



Årsrapport slutenvård
2014

Innehåll

Sammanfattning slutenvård	4
Bakgrund och syfte	5
Målnivåer	7
Slutenvård 2014	12
Demografi och processmått	12
Diagnosgrupper	15
Åldersfördelning	17
Diagnosfördelning inom åldersgrupp	18
Väntetider	19
Utskrivningsklara	19
Vårdtid	20
Rökning, alkohol- och drogmissbruk	22
Användningsgrad	23
Resultatmått	30
Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning	33
Försörjning	47
Patientnöjdhet	47
Spinal	54

Figur & Tabellförteckning

Figur 1 Antal registreringar	12
Figur 2 Antal utskrivna per ort	13
Figur 3 Täckningsgrad	14
Figur 4 Fördelning diagnosgrupper	15
Figur 5 Fördelning diagnosgrupper per enhet	16
Figur 6 Åldersfördelning per enhet	17
Figur 7 Körkortsbedömning	23
Figur 8 Ifyllnadsgrad BMI inskrivning	25
Figur 9 Ifyllnad BMI utskrivning	26
Figur 10 Ifyllnadsgrad nöjdhetsfrågor	27
Figur 11 Rehabplan ifylld	28
Figur 12 Antal fall med fraktur	30
Figur 13 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Stroke	31
Figur 14 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen TBI, SAB eller annan hjärnskada	32
Figur 15 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Ryggmärgsskada	32
Figur 16 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Demylel.sjukdomar, neurodiagnos	33

Figur 17 Andel som var beroende vid inskrivning och oberoende vid utskrivning, 2013 och 2014. Fysiska item.	34
Figur 18 Andel som var beroende vid inskrivning och oberoende vid utskrivning, 2013 och 2014. Fysiska item.	35
Figur 19 GOSE vid utskrivning.....	39
Figur 20 EQVAS vid in- och utskrivning.....	42
Figur 21 EQ index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp.....	43
Figur 22 Utskriven till	44
Figur 23 Patientnöjdhet: personalens bemötande, per enhet.....	47
Figur 24 Patientnöjdhet: ditt samarbete med personalen.....	48
Figur 25 Patientnöjdhet: Rehabiliteringen	49
Figur 26 Patientnöjdhet: eget inflytande	50
Figur 27 Patientnöjdhet: information om sjukdomen	51
Figur 28 Patientnöjdhet: information om var vända sig	52
Figur 29 Patientnöjdhet: information till anhöriga	53
Figur 30 Antal rehabiliteringssteg per enhet (diagnosgrupp ryggmärgsskadade)	54
Tabell 1 Fördelning inom diagnosgrupper	15
Tabell 2 Diagnosfördelning inom åldersgrupper	18
Tabell 3 Tillgänglighet, väntetider	19
Tabell 4 Medelvårdtid per enhet.....	20
Tabell 5 Medelvårdtid per diagnosgrupp	21
Tabell 6 Andel rökare per diagnosgrupp	22
Tabell 7 Totalt antal komplikationer för alla enheter sammanlagt.....	31
Tabell 8 Vanligaste funktionsnedsättningar enl ICF vid utskrivning.....	36
Tabell 9 Resultat av NIHSS vid in- och utskrivning	37
Tabell 10 Antal inom DOC:s kategorier per enhet	38
Tabell 11 GOSE vid utskrivning från slutenvård	40
Tabell 12 Korstabell för RLS vid ankomst till sjukhus och GOSE vid utskrivning	40
Tabell 13 Utskriven till per diagnosgrupp	45
Tabell 14 Utskriven till per åldersgrupp	45
Tabell 15 Boende in vs utskrivna till.....	46
Tabell 16 Fysiska item vs utskrivna till	46
Tabell 17 Kognitiva item vs utskrivna till.....	46

Sammanfattning slutenvård

WebRehab Sweden är ett öppet register där man kan se prestationer och resultat från såväl hela landet som från var och en av de deltagande enheterna i årsrapporten. 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 för samhället. Årsrapporten visar hur stor andel av personerna som är beroende i ADL, uppdelat på fysiska- och kognitiva items vid in- och utskrivning.

Inom fysiska items minskar beroendet från 87 % till 62 % och beroendet i sociala/kognitiva aktiviteter från 60 % till 45 %. Nästan hälften (47,4 %) av personerna i landet skrevs ut till eget självständigt boende.

Patientsammansättningen påverkar resultatet av rehabiliteringsinsatserna. Data från registret visar att många personer (20 %) har problem med psykiska funktioner förutom de vanligt förekommande följderna efter sin diagnos. Missbruk är också relativt vanligt förekommande, såväl alkohol som andra droger eller läkemedel, vilket inverkar på rehabiliteringen och kräver ett aktivt samarbete med missbruksvården. Missbruk är vanligast inom gruppen hjärnskador; dels kan man fundera över missbruk som bidragande orsak, dels konsekvenser av missbruk i kombination med hjärnskada för rehabiliteringen. Under 2012 har 10 stycken variabler specifika för spinalt skadade personer 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 även om det är framtaget för att bedöma svårighetsgrad vid insjuknandet. Trots att man brukar säga att förbättring på funktionsnivå (i ICF termer ligger NIHSS på kroppsfunktionsnivå) i första hand sker de första 4-6 veckorna kan förbättring ske även senare. I WebRehab noterades fortsatt förbättring hos 47 personer, 7 personer som försämrades och ett smärre antal som hade samma symtom vid in- och utskrivning. Det är ofta ganska svårt drabbade personer som kommer för slutenvårdsrehabilitering jämfört med de som skrivs hem direkt från stroke-enheterna. Vad som sker under rehabilitering är viktigt att visa på då 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. Diskussionen om bilförarens lämplighet framföra fordon efter sjukdom och skada, är ett ständigt återkommande debattämne och målnivån 90% uppnåddes; 94% av patienterna inom slutenvård var bedömda.

Bakgrund och syfte

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

Rehabilitering är en process som ska hjälpa personen att

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

För att nå nya och gamla mål i livet.

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

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

- Patienter med stroke eller annan förvärvad hjärnskada
- Patienter med ryggmärgsskador.
- Patienter med multitrauma, fr a multipla och eller komplicerade frakturer, samt amputationer.
- Patienter som har genomgått kirurgiska ingrepp med långvarig intensivvård/annan immobiliserande vård, t ex transplantationskirurgi.
- Patienter som har varit långvarigt immobiliserade pga annan sjukdom tex onkologisk behandling eller långdragna komplicerade infektioner.

Inom rehabilitering används ofta som ramverk ICF (International Classification of Functioning). ICF-modellen har ett brett anslag till klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder som beskrivs som en interaktiv och evolutionär process. I modellen ses en enskild funktion i ett visst område som en interaktion eller som förhållandet mellan hälsotillstånd (fysisk eller psykisk) och kontextuella faktorer (sociala och fysiska miljö samt personliga faktorer).

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

1. Öppet register

Registret är nu öppet vilket innebär att de deltagande enheterna kan identifieras och jämföras (men inga enskilda patientdata kan ses). Årsrapporten läggs som tidigare ute på WebRehabs hemsida <http://www.ucr.uu.se/webrehab/> och är därmed tillgänglig för allmänheten. En kort brukarversion görs också.

2. Väntetider

Väntetider kan nu följas och vilket möjliggör att patienterna tas om hand på ett effektivare sätt i framtiden. Har väntan en negativ eller positiv effekt på resultatet?

3. Patientens delaktighet i rehabiliteringen

En viktig del av rehabiliteringsarbetet är att patienten är delaktig och själv medverkar för att ta ansvar för sin hälsa. För att möjliggöra detta krävs att rehabiliteringspersonalen ger information och utbildning. Ett steg i detta arbete är att bevaka att hälsofrågor (t.ex. frågor kring rökning och att följa BMI) tas upp under vårdtiden. Även upprättande av en rehabplan och uppföljning för att se att denna följs under och efter vårdtiden, hjälper klinikerna att vid behov sätta upp mål för förbättringar.

4. Vårdtider och Effekter av rehab

Genom att kunna jämföra funktionsnedsättning (FIM och EQ5D vid inskrivning och utskrivning) hos patienter med likartade skador och sjukdomar kan vi se om processen på den egna kliniken är effektiv i förhållande till vårdtiden och resultatet.

5. Komplikationer

Vi kan följa utveckling av komplikationer inom rehabiliteringsverksamheten och sätta in åtgärder om vi ser någon negativ trend.

6. Nöjdhet

Vi får viktig information om våra patienter är nöjda med vården, vilket kan användas i det egna förbättringsarbetet.

7. Information

En skattefinansierad hälso- och sjukvård har krav på sig att vara demokratiskt. Det är medborgarens rättighet att kunna få ta till sig korrekt och heltäckande information om hur

sjukvården fungerar vid olika enheter. Genom WebRehab kan de olika klinikerna ta fram all information som krävs för att kunna beskriva sin verksamhet för patienter- anhöriga- politiker- patientorganisationer och andra intressenter.

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

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska- t.ex. geriatrik- neurologi- ortopedisk rehabilitering mm. Av de 21 olika sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner) är alla representerade av en eller flera deltagande enheter. Registret har även privat aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser.

Målnivåer

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

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

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

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

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

Orsaken till att inför målnivåer i ett kvalitetsregister är flera:

- De är kvalitetsdrivande
- De hjälper till att nå målet om en likvärdig och jämlik vård i landet
- De ger en form av kvalitetsdeklaration
- I ackrediteringsarbete med CARF är målnivåer till stor nytta

I WebRehab har vi valt att identifiera målnivåer som är uppnåeliga och inte lägsta acceptabla nivå. Det sistnämnda får varje enhet göra själv som en del i sitt kvalitetsarbete och i ackrediteringssammanhang. Vi har identifierat ett antal indikatorer där vi har satt målnivåer. Någon handlar om kunskapsbaserad och ändamålsenligt vård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade. I en del av figurerna har resultaten redovisas enligt ljus-signalerna i trafiken: grönt är över målnivån, gult i närheten av målnivån och rött innebär mycket att arbeta med. På detta sätt hoppas vi att de enheter som idag har röda markeringar ska sträva efter att förbättra sina resultat till nästa år.

1. Registrering av patienter i kvalitetsregistret

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

Målvärdet är 80 %.

2. Registering av BMI

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

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

3. Bedömning av körlämplighet

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

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

4. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att minska antalet fall-olyckor och trycksår bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna. En eloge till de enheter som rapporterar in komplikationer då det är viktigt att inse att ärlighet är A och O. Att rapportera in komplikationer kan leda till en förbättringsdiskussion lokalt. Alla som arbetar inom rehabilitering vet att trots ett gott säkerhetstänk så händer saker ibland. De enheter som inte rapporterar in några komplikationer alls under flera år ter sig inte helt trovärdiga.

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

5. Patientnöjdhet

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

Målnivå 80 %.

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

Statistiker: Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

Maribel Garcia, Quality Stat AB

Alla enheter registrerar 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@ltdalarne.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@stockholmssjukhem.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@akademiska.se annica.bohlsson@akademiska.se agneta.joelsson@akademiska.se jessica.aman@akademiska.se
Universitetssjukhuset i Linköping Universitetssjukhuset 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
Östersunds sjukhus	katarina.olsson@jll.se helene.christmansson@jll.se

Hälsa&Rehabilitering Halland

REMEO Stockholm

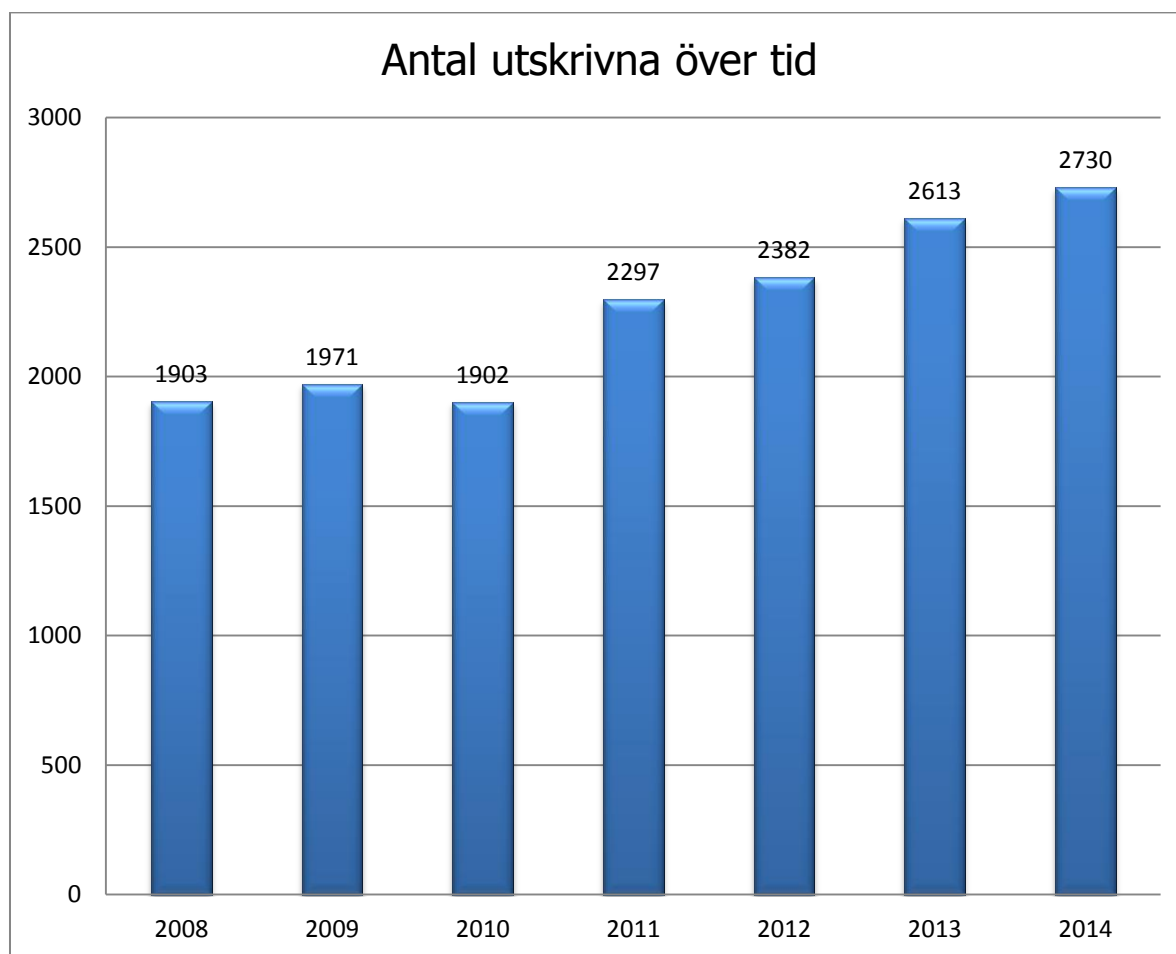
[susan.hassander-
olausson@regionhalland.se](mailto:susan.hassander-
olausson@regionhalland.se)
anna.cedborg@se.aga.com

Slutenvård 2014

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2013, där inget annat anges.

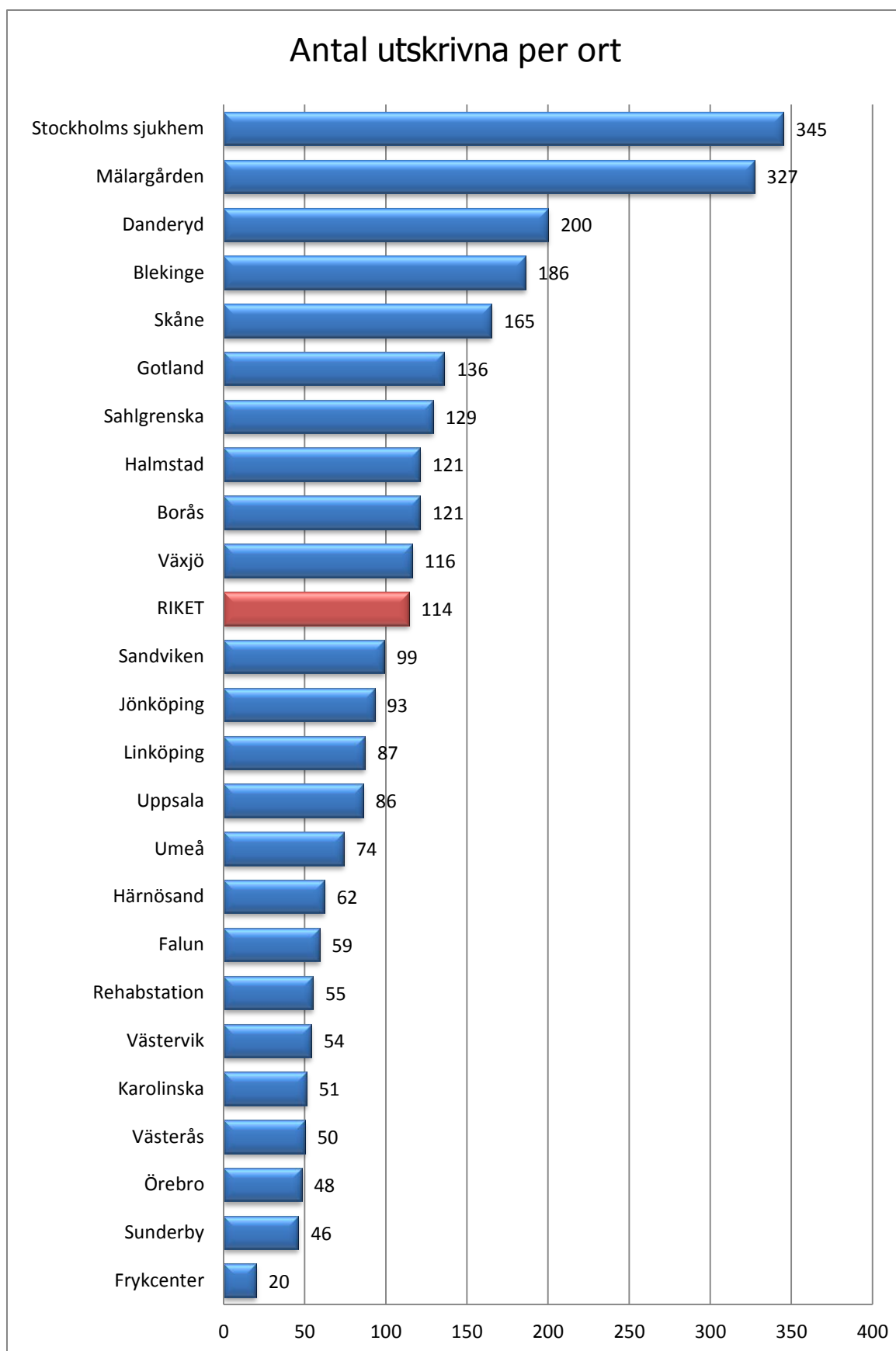
I rapporten har vi beslutat att inte ta med enheter som registrerat färre än 20 patienter per år. Detta gör att Karlstad med 15 och Uddevalla med 16 registreringar inte finns med i tabeller och grafer. Vi får utvärdera om detta är rätt väg.

