



Implementering av Integrerad beteendehälsa i primärvården

En pilotutvärdering av IBH-projektet i Region Östergötland

Handläggare: Erica Skagius Ruiz, Joachim Palm, Martina Ringstad, Kocher Koshnaw, Hanna Israelsson Larsen

Verksamhet: Primärvårdscentrum, IBH-projektet

Datum: 231001

Diarienummer: RÖ 2023/13608

FÖRORD

2018 inleddes projektet med integrerad beteendehälsa (IBH), hädanefter kallat IBH-projektet, i primärvårdscentrum (PVC), i Region Östergötlands regi. Uppdraget bestod i att leda utvecklingsarbetet med införande av IBH på Region Östergötlands vårdcentraler. Projektet blev beviljat medel av SKL inom ramen för utveckling av levnadsvanor under år 2018. PVC i Region Östergötland gick därefter in med finansiering för 2019-2022, och finansiering är beviljad till och med 2025. Efter slutförd implementering är målet att arbetssättet ska tillämpas på minst 70 % av vårdcentralerna i Region Östergötland.

IBH-projektet pågår fortfarande. I den här rapporten beskriver och diskuterar vi implementeringsprocessen på de fyra första pilotvårdcentralerna, som implementerade IBH våren 2019-2020, med avseende på vårdflöde, tillgänglighet till vård, patientnöjdhet med erbjuden vård samt skillnader i mediciner för psykisk ohälsa. Vi diskuterar även personalens intryck, åsikter och erfarenheter av IBH som vårdmodell, inklusive de lokala anpassningar av IBH-modellen som gjordes utifrån respektive vårdcentralers förutsättningar. Slutligen ger vi rekommendationer för fortsatt implementering och utvärdering. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer och kan även vara till nytta för berörda yrkesgrupper inom vården.

Projektledare respektive vice projektledare för IBH-projektet är Kocher Koshnaw och Erica Skagius Ruiz. Ansvarig forskare för den forskning som görs på IBH-projektet är Hanna Israelsson Larsen. Övriga medarbetare som har bidragit till rapporten är Joachim Palm, Örn Kolbeinsson och Martina Ringstad. Ansvarig chef för PVC har under 2018-2022 varit Mara Kosovic och Maria Randjelovic och under 2023 Johan Nordén. Under uppstarten agerade Annette Sverker och Preben Bendtsen, LiU, som samarbetspartners och bollplank, och Mats Dahlin och Johan Jäder Malmjöf, Psykologpartners, har bidragit med utbildande och handledande insatser.

INNEHÅLL

FÖRORD	1
SAMMANFATTNING.....	3
BAKGRUND	4
Psykisk ohälsa i primärvården	4
Behov av utveckling och omorganisering	4
Primary Care Behavior Health, PCBH.....	4
Integrerad beteendehälsa, IBH.....	5
SYFTE	7
IMPLEMENTERINGEN AV IBH I RÖ	8
Rekrytering och deltagande vårdcentraler	8
Implementeringsprocessen	9
Anpassningar av implementeringsprocessen	12
Praktisk skillnad i arbetssätt för olika yrkeskategorier	13
Ändring i patientflöde.....	15
Datainsamling och bearbetning.....	18
RESULTAT.....	19
Förändringar i vårdflödet.....	19
Läkemedelsbehandling	22
Patienternas upplevelser av vårdprocessen.....	22
Personalens upplevelser av implementeringen och arbetssättet IBH.....	22
DISKUSSION	28
Sammanfattande resultat i förhållande till mål.....	28
Effekter på vårdflödet.....	28
Patienterna	29
Personalen	29
Organisatoriska aspekter	29
Deltagande i IBH-projektet	30
Klinisk relevans	30
Implementeringens styrkor och svagheter	30
Rekommendationer och förbättringsförslag	30
Forskning	31
SLUTSATSER	32
REFERENSER	33

SAMMANFATTNING

Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem och primärvården har en viktig roll i att möta detta. Under våren 2019 började den tvärprofessionella primärvårdsmodellen Integrerad beteendehälsa (IBH), implementeras på fyra vårdcentraler i Region Östergötland (RÖ). Det övergripande syftet med implementeringen var att sänka tröskeln för patienter att söka och få hjälp samt förbättra handläggningen av patienter med psykisk ohälsa. Detta skulle uppnås genom att öka tillgängligheten till psykologisk behandling, öka antalet patienter som fick vård för psykisk ohälsa, minska medikaliseringen, och höja vårdcentralspersonalens kompetens. Förhoppningen var också att personalens tillfredsställelse gällande arbetet med psykisk ohälsa skulle öka samt att patienterna skulle vara nöjda med sin vård.

Följande rapport beskriver implementeringsprocessen och dess resultat avseende vårdflödet på de fyra första vårdcentraler som implementerade IBH: besöksstatistik och tillgänglighet till vård, patientnöjdhet med erbjuden vård, medicinering för psykisk ohälsa samt personalens intryck, åsikter och erfarenheter av att införa och arbeta med IBH.

Resultatet av implementeringen av IBH på de fyra pilotvårdcentralerna är lovande gällande ökad tillgänglighet till psykologisk kompetens och behandling, minskning av psykofarmakologisk behandling, minskade väntetider, hög patientnöjdhet samt positiva upplevelser hos personalen av arbetsättet avseende vårdens kvalitet, samarbete mellan yrkeskategorier och arbetsmiljö/tillfredsställelse med arbetsuppgifter. Utmaningar som framkom var att det var svårt att arbeta enligt IBH när det inte fanns någon samtalsbehandlare på plats eller när omsättningen på läkare var hög, att anamma den konsultativa rollen för samtalsbehandlare, samt att avsätta tid för implementeringsarbete och förlopad produktions-tid. Samtliga vårdcentraler önskade fortsätta arbeta enligt IBH och önskade även regelbundet återkommande utbildningar för att kunna vidmakthålla arbetsättet. Något som framhölls som viktigt för det fortsatta arbetet var fortsatt möjlighet till utveckling och anpassning utifrån den enskilda vårdcentralens förutsättningar. På samtliga vårdcentraler har lokala anpassningar av modellen behövt göras utifrån varje vårdcentralens grundförutsättningar, bland annat avseende personal, lokaler och patientklientel.

Det är ännu för tidigt för att dra slutsatser om bestående effekter eller resultat. De positiva resultat som framkommit innebär ändå att det finns fog för att fortsätta implementera IBH på fler vårdcentraler, att noggrant beakta behovet av lokala anpassningar, ha möjlighet att erbjuda upprepade utbildningar och stöd vid behov, samt att utvärdera projektet vetenskapligt på både kort och lång sikt.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa i primärvården

Primärvården är en av de viktigaste instanserna för att behandla psykisk ohälsa. Cirka en tredjedel av alla personer som söker primärvården har någon form av psykisk ohälsa såsom depression, ångest, stress, sömnsvårigheter eller livskriser (1) och majoriteten av alla patienter med depression och/eller ångestsyndrom får vård inom primärvården (>70 %) (2). Diagnoser för psykisk ohälsa står för ungefär 45 % av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan (3). Förutom det psykiska lidande för individen som psykisk ohälsa medför, visar även studier att patienter med psykisk ohälsa riskerar sämre fysisk hälsa, sämre levnadsförhållanden och förkortad livslängd (4,5).

Ungefär 20 % av samtliga patienter som besöker en vårdcentral i Sverige erhåller någon form av behandling för psykisk ohälsa, i huvudsak psykofarmaka. Mycket få (uppskattningsvis endast 1-3 %) träffar samtalsbehandlare, dvs. psykolog eller kurator(1). Diskrepansen tyder på att behovet av psykologisk behandlingskompetens vida överstiger tillgången. Klinisk erfarenhet visar även att det finns en tendens till övermedikalisering av psykisk ohälsa bland läkarkåren. Sammanfattningsvis innebär långa väntetider till samtalsbehandlare i kombination med övermedikalisering av lättare psykisk ohälsa dels att personer med milda till måttliga problem inte får adekvat hjälp och dels till att en majoritet av patienter med lindriga eller subkliniska besvär saknar möjlighet att få behandling innan deras besvär växer i omfattning (2). Det finns också risk för att patienters psykiska ohälsa inte ens identifieras eller adresseras (6).

Behov av utveckling och omorganisering

Region Östergötland (RÖ) konstaterade 2018 att psykisk ohälsa innebar en särskild utmaning utifrån den samhällsutveckling som skedde och sker, med ökat söktryck och belastning av existerande infrastruktur, och att en välfungerande primärvård behöver kunna svara upp mot att förbättra den allmänna hälsan i populationen. För att möjliggöra detta behöver primärvården förstärkas och utvecklas; både genom ökade resurser, nya arbetssätt och ett ökat samarbete mellan professioner med fokus på största möjliga nytta för patienten (7). Den amerikanska primärvårdsvårdmodellen Primary Care Behavior Health (PCBH) som utvecklats för att bättre hantera uppdraget med ett stort, ofta överväldigande, vårdbehov utifrån en begränsad tillgång till psykologisk kompetens fördes då fram som en intressant modell att prova även på svensk primärvård i RÖ.

Primary Care Behavior Health, PCBH

PCBH är en teambaserad integrerad primärvårdsmodell för psykisk ohälsa och beteenderelaterade problem samt ohälsotillstånd med biopsykosocial inverkan. Syftet med modellen är att öka hälsan i primärvårdspopulationen genom hög tillgänglighet till psykologisk/psykosocial kompetens för både patienter och medicinsk personal. Samtalsbehandlare ska ses som en självklar och sömlös del av vårdteamet och den sedvanliga rutinen utan extra administration eller speciella förfaranden. (6) I PCBH har samtalsbehandlaren en konsultativ approach och arbetar utifrån en generalistroll. Uppdraget består i att under mottagningsarbetet vara redo att bli inkopplad i anslutning till läkarbesöket när det finns behov av psykologisk/psykosocial kompetens. Samtalsbehandlaren har som ansvarsområde att vara behjälplig vid alla olika typer av hälsoproblem på första linjens vårdnivå, där en psykologisk/psykosocial insats kan vara till hjälp. Samtalsbehandlaren träffar patienter i korta, fokuserade besök som möjliggör för patienterna att delta i behandling inom en mycket kort väntetid. För både personal och patienter innebär det hög tillgänglighet till psykologisk kompetens – oftast bara ett telefonsamtal bort – och vårdbesöket till samtalsbehandlaren kan ske med mycket kort varsel. Besöket till samtalsbehandlaren utgår från läkarbesökets innehåll och fokuserar på de besvär patienten söker hjälp för och följs upp vid behov. Utöver de individuella behandlingskontakterna fungerar samtalsbe-

handlaren som en utbildande resurs till hela vårdcentralens personal gällande psykisk ohälsa och beteenderelaterade problem, samt har tillsammans med ledningen även ett organisatoriskt ansvar för utvecklandet av handläggningen och vården för dessa patienter (8).

