



Årsrapport öppenvård
2014

Innehåll

Öppenvård.....	9
Demografi.....	9
Diagnosgrupper	11
Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp.....	12
Åldersfördelning per enhet	13
Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp	14
Ryggmärgsskadespecifika variabler.....	15
Processmått öppenvård	16
Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab, till inskrivning	16
Vårdtid.....	18
Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp	18
Vårdtid per åldersgrupp och kön	20
Användningsgrad av de olika instrument som ingår i registret	23
Kommentarer till användningsgraden av vissa instrument	24
Resultatmått öppenvård	27
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)	31
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)	35

Figur & tabellförteckning:

<i>Figur 1</i> Antal registreringar per enhet.....	9
<i>Figur 2</i> Fördelning män/kvinnor	10
<i>Figur 3</i> Typ av öppenvård	10
<i>Figur 4</i> Diagnosfördelning (6 diagnosgrupper) per ort.....	11
<i>Figur 5</i> Åldersfördelning för diagnosgrupper	12
<i>Figur 6</i> Åldersfördelning per enhet.....	13
<i>Figur 7</i> Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp (%).....	14
<i>Figur 8</i> Etiologi för ryggmärgsskadan	15
<i>Figur 9</i> Vårdtid i antal dagar för varje diagnosgrupp (medel och median).....	18
<i>Figur 10</i> Vårdtid i antal dagar uppdelat per kategori öppenvård, medelvärde	19
<i>Figur 11</i> Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön	20
<i>Figur 12</i> Medelvårdtid i antal dagar per enhet åren 2011-2014.....	21
<i>Figur 13</i> Andel ifyllda registreringar vid in- och utskrivning av BMI per enhet	24
<i>Figur 14</i> Andel utförda enkäter om patientnöjdhet per enhet.....	25
<i>Figur 15</i> Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet	26
<i>Figur 16</i> BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper	27

<i>Figur 17 Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning (antal per poäng)</i>	<i>29</i>
<i>Figur 18 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet.....</i>	<i>31</i>
<i>Figur 19 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp.....</i>	<i>32</i>
<i>Figur 20 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande"</i>	<i>36</i>
<i>Figur 21 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen"</i>	<i>37</i>
<i>Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen"</i>	<i>38</i>
<i>Figur 23 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan"</i>	<i>39</i>
<i>Figur 24 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan"</i>	<i>40</i>
<i>Figur 25 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen"</i>	<i>41</i>
<i>Figur 26 Svarsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering"</i>	<i>42</i>

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 booster insats för att kunna fortsätta fungera på samma nivå eller för att minska sluttningen på det nedåtgående planet.

Totalt har 20 enheter lämnat in data men andelen registreringar i öppenvården är fortfarande lägre än för slutenvården trots att de flesta enheter uppger att man har stor verksamhet i öppenvård. Samtidigt så vet vi att alla enheter som deltar i registret inte har denna behandlingsform. Ökningen var 11% jämfört med tidigare år vilket är bra. Antalet registreringar avspeglar troligtvis att man inom öppenvården fortfarande inte har den logistik kring kvalitetsregister som eftersträvas. Många av enheterna inom slutenvården har registrerat i mer än 15 år och rapport av öppenvårdsregistreringar sker nu för fjärde gången.

Jämfört med föregående år är förmågehöjande rehabilitering fortfarande den vanligaste (65 %), men utredning/bedömning har minskat liksom förmågebibehållande rehabilitering.

Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (37 %) vilket är en ökad andel jämfört med föregående år (32 %). Stroke och andra hjärnskador tillsammans utgör 64 % av det totala antalet registrerade vilket är en ökad andel jämfört med föregående år (57 %). Ryggmärgskador har 72 registreringar vilket är betydligt färre än föregående år (177 registreringar).

Den vanligaste patientgruppen är personer som haft stroke och andelen ökar. Stroke och andra hjärnskador är mer än 60% av antalet registrerade vilket är en ökning. Andelen registreringar av ryggmärgskadade är 40 % jämfört med föregående år. Tyvärr avspeglar nog detta inte en reell minskning av andelen med person med ryggmärgsskada. Majoriteten av registreringarna ligger i åldersspannet 45-64 år. Äldsta gruppen (>65 år) har kortast vårdtid. Jämfört med slutenvården är andelen missbrukare lägre; huruvida detta är en underregistrering av problemet eller om det beror på att personer med missbruk inte erbjuds/klarar öppenvård eller om personerna har fått hjälp är oklart. Många enheter har som policy att en person med missbruksanamnes inte får vara i aktivt missbruk under rehabiliteringen.

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

När det gäller målnivån för upprättad rehabiliteringsplan (90%) når mer än hälften av enheterna upp till detta, vilket är glädjande. Det finns dock enheter som behöver förbättra sin logistik och genomföra detta oftare så att data för riket når upp till målet.

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. De som fick förmågehöjande rehabilitering upplevde förbättring i dimensionen självständighet utomhus. Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får rehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning.

Godkänt av datainspektionen 971205.

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

Registerhållare: Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor, Rehabiliteringsmedicin,
Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset,
Göteborg

Registrets hemsida: <http://www.ucr.uu.se/WebRehab/>

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-Jönköping
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), Göteborg

Anna Tölli, Överläkare, Danderyd, Stockholm

Kontaktperson: Kicki Elfving, Leg. Sjuksköterska, Sandviken

Statistik: Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

Maribel Garcia, Quality Stat AB

Alla enheter registerar inte i alla moduler.

Sjukhus/enheter	e-postadress Kontaktpersoner
Blekingesjukhuset Danderyds sjukhus	ola.ryttberg@ltblekinge.se siw.grondahl@ds.se , seija.kallio.lund@ds.se kanoknart.yingcharoen@ds.se
Falu lasarett	karin.naas@ltdalarna.se mats.lundkvist@ltdalarna.se
FrykCenter Rehabilitering Hallands sjukhus i Halmstad	ninni.robertsson@frykcenter.org karin.rennblad-borner@regionhalland.se margareta.blid@regionhalland.se marie-anne.svensson@regionhalland.se
Härnösands sjukhus	margareta.holmberg@lvn.se margareta.johansson@lvn.se
Kärnsjukhuset i Skövde Länssjukhuset Ryhov i Jönköping Mälargården i Sigtuna Neurologiska kliniken Karolinska Norrlands US (NUS) i Umeå	jill.akerlund@vgregion.se jan.burensjo@lj.se anita.gustafsson@malargarden.se jenny.bergstrom@karolinska.se carina.andersson@vll.se marianne.sandstrom@vll.se
Rehabkliniken i Växjö RehabCentrum (Korpen)i Visby Gotland	lana.tuvhag@kronoberg.se gabriella.zerne@gotland.se helena.allgulander@gotland.se margareta.i.nyberg@gotland.se
Rehabstation Stockholm Sahlgrenska US	gunilla.lindgren@rehabstation.se linda.hou@vgregion.se irene.el.nilsson@vgregion.se
Sandvikens sjukhus	ingela.backman@lg.se , ann-sofi.nosko@lg.se
Skånes US Stockholms sjukhem Sunderby sjukhus	cecilia.akesson@skane.se ellinore.richardson@stockholmsjukhem.se monica.maki@nll.se , erica.boman@nll.se lisa.k.karlsson@nll.se , malin.eberhardsson@nll.se
Södermanland SRS Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) i Borås Uddevalla sjukhus Uppsala Akademiska sjukhuset (UAS)	ulrika.gustavsson@dll.se inger.holgerson@vgregion.se hasse.ekstrom@vgregion.se kryska.hjulstrom@akademsika.se annica.b.ohlsson@akademiska.se agneta.joelsson@akademiska.se jessica.aman@akademiska.se
Universitetssjukhuset i Linköping Universitetsjukhuset i Örebro Västervik sjukhus Västerås lasarett	lotta.sjostrand@lio.se ulla-britt.staberyd@orebroll.se maud.lindqvist@ltkalmars.se inger.tynn@ltv.se , ebbe.hagstrom@ltv.se

WebRehab Sweden 2014

Östersunds sjukhus

katarina.olsson@jll.se

helene.christmansson@jll.se

Hälsa&Rehabilitering Halland

[susan.hassander-
olausson@regionhalland.se](mailto:susan.hassander-
olausson@regionhalland.se)

REMEO Stockholm

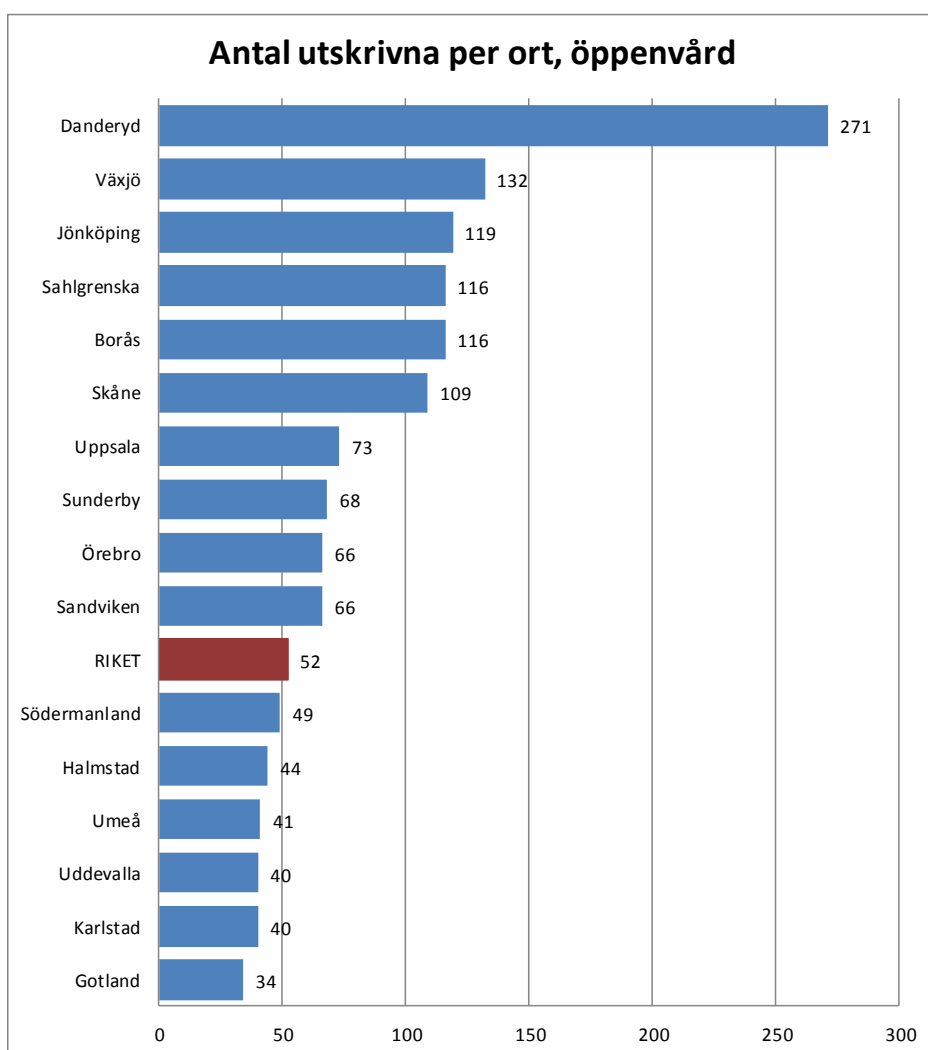
anna.cedborg@se.aga.com

Öppenvård

Demografi

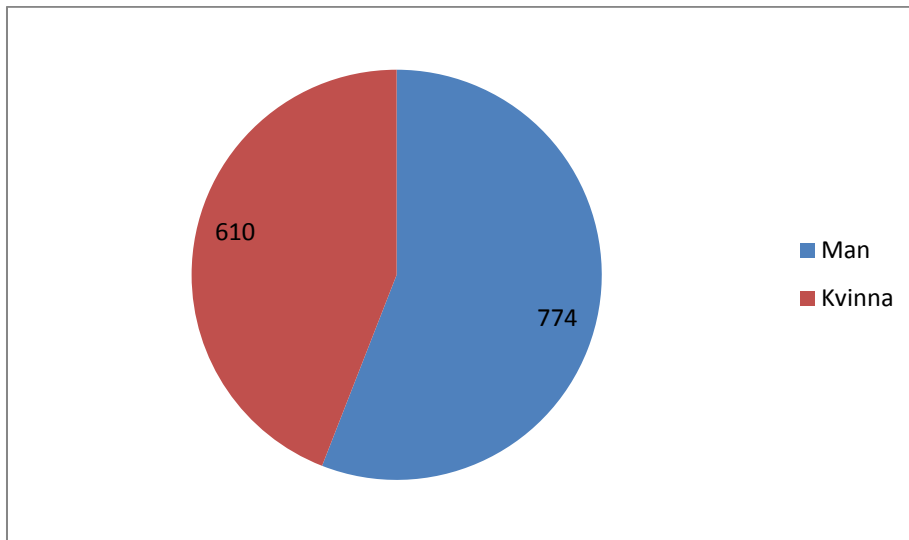
Antal registreringar

Totala antalet registreringar var 1402 och baseras på de personer som skrivits ut 2014. En ökning med 11 % jämfört med året innan (1264 registreringar). Sju enheter har tillkommit och en enhet har utgått, dvs 20 enheter har lämnat data. Rapporten redovisar de enheter som gjort minst 20 registreringar. Fyra enheter har färre än 20 registreringar och finns inte med i rapporten. Antalet registreringar som ingår i rapporten är därmed 1384.



