

§ 12

Rehabiliteringsgaranti – riktlinjer 2015

dnr HS 126-2015

I enlighet med hälsa- och sjukvårdsstyrelsens beslut, 2015-03-11, § 45, har styrelsen uppdragit till hälsa- och sjukvårdsdirektören att, i enlighet med den nationella överenskommelsen, utforma riktlinjer för ersättning, redovisning och uppföljning av rehabiliteringsgarantin.

Beslutas

att fastställa riktlinjer angående rehabiliteringsgaranti för 2015 enligt bilaga.

Göteborg 2015-03-23



Ann Söderström
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

- Rehabiliteringsgaranti riktlinjer 2015

Skickas till:

Sjukhusförvaltningarna
Närhälsa förvaltning
VG Primärvård (via Vårdvalsenheten)
HSNK förvaltning
Ann Söderström
Staffan Cavefors
Christina Möller
Ann-Sofie Bäck
Anna Erlingsdotter-Wass
Diariet

För kännedom:

HSA, Stab

REHABILITERINGSGARANTI RIKTLINJER 2015

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknade i december 2014 en överenskommelse om rehabiliteringsgaranti för 2015.

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. För att målet skall uppnås bör insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin sättas in så rätt patient får rätt insats i rätt tid.

De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär, samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa omfattas av rehabiliteringsgarantin. De medicinska rehabiliterings- och behandlingsmetoder som ingår ska ha vetenskapligt stöd för att behandlingen leder till bättre hälsa och ökad arbetsförmåga. Rehabiliteringsgarantin innebär att statsbidrag ges för multimodal rehabilitering (MMR nivå 1 och MMR nivå 2) och för kognitiv beteendeterapi (KBT) samt interpersonell terapi (IPT).

Regionala medicinska riktlinjer

Enligt hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut garanteras individer som söker vård i regionen att behandlingsåtgärder ska ske enligt medicinska riktlinjer (bilaga 1 och 2). Riktlinjerna beskriver främst de krav som ställs utifrån den nationella överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin samt de diagnos- och åtgärds-koder som är aktuella. Riktlinjerna omfattar även uppföljning, redovisning och ersättning.

Vårdgaranti och patientlagen

Åtgärderna inom rehabiliteringsgarantin omfattas av den nationella vårdgarantin (patienten ska få vård senast inom 90 dagar från att beslut är fattat). Insatser ska sättas in så snart som möjligt utifrån vad bedömningen har visat vara lämpligt för den individuella patienten. Patienten ska även ges möjlighet att välja utförare av offentlig finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet enligt patientlagen (2014:821) som gäller från och med den 1 januari 2015.

Insatser för att förebygga sjukskrivning/återgång i arbete

För att insatserna ska omfattas av rehabiliteringsgarantin ska målet med insatserna vara att förebygga sjukskrivning, underlätta för personen att fortsätta arbeta eller att personen kan återgå i arbete.

För att få en bra effekt av den medicinska behandlingen/rehabiliteringen är det viktigt att arbetsgivare och andra parter blir involverade och kan bidra med sina eventuella insatser. För att öka möjligheten till återgång i arbete ska hälso- och sjukvården, om det inte är uppenbart olämpligt att så sker och när patienten har lämnat sitt samtycke, ta initiativ till kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Datum 2015-03-10

Diarienummer HS 126-2015

Företagshälsovården har även möjlighet att remittera patienter inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Redovisning

Vårdenheterna redovisar löpande via journalen till vårddatabasen VEGA i samband med behandling/rehabilitering ICD10-kod och KVÅ-kod enligt regionala medicinska riktlinjer (bilaga 1 och 2).

Ersättning

För att ersättning ska utbetalas krävs att:

- Behandlingsserien är genomförd och avslutad
- Redovisningen har skett i enlighet med de krav som ställs i de regionala medicinska riktlinjerna (bilaga 1 och 2)

Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från vårdgivarna. Vårdgivarna är därmed ansvariga för att leverera indata av god kvalitet enligt gällande tidplan. Västra Götalandsregionen har inget ansvar att rätta felaktiga indata.

