

Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Förutsättningar för nationella riktlinjer för områdena
rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-2-8373
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2023

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att analysera förutsättningarna för att ta fram nationella riktlinjer på området rehabilitering, habilitering och hjälpmedel eller avgränsade delar av området. I uppdraget ingår också att redovisa för- och nackdelar med att avgränsa ovan nämnda område för nationella riktlinjer. I denna slutrapport lämnar myndigheten ett svar i form av slutsatser utifrån resultat av kartläggning och analys av behov och möjligheter.

Utredare Malin Åman, enheten vägledning hälso- och sjukvården 1, Avdelningen för kunskapsstyrning hälso- och sjukvården, har varit projektledare för uppdraget och ett flertal andra medarbetare vid myndigheten har bidragit i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Maria A Hilberth. Rapporten riktar sig till regeringen som har gett oss uppdraget. Socialstyrelsen vill tacka alla som med engagemang och stort kunnande har deltagit i arbetet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Uppdraget	8
Om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel	8
Om kunskapsstöd från Socialstyrelsen.....	10
Metod för uppdraget	11
Resultat av kartläggning	14
Termer, begrepp och klassificering.....	15
Intressenters beskrivning av behov och utmaningar	22
Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel	25
Nationellt och internationellt perspektiv	31
Analys och diskussion	34
1. Organisation och samverkan	34
2. Tillgång till kompetens	36
3. Uppföljning och statistik	38
4. Konsekvenser av prioriteringar i samband med rehabilitering och habilitering	42
5. Kunskap och evidens	43
Sammanfattning som underlag för Socialstyrelsens slutsats.....	45
Socialstyrelsens slutsats	48
Referenser	49
Bilaga 1. Samverkan med externa och interna intyressenter.....	45
Bilaga 2. Exempel på olika stöd från Socialstyrelsen	52
Bilaga 3.Exempel på rehabiliterande och habiliterande åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer	58
Bilaga 4. Målnivåer för indikatorer för rehabilitering och habilitering i Socialstyrelsens nationella riktlinjer	61
Bilaga 5. Dokumentation av informationsökning.....	62

Sammanfattning

Socialstyrelsen svarar i denna rapport på regeringsuppdraget att analysera förutsättningarna för att ta fram nationella riktlinjer på området rehabilitering, habilitering och hjälpmedel eller avgränsade delar av området, samt att redovisa för- och nackdelar med att avgränsa ovan nämnda område för nationella riktlinjer. I arbetet har vi gjort en kartläggning över Socialstyrelsens befintliga stöd, en övergripande internationell utblick samt samverkat med interna och externa intressenter inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Slutsatsen utifrån kartläggningen och analysen är att det behövs ett förstärkt nationellt stöd inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel men att det inte är lämpligt att ta fram en nationell riktlinje för områdena gemensamt. De tre områdena har olika målgrupper, kontext, utmaningar och behov. De behöver därför undersökas grundligt var för sig, mer än vad som har varit möjligt i detta uppdrag.

Rehabiliterande och habiliterande åtgärder, inklusive hjälpmedel inkluderas redan, tillsammans med andra medicinska åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och övriga kunskapsstöd. Rehabilitering och habilitering behöver dock lyftas och införlivas tydligare i relevanta nationella riktlinjer, kunskapsstöd och andra arbeten på myndigheten. Befintliga riktlinjer från Socialstyrelsen inom områdena behöver implementeras i regioner och kommuner. Det behövs också andra typer av stöd från myndigheten. Detta för att bidra till en jämlik tillgång till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i hela landet.

Socialstyrelsen har i arbetet med regeringsuppdraget uppmärksammat behovet av ett bredare och nationellt samordnat arbete för att stödja med kunskap, utveckla, integrera och följa upp områdena rehabilitering och habilitering, inklusive hjälpmedel. Arbetet behöver ske horisontellt genom hela hälso- och sjukvården oavsett diagnos, huvudman, vårdnivå eller organisation. Det arbetet skulle behöva samordnas och stödjas på nationell nivå, där Socialstyrelsen spelar en central roll inom kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Allt fler överlever svåra medicinska tillstånd och antalet personer som lever med kroniska sjukdomar har ökat i Sverige. Detta i kombination med en högre medellivslängd och en större andel äldre i befolkningen har ökat behovet av rehabilitering och habilitering. Även andra hälsofrämjande och förebyggande insatser behövs för att bibehålla och stärka hälsa och kroppsfunktioner genom hela livet. God hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och även för att bidra till samhällets utveckling. Investeringar i hälsa genom till exempel hälso- och sjukvårdssystemet är en återinvestering i samhällets utveckling i stort.¹

Uppdraget

I juni 2022 fick Socialstyrelsen i regeringsuppdrag att analysera förutsättningarna för att ta fram nationella riktlinjer på området rehabilitering, habilitering och hjälpmedel eller avgränsade delar av området². I uppdraget ingår också att redovisa för- och nackdelar med att avgränsa ovan nämnda område för nationella riktlinjer.

I det här inledande kapitlet presenteras uppdragets huvudkomponenter, korta fakta om nationell och internationell styrning med anknytning till uppdraget, samt metoden som använts för att lösa uppdraget.

Om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Rehabilitering syftar till att återfå eller bibehålla hälsa och skapa förutsättningar för ett självständigt och aktivt liv i samhället. Några exempel på rehabiliterande åtgärder är träning vid olika funktionsnedsättningar, utbildning eller åtgärder för att klara dagliga aktiviteter.

Habilitering innebär insatser som ska bidra till att en person som har en medfödd, eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga och kan leva ett så självständigt liv som möjligt och aktivt delta i samhällslivet. Några exempel på habiliterande åtgärder kan vara att klara dagliga sysslor, träning och stöd för fysiska, intellektuella eller neuropsykologiska funktionsnedsättningar eller syn- och hörselhjälpmedel.

Inom både rehabilitering och habilitering kan olika typer av *hjälpmedel* vara en del av åtgärderna för att underlätta aktivitet och delaktighet för

¹ Mål 3 i Agenda 2030, www.regeringen.se

² S2022/01683 delvis, S2022/03182 delvis

individ. I Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår de grundläggande regler som gäller för hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering och habilitering. Rehabilitering och habilitering ges såväl till barn och unga som till vuxna. Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda personer med funktionsnedsättning hjälpmedel³. Det kan exempelvis vara hjälpmedel för att underlätta förflyttningar och för att klara dagliga aktiviteter eller kommunikation.

Rehabilitering och habilitering är viktiga delar för att uppnå god hälsa och välbefinnande utifrån mål 3 i Agenda 2030. Där är hjälpmedel också en viktig del för att uppfylla mål 10:2 om att möjliggöra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet oavsett deras ålder, kön, funktionsnedsättning, ursprung med mera⁴.

Läs mer under *Termer, begrepp och klassificering*

Rehabilitering och habilitering i en internationell utblick

Rehabilitering är en viktig hälsostrategi för 2000-talet, och ansträngningar görs för en bredare integrering av rehabilitering i hälsosystem i Europa och övriga världen [1–4]. Världshälsoorganisationen (WHO) lyfter i flera sammanhang att rehabilitering inom hälso- och sjukvården både globalt och inom Europeiska unionen behöver stärkas. De beskriver att rehabilitering är grundläggande för all hälso- och sjukvård, och att god vård och folkhälsa inte kan uppnås utan tillgång till rehabilitering [5].

Läs mer under *Nationellt och internationellt perspektiv*.

Rättslig reglering av områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Rehabilitering och habilitering nämns specifikt i HSL⁵ och här inkluderas också att förebygga ohälsa⁶. Där framgår att hälso- och sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda personer med funktionsnedsättning hjälpmedel om behov finns⁷ och att patienter får möjlighet att välja hjälpmedel⁸. Första januari 2023 trädde en ny lag i kraft som säger att för personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar, som får hälso- och sjukvård, ska det särskilt övervägas om vården kan ges på ett sätt som bidrar till att den enskilde får möjlighet att delta i samhällslivet och kan leva som andra⁹.

³ 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL

⁴ Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling, www.Regeringen.se

⁵ 8 kap. 7 § HSL

⁶ 3 kap. 2 § HSL

⁷ 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL

⁸ 7 kap. 2 § Patientlagen (2014:821), 10 Kap. 2 § HSL

⁹ 5 kap. 9 § (2022:1255) HSL.

Rehabilitering och habilitering i den nationella styrningen av hälso- och sjukvården i Sverige

Både regioner och kommuner ansvarar för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, men ansvarsfördelningen dem emellan kan skilja sig åt i landet. En omställning mot en god och nära vård har pågått under flera år i Sverige. Det innebär att hälso- och sjukvården organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar och att primärvården är navet. Socialstyrelsen är en aktör bland flera som kan stödja omställningen, och för att uppnå ett samlat stöd till förändring krävs samverkan med andra myndigheter, företrädare för kommuner och regioner samt andra intressenter. Socialstyrelsen har publicerat flera stöd för omställningen och har även flera pågående projekt¹⁰.

Socialstyrelsen är en av sex myndigheter som i samverkan med regionernas nationella system för kunskapsstyrning (SKS)¹¹ ansvarar för den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Aktörerna inom kunskapsstyrningsorganisationen tar fram olika typer av stöd till hälso- och sjukvården. Inom regionernas kunskapsstyrningsorganisation tar de exempelvis fram *personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* för utvalda diagnosgrupper, där man implementerar Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det finns ett 20-tal nationella programområden (NPO) inom SKS, där ett av dem är NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

Socialstyrelsen ger kunskapsbaserade stöd i form av nationella riktlinjer och kunskapsstöd. Myndigheten samlar också in statistik och följer upp hälso- och sjukvården, däribland vissa åtgärder inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Om kunskapsstöd från Socialstyrelsen

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att ta fram *nationella riktlinjer* för god vård och omsorg. I riktlinjeuppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar för ett urval av frågor, oftast inom ett specifikt diagnosområde. De nationella riktlinjerna ska ge vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor där det behövs särskild vägledning. De vänder sig framför allt till personer som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser, exempelvis tjänstemän, verksamhetschefer eller politiker. Syftet med riktlinjerna är att ge stöd för prioriteringar både mellan och inom olika områden och därmed höja kvaliteten i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Arbetet utgår från Prioriteringar inom hälso-

¹⁰ Socialstyrelsen januari 2022. www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/

¹¹ Sveriges kommuner och regioner (SKR) januari 2022. www.kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning

och sjukvården [6]. Det vill säga att rätt åtgärd används vid rätt tillfälle och för rätt patient- eller brukargrupp. Riktlinjerna kan därmed användas som underlag för att fördela resurser, ändra ett arbetssätt eller för att ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Läs mer under *Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*.

Andra former av kunskapsstöd från Socialstyrelsen

Socialstyrelsens *kunskapsstöd med eller utan rekommendationer* riktar sig främst till verksamhetschefer och är även vägledning för vård- och omsorgspersonal. Kunskapsstöden beskriver bland annat vilka behandlingar eller insatser som bör erbjudas, och ger stöd för hur olika verksamheter kan arbeta. I vissa kunskapsstöd ger Socialstyrelsen rekommendationer och de bygger på kunskapsläget vid den tidpunkt då kunskapsstödet togs fram.

Andra former av stöd från Socialstyrelsen är exempelvis forskrivarstöd för hjälpmedel, försäkringsmedicinskt beslutsstöd eller utbildningar.

De olika formerna av stöd skiljer sig från nationella riktlinjer främst när det gäller mottagare. Medan nationella riktlinjer i första hand riktar sig till beslutsfattare (vårdgivare, tjänstemän och politiker) riktar sig andra former av kunskapsstöd mer direkt mot verksamhetsnära chefer och personal. Socialstyrelsen publicerar ibland också samlat juridiska stöd för olika områden.

Läs mer under *Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*.

Statistik och uppföljning från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tillgång till flera olika register för att följa upp och göra nationella jämförelser av hälso- och sjukvården i landet, exempelvis olika hälsodataregister och register över hälso- och sjukvårdspersonal. Ett viktigt arbete är att följa upp regionernas och kommunernas arbete med de nationella riktlinjerna och jämförelser kring hjälpmedelsförskrivning.

Läs mer under *Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*.

Metod för uppdraget

För att kunna bedöma Socialstyrelsens förutsättningar att ta fram nationella riktlinjer (inklusive indikatorer och målnivåer) för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel har vi kartlagt områdena i flera steg. Vi har

- *genomlyst termer, begrepp och klassifikationer* kopplat till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel med syfte att identifiera likheter och olikheter. Utifrån det arbetet delades området in i tre separata områden; rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Hjälpmedel är en åtgärd bland många andra som ingår i både rehabilitering och habilitering men kan

behöva analyseras för sig utifrån områdets förutsättningar. Inga ytterligare avgränsningar gjordes i uppdraget.

- *övergripande kartlagt behov och utmaningar* inom de tre områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, samt behov av stöd från Socialstyrelsen. Detta har gjorts genom att samla in *synpunkter från både interna och externa intressenter* utifrån tre förutbestämda frågor, både genom fysiska och digitala möten. Interna representanter för sakområdena funktionshinder, äldre, barn- och unga och psykisk hälsa på Socialstyrelsen har träffats i möten för att inhämta myndighetens samlade kunskap inom dessa områden. Sakkunniga och chefer på Socialstyrelsen har lämnat sina synpunkter. Externa intressenter var främst av representanter från professionsförbund, Sveriges kommuner och regioner (SKR), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), patient- och brukarorganisationer genom funktionshindernämnden samt regionernas kunskapsstyrningsorganisation genom nationella programområden (NPO), Regionernas samverkans och stödstrukturer (RSS) och Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S). Intressenter beskrivs i bilaga 1.
- *kartlagt vilka kunskapsstöd Socialstyrelsen har publicerat* inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Dessa är bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer, kunskapsstöd, statistik och juridiska arbeten (se även bilagorna 2, 3 och 4).
- *genomfört en begränsad internationell utblick* som inkluderade myndigheters arbete i Europa och andra internationella aktörer. Informationsspecialist på Socialstyrelsen har genomfört en systematisk litteratursökning (bilaga 5).

Utgångspunkten för intressenternas synpunkter har varit tre frågor:

1. Vilka är de största *ojämligheterna* inom områdena
a) rehabilitering b) habilitering c) hjälpmedel?
2. Vilka är de största *utmaningarna* för att få till en jämlik tillgång till och kvalitet på a) rehabilitering b) habilitering c) hjälpmedel, oavsett var i landet man bor?
3. Hur ser ni att Socialstyrelsen som myndighet på nationell nivå skulle kunna *stödja regioner och kommuner* för en mer jämlik tillgång till och kvalitet på a) rehabilitering b) habilitering c) hjälpmedel?

