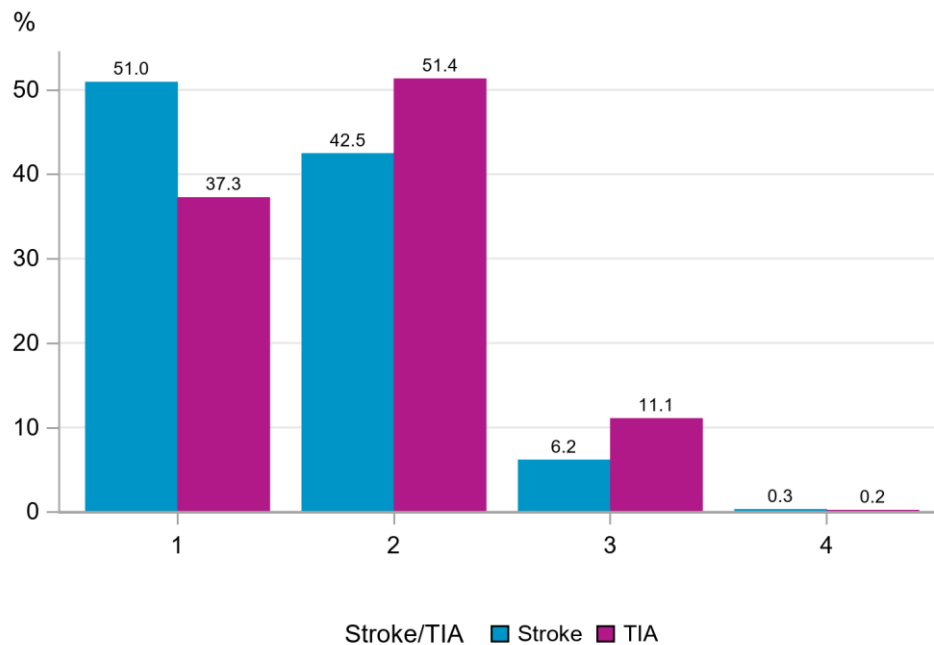


Fysisk aktivitetsnivå

Vid möte med fysioterapeuten efterfrågas hur fysiskt aktiva patienterna var innan de insjuknade i stroke eller TIA. Saltin-Grimbys 4-gradiga skala för fysisk aktivitetsnivå används för bedömningen. Figur 40 visar att hos patienter med stroke rapporterar cirka hälften att de var fysiskt inaktiva före insjuknandet (51 %), medan 43 % var fysiskt aktiva minst 4 timmar/vecka och ett fåtal, endast 6 % tränade minst 2–3 ggr/vecka. Av patienter med TIA rapporterar 43 % att de var fysiskt inaktiva före insjuknandet, medan 51 % var fysiskt aktiva minst 4 timmar/vecka och ett fåtal, endast 11 % tränade minst 2–3 ggr/vecka. Figur 41 visar att andelen fysiskt inaktiva före stroke och TIA ligger stabilt och mellan åren 2015 och 2019 med en minskning av fysisk inaktivitet före stroke med 6 % respektive 7 % före TIA.

