

WebRehab Sweden

Årsrapport öppenvård
2012

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Bakgrund och syfte.....	7
Kvalitetsarbete.....	10
Målnivåer.....	11
Deltagande enheter och kontaktpersoner 2012.....	13
Aktiviteter 2012	15
Öppenvård	17
Demografi.....	17
Antal registreringar	17
Diagnosgrupper	19
Åldersfördelning per enhet	20
Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp	20
Ryggmärgsskadespecifika variabler.....	21
Processmått öppenvård.....	23
Remiss från strokeenhet	23
Tid från remissens utfärdandedatum och beslut om rehab till inskrivning	23
Vårdtid.....	25
Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret.....	27
Resultatmått öppenvård.....	30
Body Mass Index (BMI)	30
Utskriven till.....	31
Försörjning.....	31
Fråga om körkort vid utskrivning	31
GOSE (Glasgow outcome scale extended).....	31
Gångklassifikation Holden	32

NIHSS	32
EQ5D	33
IPA – impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande)	37
Livstillfredsställelse (LiSat)	38
Grad av nöjdhet.....	39

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1. Antal registreringar per enhet	18
Tabell 2 Fördelning i åldersgrupper, medel- och medianålder per diagnosgrupp	19
Tabell 3 Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp	20
Tabell 4 Etiologi för ryggmärgsskadan.....	21
Tabell 5 Viktiga faktorer för ryggmärgsskadan.....	21
Tabell 6 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning	23
Tabell 7 Tid från beslut om rehab till inskrivning	24
Tabell 8 Vårdtid i antal dagar (utskrivning - inskrivning) för varje diagnosgrupp	25
Tabell 9 Vårdtid i antal dagar uppdelat per kategori öppenvård (utskrivning – inskrivning)	25
Tabell 11 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet.....	26
Tabell 12 Användningsgrad av instrument i registret	27
Tabell 13 Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per enhet	28
Tabell 14 Antal och andel som har fått en skriftlig rehabiliteringsplan	29
Tabell 15 Tabell över BMI (medelvärde) visas för in- och utskrivning per enhet och diagnosgrupp.....	30
Tabell 16 Korstabell för gångklassifikation (HOLDEN) mellan in- och utskrivning (visas i antal patienter).....	32
Tabell 17 Korstabell för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning.....	32
Tabell 18 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp.	34
Tabell 19 EQ5D-index vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp.....	34
Tabell 20 EQ5D-index vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp per enhet, enbart förmågehöjande och förmågebibehållande rehabilitering (sammanslaget).....	35

Tabell 21 Medianvärde IPA vid in- och utskrivning, per kategori öppenvård.....	37
Tabell 22 Korstabell för LiSat mellan in- och utskrivning	38
Figur 1. Fördelning av intensitet av öppenvård	17
Figur 2 Diagnosfördelning per enhet	19
Figur 3 Åldersfördelning per enhet	20
Figur 4 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet	29
Figur 5 Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning	31
Figur 6 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet.....	33
Figur 7 Svarefördelning för frågan "Personalens bemötande", per enhet	39
Figur 8 Svarefördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen", per enhet.....	40
Figur 9 Svarefördelning för frågan "Rehabiliteringen", per enhet	40
Figur 10. Svarefördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan", per enhet	41
Figur 11 Svarefördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan", per enhet	41
Figur 12 Svarefördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen", per enhet	42
Figur 13 Svarefördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering", per enhet	42

Sammanfattning

Detta är det andra året som WebRehab rapporterar resultat från rehabilitering i öppenvård. Öppenvården kategoriseras i 3 olika typer: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Vilken typ av rehabilitering som personen får beror på personens förmåga att tillgodogöra sig insatserna. Det är stor variation i hur många timmar per vecka som vanligtvis erbjuds; 1/3 erbjuder mellan 5-10 och 1/3 mellan 10-20 timmar/v. Ofta äger förmågehöjande rehabilitering rum i relativ anslutning till slutenvården men det kan också vara så att personen börjar med en utredning/bedömning för att i ett senare skede gå in i en förmågehöjande fas. Förmågebibehållande rehabilitering äger rum framförallt i det senare skedet efter en skada eller sjukdom; typ exemplet är personer med MS eller annan kroniskt neurologisk sjukdom som behöver en booster insats för att kunna fortsätta fungera på samma nivå eller för att minska sluttningen på det nedåtgående planet.

I år har 13 enheter registrerat data från öppenvård, med stor spridning på antalet registreringar. Alla enheter som deltar i registeret har inte denna behandlingsform. Jämfört med föregående år är förmågehöjande rehabilitering fortfarande den vanligaste (60 %) men utredning/bedömning har ökat och minst vanlig är förmågebibehållande rehabilitering. Den vanligaste patientgruppen är personer som haft stroke men även andra typer av hjärnskador är mycket vanligt. Majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 45-64 år. Jämfört med slutenvården är andelen missbrukare lägre; om det beror på att personer med missbruk inte erbjuds/klarar öppenvård eller om personerna har fått hjälp är oklart. Många enheter har som policy att en person med missbruksanamnes inte får vara i aktivt missbruk under rehabiliteringen.

Den vanligaste orsaken till ryggmärgsskada är icke-traumatisk (ca hälften) och bland de traumatiska ryggmärgsskadorna är transport/trafikolyckor den vanligaste orsaken tätt följt av fallolyckor. Anmärkningsvärt är att så många som 7% av patienterna i öppen vård har trycksår vid inskrivningen och att det hos en fjärdedel finns en annan komplicerande faktor än själva ryggmärgsskadan (ex hjärnskada, psykisk sjukdom) som väsentligen påverkar rehabförloppet.

Av de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering har 96 % fått en skriftlig rehabplan vilket är en väl genomförd uppgift i rehabiliteringen. Körkortsbedömning har gjorts för 90 % av körkortsinnehavare vilket är bra, och hos 41 % föreligger medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården.

Under öppenvårdsrehabilitering får många patienter en bättre förståelse för sin situation och konsekvenserna av sjukdomen/skadan. Patienterna som skattat sin autonomi upplevde de största begränsningarna inom självständighet utomhus och arbete, utbildning. Under De

som fick förmågehöjande rehabilitering upplevde förbättring i dimensionen självständighet utomhus. Detta är samstämmigt med gångklassificering enligt Holden där ca 12 % har förbättrats.

Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får rehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning.

Bakgrund och syfte

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

Rehabilitering är en process som ska hjälpa personen att

- Få kunskap och insikt om sjukdomen/skada och dess konsekvenser
- Mobilisera egna bemästringsstrategier
- Kunna ta ansvar för sin livssituation

För att nå nya och gamla mål i livet.

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

För patienter på vårdenheter inom neurosjukvård, stroke-enheter och geriatrik och dylikt, finns tydligt definierade rehabiliteringsmål, och arbetet sker i multiprofessionella team och är en självklar del av vården. För en mindre 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. Varje individ måste bedömas enskilt, men grupper där dessa personer är vanligt förekommande är:

Patienter med stroke eller annan förvärvad hjärnskada

Patienter med ryggmärgsskador.

Patienter med multitrauma, fr a multipla och eller komplicerade frakturer, samt amputationer

Patienter som har genomgått kirurgiska ingrepp med långvarig intensivvård/annan immobiliserande vård, t ex transplantationskirurgi.

Patienter som har varit långvarigt immobiliserade pga annan sjukdom tex onkologisk behandling eller långdragna komplicerade infektioner.

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 som förhållandet mellan 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).

Registret har flera syften: I första hand gäller det att förbättra kvaliteten i den komplexa rehabiliteringsprocessen- och att stimulera till effektivare nyttjande av begränsade resurser. Dessutom vill vi öka medvetenheten om ICF modellen, att vara ett stöd för ingående enheter för internt kvalitetsarbete och att möjliggöra jämförelser med andra enheter och mot riksgenomsnitt- samt att samla kunskap om små patient-/diagnosgrupper och att kunna nyttjas för forskning.

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

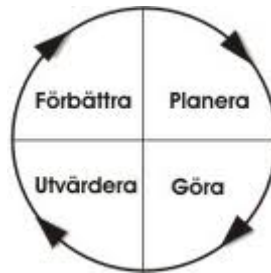
En skattefinansierad hälso- och sjukvård har krav på sig att vara demokratiskt. Det är medborgarens rättighet att kunna få ta till sig korrekt och heltäckande information om hur sjukvården fungerar vid olika enheter. Genom WebRehab kan de olika klinikerna ta fram all information som krävs för att kunna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

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

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska- t.ex. geriatrik- neurologi- ortopedisk rehabilitering mm. Av de 21 olika sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner) är 20 representerade av en eller flera deltagande enheter förutom Gotlands kommun, som under året har fått mer information om registret för att kunna delta senare. Registret har även privat aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser.

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.

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.

Målnivåer

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

Vanligt i rehabiliteringsarbete är behandlingsinriktade mål, exempelvis att personen ska kunna klara toalettbesök självständigt eller att personen kan skrivas ut till hemmet utan hjälp. Den typen av behandlingsmål är till för att följas upp på individnivå men kan också användas för att beskriva utfallet av rehabiliteringsinsatsen.

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

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

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

Orsaken till att inför målnivåer i ett kvalitetsregister är flera:

- De är kvalitetsdrivande
- De hjälper till att nå målet om en likvärdig och jämlik vård i landet
- De ger en form av kvalitetsdeklaration
- I ackrediteringsarbete med CARF är målnivåer till stor nytta
- I WebRehab har vi valt att identifiera målnivåer som är uppnåeliga och inte lägsta acceptabel nivå. Det sistnämnda får varje enhet göra själv som en del i sitt kvalitetsarbete och i ackrediteringssammanhang. Vi har identifierat ett antal indikatorer där vi har satt målnivåer även för patienter i öppenvård.

Målnivåerna:

1. Registering av patienter i kvalitetsregistret

Att delta i kvalitetsregister handlar även om täckningsgrad på lokalnivå; dvs hur stor andel som matas in av möjliga patienter och om data som matas in på dessa är kompletta.

Målvärdet är 80 %.

2. Bedömning av körlämplighet

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

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

3. Patientnöjdhet

Att tillfråga patienterna om deras syn på rehabiliteringen etc är en del i kvalitetsarbetet. Alla patienter får inte möjlighet att framföra sina åsikter om verksamheten.

Målnivå 80 %.

