

Tidigare:

WebRehab Sweden  
MSPKSNDP 2MSQSU

Nu mera:

# Svenskt Register för **Rehabiliteringsmedicin**

Årsrapport

2021

## Innehåll

Introduktion .....	5
Allmän information .....	6
Registret är öppet för alla kliniker/enheter som bedriver specialiserad rehabilitering.....	6
Syfte.....	7
Om rehabilitering .....	7
Inklusionskriterier.....	8
Omfattning .....	8
Organisation .....	8
Registerhållare och styrgrupp .....	9
Ekonomi.....	10
Certifiering.....	10
Målnivåer.....	10
SLUTENVÅRD .....	13
Demografi och processmått.....	13
Resultatmått.....	37
COVIDREHABILITERING 2021 .....	68
Demografi och processmått- covidrehab.....	69
Resultatmått covidrehab.....	75
Bilaga slutenvård .....	86

## Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 Antal patienter per enhet i grupp 1.....	16
Tabell 2 Födelseland per grupp.....	16
Tabell 3 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper (År 2020 och 2021 ingår ej covid-registreringar) .....	18
Tabell 4 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1 .....	23
Tabell 5 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2 .....	23
Tabell 6 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3 .....	23
Tabell 7 Medelvårdtid per enhet, slutenvård .....	24
Tabell 8 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1 .....	26
Tabell 9 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2.....	26
Tabell 10 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3.....	27
Tabell 11 Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar .....	28
Tabell 12 Andel rökare, Grupp 1 .....	29
Tabell 13 Andel rökare, Grupp 2 OBS små grupper .....	29
Tabell 14 Andel rökare, Grupp 3 .....	29
Tabell 15 Alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk (inskrivning).....	31
Tabell 16 Målordikatorer, resultat 2021.....	33
Tabell 17 Användningsgrad instrument vid inskrivning, grupp 1-3.....	35
Tabell 18 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning .....	48
Tabell 19 NIHSS vid in- och utskrivning. Antal patienter per poängintervall, grupp 1.....	51
Tabell 20 NIHSS vid in- och utskrivning. Antal patienter per poängintervall, grupp 3.....	51
Tabell 21 DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter (värden vid utskrivning inom parentes).....	52
Tabell 22 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats. ....	54
Tabell 23 Utskriven till redovisat per åldersgrupp. ....	60
Tabell 24. Andel rökare och snusare samt missbruk av alkohol .....	74
Tabell 25 Totalt antal komplikationer vid utskrivning, för Covidrehabgrupp jämfört med förekomsten av dessa komplikationer för patientgrupp med genomgången/ pågående covidinfektion och övriga patienter.....	81
Figur 1 Antal utskrivna över tid (inklusive patienter med coviddiagnos).....	13
Figur 2 Antal utskrivna per ort (inklusive patienter med coviddiagnos) .....	14
Figur 3 Antal utskrivningar där coviddiagnos är exkluderade (n=2264) .....	15
Figur 4 Åldersfördelning grupp 1 .....	17
Figur 5 Åldersfördelning grupp 2 .....	17
Figur 6 Åldersfördelning grupp 3 .....	17
Figur 7 Diagnosgrupper .....	19
Figur 8 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1 .....	20
Figur 9 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2 .....	20
Figur 10 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3 .....	21
Figur 11 Diagnosfördelning per enhet i grupp 1. ....	21
Figur 12 Diagnosfördelning per enhet i grupp 2. ....	22
Figur 13 Diagnosfördelning per enhet i grupp 3. ....	22
Figur 14 Vårdtid i antal dagar sedan 2007 (medelvärde).....	26
Figur 15 Antal komplikationer .....	37
Figur 16 ADL vid in och utskrivning, stroke. ....	39
Figur 17 ADL vid in och utskrivning, TBI. ....	40
Figur 18 ADL vid in och utskrivning, SAB eller annan hjärnskada. ....	41
Figur 19 ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada. ....	42
Figur 20 ADL vid in och utskrivning, demyleriserande sjukdomar och annan neurodiagnos.....	43
Figur 21 ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat. ....	44
Figur 22 ADL vid in och utskrivning, övriga diagnosgrupper. ....	45
Figur 23 FIM: personlig vård, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning). ....	46
Figur 24 FIM: sfinkterkontroll, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning). ....	46
Figur 25 FIM: kortare förflyttning, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning). ....	46
Figur 26 FIM: längre förflyttning, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).....	47

Figur 27 FIM: kommunikation, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).....	47
Figur 28 FIM: social/intellektuell funktion, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).....	47
Figur 29 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.....	55
Figur 30 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.....	55
Figur 31 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.....	56
Figur 32 EQ5D VAS per ort, grupp 1.....	56
Figur 33 EQ5D VAS per ort, grupp 2.....	56
Figur 34 EQ5D VAS per ort, grupp 3.....	57
Figur 35 Utskriven till, grupp 1.....	58
Figur 36 Utskriven till, grupp 2.....	58
Figur 37 utskrivna till, grupp 3. utskrivna till, grupp 3.....	59
Figur 38 Utskriven till eget boende u personligt beroende, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).....	61
Figur 39 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 1 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper.....	62
Figur 40 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 2 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper.....	63
Figur 41 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 3 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper.....	63
Figur 42 LiSat-11, Andel tillfredsställda med livet i allmänhet vid utskrivning de tre senaste åren.....	64
Figur 43 Andel med låga värden för ångest, förändring över tid.....	64
Figur 44 Andel med låga värden för depression, förändring över tid.....	65
Figur 45 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 1.....	66
Figur 46 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 2.....	66
Figur 47 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 3.....	67
Figur 48 Antal utskrivna per månad 2021 för patienter med covid diagnos och de som har genomgången/ pågående infektion (N=500).....	69
Figur 49. Andel utskrivna per enhet indelat i patienter med covid diagnos, patienter som genomgått/har en pågående inf/ och övriga patienter (N=2575).....	70
Figur 50. Könsfördelning.....	71
Figur 51. Åldersfördelning.....	71
Figur 52. Födelseland.....	72
Figur 53. Utbildningsnivå.....	72
Figur 54. Intagen från.....	73
Figur 55. Försörjning via Försäkringskassan vid inskrivning.....	73
Figur 56. Medelvårdtid i antal dagar.....	74
Figur 57. BMI; jämförelse mellan in- och utskrivning.....	75
Figur 58 FIM in och ut för covidrehabgruppen (n=196).....	77
Figur 59 FIM in och ut för patienter med genomgången covidinfektion (n=122).....	77
Figur 60 FIM in och ut för övriga patienter (n=1374).....	78
Figur 61 EQ5D index.....	79
Figur 62 EQ5D VAS.....	79
Figur 63 Jämförelse på LiSat vid utskrivning mellan covidrehabgrupperna och övriga som ej haft covidinfektion.....	80
Figur 64 Utskriven till.....	82
Figur 65 Nöjdhet inom 7 områden, covid diagnos.....	83
Figur 66 Nöjdhet inom 7 områden, Genomgången/Pågående covidinfektion.....	84
Figur 67 Nöjdhet inom 7 områden, Övriga.....	84

## Introduktion

Varje år publicerar det nationella kvalitetsregistret Webrehab publicerar rapporter om den svenska rehabiliteringsvårdens kvalitet. Den svenska modellen med skattefinansierad vård syftar till att alla ska få god vård utifrån sina behov. Syftet med kvalitetsregistren är att ge deltagande enheter tillfälle att förbättra vården för den enskilda patienten och dessutom vara en potentiell datakälla för forskning. Det regionala självstyret för att rehabiliteringsutbudet skiljer sig åt inom landet och kvalitetsregistren är en väg att jämföra vården inom landet.

Under året som gått (2021) påbörjades plattformsbyte och i samband med detta namnbyte och ny hemsida. Registret heter numera Svenskt register för Rehabiliteringsmedicin (SveReh) <https://svereh.registercentrum.se/kontakt/kontakt/p/HJbAxCngK>.

Vårt register är ett nationellt kvalitetsregister. Det innebär att det innehåller personbundna uppgifter om diagnos, behandling, och resultat. Registret är byggt från början av Svensk förening för Rehabiliteringsmedicin och har sedan start haft en styrgrupp som ansvarar för kvalitetsregistrets utveckling och förvaltning, där medlemmarna har en bas inom rehabiliteringsmedicin i Sverige. Vi har från start strävat efter att ha personer med olika professionsbakgrund representerade samt från olika deltagande enheter i landet. Vårt register (liksom alla nationella register) kvalitetsgranskas och är certifieras av den nationella Ledningsfunktionen för kvalitetsregister.

Vi arbetar för att tillhandahålla information till de medverkande enheterna så att rehabiliteringsprocessen kan förbättras. Denna data kan även ligga till grund för prioriteringsarbete såväl inom rehabilitering men även mellan olika processer inom hälso-och sjukvården. Data har lämnats till Socialstyrelsen när det gäller antal vårdade personer med ryggmärgsskada i Sverige, vilket var en pusselbit inför beslutet om nationell högspecialiserad vård av ryggmärgsskadade (start 1 april 2023). Data har också lämnats till Socialstyrelsen när det gäller rehabiliteringsinsatser av personer som vårdats för stroke som en del i "uppföljning av målnivåer" samt i år också för att undersöka möjliga undanträngningseffekter av Covid-19.

Svensk sjukvård har som grundtanke att vård ska ha god kvalitet för alla. Det innebär vård och rehabilitering efter personens behov och oavsett bostadsort, vårdinstans, kön, ålder, etnicitet, religion eller sexuell läggning. Trots att vi strävar efter en god vård för alla i landet utifrån sina behov är det skillnader. Dessa skillnader i tillgång till platser såväl inom slutenvård som öppenvård har synliggjorts under den pågående pandemin. Alla landsting/regioner utom Sörmland har tillgång till specialiserad rehabilitering och flera landsting/regioner har även avtal med externa leverantörer.

Rehabiliteringsprocessen utgår från patientens problem och därmed behöver hen kunna uttrycka sina behov/tankar och upplevda problem. Om hen inte kan det behövs hjälp via närstående (om man har kommunikationsproblem eller sänkt medvetandegrad) eller tolk (om man inte kan uttrycka sig på svenska). De deltagande enheterna bör med personalen diskutera hur vi möter personer med annan bakgrund än den man själv har. Personen ska bemötas med respekt och kunna lita på att vården ges på lika villkor. För att ha en god uppfattning om hur personer med annan språklig bakgrund bör man inte dra sig för att använda tolk även i kvalitetsarbetet och ge dessa personer en möjlighet att få uttrycka sina tankar om sitt tillstånd (PROM) och hur sjukvården fungerar (PREM). Svårighet med kommunikation är en risk för bortfall i samband med uppföljning.

Målet med rehabiliteringen är att ge människor möjlighet att vara delaktiga i olika livssituationer (och i samhället) och att känna livstillfredsställelse. Ett lyckat resultat av rehabiliteringsinsatsen kräver att person och närstående har förmåga till nyorientering. För att klara detta behövs ofta stöd från professionen under en tid (kortare eller längre). Då rehabiliteringen utformas utifrån personens

diagnos, funktion och livssituation blir innehållet varierat och individualiserat. Trots att vi strävar efter en god vård för alla i landet utifrån sina behov är det skillnader. Dessa skillnader i tillgång till platser såväl inom slutenvård som öppenvård har synliggjorts under den pågående pandemin. Alla landsting/regioner utom Sörmland har tillgång till specialiserad rehabilitering och flera landsting/regioner har även avtal med externa leverantörer. Pandemin har fortsatt under 2021 och inverkat på sjukvården. Därför har vi även i år två delar i årsrapporten, en för slutenvård och en specifik del kring COVID. De deltagande enheterna är uppdelade i tre grupper utifrån patientdemografi. Grupp 1 innehåller enheter där stort inslag av geriatrik och subakut rehabilitering ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av subakut rehabilitering. Grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av subakut vård. Detta gör det lättare för de deltagande enheterna att jämföra sig med liknande. I årsrapporten för 2021 ingår 23 enheter. Ökningen beror på att Uddevalla har tillkommit samt Sävar och NUS Umeå har blivit 2 enheter.

Antalet registreringar i slutenvård har minskat med 3 % sedan 2019, vårdtiderna är ungefär de samma som tidigare men lokala variationer ses. Täckningsgraden av registret har inte kunnat beräknas för 2021 då det kräver "handpåläggning". (Rapport från enheterna om hur många patienter/platser man har tillgängliga för rehabilitering och under 2021 har detta varierat från vecka till vecka på grund av pandemin). Antalet personer som fått rehabilitering efter stroke har minskat från 2019 till 2020 och nu till 2021. Om det avspeglar reella behov eller är en undanträngningseffekt på grund av Covid-19 är oklart. En positiv trend är att det sker en minskning av antalet vård dagar för patienter som ligger kvar på avdelning trots att man är utskrivningsklar. Målnivåer som är satta, redovisas på sjukhusnivå med grönt, gult och rött. Fortfarande är det några enheter som har rött i något eller några indikatorer, vilket är bekymmersamt. BMI är ett bra mått på omvårdnads kvalitet och basal att följa under en längre sjukhusvistelse, som slutenvårdsrehabilitering är. Det är därför oroande att år efter år är det brister (rött) i denna variabel både vid inskrivning och utskrivning. Tyvärr har antalet personer som tillfrågats om sin upplevelse av rehabilitering minskat i landet och flera enheter har rött på denna variabel. Upprättande av rehabiliteringsplan görs och alla enheter har höga värden, mellan 80 -100%, där 5 enheter hade 100 %! Medel låg på 95 % och trots att de flesta markerats som gult, är detta ett mycket bra resultat. Alla diagnosgrupper visar förbättring i ADL med ökad självständighet (mätt med FIM) vilket är huvudsyftet med inläggande rehabilitering.

Under 2021 har 311 patienter som rehabiliterats för enbart covid diagnos och 189 personer har registrerats med en annan diagnos men även med genomgången/pågående covid-infektion. Jämfört med 2020 är det något färre med enbart covid men fler där vård- och/ eller rehabiliteringsförlopp kan ha påverkats av insjuknandet i covid.

Det är en större andel som vårdats enbart för covid under första halvåret medan annan orsak till rehab och samtidig covid-diagnos, var mer jämnt fördelad över året. Pandemin har drabbat landets regioner olika, uppdraget till rehabiliteringsenheterna har varierat och andelen vårdade personen med covid skiljer sig mellan deltagande enheter. I covid gruppen är fler män, är i åldersgruppen 45-64 år och har oftare ett utomeuropeiskt födelseland jämfört med de andra rehabiliteringspatienterna. Vi kan därmed säga att de som vårdats på rehabiliteringsmedicinska klinker på grund av covid stämmer med de i landet identifierade riskfaktorerna för att drabbas av sjukvårdskrävande vård avseende kön, ålder och födelseland.

## Allmän information

Registret är öppet för alla kliniker/enheter som bedriver specialiserad rehabilitering.

## Syfte

WebRehab syftar till handhålla information om processen så att förbättringsarbete kan leda till god rehabilitering för den enskilda personen.

- i) att förbättra kvaliteten i rehabiliteringsprocessen
- ii) att utnyttja begränsade resurser bättre
- iii) att öka medvetenhet om ICF modellen
- iv) att vara ett stöd för ingående enheter för vårdprocessutveckling
- v) att möjliggöra jämförelser med andra enheter
- vi) att samla kunskap om små patient-/diagnosgrupper samt
- vii) att kunna användas för forskning.

## Om rehabilitering

- Rehabilitering är en pedagogisk process som syftar till att förändra ett beteende (hos personen eller dennes anhöriga) och alltså mycket mer än bara fysisk träning! Inom rehabiliteringsmedicin definieras människan som en handlande individ, där viljemässiga handlingarna är underställda de mål hon har. Om hon når dessa mål är livet meningsfullt.

Rehabilitering är en förutsättning för att enskilda personer ska kunna återfå förmågor efter till exempel stroke eller en höftfraktur. Ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Specifik rehabilitering lyder under hälso- och sjukvårdslagen och innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad.

Rehabilitering är en process som ska hjälpa personen att

- Få kunskap och insikt om sjukdomen/skada och dess konsekvenser
- Mobilisera egna bemästringsstrategier
- Kunna ta ansvar för sin livssituation
- För att nå nya och gamla mål i livet.

Rehabiliteringen startar under den akuta fasen på intensivvården, stroke-enheten, ortopedavdelningen. Den specialiserade rehabiliteringen startar i den post-akuta fasen när rehabiliteringsbehoven är större än medicinska/omvårdnads behov. Primärrehabilitering avslutas när patienten är i sådant skick att hen klarar sig i sitt boende utan insatser från specialiserad rehab. Tidsmässigt brukar detta ske inom de första 12 månaderna. Sekundär rehabilitering omfattar perioder när patienten behöver komma in för en uppträningsperiod för att bibehålla sin funktion eller för specifika åtgärder (bedömning av spasticitet, kognition mm). Den primära rehabiliteringen kan ske i flera faser då organisationen kan innebära flytt mellan olika slutenvårdsenheter och därefter dagrehabilitering/öppenvård.

## **Inklusionskriterier**

Patienter som är på en enhet som bedriver specialiserad rehabilitering

## **Omfattning**

Registret är uppbyggt med en slutenvårdsmodul med en särskild ryggmärgsskadedel, öppenvårdsmodul och uppföljningsmodul.

## **Organisation**

### **1. Öppet register**

Registret är öppet vilket innebär att de deltagande enheterna kan identifieras och jämföras (men inga enskilda patientdata kan ses). Årsrapporten läggs ut på WebRehabs hemsida och är därmed tillgänglig för allmänheten.

### **2. Väntetider**

Väntetider kan nu följas och vilket möjliggör att patienterna tas om hand på ett effektivare sätt i framtiden. Det skiljs på tid från när en remiss blivit emottagen till övertag och beslut om övertag och inskrivning. I många fall skrivs en remiss tidigt innan patienten är färdig för rehabilitering (dvs det medicinska och omvårdsbehovet är större än rehabiliteringsbehovet) vilket möjliggör planering av övertag.

### **3. Patientens delaktighet i rehabiliteringen**

En viktig del av rehabiliteringsarbetet är att patienten är delaktig och själv medverkar för att ta ansvar för sin hälsa. För att möjliggöra detta krävs att rehabiliteringspersonalen ger information och utbildning. Ett steg i detta arbete är att bevaka att hälsofrågor (t.ex. frågor kring rökning och att följa BMI) tas upp under vårdtiden. Även upprättande av en rehabplan och uppföljning för att se att denna följs under och efter vårdtiden, hjälper klinikerna att vid behov sätta upp mål för förbättringar.

### **4. Vårdtider och Effekter av rehab**

Genom att kunna jämföra funktionsnedsättning (FIM och EQ5D vid inskrivning och utskrivning) hos patienter med likartade skador och sjukdomar kan vi se om processen på den egna kliniken är effektiv i förhållande till vårdtiden och resultatet.

### **5. Komplikationer**

Vi kan följa utveckling av komplikationer inom rehabiliteringsverksamheten och sätta in åtgärder om vi ser någon negativ trend.

### **6. Nöjdhet**

Vi får viktig information om våra patienter är nöjda med vården, vilket kan användas i det egna förbättringsarbetet.

### **7. Information**

En skattefinansierad hälso- och sjukvård har krav på sig att vara demokratiskt. Det är medborgarens rättighet att kunna få ta till sig korrekt och heltäckande information om hur sjukvården fungerar vid



olika enheter. Genom WebRehab kan de olika klinikerna ta fram all information som krävs för att kunna beskriva sin verksamhet för patienter- anhöriga- politiker- patientorganisationer och andra intressenter.

## 8. Måltal

Registret har också indikatorer med måltal för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska- t.ex. geriatrik- neurologi- ortopedisk rehabilitering mm. Alla sjukvårdshuvudmän (landsting/regioner) utom Sörmland, är representerade av en eller flera deltagande enheter Registret har även privat aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser.

## Registerhållare och styrgrupp

Registerhållare: Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor, Rehabiliteringsmedicin, Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Registrets hemsida: <https://svereh.registercentrum.se/>

Startår: 1998

Stöd från SKL/SoS: Ja

Huvudman: Västra Götaland

Kompetenscentrum: Registercentrum Västra Götaland

### Styrgrupp och registerhållare

Jan Burensjö, Leg ssk, Verksamhetschef, Jönköping

Maria Karlberg, Leg Fysioterapeut, Lund-Orup

Marika Möller, Med dr, Leg Psykolog, Danderyd

Laura Serrano Barrenechea, Överläkare, Borås/Jönköping

Mari-Anne Svensson, Leg Arbetsterapeut, Halmstad

### Kontaktperson:

Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

### Patientrepresentanter:

Carina Petersson, Stroke-Riksförbundet

Gunilla Åhrén, Personskadeförbundet RTP

## Registerhållare:

Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor/överläkare, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset

## Ekonomi

Registret finansieras till större delen av SKL (Nationella kvalitetsregister <http://www.kvalitetsregister.se/>) men de deltagande enheterna betalar också en mindre årlig avgift.

## Tillstånd

Godkänt av datainspektionen 971205.

Varje deltagande enhet har skyldighet till sitt sjukhus göra anmälan om registret enligt PUL.

## Certifiering

Styrgruppen för Nationella Kvalitetsregister har fastställt att registren ska delas in i certifieringsnivåer (från kandidat, nivå 3,2 och 1).

### WebRehab ligger på nivå 2. Detta innebär:

- Hög täckningsgrad utifrån aktuell patientgrupp.
- Online återkoppling till verksamheter som stödjer förbättringsarbete.
- Öppen redovisning av data, med identifierbara enheter, i årsrapporter och annan rapportering.
- Generellt bedömas skapa goda förutsättningar för verksamheternas systematiska förbättringsarbete och uppvisa exempel på att registret används aktivt för förbättringsarbete.
- Ha identifierat vilka mått som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området.
- Innehålla patientrapporterade mått.
- Ha identifierat förbättringsområden och/eller målnivåer utifrån bearbetade data.
- Använts aktivt för forskning.

Många Rehabiliteringsmedicinska enheter i Sverige är ackrediterade enligt CARF <http://www.carf.org/home/> vilket ökar kraven på att ha dokumentation över process, effektivitet och verkningsgrad samt patientinflytande i den egna rehabprocessen (belyses av upprättande av rehabplan och användande av denna). Frågan är dock hur mycket data från kvalitetsregistret används i det vardagliga kvalitetsarbetet på hemmaplan mellan ackrediteringarna?

## Målnivåer

Att sätta mål och följa upp dem tillhör de allra mest basala styrformerna av en verksamhet och används som en del i kvalitetsarbetet. Målen bryts ofta ner i en hierarkisk ordning från mer övergripande på ledningsnivå till konkreta målsättningar ute i verksamheterna.

Vanligt i rehabiliteringsarbete är behandlingsinriktade mål, exempelvis att personen ska kunna klara toalettbesök självständigt eller att personen kan skrivas ut till hemmet utan hjälp. Den typen av

behandlingsmål är till för att följas upp på individnivå men kan också användas för att beskriva utfallet av rehabiliteringsinsatsen.

En typ av målnivå anger lägsta acceptabla nivå. De är vanligare vid ackrediteringsförfarande, det vill säga att vissa mål ska vara uppfyllda för att en vårdgivare ska få bedriva verksamheten.

En annan typ av målnivå anger hur stora förändringar i organisationen som ska ske mellan två angivna tidpunkter, exempelvis att andelen individer som får behandlingsinsatsen ska öka med minst tio procent på två års sikt.

Ytterligare en variant är att ange högsta möjliga målnivå baserat på ett kunskapsmässigt perspektiv, eller ett önskvärt politiskt eller verksamhetsmässigt perspektiv. Det är ett eftersträvansvärt mål som alla bör verka för att på sikt uppnå.

Orsaken till att inför målnivåer i ett kvalitetsregister är flera:

- De är kvalitetsdrivande
- De hjälper till att nå målet om en likvärdig och jämlik vård i landet
- De ger en form av kvalitetsdeklaration
- I ackrediteringsarbete med CARF är målnivåer till stor nytta

I registret har vi valt att identifiera målnivåer som är uppnåeliga och inte lägsta acceptabel nivå. Det sistnämnda får varje enhet göra själv som en del i sitt kvalitetsarbete och i ackrediteringssammanhang. Vi har identifierat ett antal indikatorer där vi har satt målnivåer inom slutenvården. Någon handlar om kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade. I en del av figurerna har resultaten redovisats enligt ljus-signalerna i trafiken: grönt är över målnivån, gult i närheten av målnivån och rött innebär mycket att arbeta med. På detta sätt hoppas vi att de enheter som idag har röda markeringar ska sträva efter att förbättra sina resultat till nästa år.

### 1. Registrering av patienter i kvalitetsregistret

Att delta i kvalitetsregister handlar även om täckningsgrad på lokalnivå; dvs hur stor andel som matas in av möjliga patienter och om data som matas in på dessa är kompletta. *Här finns det fortfarande förbättringspotential på flera håll*

Målvärdet är 80 %.

### 2. Registrering av BMI

Att mäta och följa utvecklingen av BMI under rehabiliteringstiden handlar om att arbeta kunskapsbaserat. Vi vet att det inte är ovanligt med sväljnings- och nutritionssvårigheter efter en neurologisk sjukdom/trauma. Vi vet också att för att orka träna måste kroppen få tillräckligt med energi. *Fortfarande är det dåligt ifyllt avseende BMI i landet vilket bör resultera i att enheterna diskuterar sina rutiner.*

Målvärdet för registreringar av BMI är 90 % vid både in och utskrivning.

### 3. Bedömning av körlämplighet

Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamet. Det kan finnas problem såväl motoriskt som kognitivt efter en sjukdom eller skada och ansvaret (enligt

körkortsförordningen) ligger hos behandlande läkare. Det är en fråga om säkerhet. Här är det många som inte är registrerade vid utskrivning från slutenvård. Det är viktigt att ta denna diskussion tidigt och inte vänta tills personer själv börjar fundera på att återuppta körning.

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

#### 4. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att minska antalet fall-olyckor och trycksår bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna. *En eloge till de enheter som rapporterar in komplikationer då det är viktigt att inse att ärlighet är A och O. Att rapportera in komplikationer kan leda till en förbättringsdiskussion lokalt. Alla som arbetar inom rehabilitering vet att trots ett gott säkerhetstänk så händer saker ibland. De enheter som inte rapporterar in några komplikationer alls under flera år ter sig inte helt trovärdiga*

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

#### 5. Patientnöjdhet

Att tillfråga patienterna om deras syn på rehabiliteringen etc är en del i kvalitetsarbetet. *Här finns det fortfarande utrymmer för förbättringar*

Målnivå 80 %.

# SLUTENVÅRD

I årsrapporten för slutenvården exkluderas Covid-19-patienter (utom i figur 1 och 2). För information om Covid-19-patienter hänvisas till Covid-19 rapport.

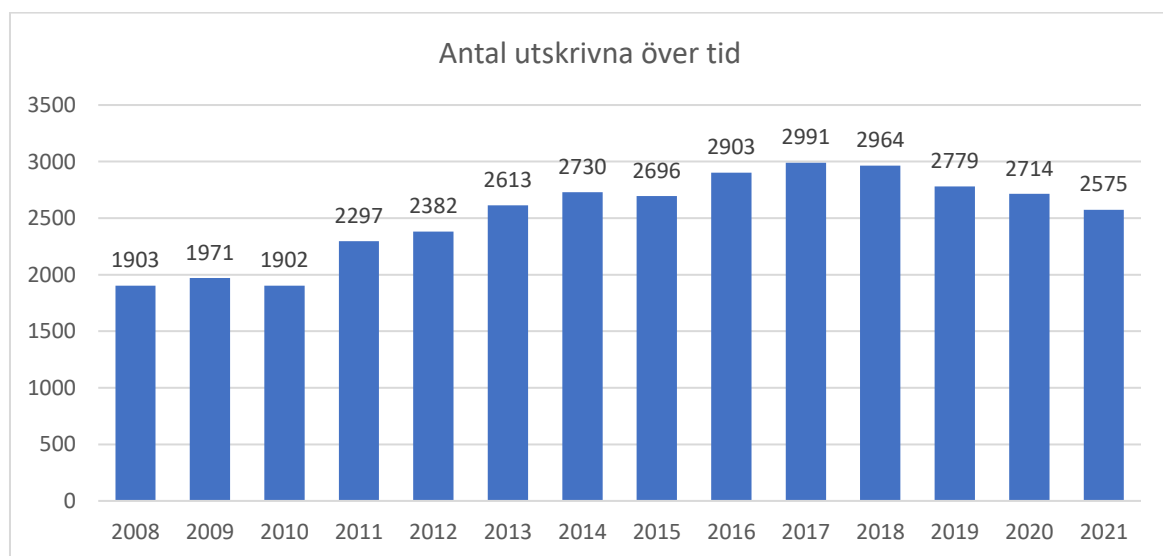
## Täckningsgrad

Analys av täckningsgrad (andel i WebRehab rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen på egna enheten) ger viktig information när man ska tolka sina egna data. För att egna data i SveReh ska vara trovärdiga fordras hög täckningsgrad. Täckningsgrad redovisas till Sveriges Kommuner och Landsting i samband med årsredovisning för SveReh och ansökan om medel.

Analys av täckningsgrad har inte skett under 2021.

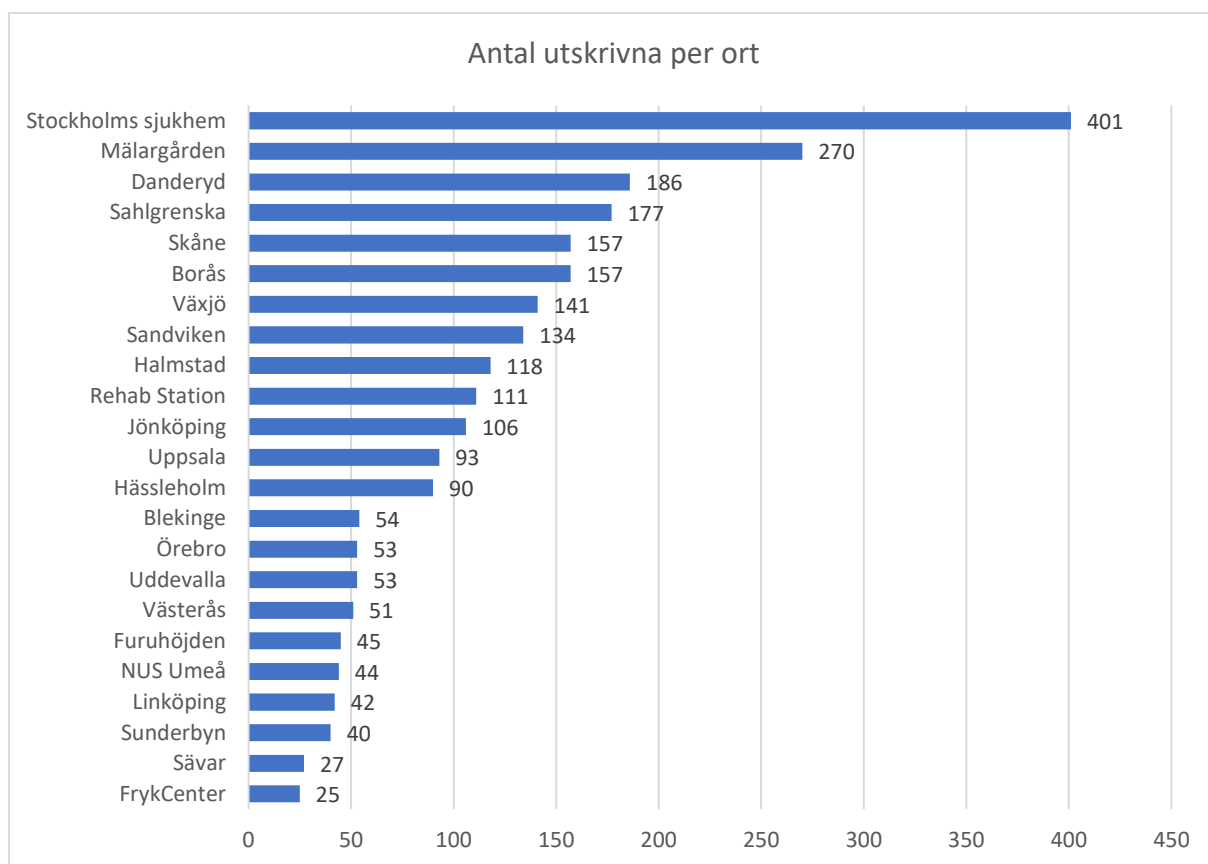
## Demografi och processmått

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2020, där inget annat anges. I rapporten har vi fortsatt att inte ta med enheter som registrerat färre än 20 patienter per år.

