

Svenskt Register för Rehabiliteringsmedicin

Årsrapport öppenvård

2022

Innehåll

Demografi.....	6
Antal registreringar	6
Diagnosgrupper	8
Åldersfördelning per enhet	9
Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp	10
Processmått öppenvård	11
Tid från remissens utfärdandedatum, och tid från beslut om rehab, till inskrivning	11
Vårdtid.....	12
Målindikatorer.....	15
Resultatmått öppenvård	18
Body Mass Index (BMI).....	18
Utskriven till	19
Försörjning.....	19
Körkortsbedömning vid utskrivning	20
GOSE (Glasgow outcome scale extended)	20
Gångklassifikation enligt Holden	21
Komplikationer	21
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures).....	22
EQ5D.....	22
Livstillfredsställelse (LiSat)	25
Ångest och depressivitet (HAD)	27
Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)	28

Tabell- och figurförteckning:

Tabell 1 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).	11
Tabell 2 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet.....	13
Tabell 3 Ifyllnadsgrad målindikatorer (hela öppenvårdsgruppen).....	16
Tabell 4 Användningsgrad av instrument i registret (hela öppenvårdsgruppen).n=1716 (NIHSS n=355)	17
Tabell 5 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter), förmågehöjande rehabilitering.	21
Tabell 6 Frekvens av komplikation Covid-19 i förmågehöjande rehabilitering.....	21
Tabell 7 Frekvens av komplikationer i öppenvård, förmågehöjande rehabilitering.	22
Tabell 8 Medelvärde för samtliga patienter i förmågehöjande rehabilitering EQ5D-index vid in- och utskrivning per enhet.	25
Tabell 9 Antalet missnöjda/mycket missnöjda, förmågehöjande rehabilitering, samtliga enheter.....	37
Figur 1 Antal registreringar per enhet.....	6
Figur 2 Fördelning mellan män och kvinnor.....	7
Figur 3 Typ av öppenvård.	7
Figur 4 Diagnosfördelning av samtliga patienter i registret.....	8
Figur 5 Åldersfördelning per enhet.	9
Figur 6 Andel med någon form av missbruk vid inskrivning per diagnosgrupp.	10
Figur 7 Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp.....	12
Figur 8 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön.....	12
Figur 9 Medelvårdtid per utskrivningsår.....	14
Figur 10 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper (förmågehöjande rehabilitering).....	18
Figur 11 Boende vid utskrivning, förmågehöjande rehabilitering.	19
Figur 12 Körkortsbedomning vid utskrivning. Antal inom varje svarskategori.	20
Figur 13 Fördelning av poäng för GOSE vid in- respektive utskrivning (antal per poäng).	20
Figur 14 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet.	23
Figur 15 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp.....	24
Figur 17 LiSat- 11. Andel tillfredsställda med livet i allmänhet förmågehöjande rehabilitering.	25
Figur 18 Andel tillfredsställda enl. LiSat-11, förmågehöjande rehabilitering n=644	26
Figur 19 Förändring mellan in- och utskrivning för delområdet "Livet i allmänhet", förmågehöjande rehabilitering.	26
Figur 20 HAD ångest, andel inom 11-21 poäng fördelat per diagnosgrupp inom förmågehöjande rehabilitering.	27
Figur 21 HAD depressivitet, andel inom 11-21 poäng fördelat per diagnosgrupp inom förmågehöjande rehabilitering.	27
Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Personalens bemötande".	28
Figur 23 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen".	29
Figur 24 Svarsfördelning för frågan "Rehabiliteringen".	30
Figur 25 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan"	31
Figur 26 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan.....	32

Figur 27 Svartsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen".	33
Figur 28 Svartsfördelning för frågan "Det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering".	34
Figur 29 Svartsfördelning för frågan "Den information din familj och närstående har fått under din rehabilitering".	35
Figur 30 Svartsfördelning för frågan "Uppnått resultat under rehabiliteringen i förhållande till individuell rehabiliteringsplan	36

Inledning

Årsrapport för öppenvård i Svenskt register för rehabiliteringsmedicin sammanställdes senast 2019. Både restriktioner och ändrade förutsättningar för öppenvårdsrehabilitering i samband med pandemin påverkade och begränsade möjligheterna till öppenvårdsrehabilitering under åren 2020, 2021 och även 2022.

Även under tidigare år har verksamheterna olika innehåll och upplägg för öppenvårdsrehabilitering. Vissa verksamheter erbjuder enbart utredning medan andra erbjuder intensiv rehabilitering under ett antal veckor och ytterligare andra erbjuder lågintensiv rehabilitering med mer långvarig uppföljning. Det kan också skifta mycket när i tiden rehabiliteringen erbjuds. Resultat av rehabilitering påverkas av dessa skäl liksom av innehållet i erbjuden rehabilitering. Jämförelser mellan verksamheter bör göras med försiktighet och med enheter med liknande förutsättningar.

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. Majoriteten av registreringarna 2022 (88%) utgörs av förmågehöjande rehabilitering.

Det är stor variation i hur många timmar per vecka som vanligtvis erbjuds; när det gäller förmågehöjande rehabilitering erbjuder 38% av enheterna 5-10 timmar/vecka och 40% erbjuder 11-20 timmar/vecka. Ofta äger förmågehöjande rehabilitering rum i relativ anslutning till en slutenvårdsperiod i den akuta/subakuta fasen. Förmågebibehållande rehabilitering äger rum framför allt 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 1716 baserat på de personer som utskrivits år 2022. Jämfört med rapporten från 2019 är det en ökning av antal registreringar (1423 utskrivna år 2018) och antalet utgör det högsta antalet utskrivna i öppenvård sedan öppenvårdsmodulens start år 2010. Det är glädjande att antal registreringar åter ökar efter några års minskande trend.

Totalt 19 enheter har lämnat data för öppenvård, vilket också är en ökning (16 enheter 2019).

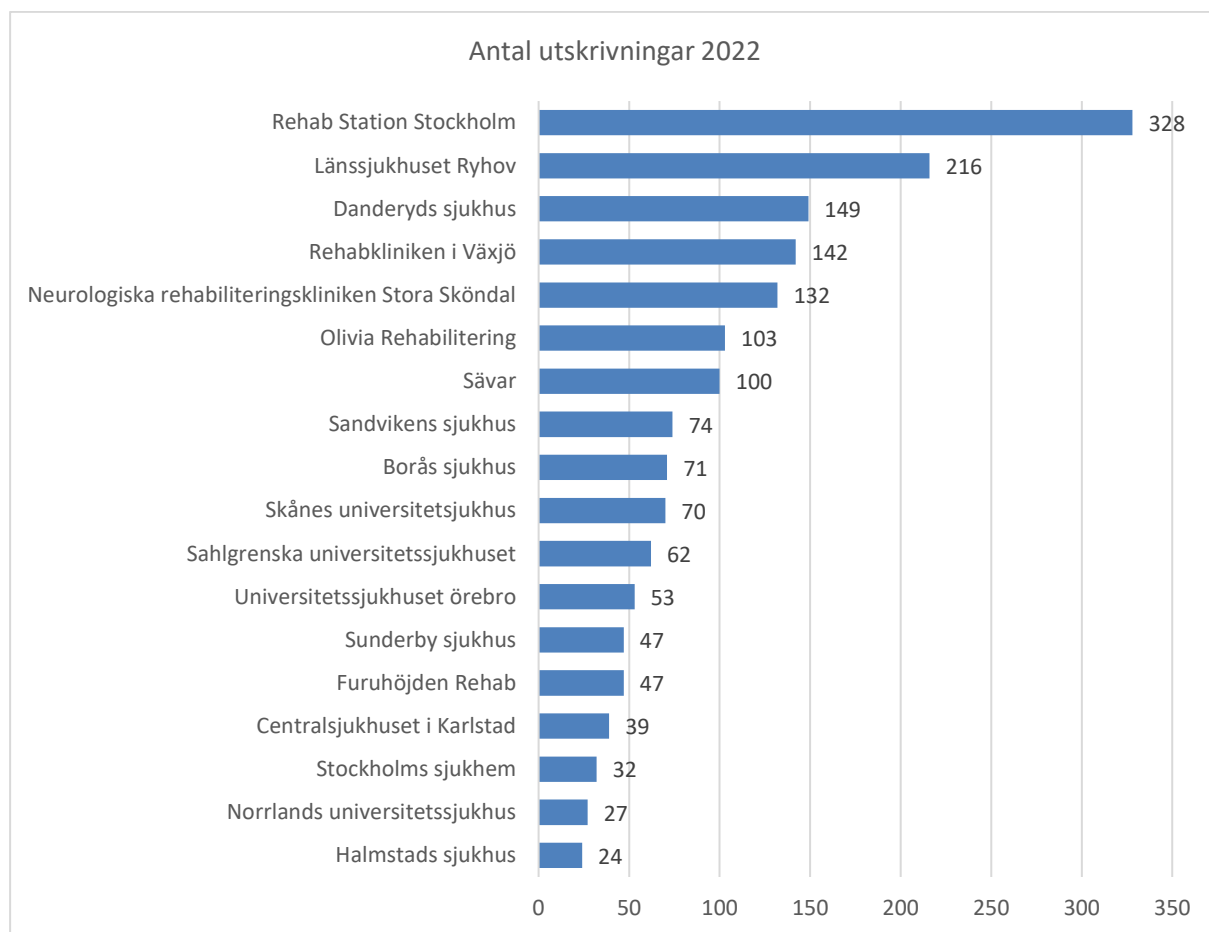
Stroke (29%) och demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos (37%) är liksom tidigare, de vanligast förekommande diagnosgrupperna i specialiserad öppenvårdsrehabilitering. Stroke och andra hjärnskador utgör tillsammans 48% av det totala antalet registrerade vilket är en något minskad andel jämfört med föregående år. Ryggmärgsskador har 135 registreringar vilket är ett tydligt minskat antal jämfört med tidigare år (175 år 2018, 169 år 2017).

Under öppenvårdsrehabilitering får många patienter en bättre förståelse för sin situation och konsekvenserna av sjukdomen/skadan. De personer som skattat sin autonomi upplevde de största begränsningarna inom områdena roll i familjen, självständighet utomhus och arbete/utbildning. Hälsotillståndet (EQ5D) hos personerna som får öppenvårdsrehabilitering ligger lägre än hos normalpopulationen men generellt ses förbättringar mellan in- och utskrivning.

Demografi

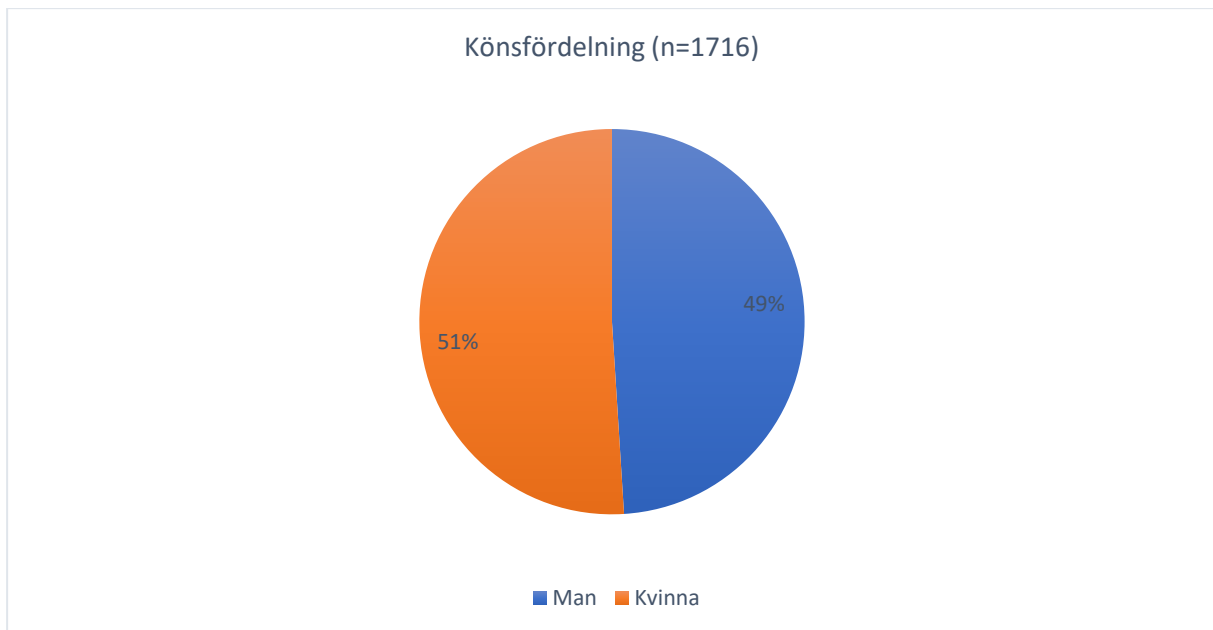
Antal registreringar

Totala antalet registreringar i öppenvård var 1716 baserat på de personer som utskrivits år 2022. Jämfört med de tidigare år då öppenvårdsrapport sammanställts är det en ökning av antal registreringar (1423 utskrivna år 2018, 1440 år 2017). Totalt har 19 enheter lämnat data för öppenvård 2022, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Stora Sköndal, Furuhöjden och Gotland har tillkommit. Rapporten redovisar de enheter som gjort minst 20 registreringar. Gotland har färre än 20 registreringar och finns därmed inte med i resultatrapporten.



