

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-04-12

HSN 1103-0278

*Handläggare:*

Anne-Marie Norén

## **Yttrande över Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15)**

### **Ärendebeskrivning**

Landstingsstyrelsen har begärt att Hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU2011:15). Betänkandet innehåller förslag till regeringen i rehabiliteringsfrågor och på en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgarantins utformning.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-04-12

Rehabiliteringsrådets slutbetänkande SOU 2011:15, utdrag kapitel 1 och 2

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i Programberedningen för äldre och multisjuka.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* till Landstingsstyrelsen överlämna förvaltningens yttrande över Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15)

*att* omedelbart justera beslutet.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

#### *Sammanfattning*

Hälso- och Sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) ser positivt på att ett Rehabiliteringsråd finns som ska behandla rehabiliteringsfrågor. Regeringen beslutade 2009 om en utredning med det namnet och som 2010 påbörjade sitt uppdrag att stötta och bistå regeringen i rehabiliteringsfrågor. Vidare skulle den ge förslag till hur ett fortsatt stöd i rehabiliteringsfrågor och hur en fortsatt överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti skulle formuleras. Slutbetänkandet är ett väl genomarbetat dokument med många viktiga infallsvinklar. HSN-f instämmer i stort med förslagen i detta. Det behövs en samlad resurs för ett

område som är så sammansatt av olika discipliner och med olika tradition av forskning. För ett fortsatt arbete i Rehabiliteringsrådet är det viktigt att alla vårdnivåer, särskilt primärvården, och alla i rehabiliteringen ingående professioner är delaktiga, samt övriga huvudmän. Att i ett tidigt skede arbeta för implementering av ny kunskap måste också vara tydligt i ett sådant uppdrag.

*Målgrupperna ospecifik smärta och psykisk ohälsa*

HSN-f instämmer i förslaget att Rehabiliteringsgarantin fortsättningsvis ska omfatta de båda målgrupperna ospecifik smärta och lättare eller medelsvår psykisk ohälsa. Förslaget är rimligt, då dessa målgrupper fortfarande står för de stora sjukskrivningsandelarna.

I ett landsting av Stockholms läns (SLL) storlek tar det lång tid att inleda nya processer och nå ut till den stora mängd vårdgivare med olika huvuduppdrag som finns i olika driftsformer. Då arbetsmodellen multimodal rehabilitering (MMR) skiljer sig ganska väsentligt från den gängse i primärvården, behövs längre tid och särskilda resurser för att skapa förutsättningar, pröva och beställa den. Då ett snabbt omhändertagande är en framgångsfaktor för dessa patienter, har SLL tack vare resurserna från Rehabiliteringsgarantin, möjligheter att införa arbetsmodellen i primärvården, linje ett.

När det gäller målgruppen psykisk ohälsa, har Rehabiliteringsgarantins resurser bidragit till att identifiera vårdgivare och stimulera till kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienterna. SLL avser att fortsätta denna stimulans för att nå flera vårdgivare. Även om insatserna för denna målgrupp idag har en enklare arbetsmodell och tillgången i SLL är bättre än för MMR, behövs Rehabiliteringsgarantins resurser för att KBT ska få full genomslagskraft.

Förslaget att Rehabiliteringsgarantin skall ha tydligare fokus på återgång i arbetslivet förordas också av HSN-f. Rehabiliteringsgarantin bör utvecklas om återgång i arbetslivet tillsammans med att öka evidensbaserat omhändertagande för målgrupperna ska vara huvudsyftet för garantin. Struktur och process i MMR kan standardiseras mer, då en rehabiliteringsprocess kan se mycket olika ut, särskilt om team med olika förutsättningar i hela landet ingår.

Nya krav för att bedriva MMR bör ställas i enlighet med Rehabiliteringsrådets förslag om anslutning till ett kommande kvalitetsregister; att målgruppen i första hand ska vara sjukskrivna två till åtta veckor, att vissa manualer i form

av skattningsinstrument och processverktyg ska användas, att vårdgivaren ska förtydliga hur arbetsplatsrelaterade åtgärder ska involveras. HSN-f:s uppfattning är också att en tydlig koppling till Försäkringskassans rehabiliteringskedja bör krävas. Dessa krav skulle kunna utgöra en del av de certifieringskrav som föreslås och som HSN-f instämmer i borde införas för vårdgivare inom Rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsrådet föreslår vidare att rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin noga bör övervägas för patienter med sjukskrivning mer än två månader, då dessa hittills inte återfått arbetsförmåga i lika hög grad. HSN-f:s inställning är att varje patient bör bedömas utifrån sina individuella förutsättningar och att det möjligen är för tidigt att sätta en tidsgräns för när Rehabiliteringsgarantin skall gälla. Att mer forskning behövs för att bli mer träffsäker i insatser för ökad arbetsförmåga för patienter med långa sjukskrivningar är samtidigt rimligt.

