

Rehabiliterings- garantin 2013

VAD INNEBÄR DEN NATIONELLA ÖVERENSKOMMELSEN?



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Rehabilitering för att återgå i arbete

Rehabiliteringsgarantin ökar tillgången på KBT-behandlingar och multimodal rehabilitering med fokus på att förebygga sjukskrivning och att återgå i arbete.

Sjukfrånvaron har minskat kraftigt i Sverige sedan 2002 då den låg på en historiskt hög nivå. Fortfarande finns det dock skillnader mellan män och kvinnor. I dag står lättare psykisk ohälsa såsom olika typer av ångest, depression och stress, samt smärta i rygg, nacke eller axlar, bakom mer än hälften av alla sjukskrivningar. Det är skälet till att landstingen får extra ersättning för att behandla och rehabilitera patienter i åldrarna 16–67 år genom evidensbaserade metoder, detta genom överenskommelsen mellan SKL och regeringen.

Ersättning till landstingen går till patienter med psykiska diagnoser som får kognitiv beteendeterapi, KBT¹ samt för patienter med långvarig diffus smärta (minst tre månader) som genomgår multimodal rehabilitering.

Syftet är att stödja sjukskrivna att återgå arbete eller att förebygga sjukskrivning.

Not. 1.
Interpersonell psykoterapi (IPT) ingår också, men genomförs endast i mycket liten omfattning i dagsläget.

Rehabiliteringsgarantin – inte något nytt

Det är sjätte året som regeringen och SKL har en överenskommelse kring rehabiliteringsgarantin. Landstingen har under denna period ökat tillgången på rehabilitering för patienter med psykiska problem eller långvarig smärta. Det har skett både genom egen utbyggnad och genom upphandling av privata aktörer. Vartannat landsting har också kopplat rehabiliteringsgarantin till vårdvalen, visar en kartläggning.

En studie beställd av Socialdepartementet kring behandlingar inom rehabiliteringsgarantin utfördes 2012 i Skåne. Resultatet visar att KBT-behandling minskar sjukfrånvaron med en fjärdedel hos personer som inte var sjukskrivna vid behandlingsstarten jämfört med året efter. Samma studie visar att MMR ökar sjukfrånvaron jämfört med kontrollgruppen. De som har fått rehabilitering inom garantin är nöjda med behandlingen och upplever att de mår bättre fysiskt och psykiskt av behandlingen.

Under 2011 var det 9 238 personer som fick tillgång till multimodal rehabilitering som smärtrehabilitering vilket var 56 procent fler än år 2009. 55 167 personer fick tillgång till KBT-behandlingar vid psykisk ohälsa, vilket är 112 procent fler än 2009. Under första halvåret 2012 skedde dock en minskning av antalet insatser, delvis beroende på eftersläpning i inrapporteringen och skärpta krav.



Allas kunskaper behövs för att motverka smärta

Termen *multimodal rehabilitering* (MMR) innebär att olika yrkesprofessioner samarbetar kring patienten för att få både ett fysiologiskt och psykosocialt synsätt på smärtan. Studier visar att sådana insatser gör att patienten snabbare återgår i arbete efter rehabilitering.

Teamens sammansättning varierar. Vanligtvis ingår sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare samt en psykolog, psykoterapeut eller kurator. Behandling pågår under sex till åtta veckor med två till tre tillfällen i veckan och kan innefatta hemuppgifter. En viktig del är att fundera över hur



vardagen för patienten ser ut. Vad är det som gör att det gör ont? Finns det strategier för att minska eller undvika smärtan?

Till programmet hör undervisning, ofta i grupp, om till exempel stresshantering, sömnvanor, ergonomi och hur olika läkemedel samverkar. Patienterna får bland annat lära sig basal kroppskänedom och pröva olika former av fysisk aktivitet och styrketräning för att hitta något som passar. I det individuellt utformade programmet kan smärtlindring och samtalsstöd ingå.

Beroende på teamets kapacitet och kompetens ges rehabiliteringen på två nivåer, MMR 1 och MMR 2. Vilken form och intensitet av MMR som är lämplig bestäms utifrån komplexiteten i patientens problem. MMR 1 är den form som vanligtvis erbjuds i primärvården medan MMR 2 huvudsakligen erbjuds inom specialistvården.



KBT enskilt, i grupp eller via internet

Kognitiv beteendeterapi, KBT, kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi med syftet att påverka tankar, känslor och beteende i en positiv riktning.

