



## Frågor och svar om Rehabiliteringsgarantin 2015

### 1. Vad är intentionerna med rehabiliteringsgarantin?

Det primära målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska behandling och rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland män och kvinnor 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. Vad innebär rehabiliteringsgarantin?

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Regeringen. Den tecknades första gången 2008 och ändrade form och separata överenskommelsen har skett 2009-2010, 2011, 2012, 2013 och 2014. Frågor och Svar är relaterade till överenskommelsen 2015. Landstingen har möjlighet att få del av 712 miljoner för genomförda insatser under 2015. Rehabiliteringsgarantin innebär att patienter som har långvarig diffus smärta i rygg, nacke, axlar och lindriga eller medelsvåra depressioner, olika typer av ångest och stress ska få medicinsk behandling och rehabilitering efter att hälso- och sjukvården gjort en medicinsk bedömning och utredning.

### 3. Varför är dessa sjukdomar utvalda?

För att dessa sjukdomar ligger bakom drygt 60 % av alla långa och korta sjukskrivningar (över 14 dagar).

### 4. Hur får en patient del av rehabilitering enligt rehabiliteringsgarantin?

Det är landstingen som ska tillhandahålla behandlingar och rehabilitering. Insatserna kan genomföras primärvård eller i annan del av hälso- och sjukvården en. Insatserna kan genomföras i landstingets regi eller av privata utförare som landstingen har avtal med enligt LoU eller Lov.

### 5. Vilka behandlings/rehabiliteringsåtgärder ska erbjudas enligt överenskommelsen?

Kognitiv beteendeterapi (KBT) erbjuds patienter med lindrig eller medelsvår depression eller ångest, eller med stressrelaterad ohälsa. Patienter med depression kan även få tillgång till Interpersonell psykoterapi, IPT<sup>1</sup> (fortsättningsvis när KBT nämns omfattas även

---

<sup>1</sup> Interpersonell psykoterapi (ITP) 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 patienten centrala relationer och förändringar i livet, samt en behandling av problem i dessa med fokus på här och nu. Metoden har även prövats och bearbetats för ungdomar. Tillgången på interpersonell terapi är mycket begränsad i Sverige.

IPT). För långvarig smärta i axlar, nacke och rygg, generaliserad smärta, erbjuds multimodal rehabilitering, efter att hälso- och sjukvården gjort en medicinsk bedömning och utredning.

## **6. Vilka steg ingår i rehabiliteringsgarantin?**

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin ingår

1. medicinsk bedömning och ställningstagande till om patientens tillstånd innebär att han eller hon skulle vara betjänt av medicinsk behandling eller rehabilitering.
2. en utredning som genomförs för att klarlägga vilken form av psykologisk insats eller vilka insatser som behövs för att behandla/rehabilitera smärtan och/eller den psykiska ohälsan
3. att genomföra behandling eller rehabilitering.

För att underlätta för patienten att stanna kvar i eller att återgå i arbete ska, om det inte är uppenbart olämpligt att så sker, kontakter tas med arbetsgivare, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett samtycke krävs dock från patienten innan kontakt tas. Även om vården tar en direkt kontakt med arbetsgivare, företagshälsovård eller arbetsförmedlingen har Försäkringskassan ett samordnande uppdrag.

## **7. Vad innebär det att göra en utredning för att bedöma vilken/vilka behandling/rehabilitering som patienten behöver för långvarig diffus smärta?**

En omfattande individuell utredning och bedömning behöver göras för att utröna om kvinnan eller mannen behöver behandling, MMR eller någon annan form av rehabilitering. Strukturerad anamnes ska tas upp, andra allvarliga tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet har uteslutits, screening för psykologiska och sociala faktorer har gjorts, grundläggande aktivitetsutredning har genomförts samt att patientens förväntningar och beredskap för förändring har kartlagts samt möjligheten att stanna kvar eller återgå i arbete efter behandlingen.