Instruktionen till intressenterna var att svara på de tre frågorna med högst tre meningar per område utifrån deras perspektiv. Frågorna mejlades först ut till respektive intressent och sedan fördes en diskussion under ett digitalt möte några veckor senare. Därmed fanns möjlighet för deltagarna att stämma av frågorna och inspelen i egna nätverk inför mötet med Socialstyrelsen.

I denna rapport sammanfattas kartläggningen av termer, begrepp och klassificering, behov och utmaningar enligt interna och externa intressenter och sist Socialstyrelsens publikationer och stöd inom området. Syftet var att undersöka behov av stöd från myndigheten och om nationella riktlinjer var

ett möjligt stöd. Inom uppdraget fanns inte tid och resurser att se över och analysera kunskapsläget i form av vetenskaplig forskning inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Därefter följer en analys och diskussion utifrån kartläggningen. Analysen sammanfattas i teman, som avslutas i en sammanfattning som underlag för Socialstyrelsens slutsats. Rapporten avslutas med myndighetens slutsats.

Resultat av kartläggning

I detta kapitel presenteras resultatet från kartläggningens fyra delar:

- *Termer, begrepp och klassificering*
Avsnittet definierar rehabilitering, habilitering respektive hjälpmedel, var för sig, genom nationell dokumentation inom vård- och omsorg, exempelvis användning av hälsorelaterade klassifikationer för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och koder för sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD) samt vårdåtgärder (KVÅ). Detta för att identifiera områdenas specifika definitioner och begrepp kopplade till dem.
- *Intressenternas beskrivning av behov och utmaningar*
Avsnittet sammanfattar de behov, utmaningar och förslag som intressenterna beskrivit vid olika dialogmöten eller mejlkorrespondens. Detta för att identifiera behov av nationellt stöd och målgrupp för stödet.
- *Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*
Avsnittet redogör för Socialstyrelsen olika kunskapsstöd och statistik för områdena. Detta för att beskriva vilka typer av stöd som myndigheten publicerar och målgrupper för stöden, samt vilka stöd som Socialstyrelsen publicerat för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.
- *Nationellt och internationellt perspektiv*
Avsnittet beskriver kort perspektiv kring rehabilitering, habilitering och hjälpmedel på nationell nivå i Norden, Europa, Kanada och Australien, samt kort om WHO:s arbete inom områdena. Avsnittet utgår bland annat från en systematisk litteratursökning. Detta för att undersöka hur andra länder arbetar med nationellt stöd inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Varje del av kartläggningen inleds med en sammanfattning av resultatet.

Termer, begrepp och klassificering

Sammanfattning

- Det finns specifika termer, begrepp och klassifikationer kopplat till *rehabilitering*, *habilitering* och *hjälpmedel* och de behöver därför behandlas som tre separata områden. Hjälpmedel är en åtgärd inom både rehabilitering och habilitering.
- Klassifikationer och kodsystém kopplat till respektive område används för *enhetlig vårddokumentation* och för *systematisk uppföljnings- och kvalitetsarbete* inom respektive område.
- Nära länkat till de tre områdena finns också *hälsofrämjande och förebyggande arbete* med syftet att öka och bibehålla hälsa hos befolkningen oavsett ålder eller hälsotillstånd. Termen *prehabilitering* finns inte i Socialstyrelsens termbank men är vårdprocessen mellan diagnos och behandlingsstart, inkluderat åtgärder för att förbättra hälsa, optimera behandlingsresultat och minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer.
- Rehabiliteringsprocessen beskrivs i den *generiska modellen för rehabilitering* som är framtagen av NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin för att stödja integrering av rehabilitering i all hälso- och sjukvård. Den utgår från nationella processen för hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen ansvarar för utvecklingen av enhetlig och strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. Detta för att stödja en patientsäker vård och ett systematiskt uppföljnings- och kvalitetsarbete. Myndigheten förvaltar och vidareutvecklar bland annat

- *Termbanken* som är vården och omsorgens gemensamma språkdatabas för termer och begrepp.
- *Nationell informationsstruktur (NI)* som innehåller process-, begrepps- och informationsmodeller för vård och omsorg.
- *hälsorelaterade klassifikationer* för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), för sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD) och för vårdåtgärder (KVÅ).

Socialstyrelsens klassifikationer och de regelverk som hör till, används av hälso- och sjukvården både för enhetlig dokumentation och för rapportering till register och databaser. I register och databaser används klassifikationerna exempelvis till statistikproduktion och för nationella, regionala och lokala uppföljningar, analyser och utvärderingar. Data används även i vårdens ersättningsystem och för registerbaserad forskning.

Rehabilitering

Definition av rehabilitering enligt Socialstyrelsens termbank

Rehabilitering

”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.”

”Anmärkning: Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.”

Rehabilitering i praktiken

Rehabilitering är en process som tar sin börjar direkt efter att en skada, sjukdom eller funktionsnedsättning uppstår eller identifieras och följer vårdprocessens steg enligt nationell informationsstruktur (NI)¹². Den innefattar bedömning, utredning, formulering av målsättning och planering av åtgärder, genomförande av åtgärder och uppföljning. Rehabilitering kan också verka som en brygga mellan medicinska och sociala perspektiv [7].

Inom rehabiliteringsområdet arbetar flera olika yrkesgrupper, exempelvis arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, logopedier och psykologer. Rehabilitering kan behöva vara multiprofessionellt och teambaserat utifrån individens funktionsnedsättningar och behov. Läkare, sjuksköterskor och ibland även farmaceuter är också viktiga i planering och genomförande av rehabiliteringen.

Rehabilitering bedrivs inom den specialiserade vården och inom regionala och kommunala primärvården, både i offentlig och privat regi. Personer med hemtjänst eller som bor i en särskild boendeform kan även få hjälp från omsorgspersonal i utförandet av åtgärderna.

Kopplat till rehabilitering kan också försäkringsmedicin innefattas där juridiska och medicinska bedömningar möts, bland annat kring sjukskrivningsprocessen och arbetsinriktad rehabilitering¹³.

Åtgärder som erbjuds efter att diagnos är fastställd och innan behandlingsstart kallas ofta för *prehabilitering*. Det kan exempelvis vara träning, psykologiskt stöd eller stöd för rökstopp innan en operation [8]. Syftet är att förbättra patientens hälsa inför den planerade behandlingen,

¹² Nationell informationsstruktur (NI) är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. NI består av process-, begrepps- och informationsmodeller som används som referensmodeller för att utveckla strukturerad dokumentation kring patienter och brukare. www.socialstyrelsen.se

¹³ Nationellt Försäkringsmedicinskt forum (NFF) har tagit fram en definition av försäkringsmedicin.

optimera behandlingsresultatet och minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer efteråt. Termen har introducerats internationellt men saknas som benämning i Socialstyrelsens termbank.

Rehabiliteringsprocessen

I *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete* beskrivs ingående de olika stegen i rehabiliteringsprocessen. Kunskapsstödet har tagits fram av NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin i samverkan med Socialstyrelsen [9].

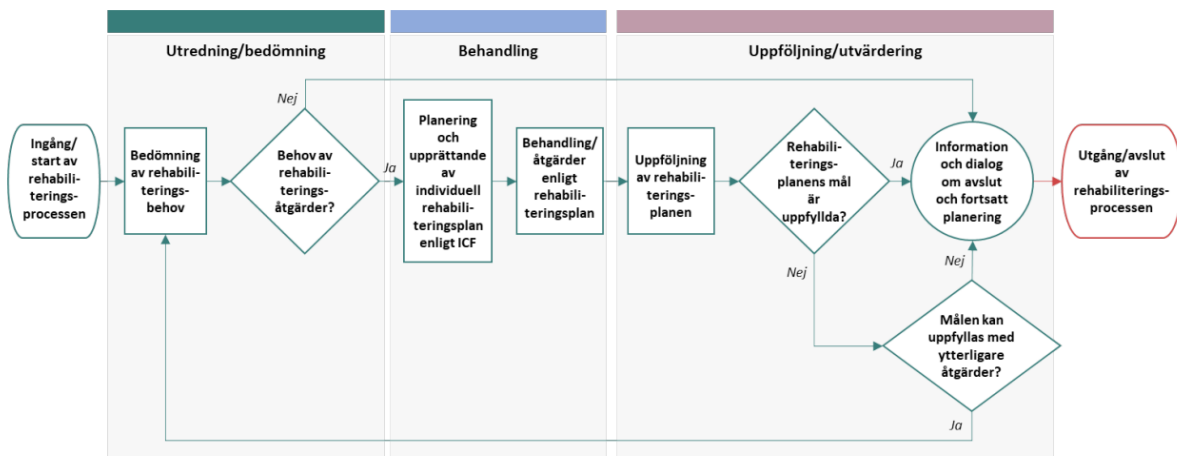


Bild 1. I den generiska modellen för rehabilitering beskrivs rehabiliteringsprocessen. Modellen är framtagen av nationella programområdet (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Se även www.kunskapsstyrningvard.se.

Habilitering

Definition av habilitering enligt Socialstyrelsens termbank

Habilitering

”Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.”

”Anmärkning: Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.”

Habilitering i praktiken

Habilitering är insatser till en person som har en medfödd, eller som tidigt fått en bestående funktionsnedsättning, exempelvis fysisk, intellektuell eller neuropsykiatrisk. Det kan också vara syn- eller hörselnedsättningar.

Habilitering ges till både barn och unga samt till vuxna.

Inom habiliteringsområdet arbetar ofta samma vårdprofessioner som inom rehabiliteringen och arbetet bedrivs därför lämpligen i multiprofessionella team. Även läkare och sjuksköterska har en viktig roll i teamet. Eventuell personal från socialtjänsten involveras också i teamet.

Habilitering kan ges av många olika instanser utifrån definitionen i termbanken. Regionernas habiliteringsverksamheter ger insatser på specialiserad nivå men även primärvården, både inom region och kommun, arbetar med habilitering. Det skiljer sig hur arbetet med habilitering är organiserad i landet. Ofta delas verksamheterna in i barn- eller vuxenhabilitering.

Habiliteringen benämner också en verksamhet

”Habiliteringen” används även som en benämning på *verksamheter på specialiserad nivå* som bedriver habilitering, vilket kan leda till begreppsförvirring. Genomgående i denna rapport avses termbankens definition av habilitering.

Hjälpmedel

Definition av hjälpmedel enligt Socialstyrelsens termbank

Hjälpmedel

”Hjälpmedel för det dagliga livet eller hjälpmedel för vård och behandling”

Hjälpmedel för det dagliga livet

”Individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning”

Anmärkning: ”Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.”

Hjälpmedel för vård och behandling

”Förskriven medicinteknisk produkt som syftar till att kontrollera, bibehålla eller förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning”

Anmärkning: ”Exempel på hjälpmedel för vård och behandling är antidecubitusmadrass, cpap, handortos, insulinpump, nuttionspump, ståstöd och tensapparat. Ordet ”avsedd” syftar på tillverkarens avsikt.”

Om förskrivning av hjälpmedel

Förskrivningen av hjälpmedel utförs av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens¹⁴ som en del i en behandling, habilitering eller rehabilitering. Oftast är det legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut som ordinerar hjälpmedel. Förskrivningsprocessen är alltså en del av rehabiliteringsprocessen. Hjälpmedel för den dagliga livsföringen är sådana som fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose grundläggande personliga behov, exempelvis att klä sig, äta, sköta sin hygien, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljö, orientera sig, gå i skola samt delta i sysselsättning och normala fritids- och rekreationsaktiviteter. Med normal fritid avses vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och i närmiljön.

Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola, förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet samt förbrukningsartiklar.

¹⁴ Det är verksamhetschefen som, efter uppdrag från vårdgivaren, bedömer kompetens och utser vem som ska förskriva hjälpmedel.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Definitioner enligt Socialstyrelsens termbank

Hälsofrämjande åtgärd

”Åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande”

Anmärkning: Hälsufrämjande åtgärder fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga.

Hälsofrämjande åtgärder kan vara individinriktade, gruppinriktade (gentemot grupper i befolkningen) eller strukturinriktade (gentemot samhällsstrukturer).

Förebyggande åtgärd

”Åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem”

Anmärkning: Förebyggande åtgärder delas in i primär- och sekundärprevention. Man brukar även tala om tertiärprevention, men vi avråder från denna term och hänvisar till termerna behandling och rehabilitering.”

Hälsofrämjande och förebyggande arbete i praktiken

Hälso- och sjukvården arbetar inte bara med att behandla och rehabilitera sjukdomar och funktionsnedsättningar, de har också ett viktigt uppdrag att stärka hälsa och delaktighet genom förebyggande arbete. Det kan handla om att informera om samband mellan levnadsvanor och hälsoproblem och ge råd och stöd till patienter som behöver ändra ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis stöd för att öka fysiska aktivitet eller minska riskbruk av alkohol och tobak. Annat förebyggande arbete kan handla om att förebygga fallolyckor med olika typer av insatser. Arbetet med förebyggande åtgärder behöver även pågå under sjukdomsförloppet och samma typ av åtgärder kan vara både behandlande och samtidigt förebygga framtida ohälsa.

Ett *hälsufrämjande förhållningssätt och arbetsätt* behövs inom alla delar inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Ibland används också begreppet rehabiliterande arbetsätt. Ett hälsufrämjande förhållningssätt innebär att utgångspunkten alltid är att främja hälsa genom att förebygga, bibehålla eller främja olika funktions- och aktivitetsförmågor. Individen behöver alltid få möjlighet att vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser¹⁵. I Socialstyrelsens strategiska plan för att stödja en god och nära vård lyfts att hälsufrämjande arbete behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården [10].

¹⁵ Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en Primärvårdsreform. Prop. 2019/20:164 sid 31 -39

Klassifikation och kodning inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Enhetlig och strukturerad användning av klassifikationer och kodning inom rehabilitering och habilitering ska bidra till att beskriva dess innehåll på ett enhetligt sätt, oavsett huvudman eller vårdnivå. Data kan sedan användas för informationsöverföring, statistisk uppföljning och för regionala jämförelser.

Kort om olika typer av klassifikationer

För att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa kan man använda Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). ICF kan användas i processen för att beskriva personens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, måluppfyllelse). För att koda patientens sjukdomstillstånd och andra hälsoproblem används klassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och för att koda vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården används KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder)¹⁶. Det finns separata KVÅ-koder för alla tre områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Inrapportering till hälsodataregister

Socialstyrelsens patientregister innehåller diagnoser kodade enligt ICD och åtgärder kodade enligt KVÅ. KVÅ-koder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister, exempelvis från kommunal hälso- och sjukvård (i kommunal regi), från sluten specialiserad vård och läkarinsatser från öppen specialiserad vård. KVÅ-koder från övriga professioner inom den öppna specialiserade vården rapporteras inte till Socialstyrelsens hälsodataregister. Hälsodata från primärvården rapporteras inte alls till Socialstyrelsen. Avsaknaden av dessa data försvårar uppföljningen av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel på nationell nivå.