Deltagande enheter och kontaktpersoner 2012

Danderyds sjukhus	<u>gunilla.forssberg@ds.se</u>
Uppsala Akademiska sjukhus	<u>kryska.hjulstrom@akademiska.se</u> <u>annica.b.ohlsson@akademiska</u> <u>agneta.joelsson@akademiska.se</u>
Universitetssjukhuset i Linköping	<u>lotta.sjostand@lio.se</u>
Länssjukhuset i Ryhov (Jönköping)	<u>jan.burensjo@lj.se</u>
Rehabkliniken i Växjö	<u>lena.tuvhag@ltkronoberg.se</u>
Blekingesjukhuset (Karlshamn)	<u>ola.ryttberg@ltblekinge.se</u>
Länssjukhuset Halland (Halmstad)	<u>karinrennblad-borner@lthalland.se</u> <u>eva.jorgensen@lthalland.se</u>
Sahlgrenska sjukhuset	<u>linda.hou@vgregion.se</u> , <u>linda.johnsson@vgregion.se</u>
SÄS (Borås)	<u>inger.holgersson@vgregion.se</u>
Kärnsjukhuset i Skövde	<u>jill.akerlund@vgregion.se</u>
Centralsjukhuset i Karlstad	<u>siw.thuesson@liv.se</u>
Universitetssjukhuset i Örebro	<u>ulla-britt.staberyd@orebroll.se</u>
Västerås lasarett	<u>inger.tynn@ltv.se</u>
Falu lasarett	<u>anna.gellner@ltdalarna.se</u> <u>maria.tinnerholm@ltdalarna.se</u> <u>thore.forsman@ltdalarna.se</u>
Sandvikens sjukhus	<u>ingela.backman@lg.se</u> <u>ann-sofi.nosko@lg.se</u>
Härnösands sjukhus	<u>margareta.holmberg@lvn.se</u>

Östersunds sjukhus	<u>anna.sandstrom@jll.se</u>
	<u>marit.naas@jll.se</u>
Sunderby sjukhus	<u>lisa.k.karlsson@nll.se</u>
	<u>monica.maki@nll.se</u>
	<u>erica.boman@nll.se</u>
Skånes US (Lund)	<u>maria.karlberg@skane.se</u>
Uddevalla sjukhus	<u>hasse.ekstrom@vgregion.se</u>
Norrlands Universitetssjukhus i Umeå	<u>karin.hammarback@vll.se</u>
	<u>carina.andersson@vll.se</u>
	<u>marianne.sandstrom@vll.se</u>
Västervik sjukhus	<u>johannabq@ltkalmar</u>
Mälargården Rehab-Center Sigtuna	<u>anitha.gustafsson@malargarden.se</u>
Södermanlands SRS	<u>margaretha.ostmark@dll.se</u>
Stockholms Sjukhem	<u>ellinore.richardson@stockholmssjukhem.se</u>
Rehabstation Stockholm	<u>rita.ehrenfors@rehabstation.se</u>
SU/S Ryggmärgsskadeenheten	<u>camilla.finnskog@vgregion.se</u>
Nya enheter (börjar registrera f om 2013)	
Neurologklin. Karolinska US	<u>jenny.bergstrom@karolinska.se</u>
Rehabcentrum Korpen Gotland	<u>gabriella.zerne@gotland.se</u>
	<u>helena.allgulander@gotland.se</u>
	<u>margareta.i.jacobsson@gotland.se</u>
FrykCenter rehabilitering i Torsby	<u>ninni.robertsson@frykcenter.org</u>

Aktiviteter 2012

12 jan	Utbildning för användare Rehab.klin i Falun
12 jan	Information om WebRehab registret för rehabhandläggare på Landstinget Stockholms Beställarenhet.
26 jan	Utbildning för användare på tre spinalenheter i Stockholm
6 febr	Telemöte styrgrupp
16 febr	Möte med UCR i Uppsala
1 mars	Utbildning för användare Rehab.klin i Uddevalla
12 mars	Telemöte styrgrupp
29+30 mars	Styrguppsmöte internat Aspenäs
30 april	Telemöte
2 maj	Utbildning för användare på Rehab.klin på Danderyds sjukhus.
7 maj	Telemöte styrgrupp
11 maj	Utbildning rapporthantering Rehab.klin i Växjö
22 maj	Möte med UCR i Uppsala
29 maj	Telemöte
30 maj	Utbildning för nationella användare på Danderyd sjukhus.
7 juni	Utbildning i Sandviken för användare öppenvård Rehab.klin. i Falun
24 aug	Kicki Elfving deltar som representant på - Seminariedag för sjuksköterskor i nationella kvalitetsregister, Svensk sjuksköterskeförening och SKL Stockholm
24 aug	Utbildning rapporthantering Rehab.klin Danderyd
31 aug	Utbildning rapporthantering Rehab.klin Jönköping
6 sept	Telemöte
17 sept	Telemöte styrgrupp

WebRehab Sweden 2012

26 sept	Styrgruppsmöte på Danderyd
27+28 sept	Kvalitetsregisterdagar i Bryggarsalen Stockholm
10+11 okt	Deltagande på Nationella kvalitetsregisterdagar i Karlstad
4 okt	Utbildning i rapporthantering Rehab.klin Danderyd
23 okt	Möte med UCR i Uppsala
30 okt	Telemöte styrgrupp
31 okt	Utbildning i rapporthantering för NHL (nationella hjärnskadeläkare)
5 nov	Möte med UCR i Uppsala
14 nov	Utbildning för användare Rehabcentrum Korpen i Visby
22 nov	Telemöte styrgrupp
27 nov	Kicki Elfving deltar som representant - Seminariedag för sjuksköterskor i nationella kvalitetsregister, Svensk sjuksköterskeförening och SKL Stockholm
21 nov	Utbildning i rapporthantering Rehab.klin i Uppsala.
28 nov	Telemöte med UCR.
13 dec	Utbildning för användare på öppenvård Neurolog.klin UAS,

Samordningsgruppen, registerhållarna och ordföranden i WebRehab och NRS, har också haft möten under året

Öppenvård

Demografi

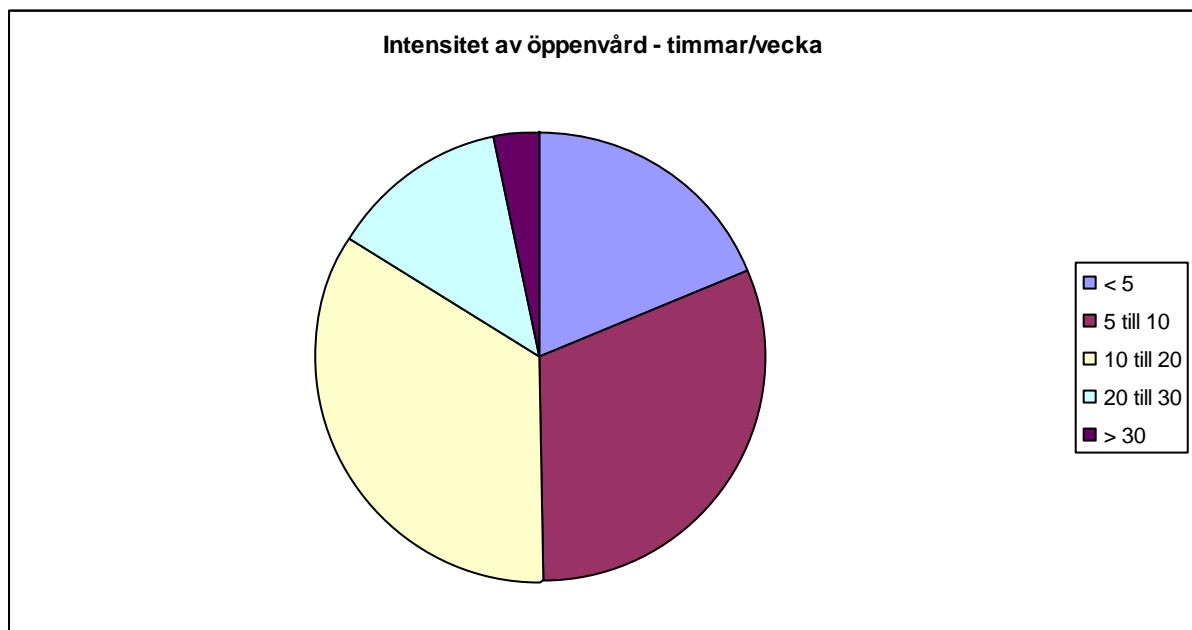
Detta är andra årsrapporten från WebRehab öppenvård.

Antal registreringar

Antalet registreringar baseras på de personer som skrivits ut 2012. Antalet registreringar har ökat till 1236 jämfört med 734 registreringar 2011. Antalet enheter har ökat från 9 till 13. Fler män än kvinnor har vårdats när man ser på landet i stort (56 % jmf med 44 %).

Öppenvården kategoriseras i 3 olika typer: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Jämfört med föregående år är förmågehöjande rehabilitering fortfarande den vanligaste (60 %) men utredning/bedömning har ökat från 24 till 31 %. Minst vanlig är förmågebibehållande rehabilitering (9 %).

Intensiteten av öppenvård registreras med olika 5 kategorier (timmar/vecka). En viss förskjutning till mer intensiv öppenvård har skett sen 2011. Den vanligaste öppenvården genomförs med intensiteten 5-20 timmar/vecka.



