

Rehabiliteringsgarantin 2014

ERFARENHETER OCH RESULTAT

Förord

För att stödja personer att återgå i arbete eller förebygga en sjukskrivning tecknade Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med regeringen 2008 angående Rehabiliteringsgarantin, som sedan har förlängts varje år fram till och med 2015. Garantin ska hjälpa de kvinnor och män i åldern 16-67 år som har långvarig diffus smärta och/eller patienter med måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Dessa diagnoser står för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall, vilket gjorde det angeläget att öka tillgången på behandlingar och rehabilitering för dessa patientgrupper.

Denna rapport beskriver utvecklingen av behandlingarna multimodal rehabilitering och kognitiv beteendeterapi i hälso- och sjukvården under årens lopp. Rapporten beskriver även vad landstingen gör för att förbättra tillgången på behandlingar och hur de stödjer återgång i arbete för kvinnor och män som får ta del av insatserna.

Stockholm i juni 2015

Ulrika Johansson
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Resultat 2013	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Multimodal rehabilitering	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi, KBT och IPT	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Bakgrund	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Sjukskrivningsmiljarden.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Rehabkoordinering.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Rehabiliteringsgarantin – en överenskommelse mellan SKL och regeringen	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Resultat	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Multimodal rehabilitering	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi, KBT och IPT	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Kontakten med arbetsgivare	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Ersättning till verksamheterna	Fel! Bokmärket är inte definierat.
KBT och MMR i hälso-/vårdval:.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Tabell 1: Utveckling av multimodal rehabilitering 2009, 2011-2013	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Tabell 2: Multimodal rehabilitering, MMR1 och MMR2, 2013 .	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Tabell 3: Utveckling av KBT/IPT-behandlingar, 2009, 2011-2013.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Tabell 4: Rehabiliteringsgarantin 2013, fördelat på kön, utförare och ersättning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstingens arbete med Rehabiliteringsgarantin 2013	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Blekinge	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Dalarna	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Region Gotland	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Gävleborg	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Region Halland.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Jämtlands läns landsting	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget i Jönköpings län.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget i Kalmar län.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Kronoberg	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Norrbottnens läns landsting	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Region Skåne.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Stockholms läns landsting.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Sörmland	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget i Uppsala län	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget i Värmland.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Landstinget Västmanland.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Västerbottens läns landsting	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Landstinget Västernorrland **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
Västra Götalandsregionen **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
Örebro läns landsting **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
Landstinget i Östergötland **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting har en överenskommelse med regeringen om att landstingen ska erbjuda en rehabiliteringsgaranti. Den första överenskommelsen gjordes 2008 och har sedan dess förlängts till och med 2015.

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 insjuknande.

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 arbete med behandlingar avsatte regeringen 725 miljoner kronor under 2014 och ytterligare 25 miljoner kronor till forskning, utveckling och utvärdering.

Resultat 2014

Landstingen har under 2014 rapporterat insatser motsvarande 137 procent (det innebär att landstingen får ersätta 37 % av behandlingarna själva) av de avsatta medlen vilket innebär att 725 miljoner kronor har utbetalats till landstingen. Detta ska jämföras med år 2013 när landstingen rapporterade insatser för 99 procent av de avsatta 948 miljoner kronorna.

Kvinnor har fått 73 procent av rehabiliteringsinsatserna, totalt 43 170 behandlingar, och män 27 procent, totalt 16 080 insatser, vilket är ungefär samma fördelning som tidigare år. Av insatserna har 42 procent genomförts i offentlig och 58 procent i privat regi. År 2009 skedde 20 procent i privat regi.

Multimodal rehabilitering (MMR)

Sedan 2009 har tillgången till multimodal rehabilitering ökat i landstingen. Orsaken är att många landsting har valt att erbjuda MMR även i primärvården. År 2009 rapporterades 1,0 multimodal rehabilitering per 1000 kvinnor och män i åldern 16-65 år (5934 personer), vilket ska jämföras med 2014 då siffran var 1,4 per 1000 kvinnor och män i arbetsför ålder, totalt 8842 personer. Det är en ökning med 49 procent under åren 2009 och 2014.

I dag uppger tretton av tjugo landsting att de har god eller relativt god tillgång till MMR, det vill säga att de erbjuder insatser motsvarande behovet. Åtta landsting uppger att de behöver öka tillgången ytterligare, i första hand multimodal rehabilitering, MMR 1.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT)

Tillgången till KBT i primärvården med grundläggande kompetens (motsvarande steg 1 som innebär att behandling ska ske under handledning) har ökat sedan 2009. År 2009 rapporterades 4,3 KBT-behandlingar per 1000 kvinnor och män i åldern 16-65 år (25 979 individer) och 2014 blev resultatet 8,2 per 1000 kvinnor och män (50 408 individer). Det är en ökning med 94 procent under åren 2009 och 2014.

Anledningen till ökningen är att landstingen har utbildat egen personal eller upphandlat kompetensen. Tio landsting uppger att de har god eller relativt god tillgång på KBT-behandlingar i primärvården även om det kan förekomma variationer inom det egna landstinget. Elva landsting uppger att de behöver öka tillgången ytterligare och en av förklaringarna till det ökade behovet är att den psykiska ohälsan har ökat.

Bakgrund

Sjukskrivningsmiljarden

Det har under senare år tagits flera initiativ för att utveckla en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess så att varje individ får en sjukskrivning som är anpassad efter dennes behov. Arbetet har bland annat skett inom ramen för den så kallade Sjukskrivningsmiljarden, som är en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Syftet med överenskommelsen är att utveckla en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess i hälso- och sjukvården och att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan. Med Sjukskrivningsmiljarden infördes ekonomiska incitament till hälso- och sjukvården där landstingen haft möjlighet att ta del av en prestationsbaserad ersättning på närmare en miljard kronor per år under perioden 2006-2015.

Under åren har mycket utvecklingsarbete och kompetensutveckling skett och ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd har införts (med rekommenderade tider för sjukskrivning).

Många landsting har utvecklat team för att arbeta med sjukskrivningsprocessen och utvecklat en struktur för samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och även med socialtjänsten.

Rehabkoordinering

För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har de flesta landsting tillsatt en funktion för koordinering. Denna funktion kan samordna sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor internt inom vården samt utgöra en länk mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen. Syftet är att förbättra samordningen kring individens behov av insatser. En utvärdering visar att funktionens uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen, att funktionen har positiva effekter både för patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering men också för samverkan med externa parter.

Sjukskrivningsmiljarden har också utgjort en grund för landstingen att utveckla Rehabiliteringsgarantin, som underlättar för vården att förse med team och koordinatörer.

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 gå tillbaka i arbete vid en eventuell sjukskrivning, eller allra helst, att förebygga och mota besvär så att sjukskrivning aldrig behövs. År 2008 fick landstingen 250 miljoner kronor att dela på för att förbereda en rehabiliteringsgaranti. Villkoren tydliggjordes inför 2009.

Rehabiliteringsgarantin innebär att patienter som efter bedömning har måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och/eller stress ska få tillgång till

kognitiv beteendeterapi (KBT), eller vid depression tillgång till interpersonell psykoterapi (IPT). IPT erbjuds dock inte så ofta i sjukvården, eftersom det inte finns så många utförare med denna kompetens. Kvinnor och män med långvarig diffus smärta (minst tre månader) i axlar, nacke och rygg ska erbjudas multimodal rehabilitering (MMR), vilket innebär en kombination av välplanerade och synkroniserade åtgärder. MMR består av psykologiska insatser och fysisk aktivitet, träning eller sjukgymnastik, undervisning om smärta samt 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 med rehabiliteringsgarantin genom åren, de mest omfattande kom 2012. Från att landstingen tidigare rapporterade alla påbörjade behandlingar ändrades kravet till att de endast skulle rapportera avslutade behandlingar. En annan förändring var att patienten måste få minst 10-15 behandlingstillfällen för KBT för att det skulle kunna rapporteras in. Tidigare var antalet behandlingar inte definierat i reglerna. En tredje nyhet var att landstingen skulle rapportera den multimodala rehabiliteringen i två olika nivåer med tydligare krav på respektive nivå och där nivåerna gav olika mycket i ersättning. Dessa förändringar resulterade i färre rapporterade behandlingar under 2012 jämfört med 2011.

Nyheter i överenskommelsen 2014

För patienter som är sjukskrivna och där hälso- och sjukvården bedömer att det är värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsinriktad rehabilitering, ska vården ta en aktiv roll för att kontakta aktuella externa aktörer. Detta är särskilt viktigt för kvinnor och män som får multimodal rehabilitering. I första hand är det önskvärt att en kontakt tas med arbetsgivaren eller med arbetsförmedlingen om patienten saknar arbetsgivare. För att ta denna kontakt krävs också ett samtycke från patienten. Det är en förändring jämfört med 2013 där kontakten i första hand skulle ske via Försäkringskassan.

Det avsätts medel inom ramen för rehabiliteringsgarantin för att skapa ett kvalitetsregister för MMR 1 och göra det möjligt för landstingens verksamheter att ansluta sig till detta.

Under 2014 får landstingen 12 000 kronor i ersättning för varje patient som genomgått en KBT-behandling. Ersättningen för multimodal rehabilitering 1 (MMR 1) är 25 000 kronor och för (MMR 2) 45 000 kronor per patient. Utöver detta får landstingen 1000 kronor per behandling. Regeringen vill stimulera så att fler får tillgång till denna hjälp. Det extra anslaget på 1000 kronor per behandlad patient används av landstingen för att på olika sätt förbättra kvaliteten i arbetet och öka tillgången på behandling genom att börja erbjuda internetbaserat stöd och behandling.

Under 2014 har regeringen avsatt totalt 725 miljoner kronor för insatser i garantin. Utöver dessa medel finns 25 miljoner kronor avsatta för forskning, utveckling och utvärdering, bland annat för forskningsprogrammet Rehsam och kvalitetsregister för MMR 1.

Ersättningen för varje landsting beräknas 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 satsat på fler behandlingar 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

Landstingen har under 2014 rapporterat insatser motsvarande 137 procent av de avsatta medlen vilket innebär att 725 miljoner kronor har utbetalats till landstingen. Detta ska jämföras med år 2013 då landstingen rapporterade insatser för 99 procent av de avsatta medlen vilket var 948 miljoner kronor.

Kvinnor har fått 73 procent av rehabiliteringsinsatserna (totalt 43 170 insatser) och män 27 procent (59 250 insatser), vilket är ungefär samma fördelning som tidigare år. Av insatserna har 42 procent genomförts i offentlig och 58 procent i privat regi. År 2009 skedde 20 procent i privat regi.

Multimodal rehabilitering (MMR)

Sedan 2009 har tillgången till multimodal rehabilitering ökat i landstingen. Orsaken är att många landsting har valt att erbjuda MMR även i primärvården, något som gör det lättare att hitta patienter med långvarig smärta tidigare i sjukdomsförloppet och efter kortare tids sjukfrånvaro än förut. År 2009 rapporterades 1,0 multimodal rehabilitering per 1000 kvinnor och män i åldern 16-65 år (totalt 5934 behandlingar), vilket ska jämföras med 2014 då motsvarande siffra var 1,4 per 1000 (8842 stycken). Det är en ökning med 49 procent under åren 2009 och 2014.

Mellan åren 2011 och 2012 minskade rapporteringen av den multimodala rehabiliteringen. Minskningen berodde på att landstingen endast fick rapportera färdigbehandlade patienter och på att regelverket förändrats, vilket bland annat innebar att landstingen skulle rapportera multimodal rehabilitering i två former, MMR 1 och MMR 2. Det medförde en eftersläpning i rapporteringen och att alla patienter inte fullföljde sin rehabilitering. Men jämfört med 2012 ha det till 2014 skett en ökning av inrapporterade multimodala rehabiliteringar med 49 procent.

I dag uppger tretton landsting att de har god eller relativt god tillgång på MMR, det vill säga att de erbjuder insatser motsvarande behovet. Inom ett landsting kan dock tillgången för invånarna skilja sig åt. Åtta landsting uppger att de behöver öka tillgången ytterligare, i första hand multimodal rehabilitering, MMR 1, men några uppger att de behöver öka tillgången på MMR 2. Värmland (3,0) och Skåne (2,3) är de landsting som har rapporterat flest multimodala rehabiliteringar per 1000 kvinnor och män i åldern 16-65 år. Västmanland har rapporterat minst och uppnår 0,7 per 1000 invånare.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT)

Tillgången till KBT i primärvården med grundläggande kompetens (motsvarande steg 1 som innebär att behandling ska ske under handledning) har ökat sedan 2009. År 2009 rapporterades 4,3 KBT-behandlingar per 1000 kvinnor och män i åldern 16-65 år (25 979 individer) och 2014 är resultatet 8,2 per 1000 kvinnor och män. Det är en ökning med 94 procent mellan åren 2009 och 2014 (50 408 individer).

