

WebRehab Sweden

Årsrapport 2011

Ansvarig: Katharina Stibrant Sunnerhagen

© 2011 UCR Svenska Hjärt-kärlregistren och WebRehab Sweden
Årsrapport WebRehab Sweden 2011

**Utnämning "Bästa enhet" gick till:
Växjö – som haft minst bortfall i nöjdhetsfrågor vid utskrivning**

Sammanfattning

WebRehab Sweden är ett öppet register så man kan se prestationer och resultat från såväl hela landet som från var och en av de deltagande enheterna i årsrapporten.

Ett av syfte med slutenvårdsrehabilitering är att personen ska minska sitt beroende av andra personer i olika aktiviteter i dagligt liv. Nytt i år är att vi rapporterar "beroende" i motorik och kognition vid inskrivning (85 % i motorik och 62 % i sociala/kognitiva items) och vid utskrivning (62 % motorik och 48 % i sociala/kognitiva) som ett mått på effektivitet. Detta görs även för gruppen stroke som är den största patientgruppen. Där ser man en minskning från 87 % till 61 % som är beroende i motoriska items efter slutenvårdsrehabilitering. Detta talar för goda resultat av rehabiliterande insatser, då personer som klarar sig själva innebär lägre kostnader efter utskrivningen för kommunen/samhället i stort.

Förbättring efter sjukdom/skada kan pågå efter lång tid vilket gör att det är svårt att avgöra när man inte längre har behov av rehabilitering. I rapporten noteras från öppenvården att patienter med stroke där NIHSS har gjorts vid in och utskrivning att 22 % förbättras på denna skala som är ett mått på kroppsnivå.

Glädjande är att andelen personer som var rökare vid inskrivning för rehabilitering har minskat vid uppföljningen 1 år senare. Glädjande är också att se att andelen patienter som har fått en skriftlig rehabiliteringsplan i öppenvården ligger på över 80 % men detta ger också utrymme för förbättring då det är en variation över landet.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Bakgrund och syfte	7
Registerarbete under 2011 och planering framåt.....	7
Förbättringsresultat	8
Deltagande enheter och kontaktpersoner 2011.....	9
Om WebRehab	10
Styrgrupp.....	11
Information om registrets drift.....	12
Aktiviteter 2011.....	13
Sammanfattning av 2011	13
Kvalitetsarbete	15
Vad är viktigt att registrera i kvalitetsarbete; struktur, process eller resultat?	16
Tänk på detta när du tolkar data.....	16
Registrets innehåll och uppbyggnad	17
Slutenvård.....	20
Demografi.....	20
Antal registreringar per enhet.....	20
Diagnosgrupper	21
Processmått	23
Tid från remissens utfärdandedatum och beslut om rehab till inskrivning.....	23
Vårdtid	25
Tid från utskrivningsklar till utskrivning.....	26
Användningsgrad av olika variabler och bedömningsinstrument i registret.....	27
Har rehabiliteringsplan upprättats och använts?	30
Resultat.....	31
Antal avlidna	31
Body Mass Index (BMI).....	32
Giacino (medvetandesänkning vid svår hjärnskada enligt Joseph Giacinos klassifikation).....	32
ADL	32
Försörjning.....	36

EQ5D.....	36
Utskriven till	38
Patientnöjdhet.....	39
Uppföljning	40
Antal registreringar.....	40
Försörjning vid in-/utskrivning respektive uppföljning 2011.....	42
Körkortsbedömning.....	43
Rökning	43
Patientens upplevelse av rehabiliteringen	44
Rehabplan	45
EQ5D: VAS.....	47
Öppenvård.....	48
Demografi.....	48
Antal registreringar.....	48
Diagnosgrupper	49
Processmått	51
Tid från remissens utfärdandedatum och beslut om rehab till inskrivning.....	51
Vårdtid	52
Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret.....	53
Har rehabiliteringsplan upprättats och använts	54
Body Mass Index (BMI).....	57
Utskriven till	57
Försörjning.....	57
Fråga om körkort vid utskrivning	58
EQ5D.....	58
IPA.....	60
Livstillfredsställelse (LiSat).....	60
GOSE	61
Patientnöjdhet.....	61
Gångklassifikation Holden.....	63
NIHSS.....	63

Tabellförteckning

Tabell 1	Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter	20
Tabell 2	Diagnosfördelning inom sjukhus/rehabcenter (antal registreringar)	21
Tabell 3	Ålderfördelning inom diagnosgrupper	21
Tabell 4	Genusfördelning inom diagnosgrupper	22
Tabell 5	Tid från remissens utfärdande till inskrivning (antal, median, min och max per enhet)	23
Tabell 7	Vårdtid i dagar för kvinna/man i olika åldersintervall	25
Tabell 8	Medelvårdtid i dagar per diagnosgrupp	25
Tabell 9	Körkortsbedomning av de som har körkort	27
Tabell 11	Patienternas upplevelse av rehabiliteringsinsatserna vid utskrivning	30
Tabell 12	Fördelning av komplikationer per enhet	31
Tabell 14	Andel helt eller delvis sjukskrivna	36
Tabell 15	Svarsfördelning vid in- och utskrivning för EQ5D:s domän "Oro/nedstämdhet"	37
Tabell 16	Svarsfördelning vid in- och utskrivning för EQ5D:s domän "Huvudsakliga aktiviteter"	37
Tabell 17	Till vilken typ av boende sker utskrivning till, antal och andel per enhet	38
Tabell 18	Antal registrerade 1-årsuppföljningar	40
Tabell 19	Försörjningsgrad från Försäkringskassan vid in- ut och 1-årsuppföljning per enhet	42
Tabell 20	Antal och andel med körkort vid utskrivning och 1-årsuppföljning	43
Tabell 22	Antal registreringar per enhet	48
Tabell 23	Diagnoser i antal registreringar per enhet	49
Tabell 24	Fördelning i åldersgrupper, medel- och medianålder per diagnosgrupp	50
Tabell 25	Könsfördelning inom diagnosgrupper	50
Tabell 26	Antal rökning/missbruk per diagnosgrupp	50
Tabell 27	Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning	51
Tabell 29	Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp	52
Tabell 30	Vårdtid per åldersgrupp och kön	52
Tabell 31	Medelvårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp per sjukhus	53
Tabell 33	Antal och andel patienter per enhet där skriftlig rehabiliteringsplan upprättats	55
Tabell 34	Antal och andel patienter där rehabplanen följts, per enhet	56
Tabell 35	Tabell över BMI (medelvärde) vid in och utskrivning per enhet och per diagnosgrupp	57
Tabell 36	Medelvärde för EQ VAS vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp	59
Tabell 37	EQ 5D, svarsfördelning för EQ :s 5 dimensioner	59
Tabell 38	Korstabel för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter)	63
Tabell 39	Korstabel för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning	63

Figurförteckning

Figur 1	ADL-förmåga vid in- och utskrivning- Riket	33
Figur 3	ADL-förmåga vid in- och utskrivning- diagnosgrupp Stroke	34
Figur 4	Förändring av antal beroende mellan in- och utskrivning, fördelat på fysiska- och kognitiva items. Diagnosgrupp Stroke	35
Figur 5	Medelvärde vid in- och utskrivning för EQ-5D (EuroQol-5D) VAS-skalan	36
Figur 6	Grad av nöjdhet	39
Figur 7	Andel 1-årsuppföljningar per enhet	41
Figur 8	Patientens upplevelse av rehabinsatserna	44

Figur 9 Patientens upplevelse av rehabinsatserna- Eget inflytande	44
Figur 10 Patientens upplevelse av rehabinsatserna- information om sjukdomen.	45
Figur 11 Svarsfördelning för frågan "Har rehabplanen följts?"	45
Figur 12 Svarsfördelning för frågan "Finns rehabplan vid uppföljningstillfället?".	46
Figur 14 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet.....	55
Figur 15 Andel patienter där rehabiliteringsplanen följts, per enhet.	56
Figur 16 Medelvärde för EQ VAS vid in- och utskrivning per enhet.	58
Figur 17 Fördelning av svarspoäng för GOSE vid utskrivning.	61
Figur 19 Svarsfördelning för frågan "information om vart man kan vända sig vid behov av stöd efter rehabiliteringen", per enhet.	62

Bakgrund och syfte

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

För patienter på vårdenheter inom neurosjukvård, stroke-enheter och geriatrik, och dyligt finns tydligt definierade rehabiliteringsmål, och arbetet sker i multiprofessionella team och är en självklar del av vården. För en grupp patienter finns behov av komplex rehabilitering. Ofta handlar det om tillstånd där det är ett stort gap mellan det förväntade "friska livet" och den nedsatta funktion som man har efter sjukdom eller skada. Detta innebär interdisciplinära insatser tillsammans med den berörda personen i behov av rehabilitering, såväl fysiskt, kognitivt, psykologiskt och socialt. I den komplexa rehabiliteringen arbetar man med koordinerade utvärderingar och behandlingar, mål satta av patient i samverkan med profession, patienten är ett subjekt, en aktiv aktör. Vanliga diagnosgrupper är hjärnskada, ryggmärgsskada, multitrauma och kroniska neurologiska sjukdomar.

Inom rehabilitering används ofta som ramverk ICF (International Classification of Functioning). ICF-modellen har ett brett anslag till klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder som beskrivs som en interaktiv och evolutionär process. I modellen ses en enskild funktion i ett visst område som en interaktion eller förhållandet mellan de hälsotillstånd (fysisk eller psykisk) och kontextuella faktorer (sociala och fysiska miljö samt personliga faktorer).

Målsättning med rehabiliteringsarbetet är göra personen så delaktig i olika livssituationer som möjligt (och i samhället) och att känna livstillfredsställelse. För att detta ska lyckas krävs att personen och närstående har förmåga till nyorientering, vilket ofta kräver stöd från professionen under en tid (kortare eller längre). Rehabiliteringen utformas utifrån personens diagnos, funktion och livssituation.

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

Syfte med registret är att i) förbättra kvaliteten i den komplexa rehabiliteringsprocessen- ii) att stimulera till effektivare nyttjande av begränsade resurser- iii) att öka medvetenheten om ICF modellen- iv) att vara ett stöd för ingående enheter för internt kvalitetsarbete- v) att möjliggöra jämförelser med andra enheter och mot riksgenomsnitt- vi) att samla kunskap om små patient-/diagnosgrupper samt- vii) att kunna nyttjas för forskning.

Registerarbete under 2011 och planering framåt

Ägarförhållandet i registret har diskuterats under 2011, då det kommit nytt regelverk. Ägare är numera registerhållarens huvudman, i detta fall Västra Götaland. Registren är naturligtvis fortsatt intresserade av en nära samverkan med Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin. Samverkan med NRS har fortsatt och utvecklats med gemensamma registerdagar. En samverkansgrupp har bildats och till dessa knyts representanter för patienterna via HSO.

Från 2011 har det varit möjligt för deltagande enheter att använda säker kortinloggning. Gemensam utbildning med NRS kring teamarbete ägde rum i samband med registerdagarna.

Ny plattform i början av året 2011 med ny rapportmeny. Öppenvårdsdelen i gång 110101 (fanns redan hösten 2010, men årsrapport först från 2011). Genomgång av NASS-diagnoskoder, då en del koder kom fel. Under 2010 tillfrågades WebRehab från spinalskadehåll om möjligheterna för samverkan och att utveckla en modul för att bättre svara mot de behov som spinalskadevården hade. Ett intensivt arbete ledde till att en spinalskademodul utarbetades och kunde tas i bruk från januari 2012. Arbetet med denna modul fortsätter under 2012 med tillägg av variabler samt de specifika uppföljningar som denna grupp behöver.

Registret har tilldelats extra medel för 2012 för att möjliggöra en snabbare utveckling av registerverksamheten. Detta kommer i vårt fall framförallt användas till att öka täckningsgraden samt öka potentialen för att registerdata används i det lokala kvalitetsarbetet. En extern statistiker kommer att arbeta tillsammans med styrgruppen. Vi fortsätter med arbetet för att etablera ett gemensamt effektivitetsmått och mål för rehabilitering i samråd med statistiker, verksamhetschefer och forskare inom Rehabiliteringsmedicin. För patienter och närstående kommer en kortfattad information om WebRehab läggas ut på hemsidan. Dessutom en populärvetenskaplig sammanfattning av årsrapporten som också distribueras till ingående enheter.

Under 2012 planeras utökade utbildningsinsatser. Dels grundutbildning som tidigare och dels en ny utbildning kring användandet av registerdata för den enskilda enhetens kvalitetsarbete. I denna kurs ingår export och hantering av data, enklare analyser i Excel eller statistiksprogram samt exempel på hur data används i kvalitetsarbete. Syftet med detta är att öka andelen verksamhetschefer som nyttjar data från registret i det interna kvalitetsarbetet. Fråga om användning i kvalitetsarbete kommer ingå i det brev som ska skickas ut enligt ovan.

Förbättringsresultat

För att kunna bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete, krävs välfungerade rutiner för uppföljning. Det innebär att rätt data samlas in och analyseras korrekt. 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. En ny plattform har tagits i bruk som ska ge möjlighet att tillgodose önskemål från användarna.

1. Öppet register

Registret är nu öppet vilket innebär att de deltagande enheterna kan identifieras och jämföras (men inga enskilda patientdata kan ses). Årsrapporten läggs som tidigare ute på WebRehabs hemsida <http://www.ucr.uu.se/webrehab/> och är därmed tillgänglig för allmänheten.

2. Väntetider

Väntetider kan nu följas och vilket möjliggör att patienterna tas om hand på ett effektivare sätt i framtiden. Har väntan en negativ eller positiv effekt på resultatet?

3. **Patientens delaktighet i rehabiliteringen**

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

4. **Vårdtider och Effekter av rehab**

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

5. **Komplikationer**

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

6. **Nöjdhet**

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

7. **Information**

En skattefinansierad hälso- och sjukvård har krav på sig att vara demokratiskt. Det är medborgarens rättighet att kunna få ta till sig korrekt och heltäckande information om hur sjukvården fungerar vid olika enheter. Genom WebRehab kan de olika klinikerna ta fram all information som krävs för att kunna beskriva sin verksamhet för patienter- anhöriga- politiker- patientorganisationer och andra intressenter.

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska- t.ex. geriatrisk- neurologi- ortopedisk rehabilitering mm. Av de 21 olika sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner) är 20 representerade av en eller flera deltagande enheter förutom Gotlands kommun.

Deltagande enheter och kontaktpersoner 2011

Danderyds sjukhus, DS
Uppsala Akademiska sjukhus, UAS

gunilla.forssberg@ds.se
kryska.hjulstrom@akademiska.se
annica.b.olsson@akademiska.se
agneta.joelsson@akademiska.se

Universitetssjukhuset i Linköping, LIO
Länssjukhuset i Ryhov, JKP
Rehabkliniken i Växjö, VXJ
Blekingesjukhuset, BLK
Halmstad sjukhus, HSH

lotta.sjostand@lio.se
maria.duckas@lj.se
lena.tuvhag@ltkronoberg.se
eva-mary-ann.johansson@ltblekinge.se
karinrennblad-borner@lthalland.se
eva.jorgensen@lthalland.se

Sahlgrenska sjukhuset, SU

linda.hou@vgregion.se
linda.johnsson@vgregion.se
inger.holgersson@vgregion.se

Borås sjukhus, SÅS

Kärnsjukhuset i Skövde, SKAS
Centralsjukhuset i Karlstad, KARL
Universitetssjukhuset i Örebro, USÖ
Västerås lasarett, VÅL
Falun lasarett, FALU

Sandvikens sjukhus, SAND

Härnösands sjukhus, HÄRN
Östersunds sjukhus, ÖST
Sunderbyns sjukhus, SUND

Skåne universitets sjukhus, SUS
Uddevalla, NÄL
Norrlands Universitetssjukhus, NUS

Västervik sjukhus, VÄST
Mälargården Rehab-Center, MÅL
Södermanlands SRS

jill.akerlund@vgregion.se
siw.thuresson@liv.se
ulla-britt.staberyd@orebroll.se
inger.tynn@ltv.se
anna.gellner@ltdalarna.se
maria.tinnerjolm@ltdalarna.se
ingela.backman@lg.se
ann-sofi.nosko@lg.se
margareta.holmberg@lvn.se
magnus.lindow@jll.se
lisa.k.karlsson@nll.se
monica.maki@nll.se
erica.boman@nll.se
maria.karlberg@skane.se
kristina.ekeroth@vgregion.se
karin.hammarback@vll.se
carina.andersson@vll.se
marianne.sandstrom@vll.se
camilla.andersson@ltkalmars.se
lena.eriksson.sahlstrom@malargarden.se
margaretha.ostmark@dll.se

Nya enheter (börjar registrera f om 2012)

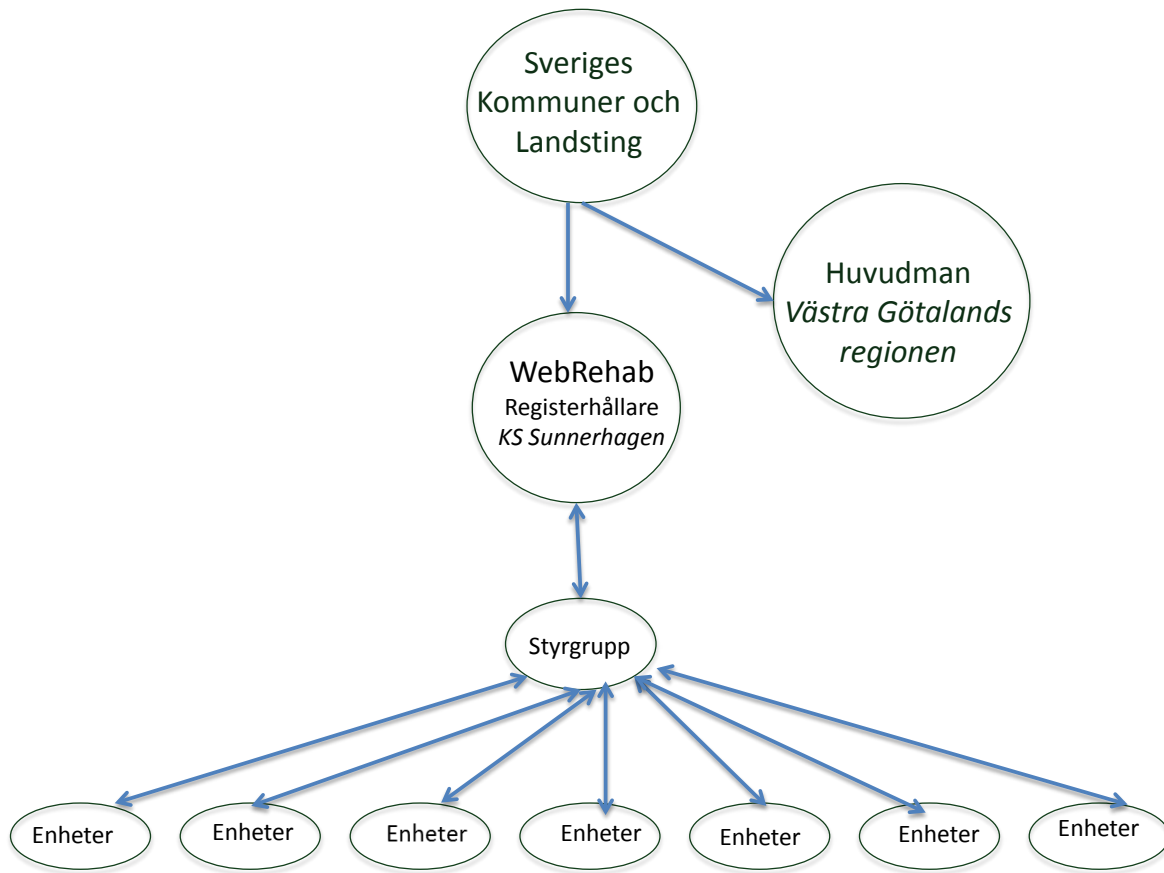
SU/S Ryggmärgsskadeenheten

Stockholms spinalenheter

Om WebRehab

Huvudman för registret är Västra Götalands regionen. Registret samverkar med Svensk förening för Rehabiliteringsmedicin. Utvecklingsarbete bedrivs tillsammans med ingående enheter. Det är godkänt av datainspektionen 971205. Varje deltagande enhet har skyldighet till sitt sjukhus göra anmälan om registret enligt PUL.

