



Rehabiliteringsgarantin
fungerar inte

– tänk om eller lägg ner

RIR 2015:19



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 1 januari 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

ISBN 978-91-7086-387-5

RIR 2015:19

FOTO: CULTURA CREATIVE

FORM: ÅKESSON & CURRY

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTRYCKERI, STOCKHOLM 2015



RiR 2015:19

Rehabiliteringsgarantin fungerar inte

– tänk om eller lägg ner



REHABILITERINGSGARANTIN FUNGERAR INTE – TÄNK OM ELLER LÄGG NER



TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2015-10-13

DNR: 31-2014-1174

RIR 2015:19

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevision:

Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner

Riksrevisionen har granskat vad det är i utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin som hindrar att målen om arbetsåtergång för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa uppfylls. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Regeringskansliet, Försäkringskassan och Sveriges kommuner och landsting har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen.

Riksrevisor *Margareta Åberg* har beslutat i detta ärende. Revisionsledare *Maria Ljunggren* har varit föredragande. Revisor *Jenny Lee* och revisionsdirektör *Camilla Gjerde* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Margareta Åberg

Maria Ljunggren

För kännedom:

Regeringen, Socialdepartementet

Försäkringskassan

Sveriges kommuner och landsting

REHABILITERINGSGARANTIN FUNGERAR INTE – TÄNK OM ELLER LÄGG NER



Innehåll

Sammanfattning	9
1 Inledning	15
1.1 Motiv för granskning	15
1.2 Syfte och revisionsfråga	16
1.3 Avgränsning	16
1.4 Bedömningsgrunder	16
1.5 Metod och genomförande	19
2 Ansvar för den psykiska ohälsan är delat	21
2.1 Patienten ska i första hand vända sig till primärvården	21
2.2 Staten och landstingen delar på ansvaret	22
2.3 Rehabiliteringsgarantin syftar till att öka vårdens fokus på rehabilitering och främja arbetsåtergång	22
2.4 Andra satsningar påverkar rehabiliteringsgarantin	25
2.5 Sammanfattande iakttagelser	26
3 Rehabiliteringsgarantins utformning och utveckling	27
3.1 Rehabiliteringsgarantin infördes snabbt	27
3.2 Flera utvärderingar har pekat på bristande måluppfyllelse	29
3.3 Rehabiliteringsgarantin har inte förändrats nämnvärt genom åren	36
3.4 Sammanfattande iakttagelser	41
4 Rehabiliteringsgarantin i primärvården	43
4.1 Alla får inte en kvalificerad första bedömning	43
4.2 Rehabiliteringsgarantins regelverk ifrågasätts	46
4.3 Patienter får inte alltid behandling snabbt nog	48
4.4 Det saknas fokus på att aktivt främja arbetsåtergång	50
4.5 De verksamhetsansvariga är avgörande för resultatet	52
4.6 Sammanfattande iakttagelser	52
5 Rehabiliteringsgarantin i landstingen	55
5.1 Rehabiliteringsgarantin styr landsting att satsa på kvantitet framför kvalitet	55
5.2 Landstingen hanterar tilldelade medel olika	57
5.3 Sammanfattande iakttagelser	62
Bilagor	
Bilaga 1 Metod och urval	63

REHABILITERINGSGARANTIN FUNGERAR INTE – TÄNK OM ELLER LÄGG NER



Sammanfattning

I dag är psykisk ohälsa den främsta anledningen till sjukfrånvaro.¹ Psykisk ohälsa är dessutom den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden inom OECD.² I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Det handlar om stora kostnader. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär 70 miljarder kronor om året.³

För att möta de ökade sjukskrivningarna för psykisk ohälsa träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en första överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti 2008. Fortsatta överenskommelser har sedan tecknats årligen. Rehabiliteringsgarantin syftade till att ersätta landstingen⁴ med stimulansmedel för att personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa skulle erbjudas specifika behandlingsmetoder som skulle främja återgång i arbete och förebygga sjukskrivning.⁵ Landstingen saknade tillgång till tillräckligt många legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter, vilket medförde att krav på att behandlare skulle vara legitimerade psykologer eller legitimerade psykoterapeuter inte omfattades av rehabiliteringsgarantin.⁶

Rehabiliteringsgarantin utformades och infördes snabbt, och regeringen beslutade om flera utvärderingar och utredningar för att utveckla och förbättra överenskommelserna efter hand. I överenskommelserna uttrycktes att behandling skulle ges enligt senaste evidens och att överenskommelserna kontinuerligt skulle ta in ny kunskap och ta hänsyn till det som framkom i utvärderingar och utredningar.⁷ Ingen av de beställda utvärderingarna har visat att arbetsåtergången för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa med säkerhet har ökat.⁸

Riksrevisionen har genomfört en granskning av vad det är i utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin som hindrar att målet om arbetsåtergång för

¹ Henderson, M. m.fl. (2011), Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med* 104(5):198–207.

² OECD (2013), *Mental Health and Work Sweden*.

³ Ibid., s. 20.

⁴ Med landsting menas även regioner.

⁵ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2008).

⁶ Intervju 35 och 36.

⁷ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2011).

⁸ Se exempelvis Karolinska Institutet (2011), *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantis effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I*; Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2012), *Rehabiliteringsgarantin*. IFAU Rapport 2012:26, s. 37–40.

personer med psykisk ohälsa uppfylls. Granskningen omfattar överenskommelserna som har tecknats från 2008 fram till 2015. Granskningen har genomförts genom en dokumentanalys av de utvärderingar och utredningar som berör rehabiliteringsgarantin, en kvalitativ intervjustudie med behandlare i primärvården och en kvantitativ genomgång av hur landstingen har fördelat rehabiliteringsgarantins medel. Landstingen kan fördela medlen som de anser lämpligt. Det är ändå relevant att undersöka hur landstingen har använt medlen eftersom rehabiliteringsgarantin har haft en låg måluppfyllelse och det handlar om stimulansmedel för en uttalad målgrupp: personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa som ska behandlas inom primärvården.

Granskningens slutsatser

Riksrevisionen anser att en rad faktorer i utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin har försvårat måluppfyllelsen.

Alltför stort fokus på behandlingsmetod

Riksrevisionens bedömning är att regeringen inte har utformat och reviderat överenskommelserna utifrån den kunskap som finns om rehabiliteringsgarantin och dess effekter. Regeringen har inte kontinuerligt utvecklat överenskommelserna utifrån rådande kunskapsläge samt utifrån vad som framkommit i beställda utvärderingar.

Att regeringen från början har styrt mot att evidensbaserade behandlingsmetoder ska främjas i primärvården har riktat fokus på just behandlingsmetoderna, vilket har försvårat en utveckling av rehabiliteringsgarantin. Ett uttalat fokus på att arbeta med arbetsåtergång är i stället något som borde ha prioriterats vid införandet av rehabiliteringsgarantin.

En första kvalificerad bedömning är viktig men förekommer inte alltid

I många fall får inte patienten någon kvalificerad första psykologisk bedömning av en legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut. Det gör att det varken går att avgöra om patienten har rätt förutsättningar att bli hjälpt av den behandling som ryms inom rehabiliteringsgarantin eller utesluta att patienten lider av annan psykiatrisk problematik.

Patienterna får inte alltid behandling snabbt nog

Ett viktigt fokus för rehabiliteringsgarantin är att få till snabba behandlingar. I stället är det ofta lång väntetid för att komma igång med behandling. Det finns inte tillräckligt många kvalificerade behandlare som kan möta behoven. En del landsting har en väntetid på ungefär fyra månader, en del ända upp till ett år.

Om behandlarna ska följa överenskommelsens alla krav växer deras väntetider. Alla patienter behöver inte heller så många behandlingar som rehabiliteringsgarantin

förutsätter. För en del patienter som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa kan det räcka med färre behandlingstillfällen.

Brist på systematisk uppföljning av patienten

Ett annat problem är att det inte går att säga om patienterna blir hjälpta av behandlingen. Anledningen är att det i rehabiliteringsgarantin inte finns några krav på uppföljning av patienterna. Det innebär att behandlarna själva inte vet om de patienter som får behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin får effektivare hjälp än de patienter som får andra behandlingsmetoder eller färre behandlingar än vad som specificeras i rehabiliteringsgarantin.

Det saknas fokus på att aktivt främja arbetsåtergång

I primärvården vet behandlarna oftast inte hur de ska arbeta med arbetsåtergång. De ersätts inte inom rehabiliteringsgarantin för att vara med på möten med arbetsgivare eller för att sätta sig in i olika behandlingsmetoder som syftar till ökad arbetsåtergång. Det tänkta samarbetet med företagshälsovården har inte heller blivit av, vilket är ett problem eftersom företagshälsovården i en del fall är den första kontakten för patienter som lider av psykisk ohälsa. Samordningen sköts i stället ofta av en rehabkoordinator som spelar en central roll för patientens rehabilitering. En annan viktig aspekt för att arbetet med psykisk ohälsa ska fungera i primärvården är en verksamhetsansvarig som prioriterar psykisk ohälsa och de professioner som arbetar med psykosociala frågor.

Landstingen har hanterat medlen olika

I en del landsting går en avsevärd andel stimulansmedel till psykiatrin som inte nödvändigtvis behandlar målgruppen för rehabiliteringsgarantin. I vissa landsting har även medel stannat centralt. Det kan handla om att pengarna går till relevanta projekt, men det kan också handla om projekt som ligger utanför rehabiliteringsgarantins mål. En anledning till att landstingen har valt att behålla medel centralt är bristen på långsiktighet i överenskommelserna. Det faktum att de tecknas så sent på året har försvårat landstingens planering. Detsamma gäller för de extra medel som tilldelades landstingen för att de, bland annat, ska höja kompetensen på behandlare till legitimerade psykoterapeuter. Enbart i ett fåtal fall har de gått till att höja kompetensen från behandlare med basutbildning i kognitiv beteendeterapi till legitimerade psykoterapeuter. Det finns fortfarande ett stort behov av legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter i primärvården.

Rekommendationer

Riksrevisionen riktar följande rekommendationer till regeringen:

- Regeringen bör överväga om rehabiliteringsgarantin ska ges annan utformning eller avvecklas. Garantin har inte entydigt lyckats nå målen om arbetsåtergång och primärvården saknar förutsättningar för att fullt ut arbeta mot en sådan. Att styra mot specifika behandlingsmetoder har varit ineffektivt för att nå målet om ökad arbetsåtergång och begränsat det professionella omdömet.
- Regeringen bör värdera hur den kan förebygga sjukskrivning och öka fokus på arbetsåtergång genom ett strukturerat formellt samarbete mellan Social- och Arbetsmarknadsdepartementen och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Ett sådant samarbete kan innebära att finansiera ett större antal rehabkoordinatorer (oberoende av sjukskrivningsmiljarden) som ansvarar för att samordna patientens kontakter med vårdgivare och arbetsgivare.
- För att ge förutsättningar för snabba och tidiga insatser för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa bör regeringen överväga om den ska finansiera legitimerade psykologer och psykoterapeuter som kan göra psykologiska bedömningar av målgruppen. Inspiration finns att hämta i satsningen på rehabkoordinatorer.
- Regeringen bör på nytt överväga om företagshälsovårdens kompetens bättre kan tas tillvara.

Begreppsordlista (alfabetisk)

Begrepp	Innebörd
ACT	Acceptance and Commitment Therapy. ACT är en terapiform under den bredare paraplybenämningen kognitiv beteendeterapi (KBT). ACT är inte en specifik metod utan mer ett förhållningssätt till hur man kan arbeta med psykologiska behandlingar.
ADA	Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång. Metoden syftar till att få tillbaka en person som är sjukskriven för stressrelaterad ohälsa i arbete. Metoden visar att en arbetsplatsintervention stimulerar förändringar i arbetsituationen, gynnar arbetsåtergång och minskar risken för utslagning från arbetsmarknaden. Metoden togs fram med finansiering från Forte 2003 och 2010. ⁹ ADA har även provats ut i SAFARI-studien som finansieras av REHSAM (en del av rehabiliteringsgarantins forskningssatsningar).
Basutbildning i psykoterapi (tidigare steg 1)	Grundläggande psykoterapiutbildning. Utbildningen kan ha olika inriktningar. Basutbildningar i psykoterapi står inte under översyn av Universitetskanslersämbetet. För närvarande ges utbildningen av både privata utbildningsanordnare och som uppdragsutbildningar vid universiteten.
FACT	Fokuserad ACT. FACT är en så kallad transdiagnostisk korttidsterapi. Patienten erbjuds upp till 5 sessioner på cirka 20–30 minuter där acceptans och medveten närvaro utgör grunden för behandling.
IPT	Interpersonell terapi. IPT är en behandlingsmetod som godkänns inom ramen för rehabiliteringsgarantin.
KBT	Kognitiv beteendeterapi. Socialstyrelsen definierar KBT enligt följande: "KBT är ett internationellt vedertaget samlingsbegrepp för teorier och tekniker baserade på inlärningspsykologiska principer, och för kognitiv teori och psykologi där betoningen kan läggas på olika delar. Det kan handla om korttidsterapi som omfattar 10–25 sessioner". KBT bedrivs både individuellt och i grupp.
Klinisk fokuserad beteendeanalys	Kallas även brief intervention. Behandlingarna innebär korta avgränsade kontakter i primärvården, vilket ofta kan handla om enbart några motiverande samtal.
LEON-principen	LEON-principen innebär att behandlaren utgår från den lägsta effektiva omhändertagandenivån för att bedöma vilken insats patienten behöver.
Psykosociala team	I psykosociala team ingår flera yrkeskategorier som arbetar med psykisk ohälsa, till exempel kurator, psykolog, psykoterapeut, psykiatrisjuksköterska och arbetsterapeut. Teamen erbjuder olika typer av samtalskontakter.

forts.

⁹ E-post forskare Lunds universitet 2015-10-01

forts.

Begrepp	Innebörd
Psykiaterprogram (tidigare steg 2)	Påbyggnadsutbildning i psykiatri. För att gå utbildningen krävs examen som läkare, psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller socionom. Även pedagoger kan söka till psykiaterprogrammet. Utbildningen står under översyn av Universitetskanslersämbetet. Legitimationen utfärdas av Socialstyrelsen.
Specialistläkare i allmänmedicin	En bred specialisering. I specialistutbildningen inom allmänmedicin ingår kurser i psykiatri.
Vårdgivare	Begreppet vårdgivare definieras i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som: <ul style="list-style-type: none"> • statlig myndighet, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi • annan juridisk person än stat, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård, till exempel aktieföretag eller stiftelser; detta omfattar även juridiska personer som ägs av ett eller flera landsting eller en eller flera kommuner • enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård

1 Inledning

Psykisk ohälsa är i dag den främsta orsaken till sjukfrånvaro.¹⁰ I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Sedan 2009 har psykiska diagnoser stått för huvuddelen av den ökade sjukskrivningen, och sedan 2011 är det den vanligaste anledningen till sjukskrivning bland kvinnor. Mest ökar den psykiska ohälsan i åldrarna 30–49 år.¹¹

Enligt OECD är kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige ungefär 70 miljarder kronor om året.¹² Det är med andra ord en kostsam utveckling som har föranlett en rad olika statliga initiativ.

1.1 Motiv för granskning

Ett sätt för staten att styra arbetet mot psykisk ohälsa är att ge landstingen¹³ ekonomiska stimulansmedel för att behandla personer i yrkesverksam ålder som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa, det vill säga ångest, depression och stress, med de evidensbaserade behandlingsmetoderna kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT). Denna reform kallas *rehabiliteringsgarantin*¹⁴ och den genomförs som en serie överenskommelser mellan regeringen och SKL.

Den första överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti tecknades 2008. Syftet var att staten skulle finansiera vissa specifika typer av behandlingar för att på så sätt undvika att människor hamnar i sjukskrivning, och främja arbetsåtergång för dem som redan var sjukskrivna. Fram till och med 2014 har rehabiliteringsgarantin kostat cirka 1 miljard kronor per år. För 2015 avsattes 750 miljoner kronor.

¹⁰ Henderson, M. m.fl. (2011), Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med* 104(5):198–207.

¹¹ Försäkringskassan (2014), *Sjukfrånvarons utveckling, delrapport 1*, Socialförsäkringsrapport 2014:4, s. 10; Inspektionen för socialförsäkringen (2014), *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*, Rapport 2014:22.

¹² OECD (2013), *Mental Health and Work Sweden*, s. 20.

¹³ Landsting används genomgående som begrepp för både landsting och regioner.

¹⁴ Rehabiliteringsgarantin omfattar även multimodal behandling för smärta. Men det ingår inte i granskningen.

Regeringen och SKL har uttryckt följande:

Målet med rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män 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.¹⁵

Enligt tidigare nationella utvärderingar har rehabiliteringsgarantin inte entydigt lyckats nå målen om en ökad arbetsåtergång för personer som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Utvärderingarna visar bland annat att landstingen under flera år har haft problem med att klara rehabiliteringsgarantins mål. Dessutom har primärvården olika förutsättningar att nå de utsatta målen.

1.2 Syfte och revisionsfråga

Riksrevisionens granskning syftar till att granska om utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin hindrar att de formulerade målen uppfylls.

Granskningen har fokuserat på följande fråga:

- Vad är det i rehabiliteringsgarantin som har försvårat måluppfyllelsen?

1.3 Avgränsning

Riksrevisionens granskning omfattar statens finansiering av insatser för personer som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa inom ramen för rehabiliteringsgarantins överenskommelser 2008 – 2015. Patienter med smärtproblem, vilka också ingår i rehabiliteringsgarantin, omfattas däremot inte av granskningen. Granskningen värderar inte heller de olika behandlingsmetoderna.

1.4 Bedömningsgrunder

Granskningen värderas gentemot rehabiliteringsgarantins överenskommelser, olika policydokument från Socialstyrelsens forskning om utvärdering, landstingens samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri, samt patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁵ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2013). Liknade skrivningar finns i samtliga överenskommelser.

Granskningen utgår från hur rehabiliteringsgarantin förhåller sig till hälso- och sjukvårdssystemet och om rehabiliteringsgarantin har införts i landstingen och primärvården så som det var avsett. Detta är väsentligt eftersom effektiviteten i nya satsningar bland annat påverkas av:

- hur relevanta de uppfattas vara
- om de fyller ett behov jämfört med existerande åtgärder
- om de är i samklang med regelverk och givna förutsättningar
- om de är lätta att använda och förstå
- om de ger synliga resultat¹⁶

1.4.1 Målgruppen ska behandlas i primärvården

Målgruppen för rehabiliteringsgarantin är patienter i arbetsför ålder som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Den typen av patienter ska behandlas i primärvården.¹⁷ Därför är primärvårdens förutsättningar och regelverk relevanta för granskningen.

Primärvårdens utformning definieras av respektive landsting som beslutar om krav på utförare av primärvård och om ersättningsens utformning. Landstingen har stor frihet att själva bestämma vilka tjänster som ska ingå samt vilka krav och villkor som ställs på vårdgivarna, så länge inte kraven strider mot lagar, förordningar eller föreskrifter som statliga myndigheter utfärdat.¹⁸

Behandling ska vara likvärdig i hela landet och regeringen har uttryckt att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt.¹⁹ I de olika landstingens regelböcker för primärvård uttrycks såvitt avser psykisk ohälsa att primärvårdens uppdrag är att vara första linjens hälso- och sjukvård för lätt till medelsvår psykisk ohälsa, inklusive missbruks- och beroendeproblematik. Uppdraget gäller alla åldrar och även tidiga insatser i situationer där det finns en risk att personer kan komma att utveckla psykisk ohälsa eller att befintlig ohälsa kan förstärkas.²⁰

¹⁶ Sohlman, Å. (2012), *Den svenska regeringen och användningen av utvärderingar – En fallstudie baserade på budgetpropositionerna för 2011 och 2012*. Scores rapportserie 2012:2.

