

# Medicinsk rehabilitering - arbetsgruppens rapport

Dnr: ÅLR 2022/4362

Datum: 19.6.2023

PB 1060, AX-22111 Mariehamn

[registrator@regeringen.ax](mailto:registrator@regeringen.ax)

+358 18 25 000

[www.regeringen.ax](http://www.regeringen.ax)

## Innehållsförteckning

Arbetsgruppens uppdrag, mandat och sammansättning .....	3
Förkortningar .....	4
Sammanfattning .....	5
1 Inledning .....	6
1.1 Höranden .....	6
1.2 Avgränsningar .....	8
2 Medicinsk rehabilitering .....	9
2.1 Rehabilitering .....	9
2.2 Medicinsk rehabilitering på Åland, lagstiftning .....	10
2.3 Praxis på Åland, instruktion och anvisningar .....	13
2.4 Medicinsk rehabilitering i riket .....	14
2.5 Rikets rehabiliteringsreform .....	15
2.6 Skillnader i lagstiftning och förordning mellan Åland och riket .....	16
2.7 Krävande medicinsk rehabilitering .....	17
2.8 Medicinsk rehabilitering eller krävande medicinsk rehabilitering .....	18
2.9 Journalanteckningar och rehabiliteringsplan .....	21
3 Resultat av hörande .....	25
3.1 Lagstiftning och förordning .....	25
3.1.1 Lagstiftning .....	25
3.1.2 Förordning .....	26
3.2 Ansvar och samarbete gällande medicinsk rehabilitering .....	28
3.2.1 Samverkansavtal .....	28
3.2.2 Ansvar för medicinsk rehabilitering på institution, boendeservice och inom kommunerna .....	29
Institution .....	29
Hjälpmedel .....	31
Medicinsk rehabilitering inom serviceboende och kommuner .....	31
3.2.3 Hemrehabilitering .....	32
3.3 Begrepp och innehåll .....	34
3.3.1 Terapiinnehåll gällande medicinsk och krävande medicinsk rehabilitering .....	35
3.3.2 Skillnad behandling och medicinsk rehabilitering .....	36

3.4 Rehabiliteringsplaner .....	36
3.5 Samarbete/gränsdragning .....	38
3.6 Stärkande av patientens rätt .....	39
4 Slutsatser och förslag på fortsatta åtgärder .....	42

## Arbetsgruppens uppdrag, mandat och sammansättning

31.5.2022 gavs arbetsgruppen mandat att tydliggöra begreppet medicinsk rehabilitering samt att genomföra en kartläggning av ansvarsfördelning och gränsdragning mellan de olika parterna inom medicinsk rehabilitering. Därtill ingick även att identifiera och föreslå möjliga åtgärder som garanterar och underlättar den medicinska rehabiliteringens gränsdragning och ansvarsfördelning. Hjälpmedel och hjälpmedelstjänster exkluderades från arbetsgruppens uppdrag. I mandatet ingick även rätten att höra andra sakkunniga och experter. Mandatperioden löpte initialt mellan 31.5.2022-30.11.2022<sup>1</sup> och förlängdes ytterligare för tiden 1.12.2022-30.4.2023.<sup>2</sup>

Arbetsgruppens sammansättning beslöts enligt ovan nämnda beslut vara följande:

Ylva Lindström, byråchef, hälso- och sjukvårdsbyrån, Ålands landskapsregering  
(ordförande)

Marcus Söderholm, jurist, hälso- och sjukvårdsbyrån, Ålands landskapsregering  
(sekreterare)

Gunilla Lindqvist, specialsakkunnig, socialvårdsbyrån, Ålands landskapsregering

Ida-Mari Elfving-Gustafsson, specialsakkunnig, hälso- och sjukvårdsbyrån, Ålands landskapsregering.

Ylva Lindström, byråchef  
*ordförande*

Marcus Söderholm, jurist  
*sekreterare*

Gunilla Lindqvist, specialsakkunnig  
*medlem*

Ida-Mari Elfving-Gustafsson, specialsakkunnig  
*medlem*

---

<sup>1</sup> Protokoll fört vid enskild föredragning. Protokoll nr 8. 31.5.2022.

<https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr8-2022-enskild-s3.pdf>

<sup>2</sup> Protokoll fört vid enskild föredragning. Protokoll nr 18. 8.11.2022.

<https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr18-2022-enskild-S3.pdf>

# Förkortningar

## Lagar och förordningar

Funktionshinderkonventionen: FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll

Förordning om samverkansavtal: Landskapsförordning (2020:112) om samverkansavtal inom socialvård och hälso- och sjukvård

Journalförordningen: Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (FFS 94/2022)

Klienthandlingslagen: Landskapslag (2020:26) om klienthandlingar inom socialvården

Patientlagen: Landskapslag (1993:61) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter

Rehabiliteringsförmånslagen: Lag om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (FFS 566/2005)

Rikets hälso- och sjukvårdslag: Finlands hälso- och sjukvårdslag (FFS 1326/2010)

Självstyrelselagen: Självstyrelselag (1991:71) för Åland

Socialvårdslagen: Landskapslag (2020:12) om socialvård

Åländska hälso- och sjukvårdslagen: Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård

Äldrelagen: Äldrelag (2020:9) för Åland

## Myndigheter och organisationer

FN: Förenta nationerna

FPA: Folkpensionsanstalten

ILO: International Labour Organization

KST: Kommunernas socialtjänst k.f.

Landskapsregeringen: Ålands landskapsregering

Oasen: Oasen boende- och vårdcenter k.f.

SHM: Social- och hälsovårdsministeriet

THL: Institutet för hälsa och välfärd

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Valvira: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

WHO: World Health Organization

ÅHF: Ålands handikappförbund

ÅHS: Ålands hälso- och sjukvård

## Sammanfattning

Arbetsgruppen gavs i uppdrag att klarlägga gränsdragning och ansvar beträffande medicinsk rehabilitering mellan de olika parterna och inkomma med åtgärdsförslag för att förbättra och garantera den medicinska rehabiliteringen och dess ansvar och gränsdragning.

Höranden genomfördes med experter från hälso- och sjukvården, socialvården, social- och hälsovårdsministeriet, välfärdsområde, landskapsregeringen, tredje sektorn, Folkpensionsanstalten och kommunal äldreomsorg.

Ansvarsfördelningen gällande medicinsk rehabilitering regleras av lagstiftning. På Åland har ÅHS ansvar att ordna medicinsk rehabilitering och FPA har ansvar för den krävande medicinska rehabiliteringen. Medicinsk rehabilitering kan inte begränsas till ålder eller grad av funktionsnedsättning. Begränsning som berör ålder och funktionsnedsättning är endast möjligt då det är fråga om krävande medicinsk rehabilitering.

Medicinsk rehabilitering kan ges oberoende om patienten är på sjukhus, i det egna hemmet eller boende inom någon serviceenhet inom socialvården. Kriterier för att benämna den vård som ges medicinsk rehabilitering är att a) någon av punkterna 1–7 i 42 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen är uppfyllda och enligt det som framkom i höranden b) rehabiliteringen är ordinerad av en läkare och c) medicinsk rehabilitering ges av yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården.

En rehabiliteringsplan ska upprättas om det inte är uppenbart onödigt då det till exempel är fråga om handledning och rådgivning. En rehabiliteringsplan kan vara en fysioterapiremiss, en journalanteckning, ett B-utlåtande eller en ifylld blankett till FPA. Det föreligger således inte några formkrav på en rehabiliteringsplan för medicinsk rehabilitering. FPA har dock fastställda krav för vad som måste ingå i en rehabiliteringsplan för krävande medicinsk rehabilitering, vilket framgår av blankett och information på FPA:s hemsida.

I rapporten presenteras att det förekommit olika tolkningar angående medicinsk rehabilitering mellan de olika parterna. Dessutom är det oklart var gränsen mellan behandling och medicinsk rehabilitering går. Att inte veta var skiljelinjen går mellan behandling och medicinsk rehabilitering medför dock ingen praktisk implikation.

Det finns ett behov av att samtliga myndighetsdokument granskas så dessa är överensstämmande med gällande lag. Vidare rekommenderas ett förbättrat samarbete mellan ÅHS, institutioner inom äldreomsorgen, tredje sektorn och KST i syfte att tydliggöra ansvaret för medicinsk rehabilitering och dess innehåll. Dessutom bör det utredas huruvida hemrehabilitering kan och bör utvecklas i landskapet. Ett klagörande beträffande institutionsklienters rätt till medicinsk rehabilitering bör också göras.

Lagstiftningen behöver justeras så att begreppen är tydliggjorda. Arbetsgruppen föreslår att anta en förordning som definierar oklara begrepp och innehåll beträffande medicinsk rehabilitering.

# 1 Inledning

I regeringsprogrammet Tillsammans för Åland förekommer följande skrivning:

För medicinsk rehabilitering förnyas reglerna för att tydliggöra patienternas rättigheter och ansvarsfördelningen mellan de berörda myndigheterna ÅHS och FPA.<sup>3</sup>

Betydelsen av begreppen rehabilitering och medicinsk rehabilitering har inte uppfattats som tydliga och enhetliga, varvid en utredning ansågs vara nödvändig. I såväl den åländska hälso- och sjukvårdslagen som i socialvårdslagen används begreppen medicinsk rehabilitering och rehabilitering, utan någon närmare specificering. Förarbetena till den åländska hälso- och sjukvårdslagen ger inte heller någon närmare vägledning i tolkningen.

Vidare har det uppmärksammats att det inte är klargjort när krävande medicinsk rehabilitering, vilket är FPA:s ansvarsområde, bedöms vara lämpligt för patienten, och när det är fråga om medicinsk rehabilitering, vilket är ÅHS ansvarsområde.

Med grund i ovanstående otydliga definitioner och upplevd gränsdragningsproblematik, har en arbetsgrupp, utsedd av Ålands landskapsregering, genomfört en utredning under perioden 31.5.2022 till 30.4.2023.

## 1.1 Höranden

Arbetsgruppen genomförde höranden med följande organisationer och sakkunniga:

- Finströms kommun:
  - äldreomsorgsledare Jaana Andersson
- FPA:
  - chef Hillevi Smeds, Åland
- KST:
  - områdeschef funktionservice och sysselsättning Andrea Björnhuvud (skriftligt inkomna synpunkter)
- Landskapsregeringen, utbildningsbyrån:
  - specialsakkunnig inom utbildning Katarina Halme-Wiklund
- Mariehamns stad:
  - äldreomsorgschef Evelina Grandell-Rosenlund
- Mellersta Österbottens välfärdsområde:
  - rehabiliteringsöverläkare, serviceområdeschef Katja Tuliniemi
- Oasen boende- och vårdcenter:
  - vårdkoordinator Heidi Viktorsson (skriftligt inkomna synpunkter)
- Saltviks kommun:
  - vikarierande äldreomsorgschef Ritva Eklund

---

<sup>3</sup> Ålands landskapsregering. Regeringsprogram TILLSAMMANS FÖR ÅLAND. 2019, s. 9.

<https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/Regeringens%20program%20uppdaterat%2011.11.2022.pdf>

- Social- och hälsovårdsministeriet, avdelningen för gemenskaper, organisationer och funktionsförmåga / YTO, Enheten för funktionsförmåga / TOK:
  - regeringsråd Jaana Huhta
- Social- och hälsovårdsministeriet, avdelningen för gemenskaper, organisationer och funktionsförmåga / YTO, Enheten för funktionsförmåga / TOK:
  - specialsakkunnig Anne Kanto-Ronkanen
- ÅHS, habilitering:
  - verksamhetsstrateg Sandra Rasmussen
  - habiliteringskoordinator Anna Aakula
- ÅHS, kirurgiska kliniken:
  - klinikchef Dan Gustafsson
- ÅHS, paramedicinska mottagningen:
  - avdelningschef Marina Härtull
  - neurolog Elisabet Westerberg
  - klinikchef medicinkliniken Per-Anton Westerberg
- ÅHS, psykiatrisk klinik:
  - klinikchef Sirpa Mankinen
- ÅHS, vårdavdelning 2:
  - överläkare medicinkliniken Christian Andersson (representerar avd. 2A)
  - avdelningsskötare Åsa Olander (representerar hela vårdavdelning 2)
- ÅHS, öron-näsa-halskliniken:
  - avdelningsskötare Harriet Jansson
  - audionom Arnold Frank
  - audionom Titti Sundqvist
- Ålands Handikappförbund r.f.:
  - styrelseordförande Henrik Lagerberg
  - verksamhetsledare Karl Wahlman
- Ålands Hörsselförening r.f.:
  - t.f. verksamhetsledare Linda Wideman-Törnvall
  - hörselrådgivare Sture Söderlund
  - organisationssekreterare Raphael Karlsson
- Ålands Synskadade r.f.:
  - ordförande Sanna Söderlund

Totalt hördes 18 organisationer/verksamhetspunkter under 16 tillfällen, genom fysiska möten eller som kort e-post-växling då behov av förtydligande av lagstiftning och begrepps innebörd behövdes. Totalt hördes 28 personer.

Två hörande genomfördes gemensamt med flera parter då det ansågs finnas ömsesidiga beröringspunkter. Finströms och Saltviks äldreomsorg hördes vid ett gemensamt hörande och Ålands handikappförbund, Ålands hörsselförening och Ålands synskadade deltog under ett annat gemensamt hörande.

Inför hörandena (exklusive frågor som berörde förtydliganden) sändes frågor ut till respektive parter på förhand. I huvudsak erhöll majoriteten av parterna liknande frågor, vilka dock anpassades till den verksamhet som hördes. Frågorna ställdes med syfte att klargöra eventuell upplevd



gränsdragningsproblematik mellan berörda parter, för att erhålla en djupare förståelse för arbetssätt inom medicinsk rehabilitering och definition av begrepp, men även för att identifiera eventuella upplevda behov av utveckling inom medicinsk rehabilitering.

## 1.2 Avgränsningar

Omfattningen av arbetsgruppens område begränsades till att hjälpmedel och hjälpmedelstjänster inte inkluderades i arbetsgruppens uppdrag. En separat utredning gällande hjälpmedel och hjälpmedelstjänster är pågående som en uppdragsbegäran från landskapsregeringen, varvid det skulle ha ansetts oskäligt att även arbetsgruppen skulle utreda detta område parallellt. Även om de frågor som ställdes under hörandena inte omfattade hjälpmedel inom medicinsk rehabilitering, framkom dock viss information om detta område. För att inte exkludera eventuellt väsentligt material i vidare beredning, nämns även det som lyfts fram under hörandena som gränsar till eller inkluderar hjälpmedel i denna rapport.

## 2 Medicinsk rehabilitering

I kapitlet som följer beskrivs rehabilitering som begrepp, samt där tillhörande lagstiftning som reglerar medicinsk rehabilitering på Åland och i riket. Motivet till att även rikets lagstiftning presenteras är att lagstiftningen till viss del är identisk beträffande innehållet i medicinsk rehabilitering, och därmed kan ge vägledning i fråga om hur begreppen närmare identifieras och förstås. Krävande medicinsk rehabilitering angränsar till medicinsk rehabilitering och därför presenteras även lagstiftningen till denna del.

