

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård

2015

## Innehåll

Demografi och processmått .....	5
Analys av data utifrån gruppering av enheter.....	9
Ålders- och diagnos fördelning .....	9
Väntetider .....	12
Vårdtid.....	15
Tid från utskrivningsklar till utskrivning.....	17
Rökning, alkohol- och drogmissbruk.....	18
Användningsgrad.....	19
Körkortsbedömning .....	19
ADL-förmåga .....	20
EQ5D .....	20
LiSat .....	20
BMI.....	20
Nöjdhet .....	22
Rehabplan .....	23
Resultatmått.....	24
Komplikationer.....	24
ADL-förmåga .....	26
Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning .....	32
BMI.....	32
Funktionsnedsättningar ("ICF-listan").....	32
NIHSS.....	34
DOC .....	34
GOSE.....	36
RLS– Reaction Level Scale .....	36
EQ5D .....	37
Utskriven till .....	39
Försörjning .....	43
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat).....	44
Patientnöjdhet .....	45

## Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 antal patienter med ryggmärgsskada som ej är inkluderade i årsrapportdelen för slutenvård .....	6
Tabell 2 Antal patienter per diagnosgrupp .....	7
Tabell 3 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 1.....	10
Tabell 4 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 2.....	11
Tabell 5 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 3.....	11
Tabell 6 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1 .....	12
Tabell 7 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2 .....	12
Tabell 8 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3 .....	13
Tabell 9 tid från beslut till inskrivning, Grupp 1 .....	13
Tabell 10 tid från beslut till inskrivning, Grupp 2 .....	13
Tabell 11 tid från beslut till inskrivning, Grupp 3 .....	14
Tabell 12 medelvårdtid per enhet, slutenvård.....	15
Tabell 13 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1 .....	16
Tabell 14 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2 .....	16
Tabell 15 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3 .....	16
Tabell 16 antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar.....	17
Tabell 17 andel rökare, Grupp 1.....	18
Tabell 18 andel rökare, Grupp 2.....	18
Tabell 19 andel rökare, Grupp 3.....	18
Tabell 20 totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt.....	25
Tabell 21 andel patienter som är beroende vid inskrivning respektive utskrivning.....	32
Tabell 22 vanligaste funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning.....	33
Tabell 23 DOC ved in- och utskrivning, totalt för alla enheter.....	35
Tabell 24 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.....	36
Tabell 25 utskrivna till redovisat per diagnosgrupp.....	41
Tabell 26 Utskrivna till redovisat per åldersgrupp.....	41
Tabell 27 utskrivna till relaterat till beroende eller oberoende i fysiska respektive kognitiva items... ..	42
Tabell 28 förändring av grad av ersättning från Försäkringskassan vid in- respektive utskrivning i andelar (%) fördelat på de tre olika enhetsgrupperna.....	43
Tabell 29 andel (i %) tillfredsställda (LiSat 4-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper .....	44
Figur 1 Antal utskrivna över tid .....	5
Figur 2 Antal utskrivna per ort .....	6
Figur 3 Fördelning diagnosgrupper .....	7
Figur 4 Diagnosfördelning per enhet.....	8
Figur 5 Åldersfördelning per enhet, Grupp 1 .....	9
Figur 6 Åldersfördelning per enhet, Grupp 2 .....	9
Figur 7 Åldersfördelning per enhet, Grupp 3 .....	10
Figur 8 Körkortsbedömning, Grupp 1.....	19
Figur 9 Körkortsbedömning, Grupp 2.....	19
Figur 10 Körkortsbedömning, Grupp 3.....	19
Figur 11 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 1.....	20
Figur 12 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 2.....	21
Figur 13 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 3.....	21
Figur 14 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 1 .....	22
Figur 15 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 2 .....	22
Figur 16 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 3 .....	22
Figur 17 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 1.....	23
Figur 18 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 2 !.....	23

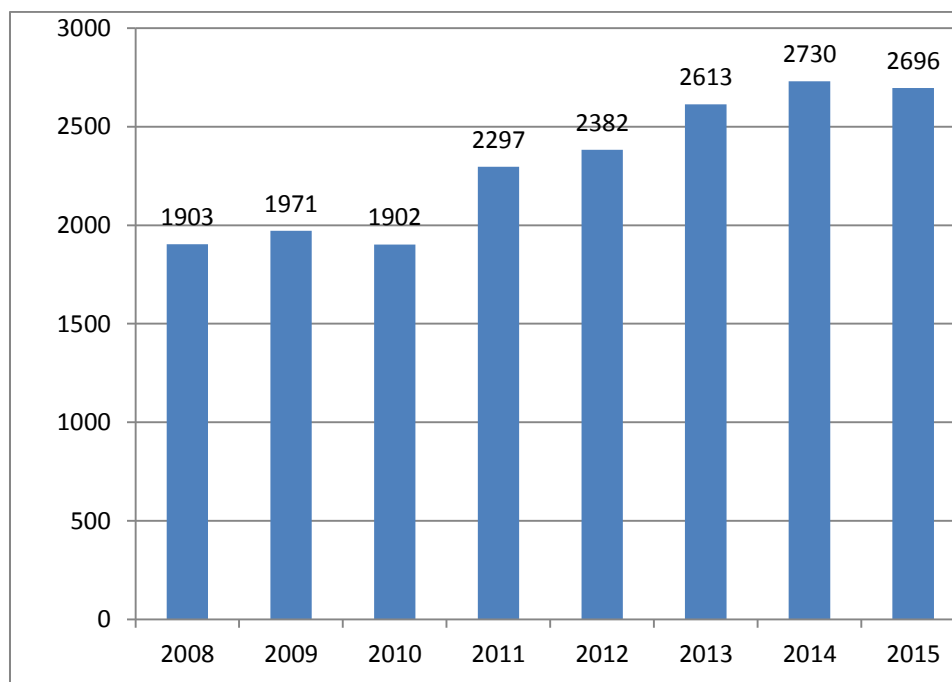
Figur 19 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 3.....	23
Figur 20 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1.....	24
Figur 21 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3.....	25
Figur 22 ADL vid in och utskrivning grupp 1, stroke.....	26
Figur 23 ADL vid in och utskrivning grupp 1, annan hjärnskada. ....	27
Figur 24 ADL vid in och utskrivning grupp 1, övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten.....	27
Figur 25 ADL vid in och utskrivning grupp 2, stroke.....	28
Figur 26 ADL vid in och utskrivning grupp 2,demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos. ....	29
Figur 27 ADL vid in och utskrivning grupp 2, övriga diagnosgrupper.....	29
Figur 28 ADL vid in och utskrivning grupp 3, stroke.....	30
Figur 29 ADL vid in och utskrivning grupp 3, annan hjärnskada. ....	30
Figur 30 ADL vid in och utskrivning grupp 1,ryggmärgsskada.....	31
Figur 31 NIHSS vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter .....	34
Figur 32 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1. ....	37
Figur 33 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2. ....	38
Figur 34 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3. ....	38
Figur 35 utskriven till, grupp 1.....	39
Figur 36 utskriven till, grupp 2.....	39
Figur 37 utskriven till, grupp 3.....	40
Figur 38 nöjdhetsgrad- riksgenomsnitt – för de olika frågorna. ....	45

Rehabiliteringen startar under den akuta fasen på intensivvården, stroke-enheten, ortopedavdelningen. Den specialiserade rehabiliteringen startar i den post-akuta fasen när rehabiliteringsbehoven är större än medicinska/omvårdnads-behov. Primärrehabilitering avslutas när patienten är i sådant skick att hen klarar sig i sitt boende utan insatser från specialiserad rehab. Tidsmässigt brukar detta ske inom de första 12 månaderna. I denna del redovisas resultat av slutenvårdsrehabilitering vilket registreringsmässigt är den största delen av WebRehab. Resultaten för spinalskaderehabiliteringen presenteras i en egen del.

I år har vi delat upp enheterna i tre grupper utifrån verksamhet och målgrupper. Genom åren har vi sett att de olika enheterna skiljer sig åt och det visar sig även med moderna statistiska metoder (cluster analys). Grupp 1 innehåller enheter där stort inslag av geriatrik och subakut rehabilitering ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av subakut rehabilitering. Grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av subakut rehabilitering.

## Demografi och processmått

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2014, 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 Frykcenter med 15 och Södermanland med 19 registreringar inte finns med i tabeller och grafer.

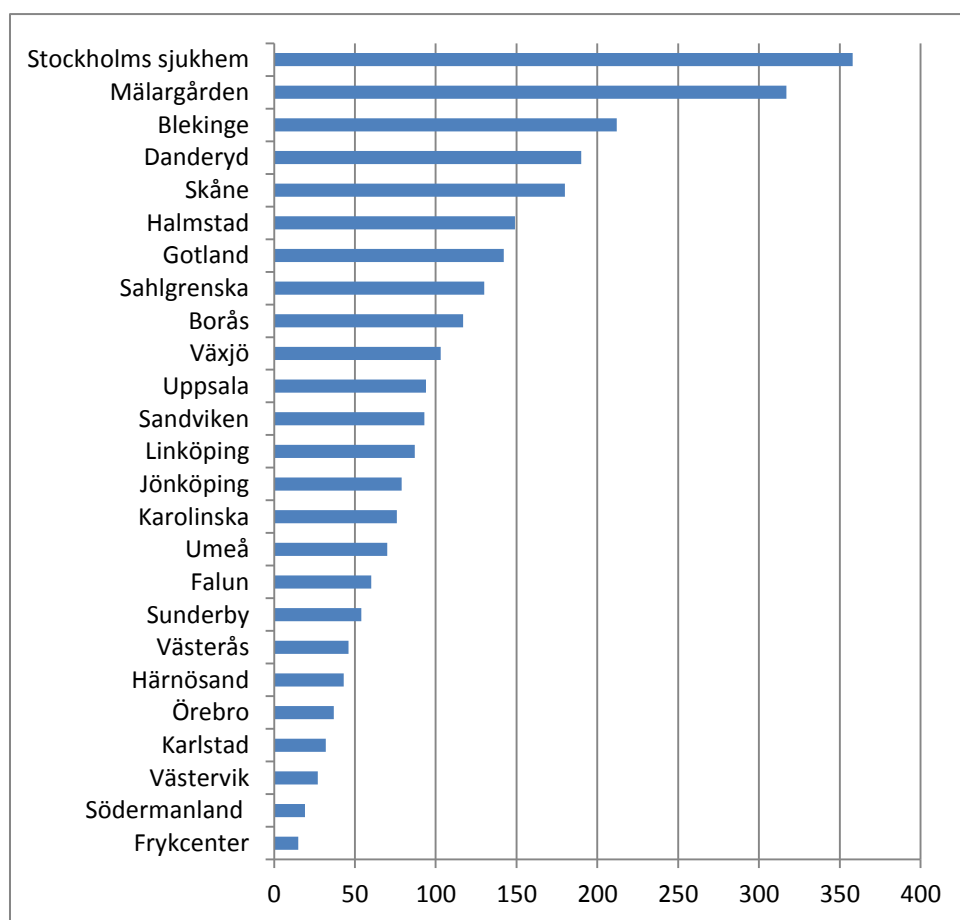


Figur 1 Antal utskrivna över tid

För 2015 ingår 23 enheter med mer än 20 registreringar. Antal registreringar i slutenvård i denna rapport ligger på ungefär samma nivå som 2014. Om man dock räknar med spinalrehabpatienter är totalt antal registreringar ca 2900. Totalt sett är det alltså en ökning av antal registreringar. För årsrapport för spinalrehabilitering – se separat rapport. Observera att spinalpatienter med sekundär rehab (rehabilitering i ett sent skede) och med steg 2-rehabilitering (de som fått primärrehab på regionklinik eller motsvarande och fortsatt rehab sedan på annan klinik), totalt 178 patienter, inte är medräknade i denna rapport. De är exkluderade för att undvika dubbelregistrering på riksnivå.

Tabell 1 antal patienter med ryggmärgsskada som ej är inkluderade i årsrapportdelen för slutenvård

Spinal exkluderade	Sekundärrehab	Steg 2	Steg 3	Avlidna
Blekinge	1	1		
Borås	1	3		
Falun		6		
Halmstad	3	1		
Härnösand	2			
Jönköping		8		
Linköping	3			
Mälargården	2			
Rehabstation	3	39		
Sahlgrenska		13		3
Sandviken	4	2		
Skåne	28	2		
Stockholms sjukhem	1	10	1	
Sunderby	4		1	2
Umeå	6			1
Uppsala	6	3		
Västervik	4	4		
Växjö	2	1		3
Örebro		3		1
<b>Totalt</b>	<b>70</b>	<b>96</b>	<b>2</b>	<b>10</b>



