

Tillgång och resultat. Behandling psykisk ohälsa och ospecifik smärta

ÖVERENSKOMMELSEN 2017



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Sveriges Kommuner och Landsting tecknade en överenskommelse med regeringen 2008 angående Rehabiliteringsgarantin som sedan förlängdes fram till och med 2015. Från 2016 ingår området i ”Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”.

Syftet med överenskommelserna har varit att öka tillgången till behandlingar för kvinnor och män mellan 16-67 år med långvarig ospecifik smärta och/eller med måttlig till medelsvår ångest, depression eller stress. De här diagnoserna är de vanligaste orsakerna till både kort och lång sjukfrånvaro.

Denna rapport beskriver resultatet för 2017 av överenskommelsens villkor 3 på riks- och landsting/regionnivå. Vissa jämförelser görs med resultaten från tidigare år. Rapporten har författats av Clairy Wiholm på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting.

Stockholm 2018-08-28

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för Vård och Omsorg

Innehåll

Ord och begrepp som används i rapporten	6
Sammanfattning	7
MMR-behandlingar och annan behandling för ospecifik smärta.....	8
KBT/IPT och andra behandlingar för psykisk ohälsa	9
Bakgrund.....	10
Metod	11
Resultat 2017	12
Resultat av MMR-behandlingar för ospecifik smärta år 2017	12
Resultat KBT och IPT och andra behandlingar för lättare till medelsvår depression, ångest och stressreaktion.....	14
Könsfördelning i utförda behandlingar	15
Utförare av behandling	16
Kontakter arbetsgivare och arbetsförmedling	17
Utvecklingen över tid för behandling av långvarig smärta och av lindrig och medelsvår psykisk ohälsa	24
Förändring MMR över tid	24
Utvecklingen av MMR 1- och MMR 2-behandlingar för långvarig smärta	24
Förändring KBT/IPT över tid	26
Landstingen/regionernas rapportering, en sammanfattning.....	29
Tillgång till KBT/IPT eller motsvarande behandling	30
Kompetensbehov KBT/IPT	30
Behandling för ospecifik smärta inom ramen för överenskommelsen (MMR) ...	33
Tillgång till MMR1 och MMR2, behandling av långvarig ospecifik smärta.....	35
Tillgodose kompetensen för MMR1 och MMR2 framöver.....	37
Landstingen/regionerna rapporterar	38
Landstinget Blekinge	38
Landstinget Dalarna	39
Region Gotland	41
Region Gävleborg	42
Region Halland.....	44
Landstinget Jämtland/Härjedalen.....	46
Region Jönköping.....	48
Landstinget i Kalmar län.....	50
Region Kronoberg	52
Region Norrbotten	54
Region Skåne	55
Stockholms läns landsting (SLL)	56
Landstinget Sörmland	59

Region Uppsala	61
Landstinget Värmland	63
Västerbotten läns landsting	65
Region Västernorrland	67
Region Västmanland	68
Västragötalandsregionen	70
Region Örebro	72
Region Östergötland	74

Ord och begrepp som används i rapporten

MMR	Multimodal rehabilitering
KBT	Kognitiv beteendeterapi
IPT	Interpersonell psykoterapi, är en strukturerad form av psykoterapi som fokuserar på hur problem i mänskliga relationer medverkar till psykologisk stress, och tvärtom.
EMDR	Eye Movement Desensitization, är en form av så kallad <u>desensibilisering</u> , som används för att behandla <u>PTSD</u> (posttraumatiskt stressyndrom).
PDT	Psykodynamisk eller psykoanalytisk terapi refererar till en rad behandlingar baserade på psykoanalytiska koncept och metoder.
Rehabiliteringsgarantin	Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har under åren 2009–2015 tecknat överenskommelser om en rehabiliteringsgaranti. Målet med rehabiliteringsgarantin var att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder.
Överenskommelsen 2016–2018.	Rehabiliteringsgarantin lades ner 2015 och övergick i ”Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”.
AG	arbetsgivare
AF	Arbetsförmedling
Benign	godartad
FK	Försäkringskassan
KoK	Krav och kvalitetshandbok
LOV modellen	Konkurrensprövning av verksamhet
HÖK	Handläggningsöverenskommelse
Hälsoval/Vårdval	Valfriheten för den enskilde invånaren att välja utförare samt att ersättningen till utföraren följer den enskildes val.
KVÅ	En åtgärds kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård.
PTP psykolog	Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP), ett moment som i Sverige krävs för att erhålla legitimation som <u>psykolog</u> efter genomförd psykologexamen.
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
VC	vårdcentral

Sammanfattning

Alla landsting och regioner erbjuder idag en palett av behandlingsalternativ för personer som lider av lättare och medelsvår psykisk ohälsa och av långvarig smärta i åldrarna 16-67 år. År 2009 erhöll en person per tusen invånare på riksnivå behandling för långvarig ospecifik smärta. År 2016 var motsvarande siffra 1,5 per 1000 invånare. För behandling av lindrig till medelsvår psykisk ohälsa var motsvarande rapportering 4,4 år 2009 med en fördubbling år 2016 (8,3 personer per tusen invånare).

Det ökade antalet av behandlingar har varit möjligt tack vare den överenskommelse om statsbidrag (Rehabiliteringsgarantin) som Sveriges Kommuner och Landsting tecknade 2008. Garantin har utvecklats genom åren och ersätter idag förutom behandling också kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling. En tidig kontakt med arbetsgivaren eller arbetsmarknaden kan minska tiden för sjukskrivning och underlättar återgång i arbete.

För 2017 rapporteras ett oförändrat antal individer per tusen invånare som erhållit behandling för lätt till medelsvår psykisk ohälsa, samtidigt som motsvarande rapporterade uppgifter om personer med långvarig smärta har minskat (0,8 behandlingar per tusen invånare).

Förändringar i Rehabiliteringsgarantin och senare Överenskommelsen har öppnat möjligheten för landstingen och regionerna att få ersättning för andra behandlingsmetoder som inte specifikt ligger inom ramen för multimodal rehabilitering och kognitivbeteende terapi, vilket bidragit till förändringar i landstingens/regionerna rapportering.

De multimodala behandlingarna (MMR) för långvarig smärta ökade stadigt fram till 2013 för att sedan ligga relativt oförändrade fram till och med 2016. År 2017 kan vi se en minskad rapportering. Anledningen till minskningen uppges vara utmaningen att få tag på rätt kompetens i förhållande till kraven för MMR behandling. Flera patienter än tidigare uppges ha en mera komplex problematik och därmed svårare att tillgodogöra sig behandlingen. Minskad ersättning till vårdgivarna, samt ovissheten om vad som händer efter 2018 då statsbidraget kan komma att försvinner har också bidragit till att utbyggnaden av MMR behandlingarna stannat upp eller minskat.

Antalet kognitiva beteende medicinska behandlingar (KBT och liknande) har ökat på riksnivå fram till och med 2015, därefter ser vi en liten minskning i antalet rapporterade behandlingar, samtidigt som andra behandlingsalternativ ökat.

Trots utbildningsinsatser uppges många av landstingen/regionerna att tillgången till KBT/IPT behandling är otillräcklig eller ojämnt fördelad inom regionen, detta uppges speciellt för glesbygds regioner.

Man uppges också att alla behandlingar som genomförts inom KBT och MMR eller liknande behandlingsalternativ *inte* har rapporterats till Försäkringskassan. Anledningen till detta är bland annat att ju fler vårdgivare som är involverade i

behandlingen ju större är risken att själva rapporteringen ”faller mellan stolarna”.

Under de två senaste åren har extra pengar avsatts för att öka vårdens kontakter med arbetsgivare och med arbetsförmedling. De rapporterade kontakterna har ökat något om man jämför 2017 med 2016. Samtidigt uppger landstingen och regionerna att man haft betydligt flera kontakter än som rapporterats. Anledningen till underrapporteringen uppges vara bland annat svårigheter att rapportera kontakter, oklarheter vem som ska rapportera, samt kopplingen mellan behandlingsinsatser och de diagnoser som omfattas av överenskommelsen.

Andelen kvinnor och män som erhållit behandling inom ramen för garantin eller överenskommelsen är oförändrad över tid där kvinnor står för cirka 70 procent av alla behandlingar och män för 30 procent.

Den här rapporten beskriver endast de uppgifter som landstingen/regionerna rapporterat till Försäkringskassan och ger därmed inte hela bilden av mängden behandlingar som getts och kontakter som tagits under de aktuella åren.

MMR-behandlingar och annan behandling för ospecifik smärta

Kort sammanfattning

Multimodal rehabilitering (MMR) innebär en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder. Vårdpersonalen arbetar i team där också patienten ingår. Åtgärderna ska vara samordnade och pågå under längre tid. MMR delas upp i två nivåer, MMR1 som erbjuds inom primärvård och MMR 2 som ofta erbjuds på inom specialistvården.

År 2017 rapporterades totalt 7535 behandlingar för ospecifik smärta i nacke, rygg och axlar, som utförts inom ramen för överenskommelsen. Här ingår, förutom MMR, beteendemedicinskt behandlingsprogram, aktiv specifik sjukgymnastikledd träning samt annan smärtbehandling. Av dessa var 5432 MMR 1- och MMR 2-behandlingar, en minskning från föregående år med drygt 3000 behandlingar. Däremot ökade antalet andra smärtbehandlingar med 305 stycken till 2103 jämfört med 1798 år 2016.

På riksnivå var antalet individer/per 1000 invånare, som fick MMR-behandling i åldern 16–67 år, 0,8. Detta är en minskning jämfört med 2016, då antalet individer var 1,5 per tusen invånare (denna siffra baseras på antal behandlingar per 1000 invånare i åldrarna 16–65 år).

Sett över tid ökade MMR-behandlingarna mellan 2009 och 2013. Därefter låg antalet behandlingar för hela riket på en relativt oförändrad nivå, för att minska avsevärt 2017. Den största minskningen har skett inom MMR 2.

På landstingsnivå har tolv landsting/regioner rapporterat ett minskat antal MMR-behandlingar jämfört med 2016. Åtta landsting har ökat antalet behandlingar och ett landsting rapporterar oförändrat resultat. Orsaker till minskningen i antal rapporterade MMR -behandlingar uppges vara personalbrist, färre MMR-team och fler patienter med komplex problematik,

som har svårt att tillgodogöra sig behandlingen. Vidare uppger landstingen/regionerna att sänkt ersättning till vårdgivarna och ovisshet om vad som händer efter 2018 gällande det statliga stödet är en bidragande orsak till minskningen.

KBT/IPT och andra behandlingar för psykisk ohälsa

Kort sammanfattning

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn för olika former av psykoterapier med utgångspunkt i *kognitiv psykologi* och *inlärningspsykologi*.

År 2017 rapporterades 54 222 KBT- och IPT behandlingar, en ökning med drygt 1600 behandlingar jämfört med året innan. Samtidigt som KBT har ökat något har också flera landsting/regioner rapporterat en ökning av andra behandlingar jämfört med 2016. Internet-KBT (IKBT) har ökat från 230 behandlingar 2016 till **1678** behandlingar år 2017.

År 2016 var det sju landsting som rapporterade IKBT och 2017 var det nästan en fördubbling av rapporterade landsting/regioner (13). Små öknings har rapporterats när det gäller Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMD), en psykoterapibaserad behandling, psykodynamisk terapi (PDT), samt annan psykologisk behandling jämfört med 2016, men flera landsting/regioner rapporterar dessa jämfört med 2016.

På riksnivå var antalet individer per tusen invånare i åldrarna 16–67 år, som erhållit KBT- och IPT-behandlingar 8,3 oförändrat jämfört med 2016.

På landstings-/regionnivå har 13 landsting år 2017 rapporterat fler genomförda KBT- och IPT behandlingar jämfört med året innan. Åtta landsting/regioner har rapporterat ett minskat antal behandlingar än året innan.

Trots ökningen och utbildningssatsningar uppger de flesta landsting/regioner en brist på främst KBT steg-1 kompetens. *För mera detaljerad information se sida 29.*

Fördelning på kön

Fördelningen av andelen kvinnor respektive män som erhållit behandlingar inom garantin eller överenskommelsen är relativt oförändrad över tid, där kvinnor står för drygt 70 procent av genomförda behandlingar.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Antalet rapporterade kontakter med arbetsgivare var år 2017 på riksnivå 3592 stycken, en ökning med 435 kontakter jämfört med 2016. Antalet kontakt med arbetsförmedlingen var 544, en ökning med 136 kontakter jämfört med 2016. En orsak till den relativt låga ökningen har uppgetts vara att alla kontakter inte rapporterats. Orsaken till detta är bl.a. att ersättningen tillhandahålls enbart när vården kontaktat AG/AF och gjort en aktiv insats, inte när initiativet kommer från yttre part. För mer detaljerad information se sida 17.

Vårdgivare

År 2009 utförde privata vårdgivare drygt 30 procent av behandlingarna inom garantin och de offentliga knappt 70 procent. Efter att vårdval infördes år 2010 har antalet privata vårdgivare ökat. Fram till och med 2016 har cirka 63 procent av alla behandlingar utförts av privata vårdgivare. Under 2017 har behandlingar utförda av offentliga vårdgivare ökat och uppgår till 44 procent och de privata vårdgivarna står för 56 procent.

Bakgrund

Rehabiliteringsgarantin har förlängts och utvecklats genom åren. År 2015 lades rehabiliteringsgarantin ner, men kom in som ett eget villkor (villkor 4) i en ny överenskommelse ”En kvalitetssäker sjukskrivning- och rehabiliteringsprocess” (dnr S2015/08163/SF) för åren 2016 - 2018. Regeringen och SKL bedömde att tillgången för sådana rehabiliterings- och behandlingsinsatser behövde fortsatt stimuleras. För att i ökad utsträckning främja patientens återgång i arbete behöver kontakterna med arbetsgivare och arbetsförmedlingen i samband med behandlingarna stimuleras särskilt.

Det har skett successiva förändringar i statsbidraget genom åren. De mest omfattande kom 2012. Från att landstingen/regionerna tidigare rapporterade alla påbörjade behandlingar ändrades kravet till att de endast skulle rapportera avslutade behandlingar. En annan förändring var att patienten skulle få minst 10-15 behandlingstillfällen för KBT för att det skulle kunna rapporteras in. Tidigare var antalet behandlingar inte definierat i villkoren för utbetalning.

En tredje nyhet var att landstingen skulle rapportera den multimodala rehabiliteringen i två olika nivåer, med tydligare krav på respektive nivå och där nivåerna gav olika mycket i ersättning. Nivåerna kom att kallas MMR 1 och MMR 2.

Överenskommelsen ”En kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” för åren 2016–2018 omfattade för 2016 fyra områden, så kallade ”villkor”. Villkor 4 beskrev insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Ersättningen per landsting/region baserades på landstingets andel i förhållande till befolkningmängden, oberoende antal behandlingar. Antalet behandlingar per landsting ska inrapporteras till Försäkringskassan. Antalet arbetsgivarkontakter och kontakter med arbetsförmedling rapporteras separat och landstingen får ersättning för antalet genomförda kontakter. Överenskommelsen för 2017 var identisk med den för 2016 med enda undantaget att insatserna för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta definierades i villkor 3.

Storleken på statsbidraget till Rehabiliteringsgarantin och senare överenskommelsen har varierat över åren, se nedan.

År	Ersättning	Specificerad ersättning
2009	560 MKR	
2010	960 MKR	
2011	960 MKR	
2012	900 MKR	100 MKR forskning och utveckling
2013	948 MKR	52 MKR forskning och utveckling
2014	725 MKR	25MKR forskning och utveckling
2015	712 MKR	38 MKR forskning och utveckling
2016 villkor 4	500 MKR	*50 MKR för kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling
2017 villkor 3	500 MKR	*50 MKR för kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

*Ytterligare 50 miljoner kronor avsattes för behandlingar där kontakt, efter samtycke med patienten, har tagits med arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen. Landstingen/regionerna fick ersättning med 3000 kronor per patient. Avsikten med kontakten är i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifterna eller rehabiliteringsinsatserna för att främja patientens återgång i arbete. Syftet med ersättningen till landstingen är att stimulera ökade kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling. De faktiska kostnaderna för sådana kontakter kan således vara både högre och lägre.

Metod

Resultatet som presenteras i denna rapport baseras på de uppgifter som landstingen/regionerna lämnat till Försäkringskassan kvartalsvis under det aktuella året. Vissa landsting/regioner har valt att inte rapportera alla typer av behandlingar som levererats inom ramen för överenskommelsen. Detta gör att det faktiska antalet behandlingar som landstingen/regionerna genomfört, enligt definitionen i Överenskommelsen, villkor, 3 (4) inte kan rapporteras i denna sammanställning. Vidare används Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik 2017 avseende antalet invånare (16-67 år) för att beräkna antal individer per 1000 invånare som erhållit behandlingar i respektive landsting/region.

De analyser som gjorts baseras på data från Försäkringskassan och på svaren från den enkät som skickats till alla landsting/regioner med frågor om bl.a. tillgång till behandling samt hur man ser på behovet att öka kompetensen för behandlarna.

Rapporten innehåller ingen information om effekten av de behandlingar och kontakter som definierats i överenskommelsen. Den innehåller inte heller det totala antalet utförda behandlingar som landstinget/regionerna genomfört.

Resultat 2017

I det här avsnittet presenteras resultaten för MMR och annan smärtbehandling, KBT och IPT samt annan behandling för lättare och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner inom ramen för överenskommelsen 2017 (villkor 3). Vidare presenteras uppgifter om könsfördelning, vårdgivare, samt kontakt med arbetsgivare eller arbetsförmedling. Resultaten presenteras på landstings-/regionnivå och på riksnivå.

Resultat av MMR-behandlingar för ospecifik smärta år 2017

Alla landsting/regioner har rapporterat in antal genomförda behandlingar inom MMR1 och MMR 2. Avsaknaden av uppgifter för de övriga behandlingsalternativen för ospecifik smärta, inom ramen för överenskommelsen kan bero på att man inte erbjudit de behandlingarna eller att man valt att inte rapportera. Beslutet att inte rapportera har uppgetts bero på att det är svårt att kontrollera att behandlingarna verkligen ligger inom ramen för beskriven evidens definierade i t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller i SBU rapporter. En annan orsak som lyfts fram är att den tilldelade taksumman inte räcker till för andra behandlingsalternativ. Osäkerheten kring vad som kommer att gälla efter 2018 uppges påverka besluten att inte bygga upp administrationen kring ändrad inriktning som t.ex. rapportering av kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

I tabell 1 presentas landstingens rapportering av MMR samt andra behandlingar för smärta.

Tabell 1. Resultat 2017 MMR 1, MMR 2 och annan smärtbehandling inom ramen för överenskommelsen, villkor 3. Antal individer per 1000 invånare som fått behandling rapporteras endast för MMR totalt.

Landsting/ region	MMR1	MMR2	MMR totalt		Per 1000 inv.	Beteende medicinsk behandling	Aktiv specifik träning	Annan smärt- behandling
Blekinge	24	117	141		1,4	0	0	0
Dalarna	134	75	209		1,2	0	0	0
Gotland	0	8	8		0,2	0	0	0
Gävleborg	11	69	80		0,4	0	55	0
Halland	44	0	44		0,2	0	48	0
Jämtland	43	40	83		1	5	85	0
Jönköping	92	48	140		0,6	0	296	0
Kalmar	2	14	16		0,1	0	0	0
Kronoberg	2	45	47		0,4	3	55	1
Norrbottn	111	75	186		1,2	0	0	0
Skåne	0	645	645		0,7	0	0	0
Stockholm	99	1517	1616		1,0	0	0	0
Södermanland	9	56	65		0,4	169	1011	301
Uppsala	173	119	292		1,2	0	0	0
Värmland	6	224	230		1,3	2	0	0
Västerbotten	99	71	170		1	0	0	0
Västernorrland	29	60	89		0,5	20	32	2
Västmanland	7	103	110		0,7	0	2	1
Västra Götaland	216	613	829		0,8	0	0	0
Örebro	108	28	136		0,7	0	15	0
Östergötland	151	145	296		1	0	0	0
Summa	1360	4072	5432		0,8	199	1599	305

Resultat KBT och IPT och andra behandlingar för lättare till medelsvår depression, ångest och stressreaktion

Alla landsting/regioner har rapporterat antal utförda behandlingar inom KBT och IPT. Avsaknaden av uppgifter för de övriga behandlingsalternativen för lättare och medelsvår depression, ångest och stressreaktion inom ramen för överenskommelsen kan bero på att man inte erbjudit andra behandlingar, eller valt att inte rapportera.

