

Rehabiliteringsgarantin 2013

ERFARENHETER OCH RESULTAT EFTER TVÅ FÖRSTA KVARTALEN

Förord

För att stödja personer att återgå i arbete eller förebygga en sjukskrivning tecknade Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med regeringen år 2008 om en rehabiliteringsgaranti som har förlängts till och med 2013. Garantin är till för kvinnor och män i åldern 16-67 år som har långvarig diffus smärta och/eller patienter med måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Orsaken är att dessa diagnoser står för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall. Därför var det angeläget att öka tillgången på behandlingar och rehabilitering för dessa patientgrupper.

Efter att rapporterade insatser minskade under 2012 jämfört med tidigare år till följd av ändrad rapportering och ändrat regelverk ökar antalet insatser igen. Totalt sett har tillgången ökat i stor utsträckning sedan 2009.

Denna rapport beskriver utvecklingen under de två första kvartalen av rehabiliteringsgarantin 2011, 2012 och 2013 och vad landstingen kommer att göra för att förbättra tillgången och stödja återgång i arbete för patienter som får del av insatserna.

Stockholm i oktober 2013

Ulrika Johansson
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	4
Resultat de två första kvartalen 2011, 2012 och 2013.....	4
Multimodal rehabilitering	4
Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi.....	4
Könsfördelning av insatser och ekonomisk ersättning.....	5
Bakgrund.....	6
Sjukskrivningsmiljarden.....	6
Rehabiliteringsgarantin – en överenskommelse mellan SKL och regeringen	6
Resultat de två första kvartalen 2011, 2012 och 2013.....	7
Multimodal rehabilitering	7
Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi.....	8
Könsfördelning av insatser och ekonomisk ersättning.....	8
Tillgången till multimodal rehabilitering	8
Tillgången till KBT och IPT	9
Tabeller	10
Multimodal rehabilitering 2011-2013 kvartal 1-2	10
KBT/IPT 2011-2013 kvartal 1 och 2	11
Utvecklingen av KBT-behandlingar 2012-2013	12
Landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin 2013	13
Landstinget Blekinge	14
Landstinget Dalarna	14
Region Gotland	15
Landstinget Gävleborg	16
Region Halland.....	16
Jämtlands läns landsting.....	17
Landstinget i Jönköpings län.....	18
Landstinget i Kalmar län.....	18
Landstinget Kronoberg	19
Norrbottnens läns landsting (NLL)	20
Region Skåne.....	21
Stockholms läns landsting (SLL)	22
Landstinget Sörmland	23
Landstinget i Uppsala län.....	23
Landstinget i Värmland.....	24
Landstinget Västmanland.....	25
Västerbottens läns landsting	26
Landstinget Västernorrland	27
Västra Götalandsregionen (VG).....	28
Örebro läns landsting (ÖLL).....	29
Landstinget i Östergötland	30

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse med regeringen för att landstingen ska erbjuda en rehabiliteringsgaranti med en början 2008. Överenskommelsen har sedan dess förlängts till och med 2013.

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att kvinnor och män i åldern 16-67 år ska få tillgång till behandling och/eller rehabilitering för att lättare kunna återgå i arbete vid en eventuell sjukskrivning eller för att förebygga sjukskrivning.

Patienter som bedöms ha måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stress ska få tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT). Patienter med långvarig (minst tre månader) diffus smärta i axlar, nacke och rygg ska erbjudas multimodal rehabilitering (MMR), vilket innebär en kombination av välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid med hjälp av personal som arbetar i team. Varje team består av flera professioner, till exempel läkare, sjukgymnast, kurator, psykolog, arbetsterapeut och sjuksköterska.

För detta ändamål avsatte regeringen 948 miljoner kronor år 2013 och ytterligare 52 miljoner kronor till forskning, utveckling och utvärdering.

Resultat de två första kvartalen 2011, 2012 och 2013

Multimodal rehabilitering

Under 2011 två första kvartal hade landstingen genomfört eller påbörjat 4 795 multimodala rehabiliteringsinsatser. Regelverket ändrades 2012 så att endast färdigbehandlade patienter fick rapporteras och så att multimodal rehabilitering delades upp i MMR1 och MMR2.

Under 2012 års två första kvartal hade landstingen genomfört 1 016 MMR1-insatser och 1 702 MMR2-insatser medan för de två första kvartalen år 2013 hade ökat till 1 708 MMR1- och 2 793 MMR2-insatser. Det betyder att landstingen rapporterade fler färdigbehandlade patienter år 2013 än 2011 eftersom en del av patienterna 2011 var under pågående behandling. Den främsta ökningen mellan åren 2012 och 2013 handlar om patienter som får mer omfattande MMR2-insatser.

Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi

År 2011 påbörjade eller genomfördelandstingen 28 302 KBT/IPT-behandlingar. Regelverket ändrades 2012 då endast färdigbehandlade patienter fick rapporteras. År 2012 rapporterades 11 487 färdigbehandlade patienter medan det år 2013 har ökat till 21 906 patienter, det vill säga en fördubbling.

Könsfördelning av insatser och ekonomisk ersättning

Könsfördelningen mellan kvinnor och män som får ta del av samtliga insatser är densamma år 2013 som tidigare år. 73 procent av de som får del av insatserna är kvinnorna och 27 procent är män.

Landstingen fick under de två första kvartalen 2012 en ersättning motsvarande 28 procent av de medel som regeringen hade avsatt, vilket ska jämföras med de två första kvartalen 2013 där landstingen har gjort insatser motsvarande 48 procent av de avsatta medlen.

Bakgrund

Sjukskrivningsmiljarden

Det har under senare år tagits flera initiativ för att utveckla en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess så att varje kvinna och man får en sjukskrivning som är anpassad efter hennes/hans behov. Detta har påverkat både antalet sjukskrivningar och längden på dem. Arbetet har skett inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden som är en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Den innebär att staten betalar en miljard kronor om året till landstingen under 2006-2013 för att de ska utveckla sjukskrivningsprocessen och höja kvaliteten på arbetet. Arbetet har varit och är mycket framgångsrikt. Det har lett till en stor kompetensutveckling och införandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd (dvs. rekommenderade tider för sjukskrivning).

Högsta ledningen i landstingen har engagerat sig i större omfattning, och sjukskrivande enheter har utarbetat riktlinjer enligt god vård för att tydliggöra uppdraget.

Många landsting har utvecklat team för att arbeta med sjukskrivningsprocessen och utsett en koordinator som håller samman processen på enheterna. En del landsting har utvecklat sitt samarbete med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsgivare och även socialtjänsten.

Sjukskrivningsmiljarden har också utgjort en grund för landstingen att utveckla rehabiliteringsgarantin där många tar hjälp av sina team och koordinators. Koordinatorerna har en viktig funktion i arbetet och finns i stort sett i alla landsting. Uppdraget varierar men det är vanligt att koordinatörerna har en övergripande kunskap om antalet sjukskrivna patienter på en vårdenhets och ser till att patienterna får del av insatser inom ramen för garantin.

Rehabiliteringsgarantin – en överenskommelse mellan SKL och regeringen

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att patienter i åldern 16-67 år ska få tillgång till behandling och/eller rehabilitering för att lättare kunna återgå i arbete vid en eventuell sjukskrivning eller för att förebygga sjukskrivning. År 2008 fick landstingen 250 miljoner kronor för att förbereda en rehabiliteringsgaranti. Villkoren tydliggjordes inför 2009. Patienter som efter bedömning har måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stress ska få tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) eller vid depression till interpersonell psykoterapi (IPT). IPT är dock inte särskilt vanligt i Sverige eftersom det inte finns så många som har den kompetensen.

Kvinnor och män med långvarig diffus smärta (minst tre månader) i axlar, nacke och rygg erbjuds multimodal rehabilitering (MMR), vilket innebär en kombination av välplanerade och synkroniserade åtgärder. De består av psykologiska insatser och fysisk aktivitet, träning eller sjukgymnastik, undervisning om smärta och försök att stärka den drabbade individens handlingskraft och ansvarstagande. Insatserna görs under en längre tid med hjälp av personal som arbetar i team. Varje team består av flera professioner, till exempel läkare, sjukgymnast, kurator, psykolog, arbetsterapeut och sjuksköterska.

Det har skett successiva förändringar i överenskommelserna genom åren och de största i överenskommelsen år 2012. Från att landstingen tidigare rapporterade påbörjade eller avslutade behandlingar blev kravet att de endast skulle rapportera avslutade behandlingar. En annan förändring var kravet på att patienten skulle få 10-15 behandlingstillfällen för KBT för att det skulle kunna rapporteras. Tidigare var antalet inte definierat. En tredje ändring var att landstingen skulle rapportera multimodal rehabilitering i två olika nivåer med tydligare krav på vad som gäller för dessa och att de olika nivåerna ersattes olika.

