

Rimligt fokus på återgång i arbete

Cecilia Björkelund

Cecilia Björkelund, senior professor, specialistläkare i allmänmedicin, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/allmänmedicin, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. E-post: Cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Psykisk ohälsa utgör mer än 50% av sjukskrivningsorsakerna i Sverige. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa får helt och hållet vård i primärvården. Hög tillgänglighet och kontinuitet och täta kontakter har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Genom en vårdsamordnarorganisation på vårdcentralen, som ökar tillgänglighet och kontinuitet för patienten och som gör det möjligt att anpassa vård och stöd till varje individs behov under hela sjukdomsperioden, kan i större utsträckning återgång i arbete och full funktion uppnås. Vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen är en effektiv organisationsform som innebär betydelsefullt stöd vid återgång till det arbete, som kanske varit del av det som orsakat sjukskrivning. Genom att satsa på ökad kontinuitet på vårdcentralen och personcentrerad vård kan stor hälsoekonomisk vinst uppnås på samhällsnivå.

Common mental disorders (CMD) now account for more than half of diagnoses for sick leave in Sweden. Most patients with CMD receive care in primary care. High availability, close contact and continuity are recommended in the National guidelines. Through a collaborative care organization with a care manager function at the Primary Care Centre, increasing accessibility and continuity for the patient and making it possible to adapt to the needs of each individual throughout the illness period, the patients to a greater extent achieve return to work. This organisation is a highly cost-effective investment leading to reduced health care costs for society. When work itself is an important underlying factor for an individual's mental well-being, the rehabilitation must not be adversely affected by premature return to a work situation contributing to increasing likelihood of relapse.

Inledning

Under de senaste åren har en stabilisering av sjuktalen i Sverige inneburit att vi nu ligger på en medelhög nivå jämfört med övriga Europa (1). Sveriges sjukfrånvaro som andel av anställda har sjunkit från omkring 5,5% 2003 till cirka 3% 2016. Norge och Frankrike låg 2016 högre än Sverige på ca 4%. Det har dock skett en relativ ökning inom området psykisk ohälsa, där diagnosområdet stressrelaterad psykisk ohälsa ökar och nu utgör mer än hälften av sjukskrivningsdiagnoserna inom psykisk ohälsa-området. Psykisk ohälsa utgör nu mer än totalt 50% av sjukskrivningsorsakerna (1).

Majoriteten av de individer som söker hälso- och sjukvården för sina psykiska besvär söker i primärvården och det är på vårdcentralsnivå som mer än 70% av patienterna med psykisk ohälsa helt och hållet får vård och behandling för besvaren (2). I svensk primärvård finns läkare, sjuksköterskor, primärvårdspsykologer, kuratorer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med utbildning och kompetens att handlägga de flesta individers behov av vård och terapi inom området psykisk ohälsa, och som gör det möjligt att följa de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen i samarbete med vården utarbetat för området depression och ångestsyndrom (2). Det råder dock stor brist på resurser för att täcka behovet av vård och stöd för denna patientgrupp, där en stor del av vårdkvaliteten utgörs av hög tillgänglighet, täta kontakter, uppföljning och personkännedom (3). När det gäller täta återbesök och kontinuitet, som ges högsta prioritet i de nationella riktlinjerna, finns stora hinder på grund av låg läkartäthet i primärvården (4), och när det gäller tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala insatser är psykolog- och kuratorsresurserna på vårdcentralerna alldeles för knappa för att täcka mer än cirka 20–30% av behovet (4). Långa väntetider för psykoterapi ger negativa effekter och förlänger sjukdomsperioden, liksom patienternas upplevelse av att sakna stöd när väntetiden i telefon till vårdcentralerna är lång, vilket kan leda till att patienter drar sig för att kontakta vården (5). Det finns alltså ett stort behov av en organisation på vårdcentralen som ökar tillgänglighet och kontinuitet för patienten och som gör det möjligt att anpassa vård och stöd till varje individs behov under hela sjukdomsperioden och där stöd, behandling och rehabilitering integreras kontinuerligt (6).

