

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård

2017

## Innehåll

Demografi och processmått .....	5
Täckningsgrad.....	6
Analys av data utifrån gruppering av enheter.....	6
Väntetider .....	12
Vårdtid.....	15
Tid från utskrivningsklar till utskrivning.....	18
Rökning, alkohol- och drogmissbruk.....	19
Målindikatorer 2017 .....	21
Användningsgrad.....	23
ADL.....	24
EQ5D .....	24
LiSat.....	24
Resultatmått.....	25
Komplikationer.....	25
ADL-förmåga .....	26
Stroke – alla åldrar.....	27
Övriga hjärnskador, alla åldrar .....	28
Ryggmärgsskador, alla åldrar.....	29
Demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos, alla åldrar.....	30
Övriga skador och sjukdomar i rörelseapparaten, alla åldrar.....	31
Övriga diagnosgrupper, alla åldrar .....	32
Alla diagnoser, 16-44 år .....	33
Alla diagnoser, 45-64 år .....	34
Alla diagnoser, 65 år och äldre .....	35
Funktionsnedsättningar ("ICF-listan").....	36
DOC .....	40
GOSE.....	41
EQ5D .....	42
Utskriven till .....	45
Försörjning .....	48
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat).....	48
Patientnöjdhet .....	49

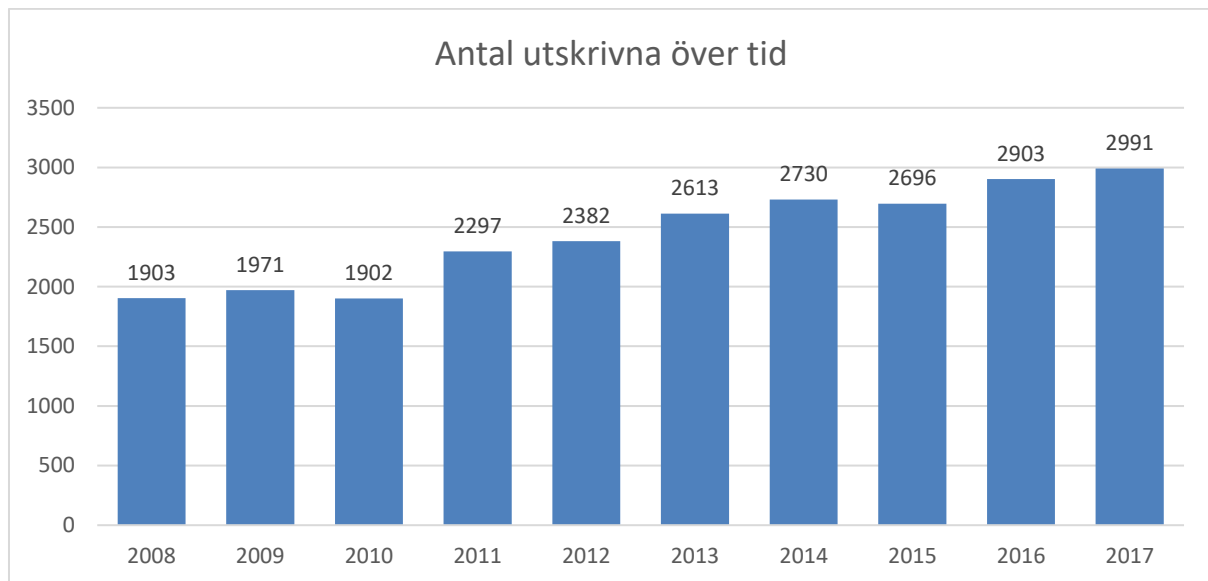
Tabell- och figurförteckning	
Tabell 1 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper.....	8
Tabell 2 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1 .....	12
Tabell 3 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2 .....	12
Tabell 4 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3 .....	13
Tabell 5 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1.....	13
Tabell 6 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2.....	13
Tabell 7 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3.....	14
Tabell 8 Medelvårdtid per enhet, slutenvård.....	15
Tabell 9 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1 .....	16
Tabell 10 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2 .....	16
Tabell 11 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3 .....	17
Tabell 12 Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar .....	18
Tabell 13 Andel rökare, Grupp 1 .....	19
Tabell 14 Andel rökare, Grupp 2 .....	19
Tabell 15 Andel rökare, Grupp 3 .....	19
Tabell 16 Snusning, alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk (inskrivning).....	20
Tabell 17 Användningsgrad instrument, grupp 1 .....	23
Tabell 18 Användningsgrad instrument, grupp 2 .....	23
Tabell 19 Användningsgrad instrument, grupp 3 .....	24
Tabell 20 Totalt antal komplikationer. ....	26
Tabell 21 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning .....	37
Tabell 22 .....	39
Tabell 23 DOV-kategorier .....	40
Tabell 24 DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter (värden vid utskrivning inom parentes) 40	
Tabell 25 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats. ....	41
Tabell 26 Utskriven till redovisat per åldersgrupp. ....	47
Figur 1 Antal utskrivna över tid .....	5
Figur 2 Antal utskrivna per ort .....	6
Figur 3 Åldersfördelning grupp 1.....	7
Figur 4 Åldersfördelning grupp 2.....	7
Figur 5 Åldersfördelning grupp 3.....	7
Figur 6 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1 .....	8
Figur 7 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2 .....	9
Figur 8 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3 .....	9
Figur 9 Diagnosfördelning per enhet i grupp 1. ....	10
Figur 10 Diagnosfördelning per enhet i grupp 2. ....	10
Figur 11 Diagnosfördelning per enhet i grupp 3. ....	11
Figur 12 Samma siffror som i tabell 9.....	16
Figur 13 Målindikatorer.....	22
Figur 14 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1.....	25
Figur 15 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3.....	25
Figur 16 ADL vid in och utskrivning, stroke. ....	27
Figur 17 ADL vid in och utskrivning, TBI, SAB och annan hjärnskada.....	28
Figur 18 ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada. ....	29
Figur 19 ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos.....	30
Figur 20 ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat. ....	31
Figur 21 ADL vid in och utskrivning, övriga diagnosgrupper. ....	32
Figur 22 ADL vid in och utskrivning. 16-44 år. ....	33
Figur 23 ADL vid in och utskrivning, 45-64 år.....	34

Figur 24 ADL, 65 år och äldre .....	35
Figur 25 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1. ....	42
Figur 26 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2. ....	42
Figur 27 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3. ....	43
Figur 28 EQ5D VAS per ort, grupp 1. ....	43
Figur 29 EQ5D VAS per ort, grupp 2. ....	43
Figur 30 EQ5D VAS per ort, grupp 3. ....	44
Figur 31 utskriven till, grupp 1.....	45
Figur 32 utskriven till, grupp 2.....	45
Figur 33 utskriven till, grupp 3.....	46
Figur 34 Andel (i %) tillfredsställda (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper.....	48
Figur 35 Nöjd med bemötande .....	49
Figur 36 Nöjd med ditt samarbete med personalen .....	50
Figur 37 Nöjd med rehabiliteringen .....	50
Figur 38 Nöjd med eget inflytande.....	51
Figur 39 Nöjd med information om sjukdom/skada .....	51
Figur 40 Nöjd med information om stöd vid utskrivning .....	52
Figur 41 Nöjd med information till familj och närstående .....	52

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.

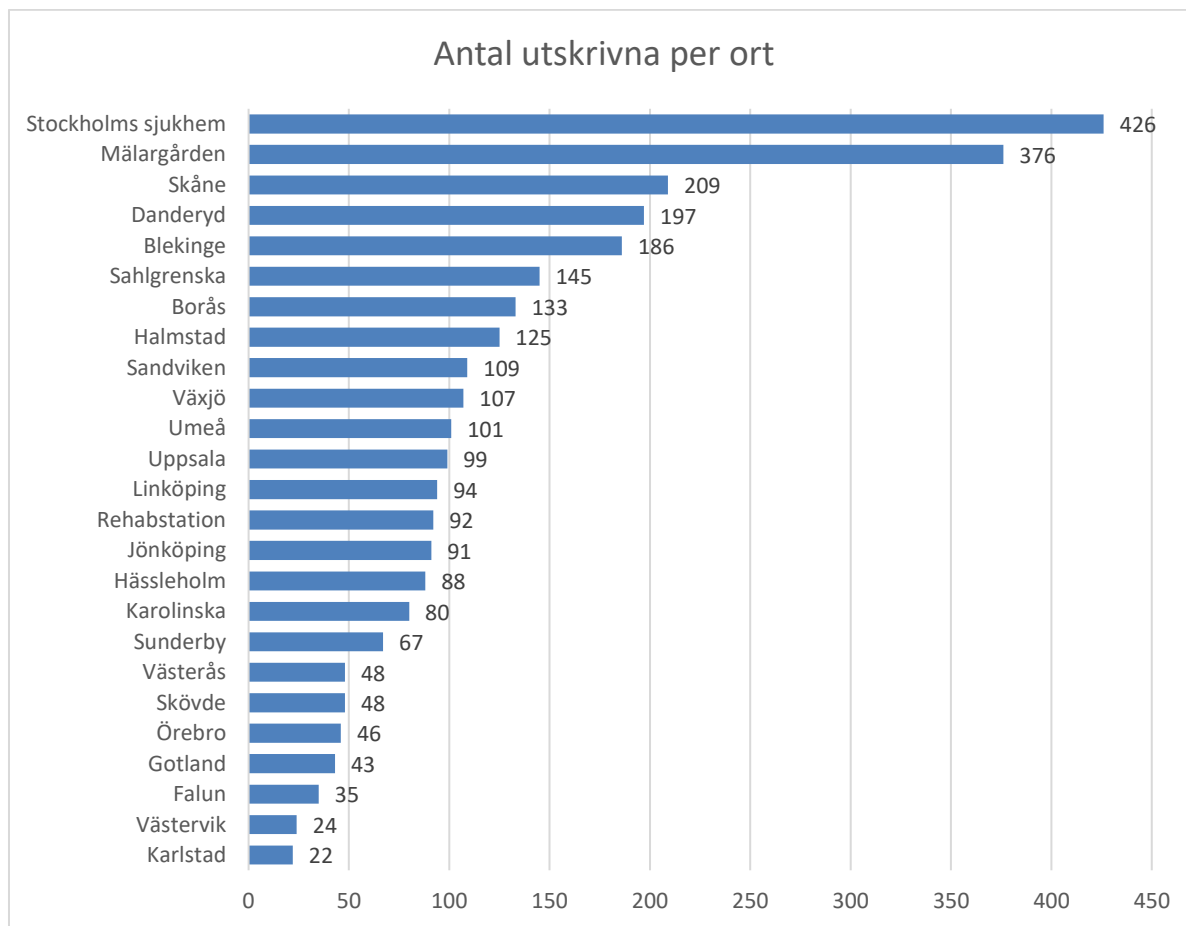
## Demografi och processmått

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2016, där inget annat anges. I rapporten har vi fortsatt att inte ta med enheter som registrerat färre än 20 patienter per år.



Figur 1 Antal utskrivna över tid

I årsrapporten för 2017 ingår 25 enheter vilket är 1 färre än 2015. Antal registreringar i slutenvård i denna rapport fortsätter att öka.



Figur 2 Antal utskrivna per ort

## Täckningsgrad

Analys av täckningsgrad (andel i WebRehab rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen på egna enheten) 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 i samband med årsredovisning för WebRehab och ansökan om medel. Tyvärr har vi inte fått in tillräckligt många svar på täckningsgrad från enheterna för att kunna redovisa det nu.

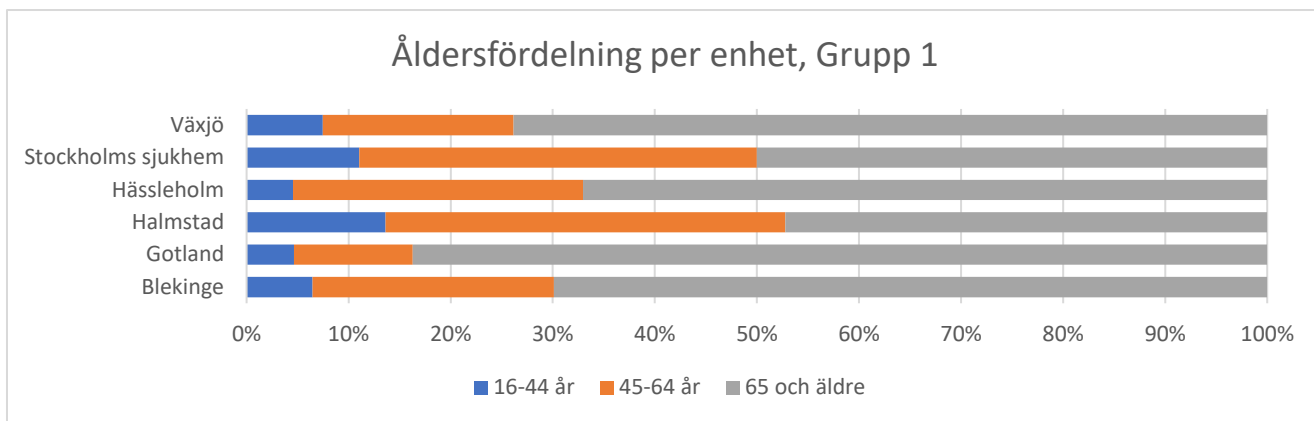
## Analys av data utifrån gruppering av enheter

Vi har fortsatt att dela upp enheterna i tre grupper utifrån verksamhet och målgrupper. Grupp 1 innehåller enheter med tidig rehabilitering och där rehabilitering av personer i högre åldrar (över 65 år) också ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av rehabilitering i tidigt skede. Grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av rehabilitering i tidigt skede.

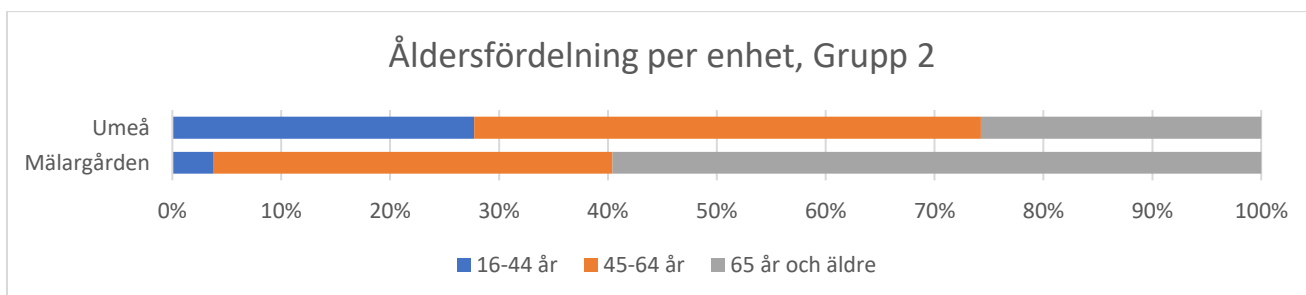
Grupp 1: Växjö, Stockholms sjukhem, Hässleholm, Halmstad, Gotland, Blekinge.

Grupp 2: Umeå, Mälargården.

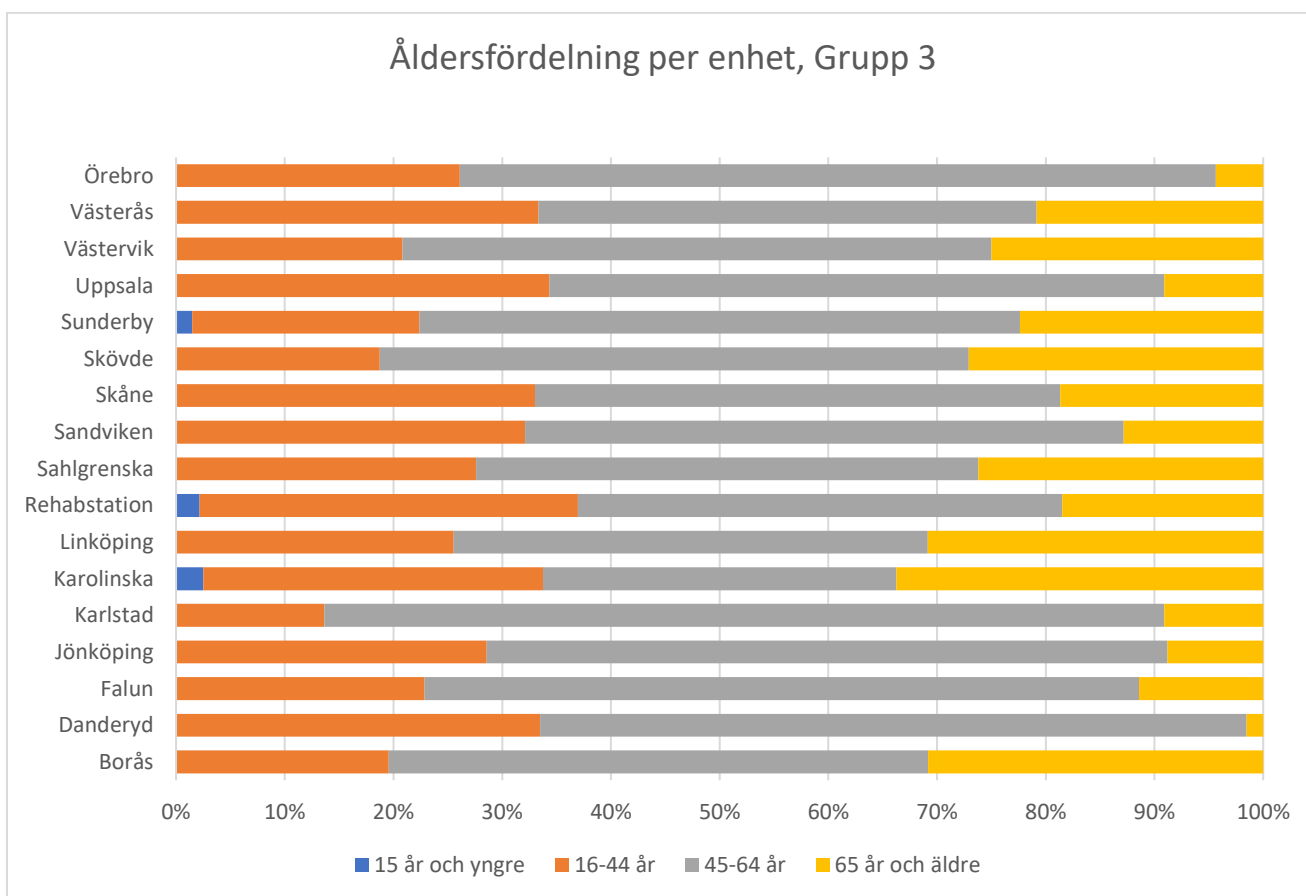
Grupp 3: Borås, Danderyd, Falun, Jönköping, Karlstad, Karolinska Stockholm, Linköping, Rehabstation Stockholm, Sahlgrenska Göteborg, Sandviken, Skåne, Skövde, Sunderby (Boden-Luleå), Uppsala, Västervik, Västerås, Örebro.



