

Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige

EVIDENSBASERAD MODELL KAN FÖRBÄTTRA SAMVERKAN MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH PSYKIATRI

Martin Rödholt, med dr, specialistläkare i psykiatri, konsult, Uppdrag psykisk hälsa, Sveriges Kommuner och landsting, Stockholm
 ● martin.rodholt@skl.se

Sonny Wählstedt, verksamhetsansvarig, Nationell samling för psykisk hälsa i Göteborg (NSPHiG)

Mattias Damberg, docent, specialistläkare i allmänmedicin, medicinsk utvecklingschef, Stab primärvård, psykiatri, habilitering, Region Västmanland

Cirka en tredjedel av alla personer som söker primärvården har någon typ av psykisk ohälsa [1], och psykiatriska diagnoser står för ca 45 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan [2]. I december 2017 presenterade Socialstyrelsen en ny rapport som visar att den psykiska ohälsan hos barn och unga vuxna ökat kraftigt under en 10-årsperiod, framför allt när det gäller diagnoser som depression och olika ångestsyndrom [3].

Merparten av dessa personer vårdas och behandlas i primärvården, och en del behöver vårdas inom psykiatrin under kortare eller längre tid. Samtidigt behöver personer som vårdats inom psykiatrin och förbättrats kunna remitteras vidare till primärvården. Därför är det viktigt att samarbetet mellan primärvården och psykiatrin fungerar så smidigt som möjligt och att patienter enkelt kan få vård på rätt nivå.

Socialstyrelsens rapport från 2007, »psykosocial kompetens i primärvården» [4], föreslog åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården men efterlyste också åtgärder för att förbättra ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvård och psykiatri. Flera ambitiösa inhemska satsningar för att förbättra vården vid psykisk ohälsa i primärvården har genomförts och visat positiva effekter. Exempel på sådana är utbildning av allmänläkare i depressionsdiagnostik [5], tillgång till psykiaterkonsult i primärvården [6], användning av stegvis vård med självhjälp och kognitiv beteendeterapi [7] och införande av vårdsamordnare för behandling av depression i primärvården [8]. Samtidigt finns det fortfarande tydliga bilder från både primärvård och psykiatri av att samarbetet inte fungerar optimalt och att båda parter försöker hålla ifrån sig patienter, ofta med hänvisning till bristande resurser, personalbrist eller kunskapsbrist.

Erfarenheter från brukarföreträdare

Företrädare för brukarorganisationen Nationell samling för psykisk hälsa (NSPH) har sedan länge fått signaler från patienter och anhöriga som uttryckt missnöje om hur samarbetet mellan psykiatri och primärvård fungerar. En kritik handlar om bristande diagnosättning inom primärvård och därpå följande behandlingsförslag eller vart remittering bäst bör ske. Annan kritik handlar om upplevelsen av bristande tid hos enskilda läkare att skapa överblick av hur resan och slutmålet för behandlingen ser ut. Tydligast blir detta om behandlingsresultaten uteblir och inga alternativ ges för medicinsk eller terapeutisk insats. Det

blir inte sällan patienten själv som får fungera som samordnare av de insatser som respektive huvudman ska erbjuda målgruppen, och i värsta fall blir re-

»Samtidigt finns det fortfarande tydliga bilder ... att båda parter försöker hålla ifrån sig patienter, ofta med hänvisning till bristande resurser, personalbrist eller kunskapsbrist.«

sultatet långvarig sjukskrivning eller sjukersättning. NSPH ser ett starkt behov av ett fördjupat samarbete kring varje patient i en samverkan mellan psykiatri och primärvård.

