#### Datum: 2014-05-07

**Konceptuellt underlag för kommande**

**hälso- och sjukvårdsavtal mellan de**

**skånska kommunerna och Region Skåne**

**- Rehabilitering och hjälpmedel**

Tjänstemannagruppen för nytt hälso- och sjukvårdsavtal 2014-05-07

**Innehåll**

[Bakgrund och utmaningar 3](#_Toc482636496)

[Erfarenheter av samorganiserad rehabilitering 5](#_Toc482636497)

[Förslag om samorganisering av rehabilitering på basnivå 6](#_Toc482636498)

[Övergripande uppdrag och målgrupper 6](#_Toc482636499)

[Kompetenser och samarbete 7](#_Toc482636500)

[Hjälpmedel 7](#_Toc482636501)

[Olika sätt att styra och leda en samorganiserad rehabiliteringsverksamhet 8](#_Toc482636502)

# Bakgrund och utmaningar

Behovet av rehabilitering har ökat och förändrats under senare år. De äldre har blivit fler och behovet av, liksom möjligheterna med, rehabilitering lyfts allt oftare fram i den allmänna debatten. Samhällsekonomiska aspekter framhålls också ofta som skäl för att satsa på rehabilitering. Det gäller även för äldre eftersom rehabiliteringsinsatser som ger förbättrad eller bibehållen funktion, i sin tur, leder till högre grad av oberoende och alla de positiva effekter som följer med detta.

Den medicinska utvecklingen har inneburit bättre möjligheter till behandling för alla åldersgrupper men leder samtidigt till ett ökat tryck på hälso- och sjukvården och dess rehabiliteringsverksamheter. Livsstilsrelaterade problem med smärta, spänning och övervikt är ytterligare en orsak. Efter hand har det blivit svårare att dra gränsen mellan sjukhusens rehabiliteringsansvar och rehabiliteringsansvar på basnivå, d.v.s. kommunens och primärvårdens ansvar. Under senare år har medicinska framsteg och omstruktureringar i vården, och de därpå följande allt kortare vårdtiderna på sjukhus, medfört att det ofta finns betydande behov av rehabilitering efter utskrivning. Begreppet ”utskrivningsklar” är en medicinsk term och den inbegriper inte rehabilitering. Vårdtagarens behov av rehabilitering riskerar därför att förbises med följden att vårdtagare skrivs ut utan hänsyn till eventuella rehabiliteringsbehov.

Samverkan inom vård och omsorg, och inte minst inom rehabiliteringsområdet, är en angelägen fråga för alla landsting och kommuner. I försök att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen har samverkansavtal konstruerats, hittills har dock ingen hittat någon modell som fungerar problemfritt i praktiken. Gränsdragningsproblemen utgör fortfarande ett betydande och irriterande inslag i vardagen och som konsekvens riskerar vårdtagare att ”bollas” mellan olika verksamheter eller kanske till och med att helt falla mellan stolarna. I detta utgör rehabiliteringsverksamheten i Skåne inget undantag.

Redan i det hälso- och sjukvårdsavtal som slöts inför bildandet av Region Skåne, fastslogs att parallella organisationer skulle undvikas. Parallella organisationer riskerar att vara både ineffektiva och motverka kontinuiteten för vårdtagarna. Vad gäller den rehabilitering som utförs på ”primärvårdsnivå” så vänder sig huvudmännens rehabiliteringsverksamheter delvis till samma målgrupp; vårdtagare med behov av samma insatser och stöd från samma kompetenser. Den rehabilitering som erbjuds på en vårdcentral och den som erbjuds i hemmet kan dock se väldigt olika ut och vårdtagaren kan ha behov av både de rehabiliteringsinsatser som kan erbjudas på vårdcentralen och i hemmet. Ibland finns även behov av rehabiliteringsinsatser som ingen i dagsläget erbjuder, exempelvis träning i offentlig miljö. Skiljelinjen mellan huvudmännen baseras på den s.k. tröskelprincipen, som dock fungerar dåligt i praktiken. Principen uppfattas varken ta hänsyn till vårdtagarens behov av rehabiliteringsinsats, kompetens eller rehabiliteringsmiljö. Enligt avtalet får tröskelprincipen visserligen ”aldrig utgöra ett hinder för en god hälso- och sjukvård”, men i verkligheten uppstår ständiga tvister om tolkning och tillämpning. Ur ett vårdtagarperspektiv kan tröskelprincipen inte bara te sig som svårbegriplig, utan också som ett hinder för vård på lika villkor.

Inför framtagandet av nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal gjordes en genomlysning av rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet.[[1]](#footnote-1) Genomlysningen visade att både utbud och innehåll skiljer sig mycket åt inom Skåne. Skillnaderna finns både inom och mellan; Region Skånes gamla sjukvårdsdistrikt, olika sjukhus, olika vårdcentraler, Skånes kommuner och en enskild kommuns verksamheter. Likaså visade genomlysningen att samverkan skilde sig mycket åt och att det fanns olika sätt att tolka innebörden av vad respektive part har ansvar för inom rehabiliteringsområdet. Bland de specifika problem som har koppling till samarbetet mellan huvudmännen vad gäller rehabilitering återfanns:

* Otydliga definitioner av rehabiliteringsutbudet. Olika huvudmannaansvar och verksamhetsinnehåll skapar problem för alla inblandade i rehabiliteringsprocessen. Exempel på oklara begrepp är rehabilitering på primärvårdsnivå, hemrehabilitering, korttidsrehabilitering, dagrehabilitering, hjälpmedel.
* Nuvarande ansvarsfördelning utgår från organisatorisk tillhörighet snarare än vårdtagarens behov.
* Rehabiliteringsplaner saknas i många fall. Dessutom, om plan finns, så följs den sällan upp, eller revideras, i samverkan. Har planen inte gjorts gemensamt följer oklarheter kring ansvarsfördelning och uppföljning med konsekvens att vårdtagaren riskerar att inte få den rehabilitering han/hon har behov av.
* Ur patientens hänseende är det ett problem att avgiftssystemen inte är samstämmiga. Detta kan påverka motivationen för rehabilitering.

Vad gäller hjälpmedelsområdet visade genomlysningen att trots att huvudmännen har en gemensam policy när det gäller ansvar för hjälpmedel tolkas detta olika. Bland de mer specifika problemen med koppling till hjälpmedelsområdet noterades:

* Vissa produkter kan förskrivas hos en kommun men inte en annan. För vårdtagaren skapar detta en otydlighet och en känsla av orättvisa. Även slutenvården påverkas av dessa olikheter vid den förenklade samordnade vårdplaneringen.
* Hjälpmedels- och kostnadsansvaret följer inte hälso- och sjukvårdsansvaret utan det är istället fördelat utifrån produkter och är därmed statiskt i förhållande till rehabiliteringsprocessen.
* Brist på samordning av kompetens och utveckling inom ”smala” områden.
* Svårigheter för vårdtagaren att veta var man ska vända sig och vårdtagaren får många kontaktpersoner i hjälpmedelsfrågor.

I februari 2014 genomfördes en särskild hearing med fokus på rehabilitering i syfte att få en samlad bild av nuläget och de utvecklingsbehov som föreligger inför framtagande av förslag till ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal.[[2]](#footnote-2) På hearingen medverkade deltagare från de skånska kommunernas och Region Skånes rehabiliteringsverksamheter samt den tjänstemannaledningsgrupp som svarar för utarbetande av förslaget. Utfallet av hearingen visade att problembilden från år 2008 i allt väsentligt kvarstår. Problembilden bekräftas även utifrån de dialogkonferenser som hållits på fyra platser i Skåne med sammanlagt närmare 300 deltagare från Region Skåne och Skånes kommuner liksom i de kontakter som varit med brukar- och pensionärsorganisationer.

På rehabiliteringshearingen diskuterades inte bara befintlig problembild utan också hur problemen skulle kunna lösas. En slutsats var att det sannolikt inte räcker med textmässiga redigeringar i befintligt avtal för att lösa dagens problem, vilket även styrks av erfarenheter från andra kommuner/landsting. Flertalet av de problem som diskuterades under hearingen hänfördes till den nuvarande organisatoriska strukturen och det konstaterades att problemen skulle vara enklare att lösa om utgångspunkten för rehabiliteringsarbetet var den enskildes behov och inte huvudmannagränserna. Hearingen utmynnade i en samsyn om att det krävs en lösning där rehabiliteringsresurserna från både kommun och primärvård samordnas över huvudmannaskapsgränserna för att överbrygga nuvarande organisatoriska barriärer. Hearingens deltagare förordade också att en sådan ”samrehabiliteringsorganisation” för rehabilitering på ”basnivå” skulle vara finansierad gemensamt av Region Skåne och Skånes kommuner.

# Erfarenheter av samorganiserad rehabilitering

Erfarenheterna av att samorganisera rehabiliteringsresurser över huvudmannagränserna är relativt begränsade, åtminstone i nutidsperspektiv. Innan Ädelreformen och de skatteskiften som därpå följde hade landstingen hela det samlade rehabiliteringsansvaret och i Malmö stad kvarstod detta ansvar något längre än i övriga Skåne. Gränssnittsfrågor var då, av naturliga skäl, inga problem och än idag upplevs denna historik ha en viss positiv inverkan på dagens samarbetsklimat. Skåne Ett unikt mer nutida försök vad gäller samorganisering av rehabiliteringsverksamhet över huvudmannagränsen är Samrehab i Västra Götalandsregionen. Inom ramen för Samrehab har Södra Älvsborgs sjukhus, primärvården och kommunerna Mark och Svenljunga samorganiserat sina respektive rehabiliteringsverksamheter. Samrehab startades som ett projekt år 2001 och övergick från försöksverksamhet till ordinarie drift från och med 2006. Verksamheten, som därmed har bedrivits i samverkan i närmare 14 år, är nu under översyn i samband med beslutet om att införa vårdval för rehabilitering på primärvårdsnivå i Västra Götaland. Tanken som föranledde bildandet av en gemensam rehabiliteringsorganisation var att samordningen av rehabiliteringsresurserna, som i Samrehab avser arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel samt samarbete på lokal nivå, skulle ge bättre förutsättningar för effektiv rehabilitering av hög kvalitet samt kunna möta ett ökande behov av rehabilitering utan stora resurstillskott.

Eftersom verksamheterna inte var beskrivna och utvärderade inför ingången i Samrehab har det varit svårt att beskriva, och kvantifiera, vilka effekter som samorganiseringen medfört. Enligt de utvärderingar som genomförts görs ändå bedömningen att Samrehab har löst de problem som den nya organisationen ”var satt att lösa”, d.v.s. det finns inte längre några hindrande ansvarsgränser inom Samrehab i det dagliga arbetet och ”revirtänkandet inom rehabiliteringskedjan är i det närmaste utrotad”.[[3]](#footnote-3), [[4]](#footnote-4) Utvärderingarna visar även indikationer för att produktiviteten ökat med bibehållen eller bättre kvalitet.

Några försämringar eller nackdelar för patienterna kan inte påvisas, tvärtom pekar mycket på förbättringar. Det upplevs som en stor tillgång att vara många och tillsammans ha stor samlad kompetens, både ur ett sårbarhetsperspektiv och för möjligheten att utveckla specialkunskap som sedan kommer hela verksamheten, och inte minst vårdtagaren, tillgodo. Samrehab har även lyckats tydliggöra målen för den samlade verksamheten och bedömningen är att rehabiliteringsarbetet har genomförts bättre tillsammans än vad respektive verksamhet skulle ha gjort var för sig utan samorganisering.

# Förslag om samorganisering av rehabilitering på basnivå

Erfarenheterna från Västra Götaland är goda, men det är inte självklart att konceptet är tillämpningsbart efter skånska förhållanden. I Skåne skulle 34 huvudmän behöva enas om ett gemensamt uppdrag. En samorganisering förutsätter att den rehabilitering som idag utförs inom ramen för hälsovalsenheternas uppdrag skulle i så fall behöva lyftas ut ur ackrediteringsvillkoren för de skånska vårdcentralerna. Eftersom vårdcentralerna måste hanteras på lika villkor, innebär det att pilotstudier, d.v.s. test i mindre skala, skulle vara en svårframkomlig väg. En samorganisering av rehabilitering på basnivå för hela Skåne förutsätter därför ett noggrant förarbete. I förarbetet är det likaså viktigt att tydliggöra innehållet i rehabilitering på basnivå kontra den rehabilitering som ska ske på sjukhusnivå.

Trots ovanstående komplikationer är bedömningen att fördelarna med en samorganiseringslösning är så stora att de överväger. Bedömningen är att rehabiliteringen på basnivå skulle bli mer effektiv om rehabiliteringsresurserna kunde samordnas över huvudmannaskapsgränserna så att den totala rehabiliteringsresursen kunde användas på ett mer optimalt sätt. Bedömningen är också att risken för att vårdtagare faller mellan stolarna eller bollas mellan olika verksamheter skulle minska om all rehabilitering på basnivå fanns i samma organisation med en gemensam, övergripande ledningsfunktion. Om ett av de gränssnitt som idag utgör hinder försvinner, och därmed Tröskelprincipen neutraliseras, så ökar möjligheten att fokusera på vårdtagarens behov av rehabiliteringsinsats, kompetens eller rehabiliteringsmiljö när inte hänsyn behöver tas till organisatoriska ansvarsförhållanden.