¹⁷ Se till exempel Vårdval Västmanland (2015), *Regelbok – omhändertagande vid psykisk ohälsa*, s. 2. Liknande skrivningar finns i andra landstings policydokument.

¹⁸ Riksrevisionen (2014), *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RIR 2014:22, s. 21–24 och s. 29–30.

¹⁹ Prop. 2008/09:74, s. 32; bet. 2008/09: SoUg, s. 15.

²⁰ Se till exempel Vårdval Västmanland (2015), *Regelbok – omhändertagande vid psykisk ohälsa*, s. 2. Liknande skrivningar finns i andra landstings policydokument.

1.4.2 *Målgruppen ska bedömas av behandlare som har rätt kompetens och adekvat legitimation*

Riksdag och regering framhöll tidigt den ökade betydelsen av att olika professioner i primärvården samarbetar.²¹ Allmänläkare ansvarar för patientsäkerhet, vårdkvalitet samt patientens kontinuerliga kontakter med primärvården.²² Det är inte nödvändigt att en allmänläkare utför själva behandlingen av patienten, utan behandlingen kan delegeras till andra yrkesgrupper.²³

I överenskommelserna om rehabiliteringsgarantin påtalas att patienten ska genomgå en tydlig urvalsprocess och få en bedömning som avgör om han eller hon kan tänkas gynnas av de behandlingsmetoder som godkänns inom rehabiliteringsgarantin, det vill säga KBT och IPT.²⁴

I urvalsprocessen behövs en allmänläkare för att göra den medicinska bedömningen så att somatisk sjukdom kan uteslutas. För att sedan göra den psykologiska bedömningen behövs en legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut. På så sätt kan annan komplex psykiatrisk problematik uteslutas och rätt insats sättas in.²⁵ Legitimationen fungerar som en garanti för att yrkesutövare har rätt kunskaper och personliga egenskaper som gör att de bedöms vara lämpliga att utöva yrket. Legitimationen innebär att yrkesutövaren står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Den ges efter en prövning av att sökanden uppfyller fastlagda krav på utbildning och personliga egenskaper. Legitimationen kan återkallas om yrkesutövaren missköter sig allvarligt.²⁶

²¹ Prop. 1978/79:178, s. 8; bet. 1978/79: SoU47, s. 16; prop. 1979/80:116, s. 11; prop. 1999/2000:149; bet. 2000/01: SoU5; prop. 2009/10:67 bet. 2009/10: SoU7; rskr. 2009/10:212.

²² Prop. 1979/80:116, s. 17; prop. 1992/93:160; bet. 1992/93: SoU22; prop. 1994/95:195, s. 41; bet. 1994/95: SoU24; protokoll 1994/95:114; prop. 2008/09:74; bet. 2008/09: SoU9; rskr. 2008/09:172.

²³ Till exempel psykologer, psykoterapeuter, kuratorer, sjuksköterskor, socionomer, fysioterapeuter eller arbetsterapeuter med basutbildning i psykoterapi.

²⁴ IPT bedrivs inte i samma utsträckning som KBT. Många landsting saknar utbildade IPT-behandlare. Därför är det fortsatt KBT som primärt diskuteras inom ramen för granskningen. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2009–10), s. 2. Liknade skrivningar finns i samtliga överenskommelser.

²⁵ Flink, I., & Linton, S.J. (2011). Psykologens roll i primärvården: Vikten av psykologisk kompetens inom dagens hälso- och sjukvård. *Dagens Medicin*, 40.

²⁶ Sverne Arvill, E. m.fl. (2015), *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*, Studentlitteratur, Lund, s. 48–49; Socialstyrelsen (2006), *Kort om lagen för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, s 5.

1.4.3 Rehabiliteringsgarantins resultat ska följas upp och tas tillvara

I överenskommelsen från 2011 uttrycks att rehabiliteringsgarantin ska utvärderas för att överenskommelserna ska kunna uppdateras: ”Rehabiliteringsgarantins fortsättning efter 2011 kommer att prövas utifrån bl.a. tillgänglig uppföljning och den utvärdering som Karolinska Institutet lämnar i augusti 2011.”²⁷ Rehabiliteringsgarantins överenskommelser har alltså formulerats så att det aktuella kunskapsläget ska beaktas vid den fortsatta utformningen och att detta ska ske kontinuerligt. Betydelsen av att erfarenheter och resultat från uppföljning och utvärdering tas tillvara och återförs i verksamheten betonas av Socialstyrelsen och forskningen.²⁸

Uppföljning av en verksamhet kräver transparenta och jämförbara utfallsmått. En utvärdering innebär en ”noggrann efterhandsbedömning av utfall, slutprestationer eller förvaltning i offentlig verksamhet, vilken avses spela en roll i praktiska beslutssituationer”.²⁹ Det är sålunda rimligt att förvänta sig att de utvärderingar som beställts inom ramen för rehabiliteringsgarantin ska ge avtryck i fortsatta överenskommelser.

1.5 Metod och genomförande

Granskningen fokuserar på vad i utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin som hindrat måluppfyllelsen om att få fler människor tillbaka i arbete. För att fånga både utformningen och utvecklingen av rehabiliteringsgarantin har granskningen genomförts utifrån olika metoder och materialkategorier. Tabell 1.1 beskriver översiktligt metod och empiri. I bilaga 1 finns en utförligare beskrivning av metod och datainsamling.

²⁷ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2011), s. 4.

²⁸ Socialstyrelsen (2012), *Om implementering*; Vedung, E. (1998), *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund.

²⁹ Vedung, E. (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund, s. 20.

Tabell 1.1 Metod och empiri

Metod	Materialkategorier	Syfte
Dokumentanalys	Förarbeten, remissvar, statliga utredningar, beställda utvärderingar, styrdokument, överenskommelser.	Förstå hur rehabiliteringsgarantin införts och utvecklats efter införandet.
	Dokument från olika landsting om hur de har implementerat rehabiliteringsgarantin.	Förstå hur landstingen har förhållit sig till överenskommelserna.
Semistrukturerade intervjuer	Intervjuer med behandlare inom primärvården. ³⁰	Förstå verksamheten och vilka konsekvenser som styrningen fått för primärvården.
	Intervjuer med Socialdepartementet och SKL.	Förstå hur regeringen och SKL har resonerat vid utformandet och implementeringen av rehabiliteringsgarantin.
Öppna intervjuer	Intervjuer med verksamhetschef inom psykiatri och landstings-tjänstemän som arbetar med rehabiliteringsgarantin.	Förstå hur psykiatri ser på rehabiliteringsgarantin och hur landstingen prioriterar sin användning av rehabiliteringsgarantins medel.
Kvantitativa data	Försäkringskassans data över antalet utbetalningar i landstingen.	Följa medlen och visa hur landstingen har prioriterat att fördela medlen.

1.5.1 Referenspersoner

Under granskningsprocessen har Riksrevisionen anlitat två referenspersoner som läst och kommenterat rapportutkastet:

- *Kristina Alexanderson*, professor i socialförsäkring vid Karolinska Institutet
- *Thomas Eklundh*, överläkare, psykiatrikonsult och medicine doktor i psykiatri vid Psykiatri Sydväst, Stockholms läns landsting

³⁰ Majoriteten av behandlarna var legitimerade psykologer. I urvalet ingick även legitimerade psykoterapeuter, psykiatriker samt arbetsterapeuter, psykiatrijuksköterskor, fysioterapeuter och kuratorer med grundläggande utbildning i KBT.

2 Ansvar för den psykiska ohälsan är delat

I kapitlet behandlas ansvarsfördelningen mellan stat och landsting när det gäller den psykiska ohälsan samt möjligheterna för en enskild person som behöver vård för sin psykiska ohälsa. I kapitlet beskrivs även hur rehabiliteringsgarantins överenskommelser är uppbyggda och vad som är de viktiga utgångspunkterna i dessa.

2.1 Patienten ska i första hand vända sig till primärvården

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för allt från nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Lätt till medelsvår psykisk ohälsa används vanligen för de tillstånd som kan behandlas inom primärvården; oftast rör det sig om mildare former av depression och ångest.³¹

Den som drabbas av lätt till medelsvår psykisk ohälsa ska alltså i första hand vända sig till primärvården. Patienten bedöms först av en allmänläkare som sedan antingen själv behandlar eller remitterar vidare till psykolog, psykoterapeut, kurator eller annan person med basutbildning i psykoterapi. Vid mer allvarliga och komplicerade tillstånd, där primärvården inte räcker till, ansvarar psykiatri för en mer kvalificerad utredning och behandling.³² Inom respektive landsting finns det samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri för att klargöra var patienter ska tas omhand.³³

³¹ Inspektionen för socialförsäkringen (2014), *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*, rapport 2014:22, s. 34; Forte (2015), *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*, s. 8.

³² Stockholms läns landsting (2008), *Kravspecifikation. Psykiatrisk öppenvård för patienter med komplicerade depressions- och ångesttillstånd. Avtal psykiatrisk vård för vuxna med geografiskt områdesansvar*. HSN 0909-0864. Liknande samverkansavtal finns i andra landsting.

³³ Intervju 38. Se exempelvis Landstinget Blekinge (2008), *Samverkansavtal mellan primärvården och vuxenpsykiatri i Blekinge*; Landstinget Gävleborg (2015), *Samverkan – Vuxenpsykiatri och Primärvård Ansvar- och Arbetsfördelning mellan Primärvården och Psykiatri beträffande patienter med psykiatrisk problematik i Gävleborg*.

2.2 Staten och landstingen delar på ansvaret

Ansvaret för arbetet med psykisk ohälsa ligger på olika nivåer. Staten har ett övergripande ansvar för den psykiatriska vården genom att definiera grundförutsättningarna för landstingens verksamhet. En annan del av statens ansvar omfattar forskning, kunskapsutveckling, kunskapsspridning och tillgång till högskoleutbildad personal. Till detta kommer att staten gemensamt med landstingen ska driva utvecklingen och förbättringsarbetet inom vården.

Landstingen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till individer med psykisk ohälsa. Landstingen ska även erbjuda rehabilitering och habilitering.³⁴

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa kan även behandlas av företagshälsovården, ungefär 65 procent av arbetstagarna i Sverige har tillgång till företagshälsovård.³⁵ Företagshälsovården ska vara en oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering, och fokus ligger på arbetsmiljöarbete och förebyggande insatser.³⁶

2.3 Rehabiliteringsgarantin syftar till att öka vårdens fokus på rehabilitering och främja arbetsåtergång

Staten kan initiera olika reformer och satsningar. Ett exempel på detta är överenskommelser mellan staten och SKL. Tanken med överenskommelserna varav rehabiliteringsgarantin är en, är att de ska stimulera landstingen att arbeta med utvalda frågor genom att skapa ekonomiska incitament för förändring. Varje överenskommelse har ett visst syfte och löper över en begränsad tid med en bestämd summa pengar. Överenskommelserna är frivilliga men för att få ekonomisk ersättning måste landstingen uppfylla de kriterier som respektive överenskommelse specificerar.³⁷

Överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti har som ambition att komma till rätta med de ökande sjukskrivningstalen för psykisk ohälsa. Den första överenskommelsen tecknades 2008 och sedan

³⁴ Habilitering betyder insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvat funktionsnedsättning utifrån dennas behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Se <https://www.vll.se/default.aspx?id=37508&refid=37509>, hämtad 2015-06-11.

³⁵ *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*, SOU 2011:63 s. 13.

³⁶ Företagshälsovården har varit föremål för en rad statliga utredningar. Den har även rönt stort intresse på Karolinska Institutet som tagit fram relevant forskning i ämnet. Se exempelvis Karolinska Institutet (2014), *Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering inom kommuner och landsting – företagshälsovårdens metoder och arbetsätt*.

³⁷ Riksrevisionen (2014), *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*. RIR 2014:20, s. 21–29.

dess har nya överenskommelser tecknats årligen, i december. Ett undantag är överenskommelsen 2009–2010 som gällde för två år.

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att uppmuntra landstingen att fokusera på att främja arbetsåtergång för arbetsföra människor som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Intentionen är även att nå dem som riskerar att hamna i sjukskrivning och förhindra en sådan genom förebyggande insatser. På så sätt vill regeringen få in vårdinsatser som ett komplement till socialförsäkringen och påskynda patienternas psykologisk behandling.³⁸

Av såväl regeringen som SKL bedömdes det vara realistiskt att enbart kräva legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter i rehabiliteringsgarantin, eftersom tillgången var låg i primärvården.³⁹ Det har lösts genom att även behandlare med enbart basutbildning i KBT får ge behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. En förutsättning för den sistnämnda gruppen är dock att de får handledning av en legitimerad psykoterapeut med handledarutbildning.⁴⁰

2.3.1 *Finansieringen sker årligen i statsbudgeten*

Finansieringen av överenskommelserna beslutas årligen av riksdagen efter förslag i budgetpropositionen. Det innebär att landstingen enbart kan planera på årsbasis. Till och med 2014 har rehabiliteringsgarantin kostat cirka 6 miljarder kronor. För 2015 beräknas kostnaden bli cirka 750 miljoner kronor.⁴¹ I dessa medel ingår även medel för multimodal behandling som inte omfattas av granskningen.

Pengarna betalas ut till Försäkringskassan som i sin tur ersätter respektive landsting för antalet genomförda behandlingar. Medlen avsätts utifrån folkmängd, och om ett landsting inte genomför insatser för hela sin andel får de landsting som genomfört fler insatser än de fått ersättning för dela på överskottet efter årets slut. Det innebär att landstingen får ersättning för de insatser de har genomfört utöver taket, så länge det finns ett överskott från andra landsting. Det kan också bli så att alla avsatta pengar inte betalas ut.⁴²

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin finansieras också forskningsprogrammet REHSAM, där mellan 5 och 25 miljoner kronor

³⁸ Intervju 34. Se även SKL (2008), *Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta*.

³⁹ Intervju 34 och 35. Socialstyrelsen (2013), *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* s. 193.

⁴⁰ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2014), s. 18.

⁴¹ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2008–2014).

⁴² Ibid.

avsätts årligen för forskning inom områdena psykisk ohälsa och smärta i syfte att ta fram evidensbaserade behandlingsmetoder.⁴³ Från 2015 finns även en infrastruktur för internetbaserad KBT tillgänglig.⁴⁴

2.3.2 *Behandlingen bygger på ett antal förutsättningar*

I överenskommelsen för 2015⁴⁵ finns ett antal grundläggande förutsättningar för behandling av personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa:

- Personen ska vara mellan 16 och 67 år och lida av lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.
- Behandlingarna ska bygga på medicinska rehabiliteringsinsatser med evidens för att arbetsförmåga kan återfås.
- Behandlingarna ska inkludera KBT för lätt till medelsvår ångest, depression och stress samt ITP för depression.
- Antalet behandlingstillfällen ska vara 8–20 med KBT för depression och ångest samt 8–20 tillfällen med IPT för depression. För stress ska patienten främst behandlas med KBT men antal tillfällen specificeras inte.
- Patienten ska få snabb behandling (helst inom 6 veckor).
- Patienten ska erbjudas åtgärder som aktivt främjar återgång i arbete.

Behandlarna ska ha följande kompetens:

- Legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut med KBT- eller IPT-inriktning.
- Legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut med annan inriktning men med kompetens att arbeta med KBT eller IPT.
- Adekvat grundutbildning, till exempel sjuksköterska, socionom, fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare eller pedagog med basutbildning i KBT eller IPT; personer med enbart basutbildning ska ha handledning.

2.4 **Andra satsningar påverkar rehabiliteringsgarantin**

Rehabiliteringsgarantin utformades som ett av svaren på de ökande sjukskrivningstalen. Parallellt med rehabiliteringsgarantin genomförde regeringen andra reformer, kom med tillägg till hälso- och sjukvårdslagen samt tecknade ett antal andra överenskommelser med SKL som alla berörde

⁴³ Regeringen gav 2014 forskningsrådet Forte i uppdrag att utvärdera REHSAM-satsningen. Se Forte (2015), *Rehabilitering och samordning – ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet REHSAM*.

⁴⁴ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2015). Internetstött KBT nämns första gången redan i överenskommelsen inför 2011 men utvecklingsarbetet satte inte igång på allvar förrän 2013/2014.

⁴⁵ De grundläggande utgångspunkterna är relativt lika år för år.

primärvården och som därmed även påverkade hur rehabiliteringsgarantin implementerades.

Vårdvalsreformen blev obligatorisk 2010. Ett motiv för vårdvalsreformen var att öka kvaliteten i primärvården genom att privata och offentliga vårdgivare skulle konkurrera och invånarna skulle få fler alternativ att välja mellan.⁴⁶ Landstingen har hanterat rehabiliteringsgarantin inom ramen för vårdvalet på olika sätt. En del landsting lägger in insatser i rehabiliteringsgarantin i sina vårdval medan andra har garantin som en permanent del av sina hälsoval. Vissa landsting lägger in rehabiliteringsgarantin som ett tilläggsuppdrag utanför vårdvalet.⁴⁷

Vårdgarantin är ännu en faktor som påverkat rehabiliteringsgarantins kontext. Den blev en del av hälso- och sjukvårdslagen 2010 och den anger inte *om* vård ska ges eller *vilken* slags vård som ska ges, utan den anger *inom vilken tid* vård ska erbjudas. Av 2 § vårdgarantin (210:349) framgår att en patient ska få träffa en läkare inom 7 dagar och få tillgång till specialist inom 90 dagar om så anses behövas. Det skrevs in i överenskommelsen för 2013. Att påbörja behandling inom 90 dagar uppfyller därmed kraven för vårdgarantin.

Sjukskrivningsmiljarden är ytterligare ett exempel på en överenskommelse mellan SKL och regeringen. Sjukskrivningsmiljarden finansierar, bland annat, de rehabkoordinatorer som ska samordna vård och rehabilitering i primärvården. Rehabkoordinatorerna har betydelse för utförandet av rehabiliteringsgarantin eftersom koordinatorerna hjälper patienterna som är sjukskrivna och läkarna att samordna myndighetskontakter och kontakter med arbetsgivaren.⁴⁸ En nationell utvärdering av rehabkoordinatorns funktion och Karolinska Institutets processutvärderingar har visat att rehabkoordinatorn har positiva effekterna på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.⁴⁹ Därutöver finns även överenskommelsen om fördjupade medicinska utredningar, vars syfte är att stärka upp sjukskrivningsprocessen. Dessa båda överenskommelser syftar till att stödja vården i arbetet med att minska sjukskrivningarna och kompletterar på så vis rehabiliteringsgarantin.

⁴⁶ Se vidare Riksrevisionen (2014), *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RIR 2014:22, s. 26–29.

⁴⁷ Intervju 36.

⁴⁸ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en sjukskrivningsmiljard (2007–2015)*. Försäkringskassan beskrev att sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin överlappade och kompletterade varandra även om sjukskrivningsmiljarden föregick rehabiliteringsgarantin. Se intervju 37.

⁴⁹ Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet (2013), *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*: Funktionen omnämns även i Karolinska institutet (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin*.