¹⁶ Klassifikationer och kodverk finns beskrivna på Socialstyrelsens hemsida. Hämtat 2023-01-07 på <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/>

Intressenters beskrivning av behov och utmaningar

Sammanfattning

Många av de behov och utmaningar som *intressenterna* lyfter kring rehabilitering, habilitering och hjälpmedel är av strukturell karaktär och många är gemensamma för de tre områdena, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, liksom för hälso- och sjukvården i stort. Behoven och utmaningarna kan sammanfattas i fem teman:

1. *Organisation och samverkan*. Exempelvis utmaningar kopplade till överenskommelser och ansvarsfördelning mellan huvudmännen, inklusive prissättning på hjälpmedel.
2. *Tillgång till kompetens*. Exempelvis tillgång till viss legitimerad profession och specialister inom olika delar av rehabiliterings- och habiliteringsområdet. Det försvårar arbete i multiprofessionella team*.
3. *Uppföljning och statistik*. Exempelvis är det svårt att enhetligt följa insatser inom rehabilitering och habilitering lokalt (region och kommun), även brister i uppföljning och jämförelser när det gäller rehabilitering och habilitering nationellt.
4. *Konsekvenser av olika prioriteringar*. Exempelvis olika prioriteringar för hjälpmedel, åtgärder eller målgrupper kan medföra ojämlikhet och undanträngningar.
5. *Kunskap om evidensbaserade och effektiva åtgärder och arbetssätt*, utifrån bästa tillgängliga kunskap inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel behövs.

* Definition av multiprofessionellt team, enligt termbanken: grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde

Behov och utmaningar enligt intressenterna

Utgångspunkten för kartläggningen och inspelen kring behov och utmaningar har varit de tre frågorna, som beskrivits under rubriken *Metod för uppdraget*.

Intressenterna framförde framförallt följande synpunkter:

- Målgrupperna för rehabilitering och habilitering, inklusive hjälpmedel, är *heterogena*, det vill säga de har olika diagnoser, funktionsnedsättningar, åldrar samt olika förutsättningar och behov. Behovet av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel förekommer dessutom inom de flesta sjukdomsområden. Flera intressenter lyfter att det inte är ändamålsenligt att ta fram en gemensam nationell riktlinje för de tre områdena.

- Det finns en *bristfällig statistik och få kartläggningar* inom områdena rehabilitering och habilitering, både nationellt och regionalt. Jämförelser är därför svåra att göra. Det vore önskvärt med en enhetlig dokumentation kring rehabilitering och habilitering för att kunna göra uppföljningar inom rehabilitering och habilitering, både lokalt och nationellt.
- *Organisation, överenskommelser och ansvarsfördelning* mellan huvudmännen kring rehabilitering och habilitering ser olika ut i landet, liksom prissättning på hjälpmedel. Intressenterna menar att det är en utmaning och att det kan påverka tillgången till rehabilitering och habilitering, exempelvis olika hjälpmedel.
- *Avgifter för och tillgång till hjälpmedel* är inte jämlik i landet. I viss mån efterfrågar intressenter mer statlig styrning för att möjliggöra en mer jämlik tillgång till olika hjälpmedel.
- *Prioriteringar* görs olika i landet uppger flera intressenter. Det kan gälla vilka åtgärder som ges eller vilka som finns tillgängliga, exempelvis hjälpmedel. Det kan gälla både på beslutsfattarnivå och verksamhetsnivå. Ett exempel som intressenterna lyfter är att hjälpmedel i vissa situationer prioriteras före andra rehabiliterande och habiliterande åtgärder.
- *Implementering av rehabiliterande åtgärder* från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd, inom andra huvudområden, skiljer sig åt i landet, vilket specifikt kan behöva stödjas ytterligare.
- Nationella riktlinjer kring rehabiliterande åtgärder finns till viss del för vissa diagnosområden och sjukdomstillstånd, men för området *habilitering* finns få nationella rekommendationer, varken i Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller kunskapsstöd med rekommendationer. Övergången mellan barn- och vuxenhabilitering beskrivs som ojämlig.
- *Bristen på kompetenser* är en försvårande faktor. Alla legitimerade professioner som arbetar med rehabilitering och habilitering finns ibland inte tillgängliga inom olika vårdverksamheter, vårdnivåer eller hos alla huvudmännen. Stöd för nya resurseffektiva arbetssätt kan behövas. Det finns inte heller *tillgång till specialister* inom respektive profession. Speciellt svårt är detta inom primärvården och framförallt inom kommunal hälso- och sjukvård. Enligt professionsförbunden handlar det även om brist på *kompetensutveckling och karriärutveckling* för dessa professioner. Ett önskemål är att staten ansvarar för specialistutbildningen för samtliga legitimerade professioner, inte enbart för läkare och sjuksköterskor som i dag.
- Förutsättningar för att arbeta i *multiprofessionella team* blir svårare när det behövs samverkan mellan huvudmän och över vårdnivåer. Även *informations- och kompetensöverföring* är en svårighet av samma anledningar. Vårdflöden och resurser på glesbygd nämns också som en utmaning. Intressenterna uppger att det skulle underlätta om det fanns

kunskapsbaserade stöd för att tydliggöra och skapa förutsättningar för olika arbetssätt. Det gäller också digitala lösningar och e-hälsa.

- Det behövs mer *kunskap om evidensbaserade åtgärder och arbetssätt* inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Intressenternas förslag på stöd från Socialstyrelsen

Intressenterna hade olika förslag på hur Socialstyrelsen kan stödja på områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Deras förslag var att myndigheten skulle kunna

- ta fram bästa tillgängliga kunskap för åtgärder, arbetssätt och samverkan inom delar av områdena rehabilitering och habilitering samt även inkludera hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, liksom digitala lösningar och e-hälsa.
- sprida kunskapen på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet, tillsammans med nationella kunskapsstyrningsorganisationen.
- ta fram andra typer av målgruppsanpassade stöd för områdena rehabilitering och habilitering, utöver det som redan finns i nationella riktlinjer och i förskrivarstödet för hjälpmedel.
- stödja implementeringen av en personcentrerad rehabiliteringsprocess i alla delar inom hälso- och sjukvården (den generiska modellen för rehabilitering). En liknande process föreslås för området habilitering.
- särskilt belysa och undersöka området habilitering utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.
- vidareutveckla myndighetens stöd för förskrivning av hjälpmedel, för att underlätta en likvärdig tillgång till hjälpmedel utifrån personers funktionsnedsättning och aktivitet- och delaktighetsperspektiv. Stödet behöver tydliggöras som en del i rehabiliteringsprocessen.
- ta fram stöd för regioner och kommuner för att likvärdigt kunna följa upp inom områdena rehabilitering och habilitering, exempelvis dokumentation, kodning och kvalitetsparametrar.
- utveckla myndighetens nationella uppföljning av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, inkluderat djupare analyser.

Förslag som nämns i dialoger med intressenterna är att förutom enskilda nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd skulle en samordnad nationell kunskapsstyrning för rehabilitering och habilitering vara ett stöd. Det skulle underlätta om det fanns ett kunskapscentrum eller liknade struktur med en nationell samordnare på Socialstyrelsen. Detta för att samarbeta med övriga parter inom rehabilitering och habilitering och med nationella kunskapsstyrningsorganisationen. Det skulle även tydliggöra kunskapsstyrningen och rehabiliteringens och habiliteringens roll i hälso- och sjukvården nationellt.

Socialstyrelsens stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Sammanfattning av Socialstyrelsens olika typer av stöd

- *Nationella riktlinjer* riktar sig till beslutsfattare som har övergripande ansvar för att fördela resurser, och innefattar åtgärder till patienter med specifika hälsotillstånd kopplat till ett diagnosområde. Majoriteten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer inkluderar rekommendationer om rehabiliterande åtgärder men generellt få om hjälpmedel eller inom habilitering. För ett urval av rekommendationerna har indikatorer och målnivåer tagits fram, för att kunna utvärdera följsamheten till riktlinjerna. För åtgärder för rehabilitering, habilitering eller hjälpmedel finns det få indikatorer respektive uppsatta målnivåer som följs upp nationellt.
- *Kunskapsstöd med eller utan rekommendationer* riktar sig främst till vård- och omsorgspersonal och chefer. Det finns få kunskapsstöd som innehåller rekommendationer om rehabiliterande eller habiliterande åtgärder. För hjälpmedel finns kunskapsstöd och utbildning om förskrivningsprocessen.
- *Samlat juridiskt stöd* inom ett specifikt område kan bidra till en ökad jämlikhet inom området. Det finns för närvarande samlat stöd kring förebyggande av undernäring, användning av medicintekniska produkter och om medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).
- *Socialstyrelsens statistikstöd* är begränsat till hjälpmedel och det har inte tagits fram någon statistik specifikt för rehabilitering eller habilitering. Statistik om förskrivna hjälpmedel kommer att publiceras årligen och statistik om avgifter för den enskilde kommer att publiceras vartannat år.
- *Kunskaps- och kompetenscentrum* har som syftet att stärka förutsättningarna för en god vård och omsorg för ett utvalt område och samverka med flera aktörer på olika nivåer för att öka kunskapen inom området. Exempelvis Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorgen på Socialstyrelsen. I dagsläget saknas en nationellt strukturerad samordning för områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel på Socialstyrelsen, motsvarande ett kunskapscentrum.
- *Intern samordning främjar stöd* och på Socialstyrelsen innebär det att det finns en utsedd samordnare och ett nätverk för ett antal sakområden och perspektiv, exempelvis för patientsäkerhet, barn och unga samt äldre. Sakområde för rehabilitering och habilitering saknas idag.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Riktlinjerna tar fram rekommendationer för ett urval av frågor inom ett diagnosområde där det behövs särskild vägledning. Det kan handla om insatser där det finns omotiverade praxisskillnader i landet eller insatser inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Dessa rekommendationer rangordnas och prioriteras enligt Nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården. Modellen utgår i sin tur från den etiska plattformen som beskrivs i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården [6]. Hälsotillstånd som bedöms ha en hög svårighetsgrad, en effektiv åtgärd samt en rimlig kostnadseffektivitet får en högre rangordning än tillstånd med lägre svårighetsgrad, sämre effekt av åtgärden samt sämre kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen genomför utvärderingar för att definiera ojämlikheter och utvecklingsbehov kopplat till rekommendationerna. Utvärderingarna utgår från indikatorerna som tagits fram med utgångspunkt från de rekommendationer som har hög prioritet. I de fall det är möjligt fastställs målnivåer för indikatorerna. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling, och är alltså nivåer som vården och omsorgen bör sträva efter att nå.

Nedan beskrivs de olika delarna som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer; rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar kopplat till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Nationella rekommendationer om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer inom totalt 19 områden och arbete pågår med två nya riktlinjeområden. I bilaga 3 finns en förteckning över samtliga riktlinjeområden som finns idag. Där finns också exempel på rehabiliterande och habiliterande åtgärder, inkluderat hjälpmedel som rekommenderas i riktlinjerna.

I majoriteten av riktlinjerna förekommer rekommendationer som omfattar rehabiliterande åtgärder. I exempelvis de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar, stroke och diabetes finns relativt många rekommendationer om rehabiliterande åtgärder. Exempel på åtgärder är ”fysisk träning”, ”patientutbildning som tillägg till fysisk träning” och ”teamrehabilitering”.

I några nationella riktlinjer förekommer rekommendationer som omfattar hjälpmedel, exempelvis i riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar, diabetes och endometrios. Hjälpmedel som nämns är bland andra ortopedtekniska hjälpmedel så som ortoser och fotbäddar.

I ett fåtal riktlinjer, exempelvis i de nationella riktlinjerna för adhd och autism, förekommer rekommendationer om habiliterande åtgärder, exempelvis ”sammanhållen bedömning, diagnostik, insatser och uppföljning” och ”strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård”

Indikatorer för rekommendationer i nationella riktlinjer

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Indikatorerna speglar framförallt ett urval av de viktigaste, det vill säga de högst prioriterade, rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Om inte rehabilitering, habilitering eller hjälpmedel har högt prioriterade rekommendationer, tas inga indikatorer fram för de åtgärderna. Exempel på indikatorer kopplade till rehabilitering är *”afasibehandling vid stroke”* och *”nutritionsåtgärd till personer med KOL som har BMI <22”*.

En indikator för god vård och omsorg ska vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor eller samlas in via enkäter. För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån region, kön och ålder, men även utifrån socioekonomi exempelvis utbildningsnivå och födelse-land om detta är möjligt. De flesta indikatorer är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor, medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå.

Målnivåer för indikatorer

Socialstyrelsen fastställer även nationella målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer, som hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten bör sträva efter i behandlingen av personer med kroniska eller långvariga sjukdomar. Målnivåerna kan användas för styrning och ledning samt vid uppföljning och utvärdering. En målnivå anger hur stor andel av en patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Exempelvis har åtgärden *”Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp efter stroke”* den fastställda målnivån minst 87 procent och åtgärden *”Patientutbildning och träning vid artros”* har den fastställda målnivån minst 80 procent.

Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål för den enskilda patientens hälsa. De fastställs enligt en beprövad modell, som inkluderar både statistiska underlag och konsensusprocess. När det gäller rehabilitering har Socialstyrelsen fastställt nationella målnivåer för delar av områdena stroke, reumatoid artrit, artros, hjärtsjukvård, MS och Parkinsons sjukdom och astma/KOL (se bilaga 4).

Utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer

Socialstyrelsens utvärderingar av följsamheten till de nationella riktlinjerna utgår från riktlinjernas rekommendationer, dess indikatorer samt regionernas strukturer och processer. Utvärderingarna identifierar ojämlikheter och utvecklingsbehov, och resultat av data från både register och enkäter analyseras. Resultaten i utvärderingarna bidrar till att identifiera

förbättringsområden där målgruppen främst vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå. Resultaten kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, allmänheten och medier. Förbättringsområdena ger regionerna möjlighet att arbeta med resultatet från utvärderingarna.

Resultaten från utvärderingarna kan även användas som underlag för nya eller reviderade rekommendationer när riktlinjerna ses över.

De datakällor som används i utvärderingarna är Socialstyrelsens egna hälsodataregister, socialtjänstregister och dödsorsaksregister. Dessutom används nationella kvalitetsregister (cirka hundra stycken) samt olika enkätundersökningar. Underlagen från Socialstyrelsens register är dock begränsade när det gäller att följa upp rehabilitering och habilitering, bland annat för att en stor del av rehabiliteringen genomförs på primärvårdsnivå och data därifrån saknas.