Målet är naturligtvis återgång i arbete och full funktion. Sambandet mellan lång sjukfrånvaro och minskad sannolikhet för full återgång i arbete är välkänt, vilket kan tolkas som att lång sjukskrivning i sig orsakar låg funktionsnivå och kronicitering. Dock måste den här typen av samband förstås som att det främst är den underliggande orsaken och sjukdomen hos den enskilde som medför större eller mindre sannolikhet för full funktion och full återgång i arbete (7). Å andra sidan finns stor evidens för att ha ett arbete i sig kan vara hälsofrämjande,

men när arbetet i sig är en viktig underliggande faktor för en individs psykiska mående måste effekten av arbetets goda respektive negativa effekter för individen kontinuerligt balanseras med stort stöd från både sjukvården och från arbetsplatsen. Detta innebär i praktiken att vårdcentralen måste ha resurser att under *hela* sjukdomsperioden ha tät kontakt med individen och följa och stödja återgång till arbetet, samtidigt som man i så stor utsträckning som möjligt individanpassar vård och stöd efter tillgängliga resurser (6,8). Målet är naturligtvis att öka återgången till arbete och minska sjukskrivningstiden, men samtidigt får inte individens mående och rehabilitering påverkas negativt av för tidig återgång till den arbetssituation som bidrog till ohälsan och som innebär ökad sannolikhet för återfall (8).

Samordning av vården – internationell och nationell evidens

Vi vill på basis av resultaten från en nyligen genomförd och publicerad studie i svensk primärvård lyfta fram intressanta resultat som pekar på hur primärvården positivt kan bidra till rehabilitering som är anpassad efter individens behov (9,10). Studien undersökte hur den tid som behövs för att både initialt och sen kontinuerligt kunna möta individens förväntningar på stöd och behandling och samtidigt ge feedback och information om hur individen själv kan hantera sin sjukdom kan ställas till förfogande, samt hur de negativa effekter som man som patient upplever av att ställas på lång väntelista kan motverkas. Studien undersökte också hur vården kan uppnå så hög tillgänglighet och så hög kontinuitet att stöd och behandling kan ges utan att individen upplever de negativa effekter på måendet som för tidig återgång till arbetsplats med hög stressnivå kan ge.

Internationellt har man visat att speciellt i primärvården är en sorts vårdsamordnare – care manager – den som kan vara ”spindeln i nätet” och samordna kontakterna mellan vårdcentralen och patienten och ge möjlighet för ökad tillgänglighet och hög kontinuitet samtidigt som vårdsamordnaren ger feedback till behandlande läkare och övrig personal på vårdcentralen som är engagerad i patientens mående (11,12). Detta speciellt om inte förloppet är som förväntat eller om behov av speciell terapi uppstår. SBU publicerade en litteratursammanställning om evidens för hur ökad kvalitet i primärvården vad gäller vård vid depression kan uppnås 2012 där man konstaterade ”att förstärka primärvårdsorganisationen med en för uppgiften speciellt tränad yrkesperson, t.ex. en sjuksköterska (i studierna benämnd care manager), som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med patienter med depression, och kombinera detta med andra åtgärder, t.ex. utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlande läkare, är en effektiv implementeringsstrategi” (6). Eftersom det saknades svenska studier som visade att denna typ av care manager som en del i samverkansvård (collaborative care) på vårdcentralsnivå var effektiv också

i svensk primärvård, genomfördes under 2014-16 en randomiserad, kontrollerad studie i VG-regionen (19 vårdcentraler) och Dalarna (4 vårdcentraler) som visade att denna form av vårdsamordning är effektiv vad gäller handläggning vid depression även i svensk primärvårdskontext (9,10,11,12).

I den aktuella studien randomiserades de 23 deltagande vårdcentralerna till interventionsvårdcentraler, där patienter som sökte med mild-medelsvår depression utöver sedvanlig vård fick tillgång till vårdsamordnarkontakt, respektive kontrollvårdcentraler där patienterna fick sedvanlig behandling. Vårdsamordnarens uppgift var att under 12 veckor vara patientens kontaktperson på vårdcentralen. Uppgifterna var följande:

- Ge stöd och ha regelbunden kontakt med patienten efter första läkarbesöket främst via telefon – initialt varje vecka.
- Stärka tillgänglighet och kontinuitet.
- Följa symtom, följa upp och informera om behandling.
- Följa upp depressionssymtom och läkemedelsbehandling, stödja patienten genom vårdkedjan.
- Ge feedback kontinuerligt till patientansvarig läkare.

