

WebRehab Sweden

Årsrapport uppföljning

2016

Innehåll

Inledning.....	5
Demografi.....	6
Boendesituation	9
Ersättning från Försäkringskassan.....	11
Arbetsförmåga vid uppföljning.....	12
Körlämplighet	13
Utfallsmått.....	13
EQ5D.....	13
GOSE.....	15
HAD: Ångest och depression	16
Livstillfredsställelse	16
IPA–impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande)	16
Nöjdhetsfrågor	18

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 Antal uppföljningar per enhet	6
Tabell 2 Uppföljning av patienter med födelseland utom Norden.	8
Tabell 3 Boendesituation vid uppföljning-slutenvård.	9
Tabell 4 Boendesituation vid uppföljning öppenvård.	10
Tabell 5 Särskilt boende	10
Tabell 6 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från inskrivning till uppföljning efter slutenvård.....	11
Tabell 7 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från inskrivning till uppföljning efter öppen vård.....	11
Tabell 8 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från utskrivning till uppföljning efter slutenvård.....	12
Tabell 9 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från utskrivning till uppföljning efter öppen vård.....	12
Tabell 10 EQ5D index, uppföljning efter slutenvård.	14
Tabell 11 EQ5D index, uppföljning efter slutenvård, per enhet.	14
Tabell 12 GOSE, antal och andel, vid utskrivning och uppföljning slutenvård.....	15
Tabell 13 GOSE, antal och andel, vid utskrivning och uppföljning, öppenvård.....	15
Tabell 14 Ifyllnad Livstillfredsställelse	16
Tabell 15 IPA; självständighet inomhus, 7 delfrågor.....	17
Tabell 16 IPA; självständighet utomhus, 5 delfrågor.....	17
Tabell 17 IPA; roll inom familjen, 7 delfrågor.....	17
Tabell 18 IPA; sociala relationer, 6 delfrågor	17
Tabell 19 IPA; arbete och utbildning, 6 delfrågor	17
Figur 1 Andel gjorda uppföljningar.....	7
Figur 2 Orsak till ej genomförd uppföljning.....	8
Figur 3 Diagnosfördelning i %.....	9
Figur 4 Resultat EQ5D VAS, per diagnosgrupp	13
Figur 5 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen Öppenvård. Enbart utredning/bedömning	18
Figur 6 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab.....	18
Figur 7 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen slutenvård.....	18
Figur 8 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan. Öppenvård Enbart/bedömning	19
Figur 9 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab.	19
Figur 10 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan slutenvård Det är hög grad av nöjdhet med eget inflytande i alla grupper. Man ser en klar ökning av andel nöjda i gruppen öppen vård utredning/bedömning med 86% nöjda i år jämfört med 61%år 2015.....	20
Figur 11 Information om sjukdomen öppenvård. Enbart utredning/bedömning.....	20
Figur 12 Information om sjukdomen öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab	20
Figur 13 Information om sjukdomen slutenvård.....	21

Figur 14 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering öppenvård Enbart utredning/bedömning.....	21
Figur 15 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering öppenvård Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab.	21
Figur 16 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering slutenvård.....	22

Inledning

Uppföljningsprocessen i fem steg

1. Analysera nuläge och förutsättningar.
2. Planera och prioritera uppföljningen utifrån behov och resurser.
3. Samla in material med olika metoder utifrån syftet med uppföljningen.
4. Bearbeta, analysera och bedöm det insamlade resultatet och materialet.
5. Åtgärda verksamheten och uppföljningssystem, samt informera om resultatet.

Målsättning med rehabiliteringsarbetet är att göra personen så delaktig som möjligt i olika livssituationer, i samhället samt att känna en god livstillfredsställelse. Många personer har först ett behov av slutenvårdsrehabilitering där syftet är ge personen en möjlighet att fungera i samhället igen. Många verksamheter erbjuder också öppenvårdsrehabilitering som kan vara organiserad på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och traditioner. En del patienter går från slutenvård till öppenvård medan en del kommer direkt till öppenvård och en del patienter går från slutenvård till fortsatt träning inom primärvård eller kommun. Det gör att rehabiliteringskliniker behöver ett samarbete med kringliggande samhälle och att rehabiliteringsprocessen fortsätter inom primärvård och kommun. Genom att göra uppföljningar kan vi dels följa resultaten av insatta åtgärder, dels undersöka hur personen upplever att det fungerar när man vistas ute i samhället igen; en upplevelse grundad på en inverkan från såväl sjukvårdens insatser som från samhället finns men det är inte möjligt att särskilja dessa insatsers påverkan.

Uppföljningar görs 12 månader efter insjuknandet som huvudprincip. När insjuknandedatum är oklart (som till exempel kan vara fallet vid multipel skleros) eller om tillståndet har funnits mer än 12 månader så äger uppföljningen rum 12 månader efter inskrivning på rehabiliteringsenheten. Enheterna skickar ut information om att en uppföljning kommer att äga rum och i samband med detta också de frågeformulär som patienten skall besvara för att ge dem tid för förberedelse (info om detta ligger på WebRehabs hemsida). Därefter sker uppföljningen från rehabiliteringsenheten.

Uppföljningens resultat bygger på data från patienter som klarmarkerats vid inskrivning, utskrivning och uppföljning och som utförts inom stipulerad tidsgräns (-1 till +2 mån). Uppföljningarna ska vara gjorda under 2016.