Läs mer under *Exempel på rehabiliterande och habiliterande åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer* i bilaga 3 och *Målnivåer för indikatorer för rehabilitering och habilitering i Socialstyrelsens nationella riktlinjer* i bilaga 4.

Socialstyrelsens kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer

Socialstyrelsens kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer riktar sig främst till vård- och omsorgspersonal och chefer. Det finns få kunskapsstöd kopplade till rehabilitering och habilitering. För att stödja en jämlik hjälpmedelsförsörjning har myndigheten tagit fram ett kunskapsstöd och en utbildning om förskrivningsprocessen. Hjälpmedelsanvändarens delaktighet betonas både i behovsbedömningen och förskrivningsprocessens alla steg. Målet med stödet, som publicerades 2017 och reviderades 2021 är att verka för en mer jämlik hjälpmedelsförskrivning [11].

Det finns också ett kunskapsstöd för att förebygga och behandla undernäring [12] samt digitala försäkringsmedicinska beslutsstöd kopplade till olika diagnoser¹⁷. Kunskapsstöd och andra stöd inom funktionshinderområdet¹⁸ och inom äldreområdet¹⁹ innefattar framförallt stöd för socialtjänsten och inte specifikt för rehabilitering eller habilitering. Arbete pågår med ett kunskapsstöd för vård och rehabilitering i hemmet.

Till kunskapsstödet *Att förebygga och behandla undernäring - Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst* [12] har Socialstyrelsen utvecklat tretton indikatorer som är ämnade att spegla centrala delar av kunskapsstödet innehåll. Exempel är *”Tillgång till legitimerad personal med fördjupad kompetens i undernäring inom hälso- och sjukvården”*. Det saknas nationella målnivåer för uppföljning av indikatorerna.

¹⁷ Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Hämtas från <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>

¹⁸ Kunskapsstöd och utbildningsmaterial i arbetet inom funktionshinderområdet. www.socialstyrelsen.se

¹⁹ Kunskapsstöd och regler Äldreområdet www.socialstyrelsen.se

Läs mer under *Exempel på olika stöd från Socialstyrelsen* i bilaga 2.

Juridiska stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Socialstyrelsen publicerar till exempel föreskrifter och allmänna råd, handböcker och meddelandeblad för att ge stöd kring juridiska frågor inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Ett samlat juridiskt stöd inom ett specifikt område kan bidra till en ökad jämlikhet inom området. Stöd som kopplar till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel är föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av undernäring²⁰. Det finns också föreskrifter om användning av medicintekniska produkter²¹ och ett meddelandeblad om medicinskt ansvarig för rehabilitering²².

Läs mer under *Exempel på olika stöd från Socialstyrelsen* i bilaga 2.

Socialstyrelsens statistikstöd

Socialstyrelsen stödjer hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten genom att ta fram statistik inom en mängd olika områden. Av de områden som undersöks i denna rapport om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, är det endast inom området hjälpmedel som det finns specifik statistik.

Socialstyrelsen har genomfört två nationella datainsamlingar kring hjälpmedel i syfte att långsiktigt följa upp hjälpmedelsområdet och förse regioner och kommuner med underlag för utvecklingsarbete och fördjupade analyser. Därutöver redovisas statistik om antal förskrivningar av olika hjälpmedel fördelat på kön och flera ålderskategorier. Årets inrapporterade data och statistik tillgängliggörs på Socialstyrelsens webbplats. Statistiken finns också som ett statistikfaktablad som beskriver kvaliteten i de insamlade uppgifterna. Statistik om förskrivna hjälpmedel kommer att publiceras årligen från och med 2023 och statistik om avgifter för den enskilde kommer att publiceras vartannat år.

Följande register är exempel som ligger till grund för några av Socialstyrelsens statistikstöd är:

- *Patientregistret* innehåller uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den specialiserade slutna och öppenvården. Data ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården.
- *Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård* ger underlag för den officiella statistiken om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i Sverige. Data inkluderar åtgärder som genomförs av all legitimerad personal inom kommuner. Registret ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i kommunal hälso- och sjukvård.
- *Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* ger upplysning om hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet till apotek,

²⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om att förebygga och behandla undernäring.

²¹ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

²² Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering, Meddelandeblad Nr 6/2017.

arbetsgivare, myndigheter och allmänhet samt för tillsyn. Dessutom utgör registeruppgifterna underlag för statistik och prognoser över tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

- *Socialstyrelsens socialtjänstregister* er möjlighet att ta fram uppgifter och därmed få en översikt av olika verksamheter och insatser för personer med behov av socialt stöd, service, vård och omsorg. Uppgifterna kan användas för olika sammanställningar, analyser och uppföljningar. De kan därmed även ligga till grund för förbättring och utveckling av socialtjänsten.

Läs mer under *Exempel på olika stöd från Socialstyrelsen* i bilaga 2.

Intern samordning främjar stöd

På Socialstyrelsen finns en intern struktur, ett organisatoriskt stöd för vissa sakområden. Vissa sakområden och perspektiv har utsedda samordnare och vissa områden har kontaktpersoner. Idag finns nio sakområden och perspektiv för att främja myndighetens samordning kring områdena, följa utvecklingen, bistå ledningen och bevaka myndighetens externa information inom respektive område.

För varje område som samordnas finns en utsedd samordnare och ett nätverk som består av medarbetare från olika avdelningar som arbetar med det aktuella området. Exempel på samordnade områden är patientsäkerhet, barn och unga samt äldre.

Andra områden har istället en utsedd kontaktperson som ska fungera som en första ingång för externa kontakter i de fall där det är oklart vem som arbetar med frågan. Områden med utsedd kontaktperson är exempelvis cancer, ekonomiskt bistånd samt vålds- och brottrelaterade frågor.

Kunskaps- och kompetenscentrum på Socialstyrelsen

Ett kunskaps- och kompetenscentrum kan stärka förutsättningarna för en god vård och omsorg för ett utvalt område. Centrumet ska samverka med flera aktörer på olika nivåer för att öka kunskapen inom området. Ett kunskapscentrum är ett tillskott och en förstärkning till Socialstyrelsens befintliga arbete och ska fungera som ett nationellt nav för det utvalda området. Ett kunskaps- och kompetenscentrum kan exempelvis arbeta med att göra kartläggningar, analyser och prognoser samt stödja implementeringen av bästa tillgängliga kunskap och ändamålsenliga arbetssätt. Ett exempel är *Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg* på Socialstyrelsen. Det syftar till att öka kunskapen om äldreomsorg och stödja utveckling och implementering av aktuell kunskap och arbetssätt.

Nationell samordning av rehabilitering och habilitering

Inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel finns möjlighet att utveckla och stärka en nationell samordning från myndigheten. Socialstyrelsen skulle kunna samla kunskap, följa utvecklingen inom områdena och integrera dem i myndighetens arbeten. Arbetet med att stärka

det hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården skulle också kunna stödjas nationellt på ett tydligt sätt. Eftersom ett kunskapscentrum är ett tillskott och en förstärkning till Socialstyrelsens befintliga arbete inom ett område skulle det kunna vara ett arbetssätt även för områdena rehabilitering och habilitering. Där skulle det också kunna finnas en nationell samordnare för områdena, både för intern och extern samverkan och samordning.

Nationellt och internationellt perspektiv

Sammanfattning

- *Ansvar och arbetssätt* kring rehabilitering och habilitering nationellt skiljer sig i vissa delar i de nordiska länderna och i EU.
- Generellt finns *få indikatorer och uppföljningar på nationell nivå* inom rehabilitering och habilitering i Norden och i EU.
- Internationella studier och publikationer lyfter att det behövs en tydligare *nationell styrning av rehabilitering*, inom lagstiftning, nationella rekommendationer och i strategi- och policydokument.
- *WHO arbetar aktivt för att integrera rehabilitering* inom alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. De lyfter att rehabiliteringen ska vara av god kvalitet och bygga på bästa tillgängliga kunskap och att det behöver finnas tillgång till multiprofessionell kompetens. Hälsodata kopplat till rehabilitering behöver vara strukturerad och enhetlig så att nationella uppföljningar är möjliga.
- *Samarbete* behövs mellan nationella, regionala och lokala aktörer för att *integrera kunskapsbaserad rehabilitering och habilitering* i hälso- och sjukvården. I Sverige finns ett nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård för att samarbeta och strukturera ett sådant arbetet.

Nationell organisation ur ett internationellt perspektiv

Ansvar för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ser till viss del olika ut i de nordiska länderna (Sverige, Norge, Finland och Danmark). I alla länderna finns det få indikatorer för nationell uppföljning inom områdena.

I den här delen av kartläggningen genomfördes en systematisk litteratursökning för att undersöka om och i så fall hur andra länder organiserat eller strukturerat sitt arbete med områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel på nationell nivå. Den internationella utblicken avgränsades till att inkludera Norden, Europa, Kanada, Australien.

En studie jämförde hur fem europeiska länder (England, Sverige, Tyskland, Italien och Nederländerna) hanterar rehabilitering inom lagstiftning, nationella riktlinjer och strategi- och policydokument.

Resultaten beskriver att insikten om vikten av rehabilitering finns men att den nationella styrningen behöver bli tydligare. Det behövs tydligare strategiska planer och politiska ramar för rehabilitering, liksom en systematisk uppföljning på nationell nivå [1]. Det finns beskrivningar och förslag på olika indikatorer och modeller för att följa upp rehabilitering på nationell nivå, både från WHO och i internationella studier [3, 13].

I den vetenskapliga litteraturen lyfts på flera håll att behovet av ytterligare integrering och uppföljning av områdena i hälso- och sjukvården [1, 3–5, 13]. Det finns initiativ för att stödja en tydligare integrering, dels i vetenskaplig litteratur och konsensus [4] och dels genom WHO som lyfter behovet globalt [14, 15] och inom EU [16]. WHO rekommenderar att länder a) skapar ett starkt ledarskap och politiskt stöd för rehabilitering b) stärker den nationella handlingsplanen för rehabilitering och c) införlivar rehabilitering i hela hälso- och sjukvårdssystemet [15]. Ett samarbete behövs mellan nationella, regionala och lokala aktörer [4, 5].

I Sverige finns ett nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård för att strukturera det arbetet²³. Även på myndighetsnivå behöver perspektiv som rör rehabilitering, habilitering och hälsofrämjande arbete lyftas och samordnas internt och externt. I vissa länder, exempelvis England, Skottland och Australien finns en så kallad *Chief Allied Health Officer*²⁴. Rollen innebär att på myndighetsnivå företräda områden och professioner inom hälso- och sjukvården som inte tillhör läkare eller sjuksköterskor. Syfte, ansvar och befogenheter skiljer sig något åt mellan länderna. Exempelvis kan det handla om att stödja regeringen och myndigheter i strategiskt arbete kring frågor som rör rehabilitering, förebyggande arbete, omhändertagande och behandling av kroniska sjukdomar med mera. Förutom de professioner som vi nämner i detta uppdrag kan det exempelvis inkludera professioner inom biomedicin, ortopedteknik eller farmaceuter och audionomer. Rollen skulle kunna jämföras med en *Chief Medical Officer*, *Chief Nursing Officer* eller *Chief Dental Officer* och rollen skulle därmed även kunna benämnas *Chief Rehabilitation Officer*.

Världshälsoorganisationen uppmärksammar behov av rehabilitering

Världshälsoorganisationen (WHO) lyfter i flera sammanhang att rehabilitering inom hälso- och sjukvården både globalt och inom Europeiska unionen behöver stärkas. De beskriver att rehabilitering är grundläggande för all hälso- och sjukvård och att god vård och folkhälsa inte kan uppnås utan tillgång till rehabilitering [5, 16].

WHO har initierat ett globalt nätverk, *World Rehabilitation Alliance* (WRA), med syfte att främja kunskap och nätverkande samt ta fram

²⁴ Chief Allied health Officer. *England*: <https://www.england.nhs.uk> *Australien*: <https://www.health.gov.au> och <https://ww2.health.wa.gov.au> *Skottland*: <https://www.gov.scot>

rekommendationer och utföra evidensbaserat påverkansarbete inom olika delar i hälso- och sjukvården, exempelvis primärvården eller inom krisberedskap²⁵. Nätverket består av aktörer från olika sektorer i samhället, såväl offentliga och privata, som ideella organisationer globalt. Målet är att stötta implementeringen av WHO-initiativet *Rehabilitering 2030 – A call for action* [14, 15].

WHO lyfter att medvetenheten och engagemanget behöver stärkas hos politiker och beslutsfattare på alla nivåer för att kunna främja tillgången till rehabilitering inom hela hälso- och sjukvården. Några andra viktiga uppgifter som WHO lyfter är att

- öka integreringen av rehabilitering på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst på primärvårdsnivå
- se till att rehabilitering, inklusive hjälpmedel har god kvalitet och bygger på bästa tillgängliga kunskap
- utveckla en stark multidisciplinär rehabilitering med tillgång till nödvändiga kompetenser, och bidra till att hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt finns hos all hälso- och sjukvårdspersonal
- integrera strukturerade hälsodata och dokumentation kopplat till rehabilitering i lokala och nationella hälsodatasystem så att man kan mäta effekter av rehabilitering effektivt och främja rehabiliteringsforskning av hög kvalitet [5].

²⁵ World rehabilitation Alliance, WHO. Hämtat 2023-01-11 på: www.who.int/initiatives/world-rehabilitation-alliance

Analys och diskussion

Analysen sammanfattas i fem teman och knyter an till uppdraget och den genomförda kartläggningen: 1) *Organisation och samverkan* 2) *Tillgång till kompetens* 3) *Uppföljning och statistik* 4) *Prioriteringar* och 5) *Kunskap och evidens*. Analysen och diskussionen ligger till grund för slutsatser och förslag i slutet av rapporten.

1. Organisation och samverkan

Intressenternas behov och förslag

- Intressenterna lyfter att olika lokala avtal, överenskommelser och ansvarsfördelning mellan huvudmännen när det gäller rehabilitering, habilitering och hjälpmedel kan försvåra *samverkan kring patienten*. De menar att det medför att tillgång till rehabilitering och habilitering ser olika ut för olika målgrupper, liksom vilka åtgärder som ges och vilka rutiner och arbetssätt man använder. Intressenterna föreslår därför att Socialstyrelsen skulle ge stöd för arbetssätt och samverkan för chefer, samt för vårdpersonal inom dessa områden.
- Intressenterna påtalar också svårigheter att *följa patientens rehabilitering och habilitering* vid övergångar mellan vårdnivåer, eller när olika åtgärder utförs på olika vårdnivåer eller av olika huvudmän. En utmaning är att olika digitala verktyg används inom olika verksamheter och att kodning av klassifikationer, exempelvis vårdåtgärder (KVÅ) inte sker enhetligt. Det försvårar samverkan, informationsöverföring och kommunikation mellan vårdpersonal.
- Organisation och rutiner liksom ekonomiska förutsättningar och upphandlingar ger *olika tillgång till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel* i olika delar av landet. Ett tydligt exempel gäller tillgång till hjälpmedel och avgifter för hjälpmedel. Avgifter för hjälpmedel förekommer i alla regioner, och i drygt hälften av kommunerna, men det saknas en enhetlighet om avgiftens storlek och hur de kan tas ut. Olikskheterna över landet är mest påtagliga just när det gäller avgifter. Intressenterna efterfrågar också mer nationell styrning av hjälpmedel.

