

WebRehab Sweden

Årsrapport slutenvård

2018

Innehåll

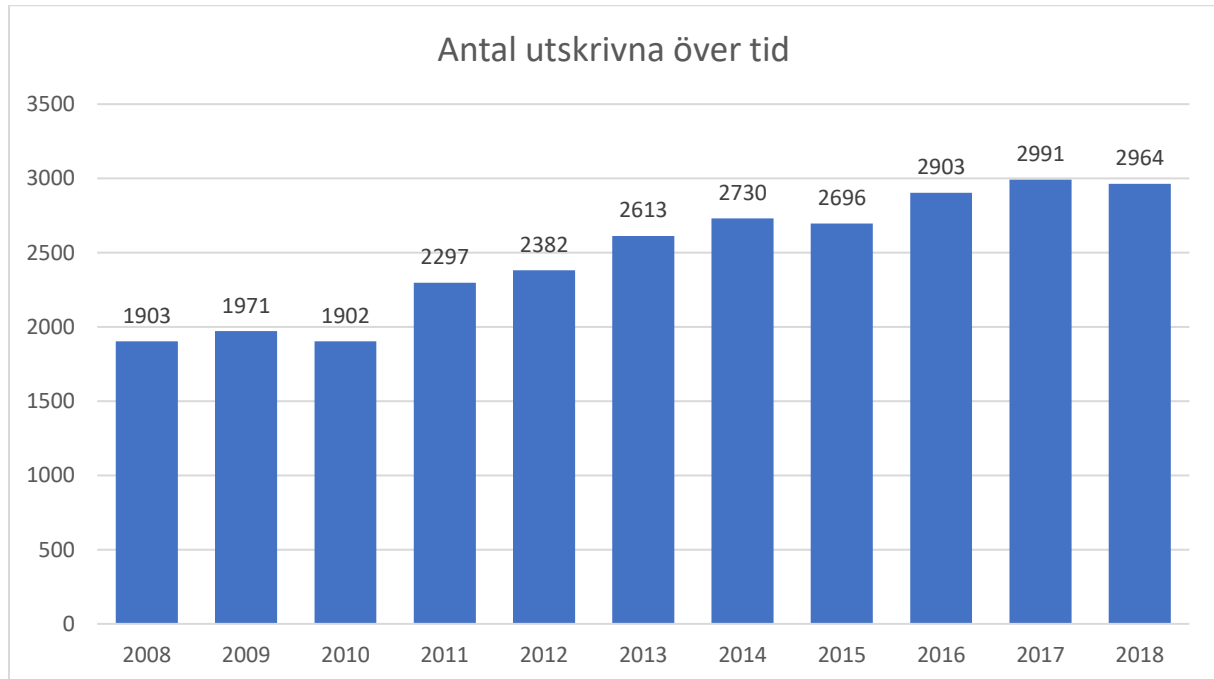
Demografi och processmått	5
Täckningsgrad.....	6
Analys av data utifrån gruppering av enheter.....	7
Väntetider	13
Vårdtid.....	16
Tid från utskrivningsklar till utskrivning.....	19
Rökning, alkohol- och drogmissbruk.....	20
Målindikatorer 2017	22
Användningsgrad av instrument	24
ADL.....	25
EQ5D	25
LiSat.....	25
Resultatmått.....	25
Komplikationer.....	25
ADL-förmåga	27
Funktionsnedsättningar ("ICF-listan").....	34
NIHSS.....	36
DOC	37
GOSE.....	38
EQ5D	39
Utskriven till	41
Försörjning	44
LiSat.....	44

Tabell- och figurförteckning	
Tabell 1	Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper..... 9
Tabell 2	Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1 13
Tabell 3	Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2 13
Tabell 4	Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3 14
Tabell 5	Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1..... 14
Tabell 6	Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2..... 14
Tabell 7	Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3..... 15
Tabell 8	Medelvårdtid per enhet, slutenvård..... 16
Tabell 9	Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 1 17
Tabell 10	Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 2 17
Tabell 11	Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3 18
Tabell 12	Antal dagar per enhet då patient ligger kvar efter att ha blivit utskrivningsklar 19
Tabell 13	Andel rökare, Grupp 1 20
Tabell 14	Andel rökare, Grupp 2 20
Tabell 15	Andel rökare, Grupp 3 20
Tabell 16	Snusning, alkohol-, drog- och läkemedelsmissbruk (inskrivning)..... 21
Tabell 17	Användningsgrad instrument, grupp 1 24
Tabell 18	Användningsgrad instrument, grupp 2 24
Tabell 19	Användningsgrad instrument, grupp 3 24
Tabell 20	Totalt antal komplikationer. 26
Tabell 21	Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning 34
Tabell 22	NIHSS vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter 36
Tabell 23	DOC vid in- och utskrivning, där registrering finns för unik patient både in och ut (värden vid utskrivning inom parentes) 37
Tabell 24	DOC vid in- och utskrivning, totalt för alla enheter (värden vid utskrivning inom parentes) 37
Tabell 25	GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats. 38
Tabell 26	Utskriven till redovisat per åldersgrupp. 43
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..... 8
Figur 6	Diagnosgrupper 9
Figur 7	Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1 10
Figur 8	Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2 10
Figur 9	Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3 11
Figur 10	Diagnosfördelning per enhet i grupp 1. 11
Figur 11	Diagnosfördelning per enhet i grupp 2. 12
Figur 12	Diagnosfördelning per enhet i grupp 3. 12
Figur 13	Samma siffror som i tabell 8..... 17
Figur 14	Målindikatorer..... 23
Figur 15	Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1..... 25
Figur 16	Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3..... 26
Figur 17	ADL vid in och utskrivning, stroke. 28
Figur 18	ADL vid in och utskrivning, TBI, SAB och annan hjärnskada..... 29
Figur 19	ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada. 30
Figur 20	ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos..... 31
Figur 21	ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat. 32
Figur 22	ADL vid in och utskrivning, övriga diagnosgrupper. 33

Figur 23 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.	39
Figur 24 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.	39
Figur 25 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.	40
Figur 26 EQ5D VAS per ort, grupp 1.	40
Figur 27 EQ5D VAS per ort, grupp 2.	41
Figur 28 EQ5D VAS per ort, grupp 3.	41
Figur 29 utskriven till, grupp 1.....	42
Figur 30 utskriven till, grupp 2.....	42
Figur 31 utskriven till, grupp 3.....	43
Figur 32 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 1 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper	45
Figur 33 Nöjd med bemötande	47
Figur 34 Nöjd med ditt samarbete med personalen	48
Figur 35 Nöjd med rehabiliteringen	48
Figur 36 Nöjd med eget inflytande.....	49
Figur 37 Nöjd med information om sjukdom/skada	49
Figur 38 Nöjd med information om stöd vid utskrivning	50
Figur 39 Nöjd med information till familj och närstående	50

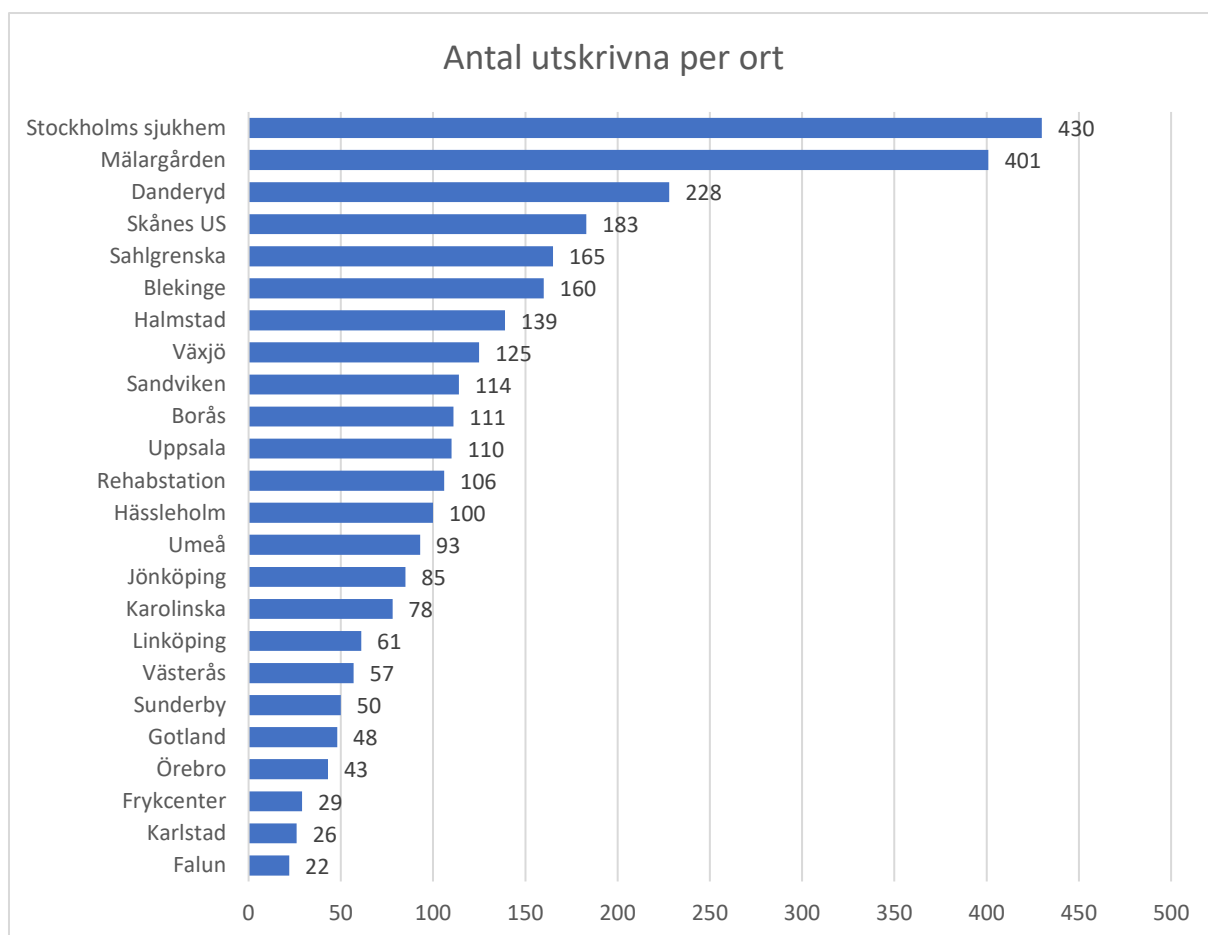
Demografi och processmått

Kommentarer där data jämförs med tidigare registreringar gäller en jämförelse med data från 2017, 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 2018 ingår 24 enheter vilket är 1 färre än 2017. Antalet registreringar i slutenvård är i stort sett oförändrat.



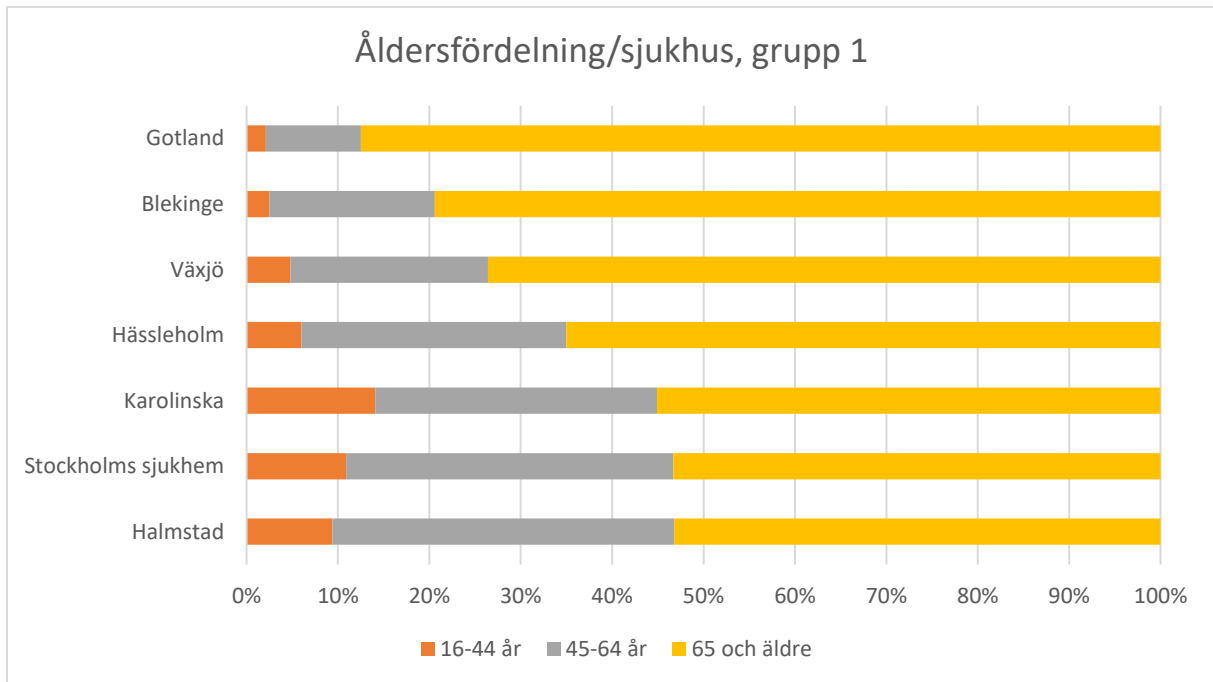
Figur 2 Antal utskrivna per ort

Täckningsgrad

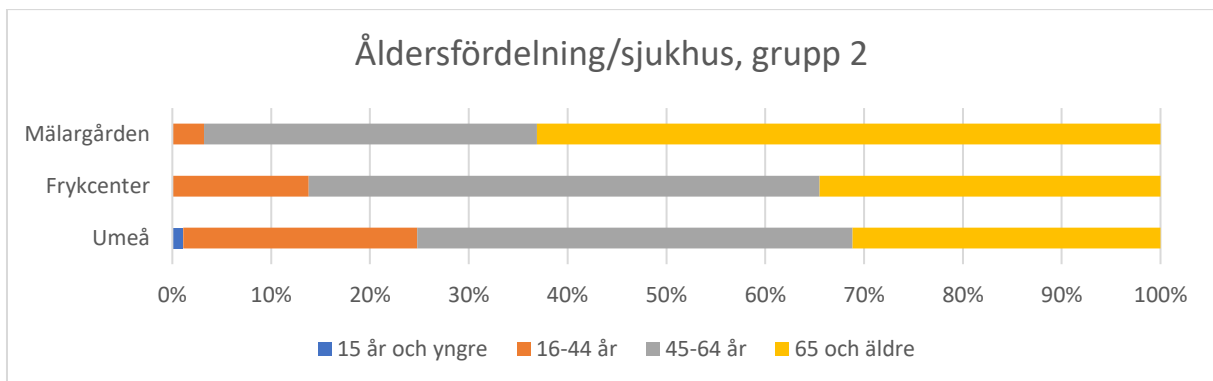
Analys av täckningsgrad (andel i WebRehab rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen på egna enheten) ger viktig information när man ska tolka sina egna data. För att egna data i WebRehab ska vara trovärdiga fordras hög täckningsgrad. Täckningsgrad redovisas till Sveriges Kommuner och Landsting i samband med årsredovisning för WebRehab och ansökan om medel. Medianvärdet för täckningsgraden 2018 var 98%, medelvärdet 87%. Täckningsgrad per enhet redovisas i figur Målindikatorer.

Analys av data utifrån gruppering av enheter

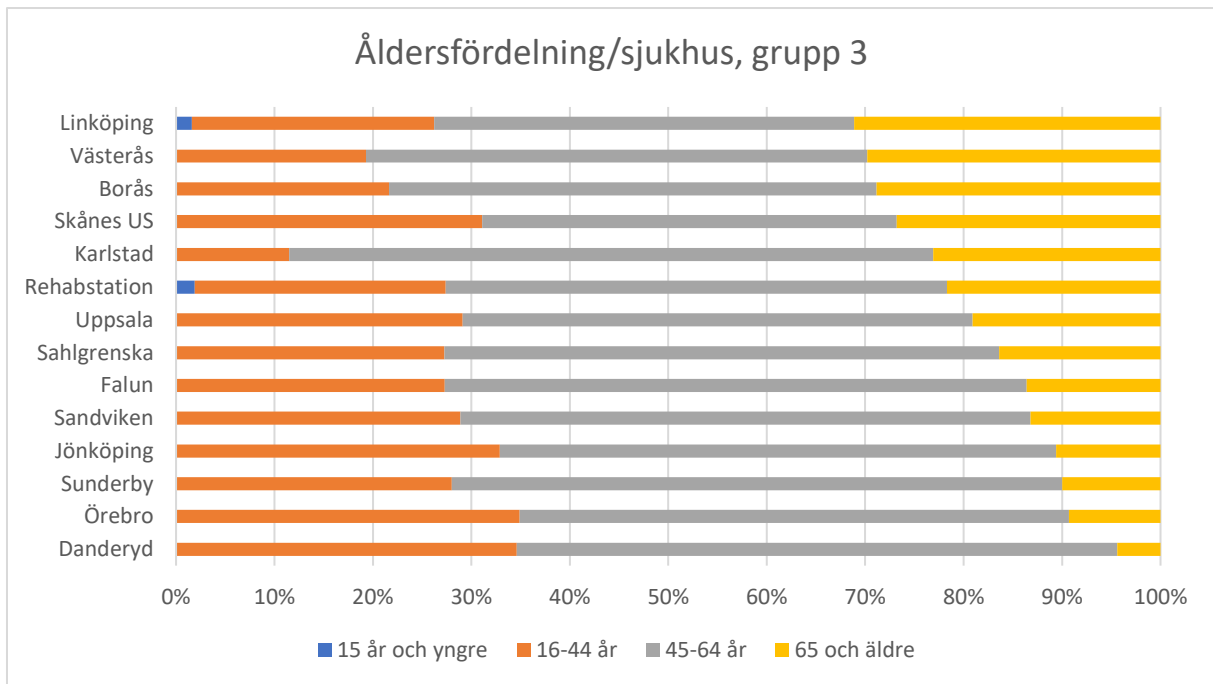
Vi har fortsatt att dela upp enheterna i tre grupper utifrån verksamhet och målgrupper. Grupp 1 innehåller enheter med tidig rehabilitering och där en högre andel av personer i högre åldrar (över 65 år) ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av rehabilitering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



Figur 3 Åldersfördelning grupp 1



Figur 4 Åldersfördelning grupp 2



Figur 5 Åldersfördelning grupp 3

Diagnosgrupper

I årsrapporten har vi delat in diagnosgrupperna i 6 större grupper. Jämfört med 2017 är det inga större skillnader i fördelningen mellan diagnosgrupperna.