### 2.1 Rehabilitering

Rehabilitering är ett paraplybegrepp som omfattar flera delar av rehabilitering; rehabilitering som främjar funktionsförmågan (medicinsk rehabilitering, inkl. krävande medicinsk rehabilitering), yrkesinriktad rehabilitering, social rehabilitering och fostrande rehabilitering. Rehabilitering kan behövas i olika situationer, p.g.a. en sjukdom, olycksfall eller då arbetsförmågan är hotad.<sup>4</sup>

WHO beskriver att rehabiliteringens syfte är att optimera funktion och minska funktionsnedsättning för individer i alla åldrar. Rehabiliteringen är till för alla individer med akuta och/eller kroniska sjukdomar. Rehabiliteringen kan omfatta allt från talterapi, fysisk träning, översyn av äldres hemmiljöer, träning av patienter med kardiella besvär eller efter till exempel amputation av kroppsdel. Rehabiliteringen som kan ges av många olika professioner, kan ske både inom sjukhuset och utanför sjukhuset.<sup>5</sup>

I Sverige används begreppet habilitering som syftar till att uppnå arbets- eller funktionsförmåga och delaktighet hos en klient som har en medfödd skada eller en skada som uppkommit i tidig barndom, medan begreppet rehabilitering syftar till att bibehålla funktioner eller förbättra en förvärvad funktionsnedsättning.<sup>6</sup> Den internationella organisationen, Rehabilitation international, med mer än 100 medlemsländer och partnerorganisationer som bland andra FN, UNICEF, WHO, ILO med flera, särskiljer på habilitering och rehabilitering på liknande vis. Habilitering innebär enligt Rehabilitation International att personer med en funktionsnedsättning ska uppnå, behålla eller förbättra den dagliga funktionen. Rehabilitering beskrivs innebära att återta funktion, förmåga och kunskap som förlorats eller som hotar att förloras p.g.a. en funktionsnedsättning eller en försämring av denna.<sup>7</sup>

Begreppet rehabilitering, medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering återfinns i rikets lagtext medan habilitering saknas som begrepp i såväl rikets som i den åländska lagstiftningen.

Medicinsk rehabilitering definieras enligt FPA som rehabilitering vilken syftar till att påverka arbets- eller funktionsförmågan så klienter klarar sig så bra som möjligt trots skada eller sjukdom. Den

---

<sup>4</sup> Hälsoby. Fi. Rehabiliteringens delområden. 2023.

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/sv/information/rehabiliteringens-abc/rehabiliteringens-delomr%C3%A5den/inledning-rehabiliteringens-delomr%C3%A5den>

<sup>5</sup> WHO. Rehabilitation. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

<sup>6</sup> Socialstyrelsen. Habilitering och rehabilitering- förutsättningar för uppföljning. 2010, s. 8.

<sup>7</sup> Rehabilitation international. Habilitation & Rehabilitation. <https://www.riglobal.org/projects/habilitation-rehabilitation/>

medicinska rehabiliteringen kan ges som rehabiliteringskurser, som multidisciplinär rehabilitering eller som terapier. Detta kan jämföras med helhetsbegreppet rehabilitering som beskrivs innehålla bevarande, förbättrande eller återställning av arbets- eller funktionsförmågan vilken har försvagats p.g.a. sjukdom eller olycksfall senare i livet.<sup>8</sup>

## 2.2 Medicinsk rehabilitering på Åland, lagstiftning

Åland har lagstiftningsbehörighet inom hälso- och sjukvård i enlighet med 18 § 12 punkten i självstyrelselagen, med undantag för 27 §, 24, 29, och 30 punkten vilka omfattar följande: *administrativa ingrepp i den personliga friheten (24 punkten), smittsamma sjukdomar hos människor, kastrering och sterilisering, avbrytande av havandeskap, konstbefruktning, rättsmedicinska undersökningar (29 punkten) och behörigheten att vara verksam inom hälso- och sjukvården, apoteksväsendet, mediciner och produkter av läkemedelstyp, narkotiska ämnen samt framställning av gifter och fastställande av deras användningsändamål (30 punkten)*. Vidare har Åland även lagstiftningsbehörighet inom socialvården i enlighet med 18 § 13 punkten i självstyrelselagen med undantag för 27 § 24 punkten i självstyrelselagen.

I 37 § 2 mom., 1 punkten i den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår det att ÅHS ska ansvara för den medicinska rehabiliteringen.

Lagstiftning som reglerar medicinsk rehabilitering på Åland står att finna i 42 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen

42 §. Den medicinska rehabiliteringen

Ålands hälso- och sjukvård ska ordna en medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård av patienter.

Med medicinsk rehabilitering avses

- 1) att ge rådgivning och handledning som gäller rehabilitering,
- 2) att utreda patientens funktions- och arbetsförmåga,
- 3) att utreda patientens rehabiliteringsmöjligheter,
- 4) terapier som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan samt andra behövliga åtgärder som främjar rehabiliteringen,
- 5) hjälpmedelstjänster,
- 6) anpassningsträning samt
- 7) rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård som består av de åtgärder som nämns i punkterna 1–6.

Ålands hälso- och sjukvård ansvarar för planeringen av patientens medicinska rehabilitering så att rehabiliteringen bildar en funktionell helhet tillsammans med den vård som behövs. Behovet av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska fastställas i en individuell, skriftlig rehabiliteringsplan. Ålands hälso- och sjukvård ansvarar för styrningen och övervakningen av rehabiliteringsservicen samt utser vid behov en kontaktperson för rehabilitering för patienten.

Ålands hälso- och sjukvård är inte skyldig att ordna rehabilitering enligt 1 mom. om ordnandet av medicinsk rehabilitering hör till Folkpensionsanstaltens uppgifter. Ålands hälso- och sjukvård

---

<sup>8</sup> FPA-termer – Förmånsrelaterade begrepp, 6 upplagan, 2021, s. 243–245.

[https://sanastokeskus.fi/tiedostot/pdf/Kelan\\_terminologinen\\_sanasto\\_6laitos.pdf](https://sanastokeskus.fi/tiedostot/pdf/Kelan_terminologinen_sanasto_6laitos.pdf)

ska ordna den medicinska rehabilitering som fastställts i rehabiliteringsplanen i det fall att det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabilitering. Det som bestäms i 1 mom. om medicinsk rehabilitering ska inte tillämpas på kostnaderna för anskaffning av hjälpmedel, handledning i användning av dessa samt underhåll och förnyande av dem, om behovet av hjälpmedel grundar sig på en skada eller en yrkessjukdom som anges i lagen om olycksfallsförsäkring (FFS 608/1948), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (FFS 1026/1981), lagen om skada ådragen i militärtjänst (FFS 404/1948), trafikförsäkringslagen (FFS 279/1959) eller motsvarande tidigare gällande lag.

Då den nya socialvårdslagen trädde i kraft 1.1.2021 ändrades i samband med detta även 37 § 4 och 5 mom. i den åländska hälso- och sjukvårdslagen, med syfte att förtydliga rättsläget beträffande ansvar för rehabiliteringstjänster för barn och unga samt klienter boende inom socialvårdens boendeservice. Förtydligandet innebar att en vård- och rehabiliteringsplan ska upprättas för barn och vuxna vilken kan tas i beaktande vid beslutsfattande i enlighet med 46 § i socialvårdslagen. Vidare förpliktades ÅHS att ansvara för läkartjänster för samtliga klienter boende på institution, i stället för endast klienter över 65 års ålder.<sup>9</sup>

I lagförslag 21/2018–2019 till socialvårdslagen framgår följande angående 4 och 5 mom.:

i 4 mom. tas in en bestämmelse om att när patienten är ett barn som behöver särskilt stöd eller någon annan person som behöver särskilt stöd ska en vård- och rehabiliteringsplan om möjligt utarbetas så att planen kan beaktas vid beslut som fattas enligt 46 § i lagförslaget om socialvårdslagen.

5 mom. ändras så att det tas in en hänvisning till 21 § i lagförslaget till socialvårdslagen beträffande ÅHS ansvar att tillhandahålla behovsrelaterade rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster när boendeservice tillhandahålls enligt socialvårdslagen. Detta ansvar åligger redan ÅHS i dagsläget och den föreslagna lagändringen utgör således ett förtydligande av rättsläget. Beträffande ÅHS ansvar för rehabilitering saknas i dagsläget mer detaljerade bestämmelser, vilket landskapsregeringen har för avsikt att utarbeta.<sup>10</sup>

Således kan därmed konstateras att gällande den medicinska rehabiliteringen skedde ingen förändring av rättsläget i och med de förändringar i den nya socialvårdslagen som trädde i kraft 1 januari 2021. Lagstiftarens avsikt var att förtydliga att ÅHS även har ett ansvar att tillhandahålla medicinsk rehabilitering för dem som erhåller boendeservice enligt socialvårdslagen. Med begreppet rehabilitering avsåg lagstiftaren således medicinsk rehabilitering.

I 69 § i socialvårdslagen föreskrivs om att kommunen ska ingå avtal om samverkan med Ålands hälso- och sjukvård (samverkansavtal) om det som föreskrivs i lagens 20 – 22 §§, 24 och 25 §§ genom vilket den kommunala socialvårdens och Ålands hälso- och sjukvårdsservice tillsammans ska bilda en funktionell helhet för klienten. Motsvarande finns i 19a § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen samt i 35, 37, 38a, 40 och 41 §§. I 21 § 6 mom. i socialvårdslagen framkommer att den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård ska samarbeta så att Ålands hälso- och sjukvårds rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster och övrig socialvård och omsorg för klienter som får boendeservice bildar en funktionell helhet för klienten. I 22 § fastställs motsvarande om samarbete

<sup>9</sup> Lagförslag 21/2018–2019, 3. Ändring av landskapslag om hälso- och sjukvård, § 37.

<sup>10</sup> Lagförslag 21/2018–2019. Ny landskapslagslagstiftning om socialvård.

mellan hälso- och sjukvården och den kommunala socialvården gällande ÅHS hälso- och sjukvårdstjänster och övrig rehabilitering, vård och omsorg vid institutioner.

Av 2 § i förordningen om samverkansavtal framgår närmare om samverkansavtalens innehåll:

Målen ska främja socialvårdens och hälso- och sjukvårdens klient- och patientsäkerhet, kvalitet och produktivitet. I målen ska beaktas förhållandet mellan de olika tjänsterna för vilka samverkansavtal ska ingås.

Gällande *ansvarsfördelningen* för de samordnade tjänsterna ska respektive parts ansvar, liksom det gemensamma ansvaret mellan parterna, framgå.

Gällande *övergripande rutiner för samarbetet* ska i samverkansavtalet beaktas geografiska aspekter så att hela den åländska befolkningens servicebehov tillgodoses. Av de övergripande rutinerna ska framkomma på vilket sätt genomförandet av de samordnade tjänsterna fortlöpande ska följas upp och hur den årliga utvärderingen av samverkansavtalet ska göras.

Beträffande *övriga åtgärder* ska i samverkansavtalet överenskommas om påföljderna av att samverkansavtalet inte följs.

Av år 2021 antaget samverkansavtal gällande boendeservice framgår bland annat att ÅHS ansvarar för behovenliga rehabiliteringstjänster och för hälso- och sjukvårdstjänster enligt 37 § 5 mom. i den åländska hälso- och sjukvårdslagen. ÅHS ansvarar för att planera och följa upp medicinsk rehabilitering till personer i alla åldrar med olika grad av funktionsnedsättning vilket kan vara aktuellt vid såväl somatiska som psykiatriska sjukdomar. Rehabiliteringsbehoven är individuella och kan vara tillfälliga eller långvariga. Vidare framgår, att rehabiliteringstjänsterna i huvudsak utförs av ÅHS, med undantag för de klienter som enligt lag har rätt till att få rehabilitering av FPA eller av försäkringsbolag. Den medicinska rehabiliteringen genomförs antingen på ÅHS eller genom hembesök till klientens hem eller serviceboende. Rehabiliteringstjänster som anges i avtalet är; terapier som tex. fysio-, ergo-, talterapi och psykoterapi samt hjälpmedel för fysiska, kommunikativa och kognitiva funktionsnedsättningar.

Av samverkansavtalet framgår att kommunen, Oasen och KST ansvarar för ett rehabiliterande arbetssätt tillämpas inom boendeservice samt att personalen är en aktiv del i den rehabilitering som ges i hemmet via ÅHS samt att personalen följer de råd och instruktioner som ges. I samband med medicinsk rehabilitering som ges vid ÅHS för klienter inom boendeservice ska personalen från kommunen, Oasen och KST i mån av möjlighet delta.

Av motsvarande avtal gällande service på institution framgår att ÅHS ansvarar för att tillhandahålla läkartjänster vid de offentliga institutionerna samt att ÅHS även ansvarar för sjukhusvård. Läkartjänsterna innehåller förutom direkt klientarbete även genomgång av mediciner, vårdplanering, och handledning i vårdfrågor och medicinska frågor till övrig vårdpersonal. Av avtalet framgår att kommun/kommunalförbund ansvarar för att tillhandahålla övrig vård, omsorg och rehabilitering inklusive sjukvård som inte kräver sjukhusvård.

Av avtalet för förebyggande av psykisk ohälsa och arbete för psykisk hälsa, framgår att ÅHS ansvarar för arbetet för psykisk hälsa, vilket innebär att undersöka, behandla samt ge medicinsk rehabilitering i samband med psykiska symptom och sjukdomar. KST och ÅHS ansvarar gemensamt för att personer som varit inskrivna på psykiatrisk avdelning får tillgång till tillräcklig medicinsk rehabilitering från ÅHS

och social rehabilitering från KST. Vid planering av medicinsk- och social rehabilitering ansvarar ÅHS för att kalla till möten.

## 2.3 Praxis på Åland, instruktion och anvisningar

År 2009 antog landskapsregeringen en instruktion om medicinsk rehabilitering. Då gällande landskapslag (1993:60) om hälso- och sjukvård inte innehöll några bestämmelser om medicinsk rehabilitering, varvid det bedömdes vara nödvändigt att specificera dessa i en instruktion.<sup>11</sup> ÅHS hänvisar i dokument ännu till den antagna instruktionen.<sup>12</sup> Även landskapsregeringen har efter att den åländska hälso- och sjukvårdslagens ikraftträdande i dokument hänvisat till denna instruktion.<sup>13</sup> Det kan konstateras att instruktionen skrevs innan åländska hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 januari 2012. Därtill hänvisar instruktionen till förordning om medicinsk rehabilitering i riket, vilken upphävdes i samband med att rikets nya hälso- och sjukvårdslag trädde i kraft den 1 maj 2011. År 2015 genomfördes även ändringar i rehabiliteringsförmånslagen vilket innebar att begreppet krävande medicinsk rehabilitering infördes. Således kan konstateras att hela rättsområdet har förändrats sedan instruktionen skrevs. Även om inte instruktionen upphävts kan den inte längre tillämpas med anledning av alla förändringar som gjorts. Enligt regelhierarkin är rangordningen följande i fallande ordning; lag, förordning och myndighetsföreskrift. Följaktligen behöver instruktionen inte upphävas enligt något särskilt förfarande. Däremot, eftersom det råder bristande samstämmighet mellan instruktionen och nuvarande lagstiftning, hade det varit mest ändamålsenligt ifall denna instruktion hade berörts i samband med att den åländska hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft. Då det har konstaterats att hänvisning fortsättningsvis gjorts till denna instruktion vilket lett till motsägelsefulla budskap, understryks det att instruktionen inte är tillämpbar.

