

Vård på stroke-enhet räddar liv

Sverige först i världen
med nationellt kvalitetsregister för slaganfall

Riks-Stroke startade 1994 och är ett av ca 40 kvalitetsregister i Sverige. Det omfattar alla slaganfallspatienter som läggs in på sjukhus samt en uppföljning tre månader efter insjuknandet. Under 1996 deltog 96 procent av alla kliniker i Sverige som vårdar slaganfallspatienter. Resultaten redovisade här bygger på 14 308 registrerade vårdtillfällen under detta år.

Av de inrapporterade vårdtillfällena hade 60 procent vårdats vid en specialenhet för slaganfallspatienter. De patienter som vårdats vid sådana specialenheter hade lägre mortalitet och kunde i större utsträckning bo kvar hemma med mindre funktionsnedsättning än de som hade vårdats vid vanliga vårdavdelningar.

FAKTARUTA 1

Uppgifter som omfattas av registret

Akutskedet

Ålder

Kön

Boendesituation

ADL-behov före slaganfallet

Medvetandegrad vid ankomst till sjukhus

Tidigare slaganfall

Vårdtid

Eventuell datortomografi

Boende efter utskrivning från sjukhus

Eventuell dag patient avlider

Eventuell obduktion

Tre månader efter insjuknandet

Boendesituation

ADL-behovet

Rörlighet

Det finns för närvarande ett fyrtiotal nationella kvalitetsregister i Sverige som är eller utvecklas för att bli rikstäckande. En del register har varit verk samma i över tjugo år, t ex »Nationella knäplastikregistret», som bildades 1975. Andra däremot har bildats helt nyligen, som »Gynekologisk endoskopi», 1996. De har alla det gemensamt att de har startats av representanter för den medicinska professionen och byggts upp för att vara ett stöd för kvalitetsutveckling.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har samverkat på central nivå och lämnat aktivt stöd för utveckling av de nationella kvalitetsregistren. Sedan 1990 har medel avsatts inom ramen för de s k Dagmar-överenskommelserna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för att stödja utveckling och drift av registren. Det administrativa arbetet på central nivå sker på Socialstyrelsen.

Register för slaganfall

Planerna på att bilda ett kvalitetsregister för en stor folksjukdom som slaganfall startade 1992, med syfte att främja en hög och jämn vårdkvalitet vid alla slaganfallsvårdande akutkliniker i alla delar av landet.

En förfrågan skickades ut till samtliga verksamhetschefer på medicinska och neurologiska kliniker för att utvärdera om intresse fanns för ett kvalitetsregister för slaganfall samt om klinikerna var villiga att aktivt delta i ett sådant kvalitetsarbete. Samtliga samtyckte till att delta i Riks-Stroke.

En nationellt sammansatt expertgrupp utformade registrets innehåll. Kvalitetsindikatorerna valdes för att avspejla metod, process och resultat i slaganfallsvården. Ett datoriserat inmatningsprogram utarbetades, och efter test vid några utvalda kliniker startade registreringen av akuta slaganfall april 1994. Initialt deltog 63 procent av landets kliniker. I Riks-Stroke registreras patienter dels i akutskedet, dels vid en uppföljning tre månader efter slaganfallet.

Faktaruta 1 visar vilka uppgifter som omfattas av registret.

Författare

BIRGITTA STEGMAYR

med dr, forskarassistent, medicinska institutionen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

KJELL ASPLUND

professor, medicinska institutionen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

BACK PER DANIELSSON

patientrepresentant för Strokeföreningen

KERSTIN HULTER-ÅSBERG

docent, överläkare, medicinskt centrum, Enköpings lasarett

BO NORRVING

docent, överläkare, neurologkliniken, Universitetssjukhuset i Lund

MARKKU PELTONEN

statistiker, doktorand, medicinska institutionen Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

ANDREAS TERÉNT

docent, överläkare, medicinkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

MARGARETA THORNGREN

docent, samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset i Lund

P O WESTER

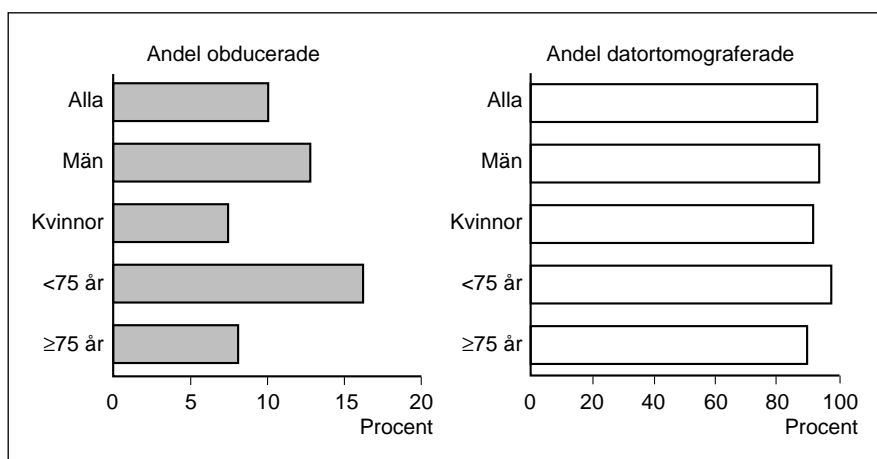
professor emeritus, Socialstyrelsen, Stockholm.