Om KBT/IPT pågår under exakt samma tidsperiod som MMR 1/MMR 2 ersätts inte båda behandlingsserierna då det ingår någon form av KBT eller psykologisk behandling i multimodal rehabilitering. Om MMR 1/MMR 2 inleds efter *en avslutad* KBT-behandlingsserie räknas detta som två helt olika behandlingsserier vilket ger ersättning för båda.

I vissa fall kan en patient remitteras vidare till MMR 2 efter att patienten genomgått och *avslutat* en MMR 1. Detta räknas då som två helt olika behandlingar och ersättning utgår för båda.

Ersättning utgår inte för flera KBT/IPT behandlingsserier i rad för samma patient eftersom behandlingen ska vara planerad och ingå i en tillräckligt omfattande behandlingsserie. I undantagsfall kan en patient behöva ytterligare en behandlingsserie under samma år. För att detta ska godkännas ska det ha gått en rimlig tid (minst 6 månader) mellan behandlingsinsatserna. Detta gäller även för MMR 1 och MMR 2.

Om en patient brutit sin behandling och påbörjar den igen räknas det som samma behandlingsserie.

Utomlänspatienter faktureras i enlighet med riksavtalet och utomlänsprislistan. Behandlingen/rehabiliteringen ska dock registreras på samma sätt i journalen, i enlighet med medicinska riktlinjer för rehabiliteringsgarantin.

Ersättningsnivåer och utbetalning

Ersättningen utbetalas fyra gånger per år, i efterskott, när Västra Götalandsregionen fått sin rapportering godkänd av Försäkringskassan. Första utbetalning sker tidigast i

Datum 2015-03-10

Diarienummer HS 126-2015

maj 2015 och den sista utbetalningen sker preliminärt i april 2016. Utbetalas av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd.

Multimodal rehabilitering (MMR 1 och MMR 2) inom VG Primärvård och inom Vårdval Rehab

De vårdenheter/team som är godkända av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd för att bedriva multimodal rehabilitering i VG Primärvård ersätts enligt följande:

Multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR 1) 20 000 kr per behandlingsserie

Multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR 2) 40 000 kr per behandlingsserie

Multimodal rehabilitering (MMR 2) inom sjukhusverksamhet

Respektive hälso- och sjukvårdsnämnd beslutar om MMR 2 inom sjukhusverksamhet. Vårdenheter/team som har överenskommelse om multimodal rehabilitering med ersättning ur rehabiliteringsgarantin, ska vara godkända enligt de regionala medicinska riktlinjerna.

Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi (KBT/IPT) inom VG Primärvård och sjukhusverksamhet

Ingår som vårdåtagande inom länssjukvård och VG Primärvård via avtal och vårdöverenskommelser och ersätts inom ramen av ordinarie ersättningsystem.

Stimulansbidrag till arbetsplatsrelaterade insatser för bibehållen/ ökad arbetsförmåga

Godkända vårdenheter/team som bedriver MMR 1, MMR 2 samt verksamheter som bedriver KBT och IPT i enlighet med rehabiliteringsgarantins riktlinjer har möjlighet att få ett stimulansbidrag för arbetsplatsrelaterade insatser. Detta kan exempelvis vara samverkan med arbetsgivare (arbetsplatsdialoger, arbetsplatsbesök etc),

Arbetsförmedlingen eller andra externa aktörer. Följande ersättningsmodell gäller:

- Utbetalas till godkända enheter/förvaltningar som enligt uppdrag i Krav- och kvalitetsboken, avtal eller annan överenskommelse bedriver hälso- och sjukvård i enlighet med rehabiliteringsgarantin.
- Utbetalas under förutsättning att registrering i enlighet med regionala medicinska riktlinjer (bilaga 1 och 2) uppfyllts.
- 1000 kr per behandlingsserie/patient
- Utbetalning kommer att ske fyra gånger per år, i efterskott, när Västra Götalandsregionen fått sin rapportering godkänd av Försäkringskassan. Första utbetalningen sker tidigast i maj 2015 och den sista utbetalningen sker preliminärt i april 2016. Utbetalningen sker från respektive hälso- och sjukvårdsnämnd
- Regionen kan säkerställa utbetalning för produktion upp till statsbidragstaket.
- Utbetalas inte om ersättning motsvarande det stimulansbidraget ges enligt andra överenskommelser eller avtal.