Figur 1. Fördelning av intensitet av öppenvård

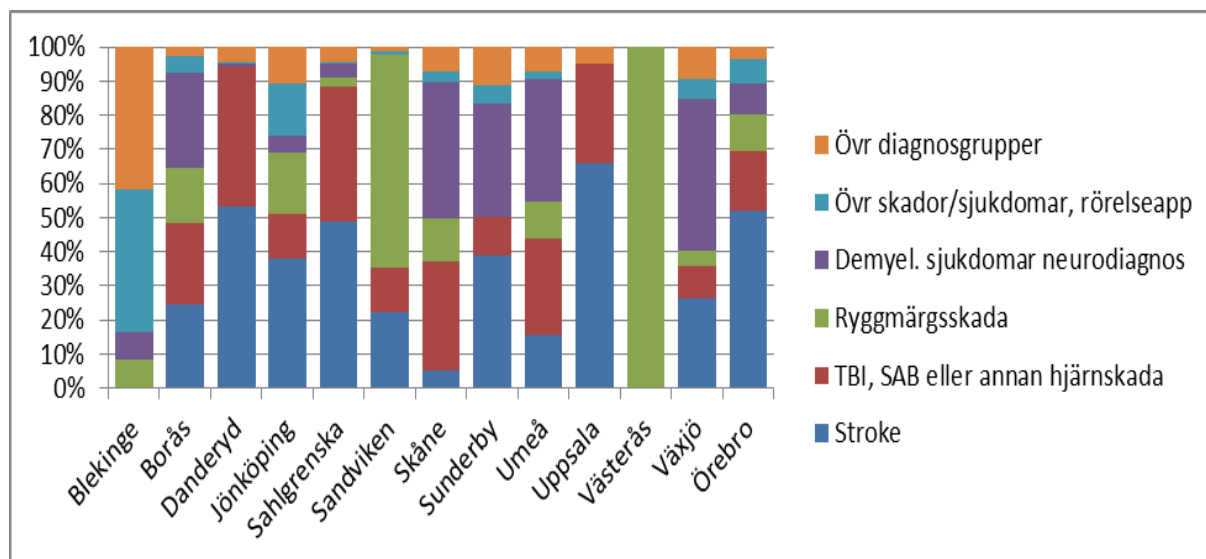
Tabell 1. Antal registreringar per enhet

Sjukhus	Antal	Procent
Västerås	1	0,1
Blekinge	12	1
Sunderby	18	1,5
Uppsala	41	3,3
Örebro	56	4,5
Jönköping	84	6,8
Umeå	84	6,8
Borås	105	8,5
Växjö	117	9,5
Sahlgrenska	137	11,1
Sandviken	138	11,2
Skåne	167	13,5
Danderyd	276	22,3
Total	1236	100

Antalet registreringar varierar mycket mellan de olika enheterna (1-276) vilket troligtvis speglar att enheter är olika stora samt att några enheter nyligen påbörjat registrering i WebRehab öppenvård. Samtliga enheter i öppenvård 2012 har även registreringar i slutenvård. Det är glädjande att antalet enheter ökat och förhoppningsvis fortsätter denna ökning.

Diagnosgrupper

Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (34 %) och hjärnskador som samlingsdiagnos utgör 61 % av det totala antalet registrerade. Jämfört med 2011 är andelen stroke och samlingsdiagnosen hjärnskada närmast oförändrade (36 % respektive 64 %). Traumatisk hjärnskada har registrerats för 155 patienter under 2012 (106 pat 2011). Diagnosfördelning per enhet presenteras i detalj i Appendix Öppenvård på hemsidan.



Figur 2 Diagnosfördelning per enhet

Diagnosgrupper för riket per åldersgrupp

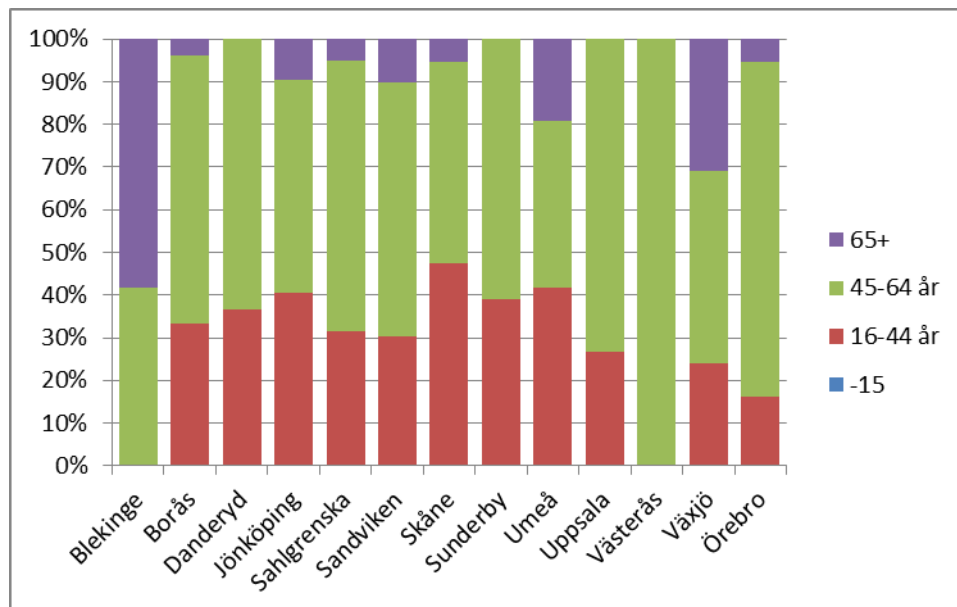
Data visar att majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 45-64 år. Högst medelålder ses för personer med diagnosen stroke. Medel- och medianvärden total är lika som 2011.

Tabell 2 Fördelning i åldersgrupper, medel- och medianålder per diagnosgrupp

Diagnosgrupp \ Åldersgrupp	16-44 år	45-64 år	65+	Total	Medelvärde	Median
Stroke	91	304	24	419	52	55
TBI, SAB eller annan hjärnskada	151	179	3	333	44	46
Ryggmärgsskada	54	84	27	165	50	51
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	77	87	38	202	50	50
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	18	19	8	45	49	51
Övr diagnosgrupper	33	35	4	72	44	46
Total	424	708	104	1236	49	51

Åldersfördelning per enhet

Figuren nedan över åldersfördelning per enhet tillsammans med figuren ovan med diagnosfördelning per enhet kan bidra till att identifiera jämförbara enheter.



Figur 3 Åldersfördelning per enhet

Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp

Tabell 3 Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp

Missbruksförekomst i olika diagnosgrupper i %, beräknat på ja-svar

Diagnosgrupp	Rökning	Alkohol	Droger	Läkemedel
Stroke	16	2	0	0
TBI, SAB eller annan hjärnskada	18	5	1	0
Ryggmärgsskada	10	1	0	0
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	16	1	1	1
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	13	0	0	0
Övr diagnosgrupper	12	3	0	0
Total	15	2	0	0

Typ av vård = Öppenvård

Rökning förekommer hos totalt 15 % av öppenvårdens patienter med högsta förekomsten i diagnosgruppen "TBI, SAB eller annan hjärnskada" (18 %). I Sveriges population över 16 år röker 13,6 % (SCB 2010 års data) och patienter i rehabilitering öppenvård röker i något högre andel.

Missbruk av alkohol föreligger hos 2,5 % av patienterna med högsta förekomsten i diagnosgruppen "TBI, SAB eller annan hjärnskada" (5 %). Då förekomsten av överkonsumtion av alkohol vanligen anges till cirka 10 % i befolkningen så befarar vi en underdiagnostisering i rapporteringen.

Ryggmärgsskadespecifika variabler

Det är totalt 165 personer med ryggmärgsskada som registrerats i öppenvård. För 157 av dem finns data som redovisas i tabellerna nedan.

Tabell 4 Etiologi för ryggmärgsskadan

Etiologi	Antal	Procent
Annat olycksfall	15	10
Fall	34	22
Icke-traumatisk skada	49	31
Ospecificerat/okänt	4	2
Sport	12	8
Transport/trafik	40	25
Överfall	3	2
Total	157	100

Icke-traumatisk skada är anmärkningsvärt nog den vanligaste orsaken, följt av transport/trafik och fall.

Tabell 5 Viktiga faktorer för ryggmärgsskadan

Viktiga faktorer	Antal	Procent
ASIA complete (ut)	46	28
Fraktur väsentlig för förloppet	45	29
Neurogen blåsubning (ut)	112	68
Störd tarmfunktion (ut)	95	58
Andningstekniskt hjälpmedel (ut)	5	3
Annan komplicerande faktor väsentlig för rehabförloppet	40	25
Trycksår (in)	11	7

Ryggmärgsskadorna klassificeras utifrån ASIA och här redovisas andelen kompletta. Neurogen blåsrubbning och störd tarmfunktion är vanliga bekymmer medan andningstekniskt hjälpmedel är ovanligt. Anmärkningsvärt är att så många som 7% av patienterna i öppen vård har trycksår vid inskrivningen och att det hos en fjärdedel finns en annan komplicerande faktor än själva ryggmärgsskadan (ex hjärnskada, psykisk sjukdom) som väsentligen påverkar rehabförloppet.

Gruppen är inte homogen vad gäller längd av vårdtiden vilket beror på att en enhet (Sandviken) lagt in förstagångsppföljningar i öppenvård och dessa är 86 stycken utifrån totalmängden på 165. Medelvårdtiden är 25 dagar men medianen blir därför 1. Medelvårdtiden för övriga enheter varierar mellan 29-133 dagar.

Processmått öppenvård

Remiss från strokeenhet

Data över "remiss från" har inte kunna presenteras som helhet. En stor diagnosgrupp inom öppenvårdsrehabilitering är stroke (34 %). Totalt har 419 strokepatienter registrerats varav 127 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 6 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning

Sjukhus	N	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	11	28	0	111
Borås	50	95,5	6	421
Danderyd	275	59	7	525
Jönköping	26	13	0	503
Sahlgrenska	134	55	5	266
Sandviken	83	97	1	2525
Skåne	125	124	21	669
Sunderby	17	89	67	172
Umeå	81	119	0	698
Uppsala	40	26,5	11	92
Växjö	117	60	3	251
Örebro	3	129	92	147
Total	962	71,5	0	2525

Mediantiden på 71 dagar understiger vårdgarantins gräns på 90 dagar, men antalet remisser som inte klarat vårdgarantins gräns kan inte utläsas i tabellen. En stor variation ses mellan enheterna gällande mediantid. Knappt 300 patienter har ingen registrering av remissdatum, vilket kan bero på att ex överföring av patienter inom det egna verksamhetsområdet inte kräver remiss.

Tabell 7 Tid från beslut om rehab till inskrivning

Sjukhus	N	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	12	24	0	106
Borås	97	73	0	409
Danderyd	269	33	0	333
Jönköping	31	6	0	539
Sahlgrenska	136	41	0	245
Sandviken	73	96	5	5380
Skåne	156	69,5	0	421
Sunderby	16	86	68	159
Umeå	80	108	0	692
Uppsala	41	20	6	76
Växjö	116	42,5	3	245
Örebro	5	39	14	90
Total	1032	47	0	5380

Den faktiska väntetiden för plats i öppenvårdsrehabilitering är 47 dagar (median) och inkluderar troligen även patientvald väntan. Knappt 200 patienter har ingen registrering av datum för beslut om rehab, vilket som ovan kan bero på hanteringen av överföring av patienter inom det egna verksamhetsområdet.

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

En skillnad i väntetid kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård (se Appendix för detaljer). Till förmågehöjande rehabilitering är väntetiden kortast (median 39 dagar), vilket troligen speglar att det är patienter i ett förlopp med sin primära rehabilitering. Utredning/bedömning (median 54 dagar) och förmågebibehållande rehabilitering (median 76 dagar) innefattar mer elektiva insatser och där får patienter vänta längre.

