

Skrivelse riktad till Primärvårdsnämnden angående leverantörers förutsättningar i Vårdval psykoterapi 2023

Leverantörer inom vårdval psykoterapi har under flera år hoppats på ökad ersättning, men denna har legat på en konstant nivå på 900:-/besök sedan 2019. 2013 var ersättningen 1000:-/besök.

Förklaringen till utebliven höjning har varit att det saknas utrymme i budget för en höjning samt att andelen nya leverantörer som söker om ackreditering kan tas som intäkt för att det finns en marknad där 900:-/besök är tillräckligt för att bedriva psykoteraeutisk verksamhet.

Ur vårt perspektiv ser vi tvärtom att vi nått en smärtpunkt där vi inom kort kommer behöva avveckla våra verksamheter såvida en höjning av ersättningen skulle utebli även 2024. Vi vill av denna anledning upplysa och informera om de faktiska förutsättningar vi brottas med som leverantörer.

Politikernas roll, konsument eller arbetsgivare?

Vi har förståelse för att man som politiker ser en ära i att bevaka att skattebetalarna får ut så mycket som möjligt för de tjänster man betalar för. Skattefinansierade medel skall naturligtvis användas så effektivt som möjligt.

Även om det kanske inte gäller i juridisk mening, vill vi hävda att politiker med budgetansvar för ett vårdval i praktiken är arbetsgivare, och att ni därmed har det övergripande arbetsgivaransvaret för leverantörernas arbetsmiljö och patientsäkerheten. Leverantörer som arbetar i enskild firma har inte fått någon löneförhöjning sedan 2019¹. Företag med kollektivavtal är förbundna att öka lönekostnaderna (3-4%) årligen och har svårt att få budget att gå ihop. Oavsett hur man arbetar som leverantör behöver man i praktiken för varje år arbeta mer för att möta kostnadsökningarna så länge ersättningen ligger oförändrad.

Standard idag är att en behandlare inom vårdvalet behöver boka in sex 45-minuterssamtal per dag för heltid (8h). Fler besök än så skulle innebära övertidsarbete och påverka kvaliteten i behandlingarna negativt. En terapeut som inte har förutsättningar att vara närvarande och engagerad i mötet med patienter kommer erbjuda sämre och mindre effektiva behandlingar, och risken för vårdskador, felbehandlingar och IVO-anmälningar kommer öka. Faktum är att många terapeuter idag väljer att gå ner i tjänst då sex besök per dag redan upplevs som för påfrestande och att det är svårt att inte äventyra patientsäkerheten och den egna hälsan.

¹ Det är också svårt att som privat psykoteraeut välja att ställa sig utanför vårdvalet då privatmarknaden i Skåne påverkats kraftigt till följd av vårdval psykoterapi. Det är betydligt färre som är beredda att betala 1200-1500 kr per besök när man med lätthet kan få sin vårdcentral att skriva remiss på psykoterapi under högkostnadsskyddet.

Sammanfattning:

Det saknas utrymme för leverantörer att effektivisera psykoterapeutisk verksamhet så att fler patienter kan behandlas till samma ersättning. En fortsatt utebliven höjning av ersättningen kommer leda till ökad risk för leverantörers hälsa samt risk för sjukskrivningar som följd, betydligt sämre behandlingar och patientbemötande till följd av stressad personal, samt minskad tillgänglighet i vårdvalet.

Kostnaderna för vårdvalet ökar

För att förstå ökningen av antalet remisser inom vårdvalet och varför kostnaden för vårdvalet skenar iväg, behöver man också förstå de strukturella problem som vårdvalet påverkas av.

Primärvården har i uppdrag att behandla psykisk ohälsa, men hur är inte reglerat. Det finns i nuläget inget krav på primärvården att behandla psykisk ohälsa med psykologisk behandling, och det saknas därför incitament för enskilda vårdcentraler att anställa psykologer och annan personal med kompetens att erbjuda detta. Vi ser också exempel på vårdcentraler som drar ner på psykolog- och kuratorstjänster, och att det kommer en oproportionerlig andel remisser till vårdval psykoteraپی från dessa vårdcentraler. Att kostnaderna för vårdvalet ökar behöver således ses som en konsekvens av besparingar som görs inom primärvården.