KBT kan ske individuellt eller i grupp. Hur många tillfällen som ingår i en behandling avgörs av behovet, men bör i regel omfatta åtta till 20 tillfällen. Landstingen får ersättning för KBT oavsett om den ges individuellt eller i grupp.

För att landstingen ska få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att behandlingen genomförs av en person med grundläggande psykoterapiutbildning motsvarande steg 1-utbildning. SKL startar under 2012 ett projekt för att utarbeta en riksgemensam teknisk lösning för internet-KBT som beräknas vara klar under 2013.

VAD SÄGER LAGEN?

§ Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

(Hälso- och sjukvårdslagen)

Hälso- och sjukvårdslagen och Vårdgarantin gäller

Hälso- och sjukvårdslagen innebär att personer i arbetsför ålder som omfattas av rehabiliteringsgarantin inte har förtur före andra patienter, utan den som har störst behov ska få behandling och rehabilitering först. Vidare ska både kvinnor och män få lika tillgång till rehabilitering med god kvalitet.

Vårdgarantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen och rehabiliteringsgarantin omfattas av den. Det innebär att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som hon eller han söker vård. Om det behövs besök hos läkare ska en tid hos allmänläkare erbjudas inom högst sju dagar. Eventuellt besök inom specialistvården ska erbjudas inom 90 dagar. Den behandling som behandlaren i samråd med patienten beslutar om ska patienten få inom 90 dagar efter beslutet.

*”Det är konsekvenserna
av en sjukdom som
motiverar sjukskrivning.
Inte sjukdomen i sig.”*





atis vaccinati
ot livmoderhalsca



God kvalitet för både kvinnor och män

För att säkerställa kvaliteten för kvinnor och män inom rehabiliteringsgarantin kan den så kallade Genushanden (se figur 1) vara ett användbart verktyg. Den kan bidra till att kvinnor och män får vård och rehabilitering på lika villkor som det uttrycks i Hälso- och sjukvårdslagen. Det finns forskning som visar att behandlingen av kvinnor och män i dag i stället sker utifrån föreställningar om kön istället för individernas behov. En enkel rutin är att ställa sig frågan: "Vad hade jag tänkt och gjort om patienten haft annat kön?"

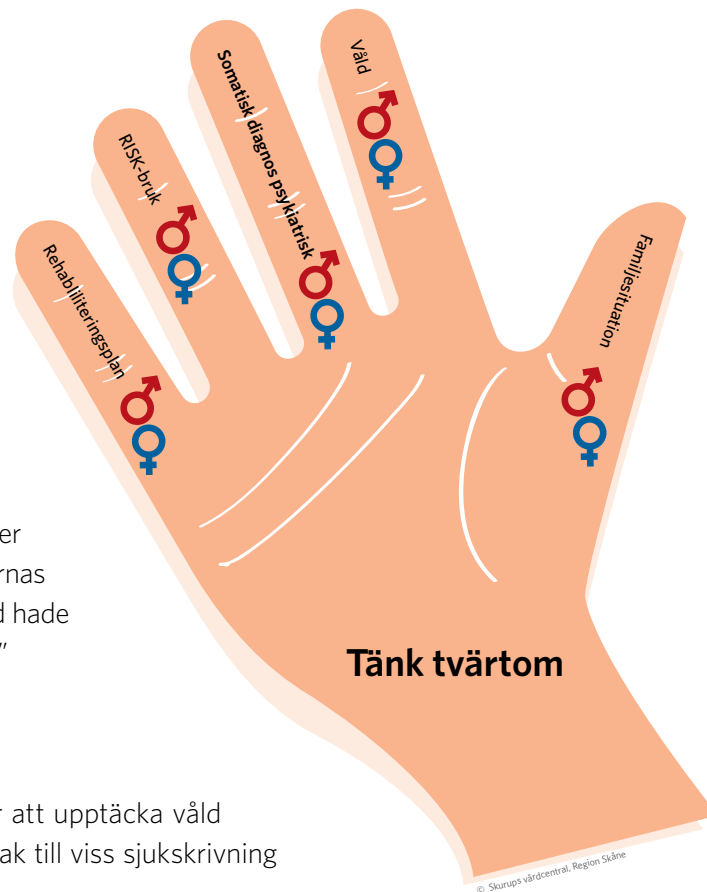
Fokus på våld i nära relationer

Landstingen ska också arbeta systematiskt för att upptäcka våld i nära relationer som visat sig vara en dold orsak till viss sjukskrivning bland kvinnor och män.

