

Innehåll

Introduktion	2
Allmän information	4
Syfte.....	4
Om rehabilitering	5
Inklusionskriterier.....	6
Omfattning	6
Organisation	6
Registerhållare och styrgrupp	8
Ekonomi.....	9
Tillstånd	9
Certifiering.....	9
Målnivåer.....	10
Slutenvård	13
Öppenvård.....	64
Uppföljning.....	98
Ryggmärgsskadedel.....	124
Primärrehabilitering slutenvård, fas 1 och 2.....	125
Primärrehabilitering slutenvård, fas 2 och vidare.....	138
Öppenvårdsrehabilitering	149
Sekundärrehabilitering.....	158
Ryggmärgsskadeuppföljningar	167

Introduktion

Rehabiliteringsinsatserna strävar efter att få personen så delaktig i olika livssituationer som möjligt (och i samhället) och att känna livstillfredsställelse. För att detta ska lyckas krävs att personen och närstående har förmåga till nyorientering, vilket ofta kräver stöd från professionen under en tid (kortare eller längre). Innehållet i rehabiliteringen utformas utifrån personens diagnos, funktion och livssituation. I Sverige med en skattefinansierad vård. Där alla ska få god vård utifrån sina behov, är det dock skillnader inom landet. Skillnaderna handlar framförallt om tillgång till platser såväl inom slutenvård som öppenvård men också vilket uppdrag som har givits. Alla landsting/regioner utom Sörmland har tillgång till specialiserad rehabilitering och flera landsting/regioner har även avtal med externa leverantörer. Vilka som fått ta del av rehabilitering, innehåll och resultat inom olika delar av rehabiliteringskedjan belyses i del olika delarna av årsrapporten från WebRehab. Årsrapporterna är uppdelade i fyra delar: en för slutenvård en för öppenvård och uppföljning där alla patientgrupper ingår sam en specialrapport kring ryggmärgsskador. De deltagande enheterna är uppdelade i tre grupper utifrån patientdemografi (Grupp 1 innehåller enheter där stort inslag av geriatrik och subakut rehabilitering ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av subakut rehabilitering. Grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av subakut rehabilitering. Detta gör det lättare för de deltagande enheterna att jämföra sig med liknande.

Under året har data från WebRehab använts av Socialstyrelsen i det pågående indikator-arbetet kring stroke (de nya nationella riktlinjer för stroke-vård lanserades våren 2018). Resultaten av implementering av riktlinjerna mäts med indikatorer som hämtas framförallt från kvalitetsregistret Riks-stroke men även från WebRehab. WebRehab används även i det pågående arbetet kring nationell högspecialiserad vård för ryggmärgsskadade patienter.

Vi ser en fortsatt ökning av registreringar och närmare oss 3000. Täckningsgraden är mycket god, medianvärdet förvar 98%, medelvärdet 87%. Tiden från remissens utfärdande och intag är relativt kort; median 4 dagar i grupp 1 och 8 dagar i grupp 3. Det är i princip oförändrat från föregående år. Det var inga signifikanta skillnader mellan könen eller olika åldersgrupper. Medelvårdtiden fortsätter att minska, i år var den 33 dagar vilket är att jämföra med 36 dagar 2013. 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).

Målnivåerna som är sattas redovisas på sjukhusnivå med grönt, gult och rött. Fortfarande är det flera enheter som lyser röda vilket är bekymmersamt. Förändringar i ADL förmågan med shift-analys, en metod som visuellt gör det enkelt att se hur andelen fullständigt beroende, delvis beroende och oberoende varierar (skiftar) mellan inskrivning och utskrivning. Proportionerna mellan in- och utskrivning visar på en signifikant förbättring av ADL förmågan i princip alla fall.

Syftet med kvalitetsregister är att tillhandahålla information för de deltagande enheterna så att rehabiliteringsprocessen kan förbättras. Data kan även ligga till grund för prioriteringsarbete såväl inom rehabilitering men även mellan olika processer inom hälso-och sjukvården. Ur ett demokratiskt perspektiv är det viktigt att vården är god för alla i landet oavsett vilken bostadsort man har eller var man råkar vårdas. Vården/rehabiliteringen skall ges på lika villkor oavsett kön, ålder, etnicitet, religion eller sexuell läggning. Inom rehabilitering innebär detta en utmaning då rehabiliteringsprocessen förutsätter att patienten förmår uttrycka sina behov/tankar och om man inte kan det att man får hjälp via närstående (om man har språkproblem eller sänkt medvetandegrad) eller tolk (om man inte kan uttrycka sig på svenska). På varje enhet bör man tänka igenom hur personen med annan bakgrund än den man själv har, hanteras. För att ha en god uppfattning om hur personer med annan språklig bakgrund bör man inte dra sig för att använda tolk även i kvalitetsarbetet och ge dessa personer en möjlighet att få uttrycka sina tankar om sitt tillstånd (PROM) och hur sjukvården fungerar (PREM). Kommunikationsproblem kan även innebära bortfall i samband med uppföljning.

Öppenvård domineras förmågehöjande rehabilitering (86%) och den andelen har ökat (från 75%). Medelåldern på personerna är låg, ca 50 år. Stroke är de vanligast förekommande diagnosgruppen (ca 1/3), Stroke och andra hjärnskador utgör tillsammans 55% av det totala antalet registrerade vilket är en ökning jämfört med föregående år (51 % 2017, 57% 2016, 66 % 2015). Andelen registreringar av ryggmärgsskador är 12 % vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Andelen traumatiska hjärnskador utgör endast 7,5 % av patienterna. Registrering av genomförd körkortsbedömning har målnivån 90 %. Värdet för riket är i 92 %, dvs. på riksnivå uppnås målet (89 % 2017). Dock är det 4 enheter som inte når målnivån med 90 % bedömda gällande körförmåga. Att följa BMI har är något som många enheter inte tycks prioritera och därmed når man inte målnivåerna för BMI

Under öppenvårdsrehabilitering får många patienter en bättre förståelse för sin situation och konsekvenserna av sjukdomen/skadan. Generellt eftersträvas att personen ska fungera bättre i sin vardag. Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får rehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning.

För ryggmärgskaderehabilitering är det något färre registreringar år 2018 (270) och utöver de sex ryggmärgsskadeenheter (Uppsala, Umeå, Skåne, Sahlgrenska, Linköping och Karolinska) finns ett flertal länsenheter/fristående enheter som tar emot patienter för primärrehabilitering fas 1. 2018 hade 80 % av patienterna sin primärrehabilitering förlagd på ryggmärgsskadeenhet men totalt 20 enheter tog hand om dessa patienter. Regionala skillnader ses där västra sjukvårdsregionen och norra sjukvårdsregionen har högst andel patienter i primärrehab på ryggmärgsskadeenhet. Ensat 44 % är i åldersspannet 16- 44 år vid skadetillfället. Andningstekniska hjälpmedel behövs vid inskrivning för 17 % och behovet har nästan halverats vid utskrivning (9 %).

Att utvärdera insatserna av rehabiliteringen kräver uppföljning. Det är glädjande 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%. Vid uppföljningen är 70% (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. Dock är det så 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.

Allmän information

Registret är öppet för alla kliniker/enheter som bedriver specialiserad rehabilitering.

Syfte

WebRehab syftar tillhandahålla information om processen så att förbättringsarbete kan leda till god rehabilitering för den enskilda personen.

i) Att förbättra kvaliteten i rehabiliteringsprocessen- ii) att utnyttja begränsade resurser bättre- iii) att öka medvetenhet om ICF modellen- iv) att vara ett stöd för ingående enheter för vårdprocessutveckling- v) att möjliggöra jämförelser med andra enheter- vi) att samla kunskap om små patient-/diagnosgrupper samt vii) att kunna användas för forskning.

Om rehabilitering

- *Rehabilitering är en pedagogisk process som syftar till att förändra ett beteende (hos personen eller dennes anhöriga) och alltså mycket mer än bara fysisk träning! Inom rehabiliteringsmedicin definieras människan som en **handlande individ**, där viljemässiga handlingarna är underställda de **mål** hon har. Om hon når dessa mål är livet **meningsfullt**.*

Rehabilitering är en förutsättning för att enskilda personer ska kunna återfå förmågor efter till exempel stroke eller en höftfraktur. Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel följer med hälso- och sjukvårdsansvaret och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Specifik rehabilitering lyder under hälso- och sjukvårdslagen och innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad.

Rehabilitering är en process som ska hjälpa personen att

- Få kunskap och insikt om sjukdomen/skada och dess konsekvenser
- Mobilisera egna bemästringsstrategier
- Kunna ta ansvar för sin livssituation

För att nå nya och gamla mål i livet.

Rehabiliteringen startar under den akuta fasen på intensivvården, stroke-enheten, ortopedavdelningen. Den specialiserade rehabiliteringen startar i den post-akuta fasen när rehabiliteringsbehoven är större än medicinska/omvårdnads behov. Primärrehabilitering avslutas när patienten är i sådant skick att hen klarar sig i sitt boende utan insatser från specialiserad rehab. Tidsmässigt brukar detta ske inom de första 12 månaderna. Sekundär rehabilitering omfattar perioder när patienten behöver komma in för en uppträningsperiod för att bibehålla sin funktion eller för specifika åtgärder (bedömning av spasticitet, kognition mm). Den primära rehabiliteringen kan ske i flera faser då organisationen kan innebära flytt mellan olika slutenvårdsenheter och därefter dagrehabilitering/öppenvård.

För patienter på vårdenheter inom neurosjukvård, stroke-enheter och geriatrik och dylikt, finns tydligt definierade rehabiliteringsmål, och arbetet sker i multiprofessionella team och är en självklar del av vården. För en mindre grupp patienter finns behov av specialiserad rehabilitering. Ofta handlar det om tillstånd där det är ett stort gap mellan det förväntade "friska livet" och den nedsatta funktion som man har efter sjukdom eller skada. Detta innebär interdisciplinära insatser tillsammans med den berörda personen i behov av rehabilitering, såväl fysiskt, kognitivt, psykologiskt och socialt. I den komplexa rehabiliteringen arbetar man med koordinerade utvärderingar och behandlingar, mål satta

av patient i samverkan med profession. Patienten är ett subjekt, en aktiv aktör. Varje individ måste bedömas enskilt, men grupper där dessa personer är vanligt förekommande är:

Patienter med stroke eller annan förvärvad hjärnskada

Patienter med ryggmärgsskador.

Patienter med multitrauma, fr a multipla och eller komplicerade frakturer, samt amputationer.

Patienter som har genomgått kirurgiska ingrepp med långvarig intensivvård/annan immobiliserande vård, t ex transplantationskirurgi.

Patienter som har varit långvarigt immobiliserade pga annan sjukdom tex onkologisk behandling eller långdragna komplicerade infektioner.

Patienter med långvarig smärta (dessa registreras i nationella registret för smärtrehabilitering)

<http://www.ucr.uu.se/nrs/>

Inklusionskriterier

Patienter som är på en enhet som bedriver specialiserad rehabilitering

Omfattning

Registret är uppbyggt med en slutenvårdsmodul med en särskild spinalskadedel, öppenvårdsmodul och uppföljningsmodul.

Organisation

1. Öppet register

Registret är öppet vilket innebär att de deltagande enheterna kan identifieras och jämföras (men inga enskilda patientdata kan ses). Årsrapporten läggs ut på WebRehabs hemsida <http://www.ucr.uu.se/webrehab/> och är därmed tillgänglig för allmänheten. En kort brukarversion görs också.

2. Väntetider

Väntetider kan nu följas och vilket möjliggör att patienterna tas om hand på ett effektivare sätt i framtiden. Det skiljs på tid från när en remiss blivit emottagen till övertag och beslut om övertag och inskrivning. I många fall skrivs en remiss tidigt innan patienten är färdig för rehabilitering (dvs det medicinska och omvårdsbehovet är större än rehabiliteringsbehovet) vilket möjliggör planering av övertag.

3. **Patientens delaktighet i rehabiliteringen**

En viktig del av rehabiliteringsarbetet är att patienten är delaktig och själv medverkar för att ta ansvar för sin hälsa. För att möjliggöra detta krävs att rehabiliteringspersonalen ger information och utbildning. Ett steg i detta arbete är att bevaka att hälsofrågor (t.ex. frågor kring rökning och att följa BMI) tas upp under vårdtiden. Även upprättande av en rehabplan och uppföljning för att se att denna följs under och efter vårdtiden, hjälper klinikerna att vid behov sätta upp mål för förbättringar.

4. **Vårdtider och Effekter av rehab**

Genom att kunna jämföra funktionsnedsättning (FIM och EQ5D vid inskrivning och utskrivning) hos patienter med likartade skador och sjukdomar kan vi se om processen på den egna kliniken är effektiv i förhållande till vårdtiden och resultatet.

5. **Komplikationer**

Vi kan följa utveckling av komplikationer inom rehabiliteringsverksamheten och sätta in åtgärder om vi ser någon negativ trend.

6. **Nöjdhet**

Vi får viktig information om våra patienter är nöjda med vården, vilket kan användas i det egna förbättringsarbetet.

7. **Information**

En skattefinansierad hälso- och sjukvård har krav på sig att vara demokratiskt. Det är medborgarens rättighet att kunna få ta till sig korrekt och heltäckande information om hur sjukvården fungerar vid olika enheter. Genom WebRehab kan de olika klinikerna ta fram all information som krävs för att kunna beskriva sin verksamhet för patienter- anhöriga- politiker- patientorganisationer och andra intressenter.

8. **Måltal**

Registret har också indikatorer med måltal för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska- t.ex. geriatrik- neurologi- ortopedisk rehabilitering mm. Alla sjukvårdshuvudmän (landsting/regioner) utom Sörmland, är representerade av en eller flera deltagande enheter. Registret har även privat aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser.

Registerhållare och styrgrupp

Registerhållare: Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor, Rehabiliteringsmedicin, Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Registrets hemsida: <http://www.ucr.uu.se/WebRehab/>

Startår: 1998

Stöd från SKL/SoS: Ja

Huvudman: Västra Götaland

Kompetenscentrum: UCR

Styrgrupp och registerhållare

Marianne Lannsjö, Med dr, Överläkare, Sandviken

Wolfram Antehpohl, Med dr, Överläkare, Verksamhetschef, Linköping

Jan Burensjö, Leg ssk, Verksamhetschef, Jönköping

Anna Granström, Leg Sjukgymnast, Magister, Spec i neurologi, Jönköping

Ann Hammer, Med dr, Leg. Sjukgymnast, sektionschef, Örebro

Maria Hellberg, Överläkare, Karlstad

Maria Karlberg, Leg Fysioterapeut, Ludn-Orup

Marika Möller, Med dr, Leg Psykolog, Danderyd

Karin Rennblad, Överläkare, Halland

Anna Tölli, Med dr, Överläkare, Danderyd, Stockholm

Kontaktperson:

Kicki Elfving, Leg. Sjuksköterska, Magister, Sandviken

Patientrepresentanter

Carina Petersson, Stroke-Riksförbundet

Gunilla Åhrén, Personskadeförbundet RTP

Statistiker:

Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

Registerhållare

Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor/överläkare, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset

Ekonomi

Registret finansieras till större delen av SKL (Nationella kvalitetsregister <http://www.kvalitetsregister.se/>) men de deltagande enheterna betalar också en mindre årlig avgift.

Tillstånd

Godkänt av datainspektionen 971205.

Varje deltagande enhet har skyldighet till sitt sjukhus göra anmälan om registret enligt PUL.

Certifiering

Styrgruppen för Nationella Kvalitetsregister har fastställt att registren ska delas in i certifieringsnivåer (från kandidat, nivå 3,2 och 1).

WebRehab ligger på nivå 2. Detta innebär

- Hög täckningsgrad utifrån aktuell patientgrupp.
- Online återkoppling till verksamheter som stödjer förbättringsarbete.
- Öppen redovisning av data, med identifierbara enheter, i årsrapporter och annan rapportering.
- Generellt bedömas skapa goda förutsättningar för verksamheternas systematiska förbättringsarbete och uppvisa exempel på att registret används aktivt för förbättringsarbete.
- Ha identifierat vilka mått som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området.
- Innehålla patientrapporterade mått.
- Ha identifierat förbättringsområden och/eller målnivåer utifrån bearbetade data.
- Använts aktivt för forskning.

Många Rehabiliteringsmedicinska enheter i Sverige är ackrediterade enligt CARF <http://www.carf.org/home/> vilket ökar kraven på att ha dokumentation över process, **effektivitet** och verkningssgrad samt patientinflytande i den egna rehabprocessen (belyses av upprättande av rehabplan och användande av denna). Frågan är dock hur mycket data från kvalitetsregistret används i det vardagliga kvalitetsarbetet på hemmaplan mellan ackrediteringarna?

Målnivåer

Att sätta mål och följa upp dem tillhör de allra mest basala styrformerna av en verksamhet och används som en del i kvalitetsarbetet. Målen bryts ofta ner i en hierarkisk ordning från mer övergripande på ledningsnivå till konkreta målsättningar ute i verksamheterna.

Vanligt i rehabiliteringsarbete är behandlingsinriktade mål, exempelvis att personen ska kunna klara toalettbesök självständigt eller att personen kan skrivas ut till hemmet utan hjälp. Den typen av behandlingsmål är till för att följas upp på individnivå men kan också användas för att beskriva utfallet av rehabiliteringsinsatsen.

En typ av målnivå anger lägsta acceptabla nivå. De är vanligare vid ackrediteringsförfarande, det vill säga att vissa mål ska vara uppfyllda för att en vårdgivare ska få bedriva verksamheten.

En annan typ av målnivå anger hur stora förändringar i organisationen som ska ske mellan två angivna tidpunkter, exempelvis att andelen individer som får behandlingsinsatsen ska öka med minst tio procent på två års sikt.

Ytterligare en variant är att ange högsta möjliga målnivå baserat på ett kunskapsmässigt perspektiv, eller ett önskvärt politiskt eller verksamhetsmässigt perspektiv. Det är ett eftersträvanvärt mål som alla bör verka för att på sikt uppnå.

Orsaken till att inför målnivåer i ett kvalitetsregister är flera:

- De är kvalitetsdrivande
- De hjälper till att nå målet om en likvärdig och jämlik vård i landet
- De ger en form av kvalitetsdeklaration
- I ackrediteringsarbete med CARF är målnivåer till stor nytta

I WebRehab har vi valt att identifiera målnivåer som är uppnåeliga och inte lägsta acceptabel nivå. Det sistnämnda får varje enhet göra själv som en del i sitt kvalitetsarbete och i ackrediteringssammanhang. Vi har identifierat ett antal indikatorer där vi har satt målnivåer inom slutenvården. Någon handlar om kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade. I en del av figurerna har resultaten redovisats enligt ljus-signalerna i trafiken: grönt är över målnivån, gult i närheten av målnivån och rött innebär mycket att arbeta med. På detta sätt hoppas vi att de enheter som idag har röda markeringar ska sträva efter att förbättra sina resultat till nästa år.

1. Registrering av patienter i kvalitetsregistret

Att delta i kvalitetsregister handlar även om täckningsgrad på lokalnivå; dvs hur stor andel som matas in av möjliga patienter och om data som matas in på dessa är kompletta. *Här finns det fortfarande förbättringspotential på flera håll*

Målvärdet är 80 %.

Registrering av BMI

Att mäta och följa utvecklingen av BMI under rehabiliteringstiden handlar om att arbeta kunskapsbaserat. Vi vet att det inte är ovanligt med sväljnings- och nutritionssvårigheter efter en neurologisk sjukdom/trauma. Vi vet också att för att orka träna måste kroppen få tillräckligt med energi. *Fortfarande är det dåligt ifyllt avseende BMI i landet vilket bör resultera i att enheterna diskuterar sina rutiner.*

Målvärdet för registreringar av BMI är 90 % vid både in och utskrivning.

2. Bedömning av körplöplighet

Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamet. Det kan finnas problem såväl motoriskt som kognitivt efter en sjukdom eller skada och ansvaret (enligt körkortsförordningen) ligger hos behandlande läkare. Det är en fråga om säkerhet. *Här är det många som inte är registrerade vid utskrivning från slutenvård. Det är viktigt att ta denna diskussion tidigt och inte vänta tills personer själv börjar fundera på att återuppta körning. Här kan vi hänvisa till SKL beslutsstöd om körkort efter stroke <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/beslutsstod-korkort-efter-stroke-tia.html>*

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

3. Komplikationer

En säker vård är något som eftersträvas. Att minska antalet fall-olyckor och trycksår bör vara ett prioriterat område för rehabiliteringsenheterna. *En eloge till de enheter som rapporterar in komplikationer då det är viktigt att inse att ärlighet är A och O. Att rapportera in komplikationer kan leda till en förbättringsdiskussion lokalt. Alla som arbetar inom rehabilitering vet att trots ett gott säkerhetstänk så händer saker ibland. De enheter som inte rapporterar in några komplikationer alls under flera år ter sig inte helt trovärdiga*

Målnivå: Fall med fraktur 0 %.

Målnivå: Trycksår 0 %.

4. Patientnöjdhet

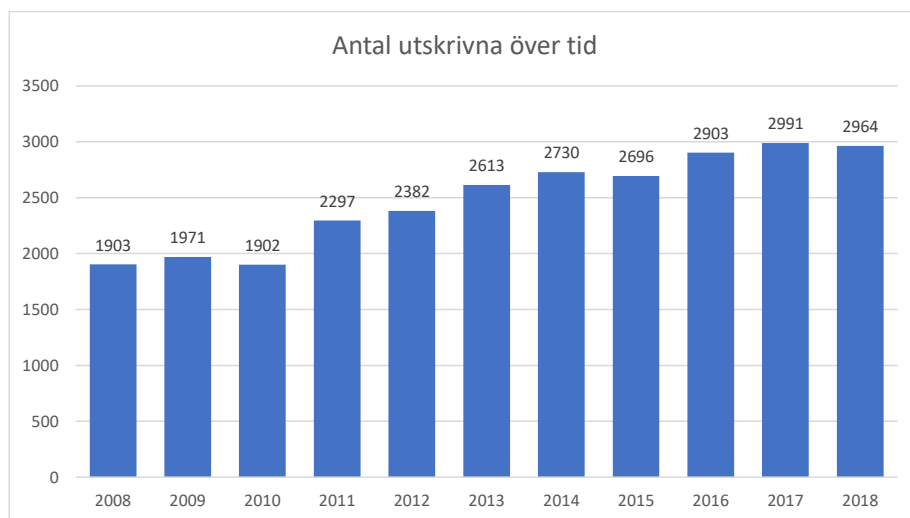
Att tillfråga patienterna om deras syn på rehabiliteringen etc är en del i kvalitetsarbetet. *Här finns det fortfarande utrymmer för förbättringar*

Målnivå 80 %.

Slutenvård

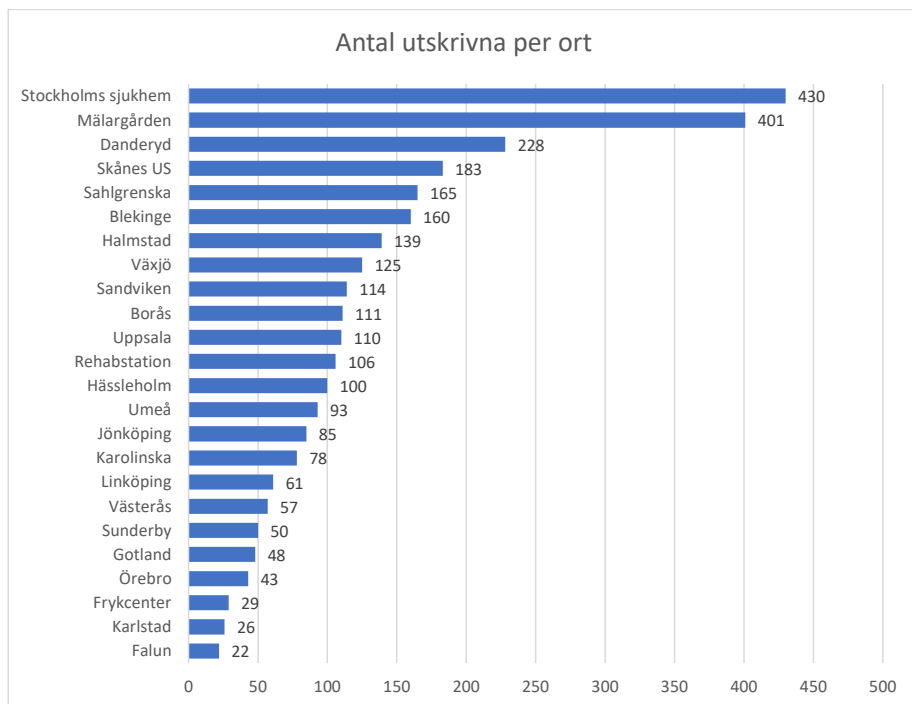
Demografi och processmått

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.



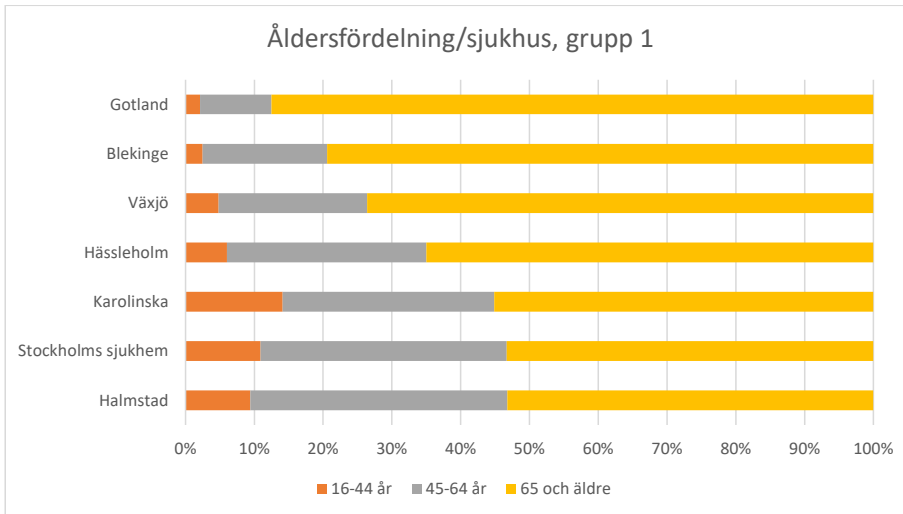
Figur 2 Antal utskrivna per ort

Täckningsgrad

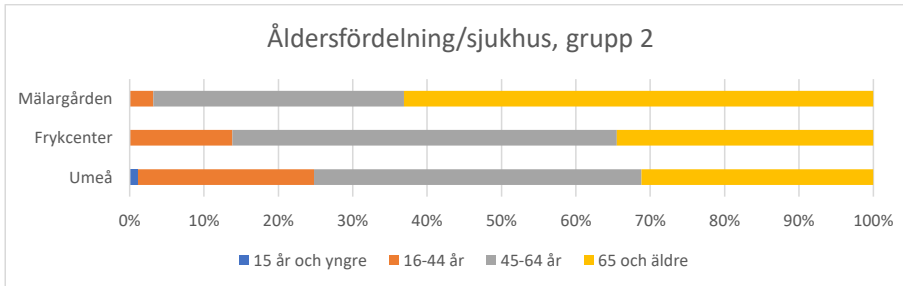
Analys av täckningsgrad (andel i WebRehab rapporterade vårdtillfällen av totalt antal vårdtillfällen på egna enheten) ger viktig information när man ska tolka sina egna data. För att egna data i WebRehab ska vara trovärdiga fordras hög täckningsgrad. Täckningsgrad redovisas till Sveriges Kommuner och 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

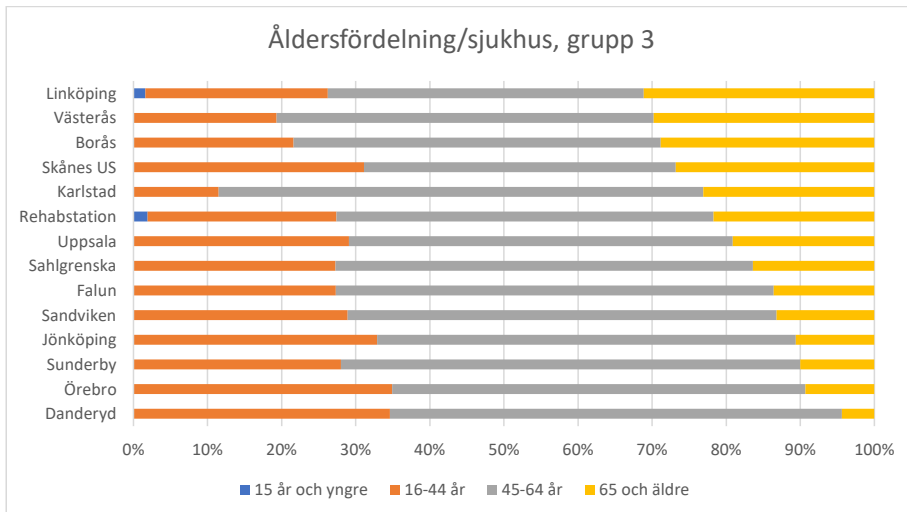
Vi har fortsatt att dela upp enheterna i tre grupper utifrån verksamhet och målgrupper. Grupp 1 innehåller enheter med tidig rehabilitering och där en högre andel av personer i högre åldrar (över 65 år) ingår. Grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av rehabilitering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

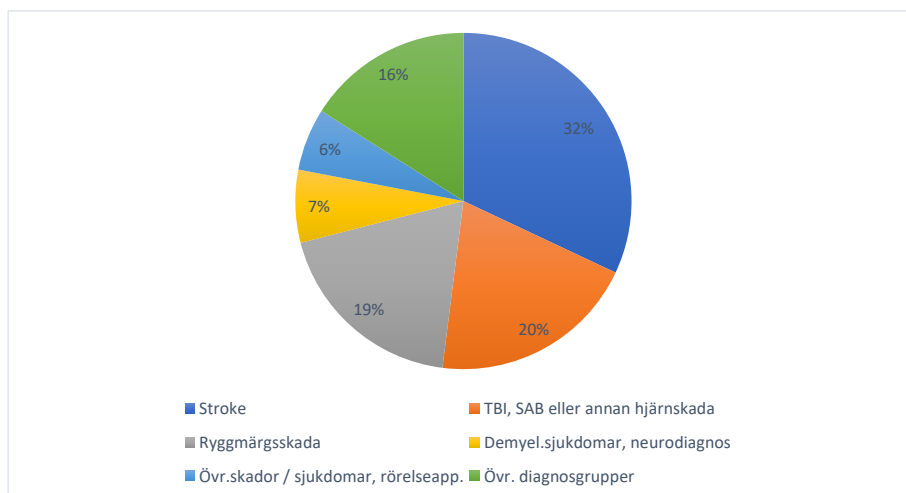
Tabell 1 Antal patienter per diagnosgrupp. Fördelning inom diagnosgrupper.

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

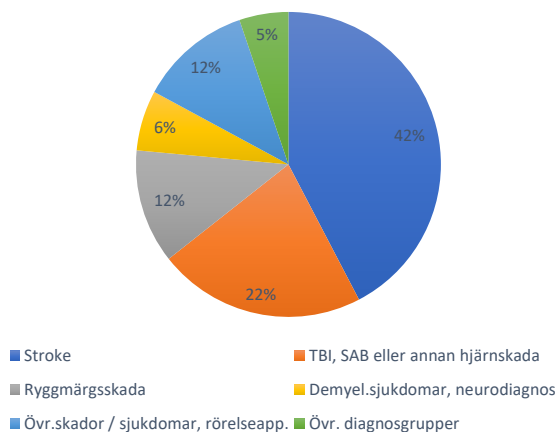
2 Amputationer, rehab efter ortopediska ingrepp/övriga sjukdomar och skador, reumatiska sjukdomar, övriga trauma

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



Figur 6 Diagnosgrupper

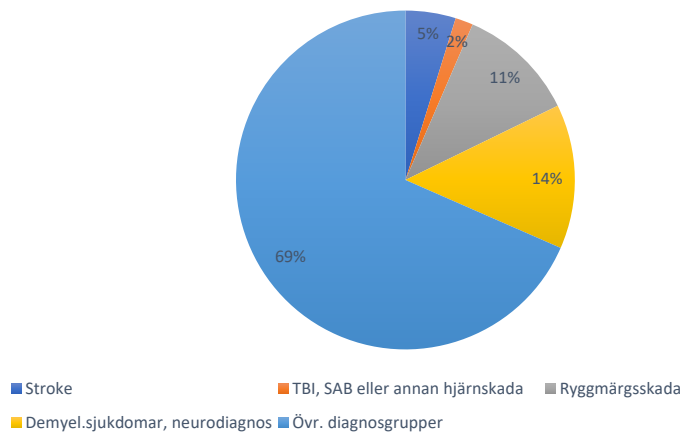
Fördelning inom diagnosgrupper, grupp 1



Figur 7 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 1

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

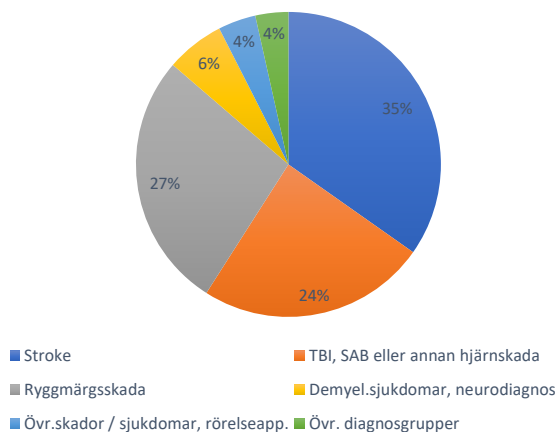
Fördelning inom diagnosgrupper, grupp 2



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%).

Fördelning inom diagnosgrupper, grupp 3

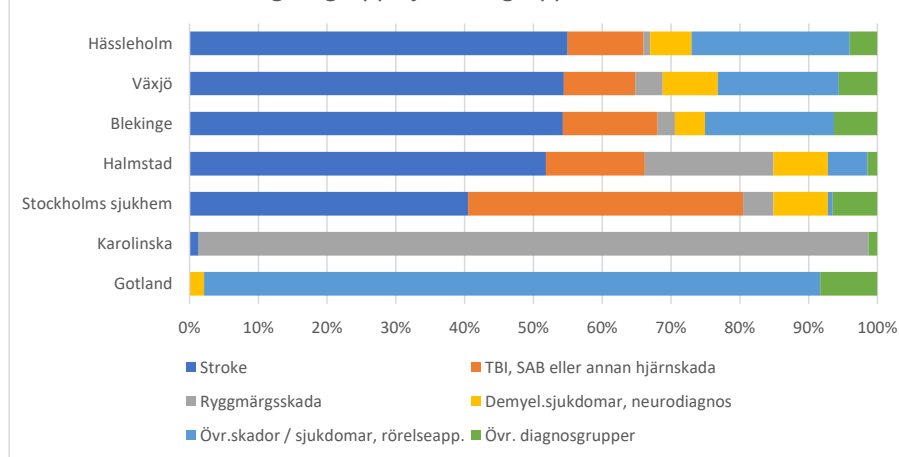


Figur 9 Fördelning av diagnosgrupper, grupp 3

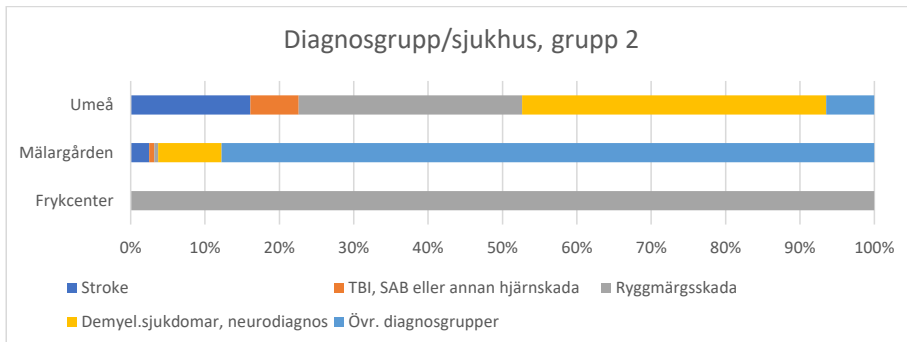
De tre stora diagnosgrupperna är stroke, övriga hjärnskador och ryggmärgsskador.

Diagnosfördelningen per enhet illustreras i följande figur.

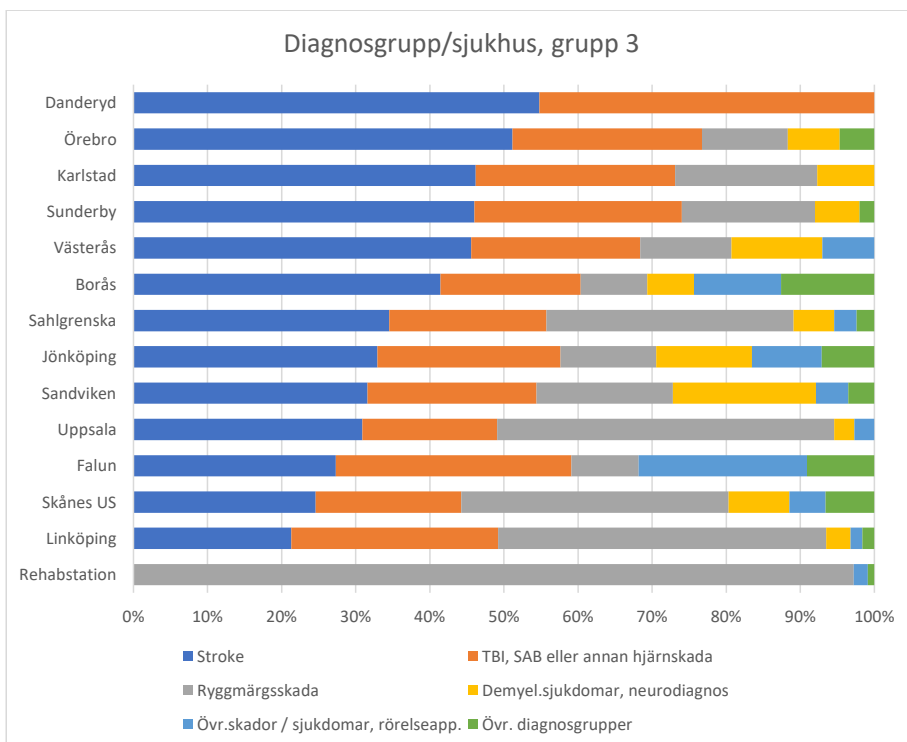
Diagnosgrupp/sjukhus, grupp 1



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 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

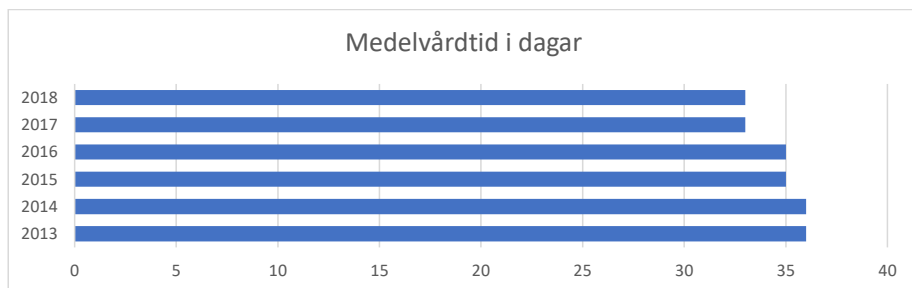
Sjukhus	Antal	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Borås	91	3,47	2	0	23
Danderyd	184	5,96	5	0	65
Falun	21	5,29	1	0	62
Jönköping	85	11,88	5	0	153
Karlstad	26	6,85	3,5	0	29
Linköping	60	4,13	3	0	42
Rehabstation	99	14,32	6	0	382
Sahlgrenska	159	9,75	6	0	90
Sandviken	109	69,16	12	0	4026
Skånes US	178	32,12	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	7		28			19	28
Stockholms 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			36		13	39	35
Sahlgrenska	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. analys av detta kan definitivt vara intressant för de olika ingående enheterna.

Tid från utskrivningsklar till utskrivning

Utskrivningen kan bli fördröjd på grund av att det inte är löst med insatser av olika slag efter utskrivningen, framför allt gällande 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 drogmissbruk

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).

Målkriterier 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 körbarhet

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	Körkortsbedömnin g (ut)	Täcknings- grad
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

Grå = 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 körkortsbedömning 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.

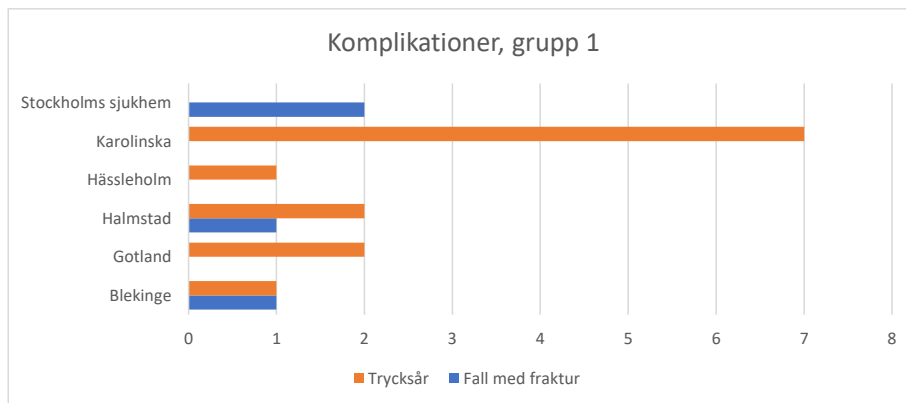
LiSat

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.

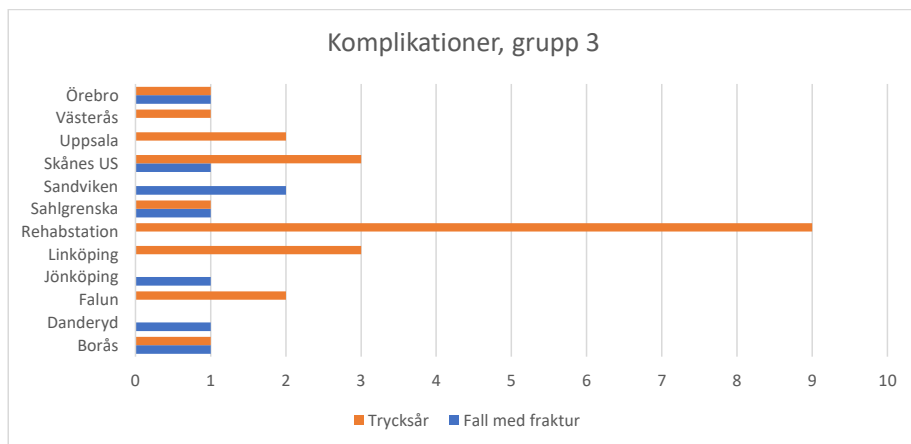
Resultatmätt

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.

