

WebRehab Sweden

Årsrapport uppföljning

2017

Innehåll

Tabell- och figurförteckning	3
Uppföljningsprocessen i fem steg	5
Allmänt om uppföljningar 2017	6
Speciell uppföljningsrapport – Hur går det för patienterna?.....	7
Boendesituation	9
Boende vid uppföljning relaterat till beroendegrad i ADL (FIM) vid utskrivning	10
Försörjning.....	13
EQ5D VAS	20
Livstillfredsställelse	22
Sammanfattning.....	23

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 Typ av uppföljning (genomförd 1:a uppföljning)	6
Tabell 2 Orsak till ej genomförd uppföljning.....	6
Tabell 3 Antal uppföljningar per enhet	8
Tabell 4 Diagnosgrupper, slutenvård	8
Tabell 5 Boendesituation vid inskrivning, utskrivning och uppföljning.....	9
Figur 1 Andel patienter i 3 diagnoskategorier och förändringar i boende från inskrivning till uppföljning. I annan hjärnskada inkluderas alla andra orsaker som traumatisk skada, syrebrist, infektion m m. RMS=ryggmärgsskada.....	9
Figur 2 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.	10
Figur 3 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.	11
Figur 4 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.	11
Figur 5 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.	12
Figur 6 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.	12
Figur 7 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.....	13
Figur 8 Försörjning inom diagnosgrupperna Stroke och Annan hjärnskada vid de tre måttillfällena. .	14
Figur 9 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.	14
Figur 10 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.	15
Figur 11 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.	15
Figur 12 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.	16
Figur 13 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.....	16
Figur 14 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.....	17
Figur 15 Beroendegrad för område "Längre förflyttningar" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.....	17
Figur 16 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.....	18
Figur 17 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.....	18

Figur 18 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.....	19
Figur 19 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.....	19
Figur 20 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.....	20
Figur 21 Medelvärden för EQ5D VAS vid in- och utskrivning samt uppföljning. Antal individer inom parentes.....	20
Figur 22 Medelvärden för EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning för alla diagnoser uppdelat på delområden i ADL.....	21
Figur 23 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL.	22
Figur 24 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för totalt antal uppföljda (n=583).	23

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.

Allmänt om uppföljningar 2017

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 tydlig ökning 2017 med totalt 2145 uppföljningar (2016 gjordes 1125 uppföljningar, 1022 under 2015). Av dessa var 1560 förstagångsuppföljningar och 585 var uppföljning 2. Nu har vi tagit bort fler uppföljningar än en ur registret förutom för spinaluppföljningar. Totalt sett skulle 7678 uppföljningar ha gjorts under 2017 och 2145 genomförda uppföljningar är då en andel på 28%.

Tabell 1 Typ av uppföljning (genomförd 1:a uppföljning)

	Antal	Andel
Spinaluppföljning (direkt)	414	26,5
Slutenvårdsuppföljning	601	38,5
Öppenvårdsuppföljning	455	29,2
Både öppen- och slutenv.uppföljning	90	5,8
Total	1560	100

Tabell 2 Orsak till ej genomförd uppföljning

	1:a uppföljningen	2:a uppföljningen	3:e uppföljningen	Total
Avliden	504	196		700
Pat går ej att nå, inklusive har flyttat	92	64		156
Patientens eget beslut	211	114	1	326
Första inläggningsperioden för rehabilitering pågår	16			16
Annat	258	793	3	1054
Ej gjord inom aktuellt tidsintervall	1360	1270		2630
Nyligen gjord	27	10		37
Ingen uppföljning pga ny process	66	27		93
Uppföljning på annan enhet	494	27		521
Total	3028	2501	4	5533

Andel uppföljningar som inte genomförts var 72% och orsaken till att uppföljningen inte kunde genomföras framgår av tabellen ovan. Uppföljningen är viktig för att kunna följa resultatet av rehabiliteringen. Det vanligaste skälet till utebliven uppföljning är att den inte gjorts inom angivet tidsintervall. Resursbrist och organisatoriska svårigheter kan ligga bakom det.

Speciell uppföljningsrapport – Hur går det för patienterna?

I år har vi valt att göra en riktad rapport för att analysera en tydlig process, det vill säga: insjuknar – får rehab i slutenvård – följs upp efter 1 år. Analysen är gjord med följande urval:

1. Uppföljningarna är gjorda 2016 eller 2017, alla tillfällen ska vara klarmarkerade – inskrivning, utskrivning och uppföljning, Spinaluppföljningar direkt – dvs de som gått direkt till uppföljningsdel är exkluderade 1144+1125
2. Endast de tre största huvuddiagnosgrupperna ingår – stroke, TBI,SAB, annan hjärnskada och ryggmärgsskada – 1491 (utgör 66% av registreringarna)
3. Enbart de som följts upp relaterat till 11-14 månader efter insjuknandedatum ingår - 1141
4. Enbart slutenvård – totalt 848

Följande områden presenteras i årets rapport

- **Aktuell situation:** Boende, försörjningssituation, ADL-förmåga
- **Patient reported outcomes measures (PROM):** EQ 5D, LiSAT (Life SATisfaction enligt Fugl-Meyer).

Variablerna relateras också till varandra.

Tabell 3 Antal uppföljningar per enhet

	Antal
Blekinge	28
Borås	51
Danderyd	144
Falun	35
Gotland	9
Halland	0
Halmstad	126
Härnösand	4
Hässleholm	18
Jönköping	49
Karlstad	7
Linköping	21
Rehabstation	5
Sahlgrenska	62
Sandviken	68
Skåne	70
Sunderby	18
Umeå	4
Uppsala	2
Västerås	8
Växjö	93
Örebro	26
Total	848

Tabell 4 Diagnosgrupper, slutenvård

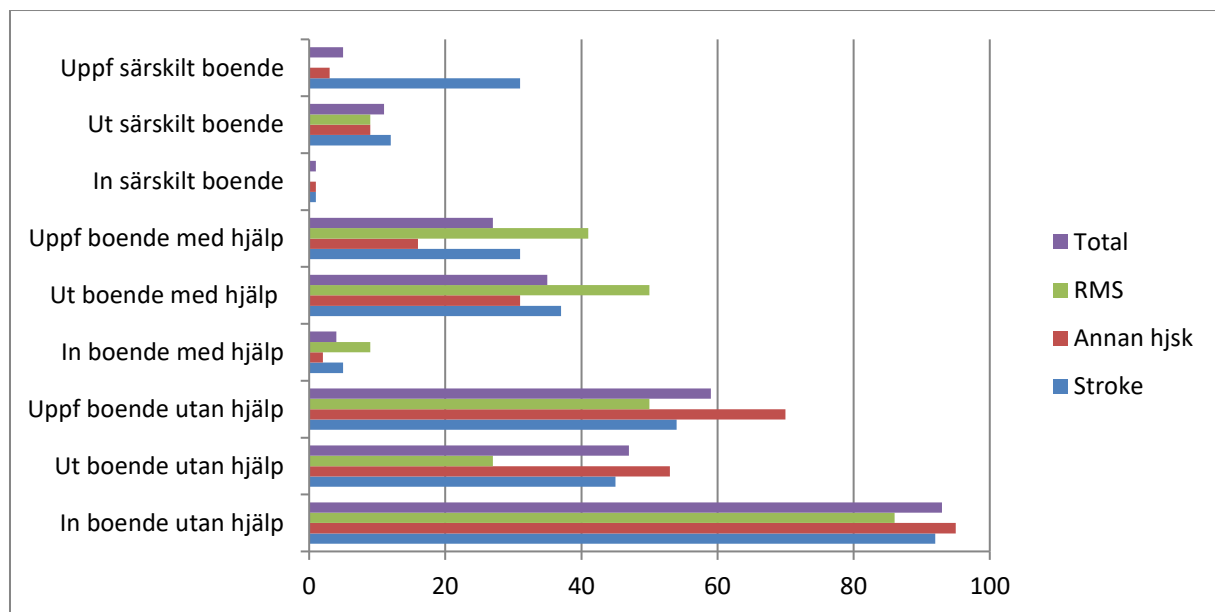
	Antal	Andel
Stroke	579	68,3
TBI, SAB eller annan hjärnskada	247	29,1
Ryggmärgsskada	22	2,6
Total	848	100

Boendesituation

Tabellen nedan grundar sig på de som blivit utskrivna från slutenvård men visar förändringarna från situation före inskrivning, vid utskrivning och uppföljning för 3 olika diagnoskategorier samt för totalantalet. I totalantalet ingår också kategorierna utskrivna till annan rehabenhet (28), avbruten rehab (22), annat eller vet ej (93), totalt handlar det om 143 patienter, förutom de kategorier vi redovisar i tabell och figur. Tabellen visar andel av patienter i varje kategori med antal inom parentes.

