

Utvärdering av det psykosociala teamet inom primärvården i Norrköping



Författare:
TOMMY HOLMBERG
LISBETH BÖRELIUS
INGRID ANDERSSON
ANNIQA FOLDEMO

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 4 |
| SYFTE..... | 5 |
| METOD | 5 |
| KVANTITATIV DEL | 5 |
| <i>The Comprehensive Psychopathological Rating Scale – Self-Assessment, (CPRS-S-A)</i> | 6 |
| <i>EuroQol (EQ-5D)</i> | 6 |
| <i>Vårdcentraler</i> | 6 |
| <i>Statistisk analys</i> | 7 |
| KVALITATIV DEL | 7 |
| <i>Urval</i> | 7 |
| <i>Genomförande</i> | 7 |
| RESULTAT..... | 9 |
| BAKGRUNDSDATA | 9 |
| <i>Ålder och kön</i> | 9 |
| <i>Född i Sverige</i> | 9 |
| <i>Civilstånd och utbildning</i> | 9 |
| REMISSER | 10 |
| PÅBÖRJAD BEHANDLING..... | 12 |
| <i>Kontaktorsak</i> | 12 |
| <i>Tid från remiss till påbörjad behandling</i> | 13 |
| <i>Sjukskrivningsgrad vid anslutning till PST</i> | 13 |
| <i>Läkemedel mot psykisk ohälsa och smärta</i> | 14 |
| <i>Ohälsa och missbruk</i> | 15 |
| <i>Annat arbetshinder</i> | 15 |
| <i>Förväntan efter slutförd behandling och situationen om två år</i> | 15 |
| <i>Självskattning med CPRS</i> | 16 |
| <i>Självskattning med EQ-5D</i> | 17 |
| AVSLUTAD BEHANDLING | 18 |
| <i>Läkemedel mot psykisk ohälsa och smärta</i> | 18 |
| <i>Sjukskrivningsgrad</i> | 19 |
| <i>Sysselsättning</i> | 20 |
| <i>Självskattning med CPRS</i> | 20 |
| <i>Självskattning med EQ-5D</i> | 22 |
| <i>Behandlingslängd</i> | 24 |
| <i>Planerat avslut</i> | 25 |
| <i>Oplanerat avslut</i> | 25 |
| <i>Patientens omdöme om insatsen</i> | 25 |
| <i>Vårdkonsumtion</i> | 26 |
| VÄRDGIVARSTATISTIK..... | 26 |
| FOKUSGRUPPSINTERVJUER | 27 |
| <i>Samverkan</i> | 28 |
| <i>Kvalitet i patientomhändertagandet</i> | 30 |
| <i>Behov och kompetens i patientarbetet</i> | 32 |
| <i>Tankar om verksamheten</i> | 34 |
| DISKUSSION | 36 |
| SAMVERKAN..... | 37 |
| ARBETSLINJEN..... | 38 |
| PRODUKTIVITET..... | 39 |
| PSYKOSOCIAL- OCH PSYKOTERAPEUTISK KOMPETENS..... | 39 |
| KONKLUSION | 41 |

Bilaga Psykosocial mottagning på vårdcentral - ett diskussionsunderlag

Inledning

Andelen patienter som söker primärvård på grund av psykisk ohälsa har ökat markant. Cirka 35-40 procent av alla sjukskrivningar inom primärvård hör till kategorin psykisk ohälsa. De insatser som idag finns att tillgå inom primärvården är otillräckliga och patienter tenderar att hamna mellan primärvårdens och specialistpsykiatrians ansvarsområden. Målsättningen med uppstart av psykosociala team är att genom ett strukturerat samarbete mellan psykiatri och primärvård skapa verktyg för att bättre tillgodose de enskilda patienternas behov av insatser. Insatserna skall direkt eller indirekt leda till att förmågan till egen försörjning ökar.

Tanken med det psykosociala teamet (PST) är att de skall arbeta med de patienter som idag befinner sig mellan primärvårdens och specialistpsykiatrians ansvarsområden. Teamet har i första hand en behandlande uppgift även om viss utredning/bedömning kan förekomma. Målgruppen är patienter i yrkesverksam ålder, 18 - 64 år, med komplex psykosocial problematik i kombination med psykisk ohälsa såsom depression, ångest, fobier, kriser, stress/utmattningssyndrom, psykosomatiska besvär och smärtproblematik.

Verksamhetens mål, så som de beskrivs i uppdragsavtalet mellan Norrköpings Samordningsförbund och Närsjukvården i östra Östergötland (NSÖ), är att:

- genom verksamhetens insatser och i samspel med den enskilde (patienten) skapa förutsättningar för denne att återgå till arbete eller utbildning
- under 2006 utveckla stabila arbetsformer med god verkningsgrad
- utveckla nya effektiva arbetsformer för målgruppen mellan primärvården och öppenvårdspsykiatri samt ta tillvara nya kunskaper och erfarenheter.

I samma dokument preciseras ett resultatmål. Detta är att:

- den genomsnittliga sjukskrivningstiden skall minska med fem procent.

PST kommer att möta patienter på den vårdcentral där den behandlande läkaren finns. De kommer även att ha en lokal på Hantverkaregatan 51, där teammedlemmarna kan mötas och ha sina för verksamheten nödvändiga träffar, remissgenomgångar, behandlingskonferenser, handledning med mera.

Teamen bemannas med legitimerad psykoterapeut, sjuksköterska, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut. Medlemmarna i teamen kommer att ha sin organisatoriska tillhörighet inom antingen primärvården, Rehab Öst eller inom vuxenpsykiatri. Teamen kommer att ha en mobil funktion och en koppling mot respektive psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

På varje vårdcentral finns en resurssamordnare, som samverkar med ett resursteam. Alla patienter som har varit sjukskrivna i 35 dagar ska tas upp till diskussion i resursteamet.

För utvärderingens genomförande har det funnits en arbetsgrupp bestående av:

- Anniqa Foldemo och Tommy Holmberg, FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland; ansvariga för utvärderingen
- Ingrid Andersson och Lisbeth Börelius, NSÖ; genomfört fokusgruppintervjuerna
- Matilda Elm (David Ring), PST; ansvarig för datainsamlingen och PST:s representant i arbetsgruppen
- Peter Johansson och Tomas Feldt, har representerat Norrköpings Samordningsförbund. Till en början var även Grace Hagberg med i arbetsgruppen.

Agneta Andersson, FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland, har varit adjungerad till arbetsgruppen då hälsoekonomiska frågor har diskuterats. Rapportering har skett under utvärderingens gång till Margareta Swartz, Primärvårdschef och Stellan Svensson, Områdeschef Psykiatri.

Parallellt med denna utvärdering har Samordningsförbundet utvärderat verksamheten genom enkäter och genom gruppintervjuer med samtliga medarbetare inom PST. Gruppintervjuerna har haft fokus på organisationsfrågor. Dessa utvärderingar ingår inte i denna rapport.

Syfte

Syftet med denna utvärdering var att undersöka hur det psykosociala teamets insatser i primärvården tillgodoser målgruppens behov.

Metod

Utvärderingen består av två delar. Den kvantitativa delen bygger på uppgifter hämtade från det datoriserade journalsystemet, från Vårdatalagret, från olika enkäter som har varit obligatoriska att använda då Samordningsförbundet är medfinansierat 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 samlats in från det att PST startade sin verksamhet runt den 1 september 2006 till och med den 31 mars 2008. Vårdgivarstatistiken gäller för tiden 2007-01-01 – 2007-12-31. Vårdgivarstatistiken har tagits fram från journalsystemet av Elisabet Andersson och gäller för samtliga vårdcentraler exklusive Vilbergens-, Skarptorps- och Kneippens vårdcentraler. De senare vårdcentralerna, som drivs privat, har ett annat journalsystem som Elisabet inte har tillgång till. Även antalet remisser från primärvården till specialistpsykiatri är hämtade från journalsystemet. De privata vårdgivarna har själva redovisat dessa uppgifter.

En medarbetare från PST har ansvarat för att all data har samlats in och registrerats i en Excelfil. Datan har i avidentifierad form bearbetats och sammanställts av personal vid FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland.

Uppgifter om vårdkonsumtion inom 12 månader före behandlingsstart vid PST har erhållits från vårddatalagret. Utvärderingen ska kompletteras med uppgifter om vårdkonsumtion inom 12 månader efter avslutad behandling hos PST.

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

CPRS-S-A 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 poäng svåra problem. Svaren har registrerats i en egenbedömningsjournal och summerats till ett värde för vardera depression, ångest och tvång. För depression finns en vedertagen indelning utifrån besvärsgard. Någon motsvarande indelning finns inte för ångest och tvång. CPRS-S-A har besvarats vid behandlingsstart och vid behandlingsslut.

Besvärsgard för depression:

- 0 – 12 poäng indikerar ingen eller mycket lätt depression,
- 13 – 19 poäng lätt depression,
- 20 – 34 poäng måttlig depression och
- ≥ 35 poäng 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. Beroende på hur de fem frågorna besvaras kan ett indexvärde räknas fram som kan anta ett värde från -0,594 till 1. Detta indexvärde används främst vid hälsoekonomiska beräkningar. 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).

Vårddatalager

Vårddatalagret är Landstinget i Östergötlands databas där bland annat uppgifter om vårdkonsumtion lagras för enskild person. Datan till vårddatalagret hämtas från det Patientadministrativa systemet (PAS) och uppdateras varje månad.

Statistisk analys

Signifikansprövning har gjorts med Wilcoxon tecken-rangtest för CPRS och för de fem frågorna som ingår i EQ-5D, och med parat T-test för den termometerliknande frågan i EQ-5D. Det statistikprogram som har använts är SPSS version 15.0.

Kvalitativ del

Den kvalitativa delen av utvärderingen består av sex fokusgruppintervjuer.

Urval

Ett strategiskt urval gjordes med utgångspunkt från utvärderingens syfte. Detta resulterade i sex fokusgrupper där tre av dem skulle bestå av representanter från sex av de 13 vårdcentralerna inom Norrköpings kommun. Urvalskriteriet för dessa tre fokusgrupper var de personalkategorier på vårdcentralen som på något sätt hade samarbete med PST. Grupperna skulle vara representerade av allmänläkare, resurssamordnare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och/eller Tele-Q sjuksköterska. PST:s medlemmar skulle utgöra två fokusgrupper och ytterligare en fokusgrupp bestå av handläggare från Arbetsförmedlingen (Af), Försäkringskassan (Fk), Försörjningstödskontoret (Fök) och medarbetare från specialistpsykiatrin inom Norrköpings kommun.

För att få ett representativt urval var det viktigt att ha med vårdcentraler från Norrköpings innerstad, ytterområde eller landsbygd, drivna i landstings respektive privat regi och vårdcentral med stabil läkarbemannning respektive hyrläkare. Socioekonomiska förhållanden i vårdcentralernas upptagningsområde var också en faktor som styrde urvalet.

I de två fokusgrupperna med PST var teamets samtliga medarbetare representerade. Den sjätte fokusgruppen var sammansatt av deltagare från PST:s övriga samarbetspartners, som även ingår i vårdcentralernas resursteam.

Vi valde att respektive verksamhets personal skulle ingå i samma fokusgrupp, då det finns fördelar med att använda redan existerande grupper. Det kan bland annat underlätta rekryteringen och dessutom kan deltagarna känna en viss trygghet vilket på ett positivt sätt kan påverka deltagandet i diskussionen.

Genomförande

Information och förfrågan om deltagande i fokusgruppsintervjuerna skickades till respektive chef för de utvalda verksamheterna. Deltagandet baserades på frivillighet men med önskan om att deltagarna i sitt arbete hade kontakt eller samarbete med PST. De som anmälde intresse att delta i utvärderingen fick en personlig inbjudan till fokusgruppsintervjun. Inbjudan innehöll en kort beskrivning av utvärderingens syfte och information om intervjuens mål och fokus. Detta för att intervjupersonerna skulle kunna fundera kring ämnet innan intervjutillfället.

Deltagarna garanterades anonymitet. De fick information att intervjun skulle spelas in på band, i syfte att på bästa sätt kunna analysera materialet. Inga namn på personer eller tillhörighet till specifik verksamhet skulle uppges i resultatredovisningen. Varje intervju tidsbegränsades till två timmar och leddes av en samtalsledare. Vid varje intervju var även en bisittare närvarande för att föra anteckningar. Samtalsledare och bisittare har varit samma personer vid samtliga intervjuer. Däremot har rollen som samtalsledare respektive bisittare växlat dem emellan. Intervjuerna har bandats och materialet har transkriberats ordagrant.