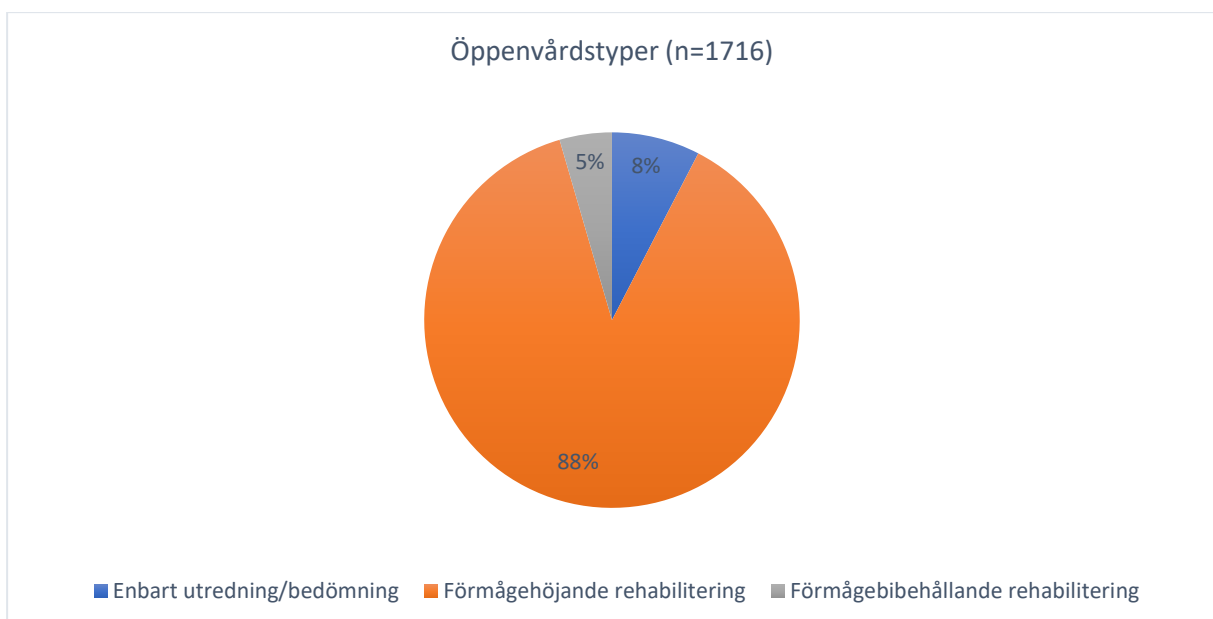
Figur 1 Antal registreringar per enhet.

Fördelningen mellan män och kvinnor är relativt jämn, med en diskret övervikt av män. Skillnaden är dock mindre jämfört med föregående rapporter.



Figur 2 Fördelning mellan män och kvinnor.

Registrering görs av typ av öppenvård: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Den absolut största andelen (88%) av öppenvården utgörs av förmågehöjande rehabilitering. Den andelen har fortsatt öka (81 % i föregående årsrapport 2019). Andelen enbart utredning/bedömning fortsätter minska.

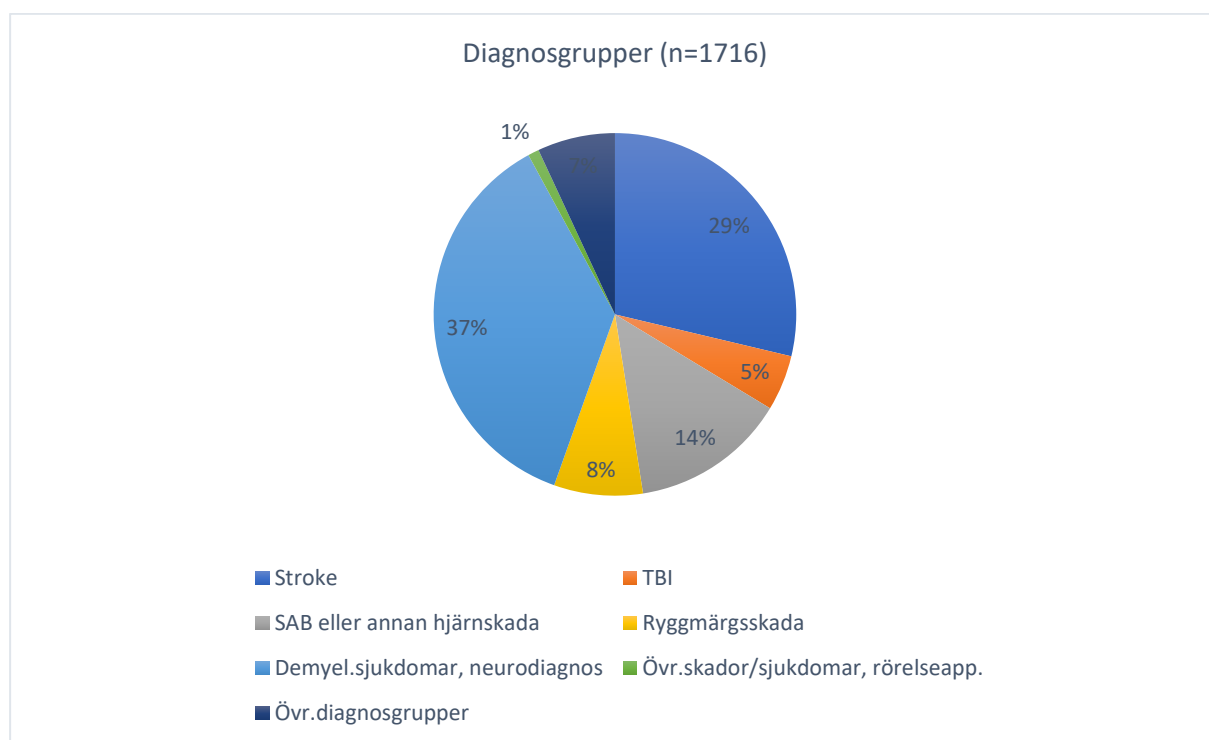


Figur 3 Typ av öppenvård.

Diagnosgrupper

Stroke och demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos är de vanligast förekommande diagnosgrupperna, liksom tidigare, men med en viss ökning av demyeliniserande sjukdomar/neurodiagnos till 37% 2022 jämfört ca 25% i senaste årsrapport 2019. Stroke och andra hjärnskador (SAB, TBI) utgör 2022 tillsammans 48% av det totala antalet, vilket är en fortsatt minskad andel jämfört med tidigare år (55% 2019). Andelen ryggmärgsskador är 8 %, vilket också är en minskning jämfört tidigare (12% 2019). Under 2022 utsågs fyra av SveRehs anslutna enheter till centrum för Nationell Högspecialiserad Vård för ryggmärgsskada. Uppdraget inkluderar subakut rehabilitering inför utskrivning till hemmet. Hur dessa enheter kommer att bedriva rehabilitering eller samverka med andra enheter kring öppenvårdsrehabilitering varierar. Av stort värde för vårdens kvalitet är vilken fortsatt rehabilitering som erbjuds patienterna i direkt anslutning till akutskedet eller senare i vårdförloppet. Registrering av öppenvård för ryggmärgsskadepatienter rekommenderas därför samtliga enheter som bedriver rehabilitering för denna patientgrupp. Om det lägre andelen ryggmärgsskadade i öppenvårdsrehabilitering beror på förändrad incidens av ryggmärgsskadade eller om man erbjuder rehabilitering närmre hemmet för delar av populationen, är oklart

Under pandemiåren 2020–2021 påverkades rehabiliteringsverksamheterna kraftigt då enheter stängde eller fick förändrade uppdrag. Om diagnosfördelningen förändrades under denna tid är därför svårare att följa.



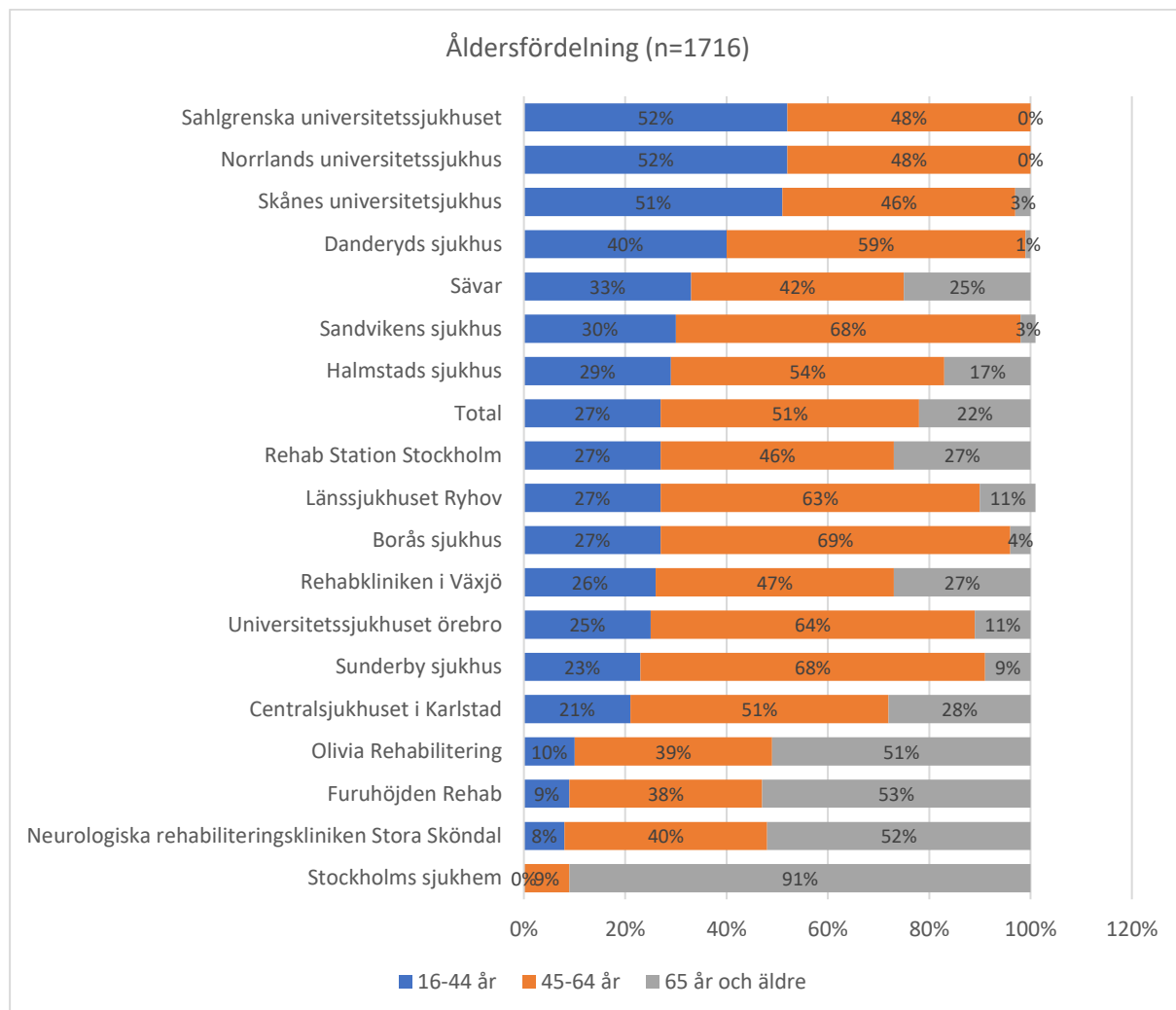
Figur 4 Diagnosfördelning av samtliga patienter i registret.

Diagnosfördelningen skiljer sig endast mycket lite mellan den totala gruppen och gruppen ”förmågehöjande rehabilitering”.

I gruppen ”förmågebibehållande rehabilitering” är det däremot en övervikt av demyeliniserande sjukdomar och neurodiagnos (64%). I gruppen ”utredning/ bedömning” är SAB/ annan hjärnskada den största gruppen (37%) och gruppen demyeliniserande sjukdomar/ neurodiagnos mindre (4%).

Åldersfördelning per enhet

Enheternas uppdrag är olika vilket påverkar åldersfördelningen. Majoriteten av enheterna har huvudsakligen patienter under 65 års ålder. Andelen patienter över 65 år är totalt 22 % vilket är en tydlig ökning mot föregående år (14%). Således är 78% under 65 år och i yrkesverksam ålder.



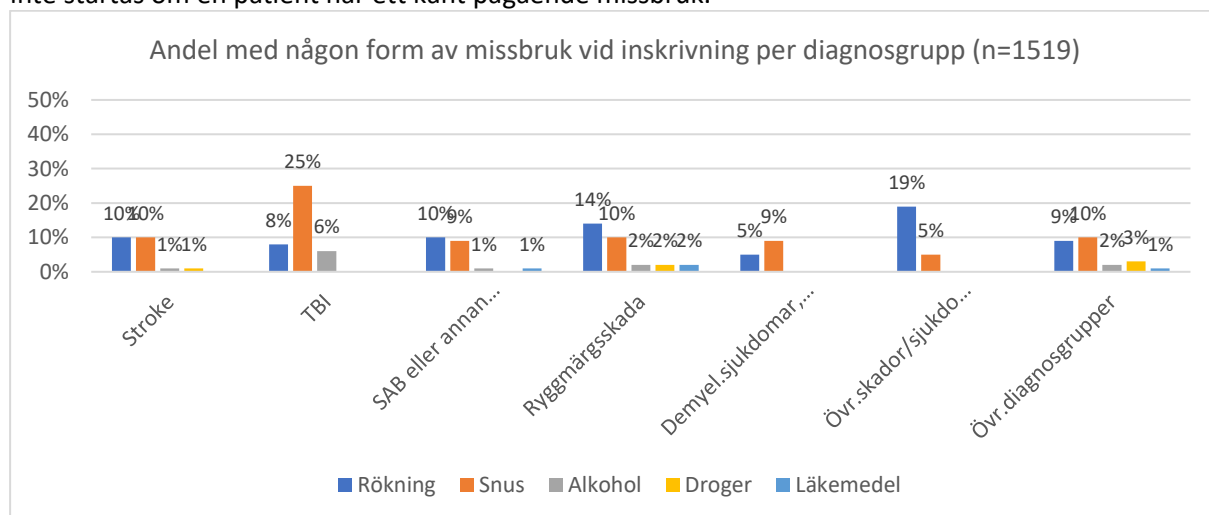
Figur 5 Åldersfördelning per enhet.

Förekomst av rökning/missbruk per diagnosgrupp

Grafen visar förekomst av missbruk i olika diagnosgrupper i %, beräknat på andel ja-svar.

För alla registreringar sammantaget är 8% rökare vilket är något högre än i befolkningen i stort (6% röker dagligen enligt 2022 års data hos Folkhälsomyndigheten) men lägre än tidigare års registreringar, vilket följer den minskande trenden i samhället. Högst andel rökare återfinns i diagnosgruppen "övriga skador/sjukdomar, rörelseapparaten" (19%).

