

WebRehab Sweden

---

## Årsrapport uppföljning

2018

## **Innehåll**

Tabell- och figurförteckning .....	3
Uppföljningsprocessen i fem steg .....	5
Allmänt om uppföljningar 2018 .....	6
Speciell uppföljningsrapport slutenvård 2016-2018 – Hur går det för patienterna? .....	7
Följande områden presenteras i årets rapport .....	7
Uppföljningar per enhet.....	8
Boendesituation .....	9
Boende vid uppföljning relaterat till beroendegrad i ADL (FIM) vid utskrivning .....	10
Försörjning.....	13
EQ5D VAS .....	21
Livstillfredsställelse .....	23
Nöjdhet med rehabilitering.....	28
Sammanfattning.....	29

## Tabell- och figurförteckning

Tabell 1 Typ av uppföljning (genomförd 1:a uppföljning) 2018. Siffror som rapporterades i årsrapport 2017 inom parantes (ryggmärgsskada borträknat).....	6
Tabell 2 Orsak till ej genomförd uppföljning 2018.....	6
Tabell 3 Diagnosgrupper, slutenvård 2016-2018.....	7
Tabell 4 Antal uppföljningar per enhet 2016-2018.....	8
Tabell 5 Boendesituation vid inskrivning, utskrivning och uppföljning.....	9
Figur 1 Andel patienter i fyra diagnoskategorier och förändringar i boende från utskrivning till uppföljning.....	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 fyra diagnosgrupper vid tre mättillfällen.....	14
Figur 9 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.....	15
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.....	16
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.....	17
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.....	18
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.....	19
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.....	20
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.....	21
Figur 22 Medelvärden för EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning för alla diagnoser uppdelat på delområden i ADL.....	22
Figur 23 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp stroke.....	23
Figur 24 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp TBI.....	24
Figur 25 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp annan hjärnskada. ....	24
Figur 26 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp övriga diagnoser. ....	25
Figur 27 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i fysiska respektive sociala/ kognitiva items i ADL vid utskrivning, för samtliga uppföljda patienter .....	25
Figur 28 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp stroke. ....	26
Figur 29 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp TBI. ....	26
Figur 30 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp annan hjärnskada. ....	27
Figur 31 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp Övriga.....	27
Figur 32 Andel (%) tillfredsställda med rehabilitering, skattat vid uppföljning, för olika patientgrupper. ....	28

## 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.

## Allmänt om uppföljningar 2018

I följande underlag exkluderas ryggmärgsskadade patienter. All redovisning avseende ryggmärgsskadade inklusive uppföljning, hänvisas till särskild rapport.

I denna rapport ingår enbart förstagångsuppföljningar. Uppföljningar görs 12 månader efter insjuknandet som huvudprincip. När insjuknandedatum är oklart (som till exempel kan vara ingår enbart förstagångsuppföljning, fallet vid multipel skleros) eller om tillståndet har funnits mer än 12 månader så äger uppföljningen rum 12 månader efter inskrivning på rehabiliteringsenheten. Enheterna följer upp patienterna på olika sätt, via telefonsamtal eller enkäter.

De olika ingående enheterna har hittills arbetat olika med uppföljning av sina patienter. Det är vanligare att uppföljning sker från slutenvården än öppenvården.

Vi ser en stor ökning av antalet uppföljningar under 2018, till totalt 1586 uppföljningar (2017 1146 uppföljningar). Totalt sett skulle 4306 uppföljningar ha gjorts under 2018 och andelen utförda uppföljningar (n=1586) är 37%.

**Tabell 1 Typ av uppföljning (genomförd 1:a uppföljning) 2018. Siffror som rapporterades i årsrapport 2017 inom parentes (ryggmärgsskada borträknat).**

	Antal
Slutenvårdsuppföljning	777 (601)
Öppenvårdsuppföljning	532 (455)
Både öppen- och slutenvårdsuppföljning	277 (90)
<b>Total</b>	<b>1586 (1146)</b>

**Tabell 2 Orsak till ej genomförd uppföljning 2018**

	1:a uppföljningen
Avliden	134
Pat går ej att nå, inklusive har flyttat	90
Patientens eget beslut	225
Första inläggningsperioden för rehabilitering pågår	14
Annat	220
Ej gjord inom aktuellt tidsintervall	1458
Nyligen gjord	21
Ingen uppföljning pga ny process	62
Uppföljning på annan enhet	496
<b>Total</b>	<b>2720</b>

Andel uppföljningar som inte genomförts var 63% 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.

Uppföljningar görs med olika frekvens på de olika klinikerna. Vi vet inte hur prioritering av uppföljning görs vid de olika klinikerna och inte heller om detta innefattar någon form av selektering. Varje klinik måste tolka sin egen data och slutsatser på Riksnivå bör dras med försiktighet

# Speciell uppföljningsrapport slutenvård 2016-2018 – Hur går det för patienterna?

Vi har 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, 2017 eller 2018.
2. Enbart förstagångsuppföljning.
3. Enbart slutenvård.
4. Alla tillfällen ska vara registrerade och klarmarkerade – inskrivning, utskrivning och uppföljning.
5. Huvuddiagnosgrupperna som ingår är stroke, traumatisk hjärnskada (TBI), annan hjärnskada (innefattar anoxisk hjärnskada och subarachnoidal blödning, encephalit mm). Övriga diagnoser sammanfattas under grupp Övrigt (här ingår till exempel neurologiska sjukdomar och rehab efter ortopediska skador, hjärta-, kärl- och lungsjukdom samt cancer).

Tabell 3 Diagnosgrupper, slutenvård 2016-2018

	Antal	Andel
Stroke	1070	48,4
TBI	201	9,1
Annan hjärnskada	297	13,4
Övriga	643	29,1
<b>Total</b>	<b>2211</b>	<b>100</b>

## Följande områden presenteras i årets rapport

- **Aktuell situation:** Boende, försörjningssituation, ADL-förmåga
- **Patient reported outcomes measures (PROM):** EQ5D, LiSAT (Life SATisfaction enligt Fugl-Meyer).

Variablerna relateras också till varandra.

## Uppföljningar per enhet

Tabell 4 Antal uppföljningar per enhet 2016-2018

	Antal
Blekinge	119
Borås	156
Danderyd	262
Falun	67
Gotland	115
Halmstad	264
Härnösand	20
Hässleholm	29
Jönköping	118
Karlstad	8
Linköping	94
NSV Kungsbacka	0
Rehabstation	2
Sahlgrenska	133
Sandviken	141
Skånes US	211
Sunderby	43
Umeå	132
Uppsala	13
Västerås	36
Växjö	206
Örebro	42
<b>Total</b>	<b>2211</b>



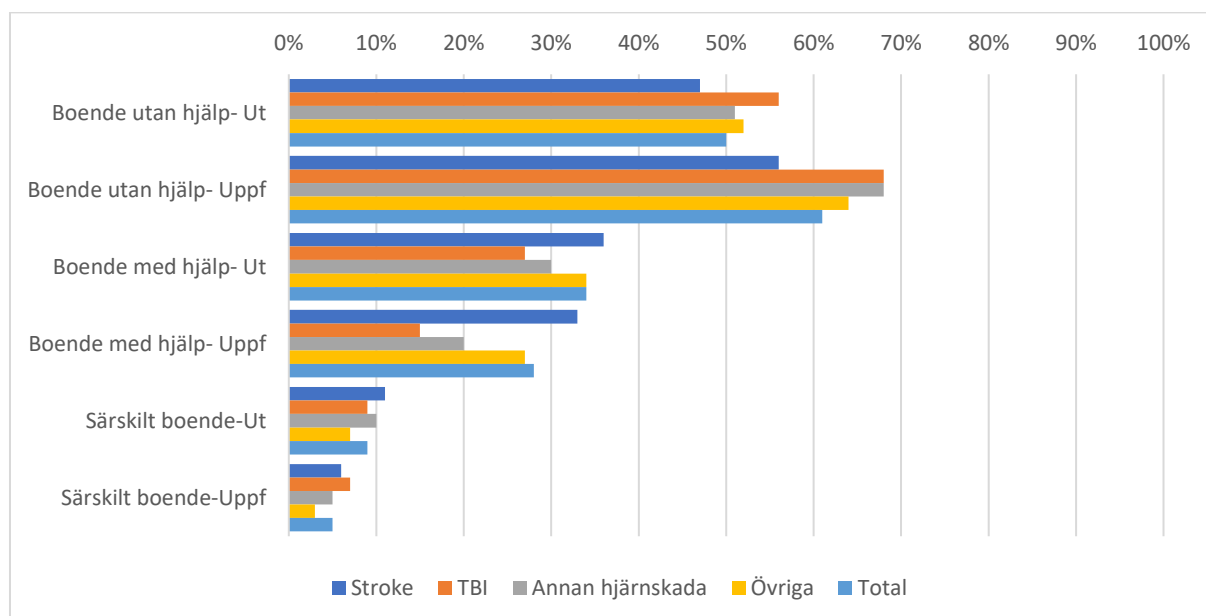
## Boendesituation

Tabellen nedan grundar sig på de som blivit utskrivna från slutenvård och visar förändringarna från situation före inskrivning, vid utskrivning och uppföljning för fyra olika diagnosgrupper samt för totalantalet. I totalantalet tillkommer vid utskrivning även de som registrerats som utskrivna till annan rehabenhet (43), avbruten rehab (66), eller annat (33). Totalt handlar det om 142 patienter, förutom de kategorier som redovisas i tabell och figur. Tabellen visar andel av patienter i varje kategori med antal inom parentes.

Tabell 5 Boendesituation vid inskrivning, utskrivning och uppföljning

Diagnos	Boende utan hjälp			Boende med hjälp			Särskilt boende		
	In	Ut	Uppf	In	Ut	Uppf	In	Ut	Uppf
Stroke	91% (973)	47% (505)	56% (595)	7% (70)	36% (390)	33% (348)	2% (17)	11% (114)	6% (61)
TBI	95% (191)	56% (113)	68% (136)	2% (5)	27% (55)	15% (30)	1% (3)	9% (18)	7% (14)
Annan hjärnskada	92% (274)	51% (151)	68% (201)	4% (11)	30% (90)	20% (60)	1% (4)	10% (31)	5% (14)
Övriga	79% (511)	52% (337)	64% (411)	17% (111)	34% (220)	27% (175)	2% (11)	7% (45)	3% (19)
Total	88% (1949)	50% (1106)	61% (1343)	9% (197)	34% (755)	28% (613)	2% (35)	9% (208)	5% (108)

Vid uppföljningen har 61% av patienterna ett självständigt boende jämfört med 50% 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 (28%) jämfört med vid utskrivningen (34%). Andelen boende utan hjälp ökar mest från utskrivning till uppföljning i gruppen Annan hjärnskada (17% ökning). Andelen särskilt boende minskar vid uppföljning (5%) jämfört med utskrivning för alla diagnoskategorier. Detta är en förbättring jämfört med tidigare rapport som visade ökad andel särskilt boende vid uppföljning för stroke.



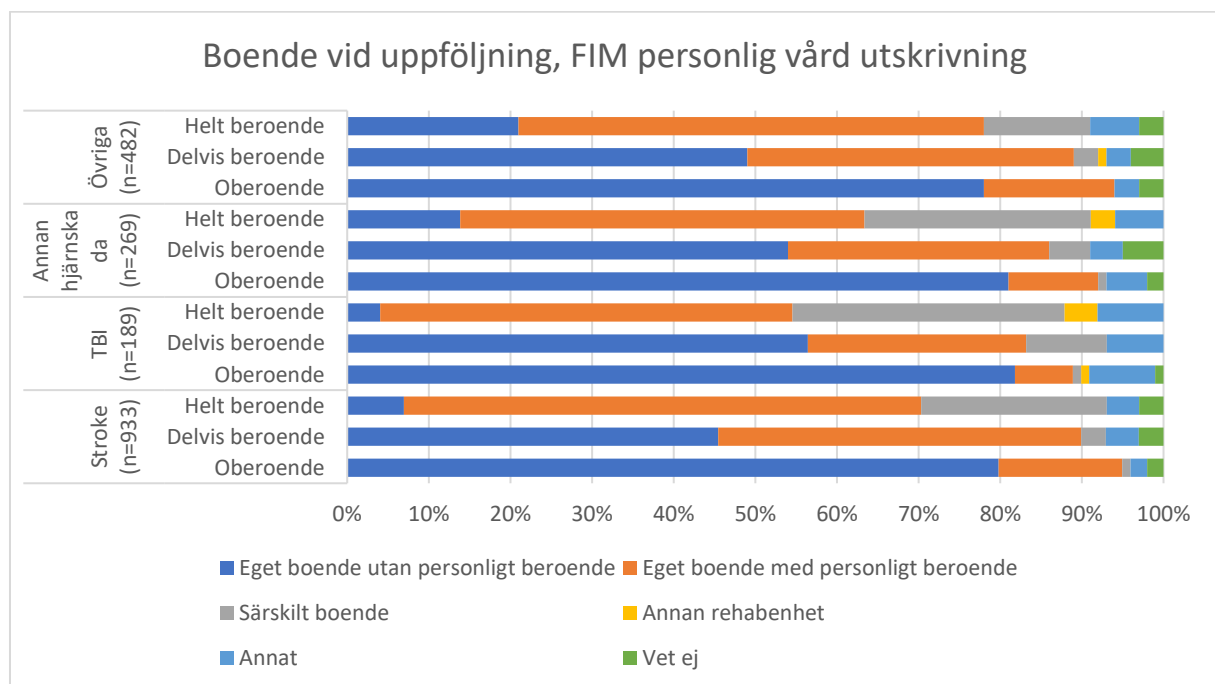
Figur 1 Andel patienter i fyra diagnoskategorier och förändringar i boende från utskrivning till uppföljning

