

WebRehab Sweden

Årsrapport

2008

Ansvarig: Katharina Stibrant Sunnerhagen

© 2009 UCR Svenska Hjärt-kärlregistren och WebRehab Sweden

Årsrapport WebRehab Sweden 2008

Bakgrund och syfte

Ålderspyramiden i Sverige, liksom andelen personer som lever med kroniska sjukdomar gör att önskemål om åtgärder från sjukvården ökar, trots oförändrade eller minskande resurser. Därmed behövs kunskap och information om den mest kostnadseffektiva formen av intervention. När fokus skiftar från handhavande av sjukdom hos individen till hälsan hos befolkningen, ökar behovet att kunna jämföra. Prioritering måste ges till effektivt management av sjukdom, inte bara ur individens perspektiv utan också med tanke på den ansträngda budgeten inom hälso- och sjukvård liksom för samhället i övrigt (försäkringskassa, socialtjänst mm). Rehabiliteringsåtgärder är en stor verksamhet inom hälso- och sjukvården. I slutenvården vårdades 2006 drygt 6000 personer med Z 508 eller Z 509 (vård för rehabiliteringsåtgärder) som bidiagnos, varav ca 1/3 var i arbetsför ålder.

När det gäller diagnosen stroke kommer de nya Nationella riktlinjerna för Stroke sjukvård att påverka rehabiliteringen. Vårdtiderna är ofta längre vid rehabiliteringsinsatser, men det har till exempel visat sig att strokevården löna sig, då personer som vårdats på stroke-enhet med integrerad rehabilitering oftare skrivs ut till hemmet och med ett lägre beroende. Det har också visat sig för stroke patienter att vård vid rehabiliteringsenhet ger bättre resultat i det senare skedet (se Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård).

Allt fler enheter inom rehabilitering i Sverige har kvalitetscertifierat sig via CARF <http://www.carf.org/>, vilket ökar kraven på att ha dokumentation över sin process samt patientinflytande i den egna rehabprocessen (belyses av upprättande av rehabplan och användande av denna).

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 rapportering av resultat till de deltagande enheterna. 2007 lanserades 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

Förbättringsresultat

För att kunna bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete krävs välfungerade rutiner för uppföljning. Det innebär att rätt data samlas in och analyseras korrekt. Tidigare har enstaka databaser funnits ute i olika enheter och jämförelser mellan enheterna har inte varit möjligt. Ett Webbaserat system ger möjlighet att följa utveckling regelbundet på ett enkelt sätt och att också kunna jämföra enhetens egna resultat mot ingående rehabiliteringskliniker i hela riket. Eftersom WebRehab startade 2007 pågår fortfarande ett viktigt arbete för att kontrollera och förbättra systemet utifrån de data som efterfrågas och en rimlig tidsåtgång att registrera i systemet. Under 2009 kommer en ny plattform att tas i bruk som skall tillgodose önskemål från användarna.

1. Väntetider

Fr.o.m. 2009 ska vi kunna följa våra väntetider och därmed sätta upp mål för att kunna ta emot patienter på ett effektivare sätt.

2. 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 att se att denna följs under och efter vårdtiden hjälper klinikerna att vid behov sätta upp mål för förbättringar. Här täcker Webrehab ett stort behov genom att kunna jämföra data från olika kliniker

3. **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.

4. **Komplikationer**

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

5. **Nöjdhet**

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

6. **Information**

Det är viktigt att lämna korrekt och heltäckande information hur rehabiliteringen bedrivs 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.

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska, t.ex. geriatrik, neurologi, ortopedisk rehabilitering mm. Antalet deltagande enheter har ökat liksom andelen registrerade patienter per enhet. Av de 21 olika sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner) är 19 representerade av en eller flera deltagande enheter förutom Landstinget Sörmland och Gotlands kommun.

Registrerande enheter och kontaktpersoner 2008

Danderyds sjukhus
Uppsala Akademiska sjukhus
Universitetssjukhuset i Linköping
Länssjukhuset i Ryhov
Rehabkliniken i Växjö
Blekingesjukhuset
Lund
Halmstad sjukhus
Sahlgrenska sjukhuset

Borås sjukhus SÅS
Kärnsjukhuset i Skövde
Centralsjukhuset i Karlstad
Universitetssjukhuset i Örebro

eva.nordstrom@ds.se
kryska.hjulstrom@akademiska.se
johan.alinder@lio.se
helen.tellfjord.spork@lj.se
lena.tuvhag@ltkronoberg.se
eva-mary-ann.johansson@ltblekinge.se
ulla-britt.flansbjer@skane.se
Karin.rennblad-borner@lthalland.se
karin.blomqvist@vgregion.se
linda.johnsson@vgregion.se
inger.holgersson@vgregion.se
jill.akerlund@vgregion.se
siw.thuesson@liv.se
ulla-britt.staberyd@orebroll.se

Västerås lasarett
Falun lasarett
Sandvikens sjukhus
Härnösands sjukhus
Östersunds sjukhus
Norrlands universitetssjukhus
Sunderbyns sjukhus

inger.tynn@ltv.se
maria.ryberg@ltdalarna.se
ingela.backman@lg.se
margaretha.holmberg@lvn.se
margareta.osth@jll.se
karin.hellsten@vll.se
Lisa.Karlsson-Lindstrom@nll.se

Startar 2009

Västervik sjukhus
Uddevalla sjukhus

BrittMaK@ltkalmars.se
madeleine.hogbring@vgregion.se

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

Styr- och analysgrupp

Ordförande: **Marianne Lannsjö**
Överläkare
Länkliniken för rehabiliteringsmedicin
Sandviken
e-post: marianne.lannsjö@lg.se

Ägarrepresentant: **Jörgen Borg** (tom dec 08)
Professor
Rehabiliteringsmedicin
Uppsala
e-post: jorgen.borg@rehab.uu.se

Enhetsrepresentanter: **Ann Sörbo**
Överläkare
Rehabiliteringsmedicin
Uddevalla
e-post: ann.km.sorbo@vgregion.se

Anna Tölli

Överläkare
Rehabiliteringsmedicin
Stockholm
e-post: anna.tolli@ds.se

Ulla-Britt Flansbjer (från våren 2009)
Leg. Sjukgymnast, Med dr
Lund-Orup
e-post: ulla-britt.flansbjer@skane.se

Åsa Lundgren Nilsson (från våren 2009)
Leg. Arbetsterapeut, Med dr
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Högsbo)
e-post: asa.lundgren-nilsson@neurophys.gu.se

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

UCR kontakt person har under året varierat

Utbildningsinsatser i WebRehab Sweden

15 jan	Östersund
15 april	WebRehab har nationell utbildningsdag för användare i Uppsala
2 sept	Uddevalla

Aktiviteter 2008

8 jan	Telemöte styrgrupp
7 febr	UCR har kvalitetsregisterdag i Uppsala
26 febr	Ordförande och kontaktperson möte på UCR i Uppsala
18 mars	Ordförande och kontaktperson möte på UCR i Uppsala
30 maj	Telemöte i styrgrupp
10 juni	Ordförande och kontaktperson möte
29 aug	Telemöte i styrgrupp
12 sept	Styrgruppsmöte i Göteborg
6 okt	Styrgruppsmöte på UCR i Uppsala
6 +7 okt	Nationella kvalitetsregisterdagar i Umeå
21 okt	Telemöte i styrgrupp

Kvalitetsregisterdag WebRehab Sweden

10 sept WebRehab's kvalitetsregisterdag i Uppsala

Sammanfattning av det andra året (2008)

Under det andra året har en del nya enheter tillkommit och andelen inmatningar har ökat. Som alla nya projekt har WebRehab Sweden haft en del barnsjukdomar. Programvaran har i princip fungerat bra, men det fanns (och finns säkert ännu) förbättringspotential i de instruktioner som dels ligger som manualer och dels som informationsruta när man scroller med musen över skärmen. Ändringar har gjorts med syfte att förbättra användarvänligheten och kvalitet på inmatningarna i databasen. Vi har nu beslutat att större ändringar sker vid ett tillfälle årligen om det finns anledning till detta. Det var en god uppslutning vid kvalitetsregisterdagen förra året och många diskussioner om hur data ska tolkas och användas lokalt. Det framkom en ökad medvetenhet om vikten av struktur i datainsamling och inmatning, vilket är en förutsättning för den förändring i redovisningen som kommer att ske för årsrapporten för 2009, som kommer att vara öppen (det vill säga att man kan se de olika sjukhus/enheternas resultat). Det är en utveckling som möjliggör jämförande analyser mellan sjukhus för såväl professionella som brukare och andra intresserade.

Samarbetet med UCR har i år påverkats av personalomsättning/omorganisation där och vi har inte haft förmånen att arbeta mot en och samma person som är insatt i registret. Det har medfört att en del ändringar som har föreslagits/beslutats har tagit lång tid att få genomförda och i vissa fall inte blivit gjorda. Sammanställningen av data till årsrapporten har också påverkats med tidsfördröjning och svårigheter att få data bearbetade som önskat samt vissa oklarheter på vilka data som har bearbetats. Data i årsrapporten bygger på material som har erhållits UCR fram till den sista augusti med vissa justeringar i september. Under innevarande år har den fortsatta diskussionen kring en öppenvårdsmodul fortsatt men då UCR inte har kunnat göra de ändringar som har begärts har denna tanke inte kunnat omsättas. Diskussioner kommer äga rum under året med företrädare för det öppenvårdsregister för smärta (som också ägs av Svensk förening för rehabiliteringsmedicin) då det registret nu i år också har web-baserats och sköts av UCR. Förhoppningsvis kan det leda till en gemensam struktur i en öppenvårdsmodul som efterfrågas av enheterna. Dessutom finns det uppenbara vinster att

samverka kring dessa frågor med en ökad möjlighet till bearbetning av data och enklare för de deltagande enheterna.

Vi har till vår glädje fått in 1804 nyregistreringar under 2008 vilket är en ökning på drygt 60 % i år! Detta 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 domineras 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. En del inmatningar finns på personer med spinalskada men inte motsvarande antalet som vårdas på enheterna, vilket får tolkas som en konsekvens av att det även finns ett spinalskaderegister. Om enheten deltar i bägge registren är det tillåtet att mata in data även i detta. Som en kvalitetsaspekt får man se registrering av BMI. BMI kan nyttjas som en spegling av patientens nutritionsstatus och vid olika hjärnskador är det inte ovanligt med sväljningssvårigheter vilket kan påverka vikten. Att registrera vikten vid inskrivning och följa den under vårdtiden är en grund för diskussion om näringsintag liksom ett ökat näringsuttag som även träning kan innebära. Inom detta område tycks det finnas en stor förbättringspotential då det dels finns färre registreringar än patienter på sjukhusen dels en del nedgångar i BMI som man kan reflektera över om de är önskvärda under den första rehabiliteringsperioden.

I många fall finns det en ganska stor andel vet ej svar (t.ex. avseende rökning, sexuell funktion, livskvalitet). Idag har registret en utformning så det går inte att utläsa om det är den tillfrågade patienten som inte vet eller om det är den registrerande personalen som är ovetande. Här önskar vi en förändring så att man kan avläsa om enheten ställer dessa frågor som är viktiga för vårdens kvalitet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter skall en patient vara delaktig i sin rehabilitering och en rehabiliteringsplan skall upprättas i samråd med denne. När det finns en rehab plan så används den (98 %).

Göteborg 090915

Katharina Stibrant Sunnerhagen

Registerhållare

Registrets innehåll

- Inskrivning
- Utskrivning
- Uppföljning (1år)

Idag är det utformat för slutenvård men en dagvårdsversion kommer.

Registret innehåller

- Demografiska faktorer, faktorer om remitteringsvägar och vårdtider
- Antal registreringar/enhet
- Diagnosgrupper/enhet
- Ålder/kön/diagnos för riket
- Rökning, missbruk/diagnos
- Tid från insjuknande till inskrivning/enhet
- ICF relaterad beskrivning av patientens problem
- Körkort – beskrivning om hur många som finns i varje kategori
- Antal genomförda uppföljningar

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

Processmått

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

- Rehabinsatser före inskrivning
- Vårdtid
- Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning
- Stroke – vilken andel kommer från strokeenhet
- I vilken utsträckning har enheterna besvarat/genomfört:
 - Fråga om ställningstagande till om medicinska hinder för körkort har funnits (enligt körkortsförordningen)
 - ADL
 - EQ5D
 - LiSat
 - BMI
 - fråga om rökning
- Tid från utskrivningsklar till utskrivning
- Utskrivning: fråga om rehabplan upprättats (enligt SOS föreskrifter)
- Uppföljning: Fråga om rehabplan finns och om den följts (enligt SOS föreskrifter)

Resultatmått

- Avlidna under vårdtiden
- ADL beroende vid inskrivning och utskrivning
- Komplikationer(värdera vårdkvalitet)

- Medicinska händelser (för att täcka in variationer i vårdtid/resultat beroende på händelser tex. hydrocephalus utveckling eller MRSA)
- EQ5D in och ut
- BMI vid inskrivning och utskrivning
- Hushåll vid inskrivning och utskrivning samt separat för uppföljning
- Försörjning vid inskrivning och utskrivning samt separat för uppföljning
- LiSat vid utskrivning och separat vid uppföljning
- Utskriven till

För hjärnskadade

GOSE (Glasgow outcome scale extended)

Disorders of Consciousness enligt Josef Giacinos klassifikation

Patientens tillfredsställelse 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 styrguppen arbetat fram WebRehab Sweden.

Inmatning sker direkt via internetbaserat formulär till en databas. Sannolikt gör klinikerna 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.

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.

