

Godkännande av en överenskommelse om rehabiliteringsgaranti för 2014

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen godkänner överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin för 2014 (se bilaga).

Ärendet

Företrädare för regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har den 11 december 2013 undertecknat en ny överenskommelse om rehabiliteringsgarantin för 2014.

Överenskommelsen blir giltig när den godkänns av regeringen och styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för 2014.

Utdrag till

Sveriges Kommuner och Landsting



**Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Landsting om
rehabiliteringsgaranti 2014**

Innehåll

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2014.....	1
1. INLEDNING OCH MÅL MED ÖVERENSKOMMELSEN	2
2. BAKGRUND.....	2
3. REHABILITERINGSGARANTIN FÖR 2014	3
3.1 Grundläggande utgångspunkter	3
3.2 Ersättning och redovisningskrav	4
3.3 Forskning, implementering, utvärdering och utredning	5
4. UTVECKLING OCH FRAMTID.....	6
5. KOSTNADERNA.....	7
6. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	7

1. Inledning och mål med överenskommelsen

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genom denna överenskommelse enats om en rehabiliteringsgaranti för 2014. Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. För att uppnå målet bör insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin sättas in med god selektering så att rätt patient får rätt insats i rätt tid.

2. Bakgrund

Sjukfrånvaron har sedan 2002, när den låg på en historiskt hög nivå, minskat men har sedan 2010 åter ökat igen. Utmärkande för ökningen är att den främst utgörs av psykiska diagnoser som i dag är den enskilt vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa och muskuloskeletala sjukdomar står för närmare 60 procent av all sjukfrånvaro. Kvinnorna har en högre sjukfrånvaro än män och kvinnornas sjukskrivning står för närmare två tredjedelar av all sjukfrånvaro.

Sedan 2008 har staten genom överenskommelser med SKL utvecklat rehabiliteringsgarantin. Huvudsyftet med rehabiliteringsgarantin är att de diagnosgrupper som står för en merpart av både korta och långa sjukskrivningar ska erbjudas utökad möjlighet till medicinsk rehabilitering för att förebygga sjukfrånvaro eller underlätta återgång i arbete.

De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär, samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa omfattas av rehabiliteringsgarantin. De medicinska rehabiliterings- och behandlingsmetoder som ingår ska ha vetenskapligt stöd för att behandlingen leder till bättre hälsa och förbättrad arbetsförmåga. Rehabiliteringsgarantin ersätter landstingen för vissa behandlings- och rehabiliteringsinsatser för en avgränsad målgrupp. Hälso-

och sjukvården har dock även ansvar för insatser som inte ryms inom ramen för garantin för denna målgrupp. Det är också viktigt att arbetet inom rehabiliteringsgarantin inte medför att andra typer av för patienten angelägna insatser som ingår i hälso- och sjukvårdens normala uppdrag uteblir. För att säkerställa att rätt kvinnor och män erbjuds behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska en utredning genomföras. Utifrån denna utredning fattas beslut om och i så fall vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser som ska genomföras.

3. Rehabiliteringsgarantin för 2014

3.1 Grundläggande utgångspunkter

Följande grundläggande utgångspunkter gäller:

1. Kvinnor och män i åldern 16–67 år med icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke, lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattas.
2. Med medicinsk rehabilitering avses evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär och som har evidens för att arbetsförmågan kan återfås. Insatserna tillhandahålls på individnivå.
3. De insatser som berättigar till ersättning ska vara definierade i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att arbetsförmågan kan återfås, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta eller det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
4. En detaljerad beskrivning av bedömningar, kompetens, vårdnivåer och andra förutsättningar som ska vara uppfyllda för att landstingen ska tillhandahålla multimodal rehabilitering (MMR), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Interpersonell psykoterapi (IPT) framgår av bilagan.

Landstingen säkerställer en hög kvalitet och tillgänglighet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna. Om landstinget inte kan erbjuda vård enligt vårdgarantin (patienten ska få vård senast inom 90 dagar från att beslut är fattat) erbjuds vård hos annan vårdgivare i exempelvis annat landsting. Behandlingen respektive rehabiliteringen kan genomföras antingen i landstingens regi eller av privata leverantörer i enlighet med lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Detta gäller både MMR1 och MMR2 och är särskilt angeläget när det gäller multimodal rehabilitering på en mer avancerad nivå, d.v.s. MMR2 (se bilaga).

För patienter som är sjukskrivna och där vården bedömer att det är värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering ska vården ta en aktiv roll för att kontakta aktuella externa aktörer. I första hand är det önskvärt att en kontakt tas med arbetsgivaren respektive med arbetsförmedlingen om patienten saknar arbetsgivare. Detta är särskilt viktigt för kvinnor och män som får del av multimodal rehabilitering. För att en sådan kontakt ska kunna tas krävs ett samtycke från patienten.

Företagshälsovården bör ges möjlighet att remittera patienter som ryms inom ramen för rehabiliteringsgarantin till patientens hemlandsting. Landstingen och företagshälsovården bör komma överens om hur detta samarbete ska ske i praktiken.

3.2 Ersättning och redovisningskrav

Regeringen kommer, med förbehåll om riksdagens godkännande, att avsätta 750 miljoner kronor för rehabiliteringsgarantin för 2014. Av dessa medel får 25 miljoner kronor användas för forskning och utvärdering (se avsnitt 3.3) och 725 miljoner kronor till landstingens behandlingar (se nedan).

Landstingen får ersättning per patient som avslutar behandlings- eller rehabiliteringsinsatser inom ramen för ovan angivna utgångspunkter. Ersättningen per patient och genomförd behandling uppgår till följande belopp:

Belopp, kronor	Behandling
25 000	Multimodal rehabilitering nivå 1 (MMR1) vid långvarig diffus smärta i rygg, axlar och nacke
45 000	Multimodal rehabilitering nivå 2 (MMR2) vid långvarig diffus smärta i rygg, axlar och nacke
12 000	Kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi vid lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress
1 000	Extra medel per behandling för att stimulera utvecklingsarbetet i landstingen

De extra medel (1000 kr) per behandlad patient som landstingen erhåller ska användas för att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatserna så att dessa i högre grad bidrar till återgång i arbete. Medlen bör användas för att höja kompetensen hos utförare av KBT-

behandling och ger även möjlighet för landstingen att utveckla tillgången till rehabiliterings-insatser i form av internetstödd KBT. Redovisning av vilka insatser landstingen har gjort sänds till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 januari 2015.

