

Avdelningen för Vård och omsorg
Anna Östbom

Frågor och svar

Villkor 3 – Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

1. Varför ges medel på området insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

Regeringen och SKL anser att det är viktigt att fortsatt stimulera dessa insatser. Dels för att de förbättrar hälsan och dels för att tillgången på insatserna har ökat i landstingen/regionerna. Om staten skulle minska den ekonomiska ramen gör den ökade tillgången det svårt för landstingen/regionerna att med kort framförhållning skapa förutsättningar för att behålla insatserna.

Sjukdomar inom lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta står för drygt 60 procent av alla korta och långa sjukskrivningar (över 14 dagar). För att stimulera att insatserna från hälso- och sjukvården kompletteras med anpassningar/insatser på arbetsplatsen är regeringen och SKL överens om att fortsätta med en stimulansersättning som infördes i överenskommelsen 2016. Ersättningen ges till landstingen för att skapa möjligheter för att kontakter tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare för att se om det kan bidra till att fler sjukskrivna återgår i arbete.

2. Vilka villkor gäller för att landstingen ska få ersättning för insatserna?

Landstingen får dela på 500 miljoner kronor per år under 2017 och 2018 för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. Insatserna ska vara i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap och av somatisk och psykologisk karaktär som ges för icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress till personer i åldrarna 16-67 år. Insatserna ska vara definierade i till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom,

Sveriges Kommuner och Landsting

Post: 118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20

Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50

info@skl.se

Org nr: 222000-0315

www.skl.se

eller i SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Landstingen ska säkerställa en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

3. Vilka insatser avses med definierade i Socialstyrelsens riktlinjer 2010 för vård vid depression och ångestsyndrom?

Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att uppdatera riktlinjerna för vård vid ångest och depression. Det innebär att riktlinjerna och dess rekommendationer kan komma att förändras. Enligt Socialstyrelsens webbplats kommer en remissrevision av riktlinjerna i december 2016, det är ännu inte bestämt när de slutgiltiga reviderade rekommendationerna ska vara klara. I texten nedan ges en kort sammanfattning om vad riktlinjerna innehåller. För att få en mer fördjupad kunskap hänvisar vi till Socialstyrelsens riktlinjer och landstingens utarbetade vårdprogram.

<https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-depression-och-angestsyndrom>

För överenskommelsen 2017 gäller riktlinjerna som beslutades 2010 eftersom de nya riktlinjerna inte var klara när överenskommelsen tecknades. För 2018 kommer de nya riktlinjerna som beslutas under 2017 istället att gälla, vilket innebär att frågor och svar samt redovisningskrav kan komma att ändras.

Grunderna för att ge behandlingar är enligt Socialstyrelsen:

Effektivt omhändertagande

- Viktigt att förstalinjens vård har en organisation med stor tillgänglighet, så att personer som söker vård snabbt kan få en första bedömning.
- En vårdorganisation med adekvat sammansättning av kompetenser och vårdåtgärder är en överlägsen rutinmässig handläggning inom primärvården.
- En vårdorganisation med nära kontakt mellan första linjen och psykiatrin och med möjlighet till sammansatta vårdåtgärder kan ge en ökad följsamhet och förbättrad långtidsprognos vid behandling.
- Stegvis vård har viss effekt i form av ökad följsamhet till behandling och ökat tillfrisknande.

Diagnostik

- Genomföra diagnostik genom patientcentrerad konsultation, som kan kompletteras med strukturerad informationsinsamling inom primärvården.
- Genomföra en välstrukturerad diagnostikprocess inom den psykiatriska vården.
- Genomföra en strukturerad självmordsriskbedömning.

Uppföljning och utvärdering av behandlingar

- Regelbundet utvärdera pågående behandlingar genom återbesök.

- Utvärdera genomförd behandling genom återbesök.
- Erbjud stöd och uppföljning vid långtidsbehandling.