Tabell 2. Resultat för KBT, IKBT, IPT, PDT, EMD samt annan psykologisk behandling inom ramen för överenskommelsen 2017, villkor 3. Antalet individer per 1000 invånare som fått behandling har rapporterats endast för KBT och IPT.

Landsting/region	KBT/IPT per 1000 inv.	KBT	IKBT	IPT	PDT	EMD	Annan psykologisk behandling
Blekinge	5,6	557	0	0	0	0	0
Dalarna	3,5	620	382	0	0	0	0
Gotland	16,6	615	0	0	47	0	0
Gävleborg	6,2	1099	99	14	89	0	0
Halland	5,1	1018	0	14	133	1	0
Jämtland	3,2	239	28	21	23	0	13
Jönköping	5,5	1172	180	74	0	0	0
Kalmar	7,7	1162	0	2	0	0	0
Kronoberg	2,1	262	2	0	0	0	2
Norrbottn	7,4	1191	0	0	0	0	0
Skåne	15,5	13 145	0	298	3924	0	0
Stockholm	7,7	11 556	0	293	890	0	23
Södermanland	12,2	2165	36	54	70	5	233
Uppsala	5,7	1288	0	85	56	0	0
Värmland	4,1	722	101	0	0	0	0
Västerbotten	2,8	483	28	0	0	0	165
Västernorrland	4,6	714	5	1	0	0	41
Västmanland	13,4	2290	6	0	15	1	5
Västra Götaland	9,4	9994	90	420	4420	0	0
Örebro	3,5	658	114	0	83	0	16
Östergötland	6,8	1873	607	123	510	141	0
Summa	8.3	52 823	1678	1399	10 260	148	498

Könsfördelning i utförda behandlingar

Antalet kvinnor och män som erhållit behandling för ospecifik smärta och/eller lättare och medelsvår depression, ångest eller stressreaktion är relativt oförändrat jämfört med 2016 och tidigare år.

Tabell 3. Antal män och kvinnor som erhållit behandling inom ramen för överenskommelsen, villkor 3 under 2017.

Landsting region	Man	Kvinna
Blekinge	178	520
Dalarna	276	935
Gotland	201	469
Gävleborg	354	1082
Halland	350	908
Jämtland	93	404
Jönköping	507	1355
Kalmar	294	886
Kronoberg	78	294
Norrboten	323	1054
Skåne	4345	10 519
Stockholm	3748	10 629
Södermanland	1107	3002
Uppsala	427	1294
Värmland	291	764
Västerbotten	211	635
Västernorrland	232	672
Västmanland	696	1734
Västra Götaland	4757	10 996
Örebro	243	779
Östergötland	989	2561
Summa	19 700	5 1492
Andel i procent	28	72

Utförare av behandling

Drygt 55 procent av alla behandlingar 2017 har utförts av privata vårdgivare. Detta är en minskning jämfört med 2016, samtidigt som de offentliga vårdgivarna har ökat med 7 procent.

Tabell 4. Antal behandlingar inom ramen för överenskommelsen, villkor 3 som erhållits via privat eller offentlig vårdgivare.

Landsting/region	Privat	Offentlig
Blekinge	327	371
Dalarna	200	1011
Gotland	204	466
Gävleborg	413	1023
Halland	811	447
Jämtland	26	471
Jönköping	670	1192
Kalmar	1024	156
Kronoberg	246	126
Norrbottn	295	1082
Skåne	13 540	1324
Stockholm	11 319	3059
Södermanland	1157	2952
Uppsala	1203	518
Värmland	338	717
Västerbotten	144	702
Västernorrland	287	617
Västmanland	1395	1035
Västra Götaland	5524	10 229
Örebro	106	916
Östergötland	898	2652
Summa	40 127	31 066
Andel i procent	56	44

Kontakter arbetsgivare och arbetsförmedling

I överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” för 2017–2018 har ytterligare 50 miljoner kronor avsatts för behandlingar där kontakt, efter samtycke med patienten, tas med arbetsgivare eller arbetsförmedling. Syftet med dessa kontakter är att underlätta återgång i arbete efter sjukskrivning samt om möjligt minska tiden för sjukskrivning. Ersättningen per patient är 3 000 kronor. Antalet rapporterade kontakter presenteras i figur 1–4. Under 2017 utbetalades 12 408 000 kronor till landstingen/regionerna enligt ersättning 4b.

För att få en förståelse för de uppgifter som rapporterats när det gäller antal kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling har vi begärt ytterligare information från landstingen/regionerna. Landstingens/regionernas kommentarer finns att läsa i kapitlet *Landstingens/regionernas rapportering*.

Sammanfattningsvis kan konstateras att landstingen/regionerna genomfört fler kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling under 2017 jämfört med 2016 och att kontakterna sannolikt är fler än de som rapporterats.

Under 2017 rapporterades 3592 kontakter med arbetsgivare och 544 kontakter med arbetsförmedlingen. En ökning med 435 arbetsgivarkontakter och med 136 kontakter med arbetsförmedlingen jämfört med året innan.

Nedan presenteras ett utdrag av landstingens/ regionernas kommentarer när det gäller arbetsgivarkontakter och kontakt med arbetsförmedling

- Kopplingen till behandlingsinsatser och de diagnoser som är aktuella där (som redovisas enligt villkor 3) för patientgrupperna uppges vara begränsande för att redovisa alla arbetsgivarekontakter (AG) och arbetsförmedlingskontakter (AF) man faktiskt tar.
- Ersättningen tillhandahålls enbart när vården kontaktat AG/AF och gjort en aktiv insats, inte när initiativet kommer från yttre part.
- Arbetet är arbetskrävande och resulterar inte sällan i ett ytterligare behov av läkarkontakt/trepartssamtal, där det inte alltid räcker med rehabiliteringskoordinators insats. Tiden för detta är svårt att få till.
- Antalet kontakter är dock sannolikt fler än de redovisade. Det tas fler arbetsgivarkontakter i verksamheterna än vad som rapporteras in i de underlag som ligger till grund för ersättningen. Det kan handla om att patienten inte ”uppfyller” de villkor som krävs för ersättning, eller att man helt enkelt av olika anledningar inte registrerar kontakten i de formulär som sedan skickas in till Försäkringskassan. Exempelvis tar läkare kontakt med arbetsgivare utan att det alltid registreras.
- Hur välutvecklad organisationen för funktionen för rehabilitering är på vårdenheten och samarbetsformerna mellan samtalsbehandlare och rehabiliteringskoordinator bedöms ha betydelse för rapporteringen.
- Ju längre tid som går mellan kontakt och inrapportering ju större sannolikhet är det att kontakten tappas i redovisningen.
- De medel som prognostiserades för regionen bedöms inte alltid svara mot den insats av administrativ karaktär, som skulle krävas. Därför har några landsting/regionen inte gjort någon inrapportering och kommer heller inte att göra anspråk på dessa medel i överenskommelsen.

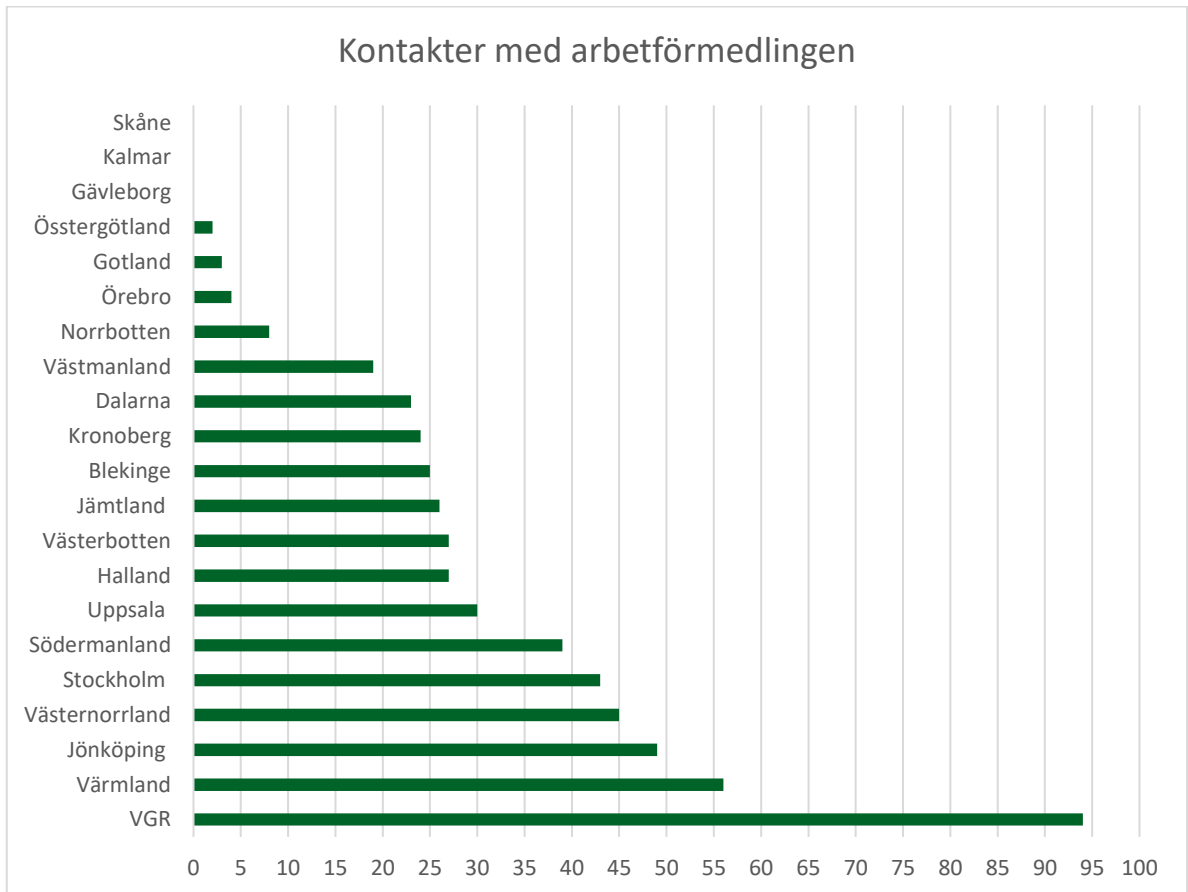
- Eftersom redovisningen är kopplad till "rehabiliteringsgarantin" MMR, KBT etc. så visar sammanställningen från Försäkringskassan bara de kontakter som tas i samband med rehabiliteringsprogrammen. Många arbetsgivarkontakter sker utanför rehabiliteringsprogrammen och ligger därmed utanför redovisningen.
- Vårdgivare som levererar inom ramen för "rehabgarantin" uppger att de efterfrågar kontakt med AG/AF när det är relevant, men att det inte är ovanligt att patienten av olika skäl inte ger detta samtycke.

I figurerna nedan presenteras antal arbetsgivarkontakter och kontakter med arbetsförmedlingen genomförda 2017. Beroende på skalan faller de uppgifter som är mindre än 10 tagna kontakter bort i figur 1. För en mera detaljerad information se tabell 5.



Figur 1. Antal kontakter med arbetsgivare där Skåne rapporterar 0 tagna arbetsgivarkontakter. Stockholm har rapporterat flest kontakter. Det totala antalet rapporterade arbetsgivarkontakter på riksnivå är 3592 stycken

Totalt har 544 kontakter med arbetsförmedlingen rapporterats, en ökning med 25 procent jämfört med 2016. Tre landsting/regioner (Gävleborg, Kalmar och Skåne) har inte rapporterat några kontakter med arbetsförmedlingen. Detta behöver inte betyda att inga kontakter tagits. Som tidigare beskrivits i rapporten kan frånvaron av rapportering bero på olika skäl.



Figur 2 visar antal tagna kontakter med arbetsförmedlingen per landsting/region år 2017.

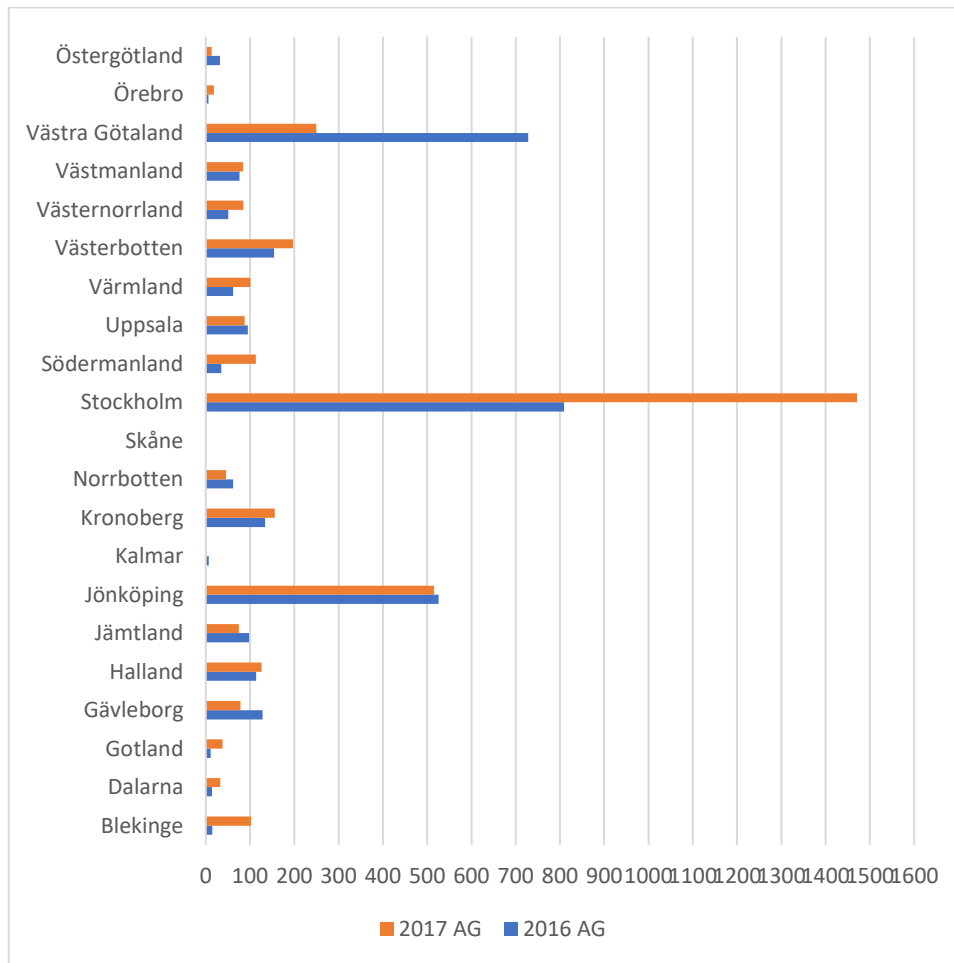
I tabell 5 visas det exakta antalet arbetsgivarkontakter och kontakter med arbetsförmedlingen per landsting/region.

Tabell 5. Antal rapporterade kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling per respektive landsting/region (2017).

Landsting/region	Arbetsgivarkontakter	Arbetsförmedling
Skåne	0	0
Kalmar	2	0
Östergötland	13	2
Örebro	18	4
Dalarna	33	23
Gotland	38	3
Norrbottn	46	8
Jämtland	75	26
Gävleborg	78	0
Västmanland	84	19
Västernorrland	85	45
Uppsala	88	30
Värmland	101	56
Blekinge	102	25
Södermanland	113	39
Halland	126	27
Kronoberg	156	24
Västerbotten	197	27
Västra Götaland	250	94
Jönköping	516	49
Stockholm	1471	43

Förändringen av tagna kontakter med arbetsgivare och med arbetsförmedling mellan år 2016 och 2017 för respektive landsting visas i figurerna 3 och 4. De flesta landsting/regioner har rapporterat en förändring sedan 2016. De största förändringarna finns inom VGR som minskat antalet arbetsgivarkontakter 2017 samt Stockholm som har ökat antalet kontakter.

Antal rapporterade arbetsgivarkontakter 2016 och 2017.

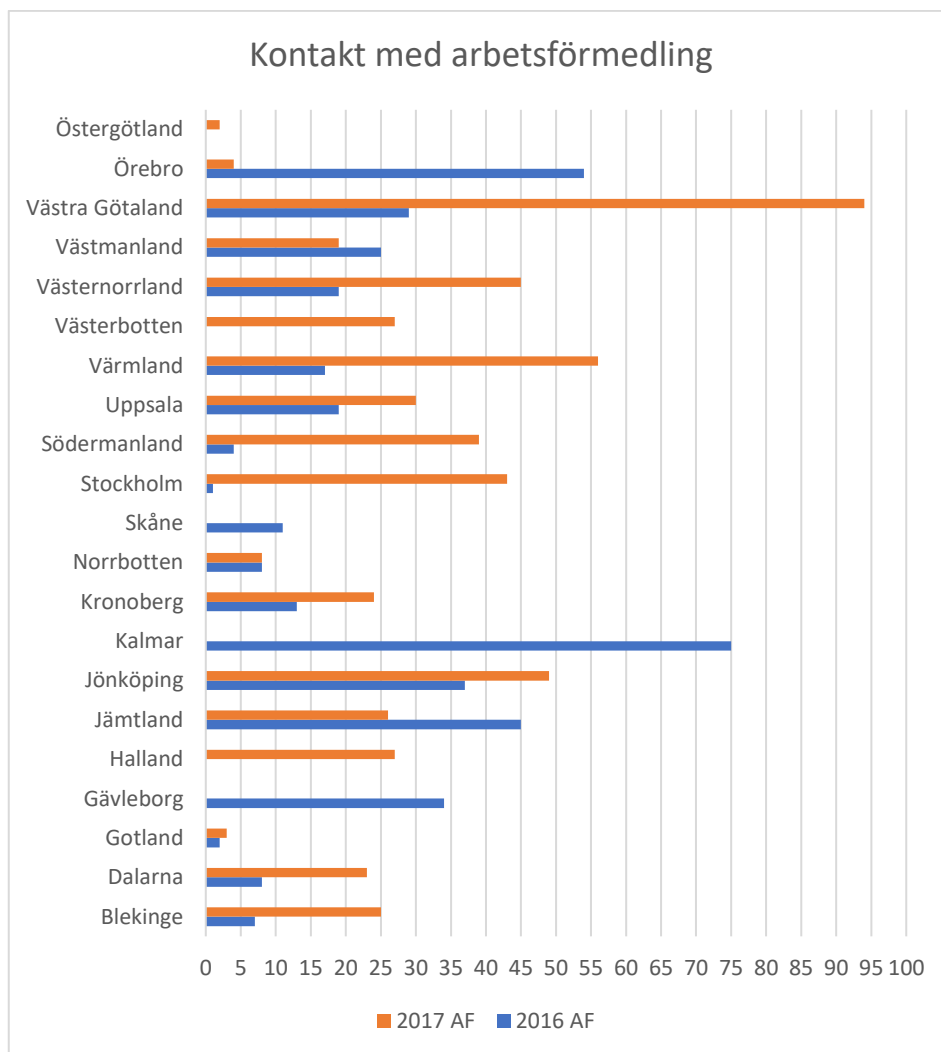


Figur 3 visar förändringen i antal rapporterade arbetsgivarkontakter mellan 2016 och 2017.

Antal rapporterade kontakter med arbetsförmedlingen 2016 och 2017.

Alla landsting/regioner förutom Kalmar och Skåne har rapporterat kontakter med arbetsförmedlingen under 2017. De flesta av landstingen/regionerna visar på en ökad rapportering. Som tidigare beskrivits så har även de landsting/regioner som inte rapporterat kontakter med arbetsförmedling de facto haft kontakter utan att man rapporterat eller begärt ersättning från överenskommelsen.

