

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård

2016

## Innehåll

Demografi och processmått .....	5
Analys av data utifrån gruppering av enheter.....	10
Ålders- och diagnos fördelning .....	11
Väntetider .....	14
Vårdtid.....	17
Tid från utskrivningsklar till utskrivning.....	20
Rökning, alkohol- och drogmissbruk.....	21
Användningsgrad.....	22
Körkortsbedömning .....	22
ADL-förmåga .....	24
EQ5D .....	24
LiSat .....	24
BMI.....	24
Nöjdhet .....	26
Rehabplan .....	28
Resultatmått.....	30
Komplikationer.....	30
ADL-förmåga .....	33
Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning .....	38
BMI.....	38
Funktionsnedsättningar ("ICF-listan").....	38
NIHSS.....	41
DOC .....	41
GOSE.....	43
RLS– Reaction Level Scale .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
EQ5D .....	44
Utskriven till .....	47
Försörjning .....	51
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat).....	52
Patientnöjdhet .....	52

## Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 Täckningsgrad .....	6
Tabell 2 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper. ....	9
Tabell 3 Diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 2 .....	13
Tabell 4 Diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 3 .....	13
Tabell 5 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1 .....	14
Tabell 6 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2.....	14
Tabell 7 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3.....	15
Tabell 8 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1 .....	15
Tabell 9 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2 .....	15
Tabell 10 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3 .....	16
Tabell 11 Medelvårdtid per enhet, slutenvård.....	17
Tabell 12 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1 .....	18
Tabell 13 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2 .....	18
Tabell 14 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3 .....	18
Tabell 15 Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar.....	20
Tabell 16 Andel rökare, Grupp 1 .....	21
Tabell 17 Andel rökare, Grupp 2 .....	21
Tabell 18 Andel rökare, Grupp 3 .....	21
Tabell 19 Snusning, alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk .....	22
Tabell 20 Totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt. ....	32
Tabell 21 Andel patienter som är beroende vid inskrivning respektive utskrivning. ....	38
Tabell 22 Funktionsnedsättningarna enl ”ICF”- listan vid utskrivning (grupp 3). ....	39
Tabell 23 DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter .....	42
Tabell 24 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.....	43
Tabell 25 Utskriven till redovisat per åldersgrupp.....	50
Tabell 26 ”Utskriven till” relaterat till beroende eller oberoende i fysiska respektive kognitiva items. ....	51
Tabell 27 Förändring av grad av ersättning från Försäkringskassan vid in- respektive utskrivning i andelar (%) fördelat på de tre olika enhetsgrupperna. ....	51
Tabell 28 andel (i %) tillfredsställda (LiSat 4-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper ...	52
Figur 1 Antal utskrivna över tid .....	5
Figur 2 Diagnosfördelning per enhet .....	10
Figur 3 Åldersfördelning per enhet, Grupp 1 .....	11
Figur 4 Åldersfördelning per enhet, Grupp 2 .....	11
Figur 5 Åldersfördelning per enhet, Grupp 3 .....	12
Figur 6 Körkortsbedömning, Grupp 1 .....	23
Figur 7 Körkortsbedömning, Grupp 2.....	23
Figur 8 Körkortsbedömning, Grupp 3.....	24
Figur 9 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 1 .....	25
Figur 10 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 2 .....	25
Figur 11 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 3 .....	26
Figur 12 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 1 .....	26
Figur 13 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 2.....	27
Figur 14 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 3.....	27
Figur 15 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 1 .....	28
Figur 16 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 2 .....	28
Figur 17 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 3 .....	29
Figur 18 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1 .....	30

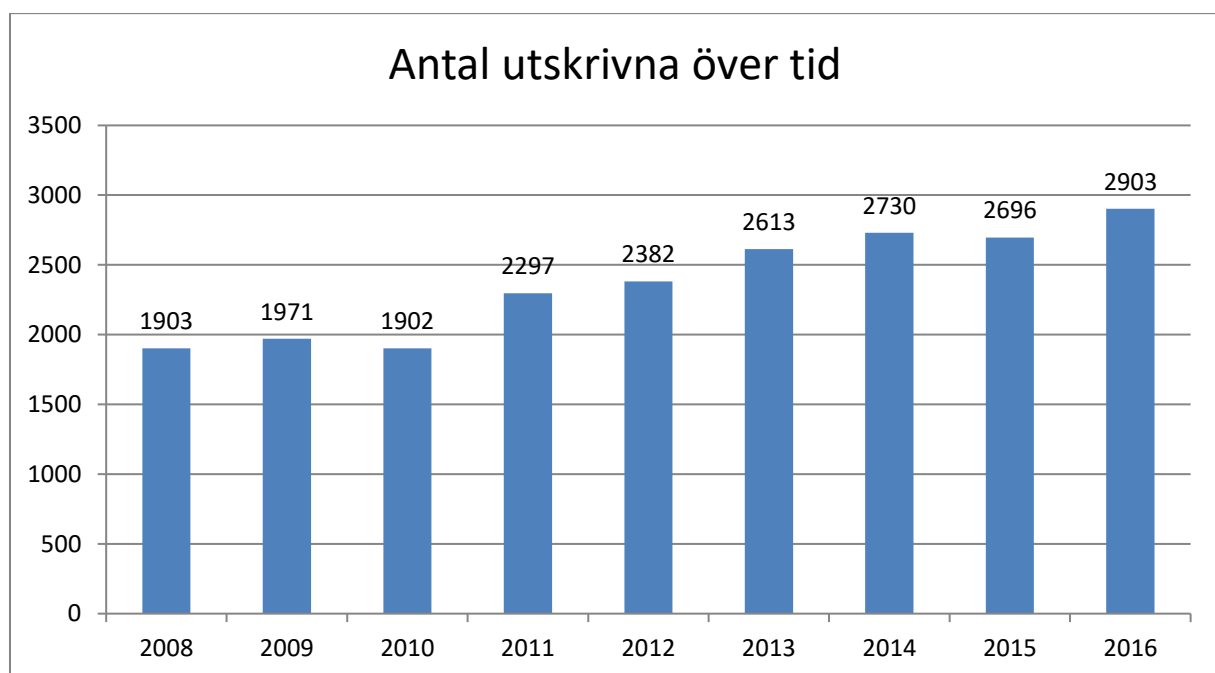
Figur 19 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3 .....	31
Figur 20 ADL vid in och utskrivning grupp 1, stroke.....	33
Figur 21 ADL vid in och utskrivning grupp 1, annan hjärnskada.....	33
Figur 22 ADL vid in och utskrivning grupp 1, övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten. .	34
Figur 23 ADL vid in och utskrivning grupp 2, stroke.....	34
Figur 24 ADL vid in och utskrivning grupp 2,demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos. ....	35
Figur 25 ADL vid in och utskrivning grupp 2, övriga diagnosgrupper. ....	35
Figur 26 ADL vid in och utskrivning grupp 3, stroke.....	36
Figur 27 ADL vid in och utskrivning grupp 3, annan hjärnskada.....	36
Figur 28 ADL vid in och utskrivning grupp 3,demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos. ....	37
Figur 29 NIHSS vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter.....	41
Figur 30 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.....	45
Figur 31 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.....	45
Figur 32 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.....	46
Figur 33 EQ5D VAS per ort, grupp 1.....	46
Figur 34 EQ5D VAS per ort, grupp 2.....	47
Figur 35 EQ5D VAS per ort, grupp 3.....	47
Figur 36 utskriven till, grupp 1.....	48
Figur 37 utskriven till, grupp 2.....	48
Figur 38 utskriven till, grupp 3.....	49
Figur 39 Nöjdhetsgrad- riksgenomsnitt – för de olika frågorna.....	53
Figur 40 Nöjdhetsgrad information om sjukdomen, enheter med >80% ifyllnadsgrad.....	53
Figur 41 Nöjdhetsgrad nöjd med rehabiliteringen, enheter med >80% ifyllnadsgrad.....	54
Figur 42 Nöjdhetsgrad eget inflytande, enheter med >80% ifyllnadsgrad. ....	54

I denna del redovisas resultat av slutenvårdsrehabilitering vilket registreringsmässigt är den största delen av WebRehab. Mer djupgående beskrivning och analys av spinalskaderehabiliteringen presenteras i en egen del.

I år har vi fortsatt att dela upp enheterna i tre grupper utifrån verksamhet och målgrupper. 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 2015, där inget annat anges. I rapporten har vi fortsatt att inte ta med enheter som registrerat färre än 20 patienter per år men för 2016 drabbar det inte någon av deltagande enheter.



Figur 1 Antal utskrivna över tid

I årsrapporten för 2016 ingår 26 enheter vilket är 3 fler än 2015. Antal registreringar i slutenvård i denna rapport ser enligt ovanstående ut att ha ökat något jämfört med 2015. Dock är alla registreringar inom diagnosgrupp spinalskada medräknade i år vilket innebär att antal registreringar är i princip oförändrat. Med tanke på att fler enheter tillkommit under åren skulle man förvänta sig att antal registreringar ökat mer.

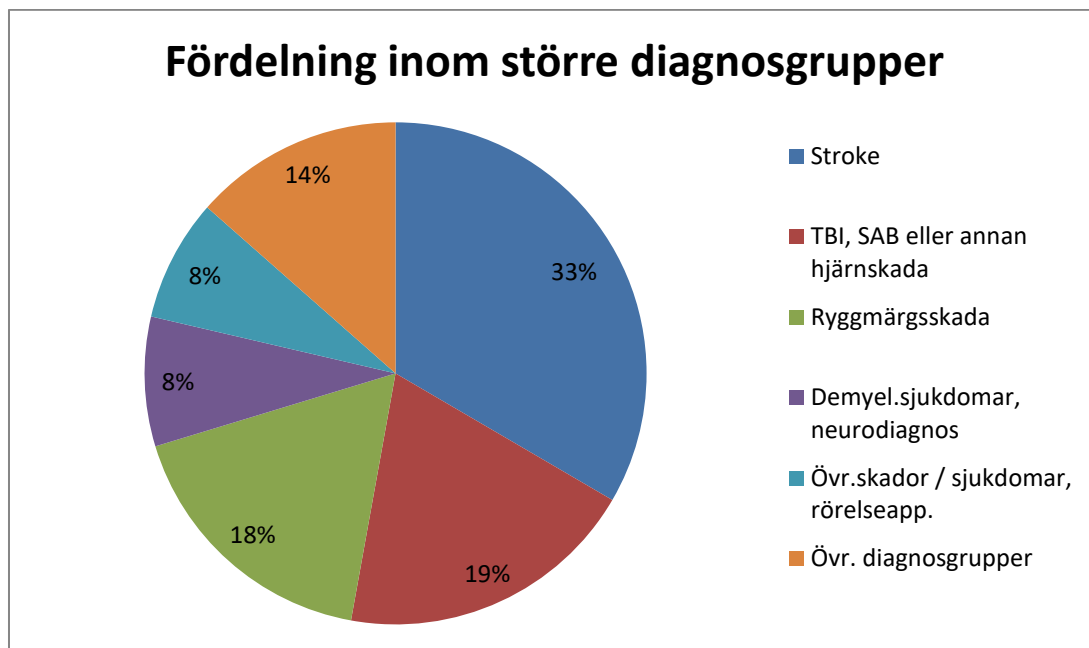
Analys av täckningsgrad (andel i WebRehab rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen) ger viktig information när man ska tolka sina egna data. För att egna data i WebRehab ska vara trovärdiga fordras hög täckningsgrad. Täckningsgrad redovisas till Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 1 Täckningsgrad

Sjukhus/enhet	täckn.grad i %
Sandviken	100
Sahlgrenska	82
Jönköping	100
Danderyd	97
Linköping	93
Skåne	76
Växjö	87
NUS Sävar	65
NUS Umeå	77
Blekinge	93
Karolinska	100
Uppsala Akademiska	97
Halland /Halmstad	99
Sunderby	100
Västervik/Kalmar	90
Rehabstation Stockholm	100
Stockholm Sjukhem	94
Mälargården	84
Borås	99
Hässleholm	80
Frykcenter	3*
Örebro	100
Gotland	52**
Falun	98
Västerås	89
Skövde	48
Härnösand	uppg saknas
Karlstad	uppg saknas
REMEO Stockholm	uppg saknas

\*Registrerar bara spinalpatienter från eget län, inga andra diagnoser

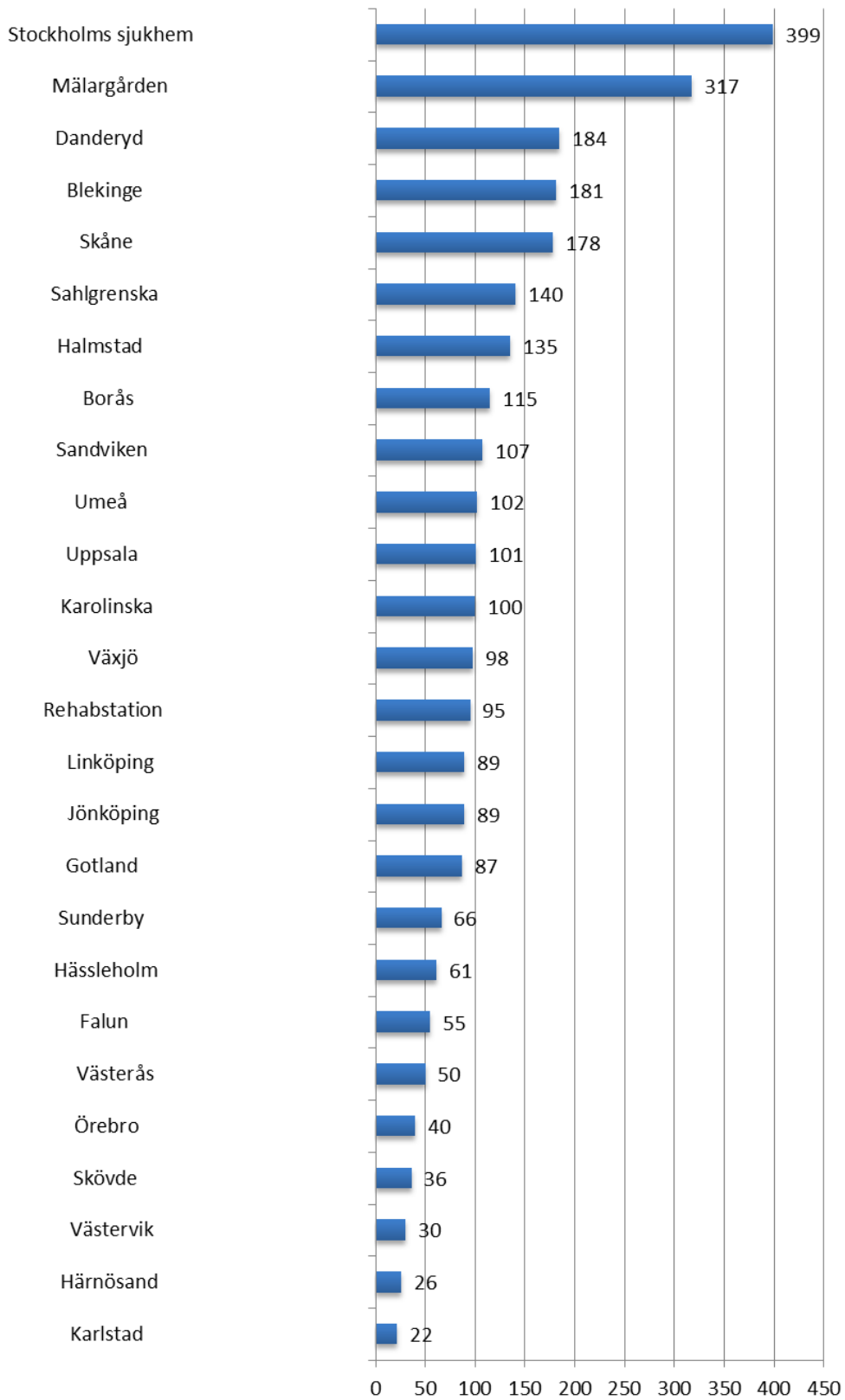
\*\*Registrerar inte patienter som kommer till avd i väntan på kommunplats



Figur 2 Fördelning diagnosgrupper

Storleken på de olika diagnosgrupperna är sett till antal väsentligen oförändrat jämfört med tidigare år. Den procentuella fördelningen påverkas något av att fler spinalskadade ingår i slutenvårdsdelen av årsrapporten.