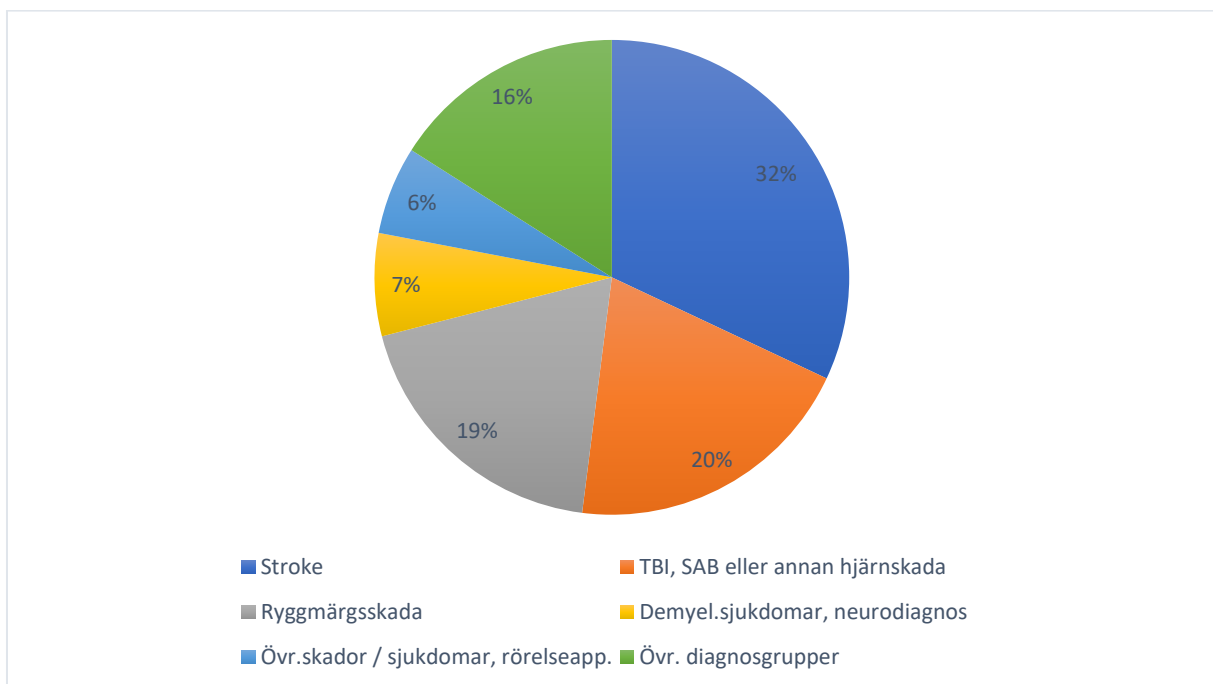
Tabell 1 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper.

Diagnosgrupper	Antal	Andel
Stroke	955	32%
TBI, SAB eller annan hjärnskada(1)	578	20%
Ryggmärgsskada	561	19%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	225	7%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp. (2)	184	6%
Övr. diagnosgrupper (3)	461	16%
Total	2964	100%

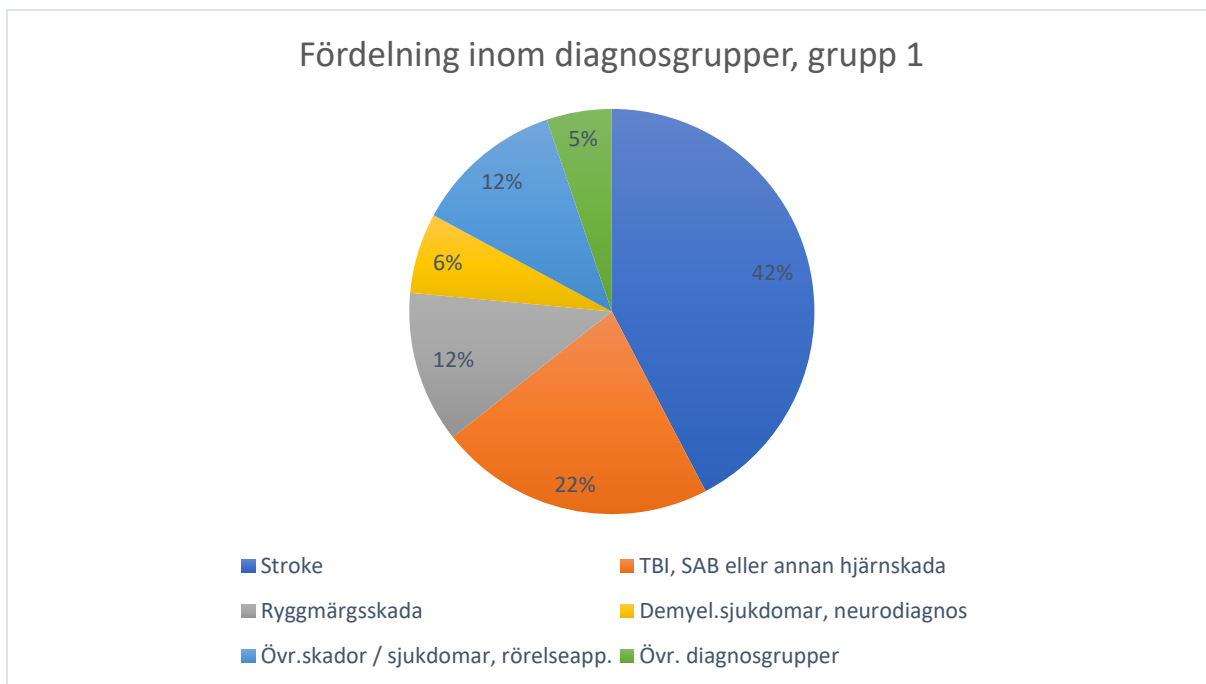
1 Traumatisk hjärnskada (TBI), Subarachnoidalblödning (SAB), anoxisk, postinfektiös/postinflammatorisk, annan hjärnskada

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

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

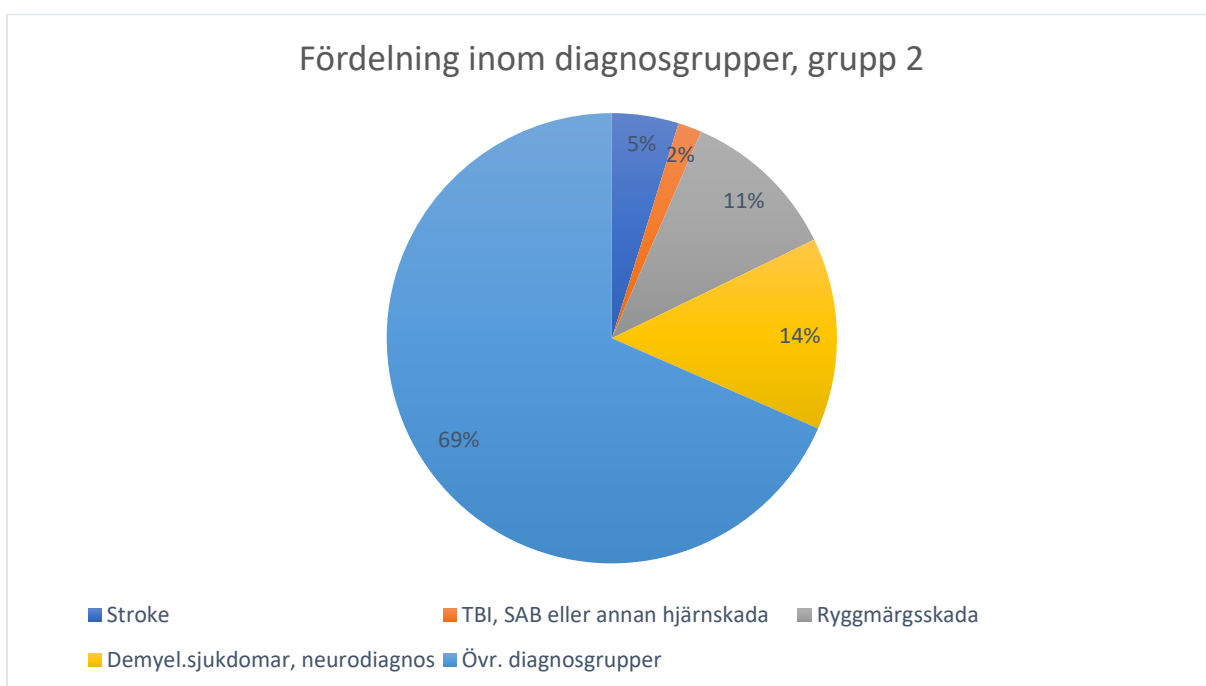


Figur 6 Diagnosgrupper



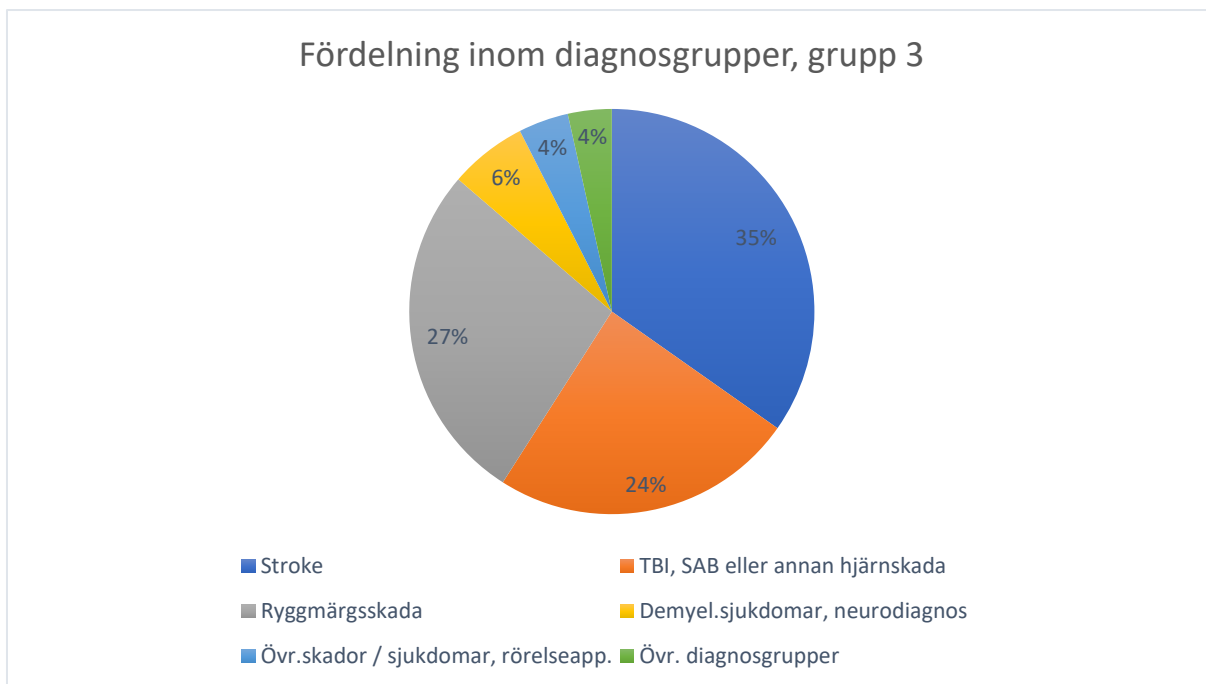
Figur 7 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1

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



Figur 8 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 2

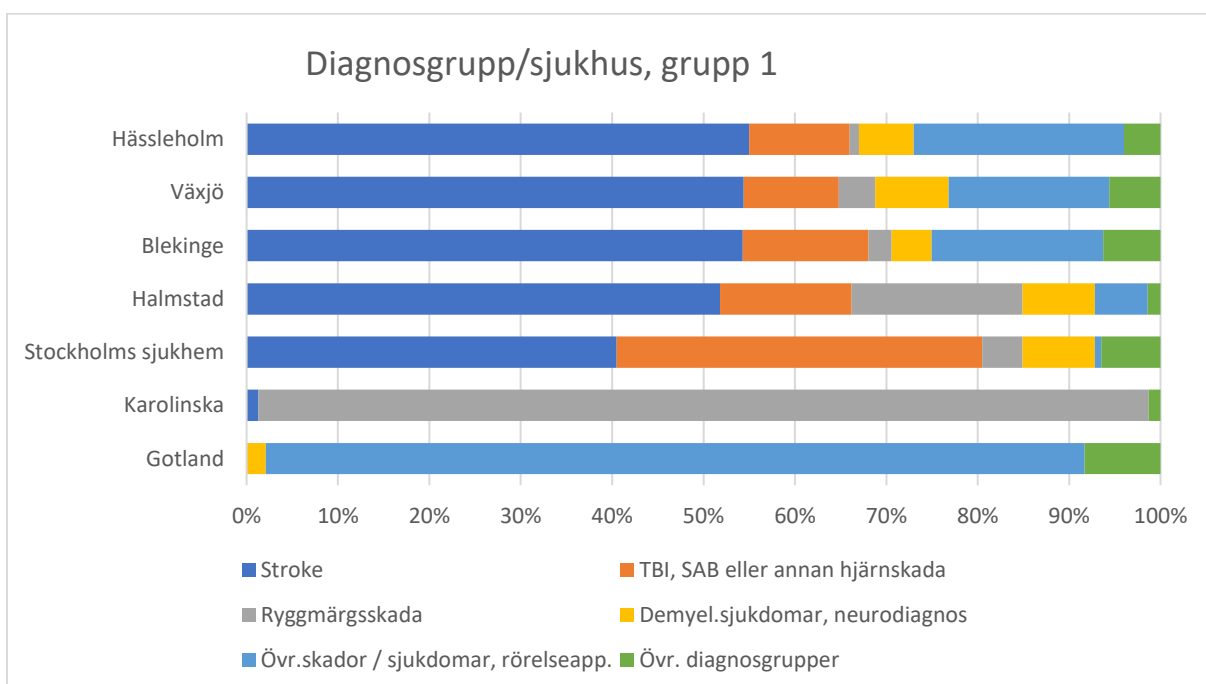
Övriga diagnosgrupper står för stor del av diagnoserna. Det handlar framför allt om hjärt-, kärl- och lungsjukdom (210=40%), cancerrehabilitering (132=25%).



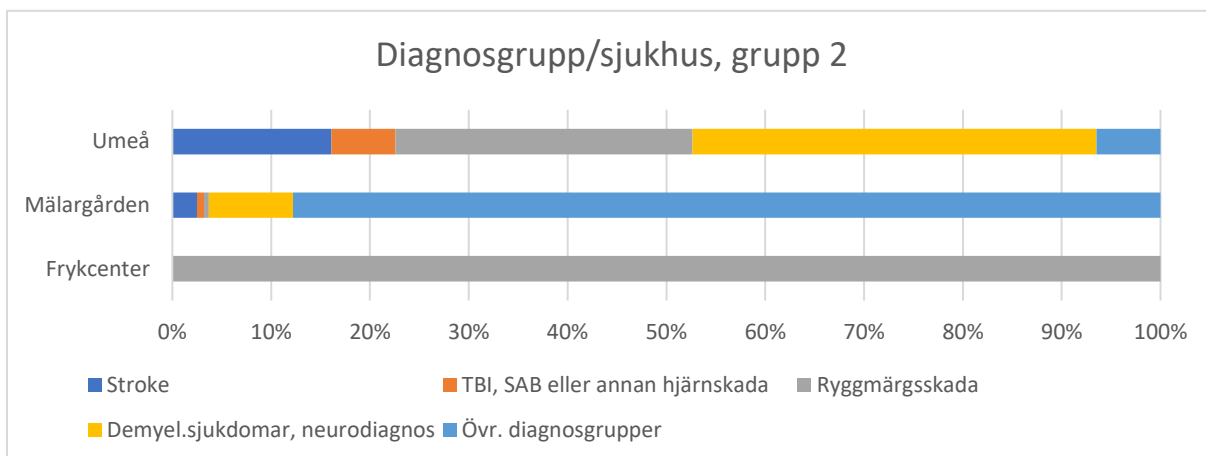
Figur 9 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3

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

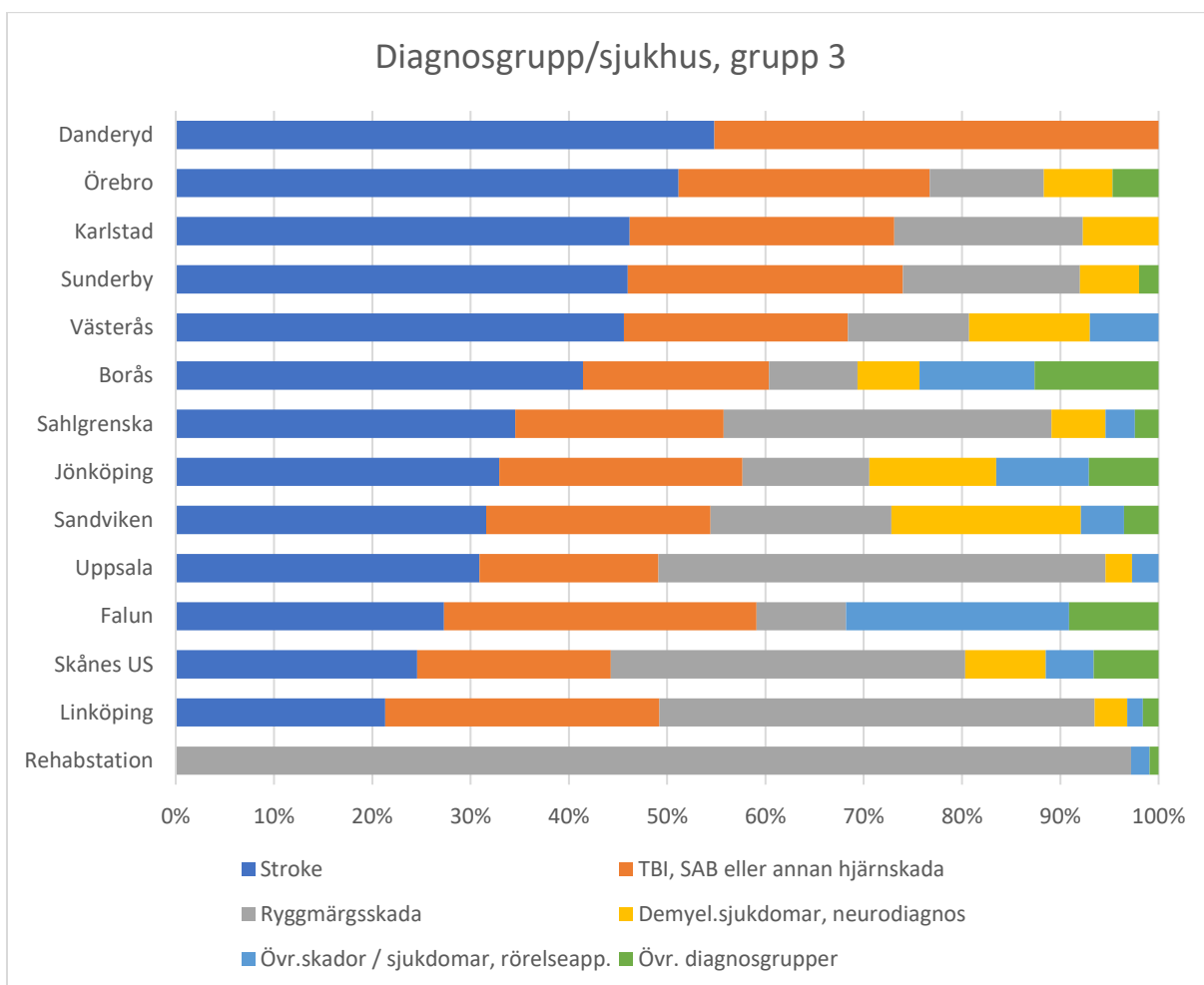
Diagnosfördelningen per enhet illustreras i följande figur.