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

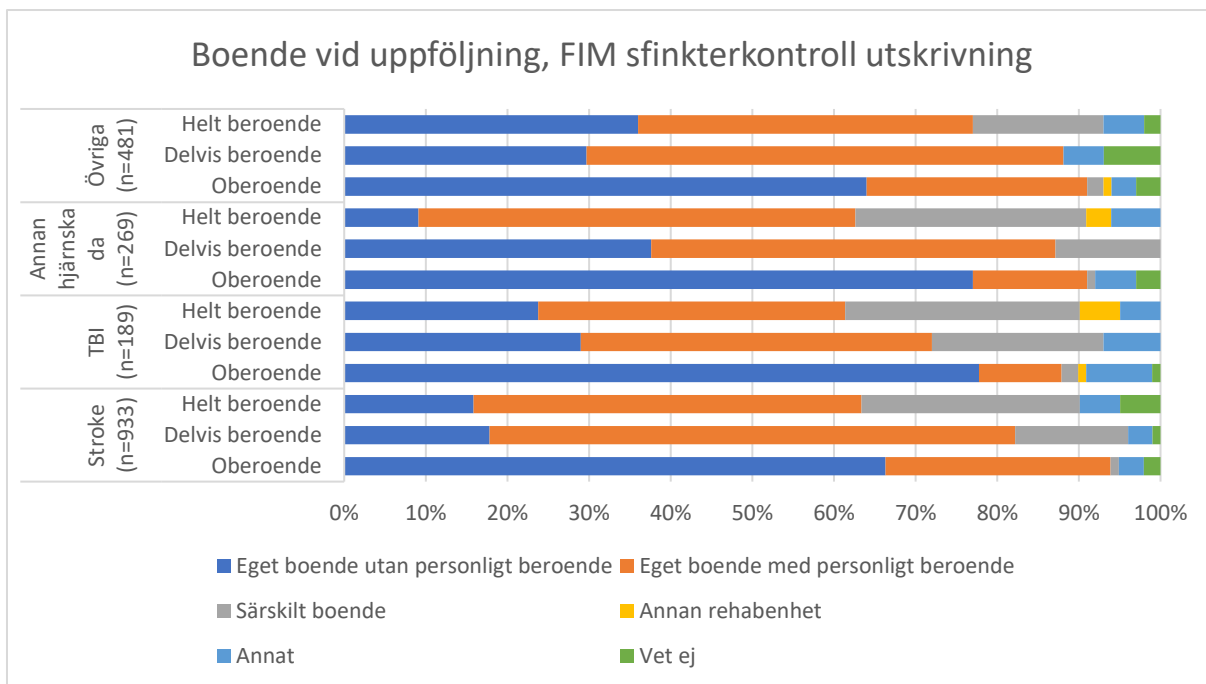
Figurerna nedan (figur 2-7) visar hur grad av beroende i olika delar av ADL vid utskrivningen relaterar till boende vid uppföljningen. ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga och 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg. ADL-förmågan redovisas 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.

Graden av oberoende vad gäller personlig vård och social/intellektuell funktion, har stor betydelse för om man har ett självständigt boende vid uppföljningen. 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.

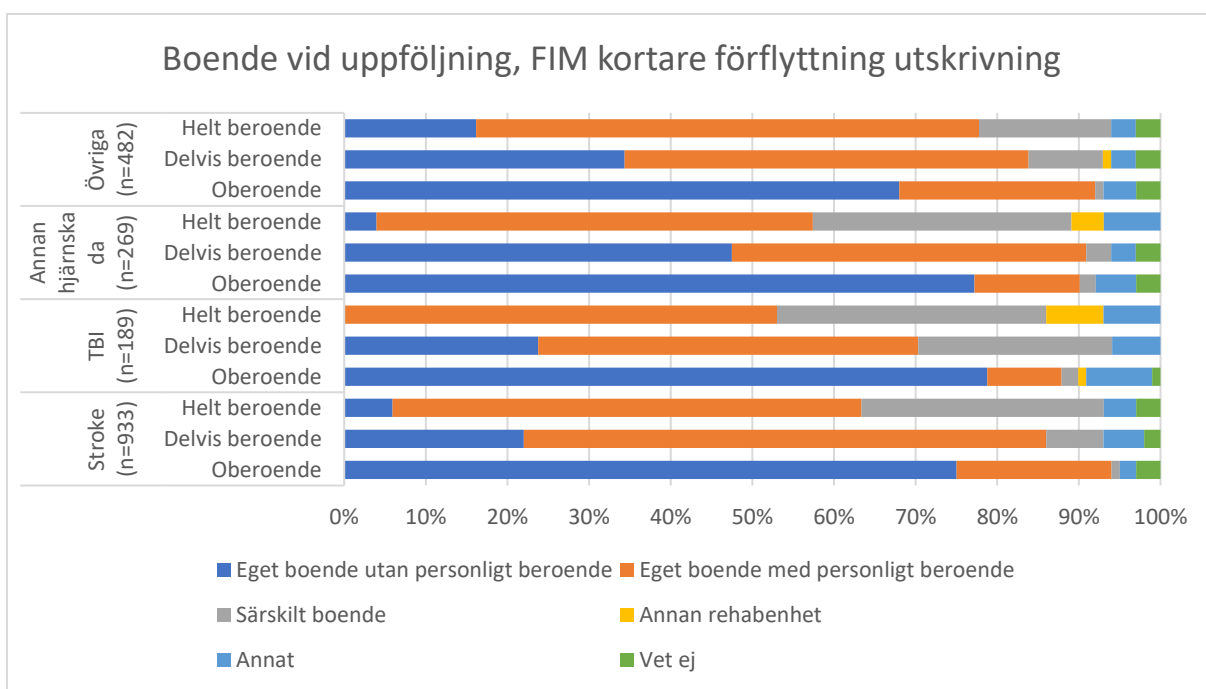
För grupperna stroke, TBI, annan hjärnskada ter sig personlig vård vid utskrivning vara än mer predicerande för boende vid uppföljning än för gruppen Övriga. I grupp Övriga hade en högre andel ett beroende i personlig vård redan före inskrivning. Även beroende avseende sfinkterkontroll verkar påverka utfallet mer för stroke, TBI och annan hjärnskada än för gruppen Övriga.



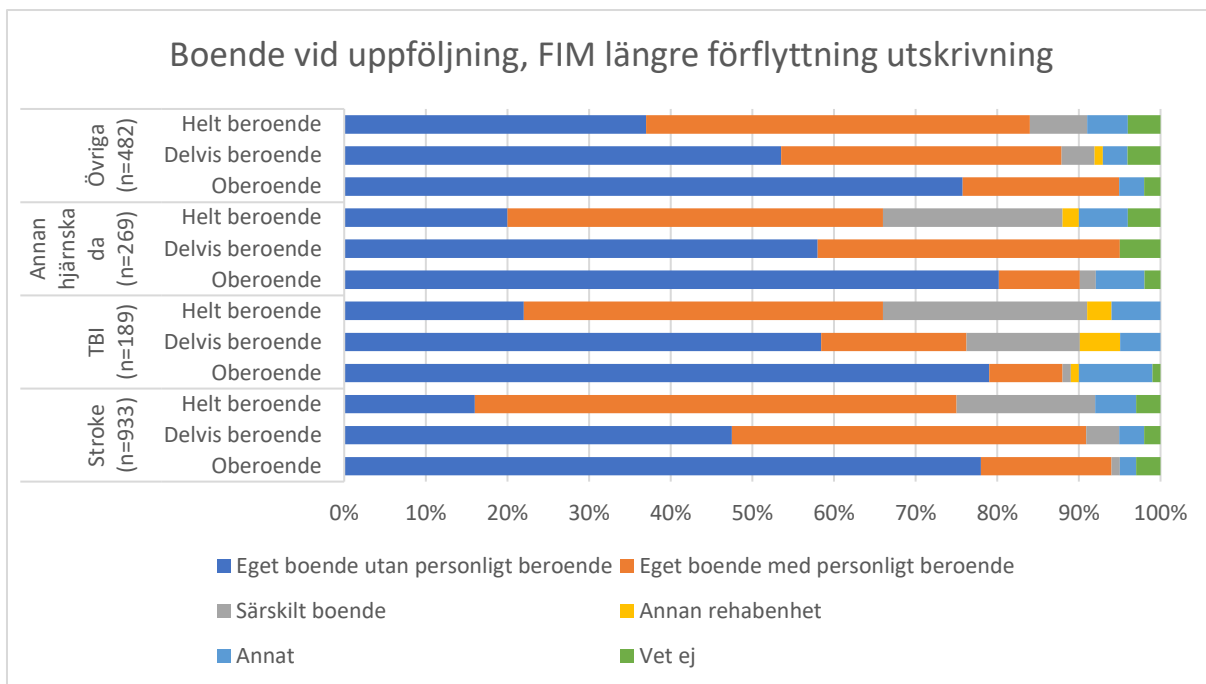
**Figur 2** Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



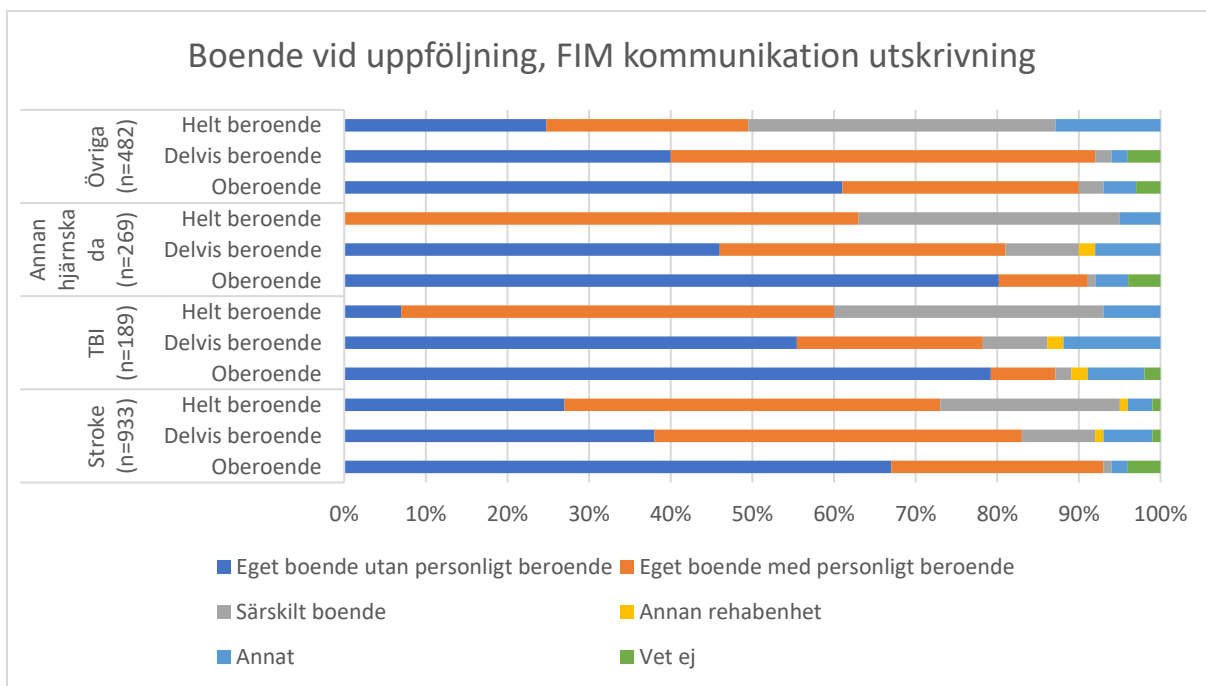
**Figur 3** Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



