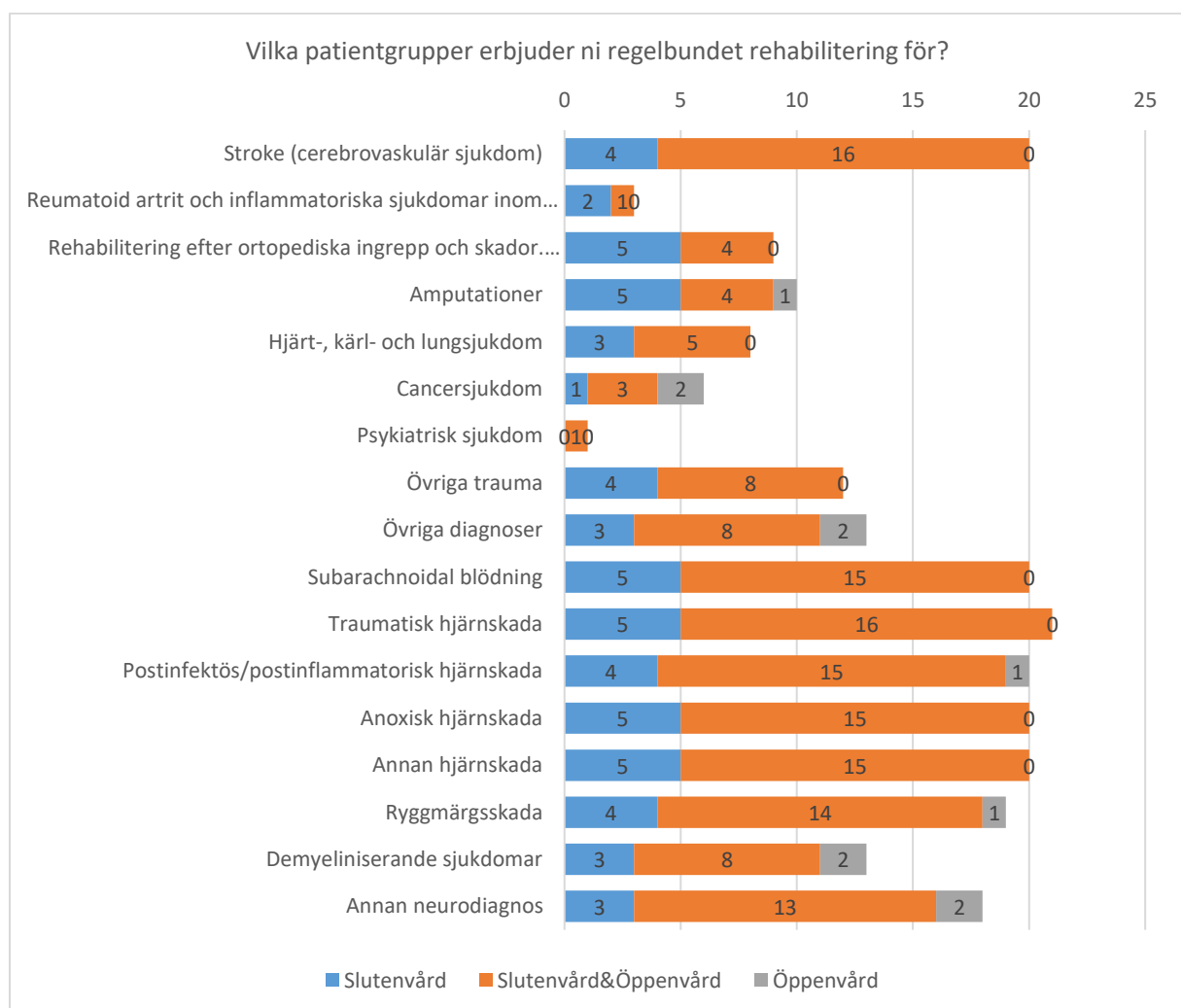


Strukturrapport 2023 SveReh

Under vårvintern 2023 skickades en enkät ut till de rehabiliteringsenheter som ingår i SveReh, för att få information om deltagande enheternas innehåll och organisation. I SveReh finns 26 enheter som är aktiva. 5 regioner saknar enheter som deltar (Region Jämtland, Region Västernorrland, Region Södermanland, Region Kalmar och Region Gotland). I Jämtland finns en rehabiliteringsmedicinsk enhet med sluten och öppenvård. I Region Södermanland finns en enhet som arbetar med rehabilitering i öppenvård med smärtinriktning (och deltar i NRS). Region Kalmar saknar specialiserad rehabilitering. Av dessa 26 enheter har 22 svarat på enkäten. Av de 4 som inte svarat på enkäten bedriver 2 akutvårdsrehabilitering (Sävar och Västerås) och en enhet (Furuhöjden rehabiliteringscenter tillhandahåller såväl akutvårdsrehabilitering som sub-akut) och en enhet enbart planerad rehabilitering (Mälargården).