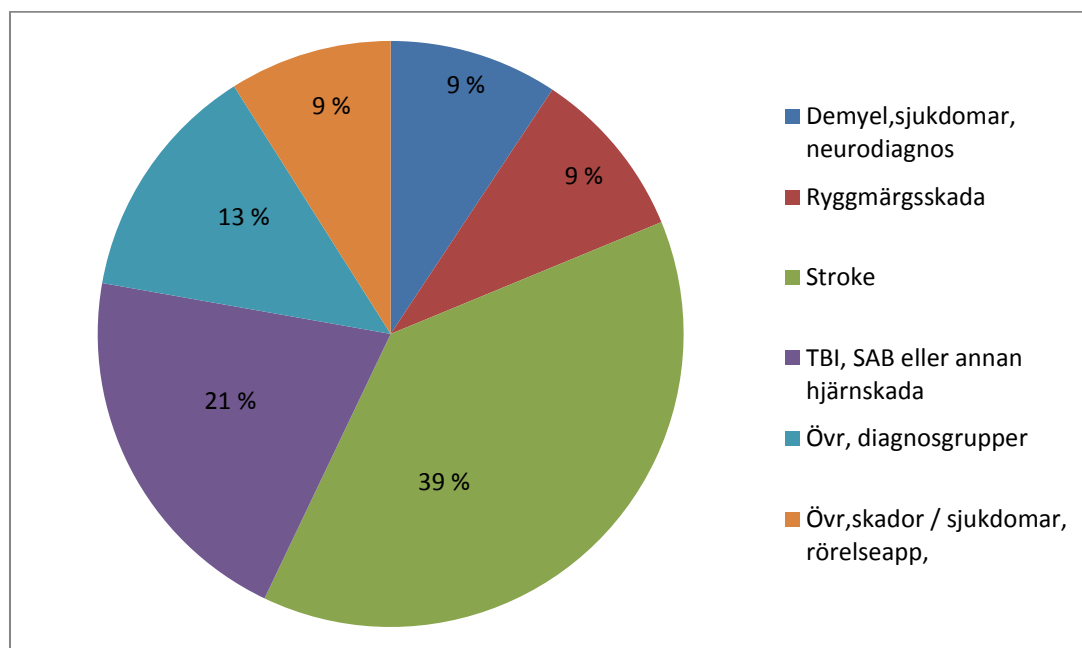
Figur 2 Antal utskrivna per ort

**Tabell 2 Antal patienter per diagnosgrupp**

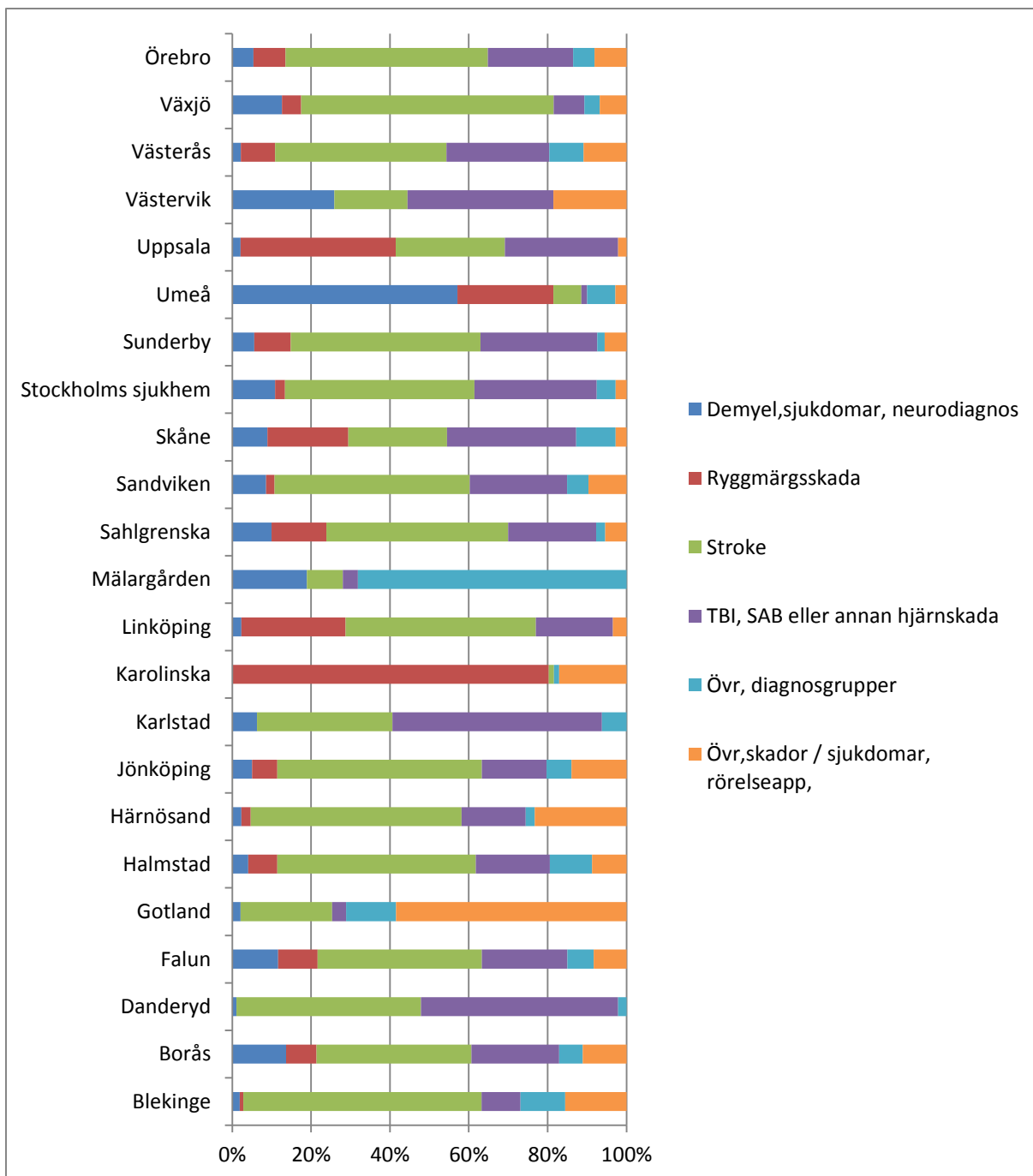
*Fördelning inom diagnosgrupper, Slutenvård*

Diagnosgrupper	Antal	Grupp
Stroke	1033	1
Annan hjärnskada	138	2
Anoxisk hjärnskada	64	2
Postinfektös/postinflammatorisk hjärnskada	29	2
SAB	105	2
TBI	222	2
Ryggmärgsskada	255	3
Annan neurodiagnos	200	4
Demyeliniserande sjukdomar	51	4
Amputationer	20	5
Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador	179	5
Reumatiska sjukdomar	5	5
Övriga trauma	38	5
Cancersjukdom	122	6
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	158	6
Psykiatrisk sjukdom	5	6
Övriga diagnoser	72	6
<b>Total</b>	<b>2696</b>	

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



**Figur 3 Fördelning diagnosgrupper**



Figur 4 Diagnosfördelning 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. Ett viktigt observandum är att patienter som är inlagda för sekundär rehabilitering på grund av ryggmärgsskada inte är med i denna sammanställning.



## Analys av data utifrån gruppering av enheter

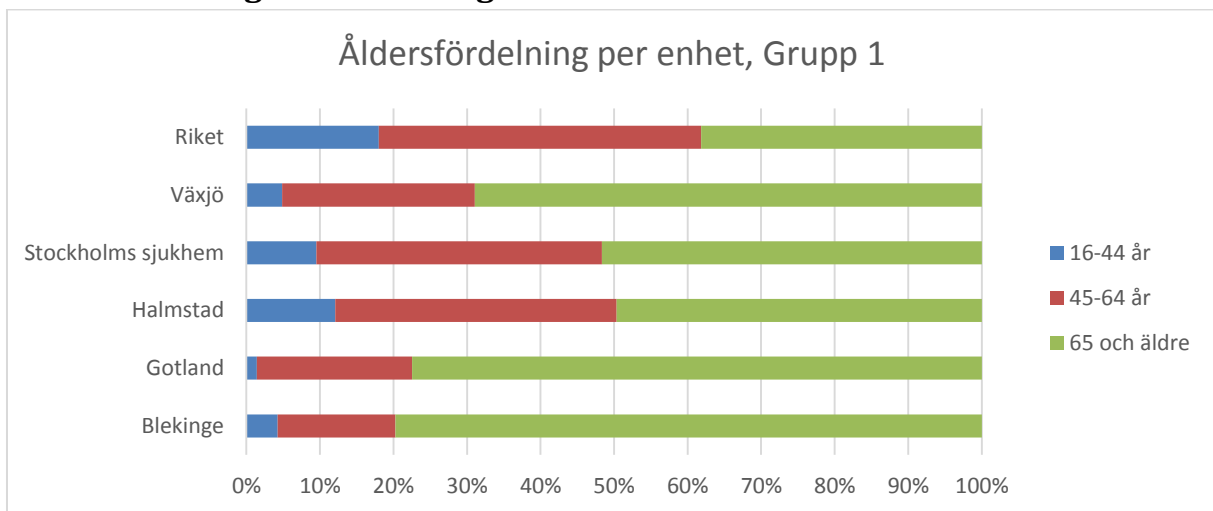
I årets rapport har vi valt att analysera resultaten utifrån uppdelning av enheter i grupper där man kan likna varandra med hänsyn till ålder hos patienterna, mer planerad verksamhet med relativt sett lång tid från remiss till intag och grad av inslag av akut rehabilitering.

Grupp 1: Enheter där geriatrik ingår och där man har post-akut rehabilitering (där rehabbehov är större än omvårdnadsbehov) – Växjö, Stockholms sjukhem, Halmstad, Gotland, Blekinge.

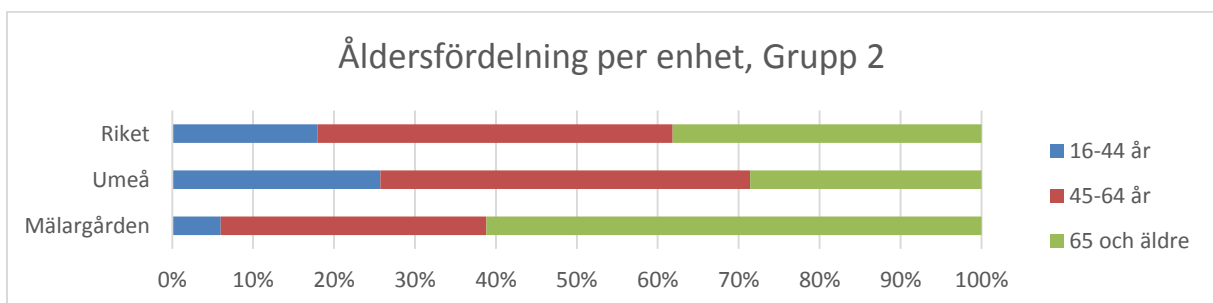
Grupp 2: Enheter med lång tid från remiss till intag och stort inslag av sekundär rehabilitering (intag från hemmet/boendet för en ny rehabperiod i ett senare skede, efter sin primära=post-akuta rehabperiod) – Umeå, Mälargården.

Grupp 3: Enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av post-akut rehabilitering – Borås, Danderyd, Falun, Härnösand, Jönköping, Karlstad, Karolinska Stockholm, Linköping, Sahlgrenska Göteborg, Sandviken, Skåne, Sunderbyn Boden-Luleå, Uppsala, Västerås, Växjö, Örebro

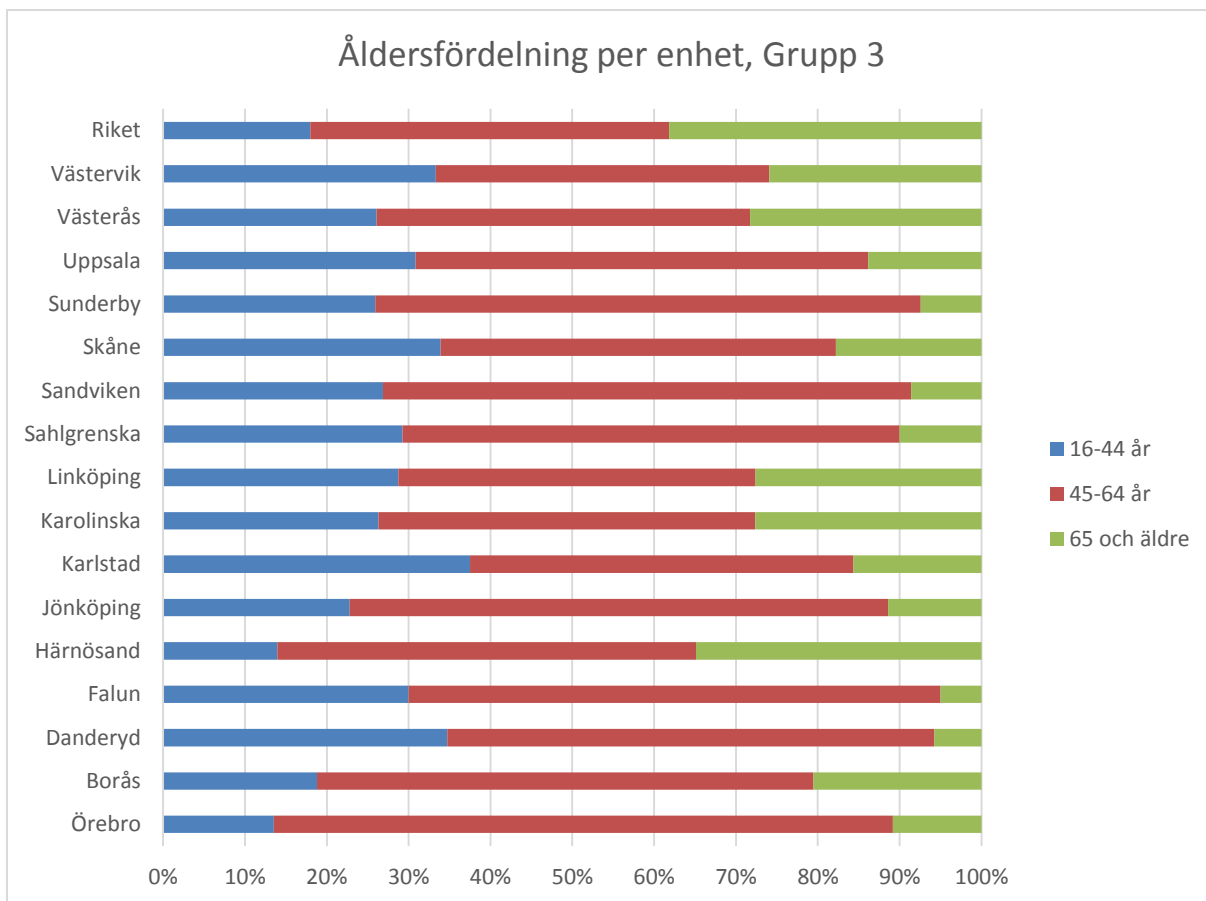
## Ålders- och diagnos fördelning



Figur 5 Åldersfördelning per enhet, Grupp 1



Figur 6 Åldersfördelning per enhet, Grupp 2



Figur 7 Åldersfördelning per enhet, Grupp 3

Det föreligger skillnader mellan enheterna vad gäller åldersfördelning och en förklaring är att i grupp 1 finns just enheter med geriatrisk rehabilitering som tydligt uppdrag. Följande tabell visar åldersfördelningen i olika diagnosgrupper.

Tabell 3 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 1

Diagnosgrupp	Åldersgrupp						Total	
	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Antal	Andel
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Demyel.sjukdomar. neurodiagnos	10	15%	26	9%	29	5%	65	7%
Ryggmärgsskada	7	10%	8	3%	12	2%	27	3%
Stroke	14	21%	130	45%	330	54%	474	49%
TBI. SAB eller annan hjärnskada	21	31%	75	26%	77	13%	173	18%
Övr. diagnosgrupper	8	12%	22	8%	49	8%	79	8%
Övr.skador / sjukdomar. rörelseapp.	8	12%	26	9%	112	18%	146	15%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>	<b>609</b>	<b>100%</b>	<b>964</b>	<b>100%</b>

Tabell 4 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 2

Diagnosgrupp	Åldersgrupp							
	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Demyel.sjukdomar neurodiagnos	6	16%	32	24%	62	29%	100	26%
Ryggmärgsskada	8	22%	6	4%	3	1%	17	4%
Stroke	1	3%	10	7%	23	11%	34	9%
TBI SAB eller annan hjärnskada	4	11%	5	4%	4	2%	13	3%
Övr. diagnosgrupper	17	46%	82	60%	122	57%	221	57%
Övr.skador / sjukdomar rörelseapp.	1	3%	1	1%	0	0%	2	1%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>214</b>	<b>100%</b>	<b>387</b>	<b>100%</b>

Tabell 5 diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 3

Diagnosgrupp	Åldersgrupp							
	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Demyel.sjukdomar neurodiagnos	30	8%	40	5%	16	8%	86	6%
Ryggmärgsskada	68	18%	86	11%	57	28%	211	16%
Stroke	88	23%	363	48%	74	36%	525	39%
TBI SAB eller annan hjärnskada	147	39%	197	26%	28	14%	372	28%
Övr. diagnosgrupper	18	5%	28	4%	11	5%	57	4%
Övr.skador / sjukdomar rörelseapp.	29	8%	45	6%	20	10%	94	7%
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100%</b>	<b>759</b>	<b>100%</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>	<b>1345</b>	<b>100%</b>

Diagnosfördelningen varierar mellan enhetsgrupperna 1-3. I grupp 1 dominerar stroke och övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten och ligger högt jämfört med de andra grupperna. I grupp 2 dominerar demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos och övriga diagnosgrupper. I grupp 3 dominerar stroke och andra hjärnskador men andelen ryggmärgsskador är också påtagligt högre jämfört med de andra grupperna.

## Väntetider

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 tabellerna framgår tydligt att enheterna har delvis olika premisser för intag. En del har akutintag och andra har en helt planerad verksamhet.

I grupp 1 är tiden från remissens utfärdande till inskrivning kortast, bara en enhet har medianvärde över riksgenomsnittet. Det är samma mönster om man tittar på tid från beslut till intag, vilket är den egentliga väntetiden. Medianen för riksgenomsnittet för tiden från utfärdande till inskrivning har minskat från 9 till 7 dagar och från beslut till inskrivning från 6 till 5 dagar.