Demografi och processmått



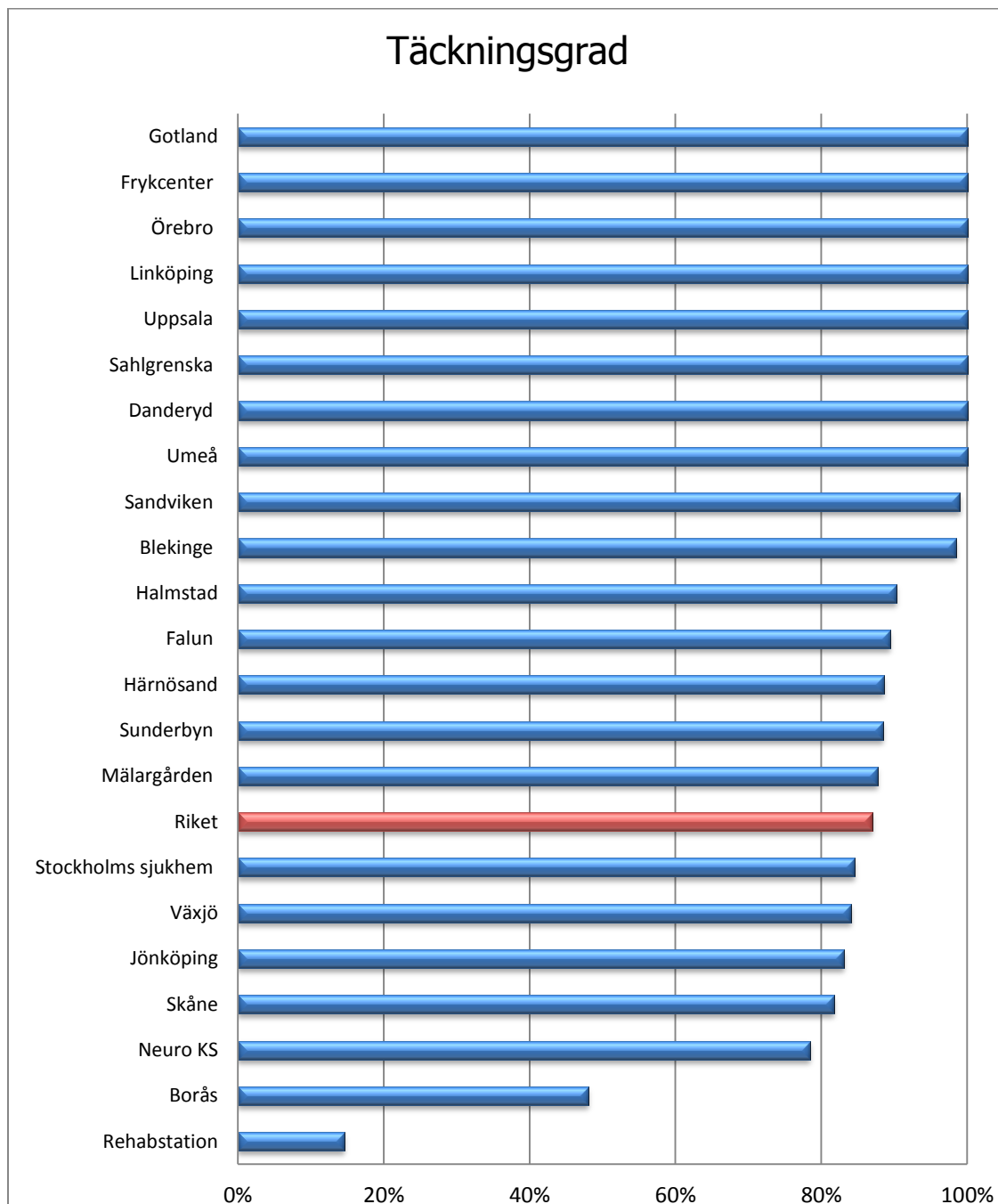
Figur 1 Antal registreringar

Antal registreringar i slutenvård fortsätter att öka. Det beror på att deltagande enheter registrerar fler patienter. Både 2013 och 2014 är det 27 registrerande enheter.



Figur 2 Antal utskrivna per ort

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%. Riksgenomsnittet ligger i dag på 87% vilket innebär att vi har relevanta data som speglar verksamheten.



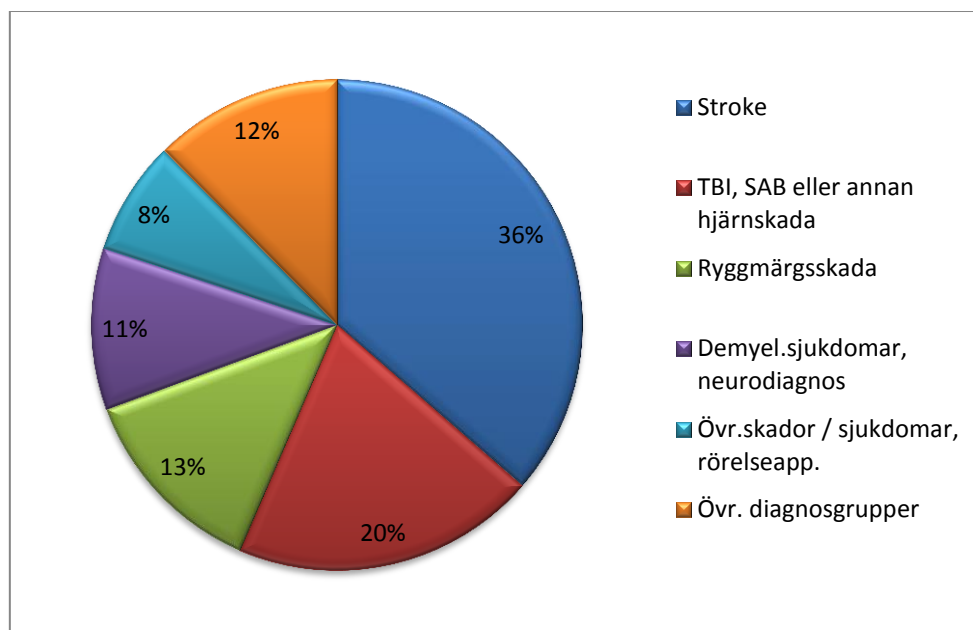
Figur 3 Täckningsgrad

Diagnosgrupper

Tabell 1 Fördelning inom diagnosgrupper

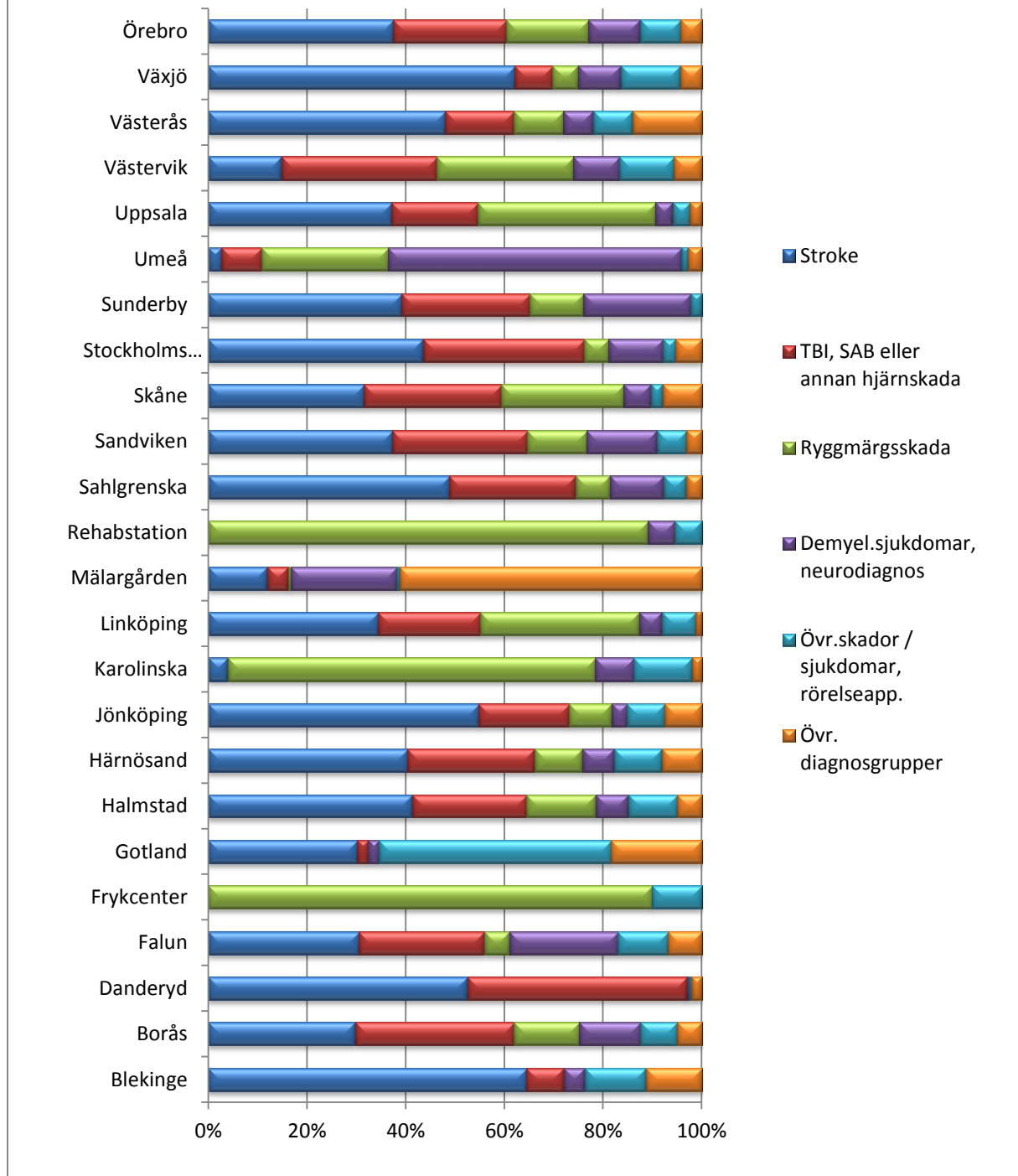
Diagnosgrupper	Antal	Grupp
Stroke	993	1
SAB	118	2
TBI	221	2
Postinfektiös/postinflammatorisk hjärnskada	38	2
Anoxisk hjärnskada	39	2
Annan hjärnskada	133	2
Ryggmärgsskada	353	3
Demyeliniserande sjukdomar	53	4
Annan neurodiagnos	238	4
Reumatiska sjukdomar	2	5
Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador	146	5
Amputationer	29	5
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	158	6
Cancersjukdom	106	6
Psykiatrisk sjukdom	4	6
Övriga trauma	28	6
Övriga diagnoser	71	6
Total	2730	

I samband med årsrapport har vi delat in diagnosgrupperna i 6 större grupper. Den procentuella fördelningen illustreras i följande diagram.



Figur 4 Fördelning diagnosgrupper

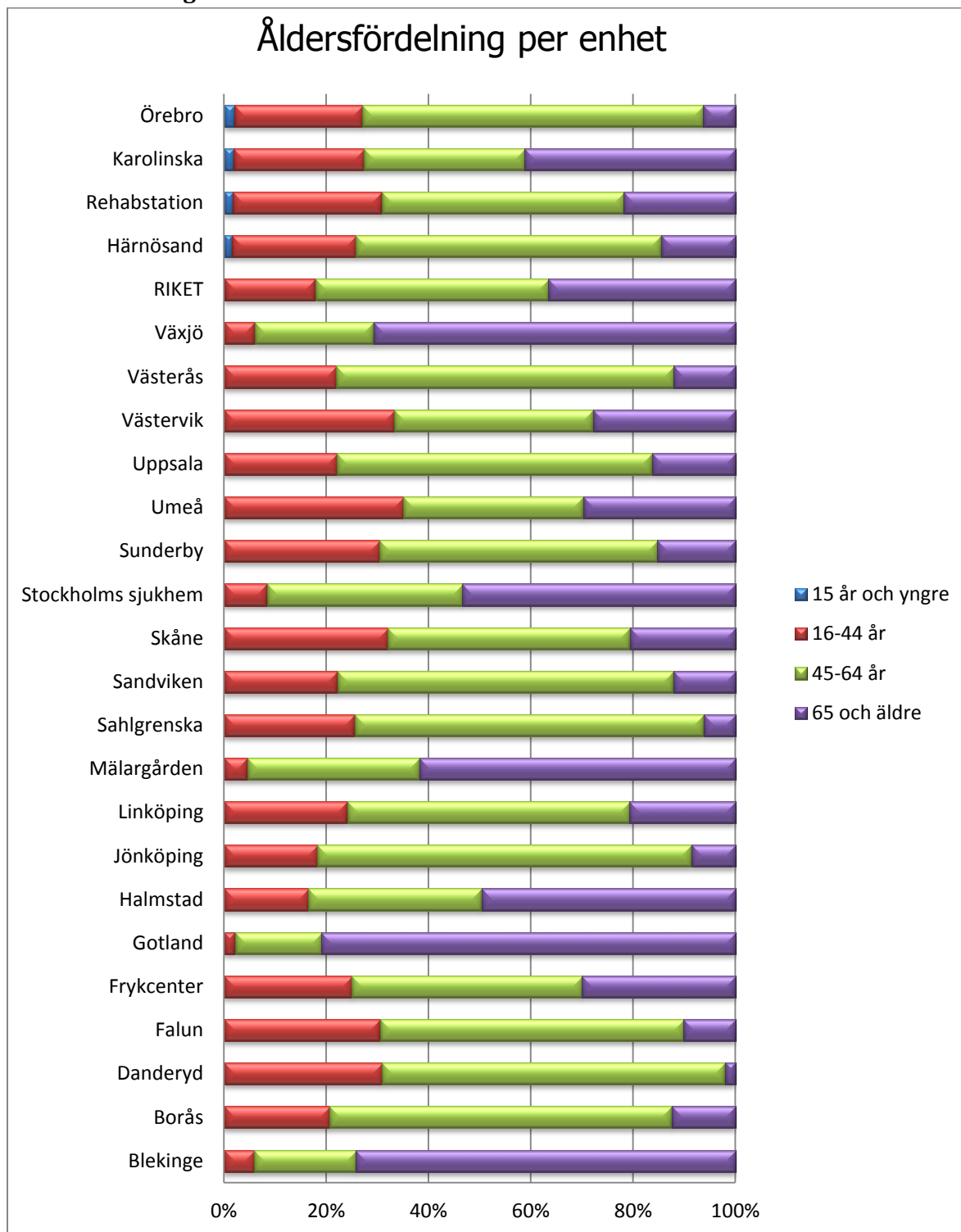
Diagnosfördelning/enhet



Figur 5 Fördelning diagnosgrupper per enhet

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.

Åldersfördelning



Figur 6 Åldersfördelning per enhet

Det föreligger skillnader mellan enheterna vad gäller åldersfördelning och en förklaring är att en del enheter har geriatrisk rehabilitering som tydligt uppdrag, andra har det inte. Följande tabell visar åldersfördelningen i olika diagnosgrupper på riksnivå.

Diagnosfördelning inom åldersgrupp

Tabell 2 Diagnosfördelning inom åldersgrupper

	Åldersgrupp									
	15 år och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stroke	1	25	85	18	501	40	406	41	993	36
TBI, SAB eller annan hjärnskada	1	25	175	36	285	23	88	9	549	20
Ryggmärgsskada	2	50	99	20	136	11	116	12	353	13
Demyel.sjukdomar , neurodiagnos	0	0	52	11	109	9	130	12	291	11
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	0	0	36	7	63	5	106	11	205	8
Övr. diagnosgrupper	0	0	38	8	151	12	150	15	339	12
Total	4	100	485	100	1245	100	996	100	2730	100

Diagnosfördelningen varierar mellan olika åldersgrupper. Stroke dominerar ibland de äldsta medan andra hjärnskador och ryggmärgsskador dominerar ibland de yngre.

