

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård
2012

Ansvarig: Katharina Stibrant Sunnerhagen

© 2012 UCR Svenska Hjärt-kärlregistren och WebRehab Sweden

Årsrapport WebRehab Sweden 2012

Utnämning "Bästa enhet" gick till de sjukhus som redovisade bästa täckningsgrad 2011:

Härnösand och Östersund

Innehåll

Sammanfattning slutenvård	6
Bakgrund och syfte.....	7
Målnivåer	10
Deltagande enheter och kontaktpersoner 2012	12
Aktiviteter 2012.....	14
Demografi.....	16
Antal utskrivningar över tid 2007-2012	16
Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter.....	16
Fördelning av diagnosgrupper/enhet.....	17
Ålderfördelning/enhet.....	17
Åldersfördelningen inom de 6 diagnosgrupperna	18
Genusfördelning	18
Processmått	19
Tid från beslut om rehab till inskrivning	19
Medelvårdtid per enhet över tid.....	20
Medelvårdtid i dagar/diagnosgrupp	21
Vårdtid i dagar för kvinna/man i olika åldersintervall.....	22
Tid från utskrivningsklar till utskrivning	22
Användningsgrad av olika variabler och bedömningsinstrument i registret	23
Körkortsbedömning av de som har körkort.....	23
Rökning/missbruk	24
Kontroll av BMI	25
ADL-förmåga	26
EQ5D.....	27
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat11).....	28
GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended)	29
Bedömning av grad/typ av medvetandesänkning vid svår hjärnskada "Disorders of Consciousnes (DOC)" enligt Joseph Giacinos klassifikation.	29
Har rehabiliteringsplan upprättats och använts?	30
Resultat.....	31
Antal avlidna	31
Komplikationer	31

Funktionsnedsättning enligt ICF.....	32
Spinalskador.....	32
Body Mass Index (BMI).....	35
Giacino (medvetandesänkning vid svår hjärnskada enligt Joseph Giacinos klassifikation).....	36
NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, or NIH Stroke Scale (NIHSS).....	36
ADL.....	37
EQVAS.....	40
EQVAS per diagnosgrupp.....	41
Försörjning in- och utskrivning.....	43
Utskriven till.....	44
Patientnöjdhet.....	45
Tabell 1 Åldersfördelning; antal, medelvärde och median.....	18
Tabell 2 Fördelning av män och kvinnor över tid.....	18
Tabell 3 Tid från beslut till inskrivning; antal, median, minimum och maximum.....	19
Tabell 4 Medelvårdtid.....	20
Tabell 5 Medelvårdtid per diagnosgrupp.....	21
Tabell 6 Vårdtid per kön och åldersgrupp.....	22
Tabell 7 Körkortsbedömning.....	23
Tabell 8 Rökning/missbruk.....	24
Tabell 9 BMI.....	25
Tabell 10 Ifyllnad ADL.....	26
Tabell 11 Ifyllnad EQ5D.....	27
Tabell 12 Ifyllnad LiSat11.....	28
Tabell 13 GOSE.....	29
Tabell 14 Ifyllnad patientens upplevelse.....	30
Tabell 15 Komplikationer.....	31
Tabell 16 10 st spinalspecifika variabler.....	33
Tabell 17 4 st spinalspecifika vaariabler.....	34
Tabell 18 Antal personer i de olika kategorierna i Giacino, vid in- och utskrivning.....	36
Tabell 19 EQVAS per diagnosgrupp.....	41
Tabell 20 EQ5D: Rörlighet.....	41
Tabell 21EQ5D: Hygien.....	41
Tabell 22 EQ5D: Huvudsakliga aktiviteter.....	42
Tabell 23 EQ5D: Smärtor och besvär.....	42
Tabell 24 EQ5D: Oro/nedstämdhet.....	42
Tabell 25 Försörjning från försäkringskassan: andel patienter inom olika försörjningsgrad.....	43
Tabell 26 Till vilken typ av boende sker utskrivning till, antal och andel per enhet.....	44

Figur 1 Antal utskrivningar över tid	16
Figur 2 Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter	16
Figur 3 Diagnosfördelning	17
Figur 4 Åldersfördelning	17
Figur 5 BMI för TBI, SAB och Annan hjärnskada	35
Figur 6 NIHSS-poäng vid in- och utskrivning.	36
Figur 7 ADL-förmåga vid in- och utskrivning- Riket.....	37
Figur 8 Andel personer som är ADL- beroende/oberoende vid in- och utskrivning.....	38
Figur 9 ADL-förmåga vid in- och utskrivning, diagnosgrupp TBI, SAB eller annan hjärnskada...	39
Figur 10 ADL: Antal beroende/oberoende inom fysiska items.....	39
Figur 11 Antal beroende/oberoende inom Kognitiva items.....	40
Figur 12 EQVAS per sjukhus, medelvärde vid in- och utskrivning.....	40
Figur 13 Patientnöjdhet.	45

Sammanfattning slutenvård

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. Förbättrad funktion genom god rehabilitering, ger lägre kostnader för samhället. Årsrapporten visar hur stor andel av personerna som är beroende i ADL, uppdelat på fysiska- och kognitiva items vid in- och utskrivning. Inom fysiska items minskar beroendet från 87 % till 62 % och beroendet i sociala/kognitiva aktiviteter från 60 % till 45 %. Nästan hälften (47,4 %) av personerna i landet skrevs ut till eget självständigt boende.

Patientsammansättningen påverkar resultatet av rehabiliteringsinsatserna. Data från registret visar att många personer (20 %) har problem med psykiska funktioner förutom de vanligt förekommande följderna efter sin diagnos. Missbruk är också relativt vanligt förekommande, såväl alkohol som andra droger eller läkemedel, vilket inverkar på rehabiliteringen och kräver ett aktivt samarbete med missbruksvården. Missbruk är vanligast inom gruppen hjärnskador; dels kan man fundera över missbruk som bidragande orsak, dels konsekvenser av missbruk i kombination med hjärnskada för rehabiliteringen. Under 2012 har 10 stycken variabler specifika för spinalt skadade personer har inkluderats i registret. Data från 234 personer registrerades med alla typer av svårighetsgrad men där de inkompleta skadorna dominerade.

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. För patienter med stroke kan NIHSS användas. Fortsatt förbättring noterades hos 47 personer, 7 personer som försämrades och ett smärre antal som hade samma symtom vid in- och utskrivning. NIHSS är ett ganska nytt bedömningsinstrument i registret och kan användas mer.

Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamerna. I år var 75 % av patienterna är bedömda under slutenvårdsperioden. Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

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.

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 livstillfredställelse. 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. geriatrisk- 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.

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. Någon handlar om kunskapsbaserad och ändamålsenligt vård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade.

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. Registering av BMI

Att mäta och följa utvecklingen av BMI under rehabiliteringstiden handlar om att arbeta kunskapsbaserat. Vi vet att det inte är ovanligt med sväljnings- och nutritionssvårigheter efter en neurologisk sjukdom/trauma. Vi vet också att för att orka träna måste kroppen få tillräckligt med energi.

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

3. Bedömning av körlämplighet

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

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

4. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att minska antalet fall-olyckor och trycksår bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna.

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

5. 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.forsberg@ds.se</u>
Uppsala Akademiska sjukhus	<u>kryska.hjulstrom@akademiska.se</u> <u>annica.b.ohlsson@akademiska.se</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>lana.tuvhag@ltkronoberg.se</u>
Blekingesjukhuset (Karlshamn)	<u>ola.ryttberg@lblekinge.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.thuresson@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>johannabg@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 internt 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

- 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,

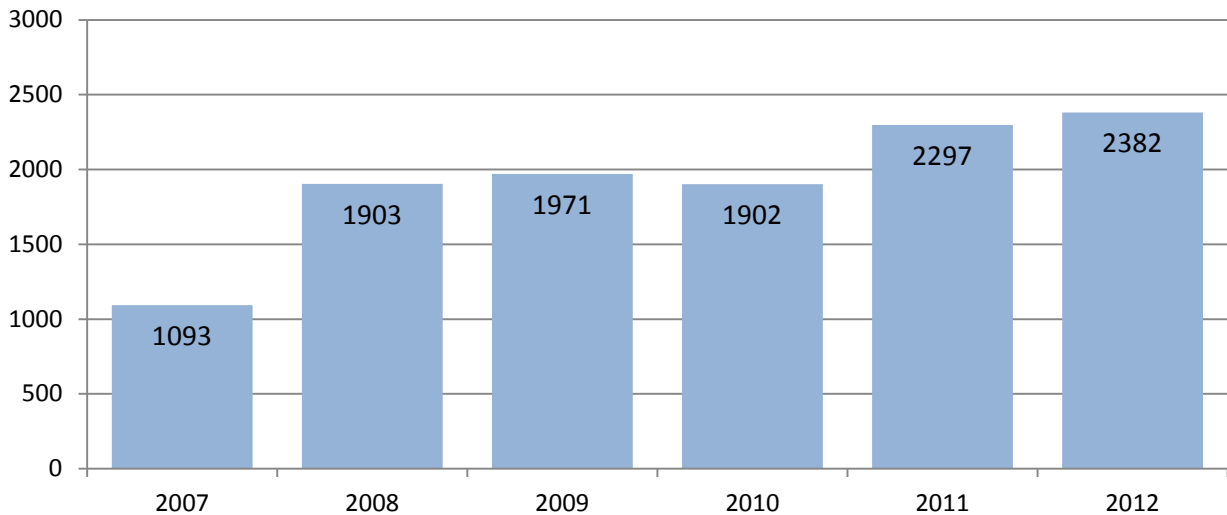
Samordningsgruppen, registerhållarna och ordföranden i WebRehab och NRS, har också haft möten under året.

Slutenvård

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2011, där inget annat anges.