Tabell 6 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1

Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	115	0	0	49
Gotland	141	5	0	68
Halmstad	141	6	0	50
Stockholms sjukhem	358	4	0	131
Växjö	103	9	1	98
Riket	2431	7	0	2072

Tabell 7 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2

Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Mälargården	296	83	9	2072
Umeå	68	109	1	706
Riket	2431	7	0	2072

Tabell 8 tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3

Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Borås	102	1	0	178
Danderyd	173	7	1	96
Falun	51	7	0	119
Härnösand	41	6	0	48
Jönköping	73	6	1	53
Karlstad	29	10	0	97
Karolinska	70	5	0	63
Linköping	81	13	1	161
Sahlgrenska	116	10	0	127
Sandviken	83	12	1	411
Skåne	162	28	1	459
Sunderby	49	5	0	186
Uppsala	86	6	0	201
Västervik	26	3	0	20
Västerås	43	5	0	59
Örebro	31	19	3	90
Riket	2431	7	0	2072

Tabell 9 tid från beslut till inskrivning, Grupp 1

Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	129	0	0	48
Gotland	140	3	0	66
Halmstad	146	2	0	50
Stockholms,sjukhem	357	3	0	104
Växjö	101	6	0	76
Riket	2437	5	0	3652

Tabell 10 tid från beslut till inskrivning, Grupp 2

Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Mälargården	303	68	5	195
Umeå	67	90	0	706
Riket	2437	5	0	3652

Tabell 11 tid från beslut till inskrivning, Grupp 3

Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3				
Sjukhus	Antal	Median	Minimum	Maximum
Borås	104	0	0	167
Danderyd	177	5	0	34
Falun	53	1	0	32
Härnösand	41	3	0	43
Jönköping	72	3	0	53
Karlstad	30	3	0	55
Karolinska	70	2	0	3652
Linköping	82	5	0	32
Sahlgrenska	119	6	0	97
Sandviken	83	7	0	411
Skåne	164	8	0	448
Sunderby	51	1	0	46
Uppsala	89	3	0	201
Västervik	27	0	0	19
Västerås	44	1	0	47
Örebro	31	14	0	82
Riket	2437	5	0	3652

## Vårdtid

Medelvårdtiden fortsätter fortfarande att bli 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 enhet bör analysera sin egen utveckling. De enheter som har geriatrik har alla kortare vårdtider än riksgenomsnittet.

Tabell 12 medelvårdtid per enhet, slutenvård

Sjukhus	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Grupp
Mälargården			18	17	18	17	16	16	2
Sthlm sjukhem						15	18	17	1
Halmstad	28	28	28	29	32	32	31	27	1
Gotland						29	33	30	1
Blekinge	35	39	38	39	35	35	34	31	1
Växjö	46	40	45	43	36	42	36	34	1
Borås	61	57	53	52	38	41	35	34	3
<b>Riket</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	
Karolinska						29	46	36	3
Västervik						28	26	38	3
Linköping	49	44	51	53	49	36	50	39	3
Jönköping	38	35	48	39	35	39	37	40	3
Umeå				81	54	30	46	42	2
Falun	37	37	25	30	41	35	49	42	3
Skåne	34	46	34	38	40	36	43	43	3
Sandviken	42	38	35	32	36	34	43	44	3
Sahlgrenska	31	42	40	39	38	44	46	46	3
Härnösand	28	30	36	36	38	48	36	48	3
Västerås	71	71	65	52	34	44	41	51	3
Örebro	48	47	48	56	51	57	63	52	3
Sunderby	50	64	53	60	76	41	53	52	3
Uppsala	71	60	62	50	48	51	54	58	3
Danderyd	76	66	72	68		60	58	60	3
Karlstad	88	133	57	61	48	68		86	3
Uddevalla		40	43			15			
Östersund	35	34	35	35	33	29			
Rehabstation						34	47		

Tabell 13 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1

Diagnosgrupp						
Sjukhus	Demyel. sjukdomar. neurodiagnos	Ryggmärgsskada	Stroke	TBI. SAB eller annan hjärnskada	Övr. diagnosgrupper	Övr.skador / sjukdomar. rörelseapp.
Blekinge	32	49	29	37	29	32
Halmstad	22	22	29	29	23	24
Stockholms sjukhem	18	32	18	14	14	14
Växjö	32	40	32	37	36	44

Tabell 14 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2

Diagnosgrupp						
Sjukhus	Demyel. sjukdomar. neurodiagnos	Ryggmärgsskada	Stroke	TBI. SAB eller annan hjärnskada	Övr. diagnosgrupper	Övr.skador / sjukdomar. rörelseapp.
Mälargården	19	0	21	18	14	0
Umeå	26	61	35	63	68	136

Tabell 15 medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3

Diagnosgrupp						
Sjukhus	Demyel. sjukdomar. neurodiagnos	Ryggmärgsskada	Stroke	TBI. SAB eller annan hjärnskada	Övr. diagnosgrupper	Övr.skador / sjukdomar. rörelseapp.
Borås	29	37	36	32	30	38
Danderyd	35	0	62	60	36	0
Falun	42	35	44	55	36	14
Härnösand	15	97	56	47	38	31
Jönköping	34	39	38	58	19	35
Karlstad	55	0	94	89	46	0
Karolinska	0	35	29	0	23	41
Linköping	27	39	35	51	0	36
Sahlgrenska	44	68	41	45	30	41
Sandviken	41	52	45	44	26	49
Skåne	42	67	39	35	28	48
Sunderby	22	36	55	59	44	47
Uppsala	22	61	62	54	0	35
Västervik	36	0	63	22	0	47
Västerås	26	43	43	92	26	20
Örebro	73	66	49	49	44	56

Vårdtiden varierar mycket både mellan diagnoser och enheter och analys av detta kan definitivt vara intressant för de olika ingående enheterna.



## Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Utskrivningen kan bli fördröjd på grund av att det inte är löst med insatser av olika slag efter utskrivningen, framför allt kommunens insatser. Det registreras i registret som antal vård dagar som patienten ligger kvar efter att denne är klar för utskrivning. Antal dagar varierar mycket mellan enheterna.

Tabell 16 antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar

N=totalt antal registreringar på enheten, Max=maximal längd på vårdtid efter utskrivningsklar, minimal längd är 0 på alla enheter.

Sjukhus	N	Tot antal dagar	Max
Blekinge	212	66	7
Borås	117	8	8
Danderyd	190	901	771
Falun	60	33	22
Gotland	137	212	35
Halmstad	147	84	9
Härnösand	42	10	7
Jönköping	79	40	34
Karlstad	32	31	9
Karolinska	76	17	17
Linköping	86	26	16
Mälargården	317	0	0
Sahlgrenska	130	353	51
Sandviken	93	0	0
Skåne	180	10	10
Stockholms sjukhem	358	50	26
Sunderby	54	57	13
Umeå	70	0	0
Uppsala	94	13	8
Västervik	27	75	18
Västerås	46	40	16
Växjö	103	51	24
Örebro	37	10	10
Total	2687	2087	771

## 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 17 andel rökare, Grupp 1

Diagnosgrupp	Andel rökare
Övr. diagnosgrupper	13%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	12%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	11%
Ryggmärgsskada	7%
Stroke	18%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	9%
<b>Total</b>	<b>14%</b>

Tabell 18 andel rökare, Grupp 2

Diagnosgrupp	Andel rökare
Övr. diagnosgrupper	5%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	0%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	3%
Ryggmärgsskada	18%
Stroke	12%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	8%
<b>Total</b>	<b>6%</b>

Tabell 19 andel rökare, Grupp 3

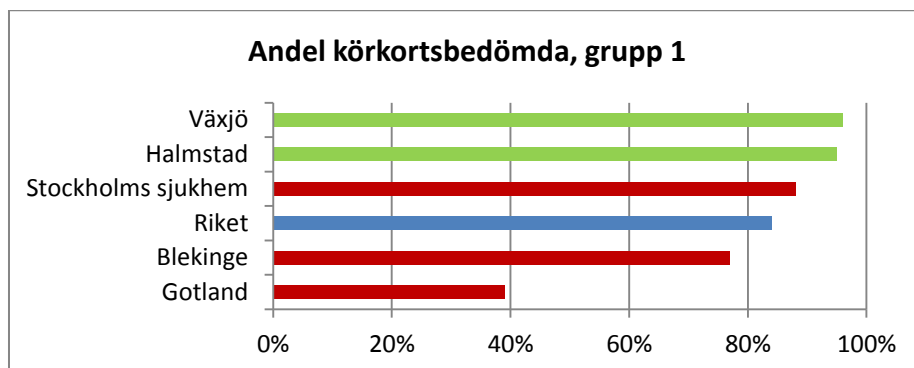
Diagnosgrupp	Andel rökare
Övr. diagnosgrupper	26%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	15%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	19%
Ryggmärgsskada	14%
Stroke	23%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	24%
<b>Total</b>	<b>21%</b>

Om man jämför de olika enhetsgrupperna ser man flest rökare i grupp 3 med 21%. Om man tittar på subarachnoidalblödning (SAB) enbart, men totalt för alla 3 grupperna, är frekvensen rökare vid inskrivning 29% (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 rönkningsförekomst hos patienter med SAB.

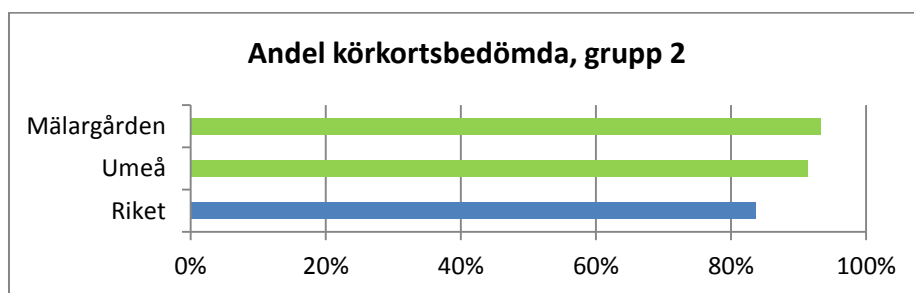
## Användningsgrad

### Körkortsbedömning

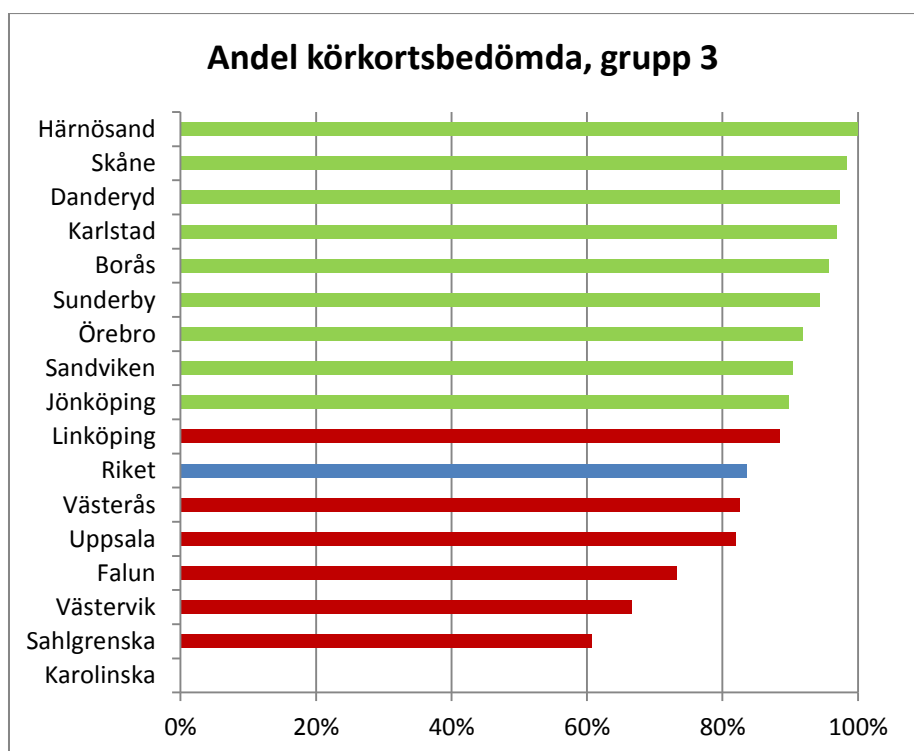
Målnivån för andelen körkortsbedömda vid utskrivning har inte nåtts (90%) för 2015. 84% på riksnivå. Utvecklingen över tid är: 2010 – 92%, 2011 – 96%, 2012 – 95%, 2013 – 90%, 2014 – 94%.



Figur 8 Körkortsbedömning, Grupp 1



Figur 9 Körkortsbedömning, Grupp 2



Figur 10 Körkortsbedömning, Grupp 3

Målnivån 90% bedömda nås inte på riksnivå. Det är 9 enheter som fortfarande har en del kvar att arbeta med.

## ADL-förmåga

ADL-förmåga är bedömd:

Grupp 1 – 96% vid inskrivning och 93% vid utskrivning

Grupp 2 – 31% vid inskrivning och 30% vid utskrivning

Grupp 3 – 89% vid inskrivning och 85% vid utskrivning

Vi har ingen målnivå för ADL-bedömning men värdena i grupp 1 och 3 som har akut rehabilitering får bedömas som bra.

## EQ5D

Grupp 1 – 65% vid inskrivning och 59% vid utskrivning

Grupp 2 – 93% vid inskrivning och 95% vid utskrivning

Grupp 3 – 67% vid inskrivning och 66% vid utskrivning

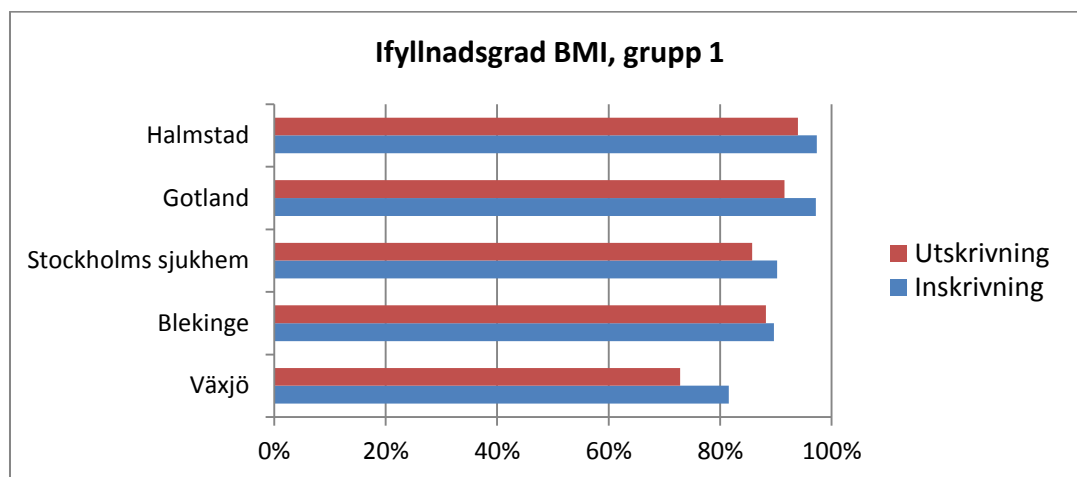
I grupp 2 verkar man ha valt EQ5D framför ADL-måttet. I grupp 1 och framför allt grupp 3 finns det stor variation av användningsgrad.

## LiSat

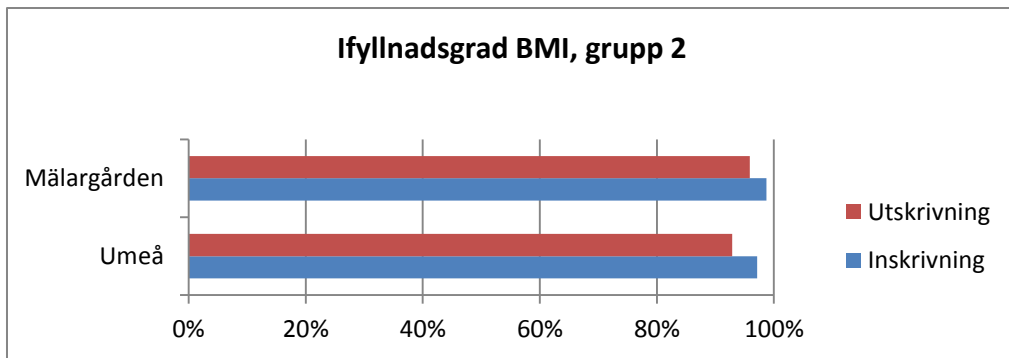
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 16% i grupp 1, 14% i grupp 2 och 56% i grupp 3. Dock är användningsgraden 66% vad gäller enbart frågan om tillfredsställelse med livet i allmänhet.