Demografi

Antal registreringar per enhet

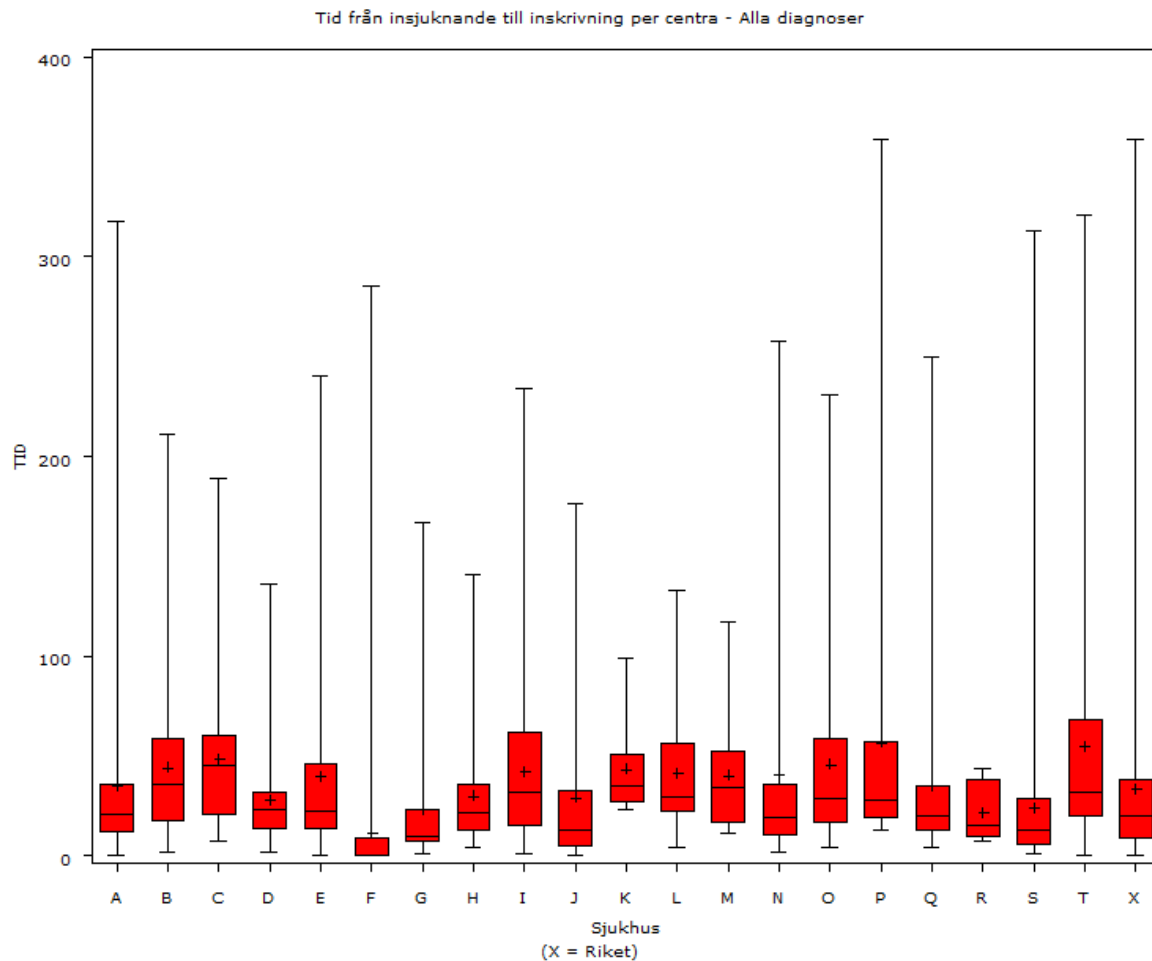
Totalt har 1804 registreringar gjorts i riket som helhet avseende nyintagna (i akutskedet). Det är en ökning med 717 st jämfört med 2007. Definition av nyintagning avser intagning i akutskede. Inskrivning åter in är en intagning senare med annat syfte än i akut-skedet. Om patienten varit inskriven tidigare (det senaste året) men hälsotillståndet är väsentligt förändrat ska patienten registreras som nyinskrivning och inte åter in. En bidragande orsak kan vara att 5 enheter ytterligare har anslutit sig till registret.

Sjukhus	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	X
Antal registr.	204	42	28	78	134	225	186	106	73	89	13	59	35	32	100	60	101	7	51	181	1804

Åter in registreringar

Under året har 64 patienter registrerats som åter in för riket varav drygt hälften är stroke eller annan hjärnskada. Förra året registrerats endast 12 patienter som åter in, således en klar ökning i år vilket kan bero på att vi förtydligat definitionen i registret som en följd av den oväntat låga siffran för 2007. Definition: 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. Dock vet vi att alla enheter inte tolkat detta på samma sätt utan i stället registrerat varje vårdtillfälle som nyinskrivning vilket innebär en osäkerhet vid tolkning av dessa siffror. Denna olikhet bör diskuteras för att uppnå en för alla godtagbar definition.

Tid från insjuknande till inskrivning per enhet



Spridningen mellan de olika enheterna varierar stort medan medianerna ligger förhållandevis samlade. Anmärkningsvärt är att vissa patienter läggs in för första gången nästan ett år efter insjuknandet. Detta skulle kunna vara en felregistrering där en patient som registreras som ny egentligen är åter in. Någon eller några enheter att valt att registrera varje nyintagning med en klar målsättning/rehabplan räknas som "inskrivning nyintagning" oberoende om det är i akut fas eller senare

Diagnosgrupper för riket per åldersgrupp

Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (45 %) och hjärnskador som samlingsdiagnos utgör 67 % av det totala antalet registrerade. Detta är exakt samma siffror som för förra året. "Annat" utgör i år endast 2 % (36 personer) vilket är en ungefär det samma

antal som förra året (3,6 % eller 39 personer). Arbetet med att förtydliga diagnosregistreringen har således gett resultat.

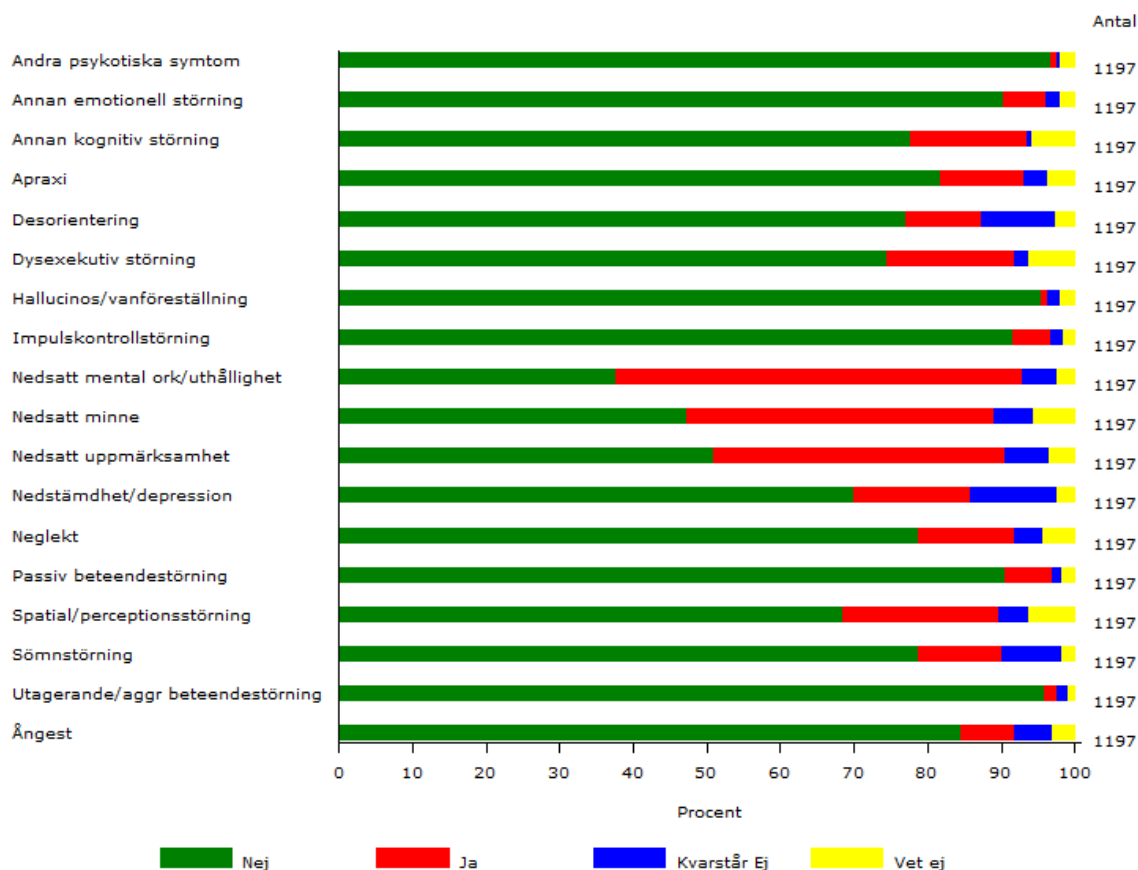
Fördelningen avseende diagnosregistrering i 3 åldersgrupper analyserades inte förra året. Data visar i år att majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 16-64 år. Anmärkningsvärt är att 29 % är äldre än 64 år och 55 % av dessa är personer med stroke.

Diagnos	Antal per åldersgrupp			Totalt antal	Vilket sammanfaller	
	16-44	45-64	65+		Medelålder	Medianålder
Annat	4	12	21	37	66.3	69.0
Stroke	89	432	288	809	61.6	61.0
SAB	11	73	9	93	55.3	56.0
TBI	100	88	14	202	42.5	45.0
Annan hjärnskada	41	45	7	93	45.0	48.0
Ryggmärgsskada	24	26	23	73	53.4	55.0
Demyeliniserande sjukdomar	14	32	6	52	50.7	50.0
Annan neurodiagnos	34	65	30	129	54.5	57.0
Reumatiska sjukdomar	1	6	5	12	61.2	60.5
Rehab efter ortopediskt ingrepp	2	1	1	4	45.0	44.5
Övriga sjukdomar inom rörelseapp	5	13	18	36	61.2	64.0
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	5	19	31	55	67.2	67.0
Cancersjukdom	.	6	1	7	57.4	57.0
Psykiatrisk sjukdom	4	2	.	6	40.8	42.0
Övriga skador	40	34	39	113	52.6	54.0
Övriga diagnoser	21	30	32	83	59.7	60.0
SUMMA	395	884	525	1804	56.6	58.0

Funktionsnedsättningar enligt ICF:s klassifikation

Förekomst av funktionsnedsättningar identifieras enligt ICF. Figurerna nedan beskriver funktionsnedsättningar av betydelse för rehabiliteringen för riket som helhet/diagnosgrupp då detta registreras vid in- och utskrivning.

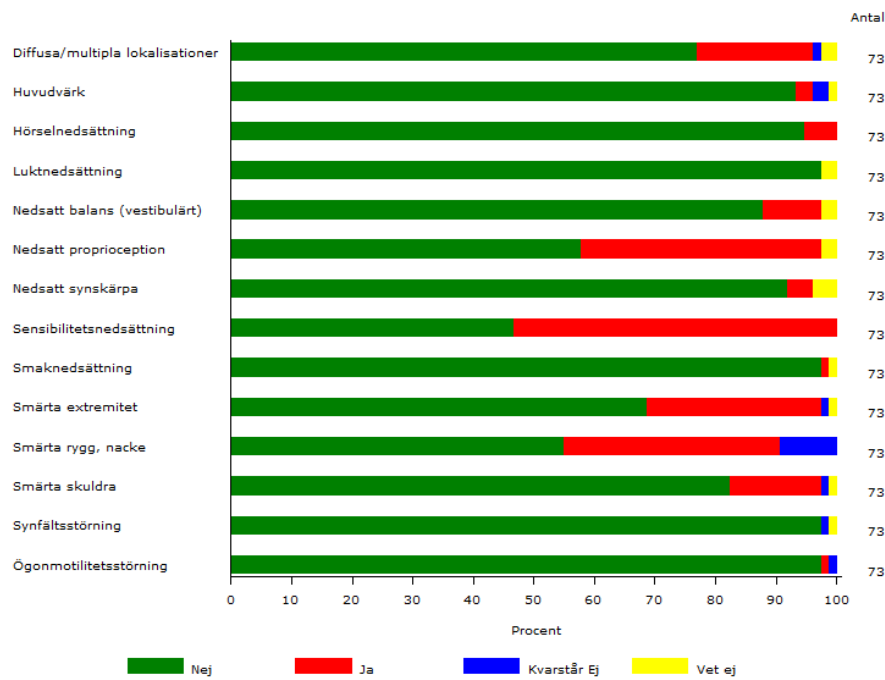
ICF - Psykiska funktioner (Stroke eller TBI, SAB eller annan hjärnskada)



Vanligast förekommande problem är nedsatt mental ork/uthållighet, nedsatt minne och nedsatt uppmärksamhet hos personer med TBI, stroke eller annan hjärnskada. Hallucinos och psykos är ovanligt.

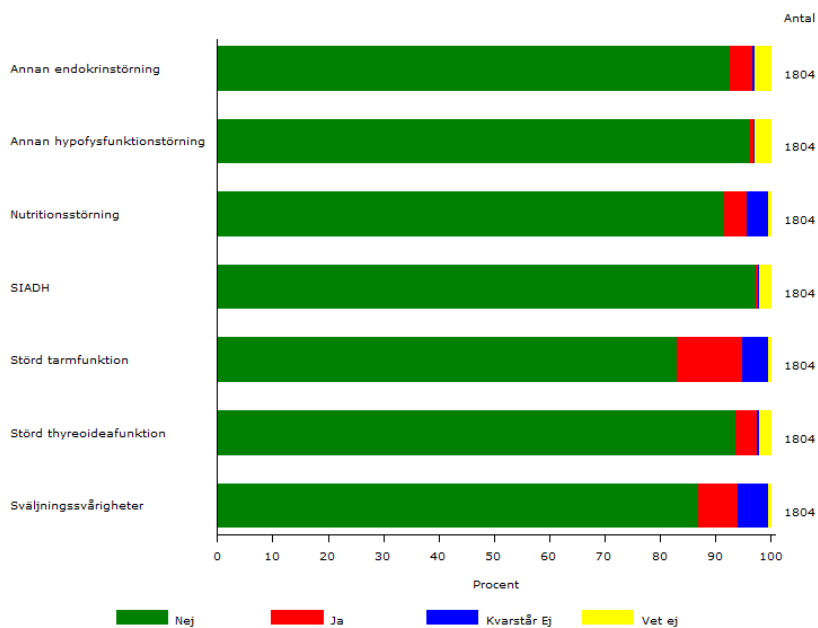
När det gäller sinnesfunktioner och smärta är smärta vanligast förekommande vid ryggmärgsskada och demyeliniserande sjukdomar. De dominerande områdena i övrigt är sensibilitetsnedsättning, smärta i rygg och nacke och störd proprioception illustrerat för ryggmärgsskadegruppen.