## Antal utskrivna per ort



Figur 3 Antal utskrivna per ort



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

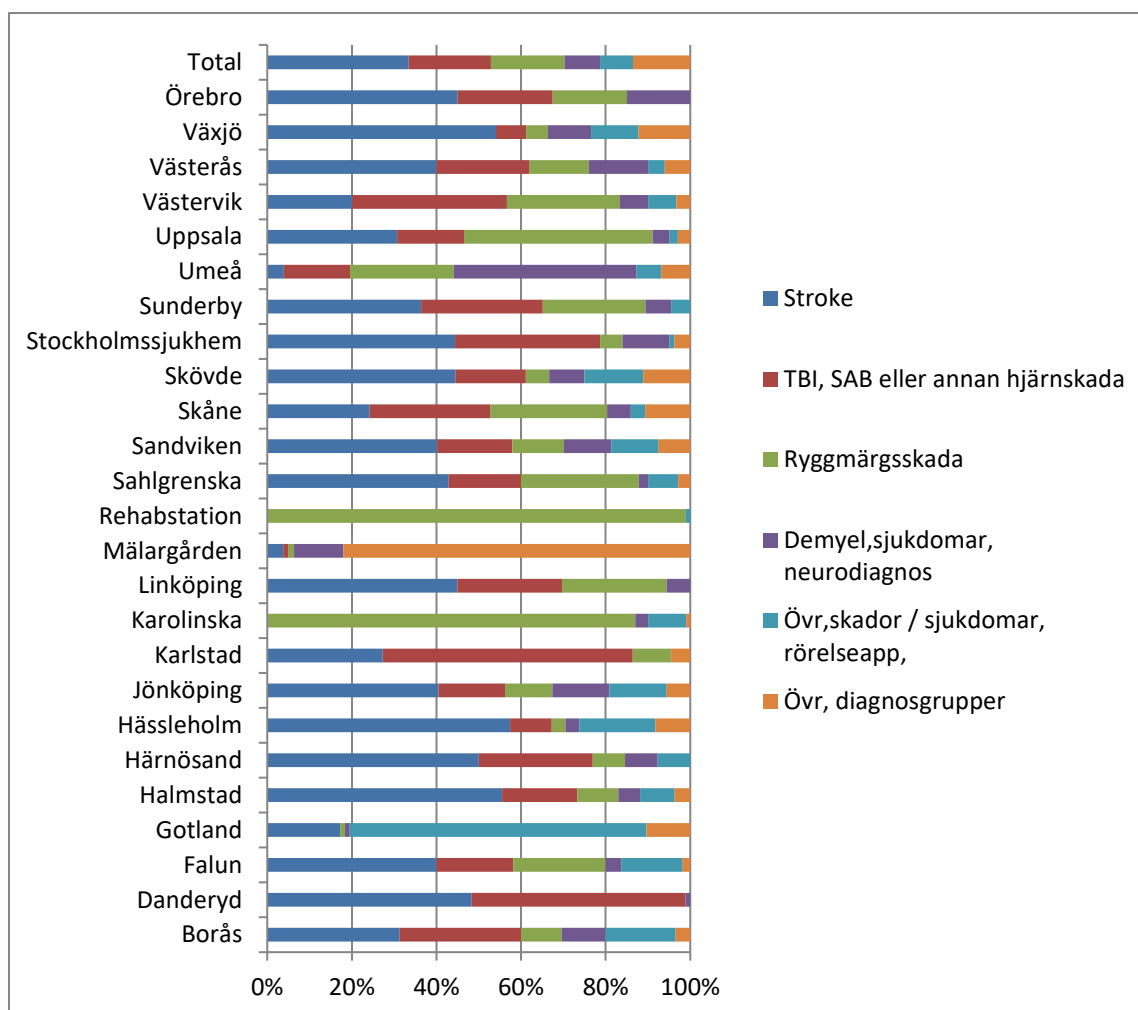
**Tabell 2 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper.**

<b>Diagnosgrupper</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Stroke	970	33%
TBI, SAB eller annan hjärnskada <sup>1</sup>	564	19%
Ryggmärgsskada	507	18%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	242	8%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp. <sup>2</sup>	228	8%
Övr. diagnosgrupper <sup>3</sup>	392	14%
Total	2903	100%

1 Traumatisk hjärnskada (TBI), Subarachnoidalblödning (SAB), anoxisk, postinfektiös/postinflammatorisk, annan hjärnskada

2 Amputationer, rehab efter ortopediska ingrepp/övriga sjukdomar och skador, reumatiska sjukdomar, övriga trauma

3 Cancersjukdom, hjärta-, kärl- och lungsjukdom, psykiatrisk sjukdom, övriga diagnoser



Figur 4 Diagnosfördelning per enhet

Det finns stora skillnader men också många enheter som liknar varandra. 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.

## Analys av data utifrån gruppering av enheter

Även 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.

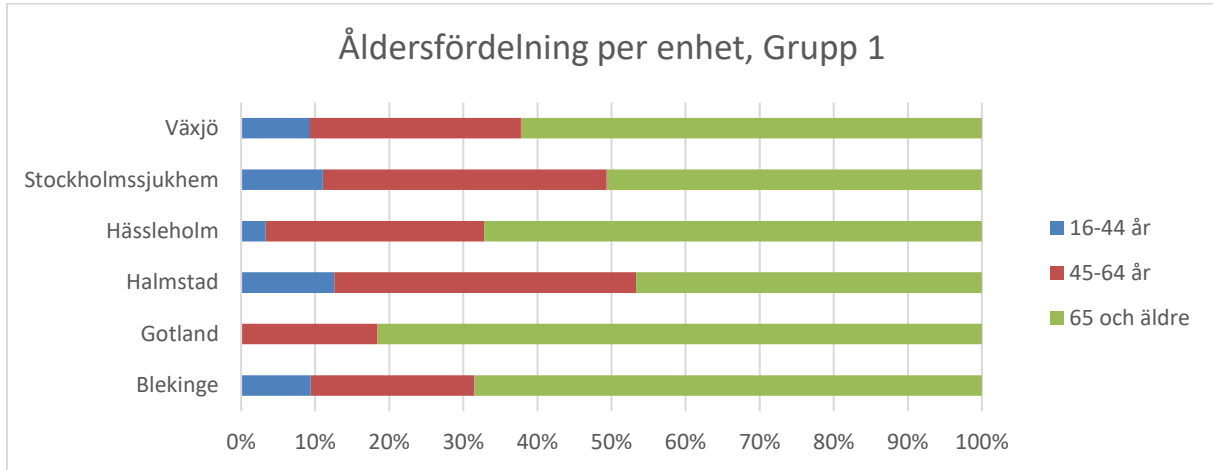
Grupp 1: Enheter där geriatrik ingår och där man har post-akut rehabilitering (där rehabbehov är större än omvårdnadsbehov) – Växjö, Stockholms sjukhem, Hässleholm, Halmstad, Gotland, Blekinge.

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.

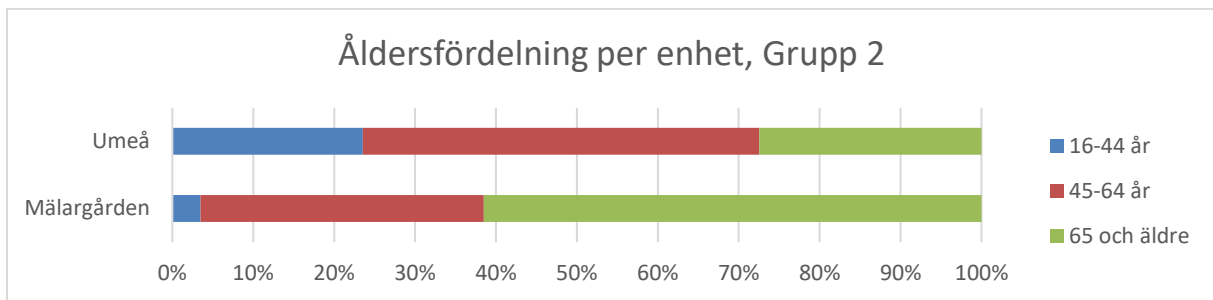
Grupp 3: Enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av post-akut rehabilitering – Borås, Danderyd, Falun, Härnösand, Jönköping, Karlstad, Karolinska Stockholm, Linköping, Rehabstation

Stockholm, Sahlgrenska Göteborg, Sandviken, Skåne, Skövde, Sunderby (Boden-Luleå), Uppsala, Västervik, Västerås, Örebro.

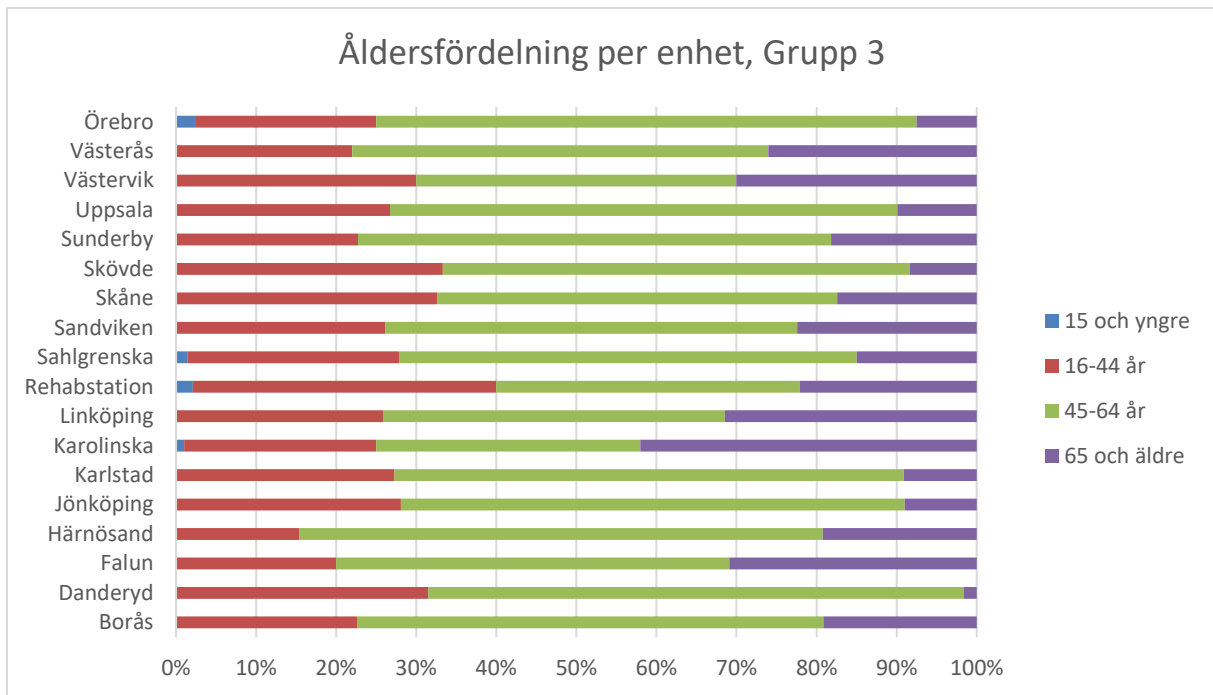
## Ålders- och diagnos fördelning



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

Diagnosgrupper	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	21	5%	131	29%	299	66%	451	100%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	39	21%	87	47%	60	32%	186	100%
Ryggmärgsskada	5	10%	12	23%	35	67%	52	100%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	13	18%	25	35%	34	47%	72	100%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	6	5%	28	22%	95	74%	129	100%
Övr. diagnosgrupper	5	7%	27	38%	39	55%	71	100%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>9%</b>	<b>310</b>	<b>32%</b>	<b>562</b>	<b>58%</b>	<b>961</b>	<b>100%</b>

Tabell 3 Diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 2

Diagnosgrupper	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	0	0%	4	25%	12	75%	16	100%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	6	30%	11	55%	3	15%	20	100%
Ryggmärgsskada	8	28%	10	34%	11	38%	29	100%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	8	10%	26	32%	47	58%	81	100%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	2	33%	2	33%	2	33%	6	100%
Övr. diagnosgrupper	11	4%	108	40%	148	55%	267	100%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>8%</b>	<b>161</b>	<b>38%</b>	<b>223</b>	<b>53%</b>	<b>419</b>	<b>100%</b>

Tabell 4 Diagnosfördelning inom åldersgrupp, Grupp 3

DiagnGr	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	0	0%	84	17%	355	71%	64	13%	503	100%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	1	0%	127	35%	200	56%	30	8%	358	100%
Ryggmärgsskada	5	1%	133	31%	156	37%	132	31%	426	100%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	0	0%	34	38%	40	45%	15	17%	89	100%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	0	0%	26	28%	44	47%	23	25%	93	100%
Övr. diagnosgrupper	0	0%	15	28%	29	54%	10	19%	54	100%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>0%</b>	<b>419</b>	<b>28%</b>	<b>824</b>	<b>54%</b>	<b>274</b>	<b>18%</b>	<b>1523</b>	<b>100%</b>

Diagnosfördelningen varierar mellan enhetsgrupperna 1-3. I grupp 1 dominerar stroke, men andra hjärnskador och övriga skador och sjukdomar i rörelseapparaten utgör också stora andelar. I grupp 2 dominerar demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos och övriga diagnosgrupper. I grupp 3 dominerar stroke, andra hjärnskador och andelen ryggmärgsskador. Andelen ryggmärgsskador är större i år jämfört med år 2015 på grund av ändrat rapportuttag. Värt att notera är att i denna årsrapport finns dubbelregistreringar av ryggmärgsskadepatienter då de ofta har varit på flera sjukhus under sin rehabilitering och registrerats på varje ställe. Totala antalet 507 är alltså för högt och speglar inte spinalskaderehab på riksnivå. Totala antalet individer är 283. För närmare analys av ryggmärgsskaderehabiliteringen i Sverige – se separat rapport.

## 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 varierar men är enligt medianerna för grupperna 2 till 3 dagar. Ur tabellerna framgår tydligt att enheterna har delvis olika premisser för intag. En del har akutintag och andra har en helt planerad verksamhet.

Tiden från remissens utfärdande och intag varierar mellan 1-25 (median) i grupp 1 och 3. Medianväntetiden är i grupp 1 endast 4 dagar och i grupp 3 är den 8 dagar. Grupp 2 kan inte jämföras med övriga då verksamheten är mycket mer planerad.

Det är samma mönster om man tittar på tid från beslut till intag, vilket är den egentliga väntetiden. Medianen varierar mellan 0-15 dagar för grupp 1 och 3, i genomsnitt 2 dagar för grupp 1 och 5 dagar för grupp 3.

Tabell 5 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medel	Median	Min	Max
Blekinge	130	8	1	0	207
Gotland	84	4	1,5	0	41
Halmstad	113	8	3	0	228
Hässleholm	43	8	7	0	35
Stockholmssjukhem	398	10	4	0	201
Växjö	98	37	21	2	161
Total	866	12	4	0	228

Tabell 6 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2

	Antal	Medel	Median	Min	Max
Mälargården	316	102	82	6	3804
Umeå	96	129	116,5	0	462
Total	412	108	82,5	0	3804

Tabell 7 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3

	Antal	Medel	Median	Min	Max
Borås	108	5	2,5	0	46
Danderyd	183	10	7	1	105
Falun	54	78	6	0	3653
Härnösand	25	15	14	0	51
Jönköping	88	11	5	0	172
Karlstad	19	10	7	0	28
Karolinska	79	6	3	0	57
Linköping	71	41	20	1	174
Rehabstation	95	24	7	0	660
Sahlgrenska	138	19	13,5	0	131
Sandviken	101	52	14	0	363
Skåne	162	46	25	2	380
Skövde	25	4	3	0	12
Sunderby	54	14	5	0	167
Uppsala	88	13	7	1	70
Västervik	21	28	7	0	371
Västerås	47	6	3	0	67
Örebro	37	21	15	0	81
Total	1395	23	8	0	3653

Tabell 8 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medel	Median	Min	Max
Blekinge	128	6	0	0	207
Gotland	84	3	0	0	41
Halmstad	119	4	1	0	228
Hässleholm	53	4	1	0	31
Stockholmssjukhem	399	8	3	0	171
Växjö	98	28	15	1	152
Total	881	9	2	0	228

Tabell 9 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2

	Antal	Medel	Median	Min	Max
Mälargården	317	82	67	2	1184
Umeå	97	112	73	0	452
Total	414	89	67	0	1184

**Tabell 10 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3**

	<b>Antal</b>	<b>Medel</b>	<b>Median</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Borås	110	3	1	0	30
Danderyd	177	8	6	1	105
Falun	53	76	3	0	3653
Härnösand	26	10,5	6,5	0	51
Jönköping	89	7	1	0	111
Karlstad	21	5	2	0	23
Karolinska	75	3	1	0	37
Linköping	88	13	6	0	29
Rehabstation	94	10	6	0	73
Sahlgrenska	126	15	8,5	0	112
Sandviken	95	37	8	0	335
Skåne	167	33	7	0	379
Skövde	30	2	0	0	13
Sunderby	56	7	2	0	112
Uppsala	99	8	3	0	64
Västervik	24	21	2	0	371
Västerås	46	4	0	0	67
Örebro	40	14	7	0	77
Total	1416	16	5	0	3653



## Vårdtid

Medelvårdtiden fortsätter fortfarande att bli kortare i riksperspektiv men trenden är ändå varierande på olika kliniker. Det är 6 enheter som redovisar ökad medelvårdtid i någon grad och 13 enheter som redovisar kortare vårdtid. Medelvårdtiden är oförändrad på riksnivå. Varje enhet bör analysera sin egen utveckling. De enheter som har geriatrik har alla kortare vårdtider än riksgenomsnittet.

Tabell 11 Medelvårdtid per enhet, slutenvård

Medelvårdtid per enhet, Slutenvård									
Sjukhus	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sthlm sjukhem						15	18	17	17
Uddevalla		40	43			15			
Mälargården			18	17	18	17	16	16	14
Västervik						28	26	38	33
Gotland						29	33	30	25
Östersund	35	34	35	35	33	29			
Karolinska						29	46	36	31
Umeå				81	54	30	46	42	42
Halmstad	28	28	28	29	32	32	31	27	29
Sandviken	42	38	35	32	36	34	43	44	37
Rehabstation						34	47		35
Blekinge	35	39	38	39	35	35	34	31	35
Falun	37	37	25	30	41	35	49	42	50
Linköping	49	44	51	53	49	36	50	39	43
Skåne	34	46	34	38	40	36	43	43	46
<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>	<b>35</b>
Jönköping	38	35	48	39	35	39	37	40	36
Borås	61	57	53	52	38	41	35	34	33
Sunderby	50	64	53	60	76	41	53	52	46
Växjö	46	40	45	43	36	42	36	34	35
Sahlgrenska	31	42	40	39	38	44	46	46	48
Västerås	71	71	65	52	34	44	41	51	47
Härnösand	28	30	36	36	38	48	36	48	73
Uppsala	71	60	62	50	48	51	54	58	51
Örebro	48	47	48	56	51	57	63	52	51
Danderyd	76	66	72	68		60	58	60	57
Karlstad	88	133	57	61	48	68		86	63

Tabell 12 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1

Sjukhus	Diagnosgrupp					
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs-skada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper
Blekinge	31	51	34	64	31	36
Gotland	26	-	56	21	24	26
Halmstad	27	34	25	35	26	32
Hässleholm	33	57	47	57	46	38
Stockholms sjukhem	18	14	31	18	24	16
Växjö	37	26	57	25	29	37
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>30</b>

Tabell 13 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2

Sjukhus	Diagnosgrupp					
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs-skada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper
Mälardalen	21	17	23	19	-	13
Umeå	36	62	58	28	50	29
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>24</b>	<b>50</b>	<b>13</b>

Tabell 14 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3

Sjukhus	Diagnosgrupp					
	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgs-skada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper
Borås	28	30	48	26	40	35
Danderyd	63	50	-	85	-	-
Falun	48	91	43	47	18	25
Härnösand	72	70	73	112	49	-
Jönköping	32	47	37	43	29	32
Karlstad	74	57	27	-	-	145
Karolinska	-	-	32	47	23	12
Linköping	36	54	44	45	-	-
Rehabstation	-	-	35	-	16	-
Sahlgrenska	44	36	67	32	40	42
Sandviken	46	31	30	37	33	24
Skåne	41	47	58	39	42	33
Skövde	35	38	39	24	33	20
Sunderby	52	38	42	49	63	-
Uppsala	62	38	53	14	63	29
Västervik	37	43	16	23	13	80
Västerås	45	48	63	27	65	48
Örebro	44	63	56	46	-	-
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>34</b>

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. Antalet vård dagar för patienter som ligger kvar "på övertid" är i år 1583 dagar, vilket är minskat jämfört med 2015 då det var 2087 dagar.

