

Förstudie traumarehabilitering

Sydöstrasjukvårdsområdet

Per Loftås och Annika Bergström

Regional Arbetsgrupp Trauma

Malin Hegen och Magnus Hellström

Regional Arbetsgrupp Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

22-09-19

Bakgrund

De senaste åren har traumavårdskedjan i sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR) medvetet utvecklats mot ett mer formaliserat regionalt samarbete vilket tydliggjorts som ett programområde (RPO) i den regionala kunskapsstyrningen. I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer från Traumavårdsutredningen 2015 har även ett projekt för att tydliggöra Universitetssjukhuset i Linköpings roll som traumacentrum i regionen genomförts. Det har dock i stora delar av traumavården funnits en uppfattning om bristande organisation och begränsad tillgång till rehabilitering av traumapatienter i SÖSR.

Lokalt, regionalt och nationellt har traumaarbetet huvudsakligen bedrivits av intresserade läkare inom kirurgi, ortopedi, anestesi och intensivvård där rehabiliteringen av traumapatienter inte varit prioriterat av vare sig ovanstående specialiteter eller av läkare inom rehabiliteringsmedicin, där fokus ofta legat på andra delar av verksamheten. Samtidigt har slutenvårdsplatserna för rehabilitering stadigt minskat i SÖSR vilket ytterligare försämrat möjligheterna till post-traumatisk rehabilitering. Detta har resulterat i att dessa patienter ofta vårdats länge på akutvårdsavdelningar med mycket begränsad kompetens eller organisation för att bedriva effektiv rehabilitering.

Stort Trauma definierat som ett ISS (Injury Severity Score) > 15 eller att man har aktiverat traumalarm, drabbar företrädesvis unga individer med långt kvarvarande yrkesliv, varför det både ur allmänmänskligt och ekonomiskt perspektiv finns stora vinster med en välfungerande posttraumatisk rehabilitering då mycket av livet återstår.

Samtliga sjukhus inom SÖSR registrerar sina traumapatienter i det nationella kvalitetsregistret SweTrau. Traumapatienten följs med data genom hela vårdkedjan, från den prehospitla vården, inne på sjukhus och fram till utskrivning. En dödsfallsanalys ska genomföras i de fall patienterna avlider inom 30 dagar efter skadetillfället. För att mäta funktionsnivån vid utskrivning från vården används Glasgow Outcome Scale (GOS). Inga patientrelaterade utfallsmått (PROM) används ännu i SweTrau vilket försvårar möjligheten att identifiera vilka ytterligare åtgärder traumapatienten är i behov av. Den Regionala arbetsgruppen trauma (RAG-T) har lyft frågan om bristande rehabilitering av traumapatienter som ett av sina prioriterade mål för att förbättra traumaomhändertagandet i SÖSR. Med anledning av det genomfördes initialt en mindre pilotstudie inom RAG-T, vilken bekräftade uppfattningen om otillräcklig rehabilitering i SÖSR. Frågan lyftes till regionsjukvårdsledningen (RSL) som för att få ett bättre underlag 2020-11-13 beställde en förstudie av traumarehabiliteringen i SÖSR. Förstudien skulle genomföras gemensamt av RAG-Trauma och RAG- Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin med syftet "att analysera nuläge, önskat läge och gapet däremellan för traumarehabilitering i Sydöstra sjukvårdsregionen. "

Definition rehab

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser i syfte att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda villkor för ett så självständigt och aktivt liv och deltagande i samhällslivet som möjligt. (Socialstyrelsens termbank)

Rehabilitering är en process som stödjer personen att få kunskap och insikt om sjukdomen och dess konsekvenser. Processen innebär att man ska mobilisera egna bemästringsstrategier, ska kunna ta ansvar för sin livssituation och bli medveten om sina möjligheter utifrån resurser och begränsningar. Syftet är att nå gamla och nya mål i livet.

Detta innebär att rehabiliteringens mål är att tillsammans med varje individ försöka förstå vilka individuella förutsättningar som finns. Det kräver att varje individ ses som en unik person med just individuella förutsättningar, flexibel planering och mångfald i insatserna. Det är också viktigt att varje individ upplever kontinuitet när det gäller personer och metod, struktur och information. Det är därför viktigt att olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra. Det kräver gränsöverskridande samverkan mellan huvudmän, organisationer, vårdnivåer, medicinska discipliner, professioner etc.

Rehabilitering är inte något som görs för individen utan ett stöd som ges till individen för att denna, utifrån sina förutsättningar, ska kunna nå sina mål.

