

Rehabiliteringsgarantin 2012

ERFARENHETER OCH RESULTAT

Förord

För att stödja personer att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning tecknade Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med regeringen 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. Vi kan se att tillgången har ökat i stor utsträckning sedan 2009.

Denna rapport beskriver hur utvecklingen har skett och vilka åtgärder landstingen genomför för att öka tillgången och förbättra kvaliteten på arbetet.

Stockholm i mars 2013

Ulrika Johansson
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Förändringar i överenskommelsen.....	5
Resultat år 2012 jämfört med 2009 och 2011	5
Tillgången till multimodal rehabilitering	6
Tillgången till KBT och IPT	6
Bakgrund	8
Sjukskrivningsmiljarden.....	8
Rehabiliteringsgarantin – en överenskommelse mellan SKL och regeringen	9
Resultat 2012 jämfört med 2009 och 2011	10
Tillgången till multimodal rehabilitering	10
Tillgången till KBT och IPT	11
Utveckling av multimodal rehabilitering 2009-2012	13
Multimodal rehabilitering 2012	14
Utveckling av KBT-behandlingar 2009-2012	15
Rehabiliteringsgarantin 2012	16
Landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin 2012	17
Landstinget Blekinge	18
Landstinget Dalarna	18
Region Gotland	19
Landstinget Gävleborg	20
Region Halland.....	21
Jämtlands läns landsting	22
Landstinget i Jönköpings län.....	22
Landstinget i Kalmar län.....	23
Landstinget Kronoberg	24
Norrbottnens läns landsting (NLL)	25
Region Skåne.....	26
Stockholms läns landsting (SLL)	27
Landstinget Sörmland	28
Landstinget i Uppsala län.....	29
Landstinget i Värmland.....	30
Landstinget Västmanland.....	31
Västerbottens läns landsting	31
Landstinget Västernorrland	32
Västra Götalandsregionen (VG).....	34
Örebro läns landsting	35
Landstinget i Östergötland	35

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 en 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 900 miljoner kronor år 2012 och ytterligare 100 miljoner till forskning, utveckling och utvärdering.

Förändringar i överenskommelsen

Det har skett successiva förändringar i överenskommelserna genom åren varav de största i överenskommelsen 2012. Innan dess skulle landstingen rapportera påbörjade eller avslutade behandlingar medan kravet år 2012 blev att de endast skulle rapportera avslutade behandlingar. En annan förändring var att endast patienter som fått minst 10-15 behandlingstillfällen vid KBT fick rapporteras. Tidigare fanns inte en nedre gräns för antal behandlingstillfällen. Den tredje ändringen var att landstingen skulle rapportera multimodal rehabilitering i två olika nivåer med två olika ersättningar.

Resultat år 2012 jämfört med 2009 och 2011

Under 2012 har landstingen påbörjat eller genomfört 7 420 multimodala rehabiliteringar (3 183 MMR1 och 4 237 MMR2) och 35 850 KBT- eller IPT-behandlingar, varav IPT står för en procent av behandlingarna. Kvinnor har fått 31 157 (72 procent) av rehabiliteringsinsatserna och män 12 113 (28 procent) vilket är ungefär samma fördelning som tidigare år. Av insatserna har 48 procent genomförts i offentlig och 52 procent i privat regi. År 2009 var det 20 procent i privat regi.

Landstingen har under 2012 rapporterat insatser motsvarande 83 procent av de avsatta medlen. Detta ska jämföras med år 2011 när landstingen rapporterade insatser för 110 procent av de avsatta medlen.

Rehabiliteringsgarantin har bidragit till att fler patienter får del av såväl multimodal rehabilitering som KBT-behandlingar i Sverige. Det var under 2012 38 procent fler patienter än 2009 som fick hjälp vid måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stresstillstånd. När det gäller långvarig diffus smärta har antalet hjälpta patienter ökat med 25 procent mellan åren 2009 och 2012 (5 934 respektive 7 420 patienter). Mellan åren 2011 och 2012 minskade den multimodala rehabiliteringen med 20 procent och KBT-behandlingarna med 35 procent. Orsakerna till minskningen mellan 2011 och 2012 uppger landstingen vara förändringar i överenskommelsen och ändrad rapportering.

Tillgången till multimodal rehabilitering

Tillgången till multimodal rehabilitering har ökat sedan 2009. 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.

I dag uppger i stort sett alla landsting att de har god eller relativt god tillgång till MMR. Ett mått på tillgången är antalet MMR/1000 invånare i åldern 16-65 år som omfattas av rehabiliteringsgarantin. Detta mått anger däremot inte om det motsvarar behovet, eftersom det kan vara olika i olika delar av Sverige.

De landsting som har störst tillgång till MMR är Kalmar med 2,1/1000 invånare, Region Skåne med 2,0/1000 invånare och Värmland med 1,9/1000 invånare. De landsting som har den lägsta tillgången är Sörmland med 0,6/1000 invånare, Örebro med 0,7/1000 invånare och Halland, Stockholm, Västernorrland och Västmanland med 0,8/1000 invånare.

Under 2012 har antalet rapporterade multimodala rehabiliteringsinsatser minskat i nästan alla landsting jämfört med 2011. I landstingen i Gävleborg, Jönköping, Västra Götaland, Örebro har det dock ökat. De troliga orsakerna till det är i Gävleborg och Jönköping att dessa landsting redan tidigare hade ändrat rapporteringssystem och endast rapporterade avslutade insatser. När det gäller Örebro har landstinget ökat tillgången till MMR genom att ha byggt upp en permanent verksamhet i primärvården under 2011 och 2012. Västra Götaland har under flera år vidtagit åtgärder för att öka tillgången.

En av de orsaker som landstingen uppger till minskat antal inrapporterade multimodala rehabiliteringsinsatser är höjda krav på utförarna. Dessutom är ersättningen för MMR1 lägre än tidigare år och påverkar landstingens möjlighet att erbjuda behandlingen och därtill får landstingen endast rapportera färdigbehandlade patienter.

Tillgången till KBT och IPT

Tillgången till KBT i primärvården har ökat sedan 2009. De flesta landsting 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.

Eftersom kompetensutveckling pågår kommer tillgången att öka ytterligare under 2013-2014. I dag uppger flertalet landsting att de har god eller relativt god tillgång till KBT-kompetens, dvs. till grundläggande kompetens i KBT. (motsvarande steg 1 som innebär att behandling ska ske under handledning).

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

Ett mått på tillgången till KBT-behandlingar är antalet KBT/1000 invånare i åldern 16-65 år som omfattas av rehabiliteringsgarantin. Det måttet anger däremot inte om det motsvarar behovet, eftersom det kan vara olika i olika delar av Sverige.

De landsting som under 2012 erbjöd KBT-behandlingar inom ramen för garantin i störst omfattning var Region Skåne med 9,9 behandlingar/1000 invånare och landstingen i Kalmar, Västmanland och Västra Götaland med 8,3/1000 invånare. De landsting som rapporterade den minsta andelen KBT var Västerbotten med 1,2/1000 invånare och Kronoberg och Norrbotten med 2,3/1000 invånare.

Antalet inrapporterade KBT-behandlingar mellan 2011 och 2012 minskade med 35 procent från 55 167 (2011) till 35 850 (2012). Orsakerna till det är att kraven förändrades i överenskommelsen 2012. De nya kraven innebar att utförarna som rapporterar till landstingen skulle erbjuda varje patient 10-15 KBT-behandlingar för att få rapportera till försäkringskassan och att behandlingarna skulle vara avslutade. Tidigare fanns inga krav på antal tillfällen en patient skulle få behandlingar. Landstingen uppger att det blir färre inrapporteringar då behovet av behandlingstillfällen ligger mellan 5-10 tillfällen. Det innebär inte att färre patienter får behandling utan att färre fall rapporteras.

Bakgrund

Sjukskrivningsmiljarden

Det har under senare år tagits flera initiativ för att utveckla en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess så att varje patient får en sjukskrivning som är anpassad efter hans/hennes 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 samarbetet med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsgivare och även med socialtjänsten. Det har bidragit till att sjukskrivningarna i dag är färre och betydligt kortare än tidigare och nu befinner sig på samma nivå som på 1980-talet. Även antalet nybeviljade förtidspensioner har minskat de senaste åren och ligger nu på samma nivå som på 1970-talet.

Under de senaste åren har dock sjukpenningdagarna ökat. Enligt försäkringskassan beror det på att personer som enligt regelverket har uppnått maximalt antal dagar kommer tillbaka och att det inte längre är möjligt att tidsbegränsa sjukersättningen. Men sjukpenningdagarna har ökat även för andra grupper och då i större omfattning för kvinnor. Orsakerna till detta behöver analyseras.

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

Det finns dock fortfarande områden som behöver utvecklas mer, bland annat behöver sjukskrivningsprocessen bli jämställd för att förbättra kvaliteten för både män och kvinnor. Kvaliteten i läkarintygen behöver också förbättras så att de försäkrade får en rättssäker prövning när de blir sjukskrivna. Samarbetet

behöver utvecklas ytterligare med både arbetsgivare, arbetsförmedling, socialtjänsten och försäkringskassan.

