

FÖRORD

Varje år publicerar det nationella kvalitetsregistret Webrehab publicerar rapporter om den svenska rehabiliteringsvårdens kvalitet. Den svenska modellen med skattefinansierad vård syftar till att alla ska få god vård utifrån sina behov. Syftet med kvalitetsregistren är att ge deltagande enheter tillfälle att förbättra vården för den enskilda patienten och dessutom vara en potentiell datakälla för forskning. Det regionala självstyret för att rehabiliteringsutbudet skiljer sig åt inom landet och kvalitetsregistren är en väg att jämföra vården inom landet.

Under året som gått (2021) påbörjades plattformbyte och i samband med detta namnbyte och ny hemsida. Registret heter numera Svenskt register för Rehabiliteringsmedicin (SveReh) <https://svereh.registercentrum.se/kontakt/kontakt/p/HJbAxCngK>.

Vårt register är ett nationellt kvalitetsregister. Det innebär att det innehåller personbundna uppgifter om diagnos, behandling, och resultat. Registret är byggt från början av Svensk förening för Rehabiliteringsmedicin och har sedan start haft en styrgrupp som ansvarar för kvalitetsregistrets utveckling och förvaltning, där medlemmarna har en bas inom rehabiliteringsmedicin i Sverige. Vi har från start strävat efter att ha personer med olika professionsbakgrund representerade samt från olika deltagande enheter i landet. Vårt register (liksom alla nationella register) kvalitetsgranskas och är certifieras av den nationella Ledningsfunktionen för kvalitetsregister.

Vi arbetar för att tillhandahålla information till de medverkande enheterna så att rehabiliteringsprocessen kan förbättras. Denna data kan även ligga till grund för prioriteringsarbete såväl inom rehabilitering men även mellan olika processer inom hälso-och sjukvården. Data har lämnats till Socialstyrelsen när det gäller antal vårdade personer med ryggmärgsskada i Sverige, vilket var en pusselbit inför beslutet om nationell högspecialiserad vård av ryggmärgsskadade (start 1 april 2023). Data har också lämnats till Socialstyrelsen när det gäller rehabiliteringsinsatser av personer som vårdats för stroke som en del i "uppföljning av målnivåer" samt i år också för att undersöka möjliga undanträngningseffekter av Covid-19.

Svensk sjukvård har som grundtanke att vård ska ha god kvalitet för alla. Det innebär vård och rehabilitering efter personens behov och oavsett bostadsort, vårdinstans, kön, ålder, etnicitet, religion eller sexuell läggning. Trots att vi strävar efter en god vård för alla i landet utifrån sina behov är det skillnader. Dessa skillnader i tillgång till platser såväl inom slutenvård som öppenvård har synliggjorts under den pågående pandemin. Alla landsting/regioner utom Sörmland har tillgång till specialiserad rehabilitering och flera landsting/regioner har även avtal med externa leverantörer.

Rehabiliteringsprocessen utgår från patientens problem och därmed behöver hen kunna uttrycka sina behov/tankar och upplevda problem. Om hen inte kan det behövs hjälp via närstående (om man har kommunikationsproblem eller sänkt medvetandegrad) eller tolk (om man inte kan uttrycka sig på svenska). De deltagande enheterna bör med personalen diskutera hur vi möter personer med annan bakgrund än den man själv har. Personen ska bemötas med respekt och kunna lita på att vården ges på lika villkor. 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). Svårighet med kommunikation är en risk för bortfall i samband med uppföljning.

Målet med rehabiliteringen är att ge människor möjlighet att vara delaktiga i olika livssituationer (och i samhället) och att känna livstillfredsställelse. Ett lyckat resultat av rehabiliteringsinsatsen kräver att person och närstående har förmåga till nyorientering. För att klara detta behövs ofta stöd från professionen under en tid (kortare eller längre). Då rehabiliteringen utformas utifrån personens

diagnos, funktion och livssituation blir innehållet varierat och individualiserat. Trots att vi strävar efter en god vård för alla i landet utifrån sina behov är det skillnader. Dessa skillnader i tillgång till platser såväl inom slutenvård som öppenvård har synliggjorts under den pågående pandemin. Alla landsting/regioner utom Sörmland har tillgång till specialiserad rehabilitering och flera landsting/regioner har även avtal med externa leverantörer. Pandemin har fortsatt under 2021 och inverkat på sjukvården. Därför har vi även i år två delar i årsrapporten, en för slutenvård och en specifik del kring COVID. 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 vård. Detta gör det lättare för de deltagande enheterna att jämföra sig med liknande. I årsrapporten för 2021 ingår 23 enheter. Ökningen beror på att Uddevalla har tillkommit samt Sävar och NUS Umeå har blivit 2 enheter.

