

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2012-09-17

HSN 0901-0035

*Handläggare:*

Anne-Marie Norén

## **Förslag att införa vårdval för patienter med långvarig smärta och psykisk ohälsa samt införande av en koordinatorsfunktion för patientgrupperna inom rehabiliteringsgarantin**

### **Ärendebeskrivning**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i februari 2009 att Stockholms läns landsting skulle ansluta sig till den statliga överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti för patientgrupperna långvarig smärta och lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Arbetet har bland annat syftat till att forma ett långsiktigt uppdrag för patientgrupperna med synkronisering av resurserna i primärvård och specialistvård. I ärendet redovisas behov och utbud för patientgrupperna, ett förslag till att konstruera ett vårdval enligt lagen om valfrihetssystem samt att införa koordinerande åtgärder i primärvården.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2012-09-17

Utredning om behov och utbud för patientgrupperna långvarig smärta och lätt till medelsvår psykisk ohälsa, 2012-05-07

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i Programberedningen för äldre och multisjuka.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med ett förfrågningsunderlag till ett vårdval för patienter med långvarig smärta samt lätt till medelsvår psykisk ohälsa

*att* uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med ett förslag på funktion för koordinering av rehabilitering för dessa patientgrupper.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

Överenskommelsen om den nationella rehabiliteringsgarantin (rehabgarantin) mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting gäller för patienter med icke specifik smärta i rygg, nacke eller axlar samt lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa i form av ångest, depression eller stressrelaterad ohälsa. Den syftar till tidig och effektiv rehabilitering för en ökad eller bibehållen arbetsförmåga. Landstingen som uppfyller kraven i överenskommelsen har kunnat avropa stimulansmedel att använda till insatser för rehabilitering och vårdutveckling för patientgrupperna. Överenskommelsen kan komma att förlängas, men syftet är att kraven, som vilar på vetenskaplig evidens, ska integreras i landstingens ordinarie uppdrag.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fortlöpande godkänt vårdgivare som uppfyller kraven i rehabgarantin. Det betyder multimodal rehabilitering - kompetens från flera yrkesgrupper som samarbetar systematiskt med patienten mot ett gemensamt mål (MMR) för patienter med långvarig smärta. Man skiljer på ett enklare (MMR 1) och ett mer omfattande (MMR 2) omhändertagande, som motsvarar ungefär primärvård respektive specialistvård. Stimulansåtgärder och ersättningar har konstruerats och utbetalats till godkända vårdgivare. Trots dessa har endast ett mindre antal MMR1-team bildats i primärvården.

För patientgruppen psykisk ohälsa föreskrivs kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT). När det gäller KBT har många vårdgivare kunnat identifieras och sannolikt har utbudet och produktionen ökat på grund av rehabgarantin. Idag har mer än hälften av husläkarmottagningarna tillgång till personal med kompetens enligt rehabgarantin.

I Karolinska Institutets slutrapport från 2011 om rehabgarantin ges bl.a. förslag för att förbättra garantins effekter t.ex. att hitta förbättrade urvalskriterier, att göra tidiga insatser, att använda manualer, att fokusera mer på arbetsplatsriktade insatser och att centralisering till mindre antal enheter kan vara nödvändigt för en ökad kvalitet. Förslagen stämmer väl överens med förvaltningens erfarenheter.

### ***Patientgrupperna***

Varje år får cirka 100 000 individer diagnos smärta i rygg, nacke eller axlar och cirka 50 000 får diagnoser inom lätt till medelsvår psykisk ohälsa bara på husläkarmottagningarna i Stockholms län. När det gäller smärta i muskuloskeletala systemet rapporteras det att cirka tio procent av patienterna får långvarig smärta och inte återgår i arbete. Långvarig smärta i rygg, nacke eller axlar och psykisk ohälsa står för mer än hälften av alla sjukskrivningar.

I Folkhälsorapporten för Stockholms län 2007 anges att 41 procent av män och 49 procent av kvinnor i åldern 18-84 år har måttliga eller svåra problem med smärta. Långvarig behandlingskrävande smärta drabbar mer än 20 procent av befolkningen enligt SBU-rapport 2010. I Folkhälsorapporten från 2011 anger 18,1 procent i befolkningen nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen kvinnor är något högre än andelen män och högst självupplevd psykisk ohälsa har unga kvinnor. I den nationella läkarenkäten från 2008 angav husläkarna att 25-40 procent av deras besök utgjordes av patienter med psykisk ohälsa.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande 2011 sägs att depression förekommer hos 12-16 procent av primärvårdspatienterna, som oftast söker för kroppsliga besvär. Av dessa identifieras cirka 40 procent och att hälften av dessa menar man får adekvat depressionsbehandling.

Samsjuklighet finns mellan depression och ångest och flera olika kroppsliga diagnoser däribland smärttillstånd. Hur stor den är vet man inte exakt, men vårdgivare inom såväl smärtområdet som psykisk ohälsa uppskattar den till minst en tredjedel.

#### ***Nuvarande vårdutbud***

Av de patienter som idag diagnostiseras med smärta och psykisk ohälsa på husläkarmottagningarna, kan sannolikt majoriteten återfå sin funktion utan större insatser. En mindre del, upp till 10 000 individer, bedöms behöva MMR 1- eller MMR2- omhändertagande och en större del unimodal eller intermedjär rehabilitering i primärvården. Idag identifieras ett par hundra patienter för MMR1 och cirka 8 500 patienter för KBT i primärvården per år. För att selektera patienter till rätt insatser och vårdnivå i ett tidigt skede pekas det i flera rapporter på att såväl en identifieringsfunktion som en bedömningsfunktion behövs i primärvården.