Ökningen beror på att landstingen har utbildat egen personal eller upphandlat kompetensen. Tio landsting uppger att de har god eller relativt god tillgång på KBT-behandling i primärvården även om det kan förekomma variationer inom det egna landstinget. Elvav landstingen uppger att de behöver öka tillgången ytterligare och en av förklaringarna till det ökade behovet är att den psykiska ohälsan har ökat. Region Kronoberg uppger att det är svårt att göra en bedömning om tillgången är tillräckligt bra. Region Skåne (16,1) och Västra Götalandsregionen (11,3) är de som rapporterat flest behandlade patienter i förhållande till befolkningen, medan Region Örebro län (2,7) och Region Jämtland Härjedalen (3,3) är de landsting som rapporterar minst antal i förhållande till 1000 invånare i åldern 16-65 år.

Tillgången till legitimerade psykoterapeuter (steg 2 med kompetens att behandla patienter självständigt) är fortfarande inte så stor i primärvården.

I överenskommelsen framgår det att landstingen bör höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter för att behandla patienter inom garantin. Ett flertal landsting har gjort insatser för att öka kompetensen men i mycket blygsam skala. I en del landsting finns erbjudande om stöd för kompetensutveckling för personer med grundläggande kompetens i KBT för att höja kompetensnivån till legitimerad psykoterapeut men intresset har varit mycket begränsat. Även om landstingen gör denna satsning är några av dessa tveksamma till om den högre kompetensen behövs i primärvården. Värt att notera är att utöver steg 1-kompetens och psykoterapeuter finns även psykologer som genomför behandlingar i primärvården.

Tillgången till IPT-behandlingar är också fortfarande mycket liten, under 2014 utfördes 1201 behandlingar, vilket motsvarar cirka två procent av behandlingarna för psykisk ohälsa inom ramen för garantin.

Kontakten med arbetsgivare

Under 2014 ändrades villkoret för patienter som är sjukskrivna och där hälso- och sjukvården bedömer att det är värdefullt att arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen blir involverad för eventuell anpassning av arbetsplatsen och arbetsuppgifter samt för arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt villkoret ska vården ta en aktiv roll för att kontakta aktuella externa aktörer. I första hand är det önskvärt att en kontakt tas med arbetsgivaren, eller arbetsförmedlingen om patienten saknar arbetsgivare. Detta är särskilt viktigt för kvinnor och män som får del av multimodal rehabilitering. För att denna kontakt ska kunna tas krävs ett samtycke från patienten

Försäkringskassan ska inom ramen för sitt samordningsansvar ta kontakt med arbetsgivaren och andra berörda parter, initiera kompletterande insatser till vårdens medicinska behandling respektive rehabilitering. Det finns dock inget hinder att även andra insatser utvecklas för att närma sig arbetsgivare.

Vad anger landstingen att de har satsat på under 2014?

- Vanligast är att hälso- och sjukvården uppmärksammar om det finns behov att involvera arbetsgivaren samt tar kontakt med Försäkringskassan som inom ramen av sitt samordningsuppdrag söker upp arbetsgivaren eller

kallar till avstämningsmöten, vilket ofta sker via rehabiliteringssamordnaren.

- Flera landsting har i olika typer av dokument, som rutindokument eller uppdragsbeskrivningar, tydliggjort att det i uppdraget för koordinatörer ingår att ta kontakt med arbetsgivare. Några landsting har tydliggjort det i uppdraget för hälsoval/vårdval.
- I några landsting pågår forskning där man provar olika former med kontakt mellan vården och arbetsgivare.
- Vid träffar med koordinatörer och vid utbildningar för MMR-team eller KBT-terapeuter har det ingått inslag om vikten att ha kontakt mellan vården och arbetsgivare.
- Kontakt vården och arbetsgivare och företagshälsovård:
 - MMR-team ska via koordinatör kontakta arbetsgivaren.
 - Vid avslutad MMR-behandling krävs trepartssamtal med arbetsgivare/arbetsförmedling med patientens samtycke för både sjukskrivna och icke sjukskrivna patienter.
 - Rehabkoordinatörerna har haft som fokus att vid behov kontakta arbetsgivaren så tidigt som möjligt.
 - Vi fortsätter med extra medel för genomförda trepartsmöten.
 - Förbättringsarbete med psykiatrien att kontakta arbetsgivare och arbetsförmedling tas vid behov.
 - Rehabkoordinatörerna har ett särskilt uppdrag att i det lokala rehabiliteringsarbetet verka för ett ökat samarbete med arbetsgivare.
 - I början av 2014 gjordes en större förändring av arbetsterapeutens insats i rehabiliteringen av smärtpatienter inom ramen för MMR 2. Insatserna blev framför allt individuella och hade tidigt tydligt fokus på arbete och arbetsåtergång. Uppdraget att verka för arbetsåtergång tydliggjordes och har inneburit ett mer aktivt arbete med patienten och dennes arbetsplats/arbetsgivare
 - En åtgärd utöver som vi vidtagit är att vi har överenskommelser med sgs som samtliga Företagshälsovården som innebär att primärvården får skicka remisser till desamma, när en allmänläkare misstänker att en patients besvär är arbetsrelaterat. Företagshälsovården får en peng för varje remiss som hanteras. Den kan leda till att Företagshälsovården vidtar rehabåtgärder inom sin ram – alternativt svarar negativt på remissen.
- Underlag för hur behandlaren kan samtala om arbetsförhållanden har utarbetats.
 - Distriktssköterskorna i primärvården tar hjälp av en checklista för att tidigt identifiera patienter i riskzonen för sjukskrivning, eller tidigt i sjukskrivningen så att rehabiliteringskoordinatör vid behov tar kontakt med arbetsgivaren.
 - Utvecklat rutiner för rehabsamordnare för kontakt med arbetsgivare
 - Utarbetat verktyg för att ställa arbetsrelaterade frågor som kan leda till kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling eller andra arbetslivsinriktade insatser.

- Använt sig av ADA-metoden (arbetsplatsdialog för arbetsåtergång) i sin verksamhet vilket är ett verktyg i dialogen med arbetsgivare och patient.
- Utökad försöksverksamhet med rehabiliteringskoordinatörer som har stödjande samtal för återgång i arbete och kontakt med arbetsgivare.
- Utarbetat en film om att tänk frisk, inte sjuk, där en av ansatserna är att kontakt med arbetsgivare kan vara en av lösningarna.
- Gemensam genomgång av videofilmning från arbetsplats (arbetsterapeut och sjukgymnast) vilket ger sjukgymnasten möjlighet att rikta in träningen mot att klara specifika moment som ingår i arbetet.

Vad anger landstingen att de har satsat på under 2015?

Kontakt med arbetsgivare

- Implementering av tidig kontakt med arbetsgivare och andra aktörer utifrån pilotprojektet tidig samverkan är planerad att påbörjas under hösten 2015.
- Långsiktig utvecklingsplan för sjukskrivningar inkluderar EFS-ansökan där en kartläggning av aktiviteter i sjukskrivningsprocessen ingår inklusive kontakter med arbetsgivaren.
- Fortsatt att stimulera med extra medel för varje genomfört trepartsmöte mellan läkare/patient och arbetsgivare, eventuellt kan arbetsförmedlingen delta.
- Kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedling kommer vara ett av kraven i arbetet med differentierade intyg. Samt fortsatt arbete med insatserna som initierades under 2014.
- Riktlinjerna för KBT och MMR har uppdaterats med bland annat att tidig kontakt ska ske med arbetsgivare alternativt företagshälsovård eller Arbetsförmedling.
- För att öka kontakten med arbetsgivare införs att godkända vårdenheter/team som bedriver MMR 1, MMR 2, KBT och IPT i enlighet med Rehabiliteringsgarantin har möjlighet att få ett stimulansbidrag för arbetsplatsrelaterade insatser. Detta kan exempelvis vara samverkan med arbetsgivare (arbetsplatsdialoger, arbetsplatsbesök etc).
- Ett påbörjat planering för en gemensam satsning tillsammans med Försäkringskassan, där Försäkringskassan och hälso- och sjukvården bjuder in till informationsträffar med arbetsgivare i länet under temat tidiga insatser, stöd och metodutveckling. Fördelat på ett antal träffar, uppdelat på stora, mindre arbetsgivare, offentliga och privata. Inleds med frågor/inventering hos några arbetsgivare angående angelägna ämnen som arbetsgivare behöver stöd i, starta med pilot, utvärdera och sen gå vidare. Vi avser utse person i båda verksamheterna som får i uppdrag att göra förstudie, inventera behov, genomföra pilot, hålla samman och sen gå vidare med återkommande aktiviteter/kunskapsförmedling. Start under våren, förhoppningsvis hinna med pilot och sen planera för mer insatser under hösten.

Utbildning som syftar till återgång i arbete

Utbildningsdag gällande teamarbete med fokus arbetsåtergång planeras under året

- Arbetsgivarrepresentant föreläser på utbildning i försäkringsmedicin för AT-läkare samt utbildning i försäkringsmedicin för all berörd personal, där bland annat multimodala team deltar.
- Föreläsare med pågående forskning om arbete och återgång till arbete är inbjuden hösten 2015.
- Två större utbildningsinsatser planeras för närsjukvården under året.
- I våra försäkringsmedicinska utbildningar trycker vi på vikten av tidiga arbetsgivarkontakter.
- Länsrehabdag smärta planeras under våren där handläggningsoverenskommelse (HÖK) smärta ska presenteras. Under denna dag kommer även några hälsocentraler i länet att presentera hur de arbetar med långvarig smärta och teamarbete.
- Vid vårens nätverksträff i mars för reko är temat ”Tidiga kontakter med arbetsgivare”.

Samverkan som syftar till återgång i arbete

- Frukostmöten i samarbete mellan Försäkringskassan, Region Östergötland och Arbetsmiljöverket med tema psykosocial ohälsa och arbetsmiljö. Målgrupp arbetsgivare inom privat och offentlig verksamhet.
- Fortsätta påbörjat TRI-sam arbete (tidig rehabilitering i samverkan där kontakt tas med den parten som är aktuell för den sjukskrivna personen) med utökning till fler enheter.
- Tillsammans med ansvarig för Sjukskrivningsmiljarden hoppas vi få igång teamarbete på någon/några vårdcentraler där man tar tillvara erfarenheter från WorkUp-arbetet och i det tidiga skedet tar med arbetsgivaren i planeringen av insatser.

Uppdraget för koordinatörn

- Att om patienten har ett arbete är det viktigt att kontakta arbetsgivaren så rätt arbetsplatsåtgärder sätts in för att patienten ska kunna vara kvar i arbetet eller underlätta återgång i arbete.
- Rutinerna för rehabiliteringssamordnarens kontakter med arbetsgivare har utvecklats och redovisats vid en ledningskonferens januari 2015. Uppföljning av arbetssättet görs kontinuerligt under 2015.
- Utökad försöksverksamhet med rehabiliteringskoordinatorer till primärvårdsrehabilitering och husläkarmottagningar. Dimensioneringen baseras på upptagningsområde och antal patienter i arbetsför ålder. Frågan poängteras i ansökningen (krav mall) till RG för KBT vårdgivare.
- Ett sjukskrivningsförebyggande möte är ett tidigt flerpartsmöte, det vill säga innan dag 28 i sjukperioden, där patient som är eller riskerar att bli sjukskriven deltar tillsammans med behandlande läkare och/eller annan behandlare eller rehabiliteringskoordinator samt ytterligare part såsom arbetsgivare, arbetsförmedling eller socialtjänsten. Målet med sjukskrivningsförebyggande möten är att i mycket tidig fas bedöma

funktionsförmåga och aktivitetsförmåga samt initiera och planera en eventuell rehabiliteringsprocess för att om möjligt förhindra eller förkorta sjukskrivningsperioden.

