

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Depression hos vuxna

Dnr RÖ 2023-2232. Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

RPO/RSG

RPO Hälsöfrämjande
RPO Kvinnosjukdomar och förlossning
RPO Primärvård
RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
RPO Äldres hälsa
RPO Öra-, näs- och halssjukdomar
RSG HTA
RSG Patientsäkerhet
RSG Standardisering
RSG Strukturerad vårdinformation
RSG Uppföljning och analys

RPO Psykisk hälsa lämnar separat svar som är framtaget i samverkan med 38 kommuner inom sjukvårdsregionen.

1. Beskrivning av vårdförlopp

RPO Äldres hälsa

Anmärkningsvärt lite omnämnt i detta dokument kring äldre, särskilt eftersom depression är vanligare bland äldre. Dokumentet genomsyras av att man ser en person i yrkesaktiv ålder framför sig. Det står mycket om rehabilitering, återgång i arbete etc, men i princip inget om särskilda boenden, sköra äldre etc.

RPO Hälsöfrämjande

Perspektivet barn som anhöriga behöver lyftas i större utsträckning i dokumentet.

1.1 Om depression

RSG HTA

Utmärkt, men förekomst anges i procent, ungefärliga absoluta tal skulle ge bättre uppfattning om vårdbehovet.

RPO Hälsöfrämjande

Lyft även levnadsvanors påverkan på depression och dess effekt att minska återinsjuknade.

1.2 Omfattning

1.3 Vårdförloppets mål

RSG Strukturerad vårdinformation

Generellt kan sägas att vårdförloppets mål inte passar med de indikatorer som sedan presenteras, t e x Patient med misstänkt depression genomgår en strukturerad kliniks bedömning och behandling startas inom 14 dagar, finns inte som indikator och går därför inte att följa.

RSG HTA

Vid misstänkt depression ska klinisk bedömning och behandling startas inom 14 dagar. Hur ofta uppfylls detta mål idag? För att uppnå målet krävs sannolikt tillskott av resurser av olika slag (läkare, psykologer, kompetensutveckling, fortbildning). Detta bör preciseras (även i konsekvensbeskrivningen).

RSG Uppföljning och analys

Omfattande, processorienterade och alla följs inte upp utifrån föreslagna indikatorer, saknar mål kring patientens mående (indikator utifrån MADRS-S skattning).

1.4 Ingång och utgång

RSG Strukturerad vårdinformation

- Diffust formulerad ingång. Om man t ex med automatik vill hitta patienterna, behöver det mer uttryckligen anges vad en misstanke om depression är. Symtomen är för generella och räcker det med ett symptom eller behövs flera för att hitta ingången? Hur vet vi med automatik att ett vårdförlopp har startats?
- Var finns utgången *beslut fattas om vidare omhändertagande inom specialiserad psykiatrisk vård efter bedömning vid en psykiatrisk akutmottagning* i flödesdiagrammet?

RPO Primärvård

Vid stycket: "Ingång i vårdförloppet sker även när patienten vårdats inom specialiserad psykiatrisk vård och därefter bedöms behöva fortsatt uppföljning i primärvården. Det kan till exempel vara om:

- alla behandlingsalternativ av patientens tillstånd bedöms vara uttömda och patienten inte bedöms kunna förbättras av ytterligare specialiserad vård."

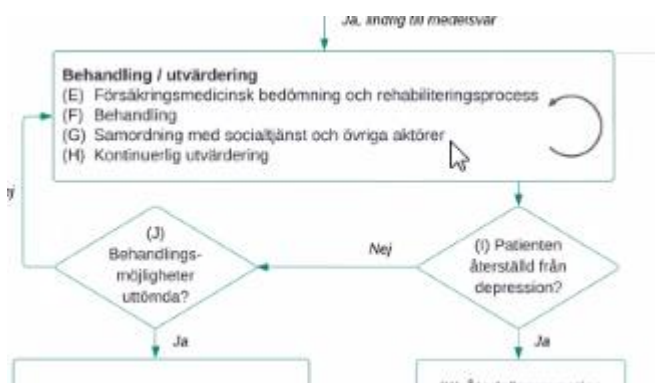
Vad ska denna uppföljning syfta till, innehålla? Vad ska primärvården kunna behandla som specialistvården inte klarar?

Hur ska komorbiditet hanteras? Det är väldigt vanligt förekommande på vårdcentraler.