På specialistnivå finns i Stockholms län idag sju vårdgivare som rehabiliterar patienter med långvarig smärta. De omhändertar sammanlagt cirka 1400 patienter per år. För patienter med psykisk ohälsa finns fyra vårdgivare i den försöksverksamhet som kallas Stressnätverket samt sju vårdgivare inom psykiatrin. Sammanlagt tar de emot cirka 5 000 patienter per år. Dessa vårdgivare har idag olika uppdrag och tar emot patientgrupperna i olika grad. Flera av dem pekar på att uppdragen behöver revideras med hänsyn till den samsjuklighet som finns i grupperna.

Mot bakgrund av det antal patienter som hittills identifierats ha fått evidensbaserat omhändertagande genom rehabgarantin, bedöms det finnas ett

mörkertal i patientgrupperna som inte får adekvat vård. För att förbättra identifikation, bedömning och rehabilitering föreslås ett antal förändringar.

### ***Förvaltningens förslag***

Ett vårdval för patientgrupperna arbetas fram. Det innebär ett transparent, enhetligt uppdrag som möjliggör jämförbarhet och främjar jämlik rehabilitering. Det kan bestå av ett basuppdrag för bedömning och rehabilitering samt olika tilläggsmoduler för mindre patientgrupper och övriga uppdrag, t ex arbetsförmågebedömningar till Försäkringskassan, ryggkirurgibedömningar, unga vuxna, kroniskt trötthetssyndrom. En analys av det vårdvalstest som nämnden tidigare beslutat om visar att det finns förutsättningar för att införa vårdval för rehabilitering av patientgrupperna långvarig smärta och psykisk ohälsa. Införandet planeras till januari 2014.

En koordinatorsfunktion i primärvården för att tidigt identifiera, rekommendera, och koordinera insatser för patientgrupperna införs. En pilotstudie pågår för att ta fram uppdrag och utvärdera ett sådant också ur ett ekonomiskt perspektiv.

Förbättrade förutsättningar för bedömning av patienter i primärvården införs genom att stimulera teamarbete för husläkare och behandlare i den psykosociala resursen. Beroende på patientens behov kan olika behandlare och aktörer arbeta i olika grad av teamarbete för att planera och följa upp gemensamma mål.

### ***Ekonomiska konsekvenser***

Kostnaden för ett vårdval för patientgrupperna bedöms huvudsakligen redan finnas genom de befintliga uppdragen. Genom en större transparens och jämförbarhet borde på sikt en högre kvalitet uppnås. En viss kostnadsökning kan tillkomma initialt om flera vårdgivare än idag får uppdragen. I ett införandeskede finansieras den genom statsbidraget för rehabgarantin.

Med antagandet att koordinatorsfunktionen i primärvården kan hantera cirka 400 patienter per år, görs bedömningen att kostnaden kan bli cirka 40 Mkr. Med ett successivt införande blir kostnaden lägre de första åren. Genom ett förbättrat flöde och mer träffsäkra insatser för patienterna borde kostnaden minska på sikt.

Kostnaden för att stimulera bedömningsteam i primärvården borde bli marginell, då besöket ersätter andra besök. I ett införandeskede finansieras den genom statsbidraget för rehabgarantin. Med bättre planering och uppföljning av rehabiliteringsmålen borde kostnaden minska på sikt.

*Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*

Beslutet borde med ökad jämförbarhet öka tillgången till jämlik och jämställd vård.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*

Beslutet borde med ökad kvalité öka patientsäkerheten för vårdtjänsterna.

*Miljökonsekvenser*

Beslutet medför oförändrade konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson  
Avdelningschef

**Handläggare** Anne-Marie Norén, Lena Nordgaard, Hillevi Wesslén, Ann-Charlotte Eklöf, Gunnel Andersson och Margareta Fält.

## **Utredning för målgrupperna inom nationella Rehabiliteringsgarantin – behov och utbud samt förslag på framtida beställning**

### **Bakgrund**

Överenskommelsen om den nationella Rehabiliteringsgarantin (rehabgarantin) mellan Socialdepartementet och SKL för patienter med icke specifika rygg- och nackbesvär samt lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa gäller till och med 2012. Förhandlingar inför 2013 påbörjas efter sommaren. Den innehåller sedan 2012 något förändrade förutsättningar och ersättningar (1). Karolinska Institutets slutrapport om rehabgarantin från september 2011 (2) visar något bättre resultat än de första rapporterna. Den säger bl. a. att risken för återfall i sjuk- och aktivitetsersättning minskar för dem som genomgått rehabilitering, att ju bättre implementerad arbetsmodellen är ju bättre resultat får patienterna samt att en bättre selektering av patienter har skett. Ett antal förslag för att förbättra garantins effekter ges också, bl. a; att hitta förbättrade urvalskriterier, att göra tidiga insatser, att använda manualer, att fokusera mer på arbetsplatsriktade insatser och att centralisering till mindre antal enheter kan vara nödvändigt för en ökad kvalitet.