För att överblicka rehabprocessen så har följande bild tagits fram:



Avgränsningar

Förstudien har haft som syfte att beskriva ett nuläge avseende rehabilitering efter trauma i SÖSR. Syftet har inte varit att jämföra eller beskriva skillnader mellan de ingående, regionerna eller ingående sjukhus. Syftet har inte heller varit analysera den rehabilitering som bedrivs i kommunal regi.

Metod

Förstudien har gjorts som en retrospektiv studie av ett urval av de patienter som efter trauma fått svårast påverkan på posttraumatisk funktion. Urvalet har varit patienter under som under 2019 varit utsatta för stort trauma och skrivits ut med ett Global Outcome Score (GOS) mellan 2–4. De med allra minst påverkan, GOS 1, och de som avlidit av sina skador, GOS 5 har exkluderats.

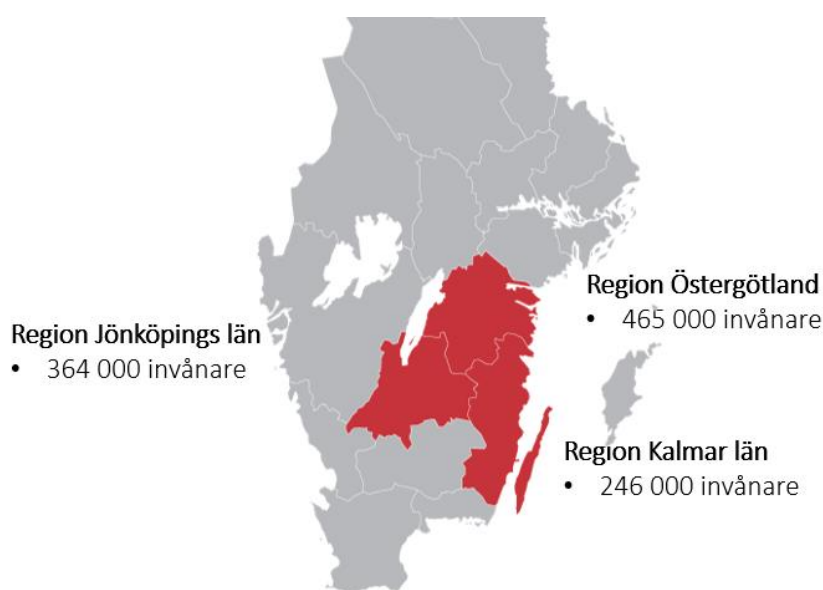
Dessförinnan har organisation och resurser i regionen jämförts mot övriga Sverige vad gäller antalet vårdplatser från tidigare studier.

Patienterna har identifierats via det nationella traumaregistret SWETRAU av de lokala traumakommittéerna på respektive sjukhus. Därefter har det i respektive region skett en journalgranskning för att bedöma den rehabilitering som har gjorts, eller om den inte genomförts, genom ett antal standardiserade frågor:

- Fanns en rehabremiss?
- Var rehabbedömning gjord
- Fanns det en rehabiliteringsplan?
- Bedöms planen som adekvat?
- Har planen följts?
- Har rehabiliteringen erbjudits inom rimlig tid?
- På vilken nivå har rehabiliteringen erbjudits

Efter detta genomfördes ett jämningsarbete mellan regionerna för att få samsyn på definitioner och diagnoser. Resultatet har sedan sammanställts till deskriptiv statistik som tolkats och sammanfattats av styrgruppen gemensamt.

Organisation och nuläge



Rehabilitering är olika organiserat i de tre regionerna inom SÖSR. Rehabiliteringsresurser i form av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, logoped kan finnas i varierande grad på akutavdelningar som initialt gör en rehabbedömning och aktuella rehabinsatser i den akuta fasen.

Tillgång till rehabilitering på en rehabavdelning skiljer sig också åt.

I Region Östergötland finns idag 12 rehabiliteringsmedicinska vårdplatser med högspecialiserad vårdnivå, varav 1–2 RIMA platser (Rehabiliteringsintermediärvårdavdelning) för de svårast skadade med behov av övervakning. Platserna är till för patienter med ryggmärgsskador och hjärnskador. Det finns även 6 rehabplatser i Finspång. Det finns således inga dedikerade rehabslutenvårdsplatser för de knappt 80% utan neurotrauma vid regionens traumacenter vilket är en brist i traumavårdskedjan.