Rehabiliteringsgarantin – en överenskommelse mellan SKL och regeringen

År 2008 fick landstingen 250 miljoner kronor för att förbereda en rehabiliteringsgaranti. Villkoren tydliggjordes inför 2009. Syftet med garantin 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.

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.

Patienter 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.

I maj 2011 gav SKL tillsammans med SBU, Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet ut indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Där beskrevs hur rehabiliteringen kan bedrivas på två olika nivåer. MMR1 och MMR2 påminner innehållsmässigt om varandra. Det som i första hand skiljer dem åt är komplexiteten av problem hos patienten och att det krävs en högre kompetens för att genomföra insatser för MMR2. MMR1 bedrivs oftast i primärvården och det är möjligt att fånga upp patienterna tidigare. MMR2 bedrivs oftare inom den specialiserade vården.

Det har skett successiva förändringar i överenskommelserna genom åren med de största i överenskommelsen 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 gällde för dessa och att de olika nivåerna ersattes olika.

Under år 2012 fick landstingen 12 000 kronor i ersättning för varje patient som behandlades med KBT. Ersättningen för multimodal rehabilitering 1 var 25 000 kronor och för multimodal rehabilitering 2 var den 45 000 kronor per patient. Dessutom fick landstingen 1000 kronor/utredning. Regeringen ville stimulera till en utveckling och ökning av arbetet. Det extra anslaget användes av landstingen för att på olika sätt förbättra kvaliteten i arbetet och öka tillgången på behandling.

Under 2009 avsatte regeringen 560 miljoner kronor och för 2010 och 2011 avsattes totalt 960 miljoner kronor per år. För 2012 avsattes 900 miljoner kronor. Ytterligare 100 miljoner kronor var avsatta för forskning, utvärdering och utveckling.

Ersättningen för varje landsting är beräknad i förhållande till antalet invånare, men för att få någon 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. Ett landsting får dock inte mer ersättning än de insatser som är genomförda, vilket innebär att det är inte en garanti att hela beloppet utbetalas.

Utöver dessa pengar har 100 miljoner kronor avsatts för bland annat forskningsprogrammet Rehabilitering i samverkan, REHSAM. Landstingen har tillsammans med universitet haft möjlighet att ansöka om forskningsmedel för att få mer och ny kunskap om vilken behandling och rehabilitering för långvarig diffus smärta, ångest, depression och stress som kan bidra till att patienten kan återgå i arbete. Tre utlysningar har skett under perioden 2009-2011. Utöver detta har medel avsatts för utvärdering av rehabiliteringsgarantin vilket har gjorts av Karolinska Institutet, Socialstyrelsen, Inspektionen för Socialförsäkring och Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, IFAU. De erfarenheter som forskningen ger använder landstingen för att utveckla rehabiliteringsgarantin på olika sätt utöver att det forskas på nya områden.

Resultat 2012 jämfört med 2009 och 2011

Under 2012 har landstingen påbörjat eller genomfört 7 420 multimodala rehabiliteringar varav 3 183 var MMR1 och 4 237 var MMR2. Därutöver har landstingen gjort 35 850 KBT- eller IPT-behandlingar, varav IPT står för en procent. Kvinnor har fått 31 157 rehabiliteringsinsatser (72 procent) och män 12 113 (28 procent).

Av insatserna har 48 procent genomförts i offentlig och 52 procent i privat regi vilket ska jämföras med 2009 då 20 procent genomfördes i privat regi.

Landstingen har under 2012 fått dela på 743 miljoner kronor eftersom de har rapporterat in insatser motsvarande 83 procent av de avsatta medlen. Under år 2012 har rehabiliteringsgarantin bidragit till att fler patienter än år 2009 har fått såväl multimodal rehabilitering som KBT-behandlingar. Det var 38 procent fler patienter 2012 som fick hjälp vid måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stresstillstånd än år 2009 (35 850 patienter mot 25 979). För patienter med långvarig diffus smärta var ökningen 25 procent (7 420 patienter år 2012 mot 5 934 patienter år 2009).

Mellan åren 2011 och 2012 minskade den multimodala rehabiliteringen med 20 procent och KBT-behandlingarna med 35 procent. Orsakerna till denna minskning uppger landstingen vara förändringar i överenskommelsen och ändrad rapportering.

Region Skåne rapporterade insatser motsvarande 149 procent av de medel som var avsatta för regionen och Landstinget i Kalmar län 109 procent av sina avsatta medel. Landstingen i Västerbotten (32 procent) och Örebro (36 procent) har rapporterat det lägsta antalet insatser i förhållande till avsatta medel.

Tillgången till multimodal rehabilitering

Tillgången till multimodal rehabilitering har sedan 2009 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.

I dag uppger alla landsting utom Örebro och Stockholm att de har god eller relativt god tillgång till MMR. Ett mått på tillgången är antalet MMR/1000 invånare i åldern 16-65 år som omfattas av rehabiliteringsgarantin. Detta mått anger däremot inte om det motsvarar behovet, eftersom det kan vara olika i olika delar av Sverige.

De landsting som har störst tillgång till MMR är Kalmar med 2,1/1000 invånare, Region Skåne med 2,0/1000 invånare och Värmland med 1,9/1000 invånare. De landsting som har den lägsta tillgången är Sörmland med 0,6/1000 invånare, Örebro med 0,7/1000 invånare, Halland, Stockholm, Västernorrland och Västmanland med 0,8/1000 invånare.

Under 2012 har antalet rapporterade multimodala rehabiliteringsinsatser minskat i samtliga landsting utom i Gävleborg, Jönköping, Västra Götaland och Örebro, där det däremot har ökat. De troliga orsakerna till ökningen i Gävleborg och Jönköping är att dessa landsting redan tidigare hade ändrat rapporteringssystem och endast rapporterade avslutade insatser.

När det gäller Örebro har landstinget ökat tillgången till MMR genom att ha byggt upp en permanent verksamhet i primärvården under 2011 och 2012. Västra Götaland har under flertalet år gjort insatser för att öka tillgången.

Orsakerna till minskningen av antalet inrapporterade multimodala rehabiliteringsinsatser är enligt landstingen att kraven på utförarna har höjts. Bakgrunden till det är att överenskommelsen har harmoniserats efter medicinsk indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Det innebär bland annat att den multimodala rehabiliteringen är indelad i MMR1 som oftast genomförs i primärvården och MMR2 som oftast sker i den specialiserade vården. Dessutom är ersättningen för MMR1 lägre än tidigare år och påverkar landstingens möjlighet att erbjuda behandlingen. Därtill kommer att landstingen endast får rapportera färdigbehandlade patienter jämfört med tidigare år då landstingen kunde rapportera påbörjade insatser.

Tillgången till KBT och IPT

Tillgången till KBT i primärvården har ökat sedan 2009. Anledningen är att de flesta landsting 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.

Eftersom kompetensutveckling pågår kommer tillgången att öka ytterligare under 2013-2014. I dag uppger flertalet landsting att de har god eller relativt god tillgång till KBT-kompetens, dvs. till grundläggande kompetens i KBT (motsvarande steg 1 som innebär att behandling ska ske under handledning).

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.

Ett mått på tillgången till KBT-behandlingar är antalet behandlingar/1000 invånare i åldern 16-65 år som omfattas av rehabiliteringsgarantin. Det måttet anger däremot inte om det motsvarar behovet, eftersom det kan vara olika i olika delar av Sverige.

De landsting som under 2012 erbjöd flest KBT-behandlingar inom ramen för garantin var Region Skåne med 9,9/1000 invånare, landstingen i Kalmar, Västmanland och Västra Götaland hade 8,3/1000 invånare, medan de landsting som

rapporterade det lägsta antalet KBT-behandlingar var Västerbotten med 1,2/1000 invånare och Kronoberg och Norrbotten med 2,3/1000 invånare.

Under 2009-2010 fick landstingen rapportera behandlingar som hade givits av personal som hade 7,5 poäng i KBT-behandling. Det ändrades år 2011 då personalen måste ha minst steg 1-utbildning. De enda undantagen gäller psykologer och psykoterapeuter. Under 2011 kunde alltså landstingen ange även dem som KBT-behandlare. Antalet inrapporterade KBT-behandlingar minskade mellan åren 2011 och 2012 med 35 procent från 55 167 (2011) till 35 850 (2012). Orsaken var att kraven förändrades i överenskommelsen 2012. De nya kraven innebär att landstingen skulle erbjuda patienten 10-15 KBT-behandlingar för att de skulle kunna rapporteras till försäkringskassan och att behandlingarna skulle vara avslutade. Tidigare var det inte definierat om de skulle vara pågående eller avslutade.

Landstingen uppger att det blir färre inrapporteringar då patienten behöver färre än tio behandlingstillfällen. Det innebär inte att färre patienter får behandling utan att färre rapporteras.

