

# WebRehab Sweden

Årsrapport

2007

Ansvarig: Katharina Stibrant Sunnerhagen

© 2008 UCR Svenska Hjärt-kärlregistren och WebRehab Sweden

## Årsrapport WebRehab Sweden 2007

### Bakgrund och syfte

Rehabilitering fokuserar på patienter med medicinska tillstånd, som leder till långvariga, komplexa funktionshinder. Vid dessa tillstånd utgör den rehabiliterande processen ofta den mest omfattande sjukvårdsinsatsen. Konventionell medicinsk diagnostik utgör underlag för prognosbedömning och den rehabiliteringsmedicinska interventionen. Därutöver omfattar den rehabiliteringsmedicinska en kartläggning av olika funktioner och det patofysiologiska underlaget för olika funktionsnedsättningar och av konsekvenserna av dessa för den enskilde individens förmåga i målinriktade aktiviteter och delaktighet. Detta innebär att konsekvenserna av funktionsnedsättningen analyseras med ett perspektiv på vem som är drabbad, var i livet och i vilken miljö personen befinner sig. I enlighet härmed är målet för den rehabiliteringsmedicinska interventionen att dels förbättra kvarvarande funktion och dels lindra konsekvenserna av kvarstående funktionsnedsättning för individens förmåga att uppnå viktiga livsmål. Den rehabiliterande verksamheten ställer krav på samordnade insatser av flera professionella kompetenser inom ramen för team-arbete och brukar ofta sammanfattas som samordnade medicinska, psykologiska och sociala åtgärder.

Utvärdering bör ske i första hand för att följa effekten av intervention för den enskilda individen, i andra hand för att utvärdera interventionen som sådan och i tredje hand kvalitetskontroll. DRG systemet är inte gjort för rehabiliterings-processer och därför används detta mycket sällan inom geriatriska eller rehabiliteringsmedicinska enheter. I USA krävs registrering av aktivitetsnivå vid inskrivning och utskrivning för ersättning och liknande tankar förs fram inom NordDRG. Tillgång på platser är ojämnt fördelat över landet, liksom möjligheter till väl fungerande vårdkedjor till kommunerna. Om man vårdas på rehabiliteringsmedicinsk enhet eller geriatrisk enhet har ofta en orsak i lokal organisation.

Med tanke på den förändrade åldersstrukturen med fler äldre kommer de rehabiliterande åtgärderna öka inom sjukvården då flera sjukdomar med komplexa problem ökar med stigande ålder, t.ex. stroke. Strokesjukdomen har även visat en ökning av antalet insjuknade i arbetsför ålder de senaste åren och därmed ökar även behoven i denna åldersgrupp av rehabiliterande insatser. Svåra traumatiska hjärnskador har fått en ökad överlevnad genom förändrad neurointensivvård vilket leder till ökade behov från denna grupp. Likaså har överlevnaden förändrats efter såväl multitrauma som hjärtstopp vilket leder till komplexa rehabiliteringsbehov. Hjärt- och lung sjukdomar ökar fortfarande i omfattning. Nya läkemedel och åtgärder kring s.k. kroniska neurologiska sjukdomar gör att det är svårt att veta hur efterfrågan av komplex rehabilitering kommer att påverkas.

Sammanfattningsvis ser vi ett ökat behov av komplex rehabilitering där den största orsaken tycks vara sjukdomar/skador inom nervsystemet. Även hjärt- och lungsjukdomar kan komma att efterfråga mer komplex rehabilitering. Därmed ökar behovet från såväl enskilda enheter att följa kvaliteten av insatta åtgärder liksom för huvudmännen att veta att finansieringen gör nytta.

### **Utveckling av registret**

För ca 10 år sedan startade ett register för slutenvård inom rehabiliteringsmedicin ('neuroregistret'). Ca 14 enheter i landet var med och runt 700 registreringar kom in per år. Registret var pappersbaserat vilket ledde till problem dels med överföring av data och dels med utrapportering av resultat till de deltagande enheterna. 2007 övergick lanserades i det nya WebRehab Sweden som syftar till att erbjuda alla enheter i landet som bedriver rehabiliterande verksamhet att delta för att förbättra kvaliteten på verksamheten

Från och med 2007 är registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska, t.ex. geriatrik, neurologi, ortopedisk rehabilitering mm.

## Deltagande enheter 2007

Blekingesjukhuset – Karlshamn/Karlskrona  
Borås  
Danderyd

Falun  
Halmstad  
Jönköping – Ryhovs sjukhus  
Karlstad  
Linköping  
Sandviken  
Skövde, KSS  
Uppsala akademiska sjukhus  
Västerås  
Växjö  
Örebro  
Östersund – neuro

## kontaktpersoner

eva-mary-ann.johansson@ltblekinge  
annsofie.hallqvist@vregion.se  
siw.grondahl@ds.se  
liselotte.leijel@ds.se  
maria.ryberg@ltdalarna.se  
marianne.sundqvist@lthalland.se  
helen.tellfjord.spork@lj.se  
siw.thuresson@liv.se  
johan.alinder@lio.se  
ingela.backman@lg.se  
jill.akerlund@vregion.se  
kruska.hjulstrom@akademiska.se  
inger.tynn@ltv.se  
agnetha.petersson@ltkronoberg.se  
ulla-britt.staberyd@orebroll.se  
margaretha.osth@jll.se

## Startar dataregistrering 2008

Lund-Orup  
Västervik sjukhus - Kalmar  
Sunderby sjukhus  
Östersund - stroke  
Sahlgrenska universitet sjukhuset  
Härnösand  
Norrlands universitet sjukhuset - Umeå

## Registrets uppbyggnad

Registret ägs av Svensk förening för Rehabiliteringsmedicin. Det är godkänt av datainspektionen 971205. Varje deltagande enhet har skyldighet till sitt sjukhus göra anmälan om registret.

Registerhållare: Professor **Katharina Stibrant Sunnerhagen**  
Telefon: 031-342 2803  
e-post: ks.sunnerhagen@neuro.gu.se  
Registrets hemsida: <http://www.ucr.uu.se/WebRehab/>  
Startår: 1998  
Stöd från SKL/SoS: Ja  
Huvudman: Västra Götaland  
Kompetenscentrum: UCR

Styrgrupp:  
Ordförande: **Marianne Lannsjö**  
Överläkare  
Länkliniken för rehabiliteringsmedicin  
Sandviken  
e-post: [marianne.lannsjo@lg.se](mailto:marianne.lannsjo@lg.se)

Ägarrepresentant: **Jörgen Borg**  
Professor  
Rehabiliteringsmedicin  
Uppsala  
e-post: [jorgen.borg@rehab.uu.se](mailto:jorgen.borg@rehab.uu.se)

Brukarrepresentanter: **Ann Sörbo**  
Överläkare  
Rehabiliteringsmedicin  
Borås  
e-post: [ann.km.sorbo@vgregion.se](mailto:ann.km.sorbo@vgregion.se)  
**Alexander Kledzik** (under 2007)  
Överläkare  
Curera  
**Anna Tölli** (från våren 2008)  
Överläkare  
Rehabiliteringsmedicin Stockholm  
e-post: [anna.tolli@ds.se](mailto:anna.tolli@ds.se)

Kontaktperson: *Kicki Elfving*  
Leg. Sjuksköterska  
Länkliniken för rehabiliteringsmedicin  
Sandviken  
e-post: [ann-christine.elfving@lg.se](mailto:ann-christine.elfving@lg.se)  
Telefon: 076-102 11 99

UCR kontakt har varit *Madeleine Kennbäck* som har dels varit med och konstruerat registret, dels medverkat vid utbildningar och kvalitetsdagen samt vid framtagning av data till årsrapporten. I slutfasen har även Mattias Molis varit behjälplig.

### **Utbildningsinsatser i WebRehab Sweden**

Under hösten 2006 hölls 2 utbildningar både i Uppsala och i Göteborg för att introducera WebRehab Sweden innan det sjösattes. Hösten 2007 hölls ännu ett möte i med utbildning för nya användare i Uppsala. Hela styrgruppen har hittills varit involverad i dessa utbildningar, men huvudansvaret har legat på vår kontaktperson Kicki Elfving. Kicki Elfving har även utbildat lokalt på Sunderby sjukhus inför deras planerade inträde.

### **Kvalitetsregisterdag WebRehab Sweden**

Den 4 sept. på UCR i Uppsala hölls den första kvalitetsregisterdagen med många deltagare från hela landet.

## Sammanfattning av det första året

WebRehab Sweden lanserades i januari i år. Mycket var nytt för användarna. För första gången arbetade vi med en web baserad databas med möjlighet till on-line registreringar och omedelbar feedback. Dessutom var det en ny uppbyggnad med andra frågor än vad som tidigare hade varit i det ”gamla” registret. Under det första året har 15 enheter levererat in data och till vår glädje är det en del enheter som är nya inom databas arbetet. I samband med att vi beslöt oss för att göra ett nytt register och utnyttja data tekniken hade vi två förhoppningar. Den ena var att genom möjligheterna till on-line registrering minska möjligheterna till felaktiga inmatningar som ökar om man först skriver på papper och sedan ska mata in data. Dessutom har programvaran utarbetats så att vissa orimliga inmatningar inte är möjliga. Den andra förhoppningen var att inmatarna och ledningsansvariga skulle utnyttja möjligheterna till omedelbar feed-back på sina data med de rapporter som lades in. Tidigare kom data kom ut endast i samband med årsrapporten och ofta kom inte information ut till dem som arbetat med datainsamlingen. Med ökade möjligheter till feed-back hoppades vi på att öka motivationen för datainsamling.

Som alla nya projekt har WebRehab Sweden haft en del barnsjukdomar. Programvaran har fungerat bra, men det har funnits (och finns säkert ännu) förbättringspotential i de instruktioner som dels ligger som manualer och dels som informationsruta när man scrollar med musen över skärmen. Ändringar har gjorts och förbättrat databasen. Vi har nu beslutat att större ändringar sker vid ett tillfälle årligen om det finns anledning till detta.

Vi har till vår glädje fått in 1087 nyregistreringar i år vilket är att jämföra med toppnotering på 768 i den gamla databasen och endast 549 det sista året, vilket innebär nästan en fördubbling över en natt. Som tidigare dominerar slutenvårdsrehabiliteringen av personer med komplexa behov oftast efter en hjärnskada (stroke eller TBI). Det finns dock möjlighet att mata in data för personer med rehabiliteringsinsatser oavsett diagnoser. Några enstaka inmatningar finns på personer med spinalskada, vilket får tolkas som orsakat av att det även finns ett spinalskaderegister. Om enheten deltar i bägge registren är det tillåtet att mata in data även i detta. De olika enheterna har en något olika personalsammansättning men överlag får man säga att rehabiliteringsresurser tycks finnas. Median tid mellan insjuknande och inskrivning för rehabilitering är i år 17 dagar. Som tidigare i Sverige noteras en relativt hög oberoendegrad i ADL vid inskrivning, Man kan fundera på om bedömningar är korrekta eller om så bra personer vårdas inom slutenvård och i så fall varför. Vårdtiden är i år förkortad i år, med ett medel på 39 dagar och en median på 31. Utskrivning till eget boende är 76 %. 61 % av patienterna har fått en skriftlig rehab plan.



Delarna av registret tycks locka olika med inmatning. Vissa områden som demografi har en god utnyttjande grad, medan områden som berör med komplicerade saker och som kräver ett strukturerat informationsinhämtande är inte utnyttjat till fullo. Vi vill uppmuntra till att utnyttja möjligheterna till att inhämta patientens åsikt om vårt arbete. Den informationen som kan fås där kan leda till omedelbar kvalitetshöjning när mindre väl fungerande områden identifieras.

Vi ser att det finns en förbättringspotential i datafångsten. Kvaliteten på den inmatade data påverkar möjligheterna till att utnyttja data för kvalitetsarbete lokalt liksom nationellt. Detta kommer att beröras på kvalitetsregisterdagen men vi hoppas att de lokalt ansvariga ser över möjligheterna till förbättring. Det kan röra sig om problem med dataöverföring (om man inte arbetar on-line), svårighet att tolka instruktionerna eller okunskap om vad data ska nyttjas till vilket kan sänka motivationen för arbetet. Det finns även en del områden där man svarar ”vet ej” på frågor av vikt för den enskilde patienten. Vi vill visa på dessa möjligheter att använda denna rapport för att se över arbetsrutiner på enheterna, såväl kring den enskilda patienten som organisation av informationsinhämtandet. Vi hoppas på att alla enheter har utnyttjat möjligheterna att själva trycka ut förra årets data i de olika rapporterna och tror att kanske någon har exporterat data för att själv bearbeta.

Göteborg 080626

Katharina Stibrant Sunnerhagen

Registerhållare

Registrets innehåll

- Inskrivning
- Utskrivning
- Uppföljning (1år)

Idag är det utformat för slutenvård men en dagvårdsversion kommer.

Registret mäter

- Demografiska faktorer, faktorer om remitteringsvägar och vårdtider.

Det innehåller ett flertal mätinstrument för olika områden såsom fysisk och social funktionsnedsättning, grad av beroende av hjälp, livstillfredställelse mm.

- Förekomst av fysisk, psykisk och kognitiv funktionsnedsättning enligt ICF:s domäner
- Förekomst av komplikationer
- Uppföljning efter ett år avseende flera psykosociala och individuella faktorer

Som **processmått** (det man gör) kan följande registreras.

Rehabinsatser före inläggning

Rehabresurser på enheten

Fråga om ställningstagande till medicinska hinder för körkort har gjorts/föreligget (enligt körkortsförordningen)

Fråga om skriftlig rehabplan har upprättats (enligt SOS föreskrifter)

Fråga om skriftlig rehabplan har används (enligt SOS föreskrifter)

Vid uppföljning 1 år

Fråga om ställningstagande till medicinska hinder för körkort har föreligget (enligt körkortsförordningen)

Fråga om skriftlig rehabplan har upprättats (enligt SOS föreskrifter)

Fråga om skriftlig rehabplan har används (enligt SOS föreskrifter)

Som **resultatmått** kan följande registreras.

Avliden under vårdtiden

Förekomst av fysisk, psykisk och kognitiv funktionsnedsättning (enligt ICF)

FIM (kvantifiera ADL beroende)

Komplikationer (värdera vårdkvalitet)

Medicinska händelser (för att täcka in variationer i vårdtid/resultat beroende på händelser tex. hydrocephalus utveckling eller MRSA)

EQ-5D (mått på hälsorelaterad livskvalitet)

Lisat 11 (livstillfredställelse)

Utskriven till

För hjärnskadade

GOSE (Glasgow outcome scale extended)

Disorders of Consciousness enligt Josef Giacinos klassifikation

**Patientens tillfredställelse** med vården efterfrågas.

## **Information om registrets uppbyggnad och drift**

UCR är ett av Socialstyrelsen utsett Kompetenscentrum för Nationella Kvalitetsregister. UCR:s huvudsyfte är att utveckla, driva och förbättra nationella kvalitetsregister samt att fördjupa analys och rapportering från dessa register. Tillsamman med UCR har styrgruppen arbetat fram WebRehab Sweden.

Sker direkt via internetbaserat formulär till en databas. Sannolikt kommer klinikerna göra lite olika när det gäller inmatning. Vissa lägger in det mesta direkt via dator medan andra tvingas gå via pappersformulär åtminstone för vissa data. Vi önskar att i princip skall det inte förlöpa någon tid mellan patientmöte och tills data finns i det centrala registret, men i realiteten brukar det förlöpa någon vecka.

Säkert överföringsprotokoll används. Inloggning registreras och registret har en inbyggd kontroll av att data är signerat (motsvarande signering av journalen) innan det sparas. Varje användare har ett användar-id och lösenord och klientcertifikat föreligger. Olika användarroller finns med olika behörigheter. Loggning sker av händelser i registret med systematisk analys, vilket ger möjlighet att se vem som läst en viss persons uppgifter. En inbyggd kvalitets- och rimlighets kontroll av data görs innan de sparas.

Data finns i princip tillgängliga omedelbart för återrapportering till inrapporterande enhet. (ADL- rapport, produktionsrapport, tidsrapport och genusrapport). Egna data kan exporteras till Microsoft Excel®. Support ges via hemsidan (både för WebRehab Sweden och teknisk support från UCR). Via hemsidan kan alla komma åt manualer för registret, instrument och checklistor.

Under det första året som webbaserat kvalitetsregister har en del funderingar och synpunkter framkommit, framför allt inför kvalitetsregisterdagen i september 2007. Alla synpunkter har samlats och tagits upp i styrgruppen, för beslut om ändringar och tillägg i kvalitetsregistret. En del variabler och svarsalternativ har tillkommit. Hjälptexter har redigerats för att underlätta för användaren att registrera data. Kontaktperson på varje enhet har fått informationsbrev via mail och nyheterna finns även inlagd på WebRehab Sweden´s hemsida.

Förutom en önskan om hjälp med inloggningsuppgifter, har frågor och synpunkter från användarna, gällande tolkning av variabler, varit de mest förekommande. Kontaktperson för WebRehab Sweden registret har svarat på de flesta frågorna och synpunkterna, men en del har diskuterats i styrgruppen, innan svar till användarna har lämnats.