Förfrågningsunderlaget för vårdval psykoteraپی är anpassat utifrån en annan verklighet än den vi har idag. I förfrågningsunderlaget utgår man från att de som remitteras till vårdvalet har erbjudits minst ett behandlingsförsök med psykologisk behandling på vårdcentral som inte gett tillräcklig effekt. De som remitteras förväntas också ha fått en kvalificerad psykiatrisk bedömning som lett fram till någon av de diagnoser som omfattas av vårdvalet och som motiverar behandling inom vårdvalet. Vårdvalet är tänkt som en åtgärd för att avlasta primärvården med behandling av vanligt förekommande avgränsade psykiatriska tillstånd som skall behandlas på primärvårdsnivå. Patienter med en mer komplex problematik såsom personlighetssyndrom och med komorbiditet är det tänkt att vårdcentralerna själva skall behandla.

I verkligheten är det förhållandevis få vårdcentraler som kan erbjuda psykologisk behandling i den utsträckning som förfrågningsunderlaget förutsätter. I verkligheten saknas i regel tidsmässigt utrymme och kompetens på vårdcentralerna att göra de diagnostiska avvägningar som är förutsättningen för att vårdval psykoteraپی skall fungera som det var avsett.

Baserat på de remisser som kommer in och kommunikation med remittenter ser vi att primärvården har ett helt annat behov av vårdvalet än hur uppdraget ser ut i förfrågningsunderlaget. Primärvården använder alltför ofta vårdvalet för att få hjälp med bedömning av patienters problematik, vårdbehov och val av behandling. Primärvården utgår sällan från diagnos som skäl till remiss utan från personalens bedömning att patienten behöver en längre psykoterapeutisk kontakt än vad de själva kan erbjuda. I verkligheten behöver primärvården vårdvalet för att ta hand om patienter med medelsvår

problematik (steget före vårdnivå psykiatri), som är svårbedömda utifrån avgränsade diagnoser pga komorbiditet (exempelvis depression och ångest och utdragen krisreaktion, där sociala omständigheter och personlighetsfaktorer försvårar sedvanlig behandling utifrån riktlinjerna) som fordrar behandling av erfarna och specialiserade psykoterapeuter och psykologer.

Sammanfattningsvis:

- Förfrågningsunderlaget är inte anpassat efter primärvårdens faktiska behov
- Det skickas idag fler remisser till vårdvalet än vad det är budgeterat för

Som vi ser det står ni som ansvariga för vårdval psykoterapi inför ett val: Antingen behöver det göras ordentliga satsningar så att vårdcentralerna kan erbjuda psykologisk behandling och bedömning i den utsträckning som förfrågningsunderlaget förutsätter. Eller så behöver uppdraget i förfrågningsunderlaget anpassas utifrån primärvårdens faktiska behov. All psykologisk behandling av psykisk ohälsa är inte psykoterapi, så psykologisk behandling kommer onekligen behöva erbjudas på vårdcentralerna. Men om primärvården skulle tillåtas remittera de patienter som bedöms vara i behov av 25 samtal snarare än utifrån specifika avgränsade diagnoser², och man överlåter åt oss leverantörer att göra den kliniska diagnostiska bedömning som ändå är en del av en psykoterapeutisk behandling, skulle det innebära en effektivisering, färre patienter hade behövt avvisas och hamna mellan stolarna, och vi hade kunnat känna oss fria att behandla de patienterna söker för snarare än en i många fall missvisande diagnos³.

Vi är övertygade om att ett förfrågningsunderlag som mer är anpassat efter det faktiska behovet av vårdval psykoterapi, och en höjning av ersättningen så att leverantörer kan fortsätta bedriva verksamheten, i slutändan skulle kosta betydligt mindre än vad de satsningar på vårdcentralerna som skulle krävas för att leva upp till de förväntningar som nuvarande förfrågningsunderlag vilar på (bl a att anställa fler psykologer och kuratorer med grundläggande psykoterapiutbildning för att erbjuda de behandlingar av patienter med komorbiditet som vårdvalet nu inte ska ta emot, kompetensutveckling vad gäller psykiatrisk diagnostik för allmänläkare, samt tidsmässigt utrymme att göra mer kvalificerade psykiatriska bedömningar).

