

Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-3-9528

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2022/02309 (delvis)) att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Uppdraget delredovisades i mars 2023 och i mars 2024.

I detta underlag redovisar Socialstyrelsen de insatser som har genomförts inom uppdraget, presenterar analyser utifrån uppdragets uppföljande uppdrag, samt lyfter fram utvecklingsområden och förslag för fortsatt arbete med att ta fram nationella stöd för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Projektledare för arbetet på Socialstyrelsen har varit Pontus Strålin och ansvarig enhetschef och projektägare Lena Lennerbrant. Socialstyrelsen vill rikta ett tack till bland annat regioner, verksamhetsrepresentanter, patient- och närståendeorganisationer, professionsföreningar och Sveriges Kommuner och Regioner för värdefulla bidrag i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Uppdraget	6
Angränsande uppdrag	6
Om psykisk ohälsa i primärvården	9
Avgränsningar	10
Genomförande	12
Kartläggning av målgruppernas behov.....	12
Framtagande av nationell målbild tillsammans med regionerna	13
Uppföljning av omställningen baserat på registeranalyser och enkätundersökning.....	13
Förstudie om stödbehov som ger förslag på insatser framåt	14
Löpande kommunikationsinsatser	15
Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa	16
Målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa	16
Nuläge och utmaningar	17
Förslag för fortsatt arbete	29
Förslag utifrån den nationella målbilden för vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa	29
Förslag utifrån förstudie om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser	30
Förslag utifrån uppdragets uppföljningar av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa	32
Förslagets koppling till andra uppdrag	32
Referenser	33
Bilaga 1: Förstudie om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser	34
Bilaga 2: Enkätuppföljning av vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa	102
Bilaga 3: Enkätuppföljning av vårdcentralernas arbete med depression och ångestsyndrom	165
Bilaga 4: Registerbaserad analys av vårdcentralernas arbete med depression och ångestsyndrom	175

Sammanfattning

Denna rapport beskriver Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. I rapporten redovisas en nulägesbeskrivning och uppföljning av vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa utifrån enkäter till vårdcentraler och registerdata. Rapporten presenterar också identifierade utvecklingsområden för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Uppdraget har haft sin utgångspunkt i förslag från utredningen *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) samt de fleråriga strategiska färdplaner, med tillhörande aktiviteter, som Socialstyrelsen har tagit fram och genomfört för hälso- och sjukvården som stöd till omställningen till en god och nära vård.

Patienter förväntas i första hand vända sig till primärvården för att få tillgång till bedömning, behandling eller hänvisning till specialistvård eller andra aktörer, oavsett om vårdkontakten gäller somatisk eller psykisk ohälsa. SOU 2021:6 identifierar flera behov av att stärka primärvårdens arbete inom detta område, särskilt mot bakgrund av att antalet invånare som söker vårdkontakt för vissa typer av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren. Ökningen gäller bland annat psykiska besvär, för vilka patienter i hög grad söker vård i primärvården. Allt fler individer söker alltså vård med symtom som oro, stress, sömnsvårigheter och ångest, utan att dessa möter kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Primärvården har en central roll i att möta dessa individer och behöver vara väl förberedd för att hantera en bredd av patienter med allt från mild till måttlig psykisk ohälsa.

I uppdraget har Socialstyrelsen genomfört behovsanalyser för att kartlägga målgruppernas behov av insatser och stöd. Utifrån identifierade behov tog myndigheten fram en nationell målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa vilken presenterades hösten 2024.

De förslag för fortsatt arbete som tagits fram utifrån behovsanalyser och identifierade utvecklingsområden inkluderar bland annat fortsatt kommunikation kring målbilden, utveckling av primärvårdsdata samt förslag på olika typer av nationella stöd till målgrupperna för att möjliggöra att vårdcentraler kan omhänderta psykisk ohälsa på ett patientsäkert, effektivt och jämlikt sätt.

Myndigheten har också genomfört kommunikationsinsatser kopplat till såväl målbilden som uppdraget i sin helhet.

Bakgrund

Uppdraget

Socialstyrelsen fick den 28 april 2022 i uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Socialstyrelsens stöd till huvudmännen ska tas fram utifrån dessas behov och uppfattas som ändamålsenliga. Socialstyrelsens insatser ska synkroniseras med de uppdrag som myndigheten i övrigt har inom området psykisk hälsa och suicidprevention samt inom andra närliggande områden, exempelvis myndighetens uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2020/03319).

Utgångspunkten för uppdraget har varit förslag från utredningen *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) samt de fleråriga strategiska färdplaner, med tillhörande aktiviteter, som Socialstyrelsen har tagit fram och genomfört för hälso- och sjukvården som stöd till omställningsarbetet.

Angränsande uppdrag

Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930)

Regeringen beslutade den 8 juni 2023 att Socialstyrelsen ska fortsätta att främja, stödja och följa upp omställningen genom ett nytt uppdrag som ska slutredovisas 2028 (S2023/01930 (delvis)). Uppdraget följer på tidigare uppdrag som Socialstyrelsen har haft sedan våren 2020 att stödja omställningen och som slutredovisades i mars 2023.

I statens överenskommelse 2024 med Sveriges kommuner och regioner (SKR) om god och nära vård anges att när omställningen nu går in i en ny fas är avsikten att delar av överenskommelsen från och med 2025 ska hanteras genom ett förordningsstyrt statsbidrag.

Regeringen har även lagt fast tre särskilda mål för primärvården som en del i omställningen till en god och nära vård:

1. Tillgängligheten till primärvården ska öka.
2. Patienten ska vara mer delaktig och vården mer personcentrerad.

3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Uppdrag att samordna, stödja och följa upp genomförandet av den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2025/00016)

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har i uppdrag att samordna, stödja och följa upp genomförandet av den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention, i enlighet med den inriktning som anges i skrivelsen Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (skr. 2024/25:77).

Uppdraget ska delredovisas i december 2025, 2026 och 2027 och slutredovisas senast i december 2028. Vid genomförandet av uppdraget ska Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen samverka med den nationella samordnaren för ett samlat suicidpreventivt arbete (S2024/00816). 25 andra myndigheter har i uppdrag att medverka i arbetet. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska även föra dialog med och inhämta kunskap, erfarenheter och insikter från i övrigt berörda myndigheter, samt från de övriga aktörer som berörs av uppdragets genomförande.

Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379)

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379). Hälsoprogrammet syftar till att främja barns och ungas fysiska, psykiska hälsa och utveckling, identifiera och förebygga ohälsa. Uppdraget ska slutredovisas i oktober 2026.

Kärnan i programmet ska vara regelbundet återkommande hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet ska vara standardiserat och bygga på bästa tillgängliga kunskap. Det ska bidra till en mer likvärdig hälsouppföljning i hela landet och ökad samverkan mellan berörda aktörer.

Hälsoprogrammet riktar sig främst till mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsan, ungdomsmottagningarna och tandvården. Vård- och hälsocentraler och delar av den förebyggande socialtjänsten kan också komma att beröras.

Uppdrag att utvärdera arbetssättet "En väg in" inom barn- och ungdomspsykiatri

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2024 uppdraget att utvärdera arbetssättet "En väg in" inom barn- och ungdomspsykiatri. I uppdraget ingår att bedöma det vetenskapliga stödet för arbetssättet och att uppmärksamma erfarenheter av arbetssättet. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen lämna förslag på utvecklingsbehov inom området och hur Socialstyrelsen kan bidra till att stödja den fortsatta utvecklingen av arbetssättet.

Vid genomförandet av uppdraget har kunskap och erfarenheter inhämtats från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges kommuner och regioner (SKR), regioner och kommuner samt patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Uppdraget slutredovisades i mars 2025 och beskriver en kartläggning av arbetssättets grundkomponenter, samt analyserar de resultat som uppnått med införandet. I utvärderingen har det vetenskapliga stödet för arbetssättet också kartlagts. Utifrån utvärderingens resultat har utvecklingsbehov inom området identifierats. Rapporten lämnar även förslag för hur Socialstyrelsen kan bidra till att stödja den fortsatta utvecklingen av arbetssättet.

Uppdrag att utveckla nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården (S2024/01463)

Långa väntetider är och har länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Inom den specialiserade psykiatriska vården ökar efterfrågan på vård snabbare än den tillgängliga kapaciteten på många håll. Det har lett till ökade väntetider inom både barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och till att färre patienter kan erbjudas vård inom ramen för vårdgarantins gränser.

Socialstyrelsen fick i augusti 2024 i uppdrag att kartlägga och ge förslag på hur nationella utvecklingsteam kan utformas, och på vilket sätt sådana bäst kan stötta regionerna i utvecklingen av den specialiserade psykiatriska vården. I uppdraget ska Socialstyrelsen bland annat kartlägga vilket behov av stöd regionerna har i utvecklingen av den specialiserade psykiatri, föreslå hur nationella utvecklingsteam kan utformas och vilka uppgifter som bör komma ifråga för utvecklingsteam.

Socialstyrelsen har beslutat att avgränsa arbetet med uppdraget till barn- och ungdomspsykiatri.

Uppdraget ska redovisas för Socialdepartementet senast 31 mars 2025.

Uppdrag att utveckla och presentera statistik avseende hälso- och sjukvårdspersonal verksam inom primärvården (S2022/03179)

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram och tillgängliggöra statistik över hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Uppdraget har delrapporterats år 2023 och 2024. Det ska slutredovisas år 2026. Slutredovisningen ska innehålla en analys om hur förflyttningen mot en god och nära vård påverkar kompetensförsörjningen i primärvården.

Om psykisk ohälsa i primärvården

Primärvårdens ledning och styrning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.¹ Primärvårdens grunduppdrag regleras i 13a kap. 1 § HSL och där anges bland annat att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgängligt samt tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

För psykisk ohälsa innebär detta att tillgodose vårdbehov som inte kräver den specialiserade psykiatrins kompetens.

Regionerna har stort utrymme att organisera den regionala hälso- och sjukvården utifrån bland annat regionala och lokala förutsättningar samt behov. Inom ramen för *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) genomfördes en kartläggning av samtliga 21 regioners förfrågningsunderlag för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.² I denna framkom skillnader mellan regionerna gällande exempelvis målgrupp för omhändertagande av psykisk ohälsa, där ungefär hälften av regionerna avgränsar uppdraget baserat på någon eller flera faktorer som bland annat ålder, diagnos och tillståndets svårighetsgrad.³

¹ 2 kap. 6 § HSL.

² Se SOU 2021:6 s. 141.

³ SOU 2021:6 s. 143.

Patienter med psykisk ohälsa i primärvården

Psykisk ohälsa kan delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Det senare begreppet innefattar psykisk ohälsa som uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos, och kan i sin tur delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (tidigare: utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser) (1).

Antalet invånare som söker vårdkontakt för vissa typer av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren. Detta gäller bland annat psykiska besvär, för vilka patienter i hög grad söker vård i primärvården. Allt fler individer söker alltså vård med symtom som oro, stress, sömnsvårigheter och ångest, utan att dessa möter kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Även patienter med depression eller ångestsyndrom söker vård i primärvården och över 70 procent får också vård där (2). Primärvården har därmed en central roll i att möta dessa individer och behöver vara väl förberedd för att hantera en bredd av patienter med allt från mild till måttlig psykisk ohälsa.

Tillgången till förebyggande åtgärder och psykologisk behandling på primärvårdsnivå behöver öka på många håll. Organiseringen av och tillgången till insatser för psykisk ohälsa varierar dock både mellan och inom regioner.

Avgränsningar

Regional primärvård och vårdcentraler

Kompetensen att bedöma och behandla psykisk ohälsa i det avseende som beskrivs i regeringens uppdrag finns huvudsakligen i den regionala primärvården. Därför valde myndigheten tidigt att rikta insatser i detta uppdrag mot den regionala primärvården, och framför allt vårdcentraler. Med vårdcentraler avses även motsvarande vårdenheter för regional primärvård med andra benämningar som används, exempelvis hälsocentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning och sjukstuga. Eftersom ”vårdcentral” är den vanligast förekommande benämningen används denna fortsättningsvis i föreliggande rapport.

Även andra delar av primärvården, bland annat kommunal primärvård, möter personer med psykisk ohälsa. Dessa verksamheter kan också ha behov av stöd från Socialstyrelsen och andra nationella och regionala aktörer. Målgrupper för vissa stöd som beskrivs i detta uppdrag kan därför vara bredare än endast vårdcentraler och regional primärvård.

Vissa stöd, analyser och produkter som beskrivs berör även aktörer utanför primärvård när det gäller samverkansytor med exempelvis specialiserad vård, missbruksvård, omsorgsinsatser och civilsamhällets arbete.

Arbete för att stärka omhändertagande av barn och ungas psykiska ohälsa

Det finns ett stort behov av att stärka primärvårdens och vårdcentralernas arbete kring psykisk ohälsa hos barn och unga. Förutsättningarna för detta varierar dock avsevärt mellan olika regioner. I vissa regioner har vårdcentralerna, eller motsvarande vårdenheter, inte uppdraget att omhänderta psykisk ohälsa hos barn och unga. Behov som för vuxna hade ingått i vårdcentralernas arbete omhändertas i många fall i stället inom barn- och ungdomspsykiatri, och även elevhälsan och ungdomsmottagningar har en roll i omhändertagandet. Flera regioner har implementerat verksamheten ”En väg in”, som syftar till att förbättra förutsättningarna för att individer får vård på rätt vårdnivå genom att erbjuda information, ge råd och genomföra kvalificerade triageringar (3). Det finns ingen motsvarande verksamhet för vuxna.

Inom Socialstyrelsen genomförs flera andra uppdrag som är relevanta i sammanhanget. Exempelvis pågår en utvärdering av arbetssättet ”En väg in” (4), ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är under framtagande (5), och arbete pågår med att utforma Nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården, med start inom barn- och ungdomspsykiatri (6).

Genomförande

Detta avsnitt sammanfattar kortfattat de insatser som genomförts inom ramen för uppdraget, med fokus på aktiviteternas metod och genomförande.

Kartläggning av målgruppernas behov

Myndighetens arbete med regeringsuppdraget inleddes med en förstudie om målgruppernas behov. Förstudien syftade till att analysera nuläge och vilka insatser myndigheten skulle kunna bidra med för att stärka primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Förstudien utgick huvudsakligen från intervjuer och dialoger med verksamhetsföreträdare, yrkesverksamma från olika yrkeskategorier som är verksamma inom primärvården, professions-, patient- och anhörigorganisationer, forskare, regioner, myndigheter, representanter från Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård samt andra relevanta intressenter. Därutöver inventerade myndigheten vilka relevanta stödmaterial som finns tillgängliga för primärvården.

Dialogerna utgick från ett frågeunderlag om nuvarande arbete med psykisk ohälsa, organisering av insatser, primärvårdens ansvar, patientgrupper, stegvis vård, vägen in, kliniska bedömningar, remisser, främjande och förebyggande insatser, strukturer för samverkan, samverkan med civilsamhället/verksamheter och hur Socialstyrelsen skulle kunna bidra till utvecklingen.

Förstudien identifierade följande utvecklingsområden:

- frågor om bemötande
- primärvårdens målgrupper och insatser
- modeller för stegvis vård
- stöd för att ge egenvårdsråd
- utveckling av samverkan och teamarbete
- triagering och kliniska bedömningar
- kompetenskrav för bedömning och behandling
- utveckling av effektiva arbetssätt för samverkan mellan primärvård och psykiatri.

Dessa områden fungerade som utgångspunkt för de efterföljande insatser som genomfördes inom regeringsuppdraget.

Framtagande av nationell målbild tillsammans med regionerna

I förstudien kring målgruppernas behov framkom att många medarbetare upplever en otydlighet gällande primärvårdens uppdrag kring psykisk ohälsa. Frågor kring uppdraget var exempelvis: Vilka målgrupper ingår? Vilka insatser behöver erbjudas? Vilken aktör är ansvarig? Var dras gränsen för när en patient behöver remitteras till den specialiserade psykiatrin?

Mot denna bakgrund tog myndigheten fram en nationell målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa. Utöver den genomförda behovsanalysen och förslagen från SOU 2021:6 utgår målbilden även från en analys av befintliga regionala målbilder för god och nära vård i relation till psykisk ohälsa och fördjupad dialog med intressenter. I utvecklingen av målbilden genomfördes även ett konsensusförfarande tillsammans med huvudmännen för den regionala primärvården. Representanter från 20 av 21 regioner deltog i olika steg av utvecklingen av målbilden.

Arbetet med målbilden redovisas i sin helhet i rapporten *God och nära vård vid psykisk ohälsa – Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård (7)*.

Uppföljning av omställningen baserat på registeranalyser och enkätundersökning

För att följa omställningen till en god och nära vård vid psykisk ohälsa genomförde Socialstyrelsen registeranalyser och en enkätundersökning.

Enkätundersökningen riktade sig till verksamhetschefer och enhetschefer på vårdcentraler och var uppdelad i två delar. Enkätens första del innehöll frågor om vårdcentralens generella arbete med psykisk ohälsa och inkluderade teman som bland annat:

- vilka professioner som omhändertar patienter med psykisk ohälsa
- om det finns strukturer och rutiner för omhändertagandet
- insatsutbud
- rutiner för samverkan med andra aktörer.

Enkätsvaren sammanställdes och analyserades. Där det bedömdes vara lämpligt grupperades och jämfördes svar utifrån bland annat samverkansregion, regiform eller huvudgrupp. För att fördjupa analysen

kompletterades enkäten med fördjupande intervjuer med ett urval av intervjurespondenterna. Se bilaga 2 för sammanställning av analyser från den första delen av enkäten.

Den andra delen av enkätundersökningen gällde specifikt patienter med diagnoserna depression eller ångestsyndrom och inkluderade frågor som exempelvis andelen personer som får olika insatser och rutiner för uppföljning av patientgruppen. Frågorna i den andra delen baserades på myndighetens tidigare uppföljningar av nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Dessa resultat redovisas i bilaga 3.

Utöver enkätundersökning undersökte Socialstyrelsen inom ramen för regeringsuppdraget vilka uppgifter om primärvårdens arbete med psykisk ohälsa som kan följas med befintliga hälsodataregister och kvalitetsregister. Analyser baserade på patientregistret och läkemedelsregistret visar endast mycket små förändringar över tid och bedöms därför inte möjliga att dra några slutsatser från. Därför redovisas inte analyserna av patientregistret och läkemedelsregistret i denna rapport. Kompletterande data inhämtades i stället från Primärvårdskvalitet (PVQ) för de indikatorer som rör depression eller ångestsyndrom. Denna data har analyserats över tid, samt uppdelat på kön och åldersgrupp och ingår i denna rapport (se bilaga 4).

Förstudie om stödbehov som ger förslag på insatser framåt

Under 2024 genomförde Socialstyrelsen en förstudie om behovet av kunskapsstöd för ett strukturerat omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentraler med stegvisa och väl sammanhängande insatser. Dialoger genomfördes med olika intressenter vilka innefattade vårdcentraler, professionsföreningar, forskare, NPO psykisk hälsa och Primärvårdsrådet. Kompletterande underlag inhämtades i form av dels beskrivningar av lokala och regionala rutiner, arbetssätt, utbildningar och kunskapsstöd, dels forskningsartiklar och grå litteratur på området. Därtill har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) upplysningstjänst använts för att besvara frågan ”Vilken sammanställd forskning finns om stegvis vård för psykisk sjukdom i primärvården?”.

Förstudien visar att det finns behov av flera olika nya kunskapsstöd för att bidra till ett jämlikt och effektivt omhändertagande. De identifierade behoven gäller både stöd i specifika delar av vårdprocessen, såsom exempelvis triagering och initiala bedömningar, och övergripande stöd för hur vårdcentralens arbete kan struktureras för ett ändamålsenligt och resurseffektivt omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa.

Förstudien om behovet av kunskapsstöd redovisas i sin helhet i bilaga 1.

Löpande kommunikationsinsatser

Uppdraget har, som nämnts ovan, inkluderat ett mycket stort antal intervjuer och dialoger med berörda aktörer. Även de dialoger där det huvudsakliga syftet har varit att kartlägga behov eller samla in återkoppling på förslag har utgjort kommunikationsaktiviteter, där information om regeringsuppdraget utgjorde startpunkt för diskussionerna. Under mötena har deltagarna ofta delat exempel på befintliga kunskapsstöd och regionala lösningar, vilket har bidragit till dialog och erfarenhetsutbyte mellan regioner och verksamheter om hur primärvården kan arbeta med god och nära vård för psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen har även genomfört kommunikationsaktiviteter specifikt för att sprida den nationella målbilden för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa. Dessa har inkluderat presentationer för vårdcentraler för att beskriva målbilden, dess innehåll och syfte. Målbilden har även kommunicerats som en del i uppdragets övriga kommunikationsaktiviteter för relevanta målgrupper, exempelvis på SKR:s nätverk Mötesplats nära vård.

Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa

I Socialstyrelsen målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa (7) som är framtagen tillsammans med regionerna ingår följande sex delar:

- *Vårdcentraler omhändertar psykisk ohälsa:* Vårdcentraler omhändertar mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn, unga, vuxna och äldre.
- *Stegvis vård:* Vårdcentraler organiserar omhändertagandet av psykisk ohälsa i vårdprocesser som är stegvisa och väl sammanhängande utifrån patienters behov och förutsättningar.
- *Tvärprofessionellt teamarbete:* Vårdcentraler organiserar omhändertagandet av psykisk ohälsa i tvärprofessionella team, som möjliggör samarbete och erfarenhetsutbyte.
- *Kompetens i bemötande:* All personal som möter patienter på vårdcentraler får fortlöpande kompetensutveckling i bemötande, att samtala om psykisk ohälsa och suicidprevention.
- *Tillgång till psykolog:* Vårdcentraler har tillgång till legitimerad psykolog som kan erbjuda bedömning och behandling av psykisk ohälsa, och deltar i det tvärprofessionella teamarbetet.
- *Uppföljning av somatisk hälsa hos personer med psykisk funktionsnedsättning:* Vårdcentraler följer aktivt upp somatisk hälsa hos listade patienter med långvarig psykisk sjukdom eller betydande psykisk funktionsnedsättning.

Även om psykologer lyfts i en egen del av målbilden behöver andra yrkesgrupper inkluderas i det tvärprofessionella teamarbetet på vårdcentral. Eftersom vårdcentraler varierar i storlek, bemanning och förutsättningar är det viktigt att lokala modeller utformas efter behov. Utöver professioner som legitimerade psykologer, legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer, legitimerade psykoterapeuter och andra medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning är det även viktigt att läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och andra yrkesroller som arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, rehabkoordinatorer och egnerfarna inkluderas i det tvärprofessionella teamarbetet runt psykisk ohälsa på de vårdcentraler där de yrkesrollerna finns att tillgå.

Målbilden för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa kan ses som:

- *en utgångspunkt* för planering, utveckling och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa
- *en gemensam beskrivning* att utgå ifrån för att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård över hela landet
- *ett underlag* som kan stimulera till dialog och samarbete inom samverkansregioner för att samordna förfrågningsunderlag och uppföljning av primärvård
- *en vägledning* och presentation av aspekter som är viktiga för att kvalitetsutveckla primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa på både kort och lång sikt.

Utöver målbilden behöver vårdcentraler även förhålla sig till gällande lagar och regler rörande exempelvis:

- samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer
- stöd och kontaktvägar för närstående och efterlevande
- förebyggande och hälsofrämjande arbete
- fast läkar- och vårdkontakt.

Nuläge och utmaningar

Följande avsnitt sammanfattar nuläge, utmaningar och identifierade utvecklingsområden för vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa.

Vårdcentralerna omhändertar psykisk ohälsa på olika sätt

Ett motiv till Socialstyrelsens arbete med att ta fram en nationell målbild är att det i dialoger framkom att många medarbetare upplever en otydlighet gällande primärvårdens uppdrag kring psykisk ohälsa. I uppdragets informationsinsamling framkom bland annat att vårdcentralerna har olika uppfattning om det förbyggande och hälsofrämjande uppdraget kopplat till psykisk ohälsa, samt var gränsen går både för vilka symtom som föranleder vård på primärvårdsnivå, och när tillståndet gör att remiss behöver skickas till specialistpsykiatri.

Omhändertagandet av barn och unga varierar mellan regioner

Idag har regionerna organiserat omhändertagandet av psykisk ohälsa hos barn och unga olika och första linjen drivs på olika sätt:

Tabell 1: Ansvarsfördelning för första linjens vård

Ansvarig för första linjen	Regioner
Barn- och ungdomspsykiatri	Gotland, Halland, Skåne, Sörmland och Jämtland
Primärvården	Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Kalmar, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västmanland och Västra Götaland
Ungdomshälsa eller liknande	Jönköping, Värmland, Västernorrland, Örebro och Östergötland

Källa: Nationella planeringsstödet 2025, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025 (8) (Ursprung: Psykiatri i siffror 2024)

I uppdragets dialoger har flera verksamhetsrepresentanter från regioner där vård av barn och ungas psykiska ohälsa inte ingår i vårdcentralernas uppdrag uttryckt önskemål om att det behöver ingå. Samtidigt lyfter andra att ett sådant uppdrag skulle ställa krav på utökad kompetens på området och i vissa fall utökade resurser.

Socialstyrelsen ser ett behov av att vårdcentralerna har kompetens att ta hand om psykisk ohälsa hos barn och unga. För att uppnå detta behövs stöd för organisering av omhändertagandet, särskilt för triagering. Ett sådant stöd behöver ta hänsyn till att strukturen och involverade aktörer kan skilja sig för barn och unga jämfört med vuxna.

Vårdcentralernas organisering kan exempelvis behöva anpassas beroende på om regionen har implementerat en organisation för ”En väg in” (inklusive hur denna organisation förhåller sig till vårdcentralerna, vilket skiljer sig åt mellan regioner), eller huruvida vissa vårdcentraler har ett utökat uppdrag kopplat till omhändertagande av barn.

Anpassade lösningar kan öka tillgången till vård i glesbygd

I dialoger och fördjupande intervjuer framgår att vårdcentraler har olika lösningar för att säkerställa tillgång till vård för psykisk ohälsa. Vissa vårdcentraler i glesbygdskommuner beskriver att de i större utsträckning har bemannat för att kunna ta hand om ”svårare” patienter, det vill säga patienter med psykisk ohälsa som gränsar till att behöva omhändertagande av specialiserad vård, då de geografiska avstånden upplevs som en hög tröskel för dessa patienter. Andra vårdcentraler i glesbygd ger exempel på hur de arbetar för att öka tillgången till psykosociala resurser genom att dela på psykosociala team på flera vårdcentraler, eller genom en utökad samverkan med specialistpsykiatri.

I flera dialoger beskriver informanterna även satsningar på att öka tillgång till psykologisk behandling genom att förbättra tillgången till digitala besök.

Det finns behov av att utveckla lokala modeller för omhändertagande

I uppdraget har det framkommit att flera olika strukturerade modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa används på vårdcentraler i landet. I förstudien om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser beskrivs modellerna och evidensbasen för dessa närmare (se bilaga 1). I uppdragets enkätundersökning framgår att ungefär hälften av svarande vårdcentraler har uppgett att de använder en strukturerad modell i omhändertagandet och handläggningen av psykisk ohälsa. I frågan specificerades att ”med strukturerad modell avses här till exempel ’Integrerad beteendehälsa’, ’Step-Up’, ’Alaskamodellen’, ’Collaborative Care’ eller liknande lokal modell för stegvis vård.”

Mellan enskilda regioner varierar andelen som svarar att de använder en strukturerad modell mellan 0 procent (i fem regioner) och 80 procent. Andelen som uppger att de arbetar med en strukturerad modell är högre i de regioner där det finns ett regionalt arbete med tillhörande stödmaterial, utbildningar och/eller implementeringsstöd.

Ovan talar för att införandet av en strukturerad modell underlättas av tillgången till centralt stöd. I dialoger beskriver verksamhetsföreträdare även att möjligheten till lokal anpassning är en viktig faktor.

Omhändertagandet av patienter med psykiska besvär eller stressrelaterade tillstånd behöver utvecklas

Flera intervjurespondenter beskriver vidare att det är svårt att organisera omhändertagandet för patienter med psykiska besvär (kallas ibland även för ”subkliniska tillstånd”). Patienter med psykiska besvär beskrivs också utgöra en av de största målgrupperna på vårdcentralerna. Dessa patienter kan ha ett stort lidande och söka vård, men många kliniska medarbetare upplever att det är svårt att göra avvägningen om vilka av dessa patienter som behöver utökad bedömning och psykologiska behandlingsinsatser, och vilka som snarare behöver rådgivning och hänvisning. Utmaningarna med att säkerställa ett adekvat omhändertagande av denna patientgrupp har framkommit i arbetet med detta regeringsuppdrag men även bland annat i myndighetens uppdrag med att *inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (S2022/04810)* och i *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)*.⁴

Hur patientgrupper med psykiska besvär hanteras beskrivs i flera av de regionala och lokala modeller för stegvis vård och integrerad beteendehälsa som Socialstyrelsen tagit del av. Det saknas dock nationell samsyn kring

⁴ SOU 2021:6 s. 66 ff.

omhändertagandet av denna patientgrupp och det finns därför ett behov av nationella kunskapsstöd för hur sådana kliniska spår kan utformas.

Många roller är viktiga i vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa

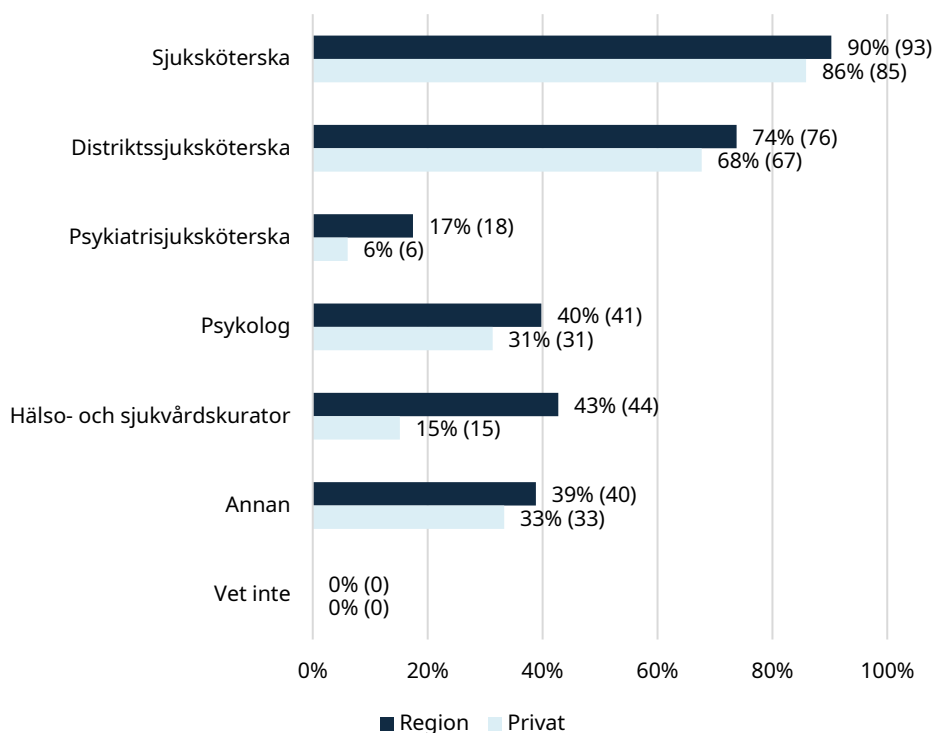
I den framtagna målbilden för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa understryks vikten av att arbeta tvärprofessionellt och att nyttja samtliga kompetenser i omhändertagandet av psykisk ohälsa.

I vissa regioner och på många vårdcentraler finns möjlighet till direktriagering till psykologiska/psykosociala resurser, att via knappval vid telefonkontakt kopplas direkt till psykosocialt team, eller att patienten själv kan boka tid till ett sådant team, medan det på andra vårdcentraler huvudsakligen utgår från en traditionell telefontriagering som genomförs av mottagningssjuksköterskor. Den genomförda enkätundersökningen visar att första kontakt⁵ i många fall är sjuksköterskor: 89 procent svarar att de har sjuksköterskor och 71 procent distriktssjuksköterskor som första kontakt. Över en tredjedel av vårdcentralerna uppger att de har psykologer som en av professionerna som tar emot den första vårdkontakten för psykisk ohälsa.

Enkätresultaten visar på en skillnad mellan privata och regiondrivna vårdcentraler i vilka professioner som utgör första kontakt för psykisk ohälsa. Störst skillnad kan ses för hälso- och sjukvårdskuratorer och psykiatrisjuksköterskor. Dessa professioner utgör första kontakt för psykisk ohälsa i högre grad på de regiondrivna vårdcentraler som besvarat enkäten – 43 procent för hälso- och sjukvårdskurator, respektive 17 procent för psykiatrisjuksköterska, att jämföra med 15 procent, respektive 6 procent bland svarande privata vårdcentraler.

⁵ I frågan specificeras första kontakt som "...första bedömning (triage) vid inkommande vårdbegäran per telefon, chatt och liknande. Första kontakt kan leda till att tid bokas, patienten hänvisas eller att patienten ges råd för egenvård. Profession avser legitimerad personal." På denna fråga har respondenterna kunnat svara flera olika professioner.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Per regi

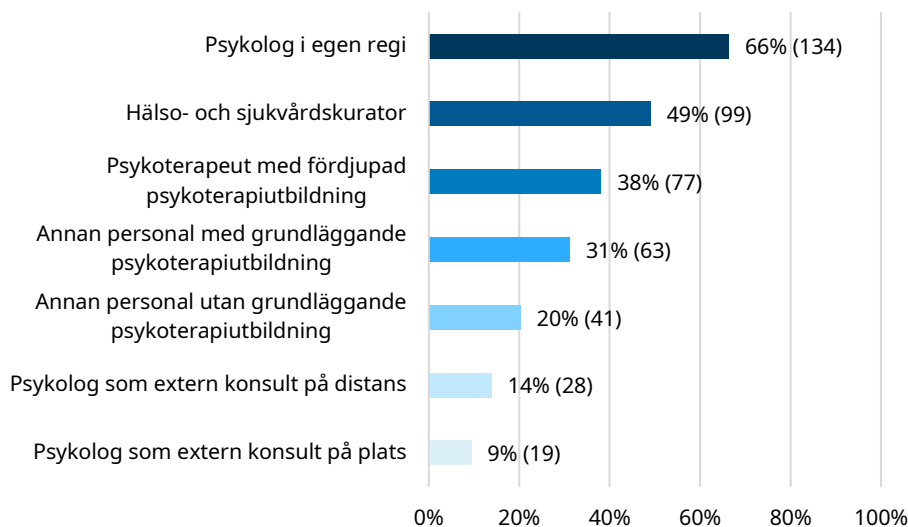


I dialoger och intervjuer beskriver verksamheter ett behov av stöd i att identifiera vilka patienter som behöver komma direkt till läkare, och vilka som har mer nytta av direkttriagering till andra medarbetargrupper. Att använda ”röda flaggor” för behov av direkt läkarbedömning förekommer på många vårdcentraler, exempelvis vid identifierad suicidrisk. Kopplat till detta lyfter flera ett särskilt behov av stöd för sjuksköterskor att göra suicidriskbedömningar. Flera beskriver även att det finns behov av stöd, praktiska utbildningar och övning i samtal om psykisk ohälsa, särskilt om suicid, för sjuksköterskor som tar emot telefonsamtal.

De flesta vårdcentralerna har tillgång till psykolog

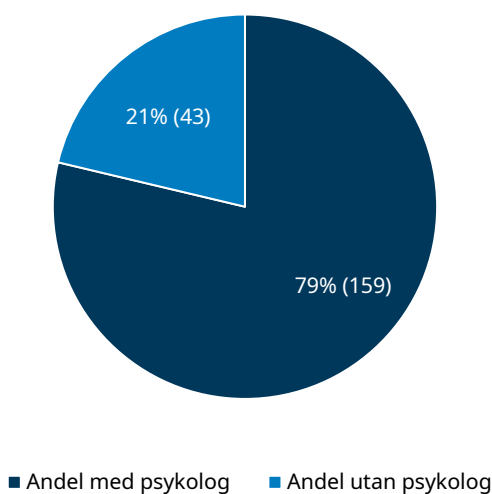
På de vårdcentraler som besvarat myndighetens enkät är psykolog den vanligaste personalresursen för att ge psykologisk behandling. Två tredjedelar av de svarande anger att de har psykolog i egen regi på vårdcentralen. Hälso- och sjukvårdskuratorer utgör den näst vanligaste personalresursen – nästan hälften uppger att de har hälso- och sjukvårdskurator som ger psykologisk behandling. En något mindre andel (38 procent) svarar att de har tillgång till psykoterapeut med fördjupad psykoterapiutbildning och 30 procent beskriver att de har tillgång till annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning.

