

WebRehab Sweden
MSPKSNDP 2MSQSN

Version för patienter och
närstående

2015

WebRehab 2015

Innehållsförteckning

Registret ägs av Västra Götalandsregionen.

Godkänt av datainspektionen 971205.

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

Registerhållare:	Katharina Stibrant Sunnerhagen
Registrets hemsida:	http://www.ucr.uu.se/WebRehab/
Startår:	1998
Stöd från SKL/SoS:	Ja
Huvudman:	Västra Götaland
Kompetenscentrum:	UCR
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, utvecklingsamordnare, 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

Bakgrund och syfte

Rehabilitering syftar till att hitta ett optimalt sätt för en person att kunna återvända till dagligt liv och återfå en rimlig hälsa efter, till exempel, fysisk eller mental sjukdom som har givit en funktionsnedsättning. I de fall skadan inte läker eller resulterar i långvarig funktionsnedsättning krävs rehabiliterande insatser för att underlätta ett normalt fungerande liv. Rehabilitering är en förutsättning för att enskilda personer ska kunna återfå förmågor.

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.

*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**.*

Vanliga patientgrupper som kan behöva specialiserad rehabilitering 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 (sängliggande) p.g.a. annan sjukdom t.ex. onkologisk behandling eller långdragna komplicerade infektioner.

Grundtanken med kvalitetsregister är att oavsett vem det är som tillhandahåller vård så behöver man ta reda på sina resultat och följa dem över tid. Utöver detta behövs också kunskap om hur man arbetar med att förändra och förbättra verksamheter. Kvalitetsregistren utgör ett stöd för detta arbete. WebRehab Sweden är ett öppet register. Det innebär att man kan se prestationer och resultat från såväl hela landet som från var och en av de deltagande enheterna i årsrapporten. Tanken med att ha ett öppet register är att det stimulerar ännu mer förbättringsarbete hos de deltagande enheterna då ingen vill vara sämre än någon annan. Många enheter i Sverige har kvalitetscertifierat sig via CARF <http://www.carf.org/>

Registret är öppet för alla kliniker/enheter som bedriver rehabilitering. 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 (extern rehabilitering).

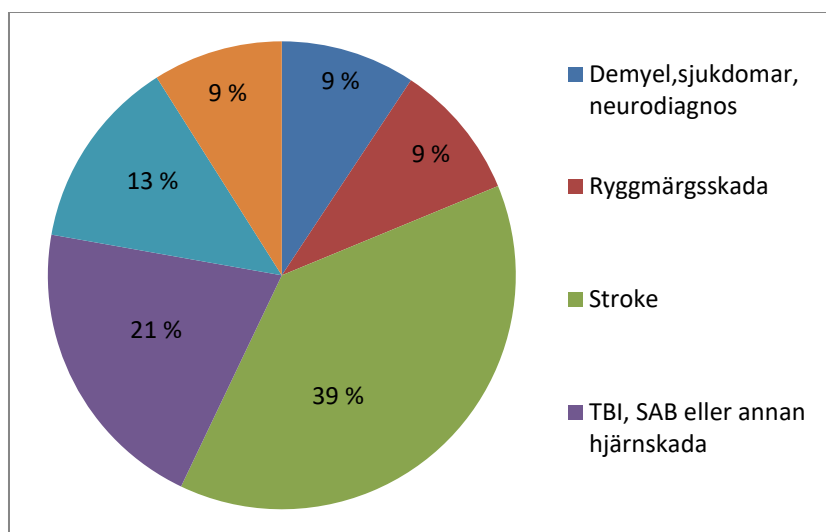
När data lämnar en enhet kan man endast se avidentifierade data.

Sammanfattning slutenvård

Det har visat sig genom åren att de olika enheterna som bedriver slutenvård skiljer sig åt. Vi har delat upp det i 3 grupper: grupp 1 är enheter där stort inslag av geriatrik och subakut rehabilitering ingår, grupp 2 innehåller enheter med lång tid mellan remiss till intag och litet inslag av subakut rehabilitering, grupp 3 innehåller enheter med litet inslag av geriatrik och stort inslag av subakut rehabilitering.