Figur 10 Diagnosfördelning per enhet i grupp 1.



Figur 11 Diagnosfördelning per enhet i grupp 2.



Figur 12 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 den egna.

Väntetider

Tabellerna visar väntetider i median från remissens utfärdande respektive från när beslut fattats om intag till när patienten skrevs in. Tiden från det att remissen utfärdats till dess att beslut om intag tas varierar. Ur tabellerna kan man anta att enheterna har delvis olika premisser för intag. En del har akutintag och andra har en stor andel av planerad verksamhet.

Tiden från remissens utfärdande och intag varierar mellan 1-26 (median) i grupp 1 och 3 sammanlagt. Medianväntetiden är i grupp 1 är endast 4 dagar och i grupp 3 är den 8 dagar. Detta är i stort sett samma resultat som i årsrapporten för 2017. 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 0-12 dagar (0-18,5 dagar 2017) 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 2017, även om enskilda enheter presenterar ändrade resultat.

Tabell 2 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	97	4,36	1	0	100
Gotland	44	5,14	4	0	21
Halmstad	122	5,89	4	0	64
Hässleholm	52	10,31	8	0	38
Karolinska	75	6,23	3	0	51
Stockholms sjukhem	430	8,49	3	0	177
Växjö	125	29,88	11	0	353
Total	945	10,32	4	0	353

Tabell 3 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 2

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Frykcenter	11	72,18	49	8	231
Mälargården	394	143,59	110,5	23	692
Umeå	86	148,33	118,5	1	1430
Total	491	142,82	110	1	1430

Tabell 4 Tid från utfärdande till inskrivning, Grupp 3

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	89	5,6	4	0	27
Danderyd	184	8,7	7	0	78
Falun	22	17,8	7,5	1	125
Jönköping	85	16,1	8	0	153
Karlstad	24	16,8	10	2	51
Linköping	49	29,6	10	0	221
Rehabstation	105	24,8	8	1	399
Sahlgrenska	162	16,3	9	0	139
Sandviken	110	38,8	18,5	0	636
Skånes US	155	44,6	26	2	730
Sunderby	47	10,0	5	0	59
Uppsala	109	11,2	6	0	96
Västerås	50	6,6	4	0	25
Örebro	43	16,3	8	0	186
Total	1234	20,2	8	0	730

Tabell 5 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 1

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Blekinge	100	3,1	0	0	100
Gotland	43	4,4	3	0	19
Halmstad	132	3,2	1	0	79
Hässleholm	98	3,4	0	0	25
Karolinska	72	58,5	1	0	4022
Stockholms sjukhem	430	7,1	2	0	154
Växjö	124	24,1	7	0	347
Total	999	11,5	2	0	4022

Tabell 6 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 2

Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Frykcenter	10	49,8	40,5	7	132
Mälargården	390	138,3	103	11	1909
Umeå	86	135,71	106,5	1	1430
Total	486	136,0	103	1	1909

Tabell 7 Tid från beslut till inskrivning, Grupp 3

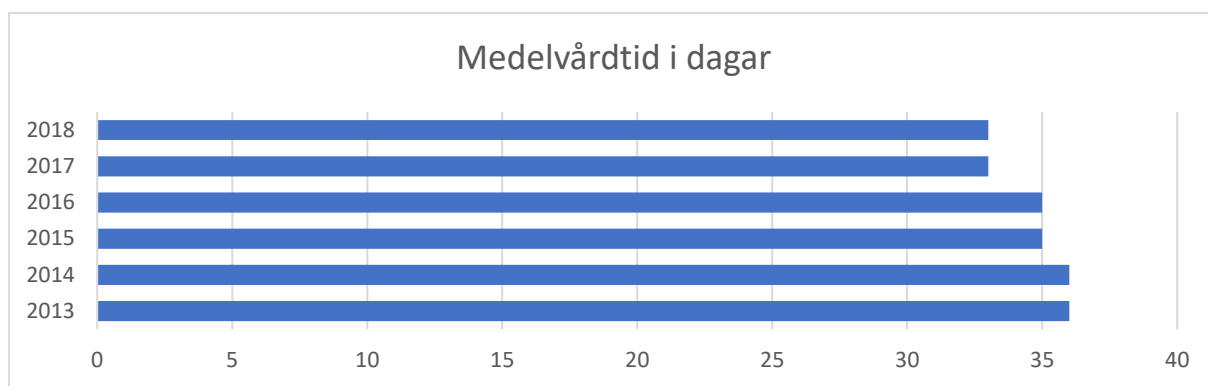
Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	91	3,47	2	0	23
Danderyd	184	5,96	5	0	65
Falun	21	5,29	1	0	62
Jönköping	85	11,88	5	0	153
Karlstad	26	6,85	3,5	0	29
Linköping	60	4,13	3	0	42
Rehabstation	99	14,32	6	0	382
Sahlgrenska	159	9,75	6	0	90
Sandviken	109	69,16	12	0	4026
Skånes US	178	32,12	6	1	1102
Sunderby	47	8,28	3	0	59
Uppsala	97	3,09	2	0	18
Västerås	53	4,08	1	0	22
Örebro	42	8,5	5	0	61
Total	1251	16,34	5	0	4026

Vårdtid

Medelvårdtiden är fortfarande kortare än 2013 - 2016 i ett riksperspektiv, men trenderna varierar på de olika enheterna. 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	2018
Blekinge	35	34	31	35	34	34
Borås	41	35	35	33	37	38
Danderyd	60	58	60	57	51	45
Falun	35	49	44	50	57	56
Frykcenter			17			16
Gotland	29	33	30	25	28	33
Halmstad	32	31	27	29	31	29
Härnösand	48	36	47	73		
Hässleholm					36	30
Jönköping	39	37	40	36	41	38
Karlstad	68		86	63	81	73
Karolinska	28	46	36	31	34	28
Linköping	35	50	39	43	38	40
Mälargården	17	16	16	14	13	11
Rehabstation	35	47	38	35	32	35
Sahlgrenska	44	46	47	48	47	48
Sandviken	34	43	42	37	40	37
Skåne	38	43	41	46	40	46
Skövde				33	29	
Stockholms sjukhem	15	18	18	17	17	16
Sunderby	41	53	49	46	36	39
Umeå	31	47	40	42	41	51
Uppsala	51	54	55	51	47	48
Västervik	28	26	35	33	48	
Västerås	44	41	51	47	38	40
Växjö	41	36	34	35	35	35
Örebro	58	63	53	51	43	47
Östersund	29					
Total	36	36	35	35	33	33



Figur 13 Samma siffror som i tabell 8

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	34	121	41	29	20	34
Gotland				23	33	32	33
Halmstad	27	34	31	35	20	40	29
Hässleholm	31	27	25	32	32	24	30
Karolinska Stockholm	7		28			19	28
s sjukhem	17	14	42	16	18	12	16
Växjö	33	43	38	35	29	50	35
Total	25	20	34	26	30	22	26

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
Frykcenter			16			16	
Mälargården	19	19	19	21	10	11	19
Umeå	50	70	83	28	23	51	50
Total	37	53	48	25	10	19	37

Tabell 11 Medelvårdtid per diagnosgrupp, Grupp 3

Sjukhus	Stroke	TBI, SAB eller annan hjärnska da	Ryggmärgsska da	Demyel.sjukdo mar, neurodiagnos	Övr.skad or / sjukdom ar, rörelseap p.	Övr. diagnosgrup per	Total
Borås	37	37	33	34	43	43	38
Danderyd	50	39					45
Falun	34	71	129		32	52	56
Jönköping	41	40	41	31	38	22	38
Karlstad	85	54	69	77			73
Linköping	42	35	44	28	7	39	40
Rehabstation Sahlgrens ka			36		13	39	35
ka	43	40	55	66	47	50	48
Sandviken	41	43	38	29	24	32	37
Skånes US	52	59	40	41	27	39	46
Sunderby	39	40	42	29		33	39
Uppsala	56	54	39	47	71		48
Västerås	45	30	43	24	57		40
Örebro	51	46	49	27		41	47
Total	47	43	42	37	38	39	44

Vårdtiden varierar mycket både mellan diagnoser och enheter. naly 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 kommunernas 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" var 2018 1337 dagar, vilket är en fortsatt minskning jämfört med 2016 (1583 dagar) och 2017 (1392 dagar).

N=totalt antal registreringar på enheten, Max=flest antal vård dygn som en unik patient vårdats efter utskrivningsklar.

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

Sjukhus	N	Totalt antal dagar	Max
Blekinge	160	73	31
Borås	110	46	43
Danderyd	227	58	28
Falun	22	58	57
Frykcenter	29	0	0
Gotland	48	19	7
Halmstad	139	28	9
Hässleholm	100	58	21
Jönköping	85	0	0
Karlstad	26	2	2
Karolinska	78	1	1
Linköping	61	36	11
Mälargården	401	11	11
Rehabstation	106	0	0
Sahlgrenska	165	290	34
Sandviken	114	26	17
Skånes US	183	27	27
Stockholms sjukhem	430	69	28
Sunderby	50	124	62
Umeå	93	85	76
Uppsala	110	7	7
Västerås	57	217	17
Växjö	121	88	68
Örebro	43	14	14
Total	2958	1337	76

Rökning, alkohol- och drogmisbruk

Det finns inte några uppenbara skillnader i frekvens av olika typer av missbruk jämfört med 2017. Andel rökare av strokepatienterna i grupp 1, 13%, (15% 2017) och grupp 3, 18%, (20% 2017) ser dock ut att ha minskat något.

Tabell 13 Andel rökare, Grupp 1

Diagnosgrupp	Andel Rökare
Stroke	13%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	13%
Ryggmärgsskada	13%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	12%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	9%
Övr. diagnosgrupper	23%
Total	13%

Tabell 14 Andel rökare, Grupp 2

Diagnosgrupp	Andel Rökare
Stroke	12%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	0%
Ryggmärgsskada	17%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	3%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	0%
Övr. diagnosgrupper	5%
Total	6%

Tabell 15 Andel rökare, Grupp 3

Diagnosgrupp	Andel Rökare
Stroke	17%
TBI, SAB eller annan hjärnskada	22%
Ryggmärgsskada	16%
Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	12%
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.	18%
Övr. diagnosgrupper	15%
Total	18%

Om man jämför de olika enhetsgrupperna ser man störst andel rökare i grupp 3 med 18%, vilken är den grupp som har lägst medelålder. 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).

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

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Snusare (in)	65	6%	30	6%	173	13%
Missbruk av alkohol (in)	43	4%	4	1%	72	5%
Missbruk av droger (in)	8	1%	6	1%	52	4%
Missbruk av läkemedel (in)	8	1%	3	1%	52	4%

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

I WebRehab ska man registrera missbruk när det finns dokumenterat i journalen. Det finns säkert ett mörkertal och man kan anta att resultaten är i underkant. Man ser inga stora förändringar i data jämfört med 2016 och 2017 . Riskkonsumtion av alkohol – vilket är något annat än missbruk – låg år 2016 på 17% (källa Folkhälsomyndigheten).

Målandikatorer 2017

Sex kvalitetsindikatorer har valts ut där målnivåer har satts. Målnivåerna är satta för att vara uppnåeliga och inte lägsta acceptabla nivå. 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. Förhoppningsvis kan de enheter som idag har röda markeringar förbättra sina resultat till nästa år.

1. Registrering av BMI (d v s vikt och längd, sedan uträknad till BMI) vid in- och utskrivning
Sväljnings- och nutritionssvårigheter är vanligt efter en neurologisk sjukdom/skada. Det är också välkänt 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.

Målnivå för registreringar av BMI: 90 % vid både in- och utskrivning.

2. Patientnöjdhet

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

Målnivå: 80 % tillfrågade.

3. Rehabiliteringsplan upprättad

Enligt Socialstyrelsen ska en individuell rehabiliteringsplan upprättas i samband med en rehabiliteringsperiod. Det förekommer dock att patienter skrivs in för enbart utredning, vilket kan innebära att man inte upprättar en rehabiliteringsplan, och det kan förklara att målnivån inte uppnås. 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 rehabiliteringsplan 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.

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 målnivå går det inte att sätta någon annan.

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

Detta redovisas under avsnittet komplikationer.

6. 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.

Målnivå: 80 %.

2018	BMI inskr	BMI utskr	Patientens upplevelse	Rehabplan upprättad	Körkortsbedomning (ut)	Täckningsgrad
Blekinge	95%	94%	41%	99%	97%	98%
Gotland	94%	73%	63%	77%	6%	
Halmstad	100%	96%	91%	97%	95%	97%
Hässleholm	86%	56%	70%	85%	76%	75%
Karolinska	88%	77%	0%	87%	0%	80%
Stockholms sjukhem	98%	98%	90%	99%	94%	90%
Växjö	98%	97%	72%	91%	82%	96%
Frykcenter	100%	100%	59%	100%	48%	
Mälargården	99%	96%	98%	99%	98%	98%
Umeå	91%	91%	88%	98%	89%	81%
Borås	97%	95%	87%	95%	93%	100%
Danderyd	98%	89%	73%	95%	99%	100%
Falun	91%	95%	59%	100%	91%	47%
Jönköping	98%	92%	80%	98%	91%	100%
Karlstad	100%	92%	83%	100%	82%	79%
Linköping	92%	90%	77%	92%	95%	38%
Rehabstation	87%	87%	48%	96%	66%	
Sahlgrenska	94%	92%	59%	99%	97%	98%
Sandviken	95%	95%	77%	98%	76%	100%
Skånes US	95%	95%	75%	97%	93%	100%
Sunderby	100%	100%	78%	100%	100%	100%
Uppsala	96%	95%	75%	95%	100%	98%
Västerås	89%	95%	63%	88%	96%	85%
Örebro	100%	100%	91%	93%	100%	100%

Figur 14 Målbildindikatorer

Grönt = Över eller lika med målnivån

Gult = 61% - målnivån

Rött = 0-60%

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

8 enheter har nått målvärdet gällande om patienterna tillfrågats om sin upplevelse, vilket är en minskning jämfört med 2017 (11).

För upprättande av rehabiliteringsplan har så gott som alla enheter höga värden; 13 enheter når 97% eller högre vilket är en ökning från 2017 (8). Trots att det markerats som gult får man bedöma det som ett mycket bra resultat.

Gällande kvalitetsindikatorn körkortsbedomning har 9 enheter fortfarande en förbättringspotential, jämfört med 10 2017 och 15 2016.

Täckningsgraden är överlag mycket hög, med något enstaka undantag.

Användningsgrad av instrument

Tabell 17 Användningsgrad instrument, grupp 1

Grupp 1	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	33%	64%	3%
HAD ifylld (in)	10%	90%	
HAD ifylld (ut)	6%	94%	
Eq5d gjord (in)	56%	41%	3%
Eq5d gjord (ut)	51%	46%	3%
ADL gjord (in)	93%	7%	
ADL gjord (ut)	88%	12%	
ICF (in)	19%	81%	
ICF (ut)	17%	83%	
NIHSS (in)	33%	68%	
NIHSS (ut)	22%	78%	

Tabell 18 Användningsgrad instrument, grupp 2

Grupp 2	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	20%	80%	
HAD ifylld (in)	35%	65%	
HAD ifylld (ut)	6%	94%	
Eq5d gjord (in)	92%	8%	
Eq5d gjord (ut)	93%	7%	
ADL gjord (in)	12%	88%	
ADL gjord (ut)	13%	87%	
ICF (in)	20%	80%	
ICF (ut)	12%	88%	
NIHSS (in)	0%	100%	
NIHSS (ut)	4%	96%	

Tabell 19 Användningsgrad instrument, grupp 3

Grupp 3	Ja	Nej	Kan ej genomföras
Livstillfredsställelse gjord (ut)	49%	47%	
HAD ifylld (in)	17%	84%	
HAD ifylld (ut)	12%	88%	
Eq5d gjord (in)	72%	21%	7%
Eq5d gjord (ut)	67%	28%	5%
ADL gjord (in)	95%	5%	
ADL gjord (ut)	93%	7%	
ICF (in)	39%	61%	
ICF (ut)	52%	48%	
NIHSS (in)	16%	84%	
NIHSS (ut)	10%	90%	

ADL

Användningsgraden i grupp 1 och 3, som har stort inslag av akut rehabilitering, är hög; i stort sett över 90%. Användningsgraden i grupp 2 är låg. Det beror sannolikt på det höga inslaget av rehabilitering i sent skede och att man därför inte kan förvänta sig förändringar i ADL-förmågan.

EQ5D

Grupp 1 – 56% (44% 2017) vid inskrivning och 51% (37% 2017) vid utskrivning

Grupp 2 – 92% (92% 2017) vid inskrivning och 93% (93% 2017) vid utskrivning

Grupp 3 – 72% (66% 2017) vid inskrivning och 67% (62% 2017) vid utskrivning

Användningsgraden har ökat i grupp 1 och 3 jämfört med 2017 och är oförändrad i grupp 3.

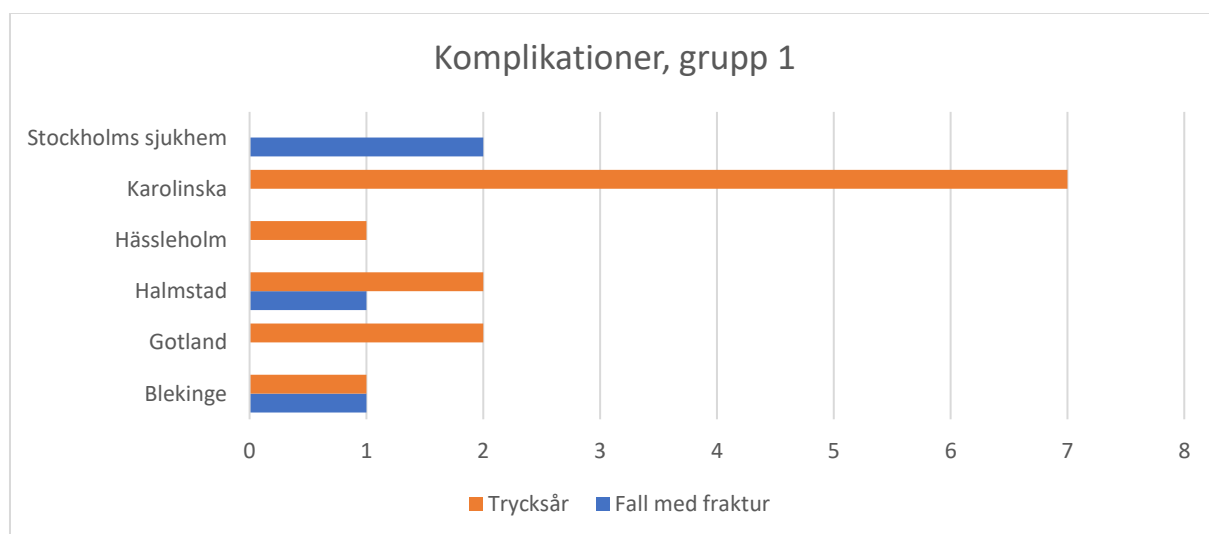
LiSat

Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer är gjord i 33% i grupp 1 (16% 2017), 20% i grupp 2 (17% 2017) och 49% i grupp 3 (41% 2017). Det är fortfarande ett ganska lite använt instrument, men man ser en klar ökning jämfört med 2017. En fortsatt ökning är önskvärd, eftersom detta mått egentligen inte 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, vilket LiSat visar. Tillfredsställelse med livet är egentligen det ultimata målet.