## **8. Vad innebär det att göra en utredning för att bedöma vilken/vilka psykologiska insatser som behövs för patienter med ångest, depression och stress?**

Vårdgivaren behöver bli bättre på att välja ut vilka kvinnor och män som kan bli hjälpta av KBT/IPT. Förutom en medicinsk bedömning och diagnostisering bör en psykologisk bedömning göras. Den personal som gör denna bedömning bör ha relevant utbildning och kompetens och vara väl förtrogen med undersökningsmaterialet och göra bedömningen systematiskt.

## **9. Vad händer om landstinget inte kan erbjuda KBT eller Multimodal rehabilitering?**

Landstingen ska göra en bedömning var det lämpar sig bäst att rehabiliteringen eller behandlingen genomförs. Är behovet större än vad man klarar av att genomföra i egen regi. är ett alternativ att erbjuda KBT eller Multimodal rehabilitering i annat landsting eftersom rehabiliteringsgarantin omfattas av vårdgarantin. Det innebär att om hemlandstinget inte kan erbjuda behandling inom 90 dagar (om inte landstinget har en kortare tidsram) erbjuds patienten hjälp till vård inom garantitiden hos annan vårdgivare i exempelvis ett annat landsting.

## **10. Ska patienterna endast erbjudas KBT och Multimodal rehabilitering?**

Självklart ska även andra behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder erbjudas patienterna. Det är viktigt att i anslutning till den medicinska bedömningen och utredningen fastställa vilken eller vilka åtgärder som ska erbjudas patienten. Ersättning utgår dock endast för KBT och Multimodal rehabilitering.

## **11. Vad innebär det att en patient får kognitiv beteendeterapi?**

Enligt definition från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU är kognitiv terapi inriktad på att påverka tankemönster. Det finns ett flertal metoder, varav några är utvecklade för att behandla ångesttillstånd. 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. Gränsdragningen mellan de olika terapierna är inte entydig och ofta är det svårt att avgöra vilken terapiform som använts i studier. Oftast avses dock en blandform dvs. KBT. KBT kan ske individuellt eller i grupp. Hur många tillfällen som ingår avgörs efter behovet. Enligt Socialstyrelsen rapport ”Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013” bör en behandlingsserie omfatta 8-15 behandlingstillfällen. (se bilaga)

För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling individuellt eller i grupp genomförs 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 eller läkare med påbyggnadsutbildning i KBT eller IPT i en omfattning som motsvarar minst grundläggande utbildning (steg 1). Personer med grundläggande utbildning bör ha handledning
4. Det genomförts en medicinsk bedömning.

Psykologisk bedömning.

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.

## **12. Vilken kompetens behöver behandlaren ha?**

Det som är nämnt enligt punkterna 1-3 är den lägsta nivån som godkänns inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Landstingen kan själva välja att ha mer omfattande krav för dem som är utförare av behandlingarna.

## **13. Vem ska handleda personer med grundläggande kompetens?**

Det är chefen i verksamheten som ska säkerställa att det finns handledare och att handledaren har lämplig kunskap och erfarenhet.

#### **14. Vilken Steg 1 - utbildning i KBT krävs för att verka inom ramen för garantin?**

En del utbildningar genomförs på högskolor och universitet och andra av privata aktörer. I dagsläget finns det ingen huvudman som har uppdraget att avgöra vilka utbildningar som är godkända och vilka som inte är det. Det innebär att landstingen avgör själva. Som stöd för att avgöra detta, kan landstingen ta del av de riktlinjer som Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterade terapier (sfKBT) har utarbetat eller att ta kontakt med Psykologförbundet alternativt Beteendeterapeutiska föreningen.

#### **15. Kommer kraven på utbildare förändras framöver?**

I överenskommelsen från 2013 och 2014 har det funnits skrivningar om att landstingen ska verka för att höja kompetensen. Extra medel för kompetensutveckling finns inte med i överenskommelsen 2015. Det är självklart viktigt att landstingen på eget initiativ bidra till höja kompetens så patientsäkerheten kan säkerställas.