Tabell 15 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	Antal	Totalt antal dagar	Max
Blekinge	181	116	47
Borås	115	6	4
Danderyd	184	51	23
Falun	55	134	56
Gotland	83	114	17
Halmstad	135	94	13
Härnösand	26	7	7
Hässleholm	60	64	7
Jönköping	89	12	6
Karlstad	22	27	8
Karolinska	100	13	8
Linköping	89	50	21
Mälargården	317	0	0
Rehabstation	95	0	0
Sahlgrenska	140	430	80
Sandviken	107	0	0
Skåne	178	59	26
Skövde	36	27	27
Stockholms sjukhem	399	21	7
Sunderby	66	125	57
Umeå	102	150	137
Uppsala	101	15	15
Västervik	30	17	5
Västerås	50	23	11
Växjö	97	28	26
Örebro	40	0	0
<b>Total</b>	<b>2897</b>	<b>1583</b>	-

## 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 16 Andel rökare, Grupp 1

Diagnosgrupp	Andel rökare
Stroke	16%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	18%
Ryggmärgsskada	12%
Demyel,sjukdomar, neurodiagnos	8%
Övr,skador / sjukdomar, rörelseapp,	12%
Övr, diagnosgrupper	14%
<b>Total</b>	<b>15%</b>

Tabell 17 Andel rökare, Grupp 2

Diagnosgrupp	Andel rökare
Stroke	0%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	25%
Ryggmärgsskada	3%
Demyel,sjukdomar, neurodiagnos	6%
Övr,skador / sjukdomar, rörelseapp,	50%
Övr, diagnosgrupper	6%
<b>Total</b>	<b>7%</b>

Tabell 18 Andel rökare, Grupp 3

Diagnosgrupp	Andel rökare
Stroke	24%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	27%
Ryggmärgsskada	19%
Demyel,sjukdomar, neurodiagnos	10%
Övr,skador / sjukdomar, rörelseapp,	18%
Övr, diagnosgrupper	19%
<b>Total</b>	<b>22%</b>

Om man jämför de olika enhetsgrupperna ser man flest rökare i grupp 3 med 22%. Frekvensen rökare i Sverige var 10% bland kvinnor och 8% bland män år 2016 och vanligast i åldersgruppen 45-64 år (källa Folkhälsomyndigheten).

Tabell 19 Snusning, alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	antal	andel	antal	andel	antal	andel
Snusning	66	7%	19	5%	146	10%
Alkoholmissbruk	55	6%	5	1%	130	9%
Drogmissbruk	8	1%	6	1%	72	5%
Läkemedelsmissbruk	11	1%	2	0%	52	3%

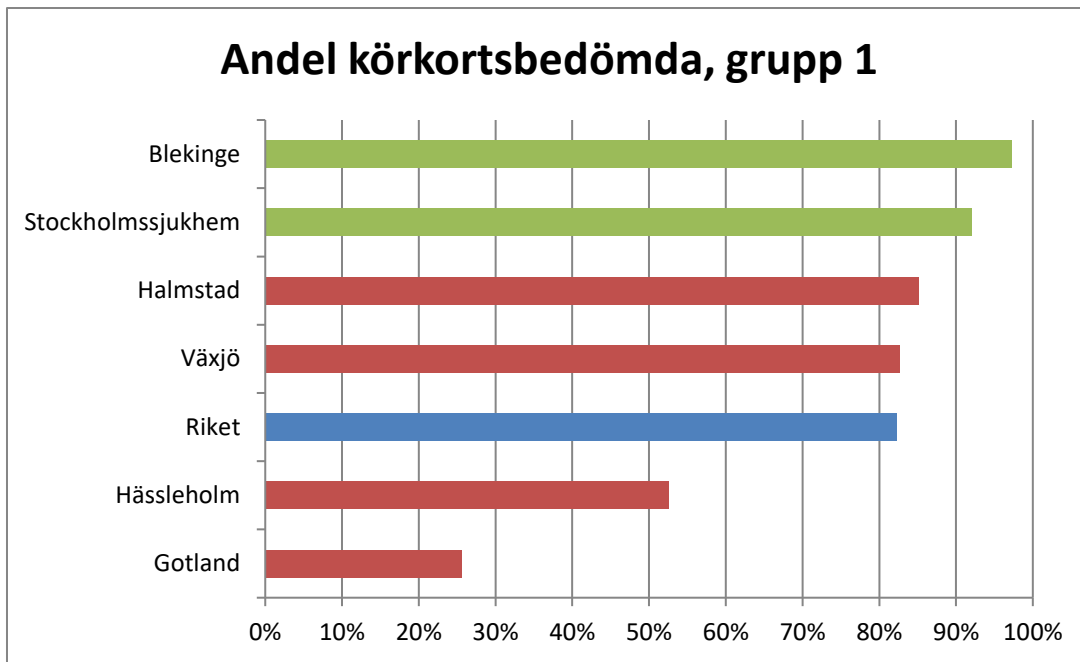
Värdena baseras på när man registrerat "ja" på frågorna om förekomst av missbruk.

I WebRehab ska man registrera missbruk när det är så säkert att det dokumenterats i journalen. Det finns säkert ett mörkertal och man ska tolka att resultaten är i underkant. Snusning förekommer i Sverige år 2016 hos 18% av männen och 3-4% hos kvinnor. Riskkonsumtion – vilket är något annat än missbruk – låg år 2013 på 20% bland män och 13% bland kvinnor. (Källa Folkhälsomyndigheten)

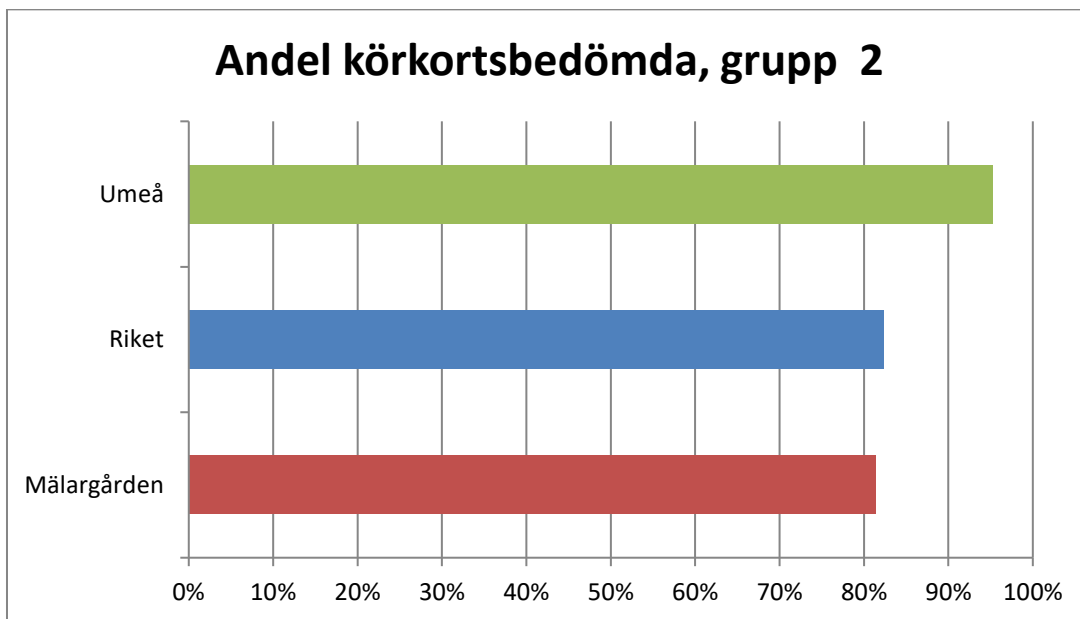
## Användningsgrad

### Körkortsbedömning

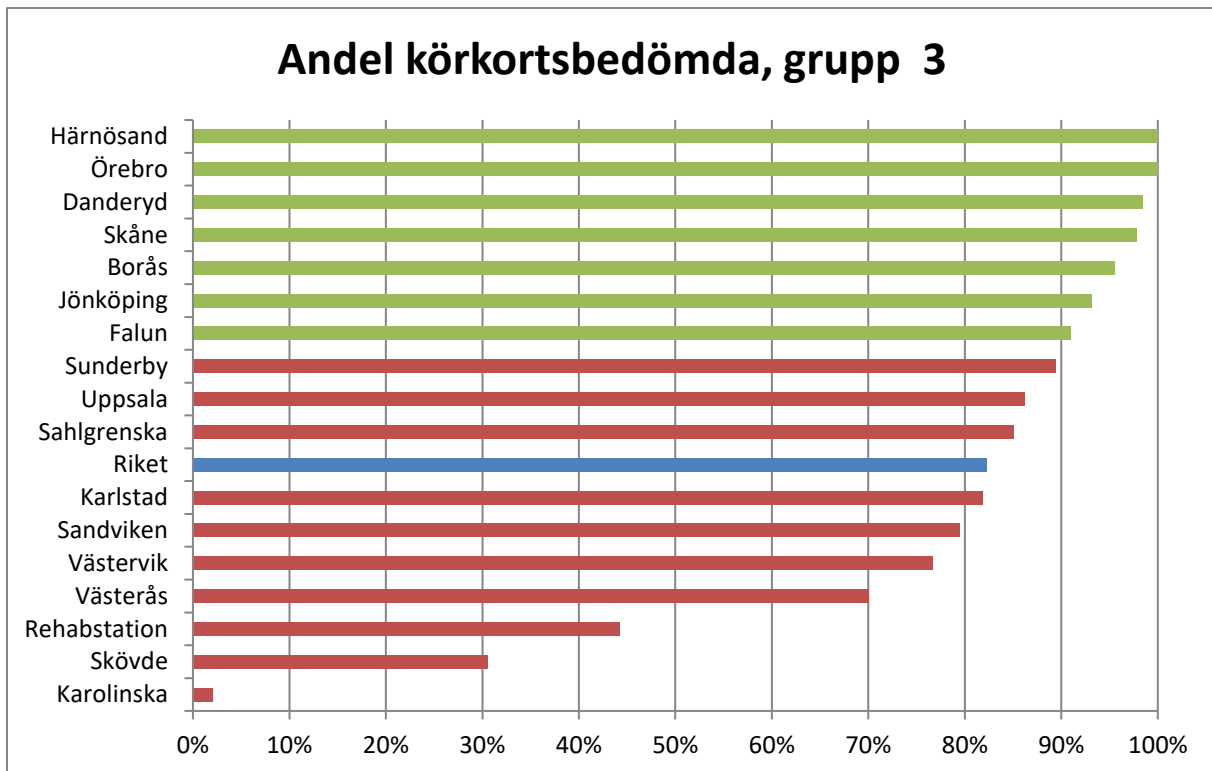
För år 2016 har 82% bedömts vad gäller bilkörningsförmåga. Målnivån (90%) har för andelen körkortsbedömda vid utskrivning inte nåtts detta år, liksom föregående år. Utvecklingen över tid är: 2010 – 92%, 2011 – 96%, 2012 – 95%, 2013 – 90%, 2014 – 94%, 2015 - 84%. Det är 15 enheter som fortfarande har en förbättringspotential vad gäller denna variabel. Vi avser att ta bort svarsalternativet "vet ej", vilket kan underlätta. Om man känner sig osäker kan man hämta information om hantering av körkortsbedömning och vapeninnehav efter TIA/stroke som finns på WebRehabs hemsida. Samma hantering gäller i princip för alla diagnoser. I andra fall där körkortsförmågan inte är ifrågasatt ska man ändå bedöma den (vilket man i princip ändå gjort för om hinder föreligger har man anmälningsplikt).



Figur 8 Körkortsbedömning, Grupp 1



Figur 9 Körkortsbedömning, Grupp 2



Figur 10 Körkortsbedömning, Grupp 3

## ADL-förmåga

ADL-förmåga är bedömd:

Grupp 1 – 94% vid inskrivning och 90% vid utskrivning

Grupp 2 – 23% vid inskrivning och 22% vid utskrivning

Grupp 3 – 86% vid inskrivning och 82% vid utskrivning

Vi har ingen målnivå för ADL-bedömning men värdena i grupp 1 och 3 som har akut rehabilitering får bedömas som bra. Användningsgraden är lika för grupp 1 och 3 jämfört med föregående år men har ökat 8% inom grupp 2 – både vid in- och utskrivning.

## EQ5D

Grupp 1 – 45% (65%) vid inskrivning och 42% (59%) vid utskrivning

Grupp 2 – 88% (93%) vid inskrivning och 91% (95%) vid utskrivning

Grupp 3 – 67% (67%) vid inskrivning och 59% (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

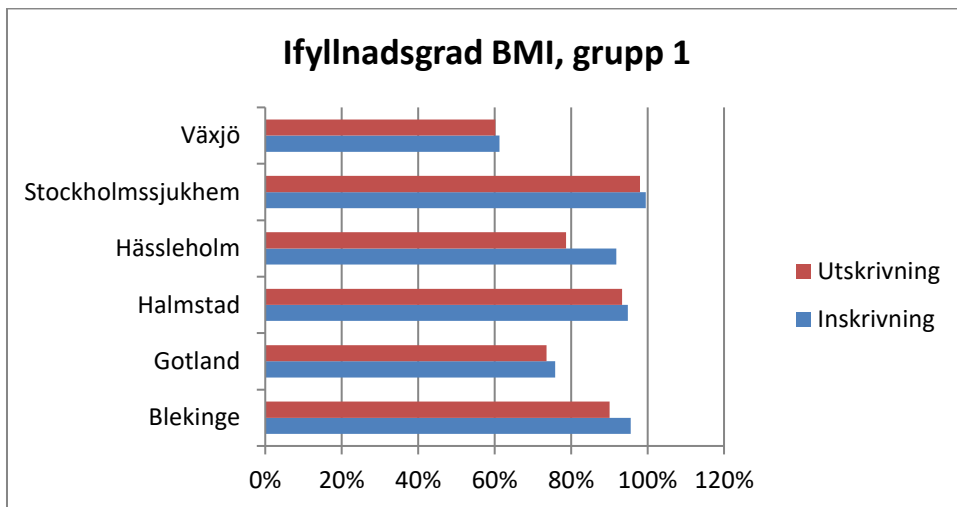
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 17% (+2% icke genomförda) i grupp 1, 18% (+2% icke genomförda) i grupp 2 och 45% (+8% icke genomförda) i grupp 3.

## BMI

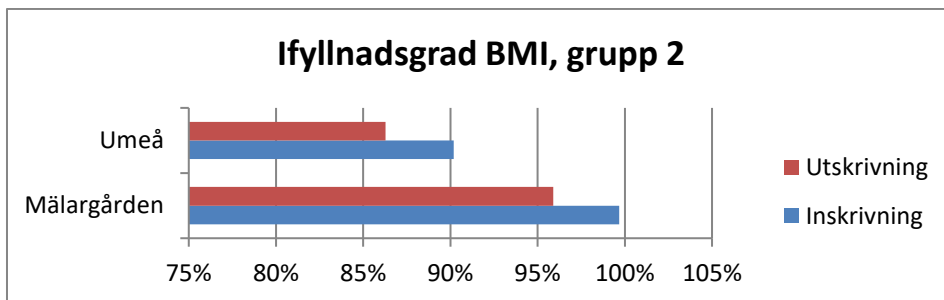
Viktutvecklingen är viktig att följa under rehabiliteringen efter en skada eller insjuknande varför målnivån är satt så högt som 90% vid både in- och utskrivning. 21 av enheterna klarar målet vid



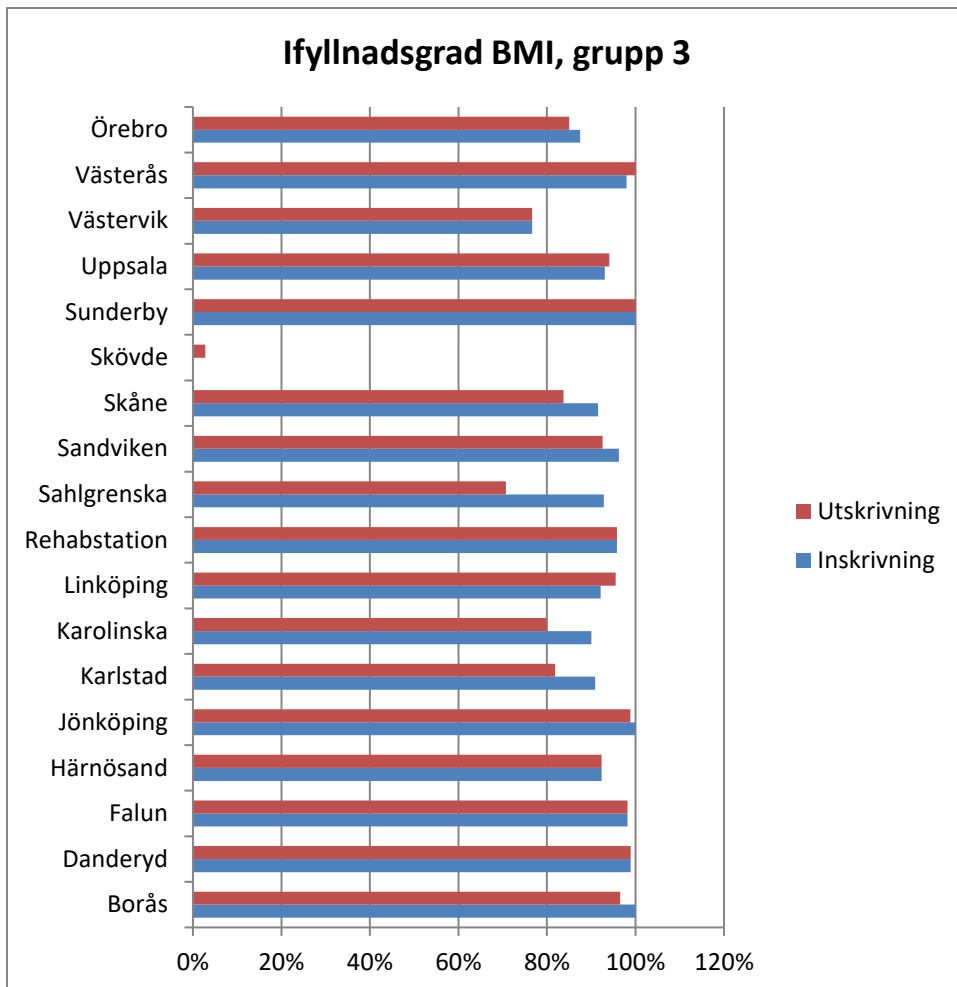
inskrivning och 15 vid utskrivning. Vid inskrivning är det 5 enheter och vid utskrivning 11 enheter som inte klarat målnivån.



