

Tidigare:

WebRehab Sweden
MSPKSNDP ZMSQSN

Nu mera:

Svenskt Register för **Rehabiliteringsmedicin**

Årsrapport Rehabilitering Covid

2021

Innehåll-

Inledning.....	3
Underlag för covidrapporten.....	3
Demografi och processmått	4
Vårdtid.....	8
Rökning, alkohol- och drogmissbruk	8
Resultatmått.....	9
BMI.....	9
ADL-förmåga	9
Hälsorelaterad livskvalitet - EQ5D	12
EQ5D index	12
EQ VAS	12
Livstillfredsställelse - LiSat	13
Komplikationer	14
Utskriven till	15
Patientnöjdhet.....	16
Slutsats	18

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1. Andel rökare och snusare samt missbruk av alkohol	8
Figur 1 Antal utskrivna per månad 2021 för patienter med covid diagnos och de som har genomgången/ pågående infektion (N=500).	4
Figur 2. Andel utskrivna per enhet indelat i patienter med covid diagnos, patienter som genomgått/har en pågående inf/ och övriga patienter (N=2575).	4
Figur 3. Könsfördelning	5
Figur 4. Åldersfördelning.....	5
Figur 5. Födelseland	6
Figur 6. Utbildningsnivå.....	6
Figur 7. Intagen från	7
Figur 8. Försörjning via Försäkringskassan vid inskrivning.....	7
Figur 11 FIM in och ut för covidrehabgruppen (n=196).....	10
Figur 12 FIM in och ut för patienter med genomgången covidinfektion (n=122).....	10
Figur 13 FIM in och ut för övriga patienter (n=1374).....	11
Figur 14 EQ5D index	12
Figur 15 EQ5D VAS.....	12
Figur 16 Jämförelse på LiSat vid utskrivning mellan covidrehabgrupperna och övriga som ej haft covidinfektion.....	13
Figur 17 Utskriven till	15
Figur 18 Nöjdhet inom 7 områden, covid diagnos.....	16
Figur 19 Nöjdhet inom 7 områden, Genomgången/Pågående covidinfektion.....	17
Figur 20 Nöjdhet inom 7 områden, Övriga.....	17

Inledning

Med anledning av pandemin har flera av landets rehabiliteringsenheter fått en ny patientgrupp för rehabilitering i slutenvård. Eftersom patientgruppen skiljer sig från de patientgrupper som i vanliga fall rehabiliteras på landets rehabiliteringskliniker och för att kunna särskilja och jämföra med tidigare årsrapporter har vi valt att särredovisa patienter som vårdats för rehabilitering efter covid, från andra patientgrupper. Endast covidpatienter från slutenvård inkluderas i denna rapport. Andra patientgrupper redovisas i årsrapport slutenvård. I rapporterna finns endast enheter som registrerat fler än totalt 20 patienter per år.

Under januari månad 2021, gjordes ett utskick till deltagande enheter avseende strukturdata och pandemins påverkan på enheterna. Vissa delar av denna rapport hänvisar till detta underlag. Samtliga deltagande enheter rapporterar att pandemin påverkat verksamheterna, oftast på flera olika sätt. Två av tre enheter rapporterar också undanträngningseffekter avseende annan rehabilitering.

Underlag för covidrapporten

I denna covidrapport delas data in i tre grupper:

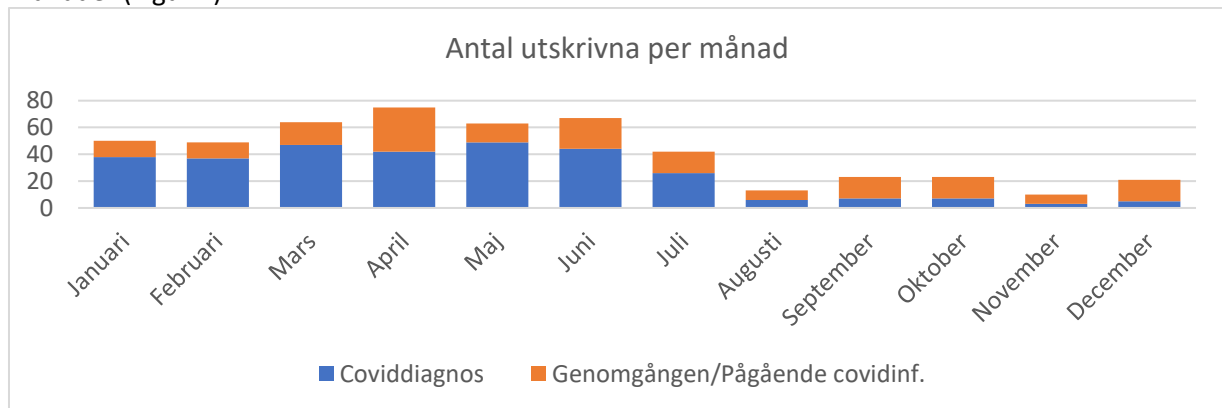
- patienter som rehabiliterats för enbart covid diagnos (n=311) - *covidrehabgruppen*
- patienter som registrerats med en annan diagnos men även med genomgången/pågående covidinfektion (n=189). Det innebär att patienterna erhåller rehabilitering för en annan diagnos men insjuknande, vård- och/ eller rehabiliteringsförlopp kan ha påverkats av insjuknandet i covid.
- övriga rehabpatienter (n=2575).

Ett något lägre antal patienter har rehabiliterats för Covid diagnos än under fjolåret (320 patienter 2020) men för fler patienter har Covid registrerats som bidiagnos (89 patienter under 2020). I gengäld har 300 fler registreringar gjorts avseende övrig patientgrupp, det vill säga patienter som normalt rehabiliteras vid rehabiliteringsmedicinska enheter.

I årsrapporten "Rehabilitering covid" ingår 23 enheter varav två enheter inte har registrerat några covidpatienter.

Demografi och processmått

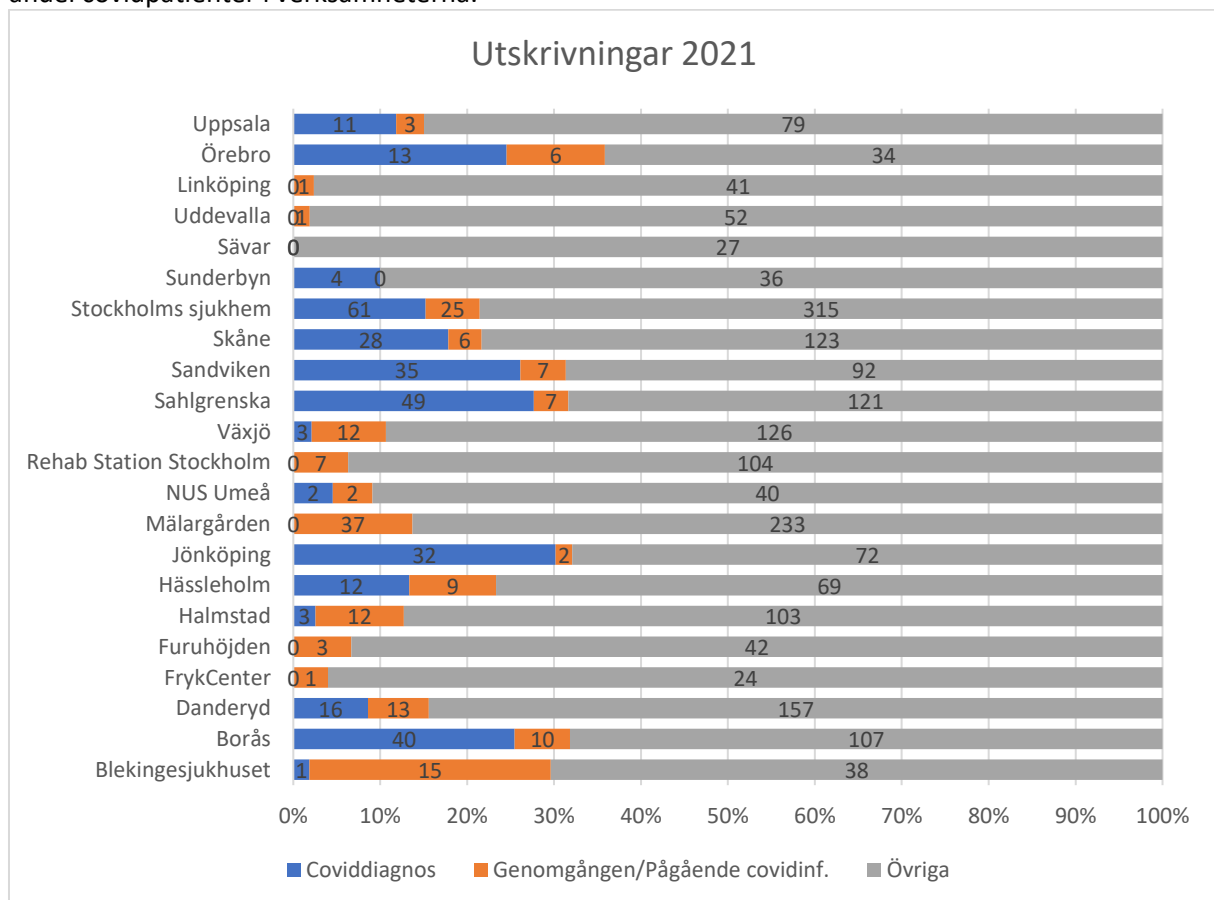
Antalet inskrivna i rehabilitering efter coviddiagnos var störst och relativt jämn under årets första sex månader (Figur 1).