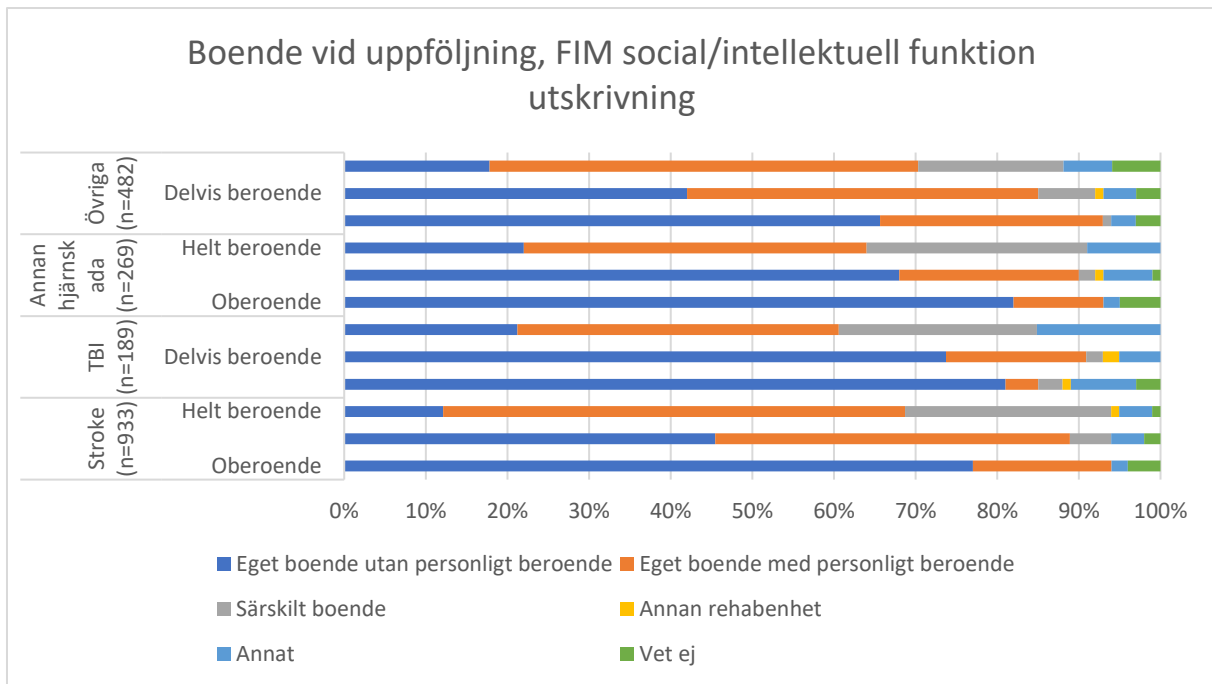
**Figur 4** Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



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

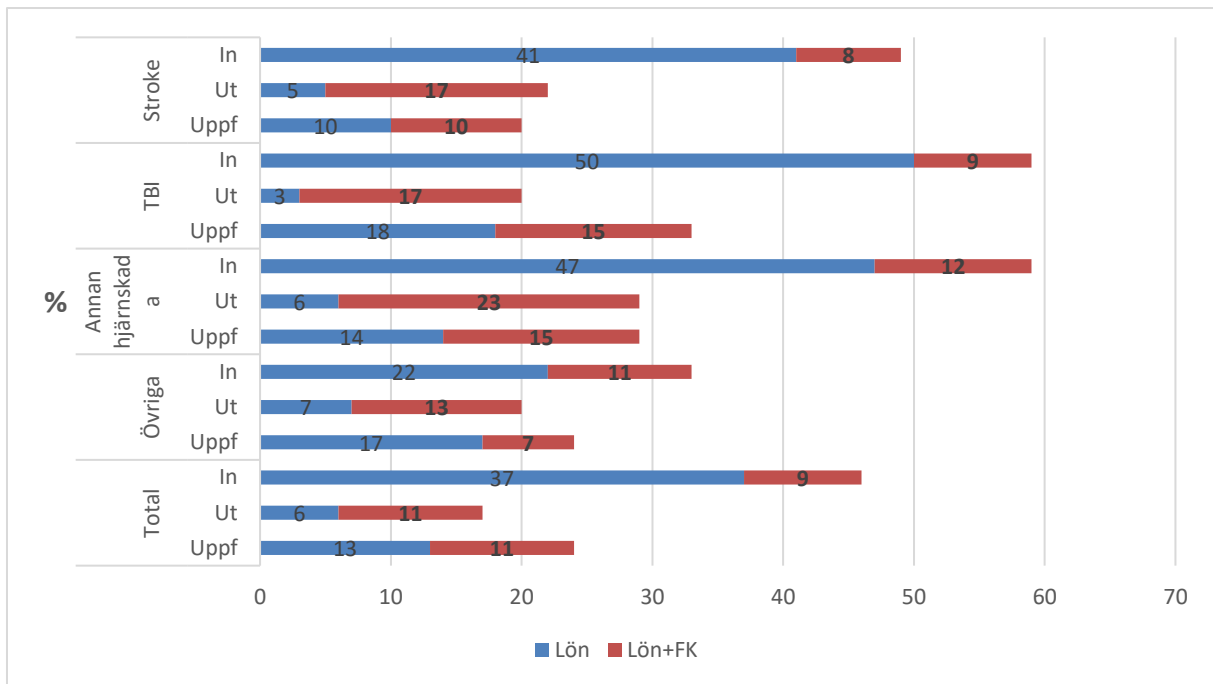
De flesta patienterna skrivs in i slutenvård från annan akut enhet och är därmed sjukskrivna, men i registreringen vid inskrivning ska försörjningsform innan insjuknandet anges. Det finns fortfarande risk att en del patienter är felregistrerade även om det också finns en viss del patienter som har en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

De som är äldre än 64 år utgör totalt 34% (n=747). I denna grupp ingår många med ålderspension.

Följande figur visar andel av patienter inom de olika diagnosgrupperna som har lön eller lön i kombination med ersättning från Försäkringskassan (FK). Alla åldrar ingår.

Vid inskrivning hade 46% (n=966) personer lön eller lön + ersättning från FK. Vid utskrivning har andelen minskat till 23% (n=464) och vid uppföljning har i stort sett ingen förändring skett, 24% (n=487) för gruppen som helhet.

Antalet med lön har dock ökat vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen och tyder på att fler återgår i arbete i högre grad vid uppföljningen. Antalet med lön+FK-ersättning minskar. Om kategorierna lön och lön+FK summeras är det totalt sett små förändringar vid uppföljning jämfört med vid utskrivning avseende de som lönearbetar i någon grad. Ersättning från Försäkringskassan har minskat vid uppföljning (34%) jämfört med utskrivning (40%). Detta kan till viss del bero på att äldre personer går i ålderspension eller att yngre erhåller studiebidrag.



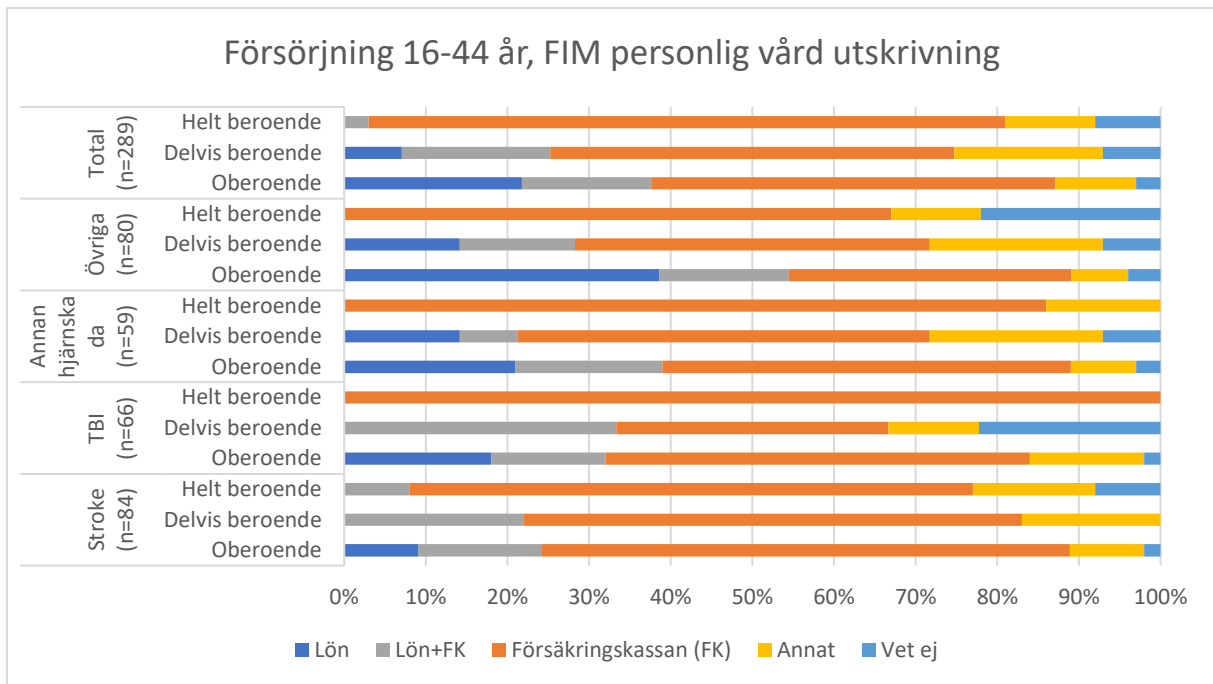
**Figur 8 Försörjning inom fyra diagnosgrupper vid tre mättillfällen.**

I följande figurer (figur 9-20) visas försörjningsform relaterat till oberoendegrad i olika delar av ADL (FIM) för de i åldersgrupperna i traditionellt definierad yrkesverksam ålder 16-44 år och 45-64 år.

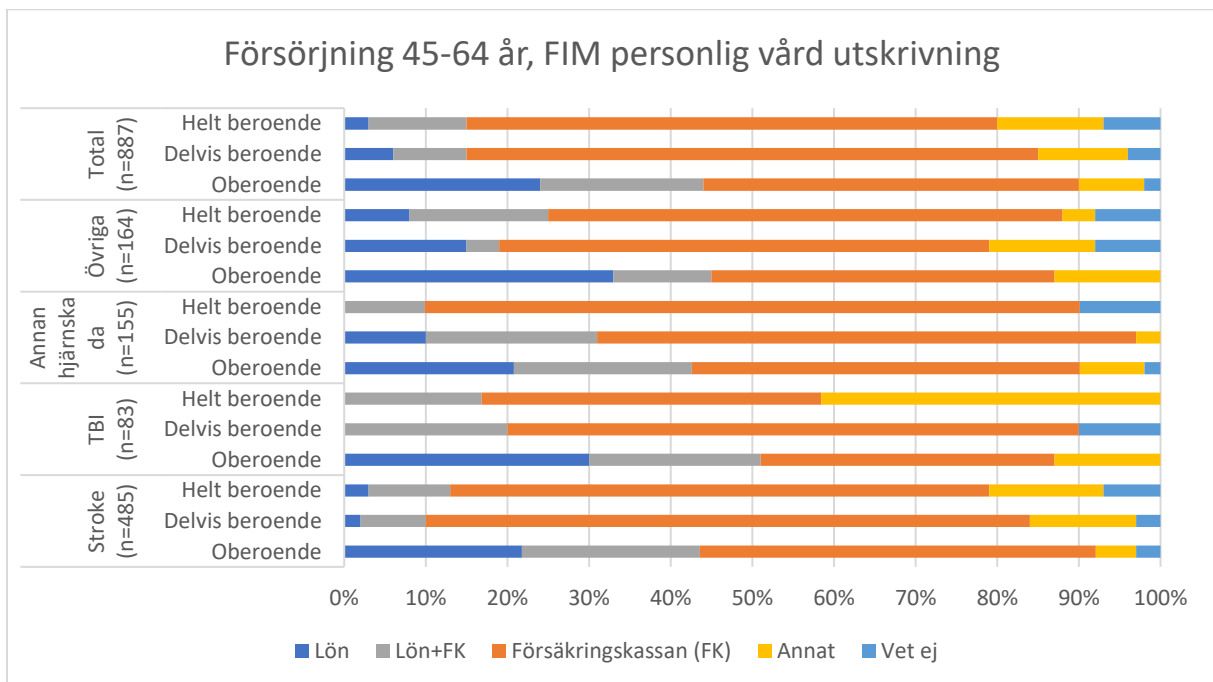
Arbetsåtergång vid uppföljning har starkt samverkan med beroendegrad vid utskrivning avseende samtliga ADL områden. Dock verkar beroende avseende längre förflyttningar inte påverka arbetsåtergång i lika stor omfattning som övriga ADL områden.

Försörjning vid uppföljning påverkas mycket av ADL-förmåga vid utskrivning i både den yngre och äldre gruppen men ett beroende vid utskrivning förefaller negativt påverka den yngre gruppen mer. Särskilt avseende beroende i sfinkterkontroll vid utskrivning verkar den yngre gruppen påverkas i högre utsträckning än den äldre gruppen. Även vad gäller personlig vård och kortare förflyttningar är det nästintill bara de oberoende som har lön eller kombination lön och ersättning från FK i den yngre åldersgruppen.

