

Underlag för vårdval

**Primärvårdsrehabilitering och
sjukgymnastik**

Februari 2011

Arbetsgrupp

Gunilla Benner-Forsberg
Nooreen Butt
Britt Fälth
Britta Larsmark
Marie Levin
Anne-Marie Norén
Gunnel Wikström

Styrgrupp

Lena Blom
Bengt Haglund
Birgitta Hjelte
Gunilla Malmefeldt

SAMMANFATTNING

Syfte

Syftet är att vara ett underlag för budgetuppdraget vårdval för primärvårdsrehabilitering och sjukgymnastik.

Bakgrund

Öppenvårdsrehabilitering finns i närsjukvården inom primärvården som primärvårdsrehabilitering (PV-rehab), stroketeam och enskilda sjukgymnaster verksamma enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik 1993:1652 (LOS) samt en mindre del inom geriatrisk öppenvårdsrehabilitering. Inom akutsjukvårdens öppenvård finns också viss form av öppenvårdrehabilitering. Inom specialiserad och profilerad rehabilitering finns öppenvårdsrehabilitering, där vårdval infördes 2010 för planerad sådan inom neurologi och lymfödembehandling.

Kartläggning

PV-rehab bedrivs i dag av 37 olika vårdgivare vid ett sextiototal enheter i landstingsegen- och privat regi. Uppdragets innehåll och ersättningsmodell är enhetlig för majoriteten av verksamheterna, men omfattningen av uppdraget, organisationsstrukturen och driftsformen ser olika ut i länet. *Stroke-team* utförs av elva vårdgivare i tjugo team geografiskt jämnt fördelade i länet. Det finns för närvarande 715 *enskilda sjukgymnaster* verksamma enligt LOS, varav 256 har avtal med SLL.

För 2010 var kostnaden för primärvårdsrehabilitering 355 Mkr och kostnaden för stroketeam utgjorde 45 Mkr. För enskilda sjukgymnaster var kostnaden 547 Mkr år 2010.

I primärvårdsrehabilitering inklusive stroketeam utfördes 2010 totalt 837 000 besök och i enskild sjukgymnastik 1 222 000 besök.

HSN-förvaltningen har genomfört vårdvalstest enligt av nämnden tidigare beslutade parametrar; patientperspektiv, vårdgivarperspektiv och förvaltningsperspektiv. Sammanfattningsvis visade testet att det finns förutsättningar för att införa vårdval för primärvårdsrehabilitering inklusive Stroketeam och enskild sjukgymnastik

Genomförande

Registerdata har hämtats ur olika databaser. Referensgrupper bestående av vårdgivare har deltagit i diskussioner om vårdval. Arbetsgruppen har genomfört vårdvalstest enligt de av HSN tidigare beslutade parametrarna. Sammanfattningsvis visade testet att det finns förutsättningar för att införa vårdval för PV-rehab inklusive stroteam och enskild sjukgymnastik enligt följande förslag, som ska ses som utgångspunkter för en kommande regelbok.

PV-rehab

Inriktningen föreslås huvudsakligen vara nuvarande sammansatta uppdrag. Obligatoriska professioner för uppdraget föreslås vara legitimerad sjukgymnast, legitimerad arbetsterapeut och legitimerad dietist. Under vissa förutsättningar kan ytterligare professioner ingå. I förslaget består vårdtjänsterna av hemrehabilitering/hembesök och mottagningsverksamhet. Auktorisationsstorlek föreslås med en minsta angiven bemanning och en tydlig fördelning av andelarna arbetsterapi och dietik. Produktionen av hemrehabiliteringsbesök skall säkerställas och en tidsplan föreslås finnas för att införa en viss andel specialistutbildade medarbetare. Auktorisation föreslås, med anledning av hemrehabiliteringsuppdraget, för visst geografiskt område baserat på kommun-/stadsdelsnivå.

Enskild sjukgymnastik

Vårdtjänsten föreslås vara mottagningsverksamhet och hembesök. Uppdraget omfattar ett antal särskilt angivna inriktningar för patienter som oftast inte behöver ett sammansatt omhändertagande. Kompetenskraven föreslås vara de av yrkesförbundet formaliserade kraven för respektive inriktning.

Sammanfattningsvis medför ett vårdval för primärvårdsrehabilitering en ökad tydlighet i uppdraget för befolkning och vårdgrannar, särskilt för uppdragen slutenvårdskedjan och hemrehabilitering samt medför sannolikt en ökad tillgänglighet för befolkningen. Vårdval för enskild sjukgymnastik ska ses som ett komplement till primärvårdsrehabilitering för patienter med behov av mer specialiserade enskilda rehabiliteringsinsatser. Med en formaliserad och hög kompetens blir enskild sjukgymnastik ett tydligare primärval med en högre kvalitet för patienten jämfört med idag.

Kostnadsbedömning

En bedömd kostnadsökning är för vårdval primärvårdsrehabilitering enligt förslaget 52 Mkr och för enskild sjukgymnastik 68 Mkr de första åren efter vårdvalets införande. Kostnadsökningen bedöms inte ske direkt efter införandet, eftersom det krävs en viss uppstartstid för vårdgivarna. Denna kostnadsökning skall sättas i relation till förändringen av LOS som innebär möjlighet till överlåtelse av etableringar under den tid som LOS kvarstår.

Beslutet om vårdval för PV-rehab och enskild sjukgymnastik innebär att avväga enhetliga, tydligare och därmed jämförbara uppdrag med successivt ökande kvalitet mot merkostnaden. Vårdval genom auktorisation för de båda uppdragen borde öka möjligheterna för patientgrupper som har långvarig smärta, psykisk ohälsa och äldre patienter, att kunna omhändertas på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Bedömningarna av kostnadsökningar är dock komplicerade såväl för ett införande som för ett icke-införande, då yttre faktorer som förestående lagförändringar av LOS kan påverka utfallet. Konsekvenserna av såväl alternativet att inte införa vårdval som alternativet att införa vårdval medför sannolikt väsentliga kostnadsökningar som inte ligger inom HSN-förvaltningens budgetram.

Utredningens förslag

- Vårdval för primärvårdsrehabilitering införs enligt föreslagen modell 2012-05-01
- Vårdval för enskild sjukgymnastik införs enligt föreslagen modell 2012-05-01

INLEDNING.....	2
Närsjukvård.....	2
Övrig närsjukvård.....	3
Sjukhusvård.....	3
Specialiserad och profilerad rehabilitering vid särskilda enheter.....	3
Kommunens/stadens ansvar för rehabilitering.....	4
UPPDRAG.....	4
Syfte.....	4
BAKGRUND.....	4
Styrdokument.....	5
Vårdval inom Stockholms län.....	7
Vårdval i några andra landsting.....	7
GENOMFÖRANDE.....	9
KARTLÄGGNING.....	10
Vårdutbud.....	10
Arbetskraftsutbud.....	12
Värddata.....	13
Kostnader.....	14
VÅRDVALSTEST.....	14
Patientperspektivet.....	14
Vårdgivarperspektivet.....	15
Förvaltningens perspektiv.....	17
Sammanfattning vårdvalstest.....	18
FÖRSLAG PÅ VÅRDVALSMODELLER.....	20
Auktorisation Enskild sjukgymnastik.....	21
Auktorisation enskild sjukgymnastik.....	22
DISKUSSION.....	24
FÖRSLAG.....	26
REFERENSER.....	27

INLEDNING

Enligt Socialstyrelsen innebär rehabilitering insatser som bidrar till att en person med förvärvad funktionsnedsättning återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv. Rehabilitering står för tidiga samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Rehabilitering finns i SLL såväl inom slutenvård som inom öppenvård. Rehabilitering i slutenvård är en mer profilerad och initierande form av rehabilitering. Detta underlag om vårdval omfattar enbart öppenvårdsrehabilitering

I dag finns öppenvårdsrehabilitering på olika vårdnivåer och i olika former.

Närsjukvård

Primärvård

Primärvårdsrehabilitering

SLL definierar i uppdragsbeskrivning beslutad av HSN från 2007 primärvårdsrehabilitering (Pv-rehab) som första linjens rehabilitering, vilket innebär att befolkningen ges möjlighet att vända sig hit i första hand. Rehabiliteringsinsatserna kan ske sammansatt av flera professioner såsom arbetsterapeut, dietist och sjukgymnast, dock minst av arbetsterapi och sjukgymnastik. Patienterna kommer på eget initiativ, från husläkarmottagningarna, från akut- och geriatrisk slutenvård eller från andra rehab-enheter oftast med hänvisning och en mindre del med skriftlig remiss.

Målgruppen för Pv-rehab är patienter som bor i ordinärt boende och i särskilda boendeformer som omfattas av lag 1993:1652 om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Prioriterade insatser i uppdraget är att tillse behovet av hemrehabilitering för patienter som vårdats vid akutsjukhus, geriatrisk klinik eller specialiserad och profilerad slutenvårdsrehabilitering. Vårdgivaren skall medverka till en effektiv slutenvårdskedja genom att möjliggöra tidig utskrivning från slutenvården samt förebygga inläggning/återinläggning. Man skall även initiera multimodal rehabilitering vid behov. Vårdgivaren skall i området där man verkar ha god kännedom om närområde och vårdgrannar.

Stroketeam utgör en del av utbudet inom Pv-rehab som en länk i vårdkedjan för ny- och återinsjuknade strokepatienter som skrivs ut till eget boende. Ett stroketeam utgörs av arbetsterapeut, kurator, logoped och sjukgymnast. Patienterna hänvisas huvudsakligen från akutsjukhusens stroke-enheter, men kommer också via husläkare eller andra vårdgivare.

Enskilda sjukgymnastikmottagningar

I SLL finns ett större antal enskilda sjukgymnaster som verkar enligt lag 1993:1652 om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Dessa vårdgivare utgör ett primärvårdsalternativ sedan remisskravet upphörde och utför oftast enskilda sk unimodala rehabiliteringsinsatser inom olika inriktningar och i bland i samarbete med andra rehabiliteringsaktörer. Patienterna kommer oftast på eget initiativ, men hänvisas också från Pv-rehab och andra vårdgivare.