Figur 1 Antal utskrivna per månad 2021 för patienter med coviddiagnos och de som har genomgången/ pågående infektion (N=500).

Antal patienter som rehabiliterats av annan anledning men med Covid som en bidragande eller komplicerande faktor var mer jämnt fördelad under hela året.

Pandemin har drabbat landets regioner olika och fördelningen mellan enheter och geografisk fördelning över landet är stor (Figur 2). Uppdrag för de rehabiliteringsmedicinska enheterna har diskuterats och regionala eller lokala skillnader förekommer. Dessa faktorer har sannolikt påverkat andel covidpatienter i verksamheterna.

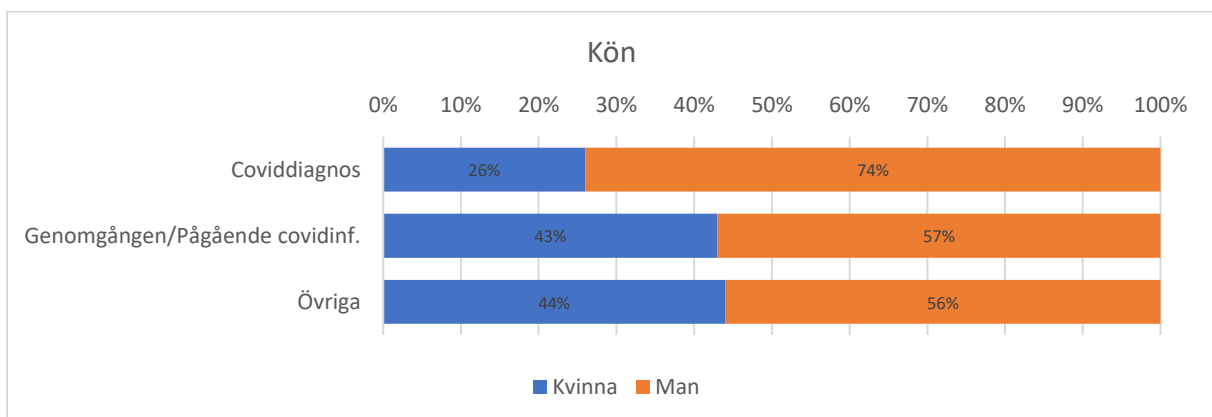


Figur 2. Andel utskrivna per enhet indelat i patienter med coviddiagnos, patienter som genomgått/har en pågående inf/ och övriga patienter (N=2575).

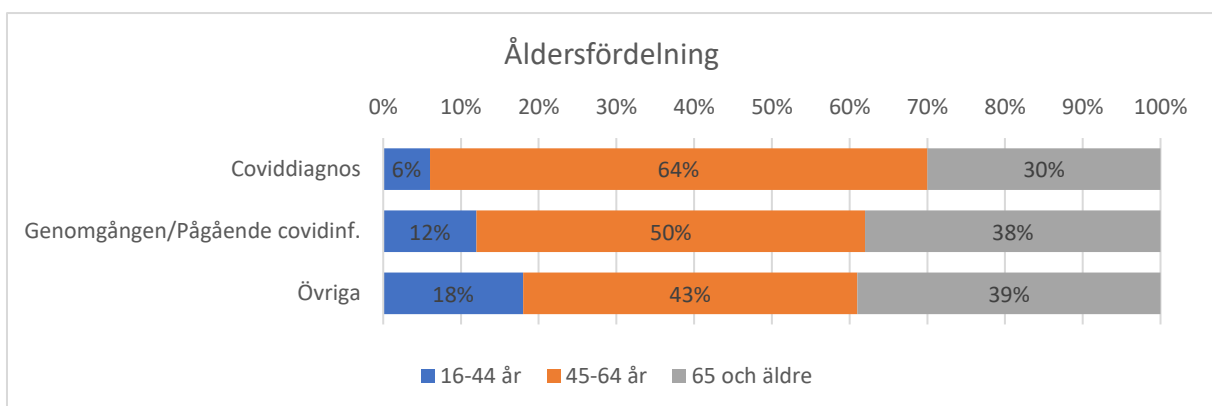
Jämfört med de övriga grupperna är patienter som rehabiliterats för covid-19 i högre omfattning män (Figur 3), är fler i åldersgruppen 45-64 år (Figur 4), och har oftare ett utomeuropeiskt födelseland (Figur 5). Patienter med genomgången covid infektion och som vårdats på rehabiliteringsmedicinska klinker följer således riskfaktorerna för att drabbas svårt av sjukdomen avseende kön och födelseland.

Patientgruppen för covidrehabilitering är yngre än under fjolåret, 2020, då 50% tillhörde åldersgrupp 45-64 år (jämfört med 64% 2021) och 43% tillhörde den äldsta åldersgruppen (jämfört med 30% 2021). Orsaken till den förändringen är osäker och kan avspegla olika geografiska processer. Den kan avspegla att äldre personer fått vaccination och att de som drabbas hårdare under 2021 var yngre ovaccinerade personer men också bristande tillgång till rehabilitering och de ojämlikheter som kan uppstå till följd av detta. Resursen på kompetent personal för specialiserad slutenvårdsrehabilitering har sannolikt varit begränsad, oberoende av de extrasatsningar som regioner gjort på området, samtidigt som tre av fem rehabiliteringsenheter under 2020 rapporterade att de tvingats till ombemanning av egna personalresurser till akuta enheter till följd av pandemin.

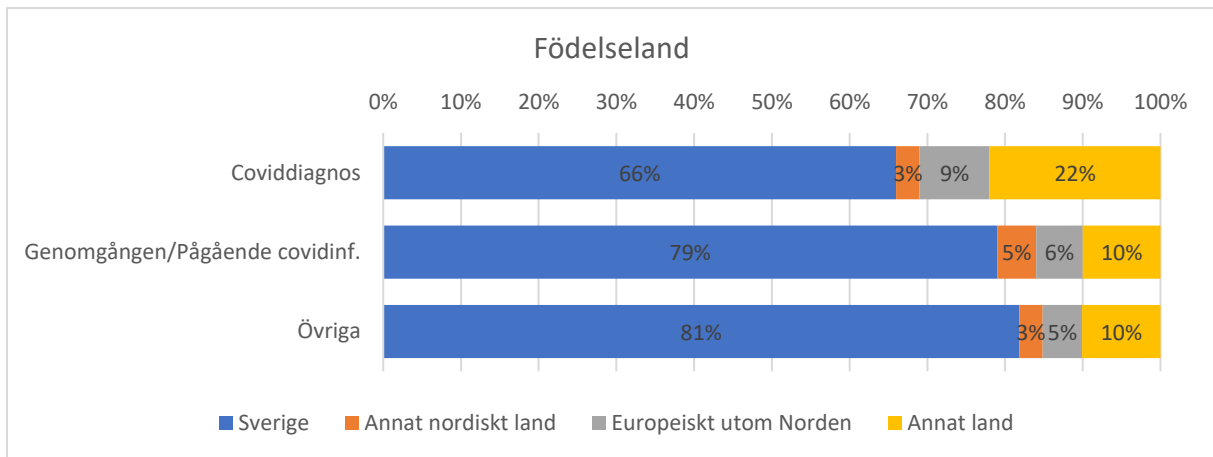
Bland patienter i covidrehabgruppen har en högre andel universitets eller högskoleutbildning (Figur 6). Orsaken till skillnader avseende utbildningsnivå jämfört med ordinarie rehabgrupp framgår inte av statistiken men kan indikera att det är lättare att få tillgång till rehabilitering som inte följer en etablerade vårdkedja, om man är högutbildad.