## WebRehabs populationen

Totalt har 1087 registreringar gjorts i riket som helhet i WebRehab Sweden. Detta gäller endast nyinskrivna (intagning i akutskede). För antal registrerade patienter per enhet, se tabellen nedan.

|       | Sjukhus |    |   |    |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    | Riket |                        |
|-------|---------|----|---|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------------------------|
|       | A       | B  | C | D  | E   | F   | G   | I  | J  | K  | L  | M  | N  | O  | Q  | Antal | Medelvärde per sjukhus |
| Antal | 126     | 33 | 8 | 85 | 126 | 161 | 171 | 76 | 47 | 13 | 50 | 16 | 52 | 90 | 33 | 1087  | 72.5                   |

### *Totala antalet registreringar per sjukhus*

### Diagnosgrupper för riket

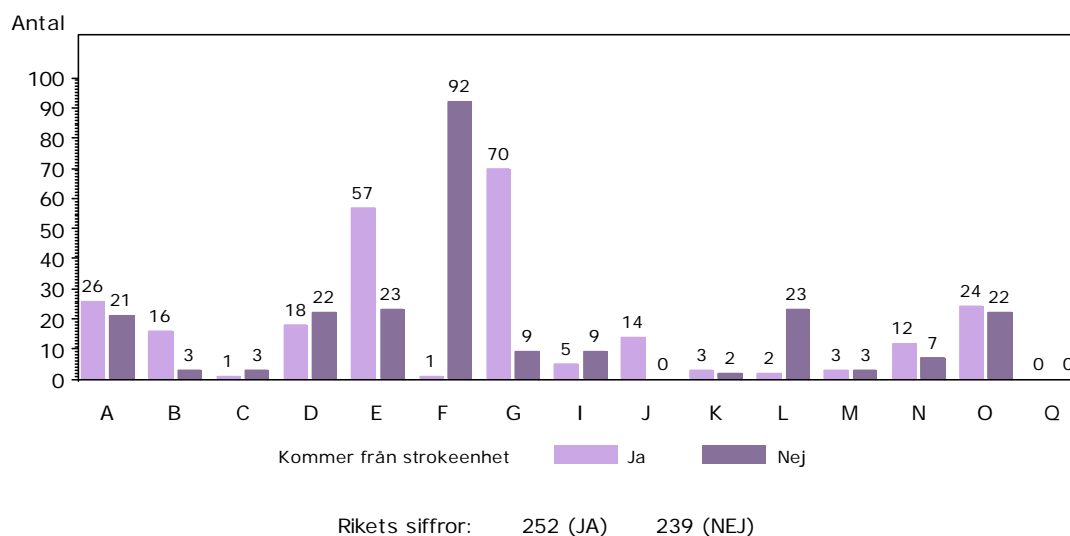
Stroke som diagnos överväger (45 %) och hjärnskador i stort utgör 67 % vilket får anses spegla verksamheten väl. ”Annat” utgör en förhållandevis stor andel på 39 % vilket är en för hög nivå. Det är inte troligt att det beror på att diagnoserna inte finns kopplade till registret. I utvecklingen och förbättringsarbetet kommer det att ingå att ta reda på orsaken till denna höga frekvens och att minska den. Här finns en förbättringspotential till nästa år.

| Diagnosgrupp                     | Frekvens | Procent av total frekvens |
|----------------------------------|----------|---------------------------|
| Stroke                           | 491      | 45.2                      |
| TBI                              | 115      | 10.6                      |
| Annan neurodiagnos               | 81       | 7.5                       |
| Övriga skador                    | 68       | 6.3                       |
| SAB                              | 65       | 6.0                       |
| Annan hjärnskada                 | 57       | 5.2                       |
| Övriga diagnoser                 | 49       | 4.5                       |
| Annat                            | 39       | 3.6                       |
| Ryggmärgsskada                   | 33       | 3.0                       |
| Övriga sjukdomar inom rörelseapp | 28       | 2.6                       |
| Demyeliniserande sjukdomar       | 23       | 2.1                       |
| Hjärta-, kärl- och lungsjukdom   | 19       | 1.7                       |
| Cancersjukdom                    | 11       | 1.0                       |
| Psykiatrisk sjukdom              | 5        | 0.5                       |
| Rehab efter ortopediskt ingrepp  | 2        | 0.2                       |
| Reumatiska sjukdomar             | 1        | 0.1                       |

### *Diagnosgruppfördelning i riket som helhet.*

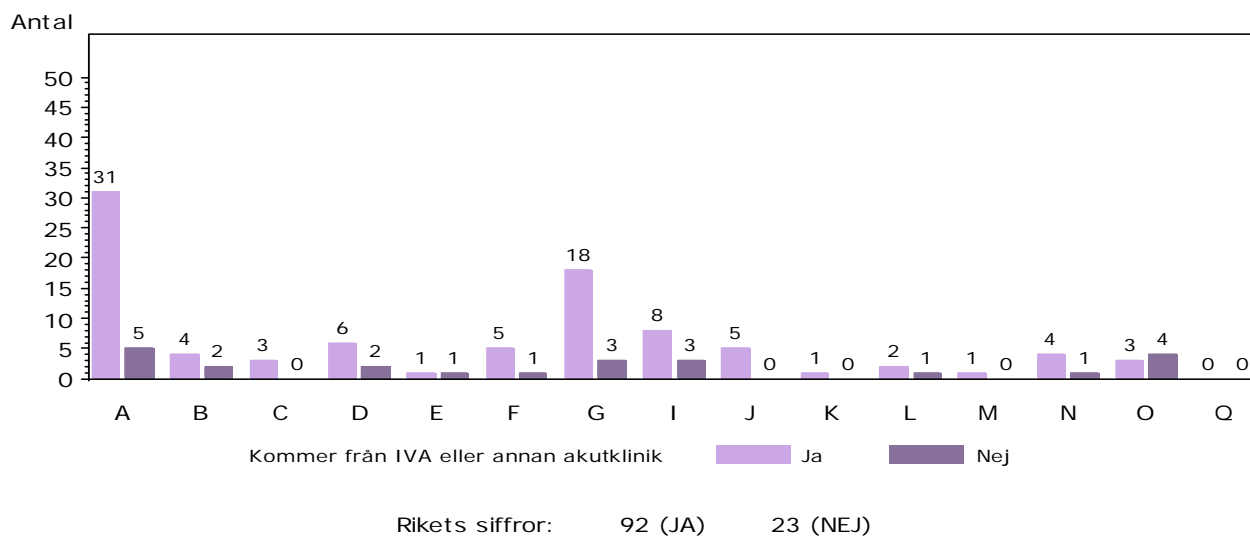
Stora diagnosgrupper inom slutenvårdsrehabilitering är stroke och trauma. Det redovisas därför per sjukhus nedan.

Antal strokepatienter per sjukhus



Det framgår från figuren att det är ovanligt att mer än hälften av patienter med stroke kommer från strokeenhet. Detta står i kontrast med det faktum att alla sjukhus i Sverige idag har strokeenheter och att enligt Riks-strokes årsrapport för 2006 (<http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Rapport06.pdf>) får mer än 80 % av personerna med stroke vård på strokeenhet någon gång under vårdtiden.

Antal traumapatienter per sjukhus



Totalt för riket har registrerats 115 patienter (inskrivna 2007) med traumatisk hjärnskada. Av dem kom 92 från IVA eller annan akutklinik (80 %). På enhet A och G kommer stor del av patienterna från IVA eller akutklinik.

## **Avlidna**

Endast 2 patienter finns registrerade som avlidna under rehabiliteringsperioden. Siffran är inte oväntat låg. Få enheter har direktintag, vilket är förenat med ökad dödlighet. Rehabilitering av personer i terminalt skede är inte aktuellt och det är ovanligt att man vårdas i livets slutskede på en rehabiliteringsenhet.

## **Åter in-registreringar**

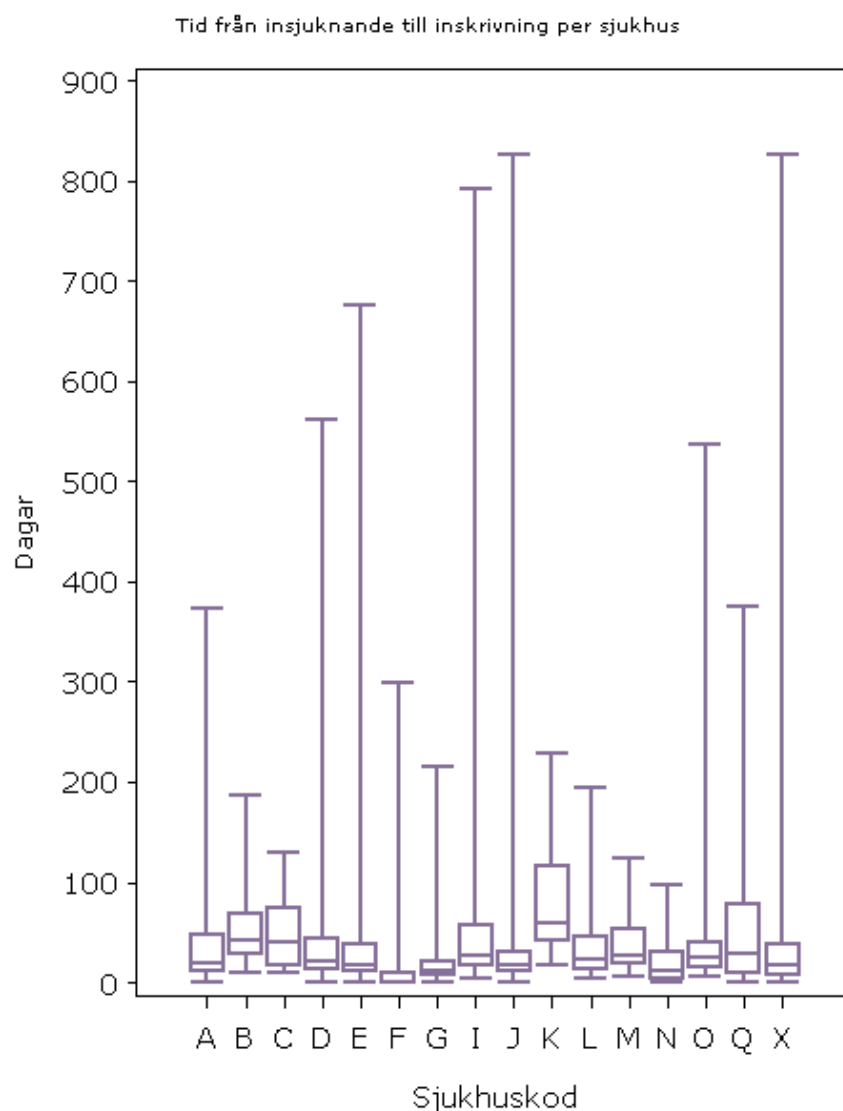
Inskrivning nyintagning avser intagning i akutskede. Inskrivning åter in är en intagning senare med annat syfte än i akut-skedet. Om patienten varit inskriven tidigare (det senaste året) men hälsotillståndet är väsentligt förändrat ska patienten registreras som nyinskrivning och inte åter in.

Endast 12 patienter (sju män och fem kvinnor) är registrerade som åter in för riket som helhet vilket är en oväntat låg siffra. Kanske finns här en otydlighet i definitionen enligt ovan. Fem av dessa kommer från hemmet, fem från annan akutklinik, en från neurokirurgisk avdelning och en från "annan". Sju har någon form av hjärnskada och fem har frakturer varav 2 på halskotpelaren och 2 femurfrakturer. En registrering saknar diagnos.

Medelvårdtiden för dessa 12 är 37 dagar (median 30, range 0-106) För en strokepatient har vårdtiden angivits till 0 dgr (felregistrering?). För sju av de 12 finns ADL registrerat. Alla utom en har förbättrats avseende fysiska, kognitiva funktioner eller båda. Den som inte förbättrats har haft full poäng redan vid inskrivningen. Det är troligt att instrumentets takeffekt här medför oförändrad poäng.

## Processmått

### Tid från insjuknande till inskrivning per sjukhus



Tid från insjuknande till inskrivning i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket)

*Box plot figuren visar minimum värde och maximum värde. Boxen innehåller 50 % av värdena med övre begränsningen för översta kvartilen och nedre begränsningen för den nedre kvartilen. Strecket i boxen är medianen.*

Medianvärdena skiljer sig inte så mycket mellan de olika sjukhusen. Däremot skiljer det sig mycket beträffande maxvärden. En del patienter väntar mer än 500 dagar från insjuknande till inskrivning för rehabilitering på sjukhus J, I, E, D, O. Man kan då fundera på om det är en korrekt registrering (t.ex. sjukdomar med oklart insjuknande tillfälle som MS, Parkinson) eller om det stämmer.

| <b>Enhetskod</b> | <b>Antal värden</b> | <b>Median</b> | <b>Medelvärde</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> |
|------------------|---------------------|---------------|-------------------|------------|------------|
| A                | 124                 | 19.0          | 39.7              | 0          | 374        |
| B                | 30                  | 42.0          | 52.8              | 9          | 187        |
| C                | 8                   | 41.0          | 50.6              | 9          | 129        |
| D                | 75                  | 22.0          | 47.5              | 1          | 561        |
| E                | 109                 | 18.0          | 45.5              | 0          | 675        |
| F                | 153                 | 1.0           | 13.5              | 0          | 298        |
| G                | 162                 | 11.0          | 19.7              | 0          | 215        |
| I                | 48                  | 26.0          | 66.0              | 4          | 792        |
| J                | 44                  | 18.0          | 61.2              | 0          | 826        |
| K                | 13                  | 59.0          | 88.2              | 17         | 229        |
| L                | 42                  | 23.5          | 36.9              | 3          | 194        |
| M                | 16                  | 27.5          | 42.9              | 5          | 123        |
| N                | 50                  | 12.0          | 21.6              | 0          | 97         |
| O                | 65                  | 25.0          | 65.6              | 6          | 537        |
| Q                | 21                  | 28.0          | 73.6              | 0          | 376        |
| X                | 960                 | 17.0          | 38.4              | 0          | 826        |

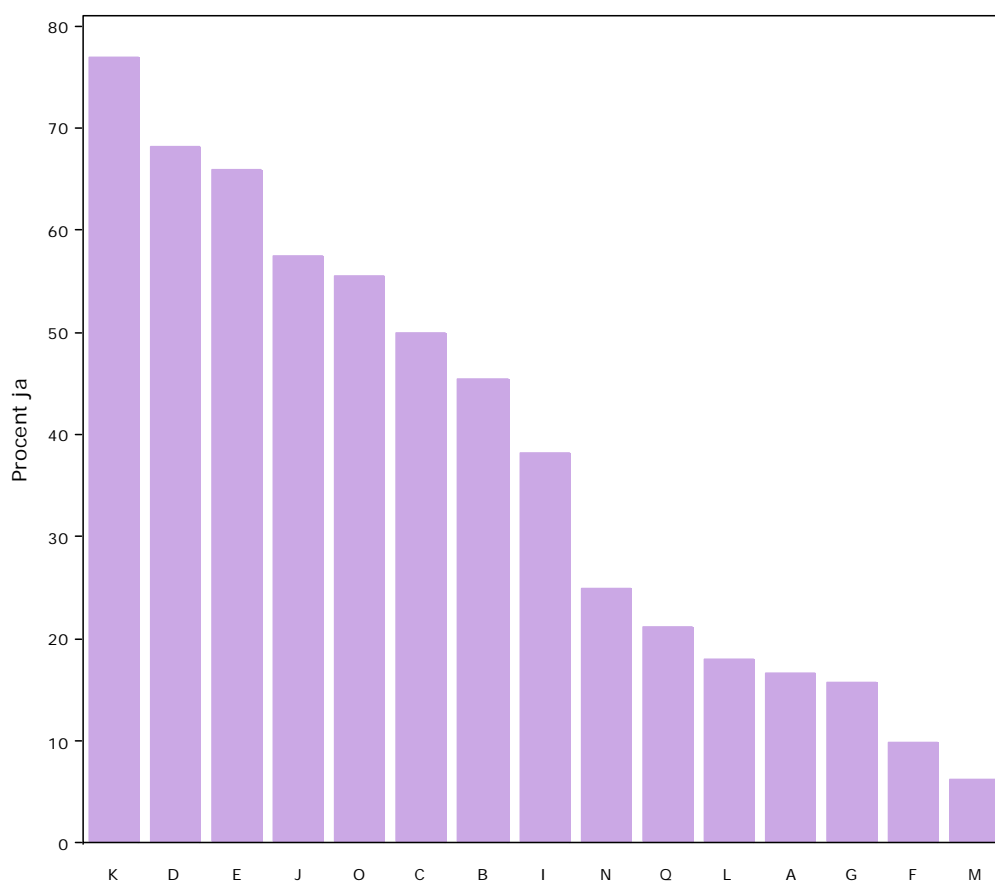
*Tid från insjuknande till inskrivning i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket)*

Hälften av alla sjukhus (7/15), skriver in patienter direkt vid insjuknandet. Fem sjukhus (K, Q, I, O, J), har en medelväntetid för inskrivning på mer än 60 dagar



### Rehabiliteringsinsats före inskrivning

Drygt 1/3 (34 %) i hela landet av dem som inlagts för rehabilitering har fått rehabiliteringsinsatser redan före inläggningen. Det kan vara i form av insatser på en strokeenhet eller insatser från egna enheten på IVA redan innan patienten kommer till rehabiliterings enheten. Det varierar mycket mellan deltagande sjukhus i vilken grad rehabiliteringsinsatser förekommit före inskrivning. På sex av sjukhusen har 50 % eller fler av patienterna fått rehabiliteringsinsatser före inskrivning.

