

Socialdepartementet

Godkännande av en överenskommelse om rehabiliteringsgarantin för 2011

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen godkänner överenskommelse om rehabiliteringsgarantin för 2011 (se *bilaga*).

Ärendet

Den 12 december 2008 har en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting undertecknats om en rehabiliteringsgaranti. Regeringen har den 18 december 2008 godkänt överenskommelsen. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har den 16 november 2009 undertecknat en justerad överenskommelse av den tidigare överenskommelsen. Regeringen har den 19 november 2009 godkänt den justerade överenskommelsen.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har den 17 december 2010 undertecknat en ny överenskommelse om en rehabiliteringsgarantin för 2011.

Utdrag till

Sveriges Kommuner och Landsting



Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti för 2011

Bakgrund och rehabiliteringsgaranti från 1 juli 2008

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting tecknade 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Överenskommelsen innebar att en rehabiliteringsgaranti successivt skulle börja träda i kraft under 2008 för medicinska behandlingsmetoder, där vetenskapligt stöd för effekten återvunnen arbetsförmåga kunnat visas. De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär, samt lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa omfattades.

Utgångspunkten för vad som skulle betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är bedömningar i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan. I takt med att nyare forskning togs fram skulle uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjöds behandling och rehabilitering enligt den senaste evidensen inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Genom en tydlig urvalsprocess skulle individer med en sjukdom där det fanns behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Garantin avsåg tillgänglighet i följande steg:

1. Medicinsk bedömning och ställningstagande till om patientens tillstånd innebar att han/hon skulle vara betjänt av medicinsk behandling/rehabilitering enligt ovan.
2. Att påbörja och genomföra behandling/rehabilitering.

Garantin omfattade ovan angivna steg och erbjöds så att individen snabbt skulle kunna återfå arbetsförmågan. Ambitionen var att insatserna skulle ske inom de tidsgränser som bedöms lämpliga med hänsyn till vad som kan utläsas av evidens för snabb återgång i arbete.

För 2008 fördelades statens medel för rehabiliteringsgarantin till de landsting som erbjöd medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser enligt nämnda evidenskrav och/eller vidtog organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för att implementera såväl steg 1 som steg 2 ovan.

Medel fanns även avsatta för projekt som genom s.k. kontrollerade försök använde metoder som utvecklade och stärkte evidensen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Landstingen hade möjlighet att, i samverkan med forskningsinstitutioner, ansöka om dessa medel.

Rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010

Genom en tydlig urvalsprocess skulle de individer som var betjänta av rehabilitering/behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Följande utgångspunkter gällde för att landstingen skulle få ersättning för rehabiliteringsgarantin från 1 januari 2009:

1. Med medicinsk rehabilitering avsågs evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär som tillhandahölls på individnivå med evidens för att återfå arbetsförmågan.
2. De åtgärder som berättigade till ersättning skulle vara definierade i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att återfå arbetsförmågan samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer och det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Vad det innebar beträffande behandling och ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin preciserades i en särskild bilaga. Personer i åldern 16-67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattades.

För 2009 reglerades tidsgränserna för medicinsk bedömning och ställningstagande samt påbörjade och genomförda rehabilitering/behandlingar inom ramen för vårdgarantin. Det fanns för diagnoserna inom gruppen diffus smärta evidens för att bättre resultat uppnåddes om behandling sattes in inom åtta veckor. För lättare eller medelsvåra psykiska diagnoser var det angeläget att åtgärder sattes in tidigt för att stödja personer att återgå i arbete. Målsättningen var att berörda patienter skulle få behandling/rehabilitering inom 6 – 8 veckor från sjukskrivningen börjades.

Rehabiliteringsgarantin under 2011

De utgångspunkter som gällde för rehabiliteringsgarantin under 2009 och 2010 kommer även att gälla för 2011, men ersättningsnivåerna i form av påslag ändras enligt nedan.

Regeringen kommer, med förbehåll om riksdagens godkännande, att avsätta medel för rehabiliteringsgarantin för 2011 med 1 miljard kronor. Av dessa medel ska 40 miljoner kronor avsättas för forsknings- och utvecklingsinsatser i anslutning till rehabiliteringsgarantin och utbyggnad av kvalitetsregister samt för förberedelsearbete för en utvidgning av rehabiliteringsgarantin främst i form av internetstödd KBT.

Landstingen får ersättning per patient som påbörjat rehabiliterings- eller behandlingsinsatser inom ramen för ovan angivna utgångspunkter. Rehabiliterings-

/behandlingsinsatserna kan genomföras antingen i egen regi i landstingen eller av privata leverantörer i enlighet med LOU eller LOV.