Har ni egna personalresurser för psykologisk behandling på er primärvårdsenhet?



Enligt enkätresultaten saknar drygt var femte svarande vårdcentral tillgång till psykolog (i form av psykolog i egen regi, extern konsult på plats eller på distans). Enkäten visar inga skillnader mellan regiondrivna och privata vårdcentraler avseende tillgång till psykolog. Det finns dock skillnader mellan samverkansregioner, exempelvis uppger nästan alla respondenter från sjukvårdsregion Stockholm-Gotland (94 procent) och Västra sjukvårdsregionen (93 procent) att de har tillgång till psykolog. Bland respondenter i sjukvårdsregion Mellansverige indikerar enkätanalysen att drygt hälften (54 procent) har tillgång till psykolog.

Andel av vårdcentralerna som har psykolog i egen regi, som extern konsult på plats eller extern konsult på distans



Enkätundersökningen visar att psykologer finns tillgängliga på majoriteten av alla vårdcentraler. Samtidigt lyfter företrädare för såväl psykologer som

andra professioner och regionrepresentanter frågan om hur psykologer i större utsträckning kan integreras i vårdcentralernas arbete. Psykologer framhålls som en underutnyttjad resurs i de fall deras roll huvudsakligen består av att ge individuella psykologiska behandlingar till patienter. Integrering av psykologrollen, som efterfrågas och som har implementerats på flera vårdcentraler, innebär att nyttja psykologernas kompetens inte enbart för bedömning, behandling och uppföljning av patienter med psykisk ohälsa utan också för utvärdering av insatser och för handledning och konsultation till andra professioner. Psykologer kan också bidra i utformningen av det samlade omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen. Liknande beskrivningar kan tas fram för exempelvis legitimerade psykoterapeuter för att beskriva deras roll i bedömning och behandling av psykisk ohälsa och även hur de kan bidra med stöd till andra professioner. Det är även relevant att inkludera hälso- och sjukvårdskuratorers i psykosocialt stöd, samordning och uppföljning av insatser, samt medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning och hur teamet kan organiseras för att nyttja deras kompetens för vissa behandlingsinsatser.

Det finns flera exempel på hur arbetet med psykisk ohälsa kan organiseras för att i högre grad integreras i vårdcentralens arbete. Dessa inkluderar bland annat vårdcentraler som implementerat integrerad beteendehälsa eller genomfört utvecklingsarbeten för att öka utbytet mellan vårdcentralernas yrkesgrupper och höja kompetensen om psykisk ohälsa i hela medarbetargruppen. Andra exempel som lyfts fram är att utforma teamsamverkan som ”ronder”, där exempelvis psykolog, kurator, läkare, sjuksköterska, rehabiliteringskoordinator och konsulter från psykiatrin tillsammans kan diskutera insatser kring patienter. I vissa regioner har man infört psykologiskt ledningsansvar på vårdcentraler. Andra vårdcentraler har implementerat motsvarande en ”psykologisk bakjour”, som stödjer andra professioner i bedömnings- och behandlingsbeslut. Flera informanter efterfrågar stöd i att sprida denna typ av arbetssätt mellan regioner.

Varierande behovsbild för kompetens i bemötande

I enkätundersökningen har vårdcentralerna besvarat frågan om de genomför regelbunden fortbildning i psykisk ohälsa inom ett antal områden. Drygt hälften av vårdcentralerna uppger att de har regelbunden fortbildning inom bemötande och suicidprevention för läkare och sjuksköterskor. Enbart en tredjedel svarar att de genomför regelbunden fortbildning i psykisk ohälsa som rör samtalsmetodik för dessa personalkategorier. För undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter bedöms andelen som har fortbildning inom suicidprevention som låg utifrån deras roll i omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa.

Patient- och närståendeorganisationer lyfter förbättrat bemötande som ett av de mest prioriterade utvecklingsbehoven. Detta framkommer i de dialoger som genomförts inom ramen för arbetet med detta regeringsuppdrag, men också i myndighetens uppdrag *att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Den brukarrevision som genomförts av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) Västra Götaland i samverkan med NSPH Skaraborg på två vårdcentraler visar samtidigt att många patienter har en positiv bild av vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa och är nöjda med bemötande och behandling. De personer som har fått rådgivning eller blivit hänvisade till andra alternativ för vård eller stöd är dock mindre nöjda med både bemötande och kompetens hos personalen de har haft kontakt med (9).

Egenvårdsråd och självhjälpsmaterial kan vara sätt att bidra till en mer delaktig patient, vilket är ett av de övergripande målen med omställningen till en god och nära vård. Detta förutsätter samtidigt att vården är personcentrerad och tar hänsyn till patientens förmåga att genomföra råd och deras behov av stöd. Utformning av egenvårdsråd och självhjälpsmaterial behöver också ta hänsyn till olika befolkningsgruppers språkliga och kulturella bakgrund, och till individers hälsolitteracitet, det vill säga förmåga att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information. Nivån på hälsolitteracitet varierar mellan olika grupper och alla medarbetare som har kontakt med patienter, samt eventuellt stödmaterial för självhjälp, behöver ta hänsyn till detta, för att i så stor utsträckning som möjligt bidra till en mer jämlik vård. En vårdcentral lyfter ett initiativ på detta område i form av att regionen har en folkhälsoutvecklare anställd för att öka hälsolitteraciteten i befolkningen.

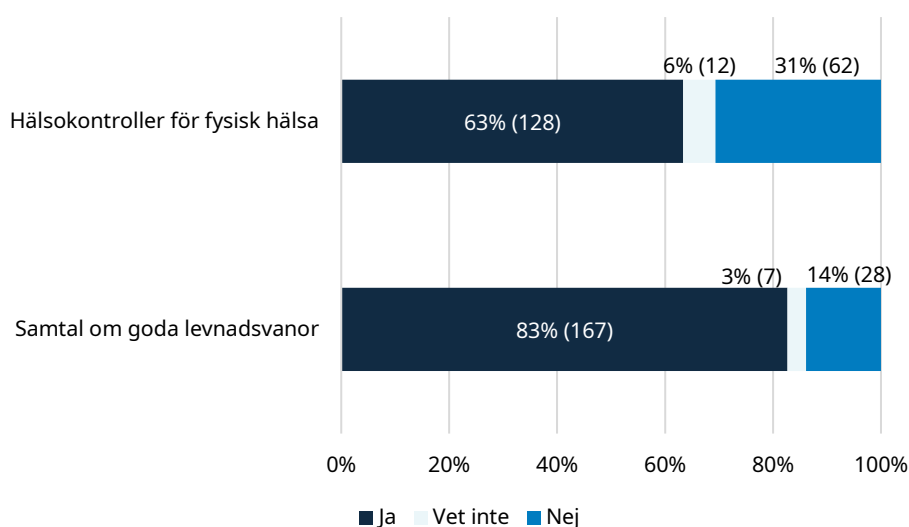
Uppföljning av patienter med långvariga psykiska funktionsnedsättningar kan stärkas

Flera informanter beskriver behov av stöd för omhändertagandet av patienter med långvarig psykisk ohälsa eller långvarig psykisk funktionsnedsättning. För dessa patienter finns ett särskilt behov av uppföljning, både av de behandlingsinsatser som syftar till att förbättra funktionsförmåga eller minska den psykiska ohälsan, och av patienternas somatiska hälsa. För långsiktig uppföljning av patienter med långvarig psykisk ohälsa och funktionsnedsättning kan fast vårdkontakt eller vårdsamordnare för psykisk ohälsa ha en roll.

Vissa regioner anger i vårdcentralernas uppdrag att de behöver erbjuda årliga hälsoundersökningar till patienter med långvarig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Detta område har även följts upp i enkätundersökningen, där en majoritet av vårdcentralerna svarar att de har

en rutin för att erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning uppföljning av fysisk hälsa. 63 procent av vårdcentralerna svarade att de har en rutin för att erbjuda hälsokontroller för fysisk hälsa vid psykisk funktionsnedsättning. 83 procent svarade att de har en rutin för att erbjuda samtal om goda levnadsvanor. Andelen varierar dock mellan samverkansregioner och mellan regional respektive privat regi. Andelen privata vårdcentraler som svarat att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykisk funktionsnedsättning hälsokontroller för fysisk hälsa är högre (71 procent) jämfört med regiondrivna vårdcentraler (56 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda nedanstående insatser för patienter med psykiska funktionsnedsättningar?



Flera enkätrespondenter kommenterar att hälsokontroller eller samtal inte genomförs specifikt för den berörda målgruppen utan att samtal om goda levnadsvanor erbjuds beroende på individuell bedömning av behov, samt till riskgrupper baserat på ålder, vikt eller somatiska symtom.

Hög belastning på specialiserad psykiatri påverkar primärvården

I enkätuppföljningen svarar 77 procent att de har en skriftlig rutin för att samverka med vuxenpsykiatri. Majoriteten (70 procent) svarar att samverkan sker genom att verksamheterna konsulterar varandra vid behov, medan 40 procent svarar att de har regelbundna gemensamma möten. Ett fåtal verksamheter har regelbundna gemensamma utbildningar respektive handledningar.

I fördjupande intervjuer med verksamhetsrepresentanter som besvarat enkäten och andra dialoger uttrycks att primär- och specialistvården kan ha olika tolkningar av behovet av konsultation. Generellt beskrivs en önskan om fler och mer lättillgängliga kontaktytor för konsultation med

specialistvården från vårdcentralernas sida. Bristande tillgänglighet till specialiserad psykiatrisk vård i flera regioner uppges innebära att det inte finns tid eller resurser för konsultationer med primärvården. Vidare beskrivs att det finns begränsade incitament att samverka för både vårdcentraler och specialistpsykiatri. Flera lyfter exempel på konsultationsmodeller som upplevts som lyckade i projektform eller i mindre skala, och att det finns ett behov av stöd för att sprida, skala upp och permanenta sådana modeller i ordinarie verksamhet.

I dialoger beskrivs lärande exempel på modeller för samverkan. I Region Jönköpings län har man på exempelvis övergripande förvaltningsnivå utvecklat en modell för konsultationer mellan primärvård och specialiserad vård. Ett annat exempel är Region Dalarna där man utvecklat en modell för ”Samarbetsvård”, som innefattar samverkan mellan vårdcentraler och specialiserad psykiatri.

Samverkan med civilsamhället

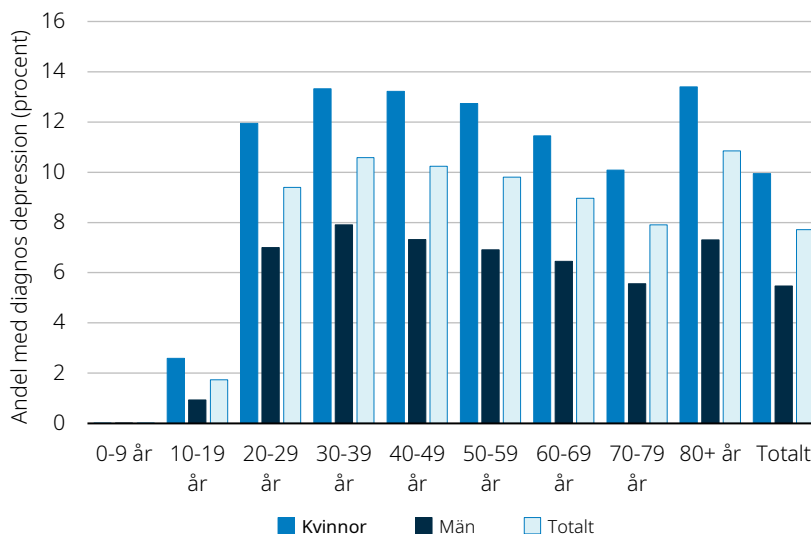
I uppdragets dialoger beskriver informanter ett behov av att utveckla samverkan med civilsamhället. Stöd efterfrågas inte minst i relation till patienter med psykiska besvär och vilka patienter det är relevant att hänvisa vidare till andra aktörer eller civilsamhället. Nästan 60 procent av vårdcentralerna som svarar på uppdragets enkätundersökning har ingen rutin för samverkan med civilsamhället. Det finns vissa geografiska skillnader men oavsett samverkansregion är det vanligare att regiondrivna vårdcentraler svarar att de har en samarbetsrutin med civilsamhället, jämfört med privata. Andelen privata vårdcentraler som har svarat att de har en rutin för samarbete med civilsamhället är 28 procent, jämfört med regionala där motsvarande siffra är 43 procent.

I fördjupande intervjuer och dialoger beskrivs flera exempel på initiativ inom detta område. En vårdcentral beskriver exempelvis att de har social aktivitet på recept. Aktiviteterna som denna vårdcentral erbjuder baseras på en kartläggning av vilka lokala intresseorganisationer, föreningar och andra initiativ som finns.

Registerdata visar på skillnader mellan olika patientgrupper

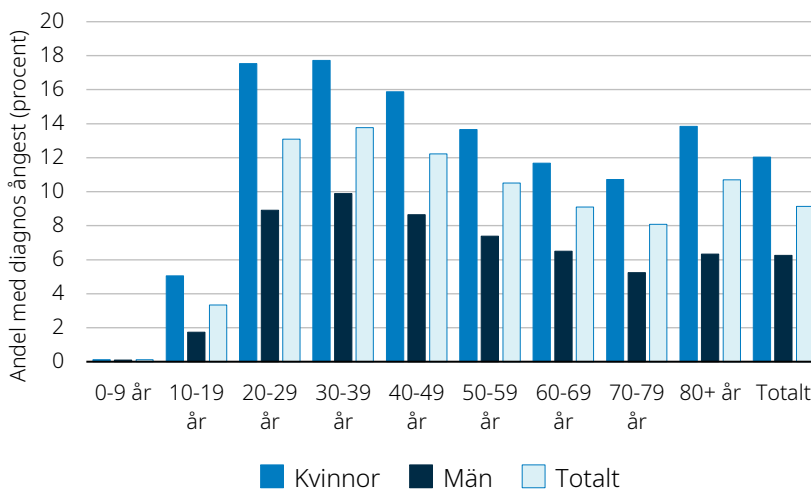
Uppdragets analyser av registerdata visar på stora skillnader i vård och behandling för olika åldersgrupper, samt mellan män och kvinnor. Detta ligger i linje med tidigare analyser som genomförts på området. Precis som beskrivs i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024* är det svårt att avgöra om skillnaderna mellan män och kvinnor beror på att kvinnor mår sämre, att män söker vård i lägre grad, eller att det finns skillnader i den vård som ges (10).

Andel listade patienter med behandling för depression någon gång under de senaste 5 åren, uppdelat på åldersgrupp och kön, 2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Andel listade patienter med behandling för ångestsyndrom någon gång under de senaste 5 åren, uppdelat på åldersgrupp och kön, 2023

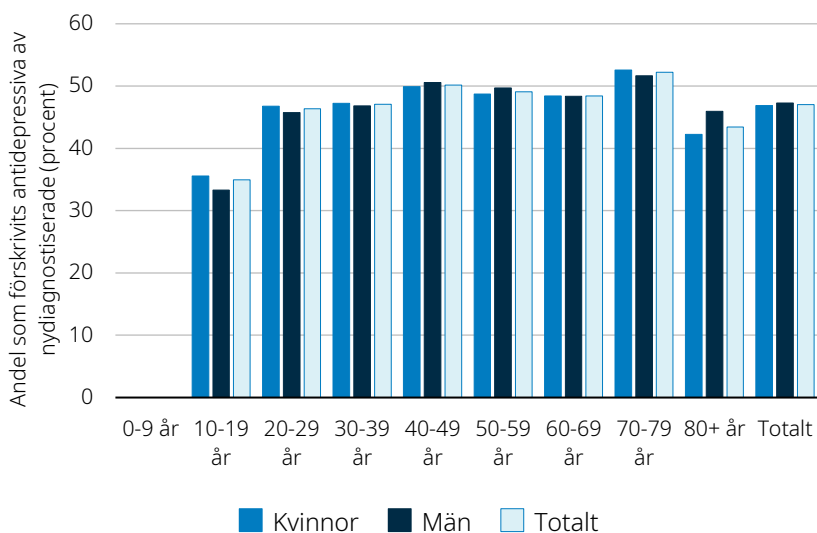


Källa: Primärvårdskvalitet, (PVQ)

År 2023 hade kvinnor högre förekomst av diagnos depression på vårdcentral i samtliga åldersgrupper. Det finns även skillnader mellan åldersgrupper. Både kvinnor och män hade som högst förekomst av depressionsdiagnos i åldrarna 30–39 år samt 80 år och äldre. Depression var dock vanligare hos kvinnor än hos män i alla åldersgrupper. Även för diagnosen ångest var förekomsten generellt högre hos kvinnor än hos män i samtliga åldersgrupper. Hos såväl kvinnor som män var den högst i åldersgruppen

30–39 år men lägre hos 70–79 åringar. Det var också en relativt hög förekomst av diagnosen hos unga, främst flickor, i gruppen 10–19 år.

Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel, uppdelat på ålder och kön, 2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Även om det skiljer sig i förekomsten av ångest respektive depression är det relativt jämnt vad gäller andel med depression eller ångestsyndrom som behandlas med antidepressiva läkemedel.

Arbete för att stärka primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa skulle kunna bidra till mer jämställda förutsättningar för god hälsa hos män och kvinnor. Beroende på grundorsaken till skillnaderna skulle ökad kunskap om diagnostik och psykisk ohälsa i primärvården kunna bidra till en ökad diagnostisering och behandling av psykisk ohälsa hos män. Även om orsakerna beror på sämre mående hos kvinnor skulle ett stärkt omhändertagande kunna bidra till en mer jämställd hälsa.

Förslag för fortsatt arbete

Följande avsnitt beskriver samlat de förslag som Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för regeringsuppdraget. Förslagen är grupperade utifrån om de tar sin utgångspunkt i den nationella målbilden för vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa, förstudien om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser eller myndighetens uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Mer ingående beskrivningar av förslagen finns i bilaga 1 samt i rapporten *Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård* (7).

Förslag utifrån den nationella målbilden för vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa

Med utgångspunkt i den nationella målbilden för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa (se *Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård* (7) för fullständig beskrivning) föreslår Socialstyrelsen att regioner kan:

- utveckla regionala målbilder och färdplaner för omhändertagande av psykisk ohälsa inom den regionala primärvården
- planera, kravställa och följa upp den regionala primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa
- utforma omhändertagandet av psykisk ohälsa på vårdcentraler.

Figur 1: Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa



Enskilda vårdcentraler kan använda målbilden som underlag för att planera, utveckla och följa upp verksamheten. Målbildens formuleringar speglar arbetssätt som i varierande grad redan finns i regionerna och på många vårdcentraler runt om i landet. En omställning för att nå de mål som formuleras kan därmed förväntas innebära olika grad av organisatorisk förändring för olika regioner och olika vårdcentraler.

Socialstyrelsen avser att fortsätta kommunicera ut målbilden till berörda målgrupper och stödja regionerna i implementering bland annat genom att ta fram stöd enligt de förslag som framkommer i förstudien nedan.

Förslag utifrån förstudie om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser

De behov av stöd som har identifierats inom förstudien om stegvisa och väl sammanhängande insatser (se bilaga 1 för fullständiga beskrivningar av förslag) återfinns inom elva områden som kan delas upp utifrån huvudkomponenterna i ett systematiskt kvalitetsarbete: planera, genomföra, utvärdera och förbättra.

Planera: Organisering av och arbetssätt för omhändertagande av psykisk ohälsa

1. Stöd för vårdcentraler att organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser, inklusive bedömning och behandling samt kliniska spår. Inklusive stöd för triagering och initial bedömning för vårdcentralens interna sortering till olika kliniska spår, exempelvis direkttriagering till psykolog/psykosocial kompetens och röda flaggor för detta – stöd särskilt för sjuksköterskor.
2. Nationella kunskapsstöd för tvärprofessionellt teambaserat omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentralen, inklusive stöd för olika funktioner, roller och professioner.
3. Stöd för vårdsamordnarfunktionen för psykisk hälsa: implementering, roll och arbetsmetoder.
4. Stöd för att höja kompetensen i bemötande, samtal om psykisk ohälsa och om suicidalitet för all vårdpersonal på vårdcentraler.

Genomföra: Stöd för insatser

5. Nationellt framtagen eller tillhandahållen utbildning för läkare och andra professioner i psykiatrisk diagnostik, inklusive bedömning och ICD-kodning av subkliniska och stressrelaterade symtom.

6. Kunskapsstöd för klinisk personal och patienter kring egenvårdsråd från primärvården för psykisk ohälsa – både generella och symtomspecifika.
7. Kunskapsstöd om ändamålsenligt och kostnadseffektivt omhändertagande i primärvården av patienter med:
 - subkliniska och stressrelaterade tillstånd, yttre påfrestningar och symtom som inte möter kriterier för psykiatriska tillstånd, exempelvis oro, stress, trötthet, nedstämdhet och sömnsvårigheter
 - långvarig mild till måttlig psykisk ohälsa och långvarig psykisk funktionsnedsättning
 - samsjuklighet: somatisk och psykisk ohälsa.
8. Konkretisering av stegvisa bedömningar och insatser i befintliga nationella kunskapsstöd, exempelvis stöd kopplade till nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram.
9. Kunskapsstöd som fokuserar på hur skattningar och formulär kan användas och deras värde i löpande uppföljning – med hänsyn till patientnytta och utan att öka vårdpersonalens administrativa börda.
10. Kunskapsstöd för konsultation och vårdövergångar mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Utvärdera: Följa upp arbetet med psykisk ohälsa

11. Ökad kunskap om ändamålsenliga ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och förfrågningsunderlag för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Förbättra: Samtliga förslag syftar till att förbättra och utveckla en kvalitativ och jämlik vård för psykisk ohälsa på vårdcentraler i hela landet.

Socialstyrelsen bedömer att olika typer av stöd kan behövas för att möta behoven inom olika områden. En viktig aspekt att ha i åtanke är den brist på tid till förändringsarbete som representanter återkommande lyfter. Baserat på detta kan det finnas behov av att överväga hur myndigheten eller andra aktörer kan bidra med konkret stöd i implementeringen av nya eller anpassade stöd. För flera av de identifierade behoven av stöd finns redan material att utgå ifrån. I flera av dessa fall föreslår förstudien att det fortsatta arbetet utgår från befintligt material, dels genom att komplettera med nya delar där det saknas, dels genom att anpassa stöd som är regionspecifikt så att det kan användas i flera regioner.

Förslag utifrån uppdragets uppföljningar av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Baseras på myndighetens arbete med uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa har några ytterligare utvecklingsområden identifierats:

En slutsats från uppföljningarna är att det finns behov av att utveckla den nationella uppföljningen av primärvårdens arbete. Det finns fortsatt begränsad möjlighet att få en samlad överblick av den regionala primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, och att följa upp utfallet av primärvårdens arbete i relation till de insatser som genomförs med registerdata. Detta beror till viss del på den begränsade datainsamling till hälsoregister inom primärvården. För en mer långsiktig uppföljning behöver kontinuerlig insamling av jämförbara uppgifter säkerställas.

Även att samla in personalstatistik inom primärvården är en utmaning, vilket också lyfts i Socialstyrelsens uppdrag att utveckla och presentera statistik avseende hälso- och sjukvårdspersonal verksam inom primärvården (S2022/03179) (11). Inom ramen för det uppdraget har Socialstyrelsen utökat tillgången till personalstatistik inom primärvården. Fortsatt arbete kommer att inkludera vidareutveckling av denna statistikinsamling, att publicera denna i myndighetens statistikdatabas, samt att tillsammans med Statistiska centralbyrån (SCB) analysera tillgång och efterfrågan på personal inom primärvården.

Förslagets koppling till andra uppdrag

Förslagen i denna slutredovisning har beröringspunkter med myndighetens övergripande uppdrag inom god och nära vård (S2023/01930), samt med uppdraget att samordna, stödja och följa upp den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2025/00016). Insatser för att stärka och följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa behöver gå i takt med dessa uppdrag.

Referenser

1. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Begrepp inom området psykisk hälsa. 2024-07.
2. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. 109 s.
3. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. mars 2021;
4. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Utvärdering av arbetssättet ”En väg in” inom barn- och ungdomspsykiatri. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/socialstyrelsens-analyser/planerade-och-pagaende-analyser/utvardering-av-arbetsattet-en-vag-in-inom-barn--och-ungdomspsykiatri/>
5. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Nationellt hälsoprogram för barn och unga ska ge bättre och mer jämlik hälsa. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/nationellt-halsoprogram-for-barn-och-unga/>
6. Socialdepartementet. Uppdrag om nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.regeringen.se/contentassets/ba761165d4244f96b5e48ed15ced5a9e/uppdag-om-nationella-utvecklingsteam-inom-den-specialiserade-psykiatriska-varden.pdf>
7. Socialstyrelsen. God och nära vård vid psykisk ohälsa - Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård. 2024-11.
8. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. januari 2025;
9. Vainio L, Jaring J, Abellsson A, Andersson M. Brukarstyrd brukarrevision: Primärvård Skaraborg [Internet]. NSPH Skaraborg; NSPH Västra Götaland; 2024. Tillgänglig vid: <https://nsph.se/att-leva-med-psykisk-ohalsa/rapporter-om-psykisk-ohalsa/>
10. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024. mars 2024;
11. Socialstyrelsen. Personalstatistik inom primärvården - Delredovisning 2. 2024-04.

Bilaga 1: Förstudie om behov av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser

Innehåll förstudie

Sammanfattning	34
Bakgrund	36
Uppdraget	36
Om omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården.....	36
Metod	40
Avgränsningar	41
Termer och begrepp.....	42
Nulägesanalys	44
Sammanställning av befintliga kunskapsstöd	44
Modeller för strukturerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården	51
Förutsättningar att ta fram stöd	63
Behov av stöd	64
Slutsatser och förslag	75
Planera: Organisering av och arbetssätt för omhändertagande av psykisk ohälsa	77
Genomföra: Stöd för insatser	86
Utvärdera: Följa upp arbetet med psykisk ohälsa	95
Källförteckning	97

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie om behovet av kunskapsstöd för ett strukturerat omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentraler med stegvisa och väl sammanhängande insatser. Förstudien har identifierat flera områden där det finns behov av kunskapsstöd som kan bidra till utveckling av ett jämlikt och effektivt omhändertagande.

De identifierade behoven gäller både stöd i specifika delar av vårdprocessen, såsom exempelvis triagering och initiala bedömningar, och övergripande stöd för hur vårdcentralens arbete kan struktureras för ett ändamålsenligt och resurseffektivt omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa.

Förstudien ingår i Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Det finns i dagsläget skillnader mellan vårdcentraler i bland annat insatsutbud för och kompetens inom psykisk ohälsa. För att säkerställa en jämlik vård, där vårdcentralerna är rustade för att ta hand om de många patienter som varje år söker vård på grund av psykisk ohälsa, är det viktigt att verksamheterna har tillgång till ändamålsenligt nationellt och regionalt stöd som skapar förutsättningar för detta.

Trots ett stort antal regionala och lokala stöd, samt nationella stöd för vissa delar av omhändertagandet, saknas nationella stöd för bland annat att organisera vårdcentralernas arbete för omhändertagande av psykisk ohälsa, genom strukturerade modeller som exempelvis stegvis vård eller integrerad beteendehälsa. I framtagandet av sådana stöd kan arbetet med fördel ha sin utgångspunkt i de befintliga kunskapsstöd som Socialstyrelsen identifierat i förstudien.

Bakgrund

Uppdraget

Socialstyrelsen fick den 28 april 2022 i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa (S2020/03319). Socialstyrelsens stöd till huvudmännen ska tas fram utifrån dessas behov och uppfattas som ändamålsenliga. Socialstyrelsens insatser ska synkroniseras med de uppdrag som myndigheten i övrigt har inom området psykisk hälsa och suicidprevention samt inom andra närliggande områden, exempelvis myndighetens uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (1).

Utgångspunkten för uppdraget har varit förslag från utredningen *God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) samt de fleråriga strategiska färdplaner, med tillhörande aktiviteter, som Socialstyrelsen har tagit fram och genomfört som stöd till omställningsarbetet.

I arbetet med uppdraget har behov kopplat till kunskapsstöd för hur primärvården kan arbeta med stegvisa och väl sammanhängande insatser för att omhänderta psykisk ohälsa framkommit. Denna förstudie kartlägger och beskriver behoven av kunskapsstöd för att organisera primärvården för att omhänderta psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser.

Om omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården

Primärvårdens ledning och styrning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.⁶ Primärvårdens grunduppdrag regleras i 13a kap. 1 § HSL och där anges bland annat att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgängligt samt tillhandahålla förebyggande insatser utifrån

⁶ 2 kap. 6 § HSL.

såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

För psykisk ohälsa innebär detta att tillgodose vårdbehov som inte kräver den specialiserade psykiatrins kompetens.

Regionerna har stort utrymme att organisera den regionala hälso- och sjukvården utifrån bland annat regionala och lokala förutsättningar samt behov. Inom ramen för *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (2) genomfördes en kartläggning av samtliga 21 regioners förfrågningsunderlag för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.⁷ I denna framkom skillnader mellan regionerna gällande exempelvis målgrupp för omhändertagande av psykisk ohälsa, där ungefär hälften av regionerna avgränsar uppdraget baserat på någon eller flera faktorer som bland annat ålder, diagnos och tillståndets svårighetsgrad (2).⁸

I framtagande av stöd för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa som syftar till en ökad kvalitet och jämlikhet kan det vara viktigt att ta hänsyn till motiverade regionala skillnader. Dessutom behöver arbetet tydligt identifiera relevanta målgrupper för de olika behoven av stöd. Dessa kan inkludera både vårdpersonal som specifikt ger psykologiska eller psykosociala insatser, annan vårdpersonal som möter patienter med psykisk ohälsa, ledning på vårdcentraler och ansvariga för planering och styrning i regionerna.

Patienter med psykisk ohälsa i primärvården

Psykisk ohälsa kan delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Det senare begreppet innefattar psykisk ohälsa som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos, och kan i sin tur delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (tidigare: utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser) (3).

Antalet invånare som söker vårdkontakt för vissa typer av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren. Detta gäller bland annat psykiska besvär, för vilka patienter i hög grad söker vård i primärvården. Allt fler individer söker alltså vård med symtom som oro, stress, sömnsvårigheter och ångest, utan att dessa möter kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Även patienter med depression eller ångestsyndrom söker vård i primärvården och över 70 procent får också vård där (4). Primärvården har därmed en central roll i att möta dessa individer och behöver vara väl förberedd för att hantera en bredd av patienter med allt från mild till måttlig psykisk ohälsa.

Tillgången till förebyggande åtgärder och psykologisk behandling på primärvårdsnivå behöver öka på många håll. Organiseringen av och

⁷ Se SOU 2021:6 s. 141.

⁸ SOU 2021:6 s. 143.

tillgången till insatser för psykisk ohälsa varierar dock både mellan och inom regioner.

Ett sätt att förbättra förutsättningarna för omhändertagandet av psykisk ohälsa är att organisera primärvården för ett stegvist och väl sammanhängande omhändertagande av psykisk ohälsa, vilket också formuleras i Socialstyrelsens målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa (5).

Stegvisa och väl sammanhängande insatser kan grunda sig på modeller som inkluderar exempelvis stegvis vård, integrerad beteendehälsa och vårdsamordning. Målet är att på ett ändamålsenligt och resurseffektivt sätt kunna erbjuda ett utbud av insatser som tillhandahålls utifrån individens specifika behov.

Sammantaget avser förstudiens förslag bidra till ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Förslagen utgår från en personcentrerad utgångspunkt och principerna för stegvis vård.

Är stegvisa insatser för psykisk ohälsa kostnadseffektivt?

Utbudet av stegvisa och väl sammanhängande insatser behöver inkludera insatser av olika typ och intensitetsnivå. Dessa ges enligt exempelvis principen om lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå (LEON/BEON), det vill säga att den minst intensiva insatsen som kan ha god effekt används i första hand.

Att ge insatser enligt LEON/BEON har länge ansetts vara resurseffektivt. I Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) konstaterar utredningen att *”Det borde [därför] vara en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Detta brukar benämnas principen för lägsta/ bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON/LEON)”* (2). Samtidigt skriver utredningen att detta inte tycks vara ett självklart förhållningssätt i den offentligt finansierade vården.⁹

Det finns flera studier som talar för att stegvis vård är en kostnadseffektiv modell för att omhänderta psykiska ohälsa – både för specifika psykiska sjukdomar och syndrom och som en integrerad modell för att omhänderta en bredare grupp av patienter med allt ifrån milda psykiska besvär till allvarligare psykiska sjukdomar.

⁹ SOU 2016:2 s. 24.

Exempel på resultat från tidigare studier visar att stegvis vård är (se tabell 1)

- ...dominant (billigare och mer effektiv) som integrerad vårdmodell (6).
- ...kostnadseffektiv (dyrare men mer effektiv) för behandling av ångestsjukdomar (7).
- ... kostnadseffektiv (dyrare men mer effektiv) för behandling av depression (8).
- ...kostnadseffektiv (dyrare men mer effektivt) för behandling av depression och/eller ångest (9,10).
- ...kostnadseffektiv (dyrare men mer effektiv) för panikångest och generaliserat ångestsyndrom ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och dominant (billigare och mer effektiv) ur ett samhällsperspektiv (11).
- ...jämförbar effekt och kostnad för behandling av ångestsyndrom hos barn men kostnadseffektiv (jämförbar effekt och lägre kostnad) ur ett samhällsperspektiv (12).
- ... inte haft bättre effekt för behandling av PTSD i flera studier, och det finns enbart svag evidens för kostnadseffektivitet (13).
- ... inte signifikant kostnadseffektivt (14) men även kostnadseffektiv (15) för förebygga depression och ångest.

Tabell 2: Exempel på resultat från tidigare studier som belyser kostnadseffektiviteten av stegvis vård

Intervention	Målgrupp	Studietyper	Jämförelse	Resultat	Källa
Stegvis integrerad vårdmodell (RECOVER)	16–79 år med psykiska sjukdomar och syndrom i Tyskland	RCT	CAU ¹⁰	Totala kostnader - 22% Hälso- och sjukvårds och socialtjänst-kostnader -25 % Sjukhuskostnader -50 % Signifikant bättre utfall Kostnadseffektivitet p<0,05	(6)
Trestegsmodell (självhjälp-KBT-läkemedelsbehandling)	Vuxna med mild till medelsvårt ångestsyndrom i Australien	Modellbaserad ekonomisk analys	CAU	ICER: A\$3 983 per DALY (kostnadseffektiv)	(7)

¹⁰ Treatment as usual

Stegvis vård enligt riktlinjer	Patienter med depression i Nederländerna	State-transition modeling	CAU	ICER: €3 200 per QALY (kostnadseffektiv p<0,05)	(8)
Stegvis integrerad vårdmodell	Primärvårdspatienter med ångest eller depression i Australien	Modellbaserad ekonomisk analys av intervention beskriven i (16)	CAU	ICER: A\$5 207 per DALY (kostnadseffektiv p<0,05)	(9)
Stegvis vård	Vuxna patienter med depression	RCT	Rutinsjukvård, CAU, iKBT	För alla patienter: Stegvis vård billigast och mest effektiv För patienter med depressionsdiagnos: iKBT billigare än stegvis vård; Stegvis vård mest effektiv	(10)
Stegvis integrerad vårdmodell	Patienter med panikångest eller generaliserat ångestsyndrom	RCT	CAU	ICER: €6965 per QALY ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv	(11)
Stegvis vård	Ångestsyndrom hos barn (7–17 år) i Australien	RCT	Manualbaserad CAU	Jämförbar effektivitet Jämförbar kostnad ur hälso- och sjukvårdsperspektiv Lägre kostnader ur samhällsperspektiv	(12)
Stegvis vård	PTSD	Systematisk litteraturöversikt		Förebygga PTSD bland vuxna: Ingen skillnad mot CAU; Ingen studie analyserar kostnadseffektivitet men några beskriver acceptabla	

				eller lägre kostnader Behandla PTSD: Metaanalys inte möjlig pga skillnader i studiedesign. Några identifierade studier beskriver kostnadseffektivitet
Stegvis vård	Förebygga ångest och depression bland äldre	RCT	CAU	Inga signifikanta skillnader i effekt eller kostnader
Stegvis vård	Förebygga ångest och depression bland äldre	RCT	CAU	Halverad incidens av ångest och depression (0,49 95% CI 0,24-0,98) ICER: €4 367 per sjukdomsfritt år ¹¹

Metod

En central del i arbetet med förstudien har varit de kontinuerliga dialoger, intervjuer, referensgrupper och verksamhetsbesök som genomförts inom ramen för det övergripande regeringsuppdraget. I detta arbete har även ett stort antal underlag samlats in, i form av dels olika beskrivningar av lokala och regionala rutiner, arbetssätt, utbildningar och kunskapsstöd, dels forskningsartiklar och grå litteratur på området. Därtill har två enkätundersökningar genomförts.