Figur 11 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 1



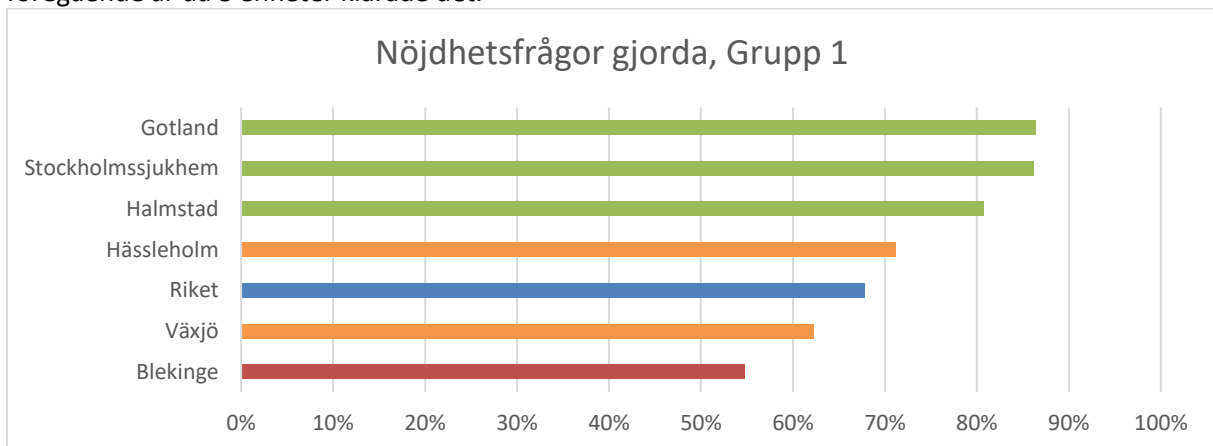
Figur 12 Ifyllnadsgrad BMI, Grupp 2



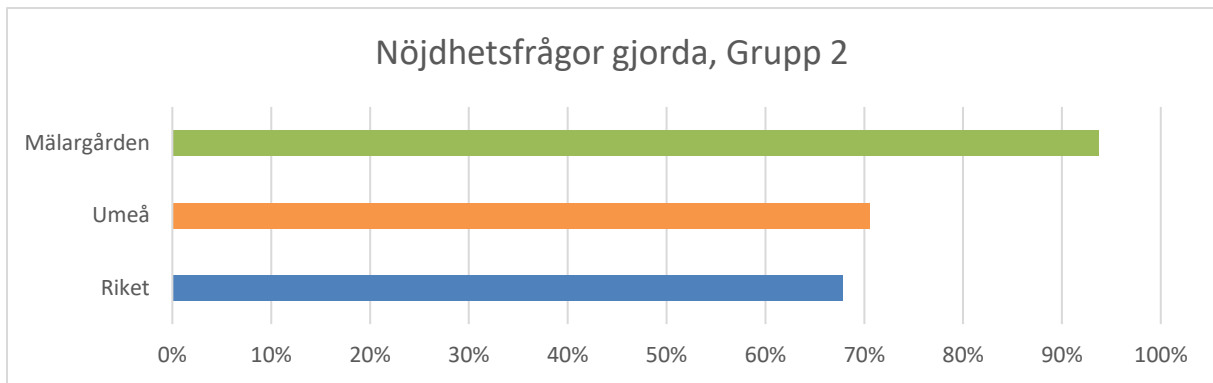
Figur 13 Ifyllnadsgrad BMI , Grupp 3

## Nöjdhet

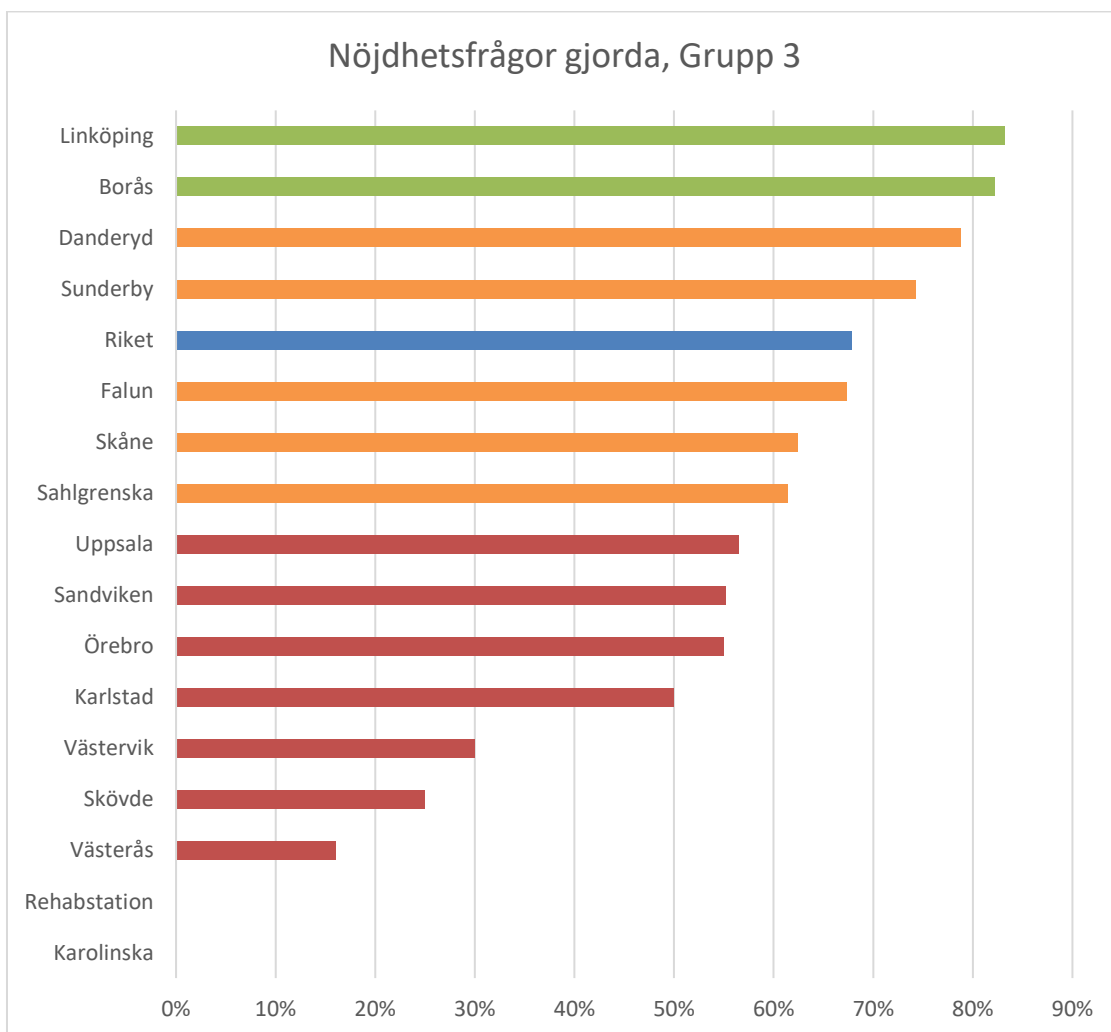
Målnivå för registret är att minst 80% av patienterna ska bli tillfrågade om hur nöjda de är med olika aspekter av rehabiliteringen. Endast 6 enheter uppfyller detta. Det är en viss försämring jämfört med föregående år då 8 enheter klarade det.



Figur 14 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 1



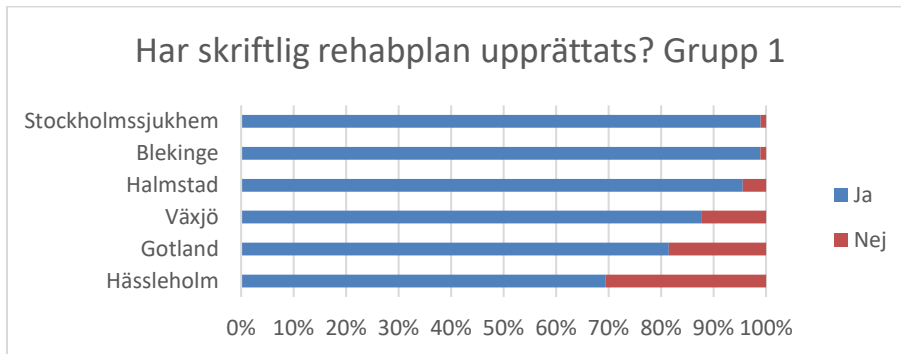
Figur 15 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 2



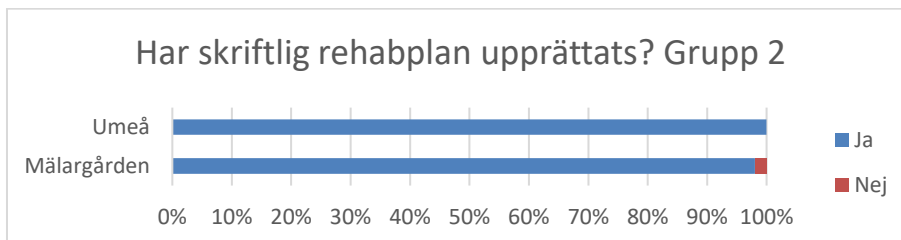
Figur 16 Nöjdhetsfrågor gjorda, Grupp 3

## Rehabplan

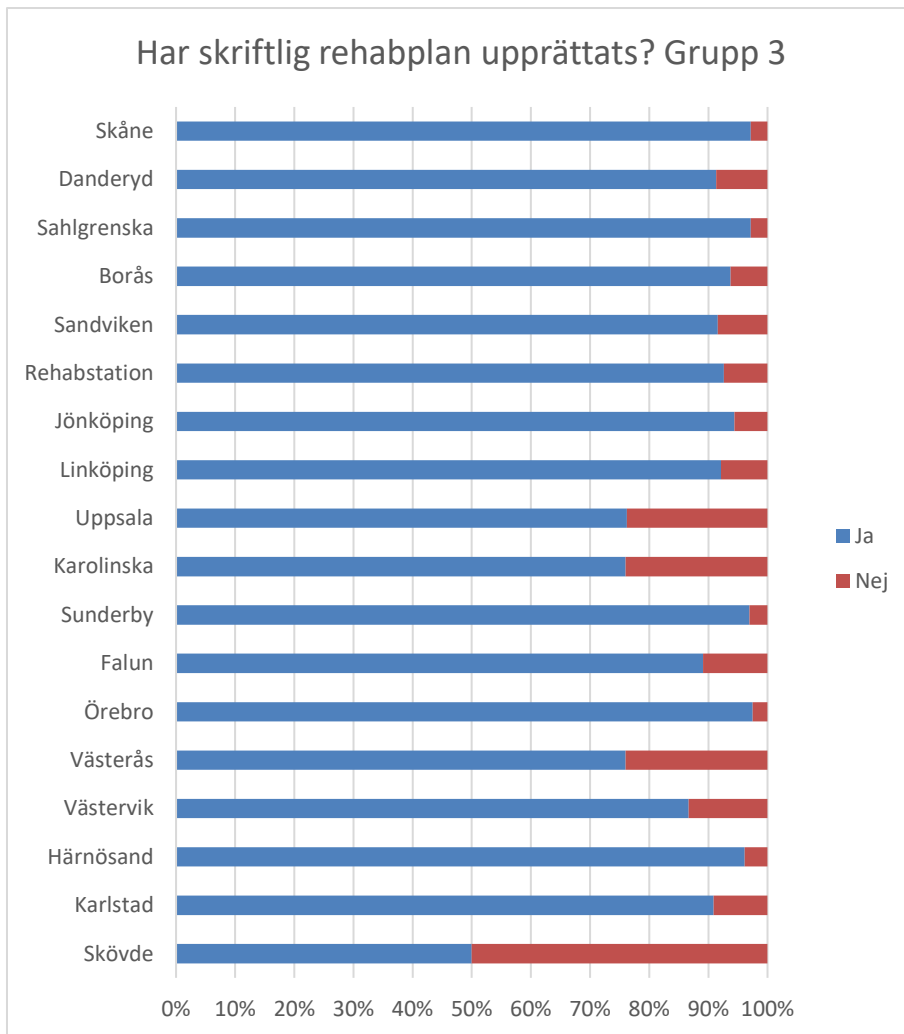
Enligt Socialstyrelsen ska rehabplan upprättas i samband med inläggning för rehabilitering. Målnivån har därför satts till 100%. Det förekommer dock att patienter inläggs för enbart utredning vilket kan innebära att man inte upprättar en rehabplan och det kan förklara lägre värden. Vi anger därför i 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. Det är en enhet – Umeå – som lyckats uppnå 100%, 16 enheter ligger mellan 90-100% vilket ändå måste bedömas som bra. Det är 9 enheter som har värden under 90%.



Figur 17 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 1



Figur 18 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 2



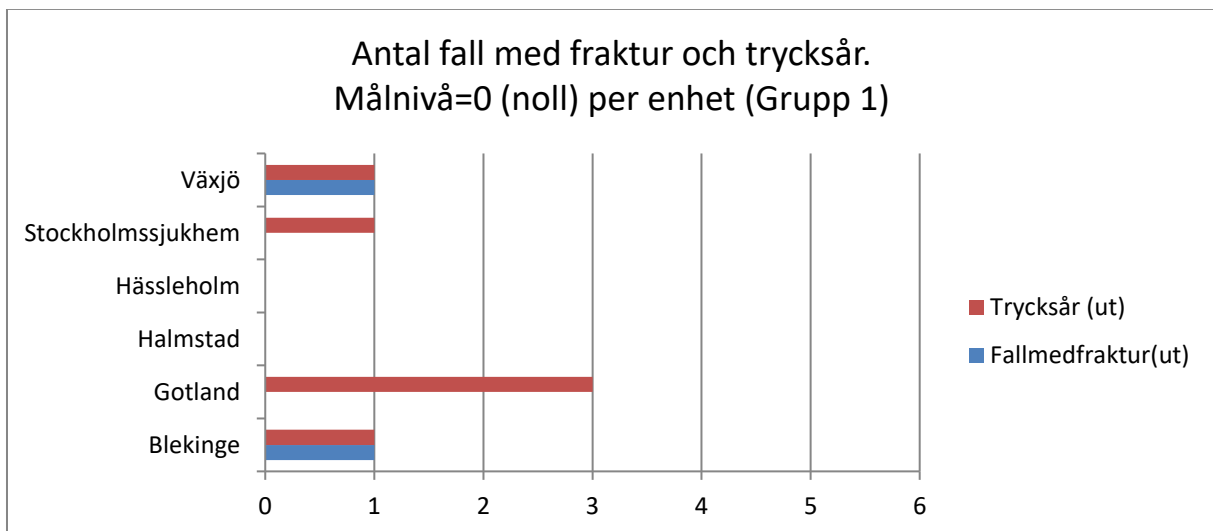
Figur 19 Ifyllnadsgrad rehabplan, Grupp 3

## Resultatmått

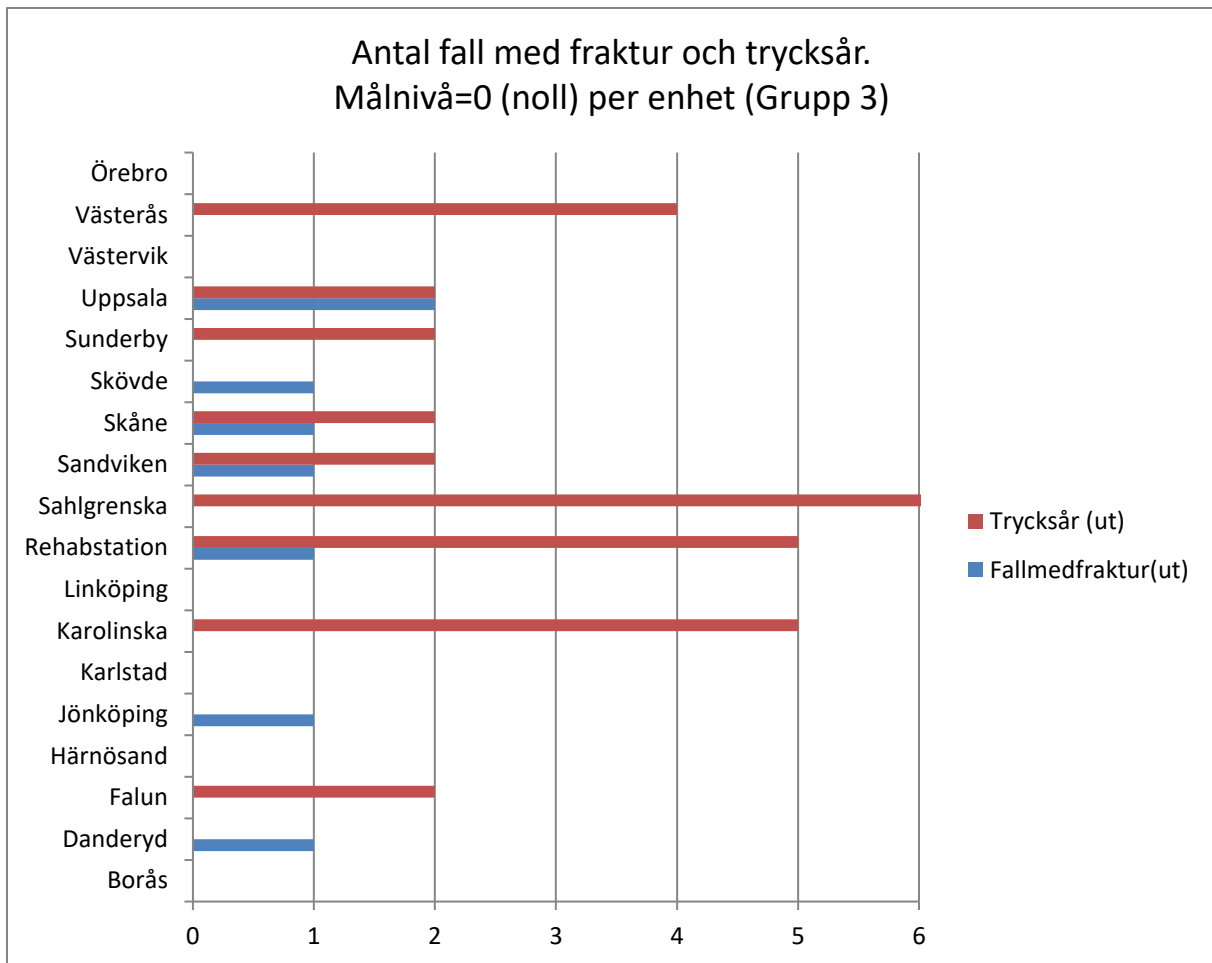
Antal avlidna var 9 (3 under 2015, 5 under 2014), ett fortsatt lågt antal även om det ökat något.