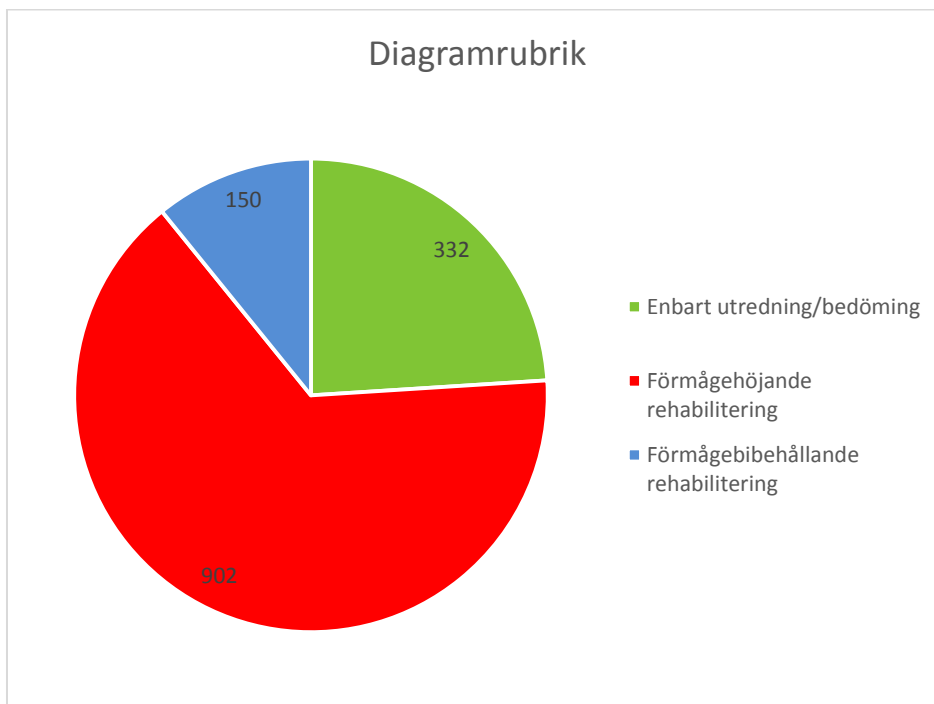
Figur 1 Antal registreringar per enhet

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



Figur 2 Fördelning män/kvinnor

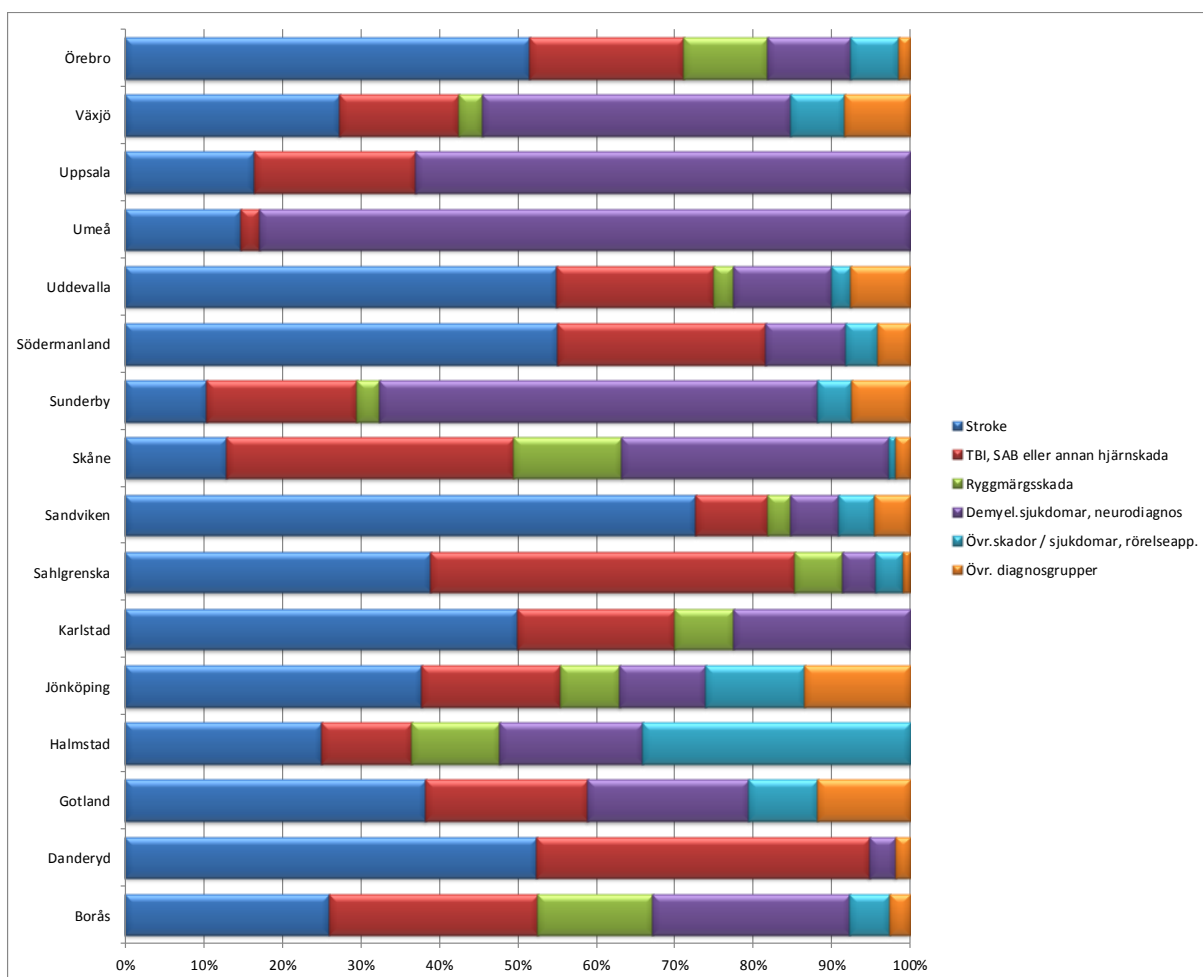
Registrering görs av typ av öppenvård: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Jämfört med föregående år har förmågehöjande rehabilitering ökat sin andel och är fortfarande den vanligaste (65 %; 2013 59 %). Utredning/bedömning har fortsatt att minska; från 27 % till 24 %. Minst vanlig är förmågebibehållande rehabilitering (11 %) vilket är en minskning från 14 % året innan.



Figur 3 Typ av öppenvård

Diagnosgrupper

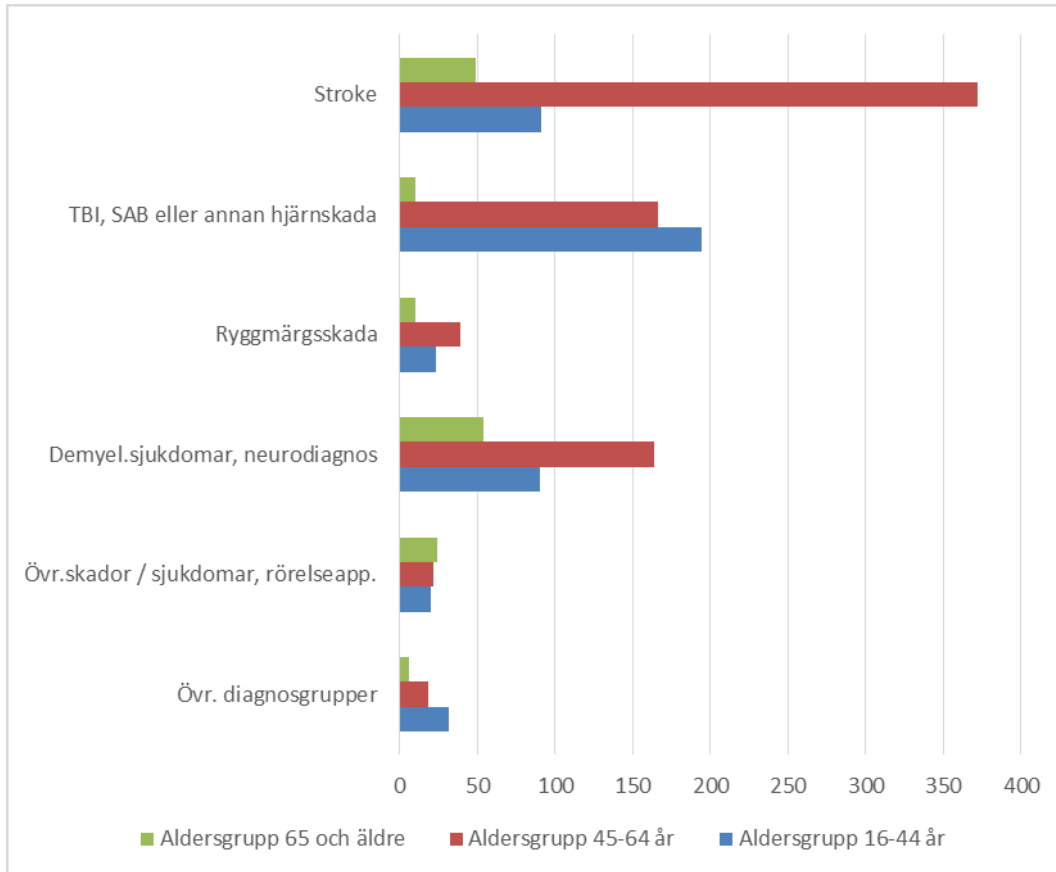
Stroke är den vanligast förekommande diagnosen (37 %) vilket är en ökad andel jämfört med föregående år (32 %). Stroke och andra hjärnskador tillsammans utgör 64 % av det totala antalet registrerade vilket är en ökad andel jämfört med föregående år (57 %). Ryggmärgsskador har 72 registreringar vilket är betydligt färre än föregående år (177 registreringar). Diagnosfördelning per enhet presenteras i detalj i Appendix Öppenvård på hemsidan.



Figur 4 Diagnosfördelning (6 diagnosgrupper) per ort

Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp

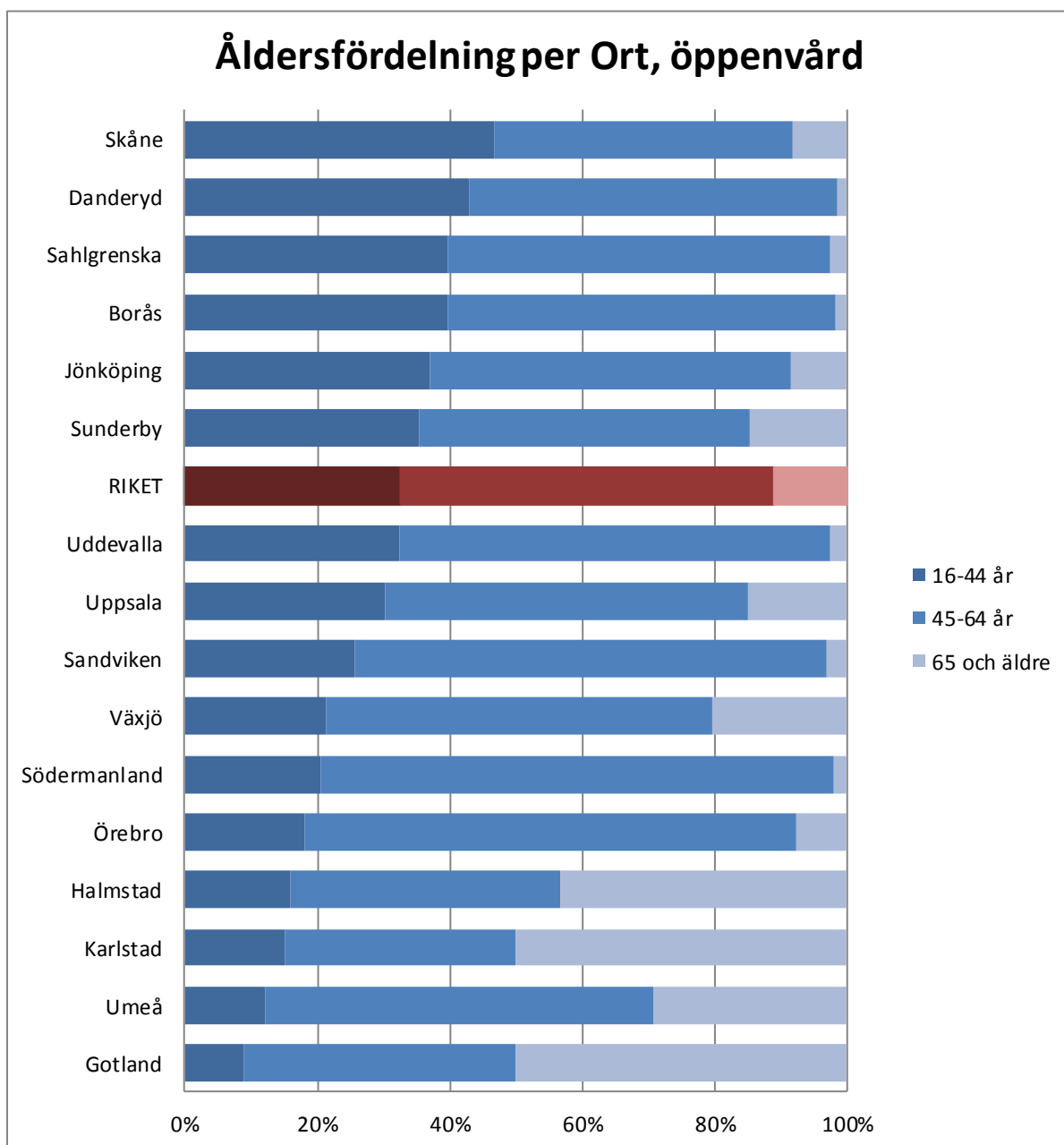
Majoriteten av registreringarna ligger fortsatt i åldersspannet 45-64 år vilket gäller även för diagnosen stroke. Drygt hälften av registreringarna inom TBI, SAB eller annan hjärnskada samt inom ryggmärgsskada finns inom åldersspannet 16-44 år. Åldersfördelning för riket per diagnosgrupp presenteras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