Behandlingar

Vid depressiva symtom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Snar förnyad kontakt
- Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet

Vid lindrig egentlig depression bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med internetbaserad KBT eller individuell KBT
- Interpersonell psykoterapi

Hälso- och sjukvården kan även erbjuda

- Psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi

Vid medelsvår egentlig depression under graviditet bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi
- Psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

Vid symtom på ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Snar förnyad kontakt

Vid lindrigt ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet
- Råd om egenvård i form av självhjälplitteratur eller textbaserad behandling med behandlarstöd

Vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom och social fobi bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva
- Vid undantagsfall psykodynamisk korttidsbehandling

Vid paniksyndrom med eller utan agorafobi bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Tillämpad avslappning
- Avspänning som tillägg till sedvanlig behandling

Vid medelsvårt tvångssyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

Vid akut stressreaktion och risk för posttraumatiskt stressyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT

Vid posttraumatiskt stressyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Psykologisk behandling med EMDR
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

4. Vad avses med definierade i SBU:s rapport "Rehabilitering vid långvarig smärta" (Rapport 198, 2010)?

SBU:s rapport "Rehabilitering vid långvarig smärta" (Rapport 198, 2010), är en partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapporten från 2006 (nr 177/1+2) och gäller patienter med långvariga smärtor (>3 månader) med antingen generaliserade smärtor (inklusive fibromyalgi) eller smärtor lokaliserade till nacke, skuldror och/eller ländrygg. Enligt rapporten från 2010 fanns med åtminstone måttligt starkt vetenskapligt underlag evidens för:

- Beteendemedicinskt behandlingsprogram (tillhandahållet av sjukgymnast)
- Multimodal rehabilitering

I SBU rapporten från 2006 (nr 177/1+2) rapporterades (vilket inte motsades vid genomgången 2010) att det fanns evidens även för:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.

Det är lämpligt att valet av behandlingsinsatser sker i enlighet med den algoritm som har framtagits i rapporten "Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta" (se rapportens bilaga 5).

5. Varför ska hälso- och sjukvården ta en kontakt med arbetsgivarna/arbetsförmedlingen, betyder det att Försäkringskassan fråntas sitt samordningsansvar?

Hälso- och sjukvården och arbetsgivarna/Arbetsförmedlingen är de som först får kunskap om patientens behov av en sjukskrivning och därför har störst möjlighet, utöver individen själv, att kunna påverka att en person återgår i arbete. För att så snabbt som möjligt ta reda på vilka insatser som kan göras för att stödja en person att återgå i arbete är regeringen, SKL och Försäkringskassan överens om att det inte finns något hinder med att hälso- och sjukvården tar kontakt med arbetsgivarna/Arbetsförmedlingen. Det är dock angeläget att

fortsätta den befintliga samverkan som finns mellan landstingen och dess finansierade verksamheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Försäkringskassan har fortfarande kvar samordningsansvaret.

6. Vad menas kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen?

Syftet med kontakten med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen är att klargöra vad som behöver göras av hälso- och sjukvården, individen och arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen för att underlätta patientens återgång i arbete. Kontakten ska bidra till att arbetsgivare/Arbetsförmedlingen får kännedom om vilka anpassningar som, utifrån medicinska bedömningar av hälso- och sjukvården, behövs för att underlätta återgång i arbete. Hur kontakt och samarbete ska se ut får varje landsting själv avgöra tillsammans med sina utförare då förutsättningarna ser olika ut för såväl hälso- och sjukvården som arbetsgivare.

Värt att notera är att arbetsgivaren i vissa fall är kopplad till en specifik företagshälsovård. I syfte att undvika parallella rehabiliteringsplaner är det viktigt att inventera vilka aktörer som finns vid en patients rehabilitering och reda ut ansvarsområden.

7. Krävs patientens samtycke inför en kontakt med arbetsgivare?

Det krävs alltid ett samtycke av patienten innan en kontakt tas med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen eller annan part, det ska även föreligga ett behov av att involvera arbetsgivare/Arbetsförmedlingen.

Patienten ska alltid tillfrågas om information kan lämnas ut i de fall arbetsgivaren kontakter hälso- och sjukvården och efterfrågar information om de medicinska förutsättningarna för anpassning och åtgärder. Det är viktigt och naturligt att arbetsgivaren är delaktig i planeringen av åtgärder som syftar tillbaka i arbete hos arbetsgivaren.