Integrerad beteendehälsa, IBH

Då primärvården i Sverige och USA till viss del skiljer sig åt, har den ursprungliga PCBH-modellen i RÖ modifierats något för att anpassas till svenska förhållanden. I RÖ kallas modellen Integrerad beteendehälsa, IBH, och är i grunden samma primärvårdsmodell som PCBH. Det som skiljer modellerna åt är bland annat att sjuksköterskans roll specificerats, att det i RÖ inte är obligatoriskt med s.k. "varma överlämningar" (se definition i faktaruta 1), samt att både korta och längre insatser (till exempel manualiserade behandlingar) för psykisk ohälsa integreras i samma modell, till skillnad från inom PCBH, där fokus enbart ligger på kortare insatser. IBH i RÖ lägger fokus på samverkan mellan medicinskt och psykologiskt/psykosocialt inriktad personal där man delar ärenderelaterad information fortlöpande, hjälps åt med vårdplanering och enhetligt förmedlar ett biopsykosocialt synsätt. Stort fokus ligger på samlokalisering där samtliga yrkeskategorier som möter patienter med psykisk ohälsa ska bidra till god, effektiv och sömlös handläggning där man tar vid från och synkroniserar bedömningar/behandlingar utifrån sin professions ansvar. Samtalsbehandlarna ska finnas tillgängliga i samma korridorer som övrig vårdcentralverksamhet samt bistå med möjlighet till konsultation för att underlätta kommunikationen mellan vårdgivarna och signalera att vård för psykisk ohälsa är en naturlig del av vårdcentralens verksamhet. Vad IBH innebär i praktiken avseende handläggning och flöden, kompetenshöjning för personalen och samtalsbehandlarnas uppdrag är specificerat i detalj i tabell 1, samt för respektive yrkeskategori under rubriken "Praktisk skillnad i arbetsätt för olika yrkeskategorier".

Faktaruta 1:

Varma överlämningar:

Läkaren identifierar ett behov av samtalsbehandlare under läkarbesöket, och förbereder patienten inför att kunna träffa samtalsbehandlaren, konsulterar sedan samtalsbehandlaren för att därefter "lämna över" patienten till samtalsbehandlaren direkt på plats.

Handläggning och flöden

- En primärvårdsanpassad handläggning av psykisk ohälsa som är integrerad i ordinarie rutin på vårdcentralen, samma som vid övriga ohälsotillstånd.
- Tydliga vårdflöden för att öka patienternas möjlighet att få snabb och effektiv hjälp, samt kunna erbjuda behandling anpassad efter patientens behov och problembild
- En bedömnings- och flödesstruktur för triagering och tidsbokning per telefon som möjliggör korta väntetider och med möjlighet att boka direkt till den yrkeskategori som bedöms lämpligast för den första patientkontakten.
- Rutiner och praktiska förändringar som främjar ökat samarbete, informationsutbyte, återkoppling samt kunskapsspridning.
- Användningen av arbetsmaterial för att underlätta specifika arbetsuppgifter (checklista, nybesöksmall), patientinformation (självhjälpsmaterial) eller som del av behandling/bedömning (sömn dagbok, ångestregistrering, aktivitetsdagbok).

Kompetenshöjning

- Att personalen utbildas i grundläggande kunskap om psykisk ohälsa utifrån ett psykologiskt, inlärningsteoretiskt, funktionellt och beteendemedicinskt perspektiv samt samtalsmetod för patientbemötande.

- Att personalen utbildas i och uppmuntras att arbeta utifrån ett biopsykosocialt synsätt och ett tvärprofessionellt perspektiv.
- Att öka personalens kompetens kring behandling av psykisk ohälsa och nå ökad tilltro till förmågan att hjälpa patienter med psykisk ohälsa.

I patientkontakten

- Primärvårdsanpassad behandling (bedömning och behandling sker parallellt, möjlighet till ett brett utbud av åtgärder för att skräddarsy utifrån patientens vårdbehov och motivation, erbjuda möjlighet att börja med beteendeförändring så snart som möjligt, möjliggöra för kortare kontakter, samt stegvis behandling).
- Bidra till att normalisera naturliga, och utifrån omständigheterna förväntade, psykologiska reaktioner och motverka medikalisering av dessa.
- Fokus på att höja funktionsnivå och livskvalitet samt att patienten tillägnar sig ökade färdigheter att hantera sitt nuvarande problem, men också liknande tillstånd i framtiden.
- Tillämpa förebyggande insatser och därmed minska risken för att relativt milda besvär utvecklas till långvariga svårare problem.
- Sträva efter samsyn och enhetligt bemötande av patienterna.

Samtalsbehandlarens uppdrag

- Samtalsbehandlare bidrar till att öka hälsan i primärvårdspopulationen genom direkt och indirekt arbete på flera nivåer: genom primärvårdsanpassade patientkontakter, som konsult till medarbetare och genom populationsbaserade insatser såsom grupper, föreläsningar samt medverkan i arbete med vårdflödet, vårdprogram/riktlinjer och samverkan med vårdgrannar.

Tabell 1. Integrerad beteendehälsa i praktiken i Region Östergötland.

SYFTE

Det övergripande syftet med IBH-projektet är att genom ett stegvis införande av den primärvårdsanpassade vårdmodellen Integrerad beteendehälsa bidra till en god och kvalitetssäker handläggning och behandling av psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och beteenderelaterade besvär i Region Östergötlands primärvård. Förhoppningen är att implementeringen av IBH på respektive vårdcentral ska leda till:

- Minskade väntetider till psykologisk behandling
- Ett ökat antal patienter som får vård
- Minskad medikalisering
- Nöjda patienter
- Högre kompetens, ökad trygghet och kontroll samt ökat samarbete i personalgruppen
- Användande av primärvårdsanpassade interventioner
- Tillämpande av ett biopsykosocialt synsätt
- Tvärprofessionell handläggning med tydlig röd tråd

IMPLEMENTERINGEN AV IBH I RÖ

Rekrytering och deltagande vårdcentraler

Samtliga av Region Östergötlands vårdcentraler inklusive privata vårdcentraler erbjöds inspirationsföreläsningar där IBH-modellen presenterades. Under dessa föreläsningar presenterades hur IBH skulle kunna bidra till att bättre bemöta och handlägga patienter med psykisk ohälsa och hur förändringsarbetet skulle anpassas till respektive verksamhet och rådande förutsättningar. Rekryteringen skedde därefter via intresseanmälan från verksamhetscheferna. Fyra vårdcentraler (Cityhälsan Centrum, Mantorp, Helsa Skarptorp och Vikbolandet) anmälde sig och antogs till projektet som piloter. De fyra vårdcentralerna hade vitt skilda förutsättningar avseende bemanning, antal listade patienter, geografisk spridning, patientpopulation, privat- eller regiondriven regi, bemanning samt tidigare erfarenhet av integrerat primärvårdsarbete, vilket gjorde dem extra lämpliga som piloter. För en detaljerad beskrivning av respektive vårdcentralers förutsättningar, se tabell 2 och 3.

Vårdcentral	Demografi
Cityhälsan Centrum, Vårdcentral A	<ul style="list-style-type: none">• Patienter från Norrköpings centrala delar.• God tilltro till KBT/beteendemedicin/psykologisk kompetens.• IBH-kunskap fanns i arbetsgruppen.• Otydlighet kring flödet, olika tillvägagångssätt beroende på personalkategori och hur länge personen har arbetat på VC.• Upplevelse av bristande tillgänglighet till psykologbesök.
Mantorp, Vårdcentral B	<ul style="list-style-type: none">• Patienterna kommer främst från Mantorp (4000 invånare) och kringliggande landsbygd.• Medicinskt perspektiv på bedömning och handläggning av psykisk ohälsa.• Inga tydliga riktlinjer för vägen till kurator, schema, bokningar, frånvaro.• Upplevelse av gott samarbete mellan sköterskor och läkare.• Kurator sällan förstahandsalternativ vid psykisk ohälsa.
Helsa Skarptorp, Vårdcentral C	<ul style="list-style-type: none">• Socioekonomiskt utsatt område samt äldre villaområde med äldre personer och barnfamiljer (Norrköping).• I telefontriageringen fungerande anamnstagande med ett helhetsperspektiv.• Brist på riktlinjer för bokning.• Perspektiv, roller och innehåll gällande bedömning/diagnostik och behandling är outtalat.• Samsyn saknas, både inom läkargruppen och tillsammans med sjuksköterskor och psykologer.• Väntetiden och bristande tillgänglighet till psykolog uppges vara en stressfaktor.• Psykolog är sällan förstahandsalternativ vid psykisk ohälsa.• En majoritet av läkarna är hyrläkare.
Vikbolandet, Vårdcentral D	<ul style="list-style-type: none">• De flesta patienter från omgivande landsbygd (Vikbolandet)• Heterogent arbetssätt gällande telefontriageringen.

- Merparten av patientflödet går via läkare och en stor andel av dessa patienter får antidepressiv medicinering.
- Upplevelse av lång väntetid till psykologkontakt.
- Önskemål om att psykosociala interventioner ska kunna ske hos andra än psykologen, men det saknas kompetens och strukturer.
- Psykolog sällan förstahandsalternativ vid psykisk ohälsa.
- Psykologen var anställd på deltid.

Tabell 2 Demografiska karaktäristika för deltagande pilotvårdcentraler

	2017-2018	2019-2020
Cityhälsan Centrum, Vårdcentral A		
- Antal listade patienter	14700	14800
- Antal heltidstjänster läkare [^]	7,5	7,8
- Antal heltidstjänster på samtalsmottagningen [^]	3	3
Mantorp, Vårdcentral B		
- Antal listade patienter	6700	6900
- Antal heltidstjänster läkare [^]	5,5	5,5
- Antal heltidstjänster på samtalsmottagningen [^]	0,7	1
Helsa Skarptorp, Vårdcentral C		
- Antal listade patienter	8900	9000
- Antal heltidstjänster läkare [^]	3	4,25
- Antal heltidstjänster på samtalsmottagningen [^]	0,6	1,0
Vikbolandet, Vårdcentral D		
- Antal listade patienter	6200	6400
- Antal heltidstjänster läkare [^]	7,3	5,8
- Antal heltidstjänster på samtalsmottagningen [^]	0,5	0,5

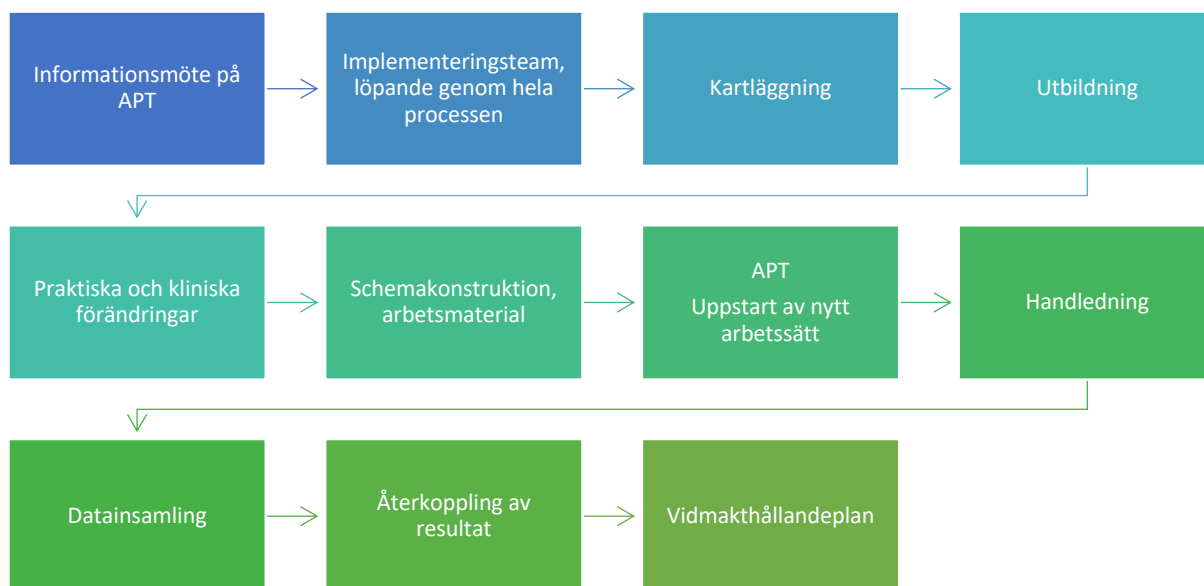
Tabell 3 Bemanning och listade patienter på pilotvårdcentralerna

Antal listade patienter på VC samt bemanning för läkare och samtalsbehandlare under perioden 2017-2018 (före implementeringen av IBH), 2019-2020 (under implementeringen av IBH).

