

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Rehab habilitering försäkringsmedicin
hjälpmedel
Marie Brantestad

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2023-02-02

HSN 2022-0525

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Utredning av beställningsform - Vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom samt tilläggsuppdrag Specialistläkarmottagning vid ME/CFS

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick av avtalsutskottet i uppdrag att utreda mest lämpad beställningsform för målgrupperna som idag omhändertas inom vårdval specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom med tilläggsuppdrag Specialistläkarmottagning vid ME/CFS. Berörda målgrupper är patienter med långvarig smärta med mycket komplex problematik, allvarligt utmattningssyndrom samt måttlig till mycket svår ME/CFS. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen redovisar i detta ärende utredningsrapport samt förslag på vidare åtgärder.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i avtalsutskottet.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att avveckla vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom med upphörande 2025 samt säkra omhändertagande för patientgrupperna.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att avveckla tilläggsuppdrag Specialistläkarmottagning vid ME/CFS från båda vårdvalen som det tillhör med upphörande senast 2025 samt säkra omhändertagande för patientgruppen.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att avveckla tilläggsuppdrag MMR₁ tillhörande vårdval husläkarverksamhet senast 2025.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma med förslag på placering av en ny utredningsenhet på specialistnivå i egen regi för ME/CFS i enlighet med förslagen.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma med placering av utredningsenhet på specialistnivå för långvarig smärta samt samordningsuppdrag för smärtvården i enlighet med förslagen.
6. Förslagen gällande förstärkning i primärvård och psykiatri, samt utveckling av samverkansstrukturer godkänns.

Förvaltningens motivering till förslaget

I tjänsteutlåtandet hanteras de tre berörda patientgrupperna, Utmattningssyndrom, långvarig smärta samt ME/CFS. Inledningsvis beskrivs en gemensam bakgrund. Under överväganden hanteras målgrupperna initialt gemensamt för att sedan separeras och redovisas var för sig. Under respektive målgrupp förtydligas förslagen i punktform.

Bakgrund

Vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom har haft en stor kostnadsökning sedan införandet i slutet av 2014. Det i kombination med osäkerhet om rätt vårdnivå för målgruppen allvarligt utmattningssyndrom och om behovet för målgruppen långvarig smärta med mycket komplex problematik möts fullt ut har föranlett behov av att utreda beställningsformen för vårdvalets målgrupper. För ME/CFS råder ett mycket osäkert evidensläge och det finns i dagsläget ingen botande behandling för sjukdomen. Med anledning av det osäkra evidensläget är det svårt att säkerställa rätt vårdnivå för patientgruppen.

Utredningens syfte har varit att komma fram till mest lämpad beställningsform av vården för vårdvalets tre målgrupper.

Överväganden

En övergripande frågeställning har varit huruvida målgrupperna långvarig smärta och utmattningssyndrom ska fortsätta att behandlas tillsammans. Att målgrupperna sattes samman initialt berodde på att det var sjukskrivningsintensiva målgrupper och bedömningen var att båda målgrupperna skulle erbjudas multimodal rehabilitering. Det saknas dock stöd för den multimodala rehabiliteringen som behandlingsmetod för utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom har ökat och dominerar i vårdvalet trots det svaga evidensläget. Tilläggsuppdraget Specialistläkarmottagning vid ME/CFS placerades inom två olika vårdval, vårdval specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta samt vid utmattningssyndrom och inom vårdval planerad specialiserad neurologisk rehabilitering. Placeringen berodde på att det var svårt att få något annat vårdområde att ta sig an uppdraget samt att båda vårdvalen innehöll rehabilitering och hade tillgång till flera professioner. Det saknas dock evidens både för diagnos och behandling för ME/CFS.

Den sammanlagda bedömningen är att målgrupperna behöver ett annat omhändertagande och i andra former än det som vårdval som upphandlingsform erbjuder och att det behöver utformas separata beställningar för vardera målgruppen.