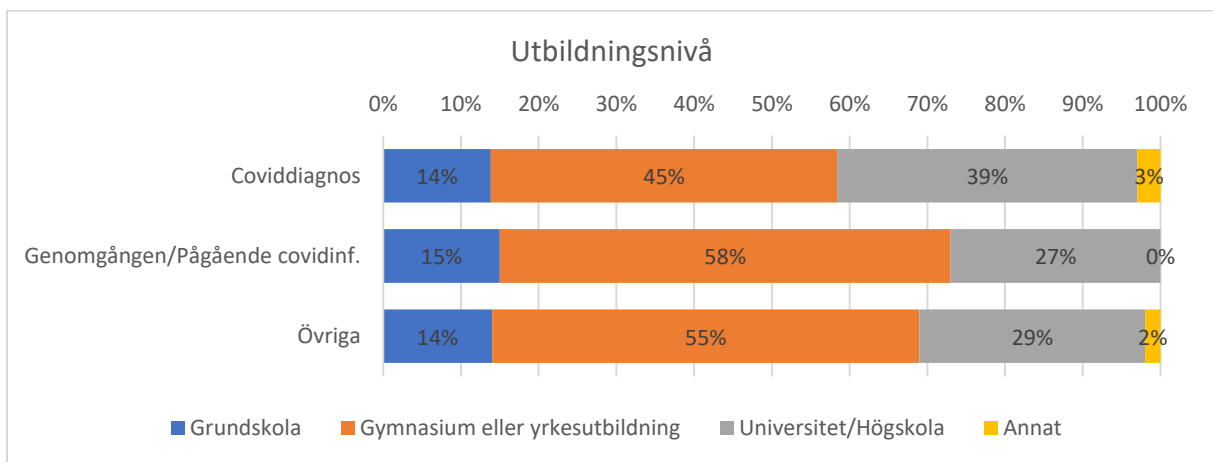
Figur 3. Könsfördelning



Figur 4. Åldersfördelning

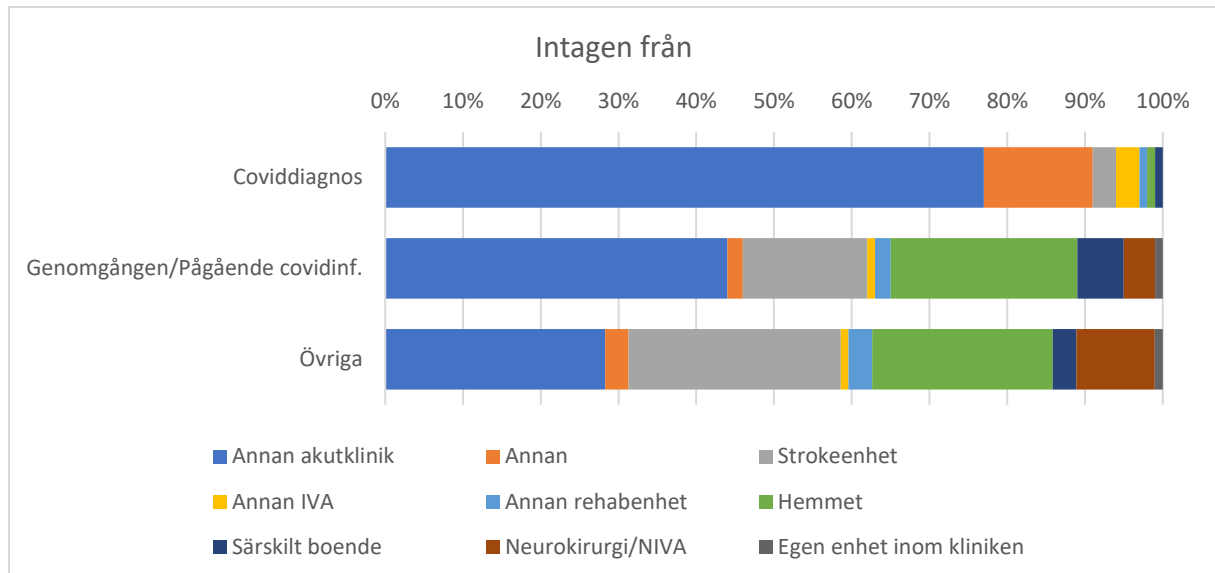


Figur 5. Födelse land



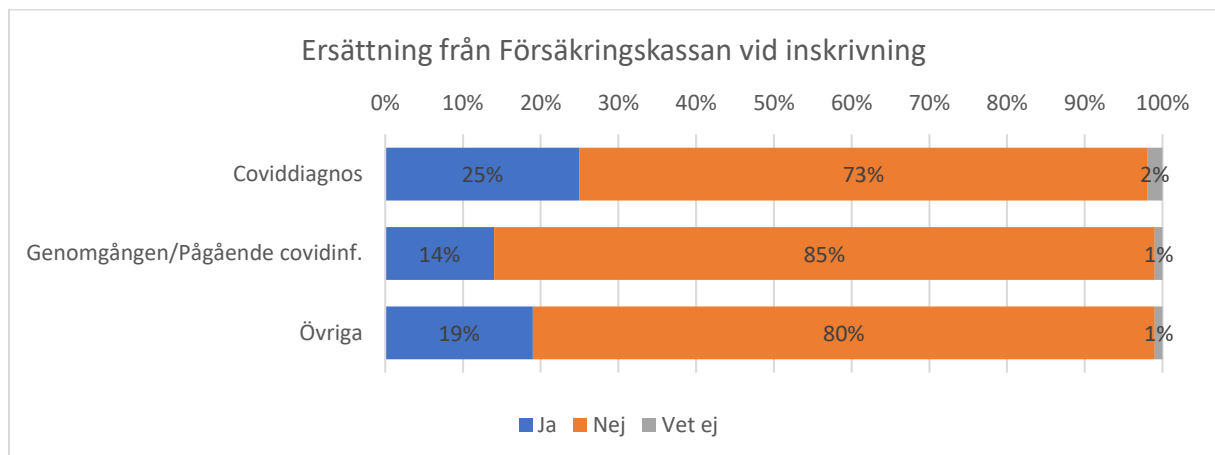
Figur 6. Utbildningsnivå

Mer än tre fjärdedelar skrivs in från akutenhet (Figur 7). Det handlar således till mycket hög grad om patienter som sjukhusvårdats för svår covidinfektion. En hög andel patienter med Covididiagnos, en dryg tiondel tas in från annan enhet, vilket kan avspegla att dessa patienter kom från kliniker som inte vanligtvis remitterar till rehabiliteringskliniker och därmed inte är valbara som alternativ. Flera patienter har sannolikt exempelvis vårdats på och remitterats från infektionsklinik.