Även om landstingen har uppgivit att de har god tillgång till KBT-kompetens i primärvården kan den specialiserade vården fortfarande behöva utbildade psykoterapeuter (steg 2) för att klara av patienter med svårare ångest, depression och andra sjukdomar som vanligtvis inte behandlas inom primärvården. Det är dessutom inte alltid lätt att veta om tillgången överensstämmer med det faktiska behovet. Därför behövs det en fortsatt utveckling för att ställa rätt diagnoser i primärvården. Ett annat problem är att en del personer som behöver behandling inte söker vård. Det kommer således alltid att finnas ett visst mörkertal.

Utveckling av multimodal rehabilitering 2009-2012

LÄN	MMR ¹ 2009	MMR per invånare. ² 2009	MMR 2011	MMR per inv. 2011	MMR totalt	MMR per inv. 2012
Blekinge	199	2,1	163	1,70	91	1,0
Dalarna	279	1,6	318	1,83	151	0,9
Gotland	0	0	79	2,16	40	1,1
Gävleborg	124	0,7	199	1,14	257	1,5
Halland	103	0,5	215	1,13	144	0,8
Jämtland	163	2,0	197	2,47	138	1,7
Jönköping	205	1,0	298	1,39	338	1,6
Kalmar	108	0,7	373	2,56	297	2,1
Kronoberg	138	1,2	214	1,83	184	1,6
Norrbottn	199	1,2	239	1,51	182	1,2
Skåne	747	0,9	1 729	2,13	1 591	2,0
Stockholm	1706	1,3	1 680	1,20	1 198	0,8
Sörmland	123	0,7	197	1,15	103	0,6
Uppsala	177	0,8	410	1,82	278	1,2
Värmland	235	1,3	450	2,61	333	1,9
Västerbotten	180	1,1	482	2,86	161	1,0
Västernorrland	107	0,7	196	1,30	121	0,8
Västmanland	197	1,2	147	0,91	128	0,8
Västra Götaland	592	0,6	1 125	1,08	1 224	1,2
Örebro	153	0,9	74	0,41	119	0,7
Östergötland	199	0,7	453	1,63	342	1,2
Summa	5934	1,0	9 238	1,51	7 420	1,2

¹ MMR är en förkortning för multimodal rehabilitering (sammansatta åtgärder som ges av flera professioner). Här redovisas antal patienter som har fått eller får multimodal rehabilitering.

² MMR per invånare är antalet behandlingar/rehabiliteringar per 1000 invånare i åldern 16-65 år.

Multimodal rehabilitering 2012

LÄN	MMR nivå 1 ³	MMR nivå 2	MMR ⁴ totalt	MMR/1000 invånare (16-65 år)
Blekinge	12	79	91	1,0
Dalarna	106	45	151	0,9
Gotland	28	12	40	1,1
Gävleborg	140	117	257	1,5
Halland	127	17	144	0,8
Jämtland	38	100	138	1,7
Jönköping	284	54	338	1,6
Kalmar	250	47	297	2,1
Kronoberg	130	54	184	1,6
Norrbottn	108	74	182	1,2
Skåne	0	1 591	1 591	2,0
Stockholm	141	1 057	1 198	0,8
Sörmland	61	42	103	0,6
Uppsala	169	109	278	1,2
Värmland	105	228	333	1,9
Västerbotten	101	60	161	1,0
Västernorrland	7	114	121	0,8
Västmanland	61	67	128	0,8
Västra Götaland	961	263	1 224	1,2
Örebro	72	47	119	0,7
Östergötland	282	60	342	1,2
Summa	3 183	4 237	7 420	1,2
Andel	7 %	10 %		

³ Från och med 2012 rapporteras multimodal rehabilitering i två nivåer. MMR1 bedrivs i ofta i primärvården och MMR2 i specialiserade vården. Programmen behöver inte skilja sig åt utan det är snarare patientens komplexitet och kompetensen på behandlaren som styr formen av behandling som patienten ska få.

⁴ Totalt är MMR1 och MMR2 tillsammans.

Utveckling av KBT-behandlingar 2009-2012

LÄN	KBT ⁵ 2009	KBT per invånare ⁶ 2009	KBT 2011	KBT per invånare 2011	KBT/IPT 2012	KBT(IPT)/ 1000 inv. (16-65 år)
Blekinge	444	4,6	986	10,31	455	4,8
Dalarna	947	5,1	1 482	8,54	941	5,5
Gotland	162	4,4	223	6,09	189	5,2
Gävleborg	986	5,6	882	5,06	1 322	7,7
Halland	477	2,5	1 307	6,89	701	3,7
Jämtland	511	6,3	463	5,80	210	2,7
Jönköping	1051	4,8	1 785	8,34	1 058	5,0
Kalmar	332	2,2	986	6,75	1 198	8,3
Kronoberg	444	3,8	379	3,23	267	2,3
Norrbottn	576	3,6	1 151	7,25	359	2,3
Skåne	2149	2,7	6 864	8,47	8 019	9,9
Stockholm	2487	1,8	14 167	10,15	5 700	4,0
Sörmland	1174	6,9	1 939	11,34	1 355	7,9
Uppsala	1038	4,6	1 714	7,62	588	2,6
Värmland	811	4,6	750	4,35	672	3,9
Västerbotten	289	1,7	480	2,85	195	1,2
Västernorrland	334	2,1	647	4,28	427	2,9
Västmanland	1269	7,9	1 508	9,32	1 346	8,3
Västra Götaland	8942	8,5	14 719	14,19	8 641	8,3
Örebro	1107	5,9	863	4,82	436	2,4
Östergötland	810	2,9	1 872	6,72	1 773	6,4
Summa	25 979	4,3	55 167	8,99	35 850	5,8

⁵ Redovisningen omfattar antal patienter som har fått KBT eller där behandling pågår. Redovisningen omfattar även interpersonell terapi IPT (en procent av det totala antalet behandlingar).

⁶ KBT per invånare är antalet behandlingar/rehabilitering per 1000 invånare i åldern 16-65 år.

Rehabiliteringsgarantin 2012

LÄN	Män ⁷	Kvinnor	Privat ⁸	Offentlig ⁹	Ersättning ¹⁰	Bidragstak ¹¹	Andel ansökt ¹² i procent
Blekinge	147	399	112	434	9 861 000	14 550 187	68
Dalarna	287	805	144	948	17 059 000	26 282 634	65
Gotland	64	165	144	85	3 737 000	5 444 674	69
Gävleborg	440	1139	427	1152	26 208 000	26 227 073	100
Halland	230	615	443	402	13 197 000	28 616 853	46
Jämtland	67	281	94	254	8 318 000	11 997 049	69
Jönköping	387	1009	571	825	23 622 000	32 088 595	74
Kalmar	437	1056	630	863	24 210 000	22 136 563	109
Kronoberg	91	360	250	201	9 335 000	17 529 101	53
Norrbottnen	126	415	120	421	10 879 000	23 595 486	46
Skåne	2761	6849	8212	1398	177 433 000	118 908 286	149
Stockholm	1937	4961	4908	1990	125 983 000	198 300 019	64
Sörmland	403	1055	487	971	21 133 000	25 857 618	82
Uppsala	206	660	341	525	17 052 000	32 146 056	53
Värmland	260	745	506	499	21 954 000	25 917 262	85
Västerbotten	71	285	53	303	7 921 000	24 655 890	32
Västernorrland	149	399	281	267	10 977 000	22 998 183	48
Västmanland	399	1075	689	785	22 166 000	24 112 534	92
Västra Götaland	2923	6942	3590	6275	149 417 000	150 975 227	99
Örebro	126	429	29	526	9 702 000	26 720 377	36
Östergötland	602	1513	582	1533	33 141 000	40 940 334	81
Summa	12 113	31 157	22 613	20 657	743 305 000	900 000 000	83
Andel	28 %	72 %	52 %	48 %	83 %		

⁷ Män/Kvinnor. Här anges hur många män respektive kvinnor som fick antingen KBT eller multimodal rehabilitering under 2012.

⁸ Antal KBT-behandlingar eller multimodala rehabiliteringar som är genomförda av privata vårdgivare enligt avtal med landstingen.

⁹ Antal KBT-behandlingar eller multimodala rehabiliteringar som är genomförda i landstingets regi.

¹⁰ Den ersättning som landstingen får för genomförda KBT-behandlingar eller multimodala rehabiliteringar enligt överenskommelsen med regeringen.

¹¹ Taket för fördelningen av ekonomisk ersättning utifrån befolkningsnivå. De landsting som har rapporterat mer än det egna taket har möjlighet att få ersättning för överproduktionen om andra landsting som har producerat mindre.

¹² Andel ansökt omfattar de bidragsansökningar som landstingen gjorde för 2012.

Landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin 2012

Enligt överenskommelsen 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 utöver den ersättning som utbetalas för genomförda KBT-behandlingar och multimodal rehabilitering.

På de följande sidorna har varje landsting gjort en kort beskrivning av sitt arbete inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Resultaten för år 2012 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 patienter 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 som i många landsting 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?