- Under 2015 kommer landstinget nystarta rehabiliteringskoordinatorer i form av pilotprojekt vid fem vårdcentraler. I nystarten ligger fokus på tidiga insatser. Landstinget i Uppsala Län skrev in ett eget kriterium för 2014 att alla patienter inom Rehabiliteringsgarantin som har arbetsgivare ska tillfrågas om samtycke till lämplig kontakt med denne. Primärvården får även stöd och stimulans att genomföra teamutredningar vid komplexa ärenden och där ingår att göra en rehabiliteringsplan.
- Fortsatt arbete pågår för att hitta bra former för samverkan/informationsutbyte mellan rehabiliteringskoordinatorerna och Försäkringskassans kontaktpersoner i syfte att bland annat möjliggöra snabbare impulser till Försäkringskassan vid behov av avstämningsmöten, när det till exempel krävs samordning med arbetsgivaren i rehabiliteringen av patienter.
- MMR-1 verksamheten kommer att utvärderas under våren. Uppdragsdirektiv kommer inom kort ges till Allmänmedicinskt forskningscentrum inom Region Örebro län. Det kommer bland annat att finnas med frågeställningar om arbetsåtergång som ett explicit mål i rehabiliteringen och om man tar initiativ till kontakt med arbetsgivaren vid behov.

Multimodal rehabilitering

- I vårdvalet för MMR 2 finns kravet att fokusera på återgång i arbete för dem i arbetsför ålder.
- MMR 1: Samtliga MMR 1 team arbetar aktivt med att öka kontakten med arbetsgivaren och därmed skapa bättre förutsättningar för att underlätta/stödja arbetsåtergång.
- MMR 2: Det förändrade arbetssätt som infördes under 2014 kommer att fortsätta och utifrån kontinuerlig utvärdering troligtvis förfinas ytterligare. Det finns också ett behov av att diskutera rutiner och samverka kring arbetsrehabilitering med övriga aktörer inom detta område, främst Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Planering har påbörjats på kliniken för ett sådant möte som förväntas ske under hösten 2015. Den genomgång av rådande evidensläge kring våra rehabiliteringsinsatser, bland dessa arbetsplatsrelaterade utförda av arbetsterapeuter beskrivet ovan, som sker kontinuerligt på kliniken kommer också att fortsätta under 2015.

Ersättning till verksamheterna

18 av landstingen ger en separat ersättning till verksamheterna som genomför KBT och IPT och ersätts av medel från Rehabiliteringsgarantin. När det gäller multimodal rehabilitering utgår separat ersättning för MMR 1 i de flesta landsting medan MMR 2, när det bedrivs inom den specialiserade vården, oftare ingår i den ordinarie ramen. Västra Götaland ersätter verksamheterna för KBT inom ordinarie ram och har separat ersättning för multimodal rehabilitering. Stockholms läns landsting har en grundersättning för all psykologisk behandling

och ger en extra stimulansersättning för KBT-behandlingarna. Region Örebro ersätter både KBT och MMR inom ordinarie ram. Flertalet landsting är oroade över möjligheten att tillhandahålla omfattningen av insatserna om inte den statliga ersättningen permanentas.

KBT och MMR i hälso-/vårdval:

Följande landsting har lagt in KBT i hälso-/vårdval i grunduppdraget:

- Dalarna
- Halland
- Stockholm
- Västernorrland
- Värmland
- Västmanland
- Västra Götalandsregionen
- Örebro

Region Skåne och Uppsala har ett separat vårdvalssystem (LOV) för KBT. I Stockholm finns ett grunduppdrag där vården ska säkerställa psykosociala insatser. Utöver detta ska enheterna godkännas för att få rapportera till Rehabiliteringsgarantin.

Följande landsting har gjort ett tilläggsuppdrag vilket kan antingen via vårdvalet eller på annat sätt för KBT:

- Blekinge
- Gotland
- Jämtland Härjedalen
- Jönköping
- Kalmar
- Kronoberg
- Sörmland
- Västmanland
- Norrbotten
- Västerbotten
- Östergötland

Följande landsting har lagt in MMR i hälso-/vårdval i grunduppdraget:

- Dalarna
- Halland
- Jämtland Härjedalen
- Stockholm
- Uppsala (MMR 2)
- Värmland
- Västmanland
- Västerbotten
- Örebro

Region Skåne har ett separat vårdvalssystem (LOV) för MMR 2.

**Följande landsting har gjort ett tilläggsuppdrag för MMR vilket kan vara i
vårdval/hälsoval:**

- Blekinge
- Gotland
- Gävleborg
- Jönköping
- Kalmar
- Kronoberg
- Norrbotten
- Uppsala
- Västernorrland
- Västra Götalandsregionen
- Östergötland

Tabell 1: Utveckling av multimodal rehabilitering 2009, 2012-2014

Landsting/ region	2009		2012		2013		2014	
	MMR, totalt	MMR/ inv.	MMR, totalt	MMR/ inv.	MMR, totalt	MMR/ inv.	MMR, totalt	MMR/ inv.
Blekinge	199	2,1	91	1,0	167	1,8	177	1,9
Dalarna	279	1,6	151	0,9	241	1,4	200	1,2
Gotland	0	0,0	40	1,1	51	1,4	33	0,9
Gävleborg	124	0,7	257	1,5	276	1,6	256	1,5
Halland	103	0,5	144	0,8	171	0,9	166	0,9
Jämtland	163	2,0	138	1,7	162	2,1	159	2,0
Jönköping	205	1,0	338	1,6	289	1,4	297	1,4
Kalmar	108	0,7	297	2,1	390	2,7	292	2,0
Kronoberg	138	1,2	184	1,6	218	1,9	233	2,0
Norrbottn	199	1,2	182	1,2	234	1,5	248	1,6
Skåne	747	0,9	1 591	2,0	1 729	2,1	1 901	2,3
Stockholm	1 706	1,3	1 198	0,8	1 433	1,0	1 306	0,9
Sörmland	123	0,7	103	0,6	182	1,1	171	1,0
Uppsala	177	0,8	278	1,2	343	1,5	374	1,7
Värmland	235	1,3	333	1,9	484	2,8	505	3,0
Västerbotten	180	1,1	161	1,0	189	1,1	219	1,3
Västernorrland	107	0,7	121	0,8	186	1,3	192	1,3
Västmanland	197	1,2	128	0,8	137	0,8	121	0,7
Västra Götaland	592	0,6	1 224	1,2	1 509	1,5	1 564	1,5
Örebro	153	0,9	119	0,7	174	1,0	165	0,9
Östergötland	199	0,7	342	1,2	313	1,1	263	0,9
Riket	5 934	1,0	7 420	1,2	8 878	1,4	8 842	1,4

Tabell 1: Utveckling av multimodal rehabilitering 2009, 2012-2014

MMR är en förkortning för multimodal rehabilitering. Här redovisas det antal patienter som har fått del av multimodal rehabilitering. Från och med 2012 delades behandlingen upp i två former, MMR 1 och MMR 2, men i denna tabell är MMR 1 och MMR 2 sammanslagna. 2012 ändrades regelverket så att landstingen endast rapporterar avslutade behandlingar.

Tabell 2: Multimodal rehabilitering, MMR 1 och MMR 2, 2014

Landsting/ region	MMR, nivå 1	MMR, nivå 2	MMR, totalt	MMR/ 1000 inv., 16-65 år
Blekinge	19	158	177	1,9
Dalarna	105	95	200	1,2
Gotland	15	18	33	0,9
Gävleborg	105	151	256	1,5
Halland	148	18	166	0,9
Jämtland	50	109	159	2,0
Jönköping	242	55	297	1,4
Kalmar	189	103	292	2,0
Kronoberg	144	89	233	2,0
Norrbottnen	190	58	248	1,6
Skåne	0	1 901	1 901	2,3
Stockholm	166	1 140	1 306	0,9
Sörmland	94	77	171	1,0
Uppsala	232	142	374	1,7
Värmland	121	384	505	3,0
Västerbotten	138	81	219	1,3
Västernorrland	79	113	192	1,3
Västmanland	86	35	121	0,7
Västra Götaland	1 035	529	1 564	1,5
Örebro	111	54	165	0,9
Östergötland	123	140	263	0,9
Riket	3 392	5 450	8 842	1,4

Tabell 2: Multimodal rehabilitering, MMR 1 och MMR 2, 2014

MMR är en förkortning för multimodal rehabilitering som här redovisas i MMR 1 och MMR 2.

Tabell 3: Utveckling av KBT och IPT-behandlingar, 2009, 2012-2014

Landsting/ region	2009		2012		2013		2014	
	KBT, IPT, totalt	KBT, IPT/ inv.	KBT, IPT, totalt	KBT, IPT/ inv.	KBT, IPT, totalt	KBT, IPT/ inv.	KBT, IPT, totalt	KBT, IPT/ inv.
Blekinge	444	4,6	455	4,8	627	6,7	636	6,8
Dalarna	947	5,1	941	5,5	976	5,7	1 000	5,9
Gotland	162	4,4	189	5,2	298	8,4	275	7,7
Gävleborg	986	5,6	1 322	7,7	1 608	9,4	1 877	10,9
Halland	477	2,5	701	3,7	1345	7,1	977	5,2
Jämtland	511	6,3	210	2,7	299	3,8	262	3,3
Jönköping	1 051	4,8	1 058	5,0	1 081	5,1	1 373	6,5
Kalmar	332	2,2	1 198	8,3	875	6,1	752	5,2
Kronoberg	444	3,8	267	2,3	436	3,7	512	4,4
Norrbottnen	576	3,6	359	2,3	598	3,8	704	4,5
Skåne	2 149	2,7	8 019	9,9	12 175	15,0	13 074	16,1
Stockholm	2 487	1,8	5 700	4,0	7 573	5,3	9 160	6,4
Sörmland	1 174	6,9	1 355	7,9	1 593	9,4	1 609	9,5
Uppsala	1 038	4,6	588	2,6	1 189	5,3	1 127	5,0
Värmland	811	4,6	672	3,9	1 138	6,7	942	5,5
Västerbotten	289	1,7	195	1,2	403	2,4	590	3,5
Västernorrland	334	2,1	427	2,9	591	4,0	646	4,4
Västmanland	1 269	7,9	1 346	8,3	1 186	7,3	1 310	8,1
Västra Götaland	8 942	8,5	8 641	8,3	11 153	10,7	11 747	11,3
Örebro	1 107	5,9	436	2,4	752	4,2	485	2,7
Östergötland	810	2,9	1 773	6,4	1 830	6,6	1 350	4,8
Riket	25 979	4,3	35 850	5,8	47 726	7,8	50 408	8,2

Tabell 3: Utveckling av KBT och IPT-behandlingar, 2009, 2012-2014

Här redovisas antalet patienter som har fått kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi (IPT). IPT står endast för 1-3 procent av behandlingarna i Sverige eftersom tillgången på utförare är bristfällig. 2011 redovisas påbörjade eller avslutade behandlingar. 2012 ändrades regelverket så att landstingen endast rapporterar avslutade behandlingar samt att det tydliggjordes att ett minimiantal behandlingar på 10-15 krävs för att räknas i inrapporteringen.

Tabell 4: Rehabiliteringsgarantin 2014, fördelat på kön, utförare och ersättning

Landsting/region	Kön		Vårdgivare		Bidrag		
	Män	Kvinnor	Privat	Offentlig	Ersättning (kr)	Bidragstak (kr)	Andel ansökt
Blekinge	220	593	273	540	11 498 521	11 498 521	139%
Dalarna	288	912	221	979	20 100 000	20 855 213	96%
Gotland	80	228	166	142	4 300 741	4 300 741	111%
Gävleborg	559	1 574	744	1 389	20 901 797	20 901 797	163%
Halland	277	866	734	409	17 377 000	23 053 335	75%
Jämtland	94	327	141	280	9 506 680	9 506 680	103%
Jönköping	414	1 256	515	1 155	25 501 075	25 644 075	105%
Kalmar	274	770	695	349	17 603 185	17 603 185	110%
Kronoberg	212	533	450	295	14 073 457	14 073 457	103%
Norrbottnen	230	722	139	813	16 760 000	18 774 117	89%
Skåne	4 241	10 734	12 808	2 167	95 760 225	95 760 225	269%
Stockholm	2 762	7 704	7 661	2 805	162 499 947	162 499 947	108%
Sörmland	409	1 371	712	1 068	20 856 417	20 856 417	129%
Uppsala	375	1 126	941	560	25 974 305	25 974 305	105%
Värmland	407	1 040	729	718	20 592 188	20 592 188	161%
Västerbotten	194	615	133	676	14 984 000	19 638 449	76%
Västernorrland	238	600	361	477	15 650 000	18 209 986	86%
Västmanland	379	1 052	829	602	19 459 713	19 459 713	107%
Västra Götaland	3 859	9 452	5 325	7 986	121 416 115	121 416 115	168%
Örebro	151	499	55	595	11 675 000	21 453 360	54%
Östergötland	417	1 196	769	844	27 188 000	32 928 175	83%
Riket	16 080	43 170	34 401	24 849	693 678 366	725 000 000	137%

Tabell 4. Rehabiliteringsgarantin 2014, rehabilitering fördelat på kön, utförare och ersättning

Kön: hur många kvinnor och män som har fått KBT och multimodal rehabilitering.

