

WebRehab Sweden

Årsrapport öppenvård

2018

Innehåll

Demografi.....	5
Antal registreringar	5
Diagnosgrupper	8
Åldersfördelning.....	11
Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp	12
Processmått öppenvård	13
Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab, till inskrivning	13
Vårdtid för förmågehöjande rehabilitering.....	14
Användningsgrad av de olika bedömningar och instrument som ingår i registret.....	17
Målindikatorer alla registreringar oavsett typ av insats	17
Resultatmått öppenvård	19
Body Mass Index (BMI).....	19
Utskriven till	20
Försörjning.....	20
Körkortsbedömning vid utskrivning	20
GOSE (Glasgow outcome scale extended)	20
Gångklassifikation enligt Holden.....	21
Komplikationer	22
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures).....	23
EQ5D.....	23
IPA – impact on participation and autonomy questionnaire (inverkan på delaktighet och självbestämmande)	25
Livstillfredsställelse (LiSat)	25
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)	26
Bilaga 1	32

Tabell- och figurförteckning:

Tabell 1a. Tid från remiss till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).	13
Tabell 2b. Tid från beslut om rehabilitering till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).	13
Tabell 3. Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet.	15
Tabell 4. Medelvårdtid per enhet över tid (hela öppenvårdsgruppen)	16
Tabell 5 Ifyllnadsgrad för WebRehabs måindikatorer (hela öppenvårdsgruppen).	17
Tabell 6 Användningsgrad av instrument i registret (Hela öppenvårdsgruppen).	18
Tabell 7 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter) (Förmågehöjande rehabilitering).	21
Tabell 8 Frekvens av komplikationer i öppenvård (Förmågehöjande rehabilitering).	22
Tabell 9. Korstabell för LiSat- Livet i allmänhet totalt, mellan in- och utskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).	25
Tabell 10. Antalet missnöjda/mycket missnöjda. (Förmågehöjande rehabilitering).	31
Figur 1. Antal registreringar per enhet (hela öppenvårdsgruppen).	6
Figur 2. Fördelning mellan män och kvinnor (hela öppenvårdsgruppen) (n=1421).	7
Figur 3. Typ av öppenvård (n=1421).	7
Figur 4 Diagnosfördelning oavsett typ av insats – TBI inkluderas med annan hjärnskada (n=1421).	8
Figur 5 Diagnosfördelning oavsett typ av insats. TBI separerad från övriga hjärnskador. (n=1421).	8
Figur 6 Diagnosfördelning för enbart bedömning. (n=145).	9
Figur 7 Diagnosfördelning förmågehöjande insatser. (n=1216).	9
Figur 8. Diagnosfördelning över åren 2013-2018.	10
Figur 9. Åldersfördelning per enhet.	11
Figur 10. Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp (Hela öppenvårdsgruppen) (n=1421).	12
Figur 11a. Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp enligt tidigare diagnosgruppering (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).	14
Figur 12b. Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp – TBI separerad (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).	14
Figur 13 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216). ..	15
Figur 14 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper (Förmågehöjande rehabilitering) (n=866).	19
Figur 15. Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning (antal per poäng) (n = 245).	21
Figur 16 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 833).	23
Figur 17 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp samt totalt för alla diagnosgrupperna (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 833).	24
Figur 18 Medianvärden för olika domäner i LiSat in och ut (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 474).	25
Figur 19 Nöjdhet (Enbart bedömning) (n=76)	26
Figur 20 Nöjdhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n=935)	26
Figur 21 Nöjdhet (Förmågebibehållande rehabilitering) (n=54)	27
Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande".	27
Figur 23 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen".	28

Figur 24 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen".....	28
Figur 25 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan".....	29
Figur 26 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan".....	29
Figur 27 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen".....	30
Figur 28 Svartsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering".....	30
Figur 29 Svartsfördelning för frågan "Personalens bemötande".....	32
Figur 30 Svartsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen".....	33
Figur 31 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen".....	33
Figur 32 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan".....	34
Figur 33 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan.....	34
Figur 34 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen".....	35
Figur 35 Svartsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering".....	35

Öppenvård

Öppenvård kategoriseras i 3 olika typer: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Vilken typ av rehabilitering som personen får beror på personens behov, förmåga att tillgodogöra sig insatserna och enhetens uppdrag. Det är stor variation avseende hur många timmar per vecka som vanligtvis erbjuds; en tredjedel av registrerade personer får mellan 5 och 10 timmar per vecka och en tredjedel får mellan 10 och 20 timmar och vecka. Även detta beror på personens behov, förmåga att tillgodogöra sig insatserna samt enhetens uppdrag. Ofta äger förmågehöjande rehabilitering rum i relativ anslutning till en slutenvårdsperiod i den akuta/subakuta rehabiliteringen men det kan också vara så att personen börjar med en utredning/bedömning för att i ett senare skede gå in i en förmågehöjande fas. Förmågebibehållande rehabilitering äger rum framförallt i det senare skedet efter en skada eller sjukdom; typexemplet är personer med MS eller annan kronisk neurologisk sjukdom som behöver en rehabiliteringsinsats för att kunna fortsätta fungera på samma nivå eller motverka ytterligare försämring.

Totala antalet registreringar i öppenvård var 1423 och baseras på de personer som skrivits ut 2018. Det har skett en minskning av antalet registreringar med 1 % (1440 registreringar år 2017) dvs. i det närmaste oförändrat sedan året innan. Totalt 16 enheter har lämnat data för öppenvård. En enhet har återkommit (Uddevalla) och en enhet har utgått (Uppsala). I årets rapport har Halland bytt namn till Närsjukvård Kungsbacka. I rapporten redovisas enbart enheter med fler än 20 registreringar. En enhet (Gotland) har färre än 20 registreringar. Antalet registreringar som ingår i rapporten är därmed 1421, från 15 enheter. I rapporten redovisas vissa parametrar endast från förmågehöjande rehabilitering eftersom detta är den absolut största verksamheten (86 %).

I år har vi även valt att i vissa delar separera traumatiska hjärnskador (TBI) som en egen enhet för att möjliggöra mera specifika analyser. Dock har vi valt att även redovisa data utifrån den tidigare uppdelningen för att underlätta för dem som vill jämföra med resultat föregående år.

Totalt i registret är stroke den vanligast förekommande diagnosgruppen (31 %) i specialiserad öppenvårdsrehabilitering. Stroke och andra hjärnskador utgör tillsammans 55% av det totala antalet registrerade vilket är en något ökad andel jämfört med föregående år (51 % 2017). Ryggmärgsskador har 175 registreringar (169 år 2017), dvs. relativt oförändrat jämfört med föregående år.

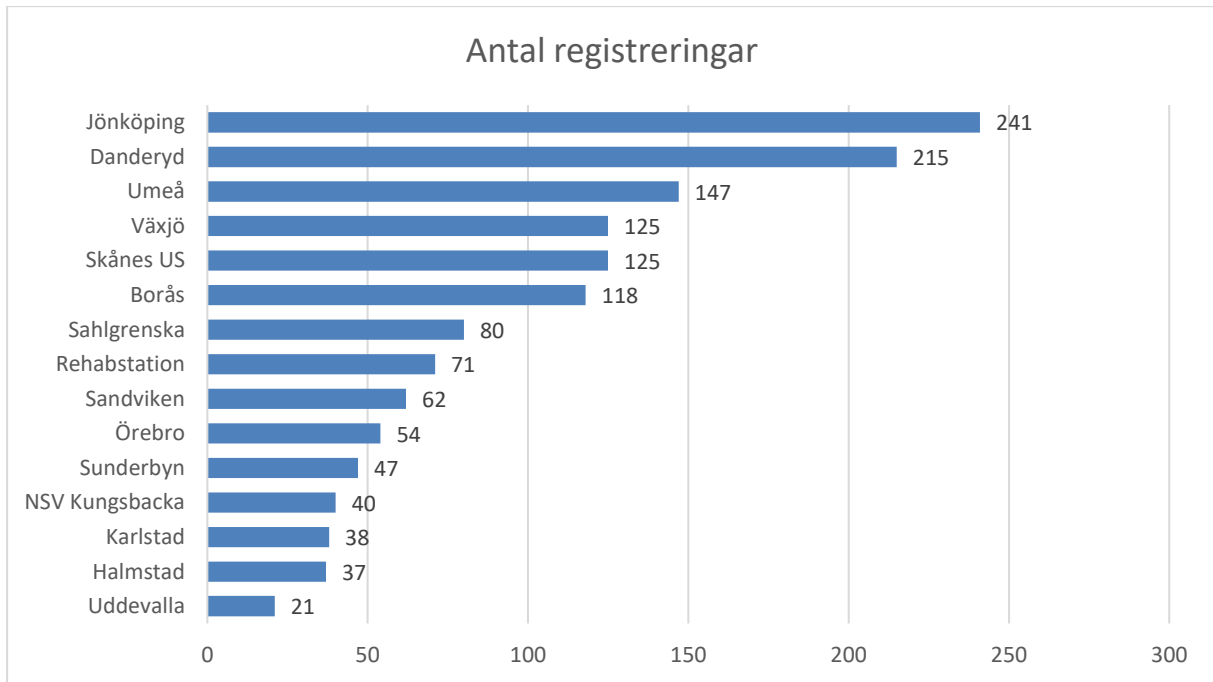
Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får öppenvårdsrehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning. Ett observandum är också att andelen rökare i registret ligger högre än normalbefolkningen i landet och andelen har ökat jämfört med föregående år.

Flera enheter verkar ha höjt sin nivå avseende målindikatorerna, vilket tyder på att återkopplingen från kvalitetsregistret kan ha effekt på verksamheten.

Demografi

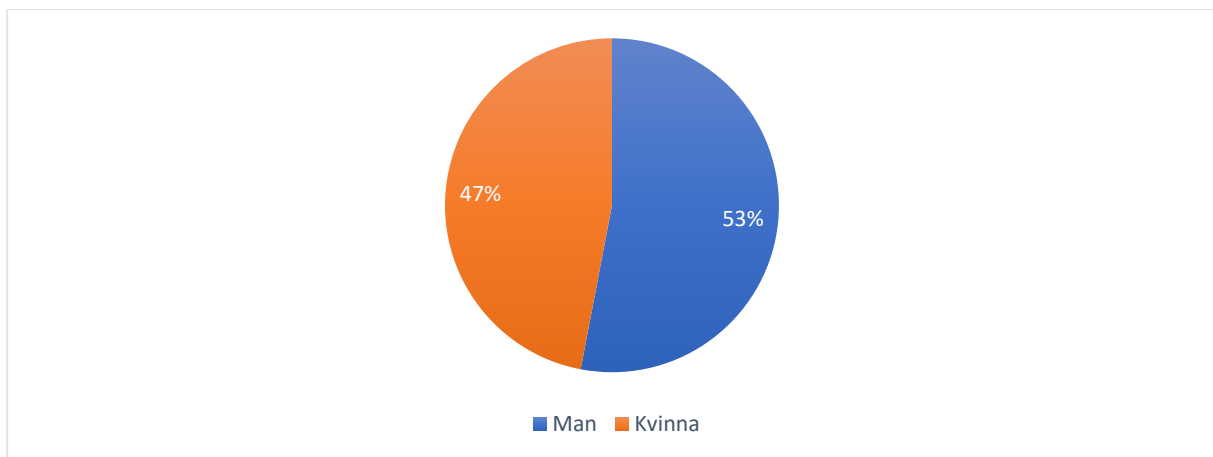
Antal registreringar

Totala antalet registreringar var 1423 och baseras på de personer som skrivits ut 2018 (Figur 1) vilket är en minskning av antalet registreringar med 1 % jämfört med 2017 (1440 registreringar år 2017), dvs. i det närmaste oförändrat sedan året innan. Totalt har 16 enheter lämnat data för öppenvård. I årets rapport har Halland bytt namn till närsjukvård Kungsbacka. I rapporten redovisas enbart enheter med fler än 20 registreringar. En enhet (Gotland) har färre än 20 registreringar. Antalet registreringar som ingår i rapporten är därmed 1421, från 15 enheter. I rapporten redovisas vissa parametrar endast från förmågehöjande rehabilitering eftersom detta är den absolut största verksamheten (86 %).



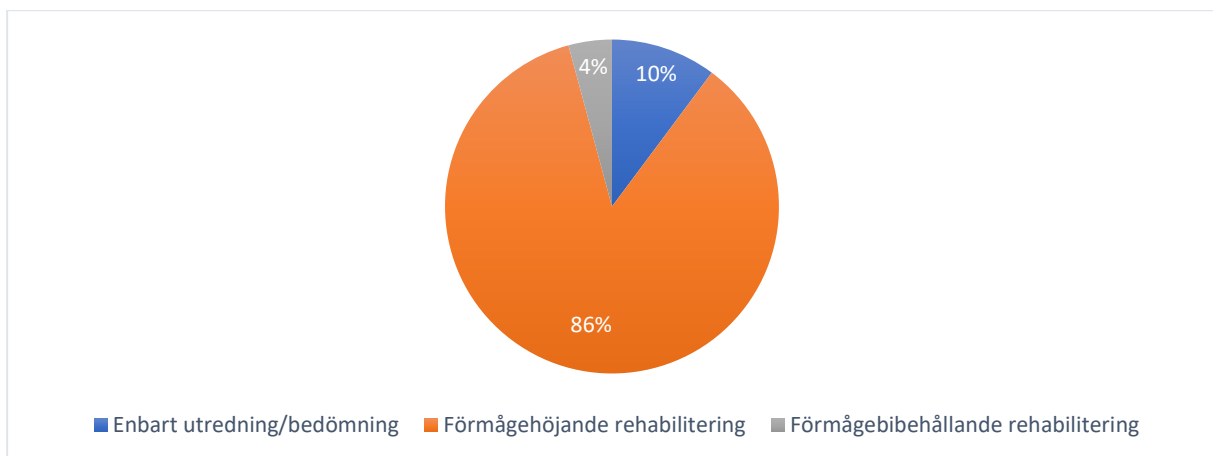
Figur 1. Antal registreringar per enhet (hela öppenvårdsgruppen).

Fördelningen mellan män och kvinnor är liknande föregående år med viss övervikt för män (Figur 2).



Figur 2. Fördelning mellan män och kvinnor (hela öppenvårdsgruppen) (n=1421).

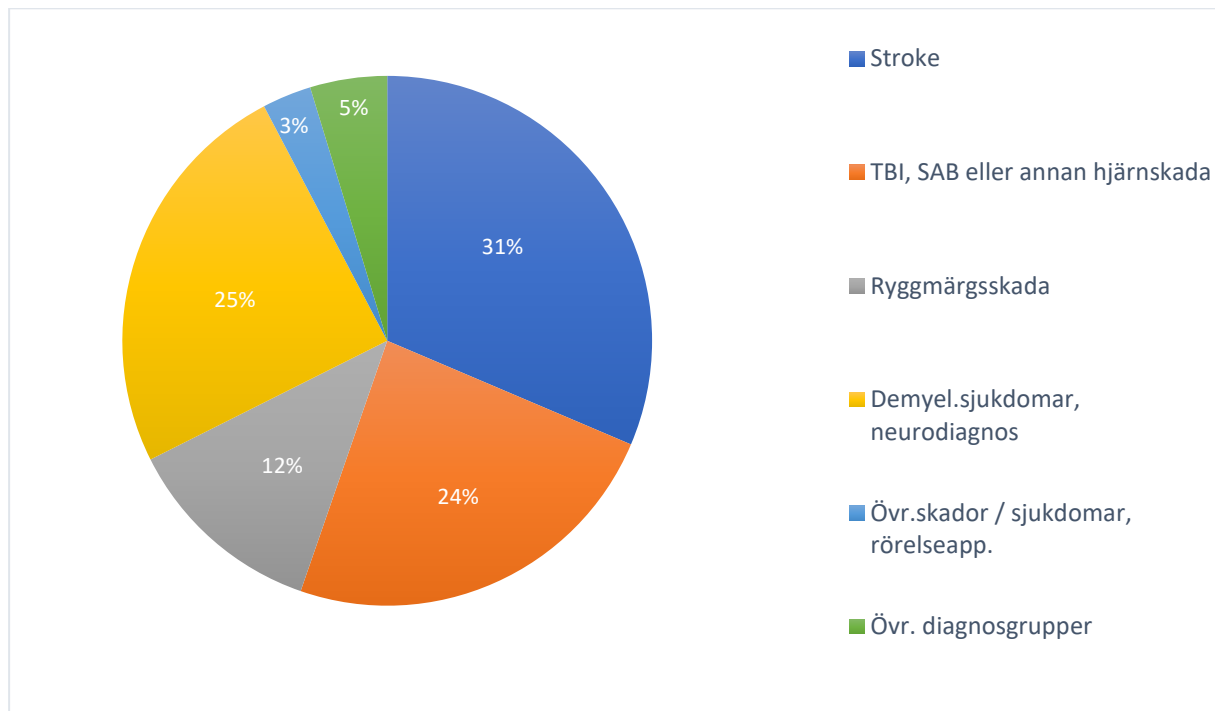
Registrering görs av typ av öppenvård: Enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Andelen förmågehöjande rehabilitering ökade med 5 procentenheter jämfört med föregående år (81 % år 2017) medan andelen enbart utredning/bedömning minskade med 3 procentenheter (13 % år 2017) (Figur 3). I rapporten redovisas vissa parametrar endast från förmågehöjande rehabilitering eftersom detta är den absolut största verksamheten. De enheter som vill jämföra sina data med riket kan göra den jämförelsen genom att dra ut en egen rapport.