#### **16. Varför utgår inte någon ersättning för psykodynamisk behandling?**

I överenskommelsen från 2013 och 2014 har det funnits skrivningar om att frågan ska ses över vilket det även har skett under 2014. Men då regeringen har för avsikt att göra en större översyn av Rehabiliteringsgarantin införs inte några nya större ändringar inför 2015.. Oavsett om inte ersättning utgår för behandlingen inom ramen för garantin ska patienten få den vård och behandling som han eller hon är i behov av. Se fråga 10

#### **17. Vad innebär multimodal rehabilitering?**

Multimodal rehabilitering 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. Teamen kan bestå av olika yrkesgrupper men vanligtvis ingår sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (sacionom och/eller psykolog) samt en läkare. 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.

Våren 2011 publicerades *Medicinska indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* vilket rekommenderar multimodal rehabilitering (MMR) på två vårdnivåer MMR 1 som vanligen sker inom primärvård och MMR 2 på specialistnivå. Det som styr är dock teamets kapacitet och kompetens och inte vårdnivån. Som komplement till denna rapport finns förtydliganden och ytterligare rekommendationer omkring multimodal rehabilitering i bilagan till överenskommelsen för 2012 års rehabiliteringsgaranti.

- Grupp och/eller individuell rehabilitering.

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. Olika individuella behandlingar kan läggas till utifrån behov och individuella mål.

- Omfattning.

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

smärtkliniker 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).

- Rehabiliteringsprogrammet

Hur det multimodala rehabiliteringsprogrammet exakt ska vara uppbyggt finns det idag inte tillräcklig kunskap om. En viss individuell anpassning i omfattningen av rehabiliteringsprogrammen måste dock 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• smärtintensitet</li> <li>• smärtlokalisering</li> <li>• smärtvariabilitet</li> <li>• smärtduration</li> <li>• hyperalgesi</li> <li>• coping</li> <li>• medicinsk samsjuklighet</li> <li>• missbruk av alkohol och droger</li> <li>• depressiva symtom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ångestsymtom</li> <li>• sömnstörning</li> <li>• inställning till arbete</li> <li>• konsekvenser i vardagen</li> <li>• sjukskrivning</li> <li>• arbete med riskfaktorer för smärta</li> <li>• sociala relationer</li> <li>• förändringsförmåga</li> <li>• försäkringsproblematik</li> </ul>
---	---

För mer information, se rapporten Medicinska indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta samt bilagan i överenskommelsen, i dessa skrifter finns även hänvisningar till annan referenslitteratur.

## 18. Vilka diagnoser ska användas vid multimodal rehabilitering?

<i>Diagnosnr</i>	<i>Klartext</i>
F45.4	Kroniskt somatoformt smärtsyndrom
M53.0	Cervikokraniellt syndrom (Nackhuvudvärk)
M53.1	Cervicobrachiellt syndrom (Nack/skuldervärk)
M54.2	Cervikalgi (Nacksmärta)
M54.4	Lumbago med ischias (Ländryggssmärta med ischias)
M54.5	Lumbago (Ländryggssmärta)
M54.6	Thoracalgi (Smärtor i brösttryggen)
M54.9	Ryggvärk
M75.1	Rotator cuff-syndrom i skulderled
M75.9	Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
M77.9	Smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled
M 79.1	Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg)
M 79.7	Fibromyalgi
R52.2A	Nociceptiv smärta
R52.2C	Smärta utan känd orsak
R52.9	Generaliserad smärta (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi)
S13.4	Sen-effekter av Whiplash-skada (nack-skulder värk)
T91.8	Sena besvär efter WAD

## **19. Hur många timmar ska multimodal rehabilitering omfatta och hur många patienter ska verksamheten ha på ett år och hur många timmar bör multimodal rehabilitering omfatta?**

För att ha en bra kvalitet, hög patientsäkerhet och kostnadseffektivitet bör en verksamhet inte ha färre än 20-30 patienter. Undantag från detta kan möjligen föreligga i glesbygd där det kan vara långa avstånd som gör det svårt för patienter att komma till verksamheter.