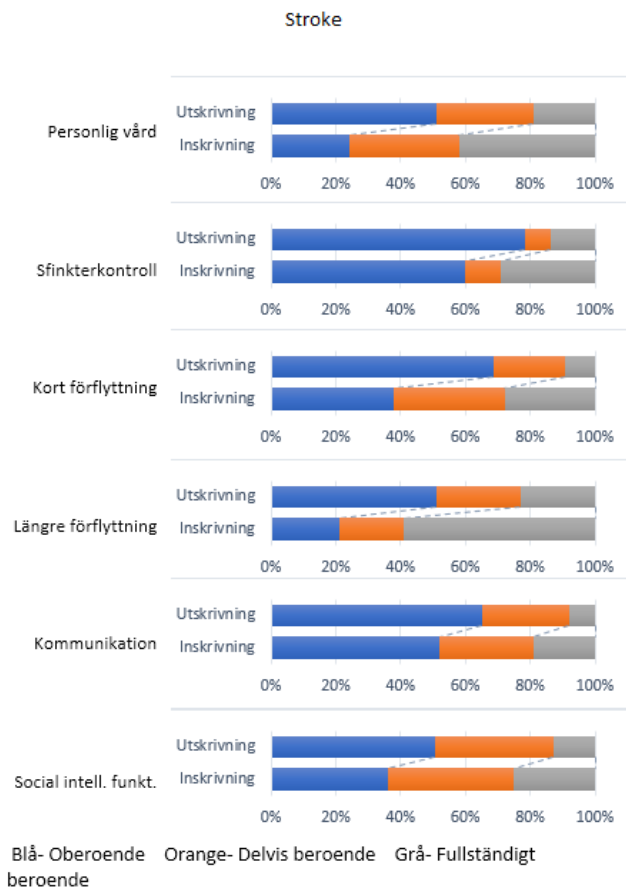
	Totalt antal komplikationer
DVT (ut)	41
Lungemboli (ut)	40
Heterotop bennybildning (ut)	11
Fall med fraktur (ut)	12
Kontraktur (ut)	11
Epilepsi/krampanfall (ut)	32
Hydrocefalus (ut)	24
Trycksår (ut)	36
Ulcus (ut)	4
Meningit (ut)	1
Pneumoni (ut)	49
Övre UVI (ut)	75
Infektion med multiresistenta bakterier (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.

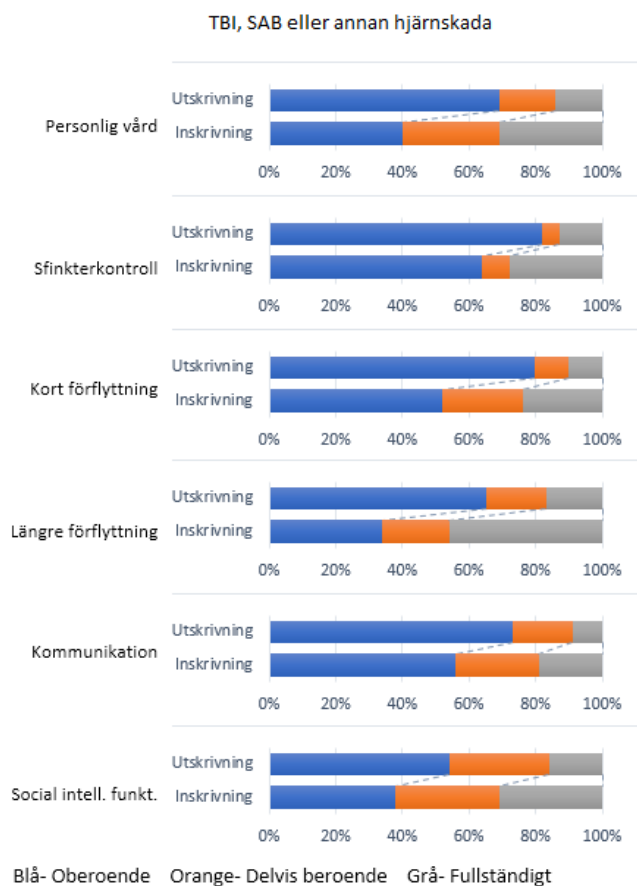
Stroke – alla åldrar



Figur 17 ADL vid in och utskrivning, stroke.

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

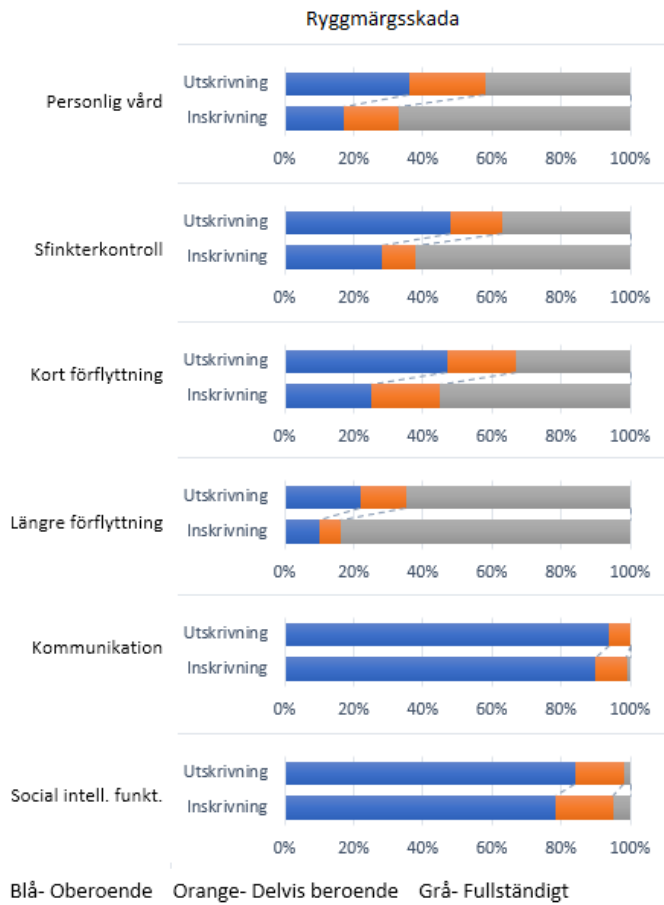
Övriga hjärnskador, alla åldrar



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

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

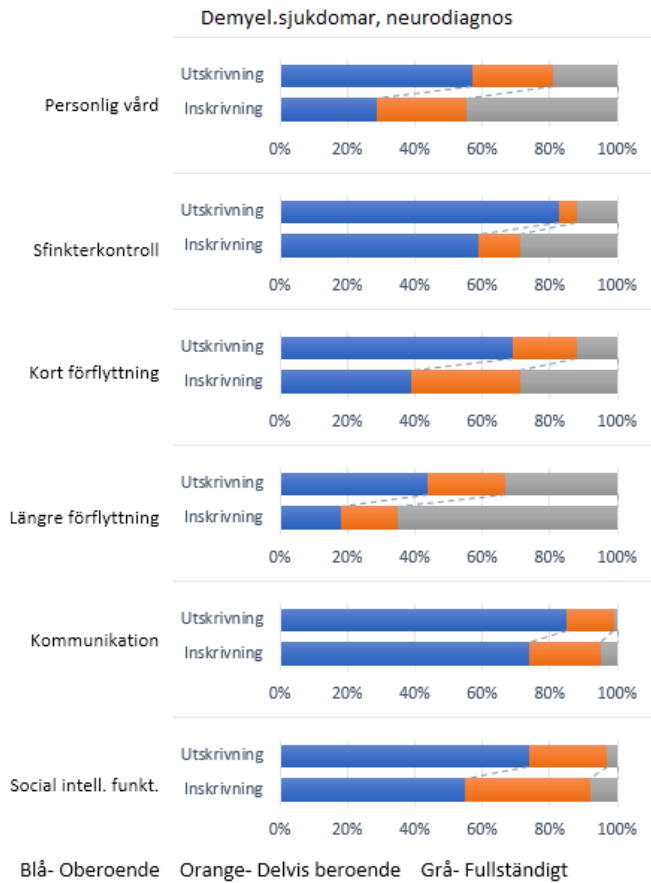
Ryggmärgsskador, alla åldrar



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

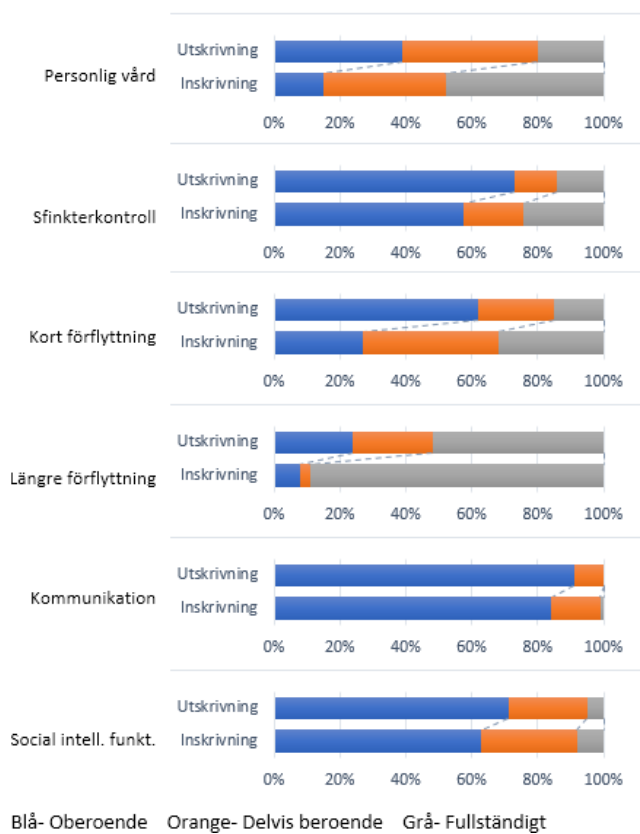


Figur 20 ADL vid in och utskrivning, demyeliniserande sjukdomar och annan neurodiagnos.

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

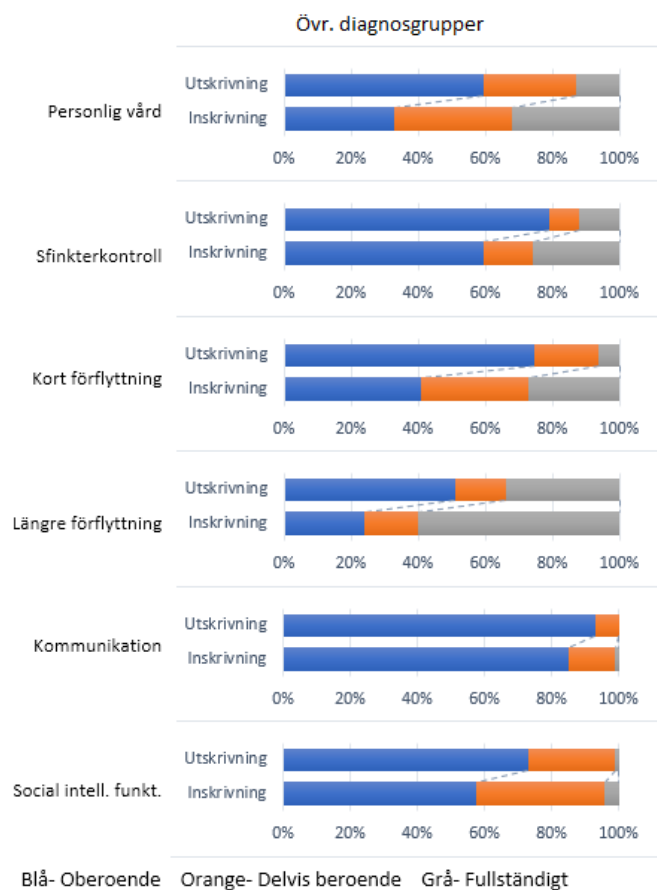
Övr.skador / sjukdomar, rörelseapp.



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	
RÖST, TAL OCH SPRÅK	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
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%

MATSMÅLTN , 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 blåsrubbning	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 tonusrubbning	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						
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20	Total
Inskrivning	Grupp 1	0	12	2	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						
		0	1 till 4	5 till 8	9 till 12	13 till 16	17 till 20	Total
Inskrivning	Grupp 3	0	5	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 medvetandetilstånd.

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 vakenhetstillstånd	Minimalt medvetandetilstånd	Svår medvetandestörning	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 vakenhetstil	Minimalt medvetande-	Svår medvetande-	Locked-in syndro
Borås		1(0)		1(0)	
Danderyd		2(0)	2(1)	0(1)	
Hälmstad		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.

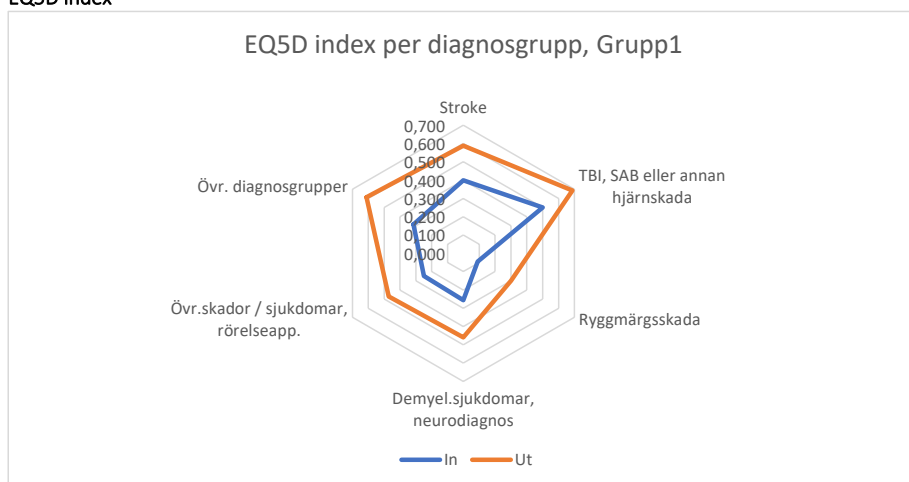
Tabell 25 GOSE – användningsgrad per enhet och medianvärde för de som registrerats.

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

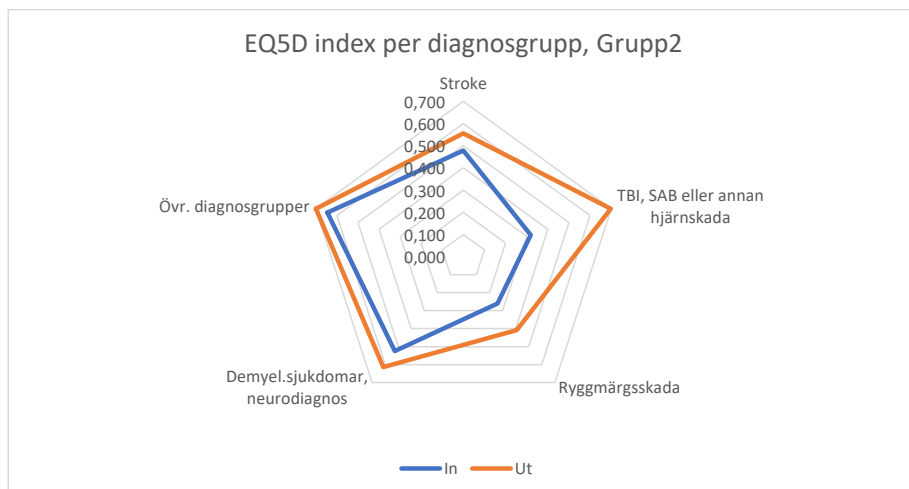
EQ5D

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.

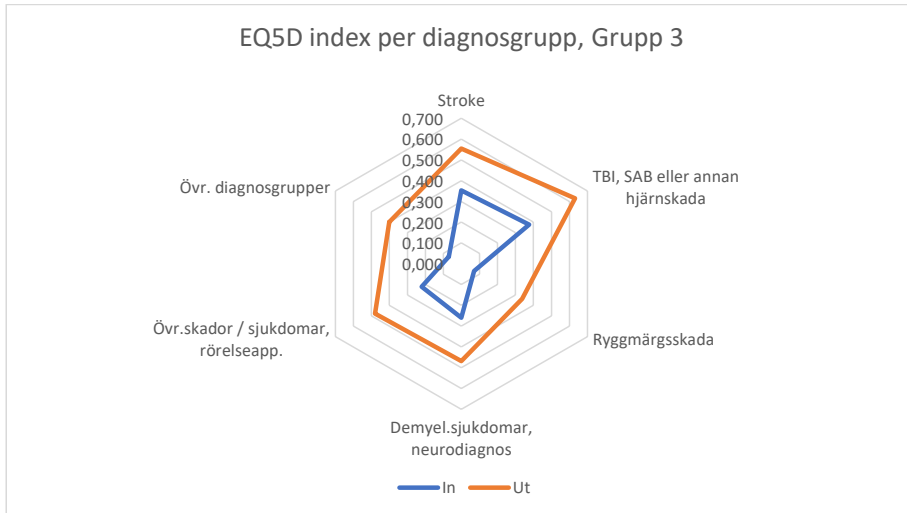
EQ5D index



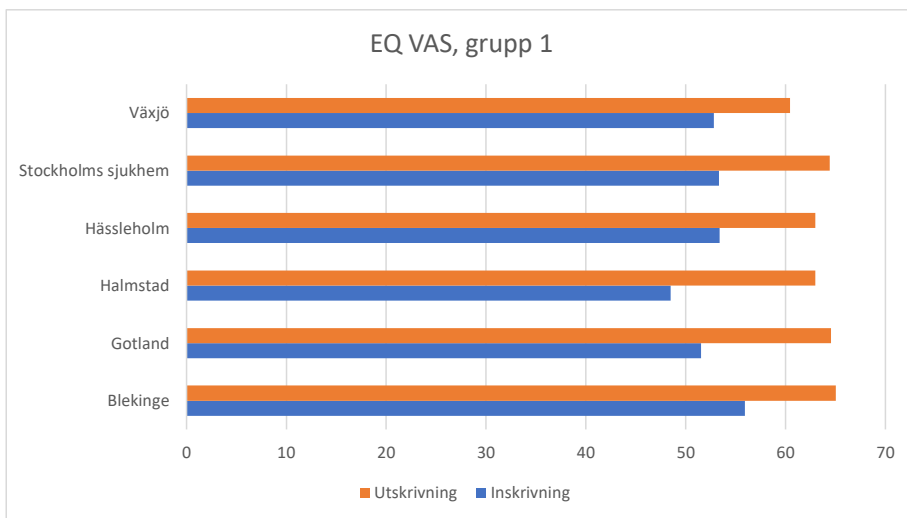
Figur 23 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 1.



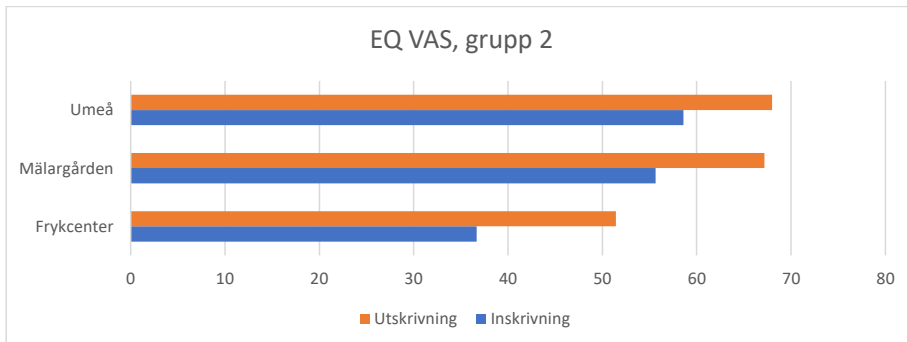
Figur 24 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 2.



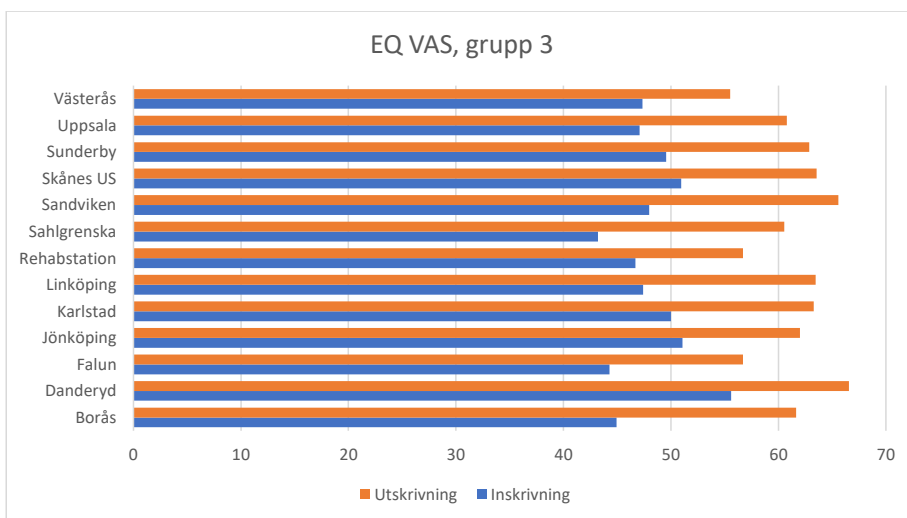
Figur 25 EQ5D index per diagnosgrupp, grupp 3.



Figur 26 EQ5D VAS per ort, grupp 1.



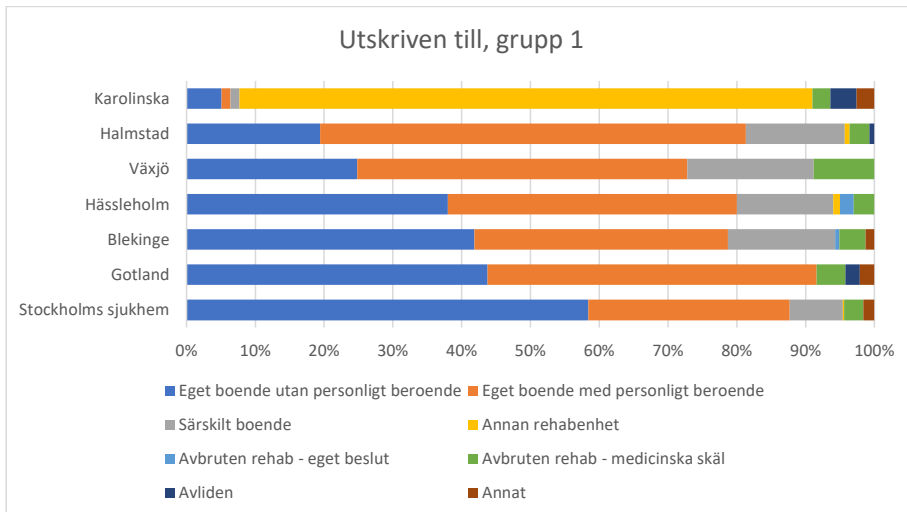
Figur 27 EQ5D VAS per ort, grupp 2.



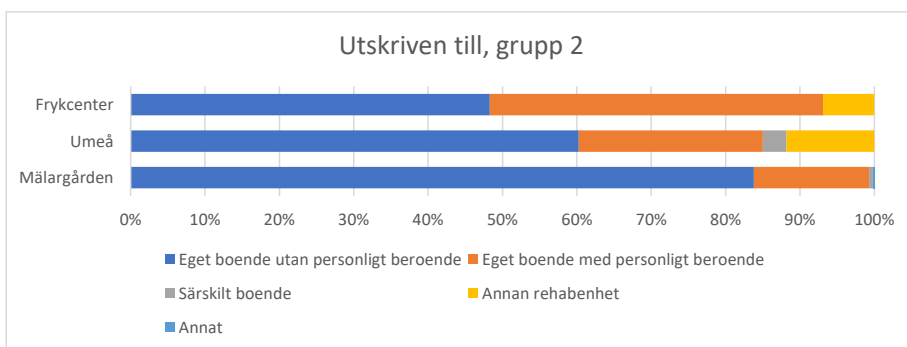
Figur 28 EQ5D VAS per ort, grupp 3

Utskriven till

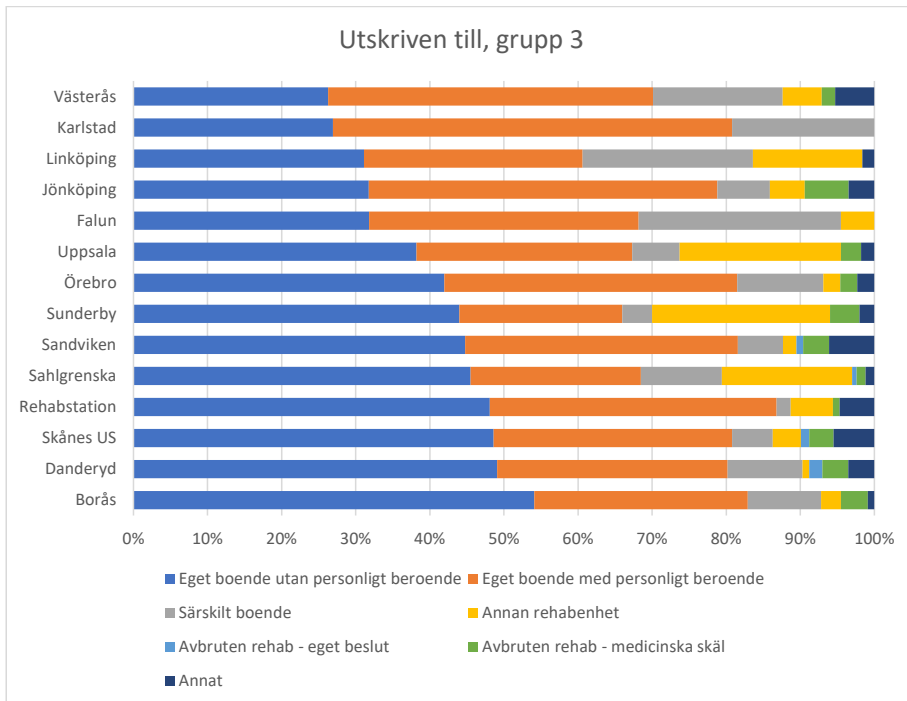
Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t.ex. svårighetsgrad av skada vid inskrivning, kommunernas resurser, ålder. Grupp 2 skiljer sig från de andra två grupperna genom att till allra största delen skriva ut patienterna till eget boende utan 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 åldersspanorammat. Med personligt oberoende avses självständighet utan hjälp från vare sig familj eller andra hjälpinsatser.



Figur 29 utskriven till, grupp 1.



Figur 30 utskriven 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 Utskriven till redovisat per åldersgrupp.

Grupp 1

	16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	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

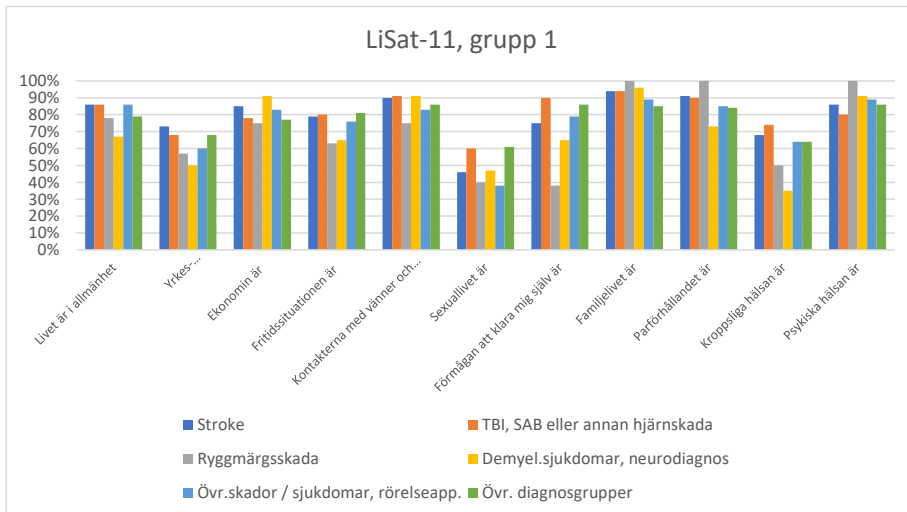
	15 och yngre		16-44 år		45-64 år		65 och äldre		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget boende u. personligt ber.	2	0%	198	33%	315	53%	80	13%	595	100%
Eget boende m. personligt ber.	1	0%	106	24%	251	56%	90	20%	448	100%
Särskilt boende	0	0%	20	16%	73	58%	33	26%	126	100%
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

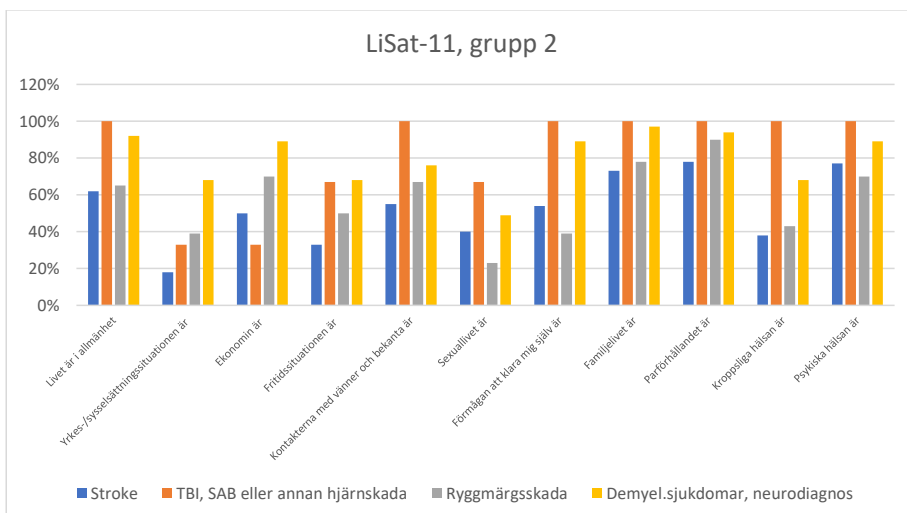
Vid inskrivning (d.v.s. ofta innan insjuknandet) har 77% ingen försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning eller sjukersättning. Ålderspensionärer ingår inte i denna beräkning. Ytterligare analys av försörjningssituation är mer relevant och görs i årsrapporten uppföljningar.

LiSat

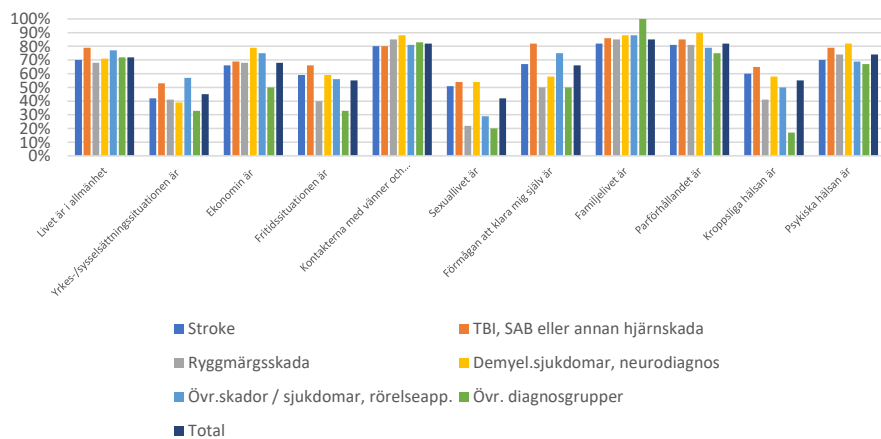
Livstillfredsställelse enligt Fugl-Meyer (LiSat)-formuläret fylls i av patienten i samband med utskrivning. Där skattar patienten sin tillfredsställelse inom olika områden i livet utifrån en skala 1-6, där 1=mycket otillfredsställande och 6= mycket tillfredsställande. Tabellerna nedan visar att andelen 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

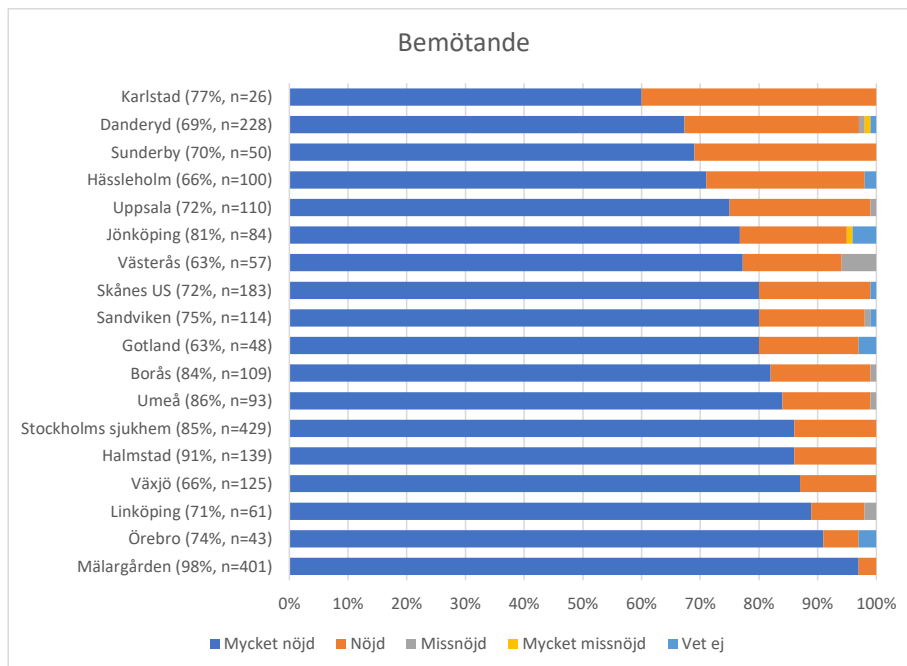


LiSat-11, grupp 3

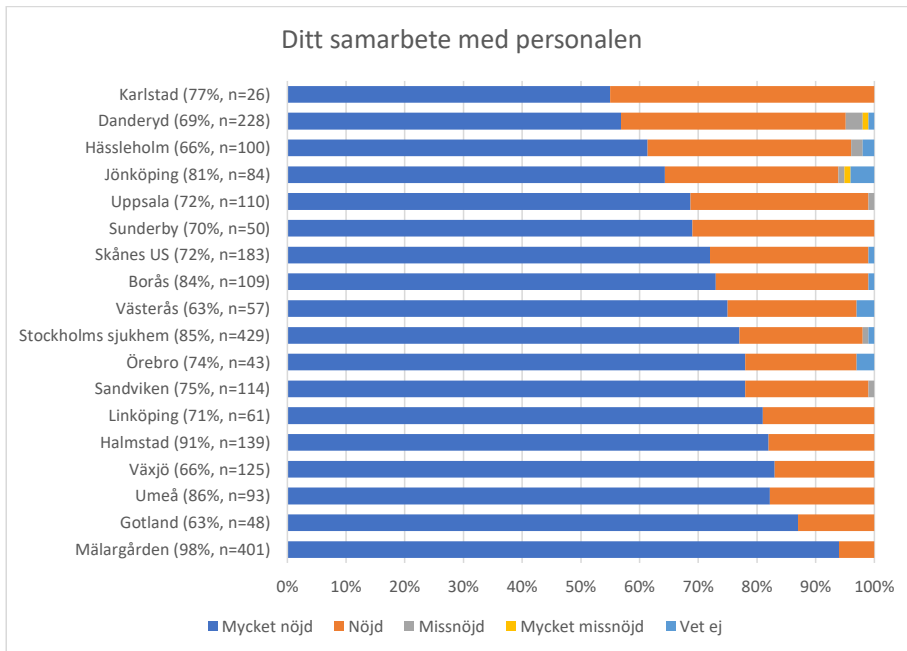


Patientnöjdhet

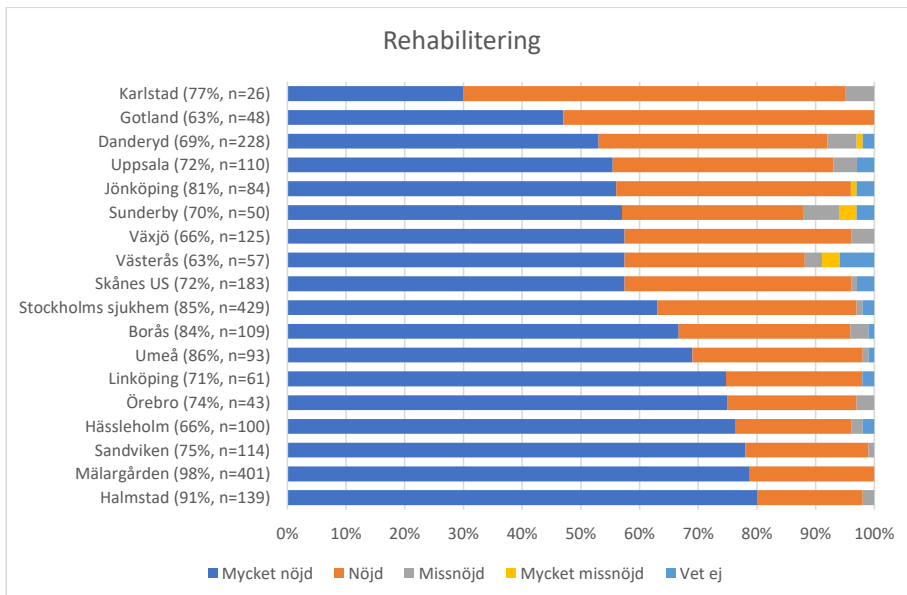
Ifyllnadsgraden är 72% (64% 2017). Målnivån är 80%. Ett stort problem är bortfallet, vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Endast resultaten för de enheter som har mer än 60% grad av ifyllnad har redovisats. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda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



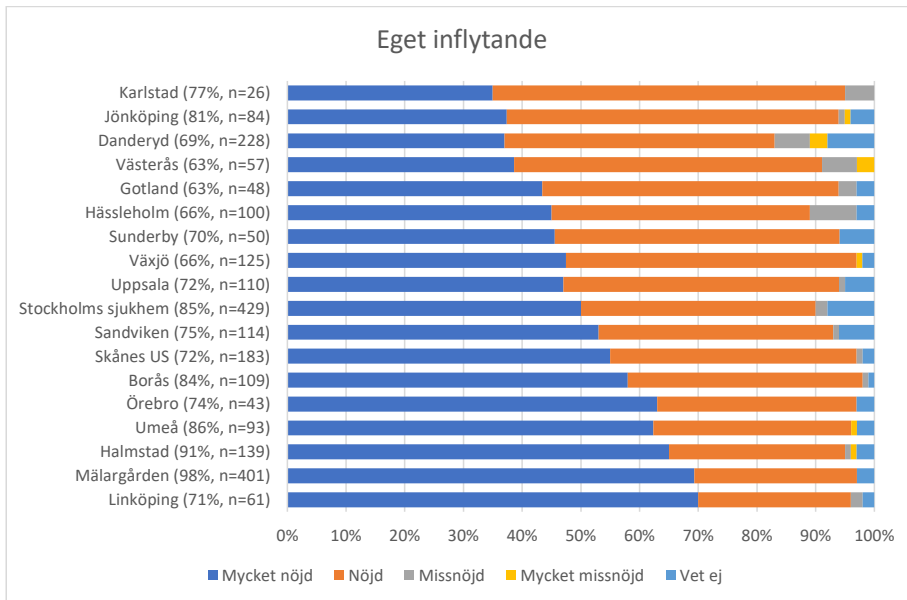
Figur 33 Nöjd med bemötande



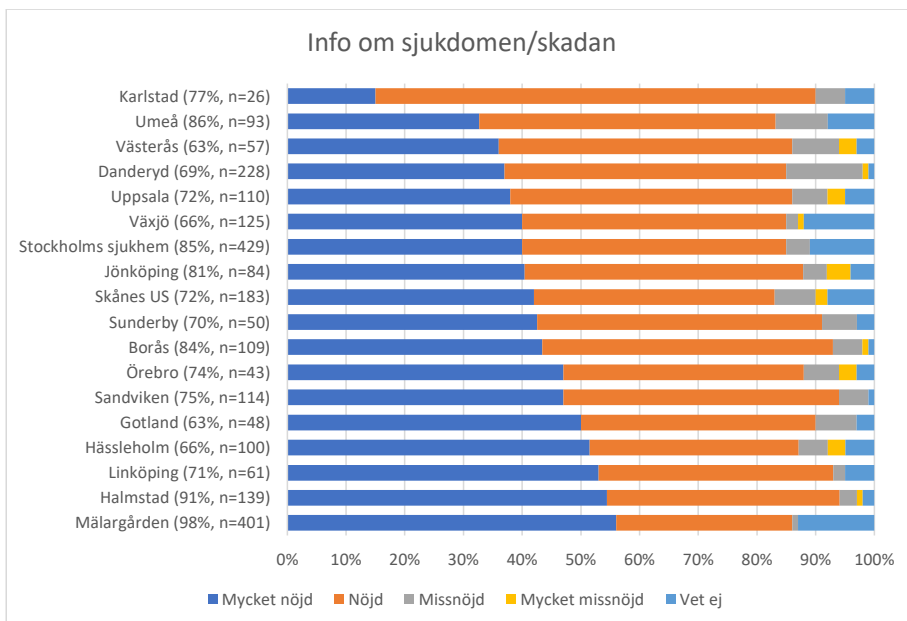
Figur 34 Nöjd med ditt samarbete med personalen



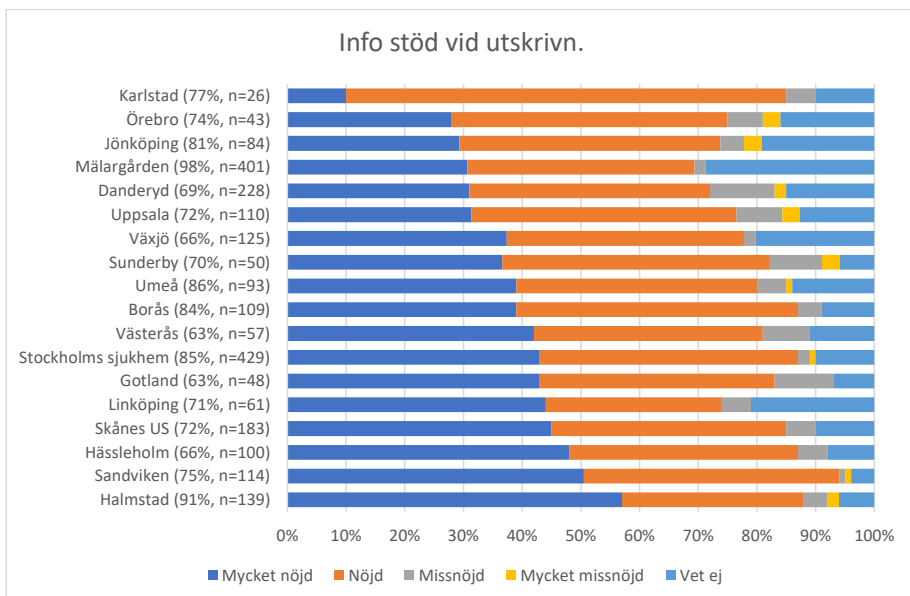
Figur 35 Nöjd med rehabiliteringen



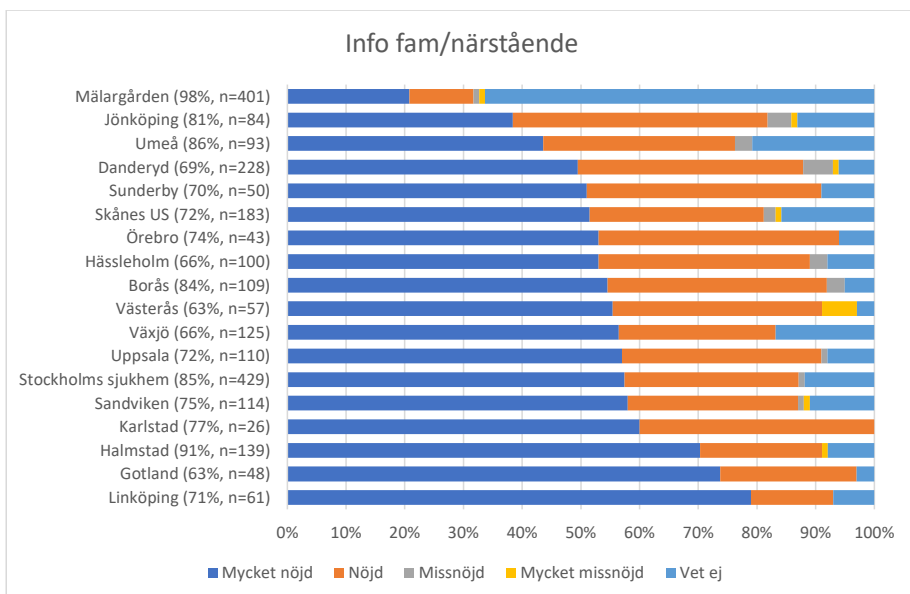
Figur 36 Nöjd med eget inflytande



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

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.