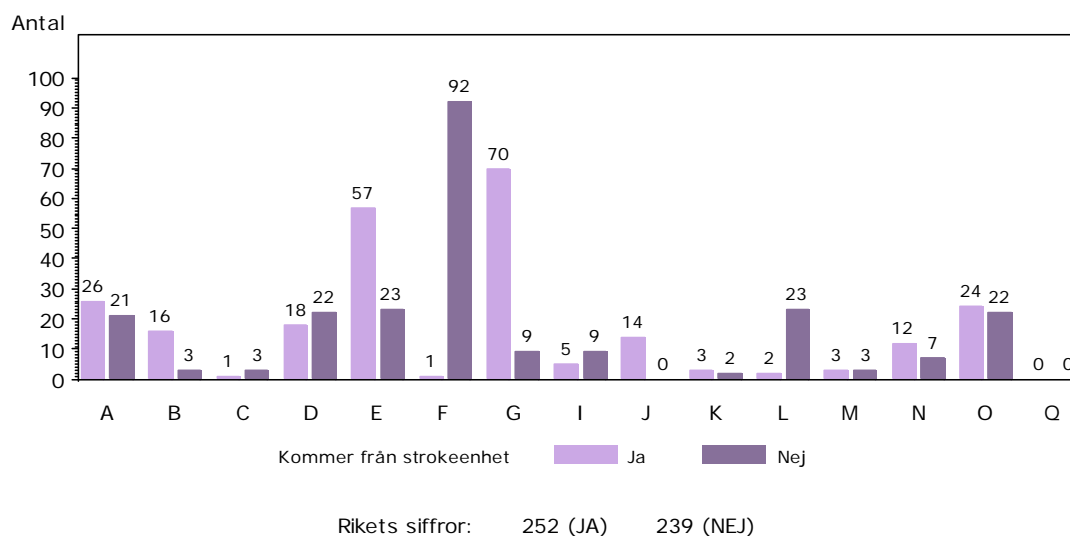


Andel patienter per sjukhus som har fått rehabinsatser före inläggning.

*Antal patienter som erhållit rehabiliteringsinsatser innan intagning till rehabiliteringsenhet.*

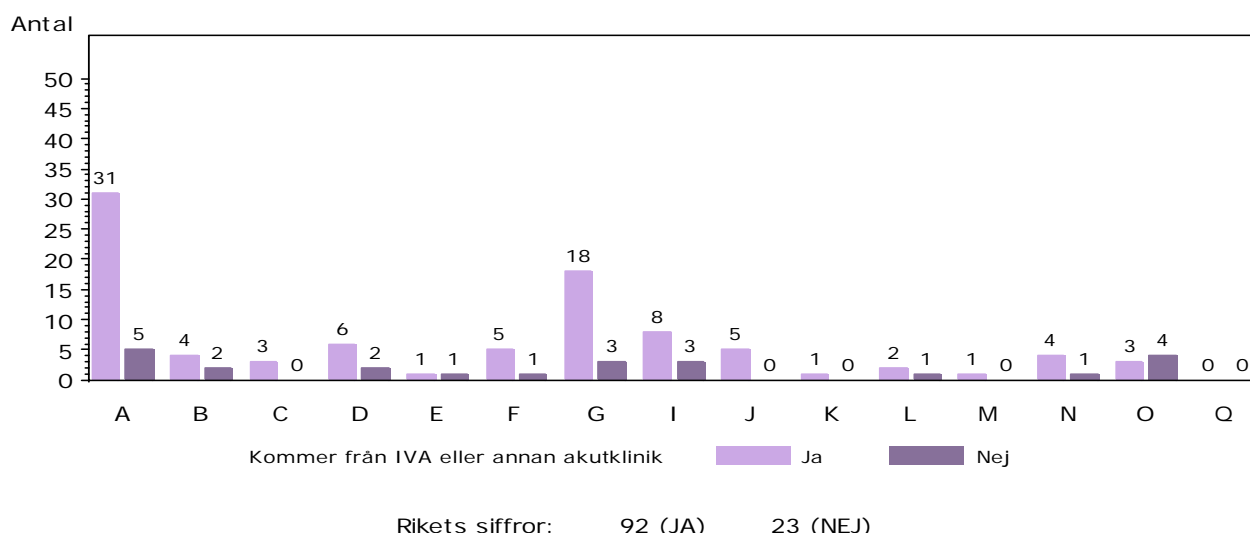
Stora diagnosgrupper inom slutenvårdsrehabilitering är stroke och trauma. Det redovisas därför nedan

Antal strokepatienter per sjukhus



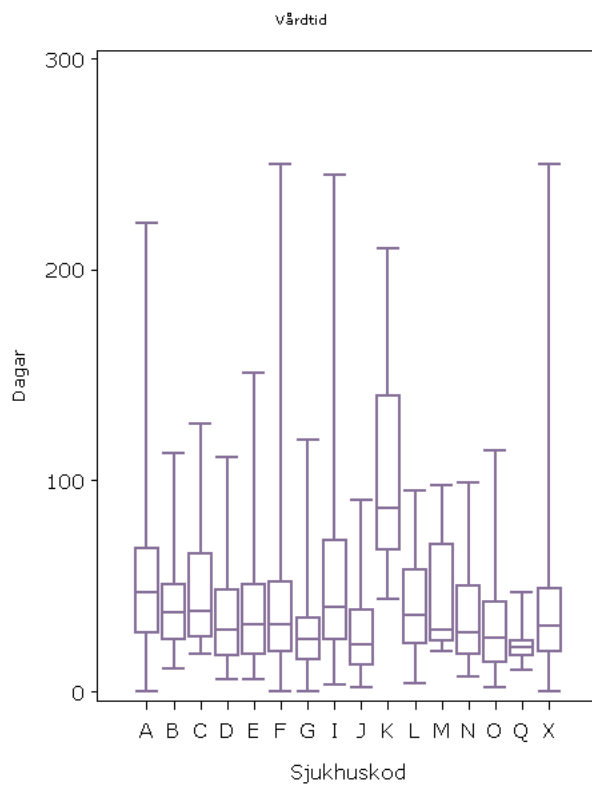
Det framgår från figuren att det är ovanligt att mer än hälften av patienter med stroke kommer från strokeenhet. Detta står i kontrast med det faktum att alla sjukhus i Sverige idag har strokeenheter och att enligt Riks-strokes årsrapport för 2006 (<http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Rapport06.pdf>) får mer än 80 % av personerna med stroke vård på strokeenhet någon gång under vårdtiden.

Antal traumapatienter per sjukhus



Totalt för riket har registrerats 115 patienter (inskrivna 2007) med traumatisk hjärnskada. Av dem kom 92 från IVA eller annan akutklinik (80 %). På enhet A och G kommer stor del av patienterna från IVA eller akutklinik.

## Vårdtider



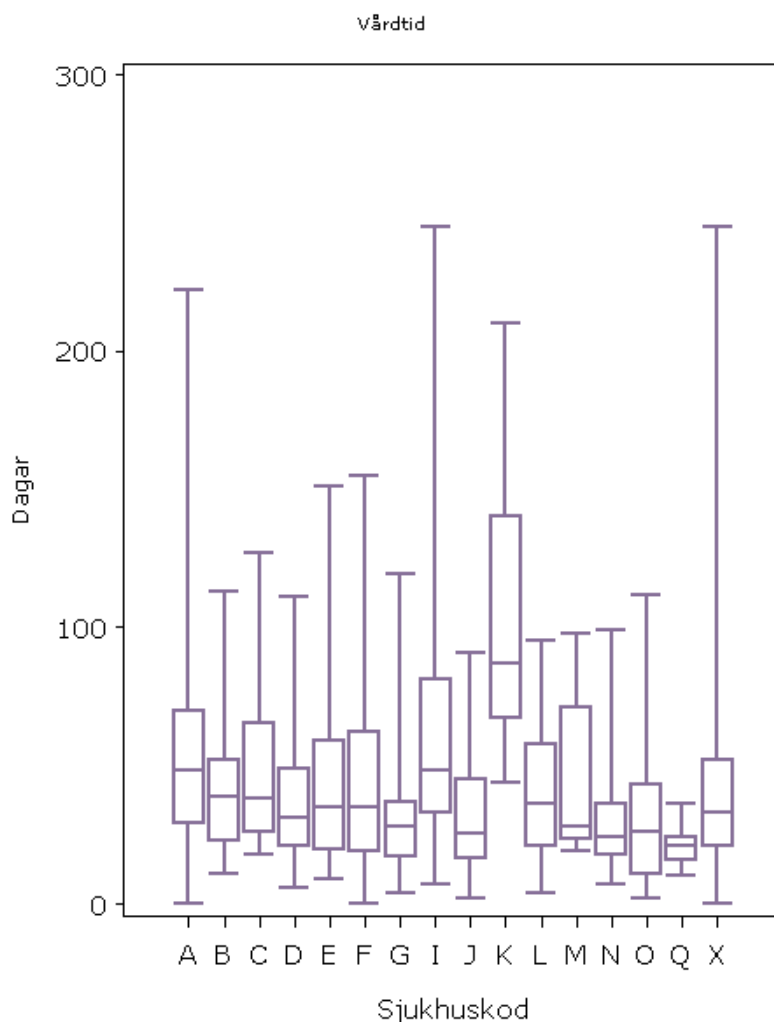
Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket)

| Enhetskod | Antal värden | Median | Medelvärde | Min | Max |
|-----------|--------------|--------|------------|-----|-----|
| A         | 115          | 47.0   | 54.5       | 0   | 222 |
| B         | 22           | 37.5   | 41.6       | 11  | 113 |
| C         | 8            | 38.0   | 50.5       | 18  | 127 |
| D         | 77           | 29.0   | 37.0       | 6   | 111 |
| E         | 105          | 32.0   | 39.5       | 6   | 151 |
| F         | 147          | 32.0   | 40.6       | 0   | 250 |
| G         | 163          | 25.0   | 27.9       | 0   | 119 |
| I         | 66           | 40.0   | 56.8       | 3   | 245 |
| J         | 42           | 22.5   | 27.2       | 2   | 91  |
| K         | 6            | 87.0   | 105.8      | 44  | 210 |
| L         | 43           | 36.0   | 40.9       | 4   | 95  |
| M         | 13           | 29.0   | 43.5       | 19  | 98  |
| N         | 31           | 28.0   | 35.2       | 7   | 99  |
| O         | 80           | 25.5   | 32.8       | 2   | 114 |
| Q         | 27           | 21.0   | 21.7       | 10  | 47  |
| X         | 945          | 31.0   | 39.4       | 0   | 250 |

Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket)

Det finns skillnader i vårdtid mellan sjukhusen. En del patienter har mer än 200 vårddagar på fyra sjukhus (F, I, A, K) och för tre av dem (IAK) ligger också medelvårdtiden något högre än de övriga (se tabell nedan). Det är inga skillnader för riket mellan män och kvinnor. Fyra sjukhus (K, I, A, C), har en medelvårdtid på mer än 50 dagar. Tre sjukhus registrerar en minivårdtid på 0 dagar vilket behöver förklaring. Detta är enheter med direktintag till kombinerad stroke enhet och rehabiliteringsenhet.

Nedan redovisas också hur vårdtiden ser ut om man har akutintag (vårdtid för patienter som tas in inom 7 dagar efter insjuknandet) och vårdtid för om patienterna tas in efter 7 dagar. Bilderna för detta skiljer sig en del.

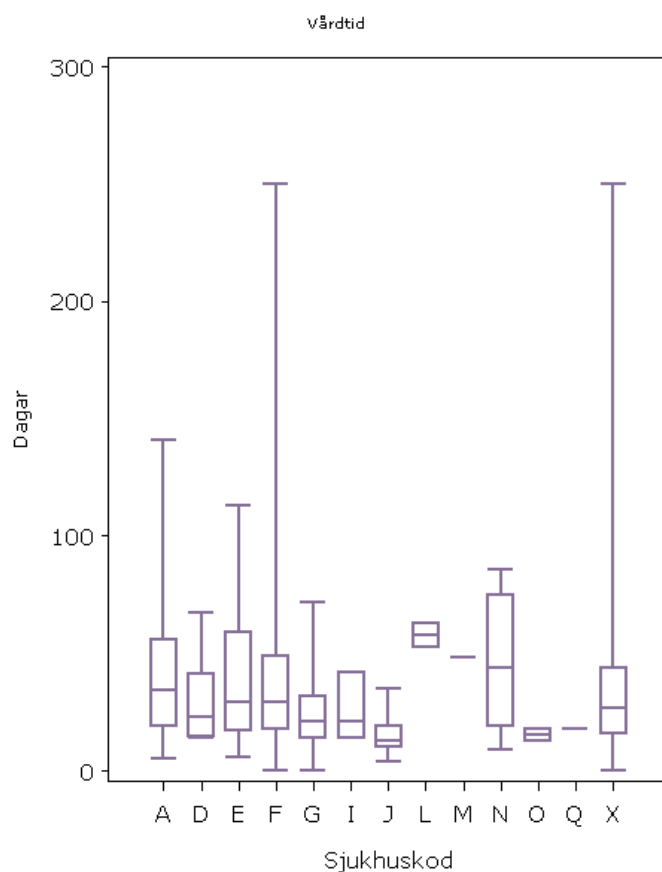


Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket) för patienter som skrevs in mer än 7 dagar efter insjuknandet

**Vårdtid**

| centrecode | Antal värden | Median | Medelvärde | Min | Max |
|------------|--------------|--------|------------|-----|-----|
| A          | 102          | 48.0   | 56.4       | 0   | 222 |
| B          | 19           | 39.0   | 43.2       | 11  | 113 |
| C          | 8            | 38.0   | 50.5       | 18  | 127 |
| D          | 60           | 31.0   | 38.9       | 6   | 111 |
| E          | 82           | 35.0   | 42.1       | 9   | 151 |
| F          | 39           | 35.0   | 45.8       | 0   | 155 |
| G          | 111          | 28.0   | 30.5       | 4   | 119 |
| I          | 38           | 48.0   | 65.1       | 7   | 245 |
| J          | 32           | 25.5   | 31.5       | 2   | 91  |
| K          | 6            | 87.0   | 105.8      | 44  | 210 |
| L          | 33           | 36.0   | 41.8       | 4   | 95  |
| M          | 12           | 28.0   | 43.1       | 19  | 98  |
| N          | 19           | 24.0   | 30.3       | 7   | 99  |
| O          | 54           | 26.0   | 32.3       | 2   | 112 |
| Q          | 15           | 21.0   | 20.9       | 10  | 36  |
| X          | 630          | 33.0   | 42.2       | 0   | 245 |

*Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket) för patienter som skrevs in mer än 7 dagar efter insjuknandet*

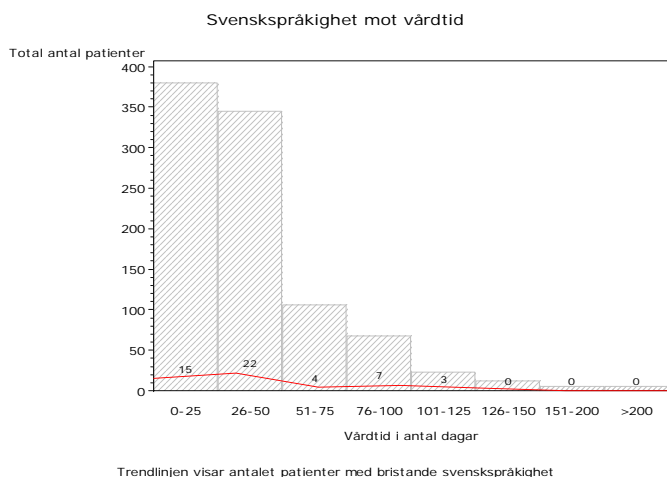


Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket) för patienter som skrevs in 7 dagar eller tidigare efter insjuknandet

**Vårdtid**

| centrecode | Antal värden | Median | Medelvärde | Min | Max |
|------------|--------------|--------|------------|-----|-----|
| A          | 11           | 34     | 43.3       | 5   | 141 |
| D          | 8            | 23     | 29.9       | 14  | 67  |
| E          | 8            | 29     | 41.1       | 6   | 113 |
| F          | 103          | 29     | 38.5       | 0   | 250 |
| G          | 43           | 21     | 23.0       | 0   | 72  |
| I          | 3            | 21     | 25.7       | 14  | 42  |
| J          | 7            | 13     | 15.9       | 4   | 35  |
| L          | 2            | 58     | 58.0       | 53  | 63  |
| M          | 1            | 48     | 48.0       | 48  | 48  |
| N          | 11           | 44     | 45.6       | 9   | 86  |
| O          | 3            | 15     | 15.3       | 13  | 18  |
| Q          | 1            | 18     | 18.0       | 18  | 18  |
| X          | 201          | 27     | 34.4       | 0   | 250 |

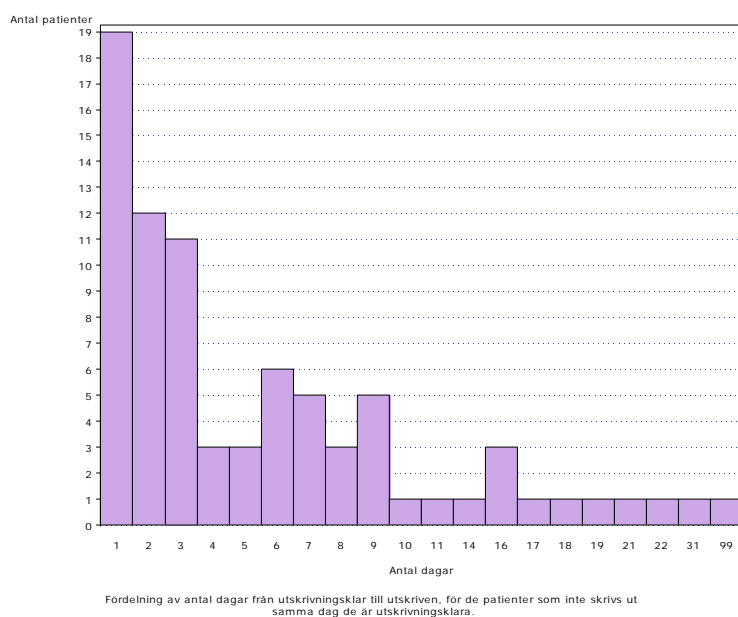
*Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus (X=Riket) för patienter som skrevs in 7 dagar eller tidigare efter insjuknandet*



Namn: 46\_svenskspråkighet.emf

Antal patienter med bristande svenskspråkighet är så få att ingenting säkert kan bedömas vad gäller påverkan på vårdtidens längd.