Utmattningssyndrom

Det råder ett osäkert kunskaps- och evidensläge för diagnosticering och behandling av utmattningssyndrom som föranleder att bedömningen är att det inte är lämpligt att beställa vården för utmattningssyndrom i vårdvalsform. Utredningen förespråkar en beställningsform där vården inte beställs diagnosspecifikt utan hanteras inom redan etablerade beställningar inom psykiatri och primärvård. I nedan ruta sammanfattas utredningens förslag gällande utmattningssyndrom:

Förslag på beställningsform av vården för utmattningssyndrom

- Avveckla vårdval specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom
- Primärvården ska vara den huvudsakliga vårdnivån för patientgruppen
- Patienter i behov av specialistvård omhändertas i specialistpsykiatri inom ramen för uppdrag om allmänpsykiatrisk vård med områdesansvar
- Strukturer för samverkan mellan vårdområden och vårdnivåer behöver utvecklas
- Resurser som idag läggs på vårdvalet omfördelas till primärvården och till psykiatri
- Resurser till primärvården fördelas mellan husläkarverksamheten, primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi
- Säkra FOUU-uppdrag för relevanta centrumbildningar

Det finns flera osäkerhetsfaktorer när det gäller diagnosen utmattningssyndrom. Det pågår ett nationellt arbete med diagnoskriterierna och det är oklart vilka konsekvenser det kommer att få för diagnosen. Det finns även indikationer på att diagnosen eventuellt kommer att hanteras på ett annat sätt i ICD-11 som gör att det är mycket svårt att förutspå hur behovet kommer att se ut framöver.

Region Stockholm har beställt en behandlingsmetod, multimodal rehabilitering och det har inom uppdraget inte funnits utrymme att erbjuda andra insatser. Det saknas vetenskapligt stöd för att de omfattande rehabiliteringsprogrammen är det mest effektiva sättet att ta hand om patienterna och det som ger bäst effekt i slutändan. Det osäkra evidensläget gör att det finns risk för felbehandling av patienterna. En annan aspekt är att det läggs stora resurser på en specifik diagnos, när det finns andra diagnoser, med evidens för vilka behandlingar som hjälper, som får mindre resurser. En diagnosspecifik beställning riskerar även att resultera i en överdiagnosticering. Med en beställning som inte är så låst till diagnoser skulle det vara möjligt att resurserna används mer jämnt fördelat, att patienterna får rätt behandling och högre kostnadseffektivitet.

Vårdval som beställningsform syftar till att skapa konkurrens mellan vårdgivarna som behöver leverera bra vård för att patienterna ska välja dem. Meningen är att marknaden ska vara självreglerande och att inte ska finnas utrymme för fler aktörer än vad det finns patientunderlag för. Det är dock problematiskt när det rör sig om vård för en målgrupp där det finns svagt vetenskapligt stöd för diagnos. Vården behöver knytas närmare forskningen för att i större utsträckning kunna bidra till stärkt evidens.

Region Stockholm arbetar med en omställning till en nära vård i enlighet med genomförandeplan för nära vård (HSN 2021-1966). Att förstärka primärvården och säkerställa ett omhändertagande nära patienterna är i enlighet med utgångspunkterna i en nära vård. Som ett led i omställningen till en nära vård har uppdraget insatser för psykisk hälsa inom husläkarverksamheten förstärkts sedan 1 februari 2021.

Utmattningspatienterna är en patientgrupp som ska kunna omhändertas inom uppdraget och få tillgång till en nära vård. Sedan februari 2021 ska samtliga vårdcentraler ha tillgång till en rehabkoordinator och vid behov kunna erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för återgång i arbete. Koordineringsinsatserna ska stödja patienten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Insatserna ska bestå av personligt stöd till patienten, intern samordning av vården och stöd i kontakter med externa aktörer. Utmattningspatienterna omfattas inom uppdraget för rehabkoordinatorer.

För att möjliggöra ett förstärkt omhändertagande i primärvården behöver primärvården tilldelas resurser. Resurserna bör fördelas mellan husläkarverksamheten, primärvårdsrehabilitering samt specialiserad fysioterapi. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver säkra att avtalsstrukturer och ersättningsmodeller möjliggör teamarbete över avtalsgränserna och underlättar för samverkan mellan vårdområdena. Primärvården signalerar att med rätt resurser så finns kompetensen och viljan att ge ett bredare omhändertagande till patienter med utmattningssyndrom.

I utredningen framkommer att en del av patienterna som tas emot i vårdvalet inkluderas utan att uppfylla inklusionskriterierna. Med en adekvat behandling i primärvården skulle fler kunna erbjudas hjälp i primärvården innan behovet av specialistnivå uppstår. En del patienter kommer dock fortfarande att vara i behov av specialiserad vård. Uppskattningsvis rör det sig om ca en tredjedel av de 2800 patienter som genomgår rehabilitering för utmattningssyndrom varje år. Ca 900 patienter har troligen så pass stor besvärskbild att primärvårdens resurser inte kommer att räcka till. Vårdgivarna vittnar om att det finns en samsjuklighet med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt med ångest och depression. Patienter med uttalad samsjuklighet och allvarligt utmattningssyndrom som genomgått insatser i primärvården utan tillfredsställande resultat ska enligt förslagen omhändertas inom specialistpsykiatrin. Detta i enlighet med kunskapsstyrningens underlag i utredningen. Inom psykiatrin skulle hela symtombilden kunna behandlas och utvärderas.