Vid en jämförelse från 2020 framkommer att det i SÖSR fanns 22 rehabiliteringsmedicinska slutenvårdsplatser/miljon invånare i jämförelse med riksnittet på 48 platser. Stockholm hade flest med 74 slutenvårdsplatser och SÖSR hade lägst andel. Vissa svårigheter finns med jämförelse då en del regioner har geriatrisk rehabilitering och rehabiliteringsmedicin på samma vårdavdelning. Idag

har antalet platser i Sydöstra sjukvårdsregionen ökat till totalt 30, bland annat pga tillkomst av Finspångsplatserna.

I Region Jönköping finns 12 rehabiliteringsmedicinska vårdplatser med specialiserad vårdnivå. Målgrupperna för platserna är ryggmärgsskador och hjärnskador, men även andra patientgrupper exempelvis andra neurologiska skador/sjukdomar, amputerade, funktionella tillstånd och multitrauma.

I Region Kalmar saknas rehabiliteringsmedicinska vårdplatser sedan hösten 2018. Orsak till att vårdplatser idag saknas är att rehabiliteringsmedicinska enheten i Region Kalmar län under många år haft svårt att upprätthålla slutenvård som är säker och med adekvat kompetens. Försök att upprätthålla enheten gjordes under flera år, men slutligen lades platserna ner. Sedan 2019 finns möjlighet att ta emot ett mindre antal patienter från Region Kalmar i RÖ och RJL. Det finns dock svårigheter med detta upplägg, då närheten till exempelvis den egna regionens andra specialiteter såsom ortopedi är av stor vikt. Även närheten till primärvård och kommunrehab är viktigt ur patientperspektiv. Rehabiliteringen av patienter med stort trauma sker idag under slutenvårdsfasen på akutvårdsavdelning (oftast kirurgavdelning eller ortopedavdelning). Då dessa avdelningar har primärt uppdrag att bedriva akut slutenvård skrivs ofta patienter ut från dessa avdelningar innan rehabbehovet i slutenvården är uppnått. Därför sker stor del av denna rehab i kommunal rehab eller distriktsrehab.

Rehabilitering efter utskrivning från sjukhus kan ske på vårdcentral, inom kommunen, inom öppenvård på rehabiliteringsmedicinsk enhet eller inom poliklinisk specialiserad öppenvård. Även här finns organisatoriska skillnader mellan regionerna. Den kanske viktigaste delen av rehabiliteringen är den egenvård som görs av patienten själv eller med stöd av närstående eller annan person.

Sammanfattande resultat

Totalt 277 patienter inkluderades i studien med en förväntad övervikt av yngre manliga patienter (66% män, och 42% av alla patienter var under 50 år). Fördelningen mellan regionerna var inte som förväntat med en procentuellt sett lägre andel patienter från Region Östergötland (30%) mot förväntat drygt 40%. Detta huvudsakligen beroende på ett oförklarat lågt antal patienter från Vrinnevisjukhuset under 2019.

Multipla frakturer stod för ca 60% av skadorna och hjärnskador för knappt 25%.

Ryggmärgsskadorna stod för 2,5%. Siffrorna är ungefärliga då många patienter har flera olika skador. Bostadsorten låg hos 86% av patienterna inom 40 km avstånd från närmsta sjukhus.

Hos 67% av dessa patienter fanns en remiss för rehabilitering, vilket får betecknas som lågt med tanke på patienternas funktionsnivå vid utskrivning. Det är dock svårt att värdera siffran fullt ut då remiss inte alltid skrivs pga. att kontaktvägar kan se olika ut och att en del kliniker har egen rehabiliteringspersonal. Utifrån resultatet ses ett behov av att systematiskt skriva remisser för att få en tydlig bild av behov av rehabilitering och kunna följa rehabiliteringsprocessen. Av de 67% som remitterades så accepterades 67% av remisserna. Att de inte accepterades kan ha många orsaker, tex att man inte bedömer att det finns behov, eller att patienten har fått sina rehabiliteringsbehov hanterade av annan instans. Det kan också vara resursbrist bakom en avvisning. Sammantaget blev knappt 45% av patienterna accepterade för rehabilitering av sitt tillstånd vilket torde vara en alldeles för låg andel.

23% av de accepterade patienterna hade en skriftlig rehabiliteringsplan, vilken skapar en tydlig planering för aktuella mål, åtgärder och tydliggör vem som ansvarar för åtgärderna. Det fanns också regionala skillnader i hur mycket denna plan användes. De gånger det fanns en plan bedömdes den som adekvat och följdes i princip alltid vilket indikerat att rehabiliteringsplan är ett bra och viktigt verktyg för patientens rehabilitering varför också användningen borde vara betydligt högre än 23%.