MATERIAL

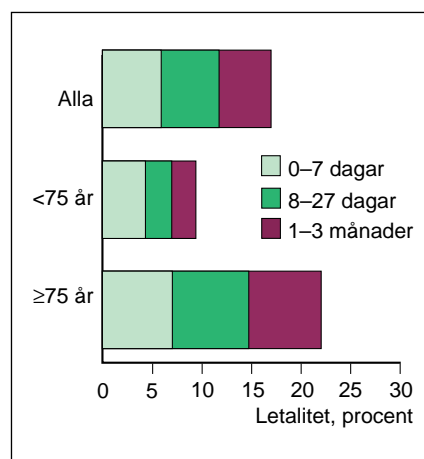
Resultaten i denna rapport bygger på 14 308 registrerade vårdtillfällen från de 87 (96 procent) deltagande sjukhus som skickat in sitt material för 1996.

Rapporten är centralt analyserad och sammanställd, och resultatet är från samtliga deltagande kliniker. Materialet består av patienter som akut insjuknat i diagnoserna hjärnblödning, hjärninfarkt och ospecificerade akuta slaganfall.

Subaraknoidalblödningar och patienter med transitorisk ischemisk attack (TIA) ingår ej i sammanställningen av materialet. Dessa senare diagnoser kan



Figur 1. Andelen obducerade och datortomograferade 1996.



Figur 2. Andelen som avlider (letaliteten) av dem som drabbats av slaganfall.

dock registreras av de enskilda kliniker-
na om så önskas.

Täckningsgrad

Täckningsgraden av ett register kan beskrivas på olika sätt. Ett sätt är att ange hur många av alla vårdande instanser som deltar. För 1996 deltog 87 av de då totalt 91 sjukhus som vårdade slaganfallspatienter; från och med 1997 deltar samtliga sjukhus i Sverige. Geografiskt och sjukhusmässigt är täckningsgraden i Riks-Stroke mycket hög. Det som däremot är svårare att veta är om kliniker registrerar samtliga slaganfallspatienter som kommer till sjukhuset för vård.

För att få en grov uppfattning om täckningsgraden för varje sjukhus har incidensen beräknats. Vi har gjort antagandet att 250 personer per 100 000 invånare årligen insjuknar i slaganfall. Utifrån antalet registreringar och respektive sjukhus basupptagningsområde kan vi beräkna förväntat antal registreringar och jämföra detta med vad varje sjukhus har registrerat. Eftersom detta är ett grovt mått och basupptag-

ningsområdena ibland är flytande, anser vi att de som registrerar 80 procent eller mer av förväntat antal har en god täckningsgrad. Trettiofyra sjukhus med 7 018 av totalt 14 300 (49,1 procent) registreringar hade 80 procent eller mer av det förväntade antalet registreringar.

Registret innehåller en fråga om typ av vårdavdelning, och varje klinik anger om patienten har fått vård på en slaganfallsenhet (se definition i Faktaruta 2), vanlig vårdavdelning eller annan avdelning. Med vanlig vårdavdelning menas vård på medicinsk, neurologisk eller geriatrisk/rehabiliteringsklinik som inte innefattas i definitionen i ruta 2, och med annan avdelning menas oftast en intagningsavdelning.

RESULTAT

Något flera män (51 procent) än kvinnor (49 procent) hade under 1996 registrerats med slaganfall. Medelåldern i hela materialet var 75,3 år; kvinnorna var i genomsnitt fyra år äldre än männen (77,5 år respektive 73,2 år). Mer än 60 procent av slaganfallspatien-

terna var över 75 år, 28 procent hade haft slaganfall tidigare.

Medelvårdtiden i akutskedet för slaganfallspatienterna var 14 dagar, medianvårdtiden 13 dagar. Mediantiden för den totala vårdtiden på sjukhus (akutvård och rehabilitering tillsammans) var 19,6 dagar. Kvinnorna hade i genomsnitt ungefär en dags längre totalvårdtid. Av landets slaganfallspatienter 1996 hade 60 procent vårdats vid slaganfallsenhet, vilket är en blygsam ökning från år 1994, då motsvarande siffra var 52 procent.