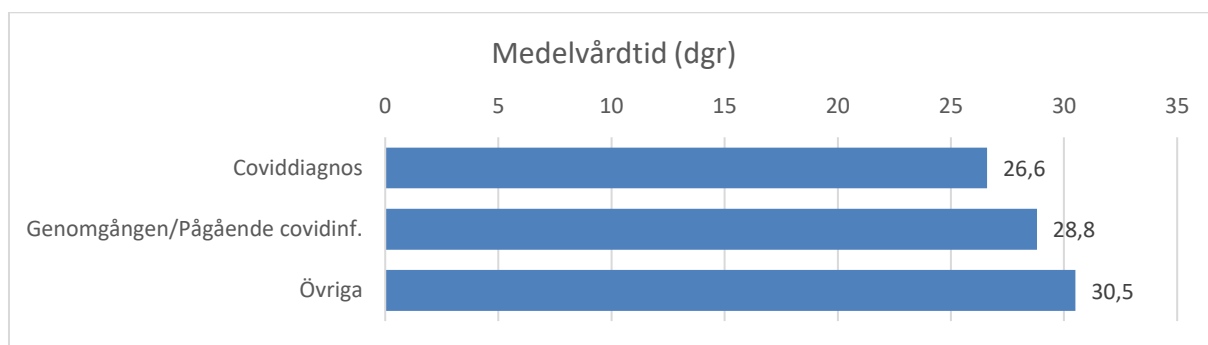
Figur 7. Intagen från

Fler i covidrehabgruppen än i de övriga patientgrupper är sjukskrivna vid inskrivning (Figur 8). Detta har förändrats jämfört med föregående år (som då låg på 13 %). Under året rapporterade sjukvården högre andel ovaccinerade patienter bland de som vårdades för svår Covid-19. I kombination med bristande vaccinationstendens hos socioekonomisk svaga grupper skulle detta kunna förklara siffrorna och skillnaden från föregående år.



Figur 8. Försörjning via Försäkringskassan vid inskrivning

Vårdtid



Figur 9. Medelvårdtid i antal dagar

I likhet med föregående år har covidrehabpatienter numerärt kortare medelvårdtid än både de med genomgången/pågående covidinfektion men skillnaden mellan coviddiagnos och övriga är inte signifikant ($p=.09$). Rehabiliteringsförloppet tenderar, liksom föregående år, i många fall vara något snabbare vid covid än för andra patientgrupper inom rehabilitering.

Rökning, alkohol- och drogmissbruk

Generellt ligger nyttjande av tobak, alkohol och droger lägre i covidrehabgruppen jämfört med övriga grupper och håller sig ungefär på samma nivå som året innan.

Andelen rökare i covidrehabgruppen och de med genomgången/pågående covidinfektion är lägre än för andra grupper (tabell 1). I andra patientgrupper kan rökning vara överrepresenterat då detta medför en riskfaktor för exempelvis stroke.

Även andel patienter som snusar är lägre för covidpatienter än för övriga patienter liksom missbruk av alkohol (tabell 1)

Tabell 1. Andel rökare och snusare samt missbruk av alkohol

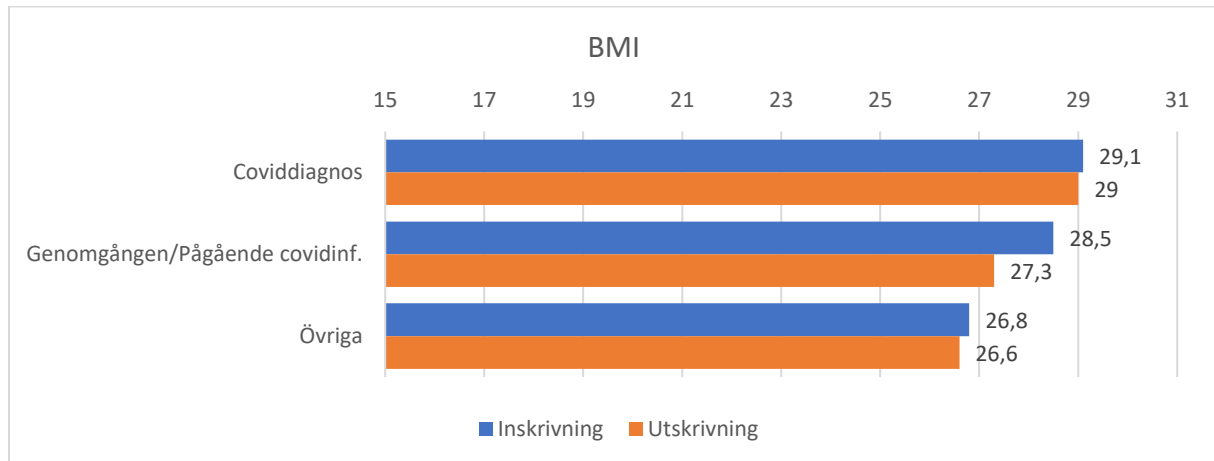
Patientgrupp	Andel rökare	Andel snusare	Missbruk av alkohol
Covidrehabpatienter (n=292)	5%	6%	2%
Genomgången/Pågående covidinf. (n=181)	9%	11%	7%
Övriga (n=1937)	14%	9%	5%

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

Resultatmått

BMI

BMI har konstaterats vara en riskfaktor för svår covidinfektion. I jämförelse med andra patientgrupper på rehabiliteringsmedicinska enheter kan man se att det förelåg signifikant ($p < .001$) högre BMI i covidrehabgruppen än för de som vårdades för genomgången/ pågående infektion och övriga. Vikten höll sig relativt stabil i samtliga grupper mellan in- och utskrivning. Gruppen genomgången/pågående covidinfektion sänkte sitt BMI numerärt. Signifikansprövning avseende om sänkningen är signifikant har inte gjorts (Figur 10).



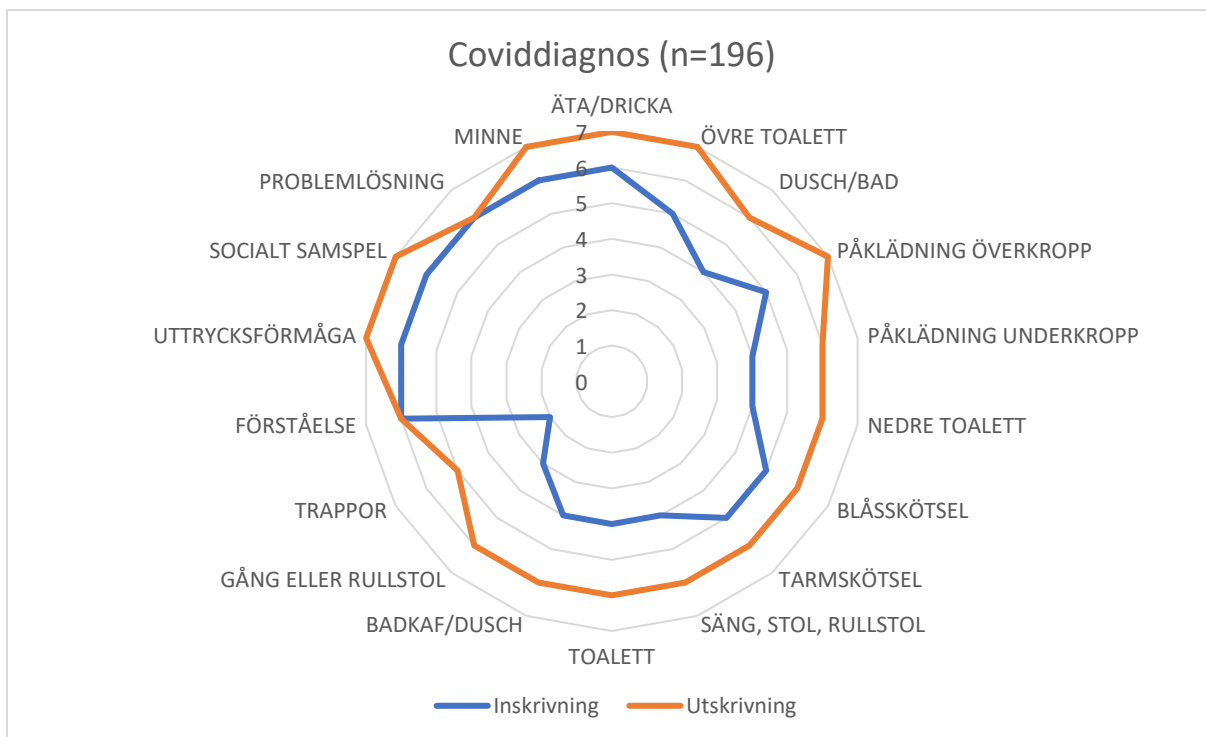
Figur 10. BMI; jämförelse mellan in- och utskrivning