Vårdtid

Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp

Vårdtiden för öppenvårdsrehabilitering är i genomsnitt 2 månader, men mediantiden är 5 veckor.

Tabell 8 Vårdtid i antal dagar (utskrivning - inskrivning) för varje diagnosgrupp

Diagnosgrupp	N	Medelvärde	Median
Stroke	419	55	42
TBI, SAB eller annan hjärnskada	333	58	39
Ryggmärgsskada	165	25	1
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	202	82	44
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	45	69	58
Övr diagnosgrupper	72	62	43,5
Total	1236	57	37

En skillnad i vårdtid kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård (se nedan). Medianvårdtiden vid utredning/bedömning är 9 dagar, vid förmågehöjande rehabilitering 49 dagar och vid förmågebibehållande 93 dagar. Medel och medianvärde för ryggmärgsskadekategorin är låga vid utredning/bedömning vilket vid några enheter genomförs på några få dagar.

Tabell 9 Vårdtid i antal dagar uppdelat per kategori öppenvård (utskrivning – inskrivning)

Diagnosgrupp	Utredning/bedömning			Förmågehöjande			Förmågebibehållande		
	N	Medelv	Median	N	Medelv	Median	N	Medelv	Median
Stroke	128	33,18	12	279	65,95	55	12	30,58	24
TBI, SAB eller annan hjärnskada	121	28,86	10	203	70,21	58	9	164,78	100
Ryggmärgsskada	100	1,99	0	59	61,32	32	6	49	33,5
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	14	145,93	134	112	60,78	39	76	101,46	101
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	6	56,5	15,5	38	70,45	58	1	100	100
Övr diagnosgrupper	21	53,38	15	48	63,96	53,5	3	79,33	25
Total	390	29,34	9	739	66,07	49	107	95,26	93

Vårdtid per åldersgrupp och kön

Åldersgrupp	Kön	N	Medelvärde	Median
16-44 år	Kvinna	190	67	42
	Man	234	63	39
45-64 år	Kvinna	307	56	38
	Man	401	53	37
65+	Kvinna	46	52	36,5
	Man	58	38	29
Total	Kvinna	543	60	39
	Man	693	55	37
	Total	1236	57	37

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. Män har i alla åldersgrupperna kortare vårdtid.

Tabell 10 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet

Sjukhus \ Diagnosgrupp	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel. sjukdomar neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	Övr diagnosgrupper	Total
Blekinge			133	84	167	80	121
Borås	28	32	29	33	40	32	31
Danderyd	66	61		94	58	60	64
Jönköping	34	28	42	28	77	29	41
Sahlgrenska	52	55	90	52	52	65	55
Sandviken	8	10	0,5		21	7	4
Skåne	75	101	59	159	83	120	119
Sunderby	85	110		85	8	52	80
Umeå	27	10	38	22	10	37	22
Uppsala	72	73				49	71
Västerås			0				0
Växjö	53	74	38	46	43	41	49
Örebro	89	61	111	135	51	122	89
Total	55	58	25	82	69	62	57

Medel och medianvärden för bl a ryggmärgsskadekategorin påverkas av att utredning/bedömning blandats med förmågehöjande/-bibehållande vilket kunde ses tidigare i avsnittet vårdtid. Medelvårdtid per diagnosgrupp och kategori av öppenvård presenteras i Appendix Öppenvård på hemsidan där motsvarande per enhet också presenteras.

Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret

Sammantaget har användningsgraden både ökat och minskat jämfört med 2011 men de flesta förändringarna är små. Sex instrument har ökat i användning, fem har minskat och en är på samma nivå av användning. Deltagande enheter har en valfrihet att använda vissa av instrumenten i registret men framöver kommer kvalitetsindikatorer utformas även för öppenvården vilket styr vissa instrument till obligatoriska.

Tabell 11 Användningsgrad av instrument i registret

Instrument/bedömning	Bedömt	Ej bedömt	n	Jämfört med 2011
Body Mass Index – BMI (inskrivning)	78 %	22 %	1236	Sämre (80 %)
Body Mass Index – BMI (utskrivning)	64 %	36 %	1236	Bättre (60 %)
Rökning/missbruk	95-97 %	3-5 %	1236	Lika (96 %)
Körkort (utskrivning)	90 %	10 %	1079	Bättre (87 %)
GOSE (ut)	69 %	31 %	752	Bättre (62 %)
Gång enl Holden (in och ut)	59 %	41 %	1236	Sämre (61 %)
NIHSS (in och ut)	35 %	65 %	419	Bättre (21 %)
*EQ5D (in och ut)	63 %	37 %	1236	Bättre (62 %)
*IPA (in och ut)	36 %	64 %	1236	Bättre (30 %)
*LiSat (ut)	58 %	42 %	1236	Sämre (60 %)
*Patienttillfredsställelse	68 %	32 %	1236	Sämre (69 %)
Rehabplan upprättad (ut)	83 %	17 %	1236	Sämre (84 %)

* Patientrapporterade mätningar (PROM – patient-reported outcome measures)

Kommentarer till användningsgraden av vissa instrument:

BMI

BMI har registrerats i lägre omfattning än i slutenvården där andelen 91 % in och 87 % ut uppnåddes. Andelen genomförda registreringar varierar mellan enheterna, se tabellen nedan. Tre enheter har vid både in- och utskrivning låg (< 50 %) eller ingen andel registrerad BMI bland sina patienter (Sahlgrenska sjukhuset, Sunderbyn och Uppsala).

Tabell 12 Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per enhet

	Blekinge	Borås	Danderyd	Jönköping	Sahlgrens	Sandviker	Skåne	Sunderby	Umeå	Uppsala	Västerås	Växjö	Örebro	Total
Ifylld vid inskrivning	75%	96%	99%	88%	4%	83%	83%	22%	100%	0%	100%	98%	88%	78%
Ifylld vid utskrivning	8%	94%	95%	83%	3%	82%	19%	0%	69%	0%	100%	94%	66%	64%

Patienttillfredsställelse

Andelen genomförda enkäter varierar mellan enheterna (0-94 %), se Appendix. Två enheter har inga registreringar i öppenvård om patienttillfredsställelse (Västerås och Sunderbyn). Då patienter för utredning/bedömning exkluderas så är andelen genomförda enkäter bättre, 76 %. Det är ändå fortfarande en betydande andel patienter som inte tillfrågats. Det är angeläget att patienter som genomgår förmågehöjande/förmågebibehållande rehabilitering ges möjlighet att svara på sin tillfredsställelse med rehabiliteringen.

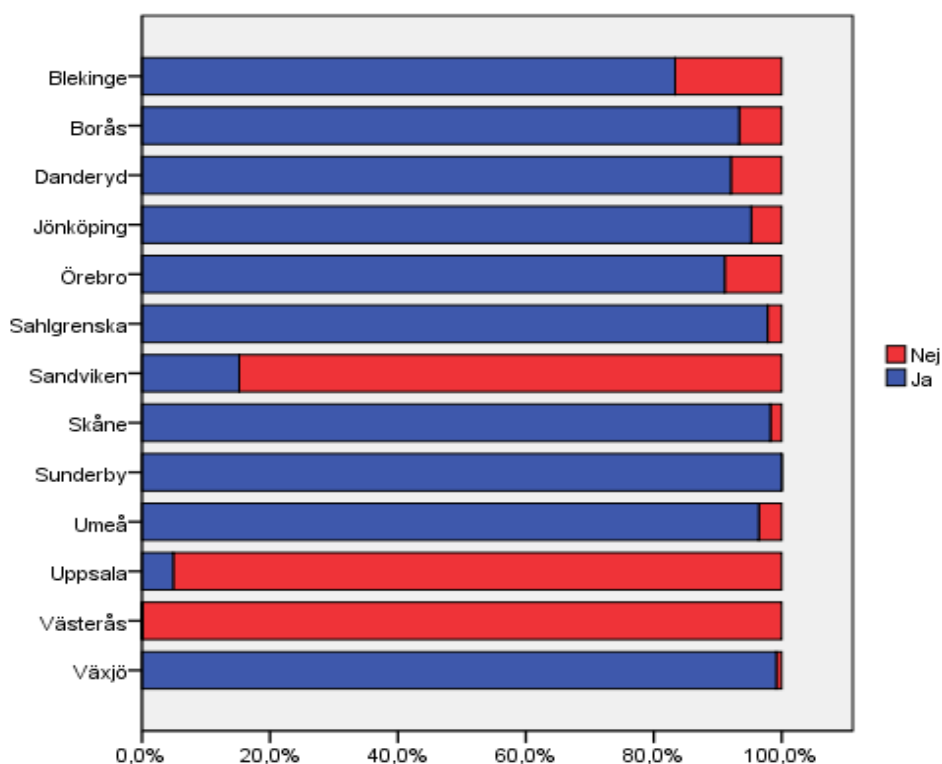
Rehabiliteringsplan

Sett till hela riket har 83 % av patienterna fått en skriftlig rehabiliteringsplan under sin öppenvårdsrehabilitering. Andelen patienter som fått rehabiliteringsplan varierar mellan olika sjukhus, se figuren nedan. Andelen utredning/bedömning per enhet kan vara en faktor som påverkar den olikheten mellan enheterna. Vid uppdelning på kategorierna utredning/bedömning och förmågehöjande samt förmågebibehållande rehabilitering framgår att merparten av dem som inte fått en skriftlig rehabplan tillhör kategorin utredning/bedömning, se tabellen nedan. Av de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering har 96 % fått en skriftlig rehabplan vilket är en väl genomförd uppgift i rehabiliteringen.

Tabell 13 Antal och andel som har fått en skriftlig rehabiliteringsplan

	Ja		Nej		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Utredning/bedömning	213	55%	177	45%	390	100%
Förmågehöjande	709	96%	30	4%	739	100%
Förmågebibehållande	107	100%	0	0%	107	100%
Total	1029	83%	207	17%	1236	100%

Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet



Figur 4 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet

I de fall en rehabiliteringsplan har upprättats har den använts helts eller delvis i 99 % av fallen i genomsnitt för riket.

Resultatmått öppenvård

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 14 Tabell över BMI (medelvärde) visas för in- och utskrivning per enhet och diagnosgrupp.