### Tid från utskrivningsklar till utskrivning



Namn: 41\_tidfrUtskrklarTillUtskrivning.emf

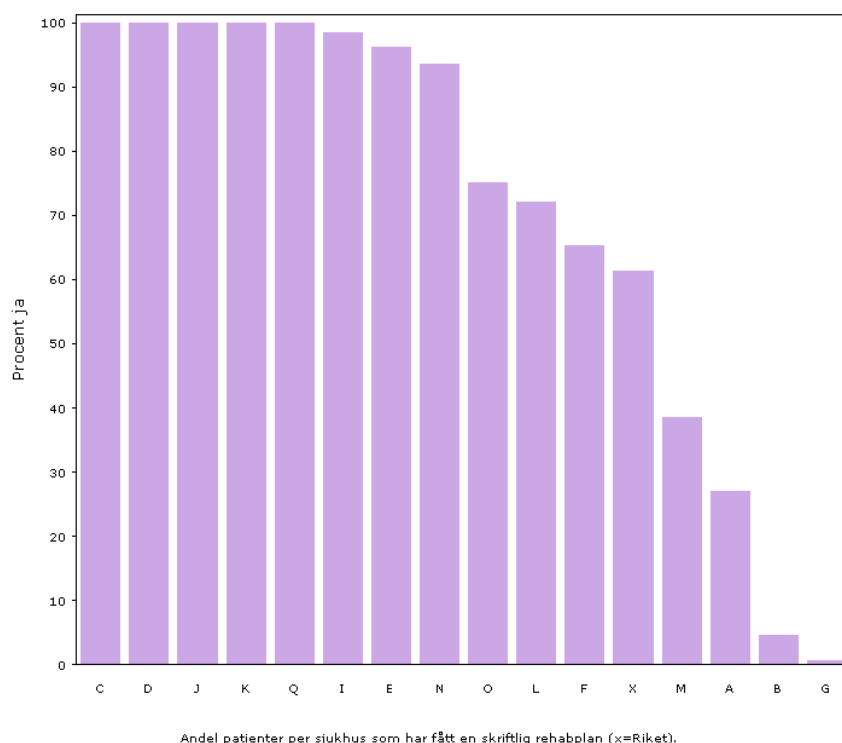
De flesta patienter som varit inläggande efter datum för utskrivningsklar, kunde skrivas ut inom 9 dagar. Enstaka patienter har varit inläggande upp till 31 dagar, förutom en patient som skrevs ut efter 99 dagar.

| Enhetskod | Antal värden | Median | Medelvärde | Min | Max |
|-----------|--------------|--------|------------|-----|-----|
| A         | 1            | 14     | 14.0       | 14  | 14  |
| C         | 1            | 6      | 6.0        | 6   | 6   |
| D         | 1            | 2      | 2.0        | 2   | 2   |
| F         | 43           | 3      | 7.3        | 1   | 99  |
| G         | 23           | 5      | 5.3        | 1   | 16  |
| J         | 3            | 2      | 3.0        | 1   | 6   |
| L         | 5            | 9      | 14.6       | 7   | 31  |
| O         | 1            | 9      | 9.0        | 9   | 9   |
| Q         | 2            | 1      | 1.0        | 1   | 1   |

Sex sjukhus (B, E, I, K, M, N) har inte haft någon patient ineliggande efter att de blivit utskrivningsklara. Två sjukhus (L, A) har höga medelvärden på antal vårddagar från datum för utskrivningsklar till datum för utskrivning

### Rehabiliterings plan

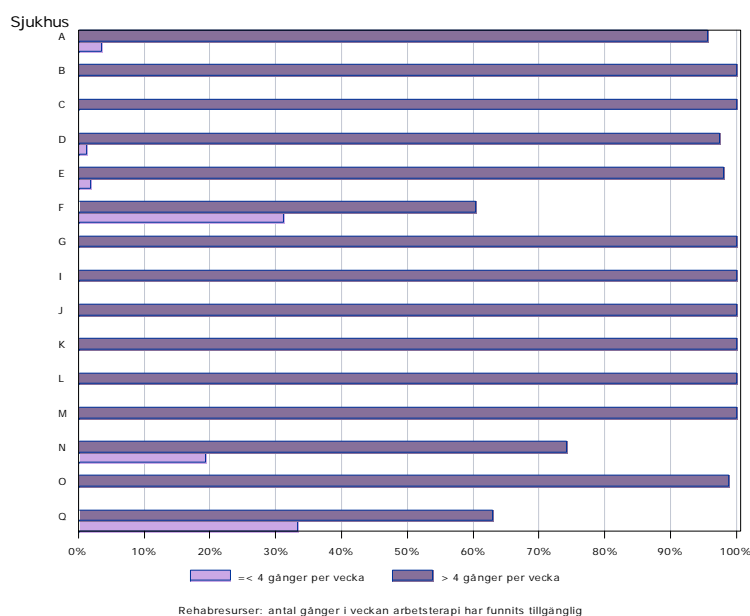
61 % av patienterna har fått en skriftlig rehab plan sett på hela riket (=X i figur nedan).



Andelen patienter som fått rehab plan varierar mellan olika sjukhus. Mindre än 50 % av patienterna på fyra sjukhus (M, A, B, G), har fått en skriftlig rehabiliterings plan. Detta är något som får anses som ett kvalitetsmått och finns föreskrivet från SOS.

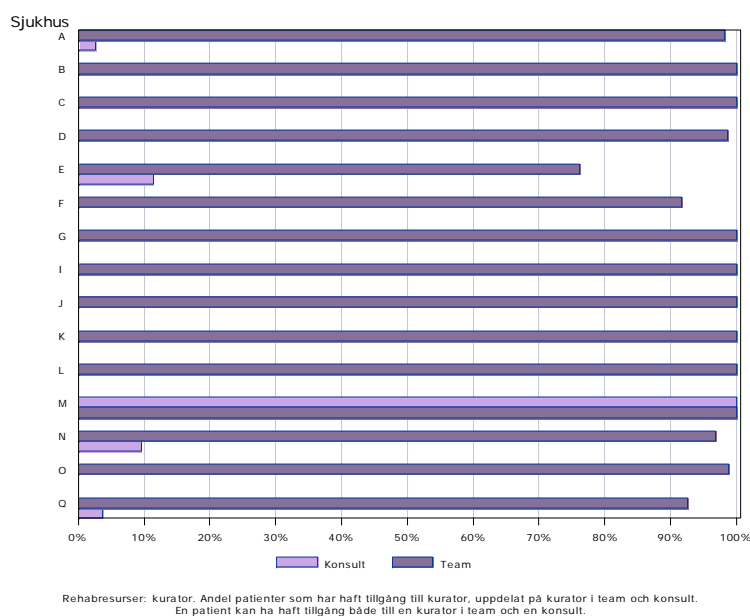


## Rehabiliteringsresurser vid deltagande enheter



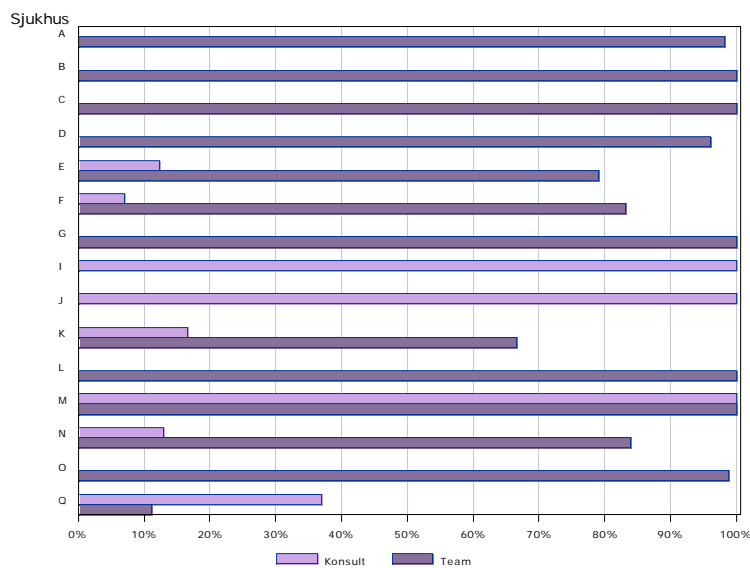
### Arbetssterapi

Sjukhusen har generellt goda resurser beträffande arbetssterapi. Endast 3 enheter har inte full förmåga att erbjuda arbetssterapi mer än 4 ggr/vecka.



### Kuratorsverksamhet

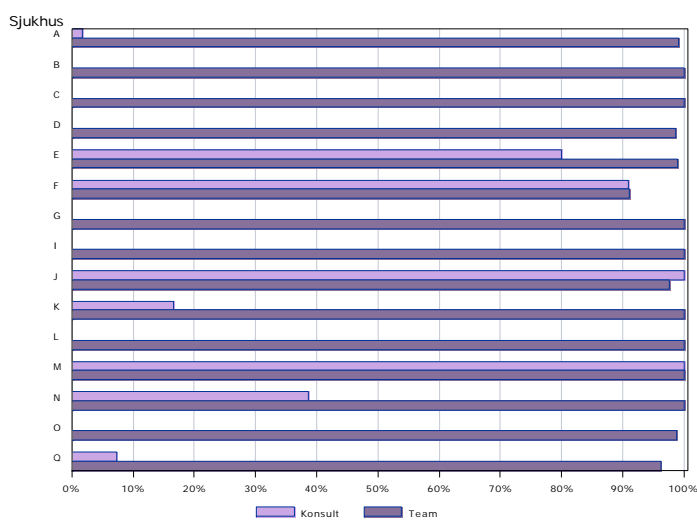
Alla sjukhus har i hög grad kurator i team. Fem sjukhus (M, E, N, Q, A), har till viss del kurator som konsult.



Rehabresurser: logoped. Andel patienter som har haft tillgång till logoped, uppdelat på logoped i team och konsult. En patient kan ha haft tillgång både till en logoped i team och en konsult.

### Logopedresurser

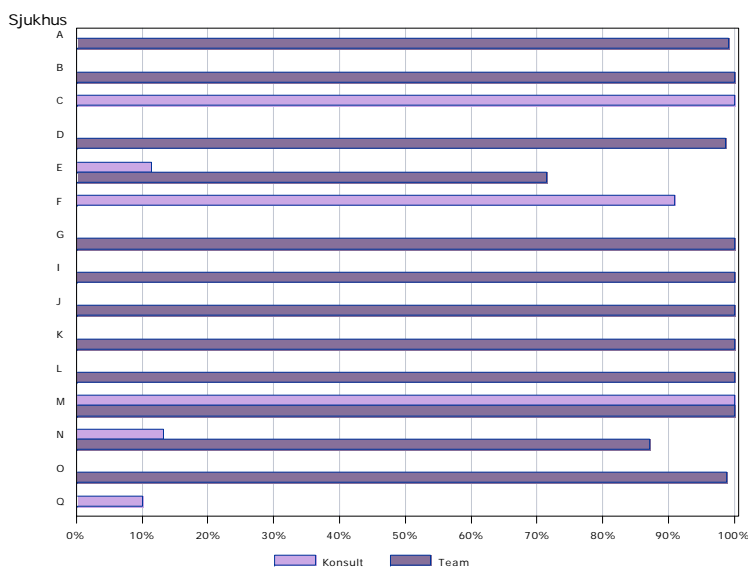
Elva-tolv sjukhus har god tillgång till logoped i team. Två sjukhus (I, J), har tillgång endast till logopedkonsult.



Rehabresurser: specialistläkare. Andel patienter som har haft tillgång till specialistläkare, uppdelat på specialistläkare i team och konsult. En patient kan ha haft tillgång både till en specialistläkare i team och en konsult.

### Läkare

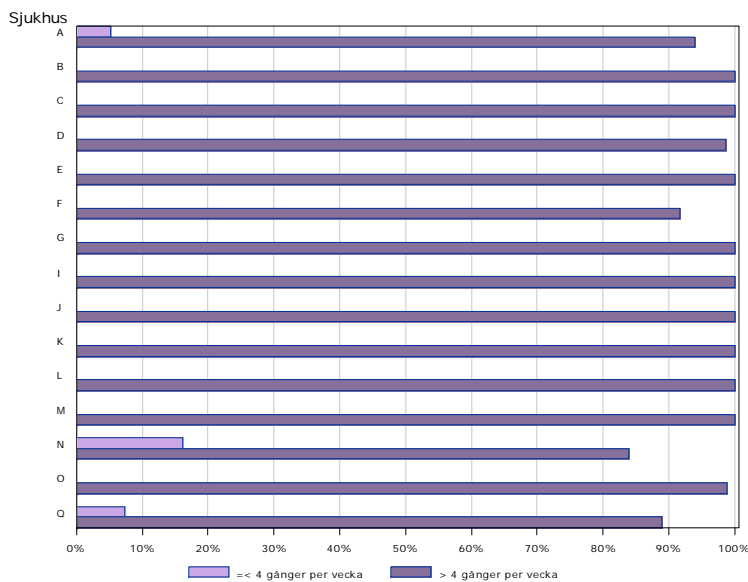
Det finns specialistläkare i hög grad på samtliga sjukhus. Mer än hälften av alla sjukhus (J, M, F, E, N, K, Q, A) har utöver specialistläkare i team även som konsult.



Rehabresurser: psykolog. Andel patienter som har haft tillgång till psykolog, uppdelat på psykolog i team och konsult. En patient kan ha haft tillgång både till en psykolog i team och en konsult.

### Psykologtillgång

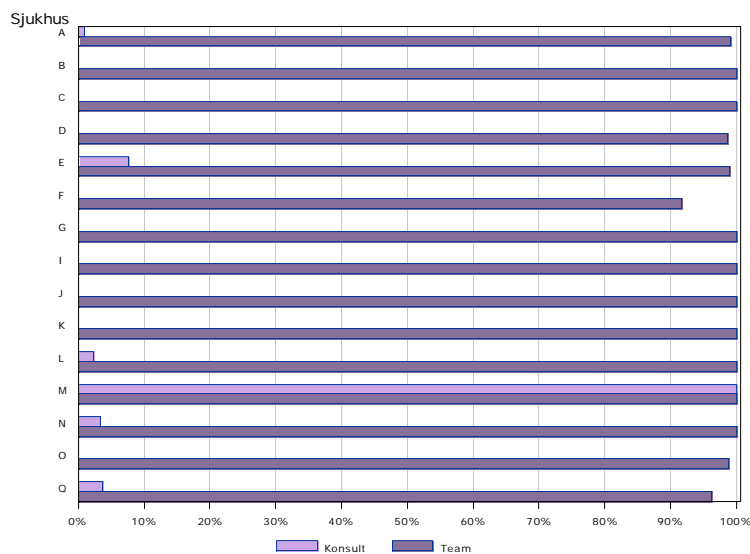
På tolv av sjukhusen finns god tillgång till psykolog i team. Tre sjukhus (C, F, Q), har tillgång endast till psykologkonsult



Rehabresurser: antal gånger i veckan sjukgymnastik har varit tillgänglig

### Sjukgymnastikresurser

Alla sjukhus har god resurs att kunna erbjuda sjukgymnast mer än 4 ggr per vecka.



Rehabresurser: sjuksköterska. Andel patienter som har haft tillgång till sjuksköterska, uppdelat på sjuksköterska i team och sjuksköterska tillhörande annan enhet.  
En patient kan ha haft tillgång både till en sjuksköterska i team och en sjuksköterska tillhörande annan enhet.

### *Sjuksköterskor*

Alla sjukhus har sjuksköterska i team i mycket hög grad. Fem (M, E, Q, N, L, A) sjukhus har sjuksköterska både i team och som konsult.

## **Användningsgrad av olika ingående instrument i registret**

### **ADL**

ADL förmåga har bedömts för 993 av totalt 1087 inskrivna (91 %) och 840 av totalt 945 utskrivna (89 %) vilket måste bedömas som en tillfredsställande grad av ifyllnad.

### **EQ5D**

EQ5D har fyllts i för 471 av totalt 1087 inskrivna (43 %) och 385 av totalt 945 utskrivna (41 %). Det är rimligt att alla enheter inte förmår använda alla ingående instrument i början efter att man gått med i registret. Graden av ifyllande bör dock öka med tiden om det ska vara meningsfullt att ha med instrumentet.

### **Livstillfredställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)**

LiSat har fyllts i för 329 av totalt 945 utskrivna patienter (35 %). Det är förståeligt att alla enheter inte kan använda alla i registret ingående instrument i början. Med tiden måste dock användningsgraden öka för att instrumentet ska vara värt att ha kvar.

