

Utvärdering av de psykosociala teamen i Borensberg, Motala och Vadstena



Författare:
Tommy Holmberg
Lisbeth Börelius
Birgit Ledström
Ingrid Andersson
Anniqa Foldemo

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| INLEDNING..... | 1 |
| SYFTE..... | 3 |
| METOD..... | 4 |
| Kvantitativ del..... | 4 |
| <i>The Comprehensive Psychopathological Rating Scale – Self-Assessment, (CPRS-SA)</i> | 5 |
| <i>EuroQol (EQ-5D)</i> | 5 |
| Kvalitativ del..... | 5 |
| Urval | 5 |
| Genomförande..... | 6 |
| RESULTAT | 7 |
| Ålder, kön och civilstånd | 7 |
| Kontaktväg | 8 |
| Kontaktorsak | 8 |
| Bedömare | 9 |
| Insats efter bedömning | 10 |
| Väntetider | 11 |
| Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och behandlingsslut | 12 |
| Psykofarmaka vid behandlingsstart och vid behandlingsslut..... | 13 |
| CPRS-SA vid behandlingsstart och behandlingsslut | 14 |
| Självskattning med EQ-5D vid behandlingsstart och behandlingsslut | 15 |
| Behandlingens längd och totalt antal besök | 16 |
| En eller flera behandlare | 18 |
| Planerat eller oplanerat avslut | 18 |
| Vårdplan/behandlingsplan..... | 18 |
| Hänvisning eller remiss till annan behandlare | 19 |
| Drog- och alkoholvanor | 19 |
| Besöksfrekvens | 20 |
| Remisser till den psykiatriska vården | 20 |
| Fokusgruppsintervjuer..... | 20 |
| <i>Struktur – Arbetsätt</i> | 21 |
| <i>Samverkan</i> | 23 |
| <i>Kvalitet i patientomhändertagandet</i> | 25 |
| <i>Tankar om framtiden</i> | 27 |
| DISKUSSION | 29 |

Bilagor:

- Bilaga 1 Vårdcentralernas resurser för psykosocialt arbete före & efter
 resursförstärkning
- Bilaga 2 Underlag för datainsamling
- Bilaga 3 - 7 Tabeller

Inledning

Den psykiska ohälsan har under de senaste tio till femton åren stadigt ökat. Idag uppskattas mellan 20 – 40 procent av Sveriges befolkning lida av psykisk ohälsa. Den största ökningen har skett bland unga kvinnor. Ökningen av den psykiska ohälsan är också starkt kopplad till arbetslöshet och socioekonomisk situation. Ökningen av den psykiska ohälsan har sedan mitten av 1990 talet inneburit att en stor del av primärvårdens patienter idag söker för psykiska, psykosociala eller psykosomatiska besvär.

Patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa behandlades tidigare i stor utsträckning inom den psykiatriska vården men ansvaret för denna patientgrupp har successivt flyttats över till primärvården. I Socialstyrelsens rapport Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa framkommer att flertalet verksamhetschefer inom primärvården upplever att resurser inte har tillförts primärvården i motsvarande grad som vårdbehovet har ökat

Enligt Försäkringskassans beräkningar hade Motala i december 2006 länets högsta ohälsotal med 54,6 dagar med ersättning från sjukförsäkringssystemet, omräknat per år och person i arbetsför ålder. Jämförande ohälsotal för hela Östergötland var 40,9 och för hela riket 39,9. Med detta som bakgrund beslutade styrelsen för Samordningsförbundet Motala/Vadstena år 2006 att avsätta medel för att anställa en processtödare med uppdraget att i samverkan mellan primärvården och psykiatrin ta fram en modell för psykosociala team samt implementera dessa inom Närsjukvården i västra Östergötland (NSV).

Samordningsförbundets målsättning med satsningen på psykosociala team var att:

- vårdcentralerna behövde rustas med ytterligare kompetens för att öka förutsättningarna för en helhetssyn på personer som söker hjälp, även för diffusa psykosociala problem
- teamen ska arbeta preventivt mot långvarig psykisk ohälsa
- vården/samhället skall möta upp människors behov i ett tidigt skede, då tidiga insatser är effektiva ur ett resursperspektiv
- minska långa sjukfall för psykisk ohälsa
- sänka ohälsotalet

Samordningsförbundets prioriterade grupper är personer i arbetsför ålder mellan 18-64 år som har en komplex problematik, socialt, psykosocialt och somatiskt, unga arbetslösa som får försörjningsstöd, långtidssjukskrivna kvinnor med problem i muskulatur och skelett samt personer med psykisk ohälsa vilken i första hand har missbruks- eller stressrelaterade orsaker.

I januari 2007 startades en arbetsgrupp under ledning av processtödjaren med syfte att ta fram ett förslag på modell till psykosocialt team och därefter införa psykosociala team vid vårdcentralerna Borensberg, Brinken, Lyckorna, Marieberg och Vadstena. Arbetsgruppen bestod av representanter från de fem vårdcentralerna, Rehab Väst och specialistpsykiatrin.

Den modell som togs fram byggde på att det skulle finnas ett psykosocialt team på var och en av de fem vårdcentralerna. Teamen skulle vara en förstärkning till redan befintlig psykosocial kompetens på vårdcentralen och skulle ha en multiprofessionell

sammansättning. Personalsammansättningen av teamen anpassades efter vad vårdcentralerna ansåg att de saknade i kompetens för att möta de behov som de identifierade hos patienterna. Det som framkom i denna inventering var att vårdcentralerna saknade bedömnings- och behandlingsmöjligheter för flera patientgrupper såsom unga barnfamiljer med psykosociala problem, kvinnor med stressreaktioner och patienter med ångest och utmattningsdepressioner. Även för flergångsbesökare med diffus smärtproblematik och ungdomar med flera psykosomatiska symtom och som inte etablerat sig på arbetsmarknaden saknas bedömnings- och behandlingsmöjligheter.

Målgruppen för primärvården och för de psykosociala teamen identifierades som patienter med lätta till medelsvåra depressioner, ångest, stress/utmattningssymtom, krisreaktioner och patienter med smärta/psykosomatiska problem. Parallellt med detta pågick under 2007 ett gränssnittsarbete mellan psykiatri och primärvård för att tydliggöra ansvarsområdena.

Intentionerna med psykosociala team i primärvård var att:

- förebygga/minska psykisk ohälsa genom att erbjuda tidiga interventioner
- erbjuda multiprofessionella bedömningar och korttidsbehandlingar vid psykisk ohälsa med tonvikt på behandling
- skapa verktyg för primärvården att bättre kunna tillgodose de enskilda patienternas behov av tidiga psykosociala insatser
- stärka samarbetet mellan de psykosociala teamen och övriga professioner/aktörer inom primärvården
- stärka samarbetet med den psykiatriska vården gällande patienter i gränslandet mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Samordningsförbundet beviljade två miljoner kronor för halva verksamhetsåret 2007 och fyra miljoner för verksamhetsåret 2008 för att införa psykosociala team. Inför år 2009 minskades anslaget till tre miljoner kronor. Resursfördelningen mellan vårdcentralerna och teamens sammansättning kom att se olika ut för de fem vårdcentralerna dels utifrån de resurser de hade innan förstärkningen, dels utifrån de behov som framkom hos patientgruppen i den behovskartläggning som gjordes i arbetsgruppen inför teamens tillkomst.

Lyckornas vårdcentral valde att avvakta med förstärkningen av sitt psykosociala team till våren 2008. Vadstena vårdcentral hade redan byggt upp sitt team då de tidigt insett behovet av att möta den psykiska ohälsan hos befolkningen, de blev av den anledningen den vårdcentral som fick minst tillskott av resurser men har det största teamet räknat per innevånare. Vårdcentralernas personella resurser för psykosocial behandling, före respektive efter resursförstärkningen, framgår av bilaga 1. Även resurser till processtödjaren och till konsultationsteamet från specialistpsykiatri ingick i budgeten för åren 2007 och 2008.

Alla team har nu socionom, arbetsterapeut och sjukgymnast, i en del team ingår även läkare psykiatrisjuksköterska och psykolog. Utvärderingen av de psykosociala teamen initierades av dåvarande Verksamhetschef för psykiatri och habiliteringsenheten Gerd Sandgren-Lundström samt dåvarande Primärvårdschef Per Ohlsson. De

ingick i Samordningsförbundets beredningsgrupp där de drivit frågan om ekonomiskt stöd till NSV för uppbyggnad av psykosociala team.

Under hösten 2007, i samband med att de psykosociala teamen startade sin verksamhet, bildades en arbetsgrupp med representanter från var och ett av teamen. Representanterna var: Ingela Unnerbäck, Vårdcentralen Borensberg, Eva Sundin, Vårdcentralen Brinken, Erik Hjalmarsson Vårdcentralen Marieberg, Katrin Willerton, Vårdcentralen Vadstena och Lena Karlsson, Vårdcentralen Lyckorna. Dessutom deltog Tommy Holmberg från Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården i Östergötland och Birgith Ledström, Processtödjare, Psykiatri- och habiliteringsenheten, NSV. Arbetet i gruppen syftade till att ta fram ett förslag till utvärdering som alla team stod bakom. Vårdcentralernas representanter ansvarade för att informera sina medarbetare i teamen och övriga medarbetare på vårdcentralen om utvärderingen. Vi enades om att samla in data under tolv månader med start 20080201.

Förslaget till utvärdering presenterades för och godkändes av Primärvårdchefen och Verksamhetschefen för Psykiatri och habiliteringsenheten.

För att stärka samverkan mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård, planerades och infördes konsultationsteam på alla berörda vårdcentralerna under 2007 – 2008. Konsultationsteamet består av en psykiatriker, en omvårdnadspersonal och en paramedicinare från den specialistpsykiatriska öppenvården. De besöker regelbundet vårdcentralen för att erbjuda konsultation till det psykosociala teamet och samtliga läkare. Samverkan förväntas innebära att vården ska kunna erbjuda patienterna rätt vård på rätt nivå, samt att det ska underlätta vid patientövertagande mellan primärvården och den psykiatriska vården så att inga patienter ska hamna mellan stolarna.

Syfte

Syftet med utvärderingen var att undersöka hur de psykosociala teamens insatser tillgodoser patienternas behov, utifrån de intentioner som formulerades vid teamens tillkomst.

Metod

Utvärderingen består av två delar. Den kvantitativa delen bygger på uppgifter hämtade från det datoriserade journalsystemet och från data som har samlats in av teamen samt två olika självskattningsskalor, som patienterna har besvarat vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. Den kvalitativa delen omfattar sex fokusgruppintervjuer.

Kvantitativ del

Utvärderingen bygger på data som teammedlemmarna samlat in utifrån ett formulär (bilaga 2) under tiden 2008-02-01 – 2009-01-31. Efter avidentifiering har datafilen översänts till Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården i Östergötland (FoU-enheten), som har analyserat och rapporterat datan.

Data som har samlats in är:

- kön, ålder, civilstånd, om patienten har arbete eller studerar och om han/hon har bostad
- kontakt- och bedömningsdatum samt datum för behandlingsstart och behandlingsslut
- kontaktväg och kontaktorsak
- bedömare
- planerad åtgärd/insats efter bedömning
- sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och vid behandlingsslut
- om patienten behandlas med något läkemedel mot den psykiska ohälsan vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. Om patienten behandlas med något läkemedel ur gruppen bensodiazepiner
- självskattning med CPRS-SA vid behandlingsstart och vid behandlingsslut
- självskattning med EQ-5D vid behandlingsstart och vid behandlingsslut
- om vård-/behandlingsplan har upprättats och om målen för patientens behandling uppnåtts
- behandlare
- om patientens drog- och alkoholvanor har diskuterats
- planerat eller oplanerat avslut
- om patienten har remitterats till annan behandlare
- totalt antal besök
- remissdata

De psykosociala teamen vid de fem vårdcentralerna har deltagit i utvärderingen. Lyckornas vårdcentral har endast deltagit i utvärderingen under tiden 2008-08-01 – 2009-01-31. Detta beroende av att deras psykosociala team startade senare än de övriga teamen. En medarbetare från varje team har haft det yttersta ansvaret för att datan har samlats in. Processledaren har haft det slutgiltiga ansvaret för att datan har varit avidentifierad och så komplett som möjligt innan den lämnats vidare till FoU-enheten.

The Comprehensive Psychopathological Rating Scale – Self-Assessment, (CPRS-SA)

CPRS-SA är en sjukdomsspecifik självskattningsskala för depression, ångest- och tvångssyndrom. Frågeformuläret består av 19 frågor och varje fråga har 7 svarsalternativ, graderade från 0 till 6. Noll indikerar inga problem och 6 svåra problem. Svaren har registrerats i en egenbedömningsjournal och summerats till ett värde för vardera depression och ångest. Frågorna om tvång redovisas inte. För depression finns en vedertagen indelning utifrån besvärsggrad. Någon motsvarande indelning finns inte för ångest. CPRS-SA har besvarats vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. För att resultaten ska redovisas krävs att patienten har påbörjat behandling och gjort minst två besök.

Tolkning av resultat för depression:

- 0 – 12 ingen eller mycket lätt depression,
- 13 – 19 lätt depression,
- 20 – 34 måttlig depression och
- ≥ 35 svår depression.