Region Östergötland, Region Halland, Västerbotten läns landsting (VLL) samt region Östergötland har 2016 inte inkommit med några rapporterade kontakter med arbetsförmedling. Däremot har kontakter tagits under 2017 av alla de tre regionerna och VLL



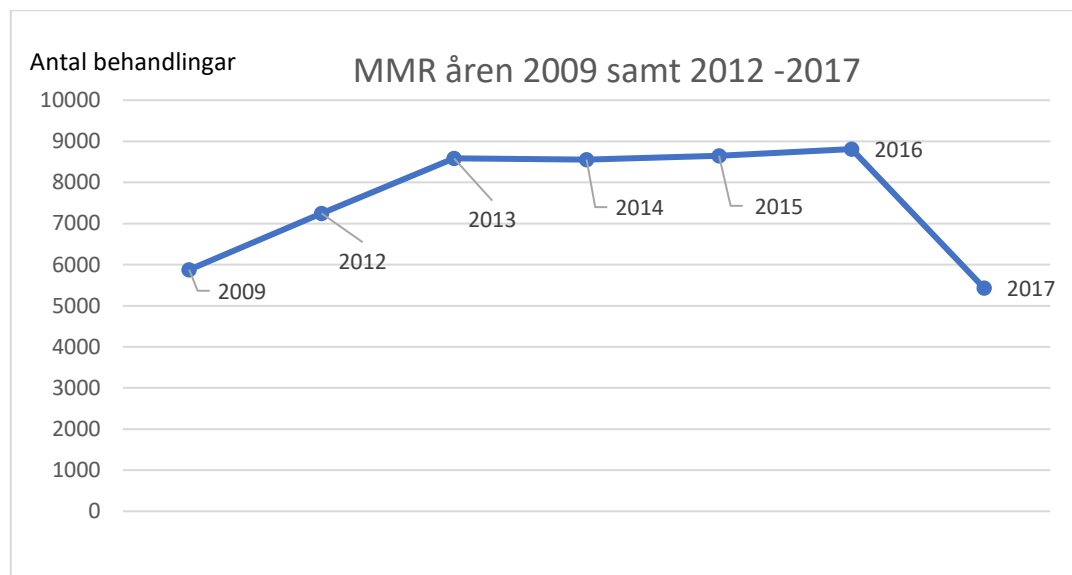
Figur 4 visar rapporterade kontakter med arbetsförmedlingen år 2016 och 2017. Gävleborg, Kalmar och Skåne har inte rapporterat några kontakter med Arbetsförmedlingen 2017

Utvecklingen över tid för behandling av långvarig smärta och av lindrig och medelsvår psykisk ohälsa

Förändring MMR över tid

Sammanställningen av antal rapporterade MMR-behandlingar för åren 2009–2017, med undantag för åren 2010 och 2011, visar en ökning av antalet behandlingar fram till och med 2013. Därefter sker små förändringar fram till 2016. Under 2017 rapporteras en kraftig minskning av MMR-behandlingar totalt, *se figur 5*. Anledningen till minskningen har rapporterats vara bl.a. brist på personal, osäkerheten om vad som händer efter 2018 när statsbidraget försvinner samt färre avtal med privata vårdgivare.

Utvecklingen av MMR 1- och MMR 2-behandlingar för långvarig smärta



Figur 5 visar förändringen av antal levererade MMR-behandlingar på riksnivå över tid.

Antalet individer på riksnivå, beräknat per 1000 invånare i arbetsför ålder, som erhållit MMR-behandlingar har efter en relativt stabil nivå mellan åren 2013 till och med 2016 minskat med 0,7 individer per 1000 invånare under 2017¹.

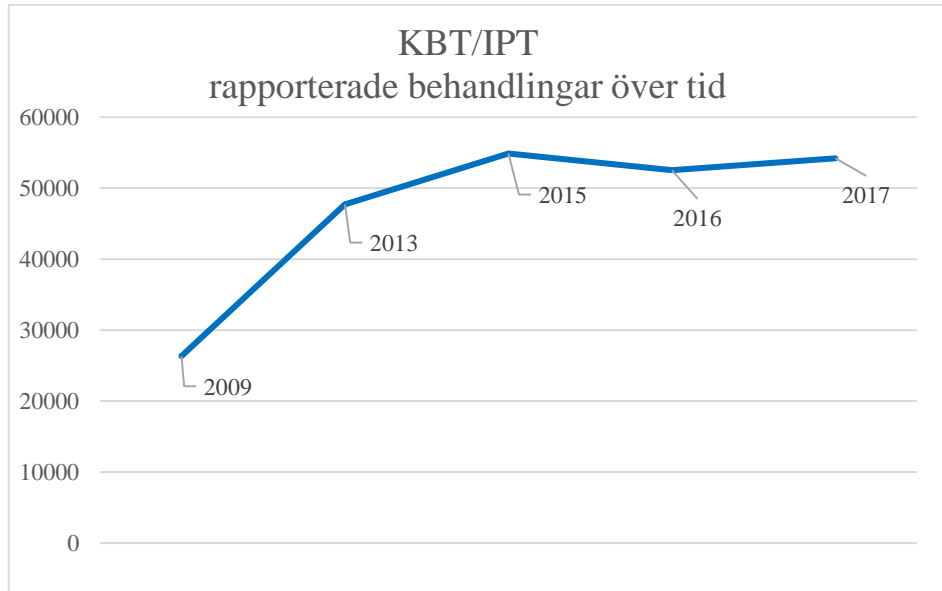
Tabell 6 visar antal MMR behandlingar under åren 2009, 2013–2017 samt antal individer per 1000 invånare som under samma perioder erhållit behandling.

Landsting / Region	2009		2013		2015		2016		2017	
	MMR totalt	MMR 1000 inv.	MMR totalt	MMR 1000 inv.	MMR totalt	MMR 1000 inv.	MMR/ totalt	MMR 1000 inv.	MMR/ totalt	MMR 1000 inv.
Blekinge	199	2,1	167	1,8	179	1,2	139	1,5	141	1,4
Dalarna	279	1,6	241	1,4	191	0,7	110	0,7	209	1,2
Gotland	0	0	51	1,4	18	1,1	8	0,2	8	0,2
Gävleborg	124	0,7	276	1,6	281	1	186	1,1	80	0,4
Halland	103	0,5	171	0,9	144	0,5	30	0,2	44	0,2
Jämtland	163	2	162	2,1	164	1,3	183	2,4	83	1
Jönköping	205	1	289	1,4	234	0,7	180	0,8	140	0,6
Kalmar	108	0,7	390	2,7	110	0,5	24	0,2	16	0,1
Kronoberg	138	1,2	218	1,9	153	0,8	85	0,7	47	0,4
Norrbottn	199	1,2	234	1,5	227	0,9	208	1,3	186	1,2
Skåne	747	0,9	1729	2,1	2257	1,8	4153	5,1	645	0,7
Stockholm	1706	1,3	1433	1	1728	0,8	1377	0,9	1616	1
Sörmland	123	0,7	182	1,1	114	0,4	89	0,5	65	0,4
Uppsala	177	0,8	343	1,5	373	1,1	343	1,5	292	1,2
Värmland	180	1,1	189	1,1	439	1,6	251	1,5	230	1,3
Västerbotten	180	1,1	189	1,1	224	0,9	79	0,5	170	1
Västernorrland	107	0,7	186	1,3	195	0,8	11	0,1	89	0,5
Västmanland	197	1,2	137	0,8	125	0,5	163	1	110	0,7
VGR	592	0,6	1509	1,5	1033	0,6	966	0,9	829	0,8
Örebro	153	0,9	174	1	175	0,6	87	0,5	136	0,7
Östergötland	199	0,7	313	1,1	287	0,6	140	0,5	296	1
Hela riket	5879	1	8583	1,4	8651	1,4	8812	1,5	5432	0,8

¹ År 2017 har beräkningarna baserats på uppgifter av antalet personer i åldrarna 16–67 år. Tidigare beräkningar har gjorts på uppgifter av antalet personer i åldrarna 16–65 år.

Förändring KBT/IPT över tid

Sammanställningen av antal KBT- och IPT behandlingar över tid mellan åren 2009 till och med 2017 med undantag för 2010–2012, visar en ökning av antal behandlingar fram till och med 2015, därefter en marginell minskning 2016. För 2017 rapporteras samma nivåer som 2015, se figur 6.



Figur 6 presenterar förändringen av KBT- och IPT behandlingar över tid för åren 2009 samt 2013-2017.

Åtta landsting/regioner har rapporterat något färre KBT/IPT behandlingar 2017, och 13 har ökat antalet KBT/IPT behandlingar för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa. Samtidigt har antalet andra behandlingar ökat med 2474 stycken jämfört med 2016. Den största ökningen ses för IKBT som ökat från 230 rapporterade behandlingar 2016 till 1678 år 2017, en ökning med 1448 behandlingar.

Tabell 7 visar antal rapporterade KBT- och IPT behandlingar per landsting/region under år 2009, 2013 samt 2015–2017. Vidare presenteras antal individer per 1000 invånare som erhållit behandling för samma år.

	2009		2013		2015		2016		2017	
Landsting/ Region	KBT, IPT	Per 100 0 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KPT, IPT	Per 100 0 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.
Blekinge	444	4,6	627	6,7	472	5,1	478	5,1	557	5,6
Dalarna	947	5,1	976	5,7	1242	7,3	1041	6,2	620	3,5
Gotland	162	4,4	298	8,4	244	7	440	12,6	615	16,6
Gävleborg	986	5,6	1608	9,4	1079	6,3	1110	6,5	1113	6,2
Halland	477	2,5	1345	7,1	1430	7,5	908	4,7	1032	5,1
Jämtland	511	6,3	299	3,8	235	3	509	6,6	260	3,2
Jönköping	1051	4,8	1081	5,1	1566	7,4	1427	6,7	1246	5,5
Kalmar	332	2,2	875	6,1	762	5,3	1196	8,4	1164	7,7
Kronoberg	444	3,8	436	3,7	434	3,7	242	2,1	262	2,1
Norrbotten	576	3,6	598	3,8	611	3,9	1026	6,6	1191	7,4
Skåne	2149	2,7	12 175	15	14 679	17,9	14 271 ²	17,2 ²	13 443	15,5
Stockholm	2487	1,8	7573	5,3	12 204	8,5	11 316	7,8	11 849	7,7
Sörmland	1174	6,9	1593	9,4	1596	9,3	2278	13,3	2219	12,2
Uppsala	1038	4,6	1189	5,3	1175	5,2	1216	5,4	1373	5,7
Värmland	811	4,6	1138	6,7	1068	6,3	823	4,9	722	4,1
Västerbotten	289	1,7	403	2,4	764	4,6	223	1,3	483	2,8
Västernorrland	334	2,1	591	4	913	6,2	28	0,2	715	4,6
Västmanland	1269	7,9	1186	7,3	1243	7,7	1782	11	2290	13,4
VGR	8942	8,5	11 153	10,7	11 359	10,9	10 853	10,4	10 414	9,4
Örebro	1107	5,9	752	4,2	693	3	410	2,3	658	3,5
Östergötland	810	2,9	1830	6,6	1115	4	947	3,4	1996	6,8
Riket totalt	26 340	4,4	47 726	6,5	54 884	8,9	52 524²	8,3²	54 222	8,3

² *Dessa uppgifter har korrigerats på uppdrag av Region Skåne. Antal behandlingar och antal individer per 1000 invånare i arbetsför ålder har p.g.a. korrigeringen räknats om i denna tabell. Bör beaktas om man jämför med rapporten för utfallet 2016.

Tabell 8 visar andra behandlingar för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa som landstingen/regionerna rapporterat inom ramen för överenskommelsen 2017 (villkor 3).

Landsting/ region	IKBT	PDT	EMD	Annan psykologisk behandling
Blekinge	0	0	0	0
Dalarna	382	0	0	0
Gotland	0	47	0	0
Gävleborg	99	89	0	0
Halland	0	133	1	0
Jämtland	28	23	0	13
Jönköping	180	0	0	0
Kalmar	0	0	0	0
Kronoberg	2	0	0	2
Norrboten	0	0	0	0
Skåne	0	3924	0	0
Stockholm	0	890	0	23
Södermanland	36	70	5	233
Uppsala	0	56	0	0
Värmland	101	0	0	0
Västerbotten	28	0	0	165
Västernorrland	5	0	0	41
Västmanland	6	15	1	5
Västra Götaland	90	4420	0	0
Örebro	114	83	0	16
Östergötland	607	510	141	0
Summa	1678	10 260	148	498

Landstingens och regionernas rapportering, en sammanfattning

Information om hur landstingen/regionerna arbetat med villkor 3 i överenskommelsen, samlades in via en enkät som besvarades av processledarna. Svaren har sammanställts till ett dokument per landsting/region som beskriver hur man organiserat behandlingsverksamheten, hur tillgången bedöms, hur man bedömer behovet av kompetensutveckling samt hur arbetet med att kontakta arbetsgivare och arbetsförmedling fortlöpt.

Nedan rapporteras hur landstingen/regionerna *organiserat* sina behandlingar för psykisk ohälsa inom ramen för överenskommelsen. Tolv landsting/regioner har uppgett att behandlingarna finns i hälsovalet och i vårdcentralernas grundavtal.

Tabell 9 visar hur man organiserat KBT/IPT-verksamheten i de olika landstingen/regionerna

Landsting/region	Organisation för KBT/IPT
Blekinge	KBT ingår i uppdraget för primärvård/hälsoval och ska därmed finnas som behandlingsalternativ vid samtliga vårdcentraler
Dalarna	KBT finns på alla VC
Gävleborg	Verksamheten för KBT/IPT ligger i vårdcentralernas grunduppdrag
Gotland	KBT finns på alla vårdcentraler
Halland	Verksamheten för KBT/IPT ligger i vårdcentralernas grunduppdrag
Kalmar	Tidigare har resurserna funnits dels, som anslagsfinansierade psykologer inom primärvårdförvaltningen, dels inom ett vårdval för KBT.
Kronoberg	KBT finns i hälsoval.
Norrbottnen	Ansvaret för denna patientgrupp finns i primärvården.
Skåne	KBT, IPT samt PDT finns inom Vårdval Psykoterapi på primärvårdsnivå
Stockholm	Psykologisk behandling som KBT infört i psykosociala uppdraget i vårdvalet för husläkarverksamhet
Sörmland	KBT finns i hälsovalet
Uppsala	Psykologisk evidensbaserad intervention ska finnas på alla vårdcentraler och inom psykiatri
Värmland	KBT finns i hälsovalet

Västmanland	Finns på varje vårdcentral, offentlig och privat och inom psykiatri
VGR	KBT och IPT ingår i uppdraget till vårdcentralerna
Jämtland	På hälsocentraler inom Hälsovalet.
Jönköping	Vårdcentralerna ska enligt avtal erbjuda insatser från ett psykosocialt team.
Västerbotten	Primärvården har uppdraget att utveckla grupprogram inte bara behandling. Specialistvården (stressrehab) har längre program för stress/utmattning.
Västernorrland	Vårdcentralerna ska kunna erbjuda behandling med KBT- inriktning.
Örebro	Överenskommelse i Hälsovalet
Östergötland	Vårdcentraler och ungdomshälsor.

Tillgång till KBT/IPT eller motsvarande behandling

Följande landsting/regioner har uppgett att tillgången är god eller tillräcklig: (Sörmland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Dalarna, Gotland och Blekinge). En *otillräcklig* tillgång på behandlingar har rapporterats av följande landsting/regioner: Örebro, Västmanland, Västernorrland, Västra Götalandsregionen, Halland, Stockholm och Uppsala. Några av landstingen/regionerna har uppgett att det är svårt att bedöma om tillgången på behandling varit tillräcklig. Trots en utbyggnad av behandlingar inom flera landsting/regioner har den ökade efterfrågan gjort att utbudet sannolikt inte är tillräckligt, eller ojämnt fördelat. I glesbygden har internet-KBT utvecklats som ett komplement till den ordinarie KBT-behandlingen. Svårigheten att rekrytera personal med rätt kompetens har också uppgetts som en möjlig orsak till att tillgängligheten inte bedöms som tillräcklig eller jämlik.

Kompetensbehov KBT/IPT

Blekinge, Gotland, Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Värmland och Skåne har uppgett ett ökande kompetensbehov för att kunna möta efterfrågan på evidensbaserad behandling, man behöver öka antalet psykologer på vårdcentralerna. Västernorrland rapporterar brist på psykologer och psykoterapeuter vilket försvårar en höjning av grundläggande kompetens steg 1 till steg 2. Halland uppger ett behov av fler steg 1-utbildade samt av psykoterapeuter. Östergötland uppger ett ökat behov av psykoterapeuter. Jönköping har behov att stärka KBT steg 1-kompetens. Västerbotten, Sörmland och Uppsala uppger att de inte ser behovet att gå från grundläggande KBT steg 1-kompetens till steg 2-kompetens avseende behandlingar inom primärvården.

Att det saknas kompetens på vårdcentralerna behöver inte bero på tillgång utan om organisation och styrning. Trots att man ökat utbildningen under de senaste åren och trots att personerna finns kvar i verksamheterna saknas kompetens, eller att man tappar kompetens, för att utbildad personal lämnar verksamheterna. Detta leder till att det är svårt att uppehålla en kontinuitet i verksamheten. Det finns landsting/regioner som uppger att utbildningen av KBT steg 1 har ökat under senaste åren men att efterfrågan av steg 2 inte varit

speciellt stor. En del landsting erbjuder kontinuerlig KBT steg 1-utbildning för att täcka sina behov. Flera landsting/regioner ser en allt ökande efterfrågan på psykologiskt stöd och behandling, inte minst *efterfrågans tidiga insatser*. För att möta behovet utvecklas nya former av stöd och behandling lokalt.

I överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2013 avsattes medel för att ge landstingen möjlighet att höja kompetensen från grundläggande (steg 1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2) för KBT-behandlingar. Det skulle på några års sikt leda till en ökad behandlarkompetens inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Se nedan landsting/regionernas rapporterade status för 2017.

Blekinge	Viss förbättring från KBT-steg 1 till steg 2 sedan 2014. Totalt 19 KBT-terapeuter varav fem med steg 2 kompetens.
Dalarna	KBT-steg 1 kompetens 50 stycken och för steg 2 rapporteras 10 stycken.
Gotland	Antal behandlingar ökar tack vare ett nytt arbetssätt som är <i>tidigare</i> och med kortare insatser i form av psykoedukation och gruppbehandling. Inte vidareutbildat till KBT-steg 2. KBT- steg 1 kompetens tre stycken, steg 2 inga.
Gävleborg	Tillgången av behöriga med KBT-steg 1 har ökat, för KBT-steg 2 har tillgången ökat något men efterfrågan har varit låg. Specifika psykoterapeuttjänster finns inte i regionen förutom ett undantag. Ca 140 terapeuter har registrerat behandlingar inom överenskommelsens ram under 2017. Av dessa är cirka 25 – 35 legitimerade psykoterapeuter alternativt legitimerade psykologer.
Halland	Ökat antalet KBT-steg 1 och steg 2 samt psykologer sedan 2014. Störst efterfrågan för KBT-steg 1. KBT-steg 1 kompetens 56 stycken och KBT- steg 2 kompetens 15 stycken.
Jämtland/ Härjedalen	Vid inventering för några år sedan konstaterades brist i regionen på steg 2-utbildade KBT-terapeuter. Aktuell inventering saknas.
Jönköping	Stärker KBT-steg 1 kompetensen. Saknar system för att följa upp antal med KBT-steg 1 och steg 2.
Kalmar	Primärvården har bara psykologer. Privata utövare med grundläggande kompetens kommer att ha möjlighet att teckna avtal med nya vårdvalet psykisk hälsa och med de vårdcentraler som har psykolog.
Kronoberg	Inom offentligt driven primärvård har andelen psykoterapeuter och leg psykologer ökat. Inom Primärvården 25 stycken med KBT-steg 1, en person med IPT och en med psykodynamisk inriktning. Vidare sex personer med steg 2 kompetens.
Norrbottnen	Idag fem med KBT-steg 2, jämfört med 2014 då det fanns 0. Det finns ca 45 personer med KBT-steg 1 inom primärvården, ca 30 inom psykiatrin.