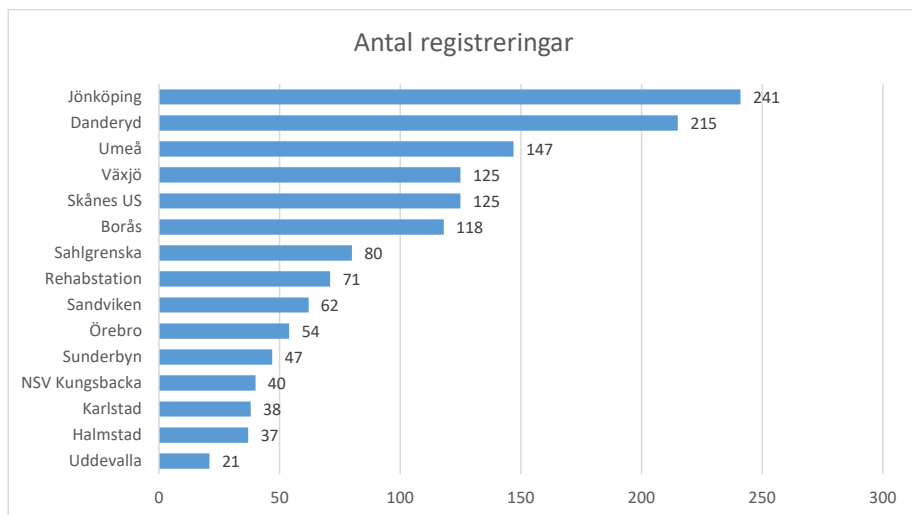
Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får öppenvårdsrehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning. Ett observandum är också att andelen rökare i registret ligger högre än normalbefolkningen i landet och andelen har ökat jämfört med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

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

Demografi

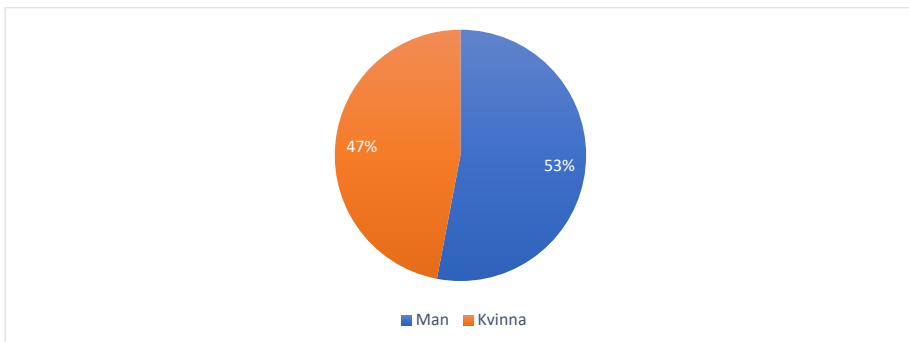
Antal registreringar

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 %).



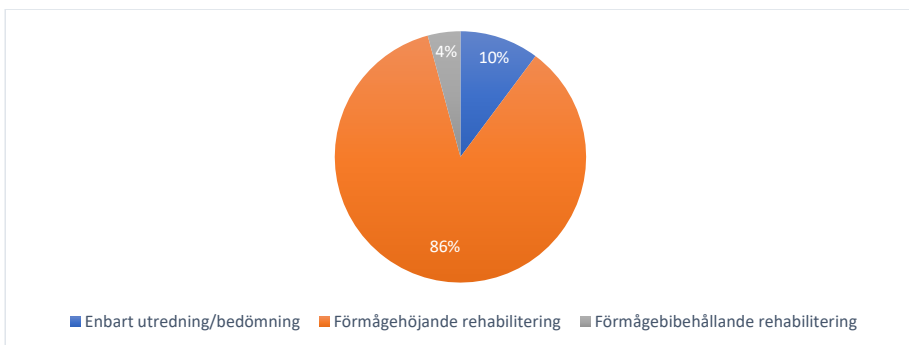
Figur 40. Antal registreringar per enhet (hela öppenvårdsgruppen).

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



Figur 41. Fördelning mellan män och kvinnor (hela öppenvårdsgruppen) (n=1421).

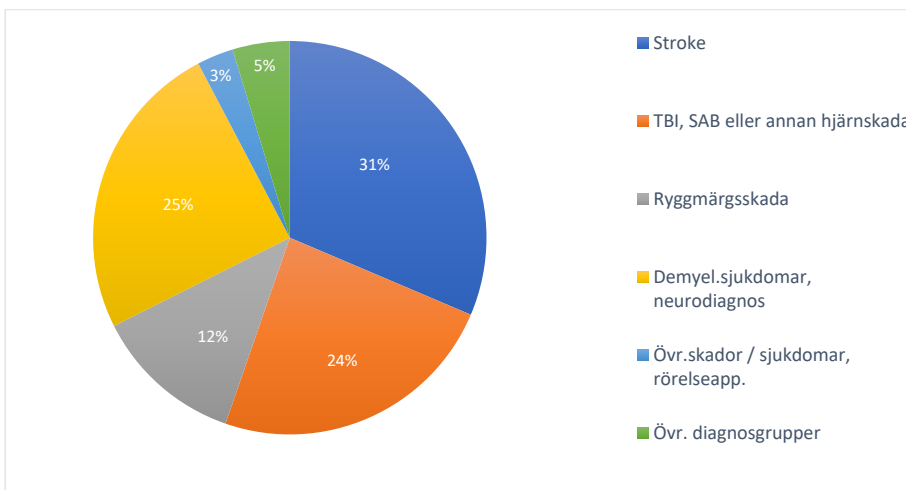
Registrering görs av typ av öppenvård: Enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Andelen förmågehöjande rehabilitering ökade med 5 procentenheter jämfört med föregående år (81 % år 2017) medan andelen enbart utredning/bedömning minskade med 3 procentenheter (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.



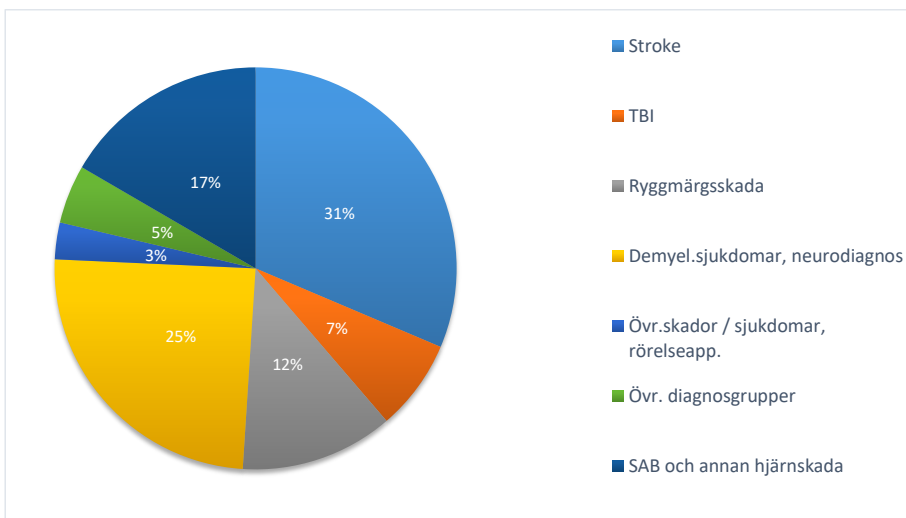
Figur 42. Typ av öppenvård (n=1421).

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 5).

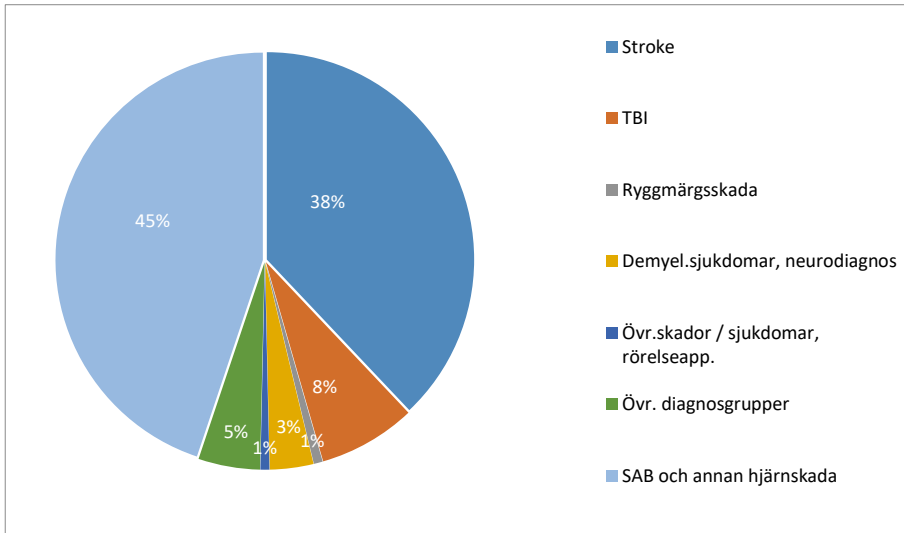


Figur 43 Diagnosfördelning oavsett typ av insats – TBI inkluderas med annan hjärnskada (n=1421).

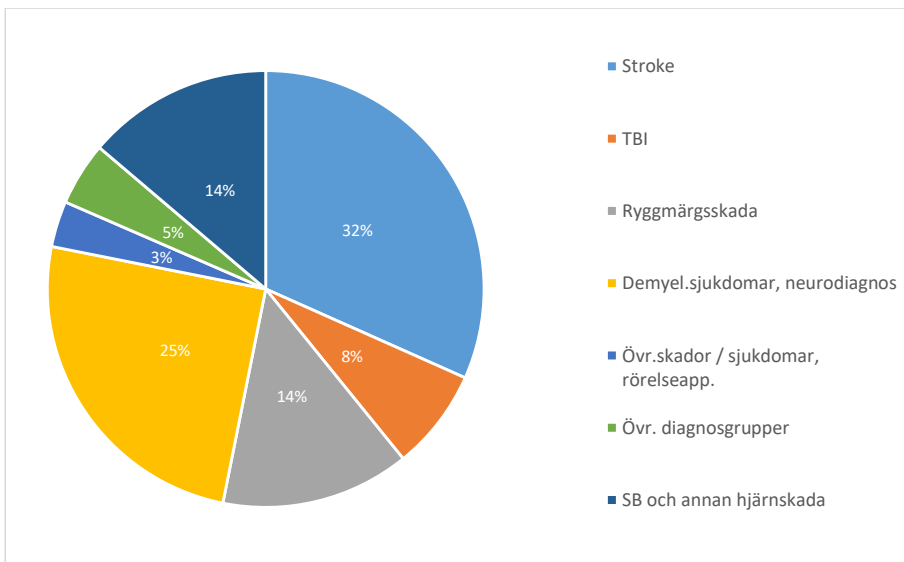


Figur 44 Diagnosfördelning oavsett typ av insats. TBI separerad från övriga hjärnskador. (n=1421).

Diagnosgrupperna skiljer sig åt beroende på om patienten enbart kommer för en bedömning jämfört med om de erbjuds förmågehöjande rehabilitering (se Figur 6 och 7).



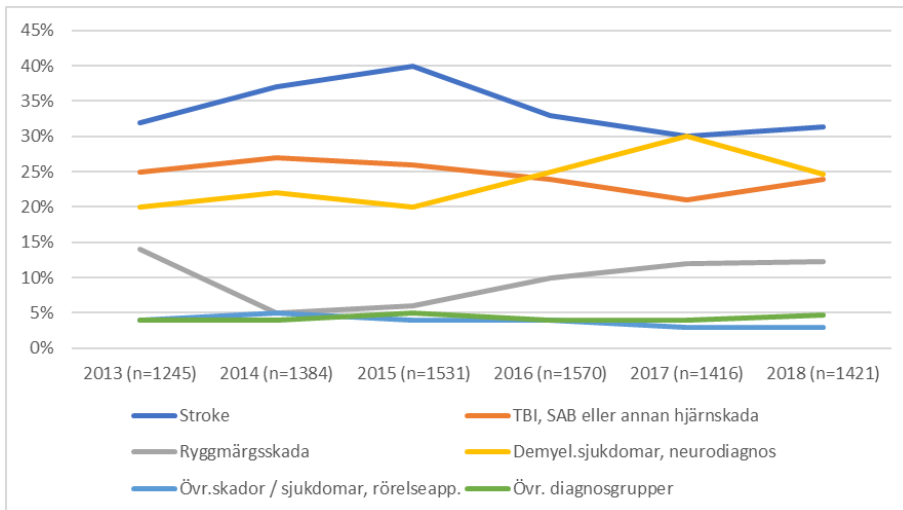
Figur 45 Diagnosfördelning för enbart bedömning. (n=145).



Figur 46 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.

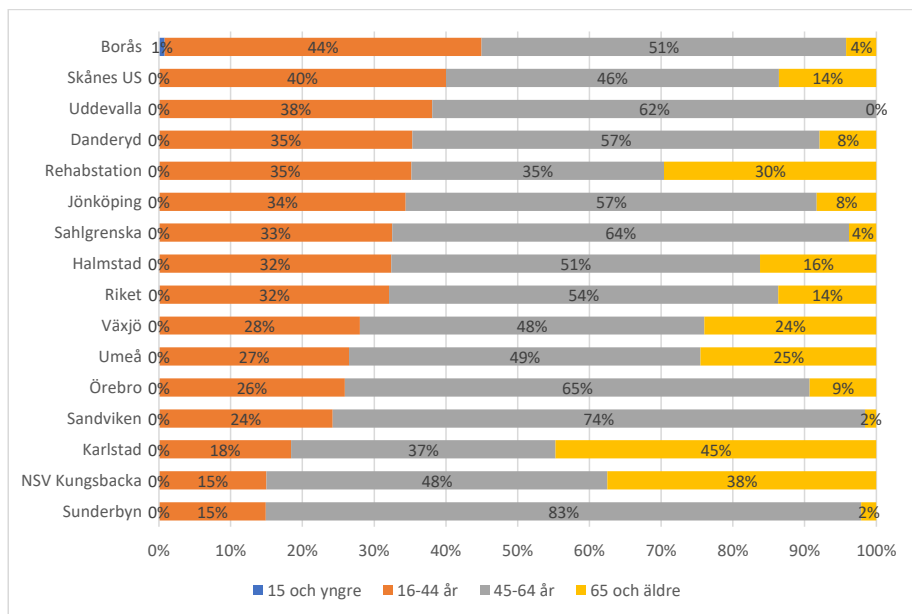


Figur 47. Diagnosfördelning över åren 2013-2018.

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).



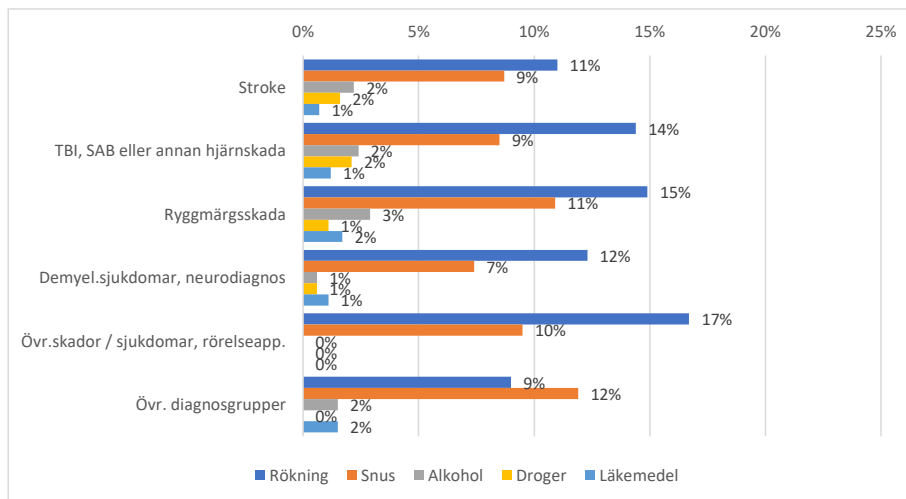
Figur 48. Åldersfördelning per enhet.

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 49. 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 27a. 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 28b. 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

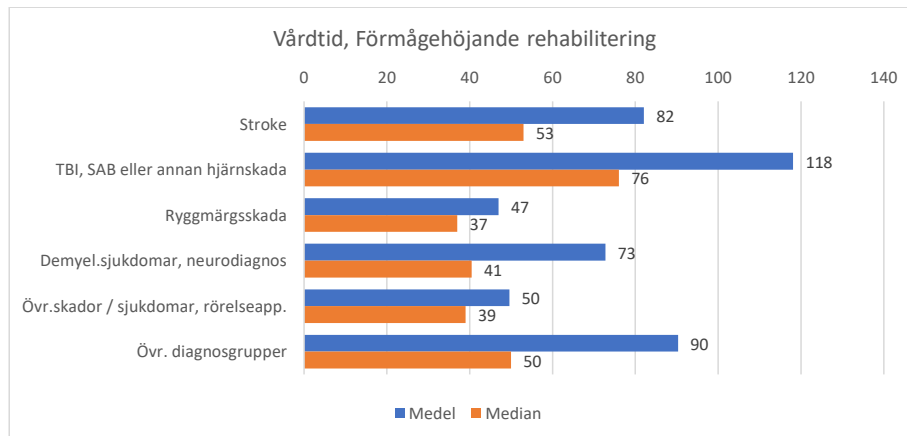
Rehabstation	55	81,11	71	0	422
Sahlgrenska	63	87,68	77	0	364
Sandviken	12	104,17	94	39	243
Skånes US	70	129,21	88,5	4	551
Sunderbyn	38	216,47	214,5	43	466
Uddevalla	21	401	35	6	4038
Umeå	80	201,08	180	0	538
Växjö	124	96,17	98	3	344
Total	1049	84,63	42	0	4038

Vårdtid för förmågehöjande rehabilitering

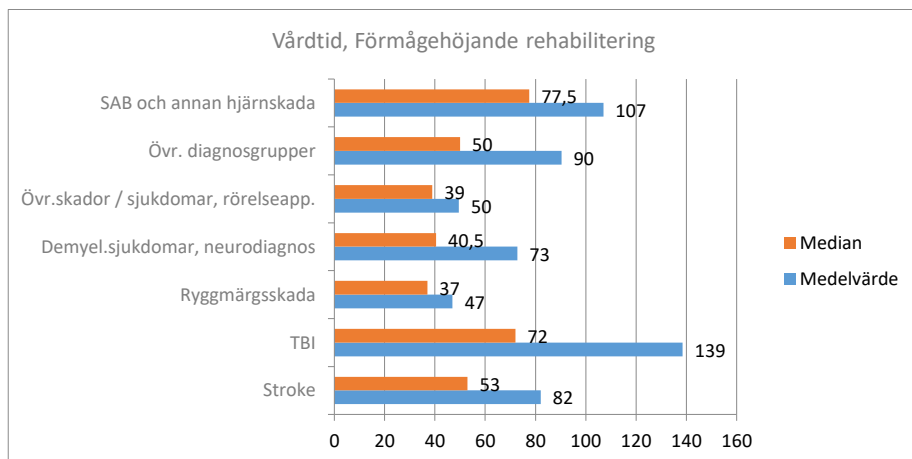
Vårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp

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 %)



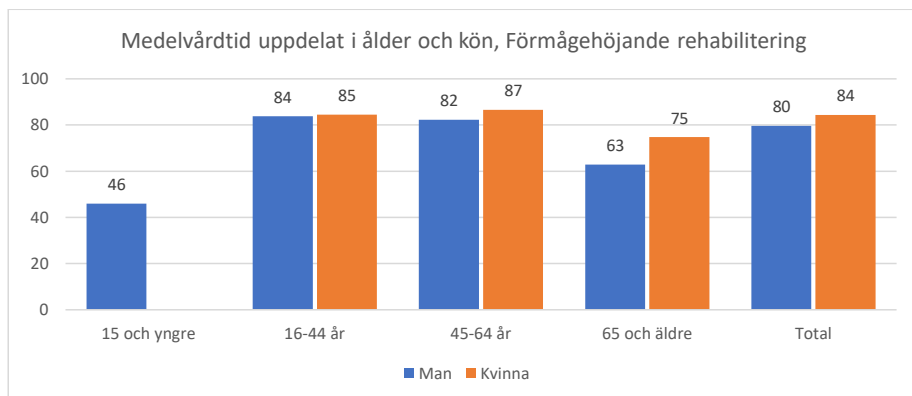
Figur 50. Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp enligt tidigare diagnosgruppering (Förmågehöjande rehabilitering) (n=1216).



Figur 51. 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 vårdtid i alla åldersgrupper (Figur 13).



Figur 52 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 3). Skillnaderna kan bero på att vårdkedjan är organiserad på olika sätt. Det finns till exempel stora olikheter gällande vad och när specialrehabiliteringen 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 29. 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 30. 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

Målkriterier alla registreringar oavsett typ av insats

Registrering av BMI är fortsatt låg på de flesta enheterna men visar stor spridning (Tabell 5). 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 5).

Tabell 31 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%

Kommenterad [MM1]: Siffrorna stämmer men färgerna är fel

Kommenterad [MH2R1]: Jag har inte lyckats ändra detta. Annelie: kan du fixa detta!

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 32 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

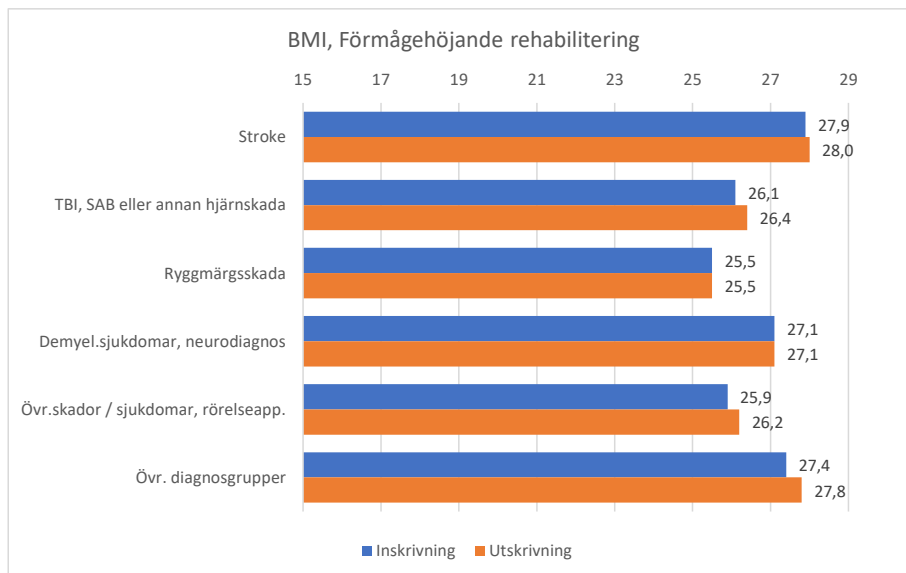
Kommenterad [MM3]: Jag har ändrat texten i kolumnen till höger då värdena är svåra att förstå – man kan lätt tro att det är antalet registreringar. Hoppas jag fattat rätt

Kommenterad [MH4R3]: Jag ändrade namnet på mitternkolumnen också och även i texten ovanför, då ju IPA är den som används minst.

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 53 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 hel- 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

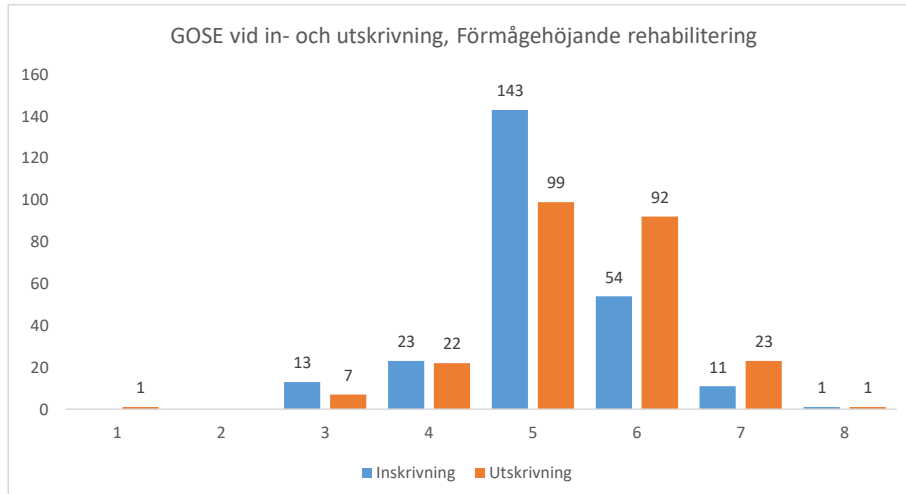
Medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från förmågehöjande öppenvården föreligger hos 34 % av patienterna som hade körkort sedan tidigare.

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 54. 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 33 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 34 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 multiresistentbakterier	3	0%
Annan infektion	18	1%
Ny hjärnskada	5	0%
Avvikit från avdelning	2	0%
Annan komplikation/sjukdom/skada	31	3%

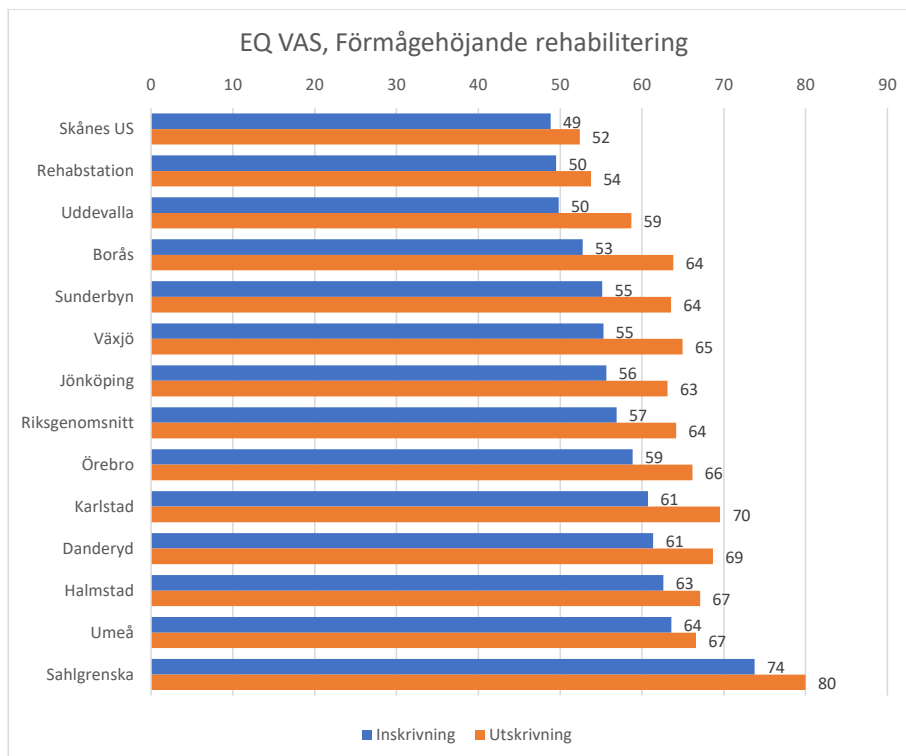
Resultatmätt Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)

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.

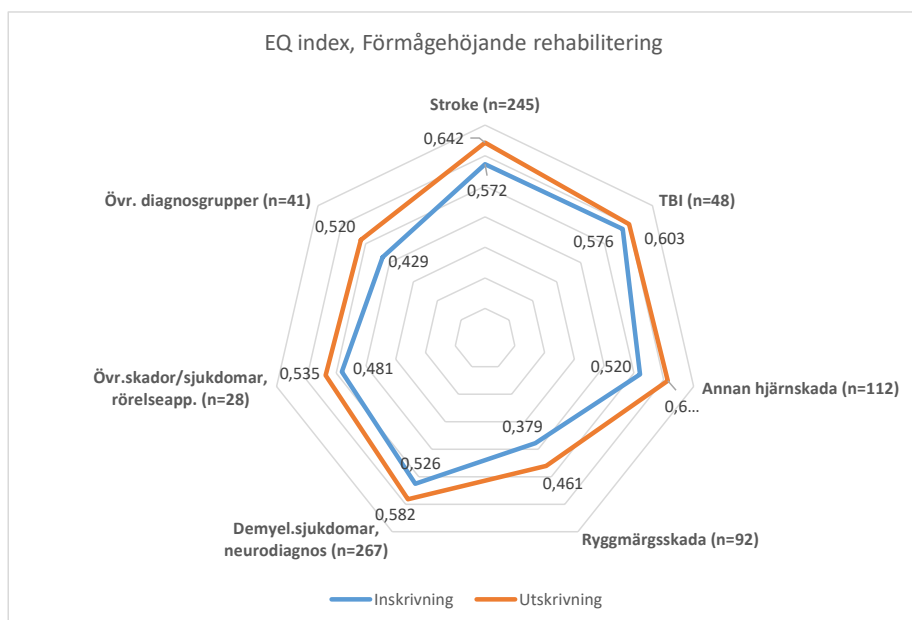


Figur 55 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 833).

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 17). 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 56 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)

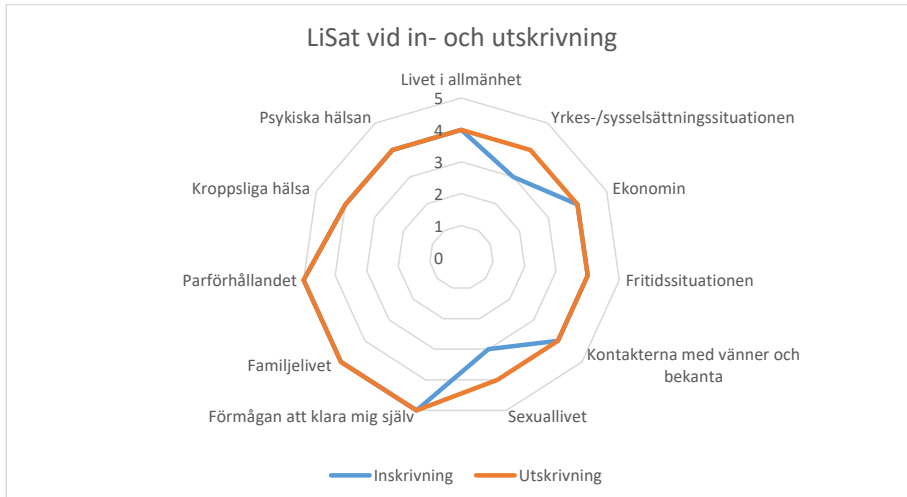
Här redovisas frågan om **tillfredsställelse med livet i allmänhet** där skalan är 1-6 (lägsta värde 1=mycket otillfredsställande och högsta värde 6=mycket tillfredsställande). I tabellen nedan redovisas denna fråga för de patienter som skattade både vid in- och utskrivning.

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 35. 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 ($p=.000$)

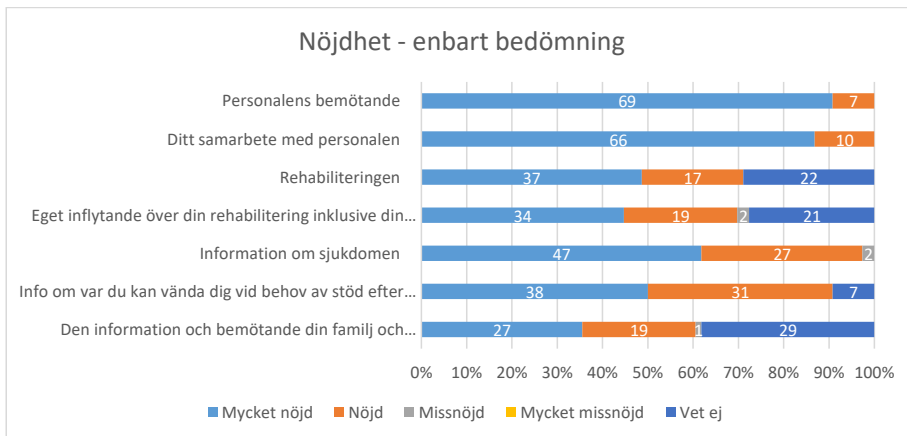


Figur 57 Medianvärden för olika domäner i LiSat in och ut (Förmågehöjande rehabilitering) (n = 474).

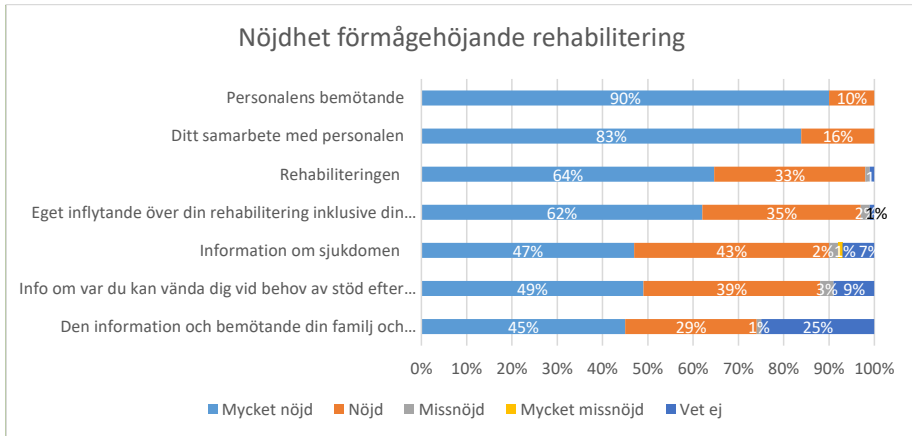
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)

Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen

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

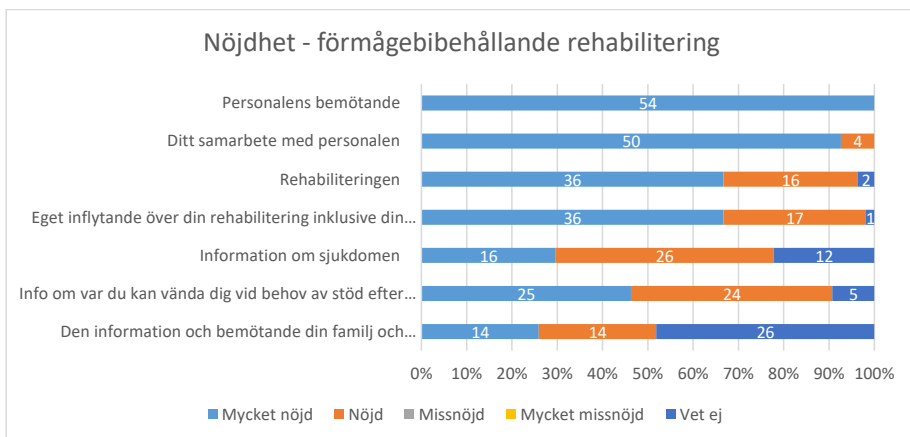


Figur 58 Nöjdhet (Enbart bedömning) (n=76)



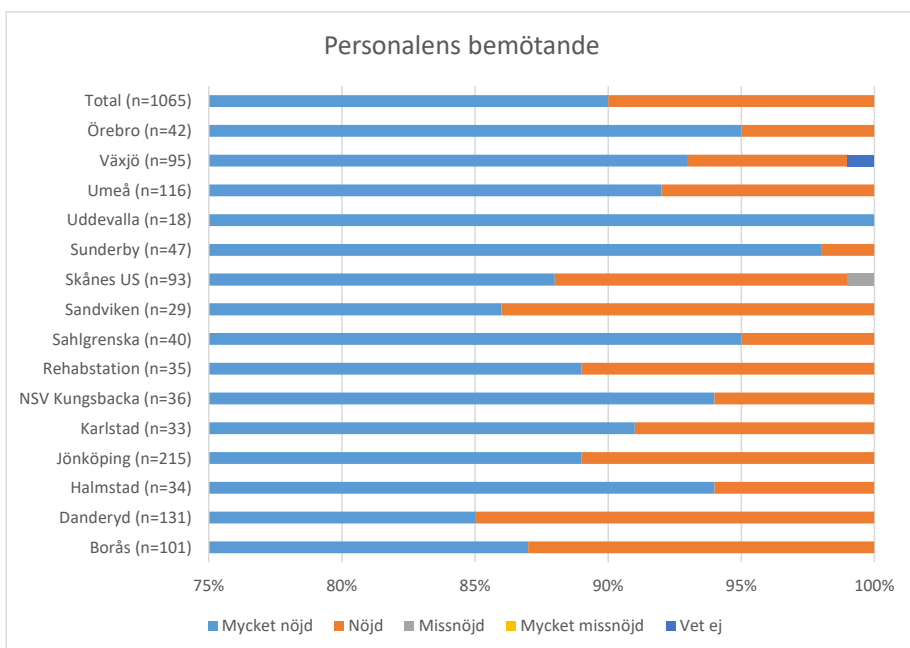
Figur 59 Nöjdhet (Förmågehöjande rehabilitering) (n=935)

Kommenterad [MM5]: Annelie! Vi lyckades göra nya figurer men får inte in % tecknet på dem. Kan du möjligtvis få bort dem här istället??

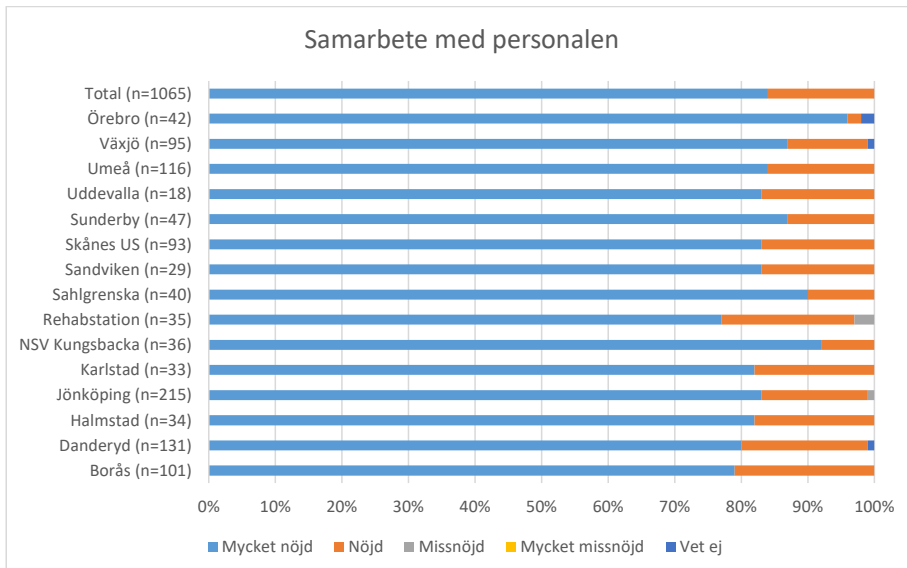


Figur 60 Nöjdhet (Förmågebibehållande rehabilitering) (n=54)

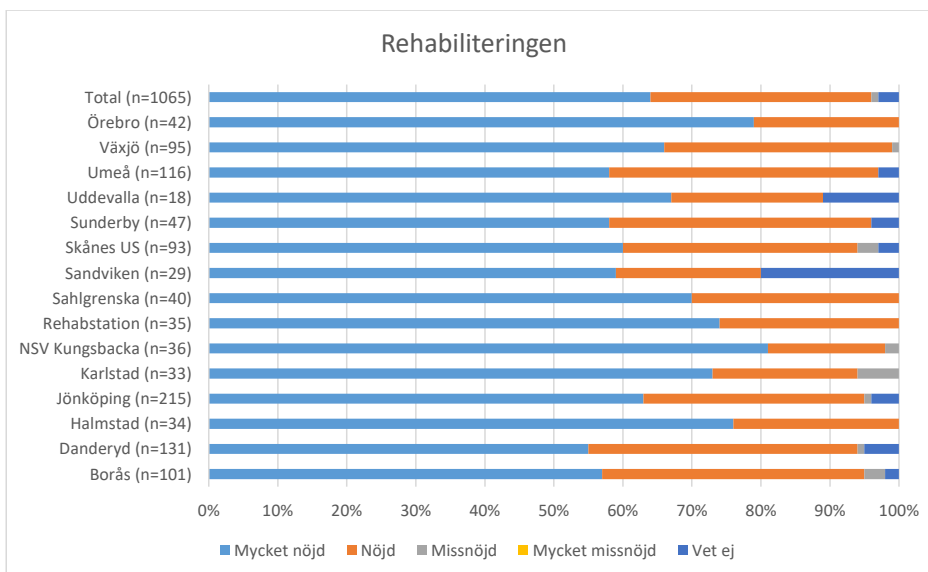
I figurerna 21 – 28 visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt per enhet, för hela öppenvårdsgruppen.