ICF - Sinnesfunktioner och smärta (Ryggmärgsskada)



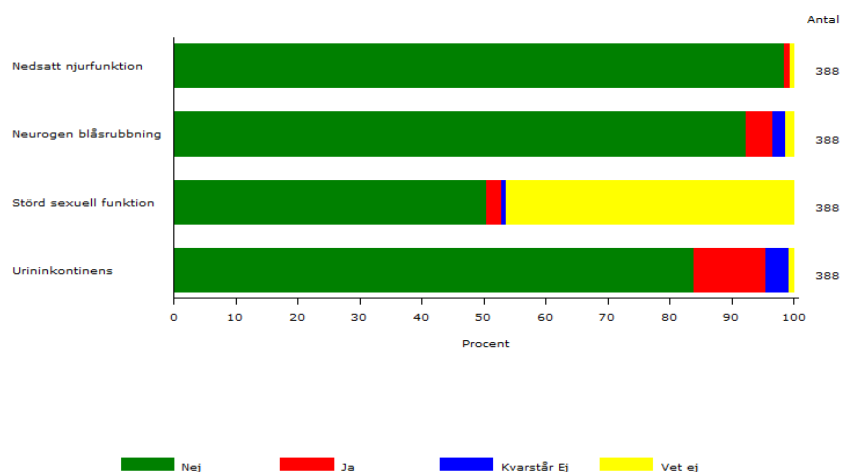
När det gäller alla diagnosgrupper samlat är problem med matsmältning, ämnesomsättning och endokrina störningar är störd tarmfunktion registrerat som det vanligaste problemet.

ICF - Matsmältning, ämnesomsättning, endokrin

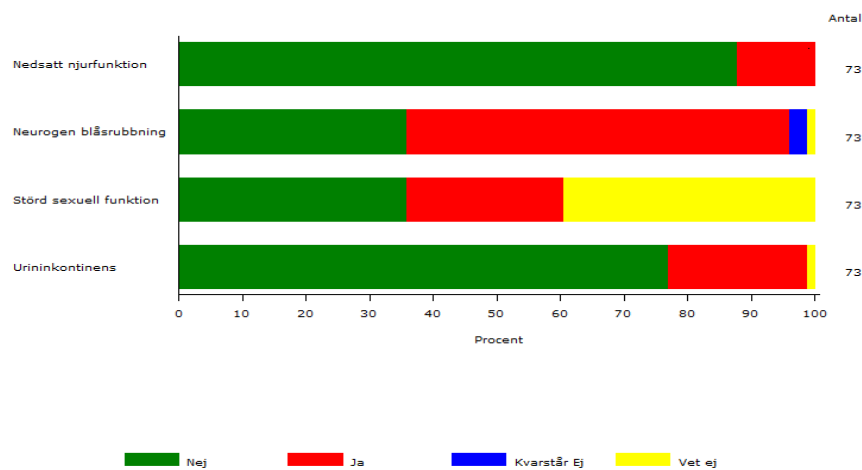


Om det föreligger eller har funnits störd sexuell funktion registreras i anmärkningsvärd hög grad som "vet ej". Detta är ett observandum och kan tyda på att detta är ett område som inte beaktas inom rehabiliterings sjukvården. Här finns en förbättringspotential både angående registreringarna och i klinisk praxis. Detta är en bekräftelse på misstanken från förra året om att man inte i önskvärd utsträckning tar reda på om det föreligger problem med sexuell funktion. I bilderna på denna sida visas data för TBI, stroke eller annan hjärnskada, ryggmärgsskada.

ICF - Köns- och urinorgan (TBI, SAB eller annan hjärnskada)

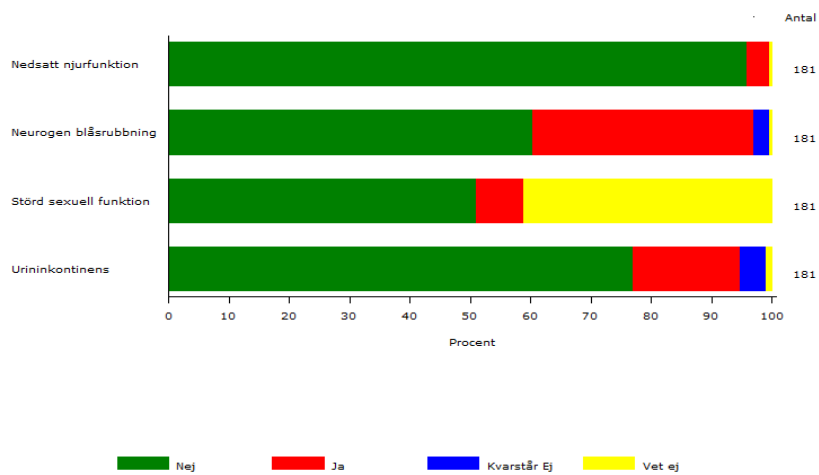


ICF - Köns- och urinorgan (Ryggmärgsskada)

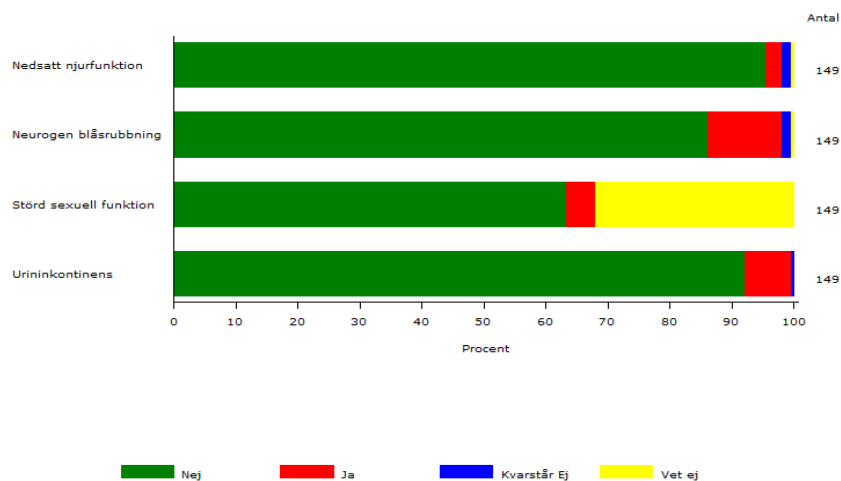


I bilderna på denna sida visas data för Demyeliniserade sjukdomar eller annan neurodiagnos samt övriga skador/övriga sjukdomar inom rörelseapparaten.

ICF - Köns- och urinorgan (Demyeliniserande sjukdomar eller annan neurodiagnos)

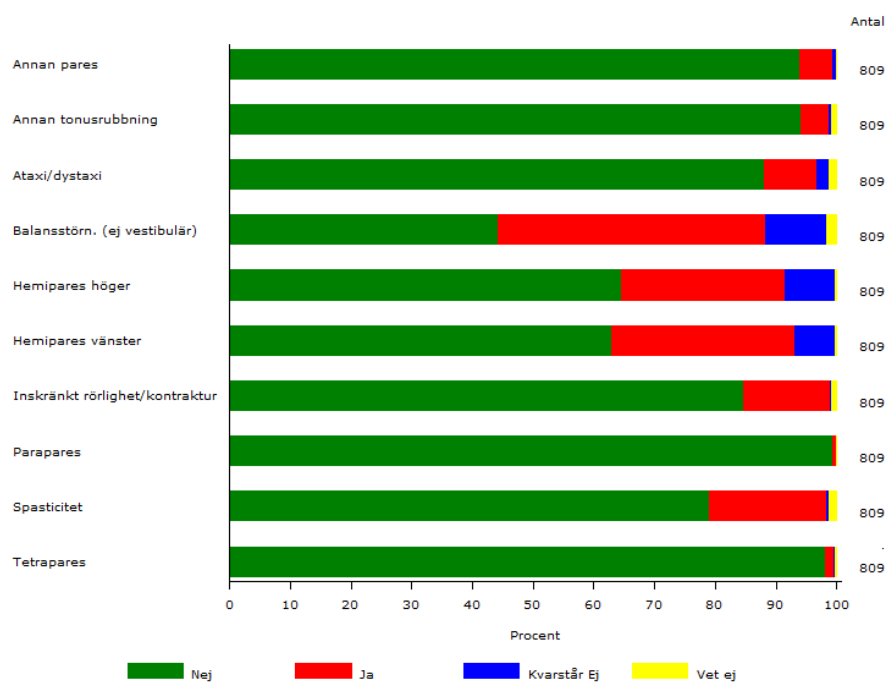


ICF - Köns- och urinorgan (Övriga skador/Övriga sjukdomar inom rörelseapparaten)



Förra året registrerades mycket få motorikproblem gällande neuromuskuloskelettal och rörelserelaterad funktion hos personerna som var intagna för rehabilitering, vilket föranledde diskussion. I år har antalet registrerade problem ökat. Detta illustreras nedan för strokegruppen. Det är värt att notera att fortfarande anges att mer än hälften av personerna som har vårdats för stroke registreras som inte ha hemipares med betydelse för rehabiliteringen.

ICF - Neuromuskuloskelettal och rörelserelaterad funktion (Stroke)



Förekomst av rökning/missbruk per diagnos i populationen

Diagnosgrupp	Rökare			Missbruk av alkohol			Missbruk av droger			Missbruk av läkemedel		
	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej
Annat	32	3	2	35	2	.	36	1	.	34	2	1
Stroke	648	142	19	726	37	46	783	4	22	772	3	34
SAB	67	22	4	84	7	2	90	.	3	87	1	5
TBI	126	51	25	129	46	27	170	14	18	176	10	16
Annan hjärnskada	71	18	4	82	6	5	81	8	4	81	6	6

Diagnosgrupp	Rökare			Missbruk av alkohol			Missbruk av droger			Missbruk av läkemedel		
	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej
Ryggmärgsskada	59	12	2	65	5	3	70	.	3	69	1	3
Demyeliniserande sjukdomar	47	5	.	48	2	2	52	.	.	52	.	.
Annan neurodiagnos	107	18	4	116	7	6	124	2	3	123	3	3
Reumatiska sjukdomar	9	1	2	10	.	2	11	.	1	11	.	1
Rehab efter ortopediskt ingrepp	3	.	1	2	.	2	3	.	1	3	.	1
Övriga sjukdomar inom rörelseapp	32	4	.	34	1	1	34	1	1	33	1	2
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	42	11	2	48	2	5	53	.	2	51	.	4
Cancersjukdom	6	.	1	7	.	.	7	.	.	7	.	.
Psykiatrisk sjukdom	6	.	.	5	1	.	6	.	.	6	.	.
Övriga skador	92	12	9	95	8	10	107	2	4	106	2	5
Övriga diagnoser	67	9	7	68	6	9	79	.	4	76	2	5

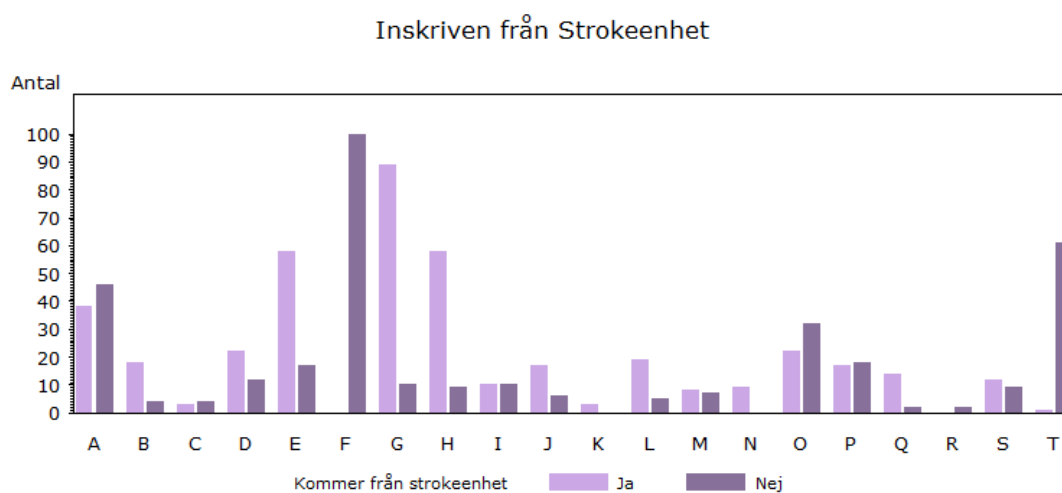
När det gäller rökning ligger gruppen med SAB och TBI högst, c:a en fjärdedel röker. Förekomst av rökning bland ryggmärgsskadade är i år högre, 16 % jämfört med 9 % förra året.

Missbruk av alkohol, droger och/eller läkemedel är fortfarande vanligast i gruppen TBI. Fortfarande finns sannolikt ett mörkertal avseende alkoholmissbruk då registrering ”vet ej” uppgår till 13 % för TBI att jämföra med 5 % i gruppen stroke.