### **Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE)**

GOSE har fyllts i för 785 patienter och det är mycket god täckningsgrad för alla diagnosgrupper med hjärnskada.

### **Körkort**

I riket var det totalt 14 % av patienterna som ej var bedömda vad gäller förmågan att köra bil. Det är ett område för förbättringspotential. Ställningstagande till körplämplighet bör göras på alla som har körkort när man har varit ineliggande för rehabiliteringsinsatser.

## Resultatmått

### Kartläggning av rökning och missbruk hos personerna inne för rehabilitering

#### *Antal rökare fördelat per diagnosgrupp*

| Diagnosgrupp     | Rökare     |            |           |
|------------------|------------|------------|-----------|
|                  | Ja         | Nej        | Vet ej    |
| Ryggmärgsskadade | 3          | 30         | 0         |
| SAB              | 25         | 36         | 4         |
| Stroke           | 110        | 346        | 35        |
| TBI              | 35         | 66         | 14        |
| Övrigt           | 52         | 314        | 17        |
|                  | <b>225</b> | <b>792</b> | <b>70</b> |

Andelen rökare är högst i gruppen med SAB (38 % av 65 registreringar) följt av trauma (30 %) och stroke (22 %). Gruppen med spinalskadade har lägst andel rökare (9 %). I gruppen övriga diagnoser är andelen rökare 14 %.

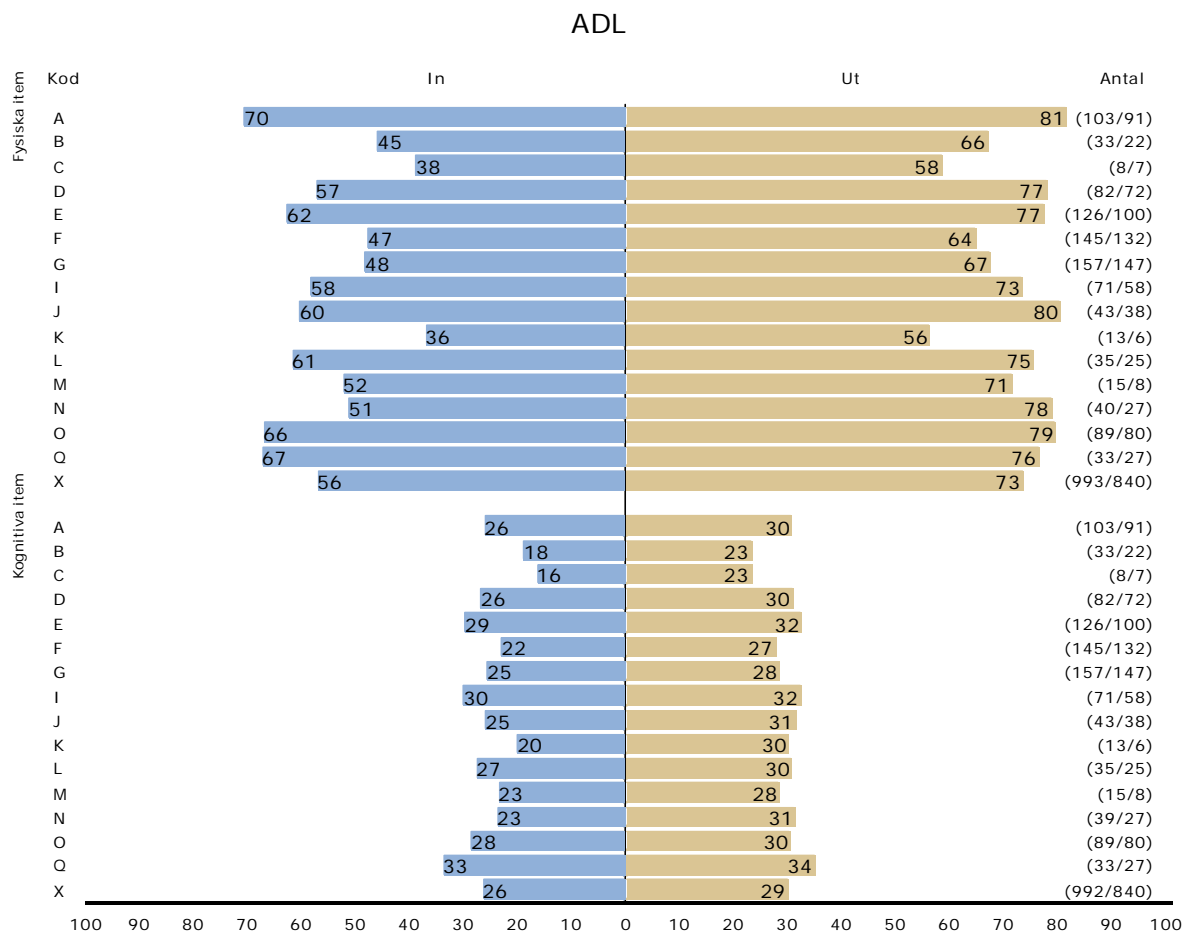
#### *Antal missbrukare fördelat per diagnosgrupp*

| Diagnosgrupp     | Missbrukare |            |            |
|------------------|-------------|------------|------------|
|                  | Ja          | Nej        | Vet ej     |
| Ryggmärgsskadade | 3           | 28         | 2          |
| SAB              | 11          | 46         | 8          |
| Stroke           | 34          | 398        | 59         |
| TBI              | 49          | 53         | 13         |
| Övrigt           | 24          | 324        | 35         |
|                  | <b>121</b>  | <b>849</b> | <b>117</b> |

Andelen missbrukare (annat än rökning) är högst i diagnosgruppen trauma (43 %). Därefter följer SAB (17 %), spinal (9 %), stroke (7 %) och övriga diagnoser (6 %). Det kan vara värt att notera att endast missbruk som är så fastställt att det journalförts ska registreras som missbruk i registret. Det kan alltså vara så att graden av missbruk är underregistrerat.

## ADL förmåga

Medelvärde för ADL förmåga vid inskrivning och utskrivning för olika sjukhus.

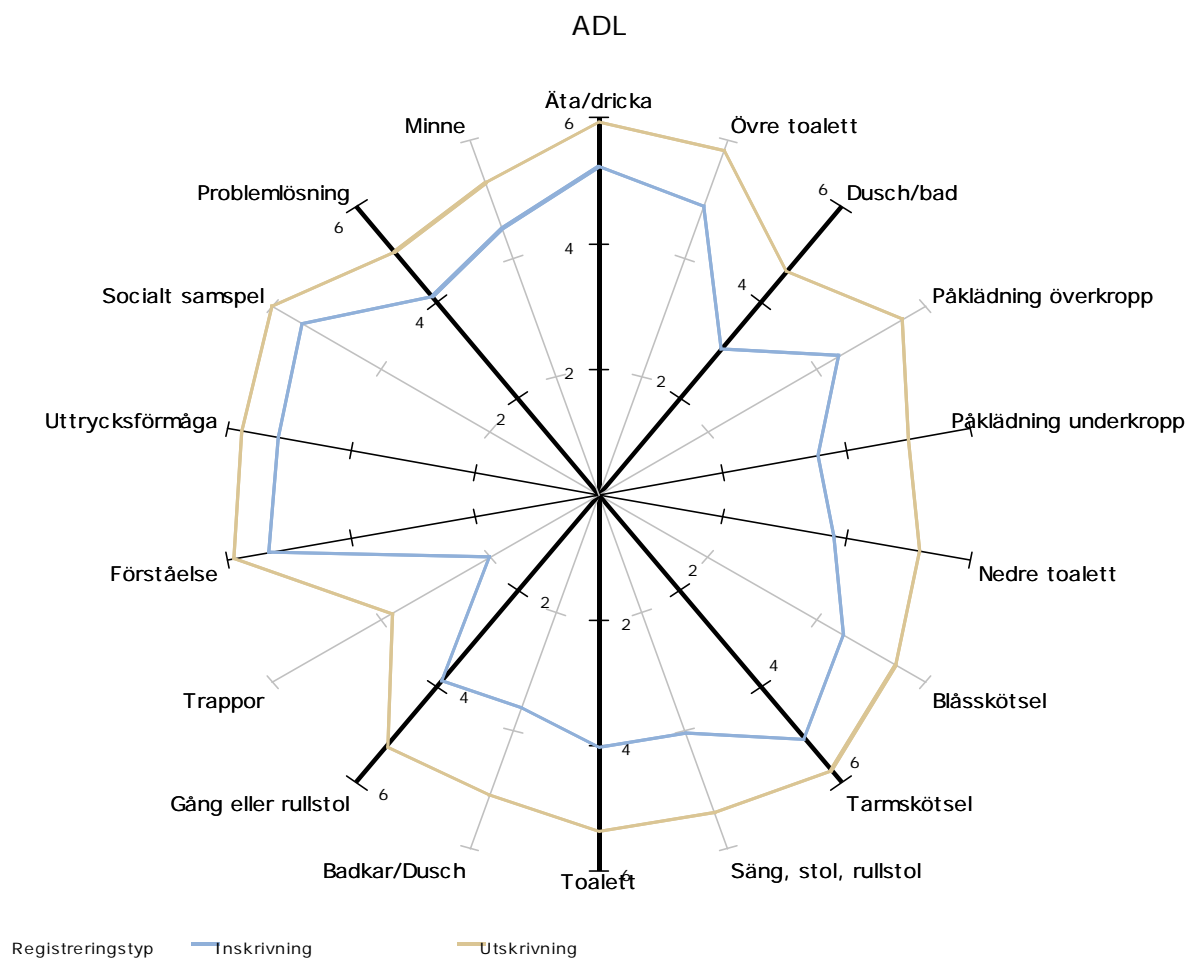


*X = Värdet för riket. Antal patienter som värdena baseras på står till höger i figuren.*

*Värdet för fysiska item på en skala 1-7 vid inskrivning varierar mellan i medel 2,1 (36) och 5,4 (70) vilket speglar olika nivåer av hjälpbehov.*

*Värdet för kognitiva item på en skala 1-7 vid inskrivning varierar mellan i medel 3,2 (16) och 6,6 (33).*

Det föreligger stora variationer mellan sjukhusen vad gäller patienternas ADL-förmåga vid inskrivning. Detta kan vid analys vara värt att relatera till längd på vårdtid och vart patienterna utskrivs till.



***ADL-förmåga som spindeldiagram med de olika områdena utmärkta***

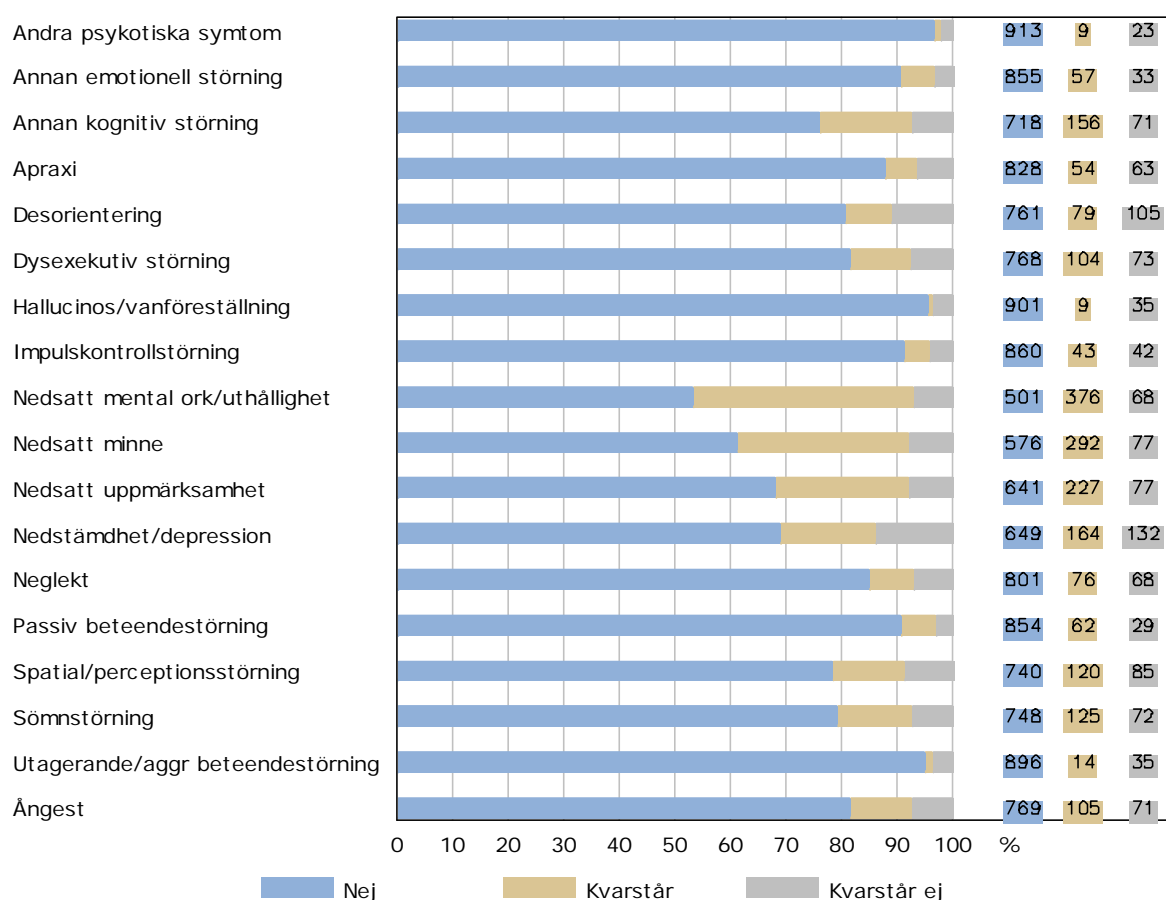
Medel ADL värden för riket. Patienterna förbättras vad gäller alla ADL aspekter som mäts. För kognitiva item (förståelse – minne) är värdena generellt sett högre vid inskrivning och förbättringen procentuellt mindre.



## Förekomst av fysisk, psykisk och kognitiv funktionsnedsättning enligt ICF

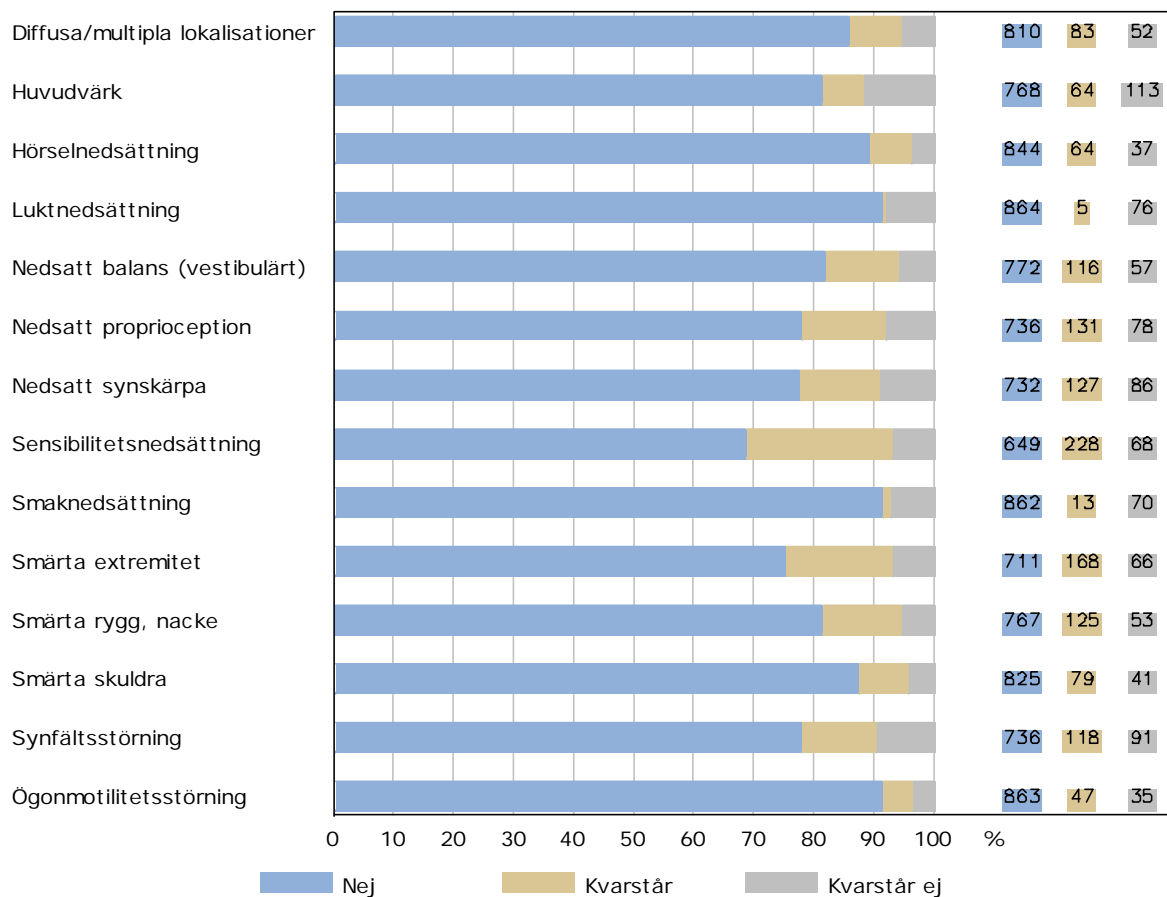
Olika områden identifieras enligt ICF. Figurerna nedan beskriver funktionsnedsättningar av betydelse för rehabiliteringen för riket som helhet. Det finns en risk att man fyller i nej i förval och sedan endast ändrar de som är aktuella till ”ja, kvarstår” eller ”ja, kvarstår ej” och glömmer bort alternativet ”vet ej” vilket nog kan vara ett relevant alternativ att välja ibland. Vi måste därför tolka resultaten nedan utifrån att ”nej” också inrymmer ”vet ej”.