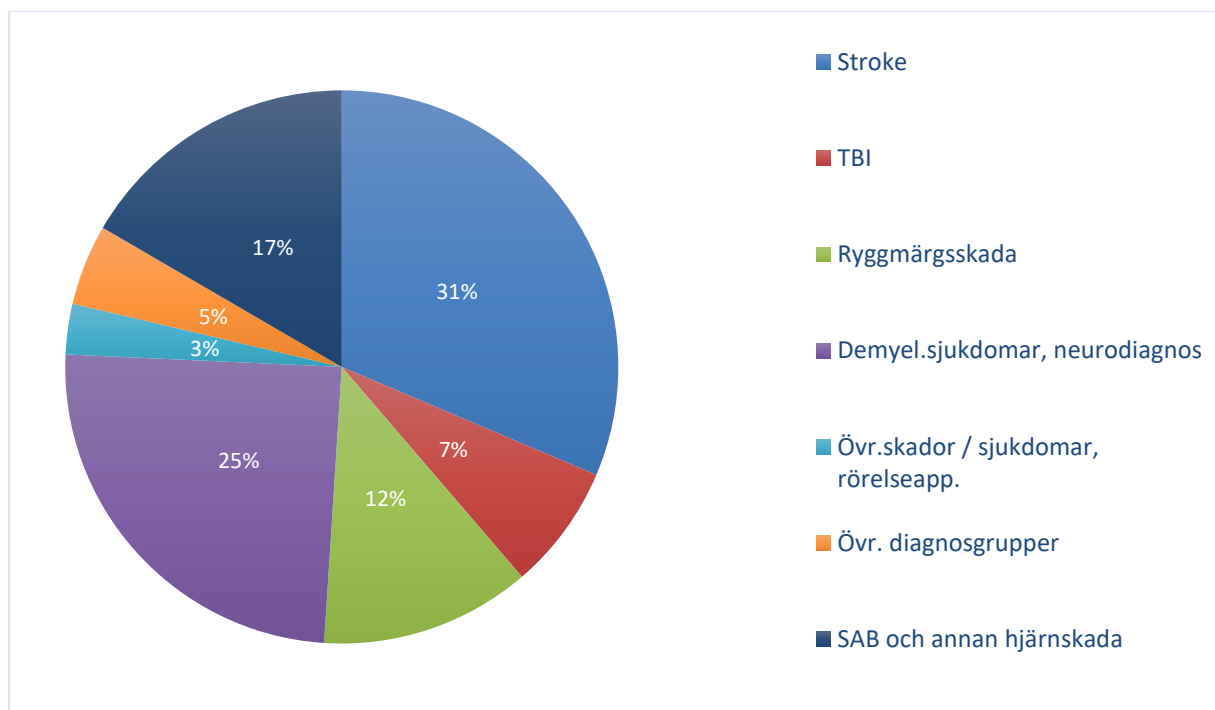
Figur 3. Typ av öppenvård (n=1421).

Diagnosgrupper

Stroke är de vanligast förekommande diagnosgruppen (31 %) (Figur 4a och 4b). Stroke och andra hjärnskador utgör tillsammans 55% av det totala antalet registrerade vilket, vilket är en ökning jämfört med föregående år (51 % 2017, 57% 2016, 66 % 2015), men fortfarande lägre än 2016 och 2015. Andelen registreringar av ryggmärgsskador är 12 % vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Andelen TBI utgör endast 7,5 % av patienterna (Figur 4b).

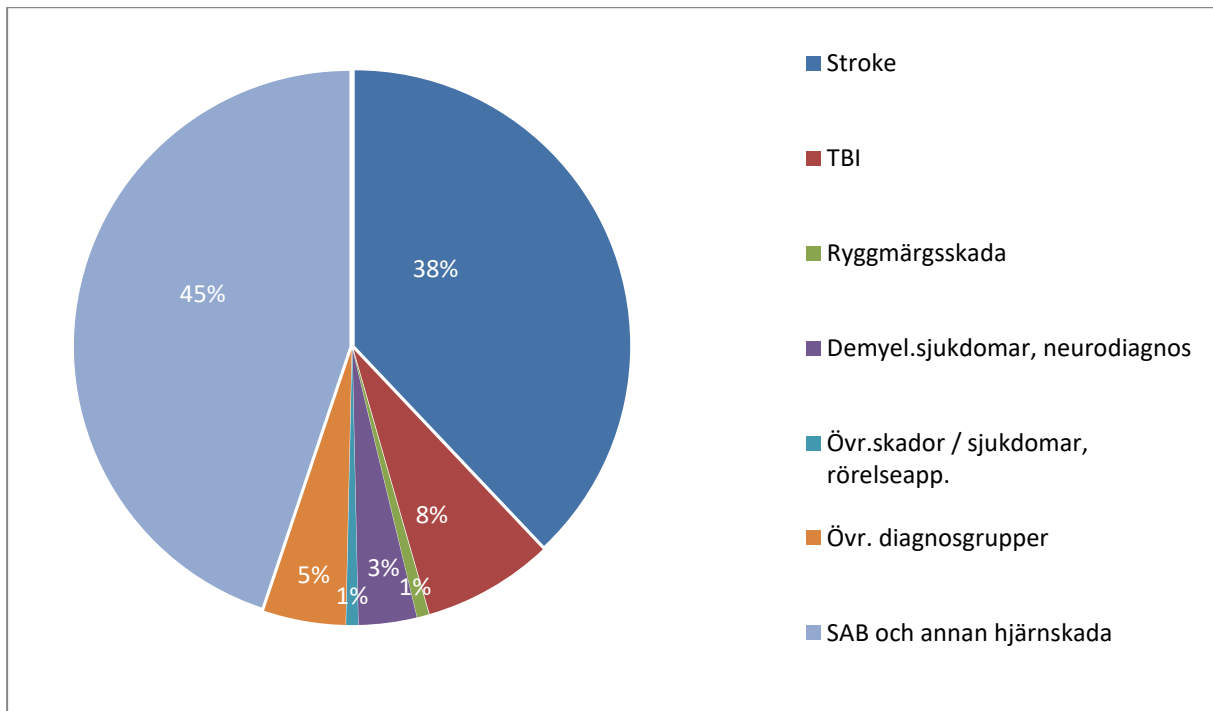


Figur 4 Diagnosfördelning oavsett typ av insats – TBI inkluderas med annan hjärnskada (n=1421).

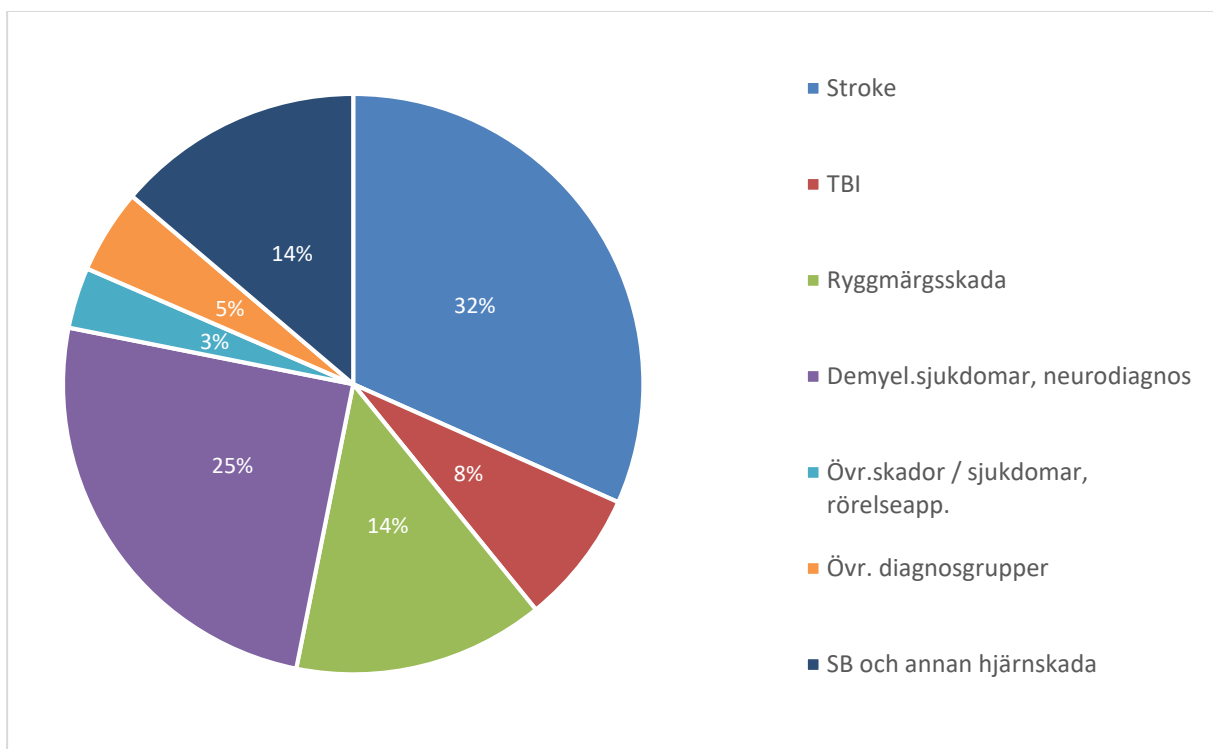


Figur 5 Diagnosfördelning oavsett typ av insats. TBI separerad från övriga hjärnskador. (n=1421).

Diagnosgrupperna skiljer sig åt beroende på om patienten enbart kommer för en bedömning jämfört med om de erbjuds förmågehöjande rehabilitering (se Figur 4c och 4d).



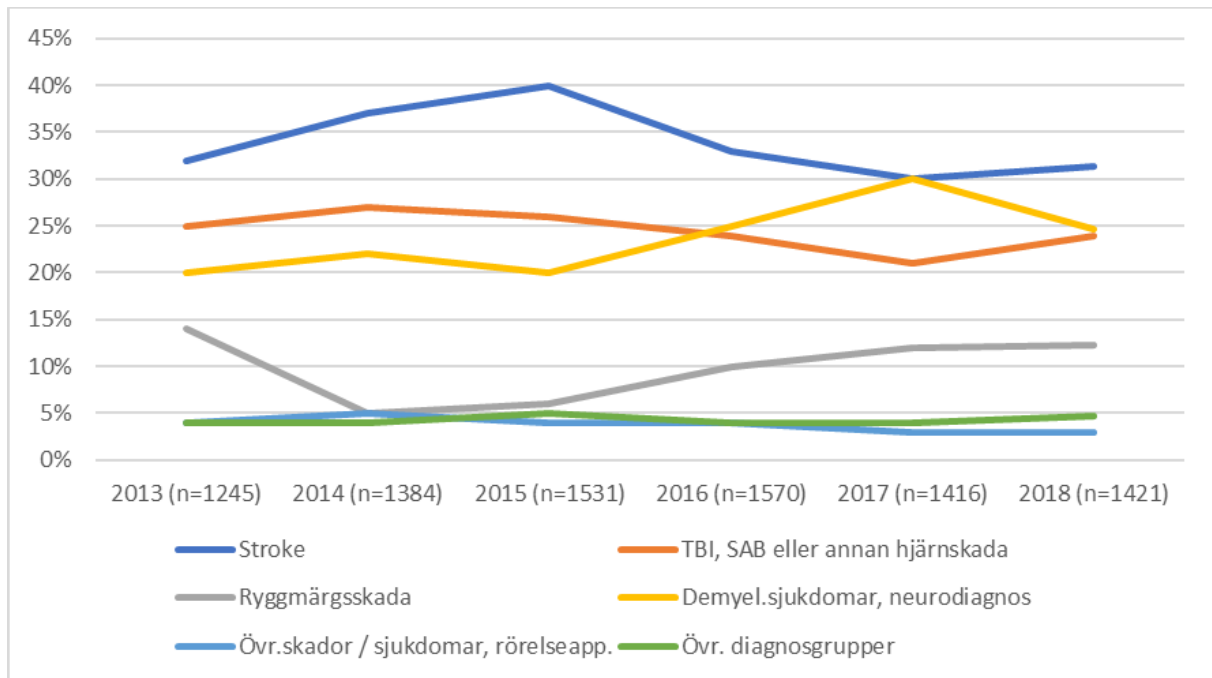
Figur 6 Diagnosfördelning för enbart bedömning. (n=145).



Figur 7 Diagnosfördelning förmågehöjande insatser. (n=1216).

Jämförelse av diagnosfördelning över åren 2013-2018

Sett över åren 2013 till 2018 har fördelningen mellan diagnosgrupperna förändrats något. Under 2017 minskade andelen registrerade stroke och TBI/SAB/annan hjärnskada medan, ryggmärgsskador och demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos ökade jämfört med året innan. För 2018 tenderar ryggmärgsskador fortfarande att öka medan demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos sjunker något och TBI/SAB/annan hjärnskada ökar och båda grupperna är tillbaka på 2016 års nivå. Flera olika orsaker kan ligga bakom fluktuationerna, såsom, bortfall av enheter, förändrade uppdrag i verksamheterna och förändrade registringsrutiner.

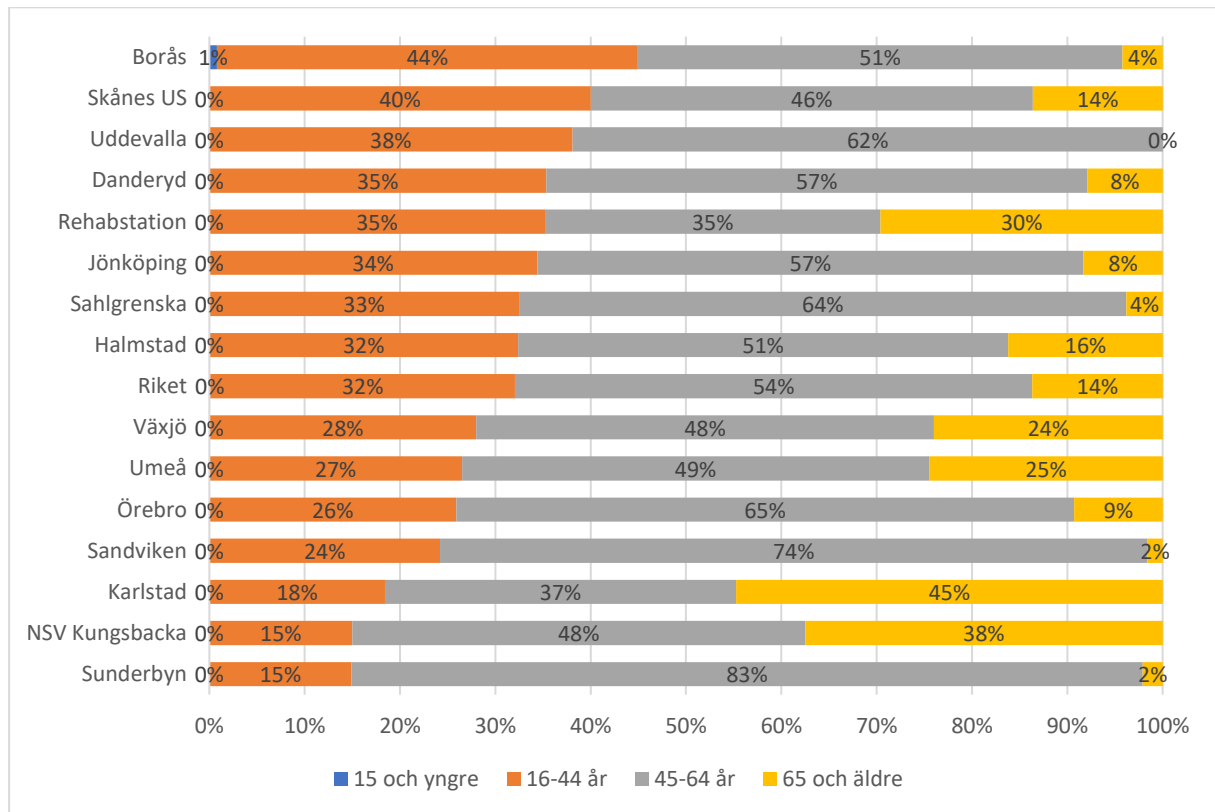


Figur 8. Diagnosfördelning över åren 2013-2018.