Följande områden presenteras i årets rapport

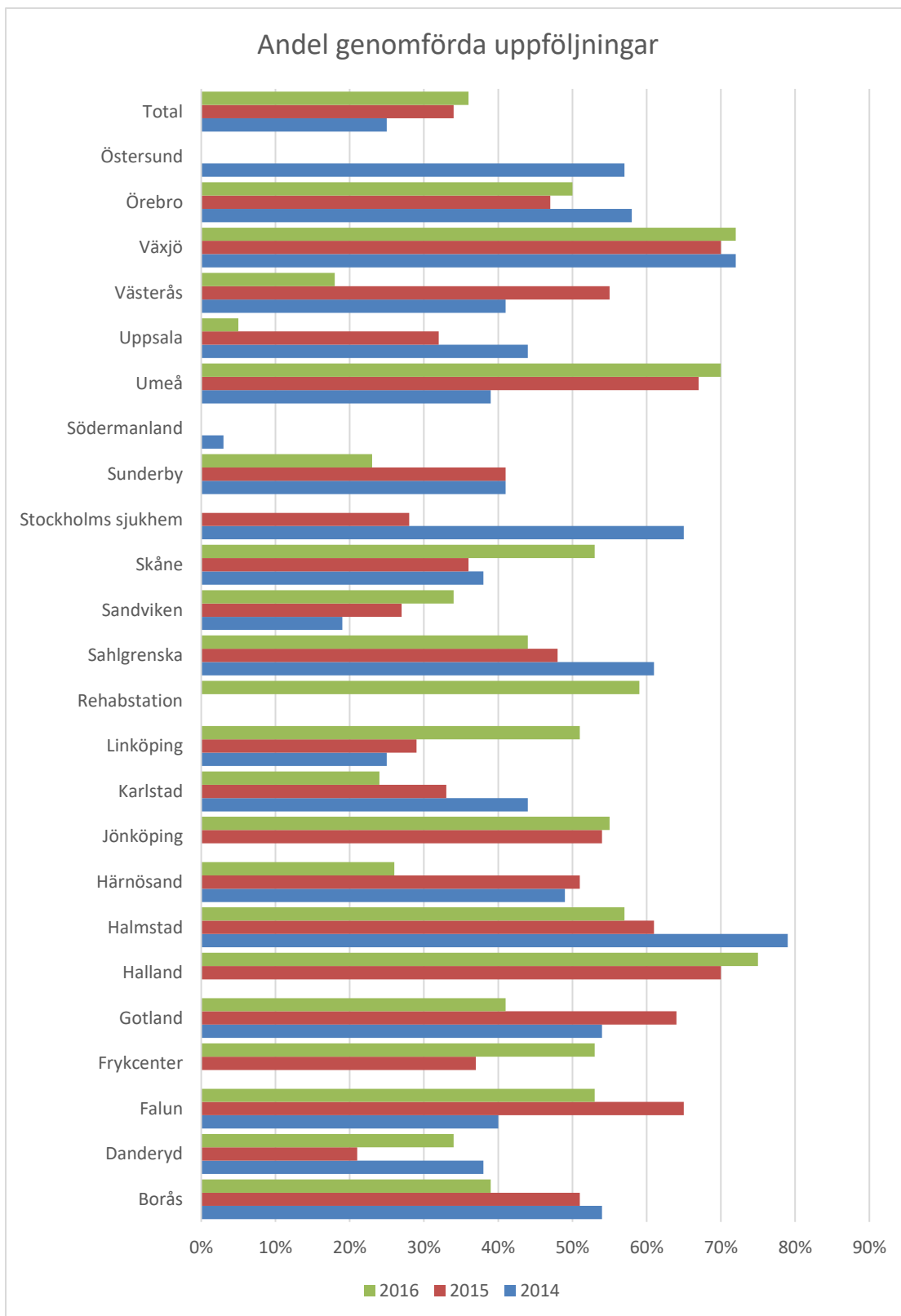
- **Aktuell situation:** Boende, hushåll, försörjningssituation, körkort
- **Patient reported outcomes measures (PROM):** EQ-5D, LiSAT (Life SATisfaction enligt Fugl-Meyer)
- **Frågor gällande rehabiliteringsinsatser:**
 - Har skriftlig rehabplan upprättats?
 - Har rehabplan använts?
 - Patient rapporterad nöjdhet (PREM)
 - Upplevelse av rehabiliteringsinsatser
 - Eget inflytande över rehabiliteringen
 - Information om sjukdomen
 - Information och bemötande till familj och närstående under rehabiliteringen

Demografi

De olika ingående enheterna har hittills arbetat olika med att uppföljning av sina patienter. Det är vanligare att uppföljning sker från slutenvården än öppenvården. Vi ser en liten ökning 2016 med totalt 1125 uppföljningar, jämfört med 1022 under 2015. Spinaluppföljningar ingår inte utan redovisas separat i spinaldelen av årsrapporten. Alla deltagande enheter från de olika landstingen genomför inte uppföljningar vilket är beklagansvärt. Antalet uppföljningar är dock inte i paritet med antal registreringar i slutenvård och öppen vård. I slutenvård hade vi 2730 registreringar 2014 och 2696 registreringar 2015 (alla spinalpatienter redovisades inte i slutenvårdsrapporten). I öppen vård var det 1402 registreringar år 2014 och 1384 år 2015. Uppföljningen genereras av första vårdtillfället oavsett om det var slutenvård eller öppen vård. Därmed borde åtminstone drygt 2000 uppföljningar ha genomförts. Det är en utmaning att förbättra detta. Uppföljningen är viktig för att kunna följa resultatet av rehabiliteringen. Det vanligaste skälet till utebliven uppföljning är att den inte gjorts inom angivet tidsintervall (figur 2). Resursbrist och organisatoriska svårigheter kan ligga bakom det. Språksvårigheter verkar inte vara något stort hinder. Andelen uppföljda av de som är födda utanför Norden är inte sämre än för helheten (tabell 2). Man måste förstås också analysera om de frågor som ställs vid uppföljningen är relevanta eller behöver förbättras. Eftersom det saknas en stor del av uppföljningarna kan man bara dra begränsade slutsatser men det väcker ändå frågor inför framtiden.

Tabell 1 Antal uppföljningar per enhet

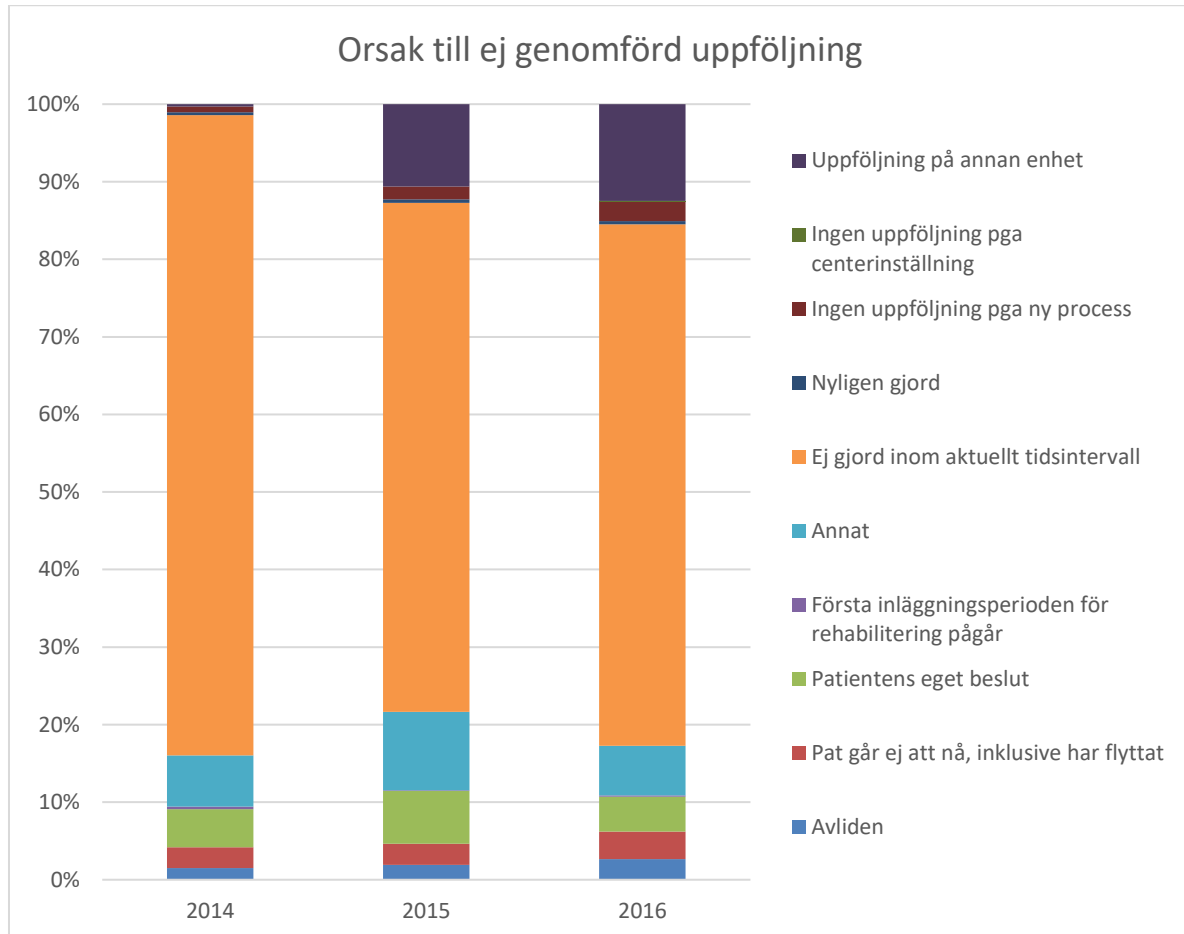
	Slutenvård	Öv-enb utredning/bedömning	Öv-förmågehöjande/ förmågebibehållande rehab	Total
Borås	42	0	24	66
Danderyd	81	19	68	168
Falun	34	0	0	34
Gotland	47	0	3	50
Halland	0	0	21	21
Halmstad	75	2	5	82
Härnösand	9	0	0	9
Jönköping	39	4	20	63
Karlstad	1	0	11	12
Linköping	37	0	0	37
Rehabstation	15	0	5	20
Sahlgrenska	56	9	32	97
Sandviken	55	2	1	58
Skåne	73	2	24	99
Sunderby	4	3	22	29
Umeå	46	1	44	91
Uppsala	1	0	5	6
Västerås	2	0	0	2
Växjö	86	8	52	146
Örebro	16	0	19	35
Total	719	50	356	1125