Godkännande av multimodal rehabilitering (MMR 1 och MMR 2)

Vårdenheten/teamet ska vara godkänd enligt de krav som ställs i de regionala medicinska riktlinjerna. Ansökan om att bli godkänd sker genom att fylla i blanketten

Datum 2015-03-10

Diarienummer HS 126-2015

”försäkran om uppfyllelse av krav gällande MMR 1” och/eller ”försäkran om uppfyllelse av krav gällande MMR 2”. Ansökan skickas till hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i respektive geografiskt område (Göteborg, Uddevalla, Mariestad, Borås) som ansvarar för godkännande, utbetalning av ersättning samt uppföljning.

Regionala nätverk, möten och utbildningar

Hälso- och sjukvårdsavdelningen kan komma att initiera regionala nätverk, möten och utbildningar för att exempelvis sprida goda exempel gällande arbetsrelaterade metoder. Vårdenheter som omfattas av rehabiliteringsgarantin ska vara representerade vid minst ett sådant tillfälle.

Kvalitetsgranskning

Stickprovskontroller/kvalitetsgranskning kommer att genomföras för att kontrollera att kraven i de regionala medicinska riktlinjerna följs. Om det finns avvikelser kommer återkrav av utbetald ersättning att göras.

Mer information om rehabiliteringsgarantin, blanketter och kontaktuppgifter:
<http://www.vgregion.se/srp>

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Staffan Cavefors
Områdeschef Vårdmodeller och Tillgänglighet

Bilagor:

1. Medicinska Riktlinjer för Rehabiliteringsgaranti vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa
2. Medicinska Riktlinjer för Rehabiliteringsgaranti vid icke specifika Rygg-nack- och axelbesvär

Medicinska Riktlinjer för Rehabiliteringsgaranti vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa

Innehållet i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2015 ska följas. Förutsättningar för behandling av lätt eller medelsvår psykisk ohälsa för depressioner, ångest och stress beskrivs i bilaga till överenskommelsen. Överenskommelsen och bilagan hittar ni på:
<http://www.vgregion.se/srp> (rehabiliteringsgarantin)

För att en patient ska kunna omfattas gäller följande:

- En medicinsk- och psykologisk bedömning och ställningstagande till om patientens tillstånd innebär att medicinsk behandling/rehabilitering ska göras.
- Behandlingens syfte ska vara att förebygga sjukskrivning och/eller återgång i arbete och att främja hälsa.
- En vårdplan/rehabiliteringsplan/samordnad individuell plan (SIP) ska ha upprättats och följas upp tillsammans med patienten med tydliga och uppföljningsbara mål
- Ålder 16-67 år
- Diagnos och åtgärdskod enligt nedan ska anges vid varje besök.
- Behandling ska inledas snarast och senast inom sex veckor för patienter som sjukskrivs.
- Behandling ska omfatta en behandlingsserie om minst 8 samtal som kan ske enskilt eller i grupp
- En kontakt ska tas med arbetsgivare, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetsinriktad rehabilitering, efter att patienten lämnat sitt samtycke.
- Alla vårdgivare som bedriver verksamhet enligt rehabiliteringsgarantin ska följa upp patienternas aktivitets- och funktionsförmåga före och efter behandling.
- Audit (minst C) ska användas.
- EQ5D ska användas i syfte att följa upp patientens hälsorelaterade livskvalitet före och efter behandling. De verksamheter som inte har licens sedan tidigare kan invänta den fria nationella licensen.
- Resultat registreras i patientens journal

För att behandlingsserien ska kunna omfattas av rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling utförs av:

1. leg. psykolog eller psykoterapeut med KBT- eller IPT-inriktning
2. leg. psykolog eller psykoterapeut med annan inriktning men med kompetens att arbeta med KBT-metoder eller IPT
3. Behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare eller pedagog med påbyggnadsutbildning i KBT eller IPT i en omfattning som motsvarar minst grundläggande utbildning (steg 1). Personer med grundläggande utbildning bör ha handledning.