Demografi

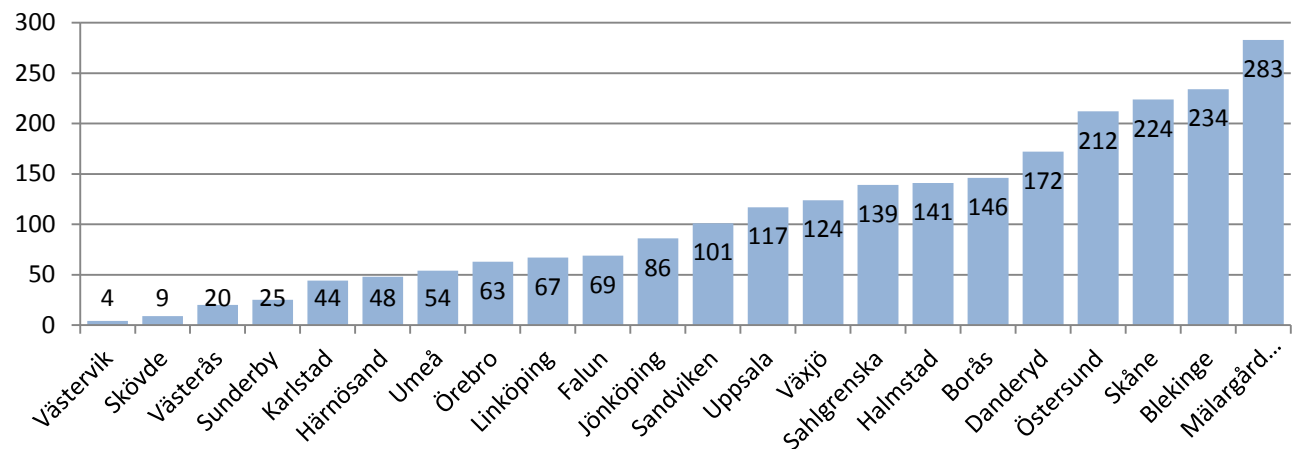
Antal utskrivningar över tid 2007-2012



Figur 1 Antal utskrivningar över tid

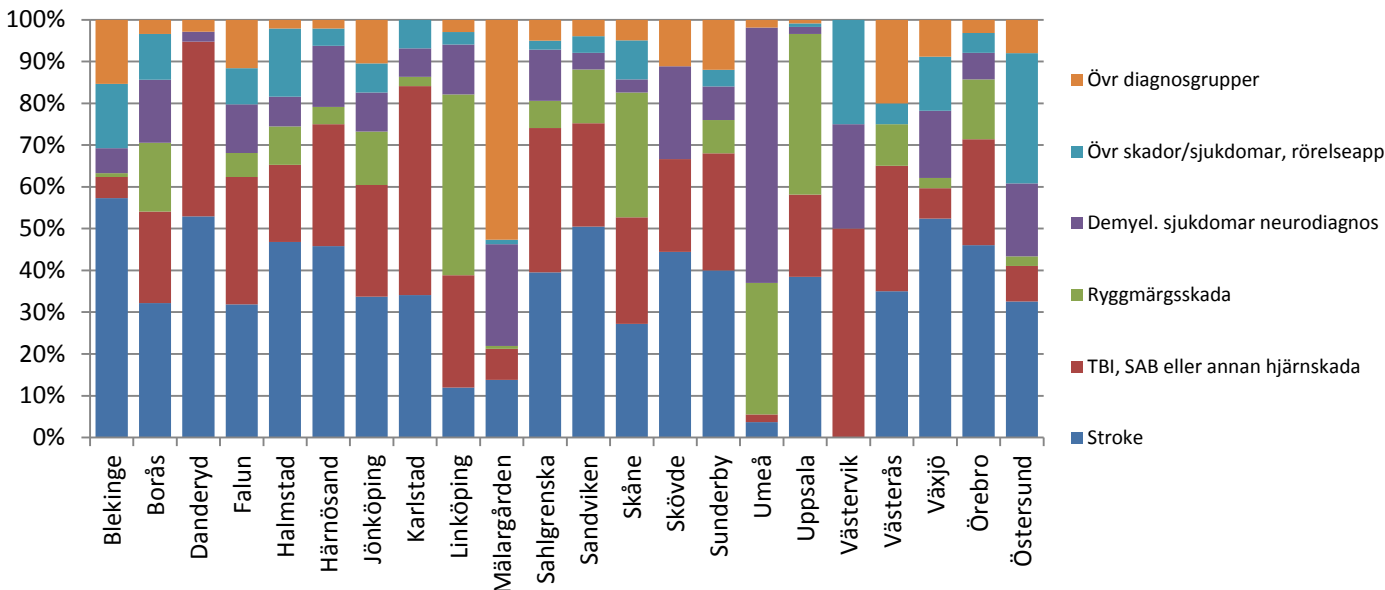
Antalet registreringar baseras på de personer som skrivits ut 2012. Totalt har 2382 registreringar gjorts i riket som helhet. Det är en ökning med 85 jämfört med 2011.

Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter



Figur 2 Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter

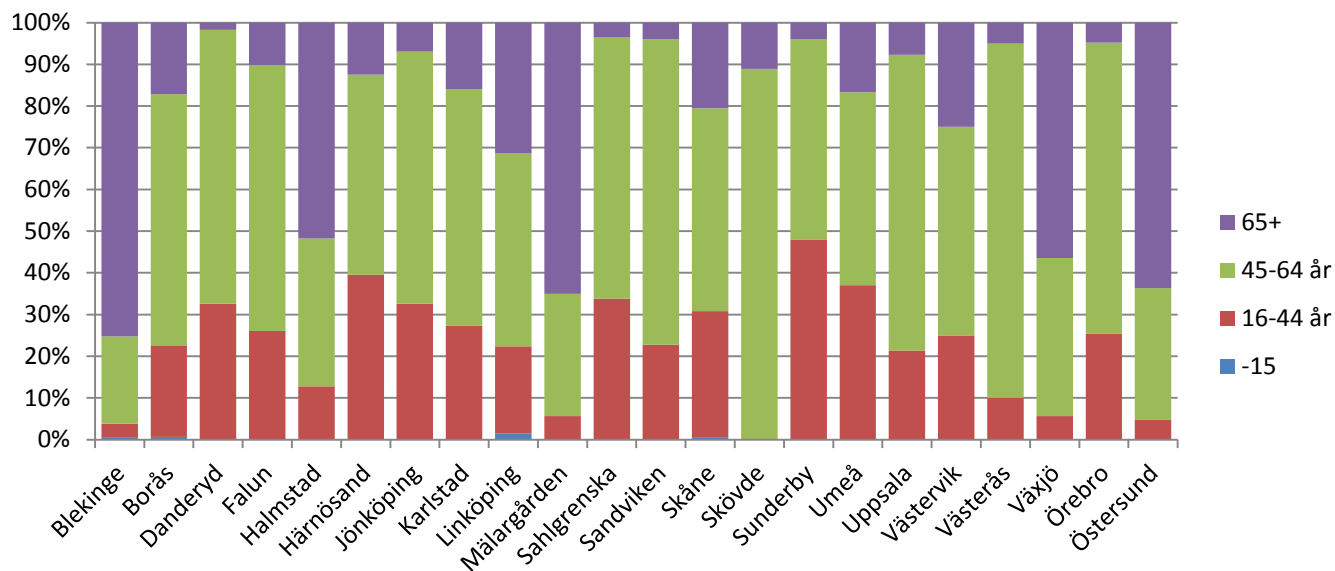
Fördelning av diagnosgrupper/enhet



Figur 3 Diagnosfördelning

Diagnosfördelningen över landet varierar i hög grad. Som exempel kan nämnas att diagnosgruppen stroke kan variera mellan ca 12% upp till nästan 60%.

Åldersfördelning/enhet



Figur 4 Åldersfördelning

Åldersfördelning varierar kraftigt. Hos enheterna i Halmstad, Blekinge, Mälargården, Växjö och Östersund är mer än 50% av patienterna över 65 år.

Åldersfördelningen inom de 6 diagnosgrupperna

Tabell 1 Åldersfördelning; antal, medelvärde och median.

Diagnosgrupp \ Åldersgrupp	-15	16-44 år	45-64 år	65+	Total	Medelvärde	Median
Stroke	0	87	458	326	871	61,81	62,00
TBI, SAB eller annan hjärnskada	2	173	243	57	475	47,91	51,00
Ryggmärgsskada	2	62	126	70	260	53,72	56,00
Demyel. sjukdomar							
neurodiagnos	0	60	117	105	282	57,76	61,00
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	0	37	69	108	214	61,67	65,00
Övr diagnosgrupper	0	33	120	127	280	61,21	63,00
Total	4	452	1133	793	2382	57,59	60,00

Diagnosgrupp/ålderfördelning är i stort sett oförändrad jämfört med 2012, däremot har andelen ryggmärgsskador ökat från 161 till 260 registreringar, vilket troligtvis sammanhänger med omarbetad spinaldel. Liksom tidigare dominerar stroke.

Genusfördelning

Tabell 2 Fördelning av män och kvinnor över tid.

	2010	2011	2012
Män	58,75%	58,57%	56,60%
Kvinnor	41,25%	41,43%	43,40%

Andelen kvinnor som får rehabilitering tenderar att öka. Om det beror på ett ökat insjuknande och därmed ett ökat rehabiliteringsbehov som tillfredställs, är inte klarlagt.

Processmått

Tid från beslut om rehab till inskrivning

Tabell 3 Tid från beslut till inskrivning; antal, median, minimum och maximum.

Sjukhus	N	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	110	0	0	11
Borås	126	3	0	703
Danderyd	165	4	0	56
Falun	55	1	0	19
Halmstad	125	1	0	31
Härnösand	43	6	0	28
Jönköping	76	3	0	88
Karlstad	41	6	0	273
Linköping	4	12	0	21
Mälargården	279	73	5	464
Sahlgrenska	121	7	0	129
Sandviken	89	13	0	188
Skåne	197	8	0	141
Skövde	9	3	0	6
Sunderby	24	5,5	0	41
Umeå	51	91	0	671
Uppsala	110	4	0	155
Västervik	4	6	1	7
Västerås	20	0	0	39
Växjö	124	6	0	167
Örebro	60	8	0	265
Östersund	208	6	0	370
Total	2041	6	0	703

Den stora variationen kan bero på felregistreringar, men också på olika verksamhetstyper. De flesta enheter tar patienter direkt från akutkliniker men t ex Mälargården har planerad intagning från hemmet. Det kan också finnas organisationsförändringar inom enheterna.

