

# **SLUTRAPPORT**

## **Metodutvecklingsprojektet ”Beslutsstöd för bedömning av psykisk ohälsa”**

**Maximilian Rubinsztein**

# Innehållsförteckning

Bakgrund, målgrupp och syfte med projektet.....	3
Tillvägagångssätt och arbetsgång.....	3
Patient/klientgrupp .....	4
Samarbetet med Resursteamet .....	7
Resultat.....	11
Bedömningsstödsystemets funktionalitet inom ramarna för projektet.....	13
Slutsatser och rekommendationer.....	14
Referenser .....	17
Appendix.....	18

## Bakgrund, målgrupp och syfte med projektet

Projektet Beslutsstöd för bedömning av psykisk ohälsa startade 1 september 2012 och har pågått fram till sista augusti 2013, då det avslutades. Det övergripande målet med projektet var att genom strukturerade psykologiska bedömningar i större utsträckning upptäcka, kartlägga och bedöma tidigare ej uppmärksammas psykisk ohälsa, primärt ångest och depression, hos målgruppen. Syftet med detta var att få bredare informationsunderlag för att utifrån detta kunna föreslå mer välriktade rehabiliteringsinsatser. Den primära målgruppen har utgjorts av individer med ohälsa som tillhör Vårdcentralen Cityhälsan Söder, och som under året varit aktuella i vårdcentralens Resursteam. Individer har aktualiserats i projektet genom att de tagits upp i Resursteamet av företrädare för Primärvården, rehabiliteringen (Rehab Öst), Arbetsförmedlingen (AF), Försäkringskassan (FK) eller Ekonomiskt bistånd (Eb). Projektets sekundära målgrupp har utgjorts av individer som genomgått utredning av funktions/arbetsförmåga vid Rehabresurs samArbete, där den fördjupade bedömningen fungerat som ett komplement till den ordinarie utredningsverksamheten. Projektet har genomförts i samarbete med Forskargruppen för Internet, hälsa och klinisk psykologi vid Linköpings universitet.

Ett central del i projektet har varit att som en del i psykologbedömningarna använda ett webbaserat bedömningsystem med syfte att fungera som ett beslutsstöd vid bedömning av psykisk ohälsa, med särskilt fokus på depression och ångest. Idén med användandet av systemet har varit att ta in information från patienten redan innan den första träffen med bedömaren, så att den begränsade tid med personal som finns att tillgå utnyttjas mer effektivt och kan användas till annat än basal kartläggning. Mer specifikt har projektet haft tre delmål; att ge möjlighet till 1) Fördjupade (mer omfattande och strukturerade) bedömningar av den psykiska hälsan, 2) Tidseffektivisering och mer effektivt nyttjande av befintliga resurser, samt 3) Språkanpassning och möjligheter till bedömning på annat språk än svenska. Då en majoritet av de utrikesfödda klienterna/patienterna inom målgrupperna talar arabiska som modersmål ingick inom projektets ramar i linje med detta tredje delmål en översättning av bedömningsstödsystemet till arabiska, samt utprovning av detta.

Totalt beräknades inför projektstart att cirka 80 patienter skulle komma att bli aktuella i Resursteamet under projektperioden och att en majoritet av dessa skulle kunna ta del av en fördjupad bedömning av psykolog. Det beslutades att Resursteamet skulle avgöra vilka patienter som skulle erbjudas fördjupad psykologbedömning, och att patienterna i samtliga fall där psykologbedömning blir aktuellt även skulle erbjudas möjlighet att använda bedömningsstödsystemet. Resultatmålet för projektet var att samtliga patienter/deltagare som aktualiseras i projektet skulle få en bedömning av sin psykiska hälsa och vid behov få möjlighet till behandlingsinsatser. Om projektet och användandet av bedömningsstödsystemet visade på goda resultat planerades att bedömningsstödsystemet längre fram skulle kunna implementeras och fungera som beslutsstöd även i andra verksamheter inom landsting och kommun.

## Tillvägagångssätt och arbetsgång

Sedan projektets start i september 2012 har projektledaren närvarat vid samtliga Resursteamträffar och behandlingskonferenser som hållits vid Cityhälsan Söder, vilket inneburit träffar varannan till var fjärde vecka under perioden. Det är via dessa träffar med Resursteamet som individer ”anvisats” till projektets bedömningar, och allt arbete inom projektets ramar har byggts på samverkan med primärt rehabsamordnaren vid vårdcentralen, anvisande myndigheter (AF, FK, Eb), samt övriga Resursteamrepresentanter från primärvården och rehabiliteringen. Efter att individer tagits upp vid Resursteamet och bedömts som lämpliga för ytterligare psykologisk bedömning inom ramarna för projektet har projektledaren kontaktat individerna per telefon för att erbjuda möjlighet till bedömning av den psykiska hälsan. I de fall där individen tackat ja till bedömning och haft en dator

samt internetuppkoppling i hemmet har individen över nätet anonymt fått svara på en rad bedömningsfrågor innan träffen med psykolog på vårdcentralen. För de patienter som inte haft tillgång till dator/internetuppkoppling har bedömningarna genomförts utan bedömningsstödsystemet, genom vanliga bedömningsamtal ”face-to-face” med psykolog på vårdcentralen. Projektledaren har sedan återkopplat sin bedömning vid kommande Resursteam, till samtliga berörda parter eller enbart till anvisande myndighet, varpå beslut om eventuella ytterligare vårdinsatser, bland annat vård avseende patientens psykiska hälsa, tagits av Resursteamet. I de fall då ytterligare insatser för vård av psykisk hälsa inte bedömts som motiverat har bedömningarna kunnat användas som bakgrundsinformation i diskussionerna om andra relevanta rehabiliteringsinsatser. För den sekundära målgruppen, utredningsklienterna vid Rehabresurs samArbete, har bedömningsstödsystemet använts för de klienter som varit i utredning under mars – augusti 2013, och enbart i de fall där detta inte försvårat eller stört övrigt utredningsarbete. Återkoppling avseende skattningar och bedömningar har för dessa klienter skötts inom ramarna för ordinarie verksamhets avstämnings- och teammöten.

Under de första två månaderna, september och oktober 2012, utgick projektledaren från den plan som beslutats om i projektavtalet, nämligen att enbart träffa och bedöma de individer som aktualiserats i Resursteamet och sedan av teamet *explicit bedömts som lämpliga* för ytterligare psykologisk bedömning. I och med att många individer inte bedömdes som primärt lidande av psykisk ohälsa resulterade detta i mycket få bedömningar inom projektets ramar. Efter samtal med rehabsamordnaren om svårigheterna att få tillräckligt flöde av individer i projektet beslutades det att ändra tillvägagångssättet till att samtliga individer som aktualiserades i Resursteamet skulle erbjudas bedömning inom projektets ramar, såvida det inte i enskilda fall bedömdes som *direkt olämpligt* med bedömning av psykolog. Resursteamets funktion i förhållande till projektet förändrades således från att initialt ”godkänna” varje enskild individ för bedömning, till att sedan snarare ”underkänna” de fall där bedömning inte bedömdes som önskvärt/motiverat. Exempel på fall där det bedömts som olämpligt med ytterligare bedömning har varit ärenden där individen/patienten redan har pågående behandlingskontakt med kurator/psykolog. En annan justering av den initiala projektplanen som genomförts avser översättningen av bedömningsstödsystemet till arabiska. Översättningsarbetet planerades initialt vara klart i januari 2013 men försenades något, och blev istället klart i slutet av februari, varpå den arabiska versionen av bedömningsstödsystemet kunde börja testas. Översättningen genomfördes av PTP-psykolog Kocher Koshnaw, som är både arabisk- och svensktalande och som dessutom är utbildad psykolog och därigenom bedöms ha god förståelse för de ingående begreppens innebörd. Vidare granskades översättningen efter färdigställande av en språkgranskare med vana av att arbeta med arabiska översättningar.