Läs försäkringsmedicinskt beslutsstöd före sjukskrivning

Behovet av sjukskrivning ska grundas på en bedömning av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan. Det är en konsekvenserna av en sjukdom i form av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning med påverkad arbetsförmåga som kan motivera sjukskrivning, inte sjukdomen i sig.

Som ett stöd för läkare har Socialstyrelsen en vägledning om hur lång sjukskrivningstid som kan vara lämplig för cirka 120 vanliga diagnoser, och som beskriver vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar de olika diagnoserna kan innebära. Vägledningen innehåller även övergripande principer om hur man på ett strukturerat sätt kan arbeta med sjukskrivningar i vården.



FIGUR 1. Genushanden

Tumme: Kvinnor tillfrågas ofta om sin familjesituation, men sällan män.

Pekfinger: Våld och hot är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning. Mäns våld mot kvinnor är ofta ett dolt problem.

Långfinger: Somatisk inriktning på männens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors. Stor risk att man inte upptäcker depressioner hos män och att sjukdomsförklara normala livsprocesser hos kvinnor.

Ringfinger: Riskbruk, alkohol är mer skamligt för kvinnor.

Lillfinger: Män får tidigare specialistremisser och mer stöd av arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor oftare rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

Läs mer i arbetsboken *Jämställda sjukskrivningar* (SKL, 2010) och på www.skil.se/sjukskrivningar



Före sjukskrivning kan läkaren se vad som rekommenderas i beslutsstödet. Läkaren måste dock alltid göra en individuell bedömning av den enskildes behov. Om sjukskrivningstiden som rekommenderas i beslutsstödet överskrids ska anledningen motiveras i läkarintyget.

Några av de diagnoser som räknas upp i beslutsstödet och som omfattas av rehabiliteringsgarantin är:

- *Depression:* Lindrig förstagångsdepression kräver ofta inte sjukskrivning. Arbetsförmågan kan vara nedsatt en till tre månader efter insatt behandling. Sjukskrivning på deltid bör övervägas. Vid svår förstagångsdepression kan arbetsförmågan vara nedsatt upp till sex månader efter insatt behandling.
- *Generaliserat ångestsyndrom:* Sjukskrivning bör som regel undvikas. Arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt. Sjukskrivningstiden bör i så fall vara kort, två–fyra veckor, och deltidssjukskrivning bör övervägas. Vid sjukskrivningstider längre än tre månader bör samarbete med psykiatrik etableras.
- *Smärta, etablerad långvarig icke malign smärta i rörelseapparaten:* Sjukskrivning bör alltid vara kopplad till aktiva åtgärder som funktionsutredning, regelbundna arbetsplatsbesök och arbetsanpassning. Även om besvär en kvarstår kan en betydande andel av patienterna efter hand återgå i lämpligt arbete på hel- eller deltid. Med en väl planerad rehabilitering tar detta vanligen mellan några månader och ett år.

Fler diagnoser och mer om det försäkringsmedicinska beslutsstödet finns på www.socialstyrelsen.se





Kontakt med arbetsgivaren ska ske tidigt

När vården bedömer att den sjukskrivnes arbetsgivare ska kontaktas för anpassning av arbetsuppgifter eller arbetslivsanpassad rehabilitering, ska vården höra av sig till Försäkringskassan. För detta krävs ett samtycke från patienten. Försäkringskassan ska inom ramen för sitt samordningsansvar ta kontakt med arbetsgivaren och andra berörda parter, initiera kompletterande insatser till vårdens behandling och rehabilitering.

Arbetsförmågan prövas enligt rehabiliteringskedjan

Sjukskrivning ska vara en aktiv del av vård och behandling. Att människor har fått långa perioder av passiv sjukskrivning utan behandling och rehabilitering har gett negativa effekter. Patienten kan bli sjukare och får svårare att återgå i arbete. Försäkringskassan bedömer arbetsförmågans nedsättning och rätten till sjukpenning enligt den så kallade rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjan innebär följande:

Dag 1-90

De första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan bedömer Försäkringskassan om den försäkrade kan klara av sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda. Om den försäkrade på grund av sjukdom eller skada inte kan det har hon eller han rätt till sjukpenning.