Skåne	I Skåne har vårdvalet ökat och det torde vara förklaringen till ökat antal personer med grundläggande kompetens och med steg 2 kompetens. KBT-steg 1 kompetens 211 stycken och för psykoterapeuter med steg 2 kompetens 47 stycken.
Stockholm	Kostnadsfri utbildning till KBT-steg 2 men få söker dessa, möjlig orsak är förlorad inkomst och att arbetsgivare inte godkänner frånvaron under utbildningen. I psykiatrin finns minst 650 behandlare med kompetens minst steg 1 inom KBT eller PDT, som behandlar medelsvår depression och ångest.
Sörmland	Tillfredsställelse med KBT-steg 1, ökat antalet psykologer i primärvården men minskat antal psykoterapibehandlingar. Kuratorer 20 stycken (steg 1), psykologer 20 stycken med steg 2 och cirka 10 psykoterapeuter. Vidare har 30 personer fått utbildning i EMD-R och 20 stycken i PE (traumabehandling).
Uppsala	Inte haft detta som mål och därför inte mätt. Finns ingen formaliserad utbildning KBT-steg 1. Antalet leg psykologer har ökat men svårt att behålla personal. Cirka 70 psykoterapeuter upphandlade inom vårdval (LOV modellen- konkurrensprövning av verksamhet). Inga uppgifter av antal för KBT-steg 1.
Värmland	Något fler leg psykoterapeuter 2017 än 2014 inom området öppenvård. Färre leg psykologer i landstinget, svårt rekrytera. Antal med steg 1: 54 stycken och steg 2 (psykoterapeut) 14 stycken utöver detta så finns 28 medarbetare med psykoterapiutbildning (steg 1 och 2) med integrativ inriktning.
Västerbotten	Har haft inriktningen att utveckla KBT-behandlingar. IKBT har varit ett utvecklingsområde som rapporterats, även distans KBT som gått via videokonferens i syfte att serva glesbygdsområden.
Väster-Norrland	Ökat antalet anställda med KBT-steg 1. Under 1014 och 2015 utbildades 15 personer i KBT steg 1 och flertalet finns kvar i verksamheten. Få leg. Psykoterapeuter men antalet ökar. 1 Det finns ungefär 5–10 legitimerade psykoterapeuter och ett 20-tal med KBT-steg 1 inom primärvården.
Västmanland	KBT-steg 1 ca 65 stycken (kurator, psykolog, sjuksköterskor, fysioterapeuter och övriga yrkesgrupper), KBT-steg 2 ca 25 stycken.
VGR	Återkommande utbildning på för KBT-steg 1 och steg 2 sedan 2013. Krav för steg 1 att man är legitimerad eller socionom som grund.
Örebro	Räcker med KBT-steg 1 på primärvårdsnivå. Av anställda kuratorer och psykologer i primärvården (ca 70 stycken) saknar sex stycken steg 1-utbildning helt, ungefär lika många går utbildningen i detta nu.

Östergötland Medel använts för att höja KBT-steg 1 kompetensen innan man går vidare och satsar på steg 2. Antalet psykoterapeuter och psykologer är få i primärvården och regionen har satsat på att anställa fler psykologer i primärvården. Ett 60-tal samtalsbehandlare med olika grundprofessioner. Verksamheten rapporterar att de har 43,5 KBT-terapeuter (varav 14 är psykologer, räknat på heltidstjänster). Därtill tillkommer ett antal terapeuter med psykodynamisk inriktning.

Behandling för ospecifik smärta inom ramen för överenskommelsen (MMR)

Nedan rapporteras hur landstingen/regionerna *organiserat* sina behandlingar för långvarig smärta. Landstingen/regionerna nedan har rapporterat att de aktuella behandlingarna finns inom hälsovalet eller i vårdcentralernas grunduppdrag.

Sju landsting/regioner har tydligt uppgett att MMR1 och/eller MMR2 finns i hälso-/vårdvalet. Sex landsting/regioner har uppgett att MMR-behandling inte ingår i hälso-/vårdvalet. Alla landsting/regioner har MMR1- och MMR2 behandlingar inom sin verksamhet även om man inte explicit uppgett att det ingår i hälso-/vårdvalet.

Tabell 10. Landstingen/regionernas organisation för MMR och annan smärt behandling.

Landsting/region	Organisation MMR
Blekinge	MMR ligger som frivilligt tilläggsuppdrag. MMR-behandling erbjuds inom specialistvården samt vid två enheter inom primärvård
Dalarna	MMR1 och MMR2 finns i hälsovalet
Gotland	Det utförs MMR1 på en av vårdcentralerna. MMR2, ett smärtrehabteam, under rehabiliteringsklinik
Gävleborg	MMR1 var infört i hälsovalet under två år men är nu borttaget
Halland	MMR1 i grunduppdraget för vårdcentralerna
Jämtland/Härjedalen	Lokala MMR 1 team på några hälsocentraler. MMR 2 upphandlat, Rygginstitutet.
Jönköping	MMR1 och MMR2 ingår inte i vårdvalet
Kalmar	MMR1 och MMR2 ingår inte i hälsoval
Kronoberg	MMR1 organiserat inom den offentliga primärvården. MMR2 inom Rehabiliteringskliniken
Norrbottnen	Hälsocentralerna har "certifierats" genom en framtagen arbetsmodell. Vi har även en HÖK långvarig smärta som underlättar arbetet för primärvård respektive specialistvård
Skåne	Inom vårdval i primärvården
Stockholm	MMR2 för långvarig smärta infört som eget vårdval. MMR1 infört som tilläggsuppdrag till vårdval för husläkarverksamhet
Sörmland	MMR1 och 2 ej infört som en del av hälsovalet
Uppsala	MMR2 finns inom smärtcentrum på Akademiska sjukhuset. MMR1 kommer hanteras utifrån Region Uppsalas utredning om detta. I dagsläget finns MMR1 enbart med hjälp av stimulansmedel.
Värmland	MMR1 och MMR2 finns i hälsovalet. MMR 2 finns i specialistvården och på en privat enhet med avtal. Hälsovalsenheterna remitterar dit enligt fastställda rutiner och det innebär ingen kostnad för den remitterande Hälsovalsenheten.
Västerbotten	MMR1 är utlagd på alla hälsocentraler. Smärtrehabiliteringskliniken har utvecklat struktur för MMR2 behandling.
Västmanland	Inskrivet i vårdvalsprogrammet. Tillgång till MMR1 team på varje vårdcentral. En klinik för MMR2

Västernorrland	MMR inte inskrivet i regelboken. MMR finns inom den landstingsdrivna primärvården vid två hälsocentraler. MMR2 finns inom Länsverksamhet Geriatrik, Neurologi och Smärta vid Länssjukhuset i Sundsvall
VGR	MMR1 utgår till fullo från team inom primärvård medan MMR2 i dagsläge finns både inom sjukhusens förvaltningar och delvis inom team verksamma inom primärvård. MMR ingår inte i vårdvalet.
Örebro	MMR1, MMR2 eller annan behandling enligt överenskommelsen i hälsovalet
Östergötland	Samverkan finns mellan MMR1 och MMR2. Smärt- och Rehabcentrum har genomfört MMR2 enligt avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tillgång till MMR1 och MMR2, behandling av långvarig ospecifik smärta

Sammanfattningsvis rapporterar 11 landsting/regioner att tillgången på MMR är otillräcklig. Fem av landstingen/regionerna uppger att tillgången till MMR 2 är god och fem landsting att MMR1 är god. Inte nödvändigtvis samma landsting, De flesta inte har skilt på MMR 1 och MMR 2 i sin rapportering. Tre landsting/regioner rapporterar att tillgången är delvis god. En del landsting/regioner konstaterar att kompetenskraven för MMR1 teamen är höga och bidrar till en ojämn fördelning av kompetens inom primärvården vilket i sin tur gör att man rapporterat att tillgången är otillräcklig. Några landsting uppger att det är oklart om tillgången är tillräcklig eller inte. Orsaken uppges vara dålig inrapportering av behandlingar samt att flera speciellt MMR1 team har lagts ner. Ovissheten om vad som händer efter 2018 då det statliga stödet upphör har också uppgetts bidra till att flera landsting tvekat när det gäller utbyggnaden av MMR1. Kontinuiteten brister när det är tillfälliga medel som styr.

Nedan presenteras landstingens/regionernas uppgifter om tillgången på MMR-behandling

Jämtland	Uppgift saknas för MMR1-team. För att klara behovet köps MMR 2-behandlingar av Rygginstitutet.
Örebro	Medelgod tillgång. Ett MMR 2-team och fyra MMR1-team
Stockholm	God tillgång till specialiserade fysioterapeuter. Vårdval för långvarig smärta, MMR 2, med god tillgänglighet samt en rehabiliteringsmedicinsk universitetsklirik. För MMR1 finns eget tilläggsuppdrag i vårdvalet för husläkarverksamhet samt visst utrymme i vårdvalet för MMR 2. Antal patienter är betydligt färre än väntat och plan finns på att förändra beställningsformen.
Norrbotten	Tillgången är relativt god. Förutom traditionell MMR har vi ett internetbaserat program för smärta. MMR1-team finns på de flesta av länets 30 hälsocentraler. MMR2 finns inom specialistvården, på Garnis Rehab.

Västerbotten	Brist på MMR1 i primärvården inom vissa geografiska områden. Finns tillgång på centraliserad MMR 2.
Värmland	Brist på MMR 1 i primärvården. MMR 2 finns inom den ordinarie specialistvården som delvis finansierats av bidrag 2017. Fler MMR 2 team behövs för att ta emot fler behövande av specialistvård och för att möta ett behov som ökar. Inom primärvårdsrehabiliteringen tas patientgruppen omhand individuellt eller i grupp. Viss rehabilitering vid långvarig smärta tillhandahålls av privata aktörer via avtal.
Väster-Norrland	Vi har tillgång till fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut inom primärvård. Problem att rekrytera finns, vilket gör att det är väntetid och tillgången är ojämnt fördelad över länet. Det finns två MMR1-team inom primärvården och ett MMR 2-team inom den specialiserade vården.
Blekinge	MMR-behandling erbjuds inom specialistvården samt vid två enheter inom primärvård. Vi har två MMR1-team och två MMR 2-team.
Kalmar	Alla hälsocentraler har s.k. ackrediteringsavtal inom MMR1 samt ett fåtal som har ackrediteringsavtal för MMR 2 (privata och smärtenheten).
Jönköping	Tillgången är ganska god eftersom alla vårdenheter kan remittera för MMR2. Sex vårdcentraler av 44 rapporterade MMR1 är 2017, i jämförelse med 17 vårdenheter 2014. Alla vårdcentraler och kliniker/mottagningar kan remittera för MMR 2-behandling på specialistklinik inom Region Jönköping län. Tillgången till MMR1 har minskat vilket också märks i att remissflödet för MMR 2, som ökat från 2016 till 2017. Vårdcentralerna uppger att de upphört med MMR1 på grund av att kraven som ställdes varit för omfattande. Flera vårdcentraler har gruppverksamhet med inriktning på smärta som inte rapporteras eftersom kraven inte uppfylls fullt ut.
Sörmland	Ca 30 sjukgymnaster fördelade över länet har utbildats via Reumatikerförbundet Smärtskola – Kunskap för livet, och kan erbjuda gruppbehandlingar enligt SBU:s riktlinjer. Två MMR1-team. MMR 2 finns endast på specialistklinik.
Gävleborg	Fysioterapeuter finns att tillgå på alla hälsocentraler inom Region Gävleborg. De flesta utför denna typ av behandlingar. I dagsläget finns nio godkända MMR1-team där dock bara fyra har utfört behandlingar under 2017 och det i väldigt liten utsträckning, totalt 11 behandlingar. Tillgången av team är mycket ojämnt fördelad i länet. Det finns fyra MMR 2-team inom regionen som utför behandlingar inom Rehabgarantins ram, ett inom specialistvården och tre inom primärvården.
Dalarna	Finns tre MMR 2-team och 24 MMR1-team.
Kronoberg	Inom offentligt driven primärvård finns tillgång till smärtehabilitering i primärvård motsvarande MMR1 på

- primärvårdsnivå och MMR2 på specialistnivå. Vid mindre vårdcentraler förekommer det en samverkan med andra vårdcentraler för att kunna erbjuda ett större utbud av insatser framförallt när det gäller gruppbehandling MMR1.
- Uppsala Vid slutet av 2017 rapporterar sju MMR1-team. Smärtcentrum vid Akademiska har fyra MMR 2-team som kontinuerligt rapporterar inom överenskommelsen och som existerar även utan statsbidrag.
- Västmanland MMR1-team ca 15 stycken. Klinik med MMR 2.
- Gotland MMR1 vid en vårdcentral om resurser finns. MMR 2, ett smärtrehabteam, under rehabkliniken.
- Halland Fyra av 49 vårdcentraler inrapporterar MMR1 med större flöde. Länet har en gemensam mottagning för smärtrehabilitering på MMR 2 nivå.
- Skåne Region Skåne arbetar inte efter strukturen MMR1 och MMR 2. Multimodal smärtrehabilitering bedrivs främst som vårdval och tillhör primärvård. Det är därför inte möjligt att svara på antal team inom de två grupperingarna. I dagsläget finns det 18 mottagningar. Antal patienter som slutbehandlades under 2017 var närmare 700 patienter. Ingen känd kö finns.
- Norrbottn Tillgången till MMR är relativt god i vår region. Förutom traditionell MMR har vi ett internetbaserat program för smärta. MMR1-team finns på de flesta av länets 30 hälsocentraler. MMR 2 finns inom specialistvården, på Garnis Rehab.
- Östergötland Inom östra länsdelen (exkl. Finspång) finns ett MMR1-team bemannat med två fysioterapeuter, två arbetsterapeuter samt en KBT-terapeut. Utifrån inkommande remisser täcks behoven. I snitt genomförs nio grupper (8–9 pers. per grupp) per år i östra länsdelen. Västra länsdelen uppger att de har 1 team i länsdelen avseende MMR1. Bedömningen är att behovet inte möts fullt ut idag. På Smärt- och Rehabcentrum finns tre team som jobbar med MMR2.

Tillgodose kompetensen för MMR1 och MMR2 framöver

MMR på specialistnivå ingår ofta i den ordinarie verksamhet medan det finns en stor risk för att MMR1 inom primärvård kommer att försvinna om inte specifika åtgärder sätts in. Utan någon form av statsbidrag som kan ersätta stödet i överenskommelsen finns risk för att dagens kompetens när det gäller MMR1 går förlorad. Vinsterna har inte bara varit för patienterna utan även för personalen i form av internhandledning, avlastning och uppbyggnaden av de psykosociala teamen på vårdcentralerna. Vidare kan vårdvalet inom multimodal smärtrehabilitering ersättas med en upphandling av färre antal mottagningar än det antalet som finns i dagsläget eller att satsa på icke namnskyddade koncept med multimodal rehabilitering genom bl.a. smärtskolor samt specialistutbildning av sjukgymnaster.

Sammanfattningsvis ser man idag en risk för en urholkning av MMR1 både när det gäller tillgång och kompetens beroende på oklar finansiering framöver och på resursbrist. Trots kontinuerliga utbildningar är det svårt att få till en jämn fördelning av kompetenserna som behövs för teambaserad rehabilitering.

Landstingen och regionerna rapporterar

Här presenteras landstingens/regionernas egen rapportering avseende hur man organiserat sin behandling för ospecifik smärta och för KBT/IPT eller annan behandling för psykisk ohälsa inom ramen för överenskommelsen. Tillgång och efterfrågan på behandling, samt kompetensbehov. Rapporterna omfattar både behandling av psykisk ohälsa och behandling av långvarig smärta.

Landstinget Blekinge

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

KBT ingår i uppdraget för primärvård/hälsoval och ska därmed finnas som behandlingsalternativ vid samtliga vårdcentraler. Behandlarna kan vara organiserade inom vårdcentralen, inom ansluten rehabiliteringsenhet eller som underleverantör via avtal. Fördelning av behandlingsansvar mellan primärvård och specialiserad vård följer gällande regional överenskommelse.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Antal ersatta behandlingar 2017 ligger på ungefär samma nivå som under de senaste fem åren. Om detta motsvarar behoven är oklart men söktrycket till samtalsbehandling är mycket stort vilket kan indikera en otillräcklig tillgång.

Vi har 12 stycken KBT-terapeuter inom den offentligt ägda primärvården. Av dessa har nio stycken steg 1 och tre stycken har steg 2 kompetens. Fler är under utbildning. Bedömning och behandlingsplanering är en viktig faktor.

De privata utförarna har underavtal med samtalsterapeuter, sysselsättningsgraden varierande.

Totalt är 19 KBT-terapeuter aktiva inom Blekinges primärvård varav fem har steg 2 kompetens.

Tillgången är relativt god i länet men tillgängligheten otillräcklig.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Behovet av ökad kompetens inom området psykisk hälsa är stort och i detta ligger fler legitimerade psykologer och psykoterapeuter.

Viss förbättring skett när det gäller att höja kompetensen från grundläggande (steg 1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2) för KBT-behandlingar.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR ligger som frivilligt tilläggsuppdrag.

MMR-behandling erbjuds inom specialistvården samt vid två enheter inom primärvård.

Två MMR1-team samt två MMR2-team.

Det finns ett behov av ett mer strukturerat omhändertagande av personer med långvarig smärta. Inte nödvändigtvis MMR utan det handlar mer om adekvat bedömning/behandling innan det eventuellt blir aktuellt med MMR.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Antalet redovisade MMR-behandlingar har minskat något de senaste två åren.

Det finns två team på specialistnivå, ett på varje sjukhus. Eftersom MMR i primärvård ligger som frivilligt tilläggsuppdrag innebär det i praktiken att denna behandling bara erbjuds en begränsad del av målgruppen.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

MMR på specialistnivå ingår i ordinarie verksamhet medan det finns en stor risk för att MMR inom primärvård kommer att försvinna om inte specifika åtgärder sätts in.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

För Blekinges del har kontakterna ökat en hel del under 2017. Detta beror sannolikt mest på att man tidigare inte tagit till sig informationen om den nya ersättningen. Det handlar ju också om att få till en rutin för rapportering av uppgiften. Att det skulle vara problem med att få tag i arbetsgivare eller godkännande av patienten har vi inte fått några som helst indikationer på. Det är betydligt fler kontakter än rapporterats med såväl AG som AF men det finns en trötthet i organisationen med dessa specifika rapporteringar.

Landstinget Dalarna

Behandling av lätt och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT finns i hälsovalet. Finns på alla vårdcentraler (VC). KBT eller liknande behandlingar ska ingå i ordinarie uppdraget.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

På VC för vuxna ca 50 KBT-steg1 behandlare, 10 steg 2 KBT-terapeuter.

Vi bedömer att tillgången på behandlingar är delvis tillräcklig.

Jämfört med 2016 ökade behandlingarna IKBT 2017 och resultatet blir då att KBT minskade.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Ska ingå i ordinarie uppdrag.

Finns behov på VC för vuxna att höja kompetensen för de med grundläggande kompetens (steg1) till legitimerade psykologer och psykoterapeuter: Medelstort behov.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR1 och MMR 2 finns i hälsovalet.

Finns team inom primärvården och en klinik.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Det finns MMR1-team på de flesta vårdcentraler och MMR2-team på två vårdcentraler och en klinik. På alla vårdcentraler och smärtkliniken finns det tillgång till behandlingar.

Det finns tre MMR 2-team och 24 MMR1-team. Tillgången är god/tillräcklig och under nuvarande förhållanden tillräcklig.

Mellan 2016 och 2017 har MMR1 och MMR 2 behandlingarna ökat.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Ska ingå i ordinarie uppdrag. Några MMR1-team tillkommer under 2018.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Rehabkoordinatorerna coachar patienten till att i första hand kontakta arbetsgivare alt arbetsförmedling själva. Det är viktigt för återgång i arbete att patienten själv har ”makten” och kan styra.

Ärenden tas upp i olika beredningsgrupper, där det också kan handla om patienter med annan tillhörighet än MMR, IKBT, KBT. De kontakterna syns inte i rehab garantiredovisningen som lämnas varje kvartal.

Rehabkoordinatorerna lyfter arbetslivsfrågan oavsett om de är rehabiliteringskoordinator eller ställer frågan i annan grundprofession.

Många patienter säger nej tack till att kontakta arbetsgivaren ELLER så blir inte arbetsgivarkontakt aktuell under IKBT- eller KBT perioden utan först efter avslutad behandling.

I Dalarna, speciellt i Glesbygd är en hel del egna företagare sig själv ev. ibland någon anhörig eller inte alls sjukskrivna och har inte behov av att involvera arbetsgivaren eller så är de själva arbetsgivare.

När kontakter tas med arbetsgivare är det oftast när arbetsgivaren inte tar sitt ansvar och patienten har behov av stöd och hjälp.

Om det finns en bra medicinsk bedömning och en plan som patienten har varit med och gjort fungerar det oftast bra.

Många patienter har också en integritet och vill sköta kontakterna själv.