EuroQol (EQ-5D)

EQ-5D är ett självskattningsinstrument som skattar den svarandes hälsorelaterade livskvalitet. Formuläret består av fem frågor med vardera tre svarsalternativ, graderade från 1 – 3. Ett indikerar inga problem och tre svåra problem. De fem frågorna berör rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. EQ-5D har besvarats vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. Dessutom ingår en termometerliknande fråga, graderad från 0 till 100. Denna fråga skattar den svarandes självskattade hälsa utifrån polerna bästa tänkbara tillstånd (100 poäng) och sämsta tänkbara tillstånd (0 poäng). För att resultaten ska redovisas krävs att patienten har påbörjat behandling och gjort minst två besök.

Kvalitativ del

Den kvalitativa delen av utvärderingen bestod initialt av fem fokusgruppintervjuer som sedan utökades med ytterligare en.

Urval

Två av fokusgrupperna skulle inkludera medarbetare från de fem vårdcentralerna inom Motala och Vadstena kommuner. Det var viktigt att ha med medarbetare från samtliga vårdcentraler då de psykosociala teamen (PST) ser olika ut på vårdcentralerna, i fråga om personalsammansättning och kompetens. Två fokusgrupper skulle utgöras av representanter från vårdcentralernas PST och ytterligare en fokusgrupp av representanter från PST:s samverkanspartners. Dessa är Rehab Väst, Team Linus, Mobila teamet, öppenvård psykiatri och Socialförvaltningen i kommunerna Motala och Vadstena.

Genomförande

Information och förfrågan om deltagande i fokusgruppintervjuerna skickades till respektive chef för de utvalda verksamheterna. Till dem som önskade delta i utvärderingen sände samtalsledarna en personlig inbjudan till fokusgruppintervjun. Inbjudan innehöll en kort beskrivning av utvärderingens syfte, information om tillvägagångssättet för intervjun och dess mål och fokus. Detta gjorde det möjligt för deltagarna att fundera kring ämnet innan intervjutillfället. Deltagandet baserades på frivillighet och deltagarna garanterades konfidentialitet. I inbjudan framgick att intervjun skulle spelas in på band, i syfte att på bästa sätt kunna analysera materialet. Vidare att intervjuerna skulle transkriberas ordagrant och därefter raderas. I resultatredovisningen skulle inga namn på personer eller tillhörighet till specifik verksamhet uppges. Intervjuerna tidsbegränsades till två timmar och skulle ledas av en samtalsledare. Vid varje intervju skulle även en bisittare vara närvarande för att föra anteckningar. Samtalsledare och bisittare skulle vara samma personer vid samtliga intervjuer men rollerna kunde växla dem emellan.

Intervjuguiderna sammanställdes av samtalsledarna och utformades efter respektive fokusgrupps verksamhetstillhörighet. Frågorna hade PST:s uppdrag som utgångspunkt men med tydligt patientfokus. Frågeguiderna var semistrukturerade, vilket innebär att de innehöll specifika frågor men också att frågorna var öppna med breda problemområden som skulle stimulera till diskussion. Samtalsledarens roll var att styra så att gruppen inte kom ifrån syftet och att alla medlemmar fick komma till tals.

Resultat

Sammanlagt har 1110 patienter registrerats och av dessa har 1042 bedömts, 754 har påbörjat behandling och 523 har avslutat sin behandling (tabell 1). Det totala antalet patienter som sökt de psykosociala teamen (PST) vid respektive vårdcentral varierar från 66 till 385 patienter. För Vadstena vårdcentral gäller att 99 procent av de patienter som kommer till PST har påbörjat behandling, jämförande andel för Marieberg var 50 procent. Övriga vårdcentraler har en andel som varierar från 63 till 65 procent.

Tabell 1. Antal patienter som har registrerats, bedömts, påbörjat respektive avslutat behandling eller aldrig påbörjat någon behandling, uppdelat på vårdcentral

| | Alla | Borensberg | Brinken | Lyckorna ¹⁾ | Marieberg | Vadstena |
|------------------------------|------|------------|---------|------------------------|-----------|----------|
| Registrerade | 1110 | 66 | 239 | 138 | 385 | 282 |
| Bedömda | 1042 | 64 | 213 | 126 | 359 | 280 |
| Behandlingsstart | 754 | 43 | 151 | 88 | 194 | 278 |
| Behandlingsavslut | 523 | 33 | 94 | 49 | 130 | 217 |
| Ej påbörjat någon behandling | 356 | 23 | 88 | 50 | 191 | 4 |

1) Baseras endast på uppgifter för sex månader.

Ålder, kön och civilstånd

Av de patienter som har påbörjat behandling vid PST var 68 procent kvinnor. Medelåldern var 42,4 år (SD 14,7), för männen 41,9 (SD 15,1) och för kvinnorna 42,6 (SD 14,5). För de olika vårdcentralerna varierar patienternas medelålder från 40,1 år till 44,2 år. Det var endast små skillnader i medelålder mellan de som påbörjat behandling respektive ej påbörjat behandling.

Två barn, tio och elva år gamla, finns med bland de personer som har haft kontakt med PST. En blev hänvisad till PST via telefonrådgivningen (TeleQ), den andra av läkare från den egna vårdcentralen. Ingen av dessa personer har gått vidare till bedömning. Den yngsta patienten som har behandlats vid PST var 16 år och det var tre patienter som genomgick behandling som var 17 år eller yngre. Sex procent av de som påbörjat behandling vid PST och elva procent av de som ej påbörjat behandling var 65 år eller äldre (tabell 1, bilaga 3). Den äldsta patienten som har påbörjat behandling var 91 år.

Trehundratio (41%) av de patienter som påbörjat behandling var ensamstående och 441 (59%) var sammanboende. Av de ensamstående hade 41 procent barn under 19 år, motsvarande andel för de sammanboende var 75 procent (tabell 2, bilaga 3). Andelen sammanboende med barn varierar för vårdcentralerna från 28 procent till 65 procent och för ensamstående med barn var variationen 15 till 23 procent.

Det var 521 (69%, 521 av 754) patienter som hade arbete eller studerade och 12 personer som saknade bostad. Åldern för de patienter som har uppgett att de saknar bostad varierade från 21 till 49 år. Störst andel av patienterna som hade arbete eller studerade hade Vadstena vårdcentral (77%) och lägst andel hade Mariebergs vårdcentral (60%).

Kontaktväg

För de patienter som har påbörjat behandling var den vanligaste kontaktvägen läkare från den egna vårdcentralen (47%) följt av telefonrådgivningen (30%) och patienten söker själv (10%). Andelen patienter som hänvisats till PST av läkare från den egna vårdcentralen varierade mellan vårdcentralerna från 31 till 63 procent och de som hänvisats av telefonrådgivningen (TeleQ) eller som sökt direkt till PST varierade mellan vårdcentralerna från 16 till 59 procent (tabell 2). Se även tabell 3, bilaga 3.

Tabell 2. De vanligaste kontaktvägarna angivna i procent för de patienter som har påbörjat behandling vid PST, uppdelat på vårdcentral

| Kontaktväg | Läkare, egna vårdcentralen % | Telefonrådgivningen TeleQ % | Patienten söker direkt % |
|------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Alla | 47 | 30 | 10 |
| Borensberg | 63 | 14 | 2 |
| Vadstena | 56 | 21 | 13 |
| Lyckorna | 53 | 26 | 7 |
| Brinken | 43 | 28 | 10 |
| Marieberg | 31 | 52 | 7 |

Andelen patienter som påbörjat behandling var 76 procent (356 av 467) om hänvisning till PST gjorts av läkare från vårdcentralen, 76 procent (72 av 95) om patienten sökt direkt och 66 procent (228 av 345) om hänvisning skett av telefonrådgivningen (TeleQ).

Kontaktorsak

Kontaktorsak uppgavs av personalen vid PST och grundar sig på remittentens bedömning respektive egen bedömning. Tre kontaktorsaker, utan inbördes ordning, kunde anges vid behandlingsstart. I tabell 3 redovisas samtliga patienter med exempelvis depression som kontaktorsak i någon av variablerna kontaktorsak 1 – 3. Antalet kontaktorsaker blir därför fler än antalet patienter. För de patienter som har påbörjat behandling var den vanligast förekommande kontaktorsaken depression följt av ångest och psykosociala problem. Andelen patienter med kontaktorsak depression varierar för de olika vårdcentralerna från 17 till 31 procent. Det är endast Vadstena vårdcentral som har haft patienter med alkohol som kontaktorsak. Lyckornas vårdcentral har en högre andel patienter med kontaktorsak sömnproblem än övriga vårdcentraler.

Tabell 3. Kontaktorsak vid behandlingsstart, uppdelat på vårdcentral. Svaren anges i procent. Varje patient kan ha 1-3 kontaktorsaker.

| Kontaktorsak | Alla % | Borensberg % | Brinken % | Lyckorna % | Marieberg % | Vadstena % |
|---------------------------|-----------|-----------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| Depression | 25 | 17 | 21 | 20 | 22 | 31 |
| Ångest | 20 | 25 | 23 | 19 | 20 | 19 |
| Kris | 11 | 16 | 12 | 13 | 12 | 9 |
| Psykosociala problem | 15 | 14 | 20 | 13 | 16 | 12 |
| Stress/utmattningssyndrom | 10 | 11 | 10 | 16 | 12 | 7 |
| Smärta | 7 | 9 | 8 | 7 | 8 | 6 |
| Alkohol | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Psykosomatiska symtom | 4 | 6 | 2 | 2 | 5 | 5 |
| Sömnpromblem | 4 | 2 | 4 | 10 | 5 | 2 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antal kontaktorsaker | 1238 | 64 | 271 | 133 | 325 | 440 |

Av 754 patienter som påbörjat behandling hade 266 (35%) två kontaktorsaker och 109 (15%) tre kontaktorsaker.

Bedömare

Det var 1061 patienter som var aktuella för bedömning och av dessa har 1042 blivit bedömda. Socionom/kurator/samtalsterapeut, psykiatrisjuksköterska och psykolog står för 68 procent av alla bedömningar och arbetsterapeut och sjukgymnast för 22 procent (tabell 4).

Tabell 4. Den personalkategori som angetts som bedömare 1 inför beslut om patienten ska påbörja behandling vid PST eller ej.

| Bedömare | Antal | Procent |
|----------------------------------|-------|---------|
| Socionom/kurator/samtalsterapeut | 343 | 33 |
| Psykiatrisjuksköterska | 208 | 20 |
| Psykolog | 161 | 15 |
| Arbetsterapeut | 143 | 14 |
| Läkare vårdcentral | 85 | 8 |
| Sjukgymnast | 79 | 8 |
| Rehabsamordnare | 21 | 2 |
| Totalt | 1040 | 100 |
| Internt bortfall | 2 | |

Vid 270 (26%, 270 av 1042) bedömningar har det varit två bedömare och i fyra fall tre bedömare. Följande kombinationer gäller för två bedömare (inkluderar de fyra patienter som har haft tre bedömare):

| | |
|--|------------|
| – Läkare egna vårdcentralen/psykiatrisjuksköterska | 61 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/arbetsterapeut | 54 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/sjukgymnast | 34 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/psykiatrisjuksköterska | 31 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/ socionom/kurator/samtalsterapeut | 29 |
| – Arbetsterapeut/sjukgymnast | 24 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/läkare egna vårdcentralen | 7 |
| – Socionom/kurator/samtalsterapeut/psykolog | 6 |
| – Psykolog/sjukgymnast | 6 |
| – Rehabsamordnare/sjukgymnast | 6 |
| – Arbetsterapeut/psykiatrisjuksköterska | 5 |
| – Psykiatrisjuksköterska/psykolog | 5 |
| – Psykiatrisjuksköterska/sjukgymnast | 3 |
| – Arbetsterapeut/psykolog | 3 |
| | 274 |

De vanligaste kombinationerna av bedömare är läkare på vårdcentralen och psykiatrisjuksköterska (61 bedömningar). Socionom/kurator/samtalsterapeut var med vid 161 bedömningar, vilket motsvarar 59 procent (161 av 274) av de bedömningar där mer än en bedömare deltog. I 29 bedömningar (11%) deltog två bedömare ur gruppen socionom/kurator/samtalsterapeut. Vid 768 (74%, 768 av 1042) bedömningar var bedömaren ensam.

Insats efter bedömning

Tio procent av de patienter som kom till PST tackade nej till behandling och ytterligare sju procent bedömdes som ej aktuella för behandling. Knappt tre av fyra (72%) patienter bedömdes ha behov av behandling och var också beredda att påbörja behandling. Andelen patienter som påbörjade behandling varierar mellan vårdcentralerna från 54 till 98 procent och för variabeln ej aktuell för behandling var variationen från 1 till 13 procent (tabell 5).