Landstingen redovisar underlag om antalet genomförda behandlingar könsuppdelat till Försäkringskassan fyra gånger under 2014 enligt instruktion och blanketter från Försäkringskassan. Försäkringskassan granskar underlagen, fattar beslut och utbetalar ersättningen till det konto landstinget har uppgivit. Redovisningen ska inkomma till Försäkringskassan och utbetalning ske enligt följande:

Kvartal 1: redovisning senast den 29 april 2014 och ersättning utbetalas senast den 28 maj 2014,

Kvartal 2: redovisning senast den 29 augusti 2014 och ersättning utbetalas senast den 30 september 2014,

Kvartal 3: redovisning senast den 31 oktober 2014 betalar senast den 28 november 2014,

Kvartal 4: redovisning senast den 31 mars 2015 och ersättning utbetalas senast den 29 april 2015.

Av redovisningen ska det framgå vilka insatser som genomförts, inom vilken tid och vem som genomfört dessa. Högsta ersättningen per landsting motsvarar länets befolkningsandel av den totala befolkningen den 1 november 2013 i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin vilket, med avdrag för forskningsmedlen och annat utvecklingsarbete, uppgår till 725 miljoner kronor för 2014. Den kvartalsvisa utbetalningen upphör när landstinget nått sin nivå för maximal ersättning.

Medel som ej förbrukats vid årets slut p.g.a. att det finns landsting som genomfört färre behandlingar än den ekonomiska ramen för rehabiliteringsgarantin medger, ska fördelas till de landsting som genomfört fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Ersättning kommer att betalas ut i proportion till respektive landstings andel av det som produceras utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsandel. Den sammanlagda ersättningen till ett landsting ska dock aldrig kunna överstiga ersättningen per patient multiplicerat med antalet faktiskt genomförda behandlingar.

3.3 Forskning, implementering, utvärdering och utredning

Av de avsatta medlen för rehabiliteringsgarantin får sammanlagt högst 25 miljoner kronor användas för forsknings- och utvecklingsinsatser samt utvärdering. Dessa medel fördelas enligt följande:

- Högst 13 miljoner kronor får användas för ersättningen till redan godkända forskningsprojekt inom ramen för REHSAM¹.
- Högst 5 miljoner kronor får användas för kunskapsspridning och implementering av forskningssatsningar inom ramen för REHSAM. Ett särskilt regeringsuppdrag kommer att lämnas för detta.
- Högst 2 miljoner kronor får betalas till det nationella kvalitetsregistret för smärta. Medlen ska användas för att möjliggöra kvalitetsutveckling för multimodal rehabilitering 1 (MMR1) och för att landsting ska kunna ansluta sig till de register som under 2014 byggs upp.
- Högst 5 miljoner kronor får användas för ny forsknings, utveckling och utvärdering. Det kan handla om t.ex. alternativ ekonomisk ersättningsmodell med tydligare fokus på återgång i arbete, utvärdering av den organisatoriska och administrativa utformningen av rehabiliteringsgarantin.

4. Utveckling och framtid

Det är viktigt att det finns gott vetenskapligt stöd för att de behandlingsmetoder som inkluderas i rehabiliteringsgarantin har bra effekt vid behandling av lindriga och medelsvåra psykiatriska diagnoser. För att i framtiden kunna ta ställning till om psykodynamisk psykoterapi ska ingå i rehabiliteringsgarantin behöver tydliga former för korttidspsykodynamisk terapi i primärvården utarbetas.

Ambitionen är att på några års sikt ska behandlare inom ramen för rehabiliteringsgarantin som genomför KBT-behandlingar vara legitimerade psykoterapeuter eller legitimerade psykologer. För att göra det möjligt behöver kompletterande insatser genomföras för att öka antalet utbildningsplatser och tillgången på handledare i Sverige.

Ett arbete genomförs under 2014-2015 för att bygga en infrastruktur för internetbaserad stöd och behandling för landstingen och landstingsfinansierad verksamhet. Arbetet finansieras inom ramen för sjukskrivningsmiljarden.

Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) samt Karolinska institutet i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin, slutrapportering av dessa uppdrag lämnas den 30 maj respektive den 1 juli 2014.

¹ REHSAM är ett forskningsprogram inom rehabiliteringsgarantin för att hitta och utveckla rehabiliteringsmetoder för att förbättra arbetsförmågan och hjälpa människor tillbaka till arbete där landsting tillsammans med högskolor och universitet har beviljats forskningsmedel.

5. Kostnaderna

Rehabiliteringsgarantin för 2014 uppgår sammantaget till 750 000 000 kronor, medlen som administreras av Försäkringskassan fördelas enligt följande:

Ändamål 2014	mnkr	sid
Ersättning för behandlingar	725	4
Forskning REHSAM	13	6
Spridning och implementering	5	6
Register	2	6
Nya forskningsprojekt	5	6
Total summa	750	

Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, upptagna anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen, anslagsposten 1 Rehabiliteringsgarantin.

Prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse får användas under 2015.

6. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande. Överenskommelsen gäller för verksamhet till och med den 31 december 2014.

Stockholm den 11 december 2013

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och Landsting

.....
Anna Pettersson Westerberg
Statssekreterare

.....
Håkan Sörman
Verkställande direktör

**BILAGA till överenskommelse 2013-12-12
mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting**

Rehabiliteringsgaranti 2014

Innehåll

REHABILITERINGSGARANTI 2014	1
BEHANDLINGAR ELLER REHABILITERING SOM BERÄTTIGAR TILL ERSÄTTNING INOM RAMEN FÖR REHABILITERINGSGARANTIN.....	2
1. DRIVKRAFTER FÖR ÅTERGÅNG I ARBETE	2
MÅL OCH METODER INOM REHABILITERINGSGARANTIN	2
2. MULTIMODAL REHABILITERING VID LÅNGVARIG SMÄRTA	4
REHABILITERINGSGARANTIN FÖR PATIENTGRUPPER MED SMÄRTA	4
EVIDENS FÖR MULTIMODAL REHABILITERING	5
<i>Olika rehabiliteringsmetoder vid smärta</i>	6
INDIKATIONER FÖR MULTIMODAL REHABILITERING PÅ TVÅ BEHANDLINGSNIVÅER	7
<i>Diagnostisering och bedömning</i>	7
<i>Patientrelaterade förutsättningar för MMR</i>	7
<i>Vårdprocessrelaterade förutsättningar för MMR</i>	7
<i>Vårdgivarrelaterade förutsättningar för MMR</i>	7
<i>Indikation för MMR 1 respektive MMR 2</i>	8
<i>Den multimodala rehabiliteringens mål</i>	8
<i>Det multimodala rehabiliteringsprogrammet</i>	9
<i>Längden på multimodala rehabiliteringsprogram</i>	10
<i>MMR-teamets kompetens</i>	13
3. PSYKOLOGISK BEHANDLING VID LINDRIGA OCH MEDELSVÅRA PSYKISKA BESVÄR.....	15
<i>Insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin</i>	16
<i>Bedömning och diagnostisering</i>	17
<i>Kompetens och utbildning</i>	18

Behandlingar eller rehabilitering som berättigar till ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Syftet med denna bilaga är att ge stöd att tolka innehållet i överenskommelsen för rehabiliteringsgarantin och visa hur behandlings- och rehabiliteringsinsatser lämpligen kan ges i hälso- och sjukvården i Sverige.