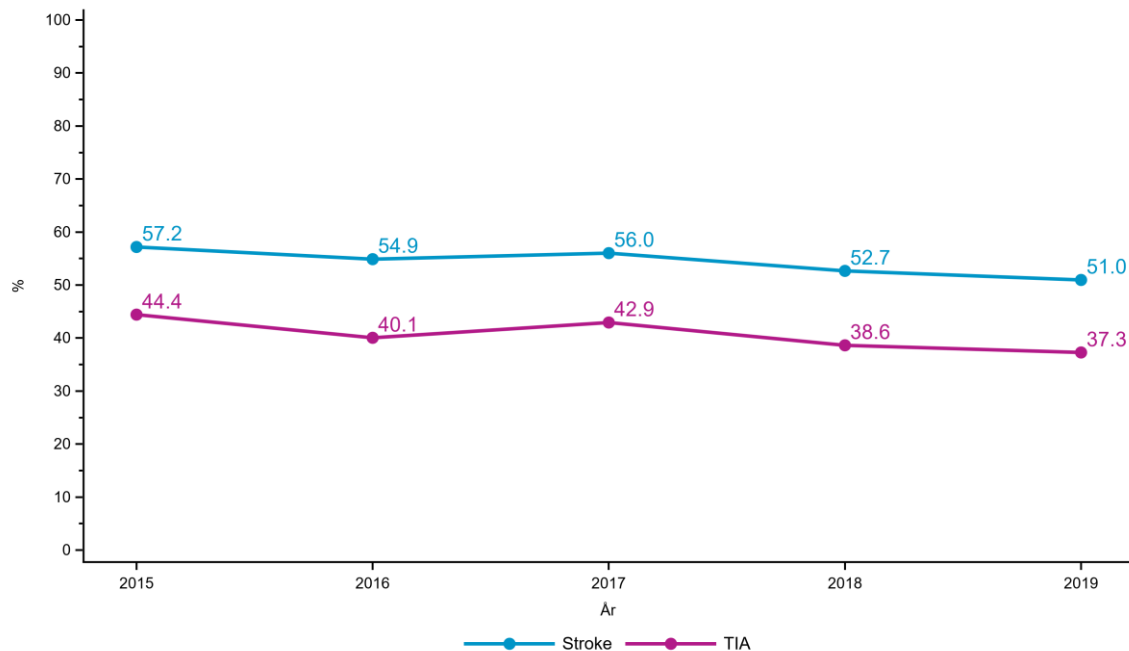
Att många patienter är fysiskt inaktiva belyser vikten av råd och rekommendationer om fysisk aktivitet som sekundärprevention efter TIA och stroke. Att lotsa patienter till lämplig form av rehabilitering, fysisk aktivitet och träning är därför ett prioriterat område inom Fysioterapi. Att patienter får träffa fysioterapeut med rutiner för hälsosamtal samt antal utskrivna Fysisk aktivitet på Recept registreras i Riksstroke.

Figur 40. Fysisk aktivitetsnivå innan insjuknandet, uppdelat på stroke och TIA, 2019.



1. Mest stillasittande fritid 2. Lätt till måttlig fysisk aktivitet minst 4 tim/vecka
3. Regelbunden tyngre fysisk aktivitet/träning 2–3 tim/vecka 4. Hård träning eller tävlingsidrott

Figur 41. Andel stroke/ TIA patienter med låg fysisk aktivitetsnivå (mest stillasittande fritid) 2015–2019.



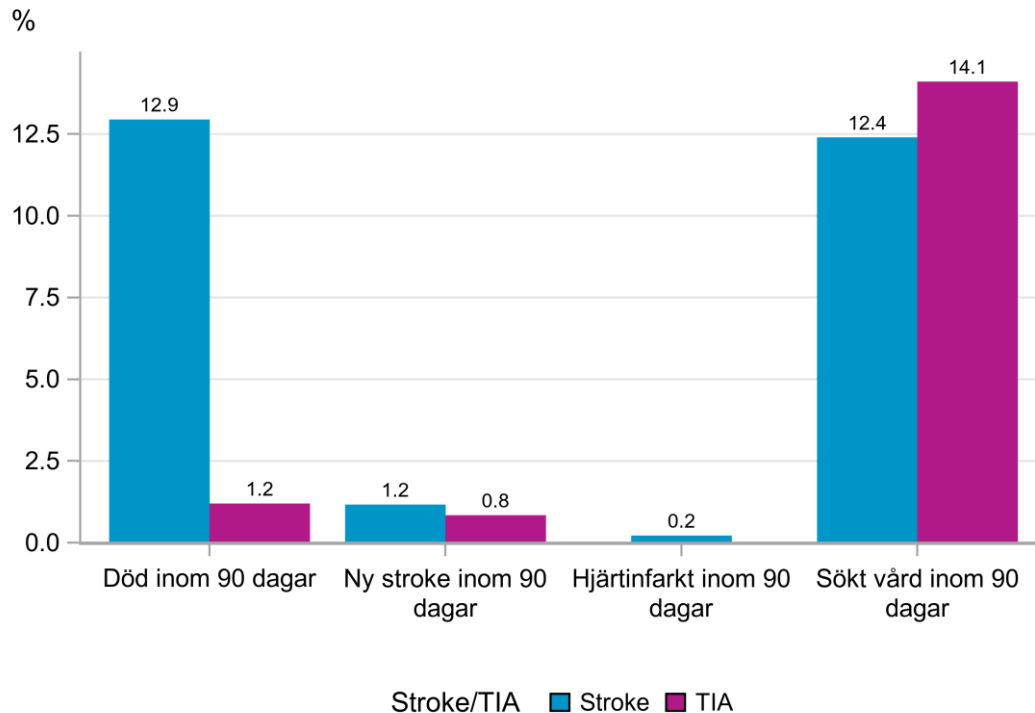
Sammanfattning arbetsterapi & fysioterapi