Dag 91-180

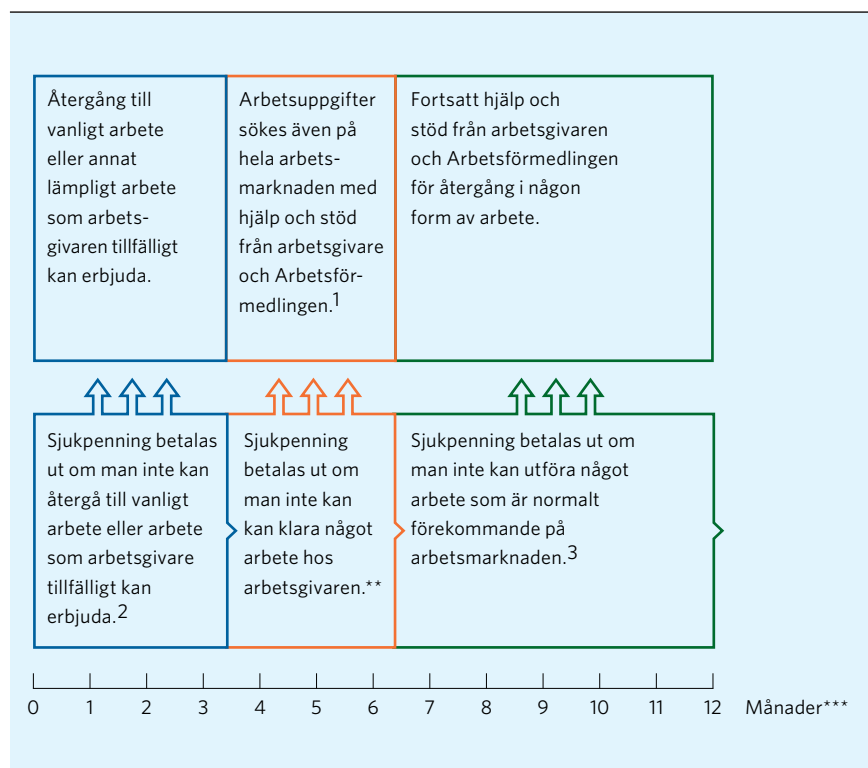
Efter 90 dagar har den försäkrade bara rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Grunden för bedömningen av arbetsförmågan ändras därefter inte förrän dag 181. Fram till dess kan den försäkrade söka nytt arbete och samtidigt ha kvar sin anställning och fortsätta få sjukpenning trots att han eller hon inte har nedsatt arbetsförmåga i förhållande till sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.



Dag 181-365

Om den försäkrade, när det har gått 180 dagar, fortfarande inte kan arbeta hos sin arbetsgivare ska Försäkringskassan ta reda på om det finns andra arbeten som han eller hon kan klara av. Då undersöks möjligheterna på hela arbetsmarknaden. Om den försäkrade bedöms klara ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden har han eller hon inte längre rätt till sjukpenning.

FIGUR 2. Rehabiliteringskedjan



1. Den sjukskrivne har rätt till ledighet för att söka och pröva annat arbete (Prop 2007/08:151).
2. Vid särskilda skäl eller oskäliga förhållanden kan detta gälla längre än 6 månader.
3. Vid allvarliga sjukdomar betalas sjukpenning ut längre än 12 månader.

Källa: Försäkringskassan

När ett år har gått ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

Undantag finns. Om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366, eller om i det i annat fall kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren även efter dag 180.