Funktion enligt ICF - Psykiska funktioner



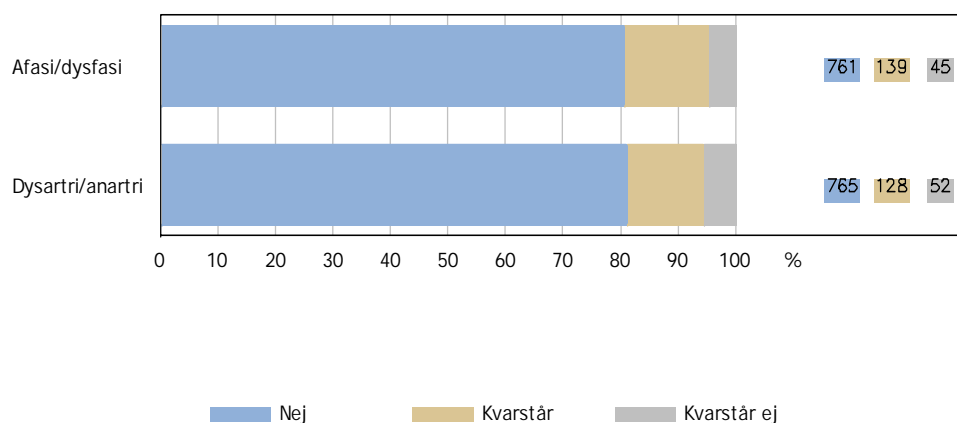
Nedsatt mental ork, nedsatt minne och uppmärksamhet är vanligt förekommande. Depression föreligger i 17 % och tillsammans med alternativet ”har förekommit men kvarstår ej” blir det 32 %. Den senare siffran är sannolikt mer relevant för att beskriva förekomsten av depression. (För depression gäller att om patienten har antidepressiv behandling vid utskrivningen ska alternativet depression kvarstår fyllas i.)

Funktion enligt ICF - Sinnesfunktioner och smärta

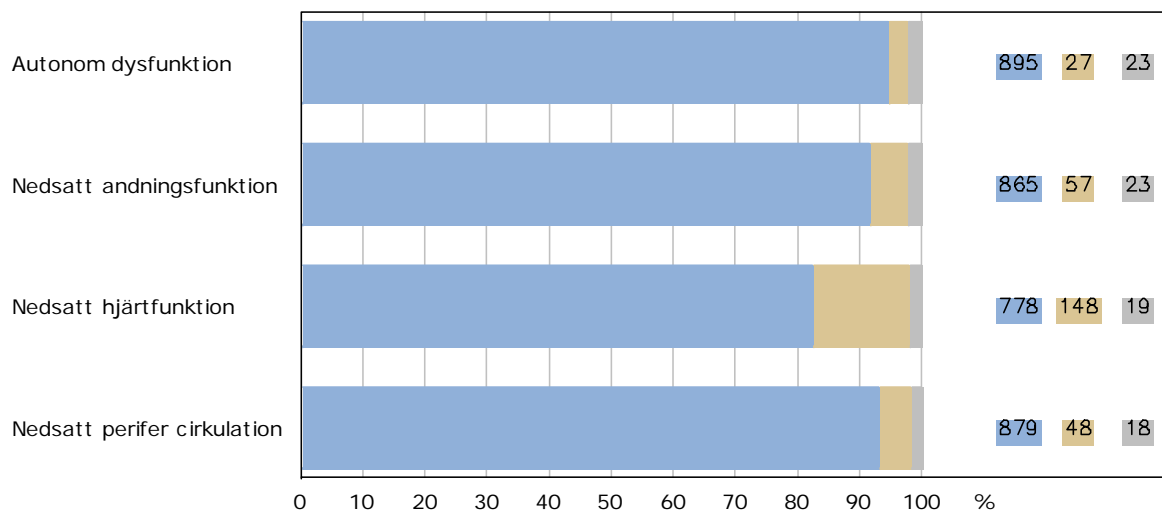


Sensibilitetsnedsättning är den vanligast förekommande funktionsnedsättningen följt av smärta i extremitet, nedsatt proprioception, nedsatt synskärpa och synfältsstörning.

Funktion enligt ICF - Röst



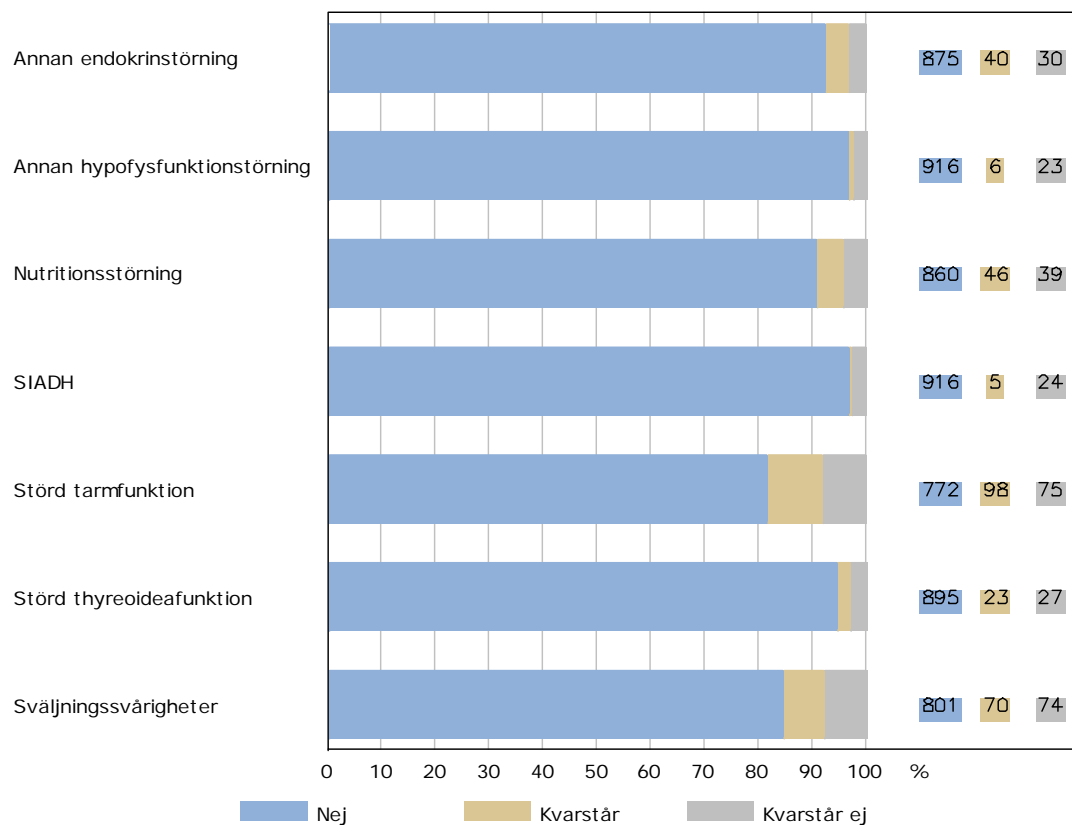
Funktioner enligt ICF - Hjärta kärl och andning



Nej      Kvarstår      Kvarstår ej

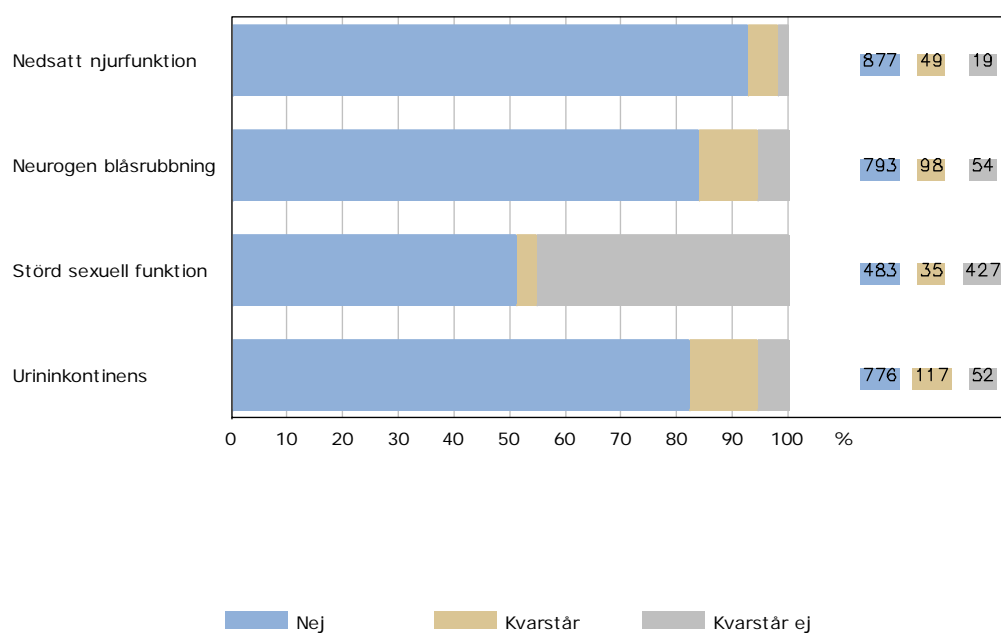
Med tanke på att stroke är den största patientgruppen kan man fundera över om inte antalet patienter med nedsatt hjärtfunktion borde vara större.

Funktioner enligt ICF - Matsmältning



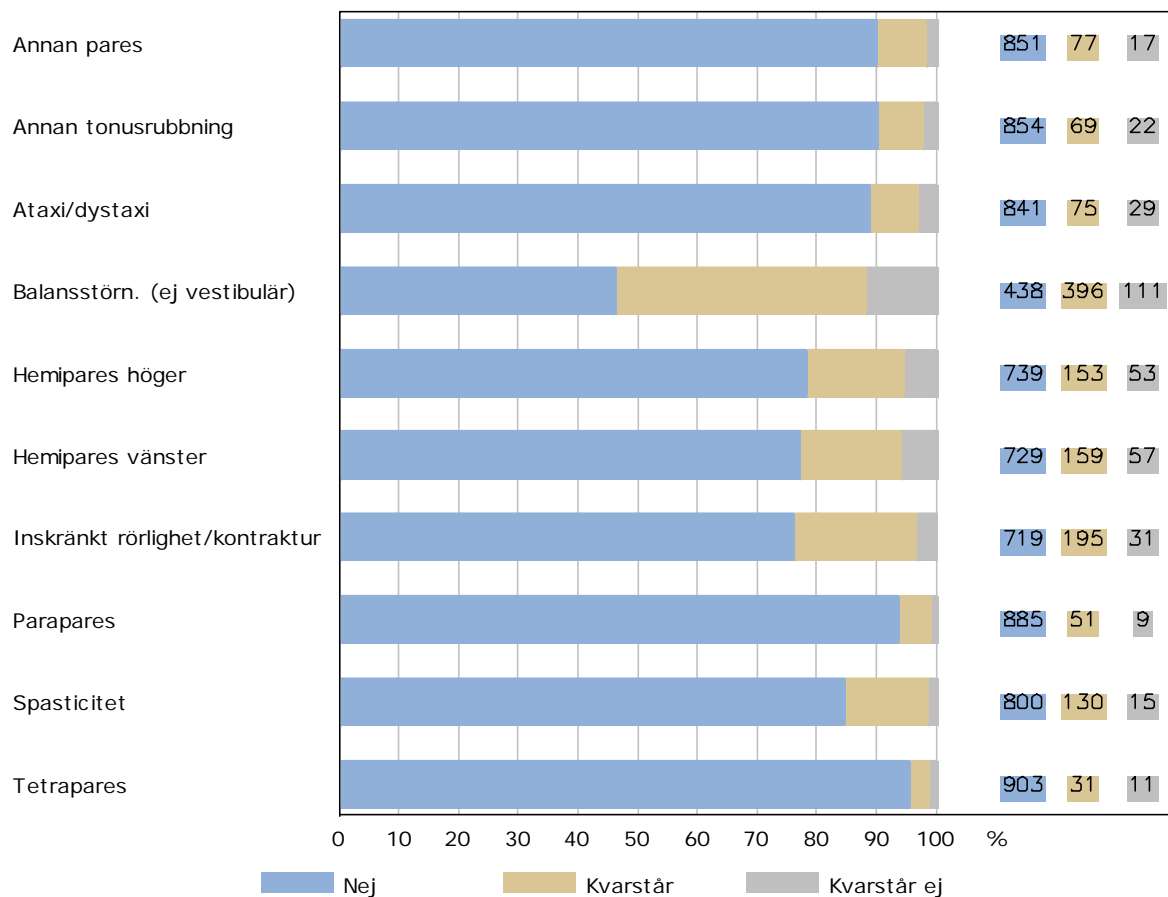
Det har registrerats funktionsnedsättningar på alla områden även om flera är ovanliga, ex SIADH som också till största delen har varit övergående.

Funktioner enligt ICF - Könsorgan och urinorgan



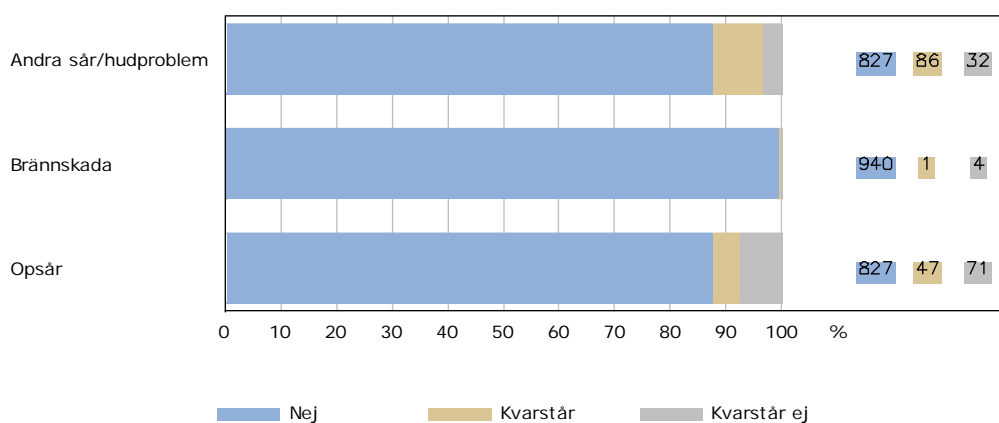
Nedsatt funktion har registrerats på alla 4 områden som finns.

Funktioner enligt ICF - Neuromuskulo/skelettal och rörelserelaterad funktion



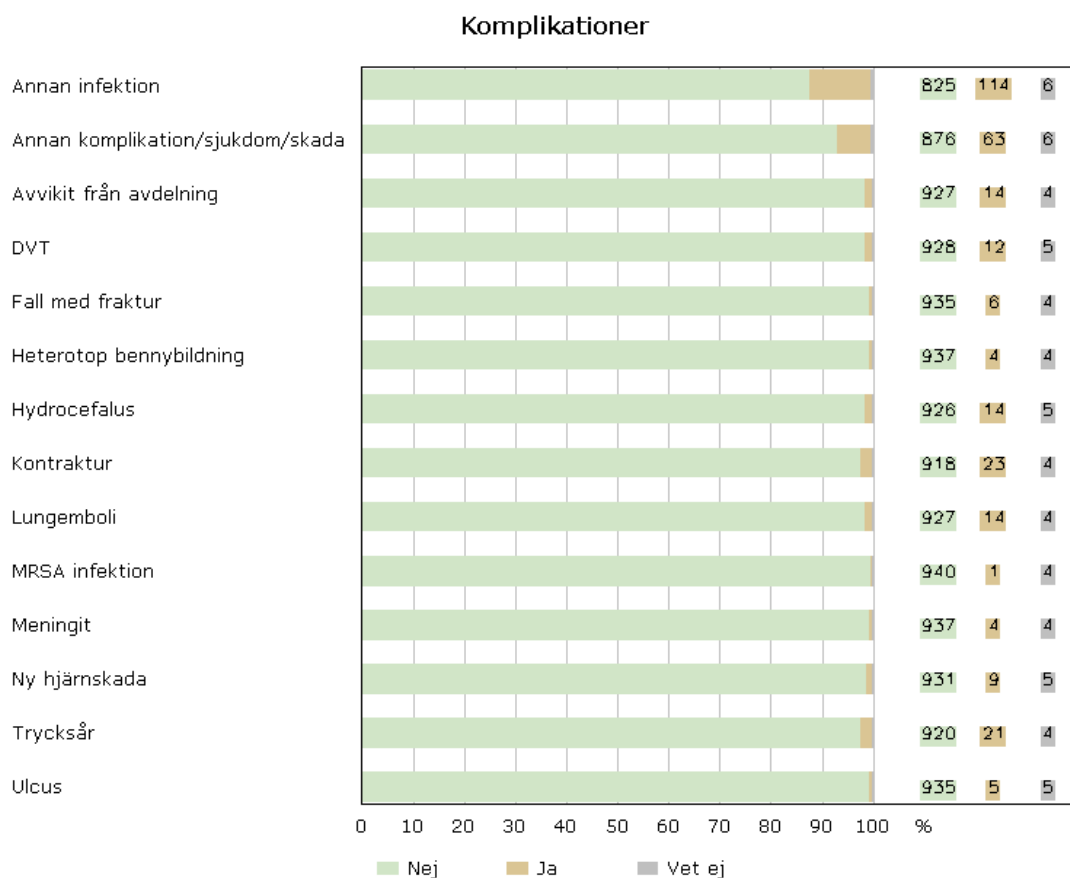
Det tycks som om ganska relativt få personer har haft motorikproblem när de kommit in till rehab. Med tanke på den diagnosfördelning som finns med många personer med stroke och TBI verkar detta märkligt och om det är sant kan man fundera över resurserna inom sjukgymnastik behövs. Förmodligen är det ett registreringsproblem.