- Tidig bedömning prioriteras av arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att snabbt påbörja och samordna rehabiliteringen.
- För arbetsterapeuter är bland annat kognitiv bedömning ett prioriterat arbetsområde eftersom kognitiv funktion har betydelse för bland annat självständighet i ADL.
- För fysioterapeuter är bland annat sekundärprevention med goda levnadsvanor prioriterat. Att främja fysisk aktivitet är viktigt eftersom ca hälften av patienterna är fysiskt inaktiva före insjuknande i stroke och TIA.
- Vid utskrivning från sjukhus har cirka 40 % behov av hjälp i personlig vård, 25 % vid förflyttningar och 30 % vid gång. Drygt hälften har kvarstående arm-handproblematik vid utskrivning.
- Kvarstående rehabiliteringsbehov behöver identifieras för att patienter ska få god rehabilitering på kort och lång sikt. God planering behövs med god samverkan mellan olika vårdnivåer. Rehabilitering efter sjukhuset finns som understödd hemgång från strokeenheten, i kommunen och inom primärvården där Neuroteam finns.
- Väststroke ger kunskap om patienternas funktion, men också rehabiliterande insatser av arbetsterapeut och fysioterapeut. Riktade åtgärder för att uppnå god kvalitet och jämlik vård för patienter som vårdas på de tre strokeenheterna kan planeras och genomföras. Genom att uppmärksamma markanta skillnader mellan sjukhusen kan kunskapsnivån höjas och rutiner ses över.

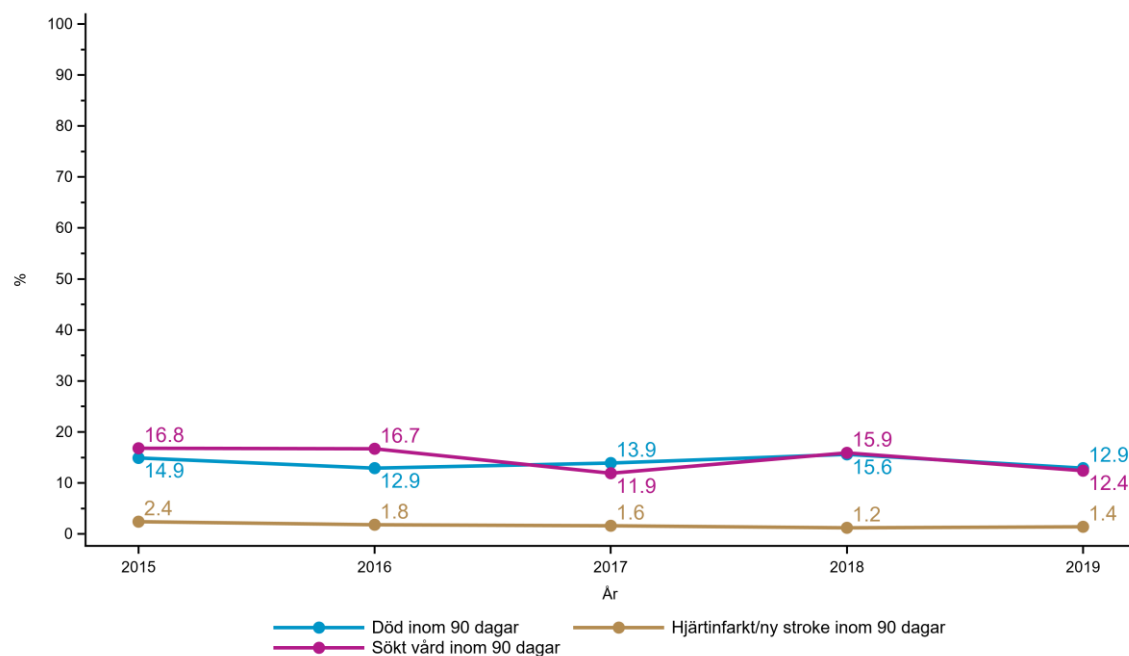
Uppföljning efter 3 månader

Under de tre första månaderna efter insjuknandet avled 12,9 % av patienterna med stroke och 1,2 % av patienterna med TIA. Vid uppföljning 90 dagar efter insjuknandet hade något över 1,4 % av strokepatienterna och 0,8 % av TIA-patienterna återinsjuknat i ny stroke eller drabbats av hjärtinfarkt efter utskrivningen och 12,4% (stroke) respektive 14,1% (TIA) hade sökt akut oplanerad vård på sjukhus (figur 42). Vid jämförelse under perioden 2015–2019 ses en tendens till minskning av andelen recidivstroke och hjärtinfarkter efter stroke samt andel som sökt vård efter TIA medan dödligheten inom 90 dagar är relativt oförändrad (figur 43–44). Vid jämförelse mellan de olika strokeenheterna (figur 45–48) ses fr.a. en skillnad i andel patienter som sökt planerad akut vård inom 90 dagar efter insjuknandet som är högst på Östra och lägst på Sahlgrenska.