[^] Nummer uppskattat av samtalsbehandlare i tjänst och chef.

Implementeringsprocessen

IBH-projektgruppen, ansvariga för IBH-projektet, faciliterade implementeringen. Gruppen benämns fortsättningsvis i texten som "projektgruppen". Projektgruppen bestod av psykologer med utbildning i och klinisk erfarenhet av PCBH. Implementeringsprocessen hade samma följd på respektive vårdcentral. Se figur 1 samt mer detaljerade beskrivningar av respektive steg därefter.



Figur 1. Implementeringsprocessen av IBH på varje vårdcentral

1. Informationsmöte på APT

APT-möten hölls för att upplysa hela personalgruppen om vad IBH var, vad implementeringen skulle innebära i detalj, vad vårdcentralerna skulle erbjudas och vilka krav som skulle ställas.

2. Implementeringsteam

På respektive VC fick ledningen därefter i uppdrag att sätta samman ett implementeringsteam. I instruktionerna framgick att implementeringsteamet skulle innehålla representation från minst ledning, läkare, sjuksköterska och samtalsbehandlare. Utöver dessa yrkeskategorier kunde teamet även bestå av representanter från andra yrkeskategorier, såsom dietist, rehabkoordinator och vårdadministratör. Implementeringsteamets uppdrag var dels att fungera som länk mellan vårdcentralen och projektgruppen, och dels att i samarbete med projektgruppen facilitera implementeringen. Uppdraget formulerades skriftligt och godkändes av samtliga i teamet på samtliga vårdcentraler.

3. Kartläggning

Kartläggning av vårdcentralens förutsättningar skedde tillsammans med vårdcentralchef och andra relevanta parter på vårdcentralen och undersökte bemanning, patientflöden, personalens kompetensbehov, arbetsmetoder, attityder och upplevd arbetsmiljö. Syftet var att ta fram ett första åtgärdsförslag, där stort fokus låg på de delar av IBH-modellen som förmodades kunna ha god inverkan på vårdcentralens arbete.

Kartläggningen baserades på:

- Intervjuer (med chef, tre läkare, tre sjuksköterskor och samtliga samtalsbehandlare).
- Enkät för beskrivning av vårdcentralens organisatoriska omständigheter.
- Kompletterande frågor som ställdes via mejl/per telefon för att få en tydlig bild av det praktiska flödet med schema, bokningar och handläggning, väntetider etc.
- Observation av lokaler och praktisk genomgång av vägar för flöden
- Diskussion med samtalsbehandlarna om att använda arbetskläder i likhet med övriga yrkeskategorier på VC.

4. Utbildning

Efter kartläggningen gick sjuksköterskorna, läkarna och samtalsbehandlarna yrkesspecifika utbildningar, för specifikation se tabell 4.

Yrke	Sjuksköterskor	Läkare	Samtalsbehandlare
Längd	2 heldagar	1 heldag	4 heldagar
Innehåll	RÖ:s IBH-modell, sjuksköterskans roll, bedömning och bemötande av patienter med psykisk ohälsa samt egenvårdsråd vid psykisk ohälsa.	RÖ:s IBH-modell, läkarens roll, samtalsmetodik för fokuserade bedömningar av psykisk ohälsa, beteendeperspektiv på psykisk ohälsa samt motivera patienter till beteendeförändringar.	RÖ:s IBH-modell, samtalsbehandlarens roll i IBH-arbetet, fokuserade besök.

Tabell 4 Yrkesspecifika utbildningar inom IBH-projektet.

Längd på och innehåll i implementeringens utbildningar för läkare, sjuksköterskor och samtalsbehandlare

5. Val av praktiska och kliniska förändringar

Efter kartläggningen och utbildningarna konstruerade projektgruppen åtgärdsförslag för respektive vårdcentral vilka återkopplades till implementeringsteamet. I samråd med respektive implementeringsteam valdes därefter på samtliga vårdcentraler konkreta åtgärder som implementeringen skulle utgå ifrån. Interventioner gällande tidsbokning och patientbesök anpassades till organisatoriska förutsättningar och behov på respektive VC.

6. Schemakonstruktion, arbetsmaterial

Vårdcentralerna fick hjälp att förändra tidböckerna på samtalsmottagningen för att de skulle se ut som och fungera enhetligt med resten av VC:s personal. Schemat effektiviserades genom att besökstider utplacerades på ett med övriga yrkeskategorier schema sammanflätat sätt. Antal direktbokningstider i veckan bestämdes utifrån efterfrågan och bemanning. Följande arbetsmaterial skickades ut:

- Checklista för bedömning i TeleQ för sjuksköterskorna
- Standardiserade nybesöksmallar för läkare
- Självhjälpsmaterial till patienter för vanligt förekommande sökorsaker
- Självregistreringar till patienter
- IBH-handbok (sammanfattning av IBH-projektet och vad det innebär i RÖ)
- Mallar för interna rutiner.

7. APT och uppstart av nytt arbetssätt

Implementeringsteamet valde ett startdatum för att börja med det nya arbetssättet. Strax innan uppstartsdatum hölls APT för att informera och förbereda inför uppstarten. I samband med starten åkte en person från projektgruppen ut för att uppmuntra, svara på frågor samt säkerställa att arbetsmaterialet var utplacerat och tillgängligt.

8.Handledning

Under tiden implementeringen pågick deltog sjuksköterskor, läkare och samtalsbehandlare löpande i handledning för varje yrkeskategori och vårdcentral för sig. Handledningen hölls av medlemmar i projektgruppen. Under handledningarna diskuterades kliniska fall, följsamhet

till överenskommen tillämpning av IBH samt allmänna frågor/synpunkter relaterade till arbetet med IBH.Handledningen för sjuksköterskor och läkare hölls 3 x 1 h totalt under den aktiva årsperioden för implementeringen. För samtalsbehandlarna hölls handledningen 2 x 1 h per månad det första halvåret för de samtalsbehandlare som arbetade ensamma på VC och 1 x 2 h per månad i grupp för de samtalsbehandlare som arbetade tillsammans på VC. Hösten 2019 omvandlades handledningstillfällena för samtalsbehandlarna till ett metodstöd för samtliga samtalsbehandlare på pilotvårdcentralerna. Detta hölls i helgrupp. Förändringen genomfördes utifrån ett behov av förbättrad resursfördelning från projektgruppens sida, samt utifrån ökad möjlighet till erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan olika verksamheters samtalsmottagningar gällande arbetet med IBH.

9. *Datainsamling*

När vårdcentralerna var i gång med det nya arbetssättet infördes en patientenkät med självskattningar för symtom och funktion samt patientnöjdhet. Formulären som användes var PHQ9, GAD7, Sheehan Disability Scale (SDS) samt ett eget författat formulär om patientens upplevelse av vården och bemötandet. Samtalsbehandlarna började registrera antalet konsultationer, ”varma överlämningar”, samt direktbokningar från läkare respektive sjuksköterska.

10. *Återkoppling av resultat*

När datainsamlingen var gjord och resultaten sammanställda presenterades resultatet på APT på respektive vårdcentral i form av en powerpointpresentation.

11. *Vidmakthållandeplan*

Inför avslutande i projektet bokades implementeringsmöte för framtagande av vårdcentralens plan för vidmakthållande utifrån de resultat de nått.

Anpassningar av implementeringsprocessen

Både före uppstarten och löpande under hela implementeringsprocessen genomfördes anpassningar för att implementeringsprocessen och IBH som vårdmodell skulle fungera för de olika vårdcentralerna. Följande anpassningar genomfördes:

- **Antalet direktbokningstider** som lades in i samtalsbehandlarnas tidböcker anpassades efter behov och möjlighet. Vårdcentraler som hade en längre väntetid valde till exempel färre direktbokningsbara tider i början av implementeringen.
- Det förekom **skillnader i upplägget av varma överlämningar** på de olika vårdcentralerna. Cityhälsan Centrum och Mantorp hade kontinuerligt varma överlämningar, Helsa Skarptorp hade varma överlämningar några dagar i veckan och Vikbolandet hade varma överlämningar bara när ordinarie samtalsbehandlare var på plats. Mantorp hade som enda vårdcentral även omvända varma överlämningar, vilket innebar att samtalsbehandlare hade möjlighet att vända sig direkt till läkare i samband med besök på samtalsmottagningen.
- Den initiala **utbildningen av medarbetare** anpassades utifrån möjlighet till deltagande, då det fanns vårdcentraler som inte hade möjlighet att skicka alla medarbetare till utbildningar i samband med uppstart av implementeringen. Tillfälle till motsvarande utbildningar erbjöds då vid senare tillfällen.
- Avseende den löpande **handledningen** (se pkt 8 under ”implementeringsprocessen”), anpassades antalet handledningar för medarbetarna dels utifrån tillgängliga resurser, dels utifrån aktuellt kunskapsläge och erfarenhet på respektive vårdcentral. Till exempel hade hyrläkarna

hade ofta handledning under lunchtid, och samtalsbehandlarna på Mantorps och Vikbolandets vårdcentraler fick förhållandevis mer handledning i jämförelse med de två andra vårdcentralerna.

- På en del vårdcentraler gjordes **extra tillägg eller ändringar i flödet**. På Cityhälsan Centrum lades provtagningspaket för psykisk ohälsa till, i samband med bokning från sjuksköterskor till samtalsmottagningen till i processen. Det fanns även skillnader i fråga om rutiner kring avbokning/ombokning av tider till samtalsmottagning med hjälp av andra medarbetare. Några samtalsbehandlare önskade att avbokningar/ombokningar inte skulle göras av andra medarbetare. För majoriteten av vårdcentralerna fick sjuksköterskor boka av/omboka tider direkt via telefon.
- Längden på mottagningstiderna för samtalsbehandlare anpassades utifrån samtalsbehandlaren kliniska erfarenhet av att arbeta inom primärvården med fokuserade interventioner, och varierade mellan 30 och 45 minuter.

Praktisk skillnad i arbetssätt för olika yrkeskategorier

Nedanstående förändringar för respektive yrkeskategori valdes för att praktiskt åstadkomma ett arbetssätt utifrån IBH. Implementeringen bestod i att införa dessa på ett så bra och användbart sätt som möjligt.

Sjuksköterskornas arbete i telefonrådgivningen

För att patienter ska kunna triageras och bokas till rätt profession direkt ligger ett stort fokus på att utbilda sjuksköterskorna i telefonrådgivningen i att göra välgrundade bedömningar med information nog för att avgöra hur och när patienten ska bokas samt att kunna göra den bokningen direkt till lämplig yrkeskategori i samband med samtalet med patienten. Den första kontakten innebär även att kort och tydligt informera om hur VC kan hjälpa patienten och förbereda hen på nästa kontakt med vårdcentralen. Rollen som sjuksköterska i IBH innebär även att ha kunskap om och kunna förmedla egenvårdsråd om psykisk ohälsa som går att tillämpa direkt. Då det kan upplevas känslomässigt svårt att prata med personer som söker för psykisk ohälsa, tränades sjuksköterskorna också i samtalstekniker för att öka patientens upplevelse av trygghet, omtanke och förståelse, utan att bedömningen av problemet behövde bli lidande. Nedanstående punktlista sammanfattar sjuksköterskornas arbete i telefonrådgivningen inom IBH:

- **Gemensamma rutiner** för telefontriagering, där en checklista för bedömning utifrån patientens symtom, funktion, behov, resurser och "röda flagg" (fynd som kräver läkarbedömning) används, samt förslag på hänvisning till egenvårdsråd eller externa aktörer när detta är lämpligt.
- **Direktbokningar**, dvs. att sjuksköterska i TeleQ kan boka in patienten direkt i samtalsbehandlars tidbok. Antal direktbokningstider i veckan bestäms utifrån efterfrågan och bemanning.
- **Förmedla egenvårdsråd** vid psykisk ohälsa när så är lämpligt, och som patienten upplever går att tillämpa direkt
- **Förberedande arbete** före bokning/överlämning till samtalsbehandlare, vilket bland annat innefattar en tydlig frågeställning, att berätta för patienten hur samtalsbehandlaren arbetar och vad syftet med besöket är (primärt korta, riktade insatser, se nedan under "samtalsbehandlaren arbete"), samt lämna ut patientinformation/självhjälpsmaterial/patientregistreringar som till exempel sömndagbok när så är lämpligt.