2.5 Sammanfattande iakttagelser

Rehabiliteringsgarantin syftar till att öka vårdens fokus på rehabilitering och främja arbetsåtergång

- Rehabiliteringsgarantin har tillkommit för att patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa ska kunna få snabb tillgång till KBT eller IPT för att förebygga sjukskrivning och främja arbetsåtergång.
- Rehabiliteringsgarantin förlängs årligen. Överenskommelserna för kommande år tecknas i december.
- Regeringen avsåg redan från början att rehabiliteringsgarantin skulle utvärderas löpande.

Andra satsningar påverkar rehabiliteringsgarantin

- Det finns ett antal parallella statliga satsningar inom hälso-sjukvården som påverkar rehabiliteringsgarantin. Vårdvalet innebär bland annat att vårdgivaren kan erbjuda patienten KBT-behandling hos annan vårdgivare som den har avtal med. Vårdgarantin sätter ramarna för vilka väntetider som ska gälla i vården. Sjukskrivningsmiljarden innebär en finansiering av samordnare inom primärvården, så kallade rehabkoordinatorer.

3 Rehabiliteringsgarantins utformning och utveckling

I det här kapitlet görs en dokumentanalys med fokus på etablerandet av rehabiliteringsgarantin och den fortsatta utvecklingen av överenskommelserna. Syftet är att utreda hur regeringen har förändrat överenskommelserna utifrån den kunskap som utvärderingarna av rehabiliteringsgarantin har genererat och de erfarenheter som tillkommit under den tid som överenskommelserna har pågått.

3.1 Rehabiliteringsgarantin infördes snabbt

När regeringen i budgetpropositionen hösten 2007 aviserade att den tänkte införa en rehabiliteringsgaranti 2008 ombads SKL att ta fram ett underlag för en överenskommelse. Drygt ett halvår senare, i mitten av april 2008, fanns underlaget *Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta* ute hos landstingen.⁵⁰

Underlaget baserades till stor del på en rapport från Socialstyrelsen, *Psykosocial kompetens i primärvården*, från november 2007. Denna rapport togs fram av en arbetsgrupp där Socialstyrelsen inhämtade synpunkter från såväl SKL som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och också från yrkesorganisationer och experter från forskarsamhället. Rapporten uppmärksammade en rad utmaningar som primärvården stod inför på det psykosociala området och vad som kunde göras för att möta dessa. Rekommendationerna fokuserade på att hälso- och sjukvården behövde mer utbildning, tydliga uppdrag, tillgång till kompetens, handledning och diagnostiska instrument.⁵¹

I en bilaga till rapporten sammanfattades professionens synpunkter. Där framkom en önskan från dem att förstärka kompetensen inom primärvården – dels borde fler psykologer och psykoterapeuter rekryteras, dels borde övrig personal utbildas mer för att känna igen tecken på psykisk ohälsa. Bilagan lyfte även fram problemen med ersättningsnivåer från landstingen till vårdgivarna för psykosociala insatser. Psykosociala team sågs som ett möjligt arbetssätt för att få med all nödvändig kompetens, men även vårdavtal

⁵⁰ SKL (2008), *Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta*.

⁵¹ Socialstyrelsen (2007), *Psykosocial kompetens i primärvården*, s. 33–35.

med privatpraktiserande behandlare förordades, liksom internetbaserad behandling.⁵²

Förutom Socialstyrelsens rapport byggde SKL:s underlag även på synpunkter från en referensgrupp för att man på så vis skulle få in flera olika viktiga aktörers ståndpunkter.⁵³ Det fanns även en ambition att förankra underlaget hos kommuner och landsting.

Kort tid förflöt mellan det att kunskapsunderlaget togs fram till dess att en överenskommelse träffades. Samma dag som den första överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti undertecknades, undertecknades också en överenskommelse mellan staten och SKL om en satsning på företagshälsovården. Båda överenskommelserna syftade till skapa vad man kallade ”en effektivare sjukskrivningsprocess” för att på så vis komma till rätta med sjukskrivningstalen. Men ansatsen att få med företagshälsovården i rehabiliteringsarbetet blev inte framgångsrik, och trots att överenskommelsen om företagshälsovården var tänkt att löpa parallellt med rehabiliteringsgarantin ersattes den redan den 1 januari 2010 av förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.⁵⁴

3.1.1 Utredningen ”Bättre samverkan”

Strax efter att överenskommelsen undertecknades i juni 2008 fick en statlig utredning om patientens rätt ett tilläggsdirektiv att föreslå hur en nationell rehabiliteringsgaranti skulle kunna vidareutvecklas och förbättras.⁵⁵ Utredningen fick vidare i uppdrag att undersöka hur det statliga stödet skulle utformas och om det var möjligt med sanktioner om landstingen inte fullföljde sina åtaganden. Dessutom skulle utredningen föreslå utformning av utvärdering och uppföljning vad gäller både själva insatserna och de effekter de förväntades ge. I slutändan skulle utvärderingarna och rapporterna bidra till forskningsunderlag om mer evidensbaserade behandlingar inom psykisk ohälsa och smärta.

Utredaren skulle vidare undersöka hur rehabiliteringsgarantin förhöll sig till den nationella vårdgarantin och om dessa båda reformer borde

⁵² Socialstyrelsen (2007), *Psykosocial kompetens i primärvården*, s. 38–39. SKL har gett stöd till utvecklingen av internetbaserad KBT-terapi. Se till exempel SKL (2013), *Internetbehandling. Implementering av internetbaserad KBT i hälso- och sjukvården*.

⁵³ För en lista över dessa personer, se SKL (2008), *Rehabiliteringsgarantin. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta*.

⁵⁴ SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, slutbetänkande från Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, s. 570.

⁵⁵ SOU 2009:49, *Bättre samverkan: några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring: delbetänkande av Utredningen om patientens rätt* (SOU 2009:49).

samordnas.⁵⁶ Vid denna tid var det därtill ännu oklart om vårdgarantin eller rehabiliteringsgarantin skulle regleras inom hälso- och sjukvårdslagen. Utredaren fick därför även i uppdrag att undersöka om rehabiliteringsgarantin borde skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen på samma sätt som vårdgarantin kom att göra.

Ursprungligen var det tänkt att rehabiliteringsgarantin skulle omfatta de stora diagnosgrupperna smärta och lätt till medelsvår psykisk ohälsa, för att senare utökas till andra diagnosgrupper. Under tiden skulle utredaren samråda med SKL, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. I maj 2009 var utredningen *Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt* (SOU 2009:49) klar. Utredningens rekommendationer ledde inte till några förändringar i överenskommelserna.⁵⁷

3.2 Flera utvärderingar har pekat på bristande måluppfyllelse

Utöver den statliga utredning som nämnts ovan gav regeringen redan från början ett flertal aktörer i uppdrag att utveckla och utvärdera rehabiliteringsgarantin. År 2010 kom Socialstyrelsens första utvärdering och 2011 kom två utvärderingar från Karolinska Institutet samt ytterligare en statlig utredning med anledning av rehabiliteringsgarantin.⁵⁸ Det var tänkt att samtliga skulle ligga till grund för att utveckla och förändra eventuella kommande överenskommelser.

3.2.1 Socialstyrelsen undersökte uppbyggnaden av kompetens och insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Socialstyrelsen fick i uppdrag att undersöka utfallet av rehabiliteringsgarantin i landstingen.⁵⁹ Den första rapporten kom i juni 2010.⁶⁰ Där tog Socialstyrelsen upp farhågor som delar av professionen gett uttryck för angående ett

⁵⁶ Vårdgarantin infördes 2005 men blev del av hälso- och sjukvårdslagen först den 1 juli 2010, två år efter att rehabiliteringsgarantin lanserades.

⁵⁷ Värt att notera är att SOU 2015:21 *Mer trygghet och bättre försäkring*, slutbetänkandet från Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, följer rekommendationer från SOU 2009:49 om krav på att rehabiliteringsplanering ska ingå i hälso- och sjukvårdslagen.

⁵⁸ Karolinska institutet (2011), *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I*; Karolinska institutet (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II*; Socialstyrelsen (2010), *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin*.

⁵⁹ Socialstyrelsen (2010), *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin*, s. 3.

⁶⁰ Socialstyrelsen använde sig här av en referensgrupp från Karolinska Institutet, SBU, SKL och Försäkringskassan.

alltför ensidigt fokus på KBT och konsekvenserna av detta för den framtida utvecklingen av psykologiska behandlingsmetoder. Vissa delar av professionen hade oroats över att den KBT-behandling som gavs inte var ”riktig” KBT utan en urvattnad form som bara oegentligt kallades KBT. Kritiken riktade sig främst mot att behandlarna inte följde de manualer det fanns evidens för. Behandlarna ställde inte heller tydliga diagnoser, så att rätt diagnos kunde behandlas med just den form av KBT som hade visat sig effektiv i forskningsstudier.⁶¹

Socialstyrelsen framhöll behovet av att bygga upp kompetens

Ett annat problem som Socialstyrelsen tog upp i samma rapport var att de kompetenskrav som ställdes i överenskommelsen var lägre än de som rekommenderades i de nationella riktlinjer som publicerades i februari samma år. Det var den tillfälliga lösningen med behandlare som fick gå en kurs på 7,5 högskolepoäng i KBT som avsågs. Men andelen behandlare som enbart hade den kortare utbildningen blev aldrig särskilt stor. I stället framhöll Socialstyrelsen att kompetensen bland behandlarna generellt sett var god.⁶² Socialstyrelsen gav uttryck för en förhoppning att behandlingarna inom ramen för rehabiliteringsgarantin skulle ge goda resultat men påpekade att fokus på arbetsåtergång saknades. Socialstyrelsen framhöll att landstingens kösituation skulle kunna bli ett problem och att detta borde åtgärdas genom att landstingen byggde upp kompetens inom primärvården, vilket ansågs speciellt viktigt för KBT där ett proaktivt förhållningssätt förordades.⁶³

Brist på likvärdighet och svårt att följa upp

Socialstyrelsen pekade också på bristen på likvärdighet mellan landstingen och att landstingen valde olika sätt att rapportera in sina behandlingar. Kvalitetskontroll, relation mellan ersättningar och faktiska kostnader samt fördelning av medel såg också olika ut i olika landsting, vilket gjorde det svårt att uttala sig på nationell nivå. Men Socialstyrelsen menade ändå att resultatet var att betrakta som tillfredsställande utifrån förutsättningarna, det vill säga ”en hastigt utbyggd verksamhet som involverar en lång rad vårdenheter med varierande erfarenhet på området”.⁶⁴ Rapporten avslutades med en generell formulering om att det viktigaste var att säkerställa verksamheternas kvalitet både för behandlingarnas effektivitet och för frågor om tillgänglighet.⁶⁵

⁶¹ Socialstyrelsen (2010), *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin*, s. 33.

⁶² Ibid., s. 33.

⁶³ Ibid., s. 33–34.

⁶⁴ Ibid., s. 31.

⁶⁵ Ibid., s. 34.

3.2.2 Karolinska Institutet utvärderade rehabiliteringsgarantin

I maj 2009 fick Karolinska Institutet i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin för att se "vilken effekt behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete samt att undersöka rehabiliteringskedjans tidsgränser i relation till detta".⁶⁶ I december 2010 utökades uppdraget till att även omfatta en processutvärdering för att bättre förstå hur rehabiliteringsgarantin hade implementerats i landstingen. Syftet var "att systematiskt följa rehabiliteringsgarantins genomförande och att särskilt studera förutsättningarna för uppställda målformuleringar".⁶⁷ Utvärderingarna var klara i augusti 2011 och båda pekade på det positiva i att satsningen hade lett till ett ökat fokus på rehabiliteringsfrågor inom vården.

Rehabiliteringsgarantin hade inte lett till minskad sjukfrånvaro

Effektutvärderingen visade att rehabiliteringsgarantin inte hade lett till någon egentlig minskad total sjukfrånvaro. En förklaring bedömdes vara dåligt patienturval på grund av att vården hade ambitionen att hjälpa alla som var sjuka inom åldersspannet. Enligt effektutvärderingen vore det bättre att i stället välja ut de patienter som hade potential att bli friska och satsa på dem.⁶⁸ En annan möjlig förklaring till resultatet var att för många små enheter inte var kostnads- eller resurseffektiva. Utvärderingen betonade även vikten av en nära samverkan med arbetsplatser, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att på så sätt antingen hindra en sjukskrivning eller främja en arbetsåtergång.⁶⁹

Karolinska institutet lyfte problemet med bristande långsiktighet

Den andra av Karolinska Institutets utvärderingar, processutvärderingen, kom fram till att landstingen led brist på KBT-kompetent personal och att detta hade försvårat implementeringen av garantin. En annan svaghet som poängterades var att det saknades entydig evidens för att de behandlingar som gavs ledde till återgång i arbete. Dessutom kritiserade utvärderingen de komplicerade registreringar som krävdes för att få ut ersättningar, eftersom ersättningarna i vissa fall helt hade stannat på landstingsnivå, vilket i sin tur ansågs minska vårdgivarnas motivation

⁶⁶ Regeringsbeslut S2009/4650/SF.

⁶⁷ Karolinska Institutet (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II*, s. 2.

⁶⁸ En inneboende svaghet i rehabiliteringsgarantins konstruktion är att det strider mot hälso- och sjukvårdslagen att prioritera vissa grupper framför andra eftersom alla ska få vård på lika villkor. Det blir då problematiskt att välja ut patienter som bedöms ha större potential att ta till sig behandling framför andra som bedöms inte ha samma möjligheter att bli friska.

⁶⁹ Karolinska Institutet (2011), *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I*, s. 102–109.

att registrera behandlingarna.⁷⁰ Evidens för arbetsåtergång hade inte kunnat etableras under de år som överenskommelsen har pågått.⁷¹

Avsaknad av långsiktighet var ett annat problem som lyftes fram i utvärderingen som hinder för att garantin skulle kunna fungera på ett bra sätt. Överenskommelserna hade tecknats årligen och förutom för 2009–2010, där ett tvåårsperspektiv fanns med, visste landstingen inte med säkerhet om det verkligen skulle tecknas en ny överenskommelse inför kommande år. Besluten kom dessutom ofta sent och det fanns en otydlighet om resursfördelningen som hade att göra med styrningen och organisationen av vården.⁷²

Utvärderingen menade vidare att rehabiliteringsinsatserna uppgavs syfta till arbetsåtergång men att överenskommelserna var alltför vagt formulerade. I stället rekommenderades att tillsätta en utvärdering som fokuserar på hur insatserna inriktats mot arbetsåtergång och utgå ifrån detta i utformandet av nationella riktlinjer för den typen av rehabiliteringsinsatser.⁷³

3.2.3 Rehabiliteringsrådet efterlyste kvalitetsgranskning och certifiering

Redan innan de båda utvärderingarna från Karolinska Institutet var klara tillsatte regeringen ännu en statlig offentlig utredning med uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet. Utredningen kallades Rehabiliteringsrådet,⁷⁴ och den kom med sitt slutbetänkande i februari 2011. Rehabiliteringsrådet konstaterade att flera kriterier borde vara uppfyllda för att optimal effekt av rehabiliteringsgarantin skulle nås. Utredningen menade bland annat att de vårdenheter som ingick i rehabiliteringsgarantin borde kvalitetsgranskas och certifieras med utgångspunkt från intentionerna i rehabiliteringsgarantins formulering av typ av behandlingsinsats.⁷⁵

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande fanns en rad rekommendationer som överensstämde med den kritik som framkommit i såväl Karolinska Institutets utvärderingar som i Socialstyrelsens rapport.

⁷⁰ Karolinska Institutet (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II*, s. 5–9.

⁷¹ Det beror på att det är få studier som har haft arbetsåtergång som utfallsmått.

⁷² Karolinska Institutet (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II*, s. 119.

⁷³ *Ibid.*, s. 118.

⁷⁴ Se kommittédirektiv 2009:131. Rehabiliteringsrådet hade en rad experter till sitt förfogande, se SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*, s. 3–4.

⁷⁵ SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*, s. 28.

Många av dessa rekommendationer återfinns i den parlamentariska socialförsäkringsutredningens slutbetänkande.⁷⁶

3.2.4 Regeringen beställde nya utvärderingar

Den 22 mars 2012 gav regeringen Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering och Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag att utföra två observationsstudier av rehabiliteringsgarantin. Den ena studien var grundad på uppföljningsdata från 2011.⁷⁷ Den andra studien skulle grunda sig på uppföljningsdata från 2012.⁷⁸ Syftet var att undersöka i vilken utsträckning behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin ledde till återgång i arbete i högre grad än andra behandlingar. Region Skåne tilldelades extra medel för att bistå Inspektionen för socialförsäkringen och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering i utvärderingsarbetet och var också det enda landsting som utvärderades. Uppdraget ändrades den 18 april 2013 till att handla om utvecklingen av sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukvårdskonsumtion.⁷⁹

I den första utvärderingen konstaterade Inspektionen för socialförsäkringen och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering positiva effekter i form av något lägre sjukfrånvaro men att de positiva effekterna enbart gällde dem som inte var sjukskrivna när behandlingen inleddes. Detta antogs bero på att de patienter som ännu inte var sjukskrivna hade stora chanser att tillgodogöra sig terapi eftersom de var yngre och hade mindre historisk sjukfrånvaro än de patienter som ingick i kontrollgruppen. Bland dem som redan var sjukskrivna och behandlades inom rehabiliteringsgarantin fortsatte däremot sjukfrånvaron. De antogs ha en historia av sjukskrivningar bakom sig som gjorde att de inte på samma sätt kunde göra de förändringar i sina liv som terapin krävde.⁸⁰

Utvärderingen kom dock fram till att varken behandling av friska eller av redan sjukskrivna var offentligfinansierat lönsamt och Institutet för

⁷⁶ SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, Slutbetänkande från Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Se till exempel avsnittet om investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad s. 641ff., och avsnittet om en nationell webbportal för återgång i arbete s. 644–645.

⁷⁷ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2012), *Rehabiliteringsgarantin*, rapport 2012:26. Identisk med: Inspektionen för socialförsäkringen (2012) *Rehabiliteringsgarantin*, rapport 2012:17.

⁷⁸ När det gäller den andra studien begärde och fick Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering förlängning av sitt uppdrag, eftersom det var svårt att få tillgång till data.

⁷⁹ Detta resulterade i ännu en rapport: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2014), *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro*.

⁸⁰ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2012), *Rehabiliteringsgarantin*, rapport 2012:26. s. 37–40.

arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering efterlyste mer kunskap om sjukskrivningens roll under rehabilitering för att på så vis hitta optimala riktlinjer för sjukskrivning (eller alternativ till sjukskrivning) och rehabiliteringsinsatser.⁸¹

Den andra utvärderingen 2014 bekräftade i stora drag den som kom två år tidigare. Det som skilde dem åt var att det fanns siffror som tydde på att KBT-behandling var lönsam om uppföljningsperioden utökades till två år i stället för ett år i form av minskad sjukfrånvaro och minskad läkemedelsförskrivning för den grupp som inte var sjukskriven från början. För gruppen som redan var sjukskriven sågs däremot inte några förändrade resultat.⁸² Det gick alltså inte med säkerhet att säga att insatserna hade varit framgångsrika. Det fanns heller ingen möjlighet att jämföra över landet eller mellan vårdenheter för att identifiera framgångsrika arbetsätt.⁸³ Resultaten bekräftade det Socialstyrelsen pekade ut 2010.