Förekomst av alkoholmissbruk är högst inom diagnosgruppen traumatisk hjärnskada. Drog- och läkemedelsmissbruk är fortsatt låga andelar. Det kan sannolikt bero på att en öppenvårdsrehabilitering inte startas om en patient har ett känt pågående missbruk.



Figur 6 Andel med någon form av missbruk vid inskrivning per diagnosgrupp.

Processmått öppenvård

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

Mediantiden från remissens utfärdande till inskrivning är 97 dagar (90 dagar 2019) och mediantiden från beslut om rehabilitering till inskrivning är 53 dagar (42 dagar 2019), vilket båda är en ökning jämfört med föregående årsrapport. Spridningen för båda intervallen är, liksom tidigare, stor mellan olika enheter. Remisshanteringsprocesserna ser olika ut på olika enheter utifrån uppdrag och tillgänglighetsmål.

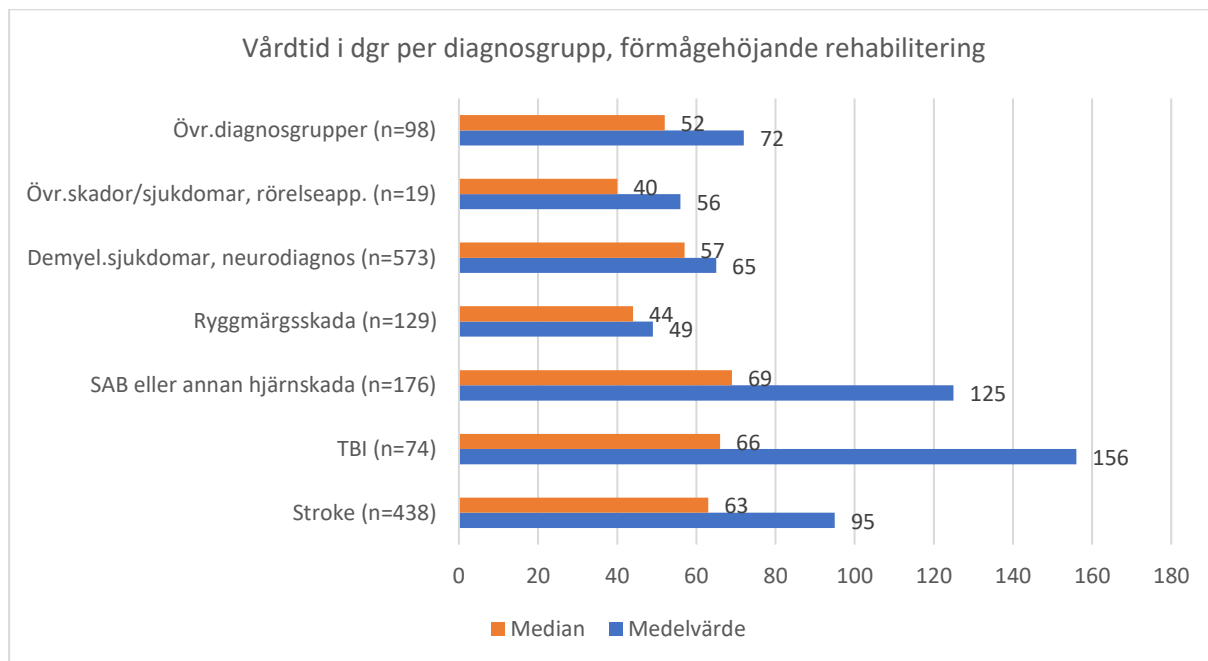
Tabell 1 Tid från remissens utfärdandedatum till inskrivning (Förmågehöjande rehabilitering).

	Tid från utfärdande av remiss till inskrivning				
	Valid N	Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
Karlstad	34	45	30	8	264
Halmstad	22	42	31	5	195
Furuhöjden	47	50	34	8	233
Växjö	141	63	40	1	472
Sandviken	63	91	83	2	375
Danderyd	112	115	84	6	481
Stockholms sjukhem	32	85	85	18	226
Stora Sköndal	130	109	87	10	409
Olivia Rehabilitering	92	121	97	2	455
Total	1501	132	97	0	2537
Rehabstation	313	128	104	0	685
Region Jönköping	196	129	112	3	802
Sävar	89	154	139	5	432
NUS Umeå	24	166	152	37	370
Skåne	67	235	198	0	593
Sahlgrenska	53	309	226	11	2537
Sunderbyn	38	226	226	11	470
Borås	48	291	300	21	747
Örebro	0

Vårdtid

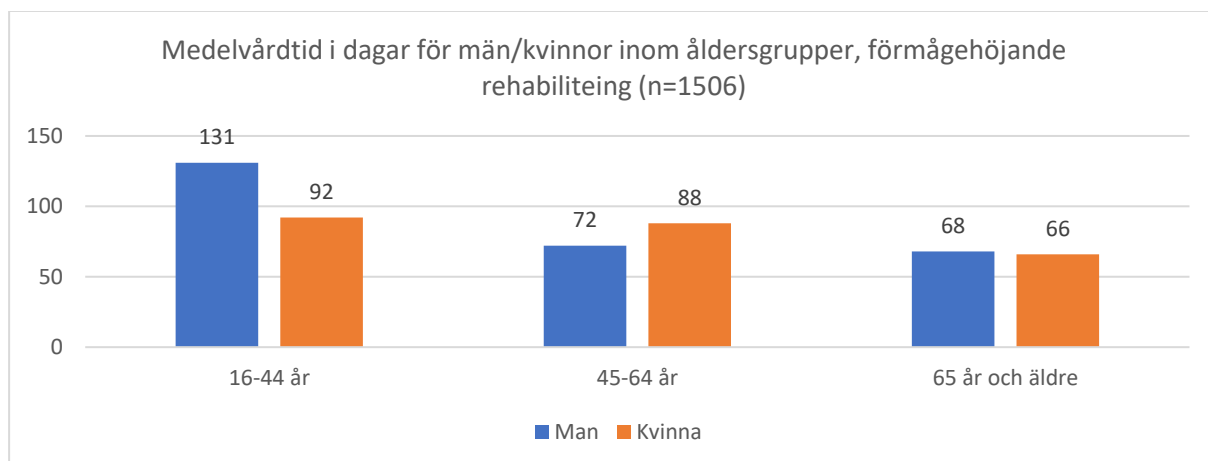
Vårdtid (förmågehöjande rehabilitering) i antal dagar

Vårdtiden för öppenvårdsrehabilitering är i medeltal drygt 2 månader, men mediantiden är ca 7 veckor. Vårdtid definieras som antal dagar från inskrivning till utskrivning. Skillnader i vårdkedjor och skillnader i rehabiliteringsmål mellan olika åldersgrupper kan bidra till skillnader i vårdtid. Enstaka patienter med lång vårdtid påverkar ett medelvärde starkt. Störst spridning i vårdtid inom samma diagnosgrupp ses i gruppen TBI (traumatisk hjärnskada), vilket följer samma mönster som tidigare år.



Figur 7 Vårdtid i antal dagar per diagnosgrupp.

Vårdtid per åldersgrupp och kön



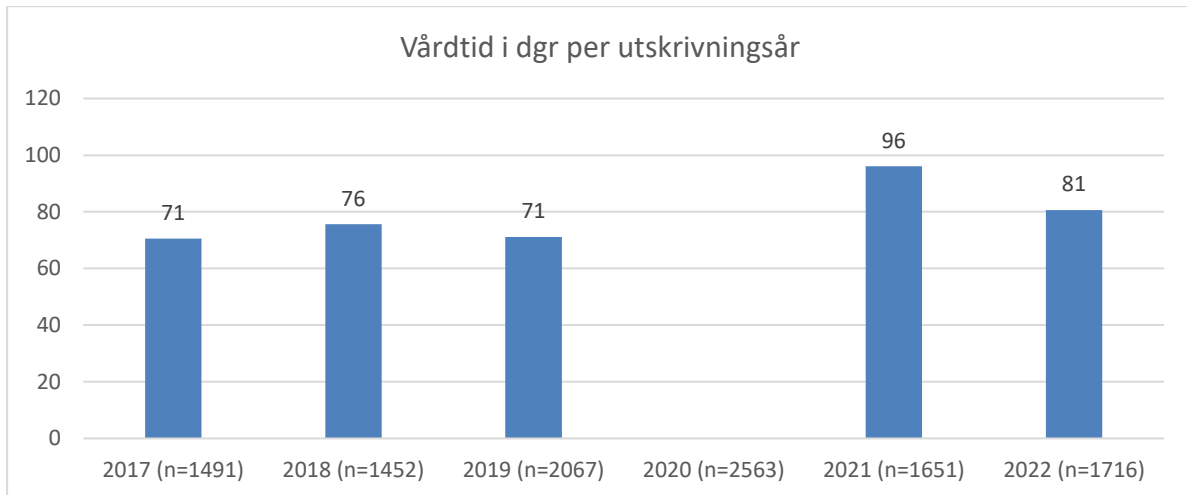
Figur 8 Medelvårdtid i dagar per åldersgrupp och kön.

Skillnader i vårdkedjor och rehabiliteringsmål mellan åldersgrupper kan bidra till skillnad i vårdtid. Enstaka patienter med lång vårdtid påverkar ett medelvärde starkt. Män har över lag något längre medelvårdtid än kvinnor. Olika diagnosgrupper förekommer i olika omfattning i olika åldrar och detta kan påverka medelvårdtiden.

Tabell 2 Medelvårdtid i antal dagar redovisat per diagnosgrupp och enhet

	Stroke	TBI	SAB eller annan hjärnskada	Ryggmärgsskada	Demyel.sjukdomar, neurodiagnos	Övr.skador/sjukdomar, rörelseapp.	Övr.diagnosgrupper	Total
Borås	232	584	42	57	34	39	125	134
Karlstad	44	49	68	.	55	.	58	54
Danderyd	94	105	83	.	127	.	116	95
Furuhöjden	78	.	70	62	71	.	.	74
Halmstad	84	142	80	16	61	.	.	81
Region Jönköping	41	43	44	38	38	50	43	41
Stora Sköndal	78	72	88	.	68	.	54	71
NUS Umeå	.	.	140	136	.	.	76	120
Olivia Rehabilitering	119	187	113	42	116	.	.	117
Rehabstation	66	.	64	46	74	48	55	66
Växjö	52	127	118	59	37	39	75	63
Sahlgrenska	62	73	77	79	.	0	82	71
Sandviken	202	562	413	2	6	0	1	257
Skåne	.	.	75	118	241	141	274	110
Stockholms sjukhem	133	.	43	.	76	.	68	91
Sunderbyn	59	61	48	71	55	.	58	56
Sävar	28	.	3	28	36	.	39	34
Örebro	60	45	62	65	32	.	55	57
Total	88	143	105	51	67	48	67	81

Medelvårdtid per enhet för öppenvården visar avsevärd spridning enheterna emellan. Skillnaderna kan bero på att vårdkedjan är organiserad på olika sätt. Det finns till exempel stora olikheter gällande vad och när specialistrehabiliteringen kan lämna över till kommun/primärvård. En annan skillnad kan vara att vissa enheter registrerar patienter som genomgår avgränsad period med intensivare dagvård, medan andra enheter gör glesare insatser under längre tid eller även registrerar patienter i uppföljande öppenvård/mottagning. Vissa enheter har tidsbegränsade rehabperioder medan andra har högre grad av individuell tidsperiod utifrån mål i rehabplanen.



Figur 9 Medelvårdtid per utskrivningsår

Figur 9 visar medelvårdtid över åren 2017 - 2022. År 2020 har tagits bort ur statistiken då en enhet avslutade ett stort antal gamla registreringar vilket har gett ett felaktigt resultat detta år.

Användningsgrad av de olika bedömningar och instrument som ingår i registret

Målandikatorer

Användningen av målandikatorerna varierar mycket mellan enheter. Flera enheter har under pandemiåren haft begränsade möjligheter att registrera i och använda registret samtidigt som öppenvårdsenheterna har haft förändrade uppdrag. Enheterna behöver därför analysera egna data och tillse registreringsgrad av prioriterade målområden.

Registrering av BMI är fortsatt låg på flera enheter men visar stor spridning. Målnivån 90 % vid både inskrivning och utskrivning uppnås enbart av två enheter: Sävar och Örebro. Vid inskrivning uppnås 90 % av flera enheter, som dock inte uppnår målnivån vid utskrivning se tabell nedan.

Registrering av upplevelse av rehabinsatserna har i riket som helhet genomförts hos 65% av patienterna vilket är en minskning från 75 % 2019. Målnivån att 80 % av patienterna i öppenvård ska tillfrågas uppnås av 9 enheter, vilket däremot är en ökning. Sex enheter har låg användningsgrad (<60 %).

Upprättande av rehabplan har genomförts med 95% av patienter i öppenvård, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Hela sex enheter klarar målnivån 100% (Borås, Karlstad, Danderyd, Furuhöjden, Olivia och Rehabstation Stockholm). Endast en enhet ligger lägre än 60 % (Sandviken).

Registrering av genomförd körkortsbedömning har målnivån 90 %. Genomsnittsvärdet för riket har sjunkit till 68 % och är lägre än 2019 (89%). Hela 10 enheter når inte målnivån 90 % bedömda gällande körförmåga.

Tabell 3 Ifyllnadsgrad målindikatorer (hela öppenvårdsgruppen)

2022	BMI inskr	BMI utskr	Patientens upplevelse	Rehabplan upprättad	Körkortsbedomning
Borås	97%	89%	87%	100%	93%
Karlstad	0%	0%	97%	100%	72%
Danderyd	94%	69%	55%	100%	96%
Furuhöjden	89%	79%	77%	100%	0%
Halmstad	83%	0%	79%	96%	96%
Region Jönköping	91%	56%	81%	98%	92%
Stora Sköndal	0%	0%	100%	99%	0%
NUS Umeå	93%	89%	29%	92%	48%
Olivia Rehabilitering	86%	80%	93%	100%	56%
Rehabstation	23%	19%	22%	100%	37%
Växjö	97%	88%	70%	93%	67%
Sahlgrenska	66%	53%	40%	98%	95%
Sandviken	3%	3%	0%	28%	89%
Skåne	79%	70%	94%	97%	90%
Stockholms sjukhem	0%	0%	23%	97%	100%
Sunderbyn	11%	2%	98%	98%	100%
Sävar	99%	97%	100%	95%	95%
Örebro	98%	92%	92%	94%	100%
Total	61%	50%	65%	95%	68%

Rött=0-60%

Gult=61%-målnivån

Grönt= Målnivån och högre

1-2. BMI in och ut per sjukhus 90% målnivå

3. Ifyllnad av "Patientens upplevelse" målnivå 80%

4. Rehabplan upprättad; 100% målnivå

5. Körkortsbedomning (vid utskrivn); bedömning gjord på 90% av de med körkort in

Tabellen nedan innehåller grad av användning av övriga bedömningar och instrument. Mest anmärkningsvärt är den låga graden av registrering av GOSE och gångklassifikation enligt Holden. Dessa två instrument beskriver på ett tydligt och enkelt sätt resultat, 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 sex enheter som registrerar detta. Likaså är registrering av HAD (Hospital Anxiety and depression scale) låg och registrering av NIHSS är mycket låg.