- **Riktlinjer för dokumentation** av kontakt med patienten i telefontriageringen, vilket utgår från checklistan för bedömning, samt ett användande av frasminne i journalsystemet Cosmic.

Läkarens roll i IBH

Läkarens roll i IBH innebär att använda en standardiserad nybesöksmall och tillämpa samtalstekniker så att bedömningen av psykisk ohälsa blir mer fokuserad, att tillämpa ett beteendeperspektiv och se beteenden bakom diagnos, på ett kortfattat och lättförståeligt sätt förklara sin bedömning för patienten och ingjuta hopp och motivation till lämplig åtgärd. Läkaren ska veta hur samtalsbehandlaren arbetar och använda sig av samtalsbehandlaren resurser i form av besökstider och kompetens genom konsultation och övrigt samarbete. Nedanstående punktlista sammanfattar yrkesspecifika ändringar i arbetet som läkare inom IBH-projektet:

- Använda en **standardiserad nybesöksmall** för psykisk ohälsa.
- **Tillämpa ett beteendeperspektiv** under besöket, med fokus på beteenden i stället för diagnos och undvika medikalisering och dubbelbehandling i möjligaste mån.
- **Kontinuerligt samarbete med samtalsbehandlare**, genom konsultation, diskussion och varma överlämningar (se definition i faktaruta 1).

Samtalsbehandlaren roll i IBH

Uppdraget för samtalsbehandlaren i IBH är att vara behjälplig i att öka den generella psykiska hälsan i vårdcentralens patientpopulation. Detta mål nås genom både direkt och indirekt arbete på flera nivåer: genom primärvårdsanpassade patientkontakter, som konsult till medarbetare och genom populationsbaserade insatser såsom grupper, föreläsningar och medverkan i arbete med vårdflödet, vårdprogram/riktlinjer och samverkan med vårdgrannar. Att arbeta utifrån IBH som samtalsbehandlare innebär att fungera som resurs till övriga yrkeskategorier genom att tillföra ett psykologiskt/psykosocialt perspektiv till handläggningen. Det innebär att utforma schema och behandlingsupplägg för att kunna vara mer tillgänglig för patientbesök och konsultationer och för att öka möjligheten att påbörja behandlingsinsatser samtidigt och som en del av bedömningsarbetet. Eftersom samtalsbehandlaren uppdrag inom primärvården omfattar en population där det finns en stor variation i graden av problematik behöver åtgärder kunna anpassas efter vårdbehov. Det ingår därför även att kunna erbjuda en vidd av insatser, från självhjälp och rådgivning till fokuserat psykologiskt behandlingsarbete, manualbaserad behandling och remisser till psykiatri. För att kunna erbjuda denna variation av åtgärder behöver samtalsbehandlare som tillägg lära sig samt praktisera riktade, fokuserade psykologiska interventioner. I implementeringen i RÖ baseras dessa på fokuserad acceptance and commitment therapy (FACT) (9) och primärvårdsanpassad KBT (10) med inramning utifrån PCBH (6).

Nedanstående punktlista sammanfattar yrkesspecifika ändringar i arbetet som samtalsbehandlare inom IBH-projektet:

- Rutiner för **"varma överlämningar"**, dvs. att samtalsbehandlare kan ta emot patient i besök i direkt anslutning till läkarbesöket och att överlämningen sker muntligt.
- Tillämpa en **utåtriktad, uppsökande roll med hög tillgänglighet** för att vara behjälplig i andra yrkeskategoriers patientärenden.
- Ett **schemaupplägg** som möjliggör konsultation och varma överlämningar.
- Kunna **erbjuda en vidd av insatser** av olika intensitet och frekvens, från självhjälp och rådgivning till fokuserat psykologiskt behandlingsarbete, till manualbaserad behandling och remisser till psykiatri.
- Tillämpa **fokuserat psykologiskt behandlingsarbete**.

Gemensamma förändringar i arbetssätt och rutiner på vårdcentralen

Utöver yrkesspecifika förändringar finns även flertalet yrkesgemensamma förändringar i schema, rutiner på vårdcentralen, osv. Nedanstående punktlista sammanfattar dessa yrkesgemensamma förändringar:

- **Gemensamma nedskrivna rutiner för bokning av vårdkontakter** och hänvisningar inom VC, samt föra in ett gemensamt ansvar (läkare, sjuksköterska, samtalsbehandlare) att se till att tider till samtalsmottagningen utnyttjas till fullo.
- **Samtalsbehandlarnas tidböcker förändras** så att andra yrkeskategorier tillåts boka samt av- och omboka besök.
- Det skapades rutiner för att ge och ta emot **feedback mellan yrkeskategorierna**: till exempel ger samtalsbehandlare sjuksköterskan feedback på bokningar och läkaren på bokningar/överlämningar. Sättet att ge feedback skilde sig åt mellan olika vårdcentraler, där några vårdcentraler valde att ge muntlig feedback, och andra vårdcentraler valde skriftlig feedback p.g.a. svårigheter att nå varandra fysiskt.

Ändring i patientflöde

Då införandet av IBH med förändrade rutiner för sjuksköterskor, läkare och samtalsbehandlare innebär en tydlig förändring i flödet vid handläggning av patienter med psykisk ohälsa, är det motiverat med följande detaljerade genomgång av hur skillnaderna i ett typiskt patientflöde före respektive efter IBH ser ut.

Patientflöde före IBH

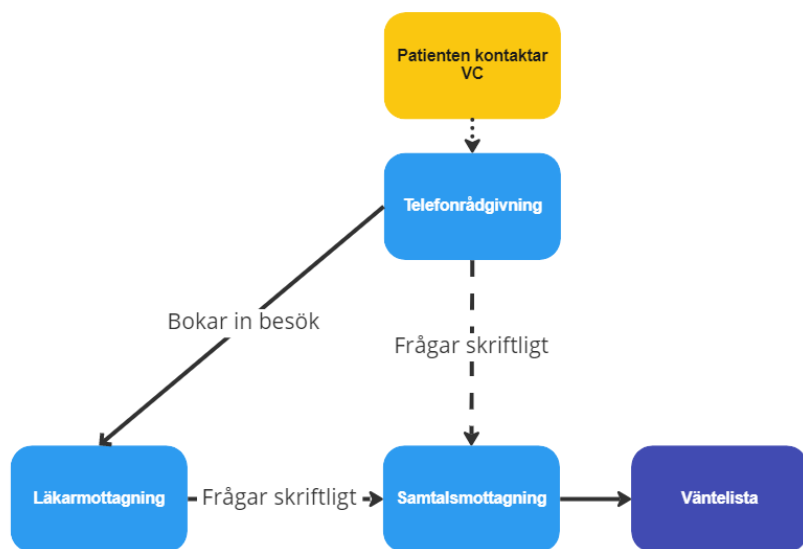
I traditionell vård vid psykisk ohälsa bokas i princip alla patienter som bedöms behöva besök i detta avseende till läkarmottagningen först. Kommunikation förs företrädesvis skriftligt och genom internremisser, i undantagsfall genom direkt muntlig kommunikation och dialog mellan yrkeskategorierna gällande patientärenden. Se figur 2A för patientflöde i traditionell vård.

Patientflöde efter IBH

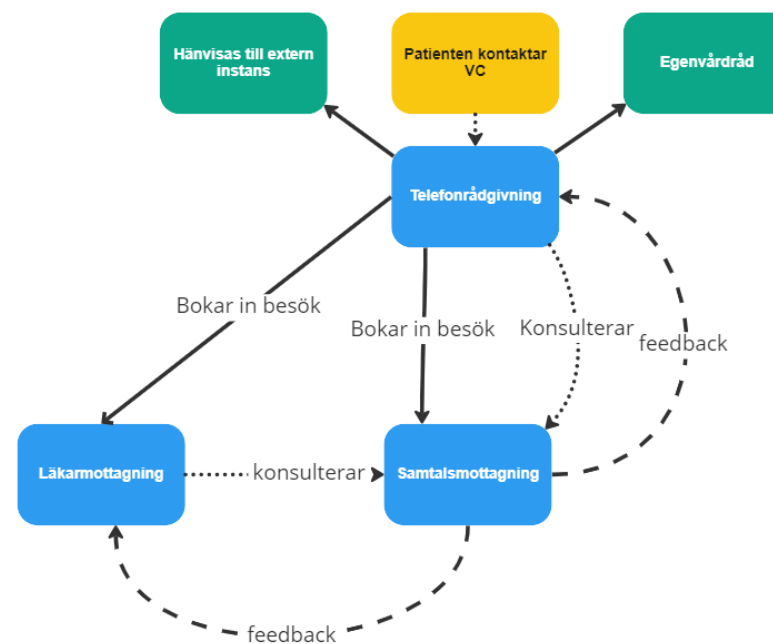
Vårdmodellen IBH innebär ett integrerat arbetssätt med kontinuerlig direktkommunikation mellan yrkeskategorierna. Ett exempelflöde ser ut så här:

När patienten söker till vårdcentralen gör sjuksköterskan en första bedömning per telefon utifrån checklisten och triagerar ärendet till nästa lämpliga åtgärd. Detta kan till exempel vara besök till läkarmottagning, samtalsmottagning, egenvård eller hänvisning till extern aktör såsom olika typer av kommunala verksamheter för psykosociala problem. Sjuksköterskan formulerar en frågeställning avseende patientens problem, informerar patienten om nästa steg, stämmer av förväntningar/farhågor samt dokumenterar så att nästa vårdgivare enkelt kan använda sig av informationen vid kommande besök. Om bedömningen är att patienten bäst hjälps av att komma till samtalsmottagningen bokas patienten in direkt i tidboken. När patienten kommer till samtalsbehandlaren stämmer hen av söksaken och informationen i journalanteckningen, sätter ramar för besöket, utför besöket och gör en bedömning, återkopplar den samt formulerar tillsammans med patienten en väg framåt. Besöket kan resultera i råd och att kontakten avslutas eller i uppföljande besök. När besöket är slut återkopplar samtalsbehandlaren till sjuksköterskan avseende bokningsinformationen, journalanteckningen samt vad besöket ledde fram till.

Om patienten bokas till läkare först kan läkaren, när behov av psykologisk kompetens identifieras, söka upp samtalsbehandlaren direkt på plats och göra en varm överlämning, dvs. ett muntligt utbyte av information där läkaren återger sin bedömning och kommer med en frågeställning och samtalsbehandlaren tar emot informationen och stämmer av med frågor utifrån det psykologiska perspektivet. Därefter följer samtalsbehandlaren med till patienten, presenterar sig och sammanfattar den information som läkaren just givit och erbjuder möjlighet till att fortsätta besöket hos samtalsbehandlaren med fokus på det problem som läkaren och patienten ringat in som föremål för åtgärd. Om patienten vill och har möjlighet hålls därefter ett besök på samtalsmottagningen direkt. Efter avslutat besök återkopplar samtalsbehandlaren till läkaren om hur besöket gick, vad det ledde fram till och vilken planen framåt är. Utifrån patientens vårdbehov, motivation och önskemål formuleras behandlingen som i det första skedet baseras på ramar för fokuserade interventioner och som kan övergå i längre eller manualbaserade behandlingar eller remiss till annan instans vid behov. Se figur 2B för typexempel på patientflöde inom IBH.