3.2.5 *Karolinska Institutets tredje utvärdering efterlyste fokus på arbetsåtergång samt på legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter*

I juni 2012 fick Karolinska Institutet i uppdrag av regeringen att genomföra ytterligare en fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin.⁸⁴ Utvärderingen redovisades i maj 2014 och den påpekade att ett sätt att förbättra de svaga resultaten för arbetsåtergång kunde vara att ställa högre krav på psykoterapeutisk kompetens hos behandlarna.⁸⁵

I utvärderingen framhölls också att beskrivningarna och behandlingarna för utmattningssyndrom inte motsvarade det rådande kunskapsläget. Många av de i utvärderingen intervjuade behandlarna ansåg att ett ökat fokus på arbetsåtergång skulle gynna patienternas tillfrisknande, men att fokus på arbetsåtergång var svårt att åstadkomma utifrån rådande ersättningsystem. Det saknades både möjligheter och incitament att förändra arbetssättet eftersom många behandlare hade stor press på sig att ta emot så många patienter som möjligt för att minimera kötiderna.⁸⁶ Vidare konstaterade

⁸¹ Ibid., s. 37–40.

⁸² Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2014), *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro*, s. 38.

⁸³ Undantag finns. Exempelvis har Region Skåne utarbetat ett uppföljningssystem där det går att följa olika verksamheter. Men det går fortfarande inte att uttala sig på nationell nivå.

⁸⁴ Regeringsbeslut S2012/1431/SF. Fokus för denna utvärdering var smärtbehandling med multimodal rehabilitering (MMR), men även de insatser som berörde personer med den lindriga och medelsvåra psykiska ohälsan fick utrymme.

⁸⁵ Karolinska Institutet (2014), *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport*, s. 8–9.

⁸⁶ Karolinska Institutet (2014), *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport*, s. 8–9.

utvärderingen att över hälften av behandlarna hade huvudsaklig erfarenhet av annan terapiinriktning, trots att KBT var den dominerande behandlingen inom ramen för rehabiliteringsgarantin.⁸⁷

Karolinska Institutet rekommenderade att överenskommelsen skulle ändras så att behandlarna skulle vara legitimerade psykologer eller legitimerade psykoterapeuter. Dessutom ville institutet att kravet på att behandling ska ges enligt rådande evidens skulle stärkas, liksom incitamenten att samverka med patienternas arbetsplats. Slutligen rekommenderades att det skulle införas en ny överenskommelse som uppdaterade evidensen för arbetsåtergång.⁸⁸

3.2.6 Socialstyrelsen framhöll vikten av ordentlig diagnostik

Socialstyrelsen fick i uppdrag hösten 2012 att ta fram ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013.⁸⁹ Syftet var att fastställa vilka behandlingsmetoder som hade gott vetenskapligt stöd (de former som utvärderades var kognitiv beteendeterapi, interpersonell psykoterapi och psykodynamisk psykoterapi), dels hur många behandlingstillfällen som var optimalt för en person med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Dessutom skulle Socialstyrelsen utreda om metoderna gick att beskriva tydligt samt om det fanns manualer och utvärderingar med gott vetenskapligt stöd.⁹⁰

Socialstyrelsen påpekade vikten av ”grundlig medicinsk bedömning och utredning av patientens behov, situation och tillstånd” och av att vården skulle uppfylla kraven på att vara ”kunskapsbaserad och ändamålsenlig; säker och förebygga skador; patientfokuserad, respektfull och lyhörd; effektiv; jämlik; given i rimlig tid”.⁹¹ Rapporten underströk vidare primärvårdens betydelse för god vård genom god tillgänglighet och kontinuitet samt adekvat kompetens.⁹²

Samsjuklighet togs upp som en komplicerande faktor, där Socialstyrelsen menade att det saknades kompetens för optimal behandling, trots att samsjuklighet är vanligt förekommande.⁹³ Myndigheten framhöll också vikten av ordentlig diagnostik vid val av behandlingsform eftersom samma behandling inte självklart fungerar för alla patienter.⁹⁴

⁸⁷ Ibid., s. 72.

⁸⁸ Ibid., s. 73.

⁸⁹ Beslutsnummer S2012/7440/SF.

⁹⁰ Socialstyrelsen (2013), *Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013*, s. 8–9.

⁹¹ Socialstyrelsen (2013), *Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013*, s. 8–9.

⁹² Ibid., s. 10.

⁹³ Ibid., s. 16.

⁹⁴ Ibid., s. 22.

Socialstyrelsens hänvisade till en stegvis vård och principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå, där många av insatserna faller utanför rehabiliteringsgarantins mer detaljerade ramar. Bedömning och rådgivning, som är det första steget i rehabiliteringsgarantin, kan innefatta psykologisk rådgivning medan en regelrätt behandling bör sättas in först efter en grundlig bedömning. Socialstyrelsen rekommenderade även samverkan med patientens arbetsplats.⁹⁵

Socialstyrelsen rekommenderade mer fokus på resultat

I regleringsbrevet 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att analysera och beräkna hur de beställningar Försäkringskassan gjort till landstingen enligt rehabiliteringsgarantin hade påverkat landstingens faktiska kostnader.⁹⁶ Socialstyrelsen kom fram till att det fanns anledning för landstingen att vara mer noggranna med vad stimulansmedlen syftar till, och myndigheten menade att det fanns en risk att fokus hamnade på aktivitet snarare än resultat. Myndigheten uttryckte även en farhåga att de statliga stimulansmedlen skulle bli ett tak snarare än en stimulans för vad landstingen valde att göra och att de därmed riskerade att kväva andra initiativ och insatser som hade kunnat hjälpa patienterna.⁹⁷

3.3 Rehabiliteringsgarantin har inte förändrats nämnvärt genom åren

Nedan följer en genomgång av de olika överenskommelserna över tid. Avsnittet tar upp utvecklingen av skrivningarna i överenskommelserna och bilagor från och med startåret 2008 till och med 2015. Avsnittet utgår ifrån de skrivningar som har konkret relevans för vårdgivarna i utförandet av rehabiliteringsgarantin. För att återkoppla till det som diskuterats tidigare i kapitlet redovisas vilket underlag som fanns tillgängligt inför tecknandet av varje överenskommelse.

⁹⁵ Ibid., s. 25.

⁹⁶ *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Socialstyrelsen*. Eftersom inga register uttalar sig om längden på samtalen har Socialstyrelsen utgått ifrån att det handlar om 75 minuter per behandlingstillfälle, vilket inkluderar före- och efterarbete med exempelvis journalföring. Totalt 50 procent av behandlingarna ges av psykologer, kuratorer står för 24 procent, psykoterapeuter för 13 procent och sjuksköterskor 5 procent. Resterande 8 procent döljer sig i kategorin "Annan" i Försäkringskassans statistik. Se Försäkringskassan (2014), *Försäkringskassan. Faktiska kostnader*, s. 16–17.

⁹⁷ Socialstyrelsen (2014), *Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar*, s. 27.

Underlag inför 2008

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen inför andra halvåret 2008 som tecknades den 13 juni 2008:

- Socialstyrelsen (2007) *Psykosocial kompetens i primärvården*.
- SKL (2008) *Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta*.

Överenskommelsen för 2008

- Depressioner, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa är de diagnoser som får representera lätt till medelsvår psykisk ohälsa.⁹⁸
- Effekterna av rehabiliteringsgarantin ska utvärderas och landstingen ska se till att de uppgifter som behövs för utvärdering samlas in.⁹⁹
- Antalet behandlingar preciseras inte.
- Både påbörjade och avslutade behandlingar ersätts med samma summa pengar.
- Behandlarnas utbildningsnivå preciseras inte.¹⁰⁰

Underlag inför 2009–2010

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen 2009–2010 som tecknades den 12 december 2008:

- Samma som ovan.

Överenskommelsen för 2009–2010

- Tydliga urvalsprocesser och skyndsamt behandling påtalas. Målsättningen är att patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början.¹⁰¹
- Farmakologisk behandling omfattas inte av garantin.¹⁰²
- Godkända behandlare för garantin specificeras till legitimerade psykologer, legitimerade psykoterapeuter, behandlare med annan adekvat grundutbildning och kortare utbildning i KBT om 7,5 högskolepoäng eller med basutbildning i KBT.¹⁰³

⁹⁸ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti (2008)*, s. 2.

⁹⁹ *Ibid.*, s. 3.

¹⁰⁰ Den första överenskommelsen gällde bara det första halvåret 2008 och var tänkt som en planerings- och implementeringsfas för landstingen inför att garantin infördes fullt ut den 1 januari 2009.

¹⁰¹ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti (2009–2010)*, s. 2.

¹⁰² *Ibid.*, bilagan s. 3.

¹⁰³ *Ibid.*, bilagan s. 4.

Underlag inför 2011

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen 2011 som tecknades den 17 december 2010:

- Utredningen Patientens rätt (2009) *SOU 2009:49 Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring.*
- Socialstyrelsen (2010) *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.*

Överenskommelsen för 2011

- Internetstödd KBT nämns som en möjlig utveckling av garantin.¹⁰⁴
- De kortutbildade behandlarna med enbart en 7,5 poängskurs i KBT omfattas inte längre av garantin.¹⁰⁵

Underlag inför 2012

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen inför 2012 som tecknades den 16 december 2011:

- Rehabiliteringsrådet (2011) *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.*
- Karolinska Institutet (2011) *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I.*
- Karolinska Institutet (2011) *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II.*

Överenskommelsen för 2012

- Från detta år får bara avslutade behandlingar om 10–15 behandlingstillfällen rapporteras in.¹⁰⁶
- I bilagan om psykologisk behandling slås fast att vården ska erbjuda sammansatta åtgärder för att aktivt främja återgång i arbete.¹⁰⁷
- I bilagan slås även fast att strukturerad psykologisk bedömning ska göras av personal som bör ha relevant utbildning och kompetens.¹⁰⁸

¹⁰⁴ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2011), s. 3. De följande åren arbetar SKL och landstingen för att ta fram en infrastruktur för internetbaserad KBT.

¹⁰⁵ *Ibid.*, bilagan s. 4–5.

¹⁰⁶ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2012), bilagan s. 19.

¹⁰⁷ *Ibid.*, bilagan s. 18.

¹⁰⁸ *Ibid.*, bilagan s. 18.

Underlag inför 2013

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen inför 2013 som tecknades den 12 december 2012:

- Inspektionen för socialförsäkringen/ Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2012) *Rehabiliteringsgarantin*.

Överenskommelsen för 2013

- Medel avsätts för att nå ett långsiktigt mål om att antalet legitimerade psykoterapeuter ska öka så att samtliga behandlare inom några år är legitimerade psykoterapeuter eller legitimerade psykologer.¹⁰⁹
- Försäkringskassans samordningsansvar poängteras.¹¹⁰ Vården ombeds att kontakta Försäkringskassan om eventuell anpassning av arbetsplatsen, om de bedömer det som värdefullt och har patientens godkännande.¹¹¹
- Landstingen och företagshälsovården bör ges möjlighet att remittera patienter inom ramen för rehabiliteringsgarantin till patientens hemlandsting och komma överens om hur detta samarbete ska ske i praktiken.¹¹²

Underlag inför 2014

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen inför 2014 som tecknades den 13 december 2013:

- Socialstyrelsen (2013) *Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013*.

Överenskommelsen 2014

- Antalet behandlingar preciseras till KBT 8–20 gånger för ångest och depression. För depression godkänns även IPT 8–20 gånger. För stress rekommenderas KBT utan att antalet besök specificeras.¹¹³
- Arbetsåtergång skrivs in tydligare i överenskommelsens bilaga under en egen rubrik.¹¹⁴
- Samverkan med arbetsgivare och Arbetsförmedling betonas. Försäkringskassans ansvar är inte längre utskrivet.¹¹⁵

¹⁰⁹ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2013), s. 4.

¹¹⁰ *Ibid.*, s. 3.

¹¹¹ *Ibid.*, s. 3.

¹¹² *Ibid.*, s. 3.

¹¹³ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2014), bilagan s. 18.

¹¹⁴ *Ibid.*, bilagan s. 2.

¹¹⁵ *Ibid.*, s. 4 och bilagan s. 17.

- Extra medel om 1000 kronor per behandling för att stimulera utvecklingsarbetet i landstingen.¹¹⁶

Underlag inför 2015

Utvärderingar och utredningar fram till överenskommelsen inför 2015 som tecknades den 15 december 2014:

- Karolinska Institutet (2014) *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport.*
- Inspektionen för socialförsäkringen/Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2014) *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro.*
- Socialstyrelsen (2014) *Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar.*

Överenskommelsen 2015

- Regeringen beslutade sig för att genomföra en intern översyn av rehabiliteringsgarantin på Regeringskansliet under 2015.¹¹⁷
- Betydelsen av arbetslivskoppling under behandlingen och vikten av koordinatörer lyftes i bilagan.¹¹⁸

¹¹⁶ Ibid., s. 4.

¹¹⁷ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2015), s. 7. Den 13 april 2015 gav regeringen för övrigt Karolinska Institutet i uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin, S2015/1266/SF.

¹¹⁸ Ibid., bilagan s. 4.

3.4 Sammanfattande iakttagelser

Rehabiliteringsgarantin infördes snabbt

- Rehabiliteringsgarantin infördes under det andra halvåret 2008 för att komma till rätta med de ökade sjukskrivningarna. Regeringens avsikt var att garantin skulle justeras kontinuerligt.

Många utvärderingar har pekat på bristande måluppfyllelse

- Flera utvärderingar har på regeringens initiativ genomförts för att följa rehabiliteringsgarantins resultat. De visar att garantin inte har konstruerats så att den självklart passar landstingens och primärvårdens förutsättningar. Utvärderingarna har bland annat konstaterat följande:
 - Landstingen bör bygga upp kompetensen inom primärvården.
 - Bristande måluppfyllelse gällande återgång i arbete för målgruppen.
 - Det saknas fokus på arbetsåtergång.
 - Socialstyrelsen bör utarbeta nationella riktlinjer på områden som rör arbetsåtergång.
 - Stimulansmedel kan kväva landstingens egna initiativ för patienten.
 - Överenskommelserna präglas av kortsiktighet eftersom de tecknas årligen och ofta sent på året.
 - Ordentlig diagnostik och förmåga att välja rätt behandlingsmetod för patienten är av stor vikt. Därför bör andelen legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter öka.

Rehabiliteringsgarantin har inte förändrats nämnvärt genom åren

- Regeringen har enbart gjort mindre justeringar i de fortsatta överenskommelserna men justeringarna har inte haft någon betydelse för att målet om arbetsåtergång ska uppfyllas. De skrivningar som görs om arbetsåtergång är otydliga och kopplas inte till ersättningsmodellerna. I stället har fler utvärderingar beställts.
- Behandlarnas kompetens betonas successivt i bilagorna. År 2013 skrivs ett långsiktigt mål om att öka antalet legitimerade psykoterapeuter in.

4 Rehabiliteringsgarantin i primärvården

Det här kapitlet belyser vad i rehabiliteringsgarantin som har försvårat måluppfyllelsen. Det görs genom att fokusera på hur primärvården och dess behandlare har förhållit sig till rehabiliteringsgarantins grundläggande utgångspunkter om behandlingsmetod, kvalifikationer, snabb behandling och fokus på arbetsåtergång.

Intervjuer har genomförts med ett trettiotal behandlare i tio landsting. Valet av landsting baserades på sjukskrivningsgraden i psykiska diagnoser, där de fem landsting som enligt Försäkringskassan har högst andel sjukskrivningar på grund av psykiska diagnoser och de fem landsting med lägst andel sådana sjukskrivningar har valts ut. Behandlarna är anställda hos de vårdgivare som fick mest medel inom sitt landsting för 2013. Urvalet baseras på den data som landstingen rapporterar till Försäkringskassan.

4.1 Alla får inte en kvalificerad första bedömning

I rehabiliteringsgarantin påtalas vikten av en tydlig urvalsprocess där varje patient ska utredas noggrant för att behandlingsbehovet ska kunna bedömas. En medicinsk bedömning ska göras för att klargöra om patientens tillstånd innebär att patienten är betjänt av medicinsk behandling eller rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin.¹¹⁹ Detta betyder att en specialistläkare i allmänmedicin bör göra en första bedömning av patienten för att utesluta somatiska sjukdomar som skulle kunna misstolkas som psykisk ohälsa. Det är även betydelsefullt med en psykologisk bedömning genom ett första samtal för att se om personen kan tillgodogöra sig den typ av psykologisk behandling som avses i rehabiliteringsgarantin. Men att ställa en korrekt diagnos tar tid och flera av de intervjuade behandlarna anser att en grundlig bedömning inte är möjlig utifrån de ramar som råder inom primärvården. Man anser även att ersättningssystemen borde ändras för att bättre spegla hur mycket tid som krävs för att göra en kvalificerad bedömning.¹²⁰

Primärvården arbetar på olika sätt med patienter med psykisk ohälsa, men i de flesta fall har patienten först en läkarkontakt som sedan skickar en intern

¹¹⁹ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2011), s. 2.

¹²⁰ Intervju 10, 15, 17, 20 och 21.

remiss till en behandlare. Flera behandlare beskriver ett bra samarbete där läkaren förstår behandlaren roll och vet hur de kan få stöd av behandlaren i arbetet med patienten.¹²¹ Vissa läkare har tidigare arbetat som psykiatriker eller har fortbildat sig inom psykiatri eller psykoterapi.¹²² De är väl insatta i psykisk ohälsa och kan göra kvalificerade bedömningar.

Att en läkare även är psykiatriker får dock ses som undantag. Ett återkommande problem är i stället att remisserna ofta saknar relevant information och att läkarens bedömning inte håller måttet.¹²³ Det händer också att läkarna sätter in medicinering utan att först diskutera med den legitimerade behandlaren om eventuell psykologisk behandling.¹²⁴ Detta är problematiskt eftersom de nationella riktlinjerna anger att lindrig depression först och främst ska behandlas med psykologisk behandling.¹²⁵ Ofta är så kallade hyrläkare inblandade när samarbetet inte fungerar.¹²⁶

Vissa behandlare med enbart grundläggande kompetens i KBT känner sig osäkra inför att ställa diagnos, vilket de ibland får göra när allmänläkarnas bedömningar är otillräckliga.¹²⁷ I praktiken kan det handla om att till exempel en AT-läkare utan specialistutbildning i psykiatri gör en psykologisk bedömning av en patient som sedan remitteras till en behandlare som saknar de kvalifikationer som krävs för att göra psykologiska utredningar eller för att självständigt behandla psykisk ohälsa.¹²⁸ Patienten blir då utlämnad åt den behandling behandlaren kan ge utifrån sin grundläggande kompetens i KBT, vilket inte alltid är den behandling patienten behöver.¹²⁹

Ett exempel på något som enligt behandlarna är avgörande att upptäcka i god tid är patienter som lider av begynnande utmattningssyndrom. För den gruppen är det viktigt att få behandling innan patienterna får ett fullt utvecklat utmattningssyndrom, eftersom det kan ta lång tid att återhämta sig från ett sådant.¹³⁰

Många patienter som söker sig till primärvården saknar en tydlig diagnos. Dessutom är multisjuklighet vanligt. Det kan till exempel röra sig om

¹²¹ Intervju 10, 15, 20, 24 och 30.

¹²² Intervju 4, 9, 20 och 21.

¹²³ Intervju 18, 21, 23, 30 och 33.

¹²⁴ Intervju 5.

¹²⁵ Socialstyrelsen (2010), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*, s. 34.