Sjukhus	Diagnosgrupp	Stroke		TBI, SAB eller annan hjärnskada		Ryggmärgsskada		Demyel. sjukdomar neurodiagnos		Övr skador/sjukdomar, rörelseapp		Övr diagnosgrupper		Total	
		In	Ut	In	Ut	In	Ut	In	Ut	In	Ut	In	Ut	In	Ut
Blekinge	Antal					1		1		3		4	1	9	1
	Medelv					28		24		23		31	30	27	30
Borås	Antal	26	25	24	24	15	15	28	27	5	5	3	3	101	99
	Medelv	27	28	27	28	26	26	26	26	21	21	27	27	26	27
Danderyd	Antal	145	138	113	107			3	3	1	1	11	12	273	261
	Medelv	27	27	25	26			24	24	34	33	29	30	26	26
Jönköping	Antal	31	28	8	8	12	13	3	3	13	11	7	7	74	70
	Medelv	27	27	25	26	26	26	30	29	26	26	29	29	27	27
Sahlgrenska	Antal	3	3	2					1					5	4
	Medelv	22	22	22					40					22	26
Sandviken	Antal	24	23	13	12	75	75			1	1	2	2	115	113
	Medelv	29	28	24	24	27	27			25	25	31	31	27	27
Skåne	Antal	7		48	3	15	13	56	12	3		9	3	138	31
	Medelv	26		27	28	26	27	27	31	24		27	26	27	29
Sunderby	Antal	3						1						4	
	Medelv	27						24						26	
Umeå	Antal	13	3	24	24	9	8	30	17	2	2	6	4	84	58
	Medelv	28	31	26	26	26	25	25	27	28	28	25	27	26	27
Västerås	Antal					1	1							1	1
	Medelv					25	22							25	22
Växjö	Antal	29	29	11	10	5	5	52	50	7	7	11	9	115	110
	Medelv	27	27	24	24	28	27	27	27	25	25	25	25	26	26
Örebro	Antal	27	20	6	3	6	6	4	4	4	2	2	2	49	37
	Medelv	27	28	25	26	27	27	24	23	35	28	23	23	27	27
Total	Antal	308	269	249	191	139	136	178	117	39	29	55	43	968	785
	Medelv	27	27	26	26	27	27	26	27	26	25	27	28	26	27

Det är inga stora förändringar mellan in- och utvärde i BMI på gruppnivå i någon diagnosgrupp. Noterbart är att medelvärden för samtliga diagnosgrupper ligger inom spannet för övervikt.

Utskriven till

I öppenvård är de allra flesta patienterna hemmaboende per definition. Genomsnittligt för riket skrivs i öppenvård 75 % av patienterna ut till eget självständigt boende, 20 % till eget boende med personligt beroende, och 1 % till särskild boende. Dessa andelar var lika som vid inskrivningen vilket tycks motsvara att rehabiliteringen inte ändrade denna status. Då patienter som genomgått förmågehöjande rehabilitering separeras är bilden den samma. Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person - kan vara make/maka- hemtjänst eller motsvarande.

Försörjning

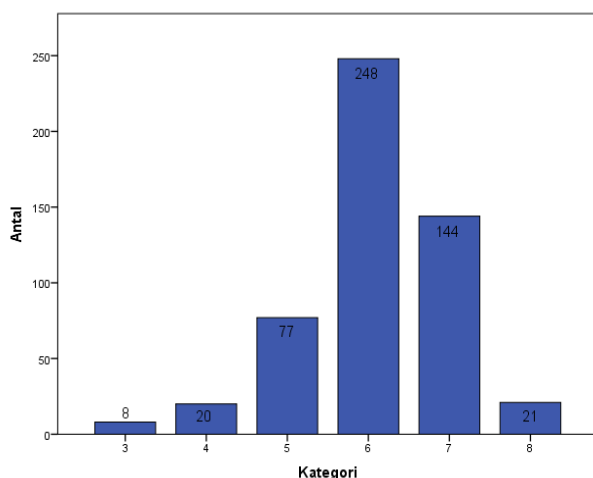
Vid inskrivningen har 48 % av hela populationen hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan. Vid utskrivningen har 74% av hela populationen hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan. Uppgifterna om försörjning vid in- och utskrivning är nödvändiga som underlag för utvärderingen av arbetsförmåga vid uppföljningen vilken är den intressanta tidpunkten för att värdera graden av arbetsåtergång.

Fråga om körkort vid utskrivning

Hos 41 % av alla personer som hade körkort sedan tidigare, föreligger medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården. Utifrån den höga andelen av körkortsinnehavare som bedömts (90 %) så är denna viktiga uppgift i vården väl utförd.

GOSE (Glasgow outcome scale extended)

GOSE skattas som mått på funktionsnedsättning hos personer med hjärnskador - både stroke och alla andra hjärnskador. Medelvärde är 6,2 vid utskrivning, median 6, min 3, max 8. GOSE visar det globala utfallet (1=död, 2= vegetativt tillstånd, 3=svår hjärnskada högre grad, 4=svår hjärnskada lägre grad, 5=medelsvår hjärnskada högre grad, 6=medelsvår hjärnskada lägre grad, 7=god återhämtning lägre grad, 8=god återhämtning högre grad).



Figur 5 Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning

Gångklassifikation Holden

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

Tabell 15 Korstabell för gångklassifikation (HOLDEN) mellan in- och utskrivning (visas i antal patienter).

		Utskrivning						Total
		0	1	2	3	4	5	
Inskrivning	0	59	1	1	0	2	3	66
	1	2	4	5	1	2	0	14
	2	0	0	9	2	2	1	14
	3	0	0	1	9	7	6	23
	4	0	0	0	0	51	41	92
	5	0	0	0	0	9	506	515
	Total	61	5	16	12	73	557	724

638 patienter är oförändrade, 12 försämrade och 74 förbättrade mellan inskrivning och utskrivning.

NIHSS

Registreras på strokepatienter och skalan är 0 - 42 poäng, där 0 = inga strokesymtom, och mer strokesymtom ger högre poäng. Medianvärdet är 1 vid både inskrivning och utskrivning, medan medelvärdet förbättrats från 2,49 till 1,89. För de 148 patienter som har data från båda tillfällena så har 29 förbättrats (grönt), 3 försämrats (rött) och övriga ligger kvar i samma intervall (grått) enligt nedanstående översiktstabell.

Tabell 16 Korstabell för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning.

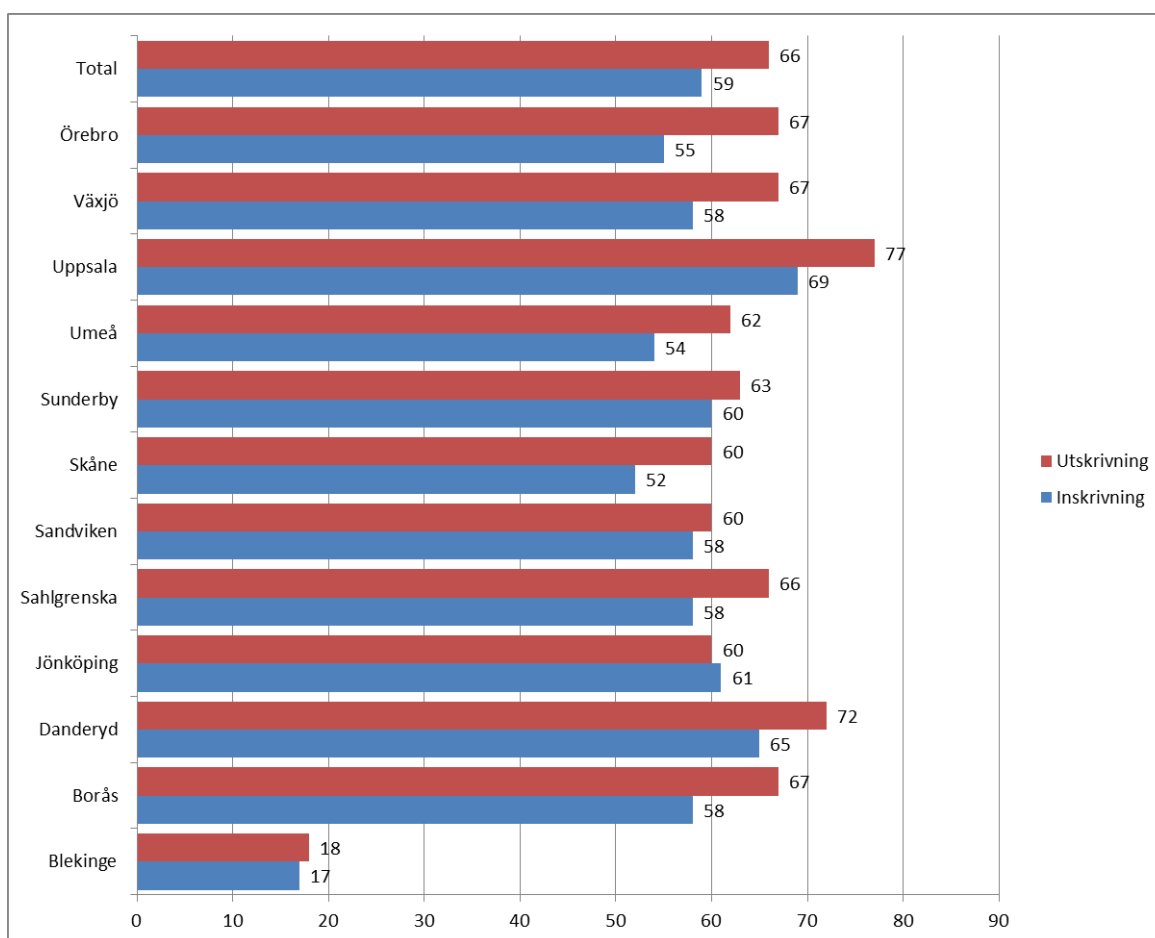
		Utskrivning					Total
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	
Inskrivning	0	36	0	0	0	0	36
	1 till 4	16	68	1	0	0	85
	5 till 8	1	8	7	2	0	18
	9 till 12	0	0	2	4	0	6
	13 till 16	0	0	2	0	1	3
	Total	53	76	12	6	1	148

Patientrapporterade mätningar (PROM – patient-reported outcome measures)***EQ5D***

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

Skattning av nuvarande hälsotillstånd (0-100 poäng enligt "Termometern")

"Termometern" redovisas med medelvärde och visas i diagrammet nedan. Generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning, dvs högre värden på skattningar av hälsotillståndet som helhet vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen med invärde 59 på riksnivå och utvärde 66. Normalpopulationen i Sverige anges med skattningsmedelvärden från 82 till 90 och alltså är värdena i denna population lägre än i normalpopulationen.