Figur 2A Typexempel på patientflöde innan införande av IBH. Patienter bokas i huvudsak till läkare samt avsaknad av muntlig kommunikation.



Figur 2B Typexempel på patientflöde efter införande av IBH. Integrerat arbete med muntlig kommunikation samt tillägg av hänvisningsalternativ utanför vårdcentralen.

Datainsamling och bearbetning

Följande parametrar följdes för att se effekter av införandet av IBH:

Vårdflöden

Information om antalet fysiska besök och unika patienter till samtalsmottagningen, antalet fysiska besök till läkarmottagningen samt besök där en F- och/eller Z-diagnos kodats (F00-F99 samt Z56, Z63 och Z73 enligt ICD-10) togs fram ur Region Östergötlands interna register över vårddata, REBUS. Vissa typer av vårdkontakter gick inte att dra ut från registret utan fick registreras av samtalsbehandlarna på respektive vårdcentral. Detta gällde antalet konsultationer, ”varma överlämningar” samt direktbokningar från läkare respektive sjuksköterska. Väntetider räknades ut genom att titta bakåt i samtalsbehandlarnas tidböcker.

Läkemedelsbehandling

Antalet individer som förskrivits psykoaktiva läkemedel med ATC-koder: N05B (Ataraktika), N05C (Anxolytika) och N06A (Antidepressiva) togs fram ur REBUS.

Patientupplevelser

Direkt efter första besöket till samtalsbehandlare ombads patienten besvara en enkät med frågor om upplevelsen av handläggningen och bemötandet på VC.

Personalens upplevelser

Personalens upplevelser och åsikter om IBH som arbetssätt följdes upp dels genom en enkät, dels genom intervjuer.

Avseende enkäten ombads samtliga läkare, sjuksköterskor, samtalsbehandlare och rehabkoordinatorer på pilotvårdcentralerna besvara en webbenkät specifikt konstruerad för projektet. Frågorna rörde upplevelser kring arbetet med psykisk ohälsa före och efter införandet av IBH. Frågorna besvarades på en skala mellan 1-5, där 1 var mycket dåligt och 5 mycket bra.

Avseende intervjuerna konstruerades semistrukturerade intervjuguider för respektive yrkeskategori. Frågorna berörde flöde, samarbete och feedback, upplevelse av nya arbetsuppgifter, samsyn kring psykisk ohälsa, arbetsbelastning och meningsfullhet i arbetet. Vårdcentralcheferna valde ut medarbetare som skulle kunna ge en representativ och nyanserad bild av arbetet med IBH, både positiv och negativ. Deltagarna ombads jämföra nuläget med tiden före implementeringsstart och intervjuerna utfördes 3 och 12 månader efter implementeringsstart. 12-månadersintervjun hade ett tillägg med frågor om upplevelse av patientperspektivet samt huruvida läkare beaktade ett beteendeteoretiskt perspektiv i sitt vårdutförande. Intervjuerna analyserades med en riktad innehållsanalytisk ansats (11). Deltagarnas intervjuer analyserades separat och kodades utifrån på förhand formulerade teman i syfte att fånga upp relevanta aspekter av implementeringen. Text som inte kunde kodas med de på förhand formulerade temana identifierades och gavs en ny kod. Vid genomläsning av sammanställningarna noterades att liknande teman formulerats för alla tre yrkeskategorierna. I denna rapport har de sex separata sammanställningarna kombinerats till två, en för varje utvärdering, där samtliga yrkeskategoriers svar är inkluderade. Resultatet är sedan presenterat utifrån en uppdelning i styrkor och svagheter gällande arbetssätt, organisatoriska aspekter och projektdeltagande. Intervjuerna av vårdcentralcheferna analyserades med samma metod, men resultatet presenteras separat då intervjufrågorna är anpassade till chefsperspektivet.

RESULTAT

Förändringar i vårdflödet

Väntetider till samtalsmottagningen

Under införandet av IBH försvann väntelistorna för besök på samtalsmottagningen och väntetiderna till nybesök respektive återbesök minskade på 3 av 4 pilotvårdcentraler, från i genomsnitt 5 veckor till 4 dagar (nybesök), samt i genomsnitt 4,5 veckor till 5 dagar (återbesök). På den vårdcentral där väntetiderna och väntelistan inte påverkades fanns ingen väntelista till att börja med, och väntetiderna till ny- respektive återbesök låg redan relativt lågt. Samtliga vårdcentraler införde direktbokningar. För detaljer, se tabell 5.

	2017-2018	2019-2020
Vårdcentral A (Cityhälsan Centrum)		
- Fanns väntelista?	Nej	Nej
- Väntetid till nybesök samtalsbehandling [^]	Inom 1 v.	Inom 1 v.
- Väntetid till återbesök samtalsbehandling [^]	1-3 veckor	1-3 veckor
- Direktbokningar TeleQ	0	162
Vårdcentral B (Mantorp)		
- Fanns väntelista?	Ja	Nej
- Väntetid till nybesök samtalsbehandling [^]	4-5 veckor	5 dagar
- Väntetid till återbesök samtalsbehandling [^]	4-5 veckor	5 dagar
- Direktbokningar TeleQ	0	134
Vårdcentral C (Helsa Skarptorp)		
- Fanns väntelista?	Ja	Nej
- Väntetid till nybesök samtalsbehandling [^]	4 veckor	2-3 dagar
- Väntetid till återbesök samtalsbehandling [^]	3 veckor	1 vecka
- Direktbokningar TeleQ	0	90
Vårdcentral D (Vikbolandet)		
- Fanns väntelista?	Ja	Nej
- Väntetid till nybesök samtalsbehandling [^]	1-2 månader	5-6 dagar
- Väntetid till återbesök samtalsbehandling [^]	1-2 månader	5-6 dagar
- Direktbokningar TeleQ	0	124

Tabell 5 Väntetider till samtalsmottagningen.

Väntelista och väntetider på de fyra pilotvårdcentralerna som först införde IBH.

[^]: uppskattad tid enligt samtalsbehandlare i tjänst och chef, uppskattat innan respektive efter införandet av IBH.

Besöksstatistik på samtalsmottagningen

I genomsnitt ökade det totala antalet unika individer som träffade samtalsbehandlare med 11-77 % (justerat för antal heltidstjänster), och det syntes en ökning i antal besök på 0-52 % (justerat för antal heltidstjänster). För detaljer, se figur 3A (antal unika individer) och 3B (antal besök).



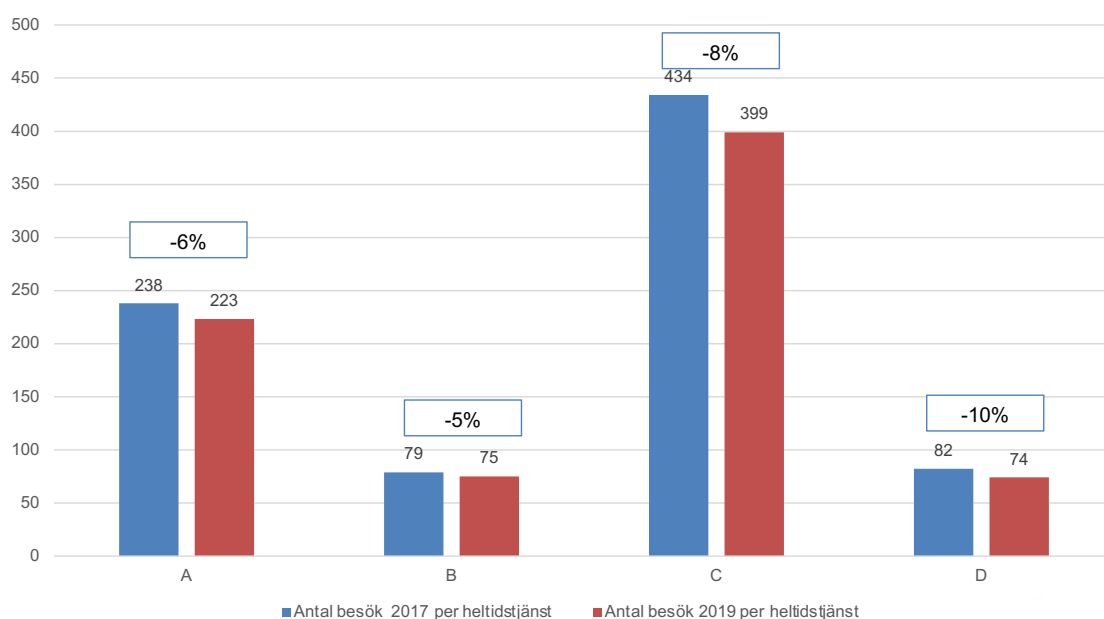
Figur 3. Besöksstatistik på samtalsmottagningen.

Panel 3A visar antal totala individer och panel 3B visar antal totala besök för de respektive årsperioderna på pilotvårdcentralerna. De justerade besöksstatistikisiffrorna är uträknade baserade på data från tabell 3 (bemanning).

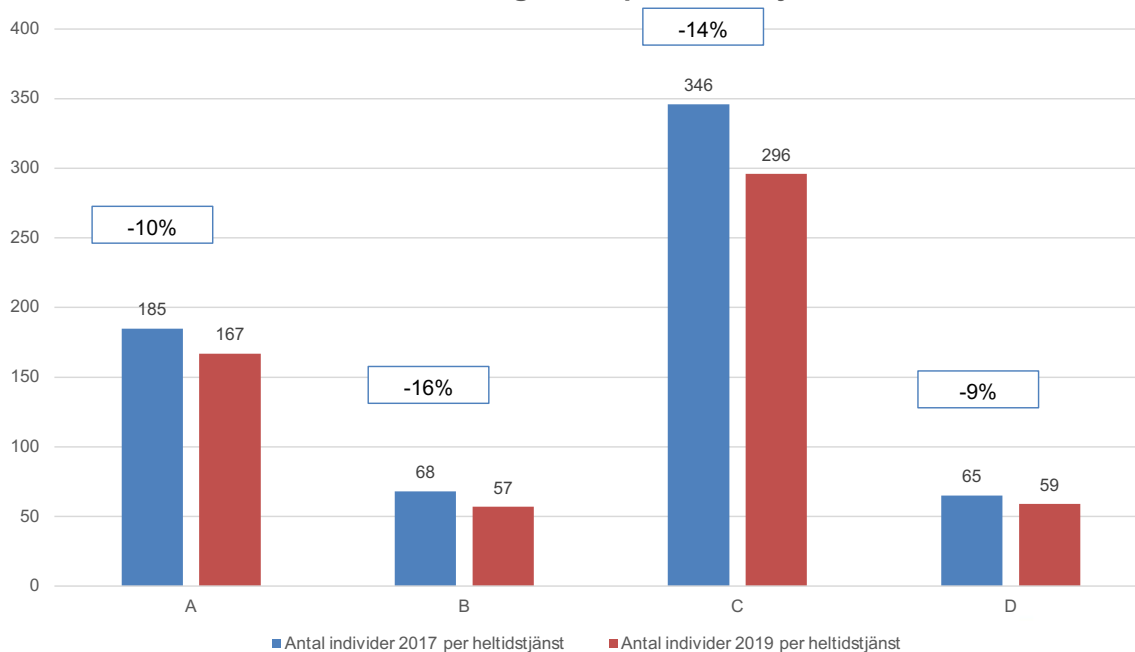
Besöksstatistik och diagnoser på läkarmottagningen

Sammanfattningsvis bokades färre unika individer med psykisk ohälsa (F- eller Z-diagnoser) till läkarmottagningen. Antal besök för F- och Z-diagnoser minskade med 5-10 % per heltidstjänst under införandet av IBH, medan antalet unika individer med F- och Z-diagnoser minskade med 9-16 % per heltidstjänst. För detaljer, se figur 4A (antal besök per heltidstjänst) och 4B (antal unika individer per heltidstjänst).