Sammanfattande diskussion kring organisation och samverkan i Sverige

Det finns idag rekommendationer för rehabiliterade åtgärder i flera olika nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Tillgången till rehabilitering och habilitering skulle kunna förstärkas ytterligare med stöd till implementering och uppföljning från myndigheten. Idag finns begränsade möjligheter för att systematiskt och över tid stödja och följa upp regionernas införande av

kunskapsstöd och rekommendationer som specifikt rör rehabilitering, habilitering och hjälpmedel och samverkan med SKS behövs för det.

Både intressenter och rapporter från statliga utredningar lyfter behovet av samverkan. Samverkan mellan sjukhusvård och övrig vård, mellan olika huvudmän (regioner och kommuner) och mellan vårdgivare och det har fastställts som en förutsättning för att uppnå god och nära vård [17].

Den generiska modellen för rehabilitering som NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har tagit fram i samverkan med Socialstyrelsen kan utgöra ett stöd för en strukturerad och jämlik rehabilitering och habilitering, liksom förskrivning och tillgång till hjälpmedel. Den kan också underlätta kommunikation och samverkan kring patientens rehabilitering. Det är viktigt att den generiska modellen tillsammans med hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt integreras i SKS nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och kunskapsstöd.

Det intressenterna främst påpekar när det gäller hjälpmedel är skillnaderna avseende sortiment och avgifter mellan de olika regionerna och kommunerna, vilket även Socialstyrelsens kartläggning och statistik visar. Socialstyrelsen har inte möjlighet att påverka sortimentsbredden eller avgifter för hjälpmedel. Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan innefatta åtgärden hjälpmedel, men kan inte fastställa detaljerat sortiment och avgifter. Däremot kan myndigheten ytterligare utveckla kunskapsstödet som rör förskrivning av hjälpmedel och tillhandahålla statistik, kartläggningar och analyser som stöd för jämförelser och prioriteringar i regioner och kommuner.

Varje region bestämmer själv vilka hjälpmedel de ska köpa in och användas, vilket innebär att sortimentet varierar över landet. De flesta produkter i sjukvården upphandlas med stöd av lagen om offentlig upphandling, LOU²⁶. Regionerna och kommunerna bestämmer även om och i så fall vilka avgifter man tar ut för hjälpmedel. Det medför att personer i olika delar av landet med samma behov av hjälpmedel, kan få hjälpmedel på olika ekonomiska villkor, vilket i så fall leder till en ojämlig hjälpmedelsförsörjning.

Betänkandet i hjälpmedelsutredningen *På lika villkor! – delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen* [18] föreslog ingen organisatorisk förändring av hjälpmedelsansvaret. De menar att det mest ändamålsenliga är att behålla hjälpmedelsförskrivningen som en del av hälso- och sjukvården. Ingen förändring föreslogs heller för de områden som inte ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar, det vill säga arbetstekniska hjälpmedel eller pedagogiska hjälpmedel. Utredningen föreslog ett antal uppdrag till olika myndigheter varav merparten har genomförts. Utredningen hade även förslag på lagändringar. Ett förslag var att definitionen av hjälpmedel, från förarbetena till bestämmelserna om skyldigheten att erbjuda hjälpmedel²⁷,

²⁶ LOU 2016:1145, Lagen om offentlig upphandling

²⁷ Om stöd och service till vissa funktionshindrade, prop. 1992/93:159 s. 201

skulle skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen. Detta för att möjliggöra en viss styrning av sortiment. Ett annat förslag var att införa en lagreglering av avgifter på hjälpmedel. Inget av lagförslagen har genomförts ännu.

Behov av ytterligare stöd från Socialstyrelsen när det gäller utmaningar kopplade till organisation och samverkan behöver utredas vidare.

Organisation och samverkan på nationell nivå ur ett internationellt perspektiv

Den internationella utblicken och litteratursökningen i kartläggningen visade att ansvaret för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel till vissa delar ser olika ut i de nordiska länderna (Sverige, Norge, Finland och Danmark) och att det generellt finns få indikatorer för nationell uppföljning inom områdena.

Insikten om vikten av rehabilitering finns globalt men den nationella styrningen behöver bli tydligare i många fall. I den vetenskapliga litteraturen lyfts på flera håll att områdena behöver integrering och följas upp ytterligare inom hälso- och sjukvården [1, 3, 4]. Det finns beskrivningar och förslag på olika indikatorer och modeller för att följa upp rehabilitering på nationell nivå, både från WHO och i internationella studier som skulle kunna användas som stöd [3, 13].

Samarbeten mellan nationella, regionala och lokala aktörer behövs [4, 5]. I Sverige finns nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård, för att strukturera det arbetet²⁸. Fokus på områdena rehabilitering och habilitering behöver lyftas. Habilitering som område behöver belysas särskilt. Även på Socialstyrelsen behöver perspektiv som rör rehabilitering, habilitering och hälsofrämjande arbete lyftas och samordnas internt och externt.

2. Tillgång till kompetens

Intressenternas behov och förslag

Intressenterna har lyft flera behov och utmaningar avseende tillgång till kompetens. Främst tre saker har lyfts:

- Vikten av att *arbeta multiprofessionellt* i team, där det är relevant för att klara omställningen till en personcentrerad nära vård som utgår från individens mål och varierande behov. Inom rehabilitering och habilitering arbetar flera yrkesgrupper, både legitimerad personal och icke legitimerad personal. En försvårande faktor är när personalen finns i olika verksamheter, på olika vårdnivåer och inte sällan också hos olika huvudmän. Intressenterna föreslår att Socialstyrelsen tar fram kunskapsbaserade stöd för arbetssätt och samverkan i olika team och för kompetensöverföring.

²⁸ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård drivs av Sveriges regioner i samverkan, i partnerskap med SKR och myndigheter

- Det *saknas legitimerad personal* inom många verksamheter hos båda huvudmännen. Statistik från Socialstyrelsens databas över antalet legitimerade rehabiliteringsprofessioner (arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, logoped och psykolog) som är sysselsatta i Sverige visar att det är skillnader i tillgången till dessa professioner i landet²⁹. Intressenterna uppger att det kan bero på att beslutsfattare gör olika prioriteringar men också på svårigheter att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. Detta gäller speciellt tillgången till specialistkompetens inom områdena, där det råder stor snedfördelning i landet med koncentration framför allt till Stockholm. De lyfter att Socialstyrelsen behöver ansvara för specialistutbildningen för alla legitimerade professioner, inte bara för läkare och sjuksköterskor, för en mer likvärdig utbildning och tillgång till specialister i landet.
- Arbetet med *hälsofrämjande och rehabiliterande insatser* är viktigt, dels för att andelen äldre och kroniskt sjuka ökar och för att öka hälsan och förebygga framtida sjukdom hos hela befolkningen. Det kommer därför behövas mer legitimerad rehabiliteringspersonal och nya arbetssätt för att leda och genomföra arbetet. Intressenterna gav flera förslag för att attrahera personal att söka och stanna kvar hos arbetsgivare. Exempelvis att personal får förutsättningar för vidareutbildning, även på distans. Man lyfte också vikten av att sprida kunskap i hela landet och arbeta med digitala lösningar.

Socialstyrelsens statistik kring legitimerad personal

Socialstyrelsen redovisar årligen en rapport om bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Bedömningen av tillgång baseras på statistik över antalet legitimerade och sysselsatta personer och kompletteras med bland annat utfärdade legitimationer och examensfrekvens. Bedömningen av efterfrågan baseras på analyser från Socialstyrelsens enkäter till regioner, kommuner, privata vårdgivare och fack- och yrkesorganisationer om rekryteringsläget för de olika legitimerade yrkesgrupperna. Analyser från Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån (SCB) används också som underlag till rapporten.

Regionerna rapporterade 2021 om en ökad brist på personal för en stor del av legitimationsyrkena samt geografiska skillnader vad gäller de åtta största legitimationsyrkena. Även kommunerna uppgav att de hade brist på legitimerad personal (exempelvis nämndes sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) [19]. Orsaker till brist på personal uppgavs främst vara konkurrens från andra arbetsgivare samt brist på utbildad personal.

²⁹ Statistik hämtad (2022-08-30) från Socialstyrelsens statistikdatabas över antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården i Sverige 2019.

Sammanfattande diskussion kring tillgång till kompetens

Av de behov och förslag som lyfts om tillgång till kompetens så rör merparten inte ett behov av att ta fram nationella riktlinjer om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Det som efterfrågas är främst andra typer av stöd i form av exempelvis utbildningsplatser, möjligheter till kompetensutveckling och arbetsförhållanden.

Behovet av kompetens har också lyfts i de nationella utvärderingar av befintliga riktlinjer om stroke och i de konsekvensanalyser som lyfts i samband med publicering av olika nationella riktlinjer.

Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen har nyligen slutrapporterat ett regeringsuppdrag om att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården [20]. Rapporten innehåller flera förslag för att attrahera, utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården. Bland annat föreslås att

- se över och definiera teamarbetets roll, funktion och förutsättningar i primärvården.
- regeringen utreder möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner i syfte att skapa likvärdighet, lära av goda exempel och möjliggöra kvalitetssäkring.
- huvudmännen, regioner och kommuner, inrättar planer för att säkra medarbetares kontinuerliga kompetens- och karriärutveckling, inklusive fortbildningsinsatser.
- huvudmännen säkrar hälso- och sjukvårdspersonalens möjlighet att under arbetstid följa kunskapsutvecklingen inom områden som är relevanta för verksamheten.

Socialstyrelsens bedömer att den digitala utvecklingen troligen kommer att underlätta patientens tillgång till kompetens inom rehabilitering och habilitering. Exempelvis kan digitala lösningar underlätta tillgängligheten till specialistkonsultationer i regioner med stora avstånd mellan kliniker, liksom patientens tillgång till behandling och uppföljning genom digitala behandlingsformer och självmonitorering. Det behövs ytterligare evidensbaserad kunskap om digitala lösningar och e-hälsa kopplat till rehabilitering och habilitering. Vilka kunskapsstöd eller andra typer av stöd som Socialstyrelsen behöver ta fram kopplat till tillgång till kompetens och olika arbetssätt behöver utredas vidare.

3. Uppföljning och statistik

Intressenternas behov och förslag

Intressenterna har bland annat lyft följande behov rörande uppföljning inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel:

- Intressenterna efterfrågar mer *utvecklade analyser och konsekvensanalyser* i samband med att Socialstyrelsen publicerar statistik, exempelvis kring nationella riktlinjer eller statistik för hjälpmedel. Detta för att hitta möjliga orsaker till skillnaderna och för att kunna föreslå åtgärder för att minska dessa.
- Intressenterna föreslår att det genomförs *nationella uppföljningar kring rehabilitering och habilitering*, exempelvis av rekommendationer i nationella riktlinjer kopplat till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Då skulle man kunna göra öppna jämförelser för områdena i landet. Man efterfrågar också indikatorer och målnivåer specifikt för områdena.
- Intressenterna efterfrågar också lokal uppföljning av rehabilitering och habilitering, inklusive kartläggning av hjälpmedel *inom regionerna och kommunerna*, exempelvis relaterat till specifika målgrupper. Även för att kunna göra jämförelser med andra regioner och kommuner. Om möjligt skulle dessa ligga till grund för nationella jämförelser. Men en enhetlig struktur på dokumentation och kodning skulle behövas nationellt.

Nationell och regional uppföljning av rehabilitering och habilitering

Inom den specialiserade slutenvården samlas uppgifter om vårdkontakter på individnivå in löpande och rapporteras till Socialstyrelsen, dock är det mestadels läarkontakter som rapporteras från regionerna. Från den öppna specialiserade vården saknas helt information om vårdinsatser från annan legitimerad personal än läkare.

Över hälften av alla öppenvårdsbesök sker inom primärvården, men det saknas idag författningsstöd för att samla in uppgifter nationellt, annat än på aggregerad nivå. Bristen på information om primärvårdens insatser innebär en begränsad möjlighet att på nationell nivå beskriva och följa upp primärvårdens verksamhet. I flera av de statliga utredningarna framhålls vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå [17, 21]. Detta för att kunna kvalitetssäkra, utveckla samt skapa en mer jämlik och säker hälso- och sjukvård.

Med tillgång till uppgifter från samtliga vårdnivåer och med möjlighet att samköra uppgifter från olika hälsodata- eller kvalitetsregister blir det lättare att följa och utvärdera diagnosområden som idag har en begränsad möjlighet till uppföljning, exempelvis inom psykiatrin. Samkörning av uppgifter innebär också att vård över huvudmannagränser kan följas mer ingående.

Strukturerad och enhetlig kodning

Regioner och kommuner behöver säkerställa att data för uppföljning och jämförelser av rehabiliterings- och habiliteringsinsatser på regional och nationell nivå har sammanställts på ett enhetligt sätt. Det krävs för att kunna samköra hälsodata, och för att kunna använda exempelvis KVÅ-koder. Det behöver utvecklas en nationell samsyn kring hur data sammanställs regionalt och nationellt.

Uppföljning av hjälpmedel

Socialstyrelsen statistik om hjälpmedel visar att det finns tydliga könsskillnader, även med hänsyn taget till populationen i olika åldrar, och det förekommer regionala skillnader [22]. Resultaten bör dock tolkas med försiktighet och fortsatt utvecklingsarbete och kvalitetshöjande insatser behövs för att statistiken ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt. Förbättrat statistiskt underlag kommer även ge bättre möjligheter till mer fördjupade analyser kring hjälpmedel.

Socialstyrelsen har även genomfört en första systematisk insamling av data för att kunna följa kostnaderna och kostnadsutvecklingen för den enskilde i regioner och kommuner. All statistik finns samlad på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se – *Statistik och data*.

Uppföljning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer där rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ingår

Socialstyrelsen har utvärderat 15 riktlinjeområden och i 13 av dessa tas rehabilitering, habilitering eller hjälpmedel upp. Anledningen till att rehabilitering, habilitering och hjälpmedel inte alltid ingår i uppföljningarna kan vara att dessa åtgärder ofta rekommenderas vid tillstånd som har en låg till måttlig svårighetsgrad. Därmed får de en lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än åtgärder som rekommenderas vid tillstånd med stor eller mycket stor svårighetsgrad.