Ett av syftena med slutenvårdsrehabilitering är att personen ska minska sitt beroende av andra personer i olika aktiviteter i dagligt liv. Förbättrad funktion genom god rehabilitering, ger lägre kostnader för samhället. Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Andel i riket som gått från beroende till oberoende vid utskrivning var 22 % inom fysiska items och 15 % i sociala/kognitiva aktiviteter. Knappt hälften (47 %) av personerna i landet skrevs ut till eget självständigt boende och 32 % skrevs ut till eget boende med beroende.

Slutenvårdsrehabiliteringen domineras av neurologiska funktionsnedsättningar. De största patientgrupperna inom slutenvården är stroke (39 %), andra hjärnskador (inklusive trauma) (drygt 21 %), olika neurologiska sjukdomar (inklusive demyeliniserande) (13%) och ryggmärgsskada (9%).



Medelvårdtiden (35 dagar) fortsätter fortfarande att bli kortare i riksperspektiv men trenden är ändå varierande på olika kliniker. En förklaring till kortare vårdtid kan vara att flera i registret nya enheter har korta vårdtider. Varje enhet bör analysera sin egen utveckling. De enheter som har geriatrik har alla kortare vårdtider än riksgenomsnittet.

Att gå från beroende till oberoende är centralt i rehabiliteringsprocessen och därför ett viktigt mått. Sett på alla data på riksnivå minskar beroendet inom fysiska items från inskrivning till utskrivning från 84 % till 62 % och beroendet i sociala/kognitiva aktiviteter från 59 % till 45 %. Man ser skillnader mellan enhetsgrupperna. Grupp 1 har en högre andel äldre vilket kan förklara en något lägre förändring jämfört med grupp 3. I grupp 2 har man patientgrupper som är i ett senare skede av sin sjukdom vilket också kan förklara en lägre förändring

	Beroende in	Beroende ut	Differens
Grupp 1	85%	66%	19%
Grupp 2	80%	69%	11%
Grupp 3	84%	58%	26%

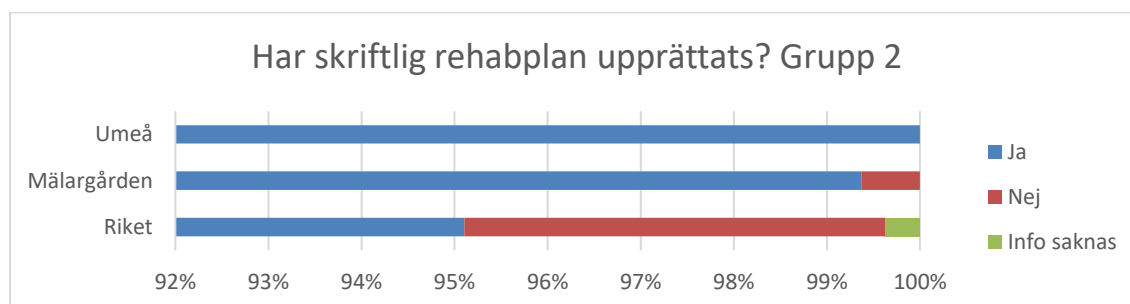
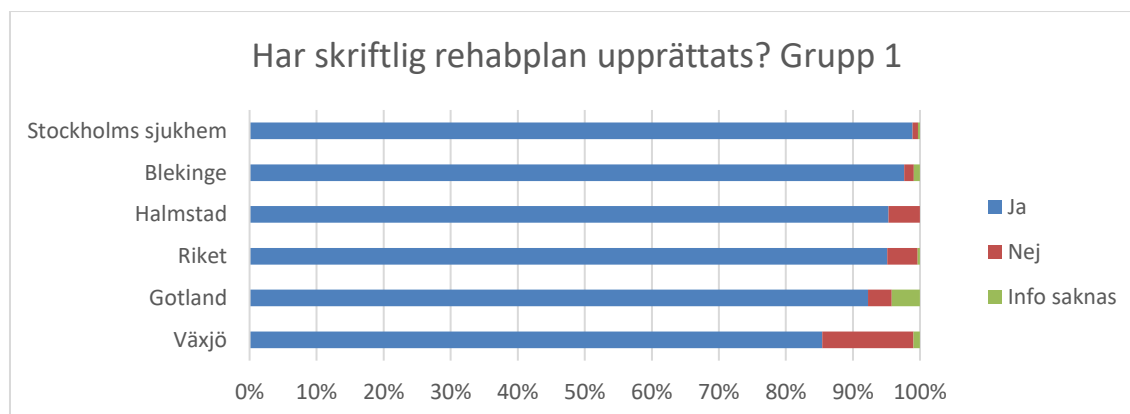
Gruppen med de äldsta personerna har minst andel utskrivna till självständigt boende (boende utan personligt beroende). De har också högst andel utskrivna till särskilt boende.