## Komplikationer

För antalet komplikationer har vi en 0-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2016 registrerades 10 fall med fraktur och 37 trycksår totalt. Utifrån 2903 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, 10. Trycksår: 35, 42, 35, 41, 41, 34, 37. Antalen visar ingen större förändring men totala antalet registreringar har ökat under den tiden från 1902 till 2903, vilket innebär att det relativt sett skett en minskning. 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. Om man jämför antal komplikationer 2016 med 2015 så är det inga stora skillnader. Det som kan vara värt att nämnas är att "infektion med multiresistenta bakterier" har minskat från 24 till 15 medan "annan infektion" har ökat från 188 till 215. Det är ändå glädjande att det inte är någon stor ökning vad gäller infektioner med multiresistenta bakterier.

Tabell 20 Totalt antal komplikationer i alla enheter sammanlagt.

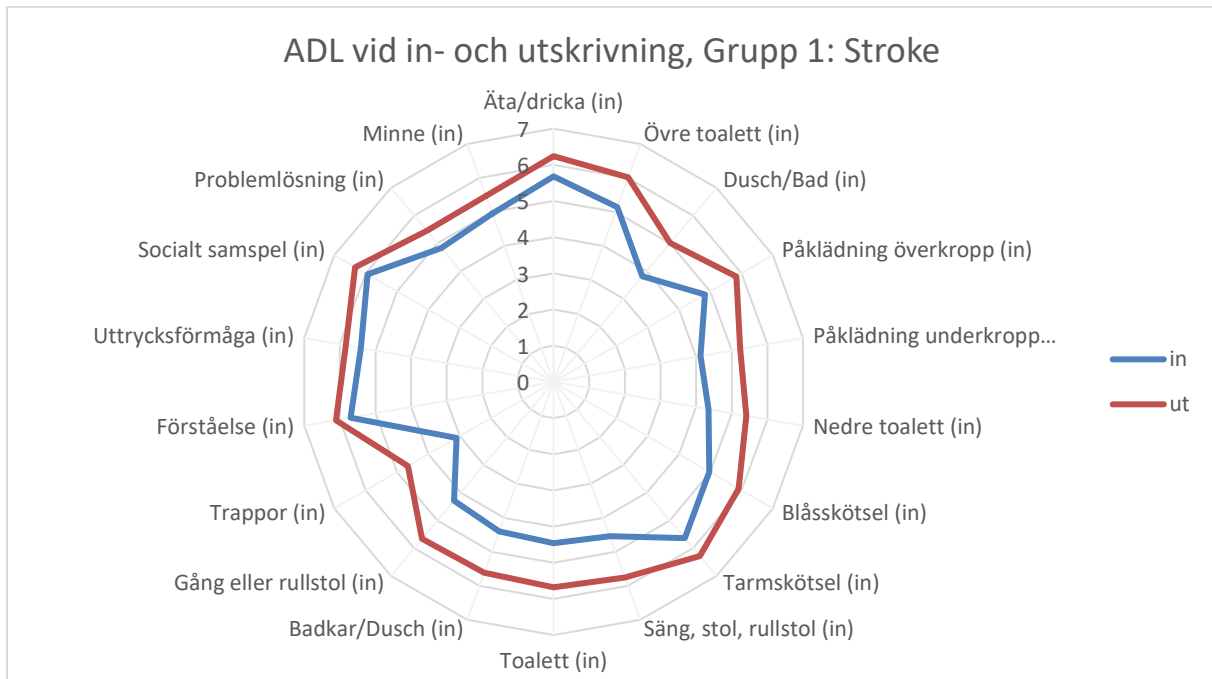
Komplikation	Antal
DVT	24
Lungemboli	36
Heterotop bennybildning	7
Fall med fraktur	10
Kontraktur	10
Epilepsi/krampanfall	32
Hydrocefalus	26
Trycksår	37
Ulcus	6
Meningit	5
Pneumoni	52
Övre UVI	72
Infektion med multiresistenta bakterier	15
Annan infektion	215
Ny hjärnskada	18
Avvikit från avdelning	20
Annan komplikation/sjukdom/skada	190
<b>Totalt</b>	<b>775</b>



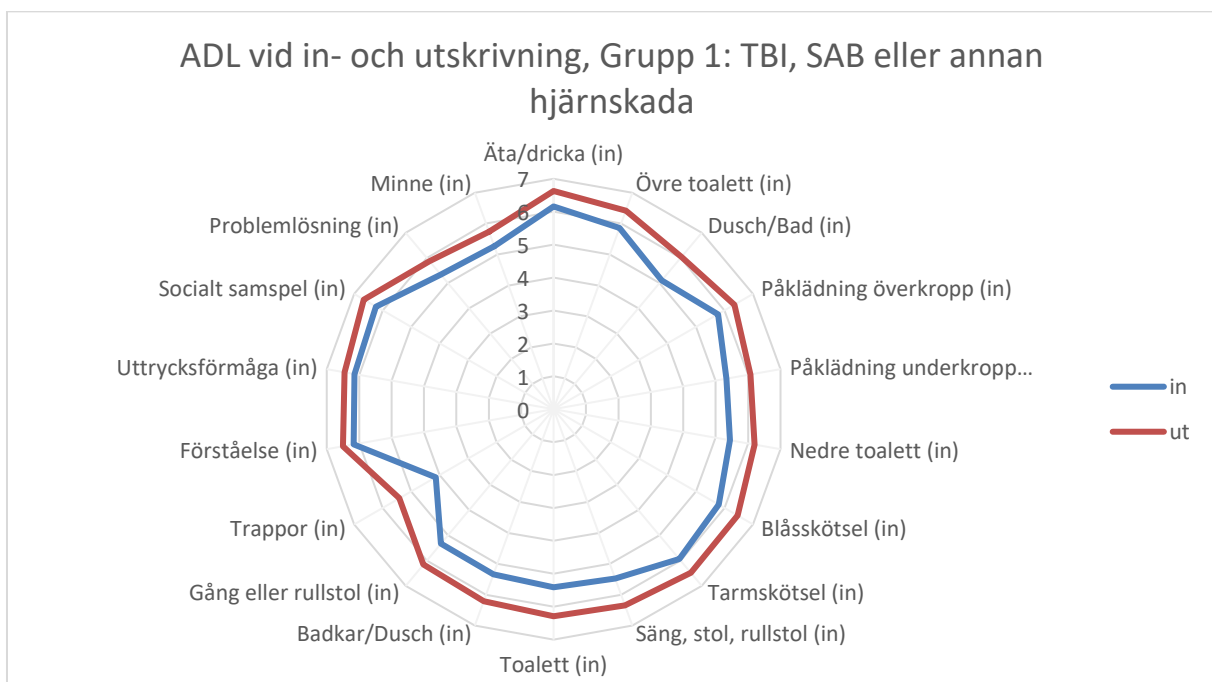
## ADL-förmåga

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 och 3 redovisas förändring i ADL-förmåga i gruppen demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos. I grupp 3 ser man en större förbättring i ADL jämfört med resultaten i grupp 2. Det förklaras sannolikt av att patienterna i grupp 2 befinner sig i ett senare skede i sjukdomsförloppet och att rehabperioden har annat syfte och värde än att just förbättra ADL-förmåga. Av naturliga skäl har enheterna i grupp 2 valt att inte använda ADL-registrering i så stor utsträckning.

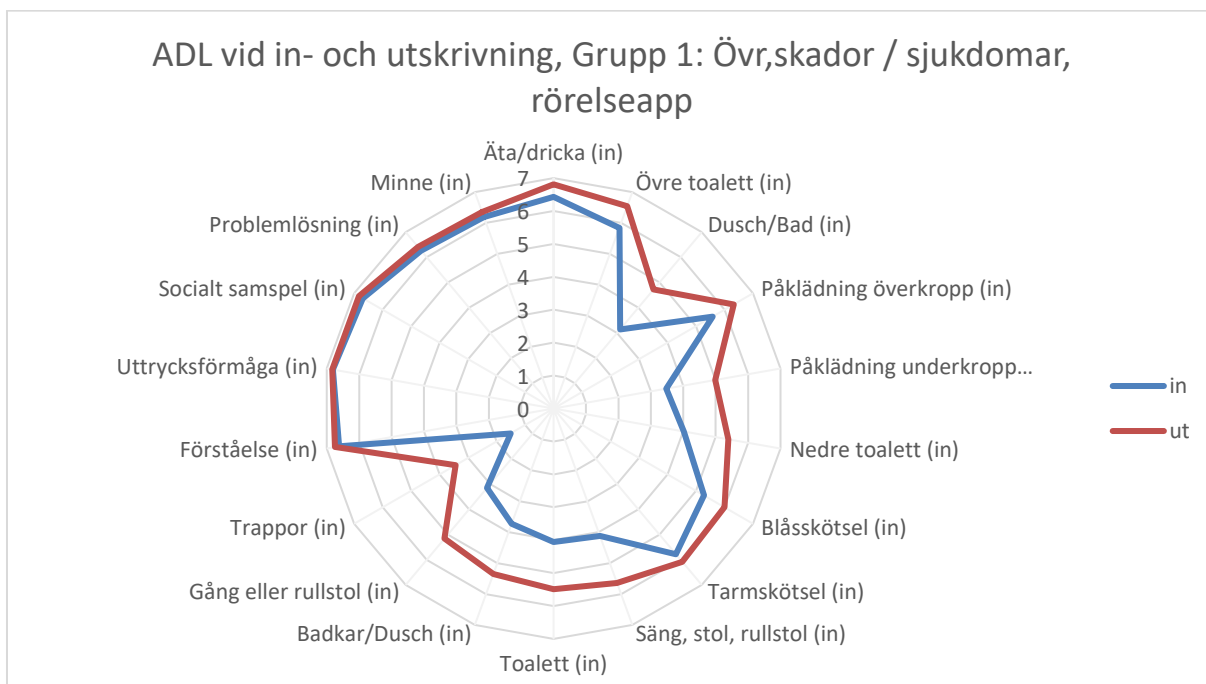
OBS: Medianvärden i graferna



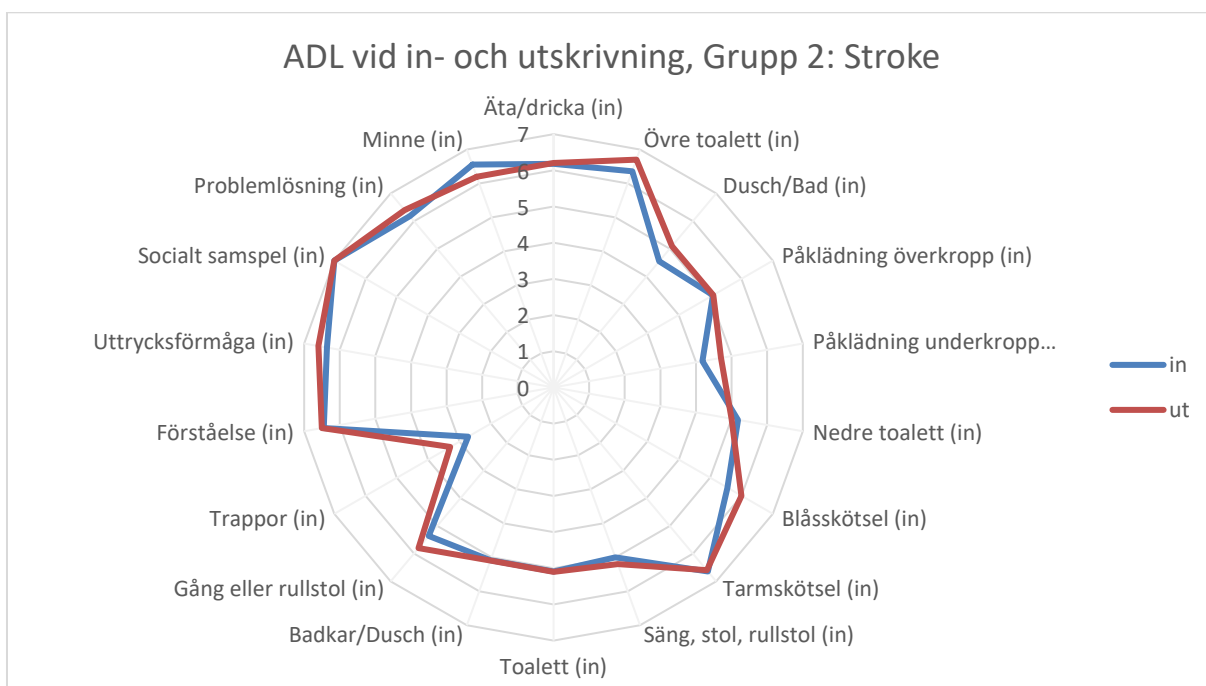
Figur 22 ADL vid in och utskrivning grupp 1, stroke.



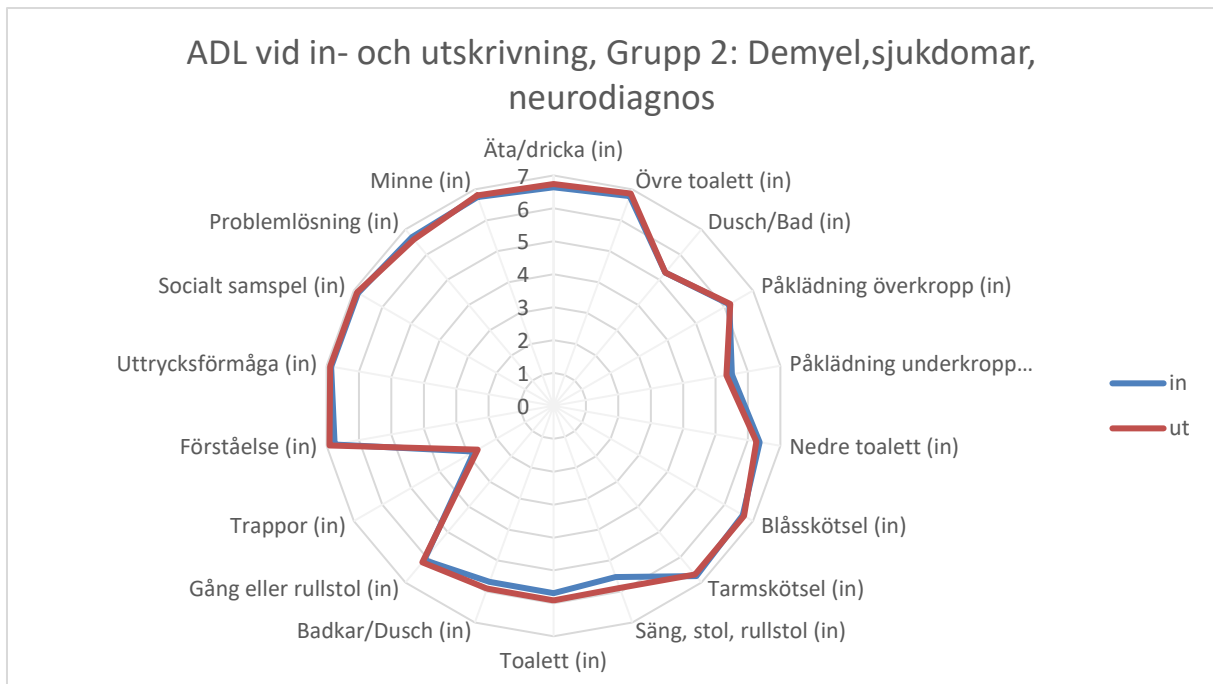
Figur 23 ADL vid in och utskrivning grupp 1, annan hjärnskada.



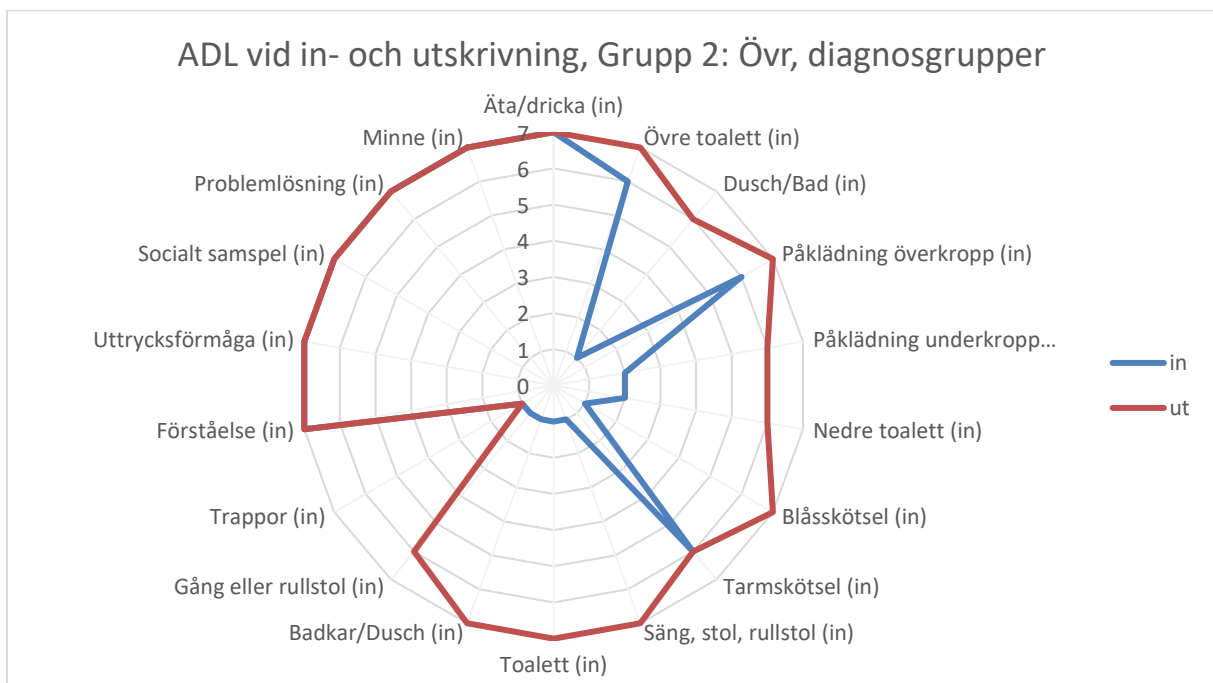
Figur 24 ADL vid in och utskrivning grupp 1, övriga skador/sjukdomar i rörelseapparaten.