Tabell 5 Boendesituation vid inskrivning, utskrivning och uppföljning

	In boende	Ut boende	Uppf boende	In boende 2	Ut boende	Uppf boende3	In särskilt boende	Ut särskilt boende	Uppf särskilt boende
	utan hjälp	utan hjälp	utan hjälp	med hjälp	med hjälp	med hjälp			
Stroke	92 (536)	45 (264)	54 (313)	5 (30)	37 (212)	31 (181)	1 (7)	12 (70)	31 (33)
Annan hjsk	95 (236)	53 (132)	70 (174)	2 (5)	31 (77)	16 (40)	1 (2)	9 (21)	3 (8)
RMS	86 (19)	27 (6)	50 (11)	9 (2)	50 (11)	41 (9)	0	9 (2)	0
Total	93 (791)	47 (402)	59 (498)	4 (37)	35 (300)	27 (230)	1 (9)	11 (93)	5 (41)



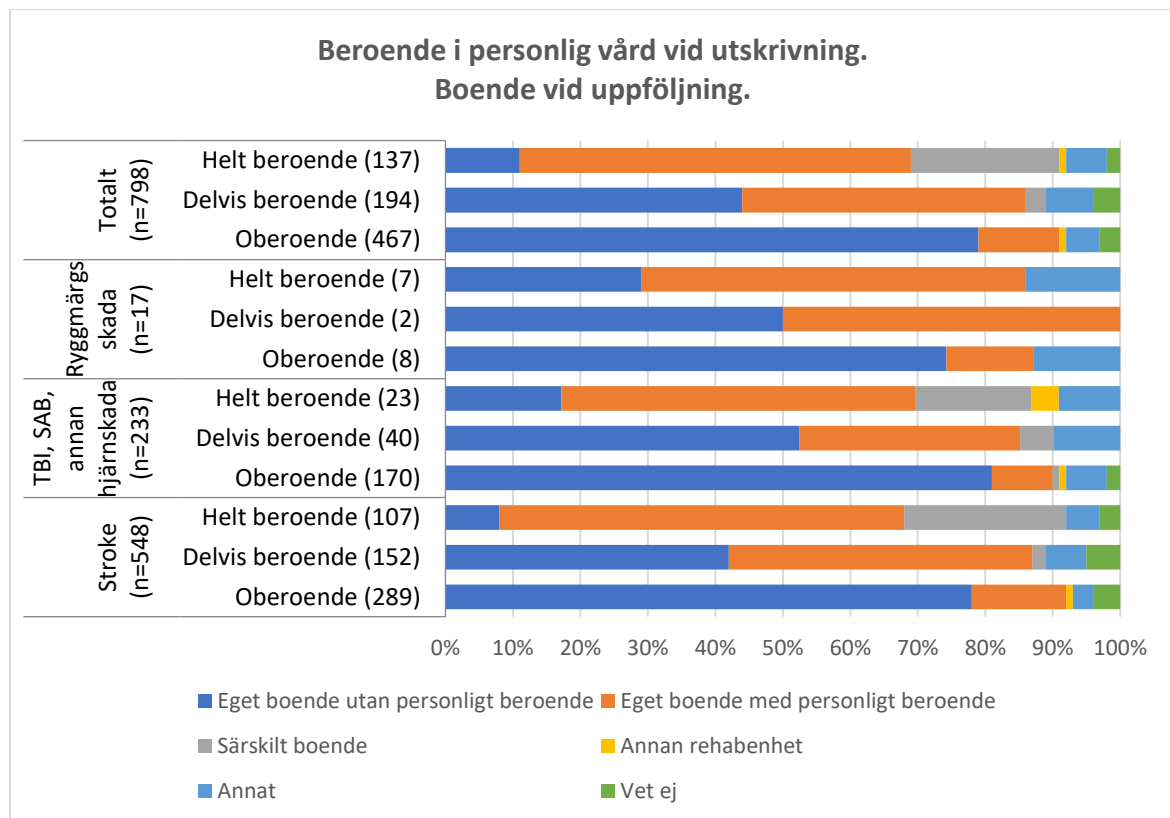
Figur 1 Andel patienter i 3 diagnoskategorier och förändringar i boende från inskrivning till uppföljning. I annan hjärnskada inkluderas alla andra orsaker som traumatisk skada, syrebrist, infektion m m. RMS=ryggmärgsskada.

Vid uppföljningen har 59% av patienterna ett självständigt boende jämfört med 47% vid utskrivningen. Man kan se att de som hade självständigt boende innan skada också har ökad andel självständigt boende vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen. Man ser en minskad andel boende med hjälp vid uppföljningen (27%) jämfört med vid utskrivningen (35%). Däremot ökar andelen särskilt boende för stroke men minskar för övriga diagnoskategorier. För alla patienter (total) minskar andel boende med hjälp och andelen särskilt boende vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen och andelen boende utan hjälp ökar. Det är en väldigt positiv bild!

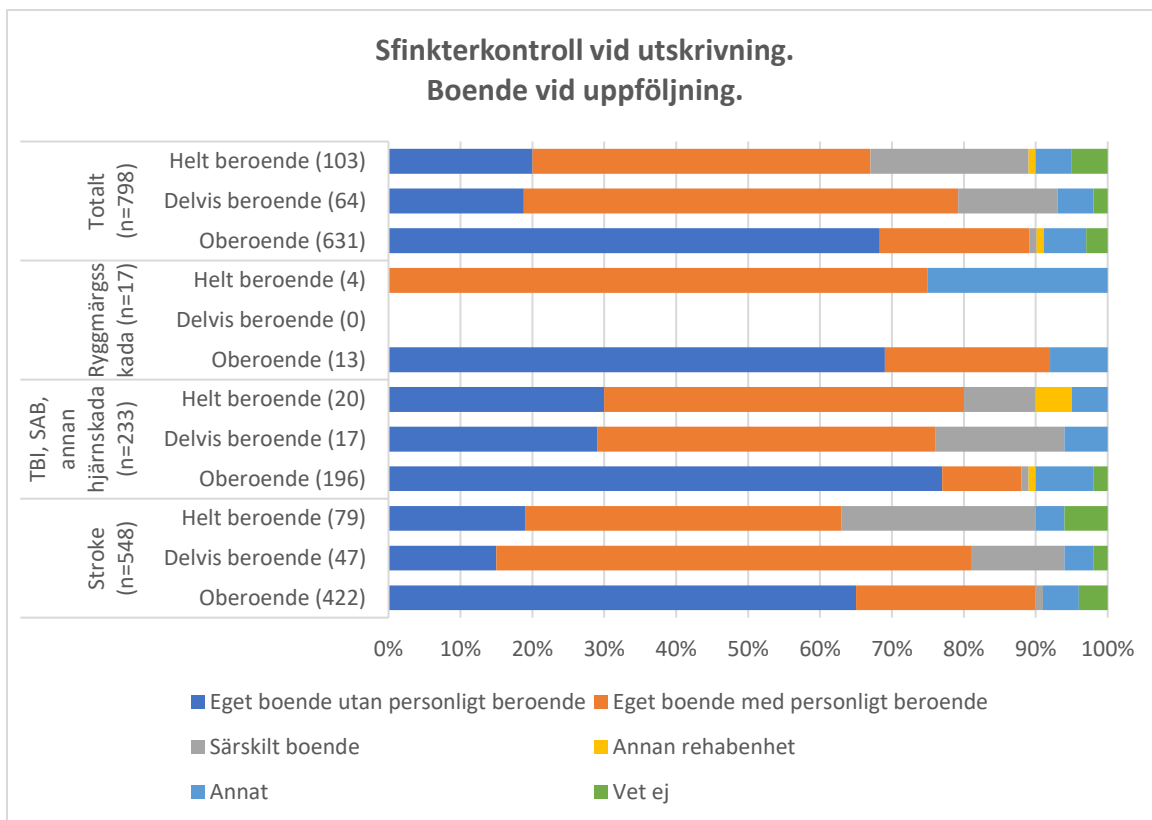
Boende vid uppföljning relaterat till beroendegrad i ADL (FIM) vid utskrivning

Vi har tittat på hur grad av beroende i olika delar av ADL vid utskrivningen relaterar till boende vid uppföljningen. 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 och social och intellektuell förmåga omfattar variabel P-R i FIM. Oberoende motsvarar 6 och 7, delvis beroende 4-5, beroende 1-3.

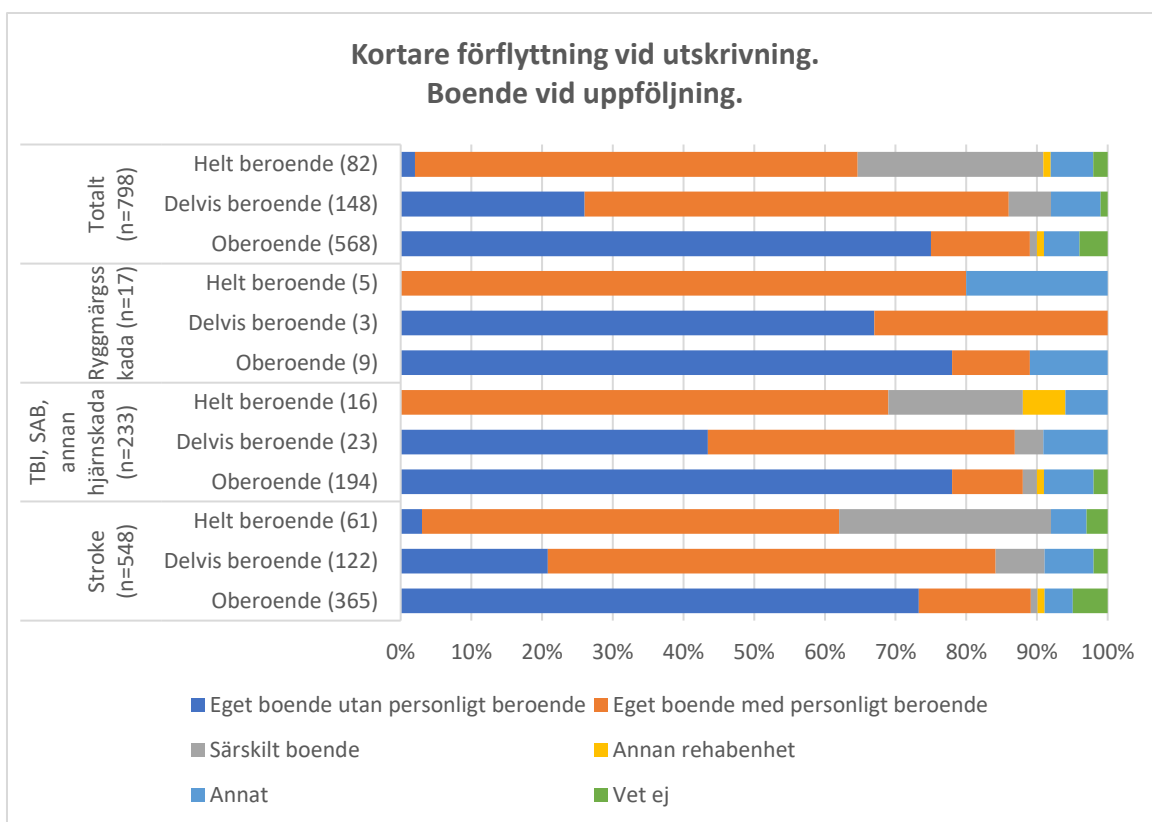
Vi kan se att graden av oberoende vad gäller personlig vård och social/intellektuell funktion har stor betydelse för om man kan ha ett självständigt boende. Det är också tydligt att förmåga att klara kortare förflyttningar har en klart större betydelse för ett självständigt boende än vad förmåga att klara längre förflyttningar har. Förmåga vad gäller sfinkterkontroll och förmåga till kommunikation samvarierar sannolikt med andra funktionsnedsättningar så de får tolkas med hänsyn till det. Beträffande ryggmärgsskador så är antalet så litet (17) att det inte går att bedöma data.



