

Ny avhandling



beskriver **prognos** lång tid efter stroke

Prognosen efter stroke påverkas av många olika faktorer. Några av dessa har studerats i avhandlingen "Stroke in the Long Term – Prognosis, Comorbidity, Readmission, and the Caregiver Perspective". Resultaten sammanfattas här av **Stefan Sennfält**, Lunds universitet.

Stroke är som bekant är en mycket vanlig sjukdom och i dag räknar man med att det finns över 140.000 drabbade i Sverige som lever med varierande grad av funktionell nedsättning.¹

En stroke är för många en allvarlig händelse och påverkar livet fundamentalt i många år efteråt. Men glädjande nog gör vården framsteg. Vård och stöd som erbjuds i dag håller hög kvalitet men det finns sannolikt rum för förbättring. Vissa förändringar är kanske till och med nödvändiga för att framöver kunna erbjuda gott stöd till den ökande andelen äldre (som ju har en större risk för stroke). För att bäst kunna åstadkomma förbättringar behövs gott kunskapsunderlag.



Då både befolkningen
och vården förändras
över tid behövs det hela tiden
nya uppdaterade beskrivningar
över prognos och patienters
situation.

Då både befolkningen och vården förändras över tid behövs det hela tiden nya uppdaterade beskrivningar över prognos och patienters situation. Prognosen efter stroke påverkas av många olika faktorer varav många tidigare inte fått så mycket uppmärksamhet. Min avhandling är en omfattande beskrivning av långtidsprognosen och mina fem publicerade delarbeten behandlar olika viktiga aspekter såsom samsjuklighet, funktionsnedsättning före stroke, återinläggningar samt de anhörigas situation.

DE OLIKA DELARBETENA

Projektet bygger på data från Riksstroke, det svenska kvalitetsregistret för strokesjukvård, och mer specifikt en långtidsuppföljning som genomfördes år 2016 av patienter som insjuknat tre eller fem år tidigare (över 22.000 inkluderade patienter) och deras anhöriga. Data har även inhämtats från bland annat Patientregistret, SCB:s befolkningsregister samt Läkemedelsregistret.

Delarbete 1 beskriver överlevnad och funktionsförmåga upp till fem år efter ischemisk stroke respektive hjärnblödning.² Jag visar att prognosen är fortsatt ganska dyster för båda diagnoser men att överlevnad och funktionsförmåga var lägre för hjärnblödning vid samtliga uppföljningstillfällen. Efter fem år var hela 79 procent av dessa patienter avlidna eller beroende av hjälp i vardagen jämfört med 70,6 procent av dem som drabbats av ischemisk stroke.

Delarbete 2 fokuserar på samsjuklighet vid stroke och den prognostiska betydelsen av detta.³ Samsjuklighet definieras som de kroniska tillstånd patienter har utöver att ha drabbats av en stroke. Cirka 75 procent av alla patienter i studien hade någon form av samsjuklighet och andelen döda eller funktionellt beroende steg kraftigt med grad av sjukdomsburda. Bland enskilda sjukdomar var demens starkast associerad med dålig prognos, följt av njur- och hjärtsvikt. Jag visar också i en klusteranalys att de kroniska tillstånden samvarierar i specifika kluster, exempelvis ett stort kardiovaskulärt sådant med flera subkluster.

Delarbete 3 beskriver karaktäristika, behandling och prognos för strokepatienter som redan innan insjuknandet var beroende av hjälp och stöd i vardagen.⁴ Arbetet visade på stora olikheter inom den här gruppen; ju sämre funktionsförmåga innan stroke, desto mer samsjuklighet, mindre medicinering efter stroke, och sämre prognos.

Delarbete 4 kartlägger återinläggningar på sjukhus under de fem första åren efter stroke.⁵ Studien visade att återinlägg-



Mina resultat understryker komplexiteten och variabiliteten hos strokepatienter vilket kommer till uttryck i stora skillnader i prognos, återinläggningsmönster, och påverkan på anhöriga

ning var mycket vanligt, i synnerhet under de första sex månaderna, och en liten grupp individer med hög grad av samsjuklighet stod för den allra största delen.

Ungefär 20 procent av patienterna visade sig stå för 60 procent av återinläggningarna

Den totalt sett dominerande orsaken till återinläggning var kardiovaskulära sjukdomar men orsaker varierade över tid och mellan patienter med få respektive många återinläggningar.

Delarbete 5 beskriver de anhörigas situation.⁶ Den stora mängden hjälp och stöd de gav den strokedrabbade var associerat med påtagliga begränsningar och psykisk ohälsa. I gruppen anhöriga till drabbade med mycket stora behov kunde över 40 procent inte lämna den drabbade längre än en timme i taget; 23 procent av de anhöriga hade behov av mer stöd för egen del och över hälften uppgav psykisk ohälsa.

VAD BETYDER RESULTATEN?

Mina resultat understryker komplexiteten och variabiliteten hos strokepatienter vilket kommer till uttryck i stora skillnader i prognos, återinläggningsmönster, och påverkan på anhöriga. Ett gott omhändertagande i det längre perspektivet kräver därför ett stratifierat tillvägagångssätt där patienter med olika egenskaper och förutsättningar hanteras olika. Det är också nödvändigt med en helhetssyn där många olika faktorer (såsom funktionsnedsättning och samsjuklighet) tas i beaktan.