Tillgängligheten till KBT är mycket god. Samtliga vårdcentraler har egen kompetens alternativt via avtal med privat utförare. Ca 20 olika terapeuter bedriver KBT.

MMR bedrivs huvudsakligen på specialistnivå. Sjukhuset har två MMR-team och primärvården två olika team som täcker två kommuner.

Eftersom endast de behandlingsserier som omfattar mer än åtta behandlingar rapporteras ser det ut som en stor minskning vilket inte behöver vara fallet.

Antalet MMR har också minskat men beror på bemanningsproblem inom specialistvården som har medfört att båda teamet inte har varit igång under hela perioden.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Utbildning av egen personal till KBT steg 1.

Utbildning i teamarbete inom primärvården.

Fortsatt utvecklingsarbete vid de vårdcentraler som har förutsättningar att utveckla MMR.

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

Avsätta medel för projekt med psykiater i primärvården för att redan i ett tidigt skede i vårdprocessen höja kvaliteten i mötet med personer med psykisk ohälsa.

Avsätta medel för manlig vårdpersonal med psykiatrisk kompetens på ungdomsmottagningen i syfte att möta det behov som ungdomar påtalar kring att träffa manlig personal på ungdomsmottagningen. Denna resursförstärkning innebär att fler pojkar och unga män förväntas söka vård i ett tidigare skede.

Fortsatt stöd till redan aktiva vårdcentraler. Ytterligare en vårdcentral har visat stort intresse för att bygga upp MMR men här krävs lite utbildningsinsatser innan den kan starta.

Landstinget Dalarna

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

Landstinget Dalarna har ca 40 samtalsterapeuter med grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning på KBT i primärvården.

Under 2011 fanns 27 team i primärvården som bedrev multimodal rehabilitering, men med de tydligare kraven i överenskommelsen 2012 finns två multimodala team som är godkända. Under 2013 kommer flera att bli godkända att genomföra MMR.

Vi har minskat antalet rapporterade KBT- och MMR-behandlingar under 2012. Anledningen till att antalet MMR-behandlingar har minskat är att det är färre team i länet. Anledningen till att antalet KBT-behandlingar har minskat är oklar.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Sex personer går för närvarande grundläggande psykoterapiutbildning som delfinansieras av sjukskrivningsprocessen.

En 2-dagars ACT-(Acceptance and Commitment Therapy)utbildning som samtalsterapeuter har deltagit i har genomförts två gånger under hösten.

Två team från länet har deltagit i utbildningen Utredning av personer med långvarig smärta.

För att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning gör vi följande under 2013:

Ökar tillgången på samtalsterapeuter då sex personer är klara med sin grundläggande psykoterapiutbildning i juni 2013.

Kartlägger kompetens och eventuellt utbildningsbehov inom primärvården för samtalsterapeuter.

Utbildar team i länet i utredning av personer med långvarig smärta och multimodalt arbete. Försäkringsmedicinsk utbildning för personal som träffar personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna.

Följer upp de godkända teamen genom redovisning av ett antal kvalitetsparametrar.

Utvärderar MMR-behandlingar genomförda hos godkända team utifrån självskattningsformulär före och efter behandling.

Region Gotland

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

I primärvården finns nio KBT-terapeuter på hel- eller deltid. Åtta har motsvarande steg 1 med grundutbildning som psykolog eller sjuksköterska och en av psykologerna är utbildad handledare och lärare inom KBT i Sverige.

Det finns tre MMR-team.

Vi har minskat både KBT och MMR 2012. För KBT beror det på att vi inte har lyckats ha full bemanning för uppdraget. För MMR beror det på att vi har minskat antalet team och centraliserat MMR för de offentligt drivna vårdcentralerna.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Vi har försökt förbättra tvåpartsamverkan med försäkringskassan och vi arbetar ständigt för att en bra dialog ska finnas med övriga aktörer i ett sjukärende. Rent operativt är det via våra rehabkoordinatorer (REKO) som detta sker.

Att vi har färre utförare kopplade till MMR syftar till att höja kvaliteten och strävan är att det leder till återgång i arbete/förebygger sjukskrivning. Vi har även arbetat med att fokusera på återgång i arbete/förebyggande av sjukskrivning genom att utveckla innehållet i MMR, t.ex. att arbetsterapeuterna har utvecklat arbetet med vardagsrevidering.

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

Under hösten har vi planerat för att förbättra omhändertagandet 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.

Bland annat till följd av SKL-utbildningen i 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

erhålla en funktionsbedömning för att vi ska kunna ta ställning till fortsatt adekvata åtgärder som bl.a. syftar till återgång i arbete men även att identifiera patienter tidigt för att förebygga sjukskrivning.

Vi kommer under året att fortsätta träffa våra utförare för att systematiskt utveckla innehållet under en rehabiliteringsperiod som syftar till mer värdeskapande åtgärder för återgång i arbete.

Fortsatt utveckling av flerpartssamverkan med försäkringskassan och andra partner bl.a. företagshälsovården.

Landstinget Gävleborg

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens:

I dagsläget finns inga väntetider till KBT och tillgången och tillgängligheten är god. Det finns 72 behandlare med KBT grundläggande kompetens (steg1) i primärvården och 11 legitimerade psykoterapeuter.

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.

Vår produktion har ökat från förra året för såväl KBT som MMR och vi redovisar en produktion som ligger mycket högt över vad vi har redovisat tidigare år. Beslut togs redan 2010 i landstinget att enbart redovisa avslutade behandlingsserier vilket nu accepterats fullt ut i organisationen.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Arbetsrehabiliterade mål ska finnas med i verksamheterna KBT och MMR. Seminarium om arbetsperspektivet i rehabiliteringsgarantin har arrangerats för MMR-team och KBT-behandlare där försäkringskassan och arbetsförmedlingen medverkade och möjlighet gavs att föra dialog mellan behandlare och myndigheter i syfte att utveckla samverkan och stödja återgång i arbete.

För att påskynda tillgången till behandling kan patienten nu komma direkt till ett psykosocialt team utan remiss från läkare. Det ger även möjligheten att förebygga sjukskrivning.

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

Allt konkret utvecklingsarbete i rehabiliteringsgarantin sker i vårt landsting ute i verksamheterna och de bestämmer själva vad de behöver utveckla/bygga på med för att kunna arbeta enligt de krav som ställs i styrdokumentet. Tydlighet i styrdokument och kommunikation om vad som gäller avseende kvalitet och arbetsfokus är därför viktigt.

Smärtteamet vid länskliniken för rehabiliteringsmedicin – Smärt-Rehab - som deltog i SKL-utbildning 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 både när det gäller kompetens och metodstöd vid MMR.

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 verk-samma i närsjukvården är 72 fördelade på grundläggande kompetens 25, psykologer 31 och psykoterapeuter 16.

Organisationen för smärtrehabilitering och smärtbehandling har utretts under 2012 och kommer att förändras under 2013. Det kan komma att påverka antalet MMR2-behandlingar i framtiden. Det faktiska behovet av MMR2 är svår-bedömt. MMR1-nivån bedöms som god. Under 2012 fanns 21 MMR1-team och ett MMR2-team.

Halland har rapporterat ett minskat antal MMR- och KBT-behandlingar 2012 jämfört med 2011 och det kan beror på följande orsak/orsaker:

Kravet på att behandlingar ska vara genomförda har lett till en eftersläpning i registreringen. Ökade kvalitetskrav på MMR-behandlingar kan ha påverkat kvantiteten av genomförda registrerade behandlingar.

Ett antal påbörjade KBT-behandlingar 2011 nådde inte upp till 2012 års pre-misser för genomförda behandlingar och gör differensen mellan antalet behand-lingar större.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

I ansökningar gällande rehabiliteringsgarantin har krävts redovisning av kontakt med försäkringskassan efter eller i anslutning till behandling för samordning av möjlig återgång i arbete om patienten är fortsatt sjukskriven. Ett utvecklings-arbete mellan olika parter för avstämningsmöten har även skett under perioden.

Utveckling av smärtbedömning med ekonomiska incitament har gjorts på vårdenhetsnivå för att stimulera till att bättre identifiera de patienter som behöver ett mer komplext stöd tidigt och utsluta behovet för andra.

Hallands försäkringsmedicinska nätverk har tagit fram en patientfolder som bl.a. beskriver rättigheter och möjligheter för en rätt bedömning av och rehabi-litering för patienten.

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

Vi kommer utöver ordinarie uppdrag att initiera en undersökning av patienter som gör många besök i närsjukvården för att se till att både rehabiliterings-garantins patienter och andra diagnosgrupper får den samordning av insatser som krävs för bästa stöd och återgång i arbete m.m.

Vi kommer särskilt att trycka på en arbetsgivarkontakt när sådan finns och där patienten har samtyckt och det finns anledning att t.ex. vidta nödvändiga anpassningsåtgärder på arbetsplatsen eller för arbetslivet (AF). Vid sjukskriv-ning tar försäkringskassan kontakt med arbetsgivaren i första hand, annars bör vården själv initiera den kontakten.

