



Socialdepartementet
103 33 Stockholm

2009-09-07

Sjukgymnastförbundets remissvar på delbetänkandet (SOU 2009:49) av utredningen Patientens rätt

Bättre samverkan

Några frågor kring samspelet mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring

Sjukgymnastförbundet har getts tillfälle att lämna yttrande över Patientens Rätt utredningens delbetänkande Bättre Samverkan. Delbetänkande syftar till att stimulera hälso- och sjukvården att i större utsträckning erbjuda evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser, samt förbättra samspelet mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvården. Genom de framlagda förslagen kommer den medicinska rehabiliteringens ställning i hälso- och sjukvården att stärkas. Detta välkomnas av Sjukgymnastförbundet.

I tilläggsuppdraget framgår att utredningen ska komma med förslag som kan vidareutveckla och förbättra rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt, med utgångspunkt i överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Landsting (2008) om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete.

Sjukgymnastförbundet, LSR, vill utifrån intentionen att vidareutveckla rehabiliteringsgarantin framhålla två viktiga förbättringsområden:

1. För att bromsa uppkomsten av långvariga smärttillstånd bör man införliva rådande evidensbaserade arbetssätt vid akuta och subakuta smärttillstånd i rörelseorganen.
2. Förekommande samsjuklighet mellan smärttillstånd i rörelseorganen och psykisk ohälsa talar för att beröringspunkterna mellan dessa två övergripande diagnosgrupper kommer till uttryck i rehabiliteringsgarantin.

Detta är våra två huvudsakliga synpunkter. Till det kommer några övriga synpunkter.

Huvudsakliga synpunkter

1. Evidensbaserat arbetssätt vid akut och subakut smärta i rörelseorganen

I delbetänkandet framgår att sjukskrivningarna i Sverige sedan länge dominerats av patienter med psykisk ohälsa och ospecifik smärta i rygg, nacke, axlar. Förbundet vill än tydligare betona att dessa diagnosgrupper i hög grad överlappar varandra och att den medicinska förklaringsgrunden är osäker. För att minska oro och därmed sammanhängande risk för psykiska pålagringar gäller det att människor får sin smärta analyserad i ett tidigt skede. Det är viktigt att snabbt få en trovärdig förklaring till sin symtombild tillsammans med råd om att vara fortsatt aktiv. Forskning visar att insatserna inte alls behöver vara särskilt omfattande om symtomen hanteras tidigt och på rätt sätt. Om besvärsbilden blir begriplig och accepterad av individen ökar tilltron till de egna resurserna. Med rätt förståelse och rätt stöd kan människor lära sig hantera sin smärta och samtidigt vara kvar på jobbet. Det handlar många gånger om att öka människors tillit till att återvinna hälsa och störda funktioner genom anpassad fysisk aktivitet/träning i kombination med annan avpassad beteendeträning. Rörelserädsla har visat sig vara en klar riskfaktor för ett förlopp som leder till kroniska tillstånd. För identifiering av riskpatienter används idag validerade screeninginstrument som enkelt kan användas vid första mötet, och för att följa patientens fortsatta progression. Det gäller att i ett tidigt skede, särskilja personer med ett behov av mera komplexa insatser (i utredningen kallad multimodala team).

Under senare år har det skett en stark utveckling inom kunskapsområdet smärta i rörelse och stödjeorganen. Det som beskrivs som centralt och där riktlinjer är samstämmiga världen över är tillgången till tidig undersökning, ”triagering” och individuella råd för fortsatt aktivt liv. Med triagering menas att man efter anamnes och undersökning gör en första bedömning om fynden beskriver; 1) allvarlig sjukdom (patologi), 2) ryggsmärta med utstrålade smärta (nervpåverkan) eller handlar om s.k. 3) ospecifik smärta. Sen finns naturligtvis en mängd olika diagnoser under respektive rubrik. Det handlar med andra ord om att klassificera patienterna i behandlingsbara undergrupper baserat på systematiskt kliniskt resonande. Utifrån en sådan beslutsmodell arbetar idag sjukgymnaster som specialiserat sig inom rörelseorganens ohälsa.

För det första tar sjukgymnasten ställning till om det är fråga om ett reellt biomedicinskt problem. Därefter bedöms nerv-, led-, muskelfunktionen samtidigt som man identifierar andra faktorer hos individen eller i dennes omgivning, som kan påverka besvären positivt eller negativt. I analysen tas stor hänsyn till hur individen själv ser på sin situation. Valet av interventioner grundas på varje

människas unika behov. Forskningen visar tydligt att det inte finns någon mirakelmedicin för den stora och heterogena grupp människor som lider av smärta i rörelseorganen. Därför ska man, i enlighet med utredningens önskan om att stärka patientens ställning, låta henne/honom vara delaktig och själv välja mellan olika möjliga interventioner. Det är innebörden i ett patientcentrerat arbetssätt.

