

WebRehab Sweden

Årsrapport öppenvård

**2013**

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>Styrgupp.....</b>	<b>6</b>
<b>Öppenvård .....</b>	<b>7</b>
<i>Demografi.....</i>	7
Antal registreringar .....	7
Diagnosgrupper .....	9
Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp.....	10
Åldersfördelning per enhet .....	11
Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp. ....	12
Ryggmärgsskadespecifika variabler.....	13
<b>Processmått öppenvård .....</b>	<b>14</b>
<i>Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab till inskrivning.....</i>	14
<i>Vårdtid.....</i>	15
Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp.....	15
Vårdtid per åldersgrupp och kön.....	17
<b>Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret .....</b>	<b>20</b>
<i>Kommentarer till användningsgraden av vissa instrument .....</i>	21
BMI .....	21
Patienttillfredsställelse .....	22
Rehabiliteringsplan.....	23
Andel patienter som fått rehabiliteringsplan per typ av öppenvård.....	24
<b>Resultatmått öppenvård .....</b>	<b>25</b>
<i>Body Mass Index (BMI) .....</i>	25
<i>Utskriven till.....</i>	25
<i>Försörjning.....</i>	26
<i>Fråga om körkort vid utskrivning.....</i>	26
<i>GOSE (Glasgow outcome scale extended) .....</i>	26
<i>Gångklassifikation enligt Holden .....</i>	27
<i>NIHSS .....</i>	28
<i>Komplikationer.....</i>	28
<b>Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures).....</b>	<b>29</b>
<i>EQ5D.....</i>	29
Skattning av nuvarande hälsotillstånd (0-100 poäng enligt "Termometern") .....	29
Skattning av nuvarande hälsotillstånd – EQ5D Index.....	30

<i>IPA – impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande).</i>	31
<i>Livstillfredsställelse (LiSat)</i>	32
<b>Resultatmätt Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)</b>	<b>34</b>
<i>Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen</i>	34

## Tabell- och figurförteckning

<i>Tabell 1 Viktiga faktorer för ryggmärgsskadan</i>	13
<i>Tabell 2 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning</i>	14
<i>Tabell 3 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet</i>	19
<i>Tabell 4 Användningsgrad av instrument i registret</i>	20
<i>Tabell 5 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter)</i>	27
<i>Tabell 6 Korstabell för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning</i>	28
<i>Tabell 7 Frekvens av komplikationer i öppenvård</i>	28
<i>Tabell 8 Medel- och medianvärde IPA vid in- och utskrivning, per kategori öppenvård</i>	31
<i>Tabell 9 Korstabell för LiSat mellan in- och utskrivning</i>	32
<i>Tabell 10 Antalet missnöjda/mycket missnöjda</i>	34
<i>Figur 1 Antal registreringar per enhet</i>	7
<i>Figur 2 Fördelning män/kvinnor</i>	8
<i>Figur 3 Typ av öppenvård</i>	8
<i>Figur 4 Diagnosfördelning (6 diagnosgrupper) per ort</i>	9
<i>Figur 5 Åldersfördelning för diagnosgrupper</i>	10
<i>Figur 6 Åldersfördelning per enhet</i>	11
<i>Figur 7 Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp (%)</i>	12
<i>Figur 8 Etiologi för ryggmärgsskadan</i>	13
<i>Figur 9 Vårdtid i antal dagar för varje diagnosgrupp (medel och median)</i>	15
<i>Figur 10 Vårdtid i antal dagar uppdelat per kategori öppenvård, medelvärde</i>	16
<i>Figur 11 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön</i>	17
<i>Figur 12 Medelvårdtid i antal dagar per enhet åren 2011-2013</i>	18
<i>Figur 13 Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per enhet</i>	21
<i>Figur 14 Andel utförda enkäter om patienttillfredsställelse per enhet</i>	22
<i>Figur 15 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet</i>	23

<i>Figur 16 Andel per enhet som har fått en skriftlig rehabiliteringsplan per typ av öppenvård.....</i>	<i>24</i>
<i>Figur 17 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper.....</i>	<i>25</i>
<i>Figur 18 Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning (antal per poäng).....</i>	<i>26</i>
<i>Figur 19 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet .....</i>	<i>29</i>
<i>Figur 20 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp .....</i>	<i>30</i>
<i>Figur 21 Svartsfördelning för frågan "Personalens bemötande" .....</i>	<i>35</i>
<i>Figur 22 Svartsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen" .....</i>	<i>35</i>
<i>Figur 23 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen" .....</i>	<i>37</i>
<i>Figur 24 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan" .....</i>	<i>37</i>
<i>Figur 25 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan" .....</i>	<i>38</i>
<i>Figur 26 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen. ....</i>	<i>38</i>
<i>Figur 27 Svartsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering" .....</i>	<i>39</i>

## Sammanfattning

Rehabilitering är en förutsättning för att enskilda personer ska kunna återfå förmågor efter sjukdom eller skada och 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.

Till skillnad från mycket i den traditionella vården är inte rehabilitering inriktad på att bota ett organ utan en process för att hjälpa den drabbade personen. Målet med processen är att stärka personen genom att få kunskap och insikt om sjukdomen/skada och dess konsekvenser, kunna mobilisera egna bemästringsstrategier och kunna ta ansvar för sin livssituation. Många personer startar sin rehabilitering inom slutenvården men går sedan vidare till fortsatt träning i öppenvård när man klara att bo hemma (med eller utan stöd) och att resa till och från en enhet. Målsättningen med öppenvården blir då mer individualiserad jämfört med slutenvården (där huvudmålet oftast är att kunna skriva hem personen). I öppenvården är ofta strävan att hjälpa personen att leva ett meningsfullt liv genom att tillhandhålla träning, hjälp med strategier och andra "verktyg". Vad som är meningsfullt avgörs av personen själv och om hon når dessa mål är livet *meningsfullt*.

Detta är det tredje 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; typexemplet är personer med MS eller annan kroniskt neurologisk sjukdom som behöver en boosterinsats för att kunna fortsätta fungera på samma nivå eller för att minska slutningen på det nedåtgående planet.

Alla enheter som deltar i registret har inte öppenvårdsrehabilitering och alla som har det har ännu inte börjat registrera. Jämfört med föregående år är förmågehöjande rehabilitering fortfarande den vanligaste, sedan 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.

Av de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering har de flesta fått en skriftlig rehabplan. Tio enheter ligger över målnivån på 90 % vilket är en väl genomförd uppgift i rehabiliteringen. Glädjande nog har fler blivit bedömda avseende körkortsbedomning jämfört med 2012! Hos 39 % 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.

Registret ägs av Västra Götalandsregionen.

Godkänt av datainspektionen 971205.

Varje deltagande enhet har skyldighet till sitt sjukhus göra anmälan om registret enligt PUL.

Registerhållare:	Katharina Stibrant Snnerhagen
Registrets hemsida:	<a href="http://www.ucr.uu.se/WebRehab/">http://www.ucr.uu.se/WebRehab/</a>
Startår:	1998
Stöd från SKL/SoS:	Ja
Huvudman:	Västra Götaland
Kompetenscentrum:	UCR

## Styrgupp

Ordförande: Marianne Lannsjö, Med dr, Överläkare. Sandviken.

Enhetsrepresentanter: Wolfram Antehpohl, Med dr, Överläkare, Verksamhetschef  
Linköping.

Jan Burensjö, Leg ssk, bitr verksamhetschef. Ryhov.

Ann Hammer, Med dr, Leg. Sjukgymnast, sektionschef Örebro.

Björn Hedman, Överläkare Rehabstation, Stockholm.

Gunilla Lindtedt, Leg ssk, Verksamhetschef Växjö.

Åsa Lundgren Nilsson, Docent, Leg. Arbetsterapeut, sektionschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Högsbo).

Anna Tölli, Överläkare, Danderyd, Stockholm.

Kontaktperson: Kicki Elfving, Leg. Sjuksköterska. Sandviken

Statistiker: Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

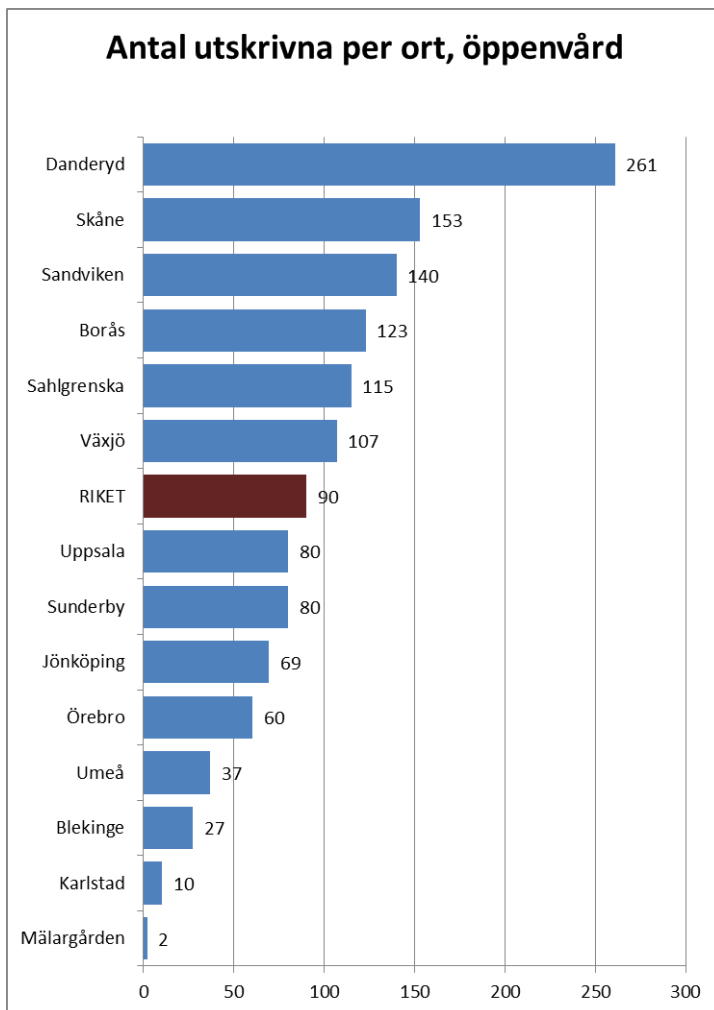
# Öppenvård

## Demografi

Detta är tredje årsrapporten av WebRehab öppenvård.

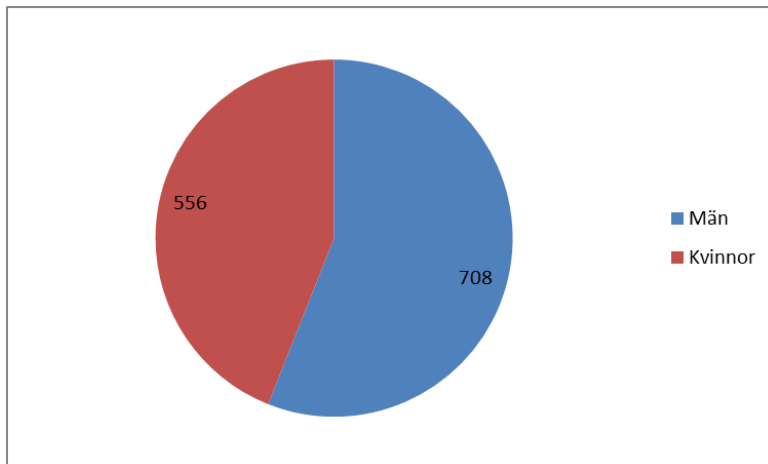
### Antal registreringar

Antalet registreringar baseras på de personer som skrivits ut 2013. Antalet registreringar är nästan oförändrat: 1264 jämfört med 1236 registreringar året innan. Två enheter har tillkommit och en enhet har utgått, d.v.s. fjorton enheter har lämnat data.