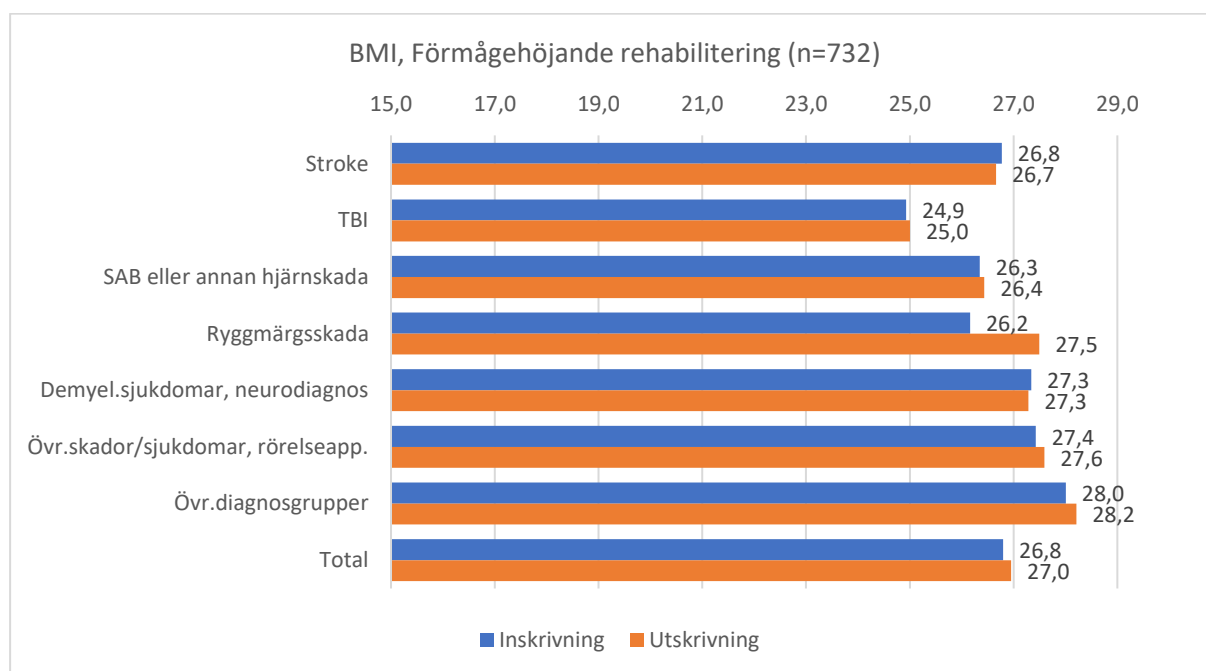
Tabell 4 Användningsgrad av instrument i registret (hela öppenvårdsgruppen).n=1716 (NIHSS n=355)

Mätinstrument	Andel ifyllda
BMI (in)	61%
BMI (ut)	50%
Rökning	89%
Alkohol	78%
Droger	69%
Läkemedel	69%
GOSE (ut)	12%
Gång enligt Holden (in)	27%
Gång enligt Holden (ut)	25%
NIHSS (in)	1%
NIHSS (ut)	1%
EQ5D (ut)	52%
LiSat (ut)	55%
Rehabplan upprättad (ut)	99%
Körkort (ut)	68%
HAD (in)	26%
HAD (ut)	17%

Resultatmått öppenvård

Body Mass Index (BMI)

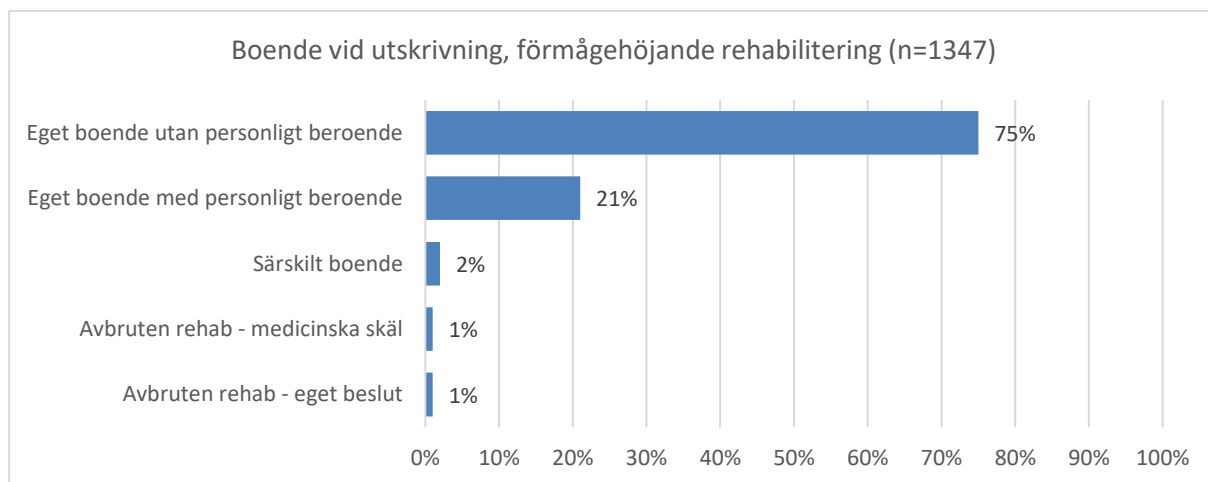
BMI beräknas utifrån kroppslängd och vikt. De vedertagna gränsvärdena är: <19 Underviktig, 19–25 Idealvikt, 26–30 Övervikt och >30 fetma. Att följa enskilda patienters vikt är av stor betydelse för att uppnå en god hälsa. Insatser för att öka eller minska vikten hos den enskilde ska vid behov ingå i rehabiliteringen. Av intresse är att se om registreringen av BMI är hög – det tyder på att BMI beaktas i rehabiliteringen. Användningsgrad (grad av registrering) av BMI är måttlig, i genomsnitt registrerades 60% vid inskrivning och 50% vid utskrivning. Det är små förändringar på gruppnivå i alla diagnosgrupper. BMI-värdena ligger dock på gränsen till övervikt för samtliga medelvärden.



Figur 10 BMI medel in och medel ut för olika diagnosgrupper (förmågehöjande rehabilitering).

Utskriven till

I öppenvård är de allra flesta patienterna hemmaboende enligt definitionen för öppenvårdsrehabilitering men en liten andel kan starta öppenvårdsrehabilitering från vistelse på särskilt boende (kommunalt boende såsom korttidsboende eller sjukhem. 75 % av patienterna är vid utskrivning från öppenvårdsrehab utan personligt beroende i eget boende. Andelen är lika hög bland de med förmågehöjande rehabilitering som med förmågebibehållande rehabilitering (76%) Detta är en ökning jämfört med tidigare år (68% 2019). Personligt beroende definieras som att man i vardagsaktiviteter är beroende av en annan person som kan vara partner, hemtjänst eller motsvarande.



Figur 11 Boende vid utskrivning, förmågehöjande rehabilitering.

Försörjning

Vid inskrivningen har 72 % av patienterna registrerade i öppenvård hel- eller deltidsförsörjning från Försäkringskassan och vid utskrivningen 73 %, således oförändrat eller en marginell ökning. 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.

Under öppenvårdtiden ses ingen förändring av försörjning. Mer intressant vore att jämföra detta med resultat vid uppföljning.

Körkortsbedömning vid utskrivning

Bedömning av förmåga att köra bil gjordes för 68% av patienterna vid utskrivning. Medicinska hinder för bilkörning vid utskrivning från öppenvården föreligger hos 40 % av patienterna som hade körkort sedan tidigare. En tiondel av den bedömda patientgruppen saknar körkort sedan tidigare.



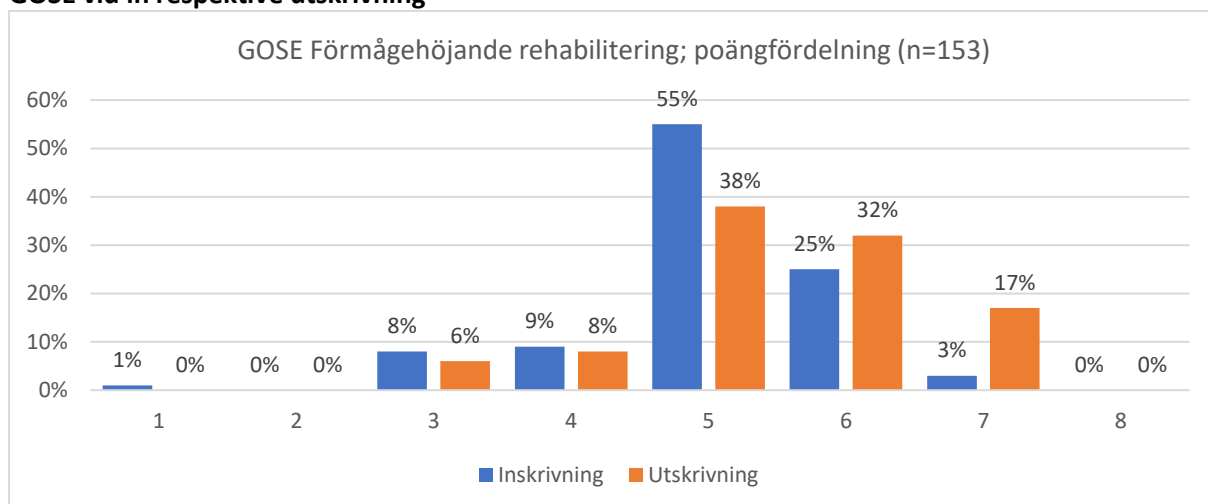
Figur 12 Körkortsbedömning vid utskrivning. Antal inom varje svarskategori.

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).

GOSE har enbart skattats för en mindre andel av patienterna vid både in- och utskrivning. Högst är andelen för patienterna med förmågehöjande rehabilitering (12%). Denna patientgrupp har en förbättrad återhämtning under rehabperioden. Patientgruppens resultat bör tolkas med försiktighet.

GOSE vid in respektive utskrivning



Figur 13 Fördelning av poäng för GOSE vid in- respektive utskrivning (antal per poäng).

Gångklassifikation enligt Holden

För bedömning av gångförmåga används Holden. Skalan kategoriserar gångförmåga från 0 (icke funktionell gång) till 5 (gångare – oberoende). Hos de patienter som deltagit i förmågehöjande rehabilitering och har data både vid in- och utskrivning, så registrerades förbättrad gångförmåga enligt Holden för 16% av patienterna. För en patient registreras försämrad gångförmåga. Huvuddelen av öppenvårdspatienterna har oförändrad gångförmåga enligt Holden (82 %) vid utskrivning jämfört med inskrivning och för de flesta av dessa kan man inte förvänta sig en förändring då cirka 2/3 av patienterna har högsta värde redan vid inskrivningen.

Tabell 5 Korstabell för gångklassifikation mellan in- och utskrivning (antal patienter), förmågehöjande rehabilitering.

		Utskrivning						Total
		0	1	2	3	4	5	
Inskrivning	0	14	1	1	3	0	0	19
	1	1	5	2	0	1	0	9
	2	0	0	2	1	7	0	10
	3	0	0	0	4	2	3	9
	4	0	0	0	0	31	31	62
	5	1	0	2	1	2	207	213
	Total	16	6	7	9	43	241	322

Komplikationer

Tabellerna nedan visar de komplikationer som förekommit under perioden av förmågehöjande öppenvårdsrehabilitering. I grupperna förmågebibehållande rehabilitering förekom endast en förekomst av komplikation, "annan infektion" Under utredning har inga komplikationer registrerats.

Pandemin fortsatte att påverka vårdförloppet för en del patienter. Tre patienter hade under vårdtiden en pågående Covid 19 infektion och nitton patienter (2%) hade en genomgången covid-19 infektion. Av övriga komplikationer var "annan infektion" 1,2% och "lungemboli" 0,6%, vanligast förekommande.

Tabell 6 Frekvens av komplikation Covid-19 i förmågehöjande rehabilitering

Covid-19 komplikation	Antal
Nej	1366
Ja pågående infektion	3
Misstänkt pågående infektion	0
Genomgången infektion	19
Okänt	107
Total	1495

Tabell 7 Frekvens av komplikationer i öppenvård, förmågehöjande rehabilitering.