Intervjuguiderna är sammanställda av samtalsledarna. De utformades efter respektive fokusgrupps verksamhetstillhörighet. Frågorna hade fokus på patienten och har sin utgångspunkt från PST:s uppdrag. Frågeguiderna var semistrukturerade, vilket innebär att de innehöll specifika frågor, men också att frågorna var öppna med breda problemområden som skulle stimulera till diskussion. Samtalsledaren gick enbart in under diskussionen för att styra upp om gruppen kom ifrån ämnet eller för att ge tillfälle för alla att komma till tals.

Resultat

Sammanlagt har 397 remisser kommit till PST. Den 31 mars 2008 hade 218 patienter påbörjat behandling och 81 patienter hade avslutat behandlingen.

Bakgrundsdata

Bakgrundsdata presenteras för de 218 patienter som har påbörjat behandling vid PST.

Ålder och kön

Störst andel av patienterna var i åldersintervallet 30 – 44 år (44%) och 74 procent var kvinnor (tabell 1). Det var en större andel män (30%) än kvinnor (19%) i åldersgruppen 18 – 29 år.

Tabell 1. Antal patienter som har påbörjat behandling uppdelat på kön och ålder.

| Ålderskategori | Totalt | | Kön | | | |
|----------------|--------|---------|-----|---------|--------|---------|
| | Antal | Procent | Man | Procent | Kvinna | Procent |
| 18-29 | 48 | 22 | 17 | 30 | 31 | 19 |
| 30-44 | 96 | 44 | 23 | 40 | 73 | 45 |
| 45-64 | 74 | 34 | 17 | 30 | 57 | 36 |
| Total | 218 | 100 | 57 | 100 | 161 | 100 |

Medelåldern var 40 år med en standardavvikelse (SD) på $\pm 10,5$ år. Lägsta ålder var 20 år och högsta ålder 62 år. Medelåldern var något högre för kvinnorna (40,1 år) än för männen (37,8 år).

Född i Sverige

Det var 177 (81%) patienter som var födda i Sverige. De som var födda i annat land än Sverige kom till Sverige mellan åren 1970 och 2005. Sex patienter hade flyttat till Sverige under 2000-talet.

Civilstånd och utbildning

Åttiofem patienter var ensamstående (41%) och 124 sammanboende (59%). Av de ensamstående hade 37 procent barn under 19 år, motsvarande andel för de sammanboende var 56 procent.

Folk- eller grundskoleutbildning hade 33 patienter (16%), gymnasieutbildning hade 97 (47%) och eftergymnasial utbildning hade 76 (37%) patienter (tabell 2).

Tabell 2. Högsta utbildning

| Utbildning | Antal | Procent |
|--------------------------------------|-------|---------|
| Folkskola | 6 | 3 |
| Grundskola | 27 | 13 |
| Gymnasium, 2 år | 47 | 23 |
| Gymnasium, 3-4 år | 50 | 24 |
| Eftergymnasial utbildning, max 3 år | 47 | 23 |
| Eftergymnasial utbildning, över 3 år | 29 | 14 |
| Totalt | 206 | 100 |
| Internt bortfall | 12 | |

I jämförelse med befolkningsstudien Östgötens psykiska hälsa (2002) var andelen med eftergymnasial utbildning högre i patientgruppen (37%) än i befolkningen (20%). På motsvarande sätt är andelen med folkskola/grundskola mindre i patientgruppen (16%) än i befolkningen (42%). Andelen med gymnasieutbildning var högre i patientgruppen (47%) än i befolkningen (38%). Hänsyn har tagits till ålder.

Remisser

Det är endast vårdcentralerna inom Norrköpings kommun som har möjlighet att remittera patienter till PST och remisserna kan skrivas av olika yrkeskategorier. Flest remisser till PST har skrivits av Såpkullens vårdcentral följt av Vävens vårdcentral. Minst antal remisser har skrivits av Vilbergens vårdcentral följt av Skarptorps och Kneippens vårdcentraler (tabell 3). Uppgiften om antalet listade per vårdcentral är hämtade ur vårddatalagret och gäller för år 2007 utan för vårdcentralerna Kneippen, Skarptorp, Vilbergen och Östertull där uppgifterna gäller för 2006. De tre vårdcentraler som har remitterat flest patienter står för 42 procent av det totala antalet remisser medan de tre vårdcentraler som remitterat minst står för 5 procent.

Tabell 3. Antalet remisser, antalet påbörjade och avslutade behandlingar och antalet listade personer per vårdcentral.

| Vårdcentral | Antal remisser | Påbörjat behandling | Avslutat behandling | Antal listade |
|-------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| Såpkullen | 67 | 38 | 15 | 10 409 |
| Väven | 49 | 34 | 14 | 10 047 |
| Åby | 48 | 26 | 12 | 8 996 |
| Sandbyhov | 41 | 20 | 8 | 14 004 |
| Kungsgatan | 41 | 16 | 5 | 10 915 |
| Hageby | 37 | 20 | 7 | 18 473 |
| Vikbolandet | 34 | 25 | 9 | 6 525 |
| Kolmården | 21 | 13 | 3 | 6 040 |
| Östertull | 21 | 8 | 3 | 9 402 |
| Skärblacka | 15 | 11 | 1 | 8 309 |
| Kneippen | 7 | 3 | 0 | 7 844 |
| Skarptorp | 7 | 2 | 2 | 8 432 |
| Vilbergen | 5 | 2 | 2 | 7 085 |
| Total | 393 ¹ | 218 | 81 | 126 481 |

1) Fyra remisser som har kommit från annan vårdgivare än primärvården har exkluderats.

Det var i huvudsak läkare och i viss mån kuratorer som har skrivit remisserna till PST (tabell 4). Knappt hälften (48%) av remisserna har skrivits via resursteam på vårdcentralen.

Tabell 4. Antalet remisser redovisade efter remittentens yrke

| Remittent | Antal | Procent |
|------------------|------------------|---------|
| Läkare | 319 | 82 |
| Kurator | 62 | 16 |
| Sjuksköterska | 8 | 2 |
| Annan | 2 | <1 |
| Totalt | 391 ¹ | 100 |
| Internt bortfall | 2 | |

1) Fyra remisser som har kommit från annan vårdgivare än primärvården har exkluderats.

Åttiofem procent av remisserna som kommer till PST bedöms som fullständiga. Övriga 15 procent skickas tillbaka till remittenten för komplettering (tabell 5). En tredjedel (34%, 133 av 397) av remisserna gäller patienter som av PST bedöms ej tillhöra rätt målgrupp. Dessa remisser skickas tillbaka till remittenten för fortsatt åtgärd.

Tabell 5. Visar antalet fullständiga remisser, antalet ofullständiga remisser som behövde kompletteras samt remisser på patienter som bedömdes ej tillhöra målgruppen för PST.

| Remisstatus | Antal | Procent |
|---------------------------|------------|---------|
| Fullständig | 337 | 85 |
| <i>därav fel målgrupp</i> | <i>107</i> | |
| Ofullständig | 60 | 15 |
| <i>därav fel målgrupp</i> | <i>26</i> | |
| Totalt | 397 | 100 |

Under tiden 2005-07-01 – 2006-06-30 skickade de vårdcentraler som har möjlighet att remittera patienter till PST sammanlagt 425 remisser till specialistpsykiatrin. Motsvarande antal för tiden 2007-04-01—2008-03-31 var 417 remisser (tabell 6).

Tabell 6. Antal remisser från primärvården till specialistpsykiatrin 12 månader före (2005-07-01—2006-06-30) och 12 månader efter (2007-04-01—2008-03-31) PST:s tillkomst, fördelade på vårdcentral.

| Vårdcentral | Antal remisser, före | Antal remisser, efter |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| Väven | 73 | 49 |
| Hageby | 50 | 65 |
| Såpkullen | 40 | 47 |
| Kungsgatan | 44 | 44 |
| Åby | 36 | 31 |
| Vikbolandet | 27 | 6 |
| Sandbyhov | 33 | 55 |
| Skarptorp | 34 | 33 |
| Östertull | 28 | 41 |
| Kolmården | 14 | 10 |
| Skärblacka | 20 | 4 |
| Kneippen | 16 | 11 |
| Vilbergen | 10 | 21 |
| Total | 425 | 417 |

Påbörjad behandling

Till och med den 31 mars 2008 hade 218 patienter påbörjat behandling vid PST.

Kontaktorsak

Kontaktorsak uppgavs av personalen vid PST utifrån den information som erhöles från remissen. För de patienter som har påbörjat behandling vid PST var den vanligast förekommande kontaktorsaken depression följt av ångest och smärta. Har flera kontaktorsaker angivits är det den första kontaktorsaken som anges i tabell 7.

Tabell 7. Kontaktorsak vid anslutning till PST

| Kontaktorsak | Antal | Procent |
|---------------------------|-------|---------|
| Depression | 72 | 33 |
| Ångest | 66 | 30 |
| Smärta | 38 | 18 |
| Stress/utmattningssyndrom | 27 | 12 |
| Kris | 10 | 5 |
| Psykosomatiska symtom | 4 | 2 |
| Totalt | 217 | 100 |
| Internt bortfall | 1 | |

Tid från remiss till påbörjad behandling

Genomsnittstiden (medianen) från det att remissen ankom till PST tills patienten påbörjade behandlingen var 27 dagar med en variation från 1 till 158 dagar (tabell 8). Sex av tio patienter har påbörjat sin behandling med mindre än en månads väntetid.

Tabell 8. Antal dagar från remissens ankomst till PST till behandlingsstart

| Dagar | Antal | Procent |
|------------------|-------|---------|
| 0-9 | 8 | 4 |
| 10-19 | 51 | 23 |
| 20-29 | 70 | 32 |
| 30-39 | 29 | 13 |
| 40-49 | 24 | 11 |
| 50-59 | 5 | 2 |
| 60-69 | 8 | 4 |
| 70-79 | 9 | 4 |
| 80-89 | 2 | 1 |
| 90-99 | 4 | 2 |
| 100- | 7 | 4 |
| Totalt | 217 | 100 |
| Internt bortfall | 1 | |

Sjukskrivningsgrad vid anslutning till PST

Drygt hälften (51%) av patienterna var vid behandlingsstart sjukskrivna på heltid, 38 (18%) på deltid och 68 (31%) var inte sjukskrivna (tabell 9). Med sjukskrivning jämförs sjuk/aktivitetsersättning.

Tabell 9. Sjukskrivnings- eller sjuk/aktivitetsersättning vid anslutning till PST

| Sjukskrivningsgrad | Antal | Procent |
|--------------------|-------|---------|
| 100 % | 111 | 51 |
| 75 % | 7 | 3 |
| 50 % | 23 | 11 |
| 25 % | 8 | 4 |
| Ej sjukskrivna | 68 | 31 |
| Totalt | 217 | 100 |
| Internt bortfall | 1 | |

För de patienter som var sjukskrivna, helt eller delvis, vid tidpunkten för anslutning till PST finns uppgifter om sammanhängande sjukskrivnings- eller sjuk/aktivitetsersättning före anslutning för alla utom två. Den kortaste sjukskrivningstiden var 21 dagar och den längsta 5840 (16 år) dagar. Genomsnittstiden (medianen) för antalet sjukskrivningsdagar var 550 dagar. Drygt en tredjedel (36%) av patienterna hade varit sjukskrivna eller haft sjuk- eller aktivitetsersättning i tre år eller mer före anslutning till PST (tabell 10).

Tabell 10. Sammanhängande sjukskrivnings- eller sjuk/aktivitetsersättning i antal år för de patienter som vid behandlingsstart var sjukskrivna.

| Sjukskrivningsår | Antal | Procent |
|------------------|-------|---------|
| 0 - <1 | 55 | 38 |
| 1 - <2 | 24 | 17 |
| 2 - <3 | 14 | 9 |
| 3 - <4 | 21 | 14 |
| 4 - <5 | 11 | 7 |
| 5 - <6 | 8 | 5 |
| 6 - <7 | 4 | 3 |
| 7 - <8 | 1 | 1 |
| 8 - <9 | 1 | 1 |
| 9 - <10 | 0 | 0 |
| 10 - | 7 | 5 |
| Totalt | 147 | 100 |
| Internt bortfall | 2 | |

Läkemedel mot psykisk ohälsa och smärta

De vanligaste psykofarmaka som patienterna behandlades med vid behandlingsstart var antidepressiva läkemedel och läkemedel mot oro och ångest (tabell 11).