Medelvårdtid per enhet över tid

Tabell 4 Medelvårdtid

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Blekinge	41,4	35,25	38,77	37,96	38,73	35,16
Borås	56,79	61,01	57,26	53,2	51,6	38,36
Danderyd	66,81	75,76	66,41	72,11	68,27	60,56
Falun	33,84	36,97	37,43	25,11	30,19	41,23
Gammalt NUS		46,13				
Halmstad	30,47	28,05	27,9	27,83	29,14	32,16
Härnösand		28,07	29,84	35,5	36,45	37,52
Jönköping	38,83	38,45	34,95	48,24	38,92	35,31
Karlstad	87,18	87,8	132,82	57,1	61,35	48,2
Linköping	50,5	48,93	44,13	50,56	52,91	49,16
Mälargården				17,65	17,44	17,59
Sahlgrenska		31,17	42,31	39,53	38,56	37,88
Sandviken	35,51	42,36	37,77	34,84	32,21	35,95
Skåne		34,1	45,85	33,76	37,52	39,64
Skövde	26,56	32,05	37,81	30,26	35,23	33,11
Sunderby		49,95	64,44	53,1	59,72	76
Uddevalla			40,3	42,5		
Umeå					81,25	53,59
Uppsala	59,61	71,47	60,48	61,56	49,82	48,31
Västerås	44,29	70,69	70,95	64,81	52,1	34
Växjö	38,44	46,18	39,85	44,64	42,96	36,4
Örebro	41,27	47,95	47,29	47,67	55,53	50,65
Östersund	21,35	34,62	33,9	35,49	35,38	32,96
Total	44,9	47,3	49,5	43,5	45,0	41,6

Variationen i vårdtid mellan enheterna är tydlig liksom över tid för enskild enhet. För Riket ses också en variation, dock mindre. För att kunna uttala sig generellt om vårdtiderna måste ytterligare analyser göras (där hänsyn tas till spridning och variation).

Medelvårdtid i dagar/diagnosgrupp

Tabell 5 Medelvårdtid per diagnosgrupp

Sjukhus \ Diagnosgrupp	TBI, SAB eller annan			Demyel. sjukdomar neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	Övr diagnos- grupper	Total
	Stroke	hjärnskada	Ryggmärgsskada				
Blekinge	34,2	28,8	44,0	44,6	33,8	38,1	35,2
Borås	37,9	41,3	28,3	38,7	42,8	56,0	38,4
Danderyd	64,0	56,7		58,8		53,8	60,6
Falun	47,8	36,1	37,0	46,3	41,8	33,1	41,2
Halmstad	30,4	33,4	38,2	29,7	34,3	26,3	32,2
Härnösand	39,4	28,5	53,0	46,4	24,0	57,0	37,5
Jönköping	43,5	34,2	33,6	30,0	37,3	17,3	35,3
Karlstad	55,9	48,0	7,0	51,0	22,3		48,2
Linköping	40,6	50,7	51,6	47,5	30,5	60,5	49,2
Mälargården	16,8	18,8	19,0	19,6	19,3	16,7	17,6
Sahlgrenska	38,5	36,6	47,6	33,2	54,0	34,0	37,9
Sandviken	32,1	39,3	51,6	43,0	28,5	13,5	36,0
Skåne	34,9	30,5	45,0	68,9	46,5	49,4	39,6
Skövde	42,3	17,5		22,5		49,0	33,1
Sunderby	55,7	72,3	104,0	103,0	38,0	128,3	76,0
Umeå	31,5	158,0	114,5	21,5		18,0	53,6
Uppsala	45,3	48,4	49,0	62,0	26,0	147,0	48,3
Västervik		10,5		76,0	45,0		35,5
Västerås	45,6	31,5	13,5		50,0	23,8	34,0
Växjö	41,2	32,8	45,3	31,0	26,4	32,9	36,4
Örebro	57,8	44,3	51,0	37,5	44,7	31,5	50,7
Östersund	42,3	46,5	35,4	23,7	26,4	26,1	33,0
Total	40,8	40,6	48,8	31,4	33,2	26,7	38,2

Vårdtid i dagar för kvinna/man i olika åldersintervall

Tabell 6 Vårdtid per kön och åldersgrupp

Åldersgrupp	Kön	N	Medelvärde	Median
0-15 år	Man	4	52	51,5
16-44 år	Kvinna	174	39,84	25
	Man	278	45,13	31
45-64 år	Kvinna	486	38,53	28
	Man	647	43,72	35
65+	Kvinna	381	27,82	20
	Man	412	32,99	26
Total	Kvinna	1041	34,83	24
	Man	1341	40,74	31
	Total	2382	38,16	28

Skillnaden i vårdtid mellan män och kvinnor har inte förändrats nämnvärt sedan 2011. Liksom tidigare år har patienter över 65 år kortare vårdtid.

Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Under 2012 hade 16 av 22 sjukhus någon patient ineliggande efter att de blivit utskrivningsklara. Kommunerna har troligen här valt att betala sjukhusvård i stället för att "ta hem" patienterna. Således har 752 rehabiliteringsdygn blockerats, vilket är en klar minskning sedan föregående år (1064 dygn). Som mest har en patient blockerat en vårdplats i 86 dagar (år 2011 260 dagar!)

Användningsgrad av olika variabler och bedömningsinstrument i registret

Körkortsbedomning av de som har körkort

Tabell 7 Körkortsbedomning

	Bedömning ej gjord	Inga medicinska hinder föreligger	Medicinska hinder för yrkestrafik föreligger, ej privat	Medicinska hinder föreligger	Vet ej	Total
Blekinge	4	19	2	142	34	201
Borås	3	14	0	96	15	128
Danderyd	0	5	0	139	2	146
Falun	0	8	0	40	8	56
Halmstad	2	0	0	123	4	129
Härnösand	0	4	0	39	4	47
Jönköping	2	15	0	53	3	73
Karlstad	0	1	0	32	0	33
Linköping	15	7	0	29	2	53
Mälargården	2	0	0	0	280	282
Sahlgrenska	1	5	0	124	1	131
Sandviken	13	12	0	55	2	82
Skåne	5	79	0	103	10	197
Skövde	0	0	0	8	0	8
Sunderby	0	1	0	16	6	23
Umeå	29	14	0	4	3	50
Uppsala	9	13	0	67	15	104
Västervik	2	0	0	2	0	4
Västerås	3	0	0	13	2	18
Växjö	8	7	3	89	5	112
Örebro	3	1	0	49	2	55
Östersund	11	48	0	117	10	186
Total	112	253	5	1340	408	2118

Denna tabell visar bara de som registrerats som körkortsinnehavare. Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamerna. 75 % av patienterna är bedömda. Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas. Årets stora bortfall kan förklaras av en enhet. Detta kan delvis sammanhånga med svårigheter att tolka alternativen "bedömning ej gjord" och "vet ej". Detta bör ses över i kommande revidering av registret. Om man exkluderar Mälargårdens siffror så är täckningsgraden ca 87 %.

Rökning/missbruk

Tabell 8 Rökning/missbruk

Diagnosgrupp	RÖKARE			ALKOHOLMISSBRUK			DROG- MISSBRUK			LÄKEMEDELS- MISSBRUK		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
Stroke	144	689	38	55	764	52	14	819	38	9	821	41
TBI, SAB eller annan hjärnskada	107	343	25	63	380	32	22	421	32	17	419	39
Ryggmärgsskada	40	213	7	20	230	10	6	249	5	8	247	5
Demyel. sjukdomar neurodiagnos	33	241	8	7	267	8	1	276	5	1	274	7
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp	30	172	12	11	183	20	4	191	19	5	187	22
Övr diagnosgrupper	28	241	11	9	257	14	1	265	14	1	264	15
Total	382	1899	101	165	2081	136	48	2221	113	41	2212	129

TBI=Traumatic Brain Injury, SAB= Subarachnoid Hemorrhage

Totalt har 2 382 registreringar avseende missbruk gjorts. Andelen missbruk är störst i gruppen "TBI, SAB eller annan hjärnskada" rökare 23 % (totalt 16 %), missbrukar alkohol 13 % (totalt 6,9 %) och missbrukar droger 3,5 % (totalt 1,7 %).

Andel som svarat "vet ej" är i år rökning 4,2 % alkohol 5,7, missbruk droger 4,7 % och missbruk läkemedel 5,4 %, vilket generellt är något högre jämfört med föregående år.

Kontroll av BMI

Tabell 9 BMI

Sjukhus	Ifylld vid inskrivning	Ifylld vid utskrivning
Blekinge	94%	87%
Borås	92%	92%
Danderyd	92%	97%
Falun	91%	78%
Halmstad	82%	64%
Härnösand	100%	96%
Jönköping	98%	98%
Karlstad	98%	98%
Linköping	3%	2%
Mälargården	93%	93%
Sahlgrenska	81%	68%
Sandviken	94%	94%
Skåne	95%	94%
Skövde	67%	89%
Sunderby	100%	92%
Umeå	96%	85%
Uppsala	96%	97%
Västervik	75%	75%
Västerås	100%	95%
Växjö	98%	96%
Örebro	97%	97%
Östersund	99%	96%
Total	91%	87%

Användningsgraden har glädjande ökat från 83 % till 87 % vid utskrivning (vid inskrivning 91 %). Flertalet enheter har med god marginal uppnått målvärdet 90 % vid både in och utskrivning

ADL-förmåga

Tabell 10 Ifyllnad ADL.