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 Götalands Regionen
Kompetenscentrum: UCR



Styrgrupp

Ordförande

Marianne Lannsjö

Överläkare
Länskliniken för rehabiliteringsmedicin
Sandviken

marianne.lannsjö@lg.se

Enhetsrepresentanter:

Jan Burensjö

Leg. Sjuksköterska/biträdande verksamhetschef
Rehabiliteringsmedicin
Länssjukhuset i Ryhov

jan.burensjö@lj.se

Björn Hedman

Överläkare
Rehabstation
Stockholm

bjorn.hedman@rehabstation.se

Åsa Lundgren Nilsson

Leg. Arbetsterapeut, Med dr/ tf sektionschef
Rehabiliteringsmedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

asa.lundgren-nilsson@neurophys.gu.se

Ann Sörbo
Överläkare, Med dr
Rehabiliteringsmedicin
Uddevalla
ann.km.sorbo@vgregion.se

Anna Tölli
Överläkare
Rehabiliteringsmedicin
Stockholm
anna.tolli@ds.se

Kontaktperson:

Kicki Elfving
Leg. Sjuksköterska
Länskliniken för rehabiliteringsmedicin
Sandviken
ann.christine.elfving@lg.se

Telefon: 076-102 11 99

Kontaktperson på UCR har under året varierat

Information om registrets drift

Registerat är internetbaserat vilket möjliggör direktinmatning och rapportering. 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 med olika behörigheter finns. 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 rimlighetskontroll av data görs innan de sparas. Från och med jan 2012 används säker kortinloggning.

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.

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. Tillsammans med UCR har styrguppen arbetat fram WebRehab Sweden.

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 det i princip inte skall förlöpa någon tid mellan patientmöte och tills data finns i det centrala registret, men i realiteten brukar det förlöpa någon vecka. 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.

Aktiviteter 2011

- 10 jan Möte på UCR
- 11 jan Telemöte styrgrupp
- 25 jan Styrgruppsmöte Göteborg
- 26+27 apr Styrgruppsmöte internat Aspenäs
- 18 maj Telemöte styrgrupp
- 22 aug Telemöte styrgrupp
- 24 aug Deltagande i - Seminariedag för sjuksköterskor i nationella kvalitetsregister
Svensk sjuksköterskeförening och SKL Stockholm
- 4+5 okt Deltagande SKLs Nationella kvalitetsregisterdagar Stockholm
- 28 okt Möte på UCR Uppsala
- 5+6 dec Styrgruppsmöte internat Jönköping

Informations och utbildningsinsatser

- 22 nov Kicki utbildning WebRehab användare Boden

Kvalitetsregisterdag WebRehab Sweden

- 21+22 sept WebRehabs kvalitetsregisterdagar Danderyd

En dag enskilt med presentation av data, diskussion om registeret, spinalfrågorna introducerades och kortinloggning likaså – introduceras på allvar 2011. Gemensam utbildning med NRS - Teamarbete (Carl Molander och Marie-Louise Schult) – och gemensam middag på kvällen. Diplom utdelas till den klinik – Växjö – som haft minst bortfall i nöjdhetsfrågor vid utskrivning.

Sammanfattning av 2011

Rapporten ser i år annorlunda ut. Vi har fått in fler patienter och fler uppföljningar än tidigare år. Vi har också i år dels fått ut data som tidigare från UCR, men vi har också haft hjälp av Annelie Inghilesi Larsson (som också arbetar med NRS). Det innebär att tabeller etc. i år delvis ser annorlunda ut, men vi bedömer att läsbarheten har förbättrats.

Under våren 2011 hade vi flera möten med dåvarande Spinalskaderegistret som önskade att kunna få sina patienter registrerade i WebRehab. Under sommaren och hösten utvecklades en modul för spinalskadade. Den har fungerat sedan årsskiftet. Fortfarande är det några variabler som modulen ska kompletteras med. Under året har fortsatta diskussioner ägt rum med NRS kring samordningsvinster då flera enheter är med i bägge registren. Bland annat har vi försökt att använda samma modell för uttag från registeret för forskning.

Antalet registreringar baseras även i år på de personer som skrivits ut 2011. Antalet registreringar i riket som helhet, uppgår till 2181. Det är en ökning med 312 jämfört med 2010. Nytt i år är att det är möjligt att registrera beslut om övertag för rehabilitering, vilket relateras till inskrivningsdatum. Detta hänger ihop med att beslut kan fattas i ett senare skede, trots att remissen har behandlats och besvarats. Processen kan påbörjas med återkommande konsultationer på annan klinik innan övertag sker. Mediantiden i landet var 6 dagar. Denna variabel avspeglar bättre den egentliga väntetiden än vad tiden mellan utfärdad remiss och fram till inskrivning på rehabiliteringsavdelning gör.

Att vårdtiderna skiljer mellan män och kvinnor är ett observandum och bör studeras vidare. Liksom tidigare år har patienter över 65 år kortare vårdtid. En förklaring kan vara att behoven av rehabiliteringsinsatser och vård i kommunens regi och på särskilda boenden bättre tillgodoses för äldre än för yngre personer. Rehabiliteringsmålen kan också vara annorlunda för en äldre person än för en yngre.

Under 2011 hade 16 av 21 sjukhus någon patient ineliggande efter att de blivit utskrivningsklara. Kommunerna har troligen här valt att betala sjukhusvård i stället för "ta hem" patienterna. Således har 1064 rehabiliteringsdygn blockerats.

I Riket har 92 % (2000 st.) patienter fått rehabiliteringsplan under vårdtiden och av dessa har 98 % använts. Åtta sjukhus har en frekvens på förekomst av rehabiliteringsplaner under 90 %. Det är glädjande att de planer som upprättas i så hög grad används (d.v.s. presenteras för patienterna och reviderats löpande). Det är glädjande att även patient/närstående i så hög grad anger att rehabplan använts.

Nytt i år är att vi rapporterar "beroende" i motorik och kognition vid inskrivning (85 % i motorik och 62 % i sociala/kognitiva items) och vid utskrivning (62 % motorik och 48 % i sociala/kognitiva) som ett mått på effektivitet. Detta görs även för gruppen stroke som är den största patientgruppen. Där ser man en minskning från 87 % till 61 % som är beroende i motoriska items efter slutenvårdsrehabilitering.

Uppföljningarna har ökat och totalt har 1799 registreringar gjorts i riket som helhet. Det är en ökning med 664 jämfört med 2010.

För första gången rapporterar vi data från WebRehabs öppenvård. Öppenvården kategoriseras i 3 olika typer: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Fördelning mellan dessa var 24 %, 68 % och 8 %. Totalt har 734 registreringar gjorts i riket som helhet och 9 enheter har deltagit.

Antalet 1 årsuppföljningar har ökat sedan 2009, från 1419 till 1711 under 2010. Tyvärr kan man se att vissa sjukhus inte prioriterar uppföljningar (d.v.s. högt antal utskrivna, men få genomförda uppföljningar) vilket ger ett intryck av att kvalitetsarbetet haltar. Vill man inte veta hur det går för personen när denne kommer hem?

Under 2010 byttes plattform på UCR. Vi har även under 2011 haft en del datatekniska problem. Det har fortsatt varit väntetid på UCR med att få åtgärder utförda.

Vi har nu ett nytt kontrakt som förhoppningsvis innebär ett smidigare samarbete och snabbare ändringar i datafilen och justeringar av de uppgifter som vi har bestämt ska ske.

Dagvårdsversion har utvecklats och det var möjligt att registrera i denna från oktober månad. Inga analyser görs central på dessa data i år, utan de olika enheterna hade viss tid att vänja sig och få fungerande logistik innan årsskiftet.

Göteborg

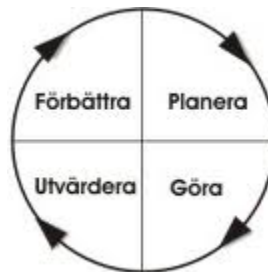
Katharina Stibrant Sunnerhagen

Registerhållare

Ett stort tack till alla flitiga inmatare av data på de olika enheterna runt om i Sverige!

Kvalitetsarbete

WebRehab bidrar till kvalitetsutveckling inom rehabilitering i landet genom att kvaliteten kan observeras på ett enhetligt sätt över hela landet. Kvalitetsarbete inom rehabilitering ska sätta patienten i fokus med levererad kvalitet i verksamheten. När förändringar genomförs, kan man följa hur det genomförs och vilka effekter de får för patienterna. En vanlig modell för kvalitetsförbättringar är cykeln Planera – Göra – Studera – Agera-



Kvalitetsindikatorerna avspeglar både vad man gör i rehabiliteringen (processer) och vad utfallet blir (resultat). WebRehab har sedan starten 2005 samlat in uppgifter inte bara från sjukvården utan också från patienterna själva genom ett frågeformulär vid utskrivning samt vid 1årsuppföljning. Dessa frågeformulär "PROMs" (patient-reported outcome measurements) innefattar bl a funktion, allmänt hälsotillstånd, livskvalitet, delaktighet och upplevd autonomi.

Vad är viktigt att registrera i kvalitetsarbete; struktur, process eller resultat?

Verksamheter kan utvärderas på tre nivåer: struktur, process och resultat.

- *Strukturmått* (t ex antal vårdplatser) kan ge anvisningar om vilka resurser som behövs, men de avspeglar inte nödvändigtvis vårdens kvalitet. Det ger ibland mindre utrymme för innovativa och flexibla lösningar på kvalitetsproblem.
- *Processmått* mäter sådant som direkt kan påverkas av beslutsfattare, men också av vårdpersonal. Processmått kan ge direkta incitament till kvalitetshöjande insatser. Det behövs inte långa uppföljningstider och påverkas inte så lätt av patientsammansättningen (case-mix), men är inte helt eliminerad. En nackdel är att processer som är lätta att mäta, inte nödvändigtvis innebär vinster för den enskilda patienten.
- *Resultatmåttens* stora fördel är att de mäter det som är av direkt betydelse för patienten och samhället, t ex överlevnad, funktion och patientupplevelser. Många av resultaten är lätta att mäta och kan avspegla kvaliteten i hela vårdkedjor. Men för en komplicerad vårdinsats som rehabilitering påverkas resultaten av många andra faktorer än själva vårdens kvalitet. Resultaten är t ex mycket känsliga för skillnader i patientsammansättning inom diagnosgruppen vid insjuknandet samt vilka patienter som rehabiliteras på den enskilda enheten. Om man endast undersöker resultatmått finns en uppenbar risk för övertolkning av skillnader mellan enheter.

Var observant på risk för feltolkningar av data i registret!

En rad faktorer påverkar jämförelser över tid eller mellan enheter. När WebRehabs data tolkas, måste man vara uppmärksam på begränsningar i underlaget och på möjligheterna till feltolkningar. Här blir det en balansgång: siffrorna ska granskas kritiskt, samtidigt som man måste ta indikatorer på otillräcklig vårdkvalitet på stort allvar så att de verkligen stimulerar till förbättringar.

Tänk på detta när du tolkar data.

1. Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer Små tal kan bero på att
 - antalet vårdade patienter är litet på enheten. Stora variationer kan till synes ske i resultat på mindre enheter mellan olika år.
 - det som mäts är relativt ovanligt. Därför blir de slumpmässiga variationerna särskilt stora för variabler som t ex allvarliga komplikationer (ventrombos, fraktur, pneumoni) eller uttalat missnöje med vården.
2. Dålig täckningsgrad ger osäkra data
 - När täckningsgraden är låg, dvs. när det finns ett stort bortfall av patienter, påverkas kvalitetsjämförelserna. Oftast är bortfallet systematiskt, vissa grupper registreras i mindre utsträckning än andra. Vissa enheter har också lägre täckningsgrad än vad de borde ha.
 - Problematiken gäller även vid uppföljning vid 12 månader. När en stor andel patienter som vårdats på en enhet inte följs upp, finns det risk att rapporten inte ger en rättvisande bild av vårdkvaliteten.
3. Bortfall ger osäkra data
 - Även om täckningsgraden är god, uttryckt i deltagande enheter i WebRehab, kan bortfall av enskilda uppgifter påverka datakvaliteten. Tidigare har bortfallet varit stort för enstaka variabler som rökning före insjuknandet eller missbruk. Bortfallet är nu generellt lägre och därför blir jämförelser mellan sjukhus mer rättvisande. Men problemet är ännu långt ifrån eliminerat.

4. Olika enheter har olika patientsammansättning

- Faktorer som ålder, svårighetsgrad vid insjuknandet och samsjuklighet (t ex diabetes eller allvarlig hjärtsjukdom) påverkar prognosen. De olika sjukhusen har delvis olika uppdrag, såväl inom slutenvård som inom öppenvård. Dock har de flesta svenska sjukhus ett väl avgränsat upptagningsområde. I princip är det endast på universitetssjukhus där patienter vårdas som kommer utanför upptagningsområdet och även då är det ovanligt.

Registrets innehåll och uppbyggnad

Registret bygger på inmatade data från personer med komplexa rehabiliteringsbehov. En grundmodul finns för alla registreringar. Den innehåller demografiska faktorer. Moduler finns för de tre stora diagnosgrupperna i registret; stroke, hjärnskador och spinalskador, innehållande diagnosspecifika data. Dessa moduler aktiveras vid val av diagnos. Möjlighet finns att registrera data vid flera tidpunkter i rehabiliteringsprocessen.

- Inskrivning
- Utskrivning
- Uppföljning (1år)
- Dagvård

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

Registret 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 utfärdande datum till inskrivning
- 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 t.ex. Hydrocephalus-utveckling eller MRSA)
- EQ5D vid inskrivning och utskrivning
- BMI vid inskrivning och utskrivning
- Hushåll vid inskrivning och utskrivning samt separat för uppföljning
- Försörjning vid inskrivning och utskrivning samt separat för uppföljning
- Li-Sat vid utskrivning och separat vid uppföljning
- Utskriven till

I strokemodulen registreras också

- Stroke – vilken andel kommer från strokeenhet
- NIHSS
- Drabbade hemisfär

För hjärnskadade

- GOSE (Glasgow outcome scale extended)
- Disorders of Consciousness enligt Josef Giacinos klassifikation

För spinalskadade

- Frakturer eller ej, kirurgisk behandling eller ej.
- Motorisk skadenivå och sensorisk skadenivå för vardera sidan. ASIA score.
- Blås- och tarmpåverkan samt eliminationsrutin.
- Eventuella andningshjälpmedel.
- Patient reported outcome measures
- Patientens tillfredsställelse med vården efterfrågas
- Hälsorelaterad livskvalitet samt livstillfredsställelse (redovisas under resultatmått)
- Upplevd autonomi och delaktighet i samhället (för personer i dagrehabilitering)

Patient reported outcome measures

- Patientens tillfredsställelse med vården efterfrågas
- Hälsorelaterad livskvalitet samt livstillfredsställelse (redovisas under resultatmått)
- Upplevd autonomi och delaktighet i samhället (för personer i dagrehabilitering)

Slutenvård

Demografi

Antal registreringar per enhet

Antalet registreringar baseras på de personer som skrivits ut 2011. Totalt har 2181 registreringar gjorts i riket som helhet. Det är en ökning med 312 jämfört med 2010.

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2010, där inget annat anges.

Tabell 1 Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter

Kod	Sjukhus	Antal	Procent
A	Danderyds sjukhus	172	7,9
B	Uppsala Akademiska sjukhus	104	4,8
C	Universitetssjukhuset i Linköping	57	2,6
D	Länssjukhuset Ryhov	96	4,4
E	Rehabkliniken i Växjö	127	5,8
F	Blekingesjukhuset	181	8,3
G	Halmstads sjukhus	125	5,7
H	Sahlgrenska universitetssjukhuset	145	6,6
I	Borås sjukhus SÄS	105	4,8
J	Kärnsjukhuset i Skövde	28	1,3
K	Centralsjukhuset i Karlstad	23	1,1
L	Universitetssjukhuset Örebro	57	2,6
M	Västerås lasarett	37	1,7
N	Falu lasarett	81	3,7
O	Sandvikens sjukhus	106	4,9
P	Härnösands sjukhus	55	2,5
Q	Östersunds sjukhus	215	9,9
R	Sunderby sjukhus	43	2
S	Skånes universitetssjukhus	204	9,4
Y	Norrlands universitetssjukhus	16	0,7
Ä	Mälargården Rehab Center	204	9,4
	Total	2181	100

Typ av vård = Slutenvård

Sjukhus/rehabcenter som har ökat antal registreringar kraftigt kan nämnas: Uppsala Akademiska sjukhus och Falu lasarett.