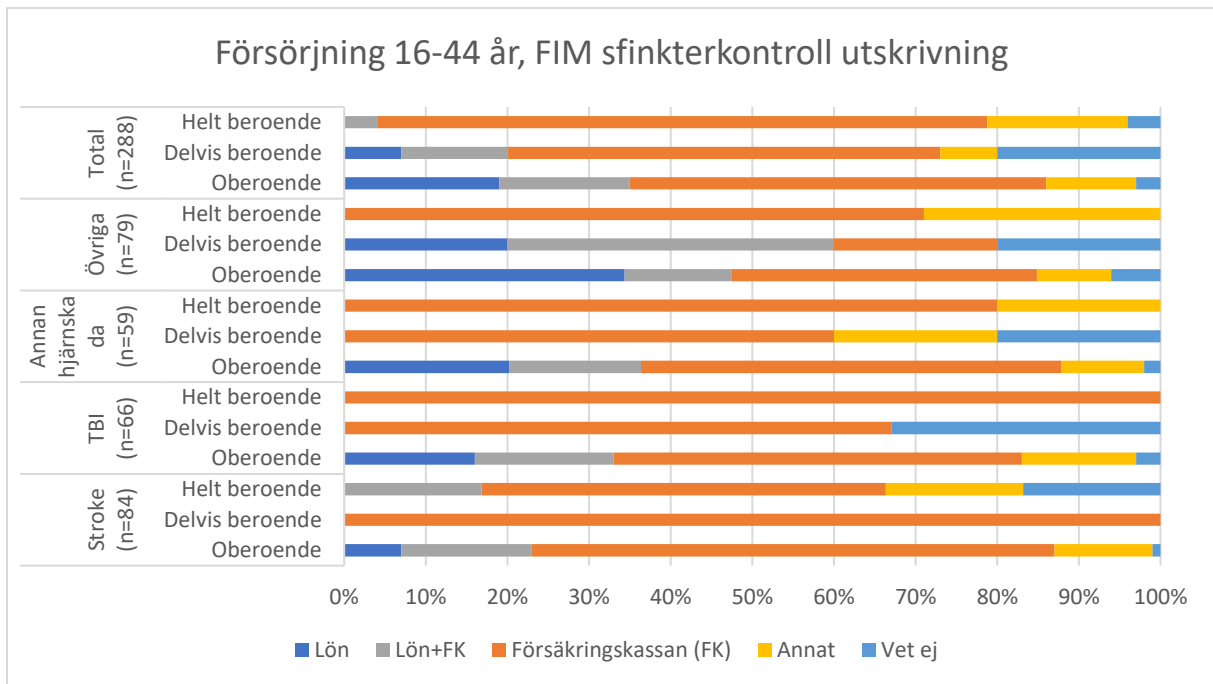
Trots ett fullständigt beroende i social och intellektuell funktion vid utskrivning lönearbetar en fjärdedel av dessa i den äldre gruppen TBI patienter i någon grad vid uppföljningen. Detta är en större andel än för någon annan patientgrupp, där intellektuellt/ socialt beroende ter sig nästan helt avgörande avseende predicering av arbetsåtergång.



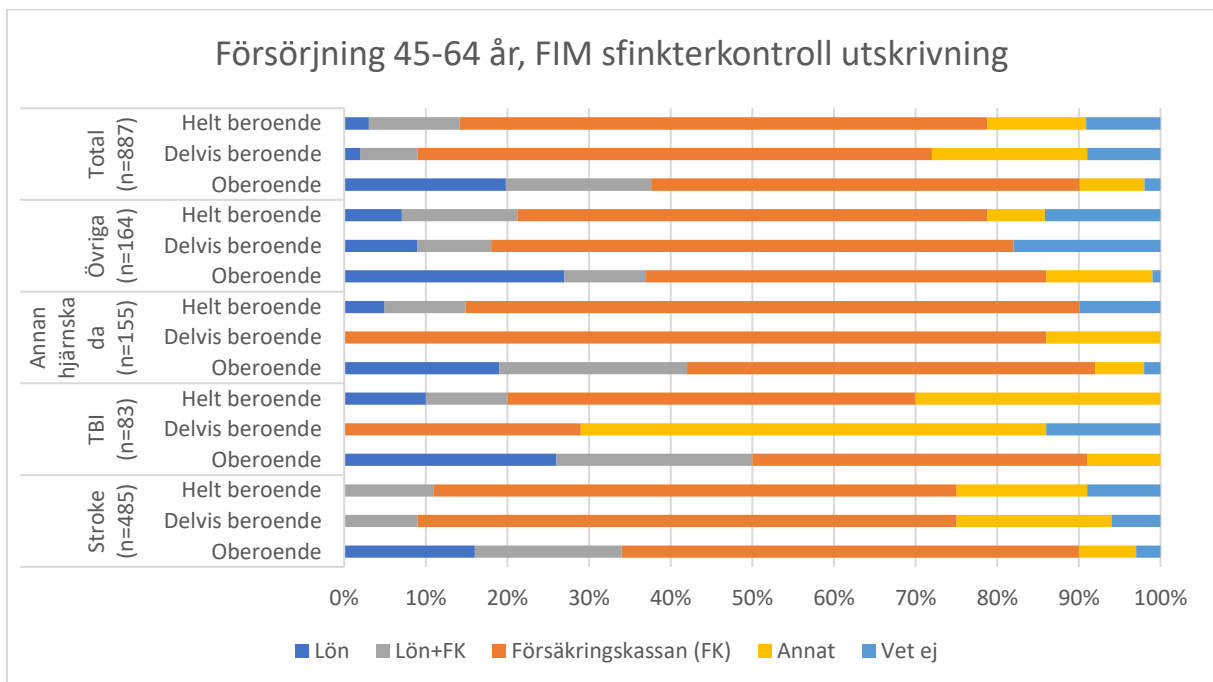
**Figur 9** Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