Diagnoser och platser

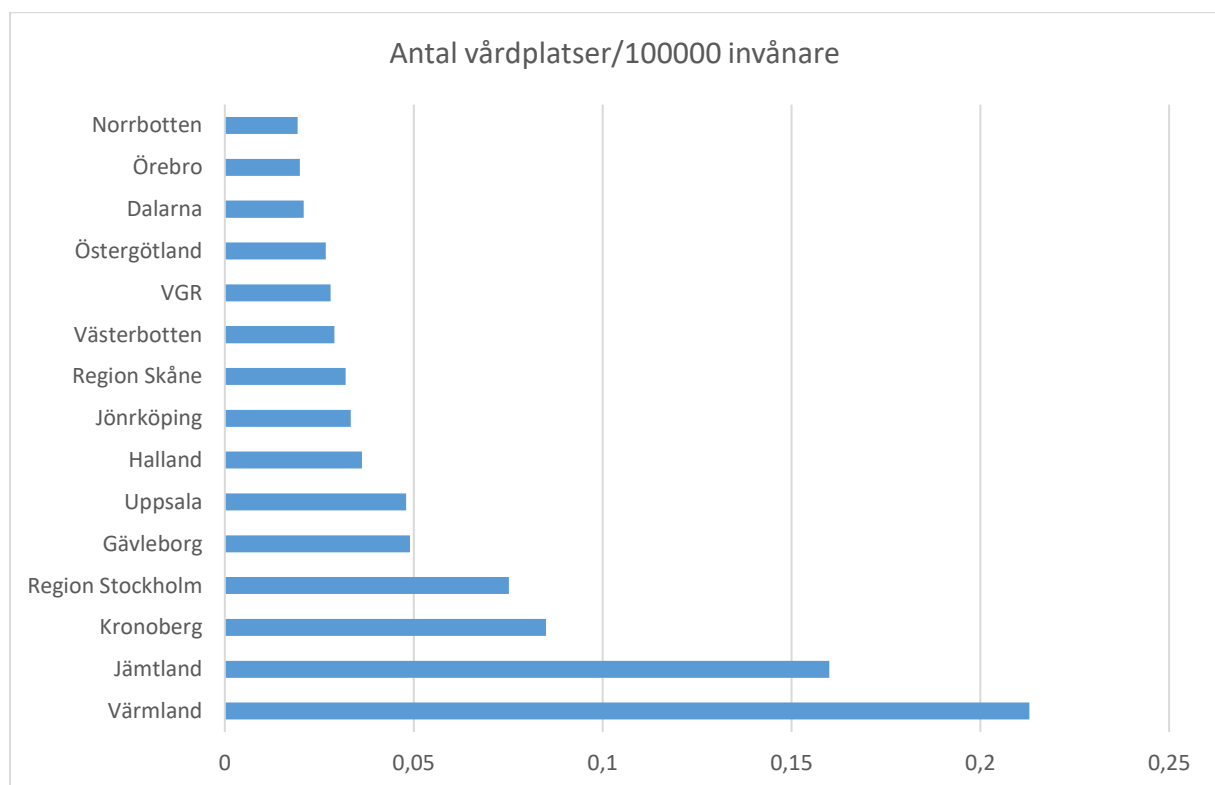
De flesta enheterna erbjuder rehabilitering för förvärvade hjärnskador såväl stroke som traumatiska hjärnskador, anoxiska hjärnskador och andra tillstånd såsom post-infektiösa tillstånd. Även andra neurodiagnoser omhändertogs vid 13 enheter.



Patienter med demyeliniserade sjukdomar rehabiliterades vid åtta enheter inom såväl slutenvård som öppenvård, tre enheter erbjöd endast slutenvård och två endast öppenvård. Cancerrehabilitering erbjöds vid tre enheter. Amputationer vid 5 och annan rehabilitering vid ortopedisk problematik vid fem enheter inom slutenvård och fyra inom öppenvård. Hjärt-kärl och lungsjukdom rehabiliterades endast inom slutenvård på tre enheter medan fem enheter erbjöd såväl slutenvård som öppenvårdsrehabilitering. Några enheter hade platser inom slutenvården avsatta för vissa diagnosgrupper, exempelvis ryggmärgsskada, hjärnskada eller post-operativ vård.