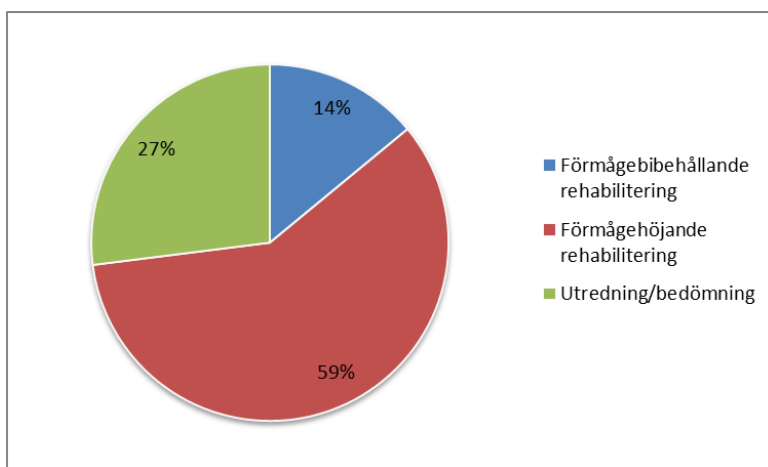
**Figur 1** Antal registreringar per enhet

Fördelningen mellan män och kvinnor är oförändrad (56 män % jämfört med 44 % kvinnor).



**Figur 2 Fördelning män/kvinnor**

För öppenvården finns 3 olika typer av registreringar: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Jämfört med föregående år är förmågehöjande rehabilitering fortfarande den vanligaste (59 %, 2012 60 %). Utredning/bedömning har minskat från 31 % till 27 %. Minst vanlig är förmågebibehållande rehabilitering (14 %) vilket är en ökning från 9 % året innan.

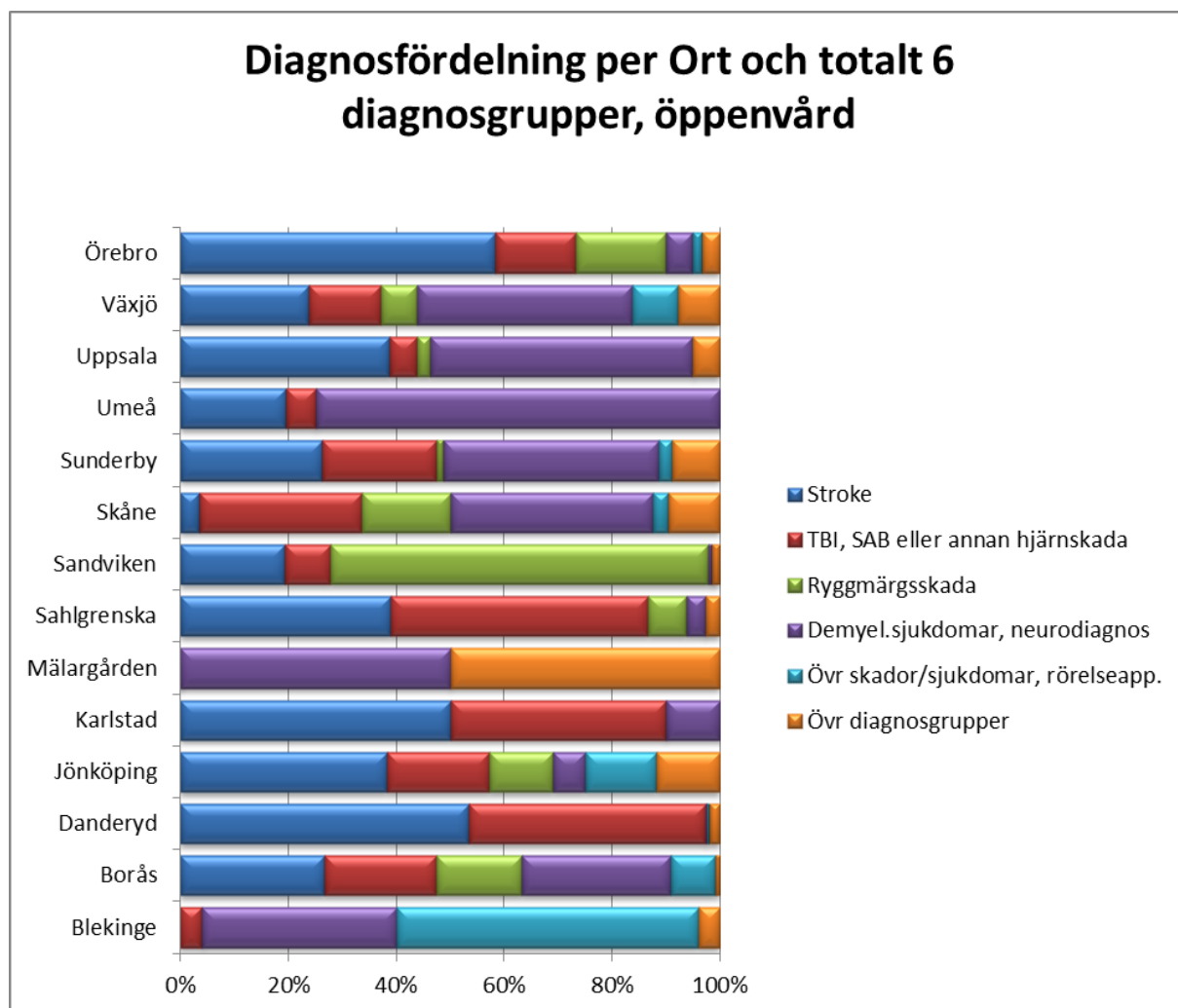


**Figur 3 Typ av öppenvård**



## Diagnosgrupper

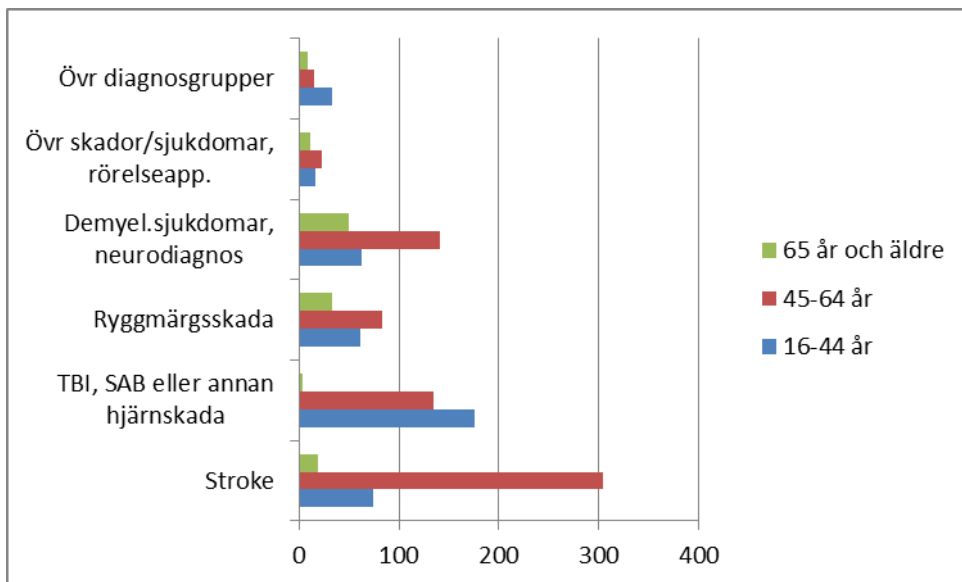
Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (32 %). Stroke och andra hjärnskador tillsammans utgör 57 % av det totala antalet registrerade. Jämfört med 2012 är andelen för dessa något lägre (då 34 % respektive 61 %). Trots minskad andel av hjärnskador så syns inom gruppen hjärnskada en ökning av antalet registreringar med postinfektiös respektive anoxisk hjärnskada. Diagnosfördelning per enhet presenteras i detalj i Appendix Öppenvård på hemsidan.



**Figur 4** Diagnosfördelning (6 diagnosgrupper) per ort

### Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp

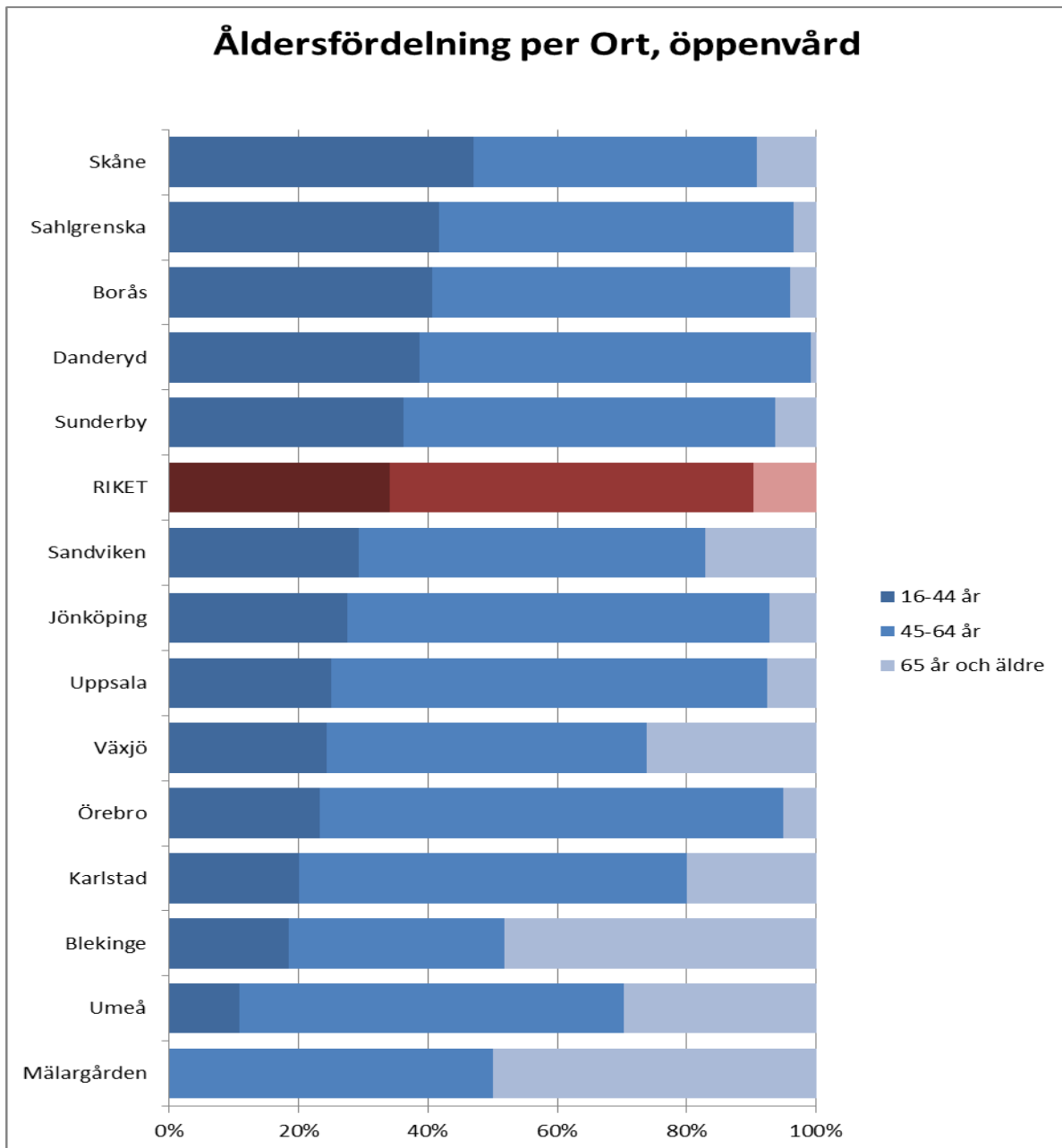
Majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 45-64 år vilket gäller även för diagnosen stroke. Drygt hälften av registreringarna inom TBI, SAB eller annan hjärnskada finns inom åldersspannet 16-44 år. Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp presenteras i detalj i Appendix Öppenvård på hemsidan.