Region Gotland

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT infört i hälsovalet.

Patienterna får komma framförallt via triage men även remiss. Psykosociala team har byggts upp kring denna patientgrupp. I teamen finns förutom samtalsbehandlare, rehabiliteringskoordinator och läkare även arbetsterapeut och fysioterapeut. Behandlingspaletten innefattar psykoedukation och grupper samt även individuell behandling, där så krävs.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Relativt god.

Tre KBT-steg 1 team. Inget KBT-steg 2 team.

En psykolog rapporterar PDT.

Antalet patienter som får behandling har ökat. Detta tack vare ett nytt arbetssätt vi implementerat där det handlar om tidigare, men också kortare, insatser i form av psykoedukation och gruppbehandlingar.

Vi ser behov av att rekrytera psykologer och PTP -psykologer. Även fortsatt behov av att utbilda fler till steg 1.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Vi har inte vidareutbildat till steg 2.

Vi ser behov av att rekrytera psykologer och PTP-psykologer. Även fortsatt behov av att utbilda fler till steg 1.

Vi räknar kallt med att det kommer andra statsbidrag som i första hand kan ersätta de förlorade medlen och i andra hand göra så vi kan förstärka upp bemanningen. Annars blir det en fruktansvärd, för att inte säga kapital, förlust när vi nu efter 5–10 år fått in samtalsbehandlare i primärvården och de på riktigt börjar bli en del av primärvården. Det har varit en stor kulturförändring som nu håller på att gå i hamn. Vinsterna har inte bara varit för patienterna utan även

för personalen i form av internhandledning, avlastning och uppbyggnaden av de psykosociala teamen på vårdcentralerna.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR inte infört i hälsovalet.

Det finns ett komplett smärteam som nu är under omorganisering.

MMR1 vid en vårdcentral om resurser finns. MMR2, ett smärtehabteam, under rehabiliteringskliniken.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

De svåraste patienterna får träffa rehabiliteringsläkare och algolog från Karolinska sjukhuset. I övrigt mycket begränsat.

Nej, vi har inte en tillräcklig tillgång till MMR1 och MMR 2.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Se kompetensutveckling för psykisk ohälsa.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Delvis handlar kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling om hur välutvecklad organisationen för rehabiliteringskoordinatorer är på vårdcentralerna, speciellt när det gäller samarbetsformerna mellan samtalsbehandlarna och rehabiliteringskoordinatorerna. Det kan också bero på hur strukturen för ersättning ser ut för samtalsbehandling till vårdcentralerna inom landstingen/regionerna, d.v.s. när rapporteras kontakterna in till FK- är det efter avslutad behandling hos samtalsbehandlare eller under behandlingens gång. Ju längre tid som går mellan kontakt och inrapportering ju större sannolikhet är det att kontakten tappas i redovisningen.

Region Gävleborg

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Individuella behandlingar på de olika hälsocentralerna samt några mindre försök med gruppbehandling inom psykiatrin.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Alla hälsocentraler har psykosociala team (kurator, psykolog samt psykiatrisköterska). Behandlingsmöjligheter finns inom barn- och familjehälsan samt ungdomsmottagningar samt i viss utsträckning inom barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatrin.

Totalt 140 terapeuter varav 25–30 legitimerade psykoterapeuter/legitimerade psykologer har rapporterat in genomförda behandlingar inom ramen för överenskommelsen.

Mindre antal behandlingar med psykodynamisk inriktning samt internet KBT har rapporterats. Ytterligare behandlingar för psykisk ohälsa har genomförts inom Region Gävleborg, som dock inte rapporterats här. Behov av fler behandlare finns då efterfrågan och komplexiteten av patienternas behov upplevs ha ökat.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Sedan 2014 har ett större antal behandlare genomgått KBT- utbildning steg 1. Steg 2 utbildade legitimerade psykoterapeuter har ökat något sedan 2014. Generellt har efterfrågan från verksamheterna inte varit stor och specifika psykoterapeuttjänster finns inte heller inom regionen, förutom en tjänst. Däremot upplevs personliga behov hos behandlarna av fördjupad kunskap och önskemål finns om leg psykoterapeut kompetens, men ingen central satsning är genomförd.

Behandling för långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR1 var infört i hälsovalet under två år, men är nu borttaget.

De MMR-behandlingar som gjorts har varit gruppbehandlingar med schemalagda aktiviteter enligt vårdprogram under ca 10 veckor. En modell med individuellt stöd utifrån patientens specifika behov håller på att testas.

Ingen specifik plan finns för framtiden rörande MMR-behandlingar.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

I dagsläget finns nio godkända MMR1-team. Av dem har fyra utförda behandlingar under 2017. Tillgången på MMR1-teamen är ojämnt fördelade i regionen. Antalet utförda behandlingar har minskat kraftigt, sannolikt beroende på läkarbrist och minskad ekonomisk ersättning. Inom regionen finns fyra MMR2-team, ett inom specialistvården och tre inom primärvården.

För få enheter som utför MMR1- och MMR2 behandlingar och allt för få behandlingar per enhet trots att behov finns.

Fysioterapeuter finns att tillgå på alla hälsocentraler inom regionen. Ingen större satsning gjord för smärtbehandling utförd av fysioterapeuter, bland annat beroende på oklarheter om överenskommelsen (villkor 3) finns kvar efter 2018. Det har dock tillkommit godkända utförare kontinuerligt under framförallt 2017.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

MMR-behandlingarna som gjorts fram till nu har varit gruppbehandlingar med schemalagda aktiviteter enligt vårdprogram under ca 10 veckor. Från och med i

är testas även en modell med individuellt stöd då det ibland upplevts svårt formera fungerande grupper utifrån olika patienters speciella behov.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Varför så få – en förklaring handlar om logistiska problem vid registrering.

KBT-behandlingen (eller dylikt) registreras av behandlaren, oftast från psykosocialt team eller fysioterapeut direkt in i databas. AG-kontakterna görs ofta av Rehabkoordinatorerna. Rehabkoordinatorerna kan dock inte registrera själva (då de ju inte utfört själva behandlingarna) utan måste kontakta behandlaren och be denne lägga till registreringen om AG kontakt förekommit. Ibland kommer AF kontakten efter att slutregistrering gjorts i databasen för rehabiliteringsgarantin och då missas detta helt och ibland vet den ena parten inte om vad den andra gör eller om behandlingen kan anses vara utförd inom rehabiliteringsgarantins ram.

Region Halland

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Det finns en allmän skrivning att förhålla sig till nationella och lokala riktlinjer. Vi planerar ett förtydligande kring krav på KBT-kompetens och tillgång till teambaserad behandling i vår uppdragsbeskrivning för vårdvalet Närsjukvård 2019.

Verksamheten för KBT/IPT ligger i vårdcentralernas grunduppdrag. Även ungdomsmottagningar har möjlighet att stödja med behandling i deras uppdrag.

Vårdnivån för dessa diagnoser pekar på närsjukvård och ungdomsmottagningar som utförare för aktuell åldersgrupp.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Vi uppfattar att vi har tillgång till alla definierade behandlingar som föreslås i de nationella riktlinjerna, men vi vet inte idag om tillgången är tillräcklig eller jämnt fördelad. En kartläggning är planerad under 2018 i samband med den riktade överenskommelsen kring psykisk hälsa.

För KBT-steg 1 har vi 56 inrapporterade kompetensbevis och för steg 2 är det 15 stycken, förutom alla med psykologexamen.

Vi har också rapporterat IPT, EMDR och PDT. Genomförandet av IPT och EMDR är låg utifrån rapportering. Tillgången kan inte uppskattas. PDT mer förekommande och uppfattas ha en minst jämförande tillgång till som KBT. Psykoterapeututbildning för PDT samt för övriga motsvarande steg 1.

Vi ser att tillgängligheten är bristfällig i förhållande till behovet. Det behöver inte vara detsamma som tillgången. Den analysen är inte gjord. Efterfrågan har ökat stort de senaste tre-fyra åren och indikationer pekar på att resurserna inte

motsvarar efterfrågan. Hälften av vårdvalsenheterna uppgav dock vid revisionsuppföljning att de kan erbjuda tid till psykosocialt stöd inom 14 dagar.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Vi har stimulansersatt utbildningar och ökat andelen både KBT-steg 1 och steg 2, samt psykologer med utbildning. Efterfrågan har varit störst avseende KBT-steg 1 utbildningsstöd och med den nuvarande utformningen av närsjukvårdens uppdrag ser flera att just denna nivå är viktig att ha på plats. Vi behöver kanske fler med KBT steg 1 och en tydligare väg och triagering till steg 2 för de patienter som behöver det. Likaså när det gäller psykologernas roll och kompetens kring patientgrupperna.

Vi bedömer att det finns behov av såväl grundläggande kompetens som psykoterapeututbildade för att möta dagens och framtidens kompetensförsörjningsbehov.

Vi hoppas kunna få ett fortsatt stöd från överenskommelsen Psykisk hälsa i det fortsatta arbetet med att stödja dessa patientgrupper.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Vårdcentralerna har ett grunduppdrag att bedöma patienter med smärta och behovet av ev. MMR1 hos patienter med långvarig smärta. För patienter som inte når resultat i vårdcentralens hantering eller behöver annat stöd kan remiss sändas till Mottagningen för smärtrehabilitering för bedömning av ev. vidare åtgärder. Vissa av dessa patienter erbjuds rehabilitering via Mottagningen för smärtrehabilitering på MMR 2-nivå, några patienter återremitteras med råd om vidare åtgärder. Det har varit viktigt att säkerställa överrapportering om vidare åtgärder via rehabiliteringskoordinatorfunktionen för att få en bättre sammanhållen behandling för patienterna efter avslut.

Tillgång till behandling av långvarig ospecifik smärta

Inrapporterade MMR1 har ökat något i förhållande till 2016. Verksamheten med uppdrag att erbjuda MMR2 inrapportera inte sina behandlingar för varken 2016 eller 2017 enligt överenskommelse. Statistik för Region Halland riskerar här att bli mer missvisande. Vi har en planering att starta en regional övergripande process för långvarig benign smärta för att bättre säkerställa behovet av de olika nivåerna och hur vi säkrar rätt behandling på rätt vårdnivå för denna patientgrupp.

Fyra av 49 vårdcentraler inrapporterar MMR1 med större flöde. Region Halland har en gemensam mottagning för smärtrehabilitering på MMR 2-nivå. Vi har även här svårt att bedöma behovet, men ser inte samma ökning i efterfrågan på denna typ av behandling jämfört med den vid psykisk ohälsa. Införandet av rehabiliteringskoordinatorfunktionen uppfattas ha haft en positiv påverkan på att tidigare hitta de patienter som riskerar utveckla långvarig smärta och därmed kunna behandla med mindre omfattande rehabiliteringsåtgärder.

Enlig mottagningen för smärtrehabilitering så har remissinflödet ökat. Vi inväntar det planerade regionala processarbetet som får visa på de gap som finns avseende utbud och efterfrågan och vad som behöver åtgärdas. Den får också bättre klargöra hur många utbudspunkter av MMR1 som är lämpliga i Region Halland.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

När det gäller MMR1 ser vi inte risken för samma resurstapp inför 2019 då den redan befinner sig på en låg nivå. Inrapporterad MMR1 är få men många av vårdcentralerna arbetar teambaserat och tycker inte att deras teamarbete har eller kräver den definition som beskriver MMR1. Processarbetet för långvarig smärta får utvisa hur många MMR1-team som behövs och hur de ska ersättas fortsättningsvis. Teambaserad kompetens utifrån teamets egen utveckling är svår att upprätthålla på fler utbudspunkter när det oftare sker personalförändringar i verksamheterna. Mottagningen för smärtrehabilitering har ett uppdrag att kunna ge konsultation stöd till vårdcentralers team.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Kopplingen till behandlingsinsatser och de diagnoser som är aktuella där (som redovisas enligt villkor 3) för patientgrupperna uppges vara begränsande för att redovisa alla arbetsgivare/arbetsförmedlingskontakter man faktiskt tar.

Ersättningen tillhandahålls enbart när vården kontaktat AG/AF och gjort en aktiv insats, inte när initiativet kommer från yttre part. Uppdraget är arbetskrävande och resulterar inte sällan i ett ytterligare behov av läkarkontakt/trepartssamtal, där det inte alltid räcker med rehabiliteringskoordinators insats. Tiden för detta är svårt att få till.

Det är svårt att nå ut med förändringar i förutsättningar så att de hinner nå ut till berörda på kort tid. Därför vill vi om möjligt inte ändra de förutsättningar som gäller. Antalet kontakter är dock sannolikt fler än de redovisade.

Landstinget Jämtland/Härjedalen

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Lokalt på ett antal hälsocentraler. Alla hälsocentraler i hälsovalet har samma uppdrag och ersättningar.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Tillgången är inte tillräcklig men har ökat under senare år och köerna till behandling har minskat på några av hälsocentralerna. KBT-behandlingar på nätet och gruppbehandlingar ökar, om än i långsam takt.

Vid inventering för några år sedan konstaterades brist i regionen på steg 2-utbildade KBT-terapeuter. Aktuell inventering saknas.

KBT och IPT har ökat. Främsta orsakerna till det är sannolikt att gruppbehandlingar införts för KBT samt att behovet av insatser vid psykisk ohälsa har aktualiserats. Dock är tillgången på KBT och andra behandlingar för den psykiska ohälsan otillräcklig.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Ett antal personer genomgick utbildning finansierade med medel för att ge landstingen möjlighet att höja kompetensen från grundläggande (steg1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2) för KBT-behandlingar. Ingen aktuell inventering finns av om dessa personer kvarstår i organisationen.

Behovet att höja kompetensen bedöms som angelägen. Region Jämtland/Härjedalen står inför stora besparingar inom primärvården. Vilka konsekvenser det får för behandlingsutbudet vet vi ännu inte.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Lokala MMR1-team på några av hälsocentralerna.

Ingen upphandling är gjord utöver MMR 2 vid Rygginstitutet

Tillgång till behandling av långvarig ospecifik smärta

MMR-behandlingar utförs i egen regi och av Rygginstitutet i Sundsvall. Volymen köpta behandlingar har minskat något senare år utifrån att hälsocentralerna nu får betala del av behandlingen själva. Bedömningen är att utförda behandlingar står i någorlunda proportion till behovet. Sjukgymnastbehandlingar utförs vid alla hälsocentraler och utbudet av behandlare är gott. Regionens sjukgymnaster har fått utbildning i KRT (Kognitiv rehabiliteringsterapi) för att bättre kunna förstå och arbeta med sambandet mellan smärta och hjärna.

Uppgift saknas vad gäller MMR1-team. För att klara behovet köps MMR2-behandlingar av Rygginstitutet.

Tillgången på MMR1 är inte tillräcklig

Tillgången på MMR 2, ja, om köpt tjänst inkluderas

MMR1 har ökat medan MMR2 minskat. Sammantaget är det en minskning. Orsaken är sannolikt främst att den interna ersättningsmodellen ändrats så att hälsocentralerna år 2017 fick betala en del av kostnaden för MMR2 själva.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Svårt att idag bedöma. Region Jämtland/Härjedalen står inför stora besparingar inom primärvården. Vilka konsekvenser det får för behandlingsutbudet vet vi ännu inte.

Kontakter md arbetsgivare och arbetsförmedling

För vår del handlar det om underregistrering. Vi har inte haft något systematiserat sätt att redovisa detta på utan redovisningen har byggts på manuell hantering som insänts till processledaren. Vi arbetar nu på att få in det i systemet med stöd av kodning.

I vissa fall säger patienten att den föredrar att sköta kontakten med arbetsgivaren själv men bedömningen är att detta är en mindre andel.

Pengarna har motiverat många av våra enheter att registrera detta men inte alla, vilket lett till att ersättningen fördelats ojämnt mellan våra hälsocentraler i länet.

Internt har vi ersatt alla kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling och inte bara de som Försäkringskassan godkänner (= som samtidigt fått någon av de behandlingar som ska redovisas till Försäkringskassan).

Det betyder att vi har en högre intern siffra än den som framgår av denna redovisning.

För den fortsatta processen och ev. förhandlingar med staten så tänker vi att detta med arbetsgivarkontakter är bra och nödvändigt för en väl fungerande sjukskrivningsprocess. Det tar dock tid och är ett moment som, för vår del, inte alls kompenseras fullt ut i lagförslaget till ersättning.

Eftersom vi är geografiskt stora (12 procent av landets yta) så tvingas vi av avståndsskäl ha många hälsocentraler (27 st.), vilket är relativt många fler än många av de befolkningsmässigt större länen, eftersom de verkar på en mindre yta och kan ha stora enheter. Med endast 1,2 procent av landets befolkning så blir vår relativa andel av pengarna mycket liten. När vi sedan ska fördela ut pengarna per hälsocentralerna (HC) så blir det i princip ingenting kvar. Vi räknar med att hälsocentralerna år 2019 kan ha mellan 0,15–0,5 rehabiliteringskoordinator, där det endast är de stora hälsocentralerna (HC) i Östersund med 10–15 tusen listade som kommer upp i 40-50 procent tjänstetrymme.

Region Jönköping

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vårdcentraler ska enligt vårdvalet erbjuda insatser från ett psykosocialt team i form av stödsamtal samt bedöma, utreda och behandla lätt till måttlig psykisk ohälsa som inte kräver psykiatrisk specialistvård. Alla 44 vårdcentraler blev godkända enligt vårdvalet 2017. Insatser och arbetssätt ska anpassas så att de motsvarar patienters olika behov enligt regionens allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta samt RJs (RJL = region Jönköpings län) dokument "Huvudriktlinjer för samverkan mellan primärvård och psykiatri", "Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna" och "Överenskommelse mellan kommunerna i Jönköpings län och regionens i Jönköpings län om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Tillgången är god. Av 44 vårdcentraler rapporterade 41 att det 2017 genomförts KBT- och IPT behandlingar, utöver finns KBT-kompetens på alla psykiatrimottagningar.

Saknar system att följa upp antal behandlare.

Uppfattningen är att det finns en tillräcklig tillgång till KBT/IPT men det saknas fortfarande psykologkompetens på ett antal vårdcentraler.

RJL rapporterade något färre KBT/IPT-behandlingar 2017, men istället har en ökning skett av internet KBT så totalen blir lika mellan åren.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Kontinuerlig utbildning sker för KB- steg 1.

2016 valde vi att fördela stimulansmedel till vårdcentraler som startade upp internet KBT-behandling (IKBT) med pengar från sjukskrivningsmiljarden. Från 2017 ingår IKBT i Region Jönköpings rapporteringssystem för villkor 3.

Vi har i första hand fokuserat på att stärka steg 1 kompetensen.

Vi befarar en minskning av KBT och MMR om statsbidragen upphör. Vi tror även att kompetens kommer att förloras eftersom medel från statsbidrag används till tjänster och för att utbilda inom behandlingsformerna.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Sex vårdcentraler av 44 rapporterade MMR1 år 2017, i jämförelse med 17 vårdenheter 2014. Alla vårdcentraler och kliniker/mottagningar kan remittera för MMR 2-behandling på specialistklinik inom Region Jönköping län.

MMR1 och MMR 2 ingår inte i hälsoval.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Tillgången till MMR1 har minskat vilket också märks i att remissflödet för MMR 2 ökat från 2016 till 2017. Vårdcentralerna uppger att de upphört med MMR1 på grund av att kraven som ställdes varit för omfattande. Flera vårdcentraler har gruppverksamhet med inriktning på smärta som inte rapporteras eftersom kraven inte uppfylls fullt ut.

Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning” och vi anser att tillgången är god. De flesta vårdcentraler har tillgång till träningslokaler.

Fler lokala MMR1-verksamheter skulle behövas. MMR 2 skulle även behöva erbjudas på fler ställen i regionen.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Vi befarar en minskning av MMR om statsbidragen upphör. Vi tror även att kompetens kommer att förloras eftersom medel från statsbidrag används till tjänster och för att utbilda inom behandlingsformerna.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Vi har ökat antalet kontakter och framförallt mot arbetsgivare. En förklaring kan vara att Region Jönköpings län i många år arbetat med att vården tidigt i sjukfallet, efter samtycke och behov, tar kontakt med arbetsgivare. Vi har även tagit med ”Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning” i vår rapportering vilket vi inte gjort tidigare.