I HSF:s projektplan för projektet nationella rehabiliteringsgarantin är syftet formulerat som:

*Att främja återvunnen arbetsförmåga för patienter med icke specifika rygg- och nackbesvär samt lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Detta ska ske med ökad tillgång på evidensbaserade insatser genom att identifiera multimodala team respektive KBT-behandlare för dessa grupper. Då ett snabbt omhändertagande av patienterna är en framgångsfaktor, bör identifiering, bedömning och inledande rehabiliteringsinsatser främst ske i primärvården. Ett långsiktigt uppdrag för målgrupperna inklusive samsjuklighet med synkronisering av resurserna i primärvård och specialistvård måste också ske.*

Från och med HSN:s beslut att delta i rehabgarantin 2009 har HSF fortlöpande godkänt vårdgivare som är beredda att arbeta med målgrupperna enligt den föreskrivna arbetsmodellen. Stimulansåtgärder och -ersättningar har konstruerats och utbetalats för detta

2012-05-07

Erfarenheterna från Rehabiliteringsgarantin hittills är att bildandet av MMR-team i primärvården är en långsam process som tar flera år, då det är en betydligt mer komplex arbetsmodell än den ordinarie. Idag har arbetsmodellen inte etablerat sig i primärvården enligt den föreskrivna formen i nationella rehabgarantin. När det gäller KBT-vårdgivare har många kunnat identifieras och sannolikt har utbudet och produktionen ökat på grund av rehabgarantin. Idag har mer än hälften av husläkarmottagningarna (hlm) tillgång till personal med kompetens enligt rehabgarantin.

**Syftet** med denna utredning är att undersöka behov och utbud för målgrupperna inom Rehabiliteringsgarantin samt att föreslå en framtida beställningsform.

### **Målgruppen långvarig smärta**

Med denna målgrupp menas inom Rehabiliteringsgarantin smärta mer än tre månader i rygg, nacke eller axlar samt generaliserad smärta som fibromyalgi. I Folkhälsorapporten Stockholms Län 2007 rapporterar 41 % av män samt 49 % av kvinnor i åldern 18-84 år måttliga eller svåra problem med smärta. Problemet ökar med stigande ålder och är störst i åldergruppen 65 – 84 år. Långvarig behandlingskrävande smärta drabbar mer än 20 procent befolkningen enligt SBU-rapport (3). Det motsvarar cirka 400 000 personer i SLL. När det gäller smärta i muskuloskeletala systemet rapporteras det att cirka 10 % av patienterna får långvarig smärta och inte återgår i arbete (3,4).

Inom rehabgarantin föreskrivs för målgruppen långvarig smärta multimodal rehabilitering. Från SLL rapporterades åren 2008 – 2010 cirka 1500 patienter/år med långvarig smärta inom Rehabgarantin. Av dessa omhändertogs ett hundratal i primärvården. Det motsvarar 1,20 patienter per 1000 inv. Riksgenomsnittet ligger på 1,51 per 1000 inv.

I Socialstyrelsens rapport juni 2010 (5), om Rehabgarantins insatser sägs att 16 % av patienterna i målgruppen långvarig smärta inte var sjukskrivna.

I överenskommelsen om Rehabgarantin för 2012 skiljer man på omhändertagandet av patienter i multimodal rehabilitering i ett enklare och ett mer omfattande sådant. De kallas MMR 1 respektive MMR 2 och motsvarar ungefär primärvård och specialistvård. Konceptet är hämtat från den rapport från SBU m .fl. (6) som beskriver patient-, vårdprocess- och vårdgivarperspektiv inklusive en urvalsprocess för rehabiliteringen.

2012-05-07

### **Målgruppen psykisk ohälsa**

Med denna målgrupp menas inom Rehabgarantin lätt eller medelsvår depression, ångest eller stressrelaterad ohälsa. För denna målgrupp föreskrivs kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT). Folkhälsorapporten från 2011 rapporteras att 18,1 procent i befolkningen anger nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen kvinnor är något högre än andelen män och högst självupplevd psykisk ohälsa har unga kvinnor.

I läkarenkäten från 2009 (7) angav husläkarna att mellan 25 – 40 % av deras besök utgjordes av patienter med psykisk ohälsa.

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (8) pekar man på att diagnostik av den psykiatriska diagnosen snarare beror på tradition än något officiellt klassificeringssystem. Man anger att depression förekommer hos 12 - 16 % av primärvårdspatienterna, som oftast söker för kroppsliga besvär. Av dessa identifieras cirka 40 % och att hälften av dessa får adekvat depressionsbehandling (9).

Från SLL rapporterades 2009 cirka 2500 patienter med psykisk ohälsa inom Rehabgarantin. 2010 rapporterades cirka 12 500 patienter, varav cirka 6 200 patienter omhändertogs i primärvården, 5 500 inom öppenvård psykiatri och cirka 430 inom specialistvården (Stressnätverket). Ökningen berodde på att man identifierade flera patienter. Antalet motsvarar 114,8 patienter per 1000 inv. Riksgenomsnittet ligger på 110,3 per 1000 inv.

I Socialstyrelsens rapport juni 2010 (4), om Rehabiliteringsgarantis insatser sägs att 50 % av patienterna i målgruppen psykisk ohälsa inte var sjukskrivna.

Samsjuklighet finns mellan depression och ångest och minst 10 olika kroppsliga diagnoser däribland smärttillstånd (10). Hur stor den är vet man inte exakt, men vårdgivare inom såväl smärta som psykisk ohälsa uppskattar den till minst en tredjedel.

### **Aktuellt**

I Framtidsplanen för de närmaste åren uttryckts att vårdval ska införas på alla områden där så är möjligt och funktionellt. Vidare sägs att vårdval utreds för öppenvård psykiatri, en utredning som kan påverka målgrupperna inom rehabiliteringsgarantin. Även utredningen av Specialistcentra kan påverka lokaliseringen av utbudet för målgrupperna.