4A. Antal besök för F- eller Z- diagnoser, per heltidstjänst



4B. Unika individer med F- eller Z-diagnoser, per heltidstjänst



Figur 4. Besöksstatistik på läkarmottagningen.

Panel 4A visar antal totala besök per heltidstjänst, och panel 4B visar antal totala unika individer per heltidstjänst för de respektive årsperioderna på pilotvårdcentralerna.

Läkemedelsbehandling

Antal förskrivningar av beroendeframkallande läkemedel (N05B, anxiolytika, och N05C, sömnmedel och lugnande) minskade mellan 5-52 % på samtliga pilotvårdcentraler efter införandet av IBH (se figur 5). Avseende N06A (antidepressiva) pekar resultaten på en motsatt trend, med ett genomsnittligt ökat antal förskrivningar.

Patienternas upplevelser av vårdprocessen

Svarsfrekvensen avseende patientnöjdhet var låg, runt 4-10 % (vårdcentral A: 65 svarande av 644 individer, svarsfrekvens 10 %; vårdcentral B: 16 svarande av 213 individer, svarsfrekvens 8 %; vårdcentral C: 15 svarande av 292 individer, svarsfrekvens 5 %; vårdcentral D: 7 svarande av 164 individer, svarsfrekvens 4 %). Över lag var de patienter som svarat nöjda eller mycket nöjda med alla aspekter av sitt besök på vårdcentralen samt vårdkedjan som ledde fram till besöket (se tabell 6). Mycket få patienter var missnöjda eller mycket missnöjda.

Personalens upplevelser av implementeringen och arbetssättet IBH

Enkät

Totalt var det 46 svarande på webbenkäten avseende personalens upplevelse av IBH och arbetet med psykisk ohälsa. Svarsfrekvensen fördelades enligt följande:

- vårdcentral A: 20
- vårdcentral B: 6
- vårdcentral C: 9
- vårdcentral D: 11

Webbenkätens konstruktion möjliggjorde inte att separera resultaten mellan vårdcentraler och de redovisas därför här gemensamt. Frågorna i enkäten besvarades på en skala där 1 representerade mycket dåligt och 5 mycket bra. För några frågor representerade 1 i hög grad minskat och 5 i hög grad ökat.

Avseende IBH generellt och handläggningen av patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen, upplevde samtliga yrkeskategorier att handläggningen för patienter med psykisk ohälsa var bra eller mycket bra (4,3-5,0). Samtliga yrkeskategorier tyckte även att arbetet med IBH inneburit att patienternas vård blivit mycket bättre (4,8-5,0) och samtliga yrkeskategorier hade även en positiv eller mycket positiv generell inställning till arbetet med IBH (4,6-5,0).

Avseende yrkesroll och samarbete upplevde samtliga yrkeskategorier att deras handläggning avseende patienter med psykisk ohälsa hade underlättats i hög grad eller mycket hög grad genom införandet av IBH (3,8-5,0). Läkarna upplevde att IBH minskat deras arbetsbörda något avseende patienter med psykisk ohälsa (2,0), och sjuksköterskorna upplevde att de hade samma till något mindre arbetsbörda (2,5). Samtalsbehandlare och rehabkoordinatorer upplevde att de hade samma arbetsbörda som tidigare (3,0-3,3).

Samtliga yrkeskategorier upplevde att samarbetet med de andra yrkeskategorierna fungerade bra eller mycket bra (3,8-5,0), och skattade sina kollegors arbetsinsatser som primärt bra eller mycket bra (3,8-5).

Intervjuer

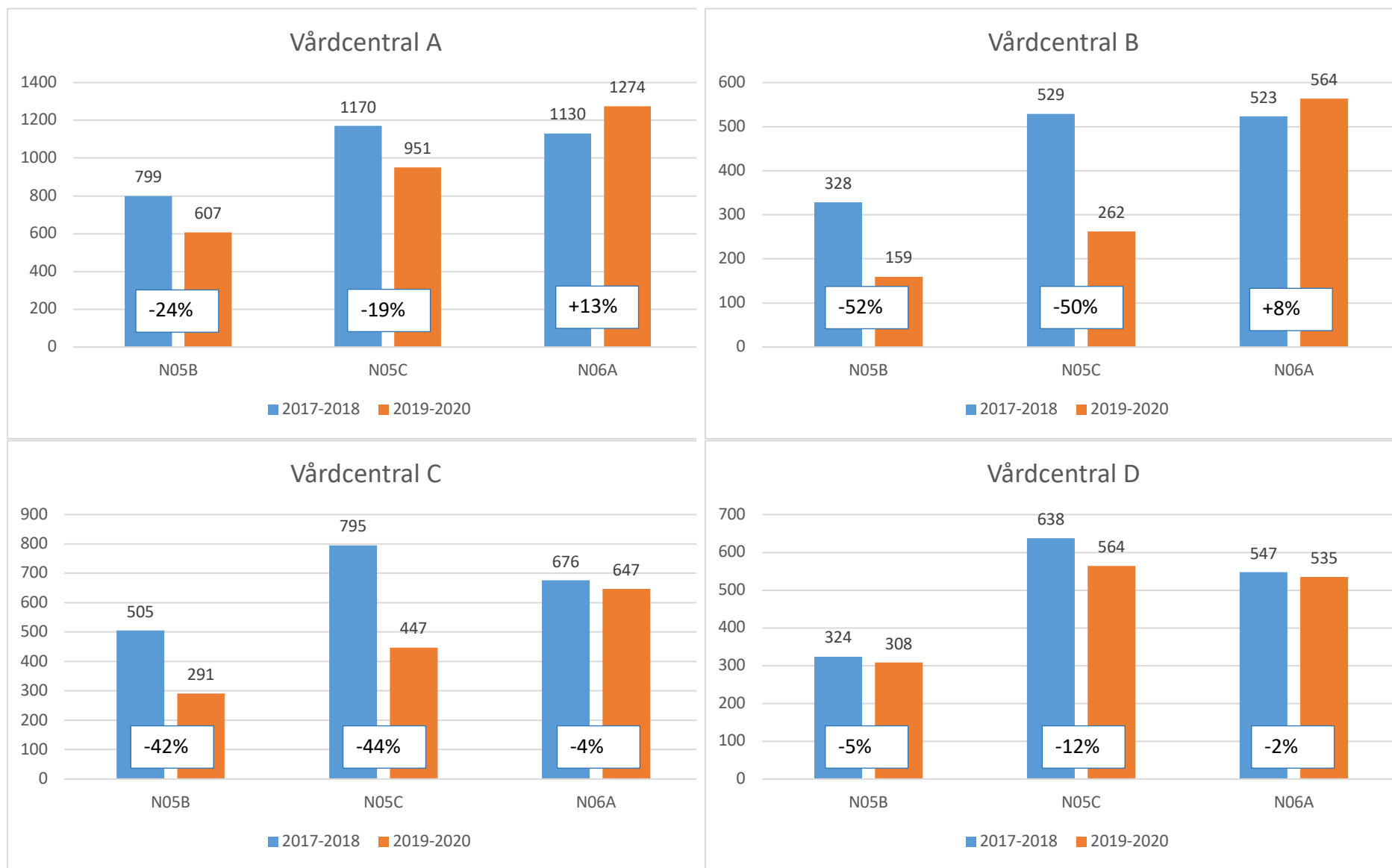
Sammanlagt intervjuades 34 deltagare efter 3 månader fördelat på 12 läkare, 12 sjuksköterskor, 6 samtalsbehandlare och 4 verksamhetschefer. Intervjuerna spelades in och transkriberades av projektgruppen. Intervjuerna var ca 30 minuter per person. Vid 12-månadersintervjuerna gjordes urvalet och intervjuförfarandet på samma sätt, men p.g.a. ett ansträngt läge i och med Corona-pandemin blev deltagandet lägre, och vid 12-månadersuppföljningen intervjuades sammanlagt 16 deltagare fördelat på 4 läkare, 4 sjuksköterskor, 3 samtalsbehandlare, 1 arbetsterapeut och 4 verksamhetschefer.

I både 3- och 12-månadersutvärderingarna lyftes IBH fram som ett fungerande arbetssätt och att implementeringen inneburit förbättrade flöden och förbättrat samarbete på vårdcentralen. I 12-månadersutvärderingen framkom många beskrivningar av att arbetssättet upplevs som tydligt och att rutinerna blivit standardiserade. Det finns en större betoning på att handläggning och flöden blivit smidigare än tidigare och att arbetet flyter på. Bland alla yrkeskategorier förmedlas en generell upplevelse av ökad tillfredsställelse, till följd av att vårdflödet blivit tydligare och mer strukturerat, samt att man kan erbjuda snabbare insatser och bra planeringar i större utsträckning.

En generell önskan framkommer om att fortsätta arbeta enligt IBH, då man ser många fördelar med arbetssättet och mycket få nackdelar lyftes. Dock beskrevs några organisatoriska aspekter som var utmanade: hög omsättning på läkare och omställningar i läkargruppen samt låg tillgänglighet till samtalsbehandlare.

I huvudsak var deltagarna nöjda med projektdeltagandet. Utbildningarna lyftes som värdefulla och önskan om fortsatt handledning och utbildning framkom. Utmaningar med deltagandet bestod främst i att avsätta tid för implementeringsarbete, information som kom med kort varsel, samt den produktionstid som gick förlorad. Något som framhölls viktigt för det fortsatta arbetet var fortsatt möjlighet till utveckling och anpassning utifrån den enskilda vårdcentralens förutsättningar.

För detaljer avseende resultaten från intervjuerna, se tabell 7.



Figur 5. Förändringar i antal förskrivningar av psykotropa läkemedel på pilotvårdcentralerna för respektive årsperiod.

	Medel (range)	Antal svar	Medel (range)	An- tal svar	Medel (range)	An- tal svar	Medel (range)	Antal svar
Samtalsbehandlare								
Tillgänglighet: I vilken grad är du nöjd med hur snabbt du erbjöds tid till samtalsbehandlare?	4.7 (1-5)	n=65	4.6 (4-5)	n=16	3.9 (1-5)	n=15	4.7 (4-5)	n=7
Hjälpsamhet: I vilken grad upplever du att innehållet i det första besöket hos samtalsbehandlare har varit hjälpsamt?	3.9 (2-5)	n=64	4.2 (3-5)	n=16	3.5 (2-5)	n=15	3.4 (3-5)	n=7
Bemötande: I vilken grad upplever du att du blivit förstörd och väl bemött av din samtalsbehandlare?	4.4 (2-5)	n=65	4.7 (3-5)	n=16	4.0 (3-5)	n=15	4.0 (3-5)	n=7
Sjuksköterska								
Förståelse: Hur väl upplevde du att sjuksköterskan förstod dina besvär?	4.4 (2-5)	n=61	4.6 (3-5)	n=16	3.7 (2-5)	n=12	3.9 (3-5)	n=7
Bemötande: Vad tycker du om bemötandet du fick när du ringde in och sökte hjälp?	4.5 (3-5)	n=62	4.8 (3-5)	n=15	4.0 (3-5)	n=12	4.4 (4-5)	n=7
Information: Hur tydlig tycker du att sjuksköterskan var när hen gav information om dina besvär och vad som skulle hända framöver?	4.2 (2-5)	n=62	4.4 (3-5)	n=15	3.7 (2-5)	n=12	3.9 (3-5)	n=7
Läkare								
Förståelse: Hur väl upplevde du att din läkare förstod dina besvär så som du beskrev dem?	4.3 (2-5)	n=40	4.3 (2-5)	n=10	3.7 (2-5)	n=7	3.7 (3-5)	n=7
Information: Hur tydlig tycker du att läkaren var när hen förklarade sin bild av ditt problem vad som rekommenderades att göra åt det?	4.1 (2-5)	n=40	4.3 (3-5)	n=11	3.3 (2-5)	n=7	3.7 (3-5)	n=7
Bemötande: Vad tycker du om bemötandet du fick av din läkare?	4.6 (3-5)	n=40	4.4 (2-5)	n=10	3.9 (2-5)	n=7	4.1 (3-4)	n=7
Information: Hur tydlig tycker du att läkaren var när hen förklarade hur samtalsbehandlaren skulle kunna hjälpa dig?	4.4 (3-5)	n=37	4.1 (2-5)	n=10	3.3 (2-5)	n=6	3.6 (3-5)	n=7

Tabell 6 Patientupplevelser av vård för psykisk ohälsa på pilotvårdcentralerna.