Figur 3 Åldersfördelning grupp 1



Figur 4 Åldersfördelning grupp 2



Figur 5 Åldersfördelning grupp 3

I samband med årsrapport har vi delat in diagnosgrupperna i 6 större grupper. Jämfört med 2016 är det ingen skillnad i fördelningen mellan diagnosgrupperna.

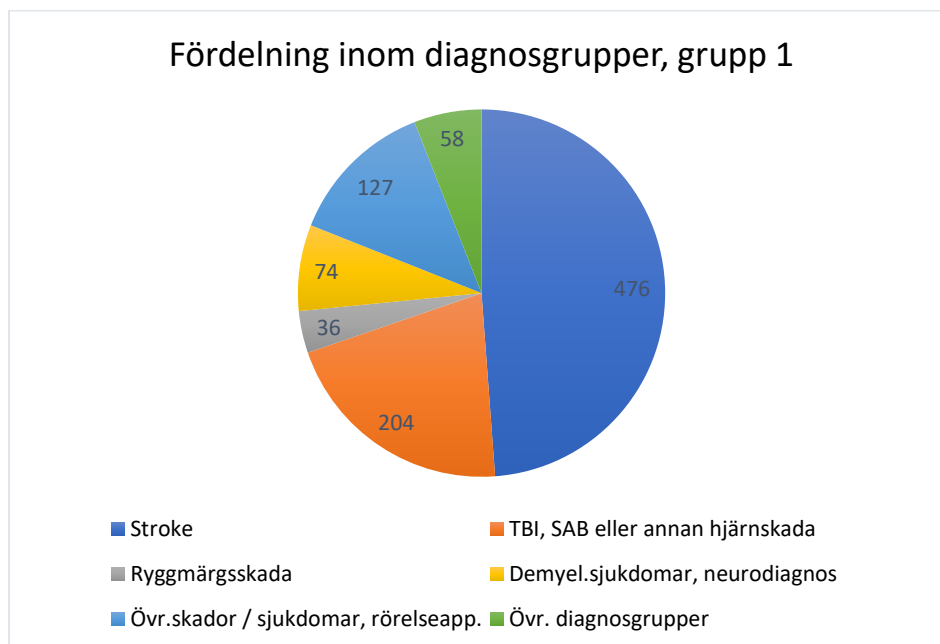
**Tabell 1 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper.**

Diagnosgrupper	Antal	Andel
Stroke	1026	34%
TBI, SAB eller annan hjärnskada <sup>1</sup>	579	19%
Ryggmärgsskada	492	16%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	277	9%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp. <sup>2</sup>	195	7%
Övr. diagnosgrupper <sup>3</sup>	422	14%
Total	2991	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

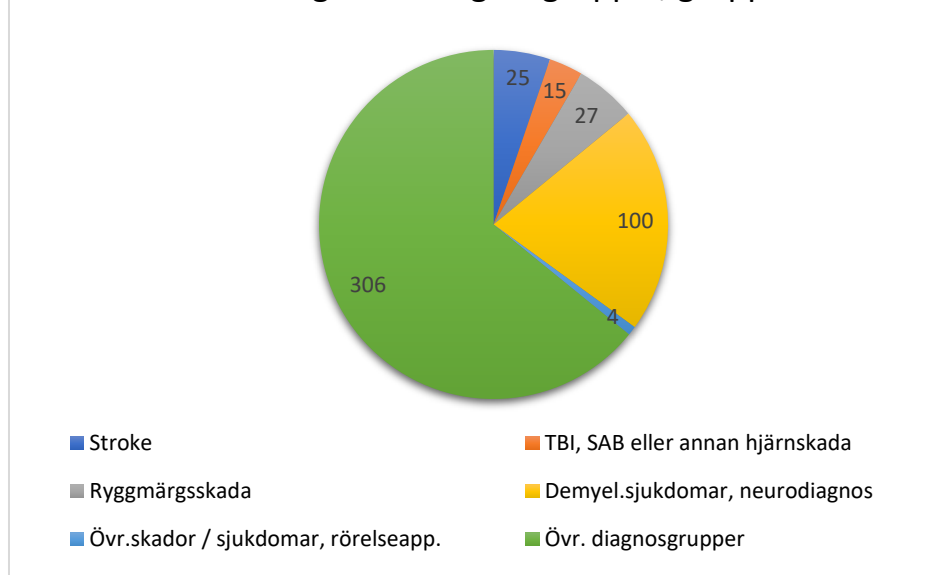


**Figur 6 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1**

Stroke står för ca hälften av diagnoserna och därefter kommer andra hjärnskador.



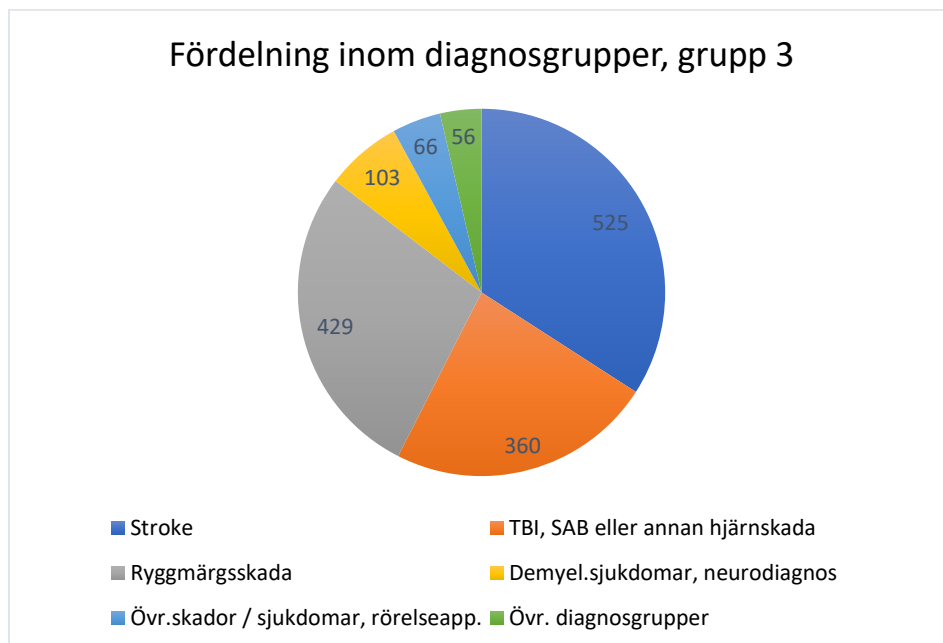
Fördelning inom diagnosgrupper, grupp 2



Figur 7 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2

Övriga diagnosgrupper står för stor del av diagnoserna. Det handlar framför allt om hjärt-, kärl- och lungsjukdom (183=38%), cancerrehabilitering (115=24%).

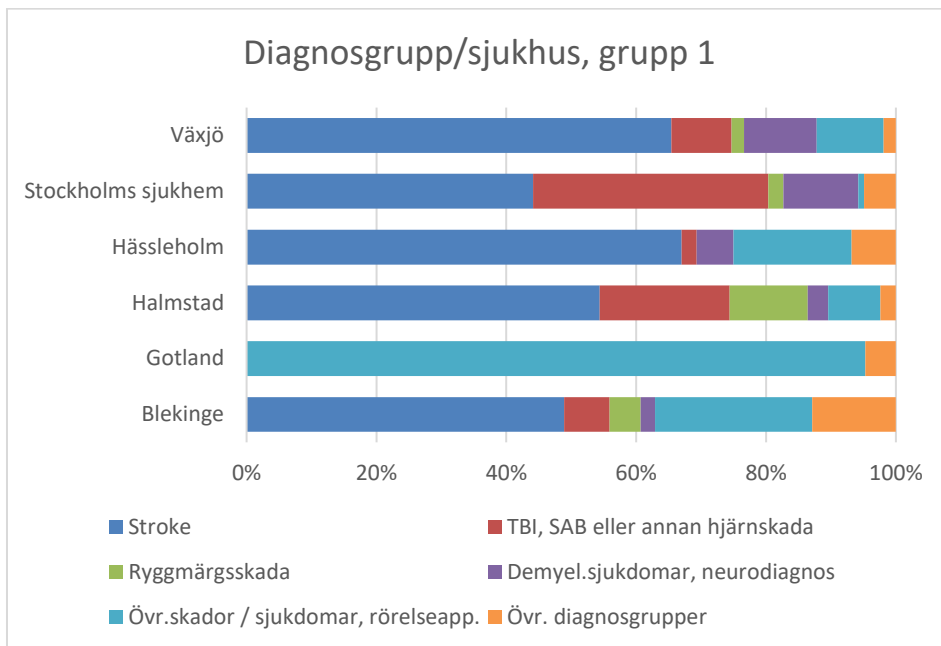
Fördelning inom diagnosgrupper, grupp 3



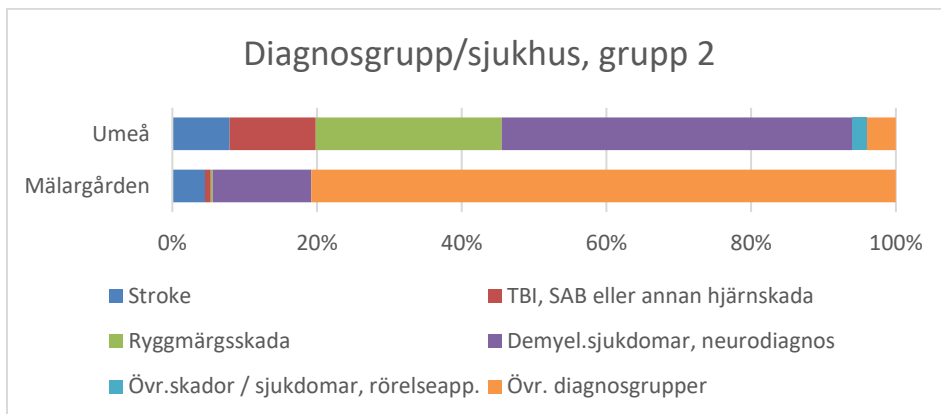
Figur 8 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3

De tre stora diagnosgrupperna är stroke, övriga hjärnskador och ryggmärgsskador.

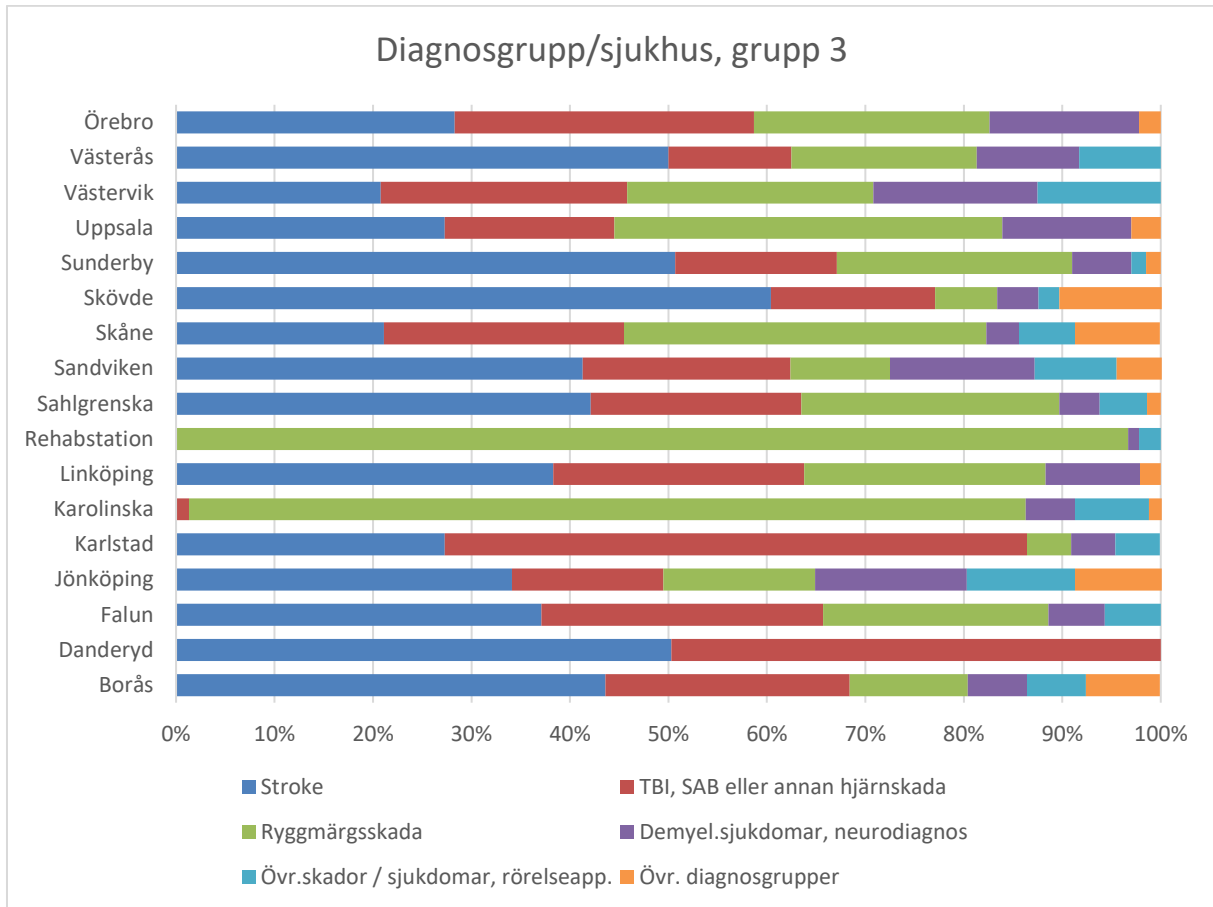
Diagnosfördelningen per enhet illustreras i följande figur.



Figur 9 Diagnosfördelning per enhet i grupp 1.



Figur 10 Diagnosfördelning per enhet i grupp 2.



Figur 11 Diagnosfördelning per enhet i grupp 3.

Det finns stora skillnader men också många enheter som liknar varandra. Om man kombinerar antal registreringar med mönstret vad gäller diagnosfördelning, kan man se vilka enheter som mest liknar det egna. Det kan vara ett underlag för gemensamma samtal.

## 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 stor del av planerad verksamhet.

Tiden från remissens utfärdande och intag varierar mellan 1-21 (median) i grupp 1 och 3. Medianväntetiden är i grupp 1 endast 4 dagar och i grupp 3 är den 8 dagar. Detta är samma resultat som i årsrapporten för 2016. 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 0-8,5 dagar (0-15 dagar 2016) för grupp 1 och 3, i genomsnitt 2 dagar för grupp 1 och 5 dagar för grupp 3.

Totalt sett är det inte några stora förändringar jämfört med 2016 även om enskilda enheter presenterar ändrade resultat.