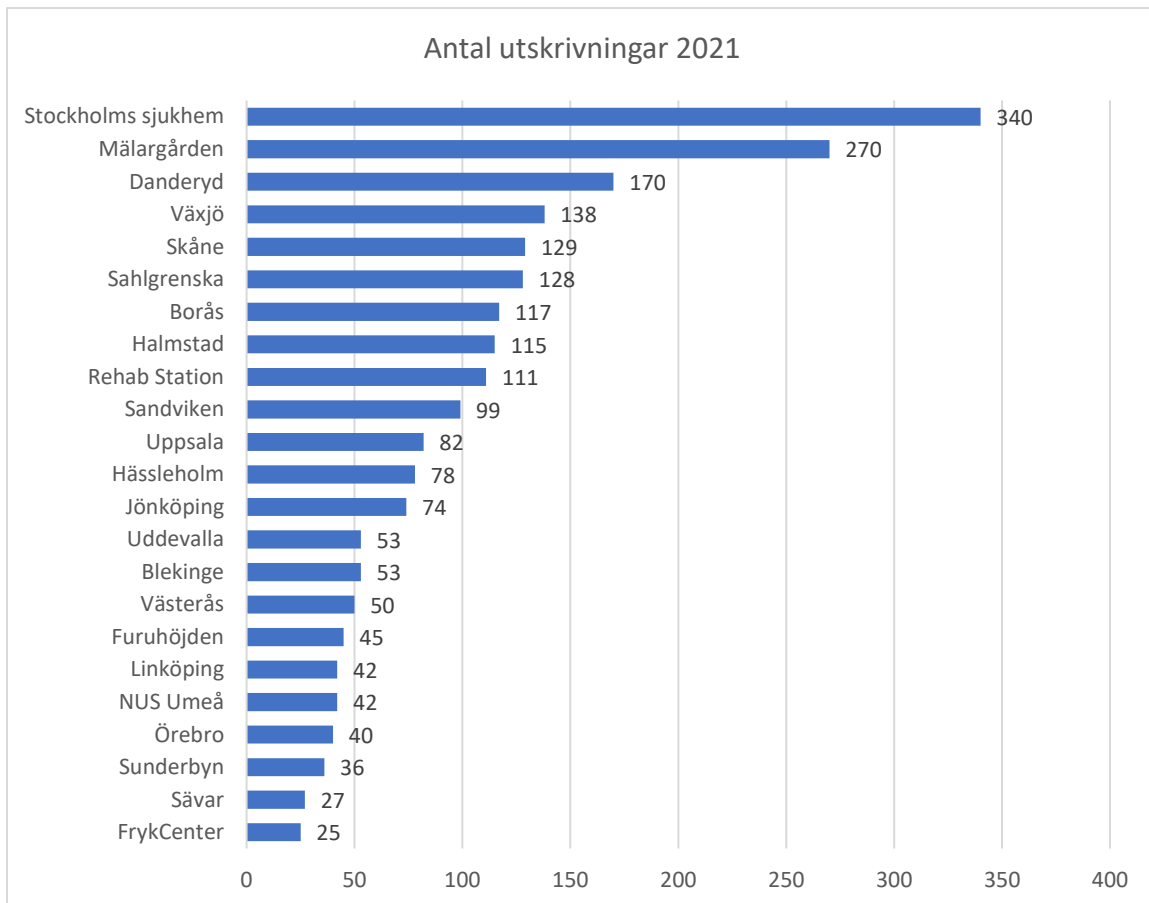


Figur 1 Antal utskrivna över tid (inklusive patienter med covid diagnos).

I årsrapporten för 2021 ingår 23 enheter. Ökningen beror på att Uddevalla har tillkommit samt Sävar och NUS Umeå har blivit 2 enheter. Antalet registreringar i slutenvård har minskat med 3% sedan 2019, troligtvis en effekt av pandemin.



Figur 2 Antal utskrivna per ort (inklusive patienter med covid diagnos).



Figur 3 Antal utskrivningar där covid diagnos är exkluderade (n=2264)

Utöver dessa enheter har 6 enheter färre än 20 registreringar. För detta år (2021) har vi inte exkluderat "ej klarmarkerade" registreringar eftersom det har skett ett plattformbyte.

Deltagande enheterna är uppdelade i tre grupper utifrån patientdemografi.

Grupp 1 innehåller enheter där stort inslag av geriatrik och subakut rehabilitering ingår.

Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av subakut rehabilitering. Grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av subakut rehabilitering. Detta gör det lättare för de deltagande enheterna att jämföra sig med liknande

Tabell 1 Antal patienter per enhet i grupp 1

Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
Enhet	Antal	Enhet	Antal	Enhet	Antal
Blekinge	53	Frykcenter	25	Borås -	117
Furuhöjden	45	Mälargården	270	Danderyd-	170
Halmstad	115	Sävar	27	Jönköping-	74
Hässleholm	78	<b>Total</b>	<b>322</b>	NUS Umeå	42
Stockholms sjukhem	340			Rehab Station-	111
Växjö	138			Sahlgrenska-	128
<b>Total</b>	<b>769</b>			Sandviken-	99
				Skåne-	129
				Sunderbyn-	36
				Uddevalla	53
				Linköping-	42
				Örebro-	40
				Uppsala-	82
				Västerås-	50
				<b>Total</b>	<b>1173</b>

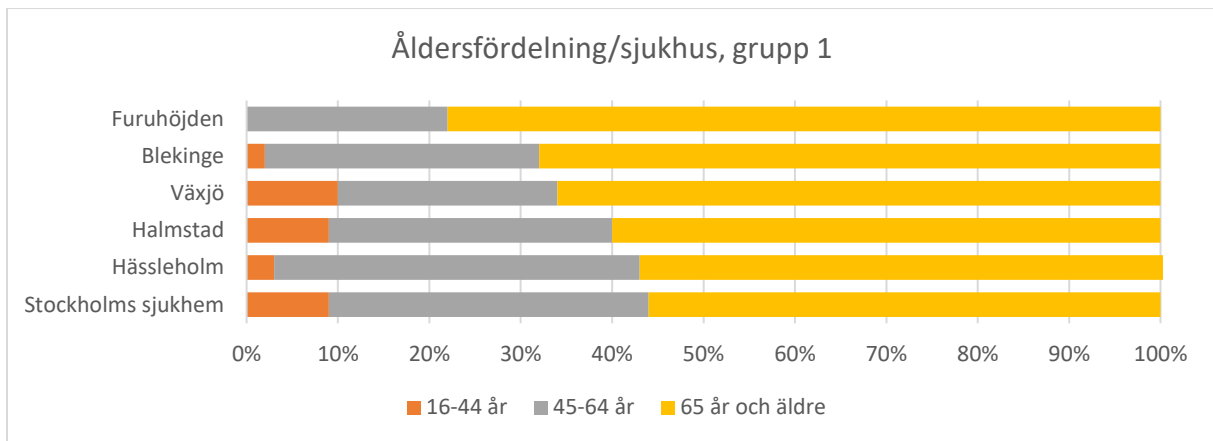
Tabell 2 Födelseland per grupp

	Inom Europa		Utom Europa		Total
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Grupp 1	663	86%	106	14%	769
Grupp 2	289	90%	31	10%	320
Grupp 3	897	82%	201	18%	1098

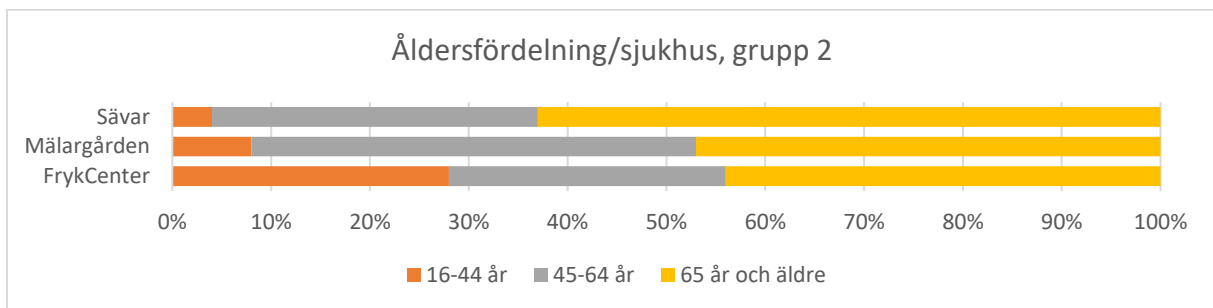
Andelen har inte ändrats sedan 2020.



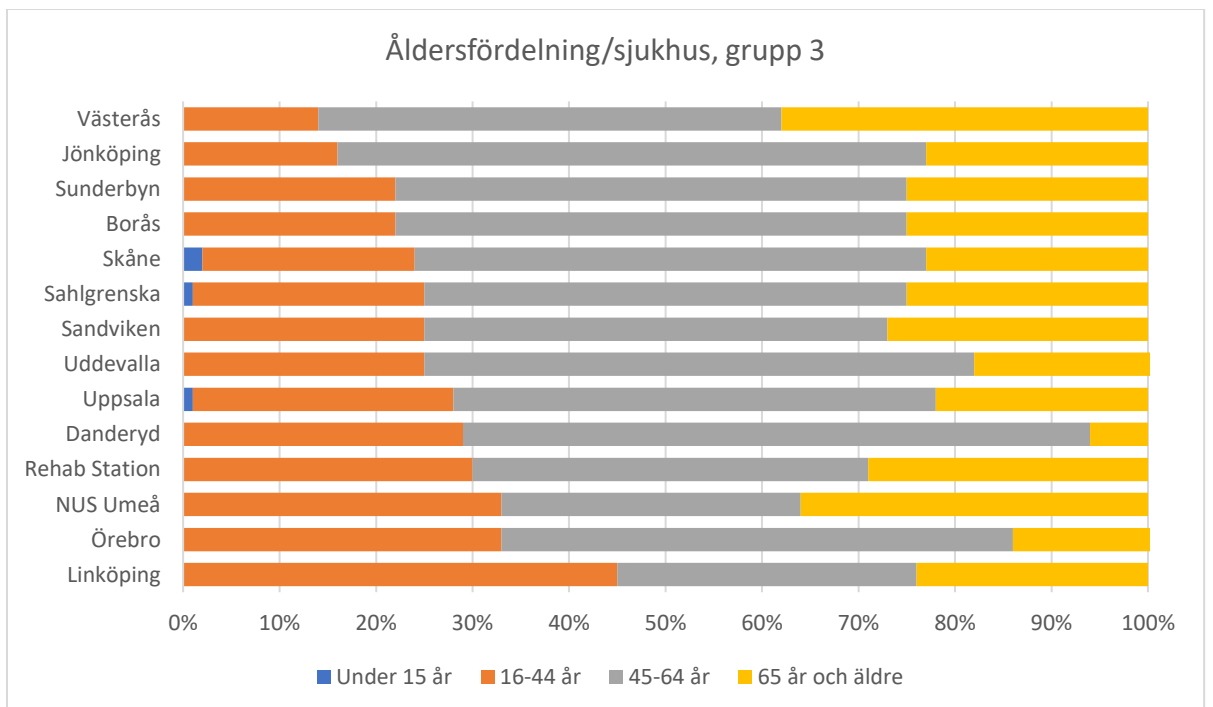
## Analys av data utifrån gruppering av enheter



Figur 4 Åldersfördelning grupp 1



Figur 5 Åldersfördelning grupp 2



Figur 6 Åldersfördelning grupp 3

## Diagnosgrupper

I årsrapporten har vi delat in diagnosgrupperna i 6 större grupper. Jämfört med 2019 är det inga större skillnader i fördelningen mellan diagnosgrupperna.

I år har vi valt att särredovisa TBI från de övriga hjärnskadorna.

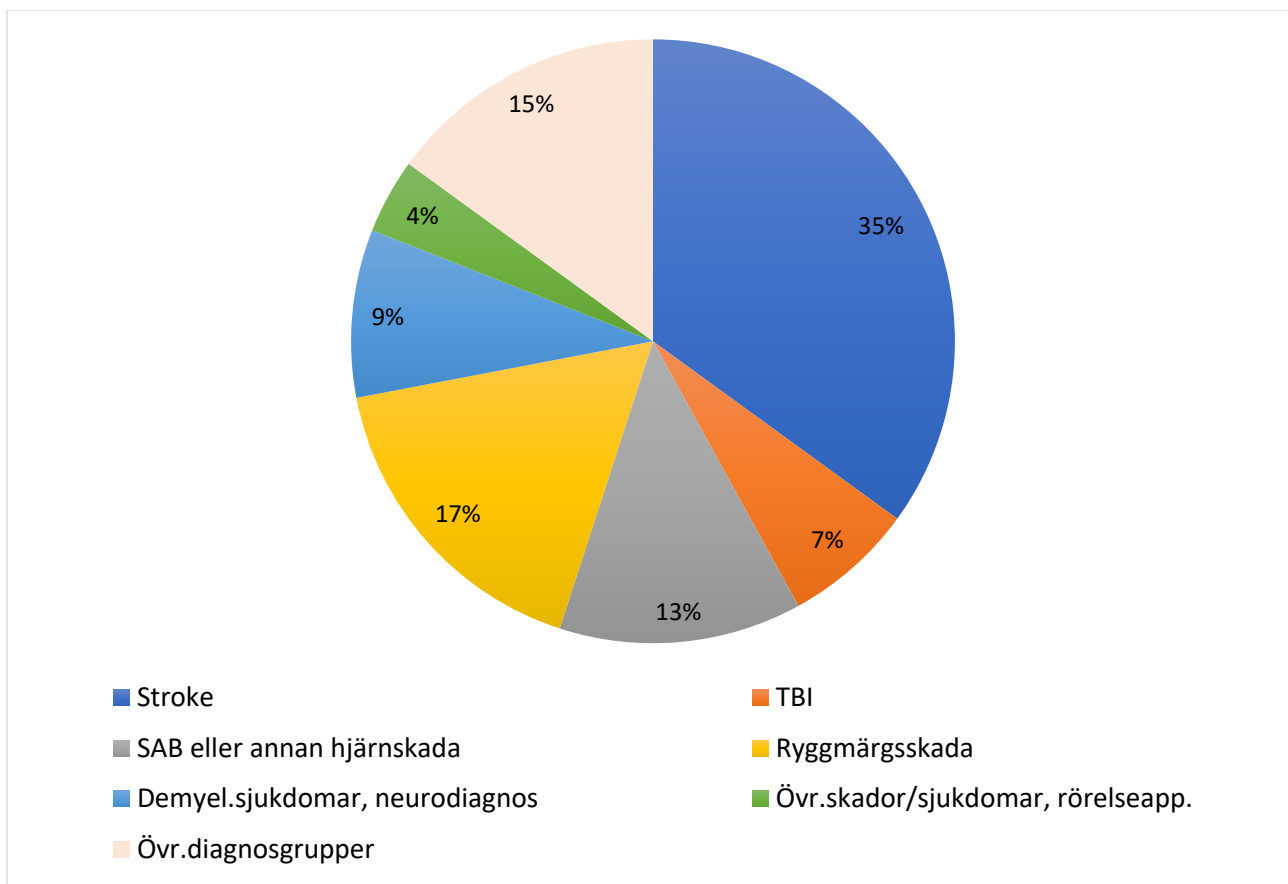
Tabell 3 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper (År 2020 och 2021 ingår ej covid-registreringar)

	2019		2020		2021	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	906	33%	850	36%	802	35%
Traumatisk hjärnskada (TBI)	176	6%	175	7%	152	7%
SAB eller annan hjärnskada(1)	399	14%	313	13%	289	13%
Ryggmärgsskada	496	18%	513	21%	389	17%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	284	10%	171	7%	200	9%
Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp (2)	113	4%	103	4%	87	4%
Övr. diagnosgrupper (3)	405	15%	269	11%	345	15%
Total	2779	100%	2394	100%	2264	100%

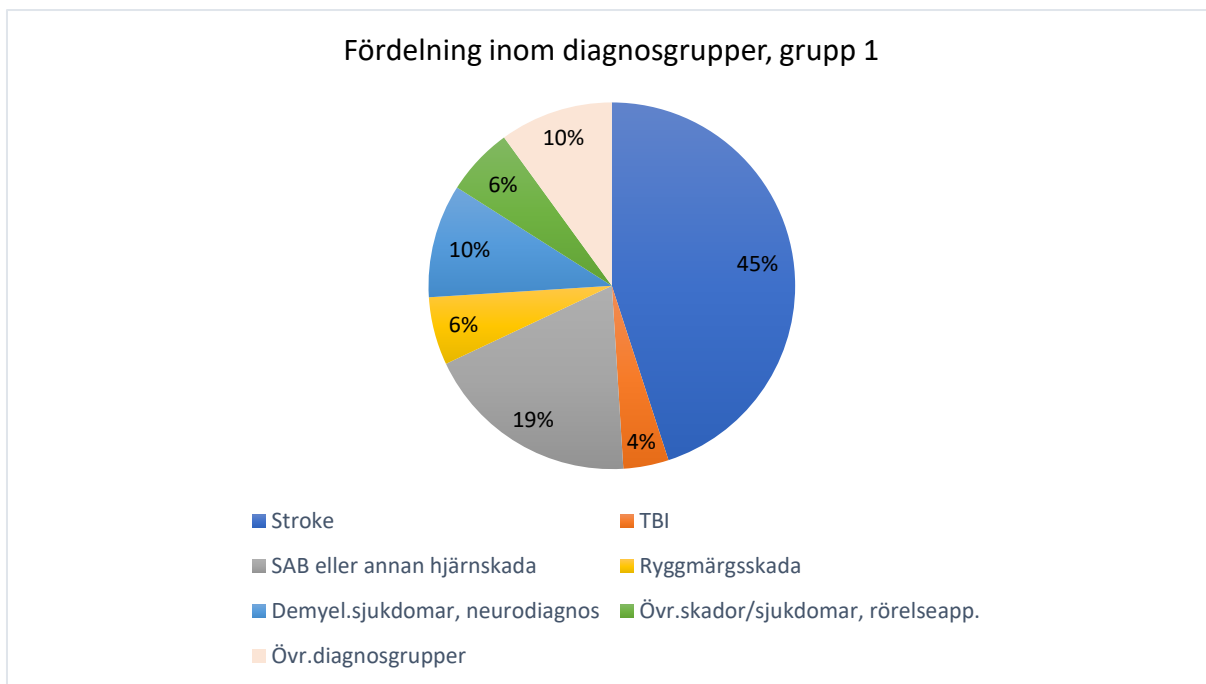
1 Subarachnoidalblödning (SAB), anoxisk, postinfektiös/postinflammatorisk, annan hjärnskada

2 Amputationer, rehab efter ortopediska ingrepp/övriga sjukdomar och skador, reumatiska sjukdomar, övriga trauma

3 Cancersjukdom, hjärta-, kärl- och lungsjukdom, psykiatrisk sjukdom, övriga diagnoser

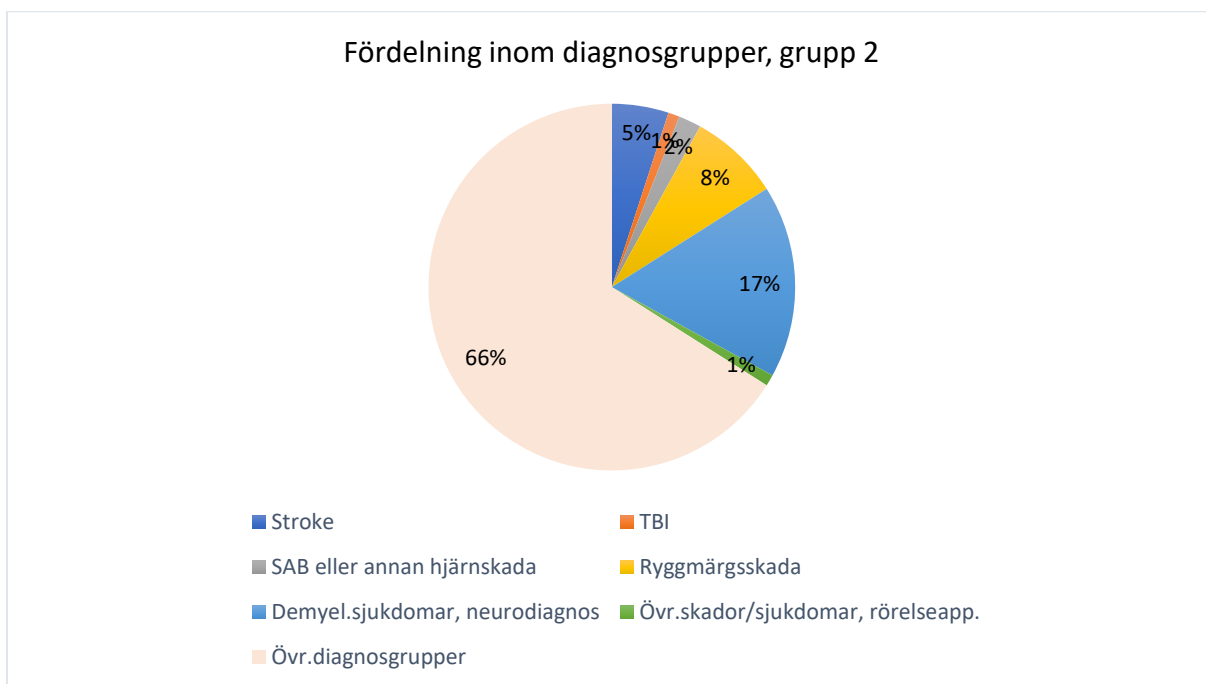


Figur 7 Diagnosgrupper



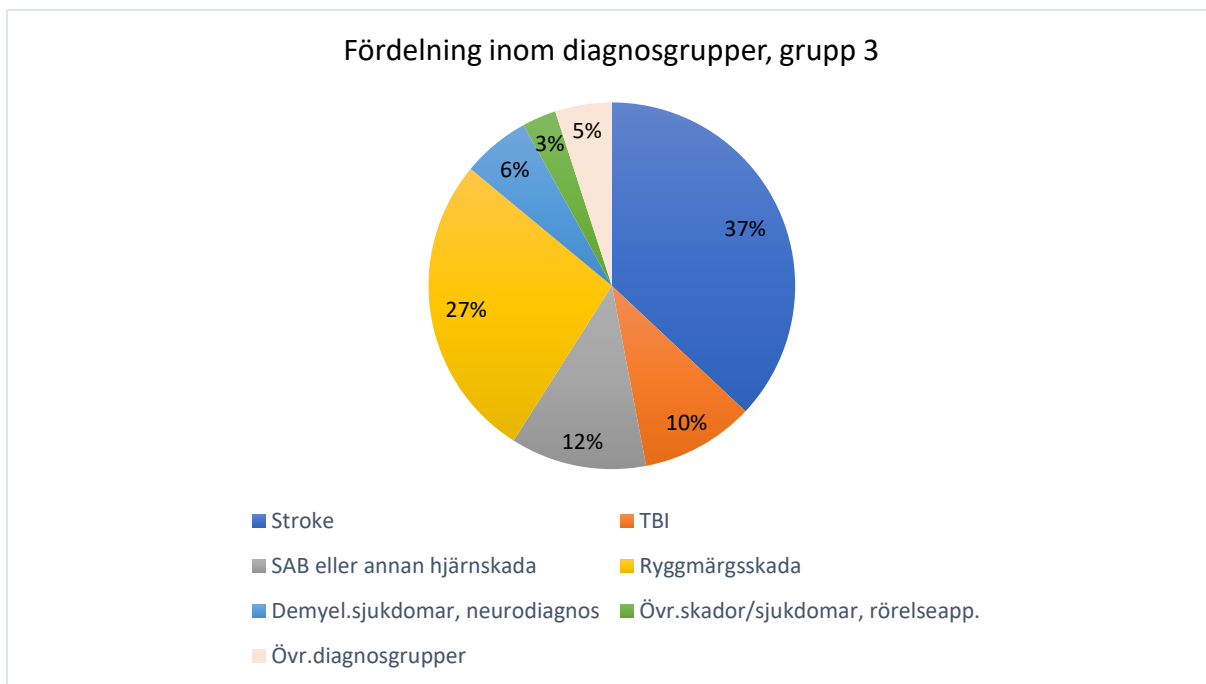
Figur 8 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1

Stroke står för ca hälften av diagnoserna och därefter kommer andra hjärnskador.



Figur 9 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2

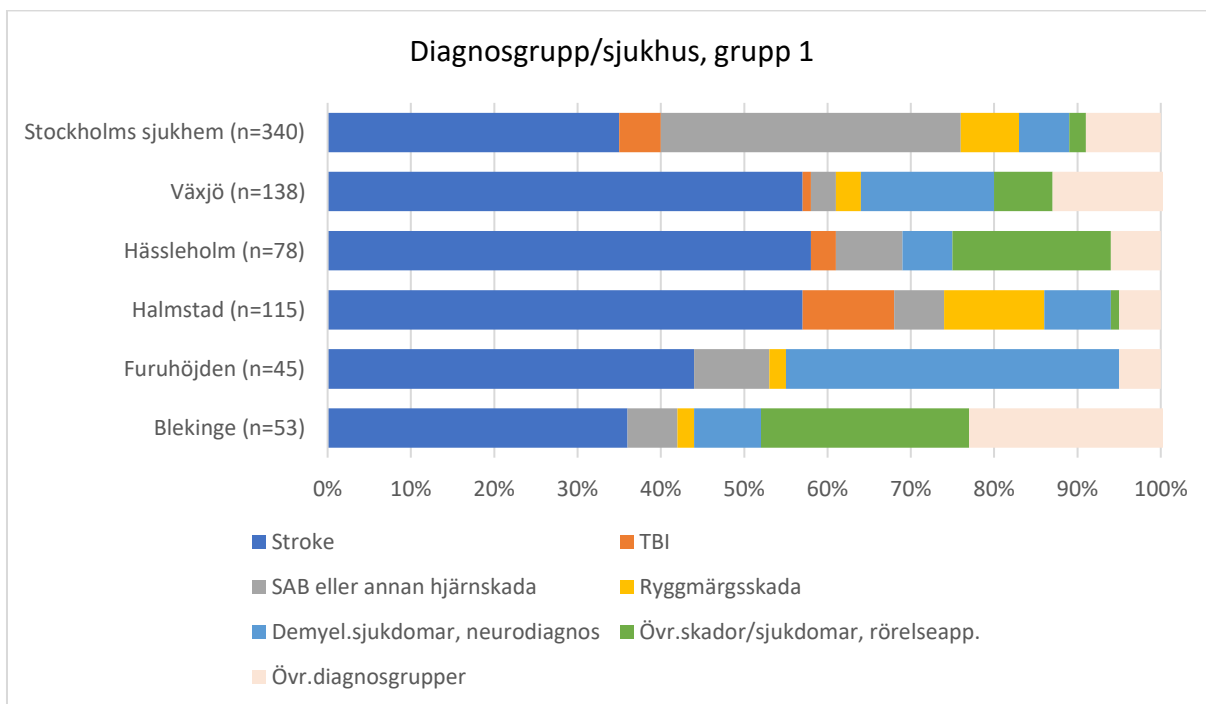
Övriga diagnosgrupper står för stor del av diagnoserna. Det handlar framför allt om hjärt-, kärl- och lungsjukdom samt cancerrehabilitering.



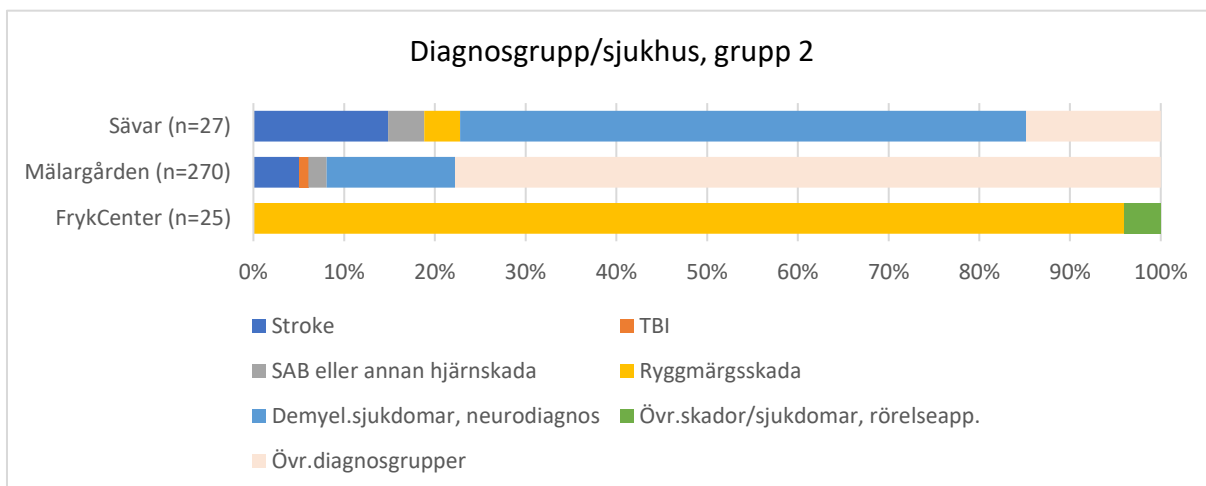
Figur 10 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3

De tre stora diagnosgrupperna är stroke, övriga hjärnskador och ryggmärgsskador.

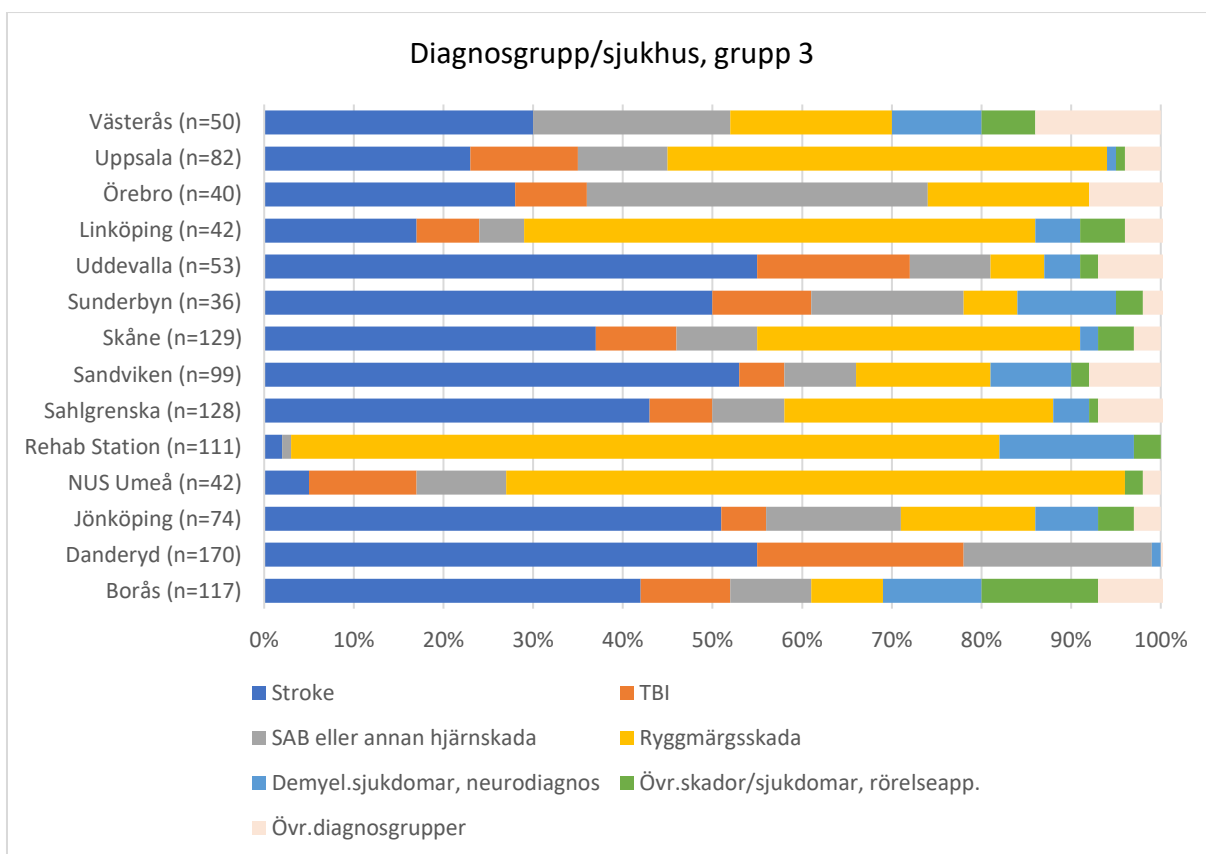
Diagnosfördelningen per enhet illustreras i följande figur.