2012-05-07

Att projektet 'Aktiv Hälsostyrning' ska utvidgas till flera patientgrupper, kan få betydelse för målgrupperna. En utredning för koordinatorsfunktion i primärvården har inletts för målgrupperna.

Vidare sägs att SLL skall bidra till att minska utanförskap och arbeta aktivt för att minska sjukskrivningar som domineras av långvarig smärta och psykisk ohälsa, prioritet skall ges åt patienter som står utanför arbetsmarknaden med samordnade resurser från andra huvudmän. Rehabiliteringsgarantin skall vara en del av detta. Den specialiserade smärtvården inom rehabiliteringsmedicin ska fungera som kunskapsnav mot primärvård och smärtmottagningar. Vårdkedjan mellan smärtvård och primärvård måste stärkas.

Ett på HSF redan inlett uppdrag som påverkar målgrupperna är det vårdval i ryggkirurgi som pågår på SSV. Det är känt att de patienter som står i kö för ryggoperation får vänta länge och att merparten av dem inte är aktuella för ryggoperation. Dessa patienter borde kunna bedömas tidigare och få adekvat behandling/rehabilitering.

Ett annat på HSF redan inlett uppdrag som påverkar målgrupperna är det som gått till Danderyds Rehabklinik för teambaserade utredningar (TMU) mot Försäkringskassan. Om detta uppdrag skall ligga kvar hos landstingen borde det kunna utföras av flera vårdgivare med adekvat kompetens.

I kraven för Rehabiliteringsgarantin 2012 uttrycks att ett tydligare fokus skall ligga på bedömning av rehabiliteringen samt på arbetsförmågan. För målgruppen psykisk ohälsa rekommenderas 10 – 15 besök för en rehabilitering. För målgruppen långvarig smärta beskrivs två nivåer av omhändertagande, MMR 1 och MMR 2, där den förra är ett någon enklare och det senare en mer komplex process. Det rekommenderas också att man skall ta emot minst 30 patienter per MMR-team för att upprätthålla processflöde och kompetens. Det pekas också på kommunikation mellan primärvård och specialistvård.

## Frågeställningar

Med syftet att ge en bild av behov och utbud samt förslag på framtida beställningsform, bedöms följande frågeställningar behöva besvaras.

1. Hur många patienter finns i rehabgarantins målgrupper?
2. Hur många vårdgivare finns idag för rehabgarantins målgrupper?

2012-05-07

3. Hur ser uppdragen ut för målgrupperna inom rehabgarantin och hur kan framtida uppdrag se ut?
4. Vad är den uppskattade kostnaden för en rehabilitering för målgrupperna?
5. På vilken/vilka vårdnivåer ska uppdragen ligga?
6. Vilken beställningsform kan bli aktuell?

## Resultat

### 1 a) Bedömt antal patienter för MMR

I GVR finns cirka 103 000 patienter registrerade 2011 i primärvården med de diagnoser för smärta som omfattas av Rehabgarantin. Enligt bedömningar som refereras ovan (3, 5), kan cirka 10 procent av dessa riskera att hamna i långvarig smärta och behöva MMR. Det motsvarar cirka 10 000 patienter. Ett större antal bedöms behöva en enklare rehabilitering, s.k. unimodal eller intermediär sådan. 2011 rapporterades från SLL cirka 1700 patienter i MMR inom rehabgarantin. Det är lägre än genomsnittet för landet i övrigt, vilket skulle motsvara cirka 3000 patienter för SLL. Det kan tala för att ett större utbud av MMR behövs.

De 103 000 individerna gjorde 165 000 besök på hlm 2011. I specialistvården exklusive läkare enligt LOL gjorde ytterligare 87 951 individer 956 706 besök och vårdtillfällen med samma diagnospanorama under 2011.

*Tabell 1. Antal patienter i rehabgarantins diagnospanorama smärta 2011*

Patienter ur GVR på husläkarmottagningarna	103 000
– varav patienter som antas få långvarig smärta	10 000
Patienter färdigbehandlade och rapporterade till Rehabgarantin	1 700

### 1 b) Bedömt antal patienter för KBT

Nationella RehaBrådet anger att av antalet patienter som besöker primärvården har 12 – 16 % depression (8). I SLL besökte cirka 1 161 900 individer hlm 2011. Om 12 – 16 % av dessa har depression utgör de mellan 139 428 och 185 904 personer. Vidare menar man att cirka 40 % av dessa identifieras, vilket i så fall i SLL motsvaras av mellan 55 771 och 74362

2012-05-07

personer. Man menar vidare att hälften av dessa patienter får behandling, vilket skulle vara mellan 27 886 och 37 181 personer.

I GVR ses att på hlm gjorde 53 348 individer 114 136 besök 2011 inom de åldersgrupper och med de diagnoser för psykisk ohälsa som gäller för rehabgarantin, en ökning med cirka fem procent mot 2010. Till det psykosociala uppdraget på hlm remitterades totalt cirka 35 000 individer till 154 000 besök 2011. Individantalet är konstant mot 2010 och utgör 3 procent av alla individer (1 161 900) som besökte hlm. Besöksantalet ökade med cirka 15 procent och utgör 4,5 % av alla besök (3 400 000) i husläkarverksamhet år 2011.