Tabell 2 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	135	6,5	3	0	72
Gotland	42	3,07	2	0	14
Halmstad	120	8,4	5	0	128
Hässleholm	48	7,79	6	0	40
Stockholms sjukhem	424	11,75	3	0	368
Växjö	105	26,54	10	1	223
<b>Total</b>	<b>874</b>	<b>11,62</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>368</b>

Tabell 3 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Mälargården	359	120,45	97	17	664
Umeå	96	116,32	96,5	1	628
<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>119,58</b>	<b>97</b>	<b>1</b>	<b>664</b>

Tabell 4 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	110	6,5	3	0	86
Danderyd	167	11,2	8	1	159
Falun	33	20,1	17	1	125
Jönköping	91	18,7	7	0	417
Karlstad	20	15,5	10	1	43
Karolinska	68	6,9	3,5	0	67
Linköping	89	34,9	16	0	220
Rehabstation	89	51,5	7	0	3003
Sahlgrenska	142	19,4	8	0	247
Sandviken	102	46,8	13	1	747
Skåne	172	39,3	21	2	309
Skövde	13	1,6	0	0	13
Sunderby	62	5,8	3	0	26
Uppsala	91	23,5	8	1	334
Västervik	14	3,1	1	0	17
Västerås	46	9,8	6,5	0	66
Örebro	43	24,0	11	2	376
<b>Total</b>	<b>1352</b>	<b>23,5</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>3003</b>

Tabell 5 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	143	4,86	1	0	72
Gotland	42	2,6	1	0	13
Halmstad	124	3,94	1	0	117
Hässleholm	84	2,71	0	0	24
Stockholms sjukhem	425	10,3	2	0	368
Växjö	106	21,96	7	1	194
<b>Total</b>	<b>924</b>	<b>8,9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>368</b>

Tabell 6 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Mälargården	356	109,64	88	6	655
Umeå	95	107,11	83	0	615
<b>Total</b>	<b>451</b>	<b>109,1</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>655</b>

Tabell 7 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3

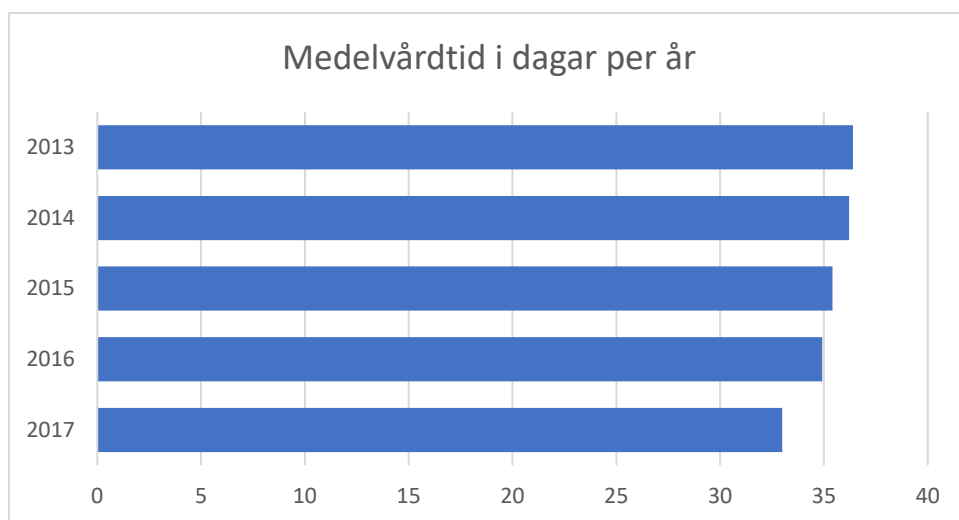
Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	108	6,21	2	0	93
Danderyd	170	8,13	6	0	145
Falun	33	2,45	1	0	35
Jönköping	91	14,63	4	0	361
Karlstad	18	9,33	8,5	0	28
Karolinska	67	3,19	1	0	33
Linköping	94	9,14	4	0	35
Rehabstation	90	14,97	6	0	175
Sahlgrenska	136	10,52	5	0	110
Sandviken	98	35,64	8	0	747
Skåne	206	27,77	7	1	306
Skövde	13	0,08	0	0	1
Sunderby	60	4,27	2	0	26
Uppsala	93	14,12	3	0	321
Västervik	16	1,5	0	0	7
Västerås	43	6,58	4	0	38
Örebro	42	10,55	5	0	139
<b>Total</b>	<b>1378</b>	<b>13,8</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>747</b>

## Vårdtid

Medelvårdtiden fortsätter fortfarande att bli kortare i riksperspektiv men trenden är ändå varierande på olika kliniker. Varje enhet bör analysera sin egen utveckling. Man bör notera att de två enheter som gör flest registreringar (Mälargården och Stockholms sjukhem) också har de kortaste medelvårdtiderna. Det påverkar förstås medelvårdtiden för riket som helhet.

Tabell 8 Medelvårdtid per enhet, slutenvård

	Medelvårdtid				
	2013	2014	2015	2016	2017
Blekinge	35	34	31	35	34
Borås	41	35	35	33	37
Danderyd	60	58	60	57	51
Falun	35	49	44	50	57
Frykcenter			17		
Gotland	29	33	30	25	28
Halmstad	32	31	27	29	31
Härnösand	48	36	47	73	
Hässleholm					36
Jönköping	39	37	40	36	41
Karlstad	68		86	63	81
Karolinska	28	46	36	31	34
Linköping	35	50	39	43	38
Mälargården	17	16	16	14	13
Rehabstation	35	47	38	35	32
Sahlgrenska	44	46	47	48	47
Sandviken	34	43	42	37	40
Skåne	38	43	41	46	40
Skövde				33	29
Stockholms sjukhem	15	18	18	17	17
Sunderby	41	53	49	46	36
Umeå	31	47	40	42	41
Uppsala	51	54	55	51	47
Västervik	28	26	35	33	48
Västerås	44	41	51	47	38
Växjö	41	36	34	35	35
Örebro	58	63	53	51	43
Östersund	29				
Total	36	36	35	35	33



Figur 12 Samma siffror som i tabell 9

Tabell 9 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1

Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper	Total
Blekinge	33	31	50	47	34	31	34
Gotland					27	41	28
Halmstad	32	36	29	27	18	32	31
Hässleholm	37	36		42	35	20	36
Stockholms sjukhem	17	13	46	18	39	12	17
Växjö	34	42	72	30	26	53	35
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>26</b>

Tabell 10 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2

Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosgrupper	Total
Mälargården	21	19	19	19		11	13
Umeå	25	54	61	28	98	28	41
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>98</b>	<b>11</b>	<b>19</b>



Tabell 11 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3

Sjukhus	Stro ke	TBI, SAB eller annan hjärnska da	Ryggmärgsska da	Demyel.sjukdoma r, neurodiagnos	Övr.skado r/ sjukdoma r, rörelseap p.	Övr. diagnosgrupp er	Total
Borås	35	44	41	31	31	27	37
Danderyd	55	46					51
Falun	64	56	57	32	39		57
Jönköping	43	35	60	41	28	28	41
Karlstad	94	72	38	165	75		81
Karolinska		17	36	37	21	12	34
Linköping	37	34	51	24		32	38
Rehabstation			33	29	19		32
Sahlgrenska	44	40	64	39	28	26	47
Sandviken	46	41	37	22	29	60	40
Skåne	36	51	36	37	32	38	40
Skövde	32	29	22	11	41	21	29
Sunderby	39	29	39	25	14	44	36
Uppsala	61	36	42	49		15	47
Västervik	35	58	57	51	29		48
Västerås	42	33	37	32	26		38
Örebro	57	35	45	33		3	43
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>42</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 gällande 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 (2017) 1392 dagar, vilket är minskat jämfört med 2016 då det var 1583 dagar. Jämfört med 2015 då det var 2087 dagar är det en klar minskning. Samtidigt har ändå antalet registreringar i registret ökat.

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

Tabell 12 Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar

Sjukhus	N	Totalt antal dagar	Max
Blekinge	186	132	25
Borås	131	1	1
Danderyd	197	84	50
Falun	35	65	27
Gotland	43	48	12
Halmstad	125	59	12
Hässleholm	86	76	6
Jönköping	91	4	4
Karlstad	22	16	3
Karolinska	79	16	14
Linköping	94	66	34
Mälargården	376	4	4
Rehabstation	91	1	1
Sahlgrenska	145	311	42
Sandviken	109	0	0
Skåne	209	1	1
Skövde	48	0	0
Stockholms sjukhem	425	20	11
Sunderby	66	119	31
Umeå	101	47	28
Uppsala	99	37	7
Västervik	24	27	8
Västerås	48	125	13
Växjö	104	133	95
Örebro	46	0	0
<b>Total</b>	<b>2980</b>	<b>1392</b>	<b>95</b>

## Rökning, alkohol- och drogmissbruk

Om man undersöker frekvensen av olika typer av missbruk de senaste 6 åren ser man att rökning ser ut att minska i grupp 1 (15% 2016) och grupp 3 (22% 2016). 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 13 Andel rökare, Grupp 1

DiagnGr	Andel Rökare
Stroke	15%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	12%
Ryggmärgsskada	14%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	7%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	10%
Övr. diagnosgrupper	17%
<b>Total</b>	<b>13%</b>

Tabell 14 Andel rökare, Grupp 2

DiagnGr	Andel Rökare
Stroke	8%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	20%
Ryggmärgsskada	19%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	8%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	0%
Övr. diagnosgrupper	9%
<b>Total</b>	<b>10%</b>

Tabell 15 Andel rökare, Grupp 3

DiagnGr	Andel Rökare
Stroke	20%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	18%
Ryggmärgsskada	20%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	14%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	8%
Övr. diagnosgrupper	9%
<b>Total</b>	<b>18%</b>

Om man jämför de olika enhetsgrupperna ser man flest rökare i grupp 3 med 18% (22%). Frekvensen rökare i Sverige har minskat under hela 2000-talet och var 10% bland kvinnor och 8% bland män år 2016, vanligast i åldersgruppen 45-64 år (källa Folkhälsomyndigheten). Frekvensen rökare är högre än för Sverige totalt vilket visar att rökning är en stor riskfaktor för sjukdom/skada.

Tabell 16 Snusning, alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk (inskrivning)

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Snusare (in)	52	5%	16	3%	175	11%
Missbruk av alkohol (in)	47	5%	3	1%	125	8%
Missbruk av droger (in)	12	1%	5	1%	70	5%
Missbruk av läkemedel (in)	18	2%	2	0%	34	2%

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. Man ser inga säkra förändringar i data jämfört med 2016. Riskkonsumtion av alkohol – vilket är något annat än missbruk – låg år 2016 på 17% (Källa Folkhälsomyndigheten).

## Målindikatorer 2017

I WebRehab har vi valt att identifiera målnivåer som är uppnåeliga och inte lägsta acceptabla nivå. Vi har identifierat ett antal kvalitetsindikatorer där vi har satt målnivåer. Någon handlar om kunskapsbaserad och ändamålsenligvård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade. Resultaten redovisas enligt ljus-signalerna i trafiken: grönt är över målnivån, gult i närheten av målnivån och rött innebär att man har mycket att arbeta med. På detta sätt hoppas vi att de enheter som idag har röda markeringar ska sträva efter att förbättra sina resultat till nästa år.

### 1. Registrering av BMI (d v s vikt och längd, sedan uträknad till BMI) vid in- och utskrivning

Vi vet att det inte är ovanligt med sväljnings- och nutritionssvårigheter efter en neurologisk sjukdom/trauma. Vi vet också att för att orka träna måste kroppen få tillräckligt med energi. Vid pareser förloras muskelmassa, som inte bör ersättas med fett, vilket måste tas i beaktande när man analyserar sina resultat. Målvärdet för registrering av BMI är 90 % vid både in- och utskrivning.

### 2. Patientnöjdhet

Att tillfråga patienterna om deras syn på rehabiliteringen etc är en del i kvalitetsarbetet. Alla patienter som har möjlighet att framföra sina åsikter om verksamheten bör få den.

Målnivå 80 % tillfrågade.

### 3. Rehabplan upprättad

Enligt Socialstyrelsen ska en individuell rehabiliteringsplan upprättas i samband med en rehabiliteringsperiod. 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 vårdtid minst 3 dagar med syftet 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.

Målnivå 100%

### 4. Bedömning av körlämplighet

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

Målnivå: 90 % av de som har körkort ska bedömas.

### 5. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att ha ett mycket lågt antal fallolyckor med fraktur och antalet uppkomna trycksår under vårdtiden bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna. Även om 0% är en mycket låg nivå går det inte att sätta någon annan.

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

Detta redovisas under avsnittet komplikationer.

### 6. Registrering av patienter i kvalitetsregistret (täckningsgrad)

Att delta i kvalitetsregister handlar även om täckningsgrad på lokalnivå; dvs hur stor andel som matas in av möjliga patienter. Täckningsgraden redovisas inte i tabellen nedan då vi inte fått in tillräckligt mycket data, se under rubrik "Demografi och processmått".

Målnivå: 80 %.

2017	BMI inskr	BMI utskr	Patientens upplevelse	Rehabplan upprättad	Körkortsbedomning (ut)
Blekinge	85%	83%	41%	98%	87%
Gotland	91%	86%	49%	35%	26%
Halmstad	99%	97%	92%	95%	96%
Hässleholm	93%	83%	76%	78%	77%
Stockholms sjukhem	99%	98%	93%	99%	92%
Växjö	97%	90%	84%	88%	88%
Mälargården	99%	95%	94%	99%	93%
Umeå	96%	85%	81%	98%	67%
Borås	98%	97%	92%	97%	96%
Danderyd	100%	89%	85%	93%	100%
Falun	94%	89%	97%	91%	97%
Jönköping	99%	93%	84%	95%	95%
Karlstad	95%	91%	86%	86%	100%
Karolinska	94%	88%	0%	85%	0%
Linköping	98%	90%	96%	95%	61%
Rehabstation	88%	88%	38%	97%	74%
Sahlgrenska	92%	92%	68%	95%	73%
Sandviken	94%	94%	75%	95%	87%
Skåne	94%	91%	76%	99%	97%
Skövde	0%	0%	2%	65%	6%
Sunderby	100%	100%	73%	99%	98%
Uppsala	89%	89%	56%	86%	90%
Västervik	96%	96%	63%	92%	95%
Västerås	92%	92%	29%	94%	95%
Örebro	78%	76%	74%	87%	94%

Figur 13 Målbildindikatorer

**Grönt** = Över eller lika med målnivån

**Gult** = 61% - målnivån

**Rött** = 0-60%

BMI vid inskrivning är den kvalitetsindikator där flest enheter nått målnivån.

11 enheter har nått målvärdet gällande om patienterna tillfrågats om nöjdhet, vilket är en ökning jämfört med 2016 (6).

För upprättande av rehabplan har så gott som alla enheter höga värden; 8 enheter når 97% eller högre. Trots att det markerats som gult får man bedöma det som ett mycket bra resultat.

För år 2017 har 84% 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%, 2016 82%. Det är 10 enheter som fortfarande har en förbättringspotential vad gäller denna variabel, jämfört med 15 föregående år. Om man känner sig osäker kan man hämta SKL's beslutsunderlag 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).

## Användningsgrad

Tabell 17 Användningsgrad instrument, grupp 1

Grupp 1	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	16%	83%	1%
HAD ifylld (in)	10%	90%	
HAD ifylld (ut)	7%	93%	
Eq5d gjord (in)	44%	53%	3%
Eq5d gjord (ut)	37%	60%	3%
ADL gjord (in)	97%	3%	
ADL gjord (ut)	94%	6%	
ICF (in)	29%	71%	
ICF (ut)	28%	72%	
NIHSS (in)	29%	71%	
NIHSS (ut)	15%	85%	

Tabell 18 Användningsgrad instrument, grupp 2

Grupp 2	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	17%	83%	
HAD ifylld (in)	27%	73%	
HAD ifylld (ut)	4%	96%	
Eq5d gjord (in)	92%	8%	
Eq5d gjord (ut)	93%	6%	1%
ADL gjord (in)	14%	86%	
ADL gjord (ut)	14%	86%	
ICF (in)	18%	82%	
ICF (ut)	5%	95%	
NIHSS (in)	0%	100%	
NIHSS (ut)	0%	100%	

Tabell 19 Användningsgrad instrument, grupp 3

Grupp 3	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	41%	52%	7%
HAD ifylld (in)	9%	91%	
HAD ifylld (ut)	6%	94%	
Eq5d gjord (in)	66%	26%	8%
Eq5d gjord (ut)	62%	33%	5%
ADL gjord (in)	91%	9%	
ADL gjord (ut)	88%	12%	
ICF (in)	31%	69%	
ICF (ut)	47%	53%	
NIHSS (in)	25%	75%	
NIHSS (ut)	15%	85%	

## ADL

Vi har ingen målnivå för ADL-bedömning men att värdena i grupp 1 och 3 som har stort inslag av akut rehabilitering har ökat jämfört med 2016 får bedömas som bra med värden över 90% i stort sett. Användningsgraden har dock minskat inom grupp 2 – både vid in- och utskrivning (22% år 2016). Det speglar sannolikt det låga inslaget av rehabilitering i tidigt skede där man inte förväntar sig så stora förändringar i ADL-förmåga och att det då inte upplevs meningsfullt att registrera detta.

## EQ5D

Grupp 1 – 44% (45%) vid inskrivning och 37% (42%) vid utskrivning

Grupp 2 – 92% (88%) vid inskrivning och 93% (91%) vid utskrivning

Grupp 3 – 66% (67%) vid inskrivning och 62% (59%) vid utskrivning

Användningsgraden fortsätter att minska i grupp 1 och är oförändrad i grupp 3 (särskilt om man också jämför med tidigare år). I grupp 2 verkar man ha valt EQ5D framför ADL-måttet.