Kortfattade resultat från utvärderingarna visar bland annat följande:

- Det behövs fler multidisciplinära team och att tillgången till sammanhängande rehabilitering behöver öka för personer med MS och Parkinsons sjukdom.
- Sjukvården kan förbättra rehabiliteringen i tidig fas efter stroke genom att i högre utsträckning erbjuda tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam till personer med lindrig till måttlig stroke.
- Hälso- och sjukvården kan förbättra kvaliteten i och förutsättningarna för en individanpassad rehabilitering i sen fas efter stroke genom att enhetligt bedöma personens vård- och rehabiliteringsbehov och upprätta en individuell rehabiliteringsplan redan vid utskrivning från slutenvården.
- Det saknas multiprofessionella team inom många verksamheter som behandlar personer med epilepsi.
- Fysisk aktivitet är en underutnyttjad resurs i vården, trots metoder såsom fysisk aktivitet på recept och kvalificerad rådgivning för personer med diabetes.

Inom nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor visade uppföljning bland annat följande:

- En liten andel personer med ohälsosamma levnadsvanor fick åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor och att det fanns skillnader mellan regionerna.

- Hjälp med olika livsstilsåtgärder, såsom rökavvänjning, ökad fysisk aktivitet och fallprevention behöver erbjudas personer med osteoporos.

Sammanfattande diskussion kring uppföljning och statistik

Möjliga sätt att följa upp rehabilitering och habilitering nationellt skulle kunna vara att de rekommendationer som finns för områdena i Socialstyrelsens nationella riktlinjer analyseras samlad i en specifik utvärdering. Ett annat sätt skulle kunna vara att följa upp dokumentation med användning av klassifikationer, exempelvis KVÅ-koder kopplade till rehabilitering och habilitering. Då behöver data dokumenteras och rapporteras strukturerat och enhetligt i alla regioner och kommuner. Inom den kommunala hälso- och sjukvården (utförd i kommunal regi) har Socialstyrelsen tillgång till inrapporterade hälsodata om utförda åtgärder (KVÅ) av legitimerad personal, men för den regionala primärvården skulle uppföljningen behöva göras inom regionen. En enhetlig dokumentation skulle också kunna förbättra möjligheten att följa patienten i vården.

Om Socialstyrelsen hade tillgång till uppgifter från samtliga vårdnivåer, inklusive från regionens primärvård, och möjlighet att samköra uppgifter från olika hälsodata eller kvalitetsregister, blir diagnosområden som idag har en begränsad möjlighet till uppföljning, lättare att följa och utvärdera. Ett exempel är inom psykiatrin. Samkörning av uppgifter innebär också att vård över huvudmannagränser kan följas mer ingående. Till exempel kan information från regionens ansvarsområden inom primärvård kopplas samman med information från kommunens ansvarsområden och därmed ge en mer utförlig bild av vården som bedrivs.

Avsaknad av en enhetlig informationsstruktur i regioner och kommuner och stor variation i hur hälso- och sjukvården är organiserad nämns av intressenterna som några av de mer betydande faktorerna för att effektivt kunna samla in och tillgängliggöra hälsodata på nationell nivå. Idag saknas dessa förutsättningar till viss del. Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen möter inte de behoven, men ett nationellt arbete för en strukturerad dokumentation kring rehabilitering och habilitering skulle underlätta. En förbättring av de statistiska underlagen till Socialstyrelsens uppföljning av hjälpmedel innebär bättre möjligheter till fördjupade analyser.

Vilken typ av kunskapsstöd eller andra typer av stöd som Socialstyrelsen behöver ta fram kopplat till uppföljning och statistik behöver utredas vidare.

4. Konsekvenser av prioriteringar i samband med rehabilitering och habilitering

Intressenternas behov och förslag

Intressenter vi har haft dialog med i uppdraget lyfter att olika prioriteringar på olika nivåer inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården leder till undanträngningseffekter. Intressenterna lyfter vidare följande:

- Det finns en risk att olika målgrupper eller åtgärder inom rehabilitering och habilitering *prioriteras olika i olika regioner och kommuner*, vilket leder till undanträngning av andra grupper eller åtgärder. Ett exempel är att ett diagnosområde eller tillstånd där det finns nationella riktlinjer prioriteras framför områden där det inte finns riktlinjer. Ett annat exempel som intressenterna lyfter är att man ordinerar ett hjälpmedel men erbjuder inte andra rehabiliterande eller habiliterande åtgärder, exempelvis träning.
- *Patientens rätt till en strukturerad bedömning, utredning och kunskapsbaserad rehabilitering och habilitering*. Att tydligt få in rehabilitering eller habilitering i de nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen skulle stödja detta.
- Det finns ibland risk för att *hälsofrämjande och förebyggande åtgärder trängs undan* för behovet av behandlande åtgärder, orsaker till det kan variera.
- Inom kommunal hälso- och sjukvård så är *många patienter multisjuka* och har inte bara en diagnos eller tillstånd att ta hänsyn till vid bedömning av åtgärder eller andra nödvändiga prioriteringar.

Sammanfattande diskussion kring konsekvenser av prioriteringar

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer prioriteras åtgärder i förhållande till varandra inom ett diagnosområde, exempelvis för stroke. Ännu är de nationella riktlinjerna inte fullt ut användbara för horisontella prioriteringar mellan åtgärder från olika diagnosområden. Dessa prioriteringar behöver göras i regioner och kommuner.

Regioner och kommuner, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård, ansvarar för att erbjuda en god och jämlik vård och att följa de fastslagna principerna för prioriteringar [6] men i vissa fall finns inte tillräckligt underlag för att fatta säkra beslut. Ett exempel på svåra prioriteringsfrågor är hur man prioriterar mellan en stor målgrupp med mindre allvarliga tillstånd och en liten målgrupp med allvarligare tillstånd, särskilt om åtgärderna har oklara effekter och kanske är kostsamma. Mer

information om prioriteringar inom hälso- och sjukvården har tagits fram av Prioriteringscentrum, se Linköpings universitets hemsida³⁰.

Socialstyrelsen strävar efter att utifrån omvärldsbevakning och behovsanalyser belysa områden där vården är ojämlig eller bristfällig, och att stödja regioner och kommuner i att tillämpa prioriteringsprinciperna, men det är regioner och kommuner själva som behöver säkerställa att principerna följs så långt det är möjligt, även på sådana områden där inte myndigheten har utarbetat riktlinjer. I det här sammanhanget skulle rehabiliterande och habiliterande åtgärder behöva lyftas specifikt, liksom hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. I HSL anges att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa³¹. Men i praktiken finns risk att vård och behandling går före förebyggande arbete och rehabilitering. Det saknas ofta strukturerade arbetssätt för det förebyggande och rehabiliterande arbetet [17].

En strukturerad arbetsprocess för bedömning, utredning och beslut om åtgärder är ett stöd för vårdpersonalen inom rehabilitering och habilitering och kan underlätta val av rehabiliterande och habiliterande åtgärder, exempelvis hjälpmedel. Den *generiska modellen för rehabilitering* skulle kunna användas för detta ändamål. Ett tydligt exempel är att den integreras i alla nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Modellen skulle även kunna underlätta beslut och prioriteringar vid multisjuklighet.

Vilken typ av stöd som Socialstyrelsen kan ta fram behöver utredas vidare.

5. Kunskap och evidens

Intressenternas behov och förslag

Intressenterna har i dialogmöten bland annat lyft följande behov rörande evidensbaserad kunskap:

- Det behövs mer *evidensbaserad kunskap inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*, både när det gäller åtgärders effekter och effekter av olika arbetssätt.
- Särskilt området *habilitering behöver belysas* ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Inom habilitering behöver också mer forskning och kunskapsbaserade stöd tas fram.
- En *nationell implementering av den generiska modellen för rehabilitering* inom alla vårdnivåer och hos båda huvudmännen skulle gynna en jämlig tillgång till personcentrerad rehabilitering. Förslagsvis skulle det även behöva utvecklas en liknande process för området habilitering. Modellen skulle behöva kopplas tydligare till Socialstyrelsens forskningsprocess för hjälpmedel för att stödja en personcentrerad bedömning vid behov av hjälpmedel.

³⁰ Prioriteringscentrum - Linköpings universitet. www.liu.se

³¹ 3 kap.1 2§ HSL

- Det behövs ett *stöd för implementering av rekommendationer* om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel som finns i Socialstyrelsens befintliga nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

Bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd bygger på bästa tillgängliga kunskap, det vill säga på vetenskaplig evidens eller beprövad erfarenhet, som används för att dra slutsatser om åtgärdernas effekt. Tillgången till relevant litteratur kan se mycket olika ut för olika områden, exempelvis för rehabilitering och habilitering. Om det saknas vetenskapligt underlag kan det bli aktuellt att använda en modell för beprövad erfarenhet för att det ska vara möjligt att ge rekommendationer.

Det är viktigt att även fortsättningsvis inkludera ett rehabiliterade och habiliterande perspektiv när urvalet av frågeställningar avgränsas i arbetet med att ta fram nationella riktlinjer eller andra kunskapsstöd. Det gäller även vid översyn eller revidering av befintliga riktlinjer, framför allt kan ett habiliterande perspektiv behövas.

Sammanfattande diskussion kring kunskap och evidens

I majoriteten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer förekommer rekommendationer som omfattar *rehabiliterande åtgärder*, exempelvis i de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar, stroke och diabetes. I några nationella riktlinjer förekommer rekommendationer som omfattar *hjälpmedel*, i exempelvis riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, diabetes och endometrios. I ett fåtal riktlinjer, till exempel riktlinjerna för adhd och autism, förekommer rekommendationer om *habiliterande åtgärder*. Socialstyrelsens bedömning är att det finns behov av ytterligare evidensbaserat stöd för rehabiliterande och habiliterande åtgärder. Det kan även behövas stöd för att utmönstra ineffektiva metoder.

Utvärderingar som Socialstyrelsen gjort kring vissa av de rehabiliterande åtgärderna i riktlinjerna visar brister i flera regioner vilket skulle kunna tyda på att det behövs ytterligare stöd för implementering av rekommendationerna nationellt. Det skulle kanske även behövas upprepade insatser över tid, vilket fordrar ytterligare resurser till myndigheten.

Det behövs evidensbaserad kunskap om implementering på nationell nivå för att förstå dess komplexitet och hur man kan stödja integrering av rehabilitering och habilitering i hälso- och sjukvården nationellt [4].

Vilka kunskapsbaserade stöd Socialstyrelsen behöver ta fram behöver utredas vidare.

Sammanfattning som underlag för Socialstyrelsens slutsats

Rehabilitering och habilitering, inklusive hjälpmedel behöver vara en naturlig integrerad del av den personcentrerade hälso- och sjukvården på alla vårdnivåer och inom både regional och kommunal hälso- och sjukvård. För att klara dagens och framtidens utmaningar är det viktigt att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet utvecklas och att det finns en kontinuerlig samverkan mellan verksamheter inom olika områden och nivåer i samhället, exempelvis myndigheter, hälso- och sjukvården och civilsamhället [17].

Utifrån analysen av resultaten från kartläggningen bedömer Socialstyrelsen sammanfattningsvis följande:

- Områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel har sina specifika kontexter, behov och utmaningar. De behöver undersökas ytterligare var för sig för att identifiera vilket stöd som behövs för olika målgrupper inom respektive område.
- Rehabilitering och habilitering är behandlingsformer som inkluderar olika åtgärder, exempelvis hjälpmedel eller träning. Rehabiliterande och habiliterande åtgärder inkluderas redan, tillsammans med andra medicinska åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd. Habiliterande åtgärder kan behöva integreras ytterligare i befintliga stöd. Implementering av befintliga rekommendationer kopplade till rehabilitering och habilitering kan behöva stödjas.
- Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel har en del gemensamma utmaningar, som också är giltiga för stora delar av hälso- och sjukvården i stort. Av de tre områdena bedömer Socialstyrelsen att det framför allt är inom området habilitering som det saknas nationella stöd för hälso- och sjukvården. Inom området hjälpmedel finns visst stöd från myndigheten, liksom underlag i form av utredningar, rapporter och statistik.
- Rehabilitering och habilitering kan behöva prioriteras ytterligare på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, såväl inom regioner och kommuner. Det behövs ett strukturerat och sammanhållet arbetssätt kring rehabilitering och habilitering och den framtagna generiska modellen för rehabilitering kan stödja det. Modellen behöver implementeras i kunskapsstöd som tas fram och i de nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Det kan också vara lämpligt att ta fram en liknande modell för habilitering.
- Det vetenskapliga kunskapsläget inom områdena rehabilitering och habilitering behöver undersökas var för sig, utifrån specifika frågeställningar. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) behövs i det arbetet.
- För att möjliggöra en personcentrerad och individanpassad rehabilitering och habilitering, oavsett var inom hälso- och sjukvården dessa erbjuds,

behövs tillgång till multiprofessionell kompetens, det vill säga tillgång till olika legitimerade professioner och ibland även specialister inom professionerna. Detta lyfts i befintliga nationella riktlinjer och andra rapporter och stöd från Socialstyrelsen. Myndigheten kan behöva stödja implementering av dessa rekommendationer ytterligare, i samverkan med regioner och kommuner. Det kan också innebära att undersöka och stödja nya och resurseffektiva arbetssätt. Samverkan med forskare, professionen, patient- och brukarorganisationer och nationella kompetensrådet behövs i detta arbete.

- Specifik uppföljning av Socialstyrelsens rekommendationer kopplat till områdena rehabilitering och habilitering kan behövas för nationella jämförelser.
- För att kunna följa upp och göra lokala, regionala och nationella jämförelser kopplat till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel behövs strukturerad och likvärdig dokumentation och rapportering av hälsodata på alla vårdnivåer inom hälso- och sjukvården. Detta behöver utvecklas vidare och ytterligare arbete behöver göras för att nationellt åstadkomma detta.

För att möta behovet av nationellt stöd inom olika områden kopplat till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel skulle Socialstyrelsen behöva arbeta systematiskt och samordnat med områdena över tid. En nationell riktlinje för områdena gemensamt är inte lämpligt och kan inte lösa de olika behoven som identifierats i uppdraget.

Socialstyrelsen och regionernas kunskapsstyrningsorganisation behöver arbeta brett och horisontellt över hela hälso- och sjukvården för att stödja och integrera kunskapsbaserad rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Samtidigt behövs en medvetenhet och engagemang för rehabilitering och habilitering hos beslutsfattare på olika nivåer. Här skulle en nationell funktion behövas för att samla och samordna det nationella arbetet. Arbetet behöver ske i samverkan mellan Socialstyrelsen och regionernas kunskapsorganisation och med olika externa aktörer inom rehabilitering och habilitering. I det sammanhanget skulle även en nationell samordnare kunna finnas, liknade den som finns i en del andra länder. Ett sådant arbetssätt behöver dock utredas vidare.

