

# Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta

Rapport villkor 3, överenskommelsen inom sjukskrivning och  
rehabilitering 2020



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner



# Förord

I december 2019 tecknades överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020. 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 villkoret uppdelat på riks- och regionnivå. Förändring över tid redovisas för vissa behandlingar. Svar på några generella frågor om överenskommelsens resultat redovisas. På grund av covid-19-pandemin fick regionerna under 2021 uppskov med rapportering för 2020, vilket har medfört en fördröjning av resultatredovisningen.

Stockholm december 2021

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

## Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
Metod .....	7
Resultat 2020 .....	7
Resultat enkätundersökning.....	9
<b>Bakgrund</b> .....	<b>11</b>
Ersättning 2020 .....	11
Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa.....	12
Insatser för långvarig smärta.....	13
<b>Metod</b> .....	<b>14</b>
Insamling av data .....	14
Redovisning av resultat .....	14
<b>Resultat behandlingsinsatser</b> .....	<b>15</b>
Resultat av antal KBT och andra behandlingsinsatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa .....	15
Resultat av antal MMR och annan smärtbehandling vid långvarig smärta .....	16
Könsfördelning för genomförda behandlingar .....	17
Utförare av behandling .....	18
Kontakter arbetsgivare och Arbetsförmedlingen .....	19
Förändring över tid avseende behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta .....	21
<b>Resultat enkätundersökning</b> .....	<b>26</b>
Frågor och svar från regionerna.....	26
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>31</b>

<b>Förkortningar och begrepp</b>	<b>Förklaring</b>
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
I-KBT	Internetbaserad KBT
IPT	Interpersonell psykoterapi
KBT	Kognitiv beteendeterapi
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
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner. Tidigare Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Namnändringen trädde ikraft i november 2019.
Vårdval, Hälsoval	Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården via Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) för att patienten ska kunna välja utförare samt att ersättningen till utföraren följer den enskildes val. Tillämpning av LOV benämns olika i regionerna, vanligast Vårdval eller Hälsoval.
Rehabiliteringsgarantin	<a href="https://skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/overenskommelsersjukskrivning.31179.html">Statlig överenskommelse som gällde mellan 2008-2015</a> <a href="https://skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/overenskommelsersjukskrivning.31179.html">https://skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/overenskommelsersjukskrivning.31179.html</a>

# Sammanfattning

I december 2019 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. 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 samt 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) 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 stimulerades särskilt kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling. Detta villkor var identiskt med villkor 3 i de tidigare överenskommelserna från 2017-2018 och 2019.

Regionerna fick genom överenskommelsen, i förhållande till folkmängd, totalt 500 miljoner kronor i ersättning under 2020 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-rapporten Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), SBU-rapporten Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggsmärta (2015) och SBU:s sammanfattning av utländska kunskapsöversikter (2015).

Regionerna fick dessutom möjlighet till ytterligare maximalt 50 miljoner kronor (3 000 kr per patient) där kontakt hade tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen inom ramen för behandlingsinsatsen. Ersättningen till respektive region baserades dels på prestation, dels på regionens andel av den totala befolkningens mängden.

Psykisk ohälsa omfattar, enligt överenskommelsen, lindrig till medelsvår depression, ångestsyndrom samt stressrelaterad ohälsa. De insatser som ingick i överenskommelsen vid psykisk ohälsa var olika former av psykologisk behand-

ling 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 ingick i överenskommelsen vid långvarig smärta var i huvudsak Multimodal rehabilitering (MMR), vilken är indelad i två nivåer baserade på smärtans komplexitet: MMR 1 och MMR 2.

## **Metod**

Resultatet baseras på de uppgifter som regionerna lämnat till Försäkringskassan om antalet genomförda behandlingar för 2020, uppdelat på patientens kön och typ av vårdgivare (privat eller offentlig), samt vilka kontakter som tagits med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Erfarenheter och synpunkter samlades också in med hjälp av en enkät (bilaga 1) till regionerna via processledare inom sjukskrivning och rehabilitering i respektive region. I enkäten efterfrågades de viktigaste resultaten och de viktigaste fortsatta utmaningarna inom överenskommelsens olika områden, liksom erfarenheter och synpunkter om utbud och behov av behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta samt hur den framtida planen ser ut för att bibehålla resurserna efter överenskommelsernas upphörande.

På grund av covid-19-pandemin fick regionerna uppskov till den 15 augusti 2021 med redovisning av villkor 3 för 2020. Godkännande och utbetalning från Försäkringskassan skedde i september 2021, varefter SKR i oktober fick tillgång till data. Svaren på enkäten samlades in under våren 2021.

## **Resultat 2020**

Alla regioner har erbjudit behandling för psykisk ohälsa och långvarig smärta enligt överenskommelsen (villkor 3), vilket framgår av enkätsvaren och redovisningarna. Alla regioner har inte redovisat behandlingar i samma utsträckning som tidigare. Det beror sannolikt på att under pandemiåren har patienter inte deltagit i fysiska behandlingar i lika hög grad som tidigare. Regionerna har också haft bemanningssvårigheter såväl i sjukvårdsproduktionen som i administrationen. Ersättningarna är sedan 2016 inte heller beroende av antalet redovisade behandlingar, utan utbetalda som ett anslag, vilket också kan ha påverkat redovisningarna.

Det totala antalet rapporterade behandlingar från alla regioner 2020 uppgick till 86 094, vilket är en ökning med 5 procent jämfört med 2019. Sammanfattningsvis ökade antalet behandlingar för psykisk ohälsa, medan antalet behandlingar minskade för långvarig smärta i majoriteten av regionerna under 2020 jämfört med år 2019. Behandling med I-KBT stod för störst andel av ökningen på riksnivå.

Bland dem som fick behandling under år 2020 var 70 procent kvinnor och 30 procent var män, vilket i stort sett var samma tal jämfört med tidigare år. Könsfördelning är inte redovisad för respektive behandling.

Privata vårdgivare utförde 57 procent och offentliga vårdgivare utförde 43 procent av produktionen, vilket var i stort sett oförändrat jämfört med 2019. Antalet kontakter med arbetsgivare ökade från 4 622 år 2019 till 4650 år 2020. Antalet kontakter med Arbetsförmedlingen minskade från totalt 596 år 2019 till 414 år 2020.

Under år 2020 utbetalades, utöver ersättningen på 500 miljoner kronor, totalt 15,2 miljoner kronor av maximalt 50 miljoner kronor till regionerna för behandlingar där kontakt hade tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen enligt överenskommelsen. Det är en minskning med tre procent jämfört med 2019, då totalt 15,7 miljoner kronor betalades ut till regionerna. Det förekommer sannolikt, i likhet med tidigare år, en underrapportering av antalet behandlingar i varierande omfattning.

### **Resultat behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa**

KBT står för det största antalet behandlingar under 2020 (56 468), en marginell ökning sedan 2019. Den största procentuella ökningen på 145 procent har skett för behandling med I-KBT, från totalt 4 043 behandlingar år 2019 till totalt 9856 behandlingar år 2020.

Antalet individer per tusen invånare som fått behandling med KBT/ IPT individer var 8,6 för hela riket 2020, vilket var i stort sett oförändrat jämfört med 2019.

### **Resultat behandling vid långvarig smärta**

Det totala antalet genomförda behandlingar vid långvarig smärta som har rapporterats från alla regioner var 5 159, vilket var en minskning med 11 procent



jämfört med 2019. MMR 1 och MMR 2 har stått för den största andelen, totalt 3816 behandlingar. Antalet behandlingar med MMR har minskat med totalt 8 procent från 2019 till 2020. Antalet individer per tusen invånare som fått behandling med MMR på riksnivå var oförändrat på 0,6 år 2019 och år 2020.

## Resultat enkätundersökning

Enkäten besvarades av 20 av 21 regioner. Sju regioner svarade att utbudet inte täcker behovet för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa och sju regioner svarade att utbudet motsvarar behovet bra eller ganska bra. Sex regioner svarar inte direkt på frågan eller anger att de inte kan svara på frågan.

Åtta regioner svarar att utbudet täcker behovet bra eller ganska bra för patienter med långvarig smärta. Nio regioner svarar inte direkt på frågan eller anger att de inte kan svara på frågan. Tre regioner svarar att utbudet inte motsvarar behovet för målgruppen. I några regioner pågår eller har pågått ett utredningsarbete för att fastställa utbud och vårdnivåer för patienter med långvarig smärta.

De viktigaste resultaten av överenskommelserna menar regionerna är införandet av rehabkoordinatorer, men även att kunna bygga strukturer för kompetensökning inom försäkringsmedicin och att resurserna särskilt för psykisk ohälsa, men även för långvarig smärta har ökat. Vidare att utvecklingen inom digitalisering genom elektroniskt informationsutbyte, intyg och andra tjänster har främjats, liksom att samverkan mellan olika parter har förbättrats. Att försäkringsmedicin prioriterats upp inom hälso- och sjukvården nämns, vidare att ämnet har integrerats i lednings- och styrningsprocesser, liksom att försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare införts.

Utmaningar efter stimulansmedlens upphörande ser regionerna i att behålla och utveckla funktionen för koordinering, men också att fortsätta driva kompetenssatsningar inom försäkringsmedicin. Att ledning och styrning i försäkringsmedicin kan komma att nedprioriteras nämns, liksom statistik och uppföljning men även samverkan. Resurserna till målgrupperna psykisk ohälsa och långvarig smärta kommer att saknas. Att hålla ämnet försäkringsmedicin aktuellt och att rekrytera läkare för funktioner inom försäkringsmedicin nämns.

De flesta regioner har uppdragen om koordineringsinsatser och smärtrehabilitering inskrivna i sina vårdval/hälsoval för primärvården. Några regioner har via

LOV eller Lag (2016:1145) om offentlig upphandling LOU, upphandlat särskilda uppdrag för psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta.

Nästan alla regioner, såväl stora som små, påpekar att uppdragens omfattning kommer att påverkas av att de statliga stimulansmedlen har upphört och det gäller framförallt sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för patienter med långvarig smärta. En fråga om antalet rehabkoordinatorer inom psykiatri redovisas även.

# Bakgrund

I december 2019 tecknades en ny överenskommelse mellan regeringen och SKR, En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020 (dnr: S2018/05999/SF). Den nya överenskommelsen ersatte den tidigare överenskommelsen med samma namn från 2019. Målet med överenskommelsen var att slutföra flera av de insatser som initierats genom tidigare överenskommelser inom området sjukskrivning och rehabilitering.

Ett av villkoren som ingick i överenskommelsen är villkor 3, Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Syftet var att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. För att främja patienters återgång i arbete i större utsträckning 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 2020, var identiskt med beskrivningen i överenskommelsen för år 2019.

## Ersättning 2020

Ersättningsnivåerna till regionerna inom ramen för överenskommelserna har varierat över tid (Tabell 1). Under de senaste fem åren har nivåerna varit oförändrade.

Tabell 1. Sammanställning av ersättningsnivåer inom ramen för Rehabiliteringsgarantin (2009–2015) och Insatser för lindring och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (2016–2020).

År	Ersättning miljoner kronor	Specificerad ersättning
2009	560	
2010	960	
2011	960	
2012	900	Varav 100 mkr forskning och utveckling
2013	948	Varav 52 mkr forskning och utveckling
2014	725	Varav 25 mkr forskning och utveckling
2015	712	Varav 38 mkr forskning och utveckling
2016	500	Tillägg 50 mkr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2017	500	Tillägg 50 mkr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2018	500	Tillägg 50 mkr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2019	500	Tillägg 50 mkr för kontakt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen
2020	500	Tillägg 50 mkr 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 ingick i överenskommelsen var olika former av psykologisk behandling enligt rekommendationer för psykisk ohälsa:

- 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 behandlingstillfällen)

- 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 ingick i behandlingsriktlinjerna var inte specificerade i de uppgifter som rapporterats in från regionerna och är därför inte beskrivna 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 och 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 kan delas in i två nivåer:
  - MMR 1 erbjuds vanligtvis inom primärvården och riktar sig till patienter med komplex smärtproblematik
  - MMR 2 erbjuds oftast inom specialistvården där teamen kännetecknas av högre kompetens och kapacitet. Målgruppen är patienter med mycket komplex smärtproblematik.
- Beteendemedicinska behandlingsprogram
- Aktiv specifik träning vilken ofta är handledd av fysioterapeut/sjukgymnast
- Annan smärtbehandling

Beteendemedicinska behandlingsprogram, aktiv fysisk träning samt annan smärtbehandling var inte specificerade i de uppgifter som rapporterats in från regionerna och är därför inte beskrivna 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 regionerna lämnat i sin redovisning till Försäkringskassan för år 2020. Försäkringskassan har enligt överenskommelsen haft i uppdrag att ansvara för beräkning och utbetalning.

Kommentarer om överenskommelsens områden har också samlats in med hjälp av en enkät (bilaga 1) via processledarna i respektive region. Frågorna ställdes om vilka de viktigaste resultaten och de viktigaste fortsatta utmaningarna inom överenskommelsens områden var. Vidare om erfarenheter och synpunkter om utbud och behov angående behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta samt hur den framtida planen ser ut för att bibehålla resurserna efter överenskommelsernas upphörande. Även antalet rehabkoordinatorer inom psykiatri i varje region efterfrågades. Enkätsvaren samlades in i maj 2021.

På grund av covid-19-pandemin under 2020 och 2021 fick regionerna uppskov med redovisning av villkor 3 till den 15 augusti 2021 via en tilläggsöverenskommelse. Enligt den ursprungliga överenskommelsen skulle uppgifterna ha redovisats i mars 2021.

För beräkning av antal individer per tusen invånare som erhållit behandling i respektive region och beräkning av antal rehabiliteringskoordinatorer per 10 000 invånare inom psykiatri, har SCB:s befolkningsstatistik från den 1 november 2020 använts för antalet invånare i åldern 16–67 år. År 2017–2020 baserades beräkningarna på uppgifter om antalet invånare i åldern 16–67 år. Tidigare beräkningar gjordes på uppgifter av antalet invånare i åldern 16–65 år.

## Redovisning av resultat

Resultatet över antalet behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta presenteras för respektive region och på riksnivå. Förändring över tid redovisas för delar av data. Sammanställning över resultat från enkäten som besvarades av processledare från respektive region redovisas i slutet av rapporten.

# Resultat behandlingsinsatser

## Resultat av antal 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 regioner utom två (Tabell 2). Antalet behandlingsinsatser varierar stort i regionerna. Beskrivning av innehållet i annan psykologisk behandling är inte redovisat. KBT stod för majoriteten av de rapporterade behandlingarna

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 2020. Antalet individer per tusen invånare som fått behandling är beräknat endast för KBT och IPT.

Region	KBT	IPT	KBT/ IPT per 1000 inv.	I-KBT	PDT	EMDR	Annan psykologisk behandling
Stockholm	15436	133	9,7	65	1318	0	0
Uppsala	0	0	0	0	0	0	0
Södermanland	1695	1	9,2	228	135	16	217
Östergötland	6089	246	21,2	1755	1023	284	0
Jönköping	1375	46	6,2	438	0	0	0
Kronoberg	75	4	0,6	1	1	0	47
Kalmar	2322	0	15,5	4	0	0	2
Gotland	0	0	0	0	0	0	0
Blekinge	408	0	4,2	0	0	0	0
Skåne	9124	129	10,4	0	4858	0	0
Halland	1790	11	8,6	0	128	0	0
Västra Götaland	9280	353	8,6	6052	4873	0	0
Värmland	936	0	5,3	93	0	0	35
Örebro	1461	0	7,6	149	41	0	6
Västmanland	2858	61	16,8	18	39	0	50
Dalarna	1046	0	6,0	739	0	0	0
Gävleborg	960	7	5,4	114	194	0	0
Västernorrland	111	0	0,7	0	0	0	38
Jämtland Härjedalen	125	2	1,6	173	0	63	42
Västerbotten	329	0	1,9	0	0	0	208
Norrbottnen	1048	0	6,7	27	0	0	0
<b>Summa</b>	<b>56468</b>	<b>993</b>	<b>8,6</b>	<b>9856</b>	<b>12610</b>	<b>363</b>	<b>645</b>

## Resultat av antal 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 regioner utom en (Tabell 3). Beskrivning av innehållet i annan smärtbehandling är inte redovisat. MMR stod sammanlagt för den största andelen behandlingar. Antal individer per tusen invånare som fått behandling baseras 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 2020. Antal individer per tusen invånare som fått behandling är beräknat för MMR totalt.

Region	MMR 1	MMR 2	MMR totalt	MMR per 1000 inv.	Beteende-medicinsk behandling	Aktiv specifik träning <sup>1</sup>	Annan smärtbehandling
Stockholm	0	1593	1593	1,0	0	0	0
Uppsala	85	0	85	0,3	0	0	0
Södermanland	5	55	60	0,3	137	514	109
Östergötland	86	24	110	0,4	0	0	0
Jönköping	44	38	82	0,4	0	73	0
Kronoberg	2	4	6	>0,1	6	55	10
Kalmar	0	0	0	0	1	9	2
Gotland	0	0	0	0	0	0	0
Blekinge	67	36	103	1,1	0	0	0
Skåne	0	362	362	0,4	0	0	0
Halland	0	0	0	0	0	112	0
Västra Götaland	111	381	492	0,4	0	0	0
Värmland	3	136	139	0,8	0	1	0
Örebro	61	21	82	0,4	12	23	21
Västmanland	16	23	39	0,2	0	15	10
Dalarna	144	35	179	1,0	0	0	0
Gävleborg	0	41	41	0,2	0	62	0
Västernorrland	0	42	42	0,3	53	22	5
Jämtland Härjedalen	109	5	114	1,4	11	63	17
Västerbotten	11	60	71	0,4	0	0	0
Norrbottn	150	66	216	1,4	0	0	0
<b>Summa</b>	<b>894</b>	<b>2922</b>	<b>3816</b>	<b>0,6</b>	<b>220</b>	<b>949</b>	<b>174</b>

<sup>1</sup> Aktiv specifik fysisk träning samt träning under ledning av fysioterapeut/sjukgymnast.



## **Könsfördelning för genomförda behandlingar**

Antal genomförda behandlingar för kvinnor respektive män rapporterades från alla inrapporterande regioner utom en (Tabell 4). Kvinnor stod för majoriteten av behandlingarna i alla regioner, men könsfördelningen varierade över landet. Den största skillnaden rapporterades från regionerna Jämtland Härjedalen, Uppsala, Västernorrland och Västerbotten där andelen kvinnor var högre än riksgenomsnittet, medan region Blekinge rapporterade den minsta könsskillnaden.

Skillnaden på riksnivå mellan andelen kvinnor och män som fick behandling för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta var i stort oförändrad jämfört med tidigare år. Könsfördelningen motsvarades ungefär av förekomsten av diagnoserna inom psykisk ohälsa och långvarig smärta för kvinnor respektive män.

Tabell 4. Antal och andel kvinnor och män som fått behandling för psykisk ohälsa och långvarig smärta inom ramen för överenskommelsen i respektive region år 2020.

Region	Man n (%)	Kvinna n (%)
Stockholm	5115 (28)	13430 (72)
Uppsala	16 (19)	69 (81)
Södermanland	972 (31)	2140 (69)
Östergötland	2729 (29)	6778 (71)
Jönköping	571 (28)	1443 (72)
Kronoberg	54 (26)	151 (74)
Kalmar	781 (33)	1559 (67)
Gotland	0	0
Blekinge	172 (34)	339 (66)
Skåne	4264 (29)	10209 (71)
Halland	597 (29)	1444 (71)
Västra Götaland	6691 (32)	14359 (68)
Värmland	363 (30)	841 (70)
Örebro	531 (30)	1264 (70)
Västmanland	955 (31)	2135 (69)
Dalarna	600 (31)	1364 (69)
Gävleborg	393 (29)	985 (71)
Västernorrland	58 (21)	213 (79)
Jämtland Härjedalen	107 (18)	503 (82)
Västerbotten	135 (22)	473 (78)
Norrbotten	349 (27)	942 (73)
<b>Summa</b>	<b>25 453 (30)</b>	<b>60 641 (70)</b>

### Utförare av behandling

Under 2020 utfördes 57 procent av det totala antalet behandlingar av privata vårdgivare och 43 procent av offentliga vårdgivare (Tabell 5). Motsvarande siffror för 2019 var 60 procent för privata respektive 40 procent för offentliga vårdgivare. Andelarna varierar mycket mellan regionerna.

Tabell 5. Antal och andel behandlingar inom ramen för överenskommelsen som utförts av privata respektive offentliga vårdgivare för respektive region under 2020.

Region	Privat	n (%)	Offentlig	n (%)
Stockholm	15831	85%	2714	15%
Uppsala	76	89%	9	11%
Södermanland	886	28%	2226	72%
Östergötland	3029	32%	6478	68%
Jönköping	730	36%	1284	64%
Kronoberg	56	27%	149	73%
Kalmar	315	13%	2025	87%
Gotland	0		0	
Blekinge	277	54%	234	46%
Skåne	13553	94%	920	6%
Halland	1078	53%	963	47%
Västra Götaland	8764	42%	12286	58%
Värmland	540	45%	664	55%
Örebro	221	12%	1574	88%
Västmanland	2078	67%	1012	33%
Dalarna	247	13%	1717	87%
Gävleborg	446	32%	932	68%
Västernorrland	179	66%	92	34%
Jämtland Härjedalen	151	25%	459	75%
Västerbotten	135	22%	473	78%
Norrbottn	240	19%	1051	81%
<b>Summa</b>	<b>48832</b>	<b>57%</b>	<b>37262</b>	<b>43%</b>

## Kontakter arbetsgivare och Arbetsförmedlingen

I överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020 avsattes 50 miljoner kronor för behandlingar där kontakt, med patientens samtycke, tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen. Alla regioner, förutom två, rapporterade genomförda behandlingar där kontakter togs med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. (Tabell 6). I flera regioner skedde flera kontakter med arbetsgivare eller Arbetsförmedling än vad siffrorna nedan visar, då det funnits svårigheter att upprätta registreringsmodeller för detta ändamål.

Tabell 6. Antal rapporterade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen för respektive region under 2020

Region	Arbetsgivare	Arbetsförmedlingen
Stockholm	2632	141
Uppsala	1	1
Södermanland	143	40
Östergötland	6	3
Jönköping	242	27
Kronoberg	183	20
Kalmar	53	5
Gotland	0	0
Blekinge	27	3
Skåne	0	0
Halland	208	25
Västra Götaland	249	48
Värmland	65	24
Örebro	168	6
Västmanland	21	9
Dalarna	39	10
Gävleborg	158	0
Västernorrland	124	18
Jämtland Härjedalen	70	13
Västerbotten	213	13
Norrbottn	48	8
<b>Summa</b>	<b>4650</b>	<b>414</b>

För 2020 rapporterade regionerna rapporterat totalt 4 650 kontakter som tagits med arbetsgivare, vilket ligger i nivå med 2019, då 4 622 kontakter rapporterades in. Den största ökningen skedde i regionerna Stockholm, Örebro och Dalarna medan antalet kontakter minskade mest i Region Jönköping och Norrbotten. Antalet arbetsgivarkontakter har succesivt ökat sedan 2016 när det första gången inkluderades i överenskommelsen.

Antalet kontakter med Arbetsförmedlingen var 2020 totalt 414, en minskning jämfört med 2019 och 2018 då totalt 596 respektive 679 kontakter rapporterades. Antalet kontakter har minskat i de flesta regioner utom i Halland, Västernorrland och Norrbotten, där det istället skedde en viss ökning.

## Ersättning enligt överenskommelsen 2020

Ersättningen var 3 000 kronor per patient där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen i samband med behandlingsinsatsen. För 2020 utbetalades totalt 15,2 miljoner kronor av det maximala beloppet på 50 miljoner kronor, till regionerna för behandlingar där kontakt tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen enligt överenskommelsens villkor 3. Det är en minskning med tre procent jämfört med 2019, då totalt 15,7 miljoner kronor betalades ut till regionerna.

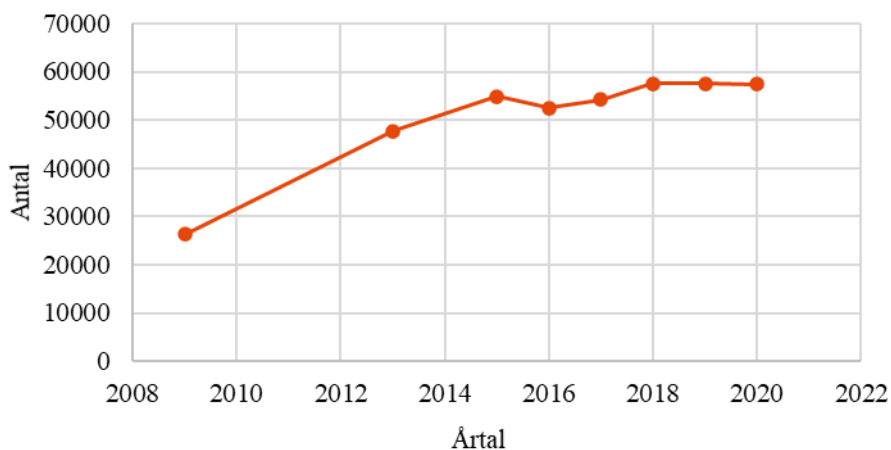
## Förändring över tid avseende behandling vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

### KBT och IPT vid psykisk ohälsa

I sammanställningen av antal genomförda behandlingar över tid redovisas KBT- och IPT-behandlingar tillsammans för 2009 och 2013 samt för åren 2015–2020.

Utvecklingen över tid visar på en ökning av antal behandlingar fram till 2015, därefter rapporteras en relativt stabil nivå av antal behandlingar (Figur 1).

Figur 1: Förändring över tid av antal rapporterade behandlingar med KBT och IPT på riksnivå vid åtta mätpunkter från och med 2009 till och med 2020.



Antalet individer per tusen invånare som fått behandling med KBT/ IPT har också varit i stort sett oförändrat från 2015 till och med 2019 med små variationer (Tabell 7).

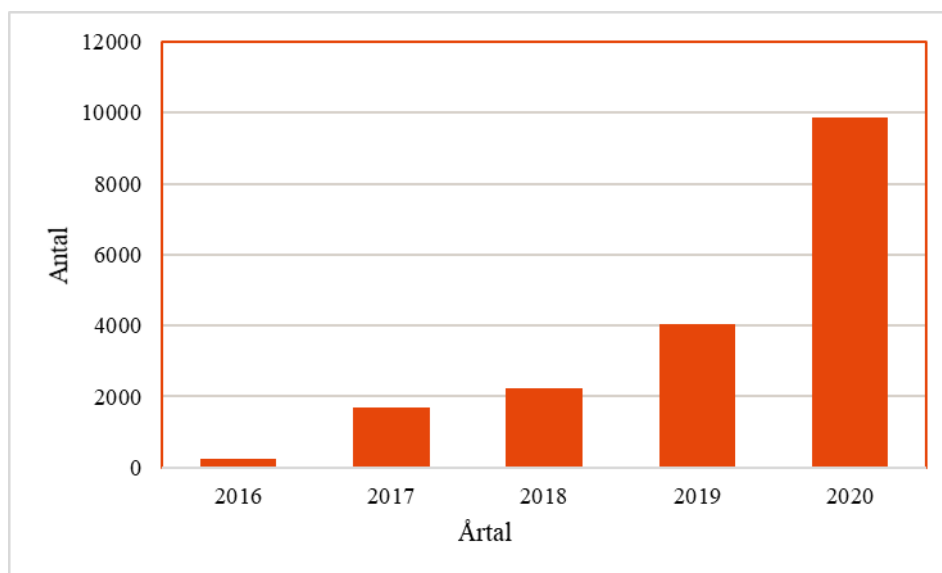
Tabell 7. Antal genomförda behandlingar med KBT- och IPT som rapporterats in från respektive region för 2009, 2013 och 2015–2020, samt antal individer i åldern 16-67 år<sup>1</sup> per tusen invånare som under samma perioder fått behandling.

Region	2009		2013		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000	KBT, IPT	Per 1000
Blekinge	444	4,6	627	6,7	472	5,1	478	5,1	557	5,6	391	3,9	439	4,5	408	4,2
Dalarna	947	5,1	976	5,7	1 242	7,3	1 041	6,2	620	3,5	386	2,2	848	4,8	1046	6,0
Gotland	162	4,4	298	8,4	244	7,0	440	12,6	615	16,6	618	16,8	621	16,8	0	0
Gävleborg	986	5,6	1 608	9,4	1 079	6,3	1 110	6,5	1 113	6,2	1 157	6,5	1 094	6,2	967	5,4
Halland	477	2,5	1 345	7,1	1 430	7,5	908	4,7	1 032	5,1	1 296	6,4	1 585	7,6	1801	8,6
Jämtland Härjedalen	511	6,3	299	3,8	235	3,0	509	6,6	260	3,2	169	2,1	111	1,4	127	1,6
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	1 359	5,9	1421	6,2
Kalmar	332	2,2	875	6,1	762	5,3	1 196	8,4	1 164	7,7	1 450	9,6	1 799	11,3	2322	15,5
Kronoberg	444	3,8	436	3,7	434	3,7	242	2,1	262	2,1	203	1,6	404	3,2	79	0,6
Norrbottn	576	3,6	598	3,8	611	3,9	1 026	6,6	1 191	7,4	1 263	7,9	1167	7,4	1048	6,7
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	10 998	12,5	9253	10,4
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	17 985	11,2	15569	9,7
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	1 557	8,5	1696	9,2
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	14	0,1	0	0
Värmland	811	4,6	1 138	6,7	1 068	6,3	823	4,9	722	4,1	906	5,1	825	4,7	936	5,3
Västerbotten	289	1,7	403	2,4	764	4,6	223	1,3	483	2,8	498	2,9	360	2,1	329	1,9
Västernorrland	334	2,1	591	4,0	913	6,2	28	0,2	715	4,6	607	4,0	185	1,2	111	0,7
Västmanland	1 269	7,9	1 186	7,3	1 243	7,7	1782	11,0	2 290	13,4	2 731	16,0	2 235	12,9	2919	16,8
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	10 748	9,6	9633	8,6
Örebro	1 107	5,9	752	4,2	693	3,0	410	2,3	658	3,5	649	3,4	567	2,9	1461	7,6
Östergötland	810	2,9	1 830	6,6	1 115	4,0	947	3,4	1 996	6,8	2 381	8,1	2 855	9,6	6335	21,2
<b>Hela riket</b>	<b>26 340</b>	<b>4,4</b>	<b>47 726</b>	<b>6,5</b>	<b>54 884</b>	<b>8,9</b>	<b>52 524</b>	<b>8,3</b>	<b>54 222</b>	<b>8,3</b>	<b>57 513</b>	<b>8,8</b>	<b>57 567</b>	<b>8,7</b>	<b>57 461</b>	<b>8,6</b>

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

En succesiv ökning av I-KBT har skett från och med 2016 (första året som I-KBT rapporterades) till och med 2020 (Figur 2). År 2020 rapporterades totalt 9856 genomförda behandlingar jämfört med 4043 behandlingar 2019, vilket är en ökning med 145 procent. De regioner som har rapporterat störst andel behandlingar under 2020 är Västra Götaland (61 procent) och Östergötland (18 procent) av det totala antalet.

Figur 2. Förändring över tid i antal rapporterade behandlingar med I-KBT på riksnivå år 2016-2020.



Antalet behandlingar med PDT har succesivt ökat under de senaste åren och stod för 17 procent av det totala antalet av behandlingarna för psykisk ohälsa 2019. Mellan 2019 och 2020 minskade antalet PDT-behandlingar från 13 808 till 12 610, cirka 9 procent och utgjorde cirka 16 procent av det totala antalet av behandlingarna.

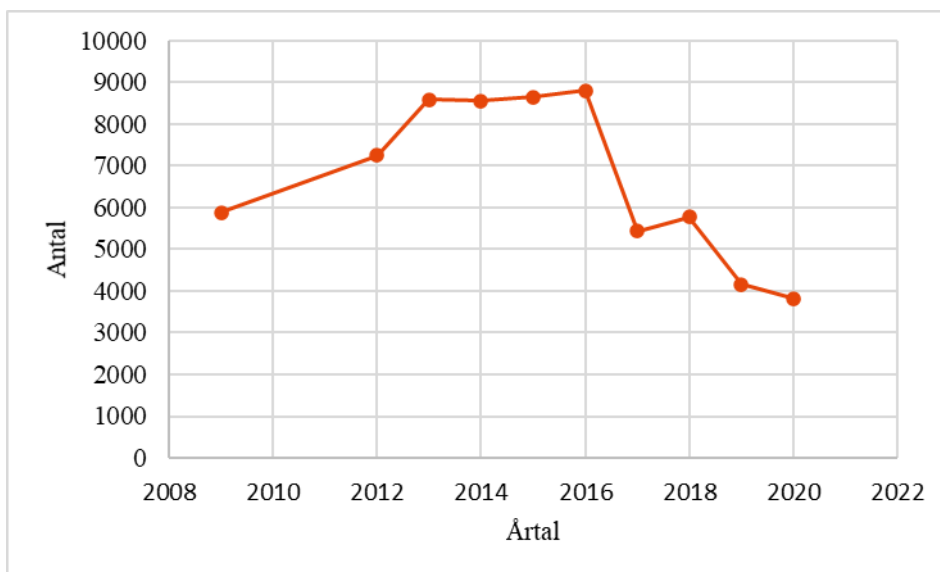
Annan psykologisk behandling och EMDR utgjorde som tidigare cirka en procent av den totala andelen av psykologisk behandling med små variationer över tid.

### MMR vid långvarig smärta

MMR 1 och MMR 2 redovisas tillsammans i sammanställningen över antal genomförda behandlingar samt antal per 1000 invånare för respektive region för 2009 och för åren 2012–2020 (Tabell 8). Antalet behandlingar minskade med 8 procent från 2019 till 2020. Antal individer beräknat per tusen invånare som fick behandling med MMR var oförändrat med 0,6 under samma period. De flesta regioner rapporterade ett minskat antal behandlingar medan Stockholm, Skåne och Norrbotten ökade något.

Förändringen från 2009 till 2020 av det totala antalet behandlingar med MMR på riksnivå visar på en gradvis minskning i antalet behandlingar från 2016 (Figur 3).

Figur 3. Förändring över tid av antal rapporterade behandlingar med MMR på riksnivå från och med 2009 till och med 2020





Tabell 8. Antal genomförda behandlingar med MMR för långvarig smärta som rapporterats under 2009 och 2013–2020, samt antal individer i åldern 16-67 år<sup>2</sup> per tusen invånare som under samma perioder erhållit behandling.

Region	2009		2013		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000	MMR totalt	Per 1000
Blekinge	199	2,1	167	1,8	179	1,2	139	1,5	141	1,4	93	0,9	113	1,1	103	1,1
Dalarna	279	1,6	241	1,4	191	0,7	110	0,7	209	1,2	182	1,0	224	1,3	179	1,0
Gotland	0	0	51	1,4	18	1,1	8	0,2	8	0,2	8	0,2	0	0	0	0
Gävleborg	124	0,7	276	1,6	281	1,0	186	1,1	80	0,4	85	0,5	69	0,4	41	0,2
Halland	103	0,5	171	0,9	144	0,5	30	0,2	44	0,2	75	0,4	13	0,1	0	0
Jämtland Härjedalen	163	2,0	162	2,1	164	1,3	183	2,4	83	1,0	76	0,9	58	0,7	114	1,4
Jönköping	205	1,0	289	1,4	234	0,7	180	0,8	140	0,6	140	0,6	134	0,6	82	0,4
Kalmar	108	0,7	390	2,7	110	0,5	24	0,2	16	0,1	12	0,1	0	0	0	0
Kronoberg	138	1,2	218	1,9	153	0,8	85	0,7	47	0,4	35	0,3	5	< 0,1	6	>0,1
Norrbottnen	199	1,2	234	1,5	227	0,9	208	1,3	186	1,2	257	1,6	203	1,3	216	1,4
Skåne	747	0,9	1 729	2,1	2 257	1,8	4 153	5,1	645	0,7	1 022	1,2	172	0,2	362	0,4
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	1 562	1,0	1593	1,0
Sörmland	123	0,7	182	1,1	114	0,4	89	0,5	65	0,4	66	0,4	61	0,3	60	0,3
Uppsala	177	0,8	343	1,5	373	1,1	343	1,5	292	1,2	260	1,1	138	0,6	85	0,3
Värmland	180	1,1	189	1,1	439	1,6	251	1,5	230	1,3	239	1,4	192	1,1	139	0,8
Västerbotten	180	1,1	189	1,1	224	0,9	79	0,5	170	1,0	113	0,6	88	0,5	71	0,4
Västernorrland	107	0,7	186	1,3	195	0,8	11	0,1	89	0,5	107	0,7	8	0,1	42	0,3
Västmanland	197	1,2	137	0,8	125	0,5	163	1,0	110	0,7	133	0,8	33	0,2	39	0,2
Västra Götaland	592	0,6	1509	1,5	1 033	0,6	966	0,9	829	0,8	961	0,9	781	0,7	492	0,4
Örebro	153	0,9	174	1,0	175	0,6	87	0,5	136	0,7	158	0,8	92	0,5	82	0,4
Östergötland	199	0,7	313	1,1	287	0,6	140	0,5	296	1,0	308	1,0	215	0,7	110	0,4
<b>Hela riket</b>	<b>5 879</b>	<b>1</b>	<b>8 583</b>	<b>1,4</b>	<b>8 651</b>	<b>1,4</b>	<b>8 812</b>	<b>1,5</b>	<b>5 432</b>	<b>0,8</b>	<b>5 781</b>	<b>0,9</b>	<b>4 161</b>	<b>0,6</b>	<b>3816</b>	<b>0,6</b>

<sup>2</sup> 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 de viktigaste resultaten generellt av överenskommelserna inom sjukskrivning och rehabilitering, de viktigaste fortsatta utmaningarna inom överenskommelsens områden, utbudet och behovet av behandlingar för psykisk ohälsa och långvarig smärta samt hur den framtida planen ser ut för att bibehålla resurserna för psykisk ohälsa och MMR efter överenskommelsernas upphörande. Det efterfrågades även hur många rehabiliteringskoordinatorer som fanns i mars 2021 inom psykiatrin.

Resultaten är baserade på en enkät, bestående av sex frågor, som SKR skickade ut till processledare i samtliga 21 regioner i mars 2021. (Bilaga 1). Enkäten besvarades av 20 regioner.

Regionerna har svarat i mycket olika omfattning på frågorna, från några rader till flera sidor. Därför är svaren kvantifierade utifrån hur många regioner som haft liknande svar och synpunkter på frågorna.

## Frågor och svar från regionerna

### **Vilka är de viktigaste resultaten generellt av överenskommelserna inom sjukskrivning och rehabilitering i er region?**

Så gott som alla svarande regioner har nämnt införandet av rehabkoordinatorer som det viktigaste resultatet av överenskommelserna. Man ser rehabkoordinatorer som en nyckelfaktor för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Fjorton av de svarande regionerna anser att överenskommelserna utgjort en viktig stimulans till kompetensökning inom försäkringsmedicin, där regionerna har haft möjlighet att bygga strukturer för utbildning för berörda professioner. Några nämner att kontakten med den nationella kunskapsstrukturen har främjats.

Mer än hälften av regionerna menar att resurserna särskilt för psykisk ohälsa, men även för långvarig smärta har ökat genom överenskommelserna. Några regioner har infört separata vårdval för dessa målgrupper.

Hälften av regionerna tar upp utvecklingen inom digitalisering genom elektroniskt informationsutbyte, intyg och andra tjänster som positiv. Lika många tycker att samverkan mellan hälso- och sjukvården och myndigheter och arbetsgivare har förbättrats genom överenskommelserna.

Nästan hälften av regionerna nämner att överenskommelserna har bidragit till att försäkringsmedicin prioriterats upp inom hälso- och sjukvården, vidare att ämnet har integrerats i lednings- och styrningsprocesser och att ämnet fått en tillhörighet på regionkontoren.

Några regioner nämner att överenskommelserna bidragit till att försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare har införts och att mål eller processbeskrivningar finns för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

### **Vilka är de viktigaste fortsatta utmaningarna inom överenskommelsens områden i er region?**

Mer än hälften av regionerna svarar att det ligger en utmaning i att behålla och utveckla funktionen för koordinering. Att fortsätta införa funktionen, där behovet finns, med god kompetens och till en jämlik nivå menar man är en utmaning inom ordinarie budget, trots viss kompensation via lagregleringen.

Nästan hälften av regionerna ser det som en utmaning att fortsätta driva kompetenssatsningar inom försäkringsmedicin utan stimulansmedel.

Flera regioner pekar på att ledning och styrning i försäkringsmedicin kan komma att nedprioriteras utan statliga stimulansmedel. Likaså att arbetet med statistik och uppföljning, men även samverkan kan komma att påverkas när inga stimulansmedel finns.

Några regioner menar att resurserna till målgrupperna psykisk ohälsa och långvarig smärta kommer att saknas. Man menar också att det framöver kommer att vara svårt att hålla ämnet försäkringsmedicin aktuellt och att rekrytera läkare för funktioner inom försäkringsmedicin

### **Motsvarar utbudet i er region behovet av behandlingar för depression, lindrig eller medelsvår ångest, samt för stressreaktioner för personer i åldrarna 16-67 år?**

Att svara på om utbud av behandlingar täcker patienters behov är svårt att svara på, eftersom de delvis är beroende av varandra och att det mäts på olika sätt i

regionerna. Alla svarande regioner beskriver det utbud som finns i regionen för målgruppen.

Sju regioner svarar att utbudet inte täcker det behov som finns hos patienterna med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.

Fem regioner svarar att utbudet av behandlingar motsvarar behovet. Två regioner svarar att utbudet motsvarar behovet relativt väl.

Tre regioner svarar inte direkt på frågan och tre regioner anger att det är svårt att svara, men alla beskriver relativt utförligt ett befintligt utbud för målgruppen.

**Motsvarar utbudet i er region det bedömda behovet av behandlingar för långvarig ospecificerad smärta i nacke, rygg och axlar för personer i åldrarna 16-67 år?**

Att svara på om utbud av behandlingar täcker patienters behov är svårt att svara på, eftersom de delvis är beroende av varandra och att det mäts på olika sätt i regionerna. Det gäller även för långvarig smärta.

Sju regioner svarar att utbudet av behandlingar täcker patienternas behov för målgruppen med långvarig smärta. En region anser att behovet är relativt väl täckt.

Fem regioner svarar inte direkt på frågan och fyra regioner anger att det är svårt att svara, men alla beskriver relativt utförligt ett befintligt utbud för målgruppen.

Tre regioner svarar att behovet inte motsvarar behovet för målgruppen.

I några regioner pågår och har pågått utredningsarbete för att fastställa utbud och vårdnivåer för patienter med långvarig smärta.

**Hur ser den framtida planen ut för att bibehålla resurserna för psykisk ohälsa och MMR efter överenskommelsernas upphörande? Påverkas planen av att de statliga stimulansmedlen har upphört?**

De flesta regioner har uppdragen om koordineringsinsatser och smärtrehabilitering inskrivna i sina vårdval/hälsoval för primärvården. Några regioner har via LOV eller Lag (2016:1145) om offentlig upphandling LOU upphandlat särskilda uppdrag för psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta.

Nästan alla regioner, såväl stora som små, påpekar att uppdragens omfattning kommer att påverkas av att de statliga stimulansmedlen har upphört och det gäller framförallt sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för patienter med långvarig smärta. Några regioner påpekar att även lednings- och utbildningsresurser kommer att påverkas negativt.

### **Hur många rehabiliteringskoordinatorer finns i mars 2021 inom psykiatri i er region?**

Antal rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatri har ökat väsentligt sedan 2018. Redovisningen för 2019 som skedde under första pandemiåret var ofullständig. (Tabell 9). Antalet som är inrapporterat gäller sannolikt antalet personer som hade uppdraget, men en viss osäkerhet kan finnas i om det istället är antalet heltidstjänster. Det framgick inte tydligt av frågorna och svaren.

Tabell 9. Antal rehabiliteringskoordinatorer inom psykiatrin 2020, 2019 och 2018 för de regioner som besvarade enkäten.

Region	Antal rehabiliterings- koordinationer			Per 10 000 invånare		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Blekinge	1	2	3	0,1	0,2	0,3
Dalarna	4		3	0,2		0,2
Gotland	2		1	0,5		0,3
Gävleborg	5		5	0,3		0,3
Halland	3,3	3,75	6	0,2	0,2	0,3
Jämtland Härjedalen	1	1	1	0,1	0,1	0,1
Jönköping	13		6	0,6		0,3
Kalmar	7	8	8	0,5	0,5	0,5
Kronoberg		1	1	0,0	0,1	0,1
Norrbottn	6	6	4	0,4	0,3	0,2
Skåne	29		5	0,3		0,1
Stockholm	17	19	16	0,1	0,2	0,1
Sörmland	3	3	3	0,2	0,2	0,2
Uppsala	1,5	2	2	0,1	0,1	0,1
Värmland	2	2	2	0,1	0,1	0,1
Västerbotten	25		19	1,4		1,1
Västernorrland	4		4	0,3		0,3
Västmanland	3		3	0,2		0,2
Västra Götaland	35	33	12	0,3	0,3	0,1
Örebro	2		2	0,1		0,1
Östergötland	5	9	10	0,2	0,2	0,3
<b>Hela riket</b>	<b>168,8</b>		<b>127</b>	<b>0,3</b>		<b>0,2</b>

# Bilaga 1

## Frågor om Överenskommelsen 2020

Tacksam om ni för er region svarar på nedanstående frågor inför den sista rapporten om utfallet för villkor 3 i Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, som SKR årligen har tagit fram sedan 2009.

Denna sista gång ställs två kompletterande frågor om överenskommelserna generellt.

Skriv kortfattat i skrivrutan efter respektive fråga!

Svarande region:

1. Vilka är de viktigaste resultaten generellt av överenskommelserna inom sjukskrivning och rehabilitering i er region? Tänk på områdena ledning och styrning, samverkan, kompetensökning, koordineringsinsatser, insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta samt elektroniskt informationsutbyte.

2. Vilka är de viktigaste fortsatta utmaningarna inom överenskommelsens områden i er region?

3. Motsvarar utbudet i er region behovet av behandlingar för depression, lindrig eller medelsvår ångest, samt för stressreaktioner för personer i åldrarna 16-67 år? Här menas behandlingar som finns definierade i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017.

4. Motsvarar utbudet i er region det bedömda behovet av behandlingar för långvarig ospecificerad smärta i nacke, rygg och axlar för personer i åldrarna 16-67 år? Här menas behandlingar som finns definierade i SBU:s rapport ”Rehabilitering vid långvarig smärta”. Uppge gärna antal leverantörer för MMR 1 respektive MMR 2.

5. Hur ser den framtida planen ut för att bibehålla resurserna för psykisk ohälsa och MMR efter överenskommelsernas upphörande? Påverkas planen av att de statliga stimulansmedlen har upphört?

Följande fråga vill Uppdrag psykisk hälsa gärna att ni besvarar

Hur många rehabiliteringskoordinatorer finns i mars 2021 inom psykiatri i er region?

Tack för er medverkan!



# Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta

Resultat villkor 3, Överenskommelsen inom sjukskrivning och rehabilitering 2020. I december 2019 tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2020. 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 2020 inom villkor 3, Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta på riksnivå och regionnivå. Förändring över tid redovisas också för vissa behandlingar. Vidare redovisas svar på några generella frågor om överenskommelsens resultat.

Upplysningar om innehållet  
Cecilia Alfvén, [cecilia.alfven@skr.se](mailto:cecilia.alfven@skr.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-990-3  
Text: Anne-Marie Norén