Figur 5 Åldersfördelning för diagnosgrupper

Åldersfördelning per enhet

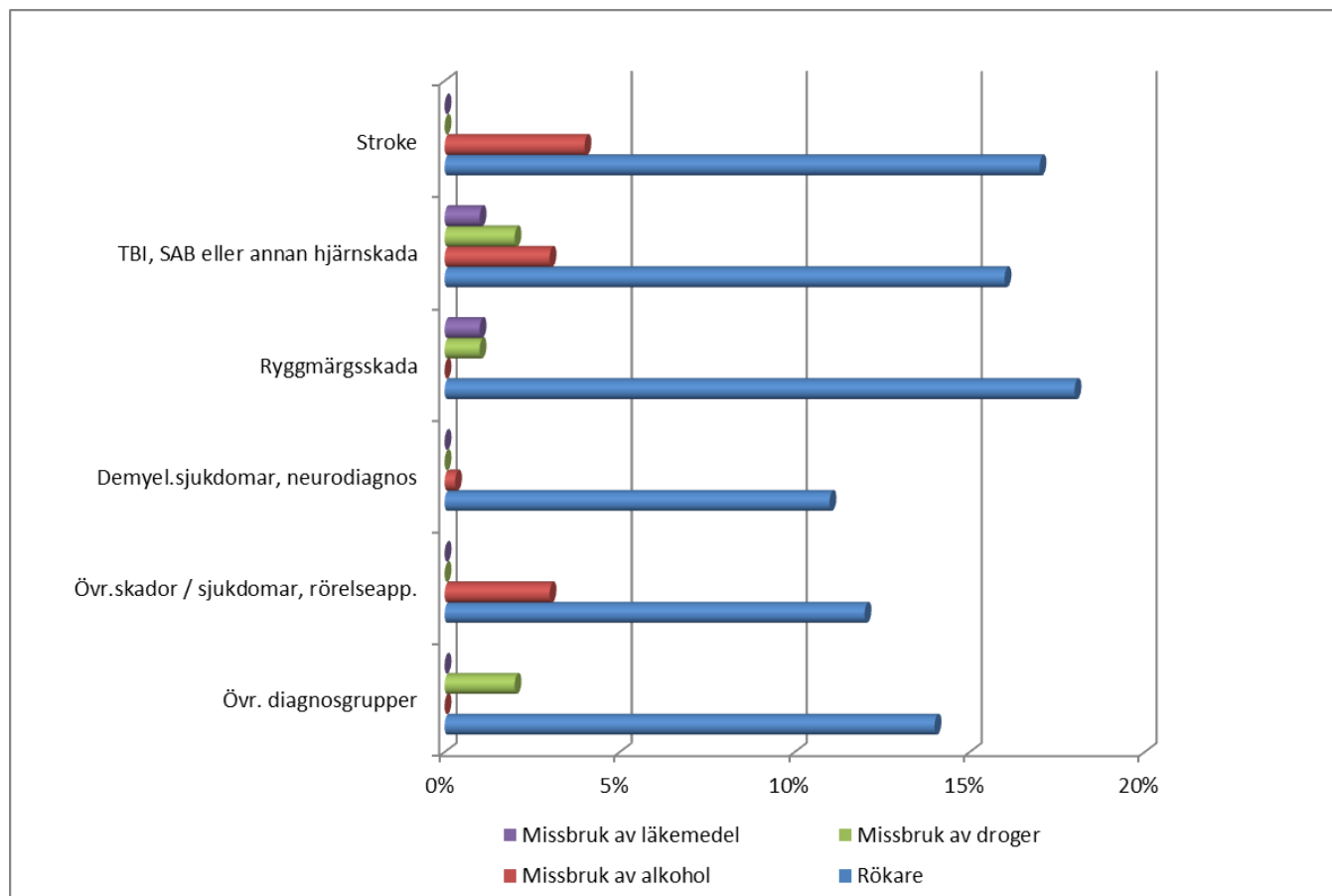
Enheternas uppdrag är olika vilket påverkar åldersfördelningen. Åldersfördelning och diagnosfördelning per enhet (figur 4 och 6) bidrar till att identifiera jämförbara enheter.



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 (%)

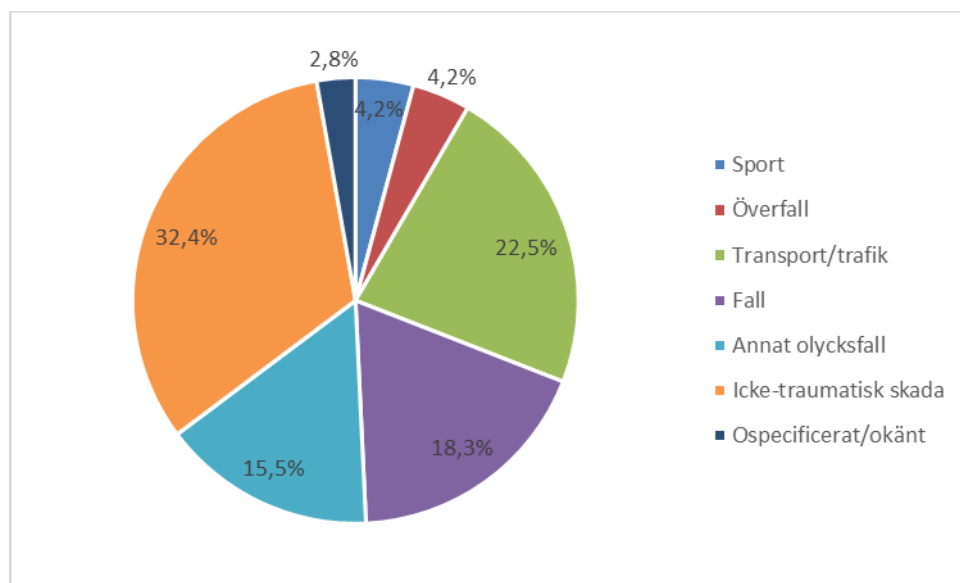
Rökning förekommer hos totalt 15 % av öppenvårdens patienter med högsta förekomsten i diagnosgruppen "ryggmärgsskada" (18 %). I Sveriges population över 16 år röker 13 % (SCB 2012 års data) och patienter i rehabilitering öppenvård röker i något högre andel.

Missbruk av alkohol föreligger hos 2 % av patienterna med högsta förekomsten i diagnosgrupperna "stroke" och "TBI, SAB eller annan hjärnskada" (3 %). Då förekomsten av överkonsumtion av alkohol vanligen anges till cirka 10 % i befolkningen så befarar vi en underrapportering i registreringarna.

Missbruk av droger har 10 registreringar, vilket är likvärdigt med förra året. Missbruk av läkemedel har 6 registreringar vilket är färre än förra året (10). Missbruk av droger respektive läkemedel förekommer inom de flesta diagnosgrupper.

Ryggmärgsskadespecifika variabler

Det är totalt 72 personer med ryggmärgsskada som registrerats i öppenvård vilket är betydligt färre än föregående år (177 registreringar). Förklaring kan vara att enskilda enheter som tidigare registrerat bedömning/uppföljning i öppenvård nu slutat med det och inväntar den nya spinaluppföljningsmodulen. Flera större enheter har ännu inte börjat registrera sina öppenvårdspatienter med ryggmärgsskada i registret.



Figur 8 Etiologi för ryggmärgsskadan

De traumatiska skadeorsakerna är sammantaget 65 %. Bland de kategorier som registret följer gäller fortsatt att "icke-traumatisk skada" är den vanligaste orsaken till ryggmärgsskada (32 %), följt av transport/trafik (22 %) och fall (18 %).

Tabell 1 Viktiga faktorer för ryggmärgsskadan

Viktiga faktorer	Antal 2014	Procent 2014	Procent 2013
ASIA complete (ut)	14	19	30
Fraktur väsentlig för rehabförloppet	13	18	30
Neurogen blåsrubbning (ut)	45	63	76
Störd tarmfunktion (ut)	35	49	70
Andningstekniskt hjälpmedel (ut)	1	1	4
Annan komplicerande faktor väsentlig för rehabförloppet	18	25	30
Trycksår (in)	3	4	11

Ryggmärgsskadorna klassificeras utifrån ASIA och här redovisas andelen med komplett skada vid utskrivningen. Neurogen blåsrubbning och störd tarmfunktion är vanliga bekymmer medan andningstekniskt hjälpmedel är ovanligt. Hos 25 % finns en annan komplicerande faktor än själva ryggmärgsskadan som väsentligen påverkar rehabförloppet, exempelvis hjärnskada, psykisk sjukdom. Anmärkningsvärt är att registret under 2014 har fångat en lägre andel patienter med komplicerande faktorer efter sin ryggmärgsskada, än i föregående årsrapporter.

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
Borås	103	54	0	483
Danderyd	257	70	0	524
Gotland	28	7,5	0	320
Halmstad	35	26	2	118
Jönköping	54	39,5	2	762
Karlstad	35	48	14	208
Sahlgrenska	109	93	3	209
Sandviken	61	82	17	487
Skåne	81	214	7	538
Sunderby	62	113	21	390
Södermanland	49	19	1	126
Uddevalla	28	114,5	11	475
Umeå	33	164	33	647
Uppsala	35	32	13	118
Växjö	129	54	0	279
Örebro	4	82,5	25	142
Total	1103	69	0	762

En stor variation ses mellan enheterna gällande väntetider. Mediantiden från remissens utfärdande till inskrivning är 69 dagar vilket understiger vårdgarantins gräns på 90 dagar. Däremot är det okänt hur många patienter som fått vänta längre än vårdgarantins gräns. Varje verksamhet hanterar sin remissprocess och tillgänglighetsmålet i vårdgarantin.

Mediantiden från beslut om rehabilitering i öppenvård till inskrivning är 42 dagar vilket är mindre än föregående år (48 dagar). Drygt 200 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 fyra veckor.

En skillnad i väntetid (från beslut om rehabilitering till inskrivning) kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård. Kortast väntetid (median 35 dagar) finns fortsatt till förmågehöjande rehabilitering vilket troligen speglar att det är patienter i ett förlopp efter akut insjuknande. Längst väntetid finns till utredning/bedömning (median 64 dagar) vilket är en ökning från 55 dagar föregående år. För

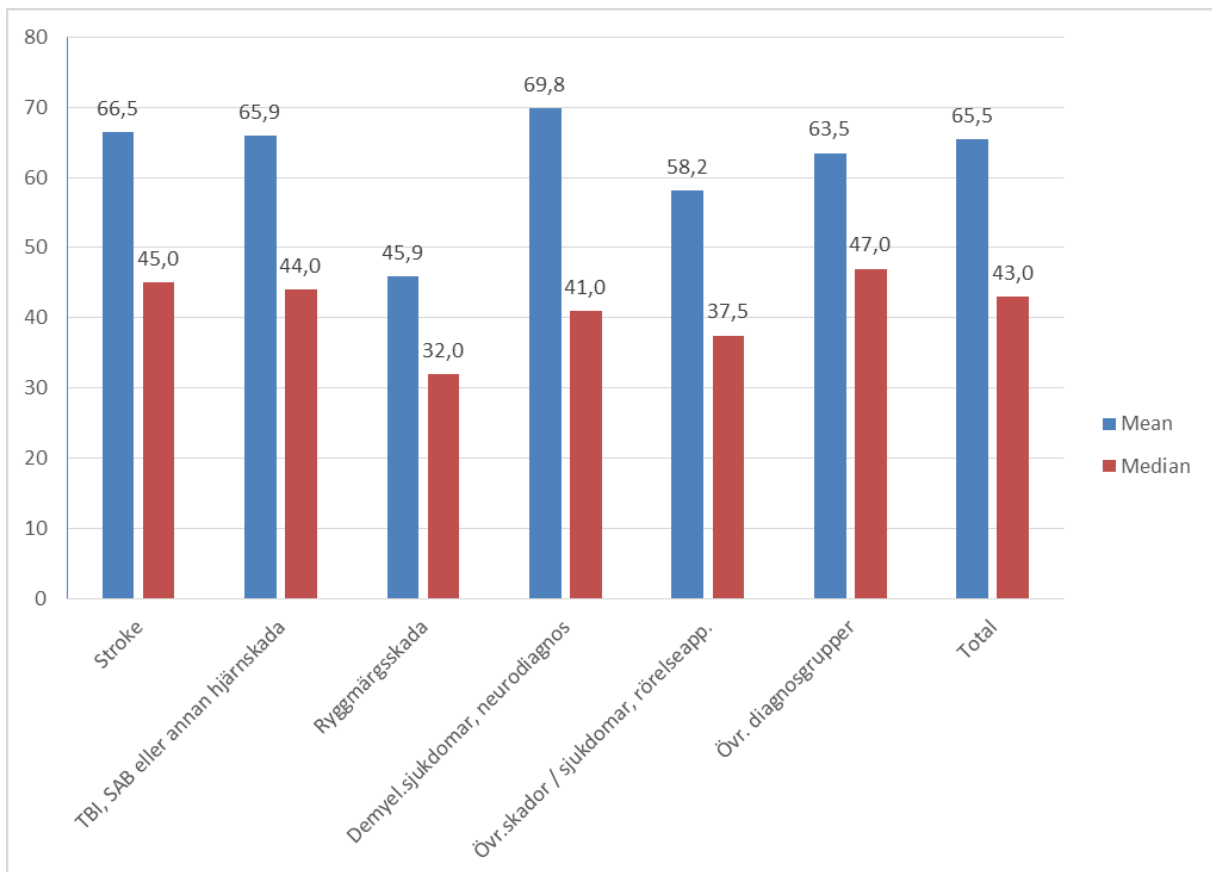
förmågebibehållande rehabilitering, vilket innefattar framförallt elektiva insatser, är väntetiden 42 dagar (median) vilket är en minskning från 61 dagar föregående år. Att vänta på bedömning/utredning två månader får anses vara anmärkningsvärt och varje enhet får fundera på rehabprocessen för den enskilda patienten.

(Se Appendix för detaljer per enhet gällande väntetider).