Bilagan innehåller tre kapitel:

Drivkrafter för återgång i arbete

Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta

Psykologisk behandling

vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

1. Drivkrafter för återgång i arbete

Mål och metoder inom rehabiliteringsgarantin

Det primära målet med rehabiliteringsgarantin är en ökad återgång i arbete, eller att förebygga sjukskrivning, så att personers arbetsförmåga så långt möjligt kan tas till vara. Detta utesluter inte andra samtida mål som reducerad smärtintensitet, förbättrad fysisk och mental hälsa, ökad aktivitetsnivå, större samhällelig delaktighet, reduktion av onödiga sjukvårdskontakter och bättre livskvalitet. De diagnosgrupper som ingår i rehabiliteringsgarantin är lindrig och

medelsvår psykisk ohälsa (ångest, depression och stressrelaterad ohälsa) och långvarig smärta (smärta i nacke och axlar, rygg och generaliserad smärta).

Rehabiliteringsgarantin ersätter endast vissa behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Behandlingsmetoderna ska vara evidensbaserade, det vill säga ha evidens för att patienten kan återgå i arbete efter rehabilitering. De behandlingsmetoder som idag anses ha tillräcklig evidens för de aktuella diagnosgrupperna är multimodal rehabilitering (MMR) vid smärta och kognitiv beteendeterapi (KBT) vid psykisk ohälsa.

Det är viktigt att arbetet inom rehabiliteringsgarantin inte tillåts tränga undan andra insatser som ingår i hälso- och sjukvårdens normala uppdrag vare sig för den person som får en insats inom ramen för rehabiliteringsgarantin, eller för andra patienter. Hälso- och sjukvårdslagen, prioriteringsordningen och vårdgarantin gäller som vanligt. Det innebär att personer i arbetsför ålder som omfattas av rehabiliteringsgarantin inte har förtur före andra patienter, utan den som har störst behov ska få sin behandling och rehabilitering först. Vidare ska både kvinnor och män få lika tillgång till god kvalitet. Den patient som omfattas av rehabiliteringsgarantin har rätt till vård inom samma tidsgränser som gäller i den generella vårdgarantin.

För att landstinget ska få ersättning från rehabiliteringsgarantin krävs ett ökat arbete med fokus på återgång i arbete efter sjukskrivning eller på att patienten delvis kan stanna kvar i arbete trots nedsatt arbetsförmåga. I underlagen för behandling/rehabilitering har två nivåer beskrivits för behandling av smärta och en för psykisk ohälsa.

Patienter som deltar i behandling eller rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin kan ha olika sociala och arbetsrelaterade förutsättningar och hinder för att kunna delta i rehabiliteringen och också för att återgå i eller kunna stanna kvar i arbetslivet under och efter rehabiliteringsperioden. Patienter kan vara sjukskrivna på hel- eller deltid, ha förebyggande sjukpenning (rehabiliteringen måste då uppgå till minst 25 procent i tid) eller rehabiliteringsersättning (kan lämnas om rehabiliteringen ingår som del i arbetslivsinriktade åtgärder). Andra kan vara i arbete samtidigt som de får rehabiliteringsinsatser. Avgörande för vad som gäller för den individuella patienten är helt beroende av patientens sjukdomsbild/arbetsförmåga i första hand, och omfattningen i tid för rehabiliteringen. Arbetets art och arbetsgivarens inställning är också av stor vikt för vad som är möjligt. I många fall kan det vara bra att patienten är kvar åtminstone deltid i arbete eller som arbetssökande. Dessa överväganden ska finnas med i planeringen för rehabiliteringen och beaktas utifrån rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Studier har visat att det finns evidens för att multidisciplinära interventioner har goda effekter för en patients återgång i arbete efter rehabilitering¹. Andra positiva effekter för återgång i arbete är ett systematiskt arbetssätt där i ett tidigt skede konsultation och gemensam planering mellan patienten, hälso- och sjukvårdens rehabiliteringspersonal och arbetsgivare/arbetsplats ingår².

¹ Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009; 41: 115-121

² Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(8): 607-621

I samband med att en rehabiliteringsplan görs inför eller i början av en behandling eller rehabilitering ska patienten tillfrågas om - eller när - en kontakt ska tas med arbetsgivaren, företagshälsovården eller arbetsförmedlingen. Det är viktigt att tidigt kartlägga varje patients möjligheter och förutsättningar att återkomma till arbetsplatsen för att tydliggöra de konkreta målen för behandlingen eller rehabiliteringen. Denna kartläggning kan med fördel göras i samarbete mellan patienten och arbetsterapeuten, och i vissa fall läkaren i MMR-teamet eller med den behandlande KBT-terapeuten, en arbetsledare på arbetsplatsen och företags-hälsovården. Den exakta grupsammansättningen och vem som får uppdraget att kartlägga och ta kontakter beror på de faktiska omständigheterna. För patienter som är sjukskrivna och vården bedömer att det är värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplats, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering ska vården ta en aktiv roll för att kontakta aktuella externa aktörer. I första hand är det viktigt att kontakt tas med arbetsgivaren och med arbetsförmedlingen om patienten saknar arbetsgivare. För detta krävs ett samtycke från patienten.

2. Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta

Utgångspunkten för bilagan är Indikaton för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. En arbetsgrupp utarbetade bilagan inför överenskommelsen 2012 och bestod av följande personer:

Björn Gerdle, professor, enheten för rehabiliteringsmedicin, Hälsouniversitet, Linköpings Universitet och verksamhetschef, Smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset, Linköping.

Britt-Marie Stålnacke, docent, överläkare, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för rehabiliteringsmedicin, Umeå Universitet och Rehabiliteringsmedicinskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Annie Hansen Falkdal, medicine doktor, processledare, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för arbetsterapi, Umeå Universitet och Staben för verksamhetsutveckling, Västerbotten läns landsting.

Ett antal ämnesexperter vid universitet och fackliga organisationer, organisationsföreträdare inom området från ett urval av landstingen och från försäkringskassan har beretts möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i kapitlet.

Rehabiliteringsgarantin för patientgrupper med smärta

Rehabiliteringsgarantin för patienter med långvarig smärta omfattar personer som

- är i yrkesför ålder 16 – 67 år
- har långvarig smärta (minst tre månaders varaktighet)
 1. i nacke-skuldror och/eller
 2. i ländrygg eller
 3. generaliserad smärta (t.ex. fibromyalgi)
- bedöms kunna återgå i arbete eller stanna kvar i arbete efter ett genomgången multimodalt rehabiliteringsprogram.

