

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård

**2013**

## Innehåll

.....	1
Bakgrund och syfte.....	5
Sammanfattning slutenvård.....	6
Kvalitetsarbete.....	8
Tänk på att det finns risk för feltolkningar av data i registret!.....	8
Tänk på detta när du tolkar data:.....	8
Deltagande enheter och kontaktpersoner 2013.....	10
WebRehab Aktiviteter 2013.....	12
Slutenvård 2013.....	14
Demografi och processmått.....	14
Vårdtid.....	20
Genusperspektiv.....	23
Andel stroke inskrivna från strokeenhet.....	24
Rökning, alkohol- och drogmissbruk.....	26
Användningsgrad.....	27
Körkortsbedömning.....	27
ADL-förmåga.....	27
EQ5D.....	27
LiSat.....	27
BMI.....	28
Rehabplan.....	30
Nöjdhet.....	31
Resultatmått.....	32
Komplikationer.....	32
ADL-förmåga.....	34
BMI.....	37
ICF.....	37
NIHSS.....	39
DOC.....	40
GOSE.....	41
EQ5D.....	42
Utskriven till.....	44
Försörjning.....	45

Patientnöjdhet.....	45
Jämförelse mellan patienter under 65 år som har respektive inte har hemmavarande barn.....	46
Figur 1 Antal utskrivna över tid .....	14
Figur 2 Täckningsgrad.....	15
Figur 3 Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter.....	16
Figur 4 Diagnosfördelning .....	18
Figur 5 Diagnosfördelning per ort .....	19
Figur 6 Andel stroke inskrivna från strokeenhet .....	24
Figur 7 Körkortbedömning .....	27
Figur 8 BMI ifyllnadsgrad vid inskrivning.....	28
Figur 9 BMI ifyllnadsgrad vid utskrivning .....	29
Figur 10 Rehabplan.....	30
Figur 11 Nöjdhetsfrågor .....	31
Figur 12 Antal fall med fraktur och trycksår.....	32
Figur 13 ADL/FIM vid in- och utskrivning: Stroke.....	34
Figur 14 ADL/FIM vid in- och utskrivning: TBI, SAB eller annan hjärnskada .....	34
Figur 15 ADL/FIM vid in- och utskrivning: Ryggmärgskada .....	35
Figur 16 ADL/FIM vid in- och utskrivning: Demyel. Sjukdomar, neurodiagnos.....	35
Figur 17 Kognitiva items .....	36
Figur 18 Fysiska items.....	37
Figur 19 NIHSS in och kategoriserad .....	39
Figur 21 EQVAS medelpoäng per ort in och ut.....	42
Figur 22 EQIndex in och ut per 6 diagnoser .....	43
Figur 23 Utskriven till .....	44

Tabell 1 Diagnosgrupper .....	17
Tabell 2 Medelvårdtid per enhet.....	20
Tabell 3 Medelvårdtid per diagnos.....	22
Tabell 4 Fördelning av män och kvinnor över tid.....	23
Tabell 5 Genus- och åldersfördelad vårdtid .....	23
Tabell 7 Analys utifrån olika stora eller organisationsmässigt olika enheter.....	25
Tabell 8 Antal och andel yngre/äldre än 65 år inom de tre subgrupperna.....	25
Tabell 9 Könsfördelning.....	25
Tabell 10 Diagnosgruppsfördelning.....	25
Tabell 11 Andel rökning/missbruk.....	26
Tabell 12 Följande tabell visar totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt.....	33
Tabell 13 Typer av funktionsnedsättningar/symptom som registreras .....	38
Tabell 14 DOC vid in- och utskrivning per enhet.....	40
Tabell 15 RLS vid inskrivning mot GOSE vid utskrivning.....	41
Tabell 16 Patientnöjdhet .....	45

## Bakgrund och syfte

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

Rehabilitering är en process som ska hjälpa personen att

- Få kunskap och insikt om sjukdomen/skada och dess konsekvenser
- Mobilisera egna bemästringsstrategier
- Kunna ta ansvar för sin livssituation
- För att nå nya och gamla mål i livet.

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

För patienter på vårdenheter inom neurosjukvård, stroke-enheter och geriatrik och dylikt, finns tydligt definierade rehabiliteringsmål, och arbetet sker i multiprofessionella team och är en självklar del av vården. För en mindre grupp patienter finns behov av komplex rehabilitering. Ofta handlar det om tillstånd där det är ett stort gap mellan det förväntade "friska livet" och den nedsatta funktion som man har efter sjukdom eller skada. Detta innebär interdisciplinära insatser tillsammans med den berörda personen i behov av rehabilitering, såväl fysiskt, kognitivt, psykologiskt och socialt. I den komplexa rehabiliteringen arbetar man med koordinerade utvärderingar och behandlingar, mål satta av patient i samverkan med profession. Patienten är ett subjekt, en aktiv aktör. Varje individ måste bedömas enskilt, men grupper där dessa personer är vanligt förekommande är:

- Patienter med stroke eller annan förvärvad hjärnskada.
- Patienter med ryggmärgsskador.
- Patienter med multitrauma, fr. a multipla och eller komplicerade frakturer, samt amputationer.
- Patienter som har genomgått kirurgiska ingrepp med långvarig intensivvård/annan immobiliserande vård, t ex transplantationskirurgi.
- Patienter som har varit långvarigt immobiliserade p.g.a. annan sjukdom t.ex. 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 att göra personen så delaktig i olika livssituationer som möjligt (och i samhället) och att känna livstillfredsställelse. För att detta ska lyckas krävs att personen och närstående har förmåga till nyorientering, vilket ofta kräver stöd från professionen under en tid

(kortare eller längre). Rehabiliteringen utformas utifrån personens diagnos, funktion och livssituation.

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

Registret är 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 alla representerade av en eller flera deltagande enheter. Registret har även privata aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser (extern rehabilitering).

## Sammanfattning slutenvård

Grundtanken med kvalitetsregister är att oavsett vem det är som tillhandahåller vård så behöver man ta reda på sina resultat och följa dem över tid. Utöver detta behövs också kunskap om hur man arbetar med att förändra och förbättra verksamheter. Kvalitetsregistren utgör ett stöd för detta arbete. De mätpunkter och de återrapporteringsfunktioner som finns i WebRehab är de som styrgruppen har bedömt vara viktiga för att kunna påvisa goda och mindre goda resultat för respektive patientgrupp.

WebRehab Sweden är ett öppet register. Det innebär att man kan se prestationer och resultat från såväl hela landet som från var och en av de deltagande enheterna i årsrapporten. Tanken med att ha ett öppet register är att det stimulerar ännu mer förbättringsarbete hos de deltagande enheterna då ingen vill vara sämre än någon annan. Vi har i år också försökt visa vilka patientgrupper som finns på de olika enheterna vilket i vissa fall är en förutsättning för att kunna göra direkta jämförelser mellan två eller flera enheter.

Nytt i rapporten är att målnivåer har införts. 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**.

Anledningen till att införa målnivåer i WebRehab är följande; målnivåer är kvalitetsdrivande, de hjälper till att nå målet om en likvärdig och jämlik vård i landet, de ger en form av kvalitetsdeklaration samt i ackrediteringsarbete med CARF är målnivåer till stor nytta. Detta år finns målnivåer endast inom slutenvården, men på sikt kommer även öppenvården att beröras. I rapporten kommer målnivåer att anges. Man ska kunna se vilka enheter som är bättre än målnivån och vilka som har anledning att arbeta extra med sitt kvalitetsarbete. Om många (alla?) enheter når ett mål kommer detta antingen att höjas eller också bytas ut mot något annat där kvaliteten inte är lika god.

Ett av syftena 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 församhället. Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Andel i riket som gått från beroende till oberoende vid utskrivning var 28 % inom fysiska items och 25 % i sociala/kognitiva aktiviteter. Knappt hälften (45 %) av personerna i landet skrevs ut till eget självständigt boende och 36 % skrevs ut till eget boende med beroende. Patientsammansättningen påverkar resultatet av rehabiliteringsinsatserna på gruppnivå. En del data presenteras på sjukhusnivå och en del på diagnosnivå. Den variation som ses i vårdtider över åren måste analyseras lokalt. Varje deltagande enhet behöver analysera sina data utifrån diagnoser också. Data från registret visar att många personer (21 %) har problem med depression förutom de vanligt förekommande följderna efter sin diagnos. Om man undersöker frekvensen av olika typer av missbruk de senaste 5 åren ser man att andel personer som röker har minskat men att ingen ändring egentligen föreligger för övrigt.

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 inkluderats i registret. Data från 234 personer registrerades med alla typer av svårighetsgrad men där de inkompleta skadorna dominerade.

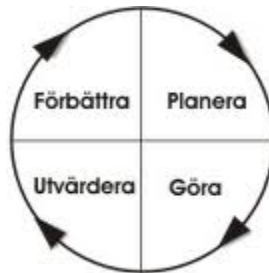
Förbättring efter sjukdom/skada kan pågå efter lång tid vilket gör att det är svårt att avgöra när man inte längre har behov av rehabilitering. För patienter med stroke kan NIHSS användas. Fortsatt förbättring noterades hos 47 personer, 7 personer som försämrades och ett smärre antal som hade samma symptom 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 rehabiliteringsteamet. I år var 75 % av patienterna bedömda under slutenvårdsperioden. Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

Kvaliteten och tillförlitligheten i resultaten är beroende av att så många som möjligt deltar i registreringen.

## Kvalitetsarbete

WebRehab som kvalitetsregister bidrar till utvecklingen av rehabilitering i Sverige genom att kvaliteten kan observeras på ett enhetligt sätt. Det ger den enskilda enheten möjlighet att på ett enkelt sätt följa sitt arbete. Kvalitetsarbete inom rehabilitering ska sätta patienten i fokus med levererad kvalitet i verksamheten. När förändringar genomförs, kan man följa hur det genomförs och vilka effekter de får för patienterna. En vanlig modell för kvalitetsförbättringar är cykeln Planera – Göra – Studera – Agera-



Kvalitetsindikatorerna avspeglar både vad man gör i rehabiliteringen (processer) och vad utfallet blir (resultat). WebRehab har sedan starten 2005 samlat in uppgifter inte bara från sjukvården utan också från patienterna själva genom ett frågeformulär vid utskrivning samt vid 1årsuppföljning. Dessa frågeformulär "PROMs" (patient-reported outcome measurements) innefattar bl. a funktion, allmänt hälsotillstånd, livskvalitet, delaktighet och upplevd autonomi. Dessutom finns i registretet "PREMS" (Patient Reported Experience Measures) vilket ger patienten möjlighet att ge uttryck för dennes upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

### ***Tänk på att det finns risk för feltolkningar av data i registret!***

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

#### **Tänk på detta när du tolkar data:**

1. Små tal ger stort utrymme för slumpmässiga variationer. Små tal kan bero på att

- Antalet vårdade patienter är litet på enheten. Stora variationer kan till synes ske i resultat på mindre enheter mellan olika år.
- Det som mäts är relativt ovanligt. Därför blir de slumpmässiga variationerna särskilt stora för variabler som t ex allvarliga komplikationer (ventrombos, fraktur, pneumoni) eller uttalat missnöje med vården.



## 2. Dålig täckningsgrad ger osäkra data

- När täckningsgraden är låg, dvs. när det finns ett stort bortfall av patienter, påverkas kvalitetsjämförelserna. Oftast är bortfallet systematiskt, vissa grupper registreras i mindre utsträckning än andra. Vissa enheter har också lägre täckningsgrad än vad de borde ha.
- Problematiken gäller även vid uppföljning vid 12 månader. När en stor andel patienter som vårdats på en enhet inte följs upp, finns det risk att rapporten inte ger en rättvisande bild av vårdkvaliteten.

## 3. Bortfall ger osäkra data

- Även om täckningsgraden är god, uttryckt i deltagande enheter i WebRehab, kan bortfall av enskilda uppgifter påverka datakvaliteten. Tidigare har bortfallet varit stort för enstaka variabler som "rökning före insjuknandet" eller "missbruk". Bortfallet är nu generellt lägre och därför blir jämförelser mellan sjukhus mer rättvisande. Men problemet är ännu långt ifrån eliminerat.