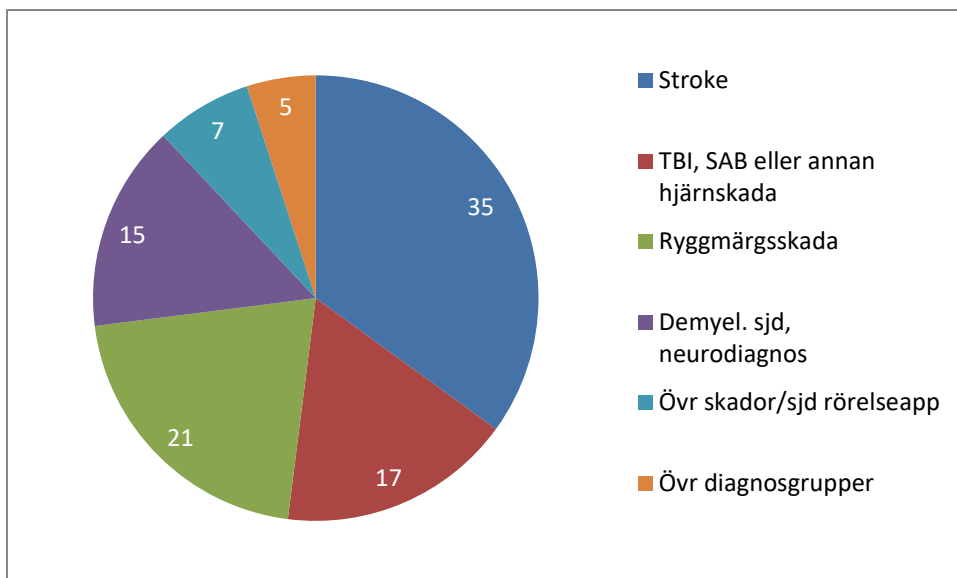
Figur 1 Andel gjorda uppföljningar.

Tabell 2 Uppföljning av patienter med födelse land utom Norden.

	2015		2016	
	Uppföljning genomförd		Uppföljning genomförd	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inom Europa	47	56%	243	78%
Utom Europa	2	3%	36	92%



Figur 2 Orsak till ej genomförd uppföljning.



Figur 3 Diagnosfördelning i %.

Boendesituation

Utskrivna från slutenvård

Tabell 3 Boendesituation vid uppföljning-slutenvård.

Kön	Eget boende utan personligt beroende		Eget boende med personligt beroende		Särskilt boende		Annat rehabenhet		Annat		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Man	268	61%	111	25%	25	6%	4	0%	22	5%	7	2%	437	61%
Kvinna	186	66%	78	28%	7	2%	1	0%	5	2%	5	2%	282	39%
Total	454	63%	189	26%	32	4%	5	1%	27	4%	12	2%	719	100%

Utskrivna från öppenvård

Tabell 4 Boendesituation vid uppföljning öppenvård.

Boende vid uppföljning, öppenvård

Kön	Eget boende utan personligt beroende		Eget boende med personligt beroende		Särskilt boende		Annan reabilitation		Annat		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Man	179	85 %	25	12 %	0	0 %	1	0 %	5	2 %	0	0 %	210	52 %
Kvinna	166	85 %	26	13 %	0	0 %	0	0 %	3	2 %	1	0 %	196	48 %
Total	345	85 %	51	13 %	0	0 %	1	0 %	8	2 %	1	0 %	406	100 %

Vid uppföljning har de allra flesta ett eget boende – 89% efter slutenvård och 98% efter öppenvård. Det tycks inte vara någon direkt skillnad mellan män och kvinnor vad gäller boendesituation efter öppen vård och andelen med självständigt boende är ungefär samma som 2015. De som följs upp efter öppen vård har ett självständigt boende i högre grad, 85 % i jämförelse med slutenvård 63 %.

Särskilt boende

Tabell 5 Särskilt boende

	Särskilt boende	
	Antal	Andel
15 och yngre	0	0%
16-44 år	4	1%
45-64 år	8	1%
65 och äldre	20	3%
Total	32	4%

När det gäller särskilt boende ses som förväntat att antalet och andelen med särskilt boende ökar med ålder även om andelen totalt sett är liten. Ingen skillnad ses vid jämförelse med år 2015 då det var 28 personer (4%) som hade den boendeformen.

Ersättning från Försäkringskassan

De flesta patienterna tas in till slutenvård från annan akut-enhet och är därmed sjukskrivna men i registreringen vid inskrivning ska försörjningsform innan insjuknandet anges. Det finns fortfarande risk att en del patienter är felregistrerade på den punkten även om det också finns patienter som har en pågående sjukskrivning innan insjuknandet. Vid in-registrering i öppen vård är det försörjningssättet vid inskrivningstillfället som registreras. Denna skillnad mellan öppen och slutenvård måste man ha i åtanke vid tolkningen.

Jämförelserna gäller för uppföljning från slutenvård och öppen vård – förmågehöjande/-bibehållande och i alla tabeller används samma färgkodning. Gröna fält indikerar lägre ersättningsnivå och det kan betyda ökad arbetsförmåga. Röda fält indikerar lägre arbetsförmåga.

Tabell 6 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från inskrivning till uppföljning efter slutenvård.

Inskrivning	Uppföljning													
	Nej		Ja, 25		Ja, 50		Ja, 75		Ja, 100		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	336	47%	7	1%	22	3%	34	5%	125	17%	5	1%	529	74%
Ja, 25	1	0%	2	0%	0	0%	1	0%	3	0%	0	0%	7	1%
Ja, 50	1	0%	1	0%	4	1%	1	0%	5	1%	0	0%	12	2%
Ja, 75	0	0%	1	0%	0	0%	5	1%	2	0%	0	0%	8	1%
Ja, 100	45	6%	3	0%	9	1%	8	1%	94	13%	1	0%	160	22%
Vet ej	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	3	0%
Total	385	54%	14	2%	35	5%	49	7%	230	32%	6	1%	719	100%

Det är 10% (8% 2015) som har fått en lägre grad av ersättning från FK, 28% har fått en högre grad av ersättning och 62% (60% 2015) som har oförändrad nivå.

Tabell 7 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från inskrivning till uppföljning efter öppen vård.