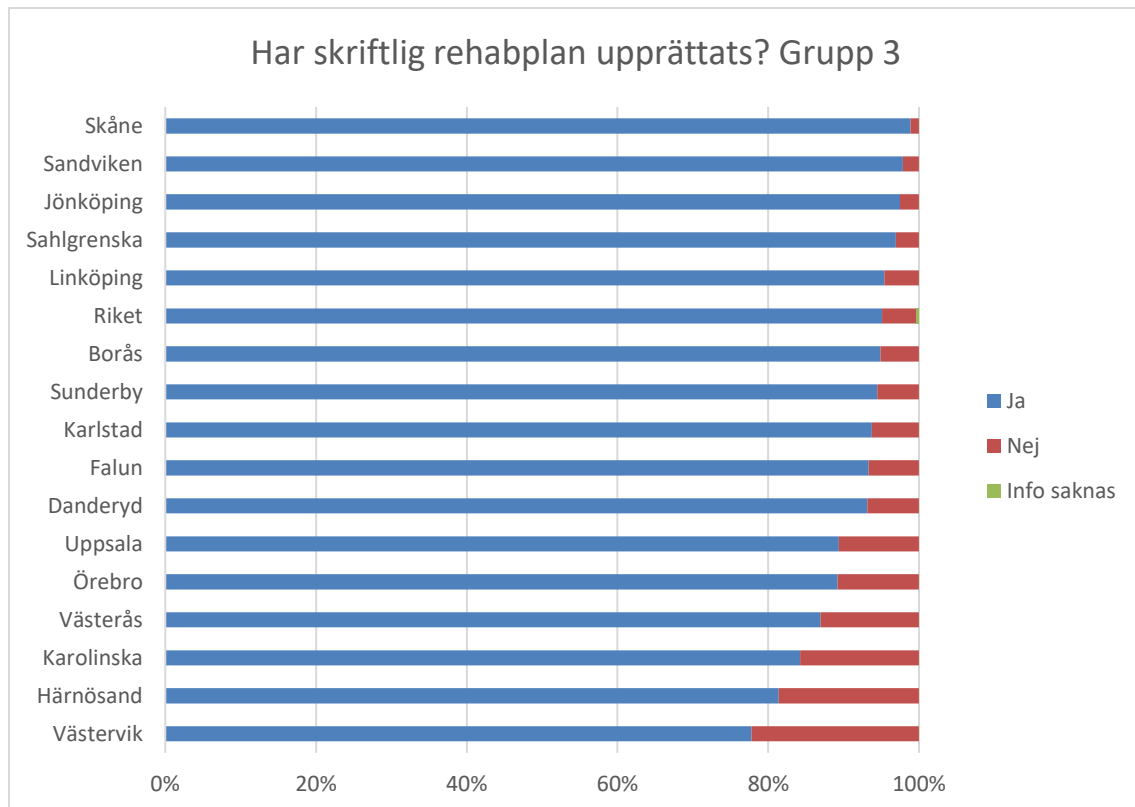
Rökning, alkohol- och drogmissbruk

Om man undersöker frekvensen av olika typer av missbruk de senaste 6 åren ser man att rökning minskat från 19% 2009 till 16% 2014. För övriga typer av missbruk är det ingen ändring av förekomst – snusning 8%, alkohol 7%, läkemedel 1, andra droger 1,5%. Man får dock räkna med ett mörkertal, sannolikt är förekomsten högre. Förekomsten av rökning vid inskrivningen skiljer sig en del mellan olika diagnosgrupper.