Om man utgår från data i tabell II och antar att cirka 163 000 (mellan 12 och 16 procent) personer av dem som besöker hlm har depression i någon form och att cirka 40 procent av dessa identifieras, skulle totalt 65 000 individer identifieras på hlm. I GVR ses att totalt 56 000 patienter registrerades med diagnos psykisk ohälsa inom rehabgarantins hela diagnospanorama på hlm. Av dessa remitteras 35 000 patienter till den psykosociala resursen, varav 7 900 identifierades att ha fått kbt hos de inom rehabiliteringsgarantin godkända vårdgivarna 2011. Om man antar att samma andel patienter har behov av kbt hos de icke godkända vårdgivarna, skulle antalet patienter uppgå till cirka 11 000. Det återstående antalet rapporterade patienter med psykisk ohälsa inom rehabgarantin, cirka 6 000, kommer från Psykiatrin. De utgör en del av totalt cirka 20 000 med diagnoser inom rehabgarantin som får KBT från Psykiatrin. Antalet patienter med psykisk ohälsa som rapporterades inom rehabgarantin från SLL var 2011 totalt 13 800. Det ser ut att finnas dolda behov såväl för ett basomhändertagande som också ett mer profilerat eller specialiserat omhändertagande för patienter med psykisk ohälsa.

2012-05-07

*Tabell II. Antal patienter med psykisk ohälsa (Poh) och diagnoser inom Rehabgarantin 2011*

	<b>I GVR Psyk öv</b>	<b>I GVR hlm</b>	<b>Nationella Rehabrådets bedömningar</b>	<b>Rapporterade patienter till FK</b>
depression (12-16 % i PV)			163 000	
varav identifierade (40 %)			65 000	
varav behandlade (50 %)			32 500	
patienter med Poh i hlm		56 000		
varav remitterade till PsSoc resurs		35 000		
patienter med Poh inom psykiatri	20 000			
<i>Totalantal till FK</i>				<i>13 900</i>
<i>– varav från PV</i>				<i>7 900</i>
<i>– varav från områdespsykiatri</i>				<i>5 640</i>
<i>– varav från stressnätverket</i>				<i>360</i>

## **2 a) Befintliga vårdgivare godkända inom Rehabiliteringsgarantin för långvarig smärta och psykisk ohälsa på primärvårdsnivå:**

Sedan SLL beslutade om att ansluta sig till Rehabiliteringsgarantin har HSF via ett godkännandeförfarande som innehåller kraven i den statliga överenskommelsen och SLL-specifika krav ett antal MMR-team och KBT-vårdgivare i primärvården godkänts. I december 2011 fanns: 20 MMR-team med husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering, 2 MMR-team i avtal baserat på LOL och LOS vårdgivare samt 125 vårdgivare med KBT-kompetens i primärvården

## **2 b) Befintliga vårdgivare med avtal för långvarig smärta och psykisk ohälsa på specialistnivå (tabell III).**

I tabell III finns de vårdgivare förtecknade som huvudsakligen tar hand om de aktuella målgrupperna på specialistnivå. Inom Rehabgarantin har sju vårdgivare identifierats för långvarig smärta, varav två (SÖS och Södertälje sjukhus) har marginell produktion. Fyra vårdgivare för stressrelaterad psykisk ohälsa finns och är försöksverksamheter med ursprung i sjukskrivningsmiljarden. Sju vårdgivare finns i områdespsykiatri och tar emot nästan lika många patienter ur Rehabgarantins målgrupper som hlm (5640 respektive 7900). De utgör drygt 25 procent av psykiatriens patienter. Hos vårdgivarna Psykiatrihälsan och Wemind utgör målgrupperna cirka 80 procent.

2012-05-07

**Tabell III. Befintliga vårdgivare för långvarig smärta och psykisk ohälsa 2011**

Vårdgivare	Uppdrag	Avtalsform	Avtalsperiod (förlängning)	Ersättningstak Mnkr/år, cirka
Ryggcentrum Rygg-institutet, Ladvik Norrtälje	Långvarig smärta	Upphandlat	2010 – 2013 (2014 – 2015)	20
Ryggcentrum Aleris, Nacka	Långvarig smärta	Upphandlat	2010 – 2013 (2014 – 2015)	20
Smärtmottagningen, Aleris, Nacka	Smärta	Upphandlat	2010 – 2013 (2014 – 2015)	1
Rehabkliniken, DS (HS)	Långvarig smärta	Direktavtal	2012 – 2014	38
Smärtcentrum, ANOPIVA, KS	Långvarig smärta	Direktavtal	2012 – 2014	5
Smärtkliniken, Capio S:t Görän	Långvarig smärta	Direktavtal	2007 – 2009 (2010 – 2012)	22
Smärtmottagningen, SÖS	Långvarig smärta	Direktavtal	2012 – 2014	4
Smärtmottagningen, Södertälje sjukhus	Långvarig smärta	Direktavtal	2012 – 2014	1,2
Rehabkliniken, DS (HS)	Stressrelaterad psykisk ohälsa	Direktavtal/ försöksverksamhet	2012 – 2013	14
Stressmottagningen, KI	Stressrelaterad psykisk ohälsa	Direktavtal/ försöksverksamhet	2012 – 2013	9,3
PBM Stockholm	Stressrelaterad psykisk ohälsa	Direktavtal/ försöksverksamhet	2012 – 2013	9,2
Gustavsbergs Vårdcentral.	Stressrelaterad psykisk ohälsa	Direktavtal/ försöksverksamhet	2012 – 2013	7,8
<i>Prima vuxenpsykiatri</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2010 – 2014</i>	<i>220,9</i>
<i>Praktikertjänst vuxenpsyk</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>66,8</i>
<i>Carema Vuxenpsykiatri</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>132,7</i>
<i>SLSO vuxenpsykiatri</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Direktavtal</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>1 901,9</i>
<i>Prima BUP</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>27,3</i>
<i>Praktikertjänst BUP</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>11,7</i>
<i>SLSO BUP</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Direktavtal</i>	<i>2009 – 2012</i>	<i>348,2</i>
Psykiatrihälsan	Psykisk ohälsa	Upphandlat	2010 – 2012 (2013 – 2014)	9
Wemind	Psykisk ohälsa	Upphandlat	2010 – 2012 (2013 – 2014)	9
<i>Ersta Diakonisällskap</i>	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Upphandlat</i>	<i>2010 – 2012</i>	<i>41,7</i>