Åldersfördelning

För alla registrerade är medelåldern 50 år (standardavvikelse (SD) 14) och för förmågehöjande rehabilitering 51 år (SD 14). För enbart utredning/bedömning var medelåldern 46 år (SD 12) och för förmågebibehållande rehabilitering 57 år (SD 14).

Fördelat på enhet skiljer sig fördelningen eftersom enheternas uppdrag är olika. Andelen patienter över 65 år är 14 % och således 86% i yrkesverksam ålder, vilket är oförändrat mot föregående år (Figur 6).



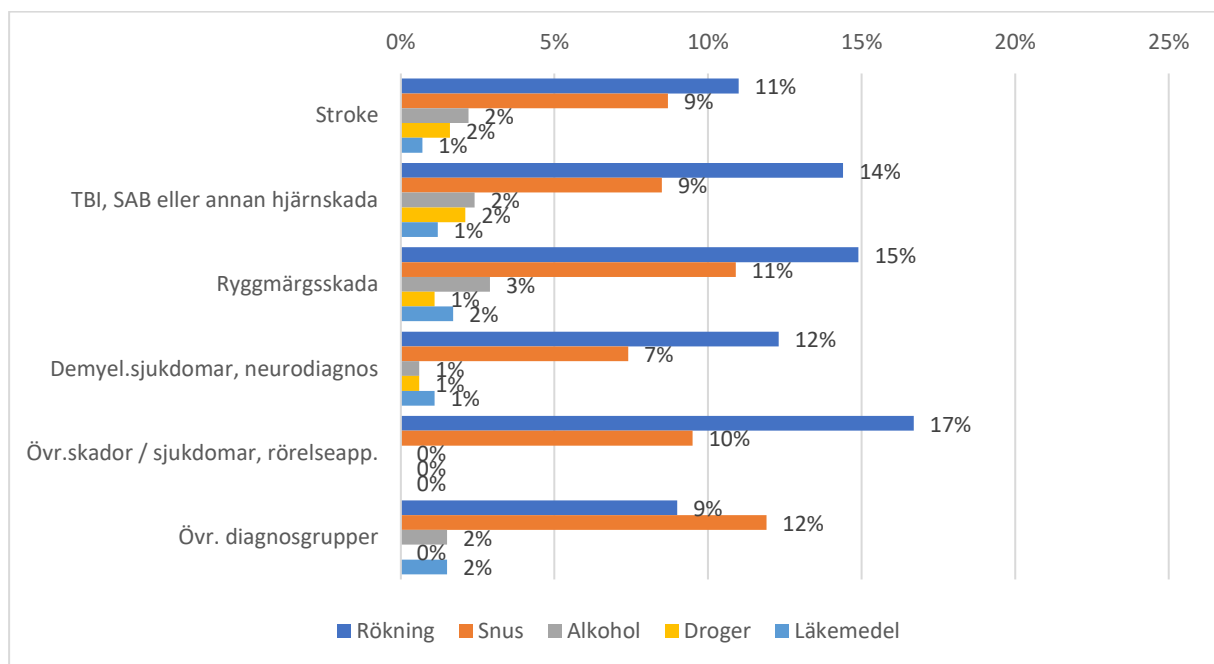
Figur 9. Åldersfördelning per enhet.

Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp

I figur 7 redovisas förekomst av rökning/missbruk i olika diagnosgrupper i %, beräknat på andel ja-svar. För alla registreringar sammantaget är 13 % rökare, dvs en ökning från året innan (10 %) och högre än i befolkningen i stort (7 % enligt 2017 års data hos Folkhälsomyndigheten). Rökning har således minskat i befolkningen i stort men ökat i registrets population.

Högst andel av rökare finns i diagnosgruppen "övriga skador/sjukdomar, rörelseapparaten" (17 %), vilket är en minskning från föregående år (23 %). Alla övriga grupper utom i gruppen ryggmärgsskador har ökad andel rökare jämfört med föregående år.

Drog- och läkemedelsmissbruk är fortsatt låga registreringsandelar. Det kan sannolikt bero på att öppenvården inte tar in patienter med känt pågående missbruk.



Figur 10. Andel rökning/missbruk per diagnosgrupp (Hela öppenvårdsgruppen) (n=1421).

Processmått öppenvård

Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab, till inskrivning

Mediantiden från remissens utfärdande till inskrivning är 90 dagar (tabell 1a) och mediantiden från beslut om rehabilitering till inskrivning är 42 dagar (53 % 2017) (tabell 1b). Spridningen för båda intervallen är stor mellan olika enheter. Remisshanteringsprocesserna ser olika ut på olika enheter utifrån uppdrag och tillgänglighetsmål, vilket kan förklara spridningen.

Tabell 1a. Tid från remiss till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).

Sjukhus	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
Borås	97	133,7	123	4	384
Danderyd	157	82,4	64	4	951
Halmstad	30	22,8	7	3	91
Jönköping	196	100,3	69,5	3	654
Karlstad	30	50,3	43	15	153
NSV Kungsbacka	38	39,9	28	3	315
Rehabstation	54	96,5	74,5	0	507
Sahlgrenska	67	119,8	104	7	378
Sandviken	12	111,1	104,5	39	251
Skånes US	43	283,5	253	32	731
Sunderbyn	37	240,0	230	48	691
Uddevalla	21	290,8	237	16	868
Umeå	66	247,6	235,5	14	553
Växjö	124	110,9	111,5	3	427
Total	972	124,6	90	0	951

Tabell 2b. Tid från beslut om rehabilitering till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).

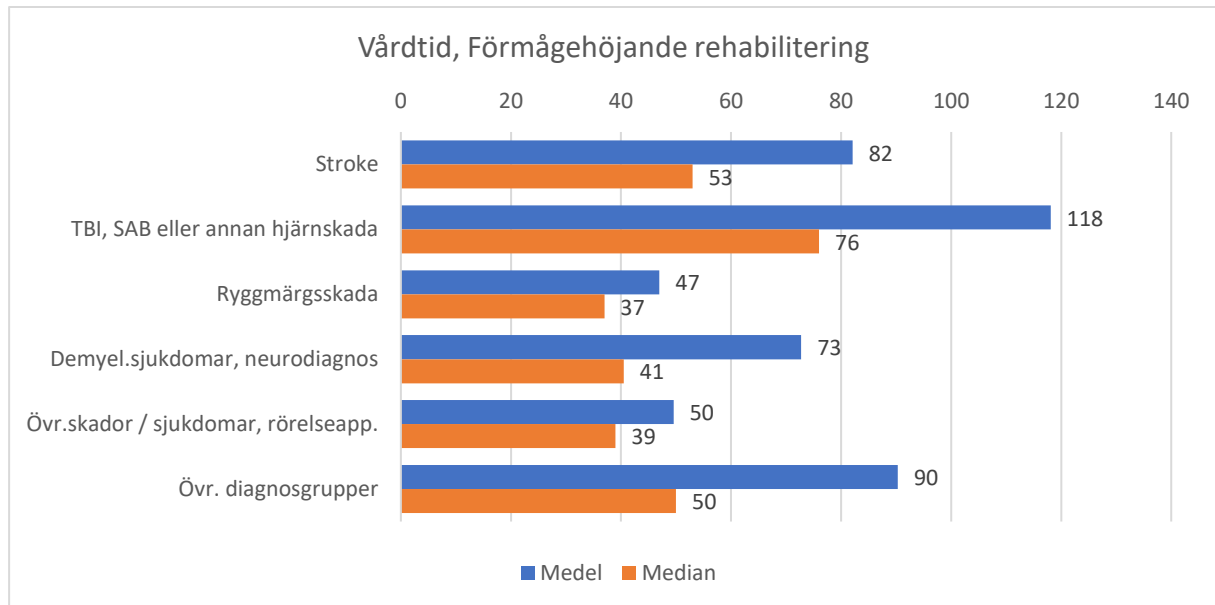
Sjukhus	N	Mean	Median	Minimum	Maximum
Borås	113	59,88	42	0	267
Danderyd	157	45,73	36	0	200
Halmstad	32	14,56	7	2	63
Jönköping	208	35,49	18	0	278
Karlstad	36	41,47	35	7	146
NSV Kungsbacka	40	13,8	9,5	0	91
Rehabstation	55	81,11	71	0	422
Sahlgrenska	63	87,68	77	0	364
Sandviken	12	104,17	94	39	243
Skånes US	70	129,21	88,5	4	551
Sunderbyn	38	216,47	214,5	43	466
Uddevalla	21	401	35	6	4038
Umeå	80	201,08	180	0	538
Växjö	124	96,17	98	3	344
Total	1049	84,63	42	0	4038

Vårdtid för förmågehöjande rehabilitering

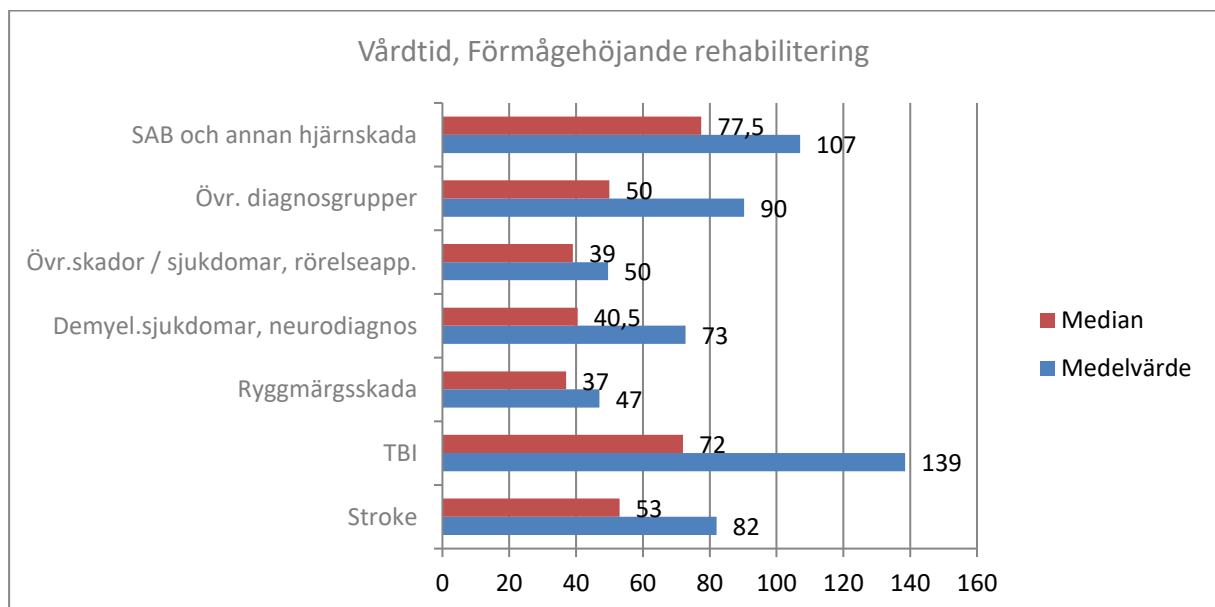
Vårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp

Vårdtiden för förmågehöjande öppenvårdsrehabilitering är i medeltal drygt 2,7 månader, men mediantiden är 7 veckor. Vårdtid definieras som tid (antal dagar) från inskrivning till utskrivning (Figur 8a och 8b). Skillnader i vårdkedjor och rehabiliteringsmål mellan åldersgrupper kan bidra till skillnad i vårdtid. Enstaka patienter med lång vårdtid påverkar ett medelvärde starkt. Störst spridning i vårdtid inom grupp har TBI gruppen.

Av patienter i förmågehöjande rehabilitering avbröt 2,1 % sin rehabilitering i förtid, antingen av egna orsaker (1,2 %) eller av medicinska skäl (0,9 %)



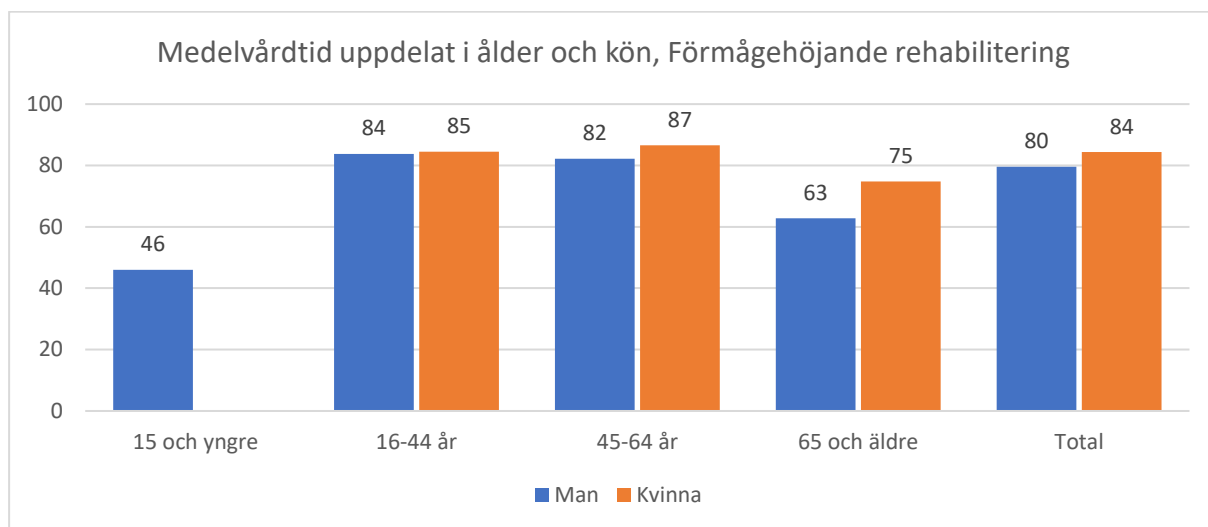
Figur 11a. Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp enligt tidigare diagnosgruppering (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).



Figur 12b. Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp – TBI separerad (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).

Vårdtid per åldersgrupp och kön

Generellt är vårdtiden längre för äldre åldersgrupper och för kvinnor. Föregående år har kvinnor haft en kortare vårtid i alla åldersgrupper (Figur 9).



Figur 13 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).

Vårdtid per enhet

Medelvårdtid per enhet för öppenvården visar avsevärd spridning enheterna emellan (Tabell 2). Skillnaderna kan bero på att vårdkedjan är organiserad på olika sätt. Det finns till exempel stora olikheter gällande vad och när specialistrehabiliteringen kan lämna över till kommun/primärvård. En annan skillnad kan vara att vissa enheter registrerar enbart patienter i avgränsad period med intensivare dagvård, medan andra enheter även registrerar patienter i uppföljande öppenvård/mottagning. Vissa enheter har tidsbegränsade rehabiliteringsperioder medan andra har högre grad av individuell tidsperiod utifrån mål i rehabiliteringsplanen.

Tabell 3. Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet.

	Stroke	TBI, SAB, annan hjärnskada	Ryggmärg sskada	Demyel.sjukd omar, neurodiagn	Övr.skador/sju kdomar, rörelseapp.	Övr. diagnosg r	Total
Borås	71	86	32	31	23	37	53
Danderyd	99	133	135	250	57	103	129
Halmstad	97	117	35	47	71	330	91
Jönköping	38	47	52	36	55	54	42
Karlstad	87	69	134	82			86
NSV Kungsbacka	36	35		39		34	36
Rehabstation			48		11		47
Sahlgrenska	50	61	67	28	57	92	56
Sandviken	799	510				532	632
Skånes US		119	27	117		127	88
Sunderby	64	64	51	54	51	72	59
Uddevalla	40	34	32	39	32	58	39
Umeå	92	182		96		502	118
Växjö	107	220	37	34	43	71	86
Örebro	86	84	84	61	101	81	85
Total	82	118	47	73	50	90	82

Tabell 3 visar medelvårdtid över åren 2013 - 2018 per enhet. Här visas alla 20 enheter som någon gång under tidsintervallet registrerat i öppenvårdsmodulen.