Figur 6 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet

Det finns variationer i EQ5D-termometern mellan diagnosgrupperna där stroke ligger högst med 63 vid inskrivning och 70 vid utskrivning. Övriga diagnosgrupper visas i tabellen nedan. "Termometervärden" för EQ5D per diagnosgrupp och enhet finns i Appendix.

Tabell 17 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp.

Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
	Antal	Medelvärde	Median	Antal	Medelvärde	Median
Stroke	279	63	65	277	70	70
TBI, SAB eller annan hjärnskada	197	59	60	195	66	70
Ryggmärgsskada	51	58	60	50	64	69
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	161	55	52	157	63	62
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	29	46	50	30	52	58
Övr diagnosgrupper	41	55	60	41	63	70
Total	758	59	60	750	66	70

Skattning av nuvarande hälsotillstånd – EQ5D Index

Mätningen av de fem dimensionerna i EQ5D redovisas med index enligt gällande kodnyckelberäkning. Minimivärde -0,594 till maxvärde 1,0, där 1 är full hälsa (dvs har skattat "inga problem" på samtliga frågor). Indexvärdet för normalpopulationen anges till 0,8-0,9. Tabellen nedan inkluderar de 777 personerna med data från både in- och utskrivning och en förbättring noteras för samtliga diagnosgrupper (öppenvård, även utredning/bedömning).

Tabell 18 EQ5D-index vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp.

Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
	Antal	Medelvärde	Median	Antal	Medelvärde	Median
Stroke	286	0,665	0,725	286	0,709	0,727
TBI, SAB eller annan hjärnskada	203	0,572	0,689	203	0,642	0,725
Ryggmärgsskada	51	0,477	0,587	51	0,481	0,620
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	163	0,509	0,620	163	0,581	0,656
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	32	0,361	0,329	32	0,512	0,691
Övr diagnosgrupper	42	0,524	0,673	42	0,614	0,689
Total	777	0,576	0,689	777	0,636	0,710

Tabellen nedan redovisar resultaten av EQ5D-index på enhetsnivå enbart för de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering. Dessa 639 patienter förbättrades totalt sett lika mycket som de 777 patienterna ovan. Varje enhet kan studera sina värden men bör tolka med försiktighet när antalen är små.

Tabell 19 EQ5D-index vid in- och utskrivning, per diagnosgrupp per enhet, enbart förmågehöjande och förmågebibehållande rehabilitering (sammanslaget).

Sjukhus	Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
		N	Mean	Median	N	Mean	Median
Blekingesjukhuset	Ryggmärgsskada	1	0,727	0,727	1	1,000	1,000
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	1	0,689	0,689	1	0,725	0,725
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	3	0,324	0,157	3	0,870	0,814
	Övr diagnosgrupper	2	0,422	0,422	2	0,457	0,457
	Total	7	0,462	0,689	7	0,750	0,796
Borås sjukhus SÅS	Stroke	22	0,661	0,709	22	0,686	0,725
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	20	0,464	0,587	20	0,521	0,655
	Ryggmärgsskada	14	0,393	0,448	14	0,423	0,586
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	28	0,546	0,638	28	0,591	0,725
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	3	0,292	0,189	3	0,621	0,656
	Övr diagnosgrupper	2	0,340	0,340	2	0,434	0,434
Total	89	0,519	0,620	89	0,570	0,691	
Danderyds sjukhus	Stroke	82	0,712	0,770	82	0,746	0,796
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	61	0,677	0,725	61	0,729	0,796
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	2	0,484	0,484	2	0,779	0,779
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	1	0,689	0,689	1	0,760	0,760
	Övr diagnosgrupper	8	0,551	0,655	8	0,706	0,743
	Total	154	0,686	0,743	154	0,738	0,796
Länssjukhuset Ryhov	Stroke	15	0,629	0,639	15	0,608	0,620
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	5	0,791	0,725	5	0,807	0,689
	Ryggmärgsskada	8	0,463	0,622	8	0,489	0,568
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	1	0,620	0,620	1	0,030	0,030
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	9	0,445	0,293	9	0,521	0,691
	Övr diagnosgrupper	5	0,464	0,620	5	0,569	0,620
Total	43	0,559	0,620	43	0,573	0,620	
Norrlands universitetssjukhus	Stroke	12	0,439	0,586	12	0,526	0,656
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	1	-0,077	-0,077	1	-0,077	-0,077
	Ryggmärgsskada	3	0,588	0,691	3	0,565	0,620
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	30	0,590	0,638	30	0,642	0,690
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	1	0,691	0,691	1	0,620	0,620
	Övr diagnosgrupper	2	0,682	0,682	2	0,638	0,638
Total	49	0,545	0,620	49	0,593	0,656	

Forts tabell 20.

Sjukhus	Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
		N	Mean	Median	N	Mean	Median
Rehabkliniken i Växjö	Stroke	24	0,753	0,735	24	0,745	0,778
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	9	0,451	0,620	9	0,590	0,760
	Ryggmärgsskada	3	0,529	0,516	3	0,436	0,516
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	50	0,519	0,620	50	0,571	0,673
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	7	0,380	0,516	7	0,633	0,691
	Övr diagnosgrupper	8	0,496	0,673	8	0,485	0,586
	Total	101	0,557	0,623	101	0,608	0,691
Sahlgrenska universitetssjukhuset	Stroke	29	0,636	0,689	29	0,776	0,760
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	30	0,537	0,689	30	0,652	0,743
	Ryggmärgsskada	4	0,368	0,387	4	0,417	0,458
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	2	0,448	0,448	2	1,000	1,000
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	1	-0,429	-0,429	1	-0,074	-0,074
	Övr diagnosgrupper	4	0,583	0,726	4	0,777	0,726
Total	70	0,555	0,689	70	0,697	0,760	
Sandvikens sjukhus	Stroke	4	0,304	0,405	4	0,370	0,405
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	5	0,597	0,691	5	0,715	0,691
	Total	9	0,467	0,656	9	0,562	0,689
Skånes universitetssjukhus	Stroke	4	0,730	0,778	4	0,690	0,716
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	16	0,304	0,177	16	0,523	0,689
	Ryggmärgsskada	7	0,404	0,516	7	0,318	0,205
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	37	0,435	0,587	37	0,497	0,620
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	1	0,691	0,691	1	0,691	0,691
	Övr diagnosgrupper	3	0,834	0,812	3	0,708	0,708
Total	68	0,440	0,552	68	0,508	0,620	
Sunderby sjukhus	Stroke	7	0,557	0,689	7	0,673	0,689
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	2	0,770	0,770	2	0,864	0,864
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	5	0,507	0,620	5	0,614	0,620
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	1	0,796	0,796	1	0,088	0,088
	Övr diagnosgrupper	2	0,526	0,526	2	0,681	0,681
Total	17	0,578	0,689	17	0,644	0,689	
Universitetssjukhuset Örebro	Stroke	17	0,573	0,620	17	0,660	0,691
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	4	0,580	0,743	4	0,781	1,000
	Ryggmärgsskada	3	0,500	0,516	3	0,506	0,691
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	4	0,366	0,405	4	0,660	0,691
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	3	0,391	0,364	3	0,463	0,620
	Övr diagnosgrupper	1	0,088	0,088	1	0,760	0,760
Total	32	0,509	0,568	32	0,646	0,691	

Forts tabell 20.

Sjukhus	Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
		N	Mean	Median	N	Mean	Median
	Stroke	216	0,657	0,725	216	0,705	0,735
	TBI, SAB eller annan hjärnskada	153	0,564	0,689	153	0,657	0,760
	Ryggmärgsskada	43	0,444	0,516	43	0,448	0,516
Total	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	160	0,514	0,620	160	0,580	0,656
	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	30	0,404	0,440	30	0,569	0,691
	Övr diagnosgrupper	37	0,529	0,689	37	0,616	0,689
	Total	639	0,565	0,656	639	0,633	0,691

IPA – impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande)

Patienten besvarar ett frågeformulär om dagliga aktiviteter där personen självskattar sitt hälsotillstånd och hur begränsningarna inverkar på dagliga livet. Här redovisas resultatet för de fem kategorier om begränsningar som 32 frågor i instrumentet bildar. Beräkningen för varje "subscale"/dimension använder medianen av värdena i kategorin, enligt instrumentets manual. Skalstegen är 0=mycket bra, 1=bra, 2=ganska bra, 3=ganska dåligt, och 4=dåligt.

Tabell 20 Medianvärde IPA vid in- och utskrivning, per kategori öppenvård

	Självständighet inomhus		Självständighet inomhus		Roll i familjen		Roll i familjen		Självständighet utomhus		Självständighet utomhus		Sociala relationer		Sociala relationer		Arbete, utbildning		Arbete, utbildning	
	Inskrivning		Utskrivning		Inskrivning		Utskrivning		Inskrivning		Utskrivning		Inskrivning		Utskrivning		Inskrivning		Utskrivning	
	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median	N	Median
Utredning/bedömning	59	0	59	0	57	1	58	1	59	2	59	2	59	1	59	1	39	2	39	2
Förmågehöjande rehab	335	0	338	0	326	1	331	1	335	2	336	1	330	1	331	1	177	2	182	2
Förmågebibehållande rehab	41	1	41	1	39	2	40	2	40	2	41	2	40	1	41	1	17	2	21	2

Dimensionen **självständighet inomhus** innehåller 7 frågor om förflyttningar inomhus och primära vardagliga göromål som att sköta sin hygien och äta. Skattningarna visar ingen förändring från inskrivning till utskrivning. Både kategorin utredning/bedömning och förmågehöjande rehabilitering har redan vid inskrivningen bästa möjliga medianvärde så där är ingen förbättring möjlig. Även kategorin förmågebibehållande rehabilitering speglar att patienterna klarar dessa moment bra (median 1).

Dimensionen **roll i familjen** innefattar 7 frågor gällande hushållsarbete och småarbeten på hus och trädgård. Svarsmönstret speglar något större svårigheter i denna kategori (median 1 respektive 2), men skattningarna visar ingen förändring från inskrivning till utskrivning.

Dimensionen **självständighet utomhus** innehåller 5 frågor om fritiden och möjligheten att leva det liv jag önskar. Skattningarna förbättrades från inskrivning till utskrivning för patienter i förmågehöjande rehabilitering (från median 2 till 1). Svarsmönstret speglar än större svårigheter i denna dimension då även kategorin utredning/bedömning har medianvärde 2.

Dimensionen **social förmåga, relationer** innefattar 7 frågor om umgänge med andra och upplevd respekt från andra. Skattningarna visar ingen förändring från inskrivning till utskrivning (median 1).