2012-05-07

### **3 a) Uppdrag för målgruppen MMR**

Idag fungerar detta uppdrag huvudsakligen på specialistklinikerna (DS, Ryggcentra och Smärtkliniken S:t Göran), där uppdragen beställts mer specifikt. Dessa uppdrag motsvarar mest det som i rehabgarantin 2012 betecknas som MMR 2. I primärvården har inte någon större produktion av MMR, som här mest motsvaras av MMR 1, kommit igång, trots mer generösa stimulansersättningar för 2011. Ett undantag är Skärholmens VC, som hade ett specifikt projektuppdrag för målgruppen. Flera godkända MMR-team i primärvården tar emot ett mindre antal patienter, men skulle antagligen kunna ta emot flera från andra hlm. En försvårande faktor kan då vara att dessa patienter inte sägs prioriteras gentemot mottagningens egna listade patienter.

En nyckelfaktor för primärvården är att identifiera dessa patienter, som alla finns i primärvården initialt. Där kan en form av koordinatorsfunktion vara en lösning. En sådan funktion kommer att utredas av konsultföretaget Health Navigator, som har påbörjat en pilotstudie i april 2012.

Nästa viktiga faktor är att hänvisa/remittera patienten till rätt vårdnivå. Det är antagligen inte rimligt att alla husläkarmottagningar skall vara utrustade med MMR, vilket också flera av dem som är godkända som team instämmer i. Det påpekas också i SKL:s rapport om Rehabgarantins status i juni 2011 (11) liksom i KI:s slutrapport om Rehabgarantin (2). Alla patienter kan inte heller remitteras till specialistvården. En ytterligare aspekt är den samsjuklighet som finns mellan målgrupperna i rehabgarantin.

### **3 b) Uppdrag för målgruppen KBT**

Till det psykosociala uppdraget remitteras patienter med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa. Idag utgör de cirka 66 procent av alla som remitteras, men såväl andelen som totalantalet kan vara avsevärt större enligt ovan redovisade siffror. En direktaccess till den psykosociala resursen för vissa patienter skulle kunna spara en del läkarbesök.

Inom rehabiliteringsgarantin/stressnätverket har det visat sig att en förstärkt psykosocial resurs med fokus på arbetsåtergång på kort sikt haft större framgång med återgång i arbete för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa (12) än Specialistklinikerna. En fortsatt utvärdering av detta omhändertagande görs i ett särskilt projekt inom sjukskrivningsmiljarden under 2012/2013. Om en sådan resurs visar sig framgångsrik, skulle den kunna ingå i uppdraget MMR för långvarig smärta och/eller psykisk ohälsa, då man på så sätt kan samutnyttja kompetensen.

2012-05-07

### **3 c) Nytt tänkbart uppdrag för båda målgrupperna**

Ett förslag är att göra ett sammansatt uppdrag av MMR 1 och MMR 2 inklusive insatser för den samsjuklighet av psykisk ohälsa som finns hos patientgrupperna. Uppdraget skulle kunna bestå av flera moduler t ex MMR 1 och MMR 2 med insatser för samsjuklighet av psykisk ohälsa, en avancerad bedömningsfunktion samt tillgång till olika specialiteter för konsultation. Tänkbara tilläggstjänster är rehabilitering för kroniskt trötthetssyndrom, psykisk ohälsa för tortyrskadade, försäkringsmedicinska utredningar (TMU och AFU) och ryggkirurgiska bedömningar. För att få kvalitet i vårdtjänsten och underlag för olika gruppbehandlingar som rehabiliteringen bygger på samt ekonomisk bärighet för vårdgivaren, bedöms ett visst antal patienter per år och vårdgivare vara nödvändigt. Det totala antalet patienter i behov av ett sådant uppdrag kan uppgå till 10 000, varför det bör finnas underlag för ett antal vårdgivare. Idag finns minst ett tiotal företag som skulle kunna utföra ett sådant uppdrag (tabell III), huvudsakligen på specialistnivå. I GVR-data framgår att specialistnivån för de båda målgrupperna idag mest nyttjas av norra länets och viss mån Stockholms invånare. Det talar för att utbudet bör spridas bättre i länet. Ett sådant uppdrag borde beställas specifikt genom upphandling eller vårdval.

Därutöver behövs en tidig kvalificerad bedömning av patienten på primärvårdsnivå. Den kräver kompetens och ett enklare samarbete som kan förtydligas i förfrågningsunderlag för husläkaruppdraget. För de flesta patienter gäller sedan unimodal eller intermediär rehabilitering, medan cirka 10 procent av patienterna kan behöva remitteras till MMR för långvarig smärta med mer eller mindre psykisk ohälsa. Remitteringsrutiner och sjukskrivningsansvar bör också tydliggöras i uppdragen.

En avgörande faktor i rehabiliteringen för såväl primärvården som för specialistvården är att integrera patienten tidigt i rehabprocessen. Här utgör lärandet om samhällets förmånssystem relaterat till den medicinska rehabiliteringen en viktig del.

