



REGERINGEN

Regeringsbeslut

I:1

2015-04-01

S2015/1266/SF

Socialdepartementet

Karolinska Institutet
Institutet för Miljömedicin
Enheten för interventions- och
implementeringsforskning (IIR)
171 77 Stockholm

Uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen beslutar att ge Karolinska Institutet i uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, samt identifiera hindrande och möjliggörande faktorer för denna tillämpning. Uppdraget ska utföras i enlighet med den plan som tagits fram av Karolinska Institutet, se *bilaga*.

Karolinska Institutet får för uppdragets genomförande använda 1 600 000 kronor under 2015. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen, anslagsposten 1 Rehabiliteringsgarantin. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Försäkringskassan. Rekvisition ska göras senast den 1 december 2015. Medel som inte har förbrukats ska återbetalas till Försäkringskassan senast den 15 februari 2016. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel lämnas till Försäkringskassan. Rekvisition, återbetalning och redovisning ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Karolinska Institutet ska redovisa sitt arbete i en rapport som ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 november 2015. Rapporten ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Ärendet

Sedan 2008 har regeringen genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting utvecklat rehabiliteringsgarantin. Huvudsyftet är att de diagnosgrupper som står för en merpart av de korta och långa sjukskrivningarna ska erbjudas utökad möjlighet till medicinsk rehabilitering för att förhindra sjukfrånvaro eller underlätta återgång i

arbete. Inom ramen för rehabiliteringsgarantin får landstingen ersättning för genomförda behandlingar i form av KBT och multimodal rehabilitering.

Det finns vetenskaplig evidens för återgång i arbete när den multimodala rehabiliteringen kombineras med anpassningar på arbetsplatsen för de medarbetare som är sjukskrivna med besvär i rörelseorganen. Dessutom stödjer kunskapsläget idag att rehabilitering för psykisk ohälsa bör ske i nära samverkan och i relation till det nuvarande arbetet. Den uppföljning av rehabiliteringsgarantin som gjordes av Karolinska Institutet 2014 (En processutvärdering av multimoda team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport) visar att kontakterna mellan vården och arbetsgivaren förekommer endast i en liten utsträckning. Regeringen har därför i den senaste överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin förtydligat vikten av att vården tar kontakt med patientens arbetsgivare, om patienten lämnar sitt samtycke.

På regeringens vägnar

Annika Strandhäll

Eeva Seppälä

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM
Finansdepartementet/Ba
Försäkringskassan
Sveriges Kommuner och Landsting

Bilaga till
regeringsbeslutet
2015-04-01 nr I:1

Kartläggning av implementering av rehabiliteringsgarantin

Lydia Kwak, Elisabeth Björk Brämberg & Irene Jensen

Enheten för interventions och implementeringsforskning (IIR)

Institutet för Miljömedicin

Karolinska Institutet

Inledning

Genom rehabiliteringsgarantin har den svenska regeringen satsat miljarder på evidensbaserad rehabilitering i syfte att minska sjukfrånvaron bland personer med långvariga rygg-/nackbesvär och bland individer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. De evidensbaserade behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin (RG) är multimodal rehabilitering (MMR) för patienter med långvariga smärtbesvär, samt psykologisk behandling (PB), i huvudsak kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Evidensen avser symptomlindring och ökad funktionsförmåga för båda behandlingsformerna, samt återgång i arbete för MMR [1-3]. Evidensläget för arbetsåtergång och förebyggande av sjukfrånvaro för psykisk ohälsa har förstärkts sedan RG infördes. Kunskapsläget idag stödjer att rehabilitering för psykisk ohälsa bör ske i nära samverkan och i relation till det nuvarande arbetet. En problemlösningsfokuserad approach är att rekommendera av vilket KBT är en metod [4].