Tabell 5. Planerad åtgärd efter bedömning uppdelat på vårdcentral. Redovisas i procent.

| Insats efter bedömning | Alla ¹⁾ % | Borensberg ²⁾ % | Brinken ³⁾ % | Lyckorna ⁴⁾ % | Marieberg ⁵⁾ % | Vadstena ⁶⁾ % |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Behandling PST | 72 | 67 | 70 | 71 | 54 | 98 |
| Pat tackar nej till behandling | 10 | 11 | 15 | 6 | 15 | <1 |
| Ej aktuell för behandling vid PST | 7 | 13 | 7 | 9 | 11 | 1 |
| Remiss/hänvisning annan vårdgivare | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | <1 |
| Hänvisning internt vårdcentralen | 3 | 3 | 1 | 2 | 8 | 0 |
| Hänvisning vårdgranne | 3 | 2 | 1 | 5 | 5 | <1 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Internt bortfall (antal) | 2 | | | | 2 | |

1) n=1040. 2) n=64. 3) n=213. 4) n=126. 5) n=357. 6) n=280

De två patienter som inte hade fått någon insats efter bedömning registrerad var två ganska nya patienter där bedömningen inte var klar vid tiden för datainsamlingens avslut.

Väntetider

Medianen för väntetid från kontaktdatum till datum för bedömning var 10 dagar med en variation mellan vårdcentralerna från 5 till 21 dagar (tabell 1, bilaga 4). Tio procent av patienterna bedömdes samma dag som kontakt togs med PST och över hälften (52%, 542 av 1042) bedömdes inom tio dagar.

Medelväntetiden från bedömningsdatum till behandlingsstart var för samtliga patienter 6 dagar, flest för Brinkens vårdcentral med 14 dagar och minst för Vadstena vårdcentral med 2 dagar. För 514 patienter av 753 (68%) som påbörjat behandling vid PST var bedömningsdag och behandlingsstart samma dag, därav att medianen är 0 (tabell 2, bilaga 4). Tre fjärdedelar (74%) av patienterna har väntat högst sex dagar, från bedömningsdatum till behandlingsstart.

Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och behandlingslut

Andelen ej sjukskrivna har ökat från behandlingsstart (68%) till behandlingslut (78%). Minskningen av andelen sjukskrivna gäller uteslutande för gruppen med 100 procents sjukskrivning (tabell 6).

Tabell 6. Sjukskrivnings- eller sjuk-/aktivitetsersättningsgrad vid behandlingsstart och vid behandlingslut

| Sjukskrivningsgrad | Behandlingsstart | | Behandlingslut | |
|--------------------|------------------|---------|----------------|---------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent |
| 100 % | 192 | 25 | 80 | 15 |
| 75 % | 5 | 1 | 7 | 1 |
| 50 % | 32 | 4 | 19 | 4 |
| 25 % | 15 | 2 | 11 | 2 |
| Ej sjukskriven | 509 | 68 | 402 | 78 |
| Totalt | 753 | 100 | 519 | 100 |
| Internt bortfall | 1 | | 4 | |

Räknas antalet sjukskrivna om till antalet heltidssjukskrivna blir antalet vid behandlingsstart 144 och vid behandlingslut 98. Dessa uppgifter gäller för de patienter som har avslutat sin behandling och där det finns uppgifter om sjukskrivning vid både behandlingsstart och behandlingslut. Detta innebär 46 färre heltidssjukskrivna vid behandlingslut, jämfört med behandlingsstart, vilket motsvarar en nedgång i sjukskrivning med 32 procent. Antalet patienter ej sjukskrivna har ökat från 354 (68%, 354 av 519) vid behandlingsstart till 402 (78%) vid behandlingslut. Fem patienter har blivit sjukskrivna under behandlingstiden, tre 100, en 75 och en 50 procent. Tre patienter har under behandlingstiden ökat sin sjukskrivningsgrad.

Andelen patienter som var sjukskrivna vid behandlingsstart varierar mellan vårdcentralerna från 23 till 44 procent och vid behandlingslut från 13 till 35 procent (tabell 7).

Tabell 7. Andelen sjukskrivna, oavsett sjukskrivningsgrad, vid behandlingsstart och vid behandlingslut, uppdelat på vårdcentral.

| Vårdcentral | Behandlingsstart | Behandlingslut |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | %, n=753 ¹ | %, n=519 ¹ |
| Alla | 32 | 22 |
| Borensberg | 44 | 35 |
| Lyckorna | 43 | 34 |
| Brinken | 37 | 29 |
| Marieberg | 35 | 26 |
| Vadstena | 23 | 13 |
| Internt bortfall alla (antal) | 1 | 4 |

1) Antal (n) gäller för alla

Psykofarmaka vid behandlingsstart och vid behandlingsslut

I tabell 13 anges det läkemedel som registrerats i variabeln läkemedel 1 vid behandlingsstart och vid behandlingsslut. Har läkemedel mot smärta angetts under variabeln läkemedel 1 och läkemedel mot depression eller oro/ångest angetts under läkemedel 2 har läkemedel mot depression respektive oro/ångest redovisats.

Det var 104 (14%, 104 av 744) patienter som vid behandlingsstart behandlades med två eller tre psykofarmaka. Den vanligaste kombinationen var något medel mot oro/ångest i kombination med ett läkemedel mot depression, smärta eller sömnsvårigheter. En större andel av patienterna behandlades med något läkemedel för sina psykiska besvär vid behandlingsslut (57%) jämfört med behandlingsstart (41%). Vid behandlingsslut behandlades 53 procent av patienterna med läkemedel mot depression eller oro/ångest (tabell 8).

Tabell 8. Patienter som behandlats med något psykofarmaka vid behandlingsstart och vid behandlingsslut

| Läkemedel mot | Behandlingsstart | | Behandlingsslut | |
|------------------------------|------------------|---------|-----------------|---------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent |
| Depression | 127 | 18 | 131 | 28 |
| Oro och ångest | 127 | 18 | 118 | 25 |
| Sömnsvårigheter | 33 | 5 | 12 | 3 |
| Andra psykiska besvär | 3 | <1 | 2 | <1 |
| Ingen psykofarmakabehandling | 415 | 59 | 201 | 43 |
| Totalt | 705 | 100 | 464 | 100 |
| Smärta | 39 | | 33 | |
| Internt bortfall | 10 | | 26 | |

Vid behandlingsstart behandlades 66 patienter (9%, 66 av 726) med ett preparat ur gruppen bensodiazepiner. För 28 patienter saknas uppgift om behandling med bensodiazepiner vid behandlingsstart. Andelen patienter som behandlades med något bensodiazepinpreparat varierade mellan vårdcentralerna från 5 till 17 procent. Vid behandlingsslut var det 32 (7%, 32 av 489) patienter som behandlades med något läkemedel ur gruppen bensodiazepiner. För 34 patienter saknades uppgift om behandling med bensodiazepiner vid behandlingsslut.

Uppdelat på vårdcentral varierar andelen patienter som vid behandlingsstart inte behandlades med något psykofarmaka från 41 till 58 procent. Det var en större andel av patienterna som vid behandlingsslut (50%) än vid behandlingsstart (33%), som behandlades med något läkemedel mot oro/ångest eller depression (tabell 9).

Tabell 9. Andel patienter som behandlas med läkemedel mot oro/ångest eller depression eller inte behandlas med något psykofarmaka alls, uppdelat på vårdcentral. *n* vid behandlingsstart=744, bortfall 10 (alla), *n* vid behandlingsslut=497, bortfall 26

| Vårdcentral | Behandlingsstart | | | Behandlingsslut | | |
|-------------|------------------|--------|------------|-----------------|--------|------------|
| | Inget l-m | Ångest | Depression | Inget l-m | Ångest | Dperession |
| Alla | 56 | 17 | 16 | 40 | 24 | 26 |
| Borensberg | 57 | 14 | 17 | 52 | 14 | 24 |
| Brinken | 56 | 11 | 17 | 44 | 24 | 22 |
| Lyckorna | 41 | 25 | 18 | 36 | 33 | 12 |
| Marieberg | 58 | 21 | 6 | 50 | 23 | 12 |
| Vadstena | 58 | 16 | 22 | 32 | 40 | 24 |

CPRS-SA vid behandlingsstart och behandlingsslut

För att redovisa CPRS-SA vid behandlingsstart och vid behandlingsslut krävs att patienten har påbörjat behandling och gjort minst två besök. Såväl medelvärde som median var något högre för kvinnor än för män, både då det gäller depression och ångest. Det interna bortfallet, det vill säga att patienten inte hade besvarat CPRS-SA, var vid behandlingsstart 93 (18%, 93 av 434) och vid behandlingsslut 139 (29%, 139 av 479; tabell 1-2 i bilaga 5).

Såväl medelvärde som median har minskat från behandlingsstart till behandlingsslut för de patienter som har avslutat sin behandling och gjort minst två besök (n=479). Samtliga dessa skillnader är signifikanta (tabell 10). Bortfallet är 29 procent (141 av 479), vilket måste tas i beaktande då resultatet värderas.

Tabell 10. Medelvärde (*m*), median (*md*), och *p*-värde för depression och ångest (CPRS-SA) samt för kön vid behandlingsstart (*m1*, *md1*) och vid behandlingsslut (*m2*, *md2*).

| Besvär/kön | Antal | <i>m1</i> | <i>m2</i> | <i>md1</i> | <i>md2</i> | <i>p</i> -värde |
|-------------------|-------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------|
| <i>Depression</i> | | | | | | |
| Totalt | 338 | 20,9 | 10,8 | 22,0 | 9,0 | <0,001 |
| man | 118 | 19,3 | 9,9 | 19,5 | 8,0 | <0,001 |
| kvinna | 220 | 21,7 | 11,3 | 22,0 | 10,0 | <0,001 |
| Internt bortfall | 141 | | | | | |
| <i>Ångest</i> | | | | | | |
| Totalt | 338 | 19,2 | 10,7 | 20,0 | 10,0 | <0,001 |
| man | 118 | 17,7 | 9,5 | 19,0 | 9,0 | <0,001 |
| kvinna | 220 | 20,0 | 11,3 | 20,5 | 10,0 | <0,001 |
| Internt bortfall | 141 | | | | | |

Vid behandlingsstart var det 57 procent som skattade sina depressiva besvär så att de hamnade i någon av kategorierna måttlig- eller svår depression, motsvarande andel vid behandlingsslut var 12 procent . Vid behandlingsstart var det 60 procent av kvinnorna som skattade sina depressiva besvär som måttlig eller svår depression,

motsvarande andel vid behandlingsslut var 13 procent (tabell 11). Motsvarande siffror för männen var 50 och 10 procent.

Tabell 11. Kategorisering av depressionsgrad enligt självskattning med CPRS vid behandlingsstart jämfört med behandlingsslut, fördelat på kön.

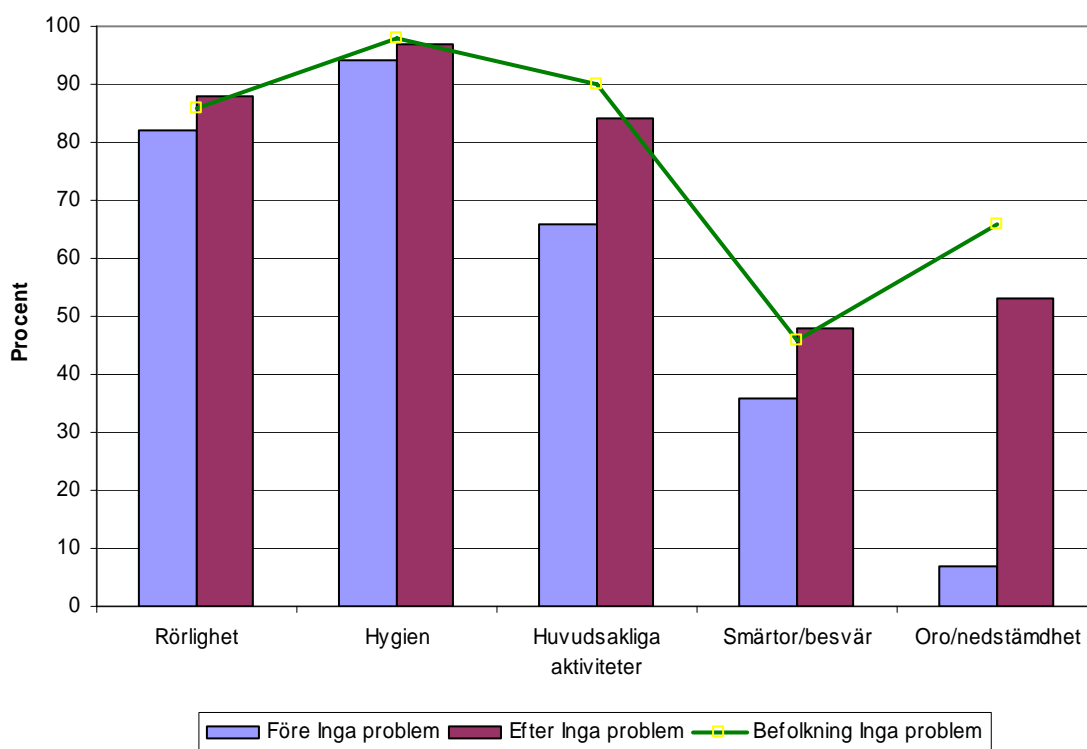
| Kön/depressionsgrad | Behandlingsstart | | Behandlingsslut | |
|------------------------------|------------------|-------|-----------------|-------|
| | Antal | Andel | Antal | Andel |
| Totalt | 434 | 100 | 340 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 98 | 22 | 238 | 70 |
| Lätt depression | 90 | 21 | 60 | 18 |
| Måttlig depression | 204 | 47 | 39 | 11 |
| Svår depression | 42 | 10 | 3 | 1 |
| Internt bortfall | 93 | | 139 | |
| Man | 146 | 100 | 118 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 40 | 27 | 88 | 75 |
| Lätt depression | 33 | 23 | 18 | 15 |
| Måttlig depression | 61 | 42 | 12 | 10 |
| Svår depression | 12 | 8 | 0 | 0 |
| Internt bortfall | 28 | | 46 | |
| Kvinna | 288 | 100 | 222 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 58 | 20 | 150 | 68 |
| Lätt depression | 57 | 20 | 42 | 19 |
| Måttlig depression | 143 | 50 | 27 | 12 |
| Svår depression | 30 | 10 | 3 | 1 |
| Internt bortfall | 65 | | 93 | |

Självskattning med EQ-5D vid behandlingsstart och behandlingsslut

För att redovisa EQ-5D vid behandlingsstart och vid behandlingsslut krävs att patienten har påbörjat behandling och gjort minst två besök. Andelen patienter som har svarat inga problem, måttliga problem eller svåra problem redovisas vid behandlingsstart i bilaga 6 och vid behandlingsslut i bilaga 7. För gruppen med inga besvär jämförs svaren med data från en befolkningsstudie, som genomfördes i Östergötland 2006. Tydligast var skillnaderna för undersökningsgruppen i jämförelse med befolkningsdata för variabeln oro/nedstämdhet följt av huvudsakliga aktiviteter och smärtor/besvär. För variabeln oro/nedstämdhet var det vid behandlingsstart 7 procent som svarade inga besvär att jämföra med 53 procent vid behandlingsslut och 66 procent i befolkningen (figur 1).