ADL-förmåga

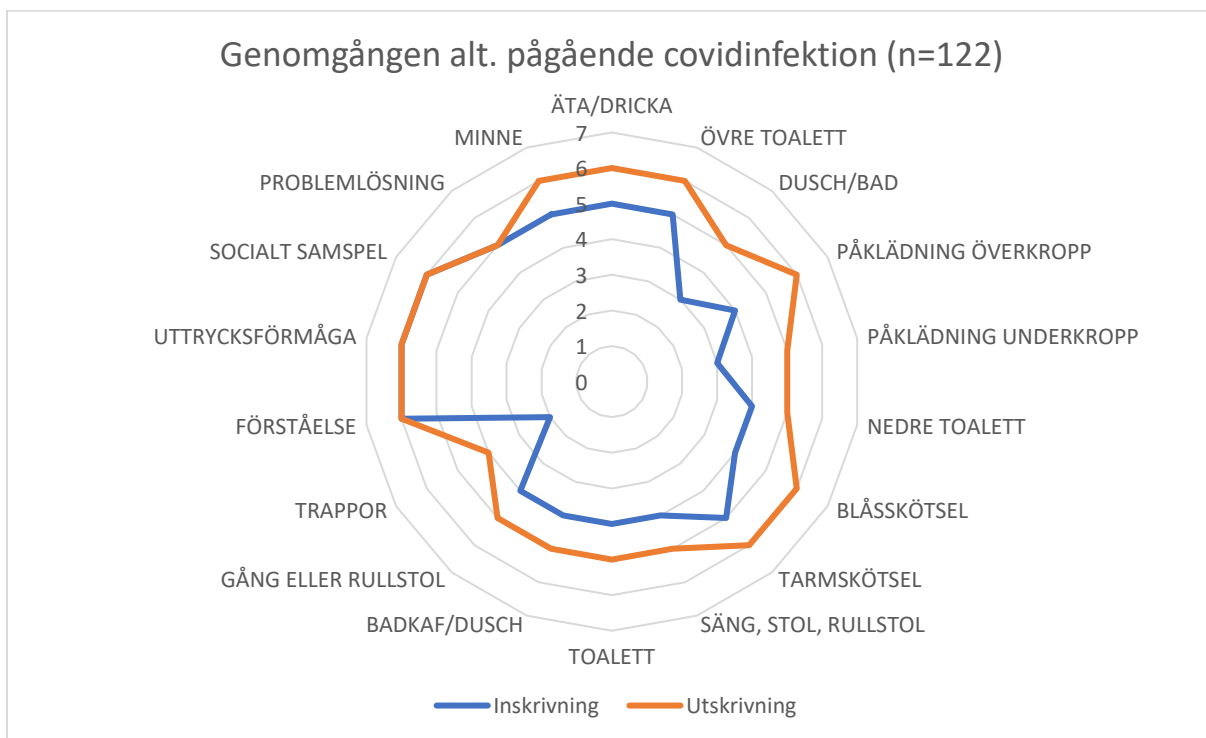
ADL-förmåga beskrivs med hjälp av Functional Independence Measure (FIM) som består av 13 variabler för fysisk förmåga samt 5 variabler för sociala och kognitiva förmågor. FIM har 7 skalsteg. Jämfört med gruppen övriga patienter uppvisade patienterna som kom för covidrehab generellt sämre motorisk funktionsnivå på FIM vid inskrivning men något högre förmåga avseende kommunikation och social/ intellektuell funktion. Samtliga tre grupperna förbättrades signifikant i alla FIM-variabler mellan in och utskrivning (se figur 11 - 13). Den största förbättringen i covidrehabgruppen låg inom den motoriska domänen. Även kognitiva förmågor förbättrades under vårdtiden med undantag för områdena problemlösning och förståelse, men Covidrehabgruppen hade dock redan vid inskrivning högre värde för problemlösning än de andra grupperna. Liknande mönster sågs även i de två övriga grupperna men när grupperna jämfördes med Bonferroni justerad Kruskal-Wallis analys avseende skillnader in och ut fann man att covidrehabgruppen vid utskrivningen hade uppnått en signifikant större förbättring jämfört med övriga (de som inte hade haft covid alls) avseende variablerna

- övre toalett (adj. $p = .004$), dusch/bad (adj. $p < .001$), påklädning underkropp (adj. $p < .001$) och nedre toalett (adj. $p < .001$)
- Sfinkterkontroll - blåsskötsel (adj. $p < .001$) och tarmskötsel (adj. $p = .007$)
- Kort förflyttning - röra sig mellan säng, stol, rullstol (adj. $p < .001$), ta sig till toaletten (adj. $p < .001$) och förflyttning badkar/dusch (adj. $p < .001$)
- Lång förflyttning - gång eller rullstol (adj. $p < .001$) och trappor (adj. $p < .001$).

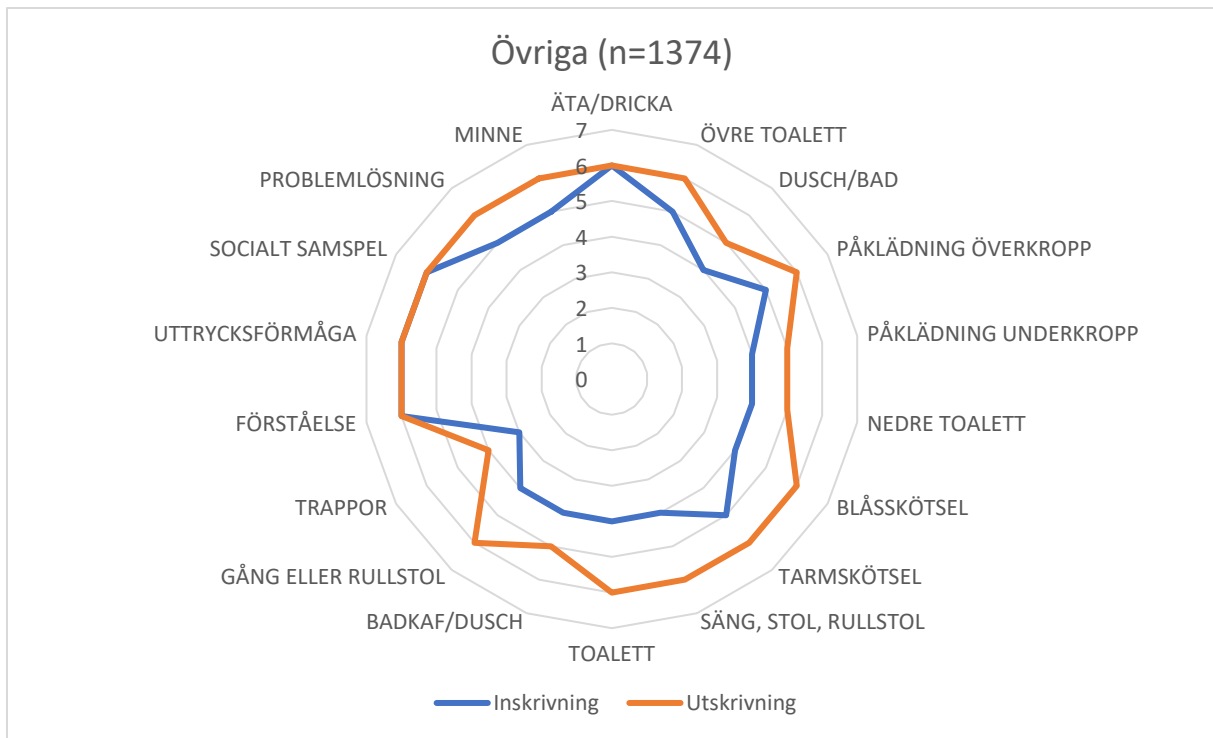
Covidrehabgruppen förbättrades således motoriska signifikant bättre än övriga patienter. Däremot fanns det ingen signifikant skillnad i förbättring mellan in- och utskrivning på delskalorna äta/dricka, påklädning överkropp, kommunikation och socialt samspel, problemlösning och minne, mellan grupperna.