Ersättningen per patient och påbörjad eller genomförd behandling uppgår till följande belopp:

- **40 000 kr** för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- **10 000 kr** för kognitiv beteendeterapi vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Utöver denna ersättning får landstingen ett 15 procentigt påslag på den beräknade faktiska kostnaden. Påslaget per patient och påbörjad eller genomförd behandling uppgår till:

- **6 000 kr** för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- **1 500 kr** för kognitiv beteendeterapi vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Dessa extra medel som landstingen på så sätt erhåller ska användas för att under 2011 utveckla tillgången på rehabiliteringsinsatser bl.a. i form av internetstödd KBT. För att få ersättning lämnar landstingen underlag om antalet genomförda eller påbörjade behandlingar till Försäkringskassan. Av redovisningen ska framgå vilka insatser som påbörjats/genomförts, inom vilken tid och vem som genomfört dessa. Utbetalning av ersättningen sker per kvartal i efterskott.

Maximal ersättning per landsting är länets befolkningsandel i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin, vilket, med avdrag för forskningsmedlen och annat utvecklingsarbete, uppgår till 960 miljoner kronor för 2011. Den kvartalsvisa utbetalningen upphör när landstinget nått sin nivå för maximal ersättning.

De medel som ej förbrukats vid årets slut p.g.a. att det finns landsting som inte påbörjat/genomfört några behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin, ska fördelas till de landsting som påbörjat fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Ersättning kommer att betalas ut i proportion till respektive landstings andel av det som totalt "överproduceras" dvs. det som produceras utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsandel.

Utvecklingen och framtid

En utvidgning så att även internetstödd KBT inkluderas i garantin diskuteras mellan SKL och Socialdepartementet under 2011. Ambitionen är att en sådan utvidgning ska kunna träda ikraft under andra halvåret 2011 då även påslaget för utvecklingen av internetstödd KBT kommer att prövas. Rehabiliteringsgarantins fortsättning efter 2011 kommer att prövas utifrån bl.a. tillgänglig uppföljning och den utvärdering som Karolinska Institutet lämnar i augusti 2011.

Uppföljning

Landstingen ska vid årets slut redovisa hur de använt påslaget för förberedelse/utvecklingsinsatser. Karolinska Institutet har fått i uppdrag att utvärdera i vilken omfattning personer som genomgår rehabilitering/behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin återfår arbetsförmågan och i vilken omfattning de återgår i arbete. KI ska slutredovisa sitt uppdrag den 15 augusti 2011.

Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig när den godkänns av regeringen och styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för respektive år. Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2011.

Stockholm den 17 december 2010

För staten genom Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och Landsting

.....
Anna Pettersson Westerberg

.....
Håkan Sörman

Behandlingar/rehabilitering som berättigar till ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Det primära målet med rehabiliteringsgarantin och härmed den multimodala rehabiliteringen är arbetsåtergång. Detta utesluter inte andra samtidigt mål som reducerad smärtintensitet, mindre depressivitet, större samhällelig delaktighet, bättre hälsa och livskvalitet.

Vilka patienter med icke specifik smärta i rygg, nacke och axlar ?

Garantin riktar sig till personer som (helt) uppföljer följande kriterier:

- i yrkesför ålder dvs. 16-67 år
- har långvarig smärta (minst 3 månaders varaktighet) från:
 - nacke-skuldror och/eller
 - ländrygg eller
 - generaliserad smärta (t.ex. fibromyalgi)
- arbetsåtergång efter genomgången multimodalt rehabiliteringsprogram bedöms rimligt/troligt.

Patienter med smärta i huvudsak på grund av sjukdomstillstånden osteoartros eller reumatoid eller annan artrit ingår ej i rehabiliteringsgarantin.

Vad menas med multimodal rehabilitering?

I SBU- rapporten "Metoder för behandling av långvarig smärta" från 2006, definierades schematiskt tre olika rehabiliteringsnivåer eller processer vid kronisk smärta utifrån behov och mängd av insatta åtgärder:

1. Unimodal rehabilitering
2. Intermediär rehabilitering
3. Multimodal rehabilitering

De två förstnämnda intensitetsnivåerna omfattas ej av rehabiliteringsgarantin. *Unimodal rehabilitering* innebär att en enstaka åtgärd (modalitet) tillgrips t ex sjukgymnastik, samtal etc. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner. Den *intermediära rehabiliteringen* är en nivå där fler åtgärder måste vidtas. Personalen arbetar inte regelmässigt i team, utan arbetet är mer uppbyggt på regelbundna kontakter mellan inblandad behandlingspersonal (läkare, paramedicinare eller omvårdnadspersonal).

