

Förbättringsarbete Bra liv Hälsan 2 vårdcentral
Johannes Lundén Leg. Arbetsterapeut med grundläggande utbildning i psykoterapi med
inriktning kognitiv beteendeterapi
Marie Rydell Leg. Psykolog specialist hälsopsykologi

Nära vård med biopsykosociala insatser för högkontaktpatienter

A. Val av förbättringsområde

En liten del av befolkningen som är listade på vårdcentralen upptar en stor del av vårdens resurser. Vår hypotes är att en del av dessa inte blir hjälpta på ett långsiktigt sätt utifrån sina behov och hälsoproblem. Vi har därför valt att inrikta vårt arbete kring denna grupp på vår vårdcentral. Hur kan vi förbättra hur vi hjälper och bemöter dessa patienter? Finns problematik eller vårdbehov hos vissa av dessa som vi inte identifierat och mött upp? Finns behov av att ta hjälp av specialistresurser, kommun eller andra externa samhällsaktörer för att hjälpa dessa personer till en långsiktigt förbättrad hälsa? Finns där otydlighet i överenskommelse eller begränsad sådan som påverkar vårdsökande, följsamhet eller annat? Dessa är några av frågorna vi kommer att fördjupa oss i inom ramen för vårt förbättringsarbete.

Vår förhoppning är att på ett systematiskt sätt identifiera och i mån av behov kunna förbättra insatser till dessa patienter inom ramen för förbättringsarbetet 2025.

B. Bakgrund

Aktuellt förbättringsområde är valt av flera orsaker. Det kan finnas givna och självklara skäl till att en person söker vården och lika givna och självklara behandlingsalternativ. Vår hypotes är att det också kan finnas faktorer som ligger bakom ett högt vårdsökande, men som inte är lika givet och identifierbart. Faktorer som kan lämna vårdgivaren med en känsla av otillräcklighet i det enskilda och kanske patienten med en känsla av att inte bli hjälpt, hörd, sedd. Det saknas dock en övergripande/systematisk funktion för att identifiera dessa faktorer. Det kan röra sådant som avsaknad av tydlig överenskommelse/plan eller andra faktorer som påverkar ex. följsamhet; att det finns behov av externa aktörers expertis (såväl inom vården som inom kommunal/annan regi), men där involverad vårdpersonal inte har kännedom om just dessa möjligheter; eller kanske en sådan sak som ytterligare professioners bedömning för att ytterligare komplettera bedömningen. Denna typ av faktorer finner vi intressanta att undersöka närmare i syfte att kunna öka patientnyttan genom att kunna personcentrera den vård eller andra insatser som föreslås/ges.

C. Övergripande mål

Steg 1: Första målet är att kartlägga hur denna grupp ser ut just på vår vårdcentral vilket sker utifrån statistiskt underlag gällande antal vårdkontakter under 2024 framtaget via Primärvårdskvalitet och Diver (med hjälp av controller) vilket ska vara genomfört senast 31/3. Vi kommer titta på de med 30 eller fler vårdkontakter (bedöms genomförbart då det rör sig om 75 patienter).

I kartläggningen kommer vi titta på flera faktorer såsom journalförd överenskommelse, antal olika läkare som besökts, fast vårdkontakt, diagnoser, om en person söker återkommande för symptom utan att insatserna vården genomfört har lett till någon förbättring, symptom som kan härledas till psykisk ohälsa exempelvis hälsoångest, mm. Kartläggningen sker med stöd i en mall som fylls i för varje patient som granskas.

Vi kommer i detta steg exkludera patienter som redan har en form av samordnande kontakt, exempelvis via rehabkoordinator, vårdsamordnare eller är anslutna till äldremottagning.

Steg 2: Att utifrån ovan kartläggning: Kunna gå igenom enskilda ärenden med vårdpersonal som känner patienten sedan tidigare för resonemang kring erbjudande av ytterligare bedömnings- och/eller behandlingsinsatser. Utifrån detta kunna erbjuda flera olika insatser, beroende på vad vi finner adekvat i det enskilda ärendet. Det kan vara att förtydliga överenskommelse, etablera rehabplan, initiera bedömning via annan profession, att konsultera specialistkompetens inom något område, att involvera extern aktör med kompetens inom specifikt område och som kan genomföra riktad insats, att etablera kontakt med personligt ombud, att erbjuda bedömningsamtal avseende psykisk hälsa hos psykosociala enheten mm.