På en stor andel av slaganfallspatienterna utfördes datortomografi. Av dem som var under 75 år datortomograferades i stort sett alla; av dem som var 75 år eller däröver utfördes datortomografi på nästan 90 procent (Figur 1). När så stor andel patienter datortomograferas finns det ett mycket gott underlag för tillförlitlig slaganfallsdiagnostik. Registret visade att 10 procent av alla insjuknanden i slaganfall var hjärnblödning, 78 procent var hjärninfarkt. Resten (12 procent) fick en ospecificerad slaganfallsdiagnos. 10 procent av de avlidna slaganfallspatienterna hade obducerats. Fler yngre än äldre som obducerades – fler med förstagångsinsjuknande än de som återinsjuknat (Figur 1).

Figur 2 visar letaliteten (hur stor andel som avlider av dem som drabbats av slaganfall). För 1996 rapporterades att letaliteten var 5,9 procent under den första veckan efter slaganfallet och 17 procent inom tre månader. Vad gäller letaliteten visade det sig att variationerna var stora mellan olika sjukhus. Figur 3 visar variationen för de sjukhus som hade 80 slaganfall eller mer registrerade under 1996. De sjukhus som enligt vår definition hade bra täckningsgrad visade sig ha 1,5–2,0 procentenheter högre letalitet vid jämförelse med samtliga sjukhus som deltar i Riks-Stroke. Däremot sågs inga skillnader vid jämförelse av övriga parametrar.

FAKTARUTA 2

Slaganfallsenhetens organisation och omfattning enligt Riks-Stroke

Fastställt program för utredning och behandling av slaganfallspatienter.

Tidig aktiv rehabilitering.

Specialutbildad personal som arbetar i team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut samt vid behov kurator, logoped, psykiater/psykolog och dietist.

Läkare med speciellt kunnande om cerebrovaskulära sjukdomar.

Specialutbildad sköterska som helt ägnar sig åt slaganfallsvård och som

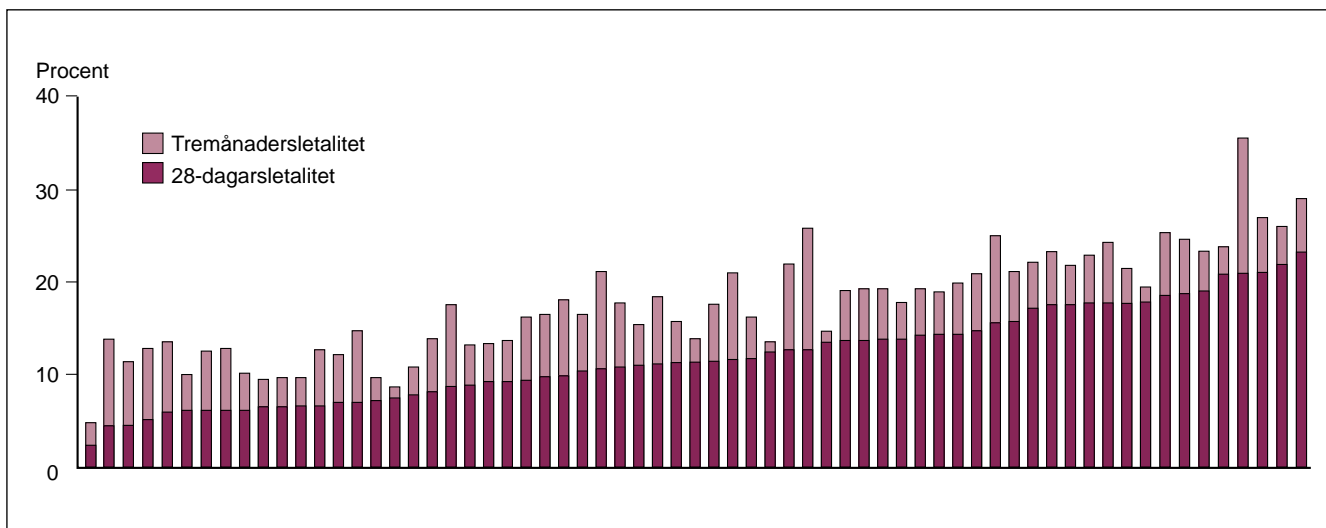
fungerar som central samordnare för teamet.

Regelbunden registrering av funktionsnivå.

