



## Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010

### *Bakgrund och rehabiliteringsgaranti från 1 juli 2008*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Överenskommelsen innebär att en rehabiliteringsgaranti successivt kan börja att träda ikraft under 2008 för medicinska behandlingsmetoder där vetenskapligt stöd för effekten återvunnen arbetsförmåga kunnat visas. De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa ska omfattas.

Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapporter eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan. I takt med att nyare forskning kommer ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering enligt nyaste evidens inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Genom en tydlig urvalsprocess ska individer med en sjukdom där det finns 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 ska avse tillgänglighet i följande steg:

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

Garantin ska omfatta ovan angivna steg och erbjudas så att individen snabbt återfår arbetsförmågan. Ambitionen är att insatserna ska ske inom de tidsgränser som bedöms lämpliga med hänsyn till vad som kan utläsas av evidens för snabb återgång i arbete.

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

Medel finns även avsatta för projekt som genom s.k. kontrollerade försök använder metoder som utvecklar och stärker evidensen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Landstingen har möjlighet att, i samverkan med forskningsinstitutioner, ansöka om dessa medel.

### *Rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010*

Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som är 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 ska gälla för att landstingen ska få ersättning för rehabiliteringsgarantin från 1 januari 2009:

1. Med medicinsk rehabilitering avses evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär som tillhandahålles på individnivå med evidens för att återfå arbetsförmågan.
2. De åtgärder som berättigar till ersättning ska vara definierade i Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapporter om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att återfå arbetsförmågan samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer och försäkringsmedicinska beslutsstöd. Vad det innebär beträffande behandling och ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin preciseras i bifogad bilaga. I takt med att nyare forskning kommer ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin enligt senaste evidens.
3. Personer i åldern 16-67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress ska omfattas.
4. För 2009 regleras tidsgränserna för medicinsk bedömning och ställningstagande samt att påbörja och genomföra rehabilitering/behandlingar inom ramen för vårdgarantin. Det finns för diagnoserna inom gruppen diffus smärta evidens för att bättre resultat uppnås om behandling sätts in inom åtta veckor. För lättare eller medelsvåra psykiska diagnoser är det angeläget att åtgärder sätts in tidigt för att stödja personer att återgå i arbete. Målsättningen är att berörda patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6 – 8 veckor från sjukskrivningens början. För 2010 ska tidsgränserna bl.a. utifrån vad som framgår av ny evidens, utredningsförslag och eventuellt nya tider i vårdgarantin ses över.

### *Ersättning till landstingen under 2009 och 2010*

Regeringen kommer, med förbehåll om riksdagens godkännande, att avsätta medel för rehabiliteringsgarantin för 2009 med 600 miljoner kronor och för 2010 med 1 miljard kronor. Av dessa medel ska 40 miljoner kronor per år avsättas för forskning.

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.

(Då kunskapsläget och evidensen för nya rehabiliterings/behandlingsinsatser kan förändras under perioden 2009-2010 kan även dessa komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin. Om så är fallet görs kompletteringar i bilagan och vilken ersättning som utgår för dessa åtgärder.)

Utöver denna ersättning får landstingen ett 25 procentligt påslag på den beräknade faktiska kostnaden. Det 25-procentiga påslaget per patient och påbörjad eller genomförd behandling uppgår till:

- **10 000 kr** för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- **2 500 kr** för kognitiv beteendeterapi vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Dessa extramedel som landstingen på så sätt erhåller ska användas till organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti.

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 befolkningsandelen i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin, vilket, med avdrag för forskningsmedlen, uppgår till 560 miljoner kronor för 2009 och 960 miljoner kronor för 2010. 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.

### *Uppföljning*

I samband med det första kvartalets redovisning ska landstingen göra en bedömning av i vilken omfattning som patienterna i länet kan komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin. Om det i denna redovisning visar sig att alla medel inte kommer att förbrukas avser regeringen att vidta ytterligare åtgärder för att stärka möjligheten för patienter att få behandling. Landstingen ska vid årets slut redovisa hur de använt det 25-procentiga påslaget för förberedande/utvecklande insatser.

Uppföljning av rehabiliteringsgarantin ska göras så att en första rapport kan lämnas till Socialdepartementet i januari 2010. Uppföljningen ska bl.a. fokusera på i vilken omfattning de som omfattas av rehabiliteringsgarantin återfått arbetsförmågan.

*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 2010.

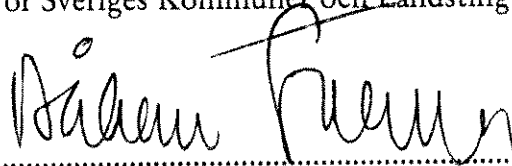
Stockholm den 12 december 2008

För staten genom Socialdepartementet



.....  
Bettina Kashefi

För Sveriges Kommuner och Landsting



.....  
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 (tex 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 smärt" 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 att arbeta i team.

### Den multimodala rehabiliteringens innehåll?

Enligt SBU rapporten från 2006 finns det evidens för att multimodal rehabilitering långsiktigt leder till positiva resultat tex på smärta och på arbetsåtergång vid sjukskrivning.

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 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 psykologiskt<sup>1</sup> förhållningssätt och insats
  - Fysisk träning och/eller gradvis ökad fysisk aktivitet
  - 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 (söciolog 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 (tex rehabiliteringsmedicinska kliniker, ultidisciplinära smärtkliniker).

<sup>1</sup> 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 beteendearbetet, eller beteendearbetet förhållningssätt.

## 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 1 (1). 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.

<sup>1</sup> Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt. SBU

För depression har psykoterapiformer mest omfattande stöd. I kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda dvs. Kognitiv beteendeterapi, KBT (2). Enligt överenskommelsen är utgångspunkten att evidens ska råda enligt SBUs rapporter, nationella riktlinjer och hänsyn ska tas till Försäkringsmedicinska beslutstödet. 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 med KBT inriktning
2. leg psykolog med annan inriktning men som använder KBT metoder eller IPT
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
4. behandlare som har en adekvat grundutbildning som tex sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare med påbyggnadsutbildning i KBT med en omfattning om minst 7.5 högskolepoäng eller psykolog under utbildning. Dessa behandlaren ska ha kontinuerlig handledning, minst 2 ggr/månad, av handledarkompetent psykolog. Behandlingsmetoderna ska vara uppföljningsbara.

Behandlingar inom ramen för punkt 4 ovan ska successivt fhasas ut till förmån för behandlingar av steg 1-utbildade behandlare.

<sup>2</sup> Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt. SBU