Patienten ska således vara subjekt i sin egen rehabilitering. Utredningen framför vikten av aktiva insatser men det är inte helt tydligt om patienten eller den försäkrade är föremål för aktiva insatser eller en del av dem. Sjukgymnastens roll har gått från enbart behandlare till att även vara coach, och insatserna utgår idag från ett konsultativt resursorienterat synsätt. Många sjukgymnaster, specialiserade inom området, har idag även kompetens inom området KBT.

När man väl passerat det subakuta stadiet (1-3 månader) råder konsensus om att det krävs större insatser i form av mer kostnadskrävande multimodala rehabiliteringsprogram för att få effekt. För långvariga smärttillstånd vill vi, liksom utredningen, framhålla vikten av väl fungerande och sammanhållna vårdkedjor med samsyn på vilka interventioner som är effektiva i olika skeden av ett smärtförlopp.

Alla dessa insikter är viktiga för att kunna optimera människors behov av att vara frisk- och sjukskrivna på rätt nivå. Hälsa- och sjukvården bör således stimuleras till att än mer målmedvetet, och från den allra första vårdkontakten, hjälpa människor att stärka sina arbetsförutsättningar. Utifrån principerna om kunskapsstyrning gäller det att budskapet till patienten/den försäkrade är konsekvent genom hela vårdkedjan.

Förbundet vill framhålla att Socialstyrelsen påbörjat ett riktlinjearbete för rörelseorganens sjukdomar där bl. a den forskning som är gjord inom området akut och subakut smärta kommer att värderas.

För människor med ospecifik akut och subakut smärta gäller att

- tidigt identifiera problem och finna individuella lösningar
- tidigt ge snabb återkoppling om möjliga bio-psyko-sociala orsaker till symtombilden. För att minska risken för långvarig smärta/värk ska man stimulera människors inneboende resurser och "egenförståelse". Det är innebörden i ett både hälsofrämjande och pedagogiskt förhållningssätt.
- stärka den specifika rehabiliteringskompetensen på primärvårdsnivå så att fler människor, utan fördröjning, får en individuell bedömning av sin funktions/arbetsförmåga och därtill hörande skraddarsydda interventioner.

- effektivare patientflöden som ger direkt tillgång till rätt profession/kompetens. Rådande ersättningssystem ska både vägleda och garantera individen, att utifrån sina behov, välja adekvat kompetens, som primärkontakt
- tidigt identifiera och anpassa arbetsplatsens påverkan på individens rörelsebehov och symtombild

Sammanfattningsvis välkomnar Sjukgymnastförbundet utredningens slutsatser om hälso- och sjukvårdens ansvar att med stöd av multimodala team hjälpa människor, som fastnat i sjukskrivningsfällan, tillbaka till jobbet. Samtidigt kan dessa mer omfattande insatser ses som resultat av ett misslyckande. Därför vill förbundet medverka till att sjukgymnasters kompetens utnyttjas i större utsträckning för att motverka behovet av att vara sjukskriven när man drabbas av smärta i rörelseorganen (gäller stora grupper av människor). Vår slutsats blir därför att rehabiliteringsgarantin bör inkludera akut och subakut smärta i rörelseorganen; oftast uttryckt som ont i rygg, nacke, axlar. Vi anser att det är dags att bryta missförhållandet att patienter inte omedelbart får tillgång till rätt kompetens i det akuta skedet så att ”produktionen” av patienter med långvarig smärta upphör. Det anser vi vara ett samhälleligt slöseri! Undvik färdiga paketlösningar, och undvik det sena skedet!

2. Samsjuklighet smärta och psykisk ohälsa

Inledningsvis pekade vi på att det finns en klar växelverkan mellan psykiatrisk sjuklighet, psykisk ohälsa och olika smärttillstånd. Det råder dokumenterad samsjuklighet mellan depression och ångest och tio olika kroniska kroppsliga tillstånd, däribland flera smärtdiagnoser. Ett tydligare hänsynstagande till rådande samsjuklighet skulle kunna leda till vidareutveckling av rehabiliteringsgarantin, och som därmed bättre speglar den kliniska verkligheten i primärvården

För behandling och rehabilitering av samsjuklighet, ”ont i själen - ont i kroppen”, gäller motsvarande konsultativa, screenande och coachande arbetssätt som beskrevs under rubriken smärta. Det är således viktigt att man bedömer fysisk hälsa som kondition samt rörelseförmåga/rädsla tillsammans med psykologiska aspekter som motivation och förväntan/tilltro tillsammans med ångesttyp/nivå och depression/nivå... Det kan också föreligga en betydligt svårare psykiatrisk problematik, t.ex. posttraumatiskt stressyndrom och övergrepsproblematik som avsätter smärta i kroppen.