Kiropraktik

Efter upphandling har landstinget från och med 2009 avtal med sju kiropraktikverksamheter. Uppdraget omfattar kiropraktikinsatser till patienter boende i Stockholms län med besvär från rygg och nacke. Utöver sedvanlig medicinsk prioritering ska verksamheterna prioritera patienter som remitterats eller hänvisats från annan legitimerad vårdgivare; såsom t ex specialistläkare, sjukgymnast m fl. Patienterna hänvisas framför allt från läkare och sjukgymnaster men många patienter söker även på eget initiativ.

Övrig närsjukvård

Geriatrisk

Rehabiliteringsinsatser utförs i olika grad av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister på de geriatriska klinikerna för de patienter som varit inskrivna i geriatrisk slutenvård. De geriatriska klinikerna kan inom sitt basuppdrag tillhandahålla rehabilitering i öppenvård i direkt anslutning till utskrivning från geriatrisk slutenvård, till patienter som inte är kända inom Pv-rehab och som bedöms vara i behov av enskilda insatser.

Sjukhusvård

Akutsjukvårdens mottagningsverksamhet

Vid akutsjukhusen, inom ramen för deras ordinarie avtal, bedrivs arbetsterapi-, sjukgymnastik-, dietist- och kuratorsverksamhet i planerad öppenvård huvudsakligen i anslutning till ett slutenvårdstillfälle. Behandlingsinsatserna ska rikta sig till patienter, såväl individuellt som i grupp, och utgör en form av initierande rehabilitering till dem med behov av särskild kompetens som i princip ej kan tillgodoses inom närsjukvården.

Specialiserad och profilerad rehabilitering vid särskilda enheter.

Den specialiserade rehabiliteringen vid särskilda enheter bedrivs dels som akut rehabilitering, dvs. rehabilitering i direkt anslutning till ett slutenvårdstillfälle på akutsjukhus, och som planerad rehabilitering dvs. en rehabiliteringsperiod som be-

viljas av HSN-f efter läkarremiss, för patienter som bor hemma. Avtalen för akut rehabilitering är upphandlade. För den planerade rehabiliteringen inom onkologi, neurologi och lymfödemterapi gäller auktorisation och vårdval. Utmärkande för specialiserad rehabilitering är att den sker med särskild kompetens och i multimodalt teamarbete.

Synrehabilitering

Uppdraget för synrehabilitering har Stockholm Syncentral, SLSO. Stockholm Syncentral är en länsövergripande specialistverksamhet för habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel för personer med synnedbrettning och blindhet. Verksamheten bemannas av flera olika professioner såsom psykolog, kurator, sjukgymnast, synpedagog, optiker, specialpedagog, datapedagog, instruktör/utbildare, it-tekniker och medicinsk sekreterare.

Kommunens/stadens ansvar för rehabilitering

Kommunen/staden ansvarar för de basala omvårdnadsinsatserna i hemmet, det vill säga insatser i form av hemtjänst (för omsorgsservice och vårdbehov) samt hälso- och sjukvårdsinsatser på vård- och omsorgsboenden s. k särskilda boenden, dock ej för uppgifter som läkare utför. I dessa hälso- och sjukvårdsinsatser i de särskilda boenden ingår även rehabiliteringsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982: 763 § 18).

UPPDRAG

HSN-förvaltningen redovisade i september 2008 ett översynsarbete gällande öppenvårdsrehabilitering i länet. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i ärendet att uppdra till förvaltningen att återkomma med utredning om vårdval inom öppenvårdsrehabilitering. Utredningen gjordes 2009 och omarbetades 2010/2011 utifrån budgetuppdrag 2011 till detta underlag.

Syfte

Syftet är att vara ett underlag för budgetuppdraget vårdval för primärvårdsrehabilitering och enskild sjukgymnastik.

BAKGRUND

I flera tidigare utredningar (1, 2) pekas det på att rehabiliteringsresurserna är mycket ojämnt fördelade i länet, framför allt när det gäller utbudet av enskilda sjukgymnaster. En hög konsumtion av sjukgymnastik kan ej relateras till ohälsa i de olika områdena. Den höga konsumtionen kan delvis förklaras av ett större utbud av enskilda sjukgymnaster verksamma enligt LOS i vissa områden.

I översynen av öppenvårdsrehabilitering (1) formulerades dessutom några slutsatser som är väsentliga för detta underlag. I uppdraget för Pv-rehab är det multipro-

fessionella teamet och hemrehabilitering viktiga beståndsdelar som särskilt bör beaktas. Pv-rehab bör inte bestå av för små enheter för att kunna främja utbudet av multiprofessionella team, tillgänglighet och kompetens. En viss omfördelning av resurser av Pv-rehab mellan yrkesgrupperna till förmån för arbetsterapeuter och dietister bör även ske.

I övrigt kan generellt sägas att det minskade antalet slutenvårdplatser har resulterat i kortare vårdtider och ett ökat antal vårdtillfällen inom slutenvården. Därigenom har ett ökat behov av Pv-rehab och enskild sjukgymnastik uppstått. Såväl antal mottagningsbesök som hemrehabilitering har ökat markant de senaste åren så att efterfrågan överstiger vårdutbudet.

Vidare har vårdgivare påtalat en ökning av patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och psykosomatiska besvär vilket kräver en utökad personalkompetens av beteendevetenskaplig karaktär.

Utbudet av Pv-rehab är också beroende av omgivande vårdstrukturer och hur dessa förändras. Därför bör uppföljningen av vårdkedjorna mellan Pv-rehab och den geriatriska, den sjukhusanslutna samt den specialiserade och profilerade rehabiliteringen utvecklas.

Styrdokument

Olika styrdokument påverkar villkoren för öppenvårdsrehabilitering. Några av dessa redovisas nedan.

Lag 2008:962 om valfrihetssystem och lag 2007:1091 om offentlig upphandling

Lag 2008:962 om valfrihetssystem (LOV) ger kommuner och landsting möjlighet att från och med den 1 januari 2009 inrätta valfrihetssystem inom vård- och omsorgsområdet som ett alternativ till lag 2007:1091 om offentlig upphandling (LOU). Avtal kan därmed enligt lagen slutas med leverantörer genom ett auktorisationsförfarande utan föregående upphandling. Alla leverantörer som har ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller de fastställda kraven godkänns varvid avtal tecknas.

Den 1 januari 2010 infördes lagförändringen att landstingen blir skyldiga att införa vårdvalsystemet i primärvården. Grunden i vårdvalsystemet är att ersättningen följer den enskildes val av utförare. Det är upp till varje landsting att besluta om vårdvalets och ersättningens utformning. En enhetlig definition av vad som betecknas som primärvård finns inte mellan landstingen. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall primärvården svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. I nuläget kan varje landsting definiera begreppet primärvård, men diskussioner om enhetligt synsätt pågår. Vissa vårduppdrag i primärvård kan dock bedömas som inte lämpliga för vårdval och

Avdelning närsjukvård
Rehabilitering habilitering hjälpmedel

UNDERLAG FÖR VÅRDVAL PRIMÄR-
VÅRDSREHABILITERING OCH SJUK-
GYMNASTIK
2011-01-20

HSN 0903-0198

omfattas då inte av LOV. Sådana vårduppdrag är istället föremål för upphandling enligt LOU.

Den 15 juli 2010 infördes förändringar i LOU. Dessa innebär bland annat att sanktionsmöjligheterna skärps. Domstolen kan ogiltigförklara ett avtal som ingåtts genom en otillåten direktupphandling.

Lag 1993:1652 om ersättning för sjukgymnastik

Enskild sjukgymnastik regleras av LOS. Från och med 1995 krävs att sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Samverkansavtalet innebär att en enskild sjukgymnast kommer överens med landstinget om att bedriva verksamhet enligt LOS. Ersättningen utgår i enlighet med en av regeringen beslutad nationell taxa, vilken regleras i förordning 1994:1120 om ersättning för sjukgymnastik (FOS).

Förändringar i LOS trädde i kraft den 1 april 2009, vilka bland annat medför att en sjukgymnast har möjlighet att överlåta sin så kallade etablering enligt LOS till en annan sjukgymnast, som då erhåller en ersättningsetablering. Landstinget skall då ingå nytt samverkansavtal med den sökande som erbjudit det högsta priset samt uppfyller vissa andra krav enligt LOS. Bland annat får köparen inte ha rätt till offentlig ersättning inom ramen för valfrihetssystem enligt LOV.

Förändringarna innebär även att vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal (vid sidan av ersättningsetablering) ska landstinget tillämpa LOU eller LOV. Ett landstings beslut att ingå samverkansavtal eller avskryva ärendet utan att ingå något avtal kan överprövas på samma sätt som vid en upphandling enligt LOU.

Patientens rätt i vården (S 2007:07)

Den statliga utredningen (3) har till syfte att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår, bland annat, att beskriva de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienterna och hur det regleras i nuvarande lagstiftning. Vidare ska utredningen belysa hur patienternas möjligheter att fritt välja efterlevs och lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet.

Delbetänkande Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)

Den 2 november 2009 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande. Förslaget innebär ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Systemet, som bygger på en ny lag om vårdgivaretablering (LOVE), ska vara ett alternativ till befintliga offentliga upphandlingsformer. Basen utgörs av ett samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. Syftet är att stimulera till ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Systemet ska ge bättre förutsättningar för ökad integration av driftsformer i ett sammanhållet hälso- och

sjukvårdssystem. Etableringsplattformen gäller initialt de områden som i dag verkar inom ramen för ersättningslagarna LOS och LOL (lag 1993:1651 om läkarvårdsersättning), vilka, via övergångsregler, föreslås upphöra när det nya systemet införs. För närvarande är det oklart när beslut om förslaget tas.

Vårdval inom Stockholms län

Närsjukvård

I Stockholms län har vårdval införts inom primärvården för flera vårdområden. Vårdval gäller idag för husläkarverksamhet, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, fotsjukvård, läkarinsatser i särskilda boende för äldre samt för logopedier.

Logopedier är hittills den enda verksamheten inom öppenvårdsrehabilitering där vårdval införts. I ansökan för logopedauktorisering anger sökanden för vilken målgrupp vårdgivaren har kompetens och avser att arbeta med. Målgrupperna är fem till antalet. För logopedier finns idag ingen formaliserad specialistkompetens. Vårdgivaren anger omfattning av verksamheten i antal heltidstjänster och möjlighet finns att ändra omfattning av verksamheten under avtalstiden. Ett ersättningstak om 816 tkr finns för varje heltidstjänstgörande logoped. Remiss krävs för behandling av auktoriserad logoped.