I de nationella medicinska indikationerna för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta som publicerades 2011³ beskrivs långvarig⁴ smärta som en ihållande och/eller intermittent

³ Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta, 2011:02, från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapport.

⁴ Det vill säga kronisk. I engelsk litteratur chronic eller persistent.

smärta som består. Eftersom smärta består av sensoriska, emotionella och kognitiva komponenter som påverkar varandra och interagerar på olika sätt med fysiska, psykologiska och sociala kontextuella faktorer behöver ett *bio-psyko-socialt synsätt* användas vid utredning, bedömning, planering och genomförande av behandling och rehabilitering.

Evidens för multimodal rehabilitering

Flera systematiska sammanställningar har gjorts av den vetenskapliga litteraturen vad gäller nyttan av MMR⁵. Sammanställningarna visar, beroende på vilken metod som har använts för att värdera evidensen, att det finns måttligt starkt till starkt vetenskapligt stöd för att MMR långsiktigt ger bättre helhetseffekt vid långvarig ryggsmärta än begränsade insatser. När det gäller smärtbehandling är det endast multimodal rehabilitering som har uppvisat evidens för att patienter har kunnat återgå i arbete.

Sammanställningarna visar också på måttligt starkt till starkt vetenskapligt stöd för att MMR minskar tiden som patienten är sjukskriven eller i större omfattning leder till att patienten kan återgå i arbete. I sammanställningarna från SBU har använts två olika sätt att gradera evidensen. Under senare år, till exempel i rapporten 2010, har metoden enligt GRADE använts vilket är ett i praktiken strängare sätt att värdera litteraturen än vad som har gjorts tidigare. Svårigheten med att använda GRADE, som i sin ursprungliga form var avsedd framförallt för farmakologiska interventioner, diskuteras i SBU-rapporten 2010 och i Läkartidningen⁶. Modifierade versioner har använts både av Scascighini et al 2008 och i SBU rapporten 2010⁷.

Effekterna av multimodal rehabilitering är inte desamma för alla personer med långvariga smärttillstånd. Vissa patienter uppvisar förbättringar medan en mindre grupp inte förbättras alls. För dem som förbättras kan förändringarna ske inom olika områden; för patient A kanske mest vad gäller smärtans intensitet, medan patient B har en oförändrad smärtintensitet men får bättre psykologiskt status. Detta betonar vikten av individualisering vid behovsbedömningen. Analys av registerdata från Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS) på specialistnivå visar att patientgruppen inte är homogen utan att olika personer kan behöva olika typer av insatser.

Majoriteten av de vetenskapliga studier som ingick i SBU-rapporten 2010 om MMR och dess effekter på återgång i arbete hade gjorts på specialistnivå. Det innebär sannolikt att patienter med en mer komplex problematik har inkluderats än om studien hade gjorts på primär-

⁵ Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006. Rapport

Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2010. Rapport

Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47: 670-678

⁶ Gerdle B, Stålnacke B-M, Söderlund A, Åsenlöf P. Multimodal rehabilitering vid smärta alltför lågt prioriterad. *Läkartidningen* nr 11 2001??, volym 108

⁷ SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer: **Starkt vetenskapligt underlag** bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning. **Måttligt starkt vetenskapligt underlag** bygger på studier med hög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning. **Begränsat vetenskapligt underlag** bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning. **Otillräckligt vetenskapligt underlag**. När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

vårdsnivå. Detta kan innebära att effekterna är ännu bättre på primärvårdsnivå med patienter med något mindre komplex problematik, men i nuläget saknas studier som belyser och bekräftar detta antagande.

Olika rehabiliteringsmetoder vid smärta

I SBU rapporterna Metoder för behandling av långvarig smärta från 2006 och en uppdatering 2010 definierades schematiskt tre olika rehabiliteringsnivåer eller processer vid långvarig smärta utifrån behov och mängd av insatta åtgärder: unimodal, intermediär och multimodal rehabilitering.

- Unimodal rehabilitering innebär att enstaka professioner intervenerar med basala behandlingstekniker. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner. Exempel på detta kan vara stödjande samtal, fysisk träning och aktivering och planering för återgång i arbete.
- Intermediär rehabilitering innebär att flera åtgärder genomförs av flera professioner utan att speciellt sammanhållna team bildas, och utan att det finns en gemensam och i förväg uppställd plan för rehabiliteringen. Som exempel kan nämnas en patient som regelbundet behandlas av sjukgymnast, men som så småningom visar sig behöva stödjande samtal hos kurator, vilken i sin tur kopplar in en arbetsterapeut för en genomgång av aktivitetsmönster och konsekvenser av smärtan när det gäller meningsfulla vardagsaktiviteter.
- Multimodal rehabilitering (MMR) är en behandlingsmetod som har utvecklats för behandling av patienter med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Den innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid. Detta förutsätter att personalen arbetar i ett integrerat team, är tränade att arbeta patientcentrerat och i nära samarbete med andra aktörer.

De allra flesta patienter med långvarig smärta rehabiliteras enligt de två första intensitetsnivåerna och - förutsatt att en tillräckligt bred utredning har gjorts - det kan i många fall vara tillräckligt för att på ett markant sätt bryta en negativ utveckling. Åtgärderna på dessa nivåer omfattas inte av rehabiliteringsgarantin. Dock tyder erfarenheter på att det finns en tendens att, t.ex. beroende på tidsbrist, läkarna gör alltför begränsade utredningar och bedömningar initialt i den kroniska utvecklingen utan tydligt beaktande av den bio-psyko-sociala helhetssynen. Härmed tenderar de att underskatta problematiken vilket får till följd att de insatta åtgärderna inte har en tillräcklig intensitet och omfattning.

Unimodal och intermediär rehabilitering erbjuds i bästa fall patienter i primärvården med något lägre och mindre omfattande behov av rehabilitering. Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta har fram till rehabiliteringsgarantins införande år 2009 vanligen erbjudits inom specialistvården, vid rehabiliteringsmedicinska kliniker eller multidisciplinära smärtkliniker, till patienter som bedöms ha en *mycket komplex* problematik. I och med införandet av rehabiliteringsgarantin har primärvården i de flesta landsting successivt påbörjat en uppbyggnad av multimodala rehabiliteringsprogram till patienter med en något enklare - men ändå *komplex* - problematik än inom specialistvården; se vidare nedan och Indikation för Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

Indikationer för multimodal rehabilitering på två behandlingsnivåer

I arbetet med nationella medicinska indikationer publicerades våren 2011 Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta⁸, i fortsättningen benämnd Indikationen. Där finns mer fullständiga beskrivningar för avsnitten nedan hänvisas till Indikationen.

I Indikationen presenteras förutsättningar som ska vara uppfyllda för att det ska vara relevant att erbjuda patienter med långvarig smärta MMR. Likaså presenteras en uppdelning av MMR i MMR 1 och MMR 2.