För att säkerställa att nya strukturer etableras och att primärvården och psykiatrin hinner förbereda sig för uppdragen bör avveckling ske inom en tidsram som möjliggör förberedelse. Förslaget gör gällande att vårdvalet bör avvecklas till 2025.

Långvarig smärta

För smärtvården i Region Stockholm saknas ett helhetsperspektiv samt samverkan mellan vårdnivåer. Osäkerheten kring volymer och behov gör att vårdval inte bedöms som lämplig för målgruppen. För att stärka smärtvården föreslår utredningen att en utredningsenhet i egen regi inrättas. Smärtrehabilitering på specialiserad nivå sker i redan etablerade strukturer. Dessutom föreslås att ett uppdrag med samordningsansvar över smärtvården införs. I nedan ruta sammanfattas utredningens förslag gällande långvarig smärta:

Förslag på beställningsform av vården för långvarig smärta

- Avveckla vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom
- Avveckla husläkarverksamhetens tilläggsuppdrag MMR1
- Primärvården ska vara den huvudsakliga vårdnivån för patientgruppen
- En utredningsenhet med konsultationsuppdrag i egen regi på specialistnivå inrättas
- Rehabilitering på specialiserad nivå sker i redan existerande mottagningar på sjukhus och tillskjuts resurser
- Ett uppdrag för samordningsansvar över smärtvården inklusive FOUU inrättas
- Strukturer för samverkan mellan vårdområden och vårdnivåer behöver utvecklas
- Resurser som idag läggs på vårdvalet omfördelas till primärvården och till specialiserad vård i egen regi
- Resurser till primärvården fördelas mellan husläkarverksamheten, primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi

Smärta är ett vanligt problem i befolkningen och bör kunna bemötas och behandlas i primärvården. I enlighet med LEON-principen och det vårdförlopp som presenterats av kunskapsstyrningsstrukturen via NPO nervsystemets sjukdomar, så bör multimodal rehabilitering erbjudas på primärvårdsnivå. Till husläkarverksamheten finns ett tilläggsuppdrag MMR1 med målgrupp smärta. Tilläggsuppdraget har inte fungerat i primärvården och ingen vårdgivare bedriver vård enligt avtalet. I linje med omställningen till en nära vård så ska patienten kunna erbjudas vård där de bor och känner sig trygga. Om enbart vissa enheter inom primärvården kan erbjuda rehabiliteringen så är det inte förenligt med nära vård-principen. Det finns även problem med att beställa vård för specifika diagnoser då det riskerar att tränga undan vård för andra. Det är således önskvärt att multimodal rehabilitering på primärvårdsnivå ska kunna erbjudas patienten oavsett var i regionen den bor eller vid vilken vårdcentral den är listad.

Förstärkta möjligheter till samverkan mellan vårdområden behövs. Husläkarmottagningarna, primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi behöver ha möjlighet att arbeta teambaserat över vårdnivåerna. För att stärka samverkansstrukturerna och möjliggöra ett större omhändertagande för patientgruppen i primärvården behöver resurser som idag läggs på vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom omfördelas, där primärvården får en större andel av summan. Det är viktigt vid fördelning av resurser till primärvården att

hänsyn tas till primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi, så att inte enbart husläkarverksamheten prioriteras vid resursfördelning. Stärkta samverkansstrukturer gynnar fler patientgrupper än de som berörs i utredningen.

Primärvården kommer även att behöva stöttning från specialistvården för att hantera patientgruppen. Utifrån synpunkter som inkommit under utredningen och från den fördjupade uppföljningen framkommer att primärvården saknar möjligheter till smärtutredning. Flera vårdgivare i vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom vittnar om att de får remisser där patienterna är i behov av utredning snarare än att det står klart att de behöver rehabilitering. Långvarig smärta är en svår diagnos att ställa. Vården måste kunna stötta patienten i att det inte är någon annan sjukdom som ligger bakom smärtan, och att det handlar om att lära sig att hantera smärtan snarare än att bli av med den. Ett sådant utredningsbehov skulle kunna täckas genom en enhet som har ett särskilt uppdrag att utreda smärta. I smärtutredningen skulle det ingå att tydligt remittera tillbaka till primärvården och rekommendera fortsatta insatser. Det är av vikt att det ingår ett uttalat konsultationsansvar gentemot primärvården. Konsultationer skulle på sikt kunna innebära att fler patienter behandlas inom primärvården. Det måste finnas avtalsmässiga möjligheter att ge och ta emot konsultationer för berörda vårdområden.