Tabell 4. Medelvårdtid per enhet över tid (hela öppenvårdsgruppen)

Sjukhus	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sandviken	2	4	3	6	34	124
Danderyd	69	93	85	111	116	121
Umeå	24	22	20	19	68	91
Växjö	45	43	46	55	63	86
Halmstad	-	48	40	42	46	86
Karlstad	77	82	83	95	118	86
Örebro	86	86	98	92	102	85
Skåne	108	92	136	112	99	71
Sunderbyn	85	81	86	137	50	58
Sahlgrenska	56	56	49	51	58	55
Borås	32	32	31	33	40	52
Rehabstation	-	-	-	49	48	47
Jönköping	46	37	49	51	44	41
Uddevalla	-	41	-	-	-	40
NSV Kungsbacka	-	-	-	-	-	37
Riksgenomsnitt	63	65	172	71	68	75
Mälargården	24	-	-	-	-	-
Uppsala	64	42	765	75	-	-
Gotland	-	63	82	77	-	-
Södermanland	-	214	-	-	-	-
Halland	-	-	46	43	51	-
Blekinge	171	-	-	-	-	-

Användningsgrad av de olika bedömningar och instrument som ingår i registret

Målandikatorer alla registreringar oavsett typ av insats

Registrering av BMI är fortsatt låg på de flesta enheterna men visar stor spridning (Tabell 4). Målnivån 90 % vid både inskrivning och utskrivning uppnås enbart av Sunderbyn. Vid inskrivning uppnås 90 % även av Borås, Jönköping, Rehabstation, Uddevalla, Umeå och Växjö men de når inte målnivån vid utskrivning. Det är dock en ökning av antalet enheter jämfört med föregående år.

Registrering av upplevelse av rehabiliteringsinsatserna har i riket som helhet genomförts med 76 % (75 % 2017). Målnivån att 80 % av patienterna i öppenvård ska tillfrågas uppnås av nio enheter (sex enheter 2017). Tre enheter har låg användningsgrad (< 60 %) (Tabell 4).

Upprättande av rehabiliteringsplan har genomförts med 91 % (87 % 2017) av patienter i öppenvård. Fem enheter klarar målnivån 100% (Halmstad, Karlstad, Rehabstation, Sunderbyn och Örebro), vilket är en ökning jämfört med föregående år (2 enheter) och en enhet ligger lägre än 60 % (Sandviken). (Tabell 4).

Registrering av genomförd körkortsbedömning har målnivån 90 %. Värdet för riket är i 92 %, dvs. på riksnivå uppnås målet (89 % 2017). Några enheter når inte målnivån med 90 % bedömda gällande körförmåga (Rehabstation, Sahlgrenska, Sandviken, Skåne och Växjö) (Tabell 4).

Tabell 5 Ifyllnadsgrad för WebRehabs målandikatorer (hela öppenvårdsgruppen).

2018	BMI inskr	BMI utskr	Patientens upplevelse	Rehabiliteringsplan upprättad	Körkortsbedömning (ut)
Borås	96%	86%	86%	97%	92%
Danderyd	81%	56%	63%	84%	98%
Halmstad	59%	19%	92%	100%	100%
Jönköping	92%	85%	89%	94%	99%
Karlstad	0%	0%	89%	100%	100%
NSV Kungsbacka	0%	0%	90%	93%	100%
Rehabstation	90%	83%	49%	100%	65%
Sahlgrenska	4%	0%	51%	99%	89%
Sandviken	55%	56%	47%	18%	83%
Skånes US	71%	23%	76%	94%	82%
Sunderbyn	100%	100%	100%	100%	100%
Uddevalla	90%	62%	86%	95%	100%
Umeå	93%	85%	80%	99%	99%
Växjö	98%	85%	76%	94%	77%
Örebro	89%	80%	82%	100%	98%
Totalt	77%	63%	76%	91%	92%

Rött=0-60%

Gult=61-målnivån

Grönt= Målnivån och högre

1. Rehabplan upprättad; 100% målnivå

2. Körkortsbedömning gjord (utskrivn); 90% av de med körkort in

3-4. BMI in och ut per sjukhus 90% målnivå

5. Ifyllnad av "Patientens upplevelse" målnivå 80%

Tabell 5 innehåller grad av användning av övriga bedömningar och instrument. IPA har i år en mycket låg användningsgrad 18 % (31% förra året). Fortsatt ses också låg grad av registrering av GOSE och gångklassifikation enligt Holden. Dessa två instrument beskriver på ett tydligt och enkelt sätt förbättring, dvs. hur patienter återhämtar sig efter skada och rehabilitering och borde anses viktiga och nyttiga för att utvärdera sin verksamhet. Fler enheter kunde använda GOSE då det nu endast är nio enheter som registrerar detta. Detta är visserligen en ökning jämfört med 2017 (då 7 enheter) men det låga antalet är inte tillfredsställande. På enheter som rehabiliterar patienter med låg andel av motoriska problem kan Holden ge en takeffekt, vilket kan förklara att vissa enheter inte väljer att använda sig av instrumentet.

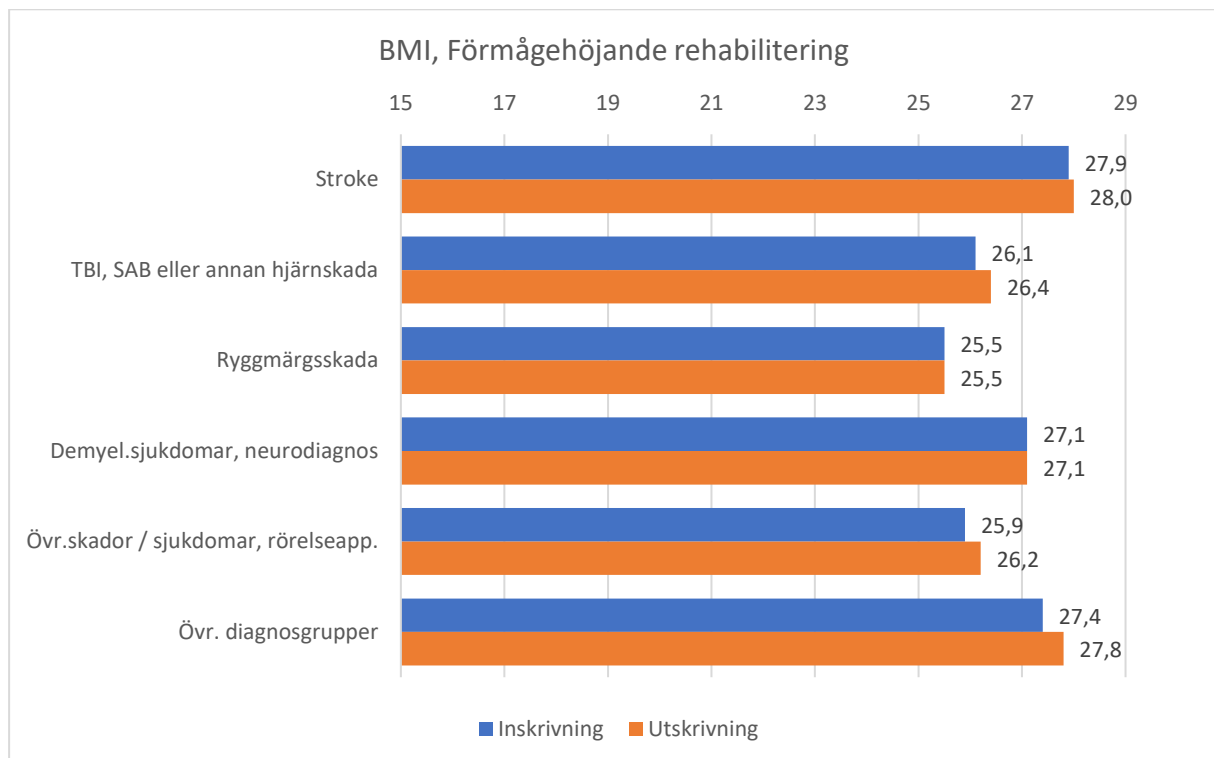
Tabell 6 Användningsgrad av instrument i registret (Hela öppenvårdsgruppen).

Instrument/bedömning	Användningsgrad	Antal möjliga registreringar
BMI (in)	77%	1421
BMI (ut)	63%	1421
Rökning	96%	1421
Alkoholmissbruk	95%	1421
Drogmissbruk	93%	1421
Läkemedelmissbruk	92%	1421
GOSE (ut)	22%	1421
Gång enligt Holden (in)	42%	1421
Gång enligt Holden (ut)	41%	1421
NIHSS stroke (in)	13%	446
NIHSS stroke (ut)	9%	446
EQ5D (ut) Ja + kan ej genomföras	72%	1421
IPA (in)	18%	1180
LiSat (ut) Ja + kan ej genomföras	58%	1421
Rehabplan upprättad (ut)	91%	1421
Körkort (ut)	92%	1258
Patientens upplevelse av rehabinsatserna gjord (ut)(Ja + Kan ej genomföras)	76%	1402

Resultatmått öppenvård

Body Mass Index (BMI)

BMI beräknas utifrån kroppslängd och vikt. De vedertagna gränsvärdena är: <19 Underviktig, 19-25 Idealvikt, 26-30 Övervikt och >30 fetma. Att följa enskilda patienters vikt är av stor betydelse för att uppnå en god hälsa. Insatser för att öka eller minska vikten hos den enskilde ska vid behov ingå i rehabiliteringen. Det är viktigt att registrering av BMI är hög även i öppenvård – då säkerställs att BMI beaktas i rehabiliteringen. I figur 10 anges skillnaden mellan in- och utvärden. Det är visserligen små förändringar på gruppnivå i alla diagnosgrupper, men det finns en tendens att BMI ökar - trots den korta vårdtiden. Ökningen är dock inte signifikant $t(865) = -1.619$ ($p=.106$) men BMI-värdena ligger på gränsen till övervikt för samtliga diagnosgrupper och indikerar att det kan vara viktigt att arbeta hälsobefrämjande med patientgrupperna.



Figur 14 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper (Förmågehöjande rehabilitering) (n=866).

Utskriven till

I öppenvård är de allra flesta patienterna hemmaboende per definition. Vid utskrivning bor 73 % av patienterna i eget boende utan personligt beroende (68 % 2017). Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person som kan vara partner, hemtjänst eller motsvarande.

Vid utskrivning bodde 15 patienter kvar i särskilt boende, vilket är ungefär lika många som förra året (16 patienter). Orsakerna till behov av särskilt boende vid öppenvårdsrehabilitering kan vara flera: till exempel kan minskad tillgång till slutenvårdsplatser ge ingen eller kortare slutenvårdsrehabilitering vilket ger fler personer med specialiserat rehabiliteringsbehov och samtidigt kvarstående stort omvårdnadsbehov. Kommunernas möjligheter till mer intensiva rehabiliteringsinsatser varierar också.

Försörjning

Vid inskrivningen har 67 % (62 % 2017) av patienterna registrerade i förmågehöjande öppenvård eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan och vid utskrivningen 69 % (68 % 2017). Notera att detta inte behöver vara samma individer, vilket kan förklara att sjukskrivningsgraden ökar. Det kan också bero på att det inte är helt ovanligt att man under rehabiliteringsperioden uppmärksammar ett behov av sjukskrivning som tidigare inte uppmärksammats. I öppenvård ska alla variabler vid inskrivning besvaras utifrån förhållanden vid inskrivning. Vid utskrivning från öppenvård ska det förhållande som gäller för försörjning nästföljande vardag/arbetsdag registreras.

Körkortsbedömning vid utskrivning

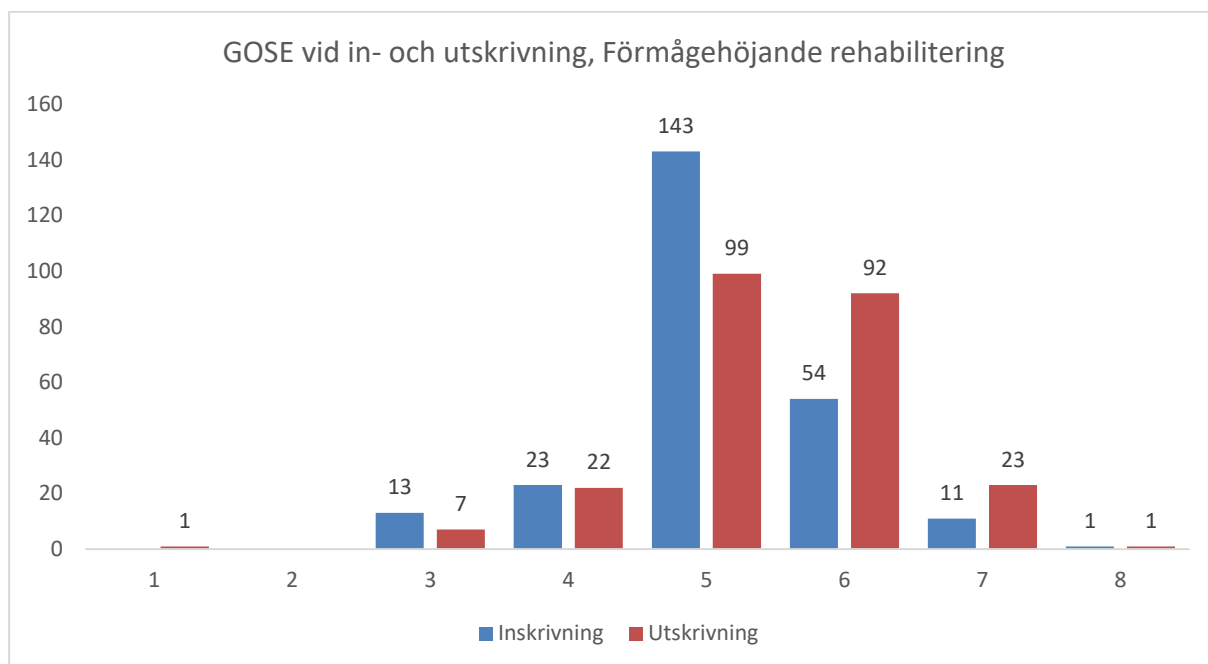
Medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från förmågehöjande öppenvården föreligger hos 34 % av patienterna som hade körkort sedan tidigare.

GOSE (Glasgow outcome scale extended)

GOSE skattas som ett mått på funktionsnedsättning hos personer med hjärnskador - både stroke och alla andra hjärnskador. GOSE visar det globala utfallet (1=död, 2= vegetativt tillstånd, 3=svår hjärnskada högre grad, 4=svår hjärnskada lägre grad, 5=medelsvår hjärnskada högre grad, 6=medelsvår hjärnskada lägre grad, 7=god återhämtning lägre grad, 8=god återhämtning högre grad).

Majoriteten av patienterna har en medelsvår hjärnskada av högre grad vid inskrivningen. Efter rehabiliteringen har patienterna förbättrats signifikant i funktionsnivå enligt GOSE nivå ($p=.000$) (Figur 11). Dock har majoriteten av patienterna vid utskrivningen fortfarande en medelsvår hjärnskada men av den lägre graden och de förväntas inte kunna återta tidigare aktiviteter fullt ut och är antingen helt eller delvis sjukskriven med minskad förmåga att återgå i arbete och fritidsaktiviteter. Notera att redovisningen ovan är osäker eftersom endast 22 % rapporterar GOSE resultat ut. Med ökad andel registreringar kunde en högre tillförlitlighet nås.

GOSE vid in- och utskrivning av förmågehöjande rehabilitering



Figur 15. Fördelning av poäng för GOSE vid utskrivning (antal per poäng) (n = 245).

Gångklassifikation enligt Holden

Skalan kategoriserar gångförmåga från 0 (icke funktionell gång) till 5 (gångare – oberoende). Hos de patienter som har data både vid in- och utskrivning så registrerades förbättrad gångförmåga enligt Holden för 12 % av patienterna. Detta beror framför allt på en takeffekt eftersom cirka 2/3 av registrerade patienter har maximal förmåga redan vid inskrivning. Försämrade gångförmåga registrerades för 2 % (1 % 2017). Övriga patienter har oförändrad gångförmåga enligt Holden (86 %).