Rehabplan

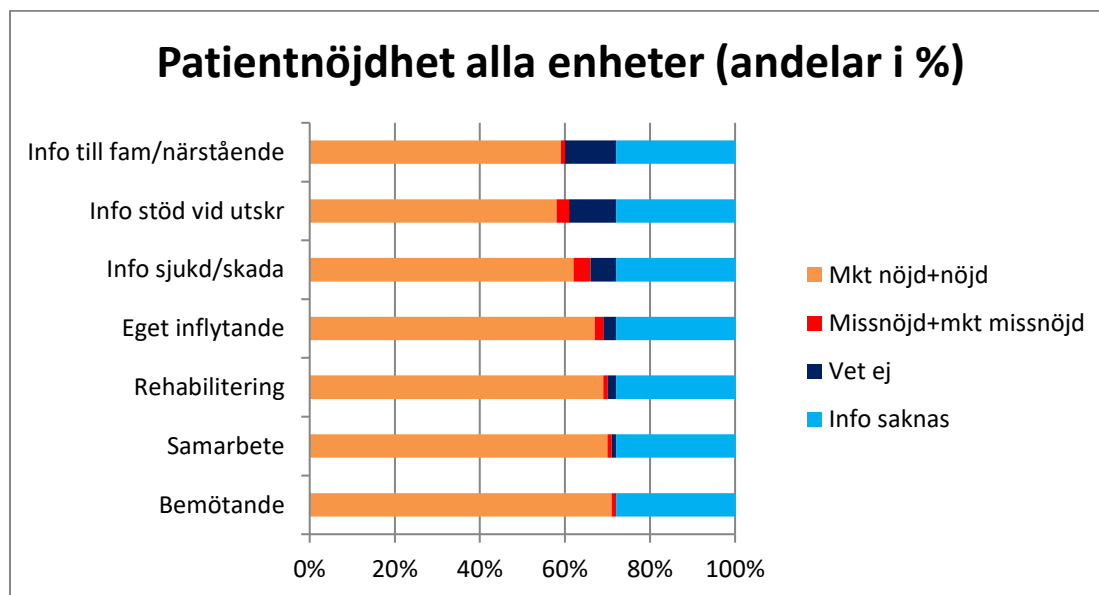
Enligt Socialstyrelsen ska en rehabplan upprättas i samband med inläggning för rehabilitering. Det förekommer dock att patienter läggs in för enbart utredning vilket kan innebära att man inte upprättar en rehabplan och det kan förklara lägre värden. Frekvensen av upprättad rehabplan är för riket 95 %, vilket är en liten ökning jämfört med tidigare (94% år 2014), och nära målnivån på 100 %. Vi anger därför i riktlinjerna att man endast ska registrera de med inläggning minst 3 dagar med syfte rehabilitering och inte bara utredning.





Patientnöjdhet

Ifyllnadsgraden är 77% (inkluderar de som är gjorda samt de som registrerats som "kan ej genomföras") vilket är väsentligen oförändrat jämfört med föregående år. Målnivån är dock 80%. Största problemet är graden av "information saknas", vilket leder till svårigheter att tolka och jämföra resultaten. Generellt sett är de som besvarat frågorna nöjda eller mycket nöjda i hög utsträckning. Om man ändå ser på vilka områden där det (om än med låga siffror) finns mest missnöje och svar "vet ej" handlar det liksom föregående år om de områden som har med information att göra samt området " eget inflytande". Beträffande bemötande, rehabiliteringen som helhet och samarbete med personalen är patienterna mycket nöjda.