Implementeringen av evidensbaserade behandlingsmetoder inom rehabiliteringsgarantin har inneburit ett tillfälle att studera hur sådan rehabilitering – testad via randomiserade kliniska prövningar – faller ut när den införs på bred front i den allmänna populationen. Resultatet av den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin [5] visar på förbättrad hälsa och arbetsförmåga efter behandling, dock har inte sjukfrånvaron minskat mer bland personer som har tagit del av insatserna jämfört med de som inte har gjort det. Tidigare utvärderingar har visat att det bl. a kan relateras till en ovana hos behandlingspersonalen att arbeta med arbetsåtergång som ett explicit mål. Även internationella studier tyder på att det finns en ovana hos behandlare att involvera arbetsplatsen i rehabiliteringen [6]. Rehabiliteringsgarantin har även inneburit att nya arbetsmetoder och rutiner har införts, att man går från individuell bedömning och behandling till att arbeta i team, och samtidigt har primärvården fått ett allt större ansvar för rehabilitering som tidigare sköttes inom den specialiserade vården. Detta kräver en nyorientering och beteendeförändring hos personalen, vilket tar tid. Implementering är en långsam process och det kan ta flera år innan man ser önskat resultat. I linje med detta visar den nationella utvärderingen av rehabiliteringsgarantin

att patienternas sjukfrånvaroutveckling förbättras över tid. Personer som behandlades år 2010 har kortare sjukfrånvaro efter rehabilitering jämfört med individer som fick behandling under 2009 [5]. En senare utvärdering av MMR har även visat att de faktorer i rehabiliteringen som positivt relaterar till utfallet (sjukfrånvaro efter avslutad rehabilitering) skiljer sig åt beroende på längden på sjukfrånvaron innan rehabiliteringen. Rehabiliteringens längd och intensitet bör därför vara olika för patienter med ingen eller kortsjukfrånvaro jämfört med de patienter som har en längre sjukfrånvaro innan rehabiliteringen påbörjas. Patienter med längre sjukfrånvaro (mer än 14 registrerade sjukfrånvarodagar) som genomgår ett lågintensivt rehabiliteringsprogram (längre än åtta veckor) har mindre sjukfrånvaro kvartalet efter rehabilitering jämfört med om de får ett kortare mer intensivt rehabiliteringsprogram.

Även om rehabiliteringsgarantin som reform med fokus på arbetsåtergång har implementerats i landstingen, har vi i tidigare utvärderingar återkommande funnit att ett tydligt fokus på arbetsrelaterade insatser saknas. Ett fåtal behandlare uppger att arbetsplatsnära insatser ingår i behandlingen vid psykisk ohälsa och detta framkommer även vid intervjuerna med personer som arbetar med MMR. En förklaring till den låga förekomsten av arbetsplatsnära insatser är dels att det saknas konkreta inslag i behandlingen i uppdraget inom rehabiliteringsgarantin samt en viss syftesglidning på lokal verksamhetsnivå där behandlarna lägger större vikt på vårdande än på arbetsåtergång [7, 8]. Tidigare studier visat att det är viktigt att rehabiliteringspersonal finns med i patienternas upptrappning av arbetet för att stimulera en hållbar arbetsåtergång [9] och det rekommenderas även av Jensen och kollegor [10] i en manual för evidensbaserad MMR.

Baserat på tidigare utvärdering och forskningsläget har staten tillsammans med Sveriges kommuner och landsting tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för 2015. I överenskommelsen ingår nu följande gällande kontakter med arbetsgivare. ”Det finns vetenskaplig evidens för återgång i arbete när det görs anpassningar på arbetsplatsen, utöver den multimodala rehabiliteringen i vården, för de medarbetare som är sjukskrivna med besvär i rörelseorganen. Vid psykiska besvär finns det viss evidens. För att öka möjligheten till återgång i arbete ska vården, om det inte är uppenbart olämpligt att så sker och när patienten har lämnat sitt samtycke, **ta initiativ till kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter (och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering**”.

För att följa användning av kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen i rehabiliteringsgarantin 2015 är det viktigt att identifiera och analysera faktorer som är av betydelse för ett lyckosamt införande. I föreliggande utvärdering tillämpas det teoretiska ramverket Consolidated Framework for Advancing Implementation Research (CFIR) för att identifiera hindrande och underlättande faktorer för implementeringsutfall [11]. Med implementeringsutfall avses i den här utvärderingen följsamhet till tillägget i rehabiliteringsgarantin om kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter

(och) eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi fokuserar på följande fyra typer av faktorer, vilka rekommenderas av CFIR:

- Egenskaper i insatserna som ska implementeras, till exempel evidens för insatsernas effekt, att fördelar med insatserna överväger arbetet med att genomföra dessa, att insatsen är lätt att tillämpa och använda.
- Egenskaper hos användarna, till exempel behandlarnas kunskap, attityder och uppfattningar om insatserna, behandlarnas tilltro till sin förmåga att arbeta med insatserna samt deras förändringsbenägenhet.
- Egenskaper i den inre miljön, till exempel organisationens storlek, ålder, kultur, implementeringsklimat i form av organisationens förändringsbenägenhet och om tillämpning av insatserna belönas, stöds och förväntas genomföras inom organisationen.
- Egenskaper i den yttre miljön, till exempel patienters preferenser och behov av insatserna, förekomst av nätverk för att arbeta med insatserna samt policys, riktlinjer och ersättning för att tillämpa insatserna.

Det primära syftet med denna studie är att undersöka i vilken utsträckning arbetsplatsnära insatser tillämpas, samt identifiera hindrande och möjliggörande faktorer för denna tillämpning.

Frågeställningar:

1. I vilken omfattning tillämpas arbetsplatsnära insatser inom rehabiliteringsgarantin?
2. Vilka rutiner, metoder och stödverktyg används för att stödja tillämpningen av arbetsplatsnära insatser?
3. Utifrån ramverket CFIR identifiera hindrande respektive underlättande faktorer som påverkar tillämpningen av arbetsplatsnära insatser i rehabiliteringsgarantin.
4. I vilken omfattning tas kontakt med Arbetsförmedlingen i de fall patienten saknar arbetsgivare?

METOD

För att besvara frågeställningarna genomförs följande studie. Urvalspopulationen i studien är rikstäckande och omfattar alla vårdenheter som har inrapporterat behandlingar inom rehabiliteringsgarantin under år 2013-14. I den föreliggande studien används dock enbart enheter som har inrapporterat minst 30 patienter inom rehabiliteringsgarantin. Syftet med att utgå ifrån dessa enheter är samla in data från enheter som har några års erfarenhet samt tillräckligt antal patienter inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Detta för att undvika sammanblandning med problem som kan vara relaterade till uppstarten av rehabiliteringsgarantin på enheten (att lära sig nya rutiner och regler, etablera nya team, etcetera).

Urval: Studien omfattar dels samtliga 21 landstings samt tre slumpmässigt utvalda landsting ifrån norra, mellersta och södra Sverige. Studien omfattar enheter som tillhandahåller MMR och de som ger psykologisk behandling (PB) vid psykisk ohälsa.

Procedur och analys:

Studien avser analysera frågeställningarna på två nivåer – policy (landstingsnivå) och genomförande nivå (behandlarna ute på enheterna). På policynivån avser vi kartlägga hur landstingen förbereder, stödjer och följer upp de nya tilläggen ute på de behandlande enheterna. För att kartlägga detta genomförs en webbenkät ut till samtliga processledare för RG i 21 landsting. Enkäten består av ett antal frågor och påståenden med fasta svarsalternativ samt öppna frågor med fritext svar.

På genomförande nivå består undersökningen av en enkätstudie till samtliga behandlingsenheter i tre slumpmässigt utvalda landsting. De utvalda landstingen är de som användes i föregående utvärdering (2014) rörande framgångsrika team. En webbenkät skickas ut till samtliga enhetschefer/behandlingsansvariga för MMR och PB inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Webbenkätarna består av ett antal frågor och påståenden med fasta svarsalternativ där deltagarna ombeds ta ställning till påståendena samt öppna frågor med fritextsvar. Webbenkätarnas frågeområden berör för såväl MMR som PB: 1) bakgrundsfrågor om behandlaren ingår i denna enkät (ålder, kön, utbildning, erfarenhet m.m.); 2) förekomst av samverkan med andra parter (exempelvis patienters arbetsgivare eller försäkringskassa), omfattning av samverkan och hur samverkan sker; 3) hindrande respektive underlättande faktorer (till exempel patienters preferenser, behandlarnas attityder) för samverkan med andra parter. Delar av enkäten kommer att baseras på tidigare validerade instrument.

Webbenkätarna föregås av ett informationsbrev där syftet med studien framgår. Då deltagarna öppnar länken till den enkät de ska fylla i erhåller de information om sekretess och att de när som helst har möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarna samtycker till att delta i undersökningen genom att besvara och skicka in enkäten. Enkätarna ska vara öppna att besvaras i ca 2 veckor och de deltagare som inte besvarar enkäten kommer att erhålla påminnelser vid tre tillfällen via e-post.