Diagnoser som ingår i rehabiliteringsgarantin vid kognitiv beteendeterapi

KSH97 (den fullständiga svenska versionen av ICD10)

F32.0	Lindrig depressiv episod
F32.1	Medelsvår depressiv episod
F32.8	Andra specificerade depressiva episoder
F32.9	Depressiv episod, ospecificerad
F33.0	Recidiverande depression, lindrig episod
F33.1	Recidiverande depression, medelsvår episod
F33.8	Andra specificerade recidiverande depressioner
F33.9	Recidiverande depression, ospecificerad
F34.1	Dystymi
F34.8	Andra specificerade kroniska förstämningssyndrom
F34.9	Kroniska förstämningssyndrom, ospecificerat
F38.1	Andra recidiverande förstämningssyndrom
F38.8	Andra specificerade förstämningssyndrom
F39	Ospecificerat förstämningssyndrom
F40.0-F43.9	Fobiska syndrom, andra ångestsyndrom, tvångssyndrom och anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Åtgärder (KVÅ) vid kognitiv beteendeterapi

Under **pågående** behandlingsserie ska diagnos och följande KVÅ-kod anges vid varje besök:

DU010	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk
DU022	Systematisk psykologisk behandling, interpersonell (IPT)

Vid det **avslutande besöket** i behandlingsserien ska diagnos och följande KVÅ-kod anges, om inte behandlingen ingår i en MMR 1 eller MMR 2:

UV111	Avslut systematisk psykologisk behandling, kognitiv
UV112	Avslut systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk
UV113	Avslut systematisk psykologisk behandling, interpersonell (IPT)

Om KVÅ-koden för avslut inte kan registreras i samband med ett besök (på grund av att patienten uteblivit) kan koden registreras i samband med en telefonnotering och/eller indirekt kontakt.

I samband med upprättande/uppföljning av **rehabiliteringsplan alternativt samordnad individuell plan (SIP)** ska följande KVÅ-koder anges:

DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
DV094	Uppföljning av rehabiliteringsplan
XU045	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)



UX301 Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)

För att erhålla **stimulansbidrag till arbetsplatsrelaterade insatser** ska även någon av följande KVA-koder registrerats innan det avslutande besöket i behandlingsserien:

- | | |
|--------------|---|
| ZV506 | Medverkan av företrädare för arbetsgivare* |
| ZV502 | Medverkan av företrädare för Arbetsförmedlingen* |
| UV117 | Rehabiliteringskoordinering |

*Medverkan betyder i detta avseende minst en telefonkontakt.

Medicinska riktlinjer för rehabiliteringsgaranti vid icke specifika Rygg-, nack- och axelbesvär

Innehållet i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2015 ska följas. Förutsättningar för behandling vid icke specifika rygg- nack- och axelbesvär beskrivs i bilaga till överenskommelsen. Överenskommelsen och bilagan hittar ni på: <http://www.vgregion.se/srp> (rehabiliteringsgarantin).

För att en patient ska kunna omfattas gäller följande:

- Patienten ska innan rehabiliteringsprogrammet genomgått en omfattande individuell utredning och bedömning.
- Bedöms kunna återgå i arbete eller stanna kvar i arbete efter genomgången rehabiliteringsprogram
- En vårdplan/rehabiliteringsplan ska ha upprättats och ska följas upp tillsammans med patienten med tydliga och uppföljningsbara mål
- Ålder 16-67 år
- Diagnos och åtgärd enligt nedan med långvarig smärta med minst tre månaders varaktighet
- Besök hos läkare och minst två andra olika vårdgivarkategorier
- Diagnos och åtgärd ska anges vid läkarbesök och vid besök hos övriga vårdgivarkategorier
- En kontakt ska tas med arbetsgivare, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetsinriktad rehabilitering, efter att patienten lämnat sitt samtycke.
- MMR 2 team ska vara ansluten till Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS).
- MMR 1 team ska vara ansluten till NRS light.
- Utöver detta ska Audit (minst C) användas.
- Resultat registreras i patientens journal

Multimodal rehabilitering är en behandlingsmetod som har utvecklats för behandling av patienter med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Det innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid.