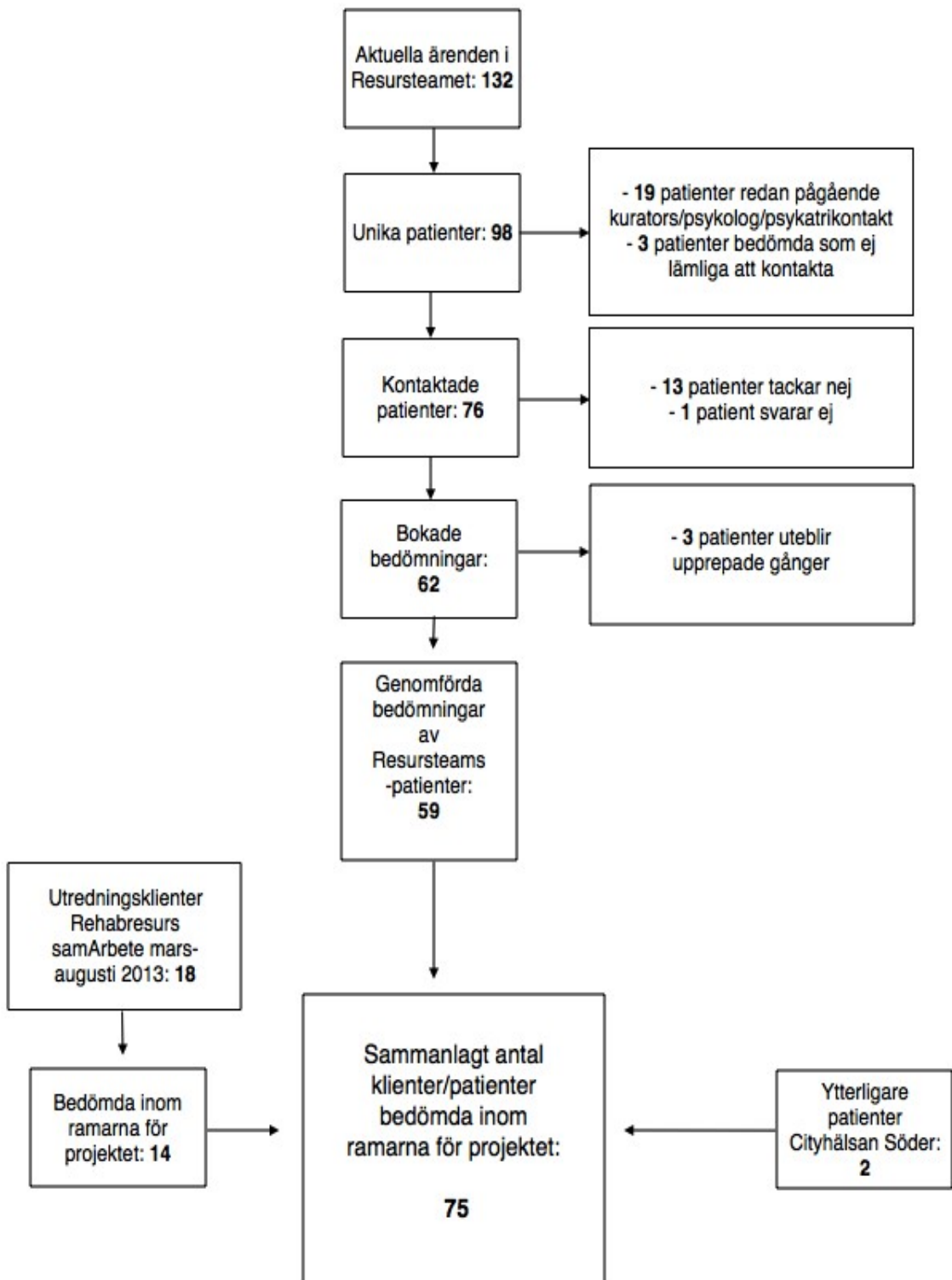
## **Patient/klientgrupp**

Projektledaren har inom ramarna för projektet arbetat med individer inom båda målgrupperna, patienter vid Cityhälsan Söder som varit aktuella i vårdcentralens Resursteam samt utredningsklienter vid Rehabresurs samArbete. Under projektåret har 132 ärenden varit aktuella vid vårdcentralens Resursteam. Av dessa ärenden har vissa gällt uppföljning av tidigare aktualiserade individer, så antalet unika individer som under projektåret varit aktuella i Resursteamet är 98. Av dessa individer var det 19 som redan hade någon form av pågående kontakt för vård av sin psykiska hälsa vid vårdcentralen eller annan vårdenhet (exempelvis psykiatrin), och dessa kontaktades därför inte. Vidare var det ytterligare 3 patienter som av Resursteamet bedömdes som ej lämpliga att kontakta för bedömning. De kvarstående 76 individerna kontaktades per telefon för att erbjuda möjlighet att komma till vårdcentralen för bedömningsamtal. Av dessa var det 13 som tackade nej eftersom de inte upplevde några besvär avseende den psykiska hälsan och därför inte såg något behov, samt ytterligare en person som projektledaren inte lyckades komma i kontakt med. Övriga

bokades för bedömningsamtal och projektledaren genomförde bedömningsamtal med samtliga dessa förutom tre individer som vid upprepade tillfällen uteblev från sina inbokade tider. Vidare bedömdes utöver dessa 59 Resursteamspatienter ytterligare två vårdcentralspatienter efter förfrågan från personal vid vårdcentralen. Således träffade projektledaren sammanlagt 61 patienter vid vårdcentralen för genomförande av bedömningar av den psykiska hälsan.

Vid Rehabresurs samArbete var 18 klienter aktuella för utredning under perioden mars – augusti 2013. Samtliga dessa klienter utreddes inom ramarna för den ordinarie verksamheten, vilket innebär träffar med bland annat psykolog, arbetsterapeut och sjukgymnast, samt arbetsprövning. För att inte störa den reguljära verksamheten vid enheten beslutades att de vanliga självskattningarna i pappersformat, som ingår i ordinarie verksamhets arbetssätt, fortsatte att administreras, emedan bedömningsstödsystemet enbart användes som ett komplement för de klienter med god datorvana samt dator och internetuppkoppling i hemmet. Av detta följde att 14 av de 18 klienterna bedömdes utifrån både de ordinarie självskattningarna samt utifrån den information som bedömningsstödsystemet genererade. Av dessa 14 klienter bedömdes 8 individer av projektledaren och 6 individer av den andra verksamma psykologen vid enheten.

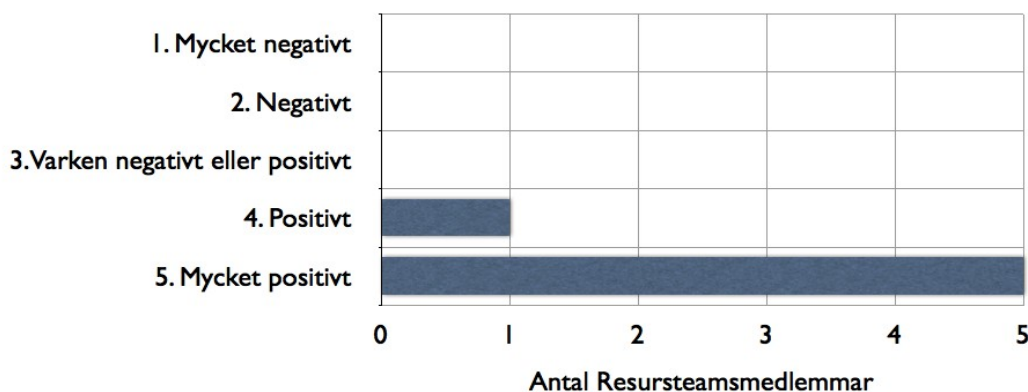
Sammanlagt, med samtliga klienter/patienter från både Cityhälsan Söder och Rehabresurs samArbete inräknade, har således 75 individer bedömts inom ramarna för detta projekt. Den övergripande fördelningen av klienter/patienter visas i flödesschemat på sida 6. Könstilldelningen bland dessa bedömda individer har varit relativt jämn, 40 kvinnor och 35 män (Cityhälsan Söder: 30 kvinnor, 31 män; Rehabresurs samArbete: 10 kvinnor, 4 män). De bedömda klienternas/patienternas ålder varierade mellan 20 och 63 år, med en medelålder på 43 år. Samtliga bedömda var boende inom Norrköpings kommun förutom två, som tillhörde Söderköpings kommun. Vidare var 42 av de 75 bedömda individerna utrikesfödda (Cityhälsan Söder: 40; Rehabresurs samArbete: 2), med Irak, Bosnien och Syrien som de vanligast förekommande ursprungsländerna. Primär problematik klassades för de bedömda som någon av de övergripande kategorierna Fysisk ohälsa (32), Psykisk ohälsa (36), Social problematik (2), Övrigt (5). Arbetsförhållanden klassades för de bedömda som någon av kategorierna Arbetssökande (55), Anställd (14), Egenföretagare (2), Studerande (3) eller Övrigt (1).



## Samarbetet med Resursteamet

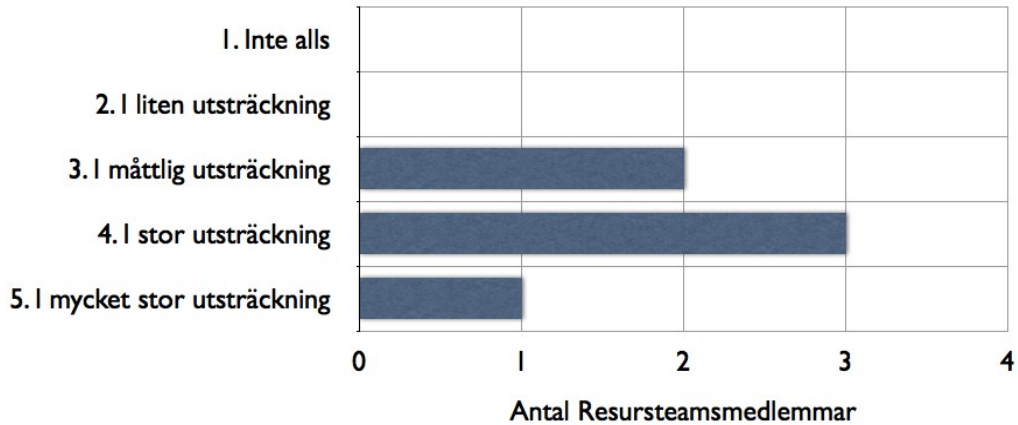
En omfattande del av arbetet i Resursteamet har innefattat samarbete inom verksamheten med personal från vårdcentralen, rehabiliteringen och de olika myndigheterna (AF, FK, Eb), och detta samarbete har av projektledaren upplevts fungera mycket bra. Samtliga myndigheter har vid tillfällen efterfrågat den psykologiska bedömningen, vilket troligtvis indikerar att myndigheterna sett ett värde i dessa bedömningar. I den initiala projektplanen beskrevs hur en viktig del i utvärderingen av projektet var att få information om Resursteamsmedlemmarnas upplevelse av bedömningarnas mervärde samt deras upplevelse av hur samarbetet med projektledaren fungerat. För att utvärdera dessa saker ombads samtliga Resursteamsmedlemmar svara på ett antal enkätfrågor, och resultatet av denna utvärdering presenteras nedan. Utvärderingen var frivillig och besvarades av sex av de sju personer som utöver projektledaren under projektåret ingått i Resursteamet. Generellt kan sägas att psykologbedömningarna och närvaron av psykolog i Resursteamet utvärderats mycket positivt av övriga Resursteamsmedlemmar. Majoriteten av frågorna besvarades utifrån en femgradig skala, där det sammanlagda medelvärdet på varje fråga således kunde få ett värde mellan 1 och 5. Utöver de frågor som redovisas i tabellformat nedan ställdes även ett antal frågor som Resursteamsmedlemmarna hade möjlighet att besvara i fritext. Dessa avhandlade vilka av psykologens funktioner i teamet som medlemmarna upplevt som viktigast/mest användbara, vad psykologen hade kunnat förbättra avseende sitt arbete, vilka funktioner medlemmarna *hade önskat* att psykologen fyllt under det gångna året, samt möjlighet till övrig typ av feedback. Samtliga enkätfrågor som ställts till Resursteamet återfinns i rapportens Appendix, där även samtliga fritextsvar på frågorna 8-12 finns redovisade.

### I. Hur tycker du generellt att det varit att ha med en psykolog i Resursteamet under det gångna året?



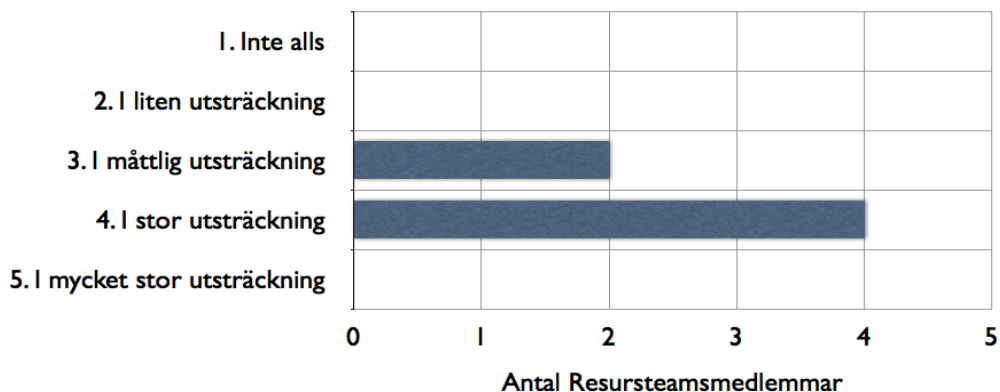
**Medelvärde: 4,8**

## 2. Har psykologens bedömningar påverkat den vidare planeringen och samordningen av klienters/patienters rehabiliteringsinsatser?