Anpassad fysisk aktivitet rekommenderas idag som behandling vid depression av lindrig till måttlig depression hos vuxna (Förslag till nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom 2009). Det finns även goda

erfarenheter att hämta från metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR) som nu implementeras i flertalet landsting. Forskning har visat att FaR är en effektiv och lättillgänglig metod för att öka och upprätthålla människors fysiska aktivitetsnivå. Därtill råder lika god följsamhet vid FaR som vid läkemedelsbehandling .

Sammanfattningsvis har sjukgymnastförbundet, med tanke på förekommande samsjuklighet, aktivt lobbats för att höja evidensgraden för fysisk aktivitet som en målinriktad och strukturerad intervention vid psykisk ohälsa, utifrån motsvarande principer som råder för smärtbehandling. Samma sak gör vi nu visavi utredningen utifrån dess uppdrag att vidareutveckla rehabiliteringsgarantin.

Vi vill därför komplettera och integrera de i direktiven och utredningen rekommenderade KBT-insatserna vid psykisk ohälsa med målinriktad och anpassad fysisk aktivitet/träning! Det finns en stor hälsopotential i att motivera människor till ökad fysisk aktivitet utifrån var och ens förutsättningar. Både KBT och FaR erbjuder alternativ till läkemedelsbehandling och innebär en mer långsiktigt förändring av ohälsosamma levnadsvanor. FaR bedöms som en kostnadseffektiv metod med tanke på att alla legitimerade yrkesgrupper kan ordinera och följa upp fysisk aktivitet. Dock behövs dock ytterligare genomgång av forskning som knyter dessa aktiva behandlingsmetoder till arbetsförmåga.

Övriga synpunkter

Vikten av enhetliga termer och begrepp

Det finns oklarheter i användandet av termer och begrepp mellan regeringens överenskommelse med SKL rörande multimodal rehabilitering (2008) och Socialstyrelsens termer och begrepp. Det anser vi förvirra bilden. I Socialstyrelsens föreskrifter avser rehabilitering *tidiga och allsidiga* insatser från *olika kompetensområden* och där syftet med rehabiliteringen är att uppnå eller bibehålla *bästa möjliga funktionsnivå* för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället. Denna definition har bäring på flera viktiga aspekter som rör rehabiliteringsgarantin: 1) tidigare insatser 2) olika kompetensområden samt 3) fokus på funktion.

Ett aktivt deltagande i samhället inkluderar återgång i arbete varför en sådan avgränsning i rehabiliteringsgarantin egentligen inte är nödvändig. Skrivningen ”olika kompetensområden” avser även det som i delbetänkandet beskrivs som ”multimodal”. Enligt utredningens bilaga omfattar rehabiliteringsgarantin enbart de individer som haft smärta i minst 3 mån medan socialstyrelsens definition inkluderar *tidiga insatser*.

Inom kunskapsområdet sjukgymnastik används begreppet multimodal för att uttrycka en rad olika behandlingsverktyg som en profession utnyttjar för att uppnå ett visst behandlingsmål. Sjukgymnastförbundet skulle välkomna en enhetlig terminologi.

Främja användandet av ICF - klassifikation

Införandet av internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) 2003 har starkt påverkat användningen av funktionsbegreppet, inte enbart inom hälso- och sjukvården utan även i andra samhällssektorer. Definitionen av rehabilitering såsom den beskrivs i socialstyrelsens föreskrifter är i linje med ICF och ska komplettera det diagnostiska klassifikationssystemet ICD-10. ICF ligger idag även till grund för klassificering av olika vårdåtgärder, KVÅ. För att få en övergripande bild av patientens hälsotillstånd och för att lättare möjliggöra jämförelser av de insatser som görs inom hälso- och sjukvården bör varje diagnos kompletteras med en klassifikation av personens funktion enl. ICF. Det ska komplettera den diagnostiska klassifikationen och möjliggöra en helhetssyn på individens hälsa.

Utgångspunkten för ICF är att två personer med samma diagnos kan fungera helt olika. Det är patientens funktionstillstånd och inte diagnos som i första hand påverkar arbetsförmåga. För att utnyttja resurser mest effektivt behövs alltså en kartläggning av individens funktionstillstånd och tidig identifiering av riskfaktorer kopplade till utveckling ett smärt- eller depressionstillstånd. För att främja användandet av ICF ser förbundet ett behov av att än tydligare efterfråga funktionsklassifikationen ICF i alla bedömningsunderlag och kvalitetsuppföljningar.