Landstinget i Kalmar län

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Beslut har fattats om att under 2018 införa ett nytt vårdval, Vårdval psykisk hälsa primärvård. Tidigare har resurserna funnits, dels som anslagsfinansierade psykologer inom primärvårdsförvaltningen, dels inom ett vårdval för KBT och MMR (vilket finansierats med statsbidrag). Det nya vårdvalet kommer att erhålla en årsbudget motsvarande statsbidraget + anslaget som i dag finansierar primärvårdspsykologerna inom primärvårdsförvaltningen.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Efterfrågan på behandlingar har ökat. Landstinget har utbildat i IKBT. Vi har ett antal privata aktörer som har ett s.k. ackrediteringsavtal med Landstinget vilket innebär att det är endast inom ramen för statsbidrag som avtalet gäller.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Det är en alltmer efterfrågan på psykologiskt stöd och behandling, inte minst efterfrågas tidiga insatser. För att möta behovet utvecklas nya former av stöd och behandling. Ett vårdval kring psykisk hälsa primärvård införs i september 2018 för att förstärka tillgången till psykologiskt stöd i primärvården.

Primärvården har endast psykologer. De privata som ev. har grundläggande kompetens kommer ändå att ha möjlighet att teckna avtal med nya vårdval psykisk hälsa och med den hälsocentralen/er som har psykolog.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR1 och MMR 2 ingår inte i hälsovalet.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Alla hälsocentraler har ackreditering inom MMR1 så det kan man väl säga är en tillgång men vi saknar en länsövergripande gemensam struktur och därför tas nu ett omtag om detta.

Alla hälsocentraler har s.k. ackrediteringsavtal inom MMR1. Vi ett fåtal som har ackrediteringsavtal för MMR 2 (privata och smärtenheten)

Det är få team som rapporterar för att få ersättning från statsbidragen.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Eftersom MMR mer eller mindre har upphört när det gäller inrapportering så behövs vi ta ett omtag i vårt landsting. Vi fick ett uppdrag att flytta kunskap inom smärtområdet närmre patienten och göra evidensbaserad smärtbehandling/rehabilitering mer tillgänglig. Detta ett stort arbete som vi påbörjade för 1 år sedan. Vi håller på att bygga upp en gemensam struktur i länet, vilket tidigare saknades. Detta gör vi genom följande områden, kunskap, förhållningssätt och nytt arbetssätt. Distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin får handledning för att de ska stärkas i sin profession i mötet med patienten. Teamen utbildas i Acceptance and Commitment therapy (ACT). Inom området förhållningssätt handlar det om beteendemedicinskt förhållningssätt i mötet med smärtpatienter. Inom nytt arbetssätt så handlar det om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen från utredning till resultat.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Enligt redovisade siffror förefaller Kalmar ha haft mycket få kontakter med arbetsgivare resp. arbetsförmedling under 2017.

Enligt mallarna i vårt journalsystem har vi i själva verket genomfört totalt 89 rehabmöten och 239 trepartsmöten under det gångna året. I denna statistik ingår inte telefonkontakter med arbetsgivare eller arbetsförmedling, då vi inte har specifika mallar för sådana kontakter.

Vi kan däremot inte koppla dessa möten till de behandlingar som anges i villkoren, eftersom definitioner för dessa behandlingar saknas.

En stor del av arbetsgivarkontakterna tas redan innan ett behov av specifika behandlingar tillkommit, vilket medför att stimulansmedel inte kan erhållas för sådana kontakter.

Inför ev. förlängning vore det önskvärt med ett förtydligande angående vilka behandlingar som ska ingå och hur dessa definieras, för att arbetsförmedlar- resp. arbetsgivarkontakter ska kunna ge ersättning. Det behöver också framgå om varje kontakt är ersättningsberättigad, även om det gäller samma patient, eller om endast en kontakt per patient ersätts.

Region Kronoberg

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

I uppdragsspecifikationen för samtliga vårdcentraler, offentligt samt privat drivna, står det att "Vårdcentralen ska erbjuda kompetens för att bedöma och behandla personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa/psykiatriska tillstånd." Det står även "Genom lättillgängliga, korta insatser får patienten vård, hjälp till självhjälp eller klargörs behov av mer specialiserade insatser". Omfattningen ska i regel vara begränsad i tid (upp till 10 gånger) och KBT (kognitiv beteendeterapi) ska erbjudas." Under de närmaste åren genomförs en särskild satsning för utökad psykologkompetens inom primärvården.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inom Vårdval Kronoberg har vi god tillgång till behandlingsinsatser enligt ovan. Enligt uppgifter från de offentligt drivna vårdcentralerna erbjuds främst KBT-behandling, viss tillgång till IPT och psykodynamisk korttidsterapi samt EMDR. Det finns även tillgång till Internetbaserad KBT-behandling gällande ångest och depression.

Inom offentligt driven primärvård finns det 25 personer med KBT-steg 1 kompetens, en person med IPT och en med psykodynamisk inriktning. Utöver detta finns det sex personer med steg 2 (leg. psykoterapeuter). Vad gäller de privatdrivna vårdcentralerna ska det finnas kompetens för KBT-behandling.

Den offentligt drivna primärvården rapporterar att man för närvarande har behov av att utbilda några få medarbetare i KBT-steg 1, samt behov av att utbilda fler behandlare inom IKBT. Under 2018 planeras utbildning inom Region Kronoberg för både KBT-steg 1 och IKBT.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Offentligt driven primärvård uppger att man har ökat andelen leg. psykoterapeuter med tre stycken och antalet leg. psykologer med tre stycken.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

I uppdragsspecifikationen för samtliga vårdcentraler står det även: "Vårdcentralen kan vid behov erbjuda kontakt med multiprofessionellt rehabiliteringsteam som bedömer och vid behov behandlar patienter med psykisk ohälsa eller smärta samt andra patienter som riskerar långvarig sjukskrivning".

Avseende de offentligt drivna vårdcentralerna är MMR1 organiserat inom primärvården. MMR 2 är organiserat inom Rehabiliteringskliniken.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Inom offentligt driven primärvård: tillgång till smärtehabilitering i primärvård motsvarande MMR1 på primärvårdsnivå och MMR2 på specialistnivå. Vid mindre vårdcentraler förekommer det en samverkan med andra vårdcentraler för att kunna erbjuda ett större utbud av insatser ffa när det gäller gruppbehandling MMR1. Inom MMR 2 erbjuds en grundkurs samt därefter smärtehabilitering motsvarande specialistnivå.

Inom offentligt driven primärvård har man gått från ett MMR1-team inom primärvård till flera mindre team som är mer geografiskt spridda i länet. MMR2-team finns via Rehabiliteringskliniken och via avtal med Svenska Rygginstitutet (2017).

För de riktigt komplexa smärtpatienterna med psykiatrisk samsjuklighet som man möter i primärvård kan det ibland vara svårt att koordinera insatser, i synnerhet om de inte klarar att tillgodogöra sig eller orkar delta i MMR 2. För icke svensktalande kan det vara svårt att ge adekvat behandling gällande MMR1- och MMR 2-nivå.

Den offentligt drivna primärvården rapporterar att MMR1 ligger på en ganska låg nivå. Orsaker som anges är många komplexa patienter som inte klarar att tillgodogöra sig behandlingen, läkarbrist i primärvården, samt svårigheter att organisera MMR1 vid mindre vårdcentraler. Gällande MMR2 rapporterar man en organisationsförändring som möjlig orsak till lägre antal behandlingar.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Vi önskar självklart behålla resurserna men det förutsätter fortsatta satsningar inom området.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Vad gäller Kronobergs län vet vi att det tas fler arbetsgivarkontakter i verksamheten än vad som rapporteras in i de underlag som ligger till grund för ersättningen. Det kan handla om att patienten inte ”uppfyller” de villkor som krävs för ersättning, eller att man helt enkelt av olika anledningar inte registrerar kontakten i de formulär som sedan skickas in till FK. Exempelvis tar läkare kontakt med arbetsgivare utan att det alltid registreras. Uppgifterna har framkommit vid exempelvis dialogmöten på vårdcentralerna samt när chefer i Primärvårds Rehab har möte med sina anställda (fysioterapeuter, arbetsterapeuter, rehabiliteringskoordinatorer, psykosocial resurs). Ibland upplever man det helt enkelt som besvärligt att registrera i formulären. Hur arbetsgivarkontakt som ägt rum samlas in och dokumenteras är inte alltid känt av samtliga medarbetare.

Region Norrbotten

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Ansvar för denna patientgrupp finns i primärvården. Internetbaserad behandling för ångest och oro är införd sedan årsskiftet. Dessutom håller flera hälsocentraler på att bygga upp psykosociala team.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT-steg 1 terapeuter finns på länets alla 30 hälsocentraler. Vi har även infört internetbaserad KBT ”Ångest och oro” (december 2017).

Det finns ca 45 personer med KBT-steg 1 inom primärvården, ca 30 inom psykiatri. KBT-steg 2 = fem personer.

Tillräcklig tillgång på KBT och andra behandlingar för psykisk ohälsa.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT-steg 2, i dagsläget fem personer med denna utbildning.

Beslut är fattat att det inom primärvården ska anställas psykologer.

Vi har sedan 2010 arrangerat sex st. KBT-steg 1 utbildningar i länet för att stärka upp den psykosociala kompetensen i framförallt primärvården.

Arbetsätten bör vara så pass implementerade efter alla dessa år, så oavsett ersättning eller inte är vår förhoppning att de ska utvecklas och leva vidare.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Hälsocentralerna har ”certifierats” genom en framtagen arbetsmodell. Vi har även en HÖK långvarig smärta som underlättar arbetet för primärvård respektive specialistvård.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Tillgången till MMR är relativt god i vår region. Förutom traditionell MMR har vi ett internetbaserat program för smärta.

MMR1-team finns på de flesta av länets 30 hälsocentraler. MMR 2 finns inom specialistvården, på Garnis Rehab.

Tillräcklig tillgång på behandlingar för långvarig smärta.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Arbetsätten bör vara så pass implementerade efter alla dessa år, så oavsett ersättning eller inte är vår förhoppning att de ska utvecklas och leva vidare.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Uppdraget är arbetskrävande. Ofta röstbrevlåda, inget svar på mobilen, dröjer innan arbetsgivare ringer upp. Det tar tid att följa upp och ringa flera ggr/dag/vecka. Det tar för lång tid att få kontakt ibland. Inte alltid.

”Arbetskrävande är en orsak men förekommer ofta mer möten än vad som registrerats – de registreras inte eller registreras fel. Inte svårt få med patienterna. Händer ofta att de inte vill att vården tar kontakt. De vill sköta den själv. I flera fall är det inte aktuellt med arbetsgivarkontakt eller med arbetsförmedlingen. En del arbetsgivare är inte så intresserade av kontakt. Då är det som att jobba i motvind. ”Jag upplever att främsta orsaken är att patienterna inte velat att AG ska delta.

Beträffande AF så har de vid flera tillfällen inte varit så intresserade av att komma. Vid ett tillfälle kunde handläggaren inte förstå vitsen med mötet överhuvudtaget. Det finns behov, mest i de ärendena med stor psykosocial problematik och som är stora vårdkonsumenter. Tiden är en faktor.

Det tar **tid** att få igång de nya rutinerna och där lägger vi fokus på patienter som är i arbete och inte varit sjukskrivna längre tid.

Region Skåne

Behandling av lättare och medelsvår psykisk

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inom Vårdval Psykoterapi på primärvårdsnivå finns behandlingsformerna KBT, IPT samt PDT.

Vårdval för vårdcentralerna.

KBT och IPT inom hälsovalet.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

På primärvårdsnivå ca 300 leverantörer och ca 500 behandlare fördelade på behandlingsformerna KBT, IPT samt PDT.

Antal KBT-terapeuter, steg 1 finns ca 211 st. och för psykoterapeuter (steg 2) med KBT-inriktning 47 st. Tillgången är tämligen god inom vårdval Psykoterapi.

IPT behandlare med nivå B finns ca 44 st. och gällande behandlare med PDT kompetens (psykoterapeut med psykodynamisk inriktning eller psykolog med psykodynamisk inriktning) finns ca 125 st.

Det är en god tillgång i dagsläget med vårdval Psykoterapi på primärvårdsnivå.

Vårdvalet har vuxit kraftigt mellan åren 2014–2017 och beror sannolikt på hur avtalen är utformade, inte på att medel avsatts i överenskommelsen för kompetenshöjning från steg 1 till steg två. Orsaken torde inte ligga i ovanstående, det handlar mer om hur avtalet för vårdvalet är utformat.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inom primärvårdsnivå och inom vårdvalet är kompetensen väl tillgodosett, dock saknas kompetens på vårdcentralerna som exv. psykologer. Dock handlar detta mer om hur organisationen ser ut än tillgången. Det handlar mer om styrning.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Inom vårdval i primärvården.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Region Skåne arbetar inte efter strukturen MMR1 och MMR 2. Multimodal smärtrehabilitering bedrivs främst som vårdval och tillhör primärvård. Det är därför inte möjligt att svara på antal team inom de två grupperingarna. I dagsläget finns det 18 mottagningar. Antal patienter som slutbehandlades under 2017 var närmare 700 patienter. Ingen känd kö finns.

Det är svårt att bedöma om tillgången är god eller inte. Det har även skett en reducering i antal mottagningar och patienter sedan ersättningen sänktes inför 2017. Oklart är om det även beror på att behovet minskat. Det är svårt att dra några slutsatser om ifall det finns ett reellt behov eller om det är styrt av det utbud av vård som finns, då ingen kö uppstått efter sänkningen av ersättningen.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Region Skåne arbetar i dagsläget med att ersätta vårdvalet inom multimodal smärtrehabilitering med en upphandling av färre antal mottagningar än det antalet som finns i dagsläget. Ett av syftena är bättre kostnadskontroll (LOU jmf LOV). Kommande framtida leverantörer förväntas vara verksamma med start 2019. Finansieringen till upphandlingen sker via Region Skånes ordinarie budget för hälso- och sjukvård.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Region Skåne bedömde att de medel som prognosticerades för Region Skåne inte svarade mot den insats, av administrativ karaktär, som skulle krävas. Därför har Region Skåne inte gjort någon inrapportering och kommer heller inte att göra anspråk på dessa medel i överenskommelsen.

Stockholms läns landsting (SLL)

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Allt finns i ordinarie uppdrag. I husläkarverksamheten finns psykosociala uppdraget samt tilläggsuppdraget barn och unga med psykisk ohälsa, allmänpsykiatri samt särskilt uppdrag för depression och ångest.

Psykologisk behandling som KBT infört i psykosociala uppdraget i vårdvalet för husläkarverksamhet.

Förutom husläkarmottagningar finns vårdval primärvårdsrehabilitering och vårdval specialiserad fysioterapi som genomför bland annat fysisk träning som är evidensbaserad för viss psykisk ohälsa. Till detta finns vårdval för utmattningssyndrom där ca 1700 patienter får MMR inkluderande KBT.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

SLL har 210 husläkarmottagningar med psykosocialt uppdrag som utför behandlingar. År 2017 rapporterades att ca 9000 patienter fick psykologisk behandling enligt överenskommelsens kriterier. Det ska jämföras med att ca 80 000 patienter har diagnostiserats med psykisk ohälsa diagnoser på husläkarmottagningar. Husläkarmottagningarnas ersättningstak för psykosociala besök har höjts och i princip alla mottagningarna ligger under denna nivå. Å andra sidan kommer signaler på att tillgängligheten för psykosociala insatser blir sämre. Därtill finns i psykiatrin ca 10 kliniker som också tar emot patienter med medelsvår depression och ångest och ger psykologisk behandling där rapportering visar ca 2500 patienter. Vidare finns ca 100 psykiatriker som verkar inom Lagen om läkarersättning (LOL), där det tyvärr finns begränsade möjligheter till uppföljning.

I psykiatrin finns minst 650 behandlare med kompetens minst KBT-steg 1 eller PDT, som behandlar medelsvår depression och ångest. I det obligatoriska psykosociala uppdraget i husläkarverksamhet är kompetenskravet legitimerad vårdpersonal eller socionom ihop med minst steg 1 i KBT eller PDT. Signaler finns på att det är brist på psykologer och psykoterapeuter och att primärvården dränerar psykiatrin. En utredning om detta är på gång.

Vårdvalet för husläkarverksamhet har ett mjukt ”ersättningstak” för psykosociala besök som har höjts i omgångar. Nu ligger i princip alla mottagningarna under detta ”tak”. Å andra sidan kommer signaler på att tillgängligheten för psykosociala insatser blir sämre.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

I Överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin 2013 avsattes medel för att ge landstingen möjlighet att höja kompetensen från grundläggande (steg 1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2) för KBT-behandlingar. Nämda medel användes för att erbjuda kostnadsfri utbildning steg 2, men få sökte till dessa. Skälen var troligen förlorad arbetsinkomst och att arbetsgivaren inte ville släppa personalen

Det finns säkert ett behov av att höja kompetensen. Det är brist på psykologer. Psykoterapeuter (steg 2) efterfrågas inte lika mycket. Men bedömningen är också att kuratorerna med steg 1 behöver finnas kvar i det psykosociala uppdraget för t. ex krisreaktion och stödsamtal. Befintliga kompetenser som psykolog, kurator och rehabiliteringskoordinator kan komplettera varandra bättre genom att arbeta mer teambaserat.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Allt finns i ordinarie uppdrag. Men MMR1 behöver utredas och utvecklas. Liksom hur hela smärtvården i SLL ska organiseras med bedömning/utredning och behandling/rehabilitering.

MMR 2 för långvarig smärta infört som eget vårdval. MMR1 infört som tilläggsuppdrag till vårdval för husläkarverksamhet.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

SLL har ett vårdval för långvarig smärta, MMR 2, med god tillgänglighet samt en rehabiliteringsmedicinsk universitetsklinik. För MMR1 finns eget tilläggsuppdrag i vårdvalet för husläkarverksamhet samt visst utrymme i vårdvalet för MMR2. Antal patienter är betydligt färre än väntat och plan finns på att förändra beställningsformen. Övriga behandlingar för långvarig smärta har inte rapporterats men vårdval finns för primärvårdsrehabilitering respektive specialiserad fysioterapi med god tillgång.

MMR1 har två team i primärvård. MMR 2, minst 25 team. God tillgång på MMR 2, otillräckligt för MMR1. Plan finns för att öka utbudet av MMR1.

God tillgång på fysioterapi och primärvårdsrehabilitering, detta finns i två separata vårdval med många leverantörer.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

MMR1 behöver utredas och utvecklas. Liksom hur hela smärtvården i SLL ska organiseras med bedömning/utredning och behandling/rehabilitering.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Under 2016 och 2017 har det gått ut information och stimulansersättning för kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling i samband med behandling/rehabilitering inom villkor 3. Detta har gått ut till husläkarmottagningarna, öppenvårdspsykiatri och mottagningarna inom vårdvalet rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom.

Rapportering från vårdgivare har skett via koder, vilka började användas andra tertialen 2016.

De rapporterade kontakterna kommer nästan alla från vårdvalet rehabilitering (MMR2) vid långvarig smärta och utmattningssyndrom. Under 2017 skedde kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling i ca 40 procent av alla rehabiliteringar (MMR2). Det är en liten ökning från 2016. Observera att många av patienterna som genomgår MMR2 är sjukskrivna och Försäkringskassan är involverad.

På husläkarmottagningar och inom öppenvårdspsykiatri är rapporterade kontakter väldigt få i förhållande till antalet genomförda behandlingar, både 2016 och 2017.

Det görs fler kontakter än som rapporteras. Men vår bedömning är att det generellt görs väldigt få kontakter. Det finns en osäkerhet kring om och hur kontakt ska tas. Det är nog oftare som vårdgivarna ger stöd och motiverar patienten att själv ta och hålla kontakt med arbetsgivaren. Kontakten sker nog också oftare när Försäkringskassan är involverad.

Rehabiliteringskoordinatorerna har tydligare i sitt uppdrag att ta nödvändiga kontakter med arbetsgivare/arbetsförmedling. I SLL ökar antalet rehabiliteringskoordinatorer stadigt på husläkarmottagningar och inom öppenvårdspsykiatri. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) arrangerar seminarium och nätverk för dessa. Uppföljning sker med enkäter och produktionsdata. I detta sammanhang är frågan kring kontakter med arbetsgivare och andra externa aktörer en självklar del.