Fyrtiofyra (22%) patienter behandlades med två eller tre olika psykofarmaka. En vanlig kombination var också psykofarmaka och smärtstillande läkemedel (47 patienter). Fjorton patienter behandlades enbart med smärtstillande läkemedel.

Tabell 11. Patienter som behandlas med något psykofarmaka vid behandlingsstart

| Läkemedel mot | Antal | Procent |
|------------------------------|-------|---------|
| Depression | 68 | 33 |
| Oro och ångest | 68 | 33 |
| Sömnsvårigheter | 10 | 5 |
| Andra psykiska besvär | 1 | <1 |
| Ingen psykofarmakabehandling | 57 | 28 |
| Totalt | 204 | 100 |
| Smärta | 14 | |

Ohälsa och missbruk

Patienterna har själva angett vilka besvär som ligger till grund för insatsen vid PST. Vanligast är kombinationen av fysiska och psykiska besvär (49%) följt av enbart psykiska besvär (33%). Åtta patienter (4%) uppger missbruk som bidragande orsak till besvären (tabell 12).

Tabell 12. Av patienten uppgivna besvär som ligger till grund för insatsen vid PST

| Besvär | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Enbart fysiska besvär | 15 | 7 |
| Enbart psykiska besvär | 70 | 33 |
| Fysiska och psykiska besvär | 102 | 49 |
| Fysiska och/eller psykiska besvär i kombination med missbruk | 8 | 4 |
| Inget av ovanstående | 14 | 7 |
| Totalt | 209 | 100 |
| Internt bortfall | 9 | |

Annat arbetshinder

Med annat arbetshinder avses arbetshinder som inte direkt är att relatera till besvären som patienten behandlas för. Merparten, 147 patienter (71%) uppger att det inte finns något sådant arbetshinder. Bristande utbildning och yrkeserfarenhet, i några fall i kombination med språksvårigheter och/eller kulturella/sociala faktorer, uppgav 34 (16%) och annat uppgav 27 (13%). Svartalernativet annat innehåller främst kommentarer som är relaterade till patientens sjukdom eller arbetssituation.

Förväntan efter slutförd behandling och situationen om två år

Patienterna har själva besvarat två frågor om framtiden. Dessa frågor är:

1. Vad förväntar du dig kunna uppnå efter den planerade insatsen?
2. Hur tror du att din situation är om två år? Välj det alternativ som bäst beskriver den situation som du förväntar dig.

För fråga 1 gäller att 29 procent förväntar sig att återgå till ordinarie arbete medan 16 procent förväntar sig att börja nytt arbete eller att studera (tabell 13).

Tabell 13. Vad patienterna förväntar sig att kunna uppnå efter slutförd behandling

| Förväntningar | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Återgå till ordinarie arbete | 58 | 27 |
| Återgå till ordinarie arbete men med nya arbetsuppgifter | 6 | 2 |
| Börja nytt arbete | 29 | 14 |
| Börja utbildning | 6 | 2 |
| Att få sysselsättning eller arbetsträning | 38 | 20 |
| Ingen förväntan, positiv till åtgärd | 39 | 21 |
| Ingen förväntan, tvingad till åtgärd | 6 | 3 |
| Annat | 26 | 11 |
| Totalt | 208 | 100 |
| Internt bortfall | 10 | |

Om två år tror 148 av 208 patienter (71%) att de arbetar heltid (90 personer) eller deltid (58 personer). Elva patienter tror att de studerar, 13 tror sig ha sjuk- eller aktivitetsersättning, sex är sjukskrivna och en är arbetslös med ekonomisk ersättning från kommunen. Annat har 29 patienter svarat.

Självskattning med CPRS

Både medelvärde (m) och medianen (md) var något lägre för männen än för kvinnorna (tabell 14).

Tabell 14. Medelvärde (m), standardavvikelse (SD), median (md) och kvartilavvikelse (q1-q3) för CPRS vid behandlingsstart, uppdelat för depression, ångest och tvång samt för kön.

| Besvär/kön | Antal | m | SD | md | q1 – q3 |
|-------------------|-------|----|------|----|---------|
| <i>Depression</i> | | | | | |
| Totalt | 207 | 24 | 9,4 | 24 | 18 – 31 |
| man | 53 | 23 | 10,5 | 22 | 17 – 32 |
| kvinna | 154 | 24 | 9,1 | 24 | 19 – 31 |
| <i>Ångest</i> | | | | | |
| Totalt | 207 | 25 | 10,0 | 25 | 19 – 31 |
| man | 53 | 23 | 9,5 | 21 | 18 – 29 |
| kvinna | 154 | 26 | 10,1 | 25 | 19 – 32 |
| <i>Tvång</i> | | | | | |
| Totalt | 207 | 21 | 8,3 | 20 | 15 – 25 |
| man | 53 | 19 | 8,9 | 19 | 13 – 26 |
| kvinna | 154 | 21 | 8,1 | 21 | 16 – 25 |

Av 207 patienter var det 32 (16%) som skattade sin depression som svår och 110 (53%) som måttlig (tabell 15). Det var en mindre andel av männen (61%) än av kvinnorna (71%), som skattade sin depression som måttlig eller svår.

Tabell 15. Depressionsgrad enligt självskattning med CPRS fördelat på kön.

| Kön/depressionsgrad | Antal | Procent |
|------------------------------|-------|---------|
| Totalt | 207 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 21 | 10 |
| Lätt depression | 44 | 21 |
| Måttlig depression | 110 | 53 |
| Svår depression | 32 | 16 |
| Man | 53 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 8 | 15 |
| Lätt depression | 13 | 24 |
| Måttlig depression | 22 | 42 |
| Svår depression | 10 | 19 |
| Kvinna | 154 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 13 | 9 |
| Lätt depression | 31 | 20 |
| Måttlig depression | 88 | 57 |
| Svår depression | 22 | 14 |

Självskattning med EQ-5D

Andelen patienter som har svarat inga problem, måttliga problem eller svåra problem redovisas i tabell 16. För gruppen med inga besvär jämförs svaren med data från en befolkningsstudie, som genomfördes i Östergötland och Kalmar 1999. Dessa jämförelsevärden anges i tabell 16 inom parentes och kan ses som referensvärden.

Tydligast var skillnaderna för undersökningsgruppen i jämförelse med befolkningsdata för variablerna huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. För variabeln oro/nedstämdhet var det i undersökningsgruppen 3 procent som svarade Inga besvär att jämföra med 70 procent i befolkningen.

Det var en mindre andel män (21%) än kvinnor (34%) som har svarat inga problem på variabeln huvudsakliga aktiviteter. För variabeln smärtor/besvär var förhållandet det omvända, 27 procent av männen och 16 procent av kvinnorna svarade inga problem.

Tabell 16. Andel patienter som vid behandlingsstart har skattat inga-, måttliga- eller svåra problem på EQ-5D, uppdelat på kön.

| Dimension | Inga problem | | Måttliga problem | | Svåra problem | | Totalt procent |
|---------------------------------|--------------|-------------------------|------------------|----|---------------|----|----------------|
| | n | (ref % ¹) % | n | % | n | % | |
| <i>Rörlighet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 143 | (92) 68 | 65 | 31 | 1 | 1 | 100 |
| Man | 39 | 69 | 16 | 29 | 1 | 2 | 100 |
| Kvinna | 104 | 68 | 49 | 32 | 0 | 0 | 100 |
| <i>Hygien</i> | | | | | | | |
| Totalt | 185 | (99) 88 | 22 | 11 | 2 | 1 | 100 |
| Man | 50 | 89 | 6 | 11 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 135 | 88 | 16 | 11 | 2 | 1 | 100 |
| <i>Huvudsakliga aktiviteter</i> | | | | | | | |
| Totalt | 64 | (93) 30 | 108 | 52 | 37 | 18 | 100 |
| Man | 12 | 21 | 32 | 57 | 12 | 21 | 100 |
| Kvinna | 52 | 34 | 76 | 50 | 25 | 16 | 100 |
| <i>Smärtor/besvär</i> | | | | | | | |
| Totalt | 39 | (52) 19 | 114 | 55 | 55 | 26 | 100 |
| Man | 15 | 27 | 25 | 44 | 16 | 29 | 100 |
| Kvinna | 24 | 16 | 89 | 58 | 39 | 26 | 100 |
| <i>Oro/nedstämdhet</i> | | | | | | | |
| Totalt | 5 | (70) 3 | 122 | 58 | 82 | 39 | 100 |
| Man | 1 | 2 | 33 | 59 | 22 | 39 | 100 |
| Kvinna | 4 | 3 | 89 | 58 | 60 | 39 | 100 |

1) Referensvärdet som anges inom parentes är hämtat från befolkningsenkäterna som genomfördes i Östergötland och Kalmar 1999. Se Rapport 2002:1 från Folkhälsovetenskapligt Centrum.

Det var 207 patienter som har besvarat den termometerliknande skalan i EQ-5D. Medelvärde var 39 med en standardavvikelse på ±21.

Avslutad behandling

Till och med den 31 mars 2008 hade 81 patienter avslutat sin behandling, 26 män och 55 kvinnor. För 63 (78%) av dem var avslutet planerat och för 18 (22%) oplanerat, det vill säga att patienten avbröt behandlingen i förtid.

Läkemedel mot psykisk ohälsa och smärta

Före behandlingsstart var det 53 av totalt 78 (68%) patienter som behandlades med något psykofarmaka, vid behandlingsslut 36 (46%) patienter (tabell 17). För tre patienter har inte läkemedelsanvändning registrerats vid behandlingsslut. Dessa tre patienter har exkluderats även från redovisningen vid behandlingsstart.

Tabell 17. Antal patienter som behandlas med något psykofarmaka vid behandlingsstart och vid behandlingsslut.

| Läkemedel mot | Vid behandlingsstart | | Vid behandlingsslut | |
|------------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|
| | Antal | Antal | Antal | Antal |
| Depression | 23 | | 23 | |
| Oro och ångest | 25 | | 11 | |
| Sömnsvårigheter | 4 | | 2 | |
| Andra psykiska besvär | 1 | | 0 | |
| Ingen psykofarmakabehandling | 19 | | 29 | |
| Totalt | 72 | | 65 | |
| Smärta | 6 | | 13 | |
| Internt bortfall | 3 | | 3 | |

Vid behandlingsstart var det 22 patienter som behandlades med två olika psykofarmaka och det var 5 som behandlades med tre psykofarmaka. Motsvarande antal vid behandlingsslut var 9 respektive 2.

Sjukskrivningsgrad

Färre patienter var sjukskrivna vid behandlingsslut (36 patienter) än vid behandlingsstart (58 patienter, tabell 18). De patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart var heller inte sjukskrivna vid behandlingsslut.

Tabell 18. Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och vid behandlingsslut

| Sjukskrivningsgrad | Behandlingsstart | | Behandlingsslut | |
|--------------------|------------------|---------|-----------------|---------|
| | Antal | Procent | Antal | Procent |
| 100 % | 44 | 54 | 19 | 24 |
| 75 % | 2 | 3 | 6 | 7 |
| 50 % | 7 | 9 | 9 | 11 |
| 25 % | 5 | 6 | 3 | 4 |
| Ej sjukskriven | 23 | 28 | 44 | 54 |
| Totalt | 81 | 100 | 81 | 100 |

Räknas antalet sjukskrivna om till antalet heltidssjukskrivna blir antalet vid behandlingsstart 50 och vid behandlingsslut 29. Detta innebär 21 färre heltidssjukskrivna vid behandlingsslut, jämfört med behandlingsstart, vilket motsvarar en nedgång i sjukskrivning med 42 procent. Antalet patienter ej sjukskrivna har ökat från 23 vid behandlingsstart till 44 vid behandlingsslut, vilket är i det närmaste en fördubbling av antalet ej sjukskrivna.

Sysselsättning

För de 81 patienter som har avslutat sin behandling gäller att:

- 33 har återgått till arbete, varav sex var sjukskrivna på deltid
- 12 var arbetssökande, varav tre var sjukskrivna på deltid
- 4 har återgått till/påbörjat studier, varav ingen var sjukskriven
- 11 var i arbetsträning, varav tio var sjukskrivna på deltid
- 19 var sjukskrivna på heltid

För två patienter saknas uppgift om sysselsättning efter slutförd behandling.

Sexton patienter hade före behandlingsstart haft en sjukskrivnings- eller sjuk/aktivitetsersättning under tre år eller mer. För dessa gällde:

- Sjukskrivning, omräknad till 100 procent sjukskrivning, hade minskat från 14,25 till 11,5
- Antalet heltidssjukskrivna har minskat från 13 till 8
- Tre arbetstränar, delvis sjukskrivna
- En har återgått till arbete, delvis sjukskriven
- Två är arbetssökande, en delvis sjukskriven, en ej sjukskriven
- Tretton behandlingsavslut var planerade
- Tre avbröt behandlingen
- För hälften fanns smärta med som kontaktorsak
- Fyra hade kontaktorsak stress/utmattningssyndrom, en i kombination med smärta
- Sju hade kontaktorsak ångest och/eller depression, två i kombination med smärta

Självskattning med CPRS

CPRS har besvarats av 61 patienter vid behandlingsstart och behandlingsslut, därav 16 män. För både depression, ångest och tvång föreligger en sänkning av medelvärde och median. Sänkningen av genomsnittspoängen innebär att patienten skattar sina besvär som mindre. Samtliga skillnader är signifikanta (tabell 19).

Tabell 19. Medelvärde (*m*), median (*md*), och *p*-värde för depression, ångest och tvång (CPRS) samt för kön vid behandlingsstart (*m1*, *md1*) och vid behandlingsslut (*m2*, *md2*).

| Besvär/kön | Antal | m1 | m2 | md1 | md2 | p-värde |
|-------------------|-------|------|------|-----|-----|---------|
| <i>Depression</i> | | | | | | |
| Totalt | 61 | 21,5 | 11,9 | 22 | 9 | <0,001 |
| man | 16 | 20,9 | 11,4 | 19 | 9 | 0,001 |
| kvinna | 45 | 21,7 | 12,0 | 22 | 9 | <0,001 |
| <i>Ångest</i> | | | | | | |
| Totalt | 61 | 22,8 | 14,6 | 23 | 12 | <0,001 |
| man | 16 | 21,5 | 13,2 | 20 | 12 | 0,001 |
| kvinna | 45 | 23,2 | 15,1 | 24 | 12 | <0,001 |
| <i>Tvång</i> | | | | | | |
| Totalt | 61 | 18,4 | 11,5 | 19 | 9 | <0,001 |
| man | 16 | 17,3 | 11,1 | 16 | 9 | 0,003 |
| kvinna | 45 | 18,8 | 11,6 | 20 | 10 | <0,001 |

Vid behandlingsstart var det 59 procent som skattade sina depressiva besvär så att de hamnade i någon av kategorierna måttlig- eller svår depression, motsvarande andel vid behandlingsslut var 23 procent (tabell 20). Vid behandlingsstart var det en större andel kvinnor (69%) än män (37%), som skattade sin depression som måttlig eller svår. Vid behandlingsslut var det 22 procent kvinnor och 25 procent män i gruppen måttlig eller svår depression.

Tabell 20. Kategorisering av depressionsgrad enligt självskattning med CPRS vid behandlingsstart jämfört med behandlingsslut, fördelat på kön.

| Kön/depressionsgrad | Behandlingsstart | | Behandlingsslut | |
|------------------------------|------------------|-------|-----------------|-------|
| | Antal | Andel | Antal | Andel |
| Totalt | 75 | 100 | 62 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 13 | 17 | 40 | 64 |
| Lätt depression | 18 | 24 | 8 | 13 |
| Måttlig depression | 33 | 44 | 11 | 18 |
| Svår depression | 11 | 15 | 3 | 5 |
| Man | 24 | 100 | 16 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 6 | 25 | 11 | 69 |
| Lätt depression | 9 | 38 | 1 | 6 |
| Måttlig depression | 7 | 29 | 4 | 25 |
| Svår depression | 2 | 8 | 0 | 0 |
| Kvinna | 51 | 100 | 46 | 100 |
| Ingen/mycket lätt depression | 7 | 13 | 29 | 63 |
| Lätt depression | 9 | 18 | 7 | 15 |
| Måttlig depression | 26 | 51 | 7 | 15 |
| Svår depression | 9 | 18 | 3 | 7 |

Självskattning med EQ-5D

Tabell 21 visar patientens skattning av sin hälsorelaterade livskvalitet vid behandlingsslut. Samma skattning vid behandlingsstart redovisas i tabell 16. För gruppen med inga besvär jämförs svaren med data från en befolkningsstudie, som genomfördes i Östergötland och Kalmar 1999.

Andelen patienter i kategorin svåra problem var vid behandlingsstart och vid behandlingsslut inom parentes för huvudsakliga aktiviteter 18 procent (3%), smärtor 26 procent (6%) och för oro/nedstämdhet 39 procent (8%).

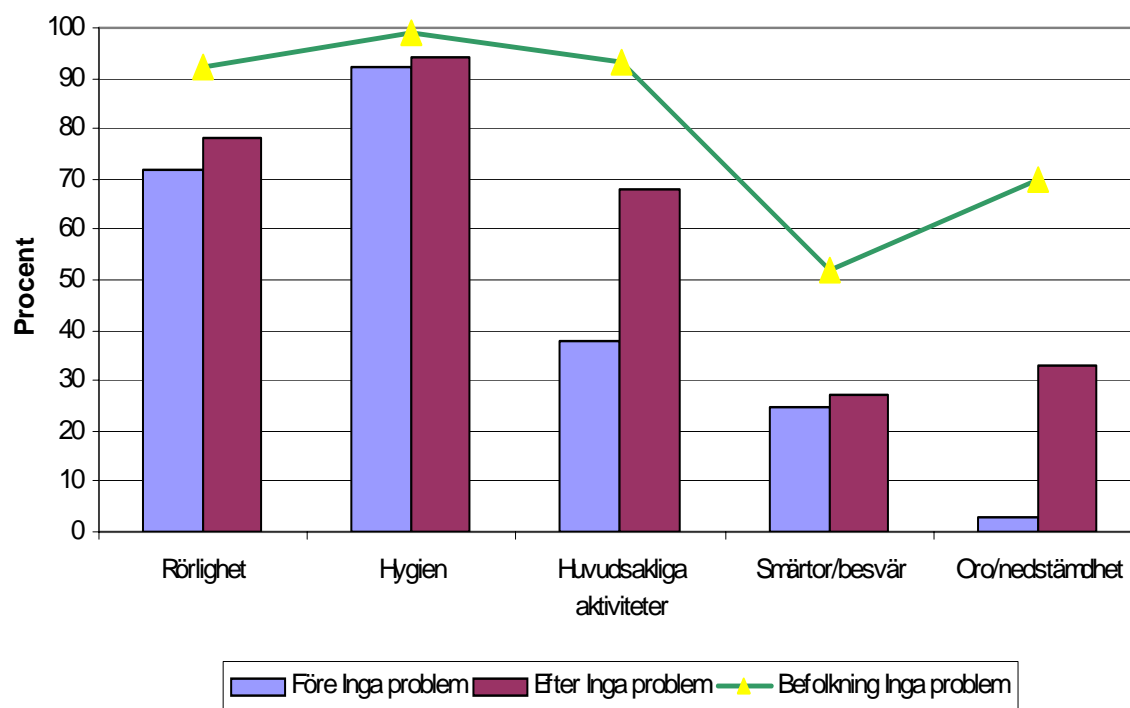
Tabell 21. Andel patienter som vid behandlingsslut har skattat inga-, måttliga- eller svåra problem på EQ-5D, uppdelat på kön.

| Dimension | Inga problem | | Måttliga problem | | Svåra problem | | Procent totalt | |
|---------------------------------|--------------|-------------------------|------------------|----|---------------|---|----------------|-----|
| | n | (ref % ¹) % | n | % | n | % | | |
| <i>Rörlighet</i> | | | | | | | | |
| Totalt | 49 | (92) | 78 | 14 | 22 | 0 | 0 | 100 |
| Man | 14 | | 82 | 3 | 18 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 35 | | 76 | 11 | 24 | 0 | 0 | 100 |
| <i>Hygien</i> | | | | | | | | |
| Totalt | 59 | (99) | 94 | 4 | 6 | 0 | 0 | 100 |
| Man | 15 | | 88 | 2 | 12 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 44 | | 96 | 2 | 4 | 0 | 0 | 100 |
| <i>Huvudsakliga aktiviteter</i> | | | | | | | | |
| Totalt | 43 | (93) | 68 | 18 | 29 | 2 | 3 | 100 |
| Man | 13 | | 76 | 3 | 18 | 1 | 6 | 100 |
| Kvinna | 30 | | 65 | 15 | 33 | 1 | 2 | 100 |
| <i>Smärtor/besvär</i> | | | | | | | | |
| Totalt | 17 | (52) | 27 | 42 | 67 | 4 | 6 | 100 |
| Man | 4 | | 24 | 13 | 77 | 0 | 0 | 100 |
| Kvinna | 13 | | 28 | 29 | 63 | 4 | 9 | 100 |
| <i>Oro/nedstämdhet</i> | | | | | | | | |
| Totalt | 21 | (70) | 33 | 37 | 59 | 5 | 8 | 100 |
| Man | 5 | | 29 | 10 | 59 | 2 | 12 | 100 |
| Kvinna | 16 | | 35 | 27 | 59 | 3 | 6 | 100 |

1) Referensvärdet som anges inom parentes är hämtat från en befolkningsstudie som genomfördes i Östergötland och Kalmar 1999. Se Rapport 2002:1 från Folkhälsovetenskapligt Centrum.

För de patienter som har avslutat sin behandling och även besvarat EQ-5D vid behandlingsstart (76 patienter) och vid behandlingsslut (63 patienter) har signifikansprövning gjorts. Signifikansvärdena för rörlighet var $p = 0,705$, hygien $p = 1,000$, huvudsakliga aktiviteter $p = <0,001$, smärta $p = 0,023$ och för oro/nedstämdhet $p = <0,001$. De skillnader som föreligger innebär genomgående att patientens självskattade besvär har minskat.

I figur 1 redovisas andelen patienter som har besvarat de fem frågorna i EQ-5D med inga problem. Svaren vid behandlingsstart jämförs med svaren vid behandlingsslut och med resultat från en befolkningsstudie som genomfördes i Östergötland och Kalmar 1999.



Figur 1. Andelen patienter som har svarat inga problem på de fem frågorna i EQ5D vid behandlingsstart (n=76), jämfört med behandlingsslut (n=63) och med befolkningsdata

För variabeln smärtor/besvär är skillnaderna små mellan före- och eftermätning då det gäller svarsalternativet inga besvär (figur 1). Däremot har det skett en förskjutning från svåra problem till måttliga problem (tabell 16 och 21)

För de 61 patienter som har avslutat sin behandling vid PST och även besvarat den termometerliknande skalan i EQ-5D gäller att medelvärdet har ökat från 46 (SD ±19) till 66 (SD ±23). Skillnaden är signifikant ($p < 0,001$). För Östergötlands och Kalmars befolkning (2002:1) är medelvärdet för denna skala 79.

Behandlingslängd

Medelvärdet för behandlingstid var 224 dagar med en spridning (SD) på ± 110 dagar. Kortast behandlingstid var 28 dagar och längsta 518 dagar. Medianen var 220 dagar. Tio procent av patienterna hade en behandlingstid som översteg ett år (tabell 22). En fjärdedel av patienterna hade en kortare behandlingstid än fem månader och hälften hade en kortare behandlingstid än sju månader.

Tabell 22. 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 | 1 | 1 |
| 1 - <2 | 3 | 4 |
| 2 - <3 | 7 | 9 |
| 3 - <4 | 3 | 4 |
| 4 - <5 | 6 | 7 |
| 5 - <6 | 11 | 14 |
| 6 - <7 | 9 | 11 |
| 7 - <8 | 6 | 7 |
| 8 - <9 | 9 | 11 |
| 9 - <10 | 6 | 7 |
| 10 - <11 | 7 | 9 |
| 11 - <12 | 5 | 6 |
| 1 år - <2 år | 8 | 10 |
| Totalt | 81 | 100 |

Planerat avslut

För 63 (78%) patienter var behandlingsavslutet planerat, det vill säga att patient och behandlare tillsammans planerat avslutet. Avslutet föregicks av ett samråd med remittenten för 31 patienter (49%, 31 av 63). Tjugoåtta patienter hade fortsatt behov av vård inom primärvården och tio hade behov av vård vid specialistklinik, fem vid psykiatrisk klinik och fem vid annan klinik.

Oplanerat avslut

För 18 (22%) patienter var avslutet oplanerat, det vill säga att patienten avbröt behandlingen på eget initiativ. Tolv patienter bedömdes ha fortsatt behov av vård inom primärvård och en hade behov av vård vid specialistklinik (annan klinik).

Patientens omdöme om insatsen

På en skala från 0 till 10 har patienterna som avslutat behandlingen svarat på frågor om insatsen var under eller över förväntan, om patienten hade små eller stora möjligheter att påverka insatserna och slutligen betygsätta själva insatsen (tabell 23).

Tabell 23. Patientens omdöme av insatserna efter avslutad behandling på en skala från 0 – 10.

| Fråga | Antal | Min | Max | q1 | Median | q3 |
|---|-------|-----|-----|----|--------|----|
| Var insatsen under eller över din förväntan? | 63 | 1 | 10 | 5 | 7 | 8 |
| Hade du små eller stora möjligheter att påverka insatserna? | 63 | 1 | 10 | 6 | 8 | 9 |
| Betyg av själva insatsen | 63 | 1 | 10 | 7 | 9 | 10 |

Vårdkonsumtion

Totalt har patienterna gjort 1188 besök inom 12-månader före behandlingsstart, varav en tredjedel är läkarbesök (tabell 24). I genomsnitt (medelvärde) har varje patient gjort åtta besök inom primärvården och av dessa besök är knappt hälften (46%) läkarbesök, övriga sjukvårdande behandling. Totalt har gruppen i genomsnitt gjort 15 besök per patient.

Tabell 24. Total vårdkonsumtion inom Östergötlands läns landsting inom 12 månader före behandlingsstart vid PST, n=81

| Vårdform | Totalt | Öppenvård | | Slutenvård |
|------------------|--------|------------|-------------------|----------------|
| | | Läkarbesök | Sjukv. behandling | |
| Primärvård | 649 | 301 | 348 | |
| Psykiatrisk vård | 70 | 10 | 60 | |
| Smärt och rehab | 61 | 10 | 51 | |
| Akutmottagning | 25 | 25 | 0 | |
| All öppenvård | 1188 | 394 | 794 | |
| Slutenvård | 3 | | | 3 ¹ |

1) Gäller antal vårdtillfällen inom psykiatrisk vård.

Vårdgivarstatistik

Vårdgivarstatistiken baseras på journalanteckningar i BMS och gäller för tiden 2007-01-01 -- 2007-12-31. Är mer än en vårdgivare med vid ett behandlingstillfälle sker endast registrering på en av dem. Så är exempelvis fallet vid bedömningssamtal av nya patienter då alltid två personal deltar.

PST:s patienter lämnar ofta sent återbud till behandlingen eller att de uteblir utan att meddela behandlaren. Att boka in någon ny patient på dessa tider är oftast omöjligt. Under de första 12 månaderna var det 114 patienter som uteblev från besök och 299 som lämnade återbud. Under de första månaderna var det få patienter anslutna till PST varför dessa siffror kan vara i underkant. Tyvärr finns denna statistik endast att tillgå för de 12 första månaderna av PST:s verksamhet.

I tabell 24 redovisas ej uppgifter från de tre privat drivna vårdcentraler som ingår i Kneippengruppen. Sammanlagt har medarbetarna på PST haft 3122 patientkontakter. Detta innebär i genomsnitt 322 patientkontakter per heltidsarbetande medarbetare. Sjuksköterskan har delvis haft andra arbetsuppgifter under 2007 vilket bidrar till ett lägre antal patientkontakter än vad som skulle ha varit fallet vid full tjänstgöring inom teamet.

Tabell 24. Antal patientkontakter uppdelat på hembesök, mottagningsbesök och telefonkontakter för olika yrkesgrupper för tiden 2007-01-01--2007-12-31. Tre privata vårdcentraler är ej med i denna redovisning.

| Yrkesgrupp | Hembesök | Mottagningsbesök | Telefonkontakt | Totalt |
|------------------------|----------|------------------|----------------|--------|
| Arbetsterapeut | 36 | 319 | 74 | 429 |
| Kurator | 9 | 711 | 74 | 794 |
| Psykoterapeut | 17 | 1127 | 96 | 1240 |
| Sjukgymnast | 4 | 456 | 41 | 501 |
| Sjuksköterska | 1 | 138 | 19 | 158 |
| Totalt antal kontakter | 67 | 2751 | 304 | 3122 |

Personalbemanningen har varierat något under tiden för denna delutvärdering. I genomsnitt har bemanningen varit:

- Arbetsterapeut 158%
- Kurator 300%
- Psykoterapeut 280%
- Sjukgymnast 136%
- Sjuksköterska 100%

Omräknat till heltidstjänster blir detta 9,7 tjänster

Antalet patientkontakter per heltidsarbetande är för år 2007:

- Arbetsterapeut 272
- Kurator 265
- Psykoterapeut 443
- Sjukgymnast 369
- Sjuksköterska 158

Medarbetarna vid PST framhåller att mycket tid, som skulle kunna användas för patientarbete, åtgår till resor till de olika vårdcentralerna.

Fokusgruppsintervjuer

Alla tillfrågade verksamheter var positiva till att delta i utvärderingen. Fök och specialistpsykiatrin hade vissa svårigheter att rekrytera deltagare, då kunskapen om PST ansågs vara för dålig eller saknades helt. Fyra av de ursprungliga 39 deltagarna lämnade återbud till intervjun. En deltagare som inte kunde närvara bjöd in en ersättare och två deltagare valde att delta i annan grupp än den ursprungliga. De sex fokusgrupperna kom att bestå av fem till åtta deltagare per grupp.

Från vårdcentralerna (VC) var det flest allmänläkare följt av kuratorer som deltog i intervjuerna (tabell 25).

Tabell 1. Antal deltagare i fokusgruppintervju från vårdcentral, uppdelat efter yrke

| Yrke | Antal |
|---------------------|-------|
| Allmänläkare | 6 |
| Kurator | 5 |
| Resurssamordnare | 4 |
| Arbetsterapeut | 2 |
| Sjuksköterska/teleQ | 1 |
| Vårdenhetschef | 1 |

Medarbetarna från PST bildade två fokusgrupper med fem respektive sju deltagare (PST).

En fokusgrupp utgjordes av deltagare från några av PST:s övriga samarbetspartners (ÖSP). Denna grupp bestod av två handläggare från Fk, en från Fök, en från Af och tre deltagare från specialistpsykiatrin, en från respektive upptagningsområde (norra, södra och centrala).

Intervjuerna analyserades utifrån en färdig mall, ett hjälpmedel för att sortera innehållet och till analysverktyg användes innehållsanalys. Innehållsanalysen utfördes först av samtalsledarna/bisittarna var för sig, som därefter gemensamt analyserade materialet. Innehållet har även enskilt analyserats av handledaren från FoU-enheten för närsjukvården, som sedan var med vid den slutliga bearbetningen. Resultaten som växt fram genom dessa steg har indelats i fyra övergripande teman. Dessa teman är:

1. Samverkan
2. Kvalitet i patientomhändertagandet
3. Behov och kompetens i patientarbetet
4. Tankar om verksamheten

Samverkan

I alla fokusgrupper finns en samstämmighet över att samverkan mellan berörda parter är viktigt, dels för ett bra omhändertagande av patienten och för att uppnå ett gott behandlingsresultat. Speciellt viktigt anses samverkan vara för PST:s målgrupp, då denna utgörs av patienter med en komplex problematik både avseende psykosociala och hälsomässiga aspekter.

Den vanligast förekommande kontaktvägen till PST är genom vårdcentralernas resursteam, en samverkansform som alla parter anser vara mycket betydelsefull. Vid dessa möten finns representanter med från PST, vårdcentralen, Rehab Öst, Fk, Af och Fök och i vissa fall även från specialistpsykiatrin. I detta forum diskuteras patientärendet innan remiss skrivs till PST vilket leder till att rätt patienter remitteras till teamet. Resursteamet innebär även en möjlighet till diskussion kring enskilda patientärenden under behandlingens gång, som exempelvis målet med insatsen. Det framkommer i intervjuerna att en viktig del i patientarbetet är att alla samverkansparter tillsammans med patient har och strävar mot gemensamma mål. Diskussionerna i resursteamet upplevs även ha bidragit till att klargöra och utveckla PST:s uppdrag.

...angående resursteamet. Jag menar att man kan se var man kan få dom snabbaste och bästa vägarna och inte behöver ta dom här långa utredningarna. (ÖSP)

Även negativa synpunkter har framförts kring resursteam som samverkansform. Det förekommer att någon verksamhet "kör sitt eget race" vilket skapar frustration och funderingar kring resursteamets mandat. Som exempel nämns, när en handlingsplan har överenskommit i resursteamet att patienten skall genomgå behandling hos PST, där sedan Fk, utan diskussion med behandlare eller i resursteam, tagit beslut om att inte längre godkänna patientens sjukskrivning. Resursteamet kan också ses som ett hinder för PST att komma in tidigt i behandlingen då man där endast aktualiserar patienter som har varit sjukskrivna i mer än 35 dagar.

Det finns behov av andra kommunikationsvägar än de som finns idag och även behov av att kunna lyfta patientärenden i andra sammanhang än i resursteamet. Alla parter önskar möjlighet till spontana kontakter, att stämma av, korridorssnack och kafferastkontakt. Idag är detta svårt då PST har flera, upp till sex vårdcentraler att jobba mot, vilket innebär att teammedlemmarna finns en begränsad tid varje vecka på de olika vårdcentralerna. PST upplever svårigheter med att delta i alla resursteam och att ha/få kontakt med alla berörda läkare, vilket i sämsta fall kan leda till dubbla budskap och kontrabehandling för patienten. Teamets övriga samarbetspartners önskar bättre feedback och informella kontaktvägar, exempelvis genom telefonkontakt.

Ibland tycker jag att dom här ärendena och frågorna man har, att det inte är läge att nysta i dom på resursteam. Man behöver alltså lyfta dom i ett annat forum. (PST)

Dialog, enkla kommunikationsvägar, tillgänglighet, klarare uppdrag och gränser är faktorer som nämns för ett bra samarbete och i alla fokusgrupper framkommer att mycket av detta behöver och kan förbättras. En faktor som påverkat samverkan positivt är närhet mellan teamet och vårdcentralens medarbetare. Tydligast framkommer den upplevelsen vid de mindre vårdcentralerna och vid vårdcentral där patientansvarig läkare finns med vid resursteamets möte. Hyrläkare innebär oftast ingen eller dålig kontinuitet vid diskussion kring patientfall och har även visat sig kunna vara direkt kontraproduktivt på grund av svårigheter med kontinuitet. De privata vårdcentralerna har genererat färre remisser och därigenom har samarbetet även varit mindre. En trolig orsak är att Kneippengruppen har eget rehabiliteringsteam och därigenom har ett mindre behov av PST.

En önskan är att PST på något sätt bollar tillbaka eller ger feedback tillbaka så att man vet vad som händer så att säga. För det känns lite avlägset. (ÖSP)

Det kan jag tänka mig att patienten inte känner samma, att vi liksom riktigt hänger ihop med läkaren på vårdcentralen. Att där blir vi inte ett riktigt team. (PST)

Samtliga verksamheter uppger att PST:s medlemmar har känts otydliga och anonyma, vilket även teamet själva upplever som ett problem. Introduktionen för PST uttrycks generellt som bristfällig, vilket har medfört att de inte integrerats på

vårdcentralerna fullt ut, utan ses som en parallell verksamhet utan närmare kontakt. En annan aspekt som nämnts är upplevelsen av att behandlingens mål ändras utan att behandlare är informerad eller är med i diskussionen. Vidare framkommer oklarhet i vad som händer med patienten under behandlingen hos PST och här blir avsaknaden av vardagskontakter tydlig. Det framkommer behov av en gemensam behandlingsplan för patienten och en förbättrad möjlighet att kunna följa patientens behandling under tiden i psykosociala teamet. Det är endast ett fåtal av vårdcentralens medarbetare som använder patientjournalen som en väg att hämta information om behandlingens gång.

..utan dom kommer och går liksom, man ser inte mycket av dom. Vi som jobbar här vi springer och pratar med varandra och man har den här direkta dialogen, men den saknar jag. (VC)

Ja, det vi har idag är ju deras anteckningar i sidojournalen. Det kan vi ju läsa, men det är inte samma sak som att man har en återkoppling och pratar ihop sig. (VC)

På vårdcentralerna fanns en del negativa förväntningar inför PST:s start vilket kan ha försvårat integreringen. Bland annat uttrycks en mättnad inför ytterligare ett nytt projekt, man tyckte inte om modellen och de krav som ställdes för att skapa förutsättningar för teamets arbete upplevdes negativt. Flertalet anser även att teamet blev dåligt presenterade på vårdcentralerna, både när det gäller uppdraget och medlemmarna och att de fortfarande har svårt att skilja mellan resursteamets medlemmar och PST:s medlemmar.

I samtliga fokusgrupper efterfrågas samverkan mellan PST och specialistpsykiatri, något som upplevs inte förekomma idag. I PST:s uppdrag finns målsättningen att utveckla effektivare arbetsformer mellan primärvården och öppenvårdpsykiatri för målgruppen. Den allmänna uppfattningen är att PST har fyllt ett glapp, då de tagit de patienter som tidigare föll mellan stolarna men däremot har det förväntade brobygget mellan primärvård och psykiatri inte kommit till stånd. Teamet anser att de inte haft tid till att arbeta med samverkan då uppbyggnaden av teamet och dess arbete tagit mycket tid i anspråk. Specialistpsykiatri har i allmänhet mycket lite kunskap om PST, deras arbete och kompetens och har därför svårt att veta på vilket sätt de kan samarbeta eller skapa förutsättningar för detta. Den allmänna åsikten som framkommer i samtliga intervjuer är att det inte finns någon klar gränsdragning vad som hör till primärvård respektive specialistpsykiatri vilket försvårar detta uppdrag. Det har även framkommit ett tydligt vi och dom tänkande som troligtvis också försvårar att få till stånd en sådan samverkan.

De vi sämst samarbetar med är psykiatri, jag glömmer ofta bort att dom ens är aktörer. Där finns inga naturliga kanaler. (PST)

Kvalitet i patientomhändertagandet

PST ses som primärvårdens förlängda arm. Teamet har hjälpt primärvården att förstå mer kring patientens problematik, situation och behov. Vårdcentralerna anser att de har fått hjälp med en svår patientgrupp och teamet upplevs ha fyllt ett tomrum.

Medarbetarna vid vårdcentralerna tycker att PST för patienten framåt, då det antingen blir en åtgärd/behandling inom teamet eller ett avslut, i motsats till tidigare att bollas runt mellan olika behandlare. Att patienten fått tillgång till psykoterapi framhålls som mycket värdefullt från representanterna från vårdcentralerna och försäkringskassan. Vårdcentralerna ser det också som positivt, att kunna erbjuda något mer än bara tabletter.

Det känns som om dom har fyllt upp ett tomrum där man inte hade någonting förut, men där det nu går att få hjälp. Så det är positivt. (VC)

Teamarbete upplevs som positivt för patienten, något som saknats inom primärvården i öster. Innan PST:s tillkomst har insatserna kunnat ske utan struktur eller samverkan och oftast har patienten fått en behandling åt gången, där respektive behandlare inte alltid har haft vetskap om vad den andra gör/gjort. PST:s medlemmar anser att de genom sin sammansättning har ett helhetsperspektiv på patienten, som upplever att hon/han blir sedd. De har lättare att känna in vad patienten behöver då det är flera professioner med vid bedömning. Teamet har ett flexibelt arbetssätt och har närhet till varandras kompetenser, vilket innebär att de snabbt kan koppla in annan kompetens när behov uppstår. Teamet betonar individens delaktighet i behandlingen för att uppnå ett bra och hållbart resultat. De utgår från varje individs behov och resurser och jobbar aktivt med att stärka individens förmåga för att hantera sin livssituation. Ovanstående är inte lika tydligt för övriga aktörer. Detta beror troligtvis på ett otillräckligt samarbete, men även på att teamet endast varit igång under ett år och övriga parter anser sig ha för lite erfarenhet av uppnått resultat.

Det är inte lika mycket passiv sjukskrivning idag, som det var innan de kom, utan det är mer aktiv kontakt och åtgärder för dom som är med i psykosociala teamet. (VC)

...patienterna är omhändertagna på ett positivt sätt, att det finns en kommunikation mellan oss och dom upplever att vi är införstådda med problematiken på något sätt. Dom känner sig sedda, som dom ibland tyvärr inte blivit under resans gång. (PST)

Teamets insatser ska syfta till att stärka patientens förutsättningar för att återgå till arbete eller utbildning. PST anser att det är en bra målsättning men att de framför allt arbetat med att individen skall acceptera sin situation vilket inte alltid betyder arbetslinjen. Detta beror på att målgruppen i många fall utgjorts av individer med mer komplex och svårare problematik än vad teamet förväntat sig. Detta skapar konflikt för teamets medlemmar då de upplever att de inte följer uppdragsbeskrivningen i avseendet att alltid ha arbetslinjen i fokus. Detta kan vara en bidragande orsak till att teamets uppdrag upplevs otydligt och diffust av övriga aktörer. Övriga samverkanspartners har en känsla av att de individer som genomgått behandling via PST snabbare kommer tillbaka till arbete eller utbildning och på vårdcentralerna har man känslan av att patienten blir bättre rustad för arbetslivet. Det anses viktigt att arbetslinjen är med parallellt i sjukskrivningsprocessen, att patienten inte fräntas ansvar för sitt liv och sin situation och att se patienten i ett ”friskt” sammanhang.

Vårdcentralernas representanter upplever att teamet har avlastat primärvården och en känsla är att såväl besöken hos allmänläkare som belastningen på TeleQ har minskat för de patienter som ingår i PST.

Färre läkarbesök har det nog blivit. Även om det inte alltid blir arbete för att det på nåt sätt handlar om en acceptans av sin situation, det tror jag. (VC)

Teamet har upplevts som lättillgängligt och att de har korta väntetider eller inga köer alls. Remissförfarandet uppfattas dock som otympligt då diskussion först måste föras i resursteamet och därefter kan läkaren skriva remiss, vilket innebär att man tappar tid. Det framkommer en viss otydlighet om det krävs sjukskrivning eller inte för kontakt med PST. Teamet anser att de skulle kunna komma in tidigare än efter 35 dagars sjukskrivning då rehabilitering kan börja direkt, vilket skulle gagna patienten. Förutsättningen för detta anses vara att PST ses som en naturlig del av vårdcentralen och finns med i tanken från första början.

Men sen har vi ju alla dom här som inte är sjukskrivna när dom kommer. Dom omfattas ju inte av resursteam, dom hänger ju ännu lite mer i luften om det inte finns någon stadigvarande läkare. (PST)

Behov och kompetens i patientarbetet

I samtliga fokusgrupper poängteras behovet av den breda och samlade kompetens som finns i PST både i bedömning och i behandling av patienten. Från vårdcentralerna uttrycks brister i dagens primärvård beträffande kunskap och kompetens för att möta patienter med psykosocial problematik, vilket kan medföra att problematiken medikaliseras. PST har fyllt upp ett tomrum som funnits, då de tar hand om de svåra patienterna.

Dilemmat med de här patienterna är att vi inte har instrument för att kunna bedöma dem. En del av det här teamets roll skulle kunna vara just att bedöma de här svåra ärendena och med ett multiprofessionellt angreppssätt. (VC)

Det framkommer olika behov av insatser från PST beroende på vårdcentralernas grundbemanning. Bedömningar efterfrågas i större utsträckning av de vårdcentraler som har tillgång till paramedicinsk personal vilka själva har möjlighet att ge behandling. Övriga vårdcentraler har önskemål om både bedömning och behandling. På de vårdcentraler där kurator, sjukgymnast och/eller arbetsterapeut finns tillgänglig uppstår en otydlighet om vem som skall göra vad och vilka patienter som skall till PST. Något som också bidrar till förvirring är att vårdcentralens resurser skall vara uttömda innan remiss skrivs till PST. Detta påverkar, enligt PST vilka patienter som får remiss till teamet och hur snabbt de kommer till teamet för bedömning och behandling.

Vi har sjukgymnast och arbetsterapeut och kurator här på vårdcentralen. Vi sitter väldigt nära varandra och samarbetar intimt. Vi har ju liksom det här i grunden ... en del av det här som finns i psykosociala teamen. Så det har varit lite svårt tycker vi allihopa just att veta vilka ärenden egentligen som ska gå dit. (VC)

PST ses som experter men det finns frågetecken kring vad teamet kan och får göra. Till viss del kan detta bero på att uppdraget upplevs otydligt. Många uttrycker att det känns diffust vad de olika medlemmarna i teamet har för funktion, vilket bland annat leder till att det ofta efterfrågas enskilda insatser, framförallt samtalsbehandling. PST behöver framhäva och förtydliga sin expertkompetens och fördelarna med teamarbete. Ett klagande skulle kunna innebära att teamet som helhet skulle kunna utnyttjas mer effektivt.

Alltså för mig är det fortfarande väldigt otydligt allas roller i det där teamet. Hur jobbar dom bl a kuratorns roll. Vad har... alltså deras kompetens i förhållande till vår och hur dom jobbar alltså. (VC)

Alla är överens om att psykoterapeuten har en klar och viktig roll inom primärvården då behovet av samtalsbehandling är stort och troligtvis kommer att öka. Även kuratorer med sina kunskaper i samtalsbehandling och speciellt inom kognitiv beteendeterapi efterfrågas. Flera önskemål framkommer om utökning av teamet med psykolog, framförallt för bedömning.

Teamets övriga medlemmarna har en mer otydlig roll. De tros ha specialkunskaper men dessa har inte synliggjorts på ett tillfredsställande sätt. Övriga aktörer vet därför inte hur dessa kan utnyttjas och hur kompetensen hos teamets sjukgymnaster och arbetsterapeuter skiljer sig från personal vid Rehab Öst. Tankar framkommer om att knyta Rehab Öst närmare vårdcentralerna, då kompetensen redan finns där. Denna problematik är känd för teamet där framförallt psykiatrisjuksköterskan har haft svårt att hitta sin roll. Teamet har sedan starten för ett år sedan förändrats och utökat sin grundbemanning utifrån behoven som de sett. En psykiatrisjuksköterska har slutat och det har tillkommit en arbetsterapeut och två kuratorer.

Men jag har liksom aldrig tänkt så att här behöver jag hjälp av en arbetsterapeut eller en psykiatrisjuksköterska. Så har jag inte tänkt utan det har varit någon form av samtalsbehandling. (VC)

PST:s uppdrag är korta insatser för patienter med komplex psykosocial problematik i kombination med psykisk ohälsa och skall utgå från patientens behov. Kombinationen korta insatser och komplex problematik upplevs av alla parter som ett näst intill omöjligt uppdrag. I flertalet av teamets patientfall finns en svår och långvarig problematik där patienten står långt från arbetsmarknaden och där det behövs en längre behandlingsperiod för att uppnå ett gott resultat. Vårdcentralerna har idag ofta redan kompetens för att omhänderta patienter som kräver kortare insatser men behov finns att få hjälp med svåra ärenden, där teamets samlade kompetens tillvaratas. PST har även tillgång till andra arbetssätt som upplevs som ett positivt tillskott, exempelvis fobiträning, möjlighet att arbeta med patienten i hemmet eller i sitt sociala sammanhang och med patienter i grupp, vilket oftast saknas i dagens primärvård.

Alltså man ska ju utgå från patientens behov. Där tror jag att de flestas behov är liksom större än vad man riktigt tänkte sig när man skrev dom här direktiven vi fick. Att tidsaspekten, att det måste få ta längre tid, rehabiliteringen. (PST)

Mycket tid har och går fortfarande åt till att hitta arbetsformer för PST, både inom teamet och utåt mot teamets samverkanspartners, men teamet har inte kunnat påbörja arbetet med att hitta samverkansformer mot specialistpsykiatrin. Det finns behov av att hitta kommunikationsvägar mellan dessa båda verksamheter vilket framkommer i alla fokusgrupper. Fortfarande bollas patienter runt och remisser skickas fram och tillbaka. Önskemål finns om att PST skulle kunna ha en bedömningsfunktion vilka patienter som anses vara i behov av specialistpsykiatri och även ha legitimitet att skriva remisser direkt dit. Idag skickas remissvar från PST tillbaka till behandlande läkare som i sin tur får skiva ny remiss till specialistpsykiatrin. Dagens system innebär ett fördröjt omhändertagande med avsaknad av en helhetssyn på patienten.

Det tycker jag fortfarande är trevande om vi har patientperspektivet och det kan jag känna att där behöver vi längre tid. Nu börjar vi liksom hitta modeller och idéer om hur vi skall jobba. (PST)

Tankar om verksamheten

Det som återkommer i samtliga fokusgrupper är att teamet och dess uppdrag måste bli tydligare definierat, relevant utifrån målgruppens behov samt bli en del av vårdcentralen och inte som nu, ett sidospår. Under flertalet intervjuer framförs tankar om att det skulle gagna patienten om PST som team fanns på varje vårdcentral. Idag reser teamet runt till flera vårdcentraler vilket innebär förlorad patienttid och samarbetet med vårdcentralens medarbetare hinns inte med i den utsträckning som behövs. Flera medlemmar i teamet uttrycker att de har för många vårdcentraler att jobba mot och önskemål finns att minska ner antalet.