Väntetider

Tabell 3 Tillgänglighet, väntetider

Tid från utfärdande till inskrivning				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	92	0	0	15
Västerås	48	3	0	60
Halmstad	115	4	0	200
Stockholms sjukhem	345	4	0	143
Västervik	26	4	0	137
Borås	115	5	0	304
Gotland	130	5	0	56
Karolinska	47	5	0	44
Falun	57	7	0	274
Jönköping	89	7	0	56
Uppsala	79	7	0	133
Danderyd	197	8	1	189
Härnösand	61	9	0	145
Sunderby	43	9	0	245
Riket	2461	9	0	733
Linköping	35	10	3	332
Rehabstation	55	12	1	144
Växjö	113	12	0	321
Sahlgrenska	127	15	0	49
Örebro	47	17	1	124
Sandviken	85	20	0	246
Skåne	149	30	3	402
Umeå	70	73	0	367
Mälargården	326	99	5	733
Frykcenter	10	238	31	327

Tid från beslut till inskrivning				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	100	0	0	12
Karolinska	43	0	0	365
Västerås	49	0	0	59
Falun	56	1	0	274
Västervik	36	1	0	132
Borås	114	2	0	304
Gotland	130	2	0	45
Halmstad	118	2	0	200
Stockholms sjukhem	345	3	0	125
Sunderby	41	3	0	245
Härnösand	62	4	0	106
Jönköping	89	4	0	49
Uppsala	81	4	0	96
Danderyd	188	5,5	0	50
Riket	2472	6	0	812
Linköping	36	7	0	278
Växjö	113	7	0	320
Rehabstation	55	10	0	112
Sahlgrenska	126	11	0	48
Örebro	48	12	0	97
Sandviken	81	14	1	243
Skåne	151	15	0	369
Umeå	74	48	0	366
Mälargården	327	88	4	812
Frykcenter	9	102	16	314

Tabellerna visar väntetider i median från remissens utfärdande respektive från när beslut fattats om intag till när patienten lagts in i slutenvård. Tiden från det att remissen utfärdats till dess att beslut om intag fattas är 3 till 6 dagar för de allra flesta enheter. Ur tabellen framgår tydligt att enheterna har delvis olika premisser för intag. En del har akutintag och andra har en helt planerad verksamhet.

Utskrivningsklara

Sammanlagt över riket har 1506 (868) vårddagar belagts av patienter som ligger kvar efter att ha bedömts som utskrivningsklara. Det är en kraftig ökning jämfört med 2013 och speglar sannolikt ökade svårigheter i utskrivningsplaneringen.

Vårdtid

Tabell 4 Medelvårdtid per enhet

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sthlm sjukhem						15	18
Uddevalla		40	43			15	
Mälargården			18	17	18	17	16
Västervik						28	26
Gotland						29	33
Östersund	35	34	35	35	33	29	
Karolinska						29	46
Umeå				81	54	30	46
Halmstad	28	28	28	29	32	32	31
Sandviken	42	38	35	32	36	34	43
Rehabstation						34	47
Blekinge	35	39	38	39	35	35	34
Falun	37	37	25	30	41	35	49
Linköping	49	44	51	53	49	36	50
Skåne	34	46	34	38	40	36	43
RIKET	46	50	44	45	41	37	36
Jönköping	38	35	48	39	35	39	37
Borås	61	57	53	52	38	41	35
Sunderby	50	64	53	60	76	41	53
Växjö	46	40	45	43	36	42	36
Sahlgrenska	31	42	40	39	38	44	46
Västerås	71	71	65	52	34	44	41
Härnösand	28	30	36	36	38	48	36
Uppsala	71	60	62	50	48	51	54
Örebro	48	47	48	56	51	57	63
Danderyd	76	66	72	68		60	58
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 i registret nya enheter har korta vårdtider. Varje klinik bör analysera sin egen utveckling.

Väntetid per diagnosgrupp

Tabell 5 Medelvårdtid per diagnosgrupp

Sjukhus	Diagnosgrupp						Total
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper	
Blekinge	27	69	0	35	47	35	34
Borås	31	42	31	29	32	39	35
Danderyd	59	56	0	79	16	71	58
Falun	47	55	65	60	25	25	49
Frykcenter	0	0	17	0	19	0	17
Gotland	40	19	0	31	28	38	33
Halmstad	31	37	19	31	28	35	31
Härnösand	44	31	32	29	19	40	36
Jönköping	38	38	44	31	33	35	37
Karolinska	32	0	51	36	30	48	46
Linköping	47	52	48	73	52	4	50
Mälargården	20	19	19	20	19	14	16
Rehabstation	0	0	49	35	24	0	47
Sahlgrenska	50	41	51	42	51	31	46
Sandviken	40	49	58	34	31	31	43
Skåne	38	39	61	30	55	34	43
Stockholms sjukhem	18	15	43	19	26	14	18
Sunderby	52	76	31	39	52	0	53
Umeå	28	50	73	28	404	28	47
Uppsala	65	49	47	28	57	66	54
Västervik	36	19	35	37	9	9	26
Västerås	32	64	58	34	60	28	41
Växjö	34	38	37	38	36	50	36
Örebro	56	75	82	43	51	59	63
Riket	37	40	47	30	35	22	36

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

Rökning, alkohol- och drogmissbruk

Om man undersöker frekvensen av olika typer av missbruk de senaste 6 åren ser man att rökning minskat från 19% 2009 till 16% 2014. För övriga typer av missbruk är det ingen ändring av förekomst – snusning 8%, alkohol 7%, läkemedel 1%, andra droger 1,5%. Man får dock räkna med ett mörkertal, sannolikt är förekomsten högre. Förekomsten av rökning vid inskrivningen skiljer sig en del mellan olika diagnosgrupper.

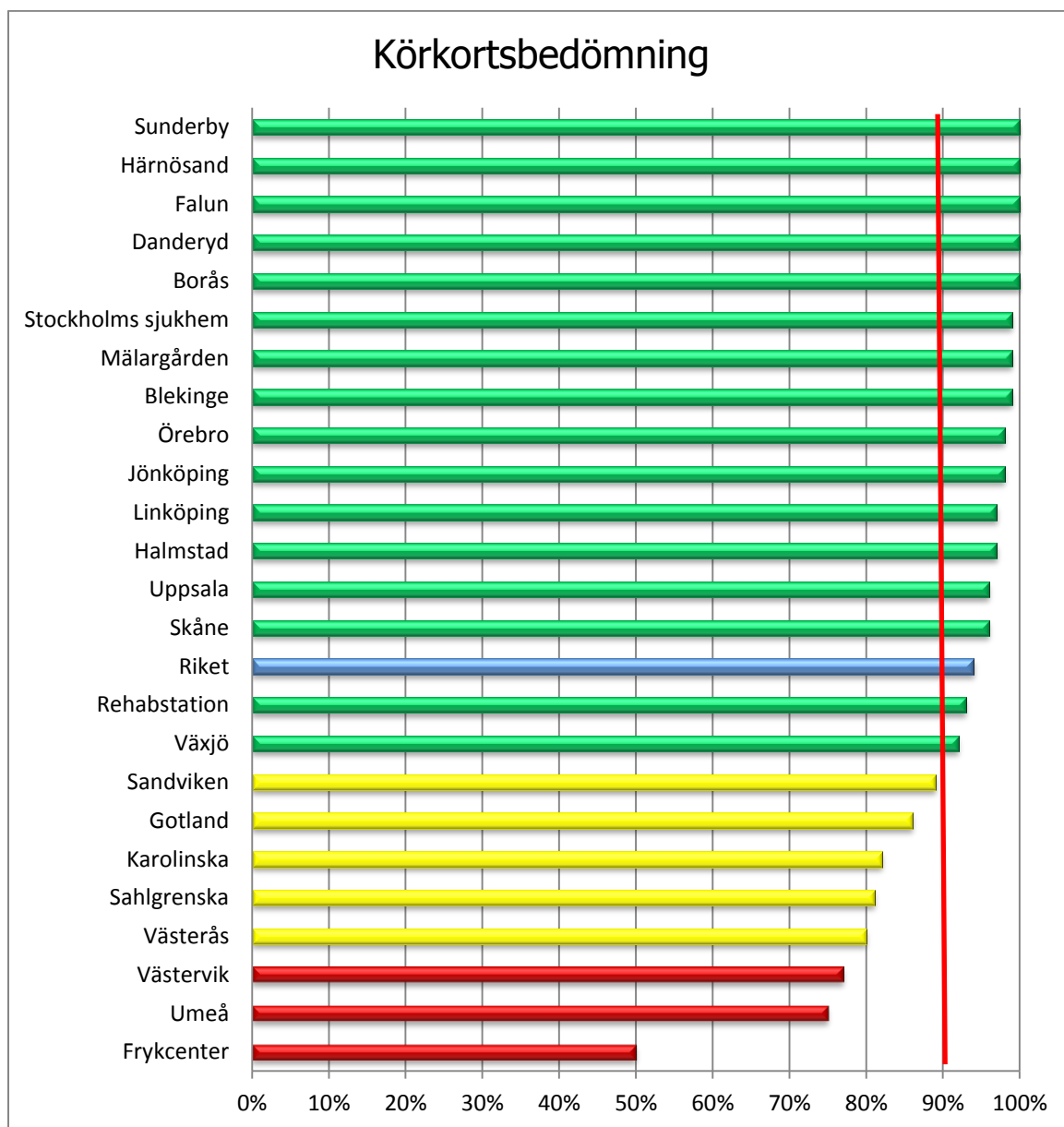
Tabell 6 Andel rökare per diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Andel rökare i %
Stroke	17
TBI, SAB eller annan hjärnskada	21
Ryggmärgsskada	16
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	11
Övr skador/sjukdomar, rörelseapp.	13
Övr diagnosgrupper	8

Om man tittar på subarachnoidalblödning (SAB) enbart, är frekvensen rökare vid inskrivning 25%. Rökning misstänks vara en riskfaktor för SAB. Frekvensen rökare i Sverige var 13% år 2012 (källa SCB), dvs något lägre än totalfrekvensen i WebRehab och mycket lägre än frekvensen av rökningförekomst hos patienter med SAB.

Användningsgrad Körkortsbedömning

Målnivån 90 % bedömda vid utskrivning har nåtts för 2014 med 94% på riksnivå. Utvecklingen över tid är: 2010 – 92%, 2011 – 96%, 2012 – 95%, 2013 – 90%.



Figur 7 Körkortsbedömning

Målnivån 90% bedömda nås på riksnivå. Dock är det 7 enheter som fortfarande har en del kvar att arbeta med.

ADL-förmåga

ADL-förmåga är bedömd i 84% av fallen vid inskrivning (77%) och i 81% vid utskrivning (74%). Detta är glädjande nog en klar ökning i registreringar.

EQ5D

EQ5D är använt i 78% av fallen vid inskrivning och 71% vid utskrivning vilket är oförändrat jämfört med de senaste 2 åren. Det finns dock en stor variation (19-99% vid utskrivning) mellan olika enheter.

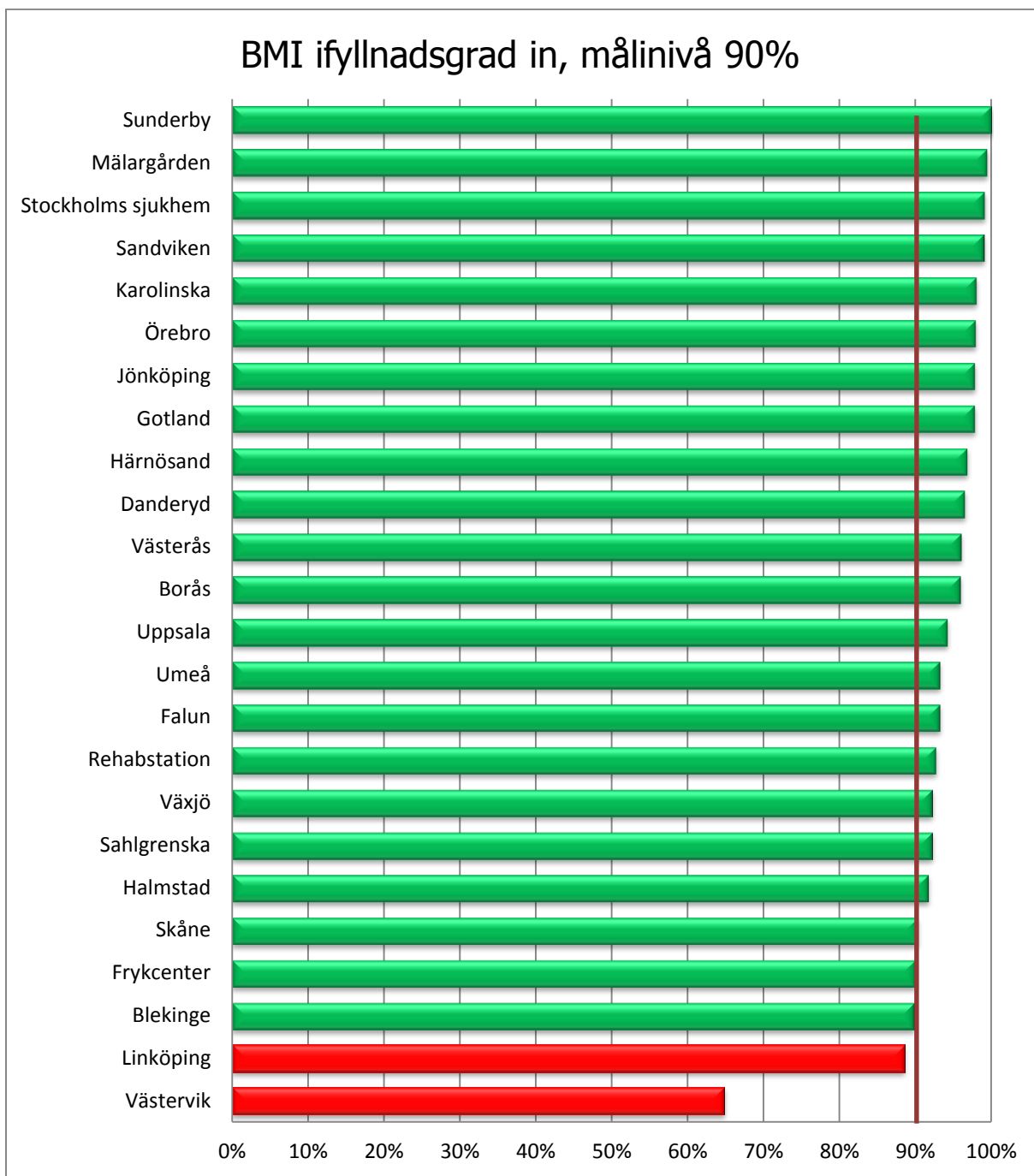
LiSat

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 35% (40% år 2013) av fallen vid utskrivning vilket är en minskning.

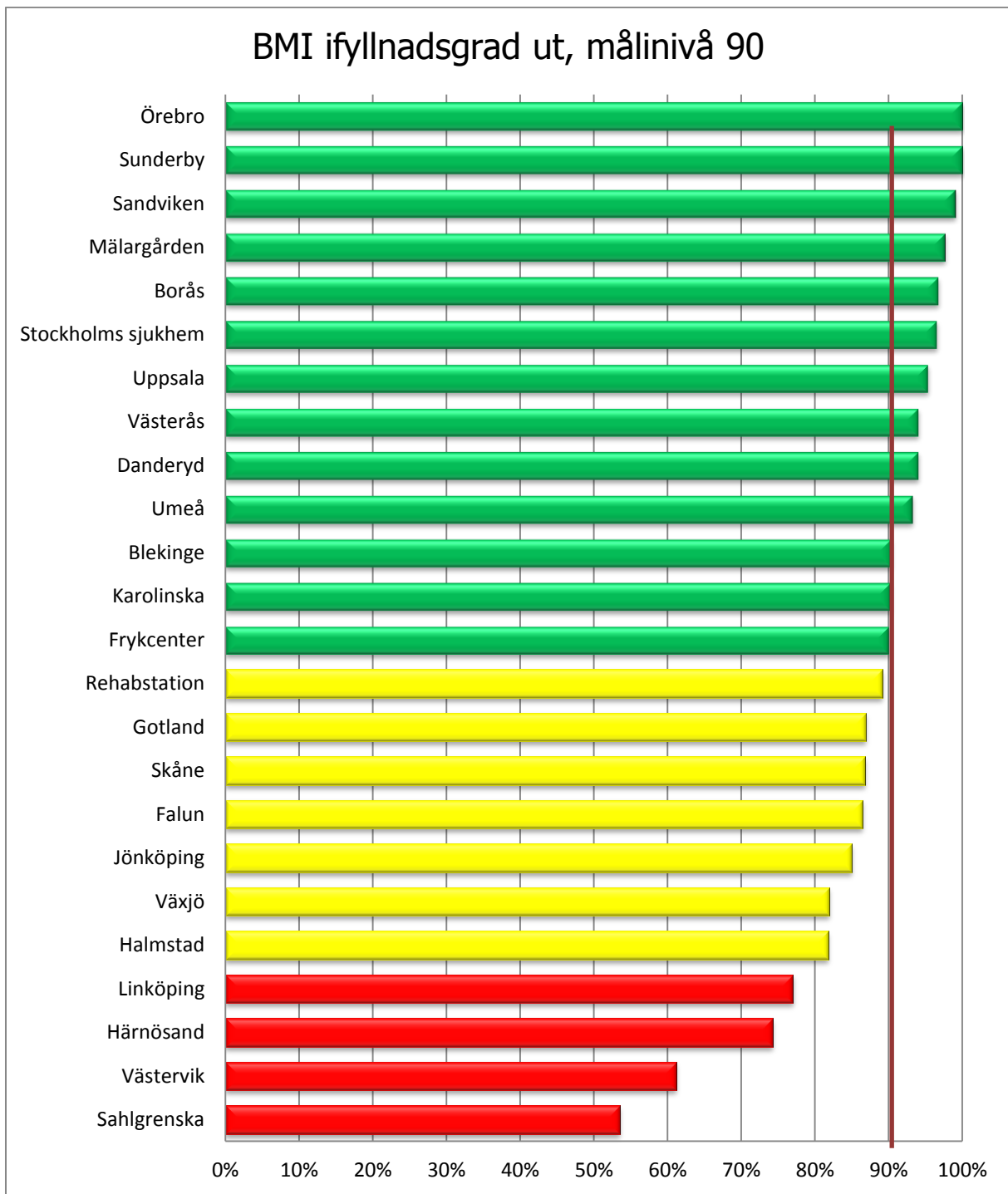
BMI

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 95% (91% år 2013) av fallen vid inskrivning och i 89% (87% år 2013) av fallen vid utskrivning. Vid inskrivning fylls målnivån med råge och näst intill vid utskrivning.