Detta förutsätter att personalen arbetar i ett integrerat team, är tränade att arbeta patientcentrerat och i nära samarbete med andra aktörer. Teamet har en gemensam värdegrund i ett biopsykosocialt synsätt med helhetssyn. Teamet ska ha ett strukturerat arbetssätt med regelbundna möten för att diskutera rehabiliteringsprocessen och utvärdera patienternas individuella mål och resultat.

Multimodal rehabilitering är indelad i två nivåer, multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR 1) och multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR 2) i enlighet med nationella medicinska indikationer som publicerades våren 2011 (Rapport 2011:02).

MMR 1 är den form som vanligtvis erbjuds i primärvården medan MMR 2 huvudsakligen erbjuds inom specialistvården. Det som styr är dock teamets kapacitet och kompetens och inte vårdnivå.

Multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR 1)

Indikationer för MMR 1 finns om patientens problematik bedöms som komplex, det vill säga om patienten har låga eller måttliga nivåer av negativ affekt och smärta eller om hans/hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i måttlig omfattning.

Teamet ska bestå av minst tre av nedan angivna professioner:

- Läkare (obligatoriskt)
- Fysioterapeut/sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Socionom/kurator
- Psykolog/leg. terapeut/leg. personal med psykoterapiutbildning
steg1/socionom med psykoterapiutbildning steg 1

Någon i teamet ska ha KBT steg 1 kompetens.

Teamet kan även kompletteras med andra professioner, t.ex. rehabiliteringskoordinator, sjuksköterska och/eller friskvårdspersonal. Läkaren ska alltid medverka i teamkonferenser samt vid avstämningsmöten med Försäkringskassan där arbetsgivare och/eller Arbetsförmedlingen deltar.

Sammanställning av nödvändiga komponenter och pedagogiska strategier i MMR 1 samt nödvändig kompetens beskrivs i bilagan till nationella överenskommelsen och indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

MMR 1 pågår under minst fyra till åtta veckor, i en omfattning om minst 40 timmar (patient tid) inklusive hemuppgifter och träning, beroende på hur programmet är upplagt. En viss individuell anpassning i omfattningen av programmet måste göras utifrån patientens behov.

Teamet ska ha tillräckligt många patienter (minst 20 patienter under ett år) för att medlemmarna ska kunna upprätthålla en hög kunskapsnivå. Har teamet haft färre patienter under 2014 och ska bli godkänd att bedriva verksamhet 2015 ska teamet säkerställa en hög kunskapsnivå genom t.ex. regelbunden handledning och stöd från team på specialistnivå samt noggranna uppföljningar via kvalitetsregister. Team som bedrivit verksamhet under 2014 och har haft färre än 10 patienter kommer dock inte att godkännas 2015 (gäller inte team som startat hösten 2014).

Multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR 2)

Indikationer för MMR 2 finns om patientens problematik bedöms som mycket komplex, det vill säga om patienten har starkt förhöjda nivåer av negativ affekt och smärta eller om hans/hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i hög omfattning.

Teamet ska bestå av nedan angivna professioner:

- Läkare med utökad kompetens i smärtlindring och/eller rehabilitering, samt den specialitet som är nödvändig utifrån patientens problematik.