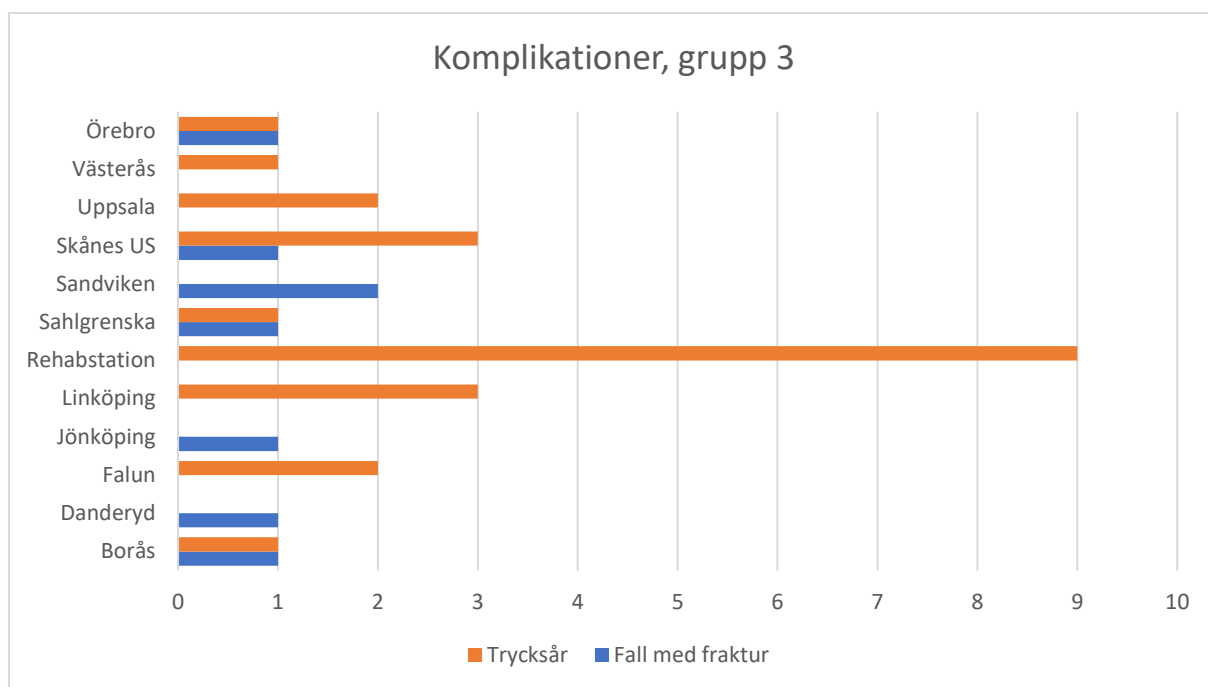
Resultatmått

Komplikationer

Antal avlidna var 5 (1 2017, 9 2016, 3 2015), ett fortsatt lågt antal. För antalet komplikationer har vi en noll-vision vad gäller komplikationerna fall med fraktur och trycksår. År 2017 registrerades 12 fall med fraktur och 36 trycksår totalt. Utifrån 2964 registreringar är det förstås låga tal, men det är ändå inte möjligt att ha något annat mål än en noll-vision. Utvecklingen 2010-2018 har varit: Fall med fraktur: 16, 11, 11, 11, 10, 6, 10, 7, 12. Trycksår: 35, 42, 35, 41, 41, 34, 37, 46, 36. Antalen visar ingen större förändring, men totala antalet registreringar har ökat under perioden från 1902 till 2964, 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 15 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 1



Figur 16 Antal fall med fraktur och antal fall med trycksår, Grupp 3

Tabell 20 Totalt antal komplikationer.

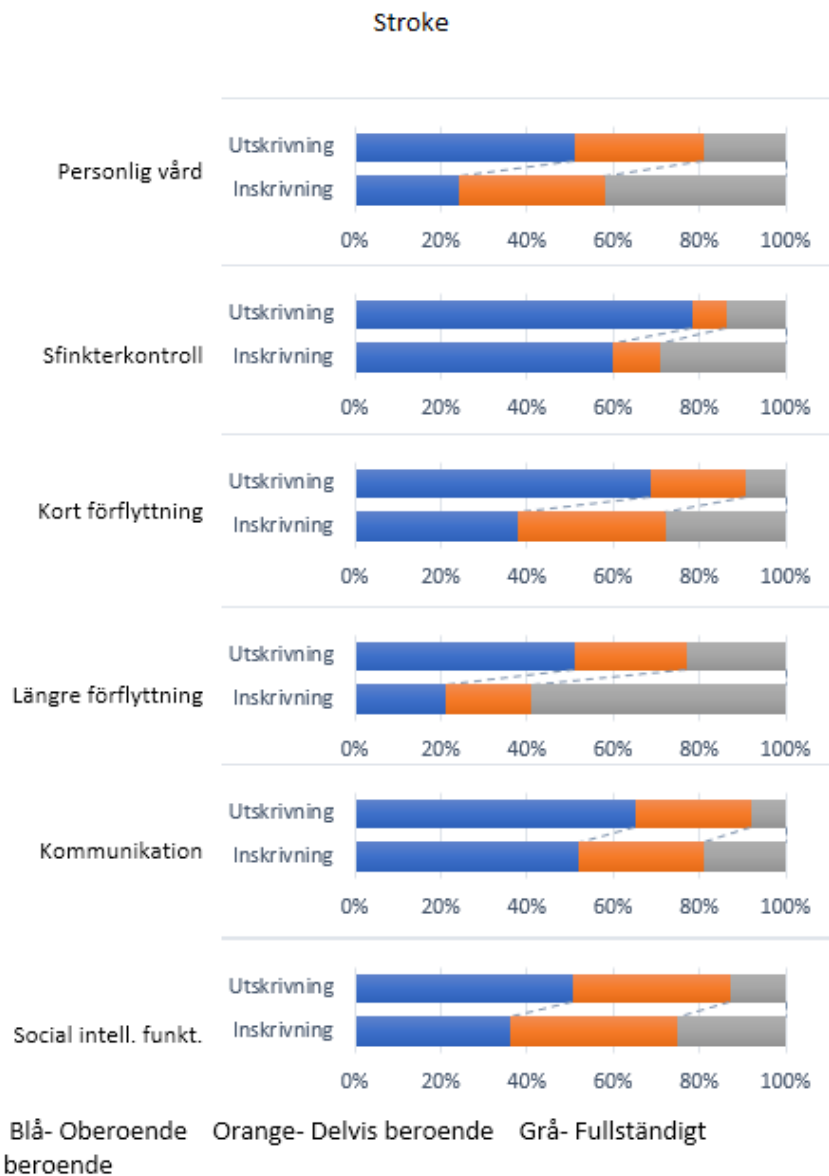
	Totalt antal komplikationer
DVT (ut)	41
Lungemboli (ut)	40
Heterotop bennybildning (ut)	11
Fall med fraktur (ut)	12
Kontraktur (ut)	11
Epilepsi/krampanfall (ut)	32
Hydrocefalus (ut)	24
Trycksår (ut)	36
Ulcus (ut)	4
Meningit (ut)	1
Pneumoni (ut)	49
Övre UVI (ut)	75
Infektion med multiresistenta bakterier (ut)	21
Annan infektion (ut)	223
Ny hjärnskada (ut)	19
Avvikit från avdelning (ut)	20
Annan komplikation/sjukdom/skada (ut)	182

Några komplikationer har ökat i antal, några minskat, men skillnaderna är små och knappast signifikanta. Positivt är att antalet patienter med multiresistenta bakterier har minskat från 35 till 21.

ADL-förmåga

ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga samt 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg. ADL-förmågan redovisas sedan 2017 uppdelat på 6 områden. Personlig vård omfattar variabel A-F, sfinkterkontroll variabel G-H, kort förflyttning variabel I-K, långa förflyttningar variabel L-M, kommunikation variabel N-O samt social och intellektuell förmåga variabel P-R. Oberoende motsvarar 6-7, delvis beroende 4-5, beroende 1-3. Linjerna mellan in- och utskrivning ger en bild av graden av förbättring. Dock bör man tänka på att det är olika många variabler i de olika 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 för alla diagnos- och åldersgrupper. I shiftanalyserna är skillnaderna i proportioner (oberoende, delvis beroende, beroende) statistiskt signifikanta utom för kommunikation i diagnosgrupperna övriga skador/sjukdomar i rörelseapp. och övriga diagnosgrupper samt social och intellektuell förmåga i diagnosgruppen övriga skador/sjukdomar i rörelseapp.

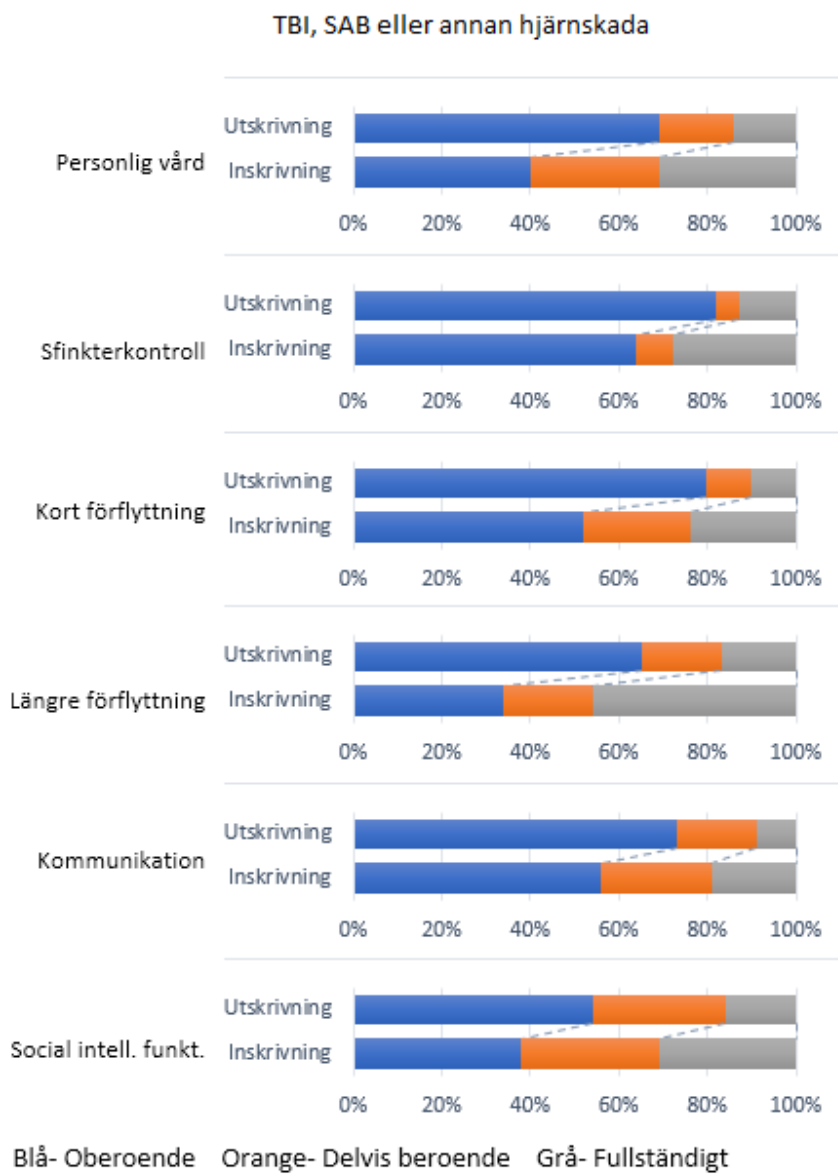
Stroke – alla åldrar



Figur 17 ADL vid in och utskrivning, stroke.

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

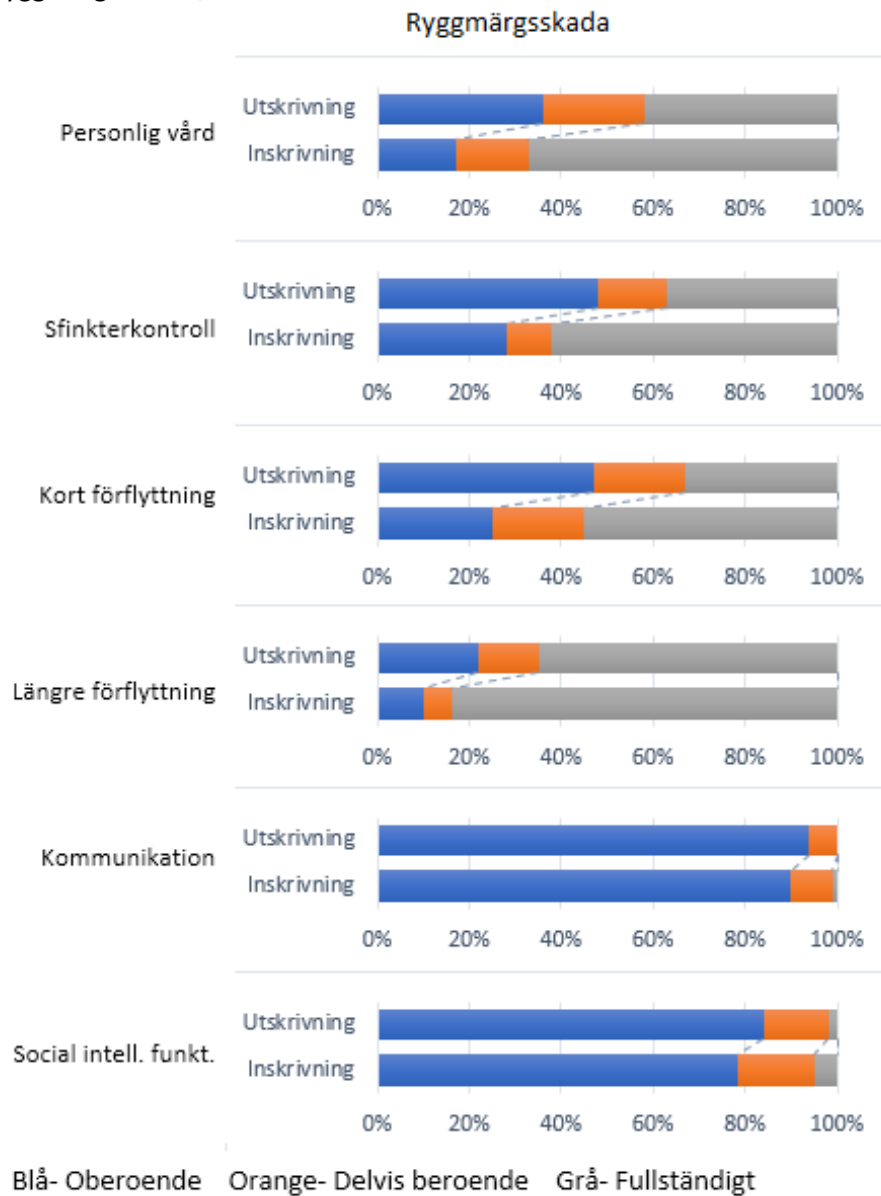
Övriga hjärnskador, alla åldrar



Figur 18 ADL vid in och utskrivning, TBI, SAB och annan hjärnskada.

Här ses förbättringar inom alla områden, mest inom längre förflyttningar.

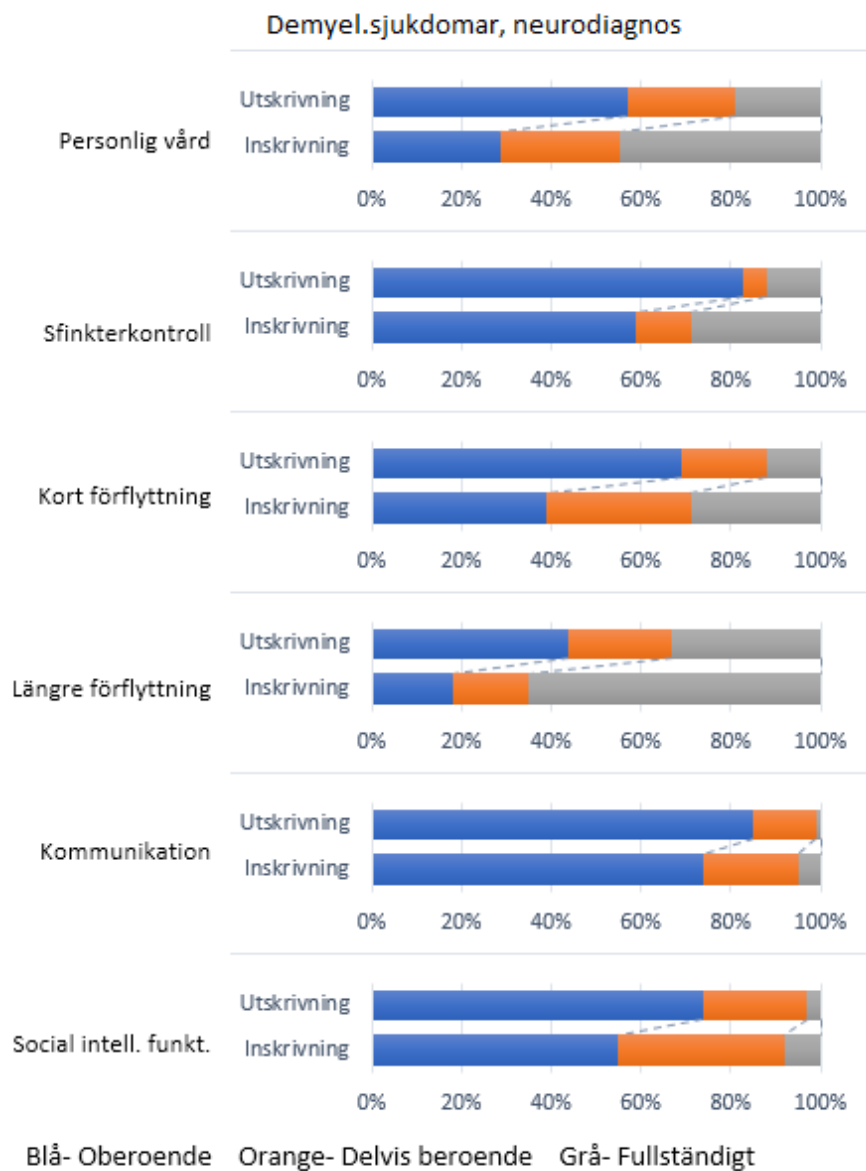
Ryggmärgsskador, alla åldrar



Figur 19 ADL vid in och utskrivning, ryggmärgsskada.