8. Vilken ersättning utgår för kontakt med arbetsgivare?

Totalt är 50 miljoner kronor avsatta per år för 2017 och 2018 för att stimulera att kontakter tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. Ersättningen fördelas på landstingen utifrån andel personer mellan 16-65 år och utgår för patienter som får behandlingar vid lättare eller medelsvår psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta, vilket bland annat kan ske enligt Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression eller SBU-rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta". Då ersättningen är en stimulans kan den faktiska kostnaden vara både lägre och högre än vad ersättningen innebär. Landstingen rapporterar till Försäkringskassan vid tre tillfällen per år vilka behandlingar som har genomförts och om kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. En ersättning på 3 000 kronor per behandling utgår till landstingen under förutsättning att en kontakt etablerats och åtgärder vidtagits.

9. Vem ska ta kontakten med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen och när ska det ske?

Det är upp till landstingen/utföraren att bestämma vem som är mest lämpad att ta kontakten. Det kan vara funktionen för koordinering som har uppdraget i de organisationer/verksamheter som det fungerar. I enskilda fall kan det vara lämpligt att patienten själv tar kontakt med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen som i sin tur tar kontakt med hälso- och sjukvården.

Tidpunkt för kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling beror på den medicinska bedömningen och behovet av åtgärder för förebygga sjukskrivning eller att förkorta sjukskrivningen för att underlätta återgången i arbete. Inför kontakt med arbetsgivaren ska patientens samtycke inhämtas. Patienten har som arbetstagare en skyldighet att medverka i sin egen rehabilitering, likväl som arbetsgivaren har en skyldighet att vidta rehabiliteringsåtgärder. I många fall är det lämpligt att medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering pågår parallellt, varför det är klokt att kontakta arbetsgivaren tidigt i sjukfallet.

10. Vad händer om ett landsting genomför fler kontakter än det finns avsatta medel?

Medel som inte har förbrukats vid kvartal fyra på grund av att det finns landsting som genomfört färre kontakter än den ekonomiska ramen medger, ska fördelas till de landsting som har tagit fler kontakter än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Det är dock inte möjligt att få högre ersättning än vad som motsvarar antalet genomförda kontakter.

11. Hur ska landstingen redovisa patienter som fått behandling/rehabilitering och kontakt med arbetsgivare?

Landstingen ska redovisa alla patienter som har avslutat behandling/rehabilitering. Landstingen redovisar även om en etablerad kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen där behandlingar ska påbörjas, pågår eller har avslutats. Redovisning sker på en särskild blankett med medföljande instruktioner. Icke avidentifierade underlag måste dock sparas inom landstinget för eventuell revision.

Behandlingar som Socialstyrelsen anger i sina riktlinjer 2010 som gäller för överenskommelsen 2017 listas nedan. För 2018 anpassas kraven efter riktlinjerna som beslutas under 2017.

Psykisk ohälsa enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2010

- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Internetbaserad KBT (IKBT)
- Interpersonell terapi (IPT)

Vid lindrig egentlig depression:

- Psykodynamisk behandling (PDT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Behandlingar som SBU anger i rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta" är:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.
- Beteendemedicinskt behandlingsprogram (tillhandahållet av sjukgymnast)
- Multimodal rehabilitering 1 (enklare multimodal rehabilitering som vanligtvis genomförs på primärvårdsnivå)
- Multimodal rehabilitering 2 (multimodal rehabilitering för mer komplexa problembilder; genomförs i regel på specialistnivå)

Följande tabell tydliggör vilka behandlingar som rekommenderas av Socialstyrelsen vid olika sjukdomstillstånd 2010.