**Figur 5** Åldersfördelning för diagnosgrupper

## Åldersfördelning per enhet

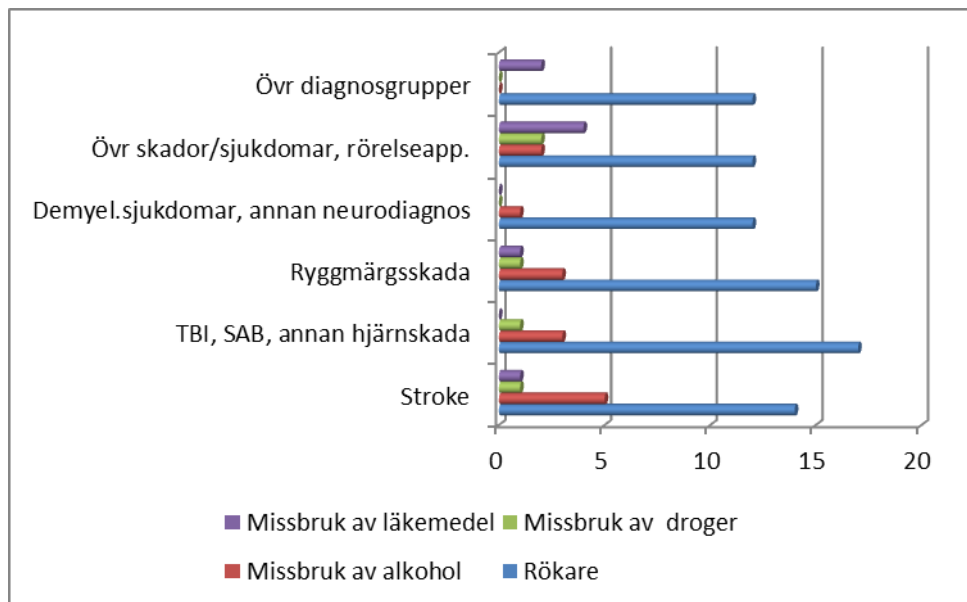
Enheternas uppdrag är olika vilket påverkar åldersfördelningen. Åldersfördelning och diagnosfördelning per enhet (figur 4 och 6) bidrar till att identifiera jämförbara enheter.



**Figur 6** Åldersfördelning per enhet

### Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp.

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



**Figur 7 Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp (%)**

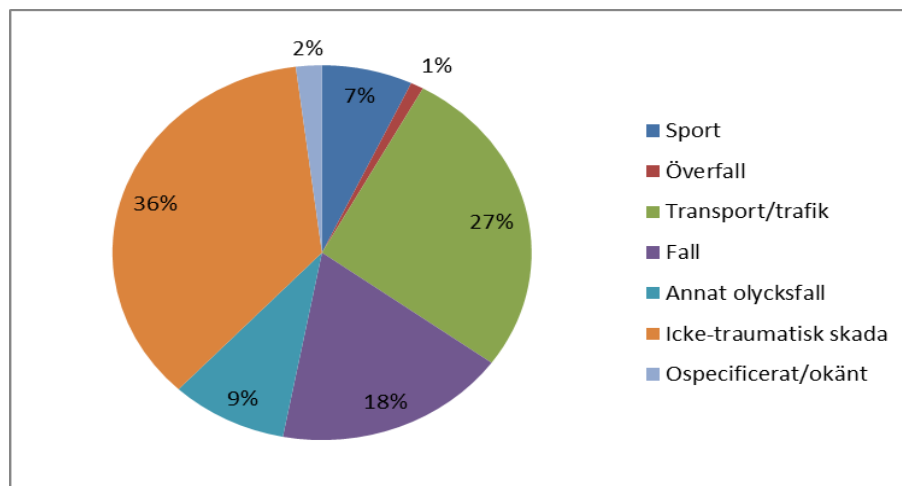
Rökning förekommer hos totalt 14 % av öppenvårdens patienter med högsta förekomsten i diagnosgruppen "TBI, SAB eller annan hjärnskada" (17 %). I Sveriges population över 16 år röker 13 % (SCB 2012 års data) och patienter i rehabilitering öppenvård röker i något högre andel.

Missbruk av alkohol föreligger hos 3 % av patienterna med högsta förekomsten i diagnosgruppen stroke (5 %). Då förekomsten av överkonsumtion av alkohol vanligen anges till cirka 10 % i befolkningen så befarar vi en underrapportering i registreringarna.

Missbruk av droger respektive läkemedel har 10 registreringar vardera, vilket är en fördubbling jämfört med förra årets 5. Missbruk av droger respektive läkemedel förekommer inom samtliga diagnosgrupper och andelen är högst inom diagnosgruppen "övriga skador/sjukdomar, rörelseapparaten" (4 % för läkemedel och 2 % för droger).

## Ryggmärgsskadespecifika variabler

Det är totalt 177 personer med ryggmärgsskada som registrerats i öppenvård. För 169 av dem finns data som redovisas nedan.



**Figur 8 Etiologi för ryggmärgsskadan**

Icke-traumatisk skada är anmärkningsvärt nog den vanligaste orsaken till ryggmärgsskada (36 %), följt av transport/trafik (27 %) och fall (18 %) vilket är närmast oförändrat mot föregående år.

**Tabell 1 Viktiga faktorer för ryggmärgsskadan**

Viktiga faktorer	Antal	Procent
ASIA complete (ut)	53	30
Fraktur väsentlig för rehabförloppet	51	30
Neurogen blåsrubning (ut)	130	76
Störd tarmfunktion (ut)	119	70
Andningstekniskt hjälpmedel (ut)	7	4
Annan komplicerande faktor väsentlig för rehabförloppet	51	30
Trycksår (in)	18	11

Samtliga faktorer har ökad andel jämfört med 2012. Ryggmärgsskadorna klassificeras utifrån ASIA och här redovisas andelen med komplett skada vid utskrivningen. Neurogen blåsrubning och störd tarmfunktion är vanliga bekymmer medan andningstekniskt hjälpmedel är ovanligt. Anmärkningsvärt är att så många som 11 % av patienterna i öppen vård har trycksår vid inskrivningen och att det hos 30 % finns en annan komplicerande faktor än själva ryggmärgsskadan som väsentligen påverkar rehabförloppet (exempelvis hjärnskada, psykisk sjukdom).

## Processmått öppenvård

### *Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab till inskrivning*

**Tabell 2 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning**

Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	24	25,0	7	101
Borås	113	75,0	0	367
Danderyd	258	54,0	0	361
Jönköping	23	35,0	6	488
Karlstad	8	51,5	8	97
Mälargården	2	242,5	106	379
Sahlgrenska	111	90,0	5	461
Sandviken	48	78,0	6	1124
Skåne	100	126,0	13	790
Sunderby	75	99,0	4	381
Umeå	37	96,0	21	1587
Uppsala	39	28,0	6	102
Växjö	105	56,0	0	370
Örebro	3	104,0	69	289
Total	946	70,0	0	1587

En stor variation ses mellan enheterna gällande väntetider. Mediantiden från remissens utfärdande till inskrivning är 70 dagar vilket understiger vårdgarantins gräns på 90 dagar. Däremot är det okänt hur många patienter som fått vänta längre än vårdgarantins gräns. Mediantiden från beslut om rehabilitering i öppenvård till inskrivning är 48 dagar. Cirka 300 patienter har ingen registrering av remissdatum eller beslutsdatum, vilket kan bero på att t ex överföring av patienter inom det egna verksamhetsområdet inte kräver remiss. Det finns en diskrepans mellan remissdatum och beslut om rehabilitering på tre veckor.

En skillnad i väntetid (från beslut om rehabilitering till inskrivning) kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård. Kortast väntetid (median 39 dagar) finns till förmågehöjande rehabilitering vilket troligen speglar att det är patienter i ett förlopp efter akut insjuknande.

Längst väntetid finns till förmågebibehållande rehabilitering (median 61 dagar) vilket innefattar framförallt elektiva insatser. Patienter för utredning/bedömning får vänta 55 dagar (median).

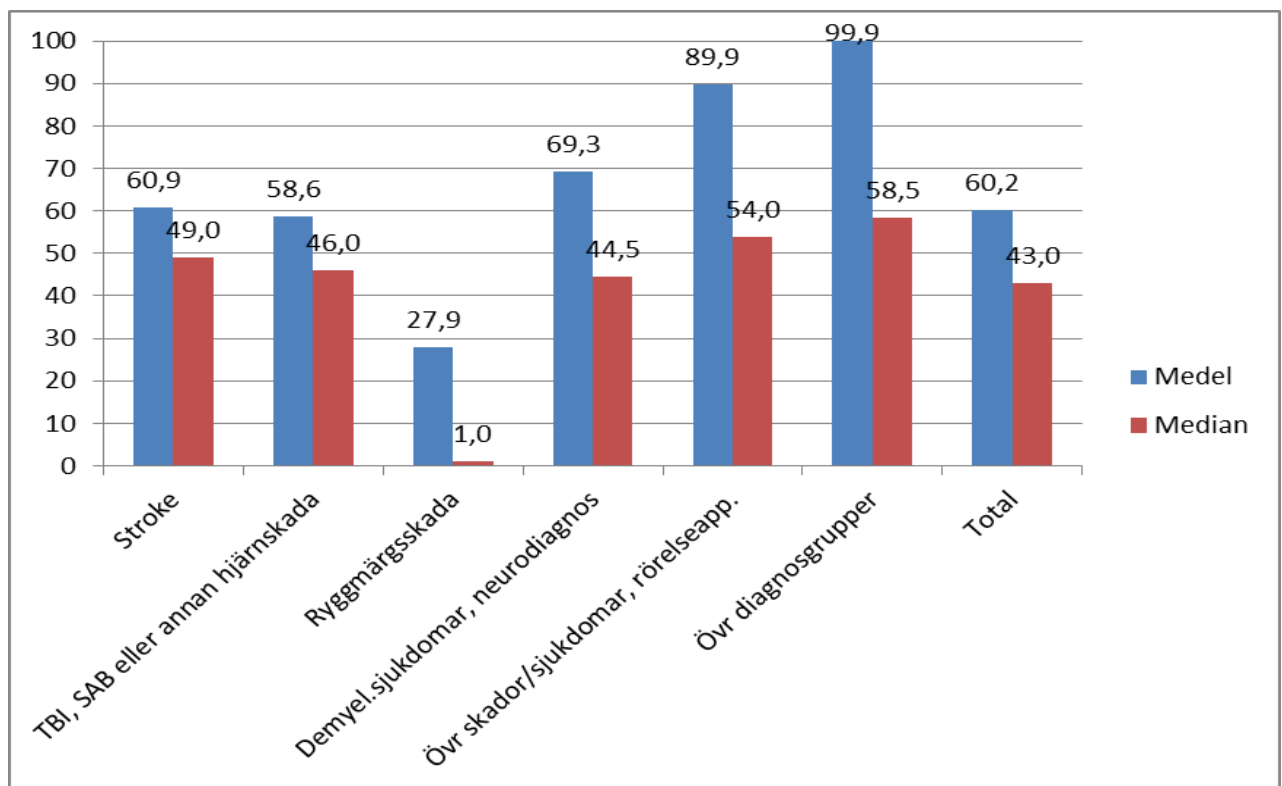
Varje verksamhet hanterar sin remissprocess och tillgänglighetsmålet i vårdgarantin.

(Se Appendix för detaljer per enhet gällande väntetider).