## LiSat

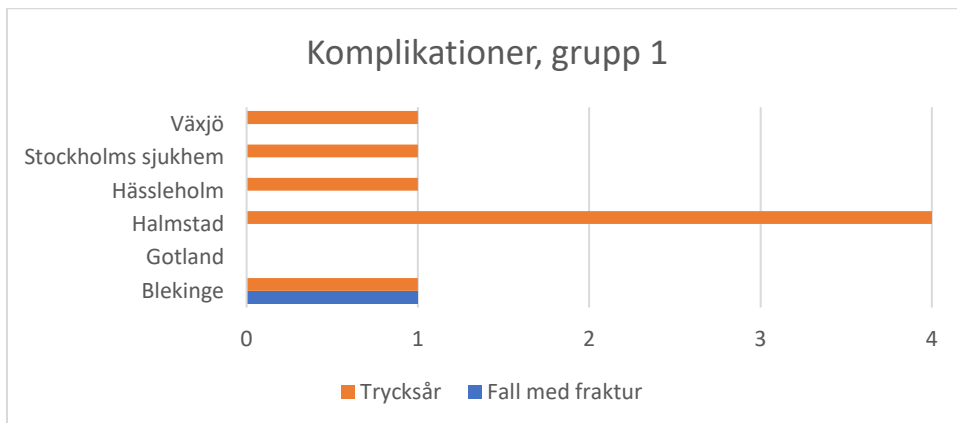
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 16% (+1% icke genomförda) i grupp 1, 17% i grupp 2 och 41% (+7% icke genomförda) i grupp 3. Det är fortfarande ett ganska lite använt instrument vilket är otillfredsställande då detta mått inte egentligen finns med i något annat instrument. EQ5D registrerar uppfattning om egna hälsotillståndet och nöjdhetsfrågor om hur man tyckt om olika aspekter av rehabiliteringen vilket inte är samma sak som hur tillfreds man är med livet och olika aspekter av det. Tillfredsställelse med livet är egentligen det ultimata målet.



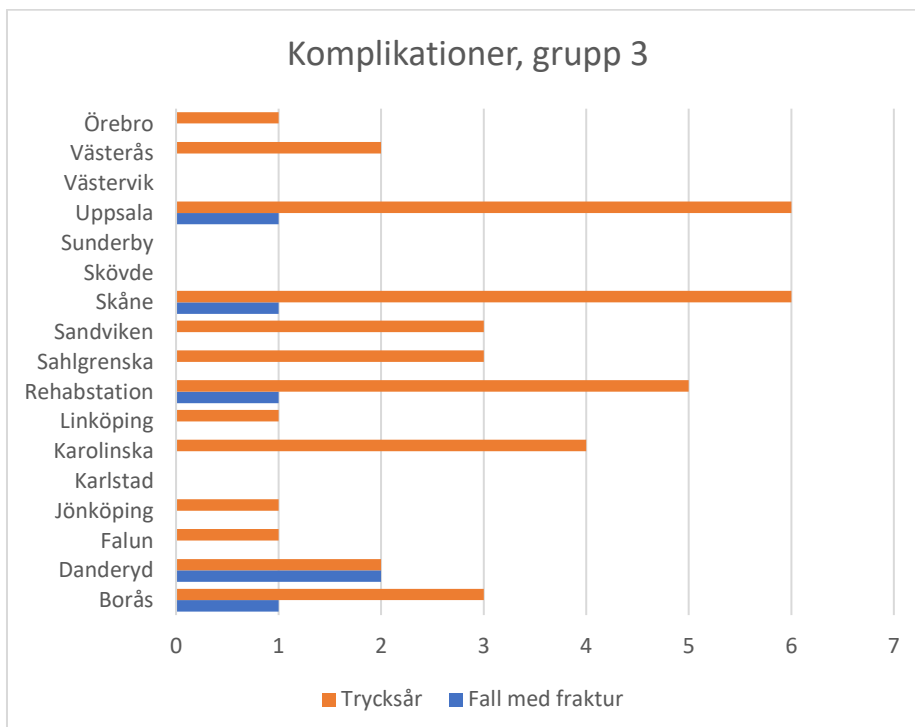
## Resultatmått

### Komplikationer

Antal avlidna var 1 (9 under 2016, 3 under 2015), ett fortsatt lågt antal. För antalet komplikationer har vi en 0-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2017 registrerades 7 fall med fraktur och 46 trycksår totalt. Utifrån 2991 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, 7. Trycksår: 35, 42, 35, 41, 41, 34, 37, 46. Antalen visar ingen större förändring men totala antalet registreringar har ökat under den tiden från 1902 till 2991, 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". Inget fall med fraktur eller trycksår har rapporterats från grupp 2.



Figur 14 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1



Figur 15 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3

Tabell 20 Totalt antal komplikationer.

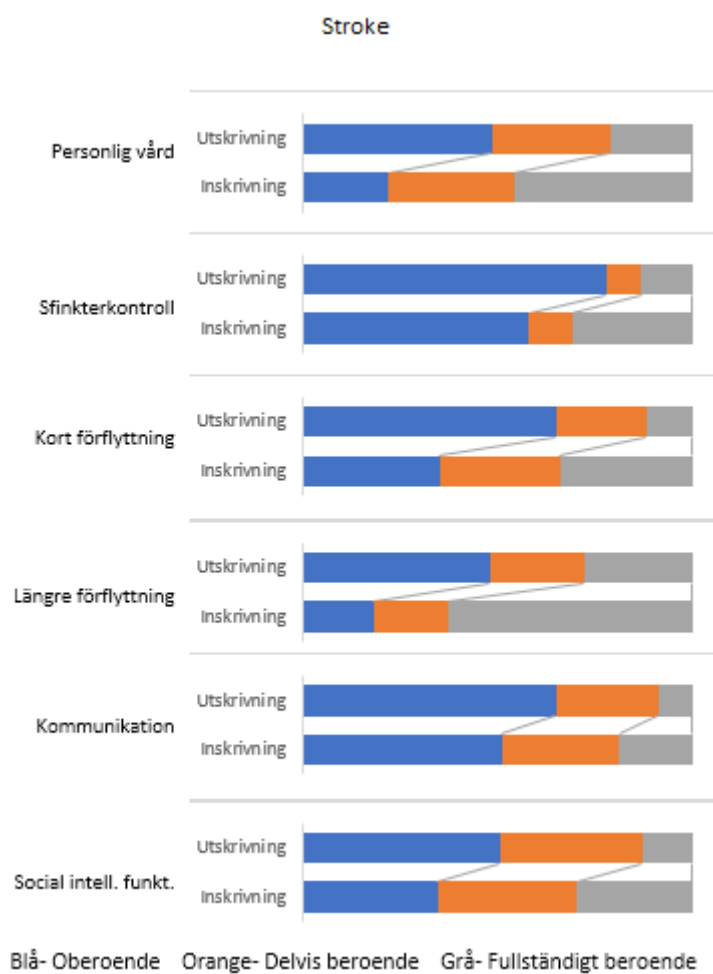
	Totalt antal komplikationer
DVT (ut)	26
Lungemboli (ut)	29
Heterotop bennybildning (ut)	8
Fall med fraktur (ut)	7
Kontraktur (ut)	20
Epilepsi/krampanfall (ut)	36
Hydrocefalus (ut)	20
Trycksår (ut)	46
Ulcus (ut)	5
Meningit (ut)	4
Pneumoni (ut)	61
Övre UVI (ut)	75
Infektion med multiresistenta bakterier (ut)	35
Annan infektion (ut)	208
Ny hjärnskada (ut)	20
Avvikit från avdelning (ut)	13
Annan komplikation/sjukdom/skada (ut)	183

Antal lungembolier har minskat något från 36 till 29 och avvikit från avdelningen har minskat från 20 till 13. Däremot har kontrakturer ökat från 10 till 20, trycksår från 37 till 46 och infektion med multiresistenta bakterier från 15 till 35. Även om det inte är någon dramatisk ökning av de sistnämnda komplikationerna är det ett observandum.

### ADL-förmåga

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. ADL-förmågan redovisas för 2017 uppdelat på 6 områden. Personlig vård omfattar variabel A-F, sfinkterkontroll variabel G-H, kort förflyttning omfattar variabel I-K, långa förflyttningar variabel L-M, kommunikation variabel N-O samt social- och intellektuell förmåga variabel P-R i FIM. Oberoende motsvarar 6 och 7, delvis beroende 4-5, beroende 1-3. Linjerna mellan in- och utskrivning ger en bild av grad av förbättring. Dock bör man tänka på att det är olika många variabler i områdena, vilket inverkar på känsligheten. Med få variabler i ett område kan det slå väldigt mycket åt ena och andra hållet. Man ser klara förbättringar vid ut- jämfört med vid inskrivning för alla diagnos- och åldersgrupper. Mönstren varierar mer beroende på diagnosgrupp än åldersgrupp men säger också något om förbättringspotentialen inom olika områden.

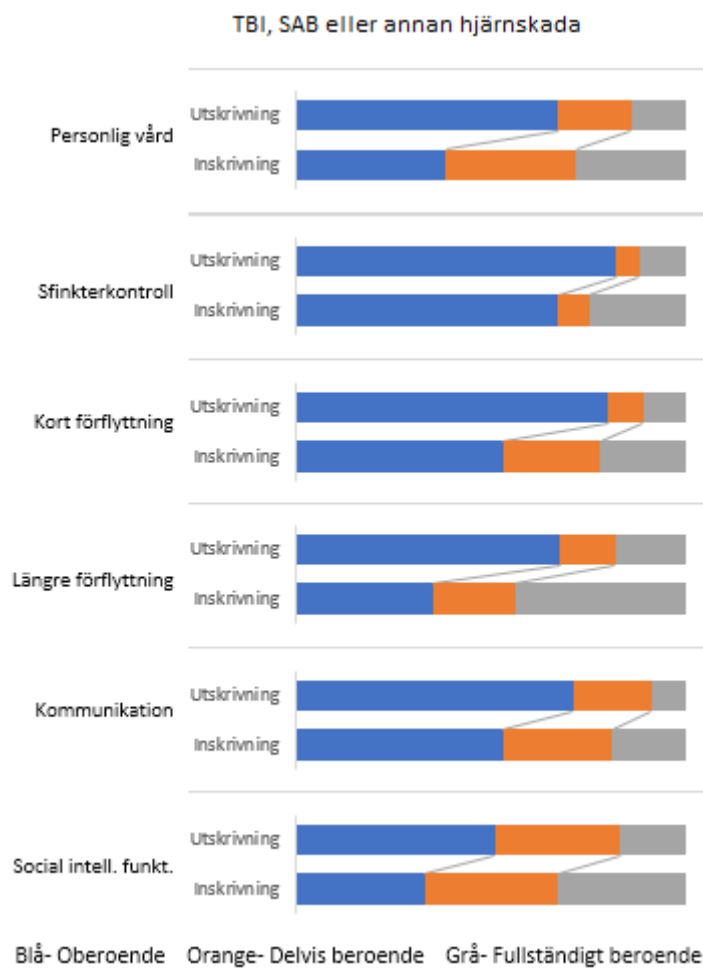
## Stroke – alla åldrar.



Figur 16 ADL vid in och utskrivning, stroke.

Störst förbättring ses inom personlig vård samt korta och längre förflyttningar, d v s motoriken.

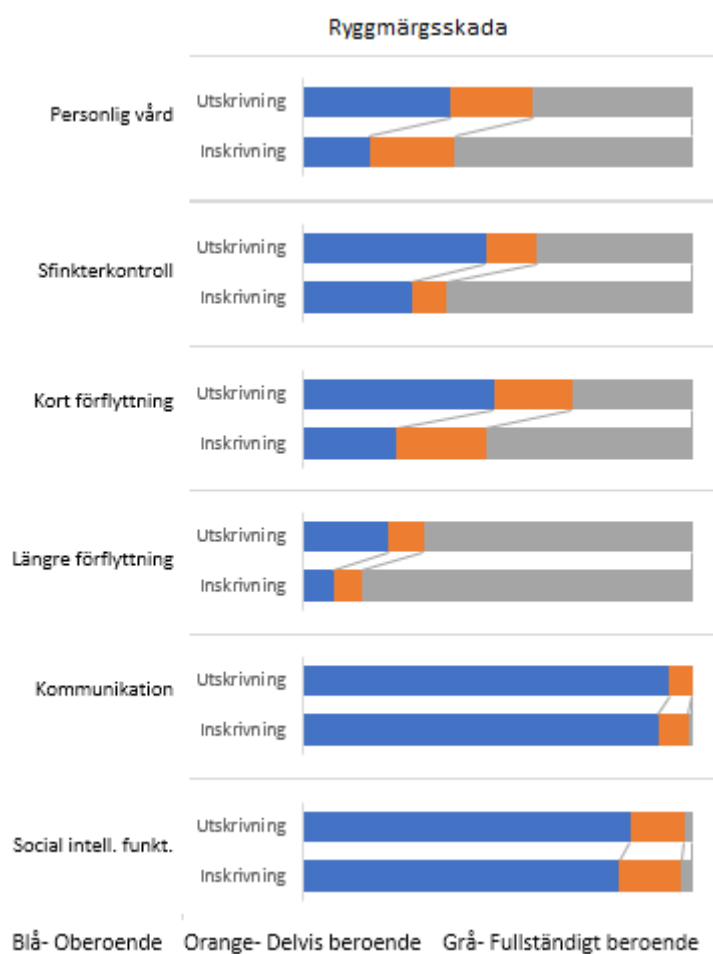
## Övriga hjärnskador, alla åldrar



Figur 17 ADL vid in och utskrivning, TBI, SAB och annan hjärnskada.

Här ses förbättringar inom alla områden och inget "sticker ut".

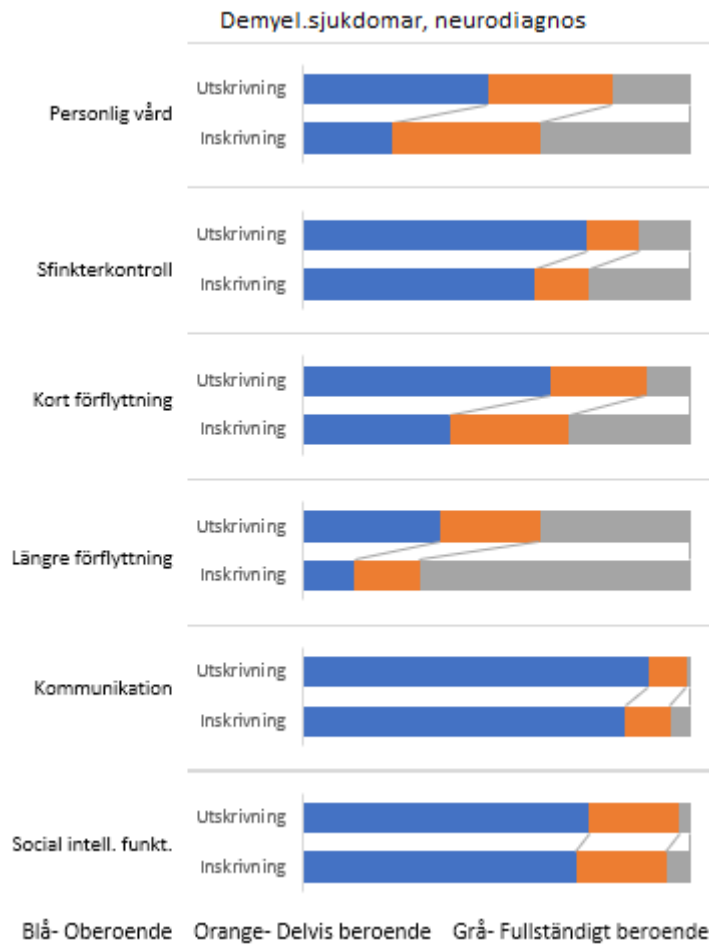
## Ryggmärgsskador, alla åldrar.



Figur 18 ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada.

Man ser högre grad av beroende i alla områden utom kommunikation och social och intellektuell förmåga.