Sammanfattning Öppenvård

Registrering görs av typ av öppenvård: enbart utredning/bedömning, förmågehöjande rehabilitering och förmågebibehållande rehabilitering. Grupp 1 har högst andel förmågehöjande rehabilitering medan grupp 2 har högst andel förmågebibehållande rehabilitering. Grupp 3 har drygt en fjärdedel enbart utredning.

Gångklassifikation enligt Holden

Många personer i öppenvården har fortfarande problem med gångförmågan. Ett sätt att följa detta är att beskriva hur självständig man är i förflyttningar 0 (kan inte gå) till 5 (gångare – oberoende). Förbättring ses i många fall (grönmarkerat),

Grupp 1

		Gångklassifikation enligt Holden (ut)						
Gångklassifikation enligt Holden (in)		0	1	2	3	4	5	Total
0		1	1	0	0	0	0	2
1		0	1	0	0	0	0	1
2		0	0	1	1	1	1	4
3		0	0	0	1	3	1	5
4		0	0	0	0	15	12	27
5		0	0	0	0	5	83	88
Total		1	2	1	2	24	97	127

Grupp 3

		Gångklassifikation enligt Holden (ut)						
Gångklassifikation enligt Holden (in)		0	1	2	3	4	5	Total
0		24	2	3	0	1	0	30
1		1	9	2	2	1	0	15
2		0	1	5	3	5	0	14
3		0	0	2	2	9	3	16
4		0	0	0	0	37	23	60
5		0	0	0	0	6	413	419
Total		25	12	12	7	59	439	554

Livstillfredsställelse (LiSat)

Hur man har det i livet är viktigt. Här redovisas frågan om **tillfredsställelse med livet i allmänhet**. Förbättring ses för 14 % av patienterna i grupp 1, 9 % i grupp 2, och 17 % i grupp 3. Oförändrad skattning noteras hos 81 % i grupp 1, 86 % i grupp 2, och 77 % i grupp 3 .

Tabell 18, Korstabell för LiSat totalt, mellan in- och utskrivning, Grupp 1

LiSat, Livet i allmänhet		Utskrivning	
Totalt, 78 patienter		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Inskrivning	Icke tillfredsställd	5	11
	Tillfredsställd	4	58

Tabell 19, Korstabell för LiSat totalt, mellan in- och utskrivning, Grupp 2

LiSat, Livet i allmänhet		Utskrivning	
Totalt, 64 patienter		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Inskrivning	Icke tillfredsställd	3	6
	Tillfredsställd	3	52

Tabell 20, Korstabell för LiSat totalt, mellan in- och utskrivning, Grupp 3

LiSat, Livet i allmänhet		Utskrivning	
Totalt, 453 patienter		Icke tillfredsställd	Tillfredsställd
Inskrivning	Icke tillfredsställd	70	77
	Tillfredsställd	25	281

Nöjdhetsaspekter

Högst andel mycket nöjd/nöjd finns i områdena "Personalens bemötande" och "Ditt samarbete med personalen" (60 %) på rikets totalnivå. Sett till antalet missnöjda/mycket missnöjda så finns förbättringsutrymme framförallt inom områdena: "Information om var du kan vända dig vid behov av stöd efter sjukhusvistelsen" samt "Information om sjukdomen". Det är även fortsatt av stor vikt att få hög svarsfrekvens på nöjdhetsfrågorna för att få ett så brett underlag som möjligt.