Om man ser bakåt så har registrering av BMI ökat över åren. Värdet vid utskrivning var 2010 – 35%, 2011 – 82%, 2012 – 87%, 2013 – 86% och 2014 – 89%.



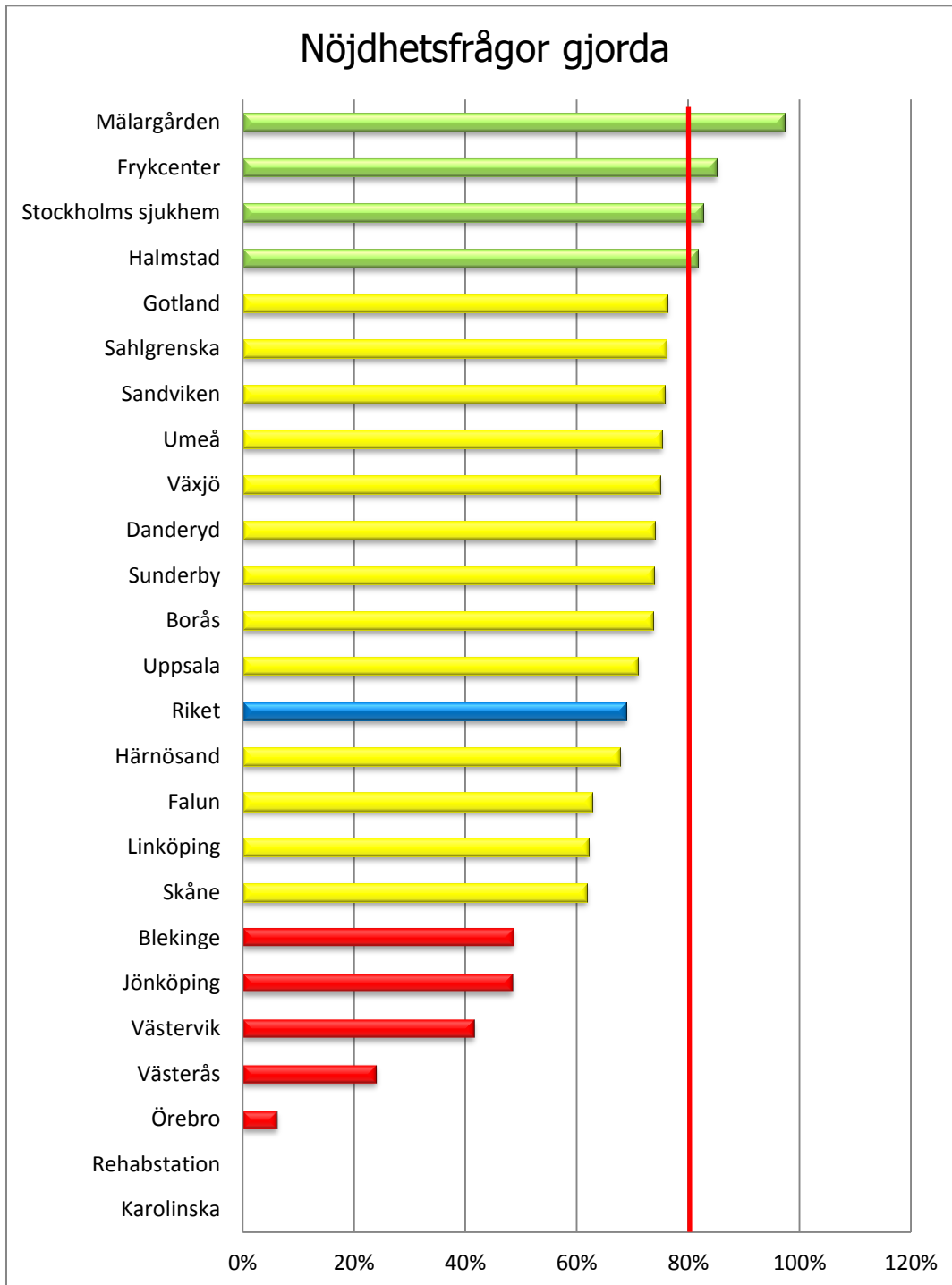
Figur 8 Ifyllnadsgrad BMI inskrivning



Figur 9 Ifyllnad BMI utskrivning

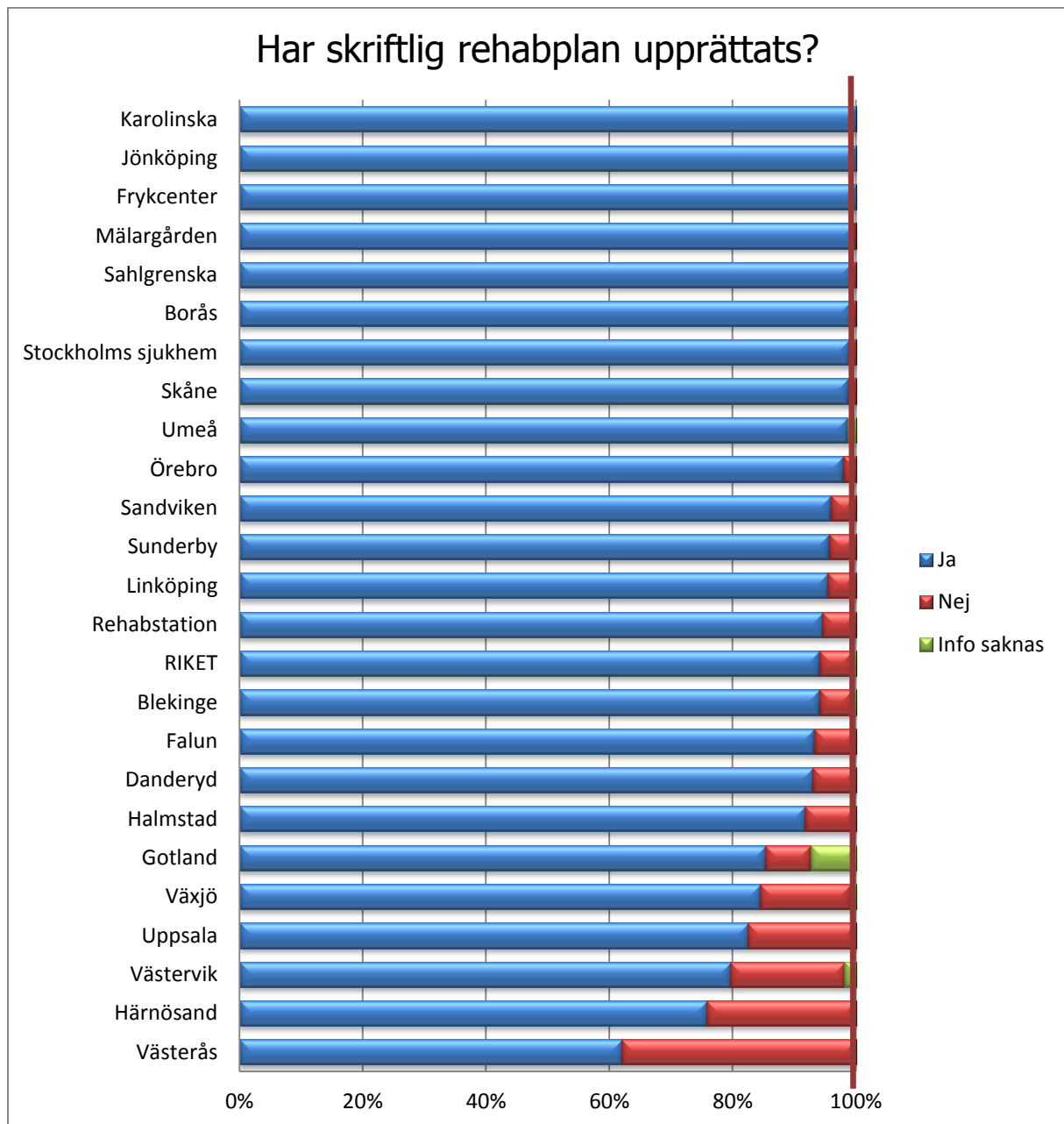
Nöjdhet

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 som ligger på 74% (ej gjord i 69% och därtill ej genomförbar 5%). Nivån har i alla fall stigit jämfört med tidigare år: 2010 - 63%, 2011 - 56%, 2012 - 60% ,2013 - 63%.



Figur 10 Ifyllnadsgrad nöjdhetsfrågor

Rehabplan



Figur 11 Rehabplan ifyllt

Frekvensen av upprättad rehabplan är för riket 94 %, vilket är en ökning jämfört med tidigare, och nära målnivån på 100 %. Enligt Socialstyrelsen ska rehabplan upprättas i samband med inläggning för rehabilitering. Det förekommer dock att patienter läggs in för enbart utredning vilket kan innebära att man inte upprättar en rehabplan och det kan förklara lägre värden. Vi anger därför i riktlinjerna att man endast ska registrera de med inläggning minst 3 dagar med syfte rehabilitering och inte bara utredning. Från 2015 blir det genomfört. En annan möjlig förklaring till lägre förekomst av upprättande av rehabplan är att vårdtillfället avbrutits av medicinska skäl eller p g a eget beslut men det förklarar endast 3% bortfall.

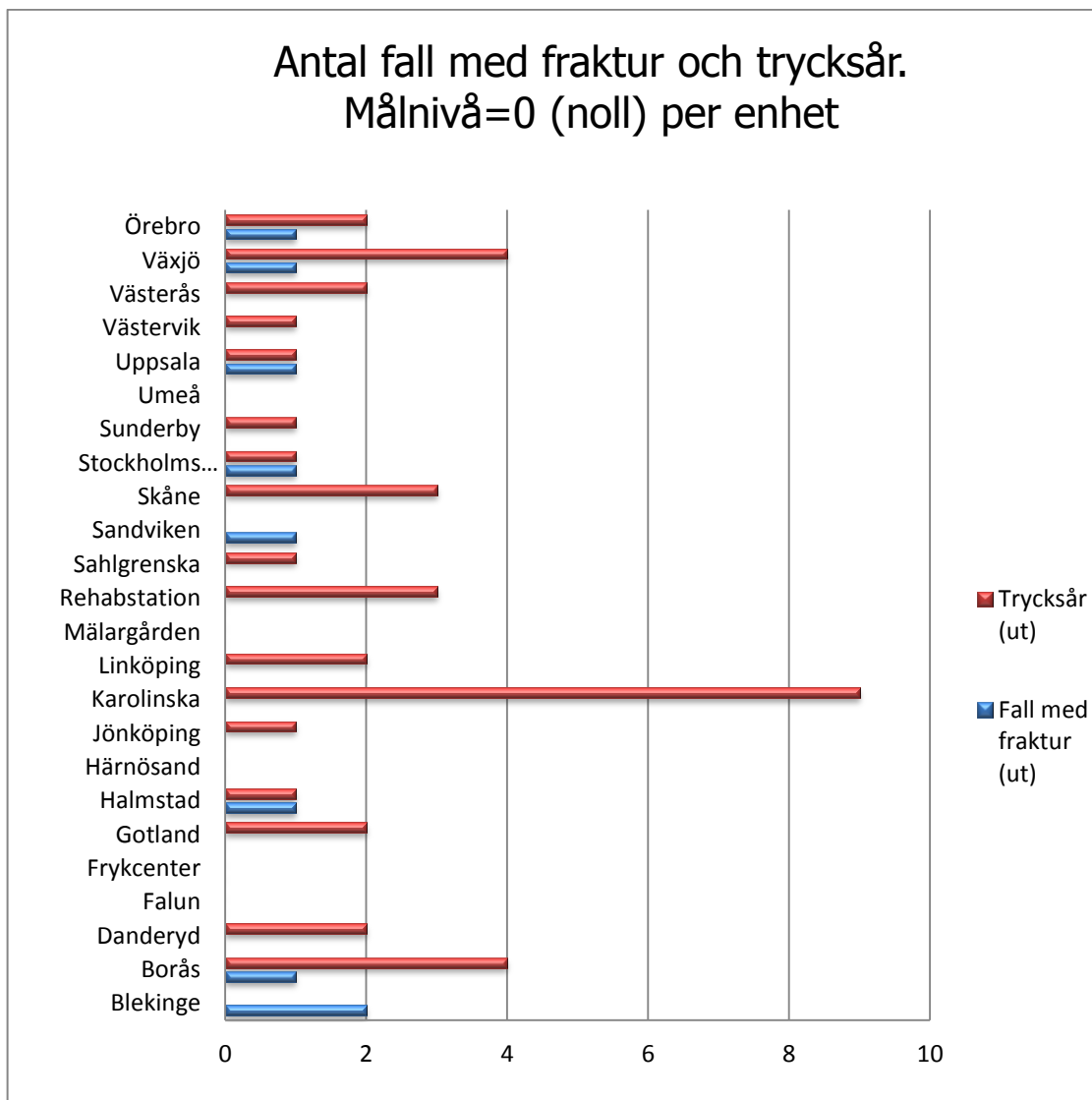
Resultatmått

Avlidna

Antal avlidna var 5 under 2014 (7 under 2013), ett fortsatt lågt antal.

Komplikationer

För antalet komplikationer har vi en 0-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2014 registrerades 10 fall med fraktur och 41 trycksår totalt. Utifrån 2748 registreringar totalt är det förstås låga tal men det är ändå inte möjligt att ha något annat mål än en 0-vision. Utvecklingen sedan 2010 har varit: Fall med fraktur 16, 11, 11, 11 – ca 0,5%; Trycksår: 35, 42, 35, 41 – ca 2%.



Figur 12 Antal fall med fraktur

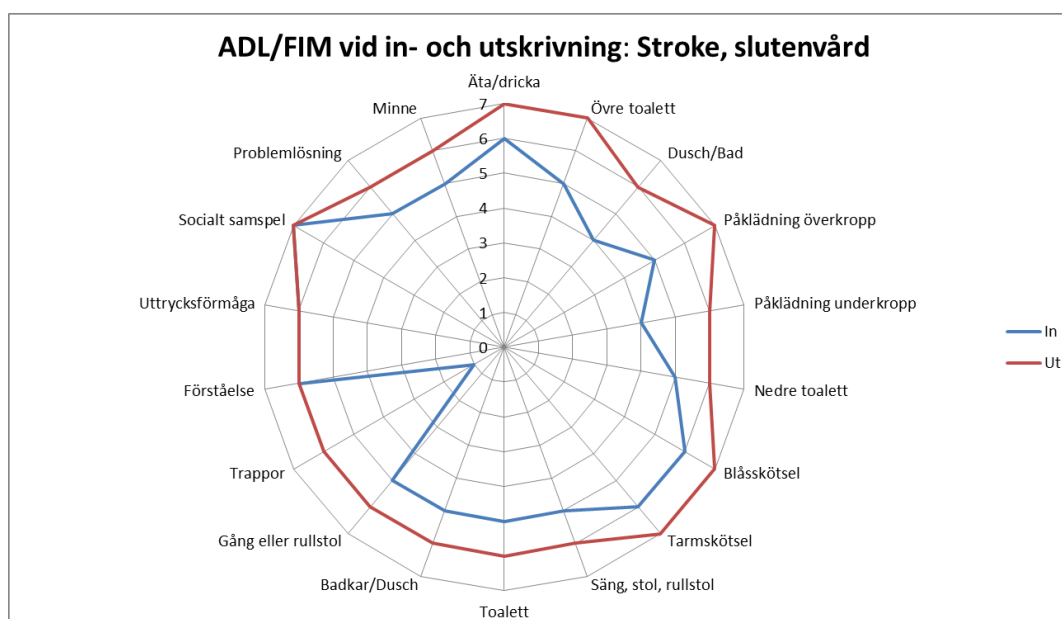
Det är viktigt att analysera antal komplikationer i relation till antal registreringar. För redovisning av samtliga komplikationer på varje enhet, hänvisas till appendix.