## Vårdtid

### Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp

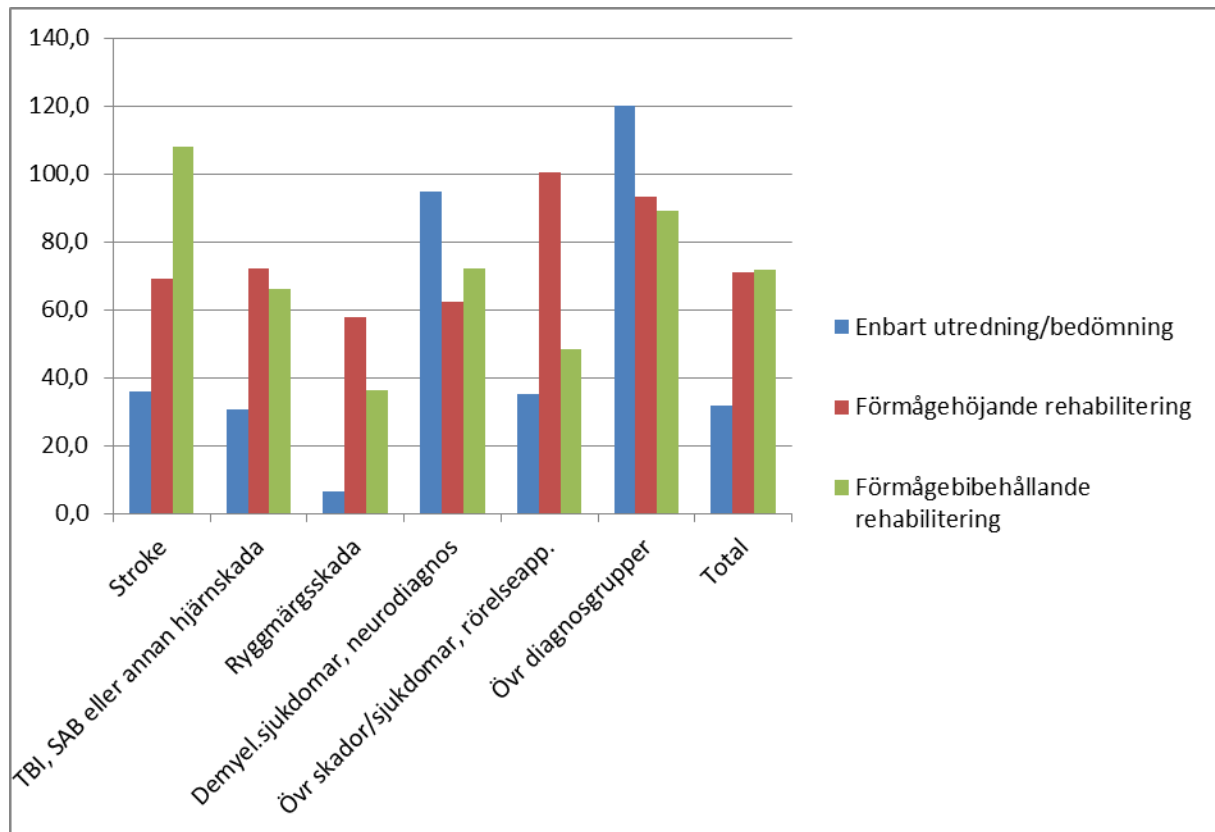
Vårdtiden för öppenvårdsrehabilitering är i medeltal 2 månader, men mediantiden är 6 veckor. Vårdtid definieras som tid (antal dagar) från inskrivning till utskrivning.



Figur 9 Vårdtid i antal dagar för varje diagnosgrupp (medel och median)

En skillnad i vårdtid kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård (se figur 9 nedan). Medianvårdtiden vid utredning/bedömning är 9 dagar, vid förmågehöjande rehabilitering 53 dagar och vid förmågebibehållande 43,5 dagar. Medel och medianvärde för ryggmärgsskadekategorin är låga vid utredning/bedömning vilket vid några enheter genomförs på några få dagar.

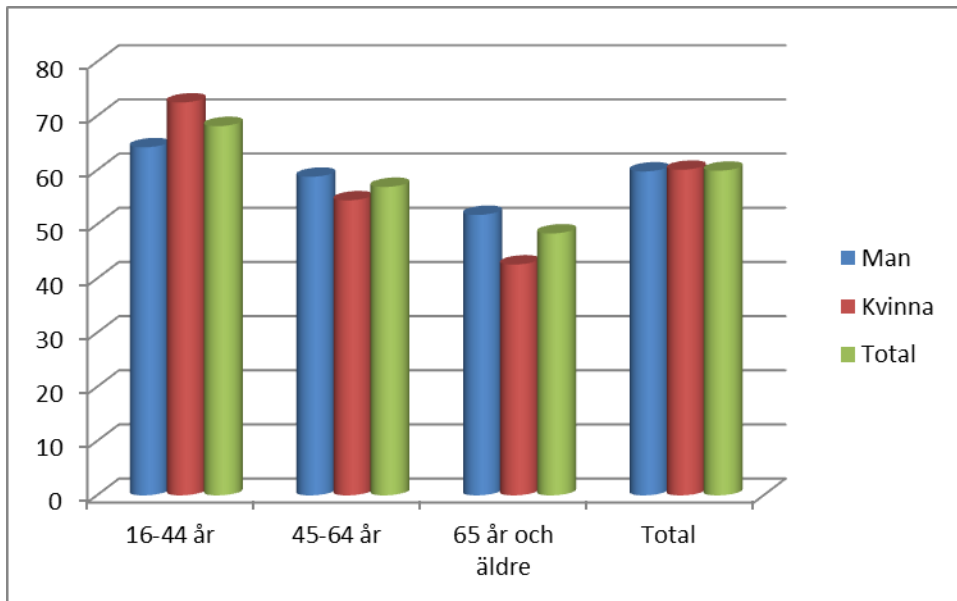
(Se Appendix för detaljer om vårdtid per diagnosgrupp och typ av öppenvård).



**Figur 10** Vårdtid i antal dagar uppdelat per kategori öppenvård, medelvärde



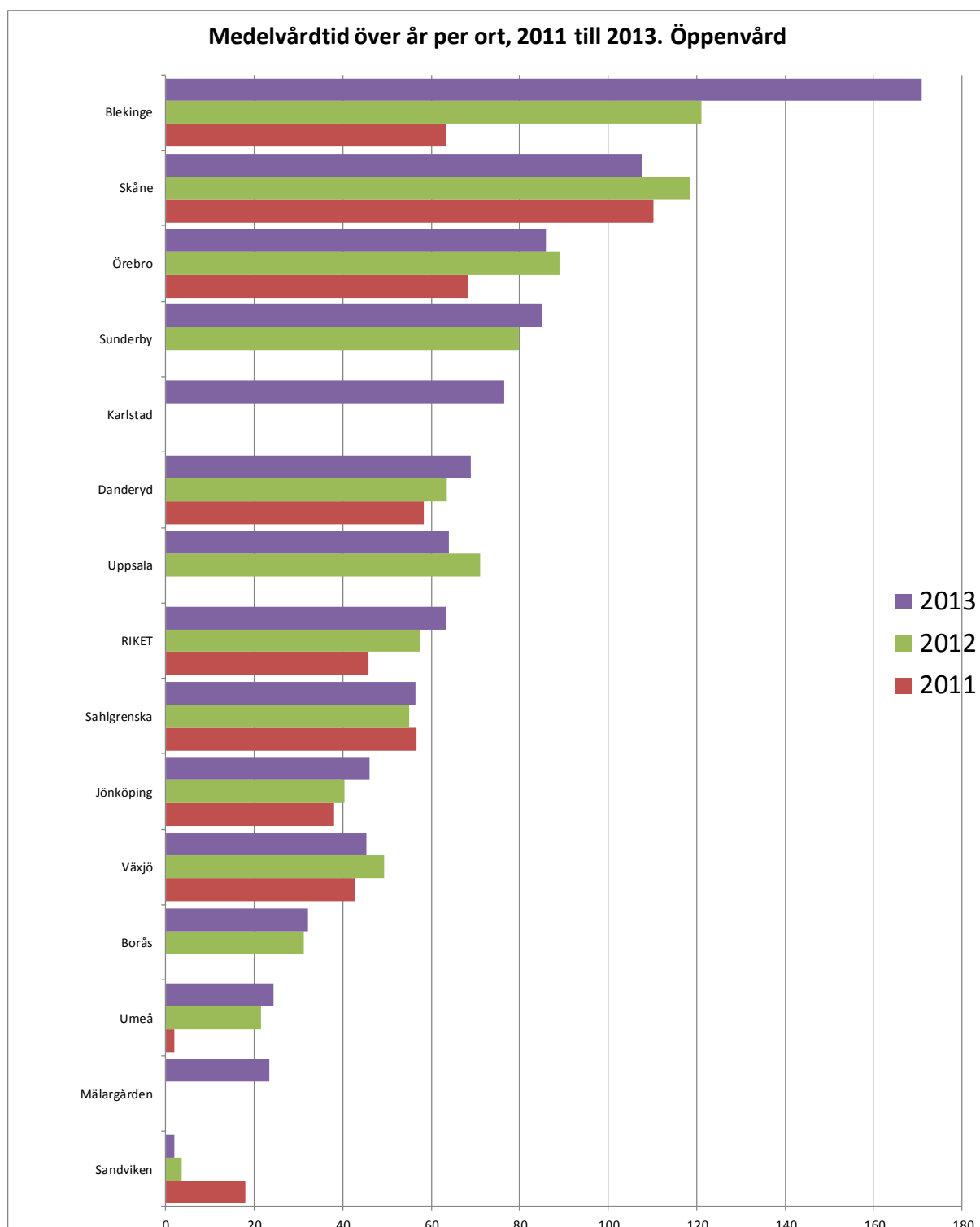
### Vårdtid per åldersgrupp och kön



**Figur 11 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön**

Äldsta gruppen har kortast och yngsta gruppen längst vårdtid. Eventuella skillnader i vårdkedjor och rehabiliteringsmål mellan åldersgrupper kan bidra till denna skillnad.

(Se Appendix för detaljer per åldersgrupp och kön).



**Figur 12 Medelvårdtid i antal dagar per enhet åren 2011-2013**

Under denna treårsperiod har många enheter ökat sin vårdtid. Reflektionerna kring detta kan vara flera: att nya aktörer kommer in på rehabmarknaden; att verksamheterna har olika, samt förändring, av sitt uppdrag, vilket kan innefatta en förskjutning till mer krävande patienter eller förändrad

vårdorganisation; olikhet i vårdkedja mellan enheterna. Det finns stora olikheter vad och när specialistrehabiliteringen kan lämna över till kommun/primärvård. Enheter kan även förändras över tid, vilka patienter man tar med i registret; både faktisk täckningsgrad och urval av diagnoser eller vårdkedjor.

**Tabell 3 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet**

Medelvårdtid							
Diagnosgrupp							
Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel. sjukdomar, neurodiagnos	Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr diagnosgrupper	Total
Blekinge		139		154	191	83	171
Borås	36	33	29	30	28	39	32
Danderyd	73	66		53	13	42	69
Jönköping	33	27	50	40	80	83	46
Karlstad	86	72		49			77
Mälargården				36		11	24
Sahlgrenska	57	55	51	86		51	56
Sandviken	4	3	1	1		12	2
Skåne	21	78	70	136	71	198	108
Sunderby	92	86	110	80	78	84	85
Umeå	30	43		21			24
Uppsala	86	11	50	42		163	64
Växjö	46	43	48	48	34	43	45
Örebro	85	68	126	63	71	28	86
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>28</b>	<b>69</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>60</b>

Medelvårdtid per enhet för öppenvården visar avsevärd spridning enheterna emellan. Resultaten för enheter med få registreringar kan bli missvisande vid jämförelser. Se Appendix för detaljer (Medelvårdtid per diagnosgrupp och enhet uppdelat på kategori av öppenvård).

## Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret

Sammantaget har användningsgraden både ökat och minskat jämfört med 2012 men de flesta förändringarna är små. Endast tre instrument har ökat i användning, sju har minskat och två är på samma nivå.