När det gäller antal timmar har undersökningar visat att program under 30 timmar inte visade några positiva effekter. Vad som även framkom att multimodala rehabiliteringsprogram om minst 100 timmar hade positiva effekter. Att döma av praktiken idag pågår MMR2 (i regel på smärtkliniker och rehabiliteringskliniker) under fyra till åtta veckor i en omfattning av 75-100 timmar beroende på hur programmet är upplagt. Vid MMR1 torde inte samma omfattning vara nödvändig på mindre komplex smärtproblematik men rehabiliteringen bör koncentreras under några veckor med evidensbaserade komponenter som är väl koordinerade. och under minst 40 timmar behandlingsinsats inklusive hemuppgifter och träning inom MMR1.

## **20. Varför kommer ett förtydligande av diagnoser för multimodal rehabilitering, antal patienter samt antal timmar när inte andra större ändringar genomförs till följd av regeringens översyn?**

Det har varit landstingens önskan att få ett antal förtydligande då frågan hanteras olika i landstingen. Det har även framkommit i utvärderingar från Karolinska institutet, Inspektionen för Socialförsäkring samt Socialstyrelsen rapportxxxx att landstingen behöver utveckla olika delar.

## **21. Vad innebär det att Företagshälsovården bör ges möjlighet att remittera patienter med sjukdomar som ingår i rehabiliteringsgarantin?**

Tidigare har läkaren från företagshälsovården fått hänvisa patienten att uppsöka sin husläkare för att omfattas av rehabiliteringsgarantin. För att underlätta för patienten bör företagshälsovården komma överens med landstingen om möjligheterna att kunna remittera patienter som de bedömer är i behov av KBT behandling eller multimodal rehabilitering.

## **22. Hur ska samverkan ske med arbetsgivare, arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och exempelvis socialtjänsten?**

För att få en bra effekt av den medicinska behandlingen rehabiliteringen är det viktigt att arbetsgivare och andra parter blir involverade och kan bidra med sina eventuella insatser.

Följande formulering finns med i överenskommelsen: Av bilagan till överenskommelsen framgår att det finns vetenskapligt evidens för återgång i arbete när det görs anpassningar på arbetsplatsen, utöver den multimodala rehabiliteringen i vården, för medarbetare som är sjukskrivna med besvär i rörelseorganen. Vid psykiska besvär finns det visst stöd. För att öka möjligheten till återgång i arbete ska vården, om det inte är uppenbart olämpligt, ta initiativ till kontakt med arbetsgivaren, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad

rehabilitering. Det innebär att vården inte ska invänta Försäkringskassans initiativ till samverkan med arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen. Det är dock angeläget att fortsätta den befintliga samverkan som finns mellan landstingen och finansierade verksamheter, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten för att olika parter kan bidra med olika insatser och initiativ för återgång i arbete.

Vad menas med för att öka möjligheten till återgång i arbete ska vården om det inte är uppenbart olämpligt, ta initiativ till kontakt med arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen?

De utvärderingar som har gjorts av insatserna inom rehabiliteringsgarantin visar att effekterna i återgång i arbete i många fall uteblivit helt. En anledning till detta kan vara att vården inte har haft kontakt med patientens arbetsgivare. Resultat från den utvärdering som Karolinska institutet har gjort tyder på det. Eftersom parallella åtgärder hos arbetsgivaren ofta är en förutsättning för att patienten ska kunna återgå i arbete vill Socialdepartementet lyfta fram vikten av sådana kontakter. SKL och Socialdepartementet är dock överens om att om det är uppenbart att patienten återgår i arbete behöver kontakterna inte ske. Det kan exempelvis gälla för patienter som inte är sjukskrivna och patienter som enligt progress i behandlingen kommer att återgå i arbete utan att kontakter behöver ske med arbetsgivaren, företagshälsovård, arbetsförmedlingen eller om patienten inte ger sitt samtycke.