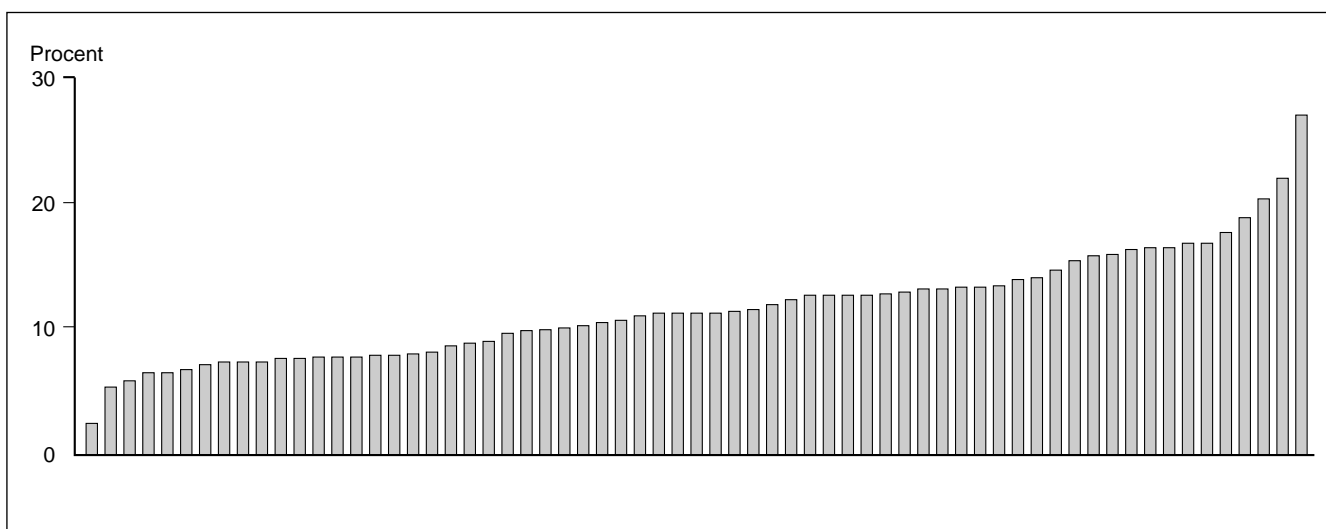
Fortlöpande personalutbildning om slaganfallsvård.

Detaljerad information/utbildning för både patient och anhöriga.

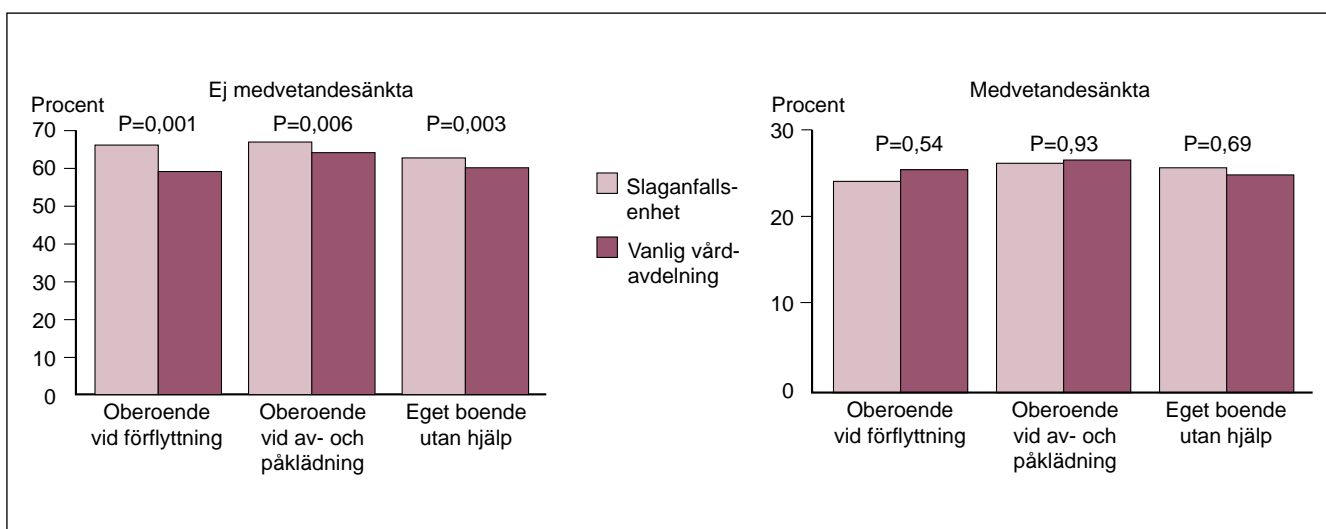
Nära samarbete med rehabiliterings- och geriatriska kliniker. »Utskrivningskonferens» för planering av fortsatt vård och med kunskapsöverföring till fortsatt vårdgivare.



Figur 3. Letaliteten vid 28 dagar respektive tre månader vid de kliniker som hade 80 eller fler slaganfall under 1996. Varje stapel representerar en klinik.



Figur 4. Andelen patienter som vårdades på institution tre månader efter slaganfall. Gäller patienter som var oberoende före slaganfallet och de sjukhus som hade mer än 80 slaganfallspatienter under 1996.