² Något som försvårar traditionell kunskapsstyrning av vården, som utgår från att psykisk ohälsa fungerar som somatisk ohälsa på så sätt att det är meningsfullt att tala om avgränsade diagnoser som kan behandlas var för sig. Trenden inom klinisk psykologi är att utveckla transdiagnostiska bedömningssystem och behandlingar, men denna har ännu inte fått fotfäste i vården.

³ Det är vår uppfattning att primärvården i hög utsträckning väljer diagnos primärt utifrån att remissen skall tas emot av oss leverantörer. Långt ifrån alla som exempelvis remitteras för depression, uppfyller kriterierna för depression, men har annat psykiskt lidande som motiverar en längre behandling. Detta medför att vi som leverantörer sitter med förväntningar från regionens hälsostrategier om att utföra behandling på ett sätt som stämmer överens med riktlinjerna samtidigt som vårdbehovet hos patienterna ofta är något annat. Det innebär onödiga dilemman för de enskilda terapeuterna, och det blir också svårt att utvärdera vårdvalet.

Marknaden

På dialogmötet den 3 maj, hördes argument från politikerna att inflödet av nya anmälningar för ackreditering i vårdvalet kan ses som intäkt för att "marknaden" bedömer att det går att bedriva verksamhet med en oförändrad ersättning på 900kr/besök.

Enligt uppgifter från Vårdgivarservice finns det idag 255 ackrediterade företag med 500 behandlare. Det tillkommer i princip samma antal nya behandlare som de som avslutar sin ackreditering. Vi kan utifrån detta se två tänkbara orsaker till att det inkommer nya ackrediteringsansökningar:

1. Nya leverantörer, företrädesvis yngre och förhållandevis oerfarna psykologer med låga löneanspråk och intresse för att självständigt arbeta med behandling på ett sätt som primärvården och psykiatrien idag inte ger dem förutsättningar till, ser vårdvalet som ett alternativ till anställning. Många av dessa avvecklar sina företag efter en tids arbete när de upptäcker hur kvällstid och helger går åt till administration och företagande, svårigheter att ta ut den semester man behöver mm.
2. Hög personalomsättning inom etablerade ackrediterade företag med anställda psykologer och psykoterapeuter.

Med nuvarande ersättningsnivå kan leverantörer inom vårdvalet inte konkurrera lönemässigt med övriga Region Skåne. För att ta anställning på ett företag som är leverantör inom vårdvalet måste man vara beredd att gå ner mellan 2000-3000 kr i månadslön och samtidigt vara beredd på att träffa fler patienter. Således bedömer många psykologer och psykoterapeuter att vårdvalet inte är ett hållbart sätt att arbeta inom och säger upp sig. Som arbetsgivare, med en budget som baseras på ett visst antal anställda, behöver dessa tjänster ersättas för att täcka kostnaderna. Alternativet är att lägga ner verksamheten. Detta är inte detsamma som att det finns en marknad som säger att det går att bedriva verksamhet inom vårdvalet med oförändrad ersättning.

Skulle vi som "marknad" demonstrera att det inte går att bedriva verksamhet med nuvarande ersättning, skulle vi i så fall gemensamt behöva lägga ner verksamheterna och avveckla våra företag. Det skulle innebära hyreskontrakt som skulle behövas sägas upp, inventarier som skulle behöva säljas av, lojalitet mot trogna och hårt arbetande medarbetare med upparbetade rutiner och kompetens som skulle behöva brytas. Drastiska förändringar ingen företagare skulle göra enkom för att göra en markering.