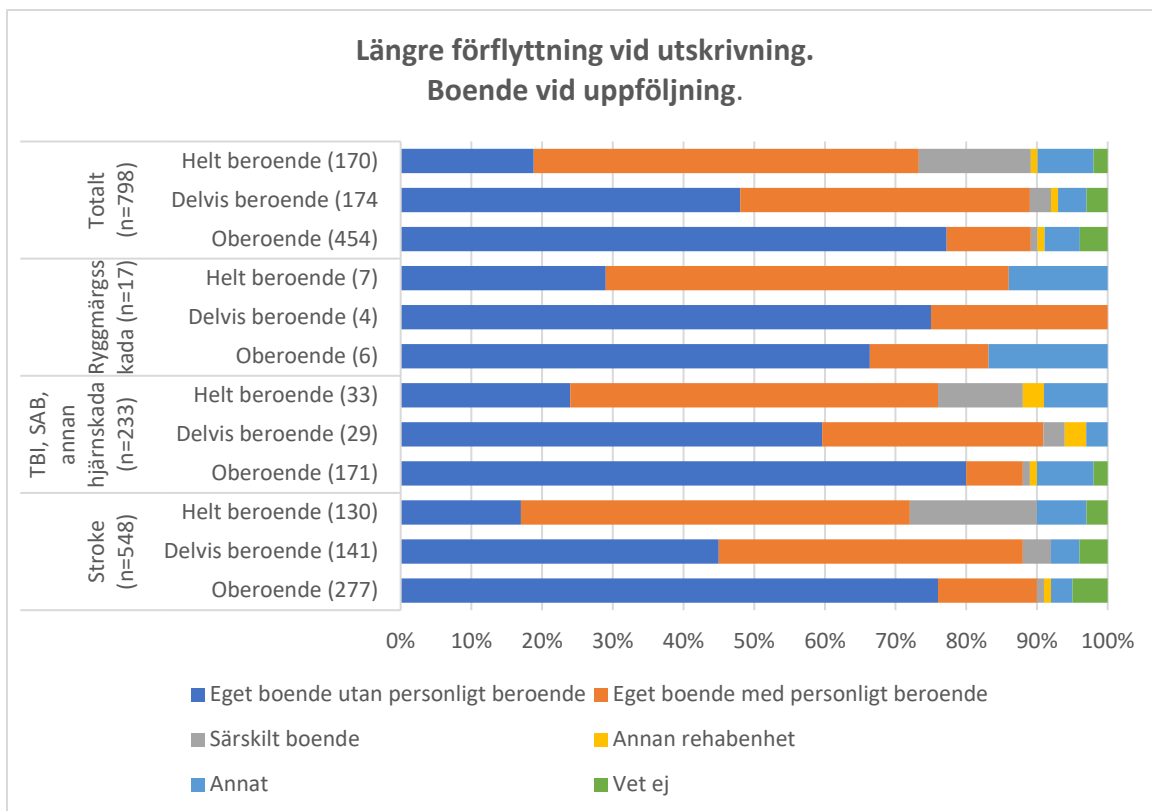
Figur 2 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



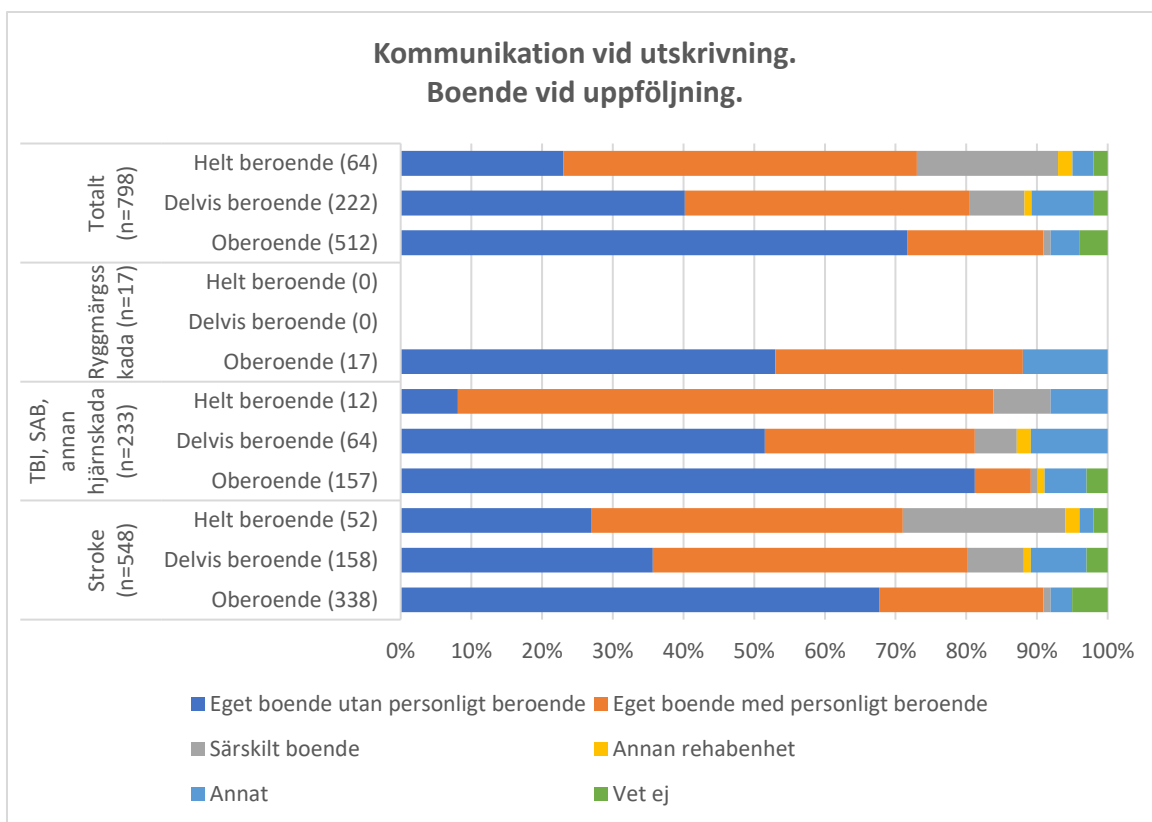
Figur 3 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



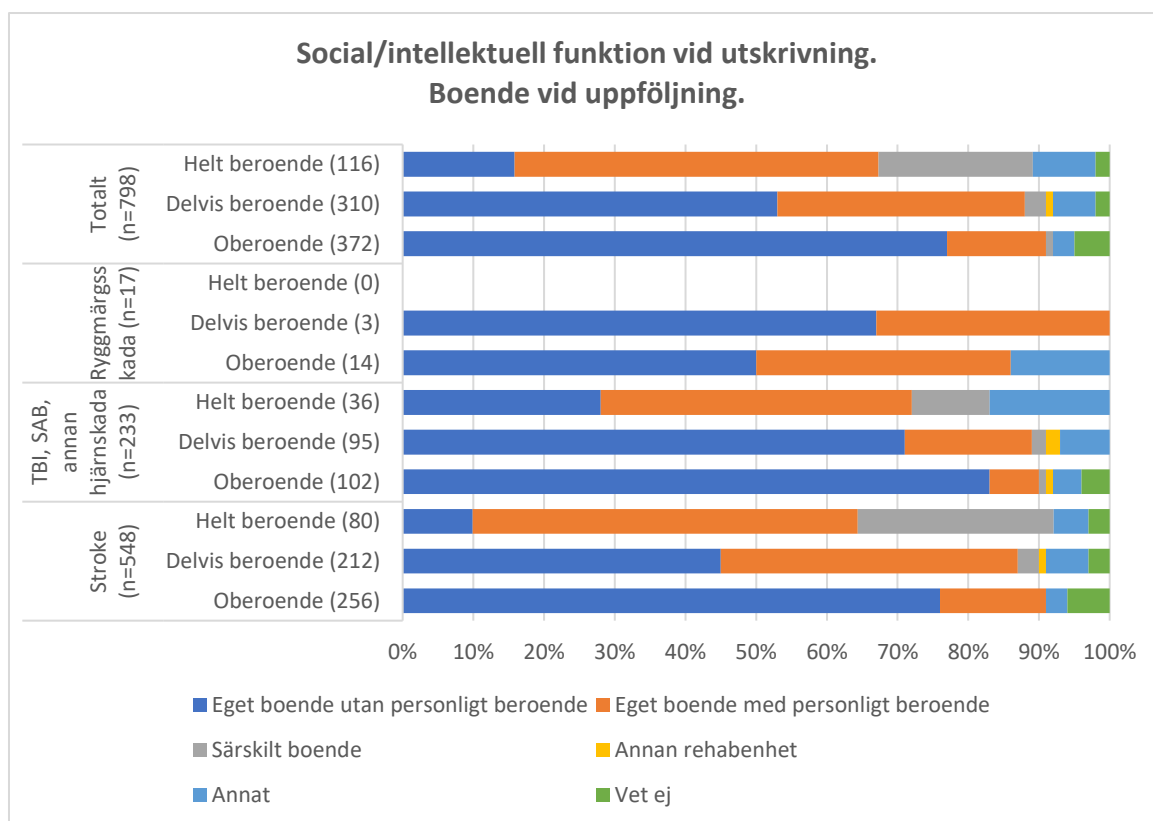
Figur 4 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



Figur 5 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



Figur 6 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.