Figur 9 FIM in och ut för covidrehabgruppen (n=196)



Figur 10 FIM in och ut för patienter med genomgången covidinfektion (n=122)



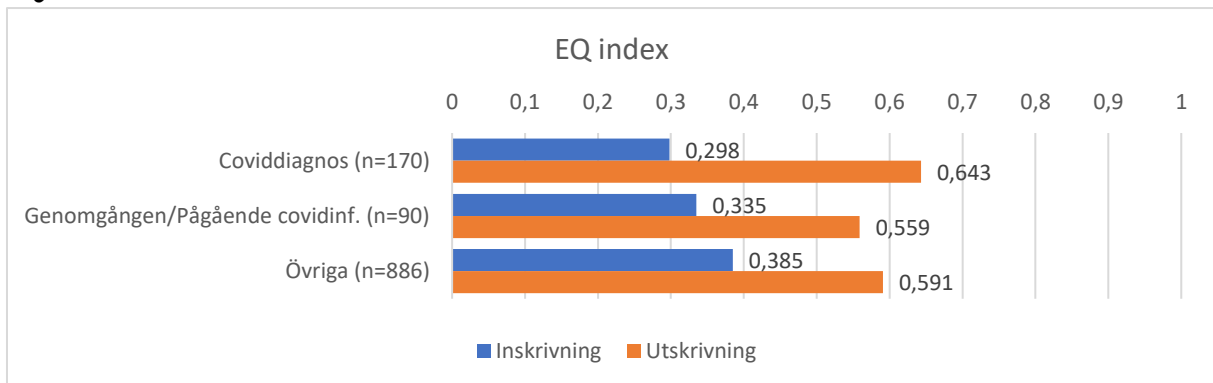
Figur 11 FIM in och ut för övriga patienter (n=1374)

Hälsorelaterad livskvalitet - EQ5D

European Quality 5 Dimensions (EQ5D) redovisar den egna upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet. Det redovisas dels som VAS-värde på en skala 1-100, dels som indexvärden som varierar mellan - 0,594 och 1. På VAS-skalan är 1=död och 100=maximalt god upplevd hälsa. Indexvärdet baseras på svaren i de 5 dimensionerna – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet. Ju högre indexvärde, desto bättre upplevd hälsa.

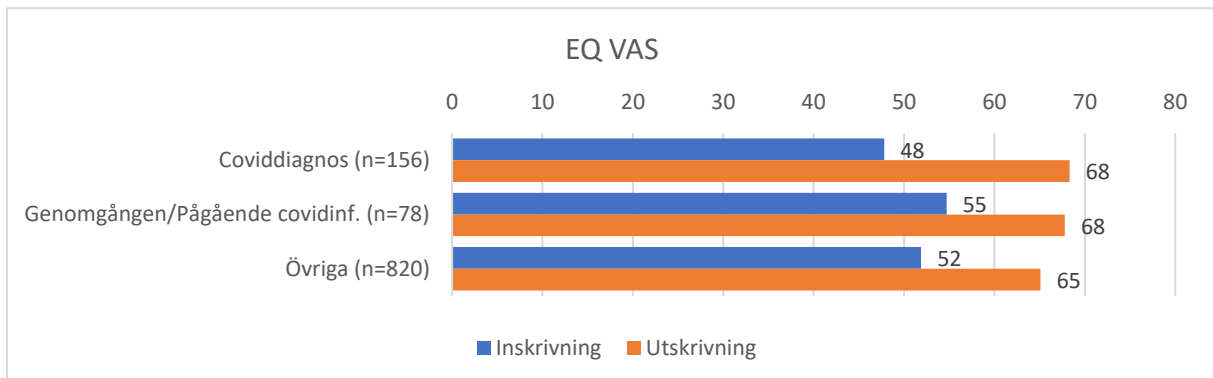
Covidrehabgruppen (156 skattningar) skattade lägre hälsorelaterad livskvalitet än övriga patienter vid inskrivning (Figur 14 och 15). Alla grupperna skattade signifikant förbättring i hälsorelaterad livskvalitet mellan in- och utskrivning på såväl EQ5D index som VAS skattning ($p<.001$). Jämfört med övriga diagnoser var förbättringen signifikant större hos covidrehabgruppen både på EQ5D index ($p<.001$) och VAS ($p<.001$).

EQ5D index



Figur 12 EQ5D index

EQ VAS

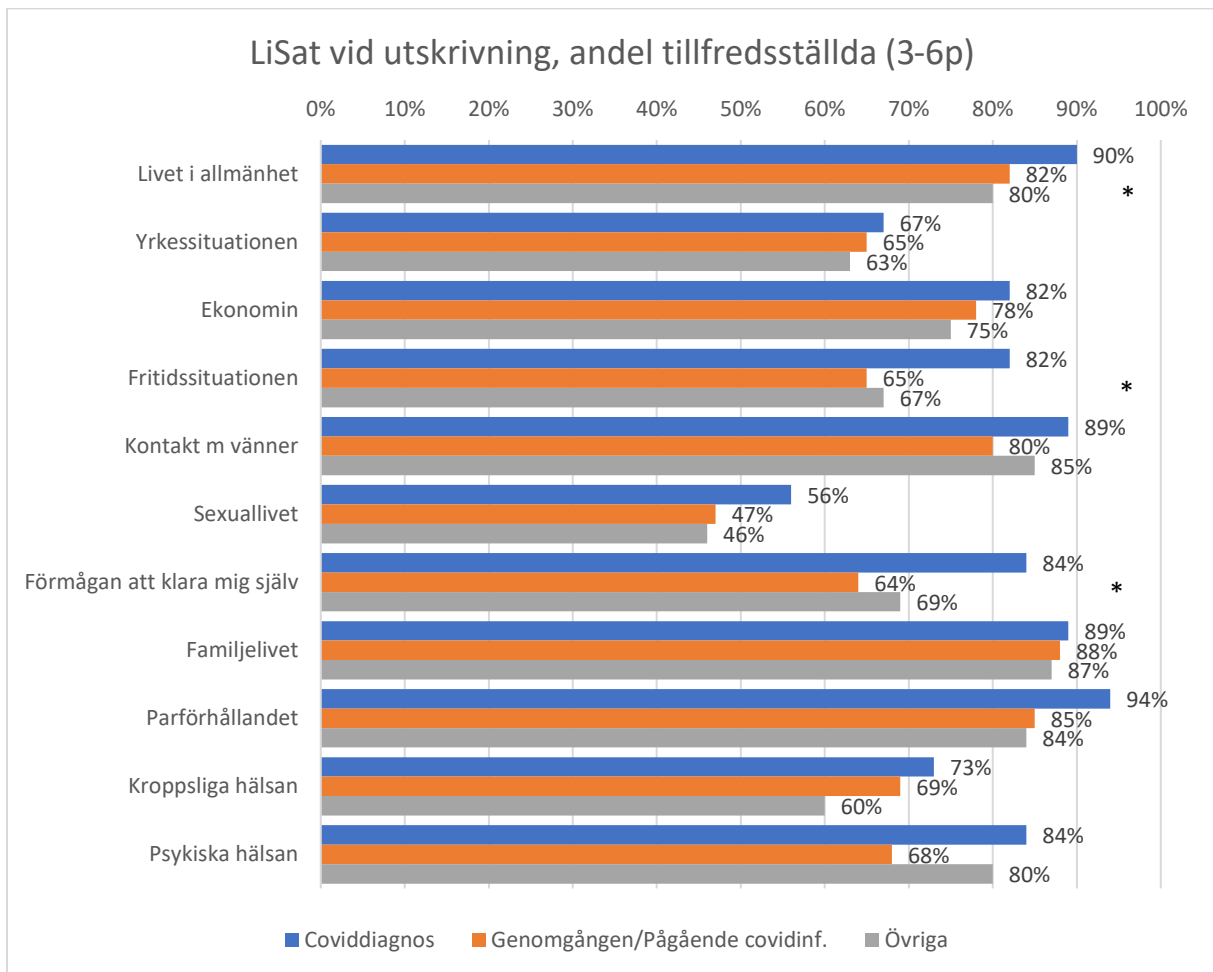


Figur 13 EQ5D VAS

Livstillfredsställelse - 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. Kategoriseringen som används är 1-3 = icke tillfredsställd och 4-6 = tillfredsställd.

I figur 16 redovisas data för covidrehabgruppen (73 registreringar; andelen svar per fråga varierar mellan 61 och 73) och övriga patienter. I för parametrarna livet i allmänhet, fritidssituationen och förmågan att klara sig själv skattade covidrehabpatienterna signifikant bättre livstillfredsställelse än övriga patienter (Figur 16).