¹²⁶ Intervju 5, 18, 21, 23 och 30.

¹²⁷ Intervju 21, 22, 23 och 27.

¹²⁸ Intervju 3, 8, 23, 27 och 31.

¹²⁹ Intervju 7, 8, 10, 15, 17, 20, 22, 27 och 33.

¹³⁰ Intervju 11, 15, 17, 25, 27, 28 och 32.

personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller personer som bär på tidigare trauman av övergrepp och därför har lägre tolerans för stress, förändring och kränkningar.¹³¹ Ibland krävs en längre tids behandling för att upptäcka sådan problematik. Det finns även en stor andel patienter som lever i social utsatthet eller missbruk eller som fungerar som anhörigstöd, vilket kan leda till psykisk ohälsa som inte självklart kan behandlas framgångsrikt med rehabiliteringsgarantins behandlingsmetoder.¹³²

4.1.1 *Det behövs mer psykologisk kompetens inom primärvården*

Vårdvalet har inneburit att många vårdcentraler löser bristen på psykologisk kompetens med att remittera till konsulter, ofta privatpraktiserande psykologer och psykoterapeuter som arbetar ensamma eller i verksamhet tillsammans med andra.¹³³ En behandlare menar att en fördel med detta är att behandlarna då träffar patienter som verkligen är motiverade för psykologisk behandling, eftersom patienterna har ansträngt sig lite extra för att kontakta den verksamhet där konsulten verkar.¹³⁴

Att det finns möjlighet att remittera till konsulter har varit en räddning för vissa landsting med stor kompetensbrist, men det innebär samtidigt att patienterna behöver ta större steg för att få hjälp med sin psykiska ohälsa än om de fått hjälpen på vårdcentralen. En fördel med en legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut på vårdcentralen är att den psykologiska behandlingen blir mer integrerad i den övriga verksamheten.¹³⁵ När läkarna blir medvetna om vad psykologisk behandling kan innebära underlättar det dessutom remitteringen av patienter till sådan behandling. En annan fördel är att fler av de patienter som känner sig tveksamma till att söka psykologisk behandling vågar göra det eftersom steget blir mindre om behandlaren redan finns fysiskt på plats.¹³⁶

En del behandlare uppger att rehabiliteringsgarantin till en början bidrog till att belysa problemet med psykisk ohälsa och vikten av att ta in fler professioner för att bemöta problemet inom primärvården.¹³⁷ Att bygga upp en fungerande verksamhet inom primärvården i stället för att remittera till externa konsulter innebär därför troligen att fler patienter nås. En sådan utveckling kan påverka primärvårdens verksamhet i positiv riktning.

¹³¹ Intervju 14, 19 och 33.

¹³² Intervju 7, 19, 28, 29, 30 och 33.

¹³³ Intervju 10, 15 och 17. Se även kapitel 5.

¹³⁴ Intervju 17.

¹³⁵ Intervju 10, 28 och 29.

¹³⁶ Intervju 10, 28 och 29.

¹³⁷ Intervju 15, 22, 23, 27, 28 och 32.

4.2 Rehabiliteringsgarantins regelverk ifrågasätts

Behandlare pekar på svårigheten att leva upp till rehabiliteringsgarantins krav, eftersom de ofta anser att det räcker med färre behandlingar än det antal som anges i överenskommelserna.¹³⁸ Socialstyrelsens kunskapsöversikt från 2013 etablerade 8–20 tillfällen som det rimliga spannet, vilket också är det som specificeras i rehabiliteringsgarantin. Men det är skillnad mellan den KBT som tagits fram under kontrollerade former i forskningsstudier och den behandling som ges i primärvården. Exempelvis har patienterna i primärvården sällan en väldefinierad diagnos och behandlarna har inte alltid förutsättningar att exakt följa de KBT-manualer som avses.¹³⁹ Flera behandlare anser att en snabb tillgänglighet till psykologisk behandling borde premieras i stället för vissa psykologiska inriktningar och antalet samtal.¹⁴⁰

4.2.1 *Alla patienter kan inte tillgodogöra sig KBT*

Flera behandlare tar upp ett annat problem med rehabiliteringsgarantins utformning – att KBT inte passar alla patienter. Några behandlare uppskattar andelen patienter som kan tillgodogöra sig KBT till cirka 40 procent, så som behandlingen uttrycks i rehabiliteringsgarantin.¹⁴¹ Nu fungerar den ekonomiska ersättningen som ett incitament att ge den typ av behandling som ersätts via överenskommelserna. Det gör också att behandlare kan känna en press från de verksamhetsansvariga att dra in pengar till sitt landsting.¹⁴²

4.2.2 *Ersättningen riskerar att styra mer än behovet*

En del behandlare påtalar att det vore rimligt att ge legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter ansvaret att självständigt bedöma vad som är optimalt för att behandla patienten, eftersom de har en bredare kunskap om behandlingsmetoder och därför kan bedöma antingen om patienten kan bli frisk med färre besök än antalet som är specificerat i överenskommelsen eller om patienten behöver någon annan typ av behandling.¹⁴³

Vissa behandlare vänder sig mot att överenskommelsen specificerar minst åtta besök, eftersom primärvården ofta har personer som klarar sig med lägre antal

¹³⁸ Intervju 1, 2, 8, 20, 24, 29 och 32.

¹³⁹ Intervju 1, 2, 3, 7, 8, 13, 14, 17, 25, 27 och 32. Denna kritik framkom redan i Socialstyrelsens rapport (2010), *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin*.

¹⁴⁰ Intervju 1, 2, 8, 20, 24, 29 och 32.

¹⁴¹ Intervju 5, 8, 19, 20, 27, 29 och 33.

¹⁴² Intervju 6, 13, 14, 20, 27 och 32.

¹⁴³ Intervju 8, 10, 15, 19 och 27.

behandlingsgarantier.¹⁴⁴ En behandlare påpekade att det i rehabiliteringsgarantin anges antal patientbesök vilket står i motsats till LEON-principen som innebär att man ska utgå ifrån lägsta effektiva omhändertagandenivå vid bedömningen av behandling.¹⁴⁵ Flera behandlare menar att en sådan styrning motverkar annan metodutveckling och hindrar arbete utanför de uppställda ramarna.¹⁴⁶

Ett alternativ är att behandlarna redovisar patienten inom rehabiliteringsgarantin trots att personen i fråga inte har fått KBT-behandling på det sätt som specificeras i överenskommelsen.¹⁴⁷ Det finns också exempel på att behandlarna tolkat det som att antalet behandlingstillfällen ska vara just åtta, trots att det inte går att tillämpa en viss siffra på varje enskild patient.¹⁴⁸ Det förekommer även behandlare som har angett fler behandlingstillfällen än de har utfört för att få ersättning.¹⁴⁹

4.2.3 *Det sker ingen systematisk uppföljning av patienten*

Behandlarna menar att det är ett problem att rehabiliteringsgarantin inte ställer krav på att patienterna ska följas upp och att behandlarna också saknar utrymme att systematiskt följa upp patienterna. Att följa upp hör till arbetet med KBT menar vissa, och det borde därför vara en självklar del av rehabiliteringsgarantin.¹⁵⁰ Flera behandlare menar att de ändå till viss del följer upp behandlingen vid sista behandlingstillfället genom att använda olika typer av skattningsskalor för att utvärdera resultatet av behandlingen.¹⁵¹

De enda behandlare i urvalet som systematiskt följer upp sina patienter är de som arbetar inom verksamheter som fokuserar på stressrehabilitering. En av enheterna utmärker sig genom att den följer patienterna systematiskt med en sista kontroll upp till fyra år efter avslutad behandling. Enheten har dessutom en egen kvalitetsdatabas där behandlarna för in data när patienten har sitt första möte och efter avslutad behandling. Detta följs sedan upp efter tre månader, efter ett år och avslutningsvis efter fyra år.¹⁵² För övriga behandlare vet ingen hur det egentligen går för deras patienter efter behandling.¹⁵³

¹⁴⁴ Intervju 10, 15 och 19.

¹⁴⁵ Intervju 1.

¹⁴⁶ Intervju 2, 14, 19, 27 och 28.

¹⁴⁷ Intervju 1, 3, 6, 10, 17, 19, 20, 22, 23 och 32.

¹⁴⁸ Intervju 10, 20, 21, 27, 28, 29 och 32.

¹⁴⁹ Intervju 1, 3, 6, 10, 17, 19, 20, 22, 23 och 32.

¹⁵⁰ Intervju 1, 2, 3, 7, 8, 13, 14, 17 och 25.

¹⁵¹ Intervju 1, 10 och 26.

¹⁵² Intervju 26.

¹⁵³ Intervju 1, 2, 3, 7, 8, 13, 14, 17 och 25.

4.3 Patienter får inte alltid behandling snabbt nog

Ett viktigt fokus för rehabiliteringsgarantin är att patienten snabbt ska komma igång med sin behandling. Det är viktigt för tillfrisknande, vilket också bekräftas av forskningen.¹⁵⁴ Det tidsspann garantin rekommenderar för att komma igång med behandling har varierat över tid, men ofta nämns 6–8 veckor.¹⁵⁵ Samtidigt sätter vårdgarantins tidsgränser ramarna, vilket innebär att patienter kan få vänta upp till 90 dagar innan de får vård utan att det står i konflikt med vårdgarantins mål.¹⁵⁶

Väntetiden för att få behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin varierar mellan landstingen. Många behandlare har väntelistor med patienter som prioriteras utifrån hur allvarliga besvären är.¹⁵⁷ Ett landsting utmärker sig genom att ge snabb vård, ofta inom fyra veckor. En del vårdcentraler kan alltid erbjuda akuttider medan andra har väntetider på mellan fyra månader och upp till ett år.¹⁵⁸

Det finns anledning att ifrågasätta om de väntetider vårdgarantin respektive rehabiliteringsgarantin anger är rimliga. I praktiken får patienterna ofta vänta längre än de rekommenderade sex veckorna på behandling. Flera behandlare vittnar om att tidig tillgång till behandling är viktigare än antalet behandlingar.¹⁵⁹

4.3.1 Det går att korta väntetiderna – men allt ryms inte inom rehabiliteringsgarantin

Det finns en motsättning mellan rehabiliteringsgarantins specificerade antal besök och möjligheten att erbjuda snabb tillgång till behandling, för även om behandlare håller sig till lägsta antal besök enligt överenskommelsen leder detta till längre väntetider och sämre tillgänglighet.¹⁶⁰ Behandlare uttrycker att det blir problematiskt när tillgänglighetskravet och kravet på ett visst antal behandlingstillfällen ställs emot varandra. I synnerhet gäller det landsting där

¹⁵⁴ Se till exempel Forte (2015) *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro* och Karolinska Institutet (2014) *Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering inom kommuner och landsting – företagshälsovårdens metoder och arbetssätt*.

¹⁵⁵ Se exempelvis *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting* (2014), s. 19.

¹⁵⁶ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2013), s. 2. Överenskommelsen från 2011 nämner att tidsgränserna reglerades av vårdgarantin från 2009 men förklarar samtidigt att målsättningen är att vård ska ges "inom 6–8 veckor från att sjukskrivningen börjades". Se *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2011), s. 2. Ingenting nämns om tidsgränser för rehabilitering för den som inte är sjukskriven men kanske riskerar att bli det om inte vård sätts in tillräckligt snabbt.

¹⁵⁷ Majoriteten av behandlarna uppgav detta.

¹⁵⁸ Intervju 19, 20, 21, 22, 23 och 27.

¹⁵⁹ Intervju 19, 29 och 32.

¹⁶⁰ Intervju 29 och 32.

förutsättningar att ge behandling är sämre; här har skillnaden i förutsättningar mellan glesbygd och storstad betydelse. Förutsättningarna för att ge behandling är sämre i glesbygd. Där är det svårare att få tag i kvalificerade behandlare.¹⁶¹

Behandlarna prioriterar att hålla nere väntetiden för patienterna genom att arbeta med grupper. Större vårdcentraler har här en fördel framför mindre, eftersom ett större patientflöde gör det lättare att forma olika grupper. Men det finns också exempel på mindre vårdcentraler som samarbetar med andra vårdcentraler och som därigenom kan sätta samman lagom stora behandlingsgrupper utan alltför långa väntetider.¹⁶²

Men det är inte alla landsting som tillåter gruppbehandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin, trots att det inte finns något i överenskommelserna som motsäger behandling i grupp.¹⁶³ Här är det alltså landstingens egna regeluttolkningar som hindrar.

Andra sätt för vårdcentralerna att korta väntetiderna är att jobba med kortare behandlingstider och akuttider. Flera vårdcentraler har akuttider och i vissa fall har man satsat på behandlingsformen fokuserad ACT, så kallad FACT, och korta begränsade insatser som exempelvis klinisk fokuserad beteendeanalys.¹⁶⁴ Behandlingarna faller utanför rehabiliteringsgarantins ersättningsramar, även om de behandlar målgruppen.

Andra sätt för behandlarna att korta väntetiderna är att dela in patienterna i olika kategorier utifrån angelägenhetsgrad, där självhjälpsmaterial erbjuds till dem som mår bäst i väntan på att de ska få träffa en psykolog.¹⁶⁵ I vissa fall har vårdcentralen hänvisat till internetpsykiatri eller själva erbjudit internetbehandlingar.¹⁶⁶ Det är vanligare att patienter erbjuds föreläsningar i väntan på vård eller hänvisas till samtalsbehandling i Svenska kyrkans regi.¹⁶⁷

4.3.2 *Psykiatrins långa köer ökar trycket på primärvården*

En annan orsak till långa väntetider i primärvården är att psykiatri inte tar emot patienter i den utsträckning som skulle behövas. Landstingen har utarbetat tydliga riktlinjer för gränsdragningen mellan primärvård och psykiatri

¹⁶¹ Intervju 1, 22 och 23.

¹⁶² Intervju 1, 6, 19, 30 och 32.

¹⁶³ Se till exempel intervju 15. Se även *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2014), s. 18.

¹⁶⁴ Intervju 1, 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 15 och 19.

¹⁶⁵ Intervju 1, 2, 9, 21 och 28.

¹⁶⁶ Intervju 9. Internetbehandlingar är en del av rehabiliteringsgarantin. Under flera år har SKL drivit frågan om internetbehandling och en nationell plattform har tagits fram som finns tillgänglig från 2015. Plattformen drivs av landstingen själva.

¹⁶⁷ Intervju 8, 16, 27, 30 och 31.

och har förtydligat primärvårdens uppdrag.¹⁶⁸ Men skiljelinjerna är inte alltid tydliga i behandlarnas vardag.

Nästan samtliga intervjuade behandlare menar att psykiatrin inte klarar av att ta hand om alla patienter som behöver söka sig dit, och till stor del beror det på att väntetiderna inom psykiatrin är långa.¹⁶⁹ Det innebär att behandlarna i primärvården i många fall måste ta emot patienter med en mer komplex sjukdomsbild än de har tid och kompetens att behandla. Det medför också att läkare som arbetar på psykiatriska akutmottagningar inte alltid skriver remiss för vidare uppföljning inom psykiatrin trots att patientens tillstånd egentligen kräver det. I stället skickar de sina patienter vidare till primärvården, och även om behandlarna inom primärvården ofta remitterar vidare till psykiatrin är det flera som uttrycker en frustration över psykiatrins väntetider.¹⁷⁰

4.4 Det saknas fokus på att aktivt främja arbetsåtergång

Rehabiliteringsgarantins huvudsyfte är arbetsåtergång för personer som är sjukskrivna och förhindra sjukskrivning för dem som ännu inte har blivit sjukskrivna.¹⁷¹ Trots detta saknas incitament för att behandlare ska fokusera på arbetsåtergång i sitt arbete med patienterna. Många behandlare är ovana vid att jobba med arbetsåtergång som mål, men ett sådant fokus uttrycks ofta som positivt. Ett av skälen är att arbete i hög grad ses som en förutsättning för en stabil psykisk hälsa.¹⁷²

4.4.1 Behandlarna ersätts inte för samverkan

Som det ser ut i dag ersätts inte behandlarna för att samverka, och det finns inte någon tid att samverka vare sig med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. En del behandlare är ändå närvarande vid möten med arbetsgivare. Då är det ofta patienten själv som har efterfrågat ett sådant stöd.¹⁷³ Det handlar i dessa fall om stöd från behandlaren utifrån den behandling patienten genomgår – inte den typ av samordning av möten som är rehabkoordinatorernas roll, eftersom koordinatorens uppgift är att samordna behandling och stödja patienter vid kontakter utanför vården.¹⁷⁴

¹⁶⁸ Se kapitel 2.

¹⁶⁹ Uttrycks av nästan samtliga intervjuade.

¹⁷⁰ Intervju 15, 19, 28, 29, 30 och 32.

¹⁷¹ Se exempelvis *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2013), s. 1–2. Liknande skrivningar finns i samtliga överenskommelser.

¹⁷² Intervju 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17 och 26.

¹⁷³ Intervju 15, 19, 20, 21, 28, 29 och 32.

¹⁷⁴ Rehabkoordinatorerna är en del av sjukskrivningsmiljarden men vissa landsting har valt att finansiera tjänsten med medel från rehabiliteringsgarantin.

Rehabkoordinatorer fungerar som ett stöd för behandlarna som verkar inom rehabiliteringsgarantin. Många patienter upplever funktionen som väsentlig eftersom de har svårt med myndighetskontakter.¹⁷⁵ Det finns exempel på behandlare som också har arbetat som rehabkoordinatorer. En behandlare tyckte att anställningen som rehabkoordinator var mer användbar för patienten än arbetet som behandlare.¹⁷⁶ De positiva effekterna överensstämmer med de utvärderingar som har gjorts av rehabkoordinatorns funktion.¹⁷⁷

En del behandlare menar att ett sätt att få mer fokus på samverkan och arbetsåtergång vore om rehabiliteringsgarantin gav incitament att stödja samarbetet kring den sjukskrivne, till exempel genom att psykolog, läkare, försäkringskassa och arbetsgivare hade större utrymme att samarbeta.¹⁷⁸ Exempelvis finns en metod för att stödja arbetsgång, arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA), men enbart ett fåtal av behandlarna i primärvården har påtalat att de använder eller känner till metoden.¹⁷⁹

4.4.2 Arbetsplatserna har för lite kunskap om psykisk ohälsa

Vissa av behandlarna har erfarenhet från företagshälsovården och menar att mer skulle kunna göras där, eftersom företagshälsovården är specialiserad på arbetsrelaterad ohälsa och på att arbeta preventivt.¹⁸⁰ Behandlare menar att det överlag verkar finnas mycket okunskap på arbetsplatserna om vad psykisk ohälsa innebär, hur det går att identifiera sådan och hur det går att förebygga exempelvis stress i arbetslivet.¹⁸¹ Ibland kan arbetsplatsen i sig vara hindret för återgång i arbete.¹⁸² En del av behandlarna anser att det skulle vara bra att få tid till att utbilda på arbetsplatser om psykisk ohälsa – vad det innebär och hur man kan arbeta preventivt.¹⁸³

¹⁷⁵ Intervju 3, 6, 18, 19, 25 och 32.

¹⁷⁶ Intervju 3, 6, 18, 19, 21, 24, 25 och 32.

¹⁷⁷ Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet (2013), *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet: Funktionen omnämns även i Karolinska institutet (2011), En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin.*

¹⁷⁸ Intervju 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13 och 26.

¹⁷⁹ Intervju 11, 13 och 26. För en beskrivning av ADA, se begreppslista.

¹⁸⁰ Intervju 11, 18, 19, 20, 28, 29 och 30.

¹⁸¹ Intervju 11, 15, 17, 28, 29 och 33.

¹⁸² Intervju 6, 15, 19, 24, 29 och 32.

¹⁸³ Intervju 2, 15, 26 och 29.

4.5 De verksamhetsansvariga är avgörande för resultatet

De verksamhetsansvariga har stor betydelse för om behandlingen av psykisk ohälsa fungerar. I de verksamheter som visar ett fungerande och utvecklat arbete för psykisk hälsa hade de verksamhetsansvariga insett problemen med den ökade psykiska ohälsan redan innan rehabiliteringsgarantin infördes och därför byggt upp en verksamhet med psykologer som kan hantera problemet.¹⁸⁴ Flera av verksamhetscheferna insåg också tidigt behovet av att anställa flera professioner som arbetar tillsammans i psykosociala team. Därmed kan psykisk ohälsa behandlas ur ett bredare perspektiv, så att patienten får vård på den nivå som krävs.¹⁸⁵

Behandlare uppger att det är de verksamhetsansvariga som måste driva frågor om samverkan med andra professioner och inom gruppen för att dessa frågor ska prioriteras. De menar också att det kollegiala samarbetet är viktigt för att verksamheten ska fungera.¹⁸⁶ Det finns emellertid många exempel på vårdcentraler som fortfarande enbart prioriterar samarbetet mellan läkare och sjuksköterska. De professioner som arbetar med psykisk ohälsa får då svårt att påverka och få utrymme i verksamheten. I de fallen är behandlarna ofta ensamma och har långa väntelistor. De saknar kollegor att utbyta erfarenheter med och får inte heller något stöd från andra i verksamheten. Ett typiskt exempel är ett landsting i glesbygd med låg tillgång på behandlare, men även små vårdcentraler i storstäder kan ha problem med isolerade behandlare.¹⁸⁷

4.6 Sammanfattande iakttagelser

Alla får inte en kvalificerad första bedömning

- Det finns ingen garanti för att den som gör en första bedömning av patienten har tillräcklig kompetens att bedöma psykisk ohälsa eller vilken behandling som bör ges. Det försvårar måluppfyllelsen av rehabiliteringsgarantin, eftersom det är viktigt att patienten får rätt behandling.

¹⁸⁴ Intervju 7, 9, 18, 19, 22, 23 och 32.

¹⁸⁵ Intervju 7, 9, 15, 28, 29 och 32.

¹⁸⁶ Intervju 7, 9, 18, 19, 22, 23 och 32.

¹⁸⁷ Intervju 1, 4, 22, 23 och 24.

Det behövs mer psykologisk kompetens inom primärvården

- Vårdvalet har i vissa landsting förändrat förutsättningarna för primärvården genom att många vårdcentraler nu löser bristen på psykologisk kompetens med att remittera patienterna till privatpraktiserande psykologer och psykoterapeuter. Behandlare betonar dock fördelen med att patienter får tillgång till behandling direkt på vårdcentralen, eftersom psykologisk behandling då blir en integrerad del av verksamheten.

Rehabiliteringsgarantins regelverk ifrågasätts

- Rehabiliteringsgarantins detaljstyrning med ett specifikt antal behandlingar står i motsats till LEON- principen. Det överensstämmer inte heller med behandlingsmetoder som ACT och FACT, som förordar färre behandlingstillfällen. Det finns behandlare som har uppfattat att de inte har fått arbeta med dessa metoder eftersom metoderna inte passar in i den behandlingsform som föreskrivs enligt rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin har på så sätt hindrat utvecklingen av andra typer av behandlingar.

Det sker ingen systematisk uppföljning av patienterna

- Många behandlare anser att det behövs en systematisk uppföljning av patienterna men rehabiliteringsgarantin ger inga incitament för någon sådan. I dag sker därför ingen systematisk uppföljning av patienterna och ingen systematisk dokumentation görs över vilken behandling patienterna får, med några få undantag. Därför finns det inte heller något som visar om behandlingarna fungerar eller något som möjliggör en nationell jämförelse.

Patienter får inte alltid behandling snabbt nog

- För att patienter ska återfå hälsa och arbetsförmåga är snabb behandling viktig men väntetiden för en behandling varierar från fyra veckor upp till ett år mellan olika landsting och vårdcentraler.
- Psykiatrin har långa väntetider i de tio landsting som ingår i urvalet. Det gör att primärvården får ta emot ett stort antal patienter som egentligen borde behandlas inom psykiatrin. De tar upp en avsevärd del av primärvårdens tillgängliga resurser.

Det saknas fokus på att aktivt främja arbetsåtergång

- Rehabiliteringsgarantins huvudsyfte är arbetsåtergång men det finns inga incitament inom överenskommelsen för att behandlare ska jobba i den riktningen. Inom primärvården vet inte behandlarna hur de rent praktiskt ska fokusera på arbetsåtergång. De ersätts inte heller för att vara med på möten med arbetsgivare.
- Samverkan med företagshälsovården saknas. Vissa behandlare menar att företagshälsovården borde ha inkorporerats i rehabiliteringsgarantin eftersom företagshälsovården har kompetens för både arbetsrehabilitering och psykisk ohälsa.

De verksamhetsansvariga är avgörande för resultatet

- De verksamhetsansvariga är viktiga för att bygga upp en fungerande psykologisk behandling. Där det finns en fungerande verksamhet finns det ofta psykosociala team med fler professioner som samverkar om patienten.

5 Rehabiliteringsgarantin i landstingen

Följande kapitel syftar till att belysa hur landstingen har använt medlen. Landstingen kan fördela medlen som de anser lämpligt. Det är ändå relevant att undersöka hur landstingen har fördelat medlen eftersom rehabiliteringsgarantin handlar om stimulansmedel för en uttalad målgrupp: personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa som ska behandlas inom primärvården.

Analysen baseras på Försäkringskassans data över hur mycket medel myndigheten betalar ut till landstingen, där de landsting som är med i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin får stimulansmedel för varje avslutad behandlingsserie. Varje landsting har därtill egna riktlinjer för hur mycket av medlen de väljer att ge vidare till sina vårdgivare.

5.1 Rehabiliteringsgarantin styr landsting att satsa på kvantitet framför kvalitet

En orsak till att regeringen har valt att prioritera KBT som behandlingsmetod är att den kan utföras av någon som enbart har en basutbildning i KBT.¹⁸⁸ Det ses som en fördel eftersom tillgången på legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter har varit och fortsatt är låg i landstingen.¹⁸⁹ För att kunna genomföra rehabiliteringsgarantin behövde kompetenskraven motsvara landstingens möjligheter och i styrningen har tillgänglighet på behandlare prioriterats framför behandlarnas kvalifikationer.¹⁹⁰

5.1.1 *Tillgången på behandlare med enbart grundläggande KBT-kompetens ökar*

SKL har lyft fram att tillgången på behandlare i primärvården med basutbildning i KBT har ökat med 94 procent mellan 2009 och 2014. Enligt SKL är anledningen att landstingen har utbildat egen personal eller upphandlat kompetensen. Totalt tio landsting uppger att de har god eller relativt god tillgång på KBT-behandlingar i primärvården, även om det kan förekomma

¹⁸⁸ Intervju 35.

¹⁸⁹ Socialstyrelsen (2007), *Psykosocial kompetens i primärvården*, s. 38–39; intervju 35.

¹⁹⁰ Intervju 35.

variationer inom det egna landstinget, medan elva landsting uppger att de behöver öka tillgången ytterligare.¹⁹¹

En av förklaringarna till det ökade behovet för psykologisk behandling är att den psykiska ohälsan har ökat.¹⁹² Det ökade behovet gör också att det blir relevant att undersöka hur utvecklingen av legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter sedan införandet av rehabiliteringsgarantin. Det är professioner som har utbildning för att kunna genomföra en kvalificerad psykologisk bedömning av patienterna.

Andelen behandlingar utförda av legitimerade psykologer inom rehabiliteringsgarantin har minskat i många landsting

Det totala antalet behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin har alltså ökat i nästan alla landsting inom primärvården från 2009 till 2013. Det totala antalet legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter som behandlar har också ökat. Men andelen behandlingar som utförs av legitimerade psykologer eller legitimerade psykoterapeuter inom ramen för rehabiliteringsgarantin i primärvården har inte ökat i samma utsträckning. I stället har den minskat i tio landsting. Det gäller för de landsting som har rapporterat korrekt och därmed ingår i urvalet.

Tabell 5.1 nedan beskriver utvecklingen mellan 2009 och 2013 vad gäller andelen behandlingar utförda av legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter som är verksamma i primärvården inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Av samtliga landsting är det fjorton som har redovisat så enhetligt att de kan tas med i beräkningarna; därför finns enbart dessa landsting med i tabellen (i tabellen har varje landsting fått ett nummer som återkommer i diagram 5.2.).¹⁹³

Tabellen nedan visar att andelen behandlingar utförda av legitimerade psykologer har minskat i nio landsting och att minskningen är betydlig. I ett landsting har andelen minskat från 63 till 39 procent och i ett landsting har andelen minskat från 94 till 45 procent. Andelen behandlingar utförda av legitimerade psykoterapeuter har minskat i fem landsting och ökat i resterande nio men ökningen är relativt liten i procentenheter. Minskningen av andelen behandlingar utförda av legitimerade psykologer innebär att patienterna inte får tillgång till kvalificerade bedömningar i samma utsträckning som tidigare. En legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut har en utbildning för att behandla och bedöma patienter med psykisk ohälsa och kan därmed variera behandlingen utifrån patientens behov. En icke legitimerad behandlare har

¹⁹¹ SKL (2015), *Rehabiliteringsgarantin 2014. Erfarenhet och resultat 2015*.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Se bilaga 1 för mer information.

enbart grundläggande kunskaper om KBT eller IPT – oavsett om det är rätt metod för patienten eller inte.

Tabell 5.1 Det totala antalet behandlingar utförda av legitimerade psykologer och psykoterapeuter inom primärvården verksamma inom rehabiliteringsgarantin 2009 respektive 2013. N är det totala antalet behandlingar inom rehabiliteringsgarantin. Alltså inte enbart legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter.

Landsting (avidentifierade)	Legitimerade psykologer (%)		Legitimerade psykoterapeuter (%)		Totala antalet behandlingar (N)	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
1	63	39	11	–	243	2 844
2	57	60	1	5	244	591
3	3	7	45	35	1 074	1 192
4	15	8	10	15	492	1 057
5	41	35	2	7	693	771
7	94	45	–	5	212	529
8	58	55	–	–	85	233
11	56	43	9	15	476	1 267
12	46	48	14	15	4 956	8 057
14	5	7	–	–	447	297
15	22	15	40	28	332	689
19	29	44	10	12	441	163
20	38	36	–	4	105	229
21	10	7	–	5	333	418

Källa: Riksrevisionens bearbetning av Försäkringskassans data för 2009 och 2013.

5.2 Landstingen hanterar tilldelade medel olika

För att se hur stor andel av de tilldelade medlen som går till den målgrupp som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa har de data som landstingen rapporterar in till Försäkringskassan analyserats. Analysen omfattar vilka vårdgivare som fått medel 2009 respektive 2013. Vårdgivarna är både offentliga och privata, och de har delats in tre kategorier:

- Primärvård, som behandlar målgruppen lätt till medelsvår psykisk ohälsa.
- Konsult, som också behandlar målgruppen men i egen regi utanför primärvårdens vårdcentraler/hälsocentraler.
- Psykiatri, som behandlar personer med komplex psykiatrisk problematik.

5.2.1 *Psykiatrin får medel men behandlar inte målgruppen*

En stor andel av medlen från startåret 2009 gick till psykiatrin. I tolv landsting fick psykiatrin mellan 23 och 60 procent av medlen. I två landsting fick psykiatrin så mycket som 56 respektive 60 procent av medlen. Det står i direkt motsats till målet för rehabiliteringsgarantin. Grupper som behandlas inom psykiatrin har en komplex psykiatrisk problembild och har med stor sannolikhet större problem att återgå i arbete än den målgrupp som omfattas av rehabiliteringsgarantin.

En jämförelse mellan 2009 och 2013 visar att medlen 2013 i större utsträckning gick till primärvården men att en del landsting fortfarande gav viss del till psykiatrin. Det är dock färre landsting som ger medel till psykiatrin än tidigare. Det finns dessutom stora variationer mellan landstingen. Fem landsting ger mellan 18 och 20 procent av sina medel till psykiatrin. I ett av de större landstingen får psykiatrin 47 procent av medlen.

Regeringen har inte uttryckt i överenskommelserna att medel inte får gå till psykiatrin. Landstingen är fria att disponera de tilldelade medlen som de anser lämpligt.¹⁹⁴ Men om man i stället utgår från att det är målgruppen patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa som ska gynnas av rehabiliteringsgarantin blir det problematiskt att psykiatrin får en relativt stor andel av rehabiliteringsmedlen.

5.2.2 *Andelen konsulter som utför behandling ökar med vårdvalet*

När vårdvalet infördes i samtliga landsting ökade möjligheterna för primärvårdsenheter att remittera sina patienter till privatpraktiserande psykologer och psykoterapeuter utanför vårdcentralen. En del landsting har även valt att skapa egna vårdval för psykoterapi, vilket gör att mindre enheter har lättare att etablera sig.¹⁹⁵

Andelen externa konsulter var inte särskilt hög under startåret. Då hade heller inte vårdvalet införts i alla landsting. Ett landsting utmärkte sig, eftersom de redan 2009 gav 38 procent av sina medel till konsulter. I andra landsting har remittering till externa konsulter ökat 2013. Tio landsting uppger 2013 att de fördelar medel till externa konsulter, men det finns en variation mellan landstingen – på mellan 3 och 36 procent.

¹⁹⁴ Intervju 35. Se även *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti* (2008–2013).

¹⁹⁵ Intervju 36. Landstingens vårdval anger i dessa fall att vårdenheten vid behov kan remittera patienten vidare till psykologresurs inom landstingens anslagsfinansierade verksamhet. Se exempelvis Landstinget Skåne (2015), *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne*, s. 16; Landstinget i Kalmar län (2015), *Hälsoval Kalmar län Uppdragsbeskrivning/ Förfrågningsunderlag 2015*, s. 9.

5.2.3 *Ett exempel där stimulansmedlen inte nått primärvården alls*

Ett landsting har valt att enbart satsa på psykiatrin och privata utförare av psykoterapeutisk behandling i stället för att satsa på att göra primärvården tillgänglig för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Politikerna i detta landsting befarade nämligen att allt för många skulle söka psykologisk behandling inom primärvården och att det skulle bli svårt att möta behovet på vårdcentraler och hälsocentraler. Därför togs ett politiskt beslut om att patienterna måste ha en remiss från psykiatrin för att få behandling hos någon av de godkända psykoterapeuterna inom ramen för lagen om valfrihetssystem (LOV).¹⁹⁶

I det här landstinget prioriteras alltså inte den psykoterapeutiska kompetensen på primärvårdens vårdcentraler och hälsocentraler. I stället finns den inom psykiatrin eller hos någon av de privata utförarna. Det innebär att kompetensen inte byggs upp inom primärvårdens enheter utan i stället belastas psykiatrin ännu mer. Det leder dessutom till att läkarna i primärvården inte blir insatta i hur legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter arbetar på samma sätt som i andra landsting, så att de sedan kan dra nytta av den kunskapen i sitt urval av patienter att remittera till behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Det aktuella landstinget går emot de nationella riktlinjerna där tonvikten läggs på ett effektivt omhändertagande på primärvårdsnivå som tar emot flest patienter som söker för oro, ångest och depression.¹⁹⁷

5.2.4 *Medlen går till andra verksamheter*

Även hur mycket av rehabiliteringsgarantins stimulansmedel som landstingen väljer att ge till vårdgivarna skiljer sig åt. I initialskedet betalade Försäkringskassan ut 10 000 kronor per patient till landstingen för KBT- och IPT-behandling. Sedan 2012 är ersättningen höjd till 12 000 kronor. Det är extra stimulansmedel utöver den givna basfinansieringen för psykoterapi. Hur mycket stimulansmedel respektive landsting väljer att ge till vårdgivarna varierar. Diagram 5.2. nedan visar hur medlen fördelas i de olika landstingen.¹⁹⁸

I tio landsting får vårdgivarna 10 000 kronor som stimulansmedel. Resterande elva landsting betalar ut mellan 0 och 9 000 kronor. En del landsting behåller alltså en relativt stor andel av medlen för andra ändamål. Ett landsting skiljer ut sig eftersom de inte ger några extra stimulansmedel till vårdgivaren överhuvudtaget.

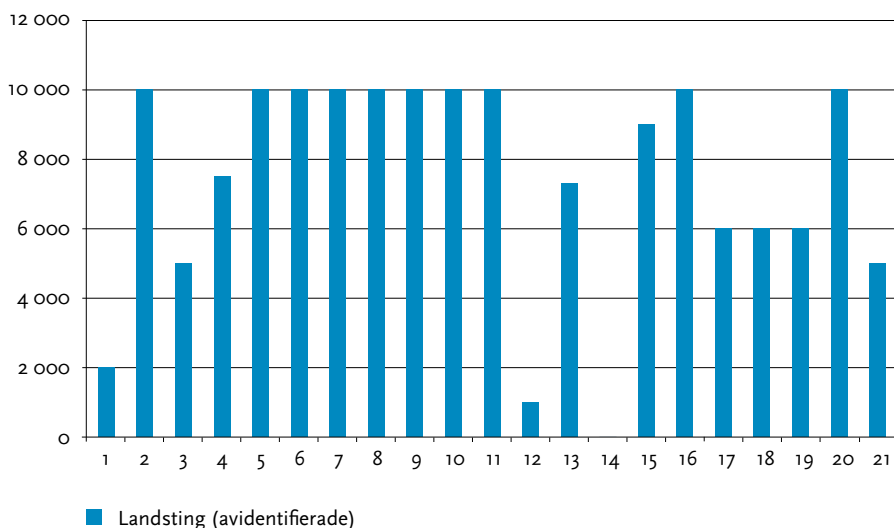
¹⁹⁶ Intervju 41.

¹⁹⁷ Socialstyrelsen (2010), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*, s 13.

¹⁹⁸ Landstingen har i sina riktlinjer för rehabiliteringsgarantin angett hur mycket stimulansmedel som betalas ut till vårdgivarna. Dessa uppgifter har bekräftats i öppna intervjuer eller via e-post med ansvarig på landstingsnivå. Uppgifterna baseras på vad som betalades ut till verksamheterna 2014.

Diagram 5.2 Stimulansmedel per patient som landstingen har valt att ge vidare till vårdgivarna, 2014

Stimulansmedel per patient (tkr)



Källa: Landstingens riktlinjer för rehabiliteringsgarantin och öppna intervjuer med landstingstjänstemän.

Landstingstjänstemän har uttryckt ett antal skäl till att landstingen inte ger hela summan avsatta medel till vårdgivarna:

- Landstingen vill själva kunna styra sin verksamhet och finansiera olika typer av projekt eller fortbildningssatsningar inom området, exempelvis psykoterapeutiska utbildningar för personal inom psykiatri.¹⁹⁹
- Landstingen upplever en osäkerhet eftersom överenskommelserna saknar långsiktighet. Därför väljer de att behålla en stor andel medel för att kunna satsa på egna utvecklingsprojekt inom området.²⁰⁰
- Landstingen har så pass många behandlare som ger behandling och har därför nått sitt ersättningstak. För att kunna ge fler behandlare medel krävs att landstingen sänker ersättningsnivån för varje enskild behandlingsserie.²⁰¹
- Landstingen använder medlen för att balansera underskott på andra områden.²⁰²
- Landstingen väljer att inte ge för stor andel medel till vårdgivarna eftersom det skulle bli för styrande.²⁰³

¹⁹⁹ Intervju 41; e-post från landstingsrepresentant 2015-04-20.