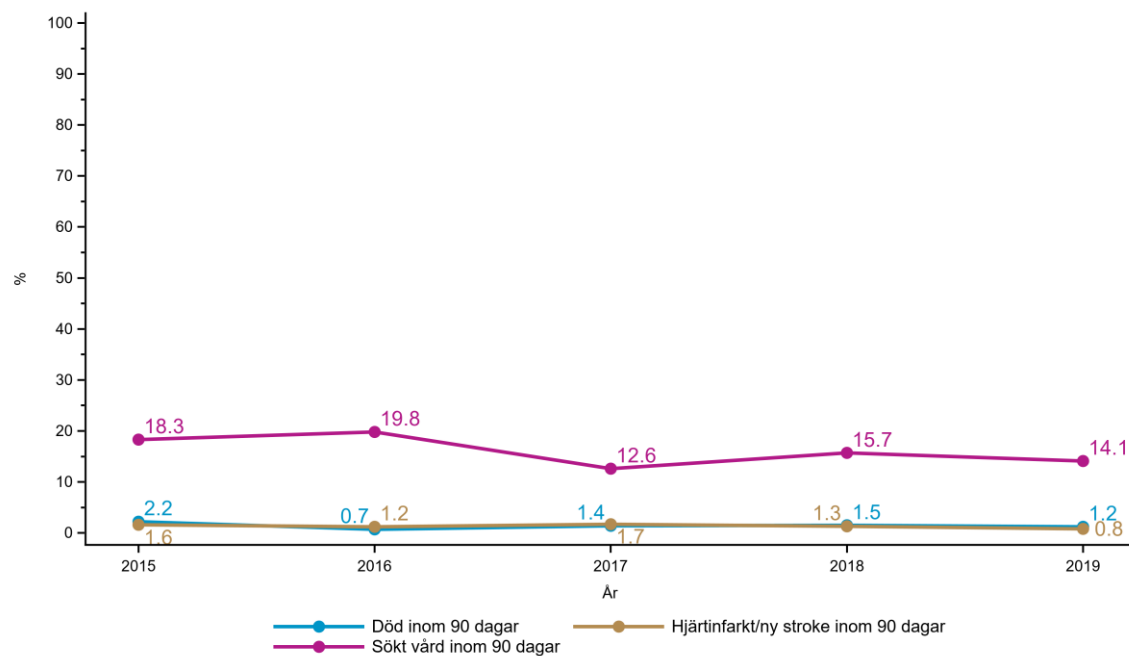
Figur 42. Patienter med stroke eller TIA 2019; andel som drabbats av olika utfall vid uppföljning efter 3 månader.



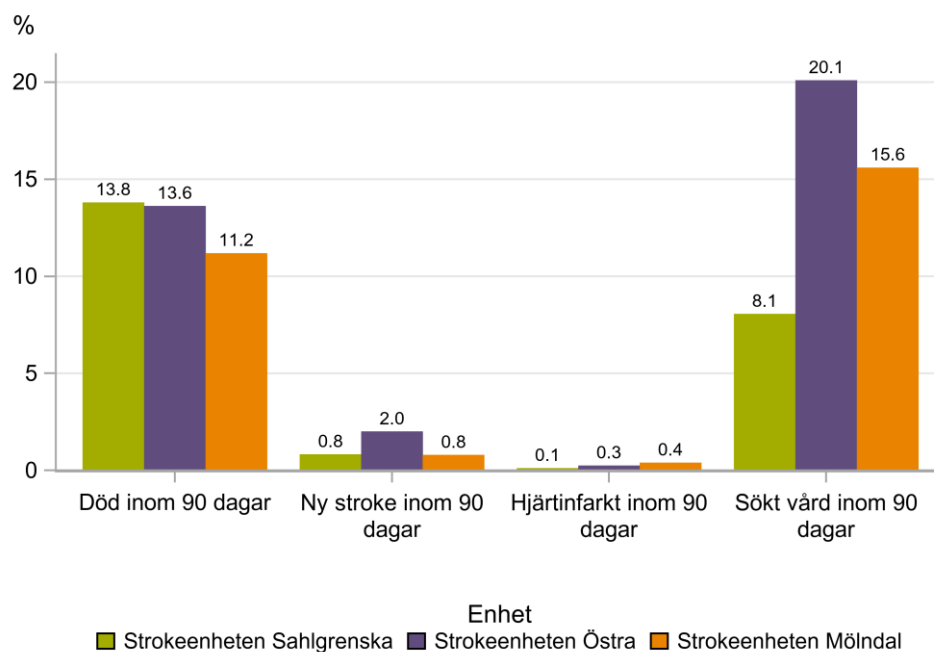
Figur 43. Patienter med strokediagnos 2015–2019 andel som drabbats av olika utfall vid uppföljning efter 3 månader.