Syftet med instruktionen var att erhålla likvärdig medicinsk rehabilitering som i riket. I riket fanns en förordning om medicinsk rehabilitering (FFS 1015/1991), numera upphävd, vilken preciserade medicinska rehabiliterings innehåll. Landskapsregeringens instruktion utgick från en snäv definition av medicinsk rehabilitering och berättigade de patienter som *"har bestående men som gravt nedsätter funktionsförmågan"* och rehabiliteringstjänsterna som gavs skulle *"förbättra funktionsförmågan väsentligen eller förhindra nedsatt funktion"*. Dessutom framhölls att åtgärderna skulle vara planerade och att patienterna som var inskrivna på institution exkluderades från medicinsk rehabilitering. Vidare stadgades det att instruktionen skulle uppdateras årligen.<sup>14</sup>

ÅHS definierar i dokumentet *"Våra rehabiliteringstjänster"* att medicinsk rehabilitering kan vara kortvarigt (under ett år) till exempel efter en operation, träning vid kognitiv svikt, vid över- eller undernäring, vid sväljsvårigheter med mera. Antalet besök är begränsade och kan ske i patientens hem, men sker vanligen vid någon av mottagningarna på sjukhuset. Problemen kan vara av lindrig karaktär, men också svårare funktionsnedsättningar. För längre rehabiliteringsperioder (över ett år)

<sup>11</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009.

<sup>12</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Manual vid förskrivning av hjälpmedel enligt medicinsk rehabilitering. 2021.

<sup>13</sup> Ålands landskapsregering. Riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom. 2012.

<https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/riktlinjer-for-omsorg-och-var-d-vid-demenssjukdom.pdf>

<sup>14</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009.

förutsätts det att funktionsnedsättningen är av svårare karaktär som kan omfatta till exempel neurologisk problematik, psykisk sjukdom eller sjukdom i stöd- och rörelseorganen. Rehabiliteringen kan ges både i patientens hem (inklusive på serviceboende) eller på sjukhuset. Själva rehabiliteringen kan ges av både ÅHS personal på ÅHS eller via köpt tjänst av annan serviceproducent.<sup>15</sup>

Per 11.05.2023 uppdaterade ÅHS det tidigare dokumentet *Rehabiliteringsplaner och medicinsk rehabilitering gällande terapier* från 2018, uppdaterat 2019. Dokumentet ändrade namn till *”Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier”*. I dokumentet framgår det att patienten ska vara *mantalsskriven på Åland, ha en funktionsnedsättning, få en funktionsförbättring eller långsiktig nytta av terapin, inte vara inskriven på institution* för att ha rätt till medicinska rehabilitering på ÅHS. Maximalt antal besök per år och terapisorrt är begränsat till 45 besök per år. I det tidigare dokumentet som tills nyligen var giltigt fanns följande kriterier; *patienten ska vara mantalsskriven på Åland, ha bestående men som gravt nedsätter funktionsförmågan, i och med terapin få väsentlig förbättring eller långsiktig behållning av funktionen och inte vara inskriven på institution”*.

## 2.4 Medicinsk rehabilitering i riket

Precisering av medicinsk rehabilitering i riket regleras av rikets hälso- och sjukvårdslag.

42 § Medicinsk rehabilitering, rikets hälso- och sjukvårdslag:

Välfärdsområdet ska ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård av patienter.  
(8.7.2022/581)

Medicinsk rehabilitering omfattar

- 1) rådgivning och handledning som gäller rehabilitering,
- 2) utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov,
- 3) en rehabiliteringsundersökning, genom vilken patientens rehabiliteringsmöjligheter utreds,
- 4) terapier som ska förbättra och upprätthålla funktionsförmågan och andra behövliga rehabiliteringsfrämjande åtgärder,
- 5) hjälpmedelstjänster,
- 6) anpassningsträning,
- 7) rehabiliteringsperioder inom slutenvård eller öppen vård som består av behövliga åtgärder enligt 1–6 punkten.

Välfärdsområdet ansvarar för planeringen av patientens medicinska rehabilitering så att rehabiliteringen bildar en funktionell helhet tillsammans med den vård som behövs. Behovet av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska anges i en individuell,

---

<sup>15</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Våra rehabiliteringstjänster. 2021.

skriftlig rehabiliteringsplan. Vårdsområdet ansvarar dessutom för styrningen och övervakningen av rehabiliteringsservicen och utser vid behov en kontaktperson för patienten. (8.7.2022/581)

Vårdsområdet är inte skyldigt att ordna rehabilitering enligt 1 mom. om det med stöd av 9 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) är Folkpensionsanstalten som ska ordna rehabilitering. Vårdsområdet ska emellertid ordna den medicinska rehabilitering som anges i rehabiliteringsplanen när det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabiliteringen. Om det ändå hör till Folkpensionsanstalten att ordna och bekosta rehabiliteringen, ska den ersätta vårdsområdet för rehabiliteringskostnaderna. (8.7.2022/581)

Vad som i 1 mom. föreskrivs om medicinsk rehabilitering tillämpas inte på kostnader för anskaffning av hjälpmedel, handledning i användningen av dessa samt underhåll och förnyande av dem, om behovet av hjälpmedel grundar sig på skada eller yrkessjukdom som avses i lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (459/2015), lagen om lantbruksföretagares olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar (873/2015), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen (460/2016) eller motsvarande äldre lagstiftning. (8.7.2022/581)

Social- och hälsovårdsministeriet får genom förordning utfärda närmare bestämmelser om grunderna för utlämnande av hjälpmedel

Den förordning om medicinsk rehabilitering (FFS 1015/1991) som var gällande i riket omfattade beskrivning av medicinska rehabiliteringstjänster och bestämmelser om hjälpmedel. Förordningen upphävdes i riket i samband med den nya hälso- och sjukvårdslagens ikraftträdande 1.5.2011. Strax därefter antogs en förordning om hjälpmedel inom medicinsk rehabilitering med ikraftträdande 1.1.2012 (FFS 1363/2011 Social- och hälsovårdsministeriets förordning om utlämning av hjälpmedel för medicinsk rehabilitering) med stöd av 29 § 6.mom. i rikets hälso- och sjukvårdslag. Förordningen stadgar om förutsättning för att lämna ut hjälpmedel för medicinsk rehabilitering samt om bedömning av hjälpmedelsbehov.

## 2.5 Rikets rehabiliteringsreform

Reformen av rehabiliteringssystemet är en del av Finlands nationella reformprogram.<sup>16</sup> År 2017 presenterade en kommitté 55 förslag för att reformera rehabilitering i Finland. Förslagen omfattade följande: *"allmän verksamhetsmodell för rehabilitering, planering av rehabiliteringen, en modell för ansvarsfull klientstyrning samt målorientering för och uppföljning och utvärdering av rehabiliteringen"*. En handlingsplan baserat på förslagen togs fram till år 2020.<sup>17</sup> Majoriteten av de förslag som kommittén tog fram kommer att genomföras, och en del har redan genomförts under perioden 2020–2022. En motsvarande plan anses behövas även för perioden 2023–2027.<sup>18</sup>

Rehabiliteringsreformen pågår mellan åren 2020–2027 med syfte att förbättra rehabiliteringstjänsterna och att minska kostnaderna för social- och hälsovården. Bland annat ska rehabiliteringstjänster på

<sup>16</sup> Finlands nationella reformprogram 2023. [https://commission.europa.eu/system/files/2023-04/Finland-NRP-2023\\_sv\\_0.pdf](https://commission.europa.eu/system/files/2023-04/Finland-NRP-2023_sv_0.pdf)

<sup>17</sup> Social- och hälsovårdsministeriet. Reformen av rehabiliteringssystemet [https://stm.fi/sv/reformen\\_av\\_rehabiliteringssystemet](https://stm.fi/sv/reformen_av_rehabiliteringssystemet)

<sup>18</sup> Social- och hälsovårdsministeriet. Rapport: Reformandet av rehabiliteringen måste fortsätta.

Pressmeddelande.2022.<https://valtioneuvosto.fi/sv/-/1271139/rapport-reformerandet-av-rehabiliteringen-maste-fortsatta->



distans utvecklas, lågtröskelmottagningar ska inrättas, satsning på förebyggande verksamhet ökas och en verksamhetsmodell för rehabilitering ska tas fram.

Som ett led i arbetet med rehabiliteringsreformen i riket pågår arbete med att utveckla flerkanalsfinansieringen för hälso- och sjukvården, i vilket det ingår att överföra krävande medicinsk rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi till välfärdsområdena.

I SHM:s promemoria om flerkanalsfinansieringen och landskapet Åland finns följande bedömning för landskapet Åland i kapitlet Rehabilitering.

”De alternativ, i vilka finansieringsansvaret i riket överförs till välfärdsområdena, är med vissa reservationer möjliga också i landskapet Åland. Finansieringen bör kanaliseras via en statlig aktör så som Statens Ämbetsverk på Åland eller FPA. De alternativ, i vilka utöver finansieringsansvaret också organiseringsansvaret överförs antingen helt eller delvis till välfärdsområdena, är utmanande för staten att förverkliga i landskapet Åland”.<sup>19</sup>

## 2.6 Skillnader i lagstiftning och förordning mellan Åland och riket

I rikets hälso- och sjukvårdslag nämns medicinsk rehabilitering som en del av primärvården enligt 3 § 2 punkten, specialsjukvården enligt 3 § 3 punkten, och mentalvården enligt 27 §. I den åländska hälso- och sjukvårdslagen nämns medicinsk rehabilitering endast specifikt som en del av psykisk hälsa i 40 §. I den åländska hälso- och sjukvårdslagen saknas således en specificering om innehållet och att medicinsk rehabilitering kan ingå i såväl primär- som i specialsjukvård.

I 29 § 7 punkten i rikets hälso- och sjukvårdslag angående medicinsk rehabilitering förekommer begreppen sluten och öppen vård, medan i 42 § 7 punkten i den åländska hälso- och sjukvårdslagen används begreppen institutionsvård och öppen vård. I övrigt konstateras lagstiftningen beträffande paragraferna som omfattar medicinsk rehabilitering vara nästan i ordalydelse exakt detsamma.

I riket finns som nämnt en förordning om hjälpmedel inom medicinsk rehabilitering vilken stadgar om förutsättning för att lämna ut hjälpmedel för medicinsk rehabilitering samt om bedömning av hjälpmedelsbehov. På Åland finns ingen motsvarande förordning gällande hjälpmedel inom medicinsk rehabilitering. I 55 § 5 punkten i den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår att närmare bestämmelser kan utfärdas genom förordning om den medicinska rehabiliteringen.

---

<sup>19</sup> Social- och hälsovårdsministeriet. Promemoria om flerkanalsfinansieringen och landskapet Åland. VN/15927/2021 VN/15927/2021-STM-13. 2021, s. 20-21. [https://soteuudistus.fi/documents/1271139/2013549/VN\\_15927\\_2021-STM-13+Promemoria\\_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land+ +2048091\\_978475\\_0.pdf/9cf3391c-783b-911f-a0b1-54c05669afae/VN\\_15927\\_2021-STM-13+Promemoria\\_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land+ +2048091\\_978475\\_0.pdf?t=163661916900](https://soteuudistus.fi/documents/1271139/2013549/VN_15927_2021-STM-13+Promemoria_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land+ +2048091_978475_0.pdf/9cf3391c-783b-911f-a0b1-54c05669afae/VN_15927_2021-STM-13+Promemoria_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land+ +2048091_978475_0.pdf?t=163661916900)

## 2.7 Krävande medicinsk rehabilitering

I nära anslutning till medicinsk rehabilitering kan nämnas krävande medicinsk rehabilitering vilket är FPA:s ansvar. I rehabiliteringsförmånslagen framgår följande:

9 § (20.2.2015/145) Ordnande av krävande medicinsk rehabilitering

En försäkrad under 65 år som inte är i offentlig slutenvård har rätt att få med god rehabiliteringspraxis förenlig krävande medicinsk rehabilitering för att klara av arbete, studier eller andra vardagssysslor samt för att vara delaktig, om

1. den försäkrade har en sjukdom eller en kroppsskada samt aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som hänför sig till sjukdomen eller kroppsskadan och som orsakar ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år,
2. den begränsning eller inskränkning som avses i 1 punkten är så stor att den medför betydande svårigheter för den försäkrade att klara av vardagssysslor och vara delaktig i hemmet, i studier, i arbetslivet eller i andra livssituationer utanför den offentliga slutenvården, samt
3. den krävande medicinska rehabiliteringen är motiverad för att möjliggöra att den försäkrade klarar av vardagssysslor och är delaktig.

Vid bedömningen av behovet av krävande medicinsk rehabilitering ska övergripande hänsyn tas till faktorer som påverkar den försäkrades funktionsförmåga och som avser det medicinska hälsotillståndet, kroppsstrukturer och kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet samt personliga faktorer och omgivningsfaktorer.

Folkpensionsanstalten ordnar inte medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvården. Inte heller ordnar Folkpensionsanstalten som rehabilitering sådan verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte.

Den krävande medicinska rehabiliteringen ska basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som är förenlig med god rehabiliteringspraxis. Planen upprättas vid den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av rehabiliteringsklienten, i samråd med klienten eller med klienten och dennes anhöriga eller någon annan närstående och för minst ett och högst tre år. Rehabiliteringsplanen sänds avgiftsfritt till Folkpensionsanstalten.

I 10 § i rehabiliteringsförmånslagen beskrivs innehållet i krävande medicinsk rehabilitering. I lagtexten används ordet rehabilitering för att beskriva "*krävande medicinsk rehabilitering*". Rehabiliteringen som utförs som terapi eller multiprofessionella rehabiliteringstjänster vilka ska vara: "*förenliga med god rehabiliteringspraxis samt basera sig på särskild sakkunskap och behövligt samarbete*". Det framgår vidare att rehabiliteringen kan ordnas i klientens hem om det är nödvändigt för klientens hälsotillstånd. Dessutom ska det ordnas handledning för närstående och yrkesutbildade i samband med rehabiliteringen, och möjlighet finns att erbjuda närstående multiprofessionella handledningstjänster om det är nödvändigt för att målet med rehabiliteringen ska kunna uppnås.

I RP 332/2014 rd tydliggörs vad som avses med god rehabiliteringspraxis, vilket innebär att rehabiliteringen ska grundas på vetenskapliga bevis om rehabiliteringens effektivitet till vilken det tillkommer praxis hos såväl FPA som inom den offentliga hälso- och sjukvården.

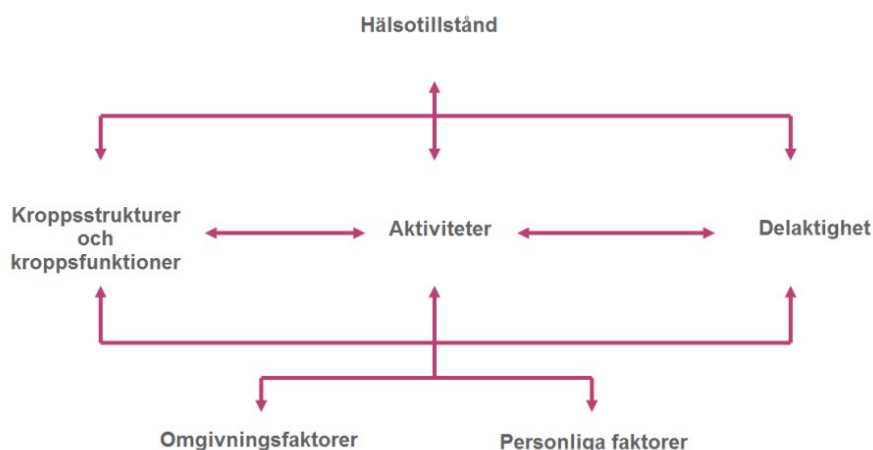
Utgångspunkten för krävande medicinsk rehabilitering är att klienten behöver rehabiliteras för att kunna vara delaktig och för att kunna klara av sina vardagssysslor, studier och/eller arbete. Klienten ska ha betydande svårigheter att klara av sin vardag, vilket kan omfatta lärande, förflyttning, kommunikation eller liknande. Skadan eller sjukdomen ska medföra en nedsättning av aktivitet och delaktighet för minst ett år. Som grund för bedömning av funktionsnedsättning används ICF-koder.