Figur 11 Diagnosfördelning per enhet i grupp 1.



**Figur 12** Diagnosfördelning per enhet i grupp 2.



**Figur 13** Diagnosfördelning per enhet i grupp 3.

Det finns stora skillnader men också många enheter som liknar varandra. Om man kombinerar antal registreringar med mönstret vad gäller diagnosfördelning, kan man se vilka enheter som mest liknar den egna.

## Väntetider

Tiden från det att remissen utfärdats till dess att beslut om intag tas varierar. Vi väljer att presentera den faktiska väntetiden för patienten. Tabellerna visar väntetider när beslut fattats om intag till när patienten skrevs in. Ur tabellerna kan man anta att enheterna har delvis olika premisser för intag. En del har akutintag och andra har en stor andel av planerad verksamhet.

Medianväntetiden är i grupp 1 är endast 3 dagar (2 dagar 2020) och i grupp 3 är den 3 dagar (3 dagar 2020). Grupp 2 kan inte jämföras med övriga då verksamheten är mycket mer planerad. Totalt sett är det inte några stora förändringar jämfört med 2020, även om enskilda enheter presenterar ändrade resultat.

Tabell 4 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	9	2	0	0	8
Furuhöjden	43	93	83	9	239
Halmstad	104	2	1	0	54
Hässleholm	78	6	2	0	69
Växjö	137	24	5	0	258
Stockholms sjukhem	334	6	4	0	370
Total	705	14	3	0	370

Tabell 5 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
FrykCenter	1	19	19	19	19
Mälargården	267	123	111	0	753
Sävar	27	81	48	7	253
Total	295	119	109	0	753

Tabell 6 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	79	3	1	0	38
Danderyd	168	4	3	0	99
Jönköping	74	18	4	0	263

NUS Umeå	31	7	2	0	43
Rehab Station	53	6	5	0	42
Sahlgrenska	117	6	3	0	102
Sandviken	98	25	5	0	370
Skåne	122	14	6	1	90
Sunderbyn	34	6	3	0	50
Uddevalla	52	6	3	0	27
Linköping	42	2	1	0	7
Örebro	40	12	5	0	126
Uppsala	78	4	2	0	22
Västerås	43	9	1	0	197
Total	1031	9	3	0	370

### Vårdtid

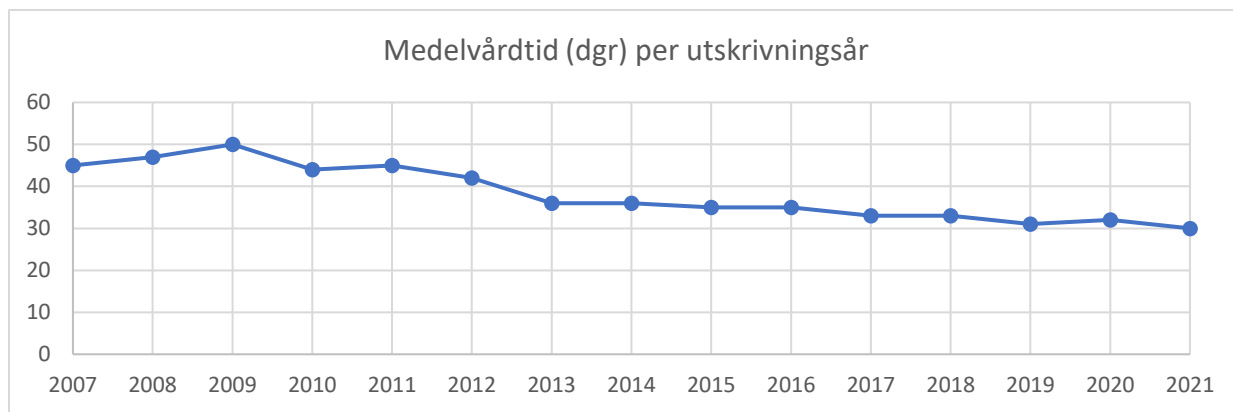
Medelvårdtiden har minskat sedan 2020 på riksnivå, och variationer finns på flera enheter. Man bör notera att de två enheter som gör flest registreringar (Mälargården och Stockholms sjukhem) också har de kortaste medelvårdtiderna. Det påverkar medelvårdtiden för riket som helhet.

Tabell 7 Medelvårdtid per enhet, slutenvård

Medelvårdtid									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Blekinge	35	34	31	35	34	34	31	35	31
Borås	41	35	35	33	37	38	35	35	28
Danderyd	60	58	60	57	51	45	48	46	41
Falun	35	49	44	50	57	56	58		
Frykcenter			17			16	28	19	12
Furuhöjden									17
Gotland	29	33	30	25	28	33			
Halmstad	32	31	27	29	31	29	31	27	27
Härnösand	48	36	47	73					
Hässleholm					36	30	31	30	32



Jönköping	39	37	40	36	41	38	36	32	31
Medelvårdtid									
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Karlstad	68		86	63	81	73	46		
Karolinska	28	46	36	31	34	28	40	25	
Linköping	35	50	39	43	38	40		49	41
Mälargården	17	16	16	14	13	11	12	13	17
Rehab station	35	47	38	35	32	35	29	37	49
Sahlgrenska	44	46	47	48	47	48	47	43	48
Sandviken	34	43	42	37	40	37	33	31	28
Skåne	38	43	41	46	40	46	45	42	33
Skövde				33	29		16		
Stockholms sjukhem	15	18	18	17	17	16	12	15	16
Stora Sköndal							18		
Sunderby	41	53	49	46	36	39	31	29	31
Sävar									23
Uddevalla									40
Umeå	31	47	40	42	41	51	48	58	57
Uppsala	51	54	55	51	47	48	57	66	48
Västervik	28	26	35	33	48				
Västerås	44	41	51	47	38	40	29	30	42
Växjö	41	36	34	35	35	35	30	32	26
Örebro	58	63	53	51	43	47	43	41	30
Östersund	29								
Total	36	36	35	35	33	33	31	32	30



Figur 14 Vårdtid i antal dagar sedan 2007 (medelvärde).

När man försöker tolka detta diagram, ska man vara medveten om att det inte är samma antal och enheter som deltagit varje år.

Tabell 8 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1

	Stroke	TBI	SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs skada	Demyel.sjuk domar, neurodiagnos	Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupp per	Total
Blekinge	31	.	14	28	27	32	35	31
Furuhöjden	17	.	18	18	17	.	18	17
Halmstad	24	24	63	21	31	31	27	27
Hässleholm	34	10	47	.	27	25	36	32
Växjö	27	25	34	26	24	30	24	26
Stockholms sjukhem	16	14	12	37	14	24	17	16
Total	23	18	17	30	21	28	24	22

Tabell 9 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2

	Stroke	TBI	SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs skada	Demyel.sjuk domar, neurodiagnos	Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupp per	Total
FrykCenter	.	.	.	12	.	7	.	12
Mälargården	25	19	21	.	23	11	16	17
Sävar	29	.	4	25	22	.	30	23
Total	26	19	18	13	22	9	16	18

Tabell 10 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3

	Stroke	TBI	SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs skada	Demyel.sjuk domar, neurodiagnos	Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupp per	Total
Borås	30	21	29	28	22	34	29	28
Danderyd	43	39	39	.	66	.	77	41
Jönköping	32	25	29	34	20	57	13	31
NUS Umeå	69	41	29	45	.	24	619	57
Rehab Station	88	.	105	40	73	134	.	49
Sahlgrenska	42	55	57	54	61	129	36	48
Sandviken	31	9	20	37	21	15	20	28
Skåne	32	47	36	33	24	35	15	33
Sunderbyn	31	33	30	48	17	46	36	31
Uddevalla	42	31	45	28	37	69	45	40
Linköping	27	61	25	48	27	19	33	41
Örebro	31	38	31	24	.	.	29	30
Uppsala	51	39	61	47	42	47	41	48
Västerås	41	.	43	44	39	37	45	42
Total	37	37	38	42	40	46	43	39

Klinikernas förutsättningar bland annat utifrån de olika betalningsmodellerna kan påverka vårdtiderna. Vårdtiden varierar mycket både mellan diagnoser och enheter. Analys av detta kan definitivt vara intressant för de ingående enheterna.

### Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Utskrivningen kan bli fördröjd på grund av att det inte är löst med insatser av olika slag efter utskrivningen, framför allt gällande kommunernas insatser. Det registreras i registret som antal vård dagar som patienten ligger kvar efter att denne är klar för utskrivning. Antal dagar varierar mycket mellan enheterna. Antalet vård dagar för patienter som ligger kvar på avdelning trots att man är utskrivningsklar har fortsatt att minska. Det var 391 dagar 2021, 617 dagar 2020 och 1479 dagar 2019. En markant minskning har skett under 2020 och 2021. Detta beror troligtvis på pågående pandemi som ställer krav på ett snabbare patientflöde.

N=totalt antal patienter som är utskrivningsklara, Max=flest antal vård dygn som en unik patient vårdats efter utskrivningsklar.

Tabell 11 Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar

Sjukhus	Totalt antal patienter	N	Antal dagar	Max
Blekinge	53	1	4	4
Danderyd	170	2	9	6
Halmstad	115	5	45	26
Hässleholm	78	21	75	23
Jönköping	74	1	29	29
NUS Umeå	42	2	16	14
Växjö	138	1	4	4
Sahlgrenska	128	3	26	19
Skåne	129	1	1	1
Stockholms sjukhem	340	3	79	42
Sunderbyn	36	10	35	11
Uddevalla	53	1	1	1
Linköping	42	2	4	2
Örebro	40	5	16	9
Uppsala	82	9	31	6
Västerås	50	6	16	5
Total	1570	73	391	42

## Snusning, rökning, , alkohol- och drogmissbruk

Tabell 12 Andel rökare, Grupp 1

Diagnosgrupp	Andel
Stroke (n=323)	15%
TBI (n=29)	10%
SAB eller annan hjärnskada (n=136)	9%
Ryggmärgsskada (n=43)	21%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos (n=75)	9%
Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp. (n=45)	18%
Övr.diagnosgrupper (n=74)	7%
Total (n=725)	13%

Tabell 13 Andel rökare, Grupp 2 OBS små grupper

Diagnosgrupp	Andel
Stroke (n=17)	6%
TBI (n=3)	0%
SAB eller annan hjärnskada (n=6)	0%
Ryggmärgsskada (n=24)	25%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos (n=54)	7%
Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp. (n=2)	0%
Övr.diagnosgrupper (n=208)	4%
Total (n=314)	6%

Tabell 14 Andel rökare, Grupp 3

Diagnosgrupp	Andel
Stroke (n=414)	17%
TBI (n=100)	19%
SAB eller annan hjärnskada (n=125)	21%
Ryggmärgsskada (n=292)	11%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos (n=63)	13%
Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp. (n=35)	29%
Övr.diagnosgrupper (n=50)	10%

Total (n=1079)

16%

Om man jämför de olika enhetsgrupperna ser man störst andel rökare i grupp 3 med 16%, vilken är den grupp som har lägst medelålder. Frekvensen rökare bland TBI i grupp 1 hade ökat markant från 2019 till 2020 (från 15% till 20%), men har nu åter minskat. Viktigt att notera att antal registreringar för TBI i grupp 1 har också halverats. Frekvensen rökare i Sverige har minskat under hela 2000-talet och var drygt 9% 2016 och 6% 2021 (dagligrökare). Källa Folkhälsomyndigheten.

Tabell 15 Alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk (inskrivning)

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Snusare	63	9%	8	3%	124	12%
Missbruk av alkohol	39	5%	1	0%	69	6%
Missbruk av droger	7	1%	3	1%	38	4%
Missbruk av läkemedel	9	1%	1	0%	22	2%

Antalet snusare har under 2021 minskat i alla grupper jämfört med 2020. Antal snusare i landet har enligt Folkhälsomyndigheten ökat de sista åren (20% män och 6% kvinnor).

I SveReh ska man registrera missbruk när det finns dokumenterat i journalen. Det finns säkert ett mörkertal och man kan anta att resultaten är i underkant. Antalet registrerade missbruk har minskat jämfört med 2020.

## Målindikatorer 2021

Sex kvalitetsindikatorer har valts ut där målnivåer har satts. Målnivåerna är satta för att vara uppnåeliga och inte lägsta acceptabla nivå. Resultaten redovisas enligt ljus-signalerna i trafiken: grönt är över målnivån, gult i närheten av målnivån och rött innebär att man har mycket att arbeta med. Förhoppningsvis kan de enheter som idag har röda markeringar förbättra sina resultat till nästa år.

1. Registrering av BMI (d v s vikt och längd, sedan uträknad till BMI) vid in- och utskrivning  
Sväljnings- och nutritionssvårigheter är vanligt efter en neurologisk sjukdom/skada. Det är också välkänt att för att orka träna måste kroppen få tillräckligt med energi. Vid pareser förloras muskelmassa, som inte bör ersättas med fett, vilket måste tas i beaktande när man analyserar sina resultat.

Målnivå för registreringar av BMI: 90 % vid både in- och utskrivning.

### 2. Patientnöjdhet

Att tillfråga patienterna om deras syn på rehabiliteringen och andra aspekter på vården är en del i kvalitetsarbetet. Alla patienter som har möjlighet att framföra sina åsikter om verksamheten bör få den.

Målnivå: 80 % tillfrågade.

### 3. Rehabiliteringsplan upprättad

Enligt Socialstyrelsen ska en individuell rehabiliteringsplan upprättas i samband med en rehabiliteringsperiod. Det förekommer dock att patienter skrivs in för enbart utredning, vilket kan innebära att man inte upprättar en rehabiliteringsplan, och det kan förklara att målnivån inte uppnås. Vi anger därför i riktlinjerna att man endast ska registrera de med vårdtid minst 3 dagar med syftet rehabilitering och inte bara utredning. En annan möjlig förklaring till lägre förekomst av upprättande av rehabiliteringsplan är att vårdtillfället avbrutits av medicinska skäl eller p g a eget beslut, men det förklarar endast 3% bortfall.

Målnivå: 100%.

### 4. Bedömning av körlämplighet

Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamet. Det kan finnas problem såväl motoriskt som kognitivt efter en sjukdom eller skada och ansvaret (enligt körkortsförordningen) ligger hos behandlande läkare.

Målnivå: 90 % av de som har körkort ska bedömas.

### 5. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att ha ett mycket lågt antal fallolyckor med fraktur och antalet uppkomna trycksår under vårdtiden bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna. Även om 0% är en mycket låg målnivå går det inte att sätta någon annan.

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

Detta redovisas under avsnittet komplikationer.

### 6. Täckningsgrad

Analys av täckningsgrad (andel i SveReh rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen på egna enheten) ger viktig information när man ska tolka sina egna data. För att egna data i SveReh ska vara trovärdiga fordras hög täckningsgrad.

Målnivå: 80 %.

För 2021 årsrapport har inte täckningsgrad efterfrågats.



Tabell 16 Målbildatorer, resultat 2021

2021	BMI inskr	BMI utskr	Patientens upplevelse	Rehabplan upprättad	Körkortsbedömning (ut)
Blekinge	92%	92%	9%	96%	64%
Borås	91%	87%	89%	98%	81%
Danderyd	98%	98%	75%	99%	99%
FrykCenter	100%	100%	72%	80%	52%
Furuhöjden	56%	47%	30%	100%	33%
Halmstad	99%	89%	87%	97%	95%
Hässleholm	95%	91%	74%	96%	81%
Jönköping	100%	91%	76%	96%	96%
Mälargården	99%	97%	98%	99%	94%
NUS Umeå	69%	67%	61%	85%	93%
Rehab Station	59%	53%	56%	97%	62%
Växjö	99%	92%	75%	86%	80%
Sahlgrenska	90%	88%	39%	100%	79%
Sandviken	83%	82%	72%	97%	71%
Skåne	71%	78%	75%	95%	93%
Stockholms sjukhem	93%	94%	55%	95%	89%
Sunderbyn	89%	69%	76%	80%	94%
Sävar	100%	100%	100%	100%	85%
Uddevalla	9%	6%	73%	100%	68%
Linköping	76%	60%	44%	100%	40%
Örebro	80%	78%	97%	95%	95%
Uppsala	99%	100%	25%	82%	96%
Västerås	72%	70%	55%	94%	98%
Total	88%	85%	68%	95%	84%

För jämförelse över år, se bilaga

**Grönt** = Över eller lika med målnivån

**Gult** = 61% - målnivån

**Rött** = 0-60%

BMI vid inskrivning är fortfarande den kvalitetsindikator där flest enheter nått målnivån, men det finns en minskning jämfört med 2020. Målvärdet gällande om patienterna tillfrågats om sin upplevelse har minskat från 84% till 68%.

För upprättande av rehabiliteringsplan har så gott som alla enheter höga värden, medel totalt var 95% och trots att de flesta markerats som gult är detta ett mycket bra resultat.

Gällande kvalitetsindikatorn körkortsbedömning har klart förbättrats senaste året.

För att jämföra med tidigare år var god se Bilaga slutenvård.

## Användningsgrad av instrument

Tabell 17 Användningsgrad instrument vid inskrivning, grupp 1-3

		Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
LiSat gjord (ut)	Nej	51%	82%	55%
	Ja	42%	16%	41%
	Kan ej genomföras	7%	2%	4%
HAD ifylld (in)	Nej	74%	68%	87%
	Ja	26%	32%	13%
HAD ifylld (ut)	Nej	89%	90%	89%
	Ja	11%	10%	11%
Eq5d gjord (in)	Nej	59%	1%	33%
	Ja, av patienten	37%	99%	58%
	Ja, av annan	0%	0%	0%
	Kan ej genomföras	3%	0%	9%
Eq5d gjord (ut)	Nej	64%	7%	36%
	Ja, av patienten	33%	93%	58%
	Ja, av annan	0%	0%	0%
	Kan ej genomföras	3%	0%	6%
ADL gjord (in)	Nej	11%	92%	16%
	Ja	89%	8%	84%
ADL gjord (ut)	Nej	17%	96%	21%
	Ja	83%	4%	79%
NIHSS gjord (in)	Nej	77%	86%	83%
	Ja	23%	14%	17%
NIHSS gjord (ut)	Nej	91%	86%	87%
	Ja	9%	14%	13%
ICF gjord (in)	Nej	89%	83%	53%
	Ja	11%	17%	47%
ICF gjord (ut)	Nej	90%	84%	46%
	Ja	10%	16%	54%
GOSE gjord (ut)	Nej	76%	100%	45%
	Ja	24%	0%	55%

## **LiSat**

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 42% i grupp 1 16 41 (38% 2020) , 16% i grupp 2 (19% 2020) och 41 % i grupp 3 (45% 2020). Det är fortfarande ett ganska lite använt instrument, och man ser en minskning under åren. En fortsatt ökning är önskvärd, eftersom livstillfredsställelse inte finns med i något annat instrument. EQ5D registrerar uppfattning om egna hälsotillståndet och nöjdhetsfrågor om hur man tyckt om olika aspekter av rehabiliteringen vilket inte är samma sak som hur tillfreds man är med livet och olika aspekter av det, vilket LiSat visar.

## **Eq5d**

Användningsgraden är i stort sätt oförändrad i grupp 2. Från föregående år finns en minskning i grupp 3 och en lätt ökning i grupp 1 både in och ut i grupp 3.

## **ADL**

Användningsgraden i grupp 1 och 3, som har stort inslag av akut rehabilitering är hög. Användningsgraden i grupp 2 är låg.

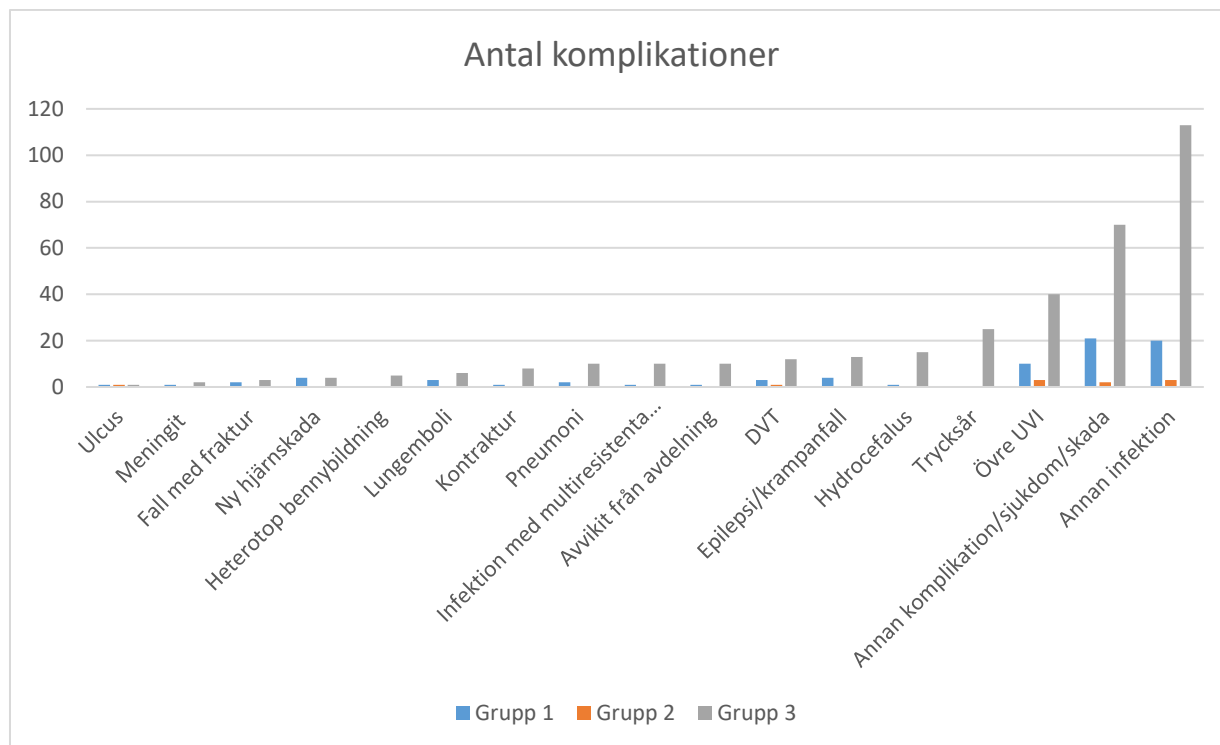
## **NIHSS, ICF, GOSE, HAD**

Användningsgraderna är kommenterade under redovisningen för resultatmått.

En översyn av vilka instrument som ska ingå i registret bör göras under kommande år

## Resultatmått

### Komplikationer



Figur 15 Antal komplikationer

Totalt antal komplikationer visas i tabellen ovan. Som tidigare år så är det fortsatt annan infektion och annan komplikation/ sjukdom/skada som dominerar i grupp 1 och 3. Registret har en nollvision vad gäller fall med fraktur och trycksår. År 2021 registrerades 5 fall med fraktur (4 2020). Gällande trycksår registrerades 25 (35 2020). Utifrån 2264 registreringar är det förstås låga tal, men det är ändå inte möjligt att ha något annat mål än en noll-vision. Om patienten redan har trycksår vid inskrivningen ska det inte registreras som en komplikation utan som förekomst av trycksår i "ICF-listan". Inget fall med fraktur eller trycksår har rapporterats från grupp 2.

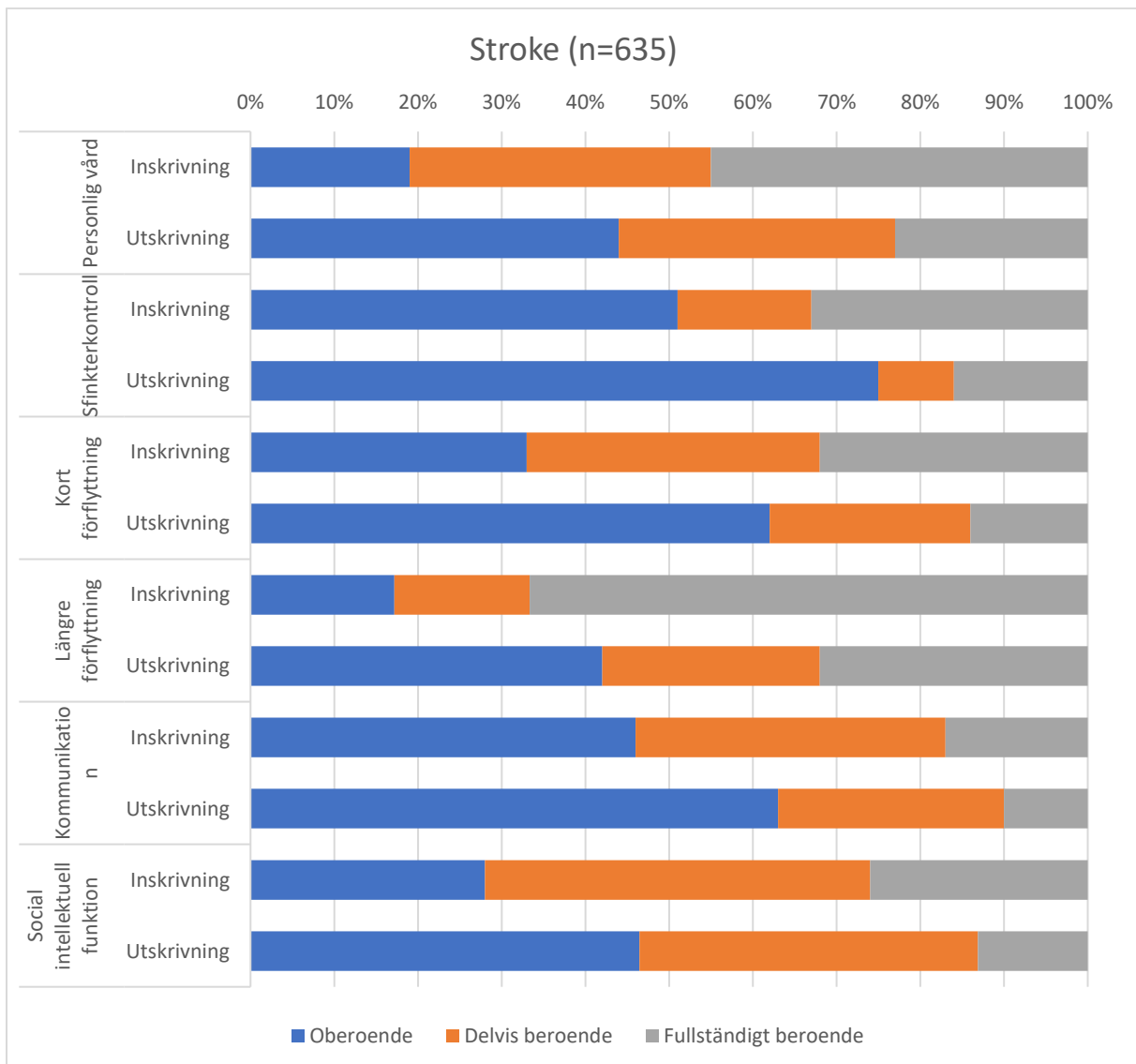
Minska antalet trycksår är ett område som behöver jobbas vidare med.

### ADL-förmåga

ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga samt 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg. ADL-förmågan redovisas sedan 2017 uppdelat på 6 områden. Personlig vård omfattar variabel A-F, sfinkterkontroll variabel G-H, kort förflyttning variabel I-K, långa förflyttningar variabel L-M, kommunikation variabel N-O samt social och intellektuell förmåga variabel P-R. Oberoende motsvarar 6-7, delvis beroende 4-5, beroende 1-3. Linjerna mellan in- och utskrivning ger en bild av graden av förbättring. Dock bör man tänka på att det är olika många variabler i de olika områdena, vilket inverkar på känsligheten. Med få variabler i ett område kan det slå väldigt mycket åt ena och andra hållet. Man ser statistiskt signifikanta förbättringar enligt marginal homogenitetstest för alla diagnos- och åldersgrupper mellan in- och utskrivning (Se figur 16-22). I shiftanalyserna är skillnaderna i proportioner (oberoende, delvis beroende, beroende) statistiskt signifikanta utom för kommunikation

i diagnosgrupperna övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten. och övriga diagnosgrupper samt social och intellektuell förmåga i diagnosgruppen övriga skador/sjukdomar i rörelseapp.

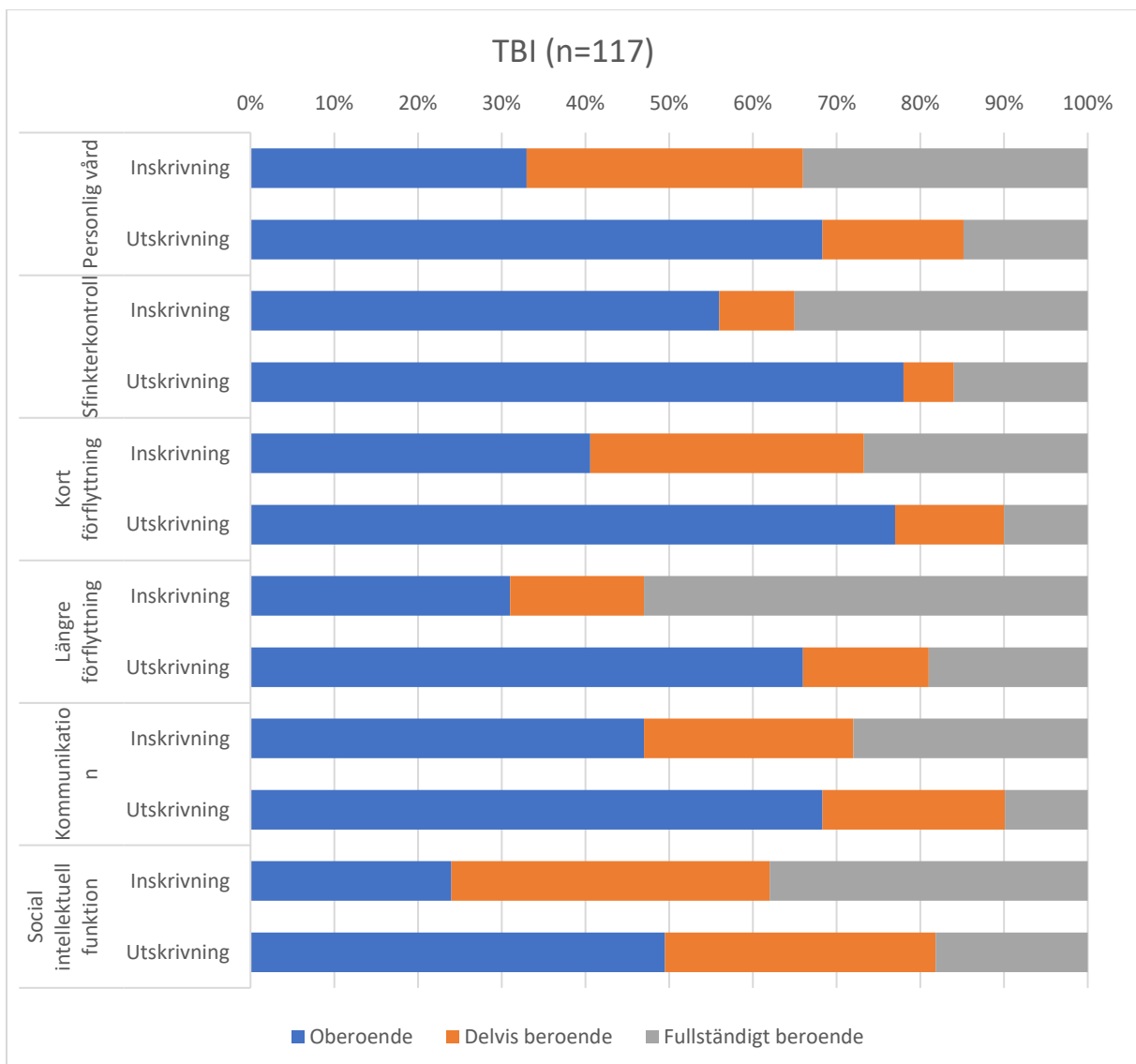
## Stroke – alla åldrar



Figur 16 ADL vid in och utskrivning, stroke.