**Tabell 4 Användningsgrad av instrument i registret**

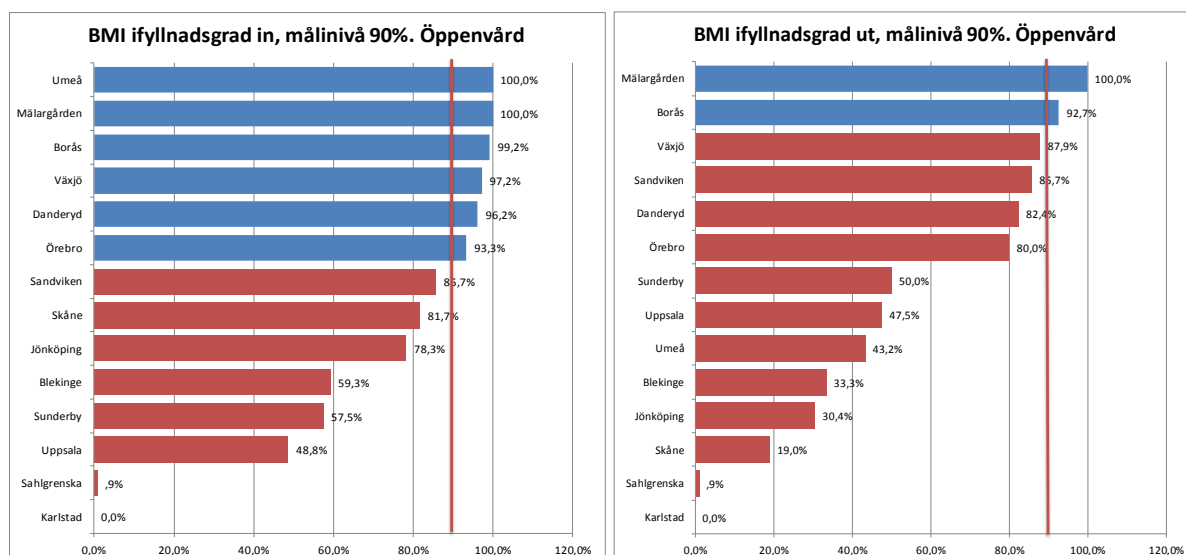
Instrument/bedömning	Bedömt	n	Jämfört med 2012
Body Mass Index – BMI (inskrivning)	77 %	1264	Sämre (78 %)
Body Mass Index – BMI (utskrivning)	59 %	1264	Sämre (64 %)
Rökning/missbruk	96-98 %	1245	Bättre (95-97 %)
Körkort (utskrivning)	89 %	1082	Sämre (90 %)
GOSE (ut)	64 %	710	Sämre (69 %)
Gång enl Holden (in och ut)	59 %	1264	Lika (59 %)
NIHSS (in och ut)	32 %	397	Sämre (35 %)
*EQ5D (ut)	69 %	1264	Bättre (63 %)
*IPA (in och ut)	31 %	1264	Sämre (36 %)
*LiSat (ut)	64 %	1264	Bättre (58 %)
*Patienttillfredsställelse	64 %	1264	Sämre (68 %)
Rehabplan upprättad (ut)	83 %	1264	Lika (83 %)

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

## Kommentarer till användningsgraden av vissa instrument

### BMI

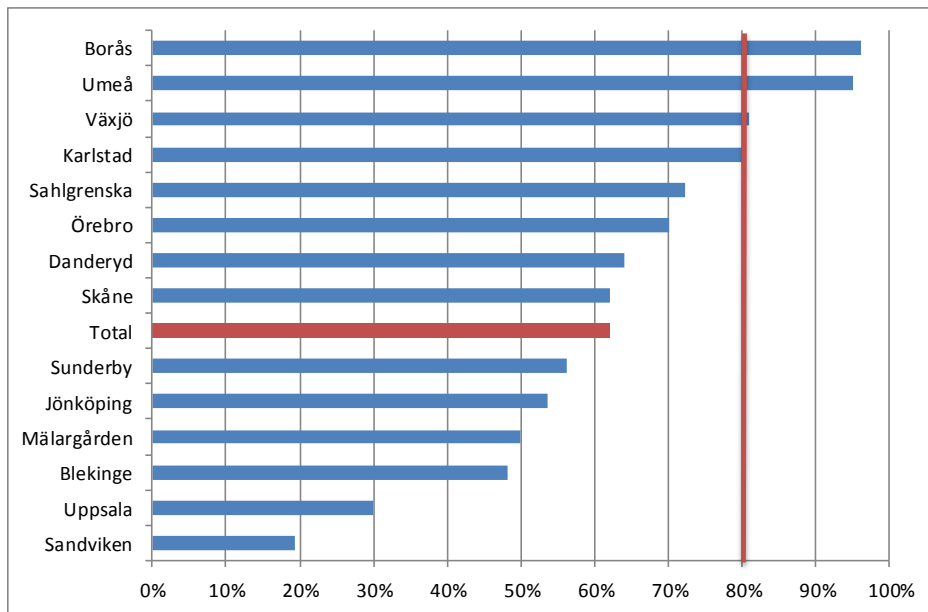
Användningsgraden av BMI är 77 % vid inskrivning och 59 % vid utskrivning, vilket är lägre än 2012 (78 % in, och 64 % ut). Andelen genomförda registreringar varierar mellan enheterna, se figurerna nedan. Lägre användningsgrad noteras generellt vid utskrivning jämfört med inskrivning.



Figur 13 Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per enhet

## Patienttillfredsställelse

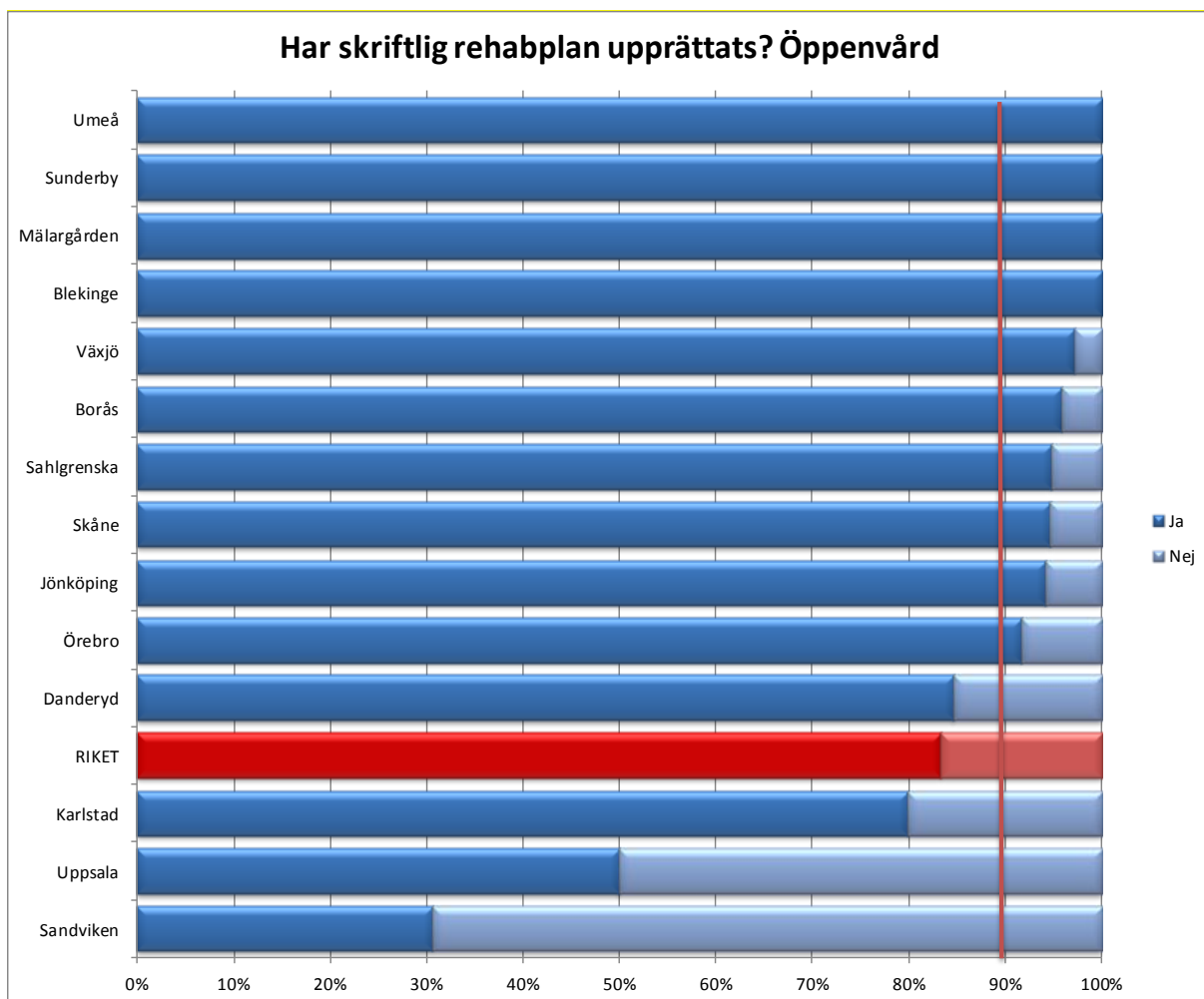
Målnivån att 80 % av patienterna i öppenvård ska tillfrågas om upplevelse av rehabinsatserna. Detta uppnås av fyra enheter. Andelen genomförda enkäter i riket totalt, har sjunkit från 68 % till 64 % och varierar mellan enheterna (19-96 %, se figuren nedan). Lägstanivån har dock förbättrats från 0 % till 19 % och tre enheter har nu låg användningsgrad (<50 %) vilket i jämförelse med 2012 är en förbättring då fem enheter hade låg användningsgrad.



**Figur 14** Andel utförda enkäter om patienttillfredsställelse per enhet

## Rehabiliteringsplan

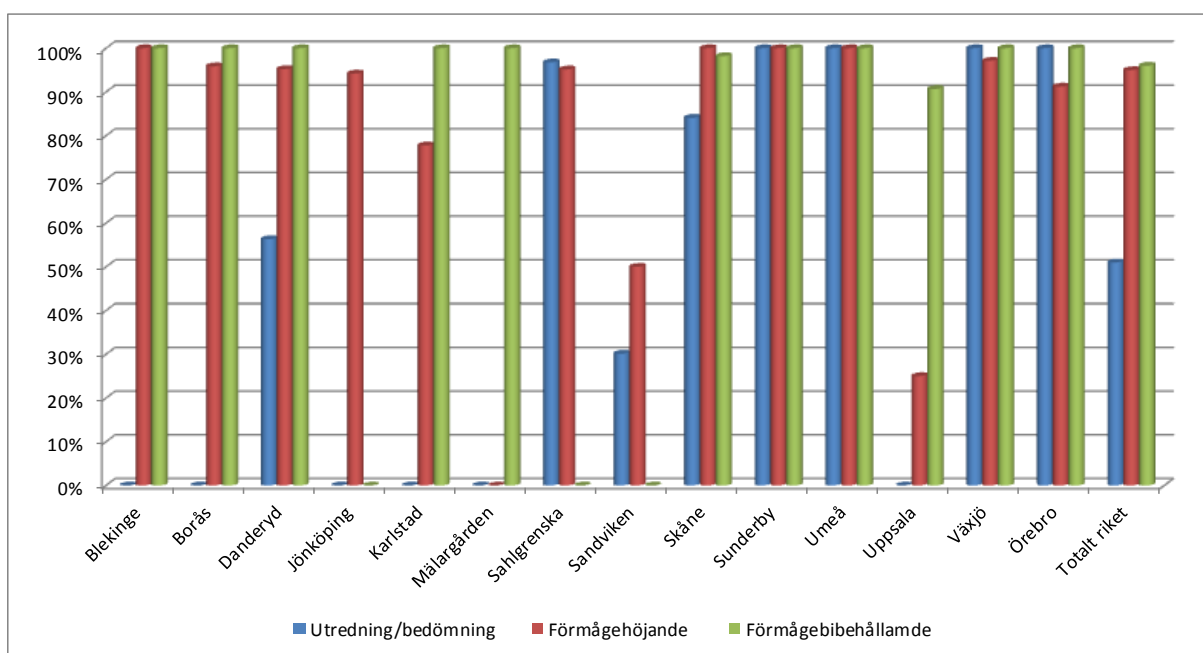
Sett till hela riket har 83 % av patienterna fått en skriftlig rehabiliteringsplan under sin öppenvårdsrehabilitering, vilket är samma andel som 2012. Målnivån 90 % uppfylls av tio enheter och andelen patienter som fått rehabiliteringsplan varierar mellan enheterna, se figuren nedan. Lägstanivån har förbättrats, så tillvida att ingen enhet nu har under 30 %.



**Figur 15 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet**

### Andel patienter som fått rehabiliteringsplan per typ av öppenvård

Merparten av dem som inte fått en skriftlig rehabplan tillhör kategorin utredning/bedömning, se figuren nedan. Av de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering har 95-96 % fått en skriftlig rehabplan vilket är en väl genomförd uppgift i rehabiliteringen. Angående rehabplan efter bedömning: en förklaring kan vara att vi då inte kallar det rehabplan även om bedömningen/utredningen resulterat i en plan i form av råd och/eller regim till patienten eller en vidareplanering för åtgärder hos remitterande eller annan enhet. Detta förfarande kanske inte dokumenteras som rehabplan.



**Figur 16 Andel per enhet som har fått en skriftlig rehabiliteringsplan per typ av öppenvård**

I de fall en rehabiliteringsplan har upprättats har den använts helt eller delvis i 99 % av fallen i genomsnitt för riket vilket är oförändrat jämfört med 2012.