De fördefinierade svarsalternativen i enkäten analyseras med deskriptiv statistik medan öppna svarsalternativ analyseras med tematisk innehållsanalys. Denna kvalitativa analysmetod syftar till att identifiera mönster och teman i data.

Studien kommer att kunna ge svar på OM och HUR tilläggen överenskommelsen 2015, om arbetet mot arbetsplatsen, implementerats inom landstingen. Den kommer även ge svar på vilka förutsättningar (faktorer som underlättar) och vilka hindrande faktorer som påverkar en framgångsrik implementering. Föreliggande utvärdering kan ligga som grund för en fortsatt uppföljning där effekter på sjukfrånvaro av tilläggen i överenskommelsen studeras. En projektbeskrivning av en dylik fortsatt uppföljning kan lämnas under våren om intresse föreligger.

Budget

Den totala kostnaden för föreliggande projektet uppskattas till 1,58 miljon kronor, fördelat över 8 månader. Kostnaderna innehåller löner, lokalkostnader, driftskostnader samt universitetspåslag (INDI, 22,75%).

Tabell 1. Projektplanering

Mars	Rekrytering	Etisk ansökan	Enkät
April	Datainsamling	Påminnelser	
April/Maj	Datainsamling forts.		
Maj	Genomgång av data	Påbörja dataanalys	
Juni	Dataanalys	Avstämning i projektgrupp avseende muntlig rapport	Muntlig rapport till Socialdepartementet
Augusti	Dataanalys forts.	Ev. kompletterande analyser efter möte Socialdepartementet	Rapportskrivning
September	Rapportskrivning	Avstämning i projektgrupp avseende rapport	Granskning av rapport
Oktober	Slutrapport 30 okt		

Lydia Kwak – projektledare (50 %) – förberedelser inför projektstart, enkätframställning, datainsamling, genomgång av data, dataanalys, kontakt projektgrupp, muntlig/skriftlig rapport
 Elisabeth Björk Brämberg – forskare (50 %) – förberedelser inför projektstart, enkätframställning, datainsamling, genomgång av data, dataanalys, kontakt projektgrupp, muntlig/skriftlig rapport.

Assistent (februari, mars, april, maj 50 %) – rekrytering av studiedeltagare, kontaktperson för webbenkäten, kontakt med webbenkät leverantör, datainsamling och påminnelser.

Datahandler och statistiker (april, maj, juni 25 %) – genomgång databas, statistisk analys.

Referenser

1. SBU, *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt.*, 2010, Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
2. Cuijpers, P., et al., *Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis.* Clin Psychol Rev, 2011. **31**(3): p. 353-60.
3. Hofmann, S.G. and J.A.J. Smits, *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials.* J Clin Psychiatry, 2008. **69**(4): p. 621-32.
4. Arends, I., et al., *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders.* The Cochrane database of systematic reviews, 2012. **12**: p. CD006389.
5. Busch, H., et al., *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1.*, 2011, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin (IMM). Stockholm.
6. Pincus, T., L. Greenwood, and E. McHarg, *Advising people with back pain to take time off work: a survey examining the role of private musculoskeletal practitioners in the UK.* Pain, 2011. **152**(12): p. 2813-8.
7. Bakshi, A., et al., *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport, del II.*, 2011, Enheten för Interventions- och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, Information och etik, Karolinska Institutet. : Stockholm.
8. Hellman, T., et al., *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin: Slutrapport*, 2014, Enheten för interventions-och implementeringsforskning. Institutet för miljömedicin. Karolinska Institutet: Stockholm.
9. Hoefsmit, N., I. Houkes, and F.J. Nijhuis, *Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review.* Journal of occupational rehabilitation, 2012. **22**(4): p. 462-77.
10. Jensen, I., G. Bergström, and T. Ljungqvist, *Manual för arbetslivsinriktad multimodal rehabilitering (MMR) vid icke-specifika rygg- och nackbesvär.* , 2012, Enheter för interventions-och implementeringsforskning. Institutet för miljömedicin. Karolinska Institutet.: Stockholm.
11. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.* Implementation science : IS, 2009. **4**: p. 50.