*Inom samtliga områden ses förbättringar. Störst förbättring ses inom personlig vård samt korta och längre förflyttningar.*

## Övriga hjärnskador, alla åldrar

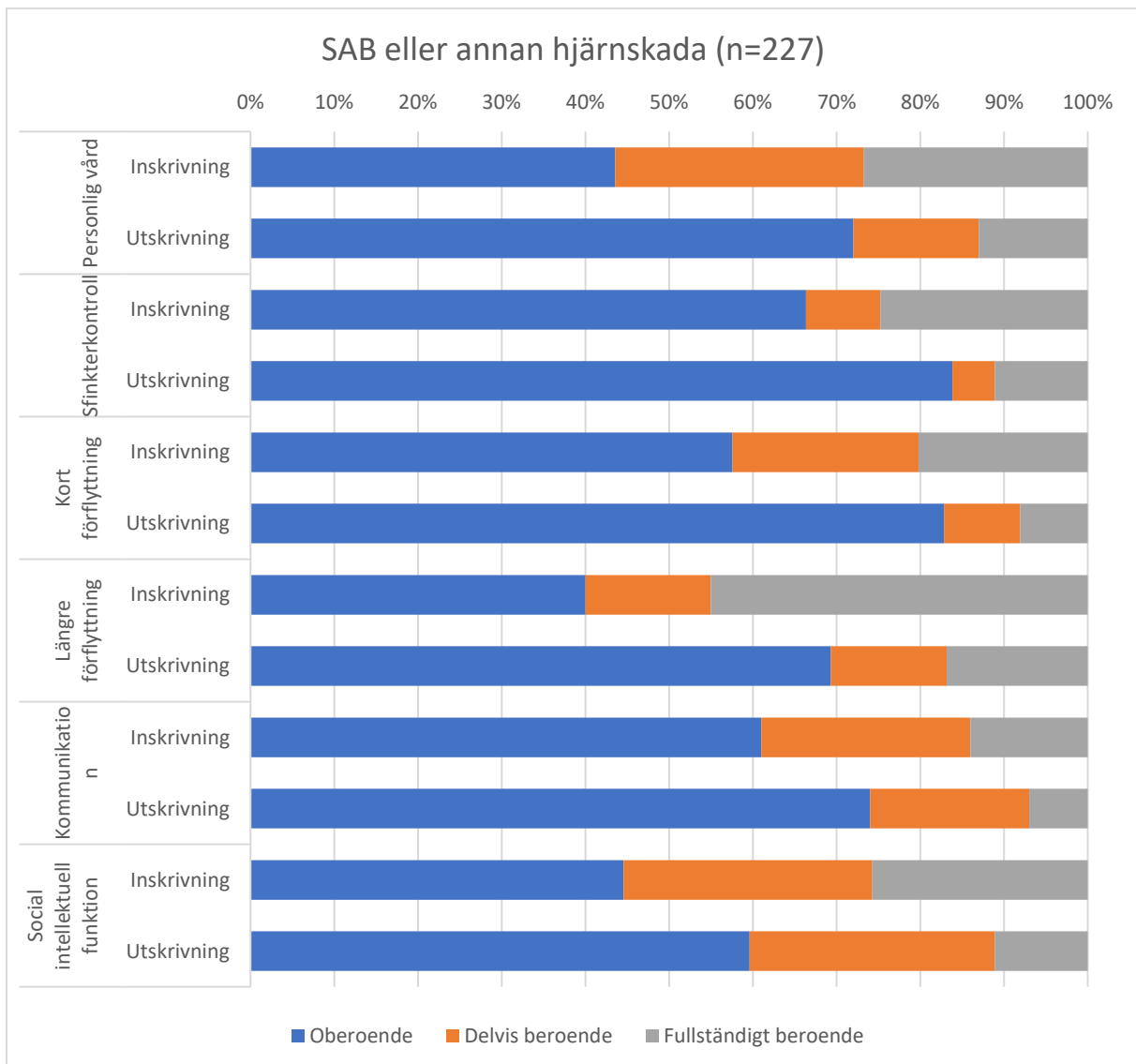


Figur 17 ADL vid in och utskrivning, TBI.

Här ses förbättringar inom alla områden, mest inom personlig vård och förflyttningar.



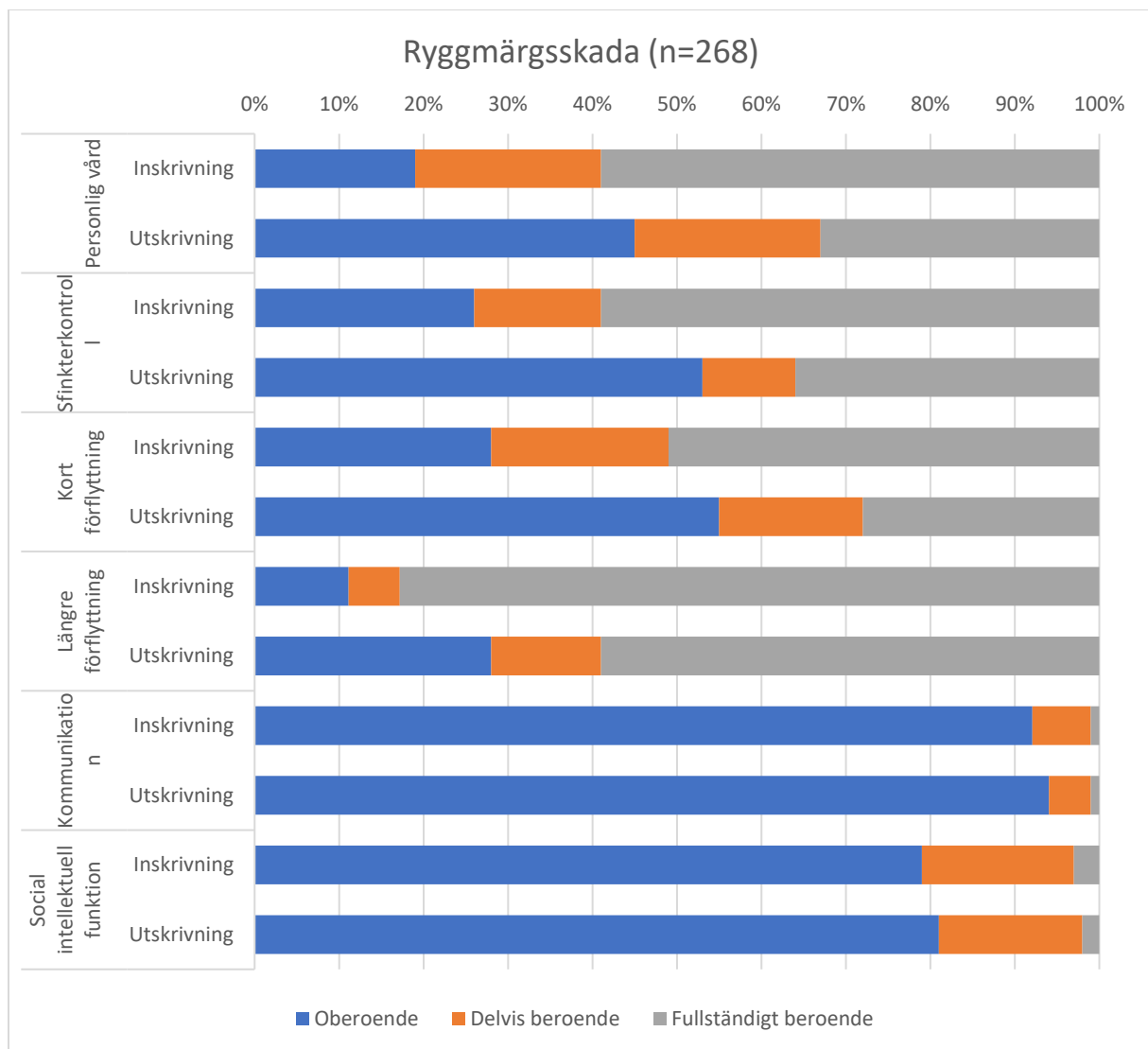
## SAB eller annan hjärnskada



Figur 18 ADL vid in och utskrivning, SAB eller annan hjärnskada.

Som vid andra diagnoser ses förbättringar inom alla områden, mest inom personlig vård och förflyttningar.

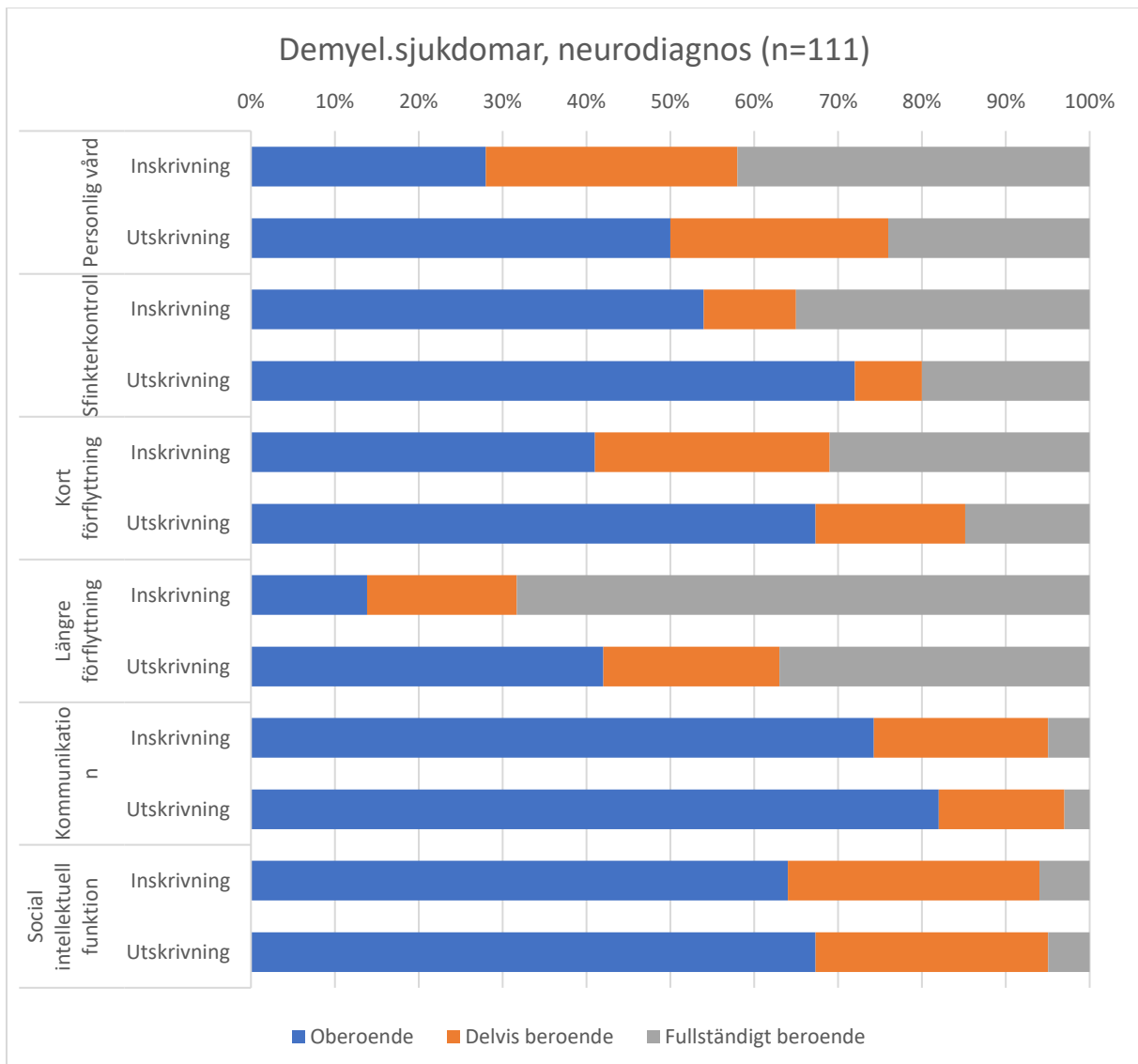
## Ryggmärgsskador, alla åldrar



Figur 19 ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada.

*FIM fångar inte små förändringar som gör stor skillnad för ökad självständighet hos denna patientgrupp därav svårt att dra några större slutsatser. Man ser förbättringar inom alla områden utom kommunikation samt social och intellektuell förmåga, där patienterna i hög grad var oberoende redan vid inskrivning. Noterbart är dock att här finns påverkan som man i rehabiliteringen måste beakta.*

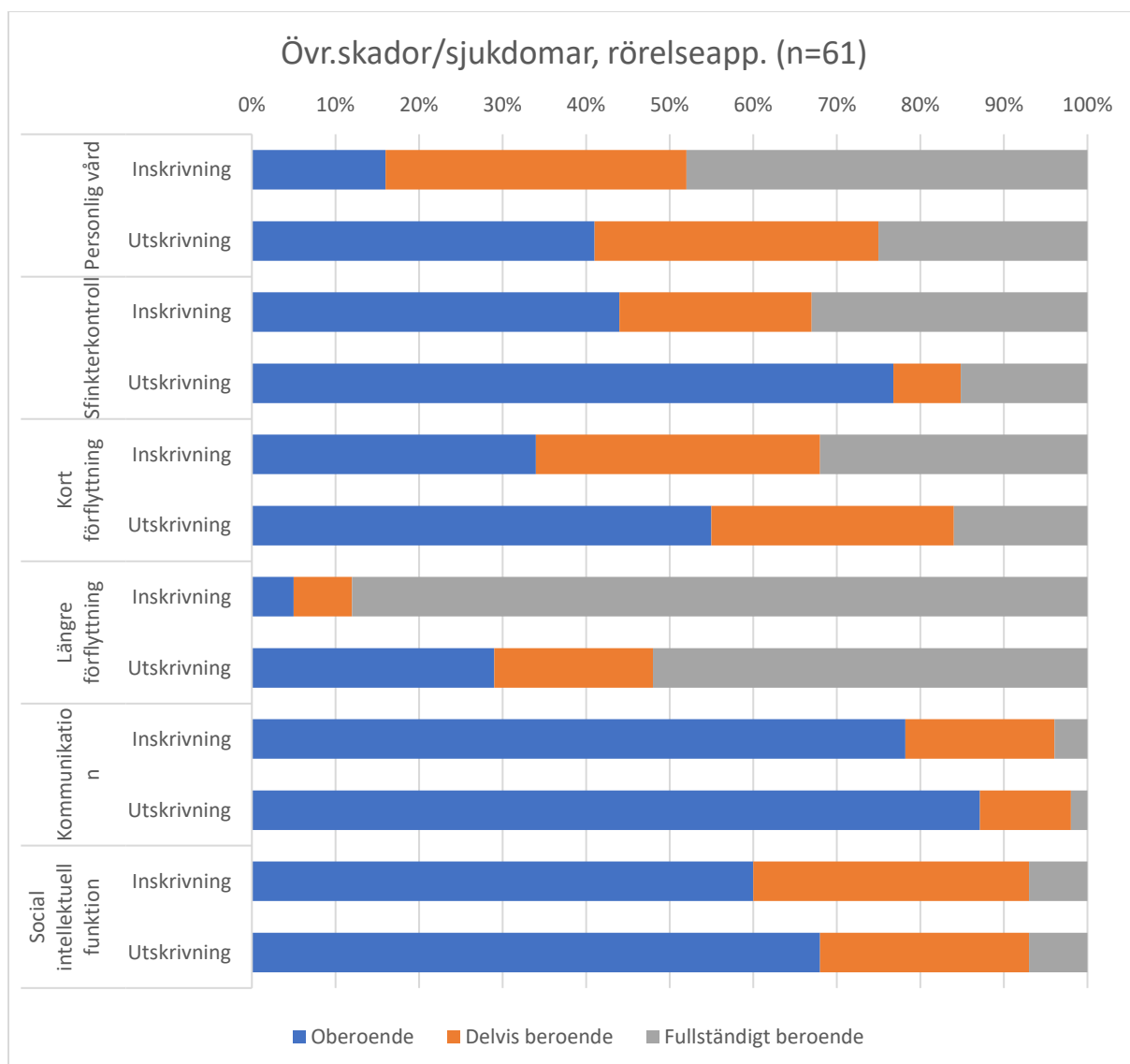
## Demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos, alla åldrar



Figur 20 ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos.

*Man ser klara förbättringar på motoriska områden, men det är utifrån lågt ingångsvärde framför allt inom personlig vård och längre förflyttningar.*

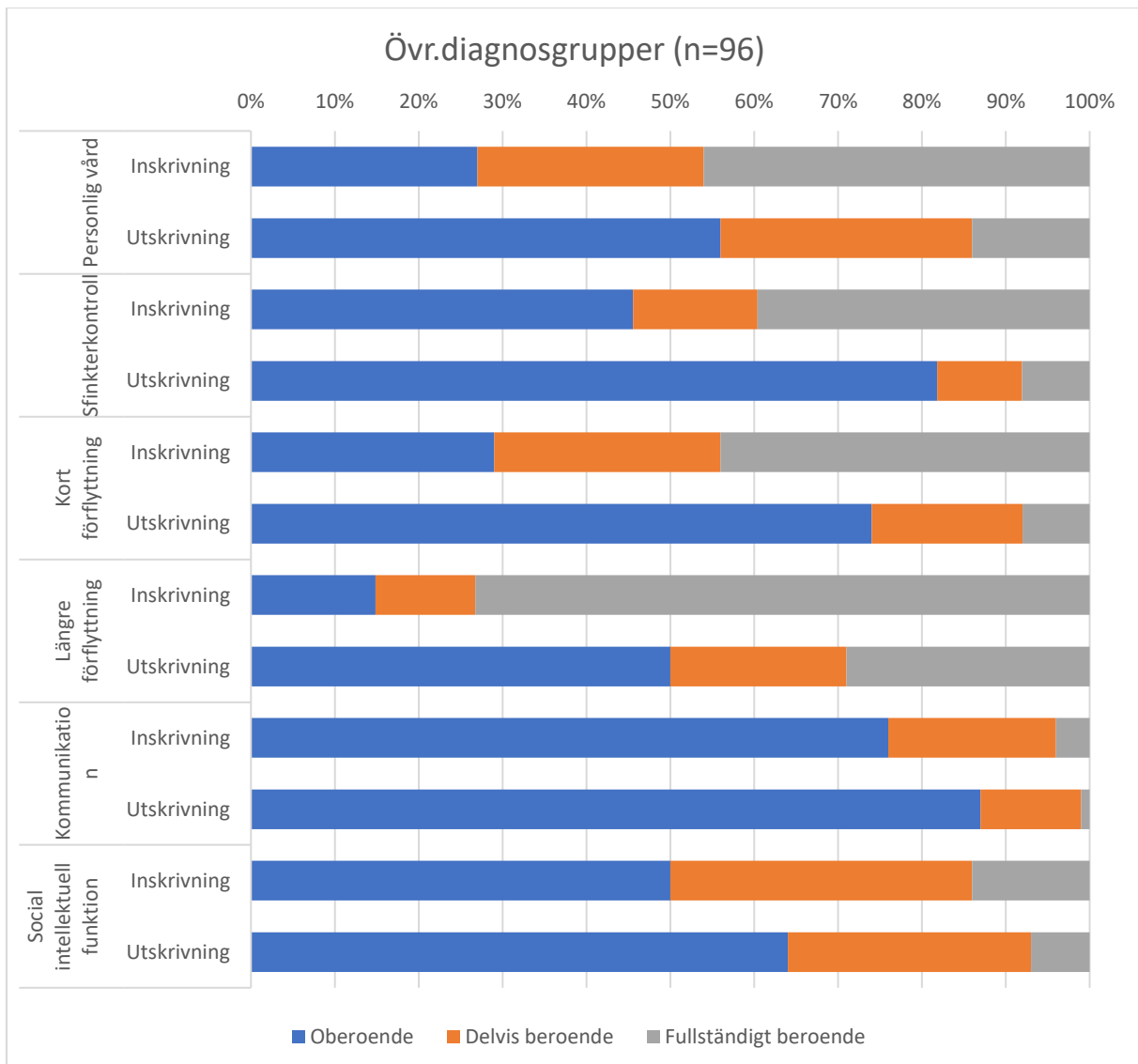
## Övriga skador och sjukdomar i rörelseapparaten, alla åldrar



Figur 21 ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat.

Man ser även här klara förbättringar på motoriska områden men det är utifrån låga ingångsvärden framför allt inom personlig vård och längre förflyttningar.

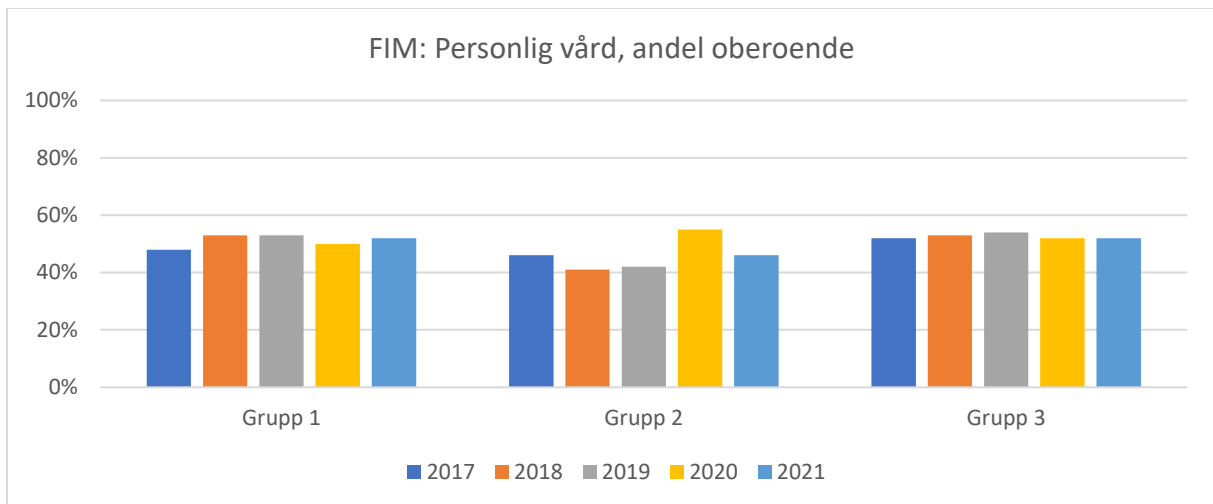
## Övriga diagnosgrupper, alla åldrar



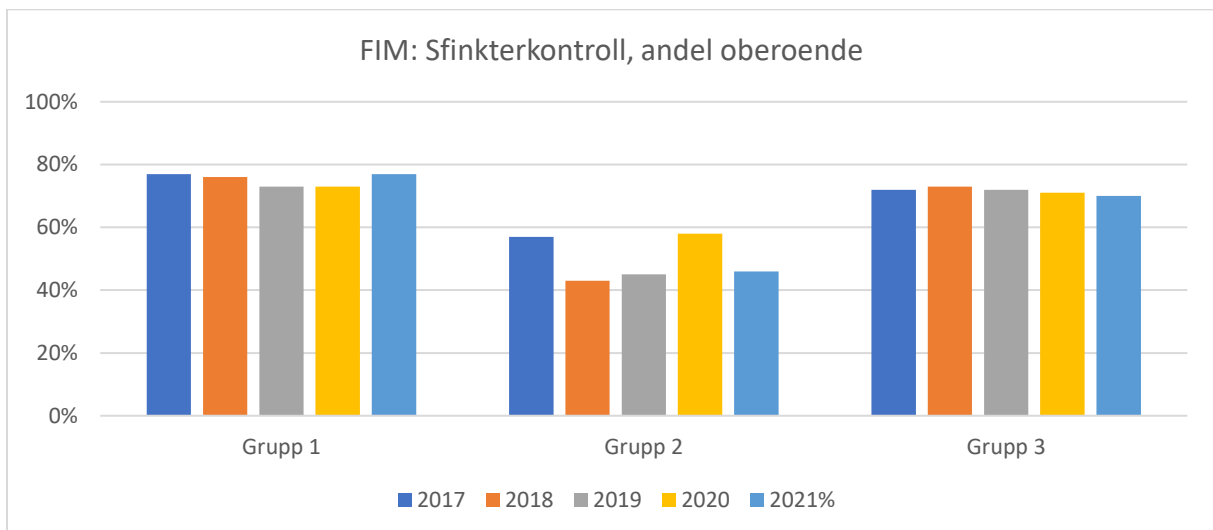
Figur 22 ADL vid in och utskrivning, övriga diagnosgrupper.

Man ser förbättringar på alla områden, så rehabilitering ger resultat. Gruppen består av många olika diagnoser varför det inte är möjligt att kommentera mer specifikt.

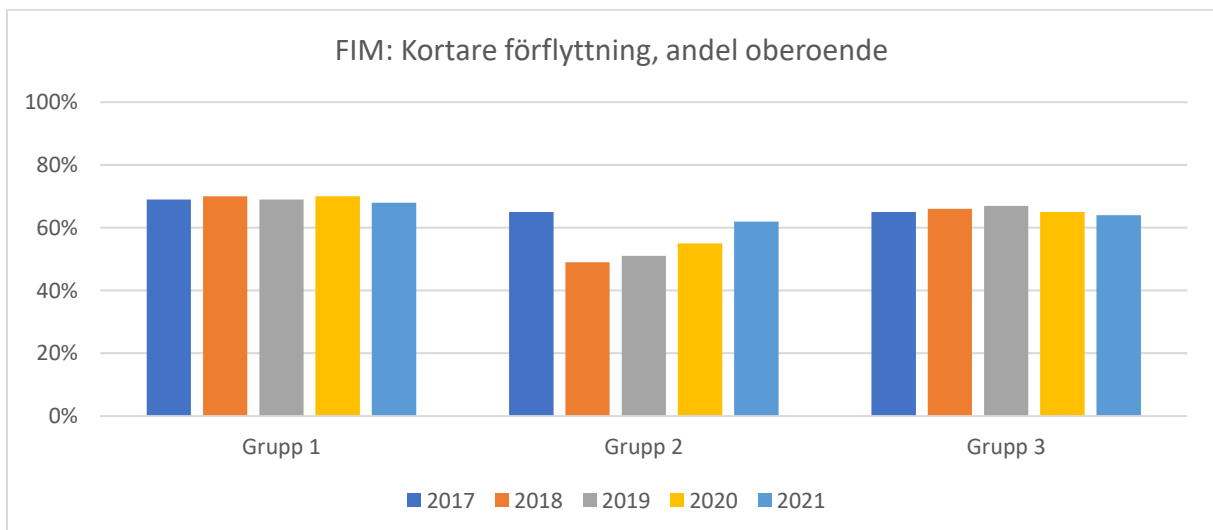
ADL de 5 senaste åren per grupp 1-3



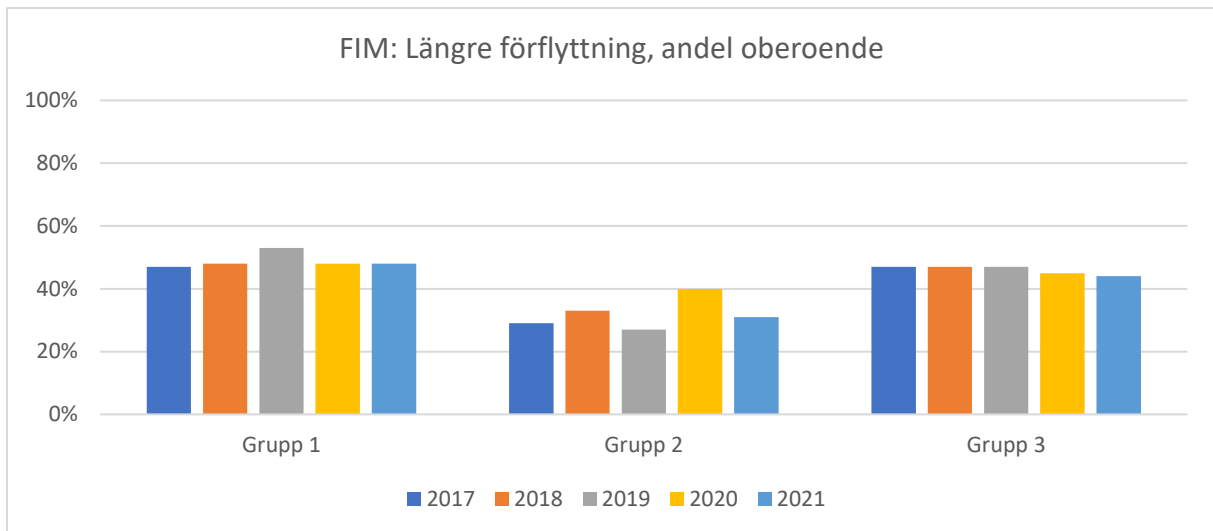
Figur 23 FIM: personlig vård, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).



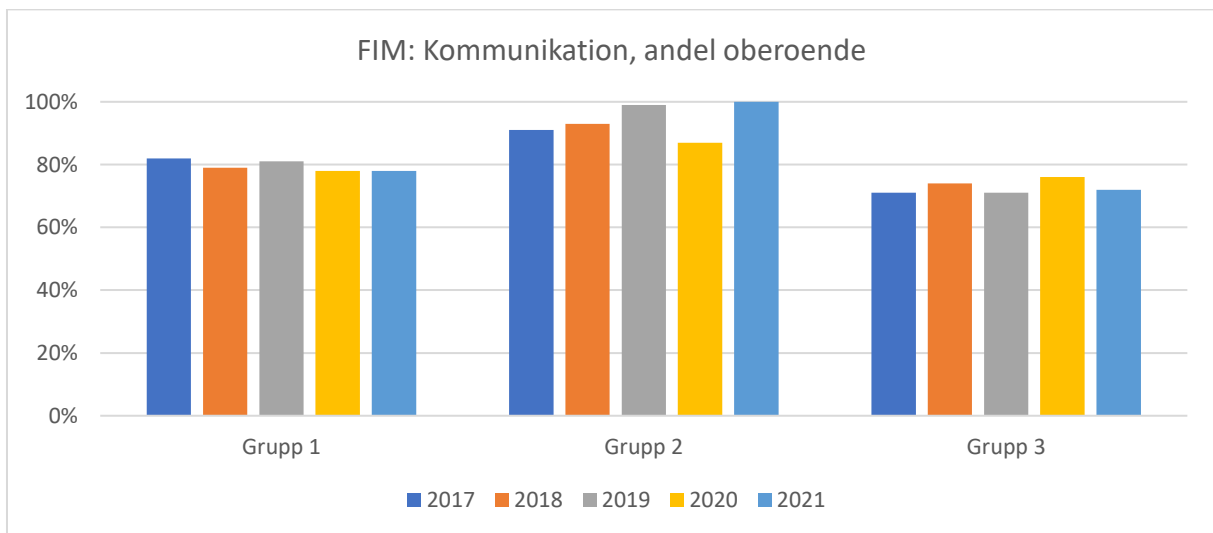
Figur 24 FIM: sfinkterkontroll, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).