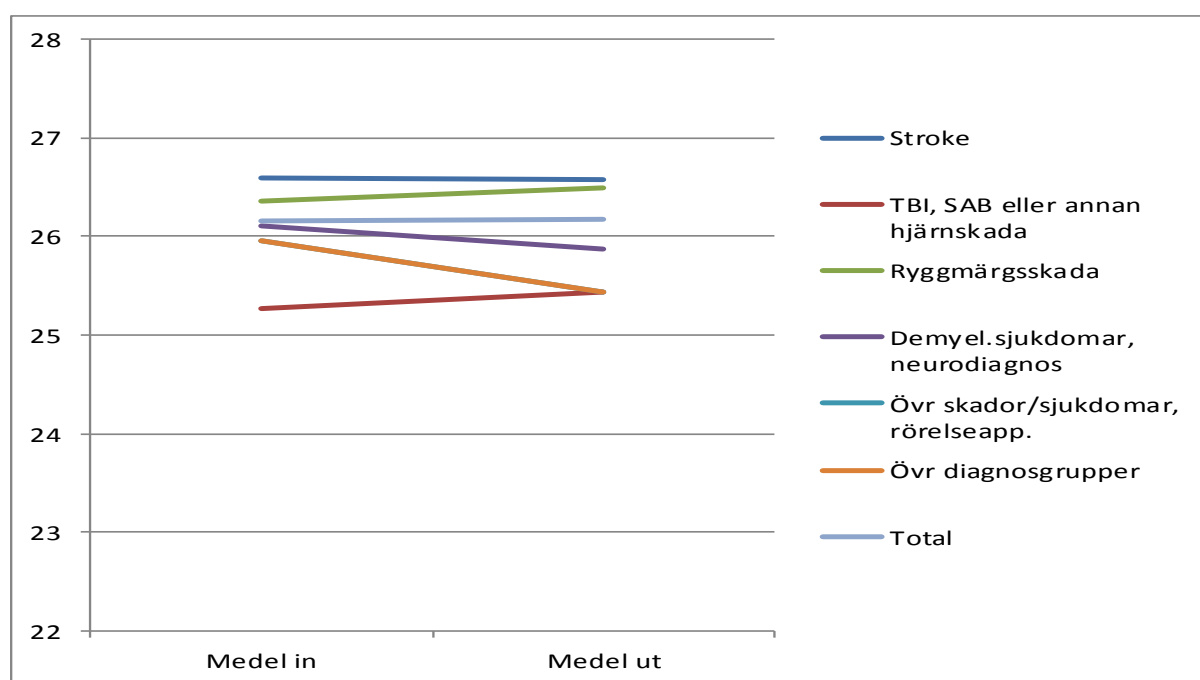
## Resultatmått öppenvård

### *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.

Att följa enskilda patienters vikt är av stor betydelse för att uppnå en god hälsa. Insatser för att öka eller minska vikten hos den enskilde ska vid behov ingå i rehabiliteringen. Det intressanta är att se om användningen av instrumentet är hög – då säkerställs att BMI beaktas i rehabiliteringen.

Det är minimala förändringar mellan in- och utvärde i BMI på gruppnivå i samtliga diagnosgrupper, se figur nedan. Noterbart är att samtliga medelvärden ligger inom spannet för övervikt.



**Figur 17 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper**

### **Utskriven till**

I öppenvård är de allra flesta patienterna hemmaboende per definition. För patienter som genomgått förmågehöjande rehabilitering i öppenvård skrivs 76 % ut till eget självständigt boende, 20 % till eget boende med personligt beroende, och 1 % till särskild boende. Andelen till eget boende utan beroende har ökat från 74,5 % vid inskrivning vilket indikerar en förbättring under öppenvårdsrehabiliteringen. Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person som kan vara make/maka- hemtjänst eller motsvarande.

## **Försörjning**

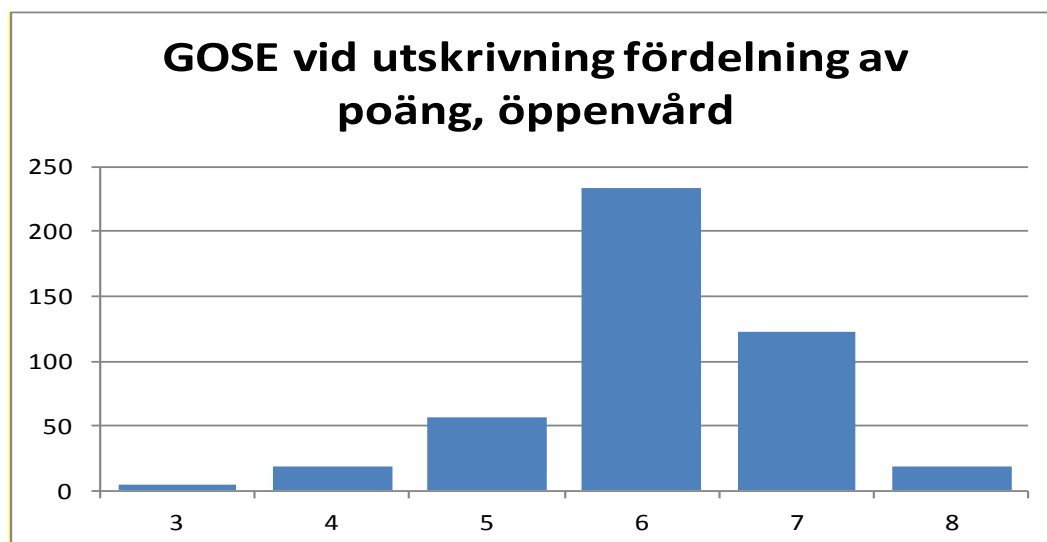
Vid inskrivningen har 58 % av hela populationen hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan och vid utskrivningen 73 %. Det kan synas lite märkligt att andelen sjukskrivna skulle öka efter rehabiliteringen. Det kan sannolikt förklaras av oklarheter om vilka förhållanden som skulle registreras vid inskrivning öppenvård. I de användarriktlinjer som publicerades på hemsidan under 2013 klargörs att i öppenvård ska alla variabler vid inskrivning besvaras utifrån förhållanden vid inskrivning. Vid utskrivning från öppenvård ska det förhållande som gäller för försörjning nästföljande vardag/arbetsdag registreras, d.v.s. i praktiken ska det registreras om patienten går åter i arbete till någon del efter utskrivningen.

## **Fråga om körkort vid utskrivning**

Hos 39 % av alla personer som hade körkort sedan tidigare, föreligger medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården. Målnivån 90 % bedömda körkortsinnehavare uppfylldes inte (89 %). Enheternas resultat för andel genomförda körkortsbedömningar finns i Appendix. Användarriktlinjerna anger att man ska registrera "bedömning ej gjord" endast då man faktiskt missat detta. Om det utifrån patientens tillstånd inte är aktuellt att ifrågasätta bilkörning ska man registrera "inga medicinska hinder".

## **GOSE (Glasgow outcome scale extended)**

GOSE skattas som mått på funktionsnedsättning hos personer med hjärnskador - både stroke och alla andra hjärnskador. Median är 6 vid in- och utskrivning, d.v.s. oförändrad. Troligen kan andra instrument bättre registrera förbättringar som uppnås i öppenvården. 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 18** Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning (antal per poäng)

## Gångklassifikation enligt Holden

Skalan kategoriserar gångförmåga från 0 (icke funktionell gång) till 5 (gångare – oberoende). 669 patienter är oförändrade, 71 (9 %) förbättrade och 10 (1 %) försämrade mellan inskrivning och utskrivning.

**Tabell 5** Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter)

Gångklassifikation enligt Holden (in)	Gångklassifikation enligt Holden (ut)						Total Antal
	0	1	2	3	4	5	
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	
0	43	2	1	1	3	0	50
1	0	8	1	1	3	2	15
2	0	1	6	3	5	3	18
3	0	1	0	7	6	5	19
4	0	0	0	3	48	35	86
5	0	0	0	1	4	557	562
Total	43	12	8	16	69	602	750

## NIHSS

Registreras på strokepatienter och skalan är 0 - 42 poäng, där 0 = inga strokesymtom, och mer strokesymtom ger högre poäng.

Medianvärdet förbättrades från 3 till 2. För de 126 patienter med stroke som har data från båda tillfällena så har 19 personer förbättrats (15 %), 9 försämrats (7 %) och övriga ligger kvar i samma intervall enligt nedanstående översiktstabell.

**Tabell 6 Korstabell för antal patienter inom skalintervallen vid in- och utskrivning**

Kategoriserad totalsumma för NIHSS, diagnosgrupp stroke i öppenvård (antal)							
UTSKRIVNING							
INSKRIVNING		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	Total
	0	43	4	0	0	0	47
	1 till 4	15	43	3	1	0	62
	5 till 8	0	1	8	0	0	9
	9 till 12	0	2	0	4	1	7
	13 till 16	0	1	0	0	0	1
	Total	58	51	11	5	1	126

## Komplikationer

**Tabell 7 Frekvens av komplikationer i öppenvård**

	Lungemboli	Heterotop bennybildning	Fall med fraktur	Epilepsi/krampanfall	Trycksår	Ulcus	Övre UVI	Annan infektion	Ny hjärnskada	Avvikit från avdelning	Annan komplikation/sjukdom/skada
<b>Total</b>	1	1	2	13	11	2	3	15	2	2	25

Tabell 7 visar de komplikationer som förekommit i öppenvårdsrehabiliteringen. Vanligast förekommande var "annan infektion" följt av "epilepsi/krampanfall" och "trycksår".

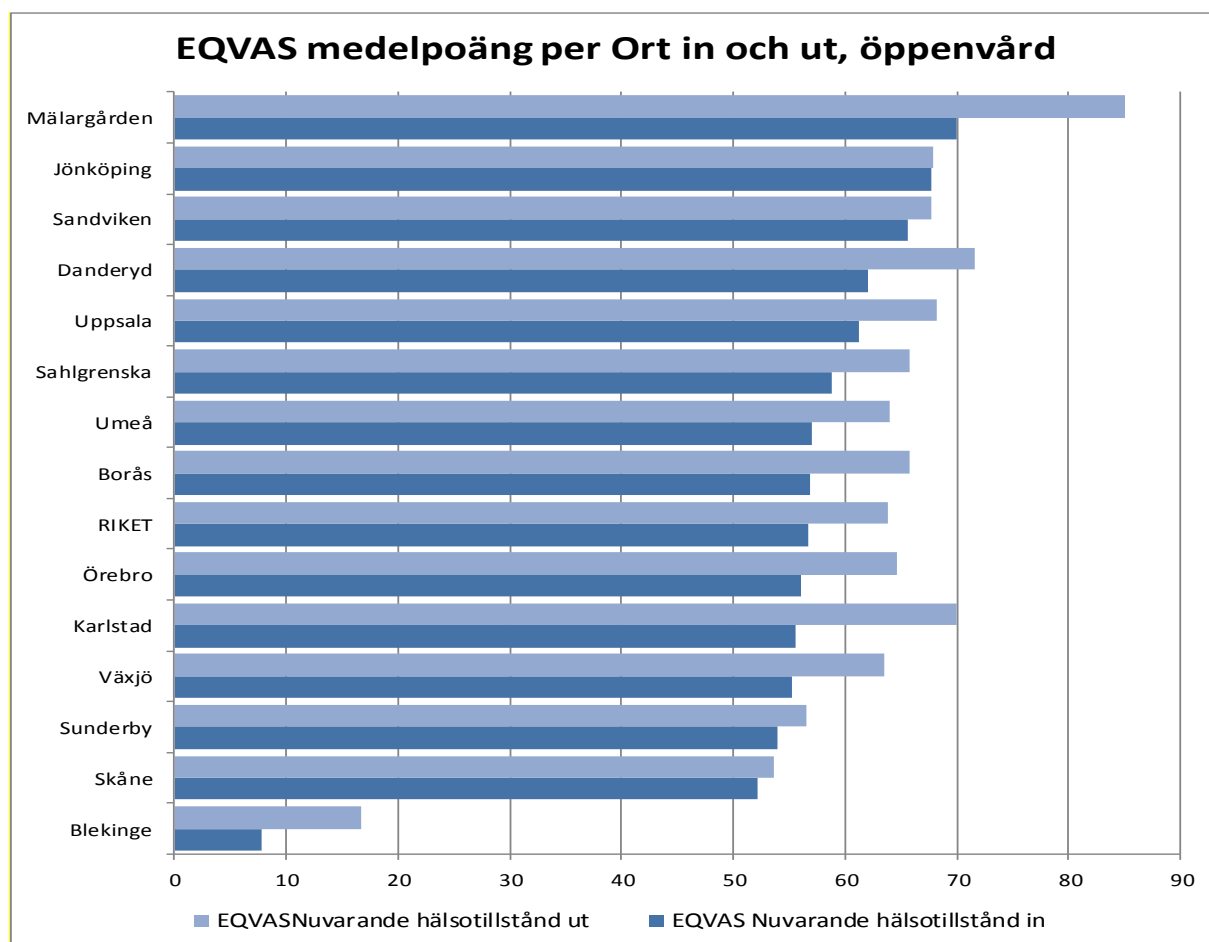
## Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)

### 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, d.v.s. högre värden på skattningar av hälsotillståndet som helhet vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen: invärde 57 på riksnivå och utvärde 64. År 2012 var förbättringen också 7 skalsteg: från 59 till 66. Normalpopulationen i Sverige anges med skattningsmedelvärden från 82 till 90 och patienter i öppenvårdsrehabilitering skattar lägre hälsotillstånd än normalpopulationen.