Erfarenheter efter tre år av auktorisering för logopedier visar att antalet auktoriserade mottagningar har fördubblats till närmare 100 mottagningar under perioden, motsvarande 185 heltidstjänster mot tidigare 96 st. Väntetiderna har minskat till mellan en till tre veckor för samtliga målgrupper, från tidigare upp till ett år för vissa målgrupper. För närvarande pågår en översyn av uppdrag och ersättningsmodellen för logopedi i syfte att förtydliga uppföljning, kvalitetskraven och gränsdragning mot andra verksamheter/huvudmän t ex kommunerna vad det gäller dyslexi. Då det inte finns något formellt kompetenskrav för behandling av olika målgrupper finns en osäkerhet från förvaltningen hur den teoretiska och praktiska kompetensnivån ska kunna säkras.

Specialiserad och profilerad rehabilitering vid särskilda enheter

Vårdval infördes för planerad specialiserad rehabilitering från och med den 1 januari 2010. Planerad rehabilitering bedrivs i slutenvård för patienter med neurologisk skada/sjukdom, onkologisk sjukdom och lymfödem samt i öppen vård (dagvård) för patienter med neurologisk skada/sjukdom och lymfödem.

Vårdval i några andra landsting

I flera landsting infördes under 2009/2010 vårdval i primärvård i olika former, där rehabilitering hanteras på olika sätt. Det är idag således för tidigt att dra några slutsatser från dessa modeller. Förutom att andra landsting skiljer sig från SLL

demografiskt, skiljer sig SLL: s vårdvalsuppdrag för öppenvårdsrehabilitering från flera andra landstings modeller.

Västra Götalandsregionen

I Västra Götaland infördes valfrihetssystem för primärvård 'VG Primärvård' 1 oktober, 2009. I ett politiskt positionsdokument fastställs att primärvården fortsatt ska ha ett brett åtagande som stödjer teamsamverkan mellan olika professioner. I systemets basåtagande ska inte sjukgymnastik, arbetsterapi eller hjälpmedel ingå. Överväganden om rehabilitering ska ingå i vårdvalssystemet har gått i olika riktningar under utredningen. Man ansåg att det uppdraget som mest motsvarar Pv-rehab i SLL kräver ytterligare beredning beträffande omfattning och former för att säkra integration i övriga vårdprocesser. En fortsatt utredning om rehabilitering ska ingå i vårdval VG Primärvård pågår för närvarande. I ett flertal kommuner i VG-regionen utförs hemsjukvård inklusive hemrehabilitering av kommunerna, varför jämförelser med SLL försvåras.

Beträffande inkludering av enskild sjukgymnastik enligt LOS i 'VG Primärvård', ansågs det innebära en ekonomisk osäkerhet för vårdenheterna att inkludera ett åtagande som regleras mellan regionen och den enskilda sjukgymnasten. Sjukgymnasterna framhöll också en risk att deras professionella självständighet kunde begränsas, liksom patientens valfrihet och tillgång till olika inriktningar av sjukgymnastik. Farhågor som splittring av dagens struktur av rehabiliteringsenheter fanns om dessa skulle ingå i vårdvalet. En utredning om möjligheter för dietister och logopedier att ingå i VG Primärvård föreslogs (4).

Region Skåne

I Region Skåne infördes den 1 maj 2009 'Hälsoval Skåne'. Invånarna väljer en vårdenhet, som är en funktionell enhet med ett basuppdrag, som förutom det medicinska åtagandet dygnet runt, omfattar ett rehabiliteringsansvar, medan ett separat vårdval för barnhälsovård införs. Särskilda vårdval infördes för kognitiv beteendeterapi och multimodal rehabilitering. I vårdvalet ingår inte dietist, logoped eller den öppenvårdsrehabilitering som bedrivs på sjukhusen. För de förra förslås en särskild analys beträffande organisationstillhörighet och finansiering.

Vårdvalsuppdraget kan lösas i samverkan eller via underleverantörer. För att utföra rehabiliteringsuppdraget kan underleverantörsavtal med befintliga sjukgymnaster och arbetsterapeuter tecknas. Dessa professioners farhågor om reduktion av deras insatser i denna modell har uttryckts och man har därför sett skäl till en särskild uppföljning av rehabiliteringsdelen i vårdenheternas vårdvalsuppdrag. Sjukgymnaster och allmänläkare som verkar enligt LOS respektive LOL definieras som primärvård och befolkningens besök hos dessa vårdgivare ingår i vårdpengen för vårdvalsuppdraget. Från och med 2010 skedde förändringar som begränsar betalningsansvaret för vårdvalsenheten när patienten besöker sjukgymnast som verkar enligt LOS. Man pekar också på den juridiska osäkerheten om en offentlig vårdenhet kan teckna avtal med en privat underleverantör, som t ex en privat sjukgymnast (5).

Östergötland

I Östergötland infördes vårdval den 1 september, 2009. I basåtagandet ingår att man skall erbjuda bedömning av sjukgymnast vid muskuloskeletala besvär som alternativ till läkarbesök. Omhändertagande i multimodala team, där medverkan av arbetsterapeut och sjukgymnast skall säkras, skall erbjudas patienter med tillstånd som kan orsaka långvariga sjukskrivningar. För patienter i behov av sammansatta insatser skall erbjudas fast kontaktperson som namngiven läkare, sjuksköterska eller annan vårdgivare utifrån patientens behov. Övriga Rehab-enheter med arbetsterapeuter och sjukgymnaster ligger utanför vårdvalet, liksom dietister och logopedier (6).

Västmanland

I Västmanlands vårdvalsmodell som gäller sedan 2008 ligger arbetsterapi och dietik i basåtagandet, medan sjukgymnastik, kiropraktik och naprapati ligger utanför. (7)

Södermanland

I Södermanland infördes vårdval den 1 januari 2010 i samband med den nya lagen om vårdval för primärvård. Uppdraget innehåller, förutom läkare och sköterska, insatser av arbetsterapeut, socionom/psykolog, dietist och sjukgymnast, liksom barnhälsovård, hemsjukvård och laboratorieverksamhet. (8)

I flera andra landsting ingår rehabiliteringsuppdraget i vårdvalet för primärvård.

GENOMFÖRANDE

Arbetsgrupp och styrgrupp för utredningen tillsattes från HSN-förvaltningens avdelning för närsjukvård, somatisk specialistvård samt från avdelning för utveckling. Arbetet skedde genom kartläggning av utbud, produktion och kostnader för öppenvårdsrehabilitering. Registerutdrag gjordes från besöksdatabas VAL, från befolkningsdatabas samt från Statistiska Centralbyrån och Socialstyrelsens rapporter om yrkesarbetande. Bedömningar enligt av HSN beslutade parametrar för vårdval genomfördes. Sammanfattning av dessa ledde fram till det presenterade förslaget.

Tre referensgrupper bildades med vårdgivare. Dessa bestod av representanter från Pv-rehab inklusive stroke team och enskilda sjukgymnaster genom det regionala samverkansorganet (RLPS). Syftet med referensgrupperna var att ge synpunkter på och diskutera vårdval för öppenvårdsrehab.

HSN-förvaltningens samverkansgrupp (patient- och handikappföreningar) har informerats om utredningen och har getts tillfälle att framföra sina synpunkter.

Under hösten 2010 har ytterligare synpunkter inhämtats från Samrådsgrupper med vårdgivare, yrkesföreningar och brukarorganisationer.

KARTLÄGGNING

Vårdutbud

Primärvårdsrehabilitering

Uppdraget primärvårdrehabilitering bedrivs av trettiosju (37) olika vårdgivare vid ett sextiotal lokala mottagningar i landstingsegen- och privat regi. Uppdragets innehåll och ersättningsmodell är enhetlig för majoriteten av verksamheterna. Uppdragens omfattning varierar alltifrån enbart dietistsjukvård till uppdrag om hela Pv-rehab-uppdraget inklusive Stroketeam och med olika tilläggsuppdrag. Med verksamheter som bedriver delar av uppdraget har avtalats att hela uppdraget skall bedrivas i samarbete med vårdgivare som har de delar som fattas.

Organisationsstruktur ser också olika ut över länet idag. I norra länet är den mest enhetlig med en rehabiliteringsverksamhet och lokal enhet per kommun, som alla har arbetsterapeuter och sjukgymnaster och de flesta dietist lokaliserad till enheten. Ett fåtal är privata. I Stockholm inklusive Ekerö finns flera större verksamheter med vardera flera lokala enheter med arbetsterapeuter och sjukgymnaster medan dietister finns i en samlad enhet. De betjänar olika stora områden och drivs såväl av landstinget som privat. Södra länet har mest variation på strukturen med såväl mycket små som större lokala enheter, de flesta bemannade med arbetsterapeuter och sjukgymnaster varav några har dietister. Ett flertal är organiserade till husläkarmottagningarna, såväl landstingsdrivna som privata. (Tabell I) En förteckning av alla verksamheter finns i bilaga 1.

Stroketeamrehabilitering bedrivs idag av tretton vårdgivare inom SLSO och fyra privata (ReAgera klinikerna AB, Capio Geriatrik AB, Legevisitten AB och Stiftelsen Stockholms sjukhem (Brommageriatriken). Flertalet stroketeam är organiserade till de vårdgivare som bedriver Pv-rehab. Capio geriatrik AB och Stiftelsen Stockholms sjukhem (Brommageriatriken) har stroketeam-uppdraget som en option/tillägg i det upphandlade avtalet.

Tabell I. Antal vårdgivare, organisation och driftsform inom Pv-rehab inklusive stroketeam i länet januari 2011.

	Självständiga vårdgivare	Enheter organiserade till husläkarmottagning/ geriatrisk klinik/kommun	- varav privata	Totalt antal
Norra länet	5	5	3	10
Stockholm inkl Ekerö	7	3	6	10
Södra länet	3	16	7	19

Enskild sjukgymnastik

Utbudet av enskilda sjukgymnaster varierar stort i länet. Den största koncentrationen av sjukgymnaster som är verksamma enligt LOS eller i vårdavtal finns i Stockholm Ekerö, framför allt i innerstaden (tabell II). Utbudsandelen i norra länet motsvarar befolkningsandelen medan utbudsandelen i södra länet kraftigt understiger befolkningsandelen.