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

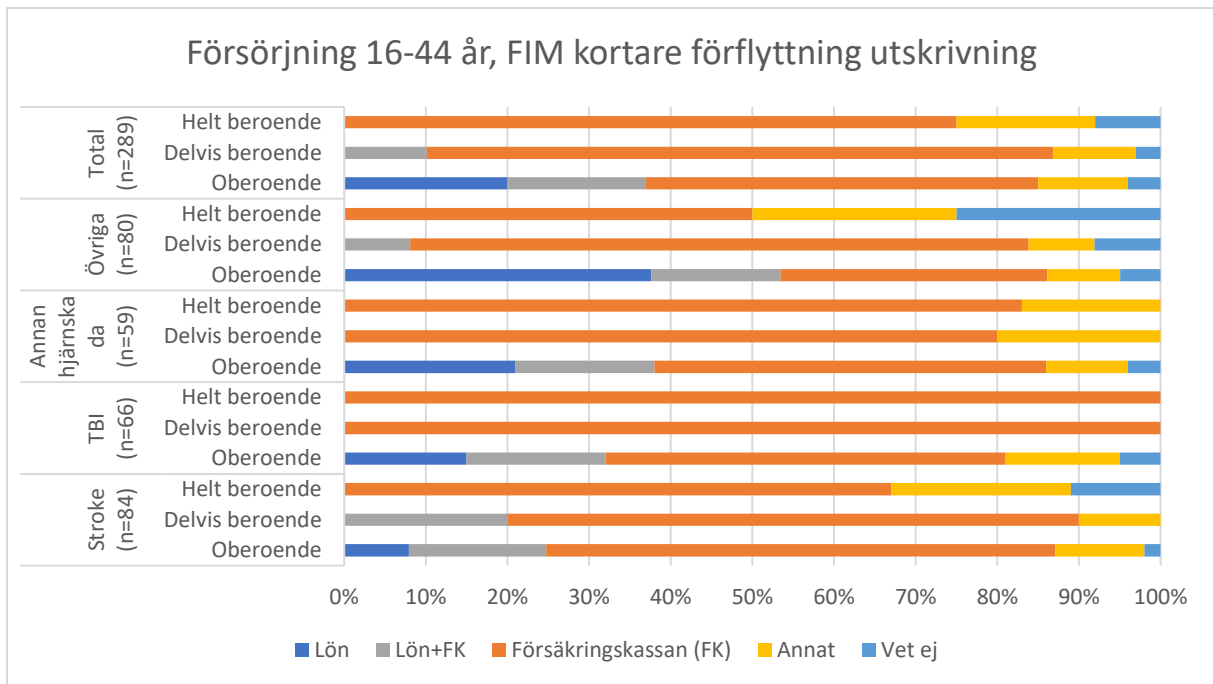


**Figur 11** Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.

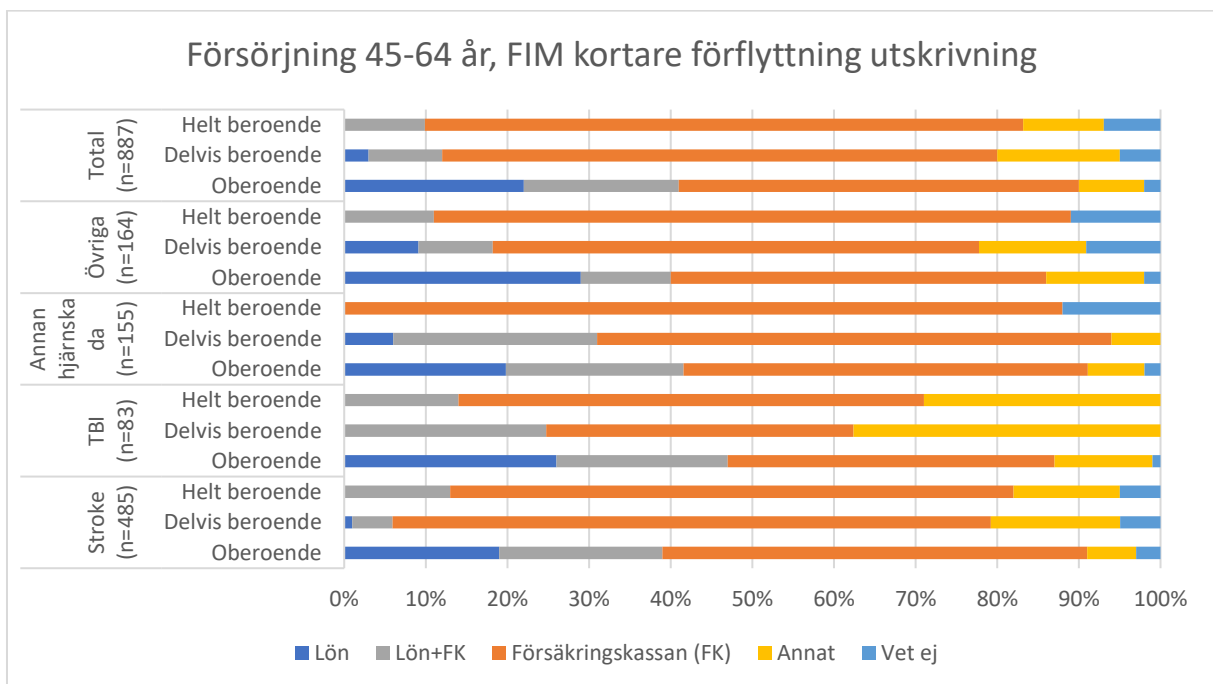


**Figur 12** Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.

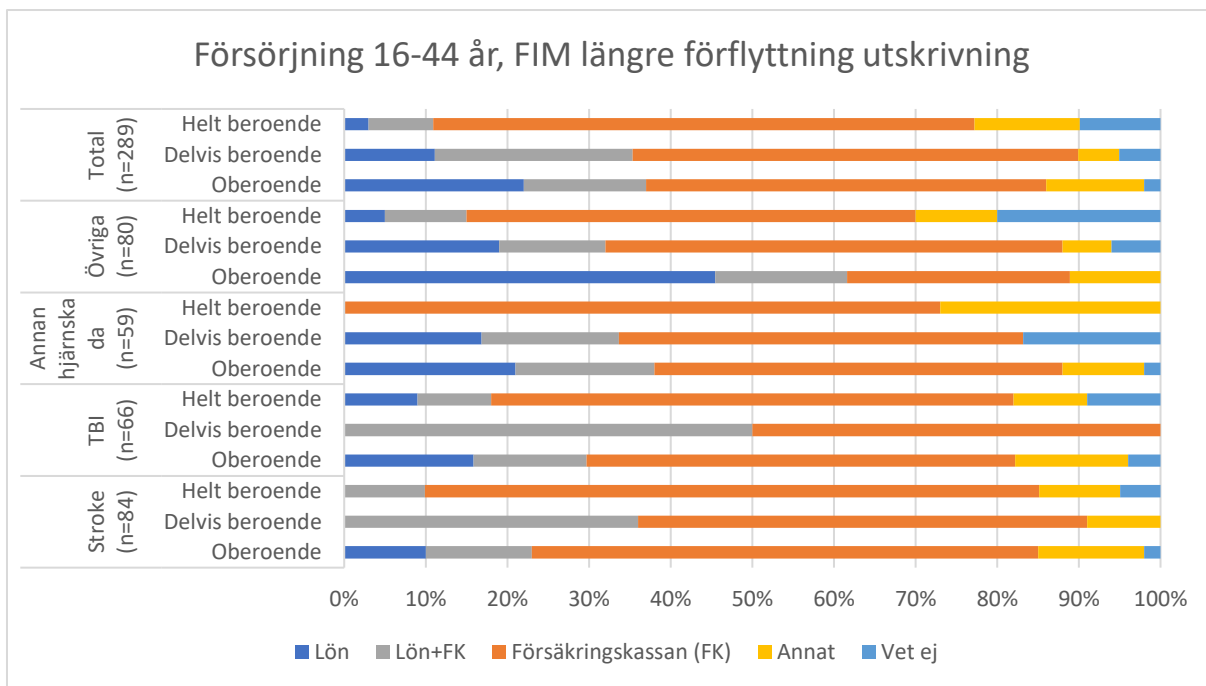




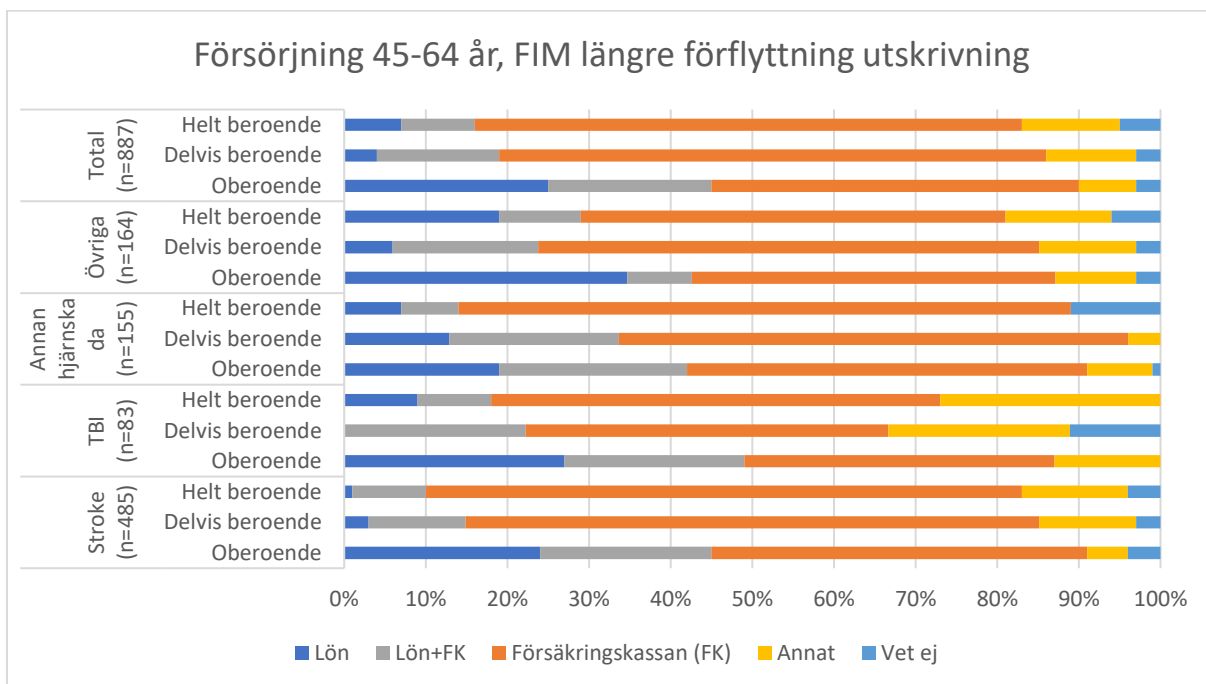
**Figur 13** Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



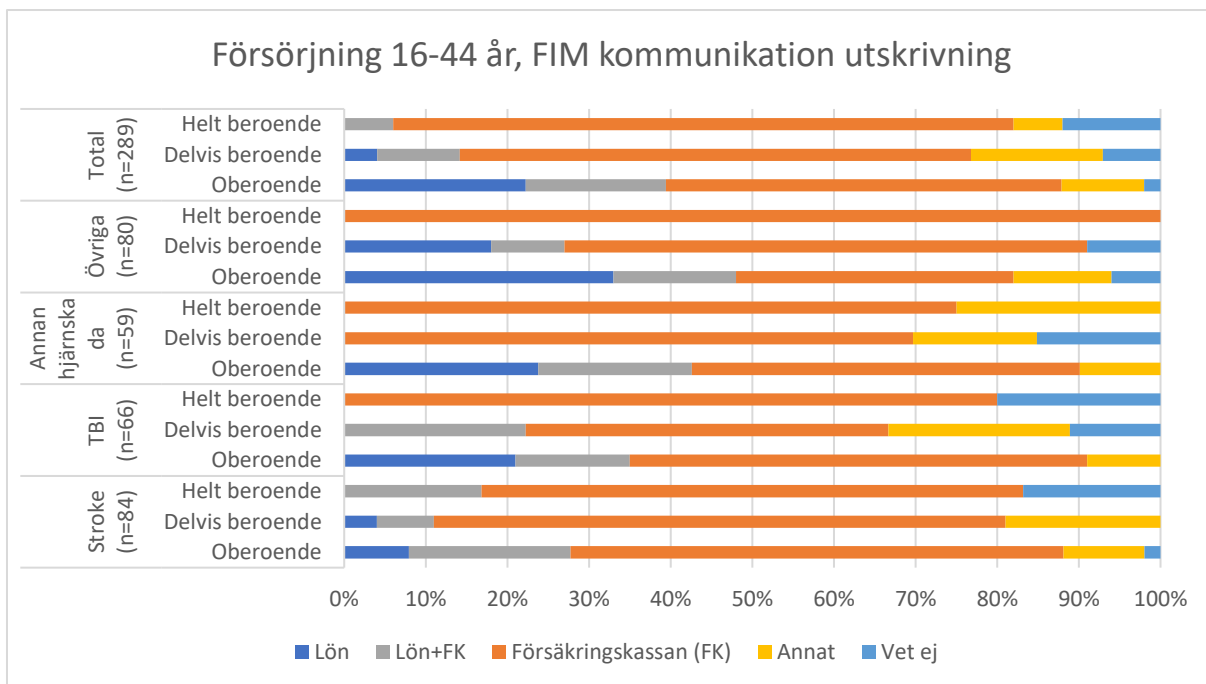
**Figur 14** Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



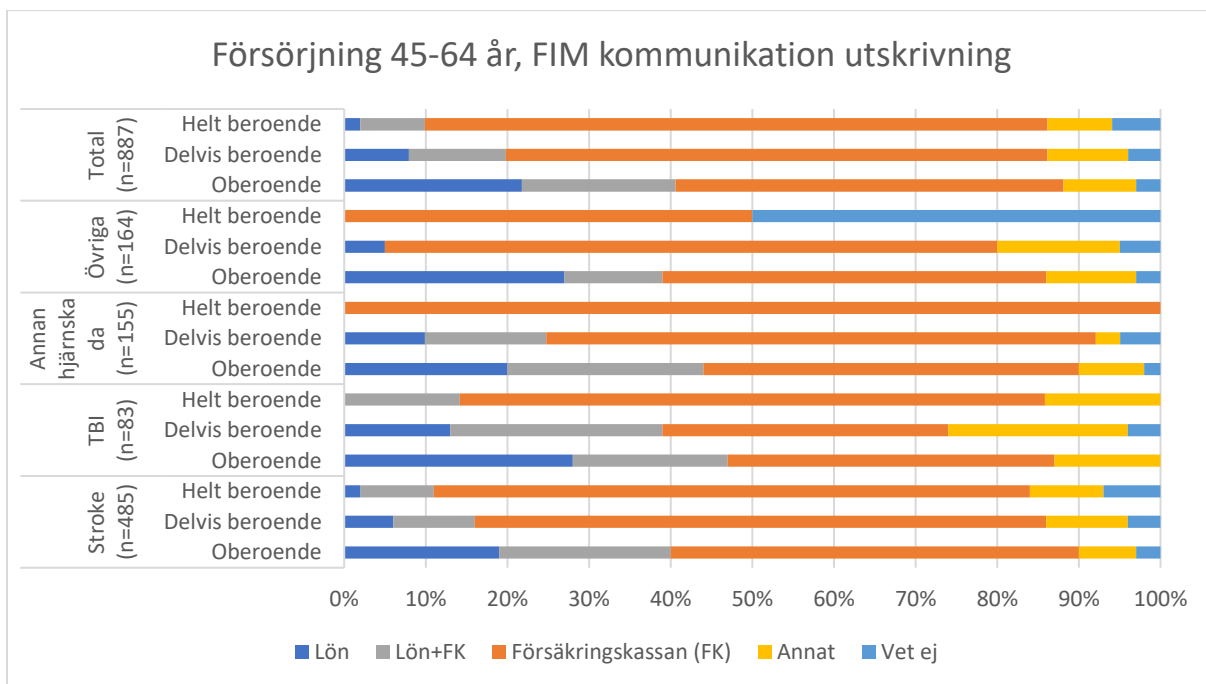
**Figur 15** Beroendegrad för område "Längre förflyttningar" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



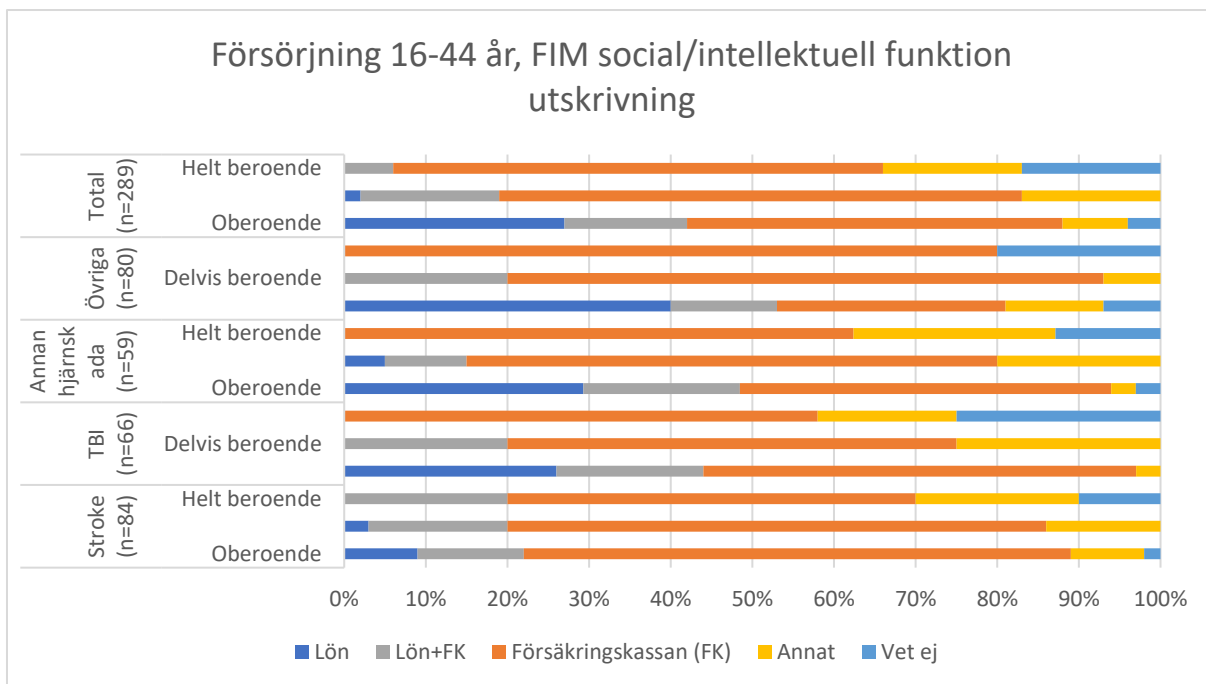
**Figur 16** Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