Bedömningen är i linje med WHO:s rekommendationer

Socialstyrelsens bedömningar är i linje med WHO:s rekommendationer om integrering och uppföljning av rehabilitering i hälso- och sjukvården globalt [5]. WHO uppmuntrar alla länder att genomföra en strategisk planering för rehabilitering. Socialstyrelsen kan stödja och utveckla arbetet kopplat till rehabilitering och habilitering. Dels för att integrera rehabilitering och habilitering bättre i alla relevanta arbeten på myndigheten, och dels för att myndigheten ska arbeta strukturerat med frågorna i samarbete med

kunskapsstyrningsorganisationen och andra aktörer inom områdena i Sverige. Arbetet behöver utgå från WHO:s rekommendationer. Myndigheten behöver vara en tydligare aktör inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel både nationellt och internationellt.

Stärka myndighetens organisation internationellt

Socialstyrelsen kan också behöva vidareutveckla arbetet med frågor som rör rehabilitering och habilitering i samverkan med EU och WHO. En nationell samordnare på Socialstyrelsen skulle bland annat kunna vara myndighetens kontakt gentemot WHO i arbetet med att implementera och stödja *Rehabilitation 2030* både i Sverige, i EU och globalt³².

Socialstyrelsen har idag uppdraget av Socialdepartementet att utse en *Chief Medical Officer* (CMO), en *Chief Nursing Officer* (CNO) och en *Chief Dental Officer* (CDO). De ska vara kontaktpunkter gentemot EU och WHO och arbeta med frågor som rör hälsa, sjuksköterskors och barnmorskors yrkesutövning och tandhälsa. Mötena hålls ungefär två gånger om året och anordnas av det land som innehar EU-ordförandeskapet.

En samverkan mellan en nationell samordnare och de tre Chief Officers på myndigheten skulle ytterligare stärka det hälsofrämjande och rehabiliterande perspektivet inom hälso- och sjukvårdens och därmed främja hälsa och minska ohälsa i Sverige och internationellt.

³² World Rehabilitation Alliance, WHO. Hämtat 2023-01-11 på <https://www.who.int/initiatives/world-rehabilitation-alliance>

Socialstyrelsens slutsats

Socialstyrelsens slutsats är att det inte är lämpligt att ta fram en nationell riktlinje för områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel gemensamt och det behövs olika stöd för områdena var för sig.

Socialstyrelsen behöver ytterligare utreda behov av nationella stöd inom områdena rehabilitering och habilitering var för sig, och kan därefter ta fram lämpliga stöd för respektive område. Inom hjälpmedelsområdet finns utredningar och statistik som grund för att ta fram ytterligare stöd.

Socialstyrelsen har i arbetet med regeringsuppdraget uppmärksammat behovet av ett bredare och nationellt samordnat arbete för att stödja med kunskap, utveckla, integrera och följa upp områdena rehabilitering och habilitering, inklusive hjälpmedel. Arbetet behöver ske horisontellt genom hela hälso- och sjukvården oavsett diagnos, huvudman, vårdnivå eller organisation. Det arbetet skulle behöva samordnas och stödjas på nationell nivå, där Socialstyrelsen spelar en central roll inom kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Det skulle behövas en funktion som kan samla och samordna det arbetet nationellt, i samverkan med regionernas kunskapsstyrning (SKS) Sveriges regioner och kommuner (SKR), myndigheter och beslutsfattare. Det gäller även samverkan kring områdena inom EU och med WHO för att stödja utveckling och integrering av områdena rehabilitering och habilitering enligt WHO:s rekommendationer.

Referenser

1. Garg A, Skempes D, Bickenbach J. Legal and Regulatory Approaches to Rehabilitation Planning: A Concise Overview of Current Laws and Policies Addressing Access to Rehabilitation in Five European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(12).
2. McVeigh J, MacLachlan M, Gilmore B, McClean C, Eide AH, Mannan H, et al. Promoting good policy for leadership and governance of health related rehabilitation: a realist synthesis. *Globalization & Health*. 2016; 12:1-18.
3. Sabariego C, Bickenbach J, Stucki G. Supporting evidence-informed policy making in rehabilitation: A logic framework for continuous improvement of rehabilitation programs. *Health Policy*. 2022; 126(3):152-7.
4. Skempes D, Kiekens C, Malmivaara A, Michail X, Bickenbach J, Stucki G. Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action. *Health Policy*. 2022; 126(3):158-72.
5. WHO. Rehabilitation in Health Systems. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2017.
6. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. 2017; 2:3:e upplagan.
7. Vilja välja vård och omsorg: en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. Stockholm: Regeringskansliet. SOU; 2021:52.
8. Durrand J, Singh SJ, Danjoux G. Prehabilitation. *Clin Med (Lond)*. 2019; 19(6):458-64.
9. Nationellt system för hälso- och sjukvården (SKS). Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete - för klinisk verksamhet. 2021. Hämtat 2023-01-07: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradkunskapsstod/rehabiliteringhabiliteringochforsakringsmedicin.56337.html>
10. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. Socialstyrelsen. 2019-11-6445.
11. Förskrivning av hjälpmedel - Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen 2021-12-7673.
12. Att förebygga och behandla undernäring Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2020-4-6716.
13. WHO. Rehabilitation indicator menu: a tool accompanying the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME). Geneva World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2019.

14. WHO. Rehabilitation 2030: a call for action - meeting report. Geneva: Executive Boardroom, WHO Headquarters. World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2017.
15. WHO. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2019.
16. WHO. Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
17. God och nära vård. Vård i samverkan. Stockholm: Tredje delbetänkandet, SOU 2019:29; 2019.
18. På lika villkor! – delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. Stockholm: Betänkande av Hjälpmedelsutredningen, SOU 2017:43; 2017.
19. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022. Socialstyrelsen. 2022-2-7759; 2022.
20. Kompetensförsörjning inom primärvården. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Slutrapport 2022-11-8246.
21. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet– slutrapport. Socialstyrelsen 2022-10-8136.
22. Statistik om hjälpmedel 2021. Socialstyrelsen 2022-12-8243.

Bilaga 1. Samverkan med externa och interna intressenter

Följande externa och interna intressenter har lämnat inspel och synpunkter vid kartläggningen av behov och utmaningar.

Externa intressenter

- Dietisternas riksförbund
- Distriktssköterskeföreningen
- Funktionssätt Sverige, patient- och brukarorganisationer via Funktionshindernämnden på Socialstyrelsen
- Fysioterapeuterna
- Föreningen Habilitering i Sverige
- Logopedförbundet
- Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten, NSK-S
- Nationella Primärvårdsrådet
- Nationella programområdet rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
- Psykologförbundet
- Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)
- Svenska läkarföreningen för rehabiliteringsmedicin
- Sveriges arbetsterapeuter
- Sveriges kommuner och regioner, SKR
- Sveriges sjuksköterskeförening

Sveriges Kuratorsförening och Sveriges Läkarförbund har inte haft möjlighet att medverka.

Interna intressenter

- Representanter för sakområde funktionshinder, barn och unga, äldre och psykisk hälsa och suicidprevention
- Sakkunniga utredare på myndigheten med kunskap inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Bilaga 2. Exempel på olika stöd från Socialstyrelsen

Det här är ett urval av rapporter och stöd från Socialstyrelsen med koppling till rehabilitering, habilitering och hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Information om Nationella riktlinjer presenteras i bilaga 3.

Kunskapsstöd med eller utan rekommendationer

- *Att förebygga och behandla undernäring*

Kunskapsstödet ska ge stöd inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst samt visa hur man kan identifiera personer med risk för undernäring och behandla undernäring eller risk för undernäring.

- *Processmodeller postcovid*

Det här är ett av flera kunskapsstöd från Socialstyrelsen för att planera omhändertagandet av patienter med postcovid: kvarstående eller sena symtom efter covid-19. Stödet gäller rehabilitering för vuxna, ungdomar och barn. Vi riktar oss till dig som är beslutsfattare eller chef som planerar vården, och till dig som arbetar med rehabilitering för patienter med postcovid, särskilt i primärvården. Du kan arbeta i regional eller kommunal hälso- och sjukvård eller i socialtjänsten, i privat eller offentlig regi. Kunskapsstödet innehåller två processmodeller för rehabilitering vid postcovid: en modell för patienter som kan söka rehabilitering på en vårdcentral och en modell för patienter som får rehabilitering i hemmet. Vi ger också exempel på hur primärvården kan ta fram lokala rutiner och organisera vården.

Det pågår ett arbete med att ta fram ett kunskapsstöd för vård och rehabilitering i hemmet. Kunskapsstödet kommer publiceras under 2023.

Rapporter och kartläggningar

Socialstyrelsen har publicerat ett antal rapporter och kartläggningar inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Här är några exempel:

- *Cancerrehabilitering – förslag till utveckling*. Rapporten innehåller beskrivningar kring förutsättningarna för att erbjuda cancerrehabilitering, en redogörelse för vilka utmaningar som finns inom olika områden samt utvecklingsområden och förslag.
- *Insatser under 2021 för att främja omställningen till en god och nära vård*. Den 16 april 2020 beslutade regeringen om ett samlat uppdrag till

Socialstyrelsen att genomföra insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Socialstyrelsen har länge arbetat med att stödja god vård men i den omställning som nu sker kompletteras målet med att vården även ska vara nära. För att åstadkomma en omställning till en god och nära vård krävs insatser nationellt, regionalt och lokalt av många olika aktörer. I rapporten lämnas en delredovisning av Socialstyrelsens stöd till omställningen under år 2021.

- *Stöd till kunskapsbaserad rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård – en förstudie.* Behovsinventeringen i förstudien har gjorts med ett brett anslag för att fånga de behov som finns gällande kommunal rehabilitering, för att sedan analysera hur det kan tillgodoses.
- *Rehabilitering för vuxna med syn- och hörselnedsättning*
I Rehabilitering för vuxna med syn- eller hörselnedsättning – landstingens habiliterings- och rehabiliteringsinsatser presenteras en kartläggning från 2012 av landstingens rehabilitering till personer med syn- eller hörselnedsättning.
- *Delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel – Stödmaterial till chefer*
Chefen har en nyckelroll i det lokala arbetet för att öka hjälpmedelsanvändarnas inflytande i förskrivningsprocessen. Skriften riktar sig till chefer för förskrivare av hjälpmedel och beskriver hur delaktigheten vid förskrivning av hjälpmedel kan stimuleras via det systematiska kvalitetsarbetet.
- *Samordning av hjälpmedel till barn och elever med funktionsnedsättning – Stöd till sjukvårds- och skolhuvudmän*
Både sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän har ett ansvar för att barn och elever med funktionsnedsättning får sina behov av hjälpmedel tillgodosedda. Men det kan uppstå problem med gränsdragningar mellan huvudmännen. Rapporten är ett stöd för att sluta regionala överenskommelser, som kan göra ansvarsfördelningen tydligare och underlätta samverkan.
- *Uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet*
I rapporten redovisas resultaten från en uppföljning av hur delaktighet och valfrihet av hjälpmedel inom landsting och kommuner utvecklats sedan införandet av patientlagen 2015.
- *Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel*
Det huvudsakliga syftet med skriften har varit att värdera om modellen med fritt val av hjälpmedel lett till större valfrihet och delaktighet för hjälpmedelsanvändaren. Utvärderingen baseras på både kvalitativa och kvantitativa metoder.

Webbutbildningar

- *Ett fall för teamet* är en webbutbildning om att förebygga fallolyckor. Den riktar sig till dig som jobbar inom hälso- och sjukvård och social omsorg.
- *Ett fallpreventivt arbetssätt - stöd för införande*
Fallolyckor går att förebygga men förutsätter ett teambaserat arbetssätt. Den samlade kompetensen och det systematiska arbetssättet ökar förutsättningarna för ett framgångsrikt fallförebyggande arbete. Utbildningen ska stödja verksamheterna i att implementera ett systematiska teambaserat arbetssättet om fallprevention.
- *Ett gott liv, hälsosamma levnadsvanor för äldre*
Utbildning om äldre personers levnadsvanor, fakta om förändringar under åldrandet och hur man kan arbeta för att främja hälsosamma levnadsvanor. Utbildningen berör områdena fysisk aktivitet, matvanor, alkohol, tobak, läkemedel och meningsfulla aktiviteter. Den kompletterar utbildningen om fallprevention, Ett fall för teamet.
- *Ett näringsrikt samarbete*
Syftet med utbildningen är att öka kännedomen om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring samt att ge en förståelse för vilka rutiner som behövs i vård och behandling av undernäring.
- *ICF och KVÅ i kommunal hälso- och sjukvård*
Webbutbildningen vänder sig till dig som arbetar med kommunal hälso- och sjukvård, till exempel legitimerad vårdpersonal, verksamhetsutvecklare, chef, systemutvecklare eller IT-ansvarig. Utbildningen är framtagen för att underlätta ditt arbete och skapa bättre vård för dina patienter genom att använda dig av strukturerad information och systematiskt kvalitetsarbete.
- *Om nationella riktlinjer med fokus på kommunal hälso- och sjukvård*
Utbildningen ger grundläggande kunskaper om Socialstyrelsens nationella riktlinjer med fokus på områden som är relevanta för kommunal hälso- och sjukvård och regional primärvård. Målgruppen är beslutsfattare inom kommun och region som politiker, tjänstemän, verksamhetschefer med ansvar för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i hemmiljö, MAS/MAR. Även beslutsfattare och chefer/verksamhetsutvecklare som ansvarar för till exempel äldreomsorg kan ha nytta av utbildningen.
- *Stöd för samverkan mellan vårdnivåer*
Material som visar hur samverkan framgångsrikt kan ske mellan olika vårdnivåer och mellan vården och socialtjänsten. Stödet kan användas som utgångspunkt och inspiration för att skapa dialog och god samverkan lokalt och regionalt.
- *Äldreomsorgens nationella värdegrund* är en webbutbildning som riktar sig till dig som arbetar inom äldreomsorgen. Du får genom att delta

kunskap om hur du kan arbeta så att den äldre personen kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

- *Webbutbildning om munhälsa* för personer med särskilda behov och sjukdomstillstånd.