Samarbetet kan ske tillsammans med klientens vardagsplatser, skola, daghem, boendeservice eller arbetsplats. Rehabiliteringstjänsterna sker på klientens villkor.<sup>20</sup>

ICF-koder består av totalt sett 1610 koder på tre eller fyra nivåer för bedömning av individens funktionsförmåga. Bedömningen utgår från följande:

- strukturavvikelsens placering, omfattning eller art (i kroppsstrukturer, s)
- funktionsnedsättningens omfattning (i kroppsfunktioner, b)
- aktivitetsförmågans och aktivitetsnivåns omfattning (i aktivitet och delaktighet, d)
- faktorer som underlättar eller begränsar personens funktionstillstånd (i omgivningsfaktorer, e).<sup>21</sup>

Själva begreppsmodellen för ICF handlar om att beskriva hur en sjukdom och skada inverkar på funktionstillståndet. Med modellen som grund är det också möjligt att kartlägga vilka omgivningsfaktorer som främjar eller försvårar funktionstillståndet.<sup>22</sup>



<sup>23</sup>ICF:s begreppsmodell. Interaktion mellan komponenterna i ICF. THL

## 2.8 Medicinsk rehabilitering eller krävande medicinsk rehabilitering

Det föreligger en del skillnader mellan medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering. Den krävande medicinska rehabiliteringen ges inte i anslutning till sjukvård, vilket den medicinska rehabiliteringen ska göras. Krävande medicinsk rehabilitering kan även ske som hembesök. Vidare nämns för den krävande medicinska rehabiliteringen att de multiprofessionella rehabiliteringstjänsterna ska vara baserade på särskild sakkunskap, vilket inte framgår explicit för den medicinska rehabiliteringen. Rehabiliteringsplanen ska upprättas i samråd med klienten. Att klienter

<sup>20</sup> RP 332/2014 rd, s. 12–13

<sup>21</sup> THL. ICF-koder och bedömningsfaktorer. <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/icf-klassifikationen/icf-koder-och-bedomningsfaktorer>

<sup>22</sup> THL. ICF-klassifikationen. 2023. <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/icf-klassifikationen>

<sup>23</sup> THL. ICF:s begreppsmodell. Interaktion mellan komponenterna i ICF. <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/icf-klassifikationen>

har ett enskilt svårt problem i ett begränsat område, d.v.s. inte betydande svårigheter, berättigar inte till krävande medicinsk rehabilitering.<sup>24</sup>

Krävande medicinsk rehabilitering kan beviljas åt individer under 65 års ålder för att bibehålla eller förbättra funktionen i de dagliga aktiviteterna. Rehabiliteringsbehovet ska fortgå minst ett år. Därtill kan målen med rehabiliteringen inte enbart vara terapeutiska och det ska finnas möjlighet till aktivitet och delaktighet från klientens sida.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> RP 332/2014 rd, s. 12-13

<sup>25</sup> FPA. Krävande medicinsk rehabilitering. 2023. <https://www.kela.fi/kravande-medicinsk-rehabilitering>

Tabell 1. Skillnader mellan medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering

Medicinsk rehabilitering på Åland		Krävande medicinsk rehabilitering
Ansvar	ÅHS	FPA
<b>Kriterier för berättigande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I anslutning till sjukvård</li> <li>- Ingen åldersbegränsning</li> <li>- Ingen specificering av funktionsnedsättning</li> <li>- Enligt ÅHS: <i>ska patienten vara mantalsskriven på Åland, ha en funktionsnedsättning (gällde t.o.m. 10.5.2023: ha bestående men som gravt nedsätter funktionsförmågan), i och med terapin få en funktionsförbättring eller långsiktig nytta av terapin (gällde t.o.m. 10.5.2023: terapin ska leda till en väsentlig förbättring av funktionsförmågan)</i></li> <li>- patienten får inte vara inskriven på institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inte i anslutning till sjukvård</li> <li>- Klienten: yngre än 65 år</li> <li>- Betydande svårigheter att klara av vardagen</li> <li>- Bedömning genom ICF</li> <li>- Rehabiliteringsbehov minst ett år</li> </ul>
<b>Rehabiliteringsplan</b>	<p>Inga definierade formkrav</p> <p>Skriftlig plan för minst ett år. Planen upprättas av läkare eller läkare i samarbete med andra sakkunniga. Planen ska innehålla målsättning (objektivt), behandlingsplan och uppföljning/utvärdering (enl. ÅHS)</p> <p>Plan behöver inte upprättas om uppenbart onödigt</p>	<p>Upprättas för minst ett år, maximalt för tre år.</p> <p>Formen för rehabiliteringsplan kan vara en journalanteckning, ett Läkarutlåtande (B) eller FPA:s blankett KU 207 eller fritt formulerat enligt FPA:s fastställda innehåll.</p>
<b>Begränsningar i terapibesök</b>	<p>45 besök/år/terapisort på ÅHS. Med särskild motivering kan fler besök beviljas av ÅHS</p> <p>45 minuters besök vanligen, 60 minuters besök kan beviljas av ÅHS multidisciplinära rehabiliteringsgrupp</p> <p>Psykoterapi kan endast planeras av läkare inom psykiatriska kliniken.</p> <p>Besökens längd är normalt 45 minuter, 60 minuter kan beviljas undantagsvis. Besök längre än 60 minuter ska alltid behandlas i ÅHS multidisciplinära rehabiliteringsgrupp</p>	<p>45,60 eller 90 minuters terapibesök.</p> <p>Begränsningar i antal besök och tidsåtgång förekommer beträffande bl.a. handlednings-, samarbets-, co-terapi, nätverksbesök. (Se: <a href="https://www.kela.fi/documents/20124/1034889/servicebeskrivning-individuell-terapi-inom-kravande-medicinsk-rehabilitering.pdf/b5d91617-07e4-eefe-40d5-ae2e1397e0ba?t=1662118549744">https://www.kela.fi/documents/20124/1034889/servicebeskrivning-individuell-terapi-inom-kravande-medicinsk-rehabilitering.pdf/b5d91617-07e4-eefe-40d5-ae2e1397e0ba?t=1662118549744</a> )</p>
<b>Innehåll</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) att ge rådgivning och handledning som gäller rehabilitering,</li> <li>2) att utreda patientens funktions- och arbetsförmåga,</li> <li>3) att utreda patientens rehabiliteringsmöjligheter,</li> <li>4) terapier som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan samt andra behövliga åtgärder som främjar rehabiliteringen,</li> <li>5) hjälpmedelstjänster,</li> <li>6) anpassningsträning samt</li> <li>7) rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård som består av de åtgärder som nämns i punkterna 1–6. (åländsk hälso- och sjukvårdslag)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi och multiprofessionella rehabiliteringstjänster.</li> <li>-Handledning åt anhöriga, närstående och yrkesutbildade (lag)</li> <li>- Kan ske som hembesök (rehabiliteringsförmånslagen)</li> </ul>
<b>Yrkesutbildade</b>	<p>ÅHS multidisciplinärt team</p> <p>Yrkesutbildade</p>	<p>Multiprofessionellt</p> <p>Yrkesutbildade ska ha särskild sakkunskap</p>

## 2.9 Journalanteckningar och rehabiliteringsplan

Inom hälso- och sjukvården är den yrkesutbildade personalen skyldig att föra anteckningar i patientens journal. De anteckningar som hälso- och sjukvårdens yrkesutbildade personal för inom socialvården är också att betrakta som journalhandlingar.<sup>26</sup> Vad som ska antecknas i patientjournalen beskrivs i detalj i journalförordningen.

Vårdprocessen för patienten utgörs av följande delar: Ankomstsituation- planering av vård- genomförande av vård-utvärdering av vård-ospecificerad. Nedan presenteras de helheter som ska dokumenteras i de olika faserna.

### Ankomstsituation

Bakgrundsinformation om patienten: ankomstorsak, anamnes och problem enligt patienten. Observationer, undersökningar och bedömningar vid ankomstsituationen: status, funktionsförmåga, vårdklass. Dessutom kontrolleras och kompletteras uppgifterna om patientens varaktiga hälsotillstånd: faktorer som påverkar hälsan, riskuppgifter, läkemedelsbehandling och hjälpmedel. En del av uppgifterna kan också överföras automatiskt från remissen till grund för anteckningarna.

### Planering av vård

En plan för vården av en patient samt grunderna och målen för vården, utarbetad i samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov också anhöriga. Man beskriver bland annat vårdbehovet, målen för vården, dokumenterar planerade undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, hjälpmedel och sjukvårdsartiklar, ordinerade mediciner samt konsultationer som man ska be om.

### Genomförande av vård

De sätt och metoder som använts för att uppnå målen för vården: undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, läkemedelsbehandling och vaccinationer, överlåtna hjälpmedel och sjukvårdsartiklar samt vägledning om bland annat kost och motion av en läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

### Utvärdering av vård

Förändringar i patientens mående och utvärdering av den genomförda vården i förhållande till de mål som satts vid planeringen av vården: förändringar i patientens allmäntillstånd och funktionsförmåga, förändringar som bedömts på basis av undersökningar och mätningar samt förändringar som hänför sig till den genomförda vården (åtgärder, rehabilitering, läkemedelsbehandling och andra vårdåtgärder), diagnos eller besöksorsak.

### Ospecificerad

Ospecificerad fas av vårdprocessen används i situationer där det inte är meningsfullt att använda någon av de specificerade faserna, till exempel i samband med intyg.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Valvira. Journalhandlingar. <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/journalhandlingar>

<sup>27</sup> THL Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter 03/2022. Tabell 6.1. Ärendehelheter som ska dokumenteras under olika faser i vårdprocessen. Tabell s. 39

I 12 § i journalförordningen framgår det att rehabiliteringsplanen ska föras in i journalhandlingarna i likhet med recept, läkarutlåtanden, intyg och invaliditetsintyg. Vidare framkommer det att i journalen ska antecknas basuppgifter om patienten samt ordnande av vård, tillhandahållande av vård och uppföljning. Det ska framgå vilken yrkesutbildad person som gjort anteckningen och vid vilken tidpunkt. Patientens samtliga servicehändelser ska dokumenteras, i vilka det ingår till exempel diagnos, operationsberättelse, misstänkta skador, risker, konsultationer, slututlåtande och information till patienten.

En rehabiliteringsplan ska upprättas för individen för att erhålla medicinsk rehabilitering, eller krävande medicinsk rehabilitering. I 4a § i patientlagen framgår att det inom hälso- och sjukvården vid behov ska utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering. Vidare framgår det hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ska ordnas samt att planen ska upprättas tillsammans med patienten och/eller närstående. Som lyder av regeringspropositionen 77/2004 rd ska planen grunda sig på medicinska eller odontologiska kriterier. Planen är av stor vikt för att underlätta informationsöverföring då patienten/klienten behöver både socialvårds- och hälso- och sjukvårdstjänster. Planen som uppgörs är inte ett förvaltningsbeslut, och innehållet i planen är levande/justerbar och ger inte patienten per automatik rätt till de tjänster som föreslagits i planen. Dock framkommer det även att var och en, enligt Finlands grundlag, är berättigad till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Bedömningen av vårdbehovet ska ske på individuell basis och ska vara grundad i godtagbara kriterier inom odontologi eller medicin. En plan behöver inte heller upprättas om det är uppenbart att en plan inte är nödvändig såsom till exempel vid handledning eller vid tillfällig rådgivning.<sup>28</sup> Rehabiliteringsplanen kan antecknas som en journalanteckning, som ett B-utlåtande eller som FPA:s rehabiliteringsplan.<sup>29</sup>

*"I rehabiliteringsplanen fastställs patientens behov av rehabilitering samt rehabiliteringens mål, på vilket sätt rehabiliteringen ska genomföras samt vilka instanser som lämpligen kan ordna rehabiliteringen".<sup>30</sup>* Rehabiliteringsplanen uppgörs av en läkare i samråd med patienten och/eller hans anhöriga. Vid behov behandlas behovet av och möjligheterna till rehabilitering i en multiprofessionell grupp. Den multiprofessionella gruppens sakkunskap är av vikt för att bedöma rehabiliteringsförmåga och funktionsförmåga "...hos personer med grav funktionsnedsättning eller hos personer med neurologiska sjukdomar, exempelvis strokepatienter".<sup>31</sup>

I 42 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår att en individuell skriftlig rehabiliteringsplan upprättas för att beskriva behovet av medicinsk rehabilitering. Det framgår inte i förarbetena heller desto närmare om innehållet i själva rehabiliteringsplanen, eller närmare förklaring kring den medicinska rehabiliteringen.<sup>32 33 34</sup>

En rehabiliteringsplan uppgörs av en läkare som har ansvaret för denna, om det inte finns tillgång till en multiprofessionell grupp. Det ska framgå hurdan slags rehabilitering patienten bedöms ha behov

---

[https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/86890061/THL\\_Allman\\_handbok\\_for\\_dokumentation\\_av\\_patientuppgifter2022.pdf](https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/86890061/THL_Allman_handbok_for_dokumentation_av_patientuppgifter2022.pdf)

<sup>28</sup> RP 77/2004 rd, s. 46–47.

<sup>29</sup> Rehabiliteringshuset. Hälsobyn. Kuntoutussuunnitelmani - opas kuntoutujalle

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/oma-kuntoutuminen/kuntoutussuunnitelmani-opas-kuntoutujalle/mik%C3%A4-on-kuntoutussuunnitelma>

<sup>30</sup> RP 90/2010 rd, s. 130

<sup>31</sup> A.a.

<sup>32</sup> Fr 28/2010–2011

<sup>33</sup> SMU betänkande, 15/2010–2011

<sup>34</sup> Stora utskottets betänkande, 4/2010–2011

av. Planen upprättas för minst ett år, maximalt för tre år.<sup>35</sup> I förarbetet till rikets hälso- och sjukvårdslag framgår det dock att den multiprofessionella gruppen är viktig för sakkunskapen så att patientens funktionsförmåga kan fastställas och rehabiliteringsbehovet kan identifieras.<sup>36</sup>

Enligt ÅHS ska patientens funktionsförmåga och sociala situation ingå tillsammans med konkreta mätbara mål, terapier, och utvärdering och uppföljning i rehabiliteringsplanen. Det ska vara möjligt att mäta effekten av den medicinska rehabiliteringen objektivt och inte endast på en subjektiv bedömning. Vidare utarbetas planen tillsammans mellan läkare, patient, anhörig och sakkunniga. Patienten har även möjlighet att kalla andra personer till mötet enligt önskemål.<sup>37</sup>

THL beskriver att rehabiliteringsvyn (REH) i journalen ska användas för rehabiliteringstjänster. Denna vy används specifikt för personal som arbetar inom rehabiliteringen. Även fysio- och ergoterapeuter använder denna huvudvy, med yrkesspecifika undervyer. Specialitetsvyerna används främst av läkarna (tex. inom kirurgi- medicin- och akutsjukvård) och yrkesspecifika vyer av andra legitimerade yrkesgrupper (till exempel sjukskötare).<sup>38</sup>

Innehållet i rehabiliteringsplanen som fogas till ansökan om krävande medicinsk rehabilitering är formulerat i detalj på FPA:s hemsida.<sup>39</sup> I rehabiliteringsplanen ska det framgå bland annat diagnoser, funktionsnedsättning och dess påverkan på vardagen, begränsningar och styrkor, tidigare rehabilitering, patientens egen motivation, val av rehabiliteringsmetod, behandling under rehabilitering och uppföljning.<sup>40</sup>

---

<sup>35</sup> RP 332/2014, s. 13

<sup>36</sup> RP 90/2010, s. 130.