För de patienter som har avslutat sin behandling, gjort minst två besök och även besvarat EQ-5D vid behandlingsstart och vid behandlingsslut (330 patienter) har signifikansprövning gjorts. Signifikansvärdena för rörlighet var $p=0,006$, hygien $p=0,627$, huvudsakliga aktiviteter $p=<001$, smärta $p=<001$ och för oro/nedstämd

$p < 0,001$. De skillnader som föreligger innebär att patientens självskattade besvär har minskat. Det saknades uppgifter för signifikansprövningen för 141 patienter (31%, 149 av 479).



Figur 1. Andelen patienter som har svarat inga problem på de fem frågorna i EQ-5D vid behandlingsstart ($n=442$, bortfall 85), jämfört med behandlingslut ($n=337$, bortfall 142) och med befolkningsdata

Det var 438 patienter av 527 (83%) som vid behandlingsstart hade besvarat frågan i den termometerliknande skalan i EQ-5D. Medelvärde var 44 med en standardavvikelse på $\pm 20,6$. För män var medelvärdet 45 (SD $\pm 21,3$) och för kvinnor 43 (SD $\pm 20,2$). Vid behandlingslut var det 336 patienter av 479 som hade besvarat samma fråga. Medelvärde var 68 med en standardavvikelse på $\pm 18,1$. För män var medelvärdet 70 (SD $\pm 16,8$) och för kvinnor 68 (SD $\pm 18,7$). Skillnaden mellan skattningen vid behandlingsstart och vid behandlingslut var signifikant ($p < 0,001$, $n=337$, bortfall=142).

Behandlingens längd och totalt antal besök

Datum för behandlingsstart och behandlingslut finns angivet för 522 av 523 patienter. Medelvärde för behandlingstid var 101 dagar med en spridning (SD) på ± 84 dagar och medianen var 80 dagar. Kortast behandlingstid var 0 dagar, vilket betyder att samma datum gäller för behandlingsstart och behandlingslut, och längsta 356 dagar. Drygt hälften (56%) av patienterna hade en behandlingstid kortare än tre månader (tabell 12). Andelen män som hade en kortare behandlingstid än tre månader var 63 procent och för kvinnorna 52 procent.

Tabell 12. Antal månader som patienten har varit ansluten till PST. Avser de patienter som har avslutat sin behandling vid PST.

| Månader/år | Antal | Procent |
|------------------|-------|---------|
| 0 - <1 | 118 | 23 |
| 1 - <2 | 92 | 18 |
| 2 - <3 | 81 | 15 |
| 3 - <4 | 60 | 11 |
| 4 - <5 | 45 | 9 |
| 5 - <6 | 34 | 6 |
| 6 - <7 | 25 | 5 |
| 7 - <8 | 20 | 4 |
| 8 - <9 | 16 | 3 |
| 9 - <10 | 16 | 3 |
| 10 - <11 | 9 | 2 |
| 11 - <12 | 6 | 1 |
| Totalt | 522 | 100 |
| Internt bortfall | 1 | |

Medelvärde för antal besök per patient är 5,5 med en spridning (SD) på $\pm 4,3$ dagar. Medelvärde för män är 5,1 dagar (SD $\pm 4,0$) och för kvinnorna 5,8 (SD $\pm 4,4$). Antalet behandlingstillfällen varierar från 1 till 26. Nästan två av tre patienter (64%) har gjort 1-5 besök. Tretton procent av patienterna har gjort elva eller fler besök och det är en större andel kvinnor (14%) än män (11%) som tillhör denna grupp.

Andelen patienter som hade gjort 1 – 5 besök varierade mellan vårdcentralerna från 52 till 80 procent (tabell 13). Medelvärde och standardavvikelse inom parentes för antal besök var för Borensberg 4,7 (4,1), Brinken 6,3 (4,8), Lyckorna 4,2 (3,2), Marieberg 3,8 (3,8) och Vadstena 6,2 (4,4).

Tabell 13. Andel besök per patient, uppdelat på vårdcentral

| Antal besök per patient | Allal % | Borensberg % | Brinken % | Lyckorna % | Marieberg % | Vadstena % |
|-------------------------|---------|--------------|-----------|------------|-------------|------------|
| 1 | 8 | 12 | 8 | 8 | 16 | 3 |
| 2 | 17 | 31 | 16 | 31 | 20 | 11 |
| 3 | 14 | 6 | 12 | 17 | 12 | 16 |
| 4 | 13 | 15 | 6 | 10 | 12 | 17 |
| 5 | 12 | 12 | 10 | 14 | 12 | 12 |
| 6-10 | 23 | 15 | 31 | 12 | 21 | 25 |
| 11-15 | 8 | 6 | 12 | 8 | 3 | 10 |
| 16-20 | 4 | 3 | 3 | 0 | 4 | 6 |
| 21-25 | <1 | 0 | 1 | 0 | 0 | <1 |
| 26-30 | <1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

En eller flera behandlare

Mer än två tredjedelar (68%) av patienterna träffar endast en behandlare under behandlingen vid PST. Denna andel varierar mellan vårdcentralerna från 33 till 84 procent (tabell 14).

Tabell 14. Antal behandlare som har varit involverade i patientens behandling, uppdelat på vårdcentral. Svaren anges i procent.

| Antal behandlare | Alla % | Borensberg % | Brinken % | Lyckorna % | Marieberg % | Vadstena % |
|------------------|-----------|-----------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| 1 | 68 | 33 | 78 | 82 | 84 | 56 |
| 2 | 25 | 55 | 19 | 18 | 15 | 31 |
| 3 | 6 | 12 | 3 | 0 | 1 | 10 |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Antal patienter | 517 | 33 | 94 | 45 | 130 | 215 |
| Internt bortfall | 6 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 |

Planerat eller oplanerat avslut

Behandlingsavslutet var planerat för 439 (85%, 439 av 518) patienter och oplanerat för 79 (15%). För fem patienter saknas uppgift om avslutet var planerat eller oplanerat. Andelen planerade respektive oplanerade avslut var i stort lika för män och kvinnor men skilde sig mellan vårdcentralerna. Andelen planerade avslut var för:

- Vårdcentralen Vadstena 94 %
- Vårdcentralen Marieberg 82 %
- Vårdcentralen Brinken 79 %
- Vårdcentralen Borensberg 70 %
- Vårdcentralen Lyckorna 70 %

Vårdplan/behandlingsplan

För 90 procent av de patienter som avslutat sin behandling vid PST hade en vårdplan/behandlingsplan upprättats tillsammans med patienten och vårdplanen var dokumenterad i patientens journal (tabell 15). För drygt hälften (55%) av patienterna skattade behandlaren måluppfyllelsen till helt och för 36 procent till delvis. Det var en större andel kvinnor (56%) som bedöms ha måluppfyllelse helt jämfört med männen (52%).

Tabell 15. Andelen upprättade vård-/behandlingsplaner(n för alla=514, bortfall 9), uppdelat på vårdcentral

| Vårdcentral | Vårdplan | | |
|-------------|----------|-------|-----|
| | Ja % | Nej % | n |
| Alla | 90 | 10 | 514 |
| Borensberg | 91 | 9 | 33 |
| Marieberg | 90 | 10 | 130 |
| Brinken | 88 | 12 | 94 |
| Lyckorna | 40 | 60 | 42 |
| Vadstena | 100 | 0 | 215 |

För 90 procent (469 av 523) av de patienter som hade avslutat behandlingen fanns uppgift om måluppfyllelse och om avslutet var planerat eller oplanerat. Vid planerat avslut, uppgift för oplanerat avslut anges inom parentes, var andelen med helt uppfyllda mål 62 procent (9%), delvis uppfyllda mål 35 procent (41%) och inte alls uppfyllda mål 3 procent (50%).

Hänvisning eller remiss till annan behandlare

För 91 (17%, 91 av 523) patienter har hänvisning eller remiss skrivits till annan behandlare i samband med behandlingsslut vid PST. För 38 av dessa patienter har hänvisningen/remitteringen skett till den psykiatriska vården, åtta till vårdcentralen och lika många till företagshälsovården, sju till stresshantering, tre till Smärt- och rehab-kliniken och två har fått recept på fysisk aktivitet (FAR). Elva patienter har hänvisats till kommunens olika verksamheter.

Drog- och alkoholvanor

Om behandlaren har tagit upp frågan om drog- och alkoholvanor med patienten varierar mellan vårdcentralerna. I högst utsträckning gör man detta på Vadstena och Mariebergs vårdcentraler (tabell 16).

Tabell 16. Om patientens drog- och alkoholvanor har diskuterats, uppdelat på vårdcentral (n=523, bortfall 10)

| Vårdcentral | Har diskuterats | | Har inte diskuterats | |
|------------------------|-----------------|---------|----------------------|---------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent |
| Alla | 460 | 90 | 53 | 10 |
| Vadstena ¹⁾ | 214 | 99 | 2 | 1 |
| Marieberg | 126 | 97 | 4 | 3 |
| Brinken | 70 | 75 | 24 | 25 |
| Lyckorna ¹⁾ | 28 | 70 | 12 | 30 |
| Borensberg | 22 | 67 | 11 | 33 |

1) Det interna bortfallet var för Lyckorna nio patienter och för Vadstena en patient

Besöksfrekvens

I tabell 17 redovisas besöksstatistik uttagen från journalsystemet (Cosmic) för respektive psykosocialt team. Med administrativa kontakter avses telefonkontakter, brev, intyg och kallelser. Samma insamlingstid gäller som för övriga data. Totalt har de fem teamen haft 5895 besök av 1255 patienter och 6597 administrativa kontakter av 1418 patienter. Antalet unika patienter för både besök och administrativa kontakter var 1590.

Tabell 17. Besöksfrekvens i form av antal besök och antal administrativa kontakter för respektive psykosocialt team under utvärderingsperioden (12 månader)

| Vårdcentral | Antal besök | Administrativa kontakter |
|-----------------------|-------------|--------------------------|
| Alla | 5895 | 6597 |
| Vadstena | 2321 | 2828 |
| Marieberg | 1338 | 1804 |
| Brinken | 1191 | 992 |
| Lyckorna ¹ | 709 | 760 |
| Borensberg | 336 | 213 |

1) Gäller för sex månader

Remisser till den psykiatriska vården

Antalet remisser från primärvården till den psykiatriska vården har tagits fram för tiden 2006-09-01 – 2007-08-31 (före teamens tillkomst) att jämföras med antalet remisser för tiden 2008-02-01 – 2009-01-31. Antalet remisser till den psykiatriska öppenvården inklusive beroendeenheten är exakt de samma vid de båda mättillfällena, 224 remisser per mättillfälle. Förändring mellan mättillfällena av antalet remisser per vårdcentral var för:

| | |
|---------------------------|-----|
| – Borensbergs vårdcentral | -6 |
| – Brinkens vårdcentral | +7 |
| – Lyckornas vårdcentral | -10 |
| – Mariebergs vårdcentral | -1 |
| – Vadstena vårdcentral | +10 |

Fokusgruppsintervjuer

Ursprungligen var det planerat för fem fokusgrupper men detta fick under utvärderingens gång utökas till sex intervjuer, beroende på att vid en av intervjuerna uppstod ett stort bortfall. De sex fokusgrupperna kom att bestå av 3 – 8 deltagare. De fem första intervjuerna genomfördes under november 2008 och den sjätte intervjun i februari 2009. Tre fokusgrupper utgjordes av medarbetare från samtliga vårdcentraler (VC) i Motala och Vadstena kommuner, som ingår i Närsjukvården i Väster (NSV). De personalkategorier som var representerade var distriktsläkare, distriktsköterska, BVC-sjuksköterska, TeleQ sjuksköterska och sjukgymnast.