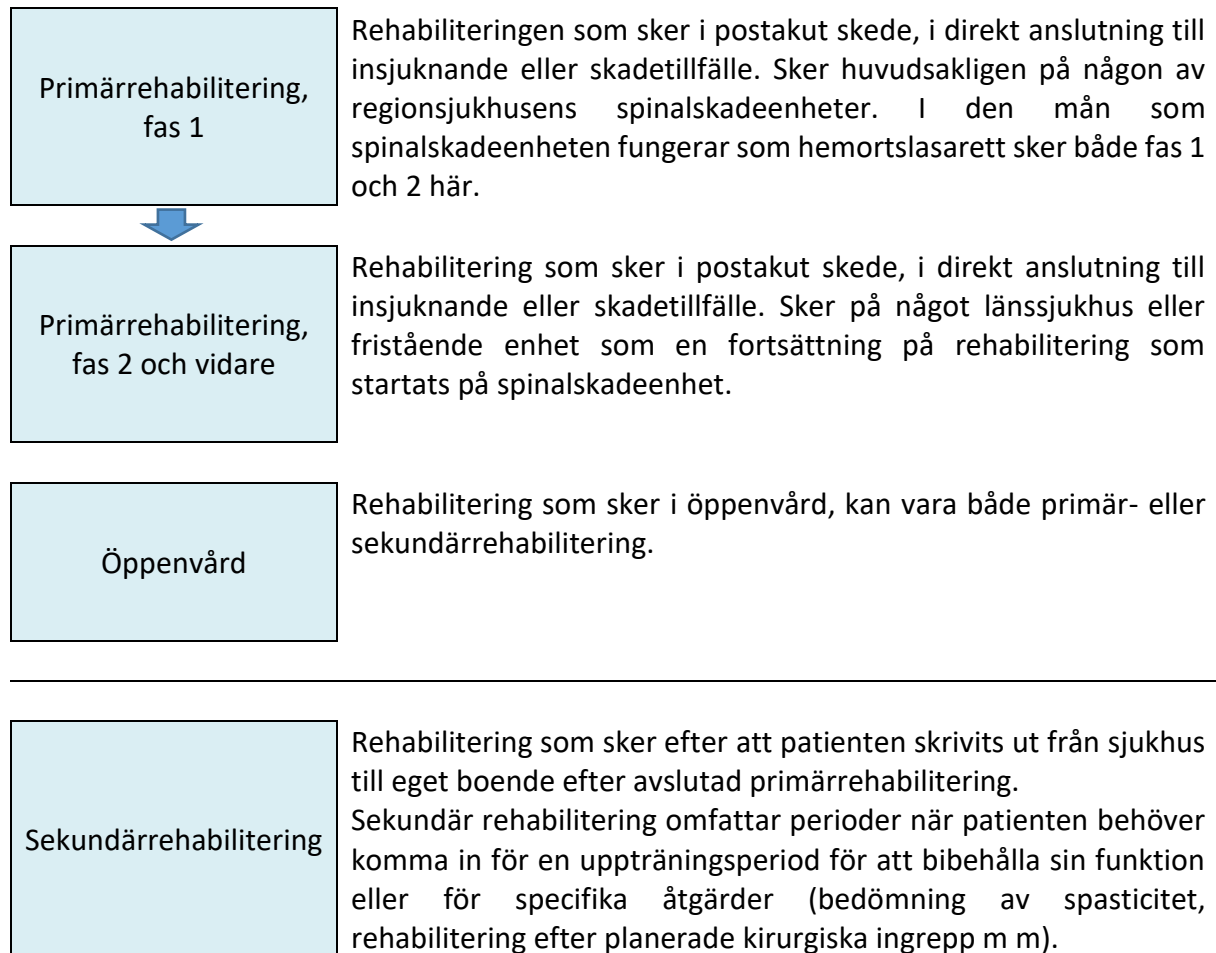
Antalet missnöjda/mycket missnöjda, Grupp 1-3

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
Nöjdhet med	(249 patienter)	(71 patienter)	(1211 patienter)
Personalens bemötande	0	0	2
Ditt samarbete med personalen	0	0	3
Rehabiliteringen	2	0	16
Eget inflytande över din rehabilitering inklusive din individuella rehabiliteringsplan	0	0	12
Information om sjukdomen	6	2	27
Info om var du kan vända dig vid behov av stöd efter Sjukhusvistelsen	6	1	30
Den information och bemötande din familj och anhöriga har fått under din rehabilitering	0	0	17