Den *multimodala rehabiliteringen* tillgrips i situationer med förhållandevis stora och komplexa behov. Den innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid och kräver att personalen arbetar i team och är tränade i att arbeta i team.

Hur bör den multimodala rehabiliteringen läggas upp ?

I ett omfattande arbete presenterat av SBU 2006 värderades bland annat evidensläget för multimodal rehabilitering av kronisk smärta oberoende av anatomisk lokalisering. Man

konstaterade då baserat på analyser av helhetseffekter¹ att det på ett övergripande plan fanns starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig smärta än mindre omfattande insatser. I en systematisk översikt från 2008 av Scascighini och medarbetare sammanfattades litteraturen om multimodal rehabilitering vid långvarig muskuloskeletal smärta. Man rapporterade starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering (definierad som minst tre av modaliteter: psykoterapi, avspänning, sjukgymnastik, arbetsterapi och patientutbildning) har bättre effekt jämfört med ingen eller standard behandling med avseende på smärtintensitet, aktivitetsförmåga och/eller livskvalitet. Man fann även måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering har bättre effekt än unimodala insatser. I en uppdatering av evidensläget rörande helhetseffekter som presenterades år 2010 av SBU och som koncentrerades på långvarig ryggsmärta (nack-, skulder- och ländryggssmärta- samt ryggsmärta inte närmare specificerat) och som använde ett annat - strängare - sätt att värdera evidensläget (GRADE) gjordes konklusionen att det fanns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att multimodal rehabilitering långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig ryggsmärta (nack-, skulder- och ländryggssmärta - samt ryggsmärta inte närmare specificerat) än mindre omfattande insatser. Både i SBU rapporten år 2006 och år 2010 rapporteras att multimodal rehabilitering innebär ökad chans till arbetsåtergång/minskad sjukskrivning; i rapporten år 2006 angavs starkt vetenskapligt stöd och i rapporten år 2010 (med strängare kriterier) måttligt starkt vetenskapligt stöd.

För att avgöra om den drabbade individen har förutsättningar att tillägna sig innehållet i det multimodala rehabiliteringsprogrammet och för att säkerställa att arbetsåtergång efter genomgången rehabiliteringsprogram är rimligt/troligt förutsätts att teamets medlemmar genomföra en bred utredning. Vid denna utredning kan patienter diagnosticeras som har tecken på annan allvarlig sjukdom eller sjukdom med känd specifik organbehandling. Dessa patienter omhändertas på annat sätt lokalt eller remitteras till lämplig instans. Både den breda utredningen som föregår rehabiliteringen och den multimodala rehabiliteringen i sig utgår från nödvändigheten av att förstå och rehabilitera smärtans hela komplexitet och dess negativa konsekvenser; dvs. ett bio-psyko-socialt synsätt tillämpas genomgående. Denna komplexitet nödvändiggör teamarbete.

Hur ska det multimodala rehabiliteringsprogrammets vara uppbyggt?

Hur det multimodala rehabiliteringsprogrammets exakta ska vara uppbyggt finns det idag inte tillräcklig kunskap om men utifrån SBU rapporten från 2006 kan man konkludera följande viktiga egenskaper:

- Ett bio-psyko-socialt synsätt
- Tillräcklig intensitet (oftast 2-3 dagar i veckan under 6-8 veckor; kan inkludera olika hemuppgifter för patienten)
- Välplanerade och synkroniserade åtgärder i form av
 - Genomtänkt psykologiskt² förhållningssätt och insats
 - Fysisk träning och/eller gradvis ökad fysisk aktivitet

¹ en helhetsbedömning av studiens resultat baserat på de utfallsmått som de identifierade randomiserade kontrollerade studierna (RCT) de facto har använt; minst 50 % av studiens utfallsmått ska ha visat signifikanta förbättringar för att studiens helhetsresultat skall anses positiva.

² Det fanns i nuläget ingen evidens för att någon särskild psykologisk hållning/ideologi skulle vara överlägsen någon annan som del i ett multimodalt rehabiliteringsprogram. I Sverige idag oftast benämnt kognitivt beteendeinriktat, eller beteendeinriktat förhållningssätt.