### **23. Varför är det så viktigt med evidens för att förbättra arbetsförmågan?**

Orsaken till att regeringen vill satsa på en rehabiliteringsgaranti är att det ska bidra till att människor återfår arbetsförmåga och kan återgå i arbete. Man vill vara säker på att de åtgärder som erbjuds inom ramen för garantin leder till detta. Det finns en del forskning som har sammanställts som visar evidens för att förbättra arbetsförmåga och i vissa fall även återgång i arbete när det gäller behandling av diffus smärta i rörelseorganen. När det gäller behandling av depression, ångest och stress saknas evidens för återgång i arbete, eftersom detta har studerats i liten omfattning. Det finns dock redovisat i en nyare forskningsartikel (Linden, Zubrägel och Bär 2001) att KBT ökade arbetsförmågan, reducerade symtom och minskade läkemedelsanvändning. I slutrapport från Karolinska Institutets utvärdering av Rehabiliteringsgarantin (augusti 2011) framgår att personer som behandlats med psykologiska metoder under senare tid har lägre sjukfrånvaro än patienter som behandlades när rehabiliteringsgarantin infördes. Mer information kommer att finnas inom kort då IFAU och IFS kommer med en utvärdering.

### **24. Måste patienten vara sjukskriven för att omfattas av rehabiliteringsgarantin?**

Nej, det är inte nödvändigt, intentionen är att insatta åtgärder ska bidra till att en person kan återgå i arbete eller underlätta för personen att fortsätta arbeta, samt att förhindra och förebygga sjukskrivning. Ersättning till landstinget ges för personer i åldern 16-67 år som har genomfört utpekade åtgärder.

### **25. Vad innebär för patienter som är gränssnittet 16 år och 67 år?**

Man kan påbörja en behandling när personen är 15 år, men ansöka om medel sker då först när behandlingen avslutas. Personen måste då ha fyllt 16 år. Man kan även ansöka om medel för personer som under året då behandlingen avslutas fyller 67 år.

## **26. Vilka tidsgränser gäller för att patienten ska få del av rehabiliteringsgarantin?**

Åtgärderna inom rehabiliteringsgarantin omfattas av vårdgarantin som finns med i hälso- och sjukvårdslagen. Den innebär att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag, läkarbesök i primärvården (om så bedöms) inom 7 dagar, besök i den specialiserade vården inom 90 dagar och behandling efter beslut inom 90 dagar.

Insatserna ska sättas in så snart som möjligt utifrån vad bedömningen visat vara lämpligt för den individuella patienten:

- När det gäller KBT och IPT uppger Socialstyrelsen att för patienter som sjukskrivs bör bedömning och behandling enligt garantin inledas snarast och ske inom sex veckor.
- När det gäller MMR ska patienten ha haft ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader. Enligt praktiken idag pågår behandlingsprogrammen fyra till åtta veckor.

## **27. Hur påverkar patientlagen som träder i kraft 1:a januari 2015 Rehabiliteringsgarantin?**

Hälso- och sjukvårdslagen ersätts av patientlagen från och med 1:a januari. De insatserna som omfattas av rehabiliteringsgarantin berörs av patientlagen som all annan rehabilitering och vård nedan följer en kort sammanfattning. För mer information se <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen>

Den nya lagen innebär bland annat följande:

- Informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienter ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I övrigt innehåller den nya lagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. Även bestämmelser om barns inflytande över sin vård införs i lagen. Delar av lagen omfattar både kommuner, landsting och regioners ansvarsområden medan andra delar endast gäller för landsting och regioner.

## **28. Hur påverkar patientlagen rapporteringen av patienter inom Rehabiliteringsgarantin?**

Det landsting i vilken patienten är folkbokförd rapporterar till Försäkringskassan för patienter som har fått rehabilitering såväl i det egna landstinget eller om patienterna har fått



rehabilitering i annat landsting. Den ersättning för olika rehabiliteringsinsatserna som utgår mellan landstingen är den samma som i överenskommelsen. Fakturering sker i enlighet med riksavtalet. OBS listan för ersättningar enligt riksavtalet tillämpas endast i de fall reglering av ersättningarna stämmer överens med överenskommelsen. Notera att ersättningen gäller för patienter i åldern 16-67 år och övriga patientgruppers ersättning behöver regleras via prislistan. För mer information <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal>

## **29. Hur mycket pengar är avsatta och hur ska de utbetalas?**

750 miljoner kronor är avsatta för rehabiliteringsgarantin, 2015, av dessa medel avsätts 712 miljoner för rehabiliteringsinsatser, 5 miljoner kronor för att fullfölja finansiering av REHSAM forskning, 1,5 miljoner för att bidra till spridning och implementering av bland annat REHSAM forskning. 4 miljoner till ny forskning, utvärdering och utveckling. 2 miljoner för att stödja spridning av användandet av kvalitetsregister för smärta i primärvården. 25,5 miljoner är avsatta för utveckling av infrastruktur för internetbaserat stöd och behandling samt att ge landstingen möjlighet att ansluta sig till plattformen med en början på 2015. 712 miljoner kronor fördelas enligt befolkningsstorlek 1 november 2014 och utgår efter att genomförda behandlingar/rehabiliteringsinsatser har redovisats till Försäkringskassan. Om ett landsting inte genomför insatser så att inte hela andelen avsatta pengarna går åt, får de landsting som genomfört fler insatser än de får ersättning för, dela på dessa pengar efter årets slut. Det innebär att ett landsting får ersättning för de insatser som de har genomfört utöver sitt tak så länge det finns pengar kvar att dela på. Det är inte möjligt för ett landsting att få mer ersättning än det som är inrapporterat. Detta kan innebära att inte alla avsatta pengar kommer att utbetalas.

## **30. Hur stor är ersättningen?**

- 12 000 kronor utgår för genomförd kognitiv behandlingsserie, vilket bör omfatta 8-20 behandlingar.
- 25 000 kronor utgår för genomförd multimodal rehabiliteringsåtgärd MMR 1 enligt rapport om MMR och bilagan till överenskommelsen.
- 45 000 kronor utgår för genomförd multimodal rehabiliteringsåtgärd MMR 2 enligt rapport om MMR och bilagan i överenskommelsen.

Tidigare påslag 1000 kronor på varje behandling/rehabilitering har tagits bort och ersätts av särskilt riktade medel för landstingen att ansluta sig till plattform för internetbaserad stöd och behandling

## **31. Kan landstinget få ersättning för både multimodal rehabilitering och KBT?**

Det generella svaret är nej då det ingår någon form av KBT eller psykologisk behandling i multimodal rehabilitering. I de fall det pågår två helt olika behandlingar är det möjligt.

## **32. Kan landstingen få ersättning för flera behandlingsperioder i rad för samma patient?**

Eftersom behandlingen ska vara planerad och ingå i en behandlingsserie som är tillräckligt omfattande är det inte möjligt. I undantagsfall kan en patient behöva ytterligare en behandlingsserie under samma år, men för att det ska godkännas ska det ha gått en rimlig tid

mellan behandlingsinsatserna. Det är heller möjligt att få ersättning för att patienten har brutit sin behandling och påbörjar den igen utan då räknas det som samma behandlingsserie – för ersättning ska behandlingen vara genomförd och avslutad.