## BMI

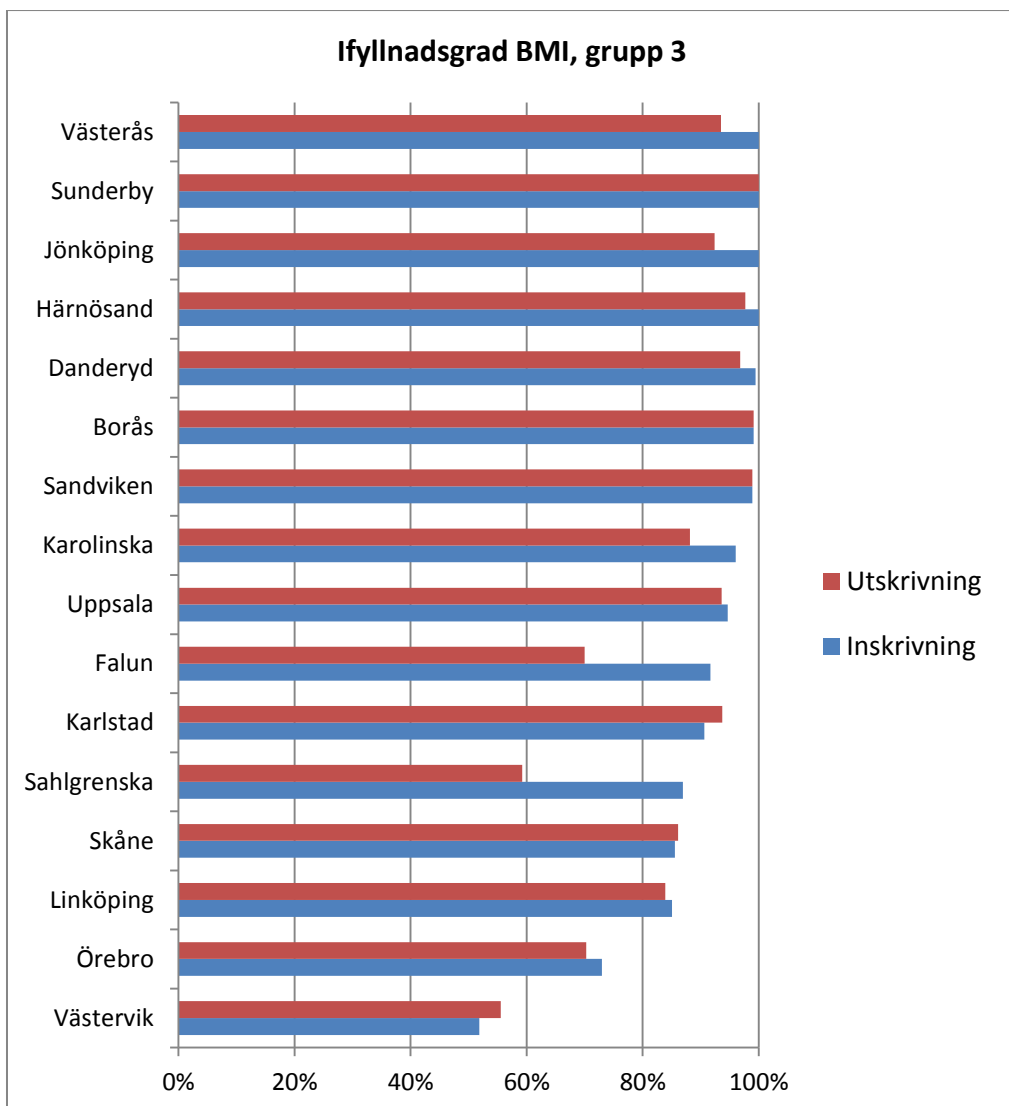
Viktutvecklingen är viktig att följa under rehabiliteringen efter en skada eller insjuknande varför målnivån är satt så högt som 90% vid både in- och utskrivning. 17 av enheterna klarar målet vid inskrivning och 13 vid utskrivning. I grupp 2 klarar båda enheterna detta. Genomsnittligt för riket registreras BMI i 93% (95% år 2014) av fallen vid inskrivning och i 88% (89% år 2014) av fallen vid utskrivning. Vid inskrivning nås målnivån och näst intill vid utskrivning.



Figur 11 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 1



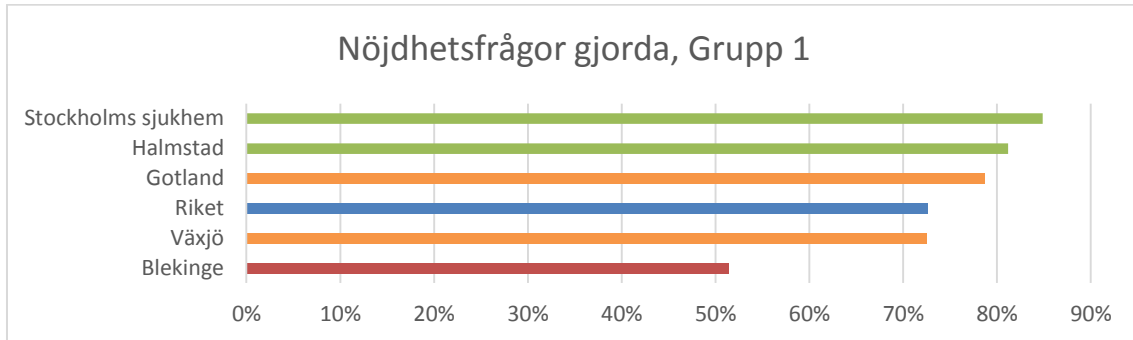
Figur 12 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 2



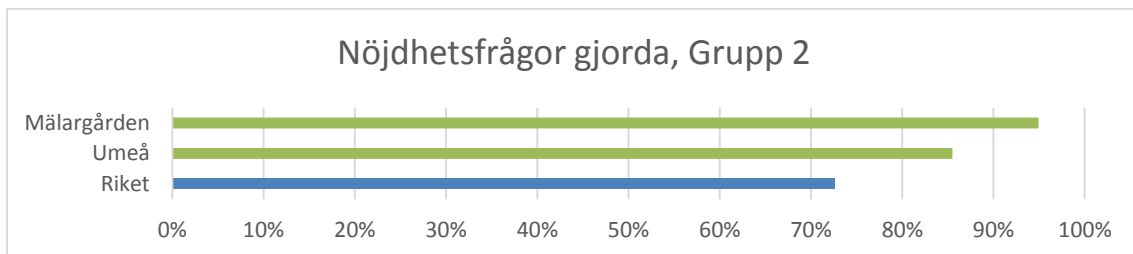
Figur 13 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 3

## Nöjdhet

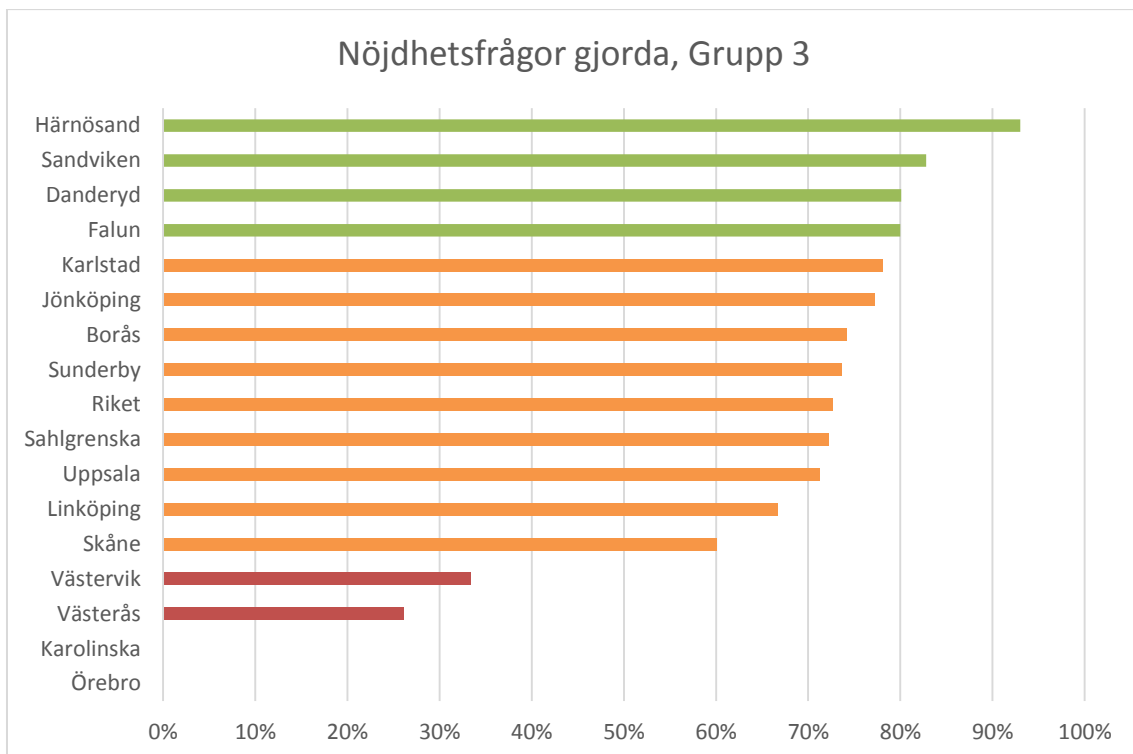
Målnivå för registret är att minst 80% av patienterna ska bli tillfrågade om hur nöjda de är med olika aspekter av rehabiliteringen. Dit når vi inte enligt riksgenomsnittet som ligger på 73%. Om man lägger till "kan ej genomföras" blir nivån 77% som är tillfrågade. Nivån har i alla fall stigit jämfört med tidigare år: 2010 - 63%, 2011 - 56%, 2012 - 60%, 2013 - 63%, 2014 - 74%.



Figur 14 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 1

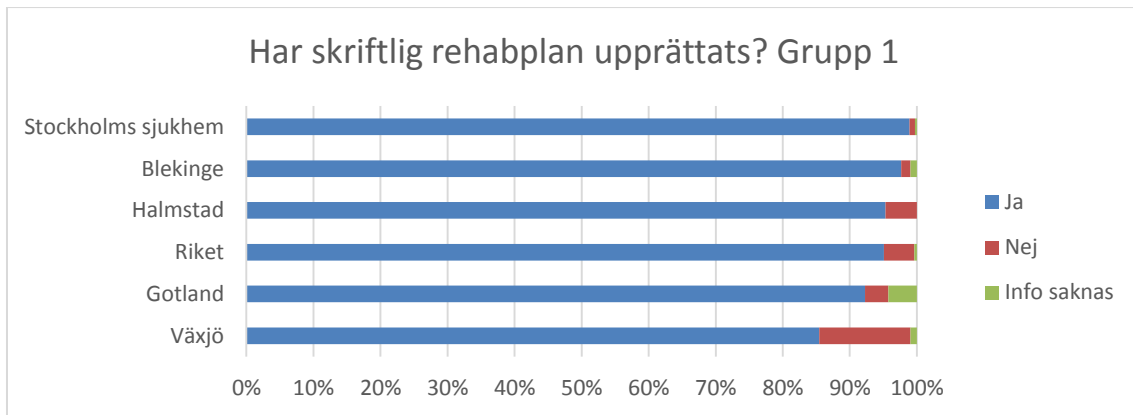


Figur 15 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 2

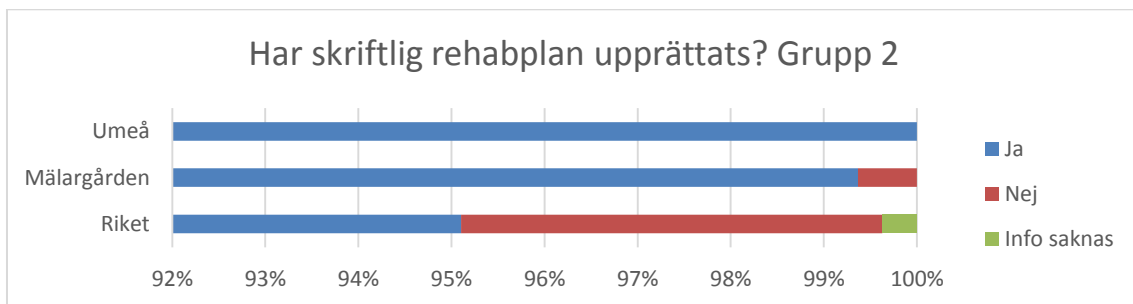


Figur 16 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 3

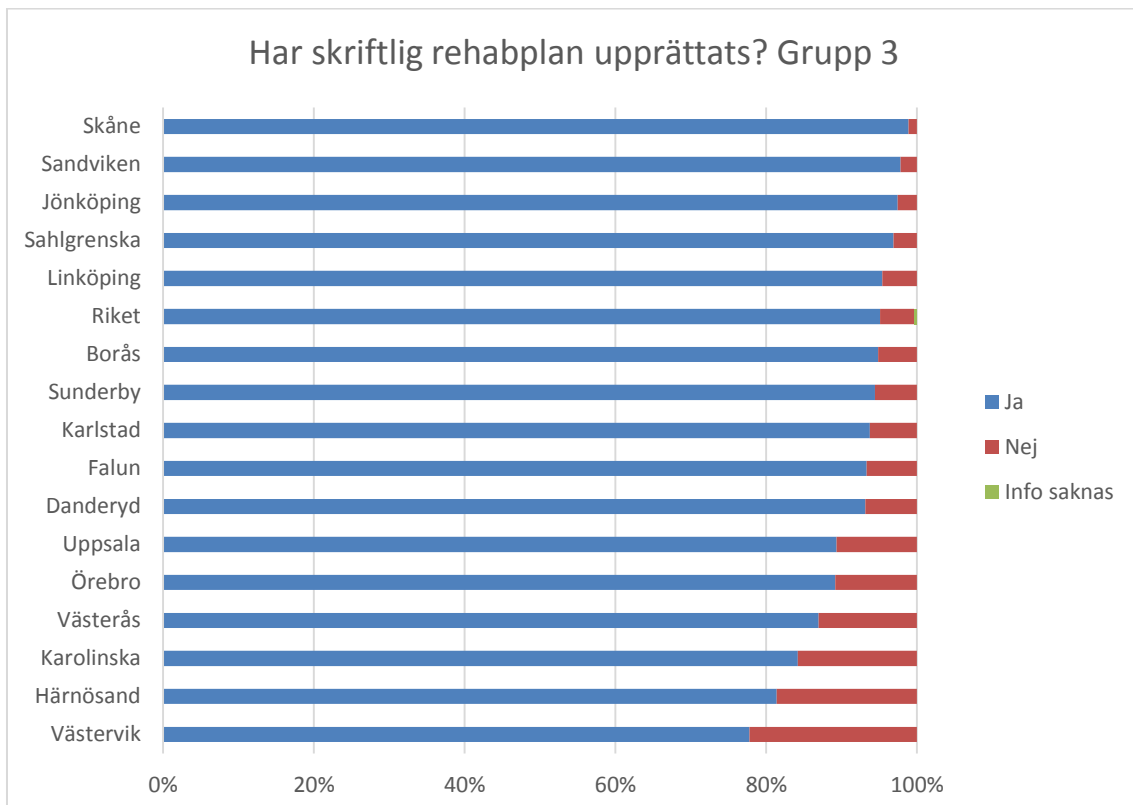
## Rehabplan



Figur 17 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 1



Figur 18 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 2 !