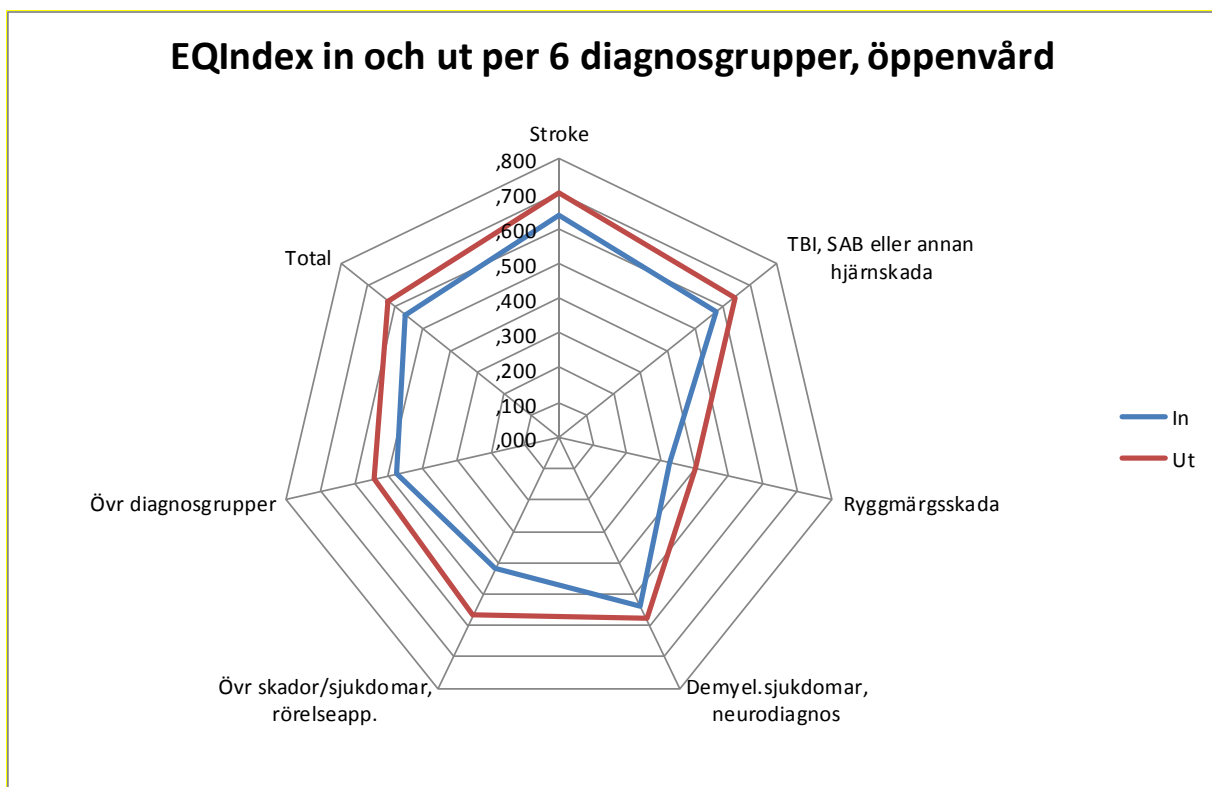


Figur 19 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet

### 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 (d.v.s. har skattat "inga problem" på samtliga frågor). Indexvärdet för normalpopulationen anges till 0,8-0,9.

Resultat för EQ5D-index i diagnosgrupperna visas i diagrammet nedan. Diagrammet inkluderar de 770 personerna med data från både in- och utskrivning och en förbättring noteras för samtliga diagnosgrupper. Lägsta värde på EQ5D-index syns i diagnosgruppen ryggmärgsskada. Resultaten av EQ5D-index på enhetsnivå presenteras i Appendix.



**Figur 20 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp**

## **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: självständighet inomhus, roll i familjen, självständighet utomhus, social förmåga och relationer, samt arbete/utbildning. Frågorna handlar om i vilken utsträckning personen kan bestämma när och hur något ska ske. Svartalternativen är mycket bra (0), bra (1), ganska bra (2), ganska dåligt (3), och dåligt (4). Beräkningen för varje "subscale"/dimension utgörs av medianen av värdena i kategorin, enligt instrumentets manual.

**Tabell 8 Medel- och medianvärde IPA vid in- och utskrivning, per kategori öppenvård**

	Enbart utredning/bedömning			Förmågehöjande rehabilitering			Förmågebibehållande rehabilitering			Total		
	N	Medelvärde	Median	N	Medelvärde	Median	N	Medelvärde	Median	N	Medelvärde	Median
IPA Självständighet inomhus (in)	108	0,46	0	360	0,60	0	78	1,00	1	546	0,63	0
IPA Självständighet inomhus (ut)	38	0,53	0	317	0,46	0	50	0,96	1	405	0,53	0
IPA Roll i familjen (in)	110	1,37	1	355	1,62	2	78	1,83	2	543	1,60	2
IPA Roll i familjen (ut)	39	1,17	1	315	1,38	1	49	1,71	2	403	1,40	1
IPA Självständighet utomhus (in)	110	1,57	1,5	355	1,81	2	77	1,94	2	542	1,78	2
IPA Självständighet utomhus (ut)	39	1,27	1	318	1,47	1	51	1,69	2	408	1,47	1
IPA Sociala relationer (in)	111	0,94	1	357	1,07	1	78	1,13	1	546	1,05	1
IPA Sociala relationer (ut)	39	0,92	1	316	0,99	1	51	1,13	1	406	1,00	1
IPA Arbete & Utbildning (in)	65	1,90	2	222	2,59	3	41	2,18	2	328	2,40	2,5
IPA Arbete & Utbildning (ut)	20	2,33	2,75	212	2,33	2,5	24	2,04	2	256	2,30	2,5

Dimensionen självständighet inomhus innehåller 7 frågor om att förflytta sig inomhus, lägga sig och stiga upp, och primära vardagliga göromål som att äta, sköta sin personliga hygien och gå på toaletten. 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 med hus och trädgård. Svarmönstret speglar något större svårigheter i denna kategori (median 1 respektive 2). Skattningarna förbättrades från inskrivning till utskrivning för patienter i förmågehöjande rehabilitering (från median 2 till 1).

Dimensionen självständighet utomhus innehåller 5 frågor om fritiden och möjligheten att leva det liv jag önskar. Svarmönstret speglar något större svårigheter även i denna kategori (median 1 respektive 2). Skattningarna förbättrades från inskrivning till utskrivning framförallt för patienter i förmågehöjande rehabilitering (från median 2 till 1).

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 tydlig förändring från inskrivning till utskrivning. Medianvärde 2-3 indikerar att dimensionen fångar upplevda begränsningar för patienter.

Sammanfattningsvis noteras förbättrat medianvärde för dimensionerna självständighet utomhus och roll i familjen i kategorin förmågehöjande rehabilitering. De största begränsningarna upplevs inom arbete, utbildning.

Patientrapporterade mätningar är av stort värde i vård och rehabilitering. Rapporteringen av IPA från 392 patienter (data både in och ut) ger en viktig möjlighet att redovisa och utvärdera effekten inom aktivitet och delaktighet med tonvikt på självbestämmande.

### ***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.

I tabellerna nedan redovisas frågan om tillfredsställelse med livet i allmänhet för patienter som skattade både vid in- och utskrivning. Kategoriseringen som används är 1-3 = icke tillfredsställd och 4-6 = tillfredsställd. Tabell 9 omfattar samtliga diagnosgrupper (totalt) samt separat för diagnosgrupp stroke respektive TBI.

***Tabell 9 Korstabell för LiSat mellan in- och utskrivning***

LiSat, Livet i allmänhet		Utskrivning	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Totalt, 656 patienter			
Inskrivning	Icke tillfredsställd	119	90
	Tillfredsställd	34	413

Samtliga diagnosgrupper: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 532 patienter (81 %), och 90 förbättrades (14 %) medan 34 patienter försämrades (5 %). Jämfört med 2012 så har andelen oförändrade minskat med 2 %, andelen förbättrade har ökat med 2 % och andelen försämrade är på samma nivå som 2012.

LiSat, Livet i allmänhet		Utskrivning	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Diagnosgrupp Stroke, 229 patienter			
Inskrivning	Icke tillfredsställd	30	38
	Tillfredsställd	13	148



Diagnosgrupp stroke: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 178 patienter (78 %), och 38 förbättrades (17 %) medan 13 patienter försämrades (6 %). I jämförelse med det totala resultatet ovan har diagnosgruppen stroke högre andel förbättrade.

LiSat. Livet i allmänhet		Utskrivning	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Diagnosgrupp TBI, 76 patienter			
Inskrivning	Icke tillfredsställd	17	17
	Tillfredsställd	3	39

Diagnosgrupp TBI: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 56 patienter, och 17 förbättrades (22 %) och 3 patienter försämrades (4 %).

## Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)

### *Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen*

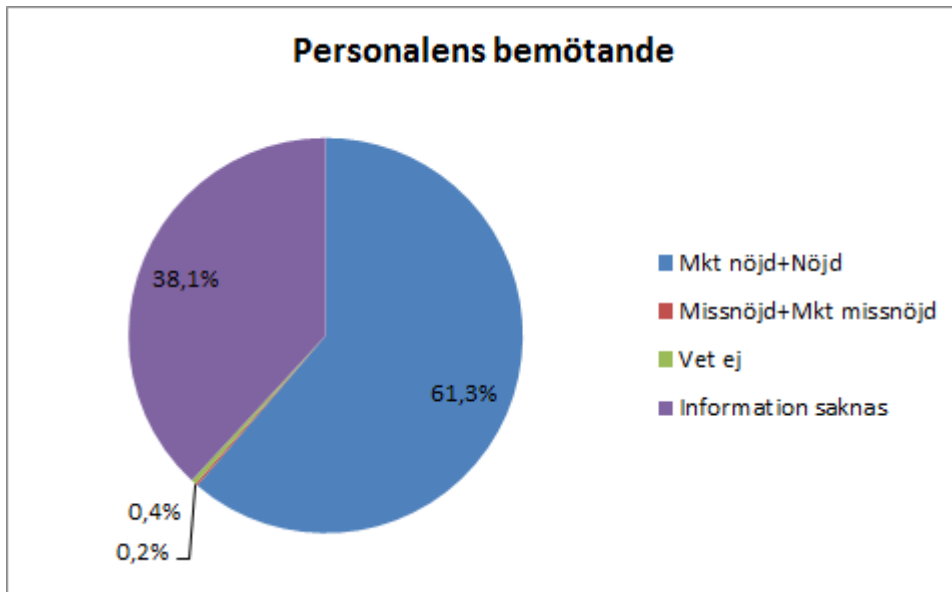
Rapporten omfattar alla patienter i öppenvård (n=1264).

I figurerna nedan visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt i riket. I jämförelse med resultatet från 2012 så har andelen mycket nöjd/nöjd sjunkit på samtliga frågor vilket möjligen kan förklaras av den större andelen "information saknas" d.v.s. ej genomförda enkäter. Detta antagande styrks av att antalet missnöjd/mycket missnöjda patienter har minskat på de flesta frågorna, se tabell 10.