Antalet registreringar i slutenvård har minskat med 3 % sedan 2019, vårdtiderna är ungefär de samma som tidigare men lokala variationer ses. Täckningsgraden av registret har inte kunnat beräknas för 2021 då det kräver "handpåläggning". (Rapport från enheterna om hur många patienter/platser man har tillgängliga för rehabilitering och under 2021 har detta varierat från vecka till vecka på grund av pandemin). Antalet personer som fått rehabilitering efter stroke har minskat från 2019 till 2020 och nu till 2021. Om det avspeglar reella behov eller är en undanträngningseffekt på grund av Covid-19 är oklart. En positiv trend är att det sker en minskning av antalet vård dagar för patienter som ligger kvar på avdelning trots att man är utskrivningsklar. Målnivåer som är satta, redovisas på sjukhusnivå med grönt, gult och rött. Fortfarande är det några enheter som har rött i något eller några indikatorer, vilket är bekymmersamt. BMI är ett bra mått på omvårdnads kvalitet och basal att följa under en längre sjukhusvistelse, som slutenvårdsrehabilitering är. Det är därför oroande att år efter år är det brister (rött) i denna variabel både vid inskrivning och utskrivning. Tyvärr har antalet personer som tillfrågats om sin upplevelse av rehabilitering minskat i landet och flera enheter har rött på denna variabel. Upprättande av rehabiliteringsplan görs och alla enheter har höga värden, mellan 80 -100%, där 5 enheter hade 100 %! Medel låg på 95 % och trots att de flesta markerats som gult, är detta ett mycket bra resultat. Alla diagnosgrupper visar förbättring i ADL med ökad självständighet (mätt med FIM) vilket är huvudsyftet med inläggande rehabilitering.

Under 2021 har 311 patienter som rehabiliterats för enbart covid diagnos och 189 personer har registrerats med en annan diagnos men även med genomgången/pågående covid-infektion. Jämfört med 2020 är det något färre med enbart covid men fler där vård- och/ eller rehabiliteringsförlopp kan ha påverkats av insjuknandet i covid.

Det är en större andel som vårdats enbart för covid under första halvåret medan annan orsak till rehab och samtidig covid-diagnos, var mer jämnt fördelad över året. Pandemin har drabbat landets regioner olika, uppdraget till rehabiliteringsenheterna har varierat och andelen vårdade personen med covid skiljer sig mellan deltagande enheter. I covid gruppen är fler män, är i åldersgruppen 45-64 år och har oftare ett utomeuropeiskt födelseland jämfört med de andra rehabiliteringspatienterna. Vi kan därmed säga att de som vårdats på rehabiliteringsmedicinska klinker på grund av covid stämmer med de i landet identifierade riskfaktorerna för att drabbas av sjukvårdskrävande vård avseende kön, ålder och födelseland.

Allmän information

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

Syfte

WebRehab syftar till handhålla 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. Ansvaret 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.

Inklusionskriterier

Patienter som är på en enhet som bedriver specialiserad rehabilitering

Omfattning

Registret är uppbyggt med en slutenvårdsmodul med en särskild ryggmärgsskadedel, 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 och är därmed tillgänglig för allmänheten.

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: <https://svreh.registercentrum.se/>

Startår: 1998

Stöd från SKL/SoS: Ja

Huvudman: Västra Götaland

Kompetenscentrum: Registercentrum Västra Götaland

Styrgrupp och registerhållare

Jan Burensjö, Leg ssk, Verksamhetschef, Jönköping

Maria Karlberg, Leg Fysioterapeut, Lund-Orup

Marika Möller, Med dr, Leg Psykolog, Danderyd

Laura Serrano Barrenechea, Överläkare, Borås/Jönköping

Mari-Anne Svensson, Leg Arbetsterapeut, Halmstad

Kontaktperson:

Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

Patientrepresentanter:

Carina Petersson, Stroke-Riksförbundet

Gunilla Åhrén, Personskadeförbundet RTP

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 verkningsgrad 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 eftersträvansvärt 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 registret 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 %.

2. 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.

3. Bedömning av körlämplighet

Att ta ställning till lämplighet att framföra fordon är en viktig uppgift för rehabiliteringsteamet. Det kan finnas problem såväl motoriskt som kognitivt efter en sjukdom eller skada och ansvaret (enligt

körkortsförordningen) ligger hos behandlande läkare. 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.

Målsättningen är att minst 90 % ska bedömas.

4. 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 %.

5. Patientnöjdhet

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

Målnivå 80 %.