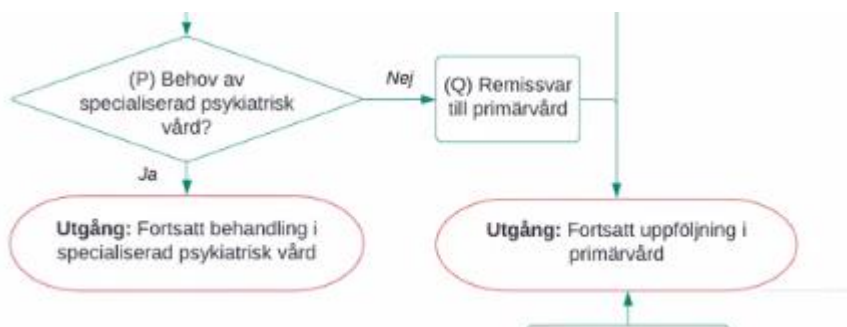
1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RSG Strukturerad vårdinformation

- Rubriker som klinisk behandling och behandling/utvärdering behöver också finnas i åtgärderna.
- Vad betyder den cirkulära pilen i rutan? När det även finns pilar nedanför rutan. Varför behövs två vägar? Och vad betyder H, kontinuerlig utvärdering?



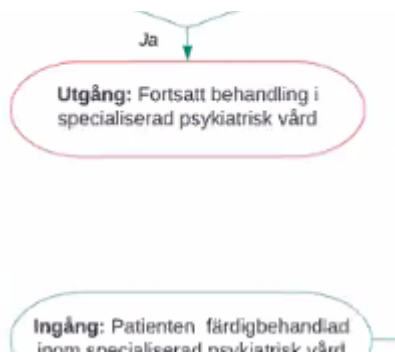
- Om Q inträffar, varför återgår individen inte i vårdförloppet igen?



- Om individen blir återställd utan läkemedelsbehandling, behöver det också framgå var utgången är.



- Behövs streckad linje mellan utgång och ingång?



RSG HTA

Bra och detaljerat. Möjligen kan en ungefärlig tid anges för när behandlingsmöjligheterna kan anses var uttömda.

RPO Primärvård

Definiera vilken typ av uppföljning som ska ske i primärvård när patienten är färdigbehandlad i psykiatri?

- Flödesschemat: Utgång ur förloppet från specialistvården finns just nu med remiss till PV, bör finnas en utgång till enbart egenvård också.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RSG Strukturerad vårdinformation

H beskriver att en åtgärd som beskrivs i M ska övervägas. Borde förutsätta att I och J är gjord.

RSG Patientsäkerhet

När det gäller läkemedelsbehandling nämns inget om de biverkningar som en antidepressiv behandling under en längre tid kan ge avseende muntorrhet och ökad risk för karies. Man nämner bara att effekten på depressionssjukdomen ska utvärderas av hälso- och sjukvården. Inget om kariesrisken och de ökade tandvårdskostnader som kan uppkomma för patienten själv eller samhället om patienten har rätt till F- eller N-kort.

RPO Öra-, näs- och halssjukdomar

Under block B eller block C

Här saknas en notering av bedömning av hörselnedsättning vid utredning av depression. Detta är av erfarenhet extra viktigt i samband med utredning av ffa äldre.

RSG HTA

Adekvat men ett par kommentarer: Är det realistiskt att ett teambaserat och multidisciplinärt arbetssätt kan påbörjas inom 14 dagar (F). Bedömning av specialist ska ske inom 30 dagar. Gäller detta även vid suicidrisk? Kanske lämpligt att ange när akut remittering ska göras?

RPO Äldres hälsa

Problemet med att äldre idag ytterst sällan erbjuds psykologisk behandling vid lindrig till medelsvår depression trots minst lika god effekt som läkemedelsbehandling (och utan biverkningsrisk) omnämns inte.

RPO Primärvård

(F) Behandling: Hur är det med primärvårdsanpassad behandling, fokuserade kontakter, rådgivning? Hur definieras psykoterapi? I länken till beskrivningen av KBT definieras det som *"individuell "face-to-face" behandling."* Bättre att i så fall använda den beskrivningen då den är mer applicerbar i primärvårdsupdraget.

(N) Enormt viktigt att sista punkten: *"när minst två behandlingsförsök med antidepressiva med skilda verkningsmekanismer (fyra till sex veckor i fulldos) och minst en psykologisk behandling enligt rekommenderad metod och ingående interventioner gjorts utan tillfredsställande resultat"* inte ses som enda krav och alternativ för att kunna remittera.