Försäkringskassehandläggare på vårdenheterna och inom specialistvården ska kunna gå in under perioden tidig bedömning för att starta samordnad rehabilite-ring tidigt med så väl vården, arbetsgivare, socialtjänst och arbetsförmedlingen.

Utbildning i smärtutredning samt struktur för MMR1 och MMR2 ska ges till vårdvalsenheterna under hösten 2013.

Jämtlands läns landsting

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

Tillgången på KBT-terapeuter med grundläggande kompetens är mycket god då i stort sett 27 hälsocentraler har tillgång till personer med denna kompetens. Tillgång på legitimerade psykoterapeuter finns inom psykiatrin.

När det gäller MMR1 har en certifiering gjorts under 2012 och i dag finns 18 team på vårdcentralerna. Det finns ett specialistteam i landstinget och externa aktörer som genomför MMR2.

Vi har ett minskat antal behandlingar för MMR1 beroende på den lägre ersättningen som inte täcker kostnaden för åtgärderna. De långa sjukskrivningsfallen som tidigare varit en patientgrupp har nu efter utförsäkring återkommit till försäkringssystemet och fått rehabilitering i flera omgångar och därför i stället hamnat i team baserad utredning och eventuellt inom MMR2 i specialistvården. I dag när det blir fler tidiga teambedömningar av tidiga sjukskrivningar med förebyggande åtgärder räcker det eventuellt med tidig samverkan med arbetsgivare, arbetsförmedling osv.

Antalet KBT-behandlingar har också sjunkit och det kan bero på rekommendationerna om antalet samtalsserier vilket inte stämmer överens med primärvårdens rekommendationer av lättare till medelsvår psykisk ohälsa.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Utbildning av KBT-terapeut för att öka teamsamverkan men även som ett stöd i KBT-samtalet. Interna utbildningar inom psykosociala enheten under året.

Utbildat ”utbildare” för teamarbete.

Uppföljning också månadsvis på alla enheter gällande sjukskrivningsmönstret samt skillnaden mellan män och kvinnor. Tidiga insatser och tidigt arbete i teamen tillsammans med interna och externa aktörer.

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

Efter SKL-utbildning om att utreda smärtpatienter kommer varje ”utbildare” att utbilda sin egen yrkesgrupp på planeringsdagar under våren.

Uppföljning av dessa insatser under hösten. Hur har det påverkat teamarbetet, fler patienter med tidiga insatser, färre sjukskrivna smärtpatienter osv.

Specialutbildad KBT-terapeut kommer att utbilda sina kollegor under hela 2013.

Landstinget i Jönköpings län

Kvalitet i KBT och MMR:

Tillgången till KBT är god. Av 51 vårdcentraler rapporterar 39 att det genomförs KBT-behandlingar. Utöver det genomförs även KBT på ytterligare nio enheter inom specialistvården. Psykiatri behandlar patienter inom garantin när diagnosen stämmer med kraven i garantin.

Under 2011 fanns det fler MMR-team i primärvården men till följd av ändrat regelverk och att man endast fick rapportera genomförda MMR-behandlingar blev det färre team under 2012. Det finns 15 MMR1-team inom primärvården och ett MMR2-team inom specialistvården. Tillgången är relativt god, men möjligtvis behövs ytterligare ett MMR1-team.

Antalet KBT-behandlingar har minskat vilket delvis beror på att rapporteringen sker i efterhand. Minskningen beror även på personalförändringar vilket gjort att några enheter förlorat KBT-kompetens.

Vi har ökat antalet MMR-behandlingar under 2012 vilket beror på att de som genomför dem utför flera behandlingar.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Avstämningsmöte krävs när KBT- och MMR-behandling avslutas och då patienten är sjukskriven.

Vid avslutad MMR-behandling krävs trepartssamtal (med arbetsgivare/arbetsförmedling, vården och patienten) om patienten inte är sjukskriven.

I samverkan med Sörmland, Gotland, Uppsala och Blekinge genomfördes en MMR-konferens under september månad 2012. Syftet var att inspirera de MMR-team som ville utveckla sitt arbetssätt och lära av varandra.

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

Vi fortsätter med samma arbete som under 2012 även under 2013. Flera enheter som en period varit utan KBT-kompetens kommer att säkerställa denna under 2013. Till följd av SKL:s utbildning om att utreda smärtpatienter kommer vi att tillsammans med landstingen i Kalmar och Östergötland planera för en gemensam utbildning hösten 2013.

Landstinget i Kalmar län

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

Tillgången på KBT-kompetens är mycket god med 31 enheter som är ackrediterade att genomföra KBT med steg1-kompetens, endast ett fåtal med steg 2-utbildning.

Tillgången på MMR-kompetens är mycket god. Det finns team vid alla 35 hälsocentraler och vid två specialistenheter. Fem team är ackrediterade för MMR2.

Kalmar län har rapporterat ett ökat antal KBT/IPT-behandlingar. Anledningen är ett ökat antal producenter som sökt ackreditering och fått avtal.

Vad gäller MMR är det en liten minskning. Starten på 2012 var trög då omläggningen av rapportering från påbörjade till färdigbehandlade vållade en del bekymmer. Att vi nästan lyckades nå vårt interna mål beror på att ytterligare producenter har sökt och beviljats ackreditering för MMR.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Ekonomiskt bidrag vid utbildning av anställda psykologer som saknar KBT-inriktning. Kortare utbildningar för sjukgymnaster och arbetsterapeuter i grundläggande KBT.

Nio personer deltog i SKL:s utbildning Att utreda smärtpatienter i oktober 2012. Ett arbete har påbörjats att sprida kunskapen till samtliga team i länet genom besök till de olika teamen.

Projekt genomförs i en glesbygdskommun med högt ohälsotal med fokus på omhändertagande av smärtpatienter och genusperspektiv. Extra medel till en koordinator är avsatt för detta.

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

Projektet Specialistpiloten inleddes i en första fas under 2012. Det är en specialistläkare i smärta som på tre hälsocentraler i länet fungerar som konsult på plats i samband med patientundersökning tillsammans med distriktsläkare och det övriga teamet. Syftet är att öka kompetensen i primärvårdsteamerna och under 2013 sprida metoden i hela länet. Utvärdering kommer att ske under 2013.

Förbättrad uppföljning planeras bland annat med fokus på återgång i arbete.

En regional konferens om smärta planeras tillsammans med Östergötland och Jönköping i augusti. Målet är att minst två personer från samtliga team inom hälsoval ska delta. En av utbildningspunkterna omfattar samverkan mellan arbetsgivare och vården. Arbetsgivare är inbjudna för att presentera sin syn på rehabilitering och samverkan.

Utbildningsinsatser för personal vid hälsocentraler där en stor del av patienterna har utländsk bakgrund och där de multimodala rehabiliteringsprogrammen inte är framgångsrika. Målet är att öka kunskapen och hitta bättre metoder.

Landstinget Kronoberg

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

Vi har god kompetens och tillgång till såväl MMR-team som KBT-terapeuter. Det är dock bara ett visst antal vårdcentraler som genomför MMR1, eftersom vi eftersträvar att varje MMR-team ska ha minst 20 patienter per år. Under 2012 har sex vårdenheter/rehabteam genomfört MMR1 och två specialistenheter har genomfört MMR2. Det finns KBT-terapeuter med steg1-kompetens på nästan alla 33 vårdcentralerna och två personer med steg 2-kompetens.

En förklaring till minskningen av KBT-behandlingar är att minimikravet på antalet behandlingar förändrades från fem till tio behandlingstillfällen.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Under hösten har samtliga rehabiliteringsteam inom primärvården, där även psykosociala resurser ingår, fått möjlighet till utbildning i olika verktyg för att kunna bedöma vilken behandling patienten bäst behöver. Utbildningarna har också visat hur rehabiliteringsplanen kan användas för "bättre" plan/fokus på återgång i arbete och/eller på hur sjukskrivning kan förebyggas. Vidare har vi tre personer inom primärvården som utbildar sig i KBT steg 2. Dessa är klara hösten/vintern 2013.

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

Vi kommer bland annat att följa upp sjukskrivningsgraden före och efter behandling. Säkerställa att rehabiliteringsplaner används med fokus på arbetsåtergång. Fortsätta de påbörjade utbildningsinsatser som görs för både KBT steg 1 och KBT steg 2.

Målet är att under 2013 införa en strukturerad arbetsmodell för utredning av patienter som skulle kunna vara i behov MMR 1 eller MMR 2 eller annan behandling. Vidare kommer alla läkare och sjukgymnaster under hösten 2013 att få möjlighet att gå en 2-dagars basutbildning i "Axelina", som är ett helhetskoncept för diagnos, utredning och behandling av de vanligaste besvären i skuldran.

Norrbottnens läns landsting (NLL)

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

I Norrbotten är tillgången till MMR-team relativt god. Genom ”certifierings-system” är 22 av Norrbottens 38 vårdcentralsteam godkända för att arbeta med MMR1. Inom specialistvården bedrivs MMR2 på Garnis rehabcenter samt på rehabmedicin, Sunderby sjukhus.