PST:s samverkanspartners (SP) bildade en fokusgrupp och här fanns representanter från öppenvårdspsykiatrin, Team Linus, Mobila teamet och Rehab Väst.

Socialförvaltningens representanter lämnade återbud på grund av tidsbrist och kunde inte få fram några ersättare. Två intervjuer genomfördes med representanter från samtliga psykosociala team (PST).

Intervjuerna spelades in på band. När intervjuerna skulle transkriberas visade det sig att två av intervjuerna inte kunde skrivas ut på grund av dålig ljudkvalitet. Dessa fick därför analyseras utifrån bisittarens anteckningar. Övriga fyra intervjuer transkriberades ordagrant. Analysen genomfördes utifrån en färdig mall, ett hjälpmedel för att sortera innehållet. Innehållsanalysen utfördes först av samtalsledarna/bisittarna var för sig och därefter gjordes en gemensam analys av materialet.Handledare från FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland har gjort en enskild analys och har sedan varit med vid den slutliga bearbetningen. Resultaten som växt fram genom denna handläggning har indelats i fyra teman, vilka är:

1. Struktur - Arbetssätt
2. Samverkan
3. Kvalitet i patientomhändertagandet
4. Tankar om framtiden

Den kvalitativa delen har strukturerats utifrån dessa fyra områden. För att belysa eller förtydliga ett resonemang eller åsikt har citat lagts in i presentationen.

Struktur – Arbetssätt

Samtliga deltagare i fokusgrupperna var överens om att de psykosociala teamen är en viktig och betydelsefull förstärkning inom primärvården, då patienter med psykisk ohälsa som söker hjälp vid vårdcentralerna ofta har en psykosocial problematik. Primärvården ansågs tidigare inte haft tillräckliga resurser eller kompetenser för att möta denna problematik på ett tillfredsställande sätt.

De psykosociala teamens representanter upplevde att det hänt mycket sedan deras tillkomst. De har fått jobba med målsättning, gränser och arbetssätt vilket nu börjar ta form. De ansåg att de har haft för lite tid för teamprocessen, för reflektion och utveckling och några av teamen upplevde att idén var dåligt förankrad på vårdcentralerna från början. Utåt sett uppfattas de som team men flera av psykosociala teamets medlemmar uttryckte att detta enbart är administrativt. De har haft svårt att hitta sina roller i teamen och sitter kvar i gamla roller som enskilda behandlare. Flera av teamen har bytt medarbetare under året vilket inneburit svårigheter att få till stånd en teamkänsla. På vårdcentralerna upplevde man oftast teamen som ett multiprofessionellt team som fördelar ärenden sig emellan på bästa sätt för patienten.

Jag tycker att det verkar som om det är vi i teamet som ska utveckla teamkänslan. Man får inte mycket från de andra utan de sitter med sitt och vi jobbar i teamet. (PST)

Teamen upplevde att det är en stor fördel att vara stationerade på vårdcentralerna då detta bland annat innebär enkla och korta kontaktvägar. En strävan och förhoppning framkom att teamen ska bli mer integrerat med vårdcentralen, få en mer naturlig tillhörighet och bli en del av vårdcentralens helhet. Det framkom en önskan om större förståelse för det arbete som utförs i teamet. Flera saknade läkare direkt knuten

till teamen och det framfördes önskemål om gemensam vårdformulering och bedömning med patientansvarig läkare. Patienter som remitterats till teamen har uttryckt osäkerhet om varför de remitterats och vad behandlingen innebär. Några av representanterna från PST uttryckte saknad av kollegor med samma profession och vikten av att det finns någon person/samordnare som har ansvar för teammedlemmarnas utveckling och kompetenshöjning.

En grupp i gruppen fortfarande, men det är ingen som är ovillig eller någonting sånt, det är ju inte så, det är ju bara känslan av att förståelsen för det arbete som vi utför, den är inte så stor. (PST)

Det upplevdes som positivt att det finns ett team med olika professioner kring patienten och att det är flera, oftast två olika professioner med vid den första bedömningen. Teamens ansats har varit att anpassa insatserna utifrån varje enskild patients behov vilket ger möjlighet för patienten att få ta del av hela eller delar av teamet men också för enskild behandling. Det finns utrymme för att byta behandlare vilket innebär en större möjlighet att bygga upp trygghet och tillit mellan patient och behandlare. En av målsättningarna för teamen är korta kontakter vilket inte alltid ansågs vara rimligt då patientens problematik ofta är komplex. Teamens medarbetare poängterade vikten av att insatsen utgår från patientens behov för att uppnå bästa behandlingsresultat. Patienterna har många gånger erfarenhet av upprepade svek och teamen ansåg att det är viktigt att deras insatser inte blir ett nytt svek.

Behovet av de psykosociala teamens insatser är stort och arbetsbördan och efterfrågan har ökat efter hand. Det är lätt för patienten att få kontakt med teamen genom remiss från vårdcentralspersonal, egenremiss eller från annan vårdgivare. Det behöver inte vara skrivna remisser utan kan även vara en kontakt eller överlämnande via telefon eller direktkontakt. Det är snabba och korta vägar och patienten kan få telefonkontakt med teamen samma dag och besökstid dagen därpå. Detta uppskattades av medarbetarna på vårdcentralerna som ser nyttan både för patienten och för vårdcentralen. De upplevde att det känns tryggt att veta vart de kan hänvisa eller lämna över patienten och att de alltid finns tillgängliga. Tidigare hamnade dessa patienter ofta hos jourläkaren vilket inte alltid var det som patienten behövde.

...vi går en trappa upp och pratar med någon av dem, så tar de tag i problemet, upplever jag, ganska omgående. (VC)

PST:s samverkanspartners uttryckte att det är bra att det finns någon på vårdcentralen som har ansvaret för psykosociala frågor, att det finns en alternativ vårdnivå dit de kan hänvisa patienten men även att vända sig till för konsultationer. Teamens tillkomst menade man kan innebära en minskad risk att patienterna ramlar mellan stolarna, att patienten förhoppningsvis direkt kommer till rätt vårdinstans och att den psykiska ohälsan lyfts fram. Ytterligare positiva synpunkter som framkom var att teamen har medfört att patienten får snabb hjälp och i ett tidigt skede. Det sågs också som positivt att det nu finns möjlighet till samverkan mellan behandlarna och att det finns flera professioner i teamen.

Det känns väldigt bra att det finns en annan vårdnivå att hänvisa till eller hjälpa patienten till kontakt, att det inte behöver vara specialistpsykiatrin, att normalisera lite mer. (SP)

Teamens samverkanspartners ansåg vidare att det har tagit tid för teamen att hitta formerna och att det finns områden som kan och behöver förbättras. De uttryckte att det var värdefullt att teamen består av flera professioner men att de borde ha fått tid att jobba ihop sig innan de marknadsförde sig. De upplevde att teamen fortfarande kändes anonyma och att de fungerar olika bra på vårdcentralerna, vilket de trodde kunde bero på de psykosociala teamens olika bemanning. Detta skapade en viss förvirring om vad teamen gör och kan, vilket eventuellt bidrar till att det fortfarande förekommer visst parallellt arbete hos de olika verksamheterna. De ansåg vidare att teamens målgrupp har behov av teamarbete men känslan var att teammedlemmarna jobbar mycket på egen hand, något som skulle kunna bero på att det inom primärvården inte finns tradition att arbeta i team. Flera uttryckte att en psykiatrisjuksköterska har en given plats i teamen vilket saknas på en del vårdcentraler. Denna profession ansågs ha mycket kunskap om psykiatri, dess verksamhet, mediciner och sjukdomstillstånd och skulle kunna vara en länk mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Det framkom också en önskan från teamens samverkanspartners om en bättre profilering av de olika teamen, då det ibland är otydligt vem som är samordnare, vart remisser ska skickas och var de hamnar. De saknade återkoppling om patienten har fått kontakt med teamet eller inte.

Samverkan

Det som framkom som mycket positivt, både ur patient- och verksamhetssynpunkt, i samtliga intervjuer är de snabba, korta och enkla kontaktvägarna till teamen. Det sågs också som en stor fördel att teamen finns på vårdcentralerna. På de flesta vårdcentralerna finns en samordnare som tar emot remisserna och gör en första bedömning men kontakt kan även tas med behandlare direkt för ett snabbt omhändertagande eller rådgivning. Detta sker oftast genom telefonkontakt och då från läkare eller TeleQ-sjuksköterska. Det finns formella mötesplatser som konsultationsteamet med specialistpsykiatri och mer informella möten som i korridorer och fikarum. I de senare kan återkoppling ske men tid för genomgång av bedömning, behandling och gemensamma mål är inte helt lätt att skapa. Som exempel nämndes att det på grund av brister i kommunikationen kan uppstå konflikt angående läkemedel eller teamets behandlingsmetoder. Teamen framförde önskemål om egen tid med vårdcentralspersonalen och då framför allt med läkarna. Detta behov upplevdes olika beroende på vårdcentral. Ytterligare något som försvårade samverkan är dålig läkarbemanning och hyrläkare som oftast arbetar vid vårdcentralen en kortare tid.

Om jag har en person.....då ringer vi upp, antingen till samordnaren eller direkt till kuratorn eller terapeuten, vi har en bra tät kontakt, där vi liksom kan ringa och rådfråga varandra. (VC)

PST upplevde att det finns förväntningar på att de ska avhandla ärendet snabbt vilket inte alltid överensstämmer med insatsen som bedöms kan krävas utifrån patientens problematik. De hade förslag på att det ska finnas en läkare på varje vårdcentral som är knuten till teamet, som skulle kunna vara en brygga mellan team och vårdcentral och även kunskapsstöd till övriga läkarkollegor. Där samverkan upplevdes fungera bra finns tid avsatt för behandlingskonferens/avstämningsmöten, konsultationstid

med läkarna och en psykiatrisjuksköterska som länk till specialistpsykiatrin. Vid någon vårdcentral såg man trepartssamtal med patient, läkare och teammedlem som en möjlig samverkansform. Det fanns en samstämmighet mellan parterna att både behandling och samverkan kring patienten måste ses som ett gemensamt ansvar för att det ska fungera optimalt.

Teamen menade att det måste få ta tid att hitta formerna för teamarbete på vårdcentralerna då detta är ett nytt sätt att arbeta på. Det framkom kritik över att strukturen inte var färdig då teamen startade och att det tagit mycket kraft och tid att hitta formerna. Det har inneburit att teamens sammansättning ser olika ut vid vårdcentralerna och fortfarande finns funderingar på hur sammansättningen ska vara. Frågeställningar som jobbats med under denna tid är bland annat vilka kompetenser som behövs och vad som är psykisk ohälsa.

Man ska nog tänka igenom det här med professioner för det kan nog påverka ganska mycket hur man sätter ihop de här teamen. (VC)

Så jag kanske tror att vi inte hade tänkt igenom det från början riktigt, jag vet inte, men det kan vara en tanke, att man kan fundera på vilka professioner man har, i varje fall inte dubbla professionerna av något utan snarare försöka sprida. (VC)

Konsultationsteamet upplevdes olika och det framkom både positiva och negativa kommentarer kring denna samverkansform. Några menade att samverkan inte har blivit bättre utan att specialistpsykiatrin försöker lämna över fler patienter än tidigare, framför allt patienter som är i behov av stödkontakt. Psykiatrin upplevde å andra sidan att trycket på dem har ökat att ta fler patienter. Andra uttryckte att kommunikationen mellan primärvården och psykiatrin har förbättrats och att patienten nu får vård av rätt instans och att konsultationsträffarna ses som lärotillfällen för båda parter. Det finns även vårdriktlinjer, för samverkan/gränssnitt mellan primärvård och specialistpsykiatrin i NSV. Riktlinjerna upplevdes vara till stor hjälp, men det förekom ändå att patienter fortfarande bollas mellan psykiatri och primärvård. En patientgrupp som nämndes vid flera tillfällen är de med neuropsykiatrisk problematik där det rådde osäkerhet vem som har behandlingsansvaret för denna grupp. En annan grupp är de patienter som är i behov av en längre kontakt, oftast då behov av stödkontakter.

PST upplevde att samverkan med andra vårdgivare och myndigheter i stort fungerar bra men att det finns områden som kan förbättras. Teamets tillkomst har på flera håll inneburit bättre och enklare kontaktvägar, bland annat med socialförvaltningen, där det nu finns en kontaktperson att vända sig till. Detta har framför allt inneburit en mer effektiv samverkan när det gäller barn/barnfamiljer och patienter med missbruksproblematik. När det gäller samverkan med försäkringskassan uttrycktes vid flera tillfällen att detta måste bli bättre då det är viktigt att det finns en gemensam målsättning för att patienten ska få bästa möjliga rehabiliteringsförutsättningar. Det framkom även önskemål om en utökad mer strukturerad samverkan med kommunen. Detta bekräftades av representanter från kommunen som uttryckte att teamet känns anonyma och de vet inte hur de kan använda sig av dem. De saknade även återkoppling om och vem som tar ärendet. Återkopplingen kändes speciellt viktigt då ärendet lämnats per fax eller som telefonmeddelande. Ett problem som även togs upp av

teamen, då detta tillvägagångssätt oftast inte ger tillräcklig information om patientens problematik och behov av insats.