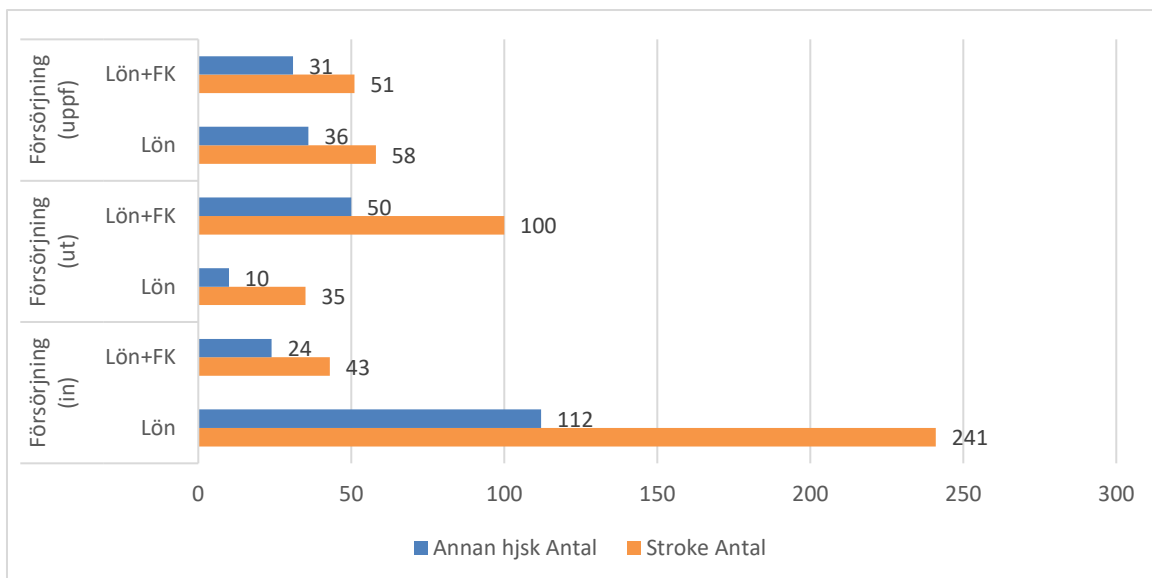


Figur 7 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.

Försörjning

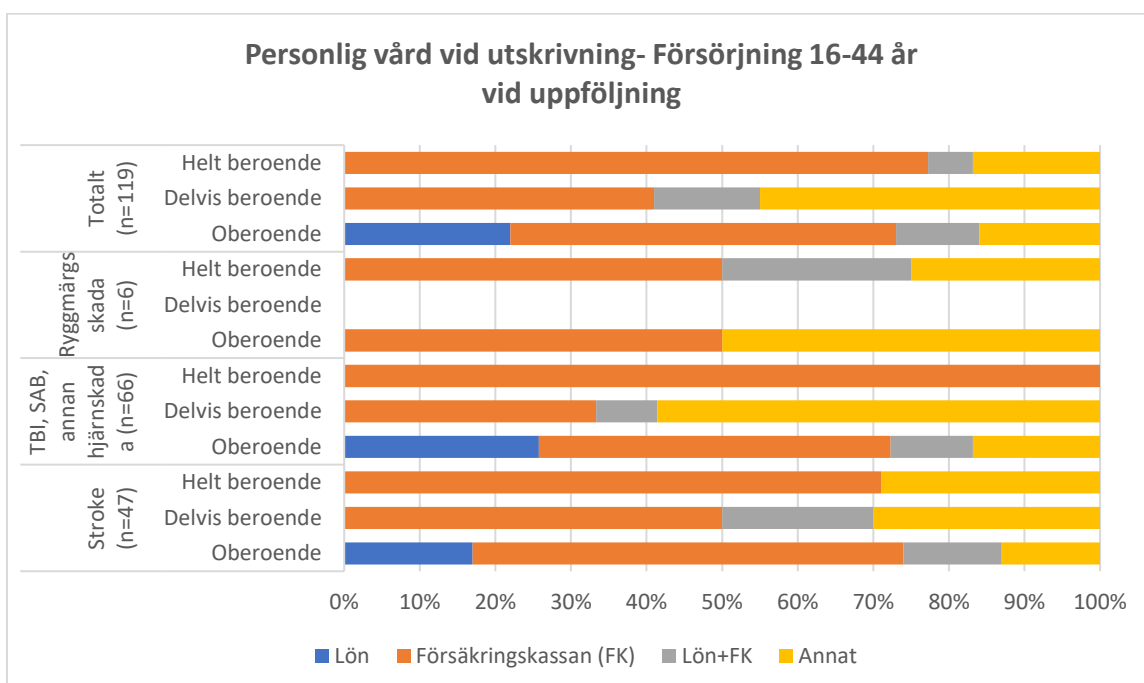
De flesta patienterna tas in till slutenvård från annan akut-enhet och är därmed sjukskrivna, men i registreringen vid inskrivning ska försörjningsform innan insjuknandet anges. Det finns fortfarande risk att en del patienter är felregistrerade på den punkten även om det också finns patienter som har en pågående sjukskrivning innan insjuknandet.

Följande figur visar antal av patienter inom diagnosgruppen stroke och annan hjärnskada som har lön eller lön i kombination med ersättning från Försäkringskassan. Totalt rör det sig om 579 med stroke och 247 med annan hjärnskada. Ryggmärgsskador är exkluderade på grund av lågt antal. Alla åldrar ingår. De som är äldre än 64 år utgör antalet 316. Vid inskrivning hade 284 personer lön eller lön + ersättning från FK. Vid utskrivning är det antalet minskat till 135 och vid uppföljning 109. Antalet med lön har ökat vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen men å andra sidan har antalet med lön+FK-ersättning minskat, så det är inga stora förändringar vid uppföljning jämfört med vid utskrivning totalt sett.

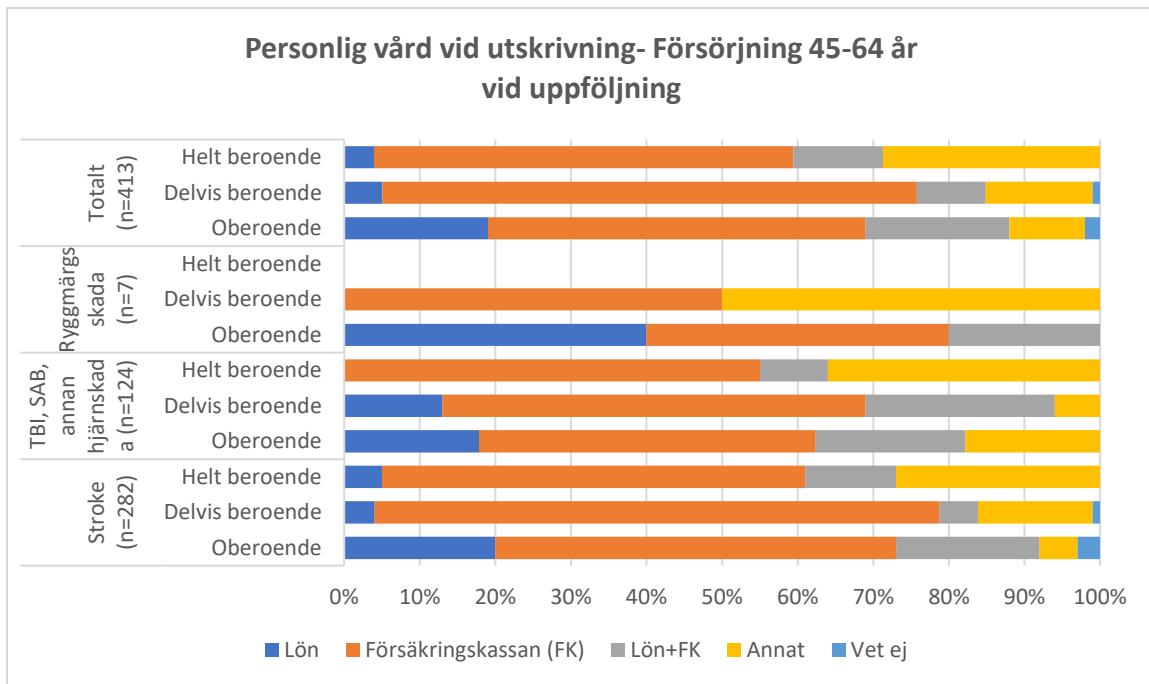


Figur 8 Försörjning inom diagnosgrupperna Stroke och Annan hjärnskada vid de tre mätillfällena.

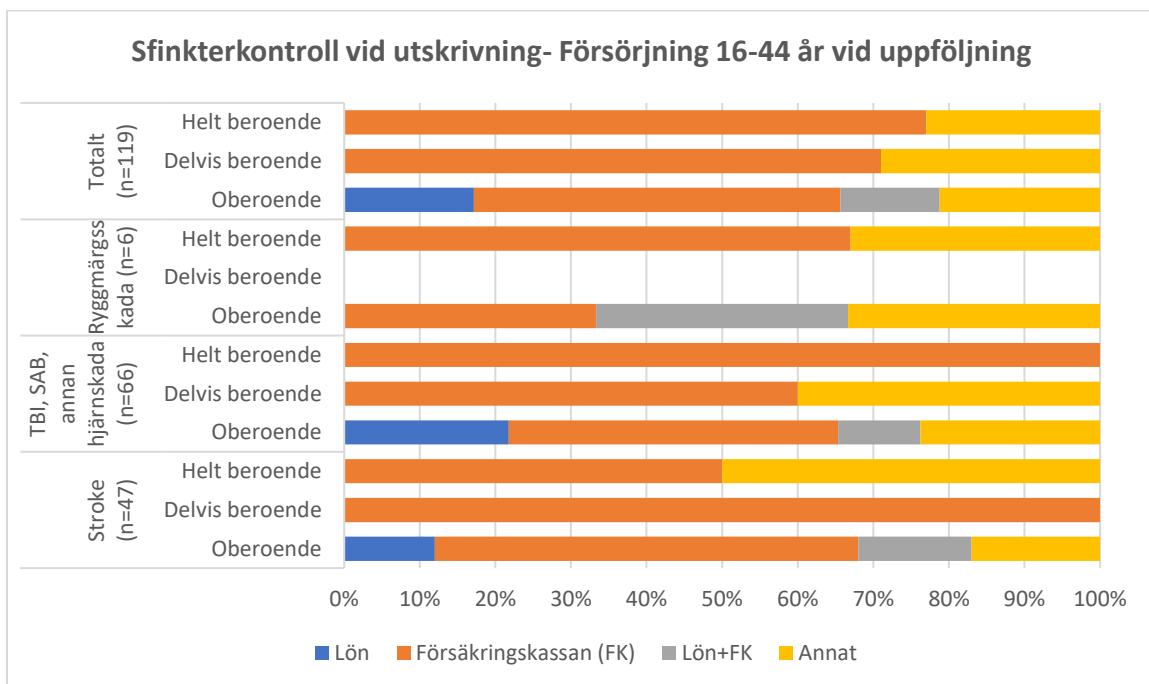
I följande figurer visas försörjningsform för de i åldersgruppen 16-44 år och 45-64 år. Typ av försörjning påverkas mycket av ADL-förmågan, särskilt i den yngre gruppen. Vad gäller personlig vård, sfinkterkontroll och kortare förflyttningar är det bara de oberoende som har lön i den yngre åldersgruppen. Samma sak gäller i stort sett för de med lön och ersättning från FK i kombination i den yngre åldersgruppen. För de i gruppen 45-64 år är bilden mer diversifierad och nedsättning i ADL har inte lika stor betydelse.