Diagnosgrupper

Tabell 2 Diagnosfördelning inom sjukhus/rehabcenter (antal registreringar)

Diagnosfördelning inom sjukhus- Slutenvård																						
Diagnosgrupp	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Y	Ä	Total
.	5	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	15
Amputationer	0	0	0	2	6	8	15	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	35
Annan hjärnskada	5	1	4	2	1	2	3	7	1	2	0	0	1	6	4	0	2	2	7	0	0	50
Annan neurodiagnos	2	4	3	10	13	10	8	10	8	0	0	1	4	10	6	11	21	4	14	2	50	191
Annat	0	0	0	1	0	2	2	0	2	0	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	8	21
Anoxisk hjärnskada	4	3	3	2	1	0	1	2	1	0	4	4	0	0	2	0	4	3	4	2	1	41
Cancersjukdom	0	0	0	1	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	23	38
Demyeliniserande sjukdomar	0	0	0	3	10	1	0	4	4	2	0	2	1	1	4	0	19	0	0	0	2	53
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	0	2	0	1	8	9	2	1	3	0	0	2	1	2	1	0	2	2	10	0	67	113
Postinfektös/postinflammatorisk hjärnskada	5	2	1	5	0	1	1	4	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	7	0	0	33
Psykiatrisk sjukdom	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	9
Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador inom rörelseapp	0	0	2	5	4	20	3	4	14	2	2	3	1	10	6	8	62	5	20	0	0	171
Reumatiska sjukdomar	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	0	0	11
Ryggmärgsskada	2	28	17	10	4	1	5	7	7	2	1	14	1	3	2	2	1	6	38	10	0	161
SAB	15	7	8	6	3	2	1	16	6	2	4	1	2	6	6	4	3	1	13	0	10	116
Stroke	86	38	12	29	61	90	59	65	36	12	4	21	17	22	52	17	72	12	60	0	37	802
TBI	45	18	6	8	5	6	19	21	11	4	6	5	3	8	19	7	10	4	18	1	2	226
Övriga diagnoser	2	1	1	5	4	14	2	1	6	0	0	1	1	5	1	2	9	2	4	1	2	64
Övriga trauma	1	0	0	4	0	8	4	2	2	0	1	0	2	3	0	0	3	0	1	0	0	31
Total	172	104	57	96	127	181	125	145	105	28	23	57	37	81	106	55	215	43	204	16	204	2181

Typ av vård = Slutenvård

Tack vare åtgärd i dataprogrammet har antalet registreringar utan diagnos minskat från 205 till 15 sedan 2010. Förändringar i diagnossättning kan ha påverkat fördelningen av diagnoser. Det går därför inte att dra slutsatser om sjukdomspanoramata har förändrats, se t ex "annan hjärnskada" från 113 till 50 och "ryggmärgsskada" från 102 till 161.

Tabell 3 Åldersfördelning inom diagnosgrupper

Åldersfördelning inom diagnosgrupper- slutenvård							
Diagnosgrupper	-15 år	16-44 år	45-64 år	65+	Total	Medelålder	Medianålder
Stroke	1	81	444	276	802	61	61
TBI, SAB eller annan hjärnskada	0	173	249	44	466	47	50
Ryggmärgsskada	0	47	66	48	161	53	56
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	0	47	111	86	244	58	60
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	0	58	83	107	248	59	61
Övr diagnosgrupper	0	39	117	89	245	60	61
Total	1	445	1070	650	2166	57	59

Typ av vård = Slutenvård

Rehabiliteringsmedicin har i uppdrag att i första hand erbjuda specialistrehabilitering till personer i åldern 18-65 år. Den höga medelåldern i registret förklaras av att det registreras även geriatriska patienter. Registret är öppet även för enheter som bedriver rehabilitering i annan regi än den som sker vid rehabiliteringsmedicinska kliniker. I kommande rapporter blir det möjligt att få ut data enligt egna önskade åldersintervall, inte förvalda som nu.

Tabell 4 Genusfördelning inom diagnosgrupper

Diagnosgrupper	Kvinna	Man	Total
Stroke	296	506	802
TBI, SAB eller annan hjärnskada	171	295	466
Ryggmärgsskada	46	115	161
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	121	123	244
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	105	143	248
Övr diagnosgrupper	142	103	245
Total	881	1285	2166

Typ av vård = Slutenvård

Som förväntat är andelen män större än andelen kvinnor i alla diagnosgrupper utom "övriga diagnosgrupper" och "demyeliniserande sjukdomar". MS är dubbelt så vanligt bland kvinnor jämfört med män enligt Svenska MS-registret.

Processmått

Tid från remissens utfärdandedatum och beslut om rehab till inskrivning.

Tabell 5 Tid från remissens utfärdande till inskrivning (antal, median, min och max per enhet)

Tid från remissens utfärdande till inskrivning, Slutenvård				
Sjukhus	N	Median	Minimum	Maximum
<i>Danderyds sjukhus</i>	161	11	1	228
<i>Uppsala Akademiska sjukhus</i>	82	10	1	249
<i>Universitetssjukhuset i Linköping</i>	29	6	0	69
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	91	10	0	54
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	120	19	3	188
<i>Blekingesjukhuset</i>	121	1	0	89
<i>Halmstads sjukhus</i>	108	2	0	143
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	129	11	1	200
<i>Borås sjukhus SÄS</i>	85	9	0	209
<i>Kärnsjukhuset i Skövde</i>	27	2	0	22
<i>Centralsjukhuset i Karlstad</i>	18	6,5	1	84
<i>Universitetssjukhuset Örebro</i>	56	13	1	201
<i>Västerås lasarett</i>	32	1	0	45
<i>Falu lasarett</i>	72	3	0	106
<i>Sandvikens sjukhus</i>	99	18	0	566
<i>Härnösands sjukhus</i>	44	7,5	0	57
<i>Östersunds sjukhus</i>	173	6	0	504
<i>Sunderby sjukhus</i>	40	4,5	0	103
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	181	20	1	278
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>	14	9	2	92
<i>Mälargården Rehab Center</i>	196	83,5	0	616
Total	1878	11	0	616

Typ av vård = Slutenvård

Här finns problem att tolka resultaten. Sannolikt har datum för första utfärdande av remiss registrerats och inte det beslutsdatum som gäller för de som kommer åter in på egen klinik utan att ny remiss utfärdats. Här kan även förekomma rena felregistreringar, därav höga maximumvärden.

I registret medverkar även enheter med direktintag. En del patienter är inte medicinskt stabila och kan därför inte flyttas till rehabiliteringsklinik i anslutning till att remissen utfärdas.

Medianen bör dock avspegla verkligheten. Instruktionerna för hur data skall registreras kommer att förtydligas.

Tabell 6 Tid från beslut om rehab till inskrivning

Tid från beslut om rehab till inskrivning, slutenvård				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
<i>Danderyds sjukhus</i>	149	5	0	4018
<i>Uppsala Akademiska sjukhus</i>	79	5	0	195
<i>Universitetssjukhuset i Linköping</i>	30	5	0	55
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	85	5	0	46
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	120	12	0	186
<i>Blekingesjukhuset</i>	121	0	0	76
<i>Halmstads sjukhus</i>	105	1	0	47
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	132	6	0	65
<i>Borås sjukhus SÄS</i>	87	6	0	154
<i>Kärnsjukhuset i Skövde</i>	28	1,5	0	29
<i>Centralsjukhuset i Karlstad</i>	21	3	0	41
<i>Universitetssjukhuset Örebro</i>	50	6	0	195
<i>Västerås lasarett</i>	29	0	0	38
<i>Falu lasarett</i>	68	1	0	84
<i>Sandvikens sjukhus</i>	93	10	0	474
<i>Härnösands sjukhus</i>	39	3	0	60
<i>Östersunds sjukhus</i>	213	5	0	84
<i>Sunderby sjukhus</i>	41	4	0	103
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	191	10	0	82
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>	16	5	0	43
<i>Mälargården Rehab Center</i>	196	72	3	573
Total	1893	6	0	4018

Typ av vård = Slutenvård

Beslut om övertag för rehabilitering kan fattas i ett senare skede, trots att remissen har behandlats och besvarats. Processen kan påbörjas med återkommande konsultationer på annan klinik innan övertag sker. Det är en fördel om remiss skrivs i ett tidigt skede så att patienten kan få tillgång till rehabiliteringskunnskap och att en planering sker.

Denna variabel avspeglar bättre den egentliga väntetiden, än vad tiden mellan utfärdad remiss och fram till inskrivning på rehabiliteringsavdelning gör.

Vårdtid

Tabell 7 Vårdtid i dagar för kvinna/man i olika åldersintervall

Vårdtid i dagar (utskrivning-inskrivning), slutenvård				
Åldersgrupper	Kön	Antal	Medelvärde	Median
-15 år	Kvinna	1	36	36
16-44 år	Kvinna	158	44,17	35
	Man	294	48,08	32
45-64 år	Kvinna	430	40,07	27
	Man	645	46,73	36
65+	Kvinna	299	29,37	22
	Man	354	34,38	28
Total	Kvinna	888	37,19	26
	Man	1293	43,66	32
	Total	2181	41,03	30

Skillnaden i vårdtid mellan män och kvinnor är ett observandum och bör studeras vidare.

Liksom tidigare år har patienter över 65 år kortare vårdtid. En förklaring kan vara att behoven av rehabiliteringsinsatser och vård i kommunens regi och på särskilda boenden bättre tillgodoses för äldre än för yngre personer. Rehabiliteringsmålen kan också vara annorlunda för en äldre person än för en yngre.

Tabell 8 Medelvårdtid i dagar per diagnosgrupp

Medelvårdtid i dagar, slutenvård							
Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel. sjukdomar neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	Övr diagnosgrupper	Alla
Danderyds sjukhus	70	57	38	54	67	29	63
Uppsala Akademiska sjukhus	58	38	50	78		28	50
Universitetssjukhuset i Linköping	59	55	47	75	32	21	53
Länssjukhuset Ryhov	51	38	43	21	35	30	39
Rehabkliniken i Växjö	44	39	33	41	32	46	42
Blekingesjukhuset	38	86	155	62	32	37	42
Halmstads sjukhus	29	34	12	24	28	34	29
Sahlgrenska universitetssjukhuset	38	38	42	40	36	42	39
Borås sjukhus SÄS	64	43	41	46	47	34	50
Kärnsjukhuset i Skövde	31	21	86	25	30		32
Centralsjukhuset i Karlstad	51	68	8		62		61
Universitetssjukhuset Örebro	56	69	56	37	54	29	56
Västerås lasarett	50	70	14	75	44	30	52
Falu lasarett	35	32	21	19	27	38	30
Sandvikens sjukhus	33	36	34	17	19	12	31
Härnösands sjukhus	47	41	14	19	39	29	37
Östersunds sjukhus	46	50	35	29	25	33	36
Sunderby sjukhus	67	64	56	66	45	44	60
Skånes universitetssjukhus	32	39	50	41	36	24	38
Norrlands universitetssjukhus		53	103	51		5	81
Mälargården Rehab Center	21	23		18		15	17
Riket	45	45	50	33	33	26	40

Typ av vård = Slutenvård

När det gäller ryggmärgsskador skiljer sig vårdtiderna väsentligt åt. Som exempel kan nämnas att Blekinge sjukhuset detta år endast hade en registrerad patient (vårdtid 155 dagar) och Halmstad sjukhus fem registreringar (medelvårdtid 12 dagar). Skånes universitetssjukhus har flest registreringar, 38 st. (medelvårdtid 50 dagar).

Under 2012 utvecklas ryggmärgsskadedelen i registret, så antal registreringar förväntas öka och förbättra underlaget för att dra slutsatser.

När det gäller vårdtid för stroke på universitetsklinikerna är variationen stor, från 32 till 70 dagar i medelvårdtid. Orsaken till detta är oklar och behöver studeras närmare.

Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Under 2011 hade 16 av 21 sjukhus någon patient inneliggande efter att de blivit utskrivningsklara. Kommunerna har troligen här valt att betala sjukhusvård i stället för "ta hem" patienterna. Således har 1064 rehabiliteringsdygn blockerats. Som mest har en patient blockerat en vårdplats i 260 dagar! (Danderyds sjukhus). Detta medför att rehabilitering i motsvarande grad inte kan ges till de som har behov av vården och att väntetiderna förlängs.

Användningsgrad av olika variabler och bedömningsinstrument i registret

Körkort

Tabell 9 Körkortsbedömning av de som har körkort

Sjukhus	Bedömning ej gjord	
	Antal	Procent
<i>Danderyds sjukhus</i>	3	2%
<i>Uppsala Akademiska sjukhus</i>	6	7%
<i>Universitetssjukhuset i Linköping</i>	5	11%
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	0	0%
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	10	9%
<i>Blekingesjukhuset</i>	5	3%
<i>Halmstads sjukhus</i>	1	1%
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	0	0%
<i>Borås sjukhus SÄS</i>	0	0%
<i>Kärnsjukhuset i Skövde</i>	0	0%
<i>Centralsjukhuset i Karlstad</i>	0	0%
<i>Universitetssjukhuset Örebro</i>	2	6%
<i>Västerås lasarett</i>	3	10%
<i>Falu lasarett</i>	0	0%
<i>Sandvikens sjukhus</i>	10	11%
<i>Härnösands sjukhus</i>	2	4%
<i>Östersunds sjukhus</i>	14	7%
<i>Sunderby sjukhus</i>	0	0%
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	8	5%
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>	10	63%
<i>Mälargården Rehab Center</i>	0	0%
Total	79	4%

Typ av vård = Slutenvård

Denna tabell visar bara de som registrerats som körkortsinnehavare. Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamet. Endast 8 sjukhus/rehabcenter har bedömt alla de som registrerats som körkortsinnehavare avseende lämplighet som förare. Fyra kliniker har inte gjort en bedömning av 10 % eller mer av patienterna - se tabell. Här finns en förbättringspotential.

Rökning/missbruk

Tabell 10 Fråga om rökning/missbruk, antal och andel, n=2166

Diagnosgrupp	Rökare			Missbruk av alkohol			Missbruk av droger			Missbruk av läkemedel		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
<i>Stroke</i>	138	639	25	50	724	28	10	768	24	9	763	30
<i>hjärnskada</i>	109	328	29	61	372	33	22	416	28	17	416	33
<i>Ryggmärgsskada</i>	26	126	9	11	139	11	6	147	8	6	148	7
<i>Demyel. sjukdomar</i>												
<i>neurodiagnos</i>	25	217	2	3	233	8	1	236	7	1	235	8
<i>Övr skador/sjukdomar,</i>												
<i>rörelseapp</i>	47	195	6	17	224	7	3	235	10	7	229	12
<i>Övr diagnosgrupper</i>	33	208	4	12	228	5	3	237	5	2	235	8
Total	378	1713	75	154	1920	92	45	2039	82	42	2026	98

TBI=Traumatic Brain Injury, SAB= Subarachnoid Hemorrhage

Totalt har 2 166 registreringar avseende missbruk gjorts. Andelen missbruk är störst i gruppen "TBI, SAB eller annan hjärnskada" (rökare 23%, missbrukar alkohol 13% och missbrukar droger 6%) medan andelen som missbrukar tabletter, i stort sett är samma för ryggmärgsskadade och TBI (3,7% RMS resp. 3,6% i TBI-gruppen).

Andelen svar "vet ej" (ej tillfrågat patienten eller ej dokumenterat missbruk i journalen) är i år ang. rökning 3,5%, ang. alkohol 4,2% och ang. läkemedel är 1,3%. Det är fortsatt en minskning från år till år (2010 var frekvensen "vet ej" ca 6% i alla kategorierna).

Kontroll av BMI

Användningsgraden är oförändrad med en diskret ökning från 81% till 83 % vid utskrivning jämfört med 2010.

Härnösands sjukhus har flest registreringar (98% både vid in- och utskrivning).

Ur klinisk synpunkt är det viktigt att kontrollera viktutveckling under vårdtiden. Ett observandum är därmed att det totalt saknas ca 300 registreringar av BMI.

Funktionsnedsättning enl. ICF

Totalt har 1120 st. registreringar gjorts och hälften (50%) av dessa har funktionsnedsättningar.

Frågan om sexuell funktionsnedsättning där svaret registrerats som "vet ej" skiljer sig markant i frekvens mellan hjärnskadegruppen 51% (60% år 2010) och ryggmärgsskadegruppen 23% (20% år 2010). Det är en försämring avseende ryggmärgsskadegruppen jämfört med föregående år, trots att målet har varit att öka frekvensen. Frågan får återlyftas på nästa kvalitetsregisterdag.

ADL förmåga

ADL-förmåga har bedömts, som ett riksgenomsnitt, hos 84 % (92 % 2010) vid inskrivningen och hos 80% (88 % 2010) vid utskrivningen, vilket är en försämring i registreringsgrad jämfört med föregående år. Den troliga förklaringen är att registreringen tidigare var obligatorisk, men är numera frivillig.

EQ5D

EQ5D är ett frågeformulär/en skattningsskala som skall mäta den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet.

EQ5D har fyllts i, som ett riksgenomsnitt hos 77 % (69 % 2010) vid inskrivningen och hos 68 % (62 % 2010) vid utskrivningen. Det finns ett ökat intresse för att använda detta instrument.

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat11)

Självskattningsformuläret LiSat11 har fyllts i för 42 % (48 % 2010) av samtliga utskrivna patienter. Detta instrument är frivilligt att använda för deltagande enheter. I tidigt skede i slutenvård kan det vara svårt för patienterna att ta ställning till hur nöjd man är med t ex familjelivet. Vissa enheter har därmed valt att inte använda instrumentet i slutenvård, men däremot senare i förloppet, i öppen vård. Alla personer kan eller vill inte medverka. Alla dessa faktorer måste beaktas när användningsfrekvensen av LiSat11 tolkas.

GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended)

GOSE mäter "grad av neurologiska deficit och förmåga att utföra dagliga aktiviteter" efter hjärnskada. GOSE är en utvecklad variant av GOS med 8 kategorier i stället för 5 där de övre tre kategorierna delats upp.

Av 1235 patienter (1068 registreringar år 2010) med hjärnskada används GOSE för 1024 (825 registreringar år 2010). Detta är en ökning med 7 %.

Bedömning av grad/typ av medvetandesänkning vid svår hjärnskada "Disorders of Consciousnes (DOC)" enligt Joseph Giacinos klassifikation.

Vid inskrivning registrerades 34 patienter och vid utskrivning 26 st. Förra året registrerades totalt 18 st. Det är av stor vikt att bedöma hjärnskadade med medvetandesänkning på ett strukturerat sätt. Studier i England och Sverige har visat att omkring 50% av de som klassats som vegetativ status är felaktigt bedömda, de har fungerande högre hjärnfunktioner.