Vårdgivare: hur många av KBT- och multimodala rehabiliteringsinsatserna som har skett i privat respektive offentlig verksamhet.

Bidrag: hur mycket som landstingen kunde fördela av 725 miljoner kronor där ersättningen var fördelad utifrån befolkningsnivå/bidragstak.

Andel ansökt: hur stor del av bidragstaket har landstingen ansökt om.

Ersättning: det belopp som landstingen fick utbetalt.

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 satsat på fler behandlingar än beräknat. Inget landsting kan dock få mer ersättning än för de insatser som är genomförda.

Landstingens arbete med Rehabiliteringsgarantin 2014

Enligt Rehabiliteringsgarantin ska regeringen stimulera landstingen att öka kvaliteten på arbetet och tillgången på 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 multimodala rehabiliteringar.

I följande avsnitt har varje landsting gjort en kort beskrivning av sitt arbete inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. Resultaten för år 2014 redovisas genom antal procent av de avsatta medlen som landstingen rapporterade insatser för.

Många landsting har utvecklat team för att arbeta med sjukskrivningsprocessen och utsett koordinatörer som håller samman processen på enheterna. Dessa arbetslag 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 för 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 finns med inom ramen för garantin och i arbetet med sjukskrivningar.

Landstinget Blekinge

Tillgång till KBT- och MMR-kompetens

Samtliga vårdcentraler har egen kompetens alternativt via avtal med privat utförare. Cirka 20 olika terapeuter bedriver KBT. Några vårdcentraler har avtal med KBT 2 terapeuter i övrigt finns denna kompetens huvudsakligen inom specialistvården.

Svårt att bedöma tillgången eftersom vi inte kan svara på den totala omfattningen av KBT-behandling utan endast de som svarar mot kraven i Rehabiliteringsgarantin.

Sjukhuset har två MMR-team och primärvården ett team som arbetar mot sex vårdcentraler inom samma kommun.

När det gäller MMR så bedömer vi att tillgången totalt är för liten. Vi har inte i tillräcklig omfattning byggt upp strukturer som på ett adekvat sätt möter aktuell patientgrupp inom första linjens vård.

Behandlingarna har ökat något jämfört med året innan

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Blekinge har inte haft möjlighet att genomföra några strukturerade satsningar i denna riktning. Vi finansierar enskilda personers utbildning.

Kontakt/samverkan med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Medverkar i forskningsprojektet WorkUp – tidig strukturerad vård/ omhändertagande/intervention med motivations och arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid nack-, skulder- och/eller ryggsmärta, 12 av 21 vårdcentraler medverkar.

Vi arbetar även med att utveckla det tidiga omhändertagande för personer med psykisk ohälsa oavsett behandlingsform. Bland annat pågår ett projekt i samverkan mellan BUP, primärvård och kommun. Planering för generell implementering har inletts.

Det pågår en översyn av rehabiliteringsansvar i primärvård. Detta påverkar i hög grad arbetet med att förebygga sjukskrivning för aktuell patientgrupp.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Enheter som redovisar MMR och KBT får separat ersättning inom ramen för Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

KBT finns med i uppdraget medan MMR ligger som ett tilläggsuppdrag. Båda ersätter genom Rehabiliteringsgarantin.

Landstinget Dalarna

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Det finns elva godkända multimodala team. Det finns även team som arbetar teambaserat som inte har ansökt om godkännande som multimodalt team.

Det finns cirka 70 samtalsterapeuter/psykologer, av dessa är sju legitimerade psykoterapeuter och 16 psykologer. Steg 2-terapeut finns representerad i alla fem områden i Dalarnas län.

På vissa orter kan det behövas fler samtalsterapeuter inom primärvården.

Det skulle vara en fördel om det fanns team som kan göra multimodala bedömningar på varje vårdcentral. Vi stöttar enheterna i att starta och bygga upp multimodala team.

Vi har minskat vår rapportering av MMR 1, ökat rapporteringen av MMR 2 och KBT under 2014 jämfört med 2013.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Kartläggning av behovet kommer att ske.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Arbetsgivarrepresentant föreläser på utbildning i försäkringsmedicin för AT-läkare samt utbildning i försäkringsmedicin för all berörd personal, där bland annat multimodala team deltar.

Föreläsare med pågående forskning om arbete och återgång till arbete är inbjuden hösten 2015.

Implementering av tidig kontakt med arbetsgivare och andra aktörer utifrån pilotprojektet tidig samverkan är planerat att påbörjas under hösten 2015.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Enheter som redovisar MMR och KBT får separat ersättning inom ramen för Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

I hälsovalsavtalet i Dalarna anges att listade patienter efter bedömning ska erbjudas rehabiliteringsinsatser på mottagning. Med insatser menas rådgivning, behandling, träning och bedömning av arbetsförmåga. Utprovning och förskrivning av hjälpmedel ska ske enligt gällande riktlinjer. Vårdcentralen ska erbjuda/medverka till samordnade sjukskrivnings- och rehabiliteringsinsatser av multimodala team i samverkan med andra aktörer, till exempel Försäkringskassan, socialtjänst, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och i förekommande fall sjukgymnaster på nationella taxan. Vårdcentralen ska följa de riktlinjer som landstinget antagit för genomförande av Rehabiliteringsgarantin: Första linjens praxis vid psykisk ohälsa för vuxna samt multimodal rehabilitering.

Region Gotland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Två MMR 1-team, Ett MMR 2-team.

Fyra KBT-terapeuter steg ett och sex KBT-psykologer.

Ökning av KBT. Beror på att både egen regin och privata vårdcentraler har rekryterat fler terapeuter.

Minskning av MMR. Beror bland annat på att ett omfattande förbättringsarbete pågår i MMR 2-teamet med syftet att snabbare kunna erbjuda MMR-behandling. Effekterna väntas dock inte förrän 2015.

Efterfrågan av KBT och MMR 2 är fortsatt större än tillgången. Vi skulle behöva fler KBT-terapeuter och ökade möjligheter till MMR 2.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Det har skett rekrytering av steg 2-terapeut samt PTP-psykolog.

Kontakt med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Rehabkoordinatorer finns på samtliga vårdcentraler i primärvården och deras uppdrag är att i första hand förbättra och koordinera arbetet inom vården när det gäller utredning, behandling och rehabilitering för sjukskrivna och patienter som riskerar sjukskrivning. KBT-terapeuterna tar kontakt med rehabiliteringskoordinatorerna vid behov.

Samtliga MMR-team har en rehabiliteringskoordinator knuten till teamet. Vid genomgång av processen och behandlingsprogrammet har vi säkerställt att teamen har en plan för kontakt med arbetsgivare.

Samtliga KBT-terapeuter har gått utbildning i ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

MMR 2-teamet har gått utbildning i ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

MMR-teamens rehabiliteringskoordinatorer deltar regelbundet på nätverksträffar med andra rehabiliteringskoordinatorer samt Försäkringskassan. Rehabkoordinatorerna har även fått kompetenshöjande utbildningar i Försäkringsmedicin.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Vårdenheterna får separat ersättning för behandling och rehabilitering inom ramen för garantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Det finns inte med i hälsovalet.

Region Gävleborg

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Det finns cirka 120 behandlare som har utfört KBT-behandlingar, ett 30-tal som utfört KPT och några stycken som utfört IPT-behandlingar, totalt fler än 150 terapeuter.

Det finns cirka 14 MMR 1-team som utfört behandlingar i länet och fyra MMR 2-team, med bra geografisk spridning över länet

Vi uppfattar att tillgången på behandlare och behandlingar är tämligen god.

Vi har haft en stadig ökning av utförda behandlingar inom Rehabiliteringsgarantins ram. Anledningarna till detta är att tillgången på KBT-behöriga behandlare har ökat, att Rehabiliteringsgarantin blir allt mer känd och att behandlarna nu registrerar in gjorda behandlingar i stor utsträckning. MMR-teamen är spridda över länet så tillgången på behandling/behandlingsenheter är tämligen god.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Psykoterapi erbjuds inom primärvården genom avtal med legitimerade psykoterapeuter. PV har satsat på och byggt ut tillgången på Steg1-behöriga terapeuter, medan specialistvården tillhandahåller legitimerade psykoterapeuter.

Kontakt/samarbete arbetsgivare samt annat kvalitetsarbete

En analys har gjorts under året av utförda behandlingar inom Rehabiliteringsgarantins ram under åren 2010 – 2013. Utfallet för framförallt KBT-behandlingarna var mycket positiv, en stor andel patienter hade förbättrat sitt mående och återgått i arbete

Länets rehabiliteringskoordinatorer har jobbat aktivt med att vara spindeln i nätet mot externa samarbetspartners, där ingår bland annat Arbetsförmedlingen och arbetsgivare. Fortsätta påbörjat TRI-sam arbete med utökning till fler enheter. Starten av ett samordningsförbund kommer att möjliggöra ytterligare strukturerat samarbete då Arbetsförmedlingen är en av byggstenarna i det nya kommun- och länsövergripande förbund.

Även MMR-behandlingarna under nämnda tidsperiod har analyserats. Utfallet där var inte lika entydigt delvis beroende på att patienterna oftast måste vara sjukskrivna för att kunna genomgå MMR-behandlingarna. En viss positiv trend kunde dock skönjas. Resultaten ligger till grund för diskussion för fortsatta behandlingar.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Vårdenheterna får separat ersättning för behandling och rehabilitering inom ramen för garantin.

Hälsoval för MMR och KBT

MMR 1 ingår 2014 som ett tilläggsuppdrag inom hälsovalet.

Region Halland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Det finns 32 kuratorer/samtalsterapeuter steg 1, 40 psykologer och 20 psykoterapeuter varav några med psykologexamen.

En viss minskning av registrerade KBT-behandlingar kan förklaras av både ett något ökat krav på antalet behandlingar samt kanske en omställning till kortare behandlingar för att öka tillgängligheten vid ökad efterfrågan.

Väntetider till behandling för KBT har ökat påtagligt under året. Efterfrågan på KBT-behandlingar och annat psykosocialt stöd ökar. Förändrade arbetsformer för tidigare bedömning diskuteras.

Det finns en regional teammottagning för smärtbehandling som genomför MMR 2. Det finns 20 team som redovisar MMR 1. Det görs fler smärtbedömningar varav en del resulterar att det är MMR som erbjuds till patienten.

MMR 1 utifrån definierad modell har sannolikt för många team.

En mer genomgripande analys ska göras av rehabiliteringsutbudet i Halland och hur detta ska styras. Mottagningen för smärtrehabilitering utvärderar och utvecklar i år sin samverkan med vårdenheter för bästa möjliga stöd.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Centralt ersättningsbidrag ges till de som påbörjar en utbildning, såväl KBT steg 1 som steg 2-3. Möjligheten är kommunicerad och har pågått under alla år Rehabiliteringsgarantin pågått. En ökad andel ansöker om utbildningsbidrag för steg 2. Man kan notera en ökad andel av nyanställningar/underleverantörer med psykolog eller psykoterapeutkompetens.

Kontakt/samarbete arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Region Halland har ett sedan länge väl fungerande samverkan med Försäkringskassan med handläggare som kontaktpersoner i vårdverksamheter. Enligt en tvåparts Finsam-överenskommelse så har vi säkerställt möjligheten att vid tidiga initiativ från vårdenheter säkra en handläggare i ärenden som kräver till exempel samordning med arbetsgivaren.

Information och utbildning i frågan har genomförts inom rehabiliteringssamordnar-nätverket och försäkringsmedicinska utbildningsinsatser om vikten av samordnad syn av arbetsrelaterade frågor. Deltagande av arbetsgivarparter är en viktig del i detta.

En mer detaljerad uppföljning har gjorts kring vikten av att ställa arbetsrelaterade frågor för att säkerställa samtycke av patient vid behov av arbetsgivarkontakt. Utfallet av vilken part som kontaktar arbetsgivaren görs nu också för att följa och kommunicera möjligheter och svårigheter med detta i vården.

Två större utbildningsinsatser planeras för närsjukvården under året.