Det är svårt att prognostisera behovet av en utredningsenhet, och vilka specialiteter som det behöver finnas tillgång till. En utredningsmottagning skulle därför lämpligast bedrivas i egen regi då det skulle ge möjligheter till flexibilitet i uppdraget, säkerställa kostnadskontroll, samt få en närmare anknytning till FOUU.

I utredningen framkommer att en andel av patienterna tas in i vårdvalet utan att de uppfyller inklusionskriterierna, och att en stärkt primärvård skulle kunna innebära att patienterna får hjälp tidigare. Det är troligt att cirka en tredjedel av patienterna fortfarande kommer att behöva specialiserad rehabilitering. Utifrån aktuella siffror handlar det om ca 500 patienter per år. Rehabilitering på specialistnivå bedrivs på sjukhus i regionen. Inrättas en utredningsenhet och primärvården får resursförstärkning bedöms att den redan existerande specialiserade rehabiliteringen på sjukhusen täcka behovet på specialistnivån.

Förändringar bör inte ske tidigare än primärvården är redo för och bör genomföras samtidigt som förändringarna med utmattningssyndrom.

ME/CFS

Utifrån det osäkra kunskapsläget och bristande evidens är vårdvalsform inte att föredra för diagnosen. För att kunna vara flexibel utifrån ett förändrande kunskapsläge förespråkas att en utredningsenhet på specialistnivå drivs i egen regi. Det ger möjligheter för en utredningsmottagning på specialistnivå att inrättas på exempelvis ett sjukhus vilket skulle möjliggöra tillgång till olika specialiteter och säkerställa att det är en vårdmiljö anpassad för patientgruppen. Region Stockholm har under pandemin upprättat mottagningar för postcovid på sjukhus och det är liknande personalkategorier och metoder som är aktuella för ME/CFS. Det är möjligt att regionen kan dra nytta av erfarenheterna från det för att säkerställa en kvalitativ vård för patienter med ME/CFS. I nedan ruta sammanfattas utredningens förslag gällande ME/CFS:

Förslag på beställningsform av vården för ME/CFS

- Avveckla tilläggsuppdrag Specialistläkarmottagning vid ME/CFS i sin helhet
- En utredningsenhet med konsultationsuppdrag inrättas i egen regi
- Förstärka och förtydliga FOUU-uppdrag
- Strukturer för samverkan mellan vårdområden och vårdnivåer behöver utvecklas
- Resurser som idag läggs på tilläggsuppdraget omfördelas till att inrätta en utredningsenhet i egen regi samt till att stärka primärvården
- Resurser till primärvården fördelas mellan husläkarverksamheten, primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi

Det saknas evidens och kunskap om hur patienterna kan bli bättre, vilket gör att det är svårt att bemöta patienternas behov av omhändertagande. För att kunna utveckla vården och bidra till ett bättre kunskapsläge är det viktigt att vården knyts närmare forskningen. Det är önskvärt att en nystartad mottagning skulle verka i en nationell kontext för att bygga kunskap och klinisk erfarenhet nationellt.

ME/CFS är en uteslutningsdiagnos som kan kräva flera specialiteter för att utesluta differentialdiagnoser för att säkert kunna ställa diagnos. Det innebär att det krävs resurser och kompetens för att ställa diagnosen vilket kan vara svårt för primärvården att hantera. Rätt diagnostisering är av högsta vikt då det är en diagnos som kan få allvarliga konsekvenser om

diagnosen inte är säkerställd och där felbehandling kan ge allvarliga konsekvenser i form av försämring.