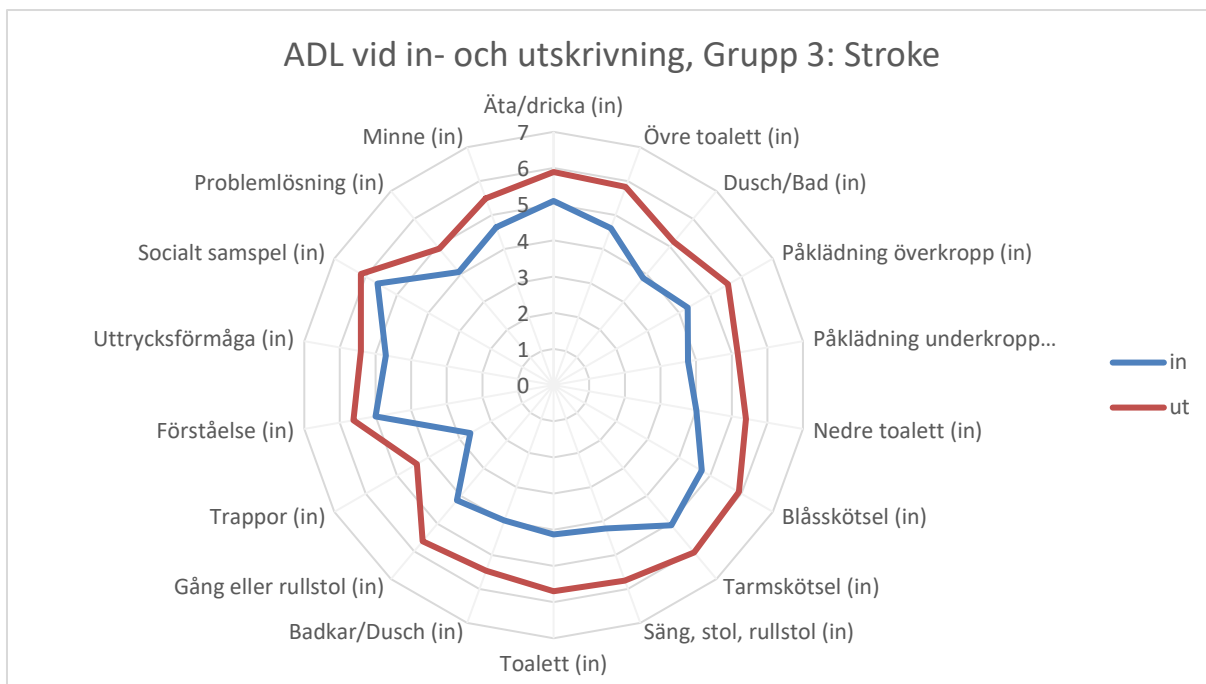
Figur 25 ADL vid in och utskrivning grupp 2, stroke.



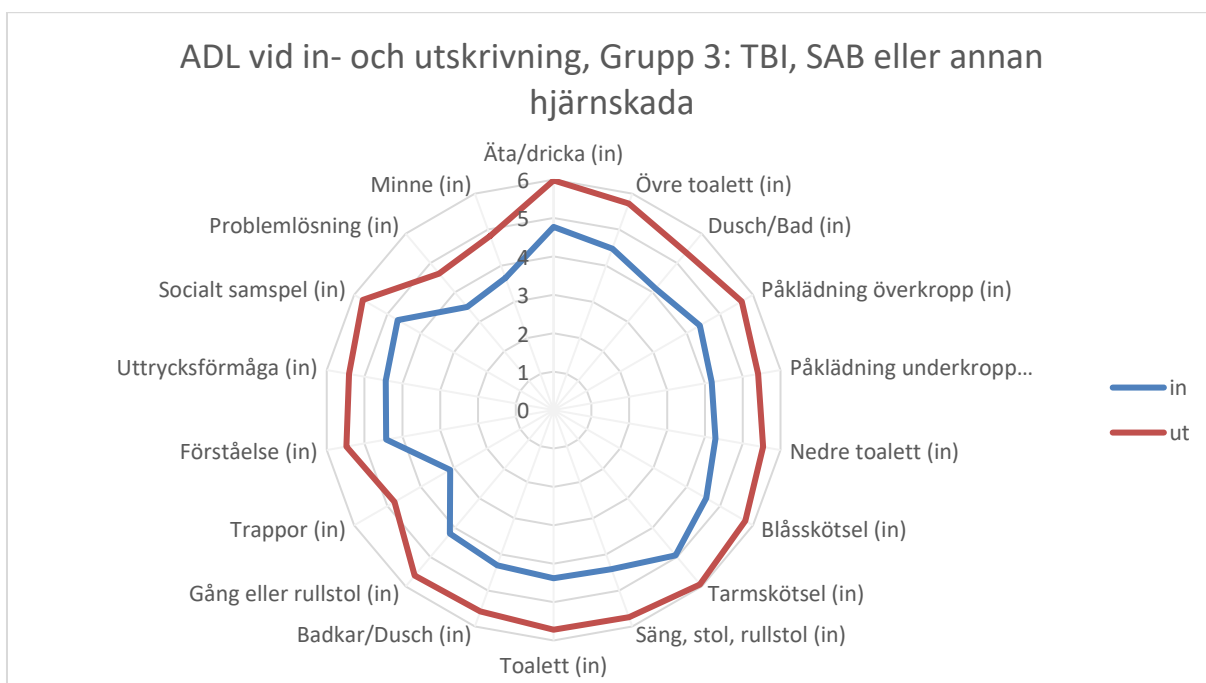
Figur 26 ADL vid in och utskrivning grupp 2, demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos.



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

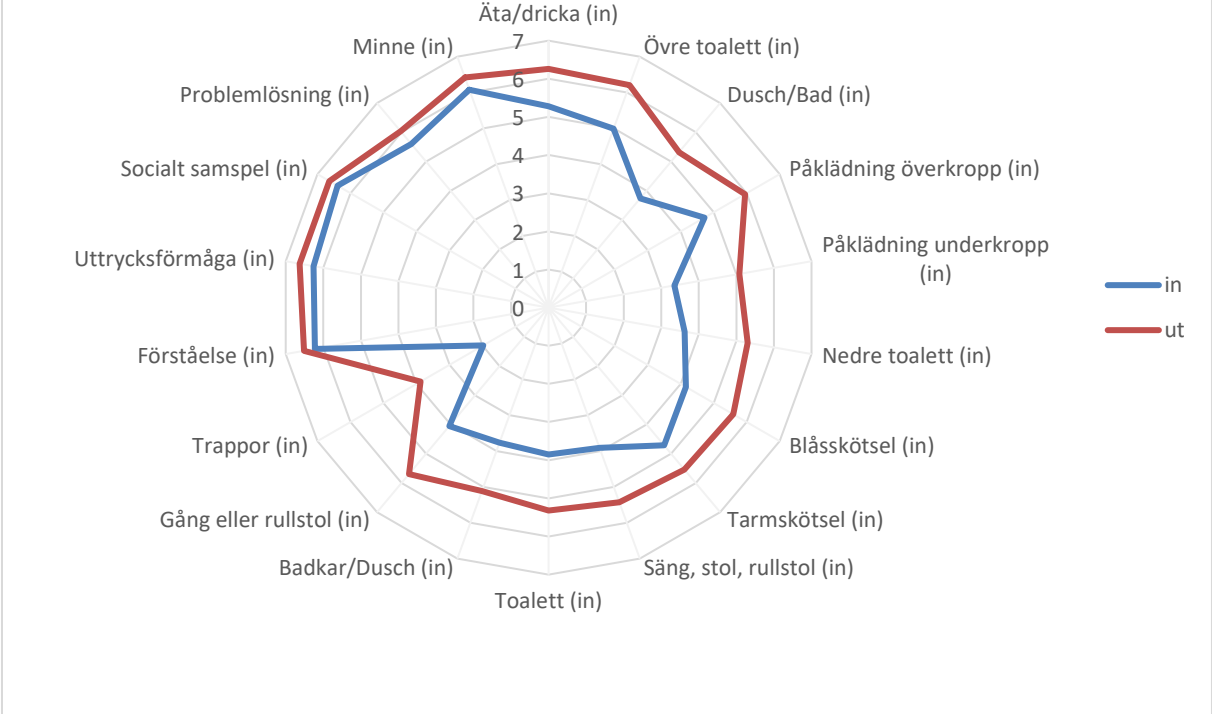


Figur 28 ADL vid in och utskrivning grupp 3, stroke.



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

### ADL vid in- och utskrivning, Grupp 3: Demyel.sjukdomar, /annan neurodiagnos



Figur 30 ADL vid in och utskrivning grupp 3,demyeliniserande sjukdomar/annan neurodiagnos.

## Förändring från beroende vid inskrivning till oberoende vid utskrivning

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

Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Sett på alla data minskar beroendet inom både social/kognitiva och fysiska items från inskrivning till utskrivning. Förändringen är något större inom fysiska items. 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 grad av förändring.

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

Social/Kognitiva items			
	Beroende in	Beroende ut	Differens
Grupp 1	53%	43%	10%
Grupp 2	30%	21%	9%
Grupp 3	63%	50%	13%
Fysiska items			
	Beroende in	Beroende ut	Differens
Grupp 1	84%	61%	23%
Grupp 2	78%	74%	4%
Grupp 3	84%	63%	19%

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 där stroke och övriga diagnoser ligger något högre (drygt 27) jämfört med övriga.

## Funktionsnedsättningar ("ICF-listan")

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har med 32% en fortsatt låg ifyllnadsgrad. Ifyllnadsgraden har också minskat de senaste åren - 34% år 2015 och 39% år 2014. 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 planerar vi att revidera listan för att förbättra dess användbarhet.

Efterföljande tabell visar förekomst av funktionsnedsättningar/symtom registrerade 2016. Värdena är tagna från enhetsgrupp 3 som registrerat "ICF" i 50% (n 714) i högst utsträckning. Det är intressant att se förekomsten av olika funktionsnedsättningar.

**Tabell 22 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning (grupp 3).**

	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
<b>PSYKISKA FUNKTIONER</b>		
Nedsatt mental ork/uthållighet (ut)	380	53%
Nedsatt minne (ut)	266	37%
Nedsatt uppmärksamhet (ut)	207	29%
Dysexekutiv störning (ut)	161	23%
Nedstämdhet/depression (ut)	160	22%
Sömnstörning (ut)	132	18%
Ångest (ut)	105	15%
Spatial störning/perceptionsstörning (ut)	103	14%
Annan kognitiv störning (ut)	81	11%
Desorientering (ut)	68	10%
Apraxi (ut)	51	7%
Neglekt (ut)	41	6%
Impulskontrollstörning (ut)	30	4%
Passiv beteendestörning (ut)	29	4%
Annan emotionell störning (ut)	27	4%
Utagerande/aggressiv beteendestörning (ut)	20	3%
Hallucinos/vanföreställning (ut)	12	2%
Andra psykotiska symtom (ut)	3	0%
<b>SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA</b>		
Sensibilitetsnedsättning (ut)	339	47%
Smärta extremitet (ut)	181	25%
Nedsatt proprioception (ut)	176	25%
Smärta rygg, nacke (ut)	167	23%
Smärta skuldra (ut)	119	17%
Nedsatt synskärpa (ut)	116	16%
Synfältsstörning (ut)	104	15%
Huvudvärk (ut)	78	11%
Smärta, diffus eller multipla lokalisationer (ut)	70	10%
Ögonmotilitetsstörning (ut)	38	5%
Smärta diffus nedom skadenivån (spinalskada) (ut)	36	5%
Nedsatt balans (vestibulärt) (ut)	29	4%
Hörselnedsättning (ut)	25	4%
Smaknedsättning (ut)	16	2%
Luktnedsättning (ut)	12	2%
<b>RÖST, TAL OCH SPRÅK</b>		
Afasi/dysfasi (ut)	100	14%
Dysartri/anartri (ut)	70	10%

<b>HJÄRTA, KÄRL OCH ANDNING</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Nedsatt hjärtfunktion (ut)	66	9%
Nedsatt andningsfunktion (ut)	44	6%
Nedsatt perifer cirkulation (ut)	16	2%
Postural hypotension (ut)	16	2%
Autonom dysreflexi (ut)	9	1%
Bradykardi (ut)	5	1%
Autonom dysfunktion (ut)	0	0%
<b>MATSMÄLTN , ÄMNESOMS, ENDOKRIN</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Störd tarmfunktion(diarré, inkontinens,förstoppning) (ut)	162	23%
Sväljningssvårigheter (ut)	60	8%
Annan endokrin störning (ut)	48	7%
Nutritionsstörning (ut)	47	7%
Störd thyreoideafunction (ut)	15	2%
SIADH (ut)	4	1%
Annan hypofysfunktions-störning (ut)	4	1%
<b>KÖNS- OCH URINORGAN</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Neurogen blåsrubbning (ut)	192	27%
Urininkontinens (ut)	100	14%
Störd sexuell funktion (ut)	90	13%
Nedsatt njurfunktion (ut)	42	6%
<b>NEUROMUSK-SKELETTAL RÖRELSEREL FUNKTION</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Balansstörn. (ej vestibulär) (ut)	381	53%
Spasticitet (ut)	151	21%
Parapares (ut)	107	15%
Hemipares vänster (ut)	104	15%
Tetrapares (ut)	103	14%
Inskränkt rörlighet/kontraktur (ut)	100	14%
Hemipares höger (ut)	97	14%
Annan pares (ut)	78	11%
Ataxi/dystaxi (ut)	57	8%
Annan tonusrubbning (ut)	35	5%



## NIHSS

Användningsgraden av NIHSS har minskat ytterligare till 182 registreringar (274 år 2015 och 297 år 2014), vilket utgör endast 19% (27%) av strokepatienterna .

Försämrade status ses hos 5 st (3%) vid utskrivning jämfört med vid inskrivning, 60 st (33 %) har förbättrats, 117 st (64%) har oförändrad NIHSS vid utskrivning. Liksom tidigare år har stor andel av patienterna mycket låg grad av funktionsnedsättning enligt NIHSS vid inskrivningen – 53%, vilket kan bero på att trötthet och kognitiva nedsättningar inte fångas väl av NIHSS.

		NIHSS Ut							
		0	"01-04"	"05-08"	"09-12"	"13-16"	"17-20"	"21-24"	Total
NIHSS In	0	21	0	0	0	0	0	0	21
	"01-04"	15	57	3	0	0	0	0	75
	"05-08"	3	18	23	2	0	0	0	46
	"09-12"	0	5	9	10	0	0	0	24
	"13-16"	0	1	1	4	4	0	0	10
	"17-20"	0	0	0	3	1	1	0	5
	"21-24"	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		39	81	36	19	5	1	1	182

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

## DOC

Sammanlagt har 47 (28 år 2015) patienter med sänkt medvetande och 1 pat med locked-in syndrome registrerats under Disorders Of Consciousness i samband med inskrivning. Av 24 deltagande enheter har 18 registrerat patienter med sådana tillstånd. Vid utskrivning har många förbättrats men 32 (20) patienter befinner sig fortfarande i medvetandesänkt tillstånd eller i locked-in syndrome. Detta är en påtaglig ökning jämfört med föregående år.

Påtalas kan också att namnen på tillstånden kommer att bytas i enlighet med internationell nomenklatur, enligt följande:

Vegetativt tillstånd blir icke-responsivt vakenhetstillstånd.

Minimalt responsivt tillstånd blir minimalt medvetandetillstånd.

Akinetisk mutism och Paramedian diencefalt syndrom tas bort.

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

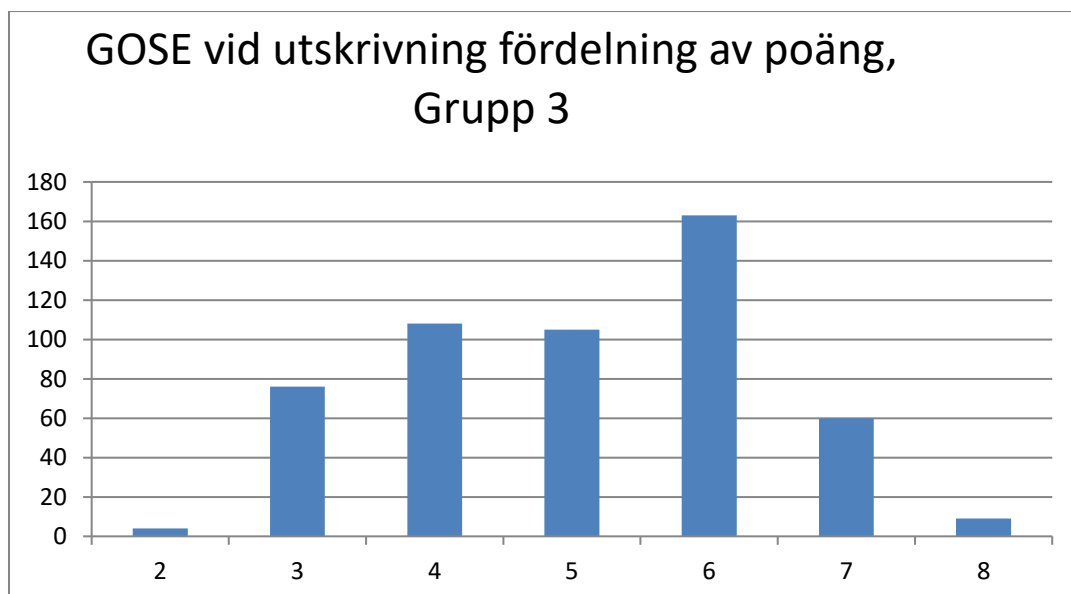
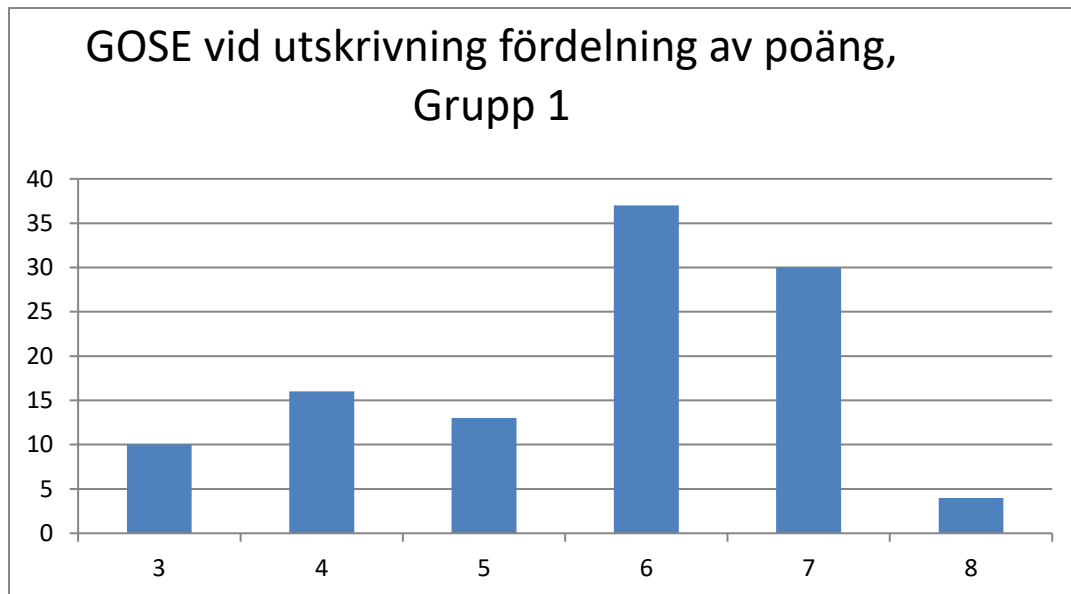
Sjukhus	Coma in	Coma ut	Vegetativ in	Vegetativ ut	Minim resp in	Minim resp ut	Locked-in in	Locked-in ut
Blekinge		2	1		1			
Gotland								
Halmstad								
Hässleholm								
Stockholmsjukhem								
Växjö			1	1				
Mälargården								
Umeå				1	3	2		
Borås			3					
Danderyd			2		6	3		
Falun	1		1			1		
Härnösand					1			
Jönköping	1							
Karlstad					2	2		
Linköping			1		2	2		
Sahlgrenska					1	1		
Sandviken					2	2		
Skåne			1	1	4	4		
Skövde								
Sunderby		1	1		4	4		
Uppsala			1		1	2		
Västervik			2	1	1	1	1	1
Västerås					2			
Örebro					1			
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>1</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. Det är ett mycket använt utfallsmått internationellt. GOSE ska registreras enbart vid utskrivning i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador. GOSE registrerades vid utskrivning på 639 av 1534 patienter med hjärnskada, alla kategorier. Det utgör 42% (31% år 2015), vilket även om användningsgraden ökat måste bedömas som ett lågt värde. Medianvärdena varierar mellan olika enheter men är svåra att bedöma i de fall andelen bedömda individer med hjärnskada är låg. Nedan visas fördelningen av GOSE-värden vid utskrivning i enhetsgrupp 1 och 3 (ej grupp 2 pga låggradig användningsgrad).