Patientens upplevelse av rehabinsatserna vid utskrivning

Tabell 11 Patienternas upplevelse av rehabiliteringsinsatserna vid utskrivning

	Patientens upplevelse av rehabinsatserna vid utskrivning, gjord										
	Info saknas		Ja		Nej		Vet ej		Total		
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	
Danderyds sjukhus	0	0%	119	69%	50	29%	3	2%	172	100%	
Uppsala Akademiska sjukhus	0	0%	47	45%	56	54%	1	1%	104	100%	
Universitetssjukhuset i Linköping	0	0%	16	28%	41	72%	0	0%	57	100%	
Länssjukhuset Ryhov	0	0%	60	63%	36	38%	0	0%	96	100%	
Rehabkliniken i Växjö	0	0%	111	87%	16	13%	0	0%	127	100%	
Blekingesjukhuset	0	0%	89	49%	91	50%	1	1%	181	100%	
Halmstads sjukhus	0	0%	79	63%	46	37%	0	0%	125	100%	
Sahlgrenska universitetssjukhuset	0	0%	84	58%	60	41%	1	1%	145	100%	
Borås sjukhus SÅS	0	0%	82	78%	23	22%	0	0%	105	100%	
Kärnsjukhuset i Skövde	0	0%	1	4%	21	75%	6	21%	28	100%	
Centralsjukhuset i Karlstad	0	0%	21	91%	2	9%	0	0%	23	100%	
Universitetssjukhuset Örebro	1	2%	20	35%	23	40%	13	23%	57	100%	
Västerås lasarett	0	0%	6	16%	25	68%	6	16%	37	100%	
Falu lasarett	1	1%	45	56%	21	26%	14	17%	81	100%	
Sandvikens sjukhus	0	0%	81	76%	25	24%	0	0%	106	100%	
Härnösands sjukhus	0	0%	47	86%	8	15%	0	0%	55	100%	
Östersunds sjukhus	0	0%	148	69%	64	30%	3	1%	215	100%	
Sunderby sjukhus	2	5%	22	51%	17	40%	2	5%	43	100%	
Skånes universitetssjukhus	1	1%	153	75%	50	25%	0	0%	204	100%	
Norrlands universitetssjukhus	0	0%	6	38%	7	44%	3	19%	16	100%	
Mälargården Rehab Center	0	0%	0	0%	202	99%	2	1%	204	100%	
Total	5	0%	1237	57%	884	41%	55	3%	2181	100%	

Vid utskrivningen tillfrågas patienterna om hur de upplever rehabiliteringsinsatserna. Hur bra vi är på att efterfråga patienternas upplevelser, varierar. Som föredöme kan nämnas Växjö och Härnösand. Kliniker som har en stor förbättringspotential är Mälargården och Linköping.

Har rehabiliteringsplan upprättats och använts?

I Riket har 92% (2000 st.) patienter fått rehabiliteringsplan under vårdtiden och av dessa har 98 % använts. Åtta sjukhus har en frekvens på förekomst av rehabiliteringsplaner under 90 %. Det är glädjande att de planer som upprättas, i så hög grad används (d.v.s. presenteras för patienterna och revideras löpande). Det är glädjande att även patient/närstående i så hög grad anger att rehabplan använts.

Resultat

Antal avlidna

Totalt 6 patienter har avlidit på rehabiliteringsklinik, varav 4 med diagnos hjärnskada.

Tabell 12 Fördelning av komplikationer per enhet

Sjukhus	Annat infektion	Avvikit från avdelningen	Fall med fraktur	Kontraktur	Lungemboli	Trycksår	Totalt
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Danderyds sjukhus	21	5	2	6	4	2	40
Uppsala Akademiska sjukhus	24	0	0	3	1	3	31
Universitetssjukhuset i Linköping	4	1	1	1	1	0	8
Länssjukhuset Ryhov	2	1	0	3	0	0	6
Rehabkliniken i Växjö	8	0	2	0	3	5	18
Blekingesjukhuset	63	3	1	3	0	8	78
Halmstads sjukhus	19	0	0	0	1	1	21
Sahlgrenska universitetssjukhuset	11	2	2	1	1	1	18
Borås sjukhus SÄS	12	2	0	0	0	1	15
Kärnsjukhuset i Skövde	5	0	0	2	0	2	9
Centralsjukhuset i Karlstad	4	0	0	0	0	1	5
Universitetssjukhuset Örebro	10	2	0	0	0	1	13
Västerås lasarett	6	0	0	1	0	2	9
Falu lasarett	12	0	1	0	3	3	19
Sandvikens sjukhus	6	0	0	1	0	0	7
Härnösands sjukhus	4	0	0	0	1	0	5
Östersunds sjukhus	28	0	1	5	0	1	35
Sunderby sjukhus	15	1	0	0	0	0	16
Skånes universitetssjukhus	30	2	0	5	0	6	43
Norrlands universitetssjukhus	7	0	0	1	2	2	12
Mälargården Rehab Center	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	291	19	10	32	17	39	408

Här finns säkert ett stort mörkertal. Blekingesjukhuset har registrerat stort antal "annan infektion" vilket kan tolkas på flera sätt. (Högt antal infektioner eller omsorgsfull registrering?). Danderyds sjukhus har flest patienter som avvikit från avdelningen, vilket kan förklaras av att de har störst antal som vårdas för hjärnskador och att patienterna därmed kan vara förvirrade, desorienterade och ha bristande insikt om skadans konsekvenser. Antalet fall med fraktur under vårdtiden har minskat något, trots ett ökat antal registreringar. I övrigt är komplikationsfrekvensen i stort sett oförändrad under 2011.

Bedömning av funktionsnedsättning enligt ICF har gjorts inom områdena:

- Psykiska funktioner
- Sinnesfunktioner och smärta
- Röst, tal och språk
- Hjärta, kärl och andning
- Matsmältning, ämnesomsättning och endokrin funktion
- Könsorgan och urinorgan
- Neuromuskulo-, skelettal och rörelserelaterad funktion
- Hud

Då detta inte är ett diagnosregister är det svårt att dra slutsatser på grupp nivå av registrerade data. Här kan enheterna själva gå in och titta på egna data på individnivå och i olika diagnosgrupper.

Tabell 13 Exempel för gruppen röst, tal och språk

		Afasi/dysfasi				Total
		Har funnits men kvarstår ej	Ja, kvarstår	Nej	Vet ej	
Stroke	Antal	24	131	332	2	489
	Procent	4,90%	26,80%	67,90%	0,40%	100,00%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	Antal	11	42	187	5	245
	Procent	4,50%	17,10%	76,30%	2,00%	100,00%
Ryggmärgsskada	Antal	0	1	50	0	51
	Procent	0,00%	2,00%	98,00%	0,00%	100,00%
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	Antal	1	3	119	0	123
	Procent	0,80%	2,40%	96,70%	0,00%	100,00%
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	Antal	1	2	127	0	130
	Procent	0,80%	1,50%	97,70%	0,00%	100,00%
Övr diagnosgrupper	Antal	0	1	80	0	81
	Procent	0,00%	1,20%	98,80%	0,00%	100,00%
Total	Antal	37	180	895	7	1119
	Procent	3,30%	16,10%	80,00%	0,60%	100,00%

Body Mass Index (BMI)

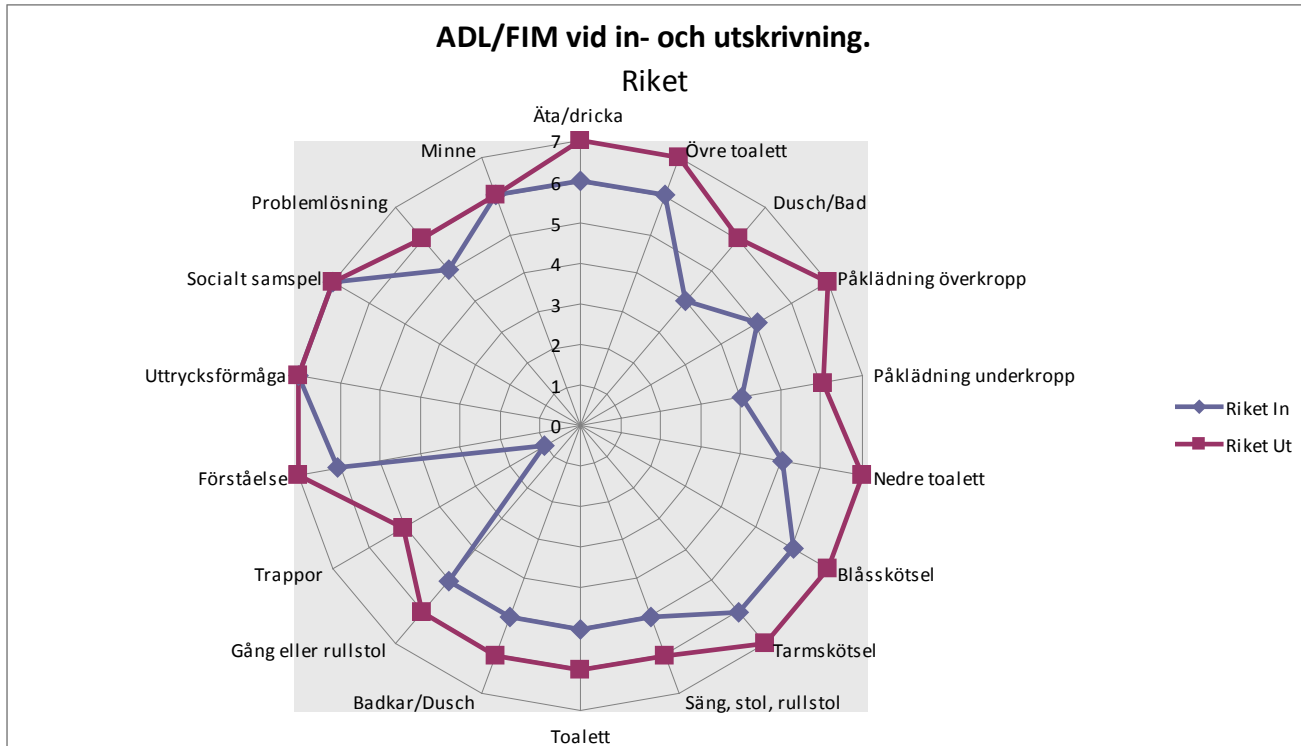
Liksom förra året är det inga påtagliga förändringar mellan in- och utskrivning, vare sig för riket som helhet eller analyserat på diagnosgruppsnivå. För strokegruppen har dock medelvärdet för BMI minskat ett steg mellan in - och utskrivning, från 27 till 26. Resultaten talar för att näringsbehovet (sett på grupp nivå) tillgodoses under vård på rehabiliteringsklinik.

Giacino (medvetandesänkning vid svår hjärnskada enligt Joseph Giacinos klassifikation)

Endast en patient vid inskrivning och en (annan) har vid utskrivningen klassificerats som persistent vegetative status. Av de 14 som befann sig i vegetativt status vid inkomsten, återstår 7 vid utskrivningen. Även antalet "Minimally responsive" har minskat från 14 till 11. Avseende "Akinetisk mutism" och "Locked in syndrome" är däremot antalet oförändrat. Endast en patient uppfyllde kriterierna för coma (vid utskrivningen).

ADL

ADL-förmågan – Activities of Daily Living – bedöms enligt FIM med en skala 1-7 där 1-5 är beroende (1 är helt beroende och högre siffra innebär lägre grad av beroende). Oberoende är grad 6 (är oberoende med hjälpmedel eller i behov av längre tid för att genomföra aktiviteten än normalt) och 7 (innebär helt oberoende). Värdena ska baseras på tillståndet 72 timmar efter inskrivning respektive före utskrivning.



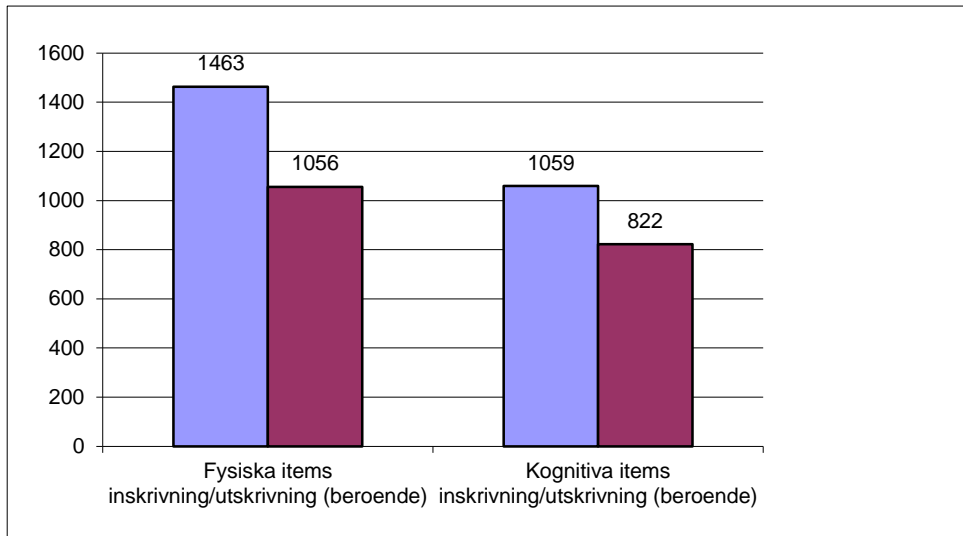
Figur 1 ADL-förmåga vid in- och utskrivning- Riket

Värden registreras som:

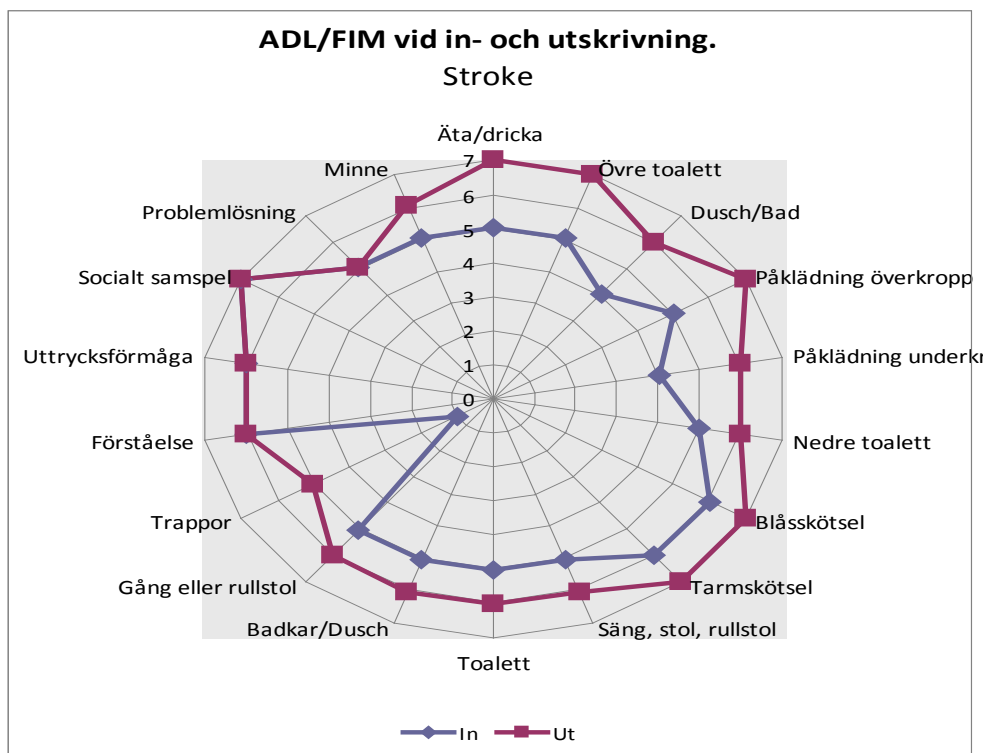
Fysiska items (äta/dricka, övre toalett, dusch/bad, påklädning överkropp, påklädning underkropp, nedre toalett, blåsskötsel, tarmskötsel, förflyttning säng/ stol/ rullstol, förflyttning toalett, förflyttning badkar/dusch, gång/rullstol och trappor).

Kognitiva items (förståelse, uttrycksförmåga, socialt samspel, problemlösning och minne)

Av totalt 1708 personer är 1463 (beroende) och 245 (oberoende) på fysiska items vid inskrivning och 1059 (beroende) och 649 (oberoende) på kognitiva items vid inskrivning. Vid utskrivning är 1056 personer (beroende) och 652 (oberoende) på fysiska items och 822 (beroende) och 886 (oberoende) på kognitiva items.



Figur 2 Förändring av antal beroende mellan in- och utskrivning, fördelat på fysiska- och kognitiva items.



Figur 3 ADL-förmåga vid in- och utskrivning- diagnosgrupp Stroke

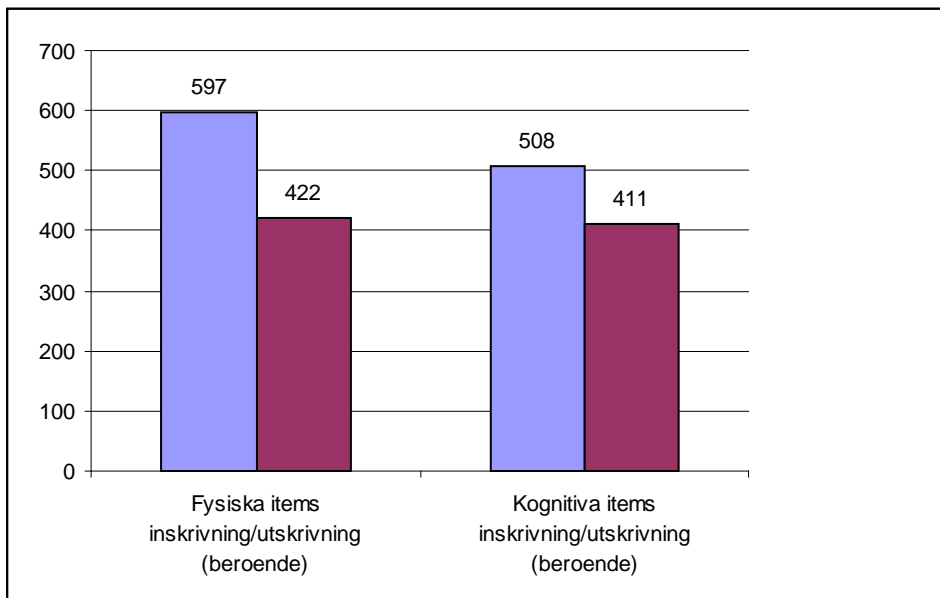
Stroke som är den största gruppen har totalt 689 registreringar på in- och utskrivning.

fysiska items inskrivning - 597 (beroende) och 92 (oberoende)

fysiska items utskrivning - 422 (beroende) och 267 (oberoende)

kognitiva items inskrivning – 508 (beroende) och 181 (oberoende)

kognitiva items utskrivning – 411 (beroende) och 278 (oberoende)



Figur 4 Förändring av antal beroende mellan in- och utskrivning, fördelat på fysiska- och kognitiva items. Diagnosgrupp Stroke

Detta talar för goda resultat av rehabiliteringen, då personer som klarar sig själva besparar kommuner/samhället i stort och även övrig sjukvård kostnader.