Man ser förbättringar inom alla områden utom kommunikation samt social och intellektuell förmåga, där patienterna i hög grad var oberoende redan vid inskrivning.

Demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos, alla åldrar

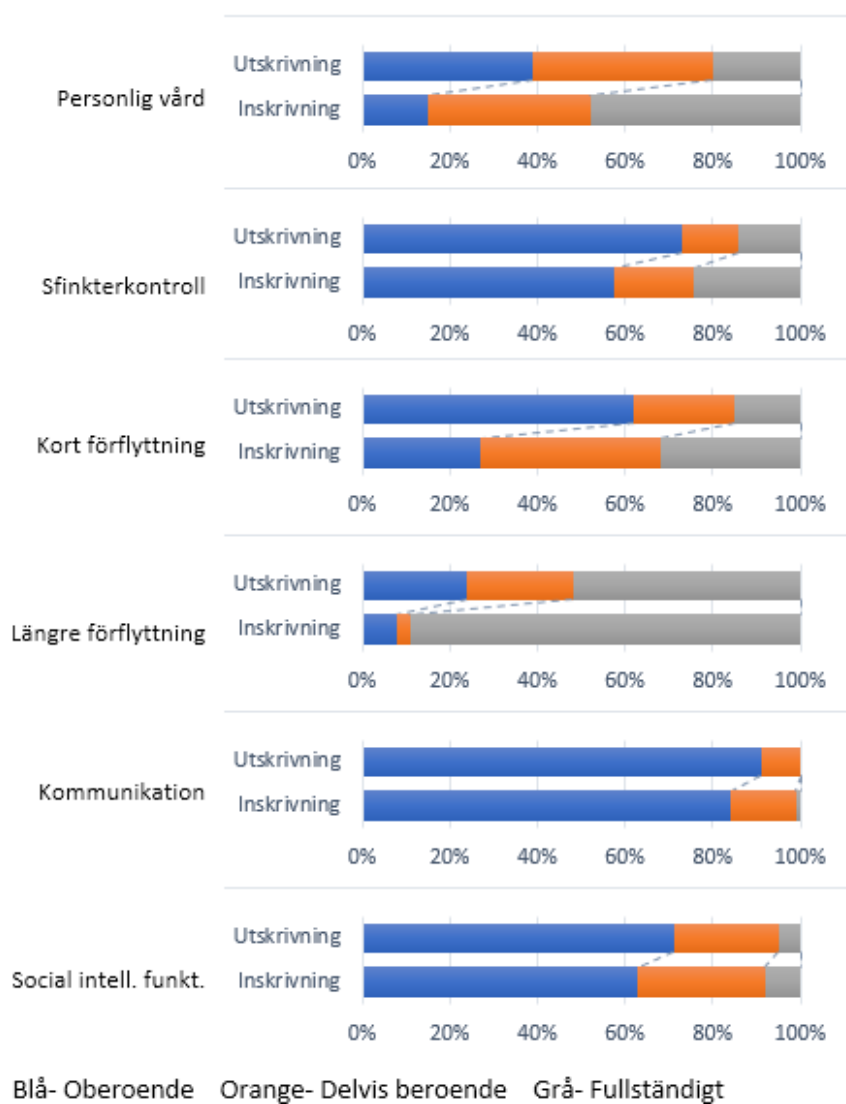


Figur 20 ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos.

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

Övriga skador och sjukdomar i rörelseapparaten, alla åldrar

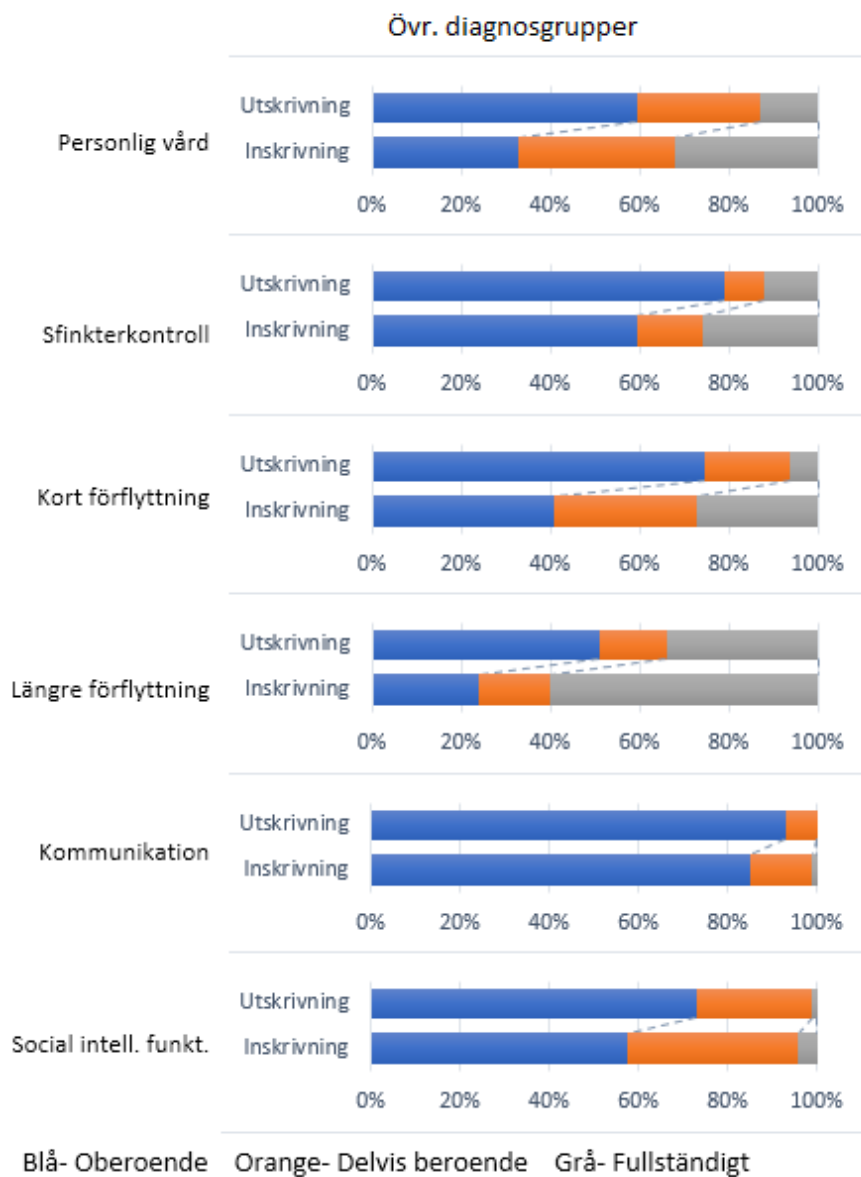
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.



Figur 21 ADL vid in och utskrivning, övriga skador/sjukdomar, rörelseapparat.

Man ser även här klara förbättringar på motoriska områden men det är utifrån låga ingångsvärden ff.a. inom personlig vård och längre förflyttningar.

Övriga diagnosgrupper, alla åldrar



Figur 22 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.

Funktionsnedsättningar ("ICF-listan")

Listan på funktionsnedsättningar/symtom ("ICF") vid utskrivning har med 34% (34% 2017) en fortsatt låg ifyllnadsgrad. Vid inskrivning registrerades data i 30% (28% 2017). 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. Högst användande ses i diagnosgrupp ryggmärgsskada i grupp 2 och 3. Tabell 21 visar förekomst av funktionsnedsättn/symtom registrerade 2018 vid utskrivning. Det man kan se är att frekvensen av olika funktionsnedsättn/symtom skiljer sig mellan grupperna.

Tabell 21 Funktionsnedsättningarna enl "ICF"- listan vid utskrivning

PSYKISKA FUNKTIONER	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Nedstämdhet/depression	24	13%	8	13%	151	23%
Ångest	24	13%	3	5%	102	15%
Hallucinos/vanföreställning	0	0%	0	0%	7	1%
Andra psykotiska symtom	0	0%	0	0%	1	0%
Annan emotionell störning	7	4%	0	0%	30	5%
Desorientering	8	4%	1	2%	27	4%
Nedsatt uppmärksamhet	39	21%	4	7%	143	22%
Nedsatt minne	47	25%	3	5%	178	27%
Neglekt	8	4%	0	0%	32	5%
Spatial störning/perceptionsstörning	10	5%	0	0%	64	10%
Dysexekutiv störning	7	4%	0	0%	83	13%
Apraxi	6	3%	0	0%	29	4%
Nedsatt mental ork/uthållighet	37	20%	7	12%	272	41%
Annan kognitiv störning	32	17%	1	2%	42	6%
Impulskontrollstörning	7	4%	2	3%	24	4%
Utagerande/aggressiv beteendestörning	2	1%	0	0%	12	2%
Passiv beteendestörning	3	2%	1	2%	12	2%
Sömnstörning	18	10%	7	12%	155	23%
SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA						
Nedsatt synskärpa	78	42%	29	48%	109	16%
Synfältsstörning	22	12%	0	0%	52	8%
Ögonmotilitetsstörning	1	1%	3	5%	31	5%
Hörselnedsättning	18	10%	2	3%	35	5%
Luktnedsättning	0	0%	1	2%	3	0%
Smaknedsättning	2	1%	2	3%	7	1%
Sensibilitetsnedsättning	33	18%	48	79%	298	45%
Nedsatt proprioception	11	6%	17	28%	170	25%
Nedsatt balans (vestibulärt)	4	2%	0	0%	43	6%
Huvudvärk	6	3%	1	2%	62	9%
Smärta rygg, nacke	16	9%	30	49%	151	23%
Smärta skuldra	10	5%	21	34%	107	16%
Smärta extremitet	36	19%	24	39%	158	24%
Smärta diffus nedom skadenivån (RMS)	0	0%	22	36%	39	6%
Smärta, diffus eller multipla lokalisationer	8	4%	4	7%	56	8%

	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
RÖST, TAL OCH SPRÅK						
Dysartri/anartri (ut)	24	13%	3	5%	84	13%
Afasi/dysfasi (ut)	27	15%	3	5%	86	13%
HJÄRTA, KÄRL OCH ANDNING						
Nedsatt hjärtfunktion	42	23%	7	11%	60	9%
Nedsatt perifer cirkulation	70	38%	1	2%	31	5%
Nedsatt andningsfunktion	13	7%	5	8%	54	8%
Autonom dysfunktion	0	0%	0	0%	0	0%
Autonom dysreflexi	0	0%	4	7%	15	2%
Postural hypotension	0	0%	3	5%	21	3%
Bradykardi	1	1%	0	0%	8	1%
MATSMÄLTN , ÄMNESOMS, ENDOKRIN						
Sväljningssvårigheter	18	10%	2	3%	61	9%
Nutritionsstörning	8	4%	4	7%	40	6%
Störd tarmfunktion(diarré, inkontinens,förstoppning)	12	6%	21	34%	193	29%
Störd thyreoideafunktion	3	2%	1	2%	21	3%
SIADH	0	0%	0	0%	2	0%
Annan hypofysfunktions-störning	0	0%	0	0%	7	1%
Annan endokrin störning	16	9%	2	3%	39	6%
KÖNS- OCH URINORGAN						
Nedsatt njurfunktion	15	8%	0	0%	39	6%
Neurogen blåsubbning	8	4%	32	52%	204	31%
Urininkontinens	16	9%	16	26%	79	12%
Störd sexuell funktion	2	1%	27	44%	63	9%
NEUROMUSK-SKELETTAL RÖRELSEREL FUNKTION						
Hemipares vänster	47	25%	2	3%	75	11%
Hemipares höger	41	22%	3	5%	80	12%
Parapares	5	3%	17	28%	121	18%
Tetrapares	3	2%	28	46%	126	19%
Annan pares	18	10%	2	3%	56	8%
Inskränkt rörlighet/kontraktur	11	6%	26	43%	102	15%
Ataxi/dystaxi	11	6%	0	0%	56	8%
Spasticitet	13	7%	24	39%	170	25%
Annan tonusubbning	3	2%	4	7%	31	5%
Balansstörn. (ej vestibulär)	100	54%	35	57%	278	42%
Hud						
Brännskada	1	1%	0	0%	1	0%
Opsår	15	8%	0	0%	63	9%
Andra sår/hudproblem	19	10%	1	2%	82	12%

NIHSS

Användningsgraden av NIH Stroke Scale (NIHSS) vid inskrivning är fortfarande låg; 24% av strokepatienterna. Vid utskrivning görs NIHSS på 15% av strokepatienterna. I korstabeller enligt nedan finns värden från både in- och utskrivning på unika patienter, vilket förklarar de förhållandevis låga antalet. I grupp 1 är 35% förbättrade och 60% oförändrade. I grupp 3 är 53% förbättrade och 43% oförändrade. NIHSS beskriver funktionsnedsättning och inte aktivitetsförmåga.

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

		Utskrivning						Total	
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20		
Inskrivning	Grupp 1	0	12	2	0	0	0	0	14
	1 till 4	15	34	0	0	0	0	49	
	5 till 8	0	12	4	0	0	0	16	
	9 till 12	0	1	2	2	0	0	5	
	13 till 16	0	1	0	0	0	0	1	
	17 till 20	0	0	0	0	1	0	1	
	Total	27	50	6	2	1	0	86	

		Utskrivning						Total	
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20		
Inskrivning	Grupp 3	0	5	0	0	0	0	0	5
	1 till 4	3	10	1	0	0	0	14	
	5 till 8	0	9	3	0	0	0	12	
	9 till 12	0	2	6	0	0	0	8	
	13 till 16	0	0	1	0	0	0	1	
	17 till 20	0	0	0	2	0	0	2	
	Total	8	21	11	2	0	0	42	

DOC

Sammanlagt har 24 patienter (25 2017, 47 2016, 28 2015) med sänkt medvetande registrerats under Disorders Of Consciousness (DOC) i samband med inskrivning (totalt 1533 patienter). Av 24 deltagande enheter har 12 (18 2017) registrerat patienter med sådana tillstånd. Vid utskrivning befinner sig 20 patienter (27 2017, 32 2016, 20 2015) fortfarande i medvetandesänkt tillstånd. Det är väldigt få patienter totalt sett, 1,6% in och 1,3% ut, av totala antalet med stroke eller annan hjärnskadediagnos.

Benämningarna av tillstånden byttes 2017 i enlighet med internationell nomenklatur enligt följande: Vegetativt tillstånd heter nu icke-responsivt vakenhetstillstånd.

Minimalt responsivt tillstånd heter nu minimalt medvetandetillstånd.

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

Tabell 23 DOC vid in- och utskrivning, där registrering finns för unik patient både in och ut (värden vid utskrivning inom parentes)

Sjukhus	Coma	Icke-responsivt vakenhetstillst	Minimalt medvetande-tillstånd	Svår medvetande-störning	Locked-in syndrome
Danderyd			1 (1)		
Jönköping				1 (0)	
Linköping		2 (1)	0 (1)		
Sandviken		0 (1)	2 (2)		
Umeå		2 (1)	0 (1)		
Västerås			1 (1)		
Totalt	0 (0)	4 (3)	4 (6)	1 (0)	0 (0)

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

Sjukhus	Coma	Icke-responsivt vakenhetstillst	Minimalt medvetande-tillstånd	Svår medvetande-störning	Locked-in syndrome
Borås		1(0)		1(0)	
Danderyd		2(0)	2(1)	0(1)	
Halmstad		2(0)			
Hässleholm			1(0)		
Jönköping		0(1)		1(1)	
Linköping		2(1)	0(1)	0(1)	
Sandviken	0(1)	1(0)	2(2)		
Sunderby		1(0)	1(0)		
Umeå	0(1)	2(1)	1(1)		
Uppsala	1(0)			1(0)	
Västerås			1(1)		
Växjö	0(2)			1(0)	
Totalt	1(4)	11(3)	8(6)	4(3)	

Vid utskrivning har antalet patienter med medvetandestörning minskat med fyra patienter. Man ser dock att antalet med coma ökat. En förklaring kan vara att man har gjort en bättre diagnostik vid utskrivningen än vid inskrivningen. Troligtvis finns patienter som ej registreras korrekt.

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 registreras enbart vid utskrivning i diagnosgrupperna stroke och andra hjärnskador. GOSE registrerades vid utskrivning på 700 (624 2017) av 1533 (1605 2017) patienter med hjärnskada alla kategorier. Det utgör 47% (39% 2017, 42% 2016, 31% 2015), vilket måste bedömas vara ett lågt resultat. Till hjälp kan man använda den strukturerade intervjun, som finns på hemsidan och i menyn inne i registret, för att göra en korrekt bedömning.

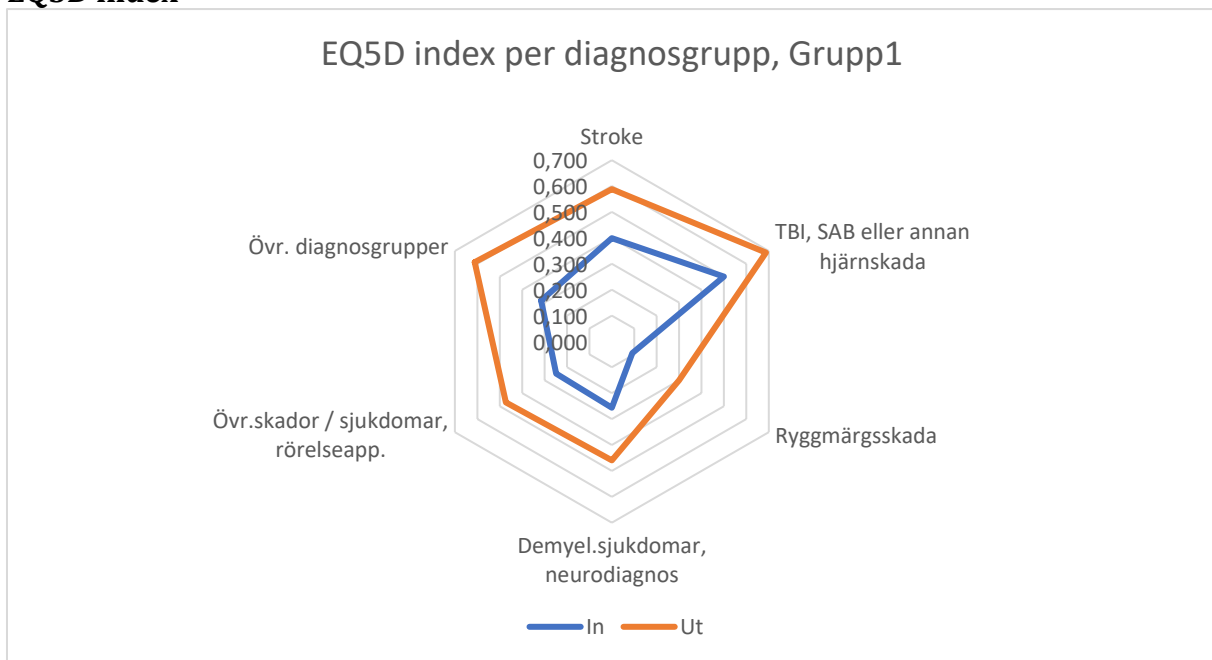
Tabell 25 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.