Samma krav gäller för Rehabiliteringsgarantins patienter avseende arbetsrelaterad utredning som för MMR. Tidigt ställningstagande till treparts, alternativt avstämningsmöte för att underlätta återgång till arbete. Dokumenteras i ansökan för ersättning via Rehabiliteringsgarantin.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Vårdenheterna får separat ersättning för behandling och rehabilitering inom ramen för garantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Det finns en skrivning som beskriver att vårdenheterna ska tillförsäkra behandlingar inom ramen för teambaserad behandling med ett multidisciplinärt rehabiliteringsutbud, samt att de ska kunna erbjuda kognitivt beteendeinriktad terapi motsvarande basutbildning (steg 1) i kognitivt beteendeinriktad psykoterapi.

Region Jämtland Härjedalen

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Rehabiliteringsteam finns på alla 27 hälsocentraler i länet i Jämtland Härjedalen. 14 team har utfört MMR 1 under 2014. Det finns ett specialistteam MMR 2 i landstinget och en extern aktör som genomför MMR 2.

Under 2014 har i Jämtland Härjedalen 20 KBT-terapeuter utfört KBT och IPT-behandlingar. Kompetensen finns helt eller delvis på ett tjugotal hälsocentraler. Jämtland har även en extern aktör som utför KBT-gruppbehandlingar.

Antal KBT och IPT-behandlingar har sänkts 2013 jämfört med 2014. Det finns ett behov av fler utbildade KBT-terapeuter, vilket uppmärksammas och prioriterats (medel från Rehabiliteringsgarantin finansierar utbildning). Antal MMR 1 har ökat något, och antal MMR 2 minskat något (okänd orsak).

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Jämtland Härjedalen har två personer under utbildning (utbildningen startade hösten 2014).

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Rehabkoordinatorerna har haft som fokus att vid behov kontakta arbetsgivaren så tidigt som möjligt.

Jämtland Härjedalen har fortsatt arbetet med att distriktssköterskorna i primärvården med hjälp av en checklista tidigt identifierar patienter i riskzonen för sjukskrivning eller tidigt i sjukskrivning så att rehabiliteringskoordinatorn vid behov tar kontakt med arbetsgivaren. Detta följs upp i STR-projektet i Krokom. Projektet påbörjades 2014.

Under hösten 2014 erbjöds KBT-utbildning steg 1 i landstingets regi. Diskussioner pågår i landstinget kring införande av internet-KBT.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Verksamheterna får separat ersättning från Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Jämtland införde KBT och MMR i Hälsovalet 2012. Vårdgivaren ska följa överenskommelsen om Rehabiliteringsgarantin. Patienten ska erbjudas undersökning, teambedömning och behandling. En bred kompetens för rehabiliterande insatser ska finnas att tillgå på vårdenheten som kontinuerligt ska utvärderas och dokumenteras. MMR ska kunna erbjudas. Teamen certifieras enligt landstingets modell. Vårdgivaren ska tillgodose individens behov av en tidigt insatt och samordnad rehabilitering samt psykosocial verksamhet oavsett Rehabiliteringsgarantin.

Region Jönköpings län

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Tillgången till KBT är god i Jönköping. Av 48 vårdcentraler rapporterar 40 att det genomförs KBT- och IPT-behandlingar. Utöver det genomförs även KBT- och IPT-behandlingar på åtta enheter inom psykiatrin. 17 vårdenheter rapporterar MMR 1 och två specialistenheter rapporterar MMR 2.

Det behövs ytterligare något MMR 1-team inom ett av våra sjukvårdsområden.

KBT- och IPT-behandlingar har ökat. Den psykiska ohälsan har ökat och vissa vårdcentraler har utökat personal med steg 1-kompetens

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Utbildningsplatser inom KBT steg 2 samt IPT har reserverats för primärvården i en samordning/samverkan med övrig verksamhet i Jönköping.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Rutinerna för rehabiliteringssamordnarens kontakter med arbetsgivare har utvecklats. Uppföljning av arbetssättet görs kontinuerligt under 2015.

Om patienten är sjukskriven ska avstämningsmöte samordnas.

Utveckling av arbetssätt på vårdcentral, bland annat med triagering av sjuksköterska där patienterna sorteras till rätt vårdnivå.

Utbildning av Unified Protocol (UP) har genomförts. Detta möjliggör behandling i grupp.

Vid avslutad MMR-behandling krävs trepartssamtal (med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen, vården och patienten) om patienten inte är sjukskriven. Är patienten sjukskriven vid avslutad KBT- eller MMR-behandling krävs avstämningsmöte (om patienten gett samtycke). Vårdenheten ska inte invänta Försäkringskassans initiativ om detta dröjer. Uppföljning sker efter att avstämningsmöte genomförts (då patienten är sjukskriven).

Verktyget PR-team, som används för teambedömningar inför MMR-behandling, har vidareutvecklats.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Särskild ersättning utgår till verksamheter som erbjuder KBT och MMR från Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Frågan har inte diskuterats ännu.

Landstinget i Kalmar län

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Inom primärvården är alla KBT-behandlare psykologer. I primärvården har 34 enheter och närmre 23 privata terapeuter avtal med vårt landsting inom Rehabiliteringsgarantin. Inom MMR så är tillgången stabil med 32 enheter som bedriver MMR 1 och på specialistnivå är det fem enheter.

Vi har en god tillgänglighet för KBT resurser men den geografiska spridningen skulle kunna vara bättre. MMR 1 används i alltför begränsad omfattning på vissa enheter.

Antal behandlingar har minskat överlag i en jämförelse mellan 2013 och 2014. En möjlig orsak kan vara att vi sänkte ersättningsnivån till enheterna på grund av ett kraftigt minskat statsbidrag men troligen också på ett bättre urval av patienter.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Vi har ingen möjlighet att påverka detta i nuläget. Många av våra KBT-terapeuter är externa.

Kontakt/samarbete arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Vi fortsätter med extra medel för genomförda trepartsmöten som innebär att vården kan träffa arbetsgivare. Liksom föregående år tar vi också upp detta ämne i samband med dialogmöten på sjukskrivande enheter där även Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar.

Ämnet har under 2014 diskuterats mellan landstinget och Försäkringskassan, vilket utmynnat i ett FINSAM 93-projekt som ska genomföras under 2015. (Förebyggande sjukpenning i samband med F43 diagnoser, till exempel under KBT-behandling.)

Vi har nyttjat algolog kompetens för att utbilda inom primärvården för att bättre behandla och rehabilitera patienter med långvarig smärta och därigenom höja kvaliteten på MMR 1 och därmed minska behovet av MMR 2.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR inom Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Detta ligger utanför hälsovalsopdraget. Ett ackrediteringssystem finns.

Region Kronoberg

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

I Kronoberg finns det 32 KBT-terapeuter med grundläggande kompetens och sju som är leg. psykoterapeuter. När det gäller MMR finns det nio MMR 1-team och två MMR 2-team. Sammantaget är bedömningen att tillgången är god på såväl KBT-terapeuter som MMR-team och att det skett en kontinuerlig matchning mellan efterfrågan och tillgång.

Under 2016 är målet att öppna upp till fler behandlingar då KBT via nätet införs som ett vårdutbud för länets invånare. Dessutom föreligger ett politiskt beslut om att öka tillgången på psykologer inom primärvård.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Samtliga primärvårdsenheter har idag tillgång till KBT steg 1-terapeuter. Inom flera enheter finns dessutom legitimerade psykoterapeuter.

Kontakt/samarbete arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Under 2014 påbörjades ett utvecklingsarbete av funktionen rehabiliteringskoordinator. Vi har förtydligat uppdraget och upprättat rutiner och rekommendationer för arbetssätt. Utvecklingsarbetet har skett i nära samarbete med rehabkoordinatorerna själva samt med ansvariga chefer.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Verksamheterna får särskild ersättning inom ramen av Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

KBT och MMR ingår som prioriterat tilläggsuppdrag i Vårdval Kronobergs uppdragsspecifikation.

Norrbottnens läns landsting

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

I Norrbotten är kompetensen på MMR-team relativt god. I nuläget har 24 av länets 34 hälsocentraler team som arbetar med MMR 1. Inom specialistvården bedrivs MMR 2 på Garnis Rehabcenter (internat) samt på Rehabmedicin, Sunderby sjukhus.

I nuläget har landstinget 28 KBT-terapeuter steg 1 inom primärvården. Inom specialistvården finns cirka 30, fördelade främst på barn/ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Tillgången till KBT-terapeuter är fortfarande inte på en önskvärd nivå, i alla fall inte inom primärvården. Där har KBT-terapeuterna långa köer. Med anledning av detta och för att säkerställa att KBT steg 1-kompetens finns i landstinget framöver så har ytterligare en KBT steg 1-utbildning startat i oktober 2014. Dessa behandlare blir klara med sin utbildning våren 2016.

Antalet MMR- och KBT-behandlingar i Norrbottens läns landsting har ökat det senaste året. Detta beror på att antalet multimodala team också ökat i länet. När det gäller KBT steg 1 finns tillgång till denna kompetens på alla hälsocentraler i Norrbotten i dagsläget.

Det är betydligt fler personer som fått KBT-behandling i Norrbotten, men med färre antal samtal än den givna kravbilden, vilket medfört att dessa inte går att redovisa till Försäkringskassan.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Landstinget har i första hand fokuserat på att stärka steg 1-kompetensen, då denna ofta saknades i verksamheterna (framför allt inom primärvården) vid Rehabiliteringsgarantins införande. Riktlinjerna i Norrbotten har varit att inom primärvården tillhandahålla steg 1-kompetens för att behandla personer med lättare psykisk ohälsa. För närvarande är det tre personer inom primärvården som själva bekostar sin KBT steg 2-utbildning. Diskussioner förs dock om hur landstinget ska arbeta vidare med denna fråga

Kontakt/samarbete arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Frågan om arbetsgivarsamverkan har lyfts vid flertalet tillfällen, bland annat på koordinatörsträffar och vid informationsträffar med verksamhetschefer. Vikten av att bjuda in arbetsgivaren vid rehabträffar har belysts.

Inom ramen för tidig samverkan med arbetsgivare har projektledare för Sjukskrivningsmiljarden och projektledare för Rehabiliteringsgarantin deltagit i en arbetsgrupp ”analys sjukfrånvaro NLL internt” tillsammans med personalspecialister från landstinget. Syftet med den arbetsgruppen var att göra en analys över varför sjukfrånvaron ökar inom NLL samt finna lämpliga åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Dessa egna ”specialister” inom NLL har inlett tidig samverkan med Försäkringskassan gällande sjukskrivningar som är av mer diffus karaktär.

Projektledningen har från kursstart varit engagerad i den KBT-utbildning som påbörjats och där informerat om Rehabiliteringsgarantins kravbild. Syftet har varit att tydliggöra att kursdeltagarna redan under utbildningstiden blir varse om vikten av att ha ”åter i arbete” som ett huvudsyfte med behandlingarna.

Samverkansforum har bildats, med representanter från landstinget, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Syftet är att tidigt samordna insatser på individnivå för att förhindra utanförskap och möjliggöra återgång i arbete, utbildning eller sysselsättning.

Revidering av handläggningsöverenskommelse för långvarig smärta har genomförts. Uppdragsbeskrivningen för rehabkoordinatorerna har reviderats med en skrivning om att de vid behov bör ta kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling för att öka samarbetet och minska risk för onödigt långa sjukskrivningar.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

Vårdvalet i Norrbotten innebär ett brett primärvårdsåtagande som innehåller bland annat rehabilitering och omfattar alla patientgrupper. Det finns inte idag några planer på att införa separata vårdval inom områden KBT eller MMR.

Region Skåne

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Region Skåne har 217 avtal för psykoterapi som omfattar ett stort antal behandlare. Vid behov kan vi, genom särskild beställning, ta fram procentuellt de behandlare som har grundutbildning med KBT 45p samt övriga som då är legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter.

Det finns i nuläget 40 MMR-team, där några team nu håller på att avsluta sin verksamhet. Framtagen rapport 2014 visar att behovet i Skåne kopplat till prevalens är cirka 10-15 team.

Region Skåne har god tillgång och viss överetablering för MMR.

Region Skåne har ökat antal behandlingar 2014 jämfört med 2013 både för MMR och för KBT och IPT.

Det kan finnas många anledningar, några teser är dels att vårdvalssystemet är av sådan art så antal godkända vårdgivare ökar, men också att remittenterna och patienter har mer kunskap om remissvägar med mera.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Inom ackreditering och avtal för psykoterapi har kompetenskraven skärpts inför 2014. Om remittenten bedömer att patienten behöver längre behandlingar (10-25 behandlingar) så kan patienten välja de behandlare som godkänts för längre behandling och då innebär kravet legitimerade psykoterapeuter med inriktning KBT.

Legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter som ingår i avtalet för Rehabiliteringsgarantin före 2014 ska i förekommande fall senast 2016-12-31 komplettera sin utbildning med relevant KBT- och IPT-utbildning för att uppfylla 2014 års kompetenskrav i underlag för ackreditering och avtal.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Det pågår informationsinsatser och riktade projekt bland annat inom REHSAM för att stärka kontakten med arbetsgivare, ett exempel är Workup, ett annat är IES-projektet. Region Skåne har också tagit initiativ till ett antal FINSAM 93-projekt som riktar sig till arbetsgivare kopplat till sjukskrivningssituationen. Under året har Region Skåne tagit fram en film ”Tänk frisk, inte sjuk” där en av ansatserna är att kontakt med arbetsgivare kan vara en av lösningarna.

Vi har också förstärkt i texter inom vårdvalssystemet för primärvård vilka krav som ska gälla för psykoterapi och multimodal smärtbehandling.

Uppföljningssystemet för MMR och psykoterapi omfattar fråga till vårdgivaren om kontakt tagits med arbetsgivaren.

Tesen är också att de psykologiska behandlingarna i sig verka ha en förebyggande effekt. Utvärderingen visar att minst 70 procent av patienterna som får behandling inte är sjukskrivna.

Under året har också ett förbättringsarbete inletts på psykiatri i Lund som också kopplar till tidig kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling vid behov.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

I Region Skåne omfattas multimodal smärtbehandling samt psykoterapi av valfrihetsystemet, som benämns Hälsoval Skåne. Innan en verksamhet drar igång ska vårdgivaren ingå ett avtal i Hälsoval Skåne. Vårdgivaren åtar sig därmed att följa de krav och villkor för verksamheten som uppdragsgivaren fastställer, i regel en gång om året. Starten för valfrihetsystemet LOV KBT, IPT samt MMR var 1 september 2009.

Stockholms läns landsting

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Tillgången till KBT steg 1 och steg 2 ser ut ungefär som föregående år. Cirka 135 (65 %) av alla husläkarmottagningar i SLL (206) hade KBT-kompetens enligt Rehabiliteringsgarantin. Cirka 80 (40 %) av alla husläkarmottagningar hade tillgång till behandlare med legitimationsgrundande KBT-utbildning. I en kartläggning av psykosociala resursen inom husläkaruppdraget visar det sig att psykisk ohälsa antagligen underdiagnostiserades. Registreringar av åtgärder varierade mycket mellan mottagningarna, varför tillgången på KBT-terapeuter sannolikt inte är täckt i SLL.

Tillgången till MMR-kompetensen i primärvård har de senaste åren varit konstant (12 team) med ett något ökat antal patienter. Ett tilläggsuppdrag för MMR till husläkaruppdraget införs 2015, vilket kan förändra bilden. På specialistnivån har genom vårdvalet från och med 1 oktober 2014 utbudet av MMR kompetensen ökat för MMR 2.

Antal vårdgivare med MMR 1: 12

Antal vårdgivare med MMR 2: 9

Med prevalenssiffror som bakgrund ser det ut som om alla patienter som behöver KBT och MMR inte får det i SLL. Utbudet av vårdgivare är stort i SLL, men utmaningen för vårdgivaren är att remittera rätt och för patienten att söka sig till rätt vårdgivare.

Antalet rapporterade patienter för MMR har ökat med cirka 15 % 2014 jämfört med 2013. Det beror främst på stora förändringar i leverantörsutbudet. Antalet patienter beräknas ytterligare öka 2015.

Antalet rapporterade patienter för KBT har ökat med cirka 30 % 2014 jämfört med 2013. Det beror på flera faktorer, som ökat antal patienter, förbättrade registreringar och ökat produktionsutrymme.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Erbjudande om legitimationsgrundande utbildningar går fortlöpande ut till godkända KBT-vårdgivare men besvaras dock med svalt intresse.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Utökad försöksverksamhet med rehab koordinatörer till primärvårdsrehabilitering och husläkarmottagningar. Dimensioneringen baseras på upptagningsområde och antal patienter i arbetsför ålder.

Kontakt med arbetsgivare poängteras i ansökningen (krav mall) till RG för KBT-vårdgivare.

Frågan kommer även att fortsätta behandlas på vårdgivarmöten för KBT-behandlare och på fortsatta uppföljningsdagar för rehabkoordinatörer samt på seminarier i försäkringsmedicin.

I vårdvalet för MMR 2 finns kravet att fokusera på återgång i arbete för dem i arbetsför ålder.

Generellt gäller sedan maj 2015 att all hälso- och sjukvårdspersonal i husläkaruppdraget får ersättning för ”konferens” där arbetsgivare deltar.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT.

Ordinarie ersättning och en separat ersättning som utfaller efter genomförd KBT och MMR behandling och korrekt rapporterad patient.

Hälsoval för MMR och KBT

Ja, Vårdval rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom (MMR 2) startade 1 oktober 2014.

Ett tilläggsuppdrag för rehabilitering vid långvarig smärta (MMR 1) i primärvård arbetades fram under 2014 och drifts start är planerad till halvårsskiftet 2015. Husläkarmottagningar i vårdval har möjlighet att ansöka om uppdraget.

En vidareutveckling av första linjens psykosociala insatser vid HLM (nivå 1,5) är på gång. Det är tänkt som ett tilläggsuppdrag till husläkarmottagningar med krav på bland annat ökad kompetens, och tillgång till psykiater. En pilot på en eller två husläkarmottagningar kommer att startajanuari 2016.

Landstinget Sörmland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Sörmland har 27 vårdcentraler och samtliga har en, ofta två ”kuratorer” med grundutbildning (50 stycken) och det finns drygt elva heltider med steg 2-utbildning som ger stöd till vårdcentralerna.

Landstinget har cirka 40 TRIS-team och i dessa ingår en rehabiliteringskoordinator som oftast håller samman reabteamen (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeuter, kurator, eventuella legitimerade psykoterapeuter samt eventuellt sjuksköterskor) på vårdenheterna, som i sin tur är de som arbetar med MMR-insatserna.

MMR 1 bedrivs på fem vårdcentraler.

MMR 2 bedrivs på specialistklinik, där smärtmottagningen är den som utreder/bedömer och genomför behandlingsinsatserna.

Med tanke på att den psykiska ohälsan ökar och särskilt bland de yngre, tycks efterfrågan på samtalskontakter vara fortsatt hög och kan vara svår att tillgodose.

MMR ligger lika 2013 och 2014, vi har under perioden ytterligare skärpt kriterier enligt överenskommelsen samt bedrivit utbildning inför start, möjligen har detta medfört att inga fler enheter har bedömt att de ska avsätta resurser för MMR.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Då vi valt att anställa leg. psykoterapeuter som stöd till alla vårdcentraler är det för närvarande inte aktuellt.

Kontakt/samarbetet arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Vi har tagit upp frågan på nätverksträffar med våra rehabiliteringskoordinatorer (reko), info till verksamhetschefer och påmint om möjligheten att genomföra sjukskrivningsförebyggande möten.

Vidare i rekos uppdragsbeskrivning står det:

Vara enhetens kontaktperson och ingång i vården gentemot andra berörda parter i ärenden som rör sjukskrivningsprocessen, dels allmänt/övergripande och dels i enskilda ärenden (Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedling, socialtjänsten samt företagshälsovård, kan även gälla mellan vårdenheter).

Vid behov ta kontakt med arbetsgivare eller arbetsförmedling för att öka samarbetet och minska risk för onödigt långa sjukskrivningar.

Vi har vi tecknat avtal med Internetpsykiatri Huddinge för att göra pilot med internetbaserad KBT. Enstaka vårdcentraler har utvecklat KBT i grupp.

En arbetsgrupp har reviderat riktlinjer för MMR, de vårdcentraler som ska bedriva MMR har inkommit med uppdaterade riktlinjer. Arbetsgruppen har även genomfört utbildning för MMR-team med krav på obligatoriskt deltagande för att sen bedriva MMR.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår efter redovisade genomförda behandlingsserier.

Hälsoval för MMR och KBT

Inte aktuellt för närvarande.

Landstinget i Uppsala län

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Inom psykiatrien på AS finns i dagsläget 73 medarbetare med steg 1 och 16 med steg 2. Inom primärvården i egen regi är krav på steg 1 med vid rekrytering av både kuratorer och psykologer, och alla vårdcentraler har tillgång till KBT steg 1 Privata psykoterapeuter som är upphandlade enligt LOV är i hög utsträckning steg 2-utbildade.

Enligt senaste kvartalsredovisningen finns nio team inom privat vård för MMR 1 och fem i offentlig vård. MMR 2 finns på smärtcentrum AS med fyra olika upplägg.

Tillgången på behandling mot psykisk ohälsa är god, även om behovet troligen är större än tillgången. Tillgången på MMR är god, trots att landstinget har skärpt volymkrav på antal patienter/år (vilket medfört minskat antal MMR 1).

Troligen är behovet större än tillgången när det gäller psykisk ohälsa, men när det gäller MMR verkar tillgången tillgodose behovet.

Landstingets nya politiska majoritet har begärt en utredning och en handlingsplan kring psykisk ohälsa i ett lite bredare perspektiv utifrån Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin.

MMR har ökat med cirka 30 patienter från 2013 till 2014. KBT och IPT har minskat marginellt. Att krav och kriterier förblir oförändrade medför att verksamheterna kan leverera rehabilitering i större utsträckning, likaså att administrationen runt omkring hålls rimlig.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Landstinget centralt har inte aktivt gått ut till verksamheterna med uppmaningen att det behövs steg 2 för sjukdomsgruppen psykisk ohälsa inom Rehabiliteringsgarantin. Det ingår för vårdgivarna att för de medel de tar del av tillgodose lämplig kompetensutveckling.

Kontakt/samarbete arbetsgivare och annan kvalitetsutveckling

I all kontakt med vårdgivarna såsom vid kompetensutveckling påminns de om att Rehabiliteringsgarantin handlar om arbetsförmåga. Ett exempel är att nätverksträff med alla MMR-team vid senaste tillfället fick en föreläsning om så kallade blå flaggor. Även nätverk för rehabiliteringskoordinatorer har haft upp frågan på agendan om kontakt med arbetsgivare. Landstinget i Uppsala Län skrev in ett eget kriterium för 2014 att alla patienter inom Rehabiliteringsgarantin som har arbetsgivare ska tillfrågas om samtycke till lämplig kontakt med denne. Primärvården får även stöd och stimulans att genomföra teamutredningar vid komplexa ärenden och där ingår att göra en rehabiliteringsplan.

Vi fortsätter att arbeta systematiskt och kontinuerligt med operativt kompetensstöd ut till verksamheterna och i olika nätverk i försäkringsmedicin och rehabilitering, undervisar vårdcentraler i teamutredningar, arbetar strategiskt genom styrgrupp Försäkringskassan-Landstinget-

Arbetsförmedlingen och har funderingar på att omvandla den till en försäkringsmedicinsk kommitté, vi nystartar rehabiliteringskoordinatorer i pilotprojekt vid fem vårdcentraler, medverkar aktivt på styrande nivå i samordningsförbundet, vi har skärpt kraven på kontakt med AG i Rehabiliteringsgarantins kriterier.

Landstingets nya politiska majoritet har begärt en utredning och en handlingsplan kring psykisk ohälsa i ett lite bredare perspektiv är utifrån sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

KBT finns redan och privata psykoterapeuter är upphandlade enligt LOV. MMR 2 finns i reguljär verksamhet på smärtcentrum AS. MMR 1 finns ännu inte i primärvårdens reguljära utbud annat än att det står att evidensbaserad rehabilitering ska finnas tillgänglig. Den nya politiska majoriteten har nyligen beslutat att primärvårdsuppdraget ska ses över.

Landstinget i Värmland

Fördelningen av MMR och KBT är följande: cirka 30 enbart MMR 1-team, cirka 8 MMR 2-team och ungefär 65 KBT-terapeuter (varav cirka 45 steg 1 och cirka 20 steg 2).

Under 2014 och 2015 har vårdcentralerna antingen egen kompetens eller använder sig av avtalsbaserade privata utförare.

MMR 2 bedrivs av specialistteam inom landstinget, varav en på smärtmottagning och tre inom rehabiliteringsverksamhet. MMR 1- och 2-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 för de team som utför MMR 2.

Tillgången till KBT-terapeuter och MMR 1-team är god men ojämnt fördelad över länet. Det drabbar främst glesbygd i länet.