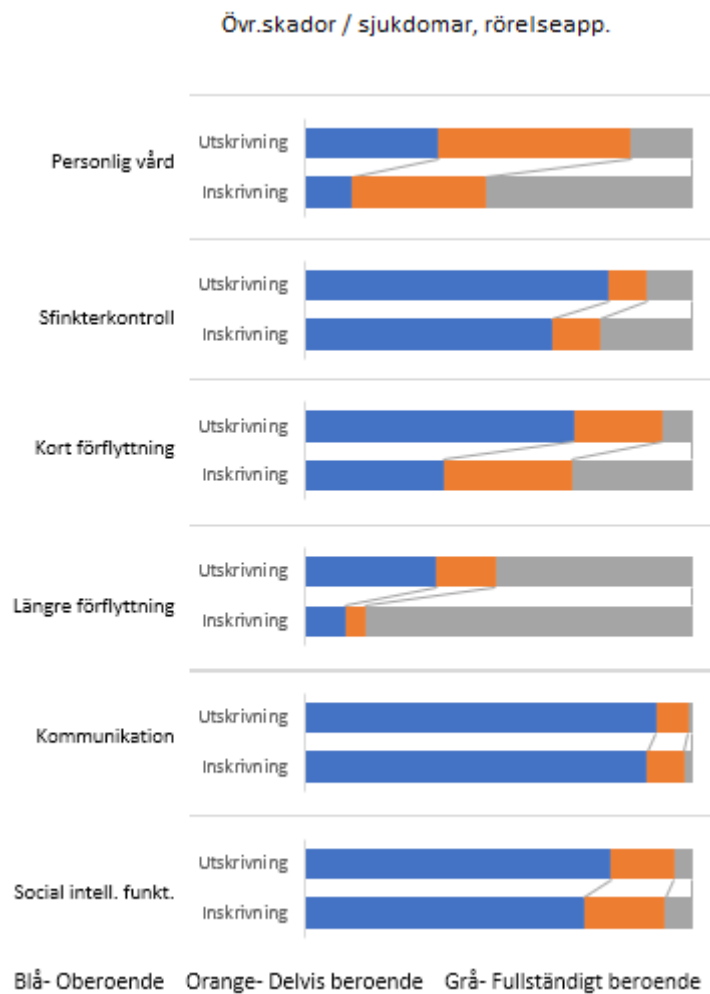
## Demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos, alla åldrar.



Figur 19 ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos.

Man ser klara förbättringar på motoriska områden, men det är utifrån lågt ingångsvärde från på personlig vård och längre förflyttningar.

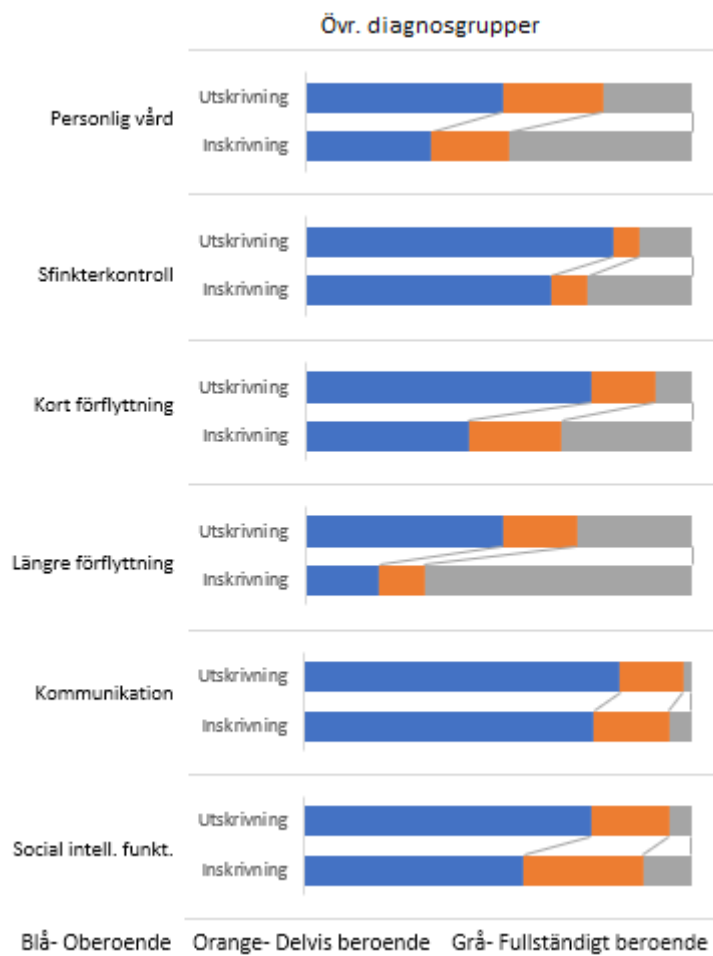
## Övriga skador och sjukdomar i rörelseapparaten, alla åldrar



Figur 20 ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat.

Man ser även här klara förbättringar på motoriska områden men det är utifrån lågt ingångsvärde från på personlig vård och längre förflyttningar.

## Övriga diagnosgrupper, alla åldrar

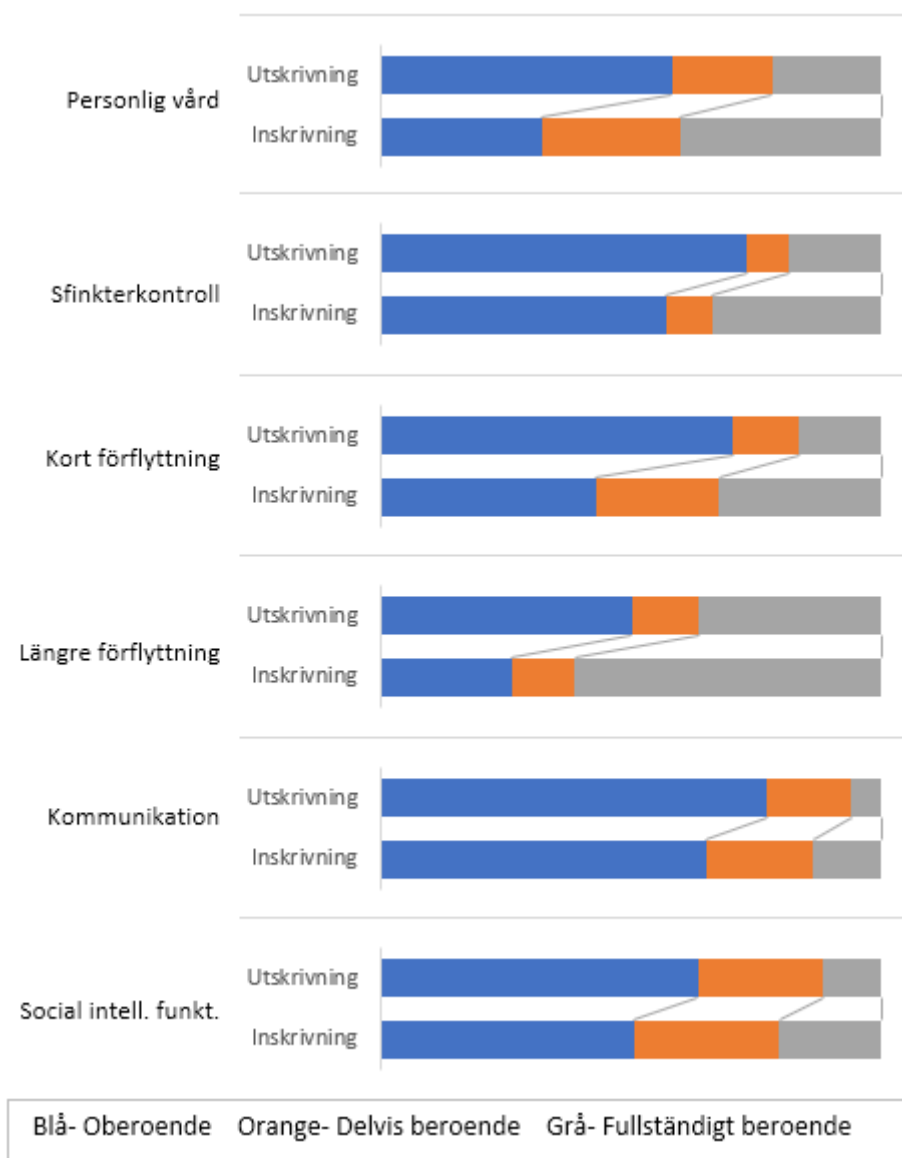


Figur 21 ADL vid in och utskrivning, övriga diagnosgrupper.

Man ser förbättringar på alla områden, så rehabilitering ger resultat. Gruppen består av många olika diagnoser varför det inte är möjligt att kommentera mer specifikt.



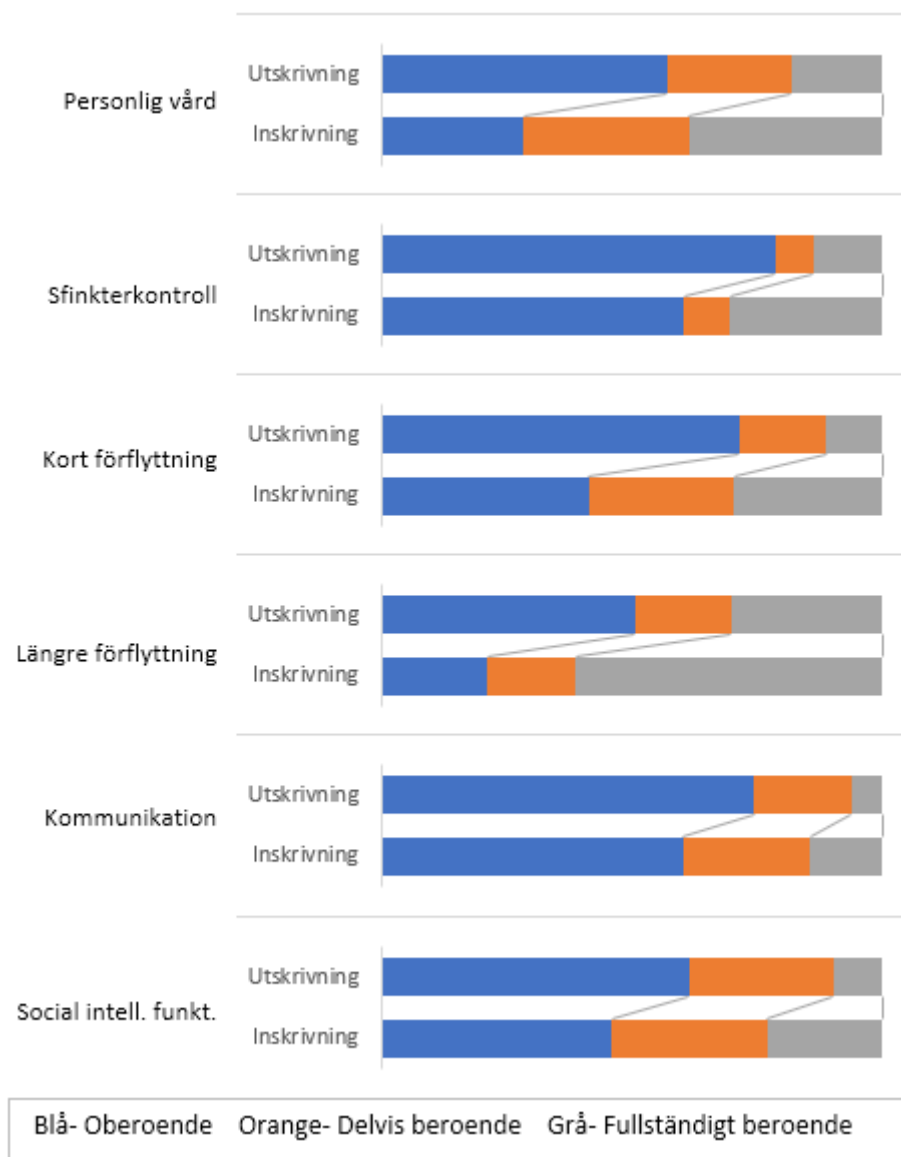
## Alla diagnoser, 16-44 år



Figur 22 ADL vid in och utskrivning. 16-44 år.

Man ser klara förbättringar, framför allt inom motoriken.

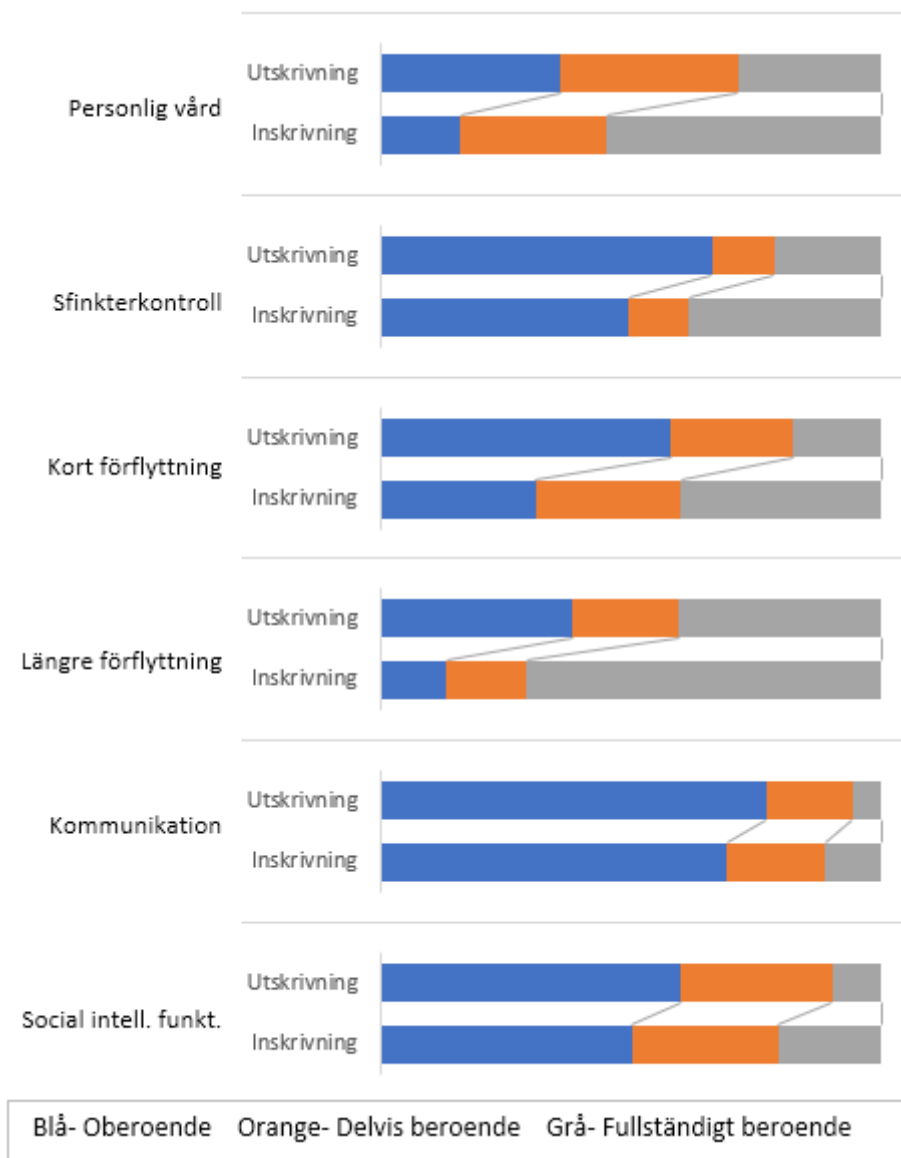
## Alla diagnoser, 45-64 år



Figur 23 ADL vid in och utskrivning, 45-64 år.

Grafen för denna åldersgrupp visar inga påtagliga skillnader jämfört med åldersgruppen 16-44 år.

## Alla diagnoser, 65 år och äldre



Figur 24 ADL, 65 år och äldre

Man ser lika stora förbättringar relativt sett som i åldersgruppen 45-64 år men både in- och utvärden är generellt lägre.

## **Funktionsnedsättningar ("ICF-listan")**

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har med 34% (32%) en fortsatt låg ifyllnadsgrad. Vid inskrivning registrerades data i 28%. ICF har använts mest i grupp 3 med 46%. Grupp 1 har använt det i mycket låg grad (Det kan avspegla att den varit svår att hantera. Då vi fortfarande bedömer att det är värdefullt att kunna beskriva funktionsnedsättningar finns ändå möjligheten kvar att göra detta.

Efterföljande tabell visar förekomst av funktionsnedsättningar/symtom registrerade 2017 vid utskrivning. Det man kan se är att frekvensen av olika funktionsnedsättningar/symtom skiljer sig mellan grupperna. I enhetsgrupp 3 som registrerat "ICF" i 46% (n 710) ser man att de vanligaste funktionsnedsättningarna är: Nedsatt mental ork/uthållighet 48%, sensibilitetsnedsättning 48%, balansstörning ej vestibulär 48% samt nedsatt minne 34%.