Från professionen pekas på att kunskapsläget måste förbättras hos såväl befintliga vårdgivare som inom vårdutbildningar, ett Center of Excellence, kunskapscentrum efterfrågas. Det skulle kunna ansvara för kvalitetsregister, forskning och utbildning.

2012-05-07

#### **4 a) Bedömd kostnad för MMR 1**

En genomsnittlig kostnad per patient i MMR 1 med samsjuklighet bedöms till cirka 30 000 kr för en rehabiliteringsperiod på 6 - 8 veckor, som inkluderar 2 – 4 behandlingar per vecka och 2 teambesök.

#### **4 b) Bedömd kostnad för MMR 2**

En genomsnittlig kostnad per patient i MMR 2 bedöms till cirka 45 000 kr för en rehabiliteringsperiod på mer än 8 veckor, som inkluderar 3– 4 behandlingar per vecka och minst 2 teambesök.

#### **4 c) Bedömd kostnad för bedömning av patient**

En genomsnittlig kostnad per patient för avancerad teambedömning av en patient bedöms till cirka 10 000 kr.

Ersättningsmodell för uppdragets tjänster måste utvecklas, där en målrelaterad ersättning/bonus särskilt bör övervägas. För en individuellt utformad rehabilitering kan en rörlig ersättning framför en fast sådan vara att föredra.

Den totala kostnaden för de avtal på specialistnivå som idag har uppdrag för målgrupperna är cirka 150 Mnkr/år, exklusive områdespsykiatri och de lagreglerade läkare och sjukgymnaster som tar emot patienterna. Den bedömda kostnaden för ett modifierat enhetligt uppdrag utanför primärvården ligger alltså huvudsakligen i dagens budget.

Kostnaden för att genom bättre bedömningar och behandlingar i primärvården få ett bättre flöde i rehabiliteringskedjan och slussa rätt patienter till rätt rehabilitering i rätt tid, bedöms uppgå till cirka 40 Mnkr i full verksamhet. Då effekterna av dessa insatser även kan komma Försäkringskassan till nytta och en del av kostnaden därför skulle kunna bäras av den huvudmannen, är kostnaden svårbedömd. Ett kunskapscentrum bedöms kosta 4 – 5 Mnkr/år.

### **5. Vårdnivåer för uppdragen**

I primärvården bör en identifieringsfunktion och bedömningsfunktion för patienter med långvarig smärta och psykisk ohälsa finnas. Ett basuppdrag i form av unimodal och intermediär rehabilitering för patientgrupperna bör också finnas i primärvården.

På nästa vårdnivå, som ska ligga utanför sjukhusen, kan ett samlat uppdrag för de båda målgrupperna finnas med MMR1 och MMR 2 med



2012-05-07

förstärkt Psykosocial resurs, avancerad bedömningsfunktion och konsultationsmöjligheter samt eventuella tilläggsuppdrag. Patienterna ska ha större behov än primärvårdens resurser och kan tillhöra någon av målgrupperna eller båda. Vårdkedjan mellan vårdnivåerna måste stärkas när det gäller in- och utskrivning, kunskapsutbyte, tydliga remitteringsvägar och sjukskrivningsansvar för uppdragen.

## **6. Beställningsform**

**6.1** Om uppdragen upphandlas säkras geografisk spridning och kostnadskontroll bättre, men uppdragen låses mer över tid.

**6.2** Med vårdval kan uppdragen utvecklas över tid och konkurrensen främjas mellan vårdgivarna samt att valmöjligheten kan bli större hos patienterna. Om uppdraget lämpar sig för vårdval, analyseras nedan enligt den av HSN antagna modellen.

### **6.2.1. Patientens perspektiv**

*Möjlighet för patienterna att välja vårdgivare* ökar sannolikt, särskilt för patienter med samsjuklighet. Antal vårdgivare förmodas öka med ett förtydligande och enhetligt uppdrag.

*Tillgänglighet och tillgång till information* kommer sannolikt att öka med vårdval. Information till befolkningen och berörda vårdgivare underlättas av ett enhetligt uppdrag för vårdgivare som kan publiceras på Vårdguiden och Uppdragsguiden.

*Kontinuitet* måste tydligt regleras i uppdraget, särskilt beträffande sjukskrivningsansvaret mellan ansvarig husläkare och det nya uppdraget. Remittering och listning behöver också tydliggöras, liksom rapportering vid övergång mellan olika vårdgivare.

*Kvaliteten* i rehabiliteringen borde öka genom ökad enhetlighet och tydlighet i uppdraget samt högre kompetens än i nuvarande primärvårdsutbud. Det gynnar patienterna, särskilt de med samsjuklighet.

### **6.2.2 Vårdgivarens perspektiv**

*Uppdraget* kommer bättre att kunna tillgodose samsjukligheten än i nuvarande uppdrag, vilket påpekas av flera vårdgivare idag. Idag saknas i uppdragen för Ryggcentra kvalificerade psykologiska insatser och i Stressnätverket insatser med smärtkompetens. Uppdraget ska fokusera mer på att återfå arbetsförmågan för målgrupperna och personer med samsjuklighet. Detta ska ses som ett samlat uppdrag till skillnad från idag där insatserna är uppdelade i olika uppdrag. Dagens uppdelning är inte

2012-05-07

rationell för patient eller vårdgivare. Uppdragen för MMR finns tydligt beskrivna mot befintlig evidens i 'Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta' (6). Ett del- eller tilläggsuppdrag vara en bedömningsfunktion inför ryggkirurgi. Ett annat del- eller tilläggsuppdrag vara fördjupade försäkringsmedicinska utredningar i team, om de fortsättningsvis ska vara landstingens uppdrag. Ytterligare tilläggsuppdrag kan vara rehabilitering för tortyrskadade med flera.