Funktioner enligt ICF - Hud



## Komplikationer och medicinska händelser

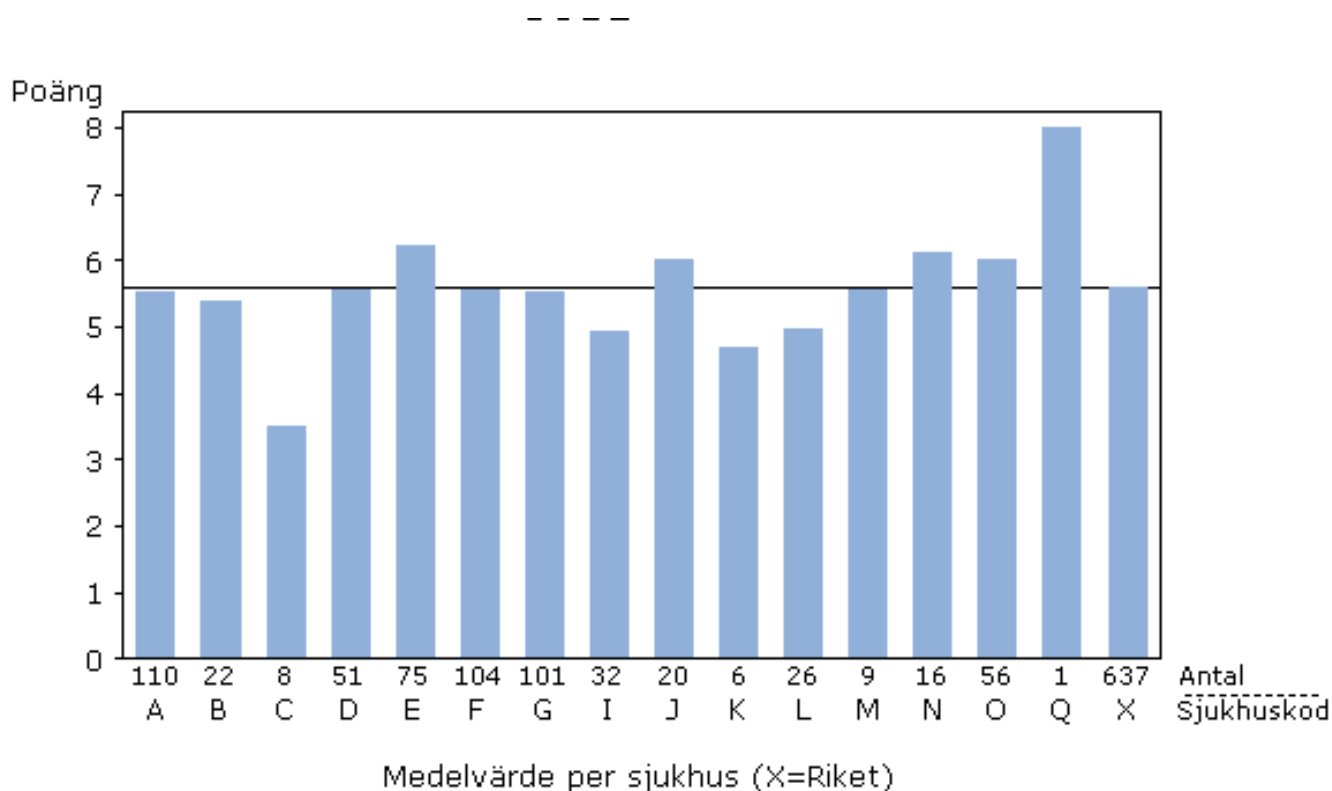
Nedan redovisas siffror för riket som helhet. För komplikationer finns relativt detaljerade hjälptexter och hjälptexterna har också ändrats något under året. Resultaten måste därför tolkas med viss försiktighet. Totalt sett är det ändå låg förekomst av komplikationer på deltagande enheter.



## Resultatmått vid hjärnskador

### Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE)

GOSE skattas som mått på funktionsnedsättning mäts vid utskrivning. Medelnivån för riket ligger mellan 5 och 6, d v s moderate disability. Enhet C visar klart lägre nivå, severe disability.



### Disorders of Consciousness enligt Josef Giacino

På några enheter i landet tar man emot personer med medvetandesänkning. För att möjliggöra kunskapsinhämtande kring dessa få personer ingår detta som möjlig registrering i registret.

Totalt 22 patienter fördelade på åtta av de registrerande enheterna har rapporterats vid inskrivningen. Detta kan spegla i vilken mån man tar patienter med svåra hjärnskador till rehab klinikerna snarare än incidens. Fyra patienter togs över medan de fortfarande befann sig i coma och 6 var vegetativa. Inga har registrerats som locked-in syndrome vilket inte är förvånande då detta specifika tillstånd är tycks vara ovanligt men troligtvis överdiagnostiserat i kliniken.

*Inskrivning, antal per enhet och riket i stort (X)*

| <b>Disorders of consciousness<br/>(enligt Giacino)</b> | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>G</b> | <b>I</b> | <b>J</b> | <b>K</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>N</b> | <b>O</b> | <b>Q</b> | <b>X</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Coma   | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 2        |
| Vegetative state                                       | 1        | 2        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 2        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 6        |
| Persistent vegetative state                            | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Minimally responsive state                             | 0        | 3        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 3        | 1        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 9        |
| Akinetic mutism  | 2        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 4        |
| Locked in syndrome                                     | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Paramedian diencephalic syndrome                       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        |

*Utskrivning, antal per enhet och riket i stort (X)*

| <b>Disorders of consciousness<br/>(enligt Giacino)</b> | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>G</b> | <b>I</b> | <b>J</b> | <b>K</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>N</b> | <b>O</b> | <b>Q</b> | <b>X</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Coma   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 2        |
| Vegetative state                                       | 1        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 3        |
| Persistent vegetative state                            | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Minimally responsive state                             | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 2        | 0        | 0        | 0        | 4        |
| Akinetic mutism  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 2        |
| Locked in syndrome                                     | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Paramedian diencephalic syndrome                       | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |

Vid utskrivningen har 11 patienter registrerats. Det är förväntat att en minskning sker då flera av dem som registrerat vid inskrivningen övergått till att ej längre vara aktuella för denna klassifikation då de förbättrats och ej längre uppfyller kriterierna. Här kan ett antal registreringar trots allt tillkommit och några flera förbättrats utan att det framgår av statistiken. En vidareutveckling av registreringsalternativen bör göras så att man vid respektive enhet och för riket kan se hur många patienter som ”förbättrats så att de ej längre uppfyller kriterierna”.



*Fördelning per diagnosgrupp inskrivning*

| <b>Disorders of consciousness<br/>(enligt Giacino)</b> | <b>Annan<br/>hjärnskada</b> | <b>SAB</b> | <b>Stroke</b> | <b>TBI</b> |
|--|-----------------------------|------------|---------------|------------|
| Coma   | 0                           | 1          | 0             | 1          |
| Vegetative state                                       | 0                           | 1          | 0             | 5          |
| Persistent vegetative state                            | 0                           | 0          | 0             | 0          |
| Minimally responsive state                             | 2                           | 0          | 2             | 5          |
| Akinetic mutism  | 0                           | 1          | 1             | 2          |
| Locked in syndrome                                     | 0                           | 0          | 0             | 0          |
| Paramedian diencephalic syndrome                       | 0                           | 0          | 1             | 0          |

*Fördelning per diagnosgrupp vid utskrivningen för riket*

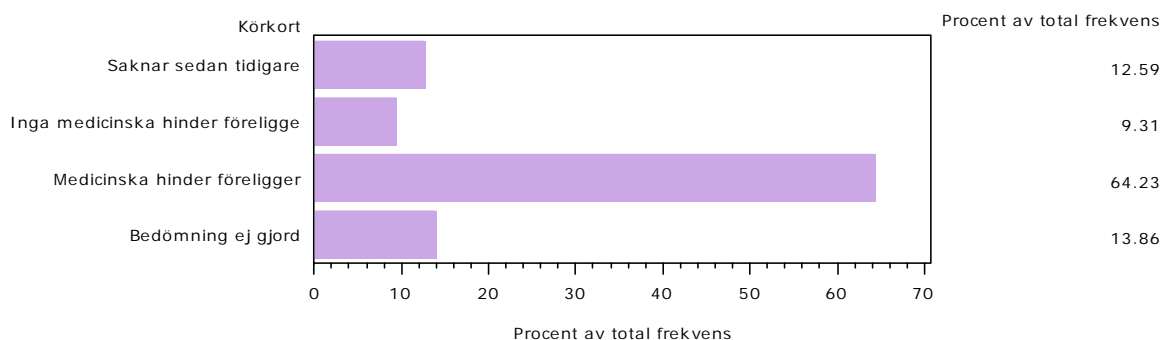
| <b>Disorders of consciousness<br/>(enligt Giacino)</b> | <b>Annan<br/>hjärnskada</b> | <b>SAB</b> | <b>Stroke</b> | <b>TBI</b> |
|--|-----------------------------|------------|---------------|------------|
| Coma   | 0                           | 0          | 0             | 2          |
| Vegetative state                                       | 0                           | 1          | 0             | 2          |
| Persistent vegetative state                            | 0                           | 0          | 0             | 0          |
| Minimally responsive state                             | 1                           | 0          | 1             | 2          |
| Akinetic mutism  | 0                           | 0          | 0             | 2          |
| Locked in syndrome                                     | 0                           | 0          | 0             | 0          |
| Paramedian diencephalic syndrome                       | 0                           | 0          | 0             | 0          |

Gruppen TBI överväger både vid in- och utskrivning vilket är förväntat.

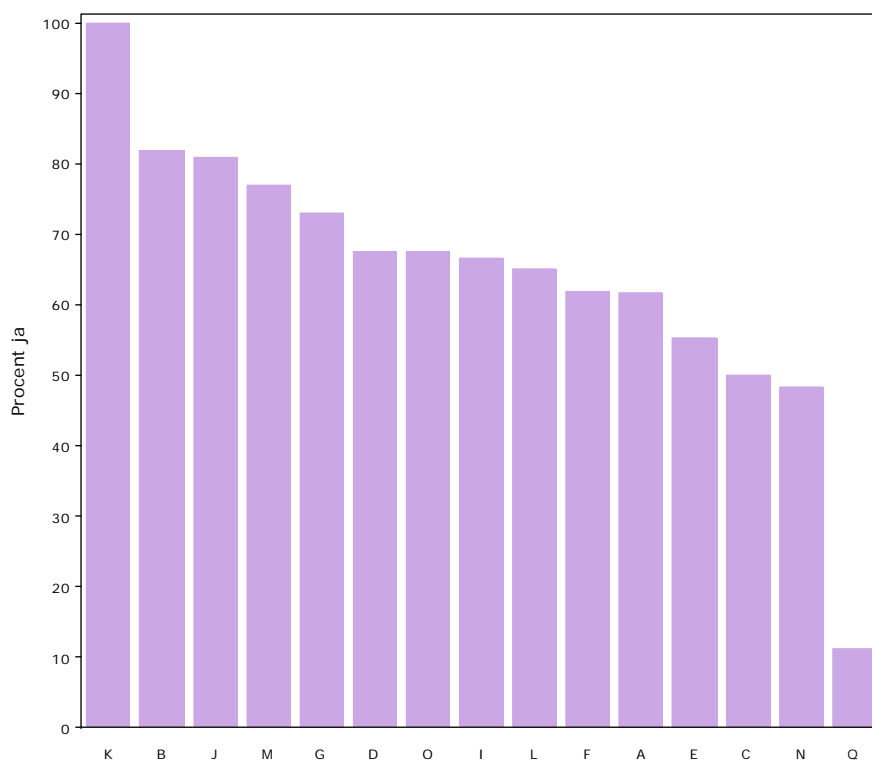
## Körkortsinnehav

Ett genomsnitt av 64 % av personerna med körkort som är utskrivs från rehabilitering i riket bedöms ha ett medicinskt hinder för körkort. Graden varierar dock mellan olika sjukhus. Ett observandum är att vid drygt 13 % har inget ställningstagande/bedömning gjorts avseende lämplighet att framföra fordon.

### Körkortsinnehav



### Andel personer som bedöms ha medicinskt hinder för körkort



Andel patienter per sjukhus som har någon form av medicinskt hinder för körkort.

Medicinskt hinder för körkort föreligger mellan 10-100 % på de olika enheterna. Man kan fundera på om det är sådan skillnad i patienterna medicinska tillstånd (som inte skiljer sig så markant i något annat) eller om det avspeglar en stor variation i läkarnas bedömning.

## Boendesituation efter rehabiliteringen

| Utskriven till                       | Sjukhus    |           |          |           |            |            |            |           |           |          |           |           |           |           |           | Riket |                        |
|--------------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|------------------------|
|                                      | A          | B         | C        | D         | E          | F          | G          | I         | J         | K        | L         | M         | N         | O         | Q         | Antal | Medelvärde per sjukhus |
| Eget boende med personligt beroende  | 21         | 1         | 4        | 21        | 40         | 39         | 69         | 24        | 15        | 4        | 15        | 2         | 5         | 16        | 9         | 285   | 19.0                   |
| Eget boende utan personligt beroende | 71         | 15        | 1        | 45        | 40         | 55         | 50         | 26        | 18        | 0        | 21        | 9         | 22        | 52        | 14        | 439   | 29.3                   |
| Särskilt boende                      | 5          | 1         | 2        | 5         | 9          | 25         | 29         | 5         | 3         | 1        | 6         | 0         | 1         | 1         | 2         | 95    | 6.3                    |
| Övrigt                               | 18         | 5         | 1        | 6         | 16         | 28         | 15         | 11        | 6         | 1        | 1         | 2         | 3         | 11        | 2         | 126   | 8.4                    |
|                                      | <b>115</b> | <b>22</b> | <b>8</b> | <b>77</b> | <b>105</b> | <b>147</b> | <b>163</b> | <b>66</b> | <b>42</b> | <b>6</b> | <b>43</b> | <b>13</b> | <b>31</b> | <b>80</b> | <b>27</b> |       |                        |

### Utskrivningssituation för alla personer

| Hushåll                             | Sjukhus |   |   |   |   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |       | Riket                  |  |
|-------------------------------------|---------|---|---|---|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|------------------------|--|
|                                     | A       | B | C | D | E | F  | G  | I | J | K | L | N | O | Q | Antal | Medelvärde per sjukhus |  |
| Annat                               | 0       | 0 | 0 | 1 | 0 | 2  | 1  | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7     | 0.5                    |  |
| Ensamstående med hemmavarande barn  | 0       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     | 0.1                    |  |
| Ensamstående utan hemmavarande barn | 0       | 0 | 0 | 2 | 6 | 3  | 5  | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18    | 1.3                    |  |
| Gift/sambo med hemmavarande barn    | 0       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 1  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2     | 0.1                    |  |
| Gift/sambo utan hemmavarande barn   | 0       | 0 | 0 | 0 | 2 | 6  | 1  | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 12    | 0.9                    |  |
| Oförändrat                          | 5       | 1 | 2 | 2 | 1 | 14 | 21 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 55    | 3.9                    |  |

### Hushållssituation vid utskrivning för dem som skrivs ut till särskilt boende

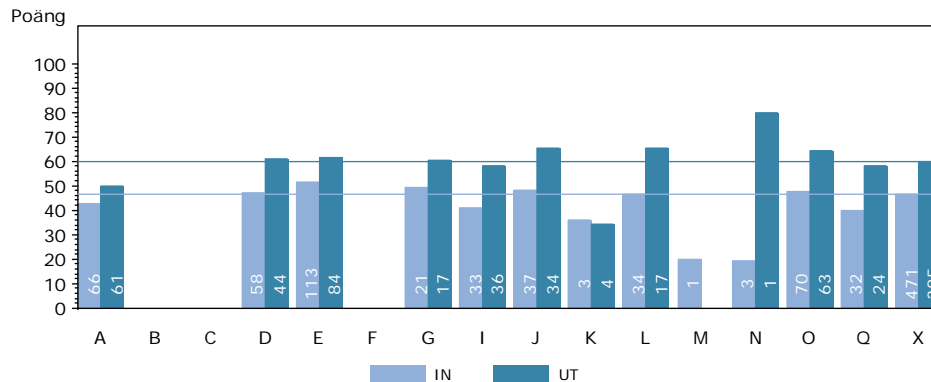
Ur riksperspektiv skrivs fler ut till eget självständigt boende (439) än till boende med personligt beroende (285). Det varierar dock mycket mellan olika sjukhus. 95 patienter skrevs ut till särskilt boende men 55 av dem hade sådant boende även före inläggning. Av de övriga som skrevs ut till särskilt boende hade 3 hemmavarande barn vilket kan vara värt att observera. Inga skillnader mellan män och kvinnor kan ses på riksnivå gällande vad man utskrivits till.

## Självupplevd situation

### EQ5D

I denna årsrapport redovisas endast värdena från nuvarande hälsotillstånd ("termometern") vid in- och utskrivning. Det är visat att det finns validitet för denna parameter att visa förändringar över tid.