Vägarna är inte så tydliga och då blir det mer personliga kontakter som gör att det fungerar och så ska det ju inte vara. (PST)

Kvalitet i patientomhändertagandet

I alla fokusgrupper ansågs de psykosociala teamens tillkomst som en klar kvalitetsökning i omhändertagandet av patienten. Det har bland annat inneburit att patientens psykosociala problematik lyfts fram på ett mer tydligt sätt och att fokus inte enbart utgår från ett bio-medicinskt synsätt. Flera av medarbetarna vid vårdcentralerna nämnde att det genom teamens tillkomst blivit mer naturligt att tala om patientens psykiska ohälsa. De vågar fråga patienten om deras psykiska hälsa då de nu har både bättre kunskap och möjlighet att hjälpa patienten till rätt behandling. Det känns bra att kunna erbjuda något annat än enbart mediciner och att patientens fokus flyttas från sjukskrivning och mediciner till annan åtgärd och behandling. Upplevelsen var att teamens tillkomst också inneburit en avlastning för läkarna och TeleQ vilket anses innebära bättre tillgänglighet på vårdcentralen för övriga patienter.

I och med att man har kompetensen så vågar man fråga de här frågorna för man vet att man har kompetensen att göra något åt det... man ställer fler följdfrågor. (VC)

PST poängterade vikten av tidig upptäckt av psykisk ohälsa och psykosocial problematik och att patienten direkt kommer till rätt vårdnivå. Tidig upptäckt och insats leder förhoppningsvis till en kortare behandlingstid, att förhindra en mer djupgående problematik och troligtvis även förkortad sjukskrivningstid. Teamen integrerar hela människan och behandlingen utgår från patientens behov vilket kan innebära att en eller flera behandlare arbetar parallellt med patienten. Teamens medlemmar upplevde att det är en trygghet att vara flera behandlare då det ger möjlighet till diskussion om behandling, målsättning, övertagande, etcetera där det annars finns en risk att känna sig utsatt som ensam behandlare. Att patienten har möjlighet att byta behandlare utifrån kompetens eller personkemi lyftes fram under flera av intervjuerna, som mycket värdefullt. Vårdcentralernas medarbetare nämnde att teamen inneburit ett annat angreppssätt av patientens problematik vilket innebär en kvalitetsförbättring för patienten. Teamens olika kompetenser betyder att de ser patientens problematik utifrån olika perspektiv. En annan fördel är att behandlare kan väljas efter patientens behov och att resurserna finns samlade på ett ställe. De ansåg också att teamen har mer tid för patienten och har bättre möjlighet för uppföljning än övrig vårdcentralspersonal. Känslan var att teamens tillkomst inneburit att sjukskrivningarna minskat och att patienten även återgår till arbete snabbare än tidigare.

Patienterna får ett snabbt omhändertagande och får kontinuitet. De får berätta om sina symtom och svårigheter och får hjälp med det. De har en eller några personer som de vänder sig till, det tycker jag är värdefullt. (VC)

Sjukskrivningar är svårt att bedöma men jag tror att de bidrar där.(VC)

Det fanns olika åsikter om vad vårdcentralerna ska kunna erbjuda patienterna och vilka professioner som ska ingå i ett psykosocialt team. Det sågs till exempel inte

som självklart att patienten ska ha tillgång till psykoterapi via primärvården och tankar framkom om detta ingår i primärvårdens uppdrag och om det alltid är till fördel för patienten att tala om ”allt”. Andra synpunkter som framfördes var att psykoterapeut är en tillgång, inte enbart för möjlighet till terapi utan att denna kompetens även kan innebära en möjlighet för tidig upptäckt av exempelvis personlighetsstörning eller neuropsykiatrisk problematik.

I samtliga fokusgrupper var man överens om att teamens tillkomst har inneburit vinster för patienterna. Flera av de intervjuade antog att teamets insatser bland annat innebär att patienten känner sig trygg genom att behandlaren lyssnar, bekräftar och normaliserar. Teamen försöker att förebygga ohälsa hos patienten genom att jobba med patientens personliga utveckling där patienten tar eget ansvar, får förståelse för sin egen sårbarhet och får lära sig tekniker för framtiden. Flera behandlare inom teamen upplevde att kravet om 5 – 10 kontakttillfälle inte är rimligt då många patienter har en komplex problematik som i vissa fall har varat under flera år. Det framkom under intervjuerna synpunkter på att teamen håller kvar patienterna för länge och att de har svårt med avgränsning mot psykiatrin. En orsak till detta ansågs kunna vara att flera av teamens medlemmar tidigare har arbetat inom psykiatrin och är då kända både av denna verksamhet som av patienterna.

De kan också få hjälp att bearbeta sina problem eller se var deras problem ligger, ibland kan det räcka med ett eller två samtal, så är patienterna införstådda med vad deras problem ligger och deras egna resurser kan ta vid. (VC)

Teamens samverkanspartners upplevde att patienten blir väl omhändertagen av de psykosociala teamen och att deras tillkomst har blivit en viktig resursförstärkning på vårdcentralerna. Det har inneburit bättre kommunikation mellan verksamheterna och att patienterna kommer till rätt vårdgivare. Patienten behöver inte komma till specialistpsykiatrin utan kan klaras inom primärvården. Vårdcentralen har ofta sedan tidigare viktig information om patienten vilket underlättar samarbete och omhändertagande. En gemensam målsättning leder till att alla drar åt samma håll och att det finns en linje och plan med behandlingen, en behandling som utgår från patientens behov. Det finns fördelar med olika professioner och personer i teamen vilket ger större utrymme för att tillgodose patientens behov. Att teamen är olika bemannade på vårdcentralerna sågs inte som det optimala för patienten, då det kan vara detta som styr vilka insatser som patienten erbjuds och inte patientens behov. Det framkom önskemål om mer kuratorsresurser då dessa ansågs för knappa. Ett förslag för framtiden var att stödsamtal skulle kunna ges av vårdcentralens omvårdnadspersonal för att avlasta kuratorn. Det fanns delade uppfattningar om vilken kompetens som behövs i ett team men en enighet om att olika professioner och olika perspektiv behövs för ett gott omhändertagande.

Men då måste det ju innebära att jag som patient kanske inte riktigt får det som jag har behov av för det finns inte på min vårdcentral, det är ju lite skrämmande kan jag tycka. Så borde det ju inte vara. (SP)

Tankar om framtiden

Teamen ansågs ha tillfört så mycket positivt för primärvårdens omhändertagande av patienter med psykosocial problematik och i alla fokusgrupper rådde en samstämmighet om att de psykosociala teamen måste få finnas kvar och helst också att det sker en utökning. Behovet av teamens insatser är redan idag större än resurserna och behovet tros öka, bland annat då teamens arbete mer och mer blir känt av alla parter, där ibland patienterna. Redan idag förekommer det att patienten redan vid första kontakten med TeleQ efterfrågar psykosociala teamets insatser. En annan bidragande orsak som nämndes till ökningen av psykisk ohälsa, är den lågkonjunktur som Sverige befinner sig i och som drabbat Motala kommun hårt. Det fanns en förhoppning om att förskrivning av sömntabletter och SSRI-preparat ska minska då patienterna får tillgång till behandling via teamen.

Det fanns en uppfattning hos medarbetare både på vårdcentralerna och i teamen att målgruppen för teamens insatser inte var klart definierad vid teamens tillkomst. Det framkom vid samtliga intervjuer ett behov av att utöka målgruppen genom att arbeta med exempelvis familjer och invandrargrupper och att teamet skulle arbeta med gruppverksamhet för patienter med sömn-, ensamhets-, sorge- eller depressionsproblematik. Det som förhindrar detta idag är brist på lokaler och svårigheter att få ihop grupper. Det framfördes tankar på samarbete över vårdcentralgränserna för att kunna arbeta på detta sätt, men hur det praktiskt ska kunna lösas vet man inte idag. Det fanns även tankar om att arbeta mer ute i samhället, hemma hos patienten och på patientens arbetsplats. I teamen framkom behov av samordnarfunktionen för teamen, då det kändes viktigt att någon kan samordna och föra diskussionerna kring utvecklingsfrågor både inom och utanför teamen och de olika professionernas kompetensutveckling.

Att ser man tillbaka på vilken kategori vi ska arbeta med och vilka diagnoser vi ska jobba med så kan jag tycka att det finns ett större behov av psykosociala teamet än just själva basåtagandet betyder. (PST)

Varje vårdcentral fick vid teamens tillkomst föreslå vilka professioner som skulle ingå i respektive team och de flesta kände att de fått den kompetens på vårdcentralen man önskade. Det framkom dock synpunkter på att psykiatrisjuksköterska borde finnas i alla team dels som en länk till psykiatrin, dels som ett kompetensstöd till vårdcentralen.

Teamen upplevde att vårdcentralerna skulle kunna bli ännu bättre på att tänka ur och arbeta utifrån ett bio-psyko-socialt synsätt. Det som krävs för att nå dit ansågs vara mer utbildning för all personal, bättre samverkan och återkoppling men också diskussion och en öppen dialog kring värderingar och förhållningssätt. Det kändes viktigt att det ges tid till detta för att patienten ska få ett ännu bättre omhändertagande och vård. Från vårdcentralshåll kom tankar om att diskussion även behöver föras om vad som hör till sjukvårdens ansvarsområde för att kunna avgränsa behoven av teamens insatser.

Teamens samverkanspartners kände behov av att teamen och kontaktvägarna blir mer tydliga vilka idag upplevdes variera mellan teamen. Det fanns även en önskan

om att det skulle finnas samma kanaler in till samtliga team. Att samverkan på olika nivåer kan bli bättre och behöver förbättras var alla eniga om.

...men vi är mer dåliga på att samverka och hitta varandra eftersom vi inte har varken vägar eller tid för det. Där upplever jag att det finns mycket att jobba med. (PST)

Diskussion

Alla, såväl primärvårdens medarbetare som PST:s samarbetspartners, betonar hur viktig satsningen på psykosociala team i primärvården är. Tidigare, menar man, har primärvården inte haft vare sig tillräcklig kompetens eller tillräckliga resurser för att möta och behandla den ökande tillströmningen av patienter med psykisk ohälsa och psykosocial problematik.

I förberedelsearbetet för de psykosociala teamen betonades teamarbete som centralt och viktigt. Flera professioner skulle samarbeta och på så sätt förbättra behandlingsinsatserna för patienten. Det är också uppfattningen hos primärvårdens medarbetare att PST arbetar så. PST:s egna medarbetare har uppfattningen att mycket behandlingsarbete sker individuellt och att mycket arbete kvarstår innan teamarbetet har utvecklats på ett sådant sätt som man önskar. Denna uppfattning förstärks av att tre av fyra bedömningar görs av en ensam bedömare och att två av tre patienter enbart möter en behandlare. En fördel med teamarbete som framfördes är att patienten har möjlighet att byta behandlare om personkemin inte fungerar. Viktigt är också att kunna välja behandlare utifrån patientens behov.

En viktig fråga för teamen att arbeta med är sin egen integration på vårdcentralen. För flera team gäller att de inte är tillräckligt integrerade, även om skillnader föreligger mellan teamen. En medarbetare från en av vårdcentralerna gav uttryck för uppfattningen att det psykosociala teamet är som en ö inom vårdcentralen. Är detta en sann bild av teamets bristande integrering så måste åtgärder vidtagas. Det framkom också kritik att teamen inte alltid återrapporterar till behandlingsansvarige läkaren hur behandlingen framskrider. Ett önskemål från teamen var schemalagda träffar med patientansvarig läkare för mer strukturerad samverkan runt patientens behandling. Det är uppenbart att det finns en önskan till bättre samverkan från både läkare och team, det som gäller är att hitta samverkansformerna och avsätta tid.

För nio av tio patienter som genomgått behandling vid PST fanns det en vård-/behandlingsplan upprättad tillsammans med patienten och dokumenterad i patientens journal. Önskemål framfördes att behandlingsansvarig läkare bör vara delaktig i denna vård-/behandlingsplan och ta aktiv del av patientens måluppfyllelse. PST önskar att det skulle finnas en läkare från vårdcentralen som är knuten till teamet och som är en brygga mellan team och vårdcentral. Detta kan vara positivt men kan också innebära en risk att teamets samverkan med patientansvarige läkare blir lidande.

Olika synpunkter framfördes om samverkan med den psykiatriska specialistvården. Konsultationsteamet har enligt vissa bidragit till en bättre kommunikation mellan verksamheterna medan andra har uppfattningen att psykiatrin försöker lämna över än fler patienter till primärvården. Primärvårdens uppdrag har under senare år utvidgats att innefatta vård och behandling för patienter med lättare till medelsvår psykisk ohälsa. Dessa patienter vårdades tidigare inom specialistpsykiatrin. Det är uppenbart att mycket arbete återstår för att hitta de optimala samverkansformerna. Med en gemensam organisationstillhörighet inom NSV och med patientens behov i fokus borde det vara möjligt att ytterligare förbättra samarbetet. Andra viktiga områden att förbättra är samverkan med Försäkringskassan och kommunerna.