Försäkringskassan (in)	Uppföljning													
	Nej		Ja, 25		Ja, 50		Ja, 75		Ja, 100		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	127	31%	10	2%	17	4%	15	4%	25	6%	1	0%	195	48%
Ja, 25	2	0%	3	1%	2	0%	1	0%	0	0%	0	0%	8	2%
Ja, 50	4	1%	3	1%	7	2%	2	0%	3	1%	0	0%	19	5%
Ja, 75	3	1%	1	0%	4	1%	2	0%	3	1%	0	0%	13	3%
Ja, 100	37	9%	9	2%	10	2%	17	4%	94	23%	2	0%	169	42%
Vet ej	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%
Total	175	43%	26	6%	40	10%	37	9%	125	31%	3	1%	406	100%

Det är 22% (28% 2015) som har fått en lägre grad av ersättning från FK, 19% som fått högre grad och 57% (53% 2015) som har oförändrad nivå.

Tabell 8 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från utskrivning till uppföljning efter slutenvård.

Utskrivning	Uppföljning													
	Nej		Ja, 25		Ja, 50		Ja, 75		Ja, 100		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	259	36%	3	0%	2	0%	5	1%	24	3%	1	0%	294	41%
Ja, 25	1	0%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0%
Ja, 50	0	0%	1	0%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	1%
Ja, 75	1	0%	0	0%	1	0%	5	1%	1	0%	0	0%	8	1%
Ja, 100	119	17%	8	1%	29	4%	39	5%	202	28%	5	1%	402	56%
Vet ej	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0%	0	0%	6	1%
Total	383	53%	14	2%	35	5%	49	7%	230	32%	6	1%	717	100%

Det är 28 % som har fått en lägre grad av ersättning från FK, 5% som har fått högre grad av ersättning och 66% som har oförändrad nivå. Det är ändå mer än en fjärdedel som får minskad ersättning från FK, vilket åtminstone till en del kan betyda ökad arbetsförmåga/anställningsbarhet.

Tabell 9 Förändring av ersättning från Försäkringskassan från utskrivning till uppföljning efter öppen vård.

Utskrivning	Uppföljning													
	Nej		Ja, 25		Ja, 50		Ja, 75		Ja, 100		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	101	25%	4	1%	4	1%	4	1%	12	3%	0	0%	125	31%
Ja, 25	1	0%	5	1%	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	8	2%
Ja, 50	5	1%	3	1%	8	2%	2	0%	1	0%	0	0%	19	5%
Ja, 75	8	2%	4	1%	3	1%	1	0%	1	0%	0	0%	17	4%
Ja, 100	54	13%	10	2%	23	6%	28	7%	111	27%	3	1%	229	56%
Vet ej	6	1%	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	8	2%
Total	175	43%	26	6%	40	10%	37	9%	125	31%	3	1%	406	100%

Det är 34% som har fått en lägre grad av ersättning från FK, 6% som fått högre grad av ersättning och 56 % som har oförändrad nivå. Här ser vi ännu större andel – en tredjedel, jämfört med efter slutenvård, som får minskad ersättning från FK.

Arbetsförmåga vid uppföljning

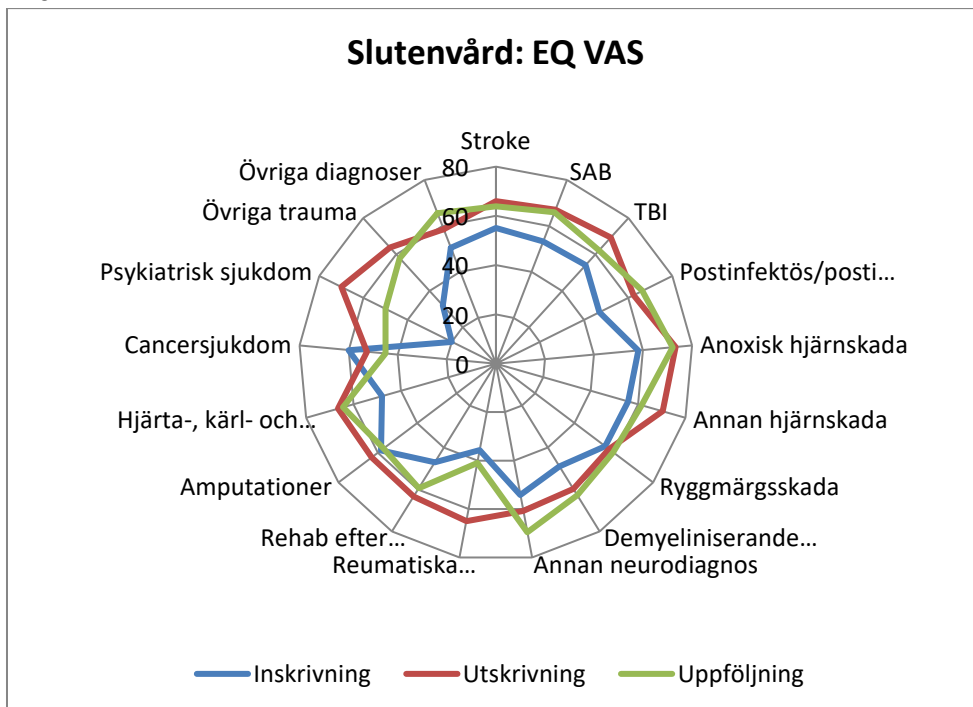
Vid uppföljningen har de som fått öppen vård kunnat öka sin arbetsförmåga något mer än de som följts upp efter slutenvård men det är ingen stor skillnad. Det är också en stor andel som har oförändrad nivå. Vad gäller slutenvård är det en större förändring från utskrivning jämfört med från inskrivning. Det talar för att man trots en sjukdom eller skada som inneburit behov av ineliggande rehabilitering kan återkomma i arbete i relativt hög grad. Vid jämförelse med föregående år är det inga egentliga skillnader. Vad som också kan lyftas fram är att det är påtagligt fler som har fått lägre grad av ersättning än som fått högre om man jämför nivåerna vid utskrivning med vid uppföljning.

Körlämplighet

Målet för genomförda bedömningar av körlämplighet vid utskrivning är 90 %. Det är svårare att mäta i samband med uppföljning eftersom svaret grundar sig enbart på patientens egen uppfattning enbart. Om man lägger ihop andelen ej bedömda (9%) med andelen som svarat "vet ej" (5%) är det 86% där man har bedömt körlämplighet, vilket inte är så långt ifrån målnivån.

Utfallsmått

EQ5D



Figur 4 Resultat EQ5D VAS, per diagnosgrupp

EQ5DVAS

EQ5D VAS per diagnosgrupp speglar den enskildes uppfattning om sitt totala hälsotillstånd på en skala från 0 till 100, där 0 är sämsta tänkbara tillstånd och 100 är bästa tänkbara tillstånd. Värdet är högre vid utskrivning jämfört med vid inskrivning för alla diagnosgrupper. Vid uppföljning varierar värdet mellan olika diagnosgrupper men är oftast lägre än vid utskrivning. Man får dock vara försiktig i tolkningen av olika diagnosgruppers värden utifrån att flera består av få individer. De diagnosgrupper som är störst är stroke (n298), TBI (traumatisk hjärnskada – n62), SAB (subarachnoidal blödning – n30), annan neurodiagnos (n62), rehab efter ortopediskt ingrepp (n53). De låga antalen förklaras av att EQ5D endast fanns i så litet antal individer vid alla 3 tillfällena.

Tabell 10 EQ5D index, uppföljning efter slutna vård.