MMR 1 är den form som vanligtvis erbjuds i primärvården medan MMR 2 huvudsakligen erbjuds inom specialistvården. Det som styr är dock teamets kapacitet och kompetens och inte vårdnivån. Nedan presenteras kortfattat diagnosättning och bedömning, vilka förutsättningar som gäller för att MMR ska erbjudas, och bedömningen av vårdnivå.

Diagnostisering och bedömning

En omfattande individuell utredning och bedömning måste göras för att utröna om individen behöver behandling, MMR eller någon annan form av rehabilitering. Det innebär bl.a. att en strukturerad anamnes har tagits upp, att andra allvarliga tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet och som ska ha annan handläggning eller behandling (t.ex. cancer) har uteslutits ("röda flaggor"), att screening för psykologiska och sociala riskfaktorer ("gula flaggor") har gjorts, att patientens förväntningar och beredskap för förändring har kartlagts och att en grundläggande aktivitetsutredning har gjorts.

Patientrelaterade förutsättningar för MMR

- Patienten har ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader.
- Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att de i hög grad påverkar patientens dagliga liv.
- Patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete trots smärtan.
- Patienten har inte någon annan sjukdom eller något annat tillstånd som innebär hinder för att delta i programmet.

Vårdprocessrelaterade förutsättningar för MMR

- En systematisk utredning har gjorts, vilket innebär att en strukturerad anamnes har tagits upp, andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillstånd ("röda flaggor") har uteslutits, screening för psykosociala riskfaktorer ("gula flaggor") har gjorts, patientens förväntningar och beredskap för förändring och det sätt som smärtan påverkar möjligheten till aktiviteter har kartlagts.
- En evidensbaserad optimering av farmakologisk behandling har gjorts.
- Icke-farmakologiska åtgärder har övervägts/erbjudits/prövats.
- Smärttillståndets komplexitet har graderats enligt en särskild indelningsmodell.
- Patienten har fått såväl muntlig som skriftlig information om MMR.

Vårdgivarrelaterade förutsättningar för MMR

- Ett MMR-team ansvarar för genomförandet av det multimodala rehabiliteringsprogrammet.

⁸ Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta, 2011:02, från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapport.

- MMR-teamet består av flera professioner som arbetar väl samordnat utifrån en rehabiliteringsfilosofi med planerade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras i detalj tillsammans med patienten.
- Kompetens för att hantera smärttillståndets komplexitet finns i MMR-teamet.
- Teamet följer regelbundet resultaten av rehabiliteringen för att stimulera kvalitetsutvecklingen. Därigenom kan teamet leverera allt bättre resultat med ökad kännedom om patienters behov och vårdupplevelser, och dimensionera smärtvården på ett tillfredsställande sätt. För att kunna följa sina resultat och utvecklingen i landet är de flesta enheter på specialistnivå anslutna till Nationellt Register över Smärtrehabilitering, NRS. Det är önskvärt att även teamen på primärvårdsnivå följer sina resultat. Indikationen föreslår då en enklare variant av NRS.

Indikation för MMR 1 respektive MMR 2

En patientutredning görs enligt den algoritm som finns i Indikationen för särskilja mellan de två vårdnivåerna. Om de patientrelaterade, vårdprocessrelaterade och vårdgivarrelaterade förutsättningarna är uppfyllda finns indikation för MMR. Vilken form och intensitet av MMR som är lämplig bestäms enligt följande. Se också i Indikationen för indelningen av smärttillstånd i typ A och B.

- Indikation för MMR 1 finns om patientens problematik bedöms som komplex (typ A), dvs. om patienten har *låga eller måttliga nivåer* av negativ affekt (nedstämdhet, oro eller ångest) eller rädsla-undvikande-tankar eller -beteende (katastroftankar, undvikande) eller om hans eller hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i måttlig omfattning.
- Indikation för MMR 2 finns om patientens problematik bedöms som mycket komplex (typ B), dvs. om patienten har *starkt förhöjda nivåer* av negativ affekt (nedstämdhet, oro eller ångest) eller rädsla eller undvikande beteende eller om hans eller hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i hög omfattning.

Den multimodala rehabiliteringens mål

Medicinska, psykologiska och sociala förhållanden liksom omgivning och personlighetsmässiga förhållanden bidrar enligt den bio-psyko-sociala modellen på ett komplext och integrerat sätt till individens smärtupplevelser och smärtbeteenden.⁹

Vanliga *allmänna* mål för MMR, som också överensstämmer med kartläggningar av vad patienter med långvarig smärta anser vara viktigt¹⁰, brukar vara att påverka

- förmågan att arbeta och utföra nödvändiga och betydelsefulla vardagsaktiviteter och vara delaktig i sociala sammanhang

⁹ Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006. Rapport

Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007 Jul;133(4):581–624

Nicholas MK. Pain management in musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2008 Jun;22(3):451–70

¹⁰ Turk DC, Dworkin RH, Revicki D, Harding G, Burke LB, Cella D, et al. Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain.* 2008 Jul 15;137(2):276–85

- den emotionella funktionen, t.ex. minska graden av depression, ångest, ilska och irritabilitet
- smärtupplevelsen
- den fysiska funktionen och fysiska aktivitetsnivån
- hälsa och livskvalitet

Eftersom patienter är olika vad gäller besvärsbild och själva måste vara ”bärare” av sin rehabilitering och vara delaktiga, dvs. ha inflytande över sin behandling, är det viktigt att fråga efter och formulera det som den enskilde patienten anser vara viktiga mål för honom eller henne.

Det multimodala rehabiliteringsprogrammet

I SBU-rapporten från 2006 fanns ett starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering skulle innefatta en kombination av psykologiska insatser, fysisk aktivitet eller träning eller sjukgymnastik och pedagogiska moment. Någon ytterligare djupgående bestämning av programmets sammansättning ansågs dock inte vara möjlig.

Scascighini et al., 2008 var något mer detaljerad i sin analys av vad det fanns evidens för, nämligen

- Specifik individuell träning
- Regelbunden träning i avspänningstekniker
- Gruppbaserad psykoterapi
- Utbildning av patienten
- Sjukgymnastik för att lära sig ”pacing”-strategier
- Medicinsk träningsterapi
- Neurofysiologisk information från läkare

På basis av dessa två översikter och egna kliniska erfarenheter kom gruppen som arbetade fram Indikationen fram till att innehållet enligt Tabell 1 nedan i huvudsak skulle vara möjligt och lämpligt i en svensk miljö. Ett flertal aktiva komponenter ingår, vilka förmodas ge synergistiska effekter. Med andra ord är multimodal rehabilitering en komplex intervention som kräver speciella kunskaper och färdigheter från olika professioner¹¹, där varje profession också genomför en multidimensionell intervention¹². Det multimodala rehabiliteringsprogrammet är sammanlänkat både av individens mål och förutsättningar och av teamets rehabiliteringsfilosofi och beteendeförändringsteorier.

Ofta är det både ekonomiskt och personalmässigt effektivt och uppskattat av patienterna att i huvudsak genomföra den multimodala rehabiliteringen i grupper om 6-10 patienter. Där deltar varje patient utifrån sina förutsättningar och olika individuella tillägg kan tas med utifrån behov och individuella mål.

De insatser som ingår i MMR enligt Tabell 1 är delvis specifika för de olika professionerna i teamet, men de innehåller ofta också pedagogiska moment med beteendemedicinskt inriktad utbildning om smärtproblematik och olika metoder för att hantera smärta och andra symptom (*coping*).

¹¹ Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kiunmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 200;321:694-6

¹² Gerdle B, Stålnacke B-M, Söderlund A, Åsenlöf P. Multimodal rehabilitering vid smärta alltför lågt prioriterad. *Läkartidningen* nr 11 20011, volym 108

Som det konstateras i Indikationen syftar det multimodala rehabiliteringsprogrammets olika komponenter till att ge patienterna olika verktyg för att de ska kunna hantera de negativa konsekvenserna av långvarig smärta och utveckla sina resurser i olika sociala situationer. Det innebär i praktiken att målen för rehabiliteringen främst utgår från delaktighet, och att andra mål som handlar om kroppsfunction och aktiviteter isolerade från patientens vardagsmiljö är sekundära eller betraktas som delmål och stödstrategier. Tankar, beteenden, affekter och omgivning är således centrala indikatorer som måste beaktas eller bejakas av patienten för att han eller hon ska uppnå ett gott resultat av rehabiliteringen.

För att kunna leverera ett multimodalt rehabiliteringsprogram (MMR 1 eller MMR 2) måste flera professioner med smärtskompetens arbeta i team med planerade och samordnade åtgärder mot gemensamma mål definierade tillsammans med patienten.

Längden på multimodala rehabiliteringsprogram

Tillgängliga systematiska sammanställningar visar att kunskapen om hur lång en multimodal rehabiliteringsbehandling ska vara är begränsad. I båda de systematiska översikterna av Scascighini et al., 2008¹³ och Guzman et al, 2001¹⁴ konstaterades att längre (intensivare) program hade bättre effekt än sådana som var mindre omfattande/intensiva. Guzman och medarbetare fann att program som omfattade mindre än 30 timmar inte uppvisade några positiva effekter. De kom fram till att multimodala rehabiliteringsprogram om minst 100 timmar hade positiva effekter. Men evidensläget idag - med ytterligare tillkommen litteratur - tillåter inte en definitiv gräns vid 100 timmar. Om ett rehabiliteringsprogram förmedlat av ett visst team är effektivt eller inte måste slutligen avgöras genom sammanställningar från kvalitetsregister.

Att döma av praktiken idag pågår MMR ofta under fyra till åtta veckor beroende på hur programmet är upplagt. Det förekommer ofta att det pågår 75-100 procent av tiden på smärtskliniker och rehabiliteringskliniker och då färre veckor (MMR 2) än om det är upplagt på till exempel 2-3 dagar per vecka då det måste fortgå över längre tid (MMR 1).

¹³ Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47: 670-678

¹⁴ Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. 2001 Jun 23;322(7301):1511-6

Tabell 1: Sammanställning av nödvändiga komponenter och pedagogiska strategier i multimodala rehabiliteringsprogram MMR 1 och MMR 2. För samtliga komponenter gäller att de måste anpassas efter patientens behov.

Komponenter	MMR 1	MMR 2	Pedagogiska strategier
Progressiv, patientcentrerad och genusmedveten målformulering (rehabiliteringsplan)	x	x	I samarbete med patienten. Gemensam utgångspunkt för hela teamet. Målen som sätts upp ska vara specifika, mätbara, angelägna och aktivitetsrelaterade samt realistiska och tidsbegränsade.
Optimering av farmakologisk behandling	x	x	
Undervisning om smärtmekanismer (bio-psyko-sociala samspel)	x	x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper
Pedagogiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser)	x	x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Pedagogiskt och terapeutiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser)		x	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot sömnproblematik	x	x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot ångestproblematik		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Graderad exponering <i>in vivo</i>		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Psykologisk terapi* mot depression		x	Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Fysisk träning (professionell coachning)	x	x	Guidad träning i grupp växlat med träning på egen hand Träningsplan och träningsdagbok Tilltro-stärkande feedback
Aktivitetsträning Relevanta och för individen väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete	x	x	Analoga situationer på vårdcentral eller klinik med successiv stegring till färdighetsträning i vardagslivet inklusive arbete Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback
Optimering av omgivningsfaktorer Socialt stöd Arbetsplats inklusive medarbetare och arbetsledning	x	x	Identifiera, hantera och förändra fysiska och sociala omgivningsfaktorer som kan bidra till patientens problematik

Samordningsinsatser mellan teamet, den remitterande läkaren, försäkringskassa, arbetsplats eller företagshälsovård och familj	x	x	
Skräddarsydda insatser för hantering av samsjuklighet (t.ex. inflammatorisk ledsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, fetma, astma)		x	Samarbete med remitterande läkare och specialister
Bibehållandestrategier och återfallsprevention	x	x	Utarbetande av återfallspreventionsplan

*För närvarande olika former av KBT

En viss individuell anpassning i omfattningen av rehabiliteringsprogrammen måste göras utifrån patientens problembild både inom MMR 1 och MMR 2. Exempel på faktorer som kan vara värda att beakta för de två vårdnivåerna är:

- smärtintensitet
- smärtlokalisering
- smärtvariabilitet
- smärtduration
- hyperalgesi
- coping
- medicinsk samsjuklighet
- missbruk av alkohol och droger
- depressiva symtom
- ångestsymtom
- sömnstörning
- inställning till arbete
- konsekvenser i vardagen
- sjukskrivning
- arbete med riskfaktorer för smärta
- sociala relationer
- förändringsförmåga
- försäkringsproblematik

MMR-teamets kompetens

För att kunna erbjuda MMR enligt Tabell 1 är det nödvändigt att ha ett rehabiliteringsteam. Teamet ska ha kompetens att hantera ett smärttillstånd komplexitet utifrån ett bio-psyko-socialt synsätt. Medlemmarna i teamet måste ges utrymme och tid för att få till ett samarbetet i teamet, vidareutbilda sig och få tillräcklig erfarenhet av olika patienter med behov av MMR. Teamet måste ha ett strukturerat arbetssätt med regelbundna möten för att diskutera rehabiliteringsprocessen och utvärdera patienternas individuella mål och resultat. Teamet ska också ha ett utvecklat och genomtänkt sätt att säkerställa att patienten är en del av teamet och stödja patientens vilja och självständighet för att ge en bra grund för ett långsiktigt rehabiliteringsresultat.