Sjukgymnasternas verksamhetsgrad varierar, men majoriteten är heltidsverksamma, vilket är ett krav för de som etablerat sig i samband med LOS införande. De som etablerade sig före 1994, och som ursprungligen var anslutna till Försäkringskassan, har inte krav på heltidsverksamhet. En del av dessa är deltidverksamma. Härutöver tillkommer ett antal vikarierande sjukgymnaster, vars vikariat regleras av LOS och vars antal är svårbestämt då de är mycket rörliga på arbetsmarknaden. Uppskattningsvis vikarierar ca 200 sjukgymnaster i olika omfattning under ett år.

Totalt finns 715 sjukgymnaster med rätt att vara verksamma enligt LOS, varav 232 har avtal med SLL och 40 har sk nya samverkansavtal efter överlåtelse av etablering.

Tabell II. Antal ordinarie enskilda sjukgymnaster verksamma enligt LOS med och utan vårdavtal december 2010

	Stockholm och Ekerö	Norra länet	Södra länet	Totalt antal
Verksamma enligt LOS	433	197	85	715
- varav i vårdavtal	128	98	6	232
- varav nya samverkansavtal efter överlåtelse	23	3	13	40
<i>Antal vårdavtal</i>	<i>18</i>	<i>28</i>	<i>5</i>	<i>73</i>

Kiropraktik

Det finns sju kiropraktikmottagningar i länet, vilka är fördelade motsvarande respektive länsdels befolkningsandel. Det finns tre mottagningar i Stockholm Ekerö och vardera två mottagningar i norra länet respektive södra länet.

Geriatrisk öppenvårdsrehabilitering

Rehabilitering vid geriatrisk klinik bedrivs vid 11 geriatriska kliniker varav tre finns i norra länet, tre i Stockholm och fem i södra länet. Målet för rehabiliteringsverksamheten vid den geriatriska kliniken är att skapa förutsättning för så hög hälsorelaterad livskvalitet som möjligt för patienten.

Sjukhusansluten öppenvårdsrehabilitering

På de fem akutsjukhusen finns tillgång till specialiserade behandlingsinsatser i öppenvård inom arbetsterapi, sjukgymnastik och dietik. Insatserna sker i mer begränsad och initierande form för nyinsjuknade och nyskadade patienter i direkt anslutning till slutenvården.

Specialiserad och profilerad rehabilitering vid särskilda enheter.

Inom denna rehabform sker planerad öppenvårdsrehabilitering som dagvård inom neurologi- och lymfödemrehabilitering på remiss från behandlande läkare. Rehabiliteringen bedrivs vid sju enheter inom länet för patienter med neurologisk skada/sjukdom och vid tre enheter inom länet för patienter med lymfödem. Insatserna sker multimodalt i teamarbete.

Arbetskraftsutbud

Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) arbetskraftsbarometer och Arbetsförmedlingen råder det en relativt god balans på arbetsmarknaden för arbetsterapeuter, och sjukgymnaster i landet som helhet. För dietistyrket råder konkurrens om de lediga jobben, regionalt förekommer överskott.

Nutritionsbehandling har fått ökad betydelse inom vården. I takt med att vårdtiderna på akutsjukhusen har minskat får dietisterna i primärvården ökat ansvar för behandling av mer långsiktiga närings- och kostrelaterade sjukdomar. Dietistens roll inom sjukvården och för folkhälsan blir viktigare genom den ökade medvetenheten om kostens betydelse för hälsa och rehabilitering. Det råder konkurrens om de lediga jobben, regionalt förekommer överskott. Enligt SACO kommer det råda balans på arbetsmarknaden på fem års sikt.

Enligt Arbetsförmedlingen görs bedömningen att det i framtiden kommer att råda konkurrens på arbetsmarknaden bland arbetsterapeuter. Skälet är att flertalet arbetar inom offentlig sektor som kommer att brottas med en fortsatt ansträngd ekonomi. Behovet kommer dock att öka i takt med att andelen äldre ökar i befolkningen.

Arbetsmarknaden för sjukgymnaster är stabil med fortsatt låg arbetslöshet. Om fem år råder fortsatt balans trots höga pensionsavgångar för att antalet utbildningsplatser har utökats. Det är dock stora regionala skillnader. Det sker en stark satsning i samhället på rehabilitering av sjukskrivna och en satsning på ökad fysisk aktivitet bland befolkningen, som ligger inom sjukgymnastens kunskapsområde.

I takt med att andelen äldre ökar i befolkningen kommer såväl sjukgymnaster som arbetsterapeuter och dietister att ha en viktig roll för att bibehålla eller återfå funktionsförmågan hos dem som vårdats för olika funktionsnedsättningar eller aktivitetsbegränsningar.

Enligt Socialstyrelsens statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2009 var det totala antalet utfärdade legitimationer för arbetsterapeuter 11 793, varav 7 procent över 65 år. Motsvarande siffror för dietister var 1305 respektive 2 procent och för sjukgymnaster 19835 respektive 15 procent. Totalt utfärdade legitimationer för kiropraktorer var 672 varav två procent över 65 år. Antal nyutexaminerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster i Stockholm är för närvarande 60 i vardera yrkesgruppen per termin. Enligt SCB är arbetsgivarnas bedömning att antalet anställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster kommer att vara oförändrat de närmaste åren.

I Stockholms län har, enligt verksamhetschefer inom Pv-rehab, antalet sökande till utlysta vikariat och tjänster ökat väsentligt de senaste åren.

Vårddata

Befolkningens konsumtion per vårdgren

I tabellen nedan visas den totala konsumtionen för öppenvårdsrehabilitering för år 2010 i Stockholms län.

Tabell III. Konsumtion av öppenvårdsrehabilitering inom olika vårdgrenar 2010

Vårdgren	Indelning	Besök	- varav hembesök
Primärvård	Pv-rehab	679 000	101 000
	Stroketeam	34 000	23 000
	Enskild sjukgymnastik	1 222 000	2 300 *
	Kiropraktik	26 072	- **
Akutsomatik	Akutsomatik	187 270	2 190
Geriatrisk	Geriatrisk	37 827	15 131
Spec o prof Rehab	Neurologi, lymfödemterapi	12 700	-
Totalt		2 198 869	143 621

* uppskattad volym, ** ej uppdrag

Befolkningens konsumtion per kommun år 2010

Av länets befolkning på drygt 2 miljoner, besökte 225 890 (ca 11 procent) personer Pv-rehab eller enskild sjukgymnastik. Andelen varierade i länet från 7 till 18 procent (Norrtälje respektive Lidingö). Antal besök per invånare varierade mellan 0,66 till 1,44 (Botkyrka respektive Södertälje) med ett genomsnitt på 0,94 för hela länet. Av de patienter som besökte mottagningarna varierade det genomsnittliga antalet besök från 5,8 till 10,2 (Vaxholm respektive Rinkeby-Kista) med ett genomsnittligt antal av 8,2 besök.

Av befolkningens 143 700 (ca 7 procent) invånare över 75 år, erhöll 45 980 (32 procent) individer Pv-rehab eller enskild sjukgymnastik. Andelen patienter av befolkningen över 75 år varierade från 22 procent till 47 procent (Huddinge respektive Danderyd). Antal besök för denna patientgrupp var genomsnitt 7,6 och varierade från 5,4 till 10,9 (Upplands-Väsby respektive Norrtälje). Patienter över 75 år utgjorde ca 18 procent av alla patienter som besökte Pv-rehab eller enskild sjukgymnastik. Konsumtionsdata för alla kommuner finns i Bilaga 2.

Kostnader

För 2010 var kostnaden för Pv-rehab 355 Mkr och kostnaden för stroketeam 45 Mkr. För enskild sjukgymnastik var kostnaden 547 Mkr. Cirka en tredjedel av den senare avser sjukgymnastik inom vårdavtal, där kostnadsutvecklingen sedan flera år tillbaka varit lägre än för de två tredjedelar av sjukgymnastik som ersätts enligt LOS. Kostnaden för kiropraktik var 7,7 Mkr.

Kostnaden för öppenvårdsrehabilitering inom akutsjukhuset och geriatriken är mer svårbedömd, då beställningar inte sker på den detaljnivån inom slutenvården. Kostnaden för specialiserad och profilerad rehabilitering i öppenvård (dagvård och mottagningsbesök) var 24,5 Mkr för 2010.

Totalkostnaden för all öppenvårdrehabilitering överstiger 1 Mrd kr.

VÅRDVALSTEST

Nedan följer bedömningar utifrån de parametrar som HSN har beslutat om att undersöka för de vårdområden, som har valts ut för vårdval Stockholm. Synpunkter inom patient- och vårdgivarperspektivet inhämtades från referensgrupper av vårdgivare inom Pv-rehab och enskild sjukgymnastik samt från samrådsmöte med handikapp- och pensionärsorganisationer.

Patientperspektivet

1. Möjlighet för patienterna att välja vårdgivare

För *Pv-rehab* inklusive stroke-team kan ett vårdval genom ökad tydlighet göra befolkningen mer uppmärksam på att man kan välja Pv-rehab. Valmöjligheten för patienten mellan olika vårdgivare bedöms annars inte skilja sig mycket mellan en vårdvalsmodell och dagens modell.

För *enskild sjukgymnastik* är bedömningen att det finns en stor valmöjlighet mellan sjukgymnaster idag, då verksamheten huvudsakligen består av mottagningsbesök. Genom vårdval kan de olika specialinriktningar som finns inom sjukgymnastik förtydligas och likaså att patienten kan vända sig hit i första hand.

Med vårdval bedöms att uppdragen Pv-rehab och enskild sjukgymnastik var för sig och gentemot varandra blir tydligare och därmed underlättas möjligheten för befolkningen att välja.

2. Tillgänglighet

För *Pv-rehab* bedöms tillgängligheten för befolkningen öka genom vårdval och auktorisation, då tillgången till kompetens och tänkbara leverantörer bedöms finnas på marknaden. Detsamma gäller sannolikt för *enskild sjukgymnastik*.

3. Tillgång till information

Ett vårdval för *Pv-rehab* och enskild sjukgymnastik förväntas öka patientens tillgång till information. Varje auktoriserad vårdgivare kommer att genom konkurrens bli mer angelägen än idag om att sprida adekvat information både om innehållet i rehabiliteringen och om formen för hur patienten når vårdgivaren vid olika tillstånd.