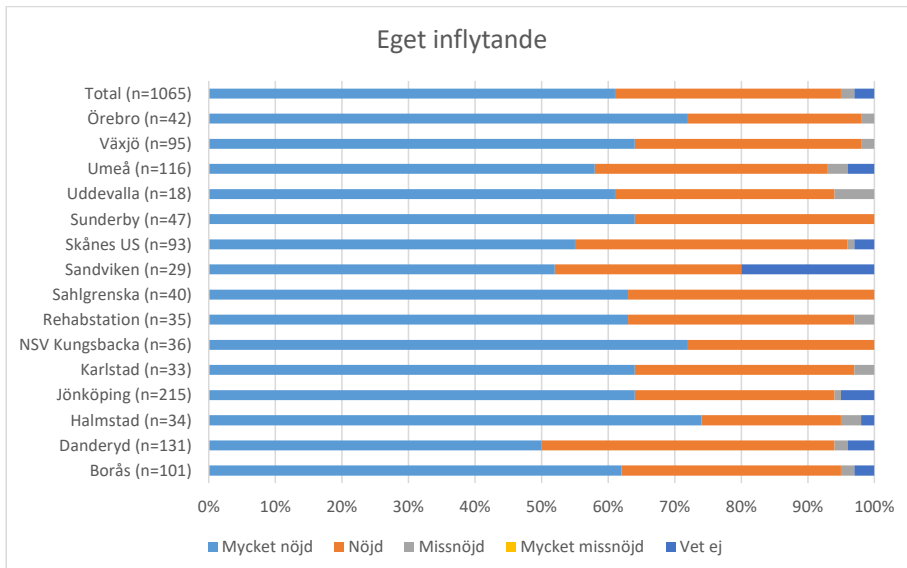
Figur 61 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande". Ifyllnadsgraden anges inom parentes (hela öppenvårdsgruppen)



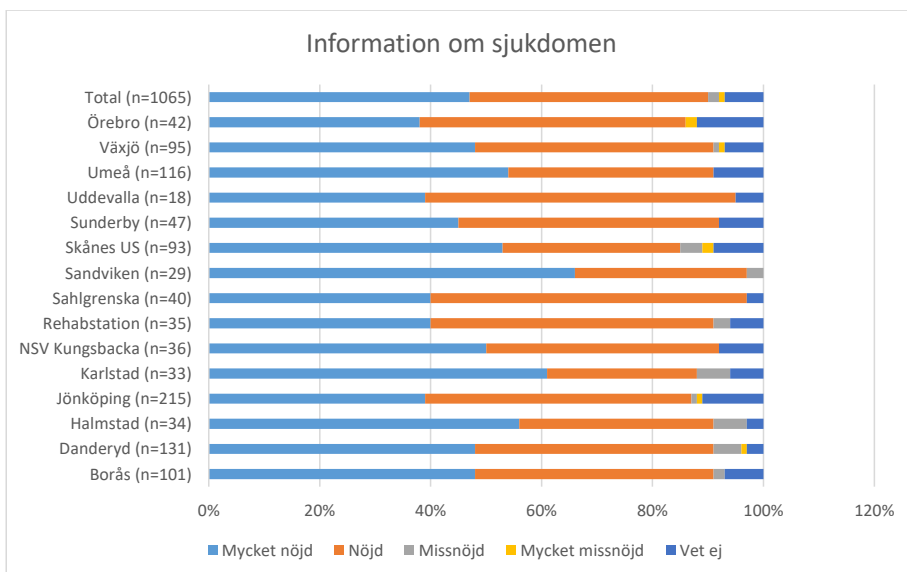
Figur 62 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



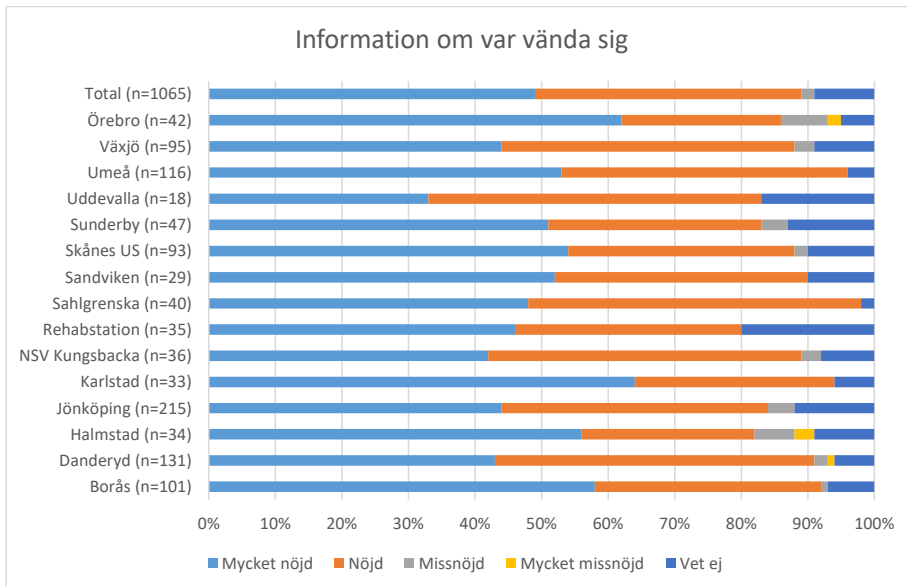
Figur 63 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



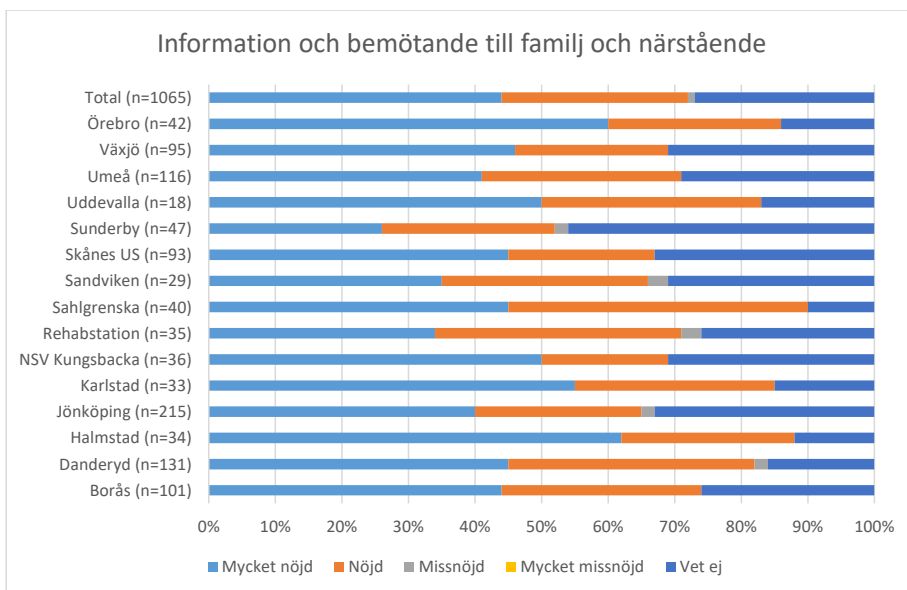
Figur 64 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 65 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan. Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 66 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Hela öppenvårdsgruppen)



Figur 67 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.

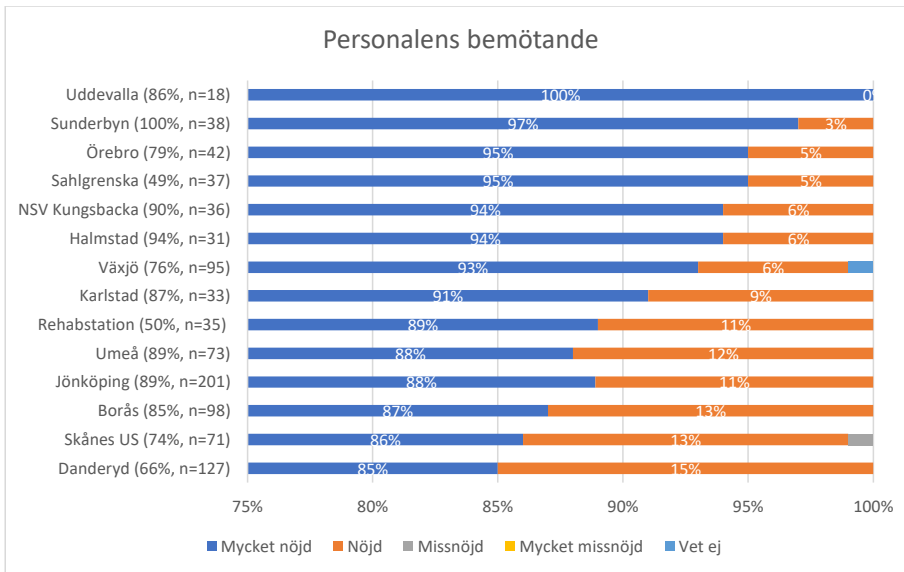
Antalet missnöjda/mycket missnöjda patienter presenteras i tabell 9.

Tabell 36. Antalet missnöjda/mycket missnöjda. (Förmågehöjande rehabilitering).

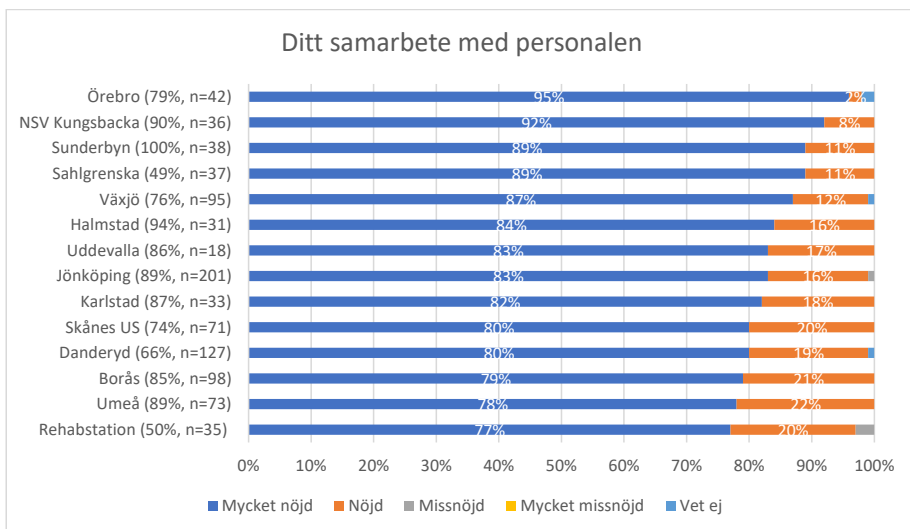
Frågorna gäller nöjdhet med (n=935)	Missnöjd/mycket missnöjd	
	Antal	Andel
Personalens bemötande	2	0%
Ditt samarbete med personalen	3	0%
Rehabiliteringen	13	1%
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	16	2%
Information om sjukdomen	28	3%
Info om var du kan 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%

Nöjdhet för förmågehöjande rehabilitering

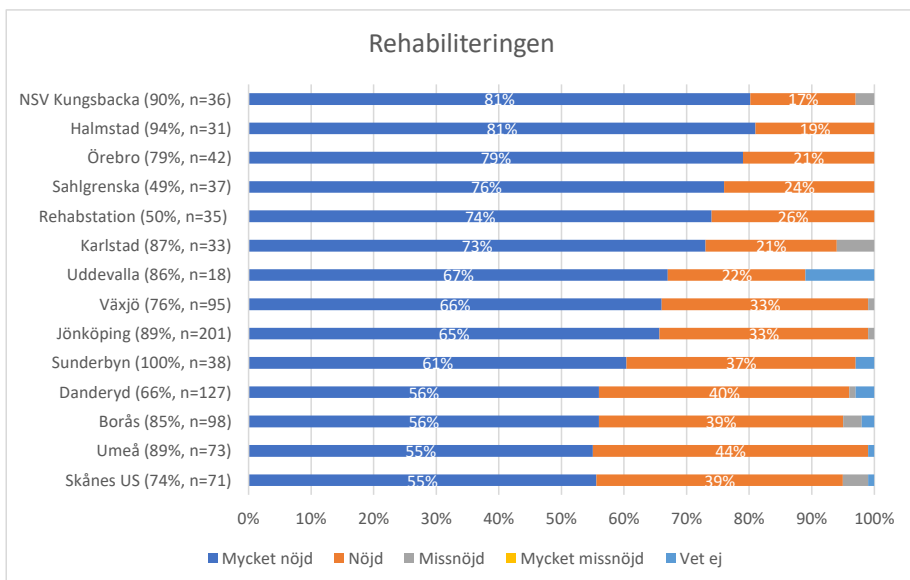
I figurerna 29 – 35 visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt per enhet, för förmågehöjande rehabilitering.



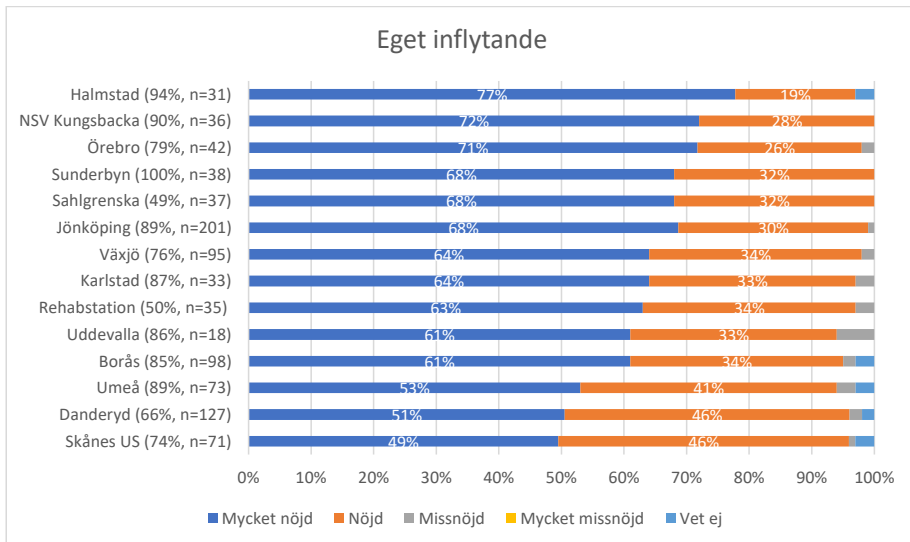
Figur 68 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



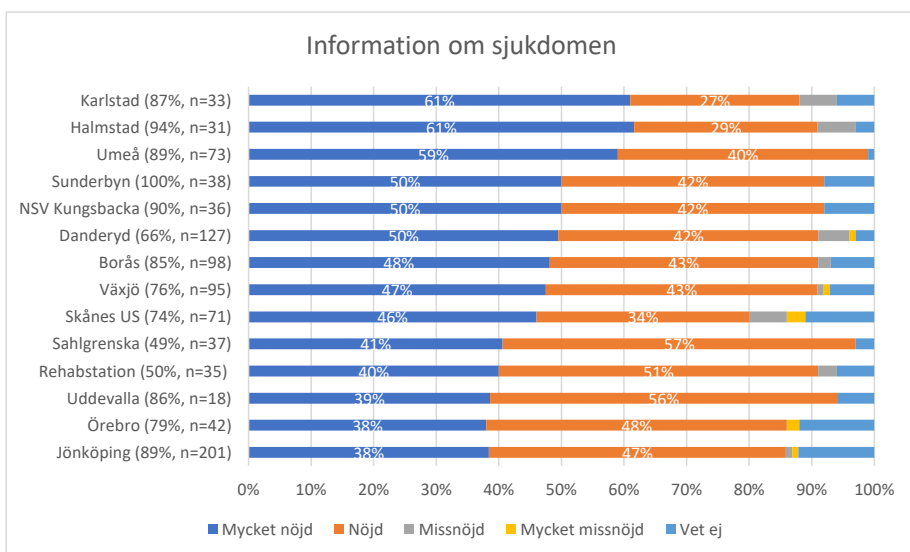
Figur 69 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



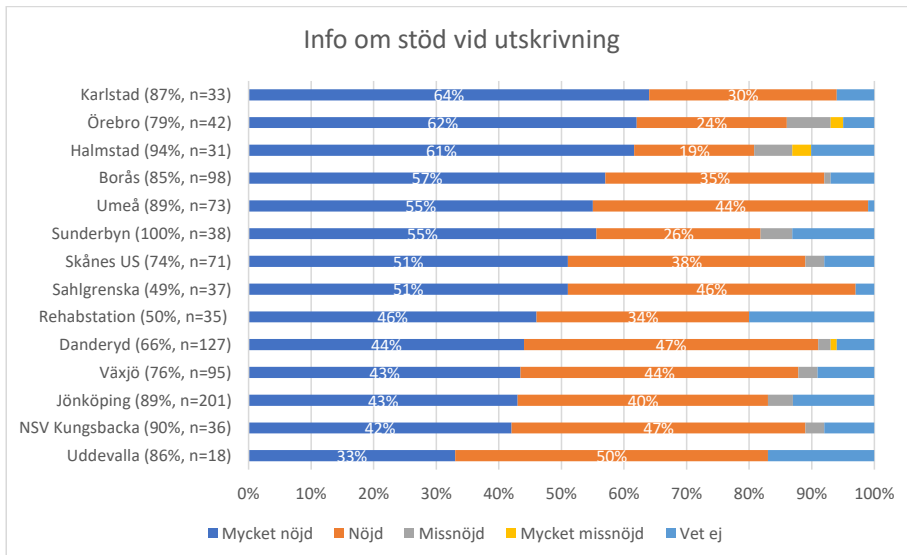
Figur 70 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



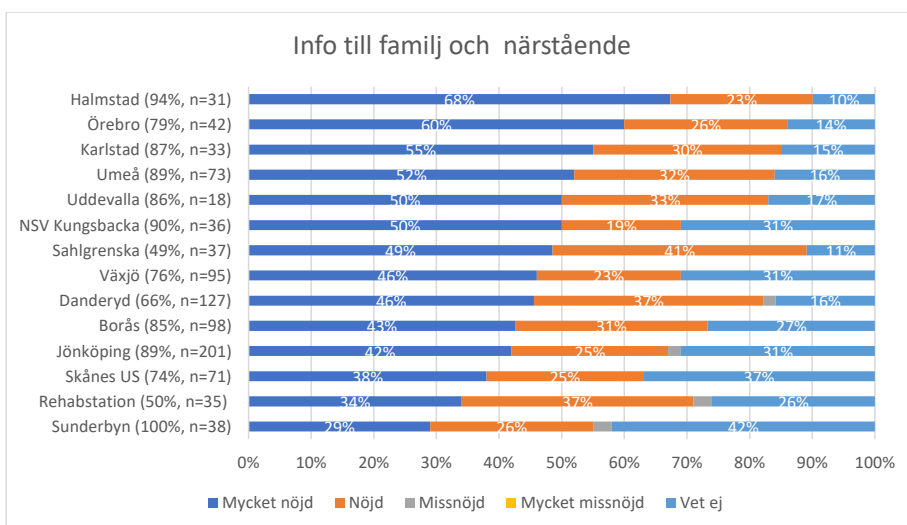
Figur 71 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 72 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan. Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 73 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)



Figur 74 Svarsfördelning för frågan "Den information och det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering". Ifyllnadsgraden anges inom parentes. (Förmågehöjande rehabilitering)

Uppföljning

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

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

Tabell 38 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
Total	2720

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 39 Diagnosgrupper, slutenvård 2016-2018

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

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 40 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
Total	2211

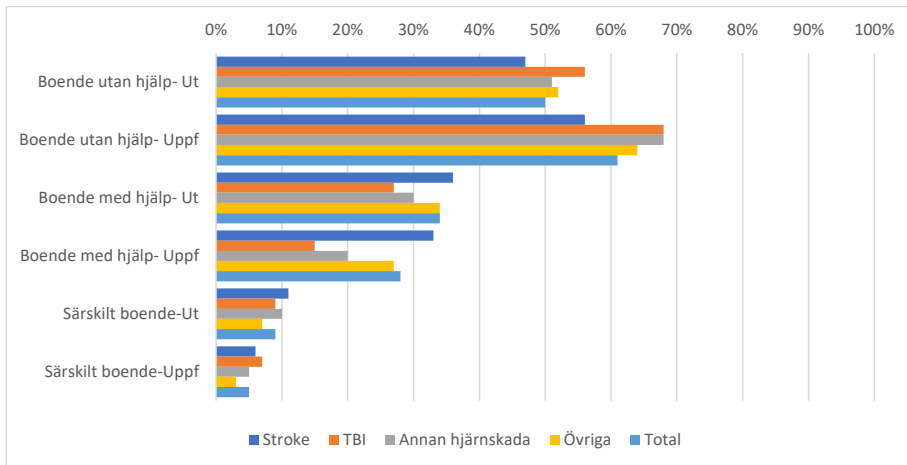
Boendesituation

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 41 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.



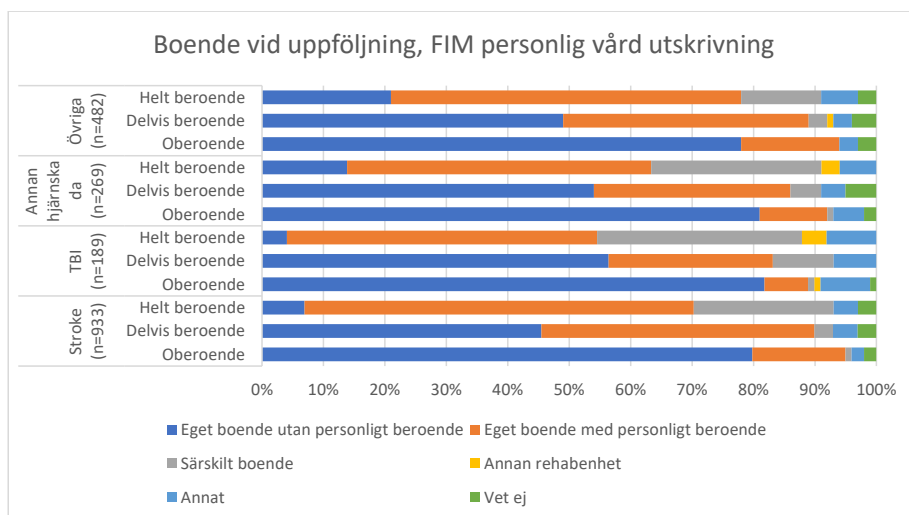
Figur 75 Andel patienter i fyra diagnoskategorier och förändringar i boende från utskrivning till uppföljning

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

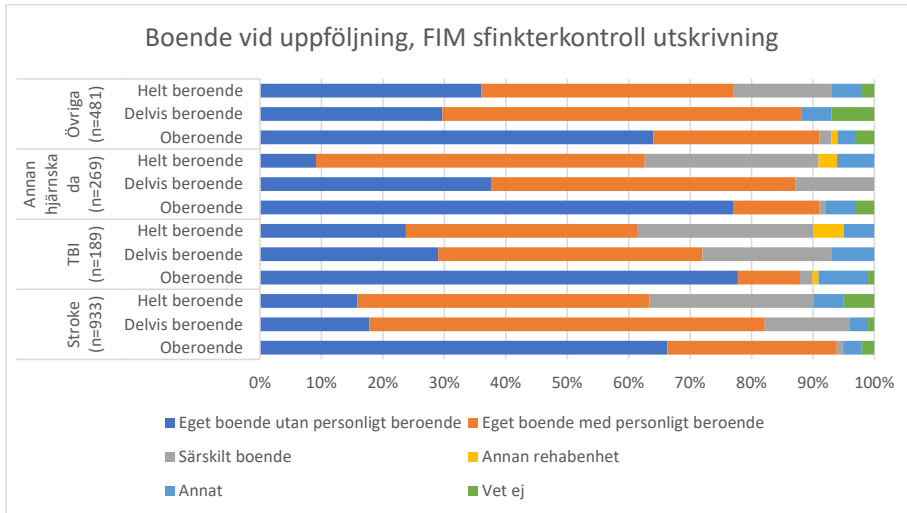
Figurerna nedan (figur 2-7) visar hur grad av beroende i olika delar av ADL vid utskrivningen relaterar till boende vid uppföljningen. ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga och 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor.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

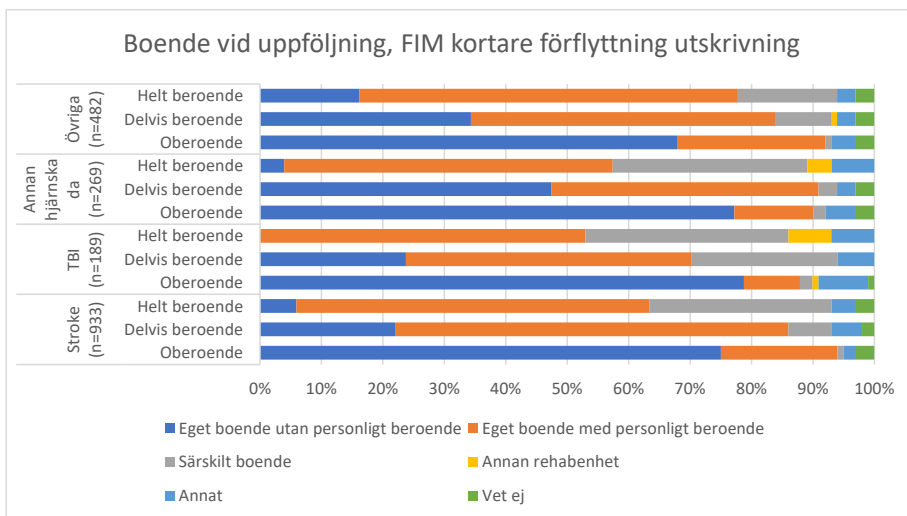
För grupperna stroke, TBI, annan hjärnskada ter sig personlig vård vid utskrivning vara än mer predicerande för boende vid uppföljning än för gruppen Övriga. I grupp Övriga hade en högre andel ett beroende i personlig vård redan före inskrivning. Även beroende avseende sfinkterkontroll verkar påverka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



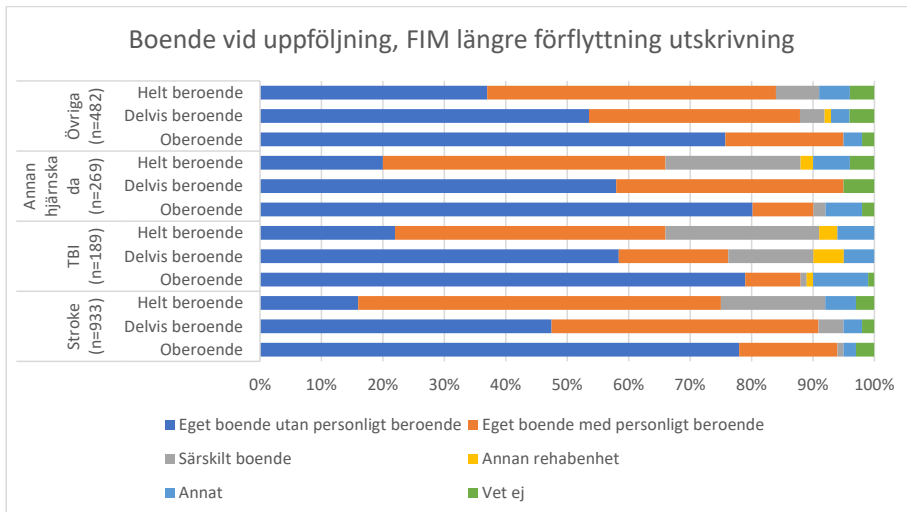
Figur 76 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



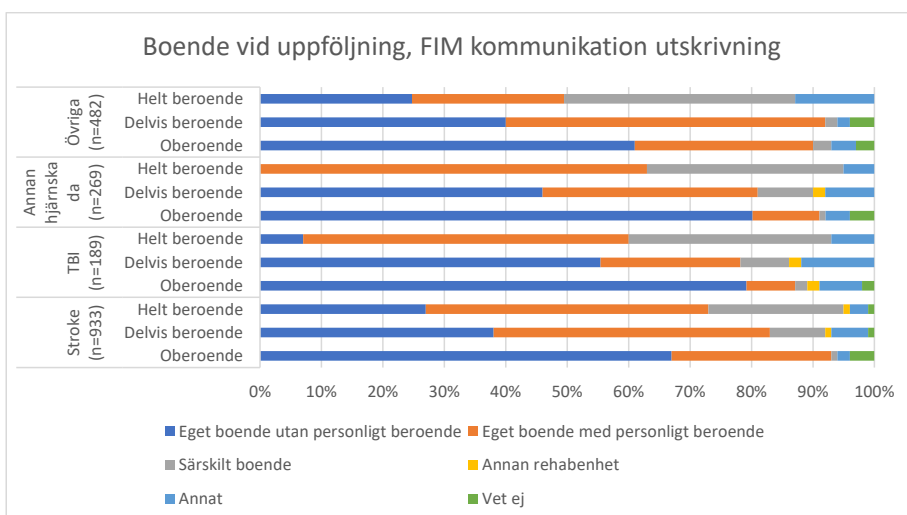
Figur 77 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



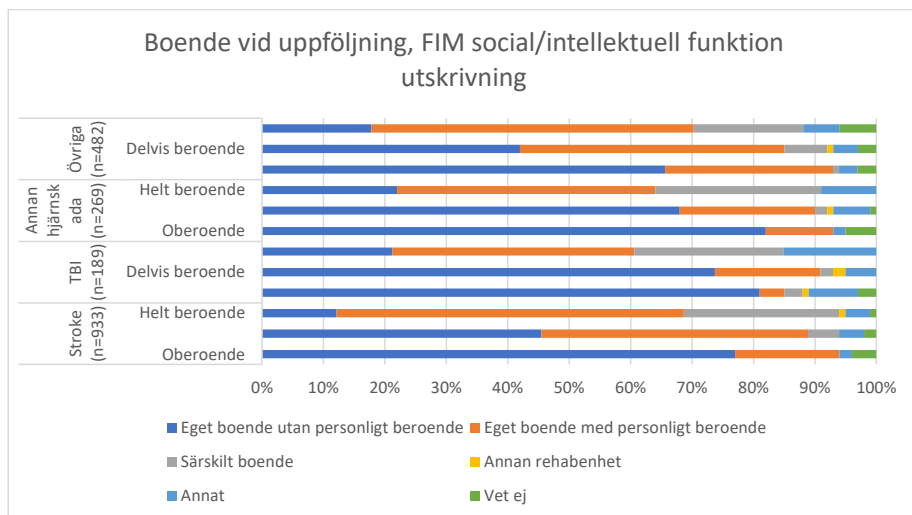
Figur 78 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



Figur 79 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.



Figur 80 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning



Figur 81 Beroendegrad för område "Social/ intellektuell funktion" vid utskrivning i relation till boende vid uppföljning.

Försörjning

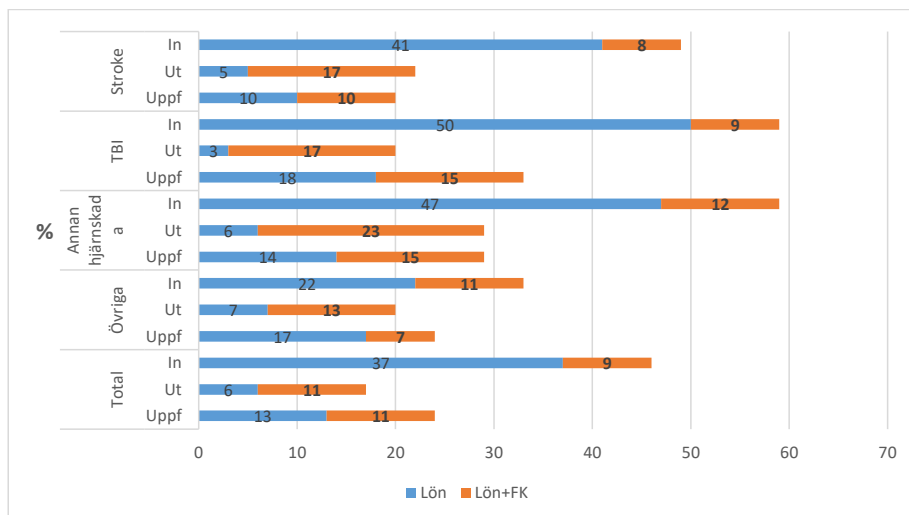
De flesta patienterna skrivs in i slutenvård från annan akut enhet och är därmed sjukskrivna, men i registreringen vid inskrivning ska försörjningsform innan insjuknandet anges. Det finns fortfarande risk att en del patienter är felregistrerade även om det också finns en viss del patienter som har en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



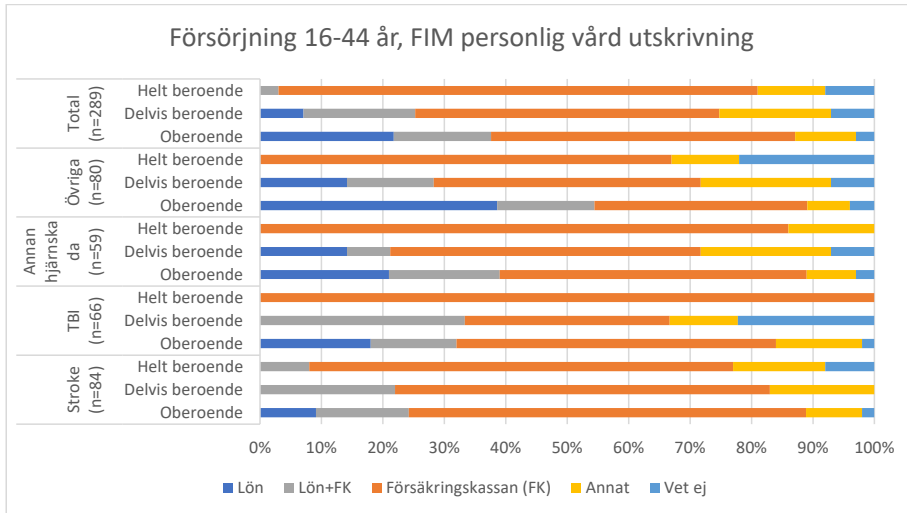
Figur 82 Försörjning inom fyra diagnosgrupper vid tre mättillfällen.

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.

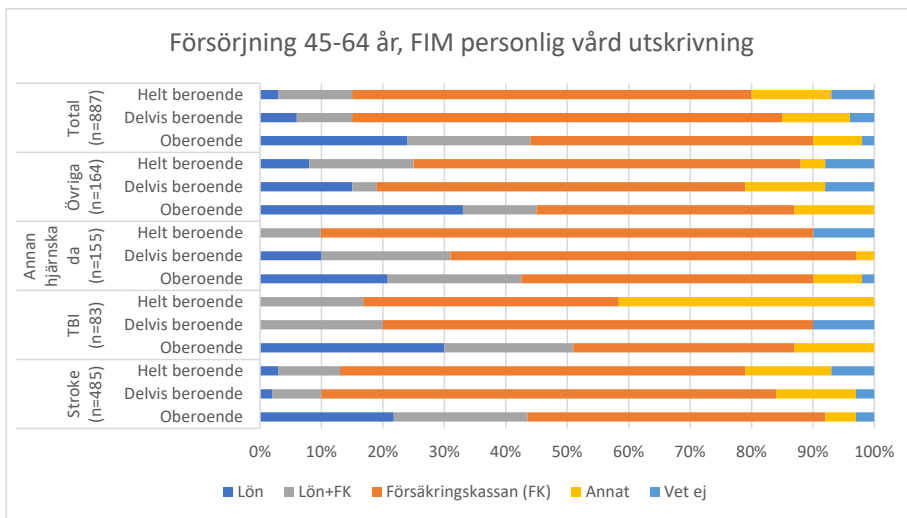
Arbetsåtergång vid uppföljning har starkt samverkan med beroendegrad vid utskrivning avseende samtliga ADL områden. Dock verkar beroende avseende längre förflyttningar inte påverka arbetsåtergång i lika stor omfattning som övriga ADL områden.

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.

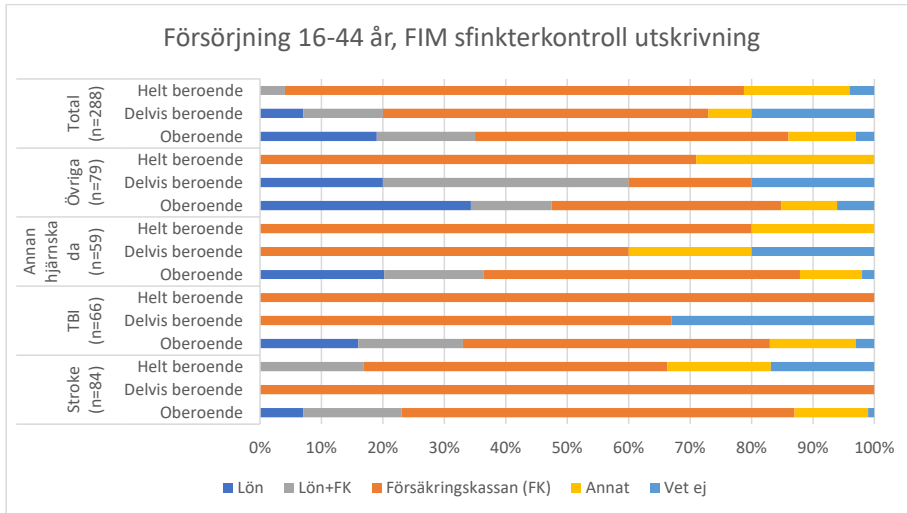
Trots ett fullständigt beroende i social och intellektuell funktion vid utskrivning lönearbetar en fjärdedel av dessa i den äldre gruppen TBI patienter i någon grad vid uppföljningen. Detta är en större andel än för någon annan patientgrupp, där intellektuellt/ socialt beroende ter sig nästan helt avgörande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



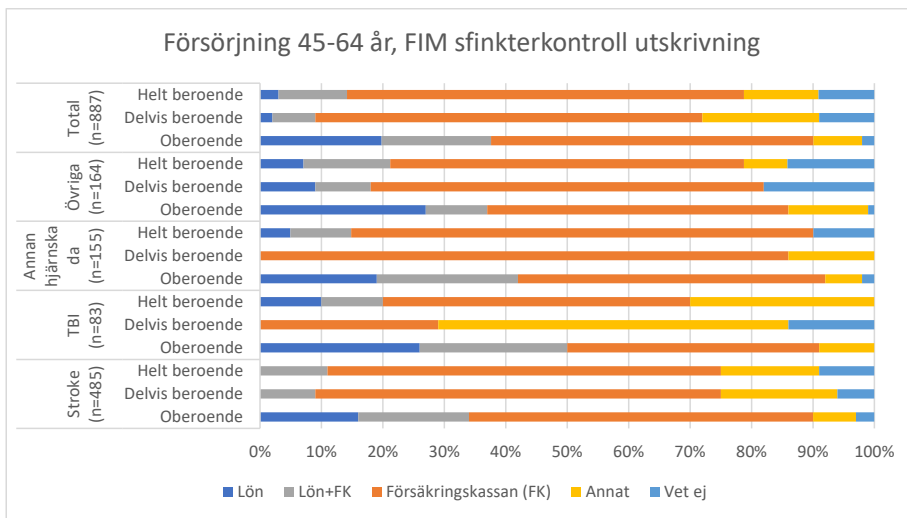
Figur 83 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



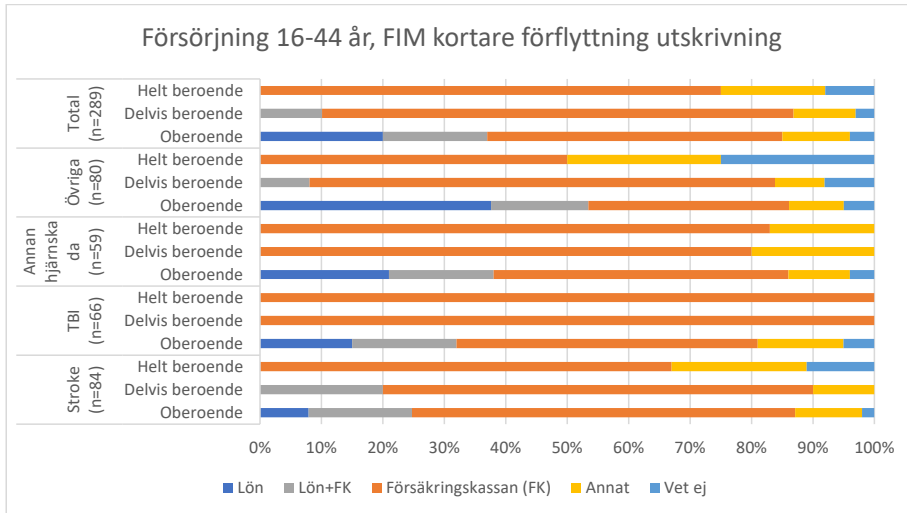
Figur 84 Beroendegrad för område "Personlig vård" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



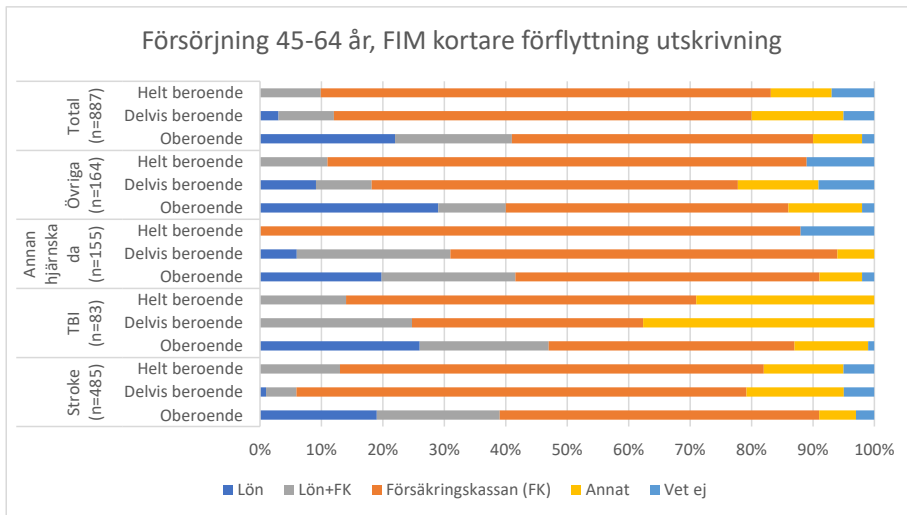
Figur 85 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



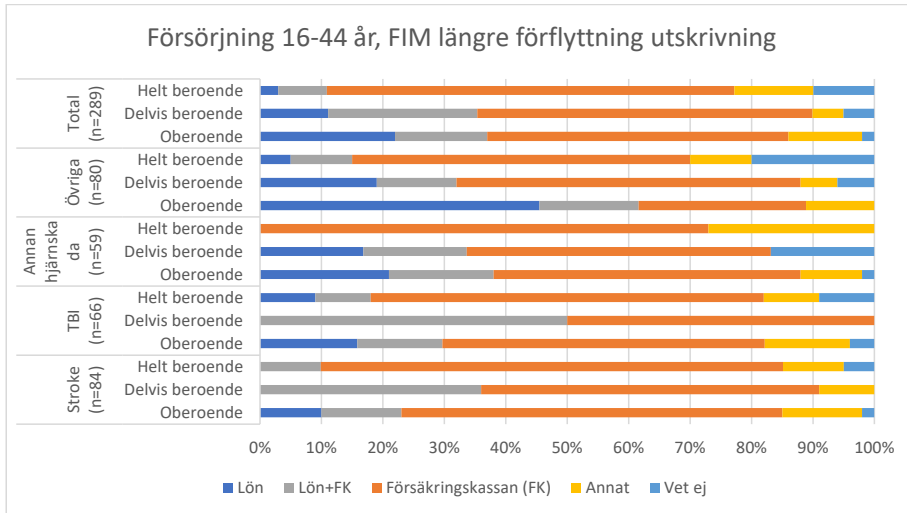
Figur 86 Beroendegrad för område "Sfinkterkontroll" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



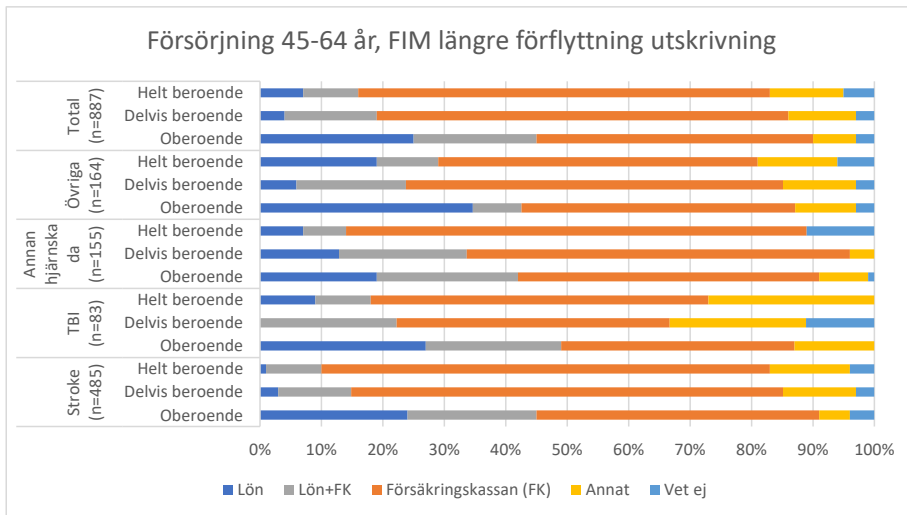
Figur 87 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



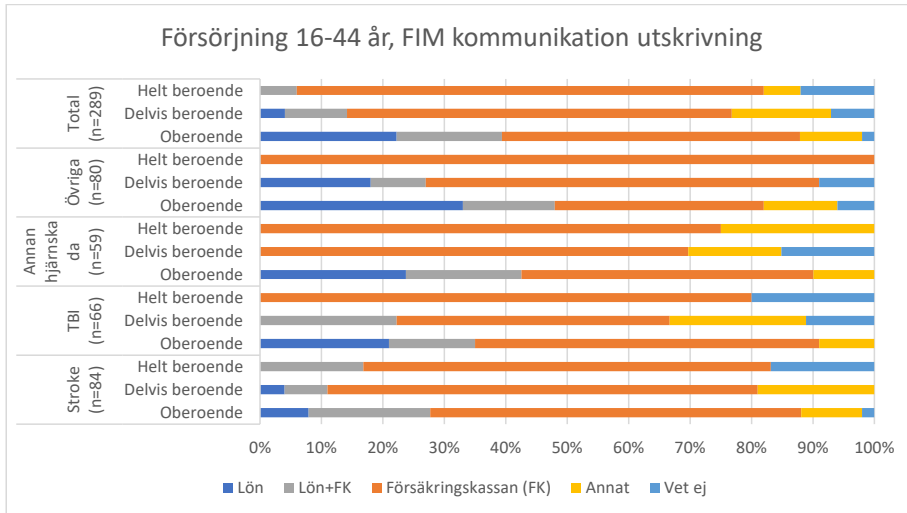
Figur 88 Beroendegrad för område "Kortare förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



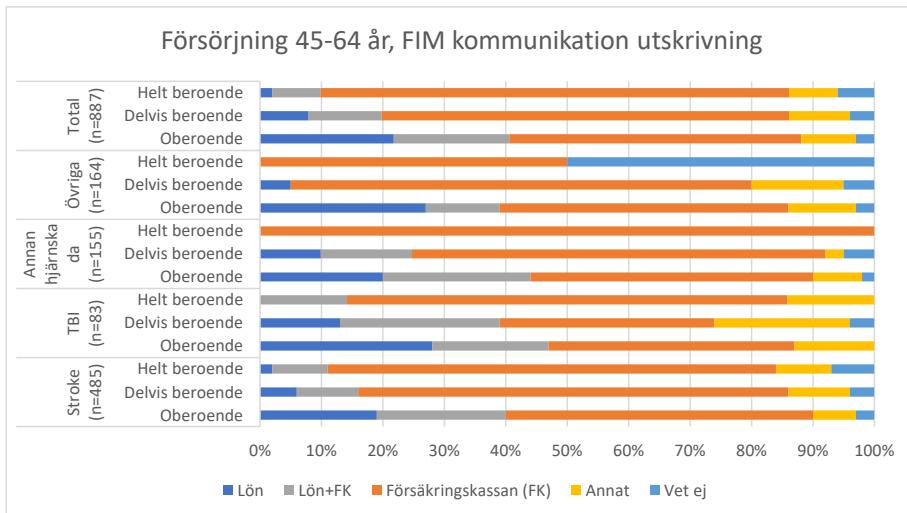
Figur 89 Beroendegrad för område "Längre förflyttningar" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



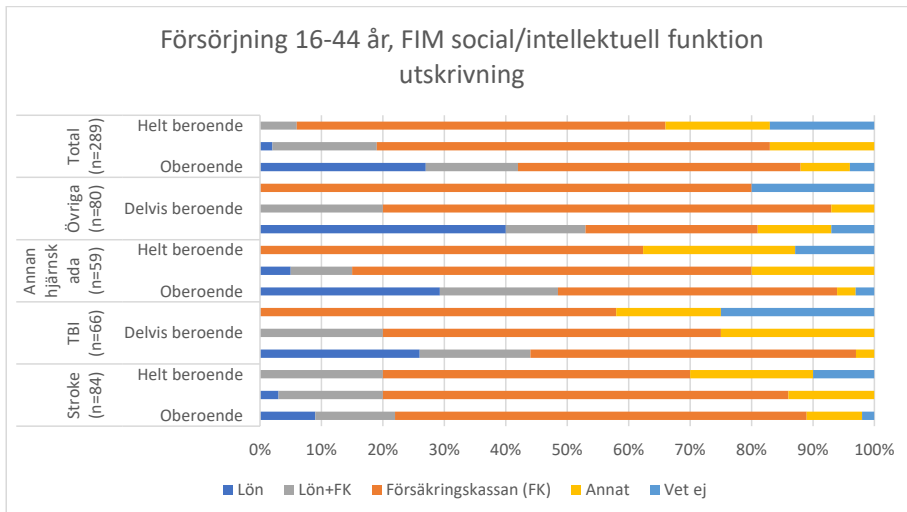
Figur 90 Beroendegrad för område "Längre förflyttning" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



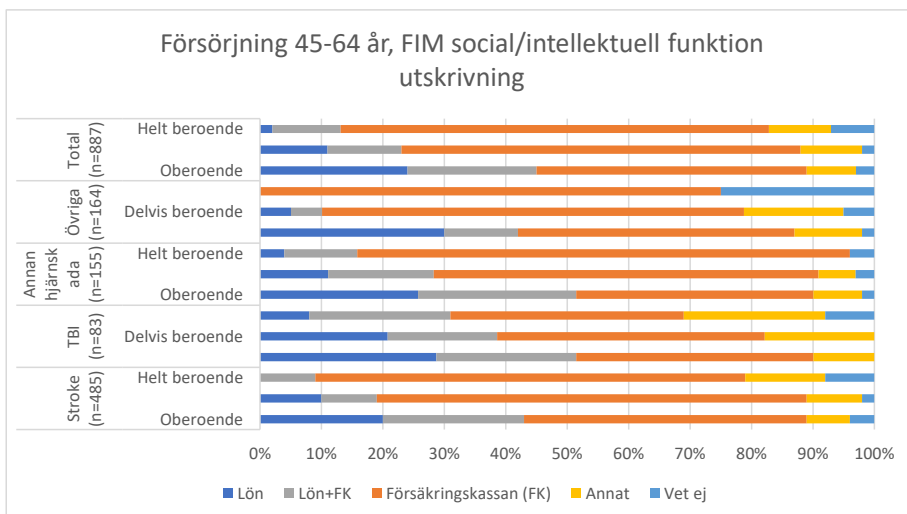
Figur 91 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.