Sjukhus \ ADL	Inskrivning			Utskrivning		Total
	Ja	Nej	Missing	Ja	Nej	
Blekinge	227	7	1	226	7	234
Borås	140	6	1	140	5	146
Danderyd	160	12	0	154	18	172
Falun	68	1	0	65	4	69
Halmstad	128	13	0	122	19	141
Härnösand	44	4	0	44	4	48
Jönköping	81	5	0	68	18	86
Karlstad	44	0	0	44	0	44
Linköping	47	20	0	49	18	67
Mälargården	0	283	0	0	283	283
Sahlgrenska	136	3	0	132	7	139
Sandviken	90	11	0	90	11	101
Skåne	201	23	1	158	65	224
Skövde	6	3	0	0	9	9
Sunderby	18	7	0	14	11	25
Umeå	19	35	0	18	36	54
Uppsala	104	13	0	100	17	117
Västervik	3	1	0	3	1	4
Västerås	19	1	0	19	1	20
Växjö	122	2	0	119	5	124
Örebro	58	5	0	51	12	63
Östersund	211	1	0	205	7	212
Total	1926	456	3	1821	558	2382

ADL-förmåga har bedömts, som ett riksgenomsnitt, hos 76 % (80 % 2011) vid både in och utskrivning. Denna registrering är fortfarande frivillig. (2 enheter registrerar inga uppgifter).

EQ5D

Tabell 11 Ifyllnad EQ5D.

Sjukhus \ EQ5D	Inskrivning			Utskrivning			Total
	Ja, av patienten	Kan ej genomföras	Nej	Ja, av patienten	Kan ej genomföras	Nej	
Blekinge	160	3	71	109	2	122	234
Borås	131	3	12	118	0	27	146
Danderyd	138	18	16	129	14	29	172
Falun	55	11	3	37	4	28	69
Halmstad	103	18	20	90	14	37	141
Härnösand	42	1	5	41	0	7	48
Jönköping	68	4	14	66	0	20	86
Karlstad	25	15	4	30	8	6	44
Linköping	0	2	65	0	2	65	67
Mälargården	283	0	0	281	0	2	283
Sahlgrenska	92	4	43	66	3	70	139
Sandviken	93	1	7	75	4	22	101
Skåne	195	8	21	154	8	61	224
Skövde	5	1	3	5	2	2	9
Sunderby	17	7	1	14	5	6	25
Umeå	39	0	15	39	0	15	54
Uppsala	94	17	6	89	9	19	117
Västervik	0	0	4	0	0	4	4
Västerås	9	0	11	8	0	12	20
Växjö	114	1	9	113	0	11	124
Örebro	28	11	24	24	9	30	63
Östersund	179	11	22	159	12	41	212
Total	1870	136	376	1647	96	636	2382

EQ5D är ett frågeformulär, en skattningsskala, som skall mäta den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. EQ5D har fyllts i som ett riksgenomsnitt hos 78 % vid inskrivning och 69% vid utskrivning vilket är oförändrat jämfört med 2011. 2 kliniker saknar registreringar.

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat11)

Tabell 12 Ifyllnad LiSat11.

Sjukhus \LS	Utskrivning				Total
	Missing	Ja	Kan ej genomföras	Nej	
Blekinge	1	0	2	231	234
Borås	1	0	0	145	146
Danderyd	1	122	17	32	172
Falun	0	38	5	26	69
Halmstad	0	0	0	141	141
Härnösand	0	38	0	10	48
Jönköping	0	65	0	21	86
Karlstad	0	30	9	5	44
Linköping	0	0	1	66	67
Mälargården	0	0	2	281	283
Sahlgrenska	0	66	2	71	139
Sandviken	0	70	4	27	101
Skåne	0	157	17	50	224
Skövde	0	0	2	7	9
Sunderby	0	13	6	6	25
Umeå	0	35	0	19	54
Uppsala	0	82	9	26	117
Västervik	0	0	0	4	4
Västerås	0	8	0	12	20
Växjö	0	109	0	15	124
Örebro	0	22	9	32	63
Östersund	0	115	4	93	212
Total	3	970	89	1320	2382

Självskattningsformuläret LiSat11 har fyllts i för 41 % (42 % 2011) 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 öppenvård. Alla personer kan eller vill inte medverka. Alla dessa faktorer måste beaktas när användningsfrekvensen av LiSat11 tolkas.

GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended)

Tabell 13 GOSE

Sjukhus	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Blekinge	1	0	6	23	12	33	57	6	138
Borås	0	0	0	2	4	12	17	1	36
Danderyd	0	2	14	40	34	47	4	0	141
Falun	0	0	0	3	2	14	4	1	24
Halmstad	0	0	12	8	0	14	19	1	54
Härnösand	0	0	7	3	3	16	2	0	31
Jönköping	0	1	2	2	1	11	4	0	21
Karlstad	0	0	9	7	4	11	6	0	37
Sahlgrenska	0	0	5	4	7	25	11	1	53
Sandviken	0	0	4	16	5	32	17	0	74
Skåne	0	0	8	5	18	18	6	0	55
Skövde	0	0	0	0	2	3	1	0	6
Uppsala	0	0	9	7	8	28	14	0	66
Västervik	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Västerås	0	0	0	1	0	3	1	0	5
Växjö	0	2	5	13	4	17	20	1	62
Östersund	0	0	3	22	6	20	14	2	67
Total	1	5	84	156	111	304	197	13	871

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 1331 patienter (1235 registreringar år 2011) med hjärnskada används GOSE för 871 (1024 registreringar år 2011). Detta är en kraftig minskning.

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

Vid inskrivning registrerades 18 patienter och vid utskrivning 20 st. Förra året registrerades 34 vid inskrivning och 26 vid utskrivning. 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 vegetativt status är felaktigt bedömda, de har fungerande högre hjärnfunktioner.

Patientens upplevelse av rehabinsatserna vid utskrivning

Tabell 14 Ifyllnad patientens upplevelse.

Sjukhus	Ja		Kan ej genomföras		Nej		Vet ej		Total Antal
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Blekinge	114	48,90%	0	0,00%	119	51,10%	0	0,00%	233
Borås	116	80,00%	0	0,00%	29	20,00%	0	0,00%	145
Danderyd	126	73,30%	1	0,60%	37	21,50%	8	4,70%	172
Falun	39	57,40%	0	0,00%	29	42,60%	0	0,00%	68
Halmstad	89	63,10%	0	0,00%	52	36,90%	0	0,00%	141
Härnösand	40	83,30%	0	0,00%	8	16,70%	0	0,00%	48
Jönköping	65	75,60%	0	0,00%	21	24,40%	0	0,00%	86
Karlstad	32	72,70%	0	0,00%	12	27,30%	0	0,00%	44
Linköping	22	32,80%	1	1,50%	44	65,70%	0	0,00%	67
Mälargården	51	18,00%	0	0,00%	232	82,00%	0	0,00%	283
Sahlgrenska	67	48,20%	0	0,00%	72	51,80%	0	0,00%	139
Sandviken	72	71,30%	0	0,00%	29	28,70%	0	0,00%	101
Skåne	159	71,30%	0	0,00%	64	28,70%	0	0,00%	223
Skövde	0	0,00%	0	0,00%	8	88,90%	1	11,10%	9
Sunderby	13	52,00%	0	0,00%	10	40,00%	2	8,00%	25
Umeå	37	68,50%	0	0,00%	15	27,80%	2	3,70%	54
Uppsala	86	73,50%	0	0,00%	29	24,80%	2	1,70%	117
Västervik	3	75,00%	0	0,00%	1	25,00%	0	0,00%	4
Västerås	7	35,00%	0	0,00%	11	55,00%	2	10,00%	20
Växjö	110	88,70%	0	0,00%	14	11,30%	0	0,00%	124
Örebro	19	30,20%	0	0,00%	42	66,70%	2	3,20%	63
Östersund	156	73,60%	0	0,00%	55	25,90%	1	0,50%	212
Total	1423	59,80%	2	0,10%	933	39,20%	20	0,80%	2378

Vid utskrivningen tillfrågas patienterna om hur de upplever rehabiliteringsinsatserna. Hur bra vi är på att efterfråga patienternas upplevelser, varierar. Som föredöme kan nämnas Växjö, Härnösand och Borås.

Har rehabiliteringsplan upprättats och använts?

I Riket har 94% (2240 st.) patienter fått rehabiliteringsplan under vårdtiden och av dessa har 98 % använts. Sex (åtta, 2011) 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

4 patienter avled 2012 på rehabiliteringsklinik (6 patienter 2011).

Komplikationer

Tabell 15 Komplikationer

	Annat infektion	Avvikit från avdelningen	Fall med fraktur	Kontraktur	Lungemboli	Trycksår	Total
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Blekinge	33	0	1	2	1	3	40
Borås	22	2	4	0	4	2	34
Danderyd	10	6	0	3	1	5	25
Falun	14	2	1	1	2	1	21
Halmstad	26	2	0	0	2	0	30
Härnösand	0	1	0	0	0	0	1
Jönköping	5	2	0	0	0	0	7
Karlstad	2	1	0	1	0	0	4
Linköping	3	1	0	1	0	1	6
Mälargården	0	0	0	0	0	0	0
Sahlgrenska	7	1	1	1	0	3	13
Sandviken	8	0	0	1	0	0	9
Skåne	35	0	0	0	3	7	45
Skövde	0	0	0	0	0	0	0
Sunderby	3	2	0	0	0	0	5
Umeå	5	0	0	1	0	1	7
Uppsala	24	3	2	6	2	8	45
Västervik	2	1	0	0	0	0	3
Västerås	4	0	0	0	0	0	4
Växjö	11	0	0	0	0	0	11
Örebro	12	3	0	2	0	1	18
Östersund	26	2	2	1	0	2	33
Total	252	29	11	20	15	34	361

Komplikationsfrekvensen ligger i nivå med 2011. Den stora volymen består fortsatt i "annan infektion", vars värde för bedömning av resultat/kvalitet är oklar. Störst vikt i resultatbedömningen torde "Fall med fraktur" och "Trycksår" ha; en 0-vision härvidlag är rimligt mål.

Funktionsnedsättning enligt ICF

Beskrivning av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar enligt ICF, vilka är av avgörande betydelse för förståelse av de faktorer som påverkar rehabiliteringsprocessen, är frivillig.

Totalt har 1273 registreringar (53% av inrapporterade patienter) gjorts. För fullständiga data totalt och respektive skadegrupp hänvisas till bilaga.

Det kan konstateras att de domäner som ej utforskats (besvarats med "vet ej") helt domineras av sexuella störningar (35%). Störningar av vissa sinnesfunktioner (smak, lukt, syn) är heller inte bedömda i cirka 6%. För övriga domäner är bedömningsgraden i det närmaste fullständig.