Sjukhus	Användningsgrad	Median
Grupp 1		
Blekinge	20%	6
Halmstad	66%	5
Hässleholm	24%	6
Total	14%	5
Grupp 2		
Umeå	3%	4
Grupp 3		
Borås	60%	5
Danderyd	98%	5
Falun	5%	3
Karlstad	73%	4
Linköping	39%	4
Sahlgrenska	36%	5
Sandviken	34%	5
Skånes US	24%	6
Uppsala	44%	6
Västerås	12%	5
Örebro	44%	6
Total	40%	5

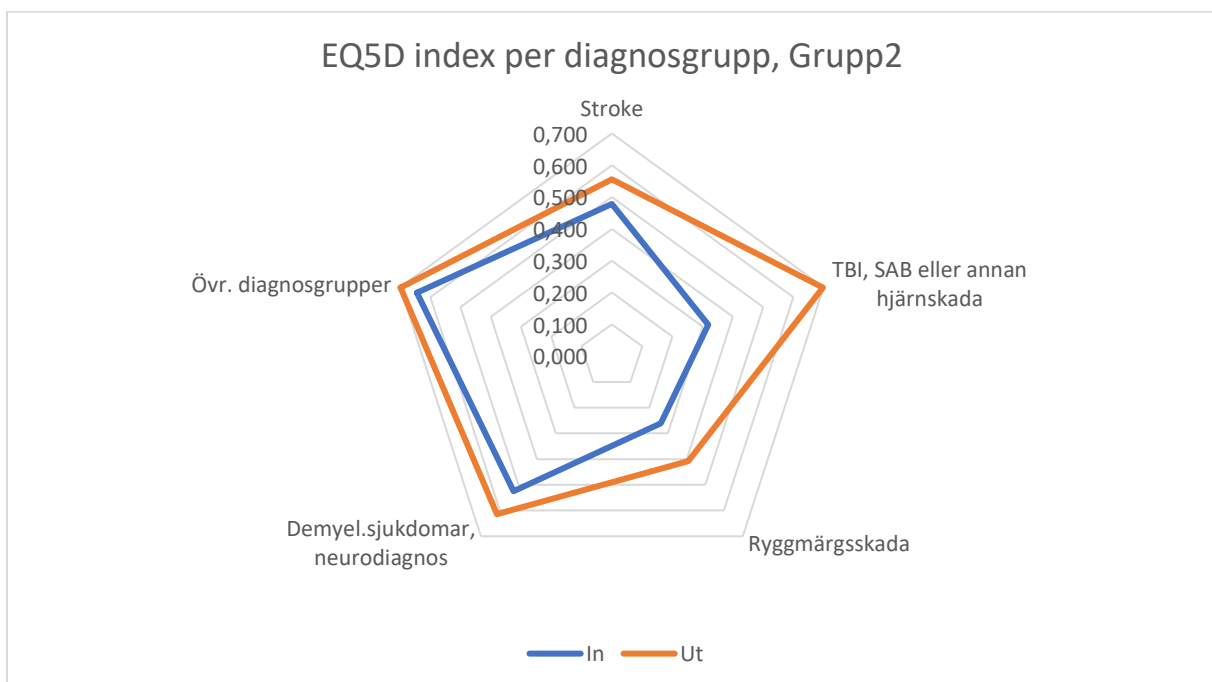
EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som ett VAS-värde på en skala 1-100, dels som indexvärden är baserade på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och varierar mellan -0,594 och 1. På VAS-skalan är 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Ju högre indexvärde, desto bättre upplevd hälsa. Generellt ses klara förbättringar i alla enheter mellan in- och utvärden i EQ5D-index, men det finns variationer mellan diagnosgrupperna. VAS-värdet är också högre vid ut- jämf med vid inskrivning i alla enheter.

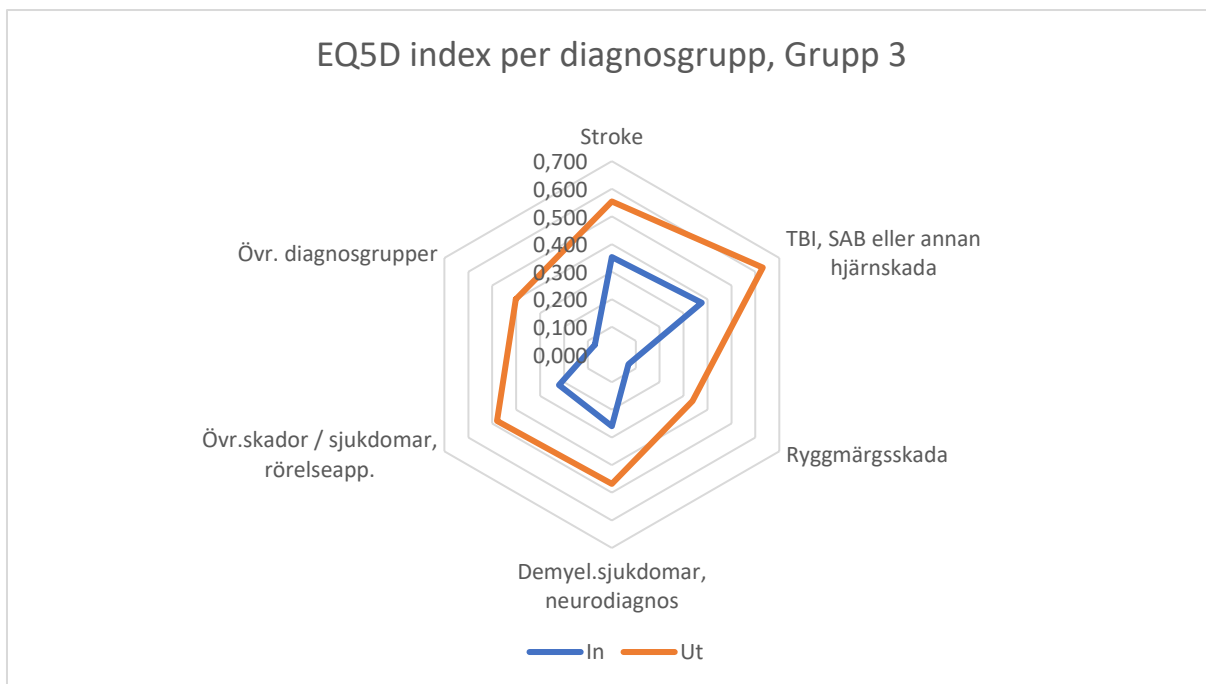
EQ5D index



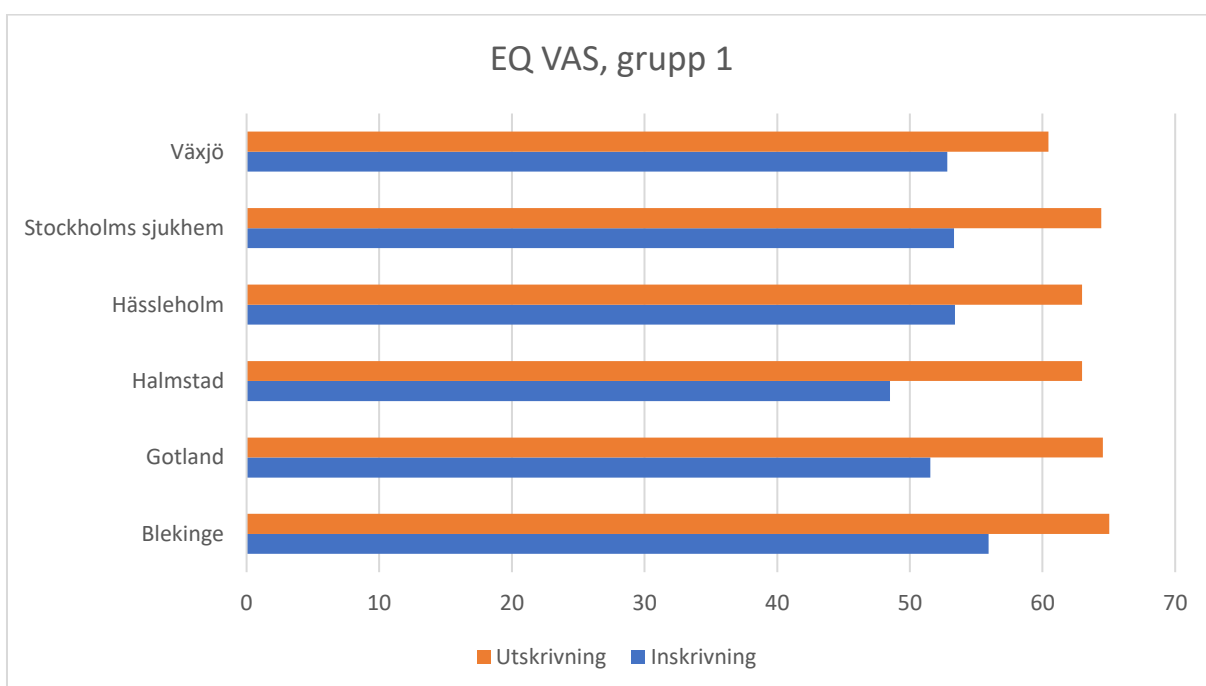
Figur 23 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



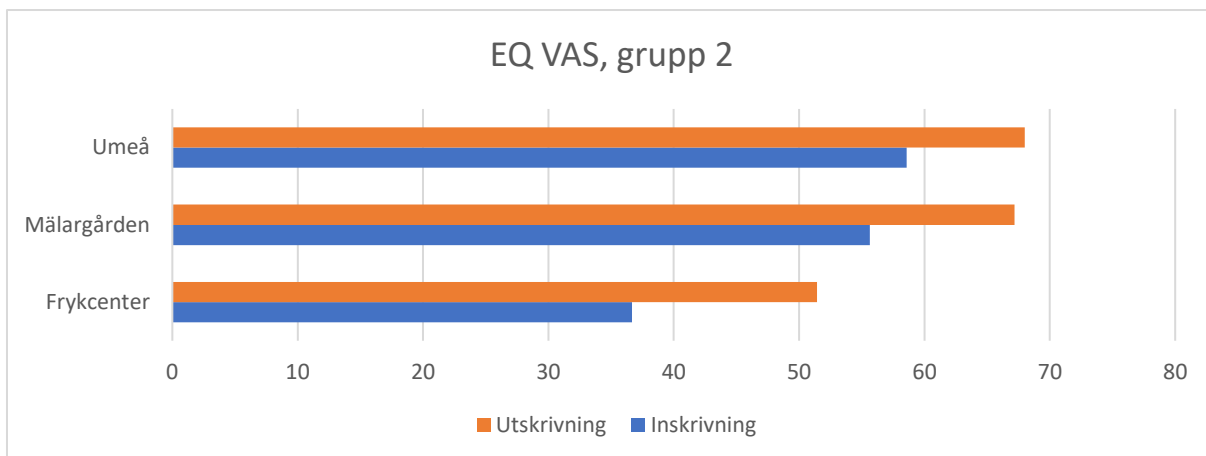
Figur 24 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



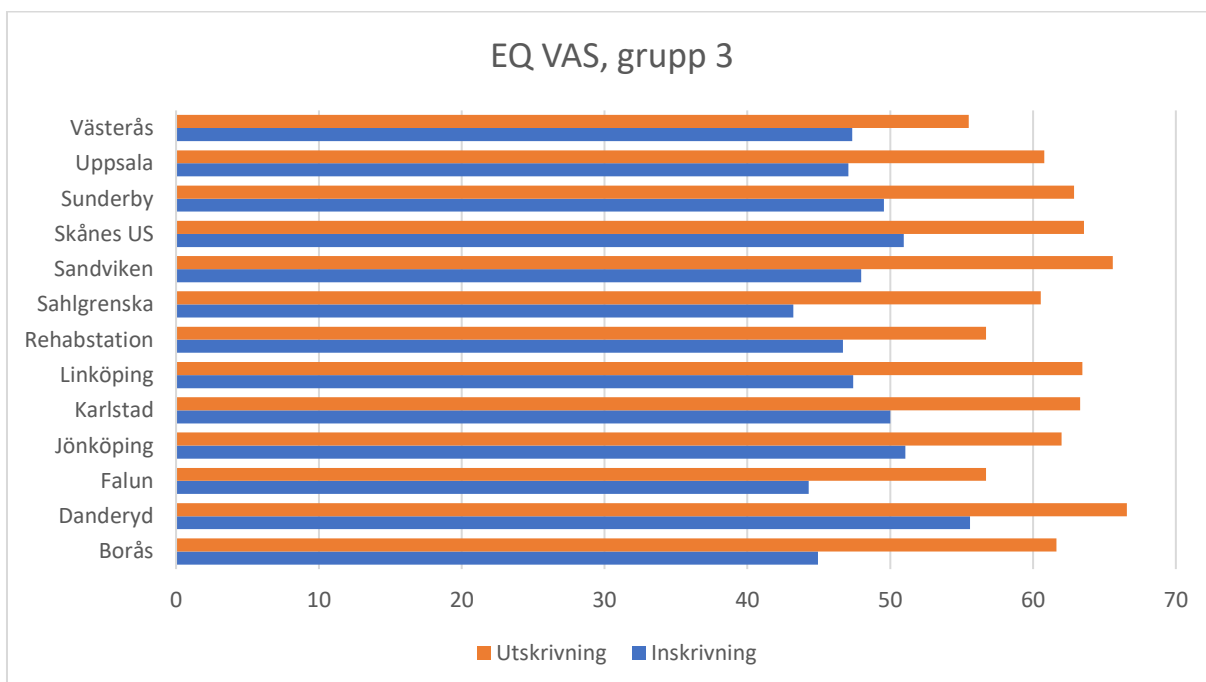
Figur 25 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.



Figur 26 EQ5D VAS per ort, grupp 1.



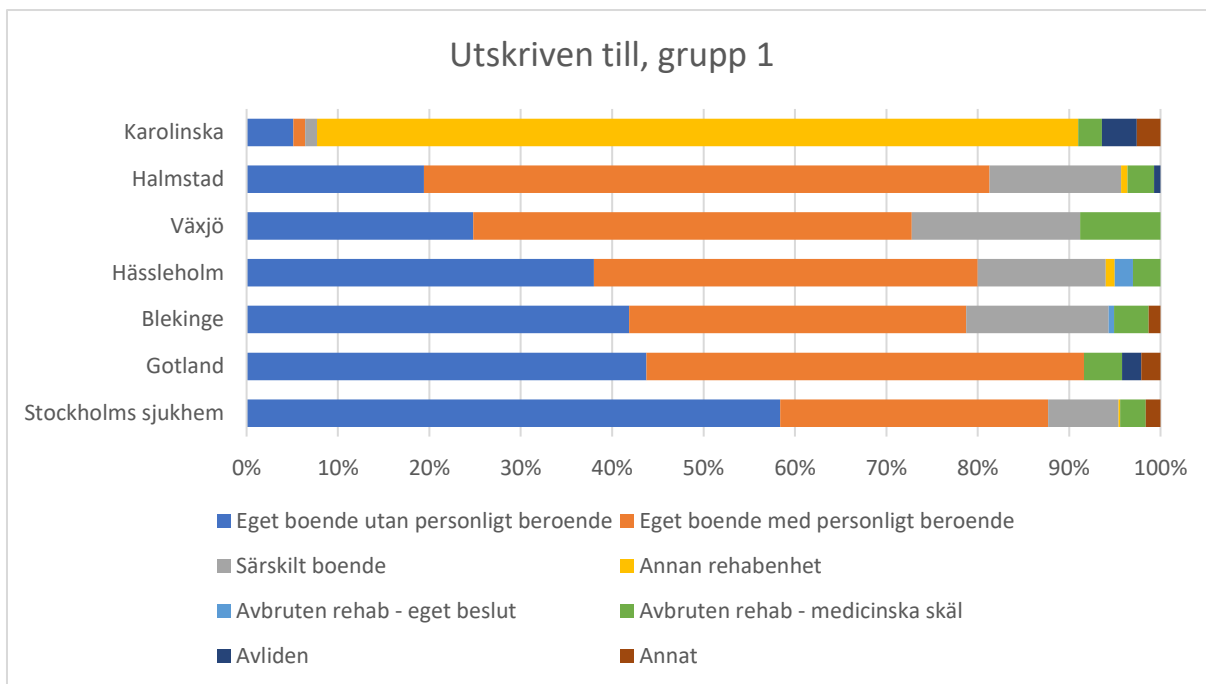
Figur 27 EQ5D VAS per ort, grupp 2.