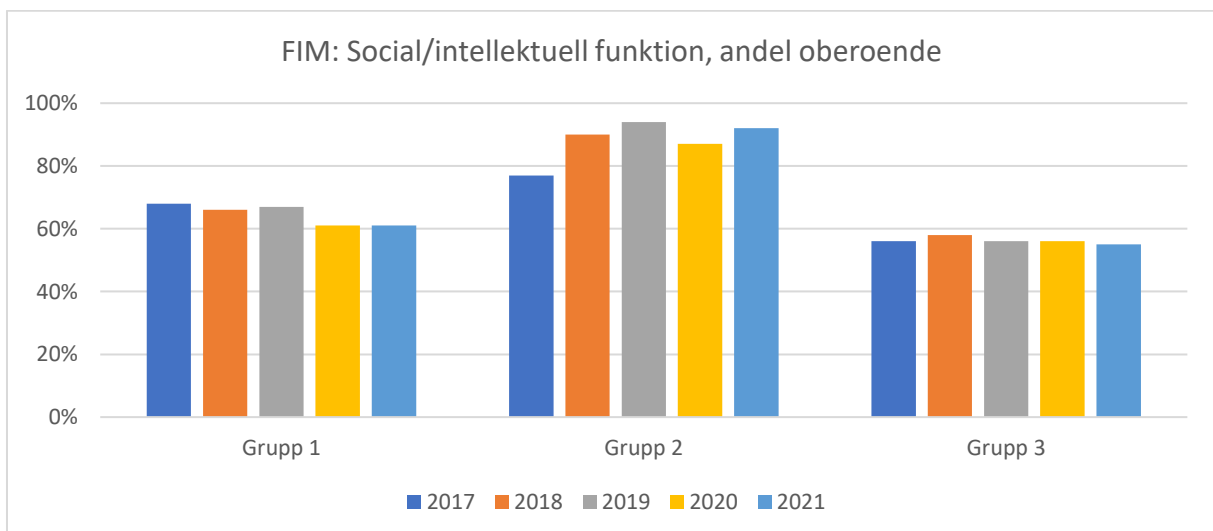
Figur 25 FIM: kortare förflyttning, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).



Figur 26 FIM: längre förflyttning, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).



Figur 27 FIM: kommunikation, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).



Figur 28 FIM: social/intellektuell funktion, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).

## Funktionsnedsättningar ("ICF-listan")

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har med 10% i grupp 1, 16 % i grupp 2 och 54 % i grupp 3 en fortsatt låg ifyllnadsgrad. Vid inskrivning registrerades data i 11% i grupp 1, 17% i grupp 2 och 47% i grupp 3. Den låga användandegraden kan avspegla att det är svårt att hantera. Då vi fortfarande bedömer att det är värdefullt att kunna beskriva funktionsnedsättningar finns ändå möjligheten kvar att göra detta.

Tabell 18 visar förekomst av funktionsnedsättning/symtom registrerade 2021 vid utskrivning. Det man kan se är att frekvensen av olika funktionsnedsättning/symtom skiljer sig mellan grupperna.

Tabell 18 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning

PSYKISKA FUNKTIONER	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedstämdhet/depression	21	29%	6	12%	88	17%
Ångest	8	11%	7	14%	66	13%
Hallucinos/vanföreställning	1	1%	1	2%	5	1%
Andra psykotiska symtom	1	1%	2	4%	4	1%
Annan emotionell störning	0	0%	0	0%	17	4%
Desorientering	5	7%	1	2%	17	4%
Nedsatt uppmärksamhet	15	21%	3	6%	109	24%
Nedsatt minne	15	21%	6	13%	139	31%
Neglekt	3	4%	3	6%	37	8%
Spatial störning/perceptionsstörning	4	5%	4	9%	55	12%
Dysexekutiv störning	11	15%	0	0%	56	13%
Apraxi	2	3%	0	0%	13	3%
Nedsatt mental ork/uthållighet	36	49%	13	28%	181	40%
Annan kognitiv störning	2	3%	3	6%	50	11%
Impulskontrollstörning	1	1%	0	0%	8	2%
Utagerande/aggressiv beteendestörning	0	0%	0	0%	5	1%
Passiv beteendestörning	2	3%	0	0%	8	2%
Sömnstörning	2	3%	9	18%	112	21%



	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
<b>SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedsatt synskärpa	3	4%	22	56%	95	20%
Synfältsstörning	7	10%	9	20%	46	10%
Ögonmotilitetsstörning	0	0%	0	0%	15	3%
Hörselnedsättning	0	0%	0	0%	19	4%
Luktnedsättning	1	1%	1	3%	2	0%
Smaknedsättning	1	1%	2	5%	6	1%
Sensibilitetsnedsättning	24	33%	37	79%	286	55%
Nedsatt proprioception	8	11%	18	43%	150	31%
Nedsatt balans (vestibulärt)	0	0%	3	6%	20	4%
Huvudvärk	0	0%	5	10%	43	8%
Smärta rygg, nacke	7	10%	21	43%	136	26%
Smärta skuldra	5	7%	19	40%	96	18%
Smärta extremitet	20	27%	31	63%	136	26%
Smärta diffus nedom skadenivån (RMS)	0	0%	9	20%	53	10%
Smärta, diffus eller multipla lokalisationer	5	7%	6	12%	47	9%
<b>RÖST, TAL OCH SPRÅK</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Dysartri/anartri (ut)	12	16%	5	10%	43	9%
Afasi/dysfasi (ut)	14	19%	0	0%	60	12%
<b>HJÄRTA, KÄRL OCH ANDNING</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedsatt hjärtfunktion	5	7%	1	2%	41	8%
Nedsatt perifer cirkulation	8	11%	1	2%	39	7%
Nedsatt andningsfunktion	4	5%	3	7%	33	6%
Autonom dysreflexi	0	0%	0	0%	18	3%
Postural hypotension	0	0%	1	2%	25	5%
Bradykardi	0	0%	0	0%	6	1%

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
<b>MATSMÄLTN , ÄMNESOMS, ENDOKRIN</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Sväljningssvårigheter	12	16%	2	4%	42	8%
Nutritionsstörning	0	0%	2	4%	19	4%
Störd tarmfunktion(diarré, inkontinens,förstoppning)	4	5%	24	48%	110	21%
Störd thyreoidaefunktion	0	0%	1	8%	10	2%
SIADH	0	0%	0	0%	2	0%
Annan hypofysfunktions-störning	0	0%	0	0%	5	1%
Annan endokrin störning	0	0%	1	7%	30	6%
<b>KÖNS- OCH URINORGAN</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedsatt njurfunktion	1	1%	1	2%	25	5%
Neurogen blåsrubbning	0	0%	22	48%	166	31%
Urininkontinens	3	4%	14	29%	55	10%
Störd sexuell funktion	0	0%	14	52%	86	28%
<b>NEUROMUSK-SKELETTAL RÖRELSEREL FUNKTION</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemipares vänster	21	29%	4	8%	67	13%
Hemipares höger	18	25%	3	6%	68	13%
Parapares	0	0%	14	28%	110	21%
Tetrapares	1	1%	13	26%	100	19%
Annan pares	5	7%	6	12%	48	9%
Inskränkt rörlighet/kontraktur	16	22%	29	60%	87	16%
Ataxi/dystaxi	7	10%	8	16%	28	5%
Spasticitet	21	29%	27	55%	139	26%
Annan tonusrubbning	0	0%	6	13%	22	4%
Balansstörn. (ej vestibulär)	58	79%	39	78%	239	45%
<b>Hud</b>	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Brännskada	1	1%	0	0%	1	0%
Opsår	14	19%	0	0%	52	10%
Andra sår/hudproblem	6	8%	5	10%	65	12%

## NIHSS

Användningsgraden av NIH Stroke Scale (NIHSS) vid inskrivning är fortfarande låg; 23% i grupp 1, 14% i grupp 2 och 17% i grupp 3 av strokepatienterna. Vid utskrivning görs NIHSS på 9% i grupp 1, 14% i grupp 2 och 13% i grupp 3.

I korstabeller enligt nedan finns värden från både in- och utskrivning på unika patienter, vilket förklarar det förhållandevis låga antalet. I grupp 1 blev 22% förbättrade och 78% oförändrade. I grupp 3 blev 52% förbättrade och 45% oförändrade. NIHSS beskriver funktionsnedsättning och inte aktivitetsförmåga.

Viktigt att notera att grupp 1 har minskat antalet registreringar från 75 till 27. Däremot har grupp 3 ökat sina registreringar från 17 till 42.

Tabell 19 NIHSS vid in- och utskrivning. Antal patienter per poängintervall, grupp 1

		Utskrivning				
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	Total
Inskrivning	0	6	0	0	0	6
	1 till 4	3	11	0	0	14
	5 till 8	0	2	4	0	6
	9 till 12	0	1	0	0	1
	Total	9	14	4	0	27

Tabell 20 NIHSS vid in- och utskrivning. Antal patienter per poängintervall, grupp 3

		Utskrivning							
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20	21 till 24	Total
Inskrivning	0	4	0	0	0	0	0	0	4
	1 till 4	1	11	0	0	0	0	0	12
	5 till 8	1	7	1	1	0	0	0	10
	9 till 12	0	2	2	3	0	0	0	7
	13 till 16	0	1	2	3	0	0	0	6
	17 till 20	0	0	0	1	0	0	0	1
	21 till 24	0	0	0	1	0	1	0	2
	Total	6	21	5	9	0	1	0	42

## DOC

DOC- Disorders of consciousness

Indelning av svåra hjärnskador/koma-nivåer kan ske i dessa sju undergrupper, se under Dokument på hemsidan eller i menyn. Ytterligare bakgrund för indelningen finns på <http://www.biausa.org> alt. sök på Joseph T. Giacino, Ph.D.

Valalternativ:

1 Ej aktuellt

2 Coma

3 Icke-responsivt vakenhetstillstånd

5 Minimalt medvetandetillstånd

6 Svår medvetandestörning, ej klassificerad

7 Locked in syndrome

Eftersom det är unika patienter som har registrering både vid in- och utskrivning går det inte att dra några slutsatser om utfallet för de patienterna. Alla grupper har minskat i antal patienter.

Sammanlagt har 12 patienter (26 2020, 26 2019, 24 2018, 25 2017, 47 2016, 28 2015) med sänkt medvetande registrerats under Disorders Of Consciousness (DOC) i samband med inskrivning (totalt 1243 patienter med hjärnskador). Av 23 deltagande enheter har 7 registrerat patienter med sådana tillstånd. Vid utskrivning befinner sig 5 patienter (29 2020, 13 2019, 20 2018, 27 2017, 32 2016, 20 2015) fortfarande i medvetandesänkt tillstånd. Det är väldigt få patienter totalt sett men man ser också en stor minskning i antal patienter jämfört med tidigare år, troligtvis en allvarligt effekt av pandemin.

Tabell 21 DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter (värden vid utskrivning inom parentes)

	Coma	Icke-responsivt vakenhetstillstånd	Minimalt medvetandetillstånd	Svår medvetandestörning, ej klassificerad	Locked in syndrome	Total
Danderyd	0 (0)	1 (0)	2 (2)	1 (0)	1 (0)	5 (2)
NUS Umeå	1 (0)	0 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)
Växjö	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Sandviken	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Skåne	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Stockholms sjukhem	0 (0)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Uppsala	0 (0)	0 (0)	0 (1)	1 (0)	0 (0)	1 (1)
Total	2 (1)	3 (1)	4 (3)	2 (0)	1 (0)	12 (5)

## GOSE

Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) är ett bedömningsinstrument för global funktion personligt, i hem och i samhälle, där 1=död, 2=vegetativt tillstånd, 3-4=svår funktionsnedsättning, 5-6=måttlig funktionsnedsättning och 7-8=gott utfall. Det är ett mycket använt utfallsmått internationellt och vore bra att kunna använda mer som utfallsmått i registret. GOSE registreras enbart vid utskrivning i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador. GOSE registrerades vid utskrivning på 511 (560 2020, 585 2019, 700 2018) av 1243 (1338 2020, 1481 2019, 1533 2018) patienter med hjärnskada alla kategorier. Det utgör 41% (42% 2020, 40% 2019, 47% 2018, 39% 2017, 42% 2016, 31% 2015), vilket måste bedömas vara ett lågt resultat. Till hjälp kan man använda den strukturerade intervjun, som finns på hemsidan och i menyn inne i registret, för att göra en korrekt bedömning.

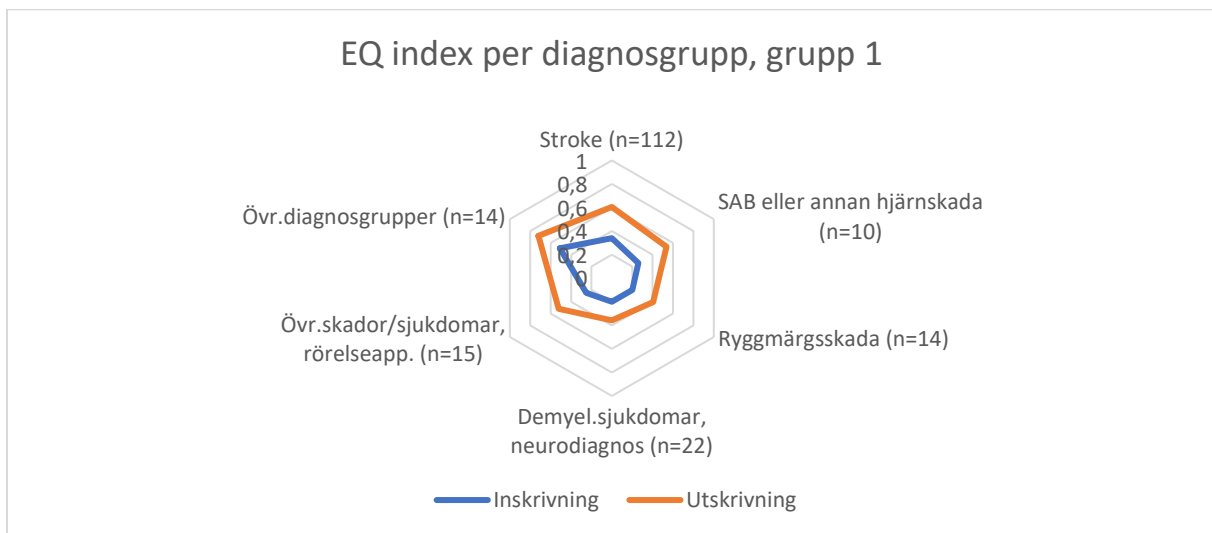
Tabell 22 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.

<b>Sjukhus</b>	<b>Användningsgrad</b>	<b>Median</b>
<b>Grupp 1</b>		
Blekinge	45%	7
Halmstad	88%	6
Hässleholm	79%	4
Total	24%	6
<b>Grupp 3</b>		
Borås	79%	6
Danderyd	92%	5
NUS Umeå	36%	4
Sahlgrenska	30%	5
Sandviken	68%	6
Skåne	46%	6
Sunderbyn	11%	7
Uddevalla	56%	5
Linköping	8%	5
Örebro	76%	4
Uppsala	38%	6
Västerås	23%	5
Total	55%	5

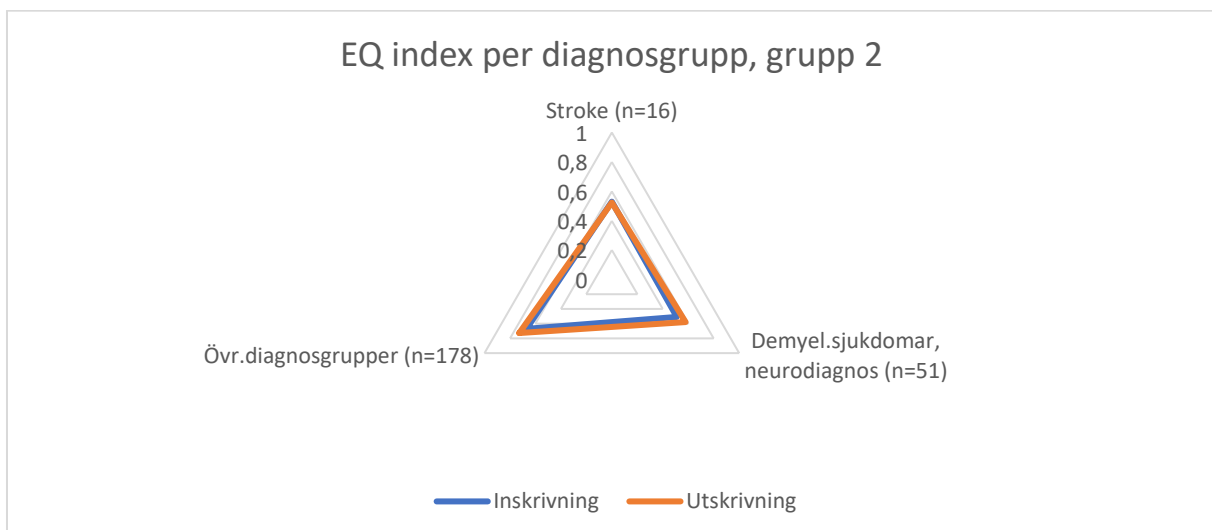
## EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som ett VAS-värde på en skala 1-100, dels som indexvärden är baserade på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och varierar mellan -0,594 och 1. På VAS-skalan är 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Ju högre indexvärde, desto bättre upplevd hälsa. Det finns statistiska signifikanta förbättringar mellan in- och utskrivningspoäng inom de olika diagnosgrupperna och enheterna. .

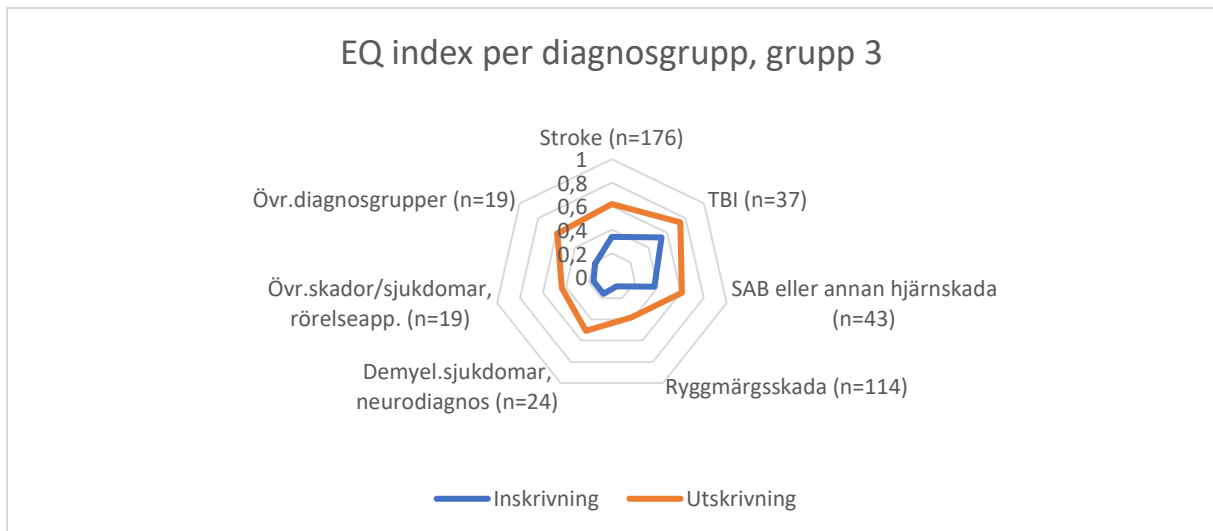
## EQ5D index



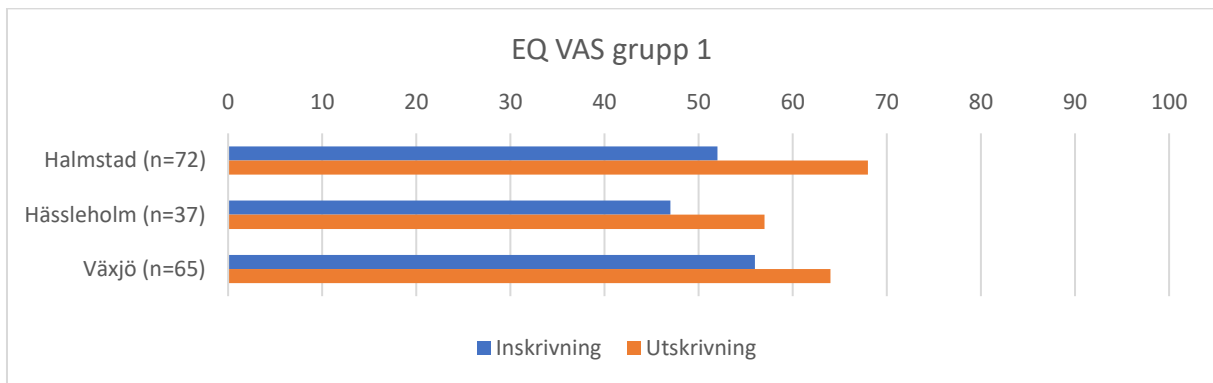
Figur 29 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



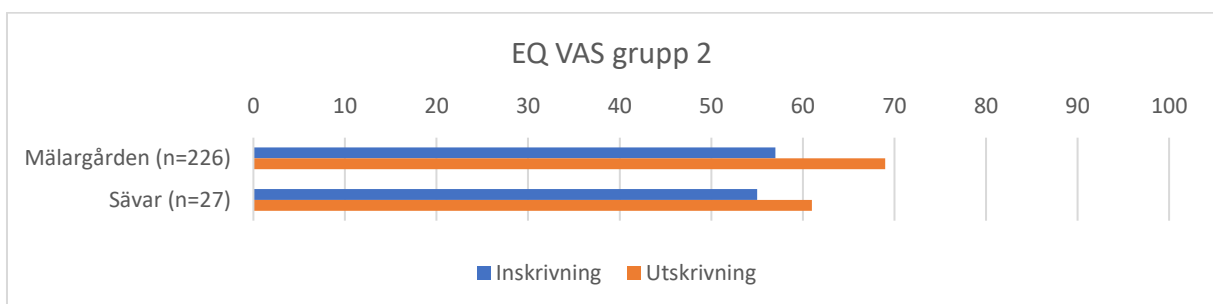
Figur 30 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



Figur 31 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.

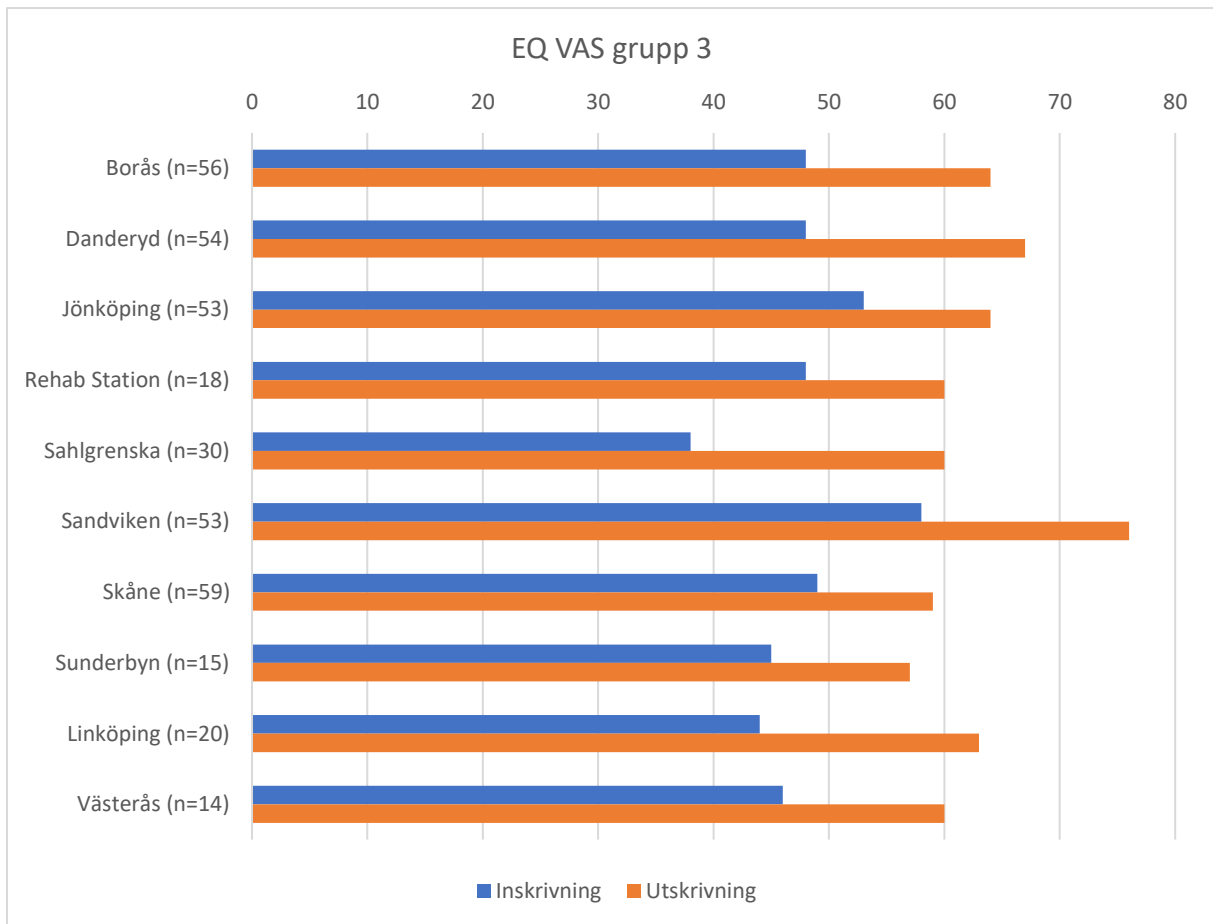


Figur 32 EQ5D VAS per ort, grupp 1.



Figur 33 EQ5D VAS per ort, grupp 2.





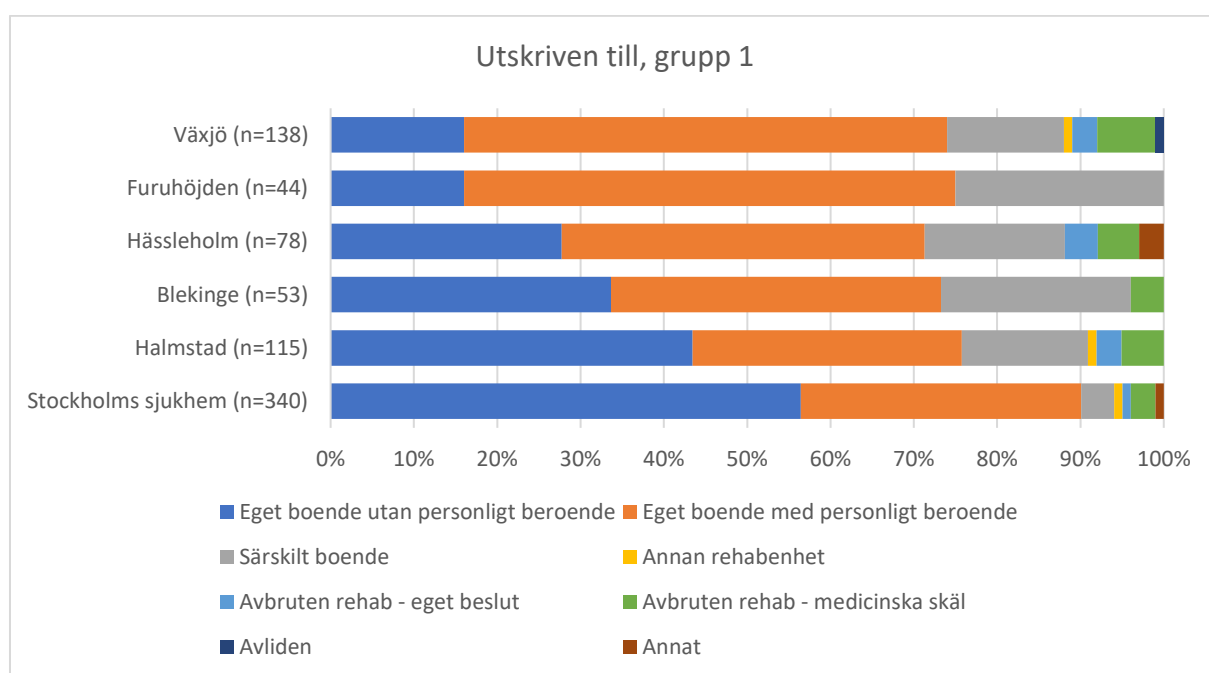
Figur 34 EQ5D VAS per ort, grupp 3

Samtliga resultat har förbättrats från inskrivning till utskrivning.

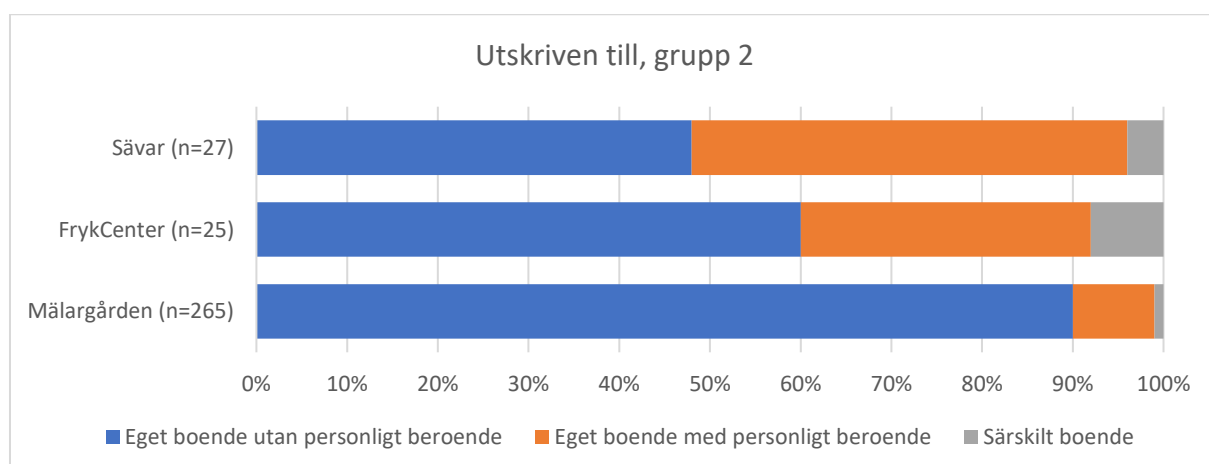
## Utskriven till

Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t.ex. svårighetsgrad av skada vid inskrivning, kommunernas resurser, ålder. Med personligt oberoende avses självständighet utan hjälp från vare sig familj eller andra hjälpinsatser.