Vårdtid

Vårdtid i antal dagar redovisat för varje diagnosgrupp

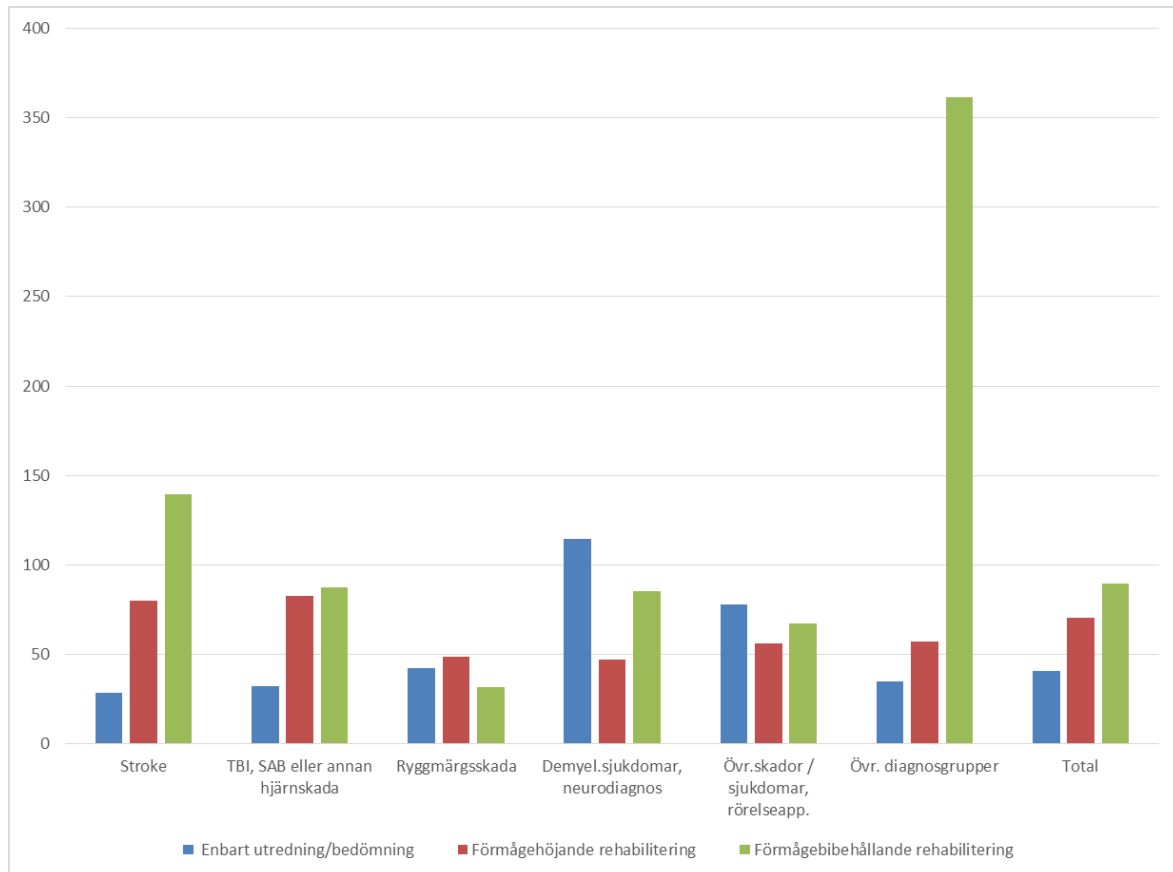
Vårdtiden för öppenvårdsrehabilitering är i medeltal 2 månader, men mediantiden är 6 veckor. Vårdtid definieras som tid (antal dagar) från inskrivning till utskrivning.



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

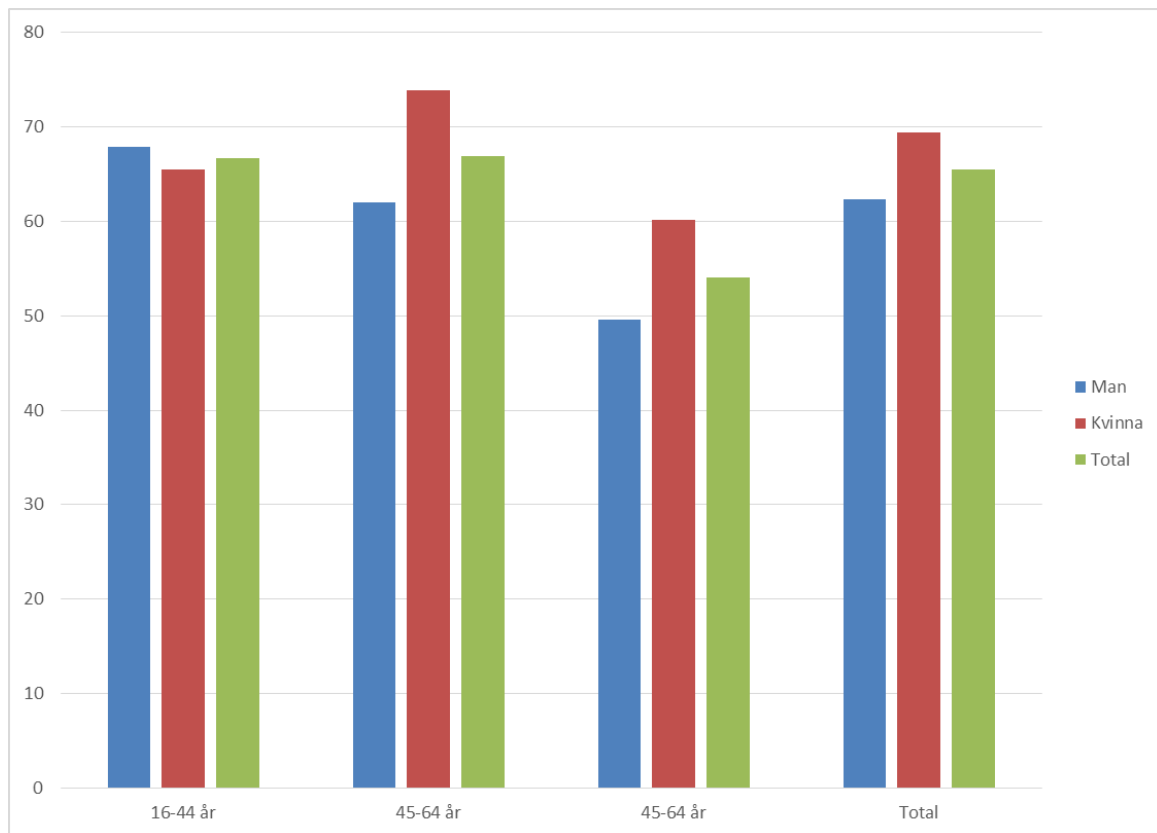
En skillnad i vårdtid kan ses mellan de tre kategorierna öppenvård (se figur 9 nedan). Medianvårdtiden vid utredning/bedömning är 15 dagar (jämfört med 9 dagar föregående år), vid förmågehöjande rehabilitering 49 dagar och vid förmågebibehållande 43,5 dagar.

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



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

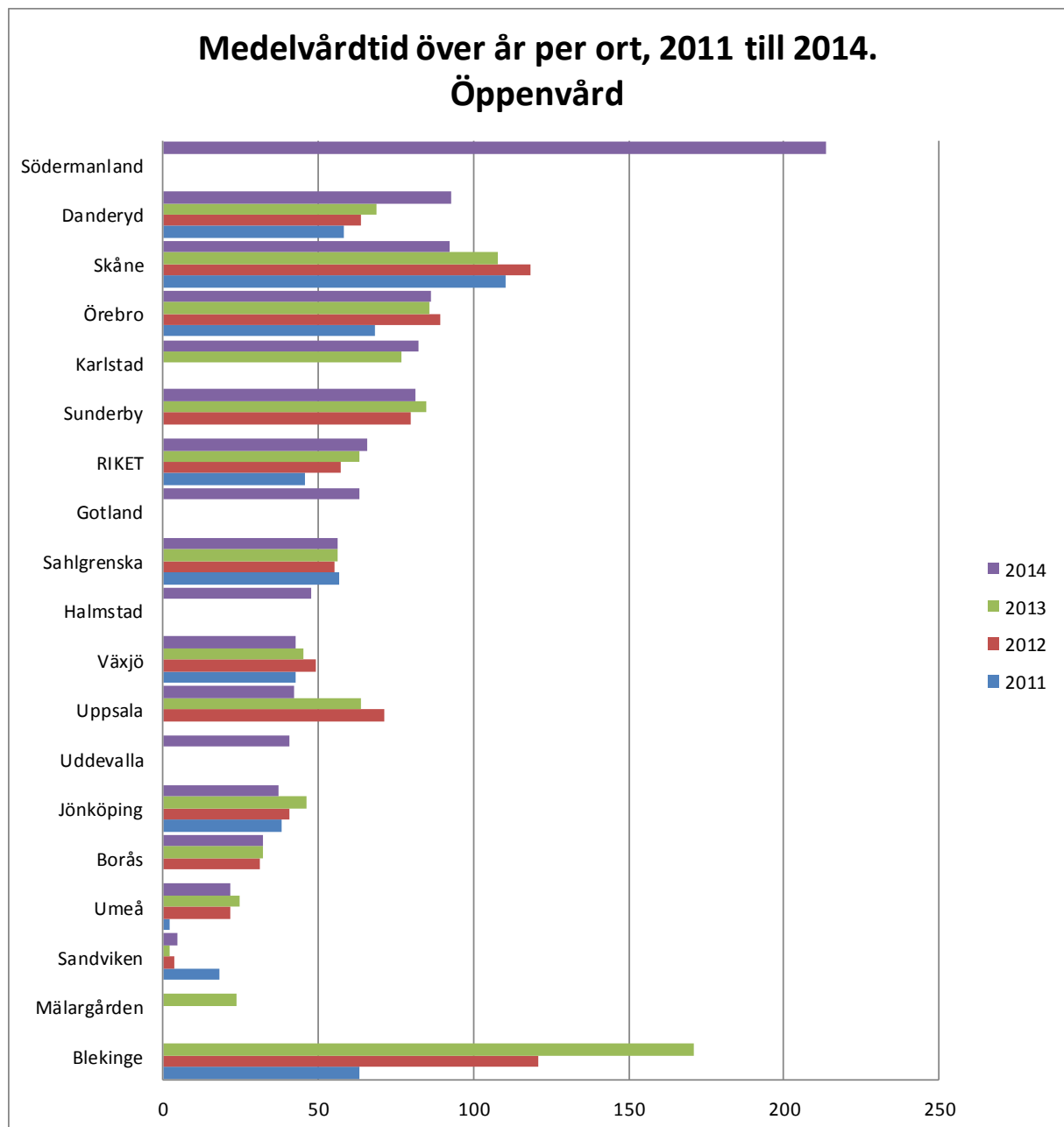
Vårdtid per åldersgrupp och kön



Figur 11 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön

Äldsta gruppen har kortast vårdtid (medelvärde). Eventuella skillnader i vårdkedjor och rehabiliteringsmål mellan åldersgrupper kan bidra till denna skillnad. Enstaka patienter med lång vårdtid påverkar ett medelvärde starkt och medianvårdtiden är närmast lika i alla åldersgrupper samt mellan könen.

(se Appendix för detaljer per åldersgrupp och kön)



Figur 12 Medelvårdtid i antal dagar per enhet åren 2011-2014

Under denna fyraårsperiod har riket ökat sin vårdtid från 46 till 65 dagar. Figuren illustrerar att vårdtid per enhet utvecklats olika. Reflektionerna kring detta är flera: nya aktörer kommer in på rehabmarknaden; att verksamheterna har olika uppdrag, samt får 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 ändra 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							
Sjukhus	Diagnosgrupp						Total
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel. sjukdomar, neurodiagnos	Öv skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper	
Borås	33	34	33	29	28	41	32
Danderyd	95	76	0	289	0	57	93
Gotland	46	64	0	58	112	90	63
Halmstad	45	51	62	32	52	0	48
Jönköping	32	39	28	43	46	42	37
Karlstad	86	82	142	55			82
Sahlgrenska	56	56	67	42	47	91	56
Sandviken	2	2	0	20	25	2	4
Skåne	23	42	31	199	211	23	92
Sunderby	93	88	110	68	103	128	81
Södermanland	205	232	0	152	335	238	214
Uddevalla	41	39	38	34	38	57	41
Umeå	27	18	0	21	0	0	22
Uppsala	41	52	0	39	0	0	42
Växjö	42	51	24	42	25	51	43
Örebro	92	104	68	68	37	119	86
Total	66	66	46	70	58	63	65

Medelvårdtid per enhet för öppenvården visar avsevärd spridning enheterna emellan. Skillnaderna kan bero på olikhet i vårdkedja mellan enheterna. Det finns till exempel stora olikheter vad och när specialistrehabiliteringen kan lämna över till kommun/primärvård. Vissa enheter registrerar patienter i avgränsad period med dagvård, medan andra även registrerar patienter i uppföljande mottagningsverksamhet.

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 2013. Endast tre instrument har ökat i användning. Att körkortsbedömning och upprättad rehabplan ökat i användning är särskilt glädjande eftersom de är obligatoriska i rehabilitering samt områden med definierad målnivå i registret. Vi ser ett minskat användande av vedertagna instrument inom flera områden. Det är upp till varje deltagande enhet att besluta om användning av dessa. Betonas kan den stora möjlighet och hjälp instrumenten ger för beskrivning, utvärdering och analys av patienter och verksamhet.

Tabell 4 Användningsgrad av instrument i registret

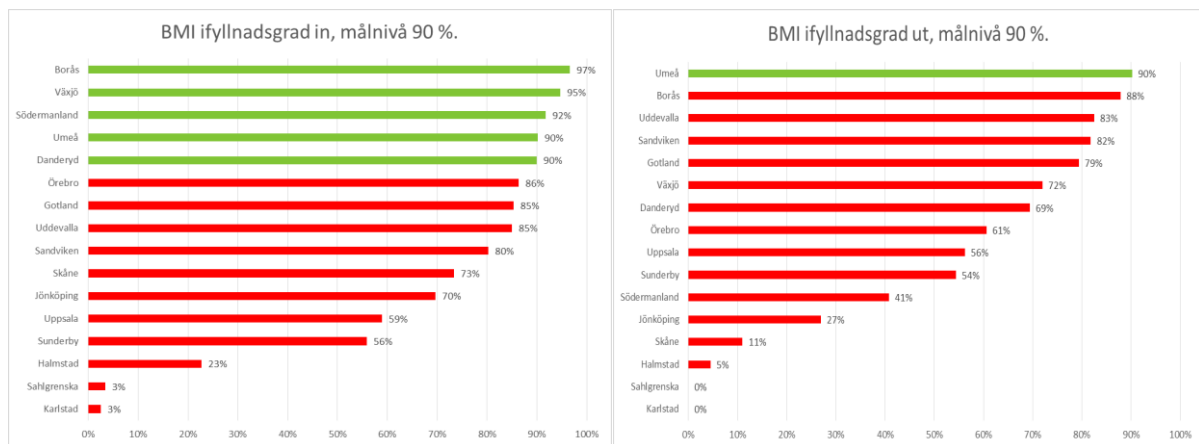
Instrument/bedömning	Bedömt	Antal	Jämfört med 2013
Body Mass Index – BMI (inskrivning)	72 %	1384	Sämre (77 %)
Body Mass Index – BMI (utskrivning)	52 %	1384	Sämre (59 %)
Rökning/missbruk	96-97 %	1384	Lika (96-98 %)
Körkort (utskrivning)	92 %	1220	Bättre (89 %)
GOSE (ut)	68 %	882	Bättre (64 %)
Gång enl Holden (in och ut)	58 %	1384	Sämre (59 %)
NIHSS stroke (in och ut)	19 %	512	Sämre (32 %)
*EQ5D (ut)	67 %	1384	Sämre (69 %)
*IPA (in)	25 %	1384	Sämre (31 %)
*LiSat (ut)	54 %	1384	Sämre (64 %)
*Patienttillfredsställelse	64 %	1384	Lika (64 %)
Rehabplan upprättad (ut)	88 %	1384	Bättre (83 %)