## 4. Olika enheter har olika patientsammansättning

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

## Deltagande enheter och kontaktpersoner 2013

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

## WebRehab 2013

Sunderby sjukhus

[lisa.k.karlsson@nll.se](mailto:lisa.k.karlsson@nll.se)

[monica.maki@nll.se](mailto:monica.maki@nll.se)

[erica.boman@nll.se](mailto:erica.boman@nll.se)

Skånes US (Lund)

[maria.karlberg@skane.se](mailto:maria.karlberg@skane.se)

Uddevalla sjukhus (NÄL)

[hasse.ekstrom@vgregion.se](mailto:hasse.ekstrom@vgregion.se)

Norrlands Universitetssjukhus i Umeå

[karin.hammarback@vll.se](mailto:karin.hammarback@vll.se)

[carina.andersson@vll.se](mailto:carina.andersson@vll.se)

[marianne.sandstrom@vll.se](mailto:marianne.sandstrom@vll.se)

Västervik sjukhus

[johannabq@ltkalmar.se](mailto:johannabq@ltkalmar.se)

Södermanlands SRS

[margaretha.ostmark@dll.se](mailto:margaretha.ostmark@dll.se)

Stockholms Sjukhem

[ellinore.richardson@stockholmssjukhem.se](mailto:ellinore.richardson@stockholmssjukhem.se)

Rehabstation Stockholm

[rita.ehrenfors@rehabstation.se](mailto:rita.ehrenfors@rehabstation.se)

Neurologklin. Karolinska US

[jenny.bergstrom@karolinska.se](mailto:jenny.bergstrom@karolinska.se)

Rehabcentrum Korpen Gotland

[gabriella.zerne@gotland.se](mailto:gabriella.zerne@gotland.se)

[helena.allgulander@gotland.se](mailto:helena.allgulander@gotland.se)

[margareta.i.jacobsson@gotland.se](mailto:margareta.i.jacobsson@gotland.se)

### **Center för extern rehabilitering**

Mälargården Rehab-Center Sigtuna

[anitha.gustafsson@malargarden.se](mailto:anitha.gustafsson@malargarden.se)

FrykCenter rehabilitering i Torsby

[ninni.robertsson@frykcenter.org](mailto:ninni.robertsson@frykcenter.org)

## WebRehab Aktiviteter 2013

- 21-23 jan Styrgruppsmöte i Jönköping
  - 31 jan Möte i Uppsala på UCR
  - 14+15 febr Telemöte för UCR gruppen
  - 18 febr Telemöte UCR gruppen och UCR team.
  - 8 mars SKL möte i Stockholm för kvalitetsregister och patientföreningar
  - 18 mars Telemöte styrgrupp
  - 11-12 april Styrgrupp internat
  - 30 maj Telemöte styrgrupp
  - 26 aug Telemöte styrgrupp
  - 27 aug Telemöte för UCR gruppen
  - 17 sept Sprintmöte på UCR i Uppsala
  - 18 sept Styrgruppsmöte på Danderyds sjukhus
  - 19-20 sept Webrehab kvalitetsregisterdagar på Danderyds sjukhus
  - 26 sept Kvalitetsregisterdag på UCR i Uppsala
  - 9-10 okt Nationella kvalitetsregisterdagar i Solna
  - 8 nov Videomöte i spinalgruppen med UCR team
  - 6 dec Sprintmöte på UCR i Uppsala (Annelie, Björn Wolfram, Jan, Ann, XXXXXXXX)
- Utbildningsinsats
- 3 dec Grundutbildning för ny personal på Danderyds sjukhus

## WebRehab 2013

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, sektionsschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Högsbo). Anna Tölli, Överläkare. Danderyd, Stockholm
Kontaktperson:	Kicki Elfving, Leg. Sjuksköterska. Sandviken
Statistiker:	Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

## Slutenvård 2013

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2012, där inget annat anges.

### ***Demografi och processmått***

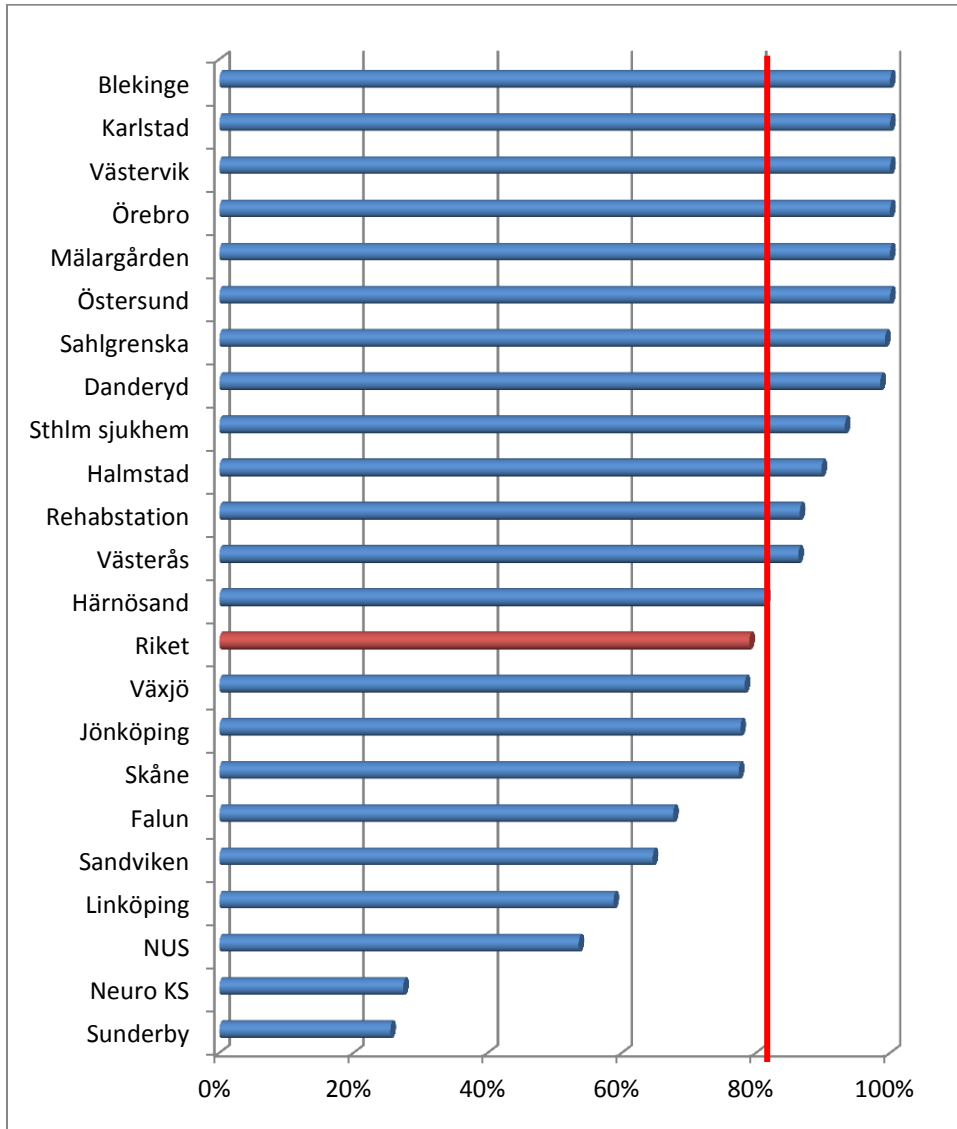
Antal utskrivningar över tid 2007-2013



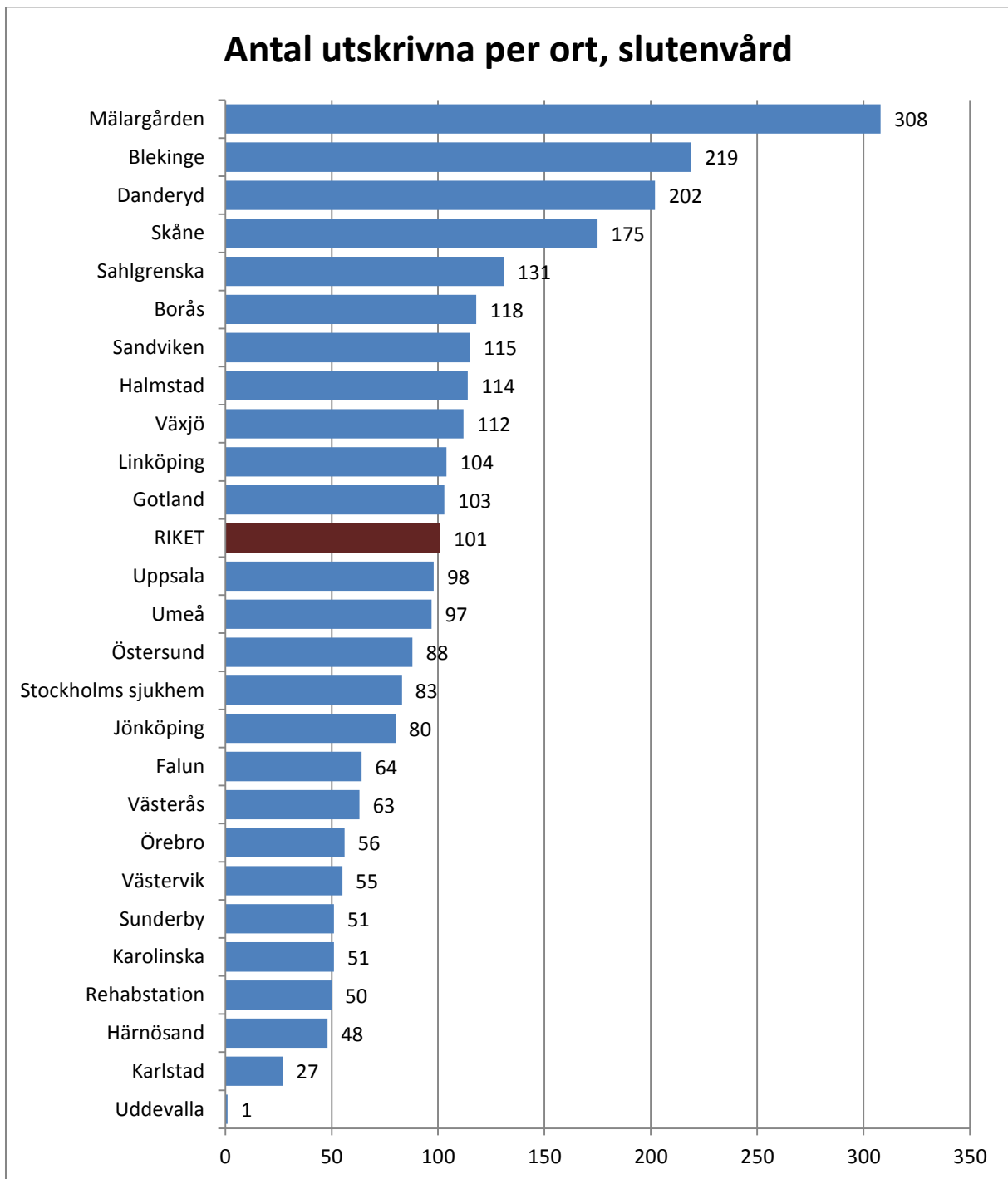
**Figur 1** Antal utskrivna över tid

Antal registreringar i slutenvård fortsätter att öka. Det beror sannolikt på att nya enheter anslutit/kommit igång (Stockholms sjukhem, Rehabstation, Gotland, Karolinska, Västervik).

Vi har tittat på täckningsgrad, d v s hur många av inlagda patienter i slutenvård som registrerats i WebRehab. I riktlinjerna för registret står att de patienter som läggs in för rehabilitering med en vårdtid på minst 3 dagar ska registreras. Målet är att ha en täckningsgrad på minst 80 %. Utifrån att riksgenomsnittet ligger under 80 % finns alltså förutsättningar för fortsatt ökning av antal registreringar.



**Figur 2** Täckningsgrad



**Figur 3** Antal registreringar per sjukhus/rehabcenter

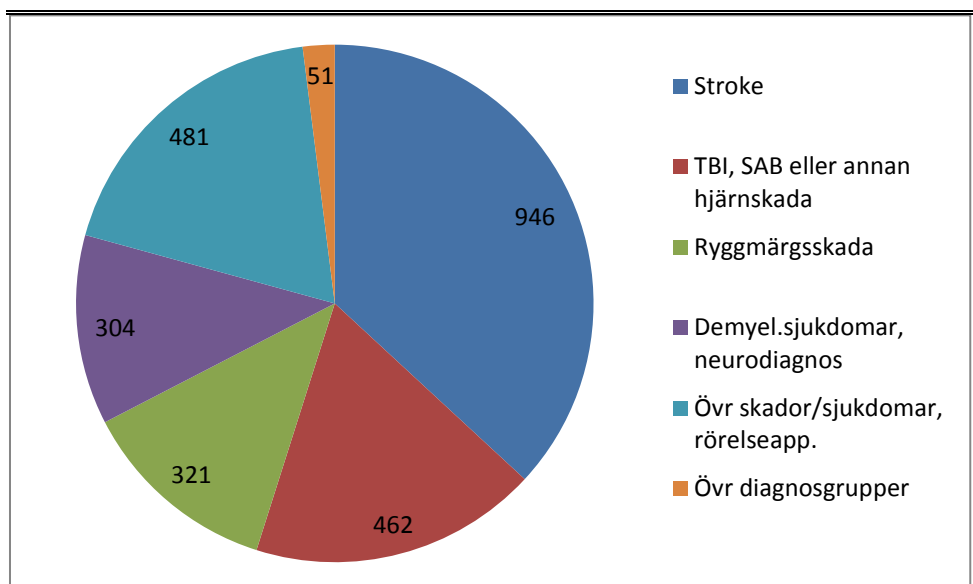
Sammanlagt över riket har 868 vårddagar belagts av patienter som ligger kvar efter att ha bedömts som utskrivningsklara.