²⁰⁰ E-post från landstingsrepresentant 2015-04-20; e-post från landstingsrepresentant 2015-03-24.

²⁰¹ Intervju 39.

²⁰² E-post från landstingsrevisor 2015-02-25.

²⁰³ Intervju 40.

5.2.5 *Få landsting redovisar hur de använder sina extra medel*

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har staten också avsatt extra medel under 2014 för kompetensutveckling motsvarande 1 000 kronor per behandlad patient, utöver de 12 000 kronorna.²⁰⁴ Medlen ska ge landstingen möjlighet att höja kompetensen från basutbildning i psykoterapi till legitimerad psykoterapeut. Regeringen och SKL anger inga skäl till varför de vill höja kompetensen på behandlarna, inte heller varför ett långsiktigt mål införs först när rehabiliteringsgarantin har pågått i fem år.²⁰⁵

Påslaget ska också användas för att utveckla utredningarna och förbättra kvaliteten i behandlings- och rehabiliteringsinsatser så att de i högre grad bidrar till patienternas återgång i arbete. Medlen ska även ge möjlighet för landstingen att utveckla tillgången till rehabiliteringsinsatser i form av internetstödd KBT.

Samtliga landsting ombads att rapportera hur de hade använt de extra medel som avsatts²⁰⁶ men enbart femton landsting rapporterade in hur de har fördelat medlen.²⁰⁷ Av dessa hade samtliga arbetat med att utveckla sin internetbaserade vård. Däremot uppgav endast fyra landsting att personal fick möjlighet att utbilda sig till legitimerade psykoterapeuter. Ytterligare tre uppgav att de hade avsatt medel för att personal skulle kunna genomföra denna utbildning nästkommande år.²⁰⁸

Landstingens redovisningar visar att medlen för kompetensförsörjning har använts till uppföljning, utredning och teambaserad vård samt andra typer av kompetensförsörjning av personal inom området. Totalt nio landsting uppgav att de möjliggjorde basutbildningar i psykoterapi för sin personal samma år, ytterligare två nästkommande år, och tre landsting hade prioriterat att möjliggöra för en psykiatriker att fungera som stöd för personalen i primärvården. Det framgick att två landsting hade prioriterat verksamhet som inte faller inom rehabiliteringsgarantins syfte i form av ett projekt för att öka antalet manliga anställda på ungdomsmottagningar och en satsning på KBT-utbildning för handläggare (alltså inte för behandlare).²⁰⁹

²⁰⁴ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti (2013).

²⁰⁵ Tidigare har det även funnits möjlighet för landstingen att söka stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens. Se Socialstyrelsen (2013), *Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens – Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012*.

²⁰⁶ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti (2013), s 4.

²⁰⁷ Riksrevisionens genomgång av landstingens inskickade svar till Socialdepartementet, 2015.

²⁰⁸ Ytterligare ett landsting uppgav att de hade avsatt medel men det var oklart när det skulle påbörjas en utbildning. Dnr S2013/368/SF, nr 8.

²⁰⁹ Landstingens svar om kompetenssatsningar. Dnr S2013/368/SF, nr 15 och nr 8.

5.3 Sammanfattande iakttagelser

Rehabiliteringsgarantin styr landstingen att satsa på kvantitet framför kvalitet

- Antalet behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin och antalet legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter har ökat i primärvården. Men styrning mot behandlingsmetod har gjort att andelen behandlingar utförda av legitimerade psykologer i primärvården har minskat i de flesta landsting. Andelen behandlingar utförda av legitimerade psykoterapeuter har också minskat i en del landsting. En konsekvens är att patienterna i mindre utsträckning får tillgång till behandling och bedömning av legitimerade psykologer. Det innebär i sin tur att många patienter får en lägre kvalitet på bedömningar och behandlingar trots rehabiliteringsgarantins intentioner om att patienten ska få en tydlig urvalsprocess.

Landstingen hanterar tilldelade medel olika

- I många landsting har verksamheter som ligger utanför primärvården fått medel. Det visar att styrningen mot behandlingsmetod möjliggör behandling av patienter som inte tillhör rehabiliteringsgarantins målgrupp.

Medel går till andra verksamheter

- Landstingen har gett olika mycket stimulansmedel till vårdgivarna. I ett landsting får inte vårdgivarna några extra medel alls. I stället går medel till andra landstingsdrivna verksamheter. En konsekvens är att vårdgivarna inte får extra stimulansmedel för behandlingar, vilket var avsikten med rehabiliteringsgarantin.
- Få landsting redovisar hur de har använt de medel som avsatts för att bland annat öka antalet legitimerade psykoterapeuter i primärvården. Av dem som har redovisat dessa uppgifter har enbart fyra landsting än så länge använt kompetensförsörjningsmedlen för att ge personal möjlighet att utbilda sig till legitimerade psykoterapeuter. Det leder till slutsatsen att rehabiliteringsgarantin inte har lett till att landstingen prioriterat att öka kompetensen på behandlarna i den utsträckning som avsetts.

Bilaga 1 – Metod och urval

Här nedan presenteras en utförligare beskrivning av metod och urval för kapitel 3, 4, och 5.

Kapitel 3

Riksrevisionens dokumentanalys har utgått från ett antal kriterier, där följande har beaktats:

- vem som står som avsändare (vilken myndighet/organisation)
- när rapporten skrevs
- vem/vilka som skrivit rapporten
- vem som varit expert
- vem som gav uppdraget
- vem som är mottagare, avsedd publik
- vad syftet är
- vad som utvärderas
- vilka som berörs av rapporten
- vad empirin är
- vilka slutsatser som dragits

Urvalet är tänkt att fånga den bredare kontexten i vilken rehabiliteringsgarantin utformades och utvecklades. Huvudfokus har legat på rehabiliteringsgarantin och dess grunddokument. Nedan redovisas överenskommelserna kronologiskt.

Överenskommelsen för 2008

I den första överenskommelsen konstaterades att ohälsan ökar samtidigt som tillgången på psykosocial kompetens inom primärvården bedömdes vara otillräcklig. Ett successivt genomförande av garantin bedömdes nödvändigt eftersom landstingens situation och möjligheter att genomföra den skilde sig åt. Överenskommelsen slog fast följande: "Ytterligare kunskap behöver tas fram så att ny evidens kan ligga till grund för en utvidgad rehabiliteringsgaranti med fokus på återgång i arbete."²¹⁰ Denna evidens definierades på följande vis: "Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) rapporter eller

²¹⁰ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti (2008), s. 1.

motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan”.²¹¹

Depressioner, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa var de diagnoser som fick representera lätt till medelsvår psykisk ohälsa i överenskommelsen, där det hävdades att det fanns stark evidens för återställd arbetsförmåga för såväl depressioner som tvångssyndrom och social fobi.²¹² Effekterna av rehabiliteringsgarantin skulle utvärderas och landstingen skulle se till att de uppgifter som behövdes för utvärdering skulle samlas in. Tanken var att bygga upp kunskap kring vilka insatser som var mest effektiva och vilka tidsgränser som var optimala: ”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. Preciseringar beträffande insatserna ska göras i samråd med Försäkringskassan. Tydliga nationella riktlinjer för rehabiliteringsgarantin kommer att läggas fast.”²¹³

Överenskommelsen för 2009–2010

Redan ett halvår senare kom nästa överenskommelse som både var mer utförlig och löpte över två år: 2009 och 2010. Överenskommelsen skulle stödja ”medicinska behandlingsmetoder där vetenskapligt stöd för effekten återvunnen arbetsförmåga kunnat visas.”²¹⁴ I denna överenskommelse tillkom skrivningar om tydliga urvalsprocesser och skyndsamt behandling. Här specificerades målsättningen till att patienter skulle få behandling eller rehabilitering inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början, men överenskommelsen förhöll sig aktiv till att mycket var under förändring: ”För 2010 ska tidsgränserna bl.a. utifrån vad som framgår av ny evidens, utredningsförslag och eventuellt nya tider i vårdgarantin ses över.”²¹⁵

SBU:s rapporter, Socialstyrelsens nationella riktlinjer och det försäkringsmedicinska beslutsstödet skulle vara styrande för vilka åtgärder som berättigade till ersättning inom garantin. För lätt eller medelsvår psykisk ohälsa förklarade överenskommelsen att farmakologisk behandling inte omfattades av garantin: ”Det förutsätts att en noggrann diagnostik och nödvändiga utredningar för bedömning av behandlingsbehov är gjort.”²¹⁶

Överenskommelsen pekade på nödvändigheten av noggrann utredning och bedömning samt betydelsen av att de som behandlade kunde hantera allt på bästa sätt: ”Behandlarna ska ha tillräcklig kompetens för att utföra behandlingar i

²¹¹ Ibid., s. 2.

²¹² Ibid., s. 2.

²¹³ Ibid., s. 3.

²¹⁴ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti (2009–2010)*, s. 1.

²¹⁵ Ibid., s. 2.

²¹⁶ Ibid., bilaga s. 3.

överensstämmelse med de evidensbaserade metoderna.”²¹⁷ Fortfarande ersatte garantin såväl påbörjade som avslutade behandlingar med samma summa pengar.

Överenskommelsen för 2011

Internetstödd KBT nämndes för första gången som en möjlig utveckling av garantin.²¹⁸ I övrigt avvaktade överenskommelsen Karolinska Institutets utvärderingar som skulle redovisas i augusti samma år.²¹⁹ Även detta år skulle SBU:s rapporter, Socialstyrelsens nationella riktlinjer och det försäkringsmedicinska beslutsstödet vara styrande för vilka åtgärder som berättigade till ersättning inom garantin.²²⁰

I bilagan påpekades för första gången att det inte fanns särskilt många studier som hade undersökt arbetsåtergång i sig samt att det var svårt att veta vilken typ av KBT som använts i de studier som ändå fanns. I stället hänvisade bilagan till SBU:s systematiska litteraturoversikter om ångest respektive depression.²²¹ Från detta år fick inte längre de snabbutbildade behandlarna med enbart en kurs om 7,5 högskolepoäng behandla.²²²

Överenskommelsen för 2012

Även detta år underströks vikten av att använda medicinska behandlingsmetoder som har vetenskapligt stöd, det vill säga evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser ”som har evidens för att arbetsförmågan kan återfås.”²²³ En ny skrivning detta år handlade om att arbetet inom rehabiliteringsgarantin inte skulle medföra att ”för patienten angelägna insatser som ingår i hälso- och sjukvårdens normala uppdrag uteblir.”²²⁴

De viktigaste förändringarna för 2012 var att från detta år fick bara avslutade behandlingar rapporteras in. I *Frågor och svar om rehabiliteringsgarantin 2012* från december 2011 klargjorde SKL att antalet behandlingstillfällen skulle avgöras utifrån behov men att en behandlingsserie enligt Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression borde omfatta 10–15 behandlingstillfällen.²²⁵

²¹⁷ Ibid., bilaga s. 4.

²¹⁸ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2011), s. 3.

²¹⁹ Ibid., s. 3.

²²⁰ Ibid., s. 2.

²²¹ Ibid., bilaga s. 3–4.

²²² Ibid., bilaga s. 4–5.

²²³ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2012), s. 1.

²²⁴ Ibid.

²²⁵ SKL (2011), *Frågor och svar om rehabiliteringsgarantin 2012*, s. 3; Se även SKL (2012), *Rehabiliteringsgarantin 2012. Erfarenheter och Resultat*, s. 7.

Överenskommelsen för 2013

Överenskommelsen för 2013 hade föregåtts av ett mer omfattande arbete. Ett nytt underlag hade tagits fram och skickats ut på remiss och det gav avtryck i hur överenskommelsen formulerades. Den största skillnaden låg i ett uttalat långsiktigt mål om att antalet legitimerade psykoterapeuter skulle öka så att samtliga behandlare inom några år skulle vara legitimerade psykoterapeuter eller legitimerade psykologer. Medel avsattes för att landstingen skulle kunna höja kompetensen från basutbildning i KBT (steg 1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2).²²⁶ En annan förändring var att samordningsfrågorna hade fått ökad betydelse. Exempelvis poängterades Försäkringskassans samordningsansvar,²²⁷ och vården ombads att kontakta Försäkringskassan om eventuella anpassningar av arbetsplatsen om man bedömde det som värdefullt och hade patientens godkännande.²²⁸ Detta kan ses som ett sätt att svara på kritiken om den bristande kopplingen till arbetsåtergång. Men som kapitel 4 visar fick detta inte någon större praktisk betydelse. Ingenstans i överenskommelsen följdes de svepande skrivningarna upp, vilket lämnar stort utrymme för godtycke.

Samma år tillkom en skrivning om företagshälsovården: "Landstingen och företagshälsovården bör ges möjlighet att remittera patienter inom ramen för rehabiliteringsgarantin till patientens hemlandsting och komma överens om hur detta samarbete ska ske i praktiken."²²⁹ Vad som egentligen avsågs med denna skrivning är mycket oklart.

Överenskommelsen 2014

Den största förändringen beträffande överenskommelsen 2014 låg i bilagan. I denna fanns en ambition att dels utreda vilka drivkrafter som låg bakom en återgång i arbete, dels styra landstingen och vårdgivarna mot ett tydligare fokus på arbetsåtergång. Avsnittet som handlar om multimodal rehabilitering (MMR) är mer omfattande (drygt tio sidor) än de fyra sidor som ägnas åt psykisk ohälsa, och på dessa fyra sidor får det underlag som Socialstyrelsen tog fram 2013 stort genomslag. Framför allt märks detta i hur antalet behandlingar specificeras till ett exakt antal gånger: KBT 8–20 gånger för ångest och depression; för depression godkändes även IPT 8–20 gånger. För stress rekommenderades KBT utan att antalet besök specificerades.²³⁰

Till viss del verkar det som om överenskommelsen försökte svara på den kritik som framkommit i tidigare utvärderingar. Stor tillgänglighet och kontinuitet betonades, liksom en "vårdorganisation med adekvat sammansättning av kompetenser och

²²⁶ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2013), s. 4.

²²⁷ *Ibid.*, s. 3.

²²⁸ *Ibid.*, s. 3.

²²⁹ *Ibid.*, s. 3.

²³⁰ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2014), s. 18.

vårdåtgärder”.²³¹ Arbetsåtergång skulle lösas genom ”sammansatta vårdåtgärder”, där ett samarbete med psykiatrin rekommenderades.²³² Vad som menades med detta är dock inte helt tydligt. Ett annat steg mot tydligare arbetsåtergång finns att hitta i en skrivning om samverkan med arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen.²³³

Utredningar fick fortsatt göras av behandlare med enbart basutbildning i KBT.²³⁴ Landstingen fick dock extra medel om 1 000 kronor per avslutad behandling för utvecklingsarbete, där höjd kompetens för dem som arbetar med KBT och utveckling av internetbehandling nämndes som exempel på möjligt utvecklingsarbete.²³⁵ Ett annat exempel på det utvecklingsarbete som överenskommelsen lyfte fram var en plattform för internetbaserad behandling som finansierades inom ramen för sjukskrivningsmiljarden. Denna plattform nämndes uttryckligen i överenskommelsen som ett exempel på utveckling.²³⁶

Överenskommelsen 2015

I överenskommelsen inför 2015 har miljarden minskats med 250 miljoner. Under utveckling och framtid aviseras att det finns anledning att se över statens stöd till rehabilitering och att en intern översyn kommer att genomföras under året. Karolinska Institutets slutrapport, den senaste rapporten om garantin från Inspektion för socialförsäkringen och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering samt Riksrevisionens granskning av överenskommelser nämndes alla som motiv till översynen.²³⁷

I övrigt nämns den nya patientlagen (2014:821) som trädde i kraft den 1 januari 2015 där patientens möjligheter att välja vård fritt över hela landet tas upp.²³⁸

Den stora förändringen gällande stödet forskning och utveckling låg i att huvuddelen av pengarna detta år gick till att bygga en infrastruktur för internetstödd KBT (25,5 av 38 miljoner).²³⁹

I bilagan syns tydligare ambitioner att förhålla sig till det aktuella kunskapsläget och söka etablera vad det fanns för evidens gällande arbetsåtergång. Rubrikerna har ändrats så arbetsåtergång kompletteras av arbetsplatsåtgärder. Arbetsplatsens roll kan därmed sägas ha getts större betydelse detta år. Även rehabkoordinatorernas betydelse lyftes

²³¹ Ibid., s. 17.

²³² Ibid., s. 17.

²³³ Ibid., s. 4.

²³⁴ Ibid., s. 18.

²³⁵ Ibid., s. 4.

²³⁶ Ibid., s. 6. Plattformen blev inte tillgänglig förrän året därpå.

²³⁷ *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti* (2015), s. 7.

²³⁸ Ibid., s. 3-4.

²³⁹ Ibid., s. 6.

i bilagan, liksom vikten av samspel mellan hälso- och sjukvården, den sjukskrivne och arbetsplatsen. Men huvuddelen av texten är samma som året innan, även om vissa stycken har bytt plats.²⁴⁰

I tabell 1 nedan redovisas de dokument som har analyserats i granskningen i kronologisk ordning. Remissvar har uteslutits för att göra det mer överblickbart. De diskuteras inte heller i dokumentanalysen eftersom olika utvärderingar och utredningar som berör rehabiliteringsgarantin i sig utgör underlag till rapporten.

I tabellen inkluderas inte bara de dokument som ingått i dokumentanalysen utan även parallella dokument med bäring på rehabiliteringsgarantin. Det finns med andra ord en bred kunskapskontext att förhålla sig till, förutom all pågående forskning om rehabilitering och arbetsåtergång, försäkringsmedicin och psykoterapiformer.

Tabell 1 Analyserade dokument i kronologisk ordning

År, månad	Avsändare	Titel
2004 maj	SBU	Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturoversikt
2005 sept.	SBU	Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturoversikt
2006 okt.	Socialförsäkringsutredningen	SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete
2006 dec.	Rehabiliteringsutredningen	SOU 2006:107. Fokus på åtgärder. En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet
2007 nov.	Socialstyrelsen	Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården
2008 mars	SKL	Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta
2008 juni	SKL	Överenskommelse 1, juli–december 2008
2008 dec.	SKL	Överenskommelse 2, inför 2009–2010
2009 maj	Utredningen om patientens rätt	SOU 2009:49. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring
2010 feb.	Socialstyrelsen	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010
2010 juni	Socialstyrelsen	Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin
2010 dec.	SKL	Överenskommelse 3, inför 2011

forts.

²⁴⁰ Ibid., bilagan s. 3-6.

forts.