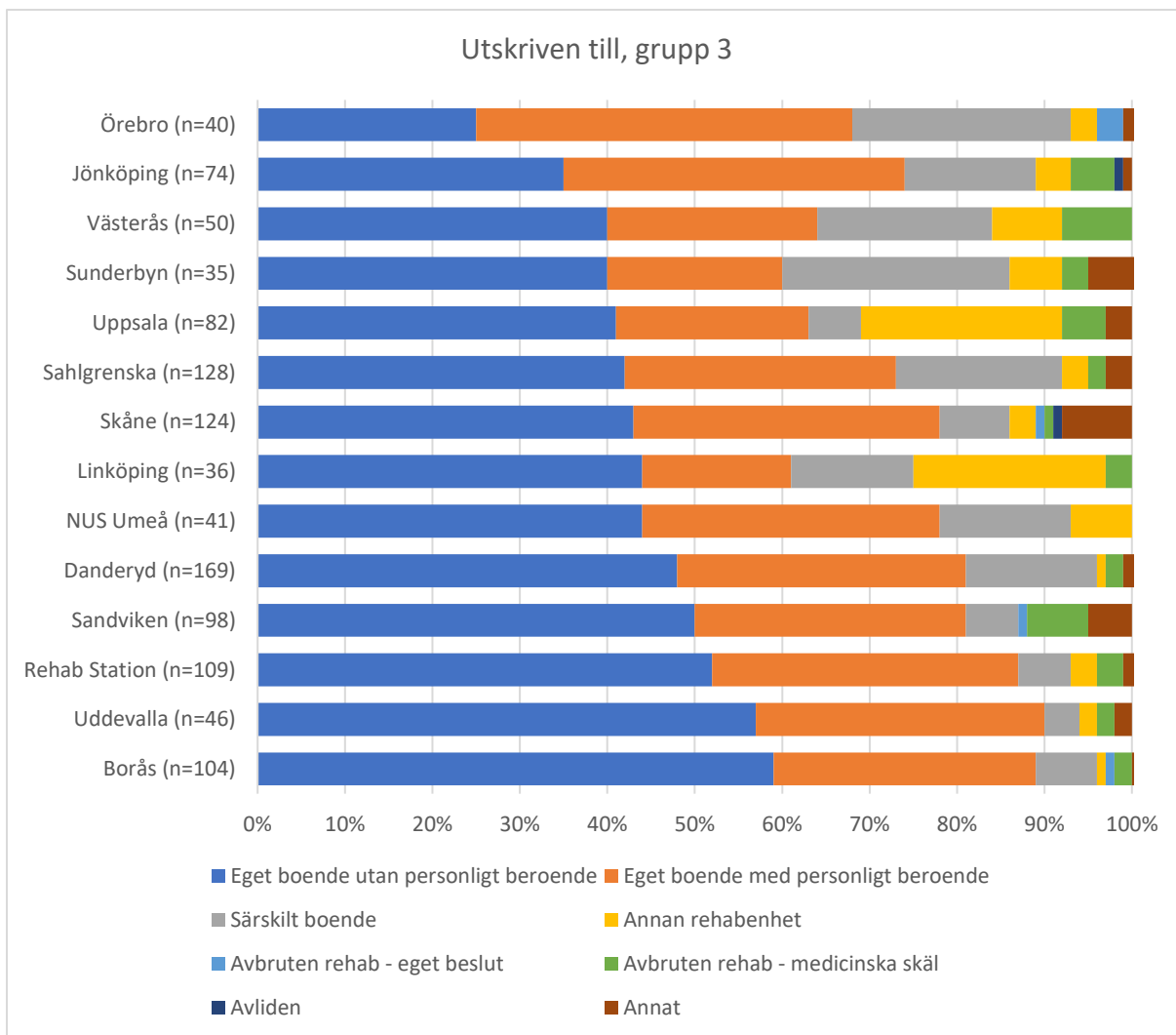
Grupp 2 skiljer sig från de andra två grupperna genom att till allra största delen skriva ut patienterna till eget boende utan personligt beroende 84% (83% 2020 och 86% 2019). I grupp 1 sker det i 41% (44% 2020, 43% 2019) och i grupp 3 i 46% (44% 2020, 45% 2019). Utskrivning till eget boende med personligt beroende sker i 41% (34% 2019 och 2020) i grupp 1, 14% (12% 2020, 19% 2019) i grupp 2 och 31% (33% 2020 och 2019) i grupp 3. Utskrivning till särskilt boende sker i 11% (10% 2020, 11% 2019) i grupp 1, 2% (2% 2020 och 2019) i grupp 2 och 12% (12% 2020, 11% 2019) i grupp 3. Man ser inga stora skillnader senaste åren även om det finns variationer mellan enheterna inom grupperna.



Figur 35 Utskriven till, grupp 1.



Figur 36 Utskriven till, grupp 2.



Figur 37 utskrivna till, grupp 3. utskrivna till, grupp 3.

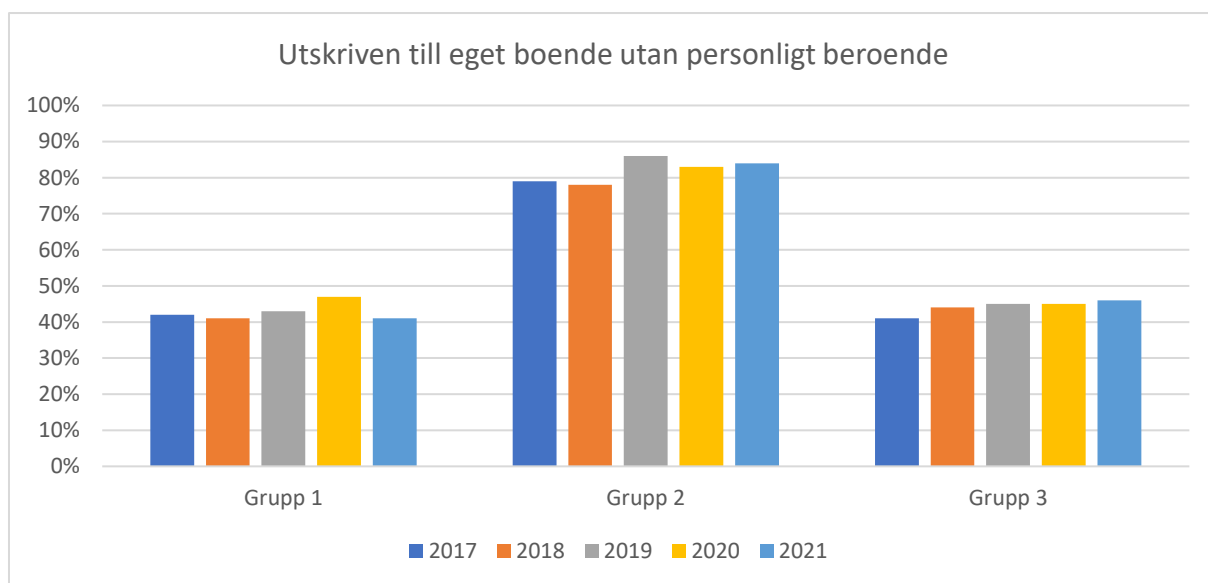
När man analyserar ålderns betydelse för vad man skrivs ut till, ser man att den äldsta åldersgruppen har lägst andel utskrivna till självständigt boende (boende utan personligt beroende). Andelen utskrivna till självständigt boende för 65 år och äldre – 48% - har gått tillbaka till 2019 nivå (44% 2020, 48% 2019, 47% 2018, 43% 2016, 32% 2015).

Tabell 23 Utskriven till redovisat per åldersgrupp.

Grupp 1	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	34	60%	136	56%	142	30%	312	41%
Eget boende med personligt beroende	14	25%	75	31%	225	48%	314	41%
Särskilt boende	3	5%	18	7%	65	14%	86	11%
Annan rehabenhet	2	4%	0	0%	2	0%	4	1%
Avbruten rehab - eget beslut	2	4%	5	2%	6	1%	13	2%
Avbruten rehab - medicinska skäl	2	4%	6	2%	25	5%	33	4%
Avliden	0	0%	0	0%	2	0%	2	0%
Annat	0	0%	4	2%	0	0%	4	1%
Total	57	100%	244	100%	467	100%	768	100%

Grupp 2	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	26	87%	123	92%	118	77%	267	84%
Eget boende med personligt beroende	4	13%	11	8%	30	20%	45	14%
Särskilt boende	0	0%	0	0%	5	3%	5	2%
Annan rehabenhet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Annat	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	30	100%	134	100%	153	100%	317	100%

Grupp 3	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	3	75%	151	52%	270	47%	95	37%	519	46%
Eget boende med personligt beroende	1	25%	74	25%	179	31%	102	39%	356	31%
Särskilt boende	0	0%	20	7%	79	14%	37	14%	136	12%
Annan rehabenhet	0	0%	21	7%	18	3%	15	6%	54	5%
Avbruten rehab - eget beslut	0	0%	2	1%	2	0%	0	0%	4	0%
Avbruten rehab - medicinska skäl	0	0%	8	3%	19	3%	7	3%	34	3%
Avliden	0	0%	0	0%	2	0%	0	0%	2	0%
Annat	0	0%	16	5%	10	2%	4	2%	30	3%
Total	4	100%	292	100%	579	100%	260	100%	1135	100%



Figur 38 Utskriven till eget boende u personligt beroende, utfall per grupp över de tre senaste åren (utskrivning).

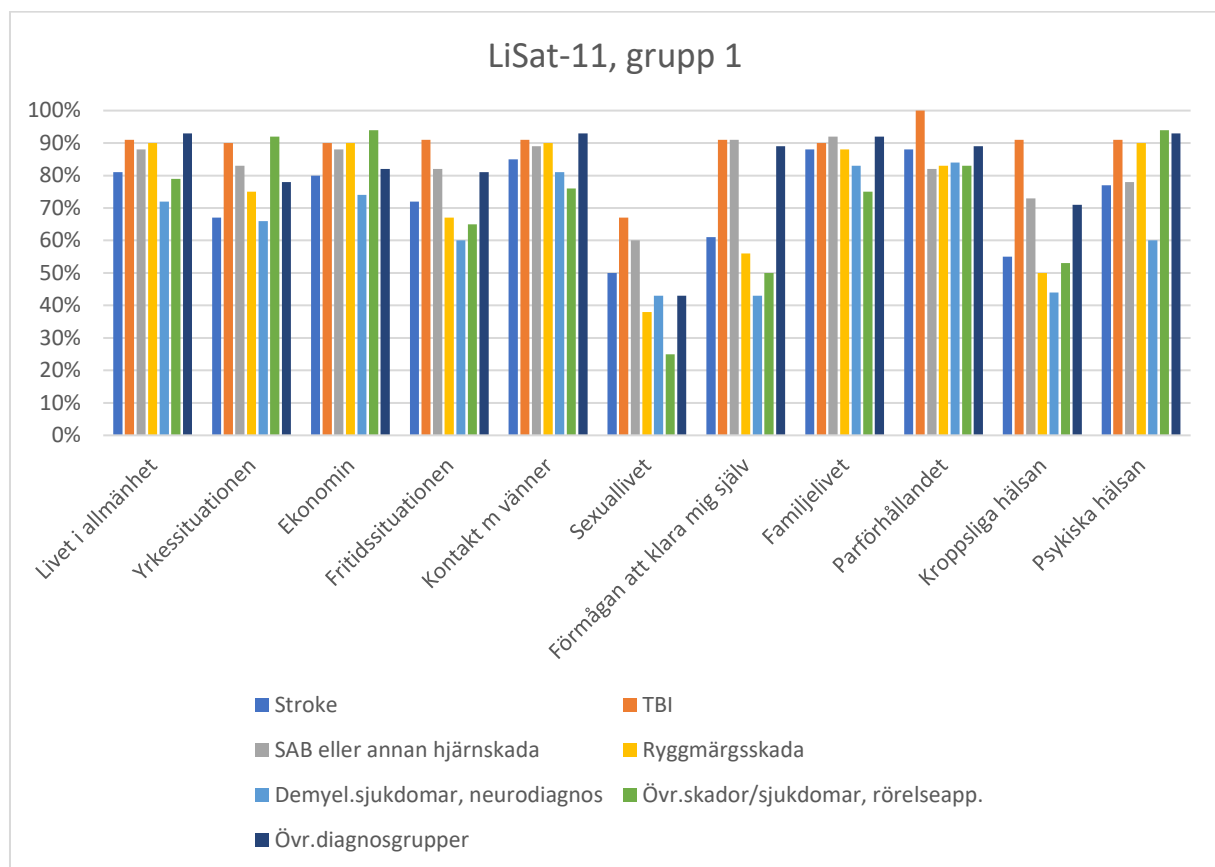
## Försörjning

Vid inskrivning (d.v.s. ofta innan insjuknandet) har 69 % ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. Förra året var det 78%.

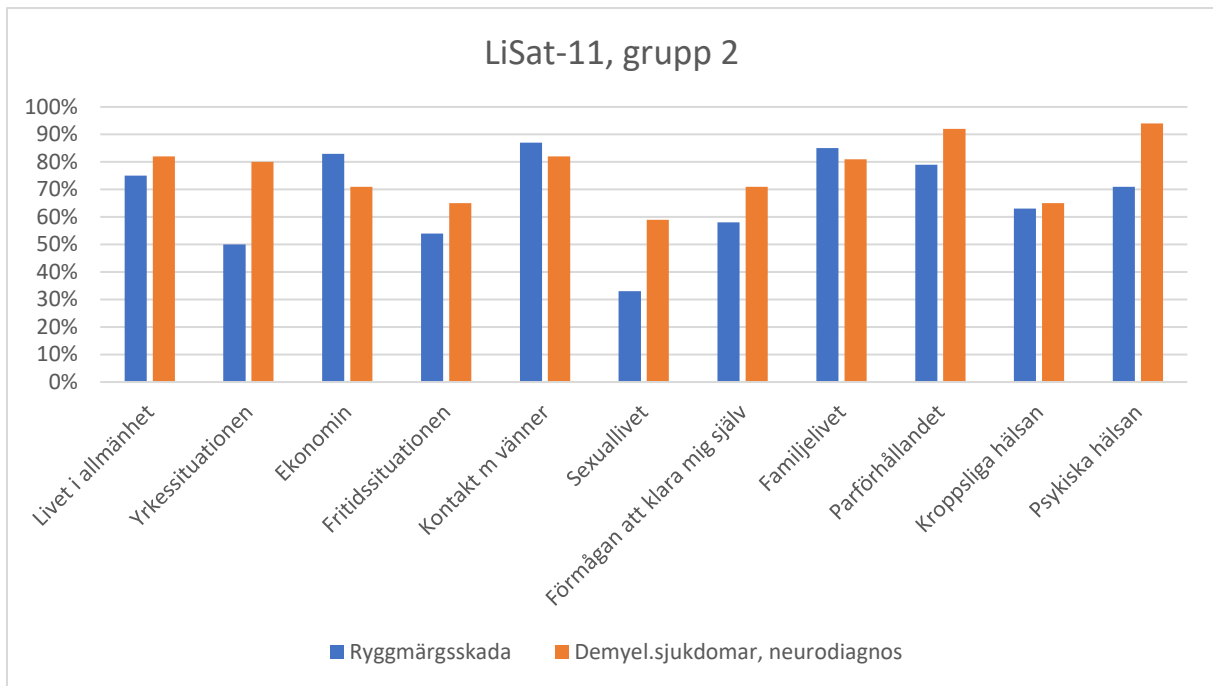
## LiSat

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning. Där skattar patienten sin tillfredsställelse inom olika områden i livet utifrån en skala 1-6, där 1=mycket otillfredsställande och 6= mycket tillfredsställande. Tabellerna nedan visar att andelen tillfredsställda varierar mycket mellan olika variabler och mellan olika diagnosgrupper.

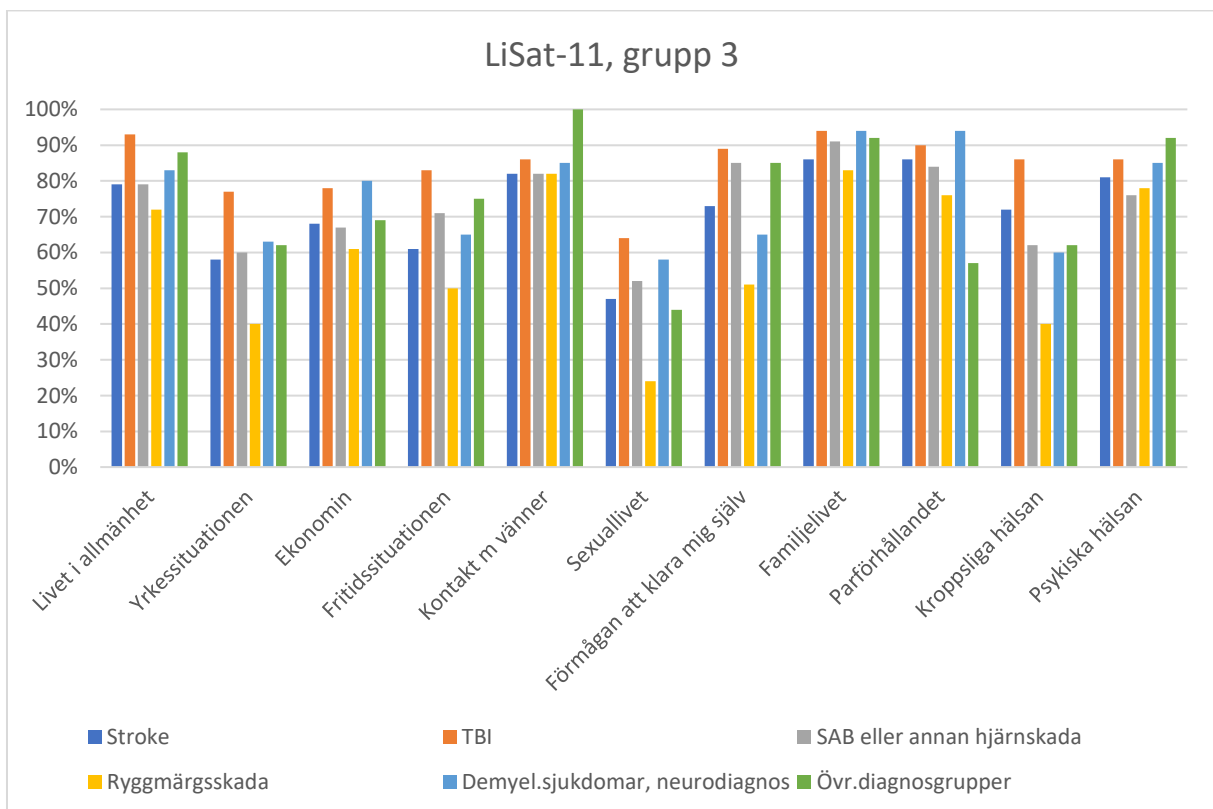
Användningsgrad varierar mellan grupperna. I grupp 2 är det 16%, medan i grupp 1 och 3 är det 42% respektive 41%.



Figur 39 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 1 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

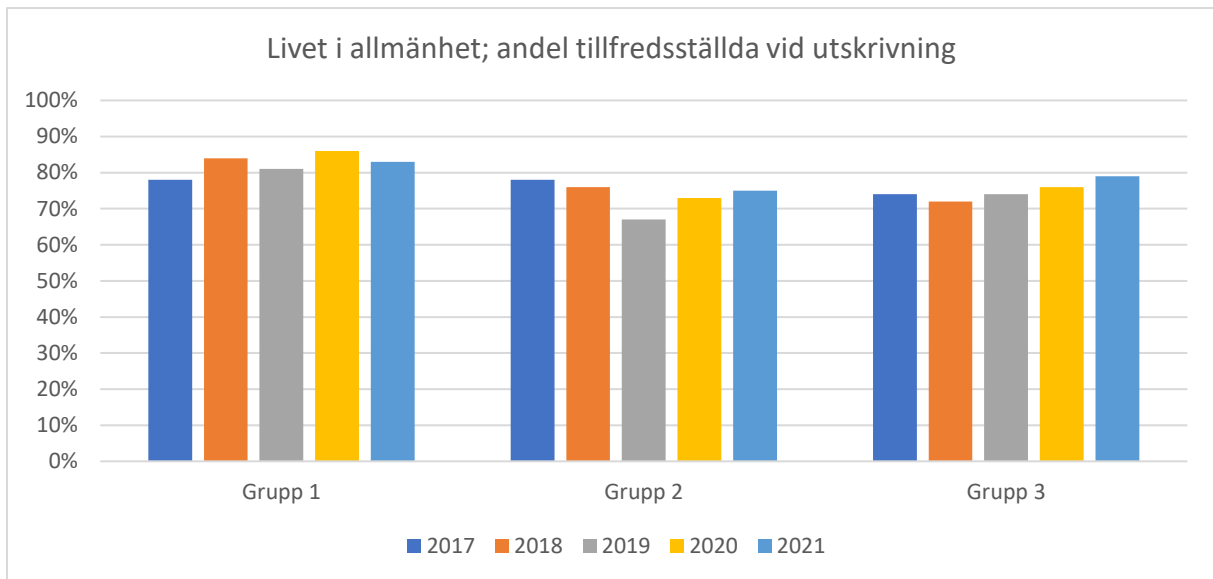


Figur 40 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 2 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper



Figur 41 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 3 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

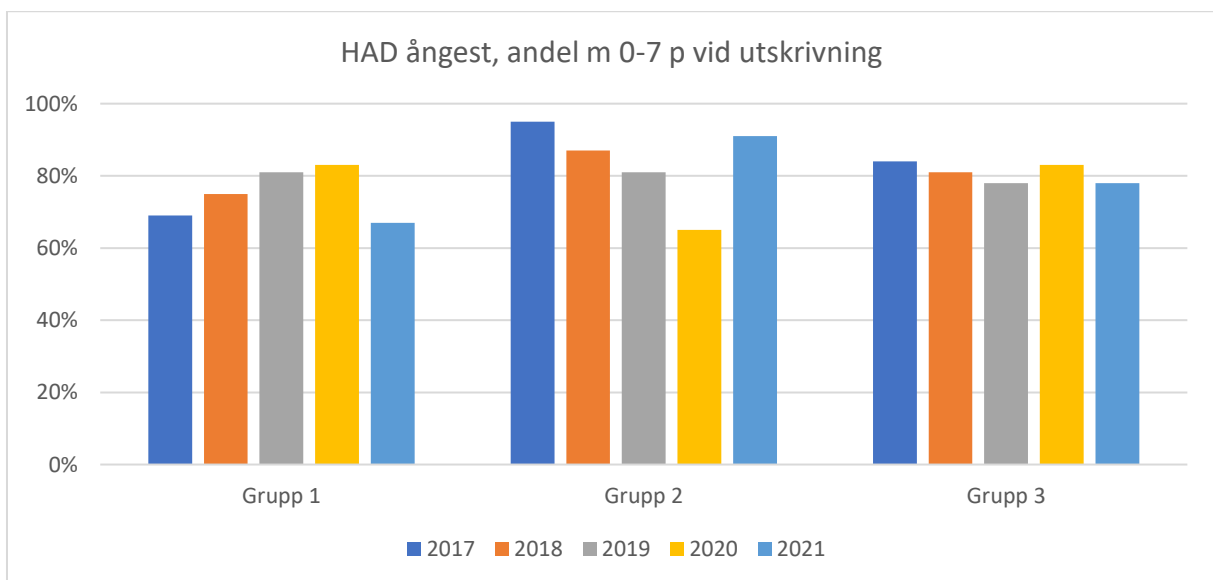
Här kan man se att ryggmärgsskadegruppen ligger lägre än de andra diagnosgrupperna i nästan alla kategorier, men framför allt i sexualitet.



Figur 42 LiSat-11, Andel tillfredsställda med livet i allmänhet vid utskrivning de tre senaste åren.

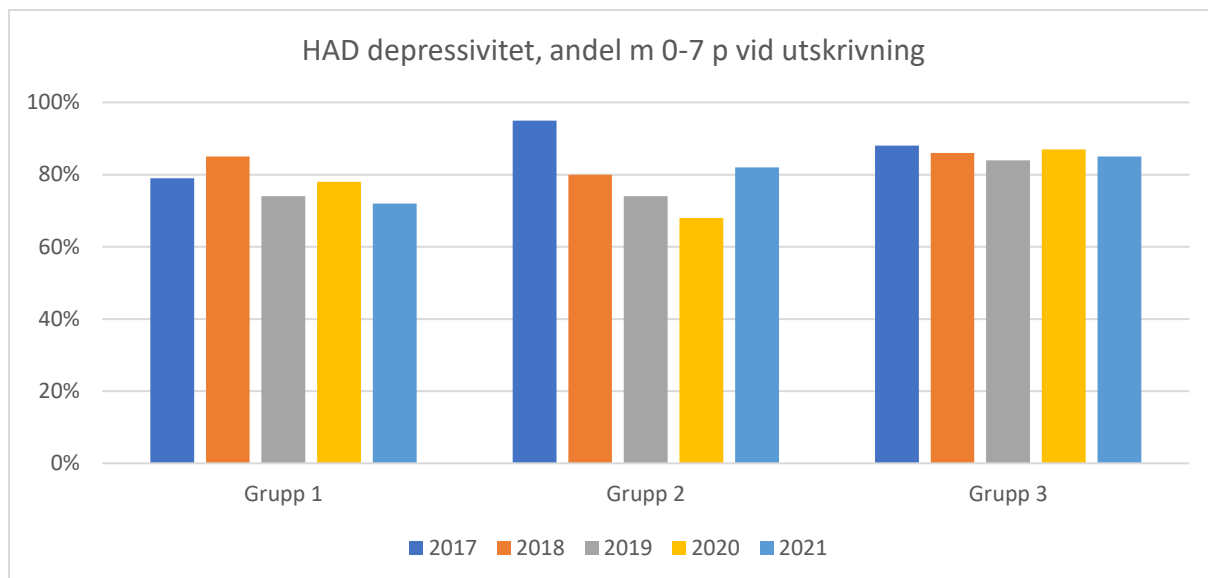
## HAD

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) har fortfarande låg användningsgrad. 24% har registrerat vid inskrivning (detta är en ökning från förra året) och fortsatt 11% vid utskrivning. Både ångest och depression är vanligt förekommande efter sjukdom/skada. Resultat från HADS kan vara till nytta för omhändertagande av patienten .



Figur 43 Andel med låga värden för ångest, förändring över tid



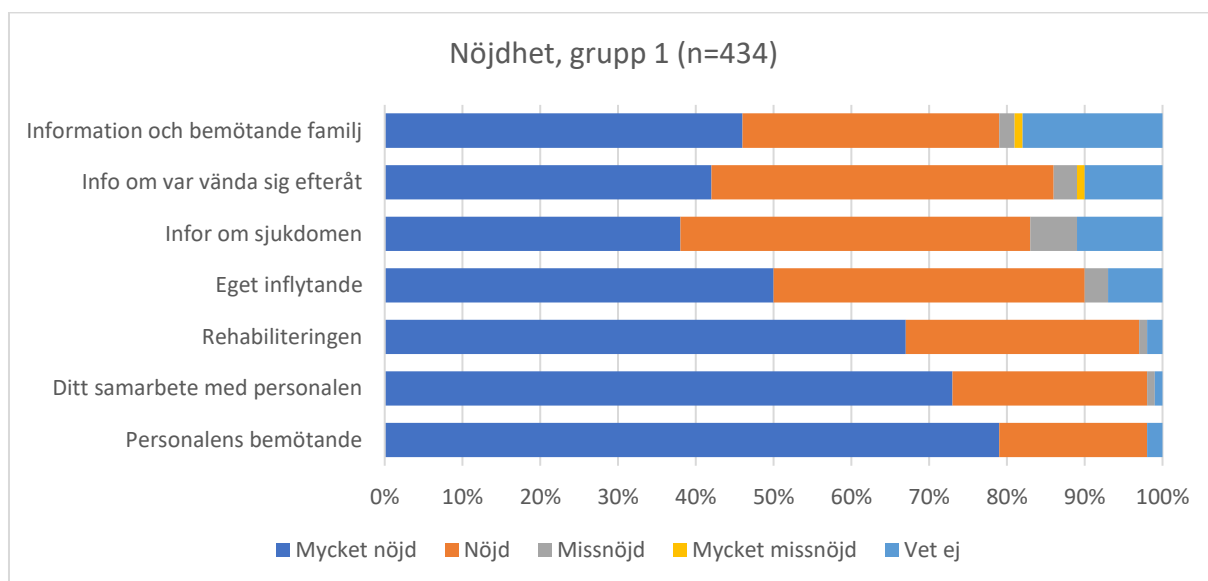


Figur 44 Andel med låga värden för depression, förändring över tid

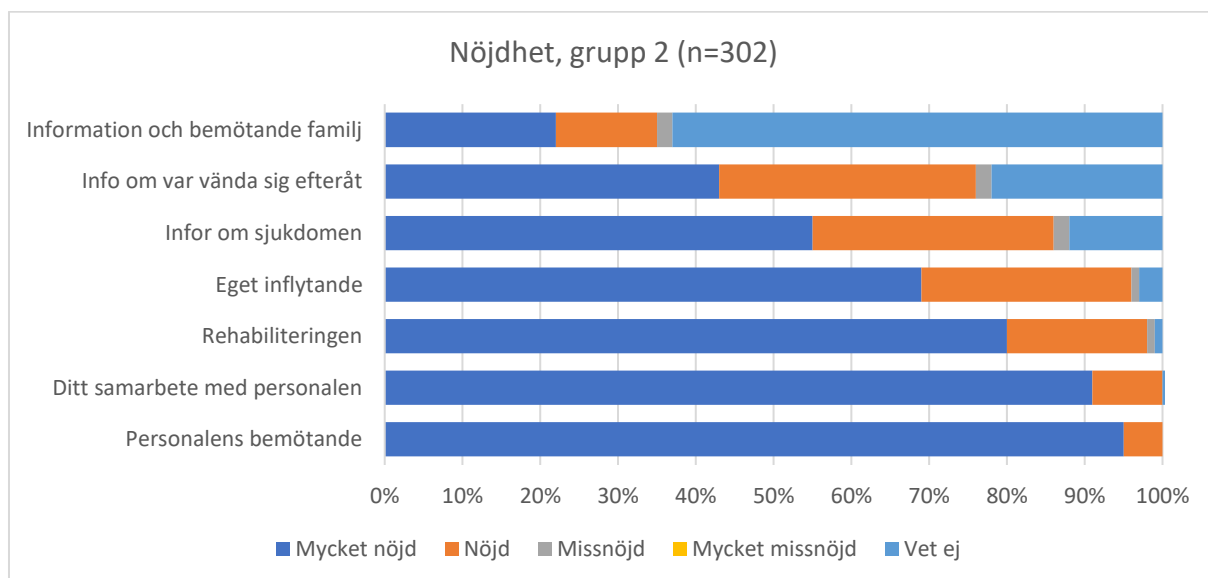
Man ser större förändringar i grupp 2 från 2020. Dessa kan bero på förändringen i sammansättningen av rehabiliteringsenheter som ingår i grupp 2.