**Tabell 10 Antalet missnöjda/mycket missnöjda**

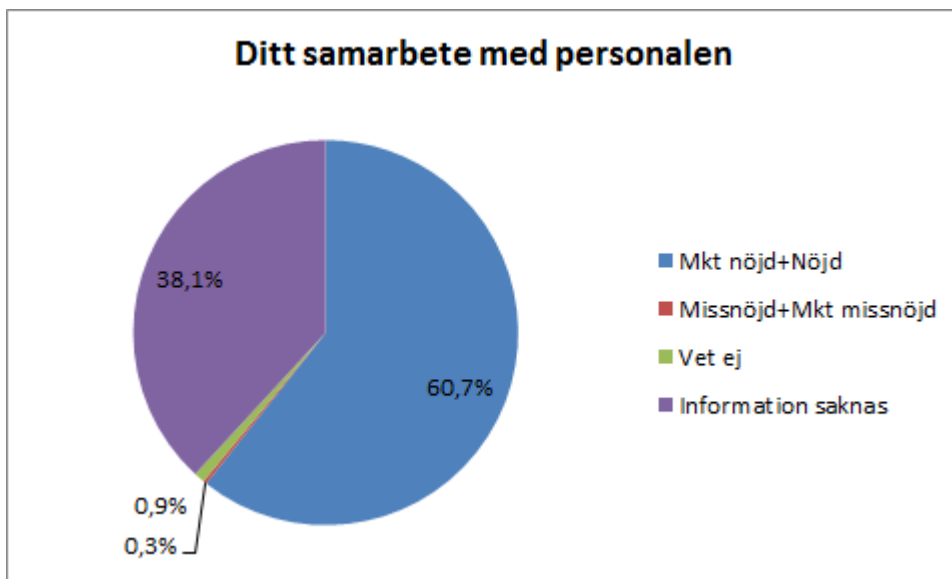
Nöjdhet med ...	Antalet missnöjda/mycket missnöjda	
	2013	2012
Personalens bemötande	2	5
Ditt samarbete med personalen	4	5
Rehabiliteringen	10	10
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	13	19
Information om sjukdomen	30	37
Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen	25	35
Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering	12	20

Högst andel mycket nöjd/nöjd finns i områdena "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen" (61 %). Sett till antalet missnöjda/mycket missnöjda så finns förbättringsutrymme framförallt inom områdena: "Information om sjukdomen" samt "Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen". Det är även fortsatt av stor vikt att få hög svarsfrekvens på nöjdhetsfrågorna för att få ett så brett underlag som möjligt. Nöjdhet per enhet presenteras i detalj i Appendix Öppenvård på hemsidan.



**Figur 21 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande"**

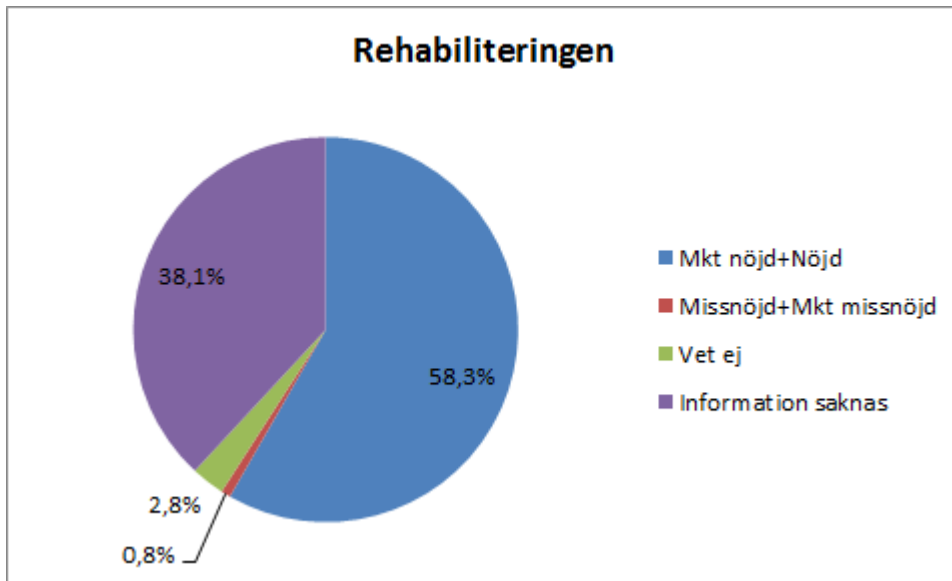
Andelen mycket nöjd/nöjd med personalens bemötande var 61 % jämfört med föregående års 67 %.



**Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen"**

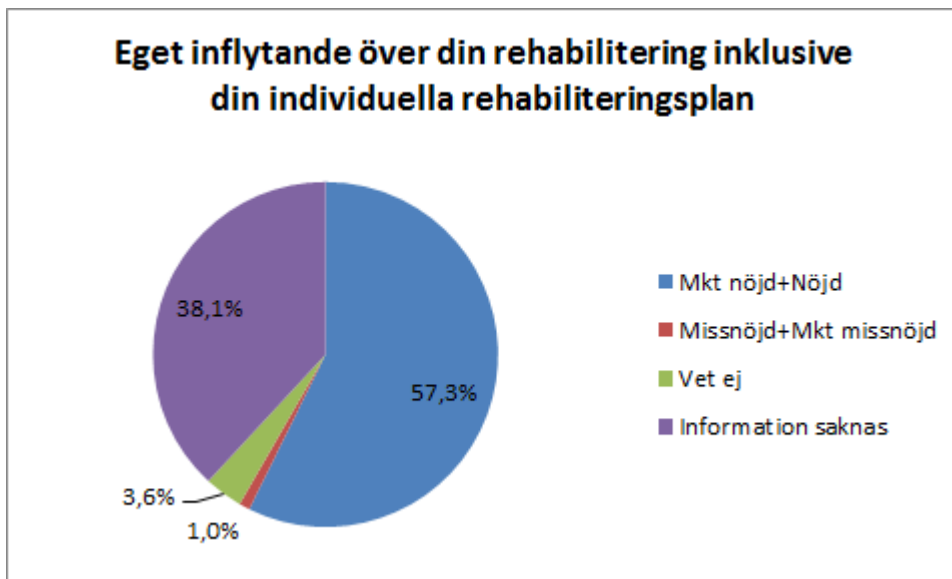
Andelen mycket nöjd/nöjd med ditt samarbete med personalen var 61 % jämfört med föregående års 67 %.





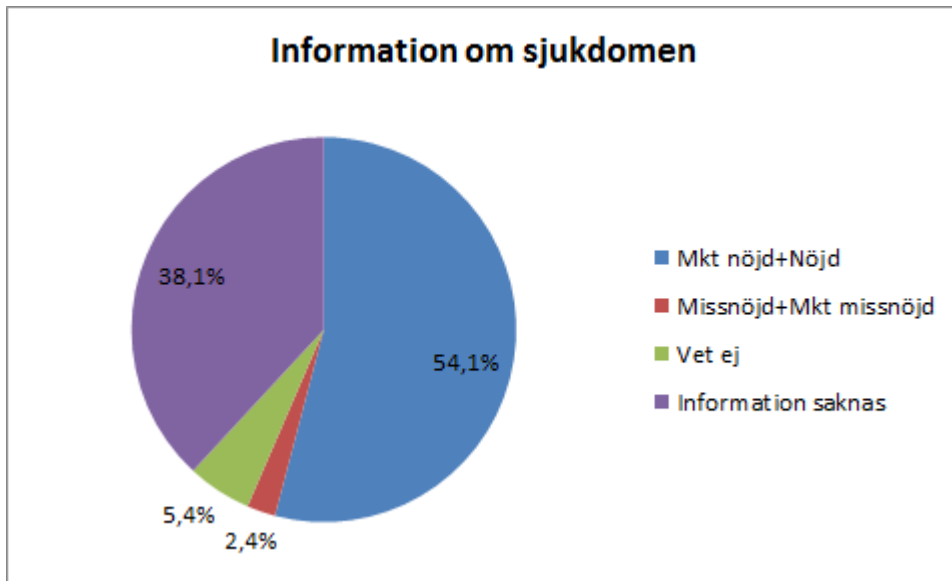
**Figur 23 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen"**

Andelen mycket nöjd/nöjd med Rehabiliteringen var 58 % jämfört med föregående års 63 %.



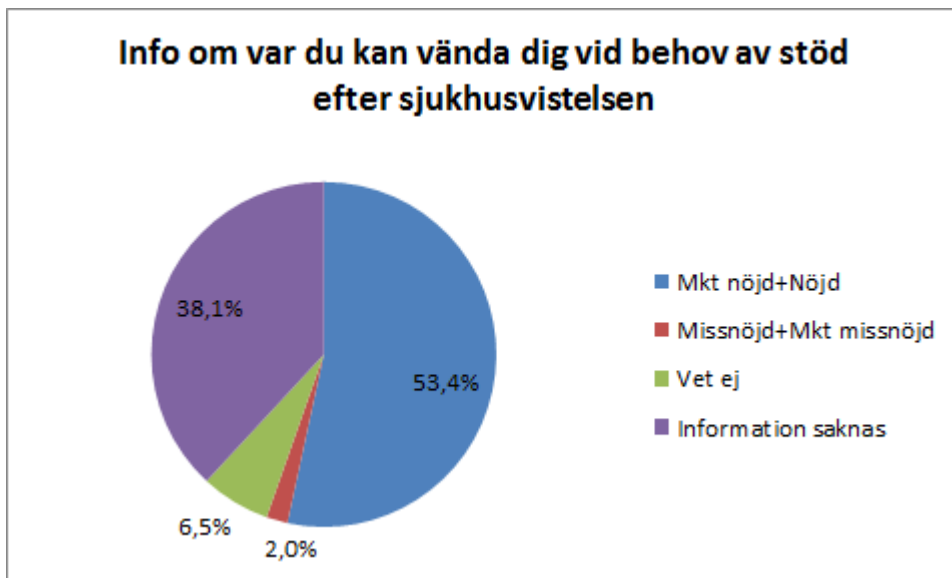
**Figur 24 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan"**

Andelen mycket nöjd/nöjd med eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan var 57 % jämfört med föregående års 62 %.



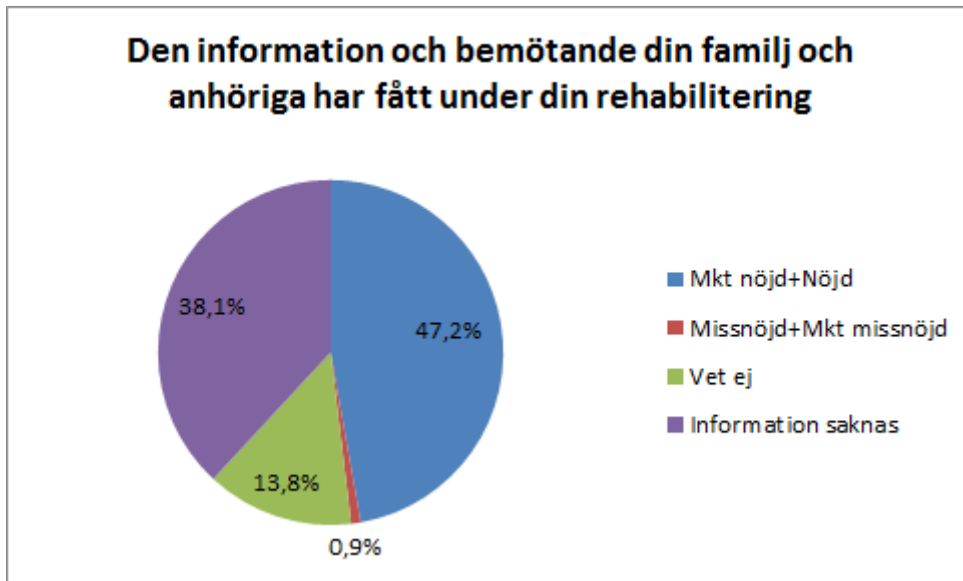
**Figur 25 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan"**

Andelen mycket nöjd/nöjd med information om sjukdomen/skadan var 54 % jämfört med föregående års 60 %.



**Figur 26 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen."**

Andelen mycket nöjd/nöjd med information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen var 53 % jämfört med föregående års 55 %.



**Figur 27 Svarsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering"**

Andelen mycket nöjd/nöjd med den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering var 47 % jämfört med föregående års 52 %.