<sup>37</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier. 2023.

<sup>38</sup> THL. Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter. Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter. Taina Kauvo och Heikki Virkkunen (red.). 03/2022.

[https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/86890061/THL\\_Allman\\_handbok\\_for\\_dokumentation\\_av\\_patientuppgifter2022.pdf](https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/86890061/THL_Allman_handbok_for_dokumentation_av_patientuppgifter2022.pdf)

<sup>40</sup> FPA. Rehabiliteringsplan för krävande medicinsk rehabilitering. <https://www.kela.fi/samarbetspartner-halsovardspersonal-lakarutlatanden-och-lakarintyg-lakarutlatande-b-rehabilitering-kravande-medicinsk-rehabilitering>



Tabell 2. Jämförelse av innebörd och tolkning av begrepp

	Åland	Riket	WHO/Rehab.Int.	Sverige
<b>Rehabilitering</b>	Definieras inte i lag, men "rehabilitering" används synonymt med medicinsk rehabilitering	Definieras inte i lag, men "rehabilitering" används synonymt med medicinsk rehabilitering Enligt FPA:s förmånstermer: verksamhet som syftar till att bevara, förbättra eller återställa arbets- eller funktionsförmågan. Kan vara medicinsk eller yrkesinriktad. Grundas i regel på en rehabiliteringsplan och förutsätter multiprofessionellt samarbete.	Optimera funktion och minska funktionsnedsättning för individer i alla åldrar. Gäller tillfälliga och kroniska sjukdomar (WHO) Rehabilitering beskrivs innebära att återta funktion, förmåga och kunskap som förlorats eller som hotar att förloras p.g.a. en funktionsnedsättning eller en försämring av denna (Rehabilitation International)	Att bibehålla funktioner eller förbättra en förvärvad funktionsnedsättning.
<b>Habilitering</b>	Existerar inte i lagstiftning. På ÅHS: Habilitering = medicinsk rehabilitering för barn och unga under 18 år	Existerar inte i lagstiftning. Enligt FPA:s förmånstermer: <i>I svenskan används också termen habilitering om verksamhet som syftar till att uppnå arbets- eller funktionsförmåga. En sådan situation uppträder när arbets- och funktionsförmågan inte utvecklats på grund av en skada som är medfödd eller har uppkommit i tidig barndom. Termen rehabilitering används om verksamhet som syftar till att återställa arbets- eller funktionsförmågan. En situation av det slaget uppträder när arbets- eller funktionsförmågan har försvagats längre fram i livet till följd av sjukdom eller olycksfall.</i> <sup>41</sup>	Funktionsnedsättning ska uppnå, behålla eller förbättra den dagliga funktionen (Rehabilitation International)	Att uppnå arbets- eller funktionsförmåga och delaktighet hos en klient som har en medfödd skada eller en skada som uppkommit i tidig barndom
<b>Medicinsk rehabilitering</b>	42 § hälso- och sjukvårdslagen	29 § rikets hälso- och sjukvårdslag	Existerar inte	Existerar inte
<b>Krävande medicinsk rehabilitering</b>		10 § rehabiliteringsförmånslagen	Existerar inte	Existerar inte

Följaktligen kan det anses att begreppen rehabilitering och habilitering är internationellt sett vedertagna, medan medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering används i riket och på Åland. Medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering används således för såväl begreppet habilitering som för begreppet rehabilitering.

<sup>41</sup> FPA-termer – Förmånsrelaterade begrepp, 6 upplagan, 2021, s. 243–245.  
[https://sanastokeskus.fi/tiedostot/pdf/Kelan\\_terminologinen\\_sanasto\\_6laitos.pdf](https://sanastokeskus.fi/tiedostot/pdf/Kelan_terminologinen_sanasto_6laitos.pdf)

## 3 Resultat av hörande

I kapitlet som följer lyfts de identifierade utmaningar som framkommit på basen av hörandena, vilka reflekteras mot bakgrundsmaterialet som presenterats i tidigare kapitel.

### 3.1 Lagstiftning och förordning

Definitioner och begrepp i lag och förordning behöver vara tillräckligt tydliga så inte tolkningsfel kan göras. Nedan beskrivs behovet av förtydligande.

#### 3.1.1 Lagstiftning

I den nu gällande lagstiftningen finns det anledning att se över begrepp som skapar otydlighet och felaktig tolkning. 21 § 6 mom. i socialvårdslagen och 37 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen bör ändras så det tydligt framgår att det som avses med rehabilitering är medicinsk rehabilitering, vilket även preciserades av social- och hälsovårdsministeriet. Såsom framkom i hörandena är betydelsen av lagstiftningens begrepp "rehabilitering" oklart och behöver preciseras för att inte riskera en felaktig tolkning.

Begrepp som används inom hälso- och sjukvården bör återfinnas i lagtext eller i förordning. I lagtext förekommer i dagsläget inget begrepp som benämns habilitering, varpå begreppet antingen bör föras in i lagtext alternativt följs samma linje som riket och benämningen medicinsk rehabilitering för barn och unga används istället för att precisera målgruppen som erhåller medicinsk rehabilitering.

Med anledning av att begreppet "habilitering" är internationellt definierat och vedertaget<sup>42</sup> kunde det vara fördelaktigt att införa begreppet i lag. Även om rikets lag och rekommendationer är starkt vägledande gällande medicinsk rehabilitering saknas begreppet habilitering i finskan. Nedan framgår att begreppet habilitering används i svenskan som följer:

I svenskan används också termen habilitering om verksamhet som syftar till att uppnå arbets- eller funktionsförmåga. En sådan situation uppträder när arbets- och funktionsförmågan inte utvecklats på grund av en skada som är medfödd eller har uppkommit i tidig barndom. Termen rehabilitering används om verksamhet som syftar till att återställa arbets- eller funktionsförmågan. En situation av det slaget uppträder när arbets- eller funktionsförmågan har försvagats längre fram i livet till följd av sjukdom eller olycksfall.<sup>43</sup>

Införande av begrepp i den åländska lagstiftningen vilka saknas i rikets lagstiftning kunde eventuellt medföra problem då begreppen inte skulle vara harmoniserade. Med anledning av att socialförsäkringssystemet, FPA:s förmåner och förhållandet till den krävande medicinska

---

<sup>42</sup> Rehabilitation International. Habilitation & Rehabilitation. <https://www.riglobal.org/projects/habilitation-rehabilitation/>

<sup>43</sup> TEPA-Termipankki. <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/habilitering>

rehabiliteringen är rikets behörighet rekommenderar arbetsgruppen att begreppet habilitering slopas, och istället används begreppet medicinsk rehabilitering för barn och unga.

I rikets specificeras de olika delarna av sjukvården såsom primärvård och specialistsjukvård, i vilka medicinsk rehabilitering nämns specifikt. Den åländska hälso- och sjukvårdslagen saknar en liknande skrivning. Genom att införa en dylik skrivning i hälso- och sjukvårdslagen kunde det åtminstone klarläggas att medicinsk rehabilitering kan ingå inom flera verksamhetspunkter på olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvården. Således kan det konstateras det att medicinsk rehabilitering inte endast är förbehållet till specialistsjukvården.

Intressant är att den instruktion som syftade till att specificera medicinsk rehabilitering innehöll beskrivning av medicinsk rehabilitering inom både primär- och specialistsjukvård.<sup>44</sup> Denna specificering har således helt frångåtts i förarbetena till den åländska hälso- och sjukvårdslagen.

Gällande 40 § 2 mom. i den åländska hälso- och sjukvårdslagen är skrivningen relativt diffus; *"medicinsk rehabilitering i samband med psykiska symtom och sjukdomar"*, vilken inte definierar innehållet alls. Här finns även utrymme att närmare tydliggöra vad som de facto avses antingen i lag eller i förordning.

Sammantaget kan det konstateras att den åländska lagstiftningen saknar tydliga definitioner över relevanta begrepp, vilket ökar risken för feltolkningar och missförstånd.

### 3.1.2 Förordning

I 55 § 5 punkten i den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår det att landskapsregeringen kan utfärda närmare bestämmelser genom förordning om den medicinska rehabiliteringen.

Eftersom det finns en förordningsfullmakt i den åländska hälso- och sjukvårdslagen bör denna användas för att förtydliga och utveckla regleringen kring den medicinska rehabiliteringen. Av förarbetena till den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår även att:

Avsikten är att närmare bestämmelser om den medicinska rehabiliteringen ska införas i förordning.<sup>45</sup>

Arbetsgruppen konstaterar att det kan anses finnas behov av en förordning som närmare beskriver innehållet i medicinska rehabiliteringstjänster genom definitioner, i syfte att förtydliga innebörden av begreppen och av ansvarsfördelningen. Det kunde också vara fördelaktigt att i förordningen förtydliga vad som avses med en rehabiliteringsplan. Innehållet i en eventuell kommande förordning är inte begränsat då det inte är särskilt reglerat i den åländska hälso- och sjukvårdslagen.

Från kommunala aktörer har det lyfts fram en uppfattning om att individer 65 år och äldre inte får medicinsk rehabilitering.

---

<sup>44</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009, s. 9.

<sup>45</sup> FR 28/2010–2011, s. 21.

Enligt ÅHS förekommer ingen åldersbegränsning gällande medicinsk rehabilitering. År 2022 erhöll flertalet patienter över 65 år medicinsk rehabilitering på ÅHS vårdavdelning 2, på paramedicinsk mottagning men även besök till andra avdelningar har utförts av paramedicinsk mottagning då patienterna varit ineliggande. Den tillgängliga statistiken från ÅHS påvisar följande antal besök respektive patienter över 65 år som fått medicinsk rehabilitering.

Tabell 3. Patientbesök patienter 65 år och äldre, Paramedicinsk mottagning ÅHS, år 2022

PARAMEDICIN <sup>46</sup> ÅR 2022	Totalt antal besök	Antal första bes. På mott.	Antal bes. ineliggande pat.	Antal pat. m.bet.förb.
<b>Fysioterapi</b>	<b>3036</b>	<b>408</b>	<b>4199</b>	<b>15</b>
<b>Ergoterapi</b>	<b>484</b>	<b>139</b>	<b>672</b>	<b>0</b>
<b>Talterapi</b>	<b>61</b>	<b>7</b>	<b>281</b>	<b>4</b>

Tabell 4. Patienter 65 år och äldre, vårdavdelning 2 ÅHS, år 2022

VÅRDAVDELNING 2 <sup>47</sup> ÅR 2022	Antal patienter	Antal vårddygn
<b>Avdelning 2A</b>	<b>10</b>	<b>75</b>
<b>Avdelning 2 B</b>	<b>14</b>	<b>78</b>
<b>Avdelning 2 C</b>	<b>12</b>	<b>59</b>

Arbetsgruppen rekommenderar att i förordningen tydliggöra vem som är ansvarig att tillhandahålla medicinsk rehabilitering och i vilken utsträckning, särskilt med tanke på att det finns skilda uppfattningar om att individer 65 år och äldre inte får medicinsk rehabilitering.

Ålands handikappförbund lyfte fram behovet av en förordning gällande hjälpmedelstjänster. Även om arbetsgruppen begränsades till att inte granska hjälpmedel specifikt, kan det anses finnas belägg för en liknande förordning som i riket vilken omfattar hjälpmedel inom rehabiliteringen.

<sup>46</sup> "Paramedicin bedriver ergoterapi, fysioterapi, talterapi, neuropsykologikutredningar, näringsterapi, samt erbjuder socialkurator-tjänster, och ansvarar för en omfattande hjälpmedelscentral. Paramedicinska mottagningen erbjuder ÅHS samtliga kliniker tjänster för att habilitera, rehabilitera, och stödja patienter gällande nutrition och sociala frågor" (ÅHS Verksamhetsberättelse 2022, s. 22. <https://www.ahs.ax/sites/default/files/attachments/page/VB%202022%20version%203.pdf>)

<sup>47</sup> Geriatrisk rehabilitering, rehabiliteringsmedicin, 6 dagrehabilitering samt läkarmottagning för rehabiliteringsmedicin. (ÅHS Verksamhetsberättelse 2022, s.20 <https://www.ahs.ax/sites/default/files/attachments/page/VB%202022%20version%203.pdf>)

## 3.2 Ansvar och samarbete gällande medicinsk rehabilitering

Ålands hälso- och sjukvård är ålagd att ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård i enlighet med 42 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen. Medicinsk rehabilitering omfattar såväl somatisk som psykiatrisk rehabilitering. Med anledning av att ansvarsfördelningen mellan ÅHS, kommuner, boenden och institutioner har preciserats genom samverkansavtal, är det av vikt att granska även vilka implikationer dessa avtal medför samt påtala för avtalsparterna att det säkerställs att ansvarsfördelningen är tydlig i samverkansavtalen.

### 3.2.1 Samverkansavtal

I såväl 69 § i socialvårdslagen som i 19a § åläggs kommuner och Ålands hälso- och sjukvård att ingå samverkansavtal i syfte att bilda en funktionell helhet för klienten inom de områden som fastställs i socialvårdslagens 20,21,22,24 och 25 §§ samt i den åländska hälso- och sjukvårdslagens 35,37,38a,40 och 41 §§. Innehållet i samverkansavtalen regleras av 2 § i förordningen om samverkansavtal.

I samverkansavtal om institutionsvård<sup>48</sup> framkommer det att kommunen ansvarar för rehabiliteringstjänsterna och att det finns tillgång till rehabiliteringspersonal såsom fysio- och ergoterapeuter.

Gällande samverkansavtal om boendeservice<sup>49</sup> tydliggörs det att ÅHS bär ansvaret för rehabiliteringstjänster och hälso- och sjukvårdstjänster. I detta ingår medicinsk rehabilitering som kan vara tillfällig eller långvarig och omfattar samtliga ålderskategorier och såväl somatiska som psykiatriska tillstånd. Vidare nämns det att den medicinska rehabiliteringen ska planeras och följas upp.

I samverkansavtal för förebyggande av psykisk ohälsa och arbete för psykisk hälsa klarläggs det att ÅHS ansvarar för den medicinska rehabiliteringen i samband med psykiska symtom och sjukdomar. Efter att en patient skrivits ut från den psykiatriska avdelningen är det delat ansvar för rehabiliteringen, där ÅHS ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och KST för den sociala rehabiliteringen.<sup>50</sup>

KST framförde i hörandet ett behov av synkroniserade bedömningar och medicinering för klienternas bästa. Detta kunde möjligen regleras via samverkansavtal. Lagstiftningen framhåller även att samverkansavtalens syfte är att socialvård och hälso- och sjukvård skapar en funktionell helhet för patienten/klienten, vilket kunde vara en utgångspunkt för synkroniserade bedömningar. Av hörandena framkom det att vanligen sker rehabiliteringen som parallella spår mellan den somatiska och den psykiatriska rehabiliteringen, och att endast i de fall där den somatiska rehabiliteringen är övervägande sker rehabiliteringen som helhet på Vårdavdelning 2.