Figur 19 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 3

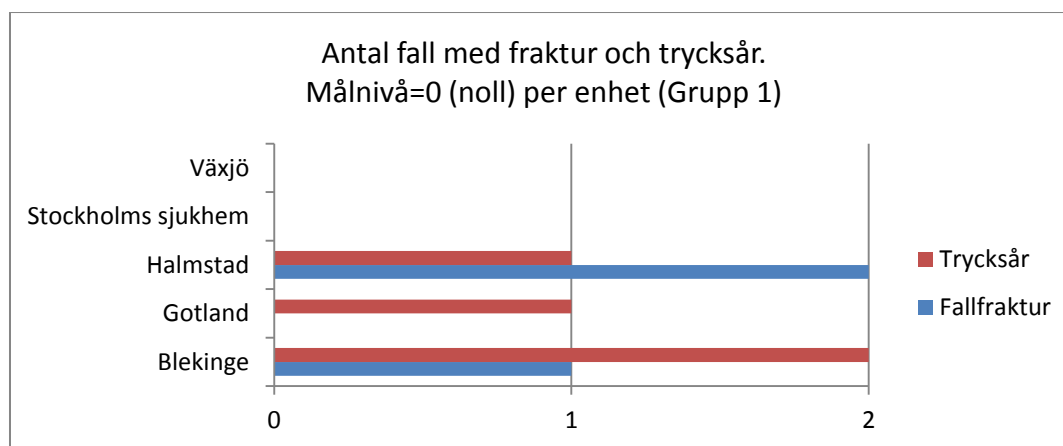
Frekvensen av upprättad rehabplan är för riket 95 %, vilket är en liten ökning jämfört med tidigare (94% år 2014), och nära målnivån på 100 %. Enligt Socialstyrelsen ska rehabplan upprättas i samband med inläggning för rehabilitering. Det förekommer dock att patienter inläggs för enbart utredning vilket 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. 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

Antal avlidna var 3 under 2015 (5 under 2014), ett fortsatt lågt antal. I gruppen exkluderade inom ryggmärgsskadegruppen fanns dock ytterligare 10 avlidna.

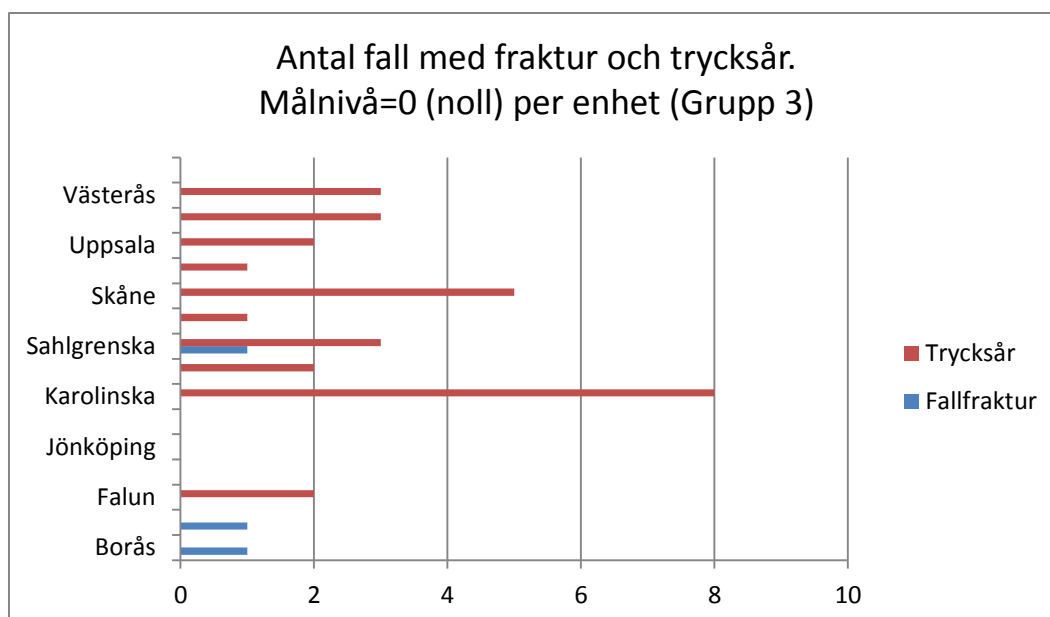
## Komplikationer

För antalet komplikationer har vi en 0-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2014 registrerades 6 fall med fraktur och 34 trycksår totalt. Utifrån 2696 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, 10, 6. Trycksår: 35, 42, 35, 41, 41, 34. Om patienten redan har trycksår vid inskrivningen ska det inte registreras som en komplikation utan som förekomst av trycksår i "ICF-listan".



Figur 20 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1





Figur 21 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3

Det är viktigt att analysera antal komplikationer i relation till antal registreringar. I grupp 2 har inga komplikationer registrerats.

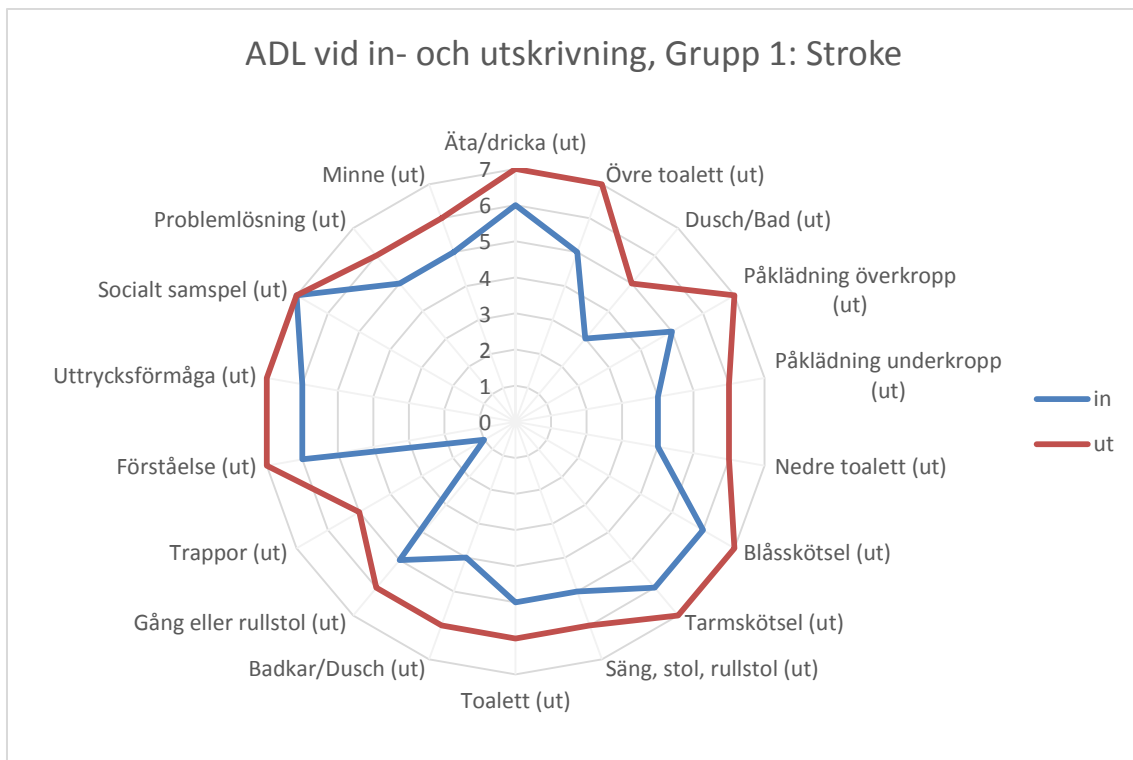
Tabell 20 totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt.

Komplikation	Antal
DVT	28
Lungemboli	26
Heterotop bennybildning	3
Fall med fraktur	6
Kontraktur	18
Epilepsi/krampanfall	45
Hydrocefalus	22
Trycksår	34
Ulcus	7
Meningit	6
Pneumoni	54
Övre UVI	67
Infektion med multiresistenta bakterier	24
Annan infektion	188
Ny hjärnskada	21
Avvikit från avdelning	16
Annan komplikation/sjukdom/skada	161
<b>Totalt</b>	<b>726</b>

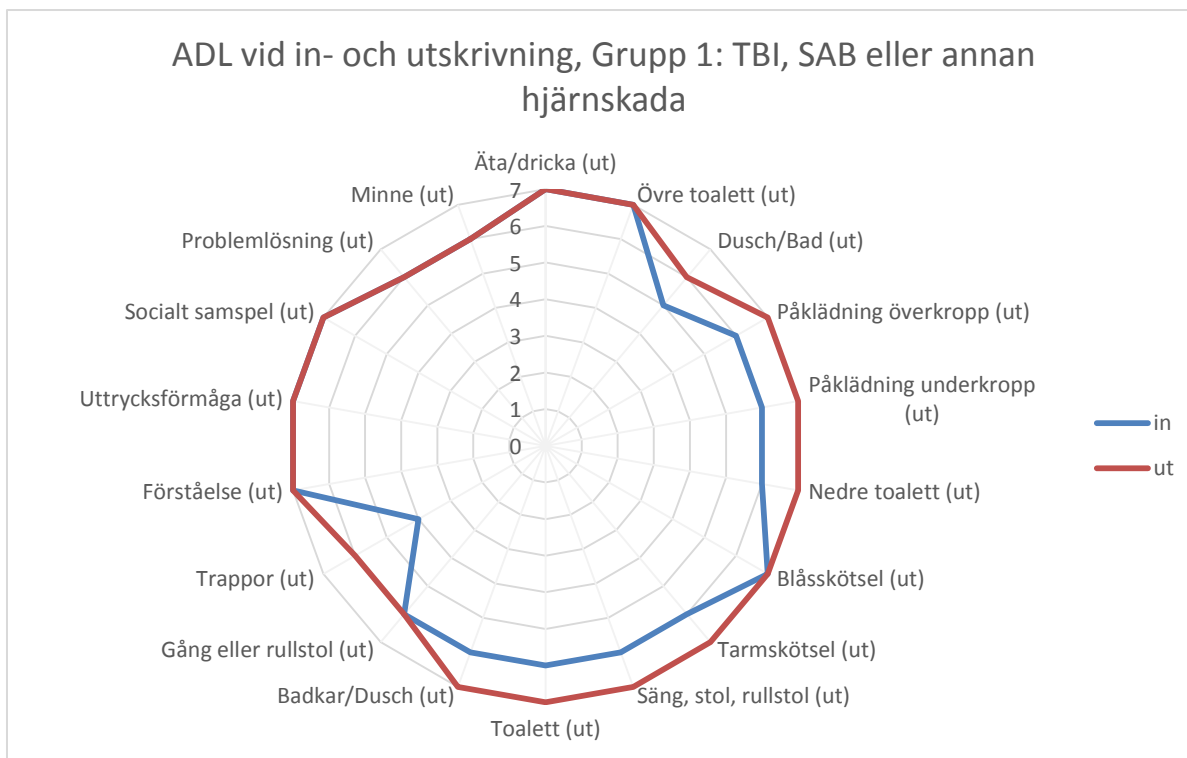
## ADL-förmåga

Vi har valt att redovisa de 3 största diagnosgrupperna för varje enhetsgrupp. Man ser klara förbättringar vid ut- jämfört med vid inskrivning men mönstren varierar tydligt beroende på diagnosgrupp och säger något om förbättringspotentialen. I enhetsgrupp 2 redovisas demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos som en av diagnosgrupperna. Där ser man ingen skillnad i ADL-förmåga vid utskrivning jämfört med vid inskrivning. Det förklaras sannolikt av att patienterna befinner sig i ett senare skede i sjukdomsförloppet och att rehabperioden har annat syfte och värde än att just förbättra AL-förmåga.

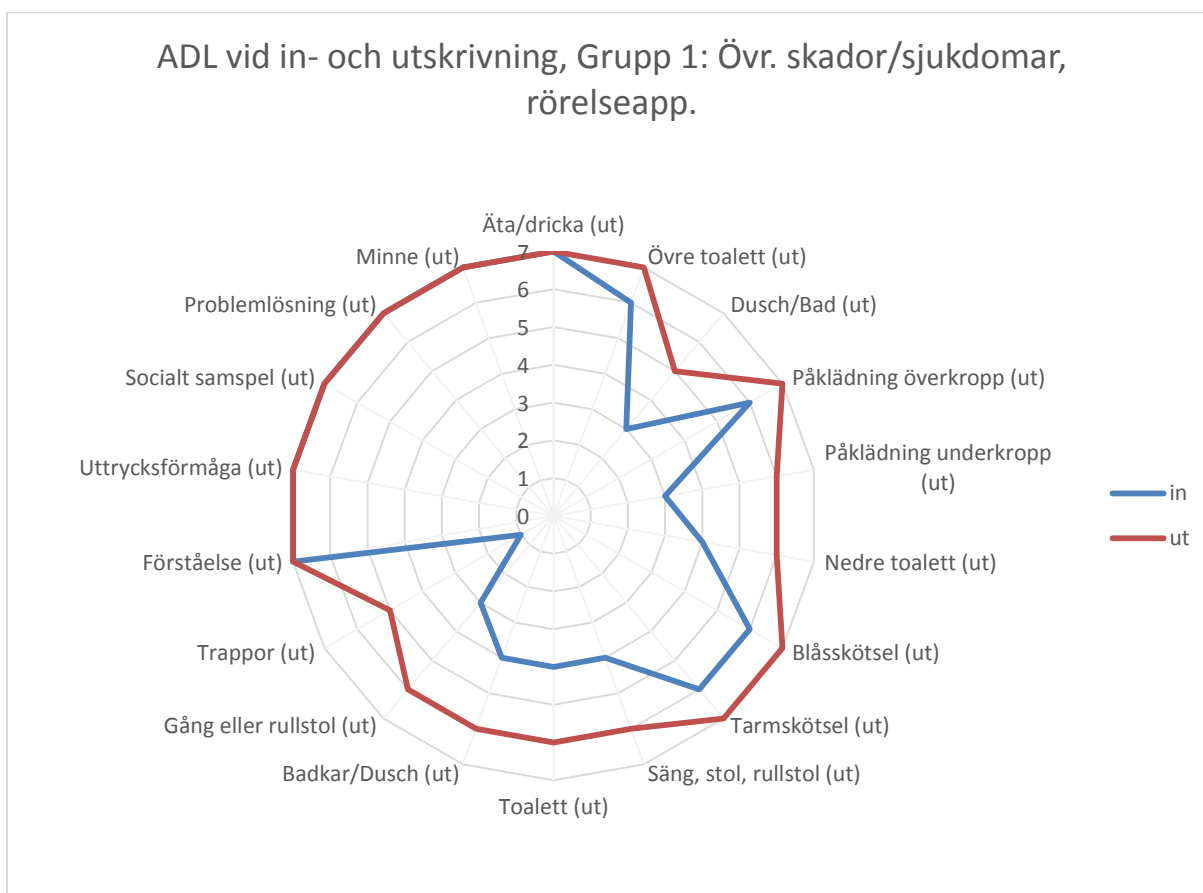
OBS: Medianvärden i graferna



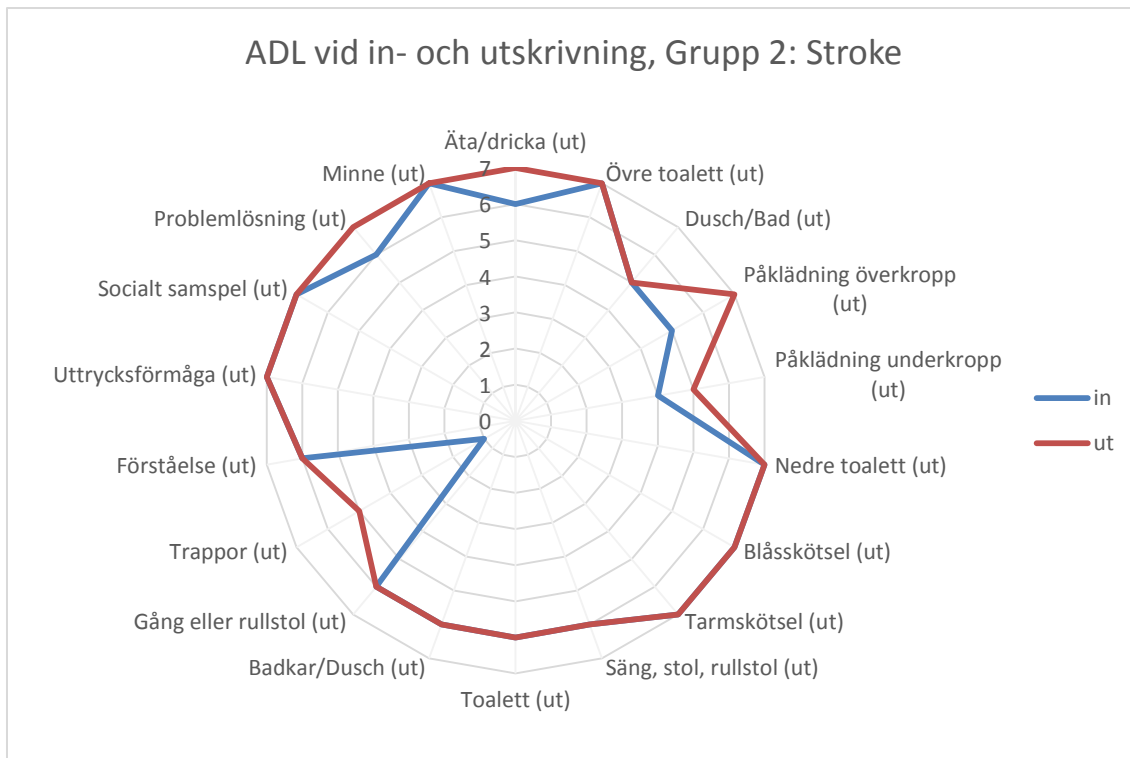
Figur 22 ADL vid in och utskrivning grupp 1, stroke.