Tabell 7 Totalt antal komplikationer för alla enheter sammanlagt

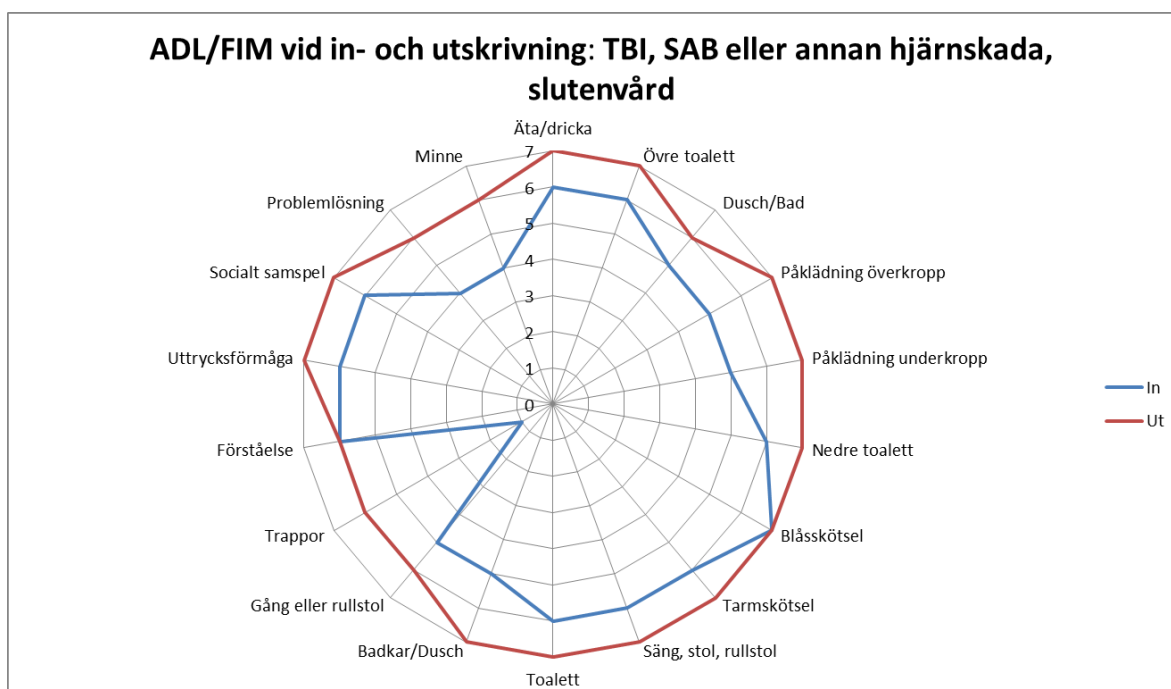
Komplikationer	Antal
Ulcus	8
Meningit	0
Heterotop bennybildning	8
Fall med fraktur	10
Ny hjärnskada	16
Kontrakturer	21
DVT	18
Avvikit från avdelningen	28
Hydrocefalus	30
Lungemboli	29
Infektion med multiresistenta bakterier	27
Trycksår	40
Pneumoni	50
Epilepsi	56
Övre UVI	78
Annan komplikation	143
Annan infektion	228
Totalt	789

ADL-förmåga

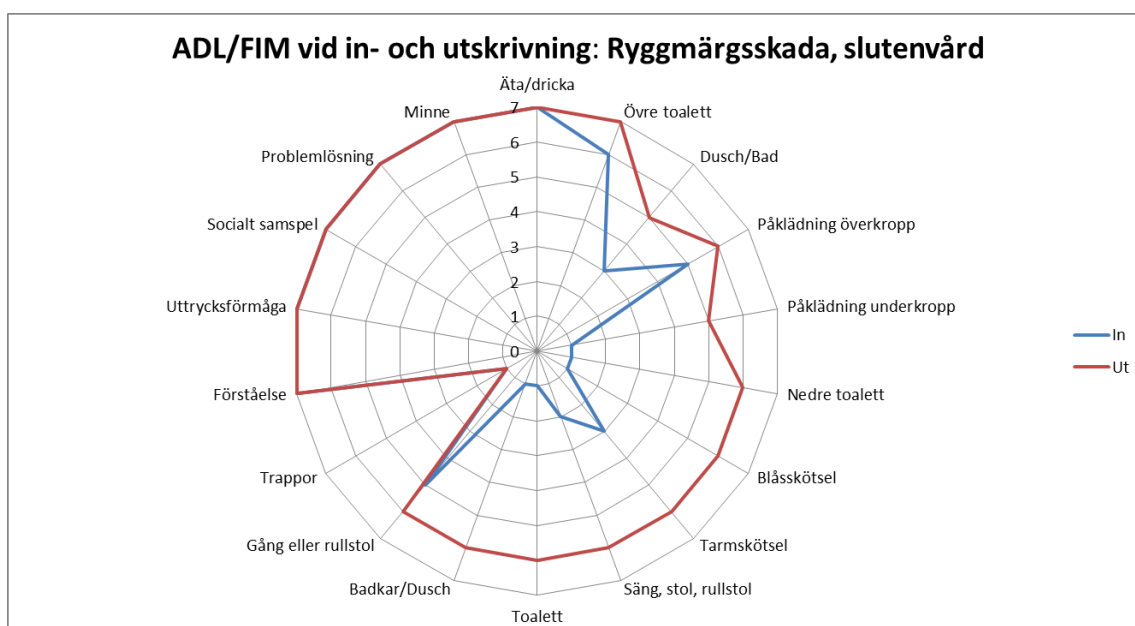
Vi har valt att redovisa 4 av de totalt 6 sammanslagna diagnosgrupperna. Man ser klara förbättringar vid ut- jämfört med vid inskrivning men mönstren varierar tydligt beroende på diagnosgrupp och säger något om förbättringspotentialen. Mönstret är väsentligen lika jämfört med tidigare år men graferna tas ändå med då de är illustrativa.



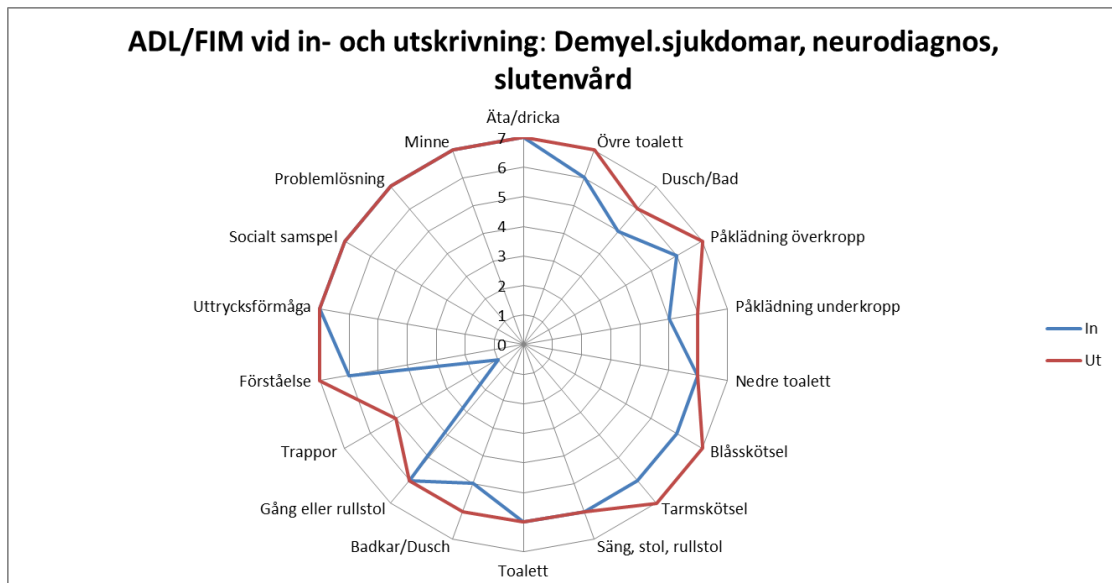
Figur 13 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Stroke



Figur 14 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen TBI, SAB eller annan hjärnskada



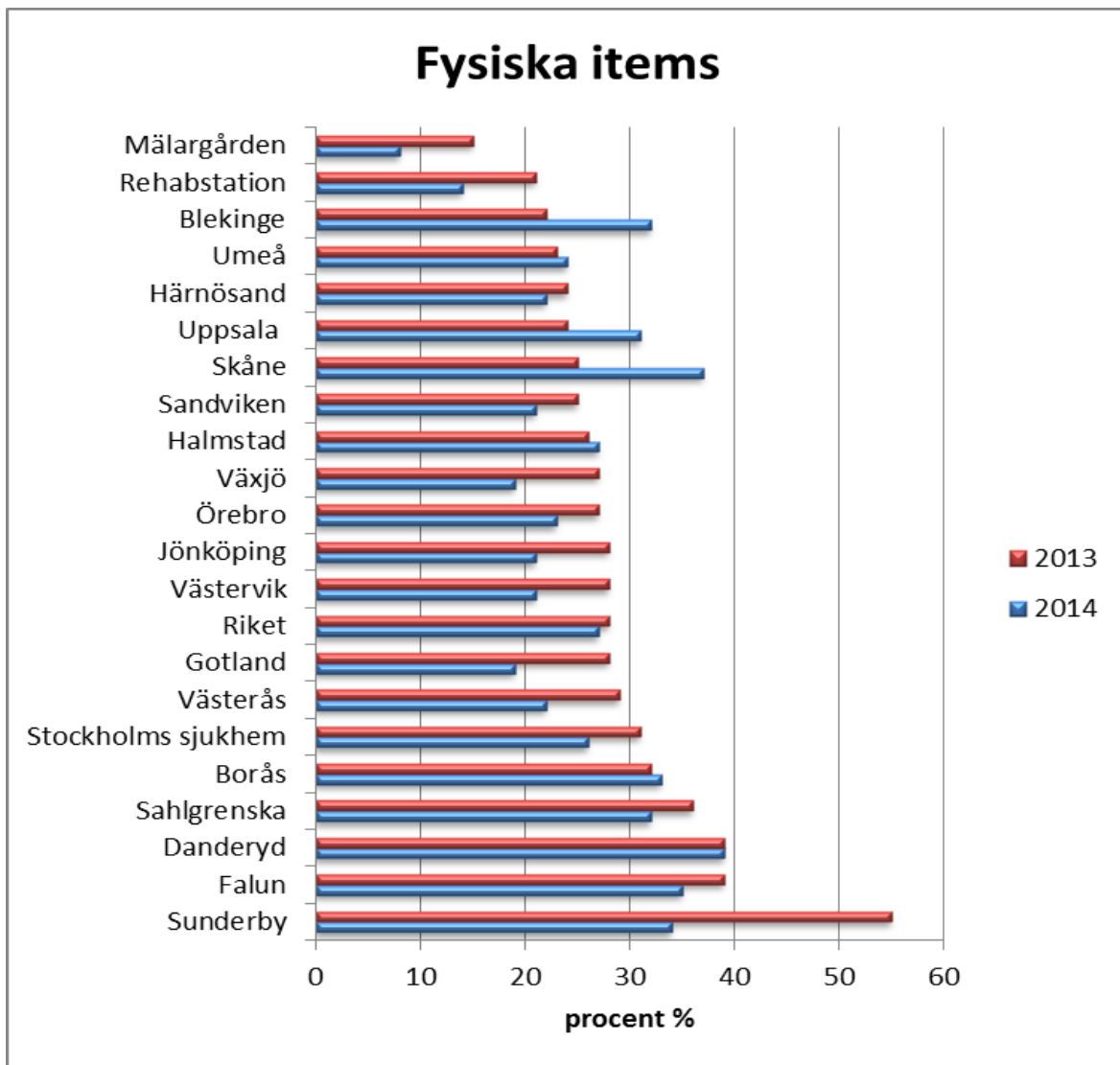
Figur 15 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Ryggmärgsskada



Figur 16 FIM vid in- och utskrivning för diagnosgruppen Demyel.sjukdomar, neurodiagnos

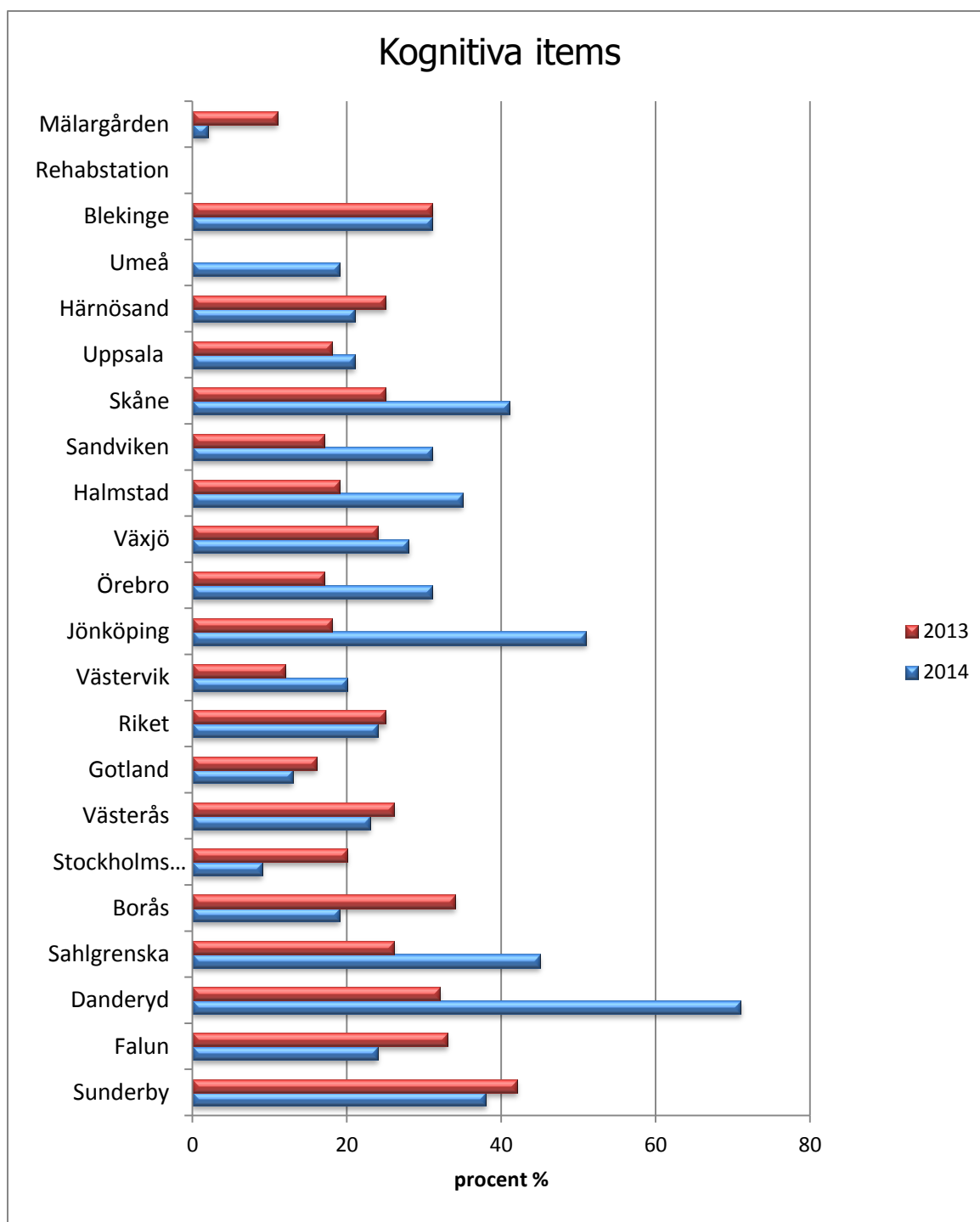
Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning

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.



Figur 17 Andel som var beroende vid inskrivning och oberoende vid utskrivning, 2013 och 2014. Fysiska item.

Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Inom fysiska items minskar beroendet vid inskrivning från 87 % till 62 % och beroendet i sociala/kognitiva aktiviteter från 60 % till 45 %.



Figur 18 Andel som var beroende vid inskrivning och oberoende vid utskrivning, 2013 och 2014. Fysiska item.

När man analyserar sina egna data får man ha i åtanke att många faktorer spelar in såsom till exempel svårighetsgrad av skada och vårdtider.

Informativt nog visas i ovanstående figur att beroendegraden i socialt-kognitiva items ökar under vårdtiden för diagnosgruppen demyeliniserande sjukdomar och andra neurologiska sjukdomar. Det kan bero på försämring i tillståndet men också på att funktionsnedsättningen inte uppmärksammats tydligt de första 72 timmarna.

BMI

Det är små variationer i BMI mellan diagnosgrupperna men stroke-gruppen ligger i övre delen med 26,3 vid både in- och utskrivning. In-värdet varierar annars mellan 24,5 (TBI, SAB m fl hjärnskador) - 26,3 och ut-värdet mellan 24,8 (TBI, SAB m fl hjärnskador) -26,4 (övriga diagnosgrupper). För riket är BMI in och ut detsamma – 26, vilket är strax över gränsvärdet för övervikt (BMI 25). BMI har ökat för strokepatienter relaterat till en studie från Lund baserad på data från 2002 då BMI låg på 25,8 för stroke (medelålder 72,5 år).

ICF

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har endast 39% (30%) ifyllnadsgrad. Det kan avspegla att den varit svår att hantera. Då vi fortfarande bedömer att det är värdefullt att kunna beskriva funktionsnedsättningar på ett enkelt sätt kommer vi att revidera listan för att förbättra dess användbarhet.

Efterföljande tabell visar förekomst av de 10 vanligast förekommande funktionsnedsättningarna/symtom som registrerats 2014.

Tabell 8 Vanligaste funktionsnedsättningar enl ICF vid utskrivning

Psykiska funktioner	Antal	Procent
Nedstämdhet/depression	219	21%
Nedsatt uppmärksamhet	303	29%
Nedsatt minne	383	36%
Nedsatt mental ork/uthållighet	475	45%
Sinnesfunktioner och smärta		
Sensibilitetsnedsättning	407	39%
Nedsatt proprioception	210	20%
Smärta rygg, nacke	207	20%
Smärta extremitet	231	22%
Röst tal och språk		
Afasi/dysfasi	172	16%
Hjärta, kärl och andning		
Nedsatt hjärtfunktion	152	14%
Matsmältning, ämnesomsättning och endokrin		
Störd tarmfunktion	202	19%
Köns- och urinorgan		
Neurogen blåsrubbning	238	23%
Urininkontinens	172	16%
Störd sexuell funktion	12	12%
Neuromuskulo-skeletal rörelserelaterad funktion		
Spasticitet	233	22%
Balansstörning (ej vestibulär)	466	44%
Hud		
Andra sår/hudproblem	103	10%

NIHSS

Användningsgraden av NIHSS har ökat till 297 registreringar 2014, vilket utgör 30% av strokepatienterna (88 patienter 2012, 282 patienter 2013).

10 st, 3% (5%) av patienterna är sämre vid utskrivning jämfört med vid inskrivning. 104, 35% (31%) har förbättrats. 64% (64%) har oförändrad NIHSS vid utskrivning men då hade 140 av dem låg grad av nedsättning vid inskrivningen (0-4 i NIHSS). Anmärkningsvärt är liksom tidigare år att stor andel av patienterna – 59% - hade mycket låg grad av funktionsnedsättning vid inskrivningen enligt NIHSS, vilket kan bero på att trötthet och kognitiva nedsättningar inte fångas väl av NIHSS.

Tabell 9 Resultat av NIHSS vid in- och utskrivning

	kategorier NIHSS ut							Total
	0	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	
Kategorier NIHSS in	0	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	Total
	41	3	0	0	0	0	0	44
	27	99	6	0	0	0	0	132
	4	19	29	0	0	0	0	52
	0	7	19	9	0	0	0	35
	0	1	4	11	2	0	0	18
	0	0	1	6	3	3	1	14
	0	0	0	0	2	0	0	2
Total	72	129	59	26	7	3	1	297

DOC

Sammanlagt har 35 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 24 patienter befinner sig fortfarande i medvetandesänkt tillstånd eller i locked-in syndrome.