Min avhandling är framför allt deskriptiv och har inte primärt en normativ ambition (jag undersöker inte hur man *borde* göra för att nå bäst resultat). Men slutmålet är ju förstås att den ska bidra till konkreta förbättringar för patienter och mitt arbete ger ändå indikationer på övergripande mönster som sannolikt vore fruktsamt att adressera. Jag tar mig friheten att uttrycka några tankar.

Fragmentisering av vården är ett problem som kommer till störst uttryck i handläggningen av patienter med multipla sjukdomar (vilket strokepatienter oftast har). Många olika kliniker med separata handläggningsplaner kan vara inblandade och risk finns för polyfarmaci, ökade kostnader och oklarheter i vem som har ansvar för vad.⁷ Detta synliggör behovet av en samordnad vård. Vidare, det faktum att olika tillstånd hos multisjuka patienter ofta samvarierar i kluster gör potentialen större för eventuella samordningsvinster. För att uppnå mer samordning skulle möjligen primärvården kunna spela en större roll. Den har en unik position för att kunna arbeta patientnära och holistiskt där patientens hela livssituation kan adresseras. Men komplexiteten hos många strokepatienter är en stor utmaning. Ett tillvägagångssätt som fungerar bra i slutenvården är multidisciplinära team där många olika professioner (såsom logoped, fysioterapeut, läkare och dietist) samverkar för att kunna erbjuda en stor bredd av vård och stöd. Socialstyrelsen rekommenderar att detta används brett, men utanför slutenvården är tillgängligheten mycket varierad på olika platser i landet (en genomgång från Socialstyrelsen har visat att sådana team bara används i 110 av 235 kommuner).⁸ Det är dock förståeligt att vårdcentraler och mindre kommuner inte har resurser att hålla sig med stora multidisciplinära team. Men en samordning där man "poolar" resurser kanske skulle kunna vara en väg framåt.

Andra konkreta verktyg för att bättre strukturera vården av komplexa patienter är en så kallad "post-stroke checklist", som gör det lättare att inte missa viktiga punkter vid uppföljning,⁹ och "frailty assessment", ett medel att klassificera grad av sårbarhet och identifiera högriskpatienter.¹⁰

Min avhandling visar också på betydelsen av att även stödja anhöriga. Denna sista punkt är något jag vill slå ett extra

slag för. De anhöriga är en essentiell del i stödet till strokepatienter; de står för den allra största vårdinsatsen och kan på sätt och vis sägas "bespara" det formella välfärdssystemet stora resurser. Kort sagt: De utgör en tillgång samhället inte har råd att vara utan. Dessutom finns sannolikt för patienterna ett stort värde i att ha en nära anhörig som ger stöd istället för en formell vårdgivare som inte har samma personliga kontakt eller kännedom. Den stora andelen anhöriga som uppger psykisk ohälsa tydliggör behovet av riktat formellt stöd till dem. Dessutom visar mina data att en mycket liten del att anhöriga har kontakt med patientorganisationer. Möjligen kan man integrera initiativ från civilsamhället på ett bättre sätt än vad nu är fallet. Vidare behövs fördjupande kvantitativa och kvalitativa arbeten för att kartlägga de anhörigas situation och behov.

Oavsett vilka åtgärder man väljer att vidta hoppas jag att mitt arbete kan bidra till att det blir så bra som möjligt.



STEFAN SENNFÄLT

Med dr, leg läkare, Neurologen, Karolinska universitetssjukhuset; Lunds universitet
stefan.sennfalt@med.lu.se

Länk till avhandlingen:

<https://www.lu.se/lup/publication/c9932201-becc-46fa-91c4-4243960720e7>

1. Giang KW, Mandalenakis Z, Nielsen S, Björck L, Lappas G, Adiels M, et al. Long-term trends in the prevalence of patients hospitalized with ischemic stroke from 1995 to 2010 in Sweden. *PLoS One* 2017; 12:e0179658.

2. Sennfalt S, Norrving B, Petersson J, Ullberg T. Long-term survival and function after stroke. *Stroke* 2018; STROKEAHA118022913.

3. Sennfalt S, Pihlsgård M, Petersson J, Norrving B, Ullberg T. Long-term outcome after ischemic stroke in relation to comorbidity - an observational study from the Swedish stroke register (riksstroke). *Eur Stroke J* 2020; 5:36-46.

4. Sennfalt S, Pihlsgård M, Norrving B, Ullberg T, Petersson J. Ischemic stroke patients with prestroke dependency: Characteristics and long-term prognosis. *Acta Neurol Scand* 2020.

5. Sennfalt S, Petersson J, Ullberg T, Norrving B. Patterns in hospital readmissions after ischaemic stroke - an observational study from the Swedish stroke register (riksstroke). *Eur Stroke J* 2020; 5:286-296.

6. Sennfalt S, Ullberg T. Informal caregivers in stroke: Life impact, support, and psychological well-being - a Swedish stroke register (riksstroke) study. *Int J Stroke* 2019; 1747493019858776.

7. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015; 350:h176.

8. Socialstyrelsen (eng. Swedish National Board of Health and Welfare). Utvärdering 2018, vård vid stroke (eng. Evaluation of stroke care, 2018). 2018.

9. Turner GM, Mullis R, Lim L, Kreit L, Mant J. Using a checklist to facilitate management of long-term care needs after stroke: Insights from focus groups and a feasibility study. *BMC Fam Pract* 2019; 20:2.

10. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14:392-397.



Dessutom finns sannolikt för patienterna ett stort värde i att ha en nära anhörig som ger stöd istället för en formell vårdgivare som inte har samma personliga kontakt eller kännedom.