Processmått

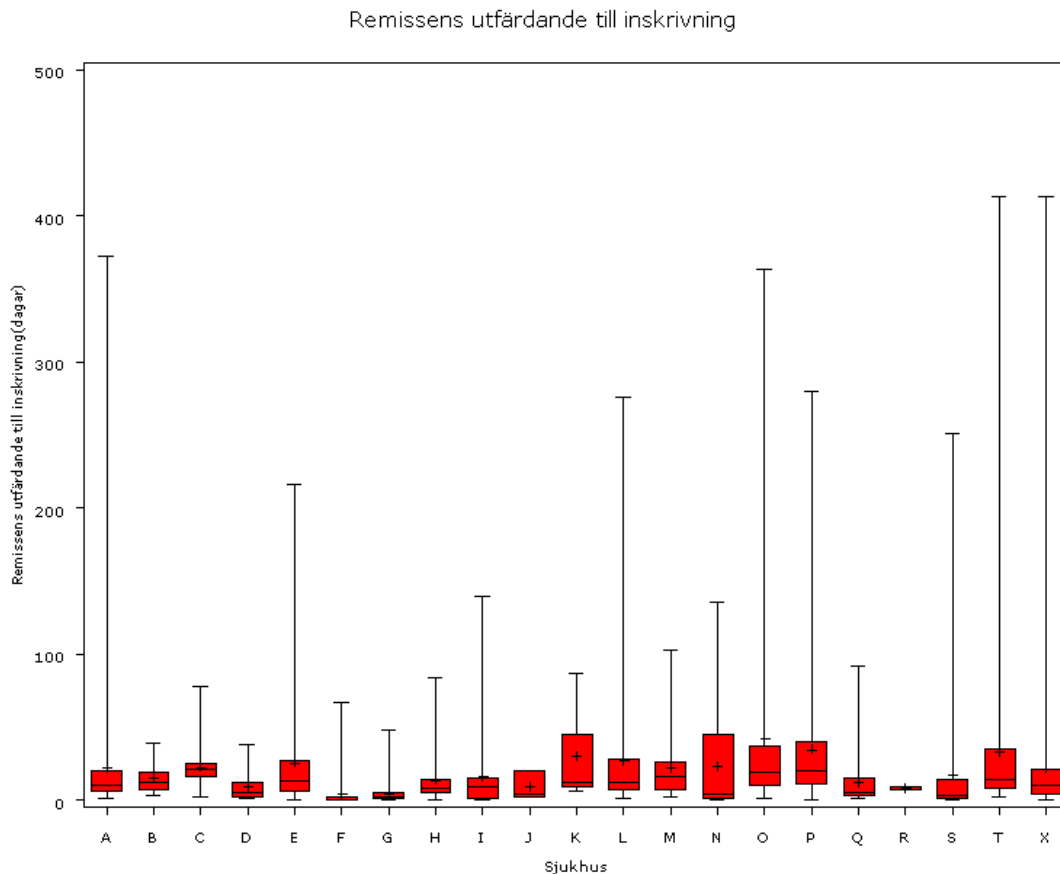
Stroke – inskriven direkt från strokeenhet

En stor diagnosgrupp inom slutenvårdsrehabilitering är stroke; de som inskrivits direkt från strokeenhet redovisas nedan. Totalt har 809 strokepatienter registrerats.



Det framgår från figuren att det är många patienter med stroke som registreras att de inte kommer från en strokeenhet. Detta står i kontrast med det faktum att alla sjukhus i Sverige idag har strokeenheter och att enligt Riks-strokes årsrapport för 2007 (<http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Rapport07.pdf>) får mer än 82 % av personerna med stroke vård på strokeenhet någon gång under vårdtiden. En del kliniker tar patienterna direkt i akutskedet och då vårdas de inte på någon strokeenhet före rehabiliteringen. Det framkommer också i kontakt med olika deltagande enheter att man inte alltid vet vilken enhet/avdelning som betecknar sig som stroke-enhet och är deltagare i Riks-stroke.

Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning.



I flera fall finns extremvärden, 5 enheter har värden som överstiger 200 dagar. Vid kontroll visar det sig att flera registreringar är felaktigt gjorda. Eftersom värden inte blivit publicerade förrän 2009-10-12 har enheterna inte kunnat göra någon kvalitetskontroll av sina inmatade data.

Registreringen på detta område behöver förtydligas. Enbart remissdatum speglar inte när patienten uppfyller intagningskriterier för rehabilitering och därmed kan registreras på väntelista.

Tid från remiss till inskrivning uppdelat per diagnosområde.

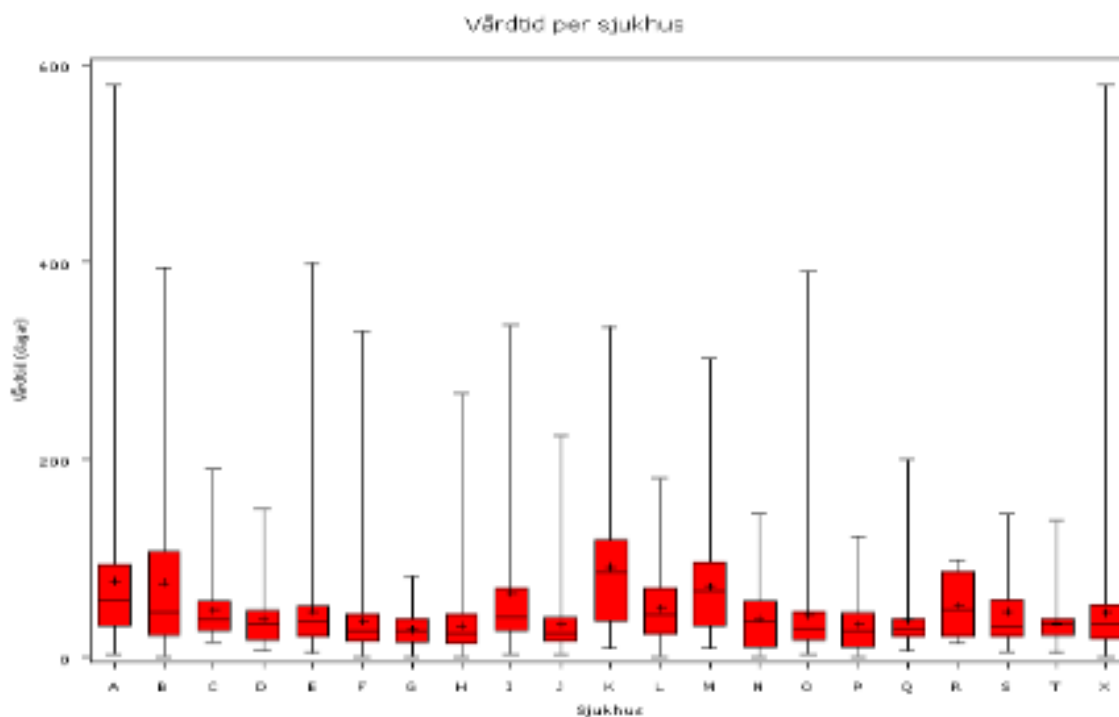
Diagnos	Antal värden	Min	Max	Medelvärde	Median
Stroke	493	0	372	15.9	8
TBI, SAB eller annan hjärnskada	251	0	280	24.4	12
Ryggmärgsskada	39	0	193	29.3	12
Demyeliserande sjukdomar, annan neurodiagnos	90	0	413	38.0	12.5
Övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten	87	0	363	27.18	7.0
Övriga diagnosgrupper	106	0	108	17.68	10.0

Resurser

Det är mycket små skillnader i resurser (tillgång på olika professioner och deras medverkan i teamen) mellan de olika enheterna. Mer detaljerad information kan fås från registret

Vårdtid

Vårdtid i antal dagar redovisat per sjukhus och för varje diagnosgrupp



Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Registrering			Återregistrering		
	Medelvärde (dagar)	Median (dagar)	Antal	Medelvärde (dagar)	Median (dagar)	Antal
Stroke	43.2	34.0	809	31.1	22.0	18
TBI, SAB eller annan hjärnskada	53.8	35.0	388	34.1	20.5	18
Ryggmärgsskada	44.6	34.0	73	41.6	42.0	5
Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	36.5	25.0	181	20.8	18.0	5
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	41.4	33.0	149	30.3	29.5	4
Övr diagnos-grupper	37.8	28.5	204	26.4	19.0	14

Medelvårdtid /diagnosgrupp och sjukhus

Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs-skada	Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelsapp	Övr diagnos-grupper
A	82.3	74.1		10.5	21.0	55.5
B	77.0	78.2		6.0	37.0	
C	44.0	43.3		61.7		57.0
D	43.0	34.4		30.6	31.6	38.9
E	43.6	118.9	35.0	39.7	24.9	44.9
F	29.0	53.0		24.8	49.9	45.1
G	29.6	29.7	20.4	22.1	30.1	25.1
H	31.7	34.6	16.0	25.4	62.0	19.4
I	50.0	84.8	77.9	38.7	77.6	66.9
J	46.9	26.4	36.6	21.6	41.5	17.3
K	62.3	99.3				
L	53.7	54.7	43.0	37.4	22.0	57.7
M	74.9	71.1	57.5	98.3	35.0	20.0
N	59.7	50.8	71.0	15.7	30.0	21.8
O	35.6	30.5	24.5	120.3	32.3	30.2
P	35.3	31.2		11.0	7.0	
Q	39.3	29.3	64.5	25.0	40.4	40.3
R	70.5	36.3		86.0		21.0
S	50.1	40.8	66.0	57.2	15.5	26.0
T	32.8	32.8	39.8	25.3	45.4	31.4
X	43.2	53.8	44.6	36.5	41.4	37.8

Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Alla sjukhus har en median på 0 dagar från utskrivningsklar till utskrivning. Sex sjukhus (A, D, K, M, P, R) har inte haft någon patient inneliggande efter att de blivit utskrivningsklara. En patient har varit inneliggande upp till 280 dagar, och två ytterligare personer över 100 dagar efter datum för utskrivningsklar. Tre sjukhus (B, H, L) har något högre medelvärden på antal vård dagar från datum för utskrivningsklar till datum för utskrivning. Huruvida detta avspeglar samarbetet med de olika kommunerna så att personen kan tas emot när det är medicinsk

berättigat eller om en inverkan finns även på avdelningens benägenhet att anmäla utskrivningsklar patient bör övervägas på varje enhet.

Sjukhus	Medelvärde	Median	Antal värden	Min	Max
B	6.7	0	42	0	280
C	1.6	0	26	0	27
E	1.2	0	134	0	140
F	1.4	0	223	0	63
G	0.5	0	184	0	15
H	4.1	0	91	0	154
I	0.1	0	73	0	9
J	0.6	0	89	0	35
L	8.2	0	58	0	79
N	1.1	0	32	0	28
O	0.1	0	100	0	4
Q	0.3	0	99	0	8
S	1.6	0	51	0	67
T	1.2	0	181	0	74
X	1.2	0	1777	0	280

Avbruten rehabilitering 2008

Totalt 51 personer i hela riket har avbrutit sin rehabilitering (varav 7 eget beslut). Sex personer har avlidit under sin rehabilitering.

Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret

- *Fråga om rökning/missbruk*

Det är endast mellan 4 och 7 % av patienterna som ej var bedömda vad gäller rökvanor och missbruk för riket. Detta speglar andelen som angett "vet ej" enligt populationsbeskrivning och är mycket låga siffror.

- *Fråga om körkort*

I genomsnitt för riket var det totalt 16 % av de patienterna, som hade körkort sedan tidigare, som inte var bedömda vad gäller förmågan att köra bil i samband med rehabilitering. Fortsatt arbete bör läggas på att förbättra detta. I samband med rehabilitering är det viktigt att ställningstagande till lämplighet att köra bil, görs på alla som har körkort.

- *ADL-förmåga*

ADL förmåga har bedömts, som ett riksgenomsnitt, hos 93 % vid inskrivningen hos 86 % vid utskrivningen (av totalt 1804 som skrevs ut 2008) vilket bedöms som en tillfredsställande grad av ifyllnad.

- *EQ5D*

EQ5D har fyllts i, som ett riksgenomsnitt hos 75 % vid inskrivningen och hos 65 % vid utskrivningen (av totalt 1804 som skrevs ut 2008) Graden av ifyllande har öka sedan 2007 då instrumentet endast användes på 43 % resp. 41 % vid in- och utskrivning.

- *Livstillfredställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)*

LiSat har fyllts i för 45 % av samtliga utskrivna patienter 2008. Alla personer kan eller vill inte medverka i detta vilket måste beaktas när användningsfrekvens av LiSat bedöms. Det finns en positiv trend jämfört med 2007 då antalet patienter som besvarade LiSat var endast 35 %

- *BMI*

BMI har fyllts i, som ett riksgenomsnitt, hos 89 % vid inskrivning och hos 69 % vid utskrivning (av totalt 1804 som skrevs ut 2008). Detta mått får ses som en kvalitetsindikator på om enheten är medveten om vikten av patientens nutritionsintag och hur det påverkar rehabiliteringsprocessen.

Sjukhus	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	X
Andel i % inskrivning	96	95	71	99	100	87	78	95	82	39	100	97	97	100	95	90	100	100	80	94	89
Andel i % utskrivning	74	86	68	77	66	85	39	81	62	6	92	93	14	97	90	63	90	86	49	75	69

- *GOSE*

Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) har fyllts i, som ett riksgenomsnitt, för 48 % av samtliga 1804 registrerade patienter. Antal patienter inom diagnosgrupperna med hjärnskada är 1197 vilket innebär att 866 (72 %) av dessa bedömts enligt GOSE. Detta underlag är osäkert och kommer att kontrolleras ytterligare.

- *Patient tillfredställelse*

Vi vet inte hur många patienter som har svarat på frågor om nöjdhet. Antal vet ej ligger mellan 35 % och 43 % på riksnivå och detta kan både innebära att patienterna inte vet eller att de inte är tillfrågade.

Har rehabiliteringsplan upprättats och följts a. vid utskrivning

Andelen patienter som fått rehabiliteringsplan varierar mellan olika sjukhus. Sett till hela riket har 77 % av patienterna fått en skriftlig rehabiliterings plan under rehabiliteringsperioden. Mindre än 70 % av patienterna på 5 sjukhus (A, F, G, M, N), har fått en skriftlig rehabiliterings plan. Detta är ett kvalitetsmått och finns föreskrivet från SOS och här finns en stor förbättringspotential.