Dessa förändringar resulterade i färre rapporterade behandlingar år 2012 än 2011. Nyheter i överenskommelsen 2013 är att landstingen ska verka för ett bättre samarbete med arbetsgivare i första hand genom Försäkringskassans samordningsansvar. Landstingen ska också stimulera fler att utbilda sig till legitimerade psykoterapeuter och se till att personer med steg 1-kompetens får handledning. Företagshälsovården ska också få möjlighet att remittera patienter till garantin vilket sker enligt överenskommelser med respektive landsting.

Under år 2013 får landstingen 12 000 kronor i ersättning för varje patient som genomgått en KBT-behandling. Ersättningen för multimodal rehabilitering 1 (MMR1) är 25 000 kronor och för multimodal rehabilitering 2 (MMR2) 45 000 kronor per patient. Dessutom får landstingen 1000 kronor/utredning. Regeringen vill stimulera till en utveckling och ökning av arbetet. Det extra anslaget på 1000 kronor/ behandlad patient används av landstingen för att på olika sätt förbättra kvaliteten i arbetet och öka tillgången på behandling.

Under 2013 har regeringen avsatt 900 miljoner kronor till insatser i garantin. Av dessa är 100 miljoner kronor avsatta för forskningsprogrammet Rehsam, annan forskning, utvärdering och utveckling.

Ersättningen för varje landsting är beräknad i förhållande till antalet invånare, men för att få ersättning måste landstingen ha genomfört behandling eller rehabilitering. Om ett landsting inte genomför det antal behandlingar eller rehabiliteringar som det finns pengar avsatta till, går dessa pengar i stället till de landsting som har genomfört fler behandlingar och/eller rehabiliteringar än beräknat. Inget landsting kan dock få mer ersättning än för de insatser som är genomförda, vilket innebär att det inte finns någon garanti för att hela beloppet utbetalas.

Resultat de två första kvartalen 2011, 2012 och 2013

Multimodal rehabilitering

Under 2011 påbörjade eller genomförde landstingen 4 795 multimodala rehabiliteringsinsatser. Regelverket ändrades 2012 och endast färdigbehandlade patienter fick rapporteras och den multimodala rehabiliteringen delades upp och rapporteras som MMR1 och MMR2.

År 2012 genomförde landstingen 1 016 MMR1- och 1 702 MMR2-insatser medan det ökade till 1 708 MMR1- och 2 793 MMR2-insatser år 2013. Det innebär att landstingen rapporterade fler färdigbehandlade patienter år 2013 än

2011 eftersom en del av patienterna år 2011 ännu var under pågående behandling. Den främsta ökningen mellan åren 2012 och 2013 handlar om patienter som får mer omfattande MMR2-insatser.

Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi

År 2011 hade landstingen påbörjat eller genomfört 28 302 KBT-/IPT-behandlingar. Regelverket ändrades 2012 då endast färdigbehandlade patienter fick rapporteras. År 2012 rapporterades 11 487 färdigbehandlade patienter medan det år 2013 hade gått upp till 21 906 patienter, det vill säga en fördubbling.

Könsfördelning av insatser och ekonomisk ersättning

Könsfördelningen mellan kvinnor och män som får ta del av insatserna är densamma år 2013 som tidigare år. 73 procent av de som får insatser är kvinnor och 27 procent är män.

Landstingen fick under de två första kvartalen 2012 en ersättning motsvarande 28 procent av de medel som regeringen hade avsatt vilket ska jämföras med de 48 procent av de avsatta medlen som de fick 2013 för genomförda rehabiliteringsinsatser.

Region Skåne rapporterade insatser motsvarande 103 procent av de medel som var avsatta för regionen under de två första kvartalen 2013, vilket innebär att Region Skåne har nått sitt tak. Regionen har möjlighet att få ersättning för den produktion som överstiger taket om andra landsting producerar mindre än vad som har avsatts för dem. Det är dock inte möjligt att få mer ersättning än den faktiska produktionen. Blekinge, Gotland, Gävleborg, Jämtland, Kalmar, Södermanland, Västmanland, Västra Götaland och Värmland har vid kvartal två 2013 rapporterat insatser som motsvarar 40–61 procent av de avsatta medlen.

Tillgången till multimodal rehabilitering

Sedan 2009 har tillgången till multimodal rehabilitering har ökat i landstingen. Orsaken är att många landsting har valt att erbjuda MMR även i primärvården, vilket gör det möjligt att hitta patienter med långvarig smärta tidigare i sjukdomsförloppet och efter kortare tids sjukfrånvaro än tidigare.

Mellan åren 2011 och 2012 minskade rapporteringen av den multimodala rehabiliteringen. Det beror på att landstingen endast fick rapportera färdigbehandlade patienter och på ett förändrat regelverk som bland annat innebar att landstingen skulle rapportera multimodal rehabilitering i två former, MMR1 och MMR2. Det medförde en eftersläpning i rapporteringen. Trots detta rapporterar Blekinge, Gävleborg, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten Stockholm Västmanland, Västra Götaland och Örebro läns landsting fler insatser 2013 än 2011. Övriga landsting rapporterar fler insatser 2013 än 2012. Gotland, Jönköping och Östergötland rapporterar i stort sett samma andel 2012 och 2013.

I dag uppger nio av landstingen att de har god eller relativt god tillgång till MMR, dvs. att de erbjuder insatser motsvarande behovet. I åtta landsting råder det tveksamhet om de kan leva upp till behovet och de ser över hur verksamheten bör organiseras för att bli mer effektiv. Fyra landsting uppger att de behöver öka tillgången ytterligare.

Tillgången till KBT och IPT

Tillgången till KBT (kognitiv beteendeterapi) i primärvården (motsvarande steg 1 som innebär att behandling ska ske under handledning) har ökat sedan 2009. Anledningen är att landstingen har utbildat egen personal eller upphandlat kompetensen. I några landstings hälsoval (att bedriva en hälsocentral/vårdcentral i enlighet med lagen om valfrihet) ingår att erbjuda KBT-behandlingar.

Ser vi till rapporterade KBT behandlingar var det fler som rapporterades 2011 jämfört med 2013. Det beror bland annat på att endast färdigbehandlade patienter kan rapporteras från och med 2012 samt att regelverket för hur många behandlingar en patient ska få förändrades 2012. Trots det rapporterar följande landsting fler färdigbehandlade kvinnor och män 2013 jämfört med 2011. Gotland, Gävleborg, Kronoberg, Skåne, Värmland och Västerbotten.

Eftersom kompetensutveckling pågår kommer tillgången att öka ytterligare under 2013-2014. Trots att samtliga landsting har ökat tillgången på KBT-kompetens anser hälften av dem att den behöver utökas ytterligare för att möta behovet. De som främst har uttryckt detta är landstingen i norra Sverige liksom Stockholm och Västra Götaland (se vad landstingen själva uppger sid. 13-30)

Tillgången till psykoterapeuter (steg 2 som innebär kompetens att behandla patienter självständigt) är fortfarande inte så stor. Tillgången till IPT-behandlingar är också fortfarande mycket liten och motsvarar en procent av behandlingarna för psykisk ohälsa inom ramen för garantin.

Tabeller

Multimodal rehabilitering 2011-2013 kvartal 1-2

Tabell 1. Rehabiliteringsgarantin 2011-2012. Q1+Q2 MMR

Län	2011	2012		2013	
	MMR	MMR nivå 1	MMR nivå 2	MMR nivå 1	MMR nivå 2
Blekinge	96	5	32	11	86
Dalarna	159	8	5	58	46
Gotland	37	23	0	8	14
Gävleborg	89	48	40	62	60
Halland	129	20	11	66	8
Jämtland	103	13	46	24	64
Jönköping	127	137	26	104	25
Kalmar	215	118	8	151	66
Kronoberg	96	63	21	84	47
Norrbottnen	128	23	40	83	33
Skåne	966	0	840	0	900
Stockholm	676	17	269	60	786
Södermanland	97	31	26	47	24
Uppsala	217	84	61	116	64
Värmland	248	44	75	67	168
Västerbotten	241	20	0	50	43
Västernorrland	133	0	51	14	77
Västmanland	65	36	40	36	35
Västra Götaland	657	177	68	505	203
Örebro	45	31	27	64	14
Östergötland	271	118	16	98	30
Summa	4795	1016	1702	1 708	2 793

MMR är en förkortning för multimodal rehabilitering (insatser som ges av flera professioner). Här redovisas antal patienter som har fått del av multimodal rehabilitering. Från och med 2012 delades behandlingen upp i två former, MMR1 och MMR2. Vanligtvis sker MMR1 i primärvården och MMR2 i den specialiserade vården. För 2011 gäller det totala antalet MMR eftersom det då inte fanns någon uppdelning mellan MMR1 och MMR2. 2011 redovisade landstingen påbörjade eller avslutade behandlingar. 2012 ändrades regelverket och endast färdigbehandlade patienter rapporteras 2012 sedan dess.

KBT/IPT 2011-2013 kvartal 1 och 2

Tabell 2. Rehabiliteringsgarantin 2011-2013. KBT/IPT

	KBT/IPT		
	2011	2012	2013
Blekinge	552	210	277
Dalarna	786	376	462
Gotland	118	92	157
Gävleborg	328	622	734
Halland	433	128	432
Jämtland	202	99	115
Jönköping	819	367	513
Kalmar	370	492	359
Kronoberg	152	148	185
Norrbottn	384	88	285
Skåne	4 016	3698	6 699
Stockholm	6 676	345	2 042
Södermanland	881	440	855
Uppsala	836	223	518
Värmland	344	191	489
Västerbotten	185	51	202
Västernorrland	313	145	261
Västmanland	831	750	604
Västra Götaland	8 872	2143	5 664
Örebro	397	160	318
Östergötland	807	719	735
Summa	28 302	11 487	21 906

Här redovisas antalet patienter som har fått kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi (IPT). IPT står endast för 1-3 procent av behandlingarna eftersom tillgången på utförare är liten i Sverige. 2011 redovisas påbörjade eller avslutade behandlingar. 2012 ändrades regelverket att landstingen rapporterar endast avslutade behandlingar samt att det tydliggjordes att ett minst antal behandlingar skulle genomföras.

Utvecklingen av KBT-behandlingar 2012-2013

Tabell 3. könsfördelning och andel ansökta medel efter avslutade behandlingar 2012-2013

	2012		2013		Andel ansökt	
	Man	Kvinna	Man	Kvinna	2012	2013
Blekinge	61	186	114	260	30%	52%
Dalarna	111	278	131	435	20%	35%
Gotland	30	85	44	135	33%	51%
Gävleborg	194	516	225	631	43%	51%
Halland	44	115	126	380	9%	26%
Jämtland	29	129	39	164	31%	40%
Jönköping	143	387	169	473	30%	31%
Kalmar	184	434	176	400	44%	50%
Kronoberg	50	182	69	247	26%	37%
Norrbottn	35	116	84	317	15%	30%
Skåne	1 286	3 252	2 139	5 460	73%	103%
Stockholm	193	438	704	2 184	9%	30%
Södermanland	149	348	265	661	30%	49%
Uppsala	81	287	195	503	25%	37%
Värmland	80	230	185	539	27%	58%
Västerbotten	15	56	63	232	5%	23%
Västernorrland	57	139	99	253	18%	30%
Västmanland	215	611	170	505	52%	41%
Västra Götaland	683	1 705	1 875	4 497	24%	61%
Örebro	44	174	83	313	15%	23%
Östergötland	261	592	241	622	32%	31%
Summa	3 945	10 260	7 196	19 211	28%	48%

Landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin 2013

Enligt Rehabiliteringsgarantin ska regeringen stimulera landstingen att öka kvaliteten på arbetet med rehabiliteringsgarantin och tillgången till rehabiliteringsinsatser. För att göra detta möjligt utbetalas en extra ersättning för varje rehabiliteringsinsats som är genomförd. Det extra påslaget är 1000 kronor per person som fått insatser utöver den ersättning som utbetalas för genomförda KBT-behandlingar och multimodal rehabilitering.

I det följande har varje landsting gjort en kort beskrivning av sitt arbete inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Resultaten för år 2013 redovisas i form av hur många procent av de avsatta medlen som landstingen rapporterade insatser för.

Många landsting har utvecklat team för att arbeta med sjukskrivningsprocessen och utsett en koordinator som håller samman processen på enheterna. Dessa team har vuxit fram inom ramen för arbetet med sjukskrivningsmiljarden och är ibland finansierade med dessa pengar. Teamen finns främst i primärvården men i en del landsting även inom ortopedin och psykiatrin.

Teamen gör ofta bedömningar av kvinnor och män som kan få bekymmer med långvarig sjukfrånvaro. Bedömningarna handlar om vilken behandling, rehabilitering och sjukskrivning som är bra för den enskilda patienten. Underlaget kan sedan ligga som grund för överväganden om patienten behöver KBT-behandling eller multimodal rehabilitering.

En del av teamen i primärvården har även vidareutvecklats för att ta hand om den multimodala rehabiliteringen. Det är vanligt med en koordinator som hjälper till med flödet av patienter såväl till teambedömningar som till snabb hjälp med MMR, KBT och IPT. Ett annat arbete som har utvecklats under åren är samverkan med arbetsförmedlingen, arbetsgivare, socialtjänsten och försäkringskassan finns med både inom ramen för garantin och i arbetet med sjukskrivningar. Av utrymmesskäl finns detta dock inte upptaget i landstingens redogörelser.

Landstinget Blekinge

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

19 av länets 21 vårdcentraler kan i olika omfattning erbjuda KBT-behandling. I länets samtliga kommuner finns det möjlighet att lista sig på en vårdcentral som erbjuder detta.

Vi har finansierat utbildningen för två personer för att utbilda sig till legitimerad psykoterapeut och vi har även avsatt medel för en tredje person.

Landstinget har två MMR-team inom primärvården men huvuddelen av MMR-behandlingarna sker inom den specialiserade vården.

Det är svårt att uttala sig om huruvida tillgången är bra. Med tanke på ohälsotalen borde det sannolikt finnas mer resurser för berörda patientgrupper. Om det är tillgången till KBT och MMR som behöver utökas eller om det är arbetssättet inom det tidiga omhändertagandet som ska förändras bör kanske diskuteras.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Fortsatta utvecklingsinsatser på de vårdcentraler som är kopplade till Blekinges befintliga primärvårdsteam för MMR. En ökad dialog och samverkan mellan primärvården och specialistvårdens smärteam. Fortsatt arbete med utveckling av rehabiliteringsplaner.

Utbildning i KBT steg 1 avslutades under våren 2013. Landstinget har anställt en psykiatriker inom primärvården för att under två år arbeta med att utveckla den psykiatriska kompetensen i första linjens vård. Detta hoppas vi ska leda till att primärvården höjer sin kompetens att tidigt bedöma, diagnostisera och erbjuda rätt behandlingar på rätt vårdnivå. Tillgång till psykiater innebär även en förbättring och förstärkning av kunskap för att identifiera den psykiska ohälsan. Den bärande tanken är att skapa såväl ett mer kvalitetssäkrat som kostnadseffektivt omhändertagande.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Vi medverkar i forskningsprojektet WorkUp som bl.a. syftar till en närmare kontakt med arbetsgivarna. Tolv av våra 21 vårdcentraler medverkar i studien även om det praktiska arbetet huvudsakligen genomförs inom deras rehabiliteringsavdelningar.

Landstinget Dalarna

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Under 2013 har vi ca 50 KBT-terapeuter med grundläggande psykoterapeututbildning med inriktning KBT i primärvården. Det finns även några med steg 2-kompetens. Vi anser att vi har ett tillräckligt antal KBT-terapeuter.

Vi är fortsatt mycket tveksamma till krav på leg. psykoterapeut då högsta kompetens inte alltid är den optimala kompetensen.

Under 2011 fanns det 27 team i primärvården som bedrev multimodal rehabilitering, men med de tydligare kraven i överenskommelsen 2012 fick teamen ansöka om godkännande för att få ersättning från rehabiliteringsgarantin. Då fick vi två godkända multimodala team. I dagsläget har vi totalt åtta godkända team.

Vi önskar att fler team blir godkända som multimodala team under 2013.

Detta har gjorts/kommer att göras under 2012-2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Sex personer har gått grundläggande psykoterapiutbildning och var klara i juni 2013.

Två team från Landstinget Dalarna deltog i SKL:s utbildning Att utreda personer med långvarig smärta hösten 2012. Under hösten 2013 kommer en utbildning för multimodala team att genomföras; att utreda personer med långvarig smärta och arbete i multimodalt team. Fyra team kommer att gå utbildningen under hösten. Fler utbildningstillfällen är under planering att erbjudas framöver.

En utvärdering av de multimodala teamens arbete planeras utifrån de självskattningsformulär som patienterna besvarar före och efter behandling.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

För att hitta ett närmare arbete med arbetsgivare är ett pilotprojekt under planering med planerad start för genomförande i januari 2014. I utbildningar i fördjupad försäkringsmedicin under hösten 2013 medverkar även externa aktörer, bl.a. arbetsgivarrepresentanter. Där kommer bl.a. tidig kontakt med arbetsgivaren att tas upp.

Region Gotland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Region Gotlands tillgång på KBT-terapeuter med minst steg 1-utbildning är i bättre balans än vi tidigare redovisat. Alla vårdcentraler har anställt fler psykologer med KBT-kompetens. Just nu har vi tre sjuksköterskor med steg 1-utbildning och resterande terapeuter är psykologer med KBT-inriktning.

Gällande MMR har vi sedan tidigare minskat antalet team för att höja kvaliteten, och det finns nu tre MMR-team.

Det råder en obalans mellan tillgång och behov för bägge målgrupperna. Det behövs en ökad tillgång för att nå balans, men efter avsatta medel i garantin ser det bra ut.

Detta har gjorts/kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Under hösten 2012 genomfördes ett förbättrat omhändertagande av personer med psykisk ohälsa via en modell som har utvecklats på en vårdcentral i samband med vår kurs Förbättringskunskap. Spridning till fler vårdcentraler stundat 2013.