Webbutbildning om förskrivning av hjälpmedel

- *Förskrivning av hjälpmedel* – riktad till förskrivare av hjälpmedel
- *Förskrivning av förbrukningsmaterial* – riktad till förskrivare av förbrukningsmaterial
- *Bra att veta om hjälpmedel* – riktad till som kommer i kontakt med hjälpmedel i sitt arbete
- *Förskrivning av hjälpmedel ur ett ledarperspektiv* – riktad till chefer

Webbutbildning om prioriteringar

- *Webbutbildning om Individuellt beslutstöd*
Prioriteringscentrum i Linköping har arbetat fram ett beslutstöd för prioritering på individnivå. Beslutstödet bygger på Riksdagens riktlinjer för prioriteringar och den etiska plattformen. Socialstyrelsen har genom dialog med hjälpmedelsverksamheterna och Prioriteringscentrum arbetat för att ta till vara metoden, och medverka till att det blir ett nationellt beslutstöd och inte en mängd olika i Sverige. Det individuella beslutstödet ger en strukturerad metod som är förankrad i lagstiftning. För att bidra till mer jämlika bedömningar vid hjälpmedelsförskrivning har Socialstyrelsen därför gjort en utbildning om beslutstödet som en fördjupning av förskrivarstödet. I webbutbildningen ligger även ett tillgängligt interaktivt pdf-formulär och en manual.

Andra typer av stöd

Vägledning

- Vägledning dagverksamhet för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen 2020.
- Vägledning om munhälsa för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen 2021.

Försäkringsmedicinskt kunskapsstöd

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd som stöd till hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv börjar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen när läkaren gör en försäkringsmedicinsk bedömning för att ta ställning till individens funktions- och aktivitetsförmåga, arbetsförmåga och behov av sjukskrivning eller andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Kunskapsstödetets huvudfokus är – *hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering*. Hälso- och sjukvårdens process är grunden för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Processen är indelad i tre delar:

1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
2. Sjukskrivning och rehabilitering
3. Uppföljning och utvärdering.

I varje del beskrivs centrala moment i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet mer utförligt. Den generiska modellen för rehabilitering, som nationellt programområde inom rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (NPO) har tagit fram ligger i linje med det blivande försäkringsmedicinska kunskapsstödet [”Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete - för klinisk verksamhet].

Det försäkringsmedicinska kunskapsstödet innehåller även kunskap om andra delar som inte är försäkringsmedicin men som påverkar hälso- och sjukvårdens arbete och individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det handlar bland annat om:

- hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- personcentrerat arbetssätt för att involvera individen och möjliggöra individens delaktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- ledning och styrning, som riktar sig till beslutsfattare och beskriver förutsättningar för det försäkringsmedicinska arbetet (exempelvis resurser, kompetens, arbetsbeskrivningar, rutiner mm)
- samverkan med andra aktörer, samt deras roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Juridiska stöd

- *Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering* – meddelandeblad, Nr 6/2017. Meddelandebladet innehåller information om bestämmelser som rör medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård.
- *Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*, Nr 3/2019. Meddelandebladet beskriver vad välfärdsteknik är och under vilka förutsättningar välfärdsteknik kan användas samt vilka bestämmelser som gäller beroende på hur tekniken tillhandahålls.
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, Denna författning innehåller bestämmelser om ledningssystem, kompetens och arbetsuppgifter, behörighet att förskriva vissa förbrukningsartiklar, negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter och kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om medicintekniska produkter (6 kap.)

- *Föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av undernäring*
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring trädde i kraft den 1 november 2022.

Bilaga 3. Exempel på rehabiliterande och habiliterande åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Fetmarkerad text = exempel på rekommendationer som omfattar hjälpmedel

Nationella riktlinjer om vård vid...	Exempel på åtgärder
Adhd och autism	Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård (ID 02) Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning mellan primärvården, den specialiserade psykiatrin och habiliteringen (ID 05)
Astma och KOL	<i>Astma</i> Patientutbildning och stöd i egenvård (ID A03.03) Konditions- och styrketräning (ID A03.11) Specifika träningsråd (ID A03.12) <i>KOL</i> Patientutbildning och stöd i egenvård K03.03 Ledarstyrd träning för bibehållande eller förbättring av tidigare uppnådda effekter K03.11 K03.12 Konditions- och styrketräning
Demenssjukdom	Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg (ID 27) Psykosociala stödprogram i grupp (ID 32) Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel (ID 39) Strukturerade insatser med musik, sång och dans (ID 42) Taktill massage (ID 43) Djur i vården inom särskilt boende (ID 48) Kognitiv träning (ID 50)
Depression och ångestsyndrom	Fysisk aktivitet (ID 62)
Diabetes	Stöd till ökad fysisk aktivitet (typ 1-diabetes) (ID A23) Stöd till ökad fysisk aktivitet (typ 2-diabetes) (ID A24) Gruppbaseade utbildningsprogram (typ 1-diabetes) (ID D03) Gruppbaseade utbildningsprogram (typ 2-diabetes) (ID D04) Kulturellt anpassad patientutbildning i grupp (ID D08) Kulturellt anpassad patientutbildning individuellt (ID D09) Sjukgymnastisk behandling med lågintensiv sjukgymnastik (ID D20) Behandling med TENS (ID E13) Behandling med ortos (ID E18) Preventiv fotterapi (ID E24) Ortopedteknisk behandling för att förebygga sår (ID E26) Ortopedtekniska behandling med skor, fotbäddar eller avtagbara ortoser (ID E36)
Endometrios	Multiprofessionellt teamomhändertagande (ID O38) Behandling med TENS (ID B13a)

Nationella riktlinjer om vård vid...	Exempel på åtgärder
	<p>Tilläggsbehandling med TENS (ID B13b) Individanpassad fysisk aktivitet (ID B27) Multiprofessionell smärtrhabilitering (ID B28) Fysioterapeutisk intervention (smärta) (ID B30) Tilläggsbehandling med akupunktur (ID B31)</p>
Epilepsi	<p>Sammanhållen multiprofessionell teamrehabilitering (ID C14) Teamomhändertagande inom habiliteringen och samverkan med övrig sjukvård (vuxna) (ID E01) Teamomhändertagande inom habiliteringen och samverkan med övrig sjukvård (barn och ungdomar) (ID E02)</p>
Hjärtsjukvård (avpubliceras 2023)	<p>Stress- och livsstilsintervention (ID A03.01) Fysisk träning inom hjärtrehabilitering (ID A03.02) Stöd att sluta röka (ID A03.03)</p>
Missbruk och beroende	Arbetslivsriktad rehabilitering i form av IPS-modellen (ID E01)
MS och Parkinsons sjukdom	<p><i>MS</i> Tillgång till multidisciplinärt team (ID G1a) Sammanhängande teamrehabilitering till personer med nedsatt funktionsförmåga (ID G8)</p> <p><i>Parkinsons sjukdom</i> Tillgång till multidisciplinärt team (ID G1b) Rehabiliteringsinsatser av kommunikation (ID G6) Rehabiliteringsinsatser av sväljförmåga (ID G7) Sammanhängande teamrehabilitering till personer med nedsatt funktionsförmåga (ID G8) Gånginriktade rehabiliteringsinsatser (ID PD41a – c)</p>
Obesitas	Kombinerad levnadsvanebehandling (9)
Levnadsvanor	<p>Samtliga 65 rekommendationer handlar om förebyggande åtgärder t.ex. kvalificerat rådgivande samtal eller rådgivande samtal. 10 av dessa handlar om prehabiliterande åtgärder inför operation.</p>
Palliativ vård	<p>Öronakupunktur som tillägg till smärtstillande läkemedelsbehandling (ID 13) Mjuk hudmassage eller aromterapi som tillägg till smärtstillande läkemedelsbehandling (ID 14) Akupunktur eller akupressur som tillägg till antiemetisk behandling (ID 15) Fysiskt träningsprogram kombinerat med stöd och utbildning (ID 19)</p>
Psoriasis	<p>Klimatvård med vårdteam i minst tre veckor (ID 18) Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis (ID 25) Psoriasisutbildning (ID 26) Psoriasisutbildning för barn och vårdnadshavare (ID 35)</p>
Rörelseorganens sjukdomar	<p><i>Reuma</i> Handträning (ID R2:1) Teamrehabilitering i öppen vård (vid tidig RA...) (ID R2:3) Teamrehabilitering i öppen vård (vid etablerad RA...) (ID R2:4) Regelbunden fysisk träning (ID R2:5) Sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser (ID R2:0)</p> <p><i>Artros</i></p>

Nationella riktlinjer om vård vid...	Exempel på åtgärder
	<p>Fysisk träning (ID A2:2) Patientutbildning som tillägg till FT (ID A2:4) Akupunktur (ID A3:0) TENS (ID A3:2) Ortos (ID A3:5)</p> <p>Osteoporos Fysisk träning (ID O2:3) Patientutbildning (ID O2:1) Höftskydd (ID O3:10)</p>
Schizofreni	<p>Individanpassat stöd till arbete (Individual Placement and Support, IPS-modellen) (ID 28) Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt arbetsförberedande träningsmodeller (ID 29) Sysselsättning, en daglig aktivitet utanför hemmet som är anpassad för personer med schizofreni, med individuell målsättning och uppföljning (ID 30) Boendeinsatser i form av bostad först (ID 33) Boendeinsatser i form av boendetrappa (ID 34) Bostad med särskild service anpassad för personer med schizofreni (ID 36) Tekniska hjälpmedel som kompenserar vid kognitiva funktionsnedsättningar (ID 47)</p>
Stroke	<p><i>Rehabilitering i tidig och sen fas, t.ex.</i> Multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutet vård, direkt efter vård på strokeenhet (ID F01) Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stökteam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön (ID F02) Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stökteam koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering i hemmiljön utförs av kommunen eller primärvården (ID F03) ADL-träning i hemmet efter utskrivning (ID F04) Anpassning av omgivningsfaktorer för att öka aktivitet och delaktighet (ID F05) Fallpreventiva åtgärder (ID F06) Konditions- och styrketräning (ID F07) Uppgiftspecifik gångträning (ID F08) Gångmatta med kroppstyngdsavlastning (ID F09) Elektromekanisk gångträning (robotträning) i kombination med annan fysioterapi (ID F10a) Elektromekanisk arm- eller handträning (robotträning) i kombination med annan träning (ID F10b) Pneumatisk kompressionsstrumpa (venkompressionssystem), för att förebygga venös tromboembolism (ID F11)</p>
Tandvård	<p><i>Käkfunktionsstörningar</i> Befitskena: 10 rekommendationer (medicintekniskt hjälpmedel) TENS: 5 rekommendationer Akupunktur: 5 rekommendationer</p>

Bilaga 4. Målnivåer för indikatorer för rehabilitering och habilitering i Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Riktlinjeområde	Indikator	Fastställd målnivå
Stroke	Rehabilitering med multidisciplinärt stroketeam efter tidig understödd utskrivning till hemmet.	≥ 25 procent
	Nöjda med rehabilitering efter stroke.	≥ 87 procent
	Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp efter stroke.	≥ 75 procent
Rörelseorganens sjukdomar	Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit.	≥ 90 procent
Rörelseorganens sjukdomar	Patientutbildning och träning vid artros.	≥ 80 procent
Hjärtsjukvård	Fysisk träning efter hjärtinfarkt inom hjärtrehabilitering.	≥ 60 procent
MS och Parkinsons sjukdom	Tillgång till multidisciplinära team.	100 procent
Astma och KOL	Patientutbildning	≥ 80 procent

Bilaga 5. Dokumentation av informationssökning

Databas: Infosök, Google, PubMed **Databasleverantör:** Ebsco, Google och NLM.

Datum: 2022-10-26, 2022-10-27, 2022-10-28

Ämne: Frågeställningar a) Hur stödjer myndigheter rehabilitering, habilitering och hjälpmedel nationellt i andra länder? (Norden, Europa, Canada, Australien)

b) Hur följer man upp dessa områden nationellt? (kvalitet, jämlikhet, indikatorer)

c) Finns nationella kunskapscentrum där myndigheter är inblandade?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Infosök			
1.		Rehabilitation OR Habilitation OR "Disability aid*" OR "Aids for disabled"	
2.		("health laws" OR "health legislation" OR "health strateg*" OR "health polic*" OR "health planning") AND ("Government agenc*" OR "Government regulation*" OR "Government program*" OR "national level")	
3.		1 AND 2	344
4.		3 Begränsa genom att SubjectGeographic: - sweden, australia, netherlands, continental europe, england, canada, uk & ireland, europe Publiceringsdatum: 20100101-20221231	41 (4)
5.	WHO	Guideline Report: Rehabilitation in Health Systems Guideline Report: Rehabilitation in Health Systems – guide for action	2
6.	Google	EU AND rehabilitation AND "national level"	3
7.	Google	rehabilitation AND "health polic*" AND government*	4
8.	Google	government* AND "health polic*" AND rehab* AND Norway/Denmark/Netherlands/Finland/UK/Canada/Australia	1
9.	Google	("equal* OR "equitable access" OR "accessing*") AND ("rehab*" OR "habilitation*" OR "disability aid*" OR "Aids for disabled") AND ("indicator*" OR "follow up*" OR "follow up*" OR "evaluate*")	2
10.		("Competence Center*" OR "Knowledge Center*") AND rehab* AND Norway/Denmark/Netherlands/Finland/UK/Canada/Australia	0
PubMed			
11.	Mesh/FT TI/AB	("Rehabilitation"[Mesh:NoExp]) OR (Rehab*[tiab] OR Habilitation*[tiab] OR "Disability aid*[tiab] OR "Aids for disabled"[tiab])	
12.	Mesh/FT TI/AB	health laws[tiab] OR health legislation[tiab] OR health strateg*[tiab] OR health polic*[tiab] OR health planning[tiab] OR "Rehabilitation/legislation	

		and jurisprudence"[Mesh:NoExp] OR "Health Policy"[Mesh]	
13.	Mesh/FT TI/AB	"Government agenc**"[tiab] OR "Government regulation**"[tiab] OR "Government program**"[tiab] OR "national level"[tiab] OR "Government Agencies"[Mesh:NoExp] OR "Government Regulation"[Mesh] OR "Government Programs"[Mesh:NoExp]	
14.		11 AND 12 AND 13	75
15.	Mesh/FT TI/AB	("Developed Countries"[Mesh] OR "Canada"[Mesh] OR "Australia"[Mesh] OR "United Kingdom"[Mesh] OR "Europe"[Mesh] OR developed countries[tiab] OR western countries[tiab] OR Europe[tiab] OR European[tiab] OR Canad*[tiab] OR Australia*[tiab] OR UK[tiab] OR United Kingdom[tiab] OR Great Britain[tiab] OR British[tiab] OR Scotland[tiab] OR England[tiab] OR Wales[tiab] OR German*[tiab] OR Netherlands[tiab] OR Dutch[tiab] OR Finland[tiab] OR Denmark[tiab] OR Norway[tiab]) NOT ("Europe, Eastern"[Mesh] OR "Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR developing countries[tiab] OR Africa*[tiab] OR India*[tiab] OR Bangladesh[tiab] OR China[tiab])	
16.		14 AND 15 2010-2022	15 (6)
17.			

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade