

Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta

RESULTAT VILLKOR 3, ÖVERENSKOMMELSEN INOM
SJKSKRIVNING OCH REHABILITERING 2018



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

I december 2016 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*. Målet med överenskommelsen var att slutföra flera av de insatser som initierats genom tidigare överenskommelser. Ett av villkoren i överenskommelsen var *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (villkor 3)*, vilket motsvarade den tidigare så kallade Rehabiliteringsgarantin. Syftet var att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för kvinnor och män i åldern 16-67 år med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

I den här rapporten redovisas resultatet av överenskommelsens villkor 3, *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta*, för 2018 på riksnivå respektive regionnivå. Förändring över tid redovisas också för vissa behandlingar.

Stockholm september 2019

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	6
Metod	7
Resultat 2018	7
Bakgrund	9
Ersättning 2018	9
Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa	10
Insatser för långvarig smärta.....	11
Metod	12
Insamling av data	12
Redovisning av resultat	12
Resultat behandlingsinsatser	13
Resultat av KBT och andra behandlingsinsatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa	13
Resultat av MMR och annan smärtbehandling vid långvarig smärta.....	14
Könsfördelning för genomförda behandlingar	15
Utförare av behandling	16
Kontakter arbetsgivare och Arbetsförmedlingen	17
Förändring över tid avseende behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta	20
Resultat enkätundersökning	26
Utbud av behandlingsinsatser för psykisk ohälsa	26
Utbud av behandlingsinsatser för långvarig smärta.....	27
Förändring i antal genomförda behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta	28
Ersättning för MMR vid långvarig smärta 2018	29
Ersättning för KBT och IBT vid psykisk ohälsa 2018	30
Införande av MMR via vårdval och hälsoval	31
Planering för att bibehålla resurser för MMR när de statliga stimulansmedlen upphör 2020	32
Organisation av verksamhet för MMR och andra behandlingsinsatser vid långvarig smärta 2018.....	32
Organisation av verksamhet för KBT, IPT och andra behandlingsinsatser vid psykisk ohälsa	33
Funktion för koordinering	33
Utbud av rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatri	33
Slutliga kommentarer	35

Förkortning	Definition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
I-KBT	Internetbaserad KBT
IPT	Interpersonell psykoterapi
KBT	Kognitiv beteendeterapi
LOU	Lag (2016:1145) om offentlig upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet.
LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem vid upphandling av tjänster inom hälsovård och socialtjänst.
MMR	Multimodal rehabilitering
PDT	Psykodynamisk terapi
PTP	Praktisk tjänstgöring under handledning för psykologer för att erhålla legitimation.
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SCB	Statistiska Centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Vårdval, Hälsoval	Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården (LOV) för att patienten ska kunna välja utförare samt att ersättningen till utföraren följer den enskildes val. Tillämpning av LOV benämns i vissa regioner för Vårdval och i andra för Hälsoval.
Rehabiliteringsgarantin	Statlig överenskommelse som gällde mellan 2008-2015 https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/smartaochpsykiskohalsa.1002.html

Sammanfattning

I december 2016 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), om *en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*. Syftet med överenskommelsen var att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i hälso- och sjukvården. Ett av villkoren i överenskommelsen var *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (villkor 3)* vilken motsvarar den tidigare så kallade Rehabiliteringsgarantin. Syftet var att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. För att i ökad utsträckning främja patienters återgång i arbete har kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling stimulerats särskilt.

Landstingen och regionerna¹ fick via överenskommelsen dela på totalt 500 miljoner kronor i ersättning 2018 för evidensbaserade insatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta i åldern 16-67 år. Insatserna skulle vara baserade på de rekommendationer som beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017 eller SBU-rapport Rehabilitering vid långvarig smärta 2010, SBU-rapport Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggsmärta 2015 och SBU sammanfattning av utländska kunskapsöversikter 2015. Landstingen och regionerna har dessutom fått möjlighet att dela på ytterligare maximalt 50 miljoner kronor (3 000 kr per patient) där kontakt har tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen inom ramen för behandlingsinsatsen. Ersättningen till respektive landsting och region har baserats dels på prestation, dels på regionens andel i förhållande till den totala befolkningmängden.

Psykisk ohälsa omfattar, enligt överenskommelsen, lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressrelaterad ohälsa. De insatser som ingår i överenskommelsen vid psykisk ohälsa är olika former av psykologisk behandling såsom Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi (I-KBT), Interpersonell Psykoterapi (IPT), Psykodynamisk Terapi (PDT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Med långvarig smärta menas smärta i axlar, nacke och rygg som har pågått längre än tre månader. De insatser som ingår i överenskommelsen vid långvarig smärta är i huvudsak Multimodal rehabilitering (MMR), vilken är indelad i två nivåer baserade på smärtans komplexitet: MMR 1 och MMR 2.

¹ Från och med år 2019 ändrades alla landsting till regioner. År 2018 förekom både landsting och regioner.

Metod

Resultatet baseras på de uppgifter om antalet genomförda behandlingar, uppdelat på patientens kön och typ av vårdgivare (privat eller offentlig), samt kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen som landstingen och regionerna lämnat i sin redovisning till Försäkringskassan för år 2018.

Erfarenheter och synpunkter avseende tillgång, resurser, ersättning och framtida behov av insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta har också samlats in från alla landsting och regioner via processledare inom sjukskrivning och rehabilitering i respektive region med hjälp av en enkät (bilaga 1).

Resultat 2018

Alla landsting och regioner har erbjudit behandling för psykisk ohälsa och långvarig smärta enligt överenskommelsen (villkor 3). Sammanfattningsvis ökade antalet genomförda behandlingar vid psykisk ohälsa och långvarig smärta under 2018 jämfört med 2017. Den största ökningen skedde för behandling vid psykisk ohälsa, medan antalet behandlingar vid långvarig smärta ökade marginellt.

Bland dem som fick behandling under 2018 var fördelningen mellan könen 71 procent kvinnor och 29 procent män, vilket i stort sett är oförändrat jämfört med tidigare år. Könsfördelning är dock inte redovisad för respektive behandling. Under 2018 utfördes 61 procent av det totala antalet behandlingar av privata vårdgivare och 39 procent av offentliga vårdgivare. Motsvarande siffror för 2017 var 56 procent för privata respektive 44 procent för offentliga vårdgivare. När det gäller kontakter tagna med arbetsgivare rapporterades totalt 4 165 kontakter, vilket är en ökning med 16 procent jämfört med 2017, då 3 592 kontakter rapporterades. År 2018 var antalet kontakter med Arbetsförmedlingen totalt 679 jämfört med 544 kontakter 2017, vilket är en ökning med 25 procent. Under 2018 utbetalades, utöver ersättningen på 500 miljoner kronor, totalt 14,53 miljoner kronor av maximalt 50 miljoner kronor till regionerna för behandlingar där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen enligt överenskommelsen. Det förekommer sannolikt en underrapportering av antalet behandlingar.

Resultat av antal behandlingar vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa

Det totala antalet rapporterade behandlingar från alla landsting och regioner uppgår till 72 673, varav KBT står för det största antalet (56 319) följt av PDT (12 093). Motsvarande siffror för 2017 var totalt 66 308 behandlingar, varav KBT var 52 823 och PDT 10 260 behandlingar. Därmed har det skett en liten ökning i antalet rapporterade behandlingar från 2017 till 2018. Behandling med I-KBT ökade från totalt 1 678 behandlingar 2017 till totalt 2 248 behandlingar 2018. Vid beräkning av antalet individer per tusen invånare som fått behandling med KBT/ IPT har siffran ökat från 8,3 till 8,8 individer för hela riket. De regioner som har stått för den största ökningen är Stockholm, Västra Götaland

och Kalmar, medan regionerna Sörmland, Värmland och Blekinge har rapporterat en viss minskning av antalet behandlingar.

Resultat av antal behandlingar vid långvarig smärta

Det totala antalet genomförda behandlingar med MMR 1 och MMR 2 samt andra behandlingsinsatser vid långvarig smärta som har rapporterats från alla landsting och regioner var 7 768. MMR 1 och MMR 2 har stått för den största andelen, totalt 5 781 behandlingar. Efter en markant minskning av antalet rapporterade behandlingar från och med år 2016, har antalet behandlingar varit relativt oförändrade fram till 2018. En liten ökning har dock noterats för 2018 jämfört med 2017. Vissa regionala skillnader har rapporterats. I Region Norrbotten och Region Skåne har antalet behandlingar ökat något, medan antalet har minskat i Region Blekinge och Region Västerbotten. Vid beräkning av antalet individer per tusen invånare som fått behandling med MMR på riksnivå var siffran 0,9 för 2018. År 2017 var motsvarande siffra 0,8.

Resultat av enkätundersökningen

Enkäten besvarades av processledare från samtliga landsting och regioner. I enkäten framkom att behandling för både psykisk ohälsa och långvarig smärta erbjöds i alla regioner enligt överenskommelsen, men att utbudet varierar.

Behandling psykisk ohälsa

Behandling för psykisk ohälsa har erbjudits både enskilt och i grupp och har bedrivits i huvudsak inom primärvården. De huvudsakliga synpunkterna avseende utbud och behandling vid psykisk ohälsa var:

- Efterfrågan och behov av behandlingar har rapporterats vara större än utbudet i hälften av alla regioner. Orsaker som uppgavs var att antalet individer med psykisk ohälsa har ökat samt att det i vissa regioner har varit svårt att rekrytera vårdpersonal med rätt kompetens.
- Svårigheter med att rapportera det samlade antalet genomförda insatser från flera olika vårdgivare till Försäkringskassan, vilket har medfört underrapportering i vissa regioner
- Utbudet av I-KBT har successivt ökat i flera regioner. Utbildning av personal och utveckling av verksamheter pågår i flera regioner för att möta upp det ökande behovet.

Behandling långvarig smärta

MMR 1 har utförts i primärvården och MMR 2 i huvudsak inom specialistvården, på smärtkliniker eller smärtenheter. Utbudet av MMR 1 var större än MMR 2 i majoriteten av alla regioner. MMR 2 är implementerat i ordinarie verksamhet i större utsträckning än MMR 1. Flera regioner har uttryckt en oro över hur MMR 1 ska kunna fortsätta att bedrivas i samma omfattning när de statliga stimulansmedlen upphör, medan andra planerar att fortsätta bedriva sin verksamhet som tidigare.

Bakgrund

Rehabiliteringsgarantin var en statlig överenskommelse som slöts första gången 2008 och fortsatte sedan i olika former till och med 2015. I december 2016 tecknades en ny överenskommelse mellan regeringen och SKL, *En kvalitets-säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*. Den nya överenskommelsen ersatte den tidigare Rehabiliteringsgarantin och den tidigare överenskommelsen, *En kvalitets-säker och effektiv sjukskrivningsprocess*. Målet med denna överenskommelse har varit att slutföra flera av de insatser som initierats genom tidigare överenskommelser. Ett av villkoren som ingått i överenskommelsen är villkor 3, *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta*. Syftet har varit att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. För att i ökad utsträckning främja patienters återgång i arbete skulle kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling stimuleras särskilt. Avsikten med kontakten var i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kunde finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser för att därigenom främja patientens återgång i arbete. Definition och innehåll av villkor 3, ”Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta”, för 2018 är identiskt med beskrivningen i överenskommelsen för 2017.

Ersättning 2018

Landstingen och regionerna har fått totalt 500 miljoner kronor i ersättning 2018 för evidensbaserade rehabiliterings- och medicinska insatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta i åldern 16–67 år. Insatserna skulle vara baserade på de rekommendationer som beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017 eller SBU-rapport Rehabilitering vid långvarig smärta 2010, SBU-rapport Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggsmärta 2015 och SBU sammanfattning av utländska kunskapsöversikter 2015.

Landstingen och regionerna fick också möjlighet att dela på ytterligare maximalt 50 miljoner kronor, 3 000 kr per patient, för behandlingar där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen, efter samtycke från patienten. Syftet med ersättningen har varit att stimulera ökade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. De faktiska kostnaderna för sådana kontakter kunde dock vara både högre och lägre än de som rapporterats. Ersättningen till respektive landsting och region har baserats dels på prestation och dels på regionens andel i förhållande till den totala befolkningens mängden. Ersättningsmodeller och nivåer inom ramen för de statliga överenskommelserna har varierat över tid (tabell 1).

Tabell 1. Sammanställning av ersättningsnivåer inom ramen för Rehabiliteringsgarantin (2009–2015) och Insatser för lindring och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (2016–2018).

År	Ersättning miljoner kronor	Specificerad ersättning
2009	560	
2010	960	
2011	960	
2012	900	100 miljoner kr forskning och utveckling
2013	948	52 miljoner kr forskning och utveckling
2014	725	25 miljoner kr forskning och utveckling
2015	712	38 miljoner kr forskning och utveckling
2016	500	Tillägg 50 miljoner kr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2017	500	Tillägg 50 miljoner kr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2018	500	Tillägg 50 miljoner kr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen

Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa innefattar enligt överenskommelsen lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa. De insatser som ingår i överenskommelsen är enligt rekommendationer för psykisk ohälsa olika former av psykologisk behandling:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT), där interventionerna utgår från beteende- och inlärningsteorier.
- Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (I-KBT), där behandlingen helt eller mestadels sker via internet.
- Interpersonell psykoterapi (IPT), en behandlingsmetod baserad på empirisk forskning om psykisk ohälsa, anknytning och sociala relationer.
- Psykodynamisk terapi (PDT), vilket baseras på psykoanalytiska metoder där fokus ligger på affekter, känslor och relationen mellan patient och klient. Den form av PDT som ingår i rekommendationerna är korttids-PDT (10–30 möten).
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), vilket innebär en tvåsidig stimulering av hjärnhalvorna och används vid posttraumatiskt stressyndrom.

Psykologiska behandlingsinsatser, inom ramen för överenskommelsen, utförs av legitimerade psykologer, psykologer under handledning (PTP-psykologer), kuratorer eller annan legitimerad vårdpersonal som genomgått som lägst grundutbildning (steg 1) i psykoterapi. Annan psykologisk behandling som ingår i behandlingsriktlinjerna var inte beskrivna i de uppgifter som rapporterats in från landstingen och regionerna och är därför inte specificerade i resultatet i denna rapport.

Insatser för långvarig smärta

Med långvarig smärta, inom ramen för överenskommelsen, avses smärta i axlar, nacke och rygg som har pågått längre än tre månader. Smärtan brukar ibland även benämnas ospecifik eller benign, då smärta orsakad av bakomliggande sjukdomar såsom maligna sjukdomar (cancer), neurologiska- eller inflammatoriska sjukdomar har kunnat uteslutas. De insatser som har varit ett krav inom ramen för överenskommelsen som rekommenderas vid långvarig smärta är:

- Multimodal rehabilitering (MMR), som är en kombination av samordnade medicinska, psykologiska och sociala rehabiliteringsinsatser. Vårdpersonalen arbetar tillsammans i interprofessionella team där också patienten är delaktig. MMR är indelad i två nivåer:
 - MMR 1 för patienter med mindre omfattande behov av rehabilitering,
 - MMR 2 som riktar sig till patienter med mera komplex smärtproblematik.
- Beteendemedicinska behandlingsprogram.
- Aktiv specifik träning vilken ofta är handledd av fysioterapeut/sjukgymnast.
- Annan smärtbehandling.

Beteendemedicinska behandlingsprogram, aktiv fysisk träning samt annan smärtbehandling är inte beskrivna i de uppgifter som rapporterats in från landstingen och regionerna och därför inte specificerade i resultatet i denna rapport.

Metod

Insamling av data

Resultatet som presenteras i denna rapport baseras på de uppgifter om antalet genomförda behandlingar, uppdelat på patientens kön och typ av vårdgivare (privat eller offentlig), samt kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen, som landstingen och regionerna lämnat i sin redovisning till Försäkringskassan för år 2018. Försäkringskassan har enligt överenskommelsen haft i uppdrag att ansvara för beräkning och utbetalning.

Erfarenheter och synpunkter om tillgång, resurser, ersättning och framtida behov av insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta har också samlats in från alla landsting och regioner via processledarna i respektive region, med hjälp av en enkät (bilaga 1).

För beräkning av antal individer per tusen invånare som erhållit behandling i respektive landsting och region och beräkning av antal rehabiliteringskoordinatörer per 10 000 invånare inom psykiatrin, har SCB:s befolkningsstatistik från den 1 november 2017 använts för antalet invånare i åldern 16–67 år. År 2017 och 2018 har beräkningarna baserats på uppgifter om antalet invånare i åldern 16–67 år. Tidigare beräkningar har gjorts på uppgifter av antalet invånare i åldern 16–65 år.

Redovisning av resultat

Den första delen av resultatet är baserad på de uppgifter om genomförda behandlingsinsatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa samt långvarig smärta som har rapporterats till Försäkringskassan från alla landsting och regioner, inom ramen för villkor 3 i överenskommelsen för 2018. Resultaten presenteras på regionnivå och på riksnivå. Antalet individer per tusen invånare som fått behandling redovisas för KBT/ IBT och för MMR, samt för förändring över tid.

Varje behandling som har rapporterats till Försäkringskassan omfattar en behandlingsserie eller ett rehabiliteringsprogram, till exempel KBT eller MMR. Det totala antalet enskilda behandlingar redovisas inte. Rapporten innehåller inte heller information om effekt av genomförd behandling. I rapporten redovisas endast de uppgifter som landsting och regioner har rapporterat in till Försäkringskassan. Det faktiska antalet genomförda behandlingar kan därför vara högre.

Den andra delen av resultatet från enkätundersökningen redovisas för varje fråga, där erfarenheter och synpunkter från alla landsting och regioner sammanfattas.

Resultat behandlingsinsatser

Resultat av KBT och andra behandlingsinsatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa

Uppgifter om antal genomförda behandlingar med KBT, IPT, I-KBT, PDT, EMDR samt annan psykologisk behandling är rapporterat från samtliga landsting och regioner (Tabell 2). Beskrivning av innehållet i annan psykologisk behandling är inte redovisat.

Tabell 2. Antal genomförda behandlingar med KBT, I-KBT, IPT, PDT, EMDR samt annan psykologisk behandling inom ramen för överenskommelsen som har rapporterats in från respektive region för år 2018. Antalet individer per tusen invånare som fått behandling är beräknat endast för KBT och IPT.

Landsting/region	KBT	IPT	KBT/IPT per 1000 inv.	I-KBT	PDT	EMDR	Annan psykologisk behandling
Blekinge	391	0	3,9	137	0	0	3
Dalarna	386	0	2,2	316	0	0	0
Gotland	618	0	16,8	2	170	0	0
Gävleborg	1 150	7	6,5	83	134	0	0
Halland	1 264	32	6,4	0	20	1	0
Jämtland Härjedalen	142	27	2,1	50	1	0	54
Jönköping	1 362	44	6,2	185	0	0	0
Kalmar	1 447	3	9,6	0	3	0	0
Kronoberg	203	0	1,6	1	0	0	19
Norrbotten	1 263	0	7,9	39	0	0	0
Skåne	12 381	0	16,2	0	4 947	0	0
Stockholm	15 104	425	10,1	0	1 372	0	23
Sörmland	1 899	11	10,6	26	78	10	307
Uppsala	1 265	39	5,4	0	123	0	0
Värmland	906	0	5,1	70	0	0	0
Västerbotten	498	0	2,9	47	0	0	236
Västernorrland	606	1	4,0	2	0	0	30
Västmanland	2 731	0	16,0	2	15	3	6
Västra Götaland	9 810	468	9,3	498	4 528	0	0
Örebro	646	3	3,4	96	67	0	9
Östergötland	2 247	134	8,1	694	453	141	0
Hela riket	56 319	1 194	8,8	2 248	12 093	155	664

Resultat av MMR och annan smärtbehandling vid långvarig smärta

Uppgifter om antal genomförda behandlingar med MMR 1 och MMR 2 samt andra behandlingsinsatser vid långvarig smärta är rapporterat från samtliga landsting och regioner (Tabell 3). Beskrivning av innehållet i annan smärtbehandling är inte redovisat. Antal individer per tusen invånare som fått behandling är baserat på både MMR 1 och MMR 2.

Tabell 3. Antal genomförda behandlingar med MMR 1, MMR 2 och annan smärtbehandling inom ramen för överenskommelsen som har rapporterats in från respektive region för år 2018. Antal individer per tusen invånare som fått behandling är beräknat för MMR totalt.

Landsting/ region	MMR 1	MMR 2	MMR totalt	Per 1000 inv.	Beteende- medicinsk behandling	Aktiv specifik träning *	Annan smärt- behandling
Blekinge	26	67	93	0,9	0	0	48
Dalarna	124	58	182	1,0	0	0	0
Gotland	0	8	8	0,2	0	0	0
Gävleborg	20	65	85	0,5	0	70	3
Halland	45	30	75	0,4	0	71	0
Jämtland Härjedalen	53	23	76	0,9	0	118	0
Jönköping	90	50	140	0,6	0	349	0
Kalmar	0	12	12	0,1	0	0	0
Kronoberg	7	28	35	0,3	13	53	0
Norrbottn	164	93	257	1,6	36	0	0
Skåne	0	1 022	1 022	1,2	0	0	0
Stockholm	49	1 402	1 451	0,9	0	0	0
Sörmland	7	59	66	0,4	147	762	236
Uppsala	143	117	260	1,1	0	0	0
Värmland	5	234	239	1,4	0	0	0
Västerbotten	86	27	113	0,6	0	0	0
Västernorrland	43	64	107	0,7	6	27	13
Västmanland	43	90	133	0,8	1	0	0
Västra Götaland	299	662	961	0,9	0	0	0
Örebro	133	25	158	0,8	1	12	21
Östergötland	176	132	308	1,0	0	0	0
Hela riket	1 513	4 268	5 781	0,9	204	1 462	321

*Aktiv specifik fysisk träning samt träning under ledning av fysioterapeut/sjukgymnast.

Könsfördelning för genomförda behandlingar

Antal genomförda behandlingar för män respektive kvinnor har rapporterats från alla landsting och regioner (Tabell 4). Fördelningen mellan kvinnor och män som har fått behandling för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta inom ramen för överenskommelsen år 2018 är i stort sett oförändrad jämfört med tidigare år. Könsfördelningen motsvaras ungefär av förekomsten av diagnoserna inom psykisk ohälsa och långvarig smärta.

Tabell 4. Antal män och kvinnor som fått behandling inom ramen för överenskommelsen i respektive region år 2018.

Landsting/region	Man	Kvinna
Blekinge	186	486
Dalarna	211	673
Gotland	240	558
Gävleborg	428	1 104
Halland	462	1 183
Jämtland Härjedalen	77	391
Jönköping	586	1 494
Kalmar	433	1 032
Kronoberg	88	236
Norrbotten	436	1 159
Skåne	5 461	13 107
Stockholm	4 940	13 412
Sörmland	1 067	2 475
Uppsala	412	1 275
Värmland	328	887
Västerbotten	207	687
Västernorrland	227	564
Västmanland	862	2 029
Västra Götaland	4 757	10 996
Örebro	265	748
Östergötland	1 145	2 832
Hela riket	23 130	57 528
Andel i procent	29	71

Utförare av behandling

Under 2018 har 61 procent av det totala antalet behandlingar utförts av privata vårdgivare och 39 procent av offentliga vårdgivare (Tabell 5). Motsvarande siffror för 2017 var 56 procent för privata respektive 44 procent för offentliga vårdgivare. En liten ökning av andelen behandlingar genomförda av privata vårdgivare har därmed skett.

Tabell 5. Antal behandlingar inom ramen för överenskommelsen som utförts av privata respektive offentliga vårdgivare för respektive region under 2018.

Landsting/region	Privat	Offentlig
Blekinge	394	278
Dalarna	110	774
Gotland	249	549
Gävleborg	369	1 163
Halland	1 003	642
Jämtland Härjedalen	31	437
Jönköping	676	1 404
Kalmar	1 120	345
Kronoberg	201	123
Norrbotten	390	1 205
Skåne	17 105	1 463
Stockholm	14 778	3 574
Sörmland	999	2 543
Uppsala	1464	223
Värmland	480	735
Västerbotten	151	743
Västernorrland	287	967
Västmanland	1 924	1 035
Västra Götaland	6 352	9 913
Örebro	86	927
Östergötland	849	3 228
Hela riket	48 818	31 840
Andel i procent	61	39

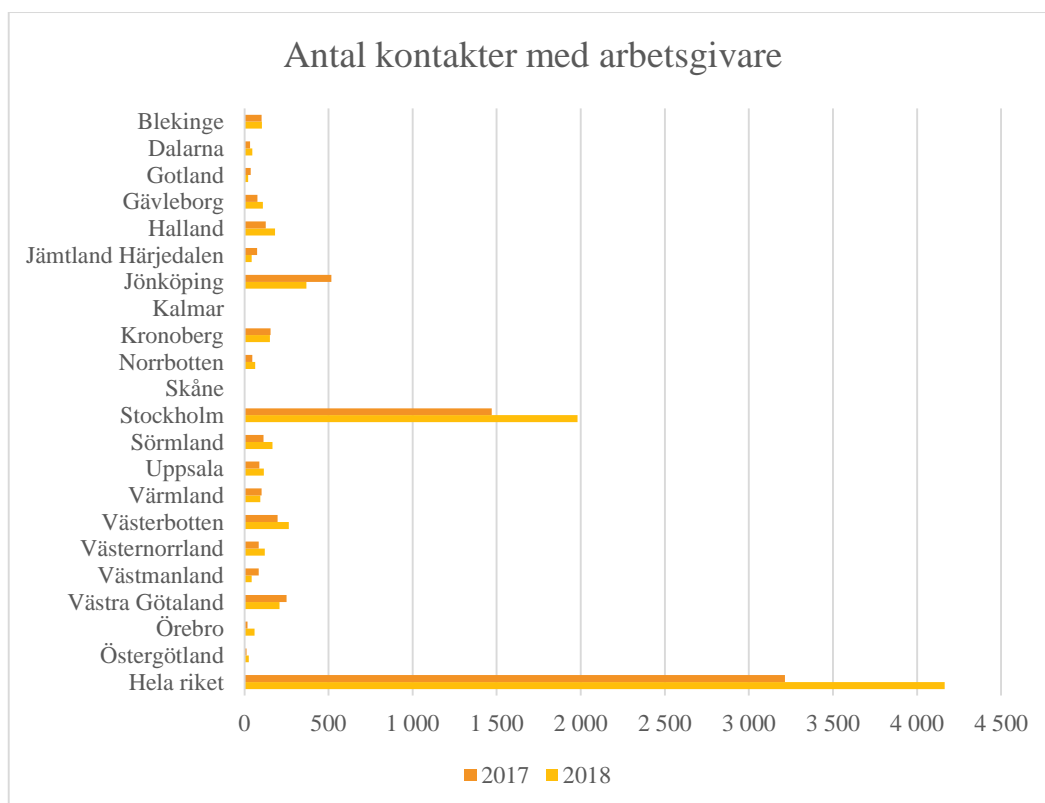
Kontakter arbetsgivare och Arbetsförmedlingen

I överenskommelsen *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* för 2017–2018 har 50 miljoner kronor avsatts per år för behandlingar där kontakt, efter samtycke med patienten, tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen. Alla landsting och regioner, förutom Region Skåne, har rapporterat genomförda behandlingar där kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen har tagits (Tabell 6). I många landsting sker flera kontakter med arbetsgivare eller Arbetsförmedling än vad siffrorna nedan visar, då det funnits svårigheter att upprätta registreringsmodeller för detta ändamål. Dessa kontakter tas också för patienter som inte får behandling enligt villkor 3 i överenskommelsen.

Tabell 6. Antal rapporterade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen för respektive region under 2018.

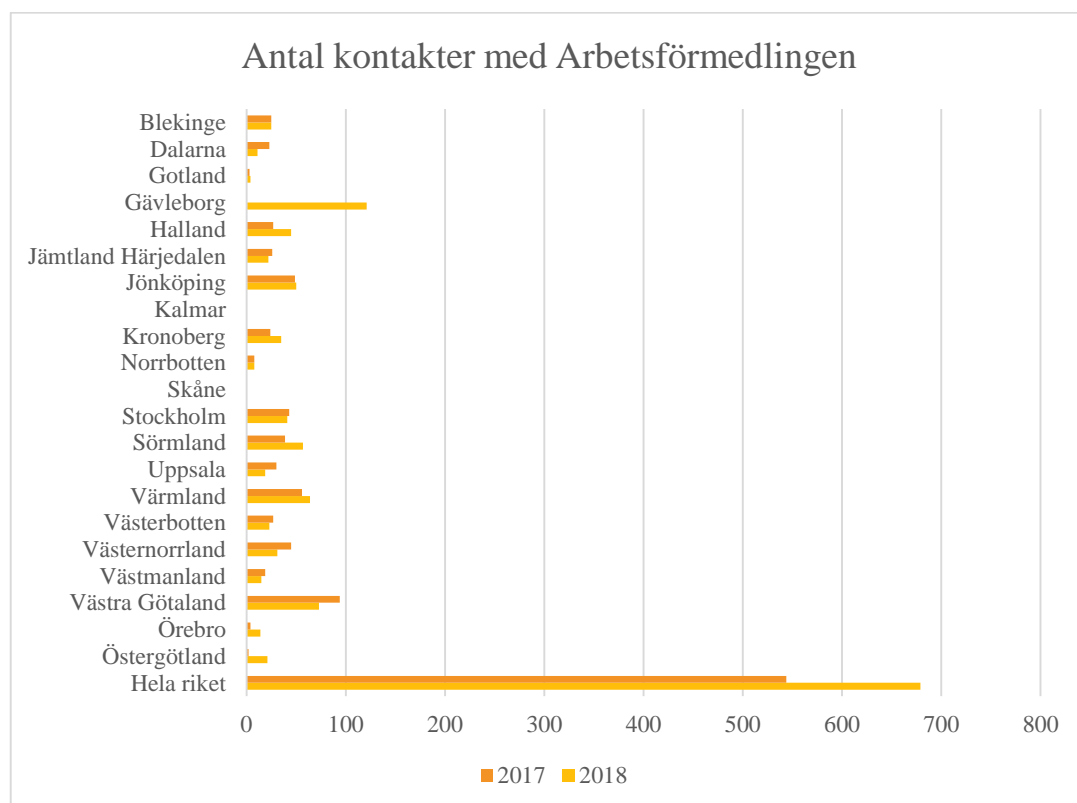
Landsting/region	Arbetsgivare	Arbetsförmedlingen
Blekinge	103	25
Dalarna	47	11
Gotland	21	4
Gävleborg	109	121
Halland	181	45
Jämtland Härjedalen	42	22
Jönköping	368	50
Kalmar	2	0
Kronoberg	151	35
Norrbottn	63	8
Skåne	0	0
Stockholm	1 980	41
Sörmland	166	57
Uppsala	116	19
Värmland	95	64
Västerbotten	264	23
Västernorrland	121	31
Västmanland	43	15
Västra Götaland	209	73
Örebro	59	14
Östergötland	25	21
Hela riket	4 165	679

För 2018 har landstingen och regionerna rapporterat att totalt 4 165 kontakter tagits med arbetsgivare, vilket är en ökning med 16 procent jämfört med 2017, då 3 592 kontakter rapporterades in. Den största ökningen har skett i Region Stockholm, medan antalet kontakter minskade mest i Region Jönköping. Resultatet av antalet rapporterade kontakter med arbetsgivare presenteras för 2017 och 2018 för respektive landsting och region (Figur 1).



Figur 1. Antal rapporterade kontakter med arbetsgivare i samband med behandlingsinsatser under 2017 och 2018 för respektive landsting och region, inom ramen för överenskommelsen.

Antalet kontakter med Arbetsförmedlingen var 2018 totalt 679, jämfört med 544 kontakter 2017, vilket är en ökning med 25 procent. Den största ökningen har rapporterats i regionerna Gävleborg, Halland, Sörmland, Östergötland och Kronoberg. En minskning av antalet kontakter har skett i Västra Götaland, Västernorrland, Uppsala och Dalarna. Resultatet av antalet rapporterade kontakter med Arbetsförmedlingen presenteras för 2017 och 2018 för respektive landsting och region (Figur 2).



Figur 2. Antal rapporterade kontakter med Arbetsförmedlingen i samband med behandling under 2017 och 2018 från respektive landsting och region.

Ersättning enligt överenskommelsen 2018

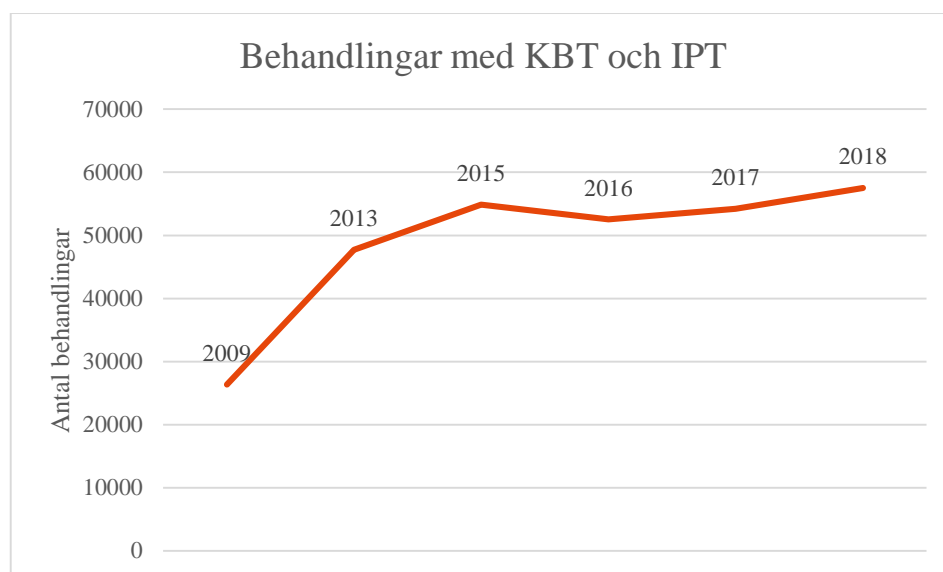
Ersättningen var 3 000 kronor per patient där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen i samband med behandlingsinsatsen. Under 2018 utbetalades totalt 14 532 miljoner kronor, av maximalt 50 miljoner kronor, till regionerna för behandlingar där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen enligt överenskommelsens villkor 3. Det är en ökning med 17 procent jämfört med 2017, då totalt 12 408 miljoner kronor betalades ut till regionerna.

Förändring över tid avseende behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

KBT och IPT vid psykisk ohälsa

I sammanställningen av antal genomförda behandlingar redovisas KBT- och IPT-behandlingar tillsammans för 2009 och 2013 samt för åren 2015–2018 (Tabell 7).

Utvecklingen över tid visar på en ökning av antal behandlingar fram till 2015, därefter rapporteras en relativt stabil nivå av antal behandlingar till och med 2017. Under 2018 har antalet genomförda behandlingar återigen ökat (Figur 3). Antalet individer per tusen invånare som fått behandling med KBT/IBT har också varit i stort sett oförändrat från 2015 till och med 2017, för att sedan öka något under 2018 (Tabell 7).



Figur 3. Förändring över tid av antal rapporterade behandlingar med KBT och IPT på riksnivå från och med 2009 till och med 2018, sammanlagt sex årsredovisningar.

Tabell 7. Antal genomförda behandlingar med KBT- och IPT som rapporterats in från respektive landsting och region för 2009, 2013 och 2015–2018, samt antal individer i åldern 16-67 år² per tusen invånare som under samma perioder fått behandling.

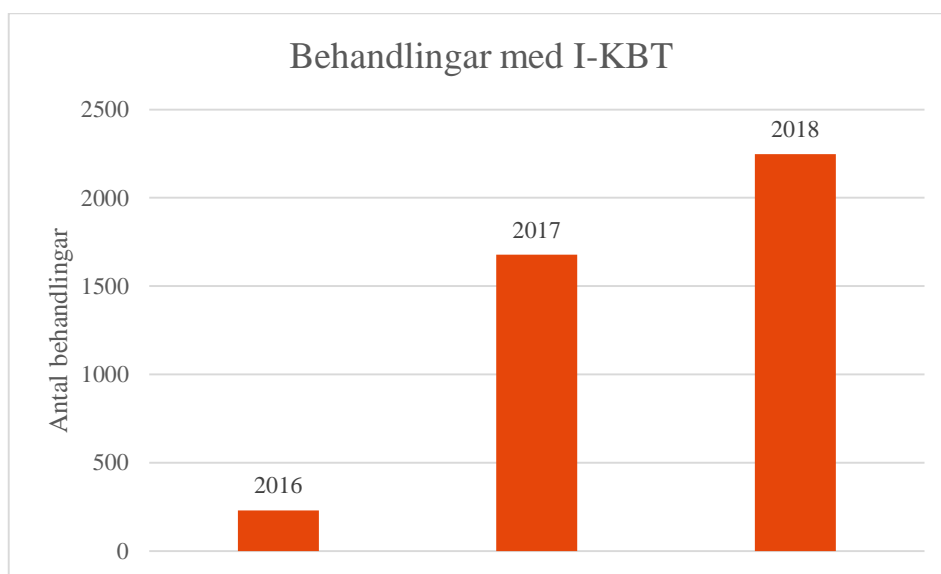
Landsting/ Region	2009		2013		2015		2016		2017		2018	
	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.	KBT, IPT	Per 1000 inv.
Blekinge	444	4,6	627	6,7	472	5,1	478	5,1	557	5,6	391	3,9
Dalarna	947	5,1	976	5,7	1 242	7,3	1 041	6,2	620	3,5	386	2,2
Gotland	162	4,4	298	8,4	244	7,0	440	12,6	615	16,6	618	16,8
Gävleborg	986	5,6	1 608	9,4	1 079	6,3	1 110	6,5	1 113	6,2	1 157	6,5
Halland	477	2,5	1 345	7,1	1 430	7,5	908	4,7	1 032	5,1	1 296	6,4
Jämtland Härjedalen	511	6,3	299	3,8	235	3,0	509	6,6	260	3,2	169	2,1
Jönköping	1 051	4,8	1 081	5,1	1 566	7,4	1 427	6,7	1 246	5,5	1 406	6,2
Kalmar	332	2,2	875	6,1	762	5,3	1 196	8,4	1 164	7,7	1 450	9,6
Kronoberg	444	3,8	436	3,7	434	3,7	242	2,1	262	2,1	203	1,6
Norrbottnen	576	3,6	598	3,8	611	3,9	1 026	6,6	1 191	7,4	1 263	7,9
Skåne	2 149	2,7	12 175	15,0	14 679	17,9	14 271	17,2	13 443	15,5	12 381	16,2
Stockholm	2 487	1,8	7 573	5,3	12 204	8,5	11 316	7,8	11 849	7,7	14 529	10,1
Sörmland	1 174	6,9	1 593	9,4	1 596	9,3	2 278	13,3	2 219	12,2	1 919	10,6
Uppsala	1 038	4,6	1 189	5,3	1 175	5,2	1 216	5,4	1 373	5,7	1 304	5,4
Värmland	811	4,6	1 138	6,7	1 068	6,3	823	4,9	722	4,1	906	5,1
Västerbotten	289	1,7	403	2,4	764	4,6	223	1,3	483	2,8	498	2,9
Västernorrland	334	2,1	591	4,0	913	6,2	28	0,2	715	4,6	607	4,0
Västmanland	1 269	7,9	1 186	7,3	1 243	7,7	1782	11,0	2 290	13,4	2 731	16,0
Västra Götaland	8 942	8,5	11 153	10,7	11 359	10,9	10 853	10,4	10 414	9,4	10 278	9,3
Örebro	1 107	5,9	752	4,2	693	3,0	410	2,3	658	3,5	649	3,4
Östergötland	810	2,9	1 830	6,6	1 115	4,0	947	3,4	1 996	6,8	2 381	8,1
Hela riket	26 340	4,4	47 726	6,5	54 884	8,9	52 524	8,3	54 222	8,3	57 513	8,8

² För 2009-2016 baserades beräkningarna på individer i åldern 16-65 år.

Behandling med I-KBT, PDT, EMDR och annan psykologisk behandling vid psykisk ohälsa

Antal genomförda behandlingar med I-KBT, PDT, EMDR och annan psykologisk behandling redovisas nedan för 2017 och 2018 (Tabell 8). En ökning av I-KBT har skett från och med 2016 (första året som I-KBT rapporterades) till och med 2018 (Figur 4). År 2018 rapporterades totalt 2 248 genomförda behandlingar jämfört med 1 678 behandlingar 2017 och 230 behandlingar 2016. De regioner som har stått för den största ökningen under 2018 är Västra Götaland och Blekinge.

Även antalet behandlingar med PDT har ökat från totalt 10 260 rapporterade behandlingar 2017 till 12 093 under 2018, vilket motsvarar en ökning på 18 procent. Regionerna Skåne och Stockholm står för den största ökningen. En viss ökning har också skett för antalet Annan psykologisk behandling, samtidigt som antalet behandlingar med EMDR är relativt oförändrat.



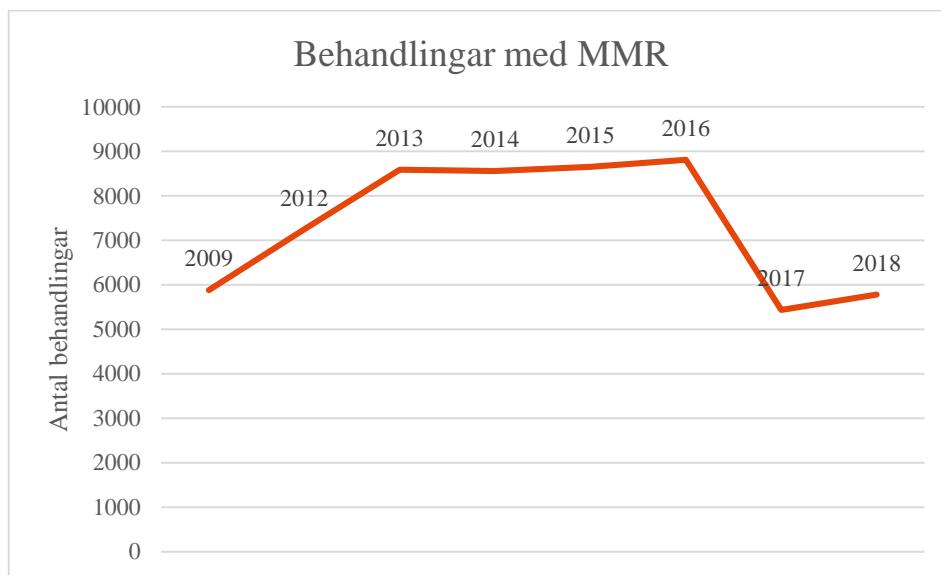
Figur 4. Förändring i antal rapporterade behandlingar med I-KBT på riksnivå från och med 2016 till och med 2018.

Tabell 8. Antal genomförda behandlingar med I-KBT, PDT, EMDR och annan psykologisk behandling för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa som rapporterats in från respektive region för 2017 och 2018.

Landsting/region	I-KBT		PDT		EMDR		Annan psykologisk behandling	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Blekinge	0	137	0	0	0	0	0	3
Dalarna	382	316	0	0	0	0	0	0
Gotland	0	2	47	170	0	0	0	0
Gävleborg	99	83	89	134	0	0	0	0
Halland	0	0	133	202	1	1	0	0
Jämtland Härjedalen	28	50	23	1	0	0	13	54
Jönköping	180	185	0	0	0	0	0	0
Kalmar	0	0	0	3	0	0	0	0
Kronoberg	2	1	0	0	0	0	2	19
Norrbottn	0	39	0	0	0	0	0	0
Skåne	0	0	3 924	4 947	0	0	0	0
Stockholm	0	0	890	1 372	0	0	23	0
Sörmland	36	26	70	78	10	5	233	307
Uppsala	0	0	56	123	0	0	0	0
Värmland	101	70	0	0	0	0	0	0
Västerbotten	28	47	0	0	0	0	165	236
Västernorrland	5	2	0	0	0	0	41	30
Västmanland	6	2	15	15	3	1	5	6
Västra Götaland	90	498	4 420	4 528	0	0	0	0
Örebro	114	96	83	67	0	0	16	9
Östergötland	607	694	510	453	141	141	0	0
Hela riket	1 678	2 248	10 260	12 093	155	148	498	664

MMR vid långvarig smärta

MMR 1 och MMR 2 redovisas tillsammans i sammanställningen av genomförda behandlingar med MMR för respektive landsting och region och över tid, för 2009 och för åren 2012–2018 (Tabell 9). Antal individer beräknat per tusen invånare som erhållit behandling med MMR har, efter en relativt stabil nivå mellan 2013 och 2015, minskat under 2017 och 2018. Förändring över tid från 2009 till 2018 av totalt antal behandlingar med MMR visar på samma mönster (Figur 5). En liten ökning av antalet behandlingar har dock skett 2018 jämfört med 2017.



Figur 5. Förändring över tid av antal rapporterade behandlingar med MMR på riksnivå från och med 2009 till och med 2018.

Vid beräkning av antal individer per tusen invånare som har fått behandling under 2018 är genomsnittet totalt för alla regioner 0,9 behandlingar (Tabell 9). De regioner som ligger över genomsnittet är Norrbotten, Värmland, Skåne och Uppsala, medan region Kalmar, Gotland, Halland, Kronoberg, Sörmland, Gävleborg, Västerbotten, Jönköping och Västernorrland ligger under riksgenomsnittet. Regionerna Norrbotten och Skåne är de som har ökat mest mellan 2016 och 2018. Region Blekinge, Jämtland Härjedalen och Gävleborg har minskat mest under samma period.

Tabell 9. Antal genomförda behandlingar med MMR för långvarig smärta som rapporterats under 2009 och 2013–2018, samt antal individer i åldern 16-67 år³ per tusen invånare som under samma perioder erhållit behandling.

Landsting Region	2009		2013		2015		2016		2017		2018	
	MMR totalt	Per 1000 inv.	MMR totalt	Per 1000 inv.	MMR totalt	Per 1000 Inv.	MMR totalt	Per 1000 inv.	MMR totalt	Per 1000 inv.	MMR totalt	Per 1000 inv.
Blekinge	199	2,1	167	1,8	179	1,2	139	1,5	141	1,4	93	0,9
Dalarna	279	1,6	241	1,4	191	0,7	110	0,7	209	1,2	182	1,0
Gotland	0	0	51	1,4	18	1,1	8	0,2	8	0,2	8	0,2
Gävleborg	124	0,7	276	1,6	281	1,0	186	1,1	80	0,4	85	0,5
Halland	103	0,5	171	0,9	144	0,5	30	0,2	44	0,2	75	0,4
Jämtland Härjedalen	163	2,0	162	2,1	164	1,3	183	2,4	83	1,0	76	0,9
Jönköping	205	1,0	289	1,4	234	0,7	180	0,8	140	0,6	140	0,6
Kalmar	108	0,7	390	2,7	110	0,5	24	0,2	16	0,1	12	0,1
Kronoberg	138	1,2	218	1,9	153	0,8	85	0,7	47	0,4	35	0,3
Norrbottn	199	1,2	234	1,5	227	0,9	208	1,3	186	1,2	257	1,6
Skåne	747	0,9	1 729	2,1	2 257	1,8	4 153	5,1	645	0,7	1 022	1,2
Stockholm	1 706	1,3	1 433	1,0	1 728	0,8	1 377	0,9	1 616	1,0	1 451	0,9
Sörmland	123	0,7	182	1,1	114	0,4	89	0,5	65	0,4	66	0,4
Uppsala	177	0,8	343	1,5	373	1,1	343	1,5	292	1,2	260	1,1
Värmland	180	1,1	189	1,1	439	1,6	251	1,5	230	1,3	239	1,4
Västerbotten	180	1,1	189	1,1	224	0,9	79	0,5	170	1,0	113	0,6
Västernorrland	107	0,7	186	1,3	195	0,8	11	0,1	89	0,5	107	0,7
Västmanland	197	1,2	137	0,8	125	0,5	163	1,0	110	0,7	133	0,8
Västra Götaland	592	0,6	1509	1,5	1 033	0,6	966	0,9	829	0,8	961	0,9
Örebro	153	0,9	174	1,0	175	0,6	87	0,5	136	0,7	158	0,8
Östergötland	199	0,7	313	1,1	287	0,6	140	0,5	296	1,0	308	1,0
Hela riket	5 879	1	8 583	1,4	8 651	1,4	8 812	1,5	5 432	0,8	5 781	0,9

³ För år 2009–2016 baserades beräkningarna på individer i åldern 16-65 år.

Resultat enkätundersökning

I följande del av rapporten presenteras erfarenheter och synpunkter från respektive region om tillgång, resurser och organisation samt aktuella ersättningsnivåer för behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta för 2018. Resultaten är baserade på svar på en enkät som skickade ut från SKL (bilaga 1), vilken har besvarats av processledare från samtliga regioner. Svaren redovisas sammanfattningsvis för respektive fråga.

Utbud av behandlingsinsatser för psykisk ohälsa

I enkäten efterfrågades regionernas utbud av behandlingsinsatser motsvarande de som finns definierade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017 för invånare i åldern 16–67 år, enligt överenskommelsen. Alla regioner har erbjudit behandlingar enligt riktlinjerna och i huvudsak har dessa utförts inom primärvården, av både offentliga och privata vårdgivare. Behandlingar ges både enskilt och som gruppbehandling. En liten andel psykologisk behandling för psykisk ohälsa utförs även inom specialistvården inom psykiatrin och på smärtkliniker och smärtenheter. De huvudsakliga synpunkterna som regionerna rapporterade var:

- Efterfrågan och behov av behandling har rapporterats vara större än det befintliga utbudet i regionerna Stockholm, Uppsala, Kronoberg, Halland, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten. Konsekvenserna har blivit längre väntetider i varierande utsträckning. Orsaker uppges vara att behovet av behandling för psykisk ohälsa gradvis har ökat i regionerna och att det i vissa regioner har varit svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.
- En utmaning i att samla in uppgifter från alla vårdgivare för rapportering av genomförda insatser till Försäkringskassan har beskrivits i två regioner. Region Värmland har därför enbart rapporterat psykologisk behandling och MMR. Den omfattande rapporteringen från ett stort antal vårdgivare har uppgivits som en orsak till att övrig behandling inte alls har rapporterats. I Region Sörmland har problem med rapporteringen medfört en underrapportering av I-KBT när man har jämfört antalet inrapporterade behandlingar med sin egen besöksstatistik.
- Utbudet av I-KBT har successivt ökat i flera regioner. Regionerna Kalmar och Östergötland erbjuder kontinuerlig utbildning till behandlande vårdpersonal i I-KBT för att möta upp det ökande behovet. Regionerna Sörmland och Värmland har erbjudit I-KBT, vilket även Norrbotten har gjort med inriktning specifikt mot ångest. I Västra Götalandsregionen pågår en utökning av I-KBT inom primärvården för patienter med depression och ångest. Syftet är att öka tillgängligheten till psykologisk behandling.

- Västra Götalandsregionen har ökat tillgängligheten till psykologisk behandling för unga genom ett särskilt projekt med inriktning mot ungas psykiska hälsa i åldern 6-18 år, vilket har berört personer i åldern 16-18 år inom ramen för överenskommelsen. I Region Stockholm har en ökning av antal videobesök rapporterats, som en del i behandlingen inom ramen för överenskommelsen. I Region Värmland har vissa patienter med stressrelaterad ohälsa erbjudits behandling med MMR 2. Erfarenheter från Region Västerbotten har visat att kompetensen om psykosociala faktorer har ökat hos behandlande personal inom primärvården under perioden som de statliga överenskommelserna funnits. I Region Norrbotten pågår ett arbete med att utveckla triagering och införandet av psykosociala team inom primärvården för att minska väntetider till behandling.

Utbud av behandlingsinsatser för långvarig smärta

Alla regioner har rapporterat att det finns ett utbud av MMR enligt överenskommelsen (Tabell 10). Däremot har inte alla regioner rapporterat antal leverantörer av MMR 1 respektive MMR 2. Behandling med MMR 1 utförs uteslutande inom primärvården, både i offentlig och privat regi. Behandling med MMR 2 utförs i huvudsak inom specialistvården, men Region Gotland, Dalarna och Västra Götaland rapporterar att det även erbjuds inom primärvården. Region Värmland och Jämtland Härjedalen erbjuder MMR 2 hos externa utförare (utanför regionen) som de tecknat avtal med. Alla regioner har ett större utbud av MMR 1 än av MMR 2 förutom Region Stockholm, där utbudet av MMR 2 är betydligt större än av MMR 1. Orsaken till detta uppges vara att finns ett vårdval för MMR 2 med god tillgänglighet. Region Gävleborg rapporterar att utbudet av MMR har minskat under 2018, Region Västernorrland uppger däremot att utbudet och resurserna istället är oförändrat, men ojämnt fördelat inom regionen. Region Norrbotten rapporterar en minskad efterfrågan av MMR 1. Orsaken uppges vara att regionen utvecklat sitt arbetssätt för smärtbehandling inom primärvården.

Det finns en diskrepans mellan uppgifter om antal genomförda behandlingar med MMR som rapporterats in till Försäkringskassan, och hur regionerna via enkäten har rapporterat tillgång och antal leverantörer av MMR. Ett exempel är Region Kalmar som erbjuder både MMR 1 och MMR 2 enligt ett ackrediteringsavtal, men som har valt att inte rapportera in antal genomförda behandlingar. Orsaken uppges vara att kraven för att få ersättning för MMR upplevs som för styrande.

Tabell 10. Antal leverantörer av MMR 1 och MMR 2 i respektive region.

Landsting/region	MMR 1	MMR 2
Blekinge	2	Ja, antal ej rapporterat
Dalarna	24	3
Gotland	1	1
Gävleborg	10	5
Halland	49	1
Jämtland Härjedalen	Ja, antal ej rapporterat	1 (utförs externt)
Jönköping	7	1
Kalmar	Ja, antal ej rapporterat	2
Kronoberg	Ja, antal ej rapporterat	1
Norrbottn	Ja, antal ej rapporterat	Ja, antal ej rapporterat
Skåne	0	8
Stockholm	2	12
Sörmland	1	1
Uppsala	7	1
Värmland	2	2
Västerbotten	5	1
Västernorrland	Ja, antal ej rapporterat	Ja, antal ej rapporterat
Västmanland	Ja, antal ej rapporterat	1
Västra Götaland	13	9
Örebro	4	1
Östergötland	Ja, antal ej rapporterat	1

Förändring i antal genomförda behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta

Alla regioner har redovisat förändring i antal rapporterade behandlingar för psykisk ohälsa och behandling med MMR som har genomförts år 2018, jämfört med år 2017.

När det gäller behandling för psykisk ohälsa har en ökning av KBT/ IPT rapporterats i elva regioner: Stockholm, Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Skåne, Halland, Värmland, Västmanland och Norrbotten. En ökning av I-KBT specifikt har rapporterats i Sörmland, Uppsala, Östergötland, Västra Götaland och Dalarna, och uppges i vissa fall ha ersatt traditionell KBT. Endast Region Jämtland Härjedalen har rapporterat en minskning av behandlingar med KBT/IPT. Orsaken till detta har troligen varit underrapportering av genomförda behandlingar. Region Värmland har sett en minskning av antalet genomförda behandlingar med I-KBT, vilket förklarats med en stor personalomsättning och brist på personal med kompetens i att utföra behandlingsmetoden. Västra Götalandsregionen och Region Gotland har redovisat en ökning av antalet genomförda behandlingar med PDT. Region Sörmland rapporterar en minskning, medan övriga regioner inte har redovisat resultatet för

PDT specifikt. För övriga regioner har antalet genomförda behandlingar för psykisk ohälsa år 2018 varit oförändrat jämfört med år 2017.

Sammanfattningsvis uppgav en majoritet av regionerna en ökning av antal genomförda behandlingar för psykisk ohälsa 2018, jämfört med 2017. Förklaringen är att I-KBT har ökat markant i flera regioner. I regionerna Uppsala, Östergötland och Västerbotten har metoder för att genomföra I-KBT i större omfattning utvecklats under det senaste året, eller är under uppbyggnad.

Förändring av antalet genomförda behandlingar med MMR varierar i regionerna. En ökning har rapporterats i Östergötland, Kronoberg, Västmanland och Västra Götaland. Däremot har antal behandlingar minskat i regionerna Sörmland, Kalmar, Värmland och Jämtland Härjedalen. En orsak till minskningen i Region Jämtland Härjedalen uppgavs vara en underrapportering av antal genomförda behandlingar. I Region Värmland har antal behandlingar med MMR minskat vid långvarig smärta samtidigt som MMR uppgavs ha ökat som behandling av stressrelaterad ohälsa. Region Gotland, Halland och Västerbotten har inte redovisat några uppgifter om förändring över tid av antal genomförda behandlingar med MMR. I Region Halland har inga uppgifter om antal genomförda behandling rapporterats från 2017 och det går därför det inte att jämföra 2017 med 2018.

Ersättning för MMR vid långvarig smärta 2018

Ersättningsmodeller och nivåer för MMR 1 och MMR 2 har varierat mycket mellan olika landsting och regioner (Tabell 11). I de flesta regioner har en prestationsbaserad ersättningsmodell används där MMR 1 ersatts med ett lägre belopp jämfört med MMR 2 för genomförda behandlingar. Skillnad i ersättningsnivå mellan MMR 1 och MMR 2 har också varierat mellan regionerna. I regionerna Gotland, Skåne, Värmland och Norrbotten har samma ersättningsnivå rapporterats för MMR 1 och MMR 2, medan Region Blekinge har valt en högre ersättning för MMR 1 för att stimulera primärvården att genomföra behandling med MMR 1.

Några regioner har valt att använda en modell med ersättning per listad patient. Region Sörmland, Kronoberg och Västernorrland använder icke prestationsbaserade modeller för både MMR 1 och MMR 2. Region Halland och Västerbotten använder anslagsfinansierad ersättningsmodell för MMR 2, men har valt en prestationsbaserad modell för MMR 1 där man har ersatt per genomförd behandling.

Regionerna Stockholm, Halland och Gävleborg har specifikt ersatt insatser där kontakter tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen, utöver ersättning för MMR. I Region Västerbotten har kontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen varit ett krav i samband med behandlingen för att ersättning för MMR skulle betalas ut.

Några regioner har rapporterat att MMR numera är implementerat i ordinarie verksamhet och därför har ingen särskild ersättning utgått till verksamheterna. I Region Östergötland och Örebro har både MMR 1 och MMR 2 ingått i grunduppdragen, medan Region Västmanland och Halland enbart har haft MMR 2 i sin ordinarie verksamhet. Uppgifter om ersättningsmodeller och nivåer för MMR har rapporterats på olika sätt från landsting och regioner. Siffrorna bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 11. Ersättningsnivå i respektive landsting och region för behandling med MMR 1 och MMR 2 per patient eller per verksamhet 2018.

Landsting/region	Ersättning MMR 1	Ersättning MMR 2
Blekinge	24 000 kr	16 000 kr
Dalarna	10 000 kr (bedömning) 12 500 kr (behandling)	17 500 kr
Gotland	25 000 kr	25 000 kr
Gävleborg	10 000 kr	20 000 kr
Halland	12 000 kr	
Jämtland Härjedalen	10 000 kr	25 000 kr
Jönköping	25 000 kr	35 000 kr
Kalmar	15 000 kr	35 000 kr
Kronoberg	42 kr per listad patient	1 miljoner kr per år totalt till primärvården
Norrbottnen	20 000 kr	20 000 kr
Skåne	27 500 kr	27 500 kr
Stockholm	15 000 kr	85 000 kr*
Sörmland	Ingen uppgift om ersättningsnivå rapporterad	
Uppsala	20 000 kr	25 000 kr
Värmland	38 000 kr	38 000 kr
Västerbotten	25 000 kr (inkl. kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling)	2 miljoner kr per år totalt
Västernorrland	75 000 kr per år	1,5 miljoner kr per år totalt
Västmanland	Ingen särskild ersättning betalas ut	
Västra Götaland	35 000 kr	55 000 kr
Örebro	Ingen särskild ersättning betalas ut	
Östergötland	Ingen uppgift om ersättningsnivå rapporterad	

*Maximalt takbelopp beroende på antal besök och avslutad behandling

Ersättning för KBT och IBT vid psykisk ohälsa 2018

I likhet med ersättningen för MMR har både prestationsbaserade modeller och ersättning per listad patient tillämpats, för behandling med KBT/ IPT för lindrig till medelsvår psykisk ohälsa (depression, ångest och stressreaktioner) i regionerna (Tabell 12). Region Blekinge har en högre ersättning för behandling inom primärvården jämfört med specialistvården för att på så sätt stimulera till ökad

tillgänglighet till KBT/ IPT inom primärvården. I övriga regioner är ersättningsnivåerna lika stora för behandling i primärvård och specialistvård. Region Västerbotten har en ersättningsmodell med specificerad ersättning för KBT, I-KBT samt distans-KBT (ej närmare beskrivet). I Västra Götalandsregionen och Region Örebro utgår ingen specifik ersättning.

Tabell 12. Ersättning i respektive landsting och region för behandling med KBT/ IPT per patient eller per verksamhet 2018.

Landsting/region	Ersättning KBT/ IPT
Blekinge	8 000 kr (primärvård) 4 000 kr (specialistvård)
Dalarna	1 000 kr (bedömning) 5 000 kr (behandling)
Gotland	1 000 kr
Gävleborg	5 000 kr
Halland	5 000 kr
Jämtland Härjedalen	3 000 kr
Jönköping	5 000 kr
Kalmar	8 000 kr
Kronoberg	42 kr per listad patient
Norrbottnen	3 000 kr
Skåne	98,9 miljoner kr per år (totalt i regionen)
Stockholm	1 000 kr
Sörmland	Ersättning per listad patient (ingen uppgift om ersättningsnivå rapporterad)
Uppsala	8 000 kr
Värmland	6 000 kr (KBT) 8 000 kr (IPT)
Västerbotten	12 000 kr (KBT) 10 000 kr (I-KBT respektive distans-KBT)
Västernorrland	Ersättning per listad patient (ingen uppgift om ersättningsnivå rapporterad)
Västmanland	Ersättning per listad patient, max 6 000 kr/ enhet
Västra Götaland	Ingen särskild ersättning betalas ut
Örebro	Ingen särskild ersättning betalas ut
Östergötland	25,2 miljoner kr per år (totalt i regionen)

Införande av MMR via vårdval och hälsoval

De flesta landsting och regioner har inte infört MMR 1 eller MMR 2 som vårdval eller hälsoval under 2018. Region Stockholm har infört vårdval för MMR 2 och har ett tilläggsuppdrag för MMR 1 inom vårdvalet för husläkaruppdraget. I Region Blekinge är MMR 1 också ett tillägg inom vårdvalet för primärvård. Region Västmanland har infört vårdval, utan någon närmare

beskrivning. Region Skåne rapporterar att de har haft MMR som vårdval, men avslutade detta och gjorde en upphandling enligt LOU. Ingen av de övriga regionerna har infört MMR inom något vårdval eller hälsoval.

Planering för att bibehålla resurser för MMR när de statliga stimulansmedlen upphör 2020

Planering och strategier för att fortsätta med MMR har varierat mellan olika regioner. Regionerna Stockholm, Kalmar och Jämtland Härjedalen har uppgett att resurserna för verksamheten troligen kommer att minska när stimulansmedlen försvinner. I regioner där MMR är integrerad eller ska integreras i den ordinarie verksamheten (Östergötland, Gotland, Skåne, Örebro, Halland, Västmanland, Dalarna och Västerbotten) och därmed inte är lika beroende av statsbidraget, kommer behandlingsinsatserna att fortsätta i samma omfattning som tidigare. Region Uppsala ska under 2020 utgå från en tillfällig modell för att integrera MMR i ordinarie verksamhet, under 2021 övergår man till en regionövergripande modell.

Flera regioner har rapporterat att det råder osäkerhet kring hur MMR ska kunna finansieras i samma omfattning när stimulansmedlen försvinner. Det finns även oklarheter om hur MMR ska bedrivas. Generellt är MMR 2 i högre grad etablerad i regionerna jämfört med MMR 1, vilket talar för att MMR 2 även fortsättningsvis kommer att bedrivas i flera regioner. Det har rapporterats vara svårare att etablera MMR 1 i flera regioner, trots stimulansmedel via överenskommelsen. Det gör att utmaningarna är större för att fortsätta driva MMR 1 i samma omfattning när medlen upphör. Några orsaker till svårigheter att etablera MMR 1 inom primärvården har framkommit i enkäten. Bland annat rapporterar Region Västmanland om en hög personalomsättning som lett till brist på kompetens. Flera regioner uppger en förväntad sämre ekonomi vilket också bidrar till svårigheter att kunna fortsätta bedriva MMR 1.

Organisation av verksamhet för MMR och andra behandlingsinsatser vid långvarig smärta 2018

Verksamheten för MMR och annan smärtbehandling enligt överenskommelsen, har varit organiserad i både offentlig och privat regi i de flesta regioner. Samtliga regioner har bedrivit behandling med MMR 1 inom primärvården och i majoriteten av regionerna har MMR 2 bedrivits inom specialistsjukvården, företrädesvis på smärt- och rehabiliteringskliniker. I regionerna Gotland, Dalarna och Västra Götaland har MMR 2 bedrivits även inom primärvården i specialistteam. Region Jämtland Härjedalen har haft avtal med extern leverantör om MMR 2. Region Värmland har haft MMR 2 delvis organiserad inom specialistvård inom regionen och delvis via avtal med extern leverantör. Region Stockholm har haft MMR 2 i vårdval och på rehabiliteringsklinik i egen regi. Övriga regioner har organiserat MMR 2 i egen regi.

Organisation av verksamhet för KBT, IPT och andra behandlingsinsatser vid psykisk ohälsa

Majoriteten av alla behandlingar av patienter med lindrig till medelsvår depression, ångest eller stressreaktioner, som genomförts inom ramen för överenskommelsen, har erbjudits inom primärvården. Verksamheten har varit organiserad i både offentlig och privat regi. Behandling med KBT/ IPT och annan psykologisk behandling sker både enskilt och i grupp. Samtliga regioner har erbjudit behandling av psykisk ohälsa, inom ramen för överenskommelsen, inom primärvården via vårdval primärvård.

Funktion för koordinering

I överenskommelsens villkor 2 ingår att regionerna ska införa en funktion för koordinering för patienters rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. På SKL:s hemsida finns ett rikligt material om denna funktion inklusive utbildningsmaterial. Från och med 2020 förväntas funktionen regleras av en lag. Uppföljning av funktion för koordinering kommer delvis att ske av SKL. I denna rapport redovisas endast regionernas utbud av koordineringsfunktionen inom psykiatrin.

Utbud av rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatrin

Alla landsting och regioner har rapporterat att de har rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatrin (Tabell 13). Koordineringsfunktionen har varit på heltid, deltid och i vissa fall kombinerad med rehabiliteringskoordinering inom andra närliggande områden. Antal rehabiliteringskoordinatorer beräknat per 10 000 invånare var i genomsnitt 0,2 för hela riket. Redovisningen anger endast rapporterat antal rehabiliteringskoordinatorer och inte antal tjänster.

Tabell 13. Antal rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatrin i respektive region samt antal rehabiliteringskoordinatorer per 10 000 invånare i åldern 16–67 år.

Landslag/region	Antal rehabiliterings- koordinationer	Per 10 000 invånare
Blekinge	3	0,3
Dalarna	3	0,2
Gotland	1	0,3
Gävleborg	5	0,3
Halland	6	0,3
Jämtland Härjedalen	1	0,1
Jönköping	6	0,3
Kalmar	8	0,5
Kronoberg	1	0,1
Norrbottn	4	0,2
Skåne	5	0,1
Stockholm	16	0,1
Sörmland	3	0,2
Uppsala	2	0,1
Värmland	2	0,1
Västerbotten	19	1,1
Västernorrland	4	0,3
Västmanland	3	0,2
Västra Götaland	12	0,1
Örebro	2	0,1
Östergötland	10	0,3
Hela riket	127	0,2

Slutliga kommentarer

Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta enligt överenskommelsen (villkor 3 och tidigare Rehabiliteringsgarantin) har varierat över tid i landsting och regioner. Utbudet och antal rapporterade behandlingar ökade stadigt under de första åren de statliga överenskommelserna gällde, för att sedan minska under 2016 och 2017, då förutsättningarna förändrades. Antal behandlingar med KBT, PDT och MMR har dock ökat igen under 2018, där KBT står för den största ökningen. Avseende I-KBT har en gradvis ökning skett de senaste två åren på riksnivå. Av dem som fått behandling är drygt 70 procent kvinnor, vilket är i stort sett oförändrat jämfört med tidigare rapporter.

Flera regioner har rapporterat om en ökning av antal individer som söker vård för psykisk ohälsa och om satsningar för att öka kompetens och tillgänglighet för att möta upp en ökad efterfrågan på behandling, till exempel I-KBT. I vissa regioner har det dock varit problem med personal- och kompetensförsörjning för att i tillräcklig omfattning kunna erbjuda behandling.

Oro finns också över hur MMR ska kunna fortsätta att bedrivas i samma omfattning när de statliga stimulansmedlen upphör, i synnerhet MMR 1 som bedrivs inom primärvården.

De särskilda stimulansmedlen för kontakter tagna med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen resulterade i en ökning med 16 procent (arbetsgivare) respektive 25 procent (Arbetsförmedlingen) av antalet rapporterade kontakter 2018 jämfört med 2017. Trots ökningen utbetalades endast en knapp tredjedel av den maximala summan som avsatts på 50 miljoner kronor. Antalet rapporterade kontakter tagna med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen har gradvis ökat sedan den särskilda ersättningen infördes i överenskommelsen 2016, men dessa kontakter behöver fortsätta utvecklas för att ytterligare främja återgång i arbete.

Ersättningsmodeller och organisation av behandlingsinsatser skiljer sig åt mellan olika regioner, vilket sannolikt har påverkat i vilken omfattning genomförda behandlingar har rapporterats till Försäkringskassan. En underrapportering av antalet genomförda behandlingar har också framkommit regionernas enkätsvar.

Bilaga 1

Frågor om Överenskommelsen 2018, villkor 3.

Tacksam om ni inom er region kan svara på nedanstående frågor. Vi kommer att presentera era svar i den rapport som SKL tar fram om utfallet för Överenskommelsen, villkor 3, för 2018. Skriv kortfattat i skrivrutan efter respektive fråga

Skicka ditt/ert svar senast **den 22 maj** till anne-marie.noren@skl.se

Svarande region:

FRÅGOR

1. Hur är utbudet i er region på behandlingar för depression, lindrig eller medelsvår ångest, samt för stressreaktioner för personer i åldrarna 16-67 år (inom Överenskommelsen)? Här menas behandlingar som finns definierade i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017.

2. Hur är utbudet i er region på behandlingar för långvarig ospecificerad smärta i nacke, rygg och axlar för personer i åldrarna 16-67 år (inom Överenskommelsen)? Här menas behandlingar som finns definierade i SBU:s rapport "Rehabilitering vid långvarig smärta". Uppge gärna antal leverantörer för MMR 1 och MMR 2.

3. Vår region har rapporterat ett ökat/minskat eller samma antal MMR eller KBT/IPT behandlingar 2018 jämfört med 2017 och det beror på följande orsak/orsaker. (Ni behöver inte ange hur stor ökningen eller minskningen är.)

4. Vad var ersättningen i er region för en MMR1 och en MMR 2 för ospecifik smärta i nacke, rygg och axlar under 2018?

5. Vad var ersättningen i er region för KBT/IPT för depression, ångest samt stressreaktioner under 2018?

6. Har ni infört MMR1 eller MMR2 enligt överenskommelsen något vårdval i er region?

7. Hur planerar ni att bibehålla resurserna för MMR enligt överenskommelsen, när statsbidraget upphör 2020?

8. Hur var verksamheten för MMR eller annan smärtbehandling enligt överenskommelsen organiserad i er region för personer i åldrarna 16-67 år under 2018?

9. Hur var verksamheten för KBT/IPT eller annan behandling enligt överenskommelsen organiserad i er region för personer med lätt till medelsvår depression, ångest eller stressreaktioner för personer i åldrarna 16-67 år under 2018?

Följande fråga vill uppdrag psykisk hälsa gärna att ni besvarar

Hur många rehabiliteringskoordinatorer finns inom psykiatri i er region?

Tack för er medverkan!

Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta

Resultat villkor 3, Överenskommelsen inom sjukskrivning och rehabilitering 2018

I december 2016 tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överenskommelsen *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018*. Ett av villkoren gällde insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (villkor 3), med syftet att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för kvinnor och män i åldern 16-67 år med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

I den här rapporten redovisas resultatet av regionernas arbete under 2018 inom villkor 3, *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta*, både på riksnivå och regionnivå. Förändring över tid redovisas också för vissa behandlingar.

Upplysningar om innehållet
Cecilia Alfvén cecilia.alfven@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-743-5
Text: Christina Emilson