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

Kommentarer till användningsgraden av vissa instrument

BMI

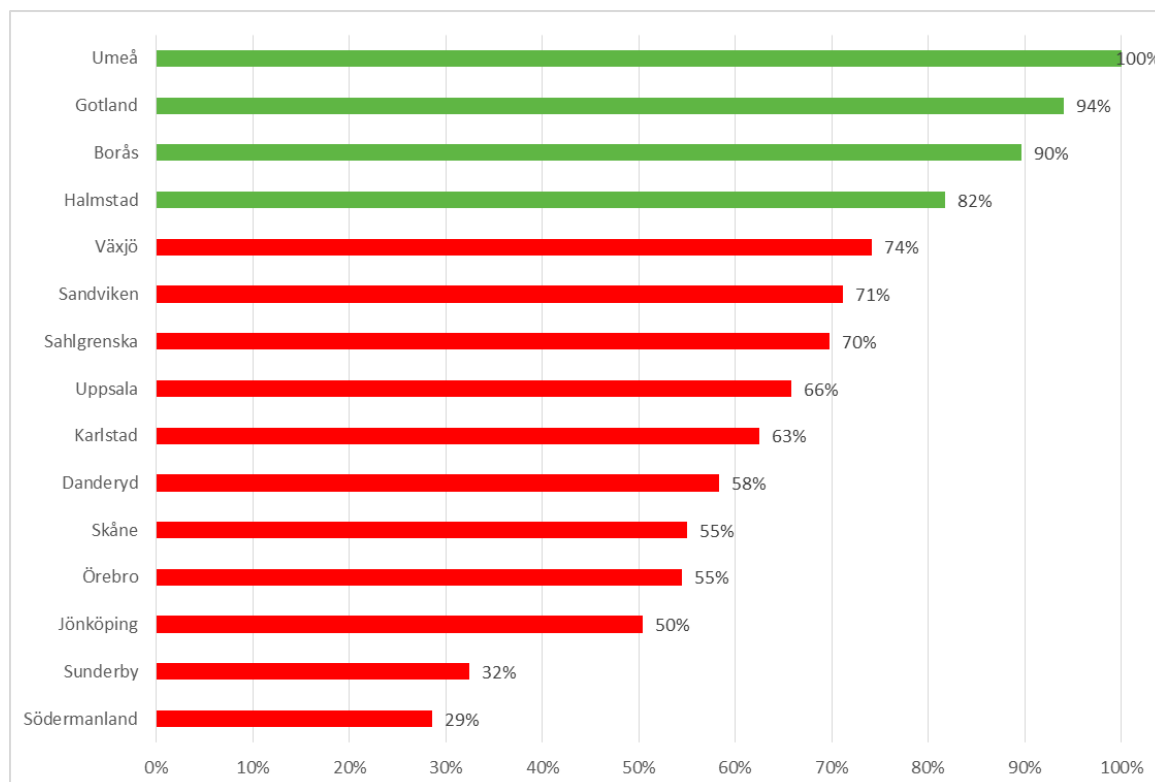
Användningsgraden av BMI fortsätter att sjunka trots nationellt fokus genom riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: 72 % vid inskrivning och 52 % vid utskrivning, vilket är lägre än 2013 (77 % in, och 59 % ut). Målnivån 90 % är uppnådd av ett fåtal enheter. Andelen genomförda registreringar varierar 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

Patientnöjdhet

Målnivån att 80 % av patienterna i öppenvård ska tillfrågas om upplevelse av rehabinsatserna uppnås av fyra enheter. Andelen genomförda enkäter i riket totalt är oförändrat 64 % och varierar mellan enheterna (29-100 %, se figuren nedan). Lägstnivån har dock förbättrats från 19 % till 29 % och endast två enheter har nu låg användningsgrad (<50 %) och dessa förbättringar tyder på att enheterna eftersträvar att samla in uppgifter om patientnöjdhet.



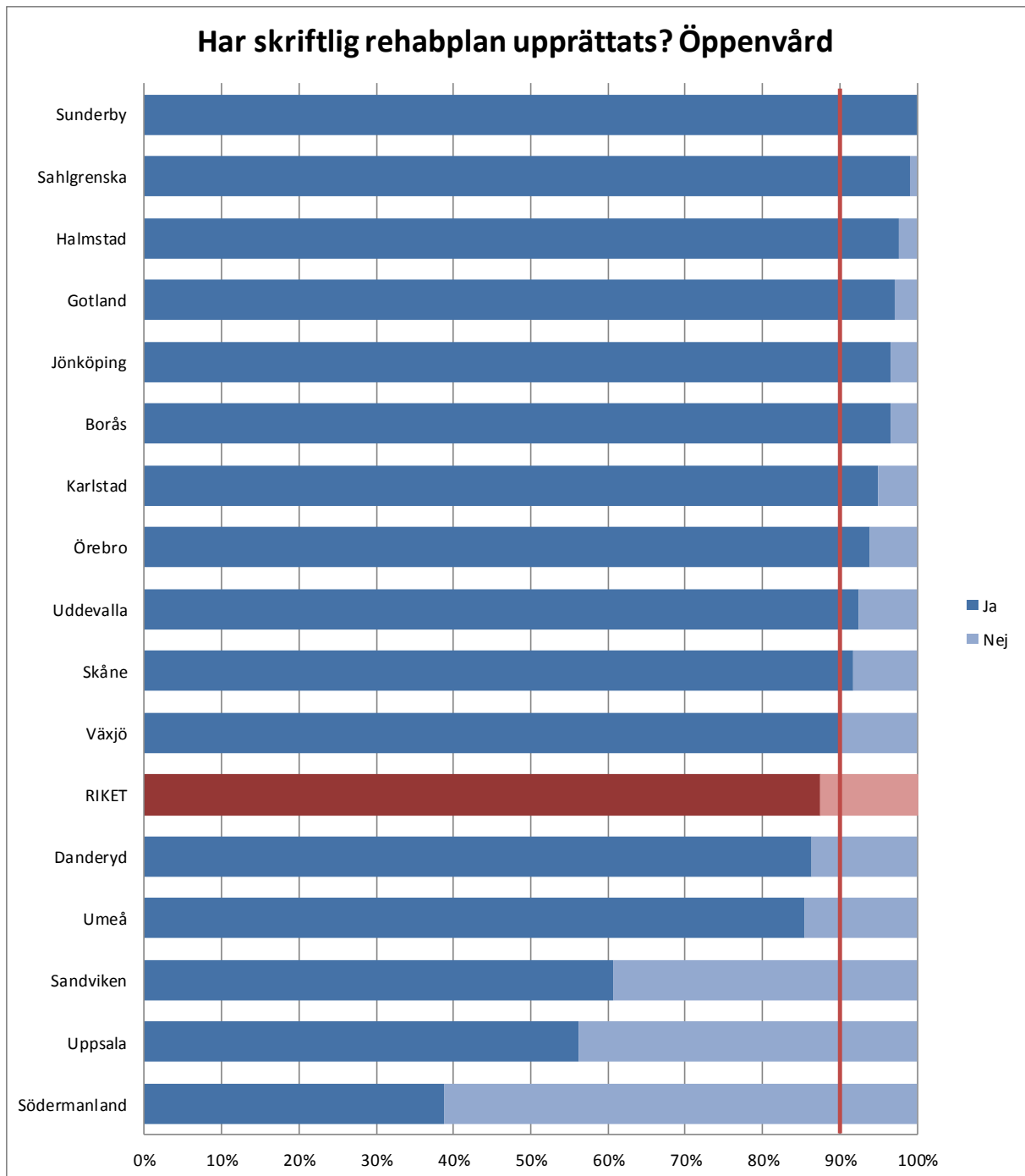
Figur 14 Andel utförda enkäter om patientnöjdhet per enhet

Rehabiliteringsplan

Sett till hela riket har 88 % av patienterna fått en skriftlig rehabiliteringsplan under sin öppenvårdsrehabilitering vilket är en ökad andel jämfört med 2013 (83 %). Målnivån 90 % uppfylls inte på nationell nivå men elva enheter når/överträffar målnivån.

Merparten av dem som inte fått en skriftlig rehabplan tillhör kategorin utredning/bedömning. Av de patienter som genomgått förmågehöjande eller förmågebibehållande rehabilitering har 94-95 % fått en skriftlig rehabplan vilket är en väl genomförd uppgift i rehabiliteringen.

Andelen patienter som fått rehabiliteringsplan varierar mellan enheterna, se figuren nedan.



Figur 15 Andel patienter som har fått rehabiliteringsplan per enhet

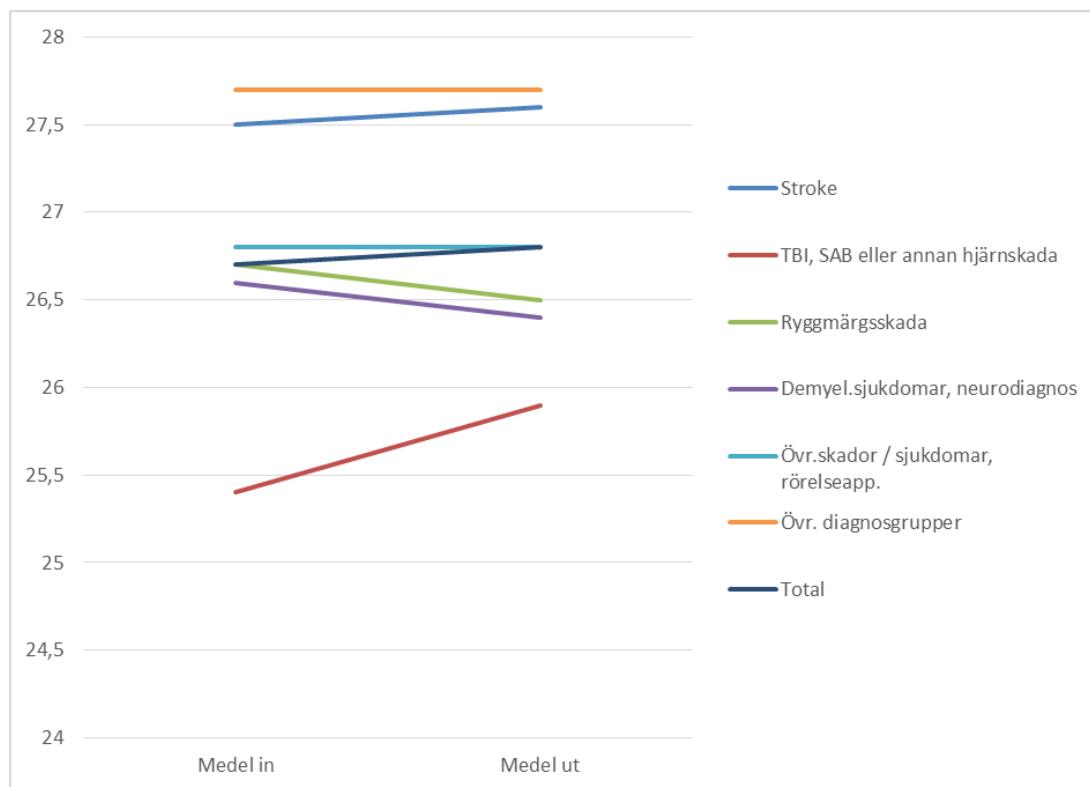
Resultatmått öppenvård

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 registreringen av BMI 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 16 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 73 % ut till eget självständigt boende, 23 % till eget boende med personligt beroende, och 2 % till särskild boende. Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person som kan vara make/maka- hemtjänst eller motsvarande.

Försörjning

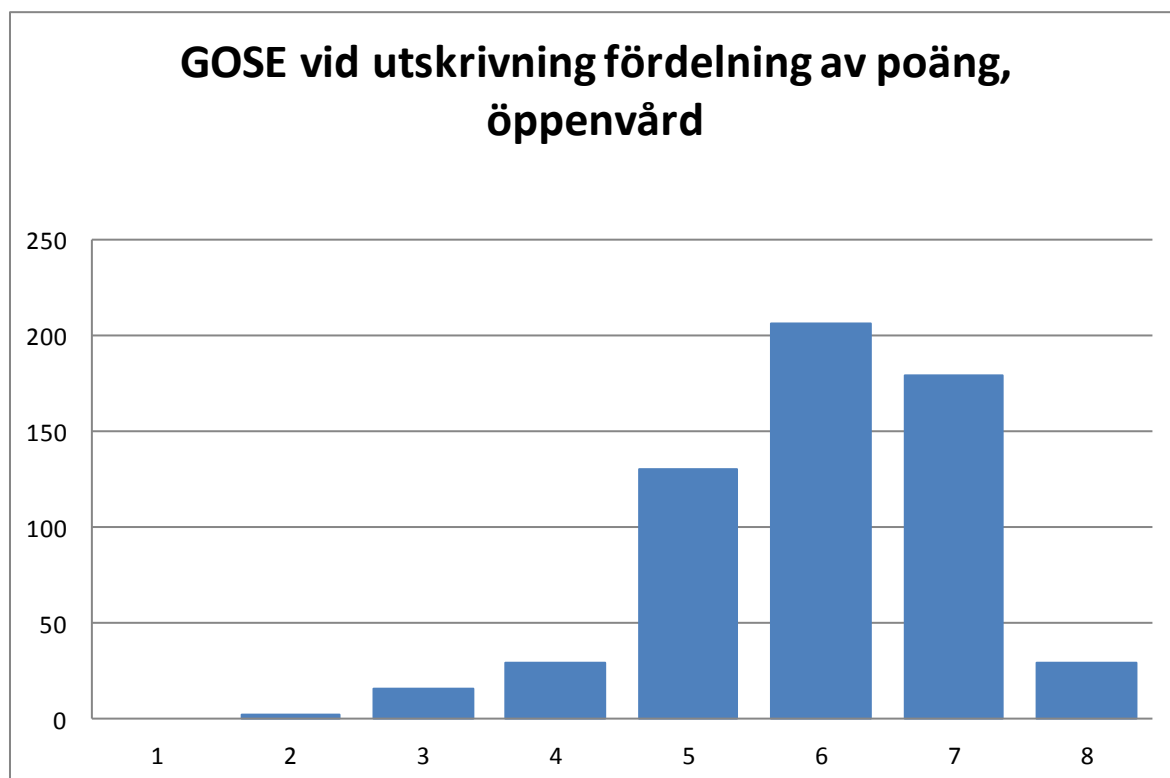
Vid inskrivningen har 59 % av patienterna registrerade i öppenvård hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan och vid utskrivningen 73 %. Det kan synas lite märkligt att andelen sjukskrivna skulle öka efter rehabiliteringen. Det kan sannolikt förklaras av oklarheter om vilka förhållanden som skall 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, dvs i praktiken ska det registreras om patienten går åter i arbete till någon del efter utskrivningen.