Figur 5. Den ålderstandardiserande andelen patienter som kunde förflytta sig själv, klara av- och påklädning och återgå till eget boende tre månader efter slaganfallet, indelat på medvetandegrad vid ankomsten och typ av vårdavdelning. Gäller endast patienter som var oberoende före slaganfallet.

Före insjuknandet bodde drygt 75 procent av patienterna i eget boende utan hemtjänst, ca 15 procent bodde i hemmet med hjälp av hemtjänst, ca 7 procent på servicehus/ålderdomshem och ca 1 procent på sjukhem. Av de slaganfallspatienter som bodde hemma utan hemhjälp före slaganfallet var 57 procent hemma utan kommunal hjälp tre månader efter insjuknandet. Ytterligare 13 procent kunde bo hemma med hjälp av hemtjänsten, 3 procent bodde på servicehus/ålderdomshem, 3 procent fanns kvar på geriatrisk/rehabiliteringsklinik och 6,2 procent krävde sjukhemsvård. Även vad gäller institutionsboende tre månader efter slaganfallet visade klinikerna en mycket stor variation: från 2,3 till 27 procent.

Figur 4 visar andelen patienter som vårdades på institution tre månader efter slaganfallet (gäller endast dem som var oberoende före slaganfallet och endast de sjukhus som hade mer än 80 slaganfallspatienter under ett år). Uppgifterna visar att det var stora variationer mellan sjukhusen. Riks-Stroke-data visar att det sannolikt finns stort utrymme för kvalitetsförbättringar på många sjukhus.

Jämförelse mellan män och kvinnor

I Riks-Stroke har för 1996 registrerats 7 000 kvinnor och 7 300 män. Drygt hälften av männen (51,6 procent) och 70 procent av kvinnorna var 75 år eller äldre. Vid ankomsten till sjukhuset var signifikant fler kvinnor än män medvetandesänkta (23,0 procent respektive 17,6 procent), en skillnad som kvarstod efter åldersstandardisering ($P < 0,0001$). Kvinnorna hade något längre medelvårdtid både under akutskedet och totalt än männen (14,0 respektive 14,4 dagar samt 18,9 respektive 20,4 dagar). Medianvårdtiden var 13 dagar för både män och kvinnor i akutskedet, 18,0 respektive 19,0 vad gäller total vårdtid.

Lika stor andel (ca 60 procent) kvinnor som män vårdades vid slaganfallsenheter. Efter åldersstandardisering var det inte skillnad mellan kvinnor och män med avseende på subtyp av slaganfall eller dödlighet, vare sig under första veckan, under två till fyra veckor eller efter tre månader efter slaganfallet.

Av Tabell I framgår boendeform och ADL (allmänna dagliga livsfunktioner)-behov före slaganfallet. Betydligt fler män än kvinnor bodde hemma utan hjälp före slaganfallet (84 procent respektive 67,5 procent). Av dem som bodde hemma före slaganfallet var det betydligt fler män än kvinnor som kunde återvända hem. Tre månader efter slaganfallet hade kvinnorna mer behov av hemtjänst och vistades i större ut-

Tabell I. Åldersstandardiserad andel (procent) som bodde hemma utan hjälp och var oberoende före slaganfallet.

Före slaganfallet	Män	Kvinnor
Eget boende utan hemtjänst	81,4	71,3
Förflyttning utan hjälp inom- och utomhus	88,7	83,4
Oberoende vid av-/påklädning och toalettbesök	86,4	85,0

Tabell II. Skillnader i patientfördelning mellan slaganfallsenhet och vanlig vårdavdelning.

	Slaganfallsenhet, n=8 642	Vanlig vårdavdelning, n=4 752
Medelålder, alla	74,9	76,3
män	72,9	74,2
kvinnor	77,0	78,4
<i>Procent</i>		
Återinsjuknande i slaganfall	29,2	28,0
Hjärnblödningar	10,0	10,6
Eget boende	77,7	71,9
Medvetandesänkta	17,3	23,2

sträckning på servicehus/ålderdomshem eller vårdhem. Bland dem som hade full rörlighet före slaganfallet observerades även stora skillnader i rörlighet mellan kvinnor och män tre månader efter slaganfallet. Betydligt fler män hade full rörlighet tre månader efter

slaganfallet. Skillnaderna var statistiskt signifikanta även efter standardisering för ålder. Lika stor andel män som kvinnor klarade att klä av/på sig själv samt klarade toalettbesök på egen hand.

Skilnad slaganfallsenhet- vanlig vårdavdelning

Av de inrapporterade vårdtillfällena i Riks-Stroke 1996 hade 60,4 procent av patienterna vårdats vid slaganfallsenhet och 33,2 procent vid vanlig vårdavdelning, medan det för resterande 6,4 procent inte fanns definierat huruvida det var slaganfallsenhet eller vanlig vårdavdelning.