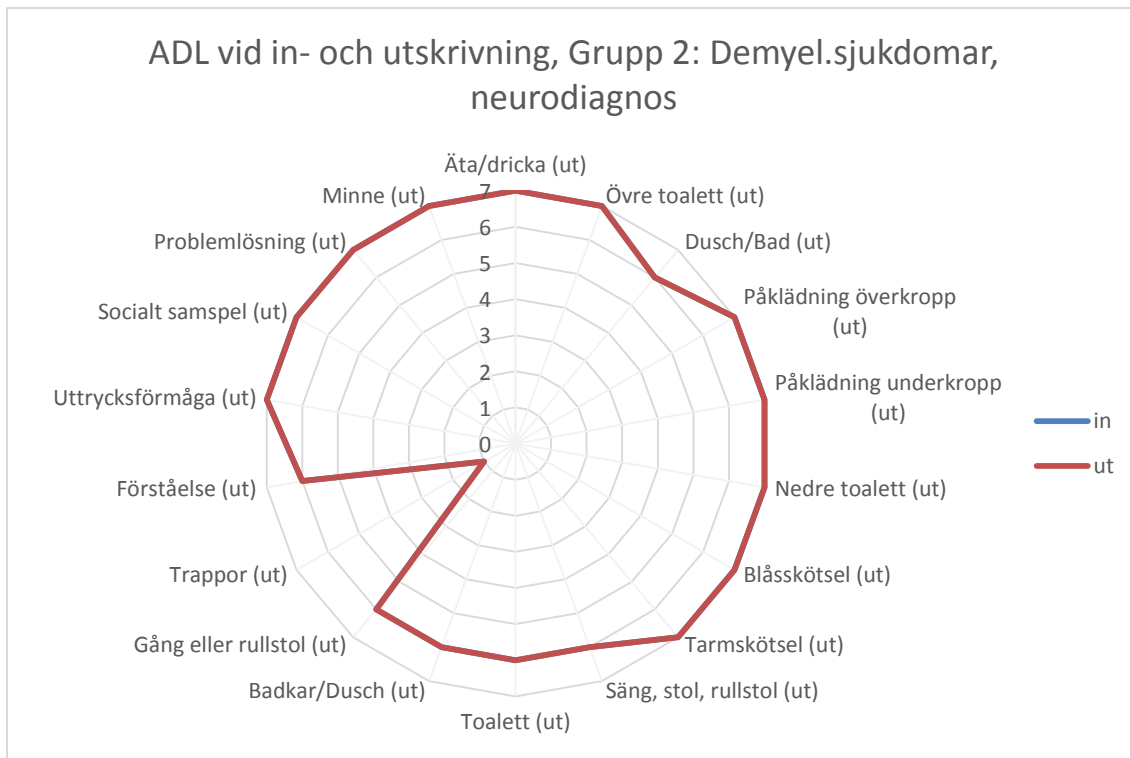
Figur 23 ADL vid in och utskrivning grupp 1, annan hjärnskada.



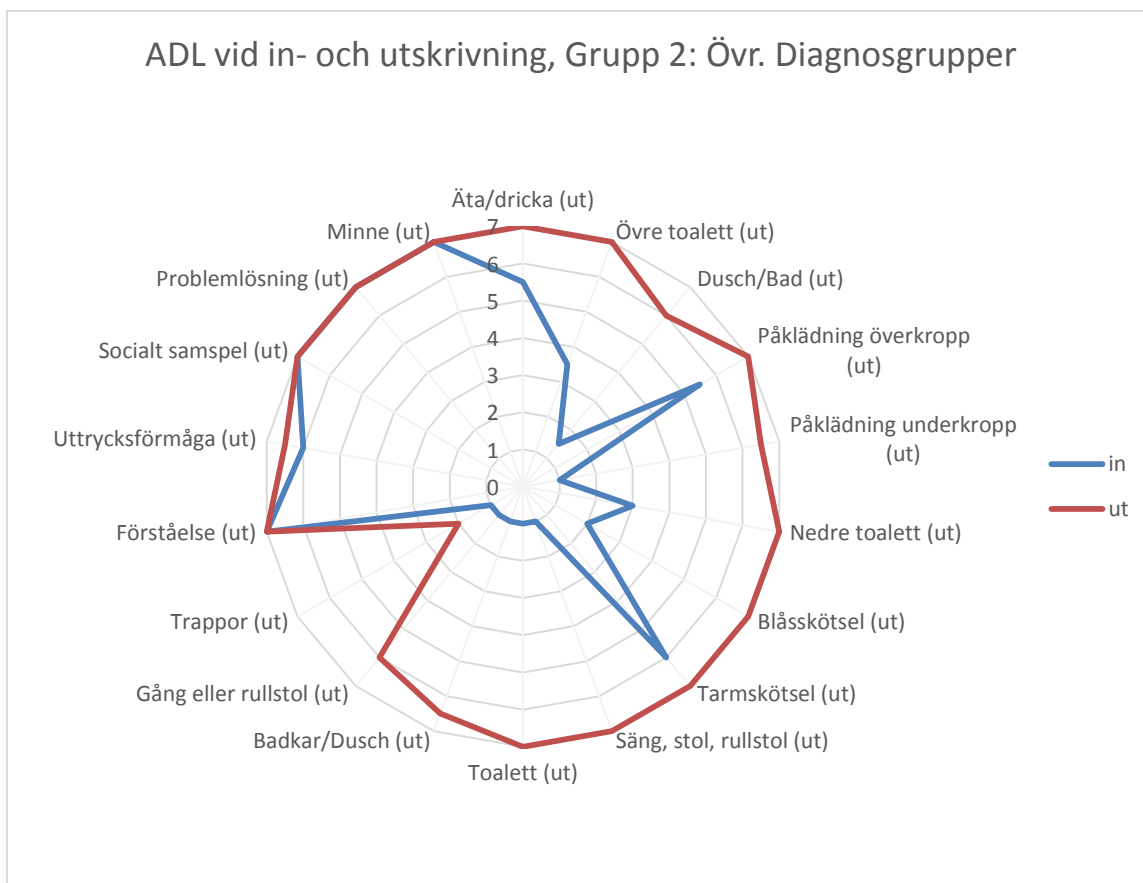
Figur 24 ADL vid in och utskrivning grupp 1, övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten.



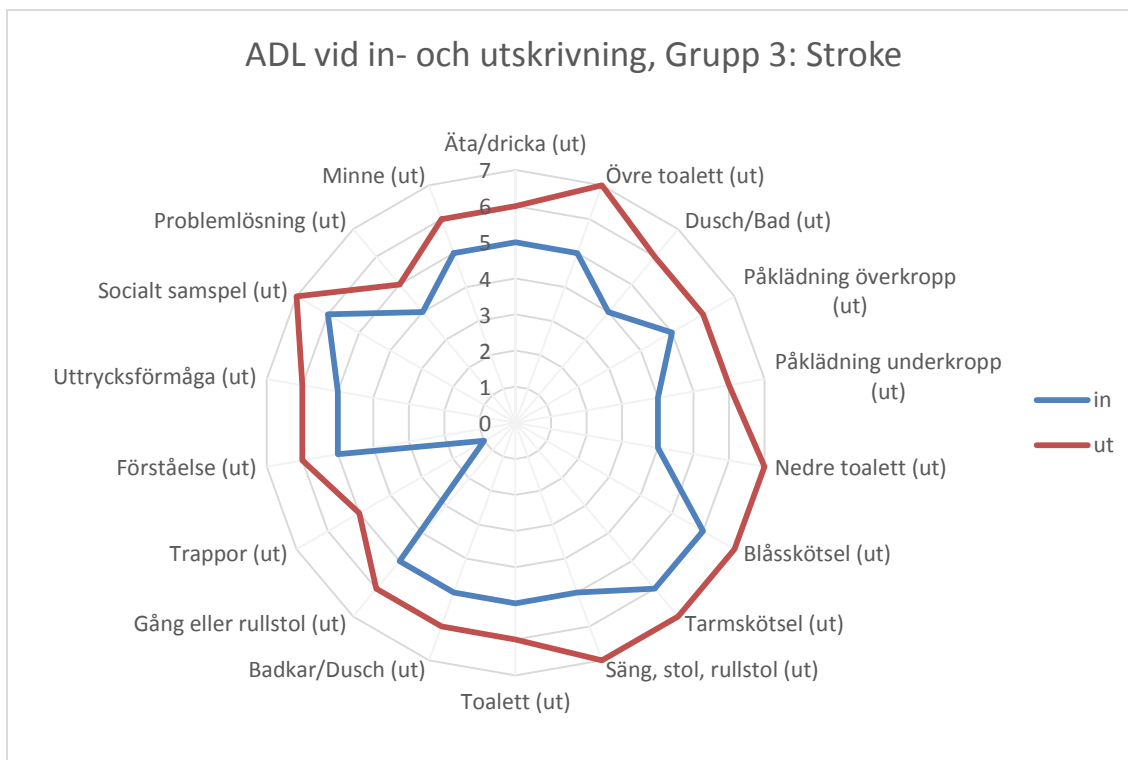
Figur 25 ADL vid in och utskrivning grupp 2, stroke.



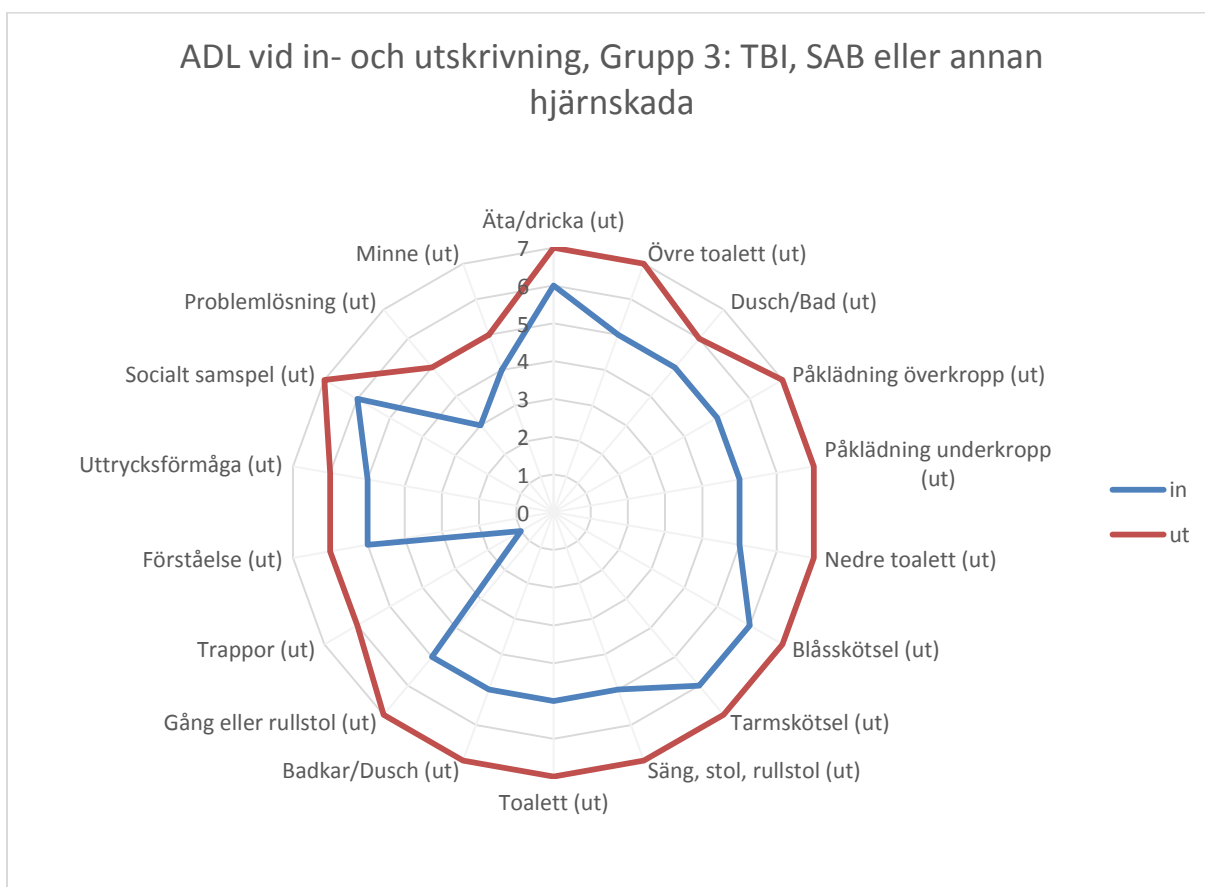
Figur 26 ADL vid in och utskrivning grupp 2, demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos.



Figur 27 ADL vid in och utskrivning grupp 2, övriga diagnosgrupper.



Figur 28 ADL vid in och utskrivning grupp 3, stroke.



Figur 29 ADL vid in och utskrivning grupp 3, annan hjärnskada.

### ADL vid in- och utskrivning, Grupp 3: Ryggmärgsskada



Figur 30 ADL vid in och utskrivning grupp 1, ryggmärgsskada.

## Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning

ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga och 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg där 1-5 innebär beroende av hjälp av annan person och 6-7 innebär självständighet. Analysen är gjord enligt att patienten räknas som beroende om någon av variablerna har klassats som nivå 5 eller lägre. Om man är självständig med hjälpmedel eller att aktiviteten tar längre tid än normalt så bedöms man tillhöra nivå 6.

Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Sett på alla data på riksnivå minskar beroendet inom fysiska items från inskrivning till utskrivning från 84 % till 62 % och beroendet i sociala/kognitiva aktiviteter från 59 % till 45 %. Man ser skillnader mellan enhetsgrupperna. Grupp 1 har en högre andel äldre vilket kan förklara en något lägre förändring jämfört med grupp 3. I grupp 2 har man patientgrupper som är i ett senare skede av sin sjukdom vilket också kan förklara en lägre förändring.

Tabell 21 andel patienter som är beroende vid inskrivning respektive utskrivning.

	Beroende in	Beroende ut	Differens
Grupp 1	85%	66%	19%
Grupp 2	80%	69%	11%
Grupp 3	84%	58%	26%

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

## BMI

BMI har sitt högsta värde som kvalitetsindikator i form av att man mäter vikten i samband med rehabprocessen. Under de relativt korta vårdtider det i genomsnitt handlar om hinner man inte se några större förändringar. Det är vissa variationer i BMI mellan diagnosgrupperna. In-värdet varierar mellan 24,6 (TBI, SAB m fl hjärnskador) och 26,6 (stroke, övriga diagnosgrupper) och ut-värdet mellan 24,7 (ryggmärgsskador) och 26,7 (övriga diagnosgrupper). För riket är BMI in och ut detsamma – 25,9 - vilket är strax över gränsvärdet för övervikt (BMI 25).