Medelvärde: 3,8

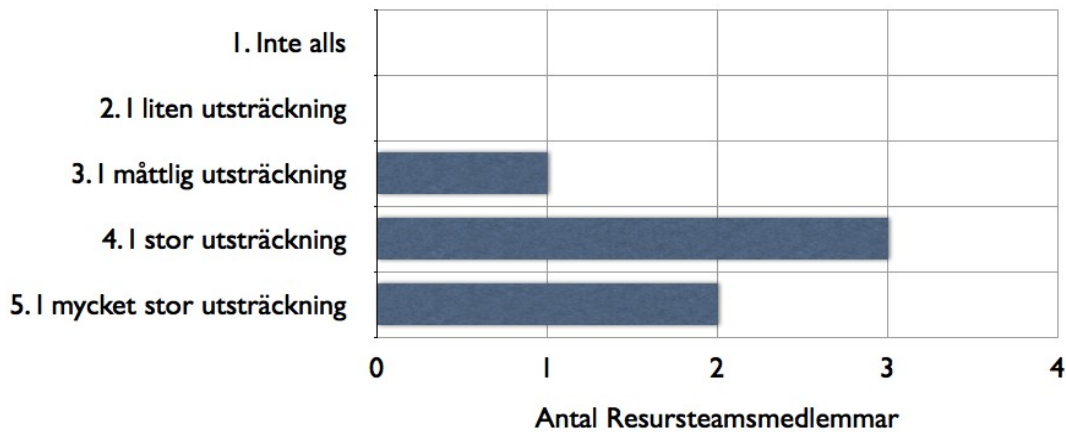
## 3. I hur stor utsträckning anser du att psykologens bedömningar bidragit positivt till Resursteamets arbete gällande de patienter/klienter som primärt aktualiserats i Resursteamet pga **somatisk** ohälsa?



Medelvärde: 3,7

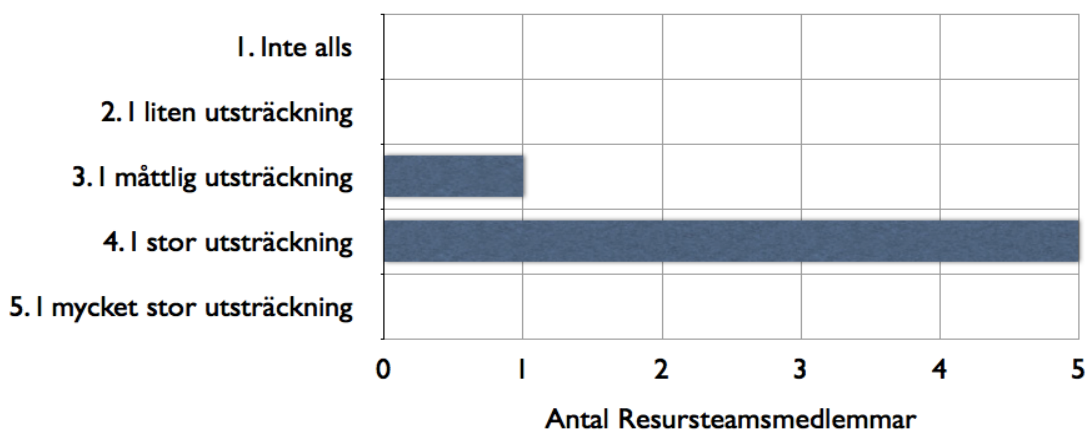


4. I hur stor utsträckning anser du att psykologens bedömningar bidragit positivt till Resursteamets arbete gällande de patienter/klienter som primärt aktualiserats i Resursteamet pga **psykisk** ohälsa?



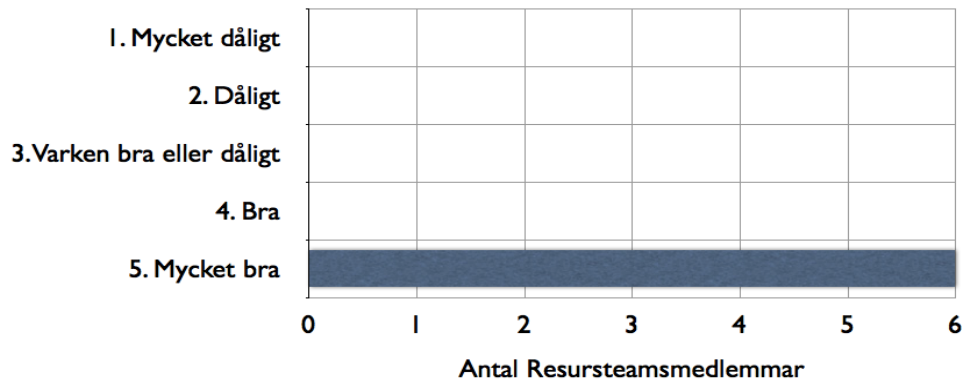
Medelvärde: 4,2

5. I hur stor utsträckning anser du att psykologen bidragit på annat sätt i Resursteamet, exempelvis genom sakkunskaper, kunskap om vårdgivare/vårdutbud i regionen, kontakter avseende rehabilitering/vård för psykisk ohälsa och dylikt?