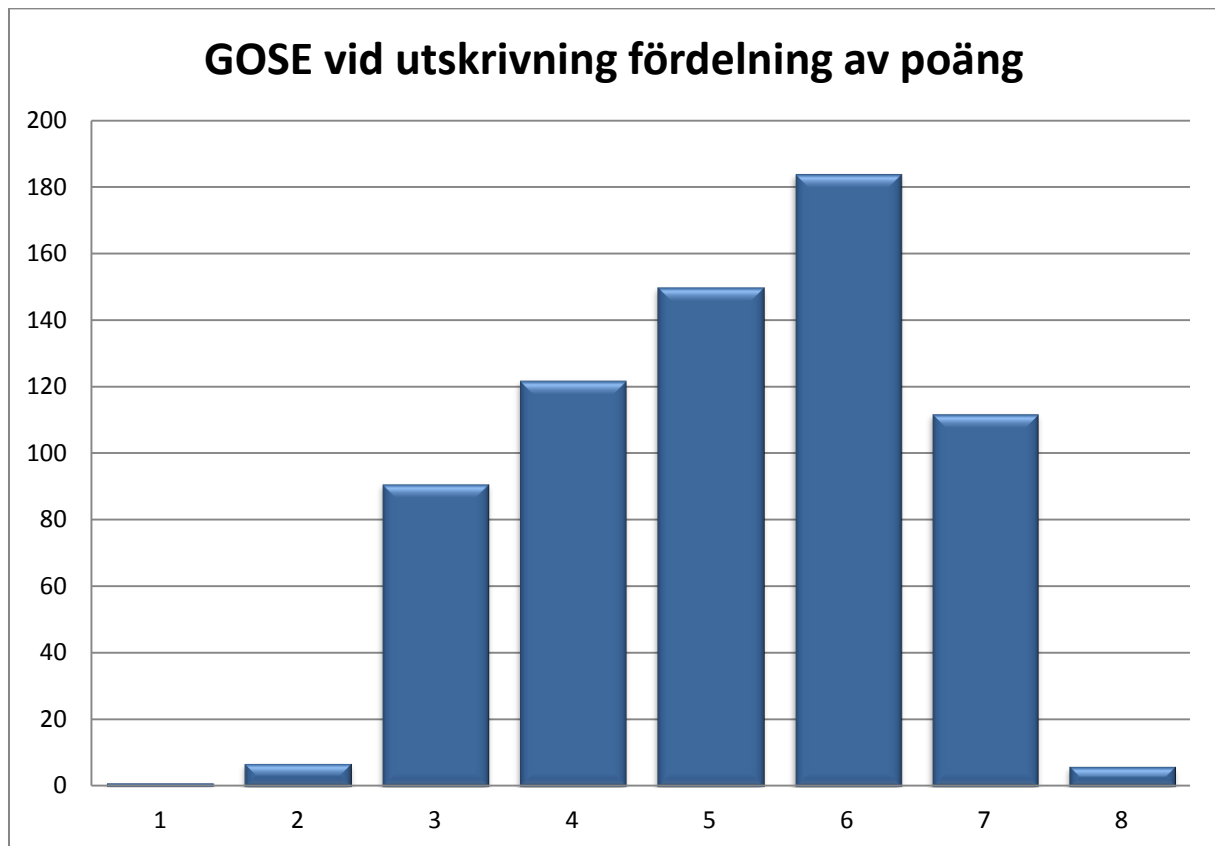
Tabell 10 Antal inom DOC:s kategorier per enhet

Sjukhus	Coma	Vegetative state	Minimally responsive state	Akinetic mutism	Locked in syndrome	Paramedian diencephalic syndrome	Coma	Vegetative state	Minimally responsive state	Akinetic mutism	Locked in syndrome
Blekinge	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Borås	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Danderyd	1	4	4	0	0	0	0	2	6	0	0
Falun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gotland	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Halmstad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Härnösand	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jönköping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Karolinska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linköping	0	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0
Mälargården	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sahlgrenska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sandviken	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0
Skåne	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Stockholms sjh	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sunderby	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Umeå	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Uppsala	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	0
Västervik	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1
Västerås	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Växjö	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Örebro	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	5	11	15	2	1	1	2	5	14	2	1

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.

GOSE registrerades för 673 av 1542 patienter med hjärnskada vilket utgör 44 %, vilket måste bedömas som ett lågt värde.



Figur 19 GOSE vid utskrivning

Tabell 11 GOSE vid utskrivning från slutenvård

Sjukhus	GOSE ut	
	Antal	Median
Blekinge	128	6
Borås	65	4
Danderyd	178	5
Falun	3	6
Halmstad	63	5
Härnösand	3	5
Jönköping	10	6
Linköping	2	5,5
Sahlgrenska	15	6
Sandviken	59	5
Skåne	54	6
Sunderby	4	5,5
Umeå	2	3
Uppsala	46	6
Växjö	38	6
Örebro	3	4
Total	673	5

GOSE vid utskrivning från slutenvård ligger i median på 5 och vid utskrivning från öppenvård är medianen 6. Det finns några enheter som avviker med lägre medianvärden vid utskrivning från slutenvård.

RLS – Reaction Level Scale visar medvetandegrad där 1=helt vaken och 8=mycket djupt medvetslös. Enligt följande tabell kan även personer som är vakna (RLS 1-3) vid inkomst till akutmottagning få ett utfall med hög grad av funktionsnedsättning – GOSE 3-4. De som är medvetslösa vid inkomst (RLS 4-8) har ofta ett utfall med påtaglig funktionsnedsättning enligt GOSE men knappt hälften av dem (44%) har också ett gott eller relativt gott utfall (GOSE 6-8).

Tabell 12 Korstabell för RLS vid ankomst till sjukhus och GOSE vid utskrivning

		GOSE ut								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
RLS vid ankomst till sjukhus (in)	1	0	0	25	45	50	82	75	5	282
	2	0	0	5	11	16	18	8	0	58
	3	0	0	6	4	2	9	6	0	27
	4	0	0	1	2	3	7	2	0	15
	5	0	0	2	0	2	2	2	0	8
	6	0	0	2	3	0	1	2	0	8
	7	1	1	5	2	0	0	1	0	10
	8	0	0	6	2	4	8	2	1	23
Total		1	1	52	69	77	127	98	6	431

Man kan se att GOSE ut kan variera mycket åt både ena och andra hållet relaterat till RLS akut.

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

EQ5D

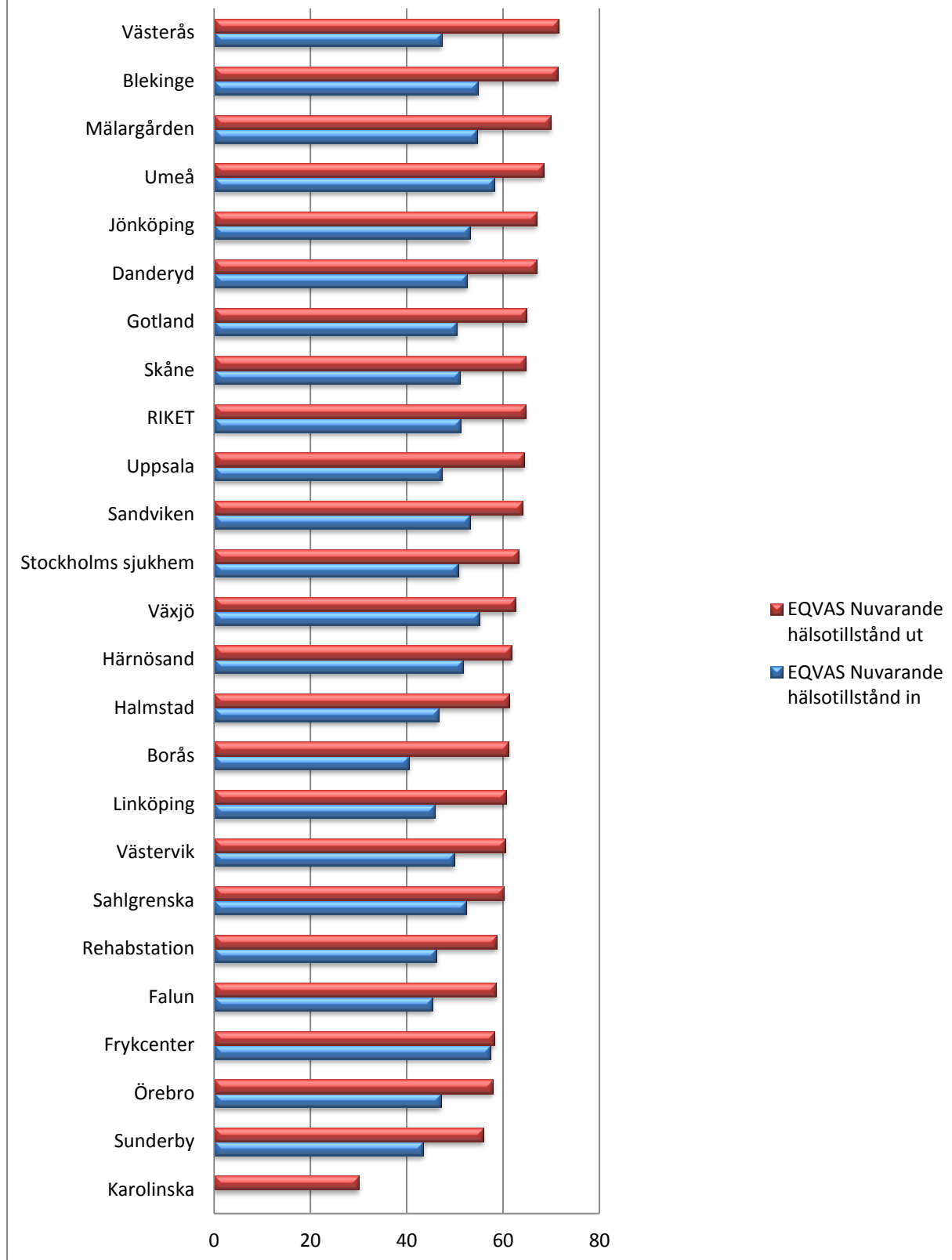
European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som att VAS-värde på en skala 1-100 där 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet är baserat på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, 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. Patientens uppfattning om sitt hälsotillstånd påverkas naturligtvis av en mängd faktorer vilket gör att man inte utifrån denna enkla graf kan dra några slutsatser om kvaliteten på olika enheter i denna aspekt.

Man ser klara förbättringar mellan in- och ut-värden i index även om de varierar mellan diagnosgrupperna, vilket är fascinerande med tanke på at EQ5D uppfattas som ett relativt grovt instrument.

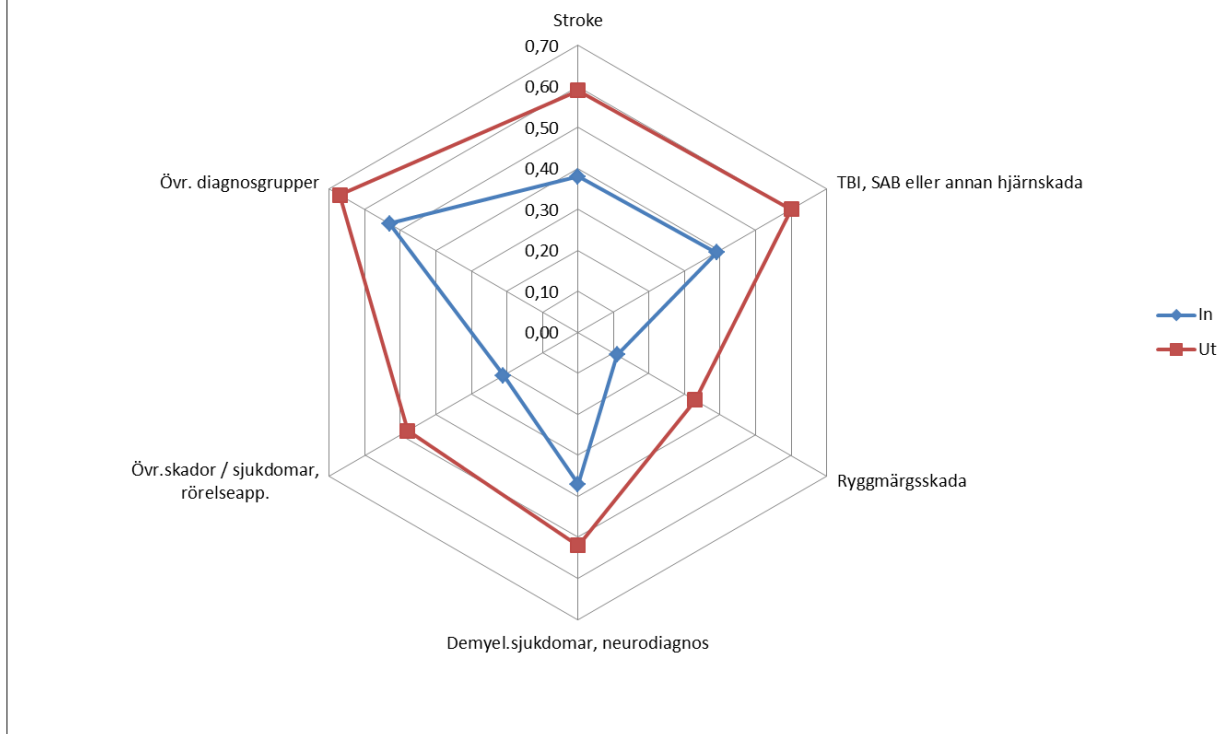
Förbättringar i index vid ut- jämfört med inskrivning ses generellt i alla enheter (se tabell i index).

EQVAS medelpoäng per ort in och ut



Figur 20 EQVAS vid in- och utskrivning

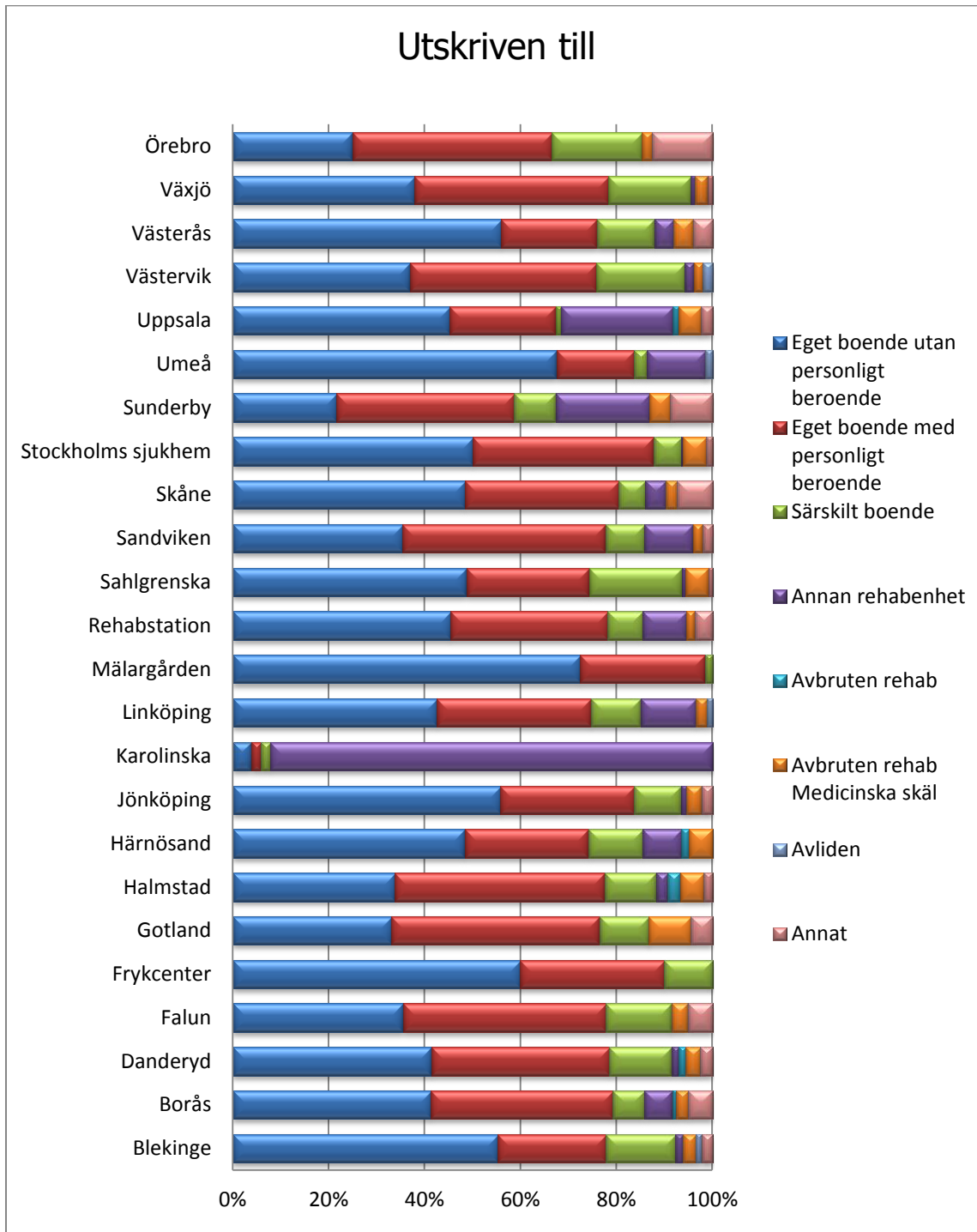
EQIndex in och ut per 6 diagnosgrupper, slutenvård



Figur 21 EQ index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp

Utskriven till

Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt har relation till flera andra faktorer. För 2014 har vi valt att titta extra på faktorer som diagnosgrupp, ålder, boende vid inskrivning, ADL förmåga vid utskrivning – både fysiska och social-kognitiva item. Första figuren beskriver resultat av registrering i variabeln "utskrivnen till".