Försörjning

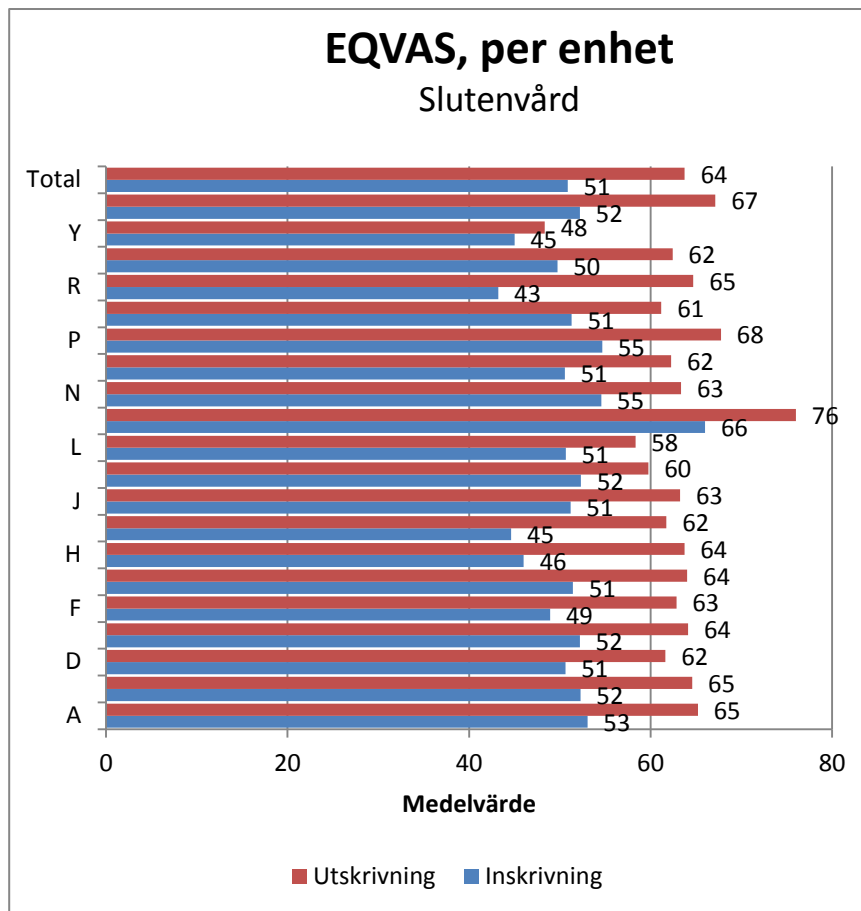
2181 registreringar av sjukskrivningsgrad vid inskrivning och 2175 vid utskrivning.

Tabell 14 Andel helt eller delvis sjukskrivna

Helt- eller deltidssjukskrivna		
År	Inskrivning	Utskrivning
2008	35%	60%
2009	32%	59%
2010	27%	55%
2011	28%	57%

1166 st. (54%) var helt (100%) sjukskrivna under år 2011

EQ5D



Figur 5 Medelvärde vid in- och utskrivning för EQ-5D (EuroQol-5D) VAS-skalan

Hälsotillståndet har skattats på en VAS-skala (1-100) ” Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer”. Medelvärdena på VAS-skalan har som synes förbättrats på alla enheter mellan in-och utskrivning.

Oro och nedstämdhet, problem med huvudsakliga aktiviteter och problem med smärta har minskat.

Tabell 15 Svartsfördelning vid in- och utskrivning för EQ5D:s domän ”Oro/nedstämdhet”.

Oro/nedstämdhet				
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	584	42,8	765	56,1
Måttliga problem	692	50,7	550	40,3
Svåra problem	88	6,5	49	3,6
Total	1364	100	1364	100

Tabell 16 Svartsfördelning vid in- och utskrivning för EQ5D:s domän ”Huvudsakliga aktiviteter”.

Huvudsakliga aktiviteter				
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	242	17,7	439	32,2
Måttliga problem	565	41,4	667	48,9
Svåra problem	557	40,8	258	18,9
Total	1364	100	1364	100

Övriga domäner är: rörlighet, hygien samt smärtor/besvär

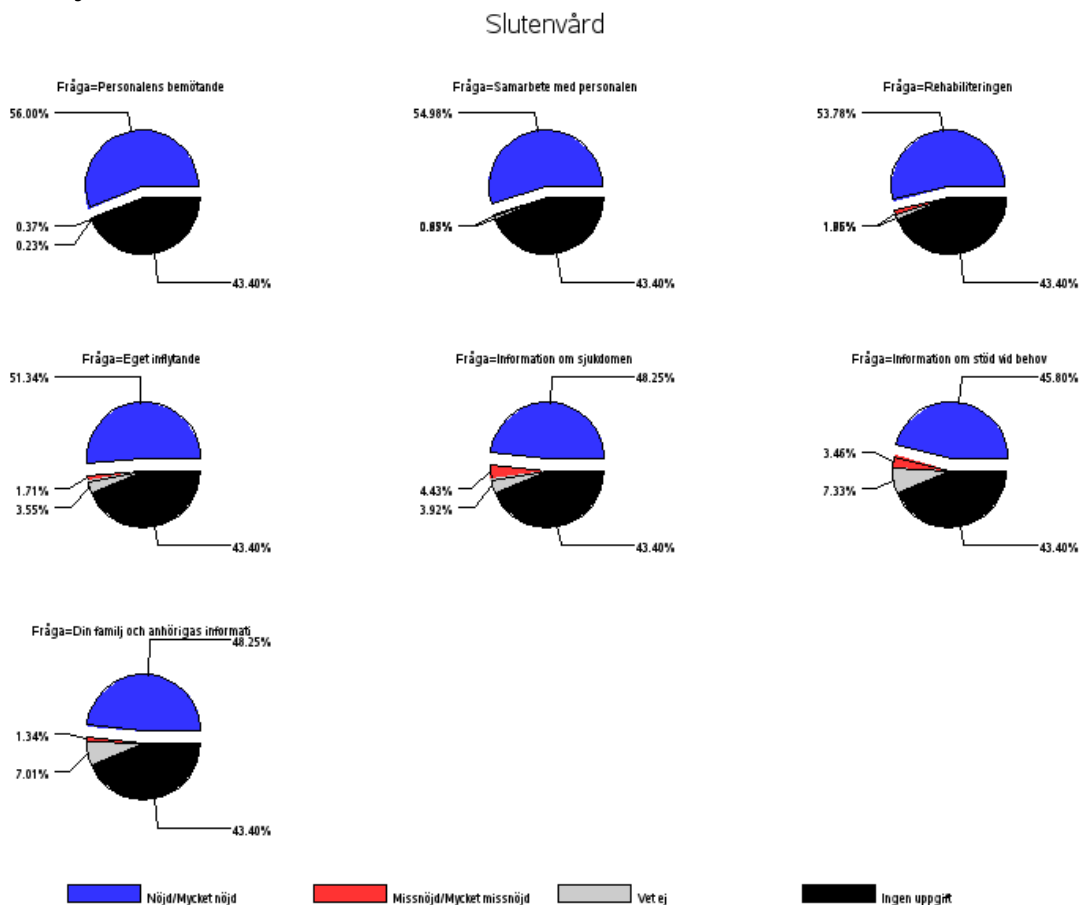
Utskriven till

Tabell 17 Till vilken typ av boende sker utskrivning till, antal och andel per enhet.

Sjukhuskod		Annan rehabenhet	Annat	Avbruten rehab - eget beslut	Avbruten rehab - medicinska skäl	Avliden	Eget boende med personligt beroende	Eget boende utan personligt beroende	Särskilt boende	Total
A	Antal	2	5	3	1	0	55	88	18	172
	Procent	1,20%	2,90%	1,70%	0,60%	0,00%	32,00%	51,20%	10,50%	100,00%
B	Antal	21	5	0	3	0	40	24	11	104
	Procent	20,20%	4,80%	0,00%	2,90%	0,00%	38,50%	23,10%	10,60%	100,00%
C	Antal	4	1	0	0	0	20	21	11	57
	Procent	7,00%	1,80%	0,00%	0,00%	0,00%	35,10%	36,80%	19,30%	100,00%
D	Antal	1	0	0	7	0	37	39	12	96
	Procent	1,00%	0,00%	0,00%	7,30%	0,00%	38,50%	40,60%	12,50%	100,00%
E	Antal	2	2	0	1	0	38	67	17	127
	Procent	1,60%	1,60%	0,00%	0,80%	0,00%	29,90%	52,80%	13,40%	100,00%
F	Antal	5	11	0	2	1	50	90	22	181
	Procent	2,80%	6,10%	0,00%	1,10%	0,60%	27,60%	49,70%	12,20%	100,00%
G	Antal	1	1	0	5	0	55	49	14	125
	Procent	0,80%	0,80%	0,00%	4,00%	0,00%	44,00%	39,20%	11,20%	100,00%
H	Antal	7	0	1	2	1	36	74	24	145
	Procent	4,80%	0,00%	0,70%	1,40%	0,70%	24,80%	51,00%	16,60%	100,00%
I	Antal	8	5	0	3	0	34	43	12	105
	Procent	7,60%	4,80%	0,00%	2,90%	0,00%	32,40%	41,00%	11,40%	100,00%
J	Antal	0	0	0	0	0	13	14	1	28
	Procent	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	46,40%	50,00%	3,60%	100,00%
K	Antal	4	0	0	0	0	11	6	2	23
	Procent	17,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	47,80%	26,10%	8,70%	100,00%
L	Antal	0	3	1	1	1	26	17	8	57
	Procent	0,00%	5,30%	1,80%	1,80%	1,80%	45,60%	29,80%	14,00%	100,00%
M	Antal	3	2	0	1	0	10	16	5	37
	Procent	8,10%	5,40%	0,00%	2,70%	0,00%	27,00%	43,20%	13,50%	100,00%
N	Antal	6	6	0	1	1	27	35	5	81
	Procent	7,40%	7,40%	0,00%	1,20%	1,20%	33,30%	43,20%	6,20%	100,00%
O	Antal	9	2	0	3	0	44	41	7	106
	Procent	8,50%	1,90%	0,00%	2,80%	0,00%	41,50%	38,70%	6,60%	100,00%
P	Antal	1	4	0	2	0	10	37	1	55
	Procent	1,80%	7,30%	0,00%	3,60%	0,00%	18,20%	67,30%	1,80%	100,00%
Q	Antal	0	2	0	8	0	86	97	22	215
	Procent	0,00%	0,90%	0,00%	3,70%	0,00%	40,00%	45,10%	10,20%	100,00%
R	Antal	8	1	0	0	2	23	6	3	43
	Procent	18,60%	2,30%	0,00%	0,00%	4,70%	53,50%	14,00%	7,00%	100,00%
S	Antal	3	9	2	6	0	75	99	10	204
	Procent	1,50%	4,40%	1,00%	2,90%	0,00%	36,80%	48,50%	4,90%	100,00%
Y	Antal	9	0	0	0	0	4	1	2	16
	Procent	56,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	6,20%	12,50%	100,00%
Å	Antal	0	1	0	0	0	59	141	3	204
	Procent	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	28,90%	69,10%	1,50%	100,00%
Total	Antal	94	60	7	46	6	753	1005	210	2181
	Procent	4,30%	2,80%	0,30%	2,10%	0,30%	34,50%	46,10%	9,60%	100,00%

På riksnivå skriver vi ut drygt 46% till eget självständigt boende vilket är en något lägre nivå jämfört med 2009 (49%) och 2010 (47%). Vårdtiden 2011 är i medel 40,4 dagar (median 30). 2010 är i medel 44 dagar (median 32) och 2009 var den 45 dagar. Detta är värt att följa över tid, då kortare vårdtid kan innebära att man skriver ut patienter med högre grad av beroende. Variationen i landet är dock stor. Som exempel kan nämnas ang. patienten som skrivs ut till annan rehabenhet där variationen är mellan 0% till drygt 50%.

Patientnöjdhet



Figur 6 Grad av nöjdhet

Resultaten har försämrats jämfört med 2010. Det är en högre procentsats för ingen uppgift, samt att färre patienter har uppgett nöjd/mycket nöjd.

Som exempel kan nämnas **Personalens bemötande** som har sjunkit från 65% nöjd/mycket nöjd till 56%. På samma fråga har patienter som det inte finns någon uppgift för, ökat från 34% till 43%.

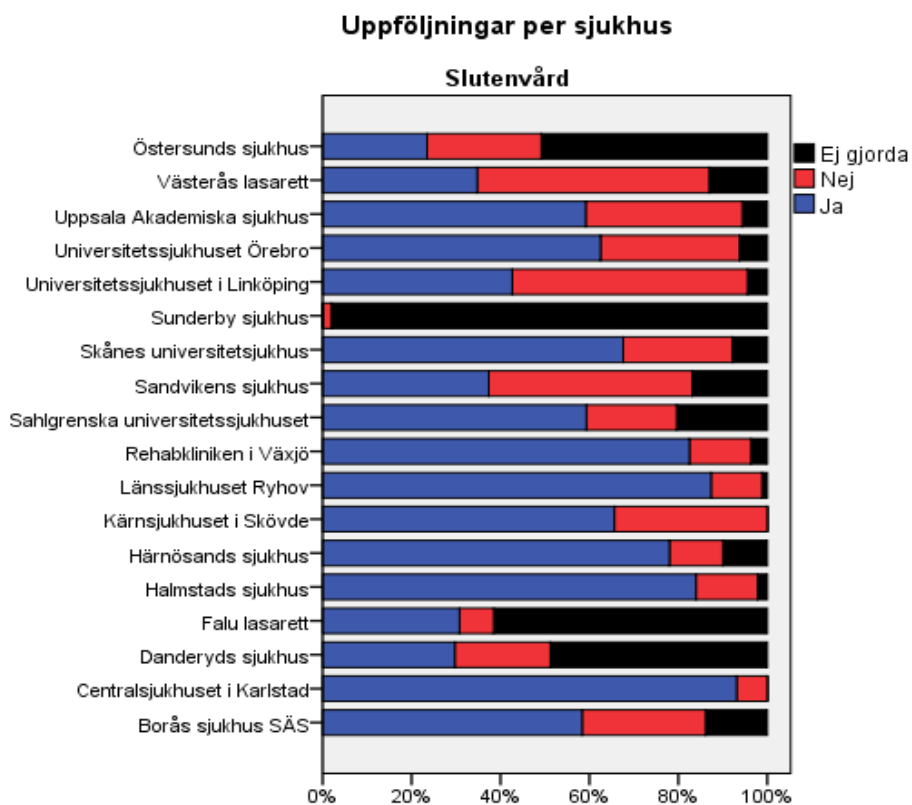
Uppföljning

Totalt har 1799 registreringar gjorts i riket som helhet. Det är en ökning med 664 jämfört med 2010.

Antal registreringar

Tabell 18 Antal registrerade 1-årsuppföljningar

Sjukhus	Antal uppföljningar 2011
<i>Borås sjukhus SÄS</i>	108
<i>Centralsjukhuset i Karlstad</i>	29
<i>Danderyds sjukhus</i>	293
<i>Falu lasarett</i>	13
<i>Halmstads sjukhus</i>	181
<i>Härnösands sjukhus</i>	50
<i>Kärnsjukhuset i Skövde</i>	32
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	87
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	137
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	59
<i>Sandvikens sjukhus</i>	83
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	216
<i>Sunderby sjukhus</i>	51
<i>Universitetssjukhuset i Linköping</i>	68
<i>Universitetssjukhuset Örebro</i>	64
<i>Uppsala Akademiska sjukhus</i>	71
<i>Västerås lasarett</i>	23
<i>Östersunds sjukhus</i>	234
Total	1799



Figur 7 Andel 1-årsuppföljningar per enhet

Grafen anger uppföljningar i procent. Antalet varierar mellan 13 och 293 uppföljda patienter.

Försörjning vid in-/utskrivning respektive uppföljning 2011

Tabell 19 Försörjninggrad från Försäkringskassan vid in- ut och 1-årsuppföljning per enhet.