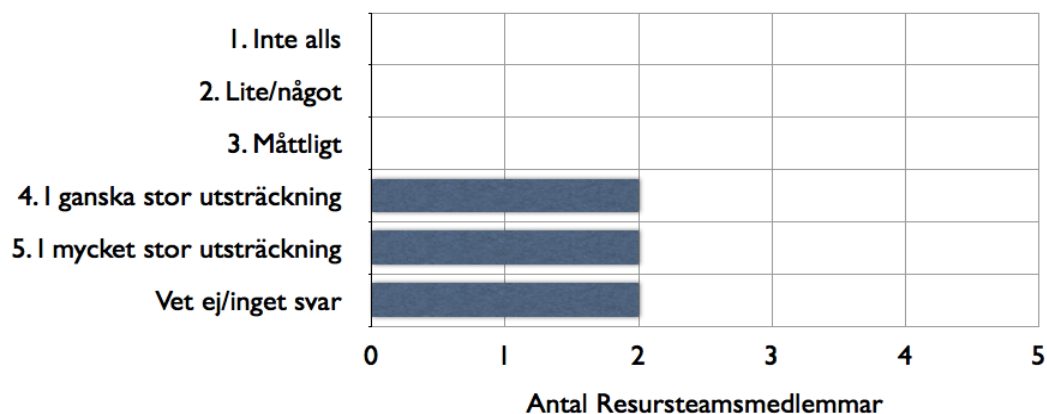
Medelvärde: 3,8

## 6. Hur tycker du att återkopplingen från psykologen fungerat efter genomförda bedömningar?



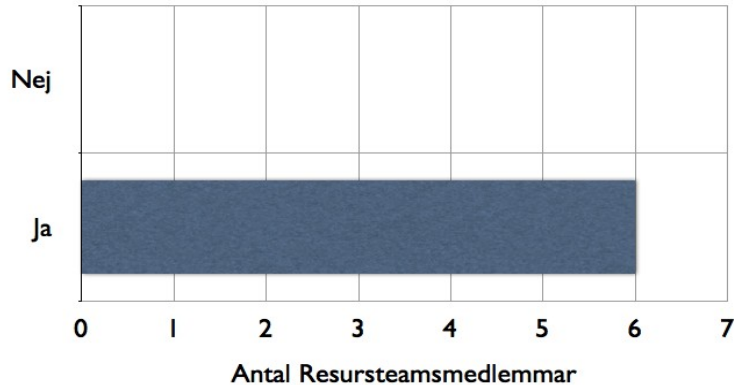
Medelvärde: 5,0

7. I de fall då det varit möjligt har psykologen använt sig av ett bedömningsstödsystem i självskattningsformat som hjälp i sina bedömningar. Vid de tillfällen då psykologen refererat till detta stödsystem, har du upplevt denna information hjälpsam/givande?



Medelvärde: 4,5

## Skulle du önska att det även i fortsättningen fanns psykolog kopplad till resursteamet?



### Resultat

I den initiala planen för projektet uppskattades att en majoritet av de som aktualiseras i Resursteamet skulle kunna ta del av psykologbedömning. Då projektledaren träffat och bedömt 59 av de 98 aktualiserade Resursteamspatienter samt vidare bedömt utredningsklienter vid Rehabresurs samArbete, bedöms resultaten falla inom ramarna för planerad målsättning. Utifrån de bedömningssamtal som genomförts har ett antal resultat framkommit, vilka tillsammans med de vidtagna åtgärderna kommer presenteras nedan inom tre områden: 1) Den övergripande frekvensen/omfattningen av psykisk ohälsa i bedömningsgruppen, 2) Frekvens/omfattning avseende specifikt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt 3) Omfattningen samt orsaker till bedömt icke-patologisk oro/förvirring hos individerna i bedömningsgruppen.

Av de 75 individerna i bedömningsgruppen är det 36 som bedömts ha psykisk ohälsa som primär problematik. De vanligast förekommande formerna av psykisk ohälsa sett till hela gruppen har varit nedstämdhet/depressionsbesvär samt svårigheter att hantera oro/ångest. Den vanligaste åtgärd som vid upptäckt psykisk ohälsa vidtagits efter genomförda bedömningssamtal har varit att projektledaren kontaktat kuratorn eller någon av psykologerna vid vårdcentralen för att förmedla patientens besvär och behov av behandling, varpå kuratorn/psykologen sedan kallat patienten för att påbörja behandling. I en majoritet av fallen har patienten accepterat och följt projektledarens rekommendation om behandling, men då samtliga insatser varit frivilliga har det även hänt att patienter tackat nej till rekommenderade insatser, och exempelvis istället önskat medicinering eller kontakt med sin läkare. I ett antal fall har de upptäckta besvären bedömts som så omfattande att de inte tillhört vårdcentralens uppdrag, utan bedömts vara i behov av behandling inom exempelvis specialistpsykiatri. Då detta inträffat har projektledaren, eller i vissa fall patientens läkare, skickat remiss till lämplig vårdenhet med förfrågan om behandling. Sammanlagt har 9 remisser skickats till de olika enheterna Öppenpsykiatriska kliniken (1), Beroendekliniken (1), Psykiatriska akutenheten (1) samt Flyktingmedicinskt Centrum (6).

Till Flyktingmedicinskt Centrum (FMC) har patienter remitterats då det framkommit indikationer

på pågående posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). PTSD är ett tillstånd som kan uppstå efter att en individ varit med om en mycket påfrestande, traumatisk och skrämmande händelse (APA, 2000). Vid PTSD återupplevs den traumatiska händelsen om och om igen (i form av exempelvis flashbacks, mardrömmar eller mycket tydliga minnesbilder), och individen besväras av överspändhet/hyperarousal samt undviker stimuli som påminner om traumat. För att PTSD ska diagnostiseras skall besvären leda till ett kliniskt signifikant lidande i patientens vardag eller försämrad funktion inom något viktigt område. PTSD är ett relativt ovanligt ångesttillstånd vars prevalens i Sverige inte kartlagts i så stor utsträckning men som uppskattas till cirka 5-6 procent (Michel, Bergh Johannesson, Ahmad & Lundin, 2006). I krigsdrabbade länder har PTSD-prevalensen ofta visats vara betydligt högre, och det finns studier som visar på prevalenssiffror som uppgår till 15-37% i krigshärjade regioner (de Jong et al., 2001). I bedömningsgruppen var det 6 patienter som remitterades vidare efter att de bedömts uppfylla PTSD-kriterierna, med önskemål om bedömning och traumabehandling vid FMC. Utöver dessa remitterade patienter bedömdes ytterligare 5 patienter i bedömningsgruppen uppfylla kriterierna för PTSD. Anledningarna till att dessa patienter inte remitterades vidare var att patienterna inte ville ha/orkade genomgå behandling för sina besvär eller att de redan hade en pågående kontakt vid FMC. Baserat på samtliga patienter som bedömts vid Cityhälsan Söder (61 patienter) utgjorde alltså de 11 individerna med bedömd PTSD cirka 18%. Samtliga individer som bedömdes uppvisa PTSD-besvär tillhörde gruppen utrikesfödda, vilket i sig inte är förvånande med tanke på besvärens art och etiologi. Dock är det värt att notera att PTSD-prevalensen beräknat enbart för subgruppen utrikesfödda uppgick till 27-31% (varierande beroende på ifall utrikesfödda från andra skandinaviska länder räknas med eller ej). Detta visar på en kraftigt förhöjd prevalens jämfört med uppskattningar av PTSD i Sverige, närmare den frekvens/omfattning av besvären som observerats i krigshärjade områden (de Jong et al., 2001; Michel et al., 2006). Även avseende de utrikesfödda klienter som under den aktuella perioden genomgick utredning vid Rehabresurs samArbete var prevalensen kraftigt förhöjd, med PTSD-indikationer hos fler än hälften av de utrikesfödda klienterna. Vidare uppgav en majoritet av samtliga klienter/patienter som bedömdes uppfylla PTSD-kriterierna att de aldrig tidigare blivit bedömda för dessa besvär eller erbjudits vård/behandling för dem. På grund av den höga prevalensen och överrepresentationen av just PTSD-bedömningar bokade projektledaren i juni 2013 ett möte med FMC, för att diskutera de bedömningar som gjorts och stämna av ifall även FMC:s personal gjort samma diagnostiska bedömning. Vid tiden för mötet hade FMC:s personal hunnit träffat och bedöma tre av de remitterade patienterna, och samtliga dessa bedömdes även av FMC uppvisa PTSD-besvär. Således kan de bedömningar som projektledaren gjort vid vårdcentralen antas ha relativt god validitet och visa på höga nivåer av posttraumatisk stress i målgruppen.