Av Tabell II framgår några skillnader mellan patienter vårdade vid slaganfallsenheter och vanlig vårdavdelning.

Datortomografi hade utförts i 95 procent av fallen vid slaganfallsenheterna, jämfört med 89 procent vid vanlig vårdavdelning; $P < 0,0001$ (åldersstandardiserat). En större andel av patienter som vårdats vid vanlig avdelning fick en ospecifik slaganfallsdiagnos (16,7 procent mot 7,7 procent vid slaganfallsenhet). Inga större skillnader i vårdtider observerades mellan vård vid slaganfallsenhet och vård på vanlig avdelning. En halv dags längre medelvårdtid på akutavdelning noterades för slaganfallsenheterna, medan den totala vårdtiden var en dag kortare där. Letaliteten bland patienter vårdade vid slaganfallsenhet var lägre än hos dem som vårdats vid vanlig vårdavdelning. Skillnaderna gällde både män och kvin-

Tabell III. Letaliteten hos dem som var medvetandesänkta respektive ej medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhus (åldersstandardiserat).

	Ej medvetandesänkta			Medvetandesänkta		
	Slaganfallsenhet	Vanlig vårdavdelning	P-värde	Slaganfallsenhet	Vanlig vårdavdelning	P-värde
≤7 dagar	1,4	2,3	0,0006	21,1	21,4	0,87
8-27 dagar	3,2	3,6	0,23	12,3	14,7	0,20
<3 månader	8,1	10,1	0,0014	43,4	43,8	0,85

Tabell IV. Bakgrundsfaktorer (patientfördelning) i de olika sjukvårdsregionerna.

	Norra	Uppsala - Örebro	Stockholm	Sydöstra	Väst-svenska	Södra
Antal registreringar	1 770	3 900	1 403	2 195	2 602	2 432
Tremånadersuppföljning saknas, procent	8,2	6,3	14,3	1,3	6,4	1,9
Män, procent	53,1	51,1	45,5	49,9	51,8	52,7
Medelålder	74,5	75,1	76,5	75,4	75,8	75,0
män	72,7	72,9	73,7	73,2	74,1	73,0
kvinnor	76,1	77,4	78,9	77,5	77,7	77,2
Andel ≥75 år, procent	55,4	59,2	67,2	60,6	64,0	59,1
Förstagångsinsjuknande, procent	70,5	72,1	69,5	74,2	70,4	75,4
Medvetandesänkta, procent	17,9	22,8	21,8	17,9	22,3	16,6

ANNONS

nor, såväl dem över som under 75 år. Skillnaderna kvarstod efter standardisering för ålder.

De patienter som vårdades på vanlig vårdavdelning var i större utsträckning medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhuset. Vi har därför, vad gäller utfallsparmetrarna, delat in materialet i medvetandesänkta respektive ej medvetandesänkta vid ankomsten till sjukhuset och jämfört utfallet. En signifikant lägre letalitet sågs i gruppen »ej medvetandesänkta» hos patienter vårdade på slaganfallsenhet jämfört med dem som fick vård på vanlig vårdavdelning (Tabell III).

De som vårdats vid slaganfallsenhet hade även mindre uttalad funktionsnedsättning efter tre månader beträffande såväl rörlighet som hjälpbehov vid av- och påklädning och toalettbesök. För gruppen »medvetandesänkta» var det däremot ingen skillnad i letalitet eller funktionsförmåga mellan patienter vid slaganfallsenhet och dem som vårdats på vanlig vårdavdelning (Figur 5). En större andel av patienterna vårdade vid slaganfallsenhet kunde återvända till eget boende. Alla skillnader var statistiskt signifikanta och kvarstod efter åldersstandardisering (Tabell III, Figur 5).

Jämförelse mellan Sveriges sjukvårdsregioner

Några av de större sjukhusen i Stockholmsregionen deltog inte 1996, så det är endast en del av slaganfallspatienterna i den regionen som har registrerats. Även andelen som inte genomfört tremånadersuppföljning var stor. Tabell IV visar indelning och patientfördelning för varje region. Regionerna skiljde sig åt vad gäller både ålder och kön.

Stockholms-regionens slaganfallspatienter var i genomsnitt ett år äldre, Norra regionens ett år yngre än patienter från övriga regioner. Andelen ≥ 75 år var 67 procent i Stockholmsregionen, 64 procent i Västsvenska regionen, 55 procent i Norra regionen och ca 60 procent i övriga regioner. Andelen kvinnor var störst i Stockholmsregionen, minst i de Norra och Södra regionerna (Tabell IV).