Körkortsbedömning vid utskrivning

Hos 46 % av alla personer som hade körkort sedan tidigare, föreligger medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården. Målnivån 90 % bedömda körkortsinnehavare uppfylldes (92 %). Enheternas resultat för andel genomförda körkortsbedömningar finns i Appendix.

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, dvs 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 17 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). Förbättrad gångförmåga enligt Holden mellan inskrivning och utskrivning registrerades för 10 % av patienterna (antal 83) och för 1 % (antal 7) en försämring. Övriga 718 patienter har oförändrad gångförmåga enligt Holden.

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

Gångklassifikation enligt Holden (in)	Gångklassifikation enligt Holden (ut)						
	0	1	2	3	4	5	Total
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
0	32	5	2	2	1	0	42
1	0	12	8	1	3	1	25
2	0	1	3	2	2	0	8
3	0	0	0	7	11	4	22
4	0	0	1	2	62	41	106
5	0	0	0	0	3	602	605
Total	32	18	14	14	82	648	808

NIHSS

Registreras på patienter med stroke och subarachnoidalblödning. Skalan är 0 - 42 poäng, där 0 = inga strokesymtom, och mer strokesymtom ger högre poäng. Medianvärdet 1 är oförändrat mellan in och ut.

För de 98 patienter med stroke som har data från båda tillfällena så har 19 % förbättrats, 6 % försämrats och övriga (75 %) 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				Total
		0	1-4	5-8	9-12	
INSKRIVNING	0	28	3	0	0	31
	1-4	16	40	3	0	59
	5-8	0	1	5	0	6
	9-12	0	0	1	0	1
	13-16	0	0	0	1	1
	Total	44	44	9	1	98

Komplikationer

Tabell 7 Frekvens av komplikationer i öppenvård

	DVT	Fall med fraktur	Epilepsi/krampanfall	Hydrocefalus	Trycksår	Pneumoni	Övre UVI	Annan infektion	Ny hjärnskada	Annan komplikation/sjukdom/skada
Total	4	2	22	3	3	2	9	9	7	39

Tabell 7 visar de komplikationer som förekommit under perioden av öppenvårdsrehabilitering. Vanligast förekommande var "annan komplikation/sjukdom/skada" följt av "epilepsi/krampanfall". De komplikationer som inte förekommit var heterotyp bennybildning, kontraktur, ulcus, meningit, infektion med multiresistenta bakterier samt avvikit från avdelningen.

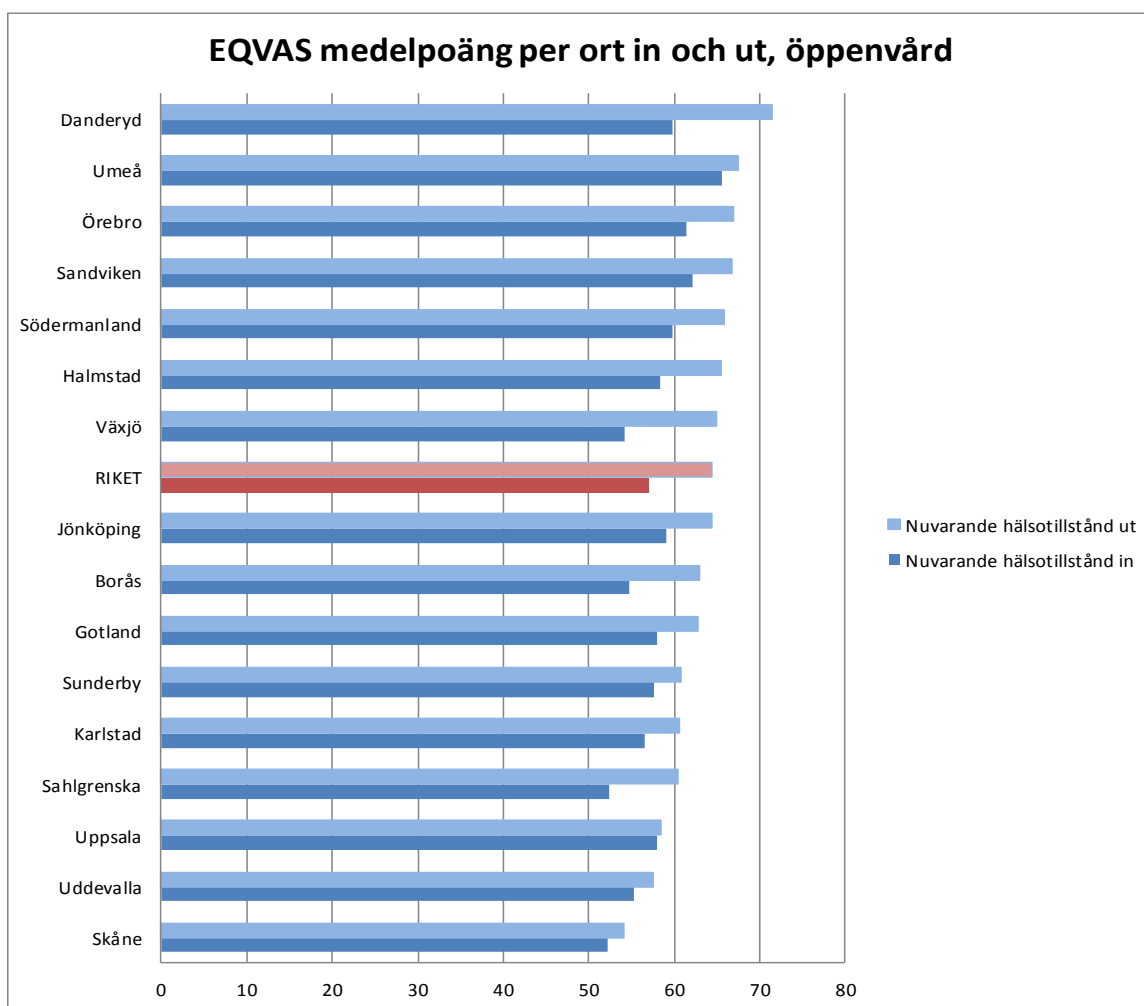
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)

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, dvs högre värden på skattningar av hälsotillståndet som helhet vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen. Rikets medelvärde in är 57 och ut 64 vilket är det samma som föregående år. Normalpopulationen i Sverige anges med skattningsmedelvärden från 82 till 90 och patienter i öppenvårdsrehabilitering skattar lägre hälsotillstånd än normalpopulationen.

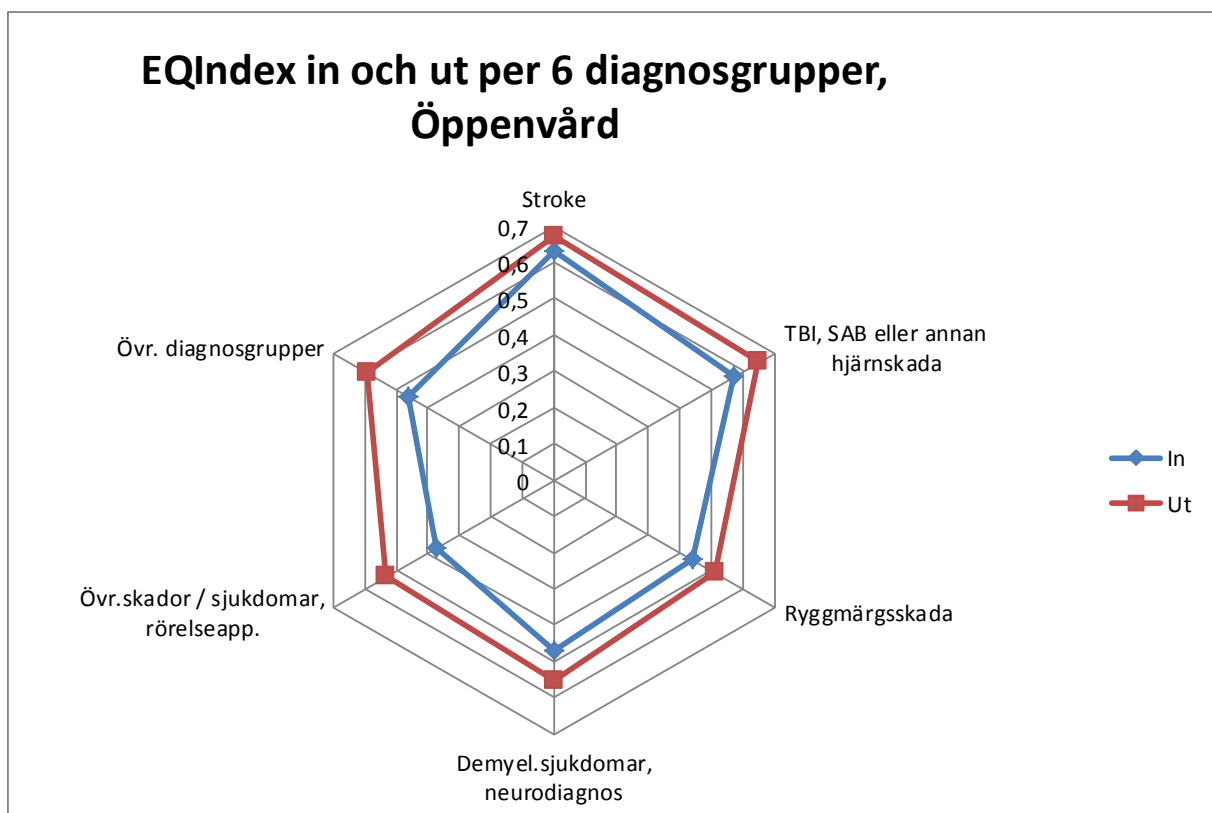


Figur 18 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet

Skattning av nuvarande hälsotillstånd – EQ5D Index

Mätningen av de fem dimensionerna i EQ5D redovisas med index enligt gällande kodnyckelberäkning. Minimivärde -1,0 till maxvärde 1,0, där 1 är full hälsa (dvs har skattat "inga problem" på samtliga frågor). Indexvärdet för normalpopulationen anges till 0,8-0,9.

Resultat från in- och utskrivning för EQ5D-index i diagnosgrupperna visas i diagrammet nedan. Förbättring noteras för samtliga diagnosgrupper och högsta värde visas i diagnosgrupperna "stroke" samt "TBI, SAB eller annan hjärnskada". Resultaten av EQ5D-index på enhetsnivå presenteras i Appendix.



Figur 19 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

IPA	Enbart utredning/bedömning			Förmågehöjande rehabilitering			Förmågebibehållande rehabilitering			Total		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Självständighet inomhus (in)	60	0,63	0	245	0,84	1	43	1,07	1	348	0,84	1
Självständighet inomhus (ut)	45	0,59	0	142	0,60	0	42	1,05	1	229	0,68	0
Roll i familjen (in)	59	1,64	2	241	1,89	2	43	1,77	2	343	1,83	2
Roll i familjen (ut)	43	1,52	1	140	1,79	2	42	1,75	2	225	1,73	2
Självständighet utomhus (in)	59	1,92	2	243	1,97	2	43	1,91	2	345	1,95	2
Självständighet utomhus (ut)	44	1,73	2	140	1,82	2	42	1,88	2	226	1,81	2
Sociala Relationer (in)	59	1,31	1	236	1,14	1	43	1,05	1	338	1,16	1
Sociala Relationer (ut)	45	1,10	1	140	1,12	1	42	0,95	1	227	1,08	1
Arbete & utbildning (in)	32	2,28	2	127	2,35	2	22	2,07	2	181	2,31	2
Arbete & utbildning (ut)	24	2,15	2	83	2,23	2	20	2,18	2	127	2,21	2

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 förbättrades från inskrivning till utskrivning för patienter i förmågehöjande rehabilitering (från median 1 till 0). Kategorin utredning/bedömning 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. Svartmönstret speglar något större svårigheter i denna kategori (median 2 vid inskrivning). Skattningarna förbättrades från inskrivning till utskrivning för patienter i utredning/bedömning (från median 2 till 1).

Dimensionen **självständighet utomhus** innehåller 5 frågor om fritiden och möjligheten att leva det liv jag önskar. Svartmönstret speglar något större svårigheter även i denna kategori (median 2). Skattningarna visar ingen förändring från inskrivning till utskrivning.

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

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

Sammanfattningsvis noteras förbättrat medianvärde för dimensionerna **självständighet inomhus** i kategorin förmågehöjande rehabilitering och **roll i familjen** för kategorin utredning/bedömning. De största begränsningarna upplevs inom **arbete, utbildning**.

Patientrapporterade mätningar är av stort värde i vård och rehabilitering. Rapporteringen av IPA från 348 patienter (in) 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 Totalt, 514 patienter		Ut	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
In	Icke tillfredsställd	79	96
	Tillfredsställd	30	309

Samtliga diagnosgrupper: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 388 patienter (75 %), och 96 förbättrades (19 %) medan 30 patienter försämrades (6 %). Jämfört med 2013 så har andelen oförändrade minskat från 81 % och andelen förbättrade har ökat från 14 %.

LiSat, Livet i allmänhet Diagnosgrupp Stroke, 203 patienter		Ut	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
In	Icke tillfredsställd	33	33
	Tillfredsställd	12	125

Diagnosgrupp stroke: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 158 patienter (78 %), och 33 förbättrades (16 %) medan 12 patienter försämrades (6 %). I jämförelse med det totala resultatet ovan har diagnosgruppen stroke något lägre andel förbättrade.