---

<sup>48</sup> Samverkansavtal gällande service på institution

<sup>49</sup> Samverkansavtal om boendeservice

<sup>50</sup> Samverkansavtal före förebyggande av psykisk ohälsa och arbete för psykisk hälsa.

### 3.2.2 Ansvar för medicinsk rehabilitering på institution, boendeservice och inom kommunerna

Såväl boendeservice som institutionsvård ingår i socialvård, vilket är kommunernas ansvar. Sjukhusvård för klienter inom kommunerna är ÅHS ansvar, medan institutionerna ansvarar för den interna sjukvården, exklusive läkartjänsterna, vilket ÅHS tillhandahåller. ÅHS ansvarar vidare för den offentliga hälso- och sjukvården på Åland, vilket inbegriper medicinsk rehabilitering för alla invånare.

Det kan uppfattas som att det skett en sammanblandning av medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering, med anledning av att ÅHS använt begränsningar som i lag gäller för krävande medicinsk rehabilitering. Oberoende av ålder är ansvaret för medicinsk rehabilitering (hälso- och sjukvård) för boende inom serviceboenden, inom kommuner, ÅHS ansvar att sköta.

#### *Institution*

Av 22 § i socialvårdslagen framgår att:

*”Med service på en institution inom socialvården avses ordnande av vård och rehabiliterande verksamhet vid en verksamhetsenhet som ger fortlöpande vård inom socialvården”, 1 mom.*

*Med begreppet vård i 1 mom. som tillhandahålls av den kommunala socialvården avses på Åland omsorg och sådan sjukvård som inte kräver sjukhusvård, 3 mom.*

Följaktligen om medicinsk rehabilitering klassificeras som sjukvård är ansvaret institutionens och om medicinsk rehabilitering sker på sjukhus räknas detta som sjukhusvård, och är då ÅHS ansvar. Den åländska hälso- och sjukvårdslagen saknar definitioner på såväl sjukvård som sjukhusvård. I 24 § 1 punkten i rikets hälso- och sjukvårdslag definieras sjukvård som *”att undersöka sjukdomar, ställa medicinska och odontologiska diagnoser, ge vård och behandling, tillhandahålla nödvändiga förbrukningsartiklar enligt vårdplanen för behandling av långvarig sjukdom och ge den medicinska rehabilitering som behövs”*. Det framkommer inte i den åländska hälso- och sjukvårdslagen att den medicinska rehabiliteringen ska ske på sjukhus, utan endast i samband med sjukvård och att ansvarig part att ordna medicinsk rehabilitering är ÅHS. Respondenterna bekräftar att den medicinska rehabiliteringen kan utföras på annan plats än på ÅHS av yrkesutbildad hälso- och sjukvårdspersonal på basen av en läkares ordination.

I 42 § 7 punkten i den åländska hälso- och sjukvårdslagen förtydligas att medicinsk rehabilitering också är *”rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård som består av de åtgärder som nämns i punkterna 1–6”*.

I detaljmotivering till 22 § i socialvårdslagen framgår det att ÅHS förpliktigas att bistå med läkartjänster till samtliga klienter på institution i 37 § i den åländska hälso- och sjukvårdslagen. Tidigare var det endast äldre klienter på institution som hade rätt till läkartjänster från ÅHS. Därtill kan nämnas ånyo att följande framgår: *Ålands hälso- och sjukvårdstjänster och övrig rehabilitering, vård och*

*omsorg vid institutionen bildar en funktionell helhet för klienten. Beträffande samarbetet mellan den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård ska samverkansavtal ingås enligt 69 §.<sup>51</sup>*

För att en klient ska erhålla medicinsk rehabilitering förutsätts det att en läkarbedömning gjorts (eller bedömning av en multiprofessionell grupp) samt att en rehabiliteringsplan uppgjorts. Då en läkare som handhar sjukvård på en institution bedömer att en klient är i behov av medicinsk rehabilitering, eller om en klient boende på institution genomgått operation av en fraktur, med därpå följande rehabiliteringsbehov, får således denna klient inte medicinsk rehabilitering via ÅHS, utan ansvaret tillfaller institutionerna i enlighet med den tidigare instruktionen<sup>52</sup> var det framgick det att boende på institution inte var berättigade till medicinsk rehabilitering, utan någon närmare förklaring. Institutionerna själva menar att de inte heller tillhandahåller medicinsk rehabilitering för klienterna, men däremot "rehabilitering". Denna begränsning har även följt med i ÅHS-dokument uppdaterat år 2023.<sup>53</sup>

Ytterligare av vikt att notera är att det inte anses föreligga någon större skillnad mellan den rehabilitering som ÅHS erbjuder vilken benämns medicinsk rehabilitering, och den rehabilitering som ges på Oasen då klienten flyttats dit. Rehabiliteringen på Oasen ges enligt givna läkarinstruktioner, men benämns "övrig rehabilitering", enligt respondenterna. Skäligt vore att anta att såtillvida rehabiliteringen utförs av sakkunniga, på samma sätt, är det fortsättningsvis medicinsk rehabilitering, och ingenting annat. Definition av övrig rehabilitering saknas.

Oasens institutionsvård nyttjas delvis idag som rehabiliteringsavdelning av ÅHS då patienter flyttas över i ett tidigt skede av rehabiliteringen. Oasen anser själva att de har kapacitet att ta hand om fler rehabiliteringspatienter. Mariehamns stad är intresserade av att utveckla och ta över det förebyggande rehabiliteringsarbetet från ÅHS.

Att notera är även att såväl Oasen som Trobergshemmet minskar sina institutionsplatser till förmån för serviceboende. De klienter som har behov av institutionsvård är idag i största utsträckning patienter i palliativ vård. Således, om utvecklingen framskrider så som både Mariehamns stads äldreomsorg och Oasen aviserar, finns det snart få eller inga institutionsplatser kvar inom socialvården. Även Sunnanbergs organisationsform omvandlades från institution till serviceboende med heldygnsomsorg per 1.1.2022.<sup>54</sup> Institutionsvård förekommer inte enbart som institutionsvård för äldre, utan tjänster inom institutionsvård ordnas även inom ramen för KST:s verksamhet.

Arbetsgruppen bedömer att det är nödvändigt att utreda rättsläget för institutionsklienters rätt till medicinsk rehabilitering från ÅHS. Å ena sidan finns det inte uttryckligt stöd i lag för att ÅHS ska bistå med medicinsk rehabilitering inom institutionerna specifikt. Å andra sidan är ÅHS ålagda att bistå med läkartjänster till institutionerna för samtliga klienter, och ÅHS är ålagda att sköta medicinsk rehabilitering i samband med sjukvård. Enligt den åländska hälso- och sjukvårdslagen framgår det tydligt att medicinsk rehabilitering kan bedrivas på institution och inom öppenvården. Att en klient som är boende på institution, oberoende av typ av institution, inte skulle vara berättigad till specialkunskap från ÅHS medicinska rehabilitering kunde anses vara diskriminerande. Ytterligare ska socialvården tillsammans med ÅHS genom samverkansavtal fastställa bland annat

---

<sup>51</sup> LF 21 /2018–2019

<sup>52</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009

<sup>53</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Rehabiliteringsplaner och medicinsk rehabilitering gällande terapier. 2023.

<sup>54</sup> Ålands statistik och utredningsbyrå. Verksamhet inom kommunernas socialvård 2022. 2023.

<https://www.asub.ax/sv/statistik/verksamhet-inom-kommunernas-socialvard-2022>

ansvarsfördelningen. I samverkansavtalet framgår det dock att institutionerna ska ansvara för rehabiliteringen, utan någon närmare bestämmelse kring vilken slags rehabilitering som avses. Syftet med samverkansavtalen är att skapa en funktionell helhet för klienten, och därmed att förenkla samarbetsprocesserna. Dock förefaller det ännu finnas utvecklingspotential gällande samarbetet, speciellt med hänsyn till att KST, kommunerna och Oasen själva anser att de inte innehar tillräckligt med kompetens och/eller resurser att bedriva somatisk och/eller psykiatrisk rehabilitering fullt ut.

Om ÅHS ska överta ett större ansvar för rehabiliteringen jämfört med idag, behöver en djupgående konsekvens- och kostnadsanalys genomföras för att kartlägga ekonomiskt ansvar för resurser som behövs för den medicinska rehabiliteringen.

### *Hjälpmedel*

Vid övergång från vård i ÅHS regi till vård vid socialvårdens institutioner får klienterna inte längre behålla de personliga hjälpmedel som lånats ut via ÅHS, utan istället är institutionerna tvungna att köpa in egna hjälpmedel. Hjälpmedel är en del av den medicinska rehabiliteringen. Det är oklart vilket syftet är med detta förfarande då klienterna behöver överlämna de personliga hjälpmedlen vid flytt till institution. Möjligen kan denna reglering vara kvarstående från instruktionen. I instruktionen formulerades följande: *"Principiellt bekostar ÅHS personliga hjälpmedel som är avsedda att avhjälpa en på medicinska grunder konstaterad funktionsnedsättning, när situationen uppfyller kriterierna för medicinsk rehabilitering"*.<sup>55</sup> Dock noteras i 1.5 i samma instruktion att klienter inskrivna på institution inte omfattas av medicinsk rehabilitering.<sup>56</sup> Laga grund för denna begränsning är oklar.

### *Medicinsk rehabilitering inom serviceboende och kommuner*

Individer 65 år och äldre är berättigade till medicinsk rehabilitering i likhet med all annan hälso- och sjukvård. Den enda begränsningen som är reglerad i lag berör krävande medicinsk rehabilitering i § 9 i rehabiliteringsförmånslagen var ålder (65 år) nämns som en begränsande faktor. Det upplevs idag som att det inte förekommer någon medicinsk rehabilitering i de kommuner som hörts. Mariehamns stad menar att rehabiliteringen fungerar för dem som varit i kontakt med sjukvården, men det viktiga förebyggande arbetet saknas. Respondenter för Saltvik och Finström menar att ingen av klienterna inom äldrevården får medicinsk rehabilitering från ÅHS. Här finns utrymme för utveckling, där ÅHS rekommenderas ta en aktivare roll i den medicinska rehabiliteringen.

Att i arbetet använda sig av ett rehabiliterande arbetssätt har inte kunnat definieras som medicinsk rehabilitering. Medicinsk rehabilitering ska vara ordinerad av läkare och följa en plan med fastställda mål, oavsett om det är fråga om kort- eller långvarig rehabilitering i enlighet med uppgifter som

---

<sup>55</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009, s. 7.

<sup>56</sup> Ålands landskapsregering. Instruktion för handläggning av medicinsk rehabilitering. 2009, s. 3.



framkommit i hörandena. Dock framgick det i ÅHS dokument från 2019 att rehabilitering utöver terapier också är vardaglig aktivitet som till exempel stöder patienten att gå på toaletten, att sitta och att röra sig.<sup>57</sup> Dock är det inte fastslaget att "rehabilitering" i detta avseende betyder medicinsk rehabilitering. I den uppdaterade versionen från 2023 framgår inte längre specifikt att vardaglig aktivitet är rehabilitering. Vidare framgår följande:

När målen uppnåtts eller om terapins inverkan i patientens vardag inte har effekt avslutas den medicinska rehabiliteringen. Patienten kan då fortsätta med egen träning i form av friskvård eller rekommenderas få stöd i vardagliga aktiviteter via KST/kommunen.<sup>58</sup>

För bästa möjliga resultat med habiliteringen (medicinsk rehabilitering för barn och unga) bör alla parter som ingår i barnets vardag vara en del av habiliteringen. D.v.s. habiliteringen behöver utöver den rehabilitering som ges av yrkesprofessionella pågå även under skoltid, daghemstid och på fritiden. Rehabiliteringsplanerna skrivs för ett år i taget, i enstaka fall för två år. Att få rehabiliteringsplaner som pågår under fem till tio år, med terapier som ger god effekt skulle vara bra framkom i ett hörande. Därtill ansågs det vara nödvändigt att på sikt skapa gemensamma rehabiliteringsplaner och samverkansavtal mellan skola, barnomsorg och sjukvården för barnets sociala rehabilitering. Det lyftes även fram att barnomsorgen och skolan behöver synliggöras mer i rehabiliteringen av barn och unga, då rehabilitering är mer än hälso- och sjukvård. Dessutom ansågs det finnas behov av samordning av skolpsykologerna och att ställa högre krav på rehabiliterande perspektiv för alla aktörer.

Med anledning av att det framkommit skillnader i handläggning av den medicinska rehabiliteringen på ÅHS mellan barn- och vuxenrehabilitering finns det skäl att se över rutiner. Som uttrycktes av habiliteringens respondenter är det till fördel om även primärvården kunde skapa en liknande roll som den på barnkliniken, i syfte att underlätta rehabiliteringsprocessen för de individer som behöver det stödet. Detta underlättar även för de närstående som inte då behöver ta ansvaret för uppföljning och liknande.

### 3.2.3 Hemrehabilitering

65-årsgränsen som används för att kategorisera "äldre", upplevs leda till en försämring. Då en person fyller 65 år omfattas hen av äldrelagen, vilket upplevs av respondenterna som att personen "*hamnar mellan stolarna*" och ansvaret för medicinsk rehabilitering blir oklart. Detta trots att äldrelagens syfte, enligt 1 §, är att "*stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand*" samt "*...att säkerställa tillgången till individuellt anpassade socialvårds- och hälso- och sjukvårdstjänster...*". Vidare ska äldrelagen komplettera socialvårds- och den åländska hälso- och sjukvårdslagstiftningen, i enlighet med 2 § i äldrelagen.

Hemrehabilitering kan utgöra en del av medicinsk rehabilitering, vilket framförs i hörande med vårdavdelning 2. Även Mellersta Österbottens välfärdsområde erbjuder hemrehabilitering inom ramen

---

<sup>57</sup> ÅHS. Rehabiliteringsplaner och medicinsk rehabilitering gällande terapier. 2019.

<sup>58</sup> ÅHS. Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier. 2023, s. 4.

för medicinsk rehabilitering med klar rehabiliteringsplan, men även hemrehabilitering kan ges på en enklare nivå. I rehabiliteringsförmånslagen framgår det tydligt att krävande medicinsk rehabilitering kan ges som hemrehabilitering. Av 10 § i rehabiliteringsförmånslagen framgår att krävande medicinsk rehabilitering kan genomföras som hembesök i rehabiliteringsklientens vardagsomgivning, om det behövs för att målen för rehabiliteringen ska uppnås och för att rehabiliteringen ska vara effektiv eller för att rehabiliteringsklientens hälsotillstånd kräver detta eller om resan utgör en påfrestning för rehabiliteringsklienten. Med grund i detta måste det anses fastställt att hemrehabilitering är en del av medicinsk rehabilitering (även om det inte har specificerats i lag, men inte heller uteslutits genom lag), varpå ansvaret tillfaller ÅHS. Det rekommenderas att hemrehabilitering specificeras i en förordning och på vilka sätt detta kan genomföras i likhet med specificeringen som framgår av rehabiliteringsförmånslagen i riket.