## Patientnöjdhet

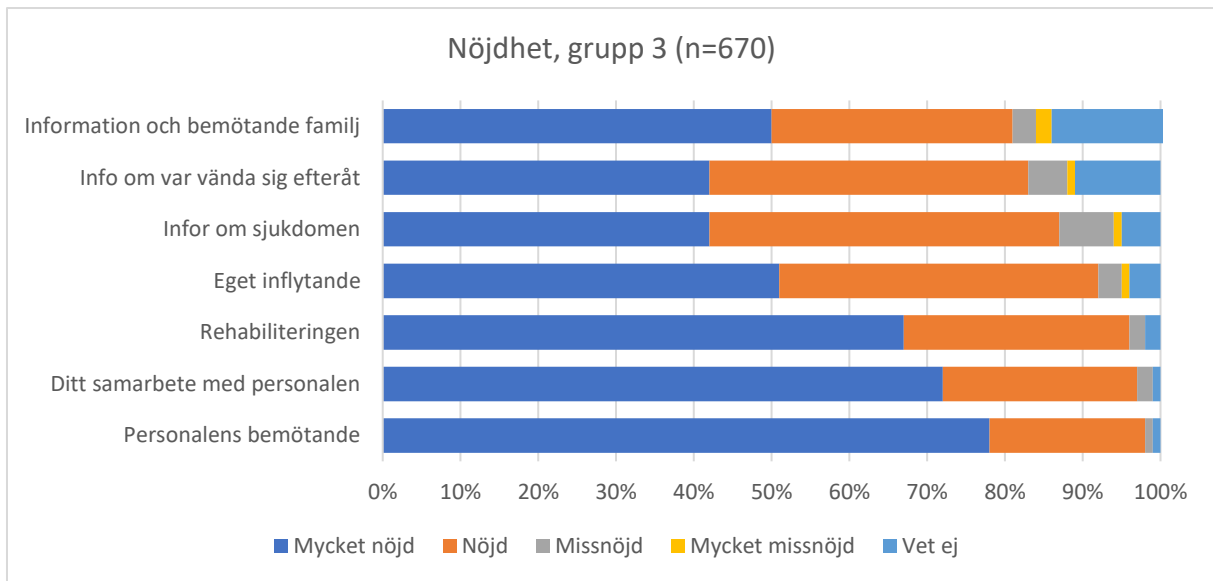
Ifyllnadsgraden är 69% (66% 2020, 75% 2019). Målnivån är 80%. Ett stort problem är bortfallet, vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Endast resultaten för de enheter som har mer än 60% grad av ifyllnad har redovisats. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. Områdena där det finns högst grad av nöjdhet är, som tidigare, bemötande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen. De områden som, liksom tidigare år, har lägst grad av nöjdhet är de som handlar om information. Trots två år av pandemi då närstående inte kunnat vara fysiskt närvarande som tidigare under rehabiliteringen så skattar alla grupper nästan lika stor andel av mycket nöjda och nöjda vid information och bemötande familj som 2019.



Figur 45 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 1.



Figur 46 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 2.



Figur 47 Nöjdhet inom 7 områden, grupp 3.

# COVIDREHABILITERING 2021

## Inledning

Med anledning av pandemin har flera av landets rehabiliteringsenheter fått en ny patientgrupp för rehabilitering i slutenvård. Eftersom patientgruppen skiljer sig från de patientgrupper som i vanliga fall rehabiliteras på landets rehabiliteringskliniker och för att kunna särskilja och jämföra med tidigare årsrapporter har vi valt att särredovisa patienter som vårdats för rehabilitering efter covid, från andra patientgrupper. Endast covidpatienter från slutenvård inkluderas i denna rapport. Andra patientgrupper redovisas i årsrapport slutenvård. I rapporterna finns endast enheter som registrerat fler än totalt 20 patienter per år.

Under januari månad 2021, gjordes ett utskick till deltagande enheter avseende strukturdata och pandemins påverkan på enheterna. Vissa delar av denna rapport hänvisar till detta underlag. Samtliga deltagande enheter rapporterar att pandemin påverkat verksamheterna, oftast på flera olika sätt. Två av tre enheter rapporterar också undanträngningseffekter avseende annan rehabilitering.

## Underlag för covidrapporten

I denna covidrapport delas data in i tre grupper:

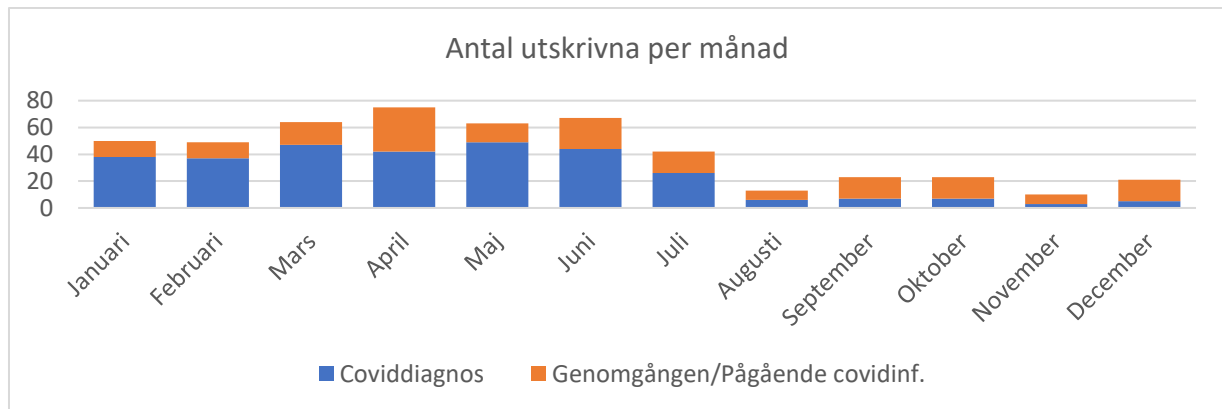
- patienter som rehabiliterats för enbart coviddiagnos (n=311) - *covidrehabgruppen*
- patienter som registrerats med en annan diagnos men även med genomgången/pågående covidinfektion (n=189). Det innebär att patienterna erhåller rehabilitering för en annan diagnos men insjuknande, vård- och/ eller rehabiliteringsförlopp kan ha påverkats av insjuknandet i covid.
- övriga rehabpatienter (n=2575).

Ett något lägre antal patienter har rehabiliterats för Coviddiagnos än under fjolåret (320 patienter 2020) men för fler patienter har Covid registrerats som bidiagnos (89 patienter under 2020). I gengäld har 300 fler registreringar gjorts avseende övrig patientgrupp, det vill säga patienter som normalt rehabiliteras vid rehabiliteringsmedicinska enheter.

I årsrapporten "Rehabilitering covid" ingår 23 enheter varav två enheter inte har registrerat några covidpatienter.

## Demografi och processmått- covidrehab

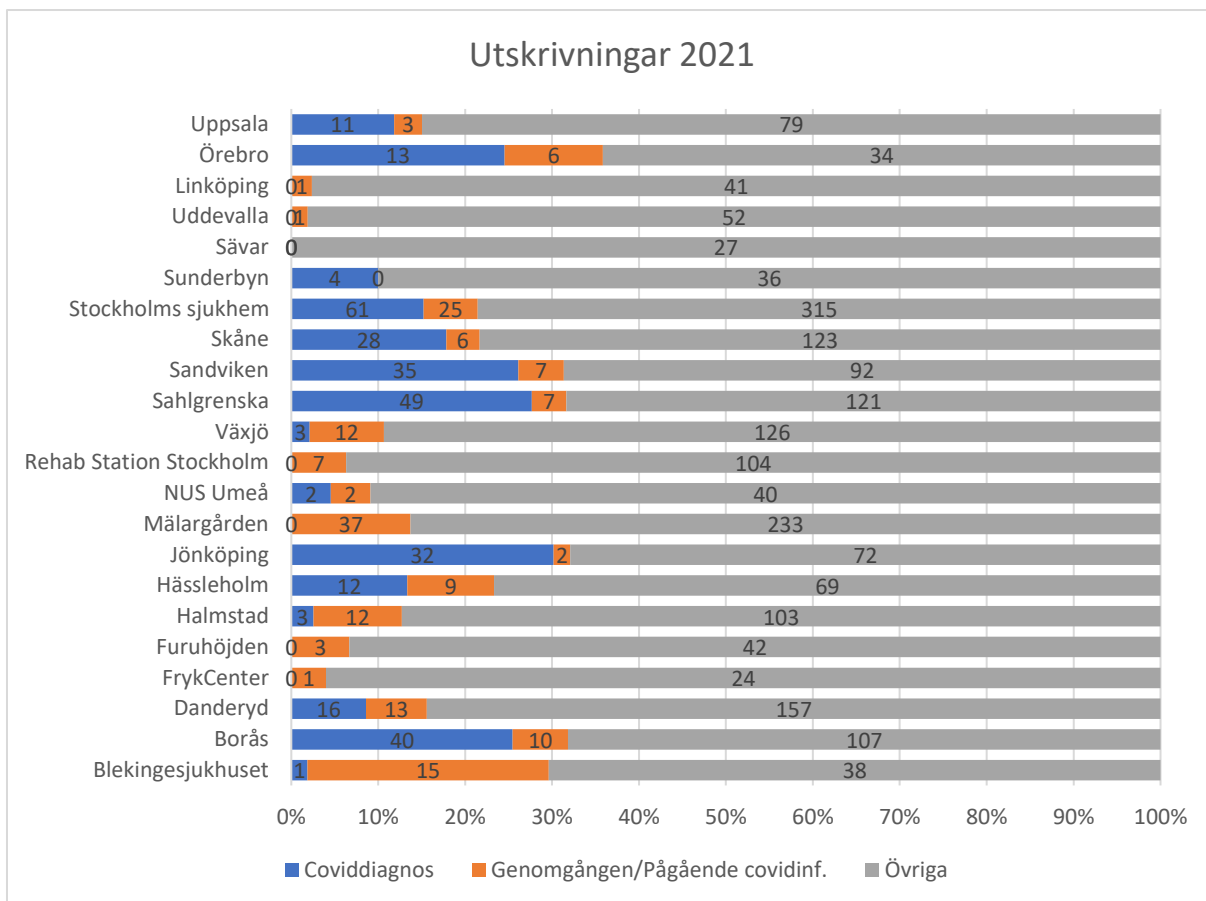
Antalet inskrivna i rehabilitering efter coviddiagnos var störst och relativt jämn under årets första sex månader (Figur 48).



Figur 48 Antal utskrivna per månad 2021 för patienter med coviddiagnos och de som har genomgången/ pågående infektion (N=500).

Antal patienter som rehabiliterats av annan anledning men med Covid som en bidragande eller komplicerande faktor var mer jämnt fördelad under hela året.

Pandemin har drabbat landets regioner olika och fördelningen mellan enheter och geografisk fördelning över landet är stor (Figur 49). Uppdrag för de rehabiliteringsmedicinska enheterna har diskuterats och regionala eller lokala skillnader förekommer. Dessa faktorer har sannolikt påverkat andel covidpatienter i verksamheterna.

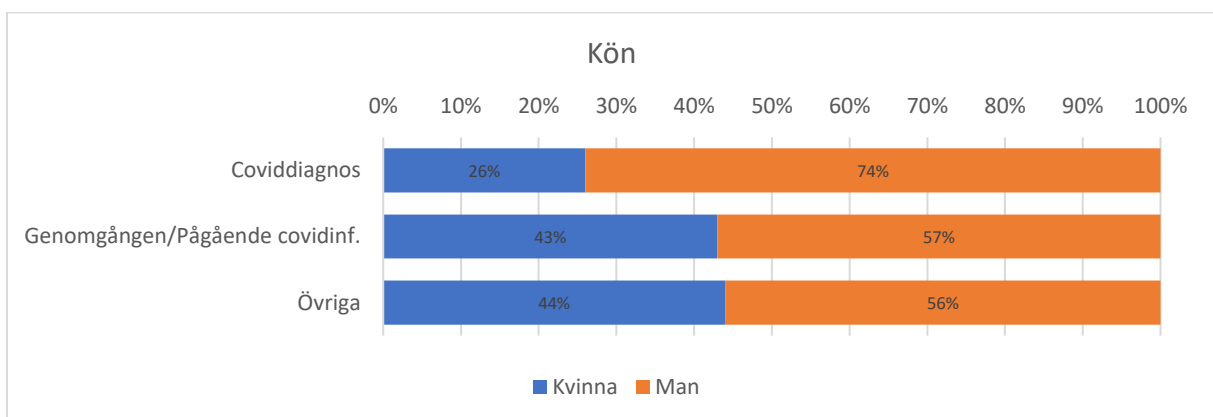


Figur 49. Andel utskrivna per enhet indelat i patienter med coviddiagnos, patienter som genomgått/har en pågående inf/ och övriga patienter (N=2575).

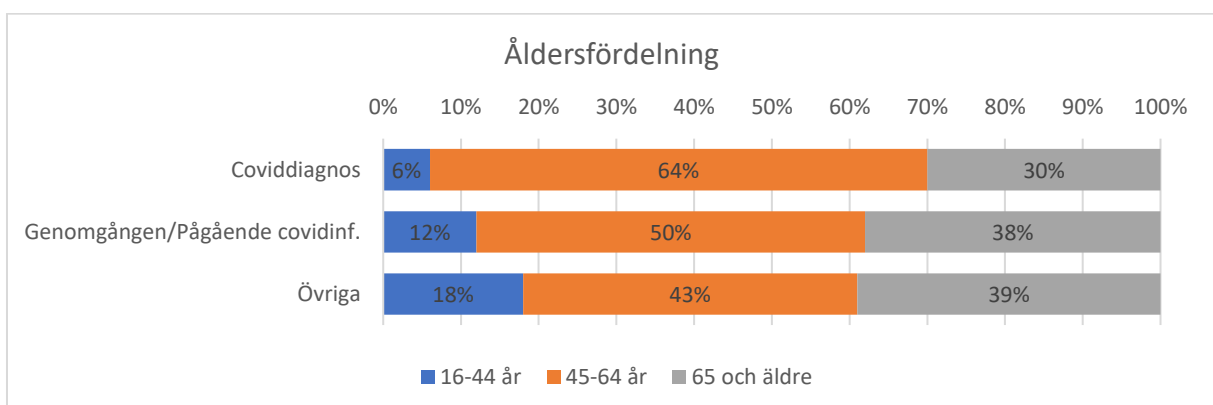
Jämfört med de övriga grupperna är patienter som rehabiliterats för covid-19 i högre omfattning män (Figur 50), är fler i åldersgruppen 45-64 år (Figur 51), och har oftare ett utomeuropeiskt födelseland (Figur 52). Patienter med genomgången covid infektion och som vårdats på rehabiliteringsmedicinska klinker följer således riskfaktorerna för att drabbas svårt av sjukdomen avseende kön och födelseland.

Patientgruppen för covidrehabilitering är yngre än under fjolåret, 2020, då 50% tillhörde åldersgrupp 45-64 år (jämfört med 64% 2021) och 43% tillhörde den äldsta åldersgruppen (jämfört med 30% 2021). Orsaken till den förändringen är osäker och kan avspegla olika geografiska processer. Den kan avspegla att äldre personer fått vaccination och att de som drabbas hårdare under 2021 var yngre ovaccinerade personer men också bristande tillgång till rehabilitering och de ojämlikheter som kan uppstå till följd av detta. Resursen på kompetent personal för specialiserad slutenvårdsrehabilitering har sannolikt varit begränsad, oberoende av de extrasatsningar som regioner gjort på området, samtidigt som tre av fem rehabiliteringsenheter under 2020 rapporterade att de tvingats till ombemanning av egna personalresurser till akuta enheter till följd av pandemin.

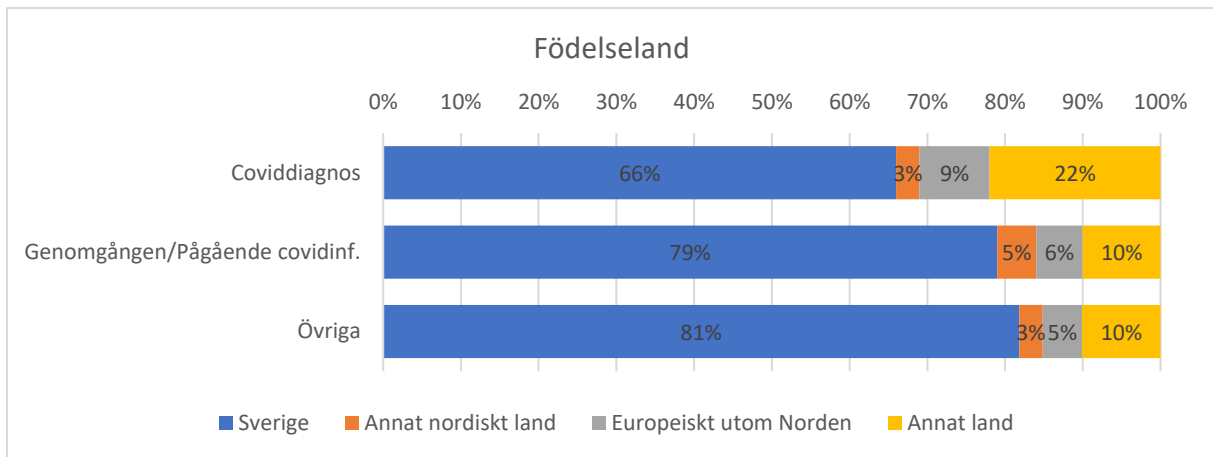
Bland patienter i covidrehabgruppen har en högre andel universitets eller högskoleutbildning (Figur 53). Orsaken till skillnader avseende utbildningsnivå jämfört med ordinarie rehabgrupp framgår inte av statistiken men kan indikera att det är lättare att få tillgång till rehabilitering som inte följer en etablerade vårdkedja, om man är högutbildad.



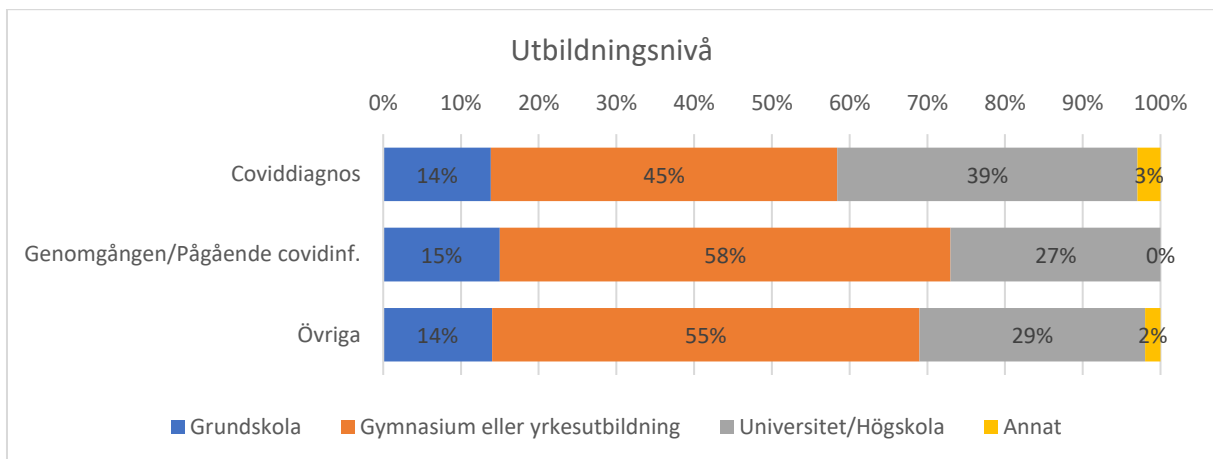
Figur 50. Könsfördelning



Figur 51. Åldersfördelning



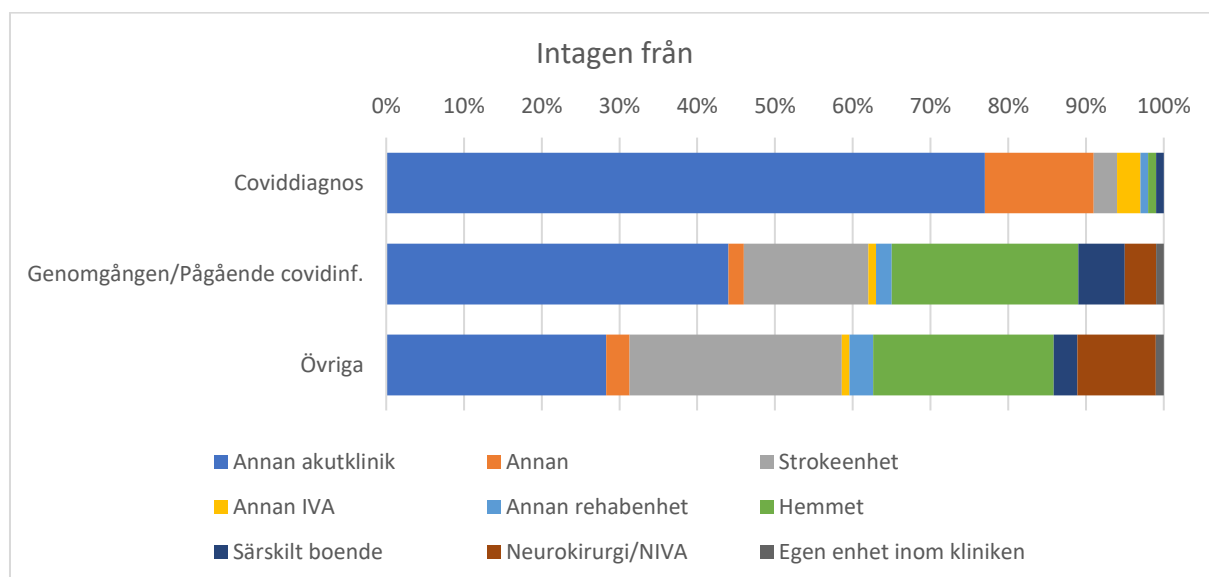
Figur 52. Födelseland



Figur 53. Utbildningsnivå

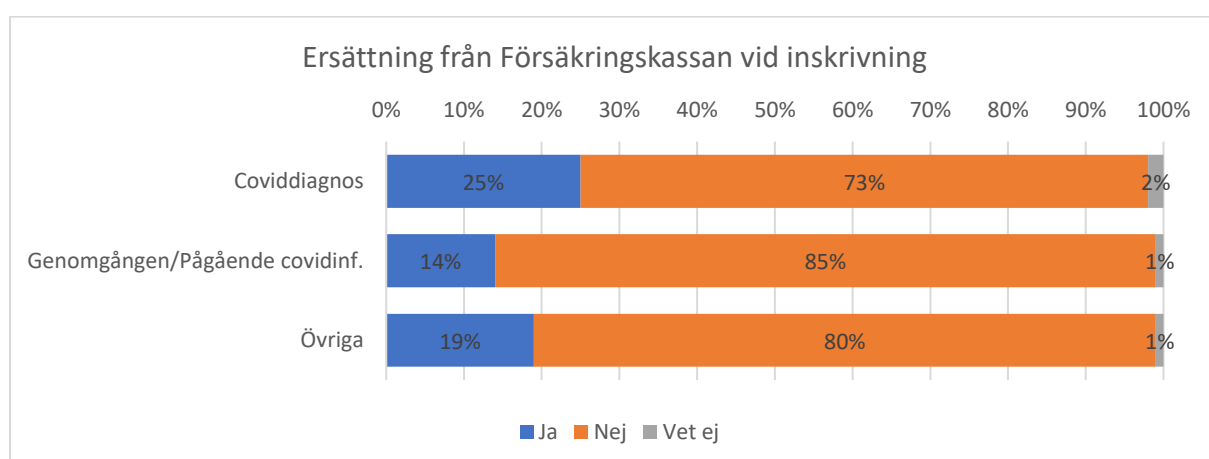


Mer än tre fjärdedelar skrivs in från akutenhet (Figur 54). Det handlar således till mycket hög grad om patienter som sjukhusvårdats för svår covidinfektion. En hög andel patienter med Covididiagnos, en dryg tiondel tas in från annan enhet, vilket kan avspegla att dessa patienter kom från kliniker som inte vanligtvis remitterar till rehabiliteringskliniker och därmed inte är valbara som alternativ. Flera patienter har sannolikt exempelvis vårdats på och remitterats från infektionsklinik.



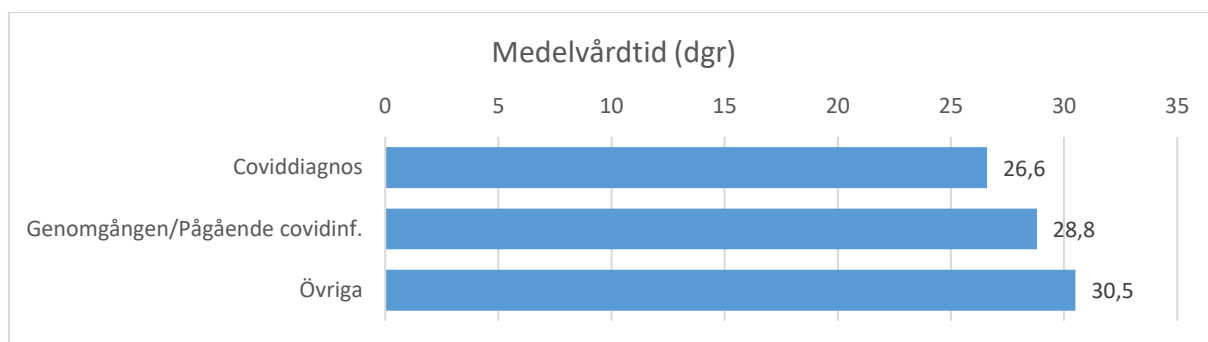
Figur 54. Intagen från

Fler i covidrehabgruppen än i de övriga patientgrupperna är sjukskrivna vid inskrivning (Figur 55). Detta har förändrats jämfört med föregående år (som då låg på 13 %). Under året rapporterade sjukvården högre andel ovaccinerade patienter bland de som vårdades för svår Covid-19. I kombination med bristande vaccinationstendens hos socioekonomisk svaga grupper skulle detta kunna förklara siffrorna och skillnaden från föregående år.



Figur 55. Försörjning via Försäkringskassan vid inskrivning

## Vårdtid covidrehab



Figur 56. Medelvårdtid i antal dagar

I likhet med föregående år har covidrehabpatienter numerärt kortare medelvårdtid än både de med genomgången/pågående covidinfektion men skillnaden mellan coviddiagnos och övriga är inte signifikant ( $p=,09$ ). Rehabiliteringsförloppet tenderar, liksom föregående år, i många fall vara något snabbare vid covid än för andra patientgrupper inom rehabilitering.

### Rökning, alkohol- och drogmisbruk covidrehab

Generellt ligger nyttjande av tobak, alkohol och droger lägre i covidrehabgruppen jämfört med övriga grupper och håller sig ungefär på samma nivå som året innan.

Andelen rökare i covidrehabgruppen och de med genomgången/pågående covidinfektion är lägre än för andra grupper (tabell 1). I andra patientgrupper kan rökning vara överrepresenterat då detta medför en riskfaktor för exempelvis stroke.

Även andel patienter som snusar är lägre för covidpatienter än för övriga patienter liksom missbruk av alkohol (tabell 24)

Tabell 24. Andel rökare och snusare samt missbruk av alkohol

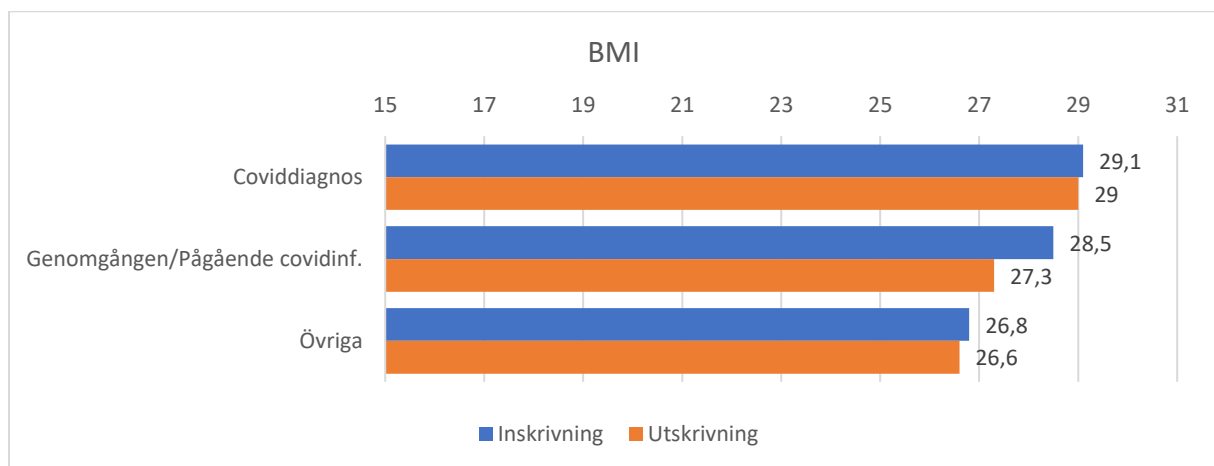
Patientgrupp	Andel rökare	Andel snusare	Missbruk av alkohol
Covidrehabpatienter (n=292)	5%	6%	2%
Genomgången/Pågående covidinf. (n=181)	9%	11%	7%
Övriga (n=1937)	14%	9%	5%

Notering: Värdena baseras på när man registrerat "ja" på frågorna om förekomst av missbruk.

## Resultatmått covidrehab

### BMI

BMI har konstaterats vara en riskfaktor för svår covidinfektion. I jämförelse med andra patientgrupper på rehabiliteringsmedicinska enheter kan man se att det förelåg signifikant ( $p < .001$ ) högre BMI i covidrehabgruppen än för de som vårdades för genomgången/ pågående infektion och övriga. Vikten höll sig relativt stabil i samtliga grupper mellan in- och utskrivning. Gruppen genomgången/pågående covidinfektion sänkte sitt BMI numerärt. Signifikansprövning avseende om sänkningen är signifikant har inte gjorts (Figur 57).