### **33. Hur ska landstingen redovisa patienter som genomfört behandlingar/rehabilitering?**

Landstingen ska redovisa alla patienter som har avslutat behandling/rehabilitering, aidentifierat till Försäkringskassan på en särskild blankett och medföljande instruktioner. Icke aidentifierade underlag måste dock sparas inom landstinget för eventuell revision. Redovisningarna sker 29 april, 29 augusti, 31 oktober 2015 och 31 mars 2016. Efter redovisningen utbetalar Försäkringskassan pengarna till landstinget månaden efter redovisningen. Viktigt att notera patientlagen se fråga xxx

### **34. Var kan man läsa mer om rehabiliteringsgarantin?**

På [www.skl.se/sjukskrivningar](http://www.skl.se/sjukskrivningar) under rubriken Rehabiliteringsgarantin eller under mappen Rapporter och publikationer kan man läsa om den uppföljning Socialstyrelsen genomförde avseende insatser under 2009. Där finns även rapport/rapporter från Karolinska institutet på de utvärderingar som de har gjort på rehabiliteringsgarantin samt Medicinska indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

På [www.sbu.se](http://www.sbu.se) kan man hämta hem rapporterna:

1. ”Metoder för behandling av långvarig smärta - en systematisk litteraturöversikt”,
2. ”Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt – partiell uppdatering och fördjupning av SBU- rapport nr 177/1+2”
3. ”Behandling av depressionssjukdomar- en systematisk litteraturöversikt”
4. ”Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt”,

På [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) kan man ta del av Försäkringsmedicinskt beslutstöd och läsa om de nationella riktlinjerna för behandling av depression och ångestsjukdom.

### **35. Internetstödd KBT behandling vad händer inom området?**

Från och med 1:a april 2015 kommer infrastrukturen för internetbaserad stöd och behandling vara klar och landsting och dess verksamheter kan ansluta sig i enlighet med de avsiktsförklaringar som landstingen har undertecknat. Det innebär att infrastrukturen kommer att gå in i förvaltning på 1177 vårdguiden som andra tjänster. För att göra ytterligare utveckling av infrastrukturen och dessutom göra det intressant för kommunerna att ansluta sig har 15 miljoner avsatts för att möjliggöra ytterligare utveckling under 2015. 10.5 miljoner har avsatts för att underlätta för landstingen att planera en anslutning till plattformen eller en anslutning under 2015. Det innebär att landsting som planerar för detta utarbetar en handlingsplan som inlämnas till Försäkringskassan och erhåller 500 000 kronor/landsting.

### **36. Vad innebär det att pengar är avsatta för forskning?**

Programmet REHSAM startades under 2009 och sedan dess har forskningsmedel utlysts 2010 och 2011. Forskningsprogrammen pågår och finansierar genom pengar från rehabiliteringsgarantin. Syftet är att öka kunskapsläget om vilka behandlingar/rehabiliteringsinsatser som leder till återgång i arbete. En del forskningsresultat är klara och flera är på väg att vara klara under 2015. Erfarenheterna ska spridas av Forte . Det har avsatts 1.5 miljoner kronor för det arbetet.

### **37. Vad innebär det att pengar är avsatta för kvalitetsregister?**

I dag finns ett kvalitetsregister för smärta där specialiserade vården vilka oftast bedriver MMR2 rapporterar till. Det bidrar sedan till att verksamheterna kan utveckla sitt arbete då de kan jämföra sina resultat med sig själva och andra. Ett kvalitetsregister för smärtbehandling MMR1 som oftast bedrivs i primärvården har utvecklats genom REHSAM forskning. För att bidra till att användningen av kvalitetsregisteret sker av flera enheter och landsting avsätts särskilda medel för att sprida detta till andra landsting och underlätta i arbetet under en introduktion under 2015.

### **38. Följs rehabiliteringsgarantins resultat upp?**

Socialdepartementet har avsikten att ge Karolinska Institutet i uppdrag att fortsätta följa upp omfattningen av de kontakter som tas med arbetsgivaren/arbetsförmedlingen/företagshälsovården av vården.

### **39. Blir det en fortsättning på rehabiliteringsgarantin efter 2015?**

I dagsläget går inte frågan att besvara då regeringen har för avsikt att göra en översyn av rehabiliteringsgarantin under 2015.