Det har framkommit vid intervjuerna att patienter som kommer till PST känner osäkerhet om vad teamen kan erbjuda. Orsaker till detta kan vara den upplevda bristfälliga samverkan mellan remittent och PST, att patienten är otillräckligt informerad eller omotiverad till kontakt med teamen. Kan detta vara en förklaring till att så många patienter aldrig påbörjar någon behandling eller avbryter behandlingen i för-tid? Att var tredje patient som hänvisas till PST eller söker direkt aldrig påbörjar någon behandling tar naturligtvis resurser från teamet. Vadstena vårdcentral skiljer sig markant från övriga team i denna fråga med endast fyra av 282 patienter som inte påbörjar behandling. Detta talar för vikten av att teamen träffas och utbyter erfarenheter. Om patienterna var mer delaktiga i beslutet om behandling vid PST borde andelen som aldrig påbörjar någon behandling kunna reduceras. Ett förslag är att teamen utvecklar ett gemensamt hänvisningsdokument att användas av dem som hänvisar patienter till PST av vilket patientens besvär och målsättning med behandlingen framgår. Samverkanspartners uppgav att teamen är anonyma vilket kan bidra till osäkerheten kring vad teamen kan hjälpa till med. Denna osäkerhet, menar man, förstärks av att teamen är olika bemannade vid de olika vårdcentralerna. Kritik framfördes även om otydlighet om vem som är samordnare för teamet, vart remisser ska skickas och om bristande i återkoppling till remittenten.

Varje vårdcentral fick föreslå vilken kompetens man ville ha i sitt team utifrån de identifierade behoven. En kritik som framfördes av vårdcentralens medarbetare var att valet av professioner inom teamen inte var så väl genomtänkta från början. Ingen vårdcentral valde exempelvis att förstärka sina team med en psykiatrisjuksköterska, vilket man nu saknar. Två vårdcentraler hade psykiatrisjuksköterska före teamens tillkomst. Det är flera av de intervjuade som framhåller denna professions roll och att denna kompetens bör finnas på alla vårdcentraler. Totalt har det gjorts 1040 bedömningar och av dessa har psykiatrisjuksköterskan funnits med vid var femte bedömning, trots att det endast har funnits två tjänster. En viktig roll för sjuksköterskan som framhålls är att vara länken mellan primärvården och den psykiatriska specialistvården. En annan uppgift som framkom är att ha ansvar för stödkontakter för de psykiatriskt långtidssjuka patienter, som i allt större grad förs över från psykiatrin till primärvården. Idag är risken stor att dessa patienter ”faller mellan stolarna”. I de nationella riktlinjerna för ångest och depression betonas vikten av behandlingsuppföljning, både på kort och lång sikt, och vikten av att patienten har kunskap och förståelse om sin sjukdom och dess behandling och även detta kan vara viktiga arbetsuppgifter för en psykiatrisjuksköterska.

I intervjuerna framfördes olika åsikter om vad primärvården ska erbjuda patienterna i form av psykoterapi och vilka professioner som ska finnas i de psykosociala teamen. Bland annat framkom synpunkter som att det inte är självklart att patienter ska ha tillgång till psykoterapi även om de hade behov av sådan insats. Några av de intervjuade var frågande till om detta ingick i primärvårdens uppdrag och om det alltid är till fördel för patienten att tala om allt. I de nationella riktlinjer för ångest och depression som väntas vara beslutade under hösten 2009 och även i de länsövergripande vårdprogrammen som är under utarbetande framgår tydligt att primärvården ska ha behandlingsansvaret för patienter med lätt och medelsvår depression och ångest. Det framgår vidare att förstahandsval för dessa tillstånd är psykoterapeutiska behandlingsmetoder. Behandlingsrekommendationerna bygger på den evidens som finns idag och till detta måste primärvården förhålla sig. Utifrån detta är det viktigt att primärvården fortsätter arbetet med att förstärka den psykoterapeutiska kompe-

tensen. De medarbetare som arbetar med samtalsbehandling och som inte har steg-1-utbildning borde ges förutsättningar att genomgå sådan utbildning.

PST:s upplevda krav på korta behandlingsinsatser kan vara en bidragande orsak till att de väljer att göra bedömningar och genomföra behandlingar individuellt. Över hälften av patienterna har gjort 1 - 4 besök och det är endast 13 procent som har gjort fler än tio besök. Trots dessa korta behandlingsinsatser så framfördes uppfattningen av primärvårdens medarbetare att teamen höll kvar patienterna alltför länge i behandling och att de hade svårt att avsluta kontakterna. Teamens uppfattning är att det är orimligt med 5 - 10 behandlingstillfällen för patienter med komplex problematik. Utifrån resultaten går det inte att säga vilken den optimala andelen individuella bedömningar/behandlingar respektive teaminsatser är. Eftersom olika arbetssätt har vuxit fram vid de fem vårdcentralerna är det viktigt att teamen träffas och utbyter erfarenheter med varandra.

Enligt fokusgruppintervjuerna så ansågs allmänt att de psykosociala teamen har medfört en klar kvalitetshöjning i omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Detta styrks av att patienterna som grupp uppvisar goda behandlingsresultat. De självskattade besvären i form av ångest och nedstämdhet utifrån CPRS-SA har minskat, den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten utifrån EQ-5D har blivit bättre och andelen sjukskrivna har minskat. Nästan var tionde patient vid behandlingsstart behandlas med ett bensodiazepinpreparat och att variationen mellan vårdcentralerna är stor (5-17%). Det är en kliniskt vedertagen praxis att en patient som går på samtalsbehandling inte samtidigt behandlas med bensodiazepinpreparat. Möjligen kan stödsamtal vara befogat om det syftar till att motivera patienten att trappa ner läkemedelsbehandlingen.

Även sjuksköterskorna i TeleQ upplevde vinster av teamens tillkomst. Nästan var tredje patient hänvisas till det psykosociala teamet via sjuksköterskorna i telefonrådgivningen (TeleQ). Dessa sjuksköterskor upplever idag en större säkerhet i patientkontakten än vad de gjorde tidigare. De vågar fråga om patientens psykiska hälsa för att de vet att de har någon att hänvisa dem till. TeleQ-sjuksköterskornas uppfattning är att teamens tillkomst har avlastat läkarna och inneburit bättre tillgänglighet för andra patientgrupper. Det råder stor variation mellan vårdcentralerna hur patienten får kontakt med PST.

Det råder stor osäkerhet om vem som har ansvaret för personer med neuropsykiatriska störningar. Av intervjuerna framgår att detta är en patientgrupp som idag ofta bollas mellan primärvård och specialistpsykiatri. Läns-gemensamma vårdprogram för olika neuropsykiatriska störningar är under utarbetande och dessa kommer att klargöra ansvarsfördelningen mellan primärvård och psykiatri och det är viktigt att vårdprogrammen implementeras i verksamheterna. De psykiatriska konsultationsteamerna, tillsammans med vårdcentralernas medarbetare, har en viktig roll i detta arbete.

Primärvården har av tradition en bio-medicinsk grundsyn. I och med att samtalsbehandlare med olika professioner i allt större grad blir verksamma inom primärvården kommer kulturskillnader i synen på sjukdom och behandling att bli tydlig. Det är inte möjligt att bara överföra primärvårdens traditionella sätt att arbeta på dessa nya medarbetare utan båda parter måste arbeta sig samman och hitta goda

samverkansformer. För patienten är den fysiska och den psykiska hälsan sammanflätad och patienten förväntar sig att även behandlingen är det. Det är därför viktigt att vårdcentralens medarbetare diskuterar sig fram till en gemensam värdegrund, bestående av såväl ett psykosocialt- som ett bio-medicinskt synsätt. En värdegrund som måste prägla behandlingen av patienter med psykisk ohälsa. Utan att dessa synsätt är integrerade hos medarbetarna uppnås inte en helhetssyn på patientens problem och ohälsa och behandlingen kan aldrig bli optimal.

Konklusion

De viktigaste resultaten är:

- De psykosociala teamen uppfattas som en viktig förstärkning av primärvården och de har bidragit till en kvalitetshöjning i omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa
- Patienternas självskattade besvär i form av ångest och nedstämdhet har minskat och den självskattade hälsorelaterade livskvalitet har ökat
- Sjukskrivningarna har minskat
- Överlag korta väntetider till bedömning och behandling
- Merparten av patienterna har tio eller färre besök
- Merparten av patienterna har en vård-/behandlingsplan som är dokumenterad i patientens journal.

Viktiga förbättringsområden att arbeta vidare med är:

- Värdegrundsdiskussion – en gemensam diskussion kring värderingar, attityder och förhållningssätt till psykisk ohälsa och psykosocial problematik
- Teamens integration och samverkan på vårdcentralerna
- Samverkan med den psykiatriska vården
- Utveckla teamarbetet så att den samlade kompetensen utnyttjas optimalt
- Korta behandlingsinsatser passar inte alla patienter – skapa acceptans för att vissa insatser måste få ta längre tid
- Diskutera om teamen har rätt bemanning. Olika bemanning vid de olika vårdcentralerna ifrågasätts
- Många patienter påbörjar aldrig någon behandling – går denna andel att minska?
- Vissa vårdcentraler behöver utveckla rutiner för att fråga om patientens drog- och alkoholvanor
- Viktigt att vårdcentralerna följer sin förskrivning av bensodiazepiner så att ingen överförskrivning sker.

Vårdcentralernas resurser för psykosocialt arbete före respektive efter resursförstärkning

| Vårdcentral | Före | Förstärkning | Totalt |
|---|--|---|---|
| Borensberg | Kurator 20% <hr/> <hr/> 20% | Kurator 40% Arbetsterapeut 30% Sjukgymnast 30% <hr/> <hr/> 100% | Kurator 60% Arbetsterapeut 30% Sjukgymnast 30% <hr/> <hr/> 120% |
| Brinken | Kurator 100% <hr/> <hr/> 100% | Samtalsterapeut KBT Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 200% | Kurator 100% Samtalsterapeut KBT 100% Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 300% |
| Lyckorna <i>ej i direkt behandlingsarbete</i> | Kurator 200% <i>Rehabsamordnare</i> <i>Läkare</i> <hr/> <hr/> 200% | 20080401 Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 100% | Kurator 200% Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <i>Läkare</i> <i>Rehabsamordnare</i> <hr/> <hr/> 300% |
| Marieberg | Kurator 100% Psyk sjuksköterska 100% <hr/> <hr/> 200% | Psykolog 100% Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 200% | Kurator 100% Psyk sjuksköterska 100% Psykolog 100% Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 400% |
| Vadstena | Psyk sjuksköterska 100% Kurator 80% Arbetsterapeut 50% Sjukgymnast 50% <hr/> <hr/> 280% | Arbetsterapeut 30% Teamassistent 50% <hr/> <hr/> 80% | Psyk sjuksköterska 100% Kurator 80% Arbetsterapeut 80% Sjukgymnast 50% Teamassistent 50% <hr/> <hr/> 360% |
| | <hr/> <hr/> Summa 8 Tjänster | <hr/> <hr/> Summa 6,8 Tjänster | <hr/> <hr/> Totalt 14,80 Tjänster |

Utvärdering – Psykosociala teamen Motala -Vadstena

Kodnummer **Namn** **Personnummer** **Kön**

Kontaktväg

- Läkare egna VC
- Telefonrådgivningen inklusive sjukvårdsupplysning
- BVC
- Rehabsamordnare
- Vuxenpsykiatri
- Rehab Väst
- Annan medicinsk vårdgivare
- Patienten söker direkt till PST
- Övrigt (ex soc, af ,fk, linus, mm)

Kontaktdatum

Kontaktorsak (max 3 alternativ)

- Kris
- Depression
- Smärta
- Ångest
- Psykosomatiska symtom
- Stress/utmattningssyndrom
- Psykosociala problem
- Sömnproblem
- Alkohol

Aktuell för bedömning

- Ja
- Nej

Bedömningsdatum

Bedömare

(vem eller vilka gör den första bedömningen med patienten)

- Arbetsterapeut
- Läkare från VC
- Psykiatrisjuksköterska
- Psykolog
- Rehabsamordnare
- Sjukgymnast
- Socionom/Kurator/ Samtalsterapeut

Planerad åtgärd - Insats efter bedömning

(efter bedömningssamtalet/bedömningssamtalen ange ett alternativ)

- Behandling i PST
- Hänvisning internt på VC
- Remiss/hänvisning till extern vårdgivare (ex psyk , smärt rehab)
- Hänvisning vårdgranne (ex socialtjänst, företagshälsovård)
- Ej aktuell för behandling i PST (personalens bedömning)
- Patienten tackar nej till behandling (patientens bedömning)

(Fortsätt här med registreringen om patienten bli aktuell för behandling i PST)

Behandlingsstart datum

Civilstånd

- gift/sambo utan barn gift /sambo med barn
- ensamstående utan barn ensamstående med barn