Tabell 21 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning

PSYKISKA FUNKTIONER	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedstämdhet/depression	39	14%	2	8%	153	22%
Ångest	21	8%	3	13%	93	14%
Hallucinos/vanföreställning	0	0%	0	0%	6	1%
Andra psykotiska symtom	2	1%	0	0%	2	0%
Annan emotionell störning	18	7%	2	8%	32	5%
Desorientering	16	6%	2	8%	47	7%
Nedsatt uppmärksamhet	45	16%	2	8%	177	26%
Nedsatt minne	68	25%	4	17%	230	34%
Neglekt	16	6%	2	8%	54	8%
Spatial störning/perceptionsstörning	11	4%	2	8%	94	14%
Dysexekutiv störning	12	4%	0	0%	103	15%
Apraxi	5	2%	1	4%	34	5%
Nedsatt mental ork/uthållighet	83	30%	5	21%	326	48%
Annan kognitiv störning	17	6%	2	8%	45	7%
Impulskontrollstörning	6	2%	2	8%	30	4%
Utagerande/aggressiv beteendestörning	2	1%	2	8%	8	1%
Passiv beteendestörning	10	4%	1	4%	21	3%
Sömnstörning	33	12%	4	17%	138	20%
<b>SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA</b>						
Nedsatt synskärpa	93	34%	6	25%	130	19%
Synfältsstörning	19	7%	2	8%	111	16%
Ögonmotilitetsstörning	5	2%	1	4%	41	6%
Hörselnedsättning	26	9%	0	0%	38	6%
Luktnedsättning	0	0%	0	0%	6	1%
Smaknedsättning	0	0%	0	0%	9	1%
Sensibilitetsnedsättning	53	19%	14	58%	332	48%
Nedsatt proprioception	14	5%	4	17%	175	26%
Nedsatt balans (vestibulärt)	6	2%	0	0%	33	5%
Huvudvärk	11	4%	2	8%	85	12%
Smärta rygg, nacke	22	8%	2	8%	145	21%
Smärta skuldra	12	4%	5	21%	111	16%
Smärta extremitet	66	24%	7	29%	161	24%
Smärta diffus nedom skadenivån (spinalskada)	2	1%	2	8%	33	5%
Smärta, diffus eller multipla lokalisationer	16	6%	3	13%	49	7%
	<b>Grupp 1</b>		<b>Grupp 2</b>		<b>Grupp 3</b>	
<b>RÖST, TAL OCH SPRÅK</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>	<b>Antal</b>	<b>Andel</b>
Dysartri/anartri	33	12%	4	17%	101	15%
Afasi/dysfasi	35	13%	3	13%	85	12%

<b>HJÄRTA, KÄRL OCH ANDNING</b>						
Nedsatt hjärtfunktion	70	26%	1	4%	50	7%
Nedsatt perifer cirkulation	65	24%	0	0%	19	3%
Nedsatt andningsfunktion	28	10%	0	0%	33	5%
Autonom dysfunktion	0	0%	0	0%	0	0%
Autonom dysreflexi	2	1%	0	0%	9	1%
Postural hypotension	3	1%	0	0%	8	1%
Bradykardi	1	0%	0	0%	7	1%
<b>MATSMÄLTN , ÄMNESOMS, ENDOKRIN</b>						
Sväljningssvårigheter	25	9%	0	0%	67	10%
Nutritionsstörning	16	6%	0	0%	32	5%
Störd tarmfunktion(diarré, inkontinens,förstoppning)	20	7%	3	13%	137	20%
Störd thyroideafunktion	7	3%	0	0%	11	2%
SIADH	0	0%	0	0%	4	1%
Annan hypofysfunktions-störning	0	0%	0	0%	3	0%
Annan endokrin störning	48	18%	0	0%	38	6%
<b>KÖNS- OCH URINORGAN</b>						
Nedsatt njurfunktion	31	11%	0	0%	37	5%
Neurogen blåsrubbning	12	4%	14	58%	153	22%
Urininkontinens	21	8%	4	17%	83	12%
Störd sexuell funktion	5	2%	4	17%	60	9%
<b>NEUROMUSK-SKELETTAL RÖRELSEREL FUNKTION</b>						
Hemipares vänster	72	26%	2	8%	110	16%
Hemipares höger	52	19%	2	8%	100	15%
Parapares	7	3%	7	29%	99	14%
Tetrapares	5	2%	8	33%	96	14%
Annan pares	26	9%	0	0%	76	11%
Inskränkt rörlighet/kontraktur	19	7%	3	13%	106	15%
Ataxi/dystaxi	12	4%	0	0%	54	8%
Spasticitet	29	11%	6	25%	140	20%
Annan tonusrubbning	1	0%	0	0%	34	5%
Balansstörn. (ej vestibulär)	107	39%	0	0%	330	48%
<b>Hud</b>						
Brännskada	0	0%	0	0%	3	0%
Opsår	24	9%	0	0%	81	12%
Andra sår/hudproblem	43	16%	0	0%	72	10%

## NIHSS

Användningsgraden av NIHSS vid inskrivning har minskat ytterligare till 165 registreringar (182 år 2016, 274 år 2015 och 297 år 2014), vilket utgör endast 26% av strokepatienterna. Vid utskrivning görs NIHSS på 17% av strokepatienterna. För att göra korstabeller enligt nedan krävs att det finns värde från både in- och utskrivning, vilket förklarar de förhållandevis låga antalet patienter i tabellerna. I grupp 1 är 71% och i grupp 3 är 52% oförändrade i NIHSS vid ut- jämfört med vid inskrivning. En viktig kommentar till detta är att NIHSS beskriver funktionsnedsättning och inte aktivitetsförmåga.

Tabell 22 NIHSS vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter

Grupp 1		NIHSS utskrivning				Total
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	
NIHSS inskrivning	0	7	2	0	0	9
	1 till 4	8	32	0	0	40
	5 till 8	1	7	6	0	14
	9 till 12	0	0	2	3	5
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>68</b>

Grupp 3		NIHSS utskrivning							Total
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20	25 till 30	
NIHSS inskrivning	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	1 till 4	5	21	1	0	0	0	0	27
	5 till 8	1	10	7	0	0	0	0	18
	9 till 12	0	2	6	5	0	0	0	13
	13 till 16	0	1	3	2	2	0	0	8
	17 till 20	0	0	0	1	2	1	0	4
	25 till 30	0	0	0	0	0	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>73</b>

## DOC

Sammanlagt har 25 (47 år 2016, 28 år 2015) patienter med sänkt medvetande och 1 pat med locked-in syndrome (1) registrerats under Disorders Of Consciousness (DOC) i samband med inskrivning (totalt 1604 patienter). Av 24 deltagande enheter har 18 registrerat patienter med sådana tillstånd. Vid utskrivning befinner sig 27 patienter (32 år 2016, 20 år 2016) fortfarande i medvetandesänkt tillstånd och 1 patient i locked-in syndrome. Det är ändå väldigt få patienter totalt sett; 1,6% av totala antalet med stroke eller annan hjärnskadediagnos.

Tabell 23 DOV-kategorier

	Vid inskrivning	Vid utskrivning
Coma	2	6
Icke-resp vakenhetstillst.	9	6
Min medvetandetillst	11	12
Svår medv störn ej klassif.	3	3
Locked-in	1	1

Benämningarna av tillstånden har under året bytts i enlighet med internationell nomenklatur, enligt följande:

Vegetativt tillstånd heter nu icke-responsivt vakenhetstillstånd.

Minimalt responsivt tillstånd heter nu minimalt medvetandetillstånd.

Akinetisk mutism och Paramediant diencefalt syndrom har tagits bort och istället finns kategorin "svår medvetandestörning, ej klassificerad".

Tabell 24 DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter (värden vid utskrivning inom parentes)

Sjukhus	Ej aktuellt	Coma	Icke-responsivt vakenhetstillst	Minimalt medvetandetillstånd	Svår medvetandestörning	Locked-in syndrome
Blekinge	104 (102)	0 (1)				
Borås	89 (88)		1 (0)	1 (3)		
Danderyd	192 (195)	0 (1)	1 (0)	2 (1)	1 (0)	
Falun	23 (23)					
Halmstad	91 (92)	0 (1)	1 (0)	1 (0)		
Hässelholm	61 (61)					
Jönköping	45 (44)	0 (1)				
Karlstad	19 (19)					
Karolinska	1 (1)					
Linköping	56 (56)		2 (0)	0 (2)	2 (2)	
Mälargården	20 (19)	0 (1)				
Sahlgrenska	92 (92)					
Sandviken	66 (66)		0 (1)	2 (1)		
Skåne	94 (93)			0 (1)		1 (1)
Skövde	37 (37)					
Stockholms sjukhem	341 (342)		1 (0)			
Sunderbyn	44 (42)	0 (1)		1 (1)		
Umeå	19 (20)			1 (0)		
Uppsala	42 (42)		1 (1)	1 (1)		
Västervik	9 (9)	1 (0)	1 (2)			
Västerås	28 (29)			2 (1)		
Växjö	79 (77)	1 (0)	0 (2)		0 (1)	
Örebro	26 (26)			1 (1)		
<b>Totalt</b>	1578 (1575)	2 (6)	8 (6)	12 (12)	3 (3)	1 (1)



Totalt 25 patienter (1,6 %) med stroke eller annan hjärnskada klassificerades som svårt medvetandestörda och en med locked-in syndrome vid inskrivning.

Vid utskrivning har antalet minskat med tre patienter, men man ser t.ex. att antalet med Coma ökat och att på en del enheter att totala antalet med svår medvetandestörning ökat något. En möjlig förklaring skulle kanske kunna vara att man har gjort en bättre bedömning vid utskrivningen.

## 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 och vore bra att kunna använda mer som utfallsmått i registret. GOSE ska registreras enbart vid utskrivning i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador. GOSE registrerades vid utskrivning på 624 (639) av 1605 (1534) patienter med hjärnskada, alla kategorier. Det utgör 39% (42% år 2016, 31% år 2015), vilket måste bedömas som ett lågt resultat. Medianvärdena varierar mellan olika enheter men är svåra att bedöma i de fall andelen bedömda individer med hjärnskada är låg. Vi rekommenderar starkt att man använder den strukturerade intervjun (som finns på hemsidan och i menyn inne i registret) för att göra en korrekt bedömning. Nedan visas fördelningen av GOSE-värden vid utskrivning i enhetsgrupp 1 och 3 (ej grupp 2 då inga GOSE-värden registrerats).

Tabell 25 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.

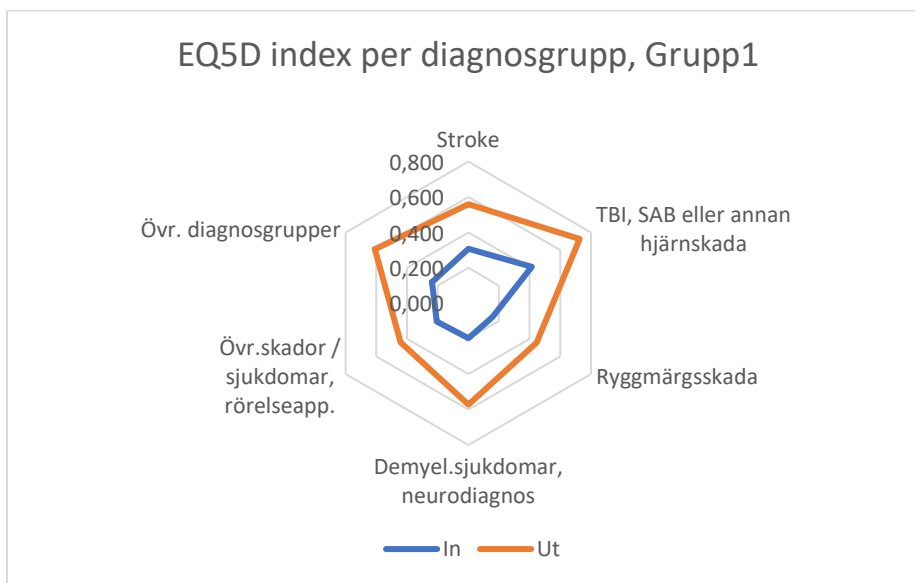
Sjukhus	Användningsgrad	Median
<b>Grupp 1</b>		
Blekinge	31%	6
Halmstad	15%	6
Hässleholm	67%	6
Stockholms sjukhem	0%	
Växjö	30%	4
Total	16%	6
<b>Grupp 3</b>		
Borås	85%	5
Danderyd	100%	5
Falun	0%	
Jönköping	0%	
Karlstad	100%	4
Karolinska	0%	
Linköping	25%	4
Sahlgrenska	66%	5
Sandviken	72%	5
Skåne	52%	6
Skövde	0%	
Sunderby	0%	
Uppsala	93%	6
Västervik	0%	
Västerås	13%	6
Örebro	4%	2
<b>Total</b>	<b>57%</b>	<b>5</b>

## EQ5D

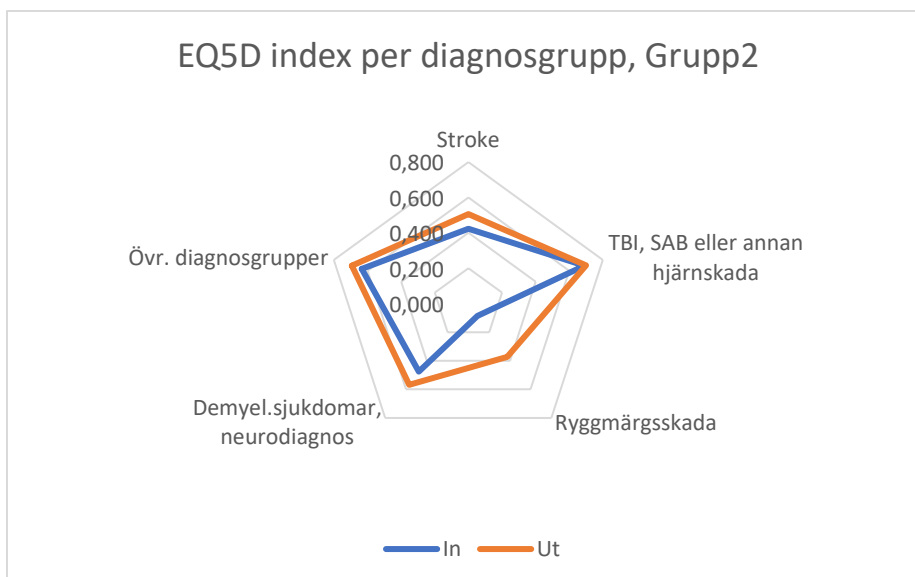
European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som ett VAS-värde på en skala 1-100 där 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet är baserat på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, 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 EQ5D-index även om de varierar mellan diagnosgrupperna. VAS värdet är också högre vid ut- jämf med vid inskrivning i alla enheter. Ju högre värde desto bättre upplevd hälsa.

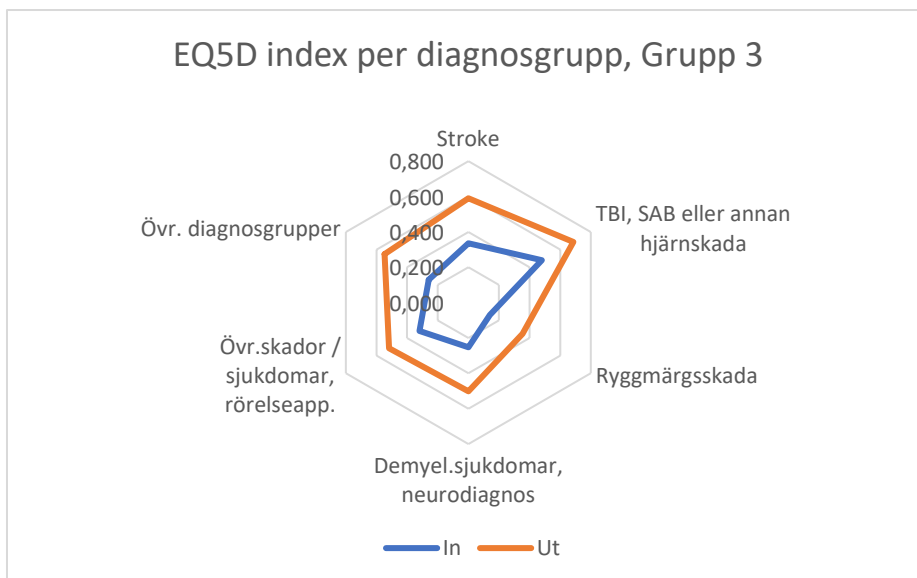
### EQ5D index



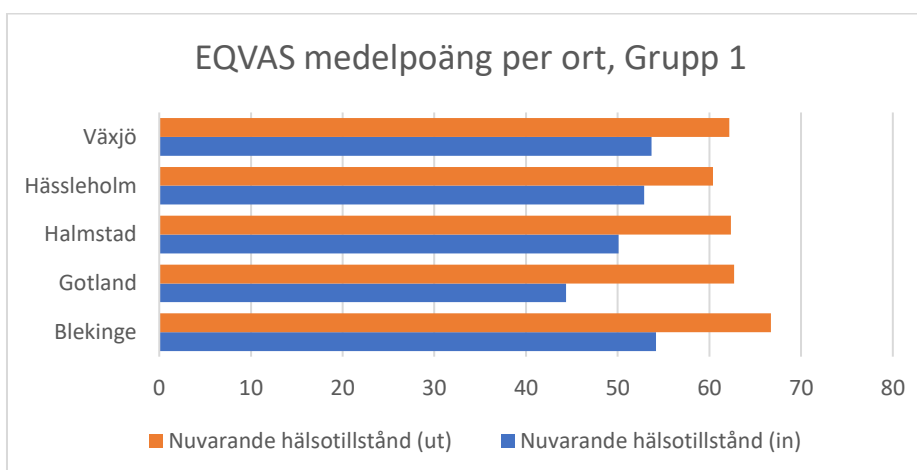
Figur 25 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