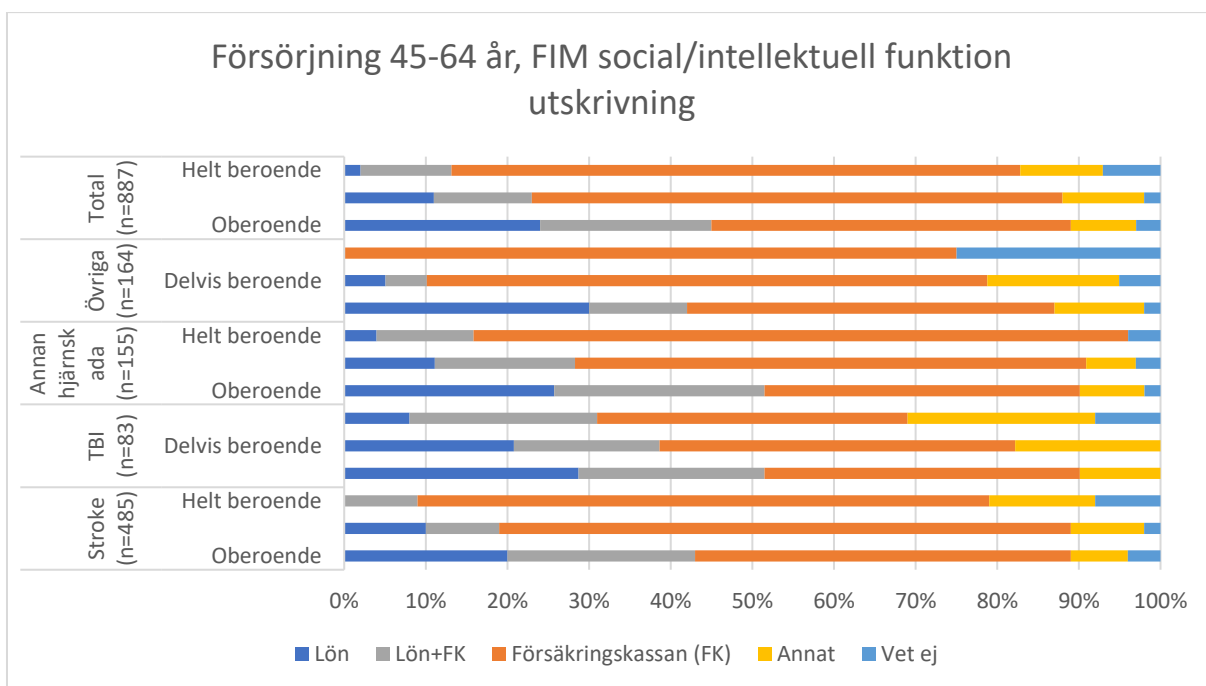
**Figur 17** Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



**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.

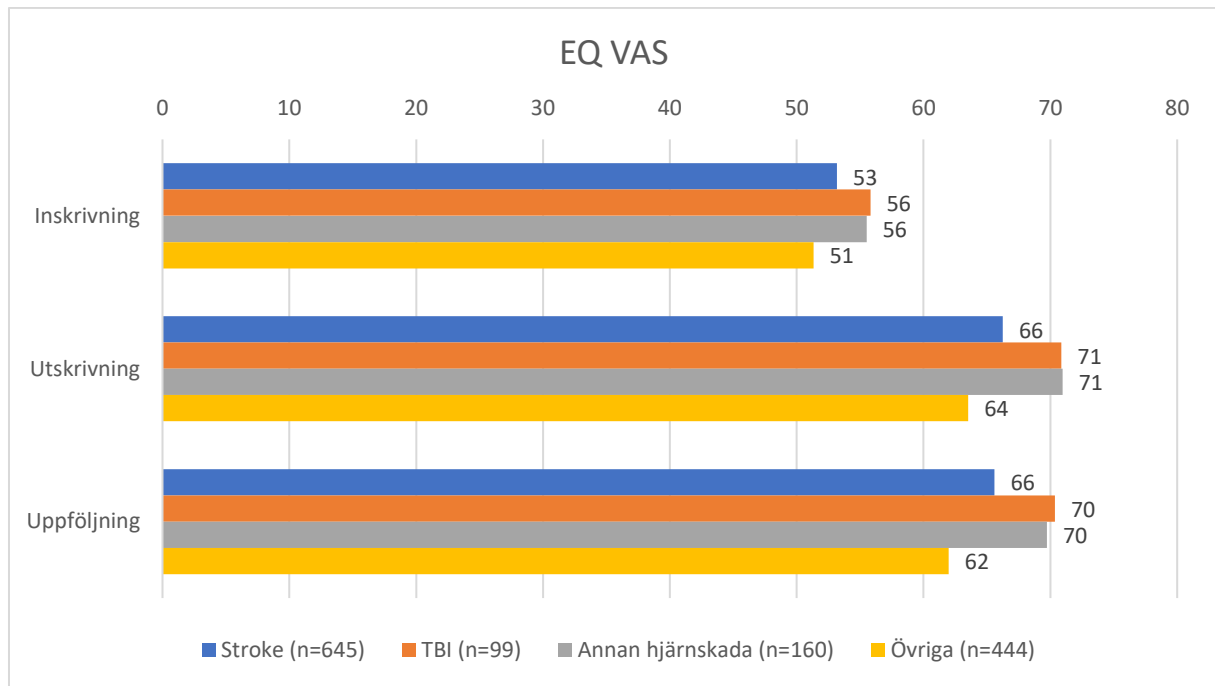


**Figur 20** Beroendegrad för område "Social/ Intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.

## 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.

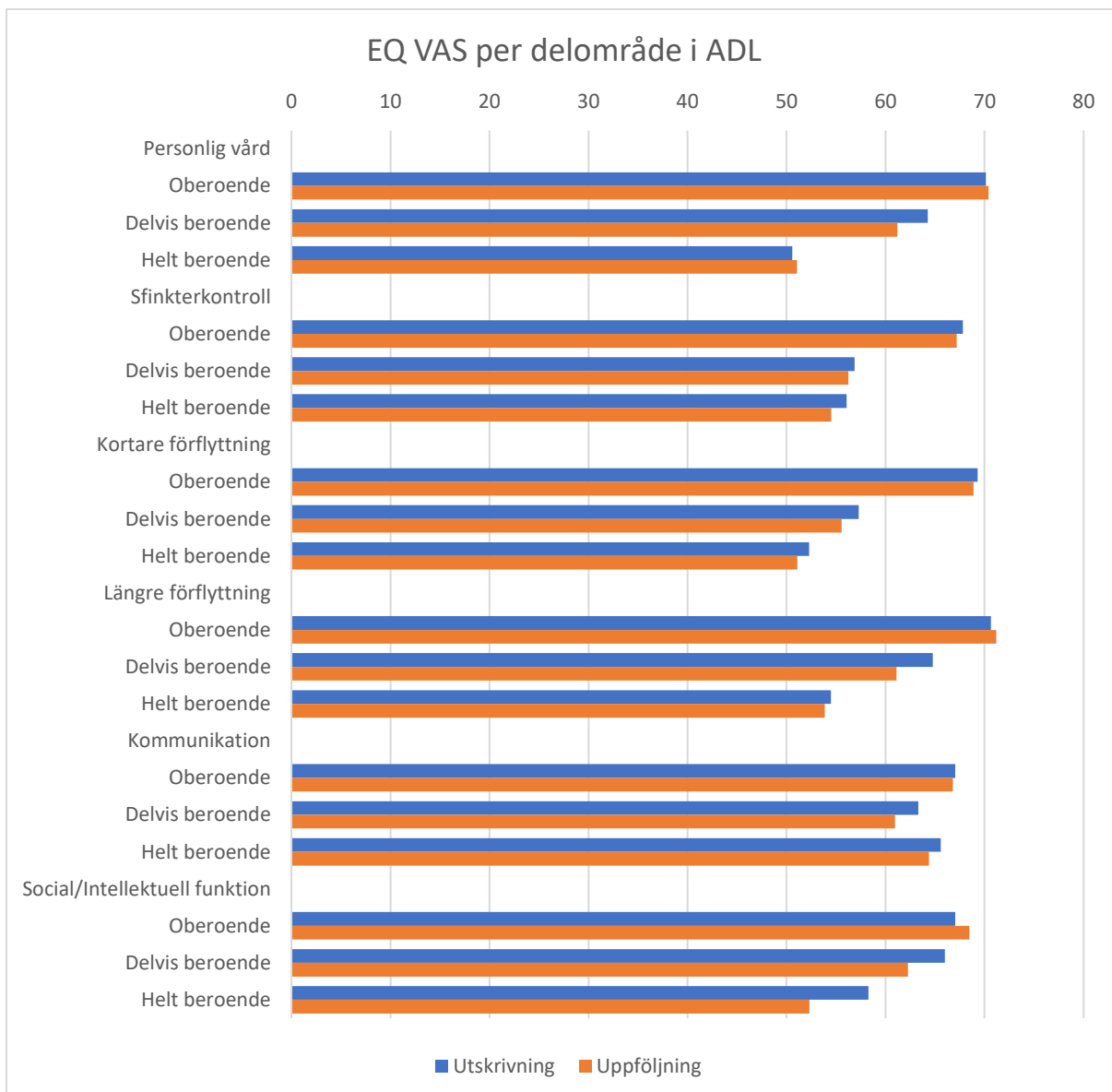
Värdet är högre vid utskrivning jämfört med vid inskrivning för alla fyra diagnosgrupperna. Man ser väsentligen oförändrad VAS vid uppföljningen för alla fyra diagnosgrupper.



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

I nedanstående figur speglas beroendegrad i ADL relaterat till EQ5D VAS. 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 beroende eller delvis beroende är det inga stora skillnader i EQ5D VAS mellan utskrivning och uppföljning men EQ5D VAS är dock generellt något lägre vid uppföljning jämfört med vid utskrivning utom för delområdet social/intellektuell funktion. Personer som är helt beroende inom social/ intellektuell funktion har lägre EQ5D VAS vid uppföljning jämfört med vid utskrivning. Detta kan bero på förbättrad kognitiv förmåga. Personer som däremot är helt oberoende inom social/ intellektuell funktion har högre EQ5D VAS vid uppföljning jämfört med vid utskrivning. Beroendegrad avseende kommunikation vid utskrivning förefaller inte påverka totalt hälsotillstånd i lika hög grad som övriga ADL områden vilket är något anmärkningsvärt.



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

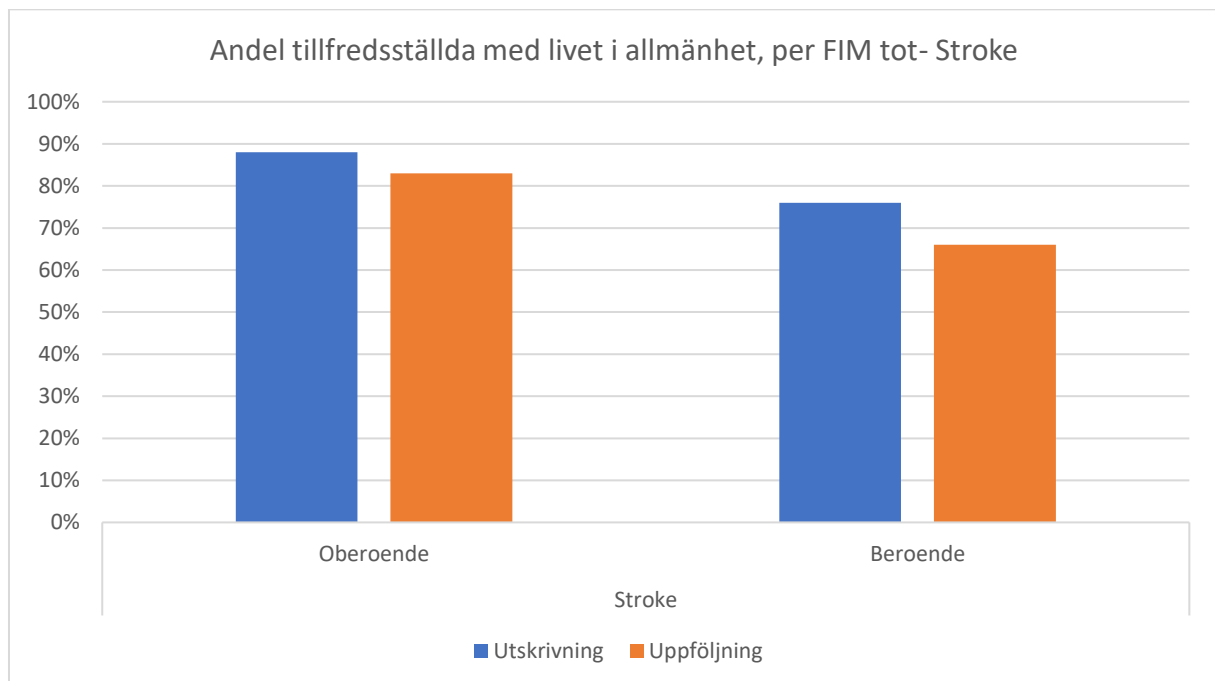
## Livstillfredsställelse

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".