Ansvarsfördelningen

Samtliga landsting har skriftliga överenskommelser kring ansvarsfördelning och samarbete mellan primärvård och psykiatri, och de finns samlade på webbsidan för »Uppdrag psykisk hälsa«, Sveriges Kommu-

HUVUDBUDSKAP

- En tredjedel av alla personer som söker primärvården har någon form av psykisk ohälsa, och psykiatriska diagnoser står för ca 45 procent av all utbetald sjukersättning.
- Merparten av dessa personer tillhör primärvårdens ansvarsområde, och flera behöver också konsultinsatser från psykiatrin.
- Samarbetet mellan primärvården och psykiatrin behöver fungera bättre för att vården av personer med psykisk ohälsa ska bli så bra som möjligt.
- Det finns en forskningsbaserad modell för samarbete mellan primärvård och psykiatri som ännu inte är fullt utprövad i svensk sjukvård – »collaborative care model«.
- Ett nationellt arbete för utbildning och implementering av modellen i Sverige planeras starta under ledning av »Uppdrag psykisk hälsa«, Sveriges Kommuner och

ner och landsting (SKL) [9]. Det finns inga nationella riktlinjer för ansvarsfördelningen, men det finns stora likheter mellan landstingen. De flesta landsting uppger att psykiatriska diagnoser av lätt till medelsvår grad, företrädesvis depressions- och ångestsyndrom, ska tas om hand av primärvården och de svårare psykiatriska sjukdomarna inom psykiatri. Efter 2-3 behandlingsförsök inom primärvården med antidepressiv behandling och till exempel KBT rekommenderas remiss till psykiatri vid utebliven effekt. Krav på remissers utformning beskrivs oftast mycket detaljerat, vilket ger intryck av en svårighet att få remitteras från primärvård till psykiatri och vice versa. Målsättningen med överenskommelsen ur patientens perspektiv beskrivs sällan, och få landsting har beskrivit hur samarbetet följs upp.

Evidensbaserad modell för samarbetsvård

»Collaborative care model« (CCM) är en specifik evidensbaserad modell för omhändertagande av depression i primärvården [10]. Modellen har utvecklats från »chronic care model« [11] och finns beskriven i en litteraturöversikt från 2013 [12] samt i en senare rapport från American Psychiatric Association och Academy of Psychosomatic Medicine [13]. Modellen är designad för och utprövad i primärvård i såväl storstad som glesbygd, huvudsakligen i USA, Storbritannien och Nederländerna [13, 14]. Av olika modeller för integrerad vård har den visat bäst forskningsresultat avseende patientnöjdhet, tillgänglighet till vård, behandlingsresultat och kostnadskontroll [13]. Grundprinciperna för modellen redovisas i Fakta 1.

Vårdsamordnarens funktion i CCM är central och finns med också i »Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017« [15]. Där beskrivs att ett samordnat och strukturerat omhändertagande med vårdsamordnare kan erbjudas till vuxna med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom (prioritet 5). Vårdsamordnaren är oftast en sjuksköterska, men kan också vara av annan profession (till exempel kurator eller psykolog). Vårdsamordnaren arbetar utifrån en strukturerad vårdplan. Vårdplanen görs upp tillsammans med patienten och kan inkludera farmakologisk, psykoterapeutisk och psykosocial behandling. Vårdsamordnaren ska se till att schemalagda återbesök och telefonkontakter planeras in för att stödja personens följsamhet till behandling eller uppmärksamma symtom eller oönskade utfall. Ofta ingår också att organisera strukturer som ska underlätta en interprofessionell kommunikation mellan vårdgivare, till exempel multidisciplinära konferenser, konsultationer, handledning och möjlighet till att dela journal.

AIMS (Advancing Integrated Mental Health Solutions) Center vid Washingtons universitet har tagit fram ett utbildningsprogram med en kostnadsfri internetbaserad utbildning för CCM, med bland annat moduler för allmänläkarens, vårdsamordnarens och psykiaterkonsultens funktion [16]. Under utbildningen ges möjlighet att reflektera över sin egen verksamhet och hur modellen kan integreras i den egna verksamheten avseende omhändertagandet av patienter med depression och ångest.