(R) Remiss till primärvård (i de fall specialiserad psykiatrisk vård har haft behandlingsansvar) *"Om patienten har en pågående sjukskrivning, säkerställ att den pågår ytterligare 30 dagar från remisstillfället så att patienten hinner få ett uppföljande besök i primärvården."* Förslag på annan formulering: Om patienten har en pågående sjukskrivning säkerställ att det finns en rehabiliteringsplan och att patienten är sjukskriven enligt denna. Rehabiliteringsinsatser och prognos till återgång i arbete ska tydligt framgå i remissen.

(S): *"ge patienten möjlighet att ha en kontaktperson"*

Vad betyder det? Behöver tydliggöras. Kontaktperson kan tolkas olika utifrån område och är inte ett vanligt begrepp inom vården.

(S) *"Följa upp psykiskt mående med adekvat regelbundenhet."* Vad menas med regelbundenhet? Hur länge? Genom livet? När får en patient räknas som färdigbehandlad även av primärvården? Så länge tillgängligheten är hög och det är lätt att söka och få vård måste vi kunna släppa patienterna. Eller ska det behandlas likt diabetes och hypertoni, med egna mottagningar på VC och årskontroller?

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Sidan 10 andra stycket: Våld i nära relationer har en länk. Borde utökas till: Våld i nära relation och hedersförtryck.

Sidan 14 tredje stycket: Första meningen ändras till: För patienter som är långtidssjukskrivna eller riskerar långtidssjukskrivna ska koordineringsinsatser erbjudas.

Sidan 14 fjärde stycket: Första meningen ändras till: I dessa fall ska en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas.

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

RPO Primärvård

Behöver tydliggöras ytterligare att den psykologiska behandlingen måste ha rätt att få göras personcentrerad gällande format. Inte att det bara är manualbaserad psykoterapi som anses vara det enda rätta. Primärvårdspopulationen är heterogen och det måste finnas utrymme för att personanpassa. Boken Användbar evidens (Hasson & von Thiele Schwarz (2017) om evidens och anpassningar belyser detta väl: kapitel 13: Rekommendationer som underlättar.

2. Uppföljning av vårdförlopp

RSG HTA

”För att förverkliga uppföljningen av vårdförloppet kommer ytterligare arbete att krävas.” Bra om det går att tydliggöra med vad som avses, eller exemplifiera.

RSG Uppföljning och analys

Indikatorerna kan härledas till några av målen för vårdförloppet, patientrapporterat mått kring medverkan i beslut saknas.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RSG HTA

Adekvat. Angeläget att som data och uppföljning även kunna följa mått som ”tidsåtgång”.

RSG Uppföljning och analys

Målsättningen på sikt är att strukturerad vårdinformation ska utgöra grunden till uppföljning. Med hänsyn tagen till den nuvarande datatillgången kommer detta att kräva ett större arbete.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG Strukturerad vårdinformation

- Andel patienter med ny depressionsepisod som har förbättrad MADRS-S-skattning efter behandling. Vad menas med ordet ny? Och vad avser efter behandling? Det framgår inte tydligt när i tiden eller hur långt man ska ha återställts innan man skattar.
- Andel patienter som fått återbesök/kontakt inom 6 veckor efter nydiagnostiserad depression finns inte med som en åtgärd i vårdförloppet. Svårt att hålla koll på tiden eftersom den inte anges i flödesschema eller åtgärder.
- Andel patienter med nydiagnostiserad depression som fått ett första besök inom allmänpsykiatrisk vård senast 30 dagar från remiss. I flödesschemat står enbart specialiserad psykiatrisk vård, är det samma sak som allmänpsykiatrisk?

RSG HTA

Innebär ”ny” depressionsepisod recidiv eller förstagångsinsjuknande? Ska psykologisk behandling ha påbörjats inom 14 dagar eller inom 30 dagar?

RSG Uppföljning och analys

Antalet indikatorer för bra (8 st) och prioritering gjord (skulle något resultatmått också prioriteras högt? Somatisk undersökning?). En korrekt uppdelning på process- och resultatmått med rimlig fördelning mellan dessa.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

RSG HTA

Allvarliga brister t ex avseende kompetens. Majoriteten av utmaningarna ligger på chefsnivå: väntetider, kontinuitet, bristande samordning mellan vården och andra aktörer.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

3.3 Arbetsprocess

Referenser

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RSG HTA

- Förstärkt kompetens genom utbildningsinsatser
- Förbättrad samordning
- Dimensionerad personalstyrka
- Förstärkning av ekonomin

Detta är mycket relevanta slutsatser och konsekvenser men frågan är ändå hur det ska ske. Nya medel? Omfördelning av medel? Vad leder detta till? Att kostnaderna förväntas öka framgår med tydlighet i avsnitt 2.5.