Förbundets bestämda uppfattning är att denna innebörd av ICF är ett ytterligare argument för att utvidga den rehabiliteringsgaranti som hittills enbart omfattar så kallade multimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta (sent skede). Redan i utredningens allra första mening finns en tidsfördröjning inbyggd; ”Många är involverade i och bidrar med stora insatser för att stödja och tillvarata människors vilja att **efter** en sjukperiod återgå i arbete.” I enlighet med aktuell forskning ska ICF och rehabiliteringstanken gälla från dag ett.

Nyttja alla vårdprofessioner optimalt

Förbundet vill betona hälso- och sjukvårdens ansvar att, utifrån fokus på patientens behov, nyttja all kompetens optimalt. I valet mellan olika kompetensråden och åtgärder ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen, de mest kostnadseffektiva prioriteras. Vi anser därför att utredningen än tydligare borde peka på vikten av att vårdens alla professioner (sjukgymnaster, psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter, läkare och distriktssköterskor) får ökade möjligheter att, tidigt bidra till att bedöma funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov samt ge råd om aktivt förhållningssätt till olika patientgrupper. För detta krävs

utbildningsinsatser för ökad kompetens i klassifikationssystemet ICF. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter ligger idag långt framme i användande av klassifikationen.

Behov av multicenterstudier

Sjukgymnastförbundet vill, som tillägg till utredningens förslag på ökade satsningar på rehabiliteringsforskning, betona vikten av att det satsas på rejäla multicenterstudier av tidig intervention med kontinuerlig uppföljning i betydelsen prövning och omprövning (= kliniskt resonerande). För heterogena diagnosgrupper med osäkra diagnoser krävs stora patientgrupper. Detta talar mot att de föreslagna forskningsresurserna splittras upp på 21 landsting.

Främja samverkan

Den för patienten aktuella professionen (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog, distriktssköterska) i primärvården ska, förutom att fördjupa samarbetet med Försäkringskassan, utveckla nära samarbete med sina *patienters arbetsgivare*. De är en nyckelgrupp för framgångsrik rehabilitering. Oftast går kontakten via företagshälsovården. Det kompliceras lätt då FHV oftast arbetar efter särskilda avtal som lätt leder till ytterligare tidsfördröjning för patienten. Det har visat sig att lösningar påskyndas de gånger det finns en inbyggd FHV.

Det bör ges möjlighet för olika vårdprofessioner, som t ex behandlande sjukgymnast eller arbetsterapeut, att medverka på försäkringskassans avstämningsmöte . På visa håll är detta redan en möjlighet men förbundet har erfarenhet att bristen på ekonomiska förutsättningar kan försvåra. Det bör finnas en fast tidsåtagelse för medverkan.

Lika hantering i landet

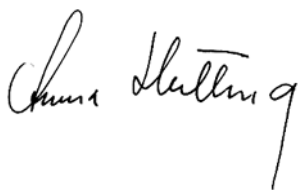
Förekommande skillnader gällande bedömningskriterier för sjukskrivning mellan olika geografiska områden antas bero på bristande kompetens att bedöma funktions/arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov i kombination med brister i hanteringen av patientflöden (logistiken) och reella rehabiliteringsmöjligheter. Förbundet anser att staten via socialförsäkringen ska ställa tydliga krav på att sjukvårdshuvudmännen inför rutiner som säkrar att försäkringen inte belastas av onödiga kostnader. Patienter med ”ont i ryggen och ont i själen” har hittills inte prioriterats inom hälso- och sjukvården vilket gjort att både resurser och rutiner fattas inom många landsting. Den försäkrade har ofta klassats som ”medicinskt färdigutredd” och därefter passiviserats/”parkerats i sjukförsäkringen”. Vi välkomnar därför utredningens förslag som förutsätts ändra på detta.

Nyttja befintlig kompetens på taxan

Utredningen ger oss chansen att lyfta fram behovet av ökade resurser till såväl primär- och sekundärpreventiva insatser, som interventioner i form av undersökning, utredning och behandling (i enlighet med avsnittet om evidensbaserat arbetssätt) . Enligt HSL har landstinget ett planeringsansvar som även omfattar sjukgymnaster på den nationella taxan där många har specialkompetens inom de två aktuella områdena. Deras och förbundets erfarenhet är emellertid att den potential de utgör, för att patienterna ska få ett snabbt och adekvat omhändertagande, inte beaktats när landstingen inventerat resurserna inför rehabiliteringsgarantins införande

Med vänlig hälsning

LEGITIMERADE SJUKGYMNASTERS RIKSFÖRBUND



Anna Hertting
Förbundsordförande