Har Arbeta/Studerar

- Ja Nej

Saknar Bostad

- Ja Nej

| Vid behandlingsstart | Vid behandlingsavslut |
|---|--|
| Sjukskrivnings/sjukersättningsgrad vid behandlingsstart <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> ej sjukskriven/ej sjukersättning | Sjukskrivning/sjukersättningsgrad vid behandlingsavslut <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> ej sjukskriven/ej sjukersättning |
| Läkemedelsanvändning vid behandlingsstart i PST <input type="checkbox"/> Inget av nedanstående läkemedel <input type="checkbox"/> Mot oro/ångest <input type="checkbox"/> Mot smärta <input type="checkbox"/> Mot depression <input type="checkbox"/> Mot sömnsvårigheter <input type="checkbox"/> Mot andra psykiska besvär | Läkemedelsanvändning vid behandlingsavslut i PST <input type="checkbox"/> Inget av nedanstående läkemedel <input type="checkbox"/> Mot oro/ångest <input type="checkbox"/> Mot smärta <input type="checkbox"/> Mot depression <input type="checkbox"/> Mot sömnsvårigheter <input type="checkbox"/> Mot andra psykiska besvär |
| Tillhör några av dessa läkemedel gruppen bensodiazepiner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Tillhör några av dessa läkemedel gruppen bensodiazepiner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Självskattning CPRS-SA Depression Ångest Tvång <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Självskattning CPRS-SA Depression Ångest Tvång <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| EQ-5D (vid behandlingsstart ange en siffra mellan 1-3 för varje fråga) _____ Rörlighet _____ Hygien _____ Aktivitet _____ Smärta _____ Oro/nedstämdhet _____ VAS (ange värdet från "Termometern" 0-100) | EQ-5D (vid behandlingsavslut, ange en siffra mellan 1-3 för varje fråga) _____ Rörlighet _____ Hygien _____ Aktivitet _____ Smärta _____ Oro/nedstämdhet _____ VAS (ange värdet från "Termometern" 0-100) |
| Har vårdplan/behandlingsplan upprättats tillsammans med patienten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om Ja är dessa mål uppfyllda vid behandlingsslut <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls |

Behandlare (vem/vilka behandlar patienten under behandlingstiden)

- Arbetsterapeut
 Läkare i PST
 Psykiatrisjuksköterska
 Psykolog
 Rehasamordnare
 Sjukgymnast
 Socionom / Kurator/ Samtalsterapeut

Kommentar (ex kommentarer eller förklaringar till svar eller uteblivet svar)

Har patientens drog och alkoholvanor diskuterats

- Ja Nej

Avslut Planerat Oplanerat

Hänvisning /remiss till annan

- Ja Nej

Om ja till vem _____

Totalt antal besök

Avslutnings datum

Tabell 1, bilaga 3. Antal och andel patienter som har påbörjat respektive inte påbörjat behandling hos de psykosociala teamen, uppdelat på kön och ålder

| Ålderskategori | Totalt | | Kön | | | |
|-------------------------------|--------|---------|-----|--------|-------|---------|
| | Antal | Procent | Man | Kvinna | Antal | Procent |
| <i>Påbörjat behandling</i> | | | | | | |
| 16-29 | 176 | 23 | 68 | 28 | 108 | 21 |
| 30-44 | 257 | 34 | 72 | 29 | 185 | 36 |
| 45-64 | 276 | 37 | 90 | 37 | 186 | 37 |
| 65-99 | 45 | 6 | 14 | 6 | 31 | 6 |
| Totalt | 754 | 100 | 244 | 100 | 510 | 100 |
| <i>Ej påbörjat behandling</i> | | | | | | |
| 10-29 | 98 | 28 | 37 | 33 | 61 | 25 |
| 30-44 | 108 | 30 | 31 | 28 | 77 | 31 |
| 45-64 | 112 | 31 | 31 | 28 | 81 | 33 |
| 65-99 | 38 | 11 | 12 | 11 | 26 | 11 |
| Totalt | 356 | 100 | 111 | 100 | 245 | 100 |

Tabell 2, bilaga 3. Antal och andel patienter som vid påbörjad behandling är gifta/sammanboende eller ensamstående med eller utan barn

| Civilstånd | Antal | Procent |
|------------------------|-------|---------|
| Gift/sambo utan barn | 109 | 15 |
| Gift/sambo med barn | 332 | 44 |
| Ensamstående utan barn | 183 | 24 |
| Ensamstående med barn | 127 | 17 |
| Totalt | 751 | 100 |
| Internt bortfall | 3 | |

Tabell 3, bilaga 3. Kontaktväg för de patienter som har påbörjat behandling vid PST

| Kontaktväg | Antal | Procent |
|----------------------------|-------|---------|
| Läkare, egna vårdcentralen | 356 | 47 |
| Telefonrådgivningen | 228 | 30 |
| Patienten söker direkt | 72 | 10 |
| Annan medicinsk vårdgivare | 25 | 3 |
| Vuxenpsykiatrisk klinik | 18 | 2 |
| Rehabsamordnare | 15 | 2 |
| BVC | 13 | 2 |
| RehabVäst | 13 | 2 |
| Övrigt | 14 | 2 |
| Totalt | 754 | 100 |

Tabell 1, bilaga 4. Medelväntetid i dagar, min, max och standardavvikelse (SD) samt median från kontaktdatum till datum för bedömning, uppdelat på vårdcentral

| Vårdcentral | Antal | Medel | Min | Max | SD | Median |
|-------------|-------|-------|-----|-----|------|--------|
| Alla | 1042 | 16 | 0 | 151 | 18,8 | 10 |
| Borensberg | 64 | 14 | 0 | 59 | 14,7 | 9 |
| Brinken | 213 | 27 | 0 | 126 | 21,9 | 21 |
| Lyckorna | 126 | 19 | 0 | 143 | 20,4 | 12 |
| Marieberg | 359 | 11 | 0 | 151 | 13,6 | 8 |
| Vadstena | 280 | 13 | 0 | 106 | 18,5 | 5 |

Tabell 2, bilaga 4. Medelväntetid i dagar, min, max och standardavvikelse (SD) samt median från bedömningsdatum till datum för behandlingsstart, uppdelat på vårdcentral

| Vårdcentral | Antal | Medel | Min | Max | SD | Median |
|-----------------------|-------|-------|-----|-----|------|--------|
| Alla | 753 | 6 | 0 | 117 | 13,7 | 0 |
| Borensberg | 43 | 4 | 0 | 36 | 9,9 | 0 |
| Brinken | 151 | 14 | 0 | 103 | 17,2 | 11 |
| Lyckorna ¹ | 89 | 5 | 0 | 37 | 9,2 | 0 |
| Marieberg | 194 | 6 | 0 | 114 | 14,4 | 0 |
| Vadstena | 277 | 2 | 0 | 117 | 10,6 | 0 |

1) Lyckorna bortfall 1

Tabell 1, bilaga 5. Medelvärde (m), standardavvikelse (SD), median (md) och kvartilavvikelse (q1-q3) för CPRS-SA vid behandlingsstart, uppdelat för depression och ångest samt för kön. Gäller för de patienter som har påbörjat behandling och gjort minst två besök

| Besvär/kön | Antal | m | SD | md | q1 – q3 |
|-------------------|-------|------|-----|------|---------|
| <i>Depression</i> | | | | | |
| Totalt | 434 | 21,4 | 9,7 | 22 | 13 – 28 |
| man | 146 | 20,0 | 9,9 | 19,5 | 12 – 28 |
| kvinna | 288 | 22,1 | 9,6 | 22 | 15 – 29 |
| Internt bortfall | 93 | | | | |
| <i>Ångest</i> | | | | | |
| Totalt | 434 | 20,0 | 8,4 | 20 | 13 – 26 |
| man | 146 | 18,2 | 7,9 | 19 | 12 – 28 |
| kvinna | 288 | 20,9 | 8,4 | 21 | 14 – 27 |
| Internt bortfall | 93 | | | | |

Tabell 2, bilaga 5. Medelvärde (m), standardavvikelse (SD), median (md) och kvartilavvikelse (q1-q3) för CPRS-SA vid avslutad behandling, uppdelat för depression och ångest samt för kön. Gäller för de patienter som har avslutat sin behandling och gjort minst två besök

| Besvär/kön | Antal | m | SD | md | q1 – q3 |
|-------------------|-------|-------|-----|----|-----------|
| <i>Depression</i> | | | | | |
| Totalt | 340 | 10,8 | 7,7 | 9 | 5 – 15 |
| man | 118 | 9,9 | 7,3 | 10 | 4,75 – 13 |
| kvinna | 222 | 11,25 | 8,1 | 10 | 6 – 15 |
| Internt bortfall | 139 | | | | |
| <i>Ångest</i> | | | | | |
| Totalt | 340 | 10,8 | 7,7 | 10 | 5 – 14 |
| man | 118 | 9,5 | 6,5 | 9 | 5 – 12 |
| kvinna | 222 | 11,3 | 8,1 | 10 | 5,75 – 16 |
| Internt bortfall | 139 | | | | |

Tabell. Andel patienter som vid behandlingsstart har skattat inga-, måttliga- eller svåra problem på EQ-5D, uppdelat på kön (n=442, bortfall 85). Gäller de patienter som har påbörjat behandling och gjort minst två besök

| Dimension | Inga problem | | Måttliga problem | | Svåra problem | | Totalt procent |
|---------------------------------|--------------|-------------------------|------------------|----|---------------|----|----------------|
| | n | (ref % ¹) % | n | % | n | % | |
| <i>Rörlighet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 363 | (86) 82 | 78 | 18 | 1 | <1 | 100 |
| Man | 120 | 82 | 26 | 18 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 243 | 82 | 52 | 18 | 1 | <1 | 100 |
| <i>Hygien</i> | | | | | | | |
| Totalt | 415 | (98) 94 | 23 | 5 | 4 | 1 | 100 |
| Man | 139 | 95 | 6 | 4 | 1 | 1 | 100 |
| Kvinna | 276 | 93 | 17 | 6 | 3 | 1 | 100 |
| <i>Huvudsakliga aktiviteter</i> | | | | | | | |
| Totalt | 293 | (90) 66 | 122 | 28 | 27 | 6 | 100 |
| Man | 98 | 67 | 41 | 28 | 7 | 5 | 100 |
| Kvinna | 195 | 66 | 81 | 27 | 20 | 7 | 100 |
| <i>Smärtor/besvär</i> | | | | | | | |
| Totalt | 161 | (46) 36 | 223 | 51 | 58 | 13 | 100 |
| Man | 68 | 47 | 62 | 42 | 16 | 11 | 100 |
| Kvinna | 93 | 31 | 161 | 55 | 42 | 14 | 100 |
| <i>Oro/nedstämdhet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 32 | (66) 7 | 239 | 54 | 171 | 39 | 100 |
| Man | 16 | 11 | 77 | 53 | 53 | 36 | 100 |
| Kvinna | 16 | 5 | 162 | 55 | 118 | 40 | 100 |

1) Referensvärdet som anges inom parentes är hämtat från den befolkningsenkät som genomfördes av Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötlands, år 2006; Östgötens hälsa 2006, Rapport 2007:1. Åldrarna på de svarande i befolkningsenkäten varierade från 18 till 84 år.

Tabell. Andel patienter som vid behandlingsslut har skattat inga-, måttliga- eller svåra problem på EQ-5D, uppdelat på kön (n=337, bortfall 142). Gäller de patienter som har påbörjat behandling och gjort minst två besök

| Dimension | Inga problem | | Måttliga problem | | Svåra problem | | Procent totalt |
|---------------------------------|-------------------------|----|------------------|----|---------------|----|----------------|
| | n (ref % ¹) | % | n | % | n | % | |
| <i>Rörlighet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 298 (86) | 88 | 39 | 12 | 0 | 0 | 100 |
| Man | 105 | 91 | 10 | 9 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 193 | 87 | 29 | 13 | 0 | 0 | 100 |
| <i>Hygien</i> | | | | | | | |
| Totalt | 326 (98) | 97 | 10 | 3 | 1 | <1 | 100 |
| Man | 112 | 97 | 3 | 3 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 214 | 96 | 7 | 3 | 1 | <1 | 100 |
| <i>Huvudsakliga aktiviteter</i> | | | | | | | |
| Totalt | 281 (90) | 84 | 52 | 15 | 4 | 1 | 100 |
| Man | 97 | 84 | 18 | 16 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 184 | 83 | 34 | 15 | 4 | 2 | 100 |
| <i>Smärtor/besvär</i> | | | | | | | |
| Totalt | 163 (46) | 48 | 155 | 46 | 19 | 6 | 100 |
| Man | 65 | 57 | 46 | 40 | 4 | 3 | 100 |
| Kvinna | 98 | 44 | 109 | 49 | 15 | 7 | 100 |
| <i>Oro/nedstämdhet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 178 (66) | 53 | 141 | 42 | 18 | 5 | 100 |
| Man | 60 | 52 | 49 | 43 | 6 | 5 | 100 |
| Kvinna | 118 | 53 | 92 | 42 | 12 | 5 | 100 |

1) Referensvärdet som anges inom parentes är hämtat från den befolkningsenkät som genomfördes av Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötlands, år 2006; Östgötens hälsa 2006, Rapport 2007:1. Åldrarna på de svarande i befolkningsenkäten varierade från 18 till 84 år.