I förstudiens arbete har ytterligare underlag samlats in. Det samlade materialet har sammanställts utifrån relevans för stöd som kan behövas för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa.

I samband med förstudien har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) upplysningstjänst använts för att besvara frågan ”Vilken

¹¹ Disorder-free year gained

sammanställd forskning finns om stegvis vård för psykisk sjukdom i primärvården?” (17).

Ytterligare dialogmöten har genomförts specifikt för förstudien, med konkreta frågeställningar om behovet av kunskapsstöd för stegvisa och väl sammanhängande insatser. Dessa dialoger har inkluderat representanter från bland annat:

- regioner
- vårdcentraler
- professionsföreningar för läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, och barn- och ungdomspsykiatri, samt representanter för Akademikerförbundet SSR som företräder bland annat legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer och legitimerade psykoterapeuter
- forskare.

Återkoppling på preliminära förslag har även hämtats in från relevanta delar av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård: Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa och Primärvårdsrådet.

Samverkan har skett med andra regeringsuppdrag och andra arbeten på Socialstyrelsen, huvudsakligen inom områdena psykisk hälsa samt omställningen till god och nära vård.

Myndighetssamverkan med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och SBU har skett inom ramen för det övergripande regeringsuppdraget.

Därtill har arbetet inkluderat en gemensam arbetsgrupp för erfarenhetsutbyte mellan Socialstyrelsen och Uppdrag Psykisk Hälsa vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Denna samverkan har inkluderat regelbunden dialog och deltagande i nätverket Mötesplats nära vård psykisk hälsa.

Avgränsningar

Regional primärvård och vårdcentraler

Kompetensen att bedöma och behandla psykisk ohälsa i det avseende som beskrivs i regeringens uppdrag finns huvudsakligen i den regionala primärvården. Därför valde myndigheten tidigt att rikta insatser i detta uppdrag mot den regionala primärvården, och framför allt vårdcentraler. Med vårdcentraler avses även motsvarande vårdenheter för regional primärvård med andra benämningar som används, exempelvis hälsocentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning och sjukstuga.

Eftersom ”vårdcentral” är den vanligast förekommande benämningen används denna fortsättningsvis i föreliggande rapport.

Även andra delar av primärvården, bland annat kommunal primärvård, möter personer med psykisk ohälsa och har behov av kunskapsstöd. Målgrupper för vissa kunskapsstöd kan därför vara bredare än endast vårdcentraler.

Arbete för att stärka omhändertagande av barn och ungas psykiska ohälsa

Det finns ett stort behov av att stärka primärvårdens och vårdcentralernas arbete kring psykisk ohälsa hos barn och unga. Förutsättningarna för detta varierar dock avsevärt mellan olika regioner. I vissa regioner har vårdcentralerna, eller motsvarande vårdenheter, inte uppdraget att omhänderta psykisk ohälsa hos barn och unga. Behov som för vuxna hade ingått i vårdcentralernas arbete omhändertas i många fall i stället inom barn- och ungdomspsykiatri, och även elevhälsan och ungdomsmottagningar har en roll i omhändertagandet. Flera regioner har vidare implementerat verksamheten ”En väg in”, som syftar till att förbättra förutsättningarna för att individer får vård på rätt vårdnivå genom att erbjuda information, ge råd och genomföra kvalificerade triageringar (18). Det finns ingen motsvarande verksamhet för vuxna.

Inom Socialstyrelsen genomförs flera andra uppdrag som är relevanta i sammanhanget. Exempelvis pågår en utvärdering av arbetssättet ”En väg in” (19), ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är under framtagande (20), samt ett arbete med att utforma Nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården, med start inom barn- och ungdomspsykiatri (21).

I förstudien beskrivs ett flertal breda förslag som gäller vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa, exempelvis stöd för olika professioner på vårdcentralen, stöd för att organisera arbetet i stegvisa och väl sammanhängande insatser, samt ersättnings-/uppföljningsmodeller för psykisk ohälsa. Dessa kan vara av relevans även för omhändertagandet av psykisk ohälsa hos barn och unga i de regioner där det ingår i vårdcentralernas uppdrag. Andra stödbehov kommer att vara specifika för barn och unga och kunskapsstöd och utbildningar kommer att behöva skilja sig åt från motsvarande för vuxna. Detta gäller exempelvis de delar som är kopplade till triagering och egenvårdsråd, som bland annat kan påverkas av En väg in-modeller, samt stöd för bemötande, vilket behöver anpassas särskilt för barn och ungas behov.

Mot bakgrund av de skillnader som beskrivs i behoven för barn och unga jämfört med vuxna och de omfattande förändringsarbeten som redan pågår för denna målgrupp fokuserar förstudiens förslag på de behov som är

generella för vårdcentralernas arbete. Fortsatt arbete behöver ta särskild hänsyn till behov kopplat till omhändertagandet av psykisk ohälsa hos barn och unga och ta fram separata stöd där så behövs, exempelvis inom de områden som nämnts ovan.

Termer och begrepp

Stegvisa och väl sammanhängande insatser

I dagsläget saknas en vedertagen definition av begreppet *stegvis vård*. Begreppet används bland annat i SOU 2021:6. och i olika regioner, men hur det används varierar. För att inte begränsa förstudiens arbete enbart till behandling, utan även reflektera ansatsen att inkludera mer generella principer för att säkerställa ett omhändertagande som tar hänsyn till hela vårdkedjan (från första kontakt för psykisk ohälsa på vårdcentral) används begreppet *Stegvisa och väl sammanhängande insatser* i denna rapport.

Den definition av *stegvisa och väl sammanhängande insatser* som använts inom ramen för förstudiens arbete är: modeller för bedömning och behandling som anpassar insatsers intensitet efter behov, ofta utifrån principen om bästa/lägsta effektiva omhändertagandenivå (BEON/ LEON).

Det är viktigt att betona att dessa modeller inte nödvändigtvis handlar om vissa givna insatser i en viss given ordning, eller att börja på den lägsta intensitetsnivån – utgångspunkten är alltid att ge en vård som är anpassad efter patientens behov. Patientens funktionsnivå och tillstånd, tillståndets svårighetsgrad, egna önskemål samt professionens bedömning om vad som är hjälpsamt behöver styra vad som blir första insats att erbjuda.

Egenvård och självhjälp

Egenvård som begrepp används i flera olika sammanhang med olika betydelser. Begreppet egenvård används i allmänt tal som ett samlingsbegrepp för åtgärder som en enskild kan göra själv vid enkla och vanliga symtom, sjukdomar och skador utan någon kontakt med hälso- och sjukvården. Det kan också vara sådana åtgärder som en enskild kan göra själv efter rådgivning från sjukvården, det vill säga egenvårdsråd, till exempel via 1177. I lagen (2022:1250) om egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.¹² Självhjälp är inte ett väldefinierat begrepp men kan till viss del överlappa med egenvård, när det gäller psykisk ohälsa, både enligt lagen om egenvård och enligt den mening som används i vanligt tal, beroende på hur kontakten med hälso- och sjukvården ser ut. Det finns exempelvis: i) självhjälp som utgår från publikt tillgängligt material och som

¹² 2 § lagen om egenvård.

används av patienter som själva har sökt upp informationen utifrån ett upplevt behov, ii) självhjälp som används efter rådgivning av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan innefatta att patienten får en uppmaning att söka hjälp igen om de inte upplever önskad effekt, eller att en uppföljande tid bokas direkt, och iii) guidad självhjälp som en behandlingsinsats med kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvården (22). Alltså kan självhjälp innefatta, men kräver inte, en bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal. Självhjälpsprogram som är avsedda att genomföras utan stöd från behandlare kan vara egenvård enligt lagen om egenvård om de föregås av en bedömning där hälso- och sjukvårdspersonal ger patienten råd att genomföra självhjälpsprogrammet. Även om egenvård kan inkludera uppföljning innebär guidad självhjälp en mer kontinuerlig insats från behandlaren.

Kunskapsstöd

Det finns många olika typer av kunskapsstöd och flera nationella aktörer som tar fram kunskapsstöd, bland annat Socialstyrelsen och Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen beskriver att nationella kunskapsstöd avser bidra till att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården arbetar kunskapsbaserat och ändamålsenligt – så att patienter och brukare får en god vård och omsorg (23).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer är en specifik typ av kunskapsstöd som innehåller rekommendationer, baseras på bästa tillgängliga kunskap och/eller beprövad erfarenhet och utgår från behovet av kunskapsstöd inom ett vård- och omsorgsområde. De kan exempelvis utgöra stöd för vad som är viktigast att satsa på eller avveckla. Ett viktigt syfte med dessa stöd är en god och jämlik vård och omsorg för alla.

Andra kunskapsstöd från Socialstyrelsen kan vara exempelvis vägledningar, kunskapssammanställningar, bedömningsmetoder, effektutvärdering av interventioner eller faktablad. Även dessa baseras på bästa tillgängliga kunskap, enligt vetenskap och/eller beprövad erfarenhet men innehåller inte rekommendationer.

Nulägesanalys

Sammanställning av befintliga kunskapsstöd

Det finns ett stort antal kunskapsstöd för omhändertagande av psykisk ohälsa som riktar sig till primärvården, framtagna av nationella, regionala och lokala aktörer. Dessa innefattar både stöd som är specifikt framtagna för primärvårdsnivån, och stöd som kan användas av primärvården men riktar sig till flera vårdnivåer.

De kunskapsstöd som har sammanställts är avgränsade till de stöd som har ett fokus på psykisk ohälsa och som tydligt inkluderar primärvårdens roll i bedömning, behandling och uppföljning.

Följande tabell innehåller de nationella kunskapsstöd som har gått igenom under förstudien.

Tabell 3: Nationella kunskapsstöd för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa

Kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, adhd och autism, ätstörningar	Socialstyrelsen	Beslutsfattare inom regioner och kommuner	Innefattar prioritering av åtgärder utifrån tillståndets svårighetsgrad, insatsernas effekt och kostnads-effektivitet. Saknar en beskrivning av stegvisa insatser.
Försäkrings-medicinska beslutsstöd inom psykisk sjukdom	Socialstyrelsen	Läkare och handläggare på Försäkringskassan	Vägledning i bedömning av huruvida en patient ska sjukskrivas eller inte, baserat på bland annat tillståndets svårighetsgrad och påverkan på funktion. Enbart övergripande texter om behandling.
Nationella vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom samt adhd	Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Klinisk personal – avsedda att användas inför/i kliniskt möte Innefattar samtliga vårdnivåer	Beskriver tidiga tecken, förebyggande insatser, kartläggning/ utredning och behandlingsalternativ. Bland behandlingsalternativen framgår inte en stegvis organisering. För adhd framgår för vissa insatser att de ska genomföras som tidiga insatser men det finns ingen samlad översikt med insatser som är mer eller mindre intensiva.

Kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
Vårdförlopp depression hos vuxna (1177 för vårdpersonal)	Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Klinisk personal – avsedda att användas inför/i kliniskt möte Större delen av vårdförloppet utgår från primärvårdens kontext	Stegvis beskrivning av förloppet från misstanke till utgång. Beskriver insatser enligt LEON.
Kliniska kunskapsstöd för psykisk hälsa (1177 för vårdpersonal)	Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Klinisk personal i primärvården – avsedda att användas inför/i kliniskt möte	Innehåller beskrivning av tillstånd, utredning, handläggning och behandling. Saknar en beskrivning av stegvisa insatser.
Internetmedicin – behandlingsöversikter för tillstånd inom psykiatriområdet	Professionsrepresentanter	Klinisk personal – avsedda att användas av läkare inför/i kliniskt möte Utgår från tillstånd – mindre fokus på vårdnivå	Prioritering av insatser beskrivs huvudsakligen baserat på tillståndens svårighetsgrad, snarare än stegvisa insatser.
Vårdhandboken – Vård och bemötande vid psykisk ohälsa	Inera på uppdrag av SKR	Klinisk personal	Innehåller några stöd för vård och bemötande av psykisk ohälsa på en övergripande nivå. Stegvisa insatser framgår inte.

Fördjupad bild av nationella kunskapsstöd

Följande avsnitt ger en fördjupad beskrivning av de kunskapsstöd som är särskilt relevanta för stegvisa och väl sammanhängande insatser.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer som finns publicerade idag har främst riktar sig till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inklusive verksamhetschefer.¹³ Riktlinjerna har fungerat som beslutsstöd för utbud och resursfördelning (24).

Inom området psykisk hälsa finns nationella riktlinjerna för: Depression och ångestsyndrom, Adhd och autism, Missbruk och beroende, Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och Ätstörningar. Därtill finns nationella riktlinjer för arbete med levnadsvanor. Dessa berör fyra ohälsosamma levnadsvanor: tobaks- och nikotinbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma

¹³ Socialstyrelsen arbetar med att vidareutveckla kunskapsstöd och nationella riktlinjer och målgrupper och innehåll för nationella riktlinjer kan komma att förändras och breddas.

matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet, vilka inte bara påverkar fysisk utan även psykisk hälsa.

Inom ramen för förstudiens arbete är de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom särskilt relevanta, då dessa i högre grad än övriga fokuserar på primärvårdens omhändertagande, mot bakgrund av att de flesta i denna patientgrupp söker vård i primärvården (4). Även riktlinjerna för levnadsvanor är relevanta då dessa kan ha en tydlig koppling till psykisk ohälsa, både för att personer med psykisk funktionsnedsättning ofta har mer ohälsosamma levnadsvanor, och för att ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för psykisk ohälsa (25).

De nationella riktlinjerna innefattar en prioriteringsgradering av åtgärder utifrån tillståndets svårighetsgrad samt insatsernas effekt och kostnadseffektivitet. De saknar dock en stegvis beskrivning i att först testa mindre intensiva insatser för att sedan trappa upp vid behov.

Nationella vård- och insatsprogram

De nationella vård- och insatsprogrammen (VIP) (26) är framtagna inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. De riktar sig till patient- och brukarnära personal och bygger på bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det finns VIP för: Adhd, Depression och ångestsyndrom, Missbruk och beroende, Schizofreni och liknande tillstånd, Självskadebeteende. Även program för autism respektive ätstörningar är under framtagande. Samtliga program omfattar information som är relevant för bland annat flera vårdnivåer, utförare och professioner, vilket innebär att den information som är aktuell för primärvården kan filtreras fram.

Ett vård- och insatsprogram innehåller bland annat:

- en övergripande beskrivning av tillståndet
- tidiga tecken, kartläggning, utredning och diagnostisering
- förebyggande insatser inklusive suicidprevention
- behandlings- och stödinsatser samt uppföljning på individnivå
- patientmedverkan
- uppföljning på verksamhetsnivå
- lagar och regler.

Med hänsyn till förstudiens fokus är VIP för depression och ångestsyndrom särskilt relevant, då stora delar av bedömning och behandling faller inom ramen för primärvårdens uppdrag (26).

Vård- och insatsprogrammet presenterar en bred uppsättning av möjliga insatser. Utöver att förebyggande insatser särskiljs, så saknas dock stöd för

ett stegvist omhändertagande, där mindre intensiva insatser rekommenderas i första hand.

Kliniska kunskapsstöd och vårdförlopp

1177 för vårdpersonal innehåller vårdprogram, vårdförlopp och kliniska kunskapsstöd. Vårdprogram beskriver hur åtgärder ska genomföras, medan vårdförlopp kortfattat beskriver vad som ska göras, i vilken ordning och när. Kliniska kunskapsstöd är tänkta att ge vårdpersonal stöd i patientmöten och har i framtandet utgått från primärvården (27).

Inom psykisk hälsa finns vårdförlopp för depression hos vuxna, schizofreni och självskadebeteende hos vuxna.

Vårdförloppet för depression, som har sin utgångspunkt i primärvårdens arbete, har en tydligt stegvis ansats i behandlingsalternativ där följande rekommenderas (28):

- Erbjud behandlingsintensitet och innehåll utifrån symtombild, besvärnivå, patientens behov, förutsättningar och preferens för att uppnå en personcentrerad vård.
- För ett effektivt resursnyttjande, använd principen om lägsta effektiva insatsnivå (så kallad stegvis vård).

Regionala kunskapsstöd

Följande tabell innehåller de regionala kunskapsstöd som gått igenom under förstudien.

Tabell 4: Regionala kunskapsstöd för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa

Regionala kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
Modell för samarbetsvård	Region Dalarna	Vårdcentralsledning och medarbetare	Utvecklad modell för vårdsamordnarrollen och konsultation med specialistpsykiatri. Har inte en tydligt stegvis modell av insatser men beskriver hur olika professioner kan involveras i vården för psykisk ohälsa beroende på behov.
Vårdlinjearbetet PV/VUP	Region Gävleborg	Ledning och medarbetare i primärvården	Inkluderar vårdprogram och rutiner som beskriver omhändertagande av olika tillstånd, där vissa explicit beskriver stegvis vård,

Regionala kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
		och specialistpsykiatri	alternativt en upptrappning av behandlingsintensitet vid utebliven effekt. Innehåller även vägledning för hur primärvården och specialistpsykiatrin kan samverka för patienter med olika tillstånd
Stegvis vård i Region Uppsala	Region Uppsala	Medarbetare i primärvården och samverkansaktörer	Utbildningsmaterial med introduktion till stegvis vård, samt utbildning om bedömning av psykisk ohälsa.
Vårdriktlinjer Psykiatri och psykisk ohälsa	Region Skåne	Medarbetare i primärvården och samverkansaktörer	Inkluderar vårdprogram och riktlinjer som beskriver omhändertagande av olika tillstånd, stegvisa insatser ingår i vissa av riktlinjerna. Innehåller även vägledning för hur primärvården och specialistpsykiatrin kan samverka för patienter med olika tillstånd
STEP-UP	Region Stockholm	Vårdcentralsledning och medarbetare	Beskriver hur en vårdcentral kan organisera stegvis vård för psykisk ohälsa, med omfattande stödmaterial och utbildningsmaterial. Inkluderar bland annat triageringsstöd, samtalsstöd, kurser i psykiatrisk diagnostik och differentialdiagnostik, stöd för självhjälp
PRV-23 Psykiatriskt remissverktyg för vuxna patienter i primärvården	Region Stockholm	Klinisk personal på vårdcentraler	Checklista som beskriver kriterier som bör vara uppfyllda för att remiss ska skrivas till och patient ska bedömas inom psykiatrin
Viss.nu – Psykisk hälsa	Region Stockholm	Klinisk personal – avsedda att användas inför/i kliniskt möte Framtaget för primärvårdens kontext	Stegvisa insatser beskrivs exempelvis för depression och ångestsyndrom

Regionala kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
Handbok för IBH	Region Östergötland	Vårdcentralsledning och medarbetare	Del av material för implementering av IBH. Beskriver nyckelfaktorer som adekvat triagering, primärvårdsanpassad handläggning, tvärprofessionella behandlingsinsatser som stegvis anpassas till patientens vårdbehov, kontinuerlig kompetenshöjning samt identifiering av personer i behov av insatser för psykisk ohälsa som primärt söker för somatiska besvär.
Regionala medicinska riktlinjer (RMR) – Psykisk hälsa	Västra Götalandsregionen	Klinisk personal – avsedda att användas inför/i kliniskt möte Innefattar samtliga vårdnivåer	RMR finns för bland annat depression, stressrelaterad psykisk ohälsa, utmattningssyndrom, ångest och tvång, sömnbesvär Inkluderar stegvis behandling för vissa tillstånd, såsom depression, ångestsyndrom och sömn. RMR finns även för ansvarsfördelning och konsultationer där omhändertagande av olika tillstånd beskrivs och att arbetet ska utgå från en stegvis behandlingsmodell
Stöd- och utbildningsmaterial för vårdsamordnare psykisk ohälsa	Västra Götalandsregionen	Vårdcentralsledning, vårdsamordnare samt andra professioner på vårdcentraler	Beskriver bland annat vårdsamordnarens roll, omhändertagande av patienter med exv. ångestsyndrom, depression eller utmattningssyndrom, med stöd för diagnostik och behandlingsinsatser
Utbildningsmaterial för integrerad beteendehälsa (KAIROS)	KAIROS-studien (genomförs i samarbete med bland annat Västra Götalandsregionen)	Vårdcentralsledning och medarbetare i verksamheter som deltar i studien	Behandlingar utgår från stegvis vård, vilket beskrivs som att små, evidensbaserade insatser ska erbjudas i första hand, för att följas upp av mer intensiva insatser vid behov.

Exempel på lokala stödmaterial

Utöver de nationella och regionala stödmaterialen har även ett antal material från enskilda vårdcentraler inkommit.

Tabell 5: Vårdcentralers kunskapsstöd för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa

Lokalt kunskapsstöd	Avsändare	Huvudsaklig målgrupp	Relevans för stegvisa och väl sammanhängande insatser
Herrgårdets digitala modell för Stegvis vård	Herrgårdets vårdcentral (Region Västmanland)	Vårdcentralens medarbetare	Innehåller bland annat ett flödesschema för omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa, inklusive insatser och eventuell hänvisning till andra aktörer.
Flödesschema för omhändertagande av psykisk ohälsa	Edsbyn Din hälsocentral (Region Gävleborg)	Vårdcentralens medarbetare	Beskriver bland annat vårdcentralens struktur för att omhänderta patienter med psykisk ohälsa, inklusive insatser med olika intensitetsnivå, en triagemodell baserad på tillståndets karaktär och olika professioners roller i teamarbetet.

Modeller för strukturerat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården

Förstudien har undersökt två strukturerade modeller för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa som både beskrivs i internationell litteratur och har etablerats i en svensk kontext:

- Stegvis vård – Stepped care
- Integrerad beteendehälsa (IBH) – Primary Care Behavioural Health (PCBH)

Därtill har förstudien även undersökt Collaborative care. I svensk kontext implementeras denna modell ofta som funktionen/rollen Vårdsamordnare. Det är dock inte alltid implementerat som en modell som strukturerar det övergripande omhändertagandet av psykisk ohälsa, utan tillämpas huvudsakligen för vissa patienter med psykisk ohälsa.

Såväl de internationellt studerade modellerna som de svenska anpassningarna saknar i stor utsträckning vedertagna definitioner och modellerna beskrivs i stället utifrån deras huvudsakliga komponenter.

Undersökta modeller för strukturerat omhändertagande har begränsad evidens för odiagnostiserad psykisk ohälsa

Evidensen för ovanstående modeller för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa har undersökts med hjälp av SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) upplysningstjänst. Detta innefattade en sammanställning av systematiska översikter som berörde följande:

- Stepped Care/Step-Up Care
- Integrated behavioural health (IBH)/Primary care behavioural health (PCBH)
- Collaborative Care.

Frågeställningen formulerades enligt PICO-strukturen:

- Population: Odiagnostiserade vuxna som söker primärvård för misstänkt psykisk sjukdom.
- Intervention: Stegvis vård, där patienterna får vård utifrån svårighetsgraden av sina symtom.
- Kontroll: Annan vårdorganisationsform.
- Utfall: Patientnöjdhet, tillgänglighet till vård, personalnöjdhet, ekonomiska utfall, resursutnyttjande, patientutfall och patientupplevelser.

Arbetet inkluderade systematiska översikter som undersöker effekten av stegvis vård på en bred population av vuxna patienter som söker hjälp för psykisk ohälsa i primärvården. Undersökningen fokuserade på odiagnostiserade patienter snarare än de med redan konstaterade diagnoser, och inkluderade studier med både kvantitativa och kvalitativa metoder.

SBU genomförde en systematisk litteratursökning som resulterade i 272 artikelsammanfattningar, varav 20 systematiska översikter identifierades som potentiellt relevanta och lästes i fulltext av SBU. Vid slutlig granskning bedömdes ingen av översikterna vara relevant för den specifika frågeställningen. De vanligaste orsakerna till exkludering följer nedan.

- Fel population: Många studier fokuserade på specifika populationer, såsom patienter med psykiatriska diagnoser eller äldre vuxna, snarare än den breda populationen av odiagnostiserade vuxna som söker vård i primärvården för misstänkt psykisk ohälsa.

- Fel intervention: En del studier fokuserade på andra vårdmodeller än stegvis vård, exempelvis konsultationsmodeller eller samordnad vård.
- Relevanta resultat analyserades inte separat: I vissa systematiska översikter ingick stegvis vård som en del av en bredare vårdmodell, men resultaten för stegvis vård analyserades inte separat, vilket gjorde dem svåra att tillämpa på den aktuella frågeställningen.
- Andra metodologiska begränsningar: Några artiklar hade metodologiska begränsningar, såsom att vara publicerade på språk som inte stödjer en bredare applicering i svensk kontext.

Sammanfattningsvis har inte upplysningstjänsten kunnat identifiera några breda systematiska litteraturöversikter som bedömer effekten av nämnda modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa hos odiagnostiserade vuxna. Inom ramarna för eventuella senare uppdrag att ta fram kunskapsstöd behöver man överväga att sammanställa i vilken utsträckning det finns evidens för dessa modeller i publicerade primärstudier. Arbetet framåt behöver också inkludera förslag på hur uppföljning och utvärdering av modeller kan utformas vid implementering.

Stegvis vård

Övergripande modell

Stegvis vård för omhändertagande av psykisk ohälsa saknar en enhetlig definition, men grundprincipen är att modeller för stegvis vård anpassar insatsernas intensitet efter behov. Om den första insatsen inte ger önskade resultat tas steget upp till en mer omfattande, intensiv eller resurskrävande behandling. Det internationellt använda begreppet Stepped care beskrivs ibland omfatta hela vårdkedjan, från preventiva insatser på populationsnivå till heldygnsvård, där primärvården hanterar de lägre stegen och remitterar vidare till specialiserad psykiatri vid behov (29–32). I vissa modeller som beskrivs internationellt ges patienten alltid insatsen med lägst intensitetsnivå i första hand (33).

I SOU 2021:6 betonas utredningen att även bedömning och utredningsinsatser bör ingå i modellen för stegvisa insatser.¹⁴

I de modeller för stegvis vård som identifierats i Sverige innebär stegvis vård ofta ett sätt att organisera primärvården, och anpassas beroende på vårdcentralens uppdrag, storlek och regionala förutsättningar. Exempelvis kan modeller för integrerad beteendehälsa (IBH) även innehålla en stegvis vårdmodell, framför allt avseende att insatserna anpassas och kan utökas vid behov (34,35).

¹⁴ SOU 2021:6 s. 269.

Såväl vilka insatser som inkluderas som antalet steg varierar. Ett exempel på behandlingssteg följer nedan.

0. Förebyggande insatser och klinisk övervakning för hela befolkningen
1. Lågintensiva insatser som guidad självhjälp och iKBT
2. Medelintensiva insatser som gruppbehandling och korta psykologiska behandlingar
3. Högintensiva insatser som längre psykologiska behandlingar och läkemedelsbehandling
4. Remiss till specialistpsykiatrisk behandling

Patientgrupp

Stegvis vård riktar sig ofta till patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa som faller inom primärvårdens uppdrag, även om vissa modeller även inkluderar öppen specialistvård och heldygnsvård som de högsta ”stegen” och därmed innefattar även svårare psykisk ohälsa. Modellerna kan täcka ett brett spektrum av symtom och diagnoser. I den internationella litteraturen finns evidens för att Stepped care har effekt för vissa specifika diagnosgrupper, som exempelvis depression och ångestsyndrom (30,31).

Triagering, bedömning och tidiga insatser

Triagering inom stegvis vård organiseras ofta med utgångspunkt i mottagningsjuksköterskor, som har möjlighet att triagera direkt till psykosociala resurser. Rutinerna för telefontriagering kan beskriva ”röda flaggor” som innebär att läkarkontakt är indicerat (29,33,36).

Uppföljning

Uppföljning är en central del av stegvis vård i de fall en aktiv behandling som innefattar flera besök är aktuellt, även om modellen saknar en enhetlig uppföljningsstandard. Uppföljningen utförs ofta med skattningsskalor, valda efter patientens specifika diagnos och symtom, för att kontinuerligt bedöma effekten av behandlingen. I de fall där vårdsamordnare ingår i modellen ansvarar de ofta för uppföljningen och säkerställer att patientens utveckling övervakas under hela behandlingsperioden. Vid uppnådd behandlingseffekt avslutas patientens kontakt, men om behovet kvarstår kan patienten behöva en insats på ett högre steg i trappan, alternativt remitteras vidare till specialistpsykiatri (29,37).

Integrerad beteendehälsa

Övergripande modell

Integrerad Beteendehälsa (IBH) är en modell för att hantera psykisk ohälsa som är anpassad till svensk primärvård och bygger på principer från Primary Care Behavioural Health (PCBH). Modellens kärna är samarbete över professionsgränser genom att integrera psykologisk och psykosocial kompetens i vårdcentralens ordinarie verksamhet. Den betonar att psykologer eller andra psykosociala resurser ska vara tillgängliga i hög grad och utöver sina egna bedömningar och behandlingar bidra med konsultation, handledning och utbildning för övriga yrkesgrupper. I praktiken innebär detta att psykologer/psykosociala resurser är på plats i vårdcentralens lokaler och klädda på liknande sätt som övrig personal, vilket underlättar integrering där till exempel övriga professioner ska kunna rådfråga psykologen i sina patientärenden av olika slag, och för patienter att få tillgång till besök samma dag som de söker vård. I modellen beskrivs också kliniska spår, vilka utgör beskrivningar av bedömnings- och behandlingssteg för vissa tillstånd (38–40).

IBH har implementerats i vissa regioner i Sverige, exempelvis i Region Östergötland (35) och Västra Götalandsregionen (genom KAIROS-studien, (34)), samt på några vårdcentraler runtom i landet. Dessa implementeringar av IBH innefattar även principerna för stegvis vård och lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå (LEON/BEON), där vården ges på den mest kostnadseffektiva vårdnivå som motsvarar patientens behov.

Patientgrupp

Precis som PCBH riktar sig IBH till hela patientpopulationen inom vårdcentralens uppdrag och strävar efter att fånga upp psykisk ohälsa tidigt för att kunna erbjuda förebyggande och tidiga insatser. Modellen riktar in sig på alla patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa, och integrerar bedömningar för psykisk hälsa även för patienter med vårdkontakter för somatiska tillstånd när det är relevant. Det finns en betoning på att erbjuda såväl bedömning som insatser från hög psykologisk kompetens även i primär- och sekundärpreventivt syfte, snarare än att reservera dessa resurser enbart för svårare tillstånd (34,35,38).

Triagering, bedömning och tidiga insatser

Triageringsprocessen inom IBH liknar den som beskrivs i PCBH och innebär att samtliga yrkesgrupper på vårdcentralen kan hänvisa patienter till psykolog för en snabb och tidig bedömning. Vid första kontakt eller under ett pågående besök kan en psykolog kopplas in för en kort initial bedömning. Detta syftar till snabb tillgänglighet och flexibilitet. Det medför även att tröskeln för att boka in tid med psykolog/psykosocial resurs är låg

vid telefontriagering av sjuksköterska för patienter som söker för psykisk ohälsa. Psykologer och psykosociala resurser spelar en viktig roll genom att handleda och konsultera andra yrkesgrupper, vilket stärker hela vårdcentralens kompetens inom psykisk hälsa och att triagera till ett lämpligt omhändertagande (38).

Bedömningen sker i samarbete mellan yrkesgrupperna och kan innefatta ”varma överlämningar” från exempelvis läkare till psykolog, vilket säkerställer en smidig övergång för patienten. Inom IBH erbjuds primärvårdsanpassade behandlingar i korta sessioner, i enlighet med PCBH-modellen, vilket innebär att patienterna får snabb och riktad hjälp för sina symtom (34,35,38).

Uppföljning

Inom IBH sker uppföljningen ofta i samarbete mellan psykosociala resurser och allmänläkare, och detta fortsätter tills patientens symtom förbättras. Därefter kan den primära vårdkontakten (Primary Care Provider PCP) ta över och vid behov fortsatt konsultera psykolog eller annan psykosocial resurs. Precis som beskrivs i PCBH erbjuds inom IBH även ”öppna avslut,” vilket innebär att patienter kan ha fortsatt kontakt efter avslutad behandling vid behov, vilket ger dem flexibilitet och stöd för långsiktig återhämtning (34,35,38).

Vårdsamordnarmodeller

Övergripande modell

Vårdsamordnarmodeller finns för olika patientgrupper med behov av samordning av olika insatser. I Sverige har vissa regioner infört modellen för patienter med behov av samordning av olika insatser på grund av somatisk ohälsa, vilket ofta innefattar multisjuka äldre. Några regioner har infört insatsen för patienter med psykisk ohälsa. Den svenska Vårdsamordnarmodellen för psykisk ohälsa är inspirerad av Collaborative Care, som används internationellt som modell för att hantera psykisk ohälsa inom primärvården. Collaborative Care bygger på ett team bestående av en primärvårdsläkare (PCP), en psykosocial resurs och en vårdsamordnare (ofta en sjuksköterska) som ansvarar för samordningen kring patienten. I såväl Region Dalarna som Västra Götalandsregionen som har infört vårdsamordnare för psykisk ohälsa kan denna vara patientens fasta vårdkontakt¹⁵, om det finns behov och önskemål om en sådan, men den

¹⁵ Det ingår i ett av målen för god och nära vård att vården ska vara samordnad. 4 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), och 6 kap. 2 § Patientlag (2014:821) anger att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Om patienten har flera fasta kontakter på vårdcentralen behöver det vara tydligt hur kontaktvägarna utformas för patienten och hur den interna samordningen ska fungera om syftet med god och nära vård ska uppfyllas.

fasta vårdkontakten kan även vara någon annan av patientens kontakter på vårdcentralen (41–43).

I Collaborative Care betonas vikten av tillgång till psykiatrisk konsultation, vilken bidrar med stöd och expertis. Hur vårdsamordnaren arbetar och hur konsultationen genomförs kan variera beroende på vårdcentralens storlek, geografiska förutsättningar och ersättningsmodeller (43).

I Sverige har Västra Götalandsregionen och Region Dalarna implementerat vårdsamordnarmodeller som liknar Collaborative Care, men med vissa skillnader i utbildning och konsultpsykiatrins roll. I Dalarna har konsultpsykiatern en mer central roll i vårdsamordnarmodellen än i Västra Götaland (42,44).

Patientgrupp

I Collaborative Care är tanken att fånga upp samtliga patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser, att behandla dessa och följa upp utfall. Det beskrivs som svårt att göra lämpliga avgränsningar i primärvårdskontext och den evidens som finns tillgänglig inkluderar ofta depression och/eller olika ångestsyndrom (38,45).

I Sverige är insatser från vårdsamordnare för psykisk ohälsa inriktad på patienter som behöver mer omfattande och samordnade insatser. I praktiken innebär detta huvudsakligen diagnostiserade tillstånd som depression och ångestsyndrom. I Region Dalarna är patientgruppen främst de med diagnostiserade tillstånd som ligger nära specialistpsykiatrisk vård, medan Västra Götalandsregionen också inkluderar patienter med stressrelaterad ohälsa som är sjukskrivna. De svenska vårdsamordnarmodellerna skiljer sig även åt i vilken typ av behandling som lyfts fram; I Region Dalarna läggs mer fokus på läkemedelsbehandling och vårdsamordnarens roll i att följa upp denna (42,44).

Triagering, bedömning och tidiga insatser

Collaborative Care-modeller innefattar inte triagering och initial bedömning, Vårdsamordnaren kopplas in efter att ett behov av mer omfattande stöd har identifierats. Konsultation från specialiserad vård ska finnas tillgänglig för att stödja bedömningen (38).

Detta tillvägagångssätt följs också i de svenska vårdsamordnarmodellerna för psykisk ohälsa, där vårdsamordnaren oftast kommer in efter att patienten har fått en diagnos, huvudsakligen depression, ångestsyndrom eller svårare stressrelaterade tillstånd. Den efterföljande bedömningen utgår från validerade instrument och görs av läkare eller samtalsbehandlare. I den modell som implementerats i Dalarna har samtliga yrkesgrupper som möter psykisk ohälsa möjlighet till dialog med konsultpsykiatern för ytterligare stöd (44).