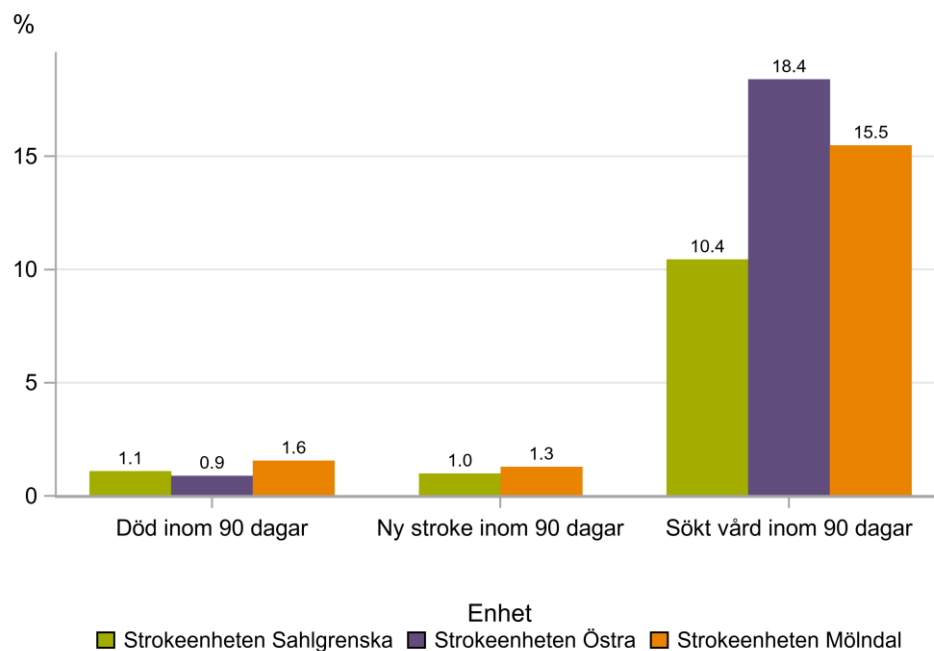
Figur 44. Patienter med TIA 2015–2019; andel som drabbats av olika utfall vid uppföljning efter 3 månader.



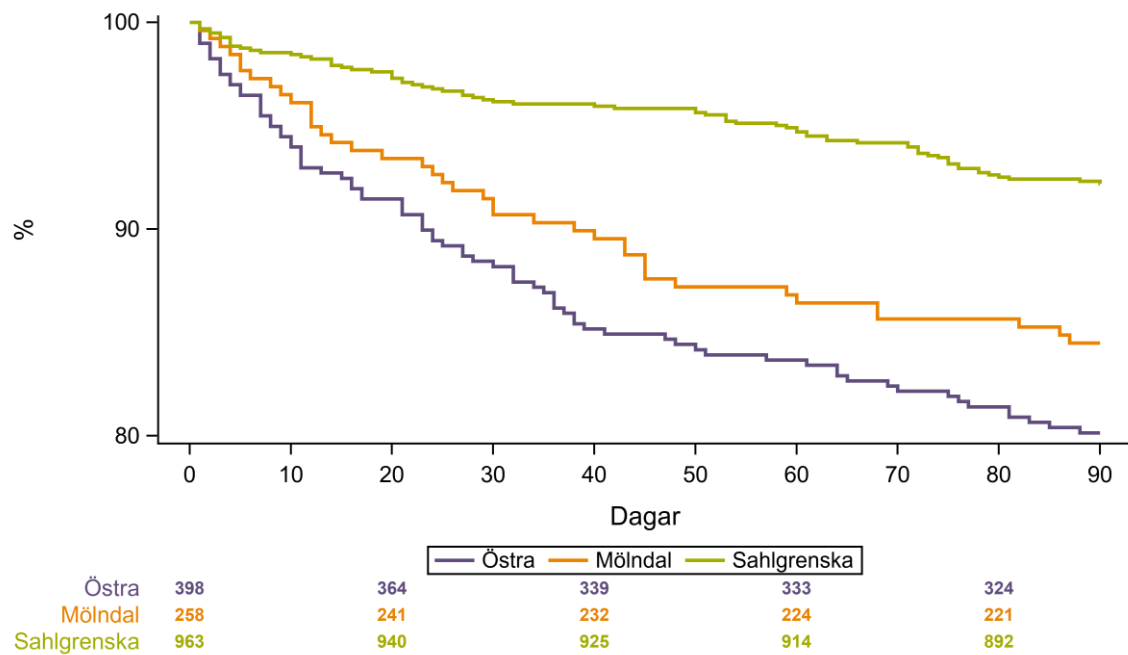
Figur 45. Patienter med strokedagnos 2019; andel som drabbats av olika utfall vid uppföljning efter 3 månader, uppdelat på strokeenhet.