Utifrån resultaten som beskrivits ovan framgår att det i bedömningsgruppen framkommit vissa nedstämdhets/depressionsbesvär och svårigheter att hantera oro/ångest, samt en hög PTSD-prevalens bland de utrikesfödda klienterna/patienterna. Dock är det sammantaget färre än hälften av de klienter/patienter som ingått i bedömningsgruppen som bedömts ha psykisk ohälsa som primär problematik och majoriteten av de som bedömts inom ramarna för projektet har inte upplevt hindrande psykisk ohälsa som motiverat ytterligare behandlingsinsatser. Däremot har det framkommit att det finns en betydlig mer utbredd – men bedömt icke-patologisk – oro och förvirring bland individerna i bedömningsgruppen. Denna oro och förvirring är relaterad till sjukskrivning, ersättning och den egna rehabiliteringsprocessen. Vad som framkommit i samtalen med många Resursteamspatienter är att individerna i stor utsträckning är förvirrade och oklara över vad som händer med deras rehabilitering och vad som planeras för dem. Denna oro är inte specifikt kopplad till Resursteamets arbete, utan mer generellt relaterad till vårdens och myndigheternas olika rehabiliteringsinsatser, där insatserna och processen ofta upplevs som obegriplig och svår att förstå, och många individer uttrycker att de upplever maktlöshet och förvirring över vart de ska vända sig och hur de ska ta sig vidare. Den oro som beskrivs bedöms alltså av projektledaren inte som någon

sjuklig oro som bör hanteras genom behandlingsinsatser, utan snarare en reaktion som bedöms som naturlig utifrån den situation klienterna/patienterna befinner sig i och utifrån den frånvaro av överblick som många av patienterna upplever gällande den egna rehabiliteringsprocessen. Detta gäller alltså för patienter tillhörande en vårdcentral som redan har ett välfungerande Resursteam, med engagerade myndighetsrepresentanter och en rehabsamordnare som lägger ner en omfattande arbetsinsats för att inför teamträffarna i möjligaste mån informera/orientera patienterna i vad det är som kommer ske, samt att efter träffarna ge återkoppling avseende vad som beslutats och planerats. Således kan det antas att oron/förvirringen för patienter tillhörande andra, mindre välorganiserade vårdcentraler som exempelvis helt saknar resursteam, sannolikt är än mer omfattande.

### **Bedömningsstödsystemets funktionalitet inom ramarna för projektet**

Redan under projektets första månader visade det sig att det inom målgruppen av ett antal anledningar fanns stora svårigheter att använda det planerade bedömningsstödsystemet. I den initiala projektplanen beskrevs hur en majoritet av de individer som skulle bedömas planerades kunna nyttja det datoriserade bedömningsstödsystemet som en del i bedömningen. Detta visade sig dock vara behäftat med hinder i betydligt större omfattning än planerat, då en stor del av målgruppen saknade dator/internetuppkoppling i hemmet, alternativt hade så begränsad datorvana att ifyllandet inte kunde ske som planerat. Av de sammanlagt 61 patienterna från Cityhälsan Söder var det enbart 34 individer (ca 55%) som kunde använda sig av det datoriserade bedömningsstödsystemet. Vidare framkom även för vissa av de individer som kunde använda bedömningsstödsystemet ytterligare svårigheter avseende tolkning och användning av den insamlade informationen på grund av missförstånd/svårigheter att förstå de frågor som ställts, inkonsekvent ifyllande vid upprepade skattningar, och/eller felaktigt ifyllda skattningar utifrån en specifik problematik som instrumentet inte avsett mäta (exempelvis smärta). Dessa svårigheter resulterade sammantaget i att en omfattande del av bedömningarna fick genomföras helt utan bedömningsstödsystemets hjälp och att mervärdet av bedömningsstödsystemet var begränsat även avseende många av de individer som faktiskt fyllt i skattningarna.

Dessa hinder försvårades ytterligare när det kom till användandet av bedömningsstödsystemet i sin översatta version. Generellt observerades ett mönster av mindre variation avseende ifyllandet/skattandet i denna version jämfört med den svenska versionen, det vill säga att skattningarna för en specifik individ tenderade att genomgående hamna mycket högt eller mycket lågt, utan någon större spridning/variation inom och mellan de olika ingående diagnosspecifika skattningsskalorna. Vidare framkom svårigheter att förstå vissa specifika begrepp/termer i den översatta versionen av bedömningsstödsystemet (exempelvis frågor gällande bipolär sjukdom). Sammantaget ledde dessa faktorer till svårigheter att bedöma de ifyllda skattningarnas reliabilitet vilket även påverkade tolkningsmöjligheterna, och projektledaren fick därför huvudsakligen genomföra mer traditionellt bedömningsarbete med dessa patienter/klienter. Det finns flera olika faktorer som skulle kunna bidra till att förklara dessa skillnader i skattningmönster och variation, även om det utifrån den data som samlats in enbart är spekulationer. En möjlighet är att själva översättningen av de ingående instrumenten varit bristfällig, vilket skulle kunnat leda till missförstånd och förklara det underliga svarsmönstret. Dock har översättningen som beskrivits gjorts av en person som bedöms ha både goda språkliga och ämnesspecifika psykologiskunskaper, och översättningen har vidare granskats av en språkgranskare med vana av att arbeta med arabiska översättningar. En annan möjlig förklaring till skillnaderna är att det skulle kunna röra sig om språkliga/kulturella skillnader avseende särskiljning mellan för ämnet relevanta termer/begrepp såsom exempelvis oro/ångest/stress, eller svårigheter att förstå specifika begrepp såsom exempelvis "bipolär sjukdom". Ytterligare en möjlig förklaring är att variationen snarare har med formatet att göra, det vill säga bero på kulturella skillnader avseende vana när det gäller beskrivande av symptom utifrån gradvisa skattningar på ordinal/intervallskalenivå. Samtliga dessa

förklaringsförslag är som sagt enbart spekulationer, och utifrån den data som framkommit i detta projekt är det omöjligt att uttala sig om vilken/vilka faktorer som orsakat det uppkomna skattningsmönstret. Dock kan det nämnas att projektledaren vid det tidigare beskrivna mötet diskuterade ämnet med personal från Flyktingmedicinskt Centrum, som har omfattande erfarenhet av arbete med individer i målgruppen, och som uttryckte att de kände igen observationerna som gjorts avseende svårigheterna att använda självskattningar för insamling av information, samt tendensen till annorlunda variation i svarsmönster.

