

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2014-05-09

HSN 1403-0404

Handläggare:

Maria Johansson
Anne-Marie Norén

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2014-06-17, p 5

Förslag till tilläggsuppdrag till Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård för Rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta

Ärendebeskrivning

Ärendet innehåller förslag till tilläggsuppdrag avseende rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta. Tilläggsuppdraget riktar sig till vårdgivare som har vårdavtal enligt vårdval för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2014-05-09
Tilläggsuppdrag och ersättning gällande rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för äldre och multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* godkänna förslag till tilläggsuppdrag för rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet
- att* inbjuda vårdgivare med vårdavtal om husläkarverksamhet med basal hemsjukvård att ansöka om att bedriva rehabilitering enligt tilläggsuppdraget
- att* driftsstart tidigast kan ske från och med 2015-01-01
- att* hälso- och sjukvårdsdirektören ges i uppdrag att besluta om godkännande av vårdgivare enligt LOV rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet
- att* omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Behovsbeskrivning

Smärtdiagnoser i rygg, nacke och axlar har konstaterats hos cirka 100 000 primärvårdspatienter per år i Stockholms län. En mindre del av dessa patienter beräknas ha behov av teambaserade insatser i form av multimodal rehabilitering (MMR1) inom primärvård. För patienter med allvarligare form av långvarig ospecifik smärta finns multimodal rehabilitering (MMR2) i specialistvården. Långvarig smärta definieras internationellt som en ihållande och intermitterande smärta som har bestått mer än tre månader. Den kan uppkomma oberoende av genes och vara ospecifik men är vanligast i rörelseorganen. Ofta existerar en samsjuklighet med smärta och psykisk ohälsa. Långvarig smärta står tillsammans med psykisk ohälsa för två tredjedelar av alla sjukskrivningar.

Evidensen för rehabilitering av patienter med långvarig ospecifik smärta är multimodal rehabilitering (MMR) som innebär att olika professioner samarbetar systematiskt med patienten mot ett gemensamt mål. Syftet med detta tilläggsuppdrag är att säkra evidensen och förtydliga modellen för rehabilitering för patienter och remitterande vårdgivare.

Nuvarande verksamhet

Majoriteten av patienter med smärta och psykisk ohälsa ska tas om hand i primärvården, till exempel av husläkare, psykosocial resurs och/eller primärvårdsrehabilitering. Sedan 2009 har ett tiotal MMR-team utvecklats inom länets primärvård genom den nationella rehabiliteringsgarantin. Denna syftar till tidig och effektiv rehabilitering för en ökad eller bibehållen hälsa och minskad sjukskrivning för beskrivna patientgrupper. Rehabiliteringsgarantin kommer sannolikt att upphöra inom det eller de närmaste åren, varför Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen föreslår tilläggsuppdraget för att skapa en långsiktig lösning och därmed tillgodose behovet av multimodal rehabilitering i primärvården.

Tilläggsuppdraget

Tilläggsuppdraget har arbetats fram i en förvaltningsövergripande projektgrupp. Synpunkter har inhämtats från en referensgrupp med representanter från vårdgivare som bedriver MMR för långvarig ospecifik smärta. Avstämningar har skett med specialistsakkunniga, de fackliga organisationerna och brukarorganisationerna.

I tilläggsuppdraget ställs, jämfört med befintliga avtal, tydligare krav på målgrupper och kompetens. Godkännandekraven för uppdraget innebär ett minimikrav på att genomföra rehabilitering för minst 30 patienter per år och

därigenom upprätthålla en viss kompetensnivå. Krav på beskrivningssystem motsvarande de nationella föreskrifterna samt en enhetlig ersättningsmodell införs.

Uppdraget

Målgruppen för uppdraget är patienter som har långvarig ospecifik smärta med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet, enligt nivåer på specifikt angivna bedömningsinstrument.

Uppdraget innebär ett tillägg till befintlig husläkarverksamhet och föreslås omfatta multimodal bedömning och rehabilitering. Vårdtjänsterna består i mottagningsbesök individuellt och i grupp, enstaka besök utanför mottagningen och hjälpmedelsförskrivning. Det multimodala teamet ska bestå av minst tre olika legitimerade sjukvårdsprofessioner varav en läkare och en fysioterapeut, alternativt de både nämnda och en auktoriserad socionom. Vid behov skall även andra legitimerade hälsoprofessioner kunna medverka i teamet. Särskilda kompetenskrav skrivs in i tilläggsuppdraget.

För att underlätta husläkares bedömning av vårdnivå för dessa patientgrupper kommer insatser via Cefam (Centrum för allmänmedicin) att genomföras. Ett arbete med utveckling och utvärdering av en koordinatorsfunktion i primärvården för rehabgarantins målgrupper pågår i enlighet med tidigare beslut. En sådan funktion ska syfta till att underlätta rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen inom och mellan de olika vårdnivåerna.

