

# Redovisning förbättringsarbete Telefonplans VC 2019

Den ursprungliga planen för förbättringsarbetet var att försöka studera olika variabler i omhändertagandet av våra patienter inom området psykisk ohälsa.

Idéerna har redovisats i Del 1 som skickades in våren 2019. Vi var redan i denna medvetna om att det kunde bli svårt att hitta väldefinierade mätbara kvalitetsvariabler för att studera detta över tid. Det finns inga allmänna nationella mål eller riktlinjer för hur primärvården bäst tar sig an denna del av uppdraget. Det är stora lokala variationer både i sjuklighet och i förutsättningarna att ge stöd och behandling. Flera aktörer är ofta inblandade i vårdprocessen – förutom patienten själv även anhöriga, arbetsgivare, föräkringskassa, socialtjänst, vårdgivare inom både primärvård, psykiatri och paramedicin till exempel. Val av behandling/åtgärd i ett ärende är inte säkert tillämpligt i ett annat. Detta spektrum av inblandade aktörer och variationer i lokala samverkansrutiner påverkar t.ex. sjukskrivningsprocessen, val av behandlingar (läkemedel, psykoterapi etc) och jämförelser med andra regioner eller enheter blir svåra. Det är ett område inom allmänmedicinen som inte så lätt låter sig mätas och kvalitetsbedömas med en allmänt vedertagen och vetenskaplig "gyllene standard".

Vi såg för ett par år sedan, med en snabbt växande patientlista, att det framför allt var en ökande efterfrågan på stöd och hjälp för psykosocial ohälsa. Telefonplans Vårdcentral som varit i drift sedan 2012 har nu en patientlista på 9350 listade patienter. Ungefär 5800 (62%) av dessa är i åldern 18-65 år dvs arbetsför ålder. Ca 3500 individer har under åren 2012-2019 fått diagnos med "F-kod" dvs depressions-, ångest- och stress/utmattningstillstånd. Vår tidigare ST-läkare Oscar Plogmark gjorde sitt KVASt-arbete inom detta område tidigare och han fann att patienter som fick träffa rehabkoordinatören hade signifikant kortare sjukskrivningstider. Dock svårt dra säkra slutsatser pga selektion i patientgruppen och svårt hitta en matchande kontrollgrupp. Han noterade att det under sextonmånadersperioderna 201508-1612 samt 201708-1812 var 67 respektive 88 patienter med ställd diagnos utmattningssyndrom. Under årets första nio månader januari t.o.m september 2019 fanns det redan 56 patienter med denna diagnos registrerad.

Primärvården har i sitt uppdrag rollen som första vårdkontakt när det gäller lätt-medelsvår psykisk ohälsa. Ofta blir dessa patientkontakter mer tids- och resurskrävande på mottagningen pga ärendets natur där patientens livssituation, psykiska mående och arbetsförmåga ofta behöver bedömas i samma besökssituation. Både läkare och sjuksköterskor på mottagningen har beskrivit känslor av otillräcklighet, bl.a. bristande resurser till att boka tid till psykoterapeut, svårigheter hinna med dessa ärenden på korta akuttider etc. Eftersom det föreföll vara ett ökat lokalt behov bland våra listade patienter och även en tendens i samhället med ökande sjukskrivningstal under dessa diagnoser ville vi med förändringar i vårt arbetssätt göra situationen bättre både för oss själva i arbetet på mottagningen och för patienterna. Vi ville minska på väntetider och hitta bättre samarbetsformer mellan läkare, sjuksköterskor, psykoterapeuter och rehabiliteringskoordinatören.

I början av 2019 hade vi två stycken konsultanställda psykoterapeuter motsvarande ca en heltidstjänst, delvis arbetande på mottagningen, samt avtal med Samtalshuset dit vi remitterat patienter i behov av samtalskontakt. Det har tidigare kunnat vara väntetider på upp till en månad och svårigheter hitta tid och kanaler för samverkan/avstämning kring patientärenden med detta arbetssätt. Vi anställde en psykolog på heltid före sommaren 2019 och en till på deltid nu strax efter

årsskiftet 2020 för att i större utsträckning kunna hjälpa våra patienter lokalt och införa ett mer integrerat arbetssätt (IBH – integrerad beteendehälsa) där det inte för en första bedömning nödvändigtvis krävs läkarremiss. 99% av besöken hos psykosocial resurs är i åldersgruppen 15-65 åå.

Det har med tidigare remissförfarande också varit svårt att få till en gemensam planering i sjukskrivningssituationen. Vi har sedan hösten 2017 haft rehabiliteringskoordinator på 25-30% (1-1½ dag/vecka) och fram till idag när det från att ha varit ett projekt utvecklats till ett "skall-krav" på att tillhandahålla funktionen har den nyttjats allt flitigare. Vår ReKo är idag en viktig medarbetare/kollega på vårdcentralen.

Det är alltså framför allt förbättringar avseende processen kring dessa patientkontakter och ev sjukskrivningsärenden vi velat uppnå med förändringarna i bemanning, nya rutiner kring bokningar (direkt till psykolog/psykoterapeut) och en bättre samverkan med ReKo.

Förväntningar på det nya arbetssättet har bl.a. varit kortare väntetider till adekvat primärvårdsinsats från första patientkontakt (bättre följsamhet till den s.k. "vårdgarantin"), kortare sjukskrivningstider, ökat antal deltidssjukskrivningar i relation till totala antal sjukskrivningar, minskad stressnivå och otillräcklighetskänsla hos läkaren vid nybesök i dessa ärenden och hos sjuksköterskan i initiala rådgivningen eller bokningssituationen. Vi tänker oss att detta är kvalitetsförbättringar både för den hjälpsökande patienten, för arbetsmiljön på vårdcentralen och genom en bättre teambaserad försäkringsmedicinsk bedömning.

### **Vad har varit möjligt att studera?**

I MedRave kan vi få fram viss statistik kring psykosocial ohälsa och sjukskrivningar. Dock är det svårare att få överblick över t.ex. en minskning av väntetider till olika insatser. Det är även svårt att bedöma hur enhetligt vi arbetar när det gäller diagnostik, sjukskrivningar, val av behandlingsalternativ etc. Ibland har patienten remitterats vidare till stress/utmattningsmottagning enligt vårdval för multimodal rehab som då tar över ärendet och patienten "försvinner" från vårdcentralens besöksstatistik och vårdteam. Under 2019-2020 har också personalgruppen förändrats med flera nyanställda både läkare, sjuksköterskor och psykologer. Ett par läkare och sjuksköterskor har också slutat på mottagningen. Detta har gjort att det varit svårt att få till en arbetsgrupp som utöver att få till fungerande mottagningsrutiner även haft utrymme att designa detta förbättringsarbete från början.

Vi har då valt att titta på tillgänglig MedRave-statistik och jämföra två tidsmässiga "block" om vardera ett år:

Period 1: 2018-06-01 till 2019-05-31

Period 2: 2019-06-01 till 2020-05-31

Period 1 får då symbolisera situationen "före införandet av ett nytt arbetssätt och Period 2 situationen "efter". Detta blir en lite trubbig uppskattning eftersom förändringen skett gradvis under senaste året från juni 2019 ffa vad gäller ökad tillgång till lokal psykosocial resurs, mer regelbundna avstämningsmöten med ReKo etc. Då MedRave inte kan identifiera sjukskrivningsdata från de nya WebCert-intygen (vi började med dessa 1 april 2020) har sjukskrivningsstatistiken fått mätas fram t.o.m mars 2020 i period 2 och för månadsstatistik då delas med 10 istället för 12 månader) Coronapandemin har då sannolikt inte påverkat siffrorna i någon större utsträckning.

Personalgruppen har som nämndes ovan förändrats lite över tid med nya medarbetare i alla personalkategorier. Antalet tjänster i varje yrkeskategori/roll är dock väsentligen oförändrat, med en liten ökad personaltäthet på både läkar- och sjuksköterskesidan som anpassning till det ökade listningstalet på mottagningen.

Vid en genomgång i MedRave av dessa två perioder får vi fram följande siffror:

	Period 1			Period 2	
Listningssnitt	8400			8970	
Antal läkarbesök totalt	8712			9880	
Antal besök i psykosocial resurs totalt	2092			1854	
Antal besök i psykosocial resurs/månad	174			154	
Antal individer i kontakt med psykosocial resurs	366			567	
Antal fysiska besök hos ReKo	44			57	
Antal individer i kontakt med ReKo	37			46	
Andel kontakter med ReKo där pat har kvinnligt kön	82%			77%	
<b>"KBT-diagnoser"</b> (enligt MedRave F32, F33, F40, F41, F42,F43)					
Andel sjukskrivna under "KBT-diagnos" med kvinnligt kön	79%			77%	
Andel kontakter i psykosocial resurs där pat har kvinnligt kön	73%			73%	
Antal sjukskrivna patienter med "KBT-diagnos" 15-64år /månad	16			17	
Sjukskrivningsdagar för pat med "KBT-diagnos" totalt	27510			19192	
Sjukskrivningsdagar/månad i snitt	2293			1919	
Sjukskrivningsdagar över tid 100%/månad	954			940	
Sjukskrivningsdagar över tid 75%/månad	165			135	
Sjukskrivningsdagar över tid 50%/månad	740			478	

Sjukskrivningsdagar över tid 25%/månad		432			366	
		<b>Period 1</b>			<b>Period 2</b>	
Sjukskrivningsdagar (brutto):		Kvinnor	Män		Kvinnor	Män
Sjukskrivningsdagar i snitt/patient med "KBT-diagnos" 15-24åå (Totalt antal sjukskrivningsdagar i gruppen)		44 (133)	26 (26)		16 (48)	54 (108)
Sjukskrivningsdagar i snitt/patient med "KBT-diagnos" 25-49åå (Totalt i gruppen)		135 (16078)	109 (3485)		122 (12795)	78 (2614)
Sjukskrivningsdagar i snitt/patient med "KBT-diagnos" 50-64åå (Totalt i gruppen)		200 (5984)	258 (1803)		132 (2901)	281 (843)
Totalt antal mottagningsbesök hos någon i gruppen läkare/ReKo/psykosocial resurs under pågående sjukskrivning/månad		88			75	
<b>Diagnoskluster</b>	Totalt antal pat	Andel med SSRI-beh	Andel med KBT- beh		Totalt antal pat	Andel med SSRI- beh
Ångestsyndrom (F40-48) som huvuddiagnos	496	30%	21%		724	28%
Depressionstillstånd (F32) som huvuddiagnos	110	48%	29%		119	50%

### **lakttagelser:**

Totala antalet listade patienter och antal besök hos läkare har ökat från period 1 till period 2. Ingen diagnosspecifik sökning har gjorts men det är en tydlig ökning av patienter som får en ångestsyndromdiagnos som huvuddiagnos det senaste året. Ingen större skillnad kan ses v.b. depressiondiagnoserna. Antalet individer som kommer i kontakt med psykosocial resurs har ökat över tid medan antal besök totalt har minskat. Kortare behandlingsserier generellt och en rutin med prioritering av ärenden som kan innebära risk för sjukskrivning och behov av inkoppling av ReKo tror vi kan förklara detta. Tätare avstämningar mellan läkare och psykolog/psykoterapeut har också varit möjlig under period 2 då majoriteten av besöken i psykosocial resurs gjorts av mottagningens egna psykologer. MedRave hittar en större andel patienter som journalförts med KBT-behandling period 2 jämfört period 1.

Väntetider från första patientkontakt till inbokad tid hos någon vårdgivare var svår att få fram retroaktivt för period 1. Även väntetider till första besök hos psykosocial resurs då detta hade varit ett drygt arbete med genomgång av registreringar i vårdfaktura eller notat i TakeCare-journalen. Vi fick således avstå från väntetids/processtids-mätningar.

En del ärenden där sjukskrivning för utmattningssyndrom ingår kan också ha överförts till företagshälsovården eller blivit remitterade till enhet för multimodal rehabilitering och patienten har då i regel ej fortsatt kontakt med vårdcentralen i ärendet samtidigt. Tyvärr har vi ej möjlighet att få fram denna statistik ur systemet så att vi kan bedöma om perioderna skiljer sig åt i detta avseende.

Rehabiliteringskoordinatören har utnyttjats något mer period 2 jämfört med period 1. Intrycket är att siffrorna som bara visar registrerade besök är en underskattning då ReKo även använder telefonkontakt med både den sjukskrivne, arbetsgivare och ibland med handläggaren på försäkringskassan.

Diagnosgrupperna och besöksstatistik hos psykosocial resurs och ReKo visar en tydlig övervikt för representation av det kvinnliga könet. När det gäller sjukskrivningsstatistiken är det ingen skillnad mellan perioderna i antal patientbesök/månad för de som är under pågående sjukskrivning. Antal sjukskrivningsdagar totalt för patienter med "KBT-diagnos" (enligt MedRave ICD-koder F32, F33, F40-F43) har dock minskat från period 1 till period 2. Läger man ihop siffror för de kvinnliga patienterna mellan 25-64år blir snittet för sjukskrivningsdagar för kvinnor under period 1: 148 dagar och under period 2: 123 dagar.

Det är framför allt sjukskrivningsdagar generellt som minskat, vi kan inte se någon skillnad i andelen deltidssjukskrivningar. Även om vi inte enkelt kan få fram ärendespecifik statistik med processtider från patientens första kontakt med vårdcentralen, till bokad läkarbesök, första besök hos psykolog, möte med ReKo och avstämningsmöte med arbetsgivare/FK så är känslan att vi kommer snabbare fram i rehab-planeringen och sjukskrivningarna kan kortas ner. Samarbetet som under period 1 fortfarande till stor del byggde på remissförfaranden och väntelistor går nu mycket smidigare då både psykologer + ReKo finns som en naturlig del av mottagningens personal. Det blir också en större flexibilitet om patienten på ett nybesök även kan bokas direkt till psykolog. Antal besök/månad till någon av vårdcentralens inblandade vårdgivare kring den sjukskrivne patienten har också minskat vilket skulle kunna innebära att det frigörs resurser för annan vård och att vårdkostnaden per sjukskrivningsärende minskar. Huruvida andra förändringar i t.ex. sjukförsäkringssystemet eller arbetsmarknaden har inverkat på sjukskrivningssiffrorna kan vi inte bedöma.

De läkare och sjuksköterskor som jobbat på vårdcentralen under båda perioderna vittnar om en lättare arbetssituation senaste året. Det finns nu bättre möjligheter att kunna hjälpa en patient som kontaktar mottagningen med ett ärende där stress, ångest, utmattning och funderingar kring sjukskrivning ingår. Det har blivit en tydligare arbetsfördelning, läkaren har i mindre utsträckning behövt dra ärendet och planeringen med patienten själv utan har kunnat fokusera på de mer medicinska delarna. Väntetiderna har kunnat minskas. Både ReKo och psykologer har också bidragit till intern fortbildning och utveckling av samarbetsrutiner. Förutom tidigare nämnda ST-projekt pågår nu också en enkätstudie där ett urval av patienter som har haft kontakt med ReKo skall kontaktas.

Vi kommer att fortsätta följa vår mottagnings statistik när det gäller diagnoser, sjukskrivningar och utnyttjande av psykosocial resurs och ReKo. Även om detta mer varit en retrospektiv genomgång av statistik (snarare än en utvärdering av en väldefinierad förändring/insats) under två olika tidsperioder har vi fått ut en hel del intressant information kring vårt vardagsarbete som vi kan använda i fortsatt planering av verksamheten. Kanske kan vi också få idéer kring förebyggande arbete med psykosocial ohälsa och risk för sjukskrivning. Vi tar tacksamt emot tips på variabler att fortsätta följa/mäta över tid inom detta område.

Anders Hallek, dl spec i allmänmedicin, verksamhetschef Telefonplans VC

med benäget bistånd av all övrig personal på mottagningen som deltagit i utveckling av nya arbetsformer kring psykosocial ohälsa.

2020-05-31