Skilnaden mellan CCM och svenska publicerade metoder [5-7] för att förbättra vården vid psykisk ohäl-

FAKTA 1. »Collaborative care model« bygger på följande grundprinciper:

- En vårdgivare i primärvård leder vården.
- Teambaserad vård – ett multidisciplinärt team bestående av allmänläkare, vårdsamordnare (care manager), psykolog, sjuksköterska, kurator och sjukgymnast ger vården (kallas ofta psykosocialt team).
- En psykiater deltar regelbundet i teamet med psykiatriska konsultationer.
- Teamet ansvarar för att ge vård till en definierad grupp av patienter, till exempel med depression och ångestsyndrom.
- Teamet använder systematiska, diagnosspecifika, patientrapporterade utfallsmått för att styra behandlingen.
- Evidensbaserade behandlingsmetoder används.

»Modellen är designad för och utprövad i primärvård i såväl storstad som glesbygd, huvudsakligen i USA, Storbritannien och Nederländerna ...«

sa är att den integrerar flera nödvändiga funktioner. Fram till alldeles nyligen var heller inte effekten av vårdsamordnarens funktion för behandling av depression i primärvården studerad i Sverige [8].

Finns samarbetsvård i Sverige?

Uppdrag psykisk hälsa [17] har i uppdrag från regeringen att utveckla kunskap, metoder och verktyg tillsammans med kommuner och landsting för effektiva insatser av god kvalitet gällande psykisk hälsa. Uppdrag psykisk hälsa, som under flera år fört dialog med företrädare för primärvård och psykiatri, känner inte till att CCM tillämpas i sin helhet någonstans i landet, men det finns exempel där man tillämpat delar av konceptet.

Införandet av vårdsamordnare vid depressionssjukdom har utvärderats av enheten för allmänmedicin vid Göteborgs universitet tillsammans med Västra Götalandsregionen, där vårdsamordnare har implementerats vid ca 100 av regionens 200 vårdcentraler under 2015-2017 enligt den modell för samarbetsvård som beskrivs i tidigare nämnda litteraturöversikt [12]. Första fasen av implementeringen genomfördes som en randomiserad kontrollerad studie på 23 vårdcentraler (19 i Västra Götalandsregionen, 4 i Landstinget Dalarna). Resultaten visar positiva effekter på symptomlindring, minskad sjukskrivningstid, arbetsåtergång och patientupplevelser.

Inom Stockholms läns landsting pågår sedan 2015 ett projekt med psykiaterkonsult på vårdcentral och somatiska konsultationer av läkare från vårdcentral

på psykiatrisk mottagning, med goda erfarenheter. Projektet uppmärksammar därmed också den somatiska sjukligheten hos psykiskt långtidssjuka (se separat artikel i detta tema). Ett annat exempel är ett pågående projekt med syfte att förbättra vården vid psykisk ohälsa i gränslandet mellan primärvård och psykiatri i Region Skåne, där man utöver psykosociala team på vårdcentralen Dalby har tillgång till konsultationer med psykiater. Andra platser som har liknande samarbeten mellan primärvård och psykiatri med positiva effekter under längre tid är Borås och Gagnef.

Implementering av CCM i Sverige

CCM anpassat för svenska förhållanden behöver en svensk benämning. Ett förslag kan vara »samarbetsvård - psykisk hälsa«. Konceptet behöver anpassas till lokala förhållanden som storstad och glesare befolkade orter men också med avseende på vårdgivarnas organisation. Regeringens satsning tillsammans med SKL på rehabiliteringskoordinatorer för att minska sjukskrivningstider vid bland annat psykisk ohälsa är en viktig och framgångsrik funktion som inte finns tydligt beskriven i CCM men som behöver finnas med som en del i det psykosociala teamet i svensk kontext. Rehabiliteringskoordinatorn utgör ett stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och underlättar för patienten att återgå eller vara kvar i arbete.

I Region Västmanland har man tagit ett politiskt beslut om att utreda och prova CCM med start under 2018. Samtidigt har man satsat på psykiatrisk forskning under samma planperiod, vilket ytterligare ökar möjligheten att utvärdera modellen i en svensk kontext.

En invändning mot att införa CCM kan vara att bristen på såväl psykiatrer som allmänläkare inte medger möjlighet att avsätta tiden för konsultationerna. Samtidigt behöver patienterna ändå ges adekvat bedömning och vård, och man kan lika gärna se samarbetet som en möjlighet att förkorta vårdepisoderna och minska antalet remisser mellan primärvård och psy-

kiatri, och därmed minska resursåtgången, eftersom adekvat vård ges tidigt i förloppet.

Modellen kan med fördel också knytas samman med konsultationspsykiatri vid sjukhus, till exempel när psykiatrisk behandling initierats i samband med inläggande vård av somatiska skäl (se separat artikel i detta tema).

Uppdrag psykisk hälsa genomför under 2018 ett arbete tillsammans med landsting och regioner för att ta fram en svensk version av CCM. Nästa steg blir att ta fram en utbildning och därefter stimulera till implementering. Förhoppningen är att kunna visa att arbetssättet ger vinster för patienter i form av snabbare tillfrisknande, minskade sjukskrivningar och förbättrat samarbete mellan primärvård och psykiatri, men även vinster för vårdpersonalen i form av förbättrad arbetsstruktur och kompetens i vård och behandling för patientgruppen.

Ett förbättrat samarbete mellan primärvård och specialistsjukvård vid psykisk ohälsa ligger också i linje med den inriktning som regeringens särskilda utredare Anna Nergårdh pekat ut i delbetänkandet om god och nära vård [18]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:E7UH

REFERENSER

- Kallioinen M, Bernhardtsson J, Grohp M, et al. Enkät besvarad av över 2000 patienter. Psykisk ohälsa stort problem hos primärvårdens patienter. *Läkartidningen*. 2010;107(23):1545-7.
- Försäkringskassan. Psykisk ohälsa bakom nästan hälften av alla pågående sjukskrivningar [pressmeddelande]. 10 okt 2017.
- Utveckling av den psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-29.
- Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Artikelnr 2007-107-22.
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*. 1995;35(4):147-52.
- Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care. 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety and depression. *Scand J Prim Health Care*. 1999;17(3):153-7.
- Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. Stepped care in primary care - guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2017;1-11.
- Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):28.
- Uppdrag Psykisk hälsa. Gemensam ledning och styrning. 16 jan 2017.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138-44.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-14.
- Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, et al. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(8):383.
- Dissemination of integrated care within adult primary care settings. The Collaborative Care model. Report. Washington, DC/Bethesda, MD: American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine; 2016.
- Huijbregts KM, de Jong FJ, van Marwijk HW, et al. A target-driven collaborative care model for major depressive disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord*. 2013;146(3):328-37.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-4.
- University of Washington. Advancing Integrated Mental Health Solutions (AIMS). Collaborative care. <https://aims.uw.edu/collaborative-care>
- Uppdrag Psykisk hälsa. <https://www.uppdagspsyiskhalssa.se>
- SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2017.

SUMMARY

A national project for validation of the Collaborative Care Model in Swedish health care setting is planned

One third of all persons attending primary care present mental health issues, and psychiatric diagnoses accounts for 45 % of sick pay in Sweden.

It is important that cooperation between primary care and specialized psychiatry units function seamlessly, ensuring patients with mental disorders health care on an adequate level. The cooperation between primary care and specialized psychiatry must become more patient focused, effective and safe.

There is an evidence based model for cooperation between primary care and specialized psychiatry not yet tried out in Sweden, the Collaborative Care Model.

A national project for validation of the Collaborative Care Model in a Swedish health care setting is planned to be launched by initiative of the Swedish Association of Local Authorities and Regions.