Komplikation	Antal
Annan infektion	19
Lungemboli	10
Pneumoni	5
Trycksår	3
Ny hjärnskada	2
DVT	2
Epilepsi/krampanfall	2
Ulcus	1
Fall med fraktur	1
Heterotop ennybildning	1
Hydrocefalus	1
Övre UVI	1

Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PROM – patient reported outcome measures)

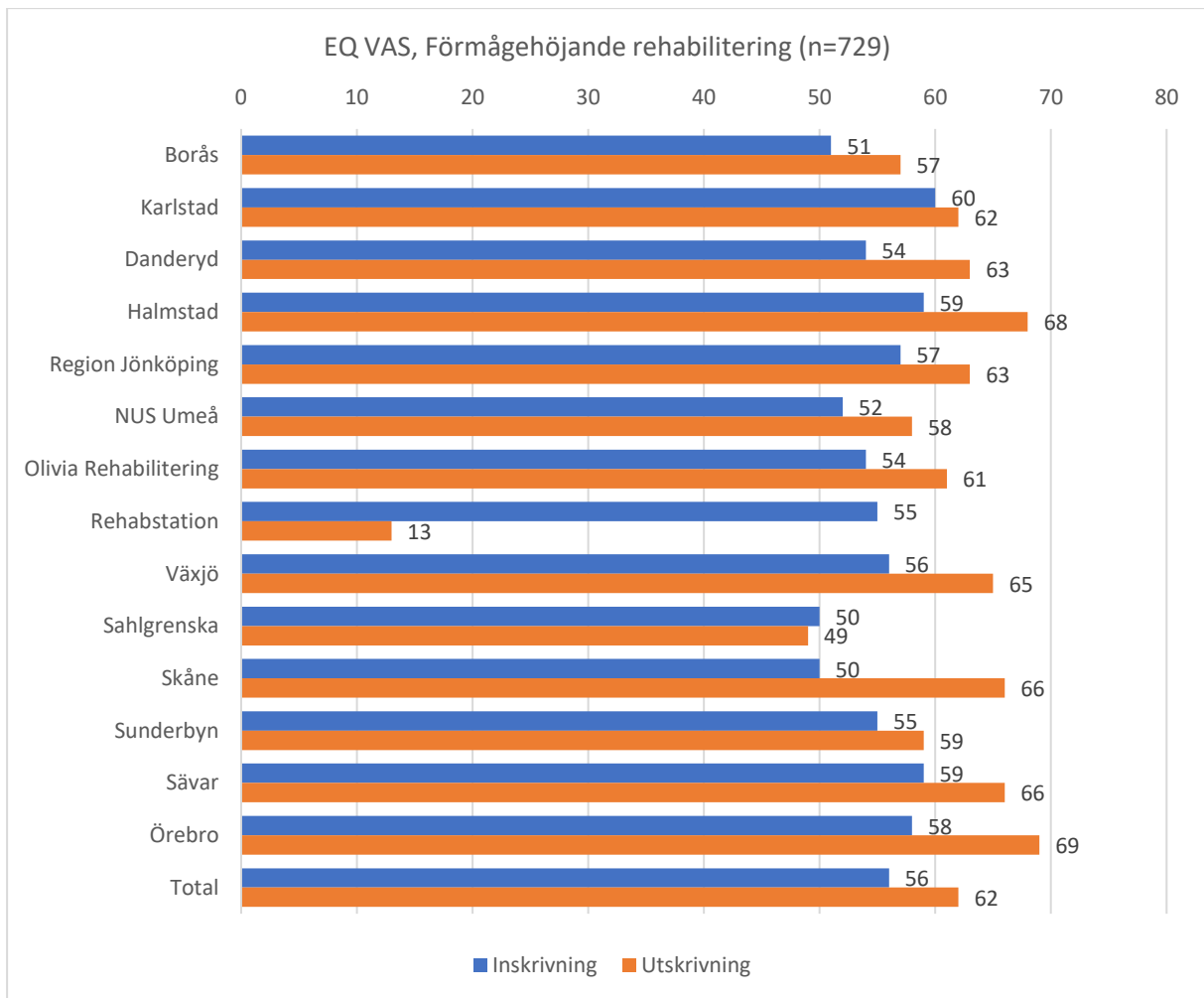
EQ5D

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

Vid förmågehöjande rehabilitering skattas EQ5D både vid in- och utskrivning och redovisas nedan.

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 vid så gott som samtliga enheter. Rikets medelvärde in är 56 och ut 62 vilket är jämförbart med föregående årsrapport 2019 (in 57, ut 64). Normalpopulationen i Sverige anges med skattningsmedelvärden från 82 till 90, i olika studier och patienter i öppenvårdsrehabilitering skattas således lägre hälsotillstånd än normalpopulationen, vid såväl in som utskrivning.

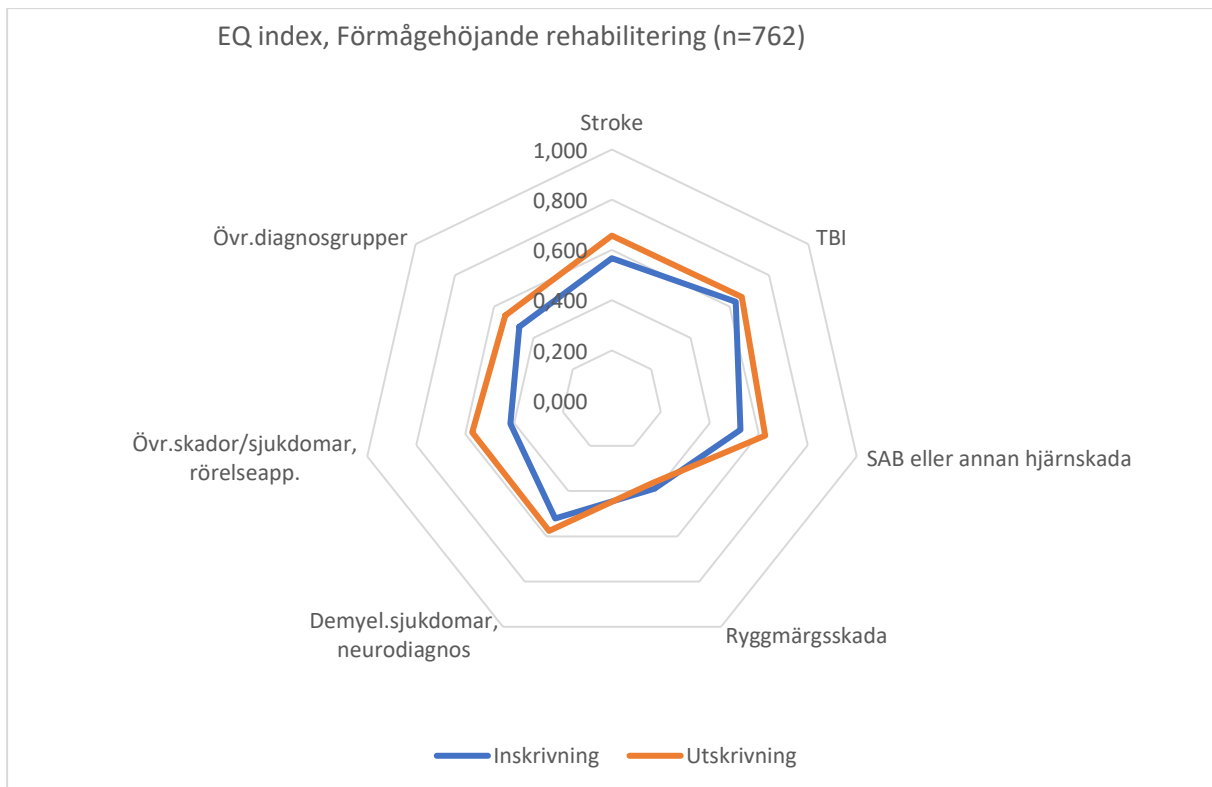


Figur 14 Medelvärde för EQ5D-termometern vid in- och utskrivning per enhet.

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. Trots förbättrade resultat under rehabiliteringsperioden ligger medelvärdena för patienterna vid utskrivning mycket lågt jämfört med en normalpopulation. Genomsnittligt resultat för samtliga patienter in 0,53 och ut 0,60.

Resultat från in- och utskrivning för EQ5D-index i de olika diagnosgrupperna visas i diagrammen nedan. Små förbättringar noteras för de flesta diagnosgrupperna men patientgrupp "övriga skador/sjukdomar, rörelseapparaten" förbättras mest 0,18. Genomsnittligt resultat för ryggmärgsskadegruppen förbättras inte under vårdtiden.



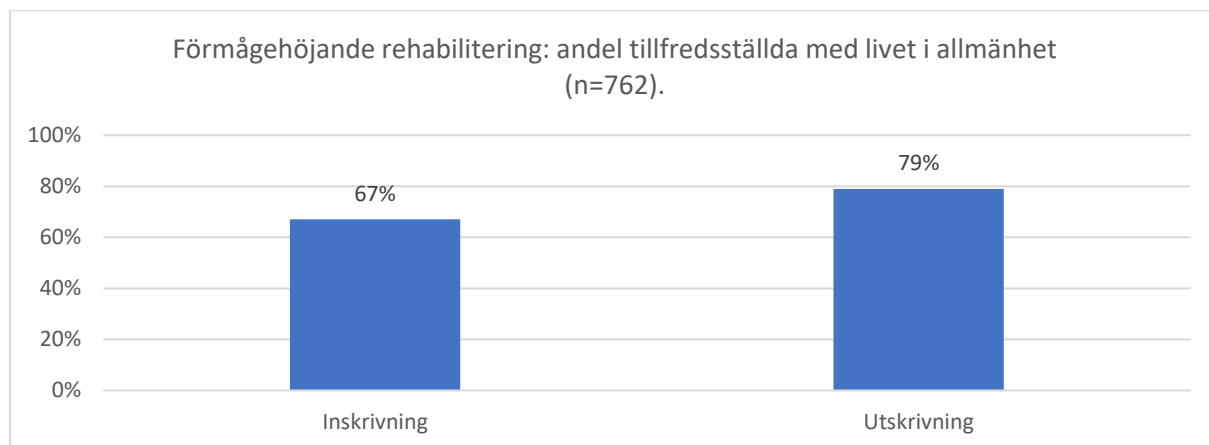
Figur 15 Medelvärde för EQ5D-index vid in- och utskrivning per diagnosgrupp.

Tabell 8 Medelvärde för samtliga patienter i förmågehöjande rehabilitering EQ5D-index vid in- och utskrivning per enhet.

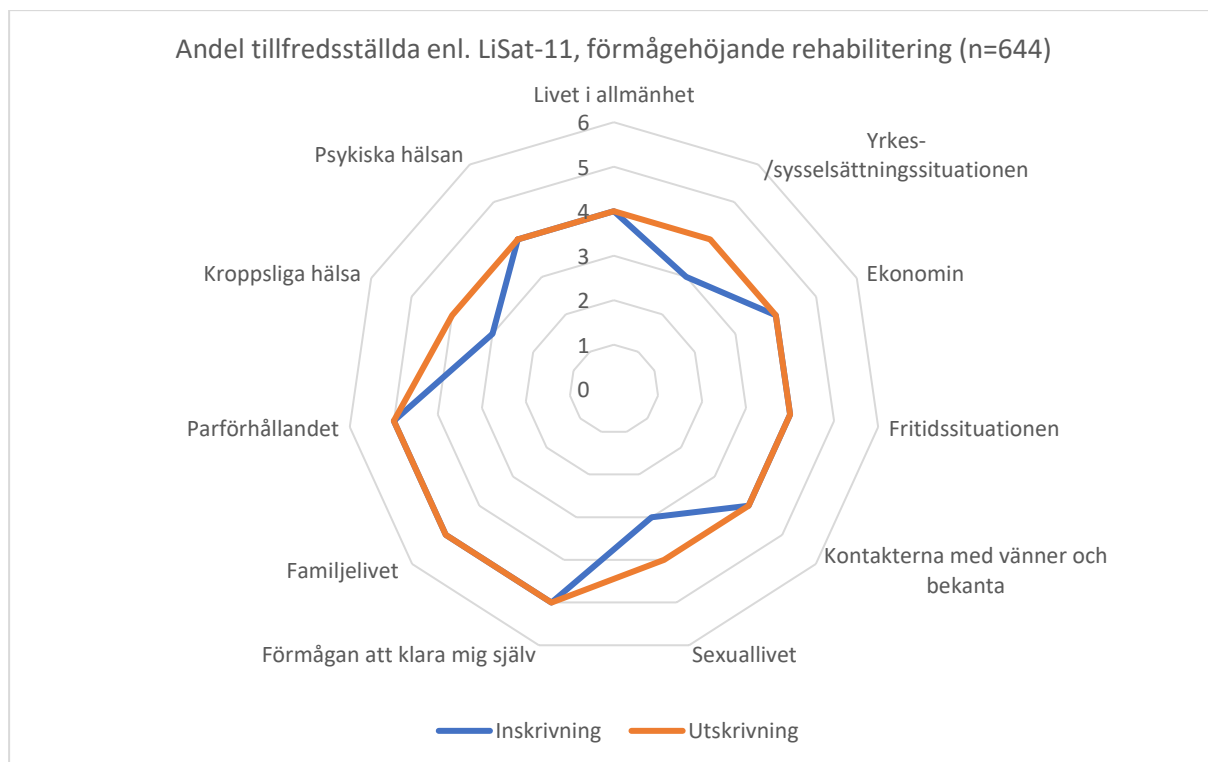
	EQ5D In Indexvärde			EQ5D Ut Indexvärde	
	Antal	Medel		Antal	Medel
Borås	57	0,447		57	0,532
Karlstad	37	0,565		37	0,617
Danderyd	78	0,637		78	0,703
Halmstad	19	0,466		19	0,568
Region Jönköping	163	0,524		163	0,588
NUS Umeå	10	0,294		10	0,397
Olivia Rehabilitering	94	0,438		94	0,485
Rehabstation	21	0,472		21	0,449
Växjö	92	0,531		92	0,631
Sahlgrenska	7	0,453		7	0,459
Skåne	25	0,481		25	0,61
Sunderbyn	29	0,61		29	0,598
Sävar	84	0,597		84	0,648
Örebro	46	0,555		46	0,7
Total	762	0,527		762	0,596

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 figurerna 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.