4. Kontinuitet

För äldre och långvarigt funktionshindrade samt för patienter i hemrehabilitering, som är prioriterade uppdrag inom *Pv-rehab* är kontinuiteten mycket viktig. Viktiga vård samband finns med husläkare och kommunens/stadsdelarnas vård- och omsorgsgivare, vilka möjligen kan försväras av vårdval för deluppdragen hemrehabilitering och stroteteam.

5. Kvalitet

För såväl *Pv-rehab* och stroteteam som för *enskild sjukgymnastik* borde kvaliteten kunna öka med vårdval och auktorisation. En ökad tydlighet i respektive uppdrag liksom successivt öppna jämförelser av dessa, borde öka kvaliteten. Även ett ökat utbud av vårdgivare borde genom konkurrens öka kvaliteten på sikt.

Vårdgivarperspektivet

1. Uppdraget

Enligt synpunkter från vårdgivarna är uppdragsbeskrivningarna för *Pv-rehab* inklusive Stroke-team är relativt välformulerade, avgränsade och möjliga att följa upp, men kan förtydligas. Idag tycker vårdgivarna att det finns en del gråzoner mellan *Pv-rehab* och öppenvårdsrehab på sjukhusen, geriatrisk rehab och mot vissa vårdgivare inom specialiserad och profilerad rehabilitering samt enskild sjukgymnastik.

Uppdragsbeskrivning för *enskild sjukgymnastik* finns endast för de sjukgymnaster, som ingår i vårdavtal med HSN-f. Uppdraget i ett vårdavtal är enligt vårdgivarna vanligtvis mer utförligt och tydligt beskrivet än den inriktning mot ett av de åtta områden för s.k. särskild åtgärd som FOS till LOS innehåller. De sjukgymnaster som inte har vårdavtal och är verksamma enligt LOS är idag mer begränsade i sitt

utförande av verksamheten, då FOS anses som ett ganska förlegat regelverk för de flesta inriktningar. För de ca 30 procent av sjukgymnaster som idag är verksamma enligt LOS utan behörighet för någon inriktning är uppdraget mycket otydligt.

2. Långsiktighet

För såväl *Pv-rehab* och stroketeam som för *enskild sjukgymnastik* borde vårdval genom auktorisation för ett visst uppdrag ge en långsiktighet enligt vårdgivarna. Förutsättningarna är att vårdgivaren upprätthåller kraven i regelboken genom att i uppföljningar visa detta och att de politiska besluten om vårdval kvarstår.

3. Ekonomi

De ekonomiska förutsättningarna måste vara anpassade till uppdragen och beträffande *Pv-rehab* tycker vårdgivarna att verksamheten måste ha en viss storlek för att kunna uppfylla det sammansatta uppdraget med hemrehabilitering i ett område.

För *enskild sjukgymnastik* antas kostnad per vårdgivare bli högre, då det vanligen rör sig om mindre enheter.

4. Inträdeskrav

För *Pv-rehab* bedöms det enligt vårdgivarna råda relativt höga inträdeskrav för nya utförare. Det sammansatta uppdraget kräver att man har såväl arbetsterapeuter som dietister och sjukgymnaster, som kan samverka för uppdraget. För att bedriva stroketeam krävs särskild kompetens och en teamsammansättning med arbetsterapeut, kurator, logoped och sjukgymnast. Investeringar i form av utrustning och lokaler för individuell- och gruppbehandling krävs, såväl som tillgång till bilar för Stroketeam och hemrehabiliteringsuppdraget. Att skapa de vård samband som krävs för att utföra de prioriterade uppdragen slutenvårdskedjan och hemrehabilitering samt stroketeamrehabilitering, kräver avsevärda informations- och kommunikationsinsatser för nya vårdgivare.

För *enskild sjukgymnastik* beror inträdet på hur kraven utformas; krav bedöms behöva ställas på kompetens för att skapa tydlighet gentemot befolkningen. Övriga inträdeskrav bedöms som relativt låga.

5. Omfattning och utveckling

För *Pv-rehab* anses omfattningen av uppdraget kunna tillgodose befolkningens behov, om än i olika grad i olika delar av länet, vilket bland beror på olika tillgång till enskild sjukgymnastik eller till kommunens särskilda boenden. *Stroketeamens* uppdrag har en särskild inriktning med krav på särskild kompetens. För att upprätthålla kompetens inom området anser man att det krävs en viss volym av patienter och besök. Vårdgivarna tror på en utveckling av uppdragen, främst genom enhetliga avtalsdokument och uppföljningsparametrar, och att tydligheten kan underlättas med vårdval genom auktorisation. Konkurrensen mellan vårdgivare kan bidra till utveckling, men ännu mer om antalet vårdgivare ökar.

För *enskild sjukgymnastik*, där omfattningen på verksamheten skiljer sig än mer i olika delar av länet, finns liknande synpunkter som för *Pv-rehab* på utveckling av uppdraget genom enhetlighet, jämförbarhet och lika villkor.

Från företrädare för kiropraktorverksamheterna efterfrågas en utökad vårdgivar-samverkan och en utvecklad integrering av kiropraktiken i primärvårdens uppdrag.

Förvaltningens perspektiv

1. Rimligt pris och kostnadskontroll

Volymerna för *Pv-rehab inklusive Stroke-team* och *enskild sjukgymnastik* bedöms tillräckligt stora för tillräckligt många vårdgivare att verka för att skapa valfrihet. Kostnaderna är idag per år 355 + 45 respektive 547 Mkr och avtalen med vårdgi-varna varierar i storlek från 1 till omkring 60 Mkr.

För *Pv-rehab* och *Stroke-teamen* infördes enhetliga ersättningsmodeller 2008 för cirka hälften av vårdgivarna. Modellen används nu av majoriteten av vårdgivarna och utgör en utgångspunkt för en kommande modell. Kostnadsbegränsning skulle kunna ske genom ett tak per medarbetare. Kostnaden riskeras i så fall av antalet nya auktorisationer, som i initialskedet bedöms bli relativt lågt, men kan öka successivt. På längre sikt kan marknadskrafterna medverka till en begränsning.

För *enskild sjukgymnastik* bedöms rimligt pris kunna sättas mot bakgrund av de modeller som existerar idag; ersättningar i vårdavtal och ersättning enligt FOS. Kostnadskontroll är här mer svårbedömd och det finns en risk att efterfrågan på sjukgymnastik kommer att öka, då tillgången på sjukgymnaster är relativt stor. Kostnadskontrollen är dock helt avhängig regelboken, som ytterst noga måste övervägas och ställas mot dagens utbud och behov.

För några vårdvalsområden är listning en form av kostnadskontroll. För dessa båda vårdvalsområden bedöms listning vara ett tveksamt alternativ. Det kan upplevas administrativt omständligt för befolkningen att behöva lista sig för flera vårdtjänster. Särskilt avseende vårdtjänster som sannolikt endast cirka tio procent av befolkningen har behov av. I kommande regelbok bör dock listningsalternativet ytterligare undersökas.

2. Forskning, utbildning och utveckling

För såväl *Pv-rehab inklusive stroke-team* som för *enskild sjukgymnastik* bedöms vårdval genom auktorisation för respektive uppdrag ge en ökad tydlighet och transparens som gynnar forskning, utbildning och utveckling.

3. Justering av uppdraget

För såväl *Pv-rehab* som för *enskild sjukgymnastik* bör noggranna överväganden ske när regelbok för uppdragen skrivs fram. Särskilt bör synkronisering mellan uppdragen beaktas, liksom mot angränsande uppdrag inom allmänmedicin, som

husläkarverksamhet och basal hemsjukvård; beträffande teamarbete för vissa målgrupper, habilitering och öppenvårdspsykiatri; specialiserad och profilerad rehabilitering och inte minst mot *öppenvårdsrehabilitering inom akutsjukhuset och geriatriken*. Dessa avgränsningar mellan olika former av rehabilitering kommer att behöva ske successivt i framtida regelbok och uppdragsbeskrivningar för att uppnå bästa tydlighet gentemot befolkningen, säkerställa värdkedjor och kostnadseffektiv rehabilitering för patienterna.

En nyligen påbörjad utredning om överförande av hemsjukvårdens huvudmannaskap till kommunen visar att endast en mindre del av patienterna är gemensamma för hemsjukvård och hemrehabilitering.

4. Lokalisering

För *Pv-rehab* och *stroketeam* finns idag en relativt jämn lokalisering av verksamheter över länet. I konsumtionsdata kan man delvis konstatera att konsumtionen inte följer ohälsotalen, varför en mer ändamålsenlig lokalisering vore önskvärd ur ett jämlikhetsperspektiv. Ett vårdval genom auktorisation kan konservera detta förhållande om vårdgivarna auktoriserar sig i områden med välutbildad befolkning med god hälsa och en risk för s.k. vita fläckar kan uppstå. Förhållandet kan också förändras om vårdgivarna kommer att auktorisera sig i områden med stor ohälsa, där ett stort behov av rehabilitering kan finnas.

För *enskild sjukgymnastik* gäller ännu mer tydligt att konsumtionen inte följer ohälsotalen, varför en mer ändamålsenlig lokalisering vore önskvärd ur ett jämlikhetsperspektiv. Ett vårdval genom auktorisation kan konservera eller förändra förhållandet som beskrivs ovan.

5. Modeller för prissättning/kostnadskontroll

Den prestationsbaserade ersättningsmodellen som infördes 2008-01-01 för *Pv-rehab* är under ständig utveckling och kommer att leda till justeringar. I övrigt bör ersättningsmodeller för öppenvårdsrehabilitering ske i enlighet med utveckling av nationella riktlinjer för beskrivnings- och ersättningsmodeller för andra vårdområden.

Sammanfattning och slutsats av vårdvalstest

Sammantaget bedömer HSN-f att förutsättningar finns för att införa vårdval för vart och ett av områdena *Pv-rehab* och *enskild sjukgymnastik*. Med vårdval bedöms möjligheten öka att för befolkningen tydliggöra uppdragen var för sig och gentemot varandra samt att välja vårdgivare. Uppdragen kan utvecklas i ett vårdval, volymerna är tillräckligt stora, prissättning bedöms vara möjlig och kostnaden kan kontrolleras under vissa förutsättningar. Dessa båda rehabområden är delvis beroende av varandra. I områden med få enskilda sjukgymnaster har *Pv-rehab* idag mer resurser. I områden med många enskilda sjukgymnaster har *Pv-rehab* mindre resurser och där har enskilda sjukgymnaster genom vårdavtal kunnat ges ett utökat uppdrag. Beroendet avser främst de deluppdrag, som inte är prioriterade, dvs. mot-tagningsbesöken.