Diagnos	Inskrivning		Utskrivning		Uppföljning	
	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel
Stroke	270	0,4	256	0,6	315	0,6
SAB	25	0,4	26	0,6	31	0,6
TBI	39	0,4	47	0,7	66	0,6
Postinfektös/postinflammatorisk hjärnskada	11	0,2	10	0,6	12	0,7
Anoxisk hjärnskada	10	0,4	9	0,9	14	0,8
Annan hjärnskada	17	0,5	12	0,8	21	0,6
Ryggmärgsskada	24	0,2	22	0,4	13	0,3
Demyeliniserande sjukdomar	21	0,6	21	0,6	24	0,6
Annan neurodiagnos	58	0,4	55	0,6	64	0,6
Reumatiska sjukdomar	3	0,2	3	0,5	3	0,3
Rehab efter ortopediska ingrepp/Övriga sjukdomar och skador	50	0,2	47	0,5	54	0,5
Amputationer	7	0,5	7	0,6	7	0,5
Hjärta-, kärl- och lungsjukdom	17	0,4	17	0,7	18	0,7
Cancersjukdom	3	0,2	4	0,3	4	0,4
Psykiatrisk sjukdom	1	-0,4	1	0	1	0,1
Övriga trauma	11	0,1	9	0,4	13	0,5
Övriga diagnoser	15	0,4	15	0,6	20	0,6
Total	582	0,38	561	0,59	680	0,58

Tabell 11 EQ5D index, uppföljning efter slutenvård, per enhet.

Ort	Inskrivning		Utskrivning		Uppföljning	
	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel
Borås	31	0,2	33	0,6	41	0,6
Danderyd	64	0,3	65	0,6	79	0,6
Falun	25	0,2	28	0,5	31	0,5
Gotland	42	0,3	35	0,6	47	0,5
Halmstad	67	0,3	68	0,6	74	0,7
Härnösand	9	0,4	9	0,5	9	0,5
Jönköping	37	0,4	30	0,5	35	0,6
Karlstad	1	0,6	1	0,7	1	0,7
Linköping	28	0,3	32	0,6	35	0,5
Rehabstation	10	0,3	8	0,5	0	0
Sahlgrenska	44	0,4	33	0,6	56	0,6
Sandviken	48	0,4	49	0,7	54	0,6
Skåne	58	0,5	49	0,6	70	0,6
Sunderby	4	0,5	4	0,8	4	0,9
Umeå	42	0,6	45	0,6	46	0,6
Uppsala	1	0,5	1	0,6	1	0,6
Västerås	1	0,2	1	0,8	2	0,8
Växjö	70	0,4	70	0,6	79	0,5
Total	582	0,38	561	0,59	680	0,58

EQ5D-index

Den hälsorelaterade livskvaliteten enligt EQ5D-index utgörs av en sammanvägning av de 5 dimensionerna som värderas (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet). För normalbefolkningen i Sverige ligger det kring 0,8. I slutenvård ligger det vid inskrivning på 0,4, utskrivning 0,6 och vid uppföljning på 0,5. Man ser också klara skillnader utifrån diagnosgrupper i slutenvård. I öppen vård är värdena 0,6 - 0,6 - 0,6. EQ5D-index speglar alltså inte förändringen i öppen vård som helhet.

GOSE

Tabell 12 GOSE, antal och andel, vid utskrivning och uppföljning slutenvård

Utskrivning	Uppföljning												Total	
	3		4		5		6		7		8		Antal	Andel
2	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	3	3%
3	3	3%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	6	7%
4	8	9%	2	2%	7	8%	5	6%	0	0%	1	1%	23	26%
5	3	3%	0	0%	6	7%	2	2%	1	1%	2	2%	14	16%
6	1	1%	1	1%	5	6%	13	15%	6	7%	7	8%	33	38%
7	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	4	5%	6	7%
8	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	2	2%
Total	16	18%	5	6%	19	22%	21	24%	9	10%	17	20%	87	100%

Som ett mått på utfall vid hjärnskador används GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended) (0-8 där 8 är bästa utfall). Utfall får tolkas med försiktighet då det bara är 87 individer i slutenvårds-gruppen och 104 i öppenvården där man registrerat GOSE. Tillsammans utgör de 27% av alla med hjärnskadediagnos. För slutenvården (tabell 12) ser man förbättring enligt GOSE hos 41 individer, oförändrad nivå hos 26 och försämring hos 20 i slutenvård. Alltså har hälften förbättrats, ¼ försämrats och ¼ har oförändrad nivå. I öppenvård – se tabell 13, finns GOSE redovisat för 104 individer. I öppen vård ser man inte fullt lika stor förbättring. Där är utfallet att 1/3 blir bättre, 1/3 är oförändrade och 1/3 försämrats.

Tabell 13 GOSE, antal och andel, vid utskrivning och uppföljning, öppenvård

Utskrivning	Uppföljning												Total	
	3		4		5		6		7		8		Antal	Andel
4	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
5	2	2%	1	1%	3	3%	5	5%	3	3%	1	1%	15	14%
6	2	2%	2	2%	19	18%	22	21%	8	8%	8	8%	61	59%
7	0	0%	0	0%	0	0%	8	8%	10	10%	7	7%	25	24%
8	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3%	3	3%
Total	4	4%	3	3%	22	21%	35	34%	21	20%	19	18%	104	100%

HAD: Ängest och depression

Hospital Anxiety and Depression Scale har börjat användas såväl slutenvård som öppenvård, men endast ett fåtal registreringar är gjorda. De har dock ökat från 98 år 2015 till 136 i år. Största nyttan av HAD har de som gör den registreringen på många av sina uppföljningar. Vid uppföljningen efter sluten- och öppenvård totalt noterades ängestproblematik (11-21 poäng) hos 16 % av patienterna och depression (11-21 poäng) hos 17%. HAD är ett kliniskt rätt ofta använt instrument och det skulle vara av värde att det också användes mer registret då ängest- och depressionstillstånd är av stor betydelse för rehabiliteringen.

Livstillfredsställelse

Tillfredsställelse med livet enligt Fugl-Meyer värderas på 11 olika områden i livet men här har vi valt att enbart rapportera tillfredsställelse med livet i allmänhet. Skalan har 6 steg där lägsta värde 1 = mycket otillfredsställande och högsta värdet 6 = mycket tillfredsställande. Skalstegen 1-3 redovisas som "icke-tillfredsställd" och 4-6 som "tillfredsställd". Totalt av uppföljningar i både sluten och öppen vård har 83% rapporterat värde för LiSat i allmänhet (registreringar "kan ej genomföras" på 4% är inräknade). Vid utskrivning (sammanlagt för sluten- och öppenvård) var andelen genomförda registreringar 65% (inklusive "kan ej genomföras" på 2%). Andvändningsgraden är så pass hög att värdena får bedömas relevanta.

Tabell 14 Ifyllnad Livstillfredsställelse

	Livstillfredsställelse gjord?			
	Utskrivning		Uppföljning	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Nej	389	35%	194	17%
Ja	708	63%	890	79%
Kan ej genomföras	26	2%	41	4%
Total	1123	100	1125	100

Vid utskrivning från slutenvård anger 80 % (81%) tillfredsställelse med livet men vid uppföljning har det minskat till 70 % (72%).

Vid inskrivning i förmågehöjande/bibehållande rehabilitering i öppenvård anger 71% tillfredsställelse med livet i allmänhet. Vid utskrivning har det ökat till 83% (84 %) men vid uppföljning har andelen tillfredsställda minskat till 76% (76 %).