Motstridiga uppgifter beträffande behovet av hemrehabilitering framkommer i hörandena. Enligt ÅHS Vårdavdelning 2 finns det i regel alltid plats på avdelningen för rehabilitering och därmed är det svårt att identifiera och motivera ett behov av utökade rehabiliteringstjänster i hemmet. För det eventuella fåtal patienter som skulle komma i fråga, skulle det krävas en hel del resurser. Dock har hemrehabilitering diskuterats i ett tidigare skede och studiebesök har gjorts till hemrehabiliteringsenheter. Det beskrivs att hemrehabilitering eventuellt kunde ges i slutfas av rehabiliteringen eller som uppföljning i hemmet. I dagsläget finns det inte längre någon möjlighet till hemrehabilitering för klienter inom Mariehamns äldreomsorg. Däremot anser Mariehamns stads äldreomsorg att det föreligger ett stort behov av rehabilitering i det egna hemmet för äldre klienter, då många äldre personer helst inte lämnar hemmet för att åka till sjukhuset. Även paramedicinska mottagningen stöder utveckling av hemrehabilitering.

Resurserna för medicinsk rehabilitering tenderar att framförallt vara koncentrerade till den specialiserade sjukvården inom sjukhuset. Medicinsk rehabilitering nämns förekomma inom primärvårdens hälsocentral som övertar ansvaret för en del av patienterna som övergått till medicinsk rehabilitering för vuxna efter att ha behandlats inom barn- och ungdomskliniken. Även Oasen bekräftar att det finns underutnyttjade platser för medicinsk rehabilitering inom institutionsvården. Äldrelagens 16 § stadgar att långvarig vård och omsorg i första hand ges med hjälp av öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården som ges i den äldre personens hem och övriga öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården. Ett led i detta kunde vara att den åländska hälso- och sjukvårdslagen stadgar om medicinsk rehabilitering inom primärvården/öppenvården, den nivå där hemrehabilitering naturligt skulle höra hemma.

Saltvik och Finström lyfter fram att ingen av de klienter som är över 65 år, boende i respektive kommuner erhåller medicinsk rehabilitering, och planer för densamma saknas. KST framför även att många klienter inte längre får tillgång till tjänster då de åldras samt att det saknas rehabiliteringsplaner för såväl barn som vuxna, eller att de inte kommer socialvården till kännedom. I ÅHS dokument "Rehabiliteringstjänster"<sup>59</sup> framgår det dessutom att rehabiliteringstjänsterna är till för alla åldrar. Som framkommit av ÅHS statistik gällande medicinsk rehabilitering för personer över 65 år kan det konstateras att medicinsk rehabilitering ges. Däremot är det inte klart fastställt i vilken utsträckning medicinsk rehabilitering bedrivs i patientens hem eller på boende av ÅHS medicinska rehabiliteringspersonal. Då antal första besök på ÅHS paramedicinsk mottagning slås ut på den totala

---

<sup>59</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Våra rehabiliteringstjänster.2021.

befolkningsmängden över 65 år på Åland år 2022<sup>60</sup> motsvarar detta 7,6 % som fått medicinsk rehabilitering på mottagning. Det är inte möjligt att dra några närmare slutsatser baserat på de presenterade data som finns tillgängliga, angående hur stor andel av 65 år och äldre som de facto har ett behov av och erhåller medicinsk rehabilitering.

### 3.3 Begrepp och innehåll

I flera höranden framkommer ett behov av att förtydliga begreppen rehabilitering, medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering samt gränsen mellan medicinsk rehabilitering och behandling.

Det kan konstateras att begreppen inte använts konsekvent, vid jämförelse av lagstiftning, dokument eller praxis. Det är därmed av största vikt att definiera begreppen, och använda dem i dess korrekta betydelse och miljö.

Som framgår tidigare är begreppet "rehabilitering" endast ett paraplybegrepp, vilket kan omfatta flertalet olika slags rehabiliteringsformer.<sup>61</sup> I 21 § i socialvårdslagen infördes begreppet "rehabilitering" men det som avsågs var egentligen medicinsk rehabilitering i enlighet med SHM:s förtydligande. Vidare framgår av 22 § i socialvårdslagen begreppet "övrig rehabilitering". I den åländska hälso- och sjukvårdslagen nämns också begreppet rehabilitering utan någon närmare specificering över vilken slags rehabilitering som avses.

Paramedicin framförde även att dokumentet *Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och terapier* kommer att uppdateras, och begreppet "gravt" stryks, vilket nu utförts i maj 2023, efter att höranden genomförts. Detta med anledning av att begreppet tagits bort i riket, då begreppet i sig kan uppfattas vara kränkande. Begreppet ströks i samband med den nya lagen om rehabiliteringsförmånslagens ikraftträdande år 2015. I regeringspropositionen 332/2014 framkom följande:

"Begreppet gravt handikappad anses vara onödigt stämplande för rehabiliteringsklienten och namnet krävande medicinsk rehabilitering beskriver bättre innehållet i den medicinska rehabilitering som Folkpensionsanstalten ordnar. Dessutom föreslås det betydande ändringar i förutsättningarna för beviljande av rehabilitering, vilket innebär att det blir möjligt att fatta beslut om rätten till rehabilitering utan att begreppet gravt handikappad behöver användas".

Som tidigare nämnts har i rikets hälso- och sjukvårdslag eller den åländska hälso- och sjukvårdslagen aldrig existerat en bestämmelse om att patienten ska vara "gravt" handikappad för att vara berättigad till medicinsk rehabilitering, utan begreppet "gravt" har endast omfattat kriterier för krävande medicinsk rehabilitering, vilka försvann i och med att rehabiliteringsförmånslagen uppdaterades 2015.

---

<sup>60</sup> Enligt ÅSUB var andelen 65 år och äldre 7240 personer år 2022. <https://www.asub.ax/sv/befolkning-befolkningsrorelsen>

<sup>61</sup> Rehabiliteringshuset. Hälsobyn. Rehabiliteringens delområden.

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/sv/information/rehabiliteringens-abc/rehabiliteringens-delomr%C3%A5den>

### 3.3.1 Terapiinnehåll gällande medicinsk och krävande medicinsk rehabilitering

Från höranden från ÅHS framkommer det att den krävande medicinska rehabiliteringens innehåll är helt och hållet densamma som den medicinska rehabiliteringen som ges på ÅHS. Skillnaden mellan de två uppges vara *"vem som bär kostnadsansvaret"* och *"miljön klienten vistas i"*. Litteraturen ger inte heller desto närmare förklaringar till de eventuella skillnaderna i de olika rehabiliteringarnas innehåll, annat än vad som framgår i regeringspropositionen 332/2014 rd vilken beskriver att den krävande medicinska rehabiliteringen kräver en särskild sakkunskap hos de professionella. Huruvida det skulle finnas en annan sakkunskap för dem som arbetar med krävande medicinsk rehabilitering jämfört med medicinsk rehabilitering kan dock inte fastställas på basis av hörandena. SHM:s specialsakkunniga inom rehabilitering framför att innehållet i de olika terapierna, oberoende om det handlar om krävande medicinsk rehabilitering eller medicinsk rehabilitering beskrivs i rehabiliteringsplanen. Innehållet regleras således av patientens behov. Beträffande krävande medicinsk rehabilitering är det vanligen patienter som har behov av multiprofessionella team som har en särskild sakkunskap, eller patienter som har behov av även socialvård eller funktionshinderservice. Krävande medicinsk rehabilitering kan även övervägas då patienten har flera olika problem på grund av sin sjukdom, om vården är mer tidskrävande än normalt, och om patienten behöver få särskilt mycket hjälp. Inte heller i FPA:s servicebeskrivningar framgår det exakt vad de olika terapierna innehåller.<sup>62</sup>

Den skillnad som har noterats mellan krävande medicinsk rehabilitering och medicinsk rehabilitering handlar om klientens funktion och om strukturer i organisationen. Den medicinska rehabiliteringen ges i direkt anslutning till sjukvård, vilket inte den krävande medicinska rehabiliteringen gör. FPA bekostar den krävande medicinska rehabiliteringen medan ÅHS bekostar medicinsk rehabilitering. Krävande medicinsk rehabilitering ges för minst ett år, och det krävs att en rehabiliteringsplan har uppgjorts. För medicinsk rehabilitering uppges det att det inte finns formkrav på hur planen ser ut, eftersom även en remiss för fysioterapi anses vara tillräcklig för kortvarig medicinsk rehabilitering.

För att beviljas krävande medicinsk rehabilitering måste klienten ha betydande svårigheter i det dagliga livet. Ett enskilt problem, till exempel nedsatt rörlighet i en led, är inte tillräckligt för att omfattas av krävande medicinsk rehabilitering,<sup>63</sup> vilket istället kan vara aktuellt för medicinsk rehabilitering. År 2022 beviljades 336 ansökningar om krävande medicinsk rehabilitering av FPA och 61 ansökningar avslogs på Åland vilket betyder att ca 30 % av ansökningarna avslogs. I avslagen ingår delavslag, vilket innebär att alla ansökta terapier inte beviljats eller att terapier inte beviljats i lika stor omfattning som det rekommenderats i rehabiliteringsplanen.

Totalt antal patienter som erhöll krävande medicinsk rehabilitering på Åland uppgick år 2022 till 397 personer.

Således kan det konstateras att skillnaden mellan när krävande medicinsk rehabilitering och medicinsk rehabilitering väljs står att finna i patientens funktionsnedsättning, skador och behov. Innehållet i terapierna kan vara detsamma i såväl medicinsk rehabilitering som i krävande medicinsk rehabilitering,

---

<sup>62</sup> Folkpensionsanstalten. Juridiska enheten för förmånstjänster, Gruppen för rehabiliteringstjänster. FPA:S servicebeskrivning för terapi. Terapi inom krävande medicinsk rehabilitering. 2019. <https://www.kela.fi/documents/20124/1034889/terapi-inom-kravande-medicinsk-rehabilitering.pdf/bac61532-0b3a-2d79-b5bb-1bbfdb143475?t=1662118215660>

<sup>63</sup> RP 332/2014 rd, s. 13.

men skillnaden handlar främst om tid, intensitet och krav på särskild kompetens hos personalen inom vissa specifika rehabiliteringstillstånd.

FPA:s respondent lyfte fram att det för Ålands del ännu inte är fastslaget vilken implikation en överföring av krävande medicinsk rehabilitering från FPA till välfärdsområdena skulle ha. FPA har i nuläget ansvar för den krävande medicinska rehabiliteringen för hela Finland. Samtidigt omfattas inte Åland direkt av den rehabiliteringsreform som pågår i riket, men kan tänkas komma att bli berörd om ändringar i FPA:s möjligheter att anordna krävande rehabiliteringstjänster förändras. Så som framgick av SHM:s promemoria gällande flerkanalsfinansieringen kan en dylik förändring bli svår att genomföra.<sup>64</sup>

### 3.3.2 Skillnad behandling och medicinsk rehabilitering

I flera av hörandena framkommer det att skiljelinjen mellan behandling, rehabiliterande sätt att arbeta och medicinsk rehabilitering är mycket otydligt. I praktiken har skillnaden ingen egentlig betydelse. Det är till exempel möjligt att betrakta rehabilitering efter operation som kortvarig medicinsk rehabilitering, i enlighet med den åländska hälso- och sjukvårdslagen. I dessa avseenden skrivs ingen regelrätt individuell rehabiliteringsplan, utan vanligen skrivs en fysioterapiremiss som baserar sig på årligen förutbestämda standardiserade riktlinjer som framtagits på kirurgkliniken. Därtill ges handledning och rådgivning till patienten även före operationen av sakkunniga ergoterapeuter eller fysioterapeuter enligt behov.

Mellersta Österbottens välfärdsområde menar att rehabilitering efter operation kan vara en del av vården, men också medicinsk rehabilitering då ett utökat behov av terapi behövs vilket noteras i en skriftlig individuell plan och efter att särskilt beslut om medicinsk rehabilitering fattas.

Inom psykiatrin framgår det att all terapi anses vara medicinsk rehabilitering, förutom rehabiliterande psykoterapi. Det konstateras dock även här att gränsdragningen mellan vad som är behandling eller medicinsk rehabilitering är mycket svår att fastställa.

## 3.4 Rehabiliteringsplaner

Så som presenterats i bakgrunden är det inte alltid nödvändigt att upprätta en vård- eller rehabiliteringsplan, speciellt då det är uppenbart onödigt som vid rådgivning och handledning vilket även ingår i medicinsk rehabilitering. Dessutom bekräftas det i de höranden som genomförts med

---

<sup>64</sup> Social- och hälsovårdsministeriet. Promemoria om flerkanalsfinansieringen och landskapet Åland. VN/15927/2021 VN/15927/2021-STM-13. 2021. [https://soteuudistus.fi/documents/1271139/2013549/VN\\_15927\\_2021-STM-13+Promemoria\\_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land++2048091\\_978475\\_0.pdf/9cf3391c-783b-911f-a0b1-54c05669afae/VN\\_15927\\_2021-STM-13+Promemoria\\_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land++2048091\\_978475\\_0.pdf?t=163661916900](https://soteuudistus.fi/documents/1271139/2013549/VN_15927_2021-STM-13+Promemoria_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land++2048091_978475_0.pdf/9cf3391c-783b-911f-a0b1-54c05669afae/VN_15927_2021-STM-13+Promemoria_+Flerkanalsfinansieringen+och+landskapet+%C3%85land++2048091_978475_0.pdf?t=163661916900)

ÅHS att det inte finns några fastställda formkrav för rehabiliteringsplanen. Även en fysioterapiemiss anses vara tillräckligt som en rehabiliteringsplan postoperativt. Enligt ÅHS uppdaterade riktlinjer har man förtydligat vissa formkrav avseende rehabiliteringsplanen. I rehabiliteringsplanen ska patientens funktionsförmåga och sociala situation ingå tillsammans med konkreta mätbara mål, terapier, utvärdering och uppföljning i rehabiliteringsplanen. I rehabiliteringsplanen fastställs även antalet terapisesessioner, vilka begränsas till 45 terapier/år och terapisor. Möjlighet finns till fler tillfällen, under förutsättning att en god motivering föreligger och att den multidisciplinära rehabiliteringsgruppen godkänner detta.<sup>65</sup> Varken den åländska hälso- och sjukvårdslagen eller rikets hälso- och sjukvårdslag stadgar om antal terapibesök.

FPA har tydliga krav på vad som ska ingå i en rehabiliteringsplan för krävande medicinsk rehabilitering, vilket kan ses i FPA:s ansökningsblankett om krävande medicinsk rehabilitering.<sup>66</sup> Utöver denna blankett godkänner FPA även ett B-utlåtande alternativt en fritt formulerad rehabiliteringsplan som dock ska innehålla samtliga fastslagna detaljer som ingår i KU 207-blanketten för att kunna godkännas.<sup>67</sup>

I 39 § i socialvårdslagen regleras i detalj vad som ska ingå i en klientplan. Förutom vad som föreskrivs i socialvårdslagen ska i en klientplan även antecknas det som framgår av 15 § i klienthandlingslagen. Någon liknande bestämmelse finns inte i den åländska hälso- och sjukvårdslagen. Däremot är det klart fastställt var en rehabiliteringsplan kan dokumenteras och vad som ska ingå i en journalanteckning. Endast yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har rätt att göra anteckningar i journalen. I 6 och 7 §§ i klienthandlingslagen stadgas om anteckning av klientuppgifter inom socialvården och hälso- och sjukvården i det interna samarbetet vid en verksamhetsenhet inom socialvården samt om anteckning av klientuppgifter vid sektors- och myndighetsövergripande samarbete.