På sikt skulle jag vilja se hur vårdcentralen och psykosociala teamet går ihop i ett multiprofessionellt team. Då slipper vi ju remisserna. Alltså till slut blir det den fantastiska visionen av den multiprofessionella vårdcentralen. Den kan slås ihop med psykiatrin också. (VC)

Det har framkommit tankar inom teamet om utveckling och omfördelning av teamets resurser. De känner bland annat behov av en psykiaterkonsult både för diskussion kring patienten och för bedömning. De har förslag på att psykiatrisjuksköterskans kompetens skulle kunna utnyttjas som stödkontakt i patientärenden och konsult för medarbetarna på vårdcentralerna och övriga aktörer och bli den länk mellan primärvård och specialistpsykiatrin som saknats. Under hösten 2007 fick psykiatrisjuksköterskan andra arbetsuppgifter och ingår bland annat i ett missbruksprojekt inom primärvården samt som medhjälpare i kartläggningssamtal inför resursteamet.

Under intervjuerna återkommer synpunkter om att PST skulle kunna komma in i patientärenden tidigare än idag och att rehabiliteringen kan börja första sjukskrivningsdagen. Samtliga fokusgrupper anser att PST även skulle få möjlighet

att arbeta mer preventivt, det vill säga i det här avseendet med patienter som inte är sjukskrivna. En önskan finns att det skall vara lika naturligt för patienten att gå till PST på vårdcentralen som att besöka läkare.

Ja, och att vi finns med i tänket redan i ett tidigt skede när man märker att den här sjukskrivningen eller onda ryggen inte går över som den borde på 14 dagar. (PST)

I resultaten framkommer också att PST:s målgrupp bör definieras tydligare och att teamets insatser skall utgå från patientens och vårdcentralernas behov och inte som idag av arbetslinjen och sjukskrivning. Det skulle kunna innebära att målgruppen kan förändras över tid, att insatserna både kan sträcka sig över en kortare och längre tid och att patienten kan erbjudas både enskilda och teaminsatser. Vårdcentralerna skulle vilja använda teamets kompetens utan att de egna resurserna är uttömda och istället utgå från patientens behov av insats.

Där har vi människor som faktiskt är fullt arbetsföra, har arbete och fungerar men hamnar i nåt tillstånd i livet som gör att det brakar. Med en kort intensiv insats lite snabbt där så hade vi kunnat stoppa det innan vi kommer så långt. (VC)

Andra tänkbara patientgrupper för teamet som nämnts under intervjuerna är smärtpatienter, patienter med återkommande psykisk ohälsa, missbruksproblem, somatoforma tillstånd och patienter som inte är sjukskrivna eller individer med förtidspension.

Flera synpunkter har framförts angående remissförfarandet. Det finns många fördelar med att ärendet först skall lyftas i resursteamet, men det skapar även hinder i form av onödig tidsåtgång och det motverkar en naturlig och mer lättillgänglig kommunikation mellan PST och vårdcentralens medarbetare. Önskemål finns från specialistpsykiatrin att få skriva remisser direkt till teamet.

Förutsättningen för att det ska bli bättre överhuvudtaget då måste man ju ha någon slags relation, annars går det inte och det har vi inte. Det skulle i så fall vara den här att vi skulle kunna remittera direkt till Psykosociala teamet istället för vårdcentralen. Det skulle vara en vinst tänker jag. (ÖSP)

Diskussion

I målen för PST uttalas att teamet ska arbeta med personer i yrkesverksam ålder och att insatserna ska leda till att förmågan till egen försörjning ökar. Vidare uttalas att PST ska arbeta med de patienter som befinner sig mellan primärvårdens och specialistpsykiatrians ansvarsområde och att arbetet ska kännetecknas av strukturerat samarbete.

Samtliga patienter som har påbörjat behandling hos PST är i yrkesverksam ålder och det stora flertalet är 30 år eller äldre. Vid behandlingsstart var mer än två tredjedelar av patienterna sjukskrivna och flertalet var sjukskrivna på heltid. Vid behandlingsslut hade andelen ej sjukskrivna ökat, från 28 procent till 54 procent och andelen patienter som var helt sjukskrivna minskat från 54 procent till 24 procent. Ett uttalat mål för PST var att sjukskrivningarna för gruppen skulle minska med fem procent. Detta är ett mål som uppfyllts med god marginal. Däremot kan vi inte säga att det enbart är PST:s insatser som har givit dessa resultat. Att PST är en starkt bidragande orsak till resultatet kan inte ifrågasättas. En annan faktor som påverkar sjukskrivningstalen är vilken sjukskrivningspolicy som finns hos Försäkringskassan och det är allmänt bekant att den har stramats upp under senare år.

En större andel av patientgruppen har eftergymnasial utbildning, jämfört med Östergötlands befolkning. En fråga som inställer sig är om PST:s verksamhet lättare attraherar de välutbildade? Det kan vara så att de mer välutbildade är mer motiverade för denna typ av behandling men också att remittenten i ökad grad ser deras potential till förändring. Om det är så att de lågutbildade är underrepresenterade i patientgruppen måste vi fundera över vilken betydelse detta har för kravet på en likvärdig vård och vad som kan göras för att attrahera även denna grupp.

Utifrån fokusgruppintervjuerna framkommer det tydligt att PST med sin kompetens har kompletterat primärvårdens, i många fall, alltför knappa resurser för psykosocialt arbete. PST har tagit sig an en patientgrupp med både omfattande psykosocial problematik och svår psykisk ohälsa, en patientgrupp som psykiatrin anser att primärvården ska klara, men som primärvården inte har haft resurser för. Patienternas självskattning med CPRS visar att 69 procent skattar sina depressiva symtom som måttlig- eller svår depression, vilket tyder på hög grad av nedstämdhet. Även resultaten från den hälsorelaterade livskvalitetsskattningen med EQ-5D tyder på omfattande problem. Att patientgruppen har haft en omfattande problematik tyder också antalet sjukskrivningsdagar/antal dagar med sjuk/aktivitetsersättning på. Sex av tio sjukskrivna patienter har varit sjukskrivna mer än ett år vid behandlingsstart och mer än en tredjedel har varit sjukskrivna mer än tre år. Diskussioner har länge pågått om vilka patientgrupper som ska behandlas inom primärvård respektive specialistpsykiatri utan att NSÖ (Närsjukvården i östra Östergötland) har kommit till något konkret ställningstagande i denna fråga.

Samtidigt som patienternas problem är omfattande står det i målen att behandlingen ska vara av korttidskaraktär, en ekvation som inte alltid går ihop. PST har heller inte haft extremt korta behandlingstider. Tjugofem procent av patienterna har haft en behandlingstid som är kortare än tre månader och hälften kortare än sju månader. En

av tio patienter har haft en behandlingstid som överstiger ett år. Det saknas tyvärr uppgifter om hur många kontakter varje enskild patient har haft under behandlingstiden. Även om behandlingstiden är utsträckt i tid behöver inte behandlingskontakterna vara så frekventa.

Samverkan

I samtliga fokusgrupper framkommer vikten av samverkan och det har funnits stora krav på PST att bygga upp fungerande samverkansstrukturer. Intervjupersonerna framhåller betydelsen av samverkan både för att patienterna ska känna sig väl omhändertagna och för möjligheten att uppnå ett gott behandlingsresultat. Trots denna medvetenhet är det inom området samverkan som de största bristerna uppvisas.

Representanter för primärvården anser att PST:s medarbetare är anonyma för vårdcentralernas medarbetare och att de saknar spontana möten med dem i korridoren eller vid kafferasten. Möten då patientärenden kan diskuteras och problem lösas. Vi anser inte att det är med denna typ av informella möten som PST kan lösa samverkansproblemen med vårdcentralerna. PST är en enhet som ska serva flera vårdcentraler och deras möjligheter att besöka varje vårdcentral är begränsade. Samverkan måste istället planeras och struktureras, vilket också betonas i målen. Ett arbete som vårdcentralen och PST måste ta ett gemensamt ansvar för. Då det gäller bristen på samverkan med den psykiatriska vården så är det en fråga som måste ges hög prioritet av båda parter. Med den svåra och komplexa problematik som många av patienterna har krävs samverkan med den psykiatriska vården för att insatserna ska bli optimala och en psykiatrikerkonsult borde vara självklar.

En vanligt förekommande synpunkt är att det är oklart för vilka patienter som primärvården respektive den psykiatriska vården ansvarar. Det har också funnits en förhoppning om att PST skulle kunna bidra till att klargöra detta och också bygga broar mellan primärvård och psykiatrisk vård. Ska detta arbete bli lyckosamt måste med all säkerhet ett övergripande arbete komma till stånd som utgår från närsjukvårdens ledning och där inblandade parter tar aktiv del.

De intervjuade framhåller risker med bristande samverkan, främst då det gäller mål för patientens behandling. Det har hänt att PST ändrat fokus på behandlingen utan att patientansvarig läkare varit delaktig i beslutet. Något som borde vara en självklarhet är att det upprättas en behandlingsplan för patienten där målen för behandlingen är formulerade. Behandlingsplanen upprättas i samverkan mellan behandlare hos PST, patientansvarig läkare och patienten. Behandlingsplanen dokumenteras i patientens journal och ska behandlingsplanen revideras så görs det i samråd med berörda parter.

Patienter som ska få sin behandling hos PST ska remitteras från primärvården. Ingen annan vårdinstans har möjlighet att remittera patienter till PST. Enligt Socialstyrelsen definieras begreppet remiss som en ”handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient”. PST tar inte över något vårdansvar för patienten, det ligger kvar hos den patientansvarige läkaren. En fråga är om det är rätt att prata om att patienten remitteras till PST? Detta kan ge

remittenten intryck av att nu tar någon annan över behandlingsansvaret och PST kan uppfatta att nu är behandlingsansvaret vårt och därmed försvagas incitamentet till samverkan. Om den patientansvarige läkaren istället ser PST som ett kompetensstöd, som anlitas för vissa specifika, väldefinierade insatser så kan det bli tydligare att behandlingsansvaret finns kvar hos läkaren. För endast hälften av de patienter som avslutar sin behandling vid PST har avslutet föregåtts av ett samråd med remittenten, vilket tydligt visar på behovet av bättre samverkan.

Ett annat problem är att en tredjedel av de remisser som kommer till PST är på patienter som PST anser inte tillhör deras målgrupp och därmed skickas tillbaka till remittenten. Det är dessutom 15 procent av remisserna som är ofullständiga och därför skickas tillbaka till remittenten för komplettering. Med stor sannolikhet ger denna remisshantering upphov till en hel del irritation hos remittenten. Att så många remisser går tillbaka till remittenten tyder på oklarheter i vilka patienter som PST ska behandla. Att det finns sådana oklarheter blir också tydligt i intervjuerna varför detta är ett viktigt förbättringsområde.

Arbetslinjen

I och med att PST under de två första åren är finansierade av Norrköpings Samordningsförbund så har fokus lagts på att patienten ska återgå till arbete. Sjukvårdens uppgift är å andra sidan att hjälpa patienten att uppnå så god hälsa och så god livskvalitet som möjligt och ibland har dessa mål varit svårförenliga. För vissa patienter kan målsättningen istället vara att acceptera sin situation som den är och att återgå till arbete är inte alltid ett realistiskt mål. Orsaken till detta är att vissa patienter har haft en mer komplex och svår problematik än vad teamet förväntat sig och att detta bidrar till viss frustration för teamet. Trots detta så framför primärvårdens representanter att patienterna efter behandling hos PST är bättre rustade för att gå tillbaka till arbete eller studier än vad de var före behandlingen. Självs kattning av symtom och hälsorelaterad livskvalitet samt sjukskrivningsstatistik visar på en tydlig positiv trend. Patienterna mår bättre, skattar sin livskvalitet högre och är sjukskrivna i mindre grad efter behandling än före. Dessutom har psykofarmakaintaget minskat högst väsentligt. Detta sammantaget tyder på att patienterna har förbättrat sina förutsättningar för att klara ett arbete eller att påbörja studier. Samtidigt bör det påpekas att även om patientgruppen skattar sin hälsorelaterade livskvalitet bättre vid behandlingsslut än vid behandlingsstart, så är avståndet stort till hur befolkningen i Östergötland skattar denna.

