

A. Val av förbättringsområde

Valt förbättringsområde ska uppfylla de grundläggande kriterierna samt utgå från förbättringsområde enligt ovan.

B. Bakgrund

Kungshälsans vårdcentral har sedan flera år tillbaka fokuserat på att förbättra tillgängligheten för våra invånare till det psykosociala teamet. Detta har landat i att vi sedan 4 år tillbaka har en drop-inverksamhet för nybesök och sedan 3,5 år erbjuds detta dagligen, vilket medför att vi inte har någon väntetid till att komma för ett bedömningssamtal. Vi arbetar även aktivt med att medarbetarna i teamet ska inkluderas i det övriga mottagningsarbetet och vill skapa en kultur av teamarbete runt våra patienter generellt.

I år har vi valt att fokusera på vilken typ av behandling våra patienter som nydiagnostiserats med Ångest får i syfte att minska förskrivningen av benzodiazepiner.

KBT rekommenderas som förstahandsbehandling enligt socialstyrelsens riktlinjer samt våra FAKTAdokument till patienter med Ångestdiagnos. Vi har dock uppmärksammat i vår kliniska bild att en allt för stor andel patienter har en läkemedelsbehandling utan andra insatser, vilket vi skulle vilja förändra.

C. Övergripande mål

- Ökat antal patienter med Ångestdiagnos som får behandling med KBT
- Minska antalet patienter med ångestdiagnos som får behandling med benzodiazepinerna Oxazepam eller Alprazolam

Vi avser att mäta motsvarande period under kommande år.

D. Nuläge

- Idag försöker vi triagera via dels röstmeddelande vid inringning samt att personal som möter patienter med ångestproblematik (telefon så som besök) hänvisar till vårt psykosociala team för ett första bedömningssamtal. I första hand sker detta via drop-in men för de som inte kan detta (exempelvis vid tolkbehov) bokas patienten in på första

möjliga tid till teamet. Efter sådant bedömningssamtal finns möjlighet att boka in till andra professioner vid behov, exempelvis till läkare för somatisk bedömning eller bedömning om arbetsförmåga.

- Vid bedömningssamtal hos psykosociala teamet är ambitionen att diagnossättning samt samtal kring behandlingsalternativ genomförs.
- Vi har tillgång till KBTbehandling genom: internetförmedlad behandling, individuell behandling på plats alternativt digitalt samt gruppbehandling. Gruppbehandlingen har en viss väntetid utifrån nästa datum för gruppstart, övriga behandlingar har ingen väntetid utan kan starta omgående eller annan överenskommelse efter patientens önskemål. Vilken behandling som väljs gör i samråd mellan behandlande personal och patienten för att göra en individinriktad bedömning och överenskommelse.

Trots detta ser vi mätvärden som visar att endast 130 av 975 patienter med någon form av ångestdiagnos fått en KBTbehandling under perioden 220301-230316.

Vi ser också att 109 av våra 975 patienter med ångestdiagnos fått utskrivet recept på Oxazepam eller Alprazolam under perioden 220301-230316

E. Analys av nuläge

Beskriv vilka orsakerna är till att nuvarande resultaten ser ut som de gör. Varför når ni inte målbilden?

- Vi upplever att det finns flera anledningar till att vi inte når målbilden varav en kan vara att patienter inte kommer intill vårt psykosociala team:
 - Patienter kan triageras fel för en första bedömning och då träffa läkare istället för vårt psykosociala team.
 - Det kan framkomma ångestproblematik vid läkarbesök av andra orsaker så som magbesvär, huvudvärk, osvVi tror att sannolikheten att en patient får KBTbehandling minskar och att receptförskrivning på ovanstående preparat ökar om patienten inte kommer intill vårt psykosociala team initialt.
- Andra anledningar till att vi inte når målbilden kan vara:
 - Psykosociala teamet och läkare kan göra olika bedömningar om diagnosen och därmed också behandlingsrekommendationer.
 - Psykosociala teamet och läkare kan göra olika bedömningar om lämpligheten till våra olika behandlingsalternativ.
 - Det kan finnas okunskap hos läkare om KBT behandling där vi naturligt

ser att läkare har större kunskap om läkemedelsbehandling.

- Det kan finnas en kultur/okunskap kring vilka patienter som bedöms vara lämpliga/olämpliga för KBTbehandling samt kring behandling med benzodiazepiner.
 - Patienter kan välja att avstå KBTbehandling och önska läkemedelsbehandling med vid behovsmediciner istället
 - Det kan finnas felaktiga kodningsförfaranden i både diagnossättning och i behandlingskoder som borde medföra att vi har ett mörkertal som får KBTbehandling men som inte syns i statistiken.
 - Det kan finnas individuella faktorer hos patienten som gör att KBTbehandling inte bedöms lämpligt (exempelvis kraftigt sviktande minnesförmåga)
 - Det kan finnas patienter som har biverkansprofil på andra vid behovsläkemedel varpå bensodiazepiner används.
 - Patienter kan efterfråga bensodiazepiner framför andra vid behovsläkemedel.
- Ange idéer och framgångsfaktorer för att nå målet.
 - Verksamhetschef ansvarar för att se över gruppen av 975 patienter på individnivå för att hitta eventuella mönster (ex ålder på patient, typ av ångestdiagnos, personalfaktorer eller andra faktorer) som kan behöva adresseras.
 - Gemensamma möten mellan läkargrupp och psykosociala teamet för diskussioner kring diagnossättning för att öka samsynen
 - Gemensamma möten mellan läkargrupp och psykosociala teamet kring nuvarande behandlingsriktlinjer och gemensam syn på eventuella undantag från riktlinjerna.
 - Utbilda och informera övrig personal kring riktlinjer och triagering gällande ångestdiagnoser.
 - Utbilda personal gällande KBTbehandlingens innehåll och eventuella biverkningar på terapi.

F. Prioritering av förändringar som ska testas

- Utbilda och informera personalen om riktlinjer gällande bensodiazepiner och KBTbehandling.
- Gemensamma möten mellan läkare och PSE för diagnos och behandlingssyn.
- Utbilda personal om kodningsförfarande diagnos samt KBTbehandling
- Utbilda och informera personalen om KBT

Analys och summering inför inlämning av färdigt förbättringsarbete

G. Stegen A-F ska vara väl beskrivna

H. Analys och resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

Det förändringar som skulle testas var följande:

- Utbilda och informera personalen om riktlinjer gällande bensodiazepiner och KBTbehandling.
- Gemensamma möten mellan läkare och PSE för diagnos och behandlingssyn.
- Utbilda personal om kodningsförfarande diagnos samt KBTbehandling
- Utbilda och informera personalen om KBT

Vi har under de senaste månaderna arbetat för en bättre dialog mellan läkargruppen och det psykosociala teamet för att öka kunskapen kring KBT, läkemedelsbehandling och ångestdiagnosen. En del i detta är även att belysa vikten av att diagnostisera rätt för att statistiken ska stämma mer tillförlitligt. En stor del är att representant från det psykosociala teamet har varit med på läkarmöte och läkarna själva har även fört samtal kring behandling och handläggning av denna typ av patientgrupp på deras möten.

När vi tar fram statistik för perioden 230418–231218 blir det för en kortare period än den som baslinjemätningen är gjort på.

Mätningen visar att mellan 230418–231218 har 722 patienter fått någon form av ångestdiagnos varav 91 stycken har fått KBT behandling och 98 stycken har fått utskrivet Oxazepam eller Alprazolam.

J	K	L	M	N
Patienter som av Kungshälsan fått någon av diagnoserna i urvalet mellan 230401-231218		Patienter i listan i kolumn J som av Kungshälsan fått åtgärdskod DU011 230401-231218		Patienter i listan i kolumn J som av Kungshälsan fått recept utskrivet på Oxazepam N05BA04 eller Alprazolam N05BA12 230401-231218
Antal 722		Antal 91		Antal 98

Patienter som av Kungshälsan fått någon av diagnoserna i urvalet mellan 220301-230316	Patienter i listan i kolumn A som av Kungshälsan fått åtgärdskod DU011 220301-230316	Patienter i listan i kolumn A som av Kungshälsan fått recept utskrivet på Oxazepam N05BA04 eller Alprazolam N05BA12 220301-230316
Antal 975	Antal 130	Antal 109

Då denna period är kortare än baslinjemätningen väljer vi att titta på andel av patienter som fått respektive behandling.

Baslinjemätningen visar på att 13,3% fått KBT behandling och kontrollmätningen visar på 12,6%.

Utifrån dessa resultat kan man fundera över varför det blivit en minskning av andel trots att vi fokuserat på insatser under perioden. En del kan vara stor frånvaro bland läkarna vilket gjort att kontinuiteten fallit och därmed hur väl man känner patienten som kommer för besök. En annan del är att vi behöver arbeta under en längre tid med insatserna just för att frånvaron varit stor bland läkarna och att möjligheten att ta till sig av dialogerna och kunskapen inte har funnits. Ett annat sätt att se på det är att vi faktiskt bara undersökt vilka som har fått en ångestdiagnos, inte vilka som blivit nydiagnostiserade. Hade vi kollat på det kan resultatet ha sett annorlunda ut baserat på att en diagnos kan följa med en patientjournal under lång tid och därmed skapa felaktigheter i statistiken.

För att jobba vidare med ovanstående behöver fokus ligga på de patienter som nydiagnostiserats med ångest och komma åt vilken behandling som blir den första patienten får.

I. Summering

Vi har försökt att öka samarbetet mellan det psykosociala teamet och läkargruppen genom mer dialog och deltagande på läkarmöten. Detta för att skapa ökat förståelse från båda håll vad gäller syn på diagnos och behandling – med fokus att ge patienten bästa möjliga vård.

Hög tillgänglighet till det psykosociala teamet är en stor fördel i arbetet att minska förskrivningen av läkemedel vid ångestdiagnos. Bra teamarbete och nära samarbete är viktigt i arbetet för att kunna hjälpas åt med patienterna och möjliggöra bästa möjliga vård.

Dokument med beskrivning av A-I mejlas till vardval@rjl.se senast 1/12 2023.

Regionens bedömning riktmärke 2

Grön = godkänd beskrivning finns för A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Gul = godkänd beskrivning finns endast för delar av A-I.

Röd = godkänd beskrivning saknas för merparten av A-I.