Patientnöjdhet mätt på en 5-gradig skala enligt följande: 1: mycket missnöjd; 2: ganska missnöjd; 3: ganska nöjd; 4: nöjd; 5: mycket nöjd.

Styrkor med arbets sättet

Bättre flöden

- Möjlighet att boka direkt i samtalsbehandlars tidbok
- Sjuksköterskor har större kunskap och fler verktyg för att göra bedömningar
- Tydligare rutiner för handläggning
- Patienter bokas till rätt profession direkt, utan omvägar

Minskad arbetsbelastning

- Läkare behöver inte göra lika många bedömningar när patienter kan bokas direkt till samtalsbehandlare
- Mindre administration för sjuksköterskor och samtalsbehandlare vid bokning
- Samtalsbehandlare hjälptes av bättre förberedelser av sjuksköterskor
- Minskad arbetsbelastning för samtalsbehandlare genom luftigare schema, bättre bokningar och mer fokuserat arbete med patienter
- Upplevelse av större handlingsutrymme och frihet, med större möjlighet till anpassning efter patientens behov, vilket bidragit till minskad belastning.

Ökat samarbete och insyn i varandras arbetsuppgifter

- Mer muntlig kommunikation och mer och bättre samarbete mellan läkare och samtalsbehandlare
- Bättre behandlingsplaneringar och insatser kring patienter
- Roligt och underlättande att dela ärenden och samarbeta över professionsgränser

Ökad kompetens

- Läkare och sjuksköterskor har fått ökad kunskap om psykisk ohälsa, alternativt en fördjupad förståelse
- Sjuksköterskor upplever en större trygghet gällande att göra bedömningar och handlägga patienter med psykisk ohälsa, samt även i samtal med patienter
- Läkare beaktar ett beteendeperspektiv i högre utsträckning. Flera uttrycker att de testar psykologiska interventioner först i högre utsträckning
- Samtalsbehandlare lyfter fram breddad kunskap gällande metoder och arbets sätt, hur man arbetar fokuserat och primärvårdsanpassat.

Hjälpsam feedback

- Feedback och återkoppling lyfts fram som viktigt för samarbetet kring patienterna och för upprätthållande av IBH som arbets sätt
- Sjuksköterskorna lyfter fram konkret, konstruktiv och regelbunden feedback som värdefullt för lärande
- Deltagare beskriver att det upplevs enklare att ge feedback när man har möjlighet att utgå från mallar, då det ger ökad tydlighet kring vad man kan och bör ge feedback på

Svårigheter med arbetssättet

- Vissa sjuksköterskor upplever att telefonsamtalen vid bokning tar längre tid, dock upplevs arbetet värdefullt då handläggningen blir bättre i senare steg
- Vissa deltagare upplever det svårt att ge feedback på ett bra och konstruktivt sätt
- Samtalsbehandlare beskriver att en stor utmaning i arbetssättet är den konsultativa rollen på vårdcentralen och att guida kollegor att göra interventioner i stället för att ta sig an alla ärenden själv
- Kravet på tillgänglighet upplevs belastande för samtalsbehandlare med mindre erfarenhet

Organisatoriska svårigheter för arbetssättet

- Arbetssättet blir sårbart om tillgången till samtalsbehandlare är begränsad (framför allt på vårdcentraler där det bara finns en samtalsbehandlare)
- Hög omsättning på läkare upplevs försvåra samarbete och samsyn

Styrkor med projektdeltagandet

- Utbildningar lyftes som betydelsefulla och bra, med användbar och relevant information
- Läkare, samtalsbehandlare och sjuksköterskor efterfrågar fortsatt handledning och utbildning, gärna konkret metodhandledning specifik för sin profession.
- Materialet i form av utbildningsmaterial och självhjälp-material att dela ut till patienter lyfts som mycket hjälpsamt
- Positiv upplevelse av projektets flexibilitet där man haft stor möjlighet att anpassa arbetet till förutsättningarna på den enskilda vårdcentralen
- Cheferna har känt hög delaktighet i implementeringen och stöttning från projektgruppen

Svårigheter med projektdeltagandet

- Förlorad produktionstid i samband med implementering och utbildning
- Arbetet i implementeringsteamet på VC har varit tidskrävande
- Upplevelser av att projektinformation kommit med alltför kort varsel.
- Vissa deltagare har upplevt det oklart gällande vad som ska behandlas under handledningen
- Viktigt att:
 - Planera väl för aktiviteter på VC med få medarbetare
 - Skapa kontinuitet gällande kontaktperson från projektgruppen
 - Säkerställa att information skickas ut så att det når samtliga berörda

Tabell 7. Resultat av intervjuer: Styrkor och svårigheter med arbetssättet och projektdeltagandet .

DISKUSSION

Sammanfattande resultat i förhållande till mål

IBH som arbetssätt fungerade väl att implementera på de fyra pilotvårdcentralerna. Sammanfattningsvis visade resultatet av implementeringen av IBH på de fyra vårdcentralerna på minskade väntetider till psykologisk behandling, fler patienter fick vård för psykisk ohälsa, färre patienter som sökt för psykisk ohälsa bokades till läkarmottagningen, förskrivningen av beroendeframkallande medel minskade något, förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökade något, patienterna var nöjda och bland alla yrkeskategorier förmedlas en generell upplevelse av ökad tillfredsställelse gällande arbetet med psykisk ohälsa och önskemål om att fortsätta arbeta utifrån IBH.

Svårigheter med IBH-arbetet som lyftes av samtalsbehandlare var att anamma den nya konsultativa rollen samt att kravet på tillgänglighet upplevdes belastande för samtalsbehandlare med mindre erfarenhet. Vissa sjuksköterskor lyfte att telefonsamtal vid bokning tar längre tid, men att handläggningen blir bättre i senare steg. Organisatoriska aspekter som försvårade IBH-arbetet var hög omsättning på läkare och begränsad tillgång till samtalsbehandlare.

Gällande upplevelsen av projektdeltagandet lyftes förlorad produktionstid och tidskrävande uppgifter i implementeringsteamet som svårigheter, samt att informationsutskick kunde ske med kort varsel. Handledning lyftes som en styrka med önskan om fortsättning, men även en svårighet i de fall där syftet upplevts otydligt. Positiva aspekter av projektdeltagandet var utbildningarna, arbetsmaterialen, projektgruppens flexibilitet och möjligheten att anpassa arbetet till den enskilda vårdcentralen. Cheferna beskriver hög delaktighet i implementeringen och stöttning från projektgruppen.

Resultaten i denna rapport stämmer väl överens med de få internationella studier som finns avseende PCBH som arbetssätt, som visar på generellt positiva fynd avseende medarbetares tillfredsställelse med arbetssättet (12), kortare väntetid till behandling samt god patientnöjdhet (13).

Effekter på vårdflödet

Resultatet gällande minskade väntetider är liknande på vårdcentral B, C och D. Vårdcentral A sticker ut med oförändrade väntetider, vilket troligtvis förklaras att de redan som utgångsläge hade korta väntetider. Att väntetiderna till psykologisk behandling minskade kan förklaras av förändringarna i samtalsbehandlarnas tidböcker och bokningsförfarandet. Eftersom fler och kortare besökstider adderades till samtalsmottagningen, och möjligheten att boka eller hänvisa direkt till samtalsmottagningen infördes, bör detta innebära att samtalsmottagningens resurser kunnat utnyttjas i högre utsträckning. Hypotetiskt är det möjligt att besöksinnehållet vid besöket på samtalsmottagningen även kunnat effektiviserats utifrån att handläggningen av patienten i högre utsträckning följt en röd tråd där information ackumulerats genom flera yrkeskategorier samt att samtalsbehandlarna utbildats i att arbeta fokuserat och primärvårdsanpassa sina behandlingsinterventioner. Ytterligare en hypotetisk förklaring kan vara att när bokningsmöjligheterna ökar och patienten får rätt vård i ett snabbt, motiverat skede och svårare problematik inte hunnit utvecklas, blir behandlingarna inte lika tidskrävande, vilket skulle kunna öka möjligheten att kunna boka nya patienter inom kort tid.

Att fler patienter fick vård på samtalsmottagningen kan, utöver ovan nämnda förändringar i schemat och bokningar, även bero på att fler patienter med psykisk ohälsa identifierats och fått möjlighet till behandling även om psykisk ohälsa inte varit den primära sökorsaken. Då vi parallellt med ökat flöde till samtalsmottagningen ser en minskad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel och minskat antal patienter med psykisk ohälsa som träffar läkare, är det möjligt att patientgrupper som tidigare hänvisats direkt till läkare för läkemedel nu i stället kunnat träffa samtalsbehandlare som första steg, t.ex. patienter med sömnproblematik lämpad för psykologisk behandling.

Patienterna

Att förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel har minskat går i linje med förhoppningen om att läkare inte behöver tillämpa en kortsiktig åtgärd utan i stället kan göra en mer korrekt handläggning när psykologisk behandling finns tillgänglig. Utöver detta skulle kunskapshöjningen gällande hur kortsiktigt lugnande läkemedel hindrar viktiga mekanismer inom psykologisk behandling kunna ha bidragit till minskningen då detta har varit information som understrukits i utbildningarna och handledningen för läkare.

Att förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat kan bero på en tydligare triagering av patienter, dvs. att patientunderlaget som bokats till läkarmottagningen är just de patienter som antingen mår sämre än de som bokats till samtalsbehandlare eller har önskemål om just medicin som behandlingsalternativ i första steget.

Att patienterna i huvudsak var nöjda med bemötande, handläggning och hjälpsamhet i besöket på samtalsmottagningen går i linje med de få tidigare amerikanska patientutvärderingar gällande nöjdhet som gjorts där patienter var nöjda, skulle kunna tänka sig att ta emot vård på samma sätt igen samt rekommendera det till andra (12). Resultatet tolkas som att handläggningen utifrån IBH har uppskattats av patienterna samt att dessa varit nöjda med den personal de har haft kontakt med när de sökt och tagit del av vård, vilket dock inte behöver vara kopplat till arbetet utifrån IBH.