År, månad	Avsändare	Titel
2011 feb.	Rehabiliteringsrådet	SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande
2011 juni	Parlamentariska socialförsäkringsutredningen	SOU S 2010:04. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet
2011 juni	SKL	Rehabiliteringsgarantin. Utveckling och planering i landstingen – rapport juni 2011
2011 aug.	Karolinska Institutet	En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I
2011 aug.	Karolinska Institutet	En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II
2011 sept.	FHV-delegationen	SOU 2011:63 Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder
2011 dec.	SKL	Överenskommelse 4, inför 2012
2012 juni	SBU	Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården
2012 dec.	IFAU/ISF	Rehabiliteringsgarantin
2012 dec.	SKL	Överenskommelse 5, inför 2013
2013 mars	Socialstyrelsen	Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens. Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012
2013 mars	SKL	Rehabiliteringsgarantin 2012. Erfarenheter och resultat
2013 april	Socialstyrelsen	Ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling – slutredovisning av utbetalda medel 2011 och 2012
2013 juni	Socialstyrelsen	Nationell utvärdering 2013 vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni
2013 juni	SKL	Rehabiliteringsgarantin 2012 – erfarenheter och resultat
2013 sept.	Socialstyrelsen	Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför rehabiliteringsgarantin 2013
2013 okt.	SKL	Rehabiliteringsgarantin 2013 – erfarenheter och resultat efter två första kvartalen
2013 dec.	SKL	Överenskommelse 6, inför 2014
2014 feb.	SBU	Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom
2014 april	FK	Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Socialförsäkringsrapport 2014:4
2014 maj	Karolinska Institutet	En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport
2014 juni	IFAU	Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro

forts.

forts.

År, månad	Avsändare	Titel
2014 okt.	Socialstyrelsen	Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar
2014 nov.	FK	Analys av sjukfrånvaros variation. Väsentliga förklaringar till upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17
2014 nov.	ISF	Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser (rapport 2014:22)
2014 dec.	SKL	Överenskommelse 7, inför 2015
2015 mars	Parlamentariska socialförsäkringsutredningen	SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring
2015 april	Forte	Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro
2015 april	Forte	Rehabilitering och samordning – ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet REHSAM
2015 juni	SKL	Rehabiliteringsgarantin 2014 – erfarenheter och resultat

Kapitel 4

Urvalet av landsting utgår från Försäkringskassans data över sjukskrivningsgrad i psykiska diagnoser. De fem landsting med högst andel sjukfall i psykiska diagnoser samt de fem landsting med lägst andel sjukfall i psykiska diagnoser valdes sedan ut. Flera landsting har lika stor andel sjukfall. Här gjordes ett urval för att få en spridning så att såväl storstads- som glesbygdslän fanns representerade, liksom mellanstora städer. Variationerna mellan dem med högst respektive lägst andel är inte stor; det rör sig om mellan 34 och 43 procent av sjukfallen.

I de tio utvalda landstingen har sedan de vårdgivare som rapporterat in flest antal behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin kontaktats. Något fler intervjuer har genomförts i de större landstingen eftersom de har fått en större andel av medlen. Sammanlagt 33 intervjuer har genomförts med behandlare i de utvalda landstingen. Vid en majoritet av intervjuerna var en behandlare närvarande men vid ett fåtal var det fler personer närvarande. I de fallen rörde det sig om personer som arbetade i team eller tillsammans i olika konstellationer.

Majoriteten var telefonintervjuer men 10 intervjuer skedde ute hos vårdgivarna. Behandlarna fick svara på frågor om vad de ansåg om rehabiliteringsgarantin, om vilka diagnoser som inkluderats och hur de har beskrivits, om hur antalet behandlingstillfällen och behandlingsmetoder har specificerats samt om hur ersättningsnivåer, inrapportering och utbetalningar fungerat. En öppen fråga där behandlarna tilläts göra om utformningen av hela rehabiliteringsgarantin ställdes också, för att komma åt önskemål och visioner utifrån behandlarnas egen verklighet.

I tabellen nedan ingår även de semistrukturerade intervjuer som genomfördes med Socialdepartementet, Försäkringskassan, och SKL och en representant för psykiatrin.

Vid samtliga intervjuerna fördes anteckningar som har e-postats till den intervjuade för ett godkännande. Sedan har anteckningarna analyserats för att identifiera övergripande teman. Anteckningarna har avidentifierats.

Tabell 2 Intervjuöversikt – semistrukturerade intervjuer

Intervjunummer	Behandlares profession	Datum
Intervju 1	Leg. psykolog	2015-03-19
Intervju 2	Leg. fysioterapeut, leg. psykolog, leg. psykoterapeut	2015-04-24
Intervju 3	Leg. psykolog	2015-04-16
Intervju 4	Leg. psykolog	2015-04-29
Intervju 5	Leg. psykolog, leg. psykoterapeut	2015-04-29
Intervju 6	Leg. psykolog	2015-04-15
Intervju 7	Leg. psykolog	2014-11-12
Intervju 8	Leg. psykolog	2015-04-13
Intervju 9	Två leg. psykologer	2015-04-17
Intervju 10	Leg. psykolog, leg. psykoterapeut, handledare	2015-03-30
Intervju 11	Leg. läkare, leg. arbetsterapeut och 2 leg. psykologer	2015-05-05
Intervju 12	Leg. psykolog	2015-04-28
Intervju 13	Leg. psykolog, leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut	2014-11-10
Intervju 14	Leg. psykiater, leg. psykoterapeut	2014-11-10
Intervju 15	Leg. psykolog	2015-04-09
Intervju 16	Leg. psykolog, leg. psykoterapeut	2015-04-22
Intervju 17	Leg. psykolog, leg. psykoterapeut, handledare	2015-04-07
Intervju 18	Leg. distriktssköterska, rehabkoordinator	2015-03-23
Intervju 19	Leg. psykolog	2015-03-23
Intervju 20	Leg. psykoterapeut	2015-03-30
Intervju 21	Leg. psykolog under utbildning till psykoterapeut	2015-04-13
Intervju 22	Leg. sjuksköterska med basutbildning i KBT	2015-04-15
Intervju 23	Leg. distriktssköterska med basutbildning i KBT	2015-04-23
Intervju 24	Undersköterska med basutbildning i KBT	2015-04-17
Intervju 25	Leg. fysioterapeut, leg. psykoterapeut	2015-03-31

forts.

forts.

Intervjunummer	Behandlares profession	Datum
Intervju 26	Leg. läkare, specialist i allmänmedicin och arbetsmedicin, överläkare	2015-04-01
Intervju 27	Socionom med basutbildning i KBT under utbildning till psykoterapeut	2015-04-23
Intervju 28	Leg. psykolog, leg. psykoterapeut	2015-04-22
Intervju 29	Leg. arbetsterapeut med basutbildning i KBT, rehabkoordinator (10 procent)	2015-04-20
Intervju 30	Leg. fysioterapeut med basutbildning i KBT	2015-04-20
Intervju 31	Leg. sjuksköterska med basutbildning i KBT	2015-04-20
Intervju 32	Leg. psykolog	2015-04-23
Intervju 33	Leg. psykiatrisköterska med basutbildning i KBT	2015-04-22
Intervju 34	Socialdepartementet	2014-11-27
Intervju 35	Socialdepartementet	2015-06-16
Intervju 36	SKL	2014-11-17
Intervju 37	Försäkringskassan	2014-11-12
Intervju 38	Enhetschef inom psykiatri	2015-03-24

Kapitel 5

All data i kapitel fem baseras på de uppgifter som landstingen kvartalsvis lämnar till Försäkringskassan utom diagram 5.2 som baseras på landstingens riktlinjer för rehabiliteringsgarantin som bekräftas av landstingstjänstemän.

Tabell 5.1.

Tabellens syfte är att visa hur många behandlingar som utförs av legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter i primärvården. Därför redovisas inte övriga behandlande professioner. Majoriteten av de övriga professionerna som behandlar patienter inom rehabiliteringsgarantin är sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, samtalsterapeuter, socionomer och kuratorer.

Åren som har analyserats är 2009 och 2013. Första kvartalet 2009 var det få landsting som redovisade korrekt och uppgav profession på behandlare. Därför har det första kvartalet tagits bort och beräkningarna baseras på kvartal två, tre och fyra 2009 och 2013. I dessa har antalet behandlingar som utförs av legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter i primärvården räknats. Behandlare som fungerar som

konsulter utanför primärvården är inte medräknande. Sju landsting har helt tagits bort för att de inte har uppgett profession på behandlare i sin redovisning.²⁴¹

Data i del 5.2.1

Åren som har analyserats är 2009 och 2013,²⁴² där antalet behandlingsserier har räknats ihop för respektive enhet. Landsting nummer 10 har inte uppgett verksamhet i sin redovisning 2013 utan har enbart uppgett primärvård. Därför går det inte att jämföra mellan åren för att se om antalet konsulter i det landstingets primärvård har ökat. Av den anledningen har landstinget tagits bort från tabellen.

Kategorin primärvård är den första linjens psykiatrivård dit personer ska söka som lider av mild till medelsvår psykisk ohälsa. Där ingår även de som verksamheter som avser stress/smärtrehabilitering och har specialiserat sig på att jobba med personer som lider av utmattningssyndrom.²⁴³ Med primärvård menas både privata och offentliga vårdcentraler/hälsocentraler.

Kategorin konsult omfattar externa behandlare som antingen arbetar på uppdrag av en vårdcentral som skickar personer dit med en remiss eller har ett avtal direkt med landstinget. Under granskningen har det framkommit att det finns behandlare som inte varit anställda direkt av en vårdcentral utan i stället fungerat som konsulter, men rapporterats som tillhörande vårdcentralen.²⁴⁴ Det betyder att kategorin konsult sannolikt är något större än vad som anges och att kategorin primärvård kan vara något mindre än vad som anges.

I kategorin psykiatri ingår specialiserad psykiatrisk vård i privat och offentlig regi. Utöver öppenvårdsmottagningar kan det också omfatta ätstörningsenheter, psykosvård, akut psykiatrisk vård och enheter för patienter med svår beroendeproblematik. Barn och ungdomspsykiatrisk specialistvård ingår också. Det förekommer att ungdomar från 16 år söker sig till BUP eller primärvården för sina problem. Även om problematiken inte alltid är komplex vill behandlare inte hänvisa unga personer vidare utan väljer att behandla gruppen inom den verksamhet där de har sökt hjälp. Men den här kategorin handlar fortfarande om specialistpsykiatrisk vård.²⁴⁵

²⁴¹ Av dem som är kvar är det två landsting som inte har redovisat helt korrekt för andra kvartalet och ett landsting som inte redovisat helt korrekt för fjärde kvartalet. De uppgifterna har dock varit möjliga att justera och ingår därför i uträkningen.

²⁴² För 2009 fanns inga avslutade serier; det infördes först från och med 2012.

²⁴³ Den gruppen behandlas ofta av MMR1 eller MMR 2 team som inte ingår i den här granskningen.

²⁴⁴ Intervju 10 och intervju 33 är exempel på sådana behandlare.

²⁴⁵ Stockholms läns landsting (2008). *Kravspecifikation. Psykiatrisk öppenvård för patienter med komplicerade depressions och ångesttillstånd. Avtal psykiatrisk vård för vuxna med geografiskt områdesansvar*. HSN 0909-0864.

Tabell 3 Hur samtliga landsting har fördelat sina rehabiliteringsgarantimedel mellan verksamheterna, primärvård, konsult och psykiatri

Lands- ting	Fördelning av medel 2009 (%)				Fördelning av medel 2013 (%)			
	Primär- vård	Konsult	Psykiatri	(N)	Primär- vård	Konsult	Psykiatri	(N)
1	57	2	41	2 472	50	3	47	7 572
2	44	0	56	1 038	62	18	20	1 182
3	100	0	0	1 174	97	0	3	1 588
4	82	0	18	810	61	36	3	1 749
5	76	0	24	1 051	89	0	11	1 060
6	92	0	8	444	100	0	0	548
7	72	0	28	332	79	15	6	801
8	52	0	48	162	100	0	0	298
9	36	2	60	444	82	0	18	649
11	100	0	0	477	97	0	3	1 434
12	73	0	27	9 042	97	0	3	11 553
13	95	5	0	811	63	36	1	1 137
14	54	4	42	1 042	60	22	18	877
15	54	8	38	1 269	88	6	6	1 143
16	85	3	12	947	96	0	4	976
17	93	3	4	986	75	6	19	1 608
18	63	0	37	334	83	3	14	592
19	99	0	1	511	70	27	3	300
20	53	3	44	298	82	0	18	399
21	76	1	23	608	89	0	11	594

Intervjuöversikt – öppna intervjuer

De öppna intervjuerna gjordes med ett antal landstingstjänstemän för att bekräfta uppgifterna om hur landstingen har valt att fördela medlen.

Tabell 4 Intervjuöversikt – öppna intervjuer

Intervjunummer	Intervjuperson	Datum
Intervju 39	Landstingstjänstemän	2015-03-17
Intervju 40	Landstingstjänstemän	2015-03-17
Intervju 41	Landstingstjänstemän	2015-06-16
Intervju 42	Landstingstjänstemän	2015-03-12
Intervju 43	Landstingstjänstemän	2015-04-20
Intervju 44	Landstingstjänstemän	2015-03-20
Intervju 45	Landstingstjänstemän	2015-03-18
Intervju 46	Landstingstjänstemän	2015-03-20
Intervju 47	Landstingstjänstemän	2015-04-01
Intervju 48	Landstingstjänstemän	2015-03-18

E-post

För att bekräfta uppgifterna om hur landstingen har valt att fördela medlen har ett antal Landstingstjänstemän svarat i e-post.

Tabell 5 E-postöversikt för landstingstjänstemän och datum

E-post	Intervjuperson	Datum
E-post	Landstingstjänstemän	2015-04-08
E-post	Landstingstjänstemän	2015-03-19
E-post	Landstingstjänstemän	2015-03-24
E-post	Landstingstjänstemän	2015-03-17
E-post, 1.	Landstingstjänstemän	2015-02-20
E-post, 2.	Landstingstjänstemän	2015-02-20
E-post, 3.	Landstingstjänstemän	2015-02-20
E-post	Landstingstjänstemän	2015-03-09
E-post	Landstingstjänstemän	2015-03-18
E-post, 4.	Landstingstjänstemän	2015-02-20
E-post, 5.	Landstingstjänstemän	2015-02-20

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Alla Riksrevisionens tidigare utgivna rapporter finns tillgängliga på www.riksrevisionen.se

2014	2014:1	Statens insatser för riskkapitalförsörjning – i senaste laget
	2014:2	Bostäder för äldre i avfolkningsorter
	2014:3	Staten och det civila samhället i integrationsarbetet
	2014:4	Försvarets omställning
	2014:5	Effekter av förändrade regler för deltidsarbetslösa
	2014:6	Att överklaga till förvaltningsrätten – Handläggningstider och information till enskilda
	2014:7	Ekonomiska förutsättningar för en fortsatt omställning av försvaret
	2014:8	Försvaret – en utmaning för staten. Granskningar inom försvarsområdet 2010–2014
	2014:9	Stödet till anhöriga omsorgsgivare
	2014:10	Förvaltningen av regionala projektmedel – delat ansvar, minskad tydlighet?
	2014:11	Att tillvarata och utveckla nyanländas kompetens – rätt insats i rätt tid?
	2014:12	Livsmedelskontrollen – tar staten sitt ansvar?
	2014:13	Att gå i pension – varför så krångligt?
	2014:14	Etableringslotsar – fungerar länken mellan individen och arbetsmarknaden?
	2014:15	Nyanländ i Sverige – effektiva insatser för ett snabbt mottagande?
	2014:16	Swedfund International AB – Är finansieringen av bolaget effektiv för staten?
	2014:17	Det allmänna pensionssystemet – en granskning av granskningen
	2014:18	Statens dimensionering av lärarutbildningen – utbildas rätt antal lärare?
	2014:19	Valuta för biståndspengarna? – valutahantering i det internationella utvecklingssamarbetet
	2014:20	Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej
	2014:21	Exportkreditnämnden – effektivitet i exportgarantisystemet?
	2014:22	Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?
	2014:23	Informationssäkerheten i den civila statsförvaltningen
	2014:24	Bistånd genom internationella organisationer – UD:s hantering av det multilaterala utvecklingssamarbetet

- 2014:25 Specialdestinerade statsbidrag – Ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?
- 2014:26 Näringspolitikens effekter – Brister i informationen om statliga satsningar
- 2014:27 Arbetsförmedlingens arbete vid varsel – Ett bidrag till effektiva omställningsinsatser?
- 2015 2015:1 Omskolad till arbete? – Utbildningsstödet till varslade vid Volvo Cars
- 2015:2 Kontrollen av försvarsunderrättelseverksamheten
- 2015:3 Den officiella statistiken – en rättvisande bild av samhällsutvecklingen?
- 2015:4 Återfall i brott – hur kan samhällets samlade resurser användas bättre?
- 2015:5 Digitalradio – varför och för vem?
- 2015:6 Vattenfall – konkurrenskraftigt och ledande i energiomställningen?
- 2015:7 Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet?
- 2015:8 Arktiska rådet – vad Sverige kan göra för att möta rådets utmaningar
- 2015:9 Granskning av Årsredovisning för staten 2014
- 2015:10 Transporter av farligt avfall – fungerar tillsynen?
- 2015:11 Regeringens styrning av SOS Alarm – viktigt för människors trygghet
- 2015:12 Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?
- 2015:13 Regeringens jämställdhetsatsning – tillfälligheter eller långsiktiga förbättringar?
- 2015:14 Överskuldssättning – hur fungerar samhällets stöd och insatser?
- 2015:15 Regeringens hantering av risker i statliga bolag
- 2015:16 Statens finansiella tillgångar – något att räkna med?
- 2015:17 Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva?
- 2015:18 Länsstyrelsernas krisberedskapsarbete – Skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se

Psykisk ohälsa är den främsta anledningen till sjukfrånvaro i Sverige och det rör sig om stora kostnader – ungefär 70 miljarder kronor om året. För att möta de ökade sjukskrivningarna för psykisk ohälsa genomförde regeringen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting en första överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti 2008. Garantin syftar till att främja återgång till arbete för personer genom specifika behandlingsmetoder. Inga utvärderingar har dock entydigt visat att arbetsåtergången för målgruppen har ökat. Mot denna bakgrund har Riksrevisionen granskat vad det är i utformningen och genomförandet av rehabiliteringsgarantin som hindrar att målet om ökad återgång till arbete uppfylls.

Riksrevisionens bedömning är att en rad faktorer i både utformning och genomförande har försvårat måluppfyllelsen. Bland annat har regeringen inte löpande reviderat överenskommelserna utifrån aktuell kunskap om rehabiliteringsgarantin. Det har varit svårt för primärvården att leva upp till garantins krav, patienter får inte alltid en kvalificerad första bedömning eller snabb behandling. Behandlarna vet inte heller hur de ska jobba med målet om en ökad arbetsåtergång och det finns inte några incitament för den typen av arbete i primärvården. Rehabiliteringsgarantins utformning brister dessutom i långsiktighet, vilket har lett till att landstingen har haft svårt att planera sitt arbete och också har hanterat medlen olika.

Riksrevisionens slutsats är att regeringen bör överväga att ge rehabiliteringsgarantin en annan utformning eller avveckla den. Regeringen bör värdera hur den kan främja ett ökat fokus på återgång till arbete genom ett strukturerat formellt samarbete mellan berörda myndigheter och departement. Regeringen bör också överväga om den ska finansiera legitimerade psykologer och psykoterapeuter som kan göra psykologiska bedömningar av målgruppen. Inspiration finns att hämta i satsningen på rehabkoordinatorerna.

ISSN 1652-6597

ISBN 978-91-7086-387-5

Beställning:

www.riksrevisionen.se

publikationsservice@riksrevisionen.se

Riksrevisionens publikationsservice

114 90 Stockholm