I dagsläget har vi ca 20 KBT-terapeuter steg 1 inom primärvården. Tillgången till KBT-terapeuter är fortfarande inte i önskvärd nivå, vilket också föranledde ytterligare en utbildning. När det gäller KBT steg 2 så behöver den kompetensen stärkas ytterligare.

Minskningen av antalet slutförda och inrapporterade MMR- och KBT-behandlingar har flera orsaker. En anledning är den förändrade kravbilden i överenskommelsen att endast avslutade behandlingar fick rapporteras in. Ytterligare en orsak är kravet på 10-15 samtal. Det är betydligt fler personer än vad som har rapporterats som har fått KBT-behandling, men med färre antal samtal, vilket har medfört att dessa inte går att redovisa till försäkringskassan.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Utbildade KBT-behandlare, steg 1, har haft tillgång till kompetent handledning.

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.

HÖK om långvarig smärta finns och är implementerad både inom primärvården och specialistvården.

En rehabplan i det gemensamma datoriserade journalsystemet har tagits fram och implementerats.

Utbildningssatsningar har gjorts för att höja kompetensen hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter när det gäller bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.

Under våren 2012 anordnades en Inspirationsdag om teamarbete NUS. 85 deltagare från primärvården fick höra hur Västerbotten lagt upp sitt teamarbete. Dessutom presenterades hur teamarbetet är upplagt i specialistvården.

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

Utbildning och träff för alla KBT-behandlare för att stärka samarbetet mellan primärvården och psykiatri och underlätta den stegvisa vården.

Projektledningen har varit inne på den KBT-utbildning som nu pågår för att informera om rehabiliteringsgarantins kravbild, eftersom vi anser det viktigt att de som deltar i utbildningen redan under utbildningstiden blir varse om vikten av att ha ”åter i arbete” som huvudsyfte med sina behandlingar.

Eventuellt kommer ytterligare utbildning i KBT att startas hösten 2013.

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

Arbetet med certifiering av vårdcentraler för MMR fortsätter, ytterligare fyra är snart klara med sin certifieringsprocess.

Utbildningsdag gällande teamarbete med fokus på återgång i arbete planeras under året.

Smärtskoleutbildning i två dagar för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom primärvården sker i maj 2013.

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

Region Skåne

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

Region Skåne har en god tillgång på vård inom rehabiliteringsgarantin.

Region Skåne har 206 avtal för kognitiv beteendeterapi och 53 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 ligger på ett relativt jämt flöde av behandlingar, viss ökning mellan 2011 och 2012. Därutöver sker behandling på specialistnivå och på patientens vårdcentral vilket inte rapporteras som behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Förstärkta uppdrag till vården. Utbildningsbidrag för att stärka kompetensen i KBT/IPT för olika målgrupper.

Flera insatser har gjorts för att stärka kompetensen i evidensbaserad psykologisk behandling. Personal inom primärvården har getts bidrag till grundläggande utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT, motsvarande 45 högskolepoäng.

Hösten 2012 fattades beslut om att anslå liknande bidrag till personal inom den somatiska specialistvården. En person har fått bidrag till grundutbildning i interpersonell psykoterapi.

De flesta team har genomgått teamutbildning som anordnats av Kunskapscentrum för smärta i Skåne. Utbildningen har under 2012 erbjudits teamen men kommer under 2013 vara ett krav.

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

Vi förstärker kraven i underlagen för ackreditering för avtal.

Vi utvecklar krav på inrapporterade uppgifter i vårt patientadministrativa system kopplat till exempelvis frågor om arbetssituation, tillit till den egna förmågan och hantering av arbete liksom hälsoproblemets påverkan på arbetet m.m. Vi kommer också att erbjuda utbildningar till vårdgivarna, gällande utredningskompetens för att stödja att patienterna får vård på rätt vårdnivå med rätt behandling i rätt tid.

Vi ställer också krav för ackreditering att tremånadersuppföljningen ska ske genom ett besök, så kallad boostersession.

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

kompletteringskurs i KBT för psykologer och psykiatriker med annan psyko-terapeutisk inriktning. Utbildning i IPT, nivå B, har upphandlats.

Det har tidigare varit ett erbjudande om att teamen ska genomgå en två dagars teamutbildning; inför 2013 är detta ett krav.

Region Skåne har i underlaget för ackreditering satt krav på att vårdgivaren under första avtalsåret genomgår en tvådagarsutbildning där ämnen är exempelvis utredning och arbeta i team. Kunskapscentrum för smärta ansvarar för utbildningen.

Under 2013 kommer vi också att arrangerar utbildning gällande utredning för remitterter på vårdcentraler.

Stockholms läns landsting (SLL)

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

Cirka 130 (65 procent) av alla husläkarmottagningar i SLL har KBT-kompetens enligt rehabiliteringsgarantin. Det finns minst 530 personer med KBT-kompetens, varav cirka 320 är psykologer eller leg. psykoterapeuter med KBT-inriktning. Då sannolikt en underdiagnostisering av psykisk ohälsa föreligger kan utbudet behöva öka ytterligare.

När det gäller MMR-kompetens i SLL är bedömningen att det fortfarande finns ett behov av att öka tillgången och förtydliga uppdraget. Antalet vårdgivare som kan erbjuda MMR1 är tolv och antalet vårdgivare med MMR2 är åtta (det kan vara flera team hos en vårdgivare). Uppdraget kommer att förtydligas i det vårdval som för närvarande arbetas fram. Hos MMR1-teamen är antalet patienter fortfarande lågt, vilket antagligen beror på att de inte har en bra metod att identifiera patienterna med. I specialistvården finns god tillgång på MMR.

Antalet rapporterade patienter för MMR minskade 2012, vilket huvudsakligen beror på att avslutade patienter rapporterades. KBT minskade också under 2012 vilket beror på dels att avslutade patienter har rapporterats, dels att strängare krav för antal behandlingar infördes och att SLL förtydligade kraven på KBT-kompetens.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

KBT-behandlingarna har erbjudits temaeftermiddagar, utbildning i TIPPA och WEIS/WRI. Vi har även bekostat KBT steg 1-utbildning och IPT-utbildning.

I kraven för godkännande ingick att arbetsförmåga/sjukskrivning ska följas och att samarbete med försäkringskassan ska ske. Medlemmar i MMR-teamen har deltagit i externa kurser i smärtrehabilitering och teamutveckling, i högskoleutbildning för koordinator i primärvården, i temaeftermiddagar med föreläsningar, i utbildning av TIPPA, WRI/WEIS samt i temaeftermiddagar i försäkringsmedicin i samarbete med försäkringskassan.

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

Kraven för godkännande inom rehabiliteringsgarantin skärps med krav på rutiner för kontakt med arbetsgivare och försäkringskassa (avstämningsmöte), krav på handläggningsrutiner för sjukskrivning och krav på att följa arbetsförmåga/sjukskrivning.

För att höja kompetensen inom KBT planeras uppdragsutbildningar i KBT och IPT. Ett projekt i syfte att utvärdera om en KBT-intervention för återgång i

arbete som tillägg till KBT för psykisk ohälsa ökar graden av återgång i arbete för sjukskrivna patienter från 2012 fortsätter i primärvården. För KBT-behandlare i primärvården kommer flera så kallade temaeftermiddagar med syfte att bilda nätverk, utbyta erfarenheter och inhämta kunskap genom föreläsningar på området.

Teammedlemmar uppmanas att delta i externa kurser i smärtrehabilitering och teamutveckling och i högskoleutbildning för koordinator i primärvården. Utbildningar i TIPPA och WRI planeras för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. En pilotstudie om hur en koordinator kan fungera för effektiv rehabilitering och sjukskrivning fortsätter i primärvården.

HSF kommer att följa upp med en enkät till de deltagare som genomgick SKL-utbildningen Att utreda smärtpatienter med syfte att inventera behovet av utbildning. Flera kontakter med utbildningsenheter pågår.

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 38 enheter där patienter bedöms behöva MMR. MMR bedrivs mest på en specialistklinik där smärtmottagningen är den som utreder/bedömer och genomför behandlingsinsatserna. På primärvårdsnivå bedriver ett mindre antal vårdcentraler MMR.

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 drygt 11 heltider fördelat på 16 personer som är legitimerade psykoterapeuter.

Vi har minskat antalet inrapporterade insatser vilket främst beror på att rapportering nu gäller genomförda i stället för som tidigare påbörjade behandlingsserier. Vi har även utbildat och höjt kraven enligt medicinska indikationen för MMR vilket resulterat att vi har färre utförare.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Fortsatt utveckling av vår samverkan kring den sjukskrivna enligt vår TRIS-modell med fokus på tidiga insatser. Försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen in tidigt i processen. Kontakt med arbetsgivare, marknadsfört sjukskrivningsförebyggande möte som stöd för att undvika sjukskrivning. Läkare eller rehabiliteringskoordinator, individ och arbetsgivare eller arbetsförmedlingen deltar.

Kompetensutveckling av MMR och vårdenheternas upplägg av MMR baserat på indikationer för MMR vid långvarig smärta.