Uppföljning och avslut

Vårdsamordnaren i Collaborative Care-modellen har en nyckelroll i uppföljningen av patientens tillstånd, både under och efter behandling. Behandlingen ska vara evidensbaserad, och resultat följs löpande upp med skattningsskalor för att justera insatser vid behov. Uppföljningen baseras ofta på patientlistor som vårdsamordnaren ansvarar för, vilka innefattar patienternas resultat på skattningar, för att avgöra om en förändring i behandlingen eller övergång till specialistpsykiatri är nödvändig (38). I Region Dalarnas samarbetsvård beskrivs hur vårdsamordnaren har en sådan roll i uppföljningen (44). I båda de svenska modellerna som undersökts ansvarar vårdsamordnaren för att hålla kontinuerlig kontakt med patienten och återrapporterar till primärvårdsläkaren eller övriga teamet, där läkaren kan ta beslut om exempelvis att avsluta behandling eller remiss till specialiserad vård (42,44).

Mätningbaserad vård

Mätningbaserad vård (MBV) är ytterligare ett arbetssätt som kan vara relevant för patienter med psykisk ohälsa och som kan integreras i modeller för stegvis vård, integrerad beteendehälsa och vårdsamordnarmodeller. Det finns studier som talar för att MBV vid depression ger en högre andel i remission, lägre grad av symtombörda efter behandling och högre följsamhet till läkemedelsbehandling, jämfört med sedvanlig vård (46,47). I en randomiserad studie som jämförde två implementeringsupplägg för MBV, resulterade ledarskapsträning för chefer med fokus på MBV i en betydligt högre implementeringsgrad och bättre behandlingsresultat än upplägget med enbart klinikerträning och teknisk support (48).

Exempel på regionala modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa med stegvisa insatser

Socialstyrelsen har under förstudien tagit del av ett stort antal regionala och lokala kunskapsstöd, rutinbeskrivningar, visualiseringar och stöddokument som beskriver hur vårdcentraler arbetar med att ta hand om psykisk ohälsa utifrån stegvis vård. I detta avsnitt följer exempel från tre regioner på hur detta kan utformas: Region Stockholm, Region Gävleborg och Region Östergötland. Utöver dessa finns även regionala modeller för stegvis vård i bland annat Region Kronoberg och Region Uppsala, samt i lokala varianter på enskilda vårdcentraler. Som nämnts ovan har även IBH implementerats i flera regioner, bland annat inom ramen för KAIROS-studien, där ett stort antal stödmaterial tagits fram.

Region Stockholm – STEP-UP

I Region Stockholm finns omfattande stödmaterial och öppna digitala kurser om omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentraler inom ramen för satsningen STEP-UP, som förvaltas av Akademiskt primärvårdscentrum. Materialet innefattar stöd för att leda vårdcentralers arbete med psykisk ohälsa, att diagnostisera psykiatriska tillstånd, att göra inledande bedömningar för triagering och att ge egenvårdsråd.

Materialet riktar sig till personal som arbetar med psykisk ohälsa på vårdcentraler i Region Stockholm. Större delen av materialet är fritt tillgängligt på webben och används även av vårdcentraler i andra regioner. Därtill finns självhjälpsmaterial som kallas STEP-UP Plus, vilket kan tillgängliggöras för patienter i 1177:s Stöd- och behandlingsplattform.

STEP-UP materialet bygger på en modell för omhändertagande av psykisk ohälsa i stegvisa insatser som vanligen inleds med att patienter med psykisk ohälsa triageras av sjuksköterska per telefon. Vid triagering sorteras patienter med psykisk ohälsa beroende på inledande bedömning av tillstånd, allvarlighetsgrad och brådskandegrad till olika professioner.

- Grupp 1: Stressrelaterade tillstånd
- Grupp 2: Avgränsbara tillstånd där psykoterapi rekommenderas
- Grupp 3: Kroniska tillstånd
- Grupp 4: Tillstånd i behov av medicin, sjukskrivning, somatisk utredning eller bedömning av substansbruk
- Grupp 5: Allvarliga tillstånd

Grupp 1 bokas till sjuksköterska som har en (egenutvecklad) tilläggsutbildning inom psykisk hälsa för fördjupad bedömning. Patienter som genomgår normala livshändelser erbjuds validering och normalisering. Denna grupp kan dessutom erbjudas stöd med fokus på problemlösning, sömn eller avhållsamhet från alkohol. Uppföljning inkluderar exempelvis alkoholkonsumtion och eventuellt behov av farmakologisk behandling.

Grupp 2 bokas till psykolog eller samtalsbehandlare och behandlas enligt modeller för stegvis vård anpassade efter deras tillstånd. Generellt rekommenderas guidad självhjälp med uppstart och uppföljning som ett första steg för denna grupp.

Patienterna i grupp 3 behandlas och följs upp av psykolog eller läkare. Samarbete med eller hänvisning till specialiserad psykiatri eller kommunen kan behövas, beroende på tillstånd och beroende på förekomst, art och grad av funktionsnedsättning.

Grupp 4 och 5 bokas direkt till läkarbedömning. Grupp 4 behandlas farmakologiskt av läkare men uppföljning kan utföras av sjuksköterska inom

psykisk hälsa efter delegering från läkare. I denna grupp lyfts somatiska undersökningar som en insats och även interventioner för riskbruk eller skadligt bruk kan ingå.

Patienterna i grupp 5 är i behov av omedelbart omhändertagande av läkare. Vid vissa tillstånd kan akut remittering till psykiatri eller beroendevården vara aktuellt, exempelvis mani, psykos, hög suicidrisk eller allvarlig funktionssvikt (36).

Region Gävleborg

Region Gävleborg har utarbetat en modell för stegvis vård som innehåller så kallade ”vårdlinjer”. I dessa ingår riktlinjer för omhändertagandet av psykisk ohälsa, men också ”gråzonspatienter”. Den senare gruppen syftar på komplexa patienter med flera diagnoser och nedsatt funktionsnivå.

Vårdlinjerna anger vad som bör göras, när det ska utföras och av vem. Grunden för de stegvisa insatserna är:

- Nivå 1: Egenvård/hänvisning, första bedömning i primärvård/kort intervention och strukturerad bedömning – ges av psykosocial personal med hög tillgänglighet
- Nivå 1 eller 2 beroende på lokala förutsättningar: KBT på internet eller i grupp
- Nivå 2: Fördjupad bedömning/ behandling inom primärvård
- Nivå 3: Bedömning/ behandling inom specialistpsykiatri (49).

Stödet beskriver även triage, bedömning, uppföljning, avslut och samverkan. Regionen har en utvecklad modell för samverkan med specialistpsykiatri som inkluderar:

- Primärvården har stående tider för telefonkonsultation med psykiatrisk bakjour och en enklare mall är framtagen för att underlätta remittering till specialistpsykiatri från primärvården. Mallen innehåller förtydligande avseende vad som bör vara genomfört innan patienten remitteras.
- Vid svårare fall finns möjlighet för videokontakt mellan specialistpsykiatri och primärvården inför (åter-)remittering.
- Det finns även framtagna underlag för återremittering från specialistpsykiatri till primärvården. I remissen framgår genomgångna behandlingar, aktuella läkemedel och förslag på insatser som kan vara aktuella samt insatser som bör undvikas (50).

Region Östergötland

Region Östergötland har implementerat modeller för integrerad beteendehälsa (IBH) på strax över 20 vårdcentraler, med stöd från den

centrala regionala förvaltningen. Centrala delar i modellen för omhändertagande av psykisk ohälsa är att psykologens roll och arbetssätt utvecklas och tydligt integreras i vårdcentralens arbetsflöden på det sätt som beskrivits ovan. Regionen har också tagit fram en handbok för hur vårdcentraler kan genomföra projekt för omställningen till att arbeta utifrån IBH. Handboken innehåller dels ett detaljerat stöd för implementeringsprocessen, dels ett kunskapsavsnitt med innehåll för utbildning och övning.

Modellen för IBH i Region Östergötland har också inkluderat en stegvis vårdmodell. Följande insatser är inkluderade:

- Egenvårdsråd som ges vid lättare besvär eller i väntan på nästa insats, förmedlas ofta av sjuksköterska.
- Självhjälp och korta interventioner som ges vid lätt till måttlig psykisk ohälsa, exempelvis sömnproblem eller stress.
- Samtalsbehandling som ges till patienter med mer uttalade besvär. Behandlingen kan inkludera rådgivning, fokuserat psykologiskt stöd eller manualbaserad behandling.
- Medicinsk behandling och specialiserad vård där läkare bedömer behov av psykofarmaka eller remiss.

Modellen innehåller även en lista med ”röda flaggor”, det vill säga tillstånd eller symtom som kräver läkarbedömning eller läkarkonsultation. Dessa inkluderar bland annat depressionssymtom eller symtom på stress eller trötthet utan tydlig förklaring, suicidrisk, symtom på mani, kraftig viktförändring eller psykotiska symtom.

Utöver att integrera psykologens roll bygger modellen på ett tvärprofessionellt teamarbete mellan olika yrkeskategorier och på att personalens kompetens inom psykisk ohälsa ska uppdateras kontinuerligt genom regelbunden utbildning och handledning. Samtalsbehandlare har en viktig roll både genom att genomföra primärvårdsanpassade bedömningar och behandlingar, samt som konsult till medarbetare och genom populationsbaserade insatser såsom gruppinsatser och föreläsningar. Samtalsbehandlare har tillgång till metodstöd och regelbunden klinisk handledning (51).

Internationella exempel på stegvisa vårdmodeller

England – Improving Access to Psychological Therapies (NHS Talking Therapies)

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) beskrivs i *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*. Programmet har sedermera döpts om till NHS Talking Therapies (52). Målgruppen är patienter med depression eller ångestsyndrom, inklusive patienter som har kroniska somatiska sjukdomar.

Behandlingen utgår från en stegvis vårdmodell, som bygger på principen att individer först ska erbjudas den minst intensiva insatsen som är lämplig för deras behov. Därutöver utgör följande principer basen för programmet:

1. Alla psykologiska behandlingar som erbjuds är evidensbaserade och ges på rätt nivå: Behandlingar som rekommenderas av NICE matchas med patientens behov, där både intensitet och längd väljs för att optimera behandlingsresultat.
2. All klinisk personal får lämplig utbildning och handledning: Högkvalitativ vård ges av kliniker som är utbildade till lämplig kompetensnivå och har utbildats inom de specifika behandlingar de erbjuder. De får resultatorienterad, veckovis handledning av erfarna kliniska medarbetare som har relevanta kompetenser för att stödja kontinuerlig utveckling.
3. Regelbunden uppföljning av behandlingsresultat genom standardiserade mätmetoder används från gång till gång: detta gör att personen som får behandling och den kliniker som ger behandling har uppdaterad information om personens framsteg. Resultaten för anslutna enheter för ångest- och depressionsbehandlingar publiceras så att alla verksamheter kan dra lärdom av skillnader i resultat. Offentlig publicering av resultat görs även för att säkerställa insyn i effekterna av modellen. Detta för att öka möjligheten att anpassa behandling utifrån varje individs respons, men också utgöra en grund för utveckling av tjänsterna, transparens och utkrävande av ansvar.

Norge – Rask psykisk helsehjelp

Även Rask psykisk helsehjelp (RPH) beskrivs i *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (2). RPH är ett norskt initiativ som syftar till att erbjuda snabb och lättillgänglig behandling för personer över 16 år med mild till måttlig ångest, depression, sömnproblem och/eller begynnande missbruksproblem. Programmet lanserades som ett pilotprojekt år 2012 och är inspirerat av Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Sedan starten har det implementerats i flera norska kommuner (53).

Tanken är att RPH ska utgöra en lågtröskeltjänst, med kostnadsfri behandling utan krav på remiss från läkare. Behandlingen baseras på kognitiv beteendeterapi och följer en stegvis vårdmodell, där insatsernas intensitet anpassas efter patientens individuella behov. Initialt erbjuds lågintensiva insatser som guidad självhjälp och gruppterapi, med möjlighet att eskalera till mer intensiva individuella behandlingar vid behov (53). Detta tillvägagångssätt säkerställer att patienter får adekvat vård samtidigt som resurser används effektivt.

En utvärdering av de första 12 pilotprojekten visade att cirka 60 % av patienterna upplevde signifikant symtomlindring efter avslutad behandling. Vid uppföljning tre år efter behandlingsstart var 66 % av patienterna fortsatt friska, vilket indikerar långsiktiga positiva effekter av RPH (54,55).

Implementeringen av RPH har fått statligt stöd genom Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (56), som gett stöd i form av utbildning, handböcker, nätverk och erfarenhetsutbyte. Stödet ges såväl vid implementering som i det löpande arbetet.

Kanada – Stepped care 2.0

I Kanada har två privata ideella organisationer, Mental Health Commission of Canada (MHCC) och Stepped Care Solutions arbetat för att implementera och sprida en modell för stegvis vård. Modellen går ut på en hög grad av personcentrering med en flexibel stegmodell där patienter kan växla mellan olika nivåer beroende på aktuella behov. Självstyrda insatser och självhjälpsverktyg, ofta digitala, är centrala i den inledande vården.

Modellen innehåller följande nio övergripande steg:

1. informativ, självstyrd psykoedukation
2. interaktiv, självstyrd psykoedukation
3. peer support
4. workshops
5. väggledd självhjälp
6. intensiv gruppbehandling
7. flexibelt, intensivt individuellt program
8. vård för långvarig psykisk ohälsa och specialistkonsultation
9. akutvård, systemnavigering och case management samt annat stöd.

De första fyra stegen beskrivs som lågintensiva, 5–7 som medelintensiva och 8–9 som högintensiva.

Upphavsorganisationernas egna uppföljningar pekar på goda effekter på tillgänglighet, patientnöjdhet och effektiv resursanvändning. Det finns ännu inga vetenskapliga studier som har följt upp programmet (32).

Förutsättningar att ta fram stöd

Sammanfattningsvis finns evidens i litteraturen för positiva resultat på såväl behandlingseffekt som resurseffektivitet i att strukturera primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa i stegvis vård, IBH eller vårdsamordnarmodeller. Detta är visat när det gäller vissa psykiatriska tillstånd men inte i samma utsträckning för patienter med psykiska besvär, det vill säga subkliniska tillstånd som inte uppfyller diagnoskriterierna för psykiatriska tillstånd.

Det finns även flera konkreta exempel från såväl Sverige som internationellt där uppföljningar visar på positiva resultat på patientutfall, tillgänglighet och resurseffektivitet när modeller för stegvis vård implementeras.

Behov av stöd

Behov av olika kunskapsstöd för att organisera vårdcentralernas omhändertagande i stegvisa och väl sammanhängande insatser har lyfts från flera olika aktörer under arbetet med förstudien och i det övriga arbetet med Socialstyrelsens regeringsuppdrag. Efterföljande sammanställning av behov utgår från dessa dialoger och intervjuer, SOU 2021:6, andra utredningar och behovsinventeringar, samt insikter från relaterade regeringsuppdrag inom myndigheten.

Trots skillnader i vad olika regioner och professioner lyfter fram som särskilt prioriterat i deras kontext är den samlade bilden att det finns behov av flera kunskapsstöd för specifika delar av omhändertagandet av psykisk ohälsa på vårdcentraler, och behov av övergripande stöd för att organisera arbetet för stegvisa och väl sammanhängande insatser.

I SOU 2021:6 delas utredningens bedömningar upp i (1) Vägen in, (2) Organisering av primärvårdens insatser samt (3) Samverkan och samarbete,¹⁶ där det andra området berör stegvisa och väl sammanhängande insatser. I följande avsnitt beskrivs behov kopplat till organisering av primärvårdens insatser uppdelat för (a) vissa *patientgrupper*, (b) *strukturerade modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa*, samt (c) *uppföljning*.

a) Patientgrupper

Det framkommer återkommande att vårdcentraler har ett behov av stöd i omhändertagandet av vissa patientgrupper. De flesta beskriver att det finns stöd för omhändertagande av det som tydligt faller inom ramen för vissa psykiatriska tillstånd. Detta gäller exempelvis depression och

¹⁶ SOU 2021:6 s. 259 ff.

ångestsyndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, och flera allvarliga tillstånd där det är tydligt att behandling behöver ges inom psykiatrin. I stöden för omhändertagande av dessa patienter finns dock inte alltid ett tydligt underlag för hur bedömningar och behandlingar kan utformas som stegvisa insatser i primärvårdskontext. En beskrivning av insatser som behöver erbjudas på primärvårdsnivå och hur dessa bör administreras inom ramar för en stegvis modell för insatser kan behöva utvecklas tydligare.

Vidare beskriver flera att det är svårt att organisera omhändertagandet för patienter med psykiska besvär (kallas ibland även för subkliniska tillstånd). Patienter med psykiska besvär beskrivs också utgöra en av de största målgrupperna på vårdcentralerna. De kan ha ett stort lidande och söka vård, men många kliniker upplever det som svårt att göra avvägningen om det krävs utökad bedömning, psykologiska behandlingsinsatser, eller rådgivning och hänvisning. Stöd efterfrågas i vilka insatser som en vårdcentral bör erbjuda dessa patienter, hur de kan välja mellan olika insatser och även vilka patienter det är relevant att hänvisa vidare till andra aktörer eller civilsamhället. Behov av sådant stöd har även identifierats i underlaget som tagits fram inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag *att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (S2022/04810 (delvis))*. Detsamma gäller patienter med stressrelaterad ohälsa vilket innefattar diagnoser och koder i olika delar av ICD-10 såsom anpassningsstörning eller utmattningssyndrom, där vården ibland har svårt att avgöra vilket insatsutbud som bör tillhandahållas. För dessa patientgrupper lyfter även flera att vården i många fall borde undvika att ”medikalisera tillstånden”, och i stället fokusera på att uppnå funktionsförmåga utifrån patientens problematik. Ibland kan en adekvat bedömning kräva en noggrann kartläggning av patientens situation för att avgöra om det behövs vård eller inte, och undvika såväl över- som underbehandling. Denna bedömning behöver ta hänsyn till om det finns ett påtagligt lidande och funktionsnedsättning.

Flera informanter beskriver även behov av stöd för patienter med långvarig psykisk ohälsa eller långvarig psykisk funktionsnedsättning. För dessa patienter finns ett särskilt behov av uppföljning av både de behandlingsinsatser som syftar till att förbättra funktionsförmåga eller minska den psykiska ohälsan och med aktiv uppföljning av den somatiska hälsan. Vissa regioner har formulerade uppdrag i exempelvis förfrågningsunderlag till vårdcentraler att erbjuda årliga hälsoundersökningar till patienter med långvarig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Många personer i dessa grupper har också insatser från kommunal hälso- och sjukvård och kommunal verksamhet, till exempel i form av boende med särskild service. Behov av stöd för former av samverkan med kommunal primärvård för dessa grupper har också lyfts

kopplat till denna patient-/ brukargrupp. I genomförda dialoger lyfts även att kunskapsstöd på området behöver bidra till att vården i högre grad följer upp insatser och agerar på den informationen. Om effekt av given behandling uteblir kan det exempelvis vara relevant för behandlande personal att sätta ut eller prova andra läkemedel, eller, om inte detta har effekt, att göra en förnyad eller kompletterad diagnostisk bedömning.

Ett annat område där det framkommit behov av nationella kunskapsstöd gäller personer med samsjuklighet med både långvarig somatisk och psykisk ohälsa. Här finns flera grupper, där en grupp är multisjuka äldre som ofta också har psykiatriska tillstånd. Här finns behov av kunskapsstöd som omfattar kommunal hälso- och sjukvård och även andra kommunala verksamheter.

I intervjuer har flera respondenter även beskrivit behov av stöd för att möta patienter med psykiatriska tillstånd som ska genomgå en större behandling för ett somatiskt tillstånd, exempelvis då operation krävs och där det finns behov av särskilt stöd för genomförande eller rehabilitering utifrån den psykiska funktionsnedsättningen.

b) Strukturerade modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa

I SOU 2021:6 beskrivs utredningen att det ofta saknas strukturer och rutiner för hur man på verksamhetsnivå i primärvården ska omhänderta och bedöma patienter med psykisk ohälsa.¹⁷ Betänkandet lyfter också behovet av att strukturera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser och att en del i att åstadkomma detta är genom användandet av modeller för stegvis vård.¹⁸

I en enkätundersökning som genomfördes inom ramen för detta uppdrag (se bilaga 2) uppger knappt hälften (48 procent) av de 202 svarande vårdcentralerna att de använder en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa, i form av exempelvis Integrerad beteendehälsa, Step-Up, Alaskamodellen¹⁹, Collaborative Care eller liknande lokal modell för stegvis vård. Tjugonio av de svarande vårdcentralerna uppger att de använder modeller som de benämner som ”stegvis vård eller liknande” (varav 21 använder STEP-UP), 34 integrerad beteendehälsa, 4 collaborative care och 2 Alaskamodellen. Andelen av vårdcentralerna som svarar att de använder en strukturerad modell skiljer sig åt mellan samverkansregioner, från 37 till 70 procent. Andelen som uppger

¹⁷ SOU 2021:6 s. 267.

¹⁸ SOU 2021:6 s. 266 ff.

¹⁹ Alaskamodellen avser en primärvårdsmodell som har använts i Anchorage, Alaska. Den lyfts ibland som ett exempel på hur primärvården kan arbeta teambaserat, med kontinuitet och personcentrering för att se till hela människans behov. I sin ursprungskontext har modellen visats ha positiva effekter på tillgänglighet, akutbesök och förtroende för vården (57).

att de arbetar med en strukturerad modell är högre i de regioner där det finns ett regionalt arbete med tillhörande stödmaterial, utbildningar och/eller implementeringsstöd. Detta talar för att införandet av en strukturerad modell underlättas av tillgången till centralt stöd.

I dialoger har det framkommit att vårdcentraler har behov av flera insatser med olika grad av arbetsinsats och intensitet för att ha möjlighet att omhänderta den stora grupp patienter som söker vård för psykisk ohälsa. Detta gäller särskilt för mildare psykisk ohälsa som kan vara stressrelaterad eller inte uppfyller kriterier för psykiatriska tillstånd (så kallade subkliniska tillstånd). Här har exempelvis råd för egenvård/ självhjälp en betydelse.

Bland de regioner som har implementerat vårdssamordnare för psykisk ohälsa beskrivs att utbildning och stöd i implementeringsfasen hade varit värdefullt. Att erbjuda kostnadsfri utbildning och koppla rollen till ersättning beskrivs som framgångsfaktorer för breddinförande.

Det har också framförts i flera dialoger att kunskapsstöd för övergripande organisering av omhändertagande av psykisk ohälsa behöver ha en flexibel utformning utifrån de olika förutsättningar som finns för olika vårdcentraler med hänsyn till exempelvis storlek och tillgång till personal. Det finns också flera spridda modeller för hur omhändertagandet kan utformas (vilket beskrivits ovan), samtidigt som många framfört att en viktig aspekt är att det innebär stora fördelar för vårdcentraler att utforma och arbeta enligt en genomtänkt modell för omhändertagande, hellre än att handlägga dessa patienter utan någon genomarbetad lokal modell.

En annan aspekt som framkommit i dialogmöten och som lyfts i Socialstyrelsens målbild för omhändertagande av psykisk ohälsa är behovet av återkommande kompetensutveckling vad gäller bemötande och samtal om psykisk ohälsa och suicidalitet för all personal på vårdcentraler som möter patienter (5). Många patienter som söker vård för olika typer av ohälsa har också psykisk ohälsa och det är angeläget att all personal kan uppmärksamma detta i olika patientmöten. För sådana arbetssätt finns behov av utbildningsinsatser och praktisk träning som säkerställer att all personal som möter patienter med psykisk ohälsa känner sig trygga i mötet och vågar fråga vidare. Här finns olika befintliga stöd för samtal, men det har också framkommit behov av övergripande stöd runt hur vårdcentraler kan arbeta med denna kompetensutveckling.

Teambaserade arbetssätt och olika yrkesroller

I uppdragets dialoger har framkommit ett behov av stöd för vårdcentraler att utforma arbetssätt för tvärprofessionellt teamarbete. Många patienter med psykisk ohälsa har behov av insatser från flera professioner och flera professioner har viktiga roller i omhändertagandet av psykisk ohälsa. Samtidigt har det framkommit att det kan finnas utmaningar när det gäller

tvärprofessionellt teamarbete. För välfungerande tvärprofessionellt teamarbete behöver det vara tydligt vilka uppgifter och vilka ansvarsområden olika professioner har. Det har framkommit att det på vissa vårdcentraler upplevs som otydligt vilka professioner som har vilka ansvarsområden.

Professioner som ofta medverkar i tvärprofessionellt arbete vid psykisk ohälsa är hälso- och sjukvårdskuratorer, psykologer, sjuksköterskor och läkare, men även flera andra professioner och roller har betydelse, exempelvis rehabkoordinatorer, vårdsamordnare, psykoterapeuter, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Det har framkommit i dialoger att fördelning av ansvarsområden mellan professioner i många avseenden behöver utformas lokalt utifrån en enskild vårdcentralers förutsättningar. Detta kan till exempel gälla hur vissa insatser och arbetsuppgifter fördelas mellan psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer, psykoterapeuter och sjuksköterskor, och på vissa vårdcentraler även arbetsterapeuter och fysioterapeuter. I SOU 2021:6 lyfts också att olika professioner behöver ha god kunskap om varandras kompetensområden och uppdrag för att teamarbetet ska kunna fungera bra.²⁰

Informanter har också efterfrågat stöd för hur strukturer för kontaktytor mellan professioner kan utformas, med betoning på att samverkan inom vårdcentraler inte får bli för personberoende och att kunskapsstöd gärna får innehålla lärande exempel på teamarbete. Samtidigt efterfrågas vägledning som beskriver de olika professionernas specifika kompetenser och ansvar i omhändertagandet av psykisk ohälsa i syfte att identifiera vilka uppgifter som flera professioner kan utgöra respektive vilka insatser som ges specifikt av någon viss profession. Exempelvis efterfrågas tydliggörande särskilt för skillnader mellan kompetenser hos medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning, jämfört med legitimerade psykoterapeuter, legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer och legitimerade psykologer. Detta beskrivs kunna bidra till att använda tillgängliga resurser mer effektivt, minska sårbarhet i bemanningen och skapa en tydligare överblick vid nyrekrytering.

En profession som Socialstyrelsen uppmärksammat i *Nationell målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa* är legitimerade psykologer (58). Socialstyrelsen formulerar målbilden som att vårdcentraler har tillgång till psykolog. I uppdragets enkätundersökning svarar ungefär fyra av fem vårdcentraler att de har tillgång till psykolog. Samtidigt har företrädare för såväl psykologer som andra professioner och regionrepresentanter lyft frågan om hur psykologer i större utsträckning kan integreras i vårdcentralernas arbete. Flera beskriver svårigheter i att integrera psykologrollen i vårdcentralernas arbete. Psykologer framhålls

²⁰ SOU 2021:6 s. 202.

som en underutnyttjad resurs i de fall som deras roll huvudsakligen består av att ge individuella psykologiska behandlingar till patienter. Integrering av psykologrollen, som efterfrågas och som har implementerats på många vårdcentraler, innebär att nyttja psykologernas spetskompetens för bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa, för utvärdering av insatser både på individnivå och för hela vårdcentralen, samt för handledning och konsultation till andra professioner. Psykologer kan också bidra med ett strukturperspektiv och i utformning av det övergripande omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen.

Det framkommer således ett behov av stöd för vårdcentralsledningar att utforma psykologrollen på vårdcentraler och även att utforma stöd till psykologer i sin roll.

Informanter från psykologprofessionen lyfter att grundutbildningen i begränsad utsträckning innehåller arbete i primärvård, och att övergång till primärvård blir en stor omställning för nya psykologer. Stöd kan därför till exempel inkludera mentorskap för nylegitimerade psykologer med liten erfarenhet av arbete i primärvård. Även behov av kunskapsstöd runt arbetssätt riktade till verksamma psykologer har framkommit. I vissa regioner har man infört psykologiskt ledningsansvar på vårdcentraler och nätverk för primärvårdspsykologer, vilket beskrivs som uppskattade initiativ. Andra vårdcentraler har implementerat motsvarande en psykologisk bakjour, som stödjer andra professioner i bedömnings- och behandlingsbeslut. Flera informanter efterfrågar stöd i att sprida den typen av arbetssätt mellan regioner.

Det har framkommit liknande utmaningar och behov av stöd för andra yrkesgrupper, exempelvis för legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer, legitimerade psykoterapeuter, sjuksköterskor, med flera. Många yrkesgrupper kan på små vårdcentraler ha en enstaka eller ett fåtal företrädare. Det är då en utmaning att introducera nya medarbetare inom dessa yrkesgrupper, att kompetensutveckla, och att skapa sammanhang för kollegialt stöd för till exempel utmaningar i patientärenden. Informanter beskriver även behov av handledning och fortbildning.

Vissa informanter lyfter avslutningsvis att vårdval inom området psykisk ohälsa, där exempelvis psykologiska behandlingar utförs av separata enheter, kan innebära att vårdcentraler inte i lika hög grad har tillgång till psykologer i den egna verksamheten. Detta kan försvåra ett teambaserat omhändertagande.

Triagering, initial bedömning och tidiga insatser

Verksamheterna beskriver behov av stöd i triagering. Även om Rådgivningsstödet från Inera finns att tillgå har flera regioner, mot bakgrund av att de upplever psykisk ohälsa som särskilt utmanande att triagera, egna

stöd som kompletterar Rådgivningsstödet. Utformningen varierar mellan regioner och enskilda vårdcentraler – i vissa regioner och på många vårdcentraler finns möjlighet till direkttriagering till psykologiska/psykosociala resurser, att via knappval vid telefonkontakt kopplas direkt till psykosocialt team, eller att patienten själv kan boka tid till ett sådant team, medan det på andra vårdcentraler huvudsakligen utgår från en traditionell telefontriagering som genomförs av mottagningssjuksköterskor. Behovet av stöd verkar vara störst efter den initiala triageringen till rätt vårdnivå, det vill säga i vårdcentralernas interna sortering och prioritering, och att patienten ska komma till rätt kompetens inom vårdcentralen. Utformningen av rutiner och arbetssätt för triagering behöver dock utgå från hur den enskilda vårdcentralen organiserar det övergripande omhändertagandet av psykisk ohälsa.

Att identifiera vilka patienter som behöver komma direkt till läkare, och vilka som har mer nytta av direkttriagering till andra resurser beskrivs som en utmaning, där vårdcentralerna arbetar på olika sätt. Vissa ”röda flaggor” för behov av direkt läkarbedömning verkar användas av de flesta, som exempelvis suicidrisk. Här lyfts särskilt behov av stöd för sjuksköterskor för att göra suicidriskbedömning. Flera beskriver att det finns behov av stöd, praktiska utbildningar och övning i samtal om psykisk ohälsa, och särskilt om suicid för sjuksköterskor som tar emot telefonsamtal. Det finns en risk att allvarliga tillstånd inte fångas upp om personen som triagerar inte känner sig trygg i att hantera situationen och bemöta patienten i detta. Några lyfter även att onödigt många kan triageras till läkare om sjuksköterskor känner sig osäkra i bedömningen, och därför inte vågar triagera direkt till andra personalgrupper. Det senare beskrivs som en onödig resursåtgång som hade kunnat undvikas med ökad kompetens i triageringssteget.

Utöver stöd för triagering lyfter flera informanter behov av stöd för läkare i initiala bedömningar och diagnostik av psykisk ohälsa på primärvårdsnivå. I dialogmötena rådde delade meningar om detta behov, men professionsrepresentanter (allmänspecialister) tryckte särskilt på detta. Detta kan hänga samman med behov av stöd i hur omhändertagandet bör utformas för patienter som söker vård med psykiska besvär och stressrelaterade tillstånd. Professionsrepresentanter beskriver att det finns behov av kompetenshöjning inom psykiatrisk diagnostik i primärvårdskontext, inklusive när det inte är lämpligt att sätta en diagnos eller medikalisera tillståndet. De framhåller att det för vissa patienter kan vara relevant att låta bedömning och behandling från primärvården utgå från symtombild och funktionsnivå, snarare än psykiatrisk diagnos, och riktas in på att hitta insatser och strategier som bidrar till en fungerande vardag.

Det är även ofta relevant att ge egenvårdsråd för psykisk ohälsa, exempelvis för patienter som har psykiska besvär. Behov av stöd för egenvårdsråd lyftes även i SOU 2021:6, där utredningens bedömning var att Inera borde initiera ett arbete för att vidareutveckla såväl egenvårdsråd som beslutsstöd rörande

psykiska besvär och psykiatriska tillstånd för rådgivningstelefonen och för 1177.se.²¹ Förstudiens dialoger bekräftar behovet av vidareutveckling. Även uppdraget *att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst* nämner behov av stöd på området. Flera regioner har utvecklat egna stöd för att täcka detta behov. Regionrepresentanter lyfter i dialoger fram ett önskemål om att samla ihop befintliga stöd för egenvårdsråd på en nationell plattform, inklusive de regionala som används, för att undvika att behöva upphandla stöd från varandra. De beskriver även att patienter behöver ha tillgång till stöd som ger vägledning om när de behöver söka vård för psykisk ohälsa eller inte, och efterfrågar mer stöd direkt riktade till patienter för detta, till exempel på 1177.se.

Ett annat utvecklingsområde som lyfts gäller bemötande av patienter som inte bedöms ha behov av insatser på vårdcentralen utan hänvisas till andra aktörer. Detta framkommer i resultatet av en brukarrevision som genomförts av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) Västra Götaland i samverkan med NSPH Skaraborg på två vårdcentraler. Resultaten av revisionen visar att många respondenter har en positiv bild av omhändertagandet av psykisk ohälsa och är nöjda med bemötande och behandling. Personer som har fått rådgivning eller blivit hänvisade till andra alternativ för vård eller stöd är dock mindre nöjda med både bemötande och kompetens hos personalen de har haft kontakt med. Vad gäller rådgivning så beskriver flera av personerna som fått råd att de upplevt det som för svårt, eller att de mått för dåligt, för att genomföra det. Av de personer som har genomfört ett råd de fått, men som inte känner att det hjälpte, är det bara knappt hälften som kontaktar vårdcentralen på nytt för hjälp – trots att personalen i majoriteten av fallen uppmanar personerna att återkomma vid behov. Sammanfattningsvis beskriver revisionen att det kan finnas ett glapp i kommunikationen och förståelsen av personens upplevda behov och personalens bedömning av dessa (59). Behov av stöd för bemötande och medskapande har också identifierats i *uppdraget att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

c) Uppföljning

I förstudien har det framkommit behov av stöd kopplat till uppföljning av både primärvårdens arbete och av enskilda patienter. Baserat på förstudiens dialoger finns det god kännedom och kunskap om de många användbara, validerade skattningsskalor och formulär som används för patienter med psykisk ohälsa. Det pågår dessutom ett arbete med tjänsten Nationell formulärsamling (60) som ska tillhandahållas av SKR och Inera. Samlingen är tänkt att kunna integreras med regionernas journalsystem och fungera

²¹ SOU 2021:6 s. 260-261.

som ett bibliotek av skattningsformulär. Många befintliga kunskapsstöd, som exempelvis vård- och insatsprogram, har också rekommendationer om olika formulär som kan användas för olika diagnosområden.

Skattningsformulär används idag ofta i bedömningar och som stöd för diagnostik. De behov som framkommer på området gäller huvudsakligen ökad kunskap om hur användning av skattningsformulär kan anpassas till vårdcentralernas kontext i olika delar av patientens vårdkedja, från bedömning, genom behandling och till uppföljning efter avslutad behandlingsinsats. Det understryks även att eftersom skattningar tar tid att genomföra och omhänderta behöver de upplevas som meningsfulla för den kliniska personalen som ska administrera dem och för patienterna som ska fylla i dem. Detta kan inkludera ett pedagogiskt syfte för såväl patienter som för klinisk personal, och inkludera att få mer objektiva mätpunkter som beskriver patientens mående över tid. I dialoger med forskare lyfts mätningbaserat vård som ett centralt begrepp. De beskriver att mätningar både kan användas på gruppnivå, för att utvärdera verksamheternas arbete, samt att skattningar och formulär kan utgöra grunden för en adaptiv behandlingsstrategi för enskilda patienter, där behandlingseffekten följs upp under pågående behandling med möjlighet att anpassa eller byta behandling om det finns indikationer på utebliven eller negativ effekt.

I dialogmöten har framkommit att primärvården beskriver att de ofta arbetar med rådgivning om egenvård utan planerad uppföljning och att det i många fall inte bedöms resurseffektivt eller nödvändigt att planera in en tid för uppföljning. Även frågor om när en aktiv uppföljning behöver planeras kan omfattas av stöd.

Även om det finns många validerade skattningssskalor att tillgå lyfter några informanter ett behov av validerade transdiagnostiska formulär för att få stöd i korrekta och tidseffektiva bedömningar av psykisk ohälsa för den breda patientgrupp som söker vård på vårdcentral.