Det rör sig om ett litet antal patienter sett till populationen och det är därför sällan personalen i primärvården möter patienter med ME/CFS. Det bör därför inrättas en utredningsenhet som diagnostiserar. Primärvården bör ha huvudansvaret för den fortsatta kontakten, då primärvården har möjlighet att erbjuda en kontinuitet som inte specialistvården har på samma sätt. Vård närmare hemmet skulle innebära ett minskat resande för en patientgrupp som har svårt med ansträngningar som exempelvis transporter. Patientgruppen har det generellt svårt i vården och utifrån de patientenkäter som patientorganisationen, Riksorganisationen för ME-patienter, har gjort så finns det ett stort missnöje och ett lågt förtroende för sjukvårdssystemet. Det är många patienter som har bollats mellan olika vårdgivare och upplevt sig misstrodda i vården. I och med att primärvården har ett brett uppdrag finns det en risk att patienterna inte vill ha sin huvudsakliga kontakt där. För att överbygga riskerna krävs att det utvecklas strukturer för specialistvården att erbjuda konsultationer för att kunna stärka primärvården i sin handläggning av patienterna. APC behöver fortsätta med sitt utbildningsuppdrag om ME/CFS och primärvården måste ges resurser att omhänderta patienterna.

Förslagen bör inte verkställas tidigare än att strukturerna hinner etableras, dock senast 2025.

Ekonomiska konsekvenser

För att kunna säkra ett omhändertagande i primärvården och i specialistvården behöver resurser som idag läggs på vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom omfördelas. Då det primära omhändertagandet ska ske i primärvården bör behovet av specialistvård minska och därför bör en större andel, uppskattningsvis två tredjedelar, fördelas mellan husläkarverksamhet, primärvårdsrehabilitering och specialiserad fysioterapi.

En tredjedel bör fördelas mellan psykiatrin och till den specialiserade smärtvården. Den specialiserade smärtvården avser en ny utredningsenhet, samordningsuppdrag samt förstärkning till redan etablerade rehabiliteringsenheter.

Förändringarna bedöms kunna genomföras inom samma budget som avsatts för vårdvalet och kommer på sikt leda till besparingar då en större andel av patienterna omhändertas inom primärvården som kostar mindre än den specialiserade vården. Besparingarna yttrar sig också genom utebliven kostnadsökning. Vårdvalet har haft en kraftig kostnadsökning

fram till 2019, de senaste åren har dock kostnadsutvecklingen avtagit det förklaras dels genom att en revidering genomfördes under 2021 som innebar sänkta ersättningar för fysiska besök, dels har vårdvalsmottagningarna varit medvetna om att det pågår en utredning kring vårdvalets framtid vilket påverkat. Två mottagningar har lagt ner sin verksamhet och det är troligt att de andra vårdgivarna inte haft möjlighet att expandera verksamheten med hänsyn till den osäkra framtiden. Det har kommit förfrågningar kring vårdvalet från externa aktörer som varit intresserade om att ansöka om uppdraget, men har avvaktat på grund av det osäkra läget. Sammantaget är bedömningen att om vårdvalet skulle vara kvar i den form som det är idag skulle kostnaderna börja öka igen.

För ME/CFS har primärvården redan ett stort ansvar för patientgruppen och det är samma strukturer som behöver utvecklas som för smärt- och utmattningspatienterna. Av de resurser som läggs på tilläggsuppdraget bör två tredjedelar fördelas till specialistvården och en tredjedel till primärvården.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Att patienterna omhändertas inom rätt vårdnivå bedöms få positiva effekter för patientsäkerheten. En mer sammanhållen vård bedöms bidra till att säkra patientsäkerheten. En stärkt organisation kring ME/CFS med möjligheter att verka i en nationell kontext bedöms kunna medverka till att diagnosen får en tydligare plats i kunskapsstyrningsstrukturen och stärka patientsäkerheten. Att vården får en stärkt koppling till forskningen bedöms kunna bidra till ökad kunskap och evidens och därmed bidra till en stärkt patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslagen bedöms möjliggöra att rehabiliteringsinsatser ska kunna ges till patienter oavsett förutsättningar. Större möjligheter till individualisering bedöms innebära en mer jämlik och jämställd vård. En helhetssyn på vården med förstärkning till primärvården och utökade konsultationsmöjligheter bedöms innebära att specialistvårdens kunskaper tillgängliggörs för fler patienter oberoende av var patienten bor.

Miljökonsekvenser

Förslagen förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön. Det är möjligt att om fler patienter omhändertas i närområdet kan det leda till ett något minskat resande vilket kan ha positiv påverkan på miljön.

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2023-02-02

HSN 2022-0525

Administrativa konsekvenser

Avveckling av vårdvalet kan komma att innebära administrativa krav för vårdgivarna i samband med avslutande av verksamheten. Det är en engångsinsats. Förbättrade samverkansstrukturer och utvecklade möjligheter till teamarbete mellan vårdområdena bedöms kunna innebära en minskad administrativ börda.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Christoffer Bernsköld
Tf avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2023-02-02