*Långsiktighet* krävs för att upprätthålla såväl individuell som teamets kompetens, patientflöde och samverkan och en del av det ordinarie utbudet.

*Ekonomi* i form av ersättningsmodell och beskrivningsmodell ska stimulera till beteendeförändringar och tillgodose såväl kortare som längre rehabilitering. Verksamheten måste ha en viss storlek för att kunna uppfylla det sammansatta uppdraget.

*Inträdeskrav* för att bedriva uppdraget krävs i form av en hög individuell och team kompetens och en struktur för hur det interna teamarbetet ska genomföras. Samverkan mellan de olika vårdnivåerna är en förutsättning. Vissa investeringar av utrustning och lokaler krävs. Ett komplext uppdrag som detta kan uppfattas ha en hög tröskel för inträde.

*Omfattning och utveckling* av det sammansatta uppdraget kräver en viss volym av patienter för att upprätthålla kvalitet och kompetens. Tidig identifiering, utökat stöd till patienten, förstärkt kontakt med Försäkringskassan och arbetsgivare är viktiga delar för att säkerställa en effektiv och tidig rehabilitering. Nationella och internationella erfarenheter talar för att en fysisk koordinator för rehabiliteringsfunktionen med koppling till primärvården kan öka arbetsförmågan och reducera hälso- och sjukvårdskostnaderna för målgruppen. Genom en utveckling av Kognitiv Beteende Terapi via Internet kommer det sannolikt att kunna erbjudas patienter med psykisk ohälsa behandling på ett säkert och effektivt sätt.

### **6.2.3 Finansiärens perspektiv**

*Rimligt pris och kostnadskontroll* bör kunna skapas utifrån dagens uppdrag samt från den försöksverksamhet som bedrivs inom den nationella rehabiliteringsgarantin. Volymerna för uppdraget bedöms tillräckligt stora för att tillräckligt många vårdgivare ska skapa valfrihet. Ersättningsmodeller varierar idag varför en enhetlighet borde skapas. Ett förslag är ersättning per avslutad, rätt registrerad patient, som uppnått ett visst mål.

2012-05-07

*Forskning, utbildning och utveckling* borde gynnas av ett enhetligt uppdrag, ökad tydlighet och transparens.

Vid konstruktion av framtida förfrågningsunderlag behöver *Justering i uppdraget* ske successivt och hänsyn bör tas till närliggande uppdrag och tydliga avgränsningar mellan olika vårdformer måste göras. Det är viktigt att alla avdelningar och enheter som berörs av förfrågningsunderlaget är representerade.

*Lokalisering* av specialistvården för stressrelaterad psykisk ohälsa och smärtrehabilitering är idag huvudsakligen i Stockholms stadsområde. I primärvården finns ett utbud av psykosociala insatser relativt jämnt fördelat över länet medan utbudet av multimodal rehabilitering är mycket begränsat i länet. Ett sätt att nå spridning kan vara vårdval per geografiskt område. Relationen till de planerade Specialistcentra bör beskrivas.

*Uppföljning* ska ske kontinuerligt eller årligen av olika process- och resultatmått.

## **7. Förslag**

Sammantaget är förutsättningarna för ett Vårdval uppfyllda och kan vara ett alternativ också med anledning av att ett nytt uppdrag behöver justeras successivt vilket inte är möjligt vid en upphandling. En större enhetlighet bland vårdgivarna uppnås vid vårdval än vid upphandling till fördel för såväl patienter som vårdgivare och finansiär. Vid vårdval är det möjligt att prisjustera successivt under avtalets löptid. Däremot är kostnadskontroll lättare att åstadkomma vid en upphandling.

- Förtydliga uppdrag för tidig identifiering och behandling i primärvården via införande av t ex koordinatorsfunktion, teambesök, komplettering VISS
- Införa vårdval för en mer komplex rehabilitering för båda målgrupperna, t ex flera moduler för olika komplexitet inkl samsjuklighet, tilläggsmoduler för flera tillstånd
- Eventuellt införande av ett Kunskapscentrum för smärtvård/rehabilitering

### **7.1 Grov tidplan**

- Primärvård – successivt införande i 2012/2013/2014
- Specialistuppdrag – de flesta befintliga avtal upphör 2013
- Framarbete enhetligt uppdrag 2012/2013
- Vårdval start 2014

2012-05-07

## Referenser

1. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om rehabiliteringsgaranti 2012. Soc Dep, SKL 2011.*
2. *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Karolinska Institutet 2011.*
3. *SBU rapport "Rehabilitering vid långvarig smärta" 2010*
4. *Pengel, Herbert. Acute low back pain. systematic review of its prognosis, BMJ vol 326, aug 2003*
5. *Socialstyrelsens uppföljning av rehabiliteringsgarantin i landstingen. Rapport juni 2010*
6. *Svenska Läkaresällskapet, SKL, Socialstyrelsen, SBU. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Rapport 2011:02.*
7. *SLL. Läkarenkäten från 2009*
8. *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15*
9. *Bodlund 1997, PART-studien.*
10. *Scott, Bruffaerts. Depression – anxiety, relationships with chronic physical conditions: Results from the world mental health survey. J affect disord 2007; 103:113-20.*
11. *Sveriges kommuner och landsting. Rehabiliteringsgarantin. Utveckling och planering I Landstingen – rapport juni 2011.*
12. *KI. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008 – 2009. Januari 2011.*