Personalen

Utifrån medarbetarnas upplevelser om ökad tillfredsställelse gällande arbetet med psykisk ohälsa och önskemål om att fortsätta arbeta utifrån IBH drar vi slutsatsen om att IBH fungerat väl att implementera på de fyra pilotvårdcentralerna och att förändringarna har underlättat handläggningen för samtliga tillfrågade yrkeskategorier. Det som sticker ut i sammanhanget är samtalsbehandlarnas beskrivning av utmaningarna gällande sin roll i IBH. Sett utifrån arbetsuppgifterna är samtalsbehandlarna den grupp som genomgår flest förändringar, vilka också på många sätt frångår det mer traditionella arbetssätt för psykoterapi som lärs ut på psykologprogrammet eller på psykoterapeututbildningarna. Rollen som konsult till vårdcentralen är eventuellt så ny för både samtalsbehandlare och övrig personal att den upplevs utmanande att få till. Vidare lyfter mindre erfarna samtalsbehandlare en ökad arbetsbelastning, medan övriga samtalsbehandlare lyfter att arbetsbelastningen har lättat. I IBH innebär samtalsbehandlarrollen ett utåtriktat, uppsökande förhållningssätt som eventuellt kan kännas svårt att leva upp till som oerfaren i yrkesrollen. Det pekar också på att oerfarna samtalsbehandlare behöver mer stöttning vid införandet av IBH, alternativt mer erfarenhet i yrket innan IBH införs.

Organisatoriska aspekter

Mycket inom IBH kan anses självklart och arbetssättet stämmer också relativt väl överens med den svenska primärvårdens sätt att arbeta avseende övriga symtom och diagnoser, men motsvarande arbetssätt tillämpas ofta inte traditionellt på patienter med psykisk ohälsa. Arbetet med IBH innebär ett större samarbete mellan yrkeskategorierna på vårdcentralen och grundar sig i att patientärenden ägs gemensamt samt att vårdcentralens flöde ställs om där alla bidrar till möjligheterna till att kunna arbeta effektivt och fokuserat.

Då IBH är ett omfattande och komplext arbetssätt där implementeringen fordrar beteendeförändringar i yrkeskategorierna läkare, samtalsbehandlare och sjuksköterskor är det väntat att projektdeltagandet upplevs ha krävt tid och inneburit förlorad produktions-tid. Då IBH-arbetssättet bygger på kontinuerligt samarbete är det även förståeligt att hög omsättning på personal och begränsad tillgång till samtalsbehandlare upplevs försvåra arbetet. Kommande utvärdering och forskning på projektet bör inkludera hälsoekonomiska analyser för att utvärdera total kostnad och nytta av projektet.

En annan slutsats är att då en vårdcentralens uppdrag är mycket omfattande, många flöden och processer är beroende av varandra, och att chefers och medarbetares scheman snabbt blir uppbokade, blir det viktigt att kommunikation mellan projektgrupp och vårdcentral är vältajmad och tydlig.

Deltagande i IBH-projektet

Positiva aspekter av projektdeltagandet var utbildningarna, arbetsmaterialen, projektgruppens flexibilitet och möjligheten att anpassa IBH-arbetet till den enskilda vårdcentralen. Cheferna beskriver hög delaktighet i implementeringen och stöttning från projektgruppen. Både medarbetare och chefer ser positivt på implementeringsaktiviteterna och utbildningarna inom IBH-projektet.Handledning lyfts som en styrka med önskan om fortsättning, men även en svårighet då t.ex. handledningen ibland upplevts svår att nyttja p.g.a. att syftet varit otydligt, vilket ger utrymme för förbättring. Sammanfattningsvis upplevdes projektdeltagandet av pilotvårdcentralerna som mycket positivt, med en del utrymme för förbättring.

Klinisk relevans

Psykisk ohälsa innebär ett stort lidande för individen och anhöriga samt medför kostsamma konsekvenser för samhället. Då populationen som lider av psykisk ohälsa är ökande, behövs lösningar på flera plan och utifrån flera samhällsliga perspektiv. Utifrån vårdperspektivet ser vi resultat från denna första pilotutvärdering av införandet av IBH, som tyder på att IBH kan bättra vården för patienter som söker och behöver behandling för psykisk ohälsa genom strukturerad och enad handläggning, ökad kompetens hos vårdpersonal och möjlighet för fler patienter att få kvalitativ vård i ett snabbt skede. Att arbetssättet också uppskattas och ses som värdefullt av personalen ger signal om att det skulle kunna vara ett arbetssätt som håller över tid. I den här rapporten följer vi upp pilotvårdcentralerna efter ett år, vilket innebär att det är för tidigt för att dra slutsatser om bestående effekter eller resultat. Det är av högsta vikt att fortsätta undersöka huruvida resultaten är pålitliga samt vad arbetssättet ger för konsekvenser över tid.

Implementeringens styrkor och svagheter

De främsta styrkorna i implementeringen är det höga deltagandet i utbildningar och projektaktiviteter, engagerade chefer, aktiva deltagare i implementeringsteamet samt nära och omfattande samarbete mellan projektgruppen och vårdcentralerna, vilket möjliggjort identifiering av problem i ett tidigt skede samt skraddarsydda anpassningar. Vidare arbetar samtliga medlemmar i projektgruppen som kliniker på vårdcentral och har hög kännedom om vårdcentralskontexten. En sårbarhet i implementeringen är dock den höga graden av närvaro och "handpåläggning" som krävts från projektgruppens sida då den kan vara svår att upprätthålla vid en uppskalning av implementeringen.

Något som projektgruppen kämpade med på olika sätt var tidsaspekten, t.ex. att ha god framförhållning, men inte för lång, så att information "drunknade", att behöva ställa om snabbt i planeringen när vårdcentraler med kort framförhållning behövt avboka aktiviteter, samt att utföra omfattande implementeringsprocesser på relativt få personer i projektgruppen.

Rekommendationer och förbättringsförslag

Resultaten pekar på att implementeringen ger önskvärda resultat gällande tillgänglighet till samtalsbehandlare för patienter och personal samt gällande personalens upplevelser av IBH som arbetssätt. Då det även framkommer att implementeringen är resurskrävande samt fordrar flexibilitet och anpassningar är det av vikt att tid och resurser avsätts för implementeringsarbetet samt att implementeringen i hög utsträckning rättas efter vårdcentralens behov och förutsättningar. Vårdcentraler som kämpar med bemanning skulle eventuellt behöva ytterligare stöttning eller någon form av kompen-

sation för att kunna genomgå implementering på ett tillfredsställande sätt. Gällande samtalsmottagningen är det önskvärt med närvaro samtliga dagar i veckan.

Tydliga önskemål lyfts om fortsatt stöttning med utbildning, fortbildning och handledning, varför projektgruppens arbete fortsatt bör innehålla implementeringsaktiviteter med vidmakthållande syfte.

En stor utmaning gällande implementering i vårdcentralskontext är hur snabbt chefers och medarbetares scheman blir uppbokade och att vårdcentralens grunduppdrag är oerhört brett och omfattande. Starkt och givande samarbete kräver lyhördhet och god anpassnings- och problemlösningsförmåga hos faciliterarna. Fortsatta utmaningar för projektgruppen är kontinuitet i faciliteringen, kommunikation mellan projektgrupp och vårdcentral samt hur implementeringen bör organiseras vid en uppskalning.

För fortsatt utvärderande av tillämpningen av IBH på vårdcentraler i Region Östergötland rekommenderas utvärdering på fler vårdcentraler som implementerar arbetssättet och att följa vårdcentraler över tid, samt om möjligt jämföra med vårdcentraler som inte arbetar utifrån IBH.

Aspekter att fortsätta undersöka framöver är t.ex.: patientutfall och räckvidd i patientpopulationen, medarbetares upplevelser, påverkan på arbetsmiljö, viktiga anpassningar av IBH-arbetet samt effekter relaterat till följsamhet till arbetssättet.

Forskning

I dagsläget pågår ett stort forskningsprojekt på implementeringen av IBH i RÖ, där arbetssättet och implementeringen av densamma utvärderas på kort och lång sikt, på patient- personal- och organisationsnivå. Finansiering sker i dagsläget via Forte och ALF-medel. Forskningsgruppen leds av Med. Dr. Hanna Israelsson Larsen, i nära samarbete med flertalet andra forskare på Linköpings och Örebro Universitet, liksom med projektgruppen som leder implementeringsarbetet, där även Erica Skagius Ruiz är doktorand. Kommande utvärderingar kommer ske både via vetenskapliga artiklar och kliniska rapporter till de vårdcentraler som implementerar IBH.

SLUTSATSER

Resultatet av implementeringen av IBH på de fyra pilotvårdcentralerna är lovande gällande ökad tillgänglighet till psykologisk kompetens och behandling, minskning av psykofarmakologisk behandling, minskade väntetider, patientnöjdhet samt personalens upplevelser av arbetssättet avseende vårdens kvalitet, samarbete mellan yrkeskategorier och arbetsmiljö/tillfredsställelse med arbetsuppgifterna. Utmaningar som framkom var att det var svårt att arbeta enligt IBH när det inte fanns någon samtalsbehandlare på plats eller när det var hög omsättning på läkare, att anamma den konsultativa rollen för samtalsbehandlare samt att avsätta tid för implementeringsarbete och förlorad produktionstid. Samtliga vårdcentraler önskade fortsätta arbeta enligt IBH och önskade även regelbundet återkommande utbildningar för att kunna vidmakthålla arbetssättet. Något som framhölls viktigt för det fortsatta arbetet var fortsatt möjlighet till utveckling och anpassning utifrån den enskilda vårdcentralens förutsättningar. På samtliga vårdcentraler har lokala anpassningar av modellen behövt göras utifrån varje vårdcentralens grundförutsättningar bland annat avseende personal, lokaler och patientklientel.

Efter ett år är det för tidigt för att dra slutsatser om bestående effekter eller resultat. De positiva resultat som framkommit innebär ändå att det finns fog för att fortsätta implementera IBH på fler vårdcentraler, att noggrant beakta behov av lokala anpassningar, ha möjlighet att erbjuda upprepade utbildningar och stöd vid behov, samt att utvärdera projektet vetenskapligt på både kort och lång sikt.

REFERENSER

1. Åsbring N, Dal H, Ohrling M, Dalman C. Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. Läkartidningen [Internet]. 2014 Oct 7 [cited 2022 Jun 3]; Available from: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2014/10/var-femte-som-besokte-varldcentral-fick-hjalp-mot-psykisk-ohalsa/>
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2021 p. 109.
3. Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling 2017 Sjuk- och rehabiliteringspenning [Internet]. Försäkringskassan; 2017 p. 88. Report No.: 2017:13. Available from: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/sjukfranvarons-utveckling-2017-socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
4. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb;73(2):150–8.
5. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 14] p. 40. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>
6. Robinson PJ, Reiter JT. Behavioral Consultation and Primary Care A Guide to Integrating Services [Internet]. 2nd ed. Springer Cham; 2016 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-13954-8>
7. Framtidens bästa primärvård slutrapport - projektresultat (HSN 2015-726). Region Östergötland; 2016.
8. Reiter JT, Dobmeyer AC, Hunter CL. The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An Overview and Operational Definition. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018 Jun;25(2):109–26.
9. Strosahl KD, Robinson PJ, Gustavsson T. Fokuserad ACT - Natur & Kultur [Internet]. Stockholm: Natur & Kultur; 2014 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.nok.se/titlar/akademisk-psykologi/fokuserad-act/>
10. Myrälff M. KBT i Primärvården – Idéer och lösningar för KBT behandling i Primärvården [Internet]. [cited 2022 Aug 30]. Available from: <http://kbtiprimarvarden.se/>
11. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov;15(9):1277–88.
12. Hunter CL, Funderburk JS, Polaha J, Bauman D, Goodie JL, Hunter CM. Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model Research: Current State of the Science and a Call to Action. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018 Jun;25(2):127–56.
13. Possemato K, Johnson EM, Beehler GP, Shepardson RL, King P, Vair CL, et al. Patient outcomes associated with primary care behavioral health services: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Jul;53:1–11.