Region Gotland strävar efter ett förbättrat omhändertagande av personer med psykisk ohälsa genom ett förbättrat samarbete mellan respektive vårdcentral och rehabenheten. Inom kort kommer även ett förbättringsarbete kopplat till förbättrad arbetsprocess inom primärvården att startas vilket även syftar till att påverka den negativa utvecklingen av den psykiska ohälsan.

Under 2013 har vi påbörjat ACT-utbildning (Acceptance commitment terapi) för att höja kvaliteten för varje MMR-team. KBT-terapeuterna (även de som inte arbetar i MMR-teamen) går utbildningen. Flera av KBT-terapeuterna har medverkat på en världskongress i MCBT (Metakognitiv beteende terapi). Varje yrkeskategori som arbetar i det centrala MMR-teamet har vidareutbildat sig och läkaren i teamet ska påbörja en påbyggnadsutbildning i försäkringsmedicin på Karolinska institutet.

Bland annat till följd av SKL-utbildningen om att utreda smärtpatienter har vi planerat att sätta ett projekt för att fånga riskpatienter tidigt genom att personer med sjukskrivningar längre än 30 dagar automatiskt kommer att få en funktionsbedömning. Anledningen är att vi ska kunna ta ställning till fortsatta adekvata åtgärder som bl.a. syftar till återgång i arbete, men även kunna identifiera patienter tidigt för att förebygga sjukskrivning.

Vi har även nätverksträffar med olika teman för att hela tiden jobba med ständiga förbättringar.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Vi har planerat att genomföra dialogmöten i samverkan med försäkringskassan för att närma oss arbetsgivarna.

Landstinget Gävleborg

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens:

I dagsläget finns inga väntetider till KBT och tillgången och tillgängligheten är god. Det finns ett 70-tal medarbetare med grundläggande kompetens i KBT steg 1 och ca 20 legitimerade psykoterapeuter som idag genomför behandlingar inom rehabiliteringsgarantins ram.

Medel har utbetalats för att möjliggöra kompetenshöjning från steg 1 till steg 2. De har dock inte använts fullt ut för denna speciella kompetenshöjning inom primärvården.

Vad gäller MMR finns fem MMR2-team varav två i primärvården. Det finns också 15 MMR1-team i primärvården. Även här är bedömningen att tillgången till smärtehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin är väl tillgodosedd.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Smärteamnet vid länskliniken för rehabiliteringsmedicin – Smärt-Rehab - som deltog i SKL-utbildningen om att utreda smärta, har nu ett åtagande att vara stöd för nyetablerade team eller team som behöver råd och vägledning i sitt teamarbete. Det utgör ett slags kunskapsbank när det gäller både kompetens och metodstöd vid MMR.

Om patienten är i behov av MMR2 ska från och med den 1 maj 2013 alla remisser skickas till rehabiliteringsmedicin i Sandviken. De ska sedan fördela remisserna bland de olika utförarna. Syftet är att öka kvalitén i bedömningar och rehabiliteringsinsatser när det blir ett jämnare flöde till utförande enheter.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Ett stort antal avstämningsmöten har hållits under året där landstinget betalat ut ersättning av egna medel. Olika typer av samarbete/samverkan har initierats utifrån olika lokala förutsättningar av länets rehabkoordinatorer i första hand.

Region Halland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i regionen?

Tillgången på samtalsterapeuter upplevs som god i närsjukvården. Antalet registrerade KBT-terapeuter med verifierad dokumenterad kompetens tillsammans i närsjukvården är 72 fördelade på grundläggande kompetens 25, psykologer 32 och psykoterapeuter 16. Vi Halland följer tillgängligheten till

KBT genom att vårdenheten registrerar om behandling inleds inom sex veckor från första besöket. Den marginalen har visat sig vara god och vi bedömer att för de patienter som bedöms vara i behov av KBT är tillgängligheten är god. Trots god marginal för dem som startar behandling (inom sex veckor) finns det anledning att fundera över om tillgången är tillräcklig då den psykiska ohälsan ökar.

Region Halland erbjuder fortsatt kompetensutvecklingsstöd för de verksamheter som vill öka sin medarbetares kompetens med hjälp av KBT-utbildning både steg 1 och till psykoterapeut samt påbyggnad för psykologer.

Organisationen för smärtrehabilitering och smärtbehandling har utretts under 2012 och kommer att förändras under 2013. Det är svårare att bedöma tillgången på MMR då antalet utförda rehabiliteringar inte kan jämföras med förra årets motsvarande kvartal. Även enheten som står för MMR2 har förhållandevis få patienter men i ungefärlig nivå med förra året efter kvartal 2. Det finns ca 8 rapporterande team för MMR1 och ett team på MMR2-nivå.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Vi har ett projekt som ska göra MMR2-behandlingen till ett bra komplement till vårdenheternas MMR1-behandling där vi framförallt tittar på samverkan mellan specialistvården och primärvården som den viktiga länken för ett bra resultat i rehabiliteringen. Tillgången till psykiatrisk bedömning ligger också som ett viktigt komplement för fortsatt behandling.

Utbildning i smärtutredning samt struktur för MMR1- och MMR2-insatser ska ges till vårdvalsenheterna under våren 2014.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Genom rehabiliteringsgarantins ansökan om ersättning för behandlingar ska vårdverksamheterna rapportera om arbetsgivare kontakt är tagen av; 1. Försäkringskassan, 2. vårdenheten och 3. Vårdenhetens bedömning av relevans för arbetsgivarkontakt i ärendet.

Avstämningsmötets förberedelser och genomförande är utvecklat för att de deltagande parterna, inklusive arbetsgivaren bättre ska förstå sin roll i sammanhanget

Jämtlands läns landsting

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Rehabiliteringsteam finns på alla 27 Hälsocentraler i länet. 14 team är certifierade för att utföra MMR1. Det finns ett specialistteam MMR2 i landstinget och en extern aktör som genomför MMR2.

KBT-kompetens finns helt eller delvis på 16 hälsocentraler. Tillgången på KBT behöver utökas både inom primärvården och specialistvården. Har även en extern aktör som utför KBT-gruppbehandlingar.

Vi är tveksamma till att höja kompetensen till legitimerad psykoterapeut, ser inte att det är motiverat i dagsläget.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Efter SKL-utbildningen om att utreda smärtpatienter kommer varje "utbildare" att utbilda sin egen yrkesgrupp på planeringsdagar under våren samt att göra sin Hälsocentral till "pilot" i länet med att få med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen på teamträffar. Detta för att öka samverkan

runt patienten tidigt, med en gemensam plan i rehabiliteringsprocessen. Har även inlett ett arbete med Distriktssköterskorna i primärvården, för att med hjälp av en checklista tidigt identifiera patienter i riskzonen för sjukskrivning, samt koordinera till rätt åtgärd i rätt tid.

14 terapeuter i primärvården påbörjar i aug 2013 en intern utbildning i ITP.

Landstinget i Jönköpings län

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Cirka 115 kbt-terapeuter rapporterar inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Då innefattas även några enheter från psykiatrin som även behandlar patienter inom garantin när diagnosen stämmer med kraven. De vårdcentraler som inte erbjuder KBT erbjuder annan samtalsbehandling.

Vi har bidragit ekonomiskt till en KBT-steg 2-utbildning som upphandlats tillsammans med psykiatriska kliniken. På utbildningen finns deltagare även från primärvården.

Det finns relativt god tillgång på MMR-team med 17 MMR1-team inom primärvården och ett MMR2-team inom specialistvården. Ett utvecklingsarbete pågår för att få till ytterligare en enhet inom specialistvården för att utföra MMR2.

Detta har vi gjort/kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Tillsammans med landstingen i Östergötland och Kalmar anordnar vi en MMR-konferens i augusti 2013.

Vi anordnar även en utbildning inom IPT samt en utbildning inom KBT (BATD, en kortfattad Beteendeaktiveringsintervention för behandling av depression).

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Avstämningmöte krävs när MMR-behandling, KBT/IPT-behandling avslutas och då patienten är sjukskriven. Vid avslutad MMR-behandling krävs trepartssamtal (mellan arbetsgivare/arbetsförmedling, vården och patienten) om patienten inte är sjukskriven.

Landstinget i Kalmar län

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Tillgången på KBT-kompetens är god med 37 enheter som är ackrediterade för KBT-behandling. I nuläget är tillgången tillräcklig. Vi har satsat på utbildning av KBT-terapeuter under senare år, och för tillfället är behovet täckt. Behovet av fler med KBT-kompetens kan dock komma att öka i framtiden i takt med att allt fler människor drabbas av ångest och depression.

Vi kommer att stimulera kompetenshöjning genom att ge ekonomiskt stöd till verksamheterna för utbildning i KBT steg 2.

Likaså är tillgången på MMR-kompetens mycket god. Det finns 35 ackrediterade enheter för MMR varav fyra är ackrediterade för MMR2.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

Vi har ett pilotprojekt som handlar om utbildning i smärta för distriktsläkare, där en smärtspecialist gör bedömningar av patienters smärttillstånd tillsammans med distriktsläkaren. I projektet ingår även smärtutbildning av teamen.