Den hälsoekonomiska analysen (bilaga 1) är ambitiös men svår att ta till sig. Hade varit bättre om varje förändring till följd av vårdförloppet analyserats för sig i jämförelse med dagens situation, än att få en total kostnad. Även om besparingar kan göras i form av minskade indirekta kostnader (ökad produktion) av bättre vård är detta inte mycket som hjälper de undanträngningar som riskerar uppstå inom vården till följd av ökad ambition. En sammanfattning av den hälsoekonomiska analysen, med fokus på vad en beslutfattare behöver veta, är nödvändig. Litet fel i Tabell 4, i sista raden i sista kolumnen ska det väl stå 17000kr (och inte 11).

RPO Primärvård

Mycket bra dokument!

2.2 Risker för individen, punkt 4: *"Primärvård och specialiserad vård är del av samma vårdkedja. I vilken del av vårdkedjan patienten vårdas ska bestämmas av hur vårdbehovet ser ut. Primärvård och specialiserad vård bör därför i fall där detta inte är tydligt samverka kring den enskilde*

patienten, men också säkerställa att patienter på ett enkelt sätt kan gå mellan beroende på hur vårdbehovet ser ut. Om detta inte tas i beaktande riskerar vården att bli inflexibel.”

Kommentar: Mycket viktig aspekt! Samarbetet med psykiatrin behöver vara av högsta prioritet för att vårdflödet ska kunna fungera i stort, hålla in längden och förhoppningsvis utökas till andra diagnoser såsom ångestillstånd. Detta är för närvarande inte en risk utan tyvärr ett faktum och ett stort hinder för optimal output av vårdförloppet.

2.3: En kommentar överlag är att primärvårdens kontext behöver tas i mycket större beaktning. I konsekvensunderlaget 2.3 beskrivs *”Potentiella risker”* – men de är inte risker, de är primärvårdens kontext som inte går att bortse ifrån och namnge *”potentiell risk”*. De är tydliga, närvarande konsekvenser som vårdförloppet behöver, inte bara ta hänsyn till utan inkludera i vårdförloppet. Vad ska handlingsstrategierna vara för dessa konsekvenser? Den skriften behöver vi i så fall också och den behöver göras tillsammans med verksamheter och verksamma kliniker.

2.4 tabell 1. Klinisk bedömning och diagnostik:

”val av insatsnivå för psykologisk behandling inom ramen för stegvis vård görs av legitimerad psykolog och/eller legitimerad psykoterapeut.” För detta förslag behövs konsekvenser tänkas igenom. Vad skulle detta få för följder?

2.4 Tabell 1 Införande av insatser enligt principen om lägsta effektiva insatsnivå för ett resurseffektivt nyttjande av behandlingsutbud stegvis vård.

”Schablonmässigt kan sägas att guidad självhjälp tar minst resurser i anspråk, följt av gruppbehandling och individuell behandling i inbördes ordning.”

– Alla kommentarer i den rutan behöver få mycket större utrymme i *”huvudtexten”*, här belyses otroligt viktiga nyanser och kontextutella faktorer. Som sagt dessa beskrivningar behöver stå mer i fokus i huvuddokumentet.

RSG Standardisering

Noterar att det kan finnas underlag för ett nationellt standardiseringsarbete då 2.10 även tar upp bristen på standardiserat mätformulär: *” I nuläget saknas instans för nationell standardisering av korrekta versioner av mätformulär av typen summerade skattningsskalor som är huvudsaklig mätmetod för utvärdering av vård för psykisk ohälsa.”*

Om du svarar för region eller kommun hur bedömer ni möjligheterna att börja införa och arbeta enligt kunskapsstödet?

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen

Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen konstaterar att vårdförloppen självskadebeteende och depression beskriver en höjd ambitionsnivå med ökade krav på resurser och tillgänglighet. Ur ett ledningsperspektiv föreslår sjukvårdsregionen att vårdförloppen bearbetas ytterligare för att förbättra regionernas möjligheter att implementera kunskapsstöden.

Vårdförlopp som kräver utökade personella insatser tar lång tid att införa fullt ut i ett läge med utmanande ekonomi, kompetensförsörjningsproblem och uppdämda vårdbehov. Vårt önskemål är därför att vårdförlopp i högre utsträckning beskriver hur uppsatta mål kan nås med befintliga resurser.

Det är angeläget att ansvariga programområden definierar och prioriterar kvalitetsindikatorer som går att fånga och följa via ordinarie vårddokumentation. Det är också angeläget att vårdförlopp endast beskriver vad som ska göras och överlåter till respektive huvudman att organisera arbetet.