Färre registreringar 2014 jämfört med 2013 på grund av ändrad redovisningsprincip. Dock kan vi för jämförbara perioder se att MMR registreringar ökat.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Vad gäller psykiatrin finns ett kontinuerligt och konstant behov av psykoterapiutbildning oavsett statsbidrag, både på grundläggande (steg 1) och legitimerad nivå (steg 2). Det har skett en breddsatsning, främst i KBT, på grundläggande nivå, men därefter tar det ett antal år innan medarbetare kan förväntas utbilda sig vidare.

Inom psykiatrin, inklusive BUP och Psykologenheten (HHR), har i storleksordningen tio psykoterapeuter (steg 2) utbildats (pågående och avslutade) de senaste fyra, fem åren. Bland dem finns flera med KBT-inriktning, men också till exempel IPT och barn- och ungdomspsykiatri.

Med hjälp av statliga medel har det bland berörda inom allmänmedicin successivt skett en ökad kompetens från steg 1 till steg 2.

Kontakt/samverkan arbetsgivare annat kvalitetsarbete

Representant för Arbetsförmedlingen ingår som adjungerad representant i Försäkringsmedicinska kommittén. Vidare har ett tätare samarbete börjat ske mellan länets privata företagshälsovårdsenheter och Försäkringsmedicinska kommittén. Samarbetet med företagshälsovården planeras fortsätta.

Allmänmedicin och Försäkringskassan arbetar med att tidigt etablera kontakt med arbetsgivare/företagshälsovård/Arbetsförmedling då en anställd blir aktuell för sjukskrivning.

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

Ambitionen är att KBT-terapeut och patients arbetsgivare alternativt arbetsförmedlare ska ha tätare kontakt med varandra.

Brief Intervention (BI) eller Fokuserad KBT har prövats och utvärderats på fem vårdcentraler. Ett av metodens syften är att öka kompetens hos samtlig vårdcentralspersonal.

Leg. psykolog har utsetts som handledare för de BI-terapeuter som finns på landstingets vårdcentraler. Arbete pågår för att introducera ytterligare BI-terapeuter på vårdcentraler.

Arbetet med handledning och etablering av nya BI-terapeuter sker i samarbete med psykolog från Psykologpartners (Linköping).

I de uppdaterade riktlinjerna för 2015 gällande MBT och MMR kräver vi tidigt kontakt med arbetsgivare/företagshälsovård/Arbetsförmedling.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

KBT utförs på alla vårdcentraler i Hälsovalet. MMR erbjuds på ett flertal vårdcentraler i Hälsovalet.

Landstinget Västmanland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

KBT-behandlingar bedrivs i olika utsträckning vid 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 psykiatrin, där extra kompetens anställts för att ytterligare tillgodose KBT-behovet gentemot denna patientgrupp, men också för att utveckla och sprida behandlingsmetoden internt i organisationen.

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 MMR 1. För multimodal behandling nivå 2 finns de vid några få specialiserade enheter geografiskt fördelade i länet: Västerås, Köping och Fagersta.

I huvudsak finns det tillräckligt med tillgång på MMR och KBT.

Behovet av MMR skiftar mellan åren och är sannolikt den huvudsakliga orsaken, samtidigt har bemanningen av teamen på grund av personalförändringar skiftat. Behovet av KBT växlar också mellan åren.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Vi har inte satsat särskilda medel för att utbilda legitimerad psykoterapeuter. Tidigare satsningar på detta har inte gett det resultat som önskades, nämligen att den höjda kompetensen stannade inom landstinget. Istället väljer de flesta färdigutbildade att ”starta eget” eller lämna landstinget av annat skäl. Dessutom finansierar vi en utbildning i handledning för en anställd redan legitimerad KPT-terapeut i syfte att stärka handledningsresurserna inom KBT i landstinget.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

En åtgärd utöver som vi vidtagit är att vi har överenskommelser med sgs som samtliga Företagshälsovården som innebär att primärvården får skicka remisser till desamma, när en allmänläkare misstänker att en patients besvär är arbetsrelaterat. Företagshälsovården får en peng för varje remiss som hanteras. Den kan leda till att Företagshälsovården vidtar rehab åtgärder inom sin ram, alternativt svarar negativt på remissen.

Planering av utbildning i Brief Intervention KBT för vårdcentralerna (genomförs under 2015 med två utbildningar). Planering av SIP (genomförs implementering i länet med IT-stöd och utbildning gemensamt mellan landstinget och kommunerna under 2015).

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin för primärvården.

Hälsoval för MMR och KBT

Tills vidare utförs multimodala rehabiliteringsinsatser och KBT-behandlingar i primärvård som tilläggsuppdrag med ersättning från Rehabiliteringsgarantin. Dock är det så att all primärvård bortsett från detta alltid ska ge samtalsbehandling vid olika typer av stress- och krisreaktioner samt för ångest- och depressionstillstånd, men inte krav på just KBT eller omfattning på behandlingsepisoder.

Västerbottens läns landsting

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Tillgången på KBT-terapeuter har radikalt ökat sedan Rehabiliteringsgarantins start. Från att i princip varit obefintlig, så har primärvården markant ökat tillgången på psykologer och KBT-terapeuter fram till idag. Genom distansteknik så har nästan hela länet idag tillgång till KBT-behandling trots stora problem att få terapeutkompetens till inlandskommunerna. KBT via videoupkoppling startade som ett projekt under 2013 och som efter en positiv utvärdering, permanentades under hösten 2014.

Utveckling av KBT i grupp har även det utvecklats där hälsocentraler i Umeås tätort och dess kranskommuner kunnat remittera patienter till en särskild enhet. Även detta projekt har efter utvärdering övergått i permanent verksamhet i primärvården.

Antal psykologer i primärvården uppgår idag till 19, varav två med steg 2-utbildning. Antal steg 1-terapeuter i primärvården är idag elva varav två under utbildning till steg 2. Totalt i Västerbotten finns numera 30 behandlare som kan utföra KBT-terapi i enlighet med Rehabiliteringsgarantins regelverk.

I Västerbotten finns två specialistenheter, smärtrehabilitering och stressrehabilitering. Båda enheterna jobbar multimodalt men har olika målgrupper, smärtrehabilitering och målgrupp stress/utmattningssyndrom.

Alla hälsocentraler och sjukstugor är ackrediterade för MMR 1-behandling i Västerbotten. Patientunderlaget och brist på kompetens framförallt i inlandet (Södra Lappland) ger dock inte förutsättningar att klara uppdraget. Under hösten 2014 har en plan tagits fram som ska förstärka MMR 1-programmen i Södra Lappland. Detta görs med hjälp av distansteknik och ett utvecklat samarbete inom hela Södra Lappland samt med stöd av specialistenheterna.

Tillgången inom vissa delar av länet är bra, andra delar är klart underdimensionerade. Vi måste hitta nya sätt att förebygga, nyttja ny teknik, använda våra terapeuter på ett smartare sätt, hitta nya metoder på primärvårdsnivå och framförallt förebygga nyrekrytering av patientgruppen genom tidiga insatser.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Landstinget har beviljat tre personer som är steg 1-utbildade att vidareutbilda sig. Landstinget ställer sig dock tvekande till att ha legitimerade psykoterapeuter i primärvården. Behovet av steg 1-kompetens är i dagsläget inte uppfyllt och anses därför som mer relevant att i första hand mätta det kompetensbehovet.

Kontakt/samarbete med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Stressrehab har sedan en tid tillbaka använt sig av ADA-metoden (arbetsplatsdialog för arbetsåtergång) i sin verksamhet vilket är ett verktyg i dialogen med arbetsgivare och patient. Smärtrehabilitering har även de börjat jobba med metoden i sina specialiserade smärtprogram. I planen för nya MMR-

konceptet ligger det att implementera NRS-light för kvalitetssäkring av metoden samt att i en pilot testa ADA-metoden i primärvården.

Målsättningen är att primärvården tillsammans med specialistenheterna ska ta fram ett helt nytt program som ska täcka behovet av stress- och smärtbehandling i inlandet. På grund av långa avstånd kommer tekniska lösningar som videoteknik och stödprogram genom plattformen för internetbaserat stöd och behandling att vävas in i MMR-behandlingen. Visar det sig framgångsrikt föreslås resten av länet jobba med liknande programstrukturer, då framförallt i områden med gles befolkning och svårighet att rekrytera adekvat kompetens. Pilotprogram kommer att köras under hösten 2015.

Att ersätta verksamheterna som genomförs MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin varav särskild ersättning utgår för att göra utredning.

Hälsoval för MMR och KBT

Det finns en generell skrivning att vårdcentralerna ska följa anvisningar och leva upp till kraven på Rehabiliteringsgarantin, eller av VLL fastställda rutiner.

Landstinget Västernorrland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

KBT-terapeuter steg 1 och steg 2 är cirka 55 stycken.

Vi kan se ett något ökat antal KBT-behandlingar som troligen har sin orsak i ett förbättrat teamarbete inom primärvården samt att rehabkoordinatorerna under 2014/2015 har ett särskilt uppdrag att uppmärksamma rehabteamen på patienter med psykisk ohälsa.

Beträffande KBT-terapeuter är tillgången fortfarande otillräcklig, särskilt i vissa länsdelar

Vi har tre MMR 1-team och ett MMR 2-team samt upphandlad extern aktör som kompletterande leverantör.

Beträffande MMR uppfyller landstinget efterfrågan men för MMR 1 är tillgången över länet ojämnt.

För MMR 1 har en dubbling av antalet genomförda behandlingar skett från 2013, vilket vi ser som ett trendbrott. Kompetensen i MMR 1-teamen har förbättrats och även hälsocentralernas rehabteam har förbättrats så att behovet av rehabilitering hos den enskilde uppmärksammas tidigare. Detta har resulterat till att genomförda MMR 2 har minskat.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

En inventering i länet har påvisat att det fortfarande finns behov av terapeuter med grundläggande KBT-utbildning.

Behov och intresse av att höja nuvarande kompetens till legitimeringsgrundad examen av psykoterapeuter kommer att kartläggas i landstinget.

Kontakt/samverkan med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

En skärpning har gjorts i anvisningarna för arbetet inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. I kommunikation med behandlare och verksamhetschefer har fokus på utökat samarbete med arbetsgivare poängterats. Rehabkoordinatorerna har ett särskilt uppdrag att i det lokala rehabiliteringsarbetet verka för ett ökat samarbete med arbetsgivare.

Under 2014 har vi samarbetat med enheten Vårdval för att tydliggöra i regelboken för primärvård kravet på samverkan med arbetsgivare i rehabiliteringsärenden.

Januari 2015 examinerades 20 grundläggande psykoterapeuter med KBT-inriktning. En utbildning som pågått under 2013 och 2014. De är anställda inom primärvård, psykiatri, habilitering- och rehabiliteringsverksamhet. Utbildningssatsningen kommer att följas upp beträffande förutsättningar genom bland annat information till chefer.

För att stödja och öka kompetensen hos redan utbildade terapeuter har erbjudits flera utbildningstillfällen inom KBT-området.

Ett nystartat MMR 1-team har fått extern handledning inom områdena teamutveckling, att arbeta med grupper, innehåll och metoder, vilket kommer att fortsätta även under 2015. Utbildningsinsatser är planerade bland annat för att förbättra utredning och bedömning inför deltagande i MMR.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till enheter som bedriver KBT och MMR ur Rehabiliteringsgarantin.

Hälsoval för MMR och KBT

I regelboken för vårdval finns infört att hälsocentraler i primärvård ska kunna erbjuda KBT-behandling.

Krav på MMR vid varje hälsocentral är inte infört i regelboken för vårdval, då tillräckligt underlag för fortlöpande MMR 1 vid samtliga enheter troligen inte är realistiskt utan att skapa väntetid. Däremot finns infört att man ska följa anvisningarna för Rehabiliteringsgarantin och remittera de patienter som har behov av MMR 1 till smärtrehabiliteringsverksamheten vid Länsjukhuset (specialistnivå) om MMR 1 inte finns på egen enhet eller i samverkan med annan enhet.

Västra Götalandsregionen

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Regionen har relativt god tillgång på KBT och MMR, men det finns fortfarande geografiska delar i regionen som har sämre tillgång (mindre orter).

Vi arbetar för att få en mer jämlik tillgång, både gällande KBT och MMR.

Regionen har ökat antal KBT och IPT vilket beror på regionens särskilda satsningar som skett de senaste åren.