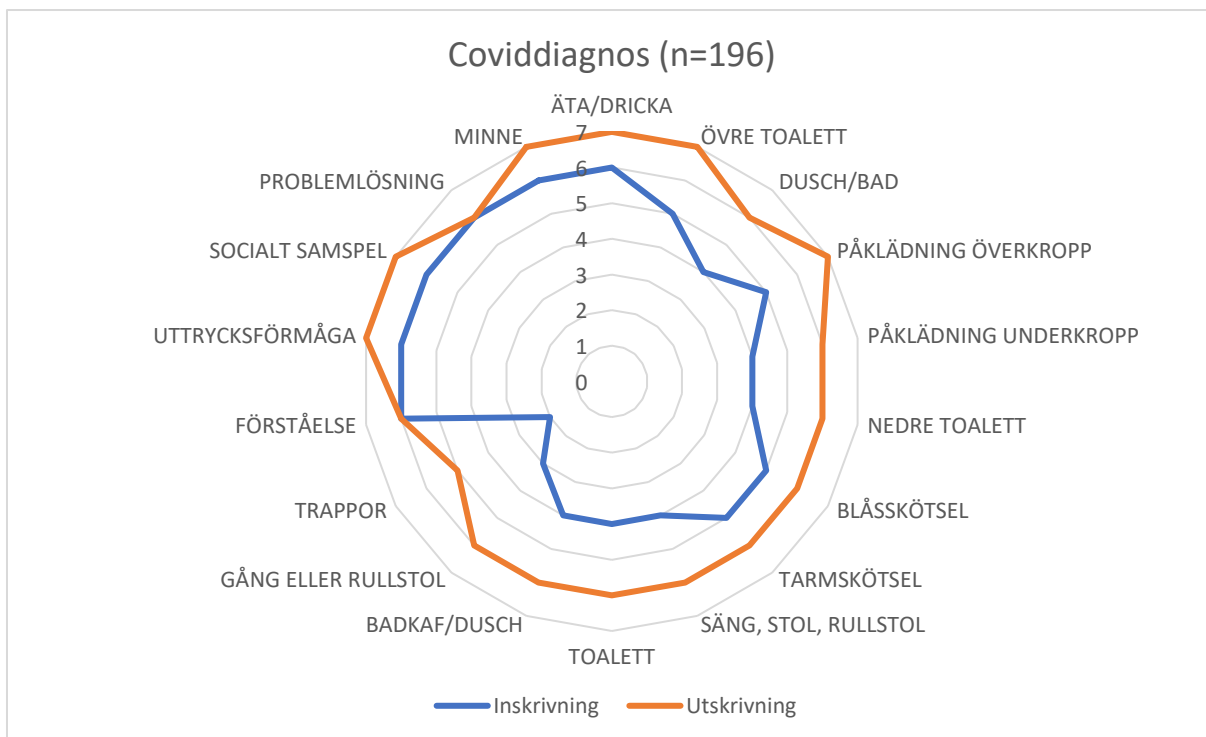
Figur 57. BMI; jämförelse mellan in- och utskrivning

### ADL-förmåga

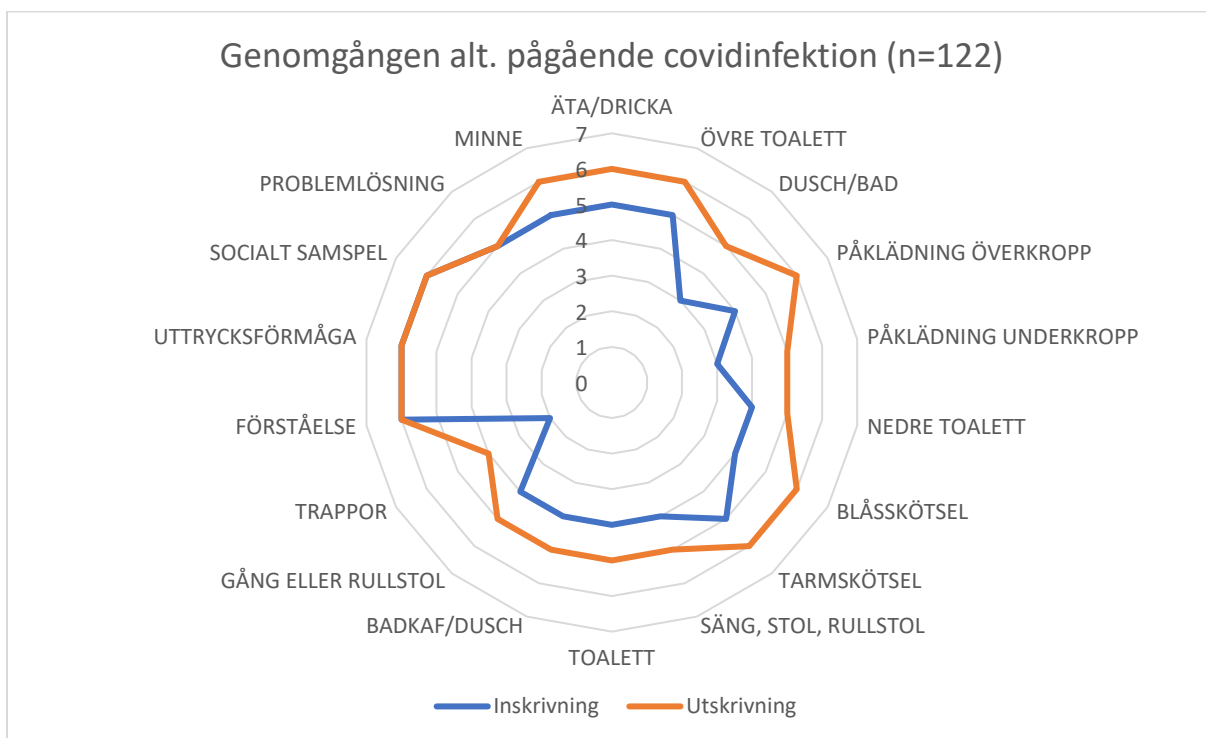
ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga samt 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg. Jämfört med gruppen övriga patienter uppvisade patienterna som kom för covidrehab generellt sämre motorisk funktionsnivå på FIM vid inskrivning men något högre förmåga avseende kommunikation och social/ intellektuell funktion. Samtliga tre grupperna förbättrades signifikant i alla FIM-variabler mellan in och utskrivning (se figur 58 - 60). Den största förbättringen i covidrehabgruppen låg inom den motoriska domänen. Även kognitiva förmågor förbättrades under vårdtiden med undantag för områdena problemlösning och förståelse, men Covidrehabgruppen hade dock redan vid inskrivning högre värde för problemlösning än de andra grupperna. Liknande mönster sågs även i de två övriga grupperna men när grupperna jämfördes med Bonferroni justerad Kruskal-Wallis analys avseende skillnader in och ut fann man att covidrehabgruppen vid utskrivningen hade uppnått en signifikant större förbättring jämfört med övriga (de som inte hade haft covid alls) avseende variablerna

- övre toalett (adj.  $p = .004$ ), dusch/bad (adj.  $p < .001$ ), påklädning underkropp (adj.  $p < .001$ ) och nedre toalett (adj.  $p < .001$ )
- Sfinkterkontroll - blåsskötsel (adj.  $p < .001$ ) och tarmskötsel (adj.  $p = .007$ )
- Kort förflyttning - röra sig mellan säng, stol, rullstol (adj.  $p < .001$ ), ta sig till toaletten (adj.  $p < .001$ ) och förflyttning badkar/dusch (adj.  $p < .001$ )
- Lång förflyttning - gång eller rullstol (adj.  $p < .001$ ) och trappor (adj.  $p < .001$ ).

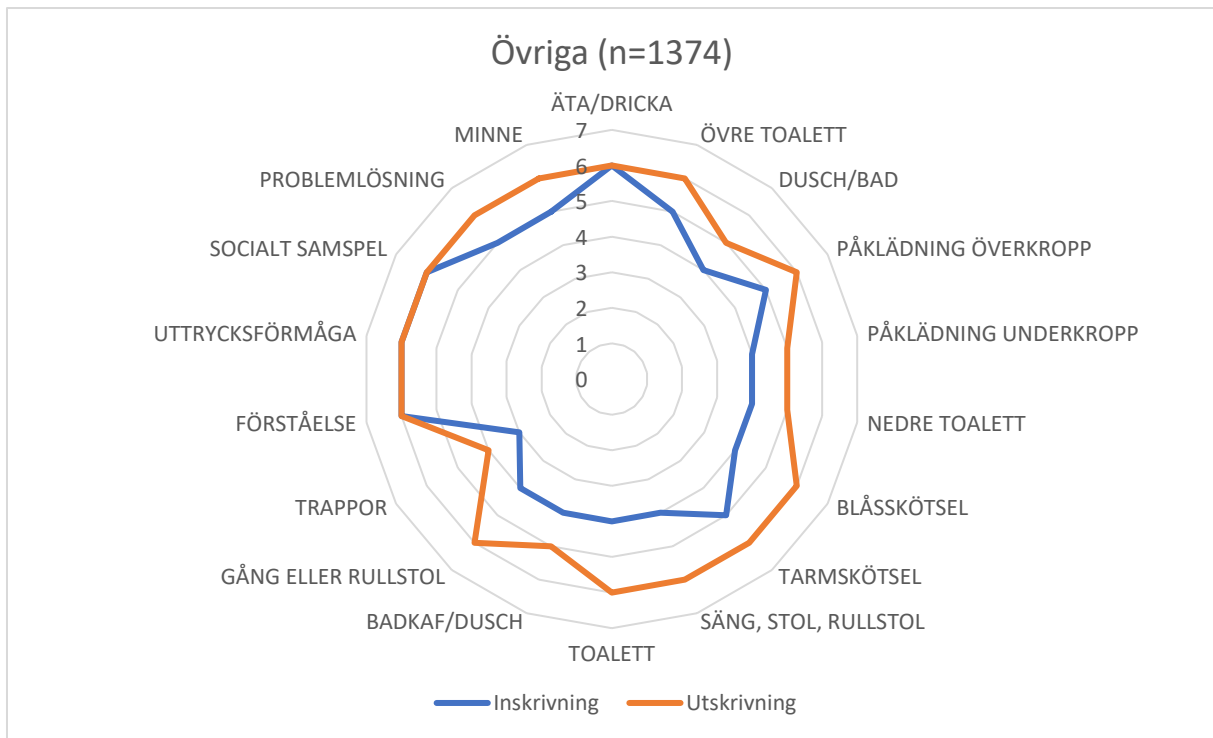
Covidrehabgruppen förbättrades således motoriska signifikant bättre än övriga patienter. Däremot fanns det ingen signifikant skillnad i förbättring mellan in- och utskrivning på delskalorna äta/dricka, påklädning överkropp, kommunikation och socialt samspel, problemlösning och minne, mellan grupperna.



Figur 58 FIM in och ut för covidrehabgruppen (n=196)



Figur 59 FIM in och ut för patienter med genomgången covidinfektion (n=122)



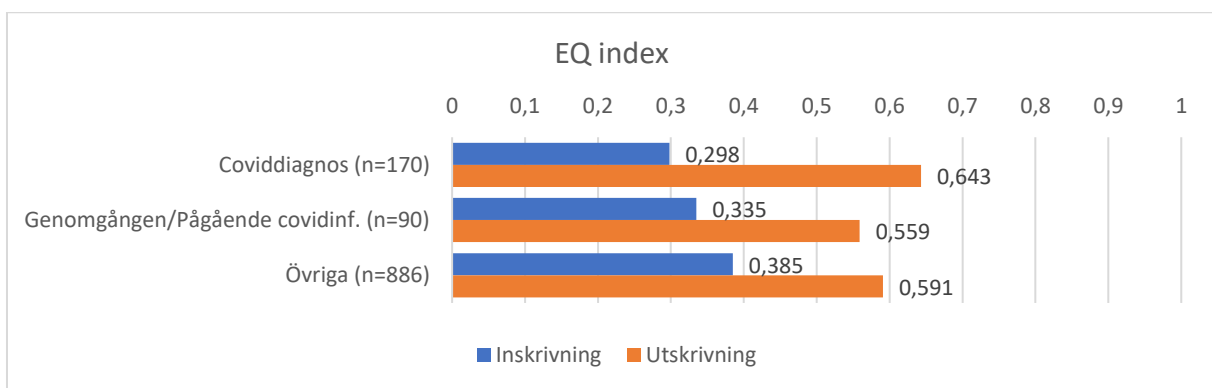
Figur 60 FIM in och ut för övriga patienter (n=1374)

## Hälsorelaterad livskvalitet - EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som VAS-värde på en skala 1-100, dels som indexvärden som varierar mellan - 0,594 och 1. På VAS-skalan är 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet baseras på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet. Ju högre indexvärde, desto bättre upplevd hälsa.

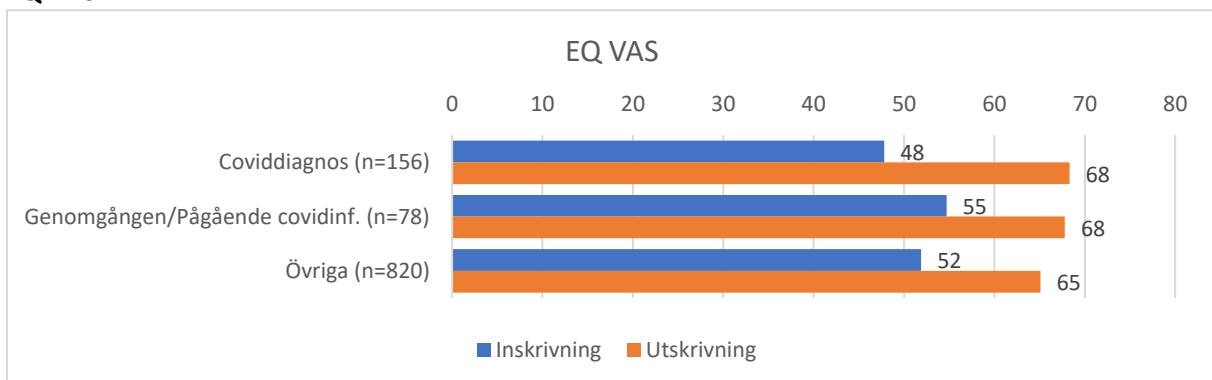
Covidrehabgruppen (156 skattningar) skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet än övriga patienter vid inskrivning (Figur 61 och 62). Alla grupperna skattade signifikant förbättring i hälsorelaterad livskvalitet mellan in- och utskrivning på såväl EQ5D index som VAS skattning ( $p<.001$ ). Jämfört med övriga diagnoser var förbättringen signifikant större hos covidrehabgruppen både på EQ5D index ( $p<.001$ ) och VAS ( $p<.001$ ).

### EQ5D index



Figur 61 EQ5D index

### EQ VAS

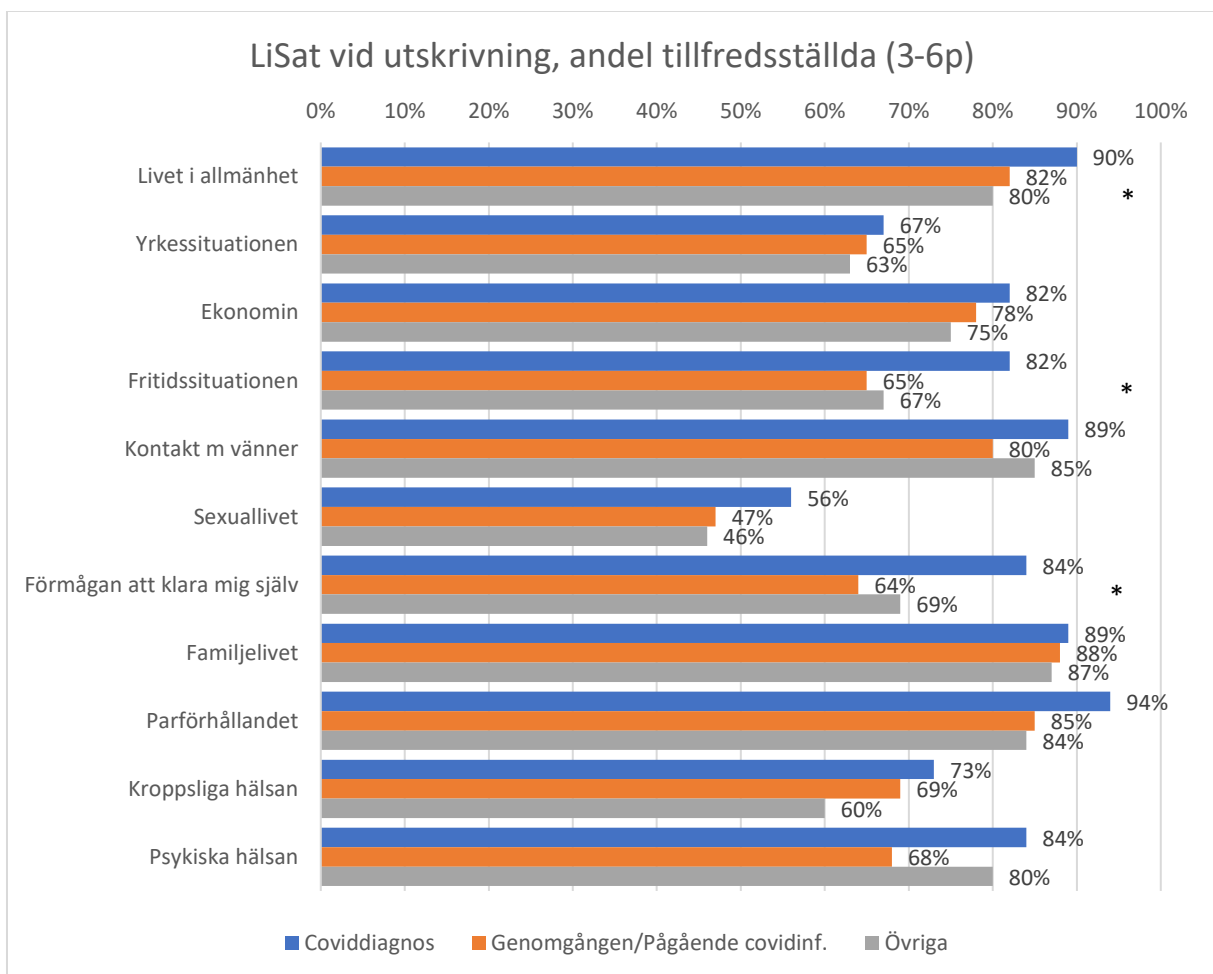


Figur 62 EQ5D VAS

## Livstillfredsställelse - LiSat

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning. Där skattar patienten sin tillfredsställelse inom olika områden i livet utifrån en skala 1-6, där 1=mycket otillfredsställande och 6= mycket tillfredsställande. Kategoriseringen som används är 1-3 = icke tillfredsställd och 4-6 = tillfredsställd.

I figur 63 redovisas data för covidrehabgruppen (73 registreringar; andelen svar per fråga varierar mellan 61 och 73) och övriga patienter. I för parametrarna livet i allmänhet, fritidssituationen och förmågan att klara sig själv skattade covidrehabpatienterna signifikant bättre livstillfredsställelse än övriga patienter (Figur 63).



Figur 63 Jämförelse på LiSat vid utskrivning mellan covidrehabgrupperna och övriga som ej haft covidinfektion

\* $p < .05$  mellan covidgruppen och övriga patienter



## Komplikationer covidrehab

Gruppen som rehabiliteras för Covid är liten och antalet komplikationer få varför endast antal anges i tabell 25 nedan. För jämförelse av covid relativt andra diagnosgrupper som registrerats under året har dock vissa jämförelser av andel komplikation gjorts nedan.

Som komplikation räknas endast det som uppkommit under aktuell rehabperiod. Som exempel är befintligt trycksår vid inskrivning inte en komplikation. De vanligaste komplikationerna för patienter som vårdats i samband med eller i sviterna efter covid är "Annan komplikation", "Annan infektion", "Pneumoni" och "Lungemboli". "Annan komplikation" innefattar komplikationer som inte specificerats i urvalet för komplikationer i registret. "Annan komplikation", "Lungemboli", "Pneumoni" och "Djup ventrombos" förekommer i högre andel hos covidrehabgruppen än för övriga diagnosgrupper och kan bero på nedsatt rörelseförmåga och lungfunktion i kombination med övriga för svår Covid predisponerande faktorer såsom övervikt, kronisk lungsjukdom och hjärt-, kärlsjukdom.

För covidrehabgruppen förekommer "Annan infektion" och "Övre UVI" i lägre andel jämfört med övriga diagnosgrupper.

En nyinsatt fråga i registret som infördes 2020 gäller covid som komplikation under vårdtiden. Denna komplikation noteras för 14 patienter vid utskrivning från patientgrupp som inte har Covid 19 som diagnos för rehabilitering och där inte heller bidiagnos Covid 19 fanns vid inskrivning.

Tabell 25 Totalt antal komplikationer vid utskrivning, för Covidrehabgrupp jämfört med förekomsten av dessa komplikationer för patientgrupp med genomgången/ pågående covidinfektion och övriga patienter

	Coviddiagnos (n=310)	Genomgången/ Pågående covidinf. (n=188)	Övriga (n=2021)
DVT	4 (1,3%)	1 (0,5%)	15 (0,7%)
Lungemboli	7 (2,3%)	1 (0,5%)	8 (0,4%)
Trycksår	0	1 (0,5%)	24 (1,2%)
Pneumoni	8 (2,6%)	2 (1,1%)	10 (0,5%)
Övre UVI	3 (1,0%)	2 (1,1%)	51 (2,5%)
Infektion med multiresistenta bakterier	1 (0,3%)	0	11 (0,5%)
Annan infektion	13 (4,2%)	12 (6,4%)	124 (6,1%)
Avvikit från avdelning	0	1 (0,5%)	10 (0,5%)
Annan komplikation/sjukdom/skada	18 (5,8%)	11 (3,5%)	82 (4,1%)

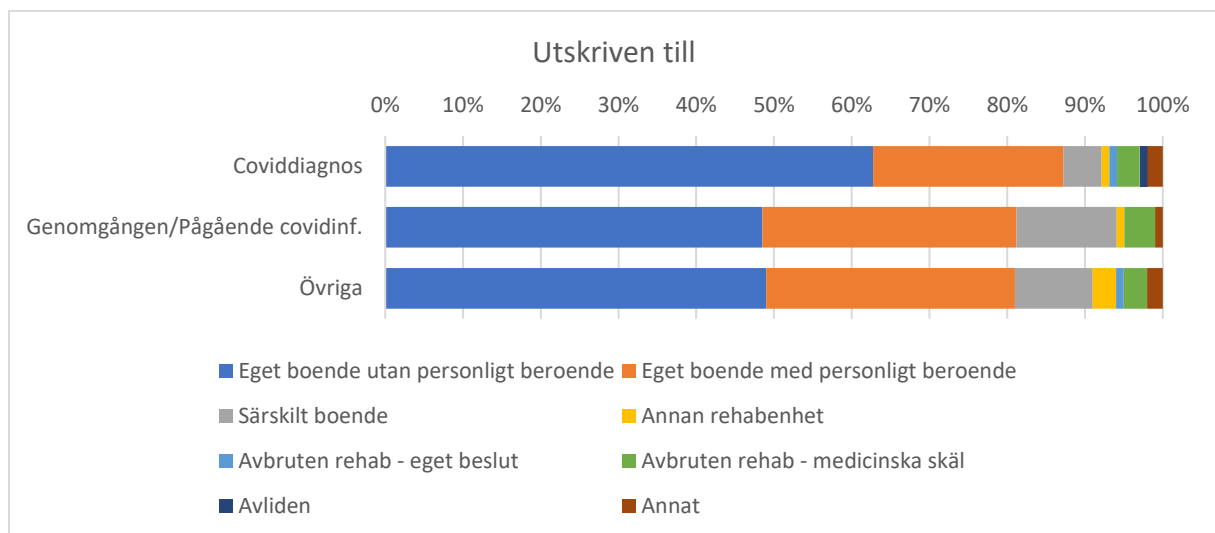
## Utskriven till covidrehab

Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t.ex. svårighetsgrad av skada/ sjukdom vid inskrivning, kommunernas resurser och ålder. Med eget boende utan personligt beroende avses självständighet utan hjälp från vare sig familj eller andra hjälpinsatser.

Två av tre Covidrehab patienter (64%) skrivs ut till Eget boende utan personligt beroende och detta är en högre andel än andra patientgrupper (49%) (Figur 64). Detta kan härröras till att patienterna har färre kognitiva nedsättningar och gruppen består av en större andel yngre patienter med generellt god återhämtning avseende aktiviteter i dagliga livet.

För knappt en av tjugo patienter i samtliga grupper har rehabiliteringen avbrutits av medicinska skäl. Andelen som skrivs ut till särskilt boende (5%) är endast hälften, respektive en tredjedel så stor för Covid rehabpatienter som för övriga patientgrupper.

Tre patienter som vårdats med eller i sviterna av Covid har avlidit under vårdtiden och det är en högre andel än för övriga grupper.



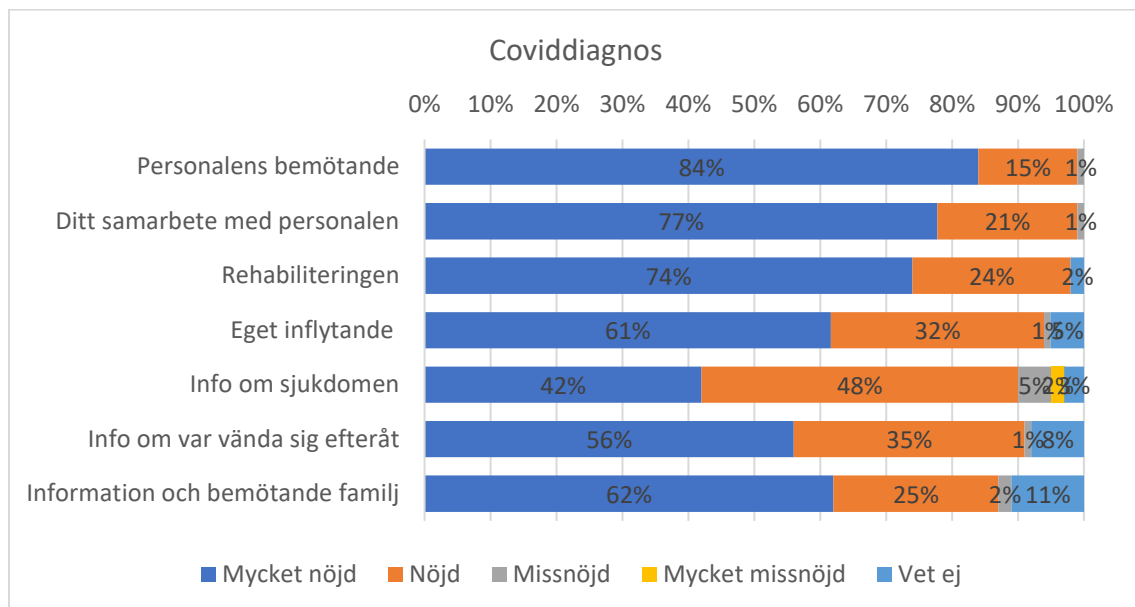
Figur 64 Utskriven till

## Patientnöjdhet covidrehab

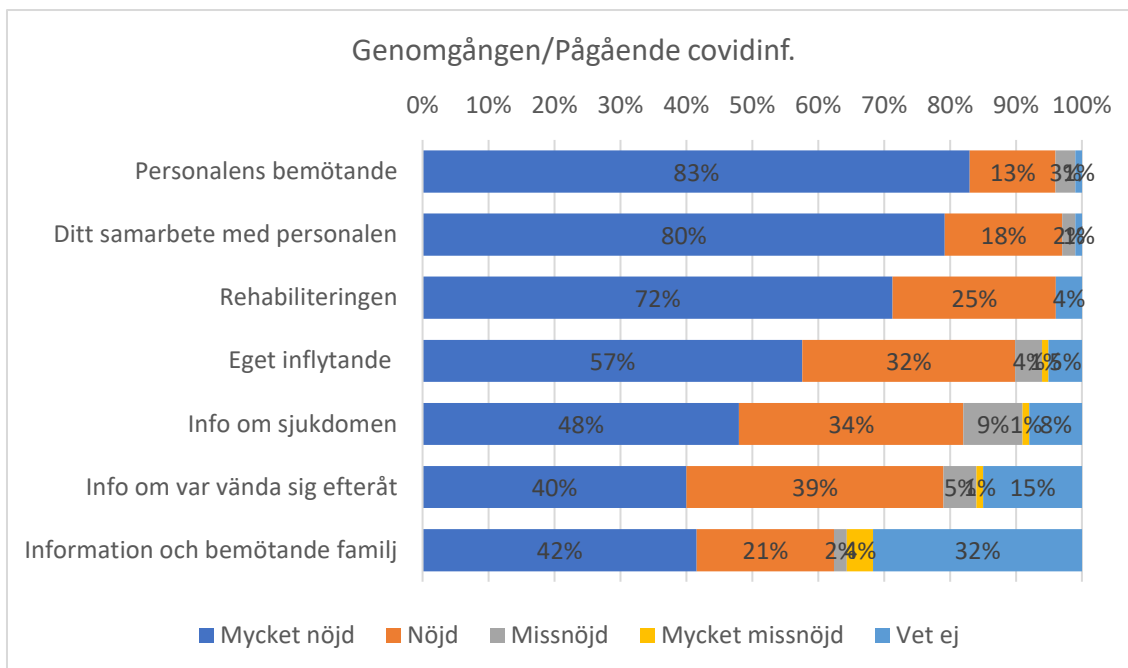
För Covidpatienter är svarsfrekvensen avseende patientnöjdhet relativt god, 71% jämfört med svarsfrekvens på 61% respektive 60% för övriga grupper. Ingen av grupperna uppnår målnivån avseende svarsfrekvens, på 80%. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i mycket hög utsträckning (Figur 65-67).

De områden som har högst grad av nöjdhet är precis som för andra diagnosgrupper, "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen". De områden som, liksom tidigare år för andra patientgrupper, har lägst grad av nöjdhet är det som handlar om information. Andel "Mycket nöjd" med Information om sjukdomen är lägre för covidpatienter än för övriga grupper men summerat med andelen nöjd ligger området på högre resultat än andra diagnosgrupper. Att andelen som skattar mycket nöjd med information är lägre för covidpatienterna skulle kunna vara påverkat av oklarheter/ bristfällig information kring bland annat prognos för ny sjukdom och återhämtning.

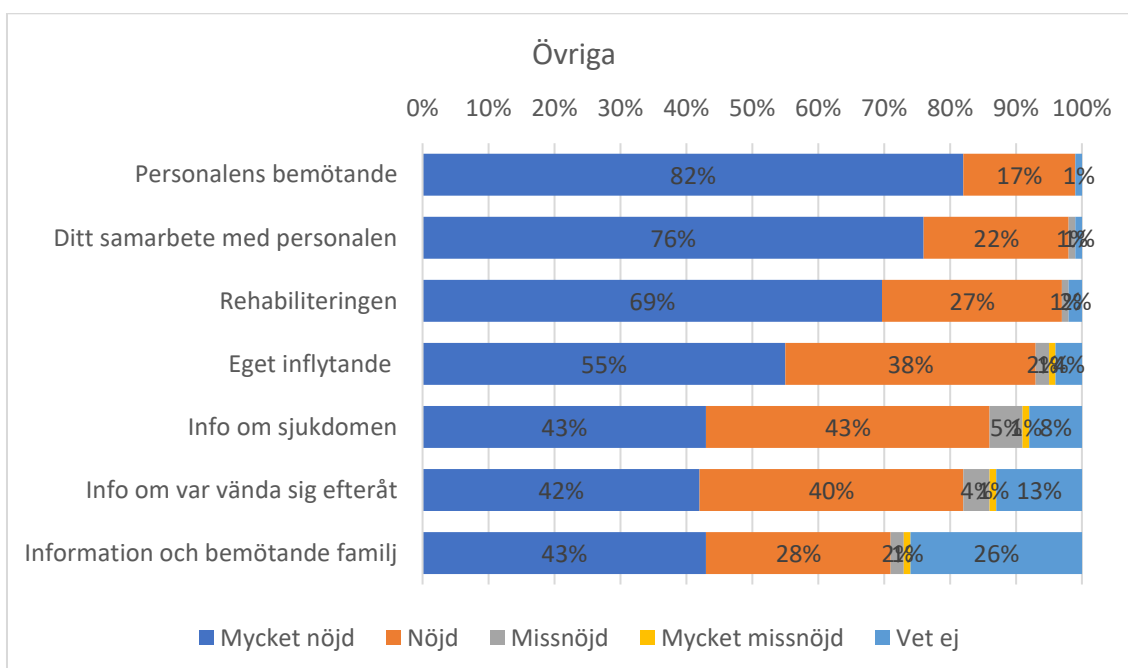
Generellt skattar Covidrehabgruppen högre andel "mycket nöjd" på samtliga områden än övriga patientgrupper.



Figur 65 Nöjdhet inom 7 områden, covididiagnos



Figur 66 Nöjdhet inom 7 områden, Genomgången/Pågående covidinfektion.



Figur 67 Nöjdhet inom 7 områden, Övriga.

## Slutsats covidrehab

Covid är liksom inom övrig vård, en ny diagnos inom rehabilitering och otydligheter kring registrering av diagnos och covid som komplikation kan föreligga.

Skillnaden i antal vårdade covidpatienter är stor mellan olika enheter och kan sannolikt härledas till regionala skillnader avseende smittspridning och vårdorganisation.

De patienter som vårdas för covidrehabilitering följer trenden för de som insjuknar i svår covid-19, dvs. en högre andel män än kvinnor och en högre andel utlandsfödda. Patientgruppen som erhåller rehabilitering efter Covid-19 är dock yngre än under föregående år vilket kan vara en följd av undanträngningseffekter som kan leda till ojämlig vård eller att de äldre patienterna var vaccinerade och yngre drabbades hårdare relativt sett.

Patienter som rehabiliterades för covid -19 på rehabiliteringskliniker hade färre kognitiva nedsättningar jämfört med övriga patientgrupper medan motoriken var mest påverkad. Den motoriska förbättringen var större i covidgruppen än för övriga grupper. Rehabiliteringsförloppet tenderade att vara snabbare för covidgruppen men skillnaden var inte signifikant, vilket kan ha statistiska förklaringar pga. stor spridning i vårdtid inom grupperna.

Livskvalitet under vårdtiden förbättrades mer i covidgruppen än för övriga patienter vilket kan bero på god kognitiv förmåga och god förmåga att relatera till och adekvat skatta livskvalitet vid in och utskrivning.

Fler patienter som rehabiliterades för covid -19 än i andra patientgrupper skrivs ut till eget självständigt boende efter rehabilitering, vilket avspeglar den goda återhämtningstakten.

Enheterna påtalar undanträngningseffekt i samband med covid-19 pandemin. I denna rapport finns inte tillräckligt statistiskt underlag för att påvisa detta. I kommande studier är det viktigt att utreda eventuella effekter och på vilket sätt detta påverkar de övriga patientgruppernas långsiktiga hälsa.