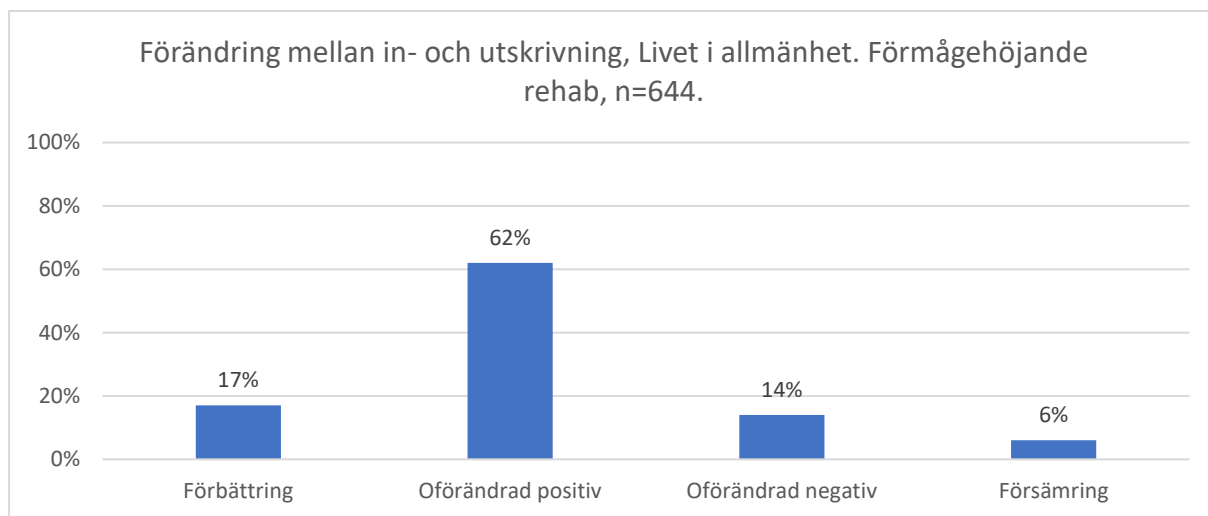


Figur 16 LiSat- 11. Andel tillfredsställda med livet i allmänhet förmågehöjande rehabilitering.



Figur 17 Andel tillfredsställda enl. LiSat-11, förmågehöjande rehabilitering n=644

Förbättring ses inom delområdena Yrke/sysselsättning, Sexualliv och Kroppslig hälsa. För övriga delområden ses ingen förbättring.



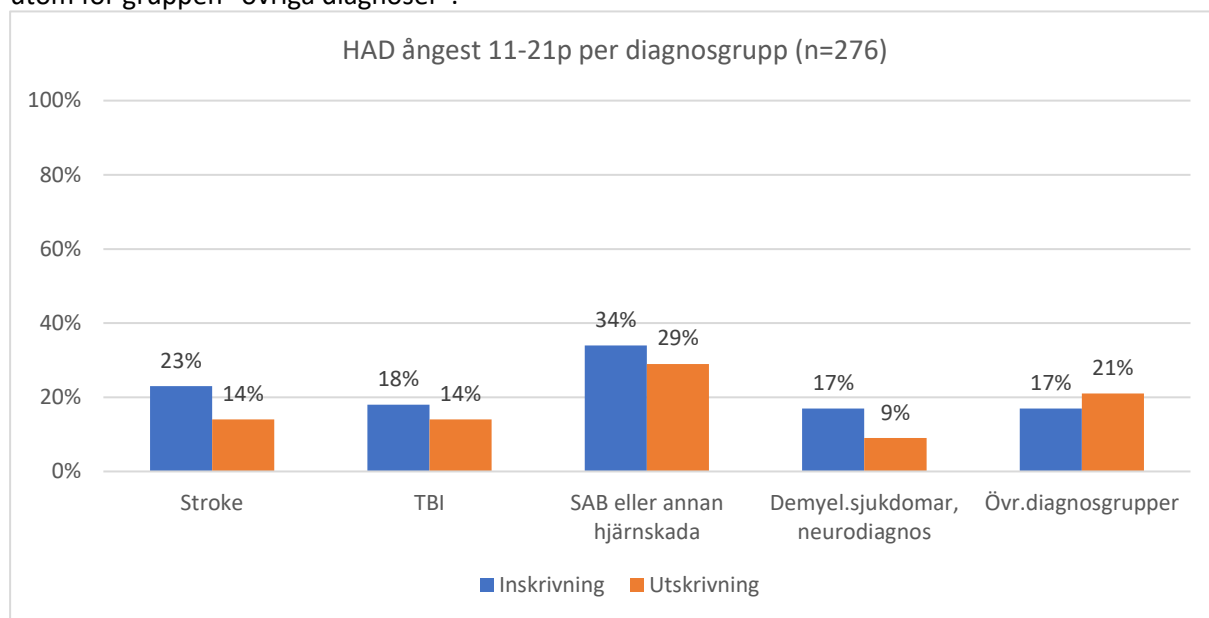
Figur 18 Förändring mellan in- och utskrivning för delområdet "Livet i allmänhet", förmågehöjande rehabilitering.

Förbättring ses enligt denna indelning för 17 % av patienterna. Oförändrad skattning noteras hos 76 %.

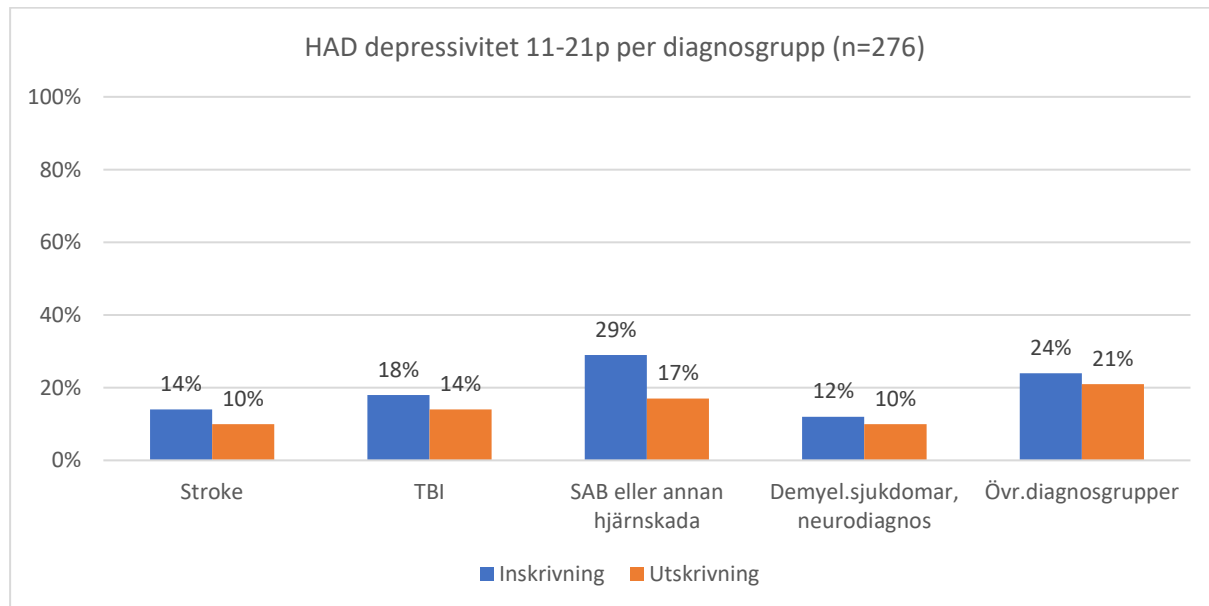
Ångest och depressivitet (HAD)

HAD anges i grad av ångest / depressivitet. 0-7 ingen indikation, 8-10 möjlig indikation och 11-21 sannolik ångest/depression

För samtliga diagnosgrupper inom förmågehöjande rehabilitering syns en lägre grad av sannolik ångest vid utskrivning jämfört med inskrivning. Graden av sannolik depression sjunker för alla diagnosgrupper utom för gruppen "övriga diagnoser".



Figur 19 HAD ångest, andel inom 11-21 poäng fördelat per diagnosgrupp inom förmågehöjande rehabilitering.



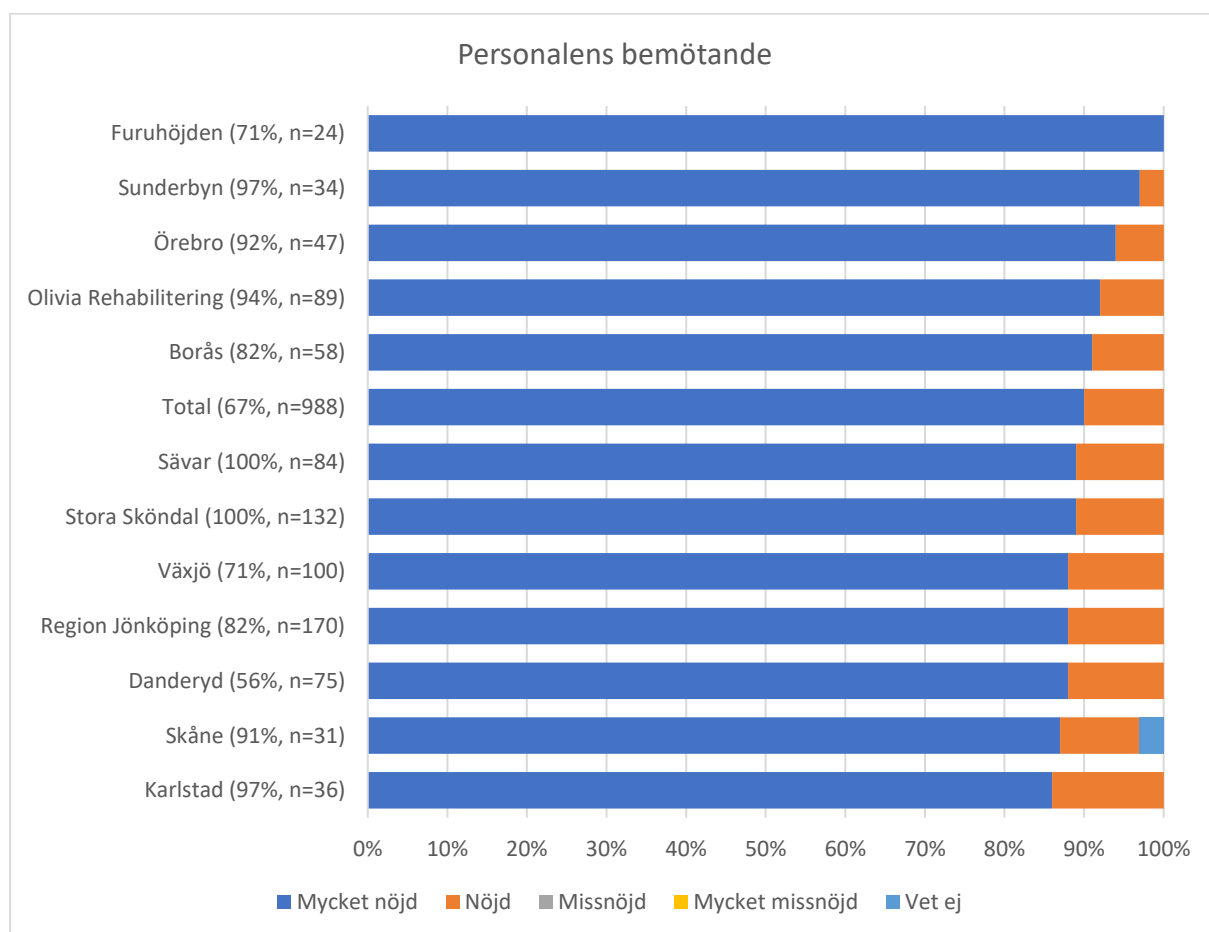
Figur 20 HAD depressivitet, andel inom 11-21 poäng fördelat per diagnosgrupp inom förmågehöjande rehabilitering.

Resultatmått Patientrapporterade mätningar (PREM – patient reported experience measures)

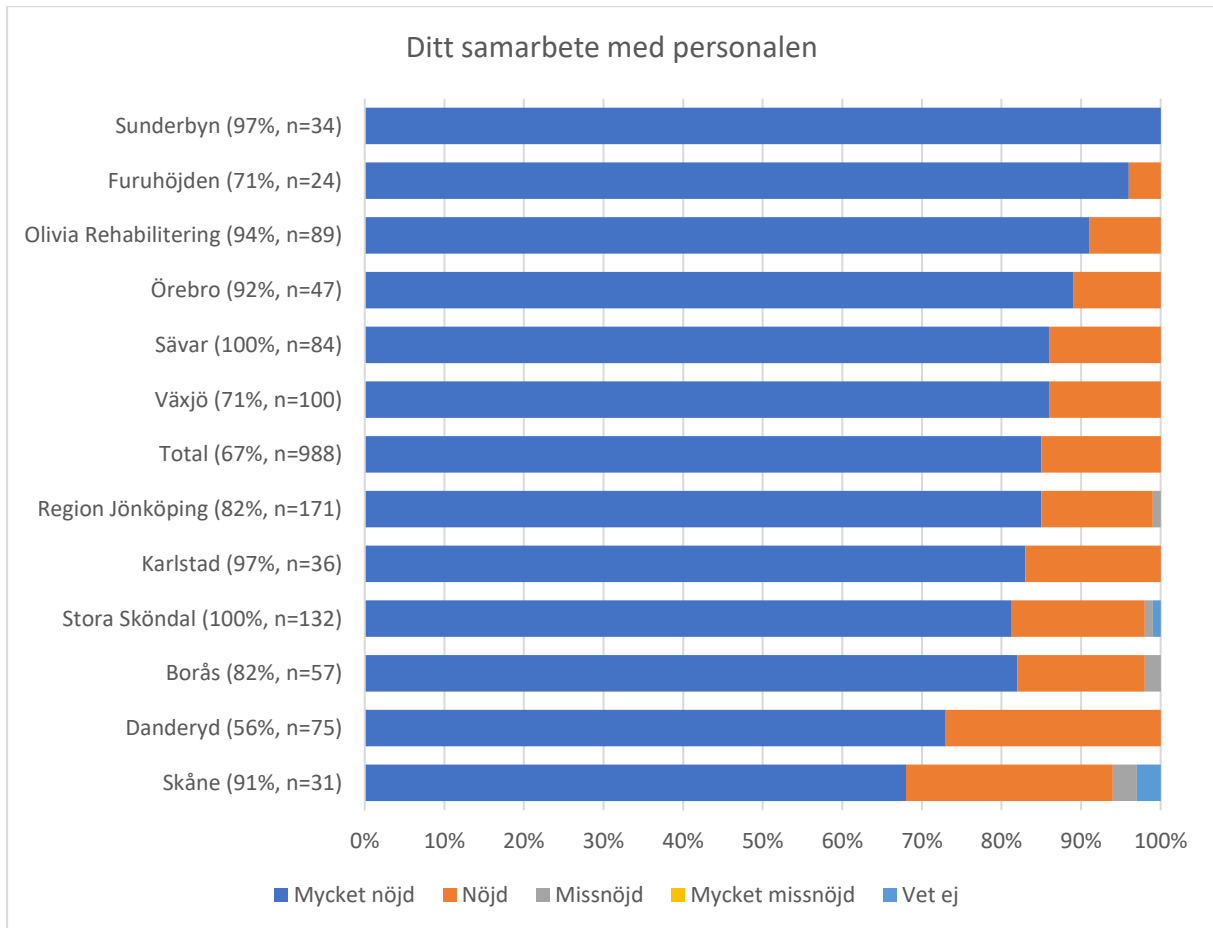
Grad av nöjdhet med vården/rehabiliteringen

Högst andel mycket nöjd finns i områdena ”Personalens bemötande” (90%) och ”Ditt samarbete med personalen” (85 %) på rikets totalnivå. Lägst andel mycket nöjd finns i områdena kring information.