Konsultation och samverkan

I nästan alla dialoger lyfts behovet av stöd för samverkan och konsultation mellan primärvård och den specialiserade psykiatrin. Även om många regioner utarbetat dokument som ska stödja ansvarsfördelning och kommunikation mellan vårdnivåer för patienter med psykiatriska tillstånd och de flesta vårdcentraler (70 procent) som besvarat uppdragets enkätundersökning (se bilaga 2) svarar att de samverkar med vuxenpsykiatrin genom konsultation vid behov framkommer i flera diskussioner att vårdcentralerna upplever samverkansutmaningar. Behov av stöd för konsultation mellan primärvård och specialistvård framkommer även som ett resultat i uppdraget *att inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

En utmaning som beskrivs är bristande samsyn kring vilken vårdnivå en patient har behov av. Vissa primärvårdsrepresentanter beskriver att de ofta får remisser nekade för patienter som de anser behöva en bedömning inom specialiserad psykiatrisk vård. Representanter från primärvården beskriver även att det vore värdefullt att ha ökad regelbundenhet och tillgänglighet till konsultation med psykiatriker när det gäller svårbedömda patienter.

Bristande tillgänglighet till specialiserad psykiatrisk vård i flera regioner uppges innebära att det inte finns tid eller resurser för konsultationer med primärvården. Vidare beskrivs att det finns begränsade incitament att samverka för båda aktörerna. Flera lyfter exempel på konsultationsmodeller som upplevts som lyckade i projekt eller i mindre skala, men ser ett behov av stöd för att sprida och skala upp sådana modeller i ordinarie verksamhet.

Även Socialstyrelsens uppföljningsrapport *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023* (61) beskriver att samverkan mellan primärvård och specialiserad vård behöver utvecklas och förbättras.

Avslutningsvis beskrivs risker med detaljstyrning av konsultationer och samverkan. Samtidigt lyfter andra att regioner i vissa fall ökar kraven på samverkan utan att dessa utökade uppgifter ersätts eller resurssätts.

Det finns också lärande exempel på modeller för samverkan. I Region Jönköpings län har man på övergripande förvaltningsnivå utvecklat en modell för konsultationer mellan primärvård och specialiserad vård. I region Dalarna har man utvecklat en modell för ”Samarbetsvård”, som innefattar samverkan mellan vårdcentraler och specialiserad psykiatri.

Ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och förfrågningsunderlag

I SOU 2021:6 gjordes en kartläggning av regionernas förfrågningsunderlag vad gäller psykisk ohälsa. Kartläggningen visade bland annat på stora variationer mellan regionerna i hur insatser för psykisk ohälsa ersätts och vilka krav som ställs på uppföljning.²²

I de dialoger som genomförts inom förstudien efterfrågar flera mer nationellt stöd i att utforma förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller och kopplat till detta även uppföljningsmodeller som ger förutsättningar att förbättra och uppnå ett mer jämlikt omhändertagande vid psykisk ohälsa. Ett exempel som lyfts i dialoger är att primärvårdsersättning de senaste åren har viktats om för att förbättra omhändertagande om äldre patienters somatiska hälsa, och något liknande efterfrågas även för psykisk ohälsa.

Även på detta område lyfts risker med detaljstyrande uppdrag, ersättnings- och uppföljningsmodeller. Flera aktörer hänvisar till att detaljstyrning kan

²² SOU 2021:6 s. 148 ff.

leda till en utveckling mot att optimera utifrån den detaljerade styrning där verksamheterna prioriterar bort insatser som inte ersätts.

Andra medskick om framtagande och format på kunskapsstöd

Såväl i denna förstudie, som i uppdraget att *inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*, understryker tillfrågade vikten av att kunskapsstöd och riktlinjer från olika aktörer är synkroniserade. Dels för att det inte ska vara otydligt vilka riktlinjer som ska följas, dels för att inte skapa onödig tidsspillan på att sälla mellan olika kunskapsstöd.

Angående format på kunskapsstöd så lyfter representanter för vårdcentraler behov av att stöd utformas med vårdcentralkontexten i åtanke. Detta gäller särskilt stöd till klinisk personal som bör vara kortfattade, sökbara och med möjlighet att få en överblick. Från ledningsnivå nämns bristen på tid för omfattande förändrings- och utvecklingsarbeten som ett hinder för att implementera exempelvis nya riktlinjer eller arbetssätt.

Slutsatser och förslag

De behov av utveckling och stöd som har identifierats inom förstudien återfinns inom elva utvecklingsområden som kan delas upp utifrån huvudkomponenterna i ett systematiskt kvalitetsarbete: planera, genomföra, utvärdera och förbättra (62).

Planera: Organisering av och arbetssätt för omhändertagande av psykisk ohälsa

1. Ta fram och implementera lokal modell för omhändertagande
2. Tvärprofessionellt teamarbete och stöd för olika professioner
3. Vårdsamordnarfunktionen
4. Kompetensutveckling inom bemötande, suicidprevention och samtal om psykisk ohälsa

Genomföra: Stöd för insatser

5. Diagnostik
6. Egenvårdsråd
7. Omhändertagandet av olika patientgrupper – Nya stöd
8. Omhändertagandet av olika patientgrupper – Uppdaterade stöd
9. Uppföljning
10. Konsultation och vårdövergångar

Utvärdera: Följa upp arbetet med psykisk ohälsa

11. Ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och förfrågningsunderlag

Förbättra: Samtliga förslag syftar till att förbättra och utveckla en kvalitativ och jämlik vård för psykisk ohälsa på vårdcentraler i hela landet.

Socialstyrelsen bedömer att olika typer av stöd kan behövas för att möta behoven inom olika utvecklingsområden. Följande avsnitt beskriver vilka behov som behöver mötas, hur de kan mötas, vilka målgrupper som stöd kan rikta sig mot och vilka aktörer som är lämpliga att ta fram stöd. Respektive behov beskrivs därför utifrån följande rubriker:

- **Beskrivning av behov:** Beskriver bakgrunden till att förstudien föreslår stöd inom området och vad ett stöd skulle kunna fokusera på.
- **Befintliga kunskapsstöd:** Innehåller en kort beskrivning av befintliga regionala och nationella kunskapsstöd som är särskilt relevanta inom området och som fortsatt arbete kan utgå ifrån.
- **Målgrupp:** Beskriver tilltänkt målgrupp för stödet vilket kan inkludera specifika professioner eller nivå i hälso- och sjukvårdssystemet.

- **Format:** Beskriver vilket format förstudien föreslår att stödet ska ha.
- **Ansvarig aktör:** Förslag på vilka aktörer som skulle kunna ansvara för olika delar i framtagande, inklusive vilka aktörer som är viktiga att föra dialog med vad gäller stödets innehåll och utformning.
- **Prioritet:** Bedömning av stödets prioritet. Denna baseras på hur färdig förstudiens bedömning av behovet inom området anses vara, tillgång till befintliga kunskapsstöd, samt behovet som framkommit i förstudiens dialoger och undersökningar.

En viktig aspekt att ha i åtanke är den brist på tid till förändringsarbete som representanter återkommande lyfter. Baserat på detta kan det finnas behov av att överväga hur myndigheten eller andra aktörer kan bidra med konkret stöd i implementeringen av nya eller anpassade stöd.

För flera av de identifierade behoven av stöd finns redan material att utgå ifrån. I flera av dessa fall föreslår förstudien att det fortsatta arbetet utgår från befintligt material, dels genom att komplettera med nya delar där det saknas, dels genom att anpassa stöd som är regionspecifikt så att det kan användas i flera regioner.

Mot bakgrund av detta finns ett övergripande behov för Socialstyrelsen att se över arbetssätt med förvaltning av digitala plattformar och material. Strategiska vägval kan innefatta huruvida det är myndigheten som ska förvalta såväl kunskapsinnehåll som plattformar, eller om någon annan myndighet eller aktör är mer lämplig att förvalta de digitala lösningarna medan Socialstyrelsen förvaltar kunskapsinnehåll. Sådana myndighetsövergripande vägval kommer att påverka utformning och framtagandeprocess för flera av de förslag som förstudien beskriver.

Planera: Organisering av och arbetssätt för omhändertagande av psykisk ohälsa

Förslag inom detta utvecklingsområde syftar till att ge stöd för främst verksamheter, men också regioner och förvaltningar, att planera och skapa förutsättningar för ett strukturerat och välfungerande omhändertagande av psykisk ohälsa, och utifrån dessa förutsättningar och strukturer ta fram processer och rutiner som gör att arbetet uppnår uppsatta krav och målsättningar. Förstudien bedömer att Socialstyrelsen är en lämplig aktör för att ta fram stöd för de förslag som ingår i detta område, i dialog med andra berörda aktörer. Förslagen är i hög grad sammankopplade varför det kan vara lämpligt att framtagande av stöden sker inom ramen för ett uppdrag, med samma ansvariga aktör.

Stöd för vårdcentraler att organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser, inklusive bedömning och behandling samt kliniska spår

- Stöd för triagering och initial bedömning för vårdcentralens interna sortering till olika kliniska spår, exempelvis direkttriagering till psykolog/psykosocial kompetens och röda flaggor för detta – stöd särskilt för sjuksköterskor

Beskrivning av behov: SOU 2021:6 lyfter behovet för vårdcentraler att arbeta efter genomtänkta modeller för omhändertagande av psykisk ohälsa.²³ En utmaning med att ta fram övergripande stöd för att möta detta behov är att vårdcentraler har olika förutsättningar för att ta hand om personer med psykisk ohälsa. Stödet behöver därmed vara generellt och flexibelt nog för att kunna användas på vårdcentraler med olika förutsättningar, men konkret nog för att skapa nytta i verksamheterna. För detta område föreslår därför förstudien ett stöd för vårdcentraler i att utforma och implementera lokala modeller för omhändertagande utifrån lokala förutsättningar, och som ger exempel på modeller för organisering, rollfördelning och förutsättningar som innefattar stegvisa och väl sammanhängande insatser.

Nationellt stöd behöver också utvecklas för inledande bedömning och triagering med exempelvis stöd för suicidriskbedömningar, och andra så kallade ”röda flaggor” som kan indikera behov av läkarbedömning, men som har flexibilitet att anpassas på vårdcentralen utifrån de lokala modellerna för omhändertagande.

I Socialstyrelsens målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa ingår att vårdcentralerna ska kunna omhänderta patienter med

²³ SOU 2021:6 s. 269–270, s. 355.

psykisk ohälsa i alla åldrar, inklusive barn och unga. För att detta ska kunna uppnås behöver stöd för organisering av omhändertagandet, särskilt för triagering, ta hänsyn till att strukturen och involverade aktörer kan skilja sig för barn och unga jämfört med vuxna. Vårdcentralernas organisering behöver exempelvis anpassas beroende på om regionen har implementerat en organisation för En väg in (inklusive hur denna organisation förhåller sig till vårdcentralerna, vilket skiljer sig åt mellan regioner), eller huruvida vissa vårdcentraler har ett utökat uppdrag kopplat till omhändertagande av barn.

Befintliga kunskapsstöd: Flera omfattande regionala material för att organisera vårdcentralernas omhändertagande för psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser finns publicerade. Region Stockholms material STEP-UP lyfts av flera som ett exempel på ett befintligt, heltäckande kunskapsstöd för att organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser.

Region Östergötlands handbok för IBH innehåller stöd för hur vårdcentraler kan utforma och implementera ett genomtänkt omhändertagande av psykisk ohälsa genom IBH-modellen.

Ett exempel på en vårdcentral som utarbetat en genomtänkt struktur för omhändertagande av psykisk ohälsa är Edsbyn Din hälsocentral.

För triagering och initial bedömning finns stöd för telefontriagering inom ramen för Ineras Rådgivningsstöd. Därtill finns ett flertal regionala material som ger stöd i triagering. Tillgången till stöd för vårdcentralernas interna arbete med triagering, initial bedömning och sortering till rätt kompetens varierar mellan och inom regioner.

Målgrupp: Vårdcentralsledning som arbetar med att utforma vårdstrukturer, och rutiner för omhändertagande av psykisk ohälsa. Kliniskt verksam personal som triagerar och bedömer patienter med psykisk ohälsa. På de flesta vårdcentraler utgörs denna grupp huvudsakligen av sjuksköterskor. Många vårdcentraler har även psykologer, psykosociala resurser och läkare som gör sådana bedömningar. Även regionala förvaltningar som stöd för regionalt utvecklingsarbete och kravställning.

Format: Ett samlat stöd med förslag på organisering, rollfördelning och förutsättningar och konkret stöd i att organisera arbetet för stegvisa och väl sammanhängande insatser.

Lättillgängliga, kortfattade stöd om triagering och initiala bedömningar, exempelvis webbutbildningar, filmer, samt beslutsstöd som kan integreras i befintliga vårdinformationssystem.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan ta fram stöd som bland annat föreslår organisering, rollfördelning och förutsättningar som möjliggör stegvisa och väl sammanhängande insatser. Socialstyrelsen kan även ta fram nationella

anpassningar av kunskapsstöd med inriktning på initiala bedömningar och triagering på vårdcentral, inklusive exempelvis frågor att ställa och evidens för signaler som indicerar läkarbedömning.

Material kan utgå från regionala modeller, exempelvis det som tagits fram inom STEP-UP och Integrerad beteendehälsa. Om så bör Socialstyrelsen föra dialog med berörda regioner och involverade aktörer om framtida förvaltning samt om arbetet med att generalisera och anpassa regionala material och utbildningar för nationell spridning.

Dialog kan även föras med regioner, Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård och särskilt det Nationella primärvårdsrådet, samt Inera, för att eventuellt utveckla befintliga triageringsstöd ytterligare.

Arbetet kan dra lärdomar från Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet (63) och stöd för produktions- och kapacitetsstyrning (64) i utformning och framtagande.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att detta område har hög prioritet utifrån det stora behov som lyfts i dialoger, samt att det kan bidra med en övergripande struktur för flera av de efterföljande stöden som föreslås inom detta område.

Nationella kunskapsstöd för tvärprofessionellt teambaserat omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentralen, inklusive stöd för olika funktioner, roller och professioner

Beskrivning av behov: Flera professioner på vårdcentraler behöver samarbeta i omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Dels kan olika professioner handlägga olika ärenden utifrån typ och svårighetsgrad av problematik. Dels har många patienter med psykiatriska tillstånd behov av insatser från flera professioner med olika kompetenser och roller. Vårdcentraler behöver därför ha effektiva former av tvärprofessionellt teamarbete.

Betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) lyfter fram att ”Ett effektivt teamarbete förutsätter dock också interprofessionell kompetens. Det räcker inte att bara ’samla olika kompetenser under samma tak’. Man behöver ha förmåga att samverka med andra professioner, ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar.” Ett nationellt kunskapsstöd kan hjälpa primärvården att utveckla och upprätthålla effektiva former av tvärprofessionellt teamarbete.

Det är viktigt att ett stöd för teambaserat omhändertagande inkluderar att möjliggöra konsultationer mellan samtliga yrkesgrupper på vårdcentralen – inte bara med de medarbetare som är direkt involverade i omhändertagandet av en patient.

Det finns lärande exempel att sprida, från exempelvis vårdcentraler som implementerat integrerad beteendehälsa eller genomfört andra utvecklingsarbeten för att öka utbytet mellan vårdcentralernas yrkesgrupper och höja kompetensen om psykisk ohälsa i hela personalstyrkan. Detta inkluderar bland annat yrkesroller som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, psykiatrisjuksköterskor, legitimerade psykologer, legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer, legitimerade psykoterapeuter, andra medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, rehabkoordinatorer och egenerfarna (peer support).

Det finns även behov av stöd riktat till olika professioner som behöver bidra i vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa. Några yrkesgrupper som är centrala här är legitimerade läkare, legitimerade psykologer, legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer, legitimerade psykoterapeuter och psykiatrisjuksköterskor. Legitimerade psykologer har lyfts som en viktig profession i målbilden för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa, men samtliga ovannämnda professioner kan ha viktiga roller i bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Olika yrkesgrupper har i olika avseenden unika kompetensområden, men det finns också områden där flera olika yrkesgrupper har kompetens för att utföra en viss insats. Samma medarbetare kan tillhöra flera professioner, vilket är särskilt vanligt för psykoterapeuter, som alltid har någon annan grundprofession.

I uppdragets dialoger har det framkommit behov av kunskapsstöd som ger vägledning för hur ledning och förvaltning kan utforma arbetsbeskrivningar för, samt stödja olika yrkesgrupper med exempelvis introduktionsutbildningar, kompetensutveckling och kollegiala sammanhang. Hur organisationen kan stödja nya medarbetare att anpassa sig till en primärvårdskontext när de kommer till vårdcentraler kan beröras i kunskapsstöd, exempelvis med praktiska exempel på hur deras kompetens kan användas i samverkan med andra professioner. Många yrkesgrupper kan på små vårdcentraler ha en enstaka, eller ett fåtal företrädare, vilket gör funktionerna sårbara och personberoende. Detta gäller exempelvis legitimerade psykologer, legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer och legitimerade psykoterapeuter. Kollegiala nätverk kan vara särskilt viktiga för dessa professioner för att dela erfarenheter och insikter.

Ett exempel på en fråga där specifika behov lyfts är stöd för hur psykologers roll kan utvecklas i en vårdcentralskontext. I detta kan ingå att tydligare definiera rollen och beskriva hur psykologer kan involveras i flera olika delar av vårdcentralernas arbete, utöver psykologisk behandling, även bedömning och diagnostik, kompetensutveckling för andra professioner i bemötande och bedömning, samt i att utforma insatsutbud och rutiner för att ta hand om patienter med psykisk ohälsa. Liknande beskrivningar kan tas fram för exempelvis legitimerade psykoterapeuter för att beskriva deras roll i bedömning och behandling av psykisk ohälsa och även hur de kan bidra

med stöd till andra professioner. Även för andra professioner kan beskrivningar tas fram, till exempel för hälso- och sjukvårdskuratorer och medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning, för att tydliggöra deras roller och hur deras kompetens kan användas för olika insatser.

Befintliga kunskapsstöd: Regionala stöd som beskriver roller för läkare, sjuksköterskor, och i några fall psykologer, psykoterapeuter och medarbetare med grundläggande psykoterapiutbildning, särskilt inom IBH. Det finns mer begränsad tillgång till stöd för samverkan mellan professioner och hur denna kan utformas.

Målgrupp: Vårdcentralsledning och samtliga yrkesgrupper på vårdcentral, samt regionala förvaltningar som stöd för regionalt utvecklingsarbete och kravställning.

Format: Stöd för detta kan utformas som en vägledning i arbetssätt, snarare än ett kunskapsstöd med rekommendationer. Stödet kan innefatta lärande exempel som identifierats i olika regioner och verksamheter.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan ta fram kunskapsstödjande produkter för teambaserade arbetssätt. Sådana material kan även inkludera nationella och internationella lärande exempel. Utifrån dessa kan riktade kunskapsstöd och utbildningar tas fram för vårdcentralsledningar och för respektive yrkesgrupp på vårdcentraler. Sådana material kan exempelvis beskriva hur psykologiska och psykosociala professioner kan integreras i vårdcentralernas arbete.

Stöd på området behöver ha utrymme för anpassning till regional eller lokal kontext – regioner och verksamheter kan överväga att ta fram egna, anpassade material utifrån det som tas fram nationellt.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att detta område har hög prioritet utifrån det stora behov som lyfts i dialoger, samt den bristande tillgången på befintliga nationella stöd på området.

Stöd för vårdsamordnarfunktionen för psykisk hälsa:
implementering, roll och arbetsmetoder

Beskrivning av behov: Vårdsamordnare finns på många håll och rekommenderas idag som insats i nationella riktlinjer för vård av patienter med depression eller ångestsyndrom, med prioritet 4. Det kan dock behövas stöd från nationellt håll för att öka tillgången till denna funktion även i de regioner som inte gjort specifika satsningar på detta.

Precis som stödet för att *organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser* som beskrivs ovan behöver detta vara generellt nog för att kunna användas över hela landet, men konkret nog för att skapa nytta i verksamheterna. Förstudien föreslår därför ett bredare

stöd, som lyfter lärande exempel, samt ger förslag på organisering, rollbeskrivning och förutsättningar som kan bidra till ett ändamålsenligt införande av vårdsamordnare för psykisk ohälsa. I detta vore det även lämpligt att inkludera en beskrivning av hur vårdsamordnarrollen kan förhålla sig till fast vårdkontakt.

Befintliga kunskapsstöd: Regionala stödmaterial från exempelvis Västra Götalandsregionen och Region Dalarna.

Målgrupp: Beslutsfattare i regionen, vårdcentralledning, medarbetare på vårdcentraler.

Format: Ett samlat stöd med förslag på organisering, utformning av rollen vårdsamordnare psykisk ohälsa, och konkret stöd i att implementera en sådan funktion på vårdcentraler. Det kan även inkludera lärande exempel från hur rollen implementerats i olika regioner för att möta patienters behov av samordning och aktiv uppföljning.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen skulle kunna ta fram kunskapsstöd och utbildning för såväl vårdsamordnare inom psykisk ohälsa som vårdcentralledning för hur denna funktion organiseras.

Dessa kan med fördel utgå från regionalt arbete som gjorts i exempelvis Västra Götalandsregionen och Region Dalarna – om så kan Socialstyrelsen föra dialog med dessa regioner om förvaltning samt att generalisera och anpassa material och utbildningar för nationell nivå.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att detta område har lägre prioritet. Flera regioner har redan i dagsläget funktioner för patienter med behov av samordning och vidare undersökning kan behövas för att utforma stöd kopplat till specifikt vårdsamordnare för psykisk ohälsa. Det kan även finnas behov av att se över hur rollen kan implementeras för omhändertagande av fler patientgrupper än patienter med depression, ångestsyndrom eller stressrelaterade tillstånd, vilka det huvudsakligen används för i dagsläget.

Stöd för att höja kompetensen i bemötande, samtal om psykisk ohälsa och om suicidalitet för all vårdpersonal på vårdcentraler

Beskrivning av behov: Behov av stöd för och utökad kompetens inom bemötande samt samtal om psykisk ohälsa och suicidalitet har framkommit i olika dialoger. Behovet har också lyfts fram i SOU 2021:6²⁴ och som en formulering i Socialstyrelsens målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa. Behovet av denna kompetens finns för all personal på vårdcentraler som möter patienter såväl i inledande triagering, vid rådgivning och vid alla typer av patientmöten på vårdcentralen. Förstudiens bedömning är att ändamålsenliga utbildningar,

²⁴ SOU 2021:6 s. 206

riktade till alla yrkeskategorier som träffar patienter, är ett lämpligt format för detta.

Mot bakgrund av att det finns flera utbildningar och stödmaterial framtagna på området utgörs behovet som förstudien identifierat huvudsakligen av att anpassa utbildningar så att de passar för primärvårdens kontext och att ge konkret stöd till regioner i implementering av dessa.

Baserat på resultat från NSPH:s brukarrevision (59) kan det vara särskilt viktigt att lyfta bemötande av patienter som inte bedöms behöva en vårdinsats (utan i stället rådgivning eller hänvisning till andra alternativ). Utbildningar kan behöva innehålla praktisk övning i hur sådana samtal hålls för att patienter ska känna sig tagna på allvar och lyssnade på. Behovet av kompetenshöjning på området lyfts från såväl patienter som profession.

Befintliga kunskapsstöd: Socialstyrelsens utbildningar *Det vi inte ser – om bemötande av personer med psykisk ohälsa i hälso- och sjukvården* och *Förebygga suicid – om bemötande i socialtjänsten*. Även utbildningar som exempelvis *Första hjälpen till psykisk hälsa* (MHFA) och *Psykisk livräddning* (PLR). Regionala stöd i form av exempelvis utbildning i suicidriskbedömning från STEP-UP.

Målgrupp: Beslutsfattare i regionen, vårdcentralledning, samt all personal på vårdcentraler som möter patienter.

Format: Stöd till verksamheter i exempelvis implementering för att möjliggöra kompetensutveckling och regelbunden fortbildning.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan stödja regionerna och vårdcentralledning i att utbilda samtliga professioner på vårdcentralerna i bemötande, samtal om psykisk ohälsa och suicidalitet.

Socialstyrelsen kan även vidareutveckla befintliga utbildningsmaterial för att passa i en primärvårdskontext och för samtliga professioner på vårdcentral. Detta kan utgå från de utbildningar som myndigheten redan erbjuder om bemötande och suicidalitet.

I utformning av detta är det viktigt att föra dialog med patientrepresentanter och egenerfarna, för att säkerställa att utbildningsmaterial tar hänsyn till vad som är viktigt för patienten i ett sådant samtal, och vad som kan bidra till att patienten känner sig trygg och tagen på allvar.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att framtagande av nytt stöd på detta område har lägre prioritet, då det redan finns mycket befintligt stöd. Att utforma stöd till ledningsnivå och i kompetenshöjande satsningar bedöms ha hög prioritet.

Genomföra: Stöd för insatser

Förslag inom detta område rör genomförandet av vård och hur verksamheterna kan få stöd i processer och rutiner som bidrar till omhändertagandet av psykisk ohälsa. Det inkluderar stöd för olika delar av vårdprocessen, som diagnostik och arbetssätt för uppföljning, samt stöd i omhändertagandet av några patientgrupper där förstudiens dialoger visat på särskilt stort behov. Förstudien bedömer att flera olika aktörer (Socialstyrelsen, det nationella systemet för kunskapsstyrning och regionerna) kan ansvara för framtagandet av de olika stöden.

Nationellt framtagen eller tillhandahållen utbildning för läkare och andra professioner i psykiatrisk diagnostik, inklusive bedömning och ICD-kodning av subkliniska och stressrelaterade symtom

Beskrivning av behov: I förstudien framkommer behov av stöd för bedömning och diagnostik av patienter med psykisk ohälsa, särskilt för läkare. En utmaning i primärvården är att läkare behöver besitta en god kunskap inom ett stort antal olika områden. Flera informanter beskriver ett behov av en generell kompetenshöjning när det kommer till bedömning av psykisk ohälsa. Behovet handlar inte enbart om att sätta en korrekt psykiatrisk diagnos, utan även om att kunna avgöra när en psykiatrisk diagnos eller läkemedelsförskrivning borde undvikas.

För att tillföra värde i det kliniska arbetet föreslår förstudien att detta stöd utformas som en utbildning. Det är även möjligt att kortfattade kliniska stödmaterial kan vara av värde om dessa är väl anpassade för målgruppens kliniska situation.

Införandet av ICD-11 kommer innebära en förändring i hur vissa psykiatriska tillstånd klassificeras och några nya diagnoser tillkommer. Eftersom utbildningsinsatser troligen kommer att behövas för att öka kompetensen kring det uppdaterade klassificeringssystemet kan detta utgöra ett lämpligt tillfälle att utveckla och inkludera ytterligare utbildning i bedömning av psykisk ohälsa.

Befintliga kunskapsstöd: STEP-UP-materialet från Region Stockholm innehåller en utbildning i psykiatrisk diagnostik samt en utbildning i differentialdiagnostik. Dessa utbildningar riktar sig till läkare och andra professioner på vårdcentralerna. Svenska Psykiatriska Föreningen arbetar med att ta fram kliniska riktlinjer för psykiatrisk diagnostik. Kliniska kunskapsstöd på 1177 för vårdpersonal beskriver omhändertagandet för ett urval av psykiatriska diagnoser och symtombilder där diagnostik ingår.

Målgrupp: Primär målgrupp är läkare, till exempel specialister i allmänmedicin, men även andra professioner på vårdcentraler har behov av

kompetens om olika diagnoser och hur man särskiljer dessa, inte minst sjuksköterskor som hanterar telefontriagering.

Format: Digitala utbildningar som är anpassade efter primärvårdens behov, exempelvis i form av inspelade föreläsningar eller filmer. Stödet kan även innefatta korta stöddokument av lämpliga format för kliniska möten.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan tillgängliggöra eller ta fram en nationell primärvårdsanpassad utbildning. Denna kan utgå från bland annat utbildningar i psykiatrisk diagnostik och differentialdiagnostik från STEP-UP – om så kan Socialstyrelsen föra dialog med Region Stockholm, Akademiskt primärvårdscentrum och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) om framtida förvaltning och uppdrag.

Dialog kan även föras med Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård för att se över behovet av att ta fram ytterligare kortfattade stöd för detta inom ramen för befintliga kunskapsstöd för primärvården.

Prioritet: Det här kunskapsstödet har hög prioritet utifrån behov av utbildning i anslutning till att diagnosklassifikationssystemet uppdateras till ICD-11 där det finns ett flertal förändringar i diagnoskoder på området psykisk ohälsa.

Kunskapsstöd för klinisk personal och patienter kring egenvårdsråd från primärvården för psykisk ohälsa – både generella och symtomspecifika

Beskrivning av behov: Det finns behov av ytterligare stöd för att ge egenvårdsråd till personer som söker vård för psykisk ohälsa. Detta gäller både mer generella stöd och stöd som är specifika för vissa diagnosgrupper eller symtombilder.

I dialoger beskrivs ett behov av stöd för avvägningar: när räcker det med egenvårdsråd, när är det lämpligt med uppföljning, och när räcker inte råd utan rådgivande samtal behöver trappas upp till en utökad bedömning eller behandling. Det finnas vidare behov av stöd i vilken omfattning och utformning de rådgivande samtalen behöver ha utifrån patientens behov.

Därutöver finns behov av stöd riktade till patienter. I utformningen av material som är riktade till patienter behöver hänsyn tas till om patienten är tänkt att använda materialet med eller utan guidning av vårdpersonal. Ett material som är fristående ställer större högre krav på en pedagogisk och anpassningsbar utformning. Kunskapsstöd riktade till patienter behöver även ta hänsyn till hälsolitteracitet, det vill säga förmåga att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information. Nivån på hälsolitteracitet varierar dock mellan olika grupper och stöd behöver ta hänsyn till detta, för att i så stor utsträckning som möjligt bidra till en mer jämlik vård. Precis som nämns i förslaget om stöd för att höja kompetensen i bemötande, samtal om psykisk ohälsa och om

suicidalitet har resultat från NSPH:s brukarrevision understrukt vikten av bemötande när bedömningen är att ingen vårdinsats behövs, utan att det räcker med rådgivning eller hänvisning till andra alternativ (59). Egenvårdsråd och stöd inom området är alltså ett sätt att bidra till en mer delaktig patient, vilket är ett av de övergripande målen med omställningen till en god och nära vård (61). Detta förutsätter att vården är personcentrerad och tar hänsyn till patientens förmåga att genomföra råden och behov av stöd.

Stöd för rådgivning kan även behövas för barn och unga. Sådana kunskapsstöd kan behöva tas fram separat från stöd för vuxna patienter, för att ta särskild hänsyn till behoven hos och vårdkedjan för barn och unga. För denna målgrupp finns exempelvis andra aktörer som kan vara lämpligt att hänvisa till, bland annat elevhälsa och ungdomsmottagningar. Dessutom är anhörigperspektivet särskilt aktuellt när det gäller barn och unga, eftersom det ofta är vårdnadshavare som kontaktar hälso- och sjukvården.

Befintliga kunskapsstöd: I Ineras rådgivningsstöd ingår även egenvårdsråd för psykisk ohälsa. Det finns flera regionala exempel på stöd som används eller är under utveckling, exempelvis i Region Kalmar, Region Dalarna och STEP-UP i Region Stockholm.

På 1177.se och dinpsykiskahalsa.se (Folkhälsomyndigheten) finns stöd för patienter i goda levnadsvanor och information om olika typer av psykisk ohälsa och råd om vad man kan göra själva för att må bättre och ta hand om sin psykiska hälsa, och därmed kunna bidra till att öka hälsolitteracitet vad gäller psykisk hälsa i befolkningen.

Målgrupp: Klinisk personal, både vad gäller konkreta råd som ges och arbetssätten kring egenvårdsråd, samt patienter. Ytterligare en målgrupp kan vara medarbetare i kommunala verksamheter.

Format: Stöden behöver vara kortfattade och, om möjligt, integreras i befintliga system, som 1177 för vårdpersonal eller regionernas vårdinformationssystem. En möjlighet kan vara att utveckla befintliga material som patienter kan få tillgång till efter bedömning, via till exempel Stöd- och behandlingsplattformen (SoB).

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan sammanställa befintliga stödmaterial, och där det saknas material, ta fram nya kunskapsstöd för egenvårdsråd för psykisk ohälsa.

Detta arbete kan med fördel genomföras i dialog med Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård och Inera, för att undersöka möjligheten att kunskapsstöd kan integreras i 1177 och regionernas vårdinformationssystem, eller hur Ineras rådgivningsstöd skulle kunna vidareutvecklas på området psykisk ohälsa eller tillgängliggöras för fler inom primärvården.

Socialstyrelsen kan även föra dialog med andra nationella och regionala aktörer om kunskapsstöd för egenvårdsråd som riktar sig till patienter, exv. STEP-UP:s plusmaterial. Dialogen behöver inkludera framtida förvaltning samt att generalisera och anpassa regionala material och utbildningar för nationell spridning. I dessa dialoger kan Folkhälsomyndigheten med fördel inkluderas.

Prioritet: Detta område bedöms ha hög prioritet i den mån det kopplar an till stöd för patienter med subkliniska och stressrelaterade tillstånd.

Kunskapsstöd om ändamålsenligt och kostnadseffektivt omhändertagande i primärvården av patienter med:

1. subkliniska och stressrelaterade tillstånd, yttre påfrestningar och symtom som inte möter kriterier för psykiatriska tillstånd, exempelvis oro, stress, trötthet, nedstämdhet och sömnsvårigheter
2. långvarig mild till måttlig psykisk ohälsa och långvarig psykisk funktionsnedsättning
3. samsjuklighet: somatisk och psykisk ohälsa.

Beskrivning av behov: Det finns ett behov av stöd för att kunna erbjuda ändamålsenliga och kostnadseffektiva kunskapsstöd för ovanstående patientgrupper. Syftet med stödet är att stärka vårdcentralernas förmåga att utforma ett insatsutbud att erbjuda till dessa patientgrupper, samt att välja lämpliga och kostnadseffektiva insatser efter individuella patienters behov.

Regionerna och allmänläkare lyfter stöd för subkliniska och stressrelaterade tillstånd som särskilt prioriterat. Det finns flera mindre intensiva och mindre resurskrävande insatser som kan ges till patienter, exempelvis i form av rådgivning, psykoedukation, självhjälp med uppföljning, gruppbehandlingar, men det beskrivs som svårt för behandlare att välja mellan insatser, samt att bedöma vilka patienter som kan ha god effekt av en mindre intensiv insats. Även bedömningar av behov av sjukskrivning för dessa patientgrupper kan vara svårt, samt vilka insatser som kan erbjudas i relation till sjukskrivning.

Behov av kunskapsstöd har också framkommit vad gäller omhändertagande av patienter med långvarig mild till måttlig psykisk ohälsa och långvarig psykisk funktionsnedsättning både i relation till uppföljning av somatisk och av psykisk ohälsa. För långsiktig uppföljning av patienter med långvarig psykisk ohälsa och funktionsnedsättning kan vårdsamordnare för psykisk ohälsa ha en roll, vilket kan beskrivas i ett kunskapsstöd.

För patienter med samsjuklighet, som här avser kombinationer av somatisk och psykisk ohälsa, varierar behoven beroende på vilken kombination det gäller. Exempel på detta kan vara personer som nyligen opererats eller genomgått en cancerbehandling, och samtidigt har depressiva symtom. Det kan även gälla äldre med kroniska somatiska sjukdomar som har samtidig

psykisk ohälsa. Ett annat exempel är personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som söker vård för somatiska symtom, där det kan finnas behov av särskilda anpassningar av bemötande. Mot bakgrund av att olika grupper har olika typer av behov, och då dessa inte undersökts mer detaljerat i det här arbetet, behöver frågan om hur kunskapsstöd kan utformas undersökas vidare, så att specifika behov för prioriterade grupper kan identifieras. Att ta fram stöd för grupp i) och ii) bedöms därför vara lämpligt i ett första steg.

Förstudiens bedömning är att stöd på detta område behövs även för omhändertagandet av barn och unga inom de nämnda grupperna. Sådana kunskapsstöd kan behöva tas fram separat från stöd för vuxna patienter, för att ta särskild hänsyn till behoven hos och vårdkedjan för barn och unga.

Befintliga kunskapsstöd: Regionala stöd förekommer. I exempelvis Region Stockholms STEP-UP-stöd täcks handläggning av både stressrelaterade tillstånd och kroniska tillstånd i triagemodellen. Vad gäller nationella stöd finns försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) för flera stressrelaterade diagnoser, men dessa stöd behöver också uppdateras inför införandet av ICD-11.