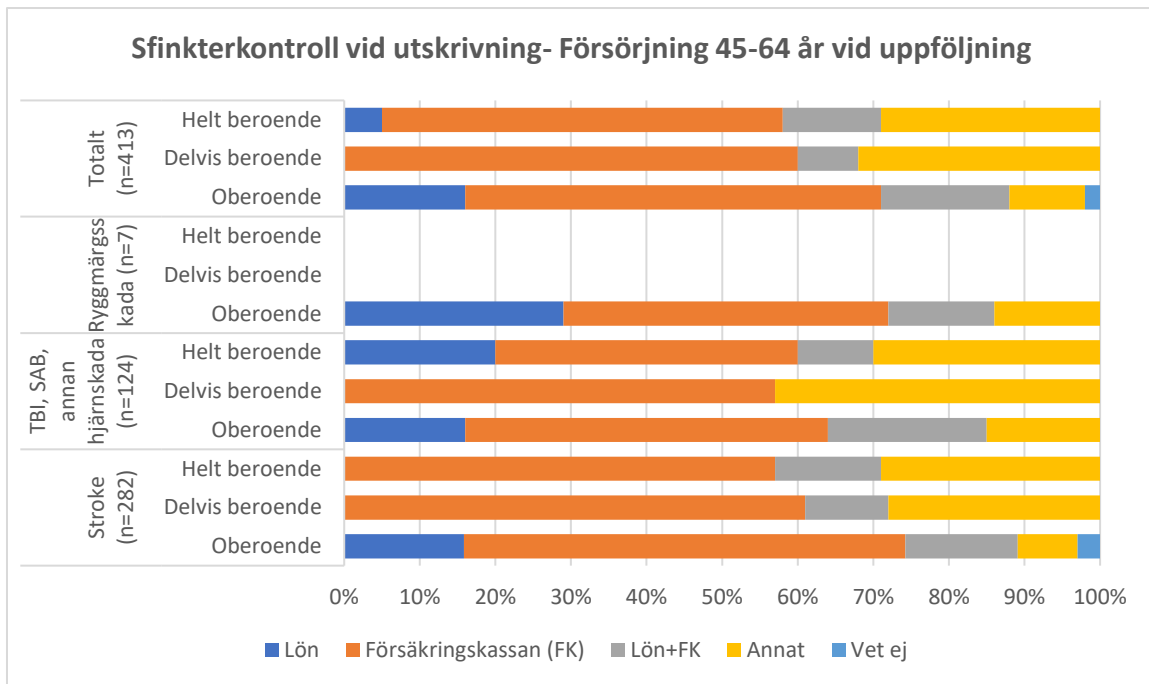
Figur 9 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



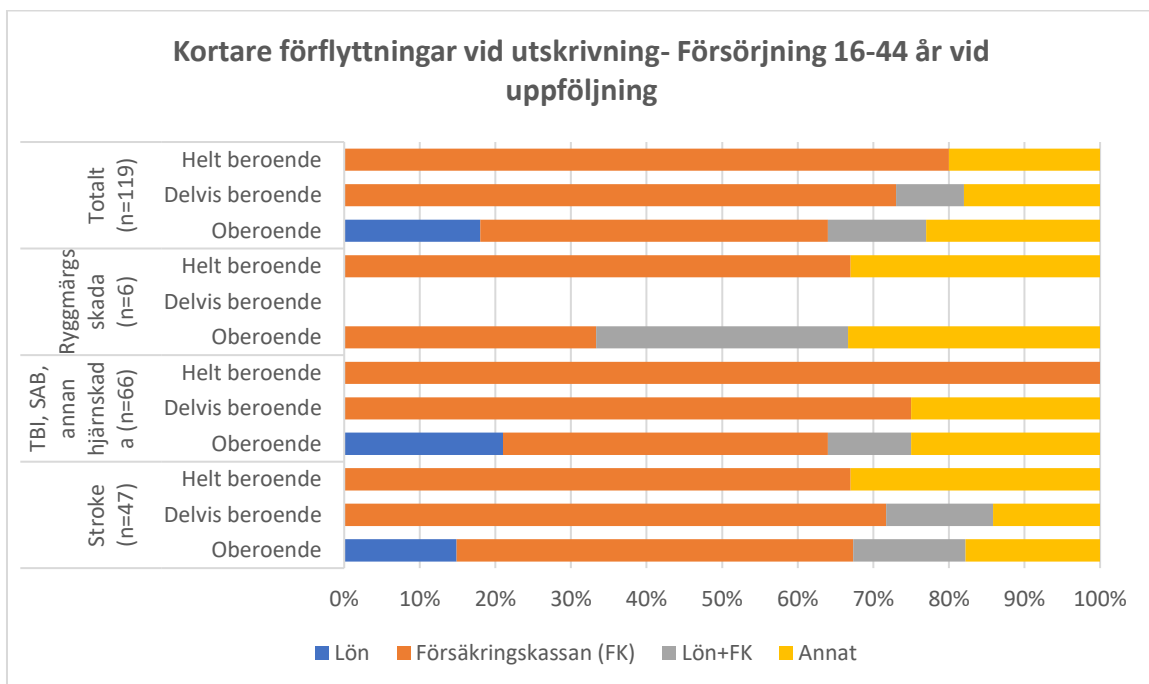
Figur 10 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



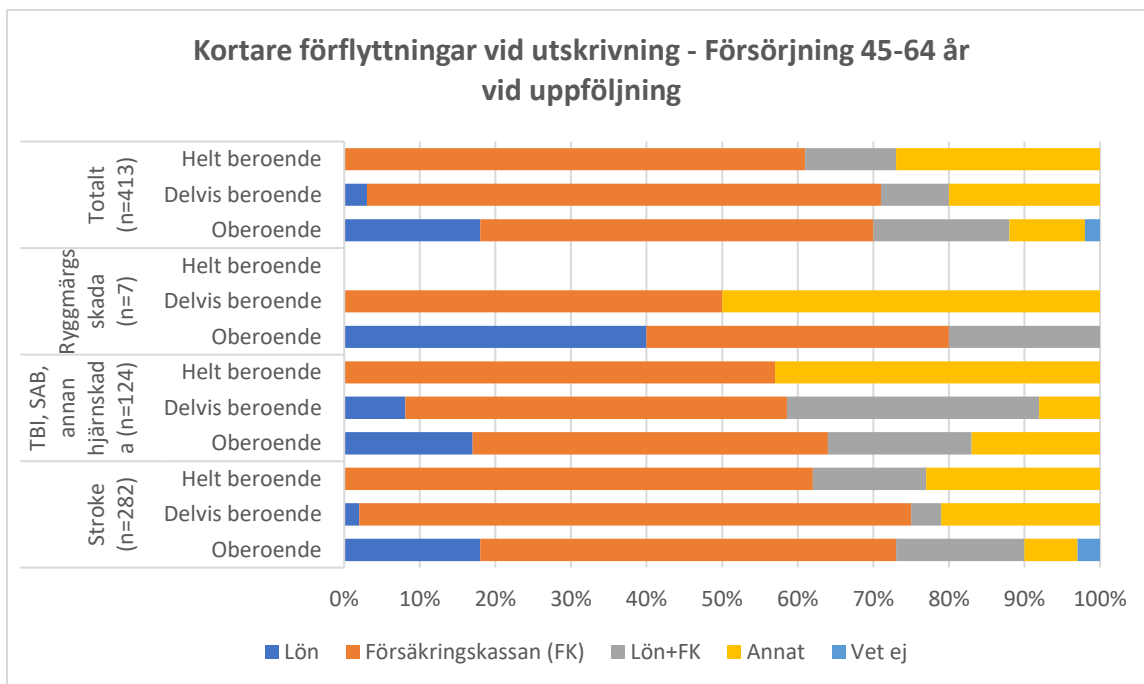
Figur 11 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



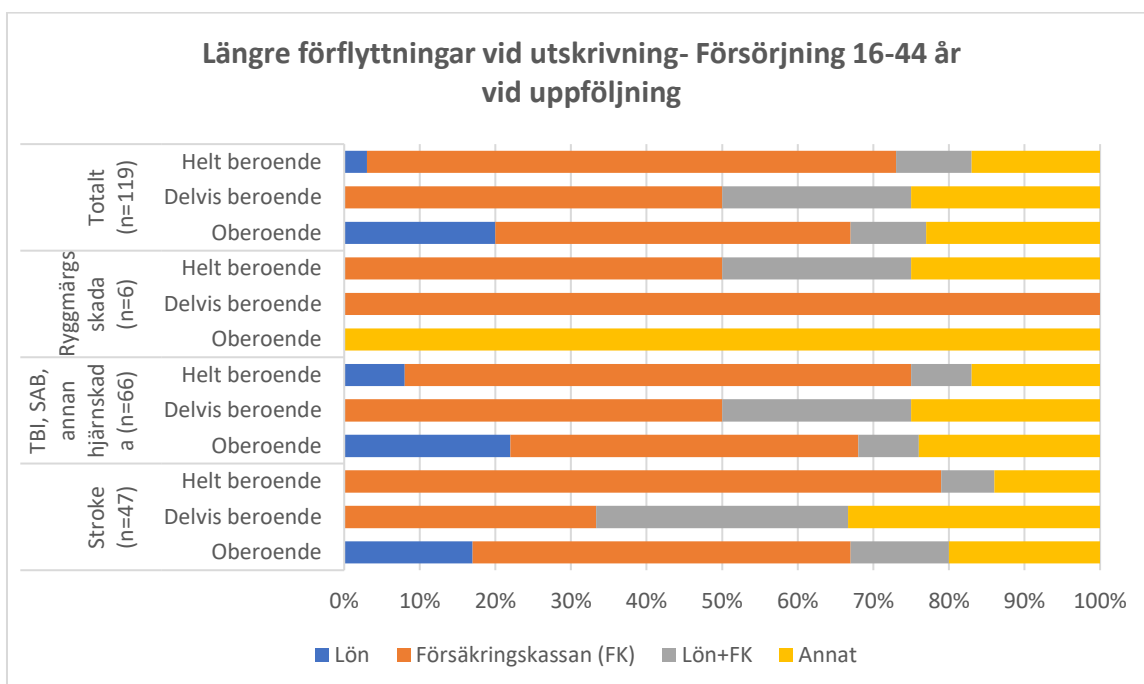
Figur 12 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