Resultaten från studien visade att vårdsamordnare psykisk ohälsa hade goda effekter även i svensk primärvård vad gäller signifikant minskade depressionssymtom (mätt med MADRS-S) och tillfrisknande från depression för individen jämfört med sedvanlig vård i primärvården (9,10). I studien sågs också en signifikant ökad återgång till arbete i form av högre andel partiell sjukskrivning under de första tre månaderna i gruppen patienter med vårdsamordnare. Dessutom sågs en lägre nettosjukskrivning vid 6 månader i interventionsarmen (9,10). Liknande fynd har också visats i några, relativt få, internationella studier (11,12). Antal depressionsfria dagar/6 månader var signifikant högre för gruppen som haft vårdsamordnare jämfört med kontrollgruppen (10). Studien visade att både för patienterna och för samhället ger införandet av en vårdsamordnarfunktion på vårdcentralen snabbare läkning av depressionssymtom, högre patientnöjdhet och tidigare återgång till arbetet genom att (deltids)återgång till arbetet sker snabbare när tillgång till vårdsamordnarens kontinuerliga, täta stöd finns (9,10, 13-16).

Resultaten från studien är alltså speciellt intressanta vad gäller den grupp av patienter med depression som var sjukskrivna under någon del av de tre månader som de regelbundet stöddes av vårdsamordnare psykisk ohälsa, som i studien var en av vårdcentralens specialutbildade distrikts- eller sjuksköterskor. Det var nästan 400 patienter totalt som var inkluderade i studien – 192 på vårdcentraler med vårdsamordnare och 184 på kontrollvårdcentraler med ”sedvanlig vård”, dvs den vård som vanligen ges i svensk primärvård vid diagnosen depression.

Hälften av dessa patienter – både på interventions- och kontrollvårdcentralerna – var sjukskrivna vid inkludering i studien. Under de första tre månaderna sågs, att en signifikant större andel av de patienter som hade stöd av vårdsamordnare återgick i arbete. Trots detta påverkades inte det goda förloppet vad gäller individernas mående mätt med MADRS-S och EQ-5D.

Vikten av personcentrerad rehabilitering

Vi kan alltså dra slutsatsen, att genom att ge individuellt personcentrerat stöd och ökad tillgänglighet och kontinuitet under hela sjukdomsförloppet kan individens återgång till arbete tidigareläggas och arbetets salutogena effekter utnyttjas i rehabiliteringen utan att de negativa effekterna av tidig återgång tar över.

Implementering av vårdsamordnarfunktionen har fortsatt att genomföras inom Västra Götalandsregionen under 2016-19 och finns nu införd på nästan all regionens 200 vårdcentraler (17). Funktionen erbjuds nu inte enbart till patienter med depression, utan också till individer med ångestsyndrom och till individer med stressrelaterad psykisk ohälsa, som till ca 80-90 % initialt också har depression (18,19). Rehabiliteringsförloppet för gruppen patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa ser något annorlunda ut än för de ”rena” depressions- och ångest-patienterna – rehabiliteringen kan inte bli alltför strukturerad utan måste på ett avancerat sätt anpassas efter individen och återgång till arbete bör sannolikt ofta ske ännu mera successivt (19). Rehabiliteringen innefattar livsstilsförändring, stresshantering och gradvis återgång i normaliserad livsföring (19). Alltför snabb rehabilitering vad gäller daglig aktivitet och arbetsåtergång tenderar att öka stressuppfattning, ångest och depressionssymtom i mycket större omfattning än för individer med ”ren” depression respektive ångestsyndrom. Att ha en vårdsamordnare som nära följer förlopp och mående och stödjer patienten kan medföra att rehabiliteringen individualiseras och verkligen upplevs som ett stöd. Individen kan med detta stöd i ryggen tidigare uppleva att det är möjligt att i alla fall partiellt återgå i arbete (13).

I primärvården har också rehabiliteringskoordinatorer introducerats, som skall stödja återgången till arbete för primärvårdens sjukskrivna patienter, och vara ett stöd för läkare, vårdcentral och kommunikation med arbetsplatsen i rehabiliteringsarbetet tillsammans med patienten. Om rehabiliteringsprocessen ytterligare kan stärkas genom tidig samverkan mellan vårdsamordnaren och rehabiliteringskoordinatören, som ju ofta kommer in lite senare i sjukdomsförloppet, studeras nu i vår nästa randomiserade, kontrollerade studie som finansieras av Forte, och som specialstuderar rehabiliteringsförloppet för stressrelaterad psykisk ohälsa (20).

Eftersom primärvården är den verksamhet där den största andelen individer med depression, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa söker och

också får vård är det viktigt att den kliniska forskningen och metodutvecklingen bedrivs i primärvården med de metoder som ger möjlighet för fortsatt metodutveckling i primärvårdens kliniska kontext. Möjligheten att tätt följa individen under hela rehabiliteringsperioden och utnyttja möjligheter för deltidssjukskrivning i en strukturerad rehabilitering kanske inte förkortar längden på den totala brutto-sjukskrivningstiden, men ökar möjligheten för tidig återgång i arbete via deltidssjukskrivning, så att nettosjukskrivningen minskar och på så sätt ger minskade kostnader för samhället, samtidigt som sjukvårdsresurserna utnyttjas effektivt och med hög kvalitet för individen (10). I en speciell hälsoekonomisk utvärdering av studien har vi kunnat visa att den ekonomiska insats, som primärvården gör genom att finansiera 25-50% av en av vårdcentralens sjuksköterskor som vårdsamordnare utöver den vård som redan bedrivs, ger flera gånger pengarna tillbaka genom minskade sjukskrivningskostnader för samhället (10). Tyvärr sker inte automatiskt en transferering av minskade kostnader från Försäkringskassan till primärvård och vårdcentraler med vårdsamordnare. Förhoppningsvis kan våra studier av den faktiska vinsten av att satsa på vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen för mer personcentrerad vård med högre kvalitet för patienter med psykisk ohälsa motivera staten och regionerna att tillföra ökade resurser för denna primärvårds- och patient-anpassade form av vård.

Referenser

1. Sjukfrånvarons utveckling. Socialförsäkringsrapport 2017 – 13. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
2. Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen, Stockholm 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/depression-och-angest/>
3. World Health Organization. Technical series on Primary Health Care 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf>
4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. PM 2017:4. ISBN:978-91-87213-78-6 <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/PM-2017-4-primarvard-europa-final.pdf>
5. Trusler K, Doherty C, Mullin T, Grant S, McBride J. Waiting times for primary care psychological therapy and counselling services. *Counselling and psychotherapeutic research* 2006;6:23-32
6. Statens Beredning för medicinsk utvärdering. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 211. 2012.
7. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, et al. Diagnoses have the greatest impact on variation in sick-leave certification rate among primary-care patients in Sweden: A multilevel analysis including patient, physician and primary health care centre levels. *Scand J Public Health*. 2015; 43: 704-712.
8. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. 2003. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-123-18.pdf>

9. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2018;19:28 DOI 10.1186/s12875-018-0711-z
10. Holst A, Ginter A, Björkelund C, Hange D, Petersson EL, Svenningsson I, Westman J, André M, Wikberg C, Wallin L, Möller C, Svensson M. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open* 2018;8:e024741.
11. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming*. *J Gen Intern Med* 2001;16:143-9.
12. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014;12:CD006237).
13. Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Jerlock M, Petersson E-L. An interview study of the care manager function – Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Nursing Open* 2019;1-9. DOI: 10.1002/nop2.277 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.277> .
14. Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, Petersson E-L. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care* 2018; 2018 Oct 12:1-8. doi: 10.1080/02813432.2018.1529018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6381518/pdf/ipri-36-1529018.pdf>
15. Svenningsson I, Petersson EL, Udo C, Westman J, Björkelund C, Wallin L. Process evaluation of a cluster randomised intervention in Swedish primary care: using care managers in collaborative care to improve care quality for patients with depression. *BMC Fam Pract*. 2019; 20(1):108 <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0998-4>
16. Hammarberg SAW, Hange D, André M, Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, Petersson EL, Westman J. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2019; p. 1-10. doi: 10.1080/02813432.2019.1639897 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2019.1639897>
17. Västra Götalandsregionen. Vårdsamordnare psykisk ohälsa. <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/>
18. Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg Jr G. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care – an observational study. *BMC Family Practice* 2015;16:38 DOI 10.1186/s12875-015-0252-7.
19. Stressforskningsinstitutet Västra Götalandsregionen. <http://www.vgregion.se/ov/ISM/isms-forskning/utredning-och-behandling-av-utmattningssyndrom/>
20. Researchgate. Co-Work-Care and Co-Work-Care-Stress. <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/248501>