Stockholmsregionen och Sydsvenska regionen har de kortaste medelvårdtiderna på akutsjukhus, cirka tio dagar. Fem dagars längre vårdtid noteras i genomsnitt för Norra, Uppsala–Örebro respektive Södra regionerna. Västsvenska regionen har minskat sin medelvårdtid på 19,3 dagar 1995 till 16,8 dagar 1996.

Även andelen patienter som vårdades vid slaganfallsenheter skiljer sig avsevärt mellan regionerna. I Sydöstra och Norra regionerna vårdades nästan

80 procent vid slaganfallsenheter, i Stockholm drygt 70 procent, i Västsvenska regionen ca 60 procent. Minst andel anges i Södra regionen, som dock redovisade en stor andel som vårdats vid »annan enhet» än vanlig avdelning eller slaganfallsenhet.

DISKUSSION

Andelen sjukhus/kliniker som deltog i Riks-Stroke 1996 var 87 av de 91 sjukhus där slaganfallspatienter vårdas. Trots att numera alla sjukhus deltar i Riks-Stroke återstår fortfarande arbete med att ytterligare förbättra kvaliteten på registret i sig, och det finns vissa uppgifter i Riks-Stroke som man ännu måste vara försiktig med vid tolkning och eventuella jämförelser. Den första är att letaliteten är påfallande låg. När vi selekterade de kliniker som uppfyllde kraven på god täckningsgrad blev letaliteten mellan 1,5 och 2 procent högre.

Letaliteten var däremot den enda variabel där det skiljde sig mellan »hela riket» och enheter med »god täckningsgrad».

Den totala vårdtiden är en annan uppgift som måste tolkas med försiktighet. Först och främst måste man observera att vårdtiden inom primärkommunal vård inte ingår, vilket innebär att olika organisationer mellan landstingsvård och primärkommunal vård kan påverka den »totala vårdtiden». Dessutom saknas uppgifter om den totala vårdtiden för 12,4 procent av alla patienter.

Andelen patienter som genomgått datortomografi var mycket stor 1996, vilket har medfört att andelen vårdtillfällen med ospecifik diagnos har minskat från 17,8 procent 1994 till 11,2 procent av vårdtillfällena under 1996.

Däremot visar det sig att kliniker i olika hög grad ger en ospecifik diagnos trots att datortomografi har genomförts, och här har registret en klar funktion. Däremot är obduktionsfrekvensen numera mycket låg för patienter som drabbas av slaganfall.

I WHO's MONICA-projektet, som har registrerat slaganfall från 1985 i Norr- och Västerbotten, har obduktionsfrekvensen gått ner från 42 procent 1985 till 10 procent 1997 i åldersgruppen 25–74 år (opublicerade uppgifter från MONICA-projektet). Detta innebär att en kvalitetsfaktor i det närmaste har tagits bort när det gäller att säkerställa dödsorsak.

Kvinnorna sämre lottade

Andra skillnader som framkom vid analysen av data var att kvinnor var fyra år äldre vid insjuknandet än män och att

det tycks gå sämre för kvinnorna efter slaganfallet även efter åldersstandardisering. Färre kvinnor bodde hemma före slaganfallet, vilket man kanske kan förklara med att de var äldre vid insjuknandet.

Att färre kvinnor av dem som före slaganfallet bodde hemma kunde återvända hem kan bero på att 52 procent av alla kvinnor, jämfört med 26 procent av männen, levde ensamma. I åldersgruppen 75 år och däröver var skillnaden ännu mer uttalad (63 procent kvinnor, 28 procent män).

Nyttan av slaganfallsenheter

Nyttan av slaganfallsenheter har visats vid flera randomiserade studier [1–5]. I metaanalyser av de 19 randomiserade studier som finns har det framkommit betydande vinster med slaganfallsenheter [6]. Man har visat att mortaliteten minskar – både den akuta och ettårsöverlevnaden – funktionen förbättras och fler patienter kan återgå till eget boende. Data från Riks-Stroke visar att de resultat som uppnåtts i begränsade randomiserade prövningar kan omsättas i vardagssjukvård på nationell nivå.

Av de patienter som var oberoende vid av-/påklädning och toalettbesök före slaganfallet var 59 procent fortfarande oberoende 3 månader efter slaganfallet medan 22 procent behövde hjälp med toalettbesök och/eller med av-/och påklädning. Enligt Riks-Stroke var 10 procent av patienterna redan före slaganfallet beroende av hjälp vid toalettbesök. Detta innebär i praktiken att till de ca 25 000 som årligen insjuknar i slaganfall kommer ca 5 000 nya patienter som behöver hjälp vid toalettbesök och med av-/påklädning. Till detta kommer de ca 2 000–3 000 som redan tidigare var kraftigt ADL-beroende och behövde hjälp med av-/påklädning. Om alla patienter med slaganfall skulle ha vårdats på slaganfallsenhet hade ca 500 årligen räddats från att avlida, eller från att få så bestående funktionsnedsättning att de behöver hjälp med ADL eller boende. Rapporten visar att endast tre av fem drabbade vårdas på slaganfallsenhet.