LiSat. Livet i allmänhet Diagnosgrupp TBI, SAB eller annan hjärnskada, 165 patienter		Ut	
		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
In	Icke tillfredsställd	28	38
	Tillfredsställd	8	91

Diagnosgrupp TBI, SAB eller annan hjärnskada: Oförändrad skattning noteras enligt denna dikotomisering för 119 patienter, och 38 förbättrades (23 %) och 8 patienter försämrades (5 %).

Resultatmätt Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)

Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen

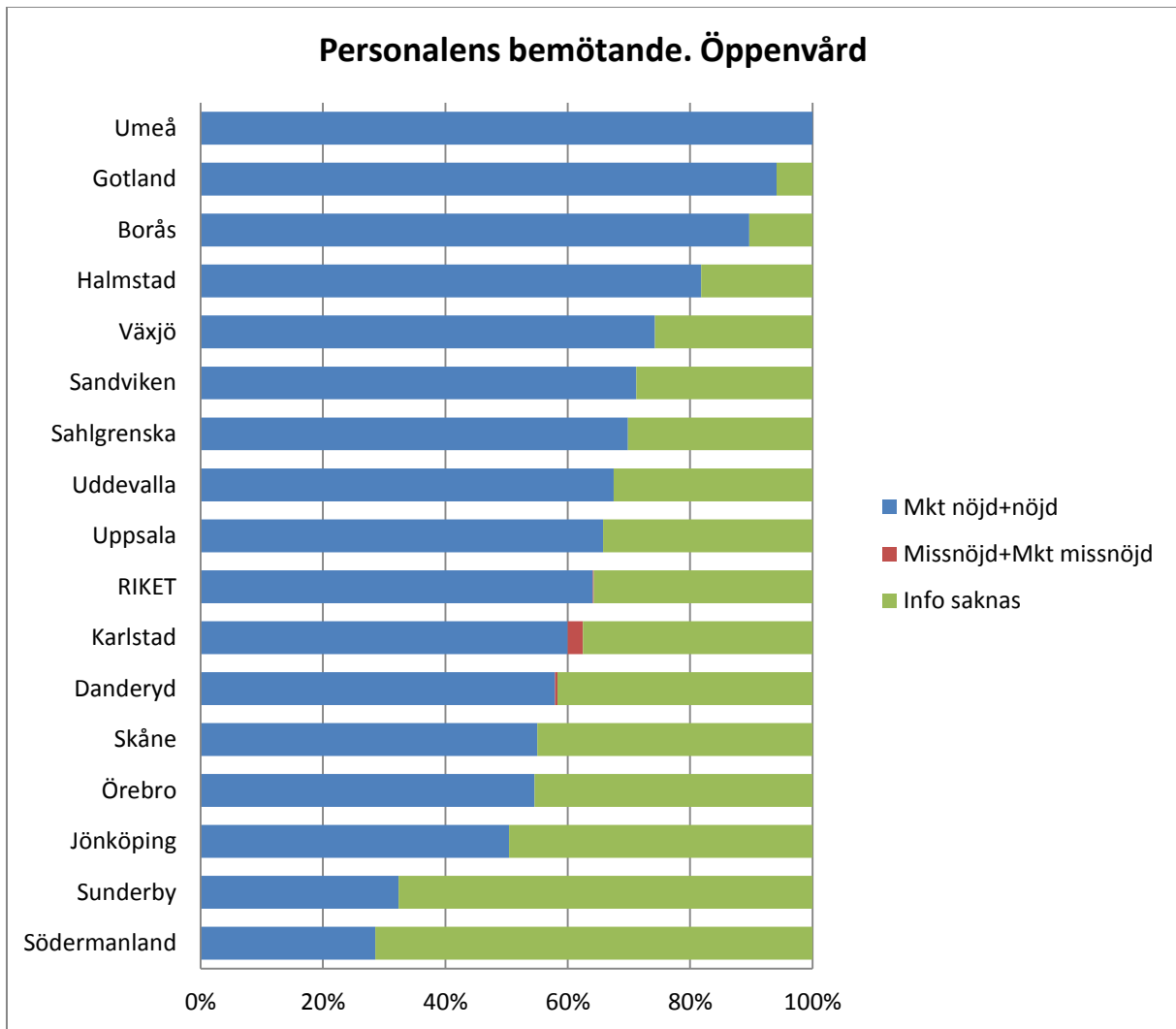
Rapporten här omfattar totalen patienter i öppenvård (n=1384).

I figurerna nedan visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt i riket och per enhet. I jämförelse med resultatet från 2013 så har andelen mycket nöjd/nöjd ökat på samtliga frågor vilket delvis kan förklaras av den lägre andelen "information saknas" dvs ej genomförda enkäter. Antalet missnöjda/mycket missnöjda patienter hade liknande nivå som år 2012 på de flesta frågorna, se tabell 10.

Tabell 10 Antalet missnöjda/mycket missnöjda

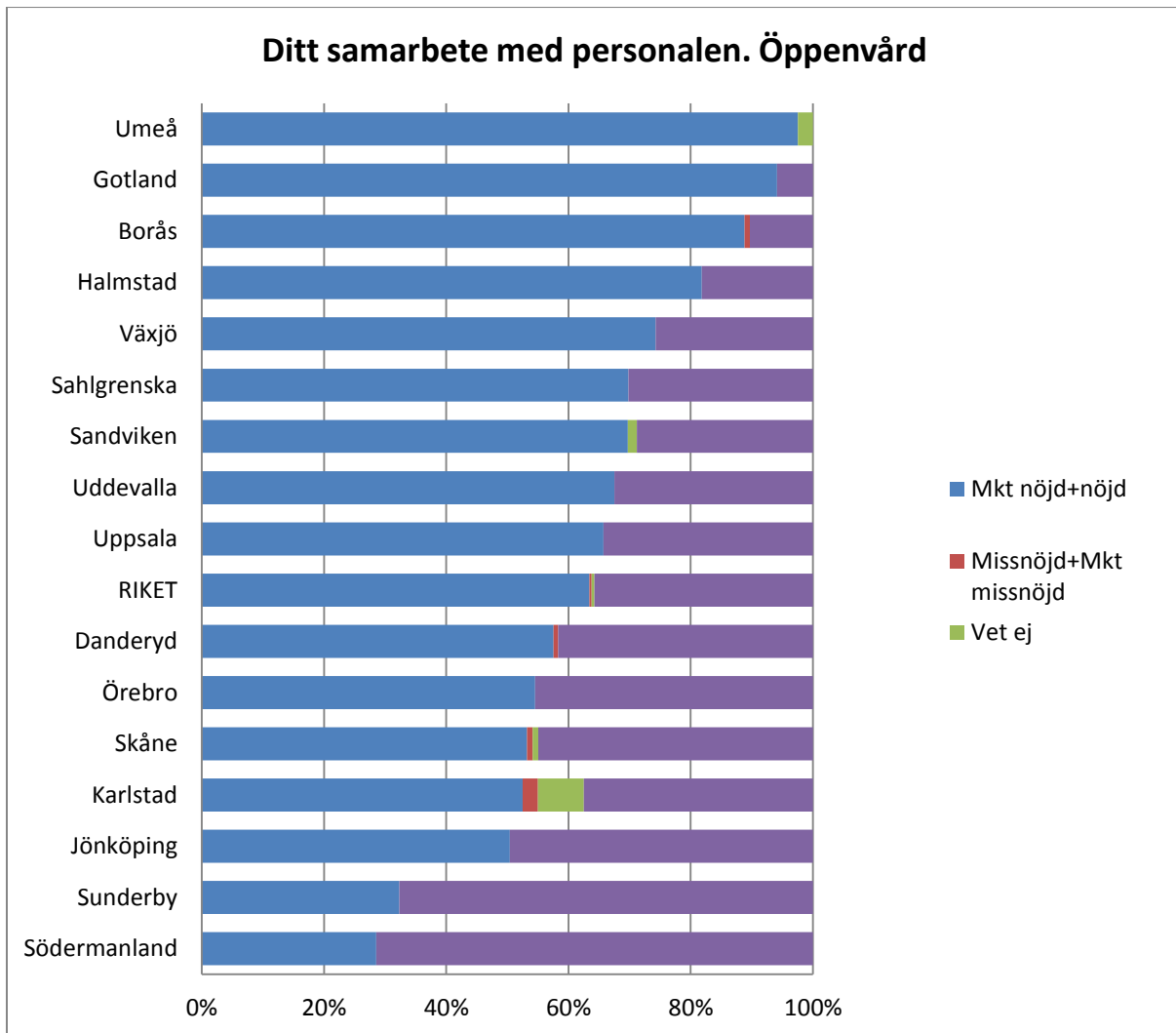
Nöjdhet med ...	Antalet missnöjda/mycket missnöjda		
	2014	2013	2012
Personalens bemötande	2	2	5
Ditt samarbete med personalen	5	4	5
Rehabiliteringen	12	10	10
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	19	13	19
Information om sjukdomen	38	30	37
Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen	42	25	35
Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering	25	12	20

Högst andel mycket nöjd/nöjd finns i områdena "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen" (64 respektive 63 %). 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.



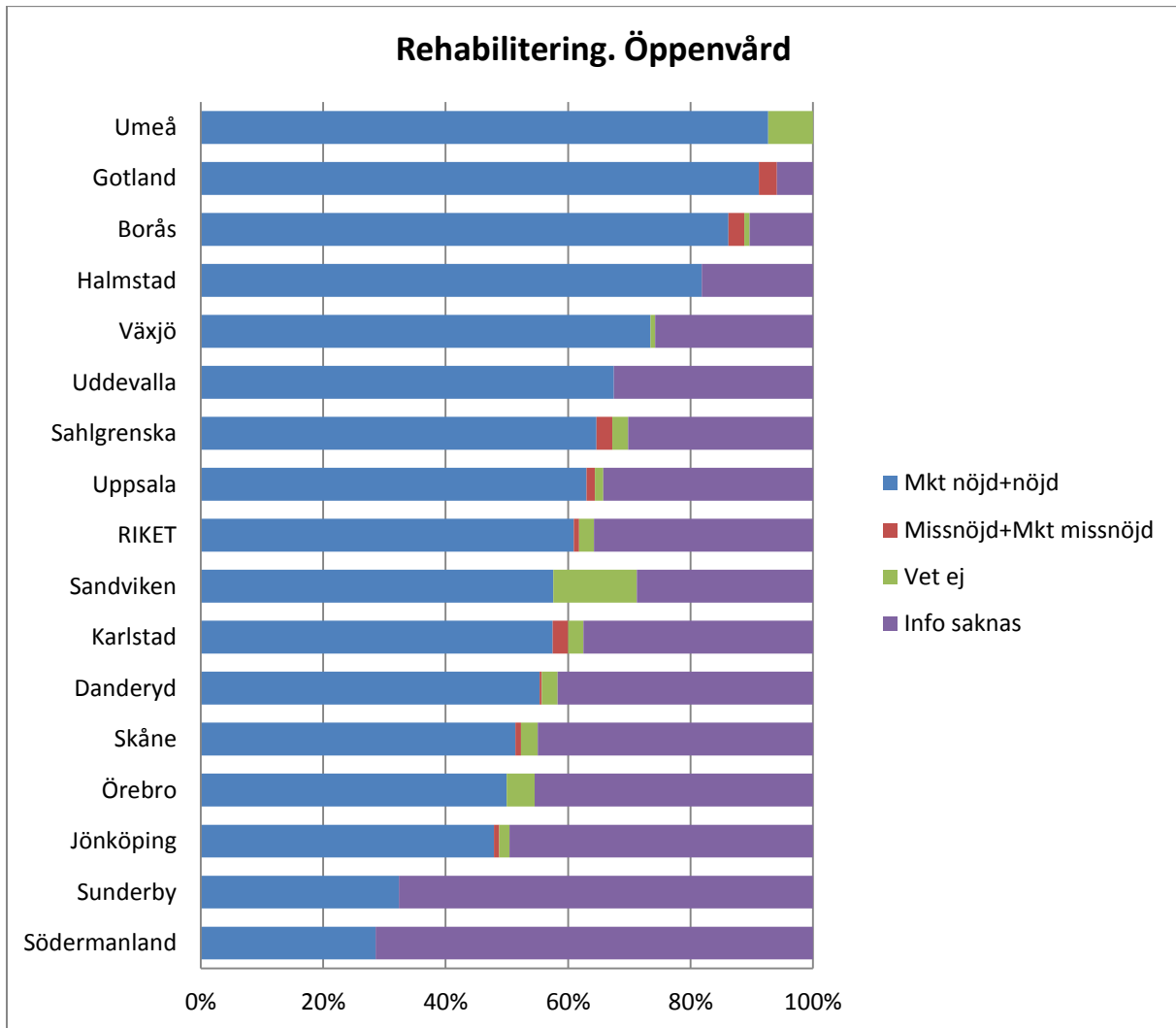
Figur 20 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande"

Andelen mycket nöjd/nöjd med personalens bemötande var 64 % jämfört med föregående års 61 %.