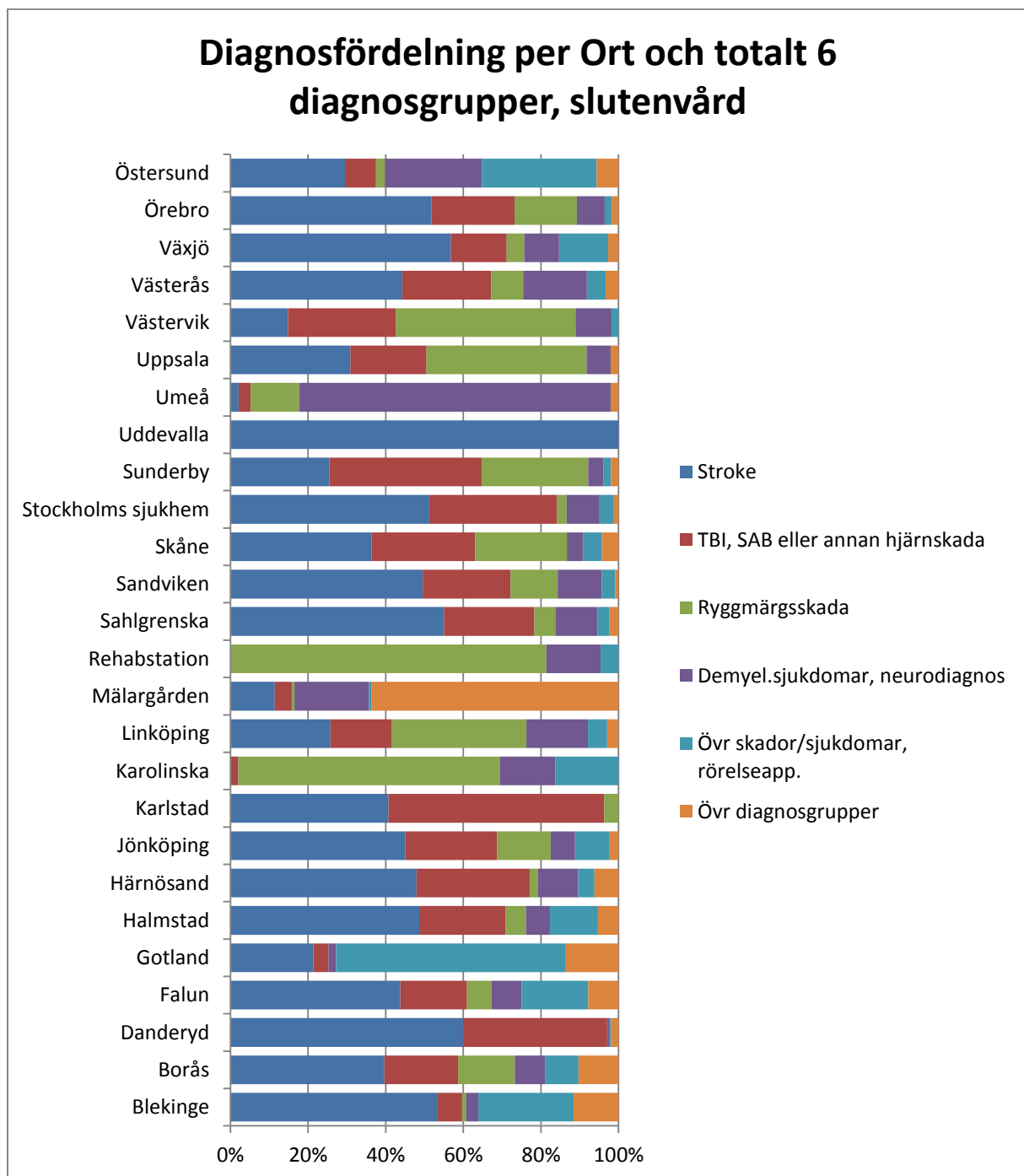
Tabell 1 Diagnosgrupper

<b>Diagnosgrupp</b>	<b>Total</b>	<b>Diagnosgrupp</b>
<b>Stroke</b>	946	1
<b>SAB</b>	99	2
<b>TBI</b>	215	2
<b>Postinfektös/postinflammatorisk hjärnskada</b>	22	2
<b>Anoxisk hjärnskada</b>	44	2
<b>Annan hjärnskada</b>	82	2
<b>Ryggmärgsskada</b>	321	3
<b>Demyeliniserande sjukdomar</b>	75	4
<b>Annan neurodiagnos</b>	229	4
<b>Reumatiska sjukdomar</b>	1	5
<b>Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador</b>	165	5
<b>Amputationer</b>	44	5
<b>Hjärta-, kärl- och lungsjukdom</b>	153	6
<b>Cancersjukdom</b>	79	6
<b>Psykiatrisk sjukdom</b>	8	6
<b>Övriga trauma</b>	31	6
<b>Övriga diagnoser</b>	51	6
<b>Total</b>	<b>2565</b>	

Nr	Diagnosgrupp	
1	Stroke	946
2	TBI, SAB eller annan hjärnskada	462
3	Ryggmärgsskada	321
4	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	304
5	Övr. skador/sjukdomar, rörelseapp.	481
6	Övr. diagnosgrupper	51
<b>Total</b>		<b>2565</b>



**Figur 4** Diagnosfördelning



**Figur 5** Diagnosfördelning per ort

Om man kombinerar antal registreringar med mönstret vad gäller diagnosfördelning, kan man se att vissa enheter liknar varandra. Det kan vara ett underlag för gemensamma samtal. Det finns stora skillnader men också många enheter som liknar varandra.

**Vårdtid**

Tabell 2 Medelvårdtid per enhet

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sthlm sjukhem						15
Uddevalla		40	43			15
Mälargården			18	17	18	17
Västervik						28
Gotland						29
Östersund	35	34	35	35	33	29
Karolinska						29
Umeå				81	54	30
Halmstad	28	28	28	29	32	32
Sandviken	42	38	35	32	36	34
Rehabstation						34
Blekinge	35	39	38	39	35	35
Falun	37	37	25	30	41	35
Linköping	49	44	51	53	49	36
Skåne	34	46	34	38	40	36
<b>RIKET</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>37</b>
Jönköping	38	35	48	39	35	39
Borås	61	57	53	52	38	41
Sunderby	50	64	53	60	76	41
Växjö	46	40	45	43	36	42
Sahlgrenska	31	42	40	39	38	44
Västerås	71	71	65	52	34	44

## WebRehab 2013

Härnösand	28	30	36	36	38	48
Uppsala	71	60	62	50	48	51
Örebro	48	47	48	56	51	57
Danderyd	76	66	72	68		60
Karlstad	88	133	57	61	48	68

Medelvårdtid har blivit kortare i riksperspektiv men trenden är ändå varierande på olika kliniker. En förklaring till kortare vårdtid kan vara att flera av i registret nya enheter har korta vårdtider. Varje klinik bör analysera sin egen utveckling.

Tabell 3 Medelvårdtid per diagnos

Sjukhus	Diagnosgrupp							Total
	Stroke	TBI, eller hjärnskada	SAB annan hjärnskada	Ryggmärgs-skada	Demyel.sjukd, neurodiagnos	Övr. skador/sjukd, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper	
Blekinge	32	49		23	33	39	38	35
Borås	41	48		44	33	38	33	41
Danderyd	66	52			50	58	50	60
Falun	33	39		54	44	31	28	35
Gotland	43	26			55	23	29	29
Halmstad	36	26		32	20	32	25	32
Härnösand	50	49		7	62	27	33	48
Jönköping	40	37		45	28	36	24	39
Karlstad	64	74		17				68
Karolinska		57		23	50	31		29
Linköping	43	35		36	27	19	53	36
Mälargården	20	18		41	19	19	15	17
Rehabstation				35	36	22		34
Sahlgrenska	45	37		64	39	60	27	44
Sandviken	31	31		62	30	17	22	34
Skåne	40	32		38	29	36	33	36
Sthlm sjukhem	16	13		17	13	19	3	15
Sunderby	48	30		41	46	39	179	41
Uddevalla	15							15
Umeå	24	45		75	22		25	30
Uppsala	58	54		47	35		20	51
Västervik	30	32		20	52	26		28
Västerås	37	54		70	30	92	15	44
Växjö	45	39		33	37	36	54	42
Örebro	58	59		68	36	50	19	57
Östersund	41	36		13	21	25	17	29
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>40</b>		<b>40</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>36</b>

Vårdtiden varierar mellan enheter. I sin bedömning bör man ta med att ryggmärgsskador oftast vårdas på två olika enheter under första inläggningen för rehabilitering.

## Genusperspektiv

Tabell 4 Fördelning av män och kvinnor över tid.

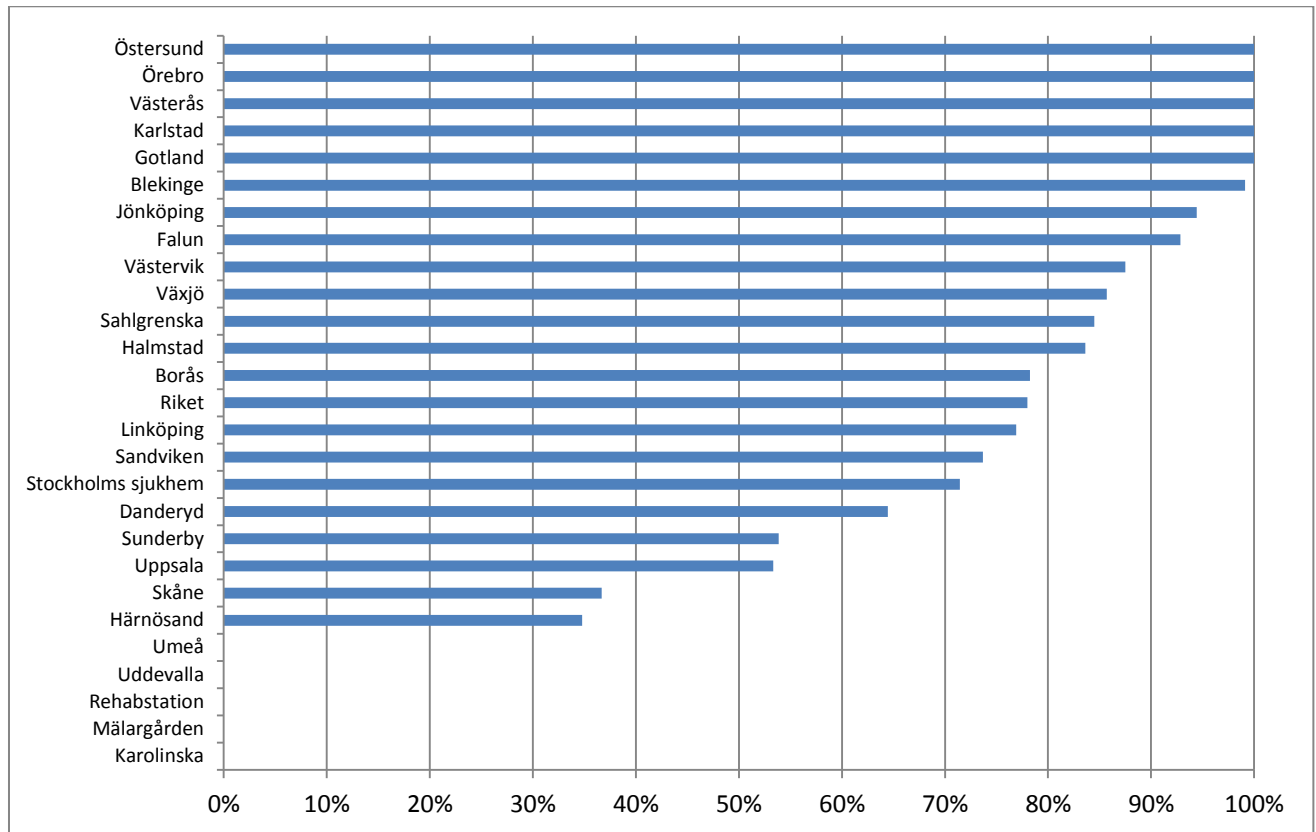
	2010	2011	2012	2013
Män	59 %	59 %	57 %	59 %
Kvinnor	41 %	41 %	43 %	41 %

Tabell 5 Genus- och åldersfördelad vårdtid

Åldersgrupp	Kön	Antal	Medel	Median
<b>15 år och yngre</b>	Man	5	39,6	39,0
	Kvinna	1	8,0	8,0
	Total	6	34,3	35,5
<b>16-44 år</b>	Man	273	43,0	30,0
	Kvinna	175	36,2	25,0
	Total	448	40,4	28,5
<b>45-64 år</b>	Man	768	41,7	33,0
	Kvinna	486	36,1	27,0
	Total	1254	39,5	31,0
<b>65 år och äldre</b>	Man	500	33,2	26,0
	Kvinna	405	26,3	19,0
	Total	905	30,1	22,0
<b>Total</b>	<b>Man</b>	<b>1546</b>	<b>39,2</b>	<b>30,5</b>
	<b>Kvinna</b>	<b>1067</b>	<b>32,4</b>	<b>23,0</b>
	<b>Total</b>	<b>2613</b>	<b>36,4</b>	<b>28,0</b>

Fördelningen män och kvinnor är oförändrad över åren 2010-2013. Män har dock längre vårdtider än kvinnor i alla åldersgrupper. Det är anmärkningsvärt och behöver analyseras närmare.

## Andel stroke inskrivna från strokeenhet



**Figur 6** Andel stroke inskrivna från strokeenhet

I nationella riktlinjerna anges att strokepatienter ska vårdas på strokeenhet. Det är i det perspektivet anmärkningsvärt stora skillnader i andel intagna från strokeenhet. En förklaring kan vara att patienter tagits in från hemmet efter utskrivning från strokeenhet.



Tabell 7 Analys utifrån olika stora eller organisationsmässigt olika enheter

Subgrupper sjukhus/enheter	Antal patienter	
Universitetskliniker	557	Umeå, Örebro, Uppsala, Danderyd, Linköping, Göteborg, Lund
Övriga Landstingsbaserade enheter	1615	Blekinge, Karlstad, Västervik, Östersund, Halmstad, Västerås, Härnösand, Växjö, Jönköping, Falun, Sandviken, NUS, Sunderbyn
Privata/stiftelseägda	441	Frykcenter, Mälargården, Rehabstation, Stockholms sjukhem

Tabell 8 Antal och andel yngre/äldre än 65 år inom de tre subgrupperna.

		Ålder			
		Universitetskliniker	Privata/stiftelseägda	Övriga Landstingsbaserade enheter	Total
Yngre än 65	Antal	487	194	1027	1708
	Andel	87%	44%	64%	65%
Äldre eller lika med 65	Antal	70	247	588	905
	Andel	13%	56%	36%	35%

Tabell 9 Könsfördelning.

		Kön			
		Universitetskliniker	Privata/stiftelseägda	Övriga Landstingsbaserade enheter	Total
Man	Antal	363	186	997	1546
	Andel	65%	42%	62%	59%
Kvinna	Antal	194	255	618	1067
	Andel	35%	58%	38%	41%

Tabell 10 Diagnosgruppsfördelning.

		Diagnosgrupper			
		Universitetskliniker	Privata/stiftelseägda	Övriga Landstingsbaserade enheter	Total
1	Antal	208	76	662	946
	Andel	38%	18%	42%	37%
2	Antal	125	40	297	462
	Andel	23%	10%	19%	18%
3	Antal	96	33	186	321
	Andel	17%	9%	12%	13%
4	Antal	104	70	130	304
	Andel	19%	17%	8%	12%
5	Antal	7	7	227	241
	Andel	1%	2%	14%	9%
6	Antal	12	190	89	291
	Andel	2%	4%	6%	11%

Diagnosgrupper: **1** Stroke, **2** TBI,SAB eller annan hjärnskada, **3** ryggmärgsskada, **4** Demyel. sjukdomar, neurodiagnos **5** Övriga sjukdomar/skador rörelseapp, **6** Övriga diagnosgrupper.

Det är påtagliga skillnader vad gäller vårdtid, väntetid, ålder och i viss mån diagnoser. De privata enheterna skiljer ut sig mer av naturliga skäl utifrån annan profil. Värt att tänka på är att ryggmärgsskadade personer kan ha först ha vårdats på universitetssjukhus och senare på annan landstingsägd enhet eller privat enhet.

### **Rökning, alkohol- och drogmissbruk**

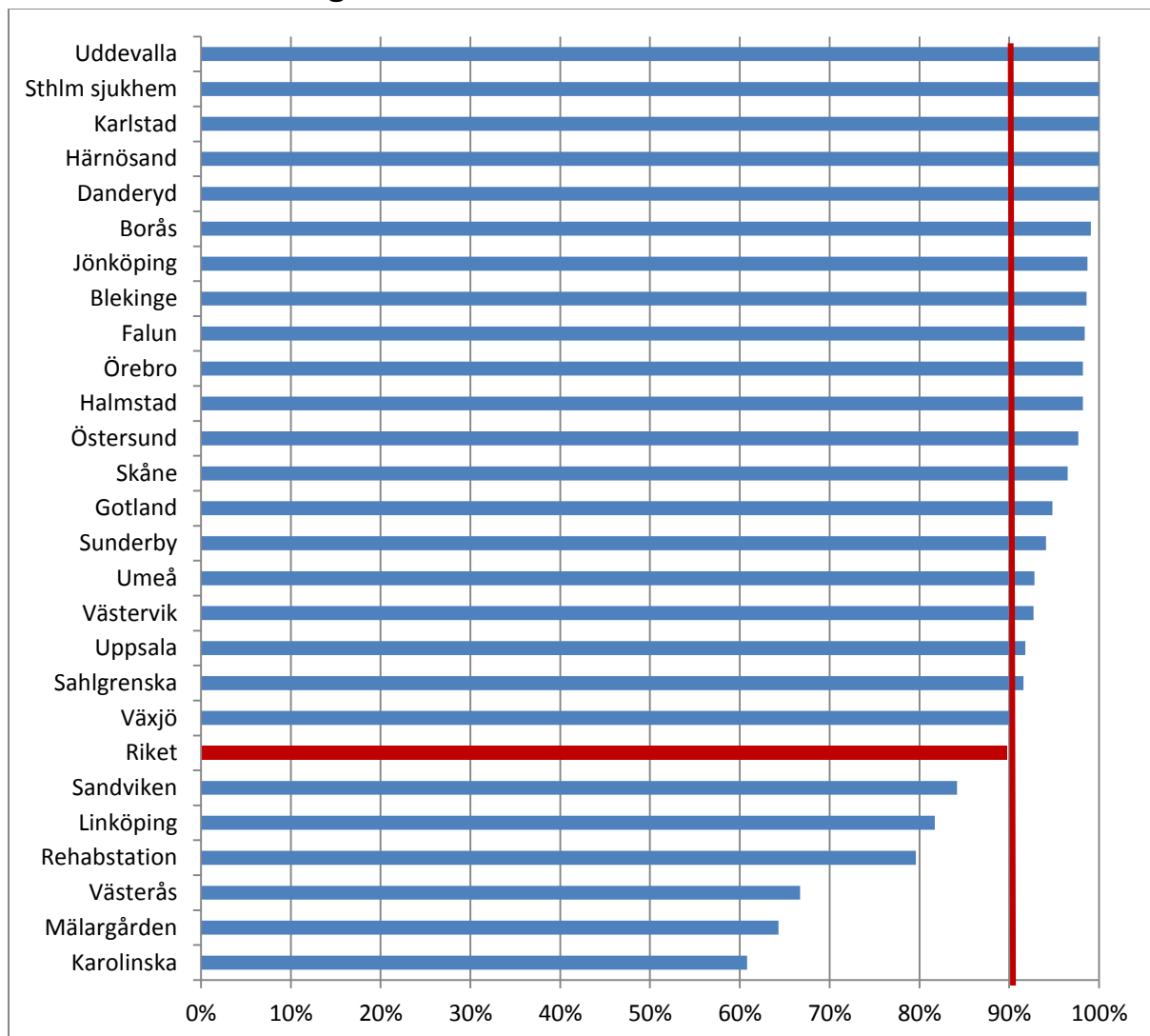
Om man undersöker frekvensen av olika typer av missbruk de senaste 5 åren ser man att rökning minskat men att ingen ändring egentligen föreligger för övrigt. Tabellen visar total andel i % av alla patienter där man registrerat "ja" på frågan om rökning, snus etc.

Tabell 11 Andel rökning/missbruk

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Rökning	19,0	18,7	17,6	16,1	16,2
Snus	7,4	6,9	7,5	7,6	8,0
Alkohol	6,4	7,4	7,1	7,1	6,3
Droger	1,7	2,0	2,0	2,0	1,6
Läkemedel	1,4	1,8	1,9	1,8	1,6

# Användningsgrad

## Körkortsbedomning



**Figur 7** Körkortsbedomning

Målnivån 90 % bedömda nås på riksnivå.

### **ADL-förmåga**

ADL-förmåga är bedömd i 77 % av fallen vid inskrivning (76 %) och i 74 % vid utskrivning (76 %).

### **EQ5D**

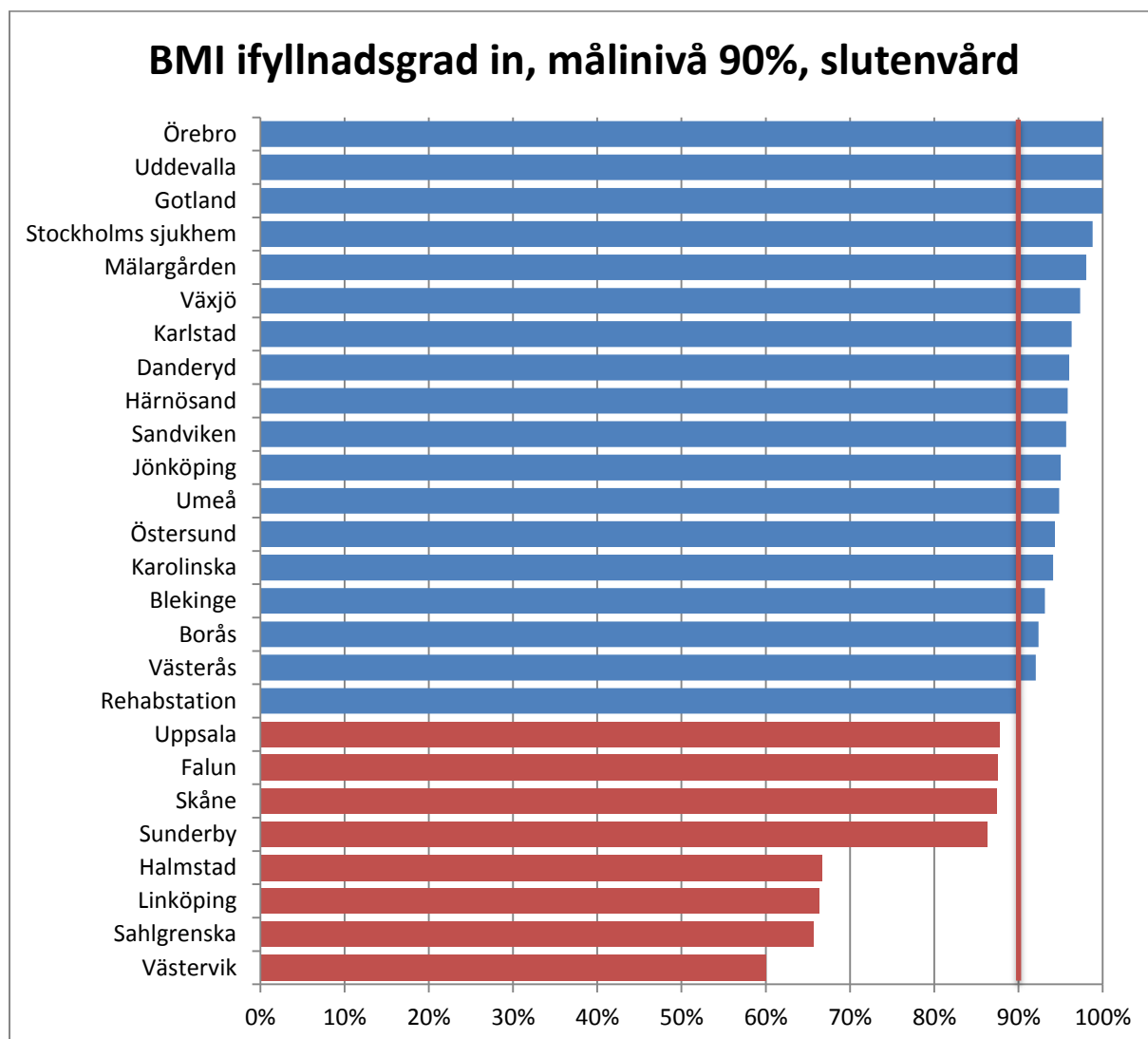
EQ5D är använt i 79 % av fallen vid inskrivning (78 %) och 71 % vid utskrivning (69 %).

### **LiSat**

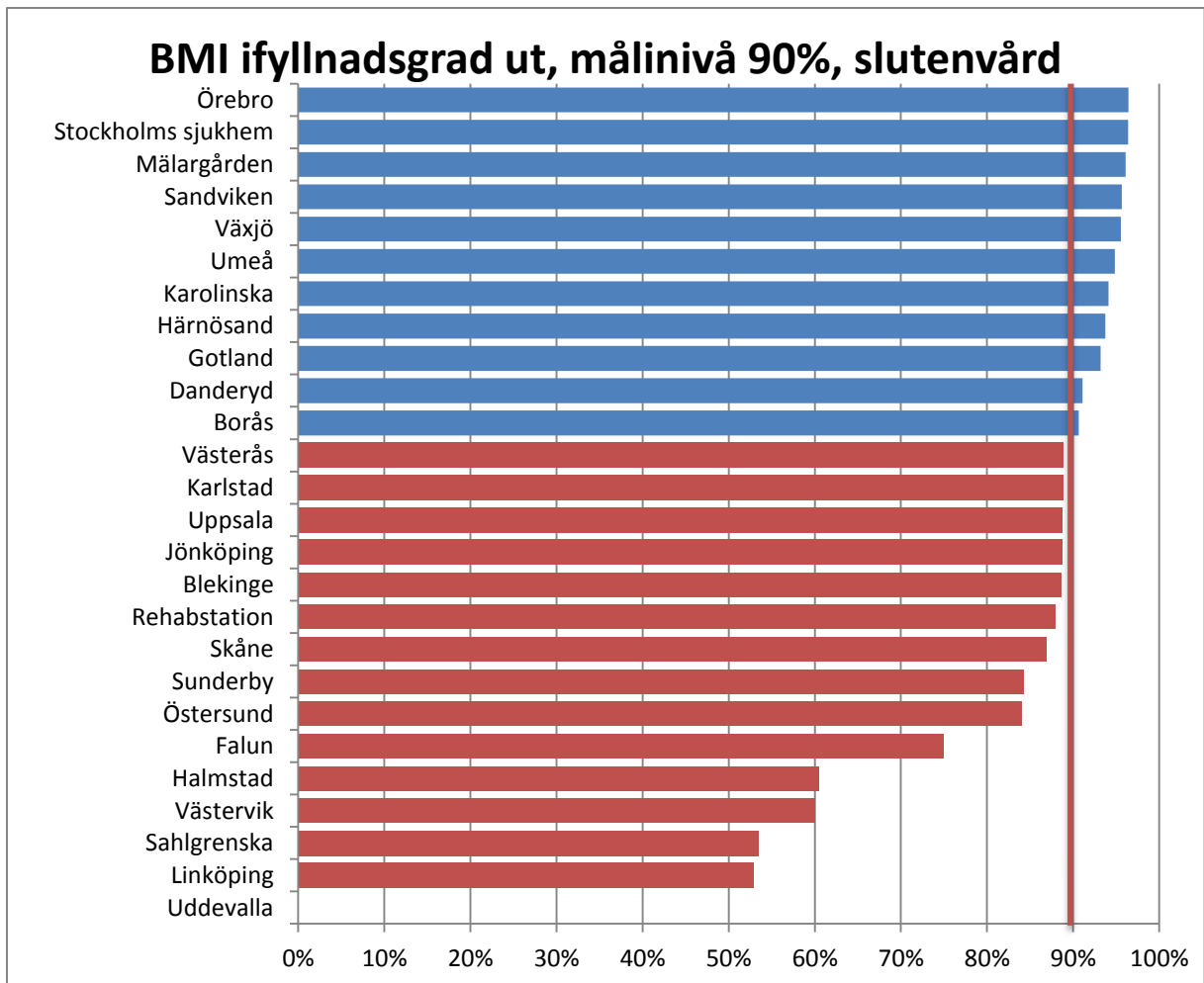
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 40 % av fallen vid utskrivning (41 %).

## BMI

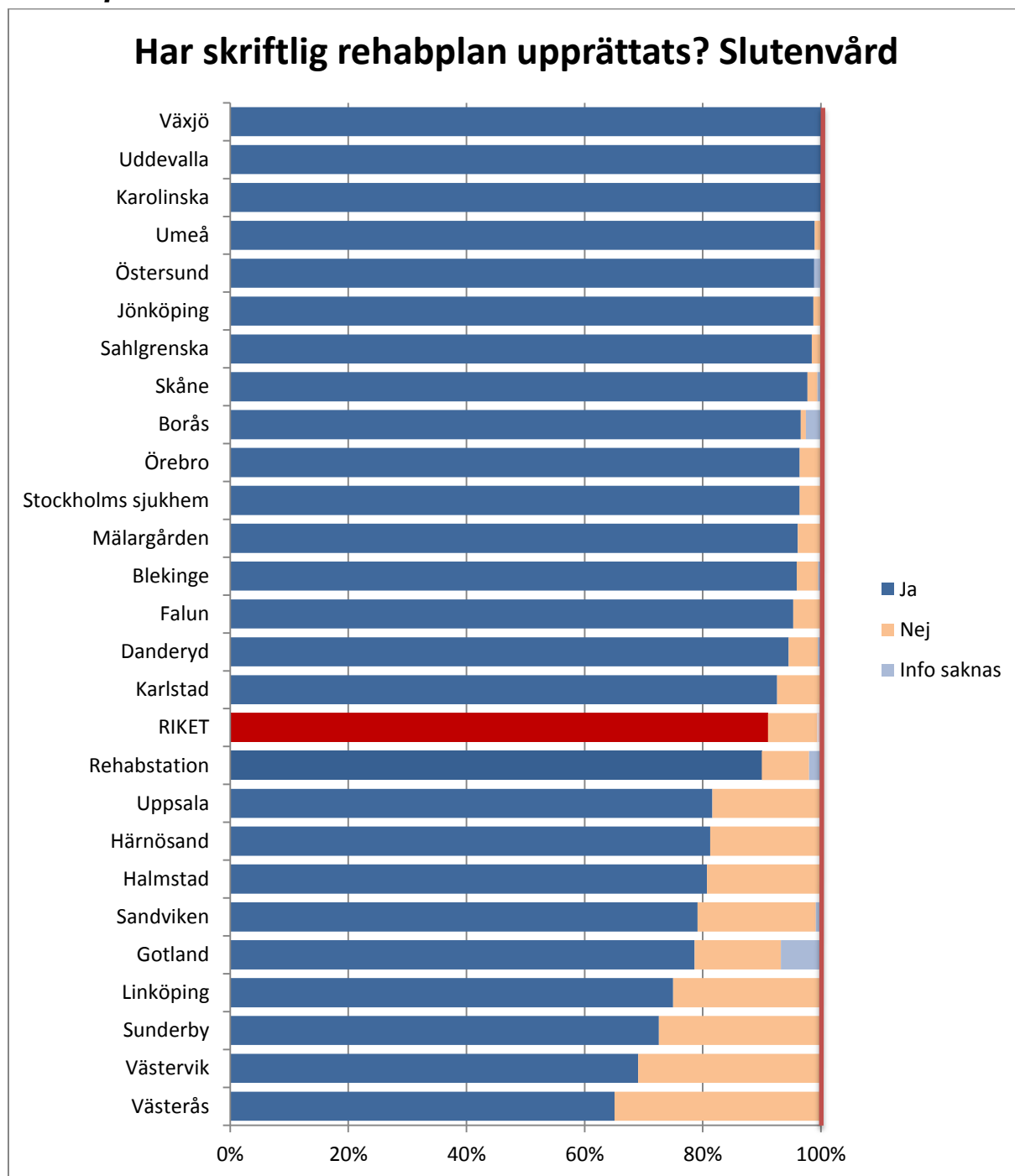
Viktutvecklingen är viktig att följa under rehabiliteringen efter en skada eller insjuknande varför målnivån är satt så högt som 90 % vid både in- och utskrivning. Genomsnittligt för riket registreras BMI i 90 % (91 %) av fallen vid inskrivning och i 86 % (87 %) av fallen vid utskrivning.



**Figur 8** BMI ifyllnadsgrad vid inskrivning



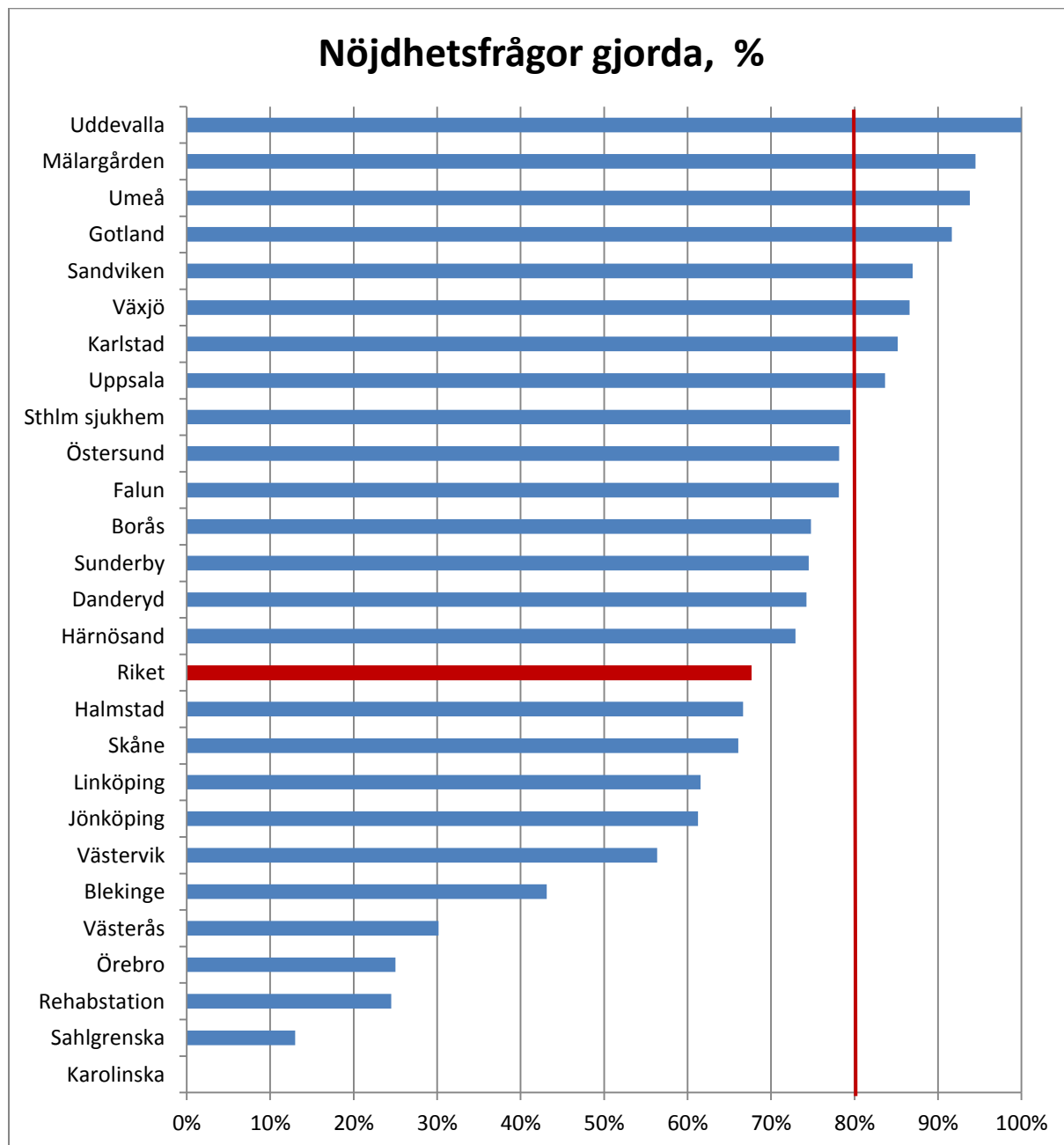
**Figur 9** BMI ifyllnadsgrad vid utskrivning

**Rehabplan****Figur 10 Rehabplan**

Enligt Socialstyrelsen ska rehabplan upprättas i samband med inläggning för rehabilitering. En förklaring till lägre andel av upprättade rehabplaner kan vara att patienten legat inne för enbart utredning eller att vårdtillfället avbrutits av medicinska skäl eller p.g.a. eget beslut.

## Nöjdhet

Målnivå för registret är att minst 80 % av patienterna ska bli tillfrågade om hur nöjda de är med olika aspekter av rehabiliteringen. Dit når vi inte enligt riksgenomsnittet.



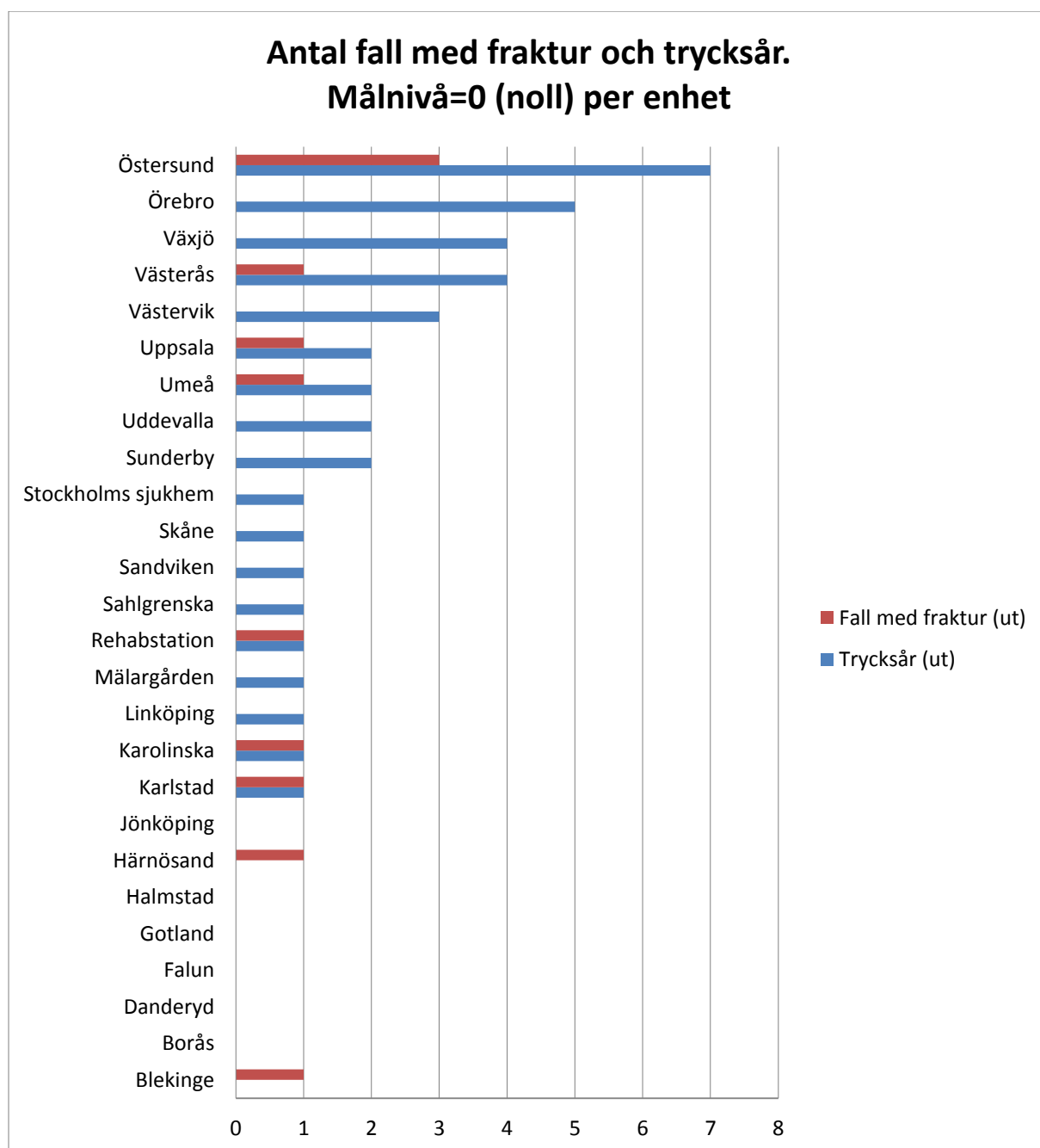
**Figur 11** Nöjdhetsfrågor

## Resultatmått

Antal avlidna var 7 (4) under 2013, ett fortsatt lågt antal.

### Komplikationer

För antalet komplikationer har vi en 0-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2013 registrerades 11 fall med fraktur och 40 trycksår totalt. Utifrån 2613 registreringar totalt är det förstås låga tal men det är ändå inte möjligt att ha något annat mål än en 0-vision.



**Figur 12** Antal fall med fraktur och trycksår



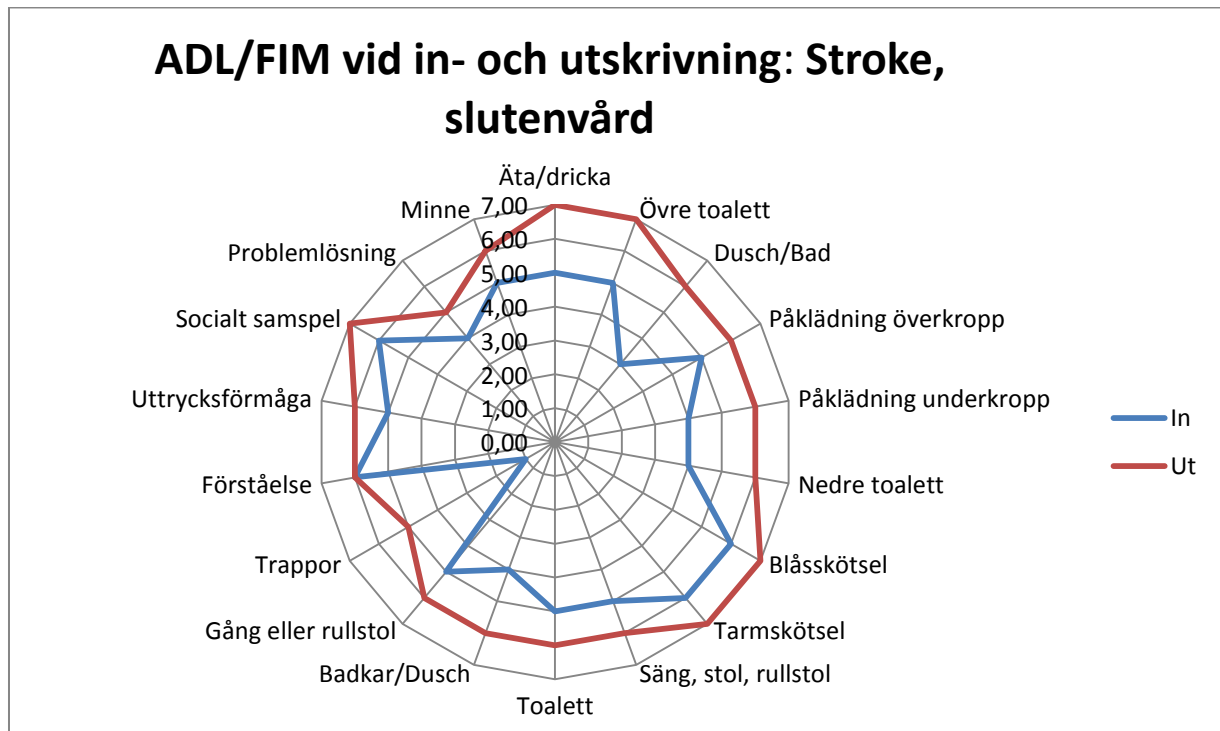
Det är viktigt att analysera antal komplikationer i relation till antal registreringar. För redovisning av samtliga komplikationer på varje enhet, hänvisas till appendix.

Tabell 12 Följande tabell visar totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt.

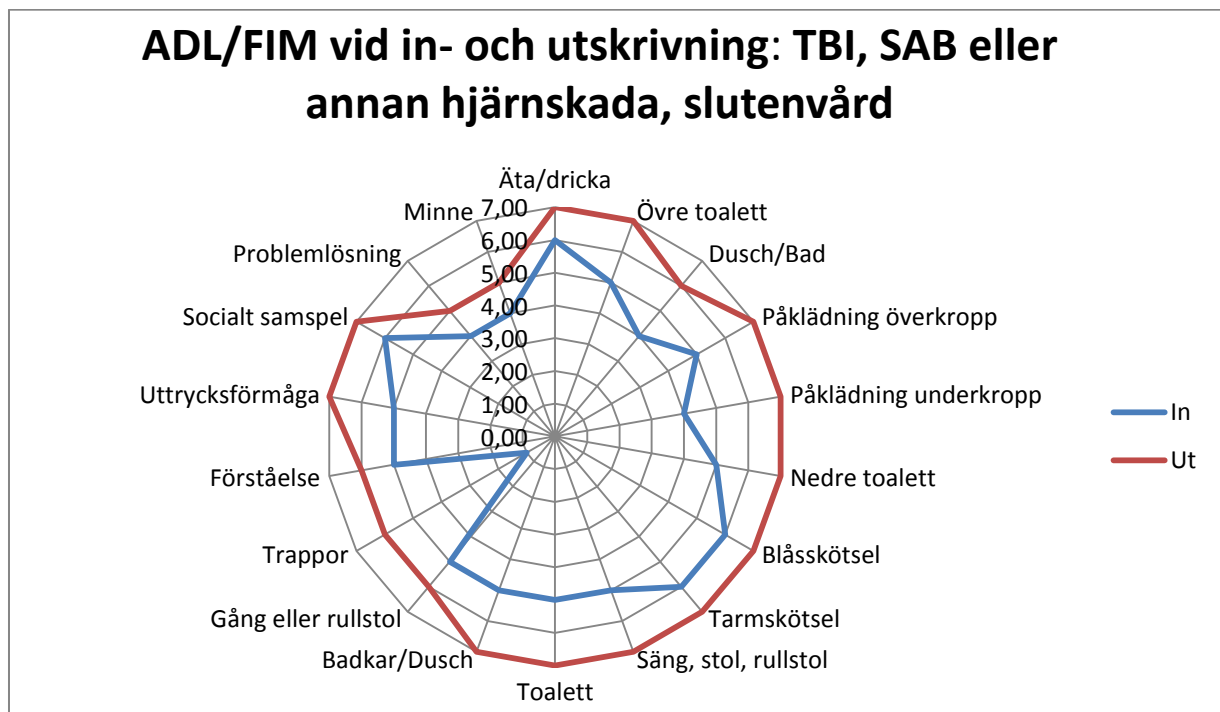
<b>Komplikationer</b>	<b>Antal</b>
Ulcus	3
Meningit	3
Heterotop bennybildning	11
Fall med fraktur	11
Ny hjärnskada	17
Kontrakturer	21
DVT	24
Avvikit från avdelningen	25
Hydrocefalus	28
Lungemboli	29
Infektion med multiresistenta bakterier	32
Trycksår	40
Pneumoni	46
Epilepsi	55
Övre UVI	115
Annan komplikation	183
Annan infektion	222
Totalt	865

## ADL-förmåga

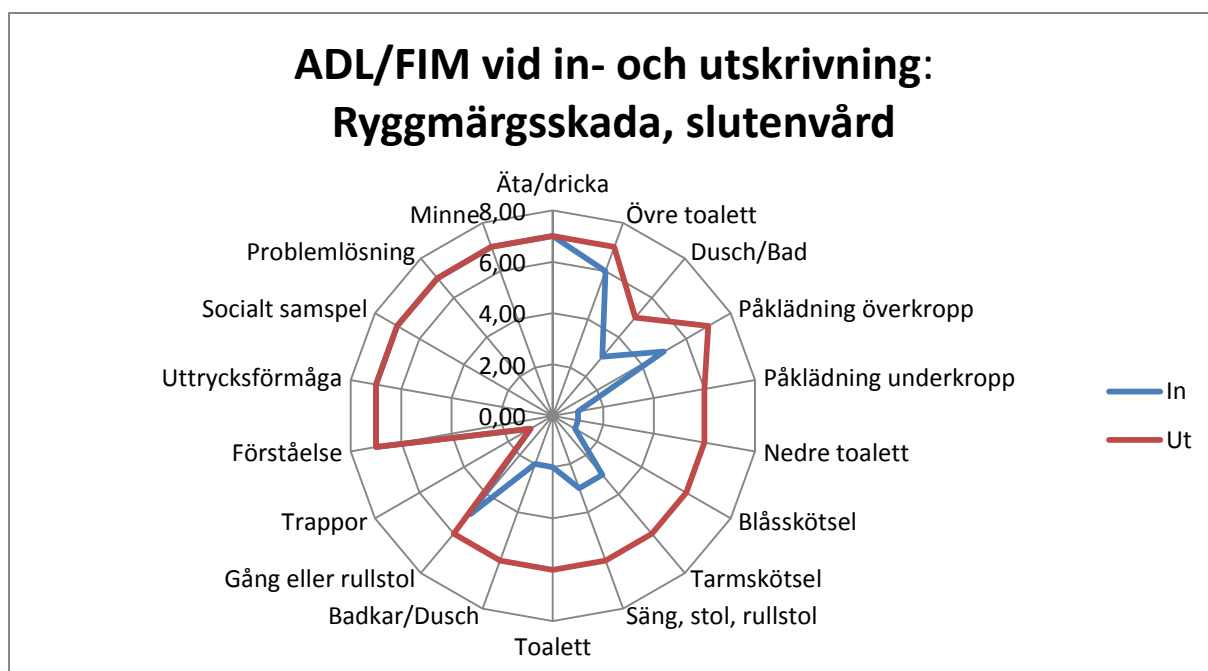
Vi har valt att redovisa 4 av de totalt 6 sammanslagna diagnosgrupperna. Man ser klara förbättringar vid ut- jämfört med vid inskrivning men mönstren varierar beroende på diagnosgrupp.



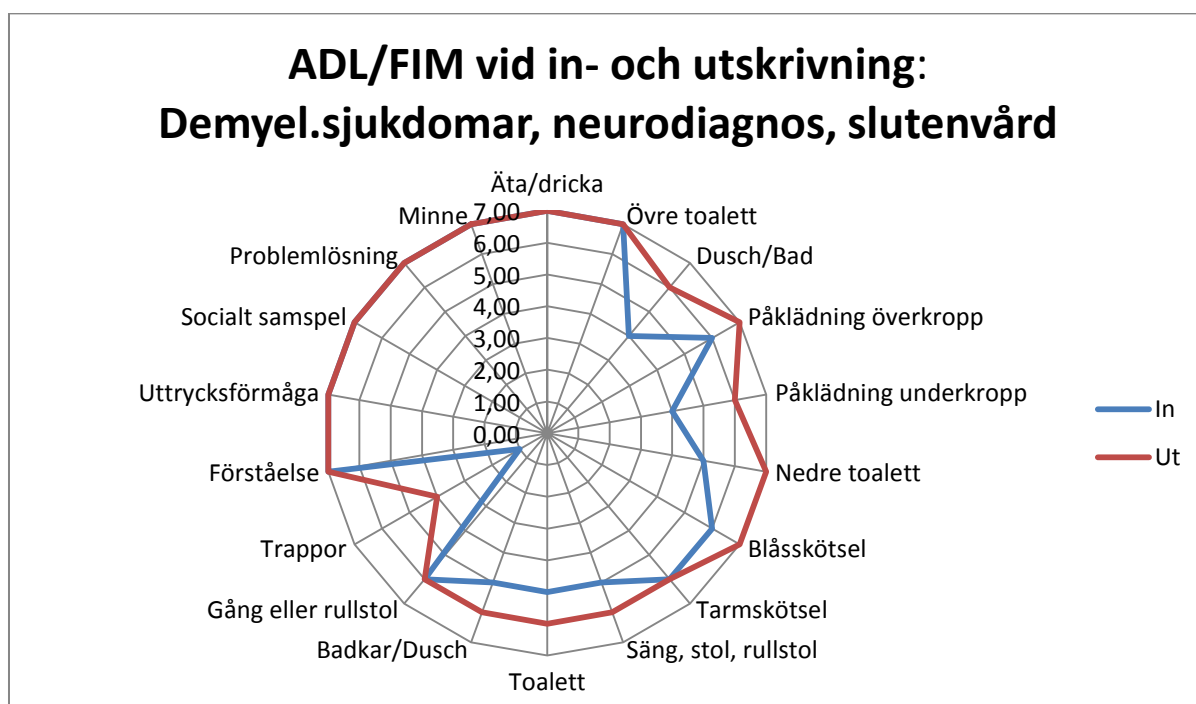
Figur 13 ADL/FIM vid in- och utskrivning: Stroke



Figur 14 ADL/FIM vid in- och utskrivning: TBI, SAB eller annan hjärnskada



**Figur 15** ADL/FIM vid in- och utskrivning: Ryggmärgsskada



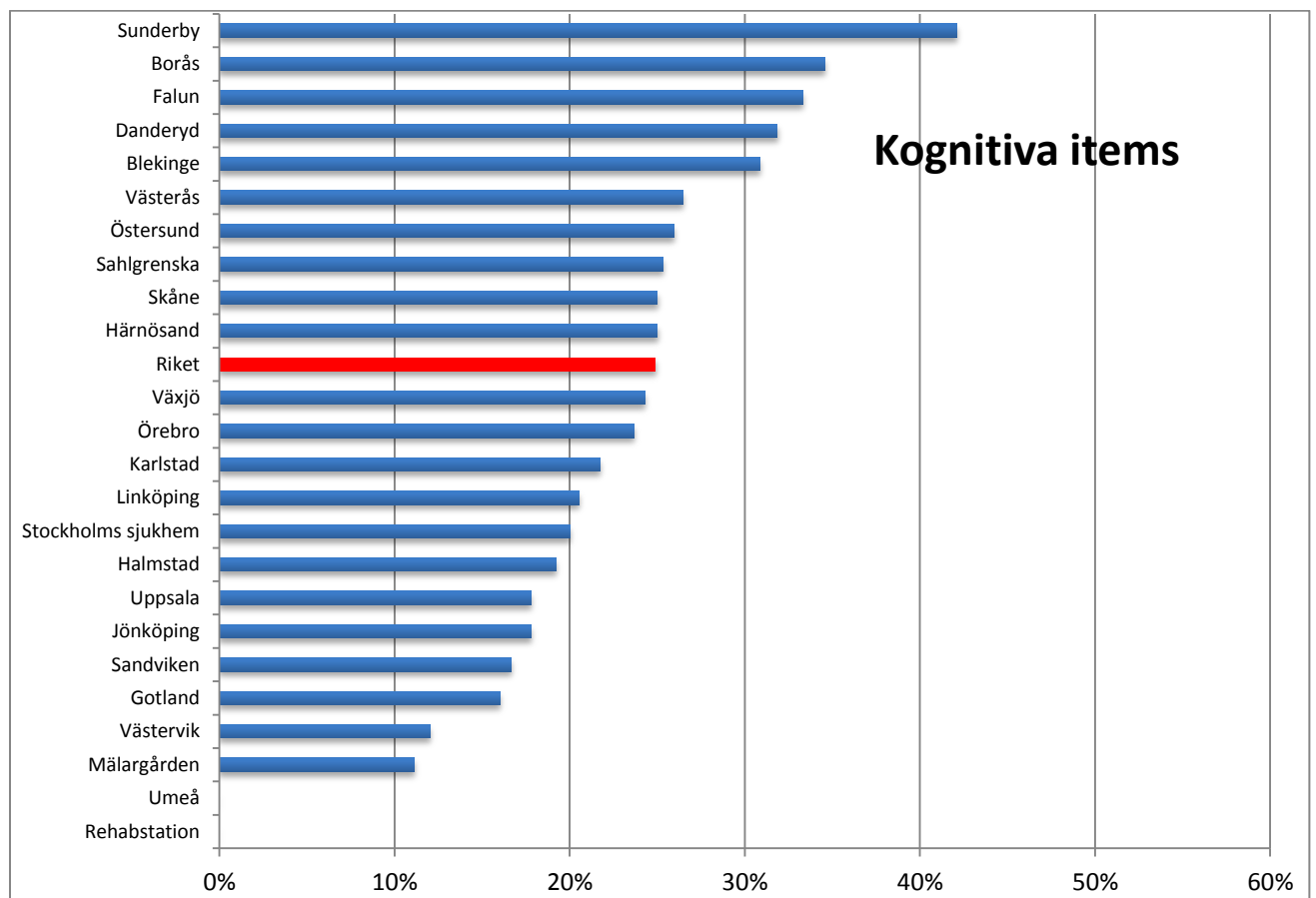
**Figur 16** ADL/FIM vid in- och utskrivning: Demyel. Sjukdomar, neurodiagnos

**Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning.**

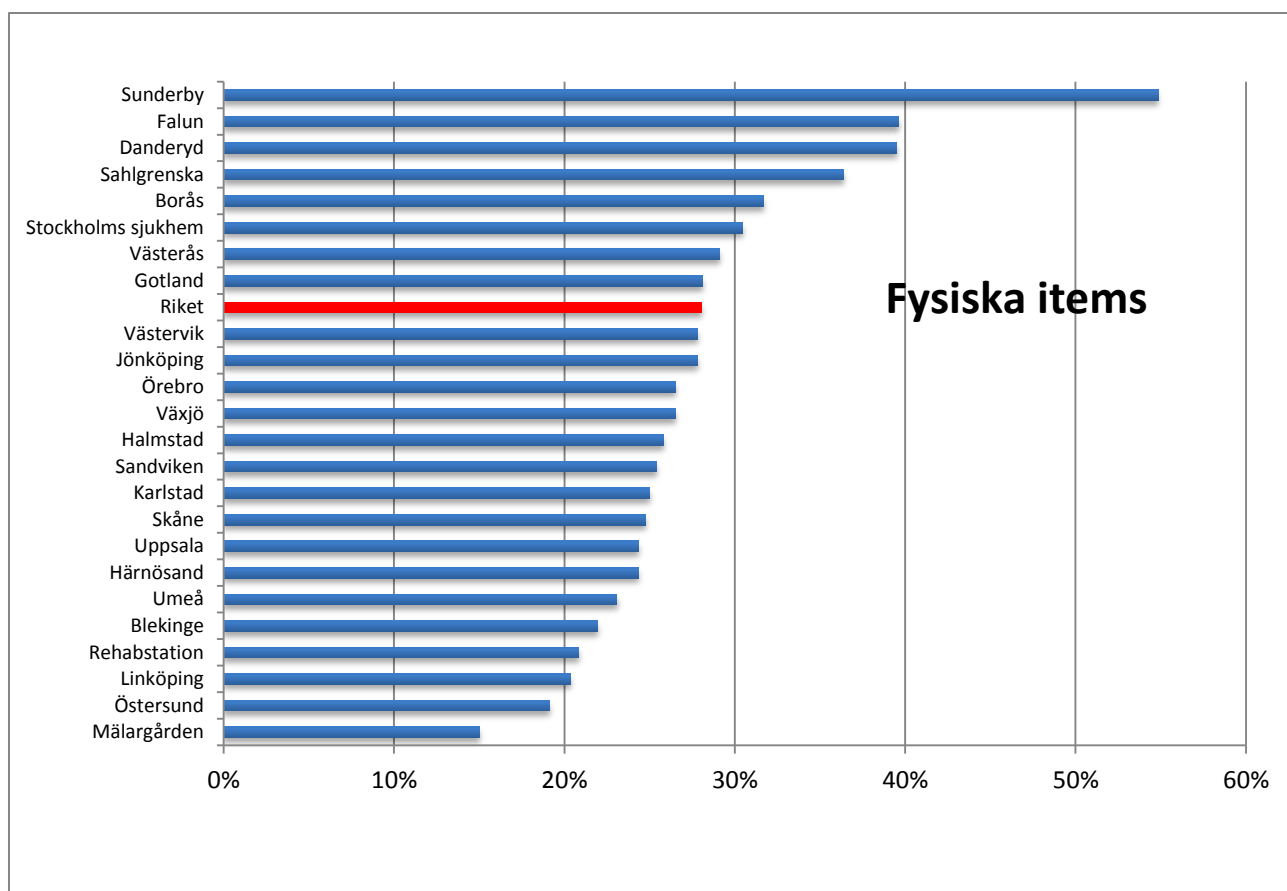
ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga och 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg där 1-5 innebär beroende av hjälp av annan person och 6-7 innebär självständighet.

Analysen är gjord enligt att patienten räknas som beroende om någon av variablerna har klassats som nivå 5 eller lägre. Om man är självständig med hjälpmedel eller att aktiviteten tar längre tid än normalt så bedöms man tillhöra nivå 6.

Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Följande analys baserar sig på att man räknas som beroende om man har bedömts höra till skalsteg 5 eller lägre i minst 1 item.



**Figur 17** Kognitiva items



**Figur 18** Fysiska items

## **BMI**

Det är små variationer i BMI mellan diagnosgrupperna. In-värdet varierar mellan 25,1-26,6 och ut-värdet mellan 25,3-26,6. För riket är BMI in och ut detsamma – 26, vilket är strax över gränsvärdet för övervikt (BMI 25). För mer ingående analys på respektive klinik hänvisas till appendix.

## **ICF**

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har endast 30 % ifyllnadsgrad (773 patienter). Det kan avspegla att den varit svår att hantera. Från och med 2014 finns denna lista både vid in- och utskrivning. I och med det kan man förvänta sig att vi får en bättre bild av förändring av funktionsnedsättning – body function and structure enligt ICF – i årsrapport för 2014. Listan kommer också att revideras för att förbättra dess användbarhet.

Efterföljande tabell visar förekomst av alla typer av funktionsnedsättningar/symtom som registrerats 2013.

Tabell 13 Typer av funktionsnedsättningar/symptom som registreras

<b>Psykiska funktioner</b>					
	Antal	Procent			
Nedstämdhet/depression (ut)	165	21 %	Huvudvärk (ut)	61	8 %
Ångest (ut)	93	12 %	Smärta rygg, nacke (ut)	132	17 %
Hallucinos/vanföreställning (ut)	15	2 %	Smärta skuldra (ut)	112	14 %
Andra psykotiska symtom (ut)	8	1 %	Smärta extremitet (ut)	169	22 %
Annan emotionell störning (ut)	37	5 %	Smärta diffus nedom skadenivån (spinalskada) (ut)	39	5 %
Desorientering (ut)	75	10 %	Smärta, diffus eller multipla lokalisationer (ut)	72	9 %
Nedsatt uppmärksamhet (ut)	281	36 %	<b>Röst, tal och språk</b>		
Nedsatt minne	300	39 %	Dysartri/anartri (ut)	121	16 %
Neglekt	69	9 %	Afasi/dysfasi (ut)	127	16 %
Spatial störning/perceptionsstörning (ut)	123	16 %	Hjärta, kärl och andning	Antal	Procent
Dysexekutiv störning (ut)	131	17 %	Nedsatt hjärtfunktion (ut)	103	13 %
Apraxi	61	8 %	Nedsatt perifer cirkulation (ut)	39	5 %
Nedsatt mental ork/uthållighet (ut)	382	49 %	Nedsatt andningsfunktion (ut)	49	6 %
Annan kognitiv störning (ut)	100	13 %	Autonom dysreflexi (ut)	11	1 %
Impulskontrollstörning (ut)	37	5 %	Postural hypotension (ut)	19	2 %
Utagerande/aggressiv beteendestörning (ut)	18	2 %	Bradykardi (ut)	2	0 %
Passiv beteendestörning (ut)	30	4 %	Matsmältning, ämnesomsättning och endokrin		
Sömnstörning (ut)	162	21 %	Sväljningssvårigheter (ut)	56	7 %
<b>Sinnesfunktioner och smärta</b>			Nutritionsstörning (ut)	47	6 %
Nedsatt synskärpa (ut)	141	18 %	Störd tarmfunktion(diarré, inkontinens,förstoppning) (ut)	185	24 %
Synfältsstörning (ut)	135	17 %	Störd thyreoideafunktion (ut)	21	3 %
Ögonmotilitetsstörning (ut)	54	7 %	SIADH (ut)	4	1 %
Hörselnedsättning (ut)	53	7 %	Annan hypofysfunktions-störning (ut)	1	0 %
Lukt-nedsättning (ut)	8	1 %	Annan endokrin störning (ut)	2	10 %
Smak-nedsättning (ut)	11	1 %	Könsorgan och urinorgan		
Sensibilitetsnedsättning (ut)	293	38 %	Nedsatt njurfunktion (ut)	44	6 %
Nedsatt proprioception (ut)	144	19 %	Neurogen blåsrubbnig (ut)	157	20 %
Nedsatt balans (vestibulärt) (ut)	33	4 %			

Urininkontinens (ut)	118	15 %	Ataxi/dystaxi (ut)	77	10 %
Störd sexuell funktion (ut)	71	9 %	Spasticitet (ut)	169	22 %
Neuromuskulo-skelettal rörelserelaterad funktion	och		Annan tonusrubbing (ut)	34	4 %
Hemipares vänster (ut)	124	16 %	Balansstörn. (ej vestibular) (ut)	347	45 %
Hemipares höger (ut)	115	15 %	Hud		
Parapares (ut)	92	12 %	Brännskada (ut)	3	0 %
Tetrapares (ut)	66	9 %	Opsår (ut)	75	10 %
Annan pares (ut)	71	9 %	Andra sår/hudproblem (ut)	102	13 %
Inskränkt rörlighet/kontraktur (ut)	118	15 %			

## NIHSS

Användningsgraden av NIHSS har ökat från 88 patienter 2012 till 282 patienter 2013.

NIHSS ut							
NIHSS in	0	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	Total
0	50	5	0	0	0	0	55
1-4	23	90	4	1	0	0	118
5-8	2	19	22	0	0	0	43
9-12	0	8	9	12	2	0	31
13-16	0	2	1	12	6	1	22
17-20	0	1	1	2	4	1	9
21-24	0	1	0	0	3	0	4
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>126</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>282</b>

**Figur 19** NIHSS in och kategoriserad

13 (5 %) av patienterna är sämre vid utskrivning jämfört med vid inskrivning. 88 (31 %) har förbättrats. 181 (64 %) har oförändrad NIHSS vid utskrivning men då hade 140 av dem låg grad av nedsättning vid inskrivningen (0-4 i NIHSS). Anmärkningsvärt är alltså att hälften av patienterna hade mycket låg grad av funktionsnedsättning vid inskrivningen enligt NIHSS, vilket kan bero på att trötthet och kognitiva nedsättningar inte fångas väl av NIHSS.

**DOC**

Sammanlagt har endast 28 patienter registrerats under Disorders Of Consciousness i samband med inskrivning och det är inte alla enheter som haft några sådana patienter. Vid utskrivning har många förbättrats men 13 patienter befinner sig fortfarande i medvetandesänkt tillstånd eller i locked-in syndrome.

Tabell 14 DOC vid in- och utskrivning per enhet.

Sjukhus	DOC in						DOC ut			
	Coma	Veg state	Min resp state	Akin mutism	Locked in s	Paradienc s	Coma	Veg state	Min resp state	Akin mutism
Blekinge	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Borås	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Danderyd	1	2	3	0	0	0	1	0	1	0
Halmstad	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0
Härnösand	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jönköping	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Karlstad	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sandviken	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Uppsala	0	2	4	1	0	0	0	2	3	2
Västervik	0	2	2	1	0	1	0	0	2	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>



## GOSE

Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) är ett bedömningsinstrument för global funktion personligt, i hem och i samhälle, där 1=död, 2=vegetativt tillstånd, 3-4=svår funktionsnedsättning, 5-6=måttlig funktionsnedsättning och 7-8=gott utfall. Används enbart i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador.



Figur 20 GOSE vid utskrivning. Poängfördelad

RLS – Reaction Level Scale visar medvetandegrad där 1=helt vaken och 8=mycket djupt medvetslös. Enligt följande tabell kan även personer som är vakna vid inkomst få ett utfall med hög grad av funktionsnedsättning. De som är medvetslösa vid inkomst (RLS 4-8) har i hög grad ett utfall med påtaglig funktionsnedsättning enligt GOSE.

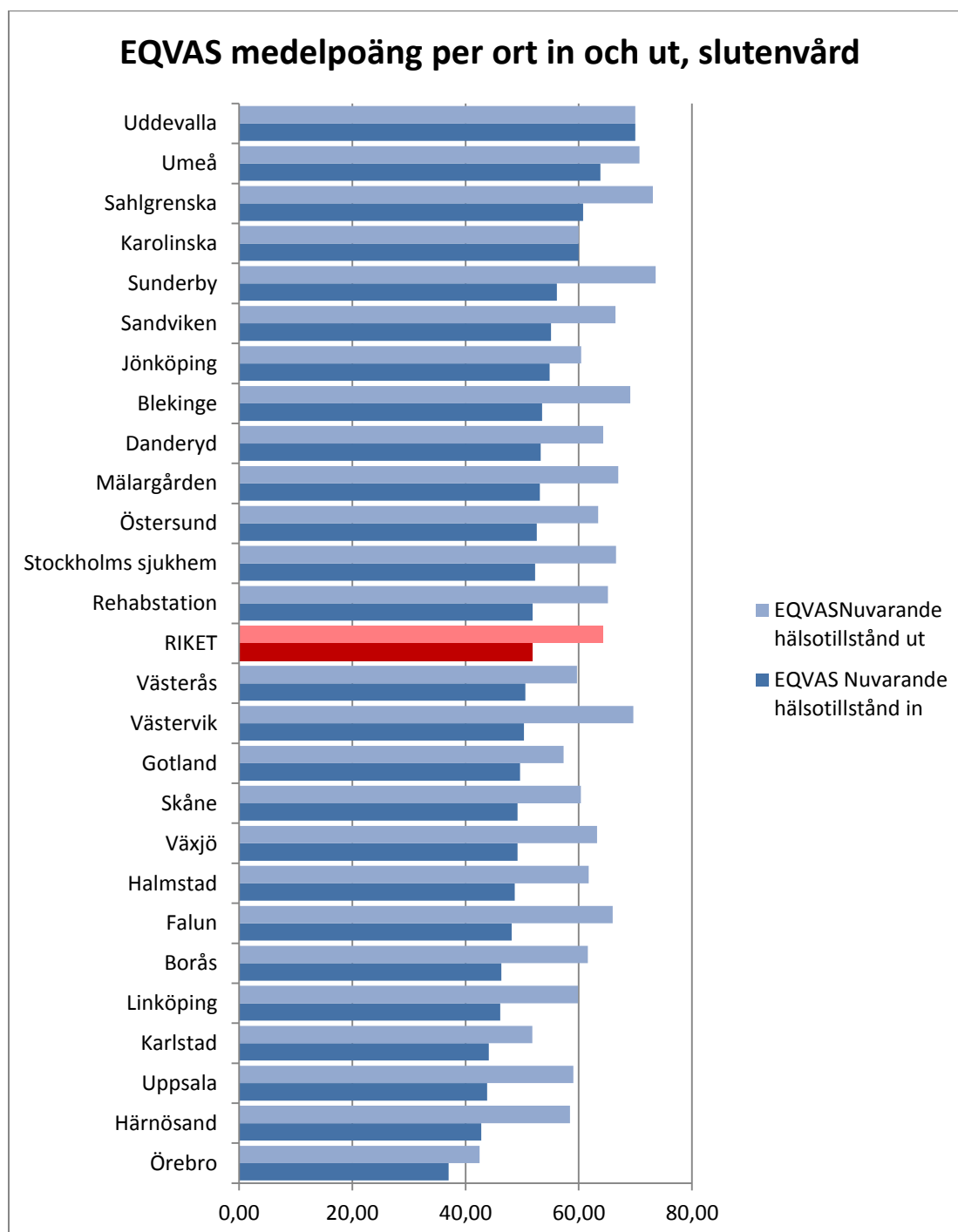
Tabell 15 RLS vid inskrivning mot GOSE vid utskrivning.

RLS akut	GOSE ut								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	0	0	29	61	45	93	86	6	320
2	1	0	11	13	10	21	13	2	71
3	0	1	8	14	1	9	6	3	42
4	0	0	2	5	4	5	1	0	17
5	0	0	4	3	2	1	0	1	11
6	0	0	5	0	0	4	0	0	9
7	1	0	2	4	0	3	1	0	11
8	0	0	7	4	1	6	4	1	23
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>68</b>	<b>104</b>	<b>63</b>	<b>142</b>	<b>111</b>	<b>13</b>	<b>504</b>

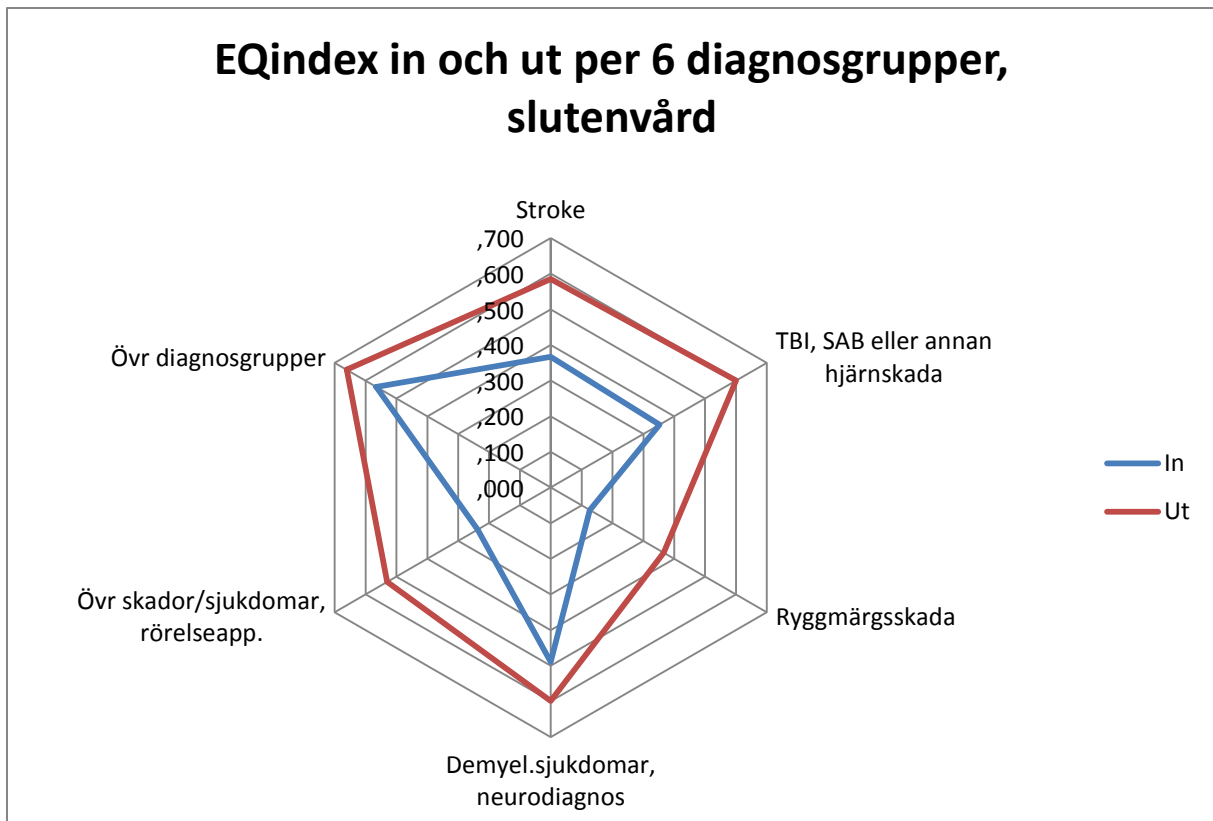
Vi hänvisar till appendix för motsvarande tabell med Glasgow Coma Scale akut (vid ankomst till sjukhus) och GOSE vid utskrivning.

## EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som att VAS-värde på en skala 1-100 där 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet är baserat på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och varierar mellan -0,597 och 1. Ju högre värde desto bättre hälsa. VAS värdet är bättre också vid ut- jmf med vid inskrivning generellt. Man ser klara förbättringar mellan in- och ut-värden i index även om de varierar mellan diagnosgrupperna.

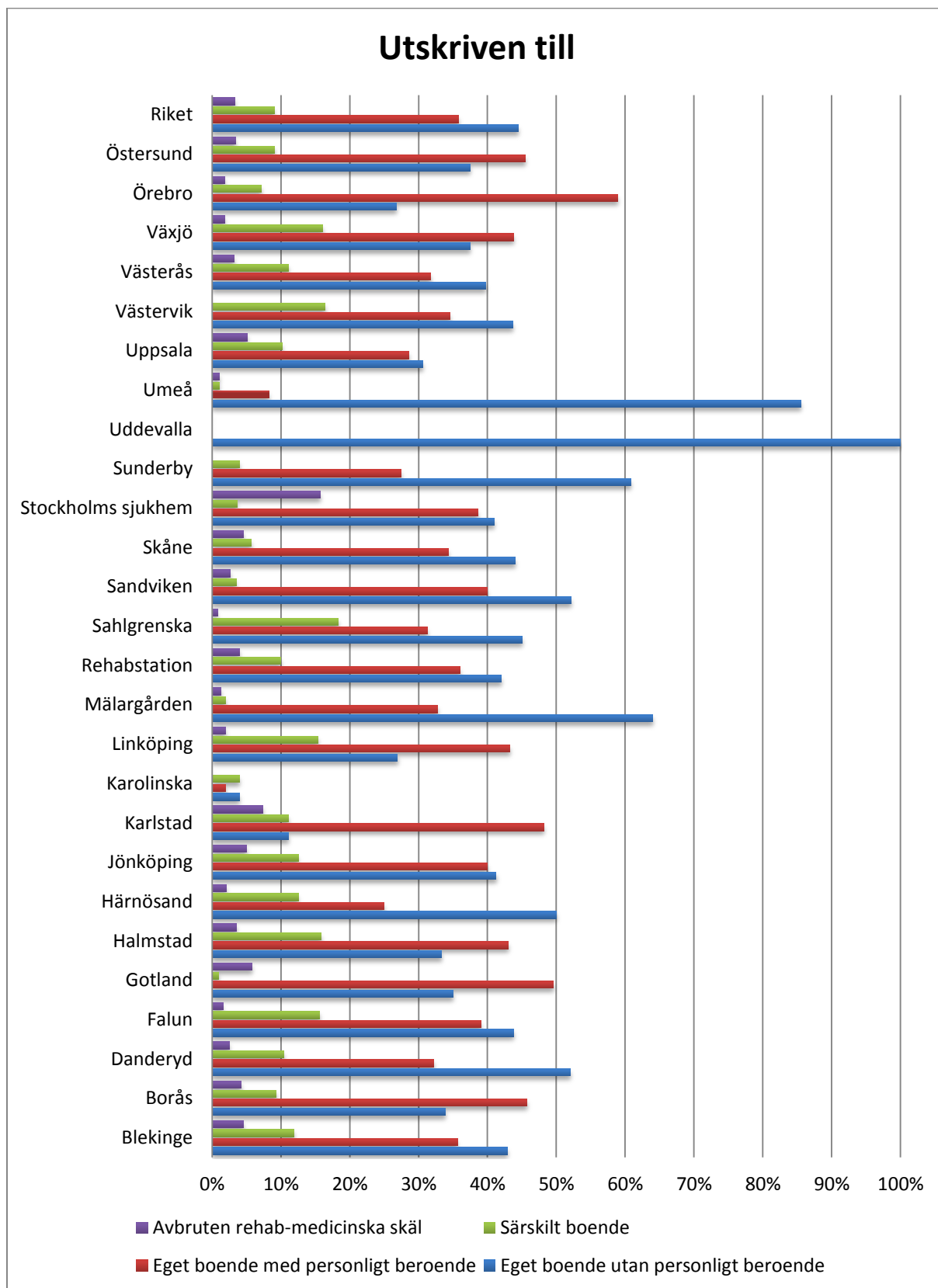


**Figur 21** EQVAS medelpoäng per ort in och ut



**Figur 22** EQIndex in och ut per 6 diagnoser

## Utskriven till



**Figur 23** Utskriven till

Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt har relation till vårdtidens längd såväl som grad av funktionsnedsättning vid inskrivning, och måste analyseras i de perspektiven.

Möjligheten till god rehabilitering även efter utskrivning har betydelse då man kan skrivas ut tidigt i de fallen. I diagrammet ovan är inte Uddevalla medtaget då de endast hade en registrering med 100 % utskrivning till eget boende utan personligt beroende.

### **Försörjning**

Vid inskrivning har 24 % försörjning till 100 % från Försäkringskassan och vid utskrivning har 50 % det. Vi behöver se över hur detta registreras.

### **Patientnöjdhet**

Ifyllnadsgraden har ökat jämfört med 2012 med 10 %, från 58 till 68 %. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. De frågor med lägst grad av nöjdhet är de som har med information att göra. För resultat för egna enheten – se appendix.

Tabell 16 Patientnöjdhet

	Mycket nöjd-nöjd	Missnöjd- mycket missnöjd	Vet ej	Information saknas
Personalens bemötande	62 %			38 %
Ditt samarbete med personalen	62 %			38 %
Rehabiliteringen	60 %	2 %	2 %	36 %
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabplan	58 %	2 %	3 %	37 %
Information om sjukdom/skada	53 %	4 %	5 %	38 %
Info om vart du kan vända dig vid behov efter sjukhusvistelsen	50 %	3 %	9 %	38 %
Den information och bemötande din familj och närstående har fått under din rehabilitering	50 %	2 %	11 %	37 %

## **Jämförelse mellan patienter under 65 år som har respektive inte har hemmavarande barn.**

Gruppen med hemmavarande barn bestod av 403 personer och utan barn av 1300 personer. Diagnosfördelningen skiljde sig inte mellan grupperna. Medelvårdtiden skiljde sig inte heller utan var 39 dagar för de med barn och 40 dagar för de utan barn. Annat som inte visade några säkra skillnader mellan grupperna var: förekomst av missbruk av alkohol eller droger/läkemedel, EQ5D VAS, EQ5D index, LiSat och patientnöjdhet.

I ADL-registreringen kan man se viss skillnad. Andelen av de med barn som går från beroende till oberoende i fysiska item är 37 % jämfört med 26 % hos de utan barn. För kognitiva/sociala item är motsvarande andelar 31 % med barn som blir oberoende jämfört med 24 % utan barn. Möjligen kan det till en del förklaras av att de med barn kan vara yngre.

Den känsliga frågan om till vad patienten skrivs ut visar att endast 4 % av de med barn skrivs ut till särskilt boende jämfört med 9 % av de utan barn. Man skulle kunna tro att de med barn behöver mer hjälp i sitt boende men 33 % skrivs ut till boende med personligt beroende i båda grupperna.