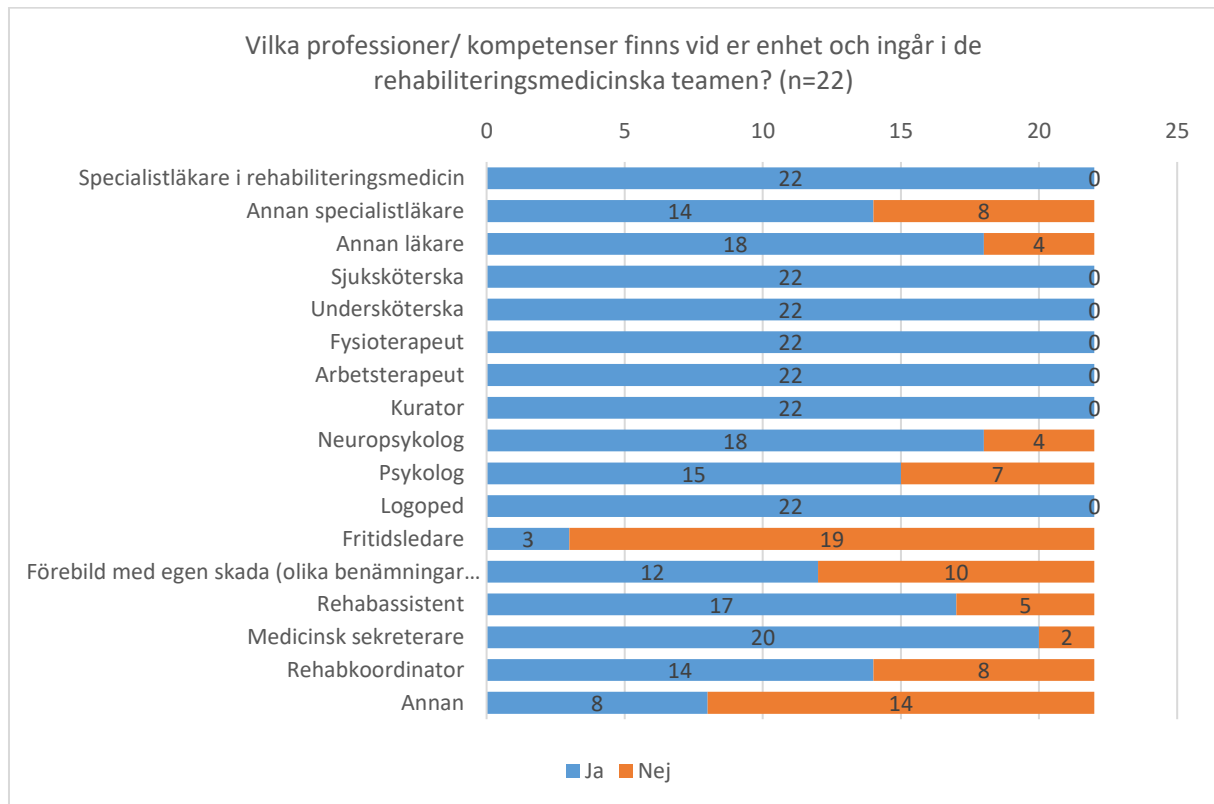
Fjorton enheter hade såväl slutenvårds- som öppenvårdsrehabilitering av ryggmärgsskadade. Endast slutenvårdsrehabilitering för ryggmärgsskadade bedrevs vid fyra enheter. Där hade man avtal med annan enhet inom regionen för uppföljning som sker inom öppenvård. En enhet erbjöd endast öppenvård. Det innebär att NHV struktureringsplan med fyra enheter för primärrehabilitering, som gäller från 1 april 2023 sannolikt kommer att medföra en förändring av slutenvårdspanoramats inom den specialiserade rehabiliteringen.

Antalet slutenvårdsplatser per 100 000 invånare är ojämnt fördelat mellan regionerna utifrån de svar som inkommit på strukturenkäten. Fem regioner saknar idag platser för specialiserad slutenvårdsrehabilitering. Några regioner har enheter för specialiserad rehabilitering som inte använder registret och det är av stor vikt att arbeta för ökad täckningsgrad.



Personal

Rehabiliteringsmedicinsk läkarkompetens fanns vid 22 av 26 enheter vilket visar på att det är en brist på specialister. Alla enheter har rehabiliteringsmedicinsk kompetens i läkargruppen.