- Psykolog (legitimerad psykoterapeut med inriktning KBT alternativt IPT)
- Socionom med utökad kompetens i psykosocialt behandlingsarbete samt omfattande och uppdaterad kunskap om socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor
- Fysioterapeut/sjukgymnast med utökad kompetens och erfarenhet i smärtlindring och rehabilitering
- Arbetsterapeut med utökad kompetens och erfarenhet i smärtlindring och rehabilitering

Teamet kan även kompletteras med andra professioner, t.ex. rehabiliteringskoordinator, sjuksköterska och friskvårdspersonal.

Sammanställning av nödvändiga komponenter och pedagogiska strategier i MMR 2 samt nödvändig kompetens beskrivs i bilagan till nationella överenskommelsen och indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

Multimodal rehabilitering pågår under minst fyra till åtta veckor, i en omfattning av 75-100 timmar (patient tid), beroende på hur programmet är upplagt. Olika hemövningar kan vara aktuella. En viss individuell anpassning i omfattningen av programmet måste göras utifrån patientens behov.

Teamet ska ha tillräckligt många patienter (minst 20 patienter under ett år) för att medlemmarna ska kunna upprätthålla en hög kunskapsnivå. Team som har haft färre än 20 patienter under 2014 kommer inte att godkännas 2015 (gäller inte team som startat hösten 2014). Bedriver teamet både MMR 1 och MMR 2 ska teamet ha minst 20 MMR 2-patienter och minst 10 MMR 1-patienter under ett år.

Diagnoser som ingår i rehabiliteringsgarantin vid multimodal rehabilitering (gäller besvär i rygg, axlar och nacke)

KSH97 (den fullständiga svenska versionen av ICD10)

F45.4	Kroniskt somatoformt smärtsyndrom
M53.0	Cervikokraniellt syndrom (Nackhuvudvärk)
M53.1	Cervicobrachiellt syndrom (Nack/skuldervärk)
M54.2	Cervikalgi (Nacksmärta)
M54.4	Lumbago med ischias (Ländryggssmärta med ischias)
M54.5	Lumbago (Ländryggssmärta)
M54.6	Thoracalgi (Smärtor i brösttryggen)
M54.9	Ryggvärk
M75.1	Rotator cuff-syndrom i skulderled
M75.9	Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
M77.9	Smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled
M79.1	Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg)
M79.7	Fibromyalgi
R52.2A	Nociceptiv smärta
R52.2C	Smärta utan känd orsak
R52.9	Generaliserad smärta (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi)
S13.4	Sen-effekter av Whiplach-skada, nack-skulder värk
T91.8	Sena besvär efter WAD

Åtgärd (KVÅ) vid multimodal rehabilitering (lokal åtgärd i Västra Götalandsregionen)

I samband med den individuella **utredningen och bedömningen** ska följande KVÅ-kod anges:

UV118 Multimodal bedömning

Under **pågående** behandlingsserie ska diagnos och följande KVÅ-kod anges vid varje besök:

UV110 Multimodal rehabilitering nivå 1

UV 115 Multimodal rehabilitering nivå 2

Vid det **avslutande besöket** i behandlingsserien (= teamkonferens) ska diagnos och följande KVÅ-kod anges:

UV114 Avslut multimodal rehabilitering nivå 1*

UV 116 Avslut multimodal rehabilitering nivå 2*

*Vid den avslutande teamkonferensen ska endast en av teamdeltagarna från den godkända vårdenheten registrera diagnos och KVÅ-kod för avslut. Observera att denna registrering kan styra utbetalningen av ersättningen. Den godkända vårdenheten ansvarar för att, vid behov, fördela ersättning mellan deltagande vårdenheter i teamet.

I samband med **upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplan** ska följande KVÅ-koder anges:

DV093 Upprättande av rehabiliteringsplan

DV094 Uppföljning av rehabiliteringsplan

För att erhålla **stimulansbidrag till arbetsplatsrelaterade insatser** ska även någon av följande KVÅ-koder registrerats innan det avslutande besöket i behandlingsserien:

ZV506 Medverkan av företrädare för arbetsgivare*

**ZV502 Medverkan av företrädare för
Arbetsförmedlingen***

UV117 Rehabiliteringskoordinering

*Medverkan betyder i detta avseende minst en telefonkontakt.