## Övergripande uppdrag och målgrupper

Behovet av samorganisering avser den rehabiliterings- och hjälpmedelsverksamhet som faller under Hälso- och sjukvårdslagen och innefattar den verksamhet som bedrivs av Skånes kommuner och Region Skånes primärvård. Det övergripande uppdraget för en samorganiserad verksamhet skulle vara att bidra till bästa möjliga livssituation för den enskilde individen med nedsatt funktion. Den samorganiserade rehabiliteringsverksamheten ska erbjuda en jämlik och effektiv rehabilitering av hög kvalitet genom ett bättre nyttjande av resurser.

Uppdraget består i att bedriva prevention och behandling via både mottagningsverksamhet och hemrehabiliteringsverksamhet med möjlighet till såväl individuell som gruppträning. Vårdtagaren ska erbjudas möjlighet att i en individanpassad plan kombinera olika insatser, ta del av olika kompetenser och träna i olika miljöer, allt efter behov.

En samorganisering av rehabiliteringsresurserna på basnivå skulle beröra alla de vårdtagare som idag får sin rehabilitering på antingen vårdcentral eller i kommunal regi, d.v.s. inte bara äldre personer med långvarig funktionsnedsättning. Målgruppen kan indelas i följande huvudgrupper:

* Personer med (temporärt) behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser efter vård vid sjukhus. Som exempel kan nämnas patienter med höft- och knäplastiker, handskador, hjärtinfarkt och patienter i palliativ vård.
* Personer med långvariga funktionssvårigheter. Vanliga diagnoser är stroke, MS och geriatriska sjukdomar och funktionsproblem p.g.a. inaktivitet.
* Personer med (temporärt) behov av rehabiliteringsinsatser som inte kräver (eller har krävt) sjukhusens resurser och kompetens.

## Kompetenser och samarbete

För att ombesörja rehabiliteringsbehovet för ovanstående vårdtagare behövs ett flertal kompetenser. I samorganiseringen bör sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och kuratorer omfattas. Därutöver krävs kompetensstöd och insatser från den sjukhusanknutna specialiserade rehabiliteringsverksamheten samt från yrkesgrupper som inte nödvändigtvis ingår i samorganiseringen, exempelvis i form av logopeder, psykologer och läkare. På sjukhusen vårdas personer i samband med akut insjuknande/skada eller personer som har mer allvarliga/ovanliga sjukdomar och där finns därför kompetens med diagnosspecifik kunskap och stor erfarenhet av dessa tillstånd. För att säkerställa väl fungerande rehabiliteringskedjor, och främja kunskapsutbyte, är det nödvändigt att skapa fysiska miljöer och ett samarbetsklimat som möjliggör samarbete såväl kring enskilda vårdtagare som för utbildning och kompetensutveckling.

## Hjälpmedel

En samordning av rehabiliteringsverksamheten på basnivå skulle förenkla hjälpmedelhanteringen för vårdtagare över 20 år, där ansvar för hjälpmedel är kopplade till produktnivå.[[5]](#footnote-5) Om kostnadsansvar för hjälpmedel följer med in i den nya samorganiserade verksamheten, där förskrivande arbetsterapeuter och sjukgymnaster samlas, finns det inte längre behov av att knyta ansvar till specifika produkter. Hjälpmedelsansvar, inklusive kostnadsansvar, blir då ett gemensamt ansvar. För den enskilde vårdtagaren skulle en organisatorisk ingång även göra kontaktvägarna enklare.