En tvådagarsutbildning kommer att genomföras i slutet av augusti med ett 50-tal deltagare från Landstinget i Kalmar län. En av utbildningspunkterna är samverkan mellan arbetsgivare och vården. Utbildningen sker i samverkan med landstingen i Jönköping och Östergötland.

Personal som deltog om utbildningen i utredning av smärta förra året sprider sina kunskaper vidare vid besök på hälsocentraler.

För att hitta metoder för tidig samverkan vad gäller patienter med utländsk bakgrund har två hälsocentraler startat projekt för att hitta metoder för att på bästa sätt hjälpa dessa patienter. För många av dem fungerar nämligen inte den sedvanliga MMR-behandlingen.

Vi har även påbörjat ett långsiktigt projekt som syftar till att i ett tidigt skede med olika metoder fånga upp såväl unga personer med psykisk ohälsa som kvinnor och män med diffusa symtom som söker vård på hälsocentralen.

Vi stimulerar även enheterna att göra ordentliga utredningar och uppföljningar genom ekonomisk ersättning.

När det gäller KBT/IPT har vi satsat på utbildning av fler KBT-terapeuter, en satsning som fortfarande pågår. Vi driver även ett projekt om internetstödd KBT.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Vi har sedan några år gett ersättningar till enheter som genomför trepartssamtal, dvs. samtal mellan läkare, patient och arbetsgivare. Vi har agerat på en övergripande nivå genom att förstärka den försäkringsmedicinska kommittén med representanter från arbetsförmedlingen, och vi kommer även att ha utbildning för koordinatorena i arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar.

Landstinget Kronoberg

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Rehabiliteringsteam finns på nästan alla 32 vårdcentraler i länet. Alla jobbar dock inte med MMR1, smärtrehabiliteringsprogram. Under de två första kvartalen 2013 genomfördes MMR1 på sju vårdenheter i länet och MMR2 på två vårdenheter. Det finns ca 40 KBT-terapeuter med steg 1-kompetens och vid årsskiftet 2013/2014 kommer det att finnas fem personer med steg 2 i primärvården.

Vår uppfattning är att tillgången till kompetens fördelat på ett verksamhetsår är adekvat. Dock finns det en ryckighet i efterfrågan som gör att tillgången till KBT-kompetens eller MMR-team kan bli tight vissa perioder.

Årsskiftet 2013/2014 kommer Landstinget Kronoberg att ha fem KBT-terapeuter steg 2. Tidigare fanns här två.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

Det har genomförts reahabteamutvecklingsdagar med efterföljande lokala utvecklingsinsatser på vårdcentralerna. Dessa dagar har genomförts tillsammans med Smärtrehabiliteringen i Landstinget Kronoberg.

Vi har förtydligat och skapat en strukturerad arbetsmodell för de utredningsdelar som paramedicinare genomför i samband med utredningar inför en eventuell multimodalrehabilitering.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Inom Vårdval Kronoberg, primärvården, sker nu en utveckling av rehabiliteringskoordinatorernas (RK) arbetssätt. Som RK har du till uppgift att vara kontaktytan gentemot aktörer som har en koppling till patienten, där arbetsgivaren är en aktör.

Norrbottnens läns landsting (NLL)

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

KBT med steg 1-kompetens finns på alla 33 hälsocentraler i Norrbotten. Tillgången på KBT behöver stärkas, både inom primärvården och inom specialistvården. De som arbetar med KBT steg 1 inom primärvården har väldigt långa köer till denna behandlingsform. Behovet av KBT ökar också inom specialistvården, framförallt hos de som arbetar med ungas psykiska ohälsa.

När det gäller att höja kompetensen till legitimerad psykoterapeut är inget i verkställt. Diskussioner förs dock på ledningsnivå i denna fråga.

I Norrbotten är tillgången till MMR-team relativt god. Genom ett certifierings-system är 22 av Norrbottens 33 vårdcentralsteam godkända för att arbeta med MMR1. Ytterligare tre hälsocentraler blir inom en snar framtid klara med sin certifieringsprocess för att arbeta med smärtpatienter i multimodala team. När det gäller MMR så hoppas vi på att alla hälsocentraler i Norrbotten på sikt ska certifiera sig för att bedriva detta arbete på nivå 1. Inom specialistvården bedrivs MMR2 på Garnis rehabcenter samt på rehabmedicin, Sunderby sjukhus.

Detta har vi gjort/kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

KBT:

- En utbildning i KBT steg 1 med 19 deltagare avslutas i mars 2013. Där har Norrbotten informerat om garantins krav och vikten av fokus på återgång i arbete.
- Utbildning och träff för alla KBT-behandlare för att stärka samarbetet mellan primärvården och psykiatri och underlätta den stegvisa vården.
- Utbildningsdag om KBT-behandling i grupp för patienter med sömn- och stress- eller utmattningsbesvär.
- Ytterligare en utbildning i KBT steg 1 var planerad att starta under hösten 2013, men kommer att starta i början av nästa år.

Beställarenheten håller på att arbeta fram en tydligare skrivning på krav på psykosocial kompetens inom primärvården, till beställningsunderlaget inom Vårdval.

MMR:

- Utbildningsdag gällande teamarbete med fokus på återgång i arbete planeras under året.
- Smärtskoleutbildning i två dagar för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom primärvården genomfördes i maj 2013 för att ytterligare stärka kompetensen i arbetet med denna diagnosgrupp.

- Till följd av utbildningen att utreda smärtpatienter finns planer finns även på att göra en gemensam satsning tillsammans med Västerbotten, Västernorrland och Jämtland för att förbättra vårdens insatser när det gäller smärtpatienter.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Inom ramen för tidig samverkan med arbetsgivare deltar projektledare för sjukskrivningsmiljarden samt projektledare för rehabiliteringsgarantin i en arbetsgrupp ”analys sjukfrånvaro NLL internt” tillsammans med personalspecialister från landstinget. Syftet med arbetsgruppen är att göra en analys av varför sjukfrånvaron ökar inom NLL och finna lämpliga åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Personalspecialisterna inom NLL har inlett tidig samverkan med försäkringskassan vid sjukskrivningar som är av mer diffus karaktär.

Region Skåne

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i regionen?

Region Skåne har god tillgång till KBT och MMR. Bedömning/utredning ska göras på patientens vårdcentral som stöd för val av vårdnivå (garantin gäller en av tre vårdnivåer) och behandling. Arbeta pågår med att förbättra utredningarna inför behandling. Leder utredning till vård inom MMR är väntetiden högst en månad och patienten väljer själv var han eller hon vill ha sin behandling.

Region Skåne har 206 avtal för kognitiv beteendeterapi och 44 avtal för multimodal behandling. Inom avtalet för kognitiv beteendeterapi är 268 behandlare legitimerade psykologer, 103 är legitimerade psykoterapeuter och 143 har legitimerad grundutbildning med steg 1 i KBT varav några få med B-nivå för IPT.

Region Skåne har upphandlat en legitimationsgrundande utbildning i KBT för personal i psykiatri och primärvård hösten 2013.

Detta har gjorts/kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten som leder till ökad hälsa, återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Region Skåne arbetar kontinuerligt med förbättringar genom att förändra kraven i underlagen för ackreditering och avtal. Inför 2013 genomfördes förändringar varav några exempel redogörs för nedan.

Förändringar i uppdraget om MMR

För att säkra kompetens kopplat till patientsäkerhet och en god vård ställs krav på att vårdgivaren måste behandla minst tjugo (20) patienter under en löpande 12-månaders period.

Teamet ska under första verksamhetsåret genomgå två dagars teamutbildning som arrangeras av kompetenscentrum för smärta på uppdrag av Region Skåne för att ytterligare stärka en jämn kompetensnivå. Under 2013 förstärks områden med fokus på arbetsåtergång och ökad kunskap om genus.

Under 2013 har kompetenscentrum för smärta uppdraget att utarbeta underlag som ska ge förslag till en strukturerad organisation för långvarig icke malign smärta som omfattar alla vårdnivåer.

Förändringar i uppdraget om KBT/IPT

För att säkra kompetens kopplat till patientsäkerhet och god vård ställs krav på att varje enskild behandlare hos vårdgivaren måste behandla minst tjugo (20) patienter under en löpande 12-månaders period.

Inom Region Skåne pågår ett arbete med att ta fram en LOV (lag om valfrihet) för psykoterapi i Region Skåne som innebär en utökning av den befintliga LOV som finns för KBT/IPT.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Redan 2012 förstärktes texten kring samverkan i kraven för underlag för ackreditering. Region Skåne deltar också i två projekt som handlar om strukturerad samverkan med arbetsgivaren, dels genom ett pilotprojekt i nordost, dels via forskningen genom WorkUp (REHSAM). Parallellt med detta pågår ständiga diskussioner på olika vårdnivåer/organisationer för att förbättra olika samverkansprocesser.