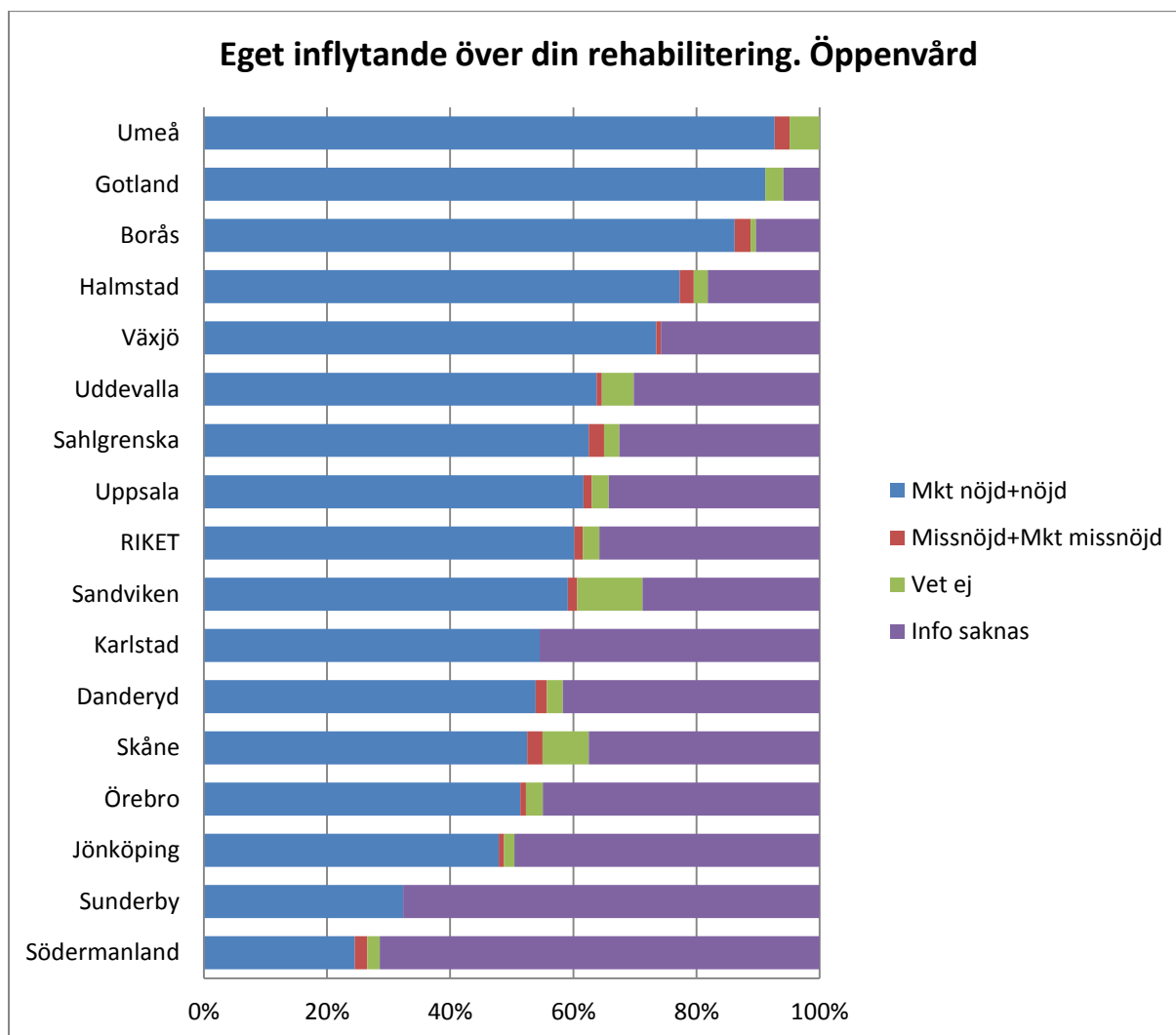
Figur 21 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen"

Andelen mycket nöjd/nöjd med ditt samarbete med personalen var 63 % jämfört med föregående års 61 %.



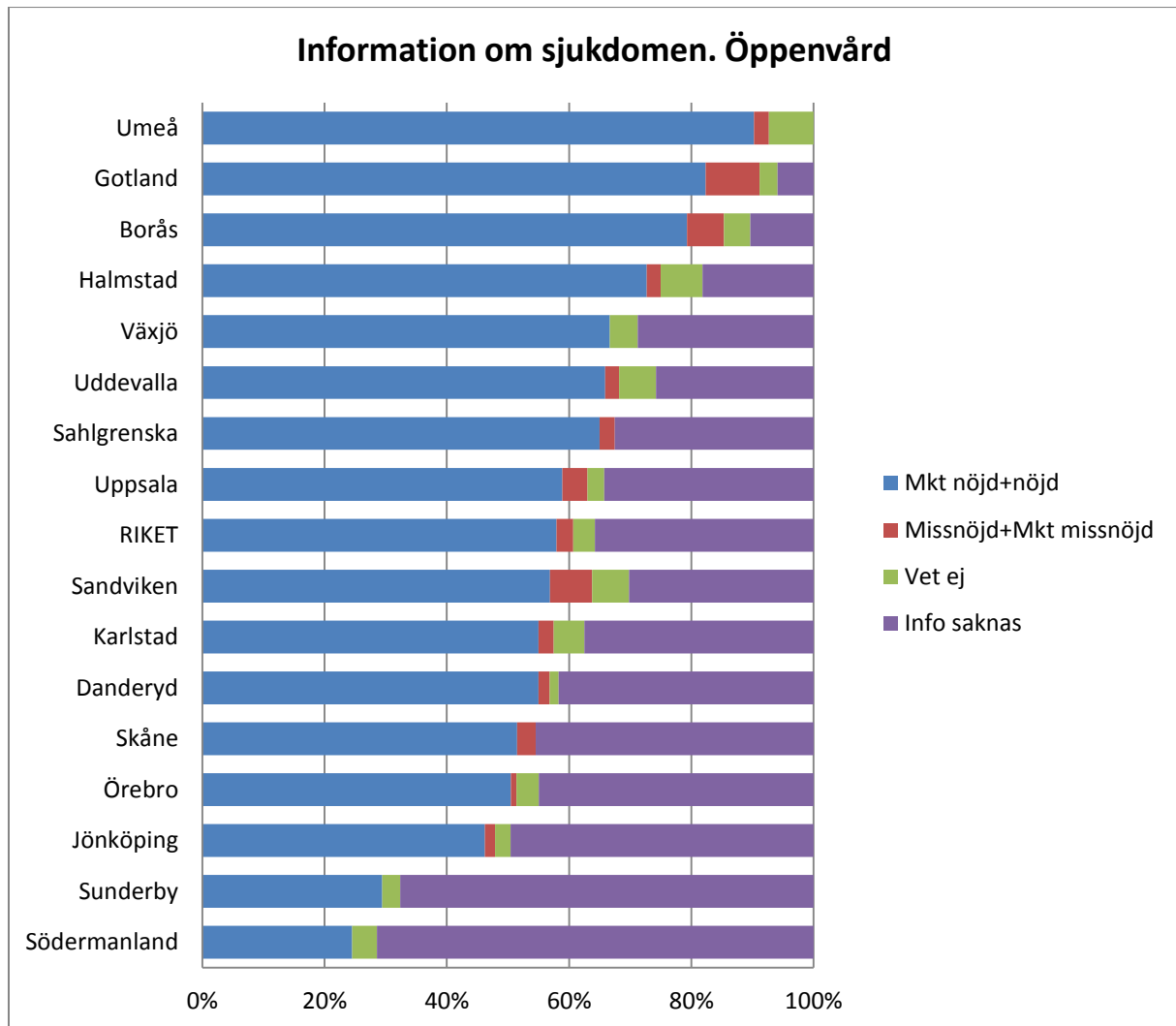
Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen"

Andelen mycket nöjd/nöjd med Rehabiliteringen var 61 % jämfört med föregående års 58 %.



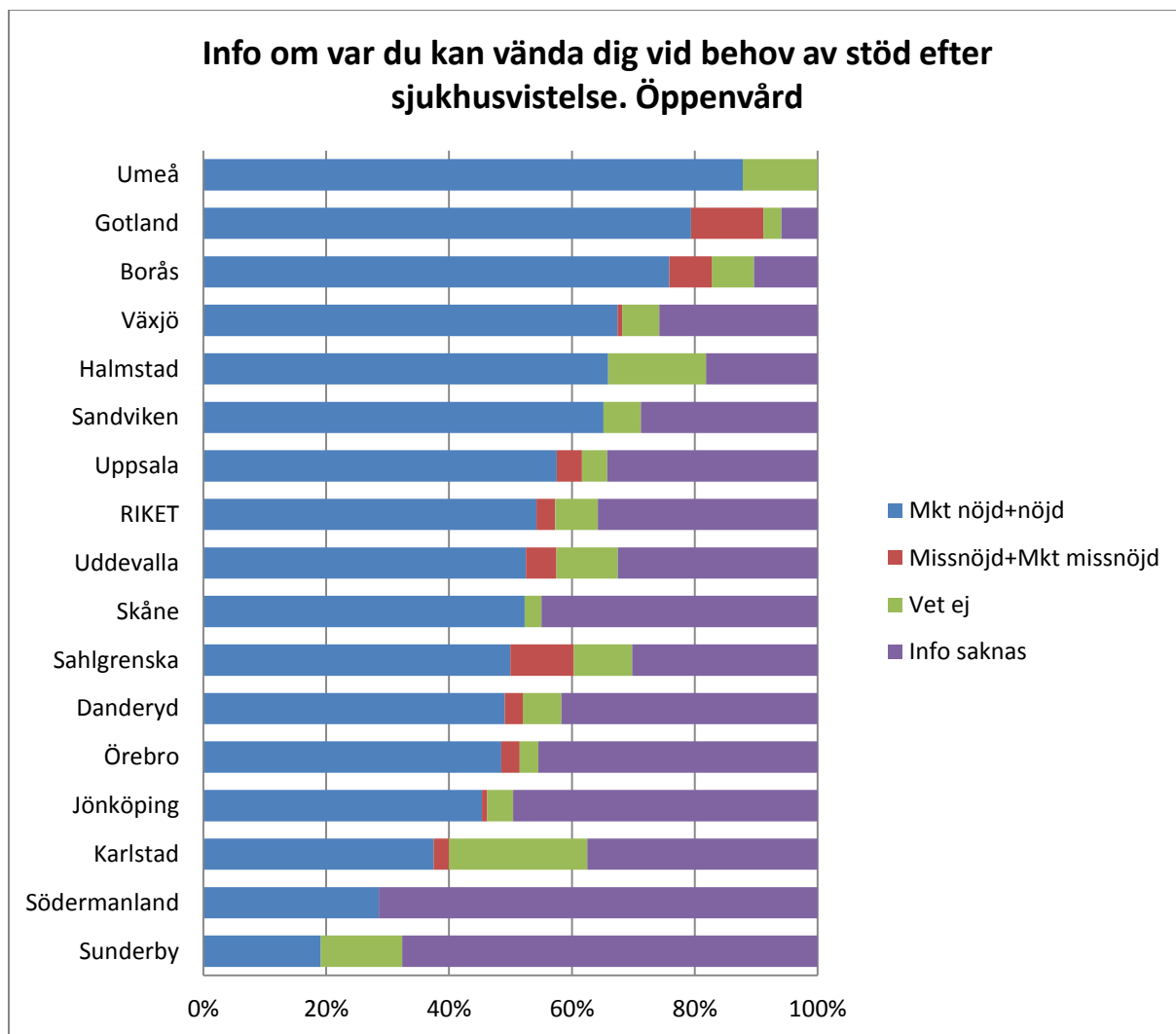
Figur 23 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan"

Andelen mycket nöjd/nöjd med eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan var 60 % jämfört med föregående års 57 %.



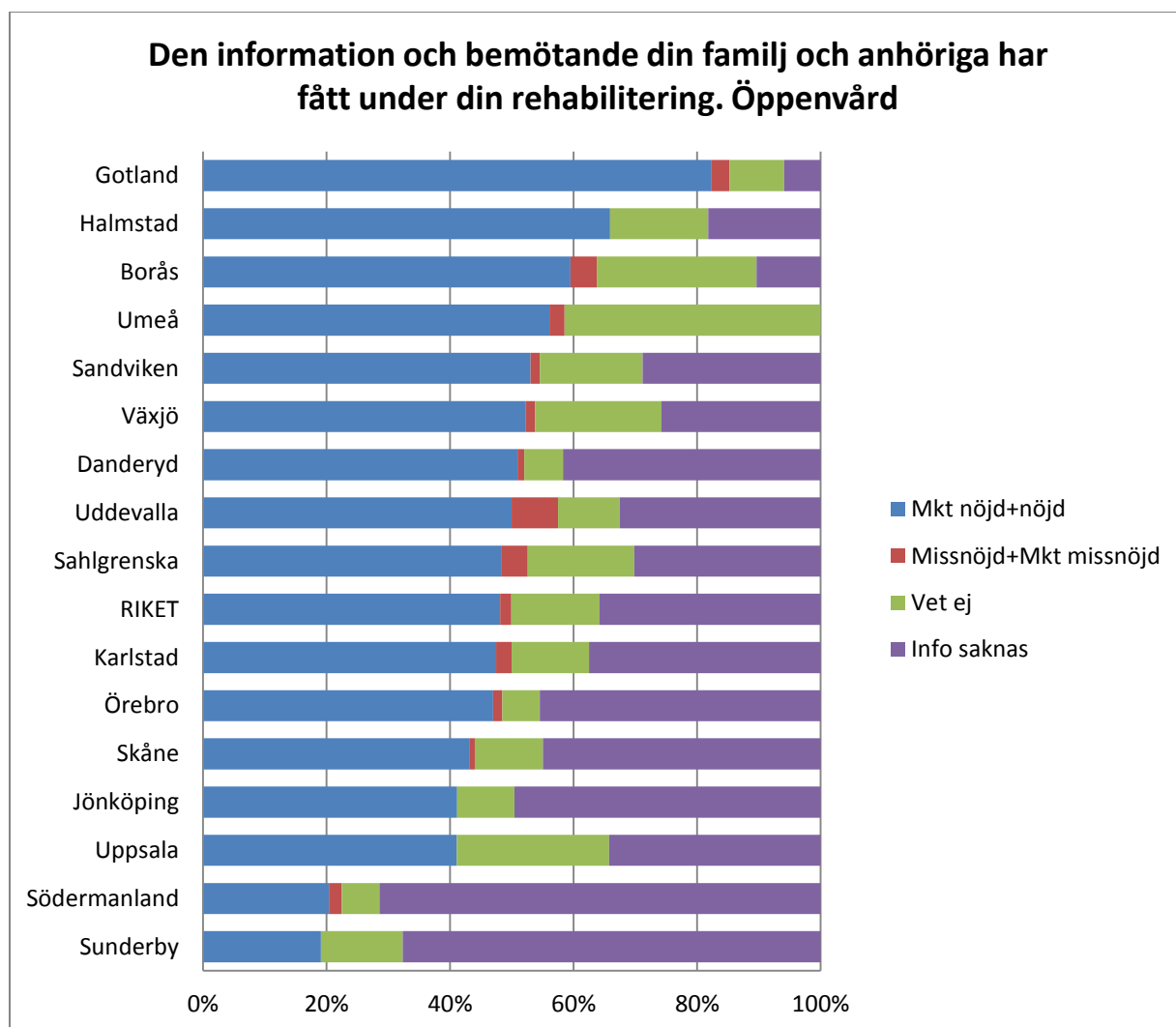
Figur 24 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan"

Andelen mycket nöjd/nöjd med information om sjukdomen/skadan var 58 % jämfört med föregående års 54 %.



Figur 25 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 54 % jämfört med föregående års 53 %.



Figur 26 Svartsfördelning 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 48 % jämfört med föregående års 47 %.