Mot bakgrund av det partiella beroendeförhållandet mellan de båda områdena Pv-rehab och enskild sjukgymnastik, gjordes i utredningsprocessen övervägandet att renodla uppdragen gentemot varandra. Pv-rehabuppdraget reducerades till endast kärnuppdraget slutenvårdskedjan och hemrehabilitering medan övrig sjukgymnastik skulle ingå i enskilda sjukgymnastikuppdraget. Kärnuppdraget bedömdes emellertid bli för litet att kunna drivas rationellt i vissa områden. Vidare skulle det kunna bli ett uppdrag med hög vårdtyngd och därmed inte tillräckligt attraktivt för vårdgivare vilket skulle kunna resultera i 'vita fläckar'. En risk för att fler sjukgymnaster i ett sådant fall skulle auktorisera sig för enskild sjukgymnastik bedömdes också finnas, vilket skulle betyda svårigheter att rekrytera dem till Pv-rehab som kärnuppdrag. En ytterligare aspekt är att ett sammansatt uppdrag bättre främjar flexibilitet och utveckling av vårduppdraget.

Uppdraget för *Pv-rehab inklusive Stroke-team* i ett vårdval bedöms således bäst bestå av ett sammansatt uppdrag med rehabtjänster. Det prioriterade kärnuppdraget ska bestå av att upprätthålla slutenvårdsskedjan för nyutskrivna patienter som behöver fortsatt rehabilitering på mottagning eller i hemmet samt för patienter som behöver hemrehabilitering. För att bedriva detta bedöms en omfattning av minst två team, bestående av vardera en arbetsterapeut och en sjukgymnast behövas samt minst lika många för att kunna bedriva det övriga uppdraget för befolkningen i ett visst område. Storleken baserar sig på att tillgänglighet, kompetens och utveckling måste säkras samt på ekonomiska överväganden. Uppdraget bör förtydligas jämfört med det nuvarande i kommande regelbok. *Pv-rehab* skall utgöra det bredare uppdraget som i första hand skall ta emot de patienter som behöver ett sammansatt omhändertagande eller multimodal rehabilitering. Uppdraget skulle även kunna ha några mer profilerade resurser inom området primärvård, inom t ex kiropraktik, neuropsykologi, neurologi eller kognitiv beteendeterapi. *Enskild sjukgymnastik* ska komplettera *Pv-rehab* och ta emot patienter med behov av mer specialiserad unimodal och i viss mån samverkande, så kallad intermediär, rehabilitering.

För uppdraget enskild sjukgymnastik är auktorisationsomfattningen något svårare att beskriva då det idag till stora delar är reglerat endast av LOS, vilken inte säger så mycket om innehållet. I den tredjedel av volymen som är reglerad i vårdavtal, har HSN-f avtalat om särskilda inriktningar utifrån befolkningens behov, oftast med de inriktningar som LOS anger eller de som yrkesförbundet för sjukgymnaster föreskriver om specialistinriktningar. Vårdavtalen är sedan mer reglerade beträffande uppdragets innehåll och kvalitet. Om auktorisationen för sjukgymnaster skall vara ett komplement till Pv-rehab bör det vara tydligt för befolkningen vid vilka besvär man skall vända sig till en auktoriserad sjukgymnast. Regelboken måste förtydliga uppdraget och vilken kompetens som krävs.

FÖRSLAG PÅ VÅRDVALSMODELLER

Sammanfattningsvis ges nedan förslag på modeller till auktorisation för Pv-rehab respektive enskild sjukgymnastik. Förslagen ska ses som utgångspunkter till ett kommande arbete att skriva fram en regelbok för vart och ett av de båda uppdragen.

Auktorisation Primärvårdsrehabilitering

Huvudsakligen nuvarande uppdrag för Pv-rehab med obligatoriska professioner:
Leg. Sjukgymnaster, Leg. Arbetsterapeuter, Leg. Dietister

Övriga tänkbara professioner

Leg kiropraktorer, leg logoped och kurator för stroketeam

Vårdtjänst

Hemrehabilitering/Hembesök

Mottagning

Teambaserad rehabilitering med särskild inriktning t ex mot stroke

Inriktning

Inriktning mot primärvårdsrehabilitering vilket innefattar många olika patientmålgrupper

- hemrehabilitering
- vårdkedja för nyutskrivna
- främja kvarboendepincipen
- förhindra långtidssjukskrivning
- främja deltagande i studier och i arbetsliv
- förhindra icke medicinskt motiverade besök på akutsjukhus

Auktorisationsstorlek

- viss minimistorlek anges

Auktorisationsinnehåll

- en tydlig fördelning av andel arbetsterapi och andel dietik
- produktion av hemrehabiliteringsbesök skall säkerställas
- tidsplan för att införa en viss andel specialistutbildade medarbetare

Auktorisation sker på angiven adress och med anledning av hemrehabuppdraget för visst geografiskt område baserat på kommun/stadsdelsnivå. Undantag för lokalisering kan medges i särskilda fall.

Tänkbara negativa konsekvenser för vårdval Pv-rehab

- Överetablering kan medföra en glidning av uppdraget.
- Så kallade vita fläckar kan uppstå för vissa geografiska områden.
- Oro för omstrukturering kan öka p.g.a. den fastställda miniminivån på auktorisationsstorleken.
- Höga inträdeströsklar i modellen

Kostnadsbedömning

Antag, att en auktorisation består av minst 10 personer med en fördelning av, förutom sjukgymnastik minst 30 procent arbetsterapi och 3 procent dietik, vilket motsvarar nuvarande relation i uppdraget. HSN-f:s bedömning är då att redan under de första åren efter införande av vårdval kommer nya vårdgivare att söka auktorisation. Dessutom kan några av de befintliga vårdgivarna behöva utöka sin personalstab för att nå upp till det tänkta kravet på 10 årsarbetare, vilket innebär ökade kostnader.

I dag finns ca 14 enheter som har färre än 10 helårsarbetare. Åtta av dem kan tänkas rekrytera upp till 10 helårsarbetare medan övriga enheter kan välja att slå sig samman med annan enhet eller bli filial. Enheter med fler än 10 heltidsarbetare kan också tänkas nyrekrytera. Vid nyrekrytering av ca 25 helårsarbetare kan en merkostnad på ca 17,5 Mkr uppstå. Om dessutom 5 helt nya enheter söker auktorisation vid ett pris av minst 7 Mkr per auktorisation kan den kostnadsökningen bli upp till 35 Mkr.

Totalt bedöms kostnadsökningen de närmaste åren för Pv-rehab bli 52 Mkr, exklusive tillkommande hjälpmedelskostnader.

Vårdval Enskild sjukgymnastik

I förslaget kombineras teoretiska och praktiska krav med kunskapsspridning och omvärldsbevakning inom området. Kraven finns sedan flera år formaliserade av yrkesförbundet för sjukgymnaster och utgör en rimlig nivå, som bedöms hålla inför den närmaste framtiden. Kraven är jämförbara, men högre än de krav som ställs på motsvarande yrkesgrupper inom auktorisation för husläkare, t ex. distriktssköterska i Sverige. Kraven är lägre än de intereuropeiska krav som ställs på vidareutbildning inom EU. Där ställs krav enligt Bologna-direktiven på en masterexamen (magister + 60 högskolepoäng) för en vidareutbildad sjukgymnast. Sverige har anslutit sig till Bologna-direktiven, men har behållit magisterexamen tills vidare.

Auktorisation enskild sjukgymnastik

Profession

Leg. sjukgymnast med specialistkompetens

Vårdtjänst

Mottagning

Hembesök

Inriktningar

Mot följande målgrupper och där patienterna primärt inte behöver ett sammansatt omhändertagande, dvs. unimodal rehabilitering.

- Gerontologi och geriatrik
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Idrottsmedicin
- Lungmedicin
- Neurologi
- Obstetrik, gynekologi och urologi
- Onkologi
- Ortopedi
- Ortopedisk manuell terapi/medicin
- Pediatrisk sjukgymnastik
- Psykiatri och psykosomatik
- Reumatologi
- Smärta och smärtbehandling

Kompetenskrav

- magisterexamen med fördjupningsarbete inom specialiteten
- föredrag med anknytning till specialistområdet i vetenskapligt sammanhang
- deltagande i kurser och seminarier etc. inom specialiteten
- tre års praktik med minst 75 procent inom specialiteten med tillgång till handledning

Förkunskapskrav

- legitimation som sjukgymnast
- två års yrkeserfarenhet som sjukgymnast med minst 75 procent tjänstgöring
- pågående tjänstgöring inom området för specialiteten.

Auktorisationsstorlek

Auktoriserad sjukgymnast bör vara lokaliserad på grupp-mottagning

Auktorisationsinnehåll

Se kompetens ovan

Tänkbara negativa konsekvenser av vårdval för enskild sjukgymnastik

- Relativt höga inträdeströsklar i modellen.
- Förslaget kan innebära att sjukgymnaster som ej uppfyller regelboken skulle fortsätta att vara verksamma enligt LOS.

Kostnadsbedömning

Det finns idag cirka 200 specialistkompetenta sjukgymnaster i Stockholms län. En del av dessa är i dag verksamma på de stora sjukhusen och andra institutioner samt verksamma inom ramen för LOS. De förra grupperna bedöms inte söka auktorisation i någon större utsträckning medan kostnaden för den senare gruppen redan finns i dagsläget. Bedömningen är att högst 80 sjukgymnaster kommer att söka auktorisation under de närmaste åren efter vårdvalets införande. Det gör en merkostnad på cirka 68 Mkr. Ett årligt tillflöde av knappt tio sjukgymnaster med specialistkompetens sker i dag i Stockholms län.

Ett auktorisationsinnehåll med lägre kompetens än förslaget ovan skulle innebära en avsevärt lägre tydlighet gentemot befolkningen beträffande tjänstens inriktning. En lägre formaliseringsgrad medför för sjukgymnasten och den auktoriserande myndigheten en mycket större otydlighet i avtalsrelationen och betyder samtidigt avsevärt lägre grad av transparens liksom mycket högre grad av bedömningsinsats av HSN-f vid auktorisation. Sedan lång tid tillbaka har det av olika aktörer bedömts att vårdtjänsten i sig kräver ett visst mått av teoretisk kunskap och erfarenhet efter grundexamen. Som jämförelse kan nämnas att med nuvarande krav för logopedauktorisering, som är legitimerad logoped, befarar vissa av professionens företrädare en risk för att utvecklingen av logopedprofessionen och därmed vårdtjänsten kan komma att hämmas.