Dock är vi där just nu att detta börjar bli en verklighet. När beskedet kom i slutet av december att ersättningen inte kommer höjas för 2023 heller var vi många som fick svårt att få ihop en budget som inte slutade med röda siffror. 2023 är för många företag ett år präglad av ambitionen att hålla ut i förhoppning om att en justering av ersättningen istället kommer 2024. För lönerevision och kompetensutveckling behöver vi ta av vår buffert som

är avsedd för oförutsedda händelser. Personal klagar över otillräckligt utrymme för återhämtning och sjukdagarna ökar. Om ersättningen inte höjs 2024 kommer många av oss att behöva lägga ner. Det vårdval som kommer finnas kvar, kommer utgöras av ett fåtal enskilda terapeuter med låg tillgänglighet och bristande kontinuitet, och risken finns att dessa i stor utsträckning utgörs av de som har svårt att få eller behålla anställning annorstädes. Som företagare bevakar vi kompetensen och lämpligheten hos de vi anställer. Vi har också det formella arbetsgivaransvaret och säkerställer arbetsvillkor och patientsäkerhetsfrågor. Det torde vara en trygghet för er politiker och för allmänheten att företag med anställda psykologer och psykoterapeuter finns kvar i vårdvalet.

Våra behov och försök att mötas halva vägen

Vi har förståelse för om den ekonomiska situationen försvårar möjligheten att anpassa budgeten för vårdvalet i den utsträckning vi skulle behöva. Vi är från vår sida beredda att acceptera vissa begränsningar i utbudet, exempelvis avseende antal besök eller omgångar, för att en höjning av ersättningen skall kunna finansieras. Vi ser också att ni politiker skulle behöva införa åtgärder som ger vårdcentralerna större incitament att hushålla med hur många remisser man skickar. Vi som står bakom denna skrivelse gör vad vi kan för att avvisa patienter utan kliniska symtom och som lyckats få remiss för lindriga problem (existentiella problem, låg självkänsla, personlighetsutveckling, ensamhetsproblematik) istället för att söka som privatbetalande. Vi ser dock att primärvården i för hög utsträckning skriver remiss för personer med sådana behov, och vi kan se att privatmarknaden urlakats till följd av hur lätt det idag är att få subventionerad psykoterapi på remiss i Skåne.

Det hade underlättat avsevärt för oss att bedriva verksamheten på ett långsiktigt och hållbart sätt om vi skulle få ersättning per bokad besök istf som idag per genomfört besök. Detta mot att sena återbud och uteblivna besök räknas som genomförda besök, och således dras av från de 25 besök remissen tillåter. Avgiften på 400 kr vi får ta ut för uteblivna besök och sena återbud täcker långt ifrån de kostnader dessa innebär, och som resultat behöver personal överboka för att täcka dessa kostnader. Inte sällan innebär detta i praktiken obetalt övertidsarbete. Den minskade belastning av arbetsmiljön det hade inneburit att inte behöva överboka besök hade gjort att fler anställda skulle stanna i tjänst och välja heltidsanställning i större utsträckning, och samtidigt skulle patienterna ha tydligare incitament att ta större eget ansvar för att sköta sina tider. Kostnaden för Region Skåne skulle med en sådan förändring vara oförändrad samtidigt som att kötiderna skulle minska, och tillgängligheten, effektiviteten och kontinuiteten skulle öka.

Medelåldern bland leg psykoterapeuter är hög och många väljer att arbeta efter pension och dra ner på arbetstiden. För dessa blir det svårt att stanna kvar i vårdvalet så länge krav på 20 behandlingar/år finns för ackreditering. Hade detta krav tagits bort hade det medfört ökad tillgänglighet för patienter och minskade kötider.

Vi tror också att vi är en underutnyttjad resurs när ni politiker fattar beslut om förändringar i förfrågningsunderlaget. Rimligtvis borde det göras risk- och konsekvensanalyser av

sådana förslag, och en representantgrupp från oss leverantörer hade kunnat ha en konsultativ roll. Vi har genom åren sett hur många patientgrupper hamnat mellan stolarna och skickats runt i vårdkedjan till följd av de hastigt meddelade förändringar som gjorts, vilket vi hade kunnat avstyra på förhand om bara en tydligare dialog med oss hade förts redan på idéstadiet.

För S:t Lukas mottagningar i Skåne (ca 50 ackrediterade psykoterapeuter och psykologer)

Martin Stenson

Verksamhetschef för S:t Lukas i Lund

Leg psykolog, leg psykoterapeut i KBT samt PDT

Representant för vårdvalet i LAG psykologisk behandling

E-post: martin.stenson@sanktlukas.se