En föreslagen mät punkt är i hur många fall vi identifierar en form av förändring att testa.

Det är inget mål i sig att minska antalet vårdkontakter men skulle kunna vara en bieffekt i vissa fall om vi lyckats möta upp patientens behov på ett mer långsiktigt sätt. Därför kan en före- och eftermätning av antal vårdkontakter eventuellt vara av värde. En sådan mätning ligger dock tidsmässigt utanför ramen för detta förbättringsarbete.

Steg 3: Utvärdera om detta är något som är positivt och i så fall fortsätta med det löpande i ett intervall om var 3-6:e månad, eller liknande från 2026.

D. Nuläge

Primärvårdens resurser är begränsade och personal försöker göra det bästa man kan med den ofta begränsade tid man har. Man hanterar därför ofta det besvär eller den frågeställning som patienten kommer med där och då eller som bedöms mest medicinskt angelägen. Strävan efter helhetssyn finns naturligtvis. I nuläget finns dock ingen systematisk funktion för att fånga upp eventuell förbättrings/förändringspotential kring enskilda vårdärenden förutom i specifika fall, vilket kan vara att patienter har kontakt med rehabkoordinator, vårdsamordnare eller tillhör äldremottagning. Personer som har mycket kontakt med vården av skäl som inte renderar i den typen av extra samordningsinsats saknar idag en sådan funktion, men skulle kunna vara hjälpta av det.

E. Analys av nuläge

Orsakerna till att nuläget ser ut som det gör är säkert många. Men vår upplevelse är att vården primärt är uppbyggd på så vis att man tar itu med det som dyker upp för stunden, utifrån det biomedicinska synsätt som präglar densamma. Biomedicinskt synsätt är att man ser hälsa som ett resultat av kroppens biologiska status. Det innebär ett fokus på mätbara fysiska och medicinska aspekter på kroppen för att avgöra om någon är frisk eller sjuk. Det innebär också en syn på hälsa som framför allt definieras av frånvaro av sjukdom och skador.

Förhoppningsvis finns kontinuitet i vårdkontakter och möjlighet för vårdgivare att känna sina patienter eller gå igenom journalhistorik inför besök och vid planering av utredning/vård och dylikt, men vår hypotes är att ett biopsykosocialt perspektiv på enskilda ärenden skulle kunna öppna upp för fler potentiella lösningar framåt i enskilda patientärenden. Till skillnad från det biomedicinska synsättet betonar det biopsykosociala perspektivet hälsa som ett samspel mellan kroppsliga, psykologiska och sociala faktorer och att hälsa inte kan förstås fullt ut utan att titta på alla delar. En viktig del är att inte bara behandla sjukdom utan arbeta med hälsofrämjande faktorer. Det biopsykosociala perspektivet är mer förenligt med modern

forskning som visar att faktorer som stress, sociala relationer, livsstil, ekonomi och psykisk hälsa påverkar både sjukdomsrisk, återhämtning och behandlingseffekt.

F. Prioriteringar av förändringar som ska testas

Vi tror det är positivt att en grupp av anställda på vårdcentralen har möjlighet att avsätta tid för att titta systematiskt på samtliga patientfall med 30 eller fler vårdkontakter under 2024. Detta för att identifiera möjliga förändringar att testa som skulle kunna leda till en förbättrad hälsa hos patienten. Detta, som tidigare beskrivit, utifrån ett biopsykosocialt perspektiv.

H. Resultat

Övergripande mål steg 1: De 75 patienter som genomlystes genom journalgranskning av alla vårdkontakter 2024 utifrån tidigare nämnd mall hade mellan 85-30 vårdkontakter (genomsnittligt antal kontakter per patient är 39,6) där alla vårdkontakter (besök, distans, telefon etc) inkluderats för samtliga vårdcentralens enheter.

Medelåldern för patienterna är 62,5, medianåldern 64,5 och andelen kvinnor är 58 % och män 42 %, äldsta patienten är 95 och yngsta 14.

Vi finner att högkontaktpatienter (i detta fall patienter med 30 eller fler vårdkontakter) inte är en homogen grupp utan skiljer sig mycket avseende ålder, typ av hälsoproblem, på vilka respektive enheter på vårdcentralen dom har flest vårdkontakter och så vidare. Det gemensamma kan ändå sägas vara att många (men inte alla) har flertalet hälsoproblem/diagnoser (bland annat smärtproblematik, psykisk ohälsa, hjärt- och kärlsjukdom, endokrina sjukdomar etc).