Huvuddelen av den rehabilitering som erbjudits har varit kommunal eller via distrikt-/närsjukvård.

Vid rehabiliteringen har 14% skett på rehabiliteringsmedicinsk klinik, vilket kan tyckas vara en låg andel med tanke på patienternas skadepanorama.

En slutsats av journalgranskningen är även att det är svårt att följa patienternas rehabiliteringsprocess via dokumentationen. Kommunerna dokumenterar i annat journalsystem, vilket gör att det inte går att följa vilka insatser som varit aktuella där. Vid denna journalgranskning har det förutsatts att adekvata åtgärder för rehabiliteringen genomförts när remiss skickats till kommunal rehabpersonal. Bifynd som hittades var även att remiss inte alltid skrevs till vårdcentral utan att patienten själv ombads kontakta rehabiliteringspersonal. Utifrån granskningen uppmärksammades att patienter inte alltid sökte kontakt vilket i förlängningen medförde att problem uppstod. Eftersom det under den observerade tiden inte fanns en definierad arbetsmetod som innebar ett standardiserat sätt att dokumentera bedömning, planering och uppföljning så är det svårt att på gruppnivå säkert uttala sig om kvalité och resursbrist.

GAP-analys och önskat läge

Resultatet visar att delar av processen är så pass otydlig att det är svårt att utvärdera den. Kriterier för remiss för rehabilitering saknas. Det är i dag otydligt vilken bedömning som gjorts och resultatet av denna. Det finns tydliga brister i identifiering av rehabpatienter.

Organisationen stödjer i dag inte patientens behov och det finns en otydlighet avseende rehabiliteringens organisation vilket medför att patienter riskerar att falla mellan stolarna. Vi uppfattar dock att den rehabilitering som genomförs är bra och adekvat med god kompetens och att den bedömning och rehabiliteringsplan som används borde utnyttjas i högre grad.

För att säkerställa rehabilitering för de patienter som behöver vara kvar på sjukhus av medicinska skäl krävs en fungerande slutenvårdsrehabilitering på samtliga sjukhus och en tydlig vårdkedja. Det är av stor vikt att det finns tillräckligt med tillgängliga RIMA-platser, då nuvarande bristande tillgänglighet innebär en lång väntan för de svårast sjuka patienterna.

Önskat läge:

Utredningen har visat på att Sydöstra regionen finns ett lägre antal rehabmedicinska slutenvårdsplatser jämfört med motsvarande sjukvårdsregioner eller landet som helhet, även om en stor del av rehabiliteringen sker i öppenvård eller kommunal regi kommer de allra svårast skadade ha ett stort behov av tidig rehabilitering inom slutenvården. Slutenvårdsplatserna är också ojämnt fördelade då region Kalmar helt saknar slutenvårdsplatser och det i Region Östergötland nästan uteslutande finns neurorehabilitering inom slutenvården.

Utredningens bedömning är att det borde vara fler av de skadade som remitteras för rehabilitering samtidigt som fler av de remitterade borde accepteras för rehabilitering. Det är dock svårt att följa vårdflöden och orsaker till utebliven remittering eller rehabilitering pga bristande dokumentation och svårigheter att följa patientens väg genom rehabiliteringskedjan ut till kommunerna.

Man skulle från utredningen önska en högra andel slutenvårdsplatser och en tydlig plan för hur rehabiliteringen skall fördelas och styras mellan regionerna så det finns en tydlig vårdprocess som är känd för patienter och remitterter.

Rehabkompetensen behöver också tidigt komma in och upprätta en rehabplan i traumaprocessen, förslagsvis via de lokala traumakommittéerna. I Norge finns ett krav att alla patienter utsatta för stort trauma skall bedömas av reahläkare inom 72h vilket borde vara rimligt även i Sverige.

Målsättningen bör vara att minska variationerna och skapa en mer jämlik vård och rehabilitering för invånare som drabbats av trauma i hela SÖSR.

Dessa förslag till förändringar borde kunna diskuteras och bearbetas vidare av företrädare för rehabilitering och trauma i SÖSR:

-Ett ökat antal rehabplatser i regionen och en definierad och känd process för traumapatienten som är likvärdig mellan regionerna. Detta inkluderar även tillgång till RIMA-platser.

- Ett bättre samarbete och en tydlig koppling mot traumaprocessen lokalt och regionalt exempelvis genom gemensam tidig MDK.

-Diskussion och rekommendationer för fortsatt process, organisation och åtgärder och överenskommen process med tidig rehabbedömning och rehabplan.