Stockholms läns landsting (SLL)

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Hittills är 11 MMR1-vårdgivare och 5- MMR2-vårdgivare godkända för rehabiliteringsgarantin 2013.

När det gäller MMR-kompetens i SLL är bedömningen att det fortfarande finns ett behov av att öka tillgången och förtydliga uppdraget särskilt när det gäller MMR1. Detta kommer att ske i det vårdval som för närvarande arbetas fram.

Hittills är 127 KBT-mottagningar eller vårdgivare godkända för rehabiliteringsgarantin 2013.

60 procent av alla husläkarmottagningar i SLL har KBT-kompetens enligt rehabiliteringsgarantin.

60-70 procent av de godkända vårdgivarna och terapeuterna hör till kompetenskategori 1 och 2 och är legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter med KBT-inriktning.

Antagligen föreligger en underdiagnostisering av psykisk ohälsa i primärvården och utbudet kan behöva öka ytterligare. En kartläggning av utbudet pågår på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) som kommer att ge ett mer detaljerat svar på hur utbudet totalt sett ser ut.

HSF har gett Centrum för psykiatriforskning i uppdrag att genomföra en legitimeringsgrundande kurs i KBT. Intresset har dock varit svalt eftersom den både från arbetsgivare och från deltagare kräver betydligt större insatser än för en steg 1-kurs. HSF arbetar vidare med att främja intresset för en steg 2-kurs.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

I kraven för godkännande ingår att arbetsförmåga eller sjukskrivning ska följas och att samarbete med Försäkringskassan ska ske. Medlemmar i MMR-teamen stimuleras att delta i externa kurser i smärtrehabilitering och teamutveckling, i högskoleutbildning för koordinator i primärvården, i temaeftermiddagar med föreläsningar, i utbildning av TIPPA, WRI/WEIS och i temaeftermiddagar i försäkringsmedicin i samarbete med Försäkringskassan. Dessutom har webbutbildning inom försäkringsmedicin erbjudits.

KBT-behandlarna har erbjudits temaeftermiddagar, utbildning i TIPPA, WEIS/WRI. HSF har även finansierat KBT steg 1-utbildning och IPT-utbildning. Dessutom har webbutbildning inom försäkringsmedicin erbjudits.

Stimulansaktiviteter kommer att fortsätta och att utvecklas.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

I kravmallen för godkännande 2013 ska vårdgivaren redogöra för rutinerna för kontakten med patientens arbetsgivare. HSF har haft temat uppe för erfarenhetsutbyte på temaeftermiddagar. En brevmall för kontakt med arbetsgivaren har distribuerats till vårdgivarna.

Landstinget Sörmland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Generella utredningar för patienter med behov av sjukskrivning genomförs genom tidig rehabilitering i samverkan (TRIS) på 40 enheter där patienter bedöms om MMR-insats ska föreslås som behandling. MMR bedrivs mest på en specialistklinik där smärtmottagningen är den som utreder/bedömer och genomför behandlingsinsatserna. På primärvårdsnivå bedriver ett mindre antal vårdcentraler MMR men utredning pågår för att få till flera samt att få tillstånd samverkan mellan vårdcentraler som har tillgång till MMR1 och de som inte har det. Det är svårt att avgöra om vi täcker behovet med de insatser som finns.

När det gäller KBT-kompetens har Sörmland en bra tillgång. På 27 vårdcentraler finns en eller ofta två kuratorer som har grundutbildning i KBT. Vi har även drygt 11 heltider fördelat på 20 personer som är legitimerade psykoterapeuter.

Landstinget satsade tidigt på att rekrytera legitimerade psykoterapeuter. Dessa arbetar på vårdcentralerna och kompletterar den KBT-grundutbildade personalen (främst kuratorer). Bedömningen är att inte rekrytera fler utan attförstärka KBT på grundnivå och rekrytera fler psykologer till primärvården.

Detta har vi gjort/kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

En arbetsgrupp med olika yrkeskategorier har arbetat med att ta fram en checklista för MMR. Gruppen hör organisatoriskt hemma på primärvårdsnivå men i nära samarbete med specialistvården i form av smärtmottagning. Gruppen ska utgöra stöd och bollplank till vårdcentralerna inför att komma igång med eller utveckla införandet av MMR på vårdenheten. Till detta finns smärtmottagningen som specialiststöd och dialog kring insatser på MMR1- och MMR2-nivå.

KBT ingår också i MMR-gruppens arbete, och utöver det finns möjlighet för verksamhetschefer att få finansiering från sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin om det finns behov att utbilda fler i KBT-grund (steg 1) till sina enheter.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Inom ramen för arbetet inom vår samverkansmodell TRIS (Tidig rehabilitering i samverkan) och arbeta med tidiga insatser finns kontakter med arbetsgivarna. Det sker dels via avstämningsmöten, dels via rehabkoordinatorer som tar direktkontakt och, då det är lämpligt, initierar ett så kallat sjukskrivningsförebyggande möte där arbetsgivare eller arbetsförmedling deltar.

Landstinget i Uppsala län

Tillgång till KBT- och MMR-kompetens?

I Uppsala inklusive psykiatridivisionen vid Akademiska sjukhuset finns ca 100 psykologer med steg 1, ca 10 har steg 1 med annan profession än psykolog, och 20-25 psykologer har steg 2. I den offentliga primärvården finns 11 psykologer

och 8 kuratorer med steg 1. Ett 10-tal privata psykoterapeuter levererar inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Tillgången på både steg 1 och 2 räcker dock inte för att tillgodose behovet.

MMR1 har inga väntetider. Dröjsmål för patienten handlar mer om viss tid för rekrytering till grupp, sortering av relevanta patienter och utformning av individuell plan. Det finns svårigheter att få till remittering mellan vårdcentraler, speciellt mellan privata och offentliga, så att patienten verkligen får det han eller hon ska ha. Remissflödet till MMR2 har, med anledning av att det nu fungerar allt bättre med MMR1, påverkats. Patienterna för MMR2 blir alltmer komplicerade och med en ännu större samsjuklighet. Väntetid för MMR2 kan ha individuella skäl som är patientnära, t.ex. timing för patienten och väntan på annan medicinsk utredning.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

Fortsatt satsning på långsiktigt arbete, upprätthålla kompetensutveckling framförallt MMR, se över text i styrande dokument.

Fortsätta arbetet med att förbättra flödet diagnos–utredning–behandling–uppföljning genom standardiserade vårdprocesser och ett tydligare värdeflöde. Primärvården fortsätter att satsa på grupper och utveckla nya arbetsmetoder, t.ex. briefintervention.

Fortsatt regelbunden fortbildning i form av nätverksträffar där alla MMR-team ska vara representerade varje gång. Handledd utbildning i systematiskt teamarbete och tvärprofessionell teamutredning för att selektera rätt patient till rätt vårdnivå.

Stimulera teamutredningar i komplexa ärenden på primärvårdsnivå enligt gemensam mall. Ställa krav på att tydliggöra programupplägg för alla MMR-team enligt samma mall.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

I all behandling ser vi över den totala situationen med sysselsättning och jobb. Alla vårdgivare ska rapportera varje kvartal för varje patient om kontakt från vården har tagits med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och arbetsgivare. Fokus på samverkan. Det pågår ett arbete för att Uppsalas kompetenscentrum Arbetsrehab ska sprida kunskap och metoder för arbetslivsinriktad rehabilitering till den ordinarie vården.

Tittat på möjligheterna att lägga in en arbetsrehabiliterande modul i vissa behandlingar.

Landstinget i Värmland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Tillgången till KBT är mycket god. Vårdcentralerna har antingen egen kompetens eller använder sig av avtalsbaserade privata utförare.

Det finns önskemål om ökad tillgång till psykolog. Tillgång till MMR1 vid vårdcentralerna är god så länge som möjlighet finns att ta in extra resurser för statsbidragsmedel.

För närvarande går sex personer utbildning för att höja sin kompetens från steg 1 till leg. psykoterapeut (steg 2).

MMR2 bedrivs huvudsakligen av specialistteam inom landstinget, varav två på smärtmottagningar (varav en på en vårdcentral) och tre inom rehabiliteringsverksamhet (Enheten för stressrelaterad ohälsa, tidigare kallat

Recure Rehab). MMR-tjänster köps även av privata utförare, däribland en enhet som specialiserat sig på långvariga ryggsmärtor och några företagsenheter. Svårigheter finns att bemanna funktionen som smärtläkare.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

För att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT så har vi gjort skriftliga riktlinjer som gått ut till samtliga utförare och berörda enheter i vårt landsting; riktlinjer för utredning och behandlingsinnehåll i MMR och KBT samt krav på kompetensnivå hos behandlarna.

Vi har dessutom gjort en ”inventering” av kompetensnivån hos behandlarna i samtliga MMR-team, främst med fokus på smärtläkarresurs och formell KBT-kompetens som man har i MMR-teamet.

KBT-utförarnas kompetens (offentliga och privata) har också särskilt granskats. Information om höjda kompetenskrav för 2013 och som kommer att skärpas ytterligare har tydliggjorts i riktlinjerna, så att vårdcentraler med flera kan förbereda sig för det.