Tabell 7 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter) (Förmågehöjande rehabilitering).

		Utskrivning						Total
		0	1	2	3	4	5	
Inskrivning	0	25	3	0	2	1	0	31
	1	0	7	2	1	2	2	14
	2	0	0	6	2	3	0	11
	3	0	0	1	4	4	6	15
	4	0	0	0	1	42	31	74
	5	0	1	0	0	6	332	339
Total		25	11	9	10	58	371	484

Komplikationer

Antalet komplikationer är få. Totalt registrerades 92 komplikationer, vilket motsvarar 8 % av totala antalet registrerade patienter i förmågehöjande öppenvård. Dock kan man inte utesluta att en patient kan ha flera registreringar. I tabell 7 redovisas vilka komplikationer som förekommit under perioden av förmågehöjande öppenvårdsrehabilitering.

Tabell 8 Frekvens av komplikationer i öppenvård (Förmågehöjande rehabilitering).

Komplikation	Antal	Andel
DVT	1	0%
Heterotop bennybildning	1	0%
Fall med fraktur	2	0%
Kontraktur	1	0%
Epilepsi/krampanfall	10	1%
Hydrocefalus	0	0%
Trycksår	9	1%
Ulcus	0	0%
Meningit	0	0%
Pneumoni	2	0%
Övre UVI	7	1%
Infektion med multiresistentabakterier	3	0%
Annan infektion	18	1%
Ny hjärnskada	5	0%
Avvikit från avdelning	2	0%
Annan komplikation/sjukdom/skada	31	3%

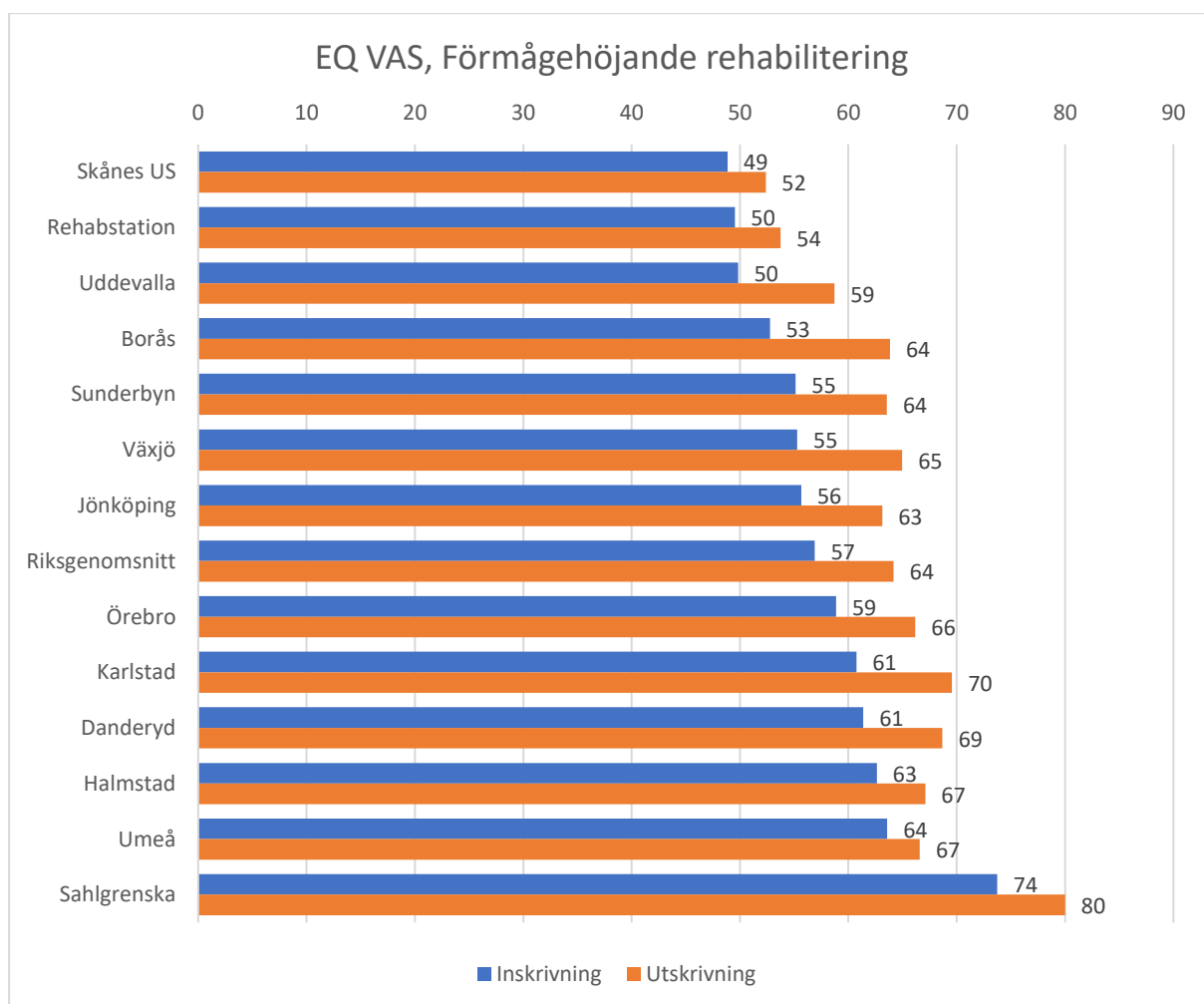
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)

EQ5D

EQ5D består av två delar - dels 5 dimensioner som är rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet, dels en skattning av upplevt hälsotillstånd som helhet (termometern).

Skattning av nuvarande hälsotillstånd (0-100 poäng enligt "Termometern")

"Termometern" redovisas med medelvärde och visas i diagrammen nedan. Hos de patienter som har data både vid inskrivning och utskrivning så registrerades förbättringar mellan in- och utskrivning, dvs högre värden på skattningar av hälsotillståndet som helhet vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen. Rikets medelvärde in är 57 och ut 64 vilket är ungefär samma förbättring som föregående år (65 % ut år 2017). Gruppen uppnår ändå inte samma nivåer som i normalpopulationen i Sverige, vilket anges med skattningsmedelvärden mellan 82 och 90. Störst skillnad mellan in och ut skattar patienterna i Borås (11 enheter) och högst, både in och ut, skattar patienterna från Sahlgrenska.

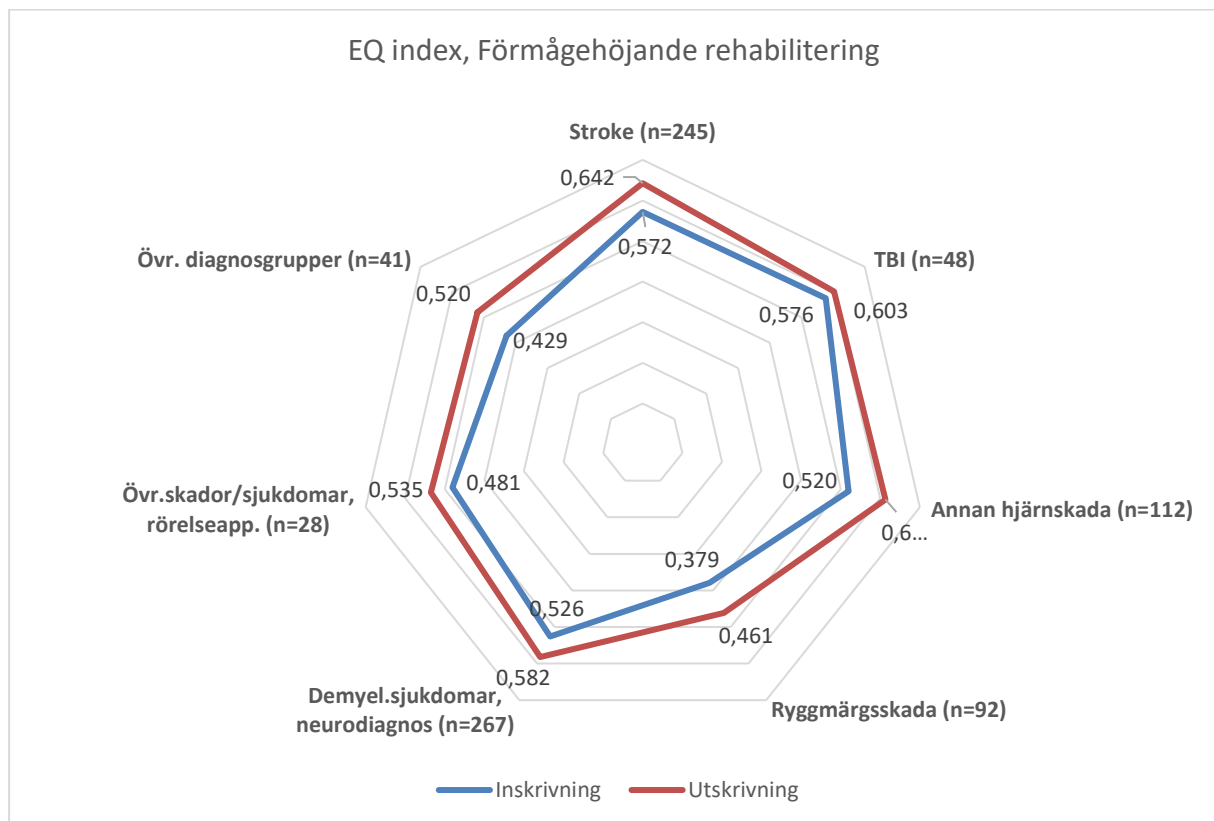


Figur 16 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 833).

Skattning av nuvarande hälsotillstånd – EQ5D Index

Mätningen av de fem dimensionerna i EQ5D redovisas med ett sammanfattande index. Minimivärde 0,0 till maxvärde 1,0 där 1,0 är full hälsa (dvs har skattat "inga problem" på samtliga frågor). Indexvärdet för normalpopulationen anges till 0,8-0,9.

Resultat från in- och utskrivning för EQ5D-index i de olika diagnosgrupperna visas i diagrammen nedan. Innan rehabilitering ligger alla diagnosgrupper under indexvärdet för normalpopulationen och lägst skattar patienter med ryggmärgsskada och högst skattar patienter med stroke eller TBI. Efter rehabiliteringen skattar fortfarande stroke- och TBI-grupperna sitt hälsotillstånd högst men fortfarande under index för normalpopulationen. (Figur 13). Små förbättringar noteras för de flesta diagnosgrupperna. På totalen är skillnaden in och ut för alla diagnoser dock signifikant $t(832) = -7.362$ ($p=.000$) tack vara det stora patientmaterialet. Störst skillnad mellan in och utskrivning av hälsa finner man i gruppen annan hjärnskada (0.093) och övriga diagnoser (0.092) samt ryggmärgsskada (0.083). Minst skillnad ser man i TBI-gruppen (0.027).



Figur 17 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp samt totalt för alla diagnosgrupperna (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 833).

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

IPA exkluderas ur årets rapport (2018) på grund av låg svarsgrad.

Livstillfredsställelse (LiSat)

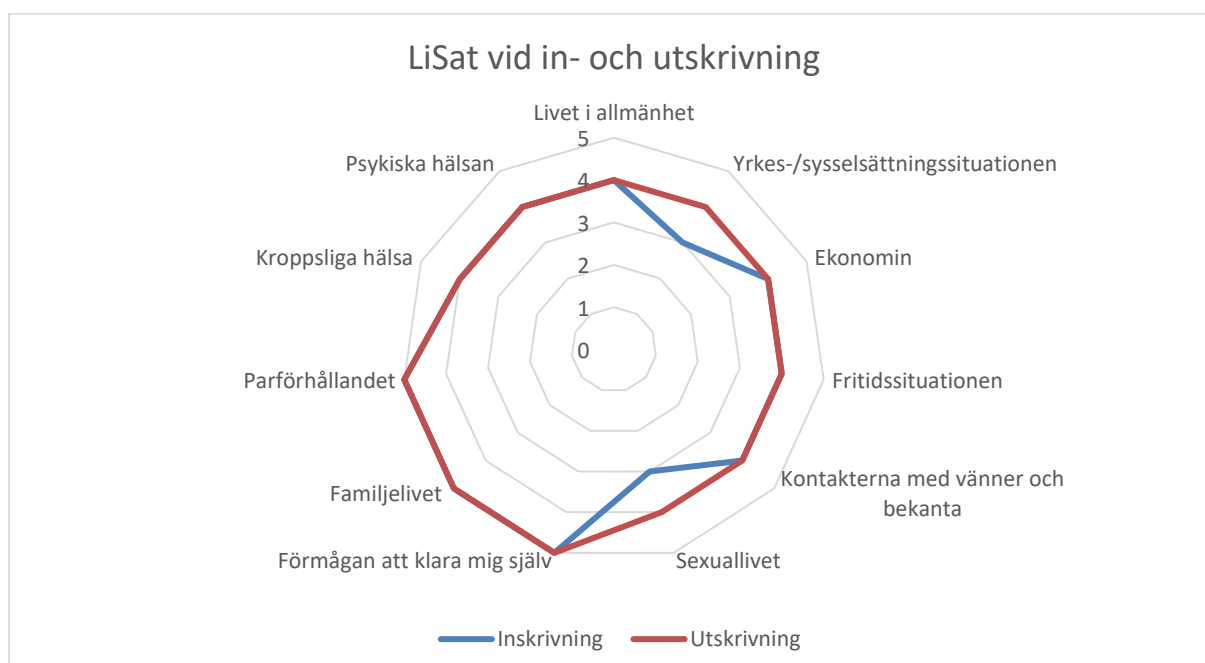
Här redovisas frågan om **tillfredsställelse med livet i allmänhet** där skalan är 1-6 (lägsta värde 1=mycket otillfredsställande och högsta värde 6=mycket tillfredsställande). I tabellen nedan redovisas denna fråga för de patienter som skattade både vid in- och utskrivning.

Kategoriseringen som används är 1-3 = icke tillfredsställd och 4-6 = tillfredsställd. Förbättring ses enligt denna dikotomisering för 14 % av patienterna. Oförändrad skattning noteras hos 81 % (tabell 8).

Tabell 9. Korstabell för LiSat- Livet i allmänhet totalt, mellan in- och utskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).

		Utskrivning		
		Tillfredsställd	Ej tillfredsställd	Total
Inskrivning	Tillfredsställd	306	22	328
	Ej tillfredsställd	67	79	146
	Total	373	101	474

I förmågehöjande rehabilitering kan man se att patienterna vid inkomsten skattar mest otillfredsställande nivå på *yrke och sysselsättning* och *sexuallivet* och efter rehabilitering skattar tillfredsställande på dessa domäner. Övriga domäner är oförändrade. Generellt skattar patienterna att *förmågan att klara sig själv*, *parförhållandet* och *familjelivet* fungerar tillfredsställande redan vid rehabiliteringsperiodens början (Figur 14). Trots att Livet i allmänhet är oförändrat på medianvärdet framkommer en signifikant ökning enligt Macnemartestet ($p=.000$)

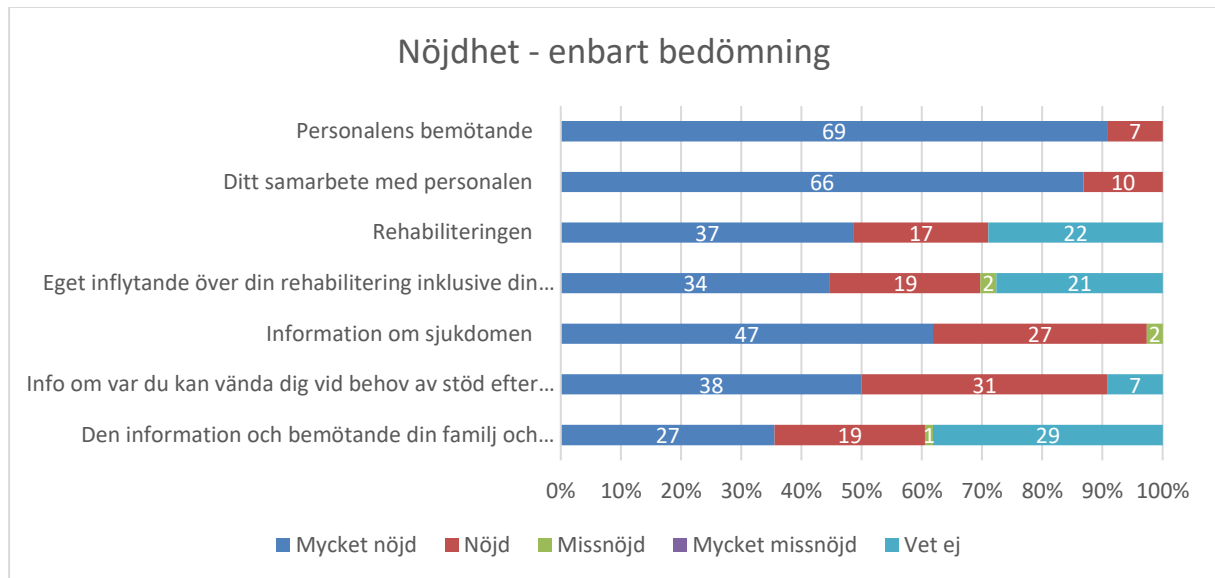


Figur 18 Medianvärden för olika domäner i LiSat in och ut (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 474).