Målgrupp: Vårdcentralsledning och kliniskt verksam personal på vårdcentraler. För samsjuklighet mellan somatisk och psykiatrisk ohälsa kan även ledning och medarbetare i kommunala verksamheter utgöra en målgrupp, då de bland annat omhändertar sköra äldre där risk för psykisk ohälsa är stor.

Format: Kunskapsstödjande produkter, exempelvis kunskapsstöd utan rekommendationer för klinisk personal och utveckling av försäkringsmedicinska beslutsstödet, samt stöd för vårdcentralsledning för hur vårdcentralernas arbete kan utformas för ett lämpligt omhändertagande av dessa patientgrupper.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen bedöms vara en lämplig aktör för att ta fram kunskapsstöd, i samarbete med den nationella kunskapsstyrningsorganisationen. Socialstyrelsen behöver samarbeta med andra myndigheter, till exempel kan SBU behöva hjälpa till med en systematisk sammanställning av kunskapsläget. Erfarenheter kan exempelvis hämtas från kunskapsstöd för postcovid (65) och stressrelaterade tillstånd där Socialstyrelsen har utgått från den forskning, beprövad erfarenhet och konsensus som finns att tillgå med hjälp av experter och verksamma inom området.

Socialstyrelsen kan även samverka med regionerna och andra aktörer för att stödja vårdcentralerna i att implementera och anpassa de kunskapsstöd som tas fram för dessa patientgrupper. I och med införandet av ICD-11 lyfts vissa nya tillstånd och diagnoskriterier vilket utgör ett tillfälle att utvidga utbildningarna till att inkludera dessa grupper.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att kunskapsstöd för omhändertagandet av subkliniska och stressrelaterade tillstånd har särskilt hög prioritet.

Konkretisering av stegvisa bedömningar och insatser i befintliga nationella kunskapsstöd, exempelvis stöd kopplade till nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram

Beskrivning av behov: Även för de patientgrupper där det finns stöd att tillgå i form av exempelvis nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram finns ett behov av att tydliggöra vad och hur primärvården kan arbeta med olika patientgrupper, och hur insatser kan ingå i stegvisa vårdmodeller.

Befintliga kunskapsstöd: I nationella riktlinjer för depression beskrivs hur insatserna ska utgå från principer för stegvis vård. Nationella riktlinjer för Adhd och autism har bland annat stöd för insatser vid misstanke, innan diagnostisk utredning som är relevant för primärvården. I Vård- och insatsprogram är stödet uppdelat i olika delar av vårdprocessen, men det är inte tydligt hur insatser kan grupperas i mer lågintensiva eller högintensiva eller när dessa ska användas utöver baserat på tillståndets svårighetsgrad. För diagnosen depression finns det nyligen framtagna vårdförloppet för depression hos vuxna.

Målgrupp: Klinisk personal på vårdcentral och beslutsfattare i exempelvis vårdcentralsledning. Det kan finnas behov av olika stöd för olika målgrupper.

Format: För stöd i det kliniska mötet är det särskilt viktigt att sammanställningen är tillräckligt lättillgänglig och ändamålsenligt för att kunna användas i primärvårdskontexten. Stöd kan med fördel integreras i exempelvis 1177 för vårdpersonal.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan samverka med Nationellt system för kunskapsstyrning, exempelvis NPO psykisk hälsa, för att tydliggöra hur vårdcentralernas arbete kan organiseras i stegvisa och väl sammanhängande insatser i stöd kopplade till nationella riktlinjer, exempelvis implementeringsstöd.

Nationellt system för kunskapsstyrning kan även överväga att inkludera en tydligare stegvis modell i exempelvis vård- och insatsprogram och nationella kliniska kunskapsstöd. För vård- och insatsprogrammen kan detta göras i samband med att de uppdateras. Arbete pågår i dagsläget med att etablera en långsiktig förvaltning för dessa kunskapsstöd samt att integrera stöden i 1177 för vårdpersonal.

Prioritet: Socialstyrelsen bedömer att kunskapsstöd på området har hög prioritet för att kunna tillvarata tillfället då flera av de befintliga stöden är under uppdatering.

Kunskapsstöd som fokuserar på hur skattningar och formulär kan användas och deras värde i löpande uppföljning – med hänsyn till patientnytta och utan att öka vårdpersonalens administrativa börda

Beskrivning av behov: Det finns ett behov av ökad kunskap om hur validerade skattningsskalor och frågeformulär kan användas i bedömning, under behandling, samt för uppföljning av patienter.

För att kunna anpassa behandling baserat på effekt behöver vårdpersonal och patient gemensamt gå igenom resultaten och använda dem som underlag för ett delat beslutsfattande om insatsen behöver justeras, stegas upp till en mer intensiv nivå eller om den diagnostiska bedömningen behöver förnyas eller kompletteras. Mätningbaserad vård ersätter inte den kliniska bedömningen utan tillför en dimension och gör vården mer strukturerad och personcentrerad

Befintliga kunskapsstöd: Regionala rekommendationer och kunskapsstöd för vilka skattningar som ska användas för patienter med psykisk ohälsa utifrån diagnostiserade tillstånd eller symtombild. Nationella stöd i form av exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer där diagnostiska intervjuer och bedömningsinstrument beskrivs, samt Nationella formulärsamlingen framtagen av SKR och Inera.

Målgrupp: Huvudsakligen klinisk personal vars arbetsuppgifter inkluderar bedömning, behandling eller uppföljning av patienter. Även verksamhetschefer.

Format: Kunskapsstöd för kliniska möten behöver vara lättillgängliga och ändamålsenliga för att möjliggöra användning i vårdcentralskontext. Stöd kan med fördel integreras i vårdinformationssystem, 1177 för vårdpersonal, eller andra lämpliga plattformar, med målsättningen att skattningar ska kunna administreras till patienter på ett sätt som bidrar till hög svarsfrekvens och vara ett stöd för vårdpersonal utan ytterligare administrativ tidsåtgång.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen kan ta fram kunskapsstöd som innefattar vägledning i hur primärvården kan använda skattningar och formulär i bedömning, under behandling, samt för uppföljning, samt att kartlägga evidens för transdiagnostiska formulär att använda i primärvårdskontext.

I detta kan Socialstyrelsen samverka med den Nationella formulärsamlingen, som sammanställer evidensbaserade skattningar i 1177.

Prioritet: Detta behov bedöms ha lägre prioritet då det redan finns mycket stöd på området.

Kunskapsstöd för konsultation och vårdövergångar mellan primärvård och specialistpsykiatri

Beskrivning av behov: Det finns behov av att utveckla samverkan mellan primärvården och den specialiserade psykiatriska vården, både för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, minska risken att patienter faller mellan stolarna och minska resursåtgång i form av exempelvis administration kopplat till avslagna remisser. Det kan finnas anledning att se över om konsultationsmodeller för psykisk ohälsa kan integreras i generella samverkansmodeller, för att främja en helhetssyn på patientens behov.

Det behövs ökad kunskap om hur konsultationsmodeller kan utformas och ersättas. Förstudien föreslår att detta kan uppnås genom en sammanställning av aktuella konsultationsmodeller. En sådan sammanställning kan inkludera vilka modeller som upplevs mer eller mindre ändamålsenliga, samt kombineras med uppföljning av olika aspekter av omhändertagandet.

Sammanställningen kan ligga till grund för identifiering och beskrivning av lärande exempel och stöd över hur ändamålsenliga konsultationsmodeller kan utformas, ersättas och implementeras. I framtagandet och valet av kunskapsstöd behöver ansvarig aktör särskilt beakta risken för detaljstyrning.

Befintliga kunskapsstöd: Regionala kunskapsstöd och rutinbeskrivningar för konsultation och remisser. Det finns flera lärande exempel på regioner som tagit fram modeller för samverkan. Ovan har till exempel modeller i Region Jönköpings län och Region Dalarna beskrivits.

Målgrupp: Beslutsfattare i primärvården, exempelvis uppdragsgivare och kravställare för primärvård i regional förvaltning, eller som verksamhetschef för regional primärvård, samt vårdcentralsledning. En målgrupp är även förvaltning på övergripande nivå som behöver ge förutsättningar och verktyg för kommunikation mellan olika vårdområden.

Format: Skriftligt kunskapsstöd.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen eller annan lämplig nationell aktör kan kartlägga konsultationsmodeller och identifiera modeller som upplevs som mer respektive mindre ändamålsenliga.

I ett nästa steg kan Socialstyrelsen eller annan lämplig nationell aktör i dialog med regionerna ta fram en gemensam grundnivå för hur dessa kan utformas utifrån de mer framgångsrika exemplen.

Prioritet: Att ta fram kunskapsstöd på detta område bedöms ha lägre prioritet i ett första steg, då det behöver föregås av arbete för att utöka kunskapen om vilka modeller och vilket stöd som vore ändamålsenligt.

Utvärdera: Följa upp arbetet med psykisk ohälsa

Förslag inom detta område rör främst regionförvaltningars arbete med att utveckla förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller för omhändertagandet av psykisk ohälsa i den regionala primärvården. I förstudiens dialoger lyfter regionrepresentanter återkommande behov kopplade till detta område.

Ökad kunskap om ändamålsenliga ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och förfrågningsunderlag för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa

Beskrivning av behov: Det behövs ökad kunskap om hur förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller kan utformas för att stödja förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i den regionala primärvården. Förstudien föreslår att detta kan uppnås genom att någon aktör etablerar ett nationellt forum för erfarenhetsutbyte och kunskapsspridning för regionernas medarbetare som arbetar med utformning av dessa underlag och modeller. Förstudien föreslår också att någon nationell aktör tar fram en sammanställning av regionernas aktuella förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och uppföljningsmodeller för omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. En kartläggning av området skulle också kunna innefatta en undersökning av vilka modeller och förfrågningsunderlag som upplevs mer eller mindre ändamålsenliga, samt kombineras med uppföljning av olika aspekter av omhändertagandet.

Befintliga kunskapsstöd: Sveriges Kommuner och Regioners sammanställning över ersättningsmodeller och ersättningsprinciper i primärvården.

Målgrupp: Funktioner inom regional förvaltning som ansvarar för utformning av ersättningsmodeller, förfrågningsunderlag och uppföljningsmodeller för omhändertagande av psykisk ohälsa i den regionala primärvården.

Ansvarig aktör: Socialstyrelsen eller annan nationell aktör skulle kunna facilitera upprättandet av ett nationellt forum för erfarenhetsutbyte och kunskapsspridning mellan regionerna, i syfte att stödja regionernas arbete med att utveckla förfrågningsunderlag och modeller för ersättning och uppföljning vad gäller primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Sveriges Kommuner och Regioner överväger att kartlägga befintliga ersättningsmodeller, uppföljningsmodeller och förfrågningsunderlag för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, och även göra en undersökning av vilka modeller och förfrågningsunderlag som upplevs mer eller mindre ändamålsenliga.

Prioritet: Förslaget bedöms ha hög prioritet.

Källförteckning

1. Socialdepartementet. Uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa [Internet]. 2022 [citerad 10 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.regeringen.se/contentassets/7a1f5246ec19464f964475f0f130cef5/uppdrag-att-genomfora-insatser-for-att-framja-stodja-och-folja-omstallningen-till-en-god-och-nara-var-d-for-att-forbatta-primarvardens-omhandertagande-av-psykisk-ohalsa.pdf>
2. Nergårdh A, Andersson L, Brage AK. God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa, SOU 2021:6.
3. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Begrepp inom området psykisk hälsa. 2024-07.
4. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. 109 s.
5. Socialstyrelsen. Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård. 07 november 2024;
6. Lambert M, König H, Karow A, König HH, Rohenkohl A, Luedecke D, m.fl. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). *Psychiatry Res.* 01 september 2024;339:116007.
7. Stiles JA, Chatterton ML, Le LKD, Lee YY, Whiteford H, Mihalopoulos C. The cost-effectiveness of stepped care for the treatment of anxiety disorders in adults: A model-based economic analysis for the Australian setting. *J Psychosom Res.* 01 oktober 2019;125:109812.
8. Meeuwissen JAC, Feenstra TL, Smit F, Blankers M, Spijker J, Bockting CLH, m.fl. The cost-utility of stepped-care algorithms according to depression guideline recommendations – Results of a state-transition model analysis. *J Affect Disord.* 01 januari 2019;242:244–54.
9. Lee YY, Harris MG, Whiteford HA, Davidson SK, Chatterton ML, Stockings EA, m.fl. Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 25 augusti 2021;30:e58.
10. Yan C, Rittenbach K, Souri S, Silverstone PH. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in

primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits. *BMC Psychiatry*. 05 augusti 2019;19(1):240.

11. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H, Spinhoven P, Adèr H, van Balkom A, m.fl. Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 01 juli 2014;77(1):57–63.
12. Chatterton ML, Rapee RM, Catchpool M, Lyneham HJ, Wuthrich V, Hudson JL, m.fl. Economic evaluation of stepped care for the management of childhood anxiety disorders: Results from a randomised trial. *Aust N Z J Psychiatry*. juli 2019;53(7):673–82.
13. Roberts LN, Nixon RDV. Systematic Review and Meta-Analysis of Stepped Care Psychological Prevention and Treatment Approaches for Posttraumatic Stress Disorder. *Behav Ther*. 01 maj 2023;54(3):476–95.
14. Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HWJ, van Schaik DJF, Stek ML, Beekman ATF, m.fl. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. februari 2014;29(2):182–90.
15. Veer-Tazelaar P van't, Smit F, Hout H van, Oppen P van, Horst H van der, Beekman A, m.fl. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry*. april 2010;196(4):319–25.
16. Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, m.fl. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2018/01/02 uppl. 2013;203(2):132–9.
17. SBU. Stegvis vård för psykisk sjukdom i primärvården - Vilken sammanställd forskning finns om organisationsformen stegvis vård (stepped care) för personer som söker vård för psykisk sjukdom i primärvården? 2024.
18. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. mars 2021;
19. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Utvärdering av arbetssättet ”En väg in” inom barn- och ungdomspsykiatri. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/socialstyrelsens-analyser/planerade-och-pagaende-analyser/utvardering-av-arbetsatteten-vag-in-inom-barn--och-ungdomspsykiatri/>
20. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Nationellt hälsoprogram för barn och unga ska ge bättre och mer jämlik hälsa. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och->

regler/omraden/god-och-nara-varld/nationellt-halsoprogram-for-barn-och-unga/

21. Socialdepartementet. Uppdrag om nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården [Internet]. 2024 [citerad 12 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.regeringen.se/contentassets/ba761165d4244f96b5e48ed15ced5a9e/uppdrag-om-nationella-utvecklingsteam-inom-den-specialiserade-psykiatriska-varlden.pdf>
22. Shafran R, Egan SJ, de Valle M, Davey E, Carlbring P, Creswell C, m.fl. A guide for self-help guides: best practice implementation. *Cogn Behav Ther.* 02 september 2024;53(5):561–75.
23. Socialstyrelsen [Internet]. 2021 [citerad 13 november 2024]. Om nationella kunskapsstöd. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/om-nationella-kunskapsstod/>
24. Socialstyrelsen [Internet]. 2023 [citerad 12 november 2024]. Nationella riktlinjer. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>
25. Socialstyrelsen. Vård vid ohälsosamma levnadsvanor – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. november 2024;
26. Nationella vård- och insatsprogram [Internet]. [citerad 12 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.vardochinsats.se/>
27. Psykisk hälsa - 1177 för vårdpersonal [Internet]. [citerad 12 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://vardpersonal.1177.se/Stockholm/kunskapsstod/psykisk-halsa/>
28. Nationellt programområde psykisk hälsa. 1177 för vårdpersonal. [citerad 12 november 2024]. Vårdförlopp Depression hos vuxna. Tillgänglig vid: <https://vardpersonal.1177.se/Stockholm/kunskapsstod/psykisk-halsa/>
29. Meeuwissen JAC. The case for stepped care. *Amst VU Univ.* 2018;
30. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials.* 07 juli 2011;12(1):171.
31. Firth N, Barkham M, Kellett S. The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: A systematic review. *J Affect Disord.* 01 januari 2015;170:119–30.
32. Mental Health Commission of Canada. What is Stepped Care 2.0 [Internet]. [citerad 10 november 2024]. Tillgänglig vid:

<https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/11/What-is-Stepped-Care-2.0-4-pager.pdf>

33. Berger M, Fernando S, Churchill A, Cornish P, Henderson J, Shah J, m.fl. Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Interv Psychiatry*. 21 maj 2021;16(4):327.
34. KAIROS-projektet [Internet]. [citerad 24 september 2024]. KAIROS-projektet. Tillgänglig vid: <https://www.kairosprojektet.se>
35. Region Östergötland. Integrerad beteendehälsa på vårdcentraler [Internet]. 2024 [citerad 24 september 2024]. Tillgänglig vid: <https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/utveckling-och-kompetens/utveckling-och-forbattning/pagaende-projekt-och-forbattningsarbeten/integrerad-beteendehalsa-pa-vardcentraler>
36. Region Stockholm. STEP-UP Triagemodell [Internet]. [citerad 17 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.step-up.regionstockholm.se/48fcc1/siteassets/dokument/triagemodell.pdf>
37. Straten A van, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. januari 2015;45(2):231–46.
38. Kroenke K, Unutzer J. Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *J Gen Intern Med*. 01 april 2017;32(4):404–10.
39. Hunter CL, Funderburk JS, Polaha J, Bauman D, Goodie JL, Hunter CM. Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model Research: Current State of the Science and a Call to Action. *J Clin Psychol Med Settings*. juni 2018;25(2):127–56.
40. Reiter JT, Dobbmeyer AC, Hunter CL. The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An Overview and Operational Definition. *J Clin Psychol Med Settings*. juni 2018;25(2):109–26.
41. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, m.fl. Collaborative care for depression and anxiety problems - Archer, J - 2012 | Cochrane Library. [citerad 16 november 2024]; Tillgänglig vid: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006525.pub2/abstract>
42. Björkelund C, Eva-Lisa Petersson, Jeanette Westman, Maria Magnil-Molinder, Malin André, Carl Wikberg, Anna Holst, Sandra af Winklerfeldt, Camilla Udo, Lars Wallin, Christina Möller., Shabnam Nejati, Pia Augustsson. *Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården: forskning, organisation och implementering*. Gothenburg: University of Gothenburg : Allmänmedicinskt centrum; 2020. 196 s.

43. Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, m.fl. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 30 december 2022;101(52):e32554.
44. Jansson H. Samarbetsvård Psykisk Hälsa. Region Dalarna; 2023.
45. Holst A, Labori F, Björkelund C, Hange D, Svenningsson I, Petersson EL, m.fl. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: 12-month economic evaluation of a pragmatic randomised controlled trial. *Cost Eff Resour Alloc [Internet]*. 2021 [citerad 17 november 2024];19(1). Tillgänglig vid: <https://link.springer.com/epdf/10.1186/s12962-021-00304-5>
46. Zhu M, Hong RH, Yang T, Yang X, Wang X, Liu J, m.fl. The Efficacy of Measurement-Based Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Psychiatry*. 28 september 2021;82(5):21r14034.
47. Xiao L, Qi H, Zheng W, Xiang YT, Carmody TJ, Mayes TL, m.fl. The effectiveness of enhanced evidence-based care for depressive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Transl Psychiatry*. 16 oktober 2021;11(1):531.
48. Williams NJ, Marcus SC, Ehrhart MG, Sklar M, Esp SM, Carandang K, m.fl. Randomized Trial of an Organizational Implementation Strategy to Improve Measurement-Based Care Fidelity and Youth Outcomes in Community Mental Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oktober 2024;63(10):991–1004.
49. Bakgrund vårdlinjearbetet [Internet]. [citerad 17 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/samverkan-och-avtal/halsovalet/dokument-och-rutiner/dokument-och-rutiner/psykisk-halsa/varmlinjer-och-beslutsstod/bakgrund/>
50. Region Gävleborg. Psykiatri [Internet]. [citerad 17 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/samverkan-och-avtal/halsovalet/dokument-och-rutiner/dokument-och-rutiner/psykisk-halsa/Psykiatri/>
51. Region Östergötland. Handbok för deltagande vårdcentral i IBH-projektet 2023. 2023.
52. England NHS. NHS England » NHS Talking Therapies, for anxiety and depression [Internet]. [citerad 12 november 2024]. Tillgänglig vid: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/>

53. Helsedirektoratet [Internet]. [citerad 10 november 2024]. Rask psykisk helsehjelp. Tillgänglig vid: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>
54. Folkehelseinstituttet [Internet]. 2022 [citerad 10 november 2024]. 6 av 10 fortsatt friske tre år etter Rask psykisk helsehjelp. Tillgänglig vid: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/6-av-10-fortsatt-friske-tre-ar-etter-rask-psykisk-helsehjelp/>
55. Folkehelseinstituttet [Internet]. 2016 [citerad 10 november 2024]. Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Tillgänglig vid: <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>
56. NAPHA.no [Internet]. [citerad 03 december 2024]. Tillgänglig vid: <http://napha.no/content.ap?thisId=9145>
57. Gottlieb K. The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. *Int J Circumpolar Health*. 31 januari 2013;72(1):21118.
58. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 03 december 2024]. Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var/psykisk-ohalsa-malbild-for-vardcentraler/>
59. Vainio L, Jaring J, Abellsson A, Andersson M. Brukarstyrd brukarrevision: Primärvård Skaraborg [Internet]. NSPH Skaraborg; NSPH Västra Götaland; 2024. Tillgänglig vid: <https://nsph.se/att-leva-med-psykisk-ohalsa/rapporter-om-psykisk-ohalsa/>
60. SKR. Nationell formulärsamling [Internet]. [citerad 06 december 2024]. Tillgänglig vid: <https://skr.se/nationellpatientenkat/nationellformularsamling.77981.html>
61. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. augusti 2024;
62. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. 59 s.
63. Socialstyrelsen [Internet]. [citerad 03 december 2024]. Patientsäkerhet. Tillgänglig vid: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
64. Socialstyrelsen [Internet]. 2024 [citerad 03 december 2024]. Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och->

regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-
produktions--och-kapacitetsstyrning/

65. Socialstyrelsen. Postcovid och andra närliggande tillstånd och syndrom.
augusti 2024;

Bilaga 2: Enkätuppföljning av vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa

Genomförande och utformning

Denna enkätundersökning har ingått som en del i Socialstyrelsens regeringsuppdrag (S2022/02309) att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Syftet var att följa upp primärvårdens omställning till god och nära vård av psykisk ohälsa för att bättre förstå verksamheternas nuläge och behov av stöd framåt.

Enkäten riktades till verksamhetschefer eller enhetschefer. I enkätutskicket angavs att svarande även kan vara någon i chefens närhet som har motsvarande övergripande kännedom om verksamheten (till exempel samordnar- eller utvecklingsfunktion, chefläkare). Enkäten skickades till 550 vårdcentraler, varav nio utskick inte nådde ut. Det var alltså 541 vårdcentraler som fick enkäten. Urvalet hade geografisk spridning över hela Sverige. Enkäten gick att besvara från 4:e september till och med 25 september och 2 påminnelser skickades ut. Svar inkom från företrädare för 202 vårdcentraler²⁵, vilket motsvarar 37 procent av det totala urvalet. Enbart fullständiga svar har räknats till det finala underlaget.

Enkäten bestod av två delar:

- Del 1: Avser alla patienter med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa innefattar i detta fall symptom och syndrom såsom ångest, depression, nedstämdhet, insomningsproblem, stress, kris, sorg och utmattningssyndrom.
- Del 2: Avser endast patienter med diagnoserna depression eller ångestsyndrom. Denna del är en uppföljning av en enkät som genomfördes 2018 avseende nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom.

²⁵ Sex av de svarande uppgav att deras svar gällde för mer än en vårdcentral som de var ansvariga för men besvarade enkäten en gång. Dessa svar tillämpades på alla de vårdcentraler som respondenten svarat att de gällde för, förutsatt att dessa ingick i urvalet av vårdcentraler som enkäten skickats ut till.

Både del 1 och del 2 avser patienter från 18 år och uppåt. Undersökningens referensperiod var ”nuläget” i del 1 av enkäten²⁶, medan del 2 efterfrågar hur arbetet har sett ut under 2023 och 2024.

I de fall det bedömts lämpligt har analyser från del 2 av enkäten inkluderats i denna bilaga, exempelvis för att ge en mer detaljerad bild av insatser och behandlingar för psykisk ohälsa. Övriga analyser från del 2 och jämförelser med tidigare års enkätundersökning av riktlinjer för depression och ångestsyndrom presenteras i bilaga 3.

Enkätundersökningen kompletterades med fördjupande intervjuer med tolv respondenter. Dessa valdes med hänsyn till:

- vårdcentraler som i enkätundersökningen hade svarat att de kunde tänka sig att delta i en sådan intervju
- teman där projektgruppen såg behov av fördjupad kvalitativ förståelse som inte framgick av enkätsvaren
- geografisk spridning.

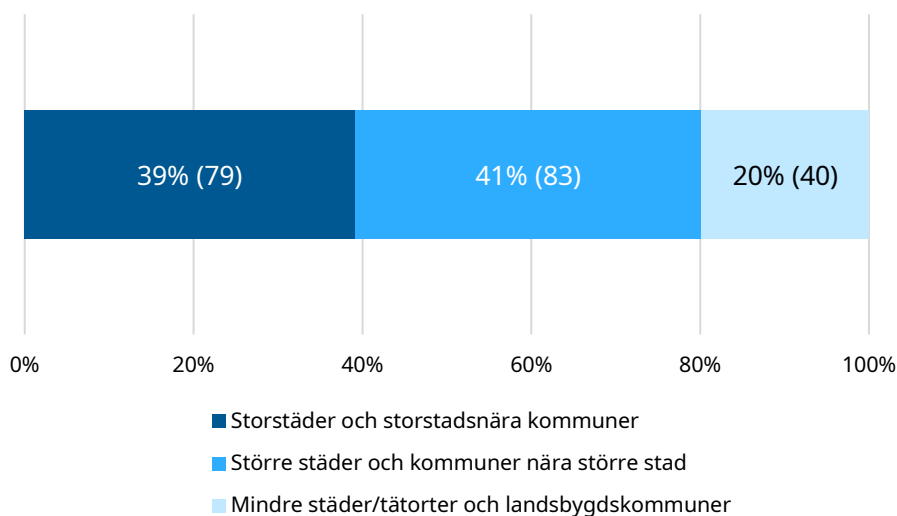
Om enkätens respondenter

En femtedel av svarande vårdcentraler ligger i kommuner som räknas till mindre städer/tätorter eller landsbygdskommuner, 41 procent i eller nära större städer, samt 39 procent i storstäder eller i storstadsnära kommuner.²⁷ Detta innebär att storstäder och större städer är representerade i underlaget i en större utsträckning än mindre städer och landsbygdskommuner.

²⁶ Förutom frågan om hur samverkan med olika verksamheter sett ut, vilken specificeras samverkan under 2023 och 2024.

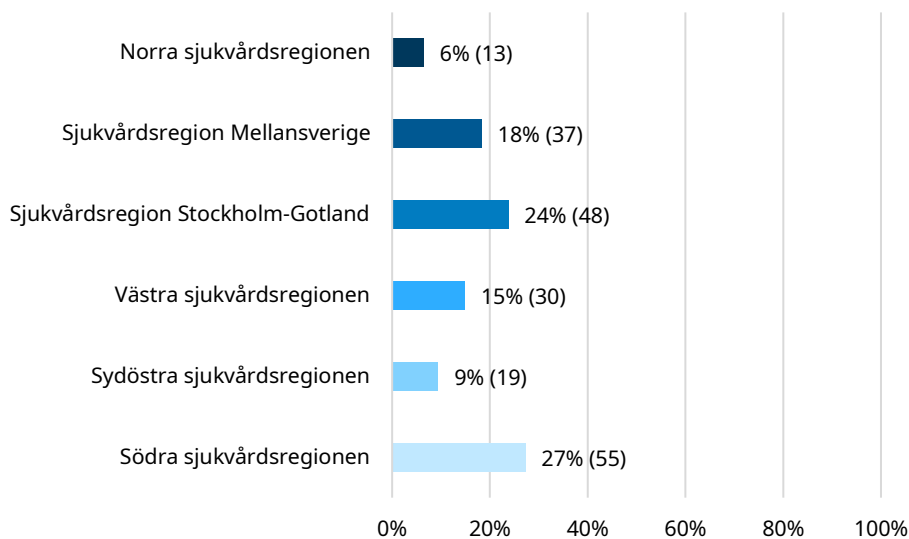
²⁷ Sveriges Kommuner och Regioner. Kommungruppsindelning 2024. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.ef4ba7d1849a2f55db2898a/1669978414789/Kommungruppsindelning-2023.pdf>

Andel/antal svarande vårdcentraler från olika huvudgrupper



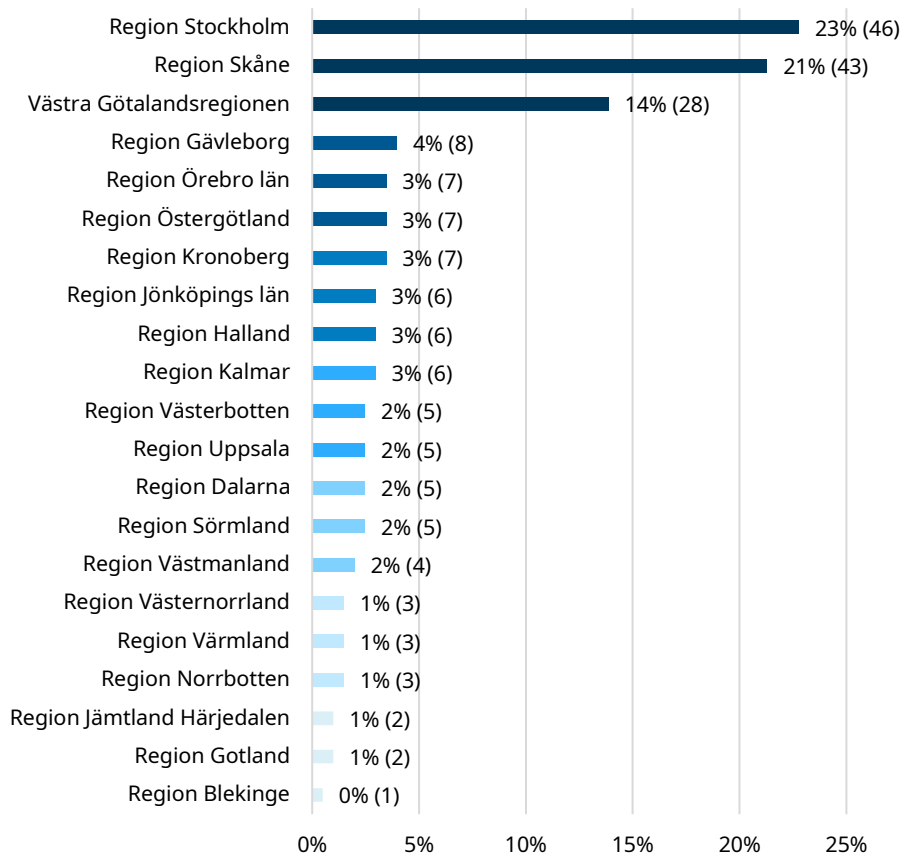
Samtliga samverkansregioner²⁸ i Sverige har funnits representerade bland respondenterna. Omkring en fjärdedel av de svarande har representerat Södra sjukvårdsregionen respektive sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. I den resterande hälften har flest (18 procent) representerat sjukvårdsregion Mellansverige, följt av Västra sjukvårdsregionen (15 procent).

Andel (antal) svarande vårdcentraler från olika samverkansregioner



Samtliga 21 regioner i Sverige har funnits representerade bland de svarande. Vårdcentraler från Stockholm utgör den största delen av underlaget (23 procent), följt av Skåne (21 procent) och Västra Götaland (14 procent).

²⁸ I enlighet med i uppställningen som beskrivs i 3 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80).

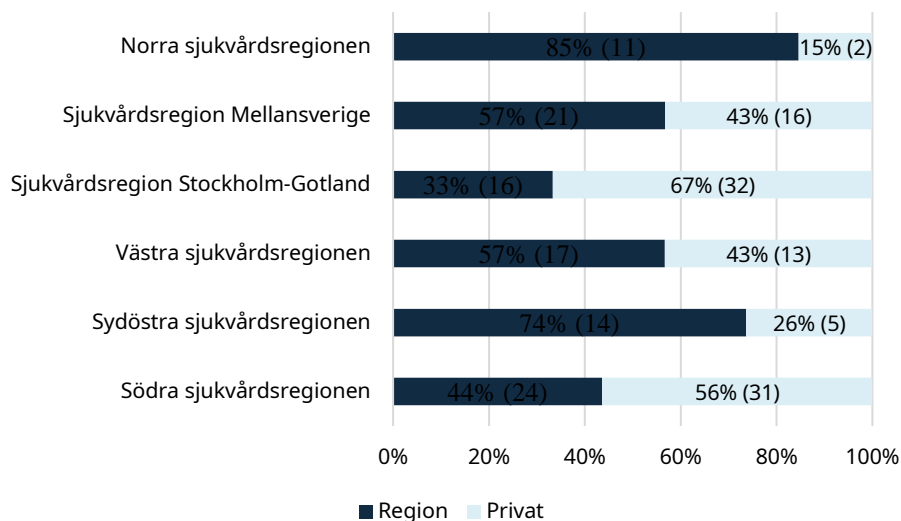
Andel (antal) svarande vårdcentraler från olika regioner

Totalt har ungefär hälften av de svarande vårdcentralerna varit drivna i privat regi, vilket kan jämföras med rikssnittet på 46 procent²⁹. Uppdelat på samverkansregioner har Norra sjukvårdsregionen haft den största andelen svarande i regional regi, följt av Sydöstra sjukvårdsregionen. I sjukvårdsregion Mellansverige och Västra sjukvårdsregionen har över hälften av de svarande representerat vårdcentraler i regional regi, medan färre än hälften av respondenterna från Södra sjukvårdsregionen har representerat regionala vårdcentraler. I sjukvårdsregion Stockholm-Gotland är endast en tredjedel av respondenterna från en regional vårdcentral. Dessa skillnader kan förklaras av regionala skillnader i andel vårdcentraler i regional respektive privat regi; andelen privata vårdcentraler i respektive region varierar mellan 71 procent i Stockholm och 13 procent i Västerbotten.³⁰ För att se om geografiska skillnader huvudsakligen drivs av geografi eller regi har flera analyser delats upp utifrån båda dessa parametrar.

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner. Primärvård i Sverige – Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar. 2024. Hämtad från: https://skr.se/download/18.476206301938615cb1cb7f60/1734336431878/SKR_A4_Primarvardsrapport_en_2024_webbpdf.pdf

³⁰ Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomi- och verksamhetsstatistik inom hälso- och sjukvården. Öppenvård – Vårdcentraler. 2023.

Andel (antal) svarande vårdcentraler från olika samverkansregioner per regi



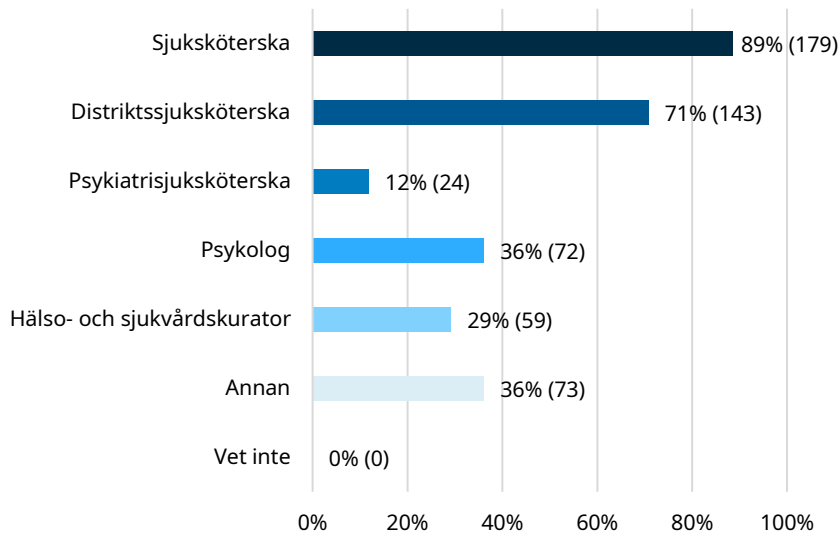
Resultat från enkätsvar och fördjupande intervjuer

Första vårdkontakt

I fördjupande intervjuer och dialoger med verksamheter framkommer att många vårdcentraler har organiserat omhändertagande av psykisk ohälsa i ett eget spår. Detta kan vara i form av att patienten självtriagerar genom ett knappval i telefon, att de direkt kan boka tid för bedömning, eller att andra professioner kan direktboka in patienter hos psykosociala resurser vid behov.