- Undervisning t.ex. om smärta, dess konsekvenser och hanteringsstrategier
- Stärka den drabbade individens handlingskraft och ansvarstagande genom t.ex. olika hem- och tillämpnings uppgifter
- Planering för framtiden-arbetsåtergång tex via kontakter med arbetsplats

Ofta är det både ekonomiskt och personalmässigt effektivt samt uppskattat av patienter att i huvudsak genomföra den multimodala rehabiliteringen gruppbaserat (8-10 patienter) där patienten deltar utifrån sina individuella förutsättningar och där vid behov olika helt individuella tillägg kan adderas vid behov.

Teamarbetet vid multimodal rehabilitering?

Teamen kan bestå av olika professioner men typiskt ingår 3-4 professioner t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (socioonom eller psykolog) samt en läkare. Den exakta uppbyggnaden kan variera något beroende på lokala traditioner och ibland kan t.ex. också sjuksköterska/undersköterska eller friskvårdspersonal ingå. Teamets uppbyggnad står således i samklang med rehabiliteringsprogrammets uppbyggnad.

Teamet har regelbundna möten för att diskutera utredning och rehabiliteringsprogress- och resultat. Teamet har också ett utvecklat och genomtänkt sätt att låta patienten vara en del av teamarbetet för att säkerställa att patientens vilja och självständighet beaktas samt säkerställa långsiktiga rehabiliteringsresultat.

Vilka vårdnivåer vid multimodal rehabilitering?

Multimodala rehabiliteringsprogram kan finnas både inom primärvård (inkl. företagshälsovård) och specialistvård (t.ex. rehabiliteringsmedicinska kliniker, multidisciplinära smärtkliniker).

Lätt eller medelsvår psykiska ohälsa

Här följer en sammanfattning över vad som innefattas i lätt eller medelsvår psykisk ohälsa för depressioner, ångest och stress samt vilka krav som ska vara uppfyllda för att behandlingar/rehabilitering ska ge ersättning enligt rehabiliteringsgarantin. Det finns dock inte särskilt många studier som strikt har haft som syfte att undersöka personers återgång i arbete. I detta sammanhang innebär det att återfå funktion som kan bidra till återgång i arbete. Farmakologisk behandling omfattas inte i rehabiliteringsgarantin. Det förutsätts att en noggrann diagnostik och nödvändiga utredningar för bedömning av behandlingsbehov är gjort.

Tre områden omfattas av rehabiliteringsgarantin:

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/tvångshandlingar.

Depression

Här omfattas depressionstillstånd ned en nedstämdhet av den svårighetsgraden att den påverkar personens funktionsförmåga och orsakar svårigheter i arbete och privatliv. Någon strikt gräns mellan det normala och det sjukliga kan ibland vara svårt 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 sjukdom och ohälsa, 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 beteende 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 använts i studier.

Krav på behandlingsmetoder för ångestsyndrom, depressionssjukdomar och stress inom ramen för rehabiliteringsgarantin

För samtliga ångestsyndrom har Kognitiv beteendeterapi, KBT, dokumenterad effekt oftast med evidensstyrka 1³. Vid paniksyndrom gäller att om inslaget av agorafobi saknas, är lindrigt eller måttligt har KBT som inkluderar exponering dokumenterad effekt. Vid specifik fobi har beteendeterapi med exponering säkerställd effekt. Vid tvångssyndrom har beteendeterapi med responsprevention den bästa dokumenterade behandlingen, framförallt för tvångshandlingar.

För depression har psykoterapiformer mest omfattande stöd. I kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda dvs. Kognitiv beteendeterapi, KBT⁴. Enligt överenskommelsen är utgångspunkten att evidens ska råda enligt SBU:s rapporter, nationella riktlinjer och hänsyn ska tas till Försäkringsmedicinska beslutstodet. Behandlarna ska ha tillräcklig kompetens för att utföra behandlingar i överensstämmelse med de evidensbaserade metoderna.

För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling individuellt eller i grupp genomförs av:

1. leg psykolog/**psykoterapeut** med KBT inriktning
2. leg psykolog/**psykoterapeut** med annan inriktning men som **har kompetens att arbeta med KBT metoder eller IPT**⁵

³ Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt. SBU

⁴ Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt. SBU

⁵ **Interpersonell psykoterapi (IPT) fokuserar på hur relationer påverkar patienten och hur relationer kan hanteras. Terapeuten har en aktiv roll. Terapin ges antingen individuellt eller i grupp. I interpersonell terapi ingår en utbildning i depressionernas natur och behandlingsmöjligheter, en identifiering av för patientens centrala relationer och förändringar i livet samt en behandling av problem i**

3. behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, pedagog med påbyggnadsutbildning i KBT eller IPT i omfattning som motsvarar en steg 1-utbildning

dessa med fokus på här och nu. Metoden har även prövats och bearbetats för ungdomar. Tillgången till interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige