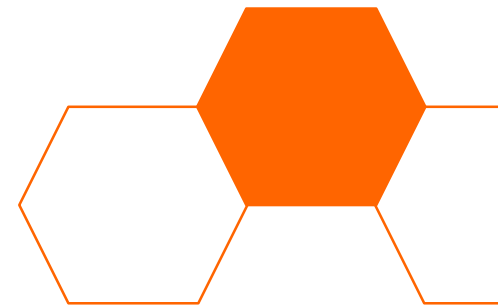


Implementering av evidensbaserad praktik vid psykisk ohälsa i primärvården

– ett utvecklingsprojekt i SUS-primärvård

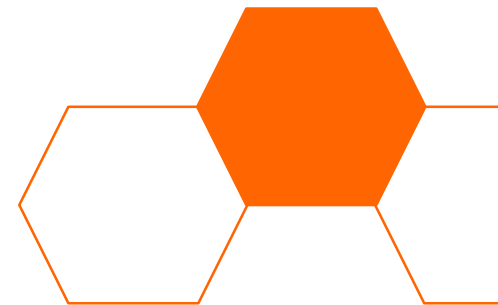
Projektledare: Christina Bergmark Hall

leg. psykolog, specialist i klinisk psykologi, leg. psykoterapeut, forskare Lunds universitet.



Att driva evidensbaserad vård innebär att

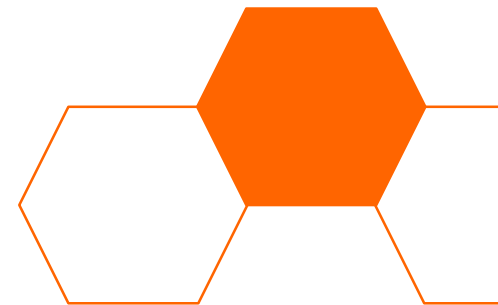
- Diagnostiseringen genomförs med evidensbaserade intervjuinstrument *som grund*
- De behandlingar som har bäst evidens skall erbjudas *i första hand*
- *Behandlingen utvärderas löpande* med evidensbaserade mätinstrument, bl a självskattningsskalor. Resultaten skall vara i stort sett lika bra som resultaten i de forskningsstudier som gjorts på området, annars skall åtgärder vidtas.
- Om en ny metod har bättre evidens än en gammal existerande metod, bör den gamla *ersättas* av den nya



Bakgrund

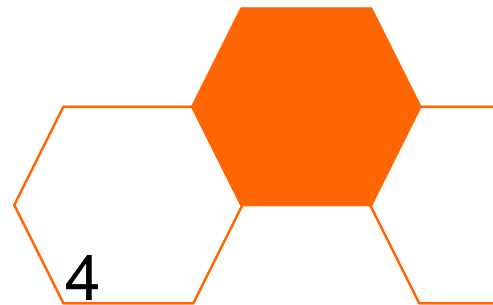
- Psykiska diagnoser ca 30 % av sjukvårdsdiagnoserna
- Kostnad psykisk ohälsa i Sverige: ca 70 miljarder kr (enl. OECD)
- **46% av alla pågående sjukskrivningar.**
- **Av dessa sjukskrivningar utgörs 90 % av ångest- och depressionsdiagnoser.**
- Cirka 70 % av alla patienter med depression/ångestsyndrom får vård inom primärvården
- Stressrelaterad ohälsa har ökat stort under senaste decennierna
- WHO: stress den största faktorn bakom sjukdomar år 2020

(Ref: Socialstyrelsen, 2016, 2017)



Bakgrund till projektet

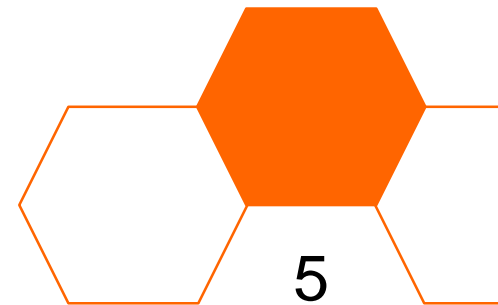
- Mycket forskning och kunskap finns på området psykisk ohälsa och evidensbaserade insatser – som inte riktigt tillämpas.
- Trots medvetenhet, har vi stått och ”stampat”.
 - Vad beror det på?
 - Vad är det som saknas?
 - Vad krävs för förändring?



Förstudie på SUS 37 vårdcentraler

- Hösten 2016: Enkätbaserad kartläggning av ”psykologfunktionen” (riktad till psykologer och verksamhetschefer).
- Kort sammanfattning:

Mindre än hälften av patienterna som bedöms lida av psykisk ohälsa hänvisas vidare till psykologisk behandling (eller till strukturerad bedömning/fördjupad diagnostik). Läkarbesök och SSRI, samt sjukskrivning beskrevs som vanligare.



Bedömning av psykisk ohälsa i primärvården - ett förbättringsområde även nationellt

- *"I genomsnitt identifieras (i primärvård och öppen specialiserad vård) endast cirka hälften av dem med depression och ångestsyndrom".*
- *"...enligt en stor systematisk översikt från år 2013 får endast cirka hälften av patienterna med depression rätt diagnos hos distriktsläkare". (Socialstyrelsen, 2016).*



Förbättringsområden (enl. SoS utvärdering 2013)

- Öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling
- Ta fram rutiner för tidig upptäckt och diagnostik av psykisk ohälsa
- Öka uppföljningen av behandlingen
- Brist på personal med kompetens inom området psykologisk behandling:
”Det gäller särskilt inom primärvården, där det krävs både mer kompetens och ökade resurser för att kunna följa riktlinjernas rekommendationer.” (Socialstyrelsen, 2016).



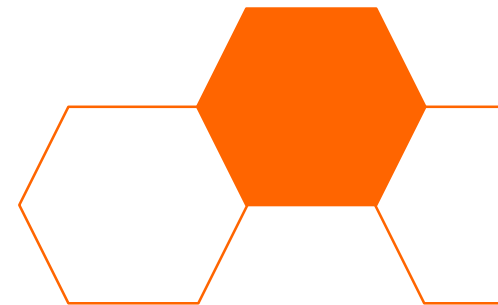
Lägesbild Skåne

- Oftast allmänläkarbedömningar, oftast utan struktur (= avsaknad av systematiskt frågande, av validerade instrument som intervjuguide, av relevanta screeningformulär) i fråga om diagnostik, oftast under en halvtimme.
- Medicinering vanlig behandlingsinsats: 65 % av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut i primärvården. Obs att SSRI bara rekommenderas före KBT vid generaliserat ångestsyndrom (+ svår depression)!
- Kombinationsbehandlingar (läkemedel + KBT) förekommer ofta, men rekommenderas inte vid *något* ångest- eller depressionstillstånd (vuxna).
- Sjukskrivning vanlig insats. Sjukskrivning = inte evidensbaserad behandling...



Konsekvenser

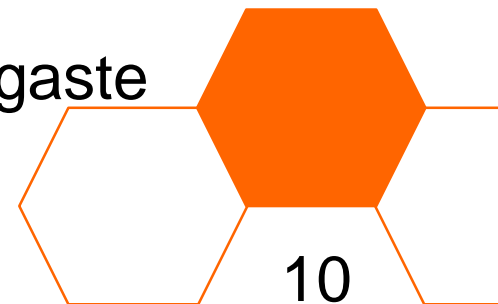
- **Bristfällig bedömning:**
- → svårt erbjuda evidensbaserad behandling i nästa led. "Tur" avgör.
- → svårt för vårdstrateger och beslutsfattare att spåra det verkliga "felet" i vårdkedjan. Kan leda till onödiga, kostsamma insatser.
- → Frustration hos vårdpersonalen, missnöjda (högljudda patienter) → otillräcklighetskänslor, stress. Personalens eget mående alltmer i fokus. Patientsäkert?



Projektets syfte: Att stärka kopplingen tillstånd-åtgärd

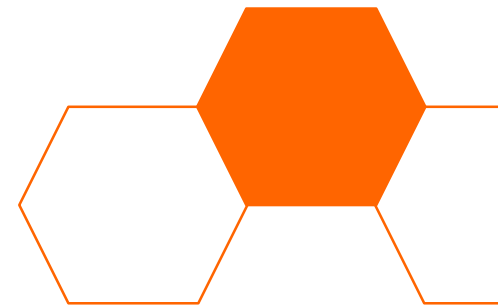
Att utgå från kopplingen tillstånd- åtgärd som övergripande princip för att organisera vården av patienter med psykisk ohälsa!

- Förbättra första-linjens bedömning av patienter med psykisk ohälsa. Främst förknippat med förbättrad diagnostisk process.
- Låta åtgärden utgå från patientens diagnos/problembild (samt förstås övriga faktorer som kommer fram i bedömningen), följa SoS:s centrala rekommendationer i fråga om åtgärd.
- Utöka tillgången på evidensbaserad behandling vid våra vanligaste diagnoser (ångest och depression), dvs. på KBT.



Projektets förutsättningar

- Ingen utökning av personal eller ekonomiskt stöd har utgått till pilotvårdcentralerna.



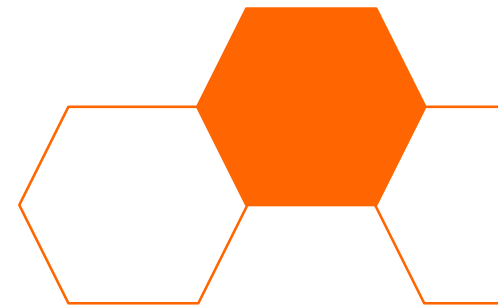
Projektaktiviteter

- 1. Internutbildning:** Omfattar SUS, fom. sept. hela RS:s pv
 - **Triagering vid psykisk ohälsa.** Två halvdagar.
 - **Verksamhetschefer: Att arbeta evidensbaserat** En halvdagsutbildning (Professionskunskap, SoS:s nationella riktlinjer för vård vid ångest- och depression).
 - **Distriktsläkare: Strukturerad bedömning/diagnostik.** Heldagsutbildning
 - **AT/ST-läkare: Bedömning och behandling av stressrelaterad ohälsa.** Halvdagsutbildning.

Projektaktiviteter (forts).

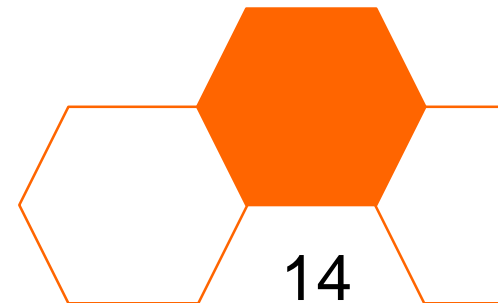
2. Pilotvårdcentraler prövar ny verksamhetsmodell:

- Psykologer ökar sin resurs i första linjen för att öka tillgängligheten till kvalificerade bedömningar. = 1 FL-bedömning/dag i psykologernas tidböcker.
- Triageutbildning för sjuksköterskor i triage som återkommande insats.
- Läkarutbildning i bedömning som återkommande insats.
- Regelbunden handledning av psykologerna i triagering på pilotenheterna gentemot triagesjuksköterskor.
- Införande av iKBT.



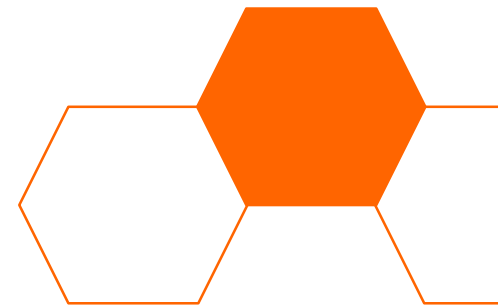
Och hur går det hittills?

- Sjuksköterskorna triagerar "bättre", dvs. "rätt" patienter kommer till psykolog resp. läkare.
- Väntetiden för en bedömning hos psykolog varierar mellan 2-5 veckor (dvs. ung. som tidigare).
- Utbildningarna i triage och läkarutbildningarna uppskattade och efterfrågade.
- 2 av 3 vårdcentraler har nöjd personal.



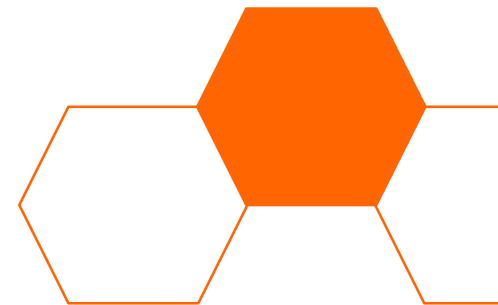
Utmaningar

- Sjuksköterskor på en av vc tycker inte att triage av patienter med psykisk ohälsa är deras uppgift/kräver för mycket av deras resurser, i ett pressat läge.
- Läkare tycker inte att de har tid att använda ett strukturerat intervjuförfarande som M.I.N.I.för att förbättra sin diagnostiska förmåga. Några läkare tycker inte att deras bedömningsförmåga behöver förbättras...
- Bedömningssamtal tar (ofta) längre tid i anspråk jämfört med behandlingsinsatser, dvs. resulterar i färre "pinnar".



Några slutsatser

- Utbildningarna behöver upprepas för ny personal.
- Handledning av psykolog till sjuksköterskorna (och läkarna?) viktig.
- En aktiv lobbying riktad till verksamhetscheferna om rekrytering av personal med adekvat utbildning i psykologi.
- Tydlig, strategisk kommunikation från ledningen gentemot enheterna om att det är fråga om att implementera nationella riktlinjer samt förbättra första linjens bedömningar (diagnostiken).
- Verksamhetscheferna har nyckelroll!



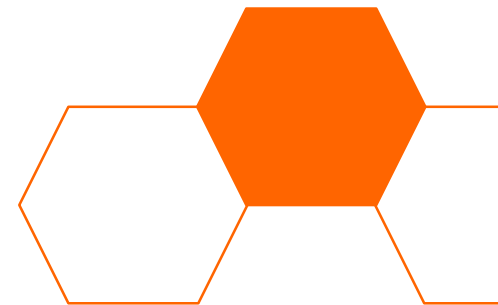
Centrala rekommendationer – NR Depression och ångest



Behandling vid egentlig depression hos vuxna

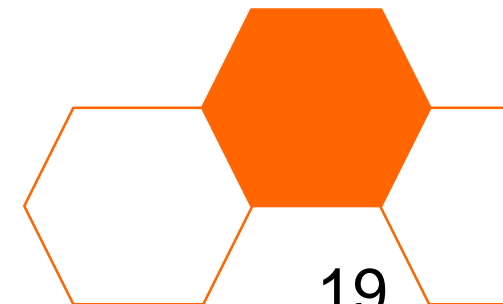
Behandling vid lindrig till medelsvår egentlig depression

Tillstånd	Åtgärd	Prioritering
Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Bör (2)
	Interpersonell psykoterapi (IPT)	Bör (3)
	Antidepressiva läkemedel	Bör (3)



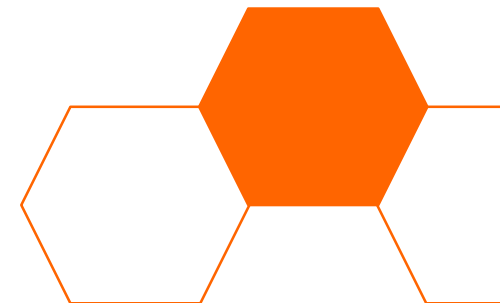
Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

Behandlingsområde	Åtgärd	Rekommendation
Behandling av generaliserat ångestsyndrom	Antidepressiva läkemedel	Bör (3)
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Kan (5)
Behandling av paniksyndrom	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Bör (3)
	Antidepressiva läkemedel	Kan (5)
Behandling av tvångssyndrom	Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention (ERP)	Bör (1)
	Antidepressiva läkemedel	Bör (2)



Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

Behandlingsområde	Åtgärd	Rekommendation
Behandling av social fobi	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Bör (3)
	Antidepressiva läkemedel	Kan (5)
Behandling vid posttraumatiskt syndrom	Kognitiv beteendeterapi (KBT) med traumaexponering	Bör (3)
	Antidepressiva läkemedel	Kan (5)
	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	Kan (7)
Behandling med lugnande medel vid ångestsyndrom, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi och akut stressyndrom.	Bensodiazepiner	Bör inte (icke göra)



Behandling vid egentlig depression hos vuxna

Återfallsförebyggande behandling vid egentlig depression

Tillstånd	Åtgärd	Rekommendation
Recidiverande egentlig depression i remission, vuxna	Återfallsförebyggande behandling med antidepressiva läkemedel	Bör (1)
	Återfallsförebyggande behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT)	Bör (3)