Detta kommer vi att göra under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Fortsatta insatser för att rätt individer erbjuds rätt insatser. Året är inplanerat med gemensamma träffar för reko och sakkunniga där området kommer att vara med. TRIS-seminarier där alla fyra parter deltar för en fungerande sjukskrivnings- och rehabprocess. Fortsatt implementering av upprättande av rehabplaner och användande av dessa. Uppföljning efter genomförda insatser.

Vi har bildat en arbetsgrupp med företrädare från primärvården. Uppgiften är att ta fram en checklista för eller ett förtydligande av vad som ska göras kring utredning/bedömning och sedan eventuell start av MMR. När detta är gjort kommer gruppen igen att möta de företrädare från smärtmottagningen som

också deltog i SKL-seminariet. Syftet är att klargöra hur man kan använda eller ta stöd av varandra. Därefter ska en "turné" ske där primärvården får information om förtydligande om upplägg enligt checklistan och hur primärvården kan använda specialistkompetensen om smärta som finns på specialistkliniken.

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 privat och offentlig, 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.

Uppsala levererar i mindre utsträckning 2012 på grund av att vi har ökat antalet gånger som lägsta nivå för KBT/IPT till tio gånger. Dessutom medförde de förändrade riktlinjerna att rapportera avslutade i stället för påbörjade behandlingar samt skärpta krav i linje med de medicinska indikationerna lägre rapportering.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Tittat på möjligheterna att lägga in en arbetsrehabiliterande modul i vissa behandlingar. Satsat på gruppkoncept för att korta köer och ge snabbare insatser.

En ökad omfattning av tvärprofessionell teamutredning i primärvården ger mer homogena patientgrupper vilket höjer kvaliteten på MMR då gruppdynamiken kan utnyttjas på ett bra sätt.

Nätverksarbete och kompetensutveckling.

Kontinuerlig uppdatering och föreläsningar om långvarig smärtproblematik, grupp-processer, genusfrågor och våldsutsatthet för alla MMR-team 2 gånger per termin.

Samarbete mellan vårdnivåer och försök till ökad samverkan med arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

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

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 med att Uppsalas kompetenscentrum Arbetsrehab ska sprida kunskap och metoder för arbetslivs-inriktad rehabilitering till den ordinarie vården.

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. Brief intervention.

Fortsatt regelbunden fortbildning i form av nätverksträffar där alla MMR-team ska vara representerade varje gång. Handledd utbildning i systematiskt teamarbete och tvärprofessionell teamutredning enligt utbildningsdagar i Jönköping i september 2012 och på SKL i oktober 2012 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.

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.

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.

Antal MMR-behandlingar har minskat jämfört med 2011. Ett av skälen är nya bedömningskriterier för år 2012. Ett annat skäl är ändrade redovisningsrutiner som innebär att behandlingen av patient måste vara avslutad innan behandling kan redovisas. En annan iakttagelse är hög förekomst av uteblivanden och återbud.

Behandlingstillfällen med KBT bedöms inte ha minskat.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Försäkringsmedicinska kommittén följer kontinuerlig resultatet av givna KBT- och MMR-insatser inklusive de medicinska bedömningsteamens arbete.

Försäkringsmedicinska kommittén följer också utvecklingen av vilka forskningsresultat och nyvunna erfarenheter som kan tänkas påverka utvecklingen av nationella medicinska indikationer och internet-KBT.

Kraven har ökat för att utföra MMR1 och MMR2. För MMR1 är det i första hand en fråga om det på en primärvårdsenhet kan skapas kontinuitet med endast en ansvarig läkare för MMR1-teamet, med tanke på de bemanningssvårigheter som finns. Förnyade diskussioner har förts om att centralisera MMR1-insatserna till endast de vårdenheter som bedöms kunna uppfylla kraven. Beträffande MMR2 är problematiken i första hand knuten till kravet på smärtkompetens hos läkaren. Detta gäller såväl för interna som externa utförare.

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

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

En arbetsgrupp för nät-KBT skapas med särskilt berörda personer ur Försäkringsmedicinska kommittén. Beträffande reguljär KBT bör bland annat uppmärksamhet riktas på kompetenskraven för att få utföra KBT och hur många behandlingstillfällen som ska erbjudas.

Ur Försäkringsmedicinska kommittén bildar särskilt berörda medlemmar en MMR-grupp vars uppgift är att förtydliga riktlinjerna för vad som gäller för RG 2013 samt att utifrån detta informera berörda enheter.

De nio medarbetare från Landstinget i Värmland som deltog i SKL:s kurs Att utreda smärtpatienter kallas numera MR-ambassadörerna. Diskussion om urval av patienter till MMR. Urvalsförfarandet är angeläget för att nå rätt patienter.

Medicinska bedömningsteam ska enligt direktiv finnas på alla vårdenheter. En ambition är att utöka med sjukgymnastisk och arbetsterapeutisk resurs för den enskilda vårdenheten. För att optimera sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet eftersträvas bättre tillgång till assisterande och konsultativ expertis.

Landstinget Västmanland

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

KBT-behandlingar bedrivs i olika utsträckning i samtliga 32 vårdcentraler i länet. Hälften av dem 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 i denna patientgrupp, men också för att utveckla och sprida behandlingsmetoden internt i organisationen.

För närvarande är det tre vårdcentraler som genomför MMR på nivå 1. MMR på nivå 2 ges vid några få specialiserade enheter geografiskt fördelade i länet, Västerås, Köping och Fagersta.

Produktionsvolymen är över tid i princip likartad, dvs. den har varken ökat eller minskat på ett uppseendeväckande sätt. MMR minskade en period då en utförare försvann men detta har kompenserats så att vi räknar med ungefär samma volymer som tidigare framöver.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

År 2011 påbörjades en utbildning för 30 medarbetare. Den avslutades vid årsskiftet. För landstingets egna terapeuter som har behövt uppdatera sin kompetens med KBT har det genomförts en fortbildning med 30 utbildningsplatser motsvarande 15 högskolepoäng. Landstinget köper också handledarutbildning för legitimerade psykoterapeuter.

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

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

Västerbottens läns landsting

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

Det finns ett 35-tal personer med kompetens för KBT 1 på hälsocentraler i länet. Av länets 36 hälsocentraler har 19 rapporterat KBT-serier inom ramen för rehabiliteringsgarantin. KBT 2-kompetens finns endast på två hälsocentraler.

MMR-team finns formellt utsedda på nästan alla hälsocentraler i primärvården. Av dessa har 18 rapporterat in genomförda MMR1-program under 2012, dock mest i individuellt upplägg. MMR2-kompetens finns och specialiserad smärtrehabilitering utförs på neurocentrum/rehabmedicin vid Norrlands universitetssjukhus.

Vårt landsting har rapporterat ett minskat antal MMR eller KBT/IPT år 2012. Det beror dels på sänkt ersättning, dels på ändrade regler för inrapportering. MMR för patienter med långvarig smärta kräver fast kontinuerlig teamverksamhet och detta har vi inte riktigt lyckats med. KBT-behandlingar styrs mest av tillgången på behandlare och den är otillräcklig, framförallt i glesbygd.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Analys och återrapportering till enheterna av sjukskrivningsstatistik och utförda behandlingar. Utbildning och planering av eventuella nätverk för behandlare. Erbjudande att höja kompetensen för KBT2- och handledning för KBT1-behandlare. Samtal med team, koordinator och chefer. Seminariemöten.

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

Satsningar inför 2013 planeras, med målet att öka tillgången på KBT2-terapeuter med åtminstone två personer i primärvården och en inom smärtrehabiliteringsverksamhet2.

Förnyad satsning på utbildning och stöd till verksamheter att starta gruppbasead KBT med möjlighet att remittera till varandra. Utbildning och rekrytering av fler KBT1-behandlare samt höjning av KBT2-kompetens. Strategiska diskussioner med landstingets primärvårdsledning för att underlätta samarbete mellan hälsocentraler. Undanröja ekonomiska hinder i "hälsovalet".

Förnyad utbildningsatsning 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.

Landstinget Västernorrland

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

Inom länet finns relativt god tillgång till KBT-behandlingar men lokala skillnader förekommer, och fortfarande finns överlag ett behov av ökad tillgång till KBT-/IPT-behandling. 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 (steg2). Det finns också svårigheter att tillgodose behovet av kvalificerad KBT-handledning på grund av denna brist.

Landstinget Västernorrland har kunnat tillgodose efterfrågan av MMR-behandlingar. Landstinget är huvudman för en smärtrehabiliteringsverksamhet inom specialistsjukvården som erbjuder multimodal smärtrehabilitering MMR1 och MMR2. Verksamheten kompletteras med köp av behandling vid en externt upphandlad enhet. Under 2012 har tillgången till MMR1-behandling utökats på primärvårdsnivån genom att en hälsocentral har startat MMR1-verksamhet.