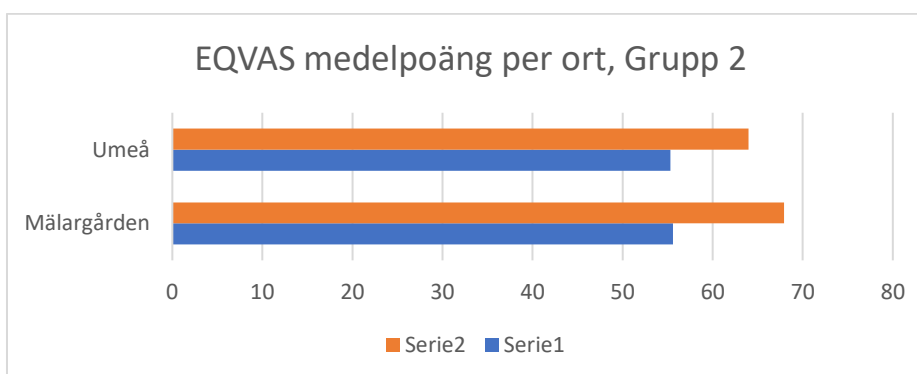
Figur 26 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



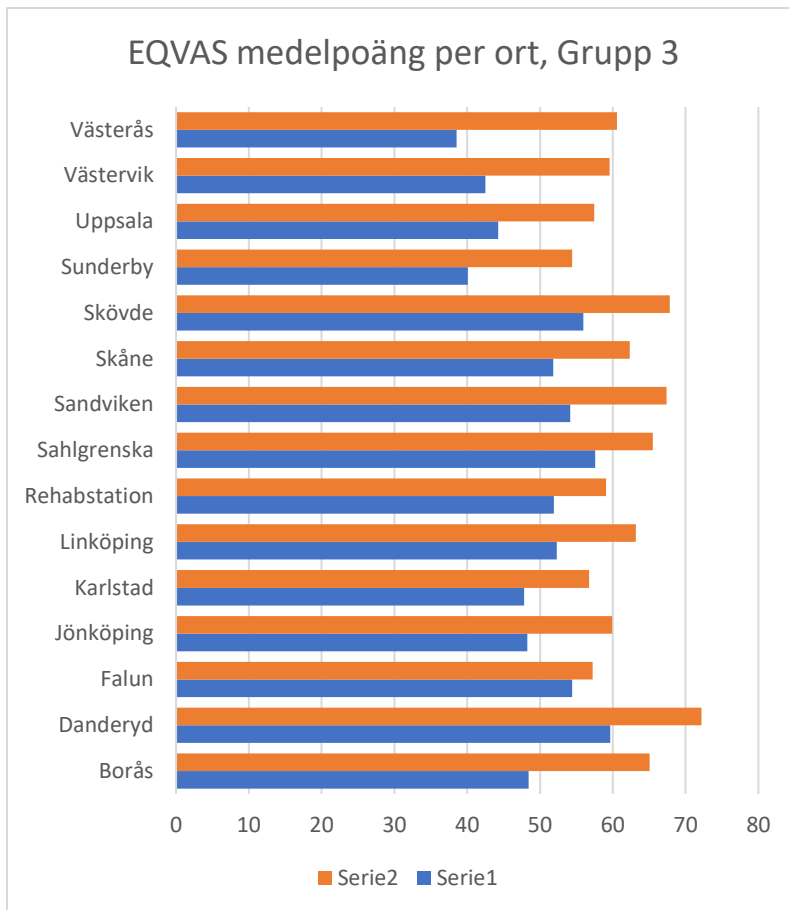
Figur 27 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.



Figur 28 EQ5D VAS per ort, grupp 1.



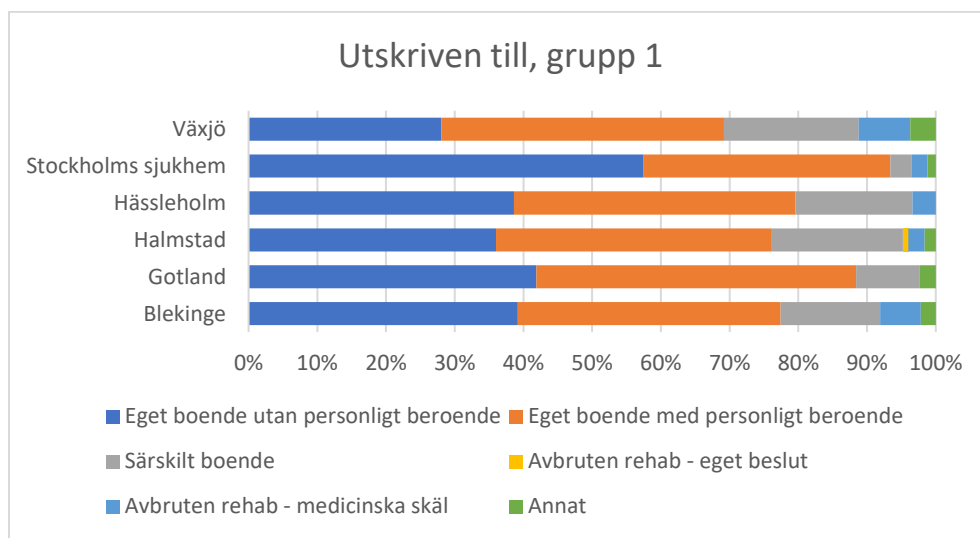
Figur 29 EQ5D VAS per ort, grupp 2.



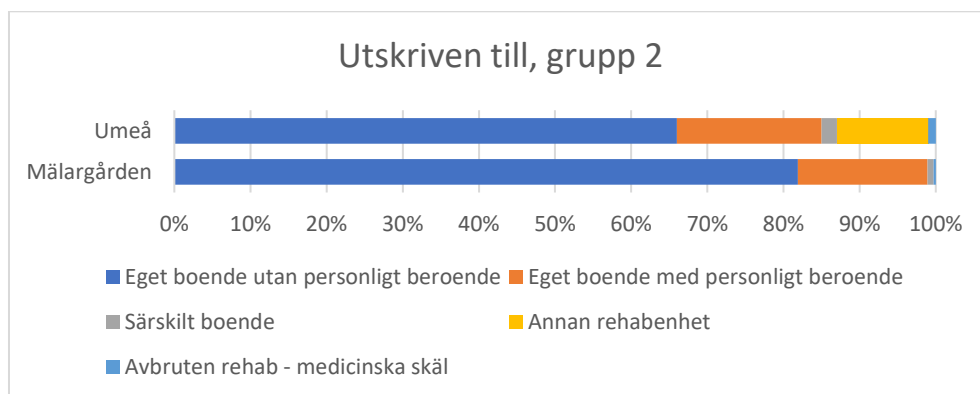
Figur 30 EQ5D VAS per ort, grupp 3.

## Utskriven till

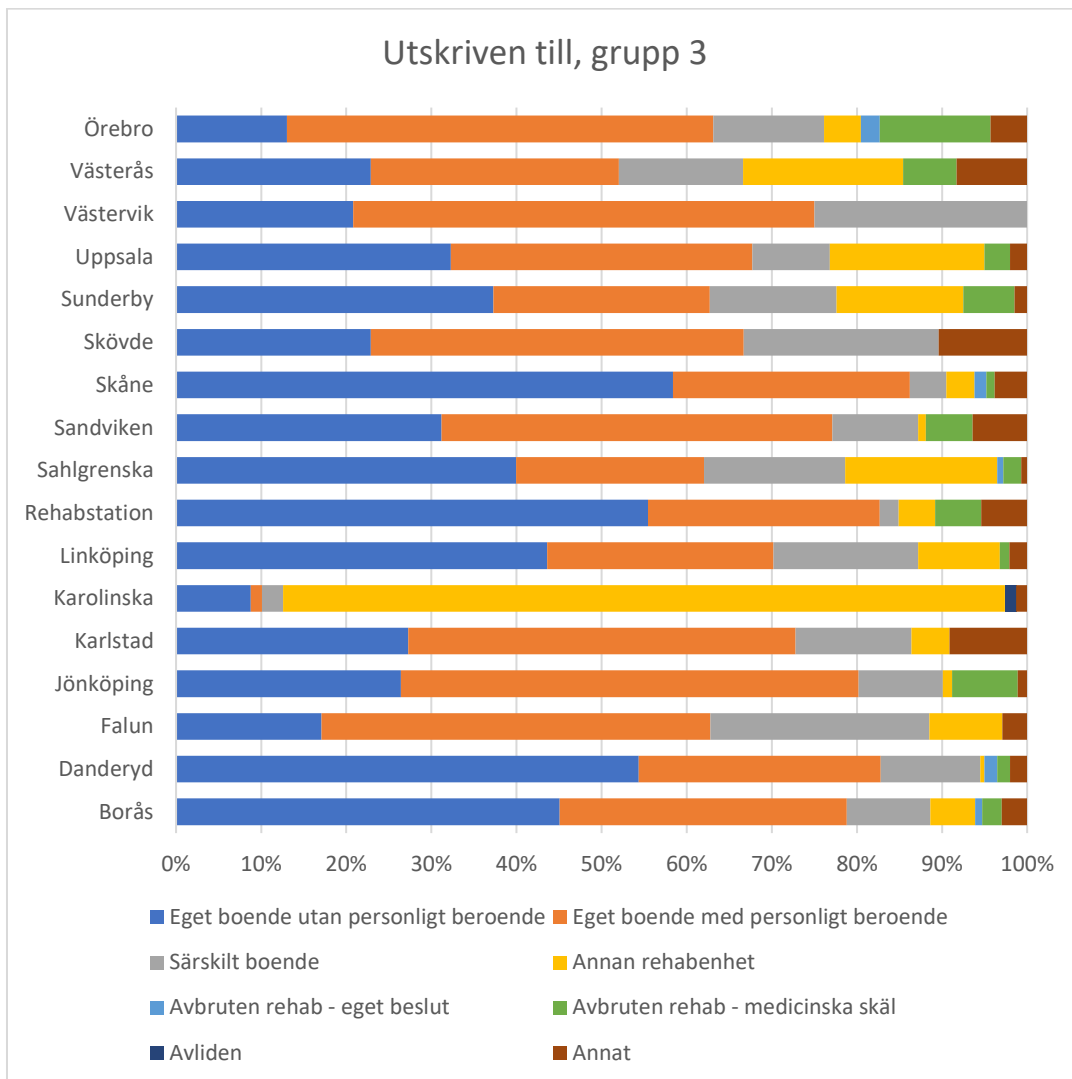
Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t ex svårighetsgrad av skada vid inskrivning, kommunernas resurser, ålder. Enhetsgrupp 2 skiljer sig från de andra två grupperna genom att till allra största delen skriva ut patienterna till eget boende utan personligt beroende 79% (79%). I grupp 1 sker det i 46% (46%) och i grupp 3 i 39% (38%) av fallen. Utskrivning till eget boende med personligt beroende sker i 38% (35%) i grupp 1, 17% (16%) i grupp 2 och 32% (34%) i grupp 3. Utskrivning till särskilt boende sker i 11% (11%) i enhetsgrupp 1, 1% i grupp 2 och 11% (11%) i grupp 3. Det är anmärkningsvärt lika resultat som för år 2016. 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 ålderspanoramats.



Figur 31 utskrivning till, grupp 1.



Figur 32 utskrivning till, grupp 2.



Figur 33 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 - 47% - är högre jämfört med 2016 då det var 43% och 2015 då det var 32%. Andelen utskrivna till särskilt boende är i grupp 1 och 3 sammantaget – åldersgrupp 16-44 år 7%, 45-64 år 11% och 65 år och äldre 14%.

Tabell 26 Utskriven till redovisat per åldersgrupp.

Grupp 1

	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	49	11%	175	39%	221	50%	445	100%
Eget boende m. personligt ber.	26	7%	92	25%	256	68%	374	100%
Särskilt boende	5	5%	28	27%	71	68%	104	100%
Avbruten rehab - eget beslut	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
Avbruten rehab - med. skäl	5	14%	8	23%	22	63%	35	100%
Annat	5	31%	5	31%	6	38%	16	100%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>9%</b>	<b>309</b>	<b>32%</b>	<b>576</b>	<b>59%</b>	<b>975</b>	<b>100%</b>

Grupp 2

	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	32	9%	153	41%	190	51%	375	100%
Eget boende m. personligt ber.	6	7%	26	31%	51	61%	83	100%
Särskilt boende	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
Annan rehabenhet	3	25%	4	33%	5	42%	12	100%
Avbruten rehab - med. skäl	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>9%</b>	<b>185</b>	<b>39%</b>	<b>250</b>	<b>52%</b>	<b>477</b>	<b>100%</b>

Grupp 3

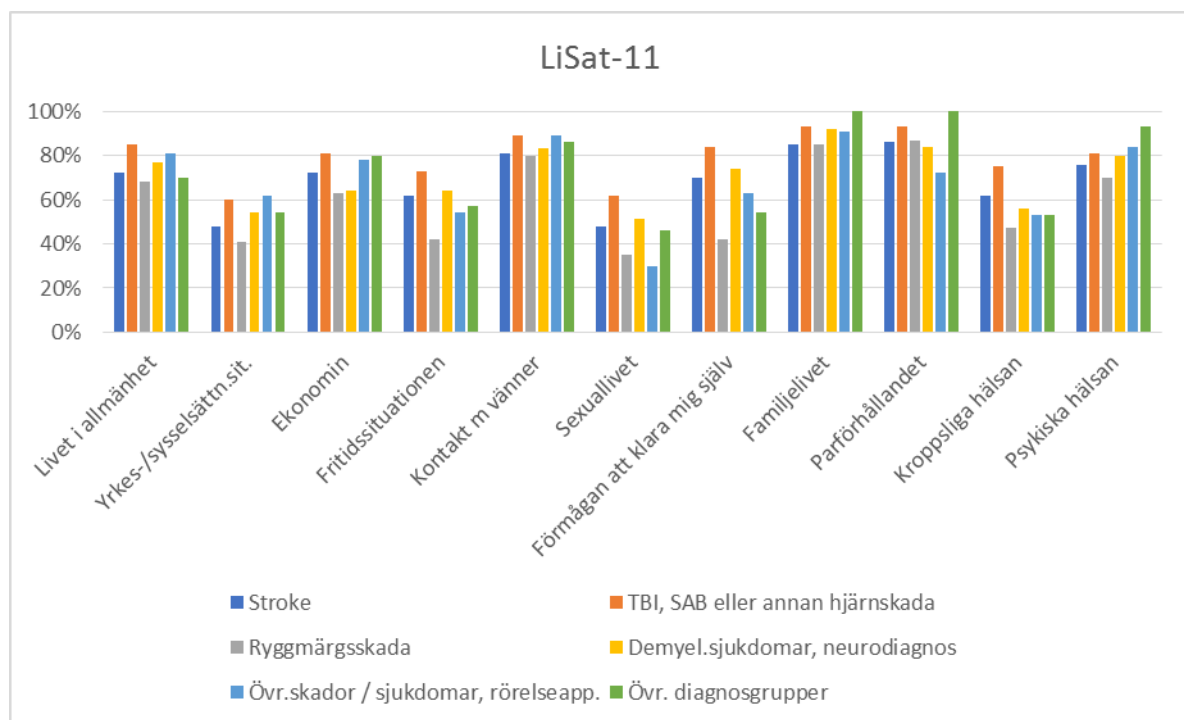
	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	2	0%	182	30%	341	56%	81	13%	606	100%
Eget boende m. personligt ber.	1	0%	137	28%	262	54%	90	18%	490	100%
Särskilt boende	0	0%	31	18%	91	54%	48	28%	170	100%
Annan rehabenhet	2	1%	58	35%	65	39%	42	25%	167	100%
Avbruten rehab - eget beslut	0	0%	2	22%	6	67%	1	11%	9	100%
Avbruten rehab - med. skäl	0	0%	8	17%	31	67%	7	15%	46	100%
Avliden	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Annat	0	0%	26	52%	17	34%	7	14%	50	100%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>0%</b>	<b>444</b>	<b>29%</b>	<b>813</b>	<b>53%</b>	<b>277</b>	<b>18%</b>	<b>1539</b>	<b>100%</b>

## Försörjning

Vid inskrivning (d v s mestadels innan insjuknandet) har 86% i grupp 1, 77% i grupp 2 och 67% i grupp 3 ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning sett över totalt antal patienter. Ålderspensionärer ingår inte i dessa andelar. Ytterligare analys av försörjnings-situation är mer relevant och görs i årsrapport uppföljningar.

## Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)

LiSat-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning från slutna vård. 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. Ryggmärgsskadade ligger generellt lägre jämfört med övriga diagnosgrupper. Detta är oförändrat jämfört med föregående år och ger fortfarande en klar fingervisning om områden där förbättringar i rehabiliteringsprocessen kan behövas.