Att patienterna har kunnat minska sitt psykofarmakaintag kan tyda på att PST har haft en annan syn på patienternas problem än vad läkaren har haft. Från primärvårdens representanter framkommer att det kan föreligga en risk för att patientens psykiska ohälsa och psykosociala problem enbart betraktas utifrån ett biomedicinskt perspektiv och att ett första behandlingsalternativ då blir behandling med läkemedel. Det är tydligt att PST har bidragit med ett annat synsätt och att det har hjälpt patienten att hantera sitt liv på ett bättre sätt. Det är 85 procent som tror att de om två år kommer att arbeta hel- eller deltid eller studera. Detta är ett tecken på att patienterna har tilltro till sin egen förmåga, vilket är något som PST har fokus på i behandlingsarbetet.

I målen till PST har sagts att deras målgrupp i huvudsak är patienter som har varit sjukskrivna i 35 dagar eller mer och därmed blivit föremål för Resursteamets insatser. Denna begränsning har under arbetets gång kritiserats och kritik mot detta framkommer också i intervjuerna. Flera menar att det är viktigt att PST:s insatser kommer patienten till del så fort som möjligt. Att denna kritik har fått ett visst genomslag tyder sjukskrivningsstatistiken på, som visar att en knapp tredjedel av patienterna inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Vårdcentralens representanter vill kunna använda sig av PST:s resurser utifrån patientens behov, inte utifrån om vårdcentralens resurser är uttömda eller om patienten är sjukskriven eller ej. Allmänt anser man att direktiven/målen för PST har varit otydliga och att de behöver preciseras.

Produktivitet

Det är svårt för oss som utomstående att värdera om produktionssiffrorna är acceptabla eller ej. Vid en första anblick verkar de låga. Att på en heltidstjänst, under 12 månader, inte ha mer än mellan 265 – 443 patientbesök, sjuksköterskan undantagen, verkar vara i minsta laget. Att fortsätta att följa produktionen är därför viktigt.

En förklaring, som i dagsläget inte kan uteslutas, är att patientkontakterna inte registreras på ett sådant sätt att de kommer med i statistiken. En annan förklaring är att teamets förflyttningar mellan olika vårdcentraler tar mycket tid, som annars skulle kunna användas för patientarbete. Fördjupad analys av produktionsstatistiken måste göras tillsammans med PST:s medarbetare.

Psykosocial- och psykoterapeutisk kompetens

Varje vårdcentral behöver ha en viss grundläggande kompetens för att behandla patienter med lättare grad av psykisk ohälsa. Det är önskvärt att varje vårdcentral är bemannad med kurator eller psykolog med psykoterapiutbildning på steg 1-nivå. Med en sådan grundbemanning kan patienter med lättare psykisk ohälsa behandlas utan att PST:s resurser tas i anspråk. PST kopplas in då problematiken är mer omfattande och då teamets samlade kompetens behöver tas i anspråk.

Grundbemanningen på varje vårdcentral är en avgörande faktor för att väntetiderna till PST hålls på en rimlig nivå. Väntetiden före kontakt med PST är idag olika lång beroende på vårdcentralens grundbemanning, eftersom kriteriet är att vårdcentralens egna resurser ska vara uttömda innan remiss skrivs. Detta kan innebära inte bara längre väntetid för patienten utan även onödigt utnyttjande av vårdcentralens paramedicinska resurser. I fokusgrupperna har framkommit att väntetiden ytterligare skulle kunna kortas genom att hitta andra remissvägar än genom resursteamet.

Data från Vårddatalagret visar att PST:s målgrupp är en patientgrupp med många besök inom sjukvården i stort och speciellt inom primärvården. De 81 patienter som har avslutat sin behandling hade inom 12 månader före behandlingsstart gjort 649 besök inom primärvården och av dessa var 301 läkarebesök. Kan dessa besök reduceras med en mer effektiv behandling så är mycket vunnet. Vårdcentralernas

representanter upplever att PST har bidragit till att minska trycket på vårdcentralen genom färre läkarbesök och ett minskat antal samtal till TeleQ.

Primärvårdens uppgift är att vara första linjens hälso- och sjukvård och ska bedriva vård på lika villkor. Vården ska vara organiserad så att den är nära befolkningen. Mycket av PST:s tid idag åtgår till att förflytta sig mellan vårdcentraler och den egna mottagningen, tid som tas från både direkt och indirekt patientarbete. Detta resultat ställer krav på fortsatt utvecklingsarbete så att denna spilltid reduceras så mycket som möjligt.

Antalet remisser till PST varierar stort mellan vårdcentralerna. Detta kan ha olika förklaringar såsom upptagningsområdets socioekonomiska struktur, olika psykosocial grundbemanning med mera, men kan också betyda att patienternas behov uppmärksammas olika på olika vårdcentraler.

Det är nödvändigt att se över kompetens- och resursbehov inom PST. En patientgrupp som har blivit mer omfattande än förväntat är patienter med smärtproblematik som teamet känner behov av att utveckla sin kompetens kring. Andra patientgrupper som nämns i intervjuerna och där det finns behov av PST:s insatser är patienter med återkommande psykisk ohälsa, patienter med somatoforma tillstånd eller med psykisk ohälsa i kombination med missbruksproblem. Vårdcentralernas representanter efterfrågar en utökning av teamet med psykologkompetens för bedömningar. Psykiatrisjuksköterskans roll i teamet har varit oklar och det har varit svårt att hitta relevanta arbetsuppgifter för befattningen. Psykiatrisjuksköterskan med sin specialistkompetens skulle däremot kunna ha en viktig funktion på vårdcentralen. För sjukgymnaster och arbetsterapeuter gäller att gränsdragningen mellan PST:s och vårdcentralens rehabiliteringsresurser har varit oklar. Ett skäl för teamarbete är målgruppens komplexitet. En enskild patients problem kan inte alltid lösas av en enda specialist, utan behovet av flera specialisters samlade insatser blir en nödvändighet. Ett sådant team kännetecknas av samverkan för att få en helhetssyn på patienten. Hur teamarbetet organiseras är därmed en viktig förutsättning för att kunna tillgodose målgruppens behov.

Vid analysarbetet av fokusgruppintervjuerna växte en idé fram hur de psykosociala resurserna skulle kunna organiseras i primärvården. Denna idé ska ses som författarnas bidrag till diskussionen. Idéskissen finns i bilaga 1.

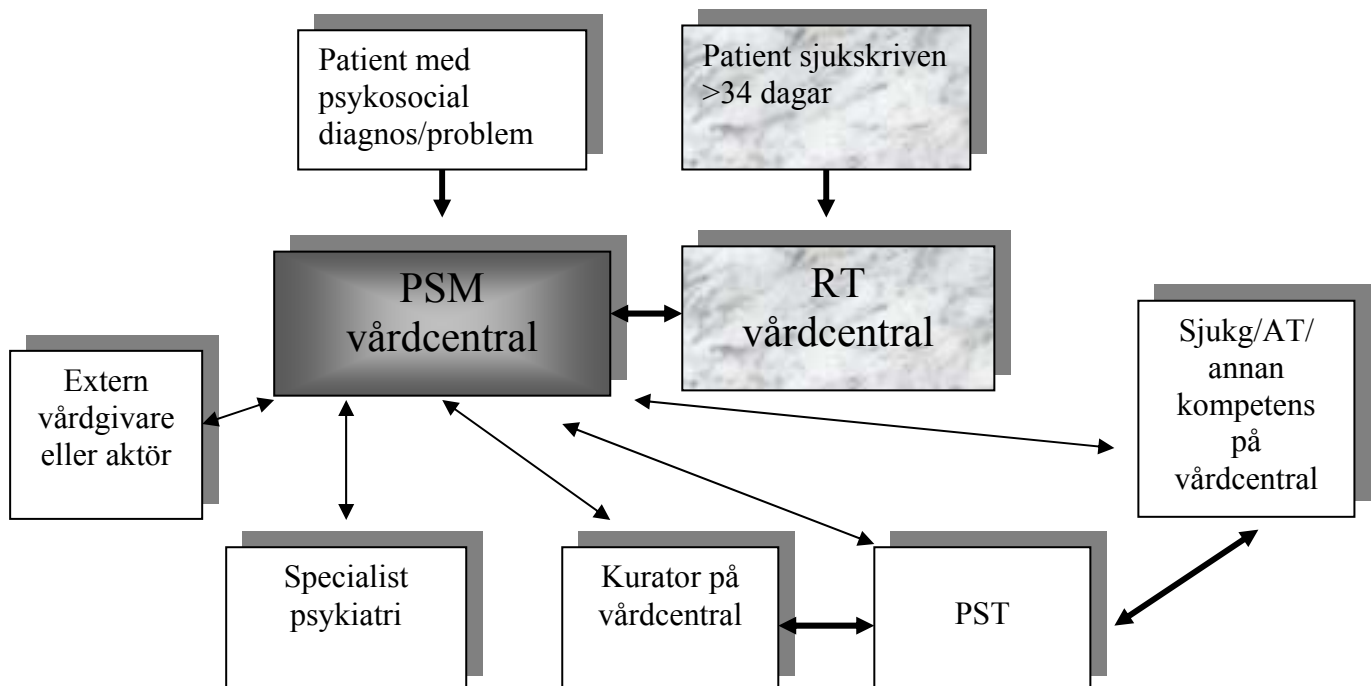
Konklusion

Det psykosociala teamet har uppfyllt målen med verksamheten, framförallt utifrån ett patientperspektiv. Efter avslutad behandling har patienternas självskattade besvär i form av depression, ångest och tvång minskat och deras självskattade hälsorelaterade livskvalitet har ökat. Konsumtionen av psykofarmaka har minskat och sjukskrivningarna har i det närmaste halverats. Patienterna betygsätter insatsen som PST har gjort mycket högt.

PST besitter som team en samlad kompetens som är bristfälligt tillgodosedd på vårdcentralerna i östra Östergötland. Ska patienter med komplex psykosocial problematik i kombination med psykisk ohälsa få sina behov tillgodosedda inom primärvården måste denna typ av kompetens finnas. Angelägna förbättringsområden är att utarbeta goda samverkansformer, framför allt med vårdcentralerna och specialistpsykiatrin, fundera över remissförfarandet, utveckla verksamheten mot andra behovsgrupper och arbeta med snabbare insatser tidigare i processen. Gör det, kan både produktiviteten öka och patienternas behov tillgodoses ännu bättre, än vad som är fallet idag.

Psykosocial mottagning på vårdcentral – ett diskussionsunderlag

Flödesschemat beskriver ett förslag på hur vårdcentralen på ett mer strukturerat och effektivt sätt kan omhänderta patienter med psykosociala diagnoser/problem med eller utan sjukskrivning genom inrättandet av en psykosocial mottagning. Modellen utgår från en psykosocial mottagning på varje vårdcentral som träffas för gemensam remissgenomgång, förslagsvis 30 min, en fastställd dag varje vecka. Mottagningens uppgift är att föreslå vårdnivå samt behandlingsform med utgångspunkt från patientens behov/förmåga och eventuella tidigare vårdinsatser. Mottagningen har även en uppföljande funktion och gör en ny bedömning samt ställningstagande och förslag till annan åtgärd vid utebliven effekt/måluppfyllelse.



Flödesschema; förslag till en Psykosocial mottagning (PSM) på vårdcentral. RT=Resursteam

Psykosociala mottagningens sammansättning;

- Kurator på vårdcentralen, remissinstans och sammankallande.
- PST representant/er anpassad efter vårdcentralens grundbemanning.
- Sjukgymnast/Arbetsterapeut på vårdcentralen om den kompetensen finns.
- Allmänläkare – önskvärd representant, alternativt konsultativ insats.
- Specialistpsykiatri, en representant 1 ggr/månad eller vid behov
- Resurssamordnare på vårdcentralen, adjungerande
- Annan resurs vid behov, exempelvis dietist

Fördelar med en psykosocial mottagning vid vårdcentral

- Tidiga insatser – preventiv ansats
- Snabbare insatser – förebygger försämrat sjukdomstillstånd/sjukskrivning
- Effektivare vårdkedja – inga onödiga steg eller väntetider
- Samlad kunskap på vårdcentralen om vad som sker med patienten och om insatsernas effekt
- Öppnar upp för samarbete mellan vårdcentralens medarbetare och PST:s medlemmar
- Bli en länk mellan Primärvård och Specialistpsykiatri