Uppföljning sker genom analys och kontroll av inrapporterad verksamhetsdata, statistiska underlag, kvalitetsutfall, uppföljningsmöten och revisioner. Förvaltningen kommer under första verksamhetsåren att noga granska följsamheten till uppdraget och utveckla kvalitetsindikatorer.

Ersättningsmodellen består av en rörlig del för varje besök och en fast del för följande delar: avslutad bedömning, avslutad rehabilitering och avbruten rehabilitering. För att ersättning skall utgå för den rörliga delen krävs registrering av diagnos, besökstyp, vårdåtgärd och vårdgivarprofession. Ersättningsmodellen har till syfte att, förutom att ersätta vårdgivaren för uppdraget, tydliggöra uppdragets innehåll.

Ekonomiska konsekvenser

Den huvudsakliga kostnaden för uppdraget finns i budget 2015, då patienterna finns i primärvården idag hos flera av de vårdgivare som bedöms ansöka om det nya uppdraget. Om volymerna ökar kan denna merkostnad initialt finansieras av de statliga ersättningarna inom rehabiliteringsgarantin.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Tilläggsuppdraget bedöms bättre tillgodose behoven för den målgrupp som idag inte får sina behov tillgodosedda. Genom ökad tydlighet och transparens avseende uppdrag, beskrivnings- och kompetenskrav förbättras patientsäkerheten ytterligare.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Tilläggsuppdraget bedöms ge en ökad jämställd och jämlik tillgång till vårdtjänster inom uppdraget för rehabilitering för patienter med långvarig smärta.

Miljökonsekvenser

Införande av ett tilläggsuppdrag bedöms få oförändrade miljökonsekvenser. Miljöcertifiering/diplomering regleras i vårdval för husläkarverksamhet.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef

Tilläggsuppdrag och ersättning för Rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta

1 Inledning

Uppdraget avser rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta som varat mer än tre månader främst i rygg, nacke och axlar med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet.

Uppdraget utgör hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen inom första linjens utbud som Stockholms läns landsting bedömer ska finnas för målgruppen personer med långvarig ospecifik smärta.

Verksamheten omfattar bedömning och planerad rehabilitering i öppenvård. Vården ska organiseras så att patienten upplever den som en helhet med den övriga vården. Vårdgivaren avgör vilka metoder som är lämpliga för utförande av uppdraget samt för att uppnå dess syfte. Dessa metoder måste dock stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska präglas av hög kvalitet, lättillgänglighet samt professionellt bemötande och omhändertagande.

Verksamheten ska förmedla ett hälsofrämjande synsätt och vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvård vid långvarig ospecifik smärta.

2 Målgrupp

Vårdtjänsten omfattar patienter med långvarig ospecifik smärta som varat mer än tre månader främst i rygg, nacke och axlar med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet, i behov av och mottaglig för multimodal rehabilitering. Som komplettering till den kliniska bedömningen ska vårdgivaren använda självskattningsinstrumentet Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire(ÖMPSQ). Uppdraget avgränsas till de patienter som har mellan 90 – 105 poäng enligt ÖMPSQ.

2.1 Avgränsning av målgruppen

Tilläggsuppdraget omfattar inte:

- patienter med akuta eller outhärliga smärttillstånd
- patienter som enbart har lätt till medelsvår psykisk ohälsa
- patienter som uppnår mer än 105 poäng på ÖMPSQ med behov av MMR2 som kan få sin rehabilitering i vårdvalet ”Rehabilitering för långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom”

- patienter som har mindre än 90 poäng på ÖMPSQ och som bedöms klara en unimodal eller intermediär rehabilitering

3 Uppdraget

Uppdraget innebär att förutsättningar skapas för att tidiga behov identifieras och att insatser genomförs på primärvårdsnivå för patienter med långvarig ospecifik smärta som varat mer än tre månader främst i rygg, nacke och axlar med låg eller måttlig påverkan av psykisk ohälsa/psykosociala faktorer eller annan samsjuklighet. Remittering av patienter till vård enligt detta uppdrag ska göras av husläkare.

Vårdgivaren ska för att upprätthålla en viss kompetens i teamen genomföra rehabilitering för minst 30 patienter per år.

Uppdraget omfattar bedömning och multimodal rehabilitering (MMR). Detta innebär att uppdraget ska utföras av team bestående av minst tre olika legitimerade sjukvårdsprofessioner varav en läkare och en fysioterapeut i samarbete med patienten alternativt de båda nämnda och en auktoriserad socionom i samarbete med patienten. I teamet bör dessutom, beroende på patientens behov, någon eller några av följande professioner ingå; arbetsterapeut, psykolog, psykoterapeut och sjuksköterska.

