



## Årsrapport allmän version

2015

## Innehåll

Allmän information .....	3
Syfte.....	3
Om rehabilitering .....	3
Inklusionskriterier.....	5
Omfattning .....	5
Organisation .....	5
Registerhållare och styrgrupp .....	6
Ekonomi.....	7
Tillstånd .....	7
Certifiering.....	7
Målnivåer.....	8

## 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
- Kunna 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 professionen. 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.

Inom rehabilitering används ofta som ramverk ICF (International Classification of Functioning). ICF-modellen har ett brett anslag till klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder som beskrivs som en interaktiv och evolutionär process. I modellen ses en enskild funktion i ett visst område som en interaktion eller som förhållandet mellan hälsotillstånd (fysisk eller psykisk) och kontextuella faktorer (sociala och fysiska miljö samt personliga faktorer).

Målsättning med rehabiliteringsarbetet är göra 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). Rehabiliteringen utformas utifrån personens diagnos, funktion och livssituation.

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). Med en ökande andel personer med annan språklig och kulturell bakgrund ställer det extra krav för att säkerställa den personcentrerade vården. Problem med detta kan dels ta sig i uttryck att patienter väljs bort då det bedöms vara svårt (eller kostsamt) att arbeta via tolk, att personerna har svårt att formulera sina mål och sedan svara på om man har varit delaktigt i målsättning samt att man ser att PROM (**Patient Reported Outcome Measures**) och PREM (**Patient Reported Experience Measures**) inte fylls i. Kommunikationsproblem kan även innebära bortfall i samband med uppföljning.

Antalet personer i landet som utsatts för våld har legat ungefär oförändrat de senaste åren medan antalet skjutningar har ökat. Det märks inom sjukvården och även inom rehabiliteringen. En del av de som kommer in med skottskador lever i socialt utsatta områden och en del har en livsstil som avviker från genomsnittet. Vårdtider inom rehabilitering är långa och ibland kommer besökande som kanske inte passar in i den gängse normen eller som inte följer de regler och rekommendation som finns på sjukhuset. Det innebär problem i det dagliga rehabiliteringsarbetet med ibland behov av väktare på plats och en osäkerhet bland personalen. Situationen påverkar även målformuleringsarbete samt möjlighet till strukturerad uppföljning såväl inom vården som inom registerarbetet.

Den ökande flyktingtillströmningen märks även inom rehabiliteringen. Ett antal personer kommer i kontakt med rehabiliteringen innan det är klart om man får stanna i Sverige. Andra kommer som "gömnda" då man råkat ut för något som kräver sjukhusvård. Att arbeta med personer som dels har

ett funktionshinder som kräver rehabilitering dels har traumatiska händelser (krig och flykt) bakom sig och ibland även tortyr är komplicerat. Dels ställer det krav på stabil och trygg personal dels innebär det etiska dilemman ibland. Tid och kraft investeras i dialoger med invandrarverket och ofta även med juridiska ombud för personen i fråga.

## **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 mottagen till övertag och tid från när beslut tagits om övertagning till 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. Måttal

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

Registret öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering, alltså även andra kliniker än rehabiliteringsmedicinska - t.ex. geriatriska-, neurologiska-, ortopediska kliniker med rehabilitering mm. Av de 21 olika sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner) är alla representerade av en eller flera deltagande enheter Registret har även privata aktörer med, både sådana som bedriver mer akut rehabilitering och de som är inriktade mot återkommande rehabiliteringsinsatser, ofta i ett senare skede.

## Registerhållare och styrgrupp

Registerhållare:	Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor, Rehabiliteringsmedicin, Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Registrets hemsida:	<a href="http://www.ucr.uu.se/WebRehab/">http://www.ucr.uu.se/WebRehab/</a>
Startår:	1998
Stöd från SKL/SoS:	Ja
Huvudman:	Västra Götaland
Kompetenscentrum:	UCR

### Styrgupp

Ordförande:	Marianne Lannsjö, Med dr, Överläkare, Sandviken
Enhetsrepresentanter:	Wolfram Antehpohl, Med dr, Överläkare, Verksamhetschef, Linköping
	Jan Burensjö, Leg ssk, bitr verksamhetschef, Ryhov-Jönköping
	Ann Hammer, Med dr, Leg. Sjukgymnast, sektionschef, Örebro
	Gunilla Lindstedt, Leg ssk, Verksamhetschef, Växjö
	Åsa Lundgren Nilsson, Docent, Leg. Arbetsterapeut, tf verksamhetschef, Neurosektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Anna Tölli, Överläkare, Danderyd, Stockholm

Cecilia Åkesson, Leg Arbetsterapeut, utvecklingssamordnare, Skånes universitetssjukhus (Orup)

Patientrepresentanter Carina Petersson, Stroke-Riksförbundet

Gunilla Åhrén, Personskadeförbundet RTP

Kontaktperson: Kicki Elfving, Leg. Sjuksköterska, Sandviken

Statistiker: Annelie Inghilesi Larsson, Quality Stat AB

## Ekonomi

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

## 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 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 ändamålsenligt vård, någon om säkerhet, och några är patientfokuserade. I en del av figurerna har resultaten redovisas 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.

Målvärdet är 80 %.



## 2. Registering av BMI

Att mäta och följa utvecklingen av BMI (Body Mass Index) 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. Dessa registreringar har ökat sedan målnivåerna sattes upp.

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. Dessa registreringar har ökat sedan målnivåerna sattes upp.

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. Alla patienter får inte möjlighet att framföra sina åsikter om verksamheten.

Målnivå 80 %.