Figur 14 Jämförelse på LiSat vid utskrivning mellan covidrehabgrupperna och övriga som ej haft covidinfektion

* $p < .05$ mellan covidgruppen och övriga patienter

Komplikationer

Gruppen som rehabiliteras för Covid är liten och antalet komplikationer få varför endast antal anges i tabell 2 nedan. För jämförelse av covid relativt andra diagnosgrupper som registrerats under året har dock vissa jämförelser av andel komplikation gjorts nedan.

Som komplikation räknas endast det som uppkommit under aktuell rehabperiod. Som exempel är befintligt trycksår vid inskrivning inte en komplikation. De vanligaste komplikationerna för patienter som vårdats i samband med eller i sviterna efter covid är "Annan komplikation", "Annan infektion", "Pneumoni" och "Lungemboli". "Annan komplikation" innefattar komplikationer som inte specificerats i urvalet för komplikationer i registret. "Annan komplikation", "Lungemboli", "Pneumoni" och "Djup ventrombos" förekommer i högre andel hos covidrehabgruppen än för övriga diagnosgrupper och kan bero på nedsatt rörelseförmåga och lungfunktion i kombination med övriga för svår Covid predisponerande faktorer såsom övervikt, kronisk lungsjukdom och hjärt-, kärlsjukdom.

För covidrehabgruppen förekommer "Annan infektion" och "Övre UVI" i lägre andel jämfört med övriga diagnosgrupper.

En nyinsatt fråga i registret som infördes 2020 gäller covid som komplikation under vårdtiden. Denna komplikation noteras för 14 patienter vid utskrivning från patientgrupp som inte har Covid 19 som diagnos för rehabilitering och där inte heller bidiagnos Covid 19 fanns vid inskrivning.

Tabell 2. Totalt antal komplikationer vid utskrivning, för Covidrehabgrupp jämfört med förekomsten av dessa komplikationer för patientgrupp med genomgången/ pågående covidinfektion och övriga patienter

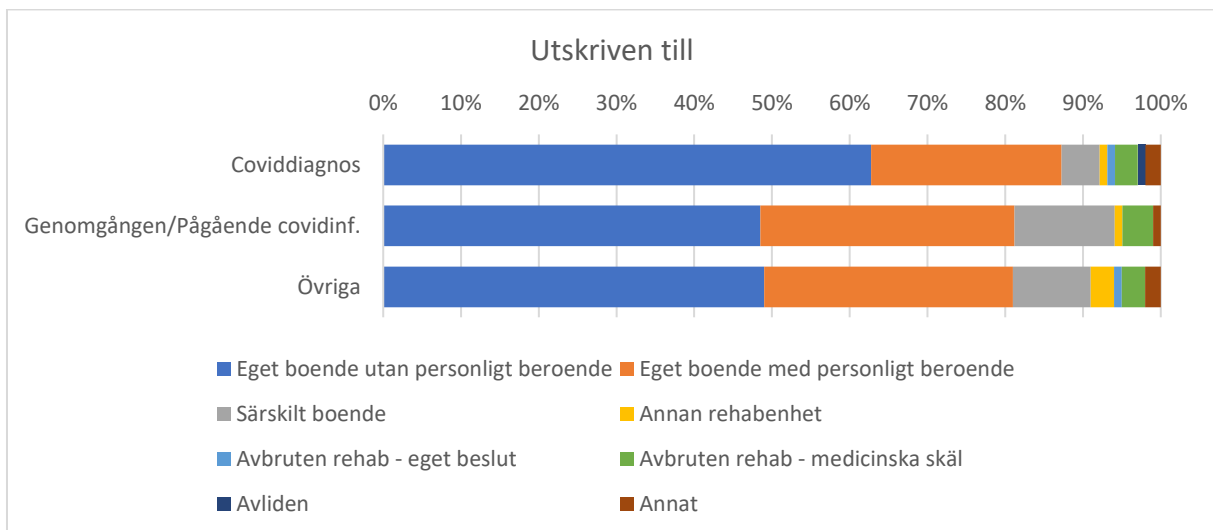
	Coviddiagnos (n=310)	Genomgången/ Pågående covidinf. (n=188)	Övriga (n=2021)
DVT	4 (1,3%)	1 (0,5%)	15 (0,7%)
Lungemboli	7 (2,3%)	1 (0,5%)	8 (0,4%)
Trycksår	0	1 (0,5%)	24 (1,2%)
Pneumoni	8 (2,6%)	2 (1,1%)	10 (0,5%)
Övre UVI	3 (1,0%)	2 (1,1%)	51 (2,5%)
Infektion med multiresistenta bakterier	1 (0,3%)	0	11 (0,5%)
Annan infektion	13 (4,2%)	12 (6,4%)	124 (6,1%)
Avvikit från avdelning	0	1 (0,5%)	10 (0,5%)
Annan komplikation/sjukdom/skada	18 (5,8%)	11 (3,5%)	82 (4,1%)

Utskriven till

Vad man skrivs ut till är en mycket viktig parameter som sannolikt beror på flera olika faktorer – t.ex. svårighetsgrad av skada/ sjukdom vid inskrivning, kommunernas resurser och ålder. Med eget boende utan personligt beroende avses självständighet utan hjälp från vare sig familj eller andra hjälpinsatser.

Två av tre Covidrehab patienter (64%) skrivs ut till Eget boende utan personligt beroende och detta är en högre andel än andra patientgrupper (49%) (Figur 17). Detta kan härröras till att patienterna har färre kognitiva nedsättningar och gruppen består av en större andel yngre patienter med generellt god återhämtning avseende aktiviteter i dagliga livet. För knappt en av tjugo patienter i samtliga grupper har rehabiliteringen avbrutits av medicinska skäl. Andelen som skrivs ut till särskilt boende (5%) är endast hälften, respektive en tredjedel så stor för Covid rehabpatienter som för övriga patientgrupper.

Tre patienter som vårdats med eller i sviterna av Covid har avlidit under vårdtiden och det är en högre andel än för övriga grupper.