Figur 92 Beroendegrad för område "Kommunikation" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.



Figur 93 Beroendegrad för område "Social/ Intellectuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 16-44 år.

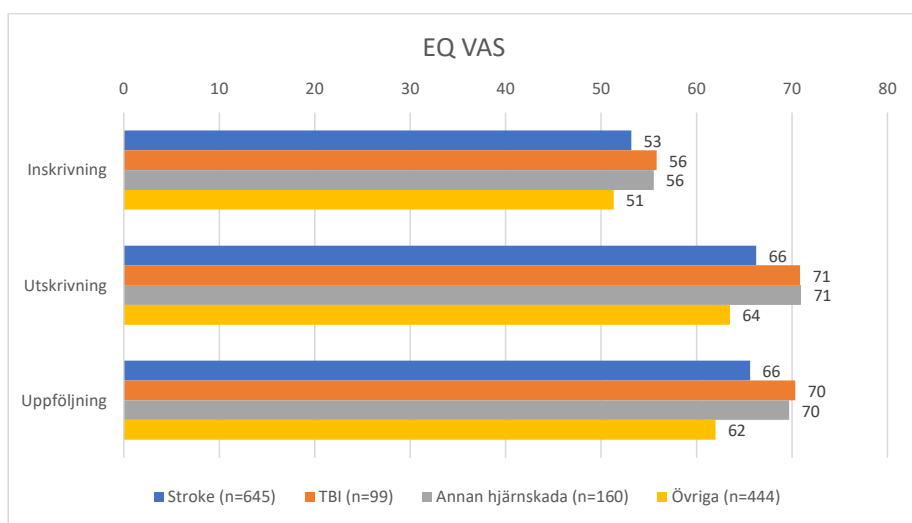


Figur 94 Beroendegrad för område "Social/ Intellectuell funktion" vid utskrivning i relation till försörjningsform vid uppföljning för patienter i ålder 45-64 år.

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.

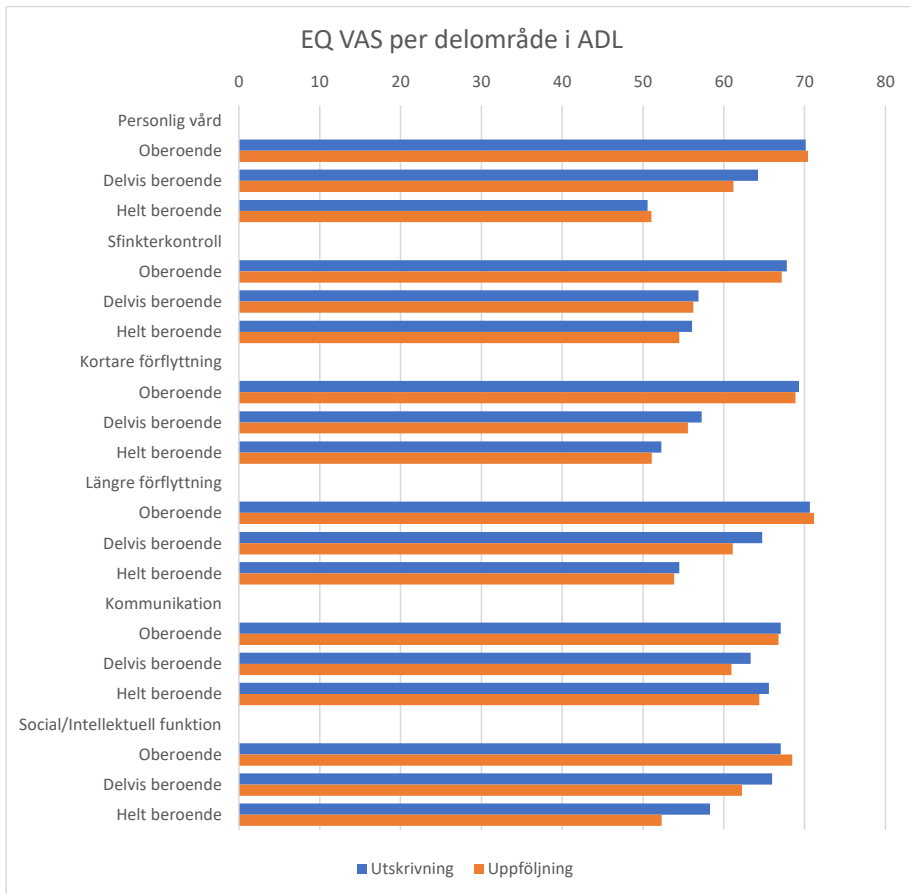
Värdet är högre vid utskrivning jämfört med vid inskrivning för alla fyra diagnosgrupperna. Man ser väsentligen oförändrad VAS vid uppföljningen för alla fyra diagnosgrupper.



Figur 95 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 96 Medelvärden för EQ5D VAS vid utskrivning och uppföljning för alla diagnoser uppdelat på delområden i ADL.

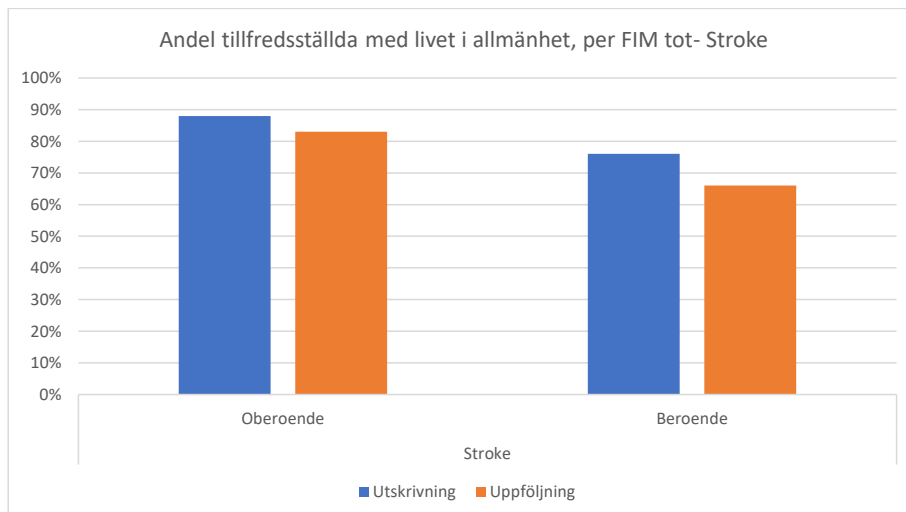
Livstillfredsställelse

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".

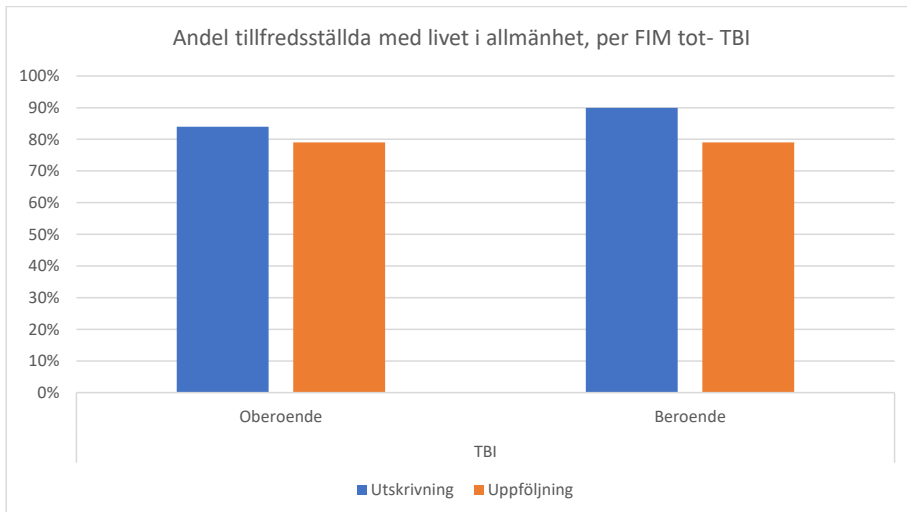
Vid uppföljningen är 70% (n=984) tillfreds med livet i allmänhet och 30% (n=422) icke tillfreds om man ser till hela gruppen. Det är ingen påtaglig skillnad mellan de olika diagnosgrupperna.

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.

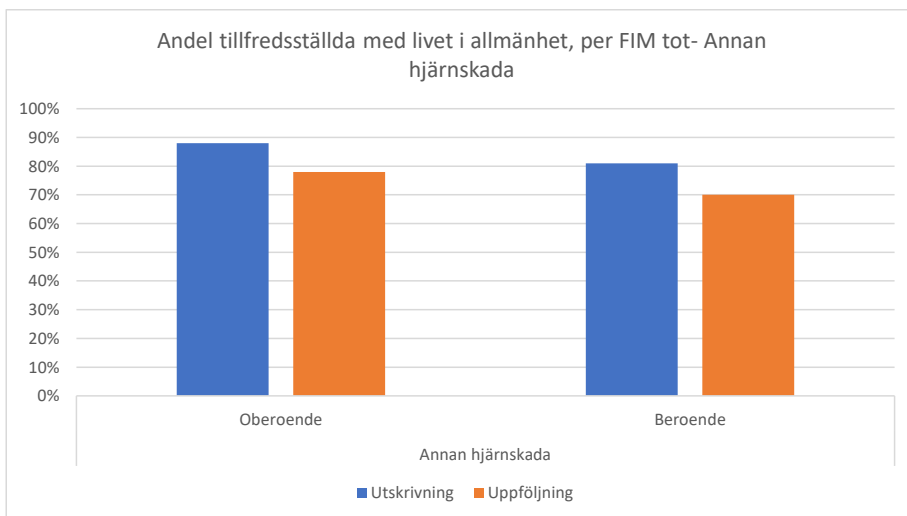
Vi ser att andelen tillfredsställda ofta sjunker vid uppföljningen jämfört med vid utskrivningen även om man är oberoende. Livstillfredsställelsen för patienter med stroke, TBI och annan hjärnskada som är beroende i ADL vid utskrivning sjunker mer än för de som är oberoende vid utskrivning vilket är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



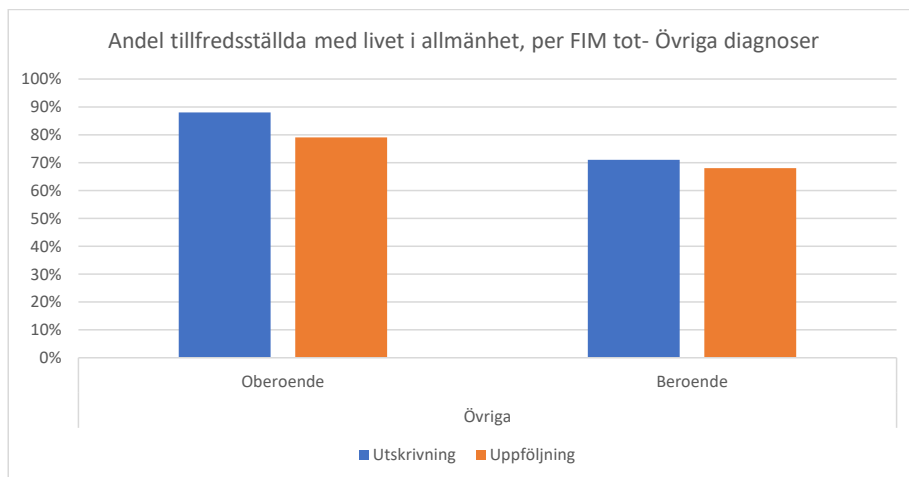
Figur 97 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp stroke.



Figur 98 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp TBI.

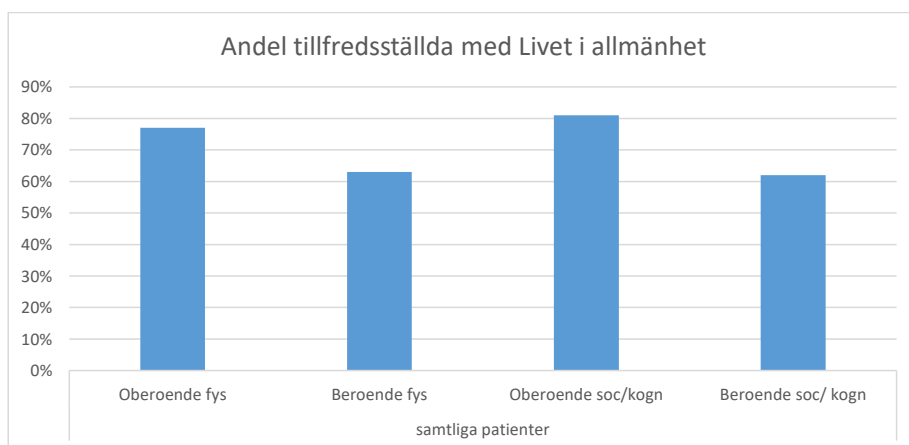


Figur 99 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp annan hjärnskada.



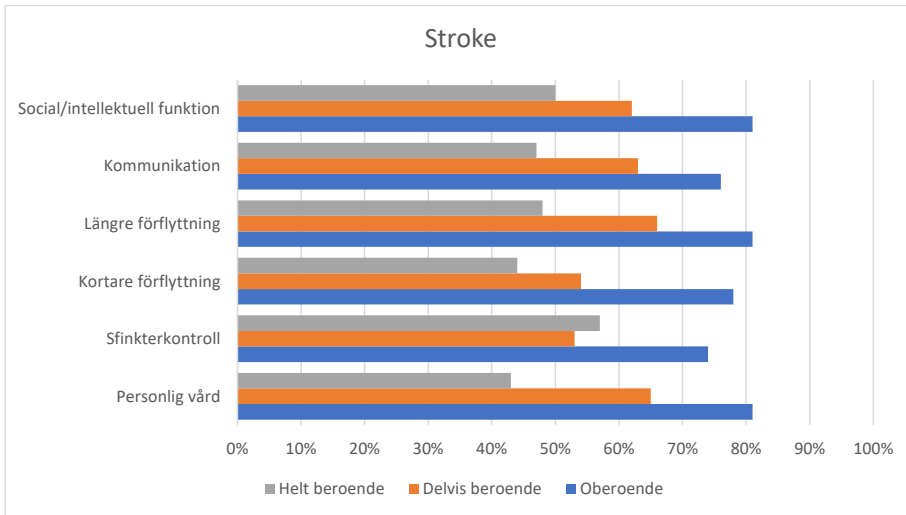
Figur 100 Andelen tillfredsställda med livet i allmänhet enligt LiSat vid utskrivning och uppföljning relaterat till oberoende respektive beroende i ADL för patientgrupp övriga diagnoser.

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%.

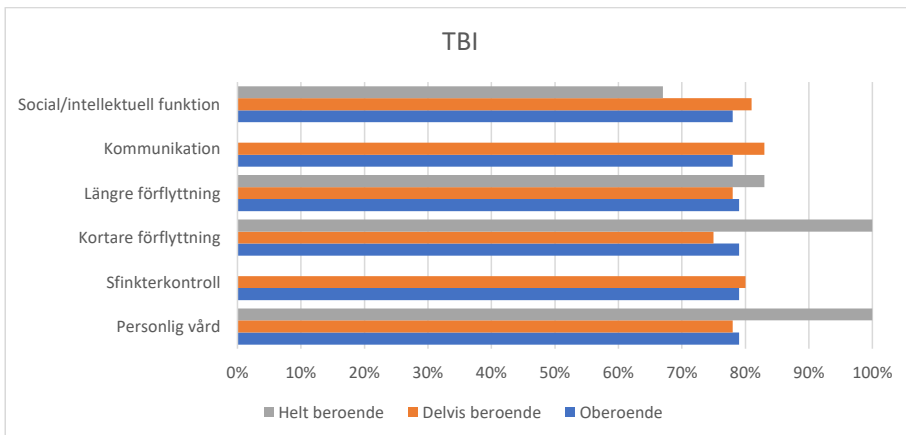


Figur 101 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i fysiska respektive sociala/ kognitiva items i ADL vid utskrivning, för samtliga uppföljda patienter

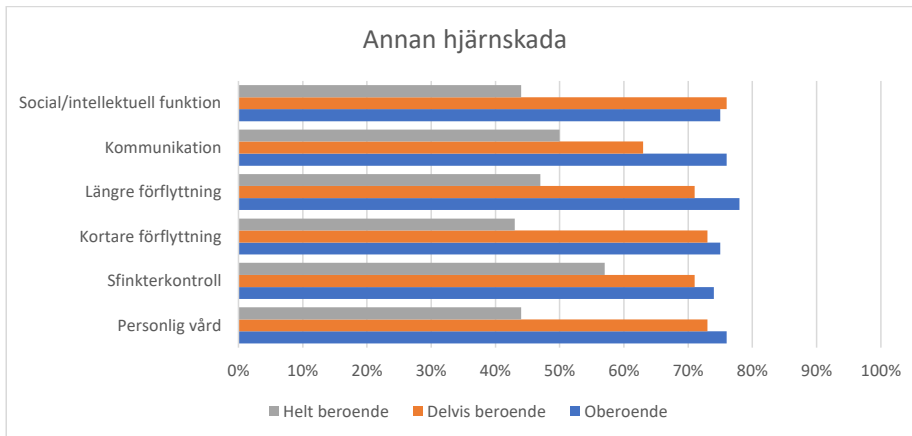
Det är inga stora skillnader mellan olika delområden i ADL och inte heller mellan olika patientgrupper i denna rapport. Däremot är det tydligt att grad av beroende och oberoende relaterar till hur tillfredsställd man är med livet i allmänhet. För grupperna stroke och annan hjärnskada är skillnaderna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



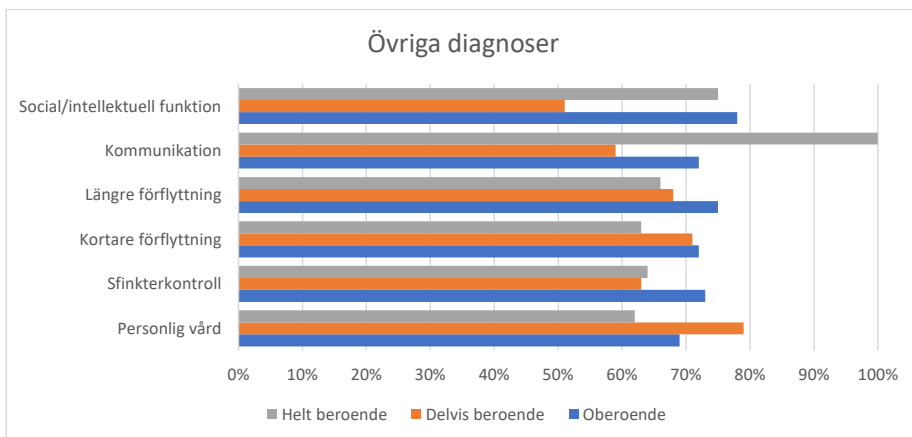
Figur 102 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LISat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp stroke.



Figur 103 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LISat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp TBI.



Figur 104 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp annand hjärnskada.

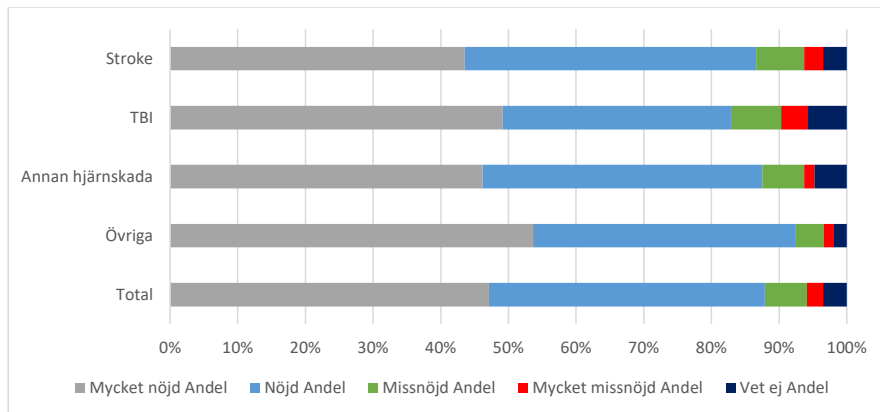


Figur 105 Andel (%) tillfredsställda med "Livet i allmänhet" enligt LiSat vid uppföljning, relaterad till beroende/oberoende i delområdena i ADL vid utskrivning för patientgrupp Övriga.

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 106 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 utskrivningen. 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.

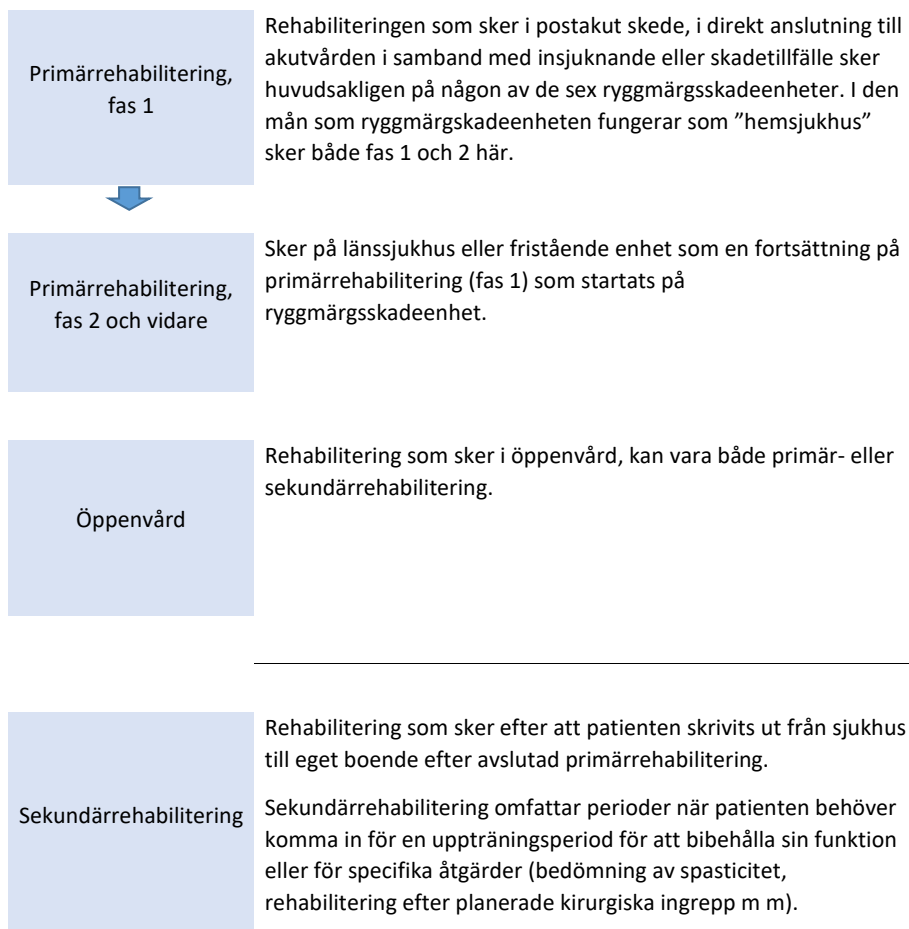
Man kan således vara ganska tillfreds med livet med funktionsnedsättningar av olika typ men grad av oberoende har generellt stor betydelse för nivån av livstillfredsställelse.

Ryggmärgsskadedel

Definitioner och beskrivning av spinalrapporten

Vi har i dagsläget sex enheter som bedriver högspecialiserad ryggmärgsskaderehabilitering samt ett antal länssjukhus eller fristående enheter som också tar emot patienter med ryggmärgsskador.

I vår presentation av materialet har vi valt att göra en uppdelning utifrån vilken fas i rehabiliteringen man är i.



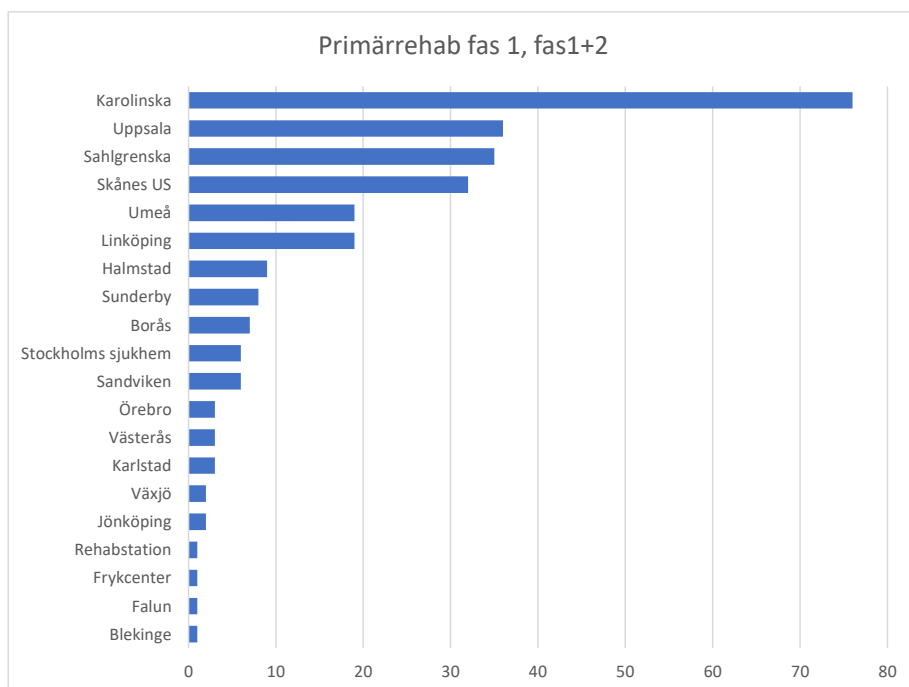
I ryggmärgsskaderapporten har vi endast valt att redovisa resultat för ryggmärgsskadevariablerna som matats in i registret. För ytterligare beskrivning av demografi, process- och utfallsmått, var god se respektive generell rapport för slutenvård, öppenvård och uppföljning. I alla dessa är de ryggmärgsskadade inkluderade.

Primärrehabilitering slutenvård, fas 1 och 2

Demografi

Totala antalet registreringar för primärrehabilitering var 270 stycken och baseras på de patienter som skrivits ut under 2018. Utifrån registreringar 2018 ses en generell liten minskning som tycks vara jämnt fördelat över landet. Utifrån hur ryggmarggskaderehabiliteringen är organiserad, blir vissa patienter registrerade två gånger: Många patienter har först vårdats på högspecialiserad enhet och sedan fått efterföljande rehabilitering på annan enhet, så de patienter som haft sin fas 2 på annan enhet som registrerar i WebRehab finns representerade i gruppen *Primärrehabilitering fas 2 och vidare* också.

Följande graf visar hur antalet patienter i primärrehabilitering (enbart fas 1 eller fas 1 och 2 förlagd på samma enhet), är fördelad.

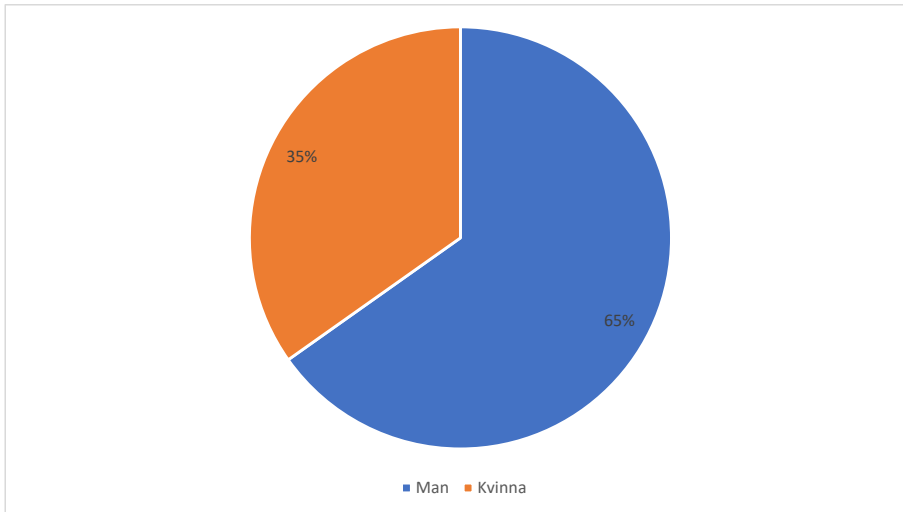


Figur 1: Antal patienter i primärrehabilitering (enbart fas 1 eller fas 1 och 2 förlagd på samma enhet), per enhet 2018.

Vi ser något färre registreringar år 2018 jämfört med 2017 då motsvarande antal var 294 st. Vi kan se att det utöver de sex ryggmarggskadeenheterna (Uppsala, Umeå, Skåne, Sahlgrenska, Linköping och Karolinska) finns ett flertal länsenheter/fristående enheter som tar emot patienter för primärrehabilitering fas 1. Under 2018 är det 80% av patienterna som haft sin primärrehabilitering förlagd på ryggmarggskadeenhet, vilket är en högre än andel än 2017. Regionala skillnader ses där västra sjukvårdsregionen och norra sjukvårdsregionen har högst andel patienter i primärrehab på ryggmarggskadeenhet.

Könsfördelning

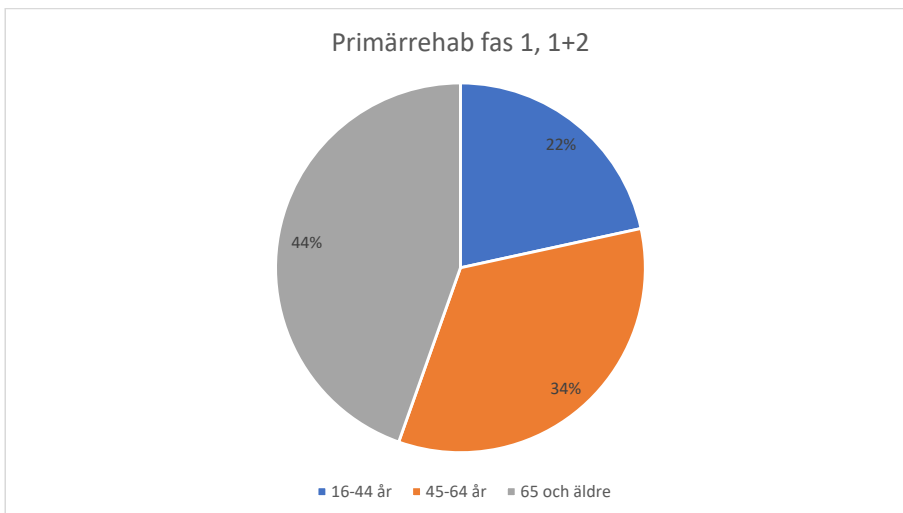
Männen står för 65% av de registrerade ryggmärgsskadorna under 2018, kvinnor för 35%.



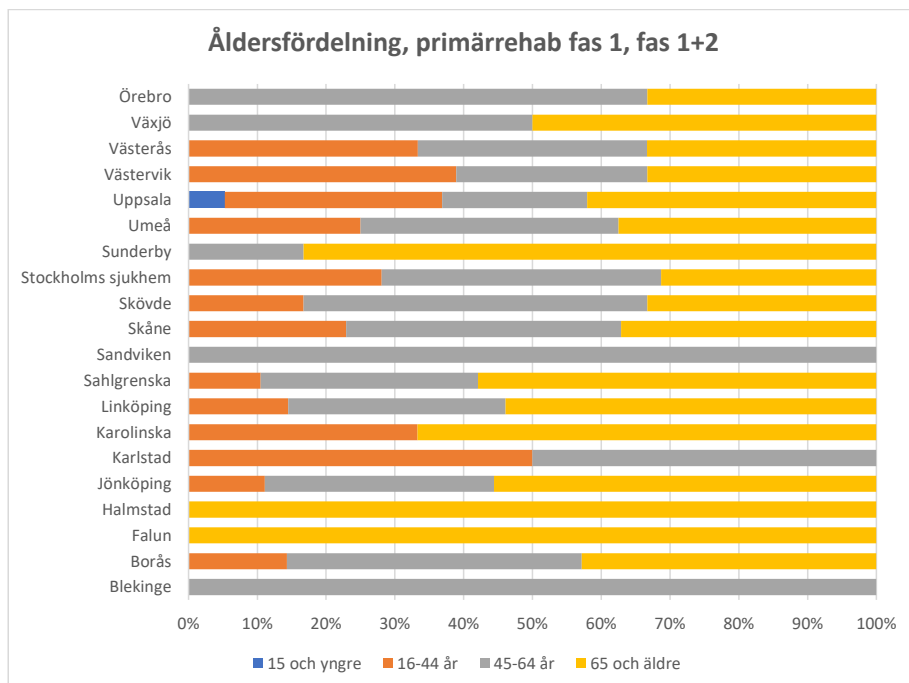
Figur 2: Könsfördelning bland patienter i primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

Åldersfördelning

Det är tydligt att andelen äldre bland patienter med ryggmärgsskador är hög (figur 3). Dessa patienter har i större utsträckning icke traumatiska skador (figur 6) än övriga åldersgrupper.



Figur 3: Åldersfördelning bland patienter i primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet), hela riket.



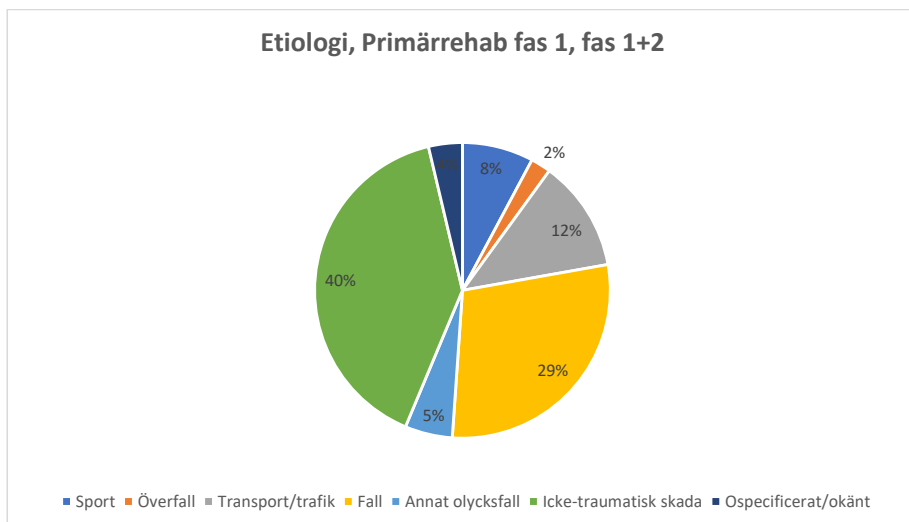
Figur 4: Åldersfördelning bland patienter i primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet), per enhet.

Etiologi

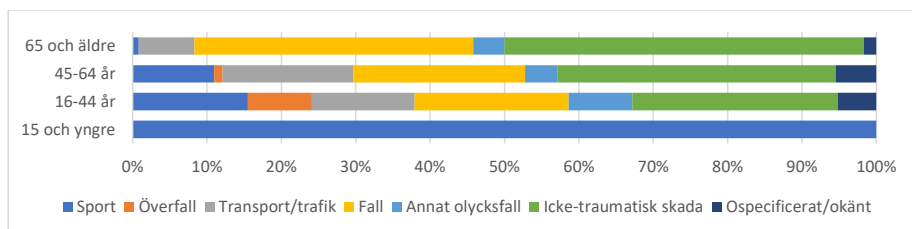
Figur 5 illustrerar fördelningen av skadeorsak. De icke traumatiska skadorna står för 40 % av alla ryggmärgsskador under 2018. Bland de traumatiska skadorna dominerar 2018 liksom under föregående år fallskador (även dessa fortsatt ökande) och trafikrelaterade skador. Etiologin sett över de fyra senaste åren (figur 7) ser vi att fallen ökar medan trafiken minskar.

Noteras bör att vid ADL bedömning med FIM (för detaljer se slutenvårdsrapporten) är det en av fem patienter som är beroende i social intellektuell funktion vid inskrivning. Denna andel minskar under vårdtiden. Detta bör beaktas vid upplägg av rehabiliteringsplan och arbetet med patienterna samt vid planeringen inför utskrivning.

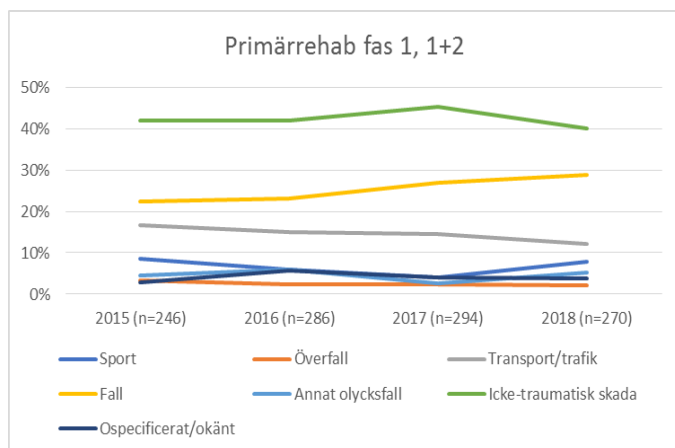
Etiologi, Primärrehab fas 1, fas 1+2



Figur 5: Etiologi nationell fördelning, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet) 2018.



Figur 6: Etiologi fördelning inom åldersgrupperna, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet) 2018.



Figur 7 Etiologi fördelat över de fyra senaste åren.

Utfallsmått

Neurologisk nivå

Tabell 42 visar antalet patienter utifrån neurologisk nivå vid inskrivning. Vid registrering av neurologisk nivå kvarstår förbättringspotential. Liksom förra året är antalet patienter med höga skador (C2-C4) stort, av totalt 98 av dessa är 14 kompletta, och 11 patienter är registrerade att ha ett fullständigt eller partiellt ventilatorbehov.