Dimensionen **arbete, utbildning** innehåller 6 frågor. Där kan patienten markera att frågan inte är tillämplig vilket resulterar i färre svarande på dessa frågor. Skattningarna visar ingen förändring från inskrivning till utskrivning. Medianvärde 2 indikerar ändå att dimensionen fångar upplevda begränsningar för patienter.

Sammanfattningsvis noteras förbättrat medianvärde för dimensionen **självständighet utomhus** i kategorin förmågehöjande rehabilitering och de största begränsningarna upplevs inom **självständighet utomhus** och **arbete, utbildning**.

Patientrapporterade mätningar är av stort värde i vård och rehabilitering. Rapporteringen av IPA från 441 patienter (data både in och ut) ger en viktig möjlighet att redovisa och utvärdera effekten inom aktivitet och delaktighet med tonvikt på självbestämmande. För att få ut mesta möjliga information av IPA ska bearbetningen ses över för att bättre ta vara på data. Förskjutning av svarsmönstret kan eventuellt avläsa förändringar bättre än modellen med medianförändring enligt ovan.

Livstillfredsställelse (LiSat)

Här redovisas 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 medelvärde 4,0 till 4,3. Normalresultat för svenskar i åldersgruppen 18-64 år är ett medianvärde på 5 (varians 0.82).

I tabellen nedan redovisas frågan om **tillfredsställelse med livet i allmänhet** med kategoriseringen 1-3= icke tillfredsställd och 4-6 = tillfredsställd för de 634 patienter som skattade både vid in- och utskrivning. Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 531 patienter, och 74 förbättrades (12%) och 29 patienter försämrades (4%).

Tabell 21 Korstabell för LiSat mellan in- och utskrivning

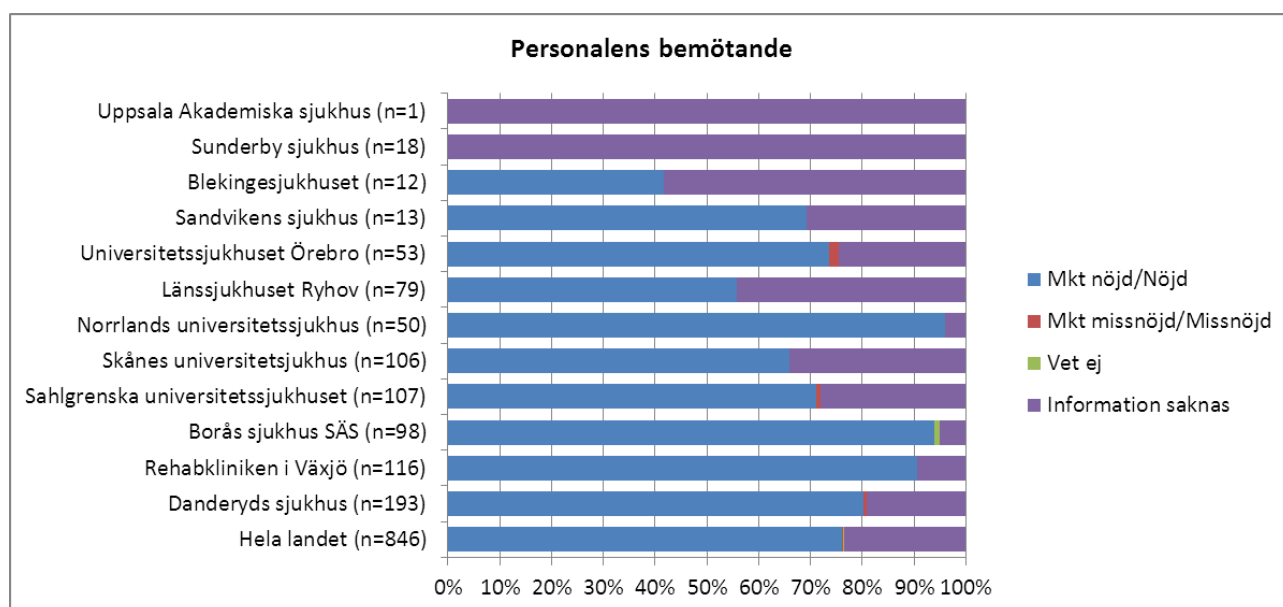
Tillfredsställd	Antal	451	29	480
	Procent	94%	6%	100%
Icke tillfredsställd	Antal	74	80	154
	Procent	48%	52%	100%
Total	Antal	525	109	634
	Procent	83%	17%	100%

Grad av nöjdhet

Rapporten omfattar de patienter som registrerats för förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering (n=846). I dessa kategorier var svarsfrekvensen bättre (76 %) än i populationen som helhet (68 %) vilket även kommenterats i avsnittet "användningsgrad av instrument".

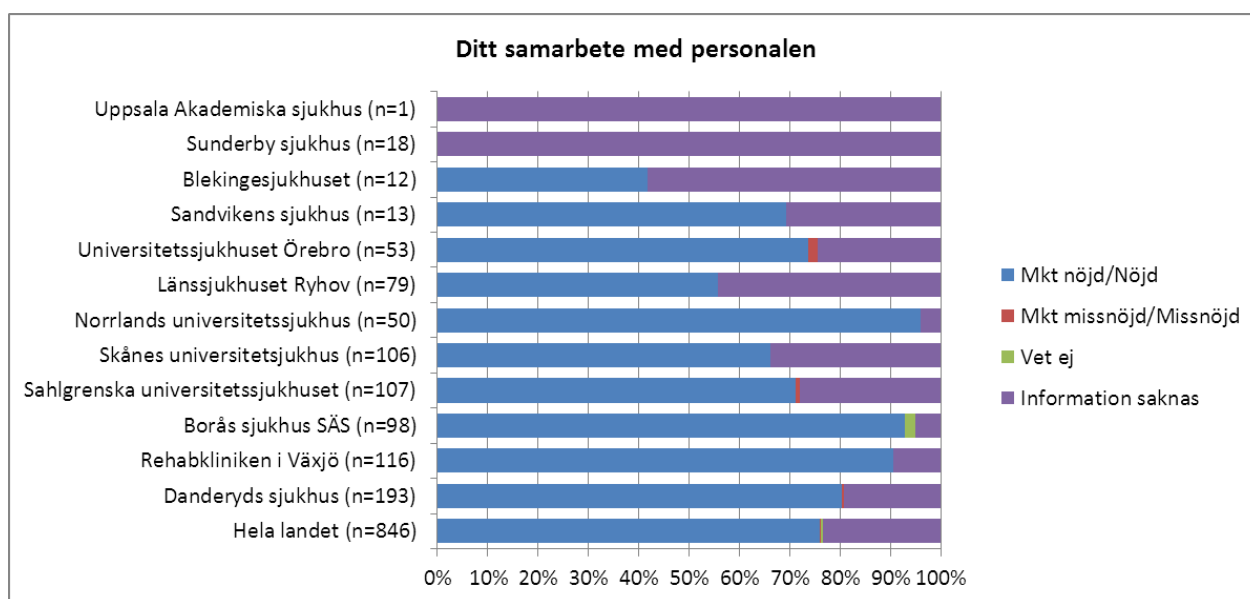
I figurerna nedan visas svarsbilden för alla sju delfrågorna. Jämförelse med resultatet i årsrapporten 2011 låter sig inte göras eftersom samtliga patienter var inkluderade i rapporten då.

Högst andel mycket nöjd/nöjd finns i områdena "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen" (76 %). Det finns potential för ökning av patientens grad av nöjdhet inom områdena: "Den information och bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering" samt "Info om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen".



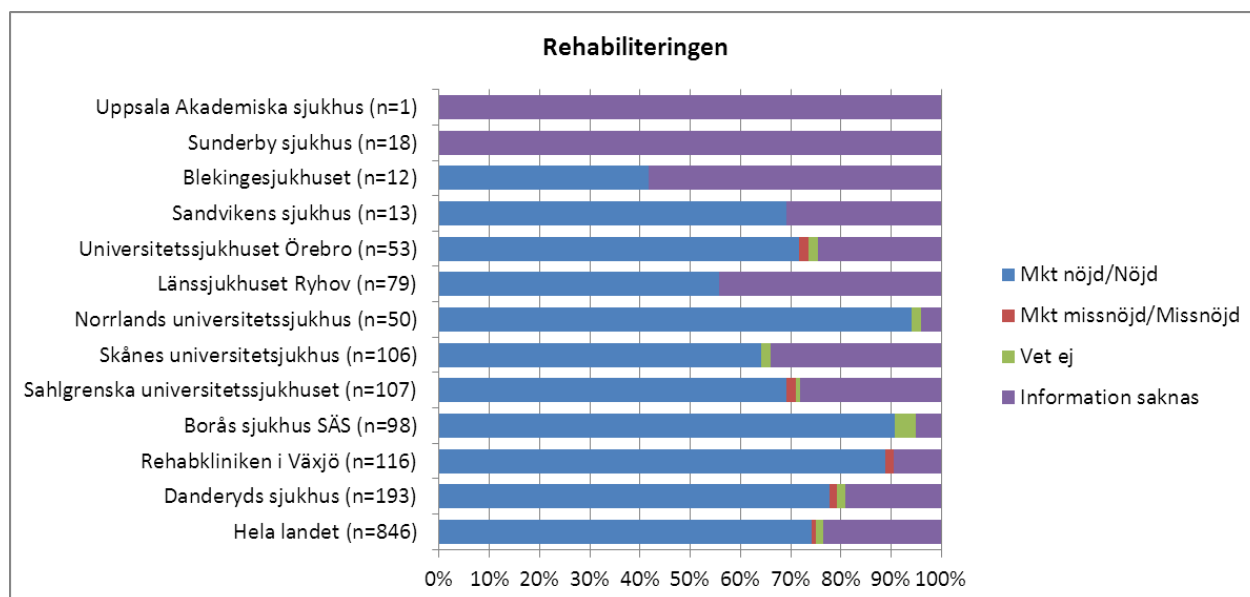
Figur 7 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med personalens bemötande var 76 % för hela riket.



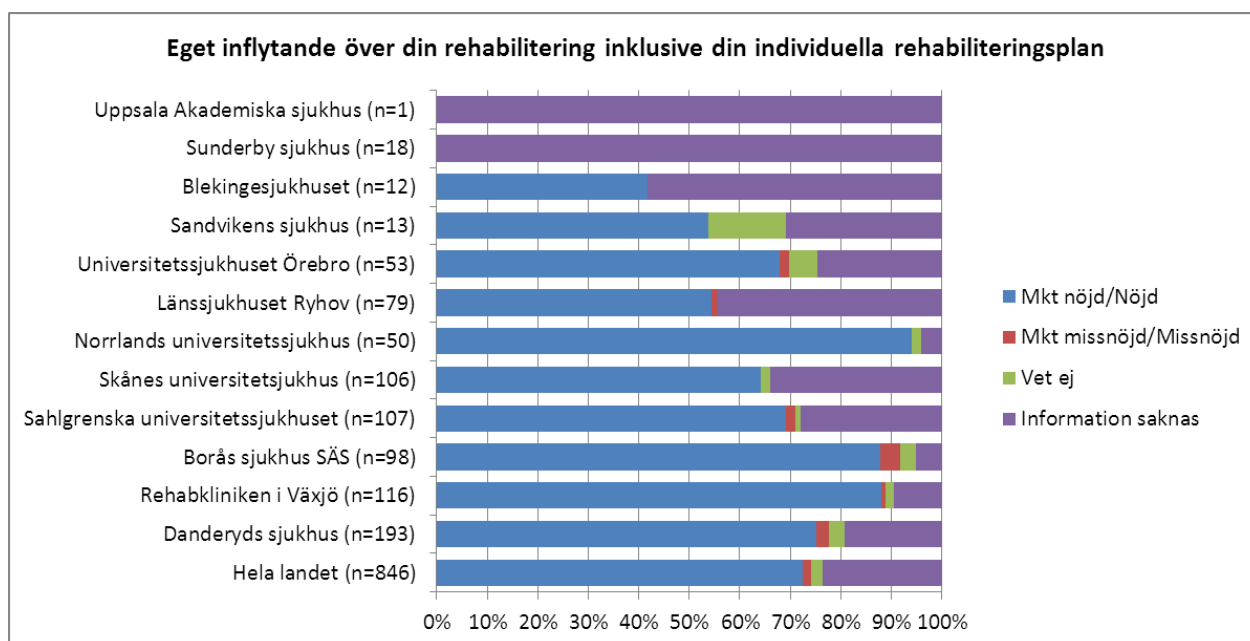
Figur 8 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med ditt samarbete med personalen var 76 % för hela riket.



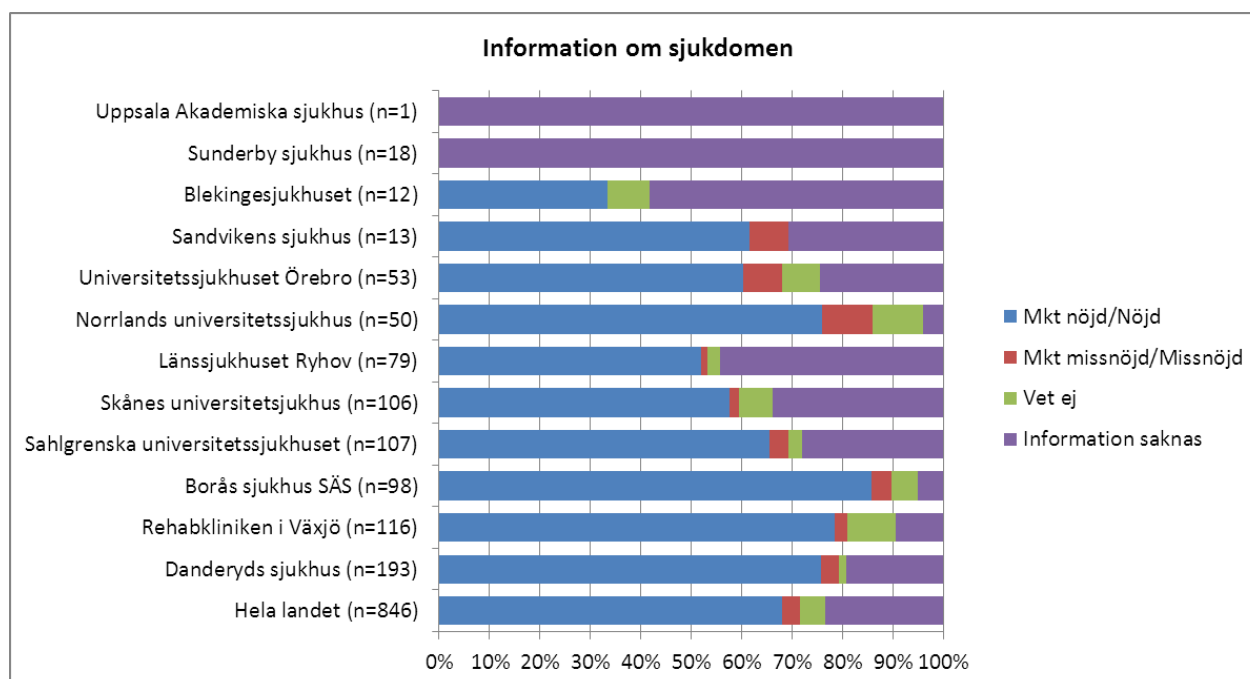
Figur 9 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med Rehabiliteringen var 74 % för hela riket.



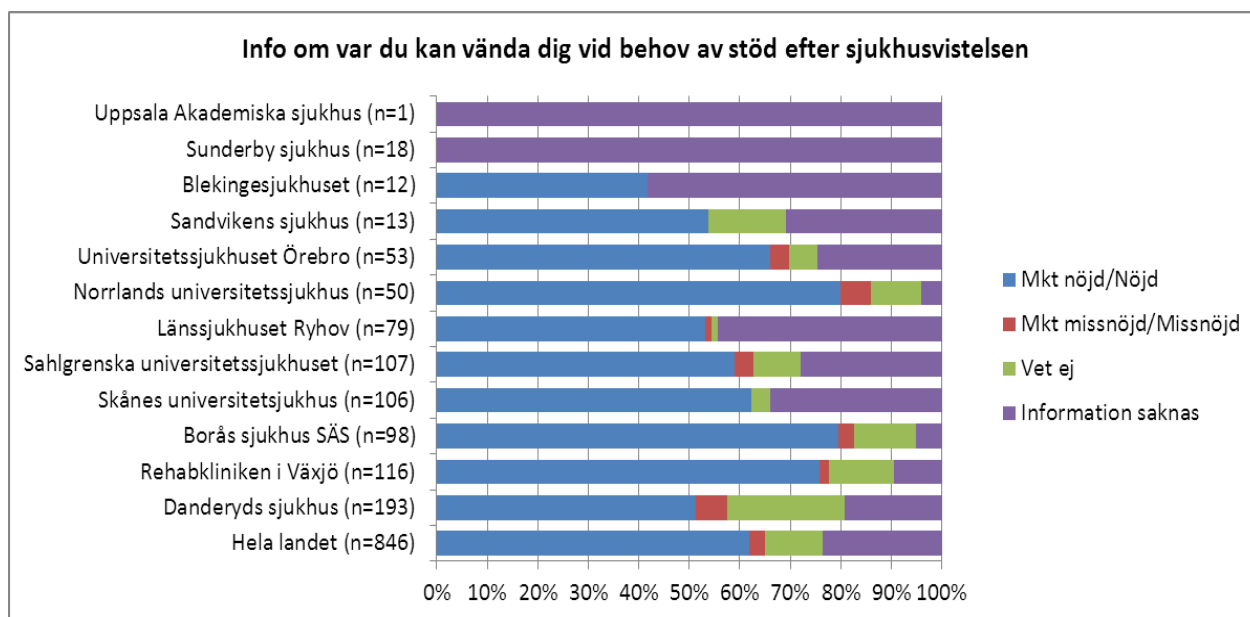
Figur 10. Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan var 72 % för hela riket.



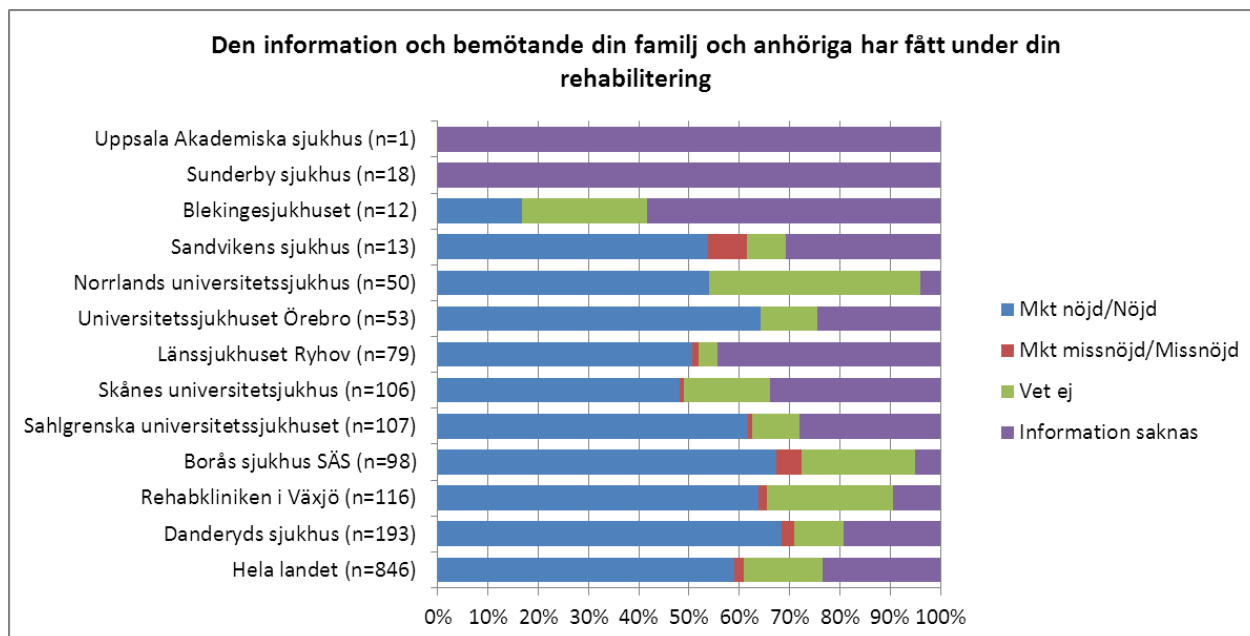
Figur 11 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med information om sjukdomen/skadan var 68 % för hela riket.



Figur 12 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen var 62 % för hela riket.



Figur 13 Svartsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering", per enhet

Andelen mycket nöjd/nöjd med den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering var 59 % för hela riket.