Figur 22 Utskriven till

Beträffande diagnosgrupper ser man att ryggmärgsskadade skrivs ut till självständigt boende (eget boende utan personligt beroende) i lägre utsträckning jämfört med de andra grupperna. Övriga diagnosgrupper (Hjärt-, kärl- och lungsjukdom, cancer, psykiatri, övriga trauma, övriga diagnoser) skiljer ut sig genom att skrivas ut till självständigt boende i högre grad än andra.

Tabell 13 Utskriven till per diagnosgrupp

Utskriven till	Diagnosgrupp													
	Stroke		TBI, SAB eller annan hjärnskada		Ryggmärgsskada		Demyeliniserande sjukdomar, neurodiagnoser		Övriga skador / sjukdomar, rörelseapp.		Övr. diagnosgrupper		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	449	45%	249	45%	115	33%	144	49%	87	42%	248	73%	1292	100%
Eget boende med personligt beroende	352	35%	172	31%	109	31%	113	39%	74	36%	63	19%	883	100%
Särskilt boende	118	12%	62	11%	23	7%	17	6%	21	10%	6	2%	247	100%
Annat	74	7%	66	12%	106	30%	17	6%	23	11%	22	6%	308	100%
Total	993	100%	549	100%	353	100%	291	100%	205	100%	339	100%	2730	100%

Ålder förefaller inte ha någon stor betydelse vad gäller möjligheten att skrivas ut till självständigt boende. (I den yngsta ålderskategorin är det så få att man inte kan dra någon slutsats).

Tabell 14 Utskriven till per åldersgrupp

Utskriven till	Åldersgrupp							
	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	1	25%	242	50%	606	49%	443	44%
Eget boende med personligt beroende	1	25%	143	29%	390	31%	349	35%
Särskilt boende	0	0%	24	5%	114	9%	109	11%
Annat	2	50%	76	16%	135	11%	95	10%
Total	4	100%	485	100%	1245	100%	996	100%

Har man vid inskrivningen inte ett självständigt boende innebär det att man också med största sannolikhet skrivs ut till ett boende med beroende av hjälp. De allra flesta av våra patienter har ett självständigt boende vid inskrivningen (83%), d v s före insjuknandet, och av dem skrivs drygt hälften ut till självständigt boende.

Tabell 15 Boende in vs utskriven till

Utskriven till	Boende In									
	Eget boende utan personligt beroende		Eget boende med personligt beroende		Särskilt boende		Annan rehabenhhet		Annat	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	1256	55%	29	8%	1	2%	4	36%	2	5%
Eget boende med personligt beroende	580	26%	277	77%	10	20%	2	18%	14	33%
Särskilt boende	179	8%	24	7%	32	63%	2	18%	10	23%
Annat	252	11%	28	8%	8	16%	3	27%	17	40%
Total	2267	100%	358	100%	51	100%	11	100%	43	100%

Det är inte någon skillnad i utskrivning till självständigt boende om man är beroende i fysiska eller social-kognitiva items då ca ¼ ändå kan skrivas ut till självständigt boende. Även om man är oberoende i fysiska items skrivs endast 78% ut till självständigt boende.

Tabell 16 Fysiska item vs utskriven till

Utskriven till	Fysiska Items ut			
	Oberoende		Beroende	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	630	78%	341	25%
Eget boende med personligt beroende	149	18%	654	47%
Särskilt boende	10	1%	222	16%
Annat	20	2%	160	12%
Total	809	100%	1377	100%

Tabell 17 Kognitiva item vs utskriven till

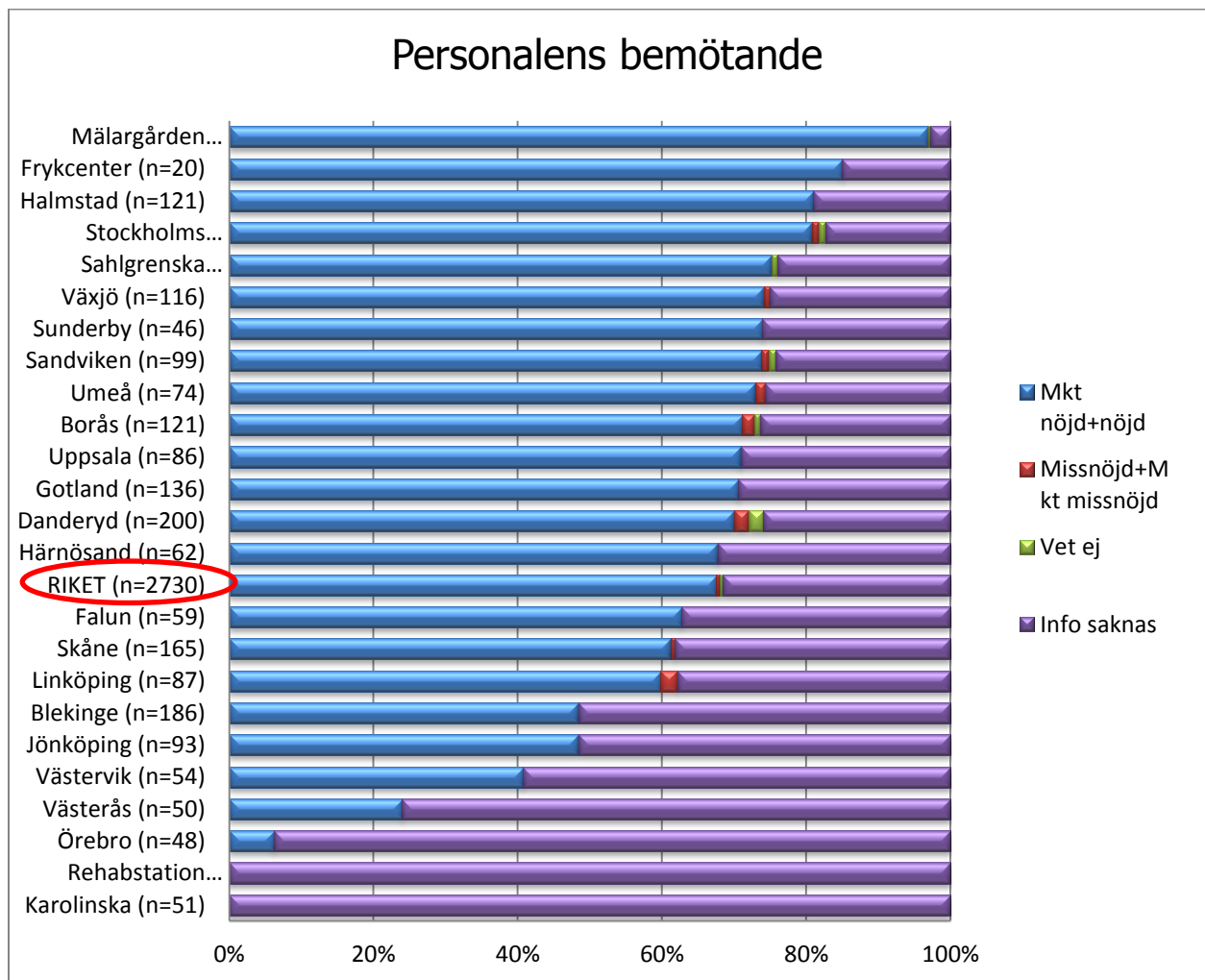
Utskriven till	Kognitiva Items ut			
	Oberoende		Beroende	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	715	59%	256	26%
Eget boende med personligt beroende	368	30%	435	45%
Särskilt boende	49	4%	183	19%
Annat	79	7%	100	10%
Total	1211	100%	974	100%

Försörjning

Vid inskrivning (d v s mestadels innan insjuknandet) har 75% ingen försörjning från Försäkringskassan och 25% har det i någon grad. Vid utskrivning har 50% försörjning från Försäkringskassan. Det finns stora variationer mellan enheter. Vi behöver se över hur detta registreras. I dagsläget behövs mer ingående analyser för att veta hur försörjningen egentligen förändras för de som är i arbete i någon form innan sjukdomen/skadan. Detta är ett förbättringsområde inom registret.

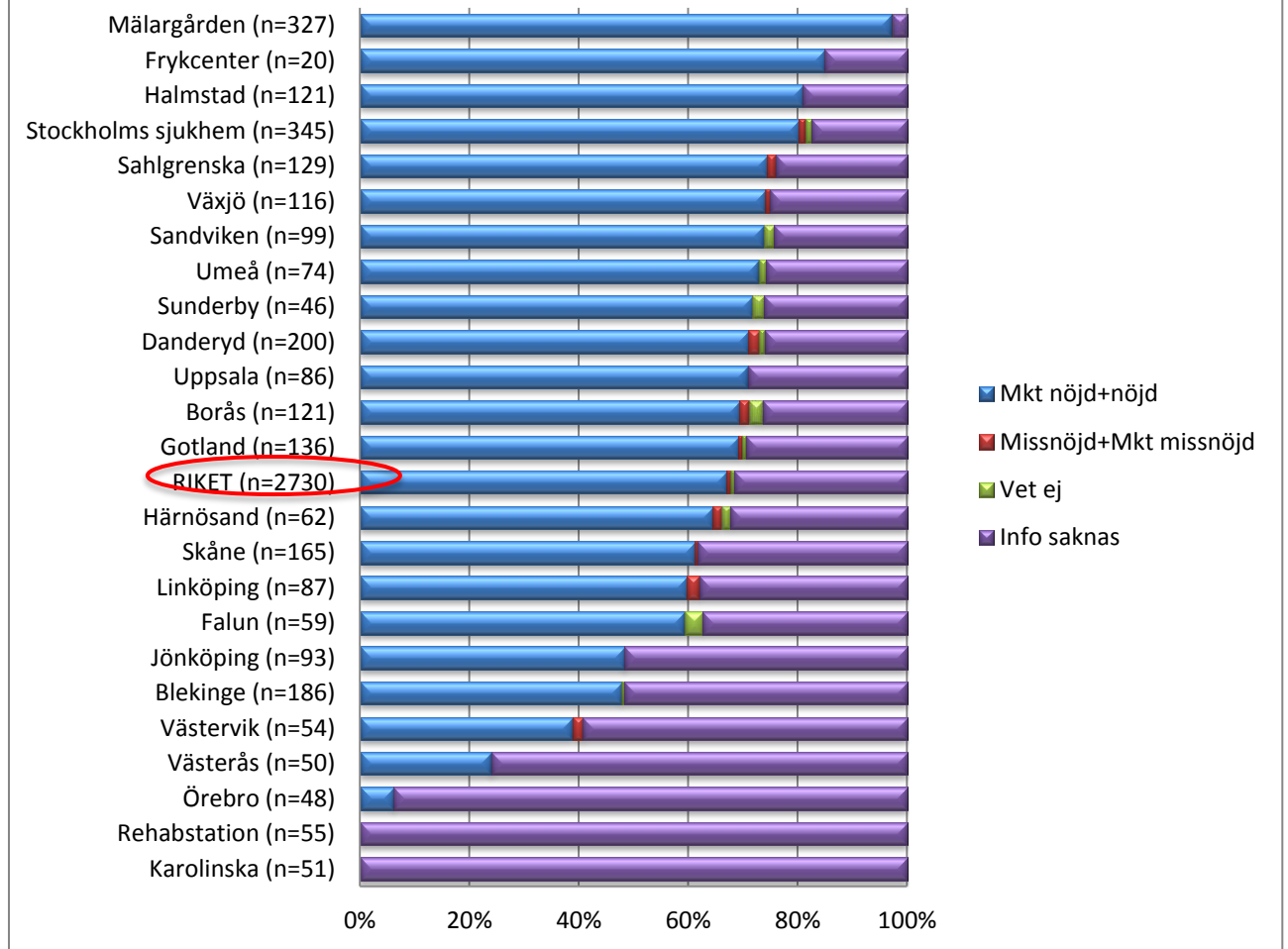
Patientnöjdhet

Ifyllnadsgraden har stadigt ökat jämfört med tidigare år och är nu 74%. Målnivån är dock 80%. Största problemet är graden av "information saknas". Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. Om man ändå ser på vilka områden där det (om än med låga siffror) finns mest missnöje och svar "vet ej" handlar det liksom föregående år om de områden som har med information att göra. Beträffande bemötande, eget inflytande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen är patienterna mycket nöjda.