Alltså rapporteras lägre andel tillfredsställda vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen vilket ligger i linje med resultat från EQ5DVAS.

IPA-impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande)

Registreringarna omfattar 5 olika områden/subskalor enligt tabeller nedan. Värdet beräknas som ett medelvärde utifrån alla ingående delfrågor inom varje område. Värde 0 innebär ingen begränsning i autonomin. Värde 4 indikerar väldigt låg grad av autonomi. IPA används inte i någon hög grad. Antal registreringar vid inskrivning var, med undantag för området arbete och utbildning, drygt 150 stycken, vid utskrivning drygt 100 stycken och vid uppföljning 80 stycken. För området arbete och utbildning var motsvarande antal: inskrivning 88, utskrivning 67, uppföljning 39. IPA är avsett att användas inom öppen vård och genomfördes i 37% vid inskrivning i öppen vård men endast vid 20% av uppföljningarna.

Tabell 15 IPA; självständighet inomhus, 7 delfrågor

Självständighet inomhus									
	Inskrivning			Utskrivning			Uppföljning		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Total	155	0,71	1	109	0,62	0	80	0,99	1

Tabell 16 IPA; självständighet utomhus, 5 delfrågor

Självständighet utomhus									
	Inskrivning			Utskrivning			Uppföljning		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Total	151	1,87	2	106	1,54	1	80	1,68	2

Tabell 17 IPA; roll inom familjen, 7 delfrågor

Roll inom familjen									
	Inskrivning			Utskrivning			Uppföljning		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Total	151	1,66	2	107	1,47	1	80	1,76	1,5

Tabell 18 IPA; sociala relationer, 6 delfrågor

Sociala relationer									
	Inskrivning			Utskrivning			Uppföljning		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Total	152	1,08	1	105	0,97	1	80	1,16	1

Tabell 19 IPA; arbete och utbildning, 6 delfrågor

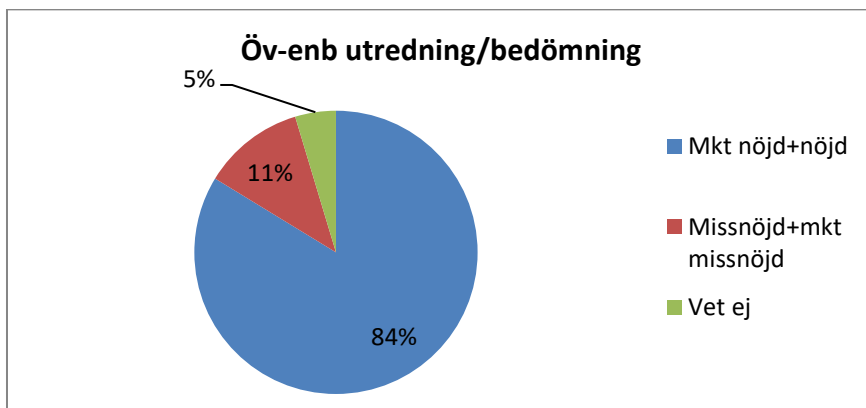
Arbete och utbildning									
	Inskrivning			Utskrivning			Uppföljning		
	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median	Antal	Medel	Median
Total	88	2,32	2	67	2,16	2	39	2,21	2

I alla områdena/subskalorna ses förbättring om man jämför utskrivning med inskrivning. Däremot ser man i alla områden en viss försämring vid uppföljning jämfört med vid utskrivning. Arbete och utbildning är det område med lägst grad av autonomi och självständighet inomhus är det område där man ser högst grad av autonomi.

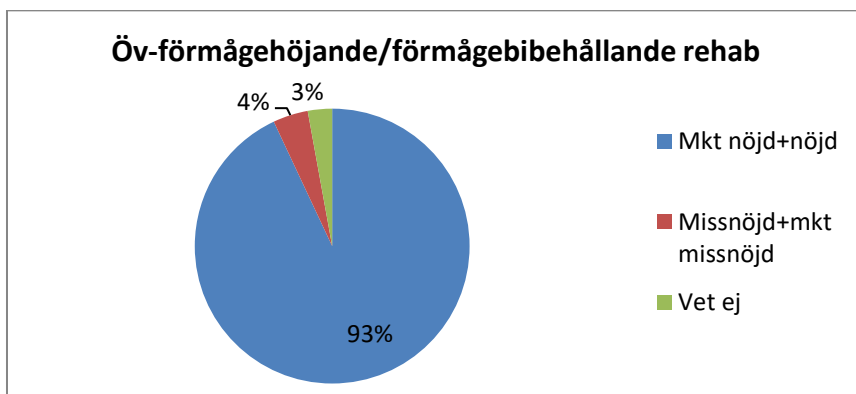
Nöjdhetsfrågor

Det ingår 4 nöjdhetsfrågor vid uppföljningen – nöjdhet med rehabiliteringen, eget inflytande, information om sjukdomen/skadan och information och bemötande till familj och närstående. Vi har valt att endast redovisa resultatet på hela riket och inte per enhet. Totalt är det 926 registreringar av 1363 uppföljningar, vilket utgör 68%.

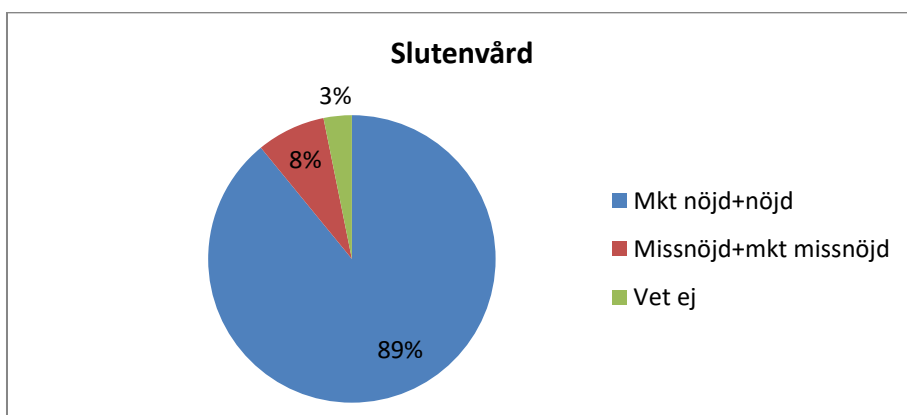
Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen



Figur 5 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen Öppenvård. Enbart utredning/bedömning



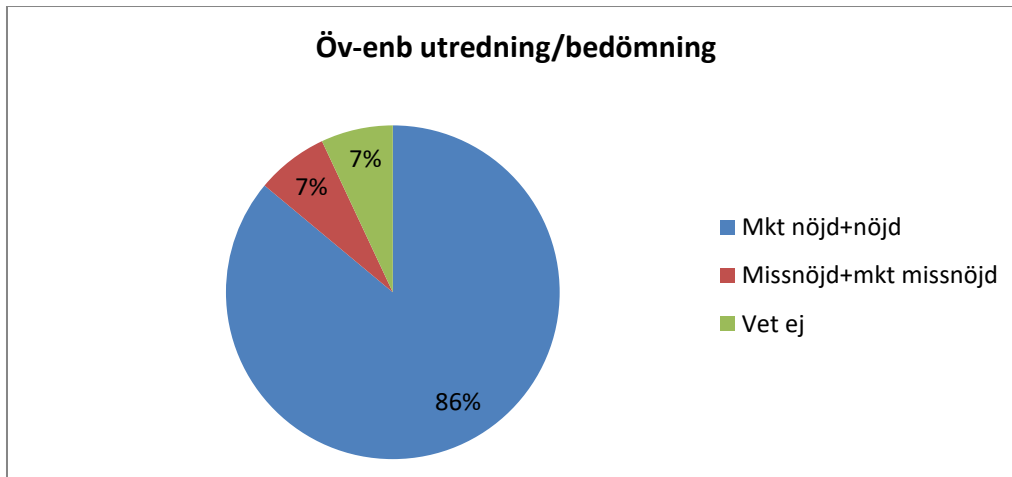
Figur 6 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab



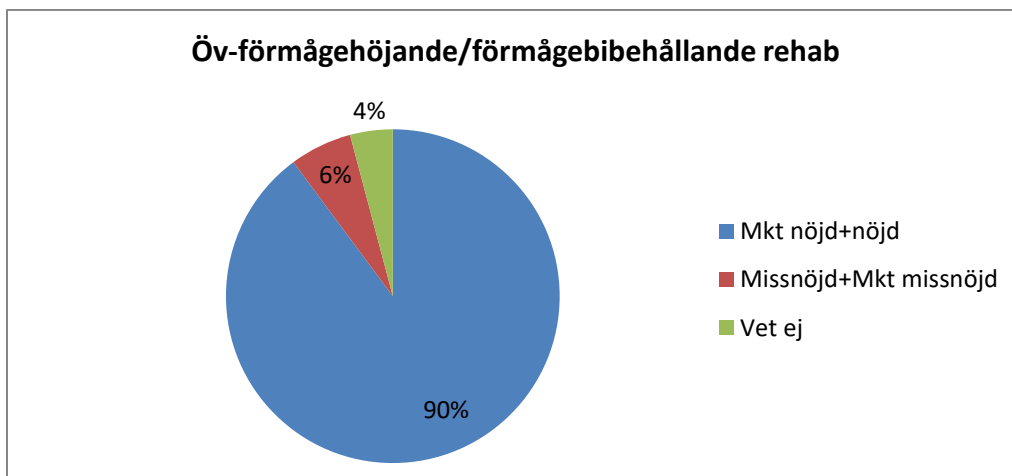
Figur 7 Patienternas nöjdhet med rehabiliteringen slutenvård.

Mest nöjda med rehabiliteringen är de som genomgått öppen-vårdsrehabilitering, men det är inga stora skillnader. Det är ingen större skillnad jämfört med 2015 – möjligen förbättrat resultat i gruppen öppen vård utredning/bedömning där 84% är nöjda i år jämfört med 74% år 2015.

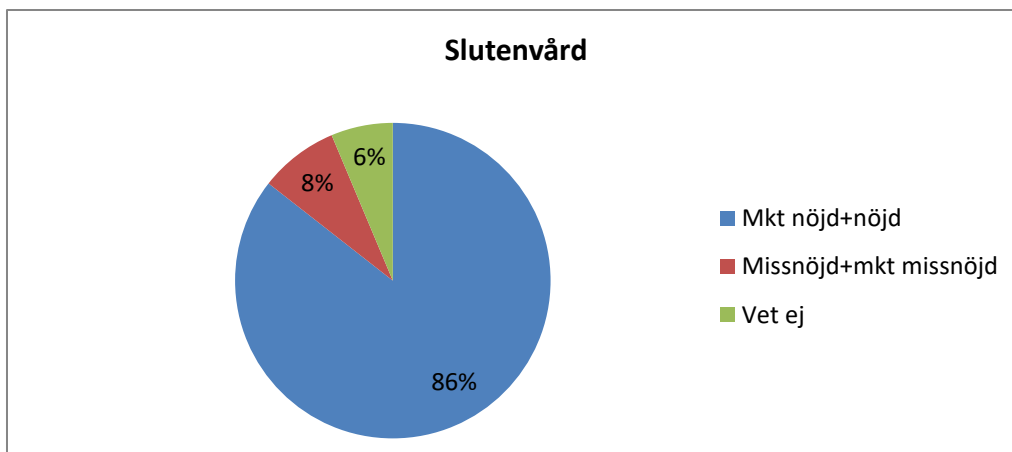
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan



Figur 8 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan. Öppenvård Enbart/bedömning



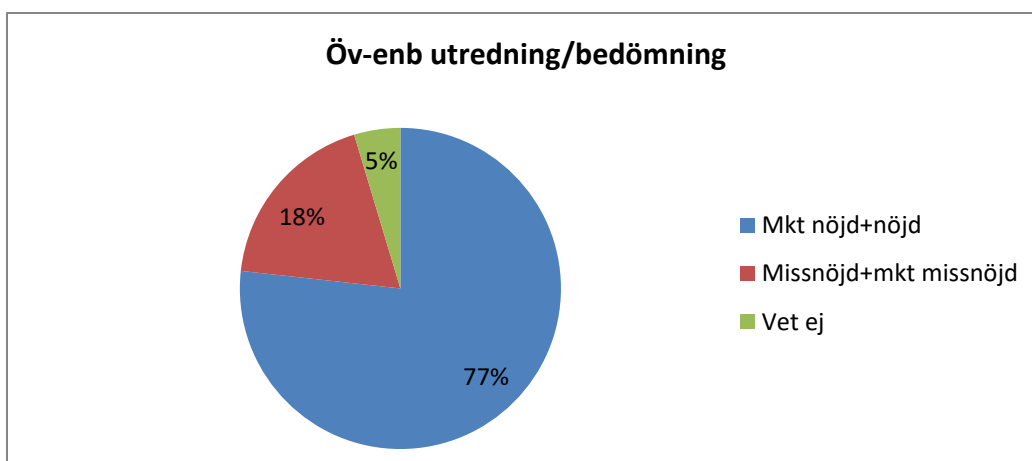
Figur 9 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab.



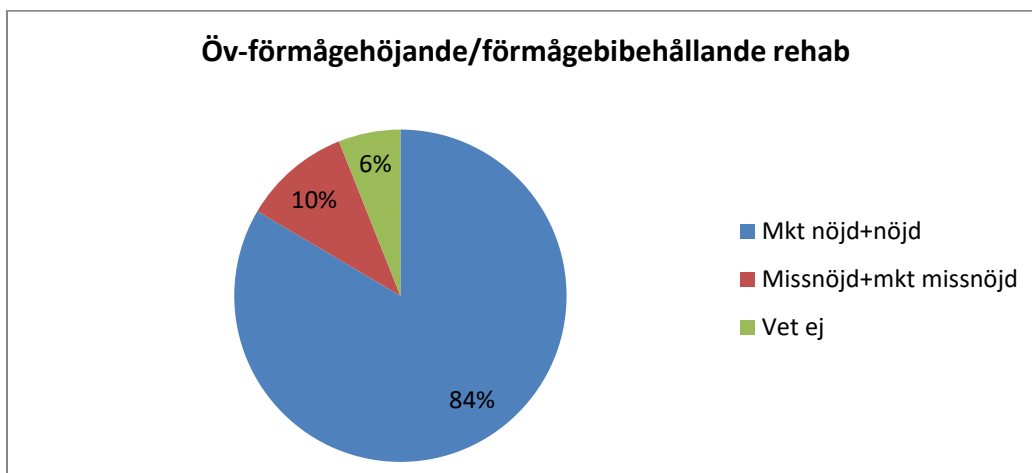
Figur 10 Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan slutenvård

Det är hög grad av nöjdhet med eget inflytande i alla grupper. Man ser en klar ökning av andel nöjda i gruppen öppen vård utredning/bedömning med 86% nöjda i år jämfört med 61% år 2015.