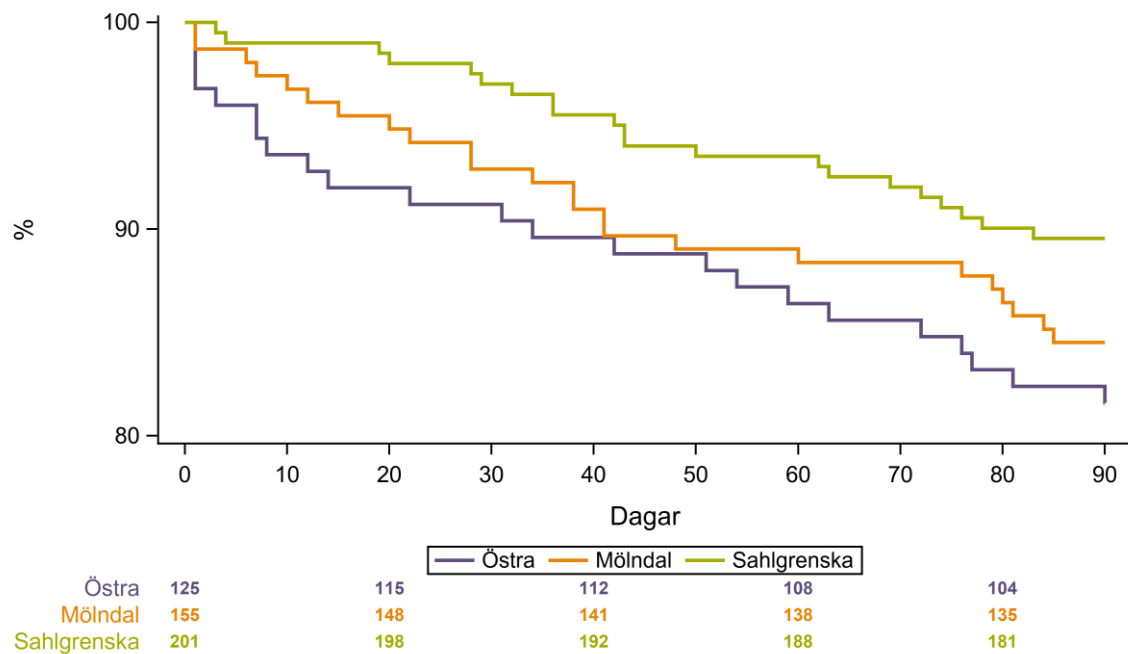
Figur 46. Patienter med TIA 2019; andel som drabbats av olika utfall vid uppföljning efter 3 månader, uppdelat på strokeenhet.



Figur 47. Oplanerad akut vård inom 90 dagar för patienter med strokediagnos 2019, uppdelat på strokeenhet.



Figur 48. Oplanerad akut vård inom 90 dagar för patienter med TIA-diagnos 2019, uppdelat på strokeenhet.



Kommentar: Dödligheten vid stroke på 11,2–13,8% är vid såväl nationell som internationell jämförelse låg. Enligt kvalitetsregistret Riksstroke 2019 var den genomsnittliga 90-dagarsmortaliteten efter stroke vid landets sjukhus 16 %.