Variation mellan kliniker

Variationen mellan klinikerna var påtaglig vad gällde såväl letaliteten som andelen patienter som vårdades på institution tre månader efter slaganfallet. Vi anser att det finns utrymme för förbättring på många kliniker. Orsakerna till skillnaderna kan vara många. Till exempel kan patientfördelningen variera mellan kliniker, vilket kan innebära att en del kliniker har ett äldre klientel

ANNONS

som ofta, förutom slaganfallet, har flera andra svåra sjukdomar.

Data för varje enskild klinik måste därför tolkas utifrån klinikkens patientsammansättning. Det kan även finnas selektionsmönster som gör data svårtolkade på vissa kliniker, t ex kan patienter som avlider kort tid efter ankomst till sjukhuset undgå att komma med i registret.

Detta får till följd att letaliteten blir för låg på den kliniken.

Specialenheter på varje sjukhus!

I denna rapport har vi bl a jämfört vård på slaganfallsenhet med vård på vanlig vårdavdelning av patienter som var helt oberoende före insjuknandet. Materialet är åldersstandardiserat och dessutom stratifierat på andelen medvetlösa/icke medvetlösa innan jämförelse mellan olika typer av vård gjordes. Resultaten visade att fler patienter vårdade på slaganfallsenhet överlevde, fler kunde återgå till eget boende samt fler klarade påklädning och toalettbesök än patienter vårdade på vanlig vårdavdelning.

Är det inte tid att inrätta slaganfallsenheter för alla sjukhus i Sverige? Fortsätter tillväxttakten av dessa enheter som hittills kommer det att dröja ytterligare tio år innan alla patienter med akuta slaganfall i Sverige får tillgång till en vårdform med väldokumenterade gynnsamma effekter.

Referenser

1. Juby LC, Lincoln NB, Berman P. The effect of a stroke rehabilitation unit on functional and psychological outcome. A randomised controlled trial. *Cerebrovascular Diseases* 1996; 6: 106-10.
2. Garraway WM, Akhtar AJ, Hockey L, Prescott RJ. Management of acute stroke in elderly. Follow-up of a controlled trial. *BMJ* 1980; 281: 827-9.
3. Strand T, Asplund K, Eriksson S, Hägg E, Lithner F, Wester PO. A non-intensive stroke unit reduced functional disability and the need for long-term hospitalisation. *Stroke* 1985; 16: 29-34.
4. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomised controlled trial. *Stroke* 1991; 22: 1026-31.
5. Sivenius J, Pyörala K, Heinonen OP, Salonen JT, Riekkinen P. The significance of intensity of rehabilitation after stroke: a controlled trial. *Stroke* 1985; 16: 928-31.
6. Stroke Units Trialists, Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151-9.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

Summary

Stroke unit care saves lives; the Swedish national quality assessment registry for stroke the first of its kind in the world

Birgitta Stegmayr, Kjell Asplund, Back Per Danielsson, Kerstin Hultér-Åsberg, Bo Norrving, Markku Peltonen, Andreas Terént, Margareta Thorngren, P O Wester

Läkartidningen 1999; 96: 2719-26.

Meta-analyses of randomised trials of acute stroke treated in specialised stroke units have yielded convincing evidence of benefits in terms of reduced mortality rates, as compared with treatment in a general ward. However, no studies had been performed to ascertain whether the promising results could be reproduced in routine clinical practice. Accordingly, a comparison of routine care of acute stroke patients in stroke units (SUs) with that in general wards (GWs) was made on the basis of data for the 14,300 cases of acute stroke from 87 units in 80 Swedish hospitals registered in 1996 at the Swedish national stroke registry, the first of its kind in the world. Among patients capable of independent daily life and fully conscious at admission, the mortality rate was lower in the SU than in the GW subgroup, both at discharge from hospital and three months after the stroke event; and three months after stroke, a greater proportion of SU patients had been discharged to their homes, and a smaller proportion were in long-term care. However, no such subgroup differences were found among patients with impaired consciousness at admission. Thus, the promising results of the randomised trials of SU treatment would appear to be reproducible in routine clinical practice, though the beneficial effect is smaller in magnitude.

Correspondence: Dr Birgitta Stegmayr, Dept of Medicine, Umeå University, Norrlands Universitetssjukhus, SE-901 85 Umeå, Sweden.

E-mail: birgitta.stegmayr@medicin.umu.se

TILLVÄXT



FAKTORER

Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
» Tillväxtfaktorer »

Telefax: 08-20 76 19