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

Sjukhus	Användningsgrad	Median
Blekinge	75%	6
Borås	93%	6
Danderyd	96%	5
Falun	53%	6
Gotland	0%	0
Halmstad	21%	6
Härnösand	0%	0
Hässleholm	0%	0
Jönköping	0%	0
Karlstad	84%	4
Karolinska	0%	0
Linköping	60%	5
Mälargården	6%	7
Rehabstation	0%	0
Sahlgrenska	81%	5
Sandviken	58%	6
Skåne	59%	6
Skövde	0%	0
Stockholms sjukhem	0%	0
Sunderby	0%	0
Umeå	15%	3
Uppsala	70%	6
Västervik	0%	0
Västerås	77%	6
Växjö	13%	6
Örebro	0%	0

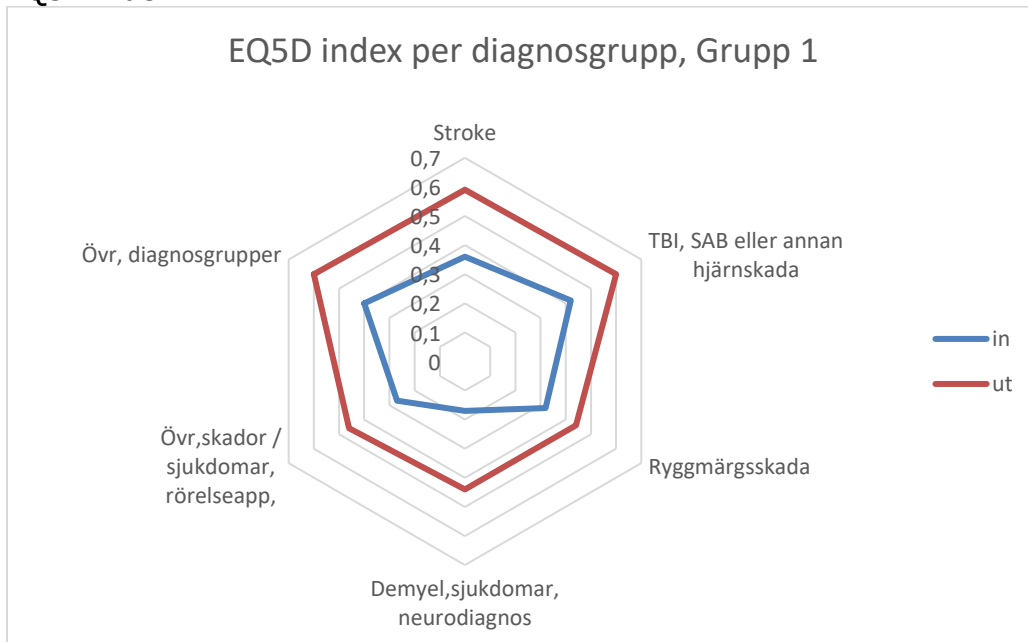


## EQ5D

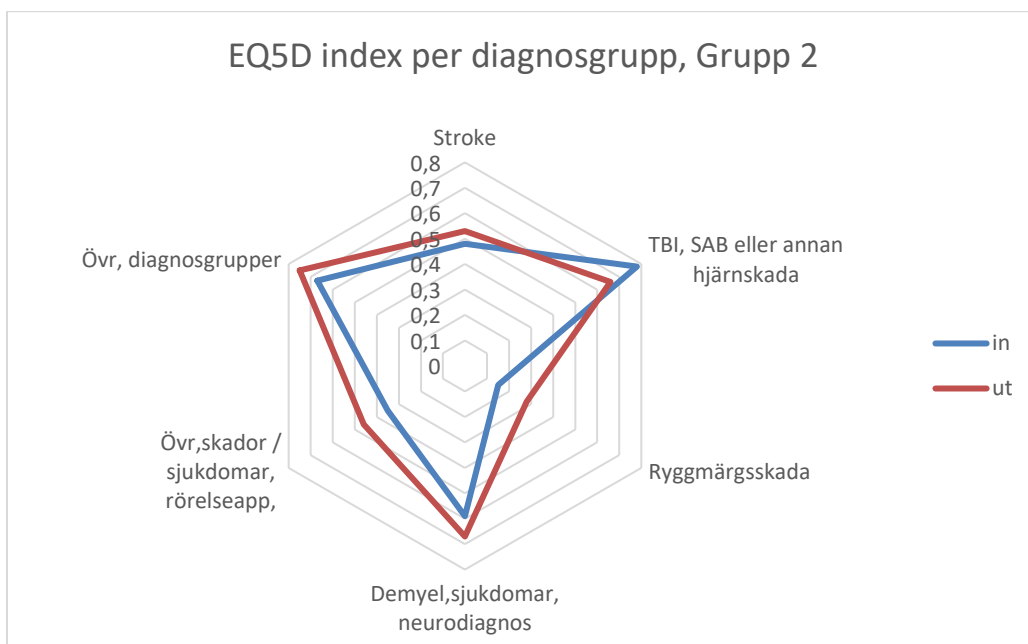
European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som ett VAS-värde på en skala 1-100 där 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet är baserat på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och varierar mellan -0,597 och 1. Ju högre värde desto bättre hälsa.

Man ser klara förbättringar generellt i alla enheter mellan in- och ut- värden i EQ-index även om de varierar mellan diagnosgrupperna. VAS värdet är också högre vid ut- jämfört med vid inskrivning som regel. Ju högre värde desto bättre upplevd hälsa.

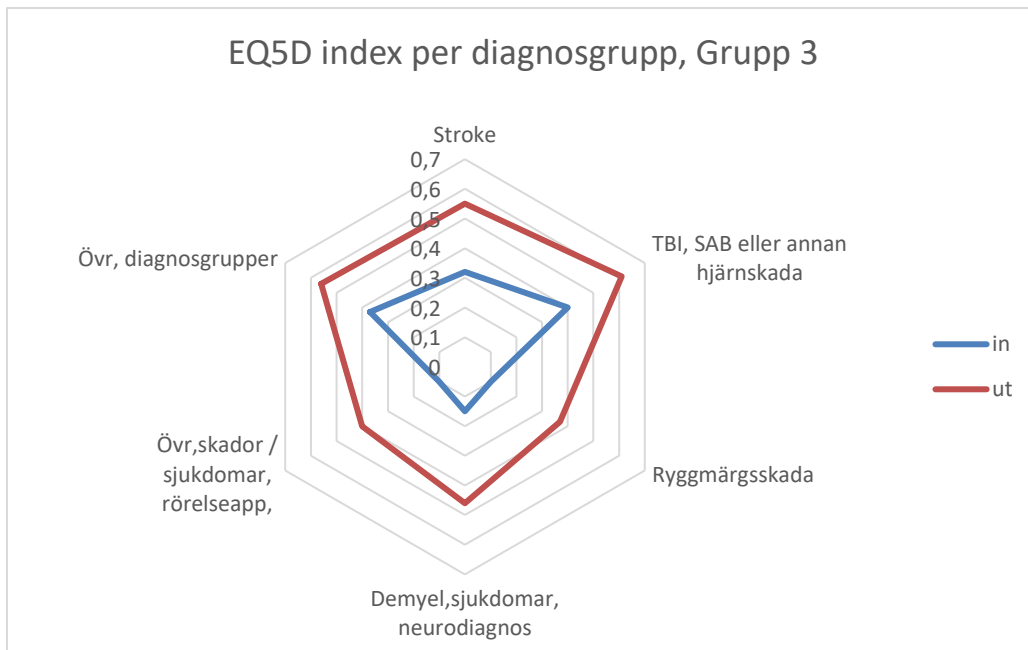
## EQ5D index



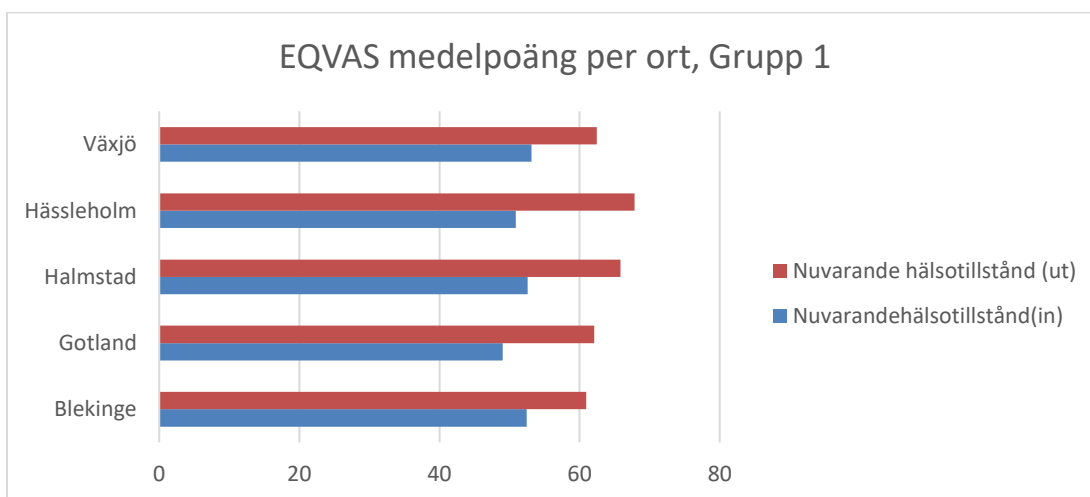
Figur 32 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



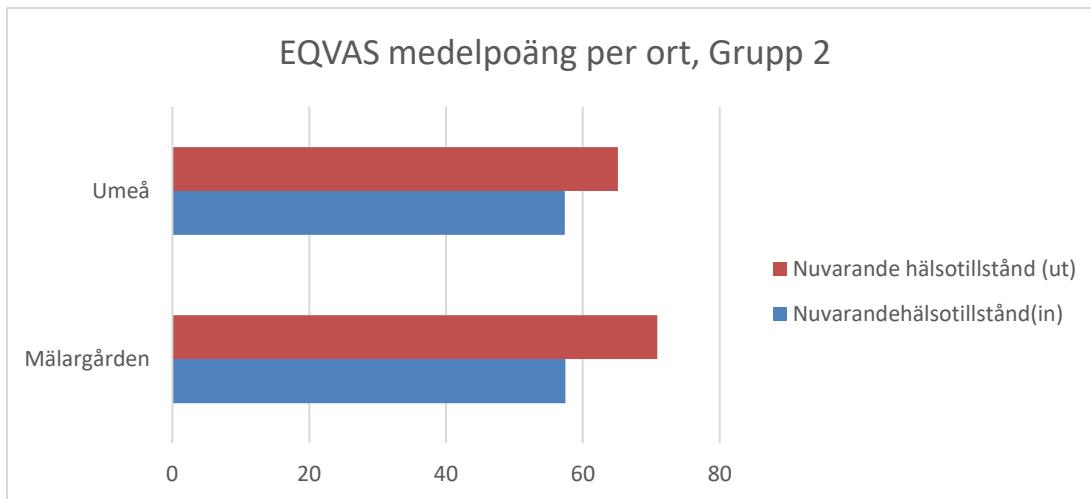
Figur 33 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



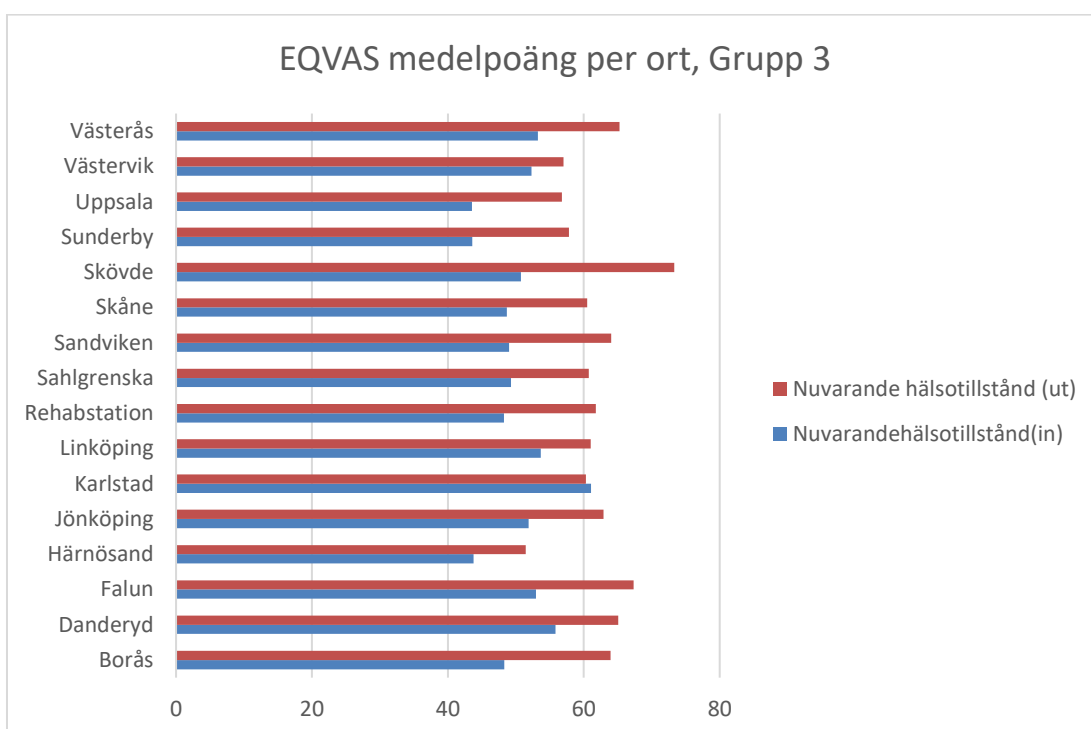
Figur 34 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.



Figur 35 EQ5D VAS per ort, grupp 1.



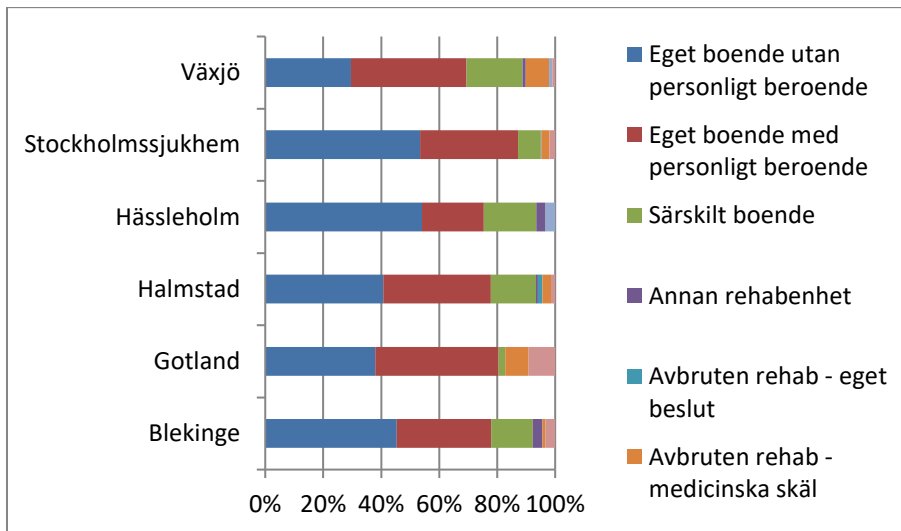
Figur 36 EQ5D VAS per ort, grupp 2.



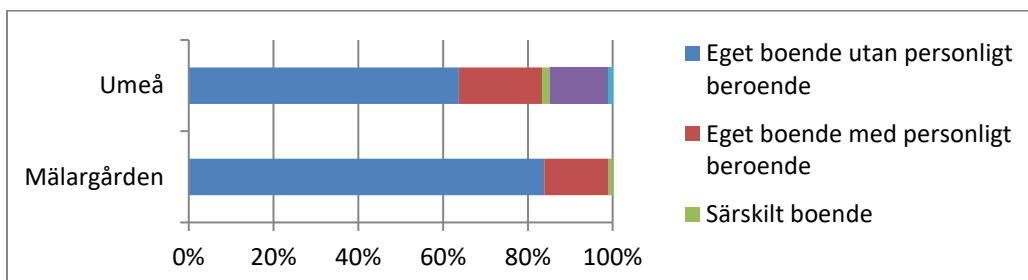
Figur 37 EQ5D VAS per ort, grupp 3.