Tabell 42: Neurologisk nivå vid inskrivning, fördelning mellan enheterna, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

Sjukhus	Neurologisk nivå (NLI) (in)																				Total										
	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	
Blekinge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Borås	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Falun	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Frykcenter	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Halmstad	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Jönköping	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Karlstad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Karolinska	9	14	7	11	7	1	0	2	0	1	1	2	1	2	1	0	2	3	2	2	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	76
Linköping	2	3	3	1	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Rehabstation	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Sahlgrenska	5	4	3	7	5	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Sandviken	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Skånes US	0	6	2	3	2	0	1	0	2	1	2	1	1	1	2	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Stockholms sjukhem	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Sunderby	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Umeå	0	3	2	7	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Uppsala	0	6	1	7	2	2	0	0	0	0	3	2	1	1	1	3	0	1	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	36
Västerås	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Växjö	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Örebro	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	39	38	22	38	21	6	4	4	4	4	11	7	6	6	6	9	6	11	6	6	10	3	3	0	0	0	0	0	0	0	270

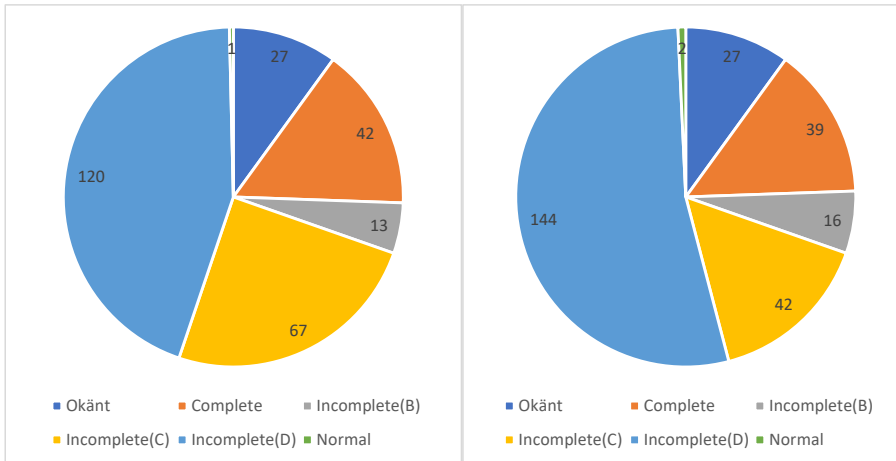
Tabell 43 visar antalet patienter utifrån neurologisk skadenivå, registrering vid utskrivning. Här är det 10 av 87 med höga skador (C2-C4) som är kompletta. 4 patienter har ett ständigt eller partiellt ventilatorbehov registrerat.

Tabell 43: Neurologisk skadenivå vid utskrivning, fördelning mellan enheterna, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Tota
Blekinge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Borås	4	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Danderyd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Falun	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Frykcenter	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Halmstad	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Hässelholm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jönköping	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Karlstad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Karolinska	14	12	6	11	7	2	1	0	0	1	0	2	3	3	0	0	2	2	1	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	76
Linköping	3	4	1	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	19
Mälargården	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rehabstation	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sahlgrenska	5	4	3	6	7	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Sandviken	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Skånes US	0	4	3	3	4	0	0	1	1	1	1	1	1	0	3	4	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Stockholms sjukhem	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Sunderby	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Uddevalla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Umeå	1	2	0	7	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Uppsala	1	1	2	6	4	2	2	0	0	0	3	1	1	2	0	3	2	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	36
Västerås	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Växjö	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Örebro	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	45	30	18	39	26	6	7	3	4	3	11	5	6	9	5	10	10	7	6	7	8	2	2	0	0	0	0	0	1	270

ASIA Impairment Scale

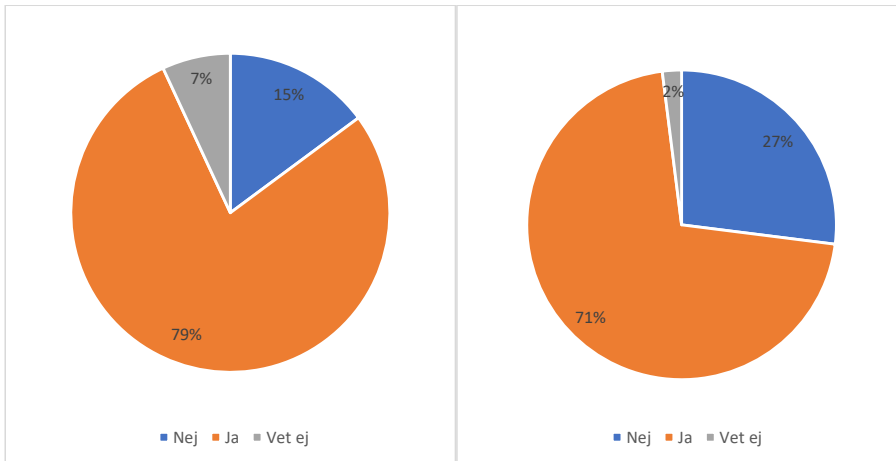
ASIA Impairment Scale (AIS) vid in- och utskrivning. Andelen patienter med komplett skada (AIS A) minskar (som förväntat) mellan in- och utskrivning och andelen med AIS D ökar under rehabtiden.



Figur 107: ASIA Impairment Scale, vid inskrivning nationell fördelning, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

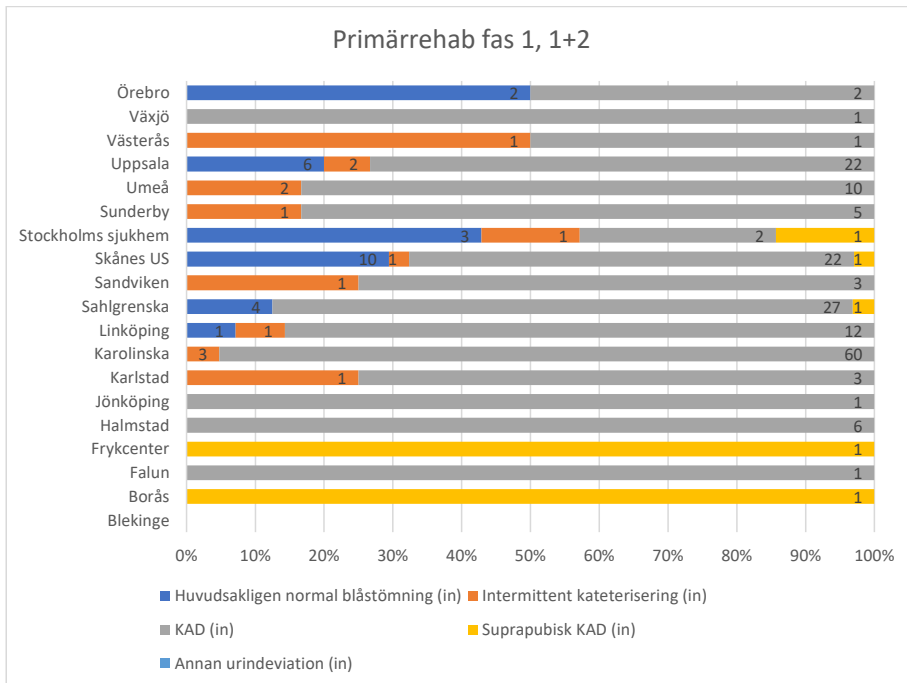
Figur 108: ASIA Impairment Scale, vid utskrivning nationell fördelning, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

Neurogen blåsrubbning (IN/UT)

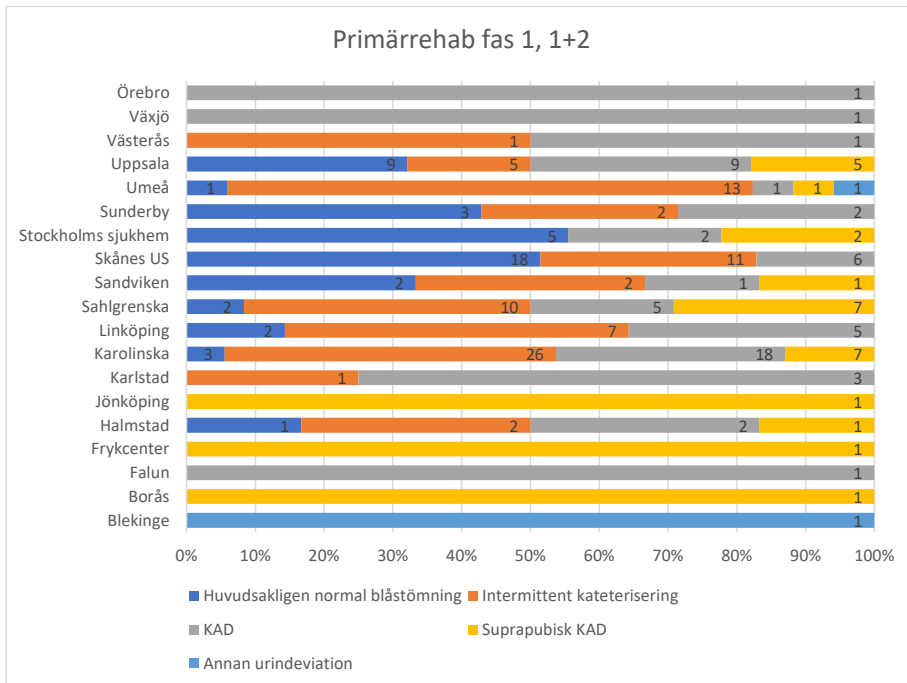


Figur 109: Neurogen blåsrubbning, registrering vid inskrivning

Figur 110: Neurogen blåsrubbning, registrering vid utskrivning

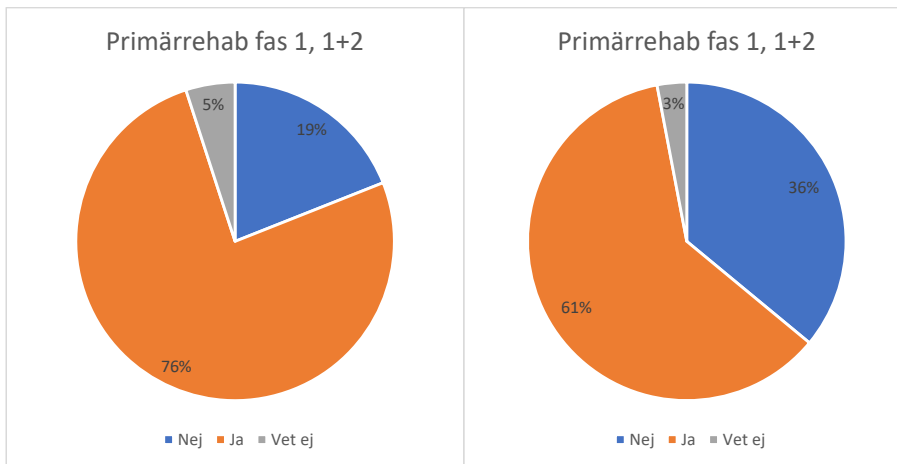


Figur 111: Ingående beskrivning av vilken form av neurogen blåsrubbning som förekommer vid in skrivning fördelat per enhet, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).



Figur 112: Neurogen blåsrubbning, registrering vid utskrivning, svarsfördelning inom enheten, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

Störd tarmfunktion (IN och UT)

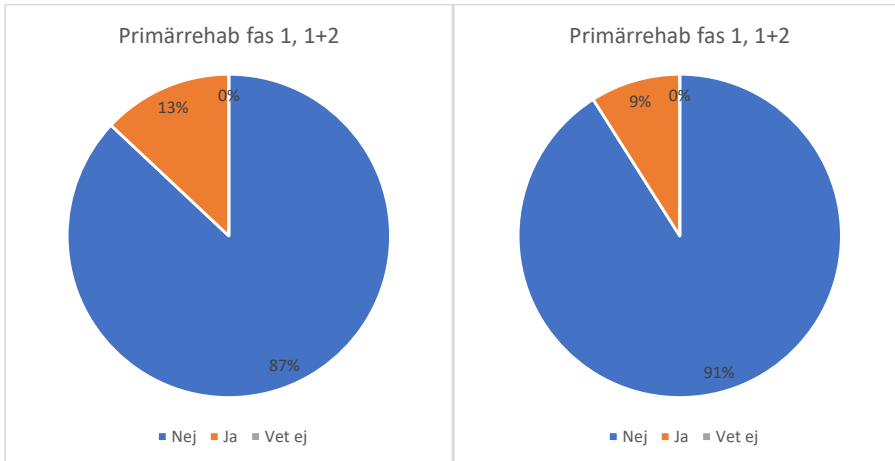


Figur 113: Störd tarmfunktion, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 1 och 2.

Figur 114: Störd tarmfunktion, registrering vid utskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 1 och 2.

Det blir tydligt att andelen patienter med störd tarmfunktion minskar avsevärt på de flesta enheterna och därmed också i ett totalperspektiv från inskrivning till utskrivning (från 76% till 61%).

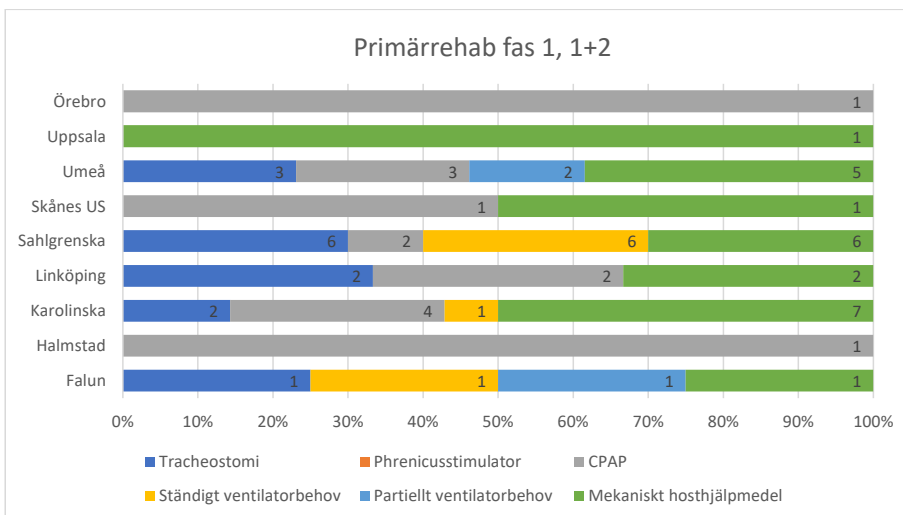
Andningstekniskt hjälpmedel (IN och UT)



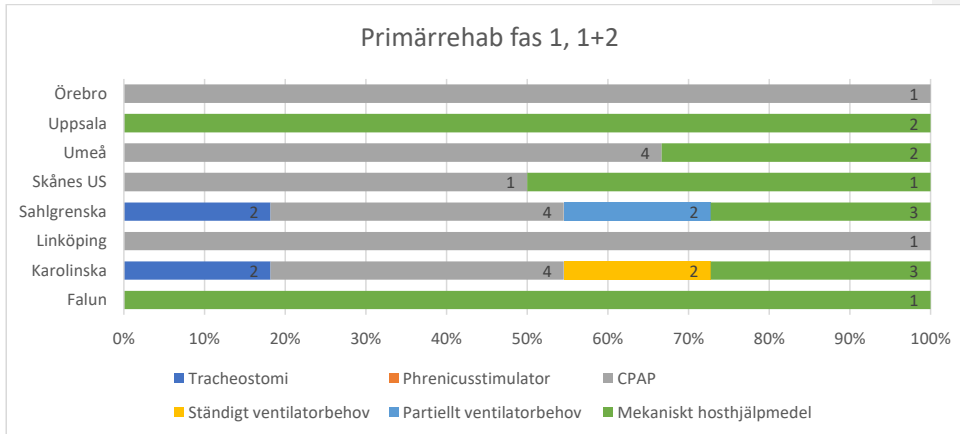
Figur 115: Andningstekniskt hjälpmedel, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 1 och 2

Figur 116: Andningstekniskt hjälpmedel, registrering vid utskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 1 och 2.

Om svaret är "Ja" på frågan om andningstekniskt hjälpmedel, genereras underfrågor till vilka hjälpmedel det rör sig om. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa för de enheter där hjälpmedel förekommit.

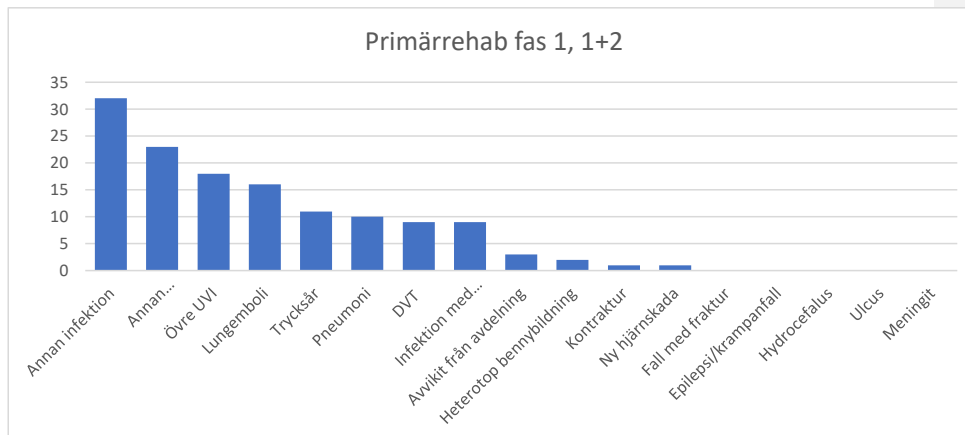


Figur 117 Ingående beskrivning av vilken form av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid inskrivning fördelat per enhet, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).



Figur 118 Ingående beskrivning av vilken form av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid utskrivning fördelat per enhet, primärrehabilitering fas 1 eller fas 1 och 2 (på samma enhet).

Komplikationer



Figur 119 Antalet patienter med komplikation i respektive kategori vid utskrivning. Obs att en och samma patient kan ha haft exempelvis flera UVler.

Liksom förra året står infektionerna för den största andelen komplikationer, tillsammans med "annan komplikation" och därefter övre urinvägsinfektion. Således liknande komplikationspanorama som 2017.

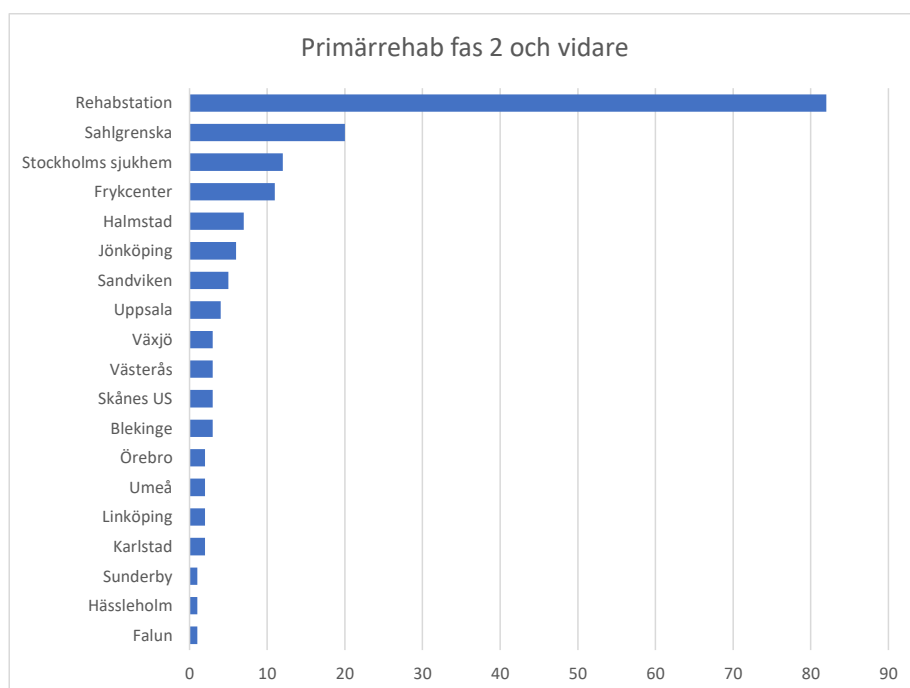
Primärrehabilitering slutenvård, fas 2 och vidare

Demografi

Totala antalet registreringar var 170 stycken baserat på de patienter som skrivits ut under 2018.

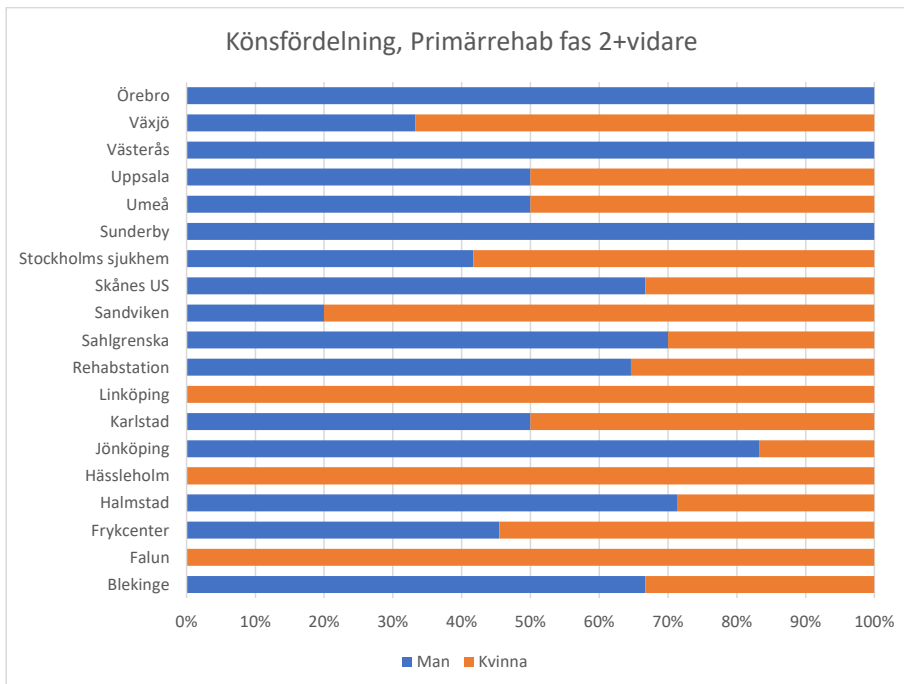
Följande graf visar hur primärrehabiliteringen fas 2 och vidare är fördelad enheterna. RSS, som ansvarar för fas 2 i Stockholms ryggmärgsskadevårdkedja, utgör den absolut största aktören i landet.

Antal patienter



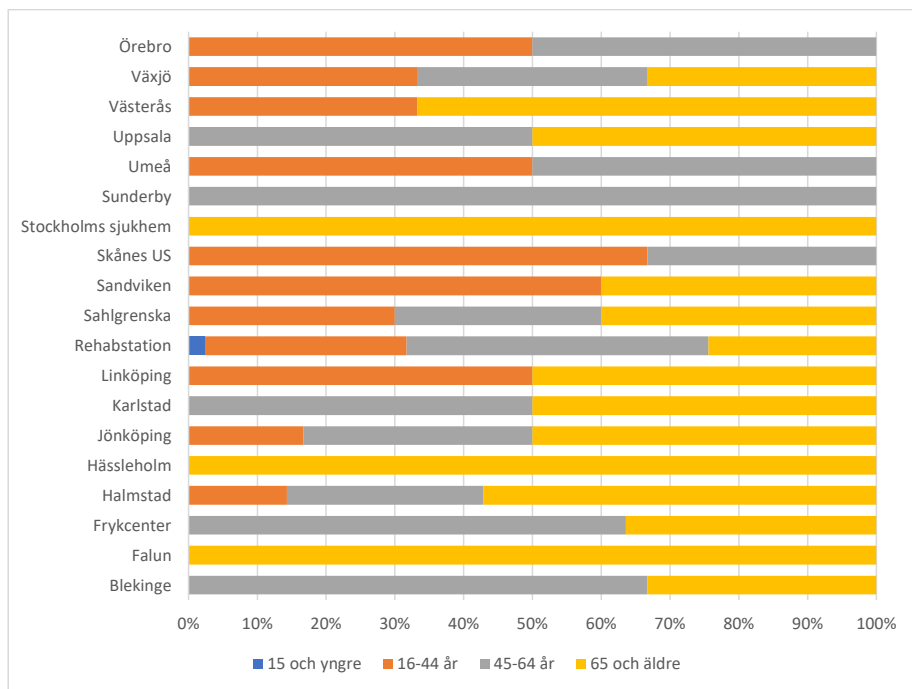
Figur 120 Antal patienter i primärrehabilitering fas 2 och vidare per enhet 2018.

Könsfördelning



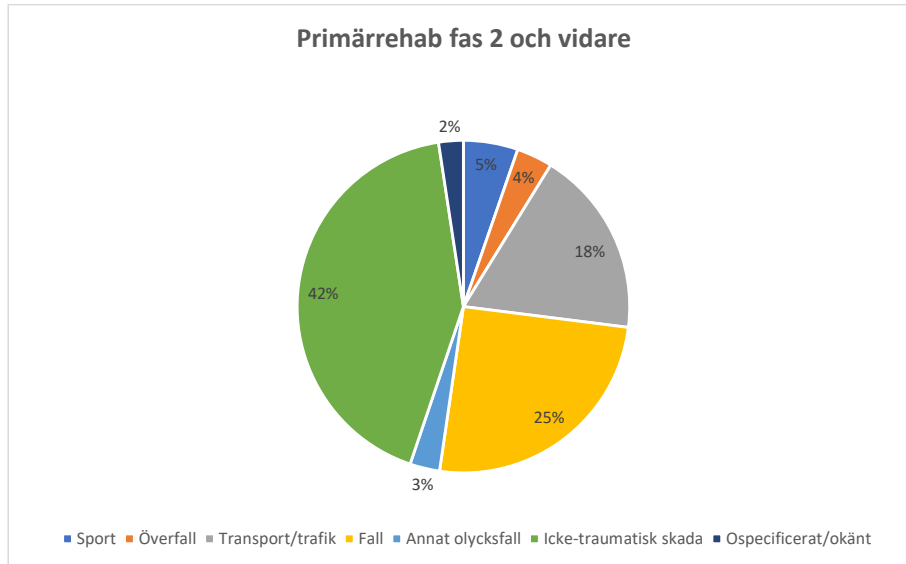
Figur 121 Könsfördelning bland patienter i primärrehabilitering fas 2 och vidare.

Åldersfördelning

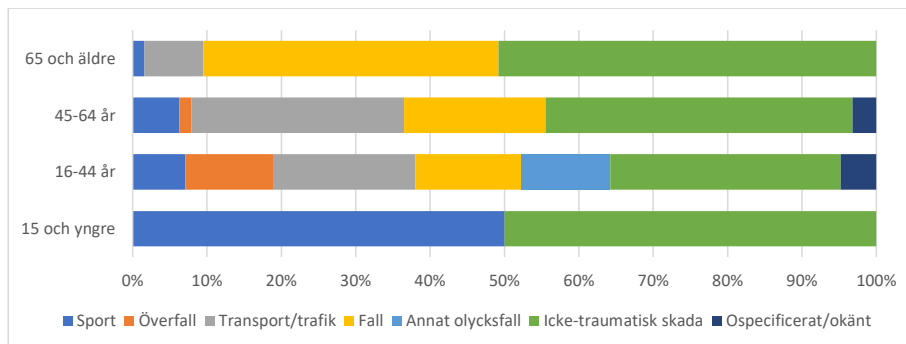


Figur 122: Åldersfördelning bland patienter i primärrehabilitering fas 2 och vidare.

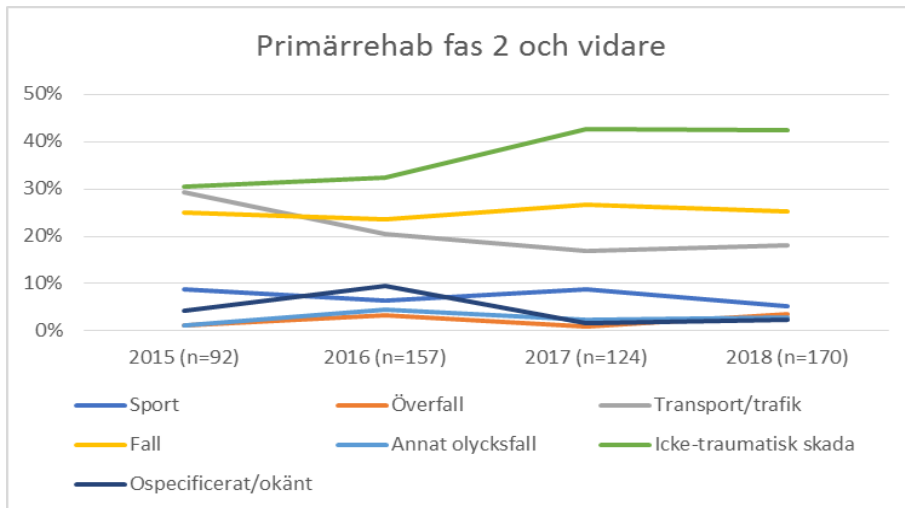
Etiologi



Figur 123 Etiologi nationell fördelning primärrehabilitering fas 2 och vidare.



Figur 124 Etiologi fördelning inom åldersgrupperna primärrehabilitering fas 2 och vidare



Figur 125 Etiologi fördelat över de senaste 4 åren

Utfallsmått

Neurologisk nivå

Tabell över antalet patienter utifrån neurologisk skadenivå, registrering vid **inskrivning**.

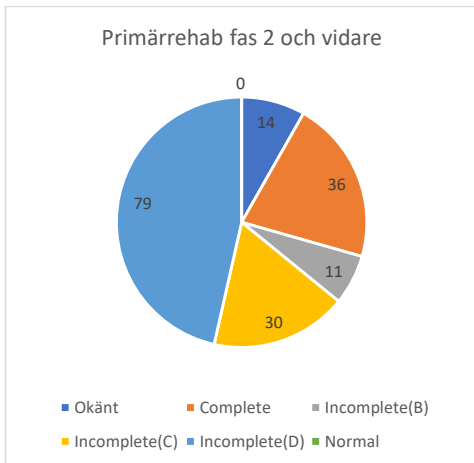
Tabell 44 Neurologisk nivå fördelning mellan enheterna, utifrån inskrivningsregistrering. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total
Blekinge	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Falun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Frykcenter	0	0	0	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Halmstad	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Hässelholm	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Jönköping	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Karlstad	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Linköping	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rehabstation	2	10	2	18	3	7	2	3	3	2	2	1	0	4	1	1	2	4	4	1	6	1	2	1	0	0	0	0	0	82
Sahlgrenska	5	1	4	5	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Sandviken	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Skånes US	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Stockholms sjukhus	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12
Sunderby	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Umeå	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Uppsala	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Västerås	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Växjö	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Örebro	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	14	17	7	33	11	10	6	5	6	2	3	3	2	7	5	2	8	5	6	6	7	2	2	1	0	0	0	0	170	

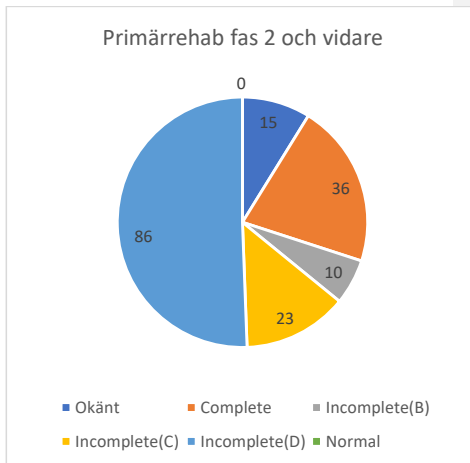
Tabell 45 Neurologisk nivå fördelning mellan enheterna, utifrån utskrivningsregistrering. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

Enhet	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total
h vidare																														
Blekinge	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Borås	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Danderyd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Falun	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Frykcenter	0	0	0	0	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
Halmstad	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
Hässelholm	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Jönköping	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Karlstad	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Karolinska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Linköping	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Mälargården	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rehabstation	3	14	0	16	4	0	2	3	6	2	3	2	0	3	1	3	2	2	3	2	4	3	3	1	0	0	0	0	82	
Sahlgrenska	6	2	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
Sandviken	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Skånes US	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Stockholms sjukhem	8	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12	
Sunderby	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Uddevalla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Umeå	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Uppsala	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Västerås	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Växjö	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Örebro	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Total	26	19	6	26	15	3	5	4	7	2	5	4	2	5	1	6	4	4	7	7	5	3	3	1	0	0	0	170		

ASIA Impairment Scale (in- och utskrivning)

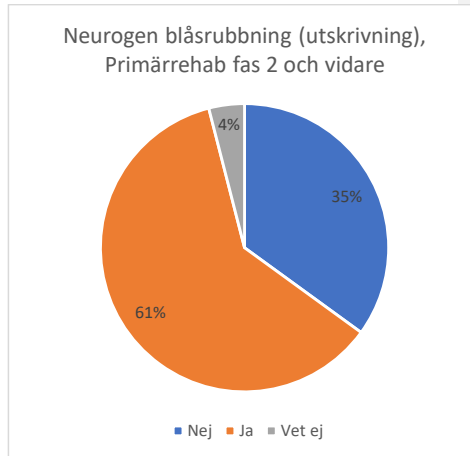
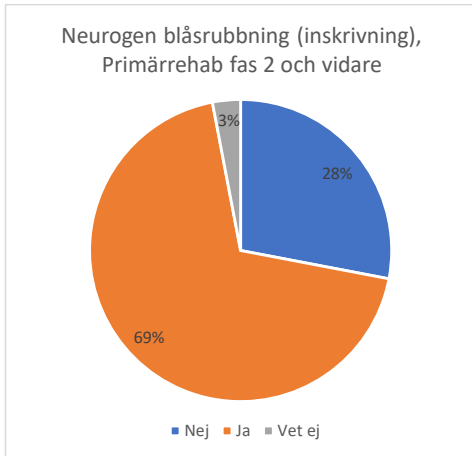


Figur 126: ASIA Impairment Scale, nationell fördelning. Primärrehabilitering fas 2 och vidare, inskrivning



Figur 127 ASIA Impairment Scale, nationell fördelning. Primärrehabilitering fas 2 och vidare, utskrivning.

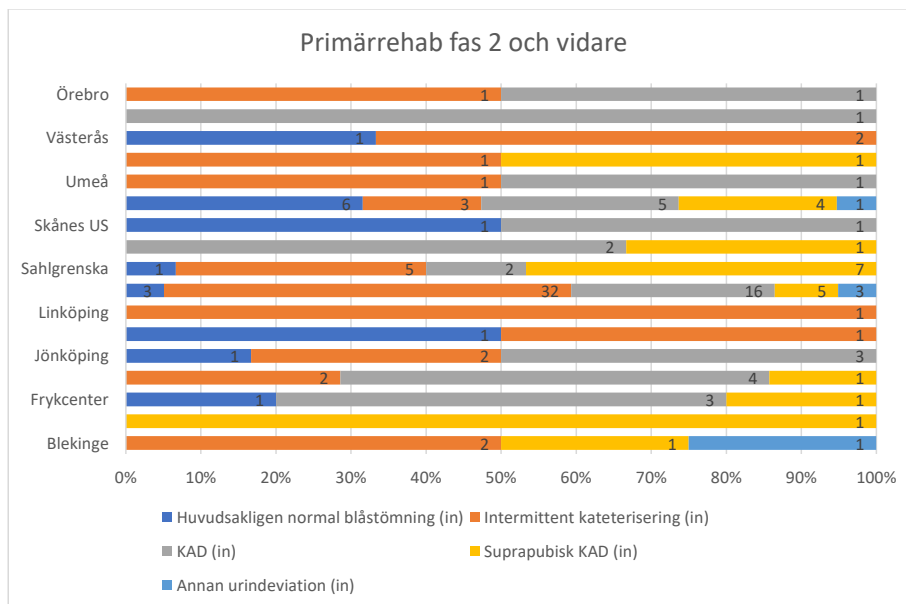
Neurogen blåsrubbning (IN och UT)



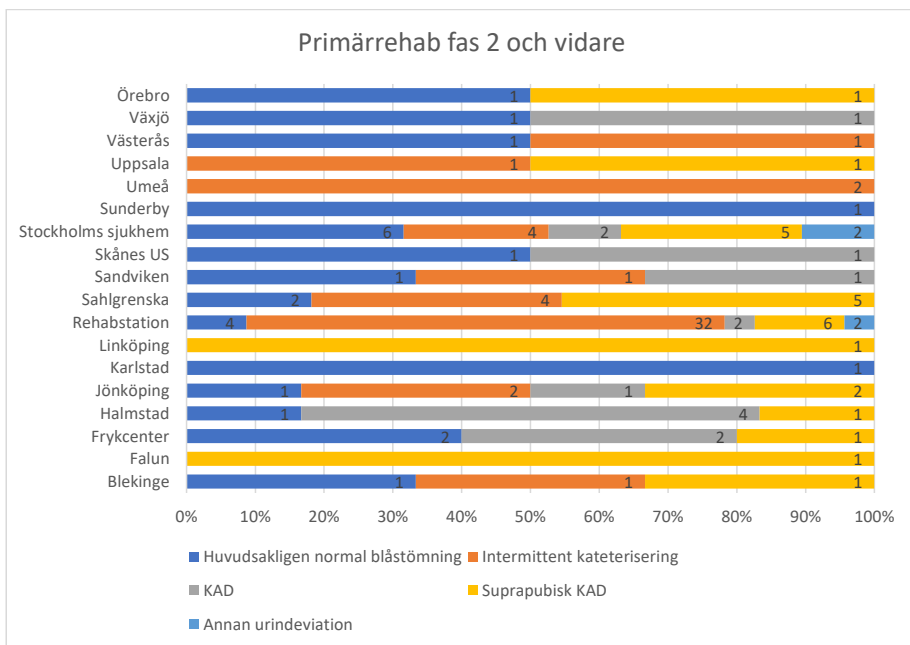
Figur 128 Neurogen blåsrubbning, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 2 och vidare

Figur 129 Neurogen blåsrubbning, registrering vid utskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 2 och vidare

Om svaret är Ja på frågan om neurogen blåsrubbning förekommit genereras ett antal underfrågor. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa.



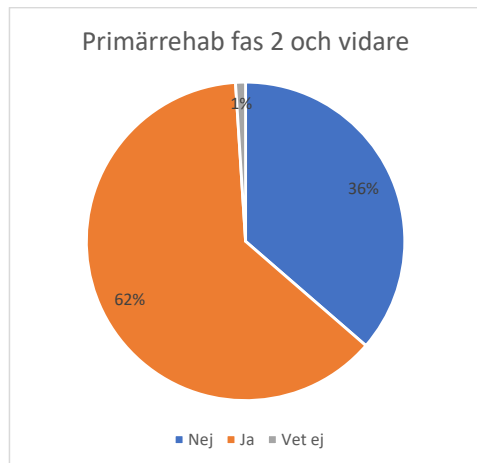
Figur 130 Ingående beskrivning av vilken form av neurogen blåsrubbning som förekommer vid in-utskrivning fördelat per enhet. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.



Figur 131 Ingående beskrivning av vilken form av neurogen blåsubbning som förekommer vid utskrivning fördelat per enhet. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

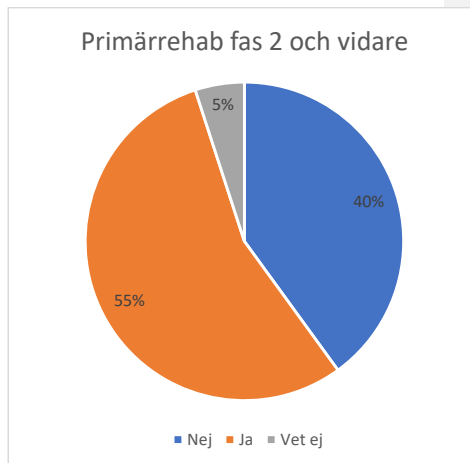
Störd tarmfunktion (IN och UT)

Störd tarmfunktion (inskrivning)



Figur 132 Störd tarmfunktion, registrering vid i inskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

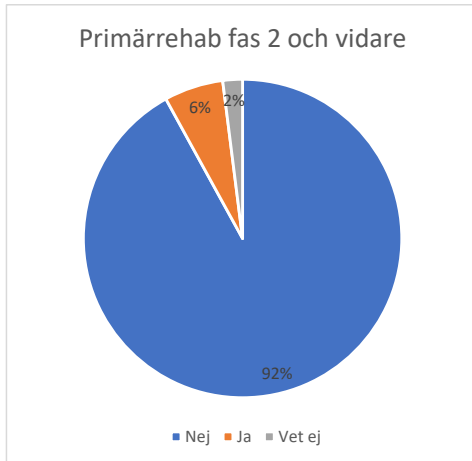
Störd tarmfunktion (utskrivning)



Figur 133 Störd tarmfunktion, registrering vid utskrivning, nationellt resultat. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

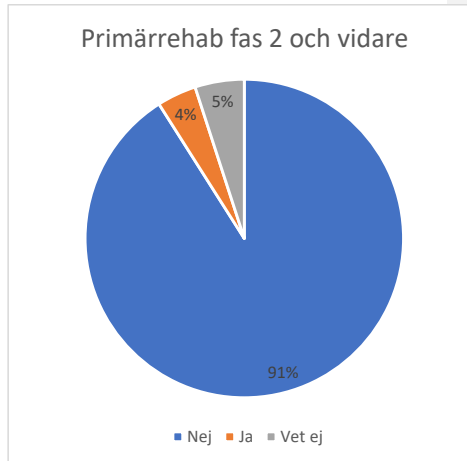
Andningstekniskt hjälpmedel (IN och UT)

Andningstekniskt hjälpmedel (inskrivning)



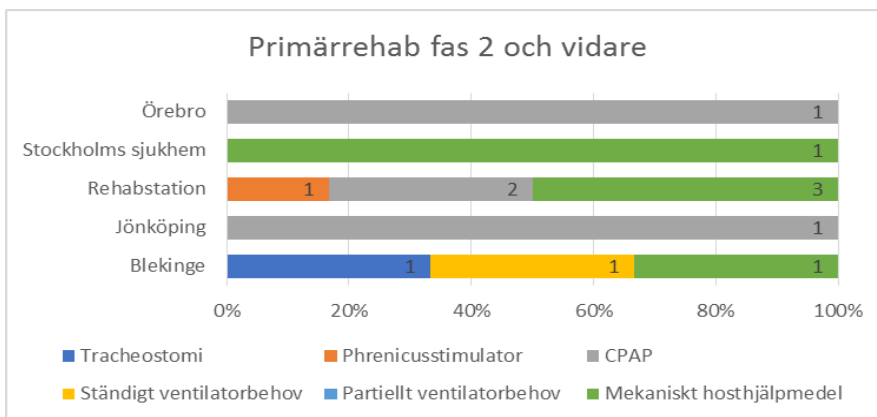
Figur 134 Andningstekniskt hjälpmedel. Registrering vid inskrivning. Primärrehabilitering fas 2 och vidare.

Andningstekniskt hjälpmedel (utskrivning)

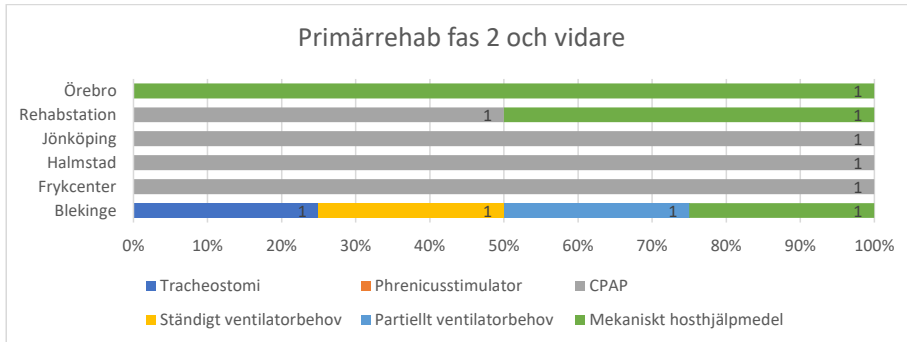


Figur 135 Andningstekniskt hjälpmedel. Registrering vid utskrivning. Primärrehabilitering fas 2 och vidare

Om svaret är Ja på frågan om andningstekniskt hjälpmedel genereras underfrågor till vilka det rör sig om. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa för de enheter där hjälpmedel förekommit.