Nio medarbetare från Landstinget i Värmland deltog i SKL:s kurs Att utreda smärtpatienter. Dessa medarbetare utgör nu en gruppering kallad MMR-ambassadörerna.

Som en generell satsning genomförs besök till alla sjukskrivande mottagningar inom landstinget för information om effektiv och rättssäker sjukskrivning. Detta genomföres i samverkan mellan vården och FK. Vid dessa tillfällen ges en introduktion i verktyget www.sjukskrivning.se

Dessutom har metoden ”brief intervention” (en fokuserad KBT-metod) prövats med god effekt och acceptans hos patienter resp. vårdpersonal. Betoningen ligger på ett mycket snabbt och kvalificerat omhändertagande. Dessa insatser har legat utanför rehab-garantin. Beaktat den ökade ohälsan inom psykiska sjukdomar undersöker vi emellertid former för fortsatta insatser.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Arbetsförmedlingen ingår som ordinarie ledamot i Försäkringsmedicinska kommittén och samarbete blir därför en naturlig del. Försäkringsmedicinska kommittén har även etablerat kontakter med arbetsgivare via de berörda företagshälsovård. I landstingets riktlinjer påtalas vikten av kontakt med arbetsförmedlingen. Sedan flera år bakåt finns även möjligheten att remittera patienter med arbetsrelaterade problem för bedömning till vissa FHV-mottagningar. Även arbetslös lan remitteras för sådan bedömning.

Försäkringskassan finns med i de medicinska bedömningsteamerna på vårdcentraler där de träffas var 14:e dag. På tre vårdcentraler pågår för närvarande ett pilotprojekt som innebär att arbetsförmedlingen också är med i de medicinska bedömningsteamerna på vårdcentralen var 14:e dag.

Landstinget Västmanland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

KBT-behandlingar bedrivs i olika utsträckning på samtliga 31 vårdcentraler i länet, samt vid Asylhälsan som är en särskild mottagning för asylsökanden. Cirka hälften av vårdcentralerna har egna anställda terapeuter, hälften köper behandlingar av externa/privata terapeuter.

Vi genomför extra satsningar vid tre mottagningar för unga vuxna inom psykiatri där extra kompetens anställts för att ytterligare tillgodose KBT-

behovet gentemot denna patientgrupp, men också för att utveckla och sprida behandlingsmetoden internt i organisationen. I huvudsak ser vi att tillgången är god.

Vi har inte satsat särskilda medel för att utbilda legitimerade psykoterapeuter. Tidigare satsningar på detta har inte gett det resultat som önskades, nämligen att den höjda kompetensen stannade inom landstinget. I stället väljer de flesta färdigutbildade att starta eget eller lämna landstinget.

För närvarande är det tre vårdcentraler som genomför MMR nivå 1. På sikt hoppas vi att fler vårdcentraler skaffar sig kompetens och bemanning för att kunna genomföra MMR1. Denna utveckling genomgår för närvarande analys och överväganden där vi ser vissa svårigheter att snabbt utveckla detta arbete på alla vårdcentraler, men den långsiktiga inriktningen är denna.

För multimodal behandling av mer komplex problematik på nivå 2 har Landstinget Västmanland valt att genomföra dessa behandlingar vid några få specialiserade enheter, geografiskt fördelade i länet, Västerås, Köping och Fagersta. I huvudsak ser vi att tillgången är god.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

För landstingets egna terapeuter som har behövt uppdatera sin kompetens med KBT har genomförts en fortbildning motsvarande 15 högskolepoäng med 30 utbildningsplatser. Landstinget köper också handledarutbildning för legitimerade psykoterapeuter.

En utbildning i DBT, dialektisk beteendeterapi, en variant av KBT ska genomföras under 2013.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

En åtgärd som vi har vidtagit är att vi har överenskommelser med sgs som samtliga företagshälsovårdsenheter. Det innebär att primärvården får skicka remisser till dem när en allmänläkare misstänker att en patients besvär är arbetsrelaterade. Företagshälsovården får en peng för varje remiss som hanteras. Det kan leda till att företagshälsovården vidtar rehabåtgärder inom sin ram – eller svarar negativt på remissen.

Västerbottens läns landsting

Hur är tillgången på KBT- och MMR- kompetensen i landstinget?

Av länets 36 hälsocentraler rapporterar 28 KBT steg 1-kompetens. Vissa av dem har fler än en terapeut för rehabiliteringsgarantin. KBT steg 2-kompetens finns endast på två hälsocentraler.

Det behövs flera med steg 1-kompetens eller psykologer för att leva upp till rehabiliteringsgarantin. Vi har gjort olika insatser för att öka tillgången. Det börjar ge resultat men det är fortsatt en ojämn fördelning i vårt landsting.

Vi har erbjudit ekonomiskt stöd till primärvård och specialistklinik/smärtrehab och möjlighet att utbilda motsvarande tre terapeuter till legitimerade psykoterapeuter.

MMR-team finns formellt utsedda på nästan alla hälsocentraler i primärvården. Av dessa har under första halvåret 2013 15 rapporterat MMR1. En tendens till centrumbildningar där färre enheter behandlar fler har kunnat skönjas, helt i enlighet med plan. 18 enheter har rapporterat in genomförda MMR1-program under 2012, dock mest i individuell upplägg. MMR2-kompetens finns och specialiserad smärtrehabilitering utförs på neurocentrum/rehabmedicin vid

Norrlands universitetssjukhus. MMR har haft svårt att slå igenom, så om det blir en fortsättning måste vi i landstinget koncentrera oss på några centra i stället för en generell hälsocentralsprodukt.

Detta har gjorts kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

Vi har satsat på att utveckla KBT i grupp och på distans, byggt ett antal projekt som nu snart ska börja ge resultat. De KBT-terapeuter som utbildades 2013 har nu börjat verka, resultatet första halvåret 2013 är i paritet med hela 2012 års produktion.

Förnyad utbildningssatsning ska genomföras för team i bedömning/utredning av smärtpatienter samt MMR. Utbildning av läkare i smärta och smärtbehandling. Strategiska diskussioner med landstingets primärvårdsledning för att underlätta samarbete mellan hälsocentraler. Undanröja ekonomiska hinder i "hälsovalet". Sannolikt färre antal enheter men med högre MMR-produktion och -kompetens framöver. Fortsatt samverkan med försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsgivare.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Det finns beskrivet i handlingsplan för tidig samverkan. Vi har ett väldigt utvecklat samarbete med andra myndigheter från styrning och ledning till praktisk verksamhet som går under namnet NAFS och som initierats i samverkansförbundet. Det är nu permanent verksamhet efter att ha funnits som projekt i ett antal år.

Vi har genomfört ett seminarium riktad till sjukvården och planerar ett gemensamt seminarium i december där samtliga samverkanspartner inbjuds under temat tidig samverkan.

Landstinget Västernorrland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

Inom primärvården finns ca 25 terapeuter, dvs. psykologer och psykoterapeuter med grundläggande KBT-utbildning (steg 1) som i varierande omfattning erbjuder KBT-behandling. I länet finns brist på legitimerade KBT-terapeuter som behandlar inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Tillgången till KBT-kompetens i länet räcker i vissa områden inte till utan det uppstår kö. Vissa enheter köper behandlingsinsatser av privata terapeuter, de statliga medlen är då en delfinansiering. För närvarande genomförs en grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning KBT (f.d.steg 1) i syfte att förbättra situationen. Då det fortfarande finns brist på tillgång till steg1-kompetens, ser vi att det är svårt att arbeta för att höja nivån till legitimerade psykoterapeuter.

Tillgången till MMR2-kompetens i länet uppfylls av den landstingsägda verksamheten med komplettering av extern leverantör. Tillgången till MMR1-kompetens är under uppbyggnad. Under året beräknas ytterligare två verksamheter starta. Länet kommer då att ha tillgång till tre MMR1-verksamheter inom primärvården och två inom specialistverksamheten.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

En processtödare har rekryterats för att stödja bedömningsarbetet inför MMR och ge processtöd i samband med uppbyggnad av MMR1.

Fortbildning erbjuds KBT-/IPT-behandlare som erbjuder behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin, med start hösten 2013.

Arbetet att ta fram ett webbaserat verktyg till stöd för bedömningar inför MMR i enlighet med de medicinska indikationerna vid långvarig smärta, kommer att slutföras under 2013.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Landstinget har två gemensamma projekt med försäkringskassan som avser förbättrad tidig samverkan som främjar tidiga kontakter och samverkansmöten mellan vården, försäkringskassan, arbetsgivare och arbetsförmedling.

Landstingets rehabkoordinatorer har ökat fokus på närmare samverkan med arbetsgivare och företagshälsovård utifrån lokala förutsättningar och behov.

Västra Götalandsregionen (VG)

Hur är tillgången på KBT- och MMR- kompetensen i regionen?