Behandlingar	KBT	IKBT	IPT	PDT	EMD
Diagnoser	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	
Diagnoser	medelsvår egentlig depression under graviditet	medelsvår egentlig depression undergraviditet		medelsvår egentlig depression under graviditet	
Diagnoser	generaliserat ångestsyndrom paniksyndrom och social fobi			Undantagsfall generaliserat ångestsyndrom paniksyndrom och social fobi	
Diagnoser	medelsvårt tvångssyndrom				
Diagnoser	akut stressreaktion och risk för posttraumatiskt stressyndrom				
Diagnoser	posttraumatiskt stressyndrom				post-traumatiskt stressyndrom

Följande diagnoser (se tabell) kan vara aktuella för att behandlas med:

- a) multimodal rehabilitering,
- b) aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning, eller
- c) beteendemedicinskt behandlingsprogram:

<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 bröstryggen)
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

Redovisning

Genomförda behandlingar år 2017

Kvartal 1: redovisning senast den 28 april 2017.

Kvartal 2: redovisning senast den 29 augusti 2017.

Kvartal 3-4: redovisning senast den 30 mars 2018.

Genomförda behandlingar år 2018

Kvartal 1: redovisning senast den 27 april 2018.

Kvartal 2: redovisning senast den 31 augusti 2018.

Kvartal 3-4: redovisning senast den 29 mars 2019.

12. Ska patienterna endast erbjudas insatser enligt Socialstyrelsens riktlinjer och SBU-rapporten?

Självklart kan även andra behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder erbjudas till patienterna. Det är viktigt att i anslutning till den medicinska bedömningen och utredningen fastställa vilken eller vilka åtgärder som ska erbjudas patienten. Om landstingen anger andra behandlingsmetoder som är evidensbaserade är även dessa möjliga att rapportera. De ska dock beskrivas vilka de är och vilket vetenskapligt underlag som ligger som grund för behandlingsmetoden och ska vid behov kunna redovisas till Försäkringskassan.

13. Om detaljstyrningen är borta, varför ska då landstingen redovisa vilka insatser som har gjorts?

Det är av stort intresse för både regeringen och SKL att följa upp och utvärdera om kombinationen med insatser vid psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta och kompletteringar eller justeringar på arbetsplatsen kan bidra till återgång i arbete. Därför behövs kunskapen om vilka behandlingar som genomförs och om kontakt tas med arbetsgivare för att underlätta uppföljning och utvärdering.

14. Hur får en patient del av insatserna för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

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

15. Vad händer om landstinget inte kan erbjuda insatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

Landstingen ska göra en bedömning av var rehabiliteringen eller behandlingen bäst genomförs. Är behovet större än vad man klarar av att genomföra i egen regi är ett alternativ att erbjuda behandlingarna hos annan vårdgivare, då de 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.

16. Vilken kompetens behöver behandlaren ha?

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2010 så ska den som utför psykologisk behandling ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod som arbetet avser. Om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation är adekvat handledning en förutsättning för arbetet. Vid behandling av komplexa tillstånd är legitimerad psykoterapeut att föredra. Detta ska inte tolkas som att det inte är möjligt att psykologer kan användas vid bedömning och behandlingar.

När det gäller multimodal rehabilitering hänvisar vi till rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" utgiven av SKL 2013. Det som skrivs i rapporten är något att sträva mot att uppnå på sikt och är inga formella krav.

För genomförande av "Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning" förutsätts att denna leds av legitimerad sjukgymnast med kompetens motsvarande MMR1 enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" (sidan 19).

För genomförande av "Beteendemedicinskt behandlingsprogram" förutsätts att behandlaren är legitimerad sjukgymnast med dokumenterad beteendemedicinsk utbildning, det vill säga

kompetens motsvarande MMR2, enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" (sidan 20).

Vid andra evidensbaserade metoder som landstingen anger får de underlagen ligga som grund för de kompetenskrav som behövs för att genomföra behandlingarna.

17. 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.

18. Vilka patienter omfattas av insatser vid psykisk ohälsa och smärta?

Insatserna och ersättning till landstinget ges för personer i åldern 16-67 år som får del av insatserna enligt Socialstyrelsens riktlinjer vid ångest och depression, eller för långvarig smärta enligt SBU-rapport Rehabilitering vid långvarig smärta.