Sammanfattningsvis föreligger totalt en genomsnittlig störning av

- 18 psykiska funktioner hos 18%
- 15 sinnesfunktioner och smärta hos 15%
- 2 tal-/språk funktioner hos 20%
- 10 neuromuskulära funktioner hos 16%
- 6 hjärt-/kärl-/andningsfunktioner hos 8%
- 7 matsmältnings-/endokrina funktioner hos 5%
- 3 urinorgansfunktioner hos 14%
- 3 hudfunktioner hos 7%

Rapporteringen tillåter inte exakt bedömning av totalantalet individer med eller utan störningar inom en viss domän eftersom en individ kan ha multipla störningar inom samma domän.

De domäner med många variabler (psykiska funktioner, sinnesfunktioner och smärta, neuromuskulära funktioner) får ökad vikt i den sammanlagda påverkan på rehabiliteringsprocessen.

Spinalskador

En särskild registrering av spinalskador har introducerats under 2012. Denna redovisas nedan för fullständighetens skull och representerar kumulerade strukturmått (patientpopulationens karakteristika). För bedömning av resultat behöver framledes bland annat data för nyinsjuknade särskiljas och vårdkedjor (patienter registrerade på flera rehabiliteringsenheter för samma rehabiliteringsprocess) identifieras.

Inskrivning

Tabell 16 10 st spinalspecifika variabler.

Etiologi

	Antal	Procent
Annat olycksfall	29	12,4
Fall	56	23,9
Icke-traumatisk skada	77	32,9
Ospecificerat/okänt	15	6,4
Sport	16	6,8
Transport/trafik	40	17,1
Överfall	1	0,4
Total	234	100

ASIA

	Antal	Procent
Complete	59	25,2
Incomplete(B)	27	11,5
Incomplete(C)	47	20,1
Incomplete(D)	52	22,2
Normal	3	1,3
Okänt	46	19,7
Total	234	100,0

Fraktur väsentlig för rehaförloppet

	Antal	Procent
Ja	54	23,1
Nej	167	71,4
Vet ej	13	5,6
Total	234	100,0

Kirurgisk behandling av kotpelarskada-Fixation

	Antal	Procent
Ja	109	46,6
Nej	98	41,9
Vet ej	27	11,5
Total	234	100,0

Annan komplicerande faktor väsentlig för rehaförloppet

	Antal	Procent
Ja	76	32,5
Nej	142	60,7
Vet ej	16	6,8
Total	234	100,0

Kirurgisk behandling av kotpelarskada-Dekompression

	Antal	Procent
Ja	112	47,9
Nej	96	41,0
Vet ej	26	11,1
Total	234	100,0

Andningstekniskt hjälpmedel

	Antal	Procent
Ja	17	7,3
Nej	209	89,3
Vet ej	8	3,4
Total	234	100,0

Neurogen blåsrubbning

	Antal	Procent
Ja	167	71,4
Nej	51	21,8
Vet ej	16	6,8
Total	234	100,0

Störd tarmfunktion

	Antal	Procent
Ja	148	63,2
Nej	76	32,5
Vet ej	10	4,3
Total	234	100,0

Trycksår vid inskrivning

	Antal	Procent
Ja	26	11,1
Nej	200	85,5
Vet ej	8	3,4
Total	234	100,0

Utskrivning

Tabell 17 4 st spinalspecifika variabler.

ASIA

	Antal	Procent
Complete	68	26,3
Incomplete(B)	23	8,9
Incomplete(C)	43	16,6
Incomplete(D)	74	28,6
Normal	4	1,5
Okänt	47	18,1
Total	259	100,0

Neurogen blåsubbning

	Antal	Procent
Ja	174	67,2
Nej	76	29,3
Vet ej	9	3,5
Total	259	100,0

Störd tarmfunktion

	Antal	Procent
Ja	140	54,1
Nej	107	41,3
Vet ej	12	4,6
Total	259	100,0

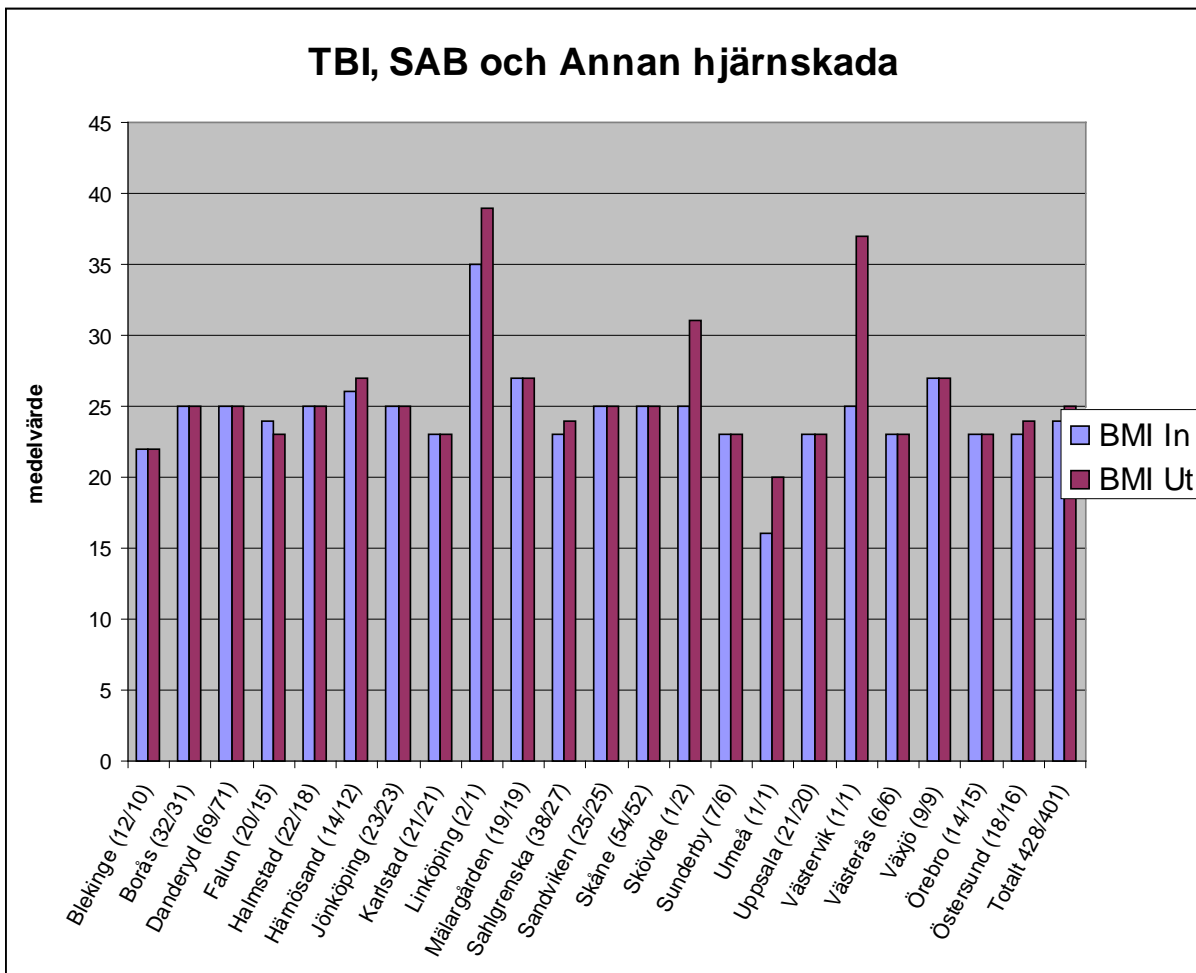
Andningstekniskt hjälpmedel

	Antal	Procent
Ja	14	5,4
Nej	241	93,1
Vet ej	4	1,5
Total	259	100,0

Body Mass Index (BMI)

Som beskrevs tidigare, är det en glädjande hög grad av registrering av BMI på de flesta enheterna. Kontroll av vikten/BMI är ett viktigt redskap för att minska risken för undernäring vilket i sin tur har stor betydelse för återhämtning och läkning efter skada eller sjukdom. Liksom föregående år är det inga större skillnader mellan in- och utskrivning, på enhetsnivå. De enheter som hade mer än ett skalstegs skillnad hade väldigt få patienter registrerade.

I två diagnosgrupper ökade medelvärdet för BMI med ett skalsteg - "Demyeliniserande sjukdomar" från 25 till 26, gruppen "TBI,SAB och övriga hjärnskador" från 24 till 25. I gruppen "ryggmärgsskador" däremot minskade BMI från 26 till 25.



Figur 5 BMI för TBI, SAB och Annan hjärnskada

I figur 5 ses medelvärde på BMI vid in- och utskrivning i diagnosgrupperna TBI, SAB och Annan hjärnskada. Siffrorna inom parantes, efter enhet/sjukhus, anger antal registreringar av BMI vid in- och utskrivning.

Giacino (medvetandesänkning vid svår hjärnskada enligt Joseph Giacinos klassifikation)

Tabell 18 Antal personer i de olika kategorierna i Giacino, vid in- och utskrivning

	Inskrivning	Utskrivning
Akinetisk mutism	3	4
Minimally responsive state	5	9
Paramedian diencephalic syndrome	1	0
Vegetative state	9	7
Total	18	20

Vid inskrivning registrerades totalt 18 patienter och vid utskrivning 20 patienter på 10 enheter.

Av de 9 som befann sig i "vegetativt status" vid inskrivning, återstår 7 vid utskrivning (in 14 - ut 7 förra året). Endast 1 registrerades i "paramedian responsive" vid inskrivning. Antalet "minimally responsive" har ökat från 5 till 9 (6 enheter). Förra året var det en minskning från 14 till 11. Avseende antalet "akinetisk mutism" registrerades 3 vid inskrivning och 4 vid utskrivning på 3 enheter (in 1 – ut 0, in 1 – ut 1, in 1 ut 3).

NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, or NIH Stroke Scale (NIHSS))

I figur 6 ses Fördelning av NIHSS, ett bedömningsinstrument för strokediagnos. Låga poäng är lika med mindre, och högre poäng registreras vid flera strokesymtom.