KBT ingår som vårdutbud inom VG primärvård (vårdval enligt LOV - lagen om valfrihet). Alla vårdenheter (ca 200) inom VG primärvård har tillgång till KBT-kompetens, endera inom den egna vårdenheten eller via underleverantörer. Det bedöms finnas ett fortsatt behov av att vidareutbilda fler inom KBT och IPT för att regionen ska uppfylla Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av depression och ångest, framförallt i vissa delar av regionen.

Det pågår regionala utbildningar till legitimerad psykoterapeut. Våren 2014 startar ytterligare två steg 2-utbildningar i samverkan med bland annat Göteborgs universitet.

Ett ansökningsförfarande om att få bedriva MMR1 och MMR2 har genomförts i regionen. 75 team är godkända MMR1-team och 15 är godkända MMR2-team.

Det pågår en regional utredning om hur nivåstrukturen bör se ut i regionen när det gäller långvarig icke-malign smärta. Utredningen beräknas vara klar i slutet av 2013.

Detta kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

I regionala riktlinjer för rehabiliteringsgarantin 2013 ställs krav på innehåll, kompetens och hur behandlingarna ska följas upp. För att säkerställa att riktlinjerna efterföljs har en godkännandeprocess för MMR1 och MMR2 införts. Dessutom sprids information om kraven genom informationsmöten, nyhetsbrev till alla verksamheter och en ny hemsida för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Dessutom planeras utbildningstillfällen i EQ5D och SF12. Regionen arbetar även med att få till en regional databas för att kunna hantera och analysera resultaten.

Ett generellt utvecklingsbidrag utbetalas till alla verksamheter som bedriver behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Syftet med utvecklingsbidraget är att det ska användas till exempelvis teamutveckling och handledning.

Dessutom sker olika utvecklingsinsatser i de olika hälso- och sjukvårdsnämndsområdena för att säkerställa en hög kvalitet och tillgänglighet på behandlings- och rehabiliteringsinsatserna i enlighet med de krav som ställs i den nationella överenskommelsen, så att målet för rehabiliteringsgarantin uppnås.

Bland annat har en organisation med rehabiliteringskoordinatorer byggts upp både på lokal nivå inom VG primärvård (vårdval enligt LOV) och inom sjukhusverksamheterna. Koordinatorerna har en viktig funktion när det gäller

att samverka med andra aktörer, koordinera och fånga upp patienter i ett tidigt skede och lotsa vidare till bedömning och behandling.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

I de regionala riktlinjerna för rehabiliteringsgarantin ställs krav att i de ärenden som läkaren bedömer det värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering ska läkaren eller teamet kontakta försäkringskassan.

Avstämningsmöten används allt oftare i patienternas rehabiliteringsprocess. Det visar statistik från 2012 i jämförelse med åren 2010-2011.

Regionen har också ett gemensamt utvecklingsprojekt med försäkringskassan (Väst) i syfte att pröva en ny metod för att tidigare i sjukfallen starta samordnade åtgärder för en effektivare rehabiliteringsprocess.

Örebro läns landsting (ÖLL)

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetensen i landstinget?

I primärvården finns 40 personer med KBT steg 1, en med KBT steg 2. Även om tillgången sedan slutrapporten har ökat från 29 till 40 personer med steg 1-kompetens skulle tillgången kunna vara något bättre. Inom psykiatrin finns 30 KBT steg 1 och tio legitimerade psykoterapeuter (inkl. IPT). Psykiatrin behandlar en del av patienterna inom ramen för garantin.

Det finns sex team för MMR1 och ett team för MMR2.

En kartläggning av KBT-kompetensen har genomförts på primärvårdsnivå som visar att samtliga patienter har tillgång till steg 1-kompetens samt i vissa fall steg 2-kompetens. Psykiatrin bistår också primärvården med psykologisk konsultation enligt överenskommelse med primärvården. Konsultationerna ska medverka till en förbättrad psykologisk kompetens i första linjens sjukvård genom utbildning, konsultation och direkt patientarbete.

Detta har gjorts eller kommer att göras under 2013 för att höja kvaliteten i MMR och KBT/IPT:

- Nya gemensamma MMR-team har byggts upp. MMR-team finns från och med i år i samtliga länsdelar.
- Rehabkoordinatorer tillsätts under året och de har bl.a. till uppgift att med beaktande av särskilt framtagna statistikrapporter fånga upp personer som har varit sjukskrivna mer än fyra veckor för teamsamverkan. Teamsamverkan är ingången till MMR- och även till KBT-behandling.
- Fortsatt utveckling av rutiner för MMR/selektion av patienter för MMR (screening med Lintons smärtformulär för att hitta patienter i ett tidigt skede).
- Fortsatt utveckling av samverkan mellan MMR-teamen på primärvårdsnivån och MMR-teamet på specialistnivån.
- Handledning/utbildning till MMR1-teamen på primärvårdsnivå.
- Utbildningar i KBT steg 1 och steg 2 pågår.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Till hösten startar ett pilotprojekt inom ÖLL, Pilot förebyggande och tidiga kontakter primärvården och arbetsgivare i Örebro län. En vårdcentral i norr är

utsedd att ingå i projektet. Diskussioner pågår med ytterligare en vårdcentral i Örebro om att delta.

Erbjuda arbetsgivare, försäkringskassa och eventuellt arbetsförmedlingen att delta vid uppföljnings- eller avslutningsmötet vid MMR.

Landstinget i Östergötland

Hur är tillgången på KBT- och MMR-kompetens i landstinget?

KBT-terapeut med grundläggande kompetens finns på de flesta vårdcentraler. Möjlighet finns även att köpa tjänsten externt. Efterfrågan är dock något större än tillgången på KBT-behandling. Utbildning pågår i landstinget för KBT-terapeuter steg 1 och 2. Då det gäller steg 2 förväntas elva terapeuter bli klara under 2014.

Tillgången på MMR-kompetens är tillfredsställande. I närsjukvården utförs MMR1-behandling av ca 13 team. Smärt- och rehabiliteringscentrum behandlar MMR2.

Det här har vi gjort/kommer att göra under 2013 för att utveckla arbetet som leder till återgång i arbete

Vi arbetar med att samtliga patienter ska få en rehabiliteringsplan med åtgärder för att återgå till arbete/aktivitet. Samverkan med yttre aktörer som arbetsgivare, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten för att få rätt insats av rätt aktör.

Fortsatt handledning av psykiatriker för att utveckla arbetsätt och bedöma när KBT-behandling är lämplig.

Fördjupning inom ACT, (Acceptance and Commitment Therapy) i Svenska Psykologinstitutets regi, där de ledande i Sverige inom ACT och smärta föreläser. Syftet är att teamen ska få ytterligare verktyg att använda i coachningen av patienten i dennes väg tillbaka till arbetet.

Ett fortsatt samarbete med vårdcentralerna, fortbildningsinsatser till dem via Smärt- och rehabiliteringscentrum, t.ex. utbildningsinsatser till distriktsläkare. Fortsatt arbete med utveckling och förbättring av innehållet i MMR, framför allt vid gruppträffarna.

Vi har genomfört ett omfattande arbete sedan 2010 för att evidensbasera de ingående komponenterna i MMR-programmet. Baserat på detta har vi optimerat vårt MMR-program, vilket i den reviderade formen startade i februari 2013. En viktig förändring har varit att – baserat på evidens – öka insatserna gentemot arbetsplatserna.

Gemensamma utbildningsdagar för team inom specialistsjukvården och primärvården eller närsjukvården som arbetar med MMR. Konferensen är ett samarbete mellan Landstingen i Östergötland, Kalmar och Jönköping i augusti.

Hur förstärks arbetet med att få närmare samarbete mellan vården och arbetsgivare?

Vi har ett pågående utvecklingsarbete tillsammans med försäkringskassan och arbetsförmedlingen inom ramen för tidig samverkan där tidig kontakt med arbetsgivaren finns med. Exempel: arbetsgivaren kontaktas direkt, avstämningsmöte med arbetsgivaren innan försäkringskassan är aktuell. Påtala för arbetsgivaren behov av företagshälsovård. Ett seminarium planeras i oktober där arbetsgivare bjuds in till dialog om arbetsmiljö, förbyggande arbete och rehabilitering med fokus på tidig aktivitet i sjukskrivningsprocessen

Rehabiliteringsgarantin 2013

Erfarenheter och resultat efter sex månader 2013

För att stödja personer att återgå i arbete eller förebygga en sjukskrivning tecknade Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med regeringen år 2008 om en rehabiliteringsgaranti som har förlängts till och med 2013. Garantin är till för kvinnor och män i åldern 16-67 år som har långvarig diffus smärta och/eller patienter med måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Orsaken är att dessa diagnoser står för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall. Därför var det angeläget att öka tillgången på behandlingar och rehabilitering för dessa patientgrupper.

Efter att rapporterade insatser minskade under 2012 jämfört med tidigare år till följd av ändrad rapportering och ändrat regelverk ökar antalet insatser igen. Totalt sett har tillgången på både KBT behandling och multimodal rehabilitering ökat i stor utsträckning sedan 2009.

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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013