Fjorton enheter har läkare med annan specialistkompetens och 18 enheter har läkare som inte är specialister ännu. Vanligast av andra specialiteter är neurologi. Det finns även geriatriker, internmedicinare och psykiatriker samt allmänmedicinare representerat på enheterna. Någon enstaka neurokirurg och anestesilog finns också nämnda. Flera enheter har personer med dubbelkompetens. Omvårdnadspersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter fanns vid 22 enheter liksom logoped. Psykologer saknas vid 7 enheter vilket är ett problem då de är viktiga i omorientering efter sjukdom/skada. Specialiserade neuropsykologer saknas vid 4 enheter och de kan också arbeta med kartläggning av funktion vid förvärvade hjärnskador. Några enheter har dietister i teamet men det är vanligare att dietisterna är externa konsulter. Ett par enheter nämner att team-konstellation varierar mellan olika uppdrag inom enheten. Förebildscoacher nämns också men är sällan anställda på enheten.

Innehåll i rehabiliteringen

Tjugoen enheter erbjuder alla patienter en inledande funktionsbedömning för att fastställa rehabiliteringsbehov och för att få en individualiserad rehabiliteringsplan. Behandlingen innefattar repetitiv och intensiv och uppgiftsspecifik träning som utmanar patienten att skaffa nödvändiga färdigheter för att utföra funktionella uppgifter och aktiviteter. Patienterna får anpassad träning (såsom användning av särskild utrustning) för att förbättra utförandet av specifika funktionella uppgifter. Patienter uppmärksammas på sin ökade risk för fall och utbildas i och erbjuds

försiktighetsåtgärder för att minska risken att falla. Fyra enheter (av 22) har tillgång till robot-teknologi för rehabilitering av patienterna. Annan teknologi (exempelvis datorspel) används ibland vid 14 enheter, ofta vid 2. 5 enheter använde aldrig teknologi.

För innehåll i rehabilitering kan noteras att den ökande evidens som visats med nyttjande av teknik inom rehabilitering vid såväl hjärnskador som ryggmärgsskador inte har vunnit gehör i Sverige. Där skiljer sig Sverige åt från de flesta andra länder i Europa.

Vid såväl hjärnskada som ryggmärgsskada kan spasticitet och kontrakturer förekomma. Alla enheter anger att man försöker förebygga och behandla spasticitet och kontrakturer genom antispastisk positionering, rörelseomfångsövningar och/eller stretching. Alla enheter utom en anger att patienterna erhåller bedömning av smärta, inklusive ihållande central smärta och axelsmärta. När det gäller stroke och andra hjärnskador har patienten ofta en påverkad arm vilket kan leda till påverkan på senor och mjukdelar i axeln. Vid alla enheter anges att såväl sjukvårdspersonal som familjer utbildas i att skydda och stödja den paretiska armen under rörelse och under rullstolsanvändning genom användning av rullstolsbord eller särskilt armstöd.

Kommunikationsstörningar är inte ovanliga efter hjärnskada och alla enheter anger att patienterna erhåller bedömning av kommunikationsförmåga. Alla enheter erbjuder patienter med afasi insatser för att förbättra funktionell kommunikation (som att lära familjer om behovet av pågående samtal, användning av icke-verbala strategier). Patienter med afasi eller annan kommunikationsnedsättning får individualiserad terapi för att förbättra kommunikationsförmågan, av logoped vid alla enheter.

Närstående drabbas också när en patient har insjuknat/skadats och har behov av specialiserad rehabilitering. Strukturerad närståendebildning erbjuds endast på 9 enheter (13 saknar detta). Barnen i familjen påverkas också. Majoriteten av enheterna, 13 st., har särskilda barnombud.

Körlämplighet

En viktig del i rehabilitering är ställningstagande till fortsatt körkortsinnehav. Tretton enheter anger att de har en struktur för bedömning av körlämplighet, 2 på enheten och på samverkande enhet, 5 endast på samverkande enhet och 2 har ingen struktur alls för detta. Anpassning av fordon är också något som kan behövas. Sju enheter har en struktur för bedömning av behov av bilanpassning, en enhet att det finns såväl på enheten som på samverkande enhet, 7 anger att det finns på samverkande enhet och 7 har ingen struktur alls.

Fortsatt utveckling av rehabilitering på enheten

Flera enheter tar upp problemet med omsättning av personal, framförallt omvårdnadspersonal vilket kräver omstart i team och insatser med extra internutbildning. Flera enheter nämner också omställning av vården med en politisk inriktning kring mer omhändertagande i primär- och kommunal vård som något som kommer att inverka på den specialiserade rehabiliteringen.