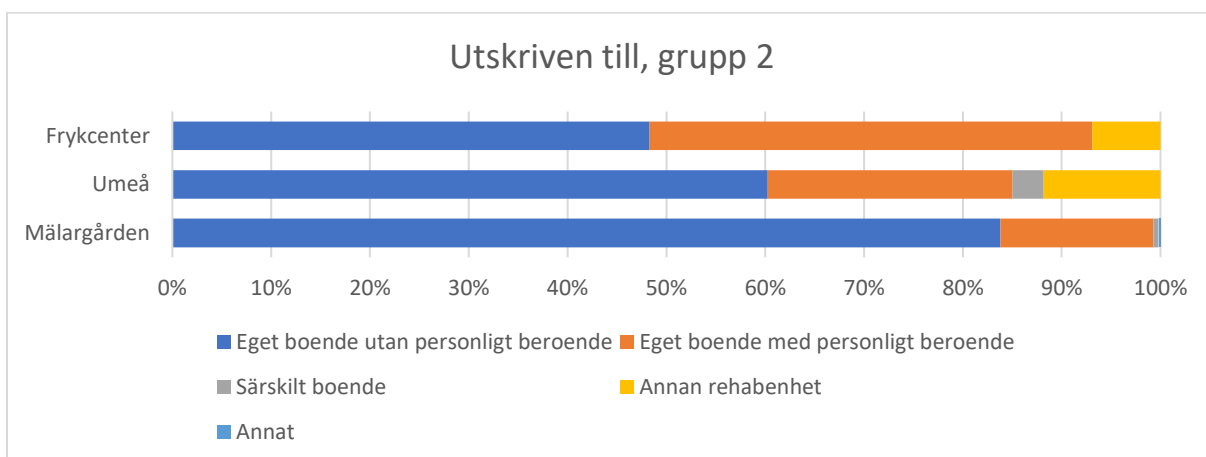
Figur 28 EQ5D VAS per ort, grupp 3

Utskriven till

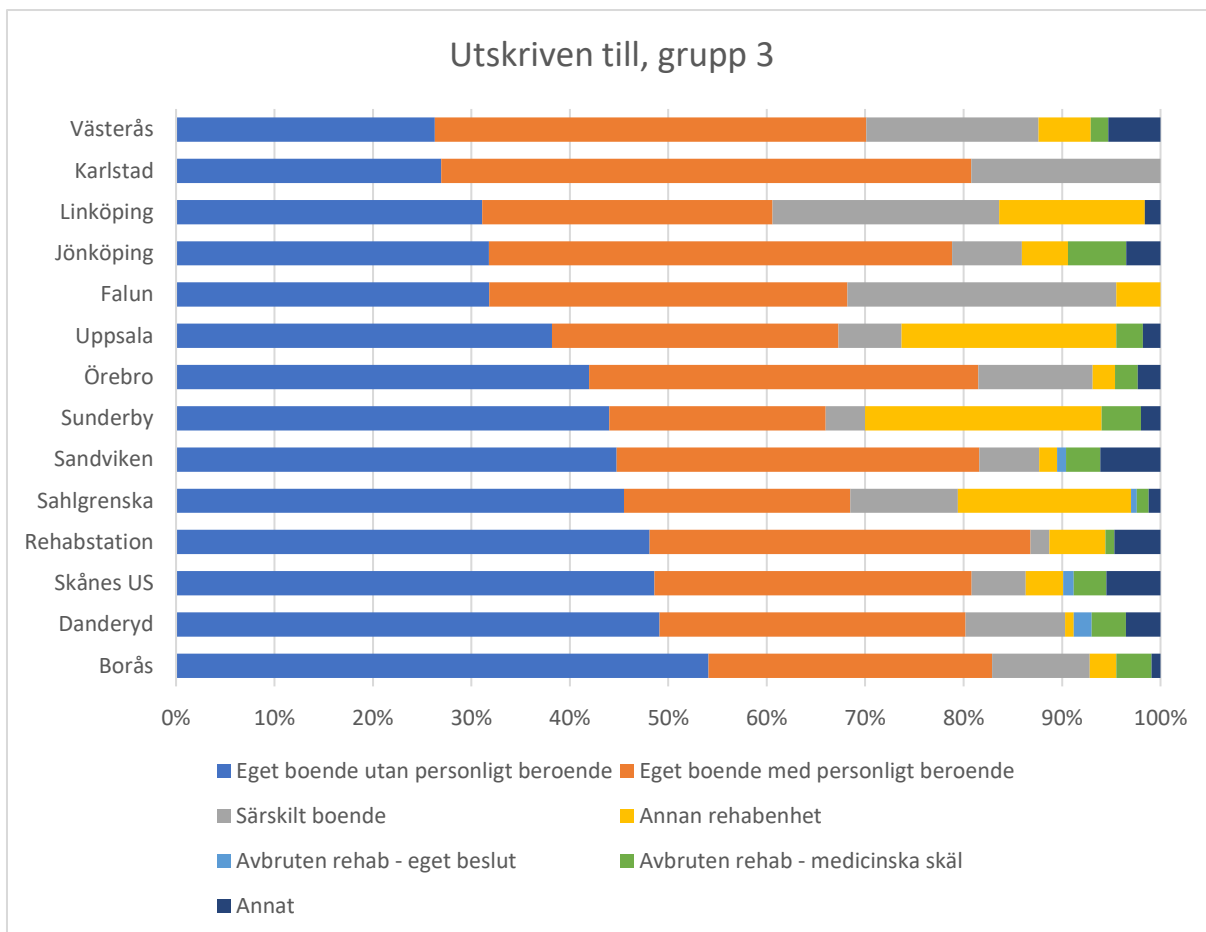
Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t.ex. svårighetsgrad av skada vid inskrivning, kommunernas resurser, ålder. Grupp 2 skiljer sig från de andra två grupperna genom att till allra största delen skriva ut patienterna till eget boende utan personligt beroende 78% (79% 2017). I grupp 1 sker det i 41% (46% 2017) och i grupp 3 i 44% (39% 2017). Utskrivning till eget boende med personligt beroende sker i 37% (38% 2017) i grupp 1, 19% (17% 2017) i grupp 2 och 33% (32% 2017) i grupp 3. Utskrivning till särskilt boende sker i 11% (11% 2017) i grupp 1, 0,3% (1% 2017) i grupp 2 och 9% (11% 2017) i grupp 3. Man ser inga stora skillnader jämfört med 2017. Det finns variationer mellan enheter inom grupperna men generellt sett är det, liksom 2017, inga stora skillnader mellan grupp 1 och 3 trots att det finns skillnad i åldersspanoramått. Med personligt oberoende avses självständighet utan hjälp från vare sig familj eller andra hjälpsatser.



Figur 29 utskrivna till, grupp 1.



Figur 30 utskrivna till, grupp 2.



Figur 31 utskrivna 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 tidigare år (43% 2016, 32% 2015). Andelen utskrivna till särskilt boende är i grupp 1 och 3 sammantaget – åldersgrupp 16-44 år 7%, 45-64 år 11%, 65 år och äldre 14%.

Tabell 26 Utskrivna 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.	52	12%	160	36%	227	52%	439	100%
Eget boende m. personligt ber.	17	4%	98	25%	282	71%	397	100%
Särskilt boende	1	1%	22	19%	93	80%	116	100%
Annan rehabenhet	11	16%	22	32%	35	52%	68	100%
Avbruten rehab - eget beslut	1	33%	1	33%	1	33%	3	100%
Avbruten rehab - med. skäl	4	10%	13	33%	23	58%	40	100%
Avliden	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
Annat	2	17%	3	25%	7	58%	12	100%
Total	88	8%	320	30%	672	62%	1080	100%

Grupp 2

	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.	0	0%	26	6%	163	40%	217	53%	406	100%
Eget boende m. personligt ber.	0	0%	9	9%	25	26%	64	65%	98	100%
Särskilt boende	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
Annan rehabenhet	1	8%	4	31%	2	15%	6	46%	13	100%
Annat	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Total	1	0%	39	8%	191	37%	292	56%	523	100%

Grupp 3

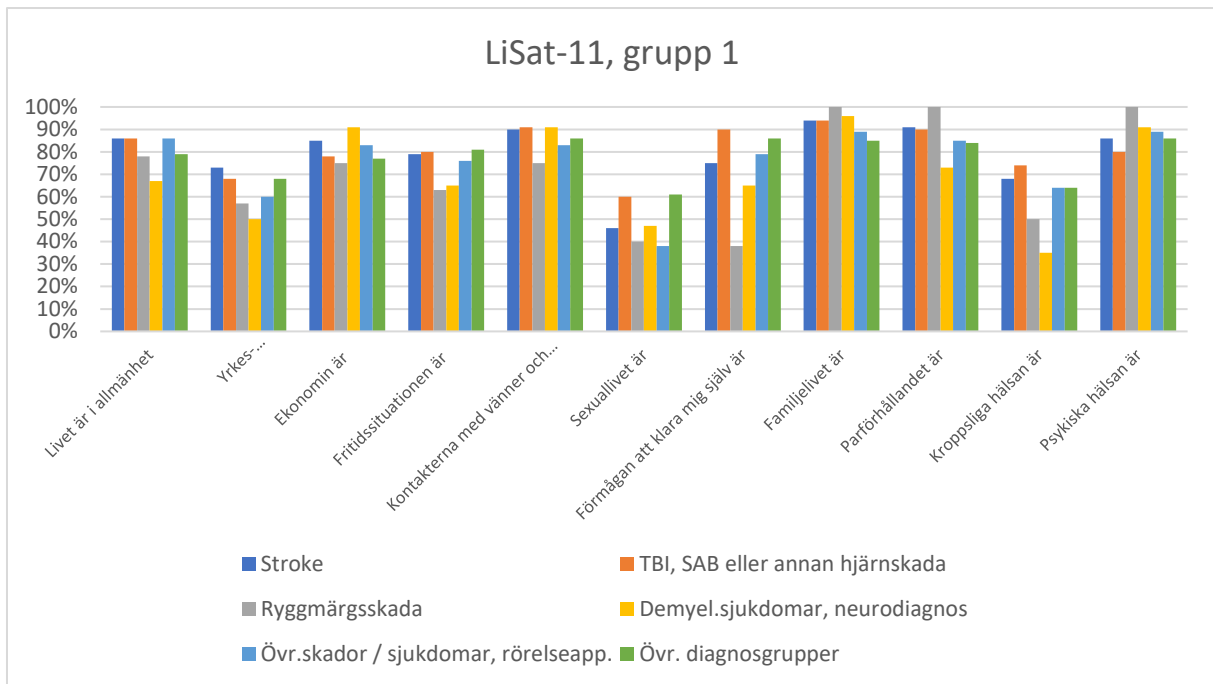
	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	2	0%	198	33%	315	53%	80	13%	595	100%
Eget boende m. personligt ber.	1	0%	106	24%	251	56%	90	20%	448	100%
Särskilt boende	0	0%	20	16%	73	58%	33	26%	126	100%
Annan rehabenhet	0	0%	29	28%	49	48%	25	24%	103	100%
Avbruten rehab - eget beslut	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%	8	100%
Avbruten rehab - med. skäl	0	0%	9	24%	22	60%	6	16%	37	100%
Annat	0	0%	24	55%	15	34%	5	11%	44	100%
Total	3	0%	389	29%	729	54%	240	18%	1361	100%

Försörjning

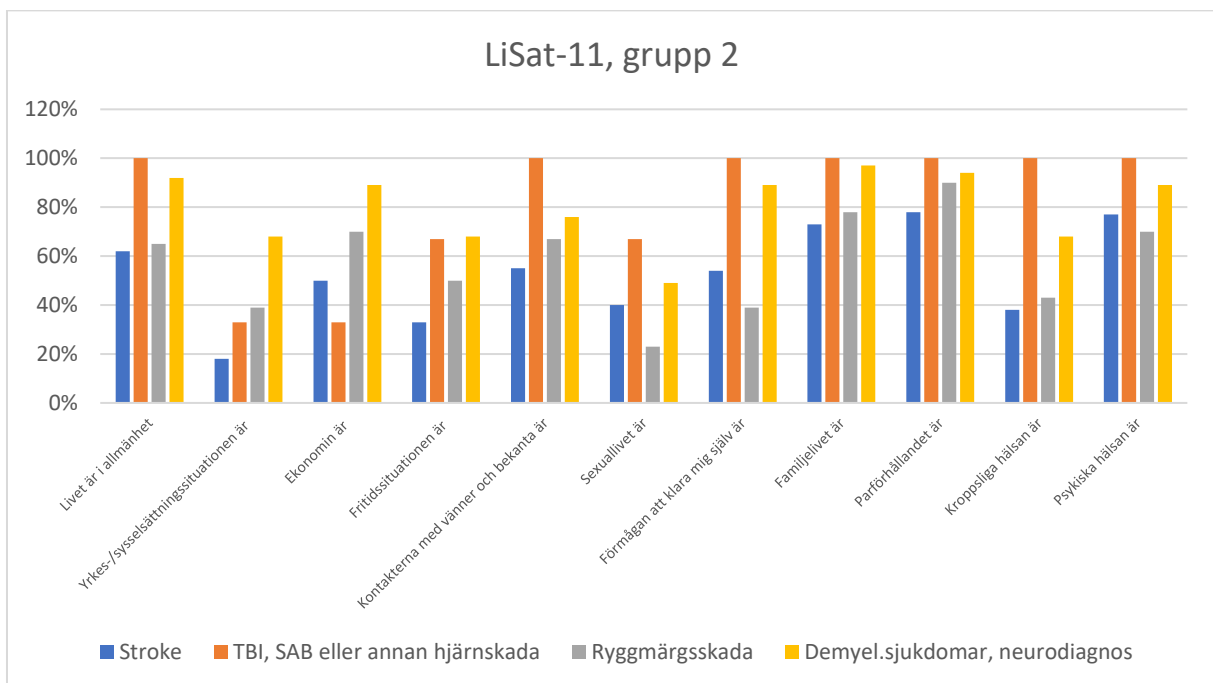
Vid inskrivning (d.v.s. ofta innan insjuknandet) har 77% ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. Ålderspensionärer ingår inte i denna beräkning. Ytterligare analys av försörjningssituation är mer relevant och görs i årsrapporten uppföljningar.

LiSat

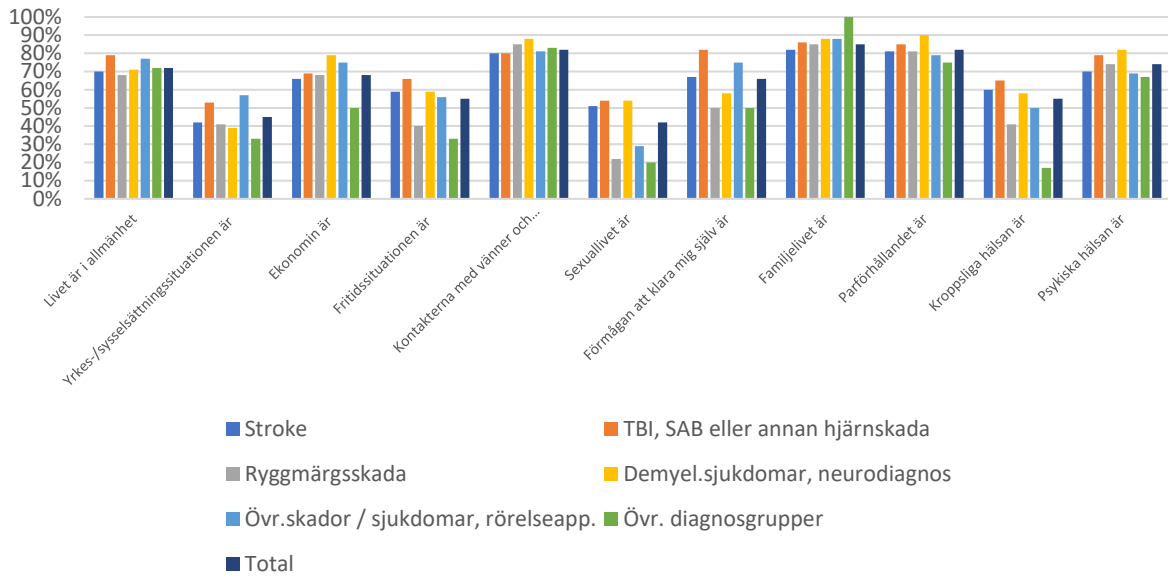
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning. Där skattar patienten sin tillfredsställelse inom olika områden i livet utifrån en skala 1-6, där 1=mycket otillfredsställande och 6= mycket tillfredsställande. Tabellerna nedan visar att andelen tillfredsställda varierar mycket mellan olika variabler och mellan olika diagnosgrupper. I grupp 1 och 3 skattas sexuallivet lågt. I grupp 1 skattas även förmågan att klara sig själv i diagnosgruppen ryggmärgsskadade lågt samt kroppslig hälsa hos diagnosgrupperna ryggmärgsskadade och demyeliniserande sjukdomar. I grupp 2, där det oftast gått längre tid sedan insjuknande, ser man att diagnosgruppen TBI, SAB eller annan hjärnskada skattar sig högt inom många områden, medan strokepatienterna skattar sig lägre. I grupp 3 skattas sociala områden (kontakterna med vänner, familjelivet och parförhållandet) högt inom alla diagnosgrupper.



Figur 32 Andel (i %) tillfredsställda, grupp 1 (LiSat 3-6) i olika aspekter för olika diagnosgrupper