## Funktionsnedsättningar ("ICF-listan")

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har endast 34% (39%) 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 vanligast förekommande funktionsnedsättningar/symtom som registrerats 2015. Värdena är tagna från enhetsgrupp 3 som registrerat "ICF" i 48% (n 641), vilket är högst bland enhetsgrupperna (grupp 1 – 26%, grupp 2 – 4%). Det är intressant att se att bilden är mycket lika som föregående år.



Tabell 22 vanligaste funktionsnedsättningarna enl ”ICF”- listan vid utskrivning.

<b>Psykiska funktioner</b>	Antal	Procent
Nedstämdhet/depression	164	26%
Nedsatt uppmärksamhet	187	29%
Nedsatt minne	193	30%
Nedsatt mental ork/uthållighet	309	48%
Ångest	111	17%
Dysexekutiv störning	121	19%
Sömnstörning	109	17%
<b>Sinnesfunktioner och smärta</b>		
Nedsatt synskärpa	106	17%
Synfältsstörning	99	15%
Sensibilitetsnedsättning	237	37%
Nedsatt proprioception	127	20%
Smärta rygg, nacke	137	21%
Smärta skuldra	122	19%
Smärta extremitet	162	25%
<b>Röst tal och språk</b>		
Dysartri/anartri	98	15%
Afasi/dysfasi	92	14%
<b>Matsmältning, ämnesomsättning och endokrin</b>		
Störd tarmfunktion	102	16%
<b>Köns- och urinorgan</b>		
Neurogen blåsrubbning	126	20%
Urininkontinens	102	16%
<b>Neuromuskulo-skelettal rörelserelaterad funktion</b>		
Hemipares vänster	118	18%
Hemipares höger	84	13%
Spasticitet	119	19%
Inskränkt rörlighet/kontraktur	102	16%
Balansstörning (ej vestibulär)	308	48%
Ataxi/dystaxi	89	14%

## NIHSS

Användningsgraden av NIHSS har minskat något till 274 (297) registreringar, vilket utgör 27% av strokepatienterna och det är bara för 166 individer som det finns både in- och ut-registreringar på. Försämrade status ses hos 8 st (5%) vid utskrivning jämfört med vid inskrivning, 64 st (38 %) har förbättrats, 94 st (57%) har oförändrad NIHSS vid utskrivning. Jämfört med tidigare år är andelen oförändrade något lägre – 57% jämfört med 64% år 2014 – och andelen förbättrade har ökat något från 35% till 38%. Liksom tidigare år har stor andel av patienterna mycket låg grad av funktionsnedsättning enligt NIHSS vid inskrivningen – 55% (59% år 2014), vilket kan bero på att trötthet och kognitiva nedsättningar inte fångas väl av NIHSS.

NIHSS inskrivning	NIHSS utskrivning							Total
	0	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	25-	
0	12	0	0	0	0	0	0	12
1-4	16	57	6	0	0	0	0	79
5-8	2	25	15	2	0	0	0	44
9-12	0	1	8	5	0	0	0	14
13-16	0	1	3	5	4	0	0	13
17-20	0	0	0	0	2	1	0	3
21-24	0	0	0	0	1	0	0	1
25-	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>84</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>166</b>

Figur 31 NIHSS vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter

## DOC

Sammanlagt har 28 patienter registrerats under Disorders Of Consciousness i samband med inskrivning och det är inte alla enheter som haft några sådana patienter. Det är en minskning jämfört med 2014 då det var 35 sådana registreringar. Vid utskrivning har många förbättrats men 20 patienter befinner sig fortfarande i medvetandesänkt tillstånd eller i locked-in syndrome.

Tabell 23 DOC ved in- och utskrivning, totalt för alla enheter

Antal inom DOC:s kategorier vid inskrivning och utskrivning							
Sjukhus	Locked in syndrome		Minimally responsive state		Vegetative state		ut
		ut		ut		ut	
Blekinge	0	0	1	0	1	2	
Borås	0	0	1	0	0	0	
Danderyd	0	0	6	4	2	1	
Falun	0	0	2	1	1	1	
Jönköping	0	0	0	1	0	0	
Karlstad	1	2	0	1	0	0	
Linköping	1	0	2	0	0	0	
Sandviken	0	0	1	1	0	0	
Skåne	0	0	3	2	0	0	
Uppsala	2	1	0	1	0	0	
Västervik	0	0	0	1	2	1	
Västerås	0	0	4	0	0	0	
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	

## GOSE

Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) är ett bedömningsinstrument för global funktion personligt, i hem och i samhälle, där 1=död, 2=vegetativt tillstånd, 3-4=svår funktionsnedsättning, 5-6=måttlig funktionsnedsättning och 7-8=gott utfall. Används enbart i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador. GOSE registrerades vid utskrivning på 489 av 1591 patienter med hjärnskada, alla kategorier. Det utgör 31%, vilket måste bedömas som ett lågt värde. Därtill ser man en minskning från år 2014 då GOSE gjordes på 44% av patienterna. Medianvärdena varierar mellan olika enheter men är svåra att bedöma i de fall andelen bedömda individer med hjärnskada är låg.

Tabell 24 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.

Sjukhus	Andel	Median
Blekinge	85%	6
Borås	87%	6
Danderyd	80%	5
Falun	10%	6
Gotland	0%	
Halmstad	53%	6
Härnösand	0%	
Jönköping	0%	
Karlstad	86%	4
Karolinska	0%	
Linköping	36%	5
Mälargården	0%	
Sahlgrenska	18%	4
Sandviken	91%	5
Skåne	53%	6
Sthlm sjukhem	0%	
Sunderby	0%	
Umeå	0%	
Uppsala	96%	6
Västervik	0%	
Växjö	5%	4
Västerås	9%	5
Örebro	0%	

## RLS– Reaction Level Scale

RLS visar medvetandegrad där 1=helt vaken och 8=mycket djupt medvetslös. Liksom tidigare år kan man se att de som är medvetslösa vid inkomst (RLS 4-8) har ofta ett utfall med påtaglig funktionsnedsättning enligt GOSE men en dryg fjärdedel (27%) har också ett gott eller relativt gott utfall (GOSE 6-8). Även om personer som är vakna (RLS 1-3) vid inkomst till akutmottagning oftast har ett gott utfall får en del (23%) ändå ett utfall med hög grad av funktionsnedsättning – GOSE 3-4.

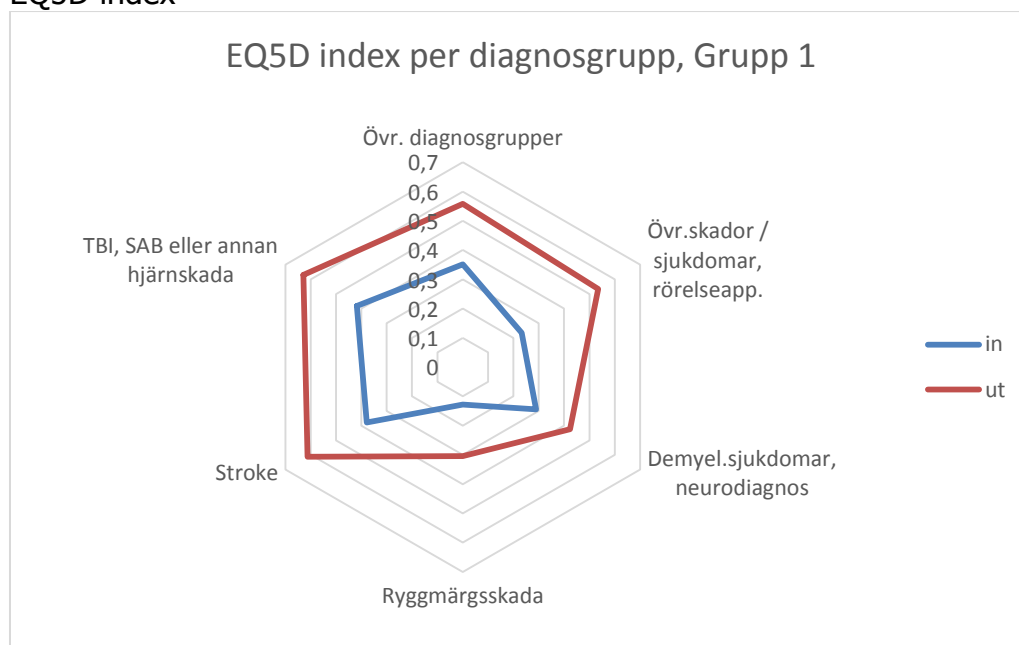
## EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som ett 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.

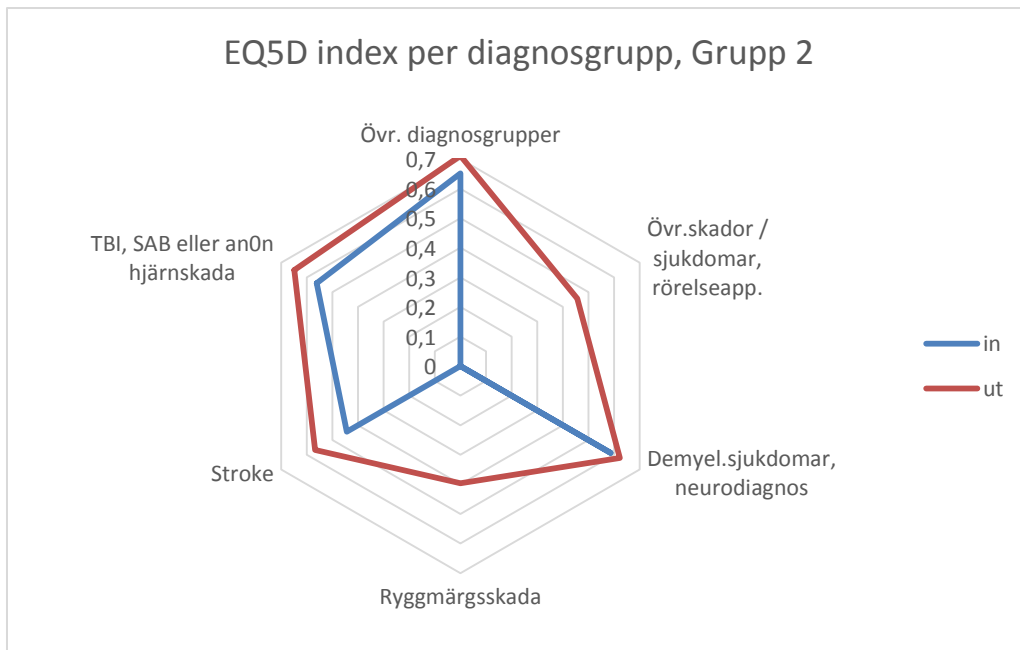
VAS värdet är högre vid ut- jämfört med vid inskrivning på alla enheter utan undantag. Medelvärden vid inskrivning ligger på 44 - 59 och utskrivningsvärdena ligger på 61-72 och ökar i medel 12-14 skalsteg.

Man ser klara förbättringar mellan in- och ut- värden i EQindex även om de varierar mellan diagnosgrupperna, vilket är fascinerande med tanke på att EQ5D uppfattas som ett relativt grovt instrument. Förbättringar i index vid ut- jämfört med inskrivning ses generellt i alla enheter.

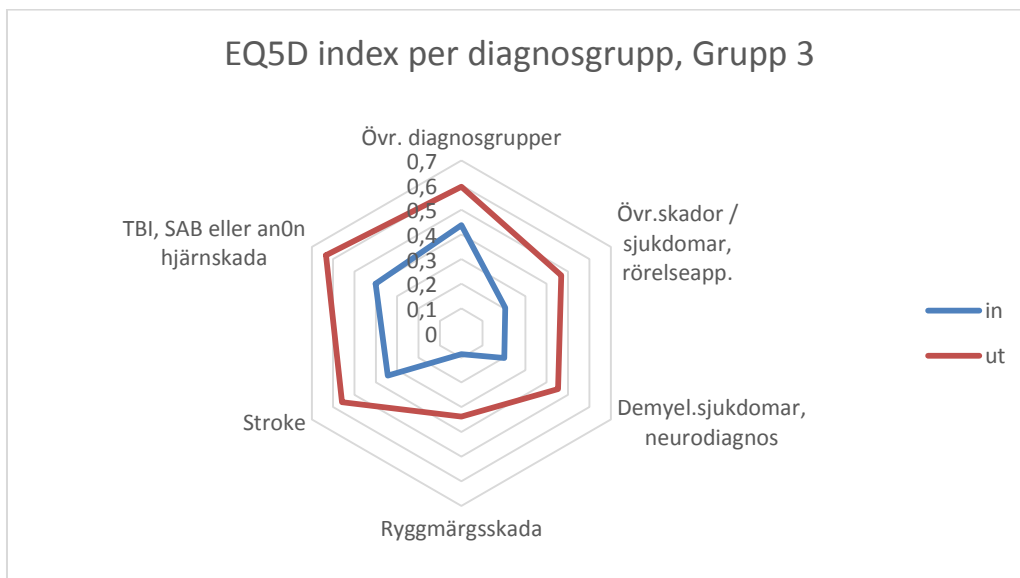
### EQ5D index



Figur 32 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



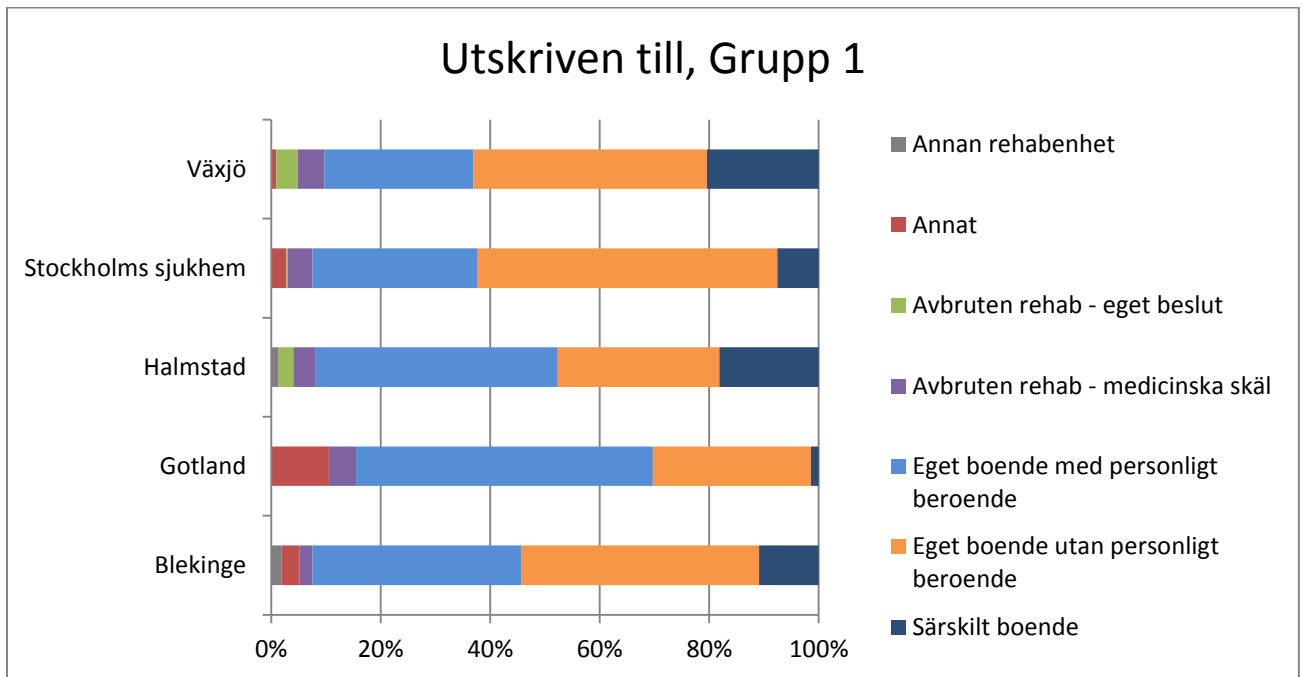
Figur 33 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



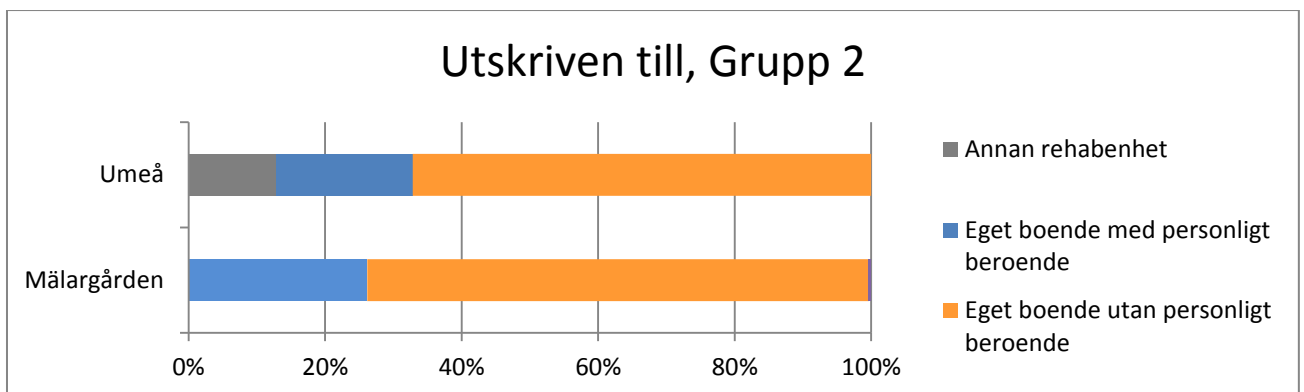
Figur 34 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.