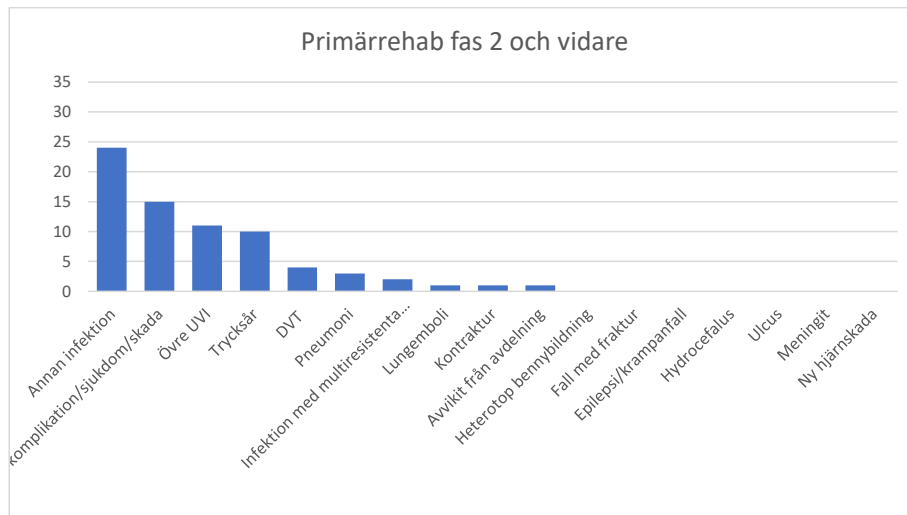


Figur 136: Ingående beskrivning av vilken form av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid inskrivning, fördelat per enhet. Primärrehabilitering fas 2 och vidare, inskrivning.



Figur 137 Ingående beskrivning av vilken form av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid utskrivning, fördelat per enhet. Primärrehabilitering fas 2 och vidare, utskrivning.

Komplikationer

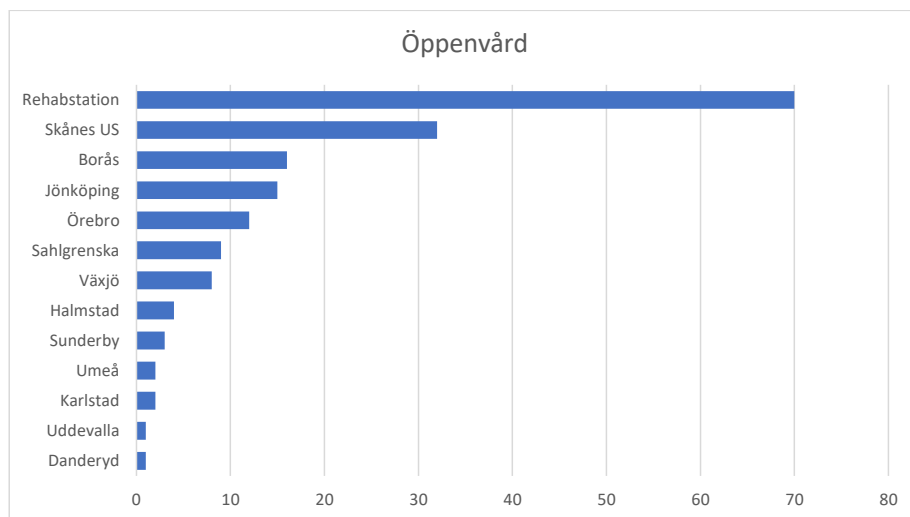


Figur 138 Komplikationer

Öppenvårdsrehabilitering

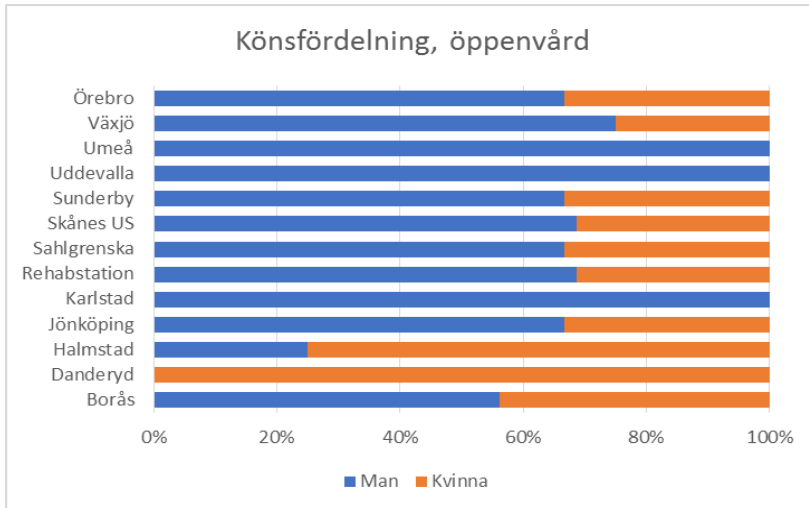
Demografi

Totala antalet registreringar var 175 och baseras på de som skrivits ut under 2018. Endast de enheter som registrerat patienter i öppenvårdsmodulen tas med i resultatpresentationen. 13 enheter har under 2018 registrerat öppenvårdsrehabilitering.



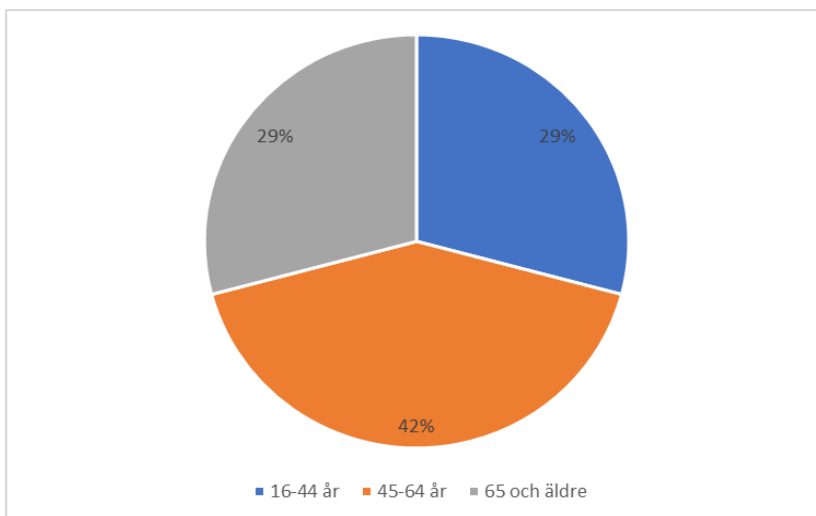
Figur 139 Antal patienter i öppenvårdsrehabilitering per enhet 2018.

Könsfördelning



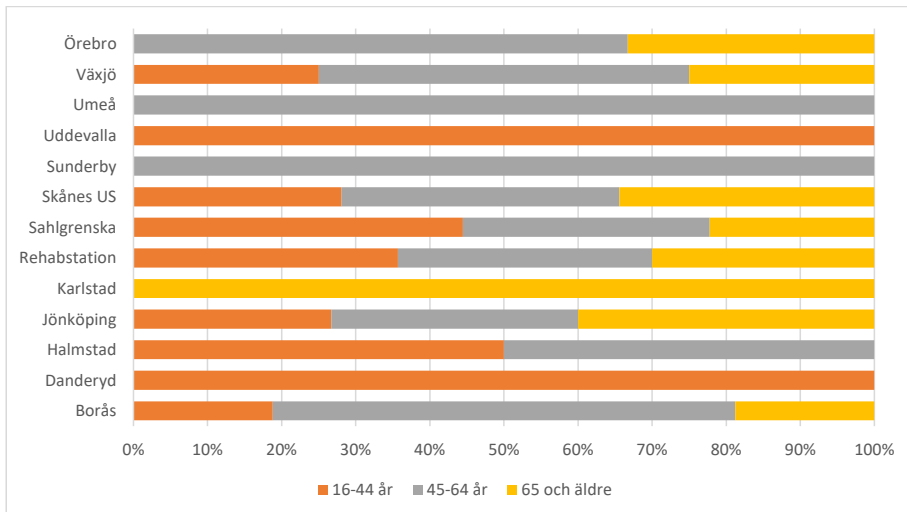
Figur 140 Könsfördelning bland patienter i öppenvårdsrehabilitering.

Åldersfördelning



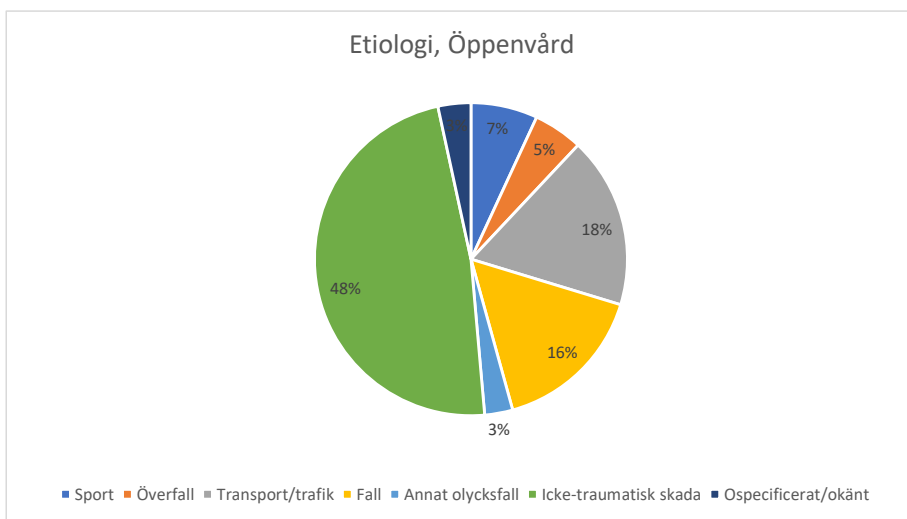
Figur 141 Åldersfördelningen bland patienter i öppenvårdsrehabilitering

Registreringarna av de patienter som är 65 år och äldre är färre än de som registreras i slutenvården. Om det speglar de patienter som tas emot i öppenvården på enheterna eller inte är något som den enskilda kliniken måste fundera på

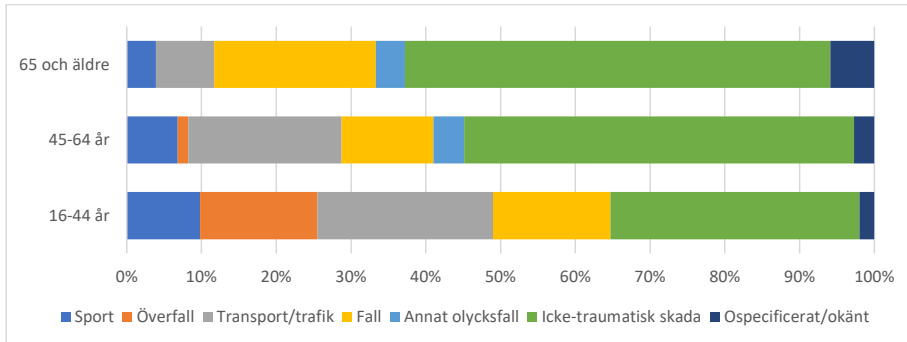


Figur 142 Åldersfördelning bland patienter i öppenvårdsrehabilitering.

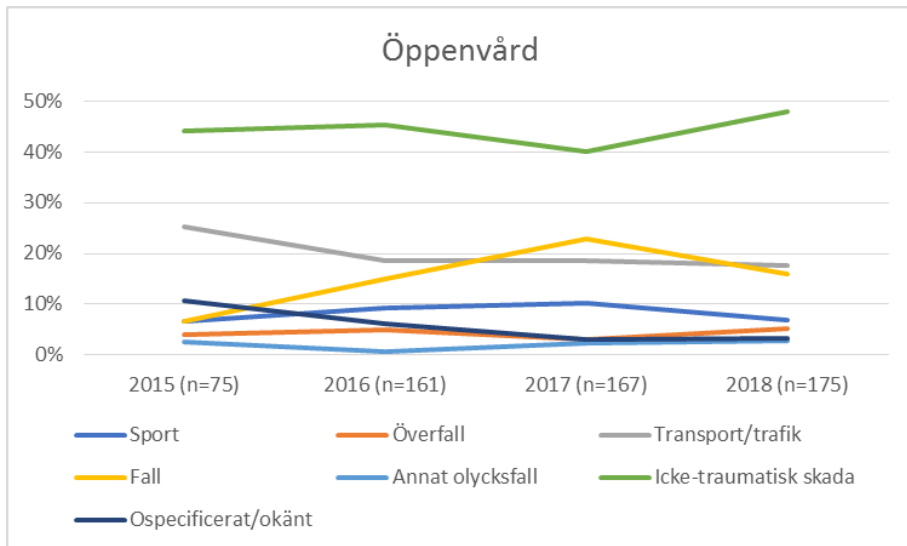
Etiologi



Figur 143 Etiologi fördelning öppenvårdsrehabilitering.



Figur 144 Etiologi fördelning inom åldersgrupperna. Öppenvårdsrehabilitering.



Figur 145 Etiologi fördelat över de 4 senaste åren

Utfallsmått

Neurologisk nivå

Tabell över antalet patienter utifrån neurologisk skadenivå.

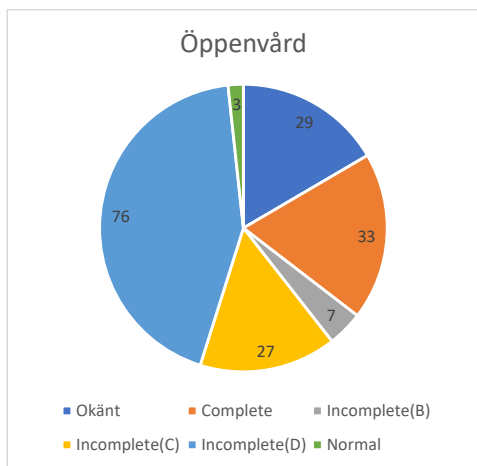
Tabell 46 Neurologisk nivåfördelning mellan enheterna, utifrån inskrivningsformation. Öppenvårdsrehabilitering.

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total
Borås	11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	
Danderyd	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Halmstad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Jönköping	1	0	1	4	2	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	
Karlstad	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
Rehabstation	2	8	5	9	7	4	1	1	1	4	0	5	1	0	0	2	0	2	3	2	3	5	4	1	0	0	0	0	70	
Sahlgrenska	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	9		
Skånes US	1	2	4	2	2	3	1	0	1	3	0	3	0	0	1	1	0	4	1	2	0	0	1	0	0	0	0	32		
Sunderby	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
Uddevalla	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Umeå	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
Växjö	3	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8		
Örebro	6	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12		
Total	33	11	11	17	16	9	3	2	3	7	3	10	4	3	2	3	1	8	8	4	3	6	6	2	0	0	0	175		

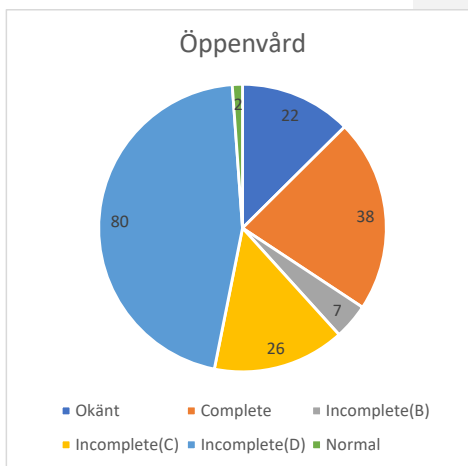
Tabell 47 Neurologisk nivåfördelning mellan enheterna, utifrån utskrivningsregistrering. Öppenvårdsrehabilitering.

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total
Blekinge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Borås	2	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	16	
Danderyd	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Falun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Frykcenter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Halmstad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
Hässelholm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Jönköping	1	0	1	3	3	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	15		
Karlstad	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
Karolinska	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Linköping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Mälargården	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rehabstation	3	6	5	9	7	3	2	1	1	4	0	3	2	1	0	2	0	3	4	2	2	5	4	1	0	0	0	70		
Sahlgrenska	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9		
Sandviken	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Skånes US	1	2	4	2	1	2	2	0	2	3	0	3	0	0	1	1	0	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	32		
Stockholms sjukhem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sunderby	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
Uddevalla	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Umeå	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
Uppsala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Västerås	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Växjö	3	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8		
Örebro	5	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12		
Total	24	10	12	20	16	7	5	2	5	7	4	9	3	3	2	3	1	11	9	4	3	7	6	2	0	0	0	175		

ASIA Impairment Scale (In- och utskrivning)

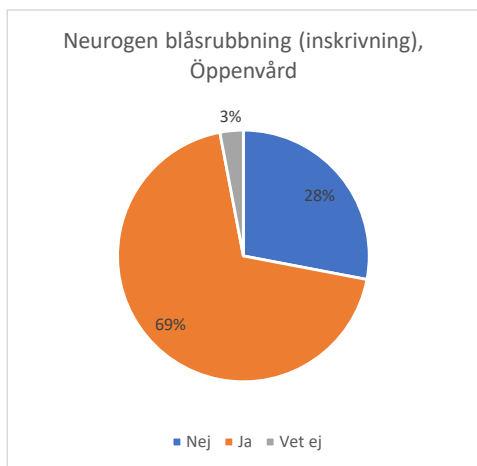


Figur 146: ASIA Impairment Scale, inskrivning, nationell fördelning. Öppenvårdsrehabilitering.

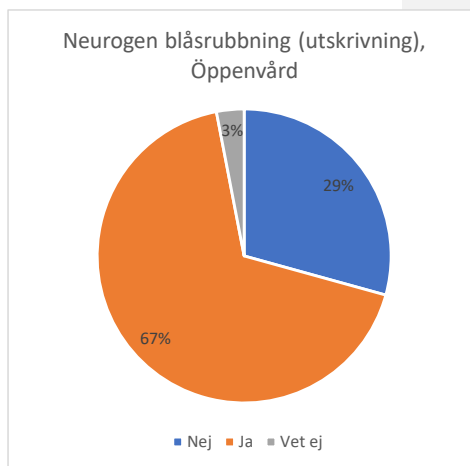


Figur 147: ASIA Impairment Scale, utskrivning, nationell Öppenvårdsrehabilitering.

Neurogen blåsrubbning (IN och UT)

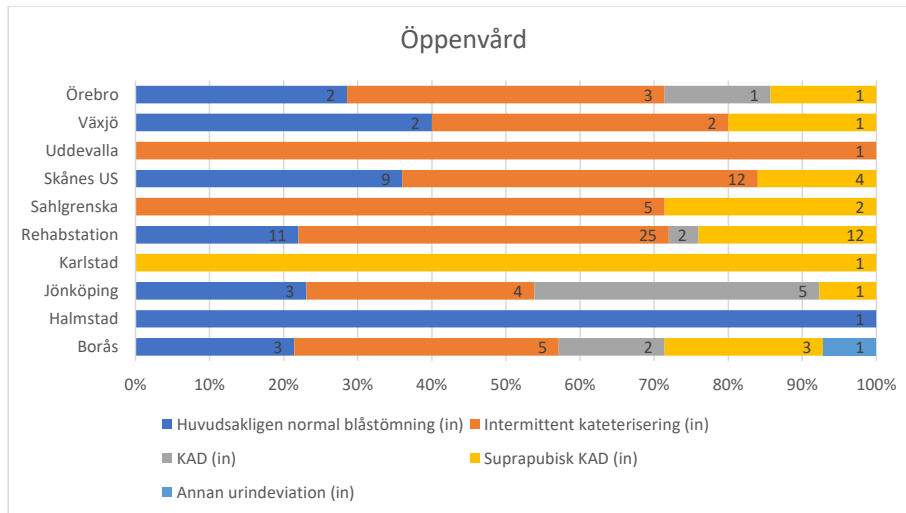


Figur 148: Neurogen blåsrubbning. Registrering vid inskrivning. Öppenvårdsrehabilitering.

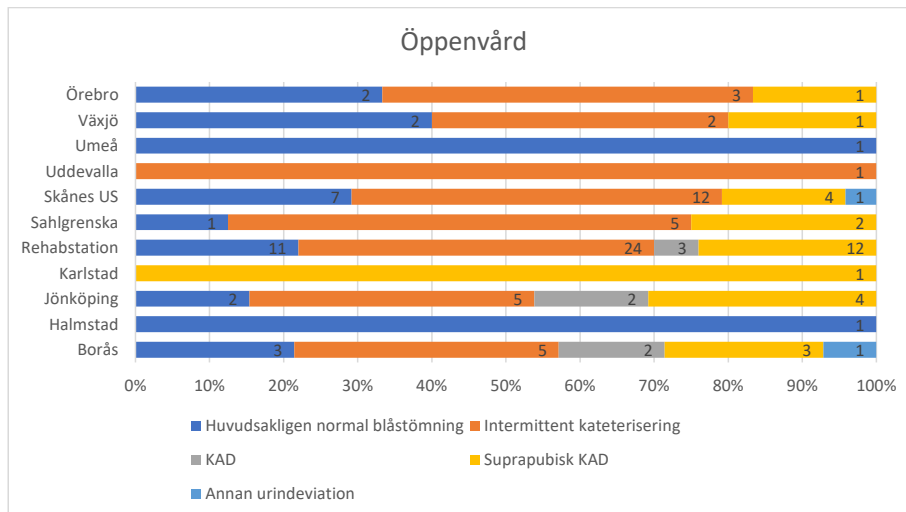


Figur 149: Neurogen blåsrubbning. Registrering vid utskrivning, svarsfördelning inom enheterna. Öppenvårdsrehabilitering.

Om svaret är Ja på frågan om neurogen blåsrubbning förekommer genereras ett antal underfrågor. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa.

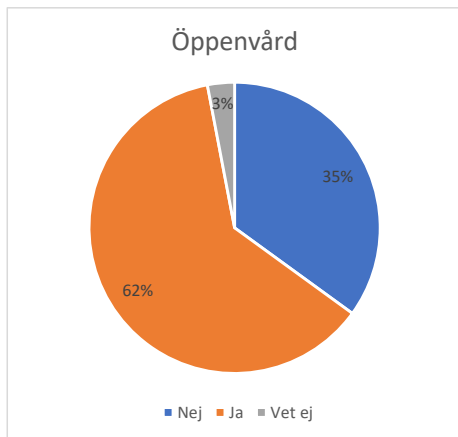


Figur 150: Ingående beskrivning av vilken form av neurogen blåsrubbning som förekommer vid inskrivning fördelat per enhet. Öppenvårdsrehabilitering.

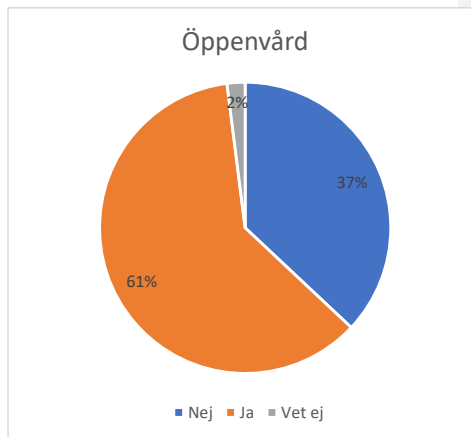


Figur 151: Ingående beskrivning av vilken form av neurogen blåsrubbning som förekommer vid utskrivning fördelat per enhet. Öppenvårdsrehabilitering

Störd tarmfunktion (IN och UT)

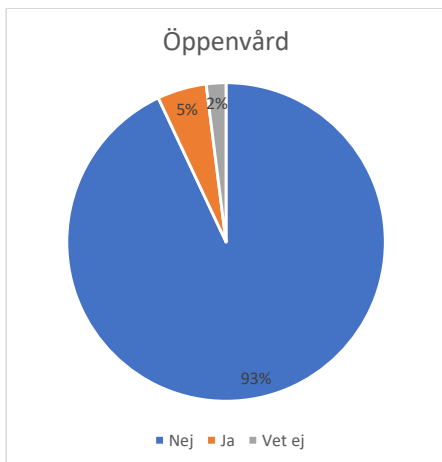


Figur 152: Störd tarmfunktion. Registrering vid inskrivning. Öppenvårdsrehabilitering.

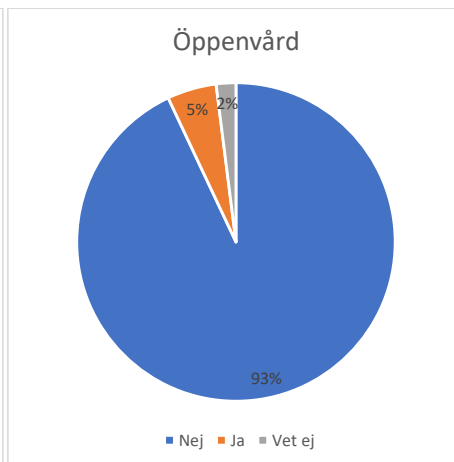


Figur 153: Störd tarmfunktion. Registrering vid utskrivning, svarsfördelning inom enheterna. Öppenvårdsrehabilitering.

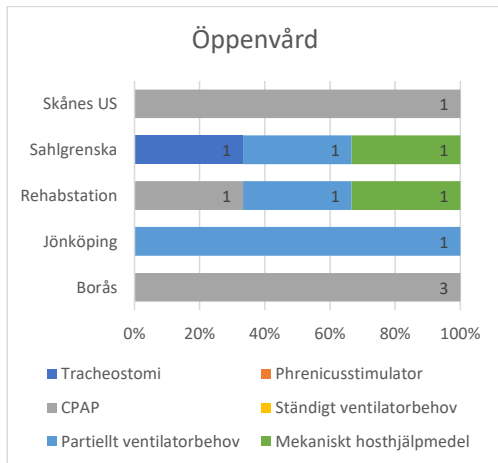
Andningstekniskt hjälpmedel (IN och UT)



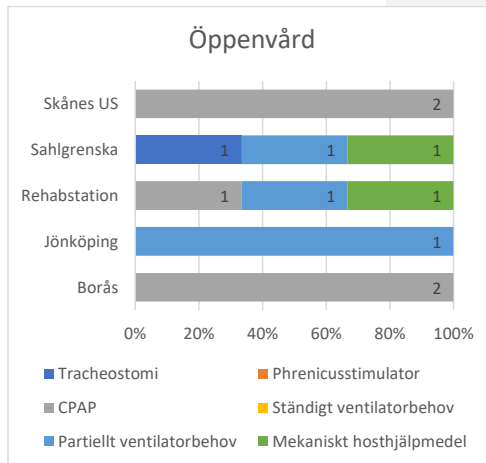
Figur 154: Andningstekniskt hjälpmedel. Registrering vid inskrivning



Figur 155: Andningstekniskt hjälpmedel. Registrering vid utskrivning

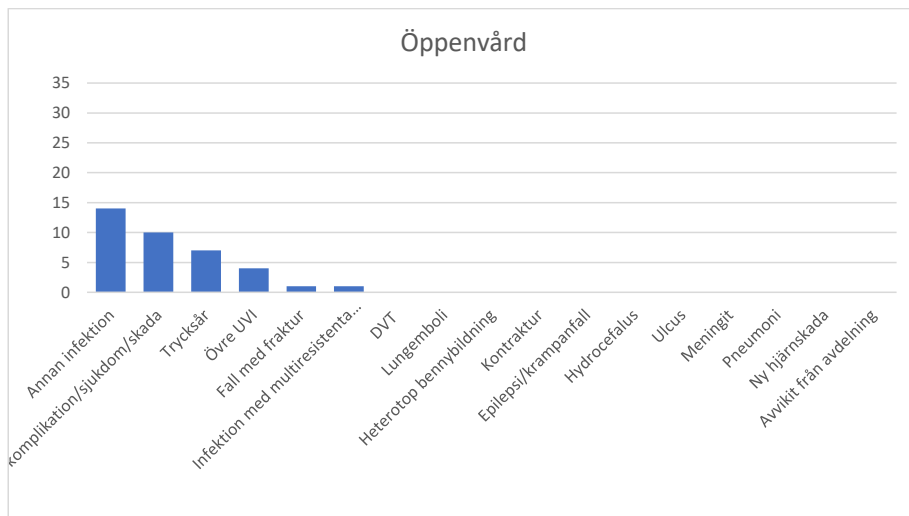


Figur 156: Ingående beskrivning av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid inskrivning fördelat per enhet



Figur 157: Ingående beskrivning av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid utskrivning fördelat per enhet.

Komplikationer



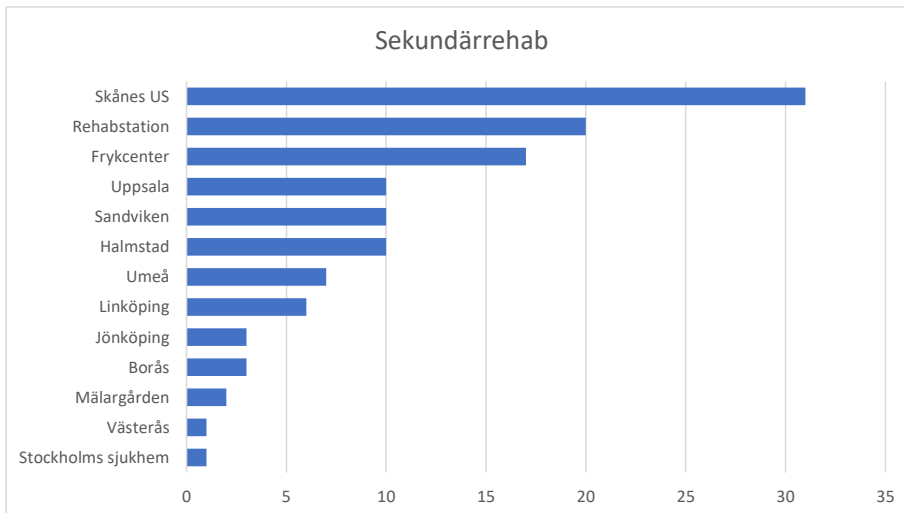
Figur 158: Komplikationer, antal patienter med respektive komplikation

Sekundärrehabilitering

Demografi

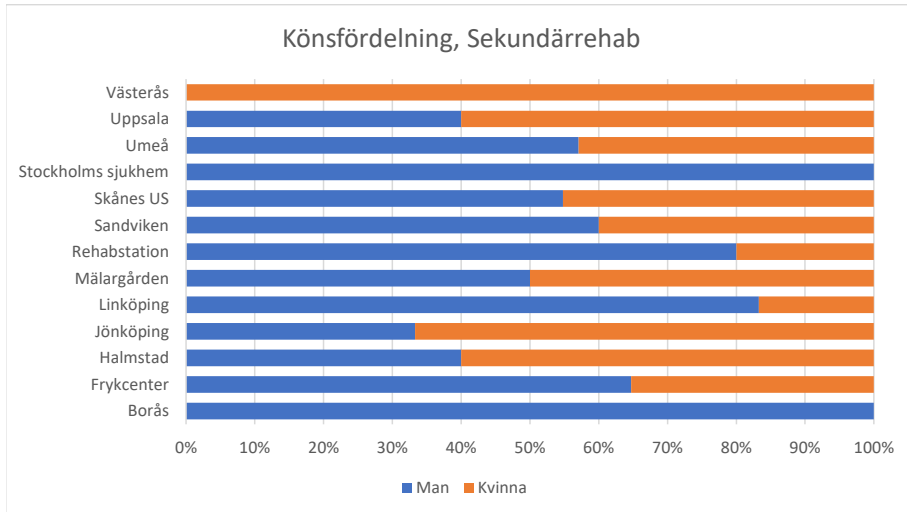
Totala antalet registreringar var 121 och baseras på de som skrivits ut under 2018.

Antal patienter



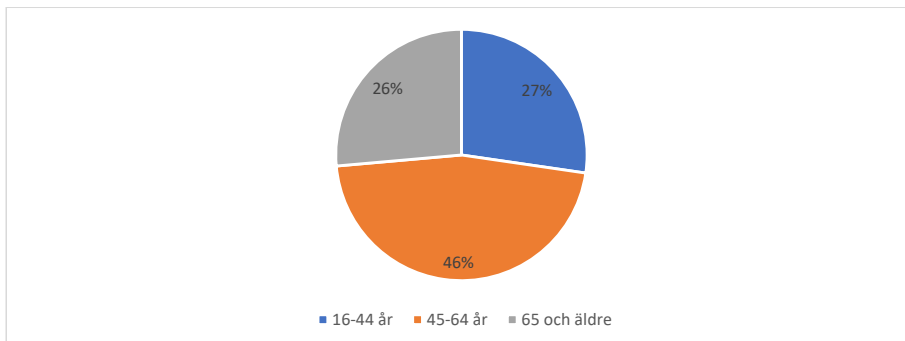
Figur 159: Antal patienter i sekundärrehabilitering per enhet 2018.

Könsfördelning

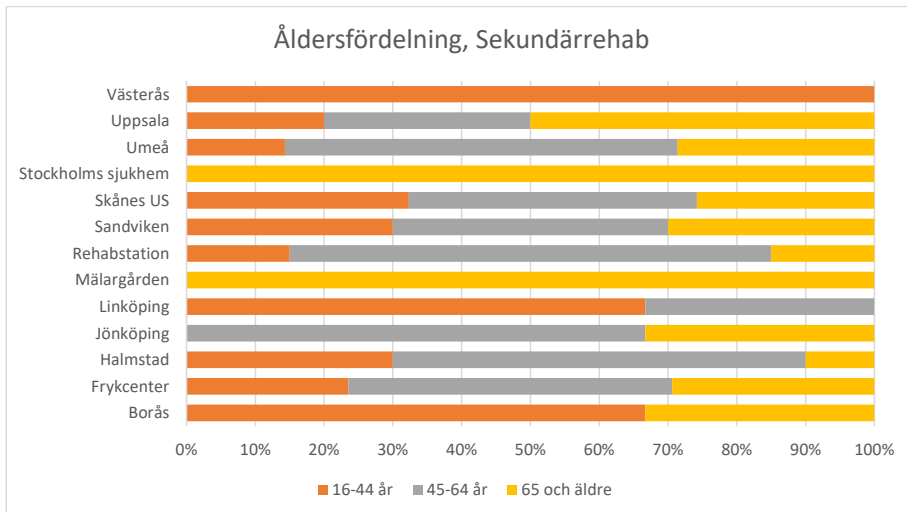


Figur 160 Könsfördelning bland patienter i sekundärrehabilitering.

Åldersfördelning

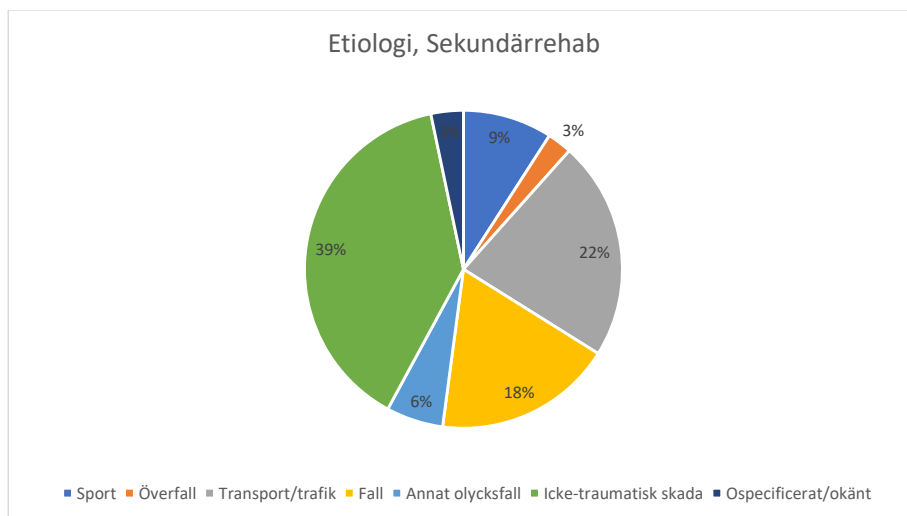


Figur 161: Åldersfördelning bland patienter sekundärrehabilitering.

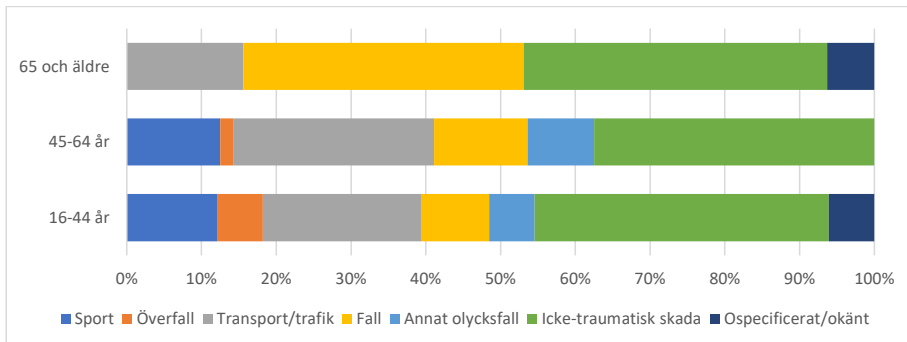


Figur 162 Åldersfördelning bland patienter sekundärrehabilitering per enhet

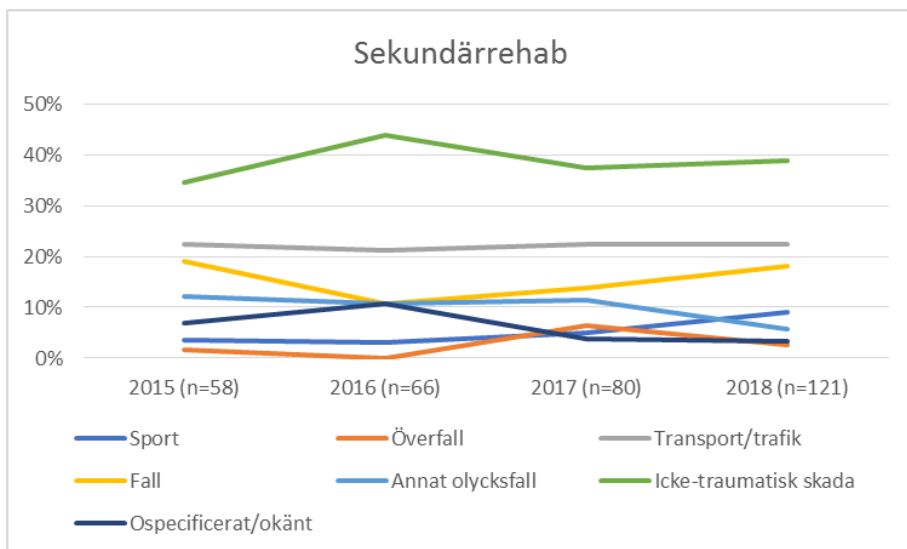
Etiologi



Figur 163 Etiologi nationell fördelning sekundärrehabilitering.



Figur 164 Etiologi fördelning inom åldersgrupperna i sekundärrehabilitering.



Figur 165 Etiologi fördelat över de senaste 4 åren

Utfallsmått

Neurologisk nivå

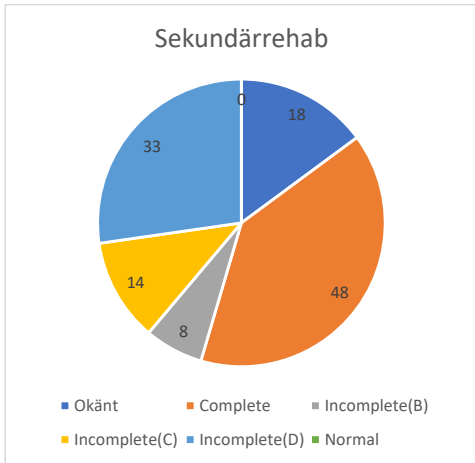
Tabell 48: Neurologisk nivåfördelning mellan enheterna, utifrån inskrivningsregistrering. Sekundärrehabilitering.

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total	
Borås	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Frykcenter	0	5	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Halmstad	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Jönköping	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Linköping	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Mälargården	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rehabstation	3	0	0	3	0	2	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Sandviken	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
Skånes US	0	6	3	2	0	1	0	0	0	0	0	6	0	2	0	1	1	4	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	31
Stockholms sjukhem	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Umeå	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Uppsala	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Västerås	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	18	14	6	16	5	5	1	2	2	0	2	9	5	4	3	4	5	7	5	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	121	

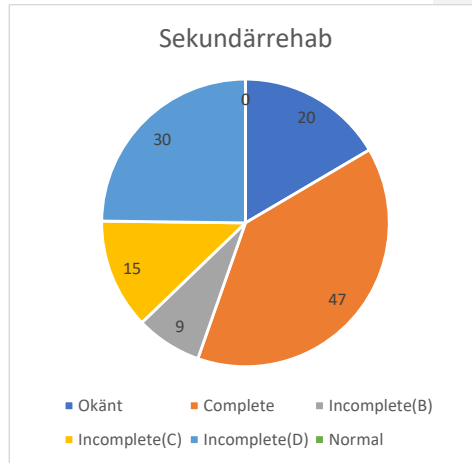
Tabell 49: Neurologisk nivåfördelning mellan enheterna, utifrån utskrivningsregistrering. Sekundärrehabilitering.

	Okänt	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	L1	L2	L3	L4	L5	S1	S2	S3	S4-5	Total	
Borås	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Frykcenter	0	5	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Halmstad	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Jönköping	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Linköping	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Mälargården	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rehabstation	2	0	0	2	0	2	1	0	0	0	1	2	2	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Sandviken	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
Skånes US	0	4	2	4	0	2	0	0	0	0	0	6	0	2	0	2	0	4	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	31
Stockholms sjukhem	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Umeå	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Uppsala	1	0	1	2	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Västerås	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	17	12	5	17	3	7	3	2	2	0	2	10	4	4	3	5	4	7	6	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	121	

ASIA Impairment Scale (IN och UT)

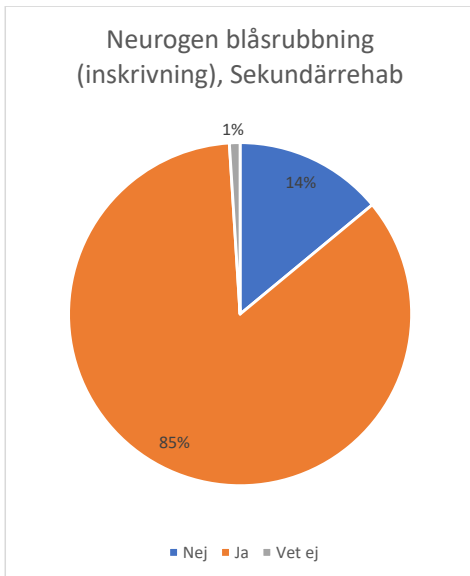


Figur 166: ASIA Impairment Scale, inskrivning, nationell fördelning. Sekundärrehabilitering.