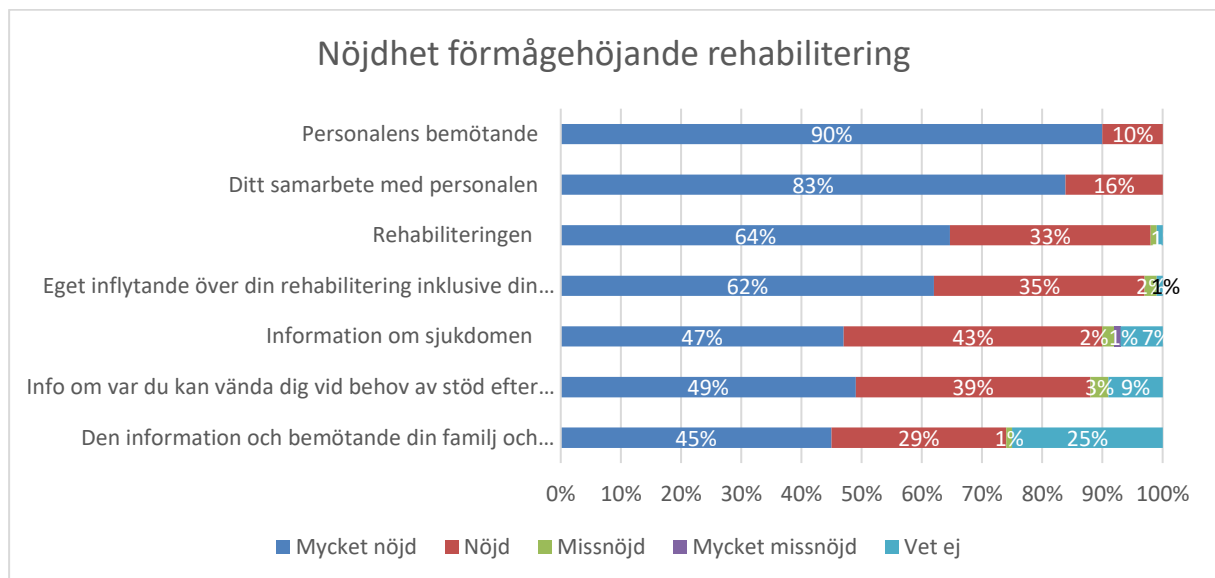
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)

Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen

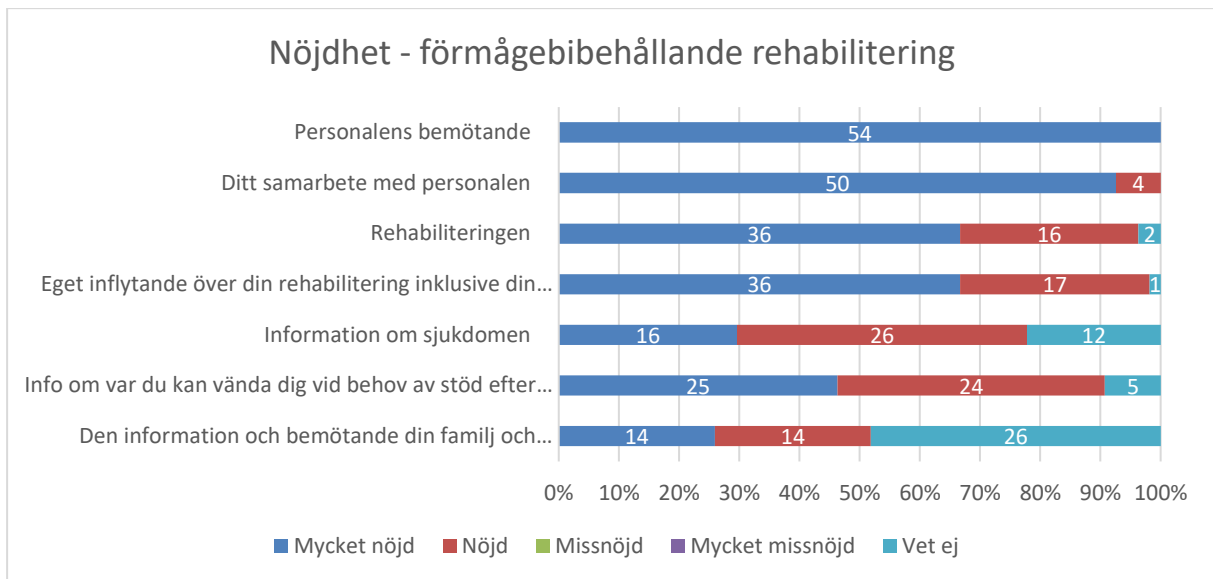
Högst andel mycket nöjd/nöjd finns i områdena "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen".



Figur 19 Nöjdhet (Enbart bedömning) (n=76)

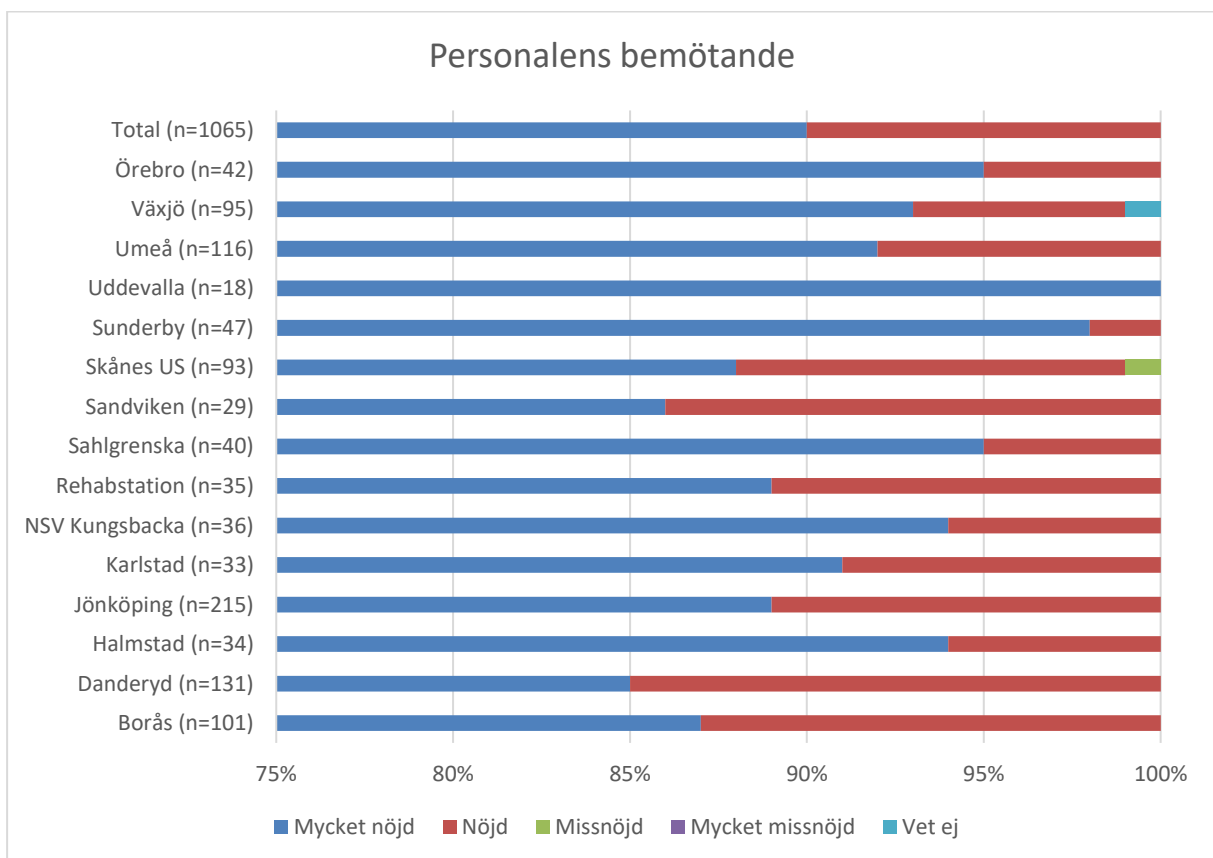


Figur 20 Nöjdhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n=935)

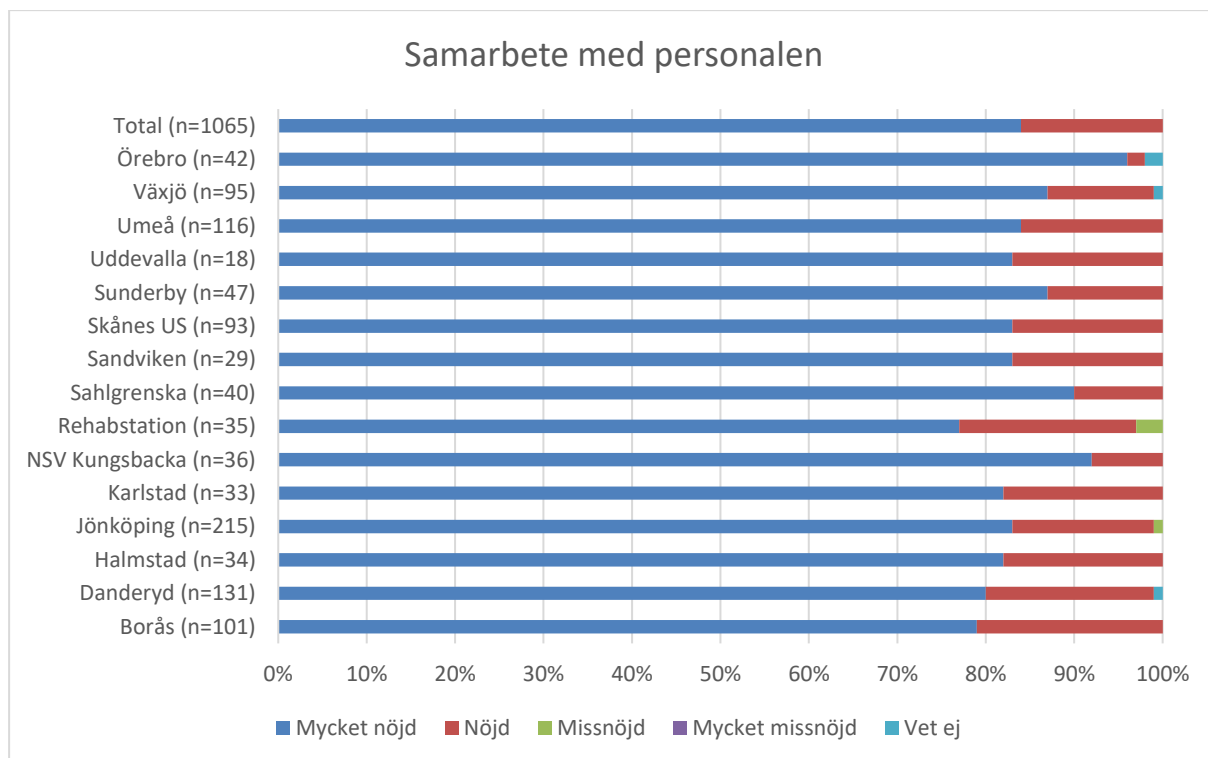


Figur 21 Nöjdhet (Förmågebibehållande rehabilitering) (n=54)

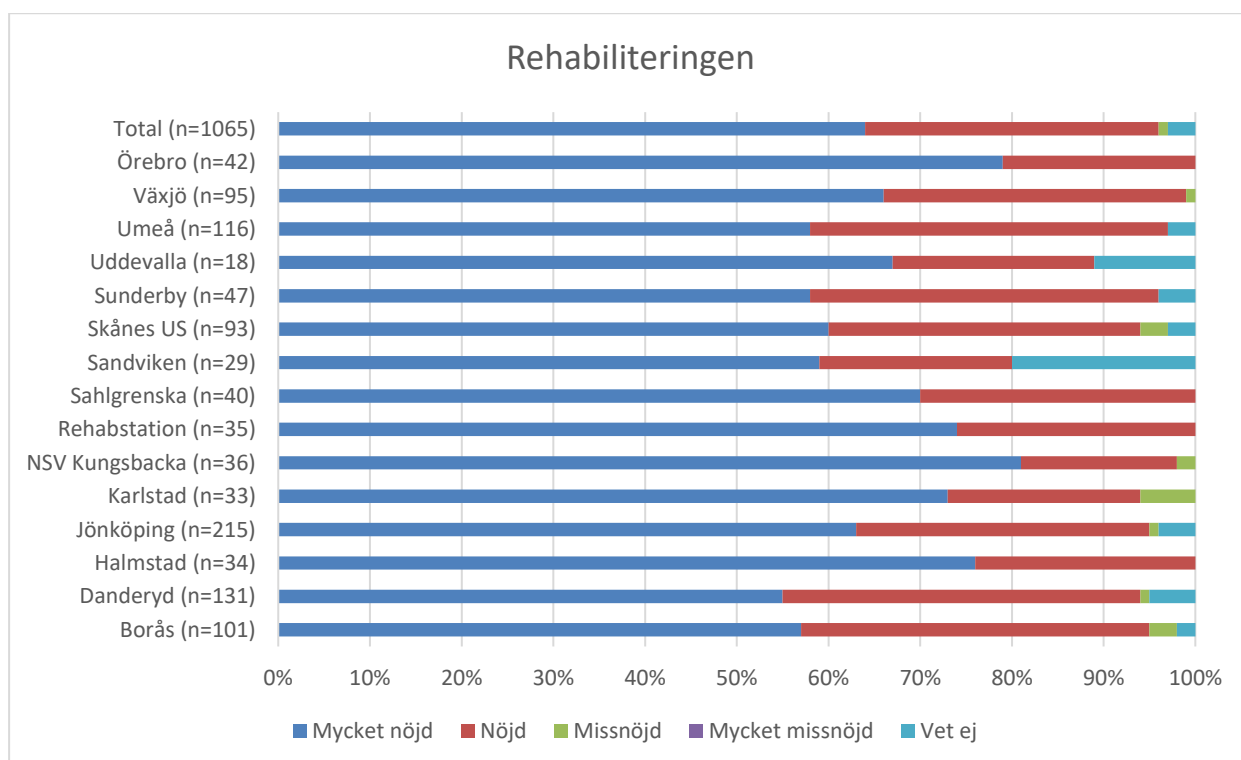
I figurerna 22 – 28 visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt per enhet, för hela öppenvårdsgruppen.