Multimodal rehabilitering innebär att teamet arbetar med bedömning samt med planerade och samordnade åtgärder under en viss bestämd tid och mot ett gemensamt mål. Målet ska definieras och följas upp tillsammans med patienten. Mål, innehåll och tidsram ska dokumenteras i en individuell rehabiliteringsplan.

Varje patients individuella behov och resurser att klara vård och rehabilitering ska bedömas och tillgodoses. Patienten ska ges möjlighet att ha en aktiv roll och att delta som en fullvärdig partner i planering, beslut och genomförande av rehabiliteringen. Transkulturella aspekter på smärta ska integreras i rehabiliteringen.

Uppdraget syftar till att uppnå målet för rehabiliteringen som är att patientens funktions-/aktivitetsförmåga och livskvalitet ska öka. Uppdraget ska ses som en helhet vars syfte är att bevara och återställa patienters hälsa.

I bedömningen ska ingå minst ett teambesök med patient och minst ett besök av vardera profession. I rehabiliteringen ska ingå minst två teambesök, regelbundna konferenser med rehabiliteringsteamet samt enskilda och/eller gruppbesök av vardera obligatorisk profession. För patienter med långvarig smärta ska duration, frekvens och intensitet på rehabiliteringen ske i enlighet med ”Indikationen för multimodal rehabilitering med långvarig smärta”. Ref: Rapport 2011:02 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer

Vårdgivaren ska:

- bedöma patienter utifrån remisser och utredningar gjorda av husläkare och i multimodalt team ta ställning till adekvat rehabilitering
- upprätta en individuell rehabiliteringsplan för varje patient
- för patienter med långvarig smärta ska självskattningsinstrumentet ÖMPSQ användas vid inskrivning
- för alla patienter ska självskattningsinstrumentet SF12 och EQ5D användas vid in och utskrivning samt vid 12 månader efter avslutad rehabilitering
- genomföra multimodal rehabilitering MMR 1 vid långvarig ospecifik smärta individuellt och i grupp
- för patienter i arbetsför ålder ha fokus på aktivitetsförmåga i arbete och underlätta patientens kontakter med arbetsgivare/företagshälsovård
- för sjukskrivna patienter underlätta patientens kontakt med Försäkringskassa
- vid behov genomföra ett mindre antal återbesök som booster (uppföljningsdos) som stöd för beteendeförändring
- svara för en sammanhängande vårdprocess i samband med rehabiliteringen
- vid behov genomföra en enkel läkemedelsgenomgång för patienten
- svara för medicinsk service i enlighet med huvuduppdraget
- vid behov utföra enstaka hem/arbetsplatsbesök
- tillämpa hälsofrämjande och evidensbaserad metodik i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- uppmärksamma barnens rätt till information och stöd då en vuxen familjemedlem drabbas
- medverka till tidig upptäckt av våldsutsatta personer och följa rekommendationer från SLL:s kunskapscentrum om våld i nära relationer
- uppmärksamma riskbruk av alkohol och droger samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och utifrån behov konsultera eller remittera till respektive mottagningar
- uppmärksamma läkemedelsmissbruk och utifrån behov konsultera eller remittera till respektive mottagningar
- ansvara för att sjukskrivningsprocessen blir en integrerad del av rehabiliteringen

- på patientens begäran svara för utfärdandet av intyg till Försäkringskassan och övriga myndigheter
- återföra patienten till remittent med en individuell rehabiliteringsplan i remissvaret efter genomförd bedömning eller rehabilitering

3.1 Vårdprogram och riktlinjer

Vårdgivaren ska känna till och följa beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys mellan Stockholms läns landsting och andra huvudmän som berör uppdraget.

Vårdgivaren ska också följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer och regionala vårdprogram samt handlingsprogram som finns i VISS. För detta uppdrag ska Vårdgivaren särskilt följa ”Indikationen för patienter med långvarig smärta”.

3.2 Samverkan

Vårdgivaren ska aktivt bidra till samverkan för patienter som även har behov av insatser från andra vårdgivare och huvudmän. Dokumenterade rutiner ska upprättas för samverkan med dessa verksamheter i den omfattning som krävs för uppdragets utförande.

4 Personal och kompetens

I detta uppdrag kommer yrkestitel fysioterapeut användas istället för sjukgymnast.