## 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 utan personligt beroende (79%). I grupp 1 sker det i 46% och i grupp 3 i 38% av fallen. Utskrivning till eget boende med personligt beroende sker i 35% i grupp 1, 16% i grupp 2 och 34% i grupp 3. Utskrivning till särskilt boende sker i 11% i både enhetsgrupp 1 och 3. Det finns variationer mellan enheter inom grupperna men generellt sett är det inga stora skillnader mellan enhetsgrupp 1 och 3 trots att det finns skillnad i ålderspanorammat.

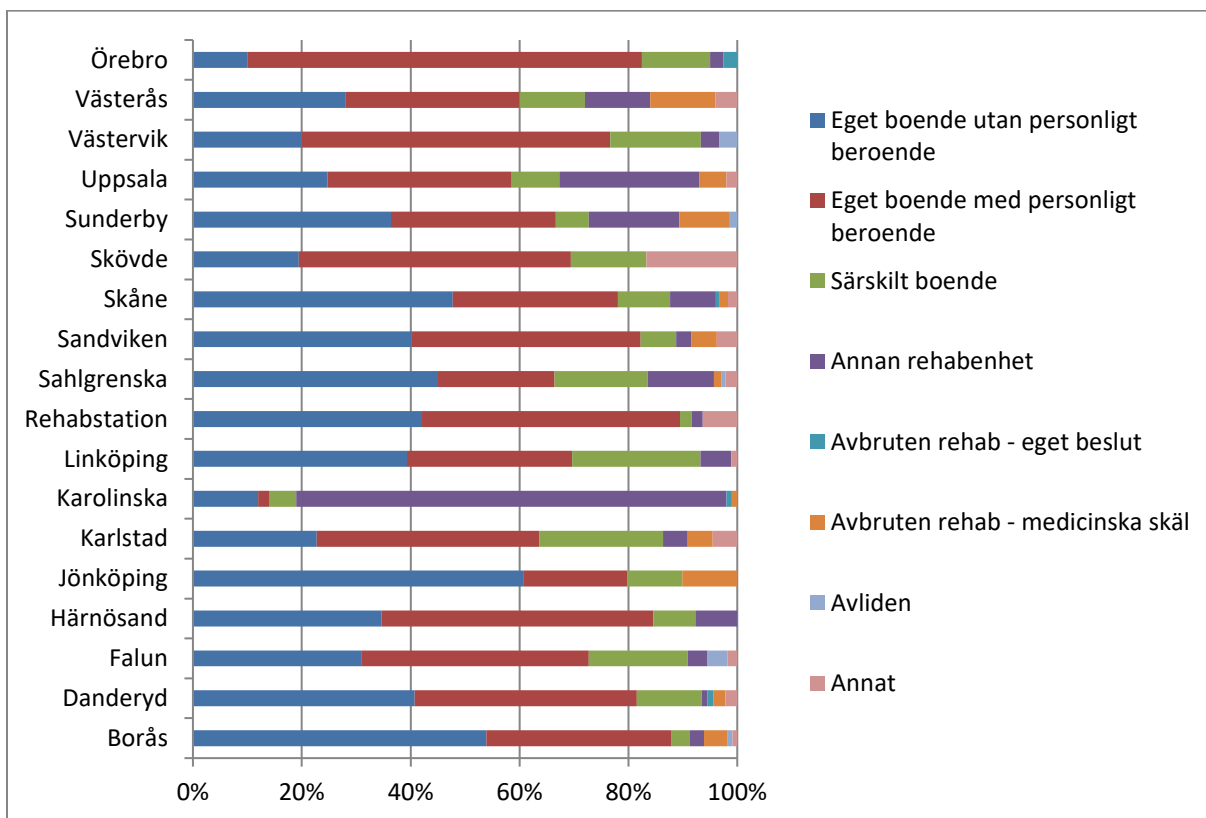


Figur 38 utskrivna till, grupp 1.



Figur 39 utskrivna till, grupp 2.





Figur 40 utskriven till, grupp 3.

När man analyserar ålderns betydelse för vad man skrivs ut till ser man att den äldsta åldersgruppen har lägst andel utskrivna till självständigt boende (boende utan personligt beroende). Intressant är dock att andelen utskrivna till självständigt boende för 65 år och äldre - 43% - är högre jämfört med 2015 då det var 32%. Inom äldsta åldersgruppen är också högst andel utskrivna till särskilt boende, även om det inte är några stora skillnader.

Tabell 25 Utskriven till redovisat per åldersgrupp.

Utskriven till	Åldersgrupp					
	16-44 år		45-64 år		65 och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	274	50%	626	48%	454	43%
Eget boende med personligt beroende	145	27%	409	32%	360	34%
Särskilt boende	32	6%	120	9%	124	12%
Totalt antal i åldersgruppen	543	19%	1295	45%	1059	36%

Det är inte någon skillnad i utskrivning till självständigt boende om man är beroende i fysiska eller social-kognitiva items då ca 1/3 ändå kan skrivas ut till självständigt boende. Även om man är oberoende i fysiska items skrivs endast 67% ut till självständigt boende. Vid beroende i kognitiva items är det mer differentierad bild. Många skrivs ut till särskilt boende men 276 personer kan ändå skrivas ut till eget boende utan personligt beroende.

Tabell 26 "Utskriven till" relaterat till beroende eller oberoende i fysiska respektive kognitiva items.

Utskriven till	Fysiska items ut				Soc/Kogn items ut			
	Oberoende		Beroende		Oberoende		Beroende	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende utan personligt beroende	634	67%	319	33%	677	71%	276	29%
Eget boende med personligt beroende	148	18%	654	82%	375	47%	427	53%
Särskilt boende	10	4%	244	96%	44	17%	210	83%
<b>Total</b>	<b>782</b>		<b>1217</b>		<b>1096</b>		<b>913</b>	

Alla alternativ av vad man kan bli utskriven till är inte medtagna. De som skrevs ut till annan rehabenhet, avbruten rehab (eget beslut eller medicinska skäl), annat boende eller avlidit är inte medräknade.

## Försörjning

Vid inskrivning (d v s mestadels innan insjuknandet) har 75% ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning sett över totalt antal patienter.

Vad gäller försörjningsförändring vid ut- jämfört med vid inskrivning så ser man skillnader mellan de 3 enhetsgrupperna. I enhetsgrupp 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. Det blir sällan någon förändring. Man måste ändå ifrågasätta värdet att endast 51% av patienter utan FK-ersättning vid inskrivning i enhetsgrupp 3 har ersättning av Försäkringskassan vid utskrivning. Det finns risk att det är oklarheter i tolkning av alternativen vid inmatningen och det finns skäl att se över utformningen av variablerna i registret.

Tabell 27 Förändring av grad av ersättning från Försäkringskassan vid in- respektive utskrivning i andelar (%) fördelat på de tre olika enhetsgrupperna.

	Grupp	Utskrivning JA
Inskrivning JA	1	87%
	2	99%
	3	94%
Inskrivning NEJ	1	19%
	2	4%
	3	51%

## 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 variabler i LiSat och mellan olika diagnosgrupper. Högst andel tillfredsställda ses vad gäller familjeliv och parförhållande och lägst vad gäller yrkesliv och sexualliv. Detta är oförändrat jämfört med föregående år och ger fortfarande en klar fingervisning om områden där förbättringar i rehabiliteringsprocessen kan behövas.

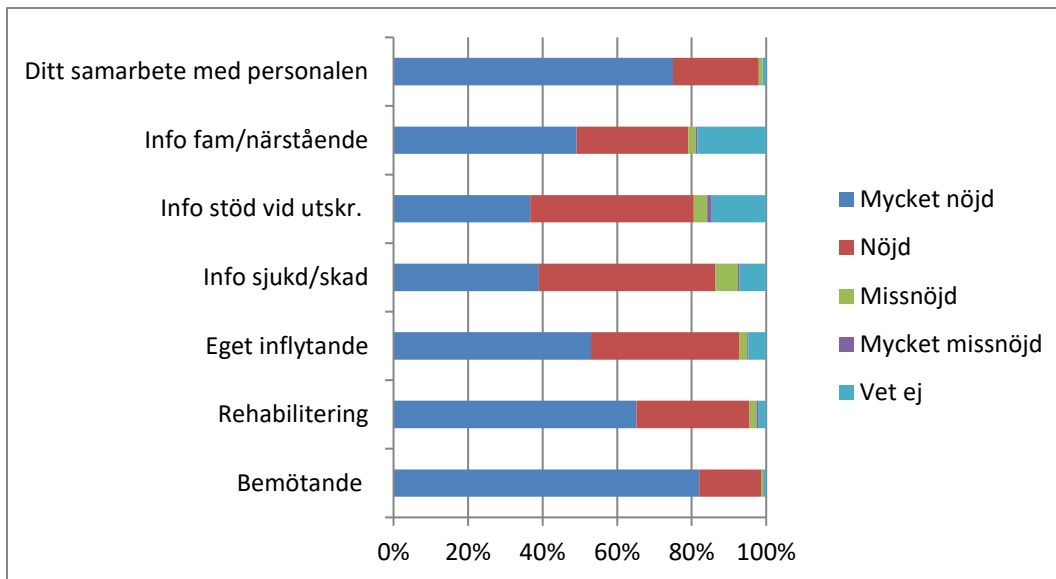
Tabell 28 andel (i %) tillfredsställda (LiSat 4-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

Diagnos	Livet i allmänhet		Yrkes-/sysselsättningssituationen		Ekonomi		Fritidssituationen		Kontakterna med vänner och bekanta	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	259	75%	119	45%	189	68%	157	58%	225	81%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	143	79%	73	46%	104	64%	95	59%	130	80%
Ryggmärgsskada	97	64%	57	42%	105	77%	62	45%	113	82%
Demyel, sjukdomar, neurodiagnos	70	83%	38	66%	55	82%	48	72%	57	86%
Övr, skador / sjukdomar, rörelseapp,	79	81%	22	51%	29	64%	25	54%	39	89%
Övr, diagnosgrupper	38	75%	14	47%	22	71%	19	63%	26	84%

Diagnos	Sexuallivet		Förmågan att klara mig själv		Familjelivet		Parförhållandet		Kroppsliga hälsan		Psykiska hälsan	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stroke	98	40%	186	66%	220	80%	167	63%	174	62%	205	73%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	67	48%	124	76%	142	88%	95	61%	98	60%	115	71%
Ryggmärgsskada	26	21%	62	46%	115	84%	64	49%	56	41%	98	71%
Demyel, sjukdomar, neurodiagnos	33	56%	51	77%	52	84%	40	65%	43	64%	55	83%
Övr, skador / sjukdomar, rörelseapp,	22	54%	26	58%	38	83%	28	62%	26	58%	35	78%
Övr, diagnosgrupper	8	36%	22	69%	26	87%	14	58%	17	55%	22	71%

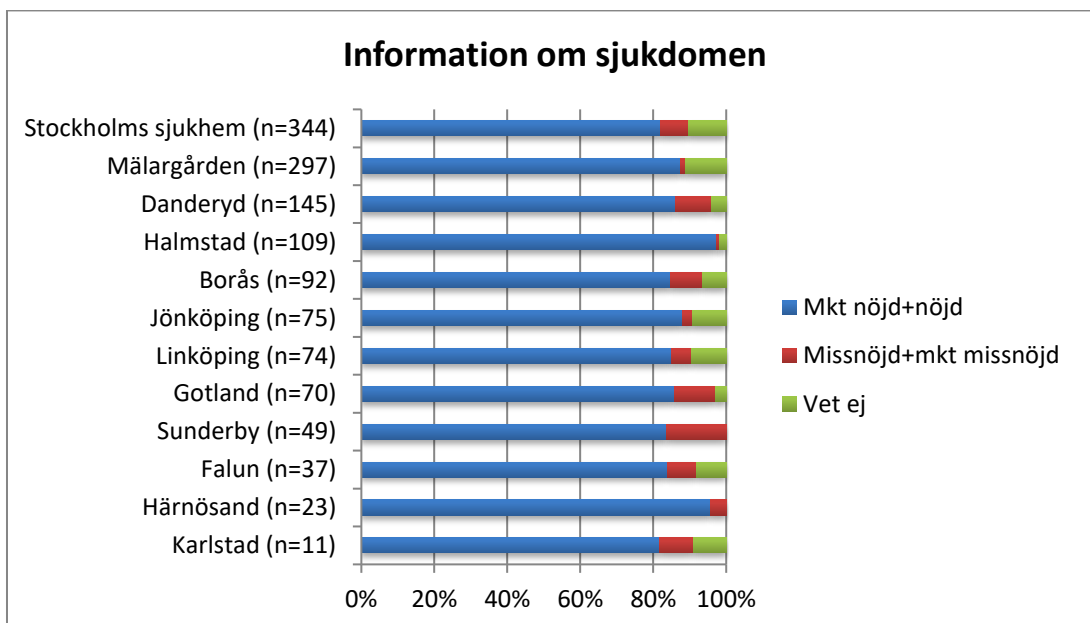
## Patientnöjdhet

Ifyllnadsgraden är 73% (inkluderar de som är gjorda -68%- samt de som registrerats som "kan ej genomföras" - 5%) vilket är något lägre jämfört med föregående år (77%). Målnivån är 80%. Största problemet är bortfallet, vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. Områdena där det finns högst grad av nöjdhet är som tidigare bemötande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen.

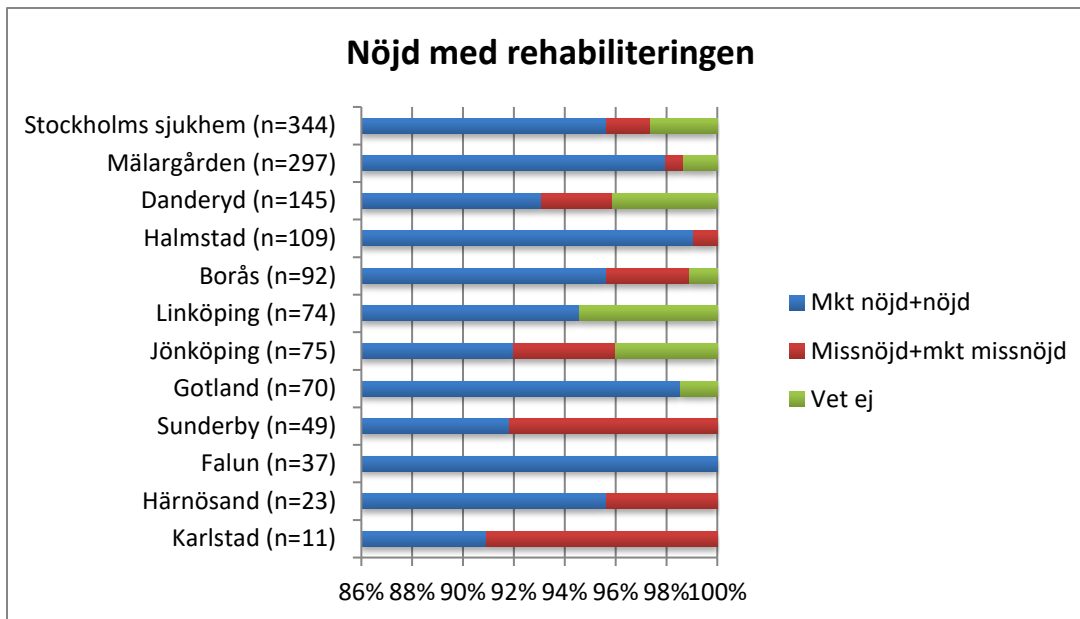


Figur 41 Nöjdhetsgrad- riksgenomsnitt – för de olika frågorna.

Följande figurer visar nöjdhetsgrad på tre av de områden där det är större andel missnöjda och "vet ej" enbart för de enheter som har en ifyllnadsgrad av 80% eller mer. (De enkäter som registrerats som "kan ej genomföras" är inkluderade i ifyllnadsgraden.)

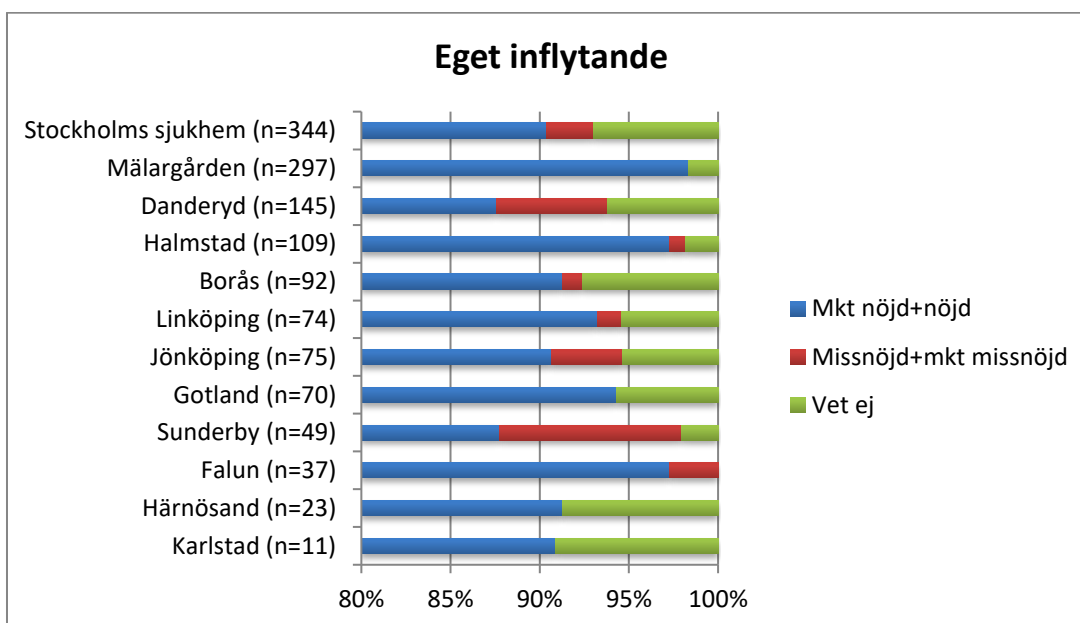


Figur 42 Nöjdhetsgrad information om sjukdomen, enheter med  $\geq 80\%$  ifyllnadsgrad.



Figur 43 Nöjdhetsgrad nöjd med rehabiliteringen, enheter med  $\geq 80\%$  ifyllnadsgrad.

OBS att x-axeln är 85-100%.



Figur 44 Nöjdhetsgrad eget inflytande, enheter med  $\geq 80\%$  ifyllnadsgrad.

OBS att x-axeln är 80-100%.