En kostnadsbedömning av ett förslag med krav på till exempel endast magisterkompetens bedöms utgöra en merkostnad på cirka 153 mkr vid ett antagande att cirka 180 av dessa kan söka auktorisation. Ett årligt tillflöde av cirka tjugofem sjukgymnaster i Stockholms län sker idag med den kompetensen.

En kostnadsbedömning för en nivå motsvarande behörighet för särskild åtgärd enligt nuvarande LOS bedöms ge en merkostnad på 340 Mkr då ett sådant utbud på cirka 400 sjukgymnaster bedöms tillkomma. En uppenbar risk att förlora kostnadskontrollen finns här, förutom de otydligheter det innebär för befolkningen.

De sjukgymnaster som inte uppfyller regelboken har sannolikt möjlighet att vara verksamma inom auktorisationen för Pv-rehab.

Övriga kommentarer till kostnadsökningar

Tillflödet av auktoriserade sjukgymnaster kommer att vara avhängigt förutom av regelboken av de övergångsregler som kommer att gälla för LOS de närmaste åren.

Avdelning närsjukvård
Rehabilitering habilitering hjälpmedel

UNDERLAG FÖR VÅRDVAL PRIMÄR-
VÅRDSREHABILITERING OCH SJUK-
GYMNASTIK
2011-01-20

HSN 0903-0198

Ett förslag från (*SOU 2009:84*) är att LOS kommer att upphöra om cirka 3 år. Vid ett antagande att LOS kvarstår under tre år, kommer sannolikt ett antal överlåtelseer att ske med en koncentration inom närmaste tiden. Många sjukgymnaster skulle snarast vilja överta etableringar och vara verksamma så länge som möjligt under LOS giltighetstid. Om vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik inte skulle införas, bedöms därför ett fortsatt tillflöde av ersättningsetableringar i form av samverkansavtal ske det närmaste året. Under 2010 har cirka 25 överlåtelseer skett till en bedömd merkostnad av cirka 20 Mkr. Det innebär också att dessa nya vårdgivare med ersättningsetableringar ansluts till ett system av icke transparens och otydlighet gentemot befolkningen samt med olika konkurrensvillkor för vårdgivarna. Osäkerheten om LOS framtid och framskjutandet av beslutet om vårdval har sannolikt dämpat antalet överlåtelseer av etableringar hittills.

Alternativet till vårdval enligt LOV är upphandling enligt LOU. Att upphandla Pv-rehab eller enskild sjukgymnastik i sin helhet är sannolikt inte rimligt, varför uppdragens enhetlighet och jämförbarhet skjuts på framtiden.

Om däremot vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik införs, bedöms kostnadsökningen till 50 respektive 68 Mkr de första åren efter ett införande. Kostnadsökningen bedöms ske över några år, då det krävs en viss uppstartstid för de båda uppdragen. Ett fattat beslut, även om verkställigheten ligger längre fram i tiden, innebär att vårdgivarna får veta förutsättningar för dessa båda vårdområden i god tid innan förändringarna sker. Ett beslut om vårdval bedöms också ha en hämmande effekt på antalet ersättningsetableringar, då möjligheten att överlåta sådana begränsas.

Beslutet om vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik innebär att avväga enhetliga, tydligare och därmed jämförbara uppdrag med successivt ökande kvalitet mot merkostnaden. Då kompetensen hos yrkesgrupperna för de båda uppdragen ständigt ökar borde ett sådant beslut vara kostnadseffektivt för patientgrupper som har långvarig smärta, psykisk ohälsa och äldre patienter, som kan omhändertas på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Konsekvenserna av såväl alternativet att inte införa vårdval som alternativet att införa vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik medför sannolikt väsentliga kostnadsökningar och som idag inte ligger inom HSN-förvaltningens budgetram. Bedömningarna av kostnader är dock komplicerade såväl för ett införande som för ett icke-införande, då yttre faktorer som förestående lagförändringar av LOS påverkar utfallet.

DISKUSSION

Ett Vårdval för Pv-rehab medför en ökad tydlighet i uppdraget för befolkning och vårdgrannar, särskilt för uppdragen slutenvårdskedjan och hemrehabilitering samt medför sannolikt en ökad tillgänglighet för befolkningen. Det sammansatta uppdraget som är rehabiliteringens kännetecken säkras genom en viss andel arbetsterapi och dietik, förutom sjukgymnastik, i uppdraget. Arbetsterapi och dietik är delar som är särskilt viktiga att säkerställa, eftersom de inte existerar i enskild privat offentligt finansierad form idag. Förutsatt att deluppdraget Stroke-team kan säkerställas i vårdvalet, ska även kurator och logoped ingå, liksom möjlighet att integrera kiropraktik. Genom tillräckligt stora auktorisationsenheter borde också tillgänglighet, kompetens och utveckling förbättras jämfört med idag.

Ett eget vårdval för Pv-rehab säkrar på ett bättre sätt befolkningens behov och primärval av rehabilitering än om uppdraget ligger inom vårdvalet för husläkaren. I de landsting som har sådana vårdvalsmodeller där rehabilitering ingår i val av husläkare, har kritik från patienter och professioner riktats mot dessa modeller.

Genom ett vårdval för Pv-rehab och ett vårdval för enskild sjukgymnastik kan de båda uppdragen förtydligas i sig och mellan varandra. Pv-rehab ska ses som det breda sammansatta uppdraget för patienter med störst behov och som har möjlighet att initiera multimodal rehabilitering för patienter med det behovet. Kompetensnivån i detta uppdrag ska successivt förtydligas och förbättras för att säkerställa kvalitén för patienten.

Vårdval för enskild sjukgymnastik ska ses som ett komplement till Pv-rehab för patienter med behov av mer specialiserad men unimodal rehabilitering. Med en tydlig och hög kompetens blir enskild sjukgymnastik ett tydligare primärval med högre kvalitet för patienten jämfört med idag.

Ett vårdval skulle kunna medföra att patientgrupper med svårigheter att välja vårdgivare ger motsatt effekt av vårdvalets intentioner med att patienten ska få en mer tillgänglig vård. Det kan gälla för patienter i behov av hemrehabilitering eller stroketeam. Därför ska dessa deluppdrag särskilt säkerställas i auktorisationen via regelbok och uppföljning. Ett vårdval med alltför många vårdvalsleverantörer kan försvåra informationsprocessen till patienten. Detta borde förhindras av att storleken på Pv-rehab kommer att ha en viss nivå i det presenterade förslaget.

Det kan finnas en risk, som emellertid bedöms liten, att vita fläckar uppstår för Pv-rehab i landsbygdsområden. Om sådana uppstår medger LOV i sådana fall upphandling. Med auktorisation och tillhörande regelböcker för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik som uppfyller ändamålsenliga krav på åtgärder, bör behovet av upphandling dock minska på sikt.

Avvägningen för beslutet om vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik innebär att avväga enhetliga, tydligare och därmed jämförbara uppdrag med successivt

ökande kvalitet mot en merkostnad av cirka 118 Mkr inom de närmaste åren efter vårdvalets införande. Vårdval genom auktorisation för de båda uppdragen borde öka möjligheterna för patientgrupper som har långvarig smärta, psykisk ohälsa och äldre patienter, att kunna omhändertas på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Ett beslut innebär att vårdgivarna får veta förutsättningar för dessa båda vårdområden i god tid innan förändringarna sker. Ett beslut om vårdval bedöms också ha en hämmande effekt på antalet ersättningsetableringar.

Vid införande av vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik bedöms kostnadsökningen till 52 respektive 68 Mkr de första åren efter införandet, då det krävs en viss uppstartstid för de båda uppdragen. Konsekvenserna av såväl alternativet att införa vårdval som alternativet att inte införa vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik medför sannolikt väsentliga kostnadsökningar som idag inte rymms inom HSN-förvaltningens budgetram. Bedömningarna av kostnader är dock komplicerade såväl för ett införande som för ett icke-införande, då yttre faktorer som förestående lagförändringar av LOS påverkar utfallet.

Oberoende av vårdval måste vårdkedjan från slutenvården förbättras och fungera även för rehabilitering t.ex. genom Web care, ett web-baserat ärendehanteringssystem. Detta blir särskilt viktigt om fler nya vårdgivare tillkommer. Ett sådant arbete pågår på HSN-f. Vid beslut om vårdval för Pv-rehab och enskild sjukgymnastik blir i kommande regelbok, förutom ersättningsmodell och nivåer, olika former av samverkan med övriga vårdgrannar viktiga att reglera.

FÖRSLAG

Denna utredning föreslår att:

- Vårdval för Pv-rehab införs 2011-05-01 med föreslagen modell som utgångspunkt
- Vårdval för enskild sjukgymnastik införs 2011-05-01 med föreslagen modell som utgångspunkt

REFERENSER

1. HSN-förvaltningen, 2008, *Översyn av öppenvårdsrehabilitering*, Stockholms läns landsting
2. HSN- förvaltningen, 2007, *Sjukgymnaster i primärvården*, Stockholms läns landsting
3. S 2007:07, 2007 *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*, Stockholm
4. Västra Götalandsregionen, 2009, *Införande av vårdval västra Götaland*.
[www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/ Forfragningsunderlag](http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/Forfragningsunderlag)
5. Region Skåne, 2008, *Vårdval Skåne*
6. Landstinget i Östergötland, 2008, *Vårdval Östergötland*
www.lio.se/pages/80925/Regelbok_reviderad_20100428.pdf
7. [http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Vardval%20Vastmanland/LOV/Förfragningsunderlag%20fam%20läk%20LOV%202010.pdf](http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Vardval%20Vastmanland/LOV/Forfragningsunderlag%20fam%20lak%20LOV%202010.pdf)
8. *Regelbok Hälsoval Sörmland, LS-LED09-458, 2009*.
www.landstingetsormland.se/PageFiles/7745/REGELBOKEN%202010.pdf

BILAGA 1

Vårdgivare som driver hela uppdraget eller delar av uppdraget med samarbete för hela uppdraget Pv-rehab i Stockholms län mars 2009.