För att öka effektiviteten än mer skulle en lösning med samorganisering på basnivå behöva kompletteras med en Skåneövergripande modell för förtroendeförskrivning av hjälpmedel. En sådan modell används redan i nordöstra Skåne för Region Skånes arbetsterapeuter och sjukgymnaster på vårdcentraler och sjukhus. En Skåneövergripande modell skulle, med en samorganiseringslösning av rehabilitering på basnivå, behöva inkludera arbetsterapeuter och sjukgymnaster på sjukhus och inom Region Skånes verksamhetsområden psykiatri samt Habilitering och hjälpmedel. En Skåneövergripande modell för förtroendeförskrivning av hjälpmedel förutsätter användning av ett beslutsstöd för att säkra kvaliteten och möjliggöra systematiska uppföljningar.[[6]](#footnote-6)

Idag har både Skånes kommuner och Region Skåne egna specialistorganisationer för sina respektive hjälpmedelsverksamheter vad avser:[[7]](#footnote-7)

* Kompetens på hjälpmedel för utprovningshjälp, fortbildning och rådgivning samt sortimentarbete (hjälpmedelskonsulent).
* Teknisk kompetens för reparationer, anpassningar och förebyggande underhåll.
* Logistisk kompetens för förrådshantering, transporter, inköp, upphandling, adm.

Möjligen kan en samorganisering av rehabiliteringsverksamheten, på sikt, även skapa utrymme för samordningsvinster vad gäller hjälpmedelsförsörjning.

## Olika sätt att styra och leda en samorganiserad rehabiliteringsverksamhet

Det finns olika sätt att åstadkomma en lösning där rehabiliteringsresurserna från både kommun och primärvård samordnas över huvudmannaskapsgränserna. Ett alternativ består i att samla uppdrag och resurser hos endera av huvudmännen. Det kan göras genom att skatteväxla; antingen lämnar Region Skåne ifrån sig ansvar och resurser till Skånes 33 kommuner eller vice versa. Oavsett åt vilket håll skatteväxlingen sker så finns det en överhängande risk att den avlämnande parten förlorar naturliga band mellan avlämnad verksamhet och den vård eller omsorg som kvarstår.

Ett annat alternativ är att, på liknade vis som i Västra Götaland, tillsammans skapa en gemensam organisation för att lösa rehabiliteringsuppdraget på basnivå. En sådan lösning kan åstadkommas på flera vis. Det kan ske genom bildandet av ett gemensamt ägt bolag eller ett kommunalförbund, eller genom att skapa en förvaltning under gemensam nämnd.[[8]](#footnote-8)

1. Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, Rehabilitering och hjälpmedel – rapport från sakkunniggrupp, 2008-09-02. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hearing kring ansvar och samverkan avseende rehabilitering och gemensamma patienter för Region Skåne och kommunerna i Skåne, 2014-02-26. [↑](#footnote-ref-2)
3. Högskolan i Borås, Äldre Väst Sjuhärad, Samrehab Mark Svenljunga – idé, verksamhet och erfarenheter hittills, 2003. [↑](#footnote-ref-3)
4. Högskolan i Borås, Äldre Väst Sjuhärad, Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga, 2005. [↑](#footnote-ref-4)
5. Region Skåne har ensamt ansvar för hjälpmedelsförsörjning till barn och ungdomar under 20 år. Angående ansvarsfördelningen mellan pedagogiska och personliga hjälpmedel i skolan finns ett särskilt avtal; Överenskommelse angående hjälpmedel i pedagogisk verksamhet för barn och ungdomar. [↑](#footnote-ref-5)
6. Beslutsstöd för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunal vård och omsorg används redan idag och skulle även kunna vara applicerbart i samband med gemensam modell för förtroendeförskrivning av hjälpmedel; <http://www.kfsk.se/sidor/verksamheter/vardomsorgochsocialafragor/hjalpmedel/beslutsstod/beslutsstod2013.6882.html> [↑](#footnote-ref-6)
7. Det finns fem parallella kommunala verksamheter i Skåne; Kommunalförbundet Medelpunkten (10 kommuner), Höganäs, egen regi (1 kommun), Trelleborg, egen regi (en kommun), Gemensam nämnd i nordost/sydost (10 kommuner), Upphandlad verksamhet (10 kommuner) och Malmö stad, egen regi (1 kommun). Region Skåne har, för sitt ansvarsområde, en Skåneövergripande verksamhet med fem enheter. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ett kommunalförbund är en offentligrättslig juridisk person som har egen rättskapacitet och är fristående i förhållande till sina medlemskommuner. Samverkan via kommunalförbund finns inom flera verksamhetsområden men framförallt inom räddningstjänst, utbildning, miljö- och bygg samt tjänster som rör administration. En gemensam nämnd är, i motsats till kommunalförbund, inte en egen juridisk person utan ingår i en av de samverkande kommunernas eller landstingens politiska organisation. [↑](#footnote-ref-8)