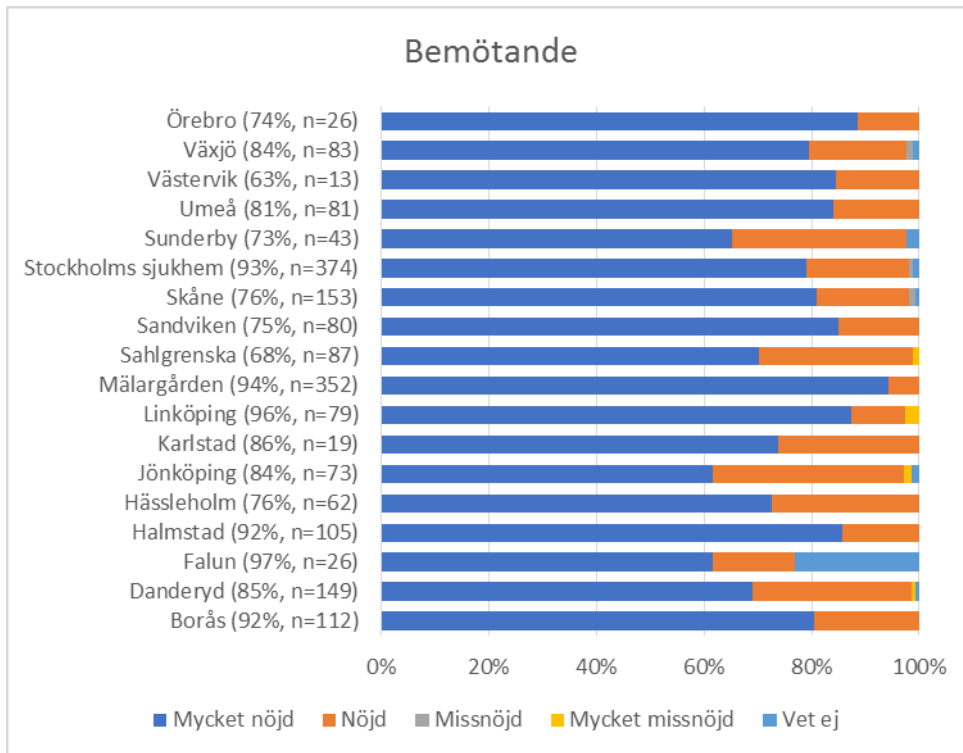


Figur 34 Andel (i %) tillfredsställda (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

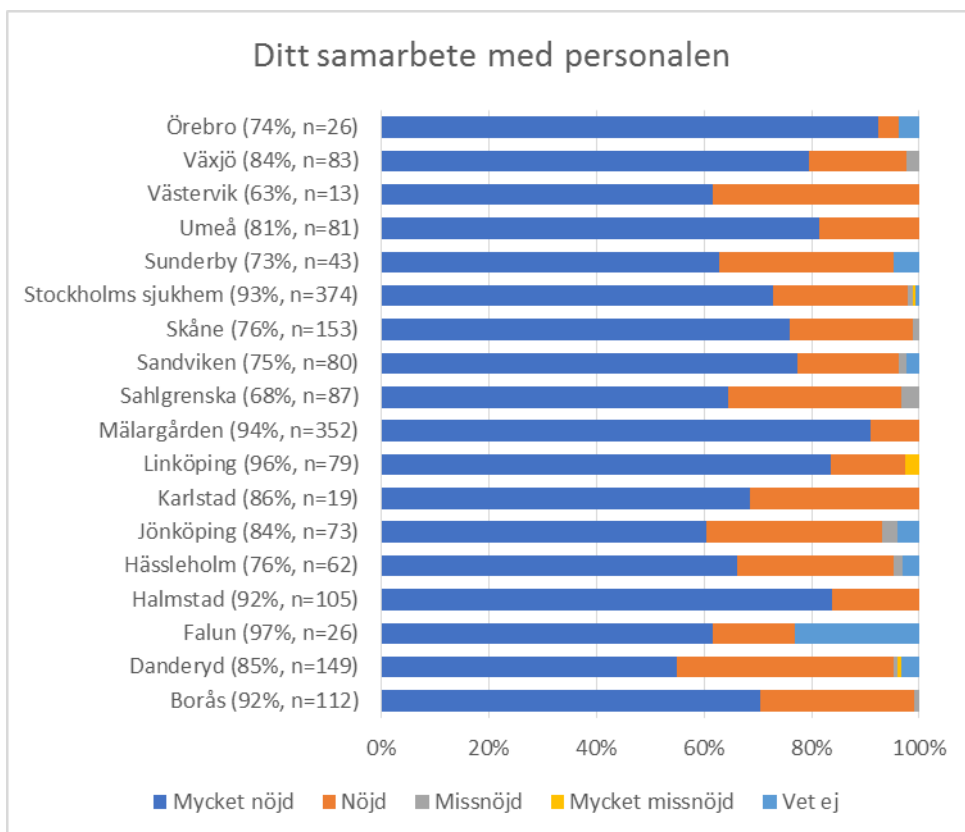


## Patientnöjdhet

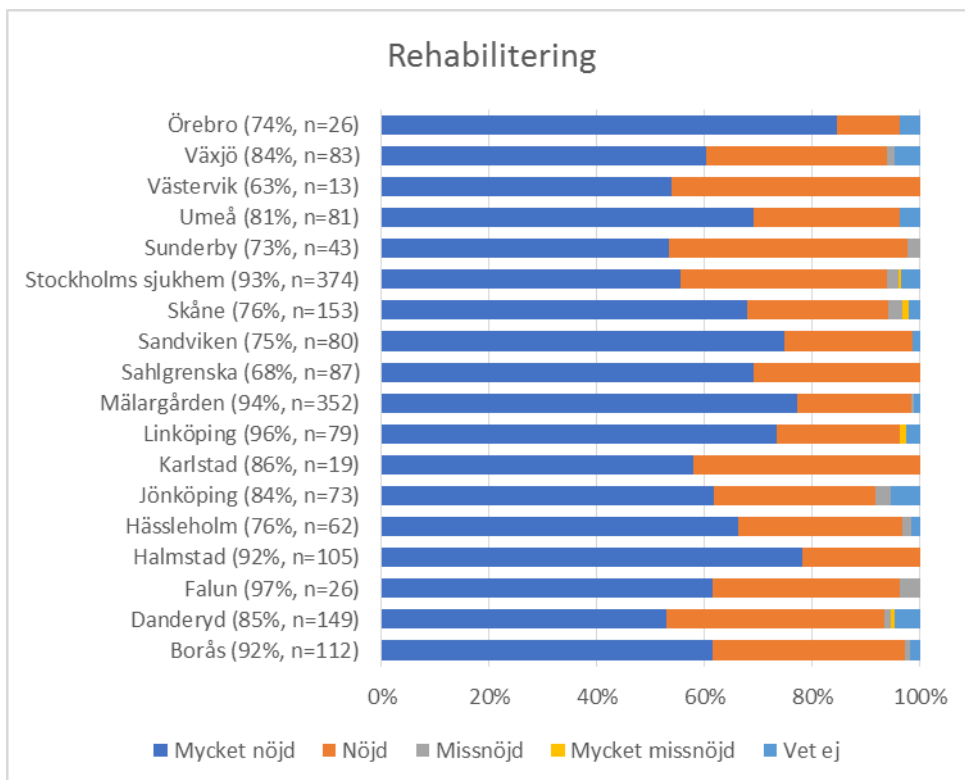
Ifyllnadsgraden är 64%. Målnivån är 80%. Största problemet är bortfallet, vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Vi har valt att redovisa resultat för de enheter som har mer än 60% grad av ifyllnad. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. Områdena där det finns högst grad av nöjdhet är som tidigare bemötande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen. De områden som – liksom tidigare år – har lägst grad av nöjdhet är de som handlar om information.



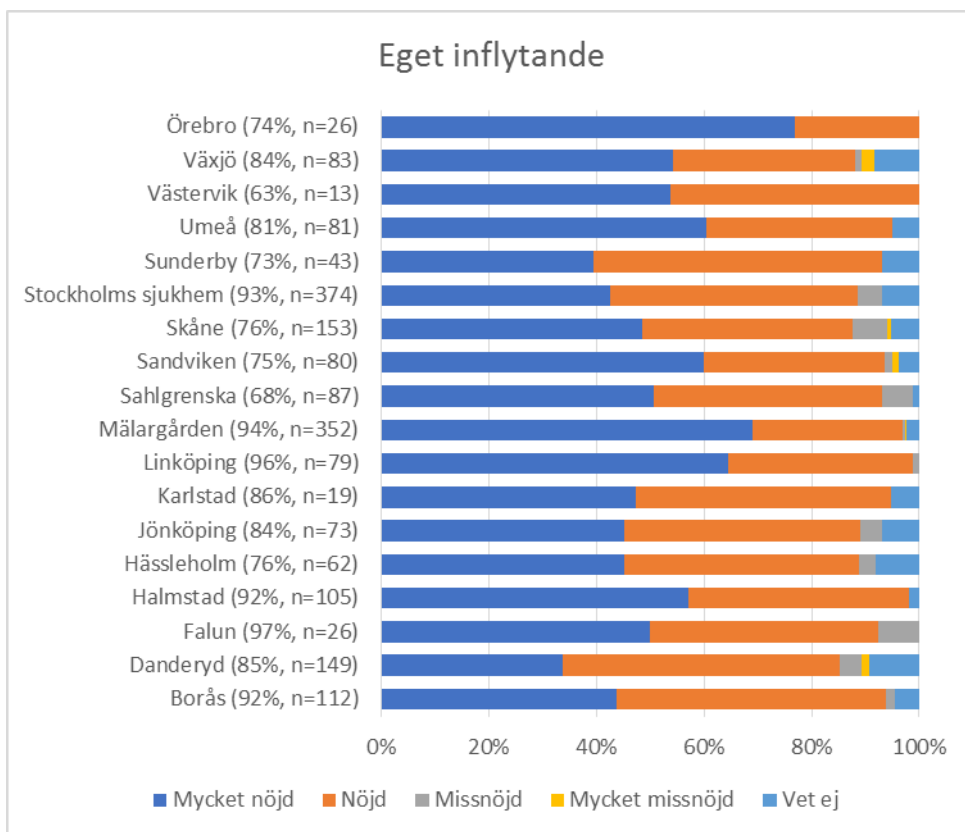
Figur 35 Nöjd med bemötande



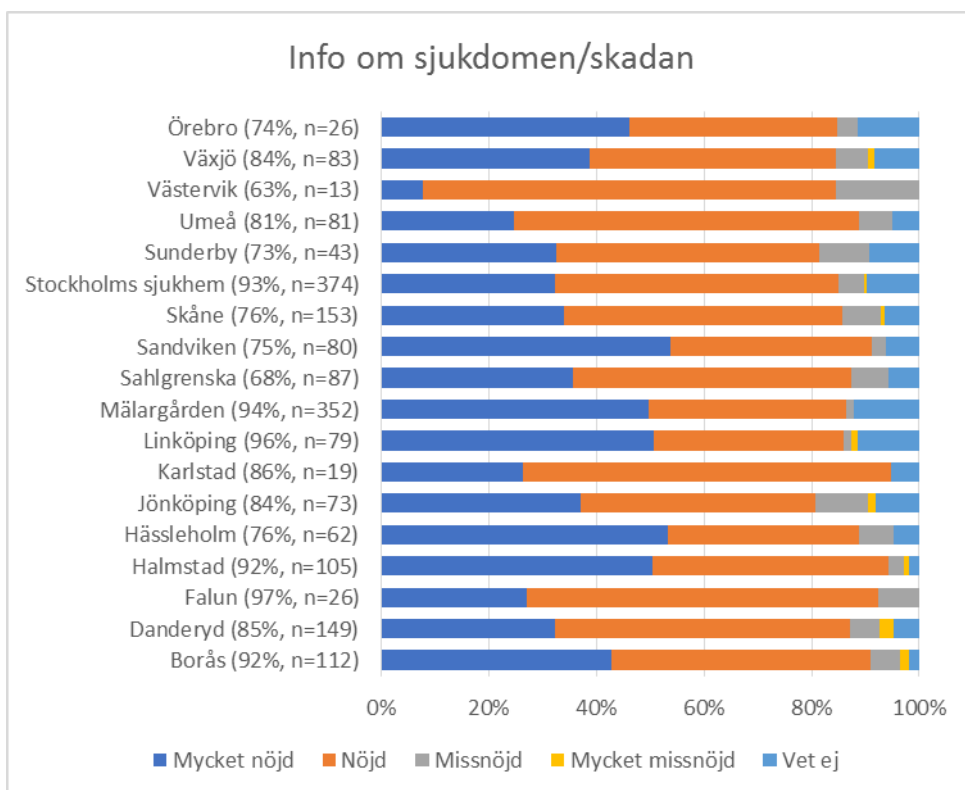
Figur 36 Nöjd med ditt samarbete med personalen



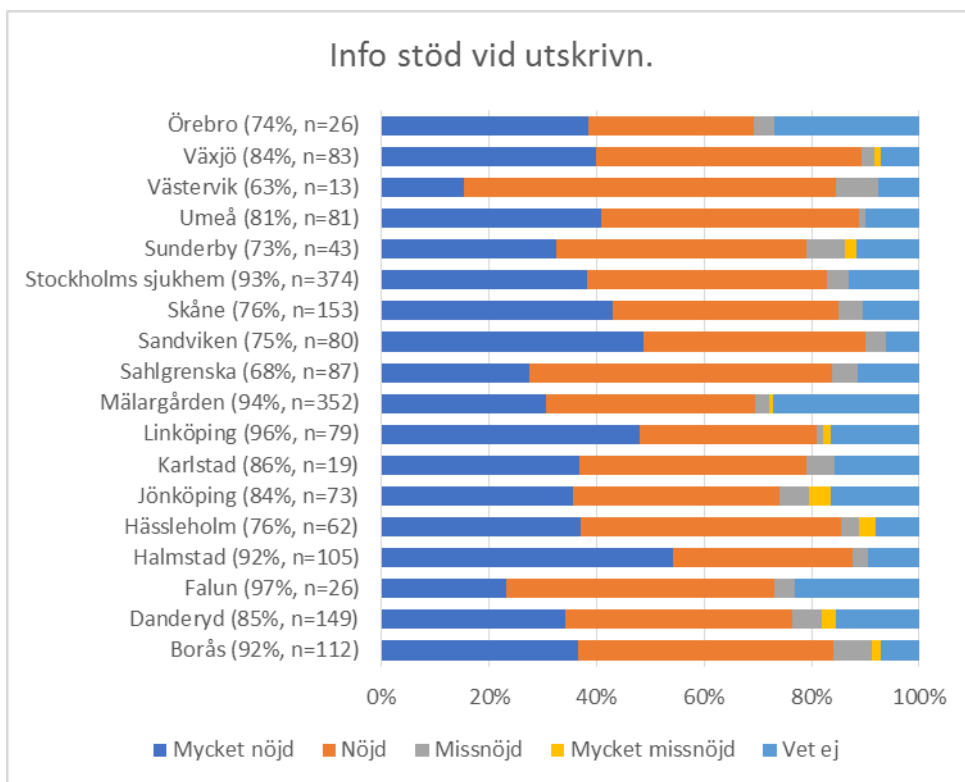
Figur 37 Nöjd med rehabiliteringen



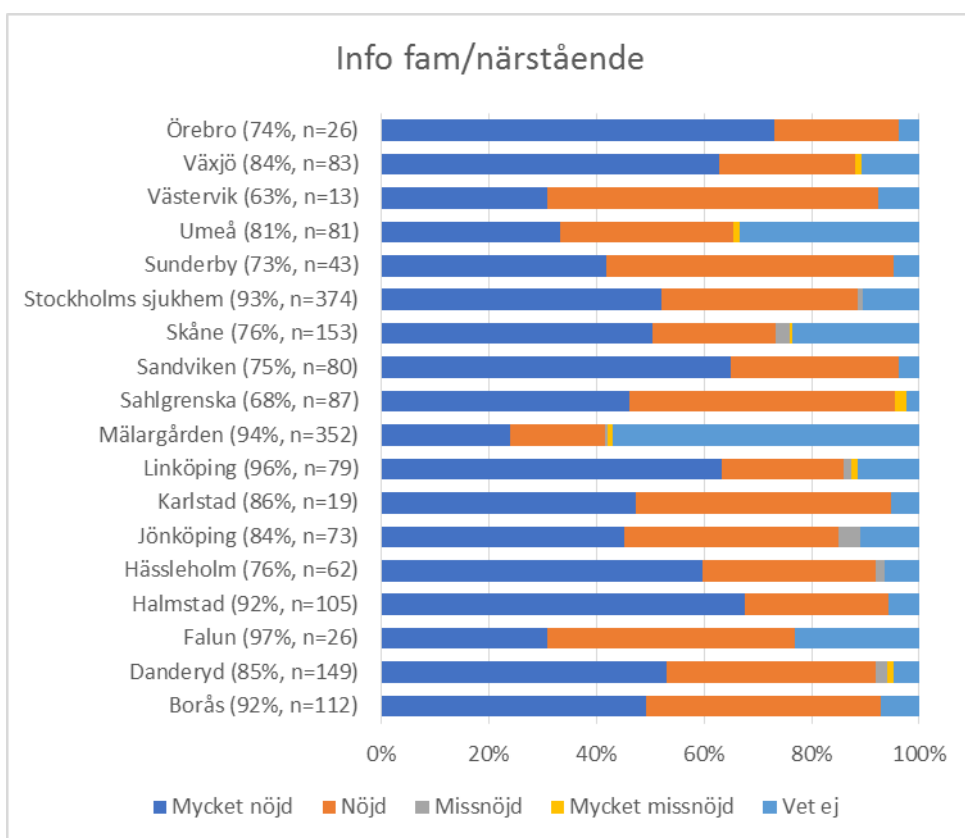
Figur 38 Nöjd med eget inflytande



Figur 39 Nöjd med information om sjukdom/skada



Figur 40 Nöjd med information om stöd vid utskrivning



Figur 41 Nöjd med information till familj och närstående