De flesta svarande vårdcentraler har sjuksköterskor som tar emot första kontakt vid psykisk ohälsa: 89 procent har sjuksköterskor och 71 procent distriktssjuksköterskor som första kontakt. Över en tredjedel av vårdcentralerna har uppgett att de har psykologer som en av professionerna som tar emot den första vårdkontakten för psykisk ohälsa. Första kontakt har specificerats som ”...första bedömning (triage) vid inkommande vårdbegäran per telefon, chatt och liknande. Första kontakt kan leda till att tid bokas, patienten hänvisas eller att patienten ges råd för egenvård. Profession avser legitimerad personal.”

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa?

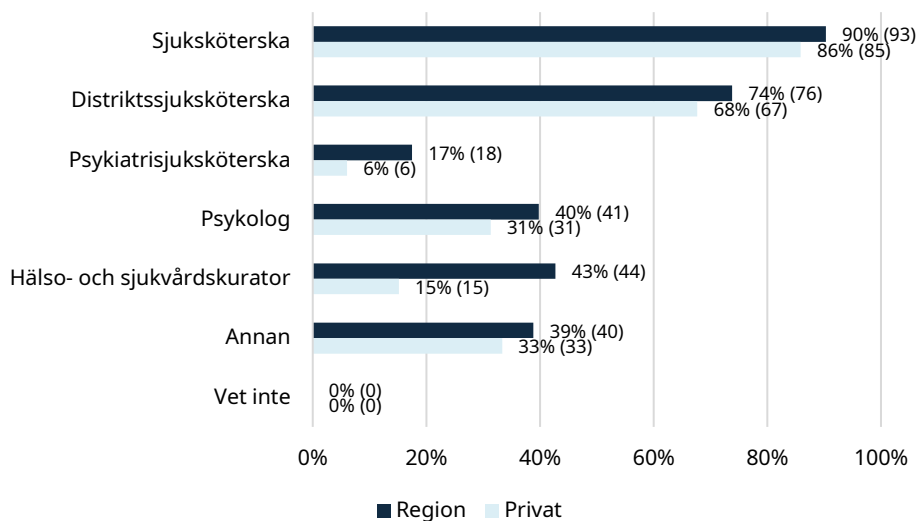


Utöver sjuksköterska, distriktssjuksköterska och psykolog har respondenterna kunnat svara att en hälso- och sjukvårdskurator eller psykiatrisjuksköterska tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa. Drygt en tiondel av vårdcentralerna har svarat att en psykiatrisjuksköterska tar emot den första vårdkontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa. Det har varit tre gånger så vanligt att vårdcentralerna har uppgett att en hälso- och sjukvårdskurator tar emot vårdbegäran för psykisk ohälsa.

Det har funnits en möjlighet för de svarande att fylla i att en ”annan” yrkeskategori på deras enhet tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa. Exempel på fritextsvar har varit psykoterapeut, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, undersköterska och rehabkoordinator. Ungefär 20 procent av de svarande har angett att läkare utgör en första kontakt för psykisk ohälsa i ett fritextsvar.

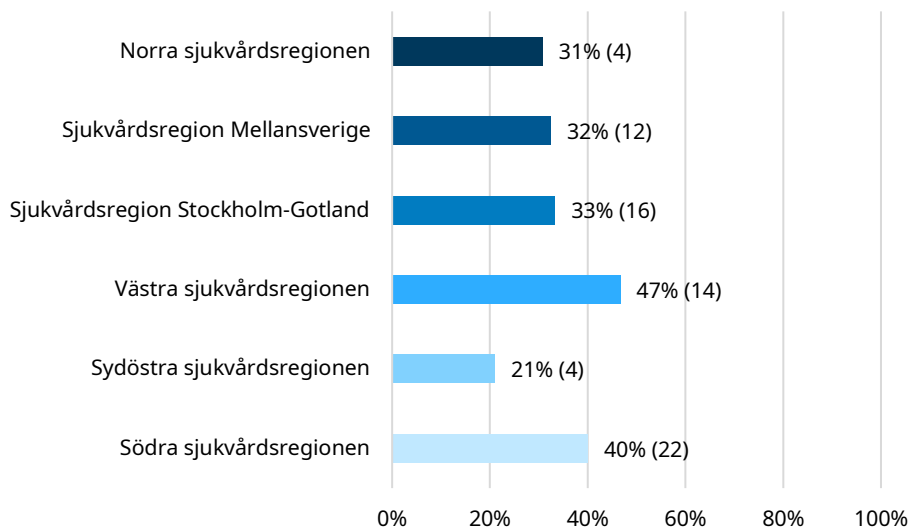
Det finns skillnader mellan privata och regionala vårdcentraler i vilka professioner som utgör första kontakt för psykisk ohälsa. En större andel vårdcentraler i regional regi har angett i enkätsvaren att de har psykolog, psykiatrisjuksköterska eller hälso- och sjukvårdskurator som den första kontakten för psykisk ohälsa, jämfört med svarande som har representerat vårdcentraler i privat regi. Störst skillnad kan ses för hälso- och sjukvårdskuratorer och psykiatrisjuksköterskor. Dessa professioner finns i högre grad på de regionala vårdcentraler som besvarat enkäten – 43 procent för hälso- och sjukvårdskurator, respektive 17 procent för psykiatrisjuksköterska, att jämföra med 15 procent, respektive 6 procent på svarande privata vårdcentraler.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Per regi



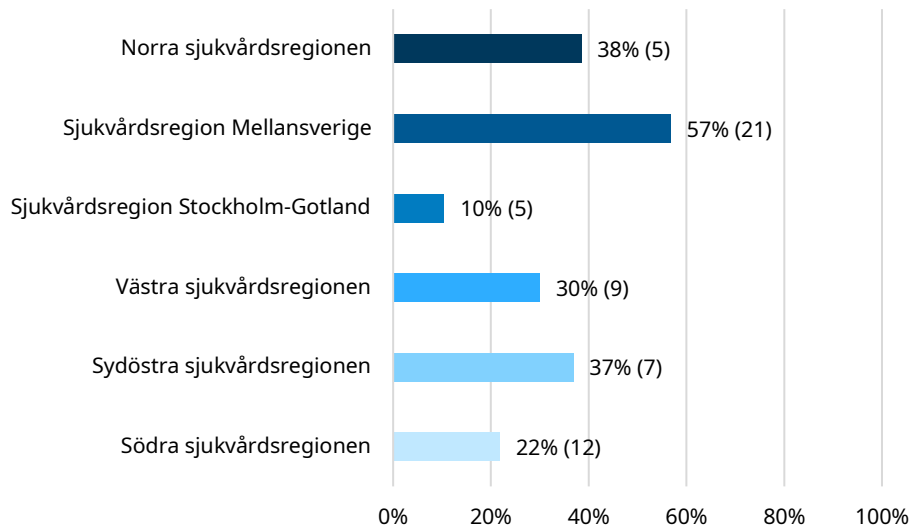
Uppdelat på samverkansregioner har Västra sjukvårdsregionen haft den största andelen svarande som uppgett att psykolog tar emot den första vårdkontakten vid psykisk ohälsa, vilket uppgår till 47 procent.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Psykolog



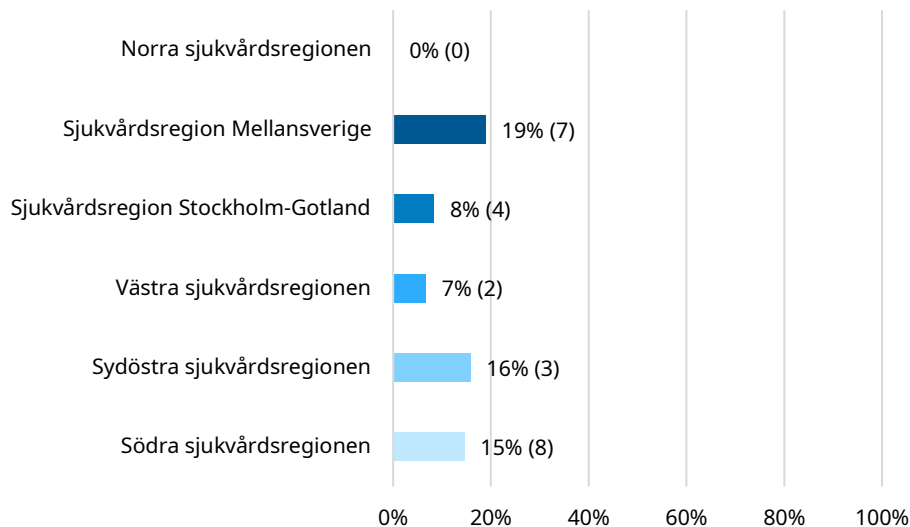
Uppdelat på samverkansregioner har det varit vanligast bland vårdcentralerna från Mellansverige att man har uppgett att hälso- och sjukvårdskurator tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa. I sjukvårdsregion Mellansverige har drygt hälften svarat att så är fallet, jämfört med en tiondel av de svarande vårdcentralerna från sjukvårdsregion Stockholm-Gotland.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Hälso- och sjukvårdskurator



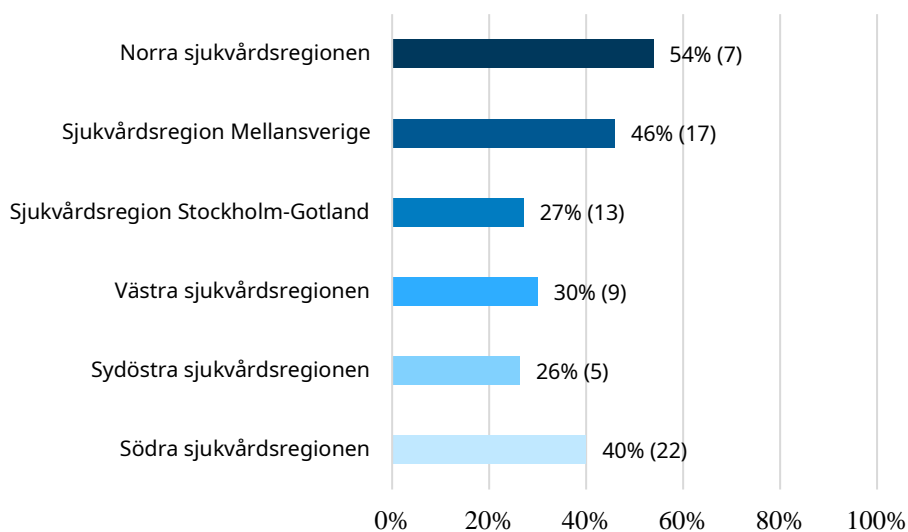
Ingen av de svarande från Norra sjukvårdsregionen har uppgett att en psykiatrisjuksköterska tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa. Den största andelen har även i detta fall förekommit i sjukvårdsregion Mellansverige, dock har skillnaderna sett till antal svarande varit små.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Psykiatrisjuksköterska



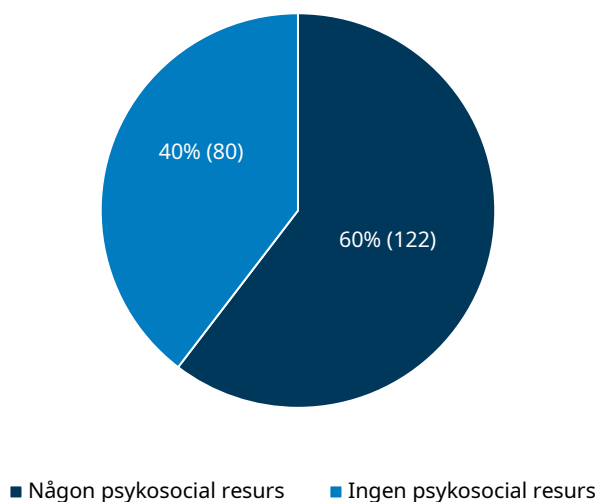
Uppdelat på samverkansregioner har andelen respondenter som svarat att en annan yrkeskategori tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa varierat mellan drygt hälften och lite mer än en fjärdedel.

Vilken profession/vilka professioner på er enhet tar emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Annan



Efter analys av flervals- och fritextsvar visar enkäten att 60 procent av de svarande har uppgett att någon psykosocial resurs tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa. Bland flervalsalternativen har psykolog, hälso- och sjukvårdskurator samt psykiatrisjuksköterska definierats som psykosociala resurser. Exempel på fritextsvar som har kategoriserats på samma sätt är psykoterapeut, kuratorer (utan legitimation) och fritextsvaret ”psykosocial resurs”.

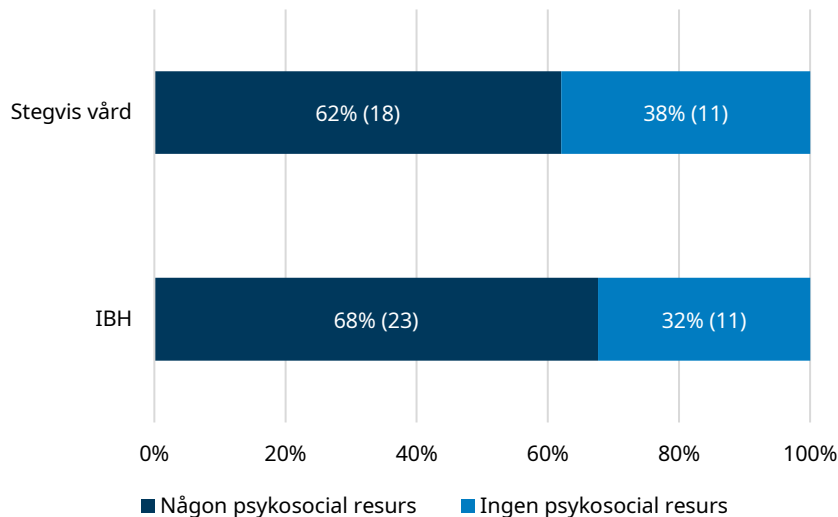
Tar psykosociala resurser på er enhet emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa?



Av de vårdcentraler som enligt enkätsvaren tillämpar modellen Stegvis vård har andelen som svarat att psykosociala resurser tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa varit i jämn nivå med resterande vårdcentraler. Vårdcentralerna som har svarat att de tillämpar modellen Integrerad

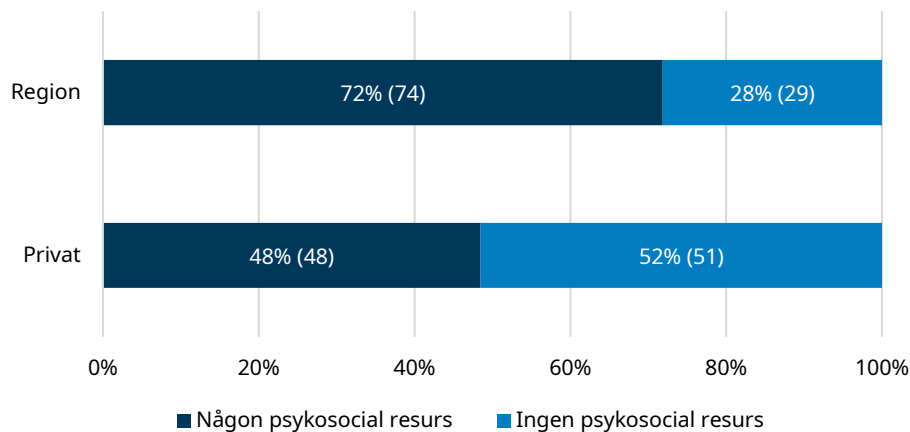
beteendehälsa (IBH) har i jämförelsevis större utsträckning svarat att psykosociala resurser tar emot första kontakten för psykisk ohälsa.

Tar psykosociala resurser på er enhet emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Stegvis vård respektive IBH



Andelen vårdcentraler som svarat att psykosociala resurser tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa är drygt 70 procent på regionala vårdcentraler, jämfört med knappt 50 procent på vårdcentraler i privat regi.

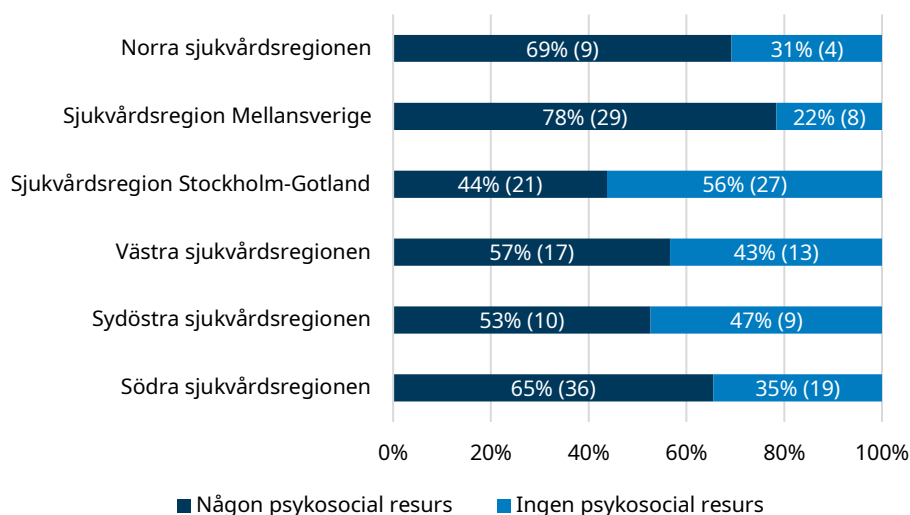
Tar psykosociala resurser på er enhet emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Per regi



Enkätsvaren visar att den största andelen som anger att psykosociala resurser utgör den första kontakten för psykisk ohälsa finns i sjukvårdsregion

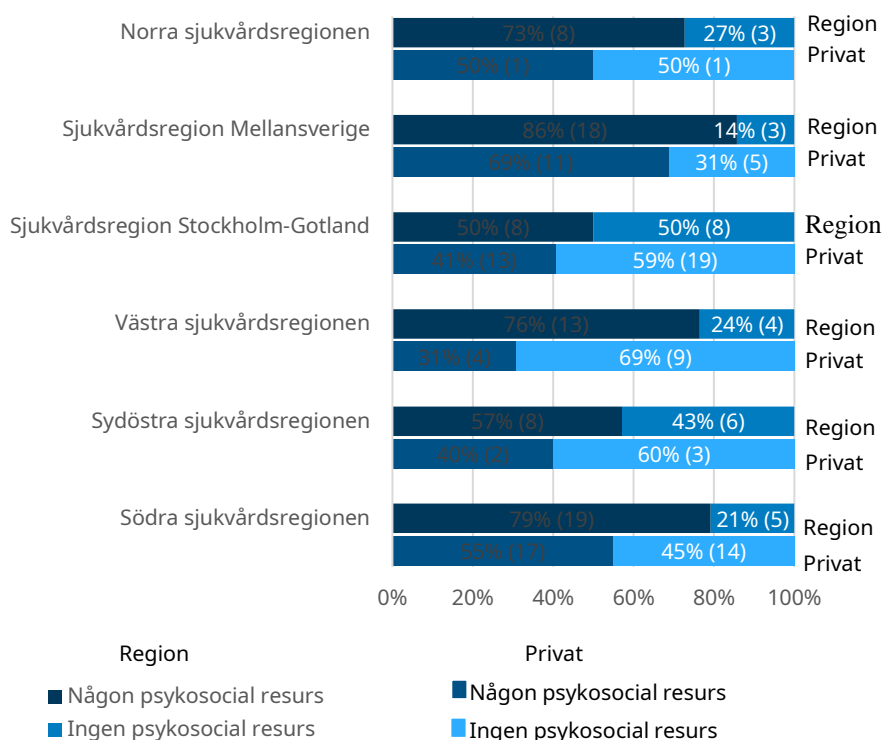
Mellansverige (78 procent), följt av Norra sjukvårdsregionen (69 procent) och Södra sjukvårdsregionen (65 procent).

Tar psykosociala resurser på er enhet emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Per samverkansregion



Uppdelat på samverkansregioner och regi ses framför allt stora skillnader mellan de privata och regionala vårdcentralerna i Västra sjukvårdsregionen, där tre fjärdedelar (76 procent) av de regionala vårdcentralerna har svarat att någon psykosocial resurs tar emot den första kontakten för psykisk ohälsa, jämfört med en tredjedel (31 procent) av de privata vårdcentralerna.

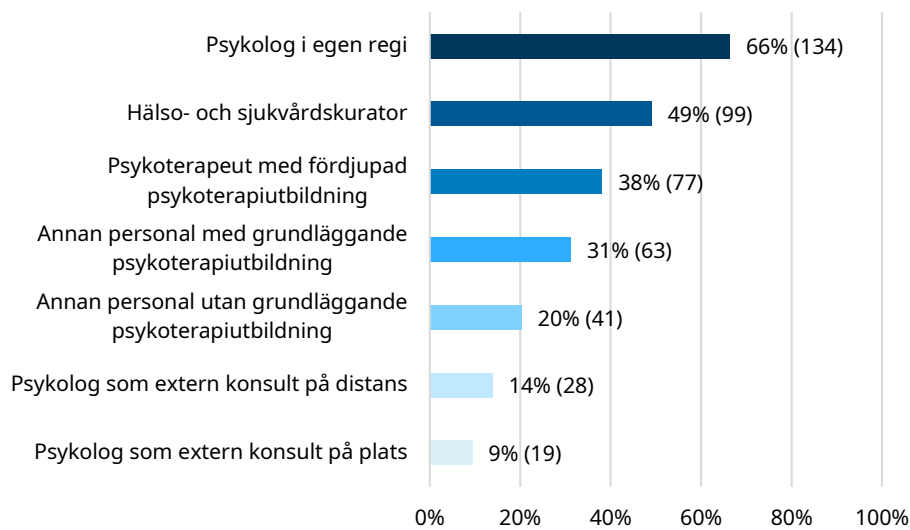
Tar psykosociala resurser på er enhet emot den första kontakten vid vårdbegäran för psykisk ohälsa? Per samverkansregion och regi



Personalresurser för behandling

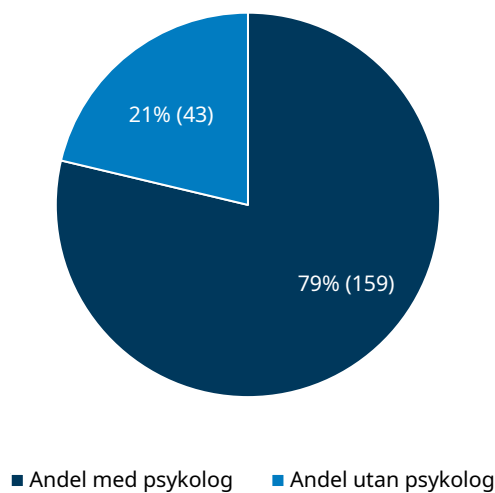
På de vårdcentraler som besvarat myndighetens enkät är psykolog den vanligaste personalresursen för att ge psykologisk behandling. Två tredjedelar av de svarande anger att de har psykolog i egen regi på vårdcentralen. Hälso- och sjukvårdskuratorer utgör den näst vanligaste personalresursen – nästan hälften uppger att de har hälso- och sjukvårdskurator som ger psykologisk behandling. En något mindre andel (38 procent) svarar att de har tillgång till psykoterapeut med fördjupad psykoterapiutbildning och 30 procent beskriver att de har tillgång till annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning.

Har ni egna personalresurser för psykologisk behandling på er primärvårdsenhet?



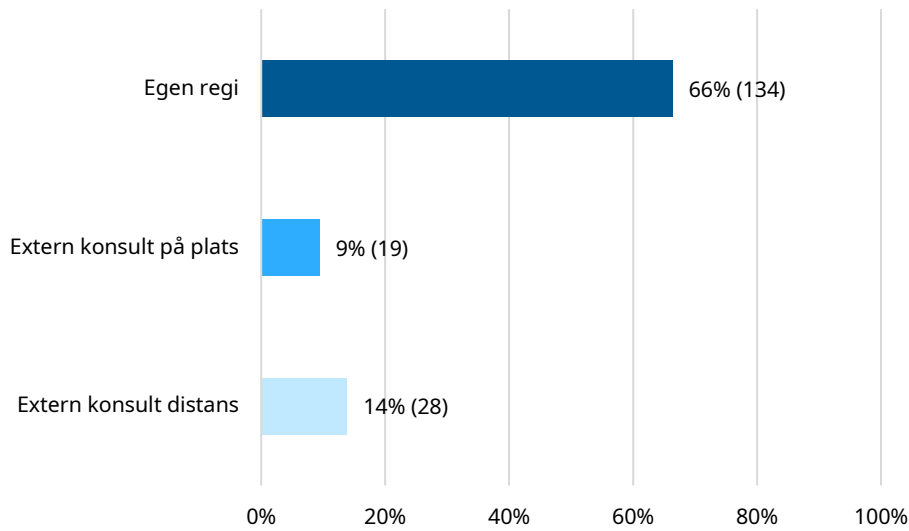
Enligt enkätresultaten saknar drygt var femte svarande vårdcentral tillgång till psykolog, då psykolog i egen regi, extern konsult på plats och på distans har inkluderats.

Andel av vårdcentralerna som har psykolog i egen regi, som extern konsult på plats eller extern konsult på distans



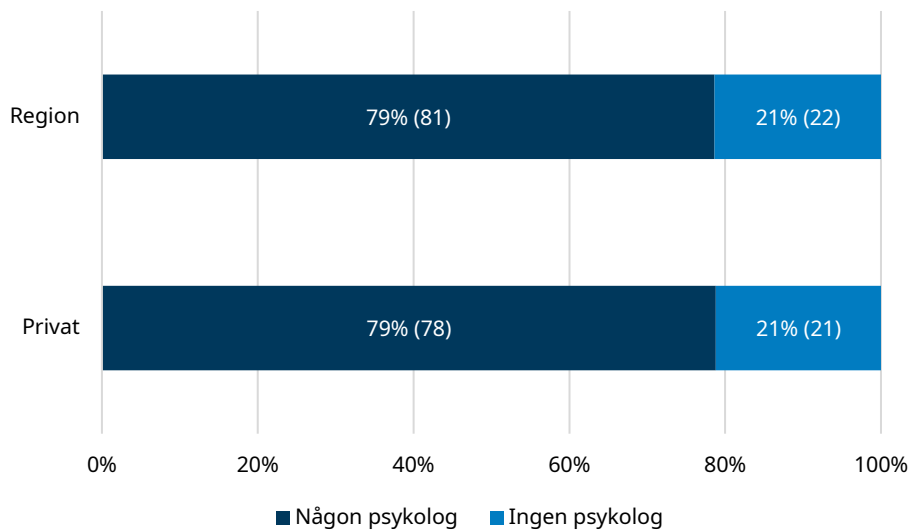
Enligt enkäten är det vanligast att ha tillgång till psykologisk behandling på vårdcentralen genom en psykolog i egen regi. Totalt sett har bara 14 procent av respondenterna uppgett att de har extern psykolog som konsult på distans.

Har ni egna personalresurser för psykologisk behandling på er primärvårdsenhet? Psykolog



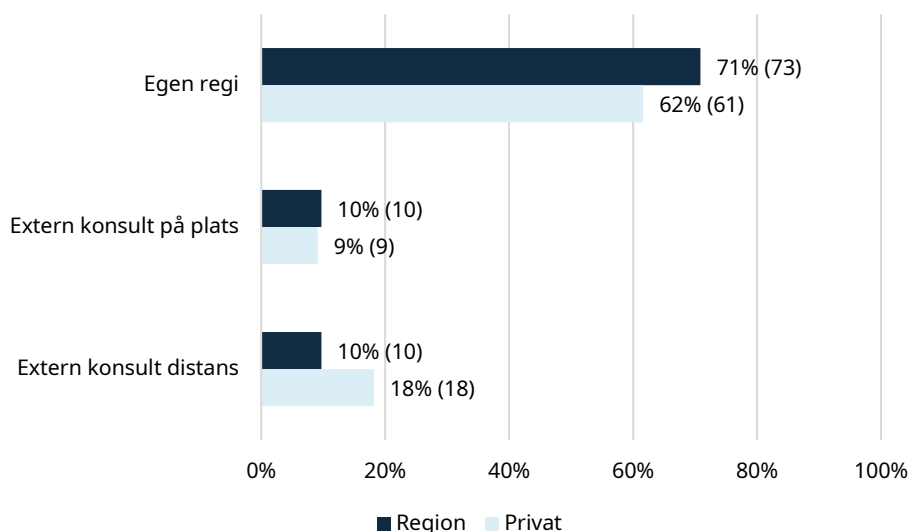
Resultaten visar inga skillnader mellan regionala och privata vårdcentraler avseende tillgång till psykolog.

Tillgång till psykolog per regi



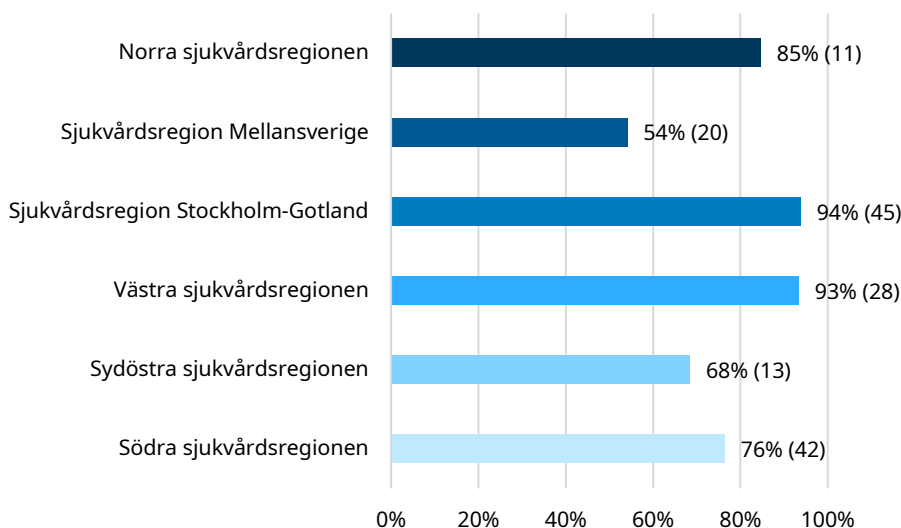
Regionala vårdcentraler har i större utsträckning svarat att de har tillgång till psykolog i egen regi, jämfört med privata vårdcentraler. Enkäten visar en omvänd tendens för psykologer på distans – där andelen som har tillgång till psykolog som konsult på distans är högre bland de privata vårdcentralerna.

Tillgång till psykolog i egen regi, som extern konsult på plats eller på distans. Per regi



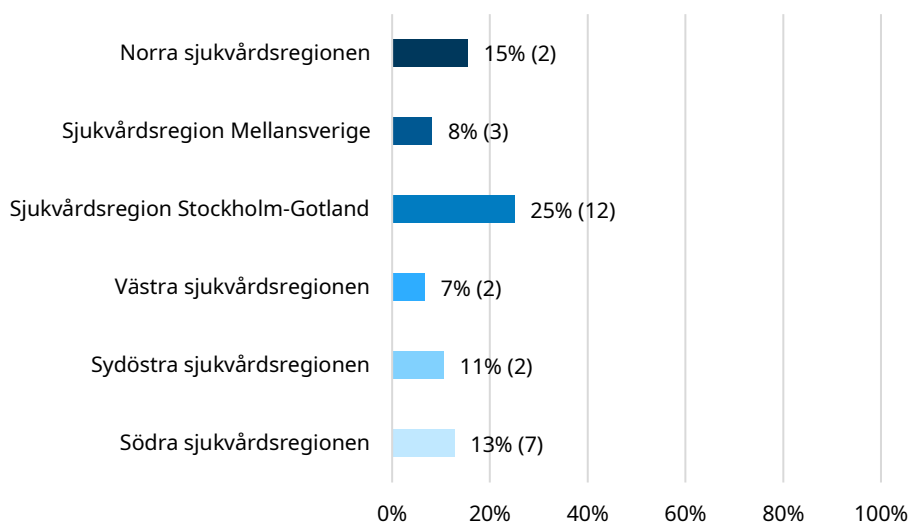
Det finns även skillnader mellan samverkansregioner, exempelvis uppger nästan alla respondenter från sjukvårdsregion Stockholm-Gotland (94 procent) och Västra sjukvårdsregionen (93 procent) att de har tillgång till psykolog. Bland respondenter i sjukvårdsregion Mellansverige indikerar enkätanalysen att drygt hälften (54 procent) har tillgång till psykolog.

Andel av vårdcentralerna som har psykolog i egen regi, som extern konsult på plats eller extern konsult på distans. Per samverkansregion



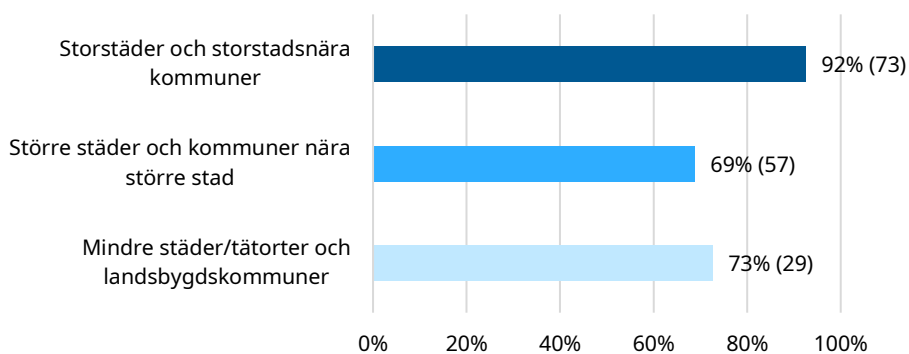
Uppdelat på samverkansregioner har vårdcentralerna från sjukvårdsregion Stockholm-Gotland i störst utsträckning uppgett att de har tillgång till psykolog som extern konsult på distans. Enligt enkäten har en fjärdedel av dessa vårdcentraler uppgett att de har tillgång till psykolog på distans.

Andel av vårdcentralerna som har psykolog som extern konsult på distans. Per samverkansregion



Enligt enkätsvaren är det vanligare att vårdcentraler i storstäder eller storstadsnära kommuner har tillgång till psykolog, jämfört med vårdcentraler från mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner. Detta kan dock drivas av att andelen som har tillgång till psykolog är särskilt hög i Stockholm, vilket utgör en stor andel av underlaget.

Andel av vårdcentralerna som har psykolog i egen regi, som extern konsult på plats eller extern konsult på distans. Per huvudgrupp



I några av de fördjupande intervjuerna uttrycker verksamhetsföreträdare önskemål om att uppnå en jämnare balans mellan vad som benämns som ”psykosocial” och ”medicinsk” personal. Det finns ibland en upplevelse av att åtminstone delar av den psykosociala personalstyrkans uppdragsbeskrivning är mer otydligt definierad. Som ett exempel lyfts psykologernas uppdrag i primärvårdskontexten.

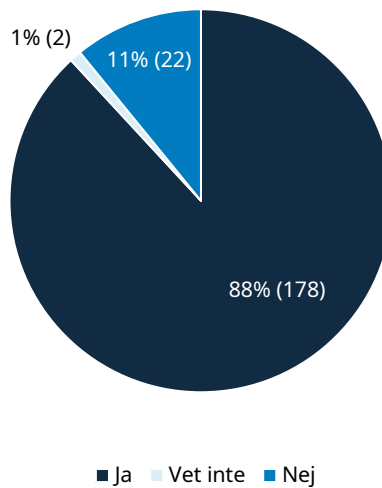
Bland de vårdcentraler som upplever att de har en välfungerande rutin för att nyttja sina psykosociala team, med bland annat kuratorer, psykologer och vårdsamordnare, är upplevelsen att dessa team i viss mån avlastar läkare – eller att de patienter som tidigare har träffat läkare har behandlats av fel

profession. En av de intervjuade vårdcentralsföreträdarna resonerar kring huruvida handläggning av psykosociala team i stället för läkare, där så är medicinskt motiverat, bland annat kan bidra till färre sjukskrivningar på grund av en lägre risk för medikalisering av vissa tillstånd.