Bedömningsstödsystemet användes som sagt även för lämpliga utredningsklienter vid Rehabresurs samArbete. Andelen klienter som kunde ta del av bedömningsstödsystemet var högre i denna grupp än målgruppen vid Cityhälsan Söder, 14 av de 18 aktuella klienterna, vilket utgör cirka 78% av hela gruppen. Bedömningarna av dessa klienter genomfördes av projektledaren samt av en annan psykolog som arbetade inom verksamheten, vilket även gav möjlighet till att få information om denna psykologs upplevelse av bedömningsstödsystemets värde. Det som denna psykolog och projektledaren gemensamt upplevde som positivt med användandet av bedömningsstödsystemet var primärt att det gav ett bredare underlag för bedömningen och ytterligare en informationskälla, med indikationer om möjliga områden att fråga vidare inom. Bedömningsstödsystemet upplevdes även till viss del ge en ökad trygghet för bedömarna, då informationen som framkom ibland kunde stärka övrig insamlad information. Användandet av bedömningsstödsystemet var dock inte heller vid Rehabresurs samArbete oproblematiskt, utan ett antal hinder framkom i arbetet med systemet i förhållande till den ordinarie verksamheten. Ett av de största problemen var att informationen från bedömningsstödsystemet och de självskattningar klienterna även fyllde i i pappersformat till stor del skilde sig åt, trots att informationen inhämtats med hjälp av samma instrument och relativt nära inpå varandra i tid. Detta resulterade i svårigheter att avgöra hur självskattningsdatan borde användas och vilken av källorna som borde betraktas som mest reliabel, vilket i förlängningen resulterade i att användandet av bedömningsstödsystemet tog *mer* tid i anspråk, snarare än att tidseffektivisera arbetet som önskat. Den psykolog som utöver projektledaren genomförde bedömningarna uttryckte även att hon hade önskat mer tid till information/utbildning kring de i bedömningsstödsystemet ingående instrumenten. Slutligen visade den insamlade datan från bedömningarna som gjorts med hjälp av bedömningsstödsystemet att informationen från systemet enbart i mycket begränsad utsträckning hade någon inverkan på de avslutande utredningsrekommendationerna. Detta troligtvis på grund av att all övrig data som framkommer i de flera veckor långa utredningarna med ingående arbetsprövning redan visar relativt tydligt på vilka behov av vårdinsatser/behandling som klienterna har.

### Slutsatser och rekommendationer

Metodutvecklingsprojektet ”Beslutsstöd för bedömning av psykisk ohälsa” har genomförts som planerat och genererat information inom flera olika områden. Resultatmål för projektet inför starten var att samtliga patienter/deltagare som aktualiseras i projektet skulle få en bedömning av sin psykiska hälsa och vid behov få möjlighet till behandlingsinsatser, och detta mål bedöms vara uppnått. Sammantaget är det 61 patienter tillhörande Cityhälsan Söder samt 14 klienter i utredning vid Rehabresurs samArbete som bedömts inom ramarna för projektet. Bedömningsstödsystemet har översatts till arabiska som planerat och sedan utprövats under våren 2013. Det genomförda projektet hade som beskrevs i inledningen av denna rapport tre mer specifika delmål; Att ge möjlighet till 1) Fördjupade (mer omfattande och strukturerade) bedömningar av den psykiska hälsan, 2) Tidseffektivisering och mer effektivt nyttjande av befintliga resurser, samt 3) Språkanpassning och möjligheter till bedömning på annat språk än svenska (arabiska). Det första av dessa delmål bedöms till stor del uppfyllt inom den primära målgruppen vårdcentralspatienterna vid Cityhälsan Söder. Många av de patienter som bedömts har aldrig tidigare fått sin psykiska hälsa bedömd, och utifrån bedömningarna har relevanta vård- och rehabiliteringsinsatser kunnat initieras.



Mest talande för detta är upptäckten av den kraftigt förhöjda PTSD-prevalensen i gruppen utrikesfödda, där bedömningarna i många fall resulterat i remittering vidare för vård av dessa allvarligt hindrande besvär. Däremot är upptäckten av denna psykiska ohälsa, i motsats till vad som förväntades inför uppstart av projektet, i stor utsträckning *inte* ett resultat av användandet av bedömningsstödsystemet, utan snarare en följd av traditionella psykologbedömningar. Bedömningsstödsystemet måste tyvärr sägas ha fungerat väl enbart för en minoritet av bedömningspatienterna, på grund av hinder i form av bristande tillgång till dator/internetuppkoppling/datorvana samt svårigheter att använda systemet/förstå formatet. Sammantaget bedöms systemet som dåligt matchat/anpassat till den aktuella målgruppens behov och förutsättningar. Vad gäller utredningsklienterna vid Rehabresurs samArbete bedöms användandet av bedömningsstödsystemet till viss del ha medverkat till att bredda bedömningsunderlaget och givit något ökad grad av struktur, men i slutändan har denna breddning i ytterst liten utsträckning bidragit till att påverka de avslutande utredningsrekommendationerna i förhållande till den data som övrigt utredningsarbete genererat. Vidare har användandet av bedömningsstödsystemet i denna verksamhet tvärt emot delmål två snarare inneburit att bedömningsarbetet tagit mer tid i anspråk, utan att alltså påverka rekommendationerna nämnvärt. Slutligen har de omfattande svårigheter som uppstått vid användande av den arabiska versionen av bedömningsstödsystemet lett till att projektledaren i stor utsträckning ej kunnat använda detta som underlag i bedömningsamtalen med ej svensktalande klienter/patienter. Projektledaren har med hjälp av tolk genomfört bedömningsamtalen med de utrikesfödda klienterna/patienterna, men bedömningsstödsystemet har tyvärr inte underlättat i syftet att möjliggöra anpassade bedömningar för dessa patienter.

Utifrån de sammanfattade resultaten bedöms det finnas ett fortsatt behov av strukturerade psykologbedömningar inom målgruppen, då en omfattande del av klienterna/patienterna bedömts ha psykisk ohälsa som primär problematik. Som framgår i utvärderingen från Resursteamet är detta även en resurs som efterfrågas och som teammedlemmarna ser ett behov av. Resultaten har visat på att långt ifrån samtliga bedömningar resulterat i rekommendationer om ytterligare insatser för vård av den psykiska hälsan, således är dessa bedömningar troligtvis inte nödvändiga för alla patienter som aktualiseras i Resursteam. Däremot bedöms det, särskilt utifrån fynden avseende den kraftigt förhöjda PTSD-prevalensen i gruppen utrikesfödda, finnas ett tydligt behov av möjlighet till fördjupade bedömningar och vidareremittering för de klienter/patienter där indikationer på allvarlig psykisk ohälsa framkommer.

I projektbeskrivningen beskrevs hur bedömningsstödsystemet vid goda resultat i detta projekt längre fram skulle kunna implementeras och fungera som beslutsstöd även i andra verksamheter. Utifrån de resultat som framkommit under detta projektår bedöms det ej finnas stöd för detta. Bedömningsstödsystemet har kort sagt ej uppfyllt de mål som sattes upp inför projektets start, och det bedöms ej finnas underlag för någon vidare implementering av systemet inom reguljär verksamhet. Istället rekommenderas att fortsatta bedömningsinsatser inom målgruppen genomförs utifrån bedömningsamtal med psykolog, med bred screening utifrån korta formulär inom områdena nedstämdhet/depression, oro/ångest samt sömnbesvär. Utifrån dessa breda områden är det sedan lättare att gå vidare med uppföljande frågor utifrån funktionell beteendeanalys med målsättningen att kartlägga inte enbart topografien avseende patienternas besvär, utan i större utsträckning även utlösande faktorer, kontextuella variabler som påverkar besvären, patienternas tolkningar och attribuering av det han/hon upplever samt olika typer av hanteringsstrategier. Projektledaren kan se ett tydligt behov av denna kompetens inom Samordningsförbundets kommande ”Plattform”, då det även framöver sannolikt kommer finnas många klienter som skulle kunna dra nytta av bedömningar avseende behov av vård för psykisk ohälsa. Utifrån PTSD-fynden i detta projekt rekommenderas vidare att specifika trauma- och PTSD-screenande frågor ställs i större utsträckning, med fokus på

återupplevande, undvikande samt förhöjd arousalnivå. Då de redovisade förhöjda nivåerna av PTSD framkommit inom gruppen utrikesfödda är det möjligt att mer omfattande screening borde genomföras just inom denna grupp. Det är möjligt att detta skulle kunna göras vid någon form av hälsokontroll eller då dessa individer på annat sätt kommer i kontakt med vården. De exakta formerna för detta, det vill säga när, var, hur och av vem denna screening i så fall bör genomföras är frågor som bör diskuteras tillsammans med personal från Flyktingmedicinskt Centrum. Då de arbetar med både målgruppen och problematiken dagligen har de expertkunskap på området, och således bör de konsulteras inför utformande av eventuella framtida insatser.