Sjukhus	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	X
Andel i %	56	79	96	96	98	57	30	95	93	96	100	81	63	66	90	70	98	86	88	91	77

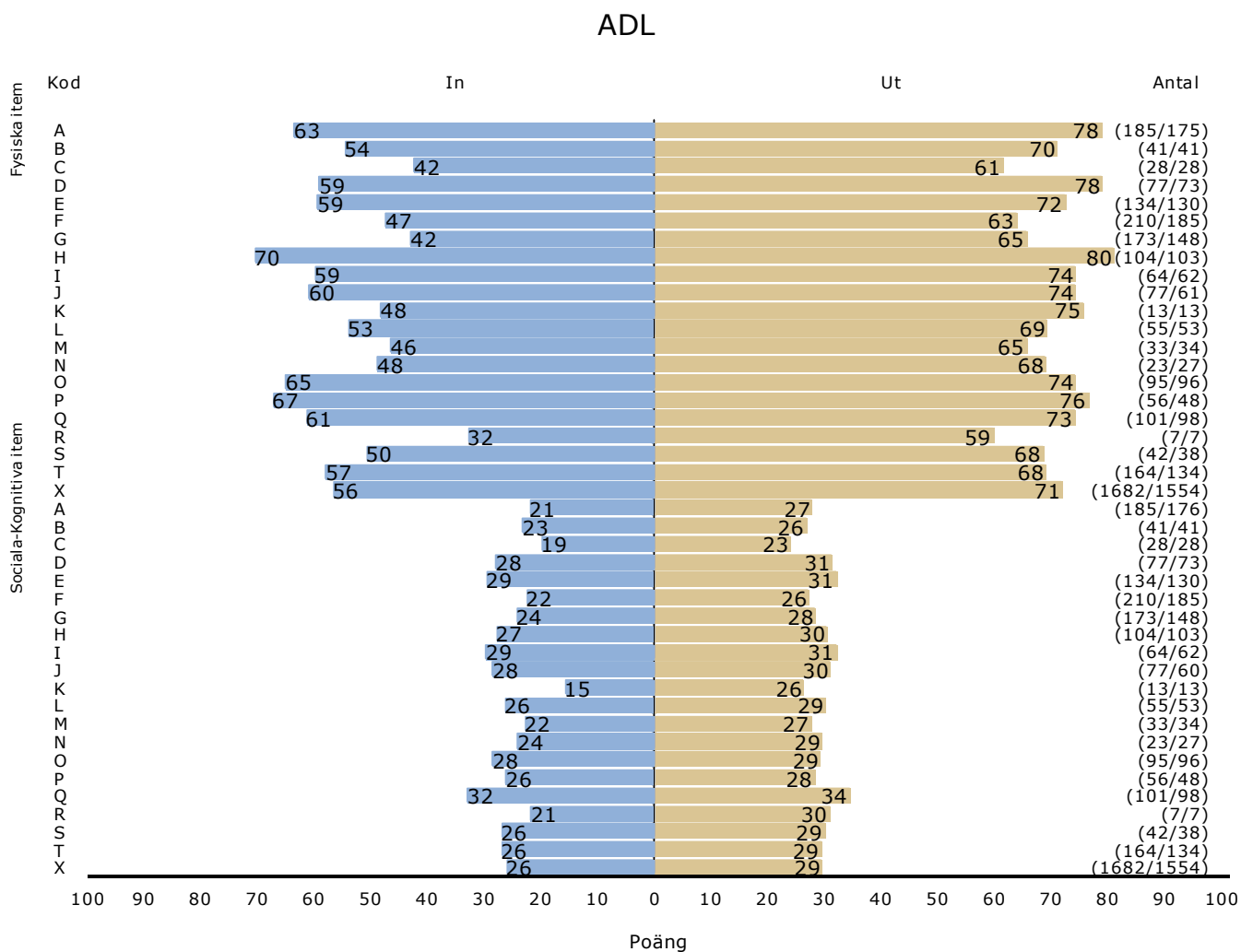
I genomsnitt för riket har rehabplanen använts i 98 % av de fall där en rehabplan upprättats.

b. vid uppföljning

Rutiner för uppföljning efter ett år är fortfarande inte helt tillfredsställande på de olika sjukhusen. Hur data ska tas ut har inte varit klart för UCR. Resultatet av uppföljningen kommer att gälla patienter som följts upp under 2008.

Avlidna

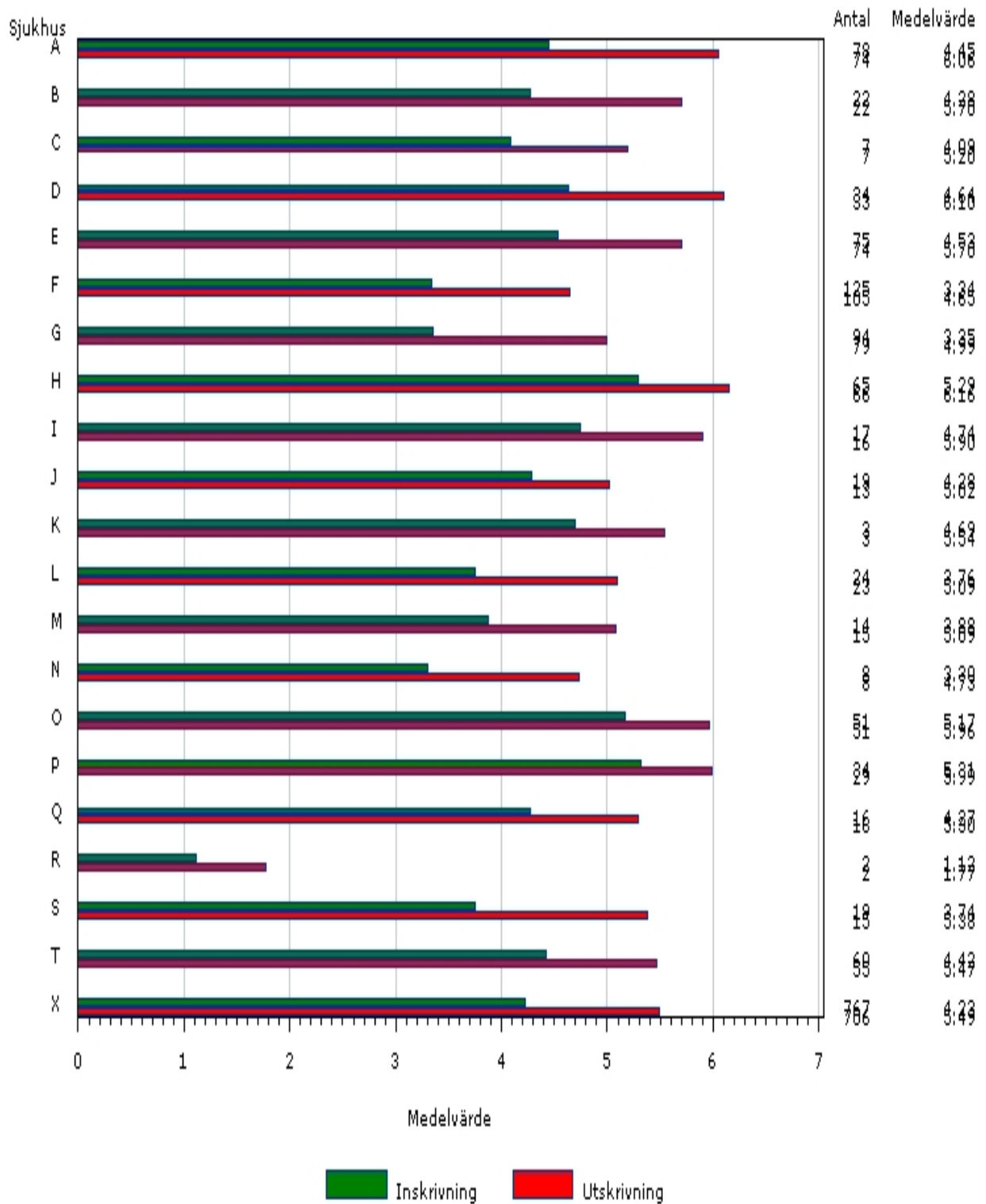
Under 2008 har totalt 6 personer avlidit (utgör 0,3 % av totalt 1804 registreringar), varav 4 personer med strokediagnos, 1 person med ryggmärgsskada och 1 person tillhörde gruppen övriga diagnosgrupper. År 2007 var andelen avlidna 0,2 %. Dödligheten är 2008 fortsatt låg vilket inte är oväntat. Få rehabiliteringsenheter har direktintag.



Nivå på ADL vad gäller fysiska funktioner vid intag varierar en hel del mellan enheter. Många enheter har relativt höga FIM-värden.

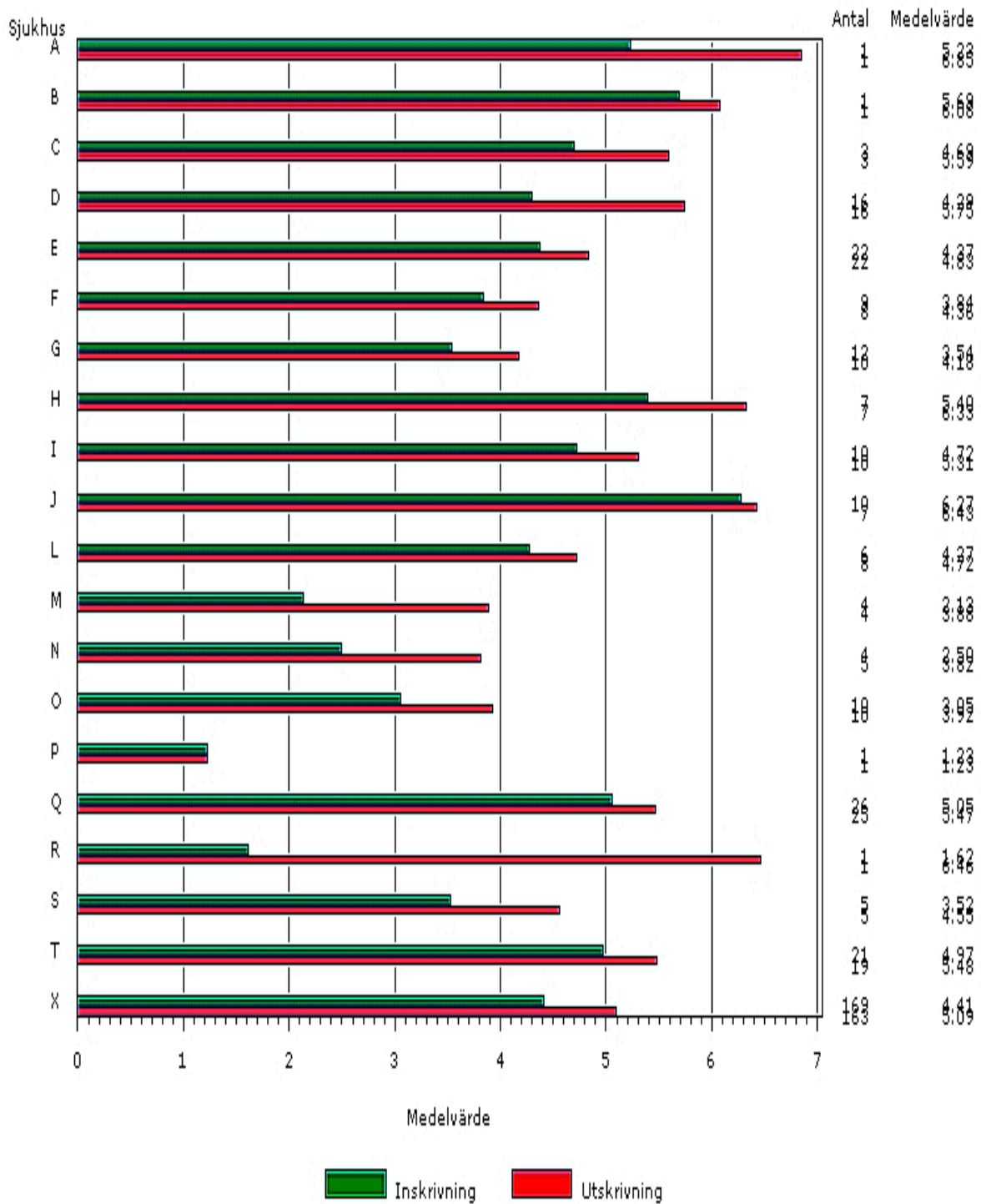
- Tänkbara orsaker:
1. Beror på FIM i sig, d v s många ”lätta” item döljer problem i andra item.
 2. Man sätter för höga FIM-poäng utifrån brist på distinktion eller brist på utbildning.
 3. Patienterna har helt enkelt inte stora fysiska funktionsnedsättningar.

Medelvärde för ADL - Fysiska item (Stroke)



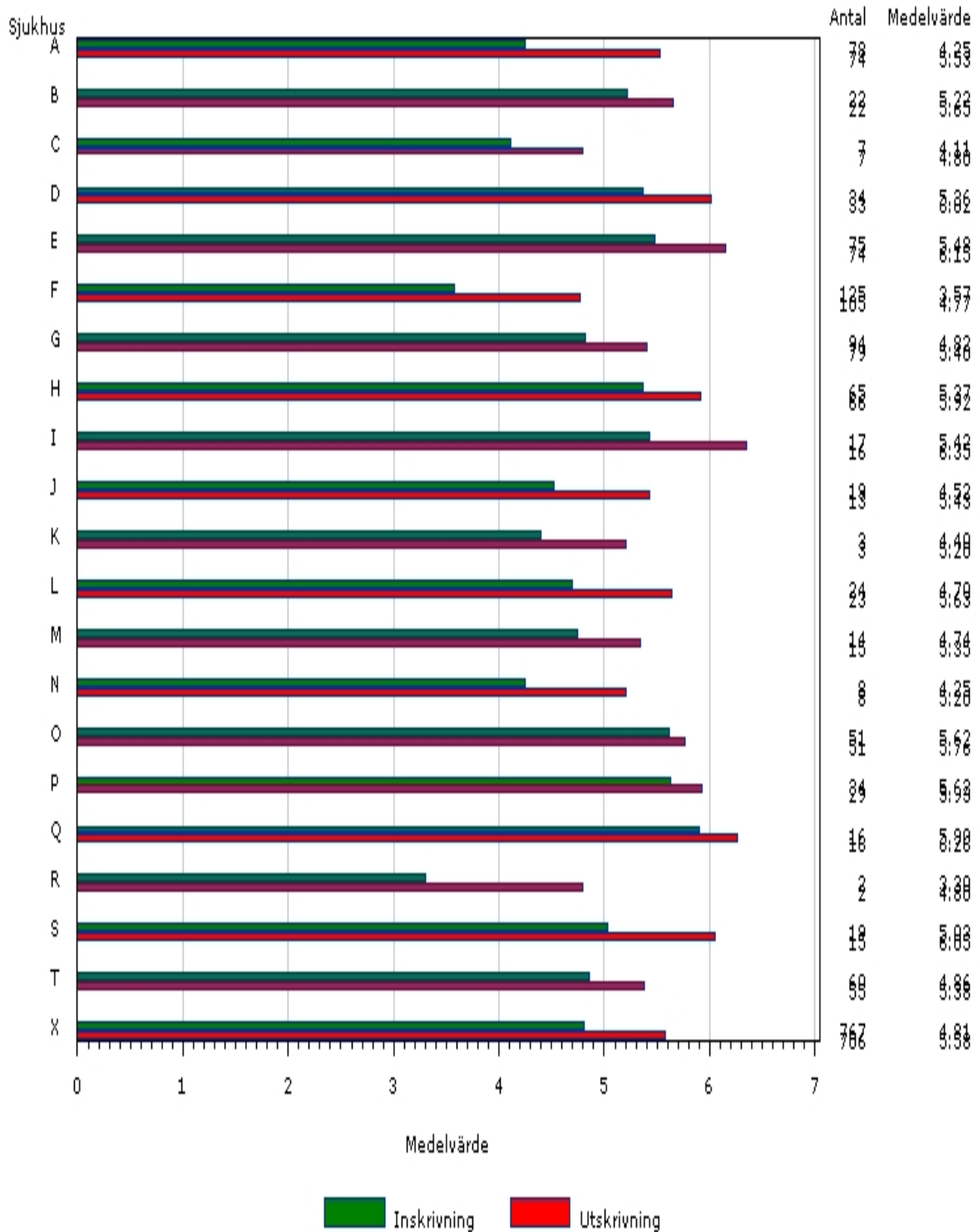
(X = Riket)

Medelvärde för ADL - Fysiska item (Demyeliniserande sjukdomar eller annan neurodiagnos)



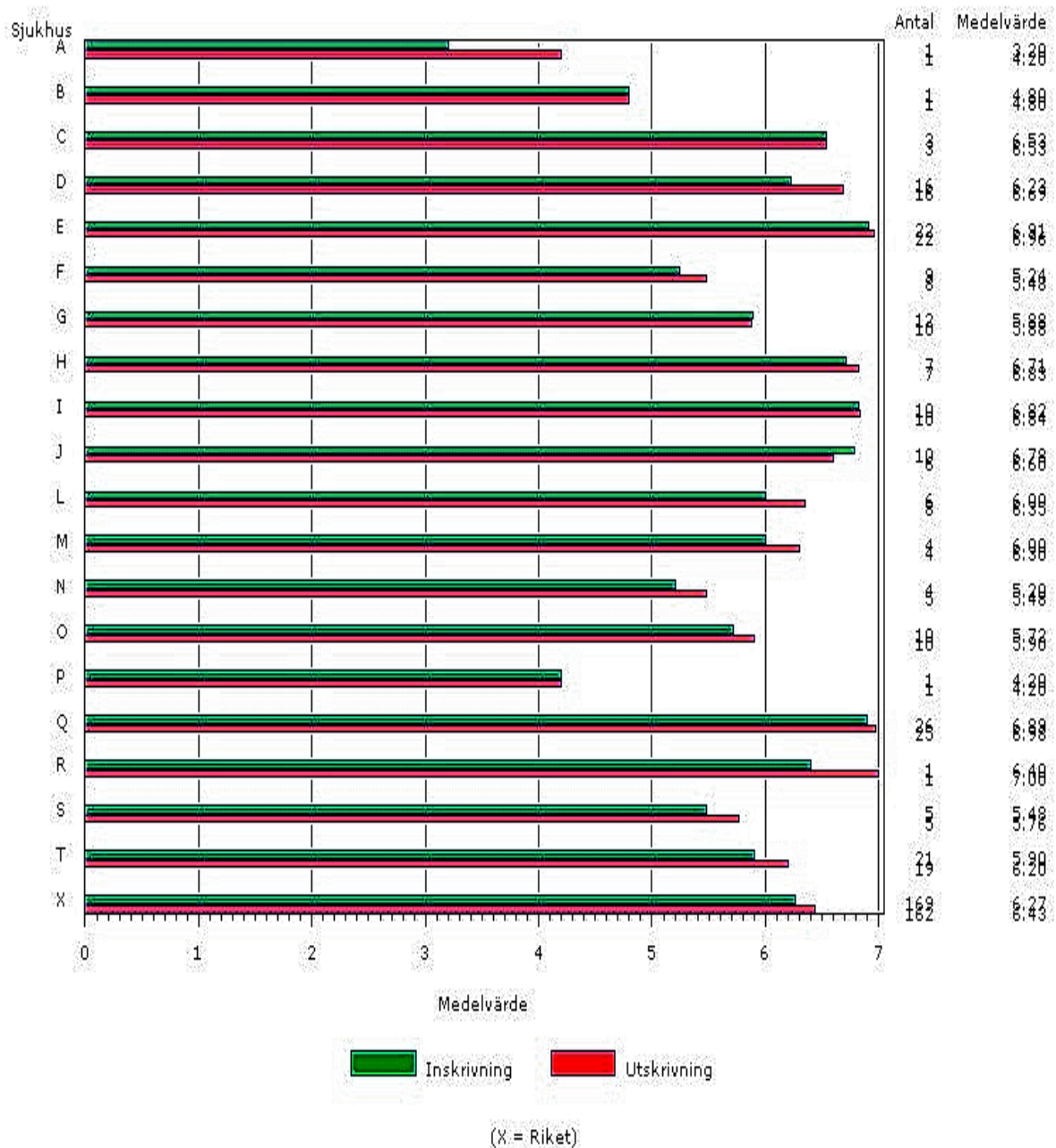
(X = Riket)

Medelvärde för ADL - Kognitiva item (Stroke)



(X = Riket)

Medelvärde för ADL - Kognitiva item (Demyeliniserande sjukdomar eller annan neurodiagnos)



Ovan visas två exempel på FIM utifrån diagnosgrupper. Förbättringen är något större för gruppen med stroke (4,2–5,5) jämfört med gruppen med demyeliniserande sjukdomar eller annan neurodiagnos (4,4-5,1). Nivån på sociala och kognitiva item är påtagligt högre för gruppen med demyeliniserande sjukdomar eller annan neurodiagnos (6,2-6,4) jämfört med stroke-gruppen (4,8-5,6). Motsvarande grafer för övriga 4 diagnosgrupper finns i Appendix.

BMI

Tabeller över BMI/diagnosgrupp och enhet finns i Appendix.

Diagnosgrupp	Antal	BMI in medel	BMI ut Medel	Skillnad BMI	Vårdtid medel	Vårdtid medel ej BMI reg
Stroke	494 (809)	26,0	25,9	- 0,1	45	40
Övriga hjärnskador	241 (388)	23,8	24,2	0,4	63	39
Ryggmärgs- skada	46 (73)	25,0	25,4	0,4	50	36
Neurodiagnos övr.	112 (181)	25,9	26,0	0,4	39	32
Rörelseapparat övr.	104 (149)	25,1	25,2	0,1	40	44
Övr. diagnosgrupper	114 (204)	24,1	24,0	- 0,1	40	36

Under antal finns värden för totalt antal inom diagnosgruppen inom parentes.

Det föreligger högst BMI i strokegruppen. Trots att BMI är på gränsen till övervikt inom gruppen neurodiagnos sker en ökning under vårdtiden som ändå är bara en dryg månad. Påtagligt kortare vårdtider för 5 av 6 diagnosgrupper bland dem som ej BMI registreras. En förklaring kan vara att man inte bryr sig om att göra BMI på patienter med korta vårdtider.

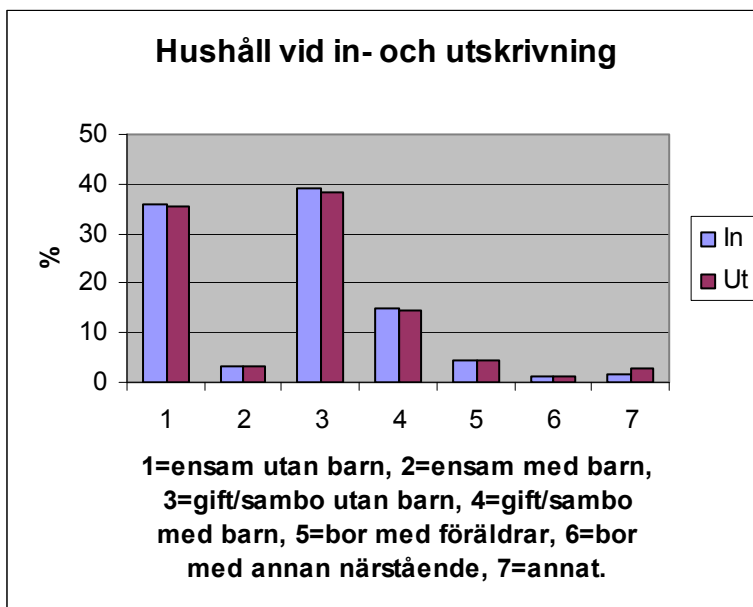
Komplikationer

Totalt rapporterades 579 komplikationer/medicinska händelser. Infektioner (5 MRSA + 240 annan infektion), trycksår (27) och avvikande från avdelning (26) hör till de vanligaste förutom annan komplikation (97). Epilepsi/krampanfall (56) samt hydrocephalus (34) är

vanliga följer av hjärnskada. Övriga komplikationer var mycket ovanliga. För att säkerställa rätt registrering kan det vara bra att på egna enheten jämföra med annan registrering såsom avvikelser mm. De infektioner som ska registreras är de med påtaglig betydelse för rehabiliteringen och inte okomplicerade uvi t ex. I appendix finns graf över komplikationer för alla enheter sammanlagt samt tabeller på samtliga komplikationer/enhet.

Hushåll

Inga stora förändringar sker vad gäller hushåll mellan in- och utskrivning. För detaljer se tabeller över såväl alla patienter som uppdelat på diagnosgrupper och per enhet i appendix.



Vi kan tyvärr inte redovisa värden från uppföljningar 2008. Nästa år kan vi jämföra situationen vid uppföljning, in- och utskrivning för samma personer.

Utskriven till

Genomsnittligt för riket skrivs endast 46 % ut till eget självständigt boende. En reflektion på detta är att vi kan behöva definiera tydligare vad det innebär att ha eget boende utan personligt beroende.

Tabellen nedan visar i % vad patienterna skrivits ut till.

Sjukhus	Eget boende utan personligt beroende	Eget boende med personligt beroende	Särskilt boende	Annan rehab enhet	Avbruten rehab, eget beslut	Avbruten rehab, medicinska skäl	Avliden	Annat
A	65.2	18.6	6.4	7.4	0.5	1.0	.	1.0
B	47.6	31.0	2.4	9.5	.	7.1	.	2.4
C	25.0	46.4	14.3	7.1	.	.	.	7.1
D	60.3	20.5	6.4	.	1.3	7.7	.	3.8
E	43.3	35.8	14.2	0.7	.	3.7	.	2.2
F	40.9	20.0	18.7	12.4	.	1.8	1.8	4.4
G	29.6	44.1	21.5	1.1	.	1.6	0.5	1.6
H	59.4	21.7	10.4	5.7	.	.	.	2.8
I	39.7	30.1	11.0	9.6	1.4	2.7	1.4	4.1
J	44.9	37.1	1.1	14.6	.	1.1	.	1.1
K	15.4	76.9	.	7.7	.	.	.	.
L	35.6	37.3	16.9	3.4	.	6.8	.	.
M	28.6	48.6	5.7	14.3	.	.	.	2.9
N	43.8	37.5	12.5	.	.	3.1	.	3.1
O	49.0	33.0	3.0	9.0	.	2.0	.	4.0
P	66.7	25.0	3.3	.	1.7	.	.	3.3
Q	50.5	33.7	9.9	.	.	5.0	.	1.0
R	14.3	28.6	.	42.9	.	.	.	14.3
S	45.1	31.4	17.6	3.9	.	.	.	2.0
T	43.1	32.6	11.6	7.2	1.1	2.8	.	1.7
X	46.2	30.7	11.4	6.3	0.3	2.4	0.3	2.5

Försörjning

Denna variabel är tänkt att spegla i vilken grad patienterna återgår till arbete. Graden av hel- eller deltidssjukskrivna varierar mellan diagnosgrupperna. Anmärkningsvärt är att så stor andel är sjukskrivna vid inskrivningen (35 %). Den uppgiften ska basera sig på förhållandet

före insjuknandet/skadan men misstanke väcks om den informationen gått fram tillräckligt tydligt. TBI, SAB och annan hjärnskada är en av de yngsta grupperna och troligen därför mest sjukskrivna.

Baserat på dem som skrivits ut under 2008 är vid utskrivningen 60 % sjukskrivna i någon grad vilket kan te sig något lågt. Tabellen nedan anger hur många som är helt eller delvis sjukskrivna vid in- och utskrivning. De som svarat ”vet ej” är borttagna från totalantalet (t ex är totalt antal stroke 809). Detaljerad information per sjukhus och diagnos finns i appendix.

Diagnosgrupp	Inskrivning		Utskrivning	
	Andel	Antal	Andel	Antal
Stroke	32%	789	56%	796
TBI, SAB eller annan hjärnskada	39%	369	77%	378
Ryggmärgsskada	41%	73	59%	73
Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	51%	179	69%	177
Övr skador/sjukdomar, rörelsapp	23%	146	47%	147
Övr diagnosgrupper	31%	200	45%	198
Totalt	35%	1756	60%	1769

EQ5D

EQ5D består av två delar, dels 5 dimensioner som består av rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och dels en del som är skattning av hälsotillstånd som helhet (termometern). Mätningar av de 5 dimensionerna redovisas enligt en kodnyckel där lägsta värdet är -0.594 (om man svarar 3=sämsta funktion på samtliga frågor) och högsta värdet är 1.0 (om man svarar 1=högsta funktion på samtliga frågor). Ett högre sammantaget värde ska tolkas som förbättring. ”Termometer” värden redovisas som medelvärden.

Tabellen nedan visar EQ5D värde enligt kodnyckel för in- och utskrivning. Oftast ser man förbättringar men inte alltid.

Sjukhus		Stroke	TBI, SAB o annan hjärn- skada	Rygg- märgs -skada	MS, övr neuro- l sjd	Övr sjd rörels eapp	Övr diagn
A	Inskrivning	0.44	0.58	.	1.00	.	0.52
	Utskrivning	0.69	0.73	.	0.80	.	0.80
B	Inskrivning	0.29	0.27	.	.	0.78	.
	Utskrivning	0.50	0.51	.	.	0.81	.
D	Inskrivning	0.35	0.16	.	0.28	0.48	0.32
	Utskrivning	0.64	0.57	.	0.44	0.70	0.60
E	Inskrivning	0.44	0.45	0.59	0.28	0.28	0.42
	Utskrivning	0.57	0.56	0.73	0.32	0.54	0.51
F	Inskrivning	.	.	.	.	0.18	0.14
	Utskrivning	.	.	.	.	0.75	0.29
G	Inskrivning	0.27	0.18	-0.09	0.16	0.05	0.09
	Utskrivning	0.57	0.65	0.08	0.59	0.50	0.41
H	Inskrivning	0.46	0.59	0.49	0.35	0.74	0.30
	Utskrivning	0.63	0.70	0.29	0.59	0.31	0.64
I	Inskrivning	0.54	0.14	-0.06	0.20	0.17	0.14
	Utskrivning	0.71	0.51	0.15	0.27	0.53	0.61
J	Inskrivning	0.33	0.44	0.30	0.43	0.21	0.38
	Utskrivning	0.59	0.62	0.41	0.49	0.52	0.55
K	Inskrivning	0.39	-0.12	.	.	.	.
	Utskrivning	0.35	0.37	.	.	.	.
L	Inskrivning	0.13	0.26	0.34	0.25	0.62	0.41
	Utskrivning	0.35	0.64	0.42	0.16	0.62	0.10
M	Inskrivning	0.74	.	.	.	.	.
	Utskrivning	0.79	.	.	.	.	.
N	Inskrivning	0.60	0.81	.	0.65	0.29	0.54
	Utskrivning	0.75	0.81	.	0.67	0.61	0.66

Sjukhus		Stroke	TBI, SAB o annan hjärn- skada	Rygg- märgs -skada	MS, övr neuro l sjd	Övr sjd rörels eapp	Övr diagn
O	Inskrivning	0.50	0.53	-0.25	0.21	0.25	0.34
	Utskrivning	0.70	0.74	0.33	0.28	0.35	0.53
P	Inskrivning	0.53	0.62	.	0.03	-0.07	.
	Utskrivning	0.69	0.64	.	0.03	-0.07	.
Q	Inskrivning	0.31	0.45	0.21	0.40	0.25	0.44
	Utskrivning	0.68	0.54	0.34	0.51	0.57	0.65
R	Inskrivning	.	0.35	.	.	.	0.26
	Utskrivning		0.63	.	.	.	-0.07
S	Inskrivning	0.07	0.24	.	0.04	-0.07	0.02
	Utskrivning	0.49	0.61	.	0.49	0.36	0.59
T	Inskrivning	0.37	0.54	0.17	0.43	0.37	0.33
	Utskrivning	0.58	0.63	0.21	0.57	0.38	0.68
X	Inskrivning	0.39	0.47	0.18	0.32	0.26	0.31
	Utskrivning	0.61	0.66	0.29	0.45	0.52	0.53

Följande tabell är baserad på de 628 patienter som följts upp 2008. De kan ha skrivits in 2007 eller 2008. Antal uppföljda inom varje diagnosgrupp anges inom parentes. Det är ännu så länge ett litet antal men det är alltså samma personer som skrivits in, ut och följts upp. I hälften av grupperna blir EQ5D lägre vid uppföljning jämfört med vid utskrivning. I en grupp ser man högre värde och i två grupper oförändrat.

EQ5D	Stroke (154)	Annan hjärnskada (67)	Ryggmärgsskada (8)	MS, övr neuro l sjd (47)	Övr sj, rörelseapp (27)	Övr diagnoser (29)
In	0.42	0.43	0.21	0.28	0.17	0.35

Ut	0.61	0.61	0.49	0.42	0.47	0.64
Uppf	0.57	0.57	0.49	0.39	0.50	0.64

LiSat

Vid utskrivning är 814 LiSat utförda (45 %). Här redovisas bara medelvärde på svaret på frågan om tillfredsställelse med livet i allmänhet. Lägsta värde är 1 och högsta (=mycket tillfredsställande) är 6. Normalresultat för svenskar i åldersgruppen 18-64 år är ett medianvärde på 5 (varians 0.82).

Vi väntar på justeringar från UCR då vi inte önska decimaler på denna ordinalskala.

Diagnosgrupp	LiSat vid utskrivning	
	Medelvärde	Antal
Stroke	4.30	359
TBI, SAB eller annan hjärnskada	4.35	169
Ryggmärgsskada	4.16	32
Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	4.13	101
Övr skador/sjukdomar, rörelsapp	3.97	77
Övr diagnosgrupper	4.49	76
RIKET	4.27	814

Diagnosgrupp	LiSat vid uppföljning	
	Medelvärde	Antal
Stroke	3.78	209

Diagnosgrupp	LiSat vid uppföljning	
	Medelvärde	Antal
TBI, SAB eller annan hjärnskada	3.99	110
Ryggmärgsskada	4.00	10
Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	3.87	62
Övr skador/sjukdomar, rörelsapp	3.88	32
Övr diagnosgrupper	3.88	33
RIKET	3.86	456

Värdena i nedanstående tabell baseras på dem som besvarat både LiSat – Tillfredsställelse med livet i allmänhet och ADL. Statistisk beräkning har inte gjorts så inga säkra slutsatser kan dras men man ser högre grad av oberoende vid ADL – ffa fysiska item - hos de med högre grad av tillfredsställelse med livet i allmänhet, utom i ryggmärgsskadegruppen.

Diagnosgrupp		Livet i allmänhet (Betyg)			
		1-3		4-6	
		Medel	Antal	Medel	Antal
Stroke	Fysiska item	5.21	74	6.24	270
	Kognitiva item	5.44	74	6.16	270
TBI, SAB eller annan hjärnskada	Fysiska item	6.11	30	6.50	121
	Kognitiva item	5.78	30	6.08	121
Ryggmärgsskada	Fysiska item	5.85	8	5.28	18
	Kognitiva item	6.73	8	6.92	18
Demyel. sjukdomar/a neurodiagnos	Fysiska item	5.10	17	5.34	78
	Kognitiva item	6.35	16	6.77	78
Övr skador/sjukdomar, rörelsapp	Fysiska item	5.57	17	6.00	52
	Kognitiva item	6.71	17	6.75	52
Övr diagnosgrupper	Fysiska item	5.14	11	6.23	62
	Kognitiva item	6.44	11	6.65	62

RLS, GCS, GOSE

GOSE och RLS är uppgifter vi noterar på personer med hjärnskador och då framförallt traumatiska hjärnskador (TBI). Följande tabell gäller personer med traumatisk hjärnskada, subarachnoidalblödning och andra hjärnskador utom stroke. Tabellen visar hur personer med olika nivå i RLS (Reaction Level Scale – ett instrument med stegen 1-8 för att beskriva medvetandegrad där 1=helt vaken och 8=mycket djupt medvetslös) vid ankomst till sjukhus har för nivå i GOSE (Glasgow Outcome Scale) vid utskrivning. GOSE visar det globala utfallet (1=död, 2= vegetativt tillstånd, 3=svår hjärnskada högre grad, 4=svår hjärnskada lägre grad, 5=medelsvår hjärnskada högre grad, 6=medelsvår hjärnskada lägre grad, 7=god återhämtning lägre grad, 8=god återhämtning högre grad). Nedan tabellen visas samma förhållande grafiskt.

Det stora flertalet har RLS 1 vid ankomst men kan ändå ha ett utfall i alla nivåer av GOSE. Vid högre grad av medvetandesänkning ser man en lägre grad vad gäller utfall i GOSE. Motsvarande tabell för stroke finns i appendix liksom för stroke och för TBI m fl hjärnskador vad gäller utfall i GOSE relaterat till GCS (Glasgow Coma Scale) vid ankomst till sjukhus.

RLS vid ankomst till sjukhus	G O S E vid Ut - skriv- ning								Totalt antal
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	4	10	7	15	12	3	53
2			1	4	3	15	4	1	28
3			2	3	3	9	5	1	23
4			1	3	1	6	6		17
5			3	2		1	4		10
6	1		1	2		3	2		9
7	1		4			3	1		9
8				3	3	5	4		15
Totalt	3	1	16	27	17	57	38	5	164

Andra hjärnskador än stroke: RLS vid ankomst till sjukhus relaterat till GOSE vid utskrivning

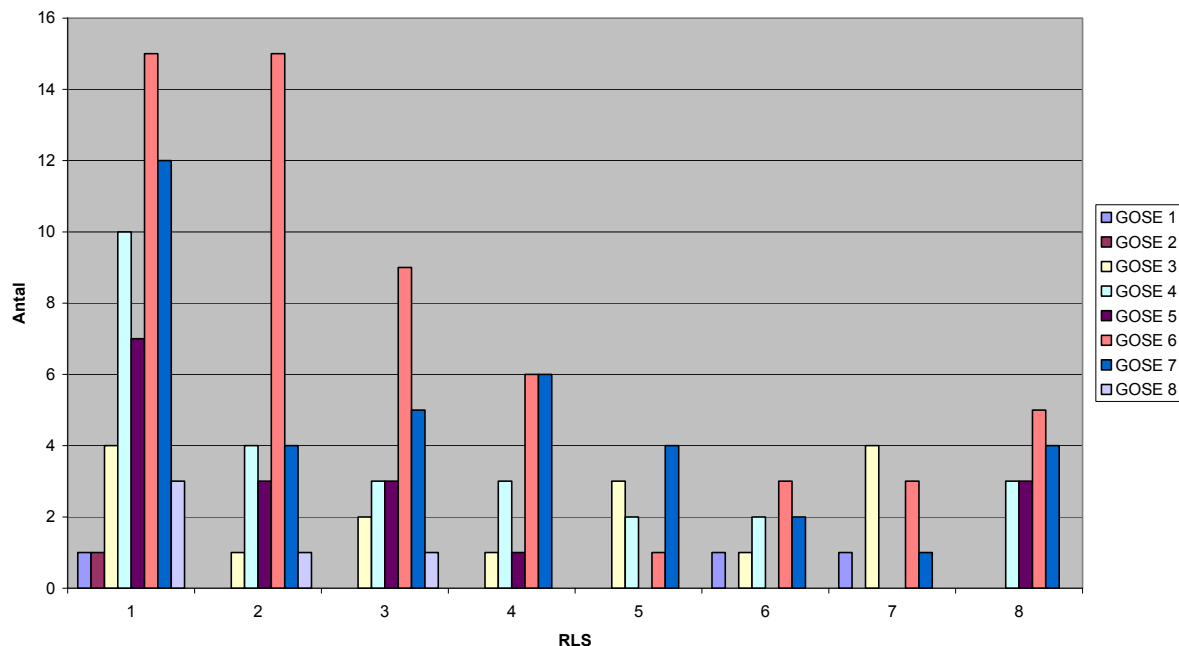


Bild: RLS och GOSE.

Kompletterande information finns i appendix.

Disorders of consciousness enligt Giacino

Sammanlagt var 28 personer i någon form av medvetandesänkt tillstånd vid inskrivning och 24 vid utskrivning. Fördelning på olika sjukhus kan ses i Appendix. (Tabell nedan visar fördelning på olika diagnosgrupper.

	Stroke		SAB		TBI		Annan hjärnskada	
	In	Ut	In	Ut	In	Ut	In	Ut
Coma		1				1		

Vegetative state	1	3			9	2		
Minimally responsive state	3	1	2	3	5	5	2	1
Akinetic mutism		1			2	2		
Locked in syndrome	2	3						
Paramedian diencephalic syndrome	2	1						
Totalt	8	10	2	3	16	10	2	1

Tabell nedan visar fördelning av de olika tillstånden med medvetandesänkning vid in- och utskrivning.

Disorders of consciousness	Inskrivning	Utskrivning
Coma	0	2
Vegetative state	10	5
Minimally responsive state	12	10
Akinetic mutism	2	3

Locked in syndrome	2	3
Paramedian diencephalic syndrome	2	1
Totalt	28	24

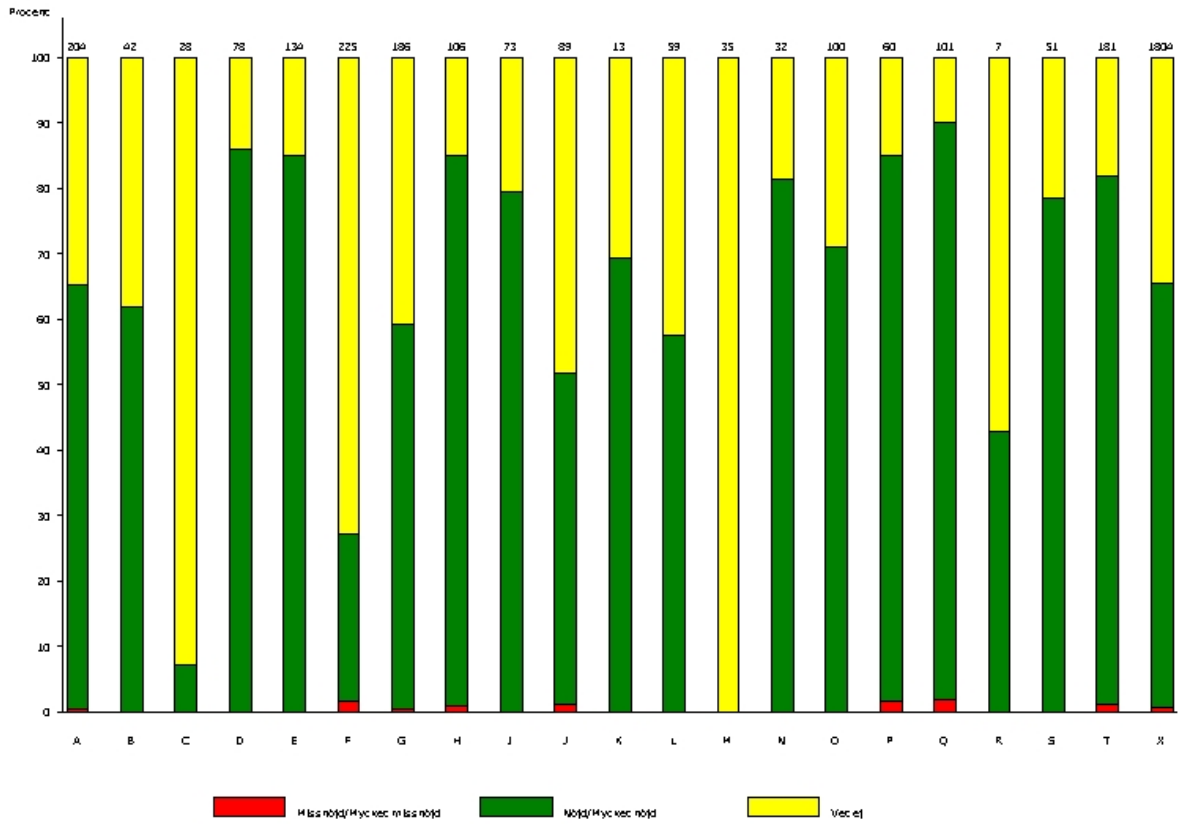
Grad av nöjdhet

Graden av hur nöjd patienten är varierar mycket mellan sjukhus. Svartalernativet ”vet ej” används förutom att patienten kan välja det själv också när patienten inte kan svara. Sannolikt kan det också ha använts när man inte frågat patienten av andra skäl. I framtiden kommer det inte att vara möjligt utan då får man istället markera att man inte frågat patienten.

Utifrån resultat på riksnivå verkar det finnas potential för ökning av patientens grad av nöjdhet med all områdena, särskilt information om sjukdomen och information om vart man kan vända sig efter rehabiliteringsvistelsen.

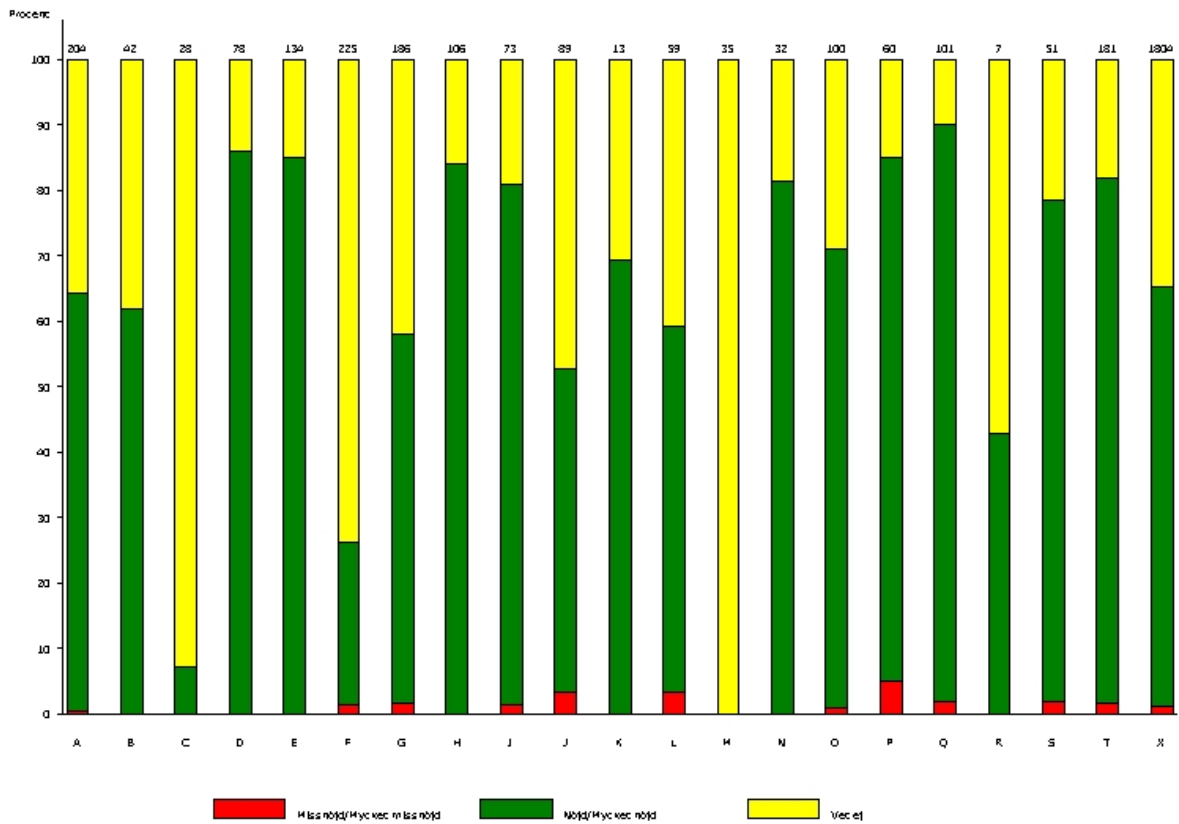
Grad av nöjdhet i de 4 olika frågorna verkar inte ha någon relation till vad patienten skrivits ut till (eget boende etc). Inte heller ses någon säker relation till diagnosgrupp. Tabeller som visar detta finns i Appendix.

Patientens upplevelse av rehabinsatserna - Personalens bemötande



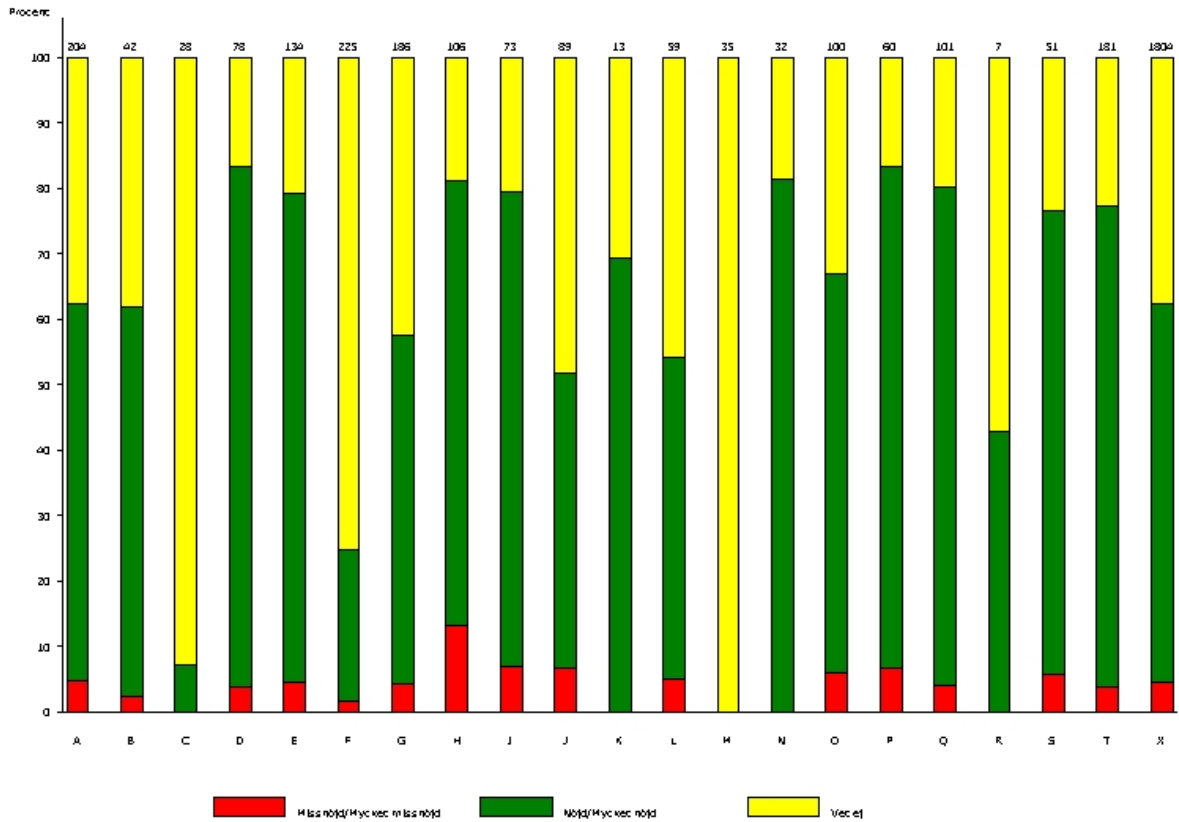
Fördelat per sjukhus (X = Rivec)
Antal patienter visas ovanför staplarna

Patientens upplevelse av rehabinsatserna - Rehabiliteringen



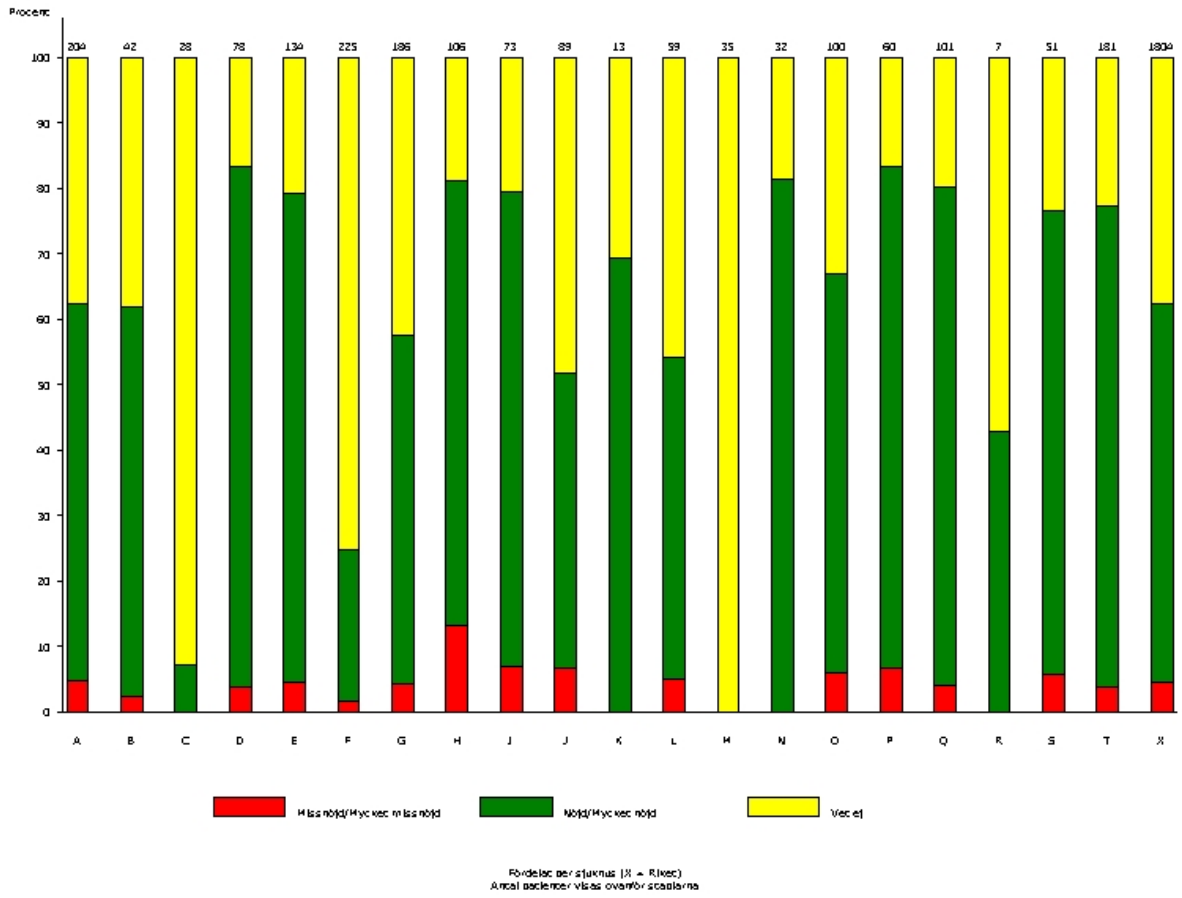
Fördelat per sjukhus (X = Rikec)
 Antal patienter visas ovanför staplarna

Patientens upplevelse av rehabinsatserna - Information om sjukdomen



Fördelat per sjukhus (N = Riket)
Antal patienter visas ovanför staplarna

Patientens upplevelse av rehabsatserna - Info om vart patienten kan vända sig vid behov av stöd



Patienternas upplevelse av rehabiliteringsvistelsen (Riket)