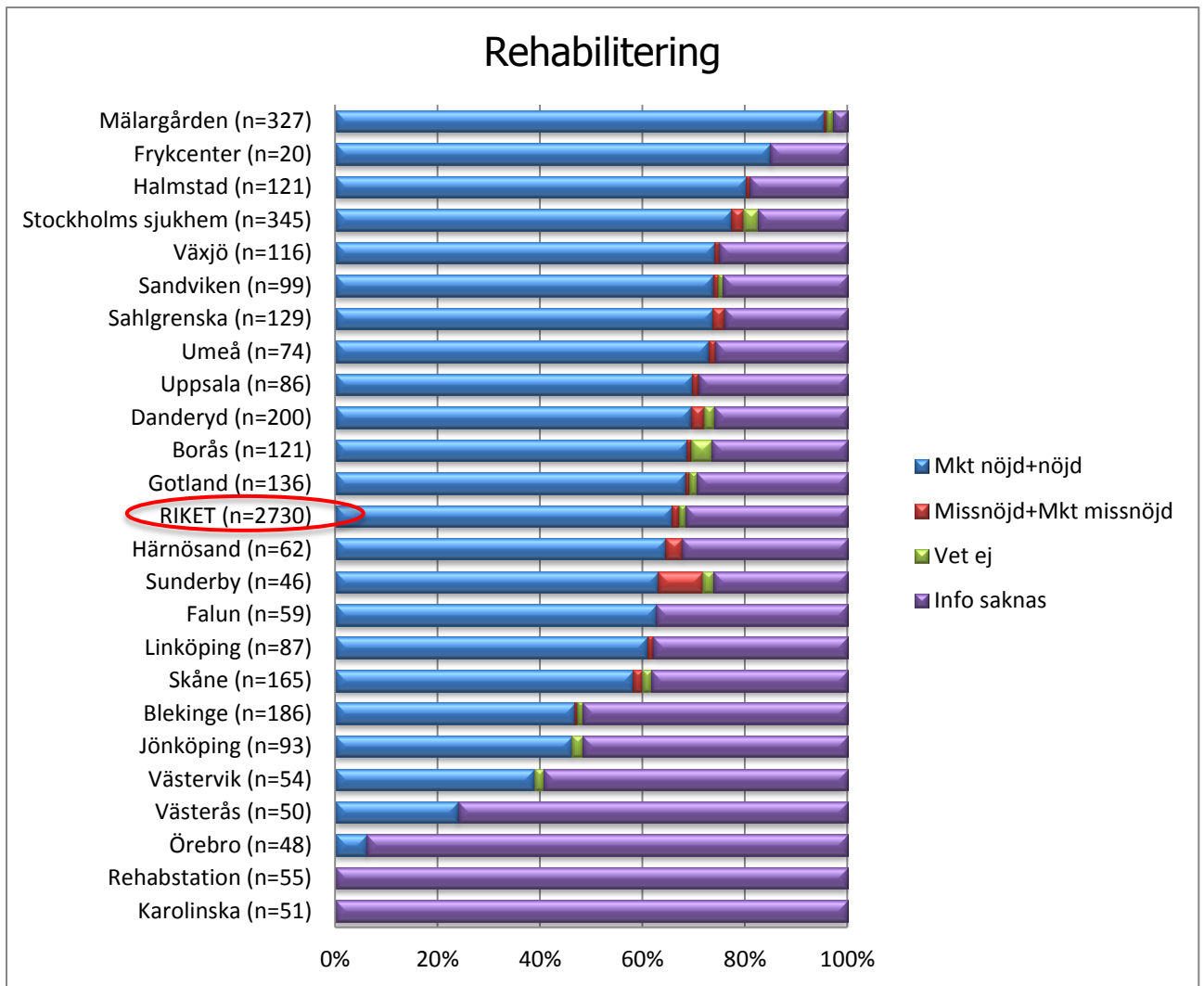


Figur 23 Patientnöjdhet: personalens bemötande, per enhet

Ditt samarbete med personalen

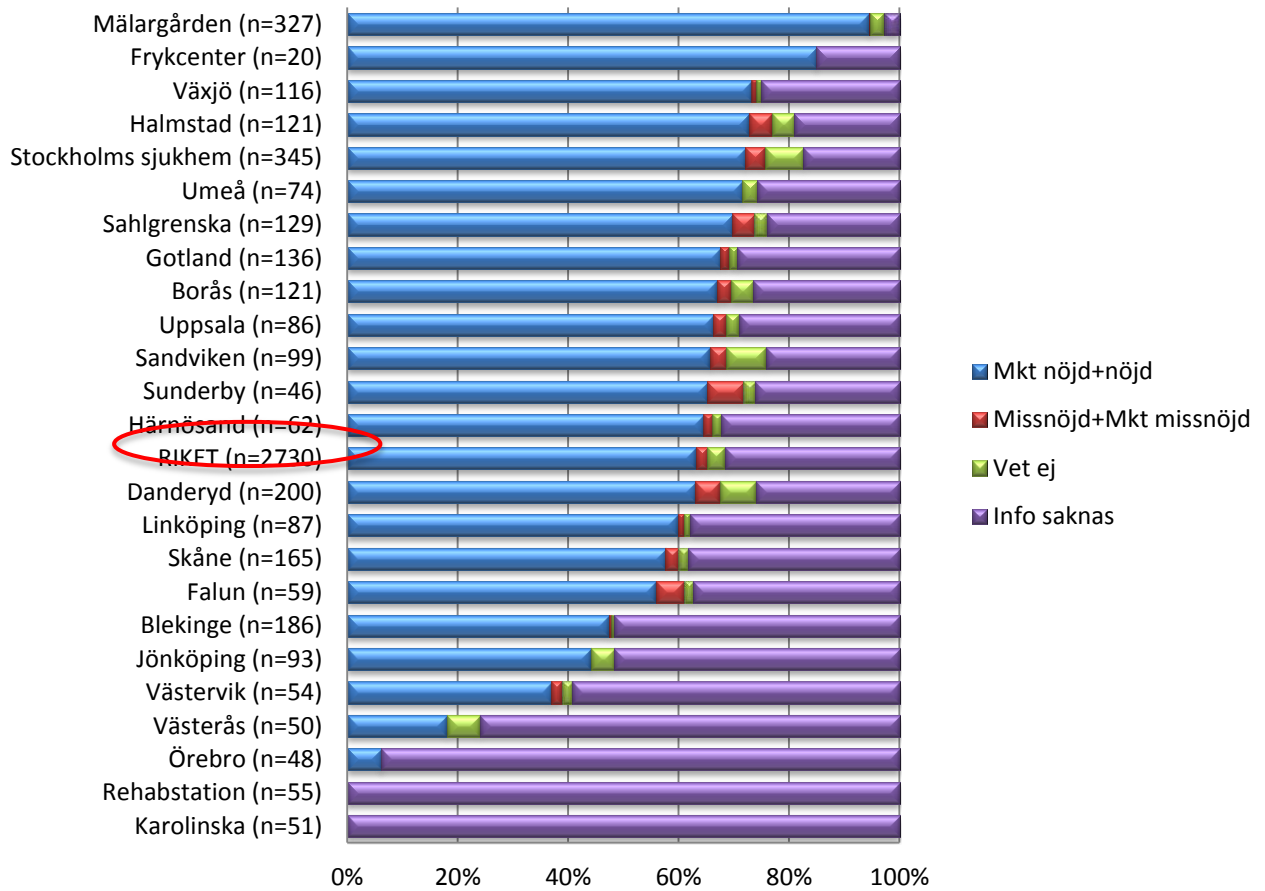


Figur 24 Patientnöjdhet: ditt samarbete med personalen

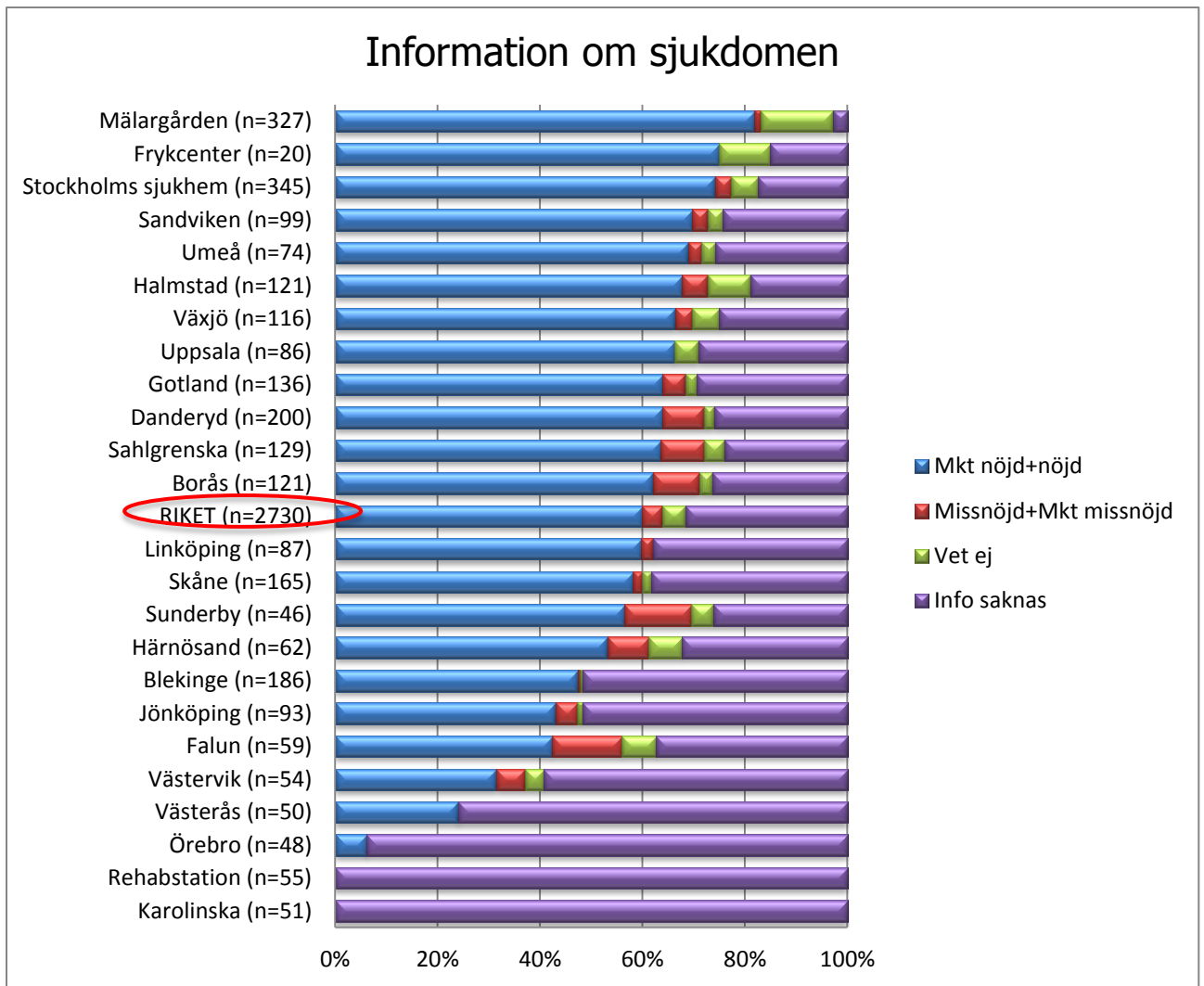


Figur 25 Patientnöjdhet: Rehabiliteringen

Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan.

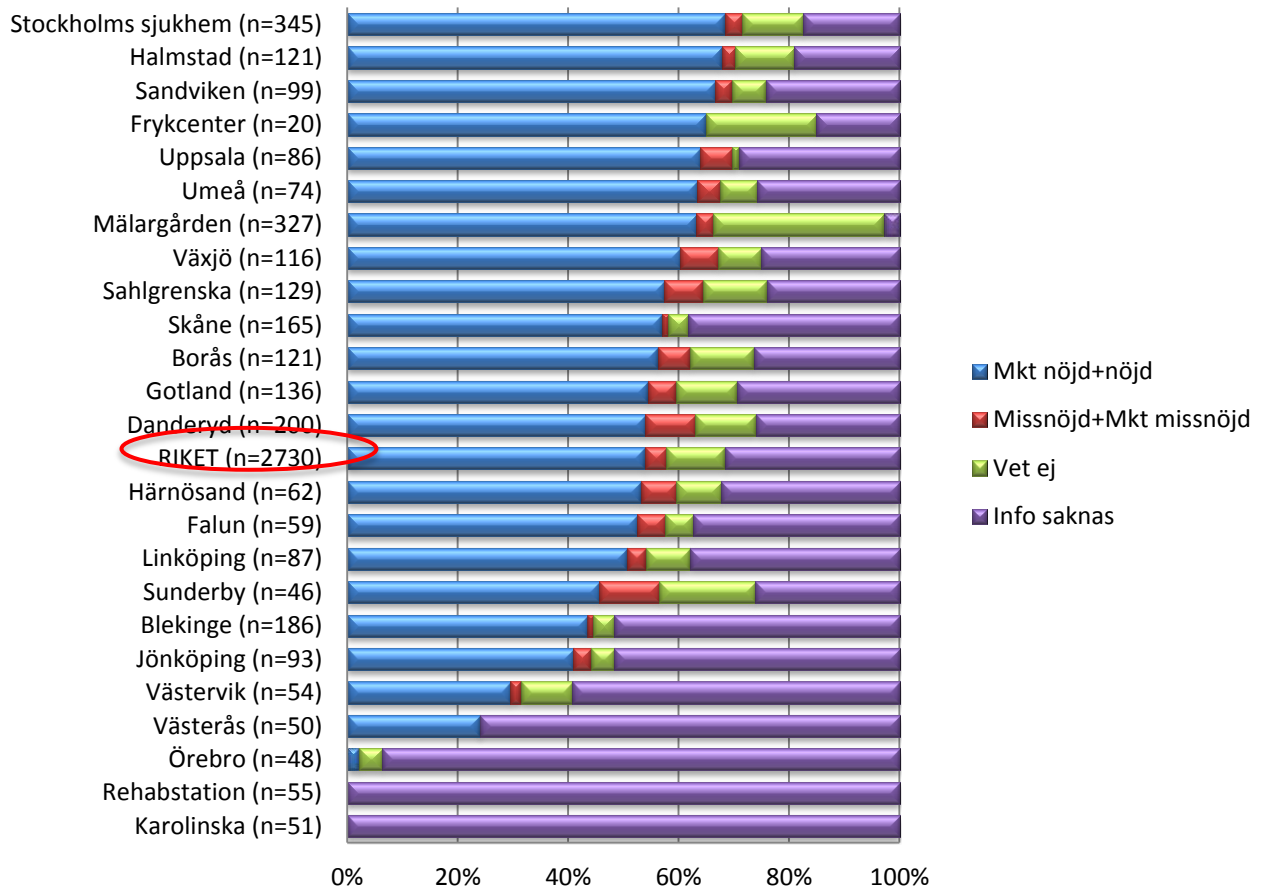


Figur 26 Patientnöjdhet: eget inflytande



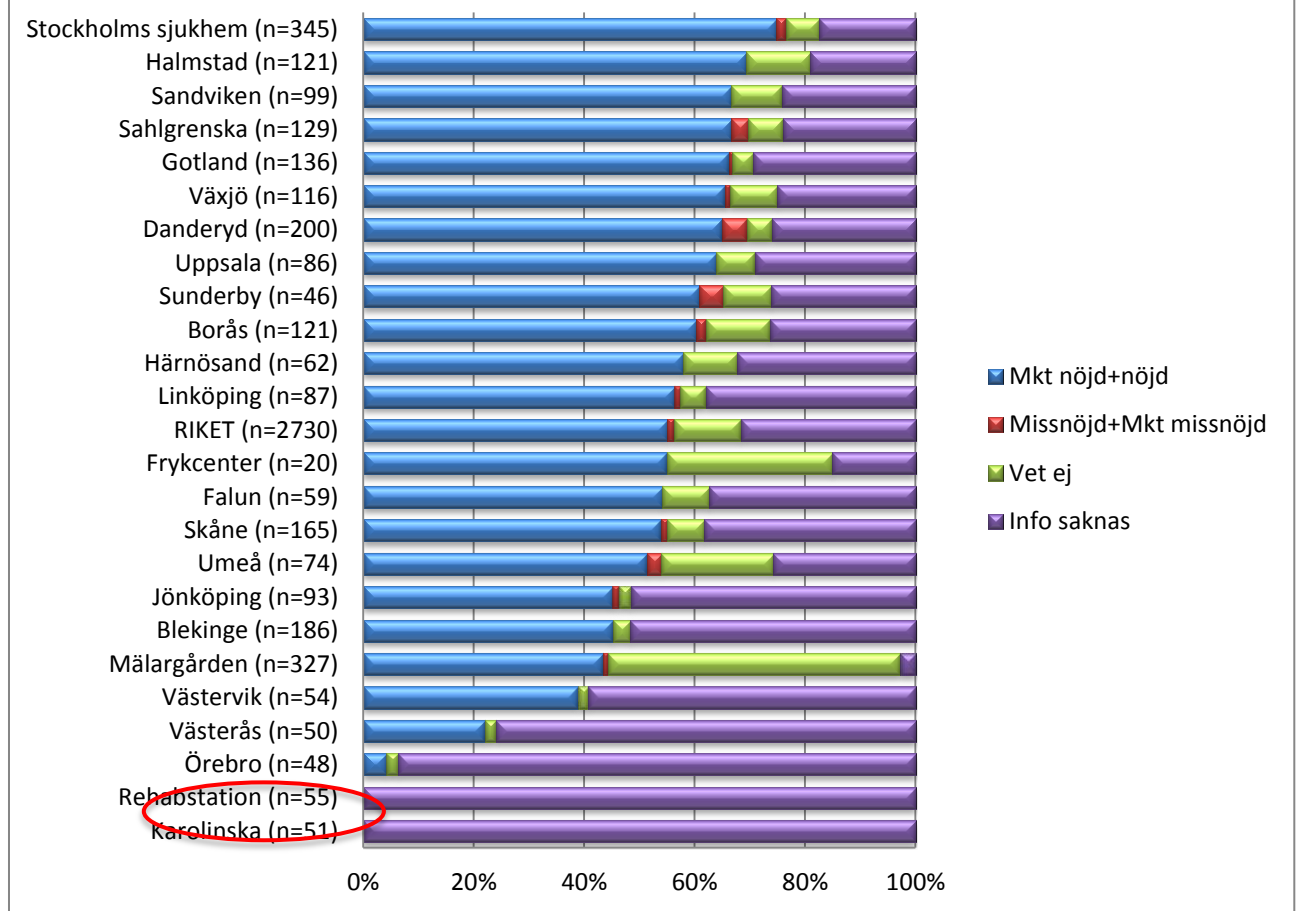
Figur 27 Patientnöjdhet: information om sjukdomen

Info om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen.



Figur 28 Patientnöjdhet: information om var vända sig

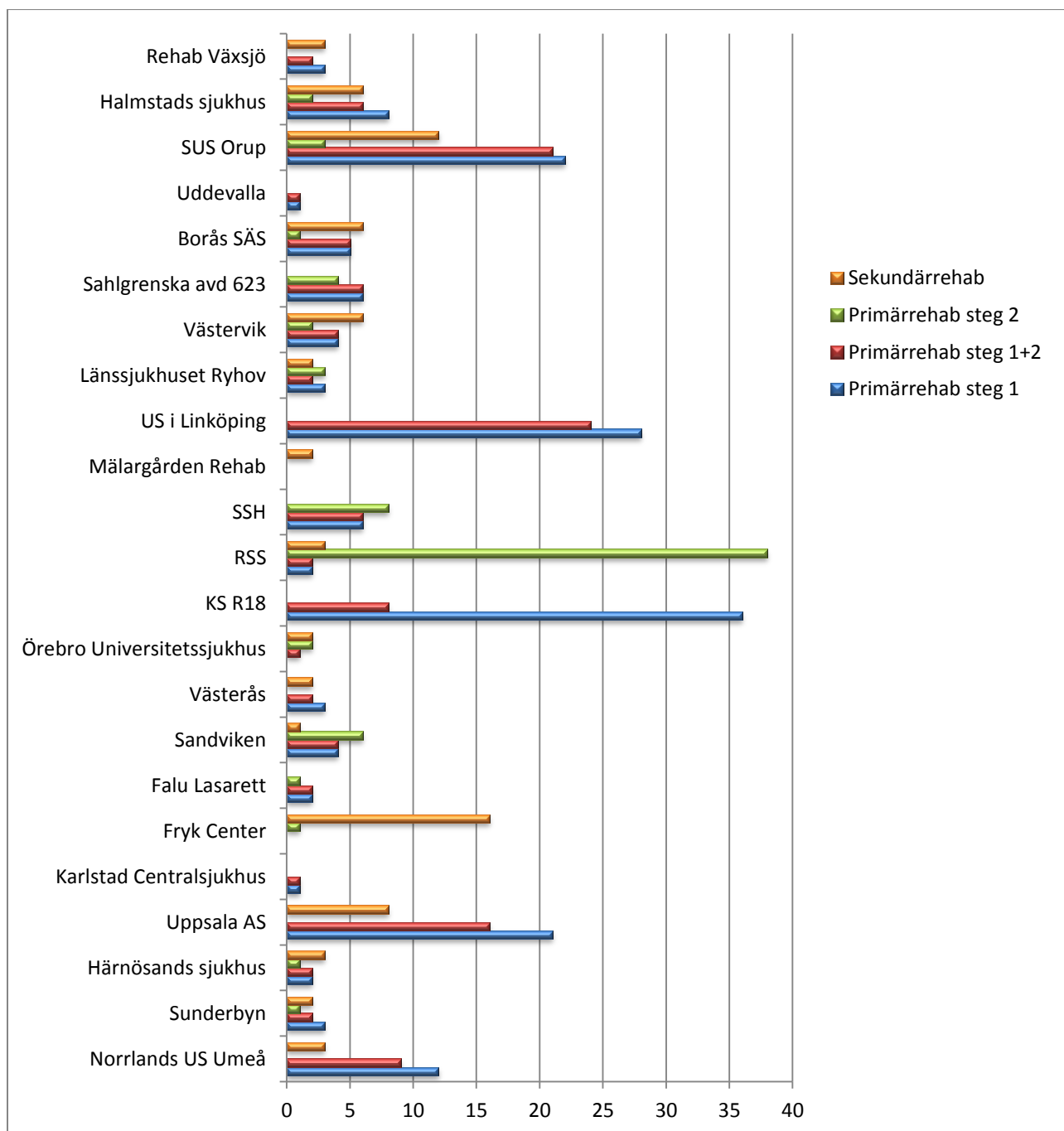
Den information och bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering.



Figur 29 Patientnöjdhet: information till anhöriga

Spinal

Vi har totalt sett 353 registreringar med diagnosgruppen spinalskada. Utifrån organisationen av spinalskaderehabiliteringen är det klart att det handlar om flera fall av dubbelregistrering. Många patienter har vårdats först på regionenhet och sedan fått efterföljande rehabilitering på annan enhet. I årets rapport har vi valt att enbart redovisa följande graf över hur rehabiliteringen är fördelad på olika enheter. Andra analyser måste göras och planeras att redovisas i separat rapport.



Figur 30 Antal rehabiliteringssteg per enhet (diagnosgrupp ryggmärgsskadade)