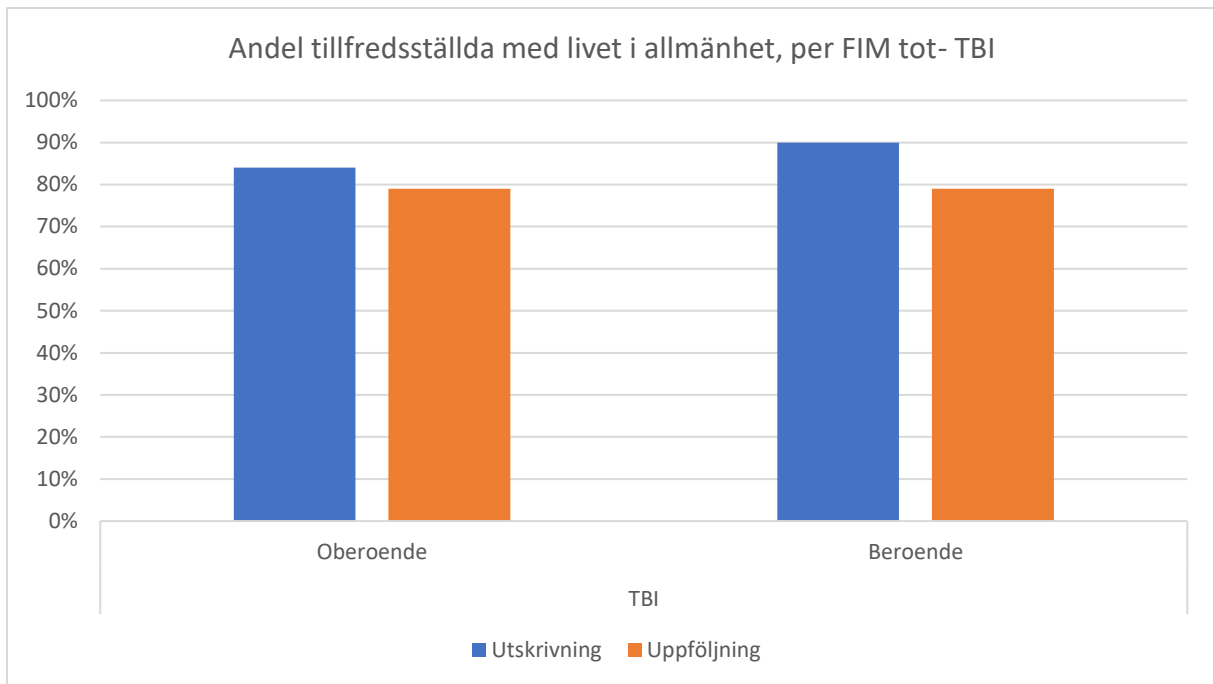
Vid uppföljningen är 70% (n=984) tillfreds med livet i allmänhet och 30% (n=422) icke tillfreds om man ser till hela gruppen. Det är ingen påtaglig skillnad mellan de olika diagnosgrupperna.

Följande figur 22-25, baserar sig på alla som det finns data för LiSat både från utskrivning och från uppföljning (n=852). Man kan notera att LiSat inte används lika ofta vid utskrivning som vid uppföljning.

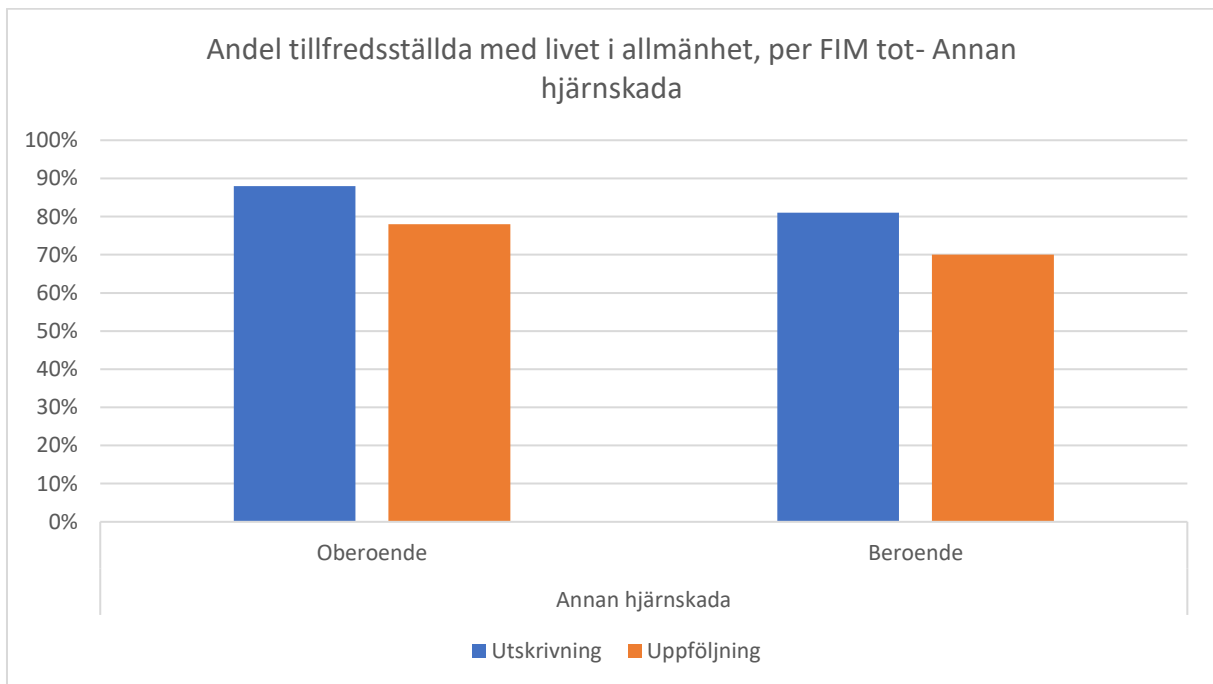
Vi ser att andelen tillfredsställda ofta sjunker vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen även om man är oberoende. Livstillfredsställelsen för patienter med stroke, TBI och annan hjärnskada som är beroende i ADL vid utskrivning sjunker mer än för de som är oberoende vid utskrivning vilket är värt att reflektera över.



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

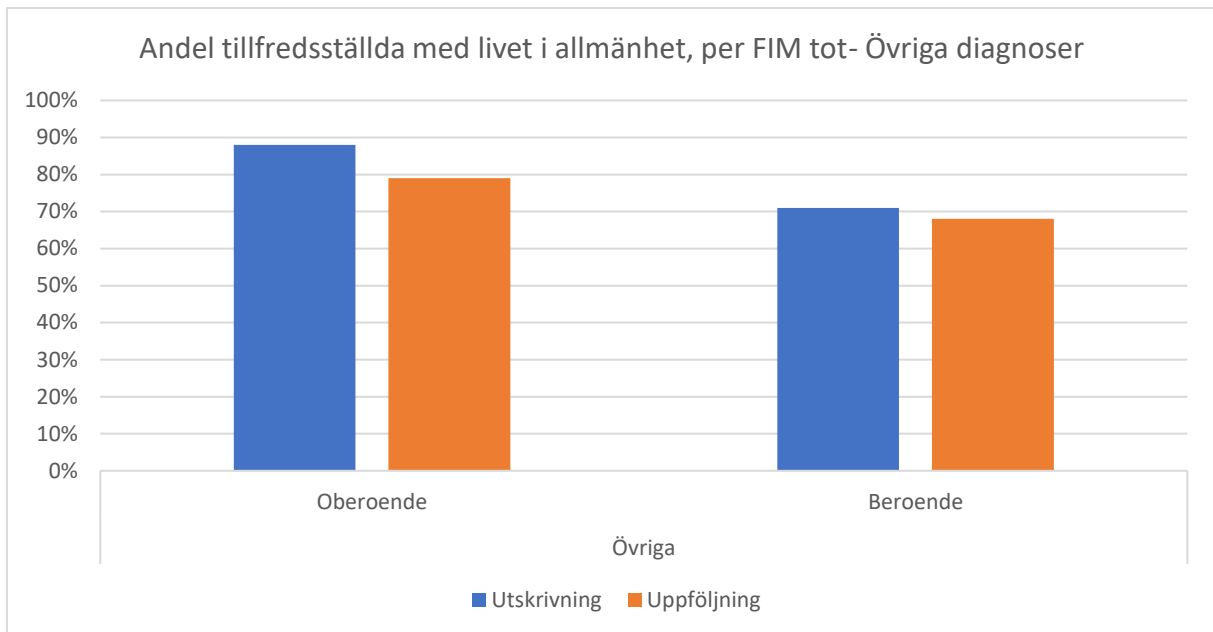


**Figur 24** Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp TBI.



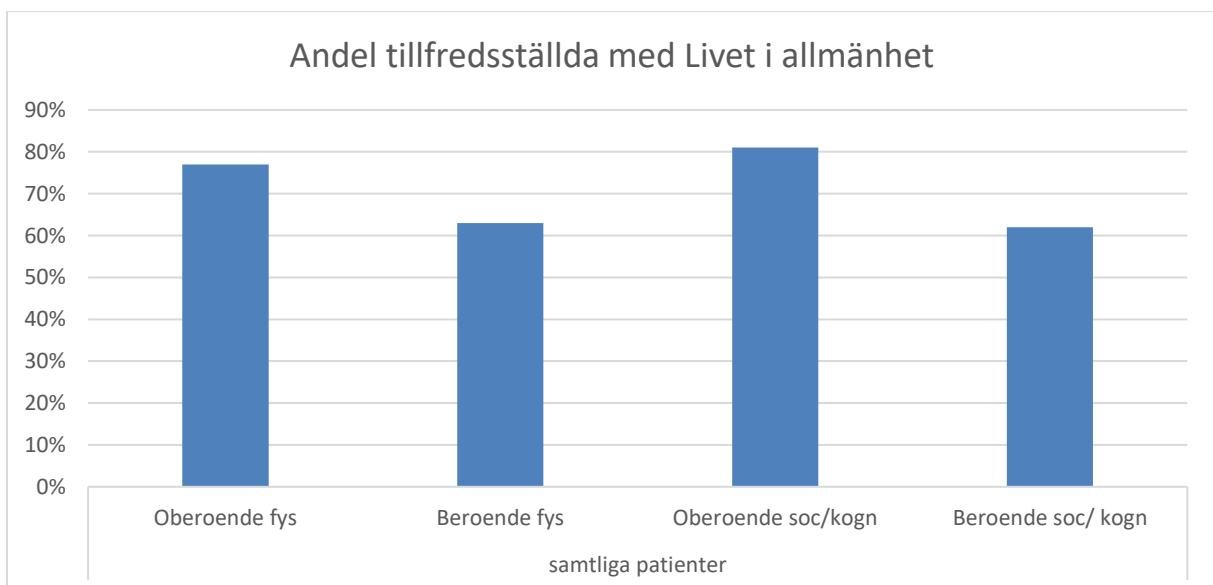
**Figur 25** Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp annan hjärnskada.





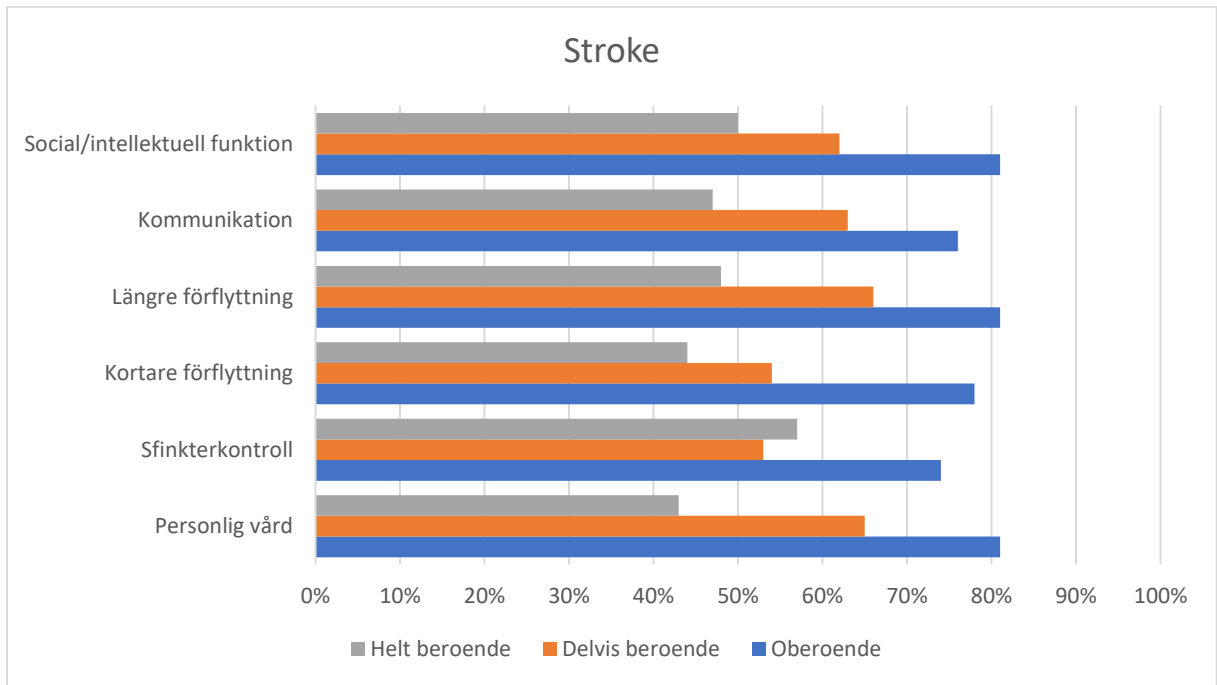
**Figur 26** Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp övriga diagnoser.

Sett till hela patientgruppen (figur 27) ser man att 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 sociala/kognitiva 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%.