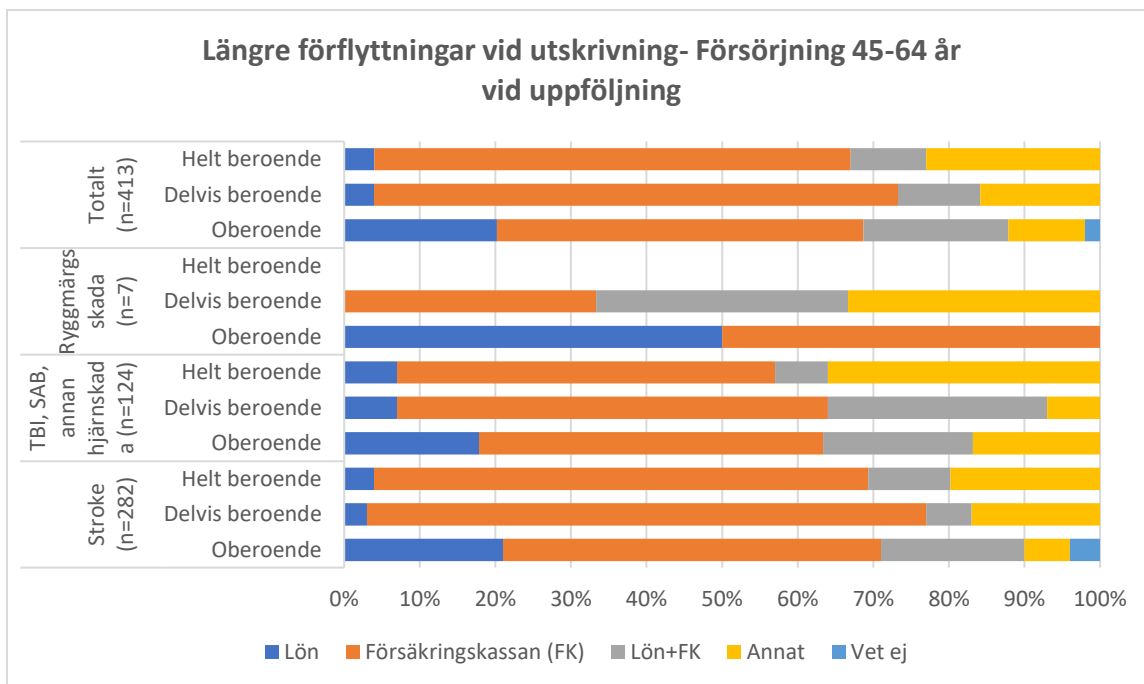
Figur 13 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



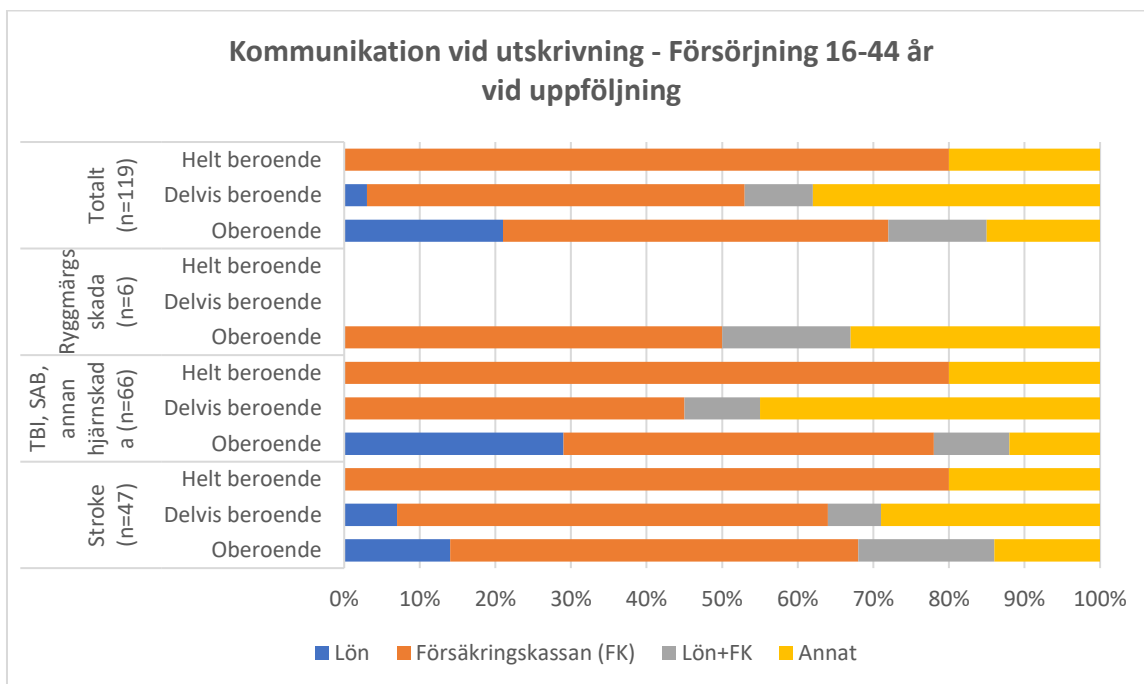
Figur 14 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



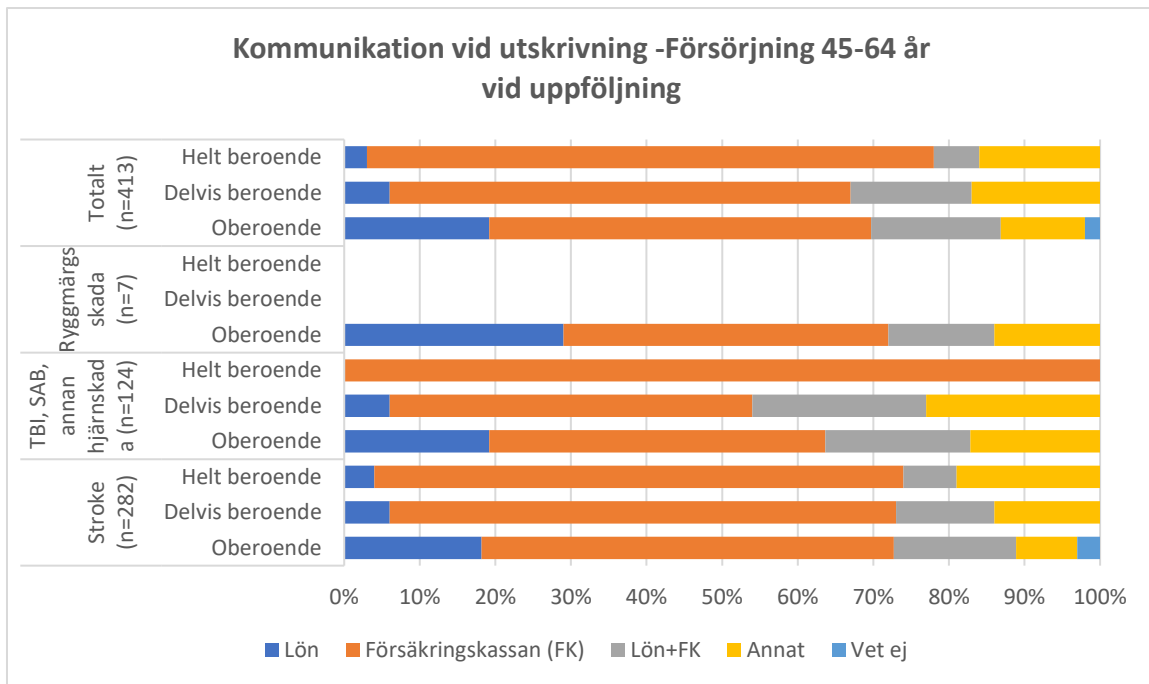
Figur 15 Beroendegrad för område "Längre förflyttningar" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



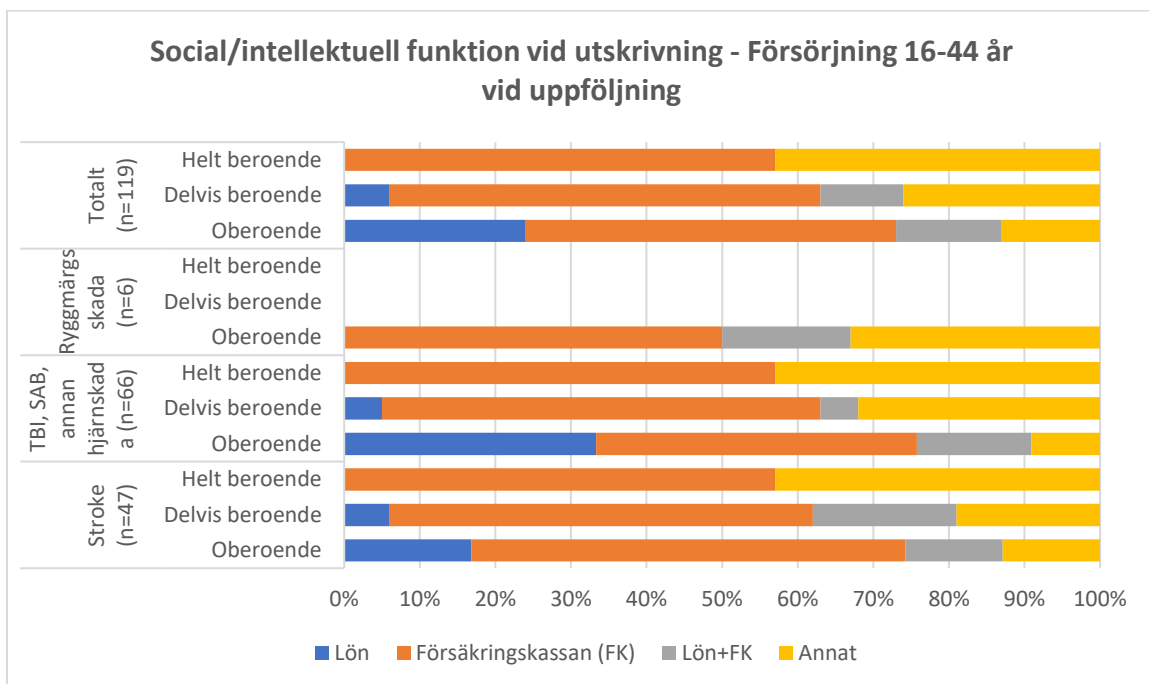
Figur 16 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