Beskriv gärna hur de nya vårdförloppen och tidigare framtagna vård- och insatsprogram bör användas var för sig och tillsammans.

RSG HTA

Ambitiöst och omfattande dokument men något svåröverskådligt. Bra med en innehållsförteckning som gör att olika avsnitt är lätta att nå. Tidsåtgången för olika åtgärder bör omnämnas, t ex för ett första besök på vårdcentralen. Frågan är om nuvarande resurser på vårdcentralerna räcker eller om tillskott krävs – i så fall hur mycket?

RPO Äldres hälsa

I konsekvensbeskrivningen står (punkt 3 högst upp på sid 8) "*Vårdförloppet beaktar äldres särskilda behov och diagnostik och lyfter vikten av jämlik vård för äldre*"
Det framgår inte riktigt vad detta syftar på i huvuddokumentet då man inte beaktar äldres särskilda behov.

Inom psykiatri delar man ofta in depression i

- depression hos barn/ungdom (>18 år)
- depression hos vuxen
- depression hos äldre

Vi uppfattar att vårdförloppet riktar sig till mittgruppen dvs att äldregruppen inte omfattas och att "vuxen" innebär att det riktar sig just till en vuxen yrkesaktiv population.

Äldres depression kan ofta ha en väldigt multifaktoriell bakgrund där det inte sällan finns samtidig somatisk sjuklighet att ta hänsyn till. Depression hos äldre kan dessutom vara sekundär till somatisk sjuklighet, vilket ibland kan göra tillståndet svårbehandlat, till exempel vid depression efter stroke. Det innebär att det finns ytterligare mer individuella hänsynstaganden att ta hos äldregruppen.

Det finns också inom äldregruppen ett lite diffusare och svårbedömt gränsland mellan tydlig depression och normalt åldrande som ibland kallas subsyndromal depression, detta omnämns eller problematiseras inte.

Dokumentet kan fungera bra som stöd för omhändertagandet av en "okomplicerad" depression i primärvården – och det kanske är avsikten – men då skall det nog förtydligas vilken målgruppen för dokumentet är.

Behov av komplettering finns gällande ovanstående, alternativt ett vårdförlopp som gäller depression hos äldre.

RPO Kvinnosjukdomar och förlossning

Vårdförloppet beskriver kunskapsläget tydligt och ger ett konkret stöd för identifiering, behandling och uppföljning av depression hos vuxna. Arbetet kommer att bidra till jämlik vård och ge vägledning i personcentrerad vård.

Vårdförloppet saknar en tydlig vägledning gällande depression under graviditet; Arbetet belyser tydligt ansvarsfördelningen mellan primärvården och specialistpsykiatri, men graviditetsperspektivet framkommer inte och därmed inte heller ansvarsfördelningen under graviditet, vilket i verkligheten kan bidra till svårigheter för patienten. Tiden efter förlossningen med postpartum depression nämns, men utvecklas inte närmare. Vi saknar graviditetsperspektivet, och följderna för barnet.

RPO Primärvård

En mycket bra start på uppstrukturering av vården för patienten med depression. Förhoppning om att fortsättningen kan inkludera kommentarer från verksamma kliniker med erfarenhet i primärvården av klinisk praktik, verksamhetsutveckling och primärvårdsforskning.

Här kommer en åsikt utifrån att som psykolog arbeta på VC och delaktig i implementeringen av Integrerad Beteendehälsa (IBH) i Region Östergötland. IBH är ett primärvårdsanpassat tvärprofessionellt arbetssätt som på många sätt går i linje eller kan vara en katalysator för vårdförloppets delar, framför allt gällande kunskaphöjning, triagering, bedömning, tvärprofessionellt samarbete, hög tillgänglighet, rutiner för kontinuerlig återkoppling i organisationen. Detta är mycket positivt. Rekommenderar att läsa Integrerad primärvård av von Cederwald och Silberleitner (2021) för att få överblick av primärvårdsuppdragets pågående och kommande utmaningar samt hur VC kan rusta sig både organisatoriskt och kliniskt för att möta detta. Vårdförloppet skulle kunna innebära att den goda flexibiliteten och tillgängligheten som vi har arbetat upp för patienterna på IBH-vårdcentralerna försämras om vårdförloppet tillämpas för kategoriskt.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv saknas generell skrivning om sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.

Om du vill fortsätta besvara enkäten vid ett senare tillfälle så använd den här länken:

<https://reply.surveymethods.com/go.aspx?u=49810ixfngF4JRoghjkPR>