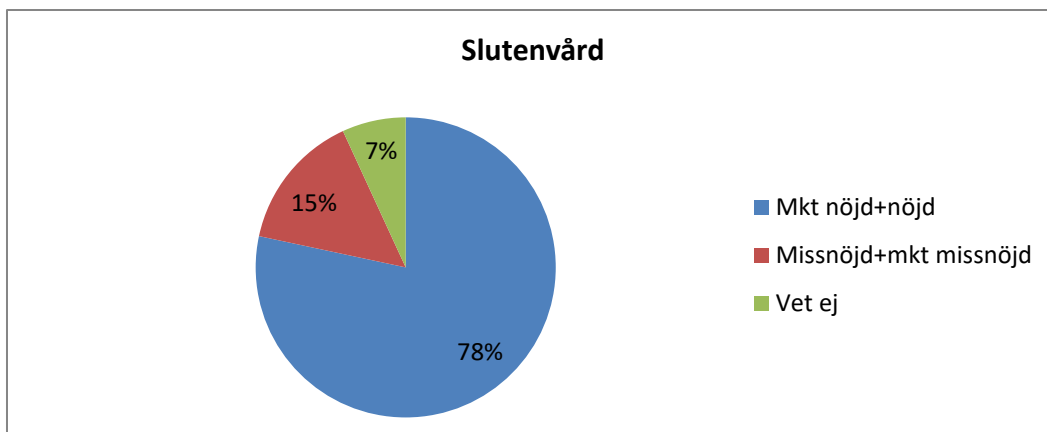
Information om sjukdomen



Figur 11 Information om sjukdomen öppenvård. Enbart utredning/bedömning



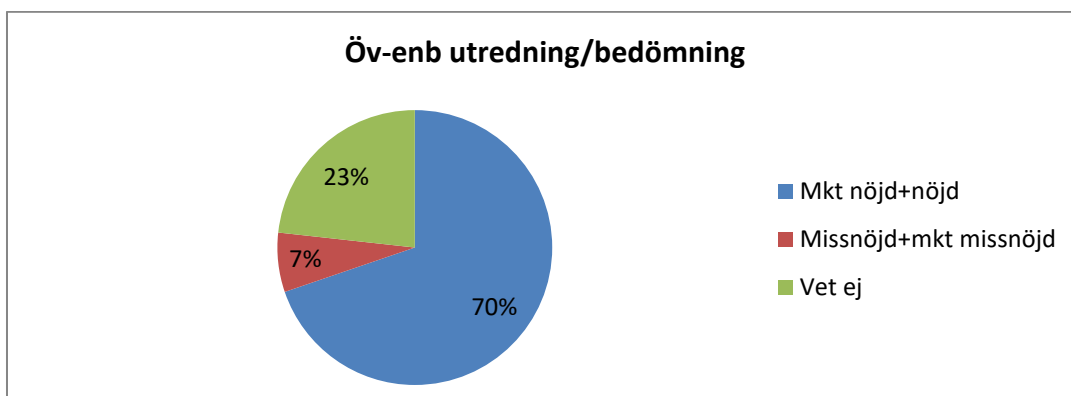
Figur 12 Information om sjukdomen öppenvård. Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab



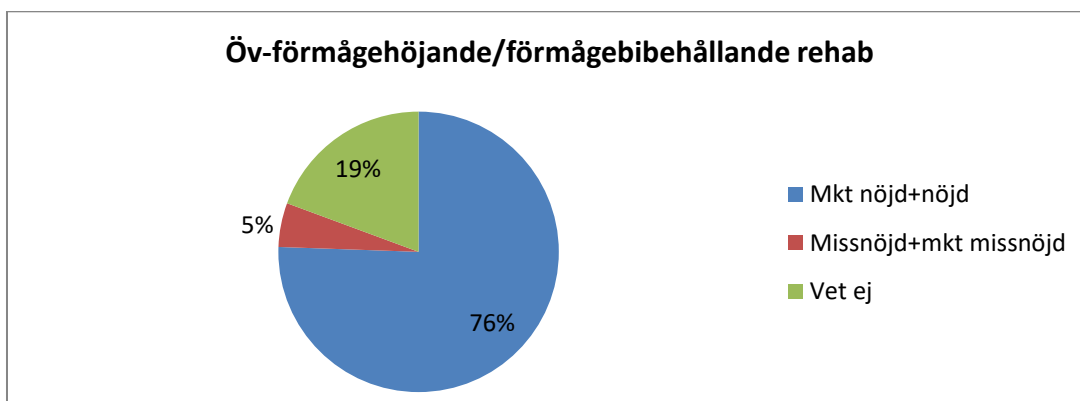
Figur 13 Information om sjukdomen slutenvård

På området nöjdhet med information om sjukdomen/skadan ligger andelen missnöjda högst jämfört med de andra nöjdhetsfrågorna. Detta område är sedan tidigare känt för att vara ett av de svåraste. Det är en utmaning att förbättra detta.

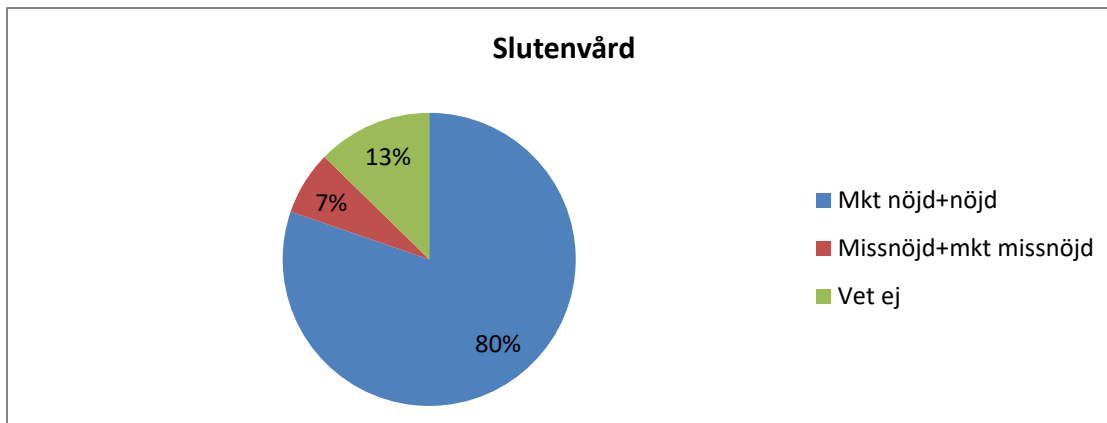
Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering



Figur 14 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering öppenvård Enbart utredning/bedömning.



Figur 15 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering öppenvård Förmågehöjande/förmågebibehållande rehab.



Figur 16 Den information och bemötande din familj och anhöriga fått under din rehabilitering slutenvård.

På frågan om nöjdhet med information till närstående finns högst andel som svarat "vet ej", jämfört med de övriga frågorna. Det beror sannolikt på att det inte alltid varit aktuellt att informera närstående. Man kan dock se en klar ökning av andelen nöjda inom gruppen öppen vård utredning/bedömning med 70% nöjda jämfört med 52% år 2015.