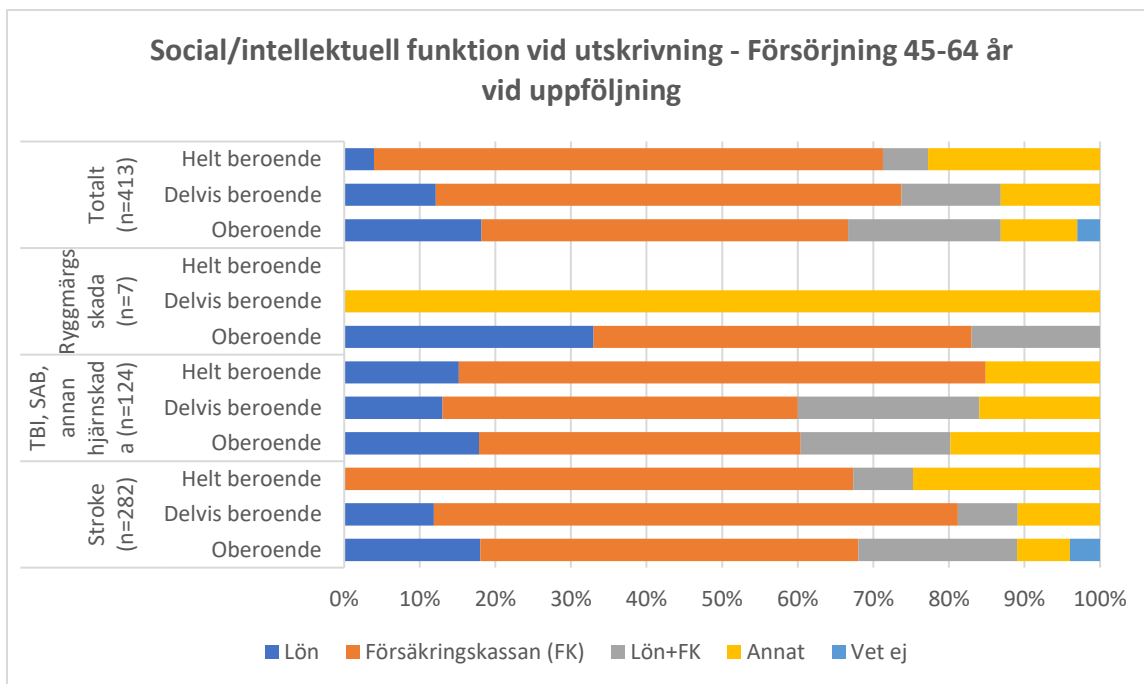
Figur 17 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



Figur 18 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



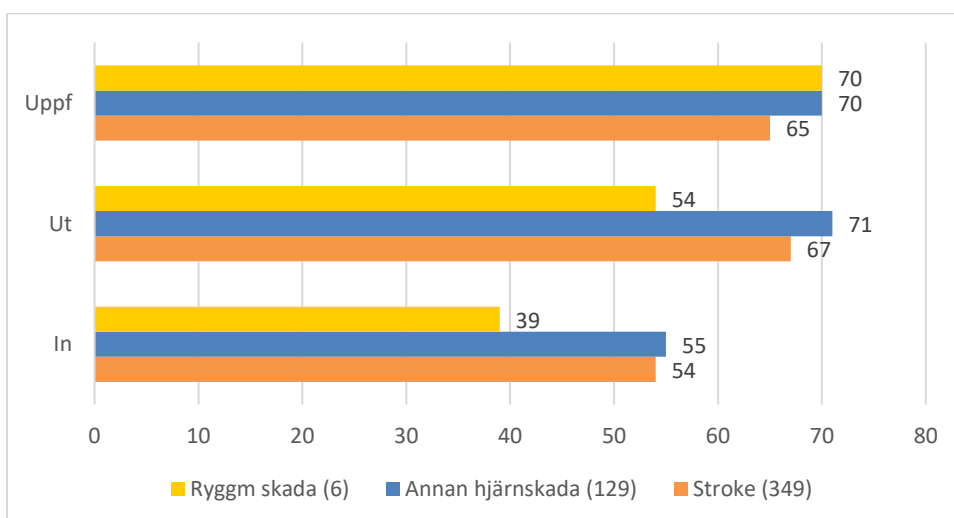
Figur 19 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



Figur 20 Beroendegrad för område "Social/intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.

EQ5D VAS

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 3 diagnosgrupperna. Man ser väsentligen oförändrad VAS vid uppföljningen förutom vid ryggmärgsskada, där värdet är påtagligt högre. Dock är det endast 6 personer i den gruppen varför det är inte möjligt att bedöma. För att få bättre bedömning av utfall vid uppföljning – se spinal årsrapporten.

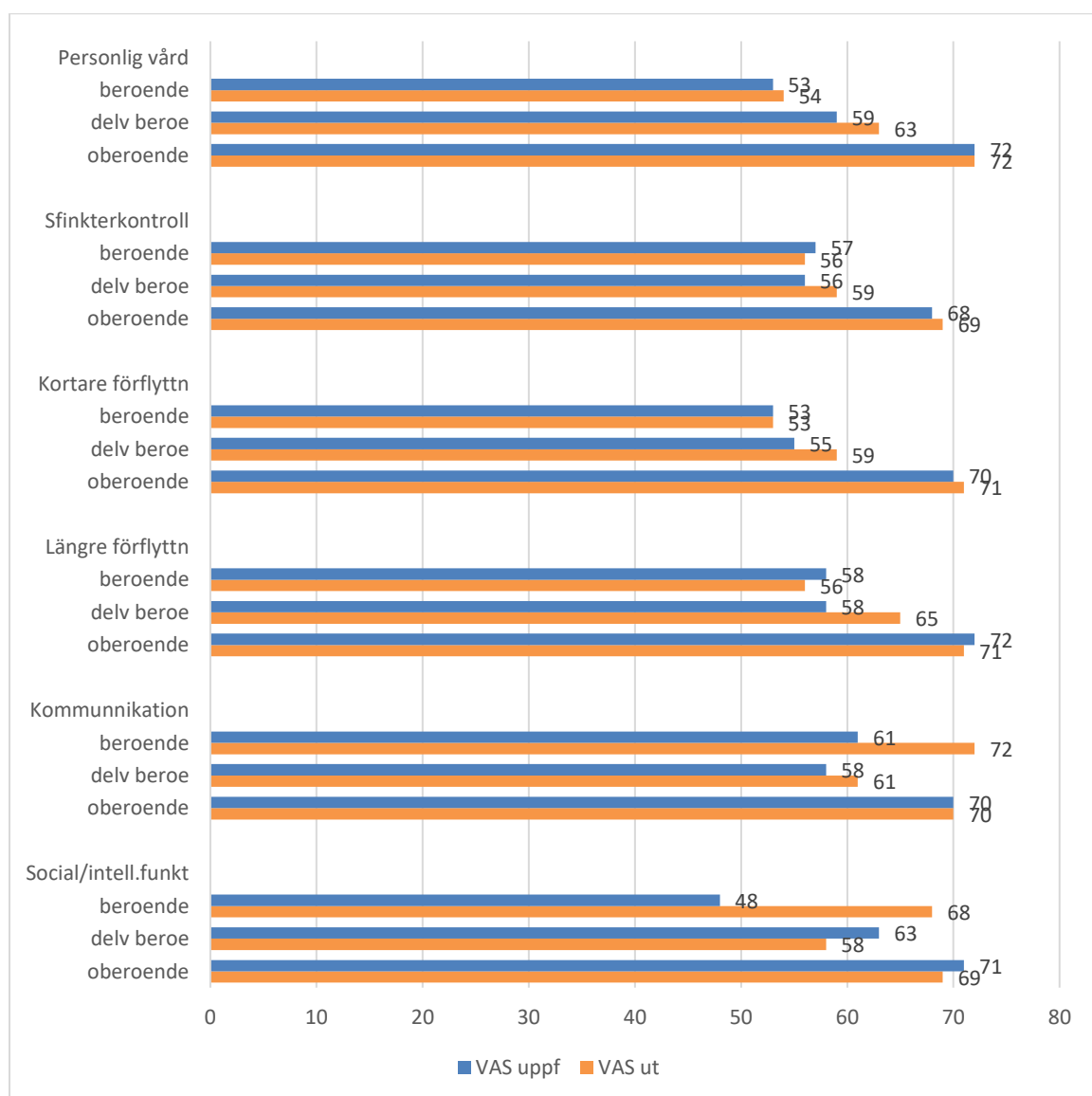


Figur 21 Medelvärden för EQ5D VAS vid in- och utskrivning samt uppföljning. Antal individer inom parentes.

Oberoende/beroende i delområden i ADL – vilka väger tyngst för EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning?

Om man är oberoende i de olika delområdena i ADL så ligger man på ca 70 i EQ5D VAS vid både utskrivning och vid uppföljning. Inga stora skillnader ses mellan dessa olika tillfällen. Generellt så ligger värdena lägre vid både utskrivning och uppföljning om man är beroende eller delvis beroende.