Avseende det tredje resultatet som presenterades, den omfattande oron och förvirringen bland individerna i målgruppen, bedöms detta som sagt ej som patologisk utan snarare förståelig oro utifrån individernas tillvaro/livssituation och frånvaron av överblick när det gäller den egna rehabiliteringsprocessen. Problemen som beskrivits avseende oro och förvirring bedöms inte vara begränsade till samverkansformerna för just Resursteamerna på vårdcentralerna, utan bedöms snarare vara ett tecken på ett mer övergripande systemfel och ett antagande om att god samordning för klienter bör/kan ske utan att dessa klienter ens är närvarande. Med detta som utgångspunkt leder samordningsformerna till en god samordning för de organisationer som arbetar med klienterna, men det är för projektledaren inte förvånande att rehabiliteringsprocessen blir fortsatt obegriplig för många av klienterna själva. Det är oklart ifall ökad samverkan tillsammans med klienterna/patienterna bör höra till just Resursteamets uppgifter, eventuellt skulle denna typ av ökade ”klientinvolverade” samverkan kunna vara något som snarare bör ligga inom ramarna för exempelvis Samordningsförbundets verksamhet. Oavsett var och hur detta sker bedöms det finnas ett behov av ökad samverkan mellan myndigheter och sjukvård *tillsammans med klienterna*, i syfte att minska förvirringen och öka klienternas delaktighet i sin egen rehabilitering.



## Referenser

American Psychiatric Association. (2000). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Stockholm: Pilgrim Press.

de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association, Vol. 286*, 555-562.

Michel, P-O., Bergh Johannesson, K., Ahmad, A., & Lundin, T. (2006). Posttraumatiskt stressyndrom alltmer i fokus. *Läkartidningen, Vol. 44*, 3369-3372.

## Appendix

Utvärderingsfrågor som ställts till Resursteamet vid Cityhälsan Söder:

---

**1. Hur tycker du generellt att det varit att ha med en psykolog i resursteamet under det gångna året? Mycket negativt (1) – Mycket positivt (5) Medelvärde: 4,8**

**2. Har psykologens bedömningar påverkat den vidare planeringen och samordningen av klienters/patienters rehabiliteringsinsatser? Inte alls (1) – I mycket stor utsträckning (5) Medelvärde: 3,8**

**3. I hur stor utsträckning anser du att psykologens bedömningar bidragit positivt till Resursteamsarbetet gällande de patienter/klienter som primärt aktualiserats i Resursteamet pga SOMATISK ohälsa? Inte alls (1) – I mycket stor utsträckning (5) Medelvärde: 3,7**

**4. I hur stor utsträckning anser du att psykologens bedömningar bidragit positivt till Resursteamsarbetet gällande de patienter/klienter som primärt aktualiserats i Resursteamet pga PSYKISK ohälsa? Inte alls (1) – I mycket stor utsträckning (5) Medelvärde: 4,2**

**5. I hur stor utsträckning anser du att psykologen bidragit på annat sätt i Resursteamet, exempelvis genom sakkunskaper, kunskap om vårdgivare/vårdutbud i regionen, kontakter avseende rehabilitering/vård för psykisk ohälsa och dylikt? Inte alls (1) – I mycket stor utsträckning (5) Medelvärde: 3,8**

**6. Hur tycker du att återkopplingen från psykologen fungerat efter genomförda bedömningar? Mycket dåligt (1) – Mycket bra (5) Medelvärde: 5,0**

**7. I de fall då det varit möjligt har psykologen använt sig av ett bedömningsstödsystem i självskattningsformat som hjälp i sina bedömningar. Vid de tillfällen då psykologen refererat till detta stödsystem, har du upplevt denna information hjälpsam/givande? Inte alls (1), Lite/något (2), Måttligt (3), I ganska stor utsträckning (4), I stor utsträckning (5), Vet ej. Medelvärde: 4,5**

**8. Vilka tycker du är de viktigaste funktionerna psykologen och psykologens bedömningar fyllt i resursteamet under det gångna året? (Fritext)**

- “Generellt bara att påvisa att det kan föreligga psykisk ohälsa vid somatiska symtom, viktigt med många yrkesgrupper i ett team”
- “I samtalen med psykologer har framkommit mer än vad som framkommer på läkarintyget som kan ha betydelse för de fortsatta handläggningen.”
- “Det ger en mer samlad bild av individen (ärendet). Ger rakare och snabbare åtgärder vilket kan förkorta handläggningstiden och även sjukskrivningstiden för individen. Kan ju förstås öka rehabiliteringstiden om fortsatta insatser för den psykiska ohälsan ska inledas men man har ändå kommit fram till den åtgärden bra mycket snabbare”
- “Att patienten har fått träffa en psykolog som har för bedömningen innan personen har remitterats vidare”
- “Att det i de fall då någon bedömning av psykisk status inte gjorts, har det gjorts snabbt

och omfattande.”

**9. Vad hade psykologen kunnat förbättra avseende sitt arbete, i form av bedömningar, samordning och övrigt? (Fritext)**

- ”Fortsatt att träffa patienterna för samtal”

**10. Skulle du önska att det även i fortsättningen fanns psykolog kopplad till resursteamet? Ja/Nej/Inget svar (Ja:6/Nej:0/Inget svar:0)**

**11. Vilken/vilka funktioner önskar du i så fall att psykologen skulle fylla i resursteamet? (behöver alltså inte alls vara samma funktion/funktioner som psykologen fyllt under det gångna året) (Fritext)**

- “Samma som tidigare”
- “Mycket bra att psykolog deltar på teamträffar och får ärendena innan mötet och kan sätta sig in i ärendet”
- “Att fortsätta träffa patienten på vårdcentralen om det bedöms att han inte ska remitteras vidare till vuxenpsykiatri.”
- “Konsultativt samt som det varit det gångna året.”
- “Kompletterande bedömningar om nödvändigt.”

**12. Övrig feedback/tankar/idéer avseende projektet, bedömningarna och psykologens arbete: (Fritext)**

- ”Behovet finns på vårdcentral”
- ”Jag har varit mycket nöjd med vårt samarbete. Bedömningssamtalen som klienten har gett oss en fingervisning hur pass dåligt personen har mått hur vi ska vidare när det gäller rehabiliteringen.”