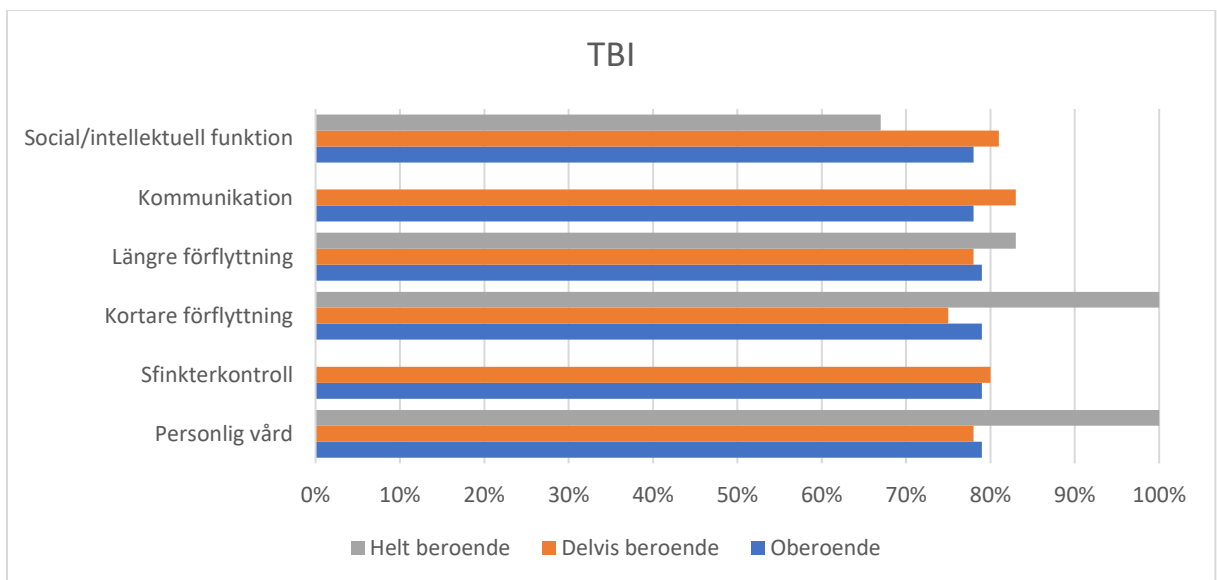


**Figur 27** Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i fysiska respektive sociala/ kognitiva items i ADL vid utskrivning, för samtliga uppföljda patienter

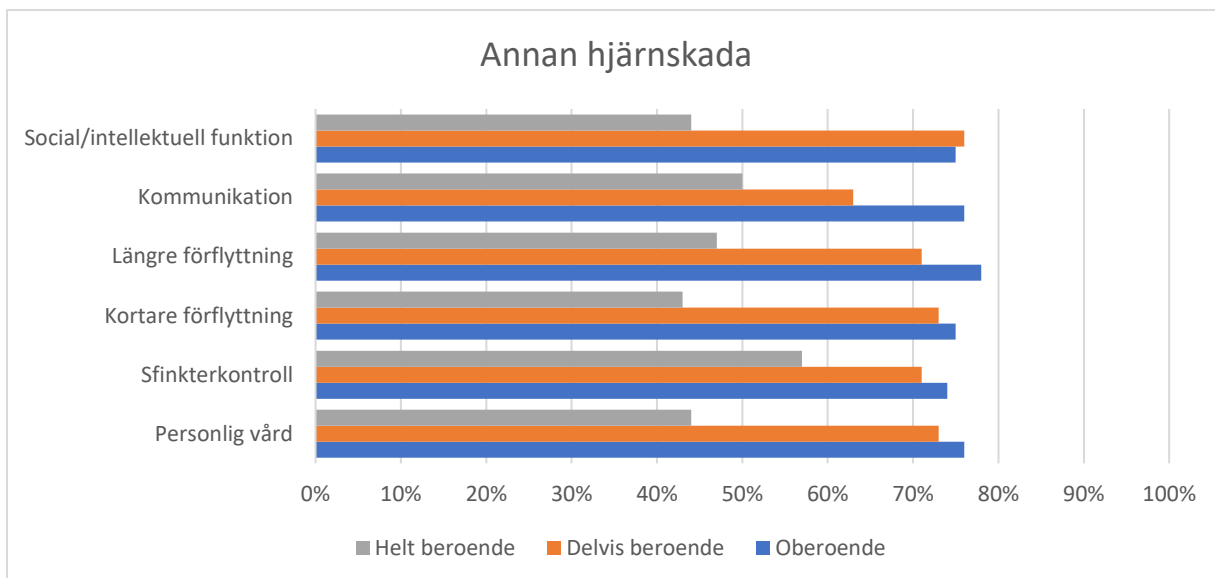
Det är inga stora skillnader mellan olika delområden i ADL och inte heller mellan olika patientgrupper i denna rapport. (figur 27-30) Däremot är det tydligt att grad av beroende och oberoende relaterar till hur tillfredsställd man är med livet i allmänhet. För grupperna stroke och annan hjärnskada är skillnaderna mellan beroende och oberoende som störst. Grad av social och intellektuell funktion förefaller särskilt viktigt av ADL områdena för TBI patienter.



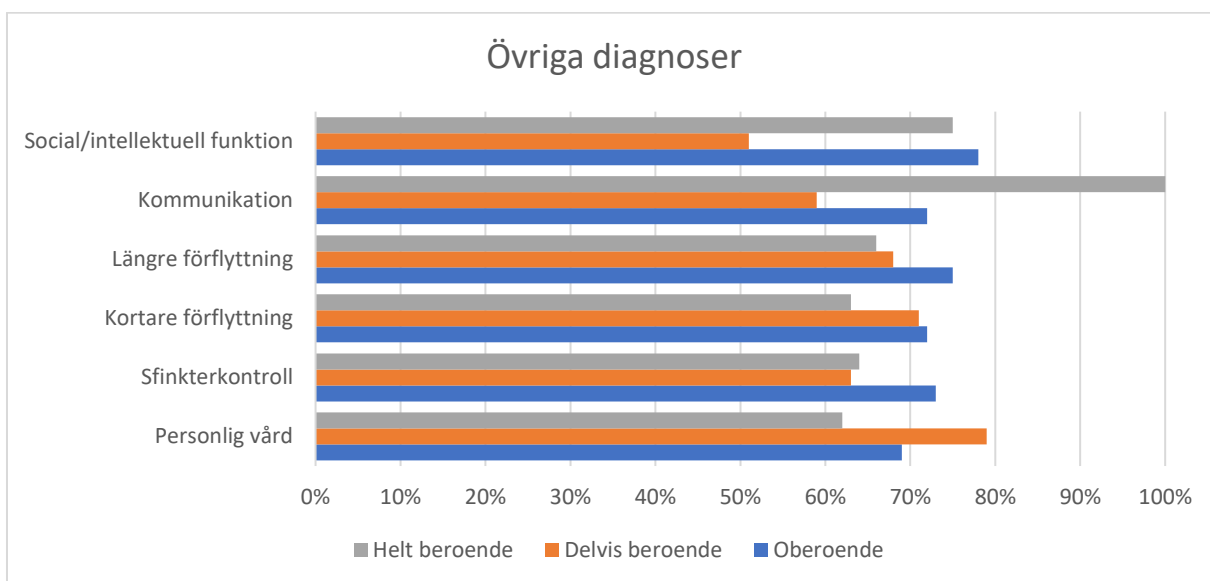
**Figur 28** Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp stroke.



**Figur 29** Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp TBI.



**Figur 30** Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp annan hjärnskada.

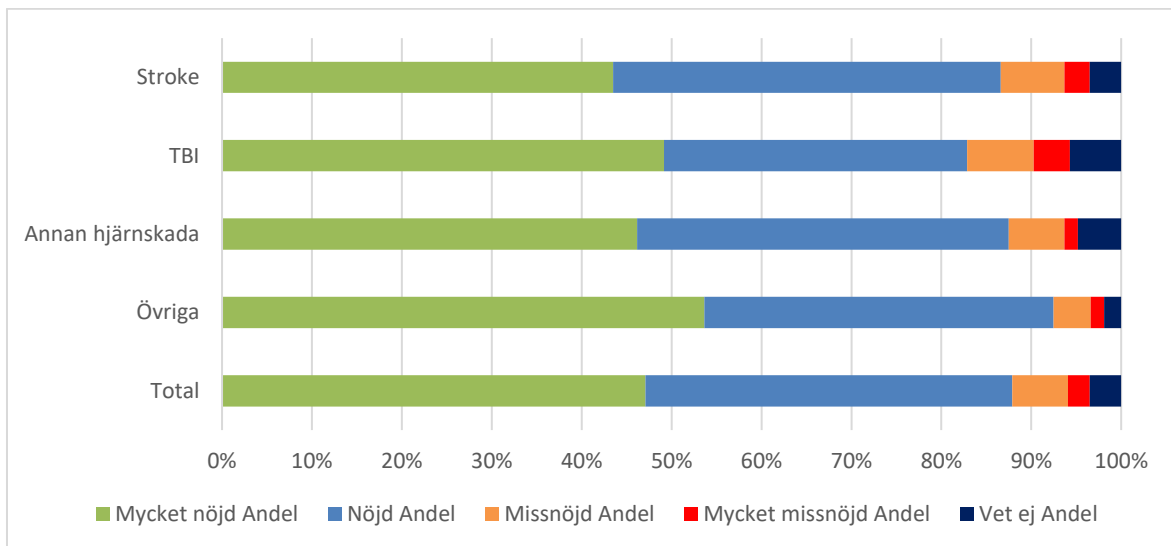


**Figur 31** Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp Övriga.

## Nöjdhet med rehabilitering

Vid uppföljning uppger knappt hälften av det totala antalet patienter att de är mycket nöjda med sin rehabilitering. Det finns en mindre andel (8%) som uppger sig vara missnöjda eller mycket missnöjda med sin rehabilitering. Störst andel missnöjda/ mycket missnöjda är patienterna med stroke (10%) och TBI (11%). Högst andel mycket nöjda har gruppen Övriga diagnoser (54%)

Trots att WebRehab gjort en ansats att styra upp frågan "Nöjdhet med rehabilitering" för att gälla de rehabinsatser som skett efter utskrivning så kvarstår osäkerhet kring hur respondenterna tolkar frågan. Nöjdhet med rehab kan spegla hur individen fått rehabilitering på olika vårdnivåer, tagit till sig och uppfattat utfall, information om prognos, bemötande, insatser, återgång i vardagliga aktiviteter och arbetsliv med mera. Sannolikt tolkar flera patienter nöjdhet med rehabilitering utifrån den totala rehabiliteringen och dess utfall. Varje klinik bör titta på sina resultat och fundera på hur samverkan sker med andra aktörer i vårdkedjan för att skapa bästa möjliga förutsättningar för fortsatt rehabilitering för våra patienter efter utskrivning.



Figur 32 Andel (%) tillfredsställda med rehabilitering, skattat vid uppföljning, för olika patientgrupper.

## Sammanfattning

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

Vi har i denna rapport valt att titta på ett-årsuppföljningen av patienter som följts upp under tre år – 2016, 2017 och 2018 och jämfört data från utskrivningen med hur det ser ut vid uppföljningen. Vi har valt att titta på fyra diagnosgrupper; Stroke, Traumatisk hjärnskada (TBI), Annan hjärnskada och Övriga diagnoser (exklusive ryggmärgsskada). För ryggmärgsskada hänvisar vi till särskild årsrapport.

Boende- Glädjande nog ökar andelen med självständigt boende vid uppföljningen jämfört med vid utskrivning. Vid utskrivningen hade hälften av patienterna ett självständigt boende och det ökar till uppföljningen då andelen är två tredjedelar. Boende med hjälp minskade från vid utskrivningen (34 %) till uppföljning (28%). Alla åldrar är 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 särskilt viktigt att klara kortare förflyttningar utan hjälp.

Försörjning – I ett 1-årsperspektiv ser det mer dystert ut avseende försörjning för våra patienter. För de flesta är det svårt att komma ut i lönearbete. Viss ökning av andel som har förvärvsarbete i någon grad ses vid uppföljning (24%) jämfört med vid utskrivning (17%). Möjligheten till lönearbete påverkas mycket av ADL-förmåga särskilt i den yngre gruppen. Vad gäller personlig vård, sfinkterkontroll och kortare förflyttningar är det nästintill bara de som vid utskrivning varit oberoende som vid uppföljningen har lön eller kombination lön och ersättning från FK i den yngre åldersgruppen.

EQ5D VAS – skattningen av egna hälsotillståndet är relativt oförändrat vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen men klart högre än vid inskrivningen. Medelvärdena ligger vid uppföljningen mellan 62-70 i en skala från 0-100 (där 100 är bästa tänkbara tillstånd.). Patientgrupp TBI ligger högst och gruppen övriga diagnoser ligger lägst

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 denna sänkning. 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 sfinkterkontroll och hitta hjälpmedel och lösningar i miljön för att så långt möjligt åstadkomma oberoende. En särskild utmaning blir också 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.

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 således vara ganska tillfreds med livet med funktionsnedsättningar av olika typ men grad av oberoende har generellt stor betydelse för nivån av livstillfredsställelse.