

Rehabgarantin Dalarna



1. Vad är intentionerna med rehabiliteringsgarantin?

Att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen så att han/hon får tillgång till medicinsk behandling och rehabilitering i större utsträckning än i dag. Detta för att förbättra arbetsförmågan och kunna återgå i arbete efter behandling och rehabilitering.

2. Vad innebär rehabiliteringsgarantin?

Att patienter som har smärta i rygg, nacke och axlar eller lättare/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 diagnoser utvalda?

För att dessa diagnoser utgör över hälften av alla sjukskrivningar.

4. Vem ska erbjuda rehabiliteringen enligt rehabiliteringsgarantin?

Landstingen, och det kan ske i primärvård eller i annan öppen hälso- och sjukvård både i egen regi och i privat, beroende på hur landstingen väljer att organisera verksamheten.

5. 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 kunna arbeta om det är möjligt. Ersättning till landstinget ges för personer i åldern 16-67 år som har påbörjat eller genomfört utpekade åtgärder.

6. Vilka tidsgränser gäller för att patienten ska få del av rehabiliteringsgarantin?

Så fort som möjligt. Åtgärderna omfattas av den generella vårdgarantin vilket innebär att det ska vara påbörjade senast inom de tider som anges i vårdgarantin (kontakt samma dag, läkarbesök om så behövs inom 7 dagar, specialistbesök inom 90 dagar, behandling inom 90 dagar).

7. Hur förhåller sig rehabiliteringsgarantin till hälso- och sjukvårdslagen?

Hälso- och sjukvårdslagen gäller. Personer i åldern 16-67 år har inte har förtur utan den som har störst behov av vård ska få det först.

8. Vilka behandlings/rehabiliteringsåtgärder ska erbjudas enligt överenskommelsen?

Kognitiv beteendeterapi ska erbjudas för patienter med lättare/medelsvåra depressioner och ångest. För smärta i axlar nacke och rygg ska multimodal rehabilitering erbjudas, efter att hälso- och vården gjort en medicinsk bedömning och utredning.

9. Ska patienterna endast erbjudas KBT och Multimodal rehabilitering?

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

10. Vad innebär det att en patient får kognitiv beteendeterapi ?

SBU definition; Kognitiv terapi inriktar sig på att påverka tankemönster. Det finns ett flertal metoder, varav några är utvecklade för att behandla ångestillstånd. Kognitiv beteendeterapi, KBT, kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi med syfte att påverka tanka, 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. Den som utför terapin bör ha lämplig bakgrund och utbildning. Närmare beskrivning av bakgrund och utbildning kommer senare. Hur många tillfällen som ingår avgörs efter behovet. Enligt SBU-rapporten för behandling av ångestsjukdomar kan det röra sig om 10-20 tillfällen.

Till våren kommer även ersättning utgå för KBT via Internet och vilken ersättning som utgår för denna behandlingsform.

11. 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 t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (socioonom eller psykolog) samt en läkare

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

- Ett bio-psykosocialt synsätt ¹
- Tillräcklig intensitet (oftast 2-3 dagar i veckan under 6-8 veckor; kan innebära olika hemuppgifter för patienten)
- Välplanerade och synkroniserade åtgärder i form av
 - Genomtänkt psykologiskt¹ förhållningssätt och insats

¹ 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 beteendeariktat, eller beteendeariktat förhållningssätt.

- Fysisk träning och/eller gradvis ökad fysisk aktivitet
- Undervisning t.ex. om smärta, dess konsekvenser och hanteringsstrategier

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

12. 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 på att det finns evidens för att förbättra arbetsförmåga och i vissa fall även återgång i arbete när det gäller behandling av smärta i rörelseorganen. När det gäller behandling av depression, ångest och stress saknas evidens för återgång i arbete, eftersom detta inte har studerats. Det finns däremot evidens för förbättrad funktion.

13. Vad innebär det att erbjuda en rehabiliteringsgaranti enligt nämnda evidenskrav?

I dag finns det redan landsting eller privata aktörer som arbetar evidensbaserat enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapport "Behandling av patienter med långvarig smärta i axlar nacke och rygg".

Det finns även landsting och privata aktörer som arbetar evidensbaserat enligt SBU's rapport "Behandling av depressionssjukdomar och behandling av ångestsyndrom", "Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression".

Eftersom det redan finns evidensbaserade behandlingsmetoder för dessa diagnoser, är det naturligt att de ska användas för personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna.

14. Vilka steg ingår i rehabiliteringsgarantin ?

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin ingår

1. medicinskt bedömning och ställningstagande till om patientens tillstånd innebär att han/hon skulle vara betjänt av medicinsk behandling/rehabilitering.
2. att påbörja och genomför behandling/rehabilitering. Ersättning utgår för steg 2. När det gäller ersättning se fråga 20.

15. Vad händer om det tillkommer nyare evidens för andra åtgärder än de som står i överenskommelsen ?

Enligt överenskommelsen kan det komma att omfatta andra åtgärder än KBT och multimodal rehabilitering. Om ny kunskap med evidens tillkommer under perioden 2009-2010 ska bilagan till överenskommelsen att uppdateras tillsammans med vilken/vilka ersättningar som kommer att utgå för dessa åtgärder.

16. Vad innebär det att vidta organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för att implementera evidensbaserad behandling/rehabilitering ?

I de fall det inte finns någon behandling och rehabilitering att erbjuda patienter eller om utbudet behöver ökas för att tillgodose behovet kan det behövas både tid och resurser för att landstingen ska utveckla tillgången. Inom ramen för förberedelser bör det även ingå att utveckla den medicinska bedömningen och utredningen. Grunden för att utveckla arbetet enligt överenskommelsen är att det ska ske utifrån SBU - rapporterna och Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsjukdom och nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar.

17. Hur mycket pengar är avsatta och hur ska de utbetalas?

Nio Mkr fördelas enligt befolkningsunderlaget till de fem närsjukvårdsområdena. Dessa medel är reserverade för er och avräknas från de åtgärder som närsjukvårdsområdena rapporterar in.

18. Hur ska landstingen redovisa patienter som genomfört behandling/rehabilitering?

Rapportering av insatser inom RG sker kvartalsvis till Landstinget/NSVD (Marita Albinsson) enligt mall från Försäkringskassan. Landstinget skall i sin tur skicka in ett samlat underlag för utbetalning. Underlaget till redovisningen hämtas från JIII-rapporten under förutsättning att åtgärden registrerats i Vårdåtgärder.

För utförligare information om hur registrera och redovisa gå in på:
www.dalarna.sjukskrivningar.se Lokal information, Rehabgarantin.

20. Var kan man läsa mer om rehabiliteringsgarantin?

Sveriges Kommuner och Landsting har gjort en kunskapssammanställning om sjukskrivning, psykiska diagnoser och smärta. Finns att hämta på www.skl.se/sjukskrivningar under rubriken lästips.

På www.sbu.se kan man hämta hem rapporterna "Metoder för behandling av långvarig smärta en systematisk litteraturöversikt", "Behandling av depressionssjukdomar- en systematisk litteraturöversikt", "Behandling av ångestsyndrom en systematisk litteraturöversikt", "Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression".

På www.socialstyrelsen.se kan man ta del av försäkringsmedicinskt beslutstöd samt läsa om de kommande nationella riktlinjerna behandling av depression och ångestsjukdom (beräknas finnas februari 2009) och nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar (beräknas finnas i slutet på 2009).