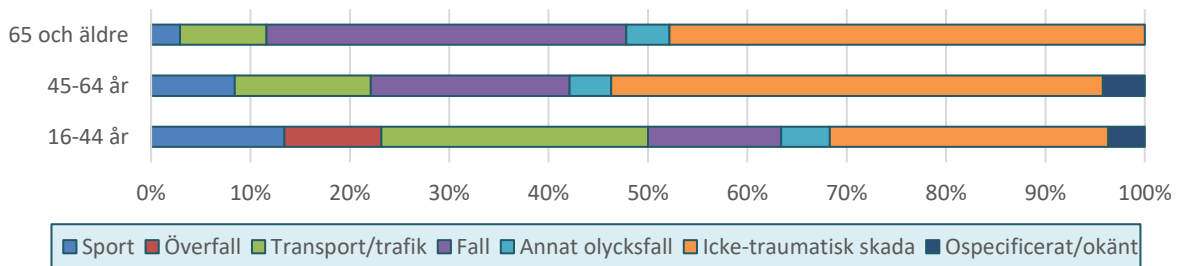
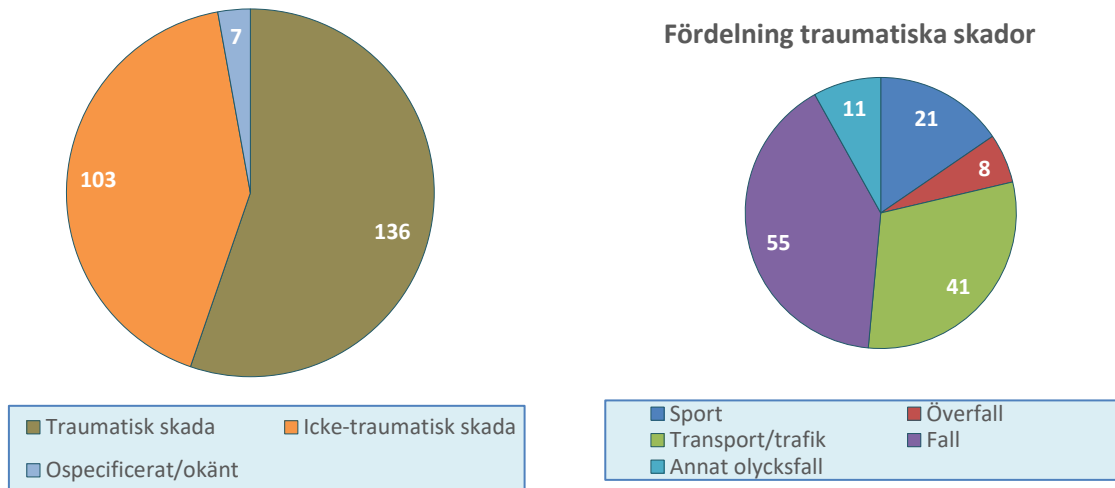
Sammanfattning från spinalskademodulen

Vi har i dagsläget sex regionsjukhus som bedriver högspecialiserad spinalskaderehabilitering samt ett antal länssjukhus eller fristående enheter som också tar emot spinalskadepatienter.

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



I rapporten syns att drygt 30 % av patienterna har fått sin primär-rehabilitering på annat ställe än en spinalskade-enhet. Detta är inte som man önskar från ISCOR eller från brukarorganisationerna. I vissa fall kan det vara platsbrist som är orsak till detta i andra fall kanske det avspeglar lokala traditioner. Registret ger möjlighet att utvärdera om det leder till skillnader i resultat på sikt. Vi ser också att en stor andel av spinalskadorna är icke-traumatiska och att många av patienterna är över 65år.



Påverkan på blåsa och tarm är vanligt efter en ryggmärgsskada. Ungefär 7/10 har kvarstående blåstömningspåverkan vid hemgång. Påverkan tarmtömning (med risk för läckage) har 6 av 10 vid hemgång