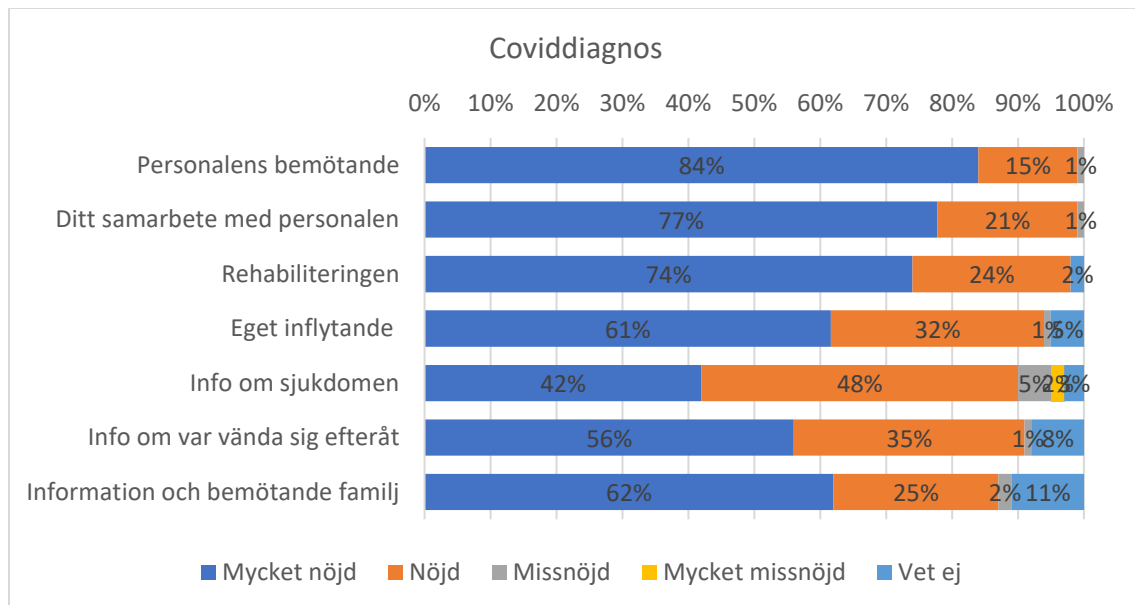
Figur 15 Utskriven till

Patientnöjdhet

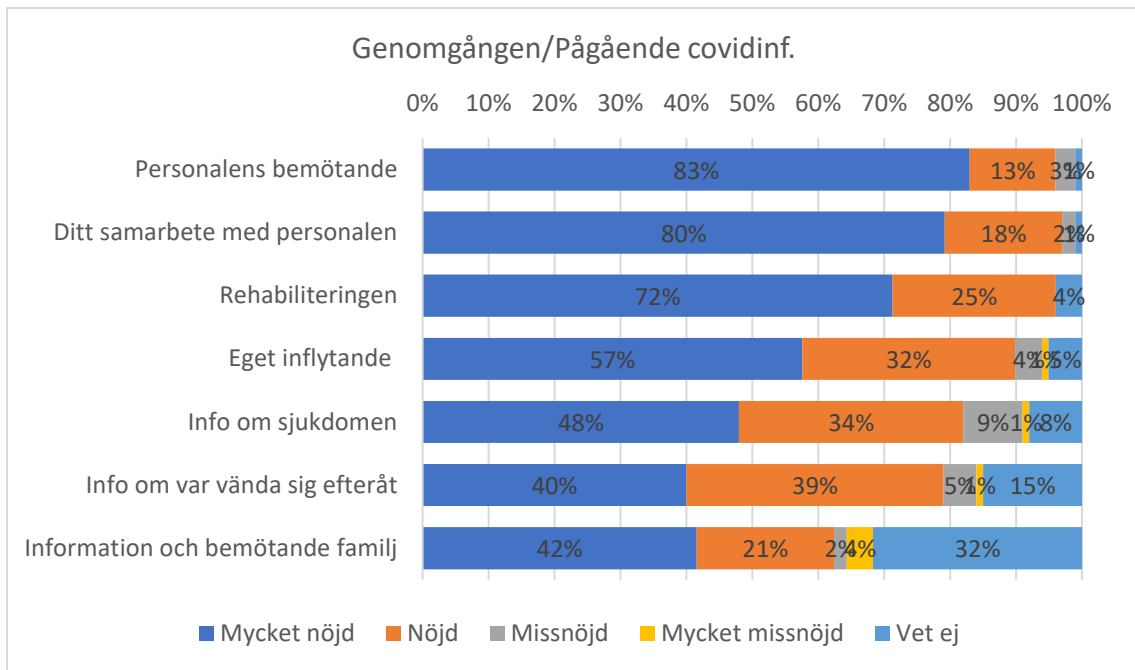
För Covidpatienter är svarsfrekvensen avseende patientnöjdhet relativt god, 71% jämfört med svarsfrekvens på 61% respektive 60% för övriga grupper. Ingen av grupperna uppnår målnivån avseende svarsfrekvens, på 80%. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i mycket hög utsträckning (Figur 18-20).

De områden som har högst grad av nöjdhet är precis som för andra diagnosgrupper, "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen". De områden som, liksom tidigare år för andra patientgrupper, har lägst grad av nöjdhet är det som handlar om information. Andel "Mycket nöjd" med Information om sjukdomen är lägre för covidpatienter än för övriga grupper men summerat med andelen nöjd ligger området på högre resultat än andra diagnosgrupper. Att andelen som skattar mycket nöjd med information är lägre för covidpatienterna skulle kunna vara påverkat av oklarheter/ bristfällig information kring bland annat prognos för ny sjukdom och återhämtning.

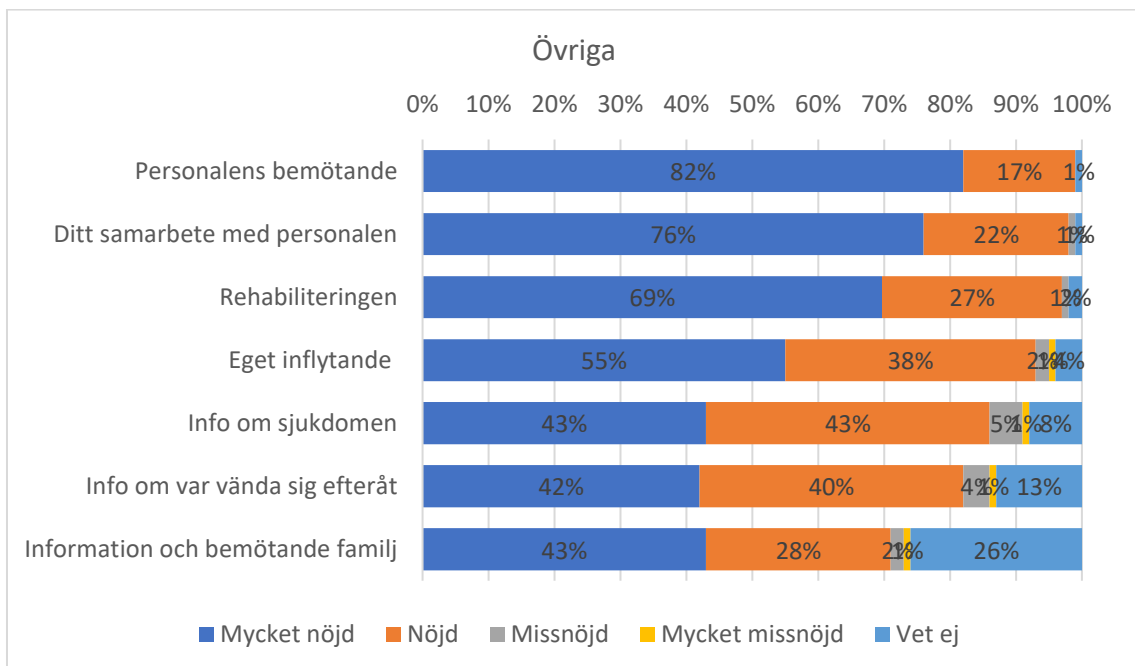
Generellt skattar Covidrehabgruppen högre andel "mycket nöjd" på samtliga områden än övriga patientgrupper.



Figur 16 Nöjdhet inom 7 områden, covididiagnos



Figur 17 Nöjdhet inom 7 områden, Genomgången/Pågående covidinfektion.



Figur 18 Nöjdhet inom 7 områden, Övriga.

Slutsats

Covid är liksom inom övrig vård, en ny diagnos inom rehabilitering och otydligheter kring registrering av diagnos och covid som komplikation kan föreligga.

Skillnaden i antal vårdade covidpatienter är stor mellan olika enheter och kan sannolikt härledas till regionala skillnader avseende smittspridning och vårdorganisation.

De patienter som vårdas för covidrehabilitering följer trenden för de som insjuknar i svår covid-19, dvs. en högre andel män än kvinnor och en högre andel utlandsfödda. Patientgruppen som erhåller rehabilitering efter Covid-19 är dock yngre än under föregående år vilket kan vara en följd av undanträngningseffekter som kan leda till ojämlig vård eller att de äldre patienterna var vaccinerade och yngre drabbades hårdare relativt sett.

Patienter som rehabiliterades för covid -19 på rehabiliteringskliniker hade färre kognitiva nedsättningar jämfört med övriga patientgrupper medan motoriken var mest påverkad. Den motoriska förbättringen var större i covidgruppen än för övriga grupper. Rehabiliteringsförloppet tenderade att vara snabbare för covidgruppen men skillnaden var inte signifikant, vilket kan ha statistiska förklaringar pga. stor spridning i vårdtid inom grupperna.

Livskvalitet under vårdtiden förbättrades mer i covidgruppen än för övriga patienter vilket kan bero på god kognitiv förmåga och god förmåga att relatera till och adekvat skatta livskvalitet vid in och utskrivning.

Fler patienter som rehabiliterades för covid -19 än i andra patientgrupper skrivs ut till eget självständigt boende efter rehabilitering, vilket avspeglar den goda återhämtningstakten.

Enheterna påtalar undanträngningseffekt i samband med covid-19 pandemin. I denna rapport finns inte tillräckligt statistiskt underlag för att påvisa detta. I kommande studier är det viktigt att utreda eventuella effekter och på vilket sätt detta påverkar de övriga patientgruppernas långsiktiga hälsa.