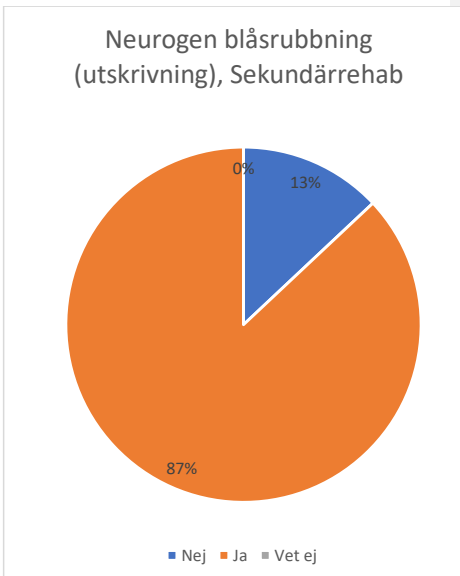


Figur 167 ASIA Impairment Scale, utskrivning, nationell fördelning. Sekundärrehabilitering.

Neurogen blåsubbning (IN och UT)

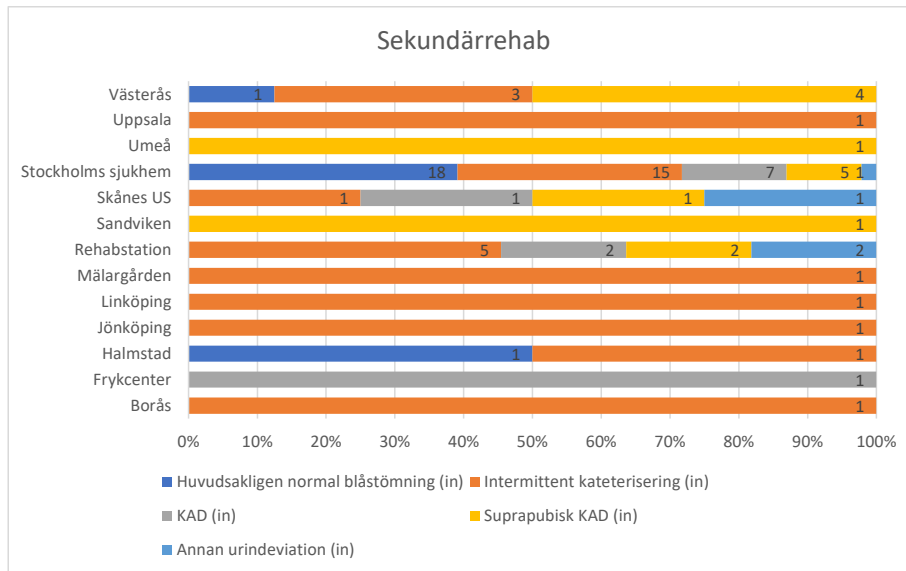


Figur 168 Neurogen blåsubbning, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Sekundärrehabilitering.

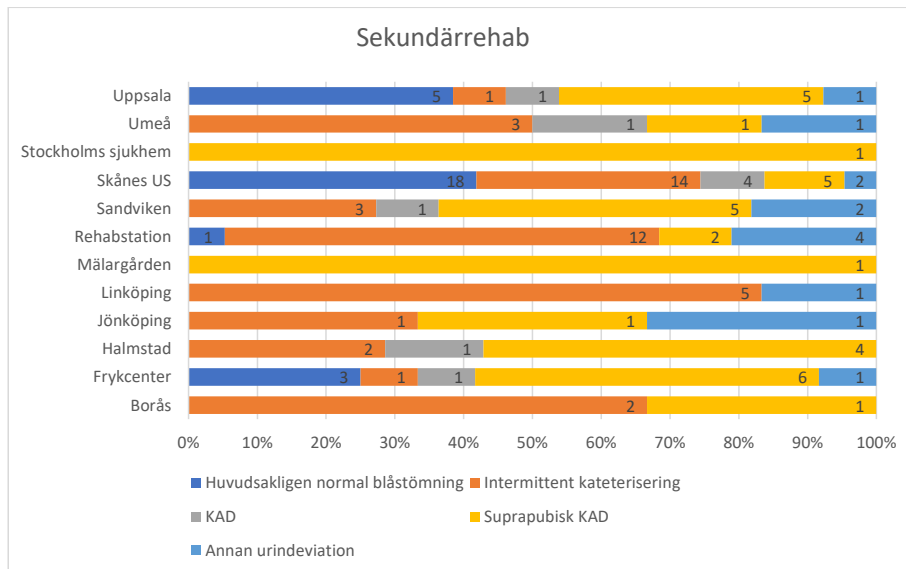


Figur 169 Neurogen blåsubbning, registrering vid utskrivning, Sekundärrehabilitering.

Om svaret är Ja på frågan om neurogen blåsrubbning förekommer genereras ett antal underfrågor. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa.

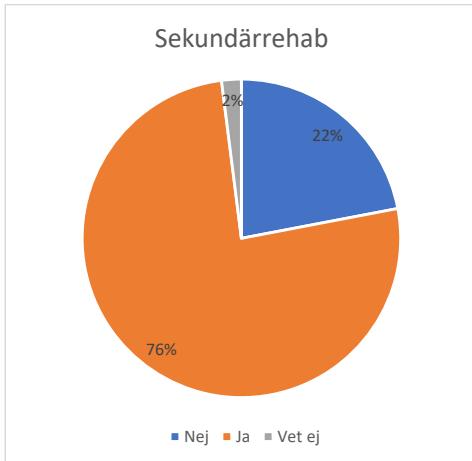


Figur 170 Ingående beskrivning av vilken form av neurologisk blåsrubbning som förekommit vid inskrivning fördelat per enhet. Sekundärrehabilitering.

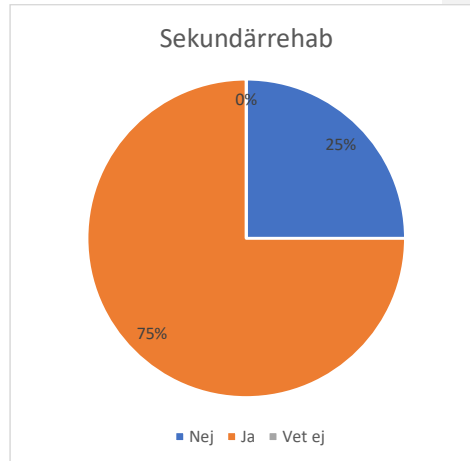


Figur 171 Ingående beskrivning av vilken form av neurologisk blåsrubbning som förekommit vid utskrivning fördelat per enhet. Sekundärrehabilitering.

Störd tarmfunktion (IN och UT)

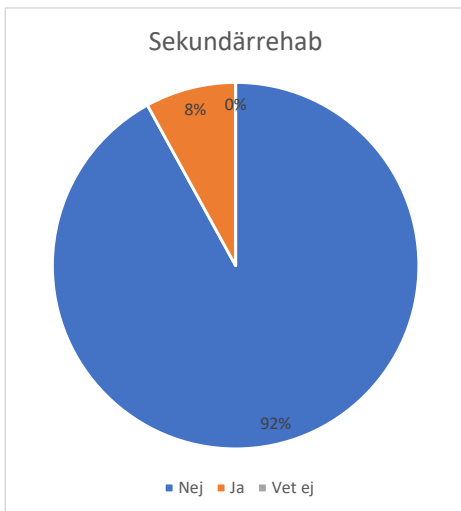


Figur 172 Störd tarmfunktion, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Sekundärrehabilitering.

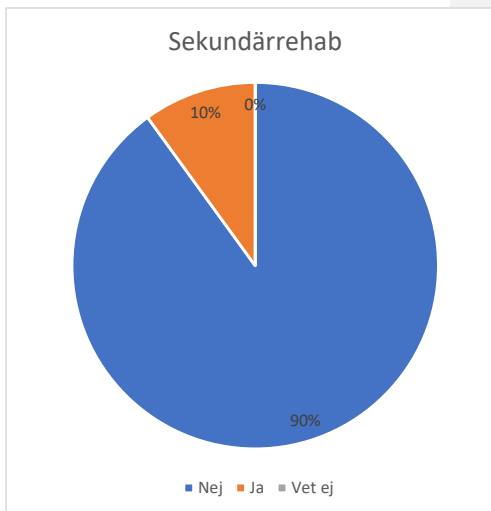


Figur 173 Störd tarmfunktion, registrering vid inskrivning, svarsfördelning inom enheterna. Sekundärrehabilitering.

Andningstekniskt hjälpmedel (IN och UT)

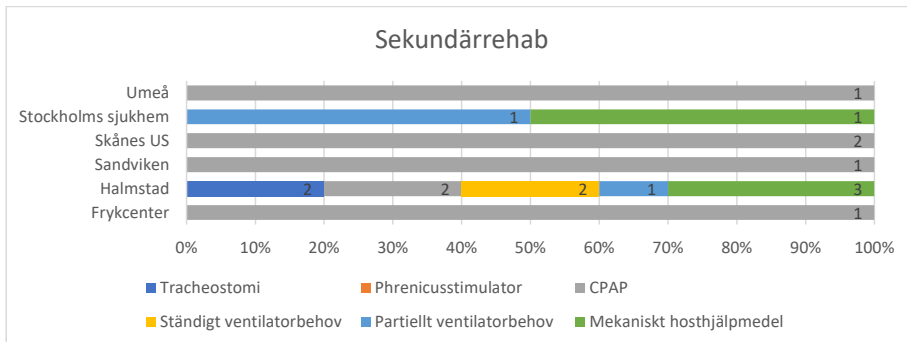


Figur 174 Andningstekniskt hjälpmedel, registrering vid inskrivning, nationellt resultat. Sekundärrehabilitering.



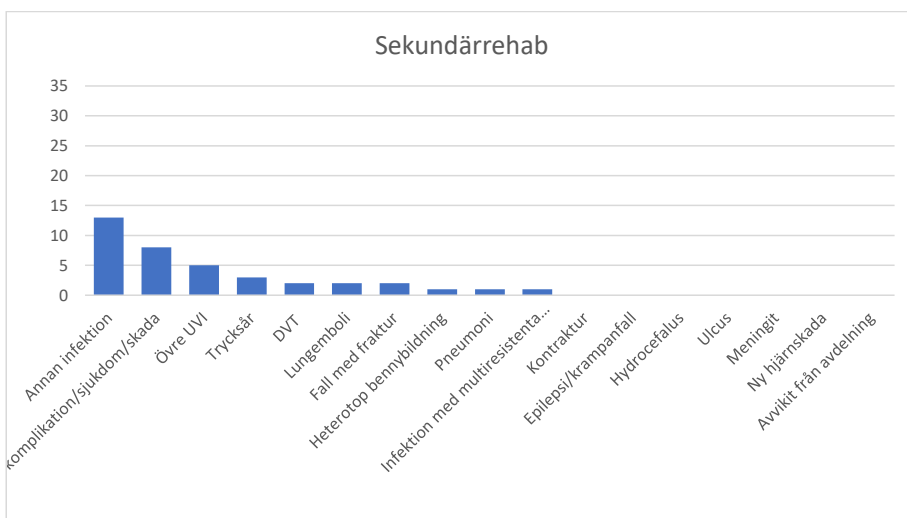
Figur 175 Andningstekniskt hjälpmedel, registrering vid inskrivning, svarsfördelning inom enheterna. Sekundärrehabilitering.

Om svaret är Ja på frågan om andningstekniskt hjälpmedel genereras underfrågor vilka hjälpmedel det rör sig om. I nedanstående diagram redovisas resultatet av dessa för de enheter där hjälpmedel förekommit.



Figur 176 Ingående beskrivning av vilken form av andningstekniska hjälpmedel som förekommer vid inskrivning fördelat per enhet. Sekundärrehabilitering.

Komplikationer



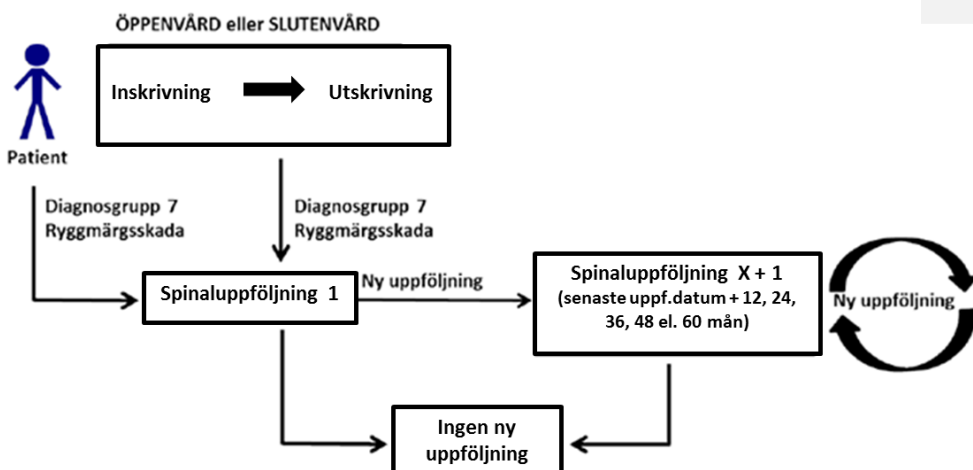
Figur 177 Komplikationer

Ryggmärgsskadeuppföljningar

Under 2015 startades ryggmärgsskadeuppföljningsmodulen upp. Med denna ges möjlighet att följa ryggmärgsskadepatienter med fritt antal uppföljningar över tid med tidsintervall som man själv har möjlighet att definiera. I spinaluppföljningen finns de variabler som ordinarie uppföljningar innehåller samt det som anges specifikt gällande ryggmärgsskadan.

Det är allt fler enheter som nu registrerar sina uppföljningar.

Det finns två alternativ för patienterna att komma in i modulen. Alternativ 1 är en patient i diagnosgrupp 7 som registreras i primärrehabilitering sluten- eller öppenvård, IN och UT. Vid klarmarkering av inskrivningsdata styrs uppföljningen över till ryggmärgsskadeuppföljningsmodulen. Alternativ 2 är en patient i diagnosgrupp 7 med en "gammal skada" som kommer på årskontroller till enheten och går direkt in i ryggmärgsskadeuppföljningsmodulen.

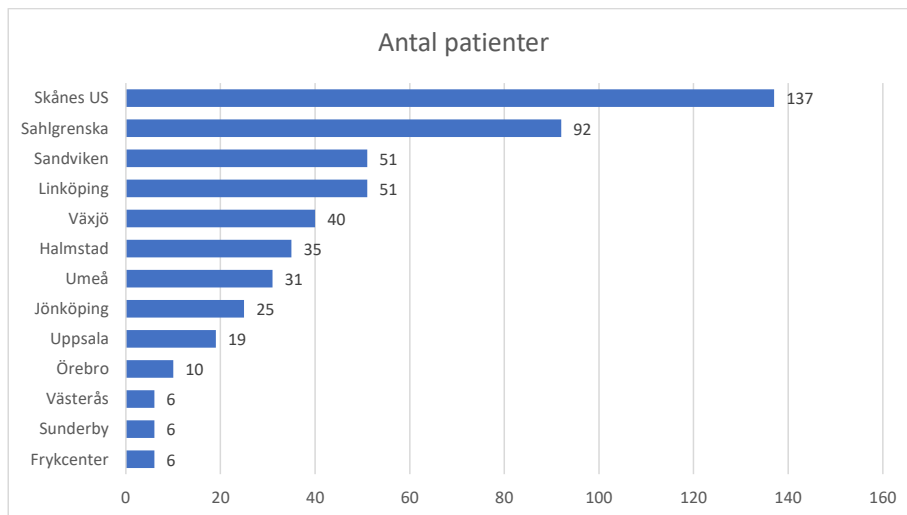


Figur 178 Schematisk bild av spinaluppföljningsmodulen.

Demografi

Antalet patienter

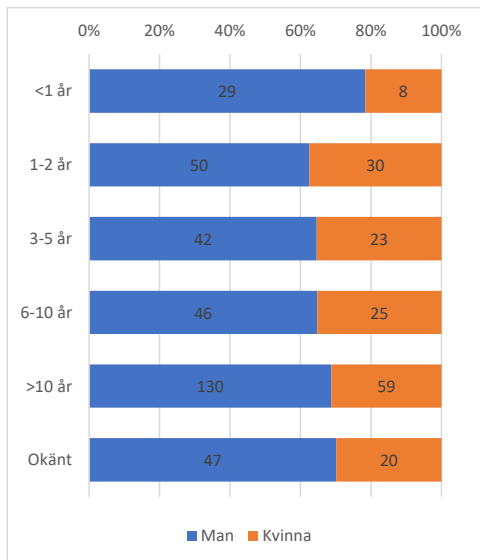
Totala antalet registreringar var 509.



Figur 179 Redovisning av vilka enheter som registrerat spinaluppföljningar under 2017 samt hur många

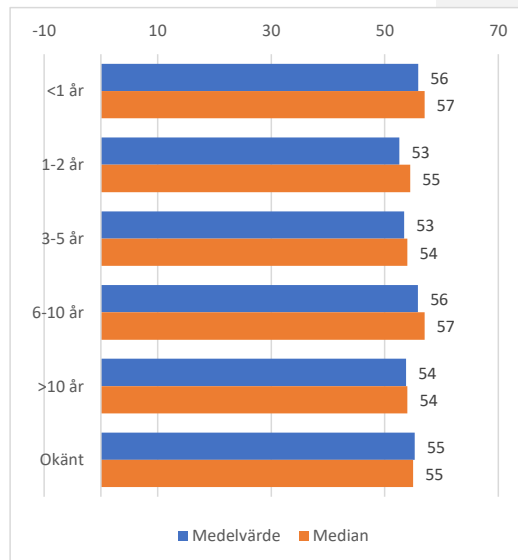
Merparten av de patienter som registrerats under 2018 är män som stod för 344 av de 509 uppföljningarna. 189 av de uppföljda patienterna har varit skadade mer än 10 år. Hos dessa patienter var etiologin framför allt trafiken medan de som varit skadade mindre än 1 år och upp till 10 år har många en icke traumatisk etiologi. Oavsett tid sedan skadan är medel och medianålder 53-57 år.

Könsfördelning



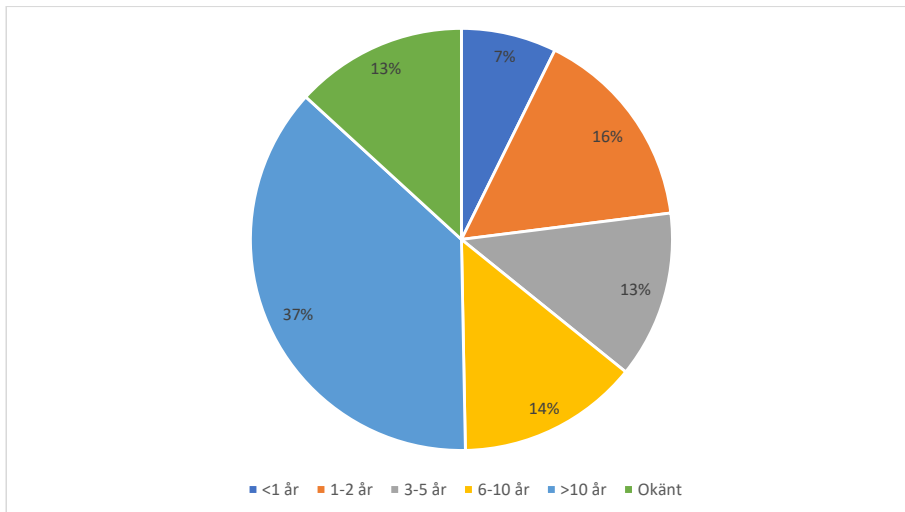
Figur 180: Könsfördelning bland patienter som följts upp under 2018.

Åldersfördelning



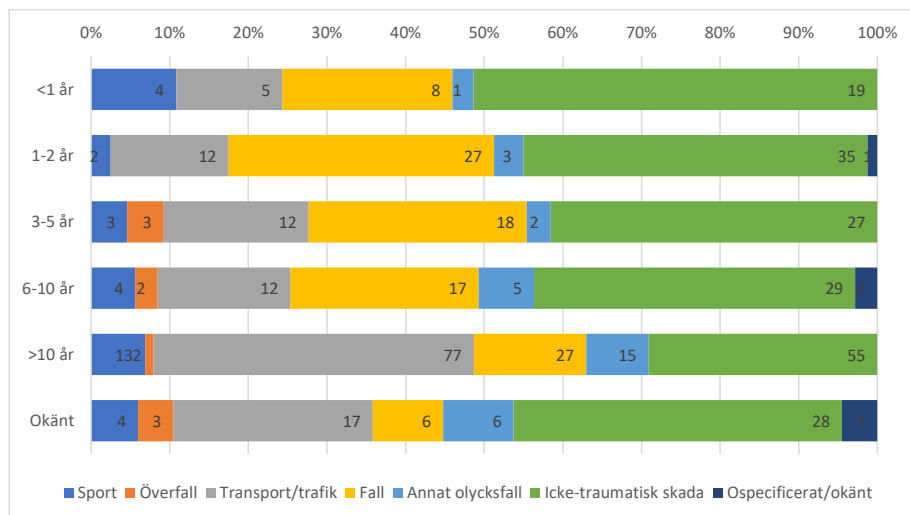
Figur 181: Åldersfördelning bland patienter som följts upp under 2018.

Antal år sedan skadan



Figur 182 Antal år sedan ryggmärgsskadan vid spinaluppföljning.

Etiologi



Figur 183 Etiologi spinaluppföljning, nationell fördelning baserat på tid sedan skada.

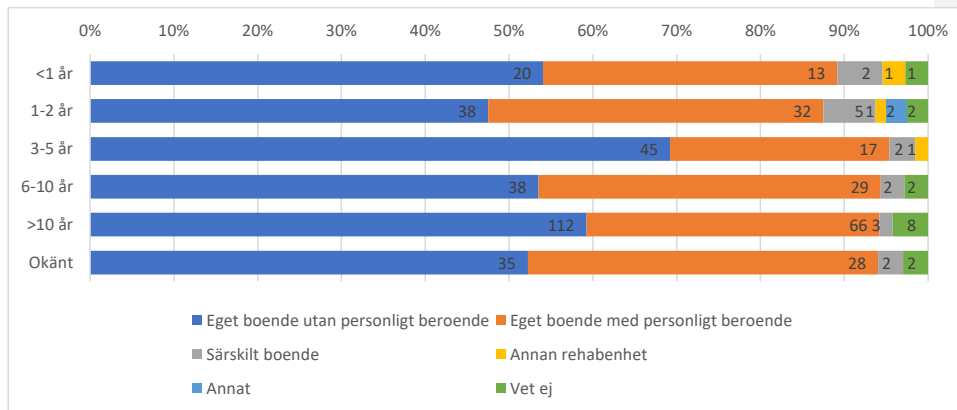
Utfallsmått

Neurologisk nivå

Tabell 50: Tabell över antalet patienter utifrån neurologisk skadenivå, registrering vid spinaluppföljning.

	Okänt		<1 år		1-2 år		3-5 år		6-10 år		>10år		Total	
	Ande		Ande		Ande		Ande		Ande		Ande			
	Antal	I	Antal	I	Antal	I	Antal	Andel	Antal	I	Antal	I	Antal	Andel
Okänt	3	8%	2	3%	8	12%	7	10%	27	14%	8	12%	55	11%
C2	5	14%	6	8%	6	9%	7	10%	18	10%	2	3%	44	9%
C3	5	14%	5	6%	4	6%	4	6%	8	4%	2	3%	28	6%
C4	4	11%	8	10%	6	9%	6	9%	20	11%	3	5%	47	9%
C5	1	3%	9	11%	2	3%	7	10%	12	6%	9	13%	40	8%
C6	0	0%	6	8%	1	2%	1	1%	9	5%	3	5%	20	4%
C7	2	5%	3	4%	3	5%	2	3%	7	4%	4	6%	21	4%
C8	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	2	1%	0	0%	3	1%
T1	0	0%	2	3%	0	0%	1	1%	3	2%	3	5%	9	2%
T2	2	5%	2	3%	1	2%	3	4%	4	2%	0	0%	12	2%
T3	1	3%	2	3%	2	3%	0	0%	4	2%	2	3%	11	2%
T4	1	3%	4	5%	4	6%	2	3%	4	2%	8	12%	23	5%
T5	1	3%	4	5%	0	0%	0	0%	8	4%	3	5%	16	3%
T6	0	0%	0	0%	1	2%	5	7%	4	2%	0	0%	10	2%
T7	0	0%	3	4%	3	5%	1	1%	4	2%	2	3%	13	3%
T8	2	5%	2	3%	3	5%	3	4%	5	3%	2	3%	17	3%
T9	0	0%	1	1%	3	5%	2	3%	3	2%	3	5%	12	2%
T10	4	11%	5	6%	3	5%	5	7%	14	7%	2	3%	33	7%
T11	2	5%	4	5%	4	6%	2	3%	9	5%	3	5%	24	5%
T12	0	0%	6	8%	6	9%	5	7%	7	4%	5	8%	29	6%
L1	0	0%	3	4%	1	2%	3	4%	3	2%	0	0%	10	2%
L2	1	3%	0	0%	0	0%	2	3%	5	3%	0	0%	8	2%
L3	2	5%	2	3%	1	2%	2	3%	8	4%	1	2%	16	3%
L4	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	2%	3	1%
L5	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	2	0%
S2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	0%
S4-5	0	0%	1	1%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0%
Total	37	100%	80	100%	65	100%	71	100%	189	100%	67	100%	509	100%

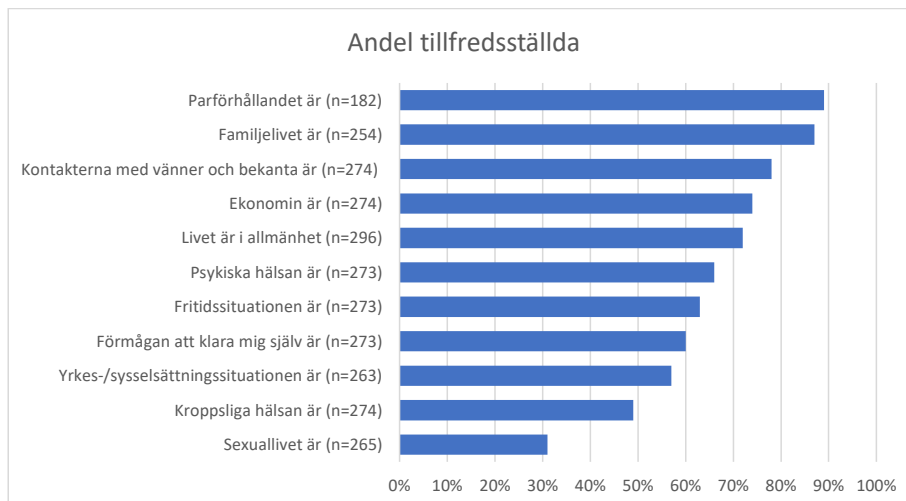
Personligt beroende/boende



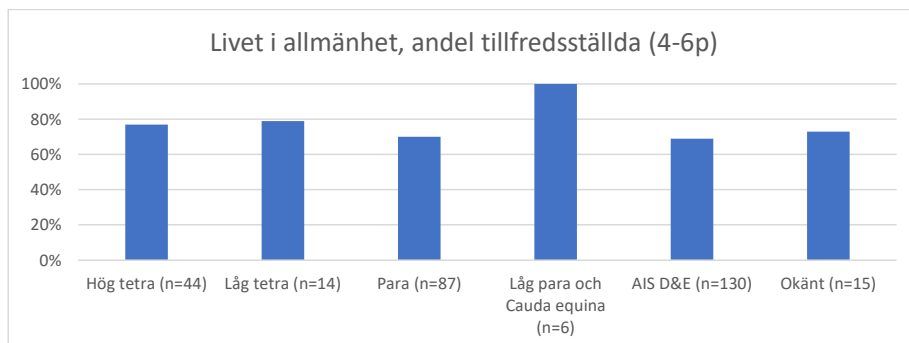
Figur 184 Personligt beroende/boende svarsfördelning i riket. Resultat vid spinaluppföljning.

Livskvalitet enligt LiSat

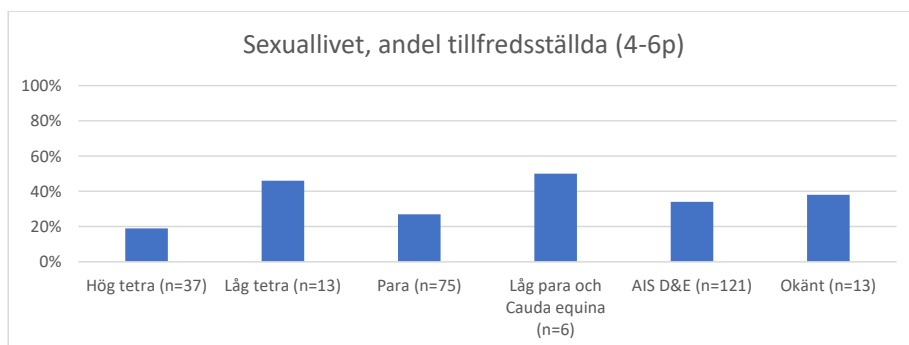
LiSat är det verktyg som idag används för att mäta livskvalitet i WebRehab även för ryggmärgsskadegruppen. Utifrån ett uppföljningsperspektiv ter sig ändå uppgifter om upplevd livskvalitet väldigt relevanta och vi väljer här att presentera resultaten för LiSat för hela landet. Noterbart är att antalet registreringar här är runt hälften av antalet sammanlagda registreringar vid ryggmärgsskadeuppföljningen. Patienterna som är registrerade är över lag nöjda med många områden, men både fysisk hälsa och särskilt sexualitet sticker ut negativt, medan nöjdheten med familjerelationer, samliv och kontakt med vänner är särskilt hög, vilket är resultat som är liknande mot föregående år.



Figur 185: Livskvalitet enligt LiSat för hela riket.



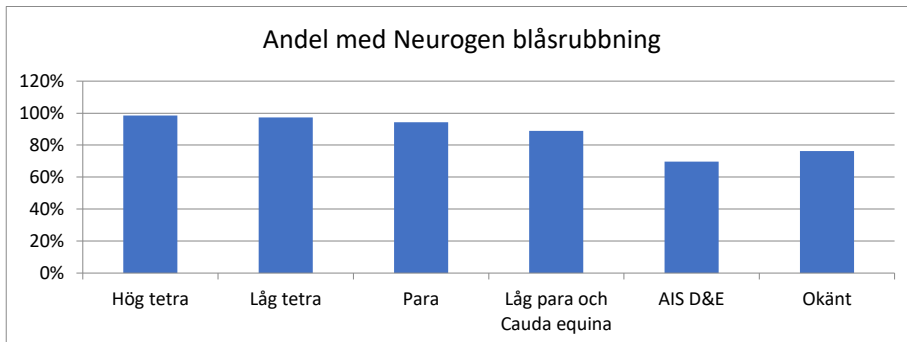
Figur 186 Skattning av livstillfredsställelse (4-6p), 4 ganska tillfredsställande, 5 tillfredsställande, 6 mycket tillfredsställande



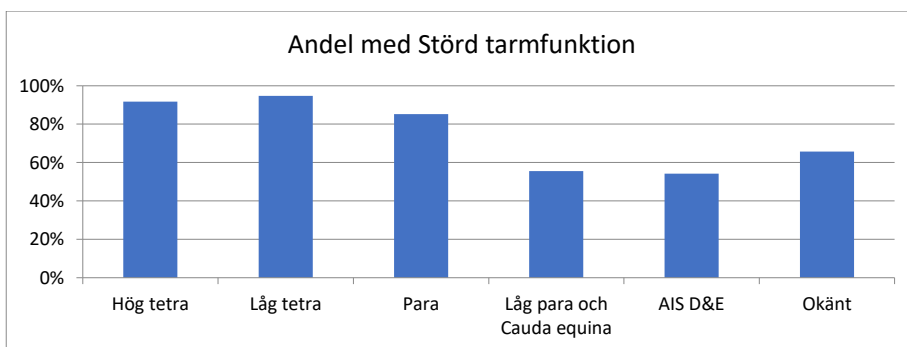
Figur 187 Skattning av tillfredsställelse med sexuallivet (4-6p), 4 ganska tillfredsställande, 5 tillfredsställande, 6 mycket tillfredsställande.

Här har vi delat in skadenivåerna i grupper enligt följande: Hög tetra C1-C5 AIS A-C, Låg tetra C6-Th 1 AIS A-C, Para Th 2-L2 AIS A-C, Låg para L3-S4/5 och Cauda equina, Alla nivåer AIS D & E.

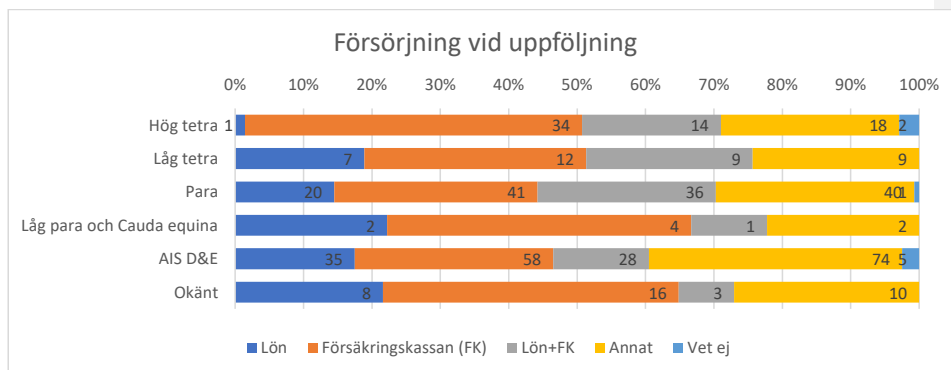
72% av patienterna skattar livet i allmänhet till ganska livstillfredsställande- mycket livstillfredsställande (Li Sat 4-6). Personer med paraplegi AIS A-C skattar sin livstillfredsställande lika som samtliga med AIS D och E. Ingen tydlig skillnad ses beroende på skadenivå. I gruppen med AIS D & E skattar något fler sexuallivet som tillfredsställande än de med paraplegi AIS A-C. De i gruppen AIS D & E har sannolikt andra förutsättningar till att förflytta sig, troligtvis kan många gå, men de med paraplegi AIS A-C och alla personer med AIS D & E skattar livskvalitén ganska lika. Detta kanske speglar att störd tarmfunktion, neurogen blåsrubbing och påverkan på sexuallivet också inverkar på det allmänna måendet och att gångförmågan inte förklarar allt. Det är inget vi kan dra tydliga slutsatser kring, men värt att fundera på och diskutera på sin enskilda enhet. Detta kan vara en utgångspunkt för eventuella åtgärder som görs på enheten för att förbättra för patienterna.



Figur 188 Andel med neurogen blåsrubbning vid uppföljning



Figur 189 Andel med störd tarmfunktion vid uppföljning



Figur 190 Försörjning vid uppföljning

Vad vi vet generellt så är det viktigt att vara en del av arbetslivet för inverkan på livskvaliteten. 57 % skattade sig tillfredsställda med yrke och arbetsliv, vilket är lägre än den allmänna livstillfredsställelsen. Tabell visualiserar att få har ett lönearbete enligt registreringarna.

Patienttillfredsställelse

Patienter som genomgått uppföljning ett år efter sin skada, svarade också angående sin nöjdhet med den initiala rehabiliteringsperioden. Antalet patienter som besvarat denna fråga är tämligen lågt men resultaten ändå intressant ur uppföljningsperspektiv. Generellt kan sägas att patienter i stor utsträckning är nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering i allmänhet, med sitt eget inflytande över rehabiliteringen och med informationen de fått om sin sjukdom/skada.

Nöjd med rehabilitering

Tabell 51: Nöjd med rehabiliteringen. Resultat vid spinaluppföljning.

	Mkt nöjd+nöjd		Missnöjd+mkt missnöjd		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<1 år	21	88%	3	13%	0	0%	24	100%
1-2 år	31	84%	4	11%	2	5%	37	100%
Okänt skadeår	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
Total	57	86%	7	11%	2	3%	66	100%

Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan

Tabell 52: Eget inflytande över din rehabilitering

År sedan skadan	Mkt nöjd+nöjd		Missnöjd+mkt missnöjd		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<1 år	21	88%	2	8%	1	4%	24	100%
1-2 år	33	89%	1	3%	3	8%	37	100%
Okänt	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
Total	59	89%	3	5%	4	6%	66	100%

Information om sjukdomen

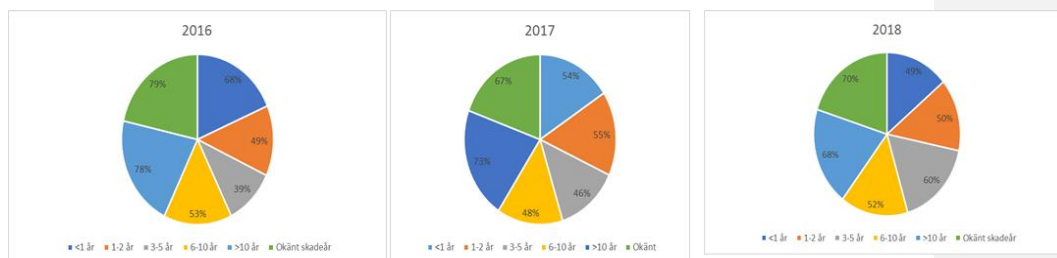
Tabell 53: Information om sjukdomen

År sedan skadan	Mkt nöjd+nöjd		Missnöjd+mkt missnöjd		Vet ej		Total	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<1 år	22	92%	2	8%	0	0%	24	100%
1-2 år	34	92%	2	5%	1	3%	37	100%
Okänt	4	80%	0	0%	1	20%	5	100%
Total	60	91%	4	6%	2	3%	66	100%

Komplikationer

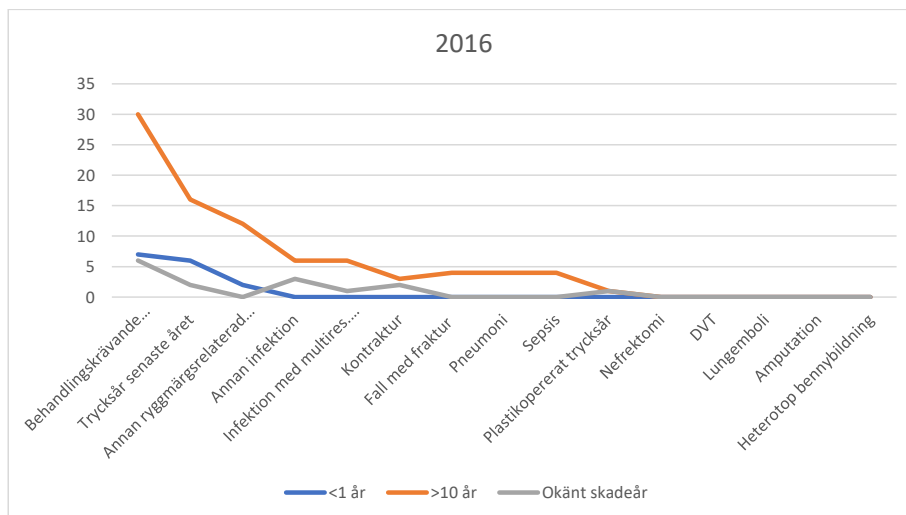
Vid uppföljningen ställs frågan om någon komplikation eller medicinsk händelse inträffat senaste året.

Totala antalet komplikationer som inträffat under senaste året. 223 av 502 det vill säga 44 % av patienter har haft någon form av komplikation där behandlingskrävande urinvägsinfektioner är den vanligaste komplikationsformen, vilket är liknande mönster för de tre senaste åren. De senaste tre åren så har alla skadeintervaller varit drabbade av komplikationer och de som varit skadade mer än 10 år de som är mest drabbade. Flera patienter har också ådragit sig komplikationer i gruppen okänt antal skadeår.

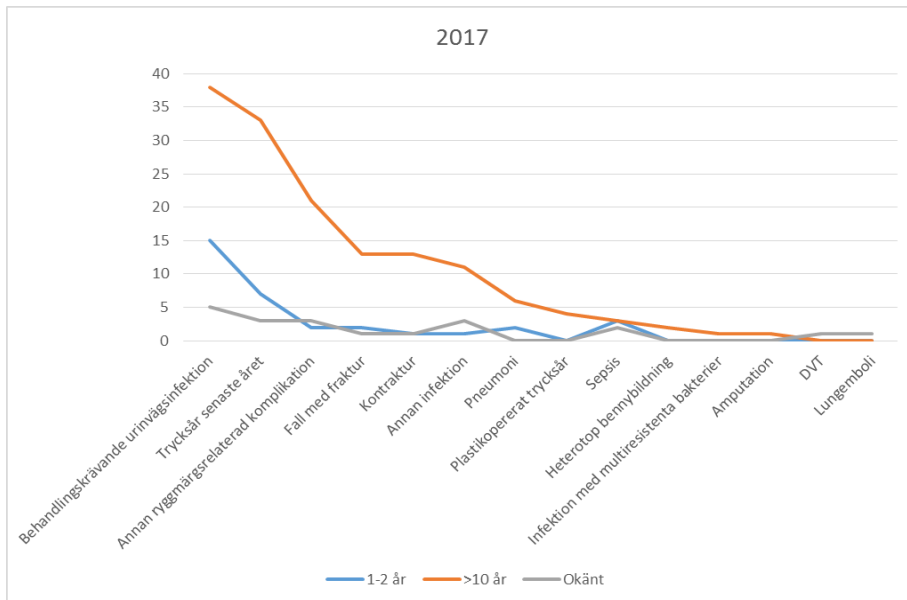


Figur 191: Fördelningen inom antal år sedan skadan av totalt antal komplikationer de tre senaste åren.

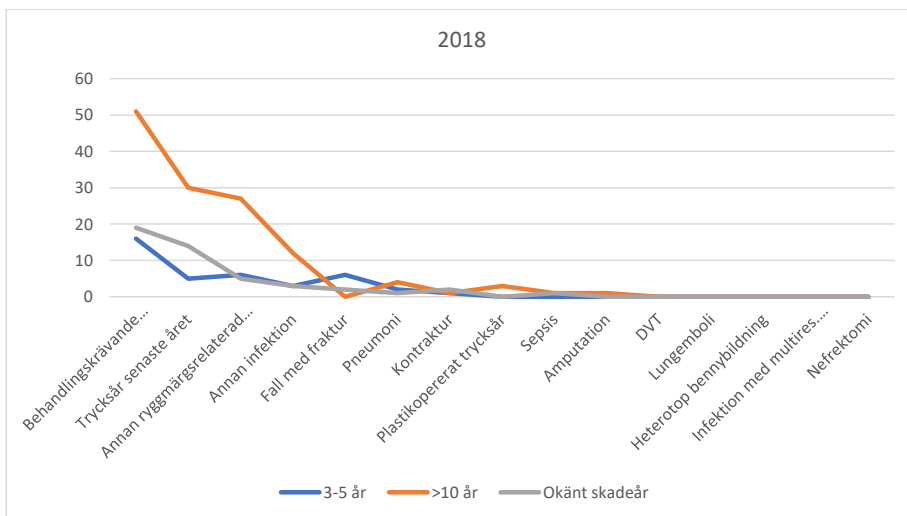
Behandlingskrävande UVI, trycksår och annan ryggmärgsskadad relaterad komplikation är de vanligaste komplikationer som flest drabbats av de senaste tre åren.



Figur 192 Fördelningen för antal komplikationer inom de tre mest komplikationsfrekventa skadeårsintervallen 2016.



Figur 193 Fördelningen för antal komplikationer inom de tre mest komplikationsfrekventa skadeårsintervallen 2017



Figur 194 Fördelningen för antal komplikationer inom de tre mest komplikationsfrekventa skadeårsintervallen 2016

Antalet komplikationer kan variera beroende på hur många patienter som setts över en tidsperiod, det kan också bero på hur vi registrerar. Här är det av vikt att varje enhet tolkar och reflekterar över sina egna värden.