En återfallsfrekvens i stroke på strax över 1 % under den första 90-dagarsperioden är även det ett mycket gott resultat i förhållande till publicerade data.

Andelen som söker akut oplanerad vård efter utskrivning är fortsatt hög, men och det finns tydliga skillnader mellan strokeenheterna avseende patienter med TIA-diagnos. I en analys av 417 patienter som sökt akut planerad vård inom 90 dagar var de vanligaste orsakerna i fallande ordning misstanke om ny stroke (som inte kunde bekräftas), ny stroke eller TIA, hjärtsjukdom, infektion och trauma. Vidare analyser behövs för att kunna föreslå lämpliga åtgärder som kan minska behovet av akut oplanerad vård efter stroke.

Sammanfattning uppföljning efter 3 månader

- Såväl dödligheten som återinsjuknandet i ny stroke inom 90 dagar är mycket lågt jämfört med tidigare redovisade nationella och internationella data.
- En stor andel av patienter med stroke/TIA söker akut vård på sjukhus under den närmaste 90 dagarna efter utskrivningen från sjukhus. Orsakerna behöver analyseras och åtgärder bör vidtas för att minska detta.

Kvalitetsarbete, forskning och utbildning

Lokalt kvalitetsarbete

Resultaten från de tidigare rapporterna från Väststroke har återkopplats till medarbetarna vid strokeenheterna och har diskuterats på utvecklingsdagar, arbetsplatsträffar (APT) och i arbetsgrupper. Vid strokeenheterna på Östra och Mölndal (fall) har man utifrån dessa diskussioner identifierat flera förbättringsprojekt och upprättat planer för bättre kvalitet i nutritionsscreening, ökad användning av sond och minskad användning av TPN och KAD, fler fallriskbedömningar och minskad andel patienter med trycksår. Att förbättring sedan har kunnat avläsas i det följande årets rapport från Väststroke talar för att registret har utgjort ett värdefullt verktyg i avdelningarnas förbättringsarbete och för kvaliteten på vården, vilket i sista hand har inneburit värde för patienterna.

Under 2017–2019 har två av logopedernas variabler ”Logopedbedömning inom 48 timmar” och ”Behov av fortsatt logopedkontakt efter utskrivning från sjukhuset” följas kvartalsvis med realtidsrapporter tillgängliga för alla användare av Väststroke. Realtidsrapporter är en framgångsfaktor för förbättringsarbete och har möjliggjort kontinuerlig kvalitetsuppföljning och snabb återkoppling till medarbetare. Resultaten diskuteras på APT på Neurologopedi samt på de gemensamma mötena för strokeenhetslogopederna inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Man har kunnat se att ökad återkoppling givit förbättrade resultat, men att den förbättringstrenden till viss del bröts 2019. Ökad personalomsättning och minskat fokus på registerresultaten under året bedöms ha bidragit till detta.

Årsrapporter från Väststroke återkopplas såväl till chefer inom Verksamheten för arbetsterapi och fysioterapi som till arbetsterapeuter och fysioterapeuter på strokeenheterna på Mölndal, Sahlgrenska och Östra. Verksamhetens FoUUI-sektion har arbetat med att implementera nya evidensbaserade rutiner i strokearbetsgrupperna. Rutiner finns nu inom fyra områden; Arm & Hand, Postural kontroll & Gång, Daglig aktivitet samt Kognition. Tidigare årsrapporter från Väststroke har belyst skillnader mellan enheter avseende kognitiv bedömning, vilket även syns i årsrapporten för 2019. Kognition är ett komplext område så bakom dessa skillnader finns sannolikt ett flertal olika förklaringar som patientsammansättning, erfarenhet hos bedömare, skillnader i tolkningen av begrepp och andra förutsättningar på enheterna. Via Väststrokerapporten är verksamheten medveten om situationen och har under senare år genomfört utbildningsinsatser och workshops för att uppnå en god kompetens och för att komma åt skillnader som inte motiveras av patientförutsättningar.

Forskning och utbildning

Till dags dato har uttag från Väststroke lämnats ut för forskning till ett flertal projekt med godkännande från regionala etikprövningsnämnden och fram till och med 2019 har tre blivit publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Data från Väststroke har även använts för flera master/magister/ examensarbeten i fysioterapi, på läkarprogrammet och på specialistutbildningen till ambulanssjuksköterska.