	Total	Arbetsterap	Fotvårdsspe	Fysioterape	Kurator	Läkare	Psykolog	Sjukgymnas	Sjuksköters	Undersköterska
Antal kontakter	2 972	127	23	135	62	617	58	735	1 042	173
Antal patienter	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Kontakter per patient	39,6	1,7	0,3	1,8	0,8	8,2	0,8	9,8	13,9	2,3
		828002	828005					828054		
		Hälsan VC	Hälsan VC		828030			Hälsan 2	828080	
		2	2	828008	Hälsan VC	828044	VC	Närmottag		
		Arbetstera	Sjukgymna	Hälsan VC	2 Psykosoc	Hälsan 2	Rehabsam	ning A6		
		pin	stiken	2 DLM	teamet	VC Fotvård	ordnare	Jönköping		
Antal kontakter	2 972	24	919	1 785	142	22	79	1		
Antal patienter	75	75	75	75	75	75	75	75		
Kontakter per patient	39,6	0,3	12,3	23,8	1,9	0,3	1,1	0,0		

Vi fann att det var osäkert att exkludera patienter utifrån att man har kontakt med äldremottagning, vårdsamordnare, rehabkoordinator eller haft SIP av flera skäl, bland annat utifrån att detta inte nödvändigtvis innebär att man har haft en samordnande kontakt som tagit biopsykosociala faktorer i beaktning, varför dessa patientärenden ändå inkluderats i granskningen men alla utom en bedömdes vara väl omhändertagen ur ett biopsykosocialt perspektiv. Således har bara ett patientärende bland dessa inkluderats i steg 2.

Det är svårt att fullt ut definiera vad ”väl omhändertagen ur ett biopsykosocialt perspektiv” innebär eftersom det i någon mån alltid kommer bero på en subjektiv bedömning från oss som granskare. Men i varje fall har vi fokuserat på huruvida biologiska, psykologiska och sociala faktorer beaktats vid bedömning/utredning av patienter och om det vid behov gjorts relevanta

åtgärder kring dessa. Åtgärder som kan vara aktuella är att koppla in andra resurser inom vårdenheten, men även samverka med andra aktörer vid behov, exempelvis andra primärvårdsenheter, kommunala resurser, andra samhälleliga resurser (stöttande, hälsofrämjande), myndigheter eller specialistvård.

En svaghet vi har identifierat i vissa fall har varit att det ibland är svårt att utläsa information om psykologiska eller sociala faktorer, men då kan det vara en åtgärd i steg 2, att lyfta frågan med aktuell vårdpersonal för att få utökad förståelse kring den enskilda patienten för att avgöra om det finns ytterligare utrednings- eller behandlingsinslag att fokusera på. På så vis försöker vi ändå kartlägga dessa ärenden bortom det som är möjligt utifrån patientjournalen.

Efter granskningen av 75 patientärenden exkluderades 49 från vidare åtgärd och 26 ärenden kommer inbegripas i steg 2.

Exkluderingsorsak	Antal
Väl utredd och omhändertagen ur ett biopsykosocialt perspektiv	34
Avgränsat hälsoproblem som omhändertagits och fått önskat resultat	6
Har erbjudits insatser utifrån ett biopsykosocialt perspektiv men tackat nej till rekommenderad vård	6
Omlistad	3

Övergripande mål steg 2: Identifiera specifika patienter där vi potentiellt kan ge bättre vård och möta deras behov än mer ändamålsenligt. 26 patienter inkluderades i detta steg.

Läkare, fysioterapeuter, undersköterska, arbetsterapeuter, psykologer, vårdsamordnare och sjuksköterskor som har haft kontakt med den aktuella patienten har konsulterats utifrån en mängd frågeställningar såsom behov av:

- ACT-baserade smärtbehandlingsalternativ (individuell, digitalt, på modersmål eller via olika gruppalternativ)
- Externa aktörer såsom personligt ombud, boendestöd eller hälsocenter.
- Ytterligare bedömning hos någon profession kring enskilt identifierat hälsoproblem (såsom oro, smärta mm)
- Bred/fördjupad bedömning avseende psykosociala aspekter
- Remiss till psykiatri eller annan specialistvård
- Att vidare förstå patienten hälsa utifrån sociala aspekter såsom fritid, socialt nätverk
- Bedömning av psykisk ohälsa (exempelvis då det inte alltid/enda delvis gått att utläsa i journal)
- Att fråga om hot/våld/trauma
- Kontakt med psykosociala enheten kring levnadsvanor eller andra hälsofrämjande faktorer
- Insättning eller justering av psykofarmaka samt utvidgat stöd vid eventuell rädsla för biverkningar

Konsultationerna mynnade ut i flertalet olika åtgärder vilka summeras nedan:

Åtgärd efter konsultation	Antal patienter
Erbjuds biopsykosocial smärtbehandling	13
Läkarkontakt för bedömning av behandlingsbehov utifrån ett biopsykosocialt perspektiv (såsom läkemedelsbehandling, kontakt med intern/extern kompetens kring exempelvis levnadsvanor eller våldsutsatthet eller för bedömning hos psykosociala enheten)	7
Ingen vidare åtgärd	5
Erbjuds bedömningssamtal hos psykosociala enheten för ställningstagande till behandlingsinsatser eller hänvisning till annan intern/extern kompetens	3
Ny konsultation efter pågående utredningar	1
Kopplas till äldremottagningen	1
Patientansvarig läkare fastställs för ökad kontinuitet	1

(Observera att en och samma patient kan få/erbjudas flera åtgärder).

Steg 3: Utvärdera om detta har effekt och i så fall fortsätta med det löpande i ett intervall om var 3-6:e månad, eller liknande från 2026

Denna process har varit väldigt lärorik och utvecklande men också tagit relativt mycket tid i anspråk. Det har bidragit till att flera av våra högkontaktpatienter erbjuds potentiellt än mer verkningsfull vård. Förslagsvis skulle en arbetsgrupp systematiskt fortsätta gå igenom aktuella högkontaktpatienter löpande. Med tiden finns förhoppning om att det systematiska arbetet ska ge sekundära effekter såsom att högkontaktpatienter identifieras även i "vårdvardagen" och lyfts i befintlig teamsamverkan samt att det leder till att samtliga blir än mer vaksamma kring patienters potentiellt breda behov av insatser och vilken kompetens på och utanför vårdcentralen som kan bidra med detta.

H. Diskussion/analys

Metoddiskussion

Det har i vissa fall varit svårt att utläsa information om biopsykosociala faktorer i journalen, vilket varit utmanande i kartläggningen, men samtidigt då i möjligaste mån sökt kompenseras för genom att konsultera vårdpersonal med kännedom om patienten. Samtidigt leder det till funderingar på om vi som vårdcentral behöver se över anamnestagande och dokumentationen av psykosociala faktorer i syfte att fånga helhetsperspektivet kring patienters hälsa för att kunna arbeta både behandlade och hälsofrämjande. Är det något vi i högre/eller annan riktad utsträckning ska ta hänsyn till och journalföra? Inför ett sådant arbete måste aktuellt läge förstås och analyseras ytterligare.

I strävan efter att etablera en helhetsbild kring patienterna utifrån journaldokumentation kan det anses vara en svaghet att inte kunna granska journalen bortom enhetens egna anteckningar. Kan det ha funnits viktig information i enskilda ärenden som inte varit möjlig

att ta del av och beakta? En högkontaktpatient kan bortsett från inom primärvården också ha upprepade kontakter på akutmottagningen eller inom slutenvården, exempelvis. Hade en insyn i dessa journaler påverkat urvalet och därmed också konsultationsfrågor och åtgärder?

Granskningen gjordes av personal med psykosocial kompetens vilket bedöms relevant på flera sätt, men det kan också vara en svaghet utifrån att perspektiv missas i den initiala omfattande journalgranskningen. Det faktum att det är svårt för oss att uttala oss om vilka perspektiv det är kan möjligtvis tala för detta också. Kanske hade en eller flera ytterligare professioner kunnat bidra även i steg 2 med kunskap kring exempelvis kommunala eller andra specialistinsatser med biopsykosocialt fokus som hade kunnat erbjudas vissa av dessa 75 patienter?

För att göra granskningen hanterbar inom ramen för förbättringsarbete 2025 valdes patienter med fler än 30 vårdkontakter ut, vilket renderade i nämnda antal 75 patienter. Det finns dock olika källor kring hur många kontakter som krävs för att en patient ska betraktas som högkontaktpatient. Antalet varierar, men mellan 10-20 kontakter återkommer. Patienter med färre än 30 kontakter kan således också antas vara högkontaktpatienter. Vad skulle en ytterligare analys av dessa uppnå? Skulle det innefatta fler patientfall med oidentifierad psykisk ohälsa och stressrelaterade tillstånd, med oklara symptom, med social utsatthet/otrygghet och bristande kontinuitet samt bristande samordning från vårdens sida? Skulle vi genom dessa identifiera fall av otydlig överenskommelse/sviktande följsamhet? Skulle vi bland dessa se effekter av en avsaknad av samordnande funktion som fast vårdkontakt/läkarkontakt kan ha kompenserat för (eller fyllt funktionen av) bland patienter med 30 eller fler vårdkontakter? Finns det ytterligare och kanske ännu mer frekvent ytterligare bedömnings- eller vårdinsatser att erbjuda dessa utifrån lägre kännedom om dessa jämfört med delar av dom 75 patienter med flest vårdkontakter?

Resultatdiskussion

Trots noggrann genomgång av dessa 75 patienter identifierades inga förbättringsåtgärder utifrån biopsykosociala faktorer bland 49 patienter. Detta tillsammans med att flertalet med många vårdkontakter under 2024 inte längre hade det under 2025 talar för att vårdcentralen gjort mycket av det man kan förvänta sig inom ramen för primärvårdsuppdraget.

Även bland patienter med flera konstaterade hälsoproblem och högt antal vårdkontakter finns det potentiellt utrymme för att ge mer insatser utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, vilket bekräftar utgångspunkten om att vården är organiserad utifrån ett biomedicinskt perspektiv.

Bland 21/26 ärenden kunde vi efter konsultation med olika professioner komma fram till ytterligare åtgärd eller insats/er att erbjuda patienten vilket talar för att genomgången fyllde sitt syfte: ett biopsykosocialt perspektiv på enskilda ärenden öppnade upp för fler åtgärder i enskilda patientärenden. Resultatet av åtgärder/insatser kan dock inte utvärderas inom ramen för detta förbättringsarbete, men det är heller inte syftet.

En indirekt effekt av förbättringsarbetet är att hela vårdcentralen har arbetat med sin medvetenhet kring vikten av ett helhetsperspektiv på patientens hälsa. Genom förbättringsarbetet och konsultationerna har vi visat på behovet av- och till viss del utvecklat samverkan mellan professioner. Vi har också identifierat flera potentiella förbättringsområden att arbeta vidare med för att generellt ge vård med en större helhetssyn. Det har också blivit

tydligt att det kan vara utmanande att hänvisa/rekommendera samt motivera patienter till insatser som erbjuds inom ramen för vårdcentralens/externa aktörers samlade kompetens om man inte har god kännedom om insatserna. Det talar för vikten av att vi alla har god inblick i vad övriga professioner kan och åtminstone delvis kring specifika insatser som erbjuds. Som en följd av förbättringsarbetet kan det exempelvis komma till att fördjupa kännedomen om intern och extern kompetens för att kunna erbjuda och motivera till verksamma insatser, men kanske också kring andra arbetssätt såsom kring journalföring.

I. Summering

Vi har gått igenom de 75 patienter med flest vårdkontakter under 2024 utifrån ett biopsykosocialt perspektiv på primärvårdens uppdrag. Därefter har förbättringspotential avseende vården identifierats hos 26/75 patienter. Dessa har konsulterats kring med berör vårdpersonal. Hos 21/26 patienter man kommit fram till ytterligare åtgärder/insatser. Det bedöms relevant att fortsätta med denna typ av granskning löpande. Det har också lett till flera idéer kring ytterligare förbättringar, exempelvis sådana inriktade på tätare samverkan mellan enheterna inom vårdcentralen.

Den här typen av arbete är så pass tidskrävande att man inte ska räkna med att kunna göra det mellan ordinarie kliniskt arbete. Man behöver möjlighet till regelbundet avsatt tid för denna typ av omfattande granskning och efterföljande samverkan med vårdpersonal. Därför är vårt tips för att uppnå liknande resultat att löpande gå igenom journaler för högkontaktpatienter för att identifiera behov som riskerar att missas. En sådan funktion eller arbetsgrupp skulle kunna inrättas på vårdcentraler som är intresserade av detta.