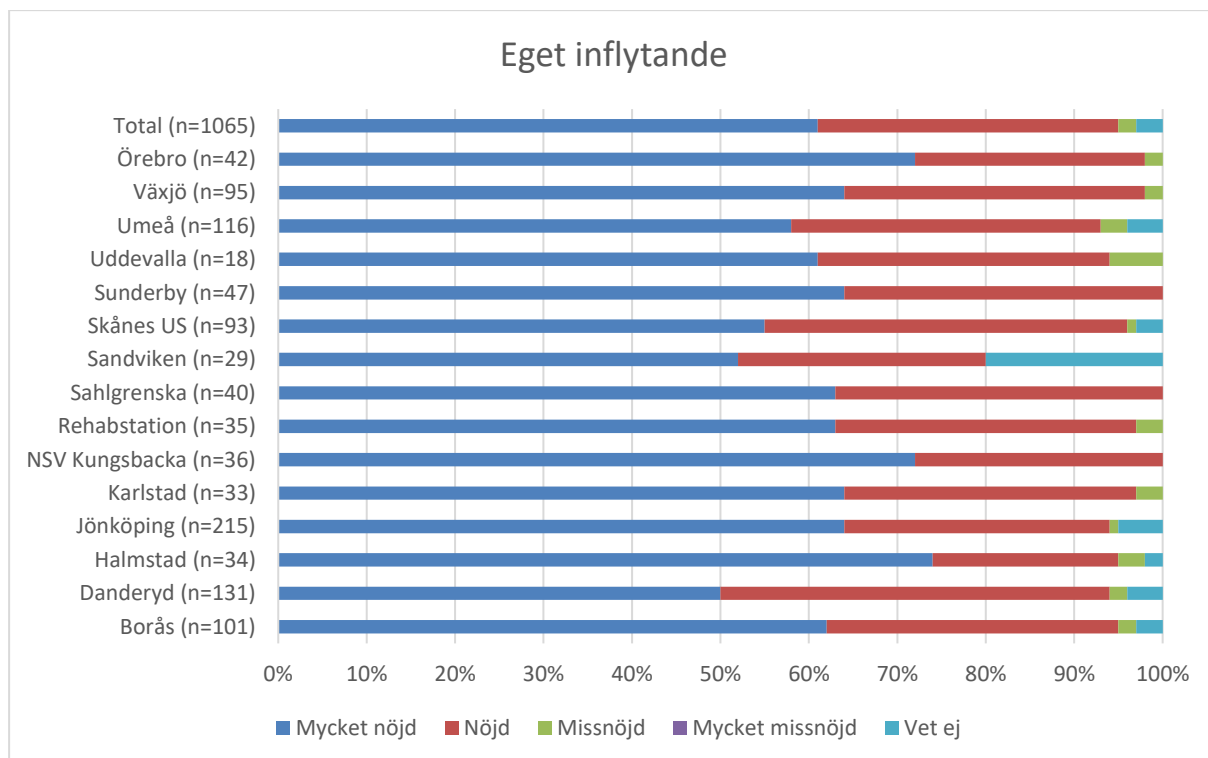
Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande". Ifyllnadsgraden anges inom parentes (hela öppenvårdsgruppen)



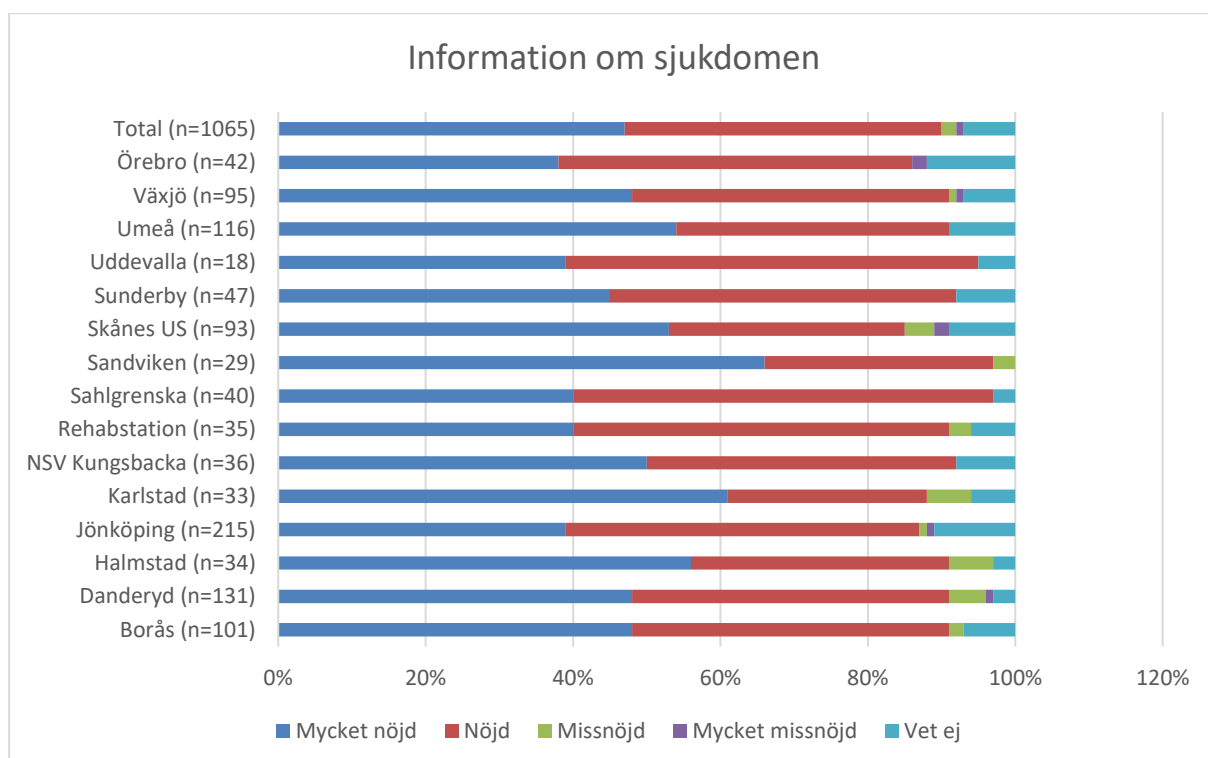
Figur 23 Svartsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



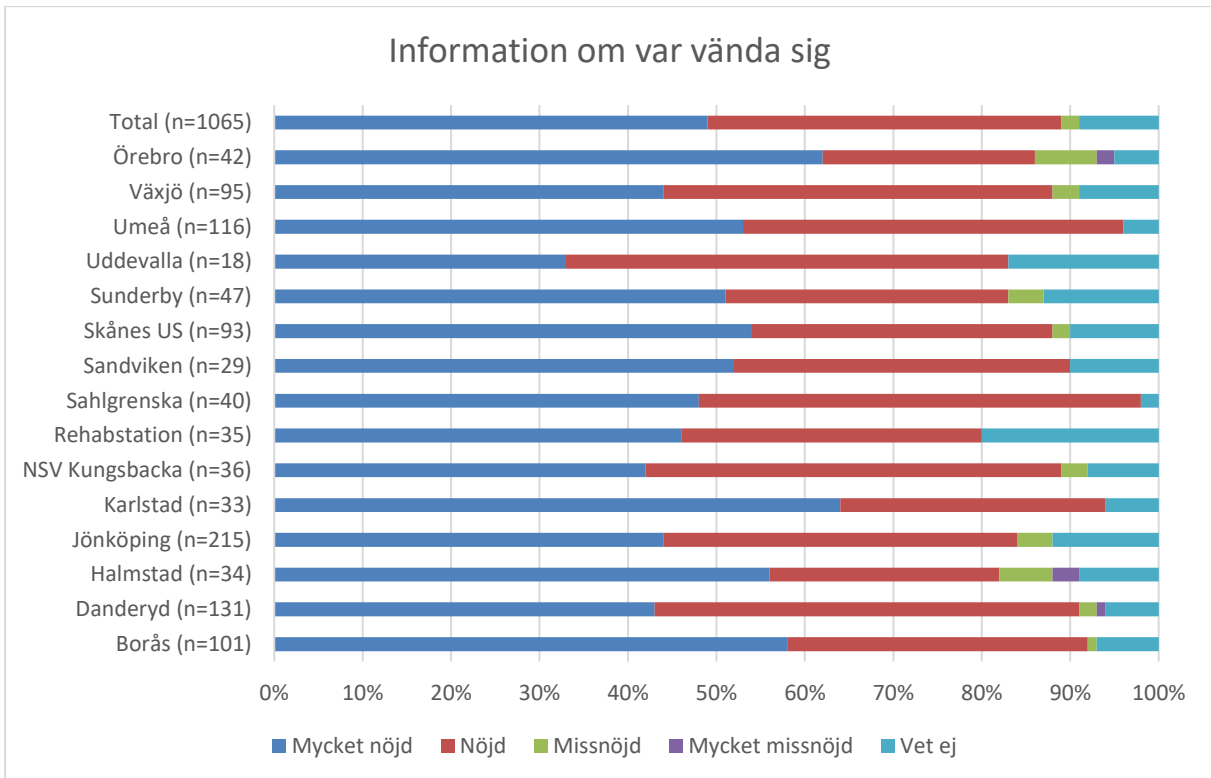
Figur 24 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



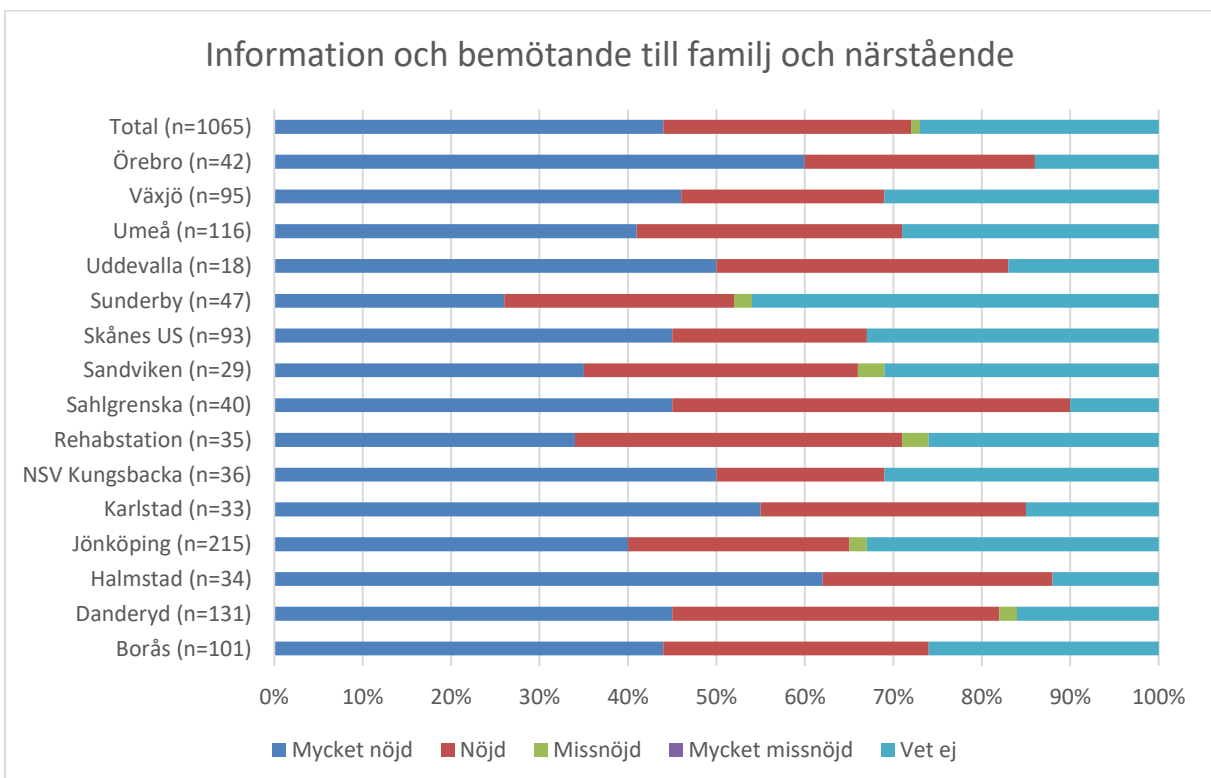
Figur 25 Svartsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 26 Svartsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan. Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 27 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 28 Svarsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)

Sett till antalet missnöjda/mycket missnöjda så finns förbättringsutrymme framförallt inom områdena: "Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen" samt "Information om sjukdomen".

Det är även fortsatt av stor vikt att få hög svarsfrekvens på nöjdhetsfrågorna för att få ett så brett underlag som möjligt.

Antalet missnöjda/mycket missnöjda patienter presenteras i tabell 9.

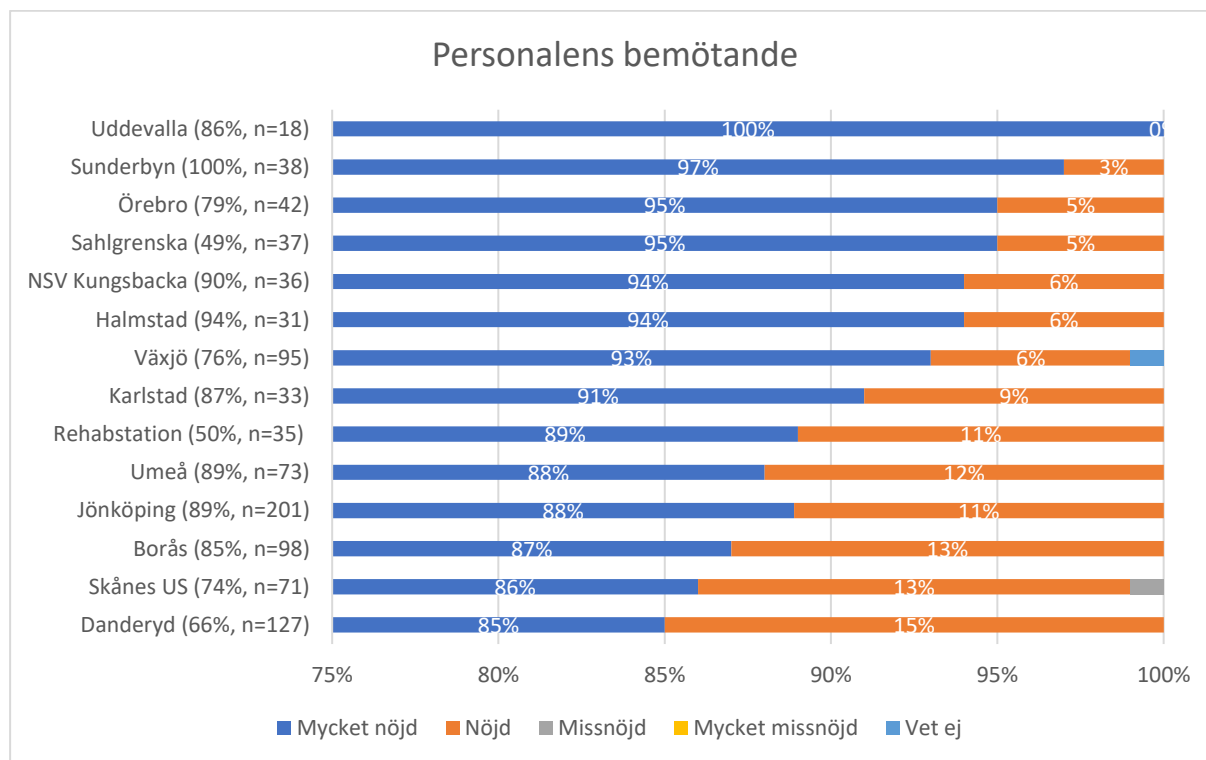
Tabell 10. Antalet missnöjda/mycket missnöjda. (Förmågehöjande rehabilitering).