EQ5D - Nuvarande hälsotillstånd



Medelvärde per sjukhus (x=Riket)  
Antalet patienter som har utfört EQ5D visas i staplarna

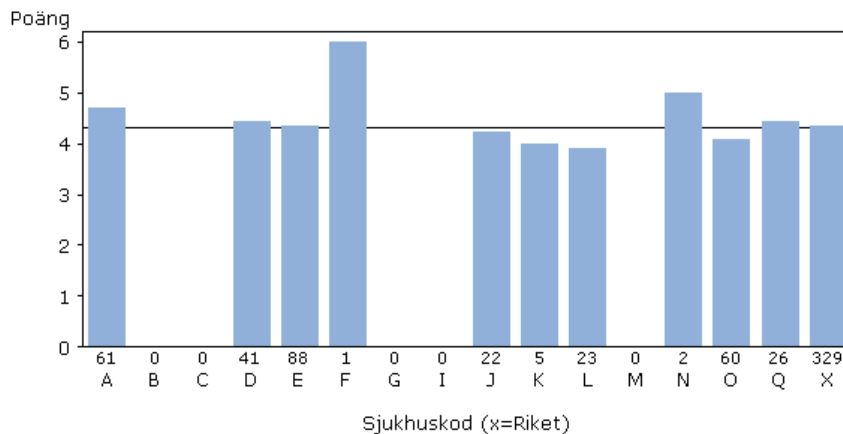
**X = Medelvärde för riket och linjer för nivå vid in- och utskrivning utgår därifrån.**

Patienter på samtliga enheter utom en visas förbättrade värden på upplevt hälsotillstånd under rehabiliteringsperioden. 3-4 enheter använder inte EQ5D.

### Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)

I denna rapport redovisas endast variabeln hur nöjd man är med livet i allmänhet. 5 av enheterna använder inte LiSat och 3 enheter har endast redovisat mycket litet antal. Det föreligger inga större skillnader mellan sjukhusen.

Life Satisfaction - Livet i allmänhet



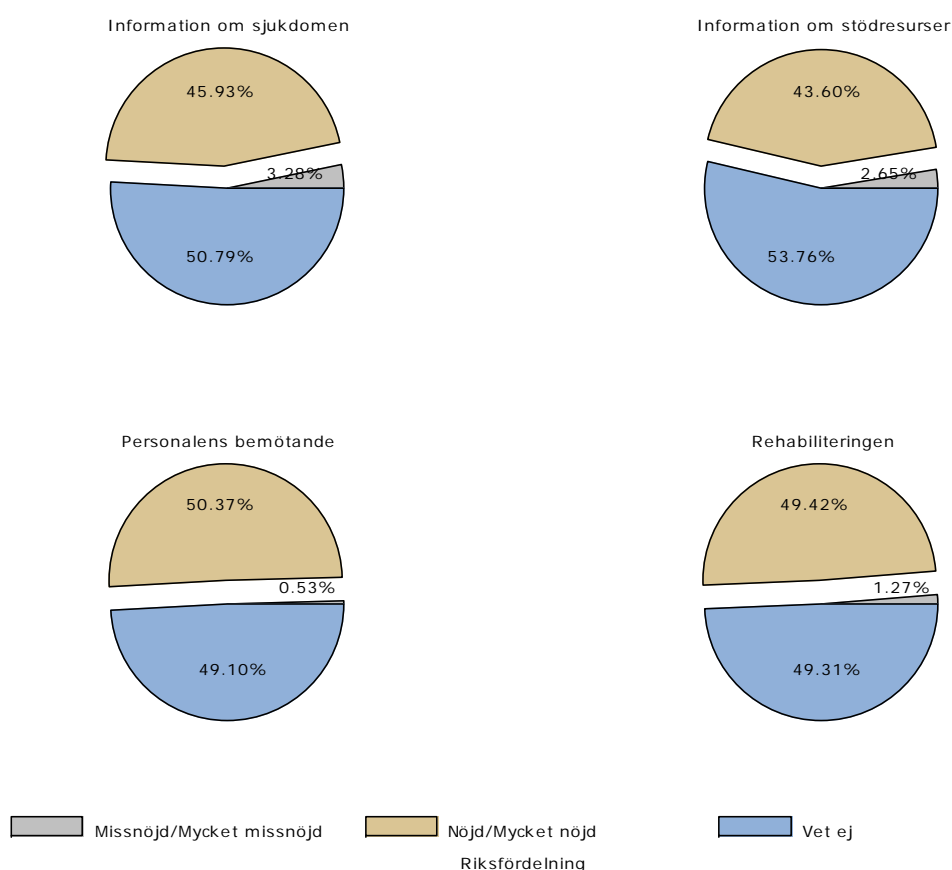
Medelvärde per sjukhus  
Antalet under staplarna visar utskrivna patienter som har svarat på frågan om livet i allmänhet.

**X = medelvärde för riket.**

## Patienternas upplevelse av rehabiliteringsvistelsen

Frågorna avspeglar nöjdhet med 1) information om sjukdomen/skadan, 2) information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen, 3) personalens bemötande, 4) rehabiliteringen som helhet?

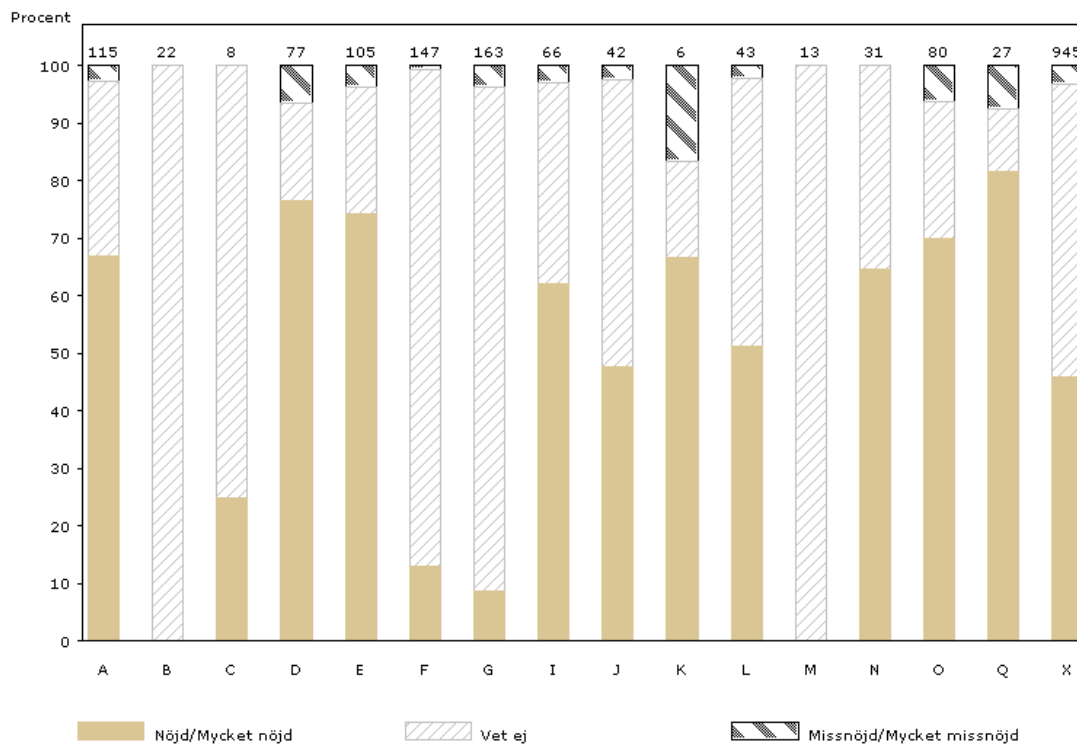
### Patientens upplevelse av rehabinsatserna



På riksnivå är det en stor procent av frågorna som besvarats med ”vet ej”. Det kan bero på att man inte frågat patienten men också på att patienten inte kunnat svara. Det senare är dock knappast hela förklaringen. Inför kommande år är det önskvärt att andelen ”vet ej” minskar.

### Patientens upplevelse av rehabinsatserna

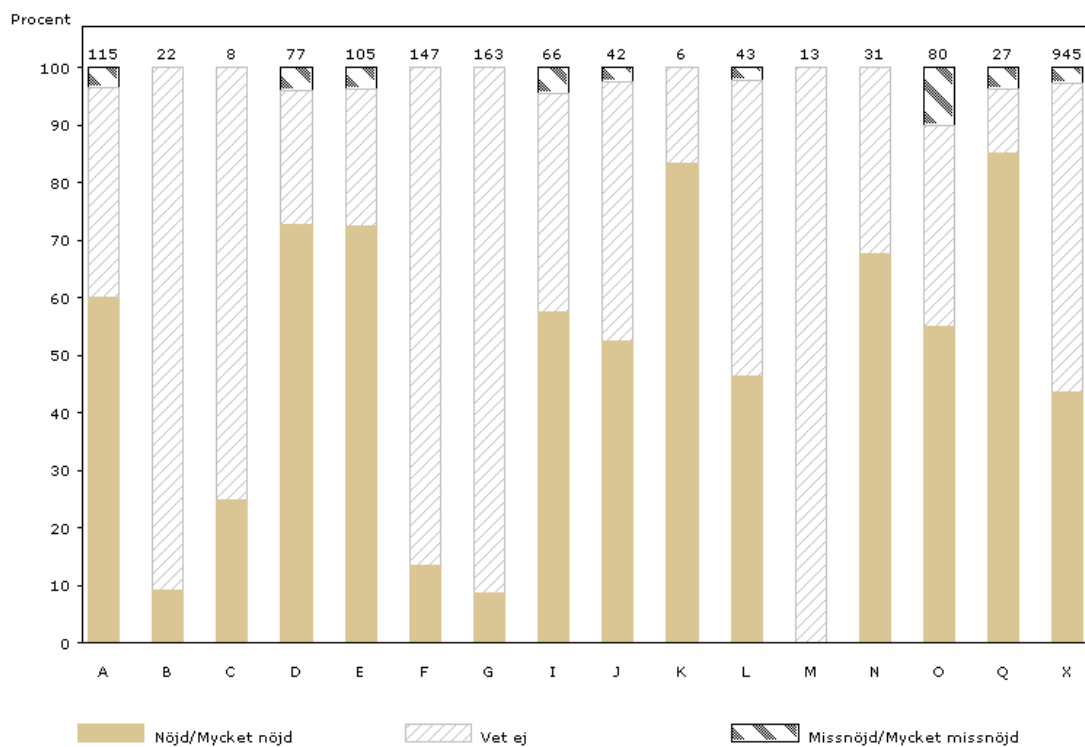
Information om sjukdomen



Fördelat per sjukhus. X= Riket  
Antal patienter visas ovanför staplarna

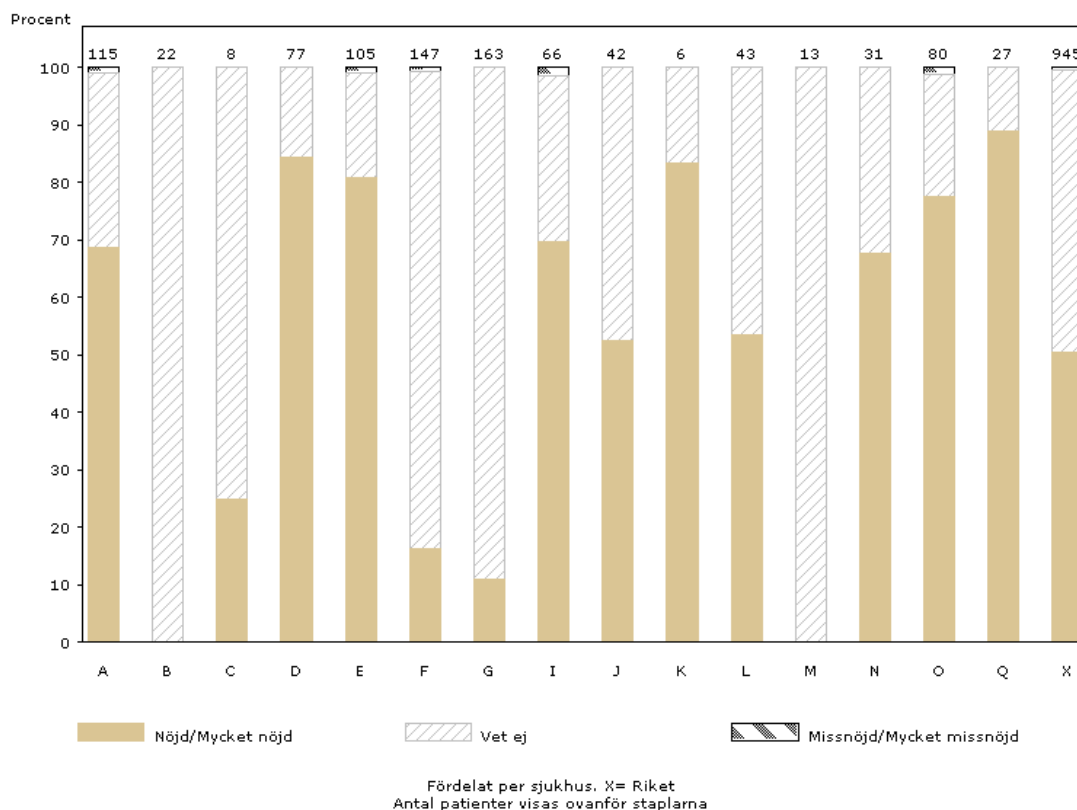
### Patientens upplevelse av rehabinsatserna

Information om stödresurser

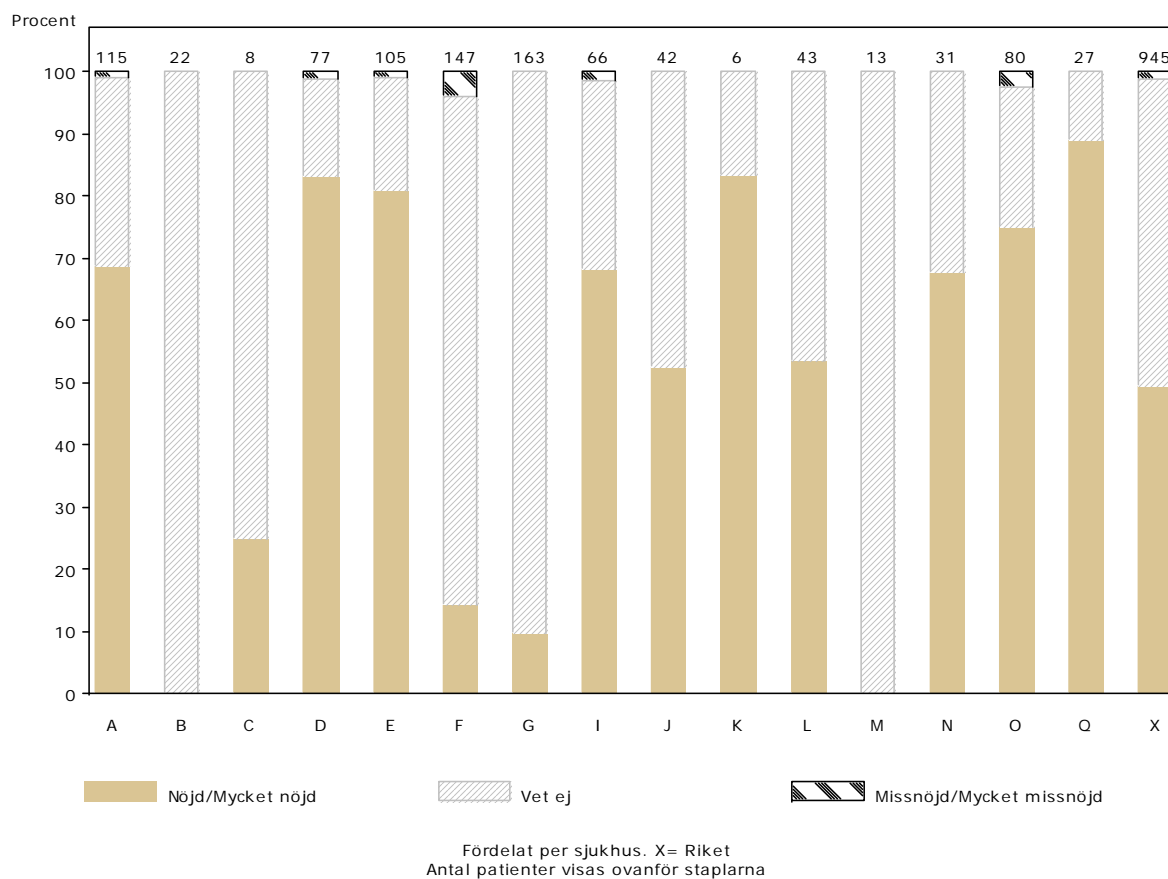


Fördelat per sjukhus. X= Riket  
Antal patienter visas ovanför staplarna

### Patientens upplevelse av rehabinsatserna Personalens bemötande



### Patientens upplevelse av rehabinsatserna Rehabiliteringen



## **WebRehab Sweden möten 2007**

### Styrgruppsmöten

13 febr UCR i Uppsala  
26 febr telefonkonferans  
5 juni Sahlgrenska i Göteborg  
4 sept UCR i Uppsala  
22 okt Sahlgrenska i Göteborg

### möten ordförande + kontaktperson

8 maj Sandviken  
31 maj Sandviken  
6 juli Sandviken  
13 nov Sandviken