Alla deltagare i MMR-team (MMR1) ska ha:

- praktisk erfarenhet av multiprofessionellt teamarbete och aktiv patientmedverkan
- aktuell kunskap om den biopsykosociala modellen för långvariga tillstånd
- grundläggande kunskap om rehabilitering, psykosociala konsekvenser och livsomställningsprocesser vid långvarig smärta och utmattningssyndrom
- genomgången kurs i KBT (kognitiv beteendeterapi) och relaterade terapimetoder
- grundläggande kunskaper om Försäkringskassans rehabiliteringskedja, sjukförsäkringssystem och försäkringsmedicin

Kompetenskrav för MMR1-team:

- minst tre olika legitimerade sjukvårdsprofessioner varav en läkare och en fysioterapeut eller de båda nämnda och en auktoriserad socionom
- socionom ska vara auktoriserad om sådan ingår
- fysioterapeut bör ha en av yrkesförbundet formaliserad specialistkompetens med inriktning mot smärta och smärtbehandling alternativt ortopedisk manuell terapi/medicin
- genomgången kurs i smärtans psykologi efter grundutbildning
- dokumenterad kunskap i rehabilitering för målgrupperna med särskild inriktning på beteendemedicinsk kompetens för alla deltagare i teamet
- minst en teamdeltagare ska ha grundläggande utbildning i KBT (Steg 1) utbildning
- ST-läkare kan vara verksam under handledning av specialistkompetent kollega
- minst 1 års dokumenterad erfarenhet av multimodalt teamarbete för alla deltagare i teamet

5 Uppföljning

Webbaserad Inrapporteringsmall (WIM)

Vårdgivaren ska årligen lämna svar på frågor från Beställaren via WIM för de uppföljningsfrågor som inte kan hämtas ur olika system.

Andra uppgifter som kommer att efterfrågas är:

- Vilka vårdgivare remitterade patienterna
- Andel KVÅ-registreringar
- Vilka validerade bedömningsinstrument som används i rehabiliteringen
- Andel patienter (av totala antalet behandlade patienter) som vid avslutad rehabilitering uppnått förbättring med EQ5D
- Beskriv samverkansformer med den mest förekommande aktören

Vårdgivaren bör ansluta sig till NRS-light. Kontaktperson:
paul.enthoven@liu.se

6 Ersättningar

6.1 Prestationsersättning

Ersättning utgår i form av prestationsersättning för vård utförd enligt detta Tilläggsuppdrag. För att ersättning ska utgå ska rapportering ske enligt rap-

porteringsanvisningarna, finns på Vårdgivarguiden. Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader som är förknippade med åtagandet i tilläggsavtalet.

Besökstyp	Ersättning, kronor						
	Läkare ¹⁾	Fysio- terapeut	Arbets- terapeut	Psykolog	Psyko- terapeut	Kurator	Sjuk- sköterska
Nybesök ²⁾	1 000	700	700	700	700	700	700
Återbesök normal	700	450	450	450	450	450	450
Återbesök resurs- krävande	1 000	700	700	700	700	700	700
Hembesök	-	1 220	1 220	1 220	1 220	1 220	1 220
Teambesök i hemmet	-	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400
Konferens om patient	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Gruppbesök	-	350	350	350	350	350	350
Gruppbesök bassäng- träning	-	400	400	-	-	-	-
Teambesök	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Gruppteambesök	1 000	700	700	700	700	700	700
Besök på annan plats	-	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Teambesök på annan plats	4 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000

¹⁾ För att ersättning ska utgå för besök hos läkare ska huvuddiagnos rapporteras. Eventuella bidiagnoser som är relevanta för bedömningen eller rehabiliteringen av den enskilde patienten ska också rapporteras men påverkar inte utbetalning av ersättning.

²⁾ Nybesök rapporteras endast vid första besöket vid bedömning och ska omfatta minst 40 minuter.

Extra ersättning om tolk närvarar	Ersättning, kronor
Per besök	300

6.2 Uppdragsrelaterad ersättning

Uppdragsrelaterad ersättning	Ersättning, kronor
A. För avslutad bedömning per patient	2 000
B. För avslutad rehabilitering per patient MMR1	12 000
C. För avbruten rehabilitering per patient	5 000

För att debitera A. "För avslutad bedömning per patient" ska bedömningen omfatta minst ett teambesök och minst ett besök vardera av de obligatoriskt ingående professionerna.

För att debitera B. "För avslutad rehabilitering per patient MMR1" skall rehabiliteringen omfatta minst två teambesök, regelbundna konferenser med rehabiliteringsteamet samt enskilda och/eller gruppbesök. För patienter med långvarig smärta ska durationen på rehabiliteringen ske i enlighet med "Indikationen för patienter med långvarig smärta". MMR1 gäller för patienter som skattar 90-105 poäng i ÖMPSQ.

För att debitera C. "För avbruten rehabilitering per patient" skall patienten ha deltagit i rehabilitering vid minst åtta besök. Ersättningen utbetalas som ett engångsbelopp och ska tidigast rapporteras på det åttonde besöket.

För att göra korrekta registreringar avseende beskrivning av vårdens innehåll och för att få korrekta ersättningar hänvisas till Bilaga Rapportering, se Vårdgivarguiden.