19. Vilka tidsgränser gäller för att patienten ska få del av insatserna?

Åtgärderna inom överenskommelsen omfattas av vårdgarantin som finns 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.

20. Hur påverkar patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 insatserna?

Hälso- och sjukvårdslagen ersattes av patientlagen den 1 januari 2015. De insatser som omfattas av överenskommelsen 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:

- 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.
- Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I övrigt innehåller den nya patientlagen 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.

21. Var kan man läsa mer om insatserna vid psykisk ohälsa och långvarig smärta?

På www.skl.se/sjukskrivningar, under rubriken psykisk ohälsa och långvarig smärta eller rubriken rapporter och publikationer.

På www.sbu.se finns rapporterna:

1. "Metoder för behandling av långvarig smärta - en systematisk litteraturöversikt" (SBU rapport 177/1+2, 2006)
2. "Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt – partiell uppdatering och fördjupning av SBU- rapport nr 177/1+2" (SBU rapport 198, 2010)
3. "Behandling av depressionssjukdomar- en systematisk litteraturöversikt"
4. "Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt".

De nationella riktlinjerna för behandling av depression och ångestsjukdom finns att läsa i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd:

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/omforsakringsmedicinsktbeslutsstod>

22. Varför lades rehabiliteringsgarantin ned i december 2015?

Rehabiliteringsgarantin har funnits sedan 2008 och har haft som syfte att förebygga sjukskrivningar och att stödja kvinnor och män som är sjukskrivna att återgå i arbete. Staten har ersatt behandlingar med Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Interpersonell terapi (IPT) vid lättare och medelsvåra ångestsyndrom, depressionstillstånd och stress, samt multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta.

Inspektionen för socialförsäringen (ISF), Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) samt Karolinska Institutet (KI) har gjort flera utvärderingar av rehabiliteringsgarantin. Studierna visar att insatserna i rehabiliteringsgarantin inte gett bättre effekt på återgång i arbete hos de kvinnor och män som fått del av insatserna, jämfört med de personer som ingått i en kontrollgrupp. Dessutom har Riksrevisionen varit kritisk till den detaljstyrning som skett mot vissa behandlingsmetoder och som har lett till andra negativa effekter. Sammantaget har det gjort att regeringen och SKL är överens om att lägga ned Rehabiliteringsgarantin.

23. Finns det inga positiva effekter av rehabiliteringsgarantin?

De positiva effekterna har varit att tillgången på KBT-behandling har ökat med 94 procent mellan åren 2009-2014. I första hand beror ökningen på att tillgången till grundläggande kompetens i KBT har ökat.

Tillgången till multimodal rehabilitering har också ökat, med 49 procent. Där är den främsta anledningen att multimodal rehabilitering idag är tillgänglig i primärvården.

Studier har visat att hälsan förbättrats hos patienter som fått del av insatserna i rehabiliteringsgarantin. I de två senaste studierna från IFS/IFAU konstaterades även att det

finns ett visst stöd för att KBT-behandling kan förebygga sjukskrivningar. Detta behöver dock studeras ytterligare för att resultatet ska vara helt säkert.

24. Varför leder insatserna i rehabiliteringsgarantin inte till återgång i arbete?

Resonemanget om att insatserna inte leder till återgång i arbete bygger på antaganden av de studier som är gjorda och på erfarenheter från landstingen.

SBU-rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta" (rapport 198, 2010) kommer fram till att multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser som kompletteras med insatser på arbetsplatsen. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i det avseendet. Multimodal rehabilitering som genomförts inom garantin har generellt inte haft samma höga grad av tydliga insatser på arbetsplatsen som har skett i de studier som ingår i SBU-rapporten och ger därför inte lika bra resultat.

När det gäller psykologisk behandling som KBT och IPT är det vetenskapliga stödet begränsat om vad som leder till återgång i arbete. För närvarande pågår flera studier som kan ge svar på dessa frågor framöver. Det saknas även kunskap om utifall de KBT-behandlingar som sker i hälso-och sjukvården sker på ett evidensbaserat sätt.