		Utskrivning						Total
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20	
Inskrivning	0	4	1	0	0	0	0	5
	1 till 4	5	20	2	0	0	0	27
	5 till 8	1	11	3	1	0	1	17
	9 till 12	0	2	8	0	1	0	11
	13 till 16	1	0	6	2	5	1	15
	17 till 20	0	1	1	3	2	2	9
	21 till 24	0	0	0	0	1	3	4
	Total	11	35	20	6	9	7	88

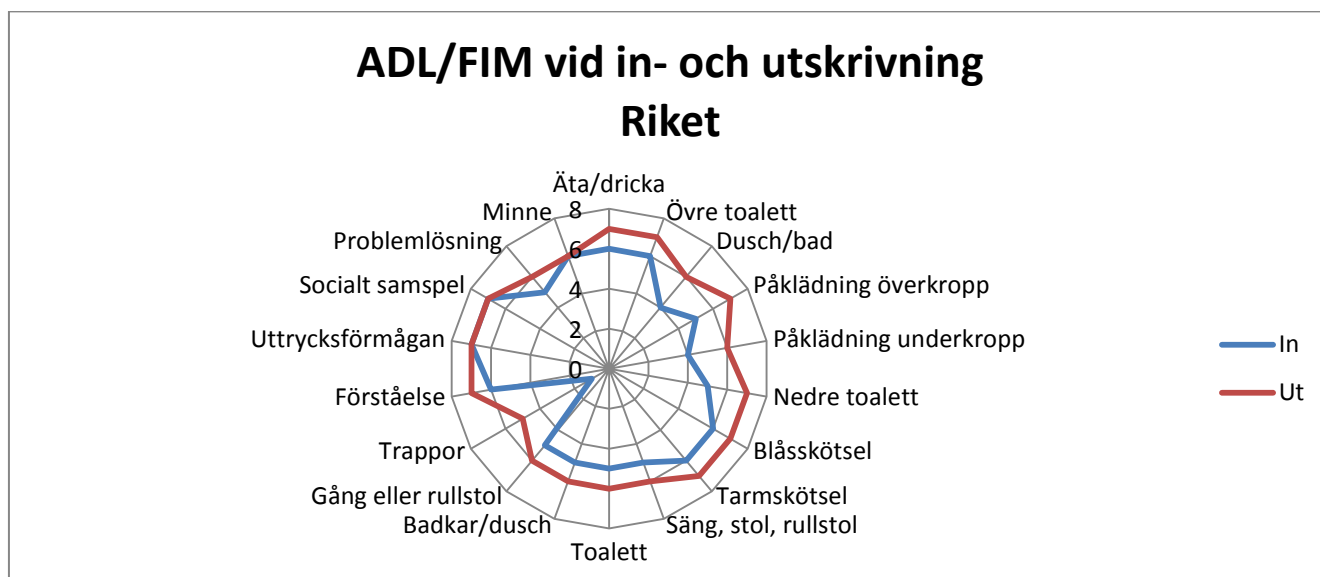
Figur 6 NIHSS-poäng vid in- och utskrivning.

I det gröna fältet finns 47 personer som hade förbättras, dvs mindre strokesymtom från in- till utskrivning och i det senapsgula fältet finns 7 personer som försämrades. I det gråa fältet finns 34 personer som hade samma symtom vid in- och utskrivning. NIHSS är ett ganska nytt

bedömningsinstrument i registret och det kan förklara att endast 88 strokepatienter av totalt 871 registrerades. Här finns utrymme för förbättring vid alla enheter.

ADL

ADL-förmågan – Activities of Daily Living – bedöms enligt FIM med en skala 1-7, där 1-5 är beroendegrad (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 och redovisas nedan som beroende/oberoende enligt definition ovan.



Figur 7 ADL-förmåga vid in- och utskrivning- Riket.

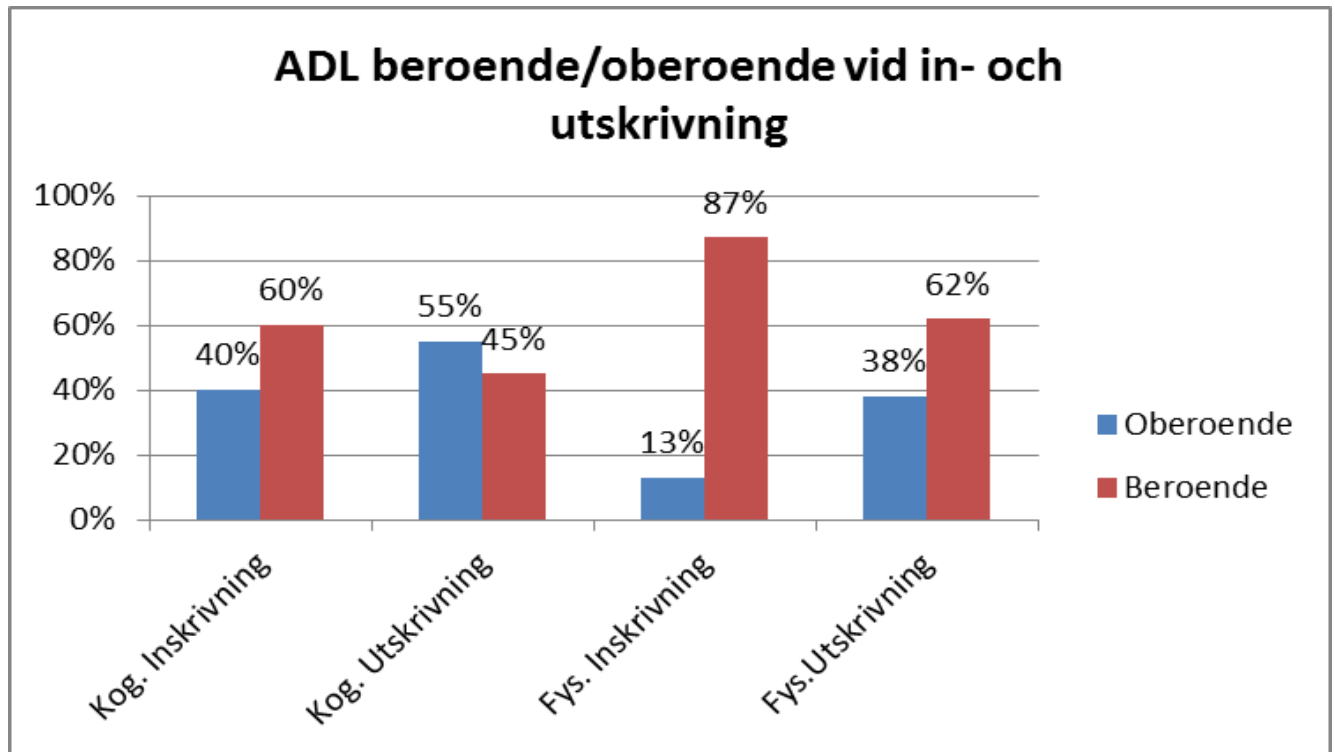
Värden registreras som:

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 1802 (1708) personer är 1117 (1463) "beroende" och 235 (245) "oberoende" på fysiska items vid inskrivning och 793 (1059) "beroende" och 697 (649) "oberoende" på kognitiva items vid inskrivning. Vid utskrivning är 3 (1056) personer "beroende" och 446 (652) "oberoende" på fysiska items och 287 (822) "beroende" och 25 (886) "oberoende" på kognitiva items.

Siffror inom parantes visar data från Årsrapporten 2011.

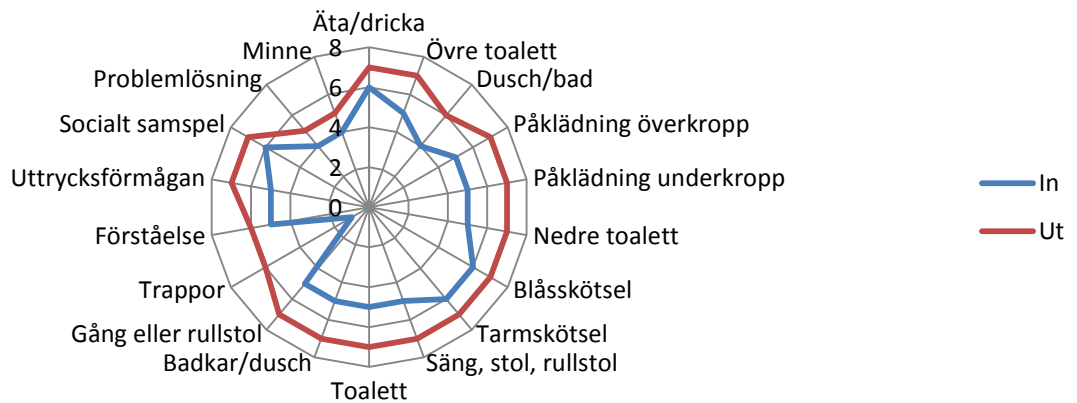


Figur 8 Andel personer som är ADL- beroende/oberoende vid in- och utskrivning.

Figur 8 visar i procent hur många personer som är beroende och oberoende i ADL, uppdelat på fysiska- och kognitiva items vid in- och utskrivning. Beroende innebär att personen är i behov av hjälp av annan person i en eller flera aktiviteter som bedöms med FIM.

Personer som förbättrar funktioner kan, genom god rehabilitering, bespara kostnader i kommuner och övrig sjukvård.

ADL/FIM vid in- och utskrivning TBI, SAB eller annan hjärnskada

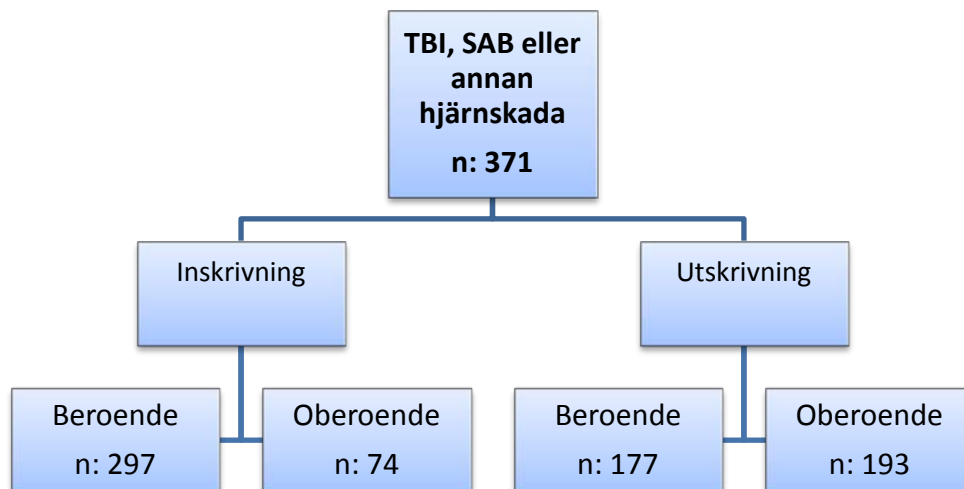


Figur 9 ADL-förmåga vid in- och utskrivning, diagnosgrupp TBI, SAB eller annan hjärnskada.

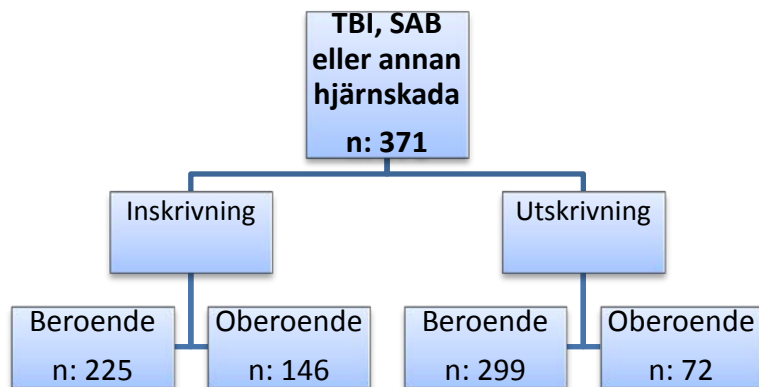
Inom samtliga items, även de kognitiva, förbättras personerna från in- till utskrivning, inom diagnosgruppen TBI, SAB eller annan hjärnskada.

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

Diagnosgrupp TBI, SAB och annan hjärnskada.

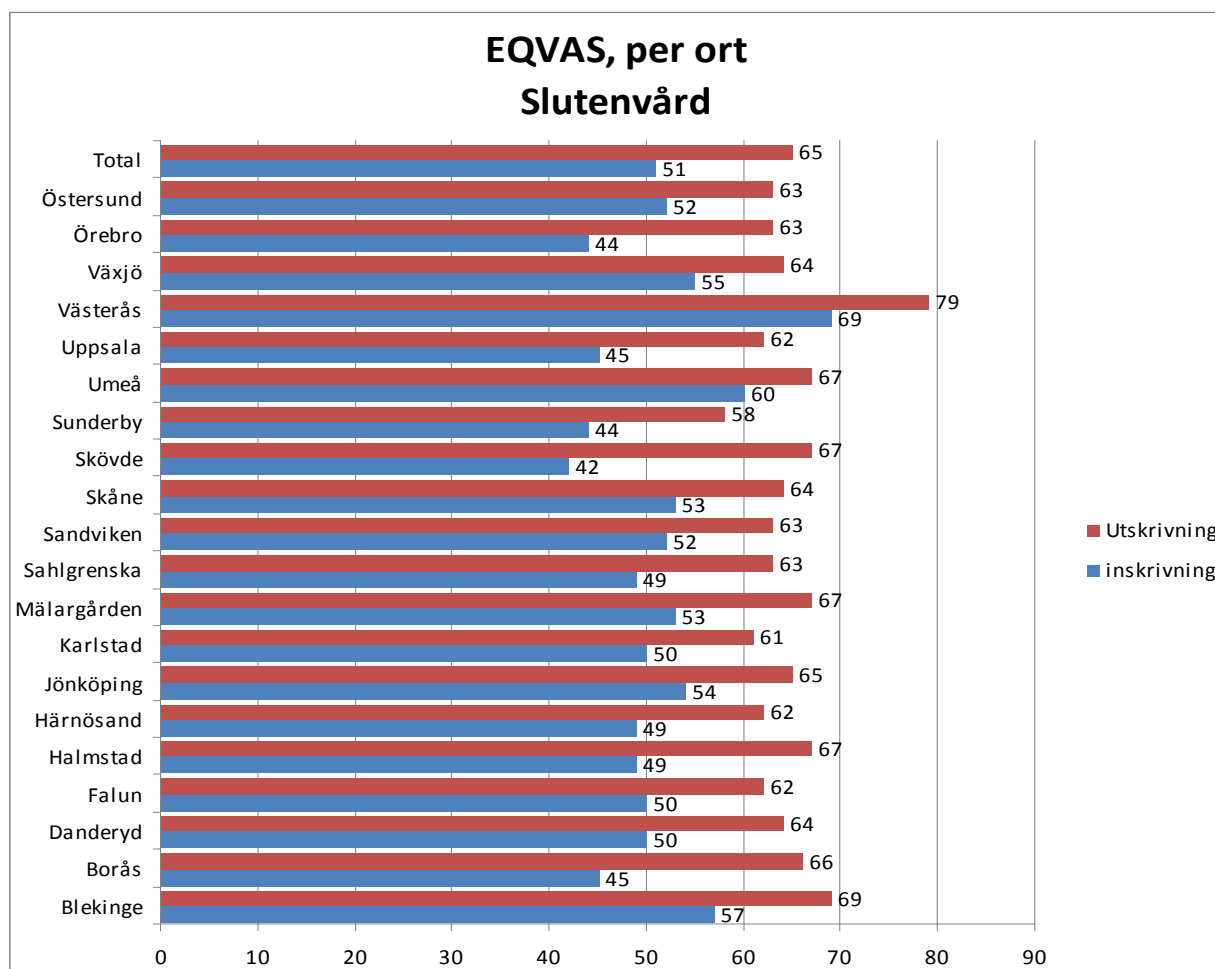


Figur 10 ADL: Antal beroende/oberoende inom fysiska items



Figur 11 Antal beroende/oberoende inom Kognitiva items.

EQVAS



Figur 12 EQVAS per sjukhus, medelvärde vid in- och utskrivning.

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 förbättrats mellan in- och utskrivning med 14 skalsteg i Riket. Den största skillnaden mellan in- och utskrivning, har Skövde med 25 skalsteg och den lägsta ligger på 9.

EQVAS per diagnosgrupp

Tabell 19 EQVAS per diagnosgrupp.

Diagnosgrupp	Inskrivning			Utskrivning		
	Antal	Medelvärde	Median	Antal	Medelvärde	Median
Stroke	515	52	50	515	65	70
TBI, SAB eller annan hjärnskada	222	52	50	227	68	70
Ryggmärgsskada	131	46	50	131	59	60
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	209	50	50	207	64	65
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	151	53	50	151	65	65
Övr diagnosgrupper	217	53	50	218	66	70
Total	1445	51	50	1449	65	70

Av diagnosgrupperna är det ”TBI, SAB eller annan hjärnskada” som skattar större skillnad mellan in- och utskrivning jämfört med de andra diagnosgrupperna.

EQ5D: Uppdelning av svarsalternativ inom de fem domänerna i EQ5D. Alla diagnoser.

Tabell 20 EQ5D: Rörlighet.

	Rörlighet			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inga problem	350	23,1	510	33,6
Måttliga problem	903	59,5	909	59,9
Svåra problem	265	17,5	99	6,5
Total	1518	100	1518	100

Tabell 21EQ5D: Hygien.

	Hygien			
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inga problem	687	45,3	980	64,6
Måttliga problem	587	38,7	443	29,2
Svåra problem	244	16,1	95	6,3
Total	1518	100	1518	100

Tabell 22 EQ5D: Huvudsakliga aktiviteter.

Huvudsakliga aktiviteter				
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inga problem	314	20,7	509	33,5
Måttliga problem	631	41,6	745	49,1
Svåra problem	573	37,7	264	17,4
Total	1518	100	1518	100

Tabell 23 EQ5D: Smärtor och besvär.

Smärtor/besvär				
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inga problem	382	25,2	479	31,6
Måttliga problem	899	59,2	902	59,4
Svåra problem	237	15,6	137	9
Total	1518	100	1518	100

Tabell 24 EQ5D: Oro/nedstämdhet.

Oro/nedstämdhet				
	Inskrivning		Utskrivning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inga problem	616	40,6	845	55,7
Måttliga problem	807	53,2	618	40,7
Svåra problem	95	6,3	55	3,6
Total	1518	100	1518	100

Skillnad mellan in- och utskrivning i svarsalternativet "inga problem" har domänerna "hygien" och "huvudsakliga aktiviteter" den största ökningen och "smärtor/besvär" den minsta.

Försörjning in- och utskrivning

Tabell 25 Försörjning från försäkringskassan: andel patienter inom olika försörjningsgrad.

	Ja, 100%		Ja, 25%		Ja, 50%		Ja, 75%		Nej		Vet ej	
	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning	Inskrivning	Utskrivning
Blekinge	8,5%	13,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%	90,6%	85,5%	0,4%	0,0%
Borås	30,8%	61,0%	0,0%	0,0%	2,7%	1,4%	0,7%	2,7%	63,7%	33,6%	2,1%	1,4%
Danderyd	25,0%	77,3%	0,0%	0,0%	1,2%	0,6%	1,2%	0,0%	70,9%	22,1%	1,7%	0,0%
Falun	30,4%	66,7%	1,4%	0,0%	5,8%	0,0%	1,4%	0,0%	46,4%	13,0%	14,5%	20,3%
Halmstad	13,5%	41,1%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	83,7%	57,4%	1,4%	1,4%
Härnösand	41,7%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	54,2%	27,1%	4,2%	6,2%
Jönköping	26,7%	80,2%	1,2%	1,2%	1,2%	0,0%	1,2%	0,0%	69,8%	17,4%	0,0%	1,2%
Karlstad	27,3%	59,1%	0,0%	0,0%	4,5%	2,3%	0,0%	0,0%	68,2%	38,6%	0,0%	0,0%
Linköping	16,4%	32,8%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	82,1%	67,2%	0,0%	0,0%
Mälargården	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	98,6%	98,6%	0,0%	0,0%
Sahlgrenska	19,4%	92,8%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	77,7%	7,2%	0,0%	0,0%
Sandviken	34,7%	77,2%	0,0%	0,0%	4,0%	5,0%	2,0%	2,0%	59,4%	15,8%	0,0%	0,0%
Skåne	44,6%	65,6%	0,0%	0,0%	2,2%	1,3%	1,3%	1,3%	51,3%	30,4%	0,4%	1,3%
Skövde	44,4%	88,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	11,1%	0,0%	0,0%
Sunderby	32,0%	68,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	64,0%	20,0%	4,0%	12,0%
Umeå	33,3%	46,3%	9,3%	9,3%	9,3%	7,4%	0,0%	0,0%	46,3%	37,0%	1,9%	0,0%
Uppsala	24,8%	77,8%	0,9%	0,0%	1,7%	0,9%	0,9%	1,7%	67,5%	16,2%	4,3%	3,4%
Västervik	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	25,0%	0,0%	0,0%
Västerås	45,0%	85,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	10,0%	5,0%	5,0%
Växjö	27,4%	32,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	71,8%	66,9%	0,8%	0,0%
Örebro	38,1%	82,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	1,6%	57,1%	14,3%	1,6%	1,6%
Östersund	21,7%	32,5%	0,0%	0,0%	1,9%	0,9%	0,0%	0,0%	75,9%	65,6%	0,5%	0,9%
Total	23,1%	49,7%	0,3%	0,3%	1,8%	1,0%	0,5%	0,5%	72,8%	47,0%	1,4%	1,5%

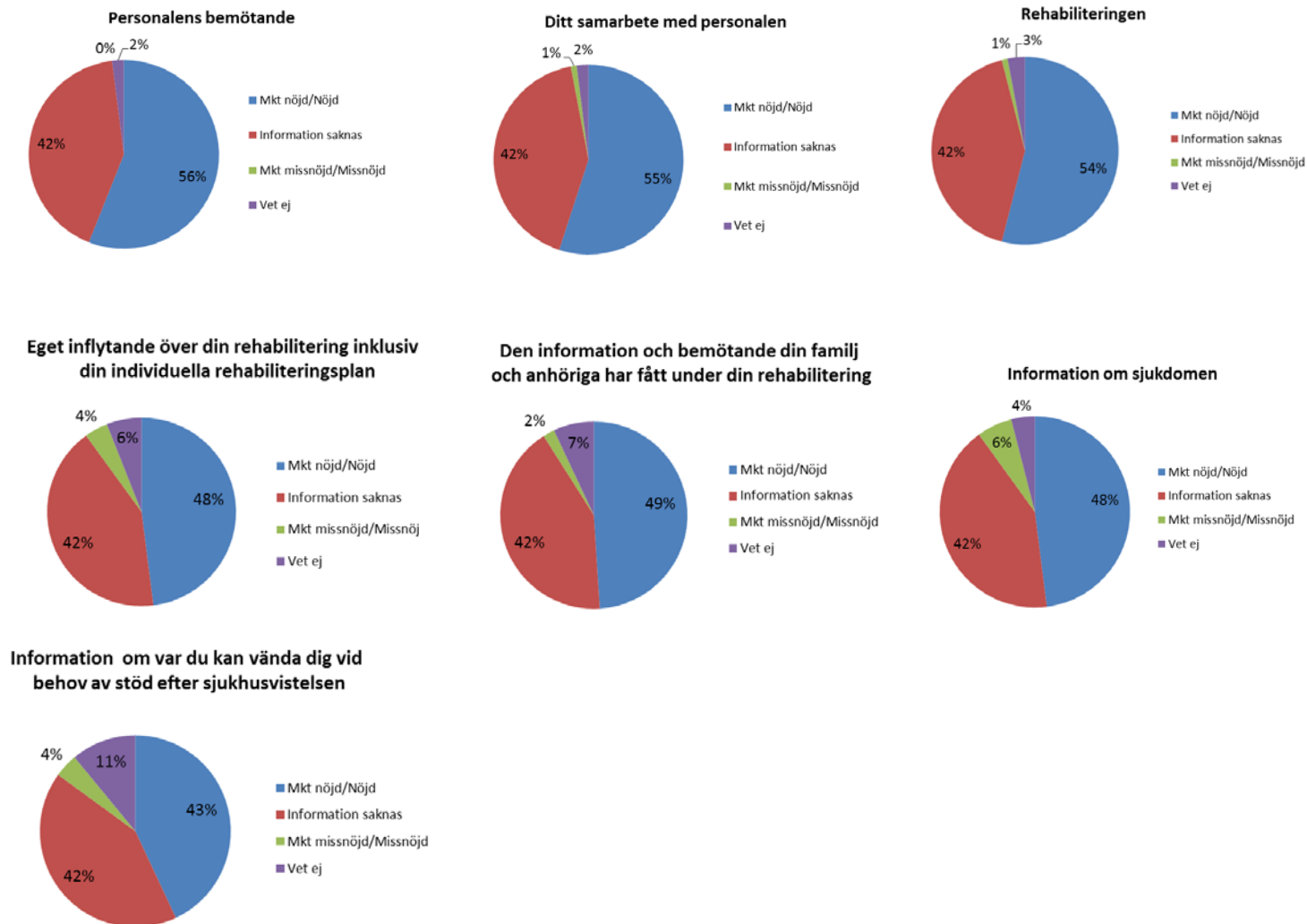
Utskriven till

Tabell 26 Till vilken typ av boende sker utskrivning till, antal och andel per enhet.

Sjukhus		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
Blekinge	Antal	14	6	0	6	2	44	133	29	234
	Procent	6,00%	2,60%	0,00%	2,60%	0,90%	18,80%	56,80%	12,40%	100,00%
Borås	Antal	5	1	0	6	1	49	70	14	146
	Procent	3,40%	0,70%	0,00%	4,10%	0,70%	33,60%	47,90%	9,60%	100,00%
Danderyd	Antal	3	6	2	5	0	54	83	19	172
	Procent	1,70%	3,50%	1,20%	2,90%	0,00%	31,40%	48,30%	11,00%	100,00%
Falun	Antal	1	1	0	1	0	26	27	13	69
	Procent	1,40%	1,40%	0,00%	1,40%	0,00%	37,70%	39,10%	18,80%	100,00%
Halmstad	Antal	1	1	0	5	0	55	57	22	141
	Procent	0,70%	0,70%	0,00%	3,50%	0,00%	39,00%	40,40%	15,60%	100,00%
Härnösand	Antal	3	3	0	2	0	17	23	0	48
	Procent	6,20%	6,20%	0,00%	4,20%	0,00%	35,40%	47,90%	0,00%	100,00%
Jönköping	Antal	1	2	0	3	0	30	38	12	86
	Procent	1,20%	2,30%	0,00%	3,50%	0,00%	34,90%	44,20%	14,00%	100,00%
Karlstad	Antal	3	0	0	0	0	19	15	7	44
	Procent	6,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	43,20%	34,10%	15,90%	100,00%
Linköping	Antal	11	5	0	1	1	24	15	10	67
	Procent	16,40%	7,50%	0,00%	1,50%	1,50%	35,80%	22,40%	14,90%	100,00%
Mälargården	Antal	0	2	0	0	0	89	185	7	283
	Procent	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	31,40%	65,40%	2,50%	100,00%
Sahlgrenska	Antal	0	3	0	7	0	49	60	20	139
	Procent	0,00%	2,20%	0,00%	5,00%	0,00%	35,30%	43,20%	14,40%	100,00%
Sandviken	Antal	0	1	1	4	0	40	46	9	101
	Procent	0,00%	1,00%	1,00%	4,00%	0,00%	39,60%	45,50%	8,90%	100,00%
Skåne	Antal	6	6	0	4	0	83	117	8	224
	Procent	2,70%	2,70%	0,00%	1,80%	0,00%	37,10%	52,20%	3,60%	100,00%
Skövde	Antal	0	0	0	0	0	2	7	0	9
	Procent	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,20%	77,80%	0,00%	100,00%
Sunderby	Antal	5	0	0	0	0	10	6	4	25
	Procent	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%	24,00%	16,00%	100,00%
Umeå	Antal	9	0	0	0	0	13	32	0	54
	Procent	16,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	24,10%	59,30%	0,00%	100,00%
Uppsala	Antal	27	8	0	2	0	35	36	9	117
	Procent	23,10%	6,80%	0,00%	1,70%	0,00%	29,90%	30,80%	7,70%	100,00%
Västervik	Antal	0	0	0	0	0	2	1	1	4
	Procent	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	25,00%	25,00%	100,00%
Västerås	Antal	1	0	0	1	0	5	12	1	20
	Procent	5,00%	0,00%	0,00%	5,00%	0,00%	25,00%	60,00%	5,00%	100,00%
Växjö	Antal	1	1	0	4	0	43	58	17	124
	Procent	0,80%	0,80%	0,00%	3,20%	0,00%	34,70%	46,80%	13,70%	100,00%
Örebro	Antal	2	3	1	1	0	28	16	12	63
	Procent	3,20%	4,80%	1,60%	1,60%	0,00%	44,40%	25,40%	19,00%	100,00%
Östersund	Antal	0	5	0	9	0	80	93	25	212
	Procent	0,00%	2,40%	0,00%	4,20%	0,00%	37,70%	43,90%	11,80%	100,00%
Total	Antal	93	54	4	61	4	797	1130	239	2382
	Procent	3,90%	2,30%	0,20%	2,60%	0,20%	33,50%	47,40%	10,00%	100,00%

På riksnivå skriver vi ut drygt 47,4% till eget självständigt boende, vilket är marginellt högre nivå jämfört med 2011 (46%) och 2010 (47%).

Patientnöjdhet



Figur 13 Patientnöjdhet.

Resultaten skiljer sig enbart marginellt ifrån 2011. Andelen som saknar uppgift är fortfarande mycket hög, 42%.