AT= arbetsterapeut, D=dietist, K=kurator, L=logoped, SG=sjukgymnast

Vårdgivare Norra länet	Kommun/ stadsdel	Ingåen- de profes- sioner	Anställda, antal (c:a)	Organisa- tionsform	Driftsform
Rehab Nordväst	Solna- Sund- byberg, Jär- fälla, Upp- lands- Bro	AT, SG, D	52	Egen verksam- het för Pv- rehab inkl stroketeam	<i>Landstings- driven</i>
Sollentuna Primärvårds- rehab	Sollentuna	AT, SG, D	17	Egen verksam- het för Pv- rehab	<i>privat</i>
Märsta Primärvårds- rehab	Sigtuna	AT, SG	12	Hus- läkarverksam- het. inkl stro- keteam	<i>landstings- driven</i>
Danderyds Pri- märvårdsrehab	Danderyd	AT, SG, D	9	Egen verksam- het för Pv- rehab	<i>landstings- driven</i>
Lidingö Primärvårds- rehab	Lidingö	AT, SG, D	9	Egen verksam- het för Pv- rehab inkl stroketeam	<i>landstings- driven</i>
Väsby Primärvårdsre- hab	Upplands Väsby	AT, SG	7	Egen verksam- het för Pv- rehab	<i>privat</i>
Täby Primärvårds- Rehab	Täby	AT, SG, D	16	Hus- läkarverksam- het .inkl stro- keteam	<i>landstings- driven</i>
Vallentuna Pri- märvårdsRehab	Vallentuna	AT, SG, D	8	BMM, BUMM och Gyn mott	<i>landstings- driven</i>
Vaxholms Pri- märvårdsRehab	Vaxholm	AT, SG	3	Hus- läkarverksam- het	<i>privat</i>
Österåkers Pri- märvårdsrehab	Österåker	AT, SG, D	12	BMM och BUMM	<i>landstings- driven</i>

Vårdgivare	Kommun/ stadsdel	Ingående profes- sioner	Anställda, antal (c:a)	Organisa- tionsform	Drifts- form
Stockholm och Ekerö					
Primärvårds- rehab Västerort	Bromma, Spånga Tensta, Kista, Rinkeby	AT, K, L, SG,	37	Egen verksam- het för Pv- rehab med tre enheter inkl stroketeam Stroketeam	<i>lands- tings- driven</i>
Primärvårds- rehab Team Aktiv	Hässelby- Vål- lingby	AT, SG	9	Egen verksam- het Pv-rehab	<i>privat</i>
Primärvårds- rehab Legevisitten AB	Hässelby- Vällingby	AT,SG	3	Egen verksam- het Pv-rehab	<i>privat</i>
Primärvårds- rehab Ekerö Rehab	Ekerö	AT, SG,	3	Egen enhet inom äldre- omsorgen för hemrhab- uppdrag	<i>Ekerö kom- mun</i>
Primärvårds- rehab Innerstaden	Kungsholmen Norrmalm Östermalm	AT, D, SG	48	Egen verksam- het Pv-rehab med 3 enheter inkl stroketeam	<i>lands- tings- driven</i>
Primärvårdsre- hab, Matteus VC	Norrmalm	SG	7	Husläkarverk- samhet	<i>privat</i>
Primärvårds- rehab Södra	Södermalm, Enskede/ Årsta/Van-tör, Farsta, Skarpnäck	AT, K, L, SG,	67	Egen verksam- het för Pv- rehab med 4 enheter inkl Stroketeam	<i>lands- tings- driven</i>
Reagera- klinikerna AB	Liljeholmen, Hägersten, Skärholmen, Älvsjö, Botkyrka, Huddinge	AT, D, K, L, SG	85	Egen verksam- het för Pv- rehab med 6 enheter inkl Stroke-team.	<i>privat</i>
Stockholms sjukhem, Bromma- geriatriken	Västerort inkl Ekerö	AT, K, L,SG	4	Stroketeam 65+	<i>privat</i>
Stroke-centrum Capio Geriatrik	Östra Söderort inkl Söder- malm	AT, K, L,SG	6	Stroketeam 65+	<i>privat</i>

Vårdgivare Södra länet	Kom- mun/ stadsdel	Ingåen- de profes- sioner	Anställda, antal (c:a)	Organi- sa- tions- form	Driftsform
Primärvårdsrehab Gustavsbergs VC	Värmdö	AT, SG, K, L	17	Husläkar- verksam- het inkl Stroke- team	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Rehabcentrum Nacka	Nacka	AT, D, K, L, SG	38	Egen verksam- het för Pv-rehab inkl Stro- keteam.	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Bollmora VC	Tyresö	AT, SG,	13	Husläkar- verksam- het	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Proxima primärvård AB	Tyresö	SG	3	Husläkar- verksam- het	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Handens VC	Haninge	AT, SG, L, K,	16	Husläkar- verksam- het inkl Stroke- team.	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Akka Hälsocentral	Haninge	SG	3	Husläkar- verksam- het	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Vendelsö Vård- central	Haninge	D	3	Husläkar- verksam- het	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Legevisitten AB	Nynäs- hamn	SG, AT, L, K	17	Legevisit- ten AB inkl Stro- ke-team.	<i>privat</i>
Hemrehab Huddinge rehab- enhet	Huddinge	AT, SG,	4	Avtal med äldreom- sorgen för hemre- hab- uppdrag	<i>Huddinge kommun</i>

Vårdgivare Södra länet	Kom- mun/ Stadsdel	Ingäen- de Profes- sioner	Anställda, antal (c:a)	Organisa- tionsform	Drifts- form
Hemrehab Botkyrka Rehab- enhet	Botkyrka	AT, SG,	4	Avtal med äldreom- sorgen för hemrehab- uppdrag	<i>Botkyrka kommun</i>
Primärvårdsrehab Luna VC	Södertälje	SG, AT, D	14	Husläkar- verksamhet	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Tallhöjdens VC	Södertälje	AT, D, K, L	10	Husläkar- verksamhet inkl Stroke- team.	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Tallhöjdens Sjuk- gymnastik	Södertälje	SG	12	Egen enhet Pv-rehab	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Tveta VC	Södertälje	AT, D	2,5	Husläkar- verksamhet	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Hovsjö Rehab	Södertälje	SG	6	Egen enhet med anpas- sad Pv- rehab	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Wasa och Lina Hage VC	Södertälje	AT, SG,	5	Husläkar- verksamhet	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Salem VC	Salem	AT, SG,	7	Husläkar- verksamhet	<i>landstings- driven</i>
Primärvårdsrehab Nykvarns VC	Nykvarn	AT, SG,	3	Husläkar- verksamhet	<i>privat</i>
Primärvårdsrehab Järna VC	Södertälje	AT, SG,	6	Husläkar- verksamhet	<i>privat</i>

BILAGA 2*Konsumtion av besök i Pv-rehab och i enskild sjukgymnastik per kommun och invånare 2010*

Kommun/ stadsdel	Antal in- vånare	Andel, %, patienter i befolkning,	Andel, % patienter > 75 år	Antal besök per in- vånare	Antal besök per patient	Andel invånare >75 år	Andel patienter > 75 år	Antal besök per pati- ent >75 år
Botkyrka	82 246	8	26	0,66	7,9	5	14	6,9
Bromma	66 696	10	30	0,82	8,1	7	20	7,6
Danderyd	31 433	15	47	0,98	6,7	10	31	6,9
Ekerö	25 424	10	35	0,89	8,6	5	18	9,1
Enskede-Vantör	89 896	10	29	0,81	7,9	8	22	6,6
Farsta	51 351	11	30	0,85	8,0	10	28	6,7
Haninge	77 167	11	28	0,92	8,2	5	12	6,4
Huddinge	97 538	9	24	0,67	7,6	5	14	7,5
Hägersten-Liljeholmen	73 278	11	29	0,89	8,4	6	18	9,2
Hässelby-Vällingby	65 310	10	28	0,84	8,2	8	22	6,6
Järfälla	66 040	11	33	1,00	8,7	7	20	7,9
Kungsholmen	60 359	12	37	0,92	7,7	7	21	7,8
Lidingö	43 810	18	45	1,34	7,6	9	24	7,4
Nacka	90 118	12	37	0,91	7,7	6	19	6,9
Norrmalm	66 416	12	40	0,97	7,8	5	18	8,5
Norrtälje	56 587	7	7	0,66	9,2	10	10	10,9
Nykvarn	9 452	14	40	1,12	7,9	4	12	7,7
Nynäshamn	26 094	14	34	1,22	8,5	8	18	6,3
Rinkeby-Kista	45 616	10	31	0,98	10,2	4	13	8,4
Salem	15 507	14	36	1,01	7,4	5	14	7,6
Sigtuna	39 757	11	29	0,84	7,7	6	15	5,9
Skarpnäck	43 946	11	29	0,83	7,8	6	17	6,2
Skärholmen	33 473	10	29	0,88	8,4	7	20	7,7
Sollentuna	64 217	11	32	0,84	7,5	6	18	6,5
Solna	68 009	12	34	1,02	8,2	8	21	7,6
Spånga-Tensta	37 754	9	22	0,79	9,0	5	12	6,9
Sundbyberg	38 736	11	32	0,96	8,9	6	19	7,6
Södermalm	121 326	12	34	1,08	9,0	6	18	9,0
Södertälje	86 338	14	35	1,44	10,0	7	16	8,3
Tyresö	43 136	12	31	0,93	7,6	6	14	7,9
Täby	63 579	14	36	1,04	7,2	8	19	7,4
Upplands Väsby	23 513	10	31	0,62	6,5	5	17	5,4
Upplands-Bro	38 952	11	30	1,09	9,5	6	15	7,9
Vallentuna	29 958	14	34	1,16	8,2	5	12	7,9
Vaxholm	11 264	13	37	0,76	5,8	6	17	7,0
Värmdö	38 195	10	33	0,89	8,6	5	15	8,7
Älvsjö	25 473	11	32	0,98	9,0	7	19	9,6
Östermalm	66 073	14	43	1,17	8,5	9	28	8,8
Österåker	39 520	15	37	1,05	6,8	5	13	6,3
Stockholms län	2 053 560	11	31	0,94	8,2	7	18	7,6

Avdelning närsjukvård
Rehabilitering habilitering hjälpmedel

UNDERLAG FÖR VÅRDVAL PRIMÄR-
VÅRDSREHABILITERING OCH SJUK-
GYMNASTIK
2011-01-20

33 (33)
HSN 0903-0198