Regionen har rapporterat ett något minskat antal MMR 1. Ett nytt vårdval har införts (Vårdval Rehab) för fysioterapeuter och arbetsterapeuter vilket resulterat i en omställning för primärvården som påverkat MMR 1-produktionen i regionen.

Däremot har regionen rapporterat ett ökat antal MMR 2 vilket beror på att privat primärvård samt sjukhusverksamhet ökat MMR 2-produktionen.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Det pågår regionala utbildningssatsningar, bland annat startar ytterligare steg 2-utbildningar våren och hösten 2014 i samverkan med bland annat Göteborgs universitet.

Kontakt/samverkan arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Regionen har fortsatt att satsa på rehabiliteringskoordinatorer som har en viktig funktion gällande samarbete med arbetsgivare och andra aktörer. Dessutom har regionen tillsammans med Försäkringskassan (Väst) satsat på ett utvecklingsprojekt i syfte att pröva en ny strukturerad modell, en guide, som stöd för verksamheterna i arbetet med tidiga och samordnade insatser. Detta kombineras med Försäkringskassans implementering av differentierade intyg. Regionen satsar även på ett utvecklingsarbete för ett bättre omhändertagande av psykisk ohälsa inom primärvården.

Våra lokala försäkringsmedicinska forum (FMF) arbetar även med samverkan med externa aktörer såsom arbetsgivare/företagshälsovård och/eller Arbetsförmedling. Vi har forum där företagshälsovården samt Arbetsförmedlingen finns representerade. Personal från företagshälsovården har också deltagit i försäkringsmedicinska utbildningar som arrangerats av lokala FMF.

Lokala försäkringsmedicinska forum, processledare och rehabkoordinatorer arbetar kontinuerligt med att höja kvaliteten och kompetensen inom området.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

De vårdenheter/team som är godkända av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd för att bedriva multimodal rehabilitering i VG primärvård (vårdval enligt LOV) och Vårdval Rehab (startar 140901), får starta.

Respektive hälso- och sjukvårdsnämnd beslutar om satsningen på MMR 1 och MMR 2 inom övrig verksamhet (till exempel sjukhus) och ersätts separat genom olika avtal och överenskommelser.

KBT och IPT ingår som vårdåtagande inom länssjukvård och VG Primärvård via avtal och vårdöverenskommelser. Detta ersätts inom ramen av ordinarie ersättningssystem.

Alla verksamheter som bedriver verksamhet inom ramen av Rehabiliteringsgarantin erhåller dessutom ett generellt utvecklingsbidrag. Från och med 2015 ersätts detta med ett stimulansbidrag för arbetsrelaterade insatser exempelvis samverkan med arbetsgivare (arbetsplatsdialoger, arbetsplatsbesök etc).

Hälsoval för MMR och KBT

KBT och IPT ingår i vårdval för VG Primärvård. Regionen kommer att utreda hur MMR ska kunna tillgodoses inom ramen för VG Primärvård och/eller Vårdval.

Region Örebro län

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Tillgången är relativt god när det gäller KBT-terapeuter och god när det gäller MMR.

KBT PV: 40 KBT steg 1 och åtta KBT steg 2.

KBT Psykiatrin: 30 KBT steg 1 och 19 legitimerade psykoterapeuter (inklusive IPT).

(Patienter med lindrig och medelsvår ångest och depression rapporteras från psykiatrin.)

Leg. psykoterapeuter inom LOV med KBT inriktning: nio inom psykiatrin, sex privata.

MMR: sex MMR-team på primärvårdsnivån och två MMR-team på specialistnivån.

Inom psykiatrin behövs fler leg. KBT-terapeuter för att kunna leva upp till nationella riktlinjer beträffande schizofreni och ångest/depression.

Inom psykiatrin har en grundutbildning i psykoterapi startat med både KBT- och PDT-inriktning. På sikt kommer detta leda till att vi får flera terapeuter med KBT-kompetens.

Antalet MMR 1-behandlingar och KBT-behandlingar har minskat jämfört med föregående år. (Minskningen beror på förändrade inrapporteringsrutiner. Vi kan dock skönja en minskande trend under året för KBT och MMR 1.) En viss del av denna minskning kan förklaras av sjukskrivningar bland medarbetare som har uppdraget att genomföra behandlingar. Det har också varit svårt att rekrytera kuratorer med KBT-kompetens vilket resulterat i att några av de kuratorer som tillsatts på vårdcentralerna som har annan kompetens (PDT) inte kan rapportera in sina åtgärder.

MMR 2 har dock ökat jämfört med föregående år.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

Vi ser inte att det finns tillräckligt stöd för att de är ett kostnadseffektivt att satsa på leg. psykoterapeuter på primärvårdsnivån. Se Socialstyrelsens rapport ”Psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa – ett arbetsunderlag inför Rehabiliteringsgarantin 2013”. Psykiatrin bistår primärvården med psykologisk konsultation. Konsultationsarbetet medverkar till en förbättrad psykologisk kompetens i första linjens sjukvård genom utbildning, konsultation och direkt patientarbete.

Från den 2 oktober 2014 har Psykoterapi inom LOV, Örebro län införts, vilket innebär att patienter med definierat behov av psykiatriska specialistvårdsinsatser kan välja viss psykoterapi i Örebro län. Ett antal av de leg. psykoterapeuter som blivit godkända för att bedriva psykoterapi inom LOV

Örebro län (psykoterapeuter från psykiatrin samt privata vårdgivare) har KBT-inriktning.

Kontakt med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Pilotprojekt ”Förebyggande och tidiga kontakter primärvården och arbetsgivare ÖLL”.

Rehabiliteringskoordinatorer har tillsatts på varje vårdcentral (2013) och under hösten 2014 på sjukskrivningsintensiva klinker inom specialistvården, inklusive psykiatrins öppenvård. Rehabkoordinatorn ska bland annat fånga upp patienter som riskerar långvarig sjukskrivning och säkerställa att dessa patienter har fått en rehabiliteringsplan upprättad inom tre månader, samt samverka med Försäkringskassans kontaktperson. Försäkringskassan är sedan de som tar kontakt med arbetsgivare. Rutin för handläggning av sjukskrivna patienter finns som stöd i arbetet.

Följa forskningsprojektet kring webbaserad KBT-behandling som nu pågår inom ÖLL.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Permanent resurser har under de senaste åren tillförts verksamheterna för bättre möjligheter att genomföra Rehabiliteringsgarantin, sammanlagt (till utökad psykosocial kompetens, det vill säga fler kuratorer, psykologer och sjukgymnasttjänster på primärvårdsnivån).

Hälsoval för MMR och KBT

Enligt krav och kvalitetsboken för hälsovalet ska vårdcentralen erbjuda bedömning och rehabilitering enligt de krav som ställs i Rehabiliteringsgarantin. Ett särskilt avsnitt finns kring detta som närmare beskriver vilka som omfattas av garantin, vilken behandling som ska ges och hur rapportering ska ske.

Region Östergötland

Tillgången till KBT- och MMR-kompetens

Alla länets vårdcentraler har tillgång till KBT-terapeut steg 1. Några har även psykolog. Inom KBT ser Region Östergötland att tillgången behöver förstärkas, både då det gäller steg 1 och steg 2-utbildade KBT-terapeuter. KBT- och IPT-behandlingar inom Rehabiliteringsgarantin har minskat, däremot har en markant ökning av KBT-behandlingar som inte ingår i Rehabiliteringsgarantin skett. En förklaring till detta beskriver verksamheten är att man utgår från patientens behov av antal samtal. Det finns för närvarande cirka tio MMR-team i landstinget. I Närsjukvården utförs MMR 1 medan MMR 2 erbjuds för hela landstinget via Smärt- och rehabiliteringscentrum. Tillgången kan anses som tillfredsställande. Då det gäller antalet MMR-behandlingar kan vi se en minskning för MMR 1. Ett förbättringsarbete pågår för att fånga riskpatienter i rätt tid och att utveckla innehållet i MMR programmet.

Att höja kompetensen till legitimerade psykoterapeuter

För att öka tillgången på KBT 2-utbildade terapeuter har Region Östergötland upphandlat utbildning i steg 2, där elva deltagare deltog i utbildningen som avslutades under 2014. För närvarande pågår inga utbildningar från centralt håll utan ligger inom ordinarie verksamhetsuppdrag.

Att ha kontakt/samarbeta med arbetsgivare och annat kvalitetsarbete

Region Östergötland fortsätter det påbörjade utvecklingsarbetet tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inom ramen för tidig samverkan, där tidig kontakt med arbetsgivaren finns med. Exempel: arbetsgivaren kontaktas direkt, avstämningsmöte sker med arbetsgivaren innan Försäkringskassan är aktuell. Medicinsk rådgivare/FMR gör besök hos företagarförening och chefer i kommunen för att diskutera rehabiliteringsåtgärder samt tolkning av sjukintyg. Inom rehabiliteringsorganisationen gör man vissa arbetsplatsbesök. I uppdragsbeskrivning för rehabiliteringskoordinatör finns det inskrivet att etablera kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedling tidigt. Rehabiliteringskoordinatör är från 01-01-2015 ett skallkrav i primärvården/specialistsjukvård.

MMR 2: I början av 2014 gjordes en större förändring av arbetsterapeutens insats i rehabiliteringen av smärtpatienter inom ramen för MMR. Insatserna blev framför allt individuella och har tidigt ett tydligt fokus på arbete och arbetsåtergång. Uppdraget att verka för arbetsåtergång tydliggjordes och innebär ett mer aktivt arbete med patienten och dennes arbetsplats/arbetsgivare

MMR 1: Samtliga MMR 1-team arbetar aktivt med att öka kontakten med arbetsgivaren och därmed skapa bättre förutsättningar för att underlätta/stödja arbetsåtergång (påbörjades under 2015).

Samtliga arbetsterapeuter vid kliniken deltog på den Nordiska konferensen i Arbetslivsriktad rehabilitering som hölls i Kolmården i maj 2014. I arbetet inom MMR har större fokus lagts på samverkan mellan olika yrkeskategorier (arbetsterapeut, psykolog, läkare och sjukgymnast) och hur dessa tillsammans kan hjälpa patienten mot arbetsåtergång. Som exempel kan nämnas gemensam genomgång av videofilmning från arbetsplats (arbetsterapeut och sjukgymnast) vilket ger sjukgymnasten möjlighet att rikta in träningen mot att klara specifika moment som ingår i arbetet. Även samarbete mellan arbetsterapeut och psykolog kring psykosociala aspekter i arbetet kan nämnas. Att samtliga yrkeskategorier i rehabiliteringsprogrammet tillsammans träffar patienten för att utforma en rehabiliteringsplan med tydliga målsättningar kring arbetsåtergång är ytterligare en förbättring som höjer kvaliteten i arbetet. Målsättningen med återgång i arbete för patienten har tydliggjorts både med informationsmaterial/insatser i MMR.

Samverkan med Försäkringskassan har skett kring rutiner för sjukskrivning av de patienter som deltar i MMR – detta för att ha en samsyn i Östergötland samt att hitta en bra nivå/längd på sjukskrivningen i syfte att främja återgång i arbete.

Smärt- och rehabiliteringscentrum har också aktivt tagit initiativ till och deltar i en nationell grupp som arbetar med att följa evidens kring arbetsplatsrelaterade åtgärder.

Att ersätta verksamheterna som genomför MMR och KBT

Separat ersättning utgår till primärvårdsenheter för varje fullständigt genomförd behandlingsserie då det gäller KBT. MMR 1 ersätts med en fast summa varje år. MMR 2 delvis som ramersättning och delvis som rörlig ersättning för varje behandling som görs efter de första 100 MMR 2.

Hälsoval för MMR och KBT

Det finns inte planerat för ännu.

Rehabiliteringsgarantin 2014

Erfarenheter och resultat

För att stödja personer att återgå i arbete eller förebygga en sjukskrivning tecknade Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse med regeringen 2008 angående Rehabiliteringsgarantin, som sedan har förlängts varje år fram till och med 2015. Garantin ska hjälpa de kvinnor och män i åldern 16-67 år som har långvarig diffus smärta och/eller patienter med måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression eller stress. Dessa diagnoser står för mer än hälften av alla sjukskrivningsfall, vilket gjorde det angeläget att öka tillgången på behandlingar och rehabilitering för dessa patientgrupper.

Denna rapport beskriver utvecklingen av behandlingarna multimodal rehabilitering och kognitiv beteendeterapi i hälso- och sjukvården under årens lopp. Rapporten beskriver även landstingens utvecklingsarbete och hur de stödjer återgång i arbete för patienter som får ta del av insatserna.

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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015
Text: Anna Östbom