Utvärdering av medicinsk rehabilitering ska ske objektivt. ÅHF framförde att det är svårt att fastställa objektiva mål som utvärderas inom ramen för den psykiatriska rehabiliteringen, då det framförallt handlar om en subjektiv upplevelse.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att en rehabiliteringsplan ska upprättas, om det inte är uppenbart onödigt då det är fråga om rådgivning och handledning. I övrigt tenderar det inte finnas några egentliga formkrav för innehållet i rehabiliteringsplanen, förutom angående den plan som riktar sig till krävande medicinsk rehabilitering vilket också framgår av blanketten KU 207. Dessutom kan rehabiliteringsplanen antecknas som en journalanteckning.

Det framgår av regeringspropositionen 332/2014 rd att en rehabiliteringsplan för krävande medicinsk rehabilitering ska upprättas för minst ett år, maximalt för tre års tid.<sup>68</sup> För medicinsk rehabilitering framgår det inte några formkrav, gällande tidsbestämmelse för planen, annat är att planen ska vara individanpassad. I ÅHS uppdaterade dokument *”Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier”*<sup>69</sup> framgår att en rehabiliteringsplan upprättas för långvarig medicinsk rehabilitering över 1 år. Motsvarande krav på rehabiliteringsplan för kortvarig medicinsk

---

<sup>65</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier. 2023.

<sup>66</sup> Folkpensionsanstalten. Blankett KU 207. <https://terveysportti.mobi/xmedia/dlk/KU207.pdf>

<sup>67</sup> FPA. Rehabiliteringsplan för krävande medicinsk rehabilitering. 2023. <https://www.kela.fi/samarbetspartner-halsovardspersonal-lakarutlatanden-och-lakarintyg-lakarutlatande-b-rehabilitering-kravande-medicinsk-rehabilitering>

<sup>68</sup> RP 332/2014, s. 13

<sup>69</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier. 2023.

rehabilitering framgår inte av samma dokument. Detta är överensstämmande med vad som framkommit i höranden på ÅHS.

Den från år 2009 års antagna instruktionen har konstaterats inte vara tillämpbar sedan den åländska hälso- och sjukvårdslagens ikraftträdande. Trots det har hänvisningar gjorts till denna, i nu även aktuella dokument.<sup>70</sup> Med grund i detta måste samtliga giltiga dokument inom ÅHS uppdateras så att de inte hänvisar till en icke-tillämpbar instruktion som i vissa fall står i strid mot den åländska hälso- och sjukvårdslagen.

### 3.5 Samarbete/gränsdragning

Det är av yttersta vikt att reglera gränsdragning mellan lagstadgad offentlig sjukvård och vilka åtgärder som är möjliga att genomföra som privat sjukvård inom tredje sektorn.

Den offentliga hälso- och sjukvården har ansvaret för vård, inklusive medicinsk rehabilitering, till befolkningen. För den part som önskar är det möjligt att erbjuda medicinska rehabiliteringstjänster som privat aktör, efter att antingen en anmälan (enskild yrkesutövare) eller en tillståndsansökan tillställts Ålands landskapsregering. *”Med hälso- och sjukvårdstjänster avses i lagen sådana tjänster som ges direkt till befolkningen och som ingår i skolmedicinen och baserar sig på allmänt godkänd och beprövad medicinsk kunskap”.*<sup>71</sup>

Då, i detta fall, Ålands hörsselförening justerar hjälpmedel (hörapparater) som ägs och utlånats av ÅHS så måste det finnas en medvetenhet om att detta gör intrång på hjälpmedlets garanti och ansvarsförhållande gentemot patienten och tillverkaren. Hörsselföreningen kan fortsättningsvis erbjuda underhåll av hörhjälpmedel som inte ägs av ÅHS. Hörsselföreningen har även erbjudit audionomtjänster och öronspolning till medlemmar. Enligt Valvira räknas tjänster som ges av en audionom som hälso- och sjukvård.<sup>72</sup> Om Ålands hörsselförening önskar erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster i fortsättningen behöver dessa föregås av en tillståndsansökan för att bedriva hälso- och sjukvårdstjänster.

Med anledning av ovanstående rekommenderas att en dialog mellan ÅHS och Hörsselföreningen inleds i syfte att förbättra kommunikation och samarbete parterna emellan.

Vidare har hörsselföreningen bistått kommuner genom att bekosta hörselslingor i skolor. Den 1 januari 2021 trädde landskapslag (2020:32) om barnomsorg och grundskola ikraft. Genom lagen, är kommunen (grundskolan) ålagd att ordna hjälpmedel, tolkning- och biträdestjänster. Avancerade hörhjälpmedel för undervisningen i grundskolan omfattas även av kommunens lagstadgade ansvar.

---

<sup>70</sup> Ålands hälso- och sjukvård. Manual vid förskrivning av hjälpmedel enligt medicinsk rehabilitering. 2021.

<sup>71</sup> Landskapsregeringens anvisningar för producenter av privata hälso- och sjukvårdstjänster.

<https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/form/instruktioner/anvisningar-producenter-privat-halso-o-sjukvard.pdf>

<sup>72</sup> Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Anvisning till producenter av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2.1.2023

<https://www.valvira.fi/documents/18502/315809/Anvisning+till+producenter+av+privata+h%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdstj%C3%A4nster.pdf/7d5aea3e-933f-f016-8a2d-c41f74f884d4?t=1612955667259>

Barn i grundskola, i behov av särskilt stöd såsom hjälpmedel, är berättigade till att få hjälpmedel avgiftsfritt, då det är nödvändigt för att barnet ska kunna delta i undervisningen.

### 3.6 Stärkande av patientens rätt

Det framkom i ett hörande att patienterna upplever sig inte vara tillräckligt delaktiga då ÅHS multiprofessionella team fattar beslut om patientens medicinska rehabilitering utan att patienten involveras i beslutet. Ålands handikappförbund framförde att inte få vara delaktig i beslut som direkt handlar om individen upplevs vara diskriminerande. Därtill lyftes fram att besluten fattas av en grupp personer som inte känner patienten. I RP 90/2010 rd<sup>73</sup> rekommenderas dock att beslut om medicinsk rehabilitering primärt ska fattas av en multiprofessionell grupp med särskild sakkunskap. I andra hand kan en läkare fatta beslut om medicinsk rehabilitering. Enligt information på Mellersta Österbotten välfärdsområdes hemsida kan en person själv besluta om att hans medicinska rehabilitering inte ska prövas i en multiprofessionell grupp, utan istället av ansvarsområdeschefen. *"En klient har rätt att förbjuda behandlingen av sitt ärende i en arbetsgrupp. Då fattas beslutet av ansvarsområdeschefen efter rekommendation av den behandlande läkaren"*.<sup>74</sup> Möjlighet till dylikt förfarande på ÅHS framgår inte av hörandena som genomförts och information om detta framkommer inte heller på ÅHS hemsida eller i ÅHS interna dokument. Däremot framgår det i det nyligen uppdaterade ÅHS dokumentet *Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier*<sup>75</sup> att patienten ska vara delaktig och har möjlighet att kalla in de personer hen önskar till mötet för utformning av rehabiliteringsplanen.

Den vård och behandling som ges ska ges i samförstånd med patienten till den utsträckning det är möjligt enligt patientlagen.

Av 4 a § framgår att:

Inom hälso- och sjukvården skall vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan. Av planen skall framgå hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ordnas. Planen skall utarbetas i samförstånd med patienten, dennes anhöriga eller närstående eller lagliga företrädare. Beträffande innehållet i planen och delaktiga i ärendet gäller dessutom vad som föreskrivs särskilt om dem.

Vidare framgår av 6 § att:

Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, skall den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, skall hans lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar

---

<sup>73</sup> RP 90/2010 rd, s. 130.

<sup>74</sup> Mellersta Österbottens välfärdsområde. Tillgång till medicinska rehabiliteringstjänster. <https://soite.fi/sv/service-och-kontakt/halso-och-sjukvardstjanster/rehabilitering/rehabilitering/>

<sup>75</sup> ÅHS. Riktlinjer för medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsplaner gällande terapier. 2023.



patientens vilja. Om detta inte kan utredas, skall patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.

I de fall som avses i 2 mom. förutsätts att patientens lagliga företrädare eller en nära anhörig eller någon annan närstående person samtycker till vården. Patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person skall när samtycke ges beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljeyttring inte förekommit, patientens bästa. Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, skall vården eller behandlingen så vitt möjligt i samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åsikter om vården eller behandlingen går i sär, skall patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.

Av förarbetena till patientlagen förtydligas vad självbestämmande innebär enligt 6 §:

Enligt paragrafens 1 mom. skall patienten ha rätt att vägra ta emot alla den vård och behandling som planeras för honom eller som redan har inletts. Frågan om vilken betydelse en persons vilja och samtycke har måste lösas enligt allmänna rättsliga principer så att juridiskt giltiga uttryck för en persons bestämda vilja att t.ex. vägra ta emot vårdåtgärder som förlänger livet respekteras. Vägran att ta emot en viss sorts vård eller behandling för dock inte bryta vårdförhållandet. Enligt stadgandet skall patienten, trots vägran, vårdas på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Annan vård och behandling kommer i fråga, om sådan överhuvudtaget är möjlig och ändamålsenlig med tanke på patientens tillstånd och om den läkare som ansvarar för patientens vård anser sådan motiverad. Också härvid är en förutsättning naturligtvis att patienten samtycker till detta.<sup>76</sup>

Det kan således konstateras att planen ska skrivas i samförstånd med patienten och att patienten har rätt att motsätta sig vård och behandling som planeras för denne. Det framgår dock inte att patienten självständigt kan fatta beslut om själva innehållet i vården, inbegripande medicinsk rehabilitering, men om det är möjligt och ändamålsenligt kan annan vård och behandling vara aktuell. Ett medicinskt beslut kan fattas även om patienten/klienten motsätter sig detta då det är förenligt med patientens bästa i enlighet med bestämmelser i patientlagen.

Även KST framförde att bedömningen av patientens behov av medicinsk rehabilitering inte alltid tillgodoses p.g.a. bristfälliga korta bedömningar som inte beskriver klientens faktiska behov. Med anledning av detta finns det möjligen ett behov av att ÅHS i samförstånd med KST:s personal kontrollerar att bedömningen är tillräcklig för att fatta beslut om klientens behov av medicinsk rehabilitering.

I Funktionshinderkonventionen vilken trädde ikraft Finland och på Åland år 2016 framgår det i artikel 25 punkt b att konventionsstaterna ska erbjuda hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver. I Artikel 26 beskrivs habilitering och rehabilitering för personer med funktionsnedsättning:

1. Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, bl.a. genom kamratstöd, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service på så sätt att dessa tjänster och program

---

<sup>76</sup> RP 185/91, s. 17.

- a) sätts in så tidigt som möjligt och grundas på en tvärvetenskaplig bedömning av vars och ens behov och förmåga, samt
  - b) stöder deltagande och inkluderande i samhället och alla aspekter av det och är frivilliga och tillgängliga för personer med funktionsnedsättning så nära deras egna hemorter som möjligt, även på landsbygden.
2. Konventionsstaterna ska främja utveckling av grundutbildning och vidareutbildning för specialister och annan personal som är verksamma med habiliterings och rehabiliteringsstöd.
  3. Konventionsstaterna ska främja tillgång till, kännedom om och användning av hjälpmedel och teknik som är utformade för personer med funktionsnedsättning och som främjar habilitering och rehabilitering.<sup>77</sup>

ÅHF hänvisade till konventionen med anledning av att då individer inte har rätt att delta i beslutsprocessen och uppgörandet av rehabiliteringsplanen uppfattas det som att individerna blir diskriminerade. Enligt artikel 26 ska rehabilitering och habilitering grundas på en "tvärvetenskaplig bedömning". Att individen ska vara en del av beslutsprocessen framgår inte här tydligt. Däremot finns det fastställt i konventionens centrala innehåll att individen har rätt att vara aktiv i beslut som fattas om henne/honom. *"Konventionen befäster synsättet att personer med funktionsnedsättning har rättigheter och att de kan kräva sina rättigheter och fatta beslut som rör deras eget liv".*<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Finlands FN förbund. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll. 2016. [https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten\\_oikeudet\\_2016\\_ru\\_net.pdf](https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_ru_net.pdf)

<sup>78</sup> FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll. 2016, s. 7

## 4 Slutsatser och förslag på fortsatta åtgärder

### Slutsatser:

1. Skillnaden mellan medicinsk rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering finns i graden av individens funktionsnedsättning och behovet av multiprofessionella terapier, inte i terapiernas innehåll.
2. Krav på ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år finns endast för den krävande medicinska rehabiliteringen.
3. Rehabiliteringsplanen för medicinsk rehabilitering är utan formkrav, och kan vara en remiss, en journalanteckning, och för krävande medicinsk rehabilitering ett B-utlåtande, en KU 207 blankett alternativt fritt formulerat som innehåller all nödvändig information till FPA. Innehållet som ska framgå i rehabiliteringsplanen som fogas till ansökan om krävande medicinsk rehabilitering framgår av anvisning på detaljnivå.
4. Medicinsk rehabilitering handlar om innehållet i rehabilitering och inte var/plats/enhet rehabiliteringen utförs.
5. Medicinsk rehabilitering kan ingå inom ett brett spektrum av verksamhetspunkter på olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvården.
6. Hemrehabilitering är en form av medicinsk rehabilitering.
7. Medicinsk rehabilitering har inte i lag stadgat begränsande kriterier baserat på ålder, nivå av funktionsnedsättning eller huruvida klienten är boende på institution. I nuläget är det oklart ifall det med begreppet övrig rehabilitering avses medicinsk rehabilitering.
8. Kortvarig medicinsk rehabilitering räknas även som medicinsk rehabilitering även om inte en 1-årig rehabiliteringsplan har uppgjorts.
9. Rehabiliterande arbetssätt kan inte definieras som medicinsk rehabilitering.
10. Det finns behov av att förtydliga gränsen mellan medicinsk rehabilitering och behandling.
11. Begreppet habilitering finns inte i åländsk lag, och inte heller i rikets lag.
12. Det finns ett behov av gränsdragning och samarbete mellan lagstadgad offentlig sjukvård och tredje sektorn.
13. Det finns ett önskemål om att patienternas självbestämmande ska stärkas gällande beslutsgången om rehabiliteringsplanen.

### Arbetsgruppens förslag på fortsatta åtgärder:

1. Begrepp som används rekommenderas förtydligas och definieras i lagtext alternativt i förordning.
2. Landskapsregeringen rekommenderas utfärda närmare bestämmelser genom förordning om den medicinska rehabiliteringen.
3. Ansvarsfrågan rörande medicinsk rehabilitering till klienter inom institutionsvård rekommenderas klargöras.
4. ÅHS behöver uppdatera sina interna dokument så att de är med lag överensstämmande.
5. Behovet och möjligheterna till att utveckla hemrehabilitering rekommenderas utredas.
6. Begreppet habilitering rekommenderas slopas inom ÅHS operativa verksamhet och ersättas med begreppet medicinsk rehabilitering för barn och unga.

7. Medicinsk rehabilitering rekommenderas framkomma och lyftas fram tydligare i samverkansavtalen. Av förarbetena, LF 21/2018–2019, framgår att det inte utesluts att organisationerna på frivillig väg ingår överenskommelser på fler områden än de specifika som är krav enligt lagen.
8. Med tanke på patientens självbestämmande ska vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten, inbegripet möjligheten att ge annan vård eller behandling om det är möjligt och ändamålsenligt. Utifrån detta bör ÅHS tydliggöra att patienten själv ska involveras i utformandet av rehabiliteringsplanen och de beslut som fattas kring denna.