Slutenvård		Försäkringskassa														Tot. antal
		Nej		Ja, 25%		Ja, 50%		Ja, 75%		Ja, 100%		Vet ej				
		%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal			
Borås	In	58.1	36	0	0	3.2	2	0	0	38.7	24	0	0	62		
	Ut	19.4	12	0	0	0	0	0	0	80.6	50	0	0	62		
	Upp	38.7	24	6.5	4	4.8	3	11.3	7	38.7	24	0	0	62		
Danderyd	In	78.3	72	0	0	0	0	1.1	1	17.4	16	3.3	3	92		
	Ut	14.1	13	0	0	0	0	0	0	85.9	79	0	0	92		
	Upp	21.7	20	9.8	9	5.4	5	6.5	6	56.5	52	0	0	92		
Falun	In	14.3	1	0	0	0	0	0	0	14.3	1	71.4	5	7		
	Ut	42.9	3	0	0	0	0	0	0	14.3	1	42.9	3	7		
	Upp	14.3	1	14.3	1	28.6	2	14.3	1	28.6	2	0	0	7		
Halmstad	In	83.6	127	0	0	0.7	1	0.7	1	14.5	22	0.7	1	152		
	Ut	69.7	106	0	0	0	0	0	0	29.6	45	0.7	1	152		
	Upp	72.4	110	0.7	1	3.3	5	2.0	3	21.7	33	0	0	152		
Härnösand	In	34.9	15	0	0	4.7	2	2.3	1	55.8	24	2.3	1	43		
	Ut	2.3	1	2.3	1	0	0	4.7	2	88.4	38	2.3	1	43		
	Upp	16.3	7	7.0	3	2.3	1	2.3	1	65.1	28	7.0	3	43		
Karlstad	In	77.8	21	0	0	7.4	2	0	0	14.8	4	0	0	27		
	Ut	22.2	6	0	0	0	0	0	0	77.8	21	0	0	27		
	Upp	22.2	6	0	0	3.7	1	3.7	1	70.4	19	0	0	27		
Linköping	In	76.7	23	0	0	0	0	3.3	1	20.0	6	0	0	30		
	Ut	33.3	10	0	0	0	0	3.3	1	60.0	18	3.3	1	30		
	Upp	43.3	13	0	0	0	0	0	0	56.7	17	0	0	30		
LundOrup	In	71.7	104	1.4	2	1.4	2	0	0	24.8	36	0.7	1	145		
	Ut	26.9	39	0	0	2.1	3	0.7	1	70.3	102	0	0	145		
	Upp	48.3	70	4.8	7	4.1	6	4.1	6	38.6	56	0	0	145		
Ryhov	In	79.5	58	0	0	0	0	0	0	20.5	15	0	0	73		
	Ut	13.7	10	0	0	0	0	0	0	86.3	63	0	0	73		
	Upp	27.4	20	2.7	2	8.2	6	19.2	14	41.1	30	1.4	1	73		
Sahlgrensk	In	82.6	38	0	0	2.2	1	0	0	13.0	6	2.2	1	46		
	Ut	19.6	9	0	0	0	0	0	0	76.1	35	4.3	2	46		
	Upp	39.1	18	2.2	1	4.3	2	23.9	11	30.4	14	0	0	46		
Sandviken	In	52.5	21	0	0	2.5	1	0	0	45.0	18	0	0	40		
	Ut	5.0	2	0	0	0	0	0	0	95.0	38	0	0	40		
	Upp	35.0	14	2.5	1	5.0	2	0	0	57.5	23	0	0	40		
Skövde	In	85.7	18	0	0	0	0	0	0	14.3	3	0	0	21		
	Ut	90.5	19	0	0	0	0	0	0	9.5	2	0	0	21		
	Upp	28.6	6	0	0	9.5	2	4.8	1	57.1	12	0	0	21		
Uppsala	In	75.0	33	0	0	2.3	1	2.3	1	18.2	8	2.3	1	44		
	Ut	11.4	5	0	0	0	0	2.3	1	86.4	38	0	0	44		
	Upp	22.7	10	2.3	1	6.8	3	2.3	1	65.9	29	0	0	44		
Västerås	In	45.5	5	0	0	0	0	0	0	45.5	5	9.1	1	11		
	Ut	9.1	1	0	0	0	0	0	0	90.9	10	0	0	11		
	Upp	27.3	3	0	0	9.1	1	0	0	54.5	6	9.1	1	11		
Växjö	In	81.4	92	0	0	0	0	1.8	2	15.9	18	0.9	1	113		
	Ut	69.9	79	0	0	1.8	2	1.8	2	26.5	30	0	0	113		
	Upp	64.6	73	0	0	2.7	3	1.8	2	31.0	35	0	0	113		
Örebro	In	53.7	22	2.4	1	0	0	0	0	26.8	11	17.1	7	41		
	Ut	17.1	7	0	0	0	0	0	0	82.9	34	0	0	41		
	Upp	24.4	10	2.4	1	2.4	1	29.3	12	29.3	12	12.2	5	41		
Östersund	In	78.7	48	0	0	3.3	2	0	0	16.4	10	1.6	1	61		
	Ut	77.0	47	0	0	4.9	3	0	0	18.0	11	0	0	61		
	Upp	75.4	46	0	0	1.6	1	0	0	16.4	10	6.6	4	61		
RIKET	In	72.8	734	0.3	3	1.4	14	0.7	7	22.5	227	2.3	23	1008		
	Ut	36.6	369	0.1	1	0.8	8	0.7	7	61.0	615	0.8	8	1008		
	Upp	44.7	451	3.1	31	4.4	44	6.5	66	39.9	402	1.4	14	1008		

Körkortsbedömning

Tabell 20 Antal och andel med körkort vid utskrivning och 1-årsuppföljning.

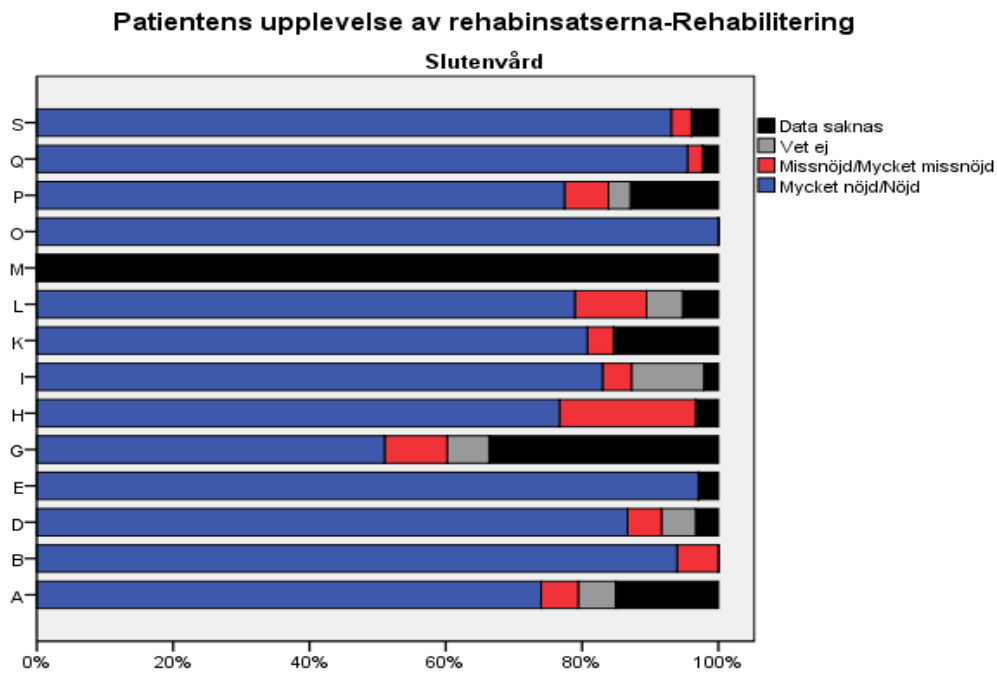
		Saknar sedan tidigare		Inga medicinska hinder föreligger		Medicinska hinder föreligger		Medicinska hinder för yrkestrafik föreligger, ej privat		Bedömning ej gjord		Vet ej		Tot. antal
		%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	
RIKET	Ut	12	117	10	96	67	679	0	5	7	67	4	44	1008
	Upp	15	152	41	417	36	364	1	6	4	38	3	31	1008

Rökning

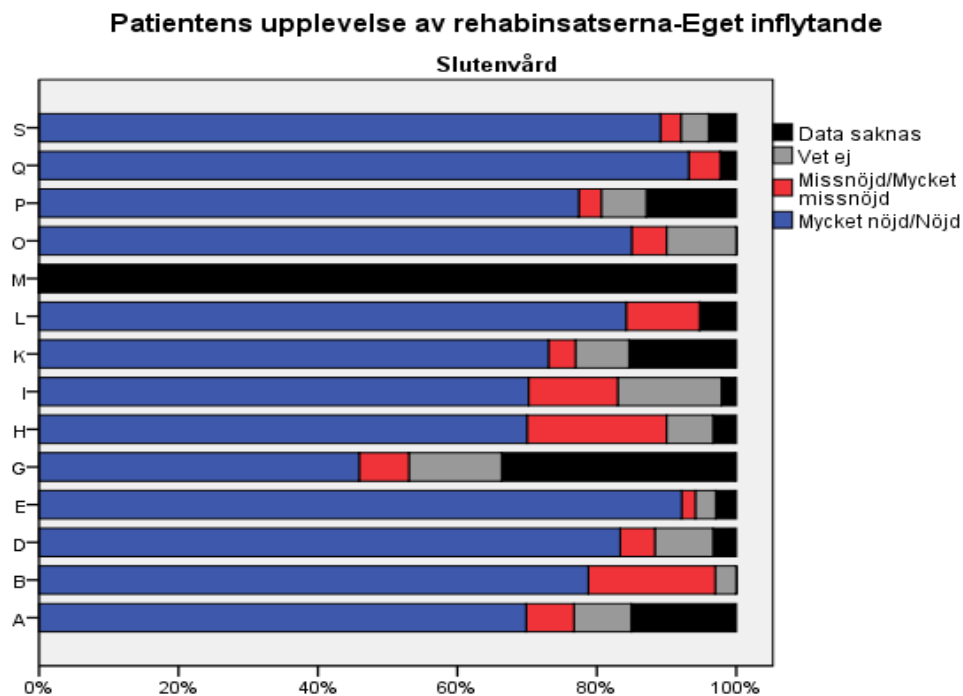
Tabell 21 Antal och andel som röker vid inskrivning resp. 1-årsuppföljning-

		Nej		Ja		Vet ej		Tot. antal
		%	Antal	%	Antal	%	Antal	
RIKET	In	76	770	20	202	4	38	1010
	Upp	82	830	15	156	2	24	1010

Patientens upplevelse av rehabiliteringen

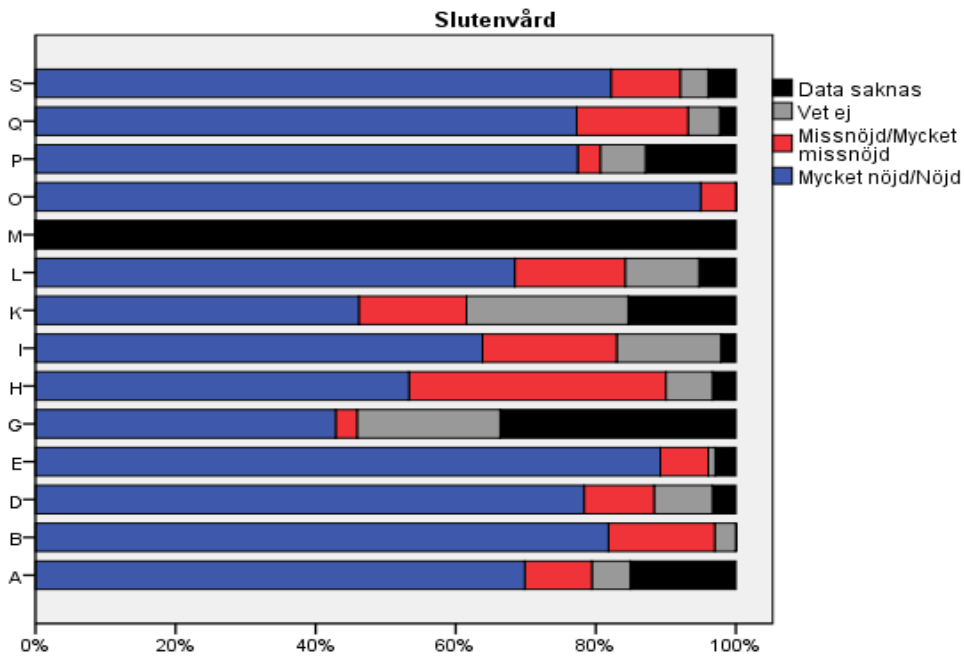


Figur 8 Patientens upplevelse av rehabinsatserna



Figur 9 Patientens upplevelse av rehabinsatserna- Eget inflytande

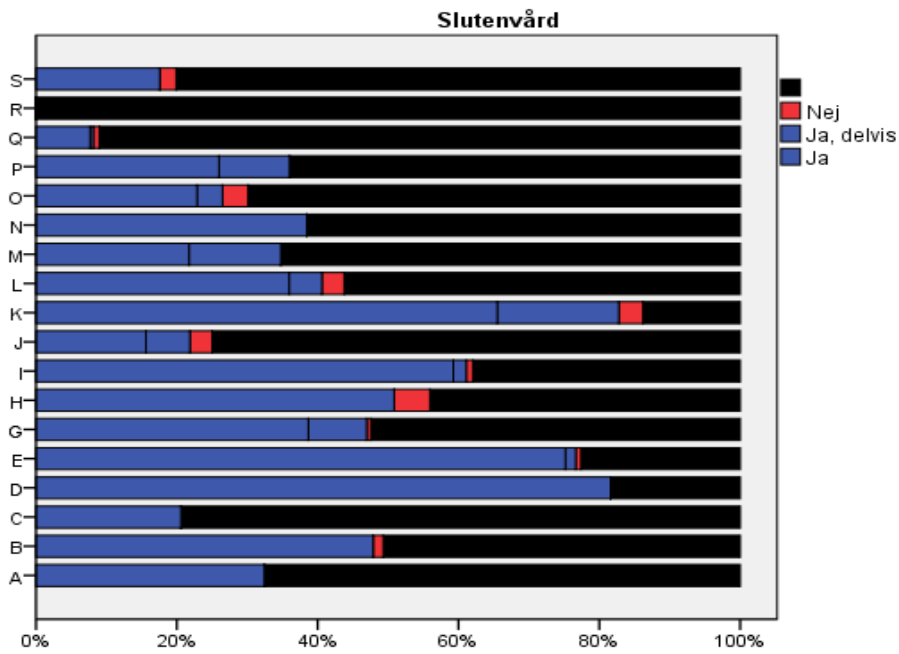
Patientens upplevelse av rehabinsatserna- Information om sjukdomen



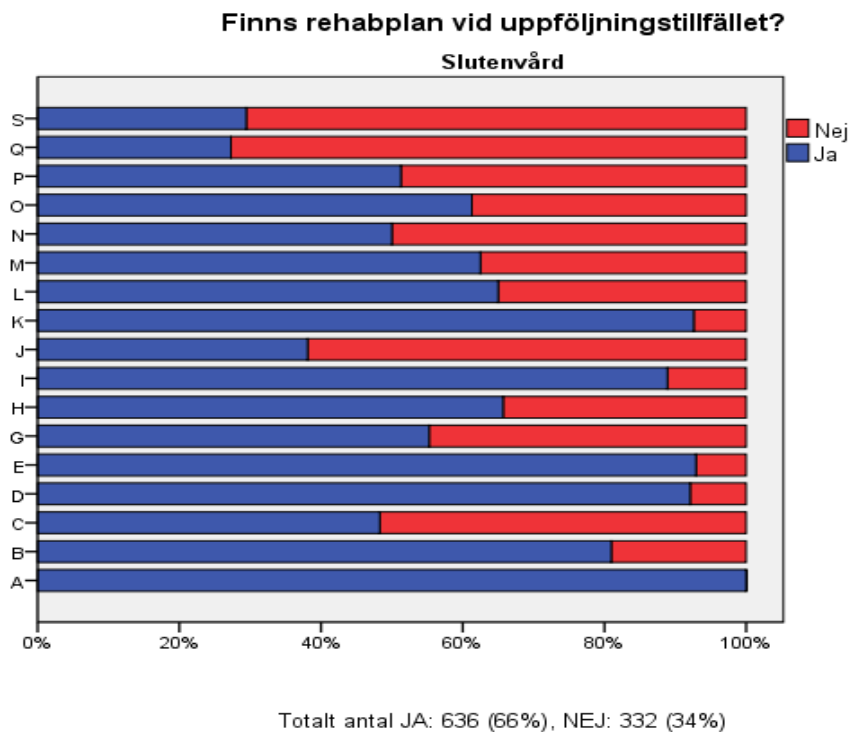
Figur 10 Patientens upplevelse av rehabinsatserna- information om sjukdomen.

Rehabplan

Har rehabplanen följts?



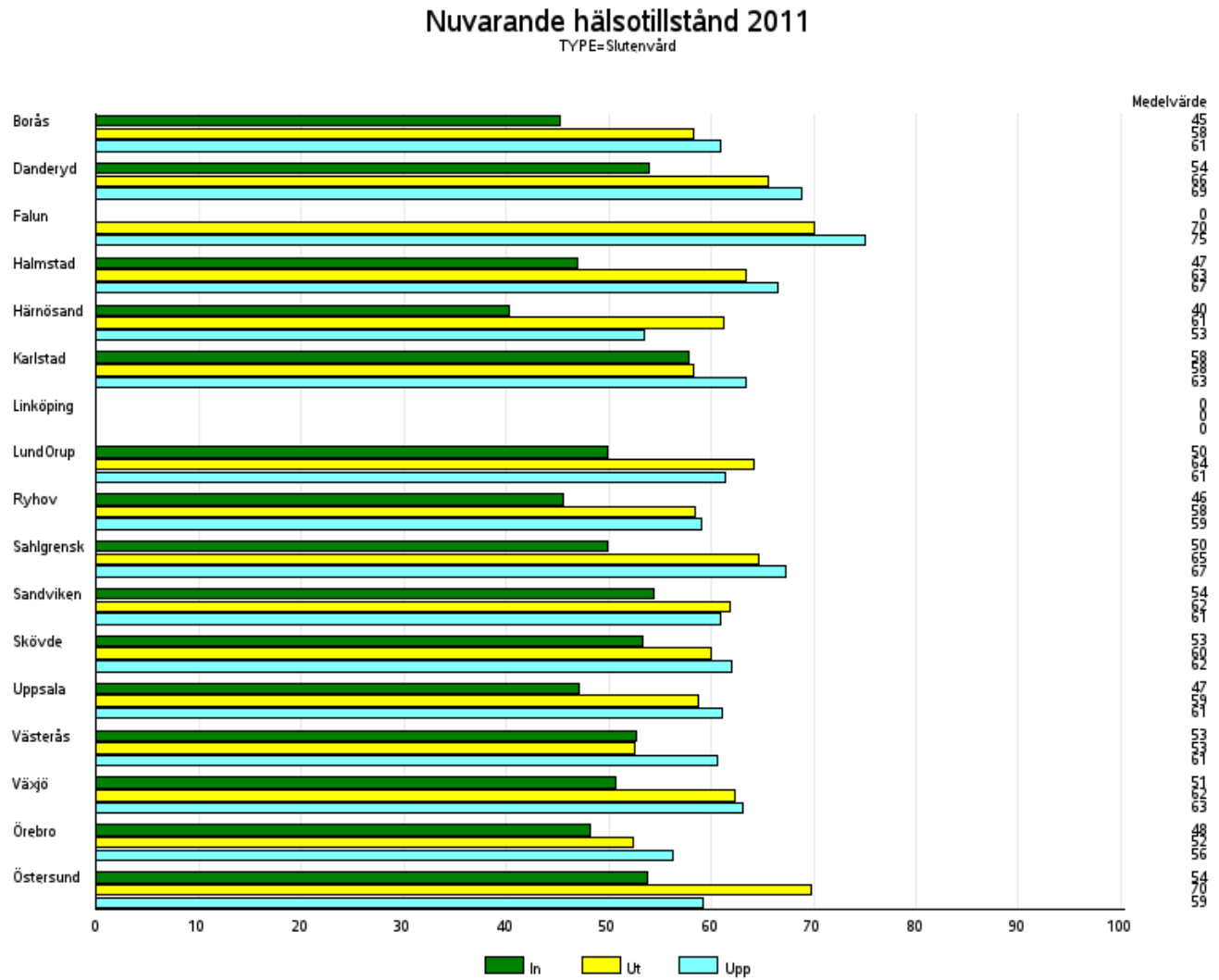
Figur 11 Svarsfördelning för frågan "Har rehabplanen följts?"



Figur 12 Svarsfördelning för frågan "Finns rehabplan vid uppföljningstillfället?".

EQ5D: VAS

Figur 13 Medelvärde för EQ- VAS vid in- ut- och 1-årsuppföljning per enhet.



Öppenvård

Demografi

Detta är första årsrapporten från WebRehab öppenvård.

Antal registreringar

Antalet registreringar baseras på de personer som skrivits ut 2011. Totalt har 734 registreringar gjorts i riket som helhet och 9 enheter har deltagit. Fler män än kvinnor har vårdats när man ser på landet i stort (57 % jmf med 43 %).

Öppenvården kategoriseras i 3 olika typer: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Fördelning mellan dessa var 24 %, 68 % och 8 %.

Intensiteten av öppenvård registreras med olika 5 kategorier (timmar/vecka) där fördelningen mellan dessa var: mindre än 5 (17 %), 5-10 (32 %), 10-20 (43 %), 20-30 (8 %) och över 30 (0 %).

Tabell 22 Antal registreringar per enhet

Kod	Sjukhus	Antal	Procent
A	Danderyds sjukhus	190	25.9
D	Länssjukhuset Ryhov	92	12.5
E	Rehabkliniken i Växjö	91	12.4
F	Blekingesjukhuset	3	0.4
H	Sahlgrenska universitetssjukhuset	77	10.5
L	Universitetssjukhuset Örebro	46	6.3
O	Sandvikens sjukhus	54	7.4
S	Skånes universitetssjukhus	172	23.4
Y	Norrlands universitetssjukhus	9	1.2
Total		734	100

Diagnosgrupper

Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (36 %) och hjärnskador som samlingsdiagnos utgör 64 % av det totala antalet registrerade.

Tabell 23 Diagnoser i antal registreringar per enhet

Diagnosgrupp	A	D	E	F	H	L	O	S	Y	Total
.	1	0	2	0	0	0	0	1	0	4
Amputationer	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5
Annan hjärnskada	11	5	1	0	5	0	0	21	0	43
Annan neurodiagnos	2	9	24	1	0	2	3	34	1	76
Annat	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4
Anoxisk hjärnskada	3	0	1	0	2	2	1	0	0	9
Cancersjukdom	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Demyeliniserande sjukdomar	0	2	20	0	1	1	2	46	0	72
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3
Postinfektös/postinflammatorisk hjärnskada	10	3	0	0	1	0	0	2	0	16
Psykiatrisk sjukdom	0	3	1	0	0	1	1	3	0	9
Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador inom rörelseapp	0	8	1	1	1	5	3	6	0	25
Reumatiska sjukdomar	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Ryggmärgsskada	3	10	1	0	1	13	0	12	8	48
SAB	9	4	2	0	10	2	3	1	0	31
Stroke	102	31	29	0	37	15	39	9	0	262
TBI	41	6	6	0	17	2	1	33	0	106
Övriga diagnoser	5	2	2	1	1	1	0	3	0	15
Övriga trauma	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Total	190	92	91	3	77	46	54	172	9	734

Diagnosgrupper för riket per åldersgrupp

Data visar att majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 45-64 år. Högst medelålder ses för personer med diagnosen stroke.

Tabell 24 Fördelning i åldersgrupper, medel- och medianålder per diagnosgrupp

Diagnosgrupper	16-44 år	45-64 år	65+	Total	Medelålder	Medianålder
Stroke	46	194	22	262	54	56
TBI, SAB eller annan hjärnskada	99	103	3	205	44	45
Ryggmärgsskada	15	25	8	48	49	50
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	51	80	17	148	49	51
Övr. skador/sjukdomar, rörelseapp	17	17	0	34	44	45
Övr. diagnosgrupper	17	16	0	33	42	43
Total	245	435	50	730	49	51

Diagnosgrupper för riket per kön

Män är överrepresenterade främst bland personer som insjuknat i stroke.

Tabell 25 Könsfördelning inom diagnosgrupper.

Diagnosgrupper	Kvinna	Man	Total
Stroke	82	180	262
TBI, SAB eller annan hjärnskada	104	101	205
Ryggmärgsskada	23	25	48
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	73	75	148
Övr. skador/sjukdomar, rörelseapp	13	21	34
Övr. diagnosgrupper	21	12	33
Total	316	414	730

Förekomst av rökning/missbruk per diagnos i populationen

Tabell 26 Antal rökning/missbruk per diagnosgrupp.

	ÖPPENVÅRD n=730											
	Rökare			Missbruk av alkohol			Missbruk av droger			Missbruk av läkemedel		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
<i>Stroke</i>	43	213	6	11	241	10	2	254	6	0	256	6
<i>TBI, SAB eller annan hjärnskada</i>	37	154	14	12	186	7	4	193	8	1	192	12
<i>Ryggmärgsskada</i>	4	44	0	0	48	0	0	48	0	0	48	0
<i>Demyel. sjukdomar neurodiagnos</i>	23	117	8	3	137	8	0	139	9	0	139	9
<i>Övr skador/sjukdomar, rörelseapp</i>	6	27	1	1	30	3	0	34	0	0	34	0
<i>Övr diagnosgrupper</i>	3	30	0	1	31	1	0	32	1	0	32	1
Total	116	585	29	28	673	29	6	700	24	1	701	28

När det gäller rökning förekommer det hos totalt 16 % av öppenvårdens patienter. Missbruk av alkohol föreligger hos 4 % av patienterna, vilket kan tyda på underdiagnostisering.

Processmått

Remiss från strokeenhet

En stor diagnosgrupp inom öppenvårdsrehabilitering är stroke (36 %). Totalt har 262 strokepatienter registrerats, varav 80 remitterats direkt från strokeenhet (cirka 30 %). Detta är en betydligt lägre andel än i slutenvården, vilket kan förklaras av att flertalet patienter har rehabilitering/vård i mellansteg av vårdkedjor före sin öppenvårdsrehabilitering.

Tid från remissens utfärdandedatum och beslut om rehab till inskrivning.

Tabell 27 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning

Sjukhus	N	Median	Minimum	Maximum
<i>Danderyds sjukhus</i>	153	75	12	318
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	31	24	1	174
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	86	61.5	3	406
<i>Blekingesjukhuset</i>	3	45	36	65
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	76	62	6	196
<i>Sandvikens sjukhus</i>	52	37	7	781
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	124	121.5	0	567
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>	8	64	24	144
Total	533	71	0	781

Mediantiden på 71 dagar understiger vårdgarantins gräns på 90 dagar, men antalet remisser som inte klarat vårdgarantins gräns kan inte utläsas i tabellen.

Tabell 28 Tid från beslut om rehab till inskrivning

Tid från beslut om rehab till inskrivning, öppenvård

Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
<i>Danderyds sjukhus</i>	150	32.5	0	225
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	33	11	0	167
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	87	36	0	397
<i>Blekingesjukhuset</i>	3	45	27	47
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	76	39	0	182
<i>Sandvikens sjukhus</i>	51	28	0	416
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	145	61	1	524
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>	9	87	25	159
Total	554	40	0	524

Det finns en diskrepans mellan remissdatum och beslut om rehab på cirka en månad. Det kan finnas olika förklaringar till detta, t.ex. att remissen skrivs allt för långt innan öppenvårdsrehabilitering är aktuell, eller att beslutsprocessen är utdragen.

Vårdtid

Tabell 29 Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp

Vårdtid i dagar (utskrivning-inskrivning), öppenvård

Diagnosgrupper	Antal	Medelvärde	Median
<i>Stroke</i>	262	48.33	34
<i>TBI, SAB eller annan hjärnskada</i>	205	65.43	45
<i>Ryggmärgsskada</i>	48	38.35	28.5
<i>Demyel. sjukdomar neurodiagnos</i>	148	89.66	50
<i>Övr. skador/sjukdomar, rörelseapp</i>	34	45	39.5
<i>Övr. diagnosgrupper</i>	33	90.61	50
Total	730	62.61	42

Vårdtiden för öppenvårdsrehabilitering är i genomsnitt 2 månader, men mediantiden är 6 veckor.

Tabell 30 Vårdtid per åldersgrupp och kön

Vårdtid i dagar (utskrivning-inskrivning), öppenvård

Åldersgrupper	Kön	Antal	Medelvärde	Median
16-44 år	Kvinna	133	79.2	52
	Man	114	81	51
45-64 år	Kvinna	165	58.61	45
	Man	272	53.75	36.5
65+	Kvinna	20	55.5	30
	Man	30	35.3	30
Total	Kvinna	318	67.03	45
	Man	416	59.89	38
Total		734	62.98	42

I materialet noteras att personer som är >65 år har kortare vårdtid än de som är < 65 år, men graden av funktionsnedsättning är inte registrerad och inte heller eventuella skillnader i vårdkedjor mellan åldersgrupper.

Tabell 31 Medelvårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp per sjukhus

Sjukhus	Medelvårdtid i dagar, öppenvård						Total
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs skada	Demyel. sjukdomar neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	Övr diagnos grupper	
<i>Danderyds sjukhus</i>	59	55	63	51		45	57
<i>Länssjukhuset Ryhov</i>	33	34	49	32	53	34	38
<i>Rehabkliniken i Växjö</i>	39	89	21	36	29	33	42
<i>Blekingesjukhuset</i>				69	41	50	53
<i>Sahlgrenska universitetssjukhuset</i>	62	51	86	39	92	37	57
<i>Universitetssjukhuset Örebro</i>	76	83	56	45	68	77	68
<i>Sandvikens sjukhus</i>	18	15		15	26	18	18
<i>Skånes universitetssjukhus</i>	39	96	26	136	9	270	111
<i>Norrlands universitetssjukhus</i>			1	4			1
Total	48	65	38	90	45	91	63

Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret

Fråga om rökning/missbruk

Det är i genomsnitt 4 % av patienterna som ej blivit bedömda vad gäller rökvanor och annat missbruk för riket som helhet. Detta speglar andelen som angett "vet ej" enligt populationsbeskrivning.

Fråga om körkort vid utskrivning

Körkortsbedomning har gjorts som ett riksgenomsnitt hos 87 % av alla personer som hade körkort sedan tidigare, d.v.s. 13% har ej bedömts.

BMI

BMI har registrerats som ett riksgenomsnitt hos 80 % av patienterna vid inskrivning och hos 60 % vid utskrivning. BMI har registrerats i lägre omfattning än i slutenvården och inte alls vid Sahlgrenska sjukhuset.

Tabell 32 Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per sjukhus

Sjukhuskoder	A	D	E	F	H	L	O	S	Y	Total
Ifylld vid inskrivning	98.90%	83.70%	96.70%	100.00%		100.00%	72.20%	77.90%	100.00%	79.60%
Ifylld vid utskrivning	94.70%	82.60%	86.80%	33.30%		67.40%	72.20%	16.90%	100.00%	60.50%

Patienttillfredställelse

Det är 69 % av patienterna som har svarat på frågorna om nöjdhet. Svarsfrekvensen varierar mellan enheterna och två enheter har inga registreringar i öppenvård om patienttillfredsställelse (Blekingesjukhuset och Norrlands universitetssjukhus).

Gångklassifikation enligt Holden

445 patienter har registrering både in- och utskrivning (61 % användningsgrad). Ytterligare cirka 150 har en registrering endast vid inskrivningen.

IPA – Impact on participation and autonomy questionnaire (Inverkan på delaktighet och självbestämmande)

Med detta instrument får personen självskatta sitt hälsotillstånd och hur begränsningarna inverkar på dagliga livet. Det har använts vid in- och utskrivning hos 223 patienter (30%). Ytterligare cirka 100 har en registrering endast vid inskrivningen.

GOSE – Glasgow Outcome Scale Extended

GOSE är uppgifter som registreras på personer med hjärnskador - både stroke och alla andra hjärnskador. Av 467 patienter med hjärnskada användes GOSE hos 291 vid utskrivning från öppenvård (62%).

Livstillfredsställelse (LiSat)

Vid utskrivning är 437 LiSat utförda (60 % av alla registrerade personer). Ytterligare cirka 90 har en registrering endast vid inskrivningen (totalt vid inskrivning 72%).

EQ5D

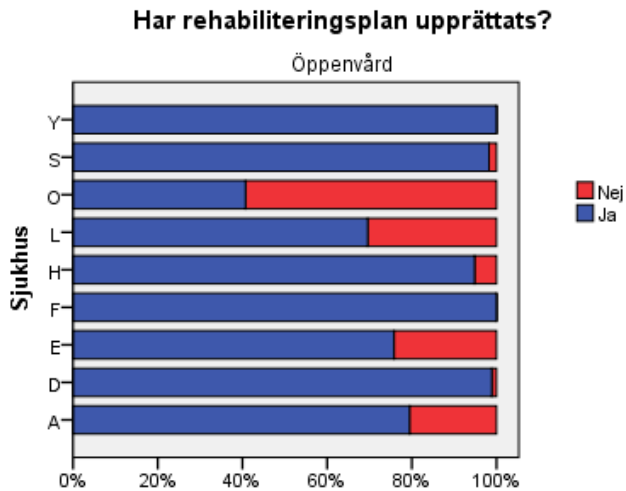
Vid utskrivning är 484 EQ5D genomförda (66 % av alla registrerade personer). Ytterligare cirka 140 personer har en registrering endast vid inskrivningen (totalt vid inskrivning 85%).

NIHSS

Av de totalt 262 patienterna registrerade med stroke har 87 (33%) skattats med NIHSS vid inskrivning och 62 (24%) vid utskrivning.

Har rehabiliteringsplan upprättats och använts

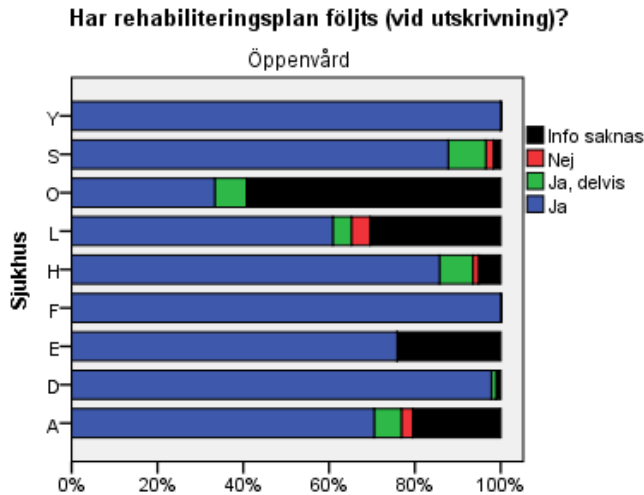
Andelen patienter som fått rehabiliteringsplan varierar mellan olika sjukhus. Sett till hela riket har 84 % av patienterna fått en skriftlig rehabiliteringsplan under sin öppenvårdsrehabilitering. I de fall en rehabiliteringsplan har upprättats, har den använts i 92 % av fallen i genomsnitt för riket.



Figur 14 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet

Tabell 33 Antal och andel patienter per enhet där skriftlig rehabiliteringsplan upprättats.

Sjukhuskoder		Ja	Nej	Total
A	Antal	151	39	190
	Procent	79,50%	20,50%	100,00%
D	Antal	91	1	92
	Procent	98,90%	1,10%	100,00%
E	Antal	69	22	91
	Procent	75,80%	24,20%	100,00%
F	Antal	3	0	3
	Procent	100,00%	0,00%	100,00%
H	Antal	73	4	77
	Procent	94,80%	5,20%	100,00%
L	Antal	32	14	46
	Procent	69,60%	30,40%	100,00%
O	Antal	22	32	54
	Procent	40,70%	59,30%	100,00%
S	Antal	169	3	172
	Procent	98,30%	1,70%	100,00%
Y	Antal	9	0	9
	Procent	100,00%	0,00%	100,00%
Total	Antal	619	115	734
	Procent	84,30%	15,70%	100,00%



Figur 15 Andel patienter där rehabiliteringsplanen följts, per enhet.

Tabell 34 Antal och andel patienter där rehabplanen följts, per enhet.

Sjukhuskoder		Info saknas	Ja	Ja, delvis	Nej	Total
A	Antal	39	134	12	5	190
	Procent	20,50%	70,50%	6,30%	2,60%	100,00%
D	Antal	1	90	1	0	92
	Procent	1,10%	97,80%	1,10%	0,00%	100,00%
E	Antal	22	69	0	0	91
	Procent	24,20%	75,80%	0,00%	0,00%	100,00%
F	Antal	0	3	0	0	3
	Procent	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
H	Antal	4	66	6	1	77
	Procent	5,20%	85,70%	7,80%	1,30%	100,00%
L	Antal	14	28	2	2	46
	Procent	30,40%	60,90%	4,30%	4,30%	100,00%
O	Antal	32	18	4	0	54
	Procent	59,30%	33,30%	7,40%	0,00%	100,00%
S	Antal	3	151	15	3	172
	Procent	1,70%	87,80%	8,70%	1,70%	100,00%
Y	Antal	0	9	0	0	9
	Procent	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total	Antal	115	568	40	11	734
	Procent	15,70%	77,40%	5,40%	1,50%	100,00%

Body Mass Index (BMI)

BMI beräknas utifrån kroppslängd och vikt. De vedertagna gränsvärdena är: <19 Underviktig, 19-25 Idealvikt, 26-30 Övervikt och >30 fetma.

Tabell 35 Tabell över BMI (medelvärde) vid in och utskrivning per enhet och per diagnosgrupp

Sjukhus		Stroke		TBI, SAB, annan hjärnskada		Ryggmärgsskada		Demyel. sjukd neurodiag		Övr skador/sjukd, rörelseap		Övr diagnosgrupper		Total	
		BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr	BMI Inskr	BMI Utskr
A	Antal	101	99	73	67	3	3	2	2			8	8	187	179
	Medelvärde	27	26	26	26	23	23	28	28			27	27	26	26
D	Antal	28	27	14	13	7	6	11	11	10	12	7	7	77	76
	Medelvärde	25	25	25	26	27	26	28	29	26	26	22	22	26	26
E	Antal	29	28	9	8	1	1	42	37	1		4	3	86	77
	Medelvärde	28	28	28	29	30	30	26	27	30		24	24	27	27
F	Antal							1	1	1		1		3	1
	Medelvärde							22	23	21		39		27	23
L	Antal	15	13	6	5	13	7	3		6	4	3	2	46	31
	Medelvärde	29	29	25	25	25	25	24		31	35	22	17	27	27
O	Antal	26	26	3	3			5	5	4	4	1	1	39	39
	Medelvärde	27	27	31	31			27	27	24	24	23	23	27	27
S	Antal	7		42	3	10	9	64	13	5	1	5	2	133	28
	Medelvärde	28		26	26	24	23	26	25	32	27	30	33	26	25
Y	Antal					8	8	1	1					9	9
	Medelvärde					22	22	22	22					22	22
Total	Antal	206	193	147	99	42	34	129	70	27	21	29	23	580	440
	Medelvärde	27	27	26	26	24	24	26	27	28	27	26	25	26	26

Det är inga stora förändringar mellan in- och utvärde i BMI på gruppnivå i någon diagnosgrupp.

Utskriven till

Genomsnittligt för riket skrivs 73 % ut till eget självständigt boende, 24 % till eget boende med personligt beroende, 1 % till särskild boende. Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person - kan vara make/maka- hemtjänst eller motsvarande.

Försörjning

Vid inskrivningen har 60 % av hela populationen hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan. Vid utskrivningen har 77 % av hela populationen hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan. En förklaring till detta resultat kan vara oklar definition för denna variabel.

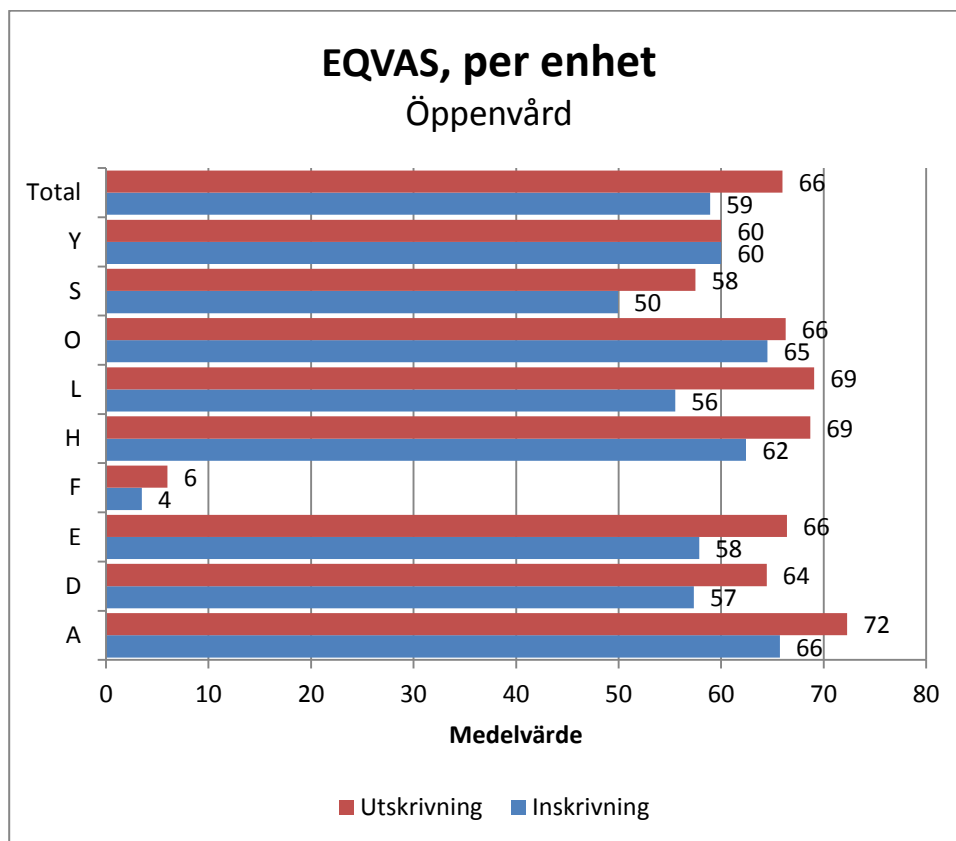
Fråga om körkort vid utskrivning

Hos 42 % av alla personer som hade körkort sedan tidigare, föreligger medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården.

EQ5D

EQ5D består av två delar - dels 5 dimensioner som är rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Dels delen som är skattning av upplevt hälsotillstånd som helhet (termometern).

”Termometern” redovisas med medelvärde och visas i diagrammet nedan. I stora drag ser man högre värden på skattningar av hälsotillståndet som helhet vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen. Genomsnittsvärde för riket vid inskrivning är 59 och genomsnittsvärde vid utskrivning är 66.



Figur 16 Medelvärde för EQ VAS vid in- och utskrivning per enhet.

Det finns variationer mellan diagnosgrupperna där stroke ligger högst med 66 vid inskrivning och 73 vid utskrivning. Övriga diagnosgrupper visas i tabell 36.

Tabell 36 Medelvärde för EQ VAS vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp.

	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Medelvärde	Antal	Medelvärde
Stroke	160	66	156	73
TBI, SAB eller annan hjärnskada	120	59	114	64
Ryggmärgsskada	22	55	22	65
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	104	50	103	59
Övr. skador/sjukdomar, rörelseapp	19	52	19	60
Övr. diagnosgrupper	16	54	16	58
Total	441	59	430	66

Mätningen av de 5 dimensionerna i EQ5D redovisas med svarsfördelningen vid inskrivning och utskrivning för de 454 personerna med data från båda tillfällena. Genomgående har andelen som anger "inga problem" ökat och andelen med "måttliga problem" minskat. Förbättringen syns tydligast i kategorin "Huvudsakliga aktiviteter" (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familj- och fritidsaktiviteter) där även andelen med "svåra problem" minskat.

Tabell 37 EQ 5D, svarsfördelning för EQ :s 5 dimensioner.

	Rörlighet			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	223	49,1	242	53,3
Måttliga problem	224	49,3	205	45,2
Svåra problem	7	1,5	7	1,5
Total	454	100	454	100

	Huvudsakliga aktiviteter			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	151	33,3	200	44,1
Måttliga problem	230	50,7	212	46,7
Svåra problem	73	16,1	42	9,3
Total	454	100	454	100

	Hygien			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	363	80	380	83,7
Måttliga problem	81	17,8	64	14,1
Svåra problem	10	2,2	10	2,2
Total	454	100	454	100

	Oro/nedstämdhet			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	190	41,9	227	50
Måttliga problem	240	52,9	209	46
Svåra problem	24	5,3	18	4
Total	454	100	454	100

	Smärtor/besvär			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga problem	129	28,4	143	31,5
Måttliga problem	273	60,1	266	58,6
Svåra problem	52	11,5	45	9,9
Total	454	100	454	100

IPA

Här redovisas en resultatsammanfattning baserad på svarsfördelningen i de fem kategorier som 32 av frågorna i instrumentet bildar.

I kategorin **självständighet inomhus** ingår 7 frågor gällande förflyttningar inomhus och primära vardagliga göromål som att sköta sin hygien och äta. Där har patientens skattningar tenderat att förbättras från inskrivning till utskrivning fastän 50 % eller mer anger att de klarar dessa moment mycket bra vid inskrivning.

I kategorin **roll i familjen** ingår 7 frågor gällande hushållsarbete och småarbeten på hus och trädgård. Där har patientens skattningar tenderat att förbättras från inskrivning till utskrivning. Svarsmönstret speglar större svårigheter i denna kategori.

I kategorin **självständighet utomhus** ingår 5 frågor gällande fritiden och möjligheten att leva det liv jag önskar. Där har patientens skattningar tenderat att förbättras från inskrivning till utskrivning. Svarsmönstret speglar större svårigheter även i denna kategori.

I kategorin **social förmåga, relationer** ingår 7 frågor gällande umgänge med andra och upplevd respekt från andra. Där har patientens skattningar tenderat att vara oförändrade och graden av upplevd svårighet är något blandad mellan delfrågorna. "Möjlighet till intimitet som jag vill är..." skattas som dålig av drygt 10%, vilket utgör delfrågan med högst andel "dålig" i denna kategori.

I kategorin **arbete, studier** ingår 6 frågor. Där har patientens skattningar tenderat att förbättras, men bilden är något blandad för graden av upplevd svårighet i de olika delfrågorna. Störst svårighet (20-25% på svarsalternativ dålig) registrerades för delfrågorna rörande "Möjligheten att utföra mitt arbete just på det sätt som jag vill det skall utföras är..." och "Möjligheten att byta funktion eller arbetsgivare är...".

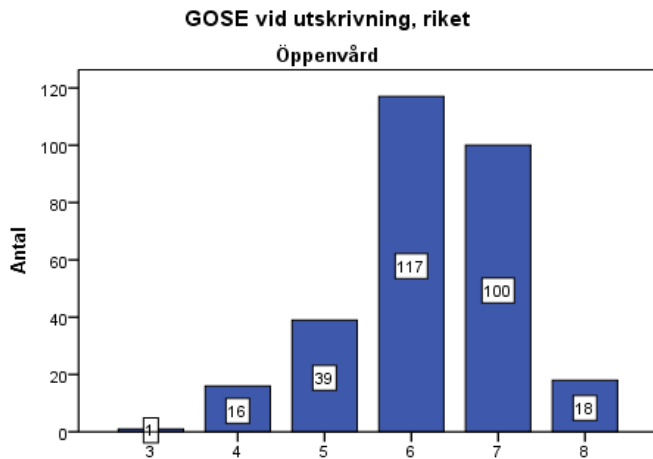
Livstillfredsställelse (LiSat)

Här redovisas medelvärde på svaret på frågan om **tillfredsställelse med livet i allmänhet** utifrån skalan 1-6 där lägsta värde 1=mycket otillfredsställande och högsta värde 6=mycket tillfredsställande. Livet i allmänhet förbättrades i genomsnitt under perioden med öppenvårdsrehabilitering från 4,0 till 4,3. Normalresultat för svenskar i åldersgruppen 18-64 år är ett medianvärde på 5 (varians 0.82).

GOSE

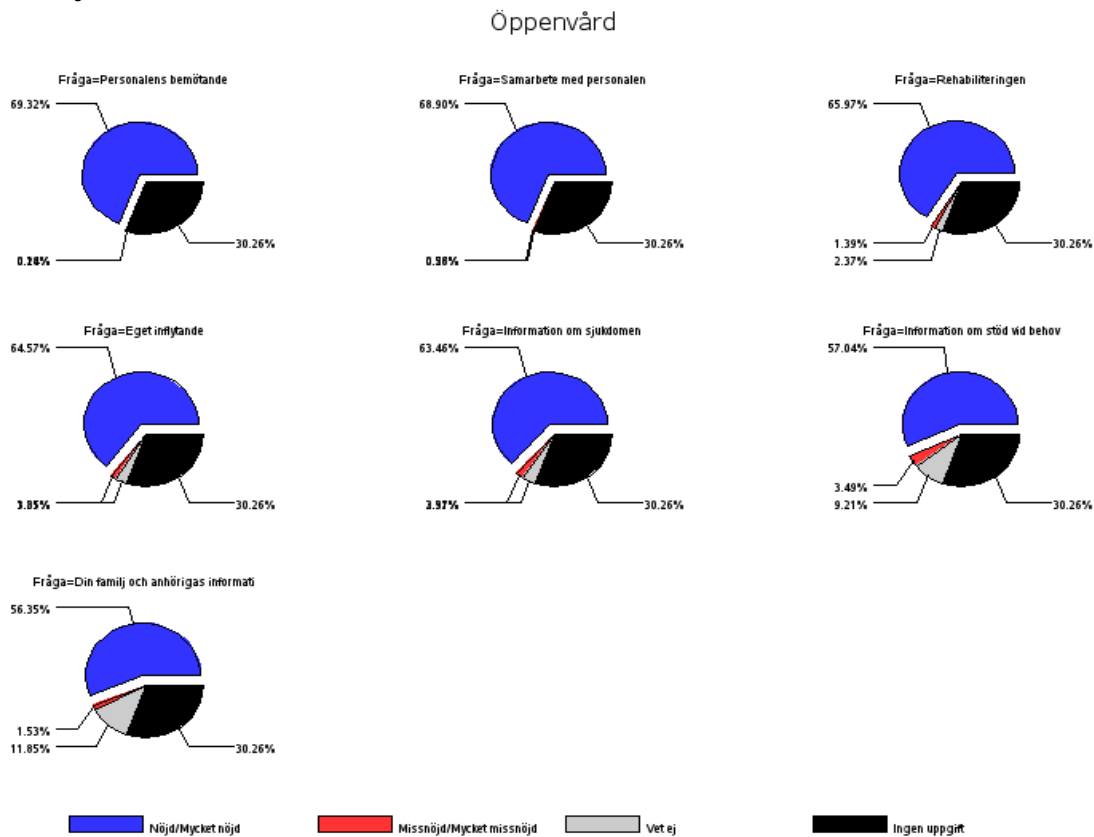
GOSE är uppgifter som registreras på personer med hjärnskador- både stroke och alla andra hjärnskador. Medelvärde är 6,2 vid utskrivning, median 6, min 3, max 8.

Diagrammet visar fördelningen av skalsteg vid utskrivning.



Figur 17 Fördelning av svars-poäng för GOSE vid utskrivning.

Patientnöjdhet

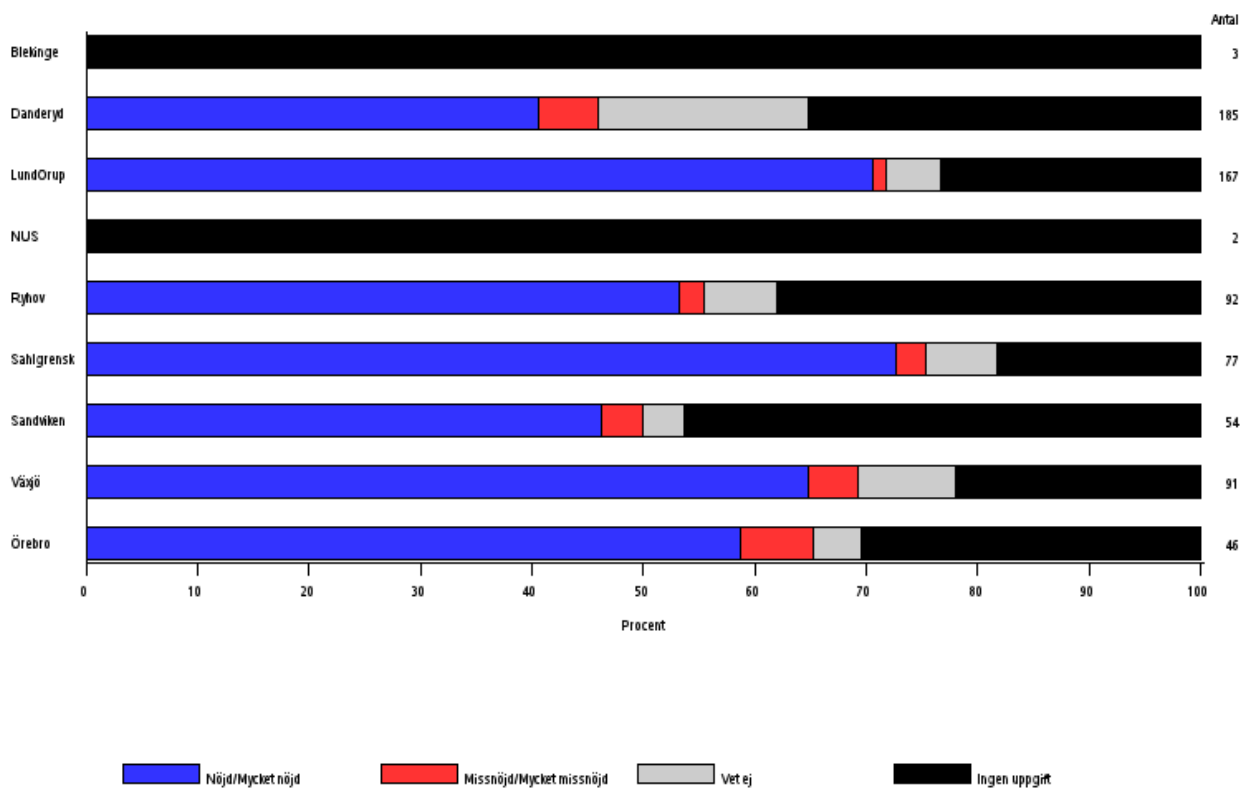


Figur 18 Fördelning av svarsalternativ för de olika frågorna om patientens upplevelse av rehabiliteringen.

Det finns potential för ökning av patientens grad av nöjdhet inom fyra områden: "information om sjukdomen/skadan", "information om vart man kan vända sig vid behov av stöd efter rehabiliteringen", "eget inflytande över din rehabilitering" samt "information och bemötande till patientens närstående". Det är på många enheter är en betydande andel av patienterna som ej blivit tillfrågade.

Nedan visas svarsbilden per enhet för en delfråga ("information om vart man kan vända sig vid behov av stöd efter rehabiliteringen").

Öppenvård
Fråga=Information om stöd vid behov



Figur 19 Svarsfördelning för frågan "information om vart man kan vända sig vid behov av stöd efter rehabiliteringen", per enhet.

Gångklassifikation Holden

Skalan kategoriseras från 0 (icke funktionell gång) till 5 (gångare – oberoende).

Tabell 38 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter).

		Utskrivning					Totalt antal	
		HOLDEN	0	1	2	3		4
Inskrivning	0	29	1	0	0	0	1	31
	1	1	3	0	1	2	1	8
	2	1	1	8	2	0	3	15
	3	0	0	0	5	4	0	9
	4	1	1	0	1	26	17	46
	5	0	0	0	0	8	328	336
	Totalt antal	32	6	8	9	40	350	445

399 patienter är oförändrade, 14 försämrade och 32 förbättrade mellan inskrivning och utskrivning.

NIHSS

Medianvärdet är 1 vid både inskrivning och utskrivning, medan medelvärdet förbättrats från 2,54 till 1,77. För de 54 patienter som har data från båda tillfällena så har 12 förbättrats, 3 försämrats och övriga ligger kvar i samma intervall enligt nedanstående översiktstabell.

Tabell 39 Korstabell för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning.

		Öppenvård NIHSS					Total
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	
Inskrivning	0	18	1	0	0	0	19
	1 till 4	8	17	1	0	0	26
	5 till 8	0	1	3	1	0	5
	9 till 12	0	1	1	0	0	2
	13 till 16	0	0	0	1	1	2
	Total	26	20	5	2	1	54