Förslaget att behandling inom Rehabiliteringsgarantin endast bör genomföras av vårdgivare som är specialiserade på återgång i arbete, är en av slutsatserna i Karolinska Institutets utvärderingsrapport II. Den arbetsmodellen förekommer idag systematiskt i SLL endast på specialistkliniker, i sjukvårdens linje två. HSN-f anser dock att med tydliga krav på vårdgivaren, kan även vårdgivare i linje ett, och särskilt i ett implementeringsskede, ta emot dessa patienter, då rehabiliteringen på detta sätt sannolikt kan starta tidigare.

Förslaget om utbildning i evidensbaserad utredning av patienter genom modellen röda och gula flaggor (ÖMPSQ = Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire) samt utbildning i multimodal rehabilitering förordas av HSN-f. Att hitta riskpatienter, men att också kunna göra rätt urval av patienter till primärvård och specialistvård är avgörande frågor såväl för resultatet för individen, som för en kostnadseffektiv användning av sjukvårdens resurser.

Rehabiliteringsrådets förslag om att inrätta ett Kunskapscenter för Rehabiliteringsgarantin anser HSN-f kan vara en bra lösning för att på sikt samla resurser för kunskap och dess spridning. En förutsättning är att alla vårdnivåer, särskilt primärvården, och alla i rehabiliteringen ingående professioner integreras, förutom övriga huvudmän. Att i ett tidigt skede arbeta för implementering av ny kunskap måste också vara tydligt i ett sådant uppdrag.

Rehabiliteringsrådet föreslår en utredning av hur vårdvalet har påverkat rehabiliteringens samlade insatser. HSN-f menar att en annan aspekt är att

undersöka hur vårdvalet kan användas för att samla rehabiliteringens insatser.

För patienter med långa sjukskrivningar, med samsjuklighet eller med beroendeproblematik instämmer HSN-f i förslaget om att identifiera dessa individer. Likaså menar HSN-f att det är viktigt att ta fram evidens och beprövad erfarenhet för rehabilitering av de patienter som inte inom en viss tid kan återfå arbetsförmåga, men där målet är funktions- och aktivitetsförbättringar och ökad delaktighet i samhället.

För personer som inte kan återgå i arbete föreslår Rådet att olika bidrag och subventioner undersöks. Då detta inte direkt ingår i sjukvårdens ansvarsområde, avstår HSN-f från att ha synpunkter. Däremot efterlyses en tydligare ansvarsbeskrivning för de olika huvudmännen när det gäller insatser för att återfå arbetsförmåga.

*Patienter med neurologisk sjukdom och cancer*

HSN-f instämmer med Rehabiliteringsrådet i att arbetsmetoder för patienter med neurologisk sjukdom och cancer behöver utvecklas och ser för närvarande inte att dessa patientgrupper skulle ingå i Rehabiliteringsgarantin.

När det gäller cancerrehabilitering bedöms den av Rehabiliteringsrådet huvudsakligen som vård. HSN-f menar att det saknas en tydlig definition på den medicinska rehabiliteringen och hur den ska samverka med annan rehabilitering inklusive social rehabilitering. Även patientens och närståendes inflytande och möjligheter till ansvarstagande borde tydliggöras.

När arbetsrelaterad rehabilitering blir aktuell, borde den ses som icke medicinsk rehabilitering. Arbetsgivare och arbetsförmedling borde få ta ett större ansvar i ett samarbete med utförarna av medicinsk rehabilitering. I detta skede är sjukvårdens företrädare inte huvudpersoner utan medspelare. Beslut för rehabilitering fattas alltså av alla berörda i samverkan; patienter, närstående, arbetsmarknadens parter och vid behov vårdgivare. Idag finns vårdplaner och deras användning måste ökas och bli skallkrav. Att en rehabiliteringsplan tillkommer och löper genom hela processen som en lika viktig del i livsförloppet vid, under och efter en cancersjukdom borde vara en självklarhet.

HSN-f anser att avancerad sjukvård kräver specialiserade förberedelser och specialiserad eftervård för att få ett bra utfall. När rehabiliteringen med dess olika dimensioner ska integreras, och i vilka skeenden, måste därför

förtydligas. Processledare eller koordinatörer kan vara ett sätt att stödja utvecklingen av rehabiliteringsprocessen såväl för målgrupperna med långvarig smärta och psykisk ohälsa samt för neurologiskt sjuka och cancersjuka.

*Ekonomiska konsekvenser*

Att genomföra de förslag som Rehabiliteringsrådet ger kan medföra ökade kostnader för medicinsk rehabilitering, men ökar troligen kostnadseffektiviteten inom vården. Ökad tillgång på rehabilitering minskar sannolikt kostnader för andra huvudmän.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*

Rehabiliteringsrådets förslag verkar genomgående för en ökad patientsäkerhet.

*Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*

Rehabiliteringsrådets förslag ökar antagligen såväl jämställdhet som jämlikhet inom sjukvården.

*Miljökonsekvenser*

HSN-f ser inga konsekvenser för miljön av Rehabiliteringsrådets förslag.

Catarina Andersson Forsman  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson  
Avdelningschef