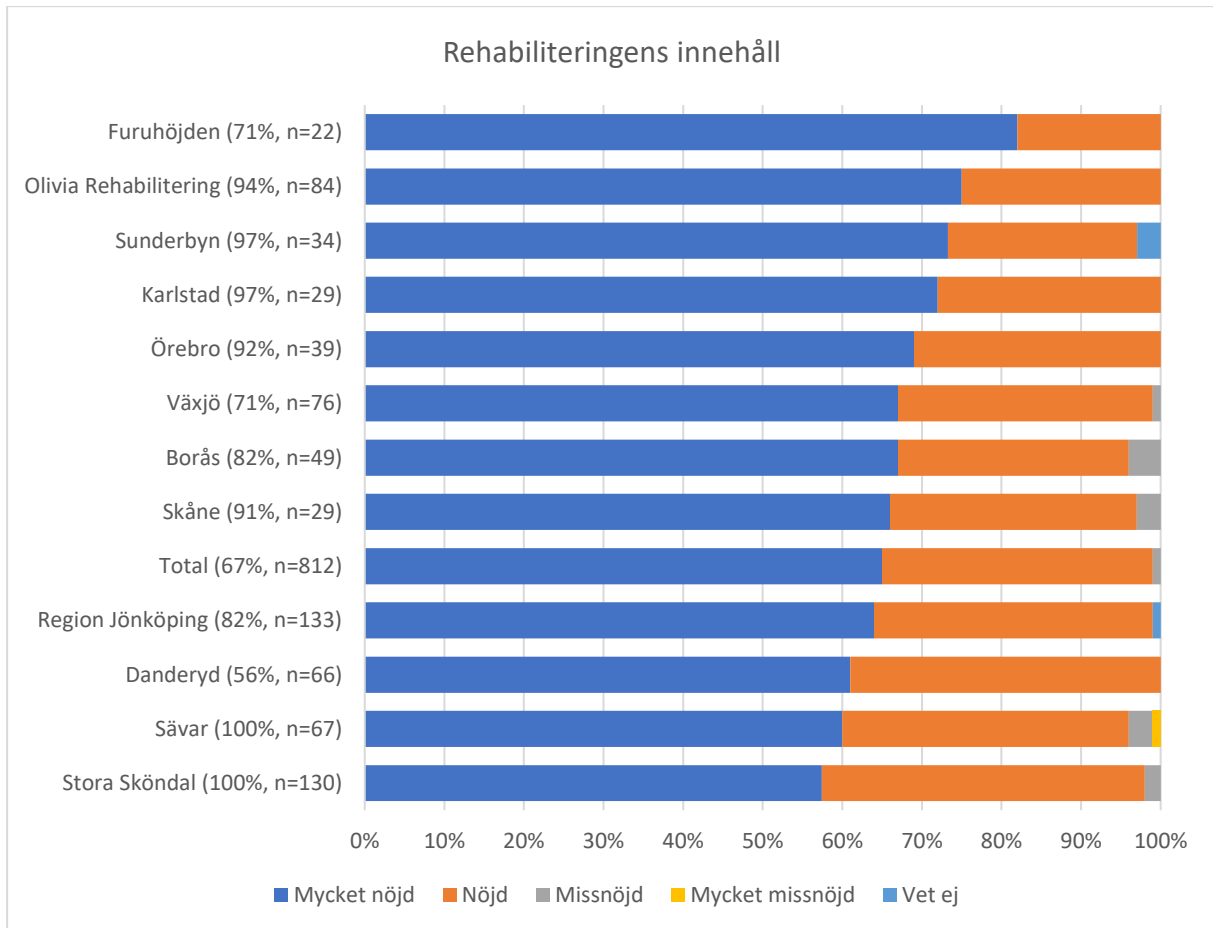
I figurerna nedan visas svarsbilden för alla sju delfrågorna totalt i riket och per enhet, för förmågehöjande rehabilitering. Enbart enheter med minst 50% svarsfrekvens och minst 20 pat per delfråga visas i graferna nedan.



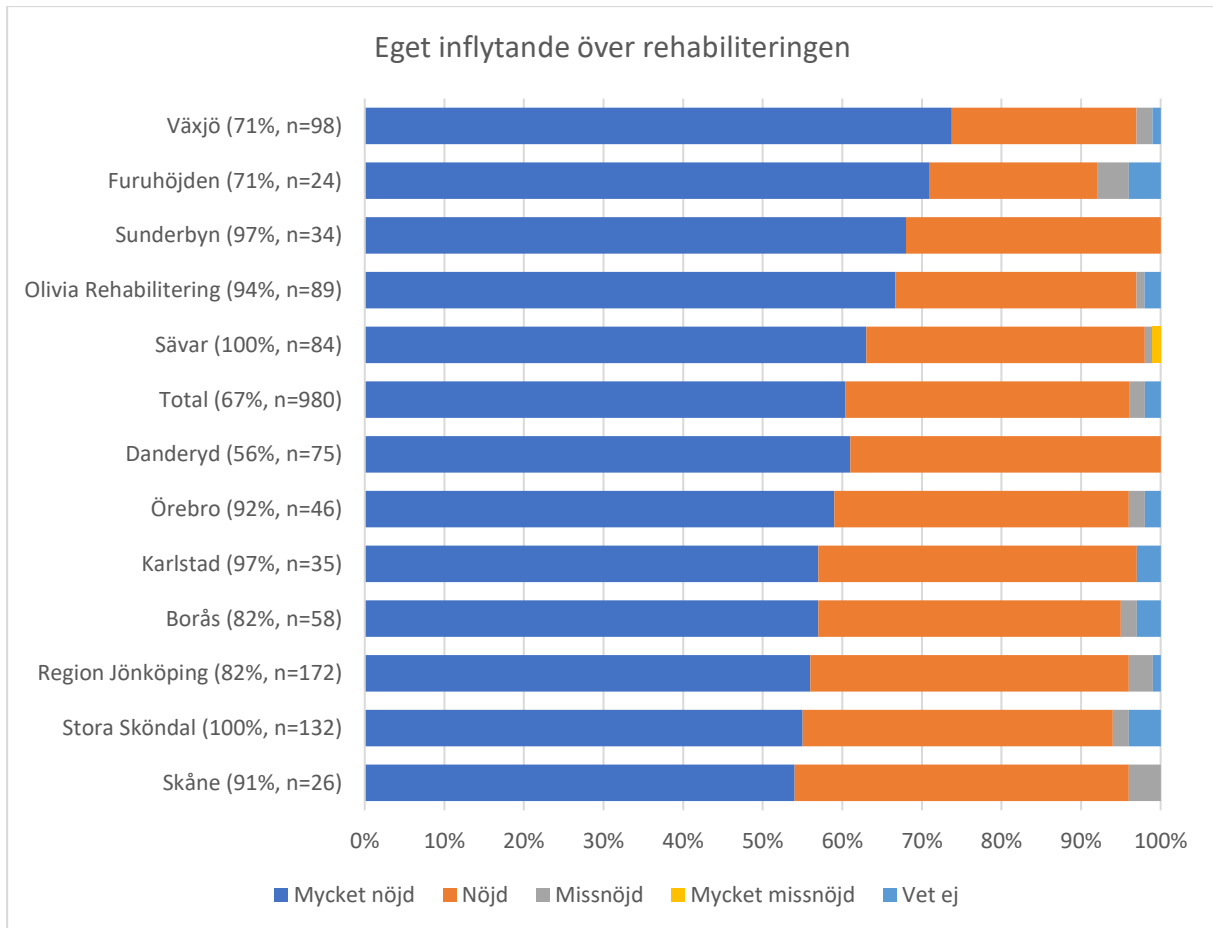
Figur 21 Svarsfördelning för frågan ”Personalens bemötande”.



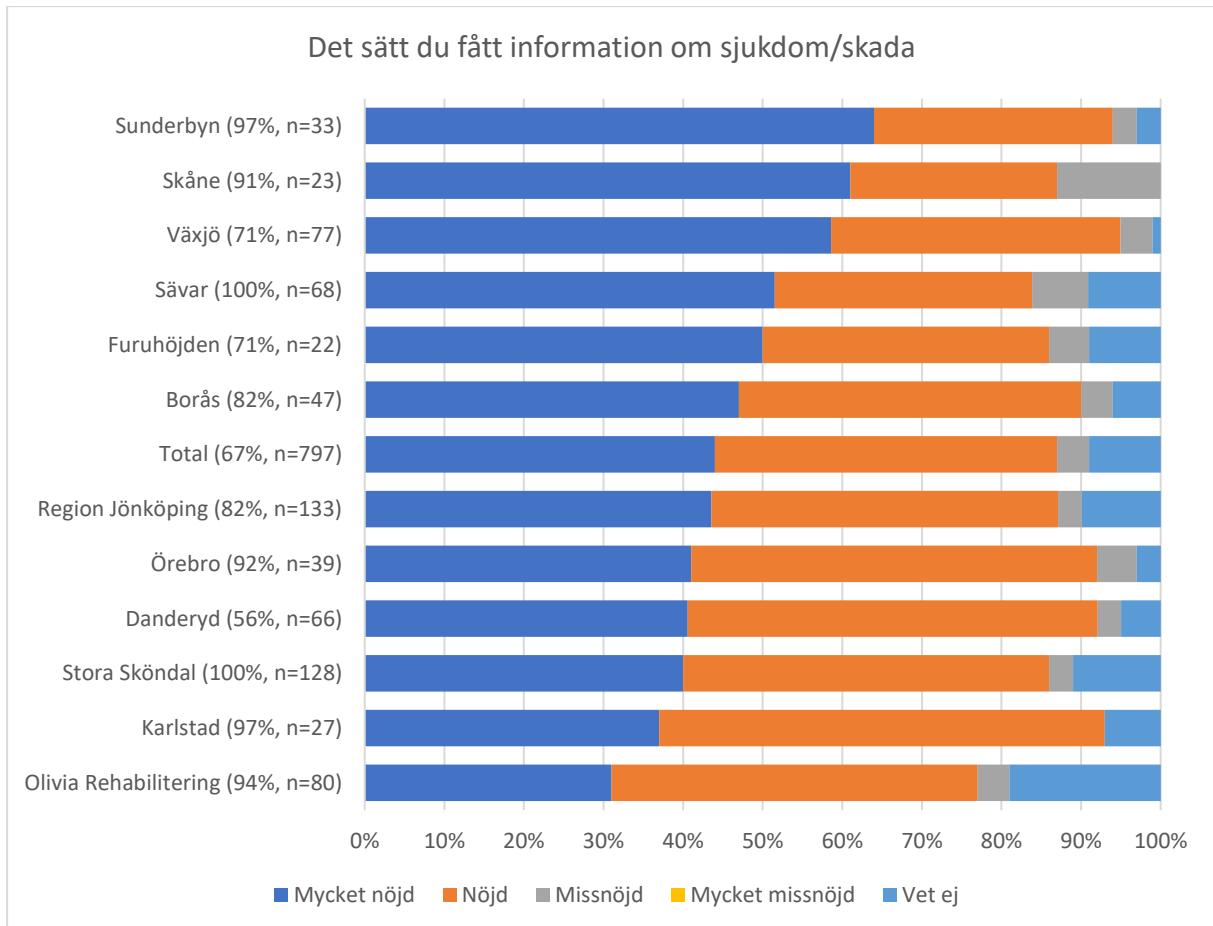
Figur 22 Svarsfördelning för frågan "Ditt samarbete med personalen".



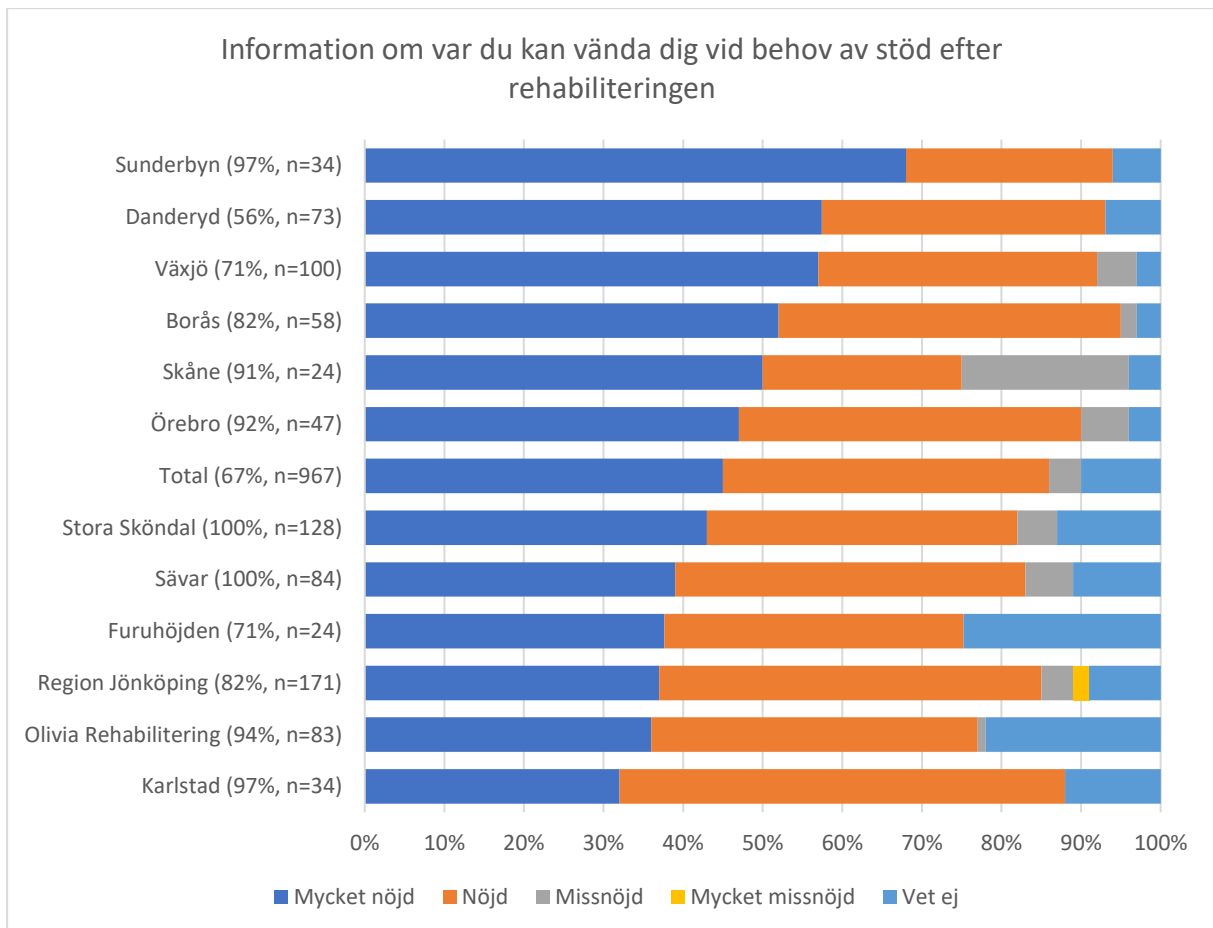
Figur 23 Svartsfördelning för frågan "Rehabiliteringen".



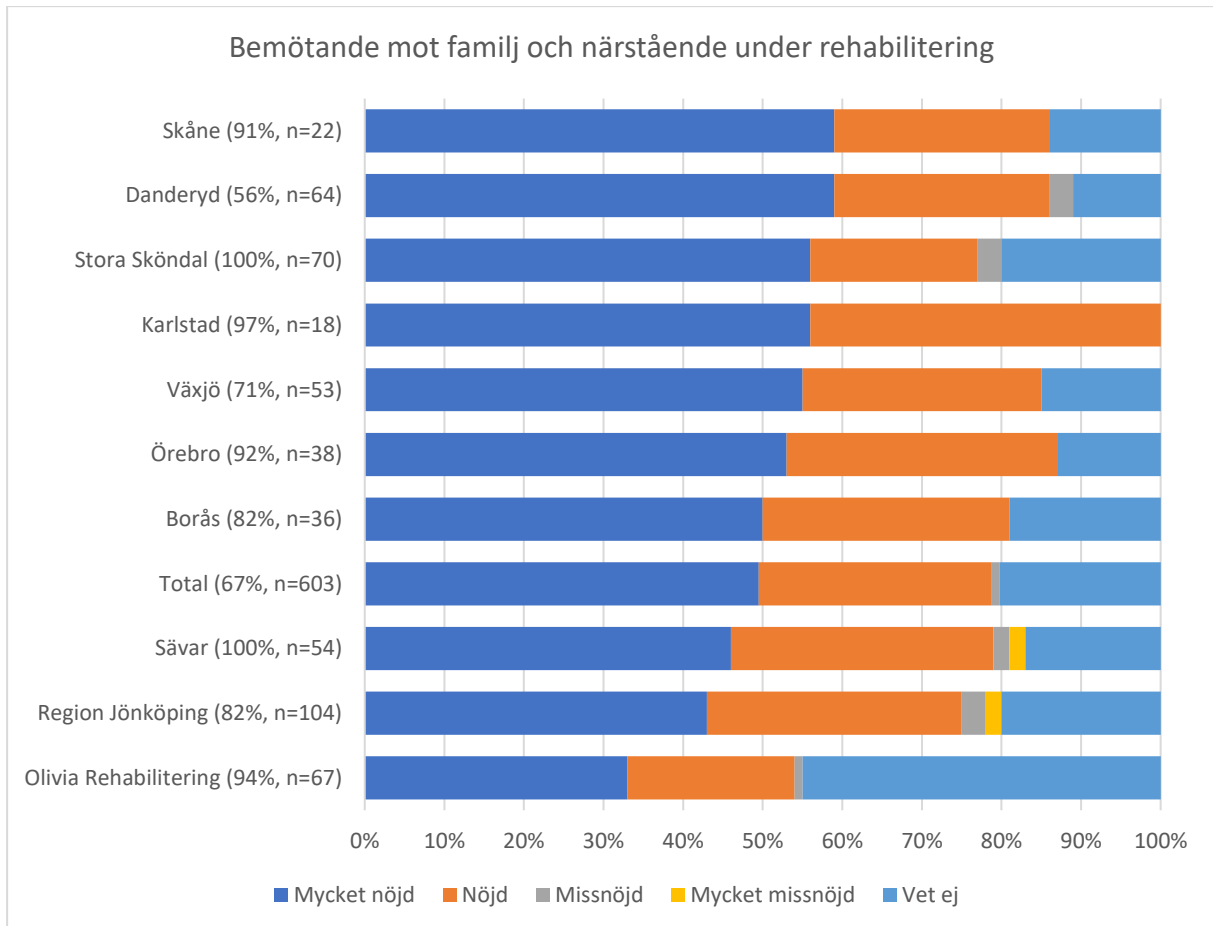
Figur 24 Svarsfördelning för frågan "Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan"



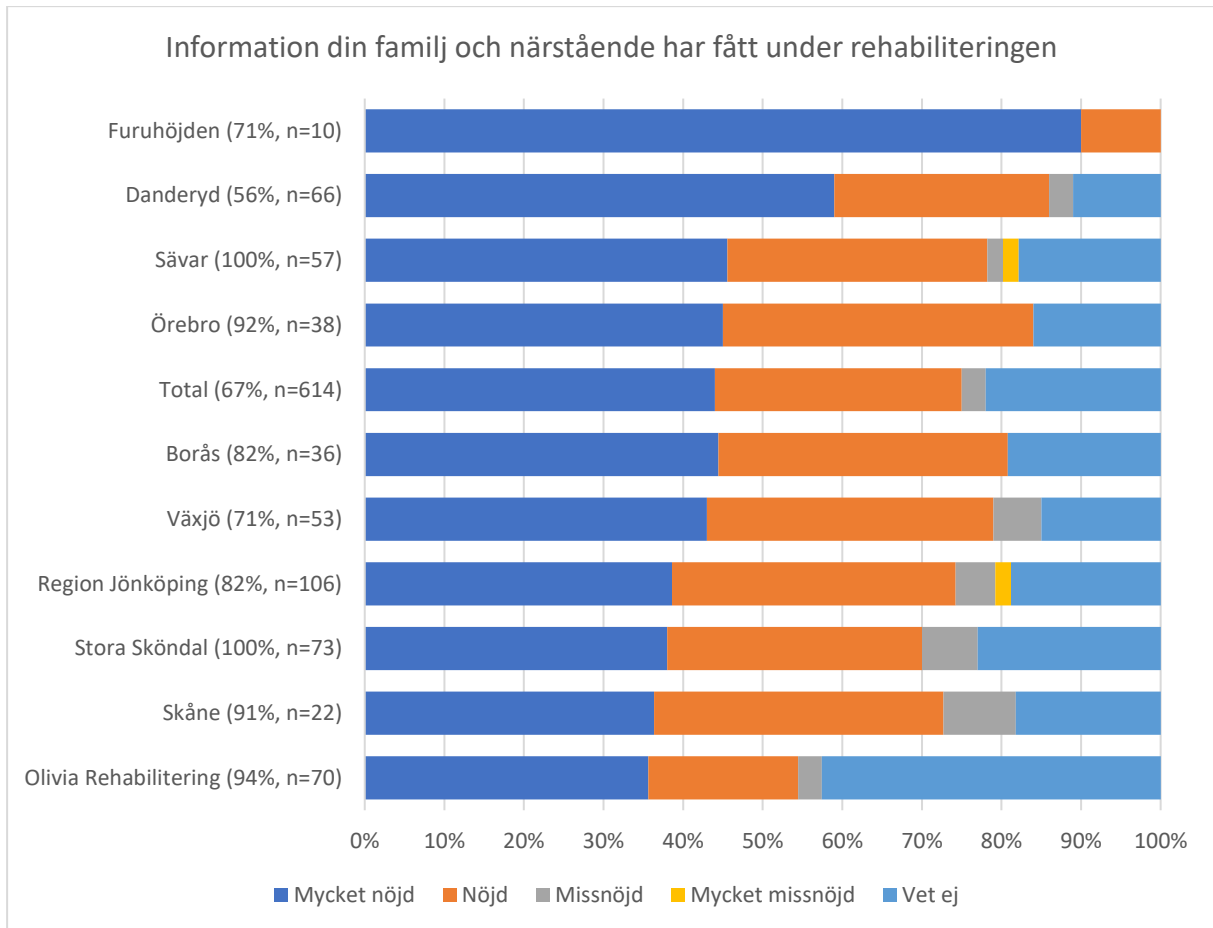
Figur 25 Svarsfördelning för frågan "Information om sjukdomen/skadan."



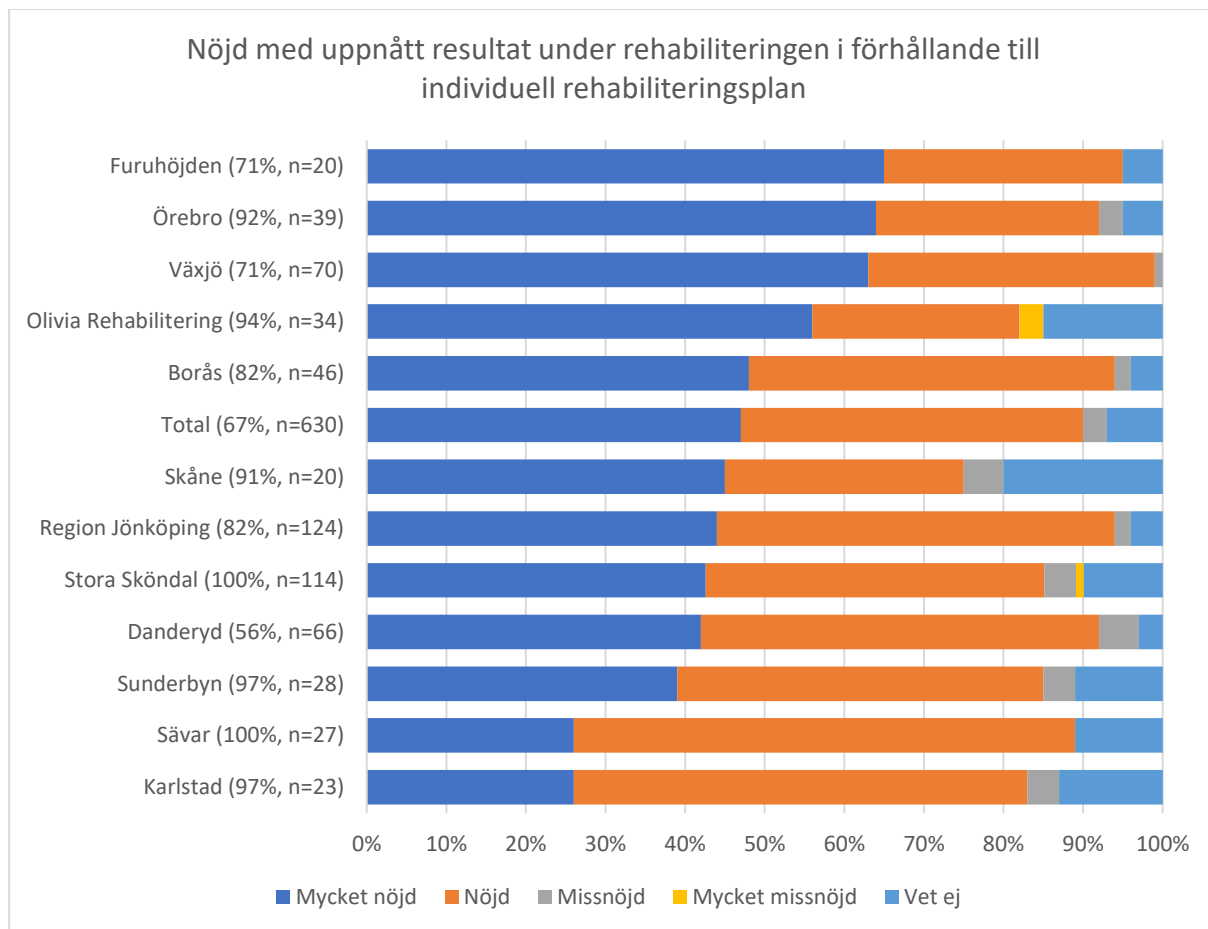
Figur 26 Svarsfördelning för frågan "Information om vart du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabiliteringen".



Figur 27 Svarsfördelning för frågan "Det bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering".



Figur 28 Svartsfördelning för frågan "Den information din familj och närstående har fått under din rehabilitering".



Figur 29 Svarsfördelning för frågan "Uppnått resultat under rehabiliteringen i förhållande till individuell rehabiliteringsplan"

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".

Antalet missnöjda/mycket missnöjda patienter presenteras nedan i tabellen.

Tabell 9 Antalet missnöjda/mycket missnöjda, förmågehöjande rehabilitering, samtliga enheter

Förmågehöjande rehabilitering (n=630):	Antal	Andel
Personalens bemötande	0	0%
Ditt samarbete med personalen	4	0%
Rehabiliteringens innehåll (ny)	9	1%
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	19	2%
Det sätt du fått information om sjukdomen/skadan (ny)	33	4%
Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter rehabilitering	38	4%
Bemötande familj och närstående under rehabilitering (ny)	12	1%
Information familj och närstående under rehabilitering	23	3%
Resultat du uppnått under rehabiliteringen hos oss i förhållande till individuell rehabiliteringsplan (ny)	20	3%

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