Vår bedömning är att kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling kommer att öka och då främst genom rehabiliteringskoordinatorernas arbete med patient och övergripande på mottagning. Däremot vad som är en rimlig nivå är ännu oklart.

Landstinget Sörmland

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har bra bemanning med psykosociala team på alla vårdcentraler med tillgång till kontinuerligt nätverksstöd.

De anställda psykologerna samt psykoterapeuterna kommer sannolikt finnas kvar i primärvården.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Tillgången bedöms som god. Stor satsning är gjord inom primärvården.

KBT-steg 1 kompetens innehas av 20 kuratorer och 20 psykologer. Steg 2 har 10 psykoterapeuter.

Stor satsning är gjord i primärvården både gällande kunskapspåfyllning och för att utveckla ett mer effektiviserat arbetssätt.

Cirka 20 personer har fått utbildning i EMD-R och 20 stycken i PE (Traumabehandling).

Tack vare de statliga medlen har vi höjt tillgången och kompetensnivån väsentligt. Dock har tillgången på samma kompetens till personer över 67 år minskat en del p.g.a. missförstånd hos några få VC då Överenskommelsen satt stort fokus på patienter i arbetsför ålder.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Man har bedömt att det är tillfredsställande med grundläggande kompetens (steg 1). Man har ökat antalet psykologer i PV men däremot minskat antalet psykoterapeuter då det bedömdes bli för långdragna behandlingsperioder (ineffektivt).

Vi har KBT och upprätthåller kompetensen genom att erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling (fanns ju redan innan den statliga satsningen) och enligt tidigare svar har en satsning gjorts på psykologer samt steg 2 utbildade psykoterapeuter inom primärvården.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Annan smärtbehandling; Gruppbehandling och träning ”Smärtskola - Kunskap för livet.

MMR1 och MMR 2 har inte införts som en del av hälsovalet.

Det finns två MMR1- team. MMR2 finns endast på specialistklinik. I Sörmland har vi stimulerat ett ökat samarbete mellan kuratorer samt sjukgymnaster i ”smärtskolor” och liknande samt samarbete mellan primärvård och smärtemottagningen vid behov men enligt nuvarande evidensläge inte bara fokusera på konceptet MMR1 (2).

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Cirka 30 sjukgymnaster fördelade över länet har utbildats via Reumatikerförbundet Smärtskola – Kunskap för livet, och kan erbjuda gruppbehandlingar enligt SBU:s riktlinjer.

Vi har redovisat viss arbetsterapeutisk behandling enligt ReDo metoden, dock är det mkt begränsad tillgång på arbetsterapeuter i primärvården. Så detta har endast erbjudits på ett fåtal vårdenheter än så länge. Vi har satsat statliga medel på utbildningsinsats inom detta område, men som sagt är det en svårrekryterad profession och det finns behov av ett samlat utvecklingsarbete här.

Då kraven för att leva upp till MMR1 och MMR2 är höga ur ett primärvårdsperspektiv är det svårt att tillhandahålla hög tillgång på denna behandlingsform. Däremot har man istället rapporterat en hög grad av andra smärtbehandlingar.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Vad det gäller MMR satsar vi på inte namnskyddade koncept med multimodal rehabilitering genom b.la. smärtskolor samt specialistutbildning av sjukgymnaster.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Siffrorna för Sörmland kan vara lite missvisande. Vi har sedan flera år tillbaka ersatt vårdenheterna för så kallade ”Sjukskrivningsförebyggande möten”. Det

har varit trögt att få till dessa men 2017 rapporterades 139 st. Detta är en typ av flerpartsmöte där arbetsgivare eller Arbetsförmedling medverkar.

Det har varit lite svårt att få våra Rehabkoordinatorer att särskilja dessa kontakter: *Sjukskrivningsförebyggande möte* eller *Kontakt med arbetsgivare enligt villkor 3*.

Vi ser även att Försäkringskassan i många fall skulle behövt varit med/ kallat till avstämningsmöte men de backar och tycker att vården och arbetsgivaren ska mötas och planera först. Sedan visar det sig att det ofta finns behov för avstämningsmöte och då måste detta bokas; vilket medför dubbla möten för vård, arbetsgivare och patient i onödan.

Rehabkoordinator inom psykiatri har ju många arbetsgivarkontakter men inte tidiga sådana därför har psykiatri inte rapporterat in några arbetsgivarkontakter. Visst skulle ett och annat sådant möte kunna ske även där men rehabkoordinatorn är inte involverad i alla patientärenden och har inte koll på alla sjukskrivna och det har varit svårt att få kollegor att nyttja denna mötestyp.

Då vi i Sörmland har vår TRIS-struktur (Tidig Rehabilitering I Samverkan för samverkan) med bland annat arbetsförmedlingen, vet vi att vården och arbetsförmedlingen har många naturliga kontakter i patientärenden via denna struktur och dessa har då inte fallit naturligt för enheterna att rapportera enligt Villkor 3. Det är garanterat en anledning till låga siffror när det gäller kontakter med AF.

Vi har också ett pågående projekt med Försäkringskassan där vi jobbar för att öka kontakt mellan arbetsgivare och vården.

Vi ser att arbetsgivarkontakterna har ökat sedan uppstarten 2015, både gällande vår s.k. sjukskrivningsförebyggande möten och kontakterna med arbetsgivare och arbetsförmedlingen enligt villkor 3.

Region Uppsala

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Det ska i ordinarie utbud finnas såväl psykolog, fysioterapeut som kurator på vårdcentralerna.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har ca 70 psykoterapeuter upphandlade inom vårdvalet (LOV). Inom psykiatri finns kompetensen även om de är hårt belastade. Vi har inte registrerat inriktning eller nivå på kompetens.

Tillgången är troligen för låg i förhållande till att psykisk ohälsa fortsätter att öka.

Programrådet för depression och ångest har gjort en kartläggning där de konstaterar att vi inte har nog bra kapacitet varken inom primärvård eller psykiatri. Detta gäller depression och samtliga ångestdiagnoser. Det förs en diskussion inom programrådet att genomföra en gap-analys för att ta reda på detta. Väntetiderna är långa och de som erbjuds behandling inom primärvård erbjuds ofta inte fullständiga KBT-behandlingar. Man kan inte erbjuda återbesök 1g/v utan får istället satsa på 1g/mån och man ger kortare behandlingsserier än vad forskningen visat behövs.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har inte haft som mål att höja kompetensen från grundläggande (steg 1) till legitimerad psykoterapeut (steg 2) för KBT-behandlingar och därför heller inte mätt detta. Det finns ingen formaliserad utbildning för ”Steg 1”. Inom vården bör vi utgå från legitimerad personal när det gäller detta. När man talar om steg 1 och därefter steg 2 likställs ofta psykologer som är de som har mest omfattande utbildning på området med dem som har minst utbildning, d.v.s. icke-legitimerad personal som gått en icke-kvalitetssäkrad utbildning med oklart innehåll (Steg 1). Antalet anställda psykologer har ökat under denna period, men det finns svårigheter gällande att behålla personalen och därmed ha kontinuitet. Dessutom ökar antalet patienter. Vi fokuserar snarare på att det ska finnas psykologer på alla vårdcentraler för att ge evidensbaserad intervention mot psykisk sjukdom. Sedan behövs kuratorer, inte främst i terapeutrollen utan snarare bidra till att inte medikalisera patienter med mentalt dåligt mående genom krishantering, stöd i vardagen, stöd att få ett nätverk, bostad och hantera sin ekonomi. Man bör definiera vad psykoterapeutens och psykologens roll inom primärvården ska vara.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR2 finns inom smärtcentrum på Akademiska sjukhuset. MMR1 kommer hanteras utifrån Region Uppsalas utredning om detta. I dagsläget finns MMR1 enbart med hjälp av stimulansmedel. Modellen är inte tillräckligt enhetlig och de 7–12 vårdcentraler som levererar inom överenskommelsen behöver av olika skäl bli färre, enligt utredningen till tre vårdcentraler.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Tillgången verkar vara god om man ska utgå ifrån inrapporterade behandlingar i överenskommelsen. Region Uppsala har under hösten 2017 gjort en utredning om ett permanent införande av MMR1 från 2019, utan statsbidrag. Där redogörs för behov, nuvarande modell och förslag på framtida modell. När det gäller MMR 2 finns Smärtcentrum på Akademiska sjukhuset som hanterar det.

Vid slutet av 2017 rapporterar 7 MMR1-team. Så kontinuiteten brister hos oss och det är tillfälliga medel som styr. Smärtcentrum vid Akademiska har fyra MMR 2-team som kontinuerligt rapporterar inom överenskommelsen och som existerar även utan statsbidrag. Tillgången är troligen god. Det som behövs är en uppstrukturering på flera plan av MMR1.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Region Uppsala har under hösten 2017 gjort en utredning om ett permanent införande av MMR1 från 2019 utan statsbidrag. Där redogörs för behov, nuvarande modell inklusive tillgång och förslag på framtida modell.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Det våra vårdgivare som levererar inom ramen för ”rehab garantin” säger är att de efterfrågar kontakt med AG/AF när det är relevant, men att det oftast är patienten som av olika skäl inte ger detta samtycke. Vi har från centralt håll inte arbetat specifikt med att påverka dessa vårdgivares inställning och sätt att arbeta eftersom dessa stimulansmedel ska upphöra från 2019. Vi har endast formulerat lokala kriterier för arbetet där detta ingår. Vårt fokus är istället att kontinuerligt stötta rehabiliteringskoordinatorerna så att de har kompetens och verktyg för kontakt med patientens arbetsgivare alternativt med arbetsförmedlingen. Vi har även samverkat fram att arbetsförmedlingen i vårt län är mer synliga och kontaktvägarna har förbättrats.

Landstinget Värmland

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

KBT erbjuds på alla vårdcentraler i hälsovalet

På alla vårdcentraler finns psykoterapeutisk kompetens med i huvudsak KBT eller integrerad inriktning eller annan psykoterapeutisk inriktning. På flertalet vårdcentraler bedrivs även IKBT.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Landstinget i Värmland har ett vårdprogram för depression och ångest sedan flera år som har implementerats och som gäller psykiatri, allmänmedicin och första linjens vård. Tillgången till behandling har förbättrats då vårdcentralernas samtalsmottagningar utvecklats i samband med införandet av modellen BEON (Bästa effektiva omhändertagandenivå) som innebär att patienten tidigt i vårdförloppet får träffa en psykosocial resurs (kurator eller psykolog). Första linjens vård för barn och unga har under 2017 införts i hela länet.

KBT- terapeuter (grundläggande) steg 1: 54 stycken och steg 2 (psykoterapeut) 14 stycken, utöver detta så finns 28 medarbetare med psykoterapiutbildning (steg 1 och 2) med integrativ inriktning. I tidigare rapportering har även medarbetare med 7,5 högskolepoäng med KBT räknats in i siffrorna, vilket inte gjorts vid detta tillfälle. Detta gör att en direkt jämförelse med 2014 års siffror inte kan göras.

Cirka 100 KBT-behandlingar har ersatts med IKBT. Det har tagit resurser att utbilda i IKBT, men det är viktigt att kunna erbjuda IKBT inte minst eftersom Värmland är ett glesbygdslän.

Behovet av KBT och andra behandlingar är större än den resurs vi har.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inom området öppenvård finns 28 legitimerade psykoterapeuter, varav 14 har KBT inriktning och två integrativ inriktning. Vidare finns 55 st. psykologer inom område öppenvård, fem av dessa är också psykoterapeuter. Det finns något fler legitimerade psykoterapeuter 2017 jämfört med 2014 inom område öppenvård. Däremot finns på totalen något färre legitimerade psykologer inom landstinget vilket beror på rekryteringsproblem. Totalt 74 (2017) jämfört med 77 (2014).

Det finns ett behov av att anställa fler psykologer och behovet av psykoterapeuter är ännu större.

Eftersom psykisk ohälsa är vanligt förekommande sökorsak i primärvården (40 procent) så behövs ytterligare förstärkning vad gäller personalresurs och kompetensutveckling.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Beteende medicinsk rehabilitering erbjuds i hälsovalet.

För MMR 2 remitterar vårdcentraler i hälsovalet till specialistvården eller en privat aktör.

MMR 2 och MMR1 (ett team) finns i specialistvården. MMR 2, ett team privat med avtal. I primärvården bedrivs beteende medicinsk rehabilitering men de redovisas inte.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Alla patienter ovan som remitteras till specialistvården i Landstinget i Värmland utreds och får en rehabiliteringsplan som antingen ges i specialistvården eller på "hemmaplan" i primärvården. MMR finns i den ordinarie verksamheten men delvis finansierats av bidrag 2017. Fler MMR 2-team behövs för att ta emot fler behövande av specialistvård och möta ett behov som ökar, inte minskar. Inom primärvårdsrehabiliteringen tas patientgruppen omhand individuellt eller i grupp. Viss rehabilitering vid långvarig smärta tillhandahålls även av privat aktör via avtal.

Det finns inga MMR1-team på vårdcentralerna, men arbetssättet beteende medicinsk rehabilitering erbjuds över länet. Ett MMR1 – team finns i specialistvården. MMR 2-team: tre offentliga och ett privat team. Vi behöver fler team för att möta patientbehovet.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Kompetens finns, men då patientflödet beräknas öka kommer vi sakna specifika resurser med adekvat kompetens enligt MMR 2.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Landstinget i Värmland har från år 2016 till 2017 ökat från 62 till 101 kontakter med arbetsgivare och från 25 till 56 kontakter med arbetsförmedling för de patienter som får behandlingar enligt överenskommelsen. Landstinget ser att utvecklingen går åt rätt håll, men konstaterar samtidigt att mer finns att göra för att kontakter med externa aktörer ska bli en naturlig del av vården och behandlingen av patienten.

Mätningarna avser enbart kontakter för patienter som är under olika typer av behandlingar enligt överenskommelsen. Eftersom rehabiliteringskoordineringsfunktionen har i sitt uppdrag att i ett tidigt skede i vårdförloppet ha kontakter med externa aktörer så är den totala siffran för externa kontakter betydligt högre. Som med all statistik så kräver det också att kontakterna registreras in i journalen på ett korrekt sätt så att tillförlitlig statistik kan tas fram. I det avseendet har vi en pedagogisk uppgift att få alla att registrera in de KVÅ-koder som gäller för olika typer av externa kontakter. Om externa kontakter ska mätas och rapporteras fortsättningsvis så är det ju viktigt att alla dessa externa kontakter registreras och rapporteras, inte bara för de patienter som erhåller behandlingar enligt överenskommelsen.

Västerbotten läns landsting

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Specialistnivå stress rehab har ett långt specialistprogram riktat mot stress/utmattning. Primärvården har fått som uppdrag att utveckla grupprogram för psykisk ohälsa i syfte att använda stimulanspengar till utveckling i stället för enbart produktion.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har 39 hälsocentraler. Ungefär 80 procent av dessa har tillgång till KBT-terapeuter. IKBT har fyra psykologer som fungerar som handledare i programmen.

Majoriteten av hälsocentralerna har balans vad gäller behandlingskapacitet, inlandskommuner och mindre hälsocentraler har svårt att rekrytera, nyttjar distanslösningar och IKBT.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Har haft inriktningen att utveckla KBT-behandlingar. IKBT har varit ett utvecklingsområde som rapporterats, även distans KBT som gått via videokonferens i syfte att serva glesbygdsområden.

Två personer gått vidare från steg 1 till steg 2 En jobbar med kvinnor som utsatts av våld i nära relationer, Den andra jobbar i ett MMR2-team.

Ser inget behov att i primärvården höja kompetensen från steg 1 till steg 2, det är inte den karaktär av patientgrupp som är i behov av steg 2 utbildade terapeuter. De som behöver steg 2 kompetens hör mera till den specialiserade vården.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Smärtrehabiliteringskliniken har utvecklat struktur för MMR2 behandling.

MMR1 är utlagd på alla hälsocentraler med varierad framgång, finns ett antal hälsocentraler som utvecklat metoder för MMR1, ca sex hälsocentraler av 39. Resten har inte mäktat med eller är för små för att klara kriterierna för MMR.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Brist på MMR1 i primärvården. På vissa geografiska områden finns tillgång på centraliserad MMR 2-nivå.

MMR 2 känns tillfredställande vad gäller resurser. När det gäller MMR1 så kan vi så här i efterhand konstatera att det var ett misstag att lägga ut i hela primärvården p.g.a. ojämn tillgång till resurser. Vissa områden i länet har bra utbud medan andra har svårt att leverera på grund av kompetensbrist och små enheter. Svårt hitta ett tillräckligt underlag för att leva upp till kompetenskraven som anges i riktlinjerna för MMR.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Smärtrehabiliteringskliniken har utvecklat struktur för MMR2-behandlingar.

Finns två nivåer, dels den specialiserade delen både vad gäller smärtbehandling och stressbehandling, kommer förmodligen att fördelas, om det kommer att finnas pengar i landstingsbudgeten, för att klara den verksamheten. Vad gäller primärvården så är det mera oklart.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Eftersom redovisningen är kopplat till "rehabiliteringsgarantin" MMR, KBT etc. så visar denna sammanställning bara de kontakter som tas i samband med rehabiliteringsprogrammen.

I Västerbotten så har vi använt pengarna för att utveckla rehabilitering i grupp, antalet deltagare i dessa grupper blir rätt små vad gäller arbetsgivarkontakter, de allra flesta arbetsgivarkontakter sker utanför rehabiliteringsprogrammen och därmed ligger de utanför redovisningen. Detta är olyckligt eftersom vi vet att det är stor aktivitet från vårdens sida vad gäller utvecklingen av metodik samt utvecklingen av processen gentemot arbetsgivarkontakter.

Region Västernorrland

Behandling av lindrig och mellansvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

I Regelboken för 2018 står att: ”Vårdcentralen ska ha tillgång till kurator och psykolog och kunna erbjuda behandling med KBT-inriktning”.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi erbjuder KBT-behandling, både i grupp och enskilt i primärvården, men tillgången till behandlare motsvarar inte den efterfrågan som finns. Även annan psykologisk behandling kan erbjudas inom vissa enheter.

Alla enheter inom primärvården har tillgång till kurator och psykolog i olika grad beroende på storlek på enhet. Det finns ungefär 5–10 legitimerade psykoterapeuter och ett 20-tal med KBT-steg 1 inom primärvården. Det finns möjlighet till tjänsteköp av privata aktörer i de större städerna.

Nej, vi har inte tillräcklig tillgång.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har ökat antal anställda med KBT-steg 1. Under 2014–2015 utbildades ca 15 personal i KBT-steg 1 och flertalet finns kvar i verksamheten. Vi har fortfarande få leg psykoterapeuter men antalet ökar i primärvården.

Vi har brist på både psykologer och legitimerade psykoterapeuter vilket gör det svårt att höja kompetensen för de med grundläggande kompetens (steg1) till nästa nivå.

Internetbaserad behandling är under uppbyggnad.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

I Regelboken för 2018 finns inget inskrivet om MMR.

MMR1 finns inom den landstingsdrivna primärvården vid två hälsocentraler i länet. Där ingår det som en del av utbudet i vården. Personer kan remitteras från andra HC/VC till dessa verksamheter. MMR 2 finns inom Länsverksamhet Geriatrik, Neurologi och Smärta vid Länssjukhuset i Sundsvall. Varje HC/VC har även egna sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer etc. ute på respektive enhet för annan smärtbehandling/rehabilitering, som sker både i grupp- och individuellt.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Vi har tillgång till fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut inom primärvård, men problem att rekrytera vilket gör att det är väntetid och tillgången är ojämnt fördelad över länet.

Det finns två MMR-team inom primärvården och ett MMR team inom den specialiserade vården. Behovet av ytterligare ett MMR1-team finns då vi har ett stort geografiskt område och behov finns att öka möjligheten för fler personer att få behandling med rimlig restid. De personer som idag inte klarar långa restider remitteras gärna till MMR2-teamet med möjlighet till internet.

Behov finns av ytterligare ett MMR1-team i inlandskommunerna beroende på avstånden i länet. Alternativt att bygga upp en större enhet för hela länet med möjlighet till boende vid behov. Utredning pågår men inga beslut är ännu tagna.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

MMR-verksamheten i primärvården, behöver fortsätta byggas upp så den blir mer långsiktigt stabil. Vi har problem att behålla personal då verksamheten bygger att man arbetar del av tjänst med MMR, vilket sliter.