Frågorna gäller nöjdhet med (n=935)	Missnöjd/mycket missnöjd	
	Antal	Andel
Personalens bemötande	2	0%
Ditt samarbete med personalen	3	0%
Rehabiliteringen	13	1%
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	16	2%
Information om sjukdomen	28	3%
Info om var du kan vänta dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen	28	3%
Den information och bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering	8	1%

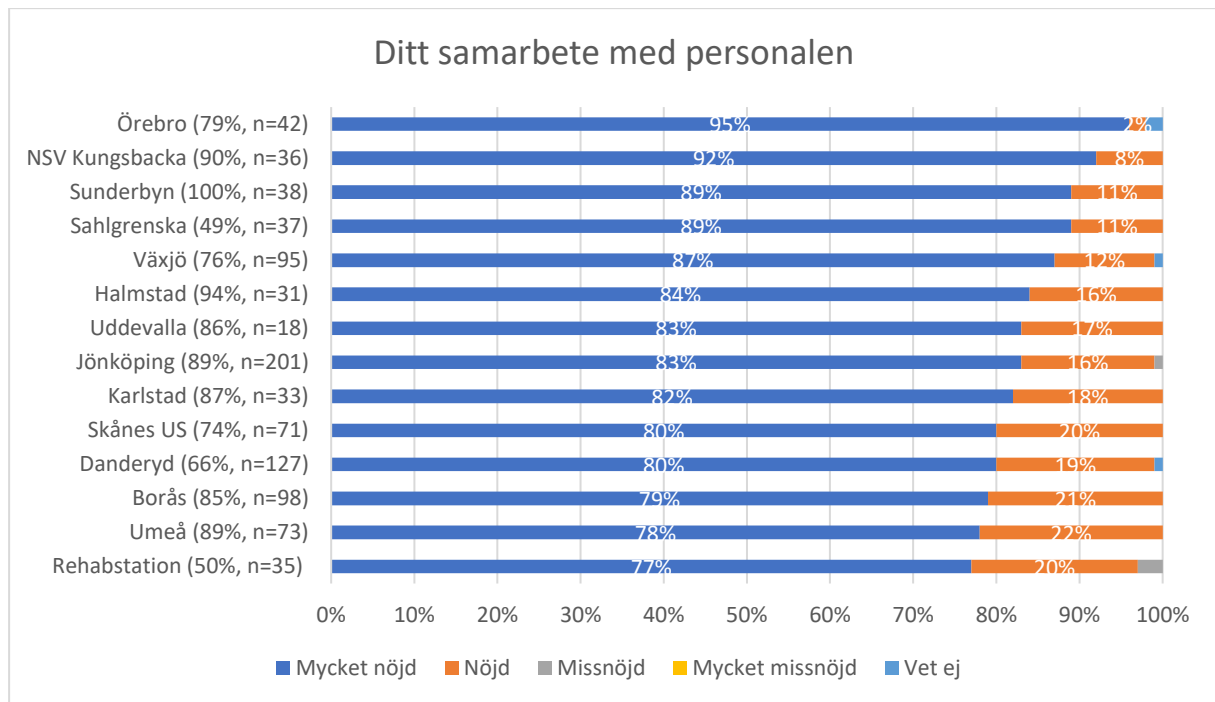
Bilaga 1.

Nöjdhet för förmågehöjande rehabilitering

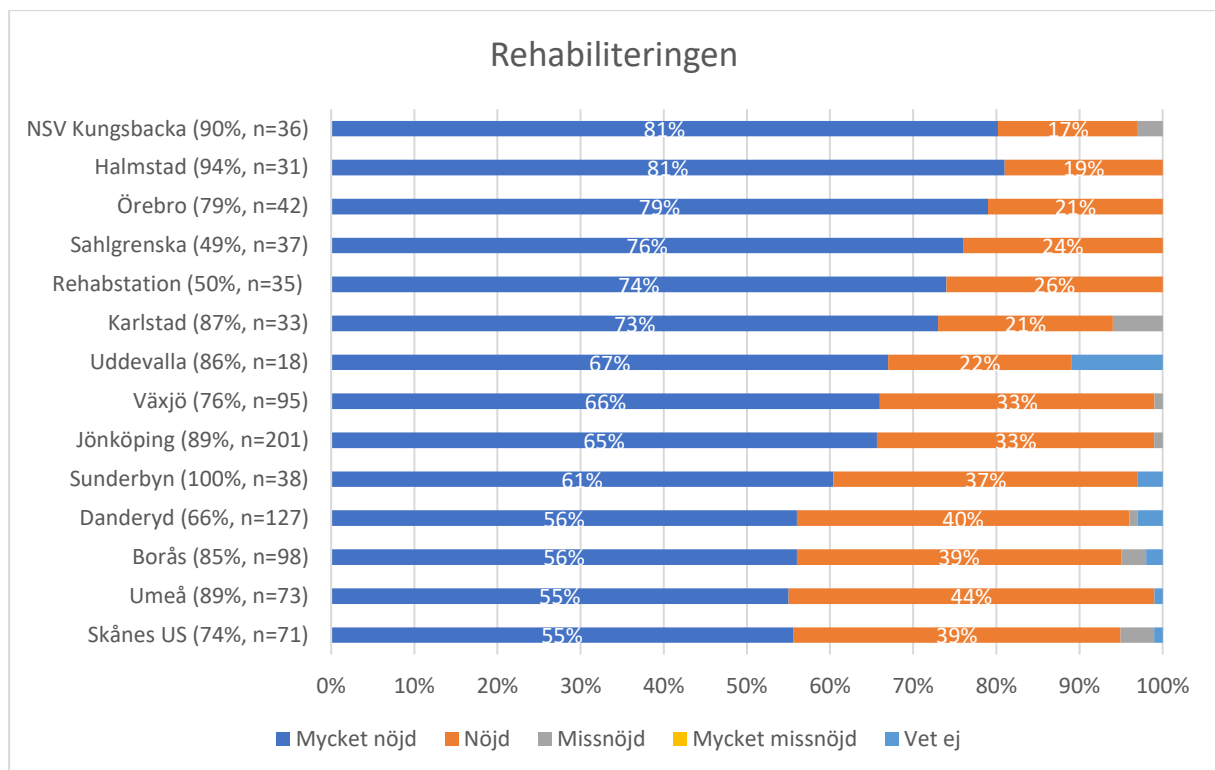
I figurerna 25 – 32 visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt per enhet, för förmågehöjande rehabilitering.



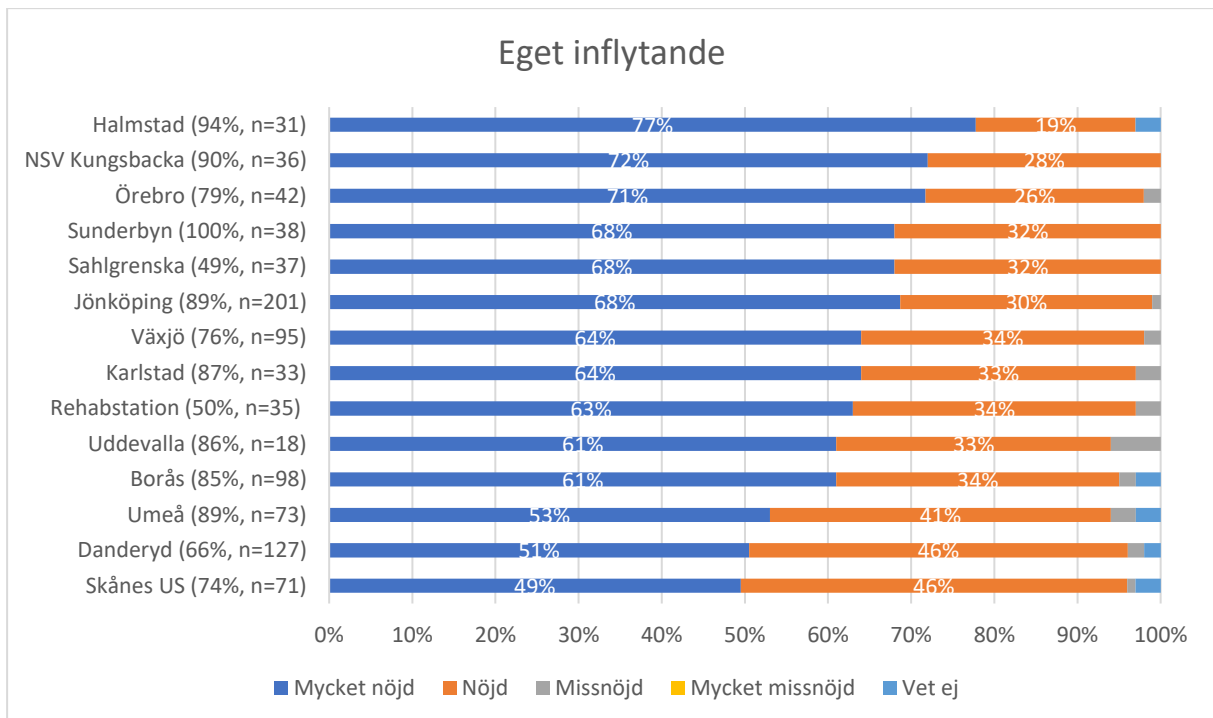
Figur 29 Svartsfördelning för frågan "Personalens bemötande". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



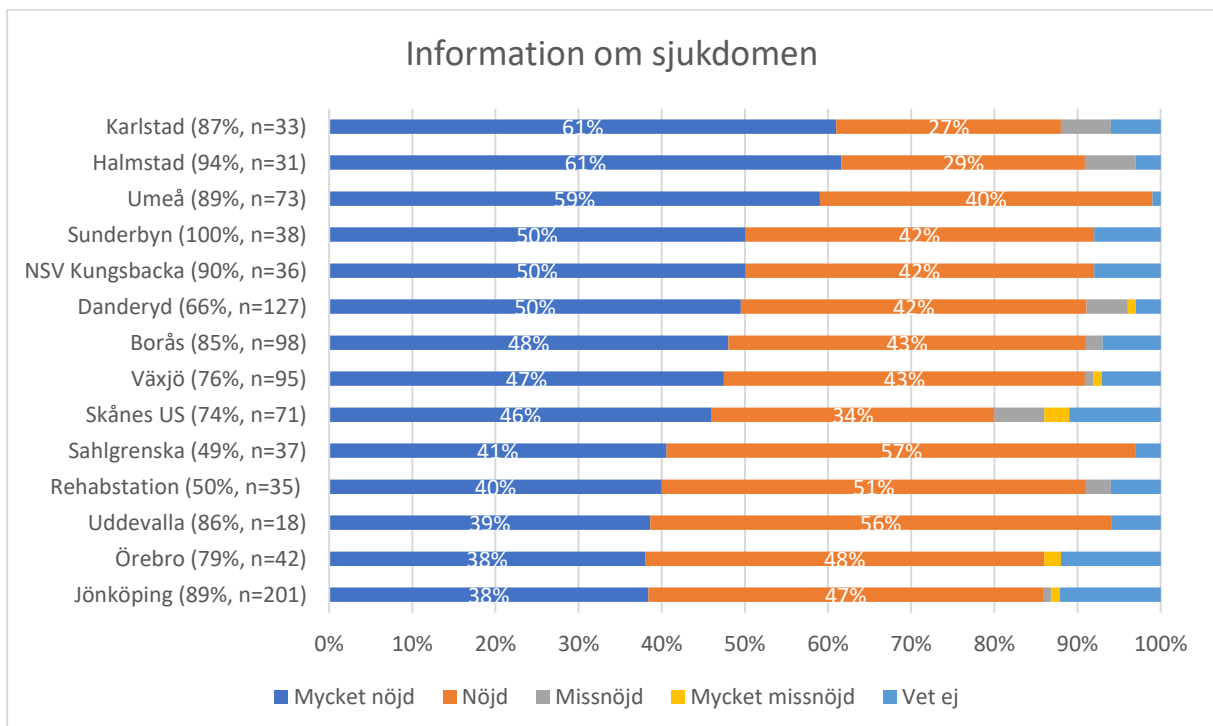
Figur 30 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen". Ifyllnadsgraden anges inom parentesis. (Förmågehöjande rehabilitering)



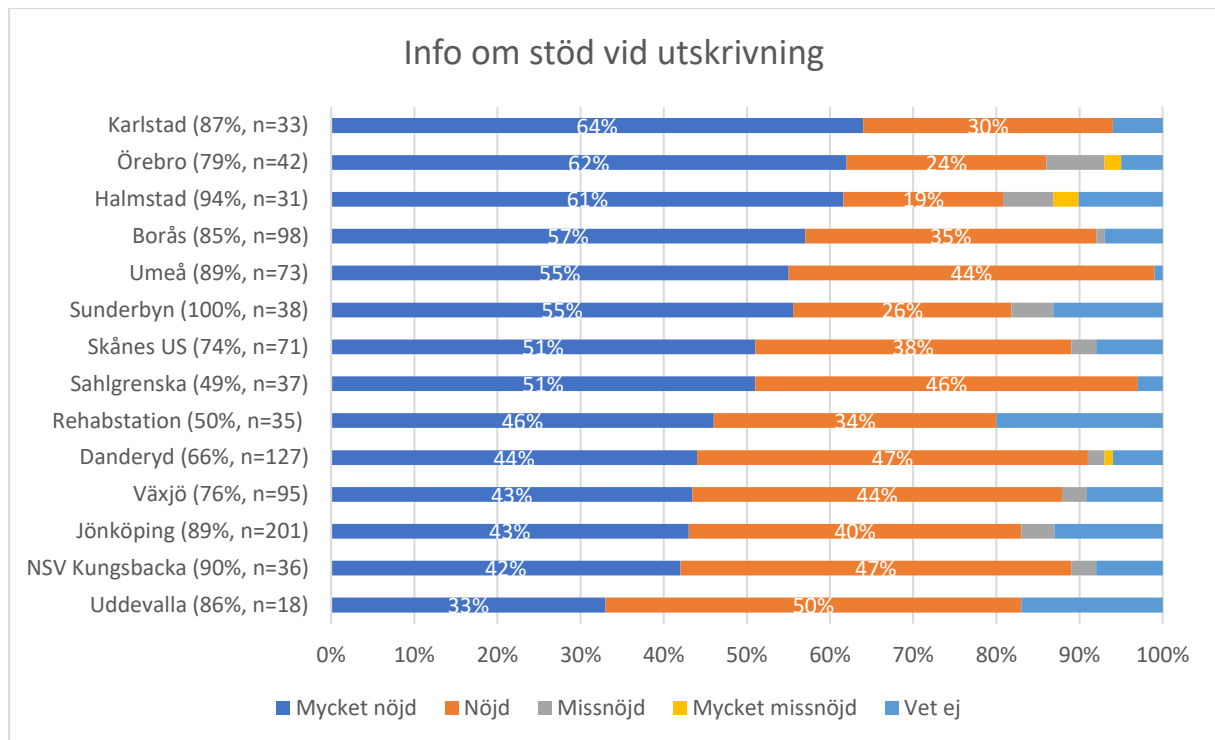
Figur 31 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentesis. (Förmågehöjande rehabilitering)



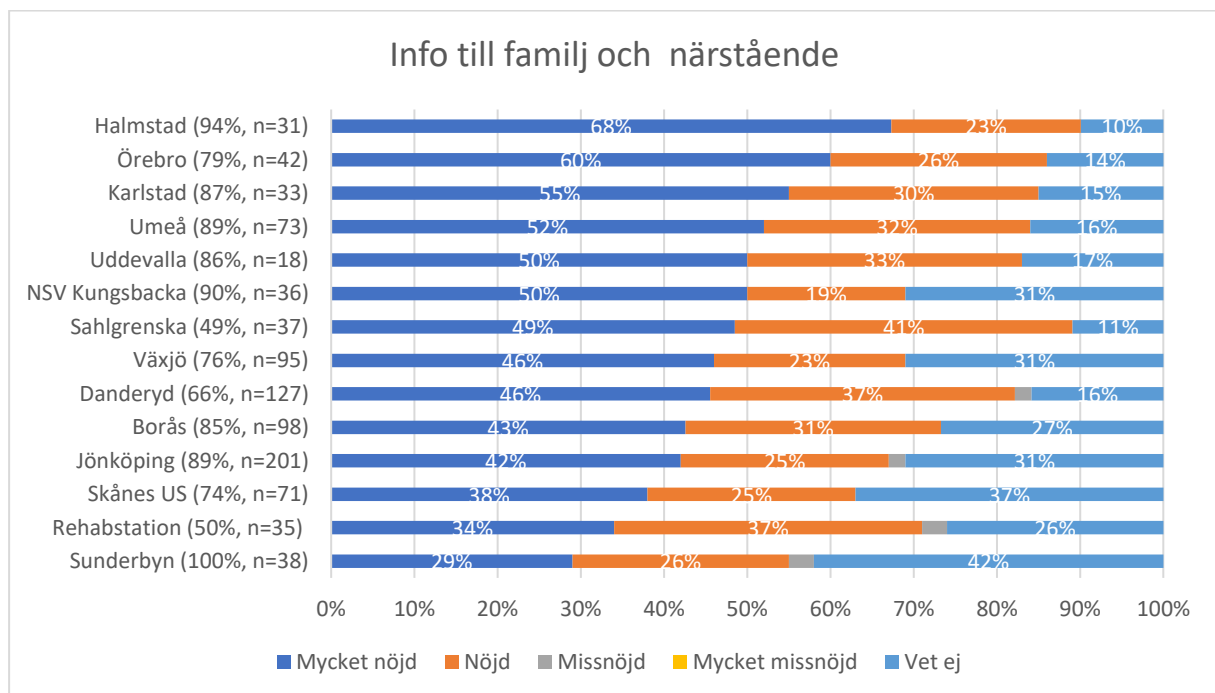
Figur 32 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 33 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan. Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 34 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 35 Svarsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)