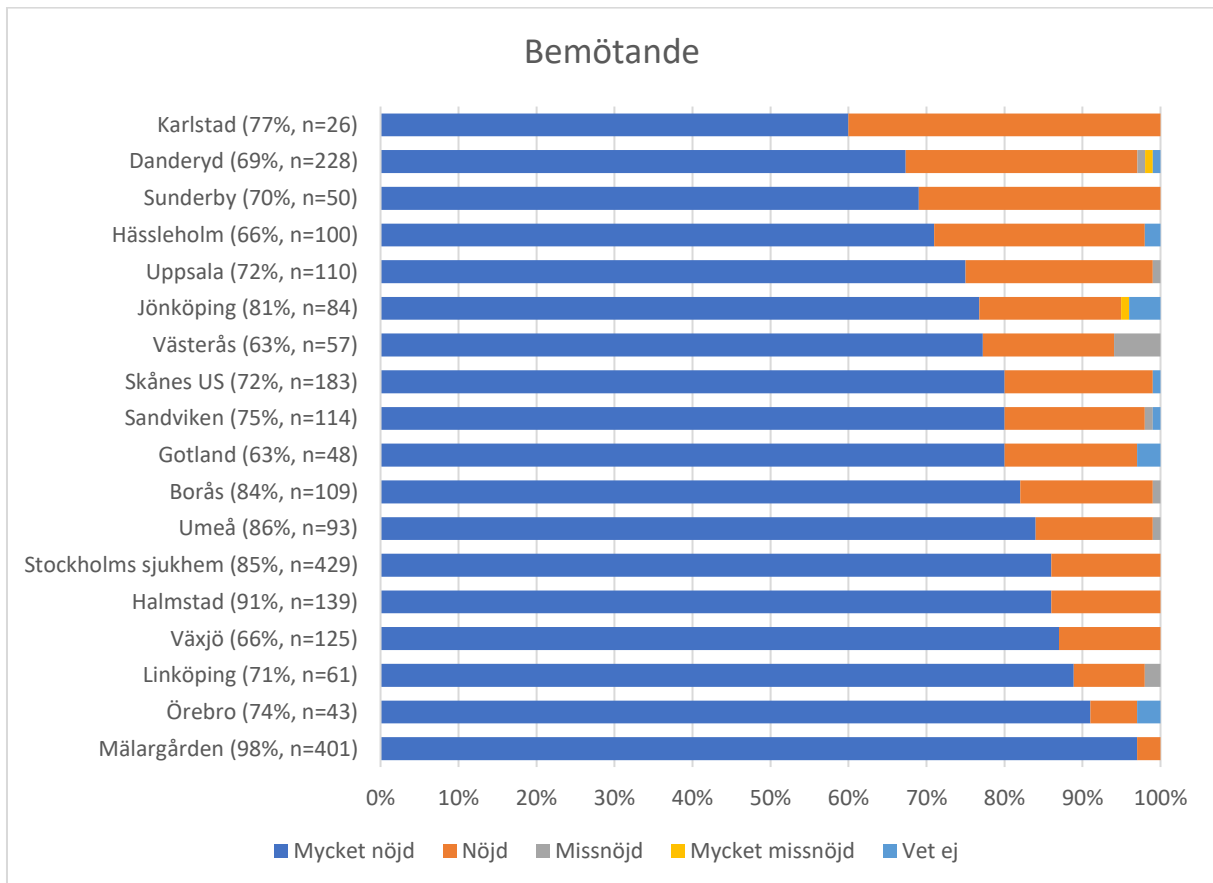


LiSat-11, grupp 3

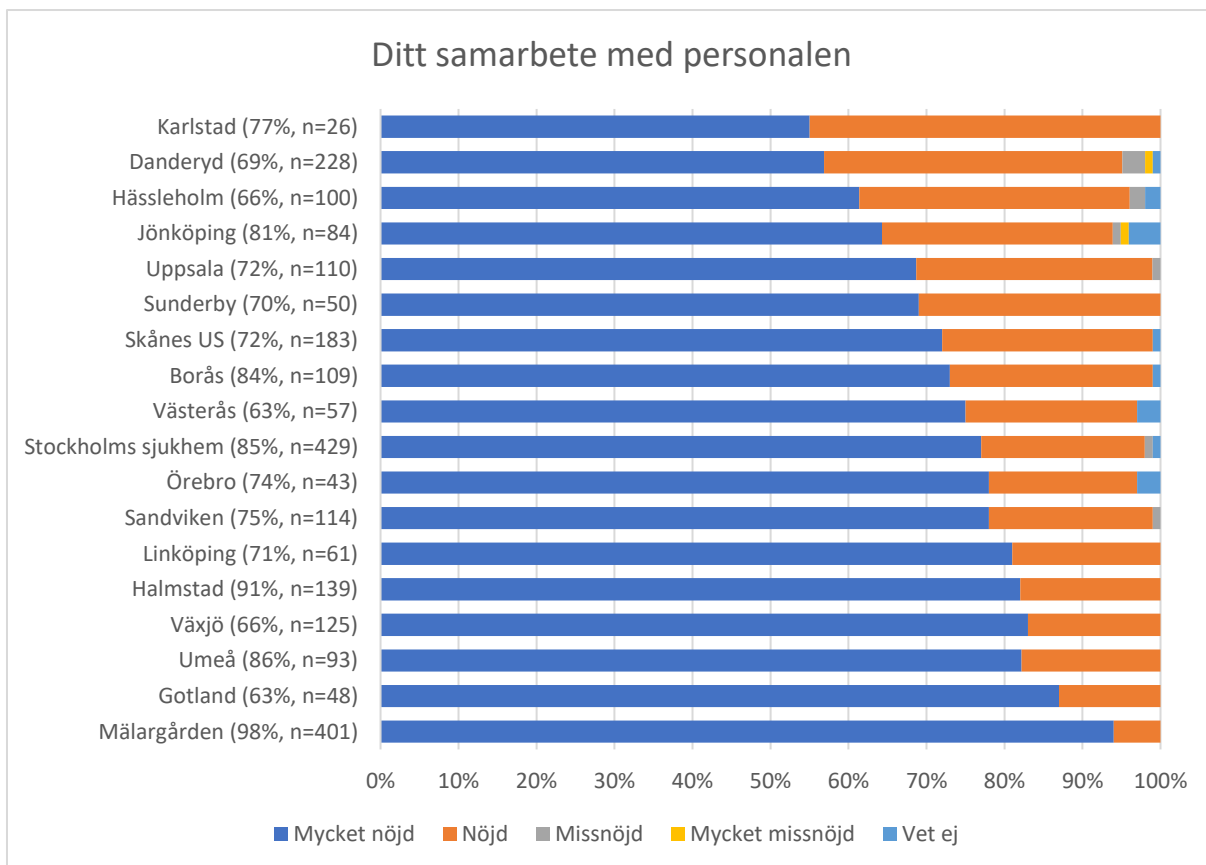


Patientnöjdhet

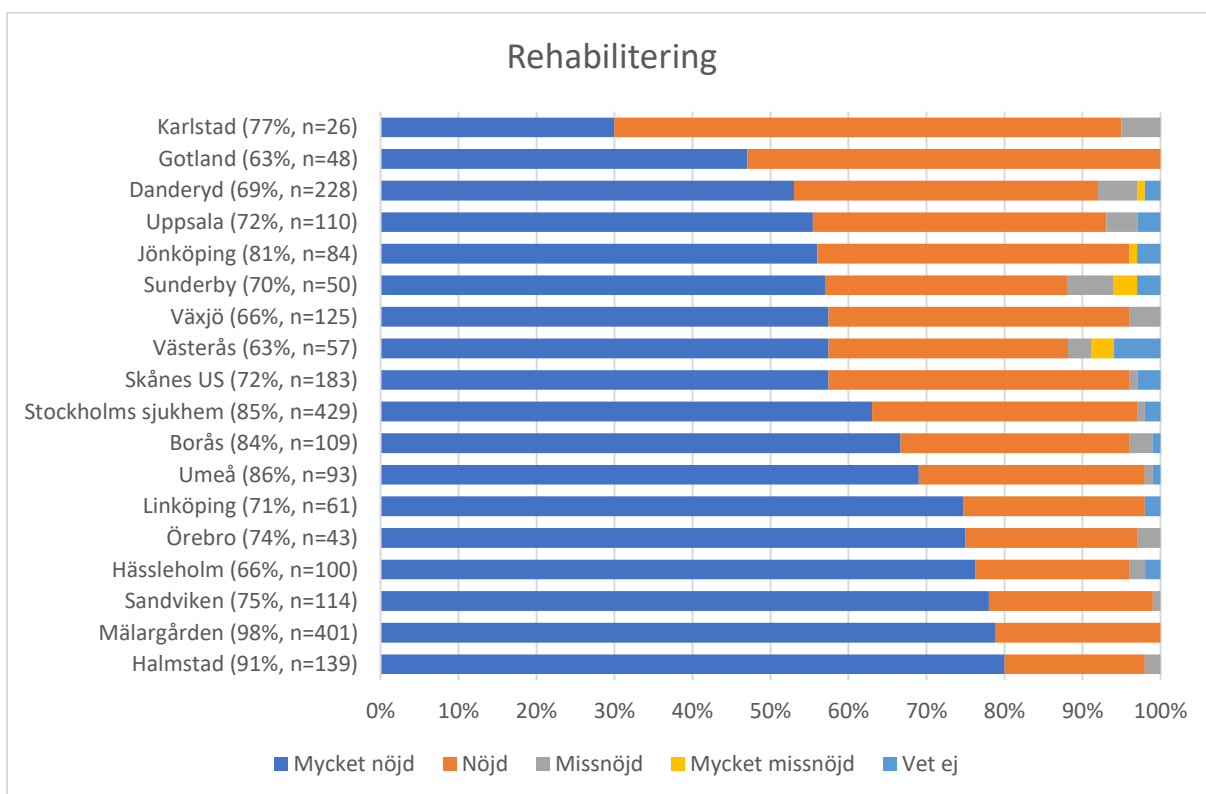
Ifyllnadsgraden är 72% (64% 2017). Målnivån är 80%. Ett stort problemet är bortfallet, vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Endast resultaten för de enheter som har mer än 60% grad av ifyllnad har redovisats. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda 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.



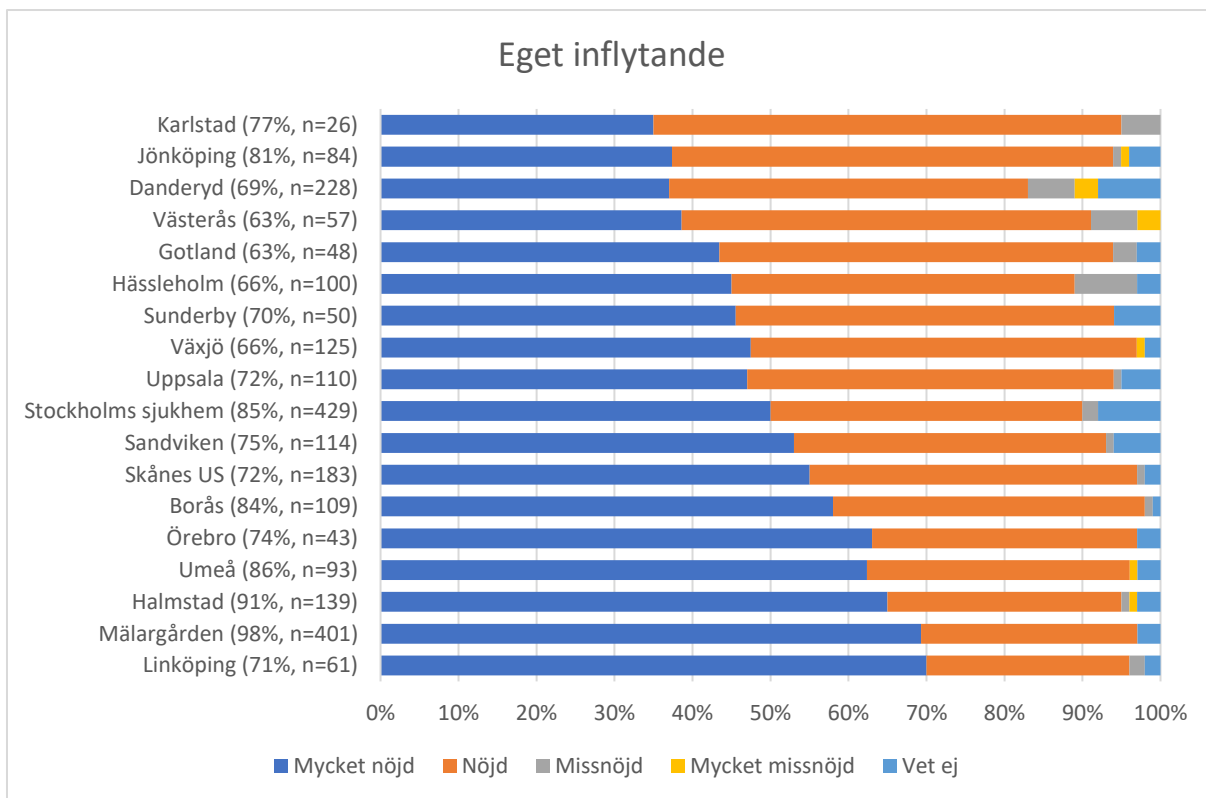
Figur 33 Nöjd med bemötande



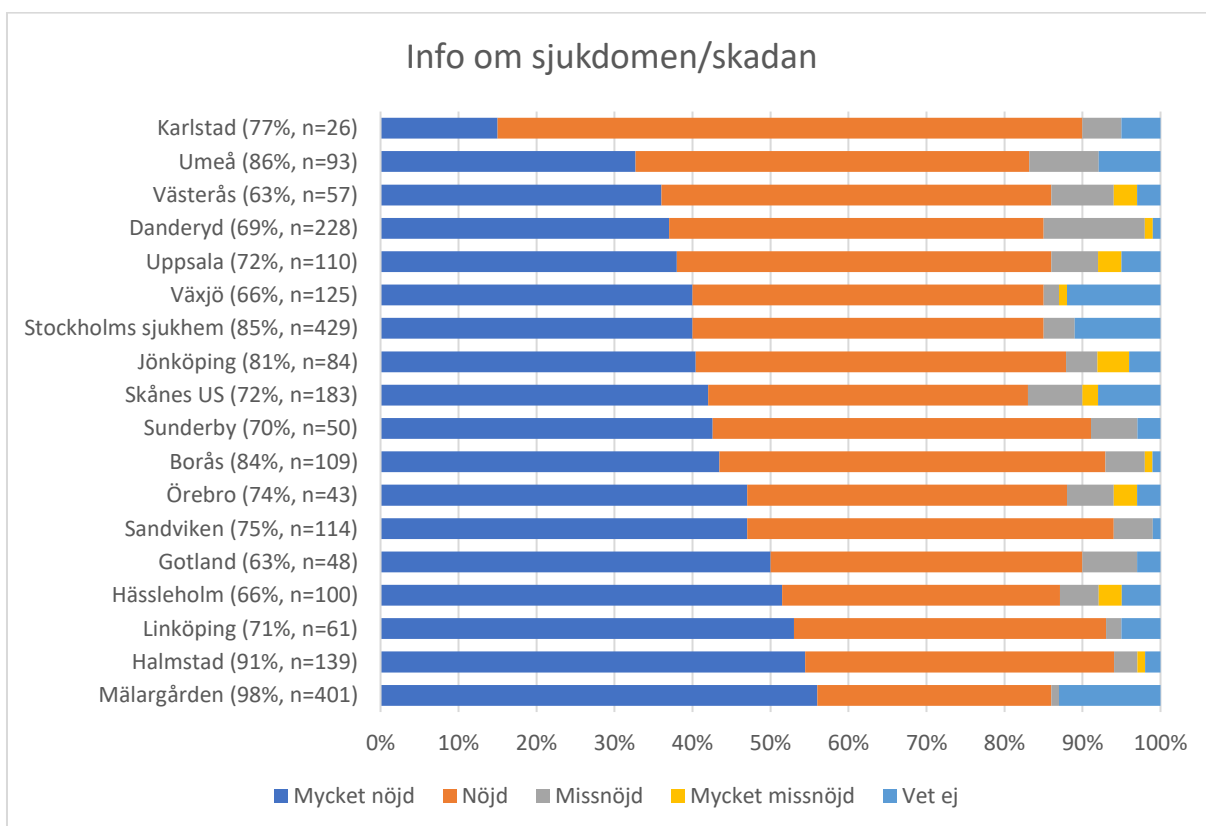
Figur 34 Nöjd med ditt samarbete med personalen



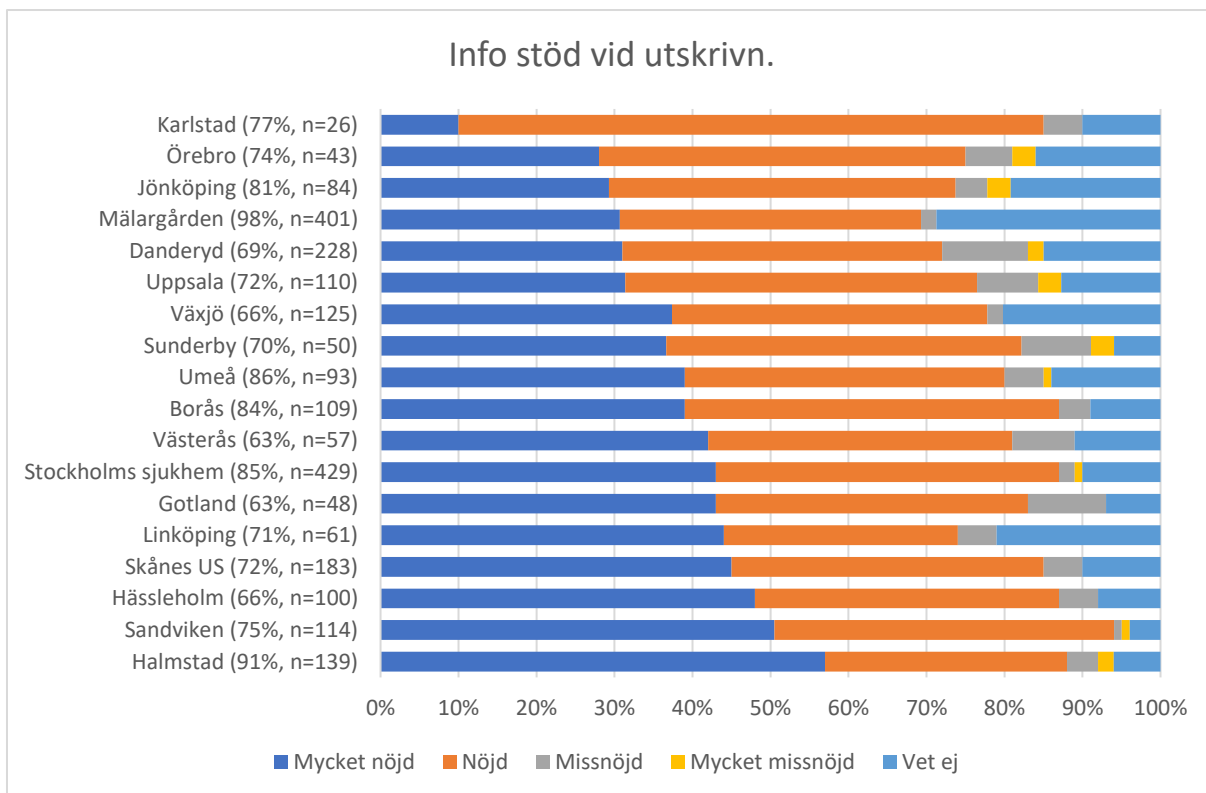
Figur 35 Nöjd med rehabiliteringen



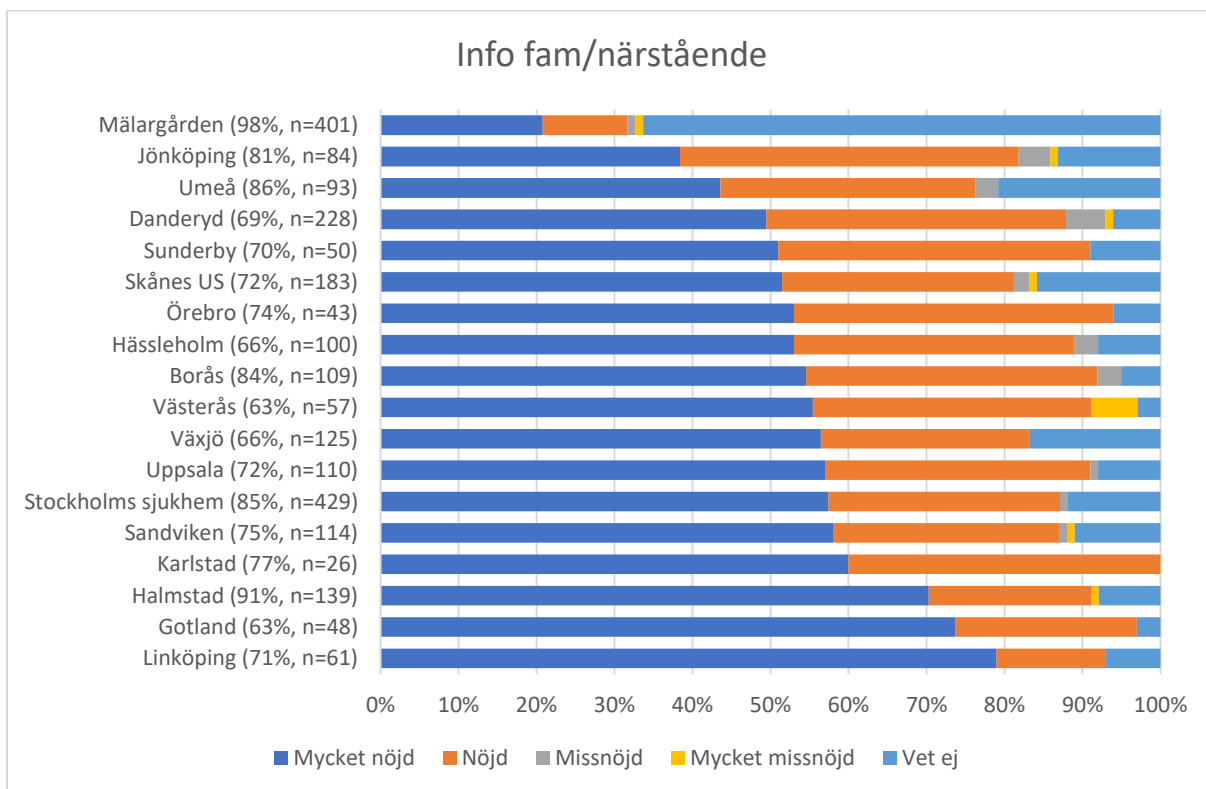
Figur 36 Nöjd med eget inflytande



Figur 37 Nöjd med information om sjukdom/skada



Figur 38 Nöjd med information om stöd vid utskrivning



Figur 39 Nöjd med information till familj och närstående