Arbete pågår när det gäller MMR1 att sätta detta i ordinarie struktur. Inga beslut är dock tagna ännu. Vi ser svårigheter att bibehålla samma nivå som idag framförallt i primärvården om statsbidraget upphör 2019. Specialistvårdens uppdrag är tydligare.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Vi har manuell rapportering som säkert gör att det blir en viss underrapportering.

Tidsbrist, finns inget utrymme att hinna ta kontakt med AG/AF, tiden går åt till de pat. som fått avslag samt andra ärenden. Chefsstöd saknas, arbetsledningen förstår inte vitsen med att rehabiliteringskoordinator ska kontakta AG/AF. Saknas kunskap om uppdraget. Rehabiliteringskoordinatorn får fel patientfall där patienten står väldigt långt ifrån arbetsmarknaden/varit hemma flera år osv. Rehabiliteringskoordinatorn känner sig otrygg i kontakten med AG/AF, vet inte riktigt vilken information som skall tas upp, vad säga, hur och så vidare Synpunkter vi fått in från våra rehabkoordinatorer som svar på vilka svårigheter som finns är att ta kontakt och samverka med AG/AF.

Region Västmanland

Behandling av lindrig och mellansvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Finns på varje vårdcentral, offentlig och privat och inom psykiatrin.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT-steg 1 ca 65 stycken (kurator, psykolog, sjuksköterskor, fysioterapeuter och övriga yrkesgrupper), KBT-steg 2 ca 25 stycken.

Inom psykiatrin ej tillräckligt med KBT-steg 2, ytterligare handledarkompetens behövs. Behov av fler med kompetensen för att täcka totalbehovet.

Vi har inte full teckning för det som behövs, en orsak är resursbrist pga. av personalomsättning. Intentionen finns att tillgången ska räcka till. Egen remiss gör att patient har rätt till ett besök och patientflödet har i överlag ökat.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Utbildning erbjuds inom Lärcentrum. Problem med vikariekompensationen, samt att flertal som fått utbildning inte stannar kvar.

Oförändrat. Medel har tagits del av. Utbildningsinsatser har genomförts. En marginell ökning har genererats. Personalomsättningen är stor och resulterat i att man tappat kompetensen.

Det finns ett behov att höja kompetensen för de med grundläggande kompetens (steg1) till legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Tillgång till MMR1-team finns på varje vårdcentral. Inskrivet i vårdvalprogrammet. En klinik för MMR 2 finns i Regionen.

Unimodal behandling finns på vårdcentralerna.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

MMR1-team 15 stycken. MMR 2 en klinik.

Teamen styr direkt och ser andra behandlingar än KBT, undviker medikalisering, IKBT ökar. Bedömer att det bör finnas en mångfald. Tillgången är inte tillräcklig.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Utbildning finns och planeras kontinuerligt för att behålla kompetens eftersom personalomsättningen är hög. MMR 2-kliniken är permanentad. Tillgång ska finnas på varje vårdcentral för MMR1. Brief Intervention har blivit tongivande på vårdcentralerna och utbildning ges vid behov.

Kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling

Vi i Västmanland har haft flera nätverksträffar under året där vi bl. a poängterar vikten av att kontakta både AG och AF. Detta är ett relativt nytt moment som det tar ett tag att implementera, men vi märker utav de dialoger vi har att det blir bättre och bättre och att dialoger förs ute på enheterna om hur viktigt det är med att denna kontakt tas för samverkan. Attitydförändring tar tid. De som har haft kontakt delar med sig av erfarenheterna i nätverksgruppen och det gör att det sprids på ett positivt sätt i verksamheterna, så antalet kontakter ökar succesivt.

Västragötalandsregionen

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

KBT och IPT ingår i uppdraget till vårdcentralerna. Sätillvida organiserar verksamheterna själva sin verksamhet. I VGR finns dock regionala rekommendationer om stegvis behandling utifrån symtomnivå. Här ingår t ex psykopedagogik, vägledad behandling med bok eller internetbehandling, gruppbehandling och individuell behandling. Implementering pågår i primärvården av internetbehandling för bl.a. oro, ångest, nedstämdhet och depression, sömn och stress-utmattning och utbudet av behandlingar ökar. Även pilotprojekt (för behandling av ungdomar) med internetbehandling för ångest pågår.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

I relation till vad nationella riktlinjer för ångest och depression pekar på är behövtligt finns inte tillräcklig tillgång till sådan behandling i VGR.

VGR kan inte uppge antal tillgängliga KBT-terapeuter. Däremot finns det krav att alla vårdcentraler ska tillhandahålla ”Psykoteraeutiska behandlingar av korttidskaraktär i enlighet med nationella och regionala riktlinjer”. Mycket av detta innebär KBT och vi har 200 vårdcentraler i regionen. Dessutom har många leg psykologer KBT-kompetens inom ramen för sin psykologexamen och behandlar med metoden.

Av vuxna person 18 år och uppåt med diagnos; depression, ångest eller stressreaktion, som huvud eller bidiagnos (ej differentierad i svårighetsgrad) fick ca 15 procent psykoterapi i form av PDT, KBT eller IPT, varav mer än 50 procent fick KBT, (medan ca 80 procent fick medicin).

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Återkommande utbildningar i KBT på båda nivåerna alltsedan 2013, uppskattningsvis en handfull omgångar med steg 1 och 2–3 omgångar med steg 2 dock med färre platser.

Stor personalomsättning generellt i vården och leg. Psykoterapeuter slutar ibland för att arbeta i egen regi. Kravet i KoK som noterats också enbart steg 1. D.v.s. inte alltid förenliga incitament för kompetensutveckling i de olika systemen.

Vi har gett flera regionala (med central finansiering) utbildningsomgångar med KBT såväl grundläggande psykoterapiutbildning som legitimationsgrundande psykoterapiutbildning i KBT. F n är två omgångar aktuella på basnivå med ett 40 tal deltagare och även ett mindre antal i leg. grundande utbildning. Sammaledes med IPT – upprepade regionala utbildningar minst 1/termin de senaste åren. Därutöver återkommande riktade KBT-utbildningar för tvångssyndrom, PTSD och insomni.

I den krav och kvalitetsbok som VGR har för den utförare som vill bedriva vård vid vårdcentral (Kok 2018) anges att "Vårdcentralen ska tillhandahålla legitimerad psykolog, med kompetens i den omfattning uppdraget och de regionala medicinska riktlinjerna anger". Psykologen har särskild kompetens gällande utredning och diagnostik (ICD10 och/eller DSM-5). Legitimerad psykolog och PTP-psykolog har behörighet att utföra psykoterapeutisk behandling. För övrig legitimerad sjukvårdsprofession/socionom, som arbetar med psykoterapeutisk behandling krävs minst grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1) och adekvat handledning.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

De senaste åren har VGR främst stimulerat behandling av långvarig smärta med hjälp av multimodal rehabilitering (MMR i två olika nivåer). En behandlingsform som utgår från multimodala team som är verksamma både inom primärvård och vid sjukhusen. MMR1 utgår till fullo från team inom primärvård medan MMR2 i dagsläge finns både inom sjukhusens förvaltningar och delvis inom team verksamma inom primärvård.

MMR ingår inte i vårdvalet.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

I dagsläge (t.o.m. mars 2018) är 14 MMR1-team och 11 MMR2-team anmälda för att ta del av medel kopplat till "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess".

En utredning pågår just nu inom VGR för att tydliggöra vårdutbud och vårdnivå där sikte tas i de nationella riktlinjerna. Flera team rapporterar köer. Under flera år har multimodal rehabilitering genomförts i VGR med stöd från statsbidrag, tyvärr har antalet team minskat i antal och så har antalet behandlingar. Det har varit svårt att rekrytera personal med rätt kompetens och verksamheterna har inte kunnat "se igenom" huruvida VGR kommer att våga satsa medel när statsbidragen försvinner. Detta har också bidragit till att verksamheter inte gått "all in".

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Förhoppningen är nu att den kompetens som finns samlad i de team som finns inom VGR ska kunna "sugas upp" och bli verksamma för patienter med långvarig smärta inom ramen för nya regionala riktlinjer (VGR utreder just nu hur behandling för icke malign smärta ska se ut i VGR, utgångspunkten är de nationella riktlinjerna). Tillgången på adekvat vård för personer med icke malign långvarig smärta är inte tillräcklig.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling kontakter

Under 2017 redovisar Västra Götalandsregionen (VGR) färre kontakter till arbetsgivare än vad som var fallet för 2016 och fler kontakter till arbetsförmedlingen.

Detta förklaras bland annat av att:

- De flesta arbetsgivarkontakter tas av Rehabkoordinatorer inom VGR och ligger utanför det som villkoras för 3000 kronor per kontakt.
- För patienter som erhåller MMR eller KBT-behandling är det ofta andra aktörer än Rehabkoordinatorer som registrerar vårdåtgärder. Det är uppenbart att missuppfattningar finns i hur att registrera och särskilja olika koder vilket medfört att registreringar inte gjorts, alternativt inte kunnat fångas upp regionalt.
- Medel som utgår för denna KVÅ-kodning förefaller inte vara tillräckligt känd alternativt uppfattas inte alltid vara tillräcklig för att ändra rutiner och få till fungerande registrering
- Flera av patienterna inom MMR har ingen arbetsgivare eller har varit under rehabilitering en längre tid varvid arbetsgivarkontakter redan är tagna och åtgärder påbörjade alternativt är det mer aktuellt med kontakter till arbetsförmedlingen.
- I de fall där Rehabkoordinatorer varit involverade har deras tid i stor utsträckning används för intern samordning i vården, mellan vårdnivåer och mellan vården och Försäkringskassan. Rehabkoordinatorer kodar i huvudsak rehabkoordinering och därmed inte i så stor utsträckning koder för arbetsgivar- och arbetsförmedlingskontakter.
- En ökad tydlighet i kravet på samtycke för kontakt med arbetsgivare har inneburit att fler patienter önskat eller kunnat spurras till att själva hålla i kontakterna med arbetsgivaren. I många fall har Rehabkoordinatorns roll blivit förstärkt vad gäller att stödja den enskilde i kontakter med arbetsgivare, företagshälsovård och arbetsförmedling.
- Kontakterna med Arbetsförmedlingen har ökat i samband med den striktare tillämpning av socialförsäkringen som skedde från november 2016. Tidigare sköttes denna kontakt i större utsträckning inom ramen för Försäkringskassans samordningsansvar. Patienter som inte längre får sjukpenning är i större behov av stöd från rehabiliteringskunnig vårdpersonal

Vår bild inom VGR är att det sker betydligt mer arbetsgivarkontakter än vad som registreras. I vårt ständiga förbättringsarbete för att kvalitetssäkra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ingår uppdrag och ansvarsfördelning samt hur vårdåtgärder registreras.

Rutiner för den registrering som gäller enbart i kombination med MMR och KBT har inte under 2017 specifikt kvalitetssäkrats inom VGR.

Region Örebro

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

KBT eller annan behandling enligt överenskommelsen i hälsovalet.

Behandling ges av kurator/psykolog på den vårdcentral där patienten är listad. Svårare psykisk ohälsa behandlas av kuratorer/psykologer inom psykiatri eller inom psykoterapi inom LOV Örebro län (upphandlingen enligt lagen om vårdval.)

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inte tillräckligt. Behoven har ökat i snabbare takt än resurserna under senare år.

Av anställda kuratorer och psykologer i primärvården (ca 70 stycken) saknar sex stycken steg 1-utbildning helt, ungefär lika många går utbildningen i detta nu. Övriga har minst steg 1. Förteckning över terapeuter med steg 2-behörighet saknas. Detta då man gjort bedömningen att steg 1-kompetens räcker för att bemöta den psykiska ohälsan på primärvårdsnivå.

En del PDT har rapporterats som utförts av steg 1 utbildade.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vi har gjort bedömning att det räcker med steg 1-kompetens på primärvårdsnivån kopplat till att vi har ett antal psykologkonsulter riktat mot primärvården som extra stöd i bedömning i svårare fall.

Ingen prestationsersättning utgår till verksamheterna som utför insatser enligt överenskommelsen, villkor 3. Behandlingarna utförs inom ordinarie uppdrag. Resurstillskott för att klara uppdraget har varit permanenta. Fortsatta resurser från staten är dock avgörande för att vidmakthålla de resurser som finns idag för insatser vid psykisk ohälsa och diffus smärtproblematik. Gapet mellan resurser och behov kommer snarare att öka ännu mer de närmast kommande åren.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

MMR1, MMR 2 eller annan behandling enligt överenskommelsen i hälsovalet.

Inrättat fasta team på primärvårdsnivån (MMR1-team) som jobbar länsdelsvis både mot privata och offentliga vårdcentraler inom hälsoval. Inom specialistnivå har det sedan tidigare funnits MMR2-team.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Medelgod tillgång.

Ett MMR 2-team och fyra MMR1- team.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Se Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest- samt stressreaktioner, stycke två.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

I Örebro län vet vi att det tas fler arbetsgivarkontakter i verksamheten än vad som rapporteras in i de underlag som ligger till grund för ersättningen. Anledningen till att vi rapporterat så få kontakter med arbetsgivare beror på att det är en omständlig inrapportering som kräver att olika yrkeskategorier samordnar hela inrapporteringen på ett sätt som är tidskrävande och svårt att få till i praktiken. Rehabkoordinatorn, som oftast är den som genomför den tidiga kontakten med patienten, behöver samordna sig vid inrapporteringen med kurator, fysioterapeut eller MMR-team och stämna av om patientens medicinska rehabilitering är avslutad och vilket datum det har skett.

Sen årsskiftet har vi börjat KVÅ-koda kontakt med arbetsgivare/AF för att själva kunna få bättre uppföljning och då ser vi ett stort antal kontakter med arbetsgivare som är KVÅ-kodade i vår journal. Det är främst våra rehabkoordinatorer som tar kontakt med arbetsgivare/AF och dessa kontakter har ökat mycket kraftigt under våren 2018.

Region Östergötland

Behandling av lättare och medelsvår psykisk ohälsa

Organisation för behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner.

Internetbaserad KBT för ångestsyndrom, depression, stress, och sömn finns på respektive vårdcentral/ungdomshälsa. I stort sett varje enhet har en eller flera IKBT behandlare. IKBT-behandlare erbjuds utbildning, metodstöd, teknisk support och handledning för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet.

Tillgång till behandling för lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Inom primärvården planeras, inom ramen för regionens resursfördelningsprocess 2017, ökade insatser inom psykisk ohälsa för *tidiga insatser*.

Under åren 2016–2018 sker en implementering av internetbaserad KBT (via Stöd och behandlingsplattformen) inom primärvård och ungdomshälsa. I dagsläget har vårdcentraler och ungdomshälsa i Östergötland, med några få undantag, möjlighet att erbjuda behandlingsmetoden för patienter med lindrig till måttlig psykisk ohälsa som depression och olika ångestsyndrom men även för beteendemedicinska besvär som sömnbesvär/insomni och stress/utmattning. Detta innebär att tillgången på evidensbaserad psykologisk behandling markant har ökat.

De upphandlade rehabiliteringsverksamheterna i Östergötland har minst KBT-steg 1 kompetens i alla tre länsdelarna. Uppdraget för dessa är inte kopplade till rehabiliteringsgarantin.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av lindrig och medelsvår depression, ångest samt stressreaktioner

Vid införande av KBT via nätet har kravet varit att behandlaren ska ha lägst grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning eller integrativ inriktning med KBT-erfarenhet och KBT-handledning. Ett 60-tal samtalsbehandlare med olika grundprofessioner (kuratorer, psykologer, psykoterapeuter) har än så länge utbildats. I 2017 års uppföljning av primärvården anger verksamheten att de har 43,5 KBT-terapeuter (varav 14 är psykologer, räknat på heltidstjänster). Därtill tillkommer ett antal terapeuter med psykodynamisk inriktning.

Internetbaserad KBT har potential för att kunna användas i ännu högre utsträckning både inom primärvård/ungdomshälsa men även inom andra verksamheter. Inom primärvård/ungdomshälsa behövs det fortsatta insatser både för utbildning av nya behandlare men även för att utveckla de befintliga behandlarnas kompetens och effektivitet.

Region Östergötland gjorde bedömningen att det förelåg behov av att primärt stärka och utöka det totala antalet samtalsterapeuter med KBT-steg 1 i primärvården innan satsning kunde genomföras för att höja kompetensen genom att utbilda dessa till legitimerade psykoterapeuter. Antalet psykoterapeuter och psykologer är för få i primärvården och regionen har därför även satsat på att anställa fler psykologer inom primärvården de senaste åren.

Det finns en betydande andel patienter med komplex problematik inom områdena psykisk ohälsa och beteendemedicin som har behov av såväl bedömning som behandling utförd av leg. psykoterapeut med KBT-inriktning. Dessa patienter befinner sig ofta i ett gränsland mellan första linjen och specialistvården. Bedömningen är att behovet av insatser från psykoterapeut i dagsläget betydligt överstiger tillgången på psykoterapeuter inom primärvård. Det finns vidare ett behov av att höja kompetensen då patienter idag kommer med mer och mer komplex problematik.

Behandling av långvarig ospecifik smärta

Organisation för behandling av ospecifik smärta

Smärt- och Rehabcentrum har genomfört MMR2 enligt avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden.

Organisationen för MMR bedöms vara framgångsrik inom Region Östergötland. Samverkan finns mellan MMR1 och MMR 2, Smärt- och Rehabcentrum genomför strukturerad handledning av MMR1-teamen och samverkan sker mellan enhetschefer (MMR1 & 2) – båda med syfte att stärka samverkan och säkerställa ett bra omhändertagande av patienterna. Forskningsresultat från Smärt- och Rehabcentrum delges till MMR1.

Tillgång till behandling av ospecifik smärta

Smärt- och Rehabcentrum genomför årligen ca 150 patienter i rehabilitering (MMR2) – dock oklart exakt hur många av dessa som har ospecificerad smärta i nacke, rygg och axlar.

Inom östra länsdelen (exkl. Finspång) finns ett MMR1-team bemannat med två fysioterapeuter, två arbetsterapeuter samt en KBT-terapeut. Utifrån inkommande remisser täcks behoven. I snitt genomförs nio grupper (8–9 pers. per grupp) per år i östra länsdelen. Västra länsdelen uppger att de har ett team i länsdelen avseende MMR1. Bedömningen är att behovet inte möts fullt ut idag. På Smärt- och Rehabcentrum finns tre team som jobbar med MMR2.

I östra länsdelen, när det gäller MMR1, täcks behovet utifrån inkommande remisser. I västra länsdelen är bedömningen att behovet inte möts fullt ut idag. På Smärt- och Rehabcentrum går ca 150 patienter i MMR 2 (gruppbaserad rehabilitering) vilket är enligt uppdraget men behovet möts inte fullt ut. Det finns behov bland mer specificerade grupper, t.ex. Cancer-survivors (patienter som behandlat för cancersjukdom och i efterförloppet har kvarstående besvär med smärta).

De upphandlade rehabiliteringsverksamheterna i Östergötland är inte kopplade till rehabiliteringsgarantin och MMR utan till besvär i rörelseorganen framför allt columna-relateradebesvär och lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Smärt- och Rehabcentrum (specialistnivå) anser att tillgången är tillräcklig utifrån dagens uppdrag.

Kompetens och kompetensutveckling gällande behandling av ospecifik smärta

Det vore önskvärt med en lokal utvärdering av vad som fungerar och inte, innan man fattar beslut om hur strukturen ska se ut när de statliga medlen tas bort.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Det ingår i uppdraget för koordinators, det gäller för alla personer som har behov av kontakt med arbetsgivare alternativt arbetsförmedling vilket inte enbart omfattar personer som inkluderas i villkor 3. Ibland finns svårigheter att nå arbetsgivaren men det tar också tid att sätta processen.

Tillgång och resultat. Behandling psykisk ohälsa och ospecifik smärta

Den här rapporten beskriver resultaten för landstingen och regionerna av de behandlingar som rapporterats för ospecifik smärta och för lätt och medelsvår depression, ångest och stressreaktioner, enligt villkoren 3 i överenskommelsen för 2017. Vidare rapporteras förändringar av de olika behandlingarna sett över tid från 2009 fram till 2017 med undantag för vissa år.

Syftet med överenskommelsen är att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i hälso- och sjukvården genom att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom anna.ostbom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-636-0
Text: Clairy Wiholm