Om man är delvis beroende är det inga stora skillnader i EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning men VAS är dock generellt något lägre vid uppföljning jämfört med vid utskrivning utom för delområdet social/intellektuell funktion. Det mest anmärkningsvärda är dock att för delområdena kommunikation och social/intellektuell funktion så är EQ5D VAS påtagligt lägre vid uppföljning jämfört med vid utskrivning när man är beroende.

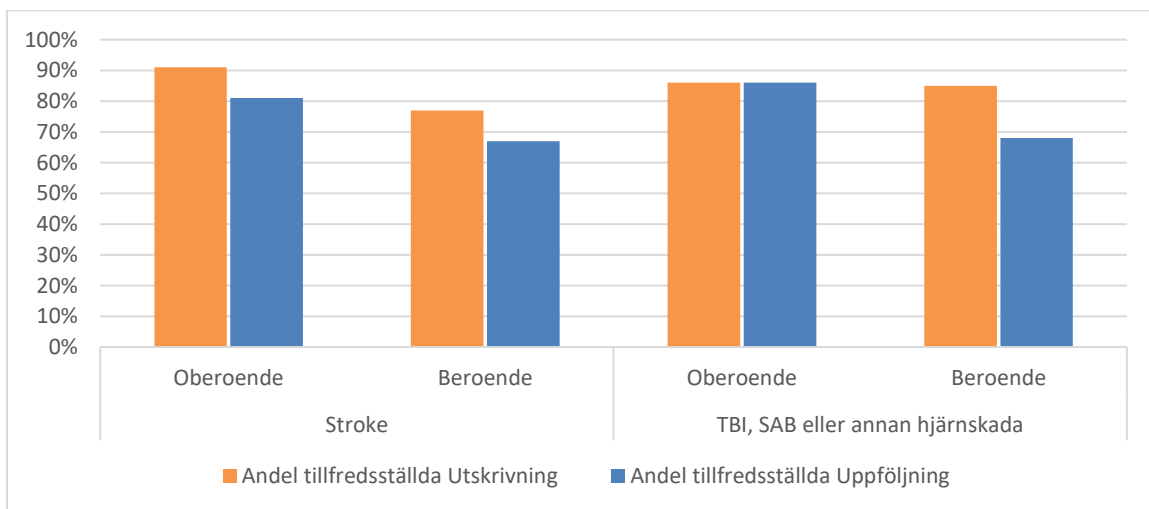


Figur 22 Medelvärden för EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning för alla diagnoser uppdelat på delområden i ADL.

Livstillfredsställelse

Tillfredsställelse med livet enligt Fugl-Meyer värderas på 11 olika områden 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".

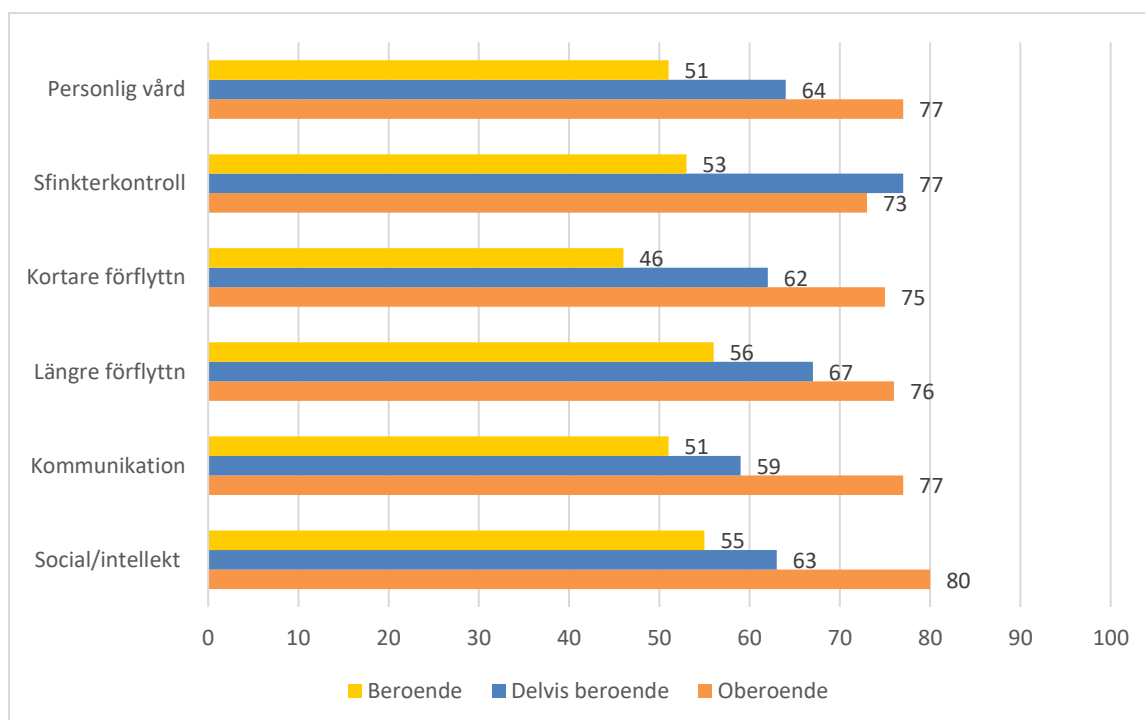
Vid uppföljningen (n=410) är 70% tillfreds med livet i allmänhet och 30% icke tillfreds om man ser till hela gruppen och det är ingen påtaglig skillnad mellan stroke och traumatisk eller annan hjärnskada. Dock ser vi att andelen tillfredsställda ofta sjunker vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen även om man är oberoende. Följande figur baserar sig på alla som det finns data för LiSat både från utskrivning och uppföljning (n 307). Av det kan man notera att LiSat inte används lika ofta vid utskrivning som vid uppföljning.



Figur 23 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL.

Om man var oberoende i fysiska items i ADL vid utskrivningen så är 77% tillfreds med livet i allmänhet (23% icke tillfreds). Var man beroende i fysiska items i ADL så är 63% ändå tillfreds med livet i allmänhet (47% icke tillfreds). Om man var oberoende i social/kogn items så är 81% tillfreds medan om man var beroende så är 62% tillfreds. Generellt så har även här oberoende i ADL stor betydelse för livstillfredsställelsen, och det är ingen stor skillnad om det gäller fysiska eller social/kogn items. Där man ser störst skillnad är social/kognitiva items i ADL. De som är oberoende är tillfreds i 81% medan de som är beroende endast är tillfreds i 62%.

Det är inga stora skillnader mellan olika delområden i ADL och inte heller mellan stroke och traumatisk eller annan hjärnskada. (För ryggmärgsskador hänvisar vi till spinal-årsrapporten.) Däremot är det tydligt att grad av beroende och oberoende relaterar till hur tillfredsställd man är med livet i allmänhet.



Figur 24 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för totalt antal uppföljda (n=583).

Sammanfattning

Hur går det för patienterna – och vilka faktorer har betydelse?

Boende – 59% av patienterna har vid uppföljningen ett självständigt boende och det ökar från utskrivningen då andelen är 47%. Boende med hjälp minskade från 35% vid utskrivningen till 27% vid uppföljning.

Försörjning – i ett 1-årsperspektiv ser det mer dystert ut än vad som gäller boendet. Det ter sig svårt att komma ut i löne-arbete efter en hjärnskada. Ingen större skillnad ses vid utskrivning jämfört med vid uppföljning.

EQ5D VAS – skattningen av egna hälsotillståndet är oförändrat vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen och klart högre än vid inskrivningen. Värdena ligger vid uppföljningen på 65-70 i en skala från 0-100 (där 100 är bästa tänkbara tillstånd) vilket ändå får ses som tillfredsställande.

LiSat – Det är en relativt stor andel som är nöjda med livet i allmänhet vid uppföljningen även om det faller något jämfört med vid utskrivningen. Det kan vara värt att analysera vad som kan ligga bakom. En faktor som kan vara påverkbar är hur man säkerställer fungerande fortsatt rehabilitering och stöd efter utskrivningen. Även för livstillfredsställelsen har oberoende eller beroende i ADL stor betydelse.

Grad av beroende i ADL och dess olika delområden har visat sig ha stor betydelse för boende, försörjning, uppfattning om det egna hälsotillståndet (EQ5D VAS) och grad av livstillfredsställelse (LiSat). Det ger ytterligare motivation att träna ADL och hitta hjälpmedel och lösningar i miljön för att så långt möjligt åstadkomma oberoende. En särskild utmaning blir att öka oberoendegrad vad gäller

social/intellektuell funktion och kommunikation då det visar sig ha stor betydelse för självständigt boende och uppfattning om det egna hälsotillståndet.

Glädjande nog ökar andelen med självständigt boende vid uppföljningen jämfört med vid utskrivning. Då är ändå alla åldrar med vilket är viktigt att ta med i beräkningen. Det är sannolikt vanligare att äldre personer har behov av hjälp i sitt boende jämfört med yngre. För ett självständigt boende är det viktigt att klara kortare förflyttningar utan hjälp.

Förmågan att uppbära lön påverkas mycket av ADL-förmåga särskilt i den yngre gruppen. Vad gäller personlig vård, sfinkterkontroll och kortare förflyttningar är det bara de oberoende som har lön eller kombination lön och ersättning från FK i den yngre åldersgruppen.

För uppfattningen om egna hälsotillståndet (EQ5D) har delområdena kommunikation och social/intellektuell funktion stor betydelse medan det inte är någon större skillnad mellan ADL-delområdena vad gäller grad av tillfredsställelse med livet i allmänhet enligt LiSat. Man kan alltså vara ganska tillfreds med livet med funktionsnedsättningar av olika typ men oberoende har generell betydelse för nivån av tillfredsställelse.

Vi har alltså valt att titta på de som följts upp under två år – 2016 och 2017 och jämfört data från utskrivningen med hur det ser ut vid uppföljningen. Vi har valt att titta på de 3 största diagnosgrupperna. Totalresultatet, och ibland enbart resultat för de med någon form av hjärnskada, har visat sig mer relevant än att ta med de med ryggmärgsskada. För att sätta sig in i utfall för de med ryggmärgsskada hänvisar vi till den speciella spinalrapporten.