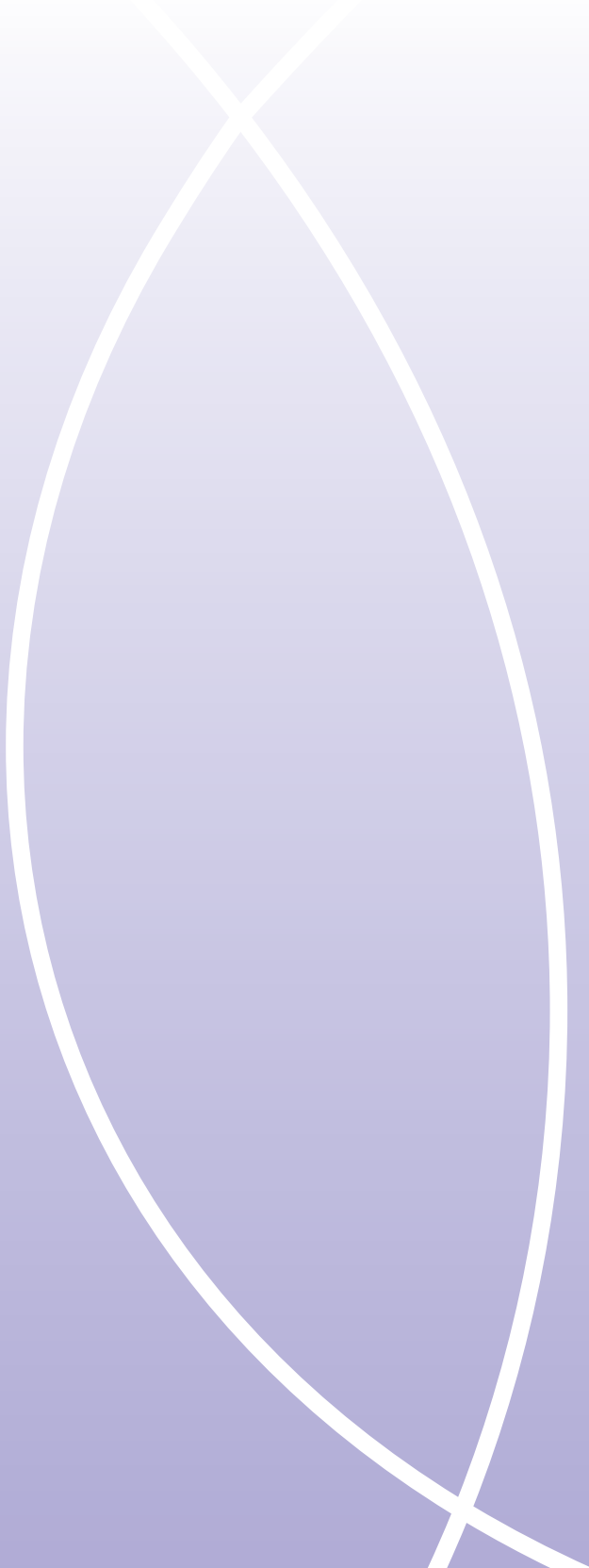
Efter dag 365

När ett år har gått ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden om det inte kan anses oskäligt att göra en sådan bedömning.

Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. För egna företagare bedöms arbetsförmågan i förhållande till det vanliga arbetet fram till och med dag 180 och efter det i förhållande till sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden om det inte finns särskilda skäl eller är oskäligt. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten på hela den reguljära arbetsmarknaden redan från början av sjukperioden.

Förmånstiden för sjukpenning är tidsbestämd. Man kan få sjukpenning på normalnivå (80 procent) i högst 364 dagar under en period på 450 dagar. Den som därefter fortfarande har nedsatt arbetsförmåga kan efter ansökan få sjukpenning på fortsättningsnivå (75 procent); detta kan man få i högst 550 dagar. Undantag finns. Den som har en allvarlig sjukdom kan ansöka om att få fler än 364 dagar med sjukpenning på normalnivå.

I undantagsfall går det att få sjukpenning på fortsättningsnivå i fler än 550 dagar. Vilka det gäller kan du läsa mer om på www.forsakringskassan.se. Där finns också mer detaljerad information om regler kring sjukförsäkringen.



Upplysningar om innehållet:
Anna Östbom, anna.ostbom@skl.se
Cecilia Unge, cecilia.unge@skl.se
Se även www.skl.se/sjukskrivningar

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

Bestnr: 5298

Text: Agneta Borgström

Foto: Maria Rosenlöf, Rickard Eriksson, Pia Nordlander,
Nixon Johansen Cáceres och Joakim Bergström

Produktion: ETC Kommunikation

Tryck: LTAB, januari 2013

Rehabiliteringsgarantin ska ge hjälp till patienter med psykiska besvär eller långvarig diffus smärta.

Sjukfrånvaron har minskat kraftigt i Sverige sedan 2002 då den låg på en historiskt hög nivå. Fortfarande finns det dock skillnader mellan män och kvinnor. I dag står lättare psykisk ohälsa såsom olika typer av ångest, depression och stress, samt smärta i rygg, nacke eller axlar, bakom mer än hälften av alla sjukskrivningar. Det är skälet till att landstingen får extra ersättning för att behandla och rehabilitera patienter i åldrarna 16–67 år. Det främsta målet är att stödja kvinnor och män att återgå i arbete eller att förebygga sjukskrivning.

I denna broschyr kan du läsa mer om vad som gäller för rehabiliteringsgarantin 2013 och vilka behandlingsformer som ingår.

Ladda ner på webbutik.skl.se

Bestnr: 5298