Minskningen av antalet rapporterade KBT-behandlingar har flera orsaker:

- Psykologtjänster inom primärvården som tidigare finansierats av projektmedel med inriktning mot rehabiliteringsgarantin, har övergått till ordinarie tjänster inom primärvården och därmed ett mer vidgat uppdrag.

- Under 2012 fanns det färre antal psykologer som arbetade inom primärvården än 2011. Dessutom ska endast avslutade behandlingar rapporteras.

Den tidigare höga efterfrågan på MMR-behandling har mötts av adekvata bedömningar och tidiga rehabiliteringsinsatser, vilket har påverkat efterfrågan på MMR-behandling.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Teamarbetet är viktigt för att identifiera behov och ge förutsättning till KBT-behandling, där koordinatören är ett stöd.

Landstinget har under 2012 stimulerat de verksamheter som rapporterar KBT- och IPT-behandlingar, med höjd ersättning för ett ökat resultat i jämförelse med 2011.

Under 2012 har en hälsocentral inom primärvården startat MMR1-verksamhet utifrån landstingets kriterier. Landstinget har i samband med utvecklingsarbetet stimulerat verksamheten med hela beloppet av den statliga ersättningen per behandling under det första verksamhetsåret.

Personal vid den specialiserade smärtrehabiliteringsverksamheten, tillsammans med personal vid den hälsocentral som erbjuder MMR1, deltagit i SKL:s utbildning för bedömningsarbete och erbjuder stöd och konsultation till övriga team inom primärvården.

Arbetet med att ta fram ett webbaserat verktyg som stöd för bedömningar inför MMR i enlighet med de medicinska indikationerna vid långvarig smärta har fortsatt under 2012.

Landstinget har under 2012 stimulerat med prestationsinriktad ersättning till verksamheter som rapporterar behandlingar.

Utvecklingsarbetet för den specialiserade smärtrehabiliteringsverksamheten har pågått med målet ökad tillgång och kvalitet.

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

Grundläggande utbildning i psykoterapi med KBT-inriktning har upphandlats och utbildningen pågår under 2013.

Även under 2013 erbjuds hälso-/vårdcentraler inom primärvården att starta MMR1-verksamhet utifrån landstingets kriterier. I samband med detta stimuleras verksamheterna med hela beloppet av den statliga ersättningen per behandling under det första verksamhetsåret.

Personal vid den specialiserade smärtrehabiliteringsverksamheten tillsammans med personal vid den hälsocentral som erbjuder MMR1 erbjuder stöd och konsultation till övriga team inom primärvården.

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.

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 (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.

Ett ansökningsförfarande om att få bedriva MMR1 och MMR2 har genomförts i regionen. 72 team är godkända MMR1-team och 15 är godkända MMR2-team.

Vi bedömer att den största orsaken till det lägre resultatet kvartal 1-3 2012 är systemskiftet från att rapportera in påbörjade behandlingar till att rapportera avslutade behandlingar. Det tog också längre tid att utarbeta regionala riktlinjer för rehabiliteringsgarantin på grund av den nya uppdelningen av MMR1 och MMR2. Den marginella minskning som har skett 2012 jämfört med 2011 bedöms vara skälig då regionen ställt högre krav.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Det pågår ett antal utbildningar inom både KBT och IPT för personal inom primärvård och vuxenpsykiatri.

Regionen har ställt krav på innehåll och kompetens som ska finnas inom MMR1 respektive MMR2. Dessutom har en godkännandeprocess av teamen införts.

Regionen har ställt krav på att verksamheterna ska följa upp sina resultat genom att bland annat använda vissa standardiserade instrument (t.ex. EQ5D) och att de ska ha tagit nödvändiga kontakter med andra aktörer i samhället (exempelvis försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsgivare och företagshälsovården) för att underlätta för patienten att stanna kvar eller återgå i arbete.

Ett flertal projekt har pågått i regionen för att pröva nya arbetsätt och höja kvaliteten i rehabiliteringen och för att nå målet återgång i arbete eller förebyggande av sjukskrivning.

Ett generellt utvecklingsbidrag har dessutom utbetalats till alla som bedriver verksamhet inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Detta bidrag ska gå till att höja kvaliteten i rehabiliteringen.

Detta kommer vi att göra under 2013 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning (KBT- och MMR-behandlingar):

Det pågående utvecklingsarbetet i regionen avser att höja kvaliteten i behandlingsinsatserna och leda till återgång i arbete eller /förebyggande av sjukskrivning. Detta arbete fortsätter under 2013.

Regionen har även tydliggjort att då läkaren eller behandlaren bedömer att det är värdefullt för patienter som är sjukskrivna att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering ska denne kontakta försäkringskassan.

Dessutom har det påvisats att teamen i regel behöver mer teamutveckling och handledning. Möjlighet ges därför till utförarna att använda det generella utvecklingsbidraget till detta om behov finns.

Det pågår ett arbete i regionen med att ta fram medicinska riktlinjer för att utreda och behandla smärtpatienter. I samband med detta kan det bli aktuellt med vissa utbildningsinsatser i regionen.

Örebro läns landsting

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

I primärvården finns 29 personer med KBT steg 1, en med KBT steg 2, en psykolog.

Inom psykiatrin finns 30 KBT steg 1 och 10 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.

Anledningen till färre inrapporterade KBT-behandlingar är att vi nu endast rapporterar avslutade behandlingar i stället för både avslutade och påbörjade. Ytterligare en anledning handlar om kravet i överenskommelsen att det ska vara minst tio behandlingar. Minskningen av KBT-behandlingar inom primärvården beror även på att det har funnits vissa vakanser.

Ökningen av inrapporterade MMR-behandlingar beror på de nya gemensamma MMR-team som vi har byggt upp. MMR-teamen är i gång i samtliga länsdelar utom i väster som startar sin verksamhet i januari 2013. Fördröjning av teamet i västra länsdelen beror på en lång rekryteringsprocess eftersom tillgången på sjukgymnaster och kuratorer med hög kompetens inom smärtområdet är begränsad.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Ytterligare vidareutbildning av fler kuratorer till KBT steg 1.Handledning inom KBT till de kuratorer som erbjuder KBT-behandling. Satsning på att höja kvaliteten genom utbildning i KBT steg 1 och steg 2.

Screening med Lintons smärtformulär för att hitta patienter i ett tidigt skede. Erbjuder arbetsgivare, försäkringskassa och eventuellt arbetsförmedlingen att delta vid uppföljnings- eller avslutningsmötet.

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

Tidig samverkan. Inrätta rehabkoordinatorer i primärvården. Fortsatt satsning på utbildning i KBT steg 1 och 2. Landstinget har på gång att pröva internet-baserad KBT under våren.

När det gäller MMR-behandlingarna fortsätter arbetet med screening med Lintons smärtformulär för att hitta patienter i ett tidigt skede. Erbjuder arbetsgivare, försäkringskassa och eventuellt arbetsförmedlingen att delta vid uppföljnings- eller avslutningsmötet.

Till följd av SKL:s utbildning i att utreda smärtpatienter ska vi ha återrapport samt spridning av material till samtliga MMR-team på primärvårdsnivån.

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.

Vi ligger på ungefär samma nivå i rapportering av MMR- och KBT-/IPT-behandling 2011 och 2012. En orsak till detta kan vara att rutinerna med delaktighet i team på vårdcentralerna har förbättrats. Medlemmar från MMR-team finns med i flera vårdcentralers resursteam. Nya patienter kan lättare fångas upp på detta sätt, och återrapporteringen till vårdcentralerna fungerar också bättre med MMR-teammedlemmar med i resursteamet.

Detta har gjorts under 2012 för att höja kvaliteten som leder till återgång i arbete eller förebygger sjukskrivning:

Handledning av psykiatriker till resursteam. Uppdraget har inneburit att utveckla kompetensen hos personalen på vårdcentralerna att bedöma när KBT-behandling är lämplig och att utveckla arbetssätt för att bättre möta patienter som är eller riskerar att bli långtidssjukskrivna pga. ångest, depression, stress.

Metodutveckling, uppföljning via NRS light (nationellt kvalitetsregister för smärta som anpassas efter primärvården). Att teammedlemmar från MMR är med i vårdcentralernas resursteam höjer kvaliteten. Uppföljning tre månader efter avslutad grupp för att kunna stötta patienterna under längre tid.

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

Arbeta för 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 patienten ska få rätt insats av rätt aktör. Fortsatt handledning av psykiatriker.

Vi kommer att fullfölja de KBT-utbildningar som pågår, med fördjupning inom ACT (Acceptance and Commitment Therapy). 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. utbildning för distriktsläkare. Fortsatt arbete med utveckling och förbättring av innehållet i MMR, framför allt vid grupptillfällena.

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 startar från februari 2013. En viktig förändring har varit att – baserat på evidens – öka insatserna på arbetsplatserna. Till följd av SKL:s utbildning i att utreda smärtpatienter planerar vi tillsammans med landstingen i Kalmar och Jönköping en gemensam utbildning under hösten 2013.

Rehabiliteringsgarantin 2012

Erfarenheter och resultat

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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

Ladda ner på www.skl.se/sjukskrivningar