Publicerade i vetenskaplig tidskrift:

Reinholdsson M, Palstam A, Sunnerhagen KS. Prestroke physical activity could influence acute stroke severity (part of PAPSIGOT). *Neurology*. 2018;91(16):e1461-e7.

Niklasson A, Herlitz J, Jood K. Socioeconomic disparities in prehospital stroke care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2019 May 2;27:53

Alsholm L, Axelsson C, Andersson Hagiwara M, Niva M, Claesson L, Herlitz J, Magnusson C, Rosengren L, Jood K. Interrupted transport by the emergency medical service in stroke/transitory ischemic attack: A consequence of changed treatment routines in prehospital emergency care. *Brain Behav*. 2019 May;9:e01266.

Master/ magister- och examensarbeten:

Amanda Niklasson. The effects of socioeconomic status on prehospital stroke care. Degree project in Medicine, University of Gothenburg 2017.

Fanny Majlöv. Unplanned hospital returns following stroke and transient ischemic attack – within 90 days after discharge. Degree project in Medicine, University of Gothenburg 2017.

Lisa Söderblom. Health related quality of life as measured by EQ5D5L three months after stroke. Degree project in Medicine, University of Gothenburg 2017

Lisa Claesson My Niva. Patienter med diffusa stroke symptom; En journal granskning av patienter som drabbats av stroke/TIA men av någon anledning ej åkt med ambulans in till sjukhus. Magisteruppsats, Högskolan i Borås 2017

Malin Reinholdsson. Does physical activity prestroke have an effect on outcomes? A register study. Master degree project in Physiotherapy, University of Gothenburg 2017

Peroral antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer och samtidig ischemisk stroke. Prognos vad avser återinsjuknande i stroke, blödningar, hjärtinfarkt och död. ST-arbete vid MGAÖ, Område 2, SU. Martin Linden

Elina Larsson, Caroline Risp. Hur fysisk aktivitetsnivå före stroke påverkar förflyttning, gång samt arm- handfunktion – innan insjuknandet, vid insjuknandet och vid utskrivning från sjukhuset. En registerstudie. Kandidatuppsats i Fysioterapi, Göteborgs Universitet 2019

Elisabeth Wikström. Språkliga och kognitiva faktorerers inverkan på den prehospitala strokekedjan i Göteborg. Degree project in Medicine, University of Gothenburg 2020

Appendix

Styrgruppen för registret Väststroke

Katarina Jood, ordförande, registerhållare. katatrina.jood@neuro.gu.se

Johan Herlitz, prehospital vård. johan.herlitz@hb.se

Annika Nordanstig, överläkare strokeenheten Sahlgrenska. annika.nordanstig@vgregion.se

Per-Olof Hansson, överläkare strokeenheten Östra. per-olof.hansson@vgregion.se

Carolina Sixt, överläkare strokeenheten Mölndal. carolina.sixt@vgregion.se

Emma Eriksson, logopedi. emma.eriksson@vgregion.se

Linda Alsholm, omvårdnad. linda.alsholm@vgregion.se

Malin Reinholdsson, fysioterapi. malin.reinholdsson@vgregion.se

Helga Hjort Buchholz, arbetsterapi. helga.hjort@vgregion.se

Christina Jern, Strokecentrum Väst. christina.jern@gu.se

Lars Rosengren, Regionala strokerådet. lars.rosengren@neuro.gu.se

Bortfall

Variabler med stort bortfall indikerar att processen eller utfallet som de mäter är bristfälligt dokumenterade eller inte utförda. På nästa sida redovisas variabler med bortfall på >15 %. Resultaten kan användas som utgångspunkt och återkoppling i förbättringsarbete.

Inom arbetsterapi och fysioterapi registreras alla variabler av behandlande terapeuter. I årsrapporten för 2019 har bortfallet på rehab-variablerna genomgående minskat på Sahlgrenskas enheter, vilket gör att resultatet blir mer tillförlitligt, medan bortfallet på Mölndals arbetsterapivariabler genomgående har ökat 2019.

Variabler med bortfall >15%

<i>National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)</i>	2019
Mölndal	36%
Östra	18%
<i>Systoliskt blodtryck vid utskrivning</i>	
Mölndal	32%
Östra	27%
<i>Självständighet personlig vård</i>	
-innan	
Mölndal	20%
-vid 48 tim	
Mölndal	19%
-vid utskrivning	
Mölndal	27%
<i>Strokerelaterad handproblematik</i>	
-innan	
Mölndal	35%
-vid 48 tim	
Mölndal	35%
-vid utskrivning	
Mölndal	42%