## Utskriven till

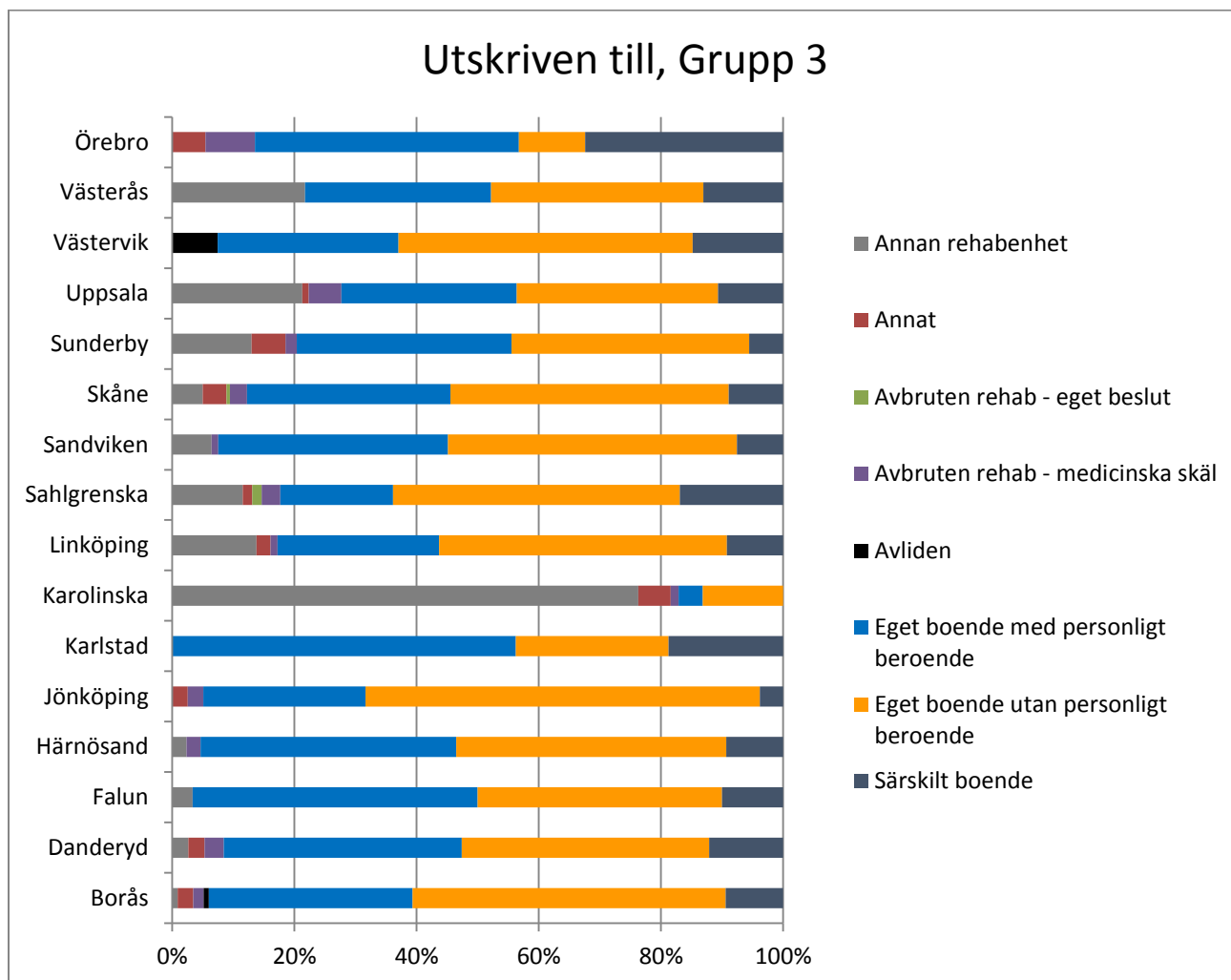
Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt har relation till flera andra faktorer. Enhetsgrupp 2 skiljer sig från de andra två grupperna genom att till allra största delen skriva ut patienterna till eget boende (81%). Utskrivning till särskilt boende sker i 10% i både enhetsgrupp 1 och 3. Det finns variationer mellan enheter inom grupperna men generellt sett är det ingen stor skillnad mellan enhetsgrupp 1 och 3.



Figur 35 utskrivning till, grupp 1.



Figur 36 utskrivning till, grupp 2.



Figur 37 utskrivna till, grupp 3.

Beträffande diagnosgrupper ser man att ryggmärgsskadade skrivs ut till annan rehabenhet i större utsträckning än andra diagnosgrupper. Det beror på organisationen av ryggmärgsskaderehabiliteringen i Sverige. 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 (75%).



Tabell 25 utskrivna till redovisat per diagnosgrupp.

Utskrivna till per Diagnosgrupp														
	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos		Ryggmärgsskada		Stroke		TBI, SAB eller annan hjärmskada		Övr. diagnosgrupper		Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.		Total	
Utskrivna till	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Annan rehabenhet	1	0%	105	40%	26	2%	17	3%	1	0%	11	5%	161	6%
Annat	2	1%	8	3%	19	2%	15	3%	8	2%	12	5%	64	2%
Avbruten rehab - eget beslut	2	1%	0	0%	6	1%	3	1%	1	0%	0	0%	12	0%
Avbruten rehab - medicinska skäl	4	2%	7	3%	27	3%	20	4%	7	2%	6	2%	71	3%
Avliden	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	1	0%	3	0%
Eget boende m personligt beroende	97	39%	50	20%	390	37%	172	31%	64	18%	111	47%	884	33%
Eget boende utan personligt beroende	129	51%	68	27%	433	42%	276	49%	265	75%	88	36%	1259	47%
Särskilt boende	16	6%	17	7%	131	13%	54	9%	11	3%	13	5%	242	9%
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>	<b>255</b>	<b>100%</b>	<b>1033</b>	<b>99%</b>	<b>558</b>	<b>100%</b>	<b>357</b>	<b>100%</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>	<b>2696</b>	<b>100%</b>

När man analyserar ålderns betydelse för vad man skrivs ut till ser man att den äldsta åldersgruppen har minst andel utskrivna till självständigt boende (boende utan personligt beroende). De har också högst andel utskrivna till särskilt boende, även om skillnaden där är liten relaterat till övriga åldersgrupper.

Tabell 26 Utskrivna till redovisat per åldersgrupp.

Utskrivna till	Åldersgrupp					
	16-44 år		45-64 år		65 och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende med personligt beroende	122	25%	369	31%	393	38%
Eget boende utan personligt beroende	254	52%	571	48%	333	32%
Särskilt boende	27	6%	111	9%	104	10%
Totalt antal i åldersgruppen	485		1182		1029	

Har man vid inskrivningen – d v s innan insjuknandet/skadan - 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 innan insjuknandet/skadan (73%), och av dem skrivs 62% ut till självständigt boende.

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 79% ut till självständigt boende. Det finns en skillnad mellan kategorierna oberoende fysiskt och kognitivt i form av att de med oberoende kognitivt ändå i lägre grad (65%) skrivs ut till eget självständigt boende. Sannolikt speglar det en högre grad av fysiskt beroende hos dessa patienter. Totalt sett för "utskrivna till" visar utfallet ingen skillnad jämfört med förra året.

**Tabell 27 utskrivna till relaterat till beroende eller oberoende i fysiska respektive kognitiva items.**

De som skrevs ut till annan rehabenhet, avbruten rehab (eget beslut eller medicinska skäl), annat boende eller avlidit är inte medräknade, vilket handlar om tot

Utskriven till	Fysiska items ut				Kognitiva items ut			
	Beroende		Oberoende		Beroende		Oberoende	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende med personligt beroende	642	55%	161	20%	457	52%	346	32%
Eget boende utan personligt beroende	312	27%	632	79%	230	26%	707	65%
Särskilt boende	221	18%	9	1%	194	22%	36	3%
<i>Total</i>	<i>1175</i>	<i>100%</i>	<i>802</i>	<i>100%</i>	<i>881</i>	<i>100%</i>	<i>1089</i>	<i>100%</i>

## Försörjning

Vid inskrivning (d v s mestadels innan insjuknandet) har 76% ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning sett över totalt antal patienter. Vid utskrivning ser man olika mönster i de tre enhetsgrupperna. I grupp 1 som har högre andel patienter över 65 år, har 30% ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. I grupp2 som har högre andel av rehabilitering i ett senare skede, har 22% ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. I grupp 3 som har lägre andel patienter över 65 år, har 69% ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. Detta resultat är logiskt utifrån enhetsgruppernas karaktäristik.

Vad gäller försörjningsförändring vid ut- jämfört med vid inskrivning så ser man skillnader mellan de 3 enhetsgrupperna. I sjukhusgrupp 1 och 2 är det så att om man hade ersättning från Försäkringskassan vid inskrivning så har man det i mycket stor andel vid utskrivning och samma gäller också om man inte hade ersättning. Det blir sällan någon förändring. I enhetsgrupp 1 är det 19% av de som skrivs in utan ersättning som skrivs ut med ersättning. I enhetsgrupp 2 är motsvarande siffra 5% medan det i grupp3 ligger på 60%.

**Tabell 28 förändring av grad av ersättning från Försäkringskassan vid in- respektive utskrivning i andelar (%) fördelat på de tre olika enhetsgrupperna.**

Svarsalternativet "vet ej" är ej medtaget (motsvarar 2% av antal registreringar).

	Grupp	Utskrivning JA	Utskrivning NEJ
Inskrivning JA	1	84	14
	2	96	4
	3	94	6
Inskrivning NEJ	1	19	81
	2	5	95
	3	60	37

Fortfarande är det relativt högt antal som har ersättning från Försäkringskassan vid inskrivning. Det ska ju motsvara förhållandet före skada/insjuknande men ligger ändå på 16% (grupp 1), 19% (grupp 2), 29% (grupp 3) Det kan spegla faktiska förhållanden men risk finns fortfarande att man vid registreringen inte uppmärksammat att man ska registrera förhållandet före skada/insjuknande.

## Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)

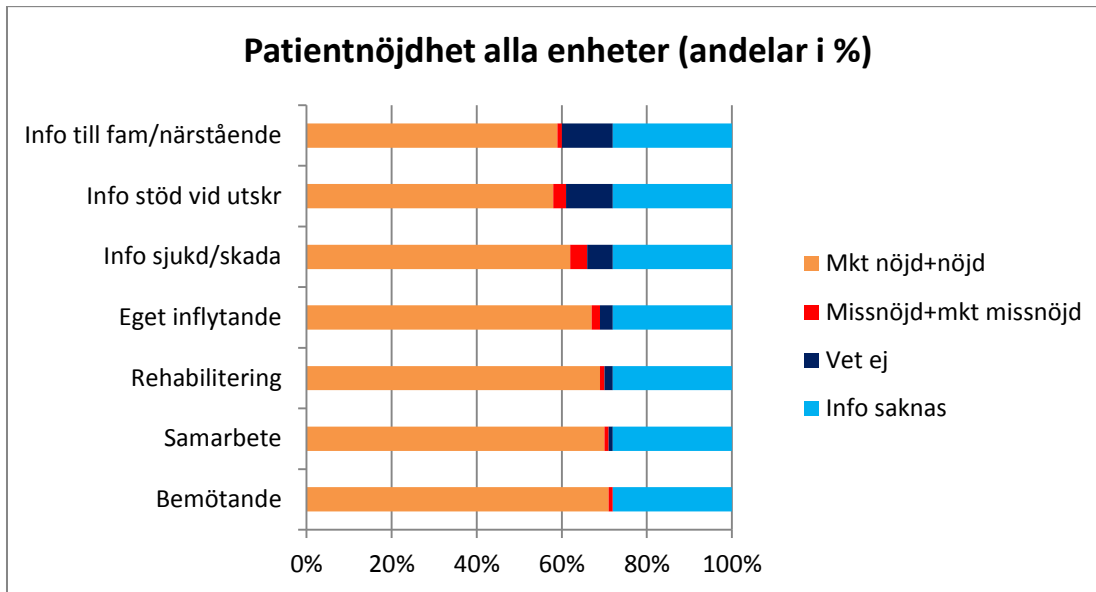
LiSat-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning från slutenvård. Där skattar patienten sin tillfredsställelse på olika områden i livet utifrån en skala 1-6, där 1=mycket otillfredsställande och 6= mycket tillfredsställande. Tabellen nedan visar att andelen tillfredsställda varierar mycket mellan både olika områden och olika diagnosgrupper. Högst andel tillfredsställda ses vad gäller familjeliv och parförhållande och lägst vad gäller yrkesliv och sexualliv. Detta ger en klar fingervisning om områden där förbättringar i rehabiliteringsprocessen kan behövas.

Tabell 29 andel (i %) tillfredsställda (LiSat 4-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

	N	Stroke	Annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyelin-sjd, annan neuro	Övsk/sjd i rörel-app	Övr diagn	Genomsnitt
Livet i allmänhet	1779	77	78	75	84	77	75	78
Yrkesliv/sysselsättning	1322	46	45	50	57	38	48	48
Ekonomi	1389	65	63	67	75	66	75	67
Fritid	1370	66	67	48	68	54	60	65
Kontakt vänner,bekanta	1388	83	81	87	85	80	83	83
Sexuallivet	1249	51	50	32	58	40	40	50
ADL förmåga	1392	79	86	55	80	67	68	78
Familjeliv	1353	85	87	87	88	94	91	87
Parförhållande	972	87	84	94	85	85	88	86
Kroppslig hälsa	1395	67	66	41	61	49	62	63
Psykisk hälsa	1396	77	75	80	79	75	77	77

## Patientnöjdhet

Ifyllnadsgraden är 77% (inkluderar de som är gjorda samt de som registrerats som "kan ej genomföras") vilket är väsentligen oförändrat jämfört med föregående år. Målnivån är dock 80%. Största problemet är graden av "information saknas", vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. 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 samt området "eget inflytande". Beträffande bemötande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen är patienterna mycket nöjda.



Figur 38 nöjdhetsgrad- riksgenomsnitt – för de olika frågorna.