Teamet ska ha tillräckligt många patienter under ett år för att medlemmarna ska kunna upprätthålla en hög kunskapsnivå. Det exakta antalet patienter går inte att fastställa på basis av vetenskap, men det bör helst vara minst 30 patienter. Dock kan detta innebära problem i glesbygd och då får det handla om ett mindre antal med ett eftersträvansvärt minimum på 20 patienter. När det är på det sättet kan det vara önskvärt att teamet har regelbunden handledning från team på nivå 2 och att det görs extra ansträngningar genom uppföljningar via kvalitetsregister att säkerställa positiva resultat. Ett alternativ för att få tillräckligt många patienter kan vara att flera vårdcentraler samarbetar och tillsammans etablerar ett team för multimodal rehabilitering (MMR 1).

I Indikationen preciseras den kompetens som krävs av teamen (visas här i Tabell 2 och 3). De beskrivna kompetenserna ska ses som strävansmål i ett förhållandevis kort tidsperspektiv (två år).

Tabell 2: Nödvändig kompetens inom team som erbjuder MMR 1

Ingående kunskap om teamarbete och det multimodala rehabiliteringsprogrammets mål och de komponenter som ingår i MMR 1
Grundläggande kunskap om smärta och smärtbehandling ur ett bio-psyko-socialt perspektiv
Uppdaterad kunskap om den bio-psyko-sociala modellen för långvarig smärta, förståelse av uppkomst, utveckling och konsekvenser
Utbildning på grundnivå både teoretisk och i praktisk tillämpning av beteendemedicinska principer
Kunskap om sambandet mellan aktivitetsutförande och hälsa/ohälsa samt färdighet att använda den i standardiserad och vetenskapligt förankrad bedömning och behandling av aktivitetshinder
Kunskap att genomföra standardiserade test av exempelvis fysisk kapacitet, muskelfunktion, rörlighet, koordination och balans
Kunskap att planera och vägleda patienten till ökad fysisk aktivitet och förbättrad förmåga genom olika former av fysisk träning
Grundutbildning i psykologisk terapi, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT steg 1)
Vidareutbildning i smärtans psykologi samt erfarenhet (under handledning) av behandling av smärtproblematik
Ingående kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta
Kunskap om psykosocial rehabilitering, socialförsäkringsfrågor och arbetsmarknadsfrågor

För att kunna genomföra MMR 2 krävs fördjupad kompetens, speciellt vad gäller hanteringen av de negativa psykologiska komponenterna, samsjuklighet och smärttillstånd med hög intensitet (Tabell 3).

Tabell 3: Erforderlig kompetens inom team som erbjuder MMR 2

Specialistkunskap i rehabiliteringsmedicin eller annan specialitet (exempelvis allmänmedicin) med tilläggspecialiteten smärtlindring och ingående och regelbundet uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om diagnostik, behandling och rehabilitering av långvarig smärta
Utbildning på avancerad nivå inom beteendemedicinska tillämpningar inom sjukgymnastik
Utbildning på avancerad nivå inom områdena arbetsterapi och smärta samt omfattande erfarenhet av arbetsterapeutisk bedömning, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta
Utbildning i psykologisk terapi, t.ex. KBT steg II
Vidareutbildning i smärtans psykologi
Utbildning i och erfarenhet av att utöva avancerade tekniker som exponering av rörelserädsla, depression och smärta liksom katastroftankar och smärta
Vidareutbildning inom psykosocialt behandlingsarbete
Uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta
Omfattande och regelbundet uppdaterad kunskap om gällande regelverk inom arbetsmiljö, arbetsskydd, sociala förhållanden, socialförsäkringssystemet och dess rehabiliteringskedja

Ett team i MMR 1 och MMR 2 ska bestå av flera professioner. För att täcka nödvändiga kompetensområden för att genomföra MMR är det lämpligt att teamet består av läkare, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut och socionom. Erfarenheterna hittills visar på betydande svårigheter att få bra medverkansformer för läkare på MMR 1-nivån. Likaså är tillgången till psykolog på den nivån begränsad. Om det saknas en psykolog i teamet för MMR 1 rekommenderas att en terapeut (psykoterapi steg 1) med annan grundutbildning deltar. Beroende på lokala traditioner och möjligheter kan teamet kompletteras med andra professioner, t.ex. sjuksköterska och friskvårdspersonal.

3. Psykologisk behandling vid lindriga och medelsvåra psykiska besvär

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgängligheten för evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket ska ge snabbare och effektivare rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur ska leda till kortare sjukskrivningar eller förhindra att sjukfrånvaro uppstår¹⁵. Enligt Socialstyrelsen är följande indikatorer för god vård:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta varje persons behov på bästa sätt
- säker hälso- och sjukvård, som aktivt förebygger skador
- patientfokuserad hälso- och sjukvård, som ges med respekt och lyhördhet för varje persons behov
- effektiv hälso- och sjukvård, som utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål
- jämlik hälso- och sjukvård, som ges och fördelas på lika villkor för alla
- hälso- och sjukvård i rimlig tid, som innebär att ingen person ska behöva vänta på vårdinsatser oskäligt länge.

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression. Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom.

Depression och ångestsyndrom är allvarliga sjukdomar som kan medföra stora svårigheter att klara vardagslivet, med nedsatt livskvalitet som följd. Om den drabbade inte får adekvat behandling finns risk för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Det finns även en påtaglig risk för självmord. I vissa fall kan tillstånden vara mycket långdragna eller kroniska. En god kontinuitet av vård under hela sjukdomsförloppet är därför en förutsättning för god vård över tid.

En mycket stor andel av personer med depression och ångestsyndrom söker vård och får behandling i första linjens vård (till exempel primärvården). Här är det alltså särskilt viktigt att det finns en organisation med stor tillgänglighet, så att personer som söker vård snabbt kan få en första bedömning. Tillgänglighet innebär dels rent fysisk tillgänglighet, som telefon-tillgänglighet, öppethållande, bemanning och dels bemötande, dialog, respekt och inlevelseförmåga.

Utöver detta behöver hälso- och sjukvården erbjuda sammansatta vårdåtgärder. Det innebär olika evidensbaserade behandlingar och konsultationer som görs på ett strukturerat sätt av personer med den kompetens som krävs. Arbetet med sammansatta åtgärder omfattar både första linjens vård och psykiatri och förutsätter samarbete mellan dessa kring patienten. För vårdplaneringen är det viktigt med en strukturerad funktionsbedömning och en plan för funktionsträning.

¹⁵ En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del 1. Stockholm. Karolinska Institutet; 2011

Målet med behandling av egentlig depression och ångestsyndrom är tillfrisknande, vilket innebär inte bara frihet från symtom utan även återgång till tidigare funktionsnivå, det vill säga bland annat återgång till arbete.

Insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Fokus i rehabiliteringsgarantin är arbetsförmåga och återgång i arbete. Behandlingar som bevisligen har effekt på dessa funktioner omfattas av garantin. I själva verket finns det ingen behandlingsform för psykisk ohälsa som har evidens för ökad arbetsförmåga eftersom det saknas forskning på detta område¹⁶. Dock framgår av Karolinska Institutets utvärdering (2011) att de personer som har behandlats med psykologiska metoder på senare tid har lägre sjukfrånvaro. Detta faktum anses bero på att vårdpersonalen har blivit kompetentare efter garantins första implementeringstid. Linden, Zubrägel och Bär fann också att KBT ökade arbetsförmågan, reducerade symtom och minskade läkemedelsanvändningen.¹⁷

Insatser ska ges inom rehabiliteringsgarantin till patienter med:

Ångestsyndrom

Tillstånd där flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Ångesten ska vara så svår att den leder till stora inskränkningar i patientens dagliga liv eller andra funktionsnedsättningar. Ångesttillstånd kan medföra panikattacker, fobier och tvångstankar eller tvångshandlingar.

Depression

Tillstånd av nedstämdhet av den svårighetsgraden att den påverkar patientens funktionsförmåga och orsakar svårigheter i arbete och privatliv. Någon strikt gräns mellan det normala och det sjukliga kan ibland vara svår att dra. En skattningsskala kan underlätta diagnostiseringen.

Stress

Att vara stressad är ingen sjukdom, utan en naturlig och livsviktig psykologisk och biologisk reaktion på yttre påfrestningar. Hur individen reagerar beror på påfrestningens styrka och varaktighet och möjligheten till återhämtning. Stress kan dock leda till ohälsa och sjukdom, både kroppsligt och psykiskt. Det är uppenbart att psykiska sjukdomar kan förvärras av stress, men stress kan också vara en väsentlig bakgrundsfaktor.

Kognitiv beteendeterapi, KBT

Kognitiv terapi inriktar sig på att påverka tankemönster. Kognitiv beteendeterapi, KBT, kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi med syfte att påverka tankar, känslor och beteenden i en positiv riktning. Olika strategier med övningar och hemuppgifter är en viktig del. Det finns ett flertal metoder. Gränsdragningen mellan de olika terapierna är inte entydig, och ofta är det svårt att avgöra vilken terapiform som har använts i olika studier.

¹⁶ En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del 1. Stockholm. Karolinska Institutet; 2011

Noordik, E., van Dijk, F. J., Nieuwenhuijsen, K., & van der Klink, J. J. L. (2009). Effectiveness and Cost-effectiveness of an Exposure-based Return-to-work Programme for Patients on Sick Leave due to Common Mental Disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9, 140

¹⁷ Linden, M., Zubrägel, D., När, T. Occupational Functioning, Sickness Absence and Medication Utilization Before and After Cognitive-Behaviour Therapy for Generalized Anxiety Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18, 218-224 (2011)

Interpersonell psykoterapi, IPT

Interpersonell psykoterapi (IPT) fokuserar på hur relationer påverkar patienten och hur relationer kan hanteras och används vid depressionstillstånd. Terapeuten har en aktiv roll. Terapin ges antingen individuellt eller i grupp. I den interpersonella terapin ingår en utbildning i depressionernas natur och behandlingsmöjligheter, en identifiering av patientens centrala relationer och förändringar i livet och en behandling av problem med dessa med fokus på här och nu. Metoden har även prövats och bearbetats för ungdomar. Tillgången till interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige.

Psykologisk behandling och återgång i arbete

Utöver stor tillgänglighet och god vårdkontinuitet behöver patienten erbjudas sammansatta vårdåtgärder. Detta innebär olika evidensbaserade behandlingar och konsultationer, som genomförs på ett strukturerat sätt av vårdpersonal med den kompetens som krävs. Dessa åtgärder behöver innehålla aktivt främjande av återgång i arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga. Arbetet med sammansatta åtgärder omfattar både första linjens vård och psykiatri, och samarbetet mellan dessa.

För personer som sjukskrivs bör bedömning och behandling enligt garantin inledas snarast. Behandlingen bör ske inom sex veckor.

Bedömning och diagnostisering

En mycket stor andel av personerna med depression och ångestsyndrom söker och får behandling inom primärvården. I vissa fall kan ohälsan vara långdragen och en god kontinuitet i behandlingskontakten under hela förloppet är en förutsättning för god vård över tid. Därför är det särskilt viktigt att primärvården har:

- en stor tillgänglighet och gör en första strukturerad bedömning för att finna lämplig behandlingsinsats,
- kontinuitet i vården som ökar behandlingarnas effektivitet,
- en vårdorganisation med adekvat sammansättning av kompetenser och vårdåtgärder,
- en nära kontakt med psykiatri för sammansatta vårdåtgärder.

Cirka 50 % av personerna som söker primärvården med sina besvär får inte diagnosen depression, utan man stannar vid de kroppsliga besvären. Vårdgivaren måste bli bättre på att selektera vilka patienter som kan bli hjälpta av specifika insatser. Den vårdsökande undersöks och diagnostiseras medicinskt och vid behov görs en strukturerad psykologisk bedömning som ett led i urvalet av behandling och riskbedömning.

Utöver stor tillgänglighet och god kontinuitet behöver patienten erbjudas sammansatta vårdåtgärder. Dessa genomförs på ett strukturerat sätt av personer med den kompetens som krävs.

Utifrån ett utbud av behandlingsåtgärder med väldokumenterad effekt väljs behandling utifrån principerna för stegvis vård. Stegvis vård relaterar till principen om en lägsta effektiv omhändertagningsnivå.

En stegvis vårdmodell är ett hjälpmedel för att säkerställa att patienten får rätt behandling på rätt plats och i rätt tid. Det förhindrar en fördröjning av adekvat behandling, samt förhindrar att patienten får vård på fel nivå i relation till tillståndet.

Bedömning och behandling

1. Medicinsk bedömning.
2. Psykologisk bedömning.
3. **Vid depression:** Psykologisk behandling med KBT 8 – 20 ggr, i samtalsform individuellt eller i grupp. Psykologisk behandling med IPT 8 – 20 ggr.
Vid ångest: KBT i samtalsform individuellt eller i grupp 8 – 20 ggr.
Vid stresstillstånd: Behandling i första hand med KBT.

Kompetens och utbildning

Den som utför psykologisk behandling ska ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod som ordinerats. Om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation är handledning av behörig person en förutsättning för arbetet. Vid behandling av komplexa tillstånd är en legitimerad psykoterapeut att rekommendera.

Rehabiliteringsgarantin ger ersättning för KBT/IPT individuellt eller i grupp. För att få denna ersättning krävs att utredningen och behandlingen individuellt eller i grupp görs av

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