Erfarenhetsutbyte

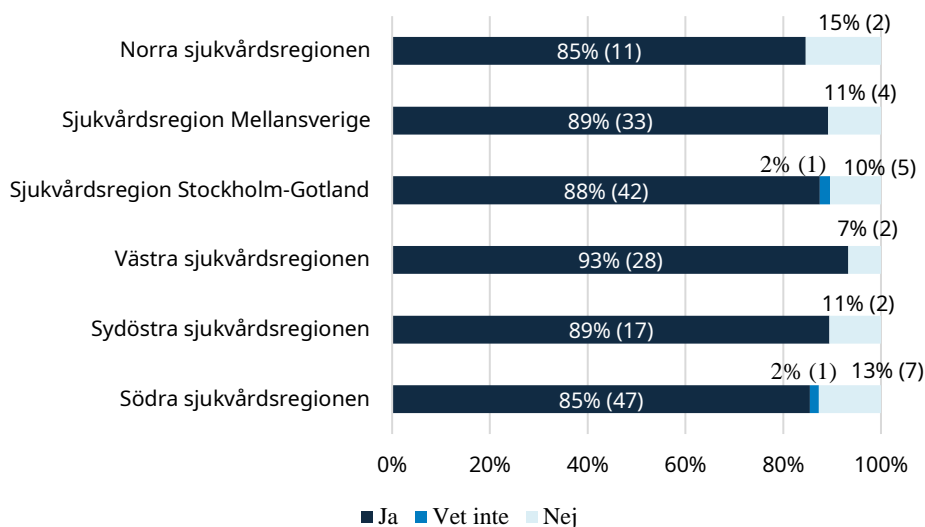
Nästan nio av tio vårdcentraler (88 procent) har svarat att de har en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte, för personal som möter personer med psykisk ohälsa.

Har ni en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte och samarbete mellan olika professioner som möter personer med psykisk ohälsa?



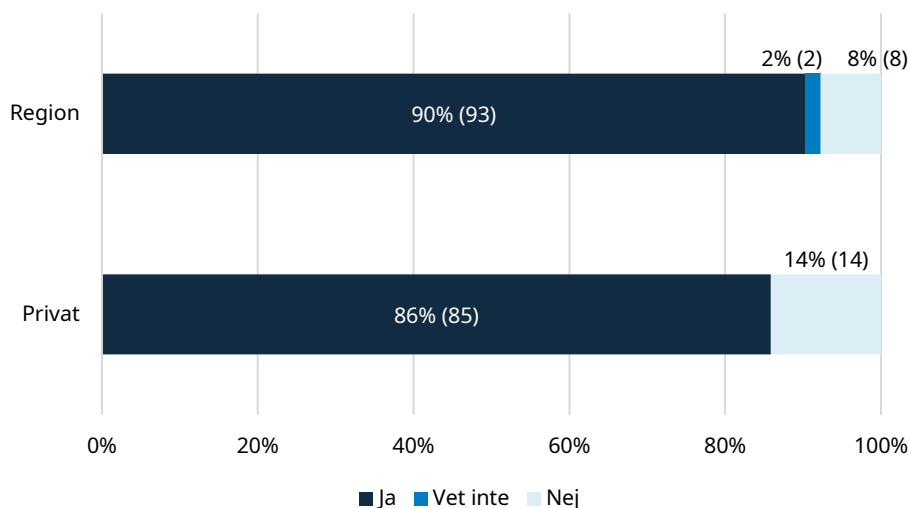
Vårdcentraler från samtliga samverkansregioner svarar i hög grad att de har en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte för personal som möter personer med psykisk ohälsa.

Har ni en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte och samarbete mellan olika professioner som möter personer med psykisk ohälsa?



Andel privata vårdcentraler som har svarat att de saknar en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte för personal som möter personer med psykisk ohälsa, är något högre jämfört med regionala vårdcentraler.

Har ni en rutin för kontinuerligt erfarenhetsutbyte och samarbete mellan olika professioner som möter personer med psykisk ohälsa? Per regi



Fortbildning

Det är enbart ett fåtal vårdcentraler som svarar att de inte genomför någon regelbunden fortbildning för någon personalkategori. Det varierar dock mellan personalkategorier vilken typ av fortbildning som genomförs. Av samtliga svarande vårdcentraler är det en tredjedel som svarar att de genomför regelbunden fortbildning i psykisk ohälsa som rör samtalsmetodik

för läkare och sjuksköterskor. För båda dessa personalkategorier gäller dessutom att drygt hälften av vårdcentralerna uppger regelbunden fortbildning inom bemötande och suicidprevention.

Genomförs regelbunden fortbildning i psykisk ohälsa inom följande områden för er personal?

	Läkare	Sjuksköterska	Undersköterska	Psykolog ³¹	Chef
Bemötande	55% (111)	61% (123)	42% (84)	78% (87)	50% (70)
Behandlingsmetoder	58% (118)	31% (63)	5% (11)	95% (106)	30% (75)
Diagnostik	58% (117)	22% (45)	2% (4)	81% (91)	23% (68)
Samtalsmetodik	33% (66)	34% (69)	5% (10)	79% (89)	21% (69)
Suicidprevention	61% (124)	53% (107)	25% (50)	87% (97)	47% (78)
Triage	33% (66)	57% (115)	13% (26)	47% (53)	30% (43)
Nej	18% (36)	20% (41)	45% (91)	13% (14)	35% (83)
Vet inte	6% (12)	4% (8)	4% (9)	7% (8)	3% (30)

För att undersöka vilken typ av fortbildning som är vanligast förekommande exkluderar följande sammanställning de vårdcentraler som svarat ”Nej” eller ”Vet inte” för respektive personalkategori. Alltså ingår enbart de vårdcentraler som svarat att de genomför någon typ av fortbildning inom psykisk ohälsa för respektive personalkategori.

Skillnaderna i vilken fortbildning olika personalkategorier genomför reflekterar i viss utsträckning de olika rollernas behov och arbetsuppgifter. Exempelvis har sjuksköterskor i högre grad än övriga personalkategorier utbildning inom triage, vilket är att förvänta med tanke på deras roll i omhändertagandet. Det kan finnas behov av att öka andelen undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som får fortbildning inom samtalsmetodik och suicidprevention, med tanke på att de kan möta patienter med psykisk ohälsa i sina roller.

Genomförs regelbunden fortbildning i psykisk ohälsa inom följande områden för er personal? Av samtliga som uppgett att de har någon utbildning för respektive personalkategori

	Läkare	Sjuksköterska	Undersköterska	Psykolog	Chef
Bemötande	72% (111)	80% (123)	82% (84)	76% (95)	81% (101)
Behandlingsmetoder	77% (118)	41% (63)	11% (11)	93% (116)	49% (61)

³¹ För psykologer inkluderas enbart vårdcentraler med psykolog i egen regi i denna analys.

	Läkare	Sjuksköterska	Undersköterska	Psykolog	Chef
Diagnostik	76% (117)	29% (45)	4% (4)	79% (99)	38% (47)
Samtals- metodik	43% (66)	45% (69)	10% (10)	76% (95)	34% (43)
Suicid- prevention	81% (124)	70% (107)	49% (50)	85% (106)	75% (94)
Triage	43% (66)	75% (115)	25% (26)	46% (58)	49% (61)

	Hälso- och sjukvårds- kurator	Fysio- terapeut	Arbets- terapeut	Psyko- terapeut	Annan personalkategori/ befattning
Bemötande	79% (70)	77% (51)	80% (52)	76% (54)	83% (29)
Behandlings- metoder	84% (75)	27% (18)	28% (18)	82% (58)	46% (16)
Diagnostik	76% (68)	18% (12)	32% (21)	65% (46)	34% (12)
Samtals- metodik	78% (69)	20% (13)	31% (20)	73% (52)	40% (14)
Suicid- prevention	88% (78)	55% (36)	60% (39)	85% (60)	77% (27)
Triage	48% (43)	27% (18)	26% (17)	45% (32)	37% (13)

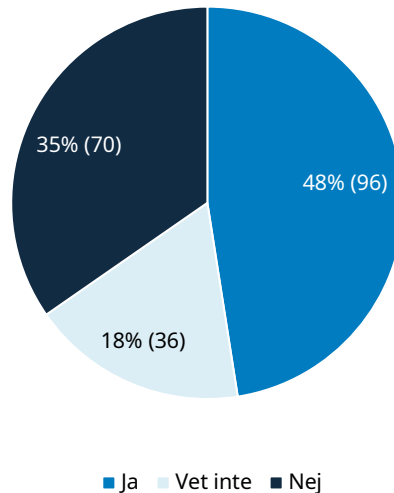
Strukturerade modeller

Nära hälften av respondenterna har angett att de använder en strukturerad modell i omhändertagandet och handläggningen av psykisk ohälsa. Frågan specificerar strukturerad modell som ”t ex Integrerad beteendehälsa, Step-Up, Alaskamodellen, Collaborative Care eller liknande lokal modell för stegvis vård”. Vilken modell som används anges i fritextsvar.

Av det totala antalet svarande vårdcentraler har 14 procent av fritextsvaren kategoriserats som stegvis vård. En majoritet av dessa vårdcentraler har angett att de använder Step-Up. Endast tre av vårdcentralerna som uppgett att de använder Step-Up har varit lokaliserade utanför region Stockholm. Bland respondenterna har 17 procent svarat att de använder integrerad beteendehälsa (IBH) som strukturerad modell för omhändertagande och

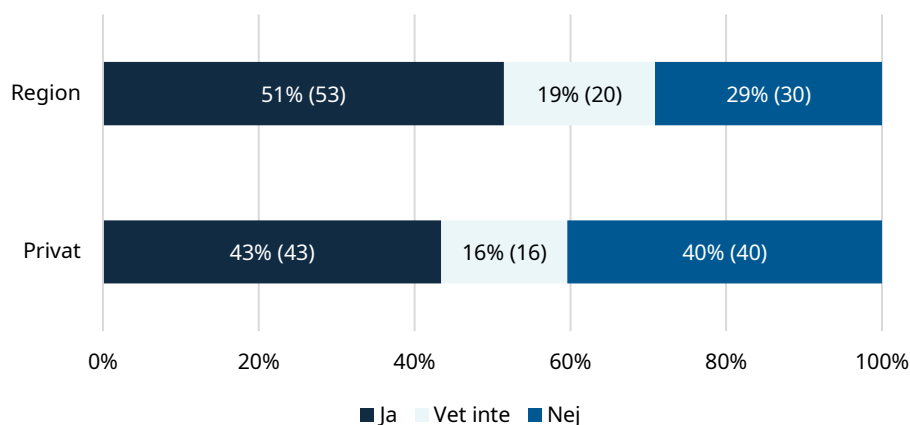
handläggning av psykisk ohälsa. Fyra av vårdcentralerna har svarat att de använder Collaborative Care.³²

Använder ni en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa?



Vårdcentraler i regional regi har svarat att de använder en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa i något högre grad än privata vårdcentraler. Det finns dock en viss osäkerhet kring detta, givet den stora andelen vårdcentraler som svarat ”Vet inte” i båda driftsformer.

Använder ni en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa? Per driftsform

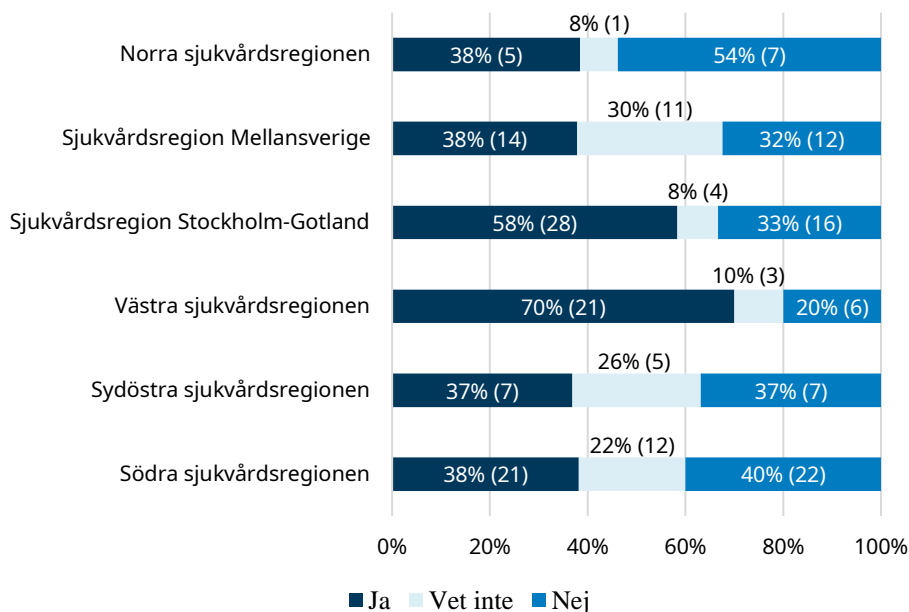


Andelen som har svarat att de arbetar med strukturerade modeller i omhändertagandet och handläggningen av psykisk ohälsa varierar mellan olika samverkansregioner. Step-Up var vanligast förekommande i svaren

³² Det är betydligt fler som uppger att har en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa. Detta är dock inte avgränsat till vårdsamordnare enbart för psykisk ohälsa, utan kan även inkludera vårdsamordnare för generella vårdbehov, som även erbjuds till patienter med psykisk ohälsa. Analyser om vårdsamordnare behandlas därför i separat avsnitt, som en insats snarare än en strukturerad modell.

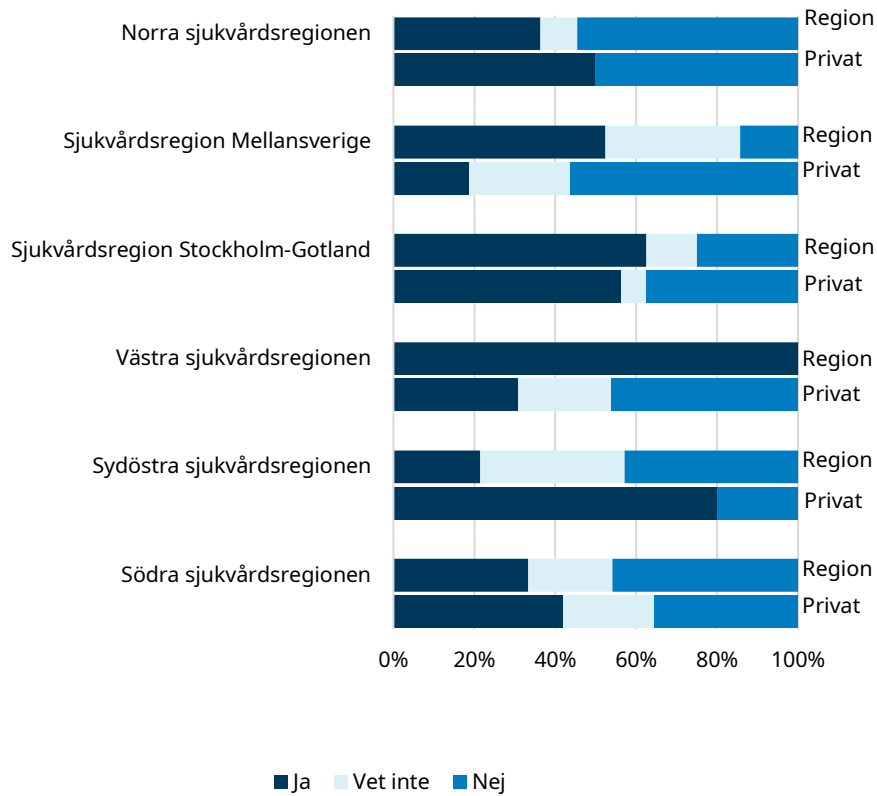
från vårdcentraler i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland och IBH var vanligast bland de svarande vårdcentralerna från Västra sjukvårdsregionen. Vårdcentraler i Norra sjukvårdsregionen har huvudsakligen uppgett att de använder lokala modeller för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa. Mellan enskilda regioner varierar andelen som svarar att de använder en strukturerad modell mellan 0 procent (i fem regioner) och 80 procent.

Använder ni en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa? Per samverkansregion



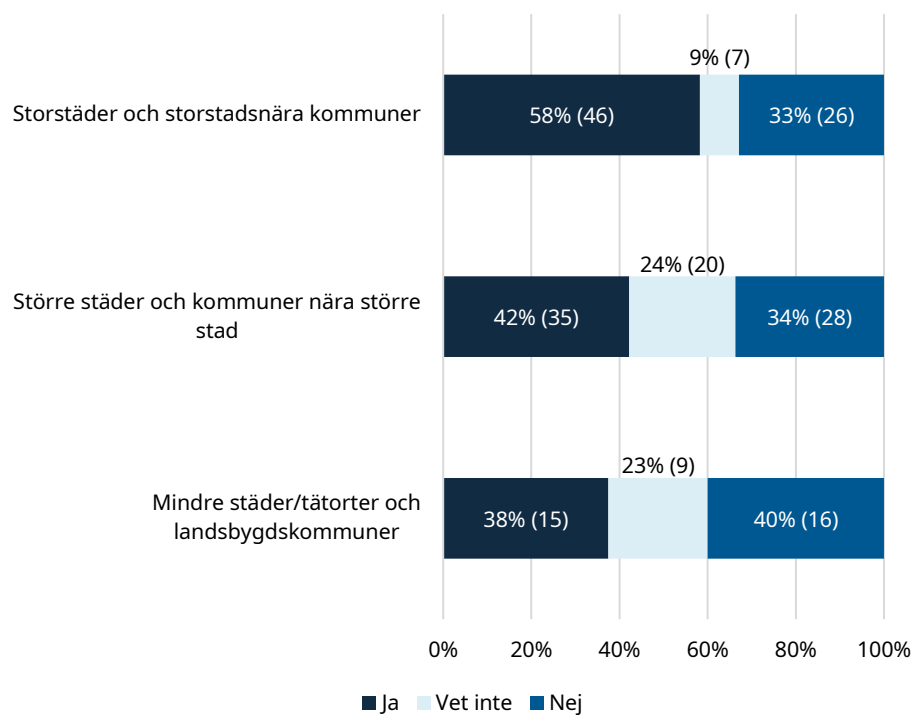
Uppdelat på samverkansregioner och regi ses att samtliga regionala vårdcentraler från Västra sjukvårdsregionen som svarat på enkäten har uppgett att de använder en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa. Även i sjukvårdsregion Mellansverige svarar en högre andel av regionala vårdcentraler att de använder strukturerade modeller (52 procent), jämfört med de privata (19 procent). I Sydöstra sjukvårdsregionen är däremot andelen vårdcentraler som angett att de använder en strukturerad modell högre bland privata än regionala vårdcentraler. Med hänsyn till det låga antalet privata vårdcentraler som svarat på enkäten från Sydöstra sjukvårdsregionen behöver detta resultat tolkas med försiktighet.

Använder ni en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa? Per samverkansregion och regi



Fortsättningsvis visar resultaten att en större andel vårdcentraler från storstäder och storstadsnära kommuner (58 procent) har uppgett att de använder en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa jämfört med respondenter från mindre kommuner.

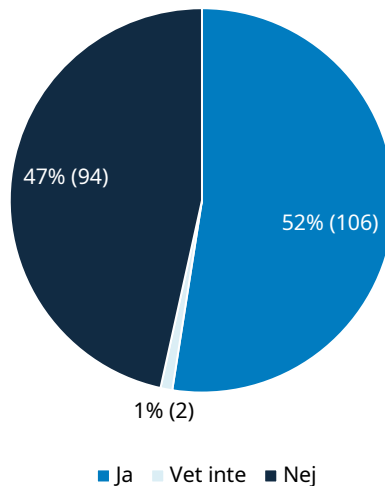
Använder ni en strukturerad modell för att omhänderta och handlägga psykisk ohälsa? Per huvudgrupp



Vårdsamordnare

Bland de svarande vårdcentralerna har ungefär hälften uppgett att de har en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa.

Har ni en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa?

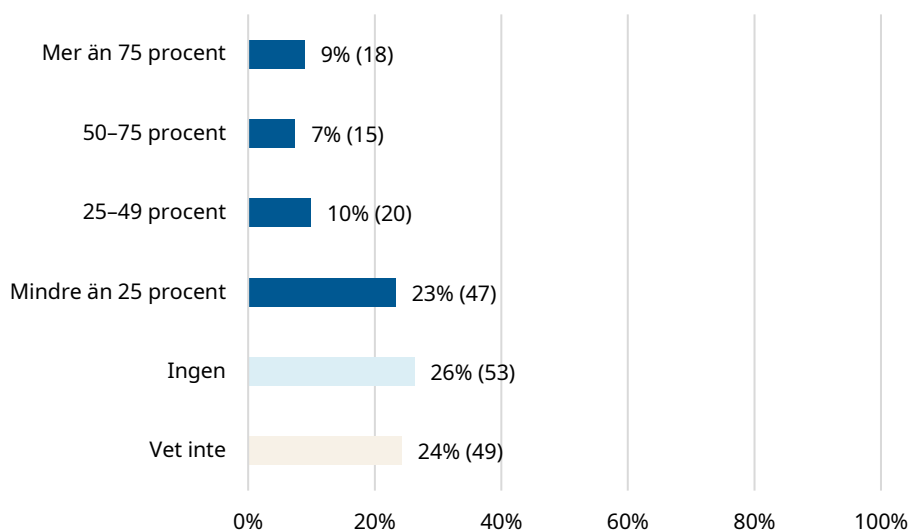


Av vårdcentralerna som svarat på enkäten har hälften angett att de erbjuder vårdsamordnare till patienterna med depression eller ångestsyndrom. Av de vårdcentraler som svarat att de erbjuder vårdsamordnare till patienterna med depression eller ångestsyndrom har drygt hälften svarat att mer än 25 procent av dessa patienter har en vårdsamordnare och knappt hälften att mindre än 25 procent av dessa patienter har en vårdsamordnare.

Den andel vårdcentraler som antingen svarat att de inte vet vilken andel av patienter med depression eller ångestsyndrom som har en vårdsamordnare eller att ingen med depression eller ångestsyndrom har en vårdsamordnare

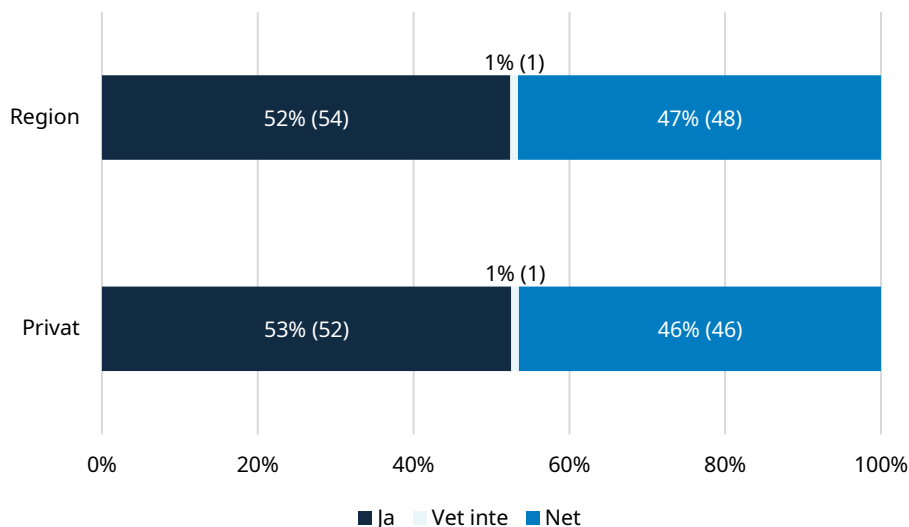
motsvarar ungefär den andel vårdcentraler som svarat på enkäten att de inte har en rutin för att erbjuda vårdsmordnare till personer med psykisk ohälsa.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har en vårdsmordnare?



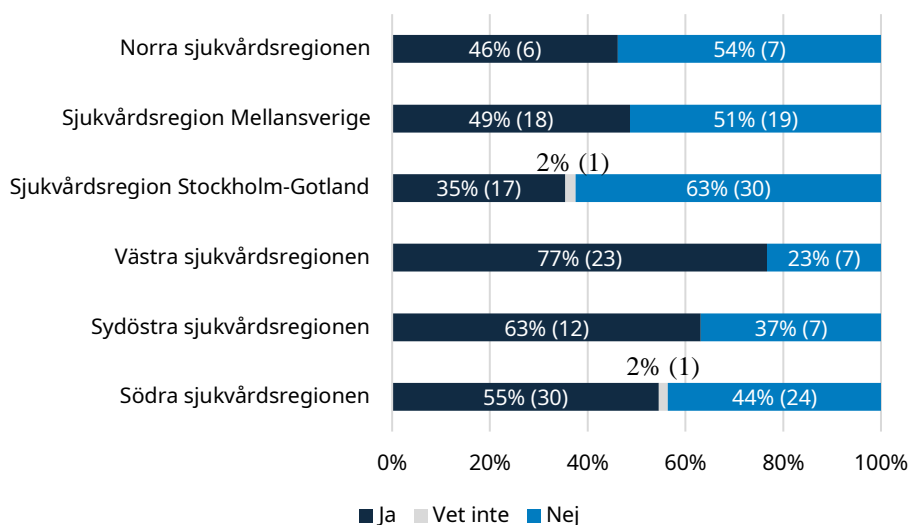
Enkäten visade att en ungefär lika stor andel regionala och privata vårdcentraler har en rutin för att erbjuda vårdsmordnare för personer med psykisk ohälsa.

Har ni en rutin för att erbjuda vårdsmordnare för personer med psykisk ohälsa? Per regi



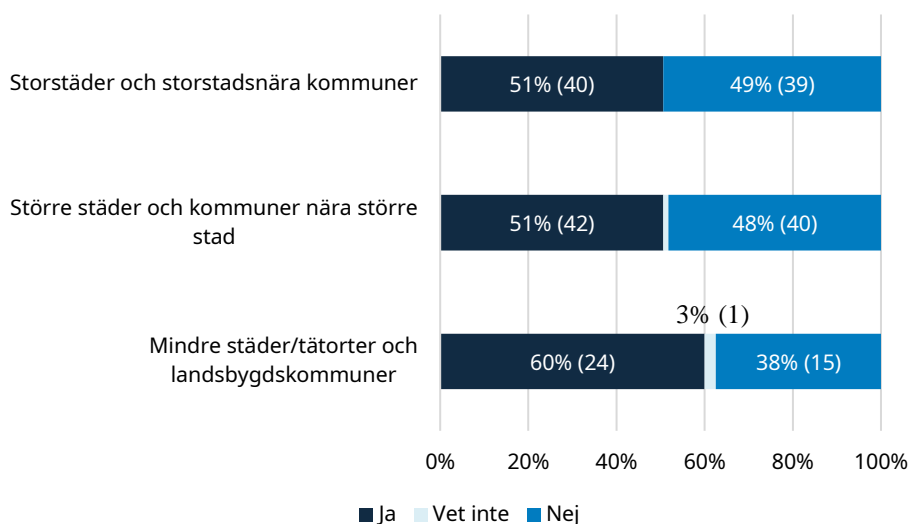
Andelen vårdcentraler som svarar att de har en rutin för att erbjuda vårdsmordnare för personer med psykisk ohälsa varierar mycket mellan olika samverkansregioner – från 35 procent i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland till 77 procent i Västra sjukvårdsregionen.

Har ni en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa? Per samverkansregion



Andelen vårdcentraler som svarat att de har en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa är större i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner (60 procent) jämfört med övriga (51 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda vårdsamordnare för personer med psykisk ohälsa? Per huvudgrupp



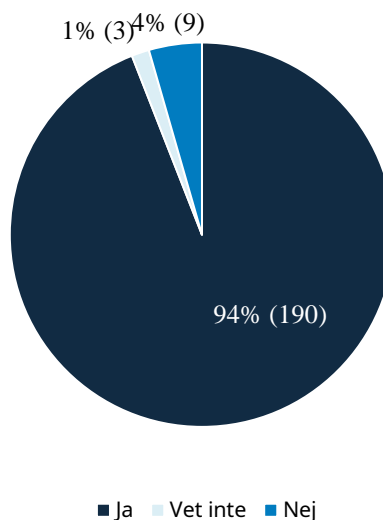
I svaren från de fördjupande intervjuerna blir det tydligt att verksamheterna anpassar vårdsamordnarrollen utifrån det lokala behovet och kontexten och tolkar rollen olika. Det framkommer till exempel att vårdcentraler använder vårdsamordnare i olika steg av handläggning och omhändertagande av psykisk ohälsa, där någon vårdcentral har vårdsamordnare till bedömning av patienter med psykisk ohälsa medan en annan kopplar in vårdsamordnare i

uppföljningen, efter psykologisk bedömning eller behandling. I intervjuerna framgår också att vårdsamordnare kan ha olika patientgrupper som sin primära målgrupp. Det förekommer exempel där vårdsamordnare träffar patientgrupper som multisjuka äldre, mångsökare eller vissa unga patienter. Den sistnämnda målgruppen har beskrivits som personer som exempelvis inte uppfyller kriterierna för en neuropsykiatrisk utredning eller behandling, men som upplevs vara i behov av stöd för att klara sin vardag.

Bedömning av suicidrisk och beroendeproblematik

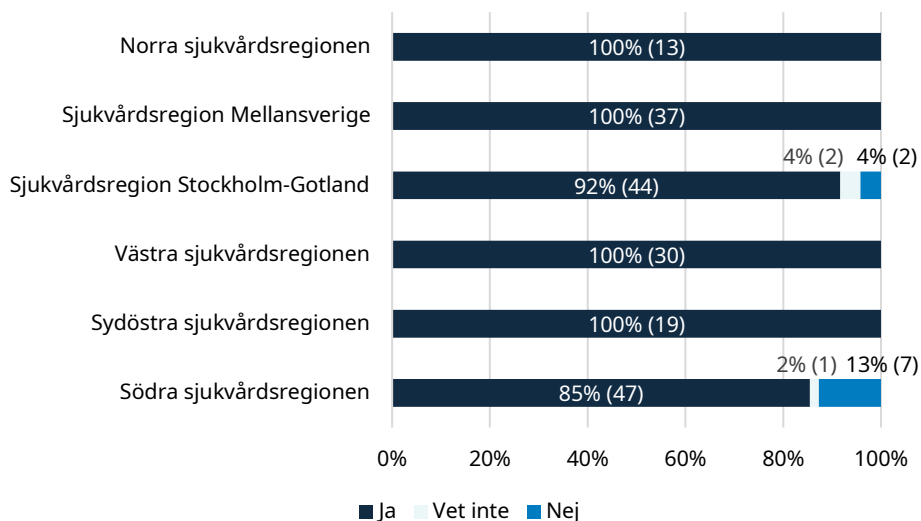
Nästan alla respondenter har angett att de använder en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa – fyra procent har svarat att de inte gör detta.

Använder ni en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa?



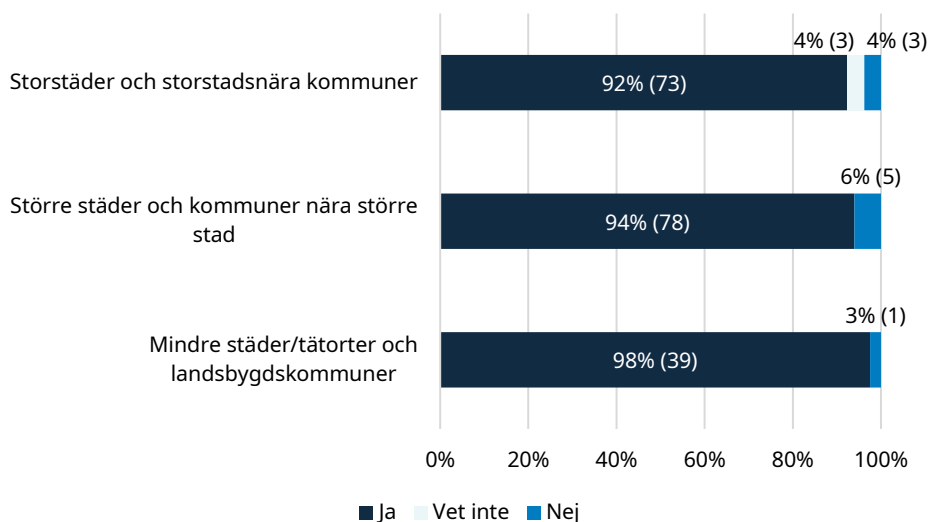
De som svarar att de inte använder en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa är huvudsakligen från Södra sjukvårdsregionen. I fyra av sex övriga samverkansregioner har samtliga svarande uppgett att de använder en strukturerad suicidriskbedömning för patienter med psykisk ohälsa.

Använder ni en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa? Per samverkansregion



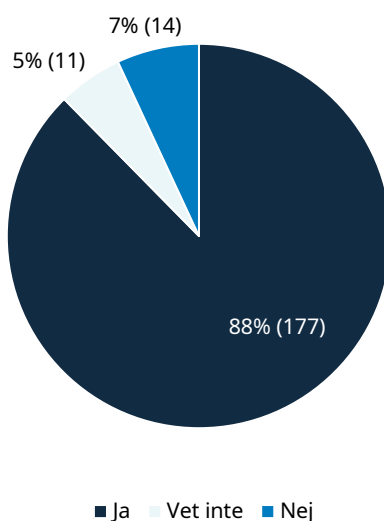
Enkäten visar inga större skillnader i andelen vårdcentraler som anger att de använder en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa mellan olika typer av kommuner, såsom storstäder och storstadsnära kommuner eller mindre städer/tätorter och landsbygd.

Använder ni en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk för patienter med psykisk ohälsa? Per huvudgrupp



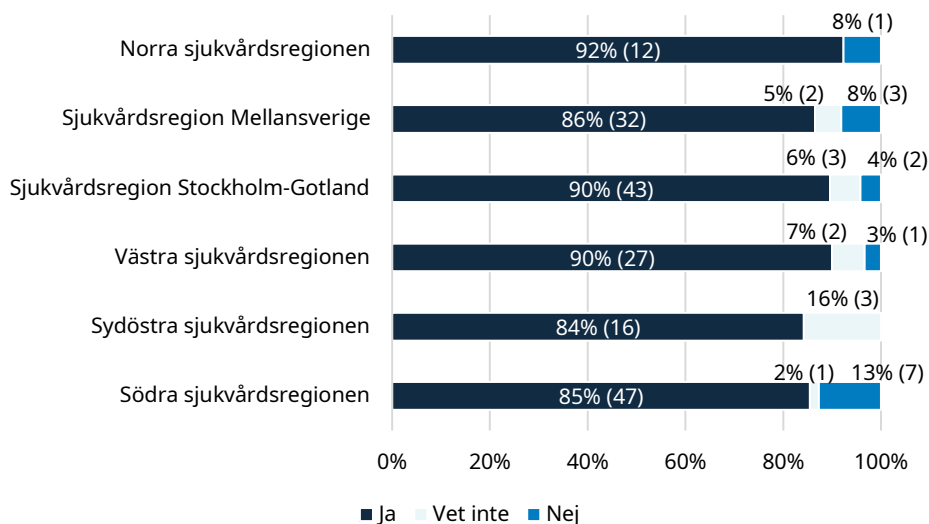
En majoritet av vårdcentralerna har uppgett att de använder en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa – sju procent har svarat att de inte har en strukturerad bedömning av beroendeproblematik och fem procent har svarat att de inte vet om de gör en strukturerad bedömning.

Använder ni en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa?



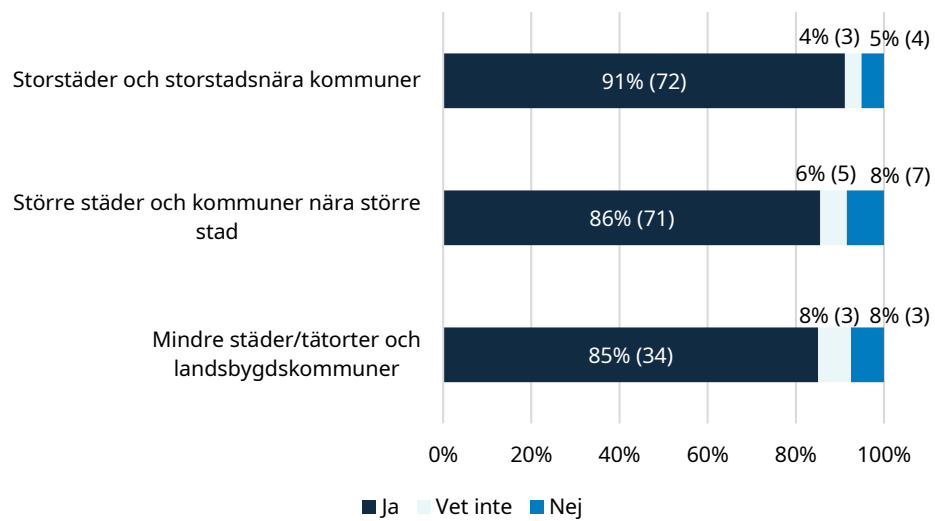
Det finns viss variation i svaren mellan olika samverkansregioner, där 13 procent av de svarande vårdcentralerna i Södra sjukvårdsregionen har svarat att de inte använder en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa – fem av dessa sju är samma vårdcentraler som har svarat att de inte har en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk vid psykisk ohälsa.

Använder ni en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa? Per samverkansregion



Enkäten visar inga större skillnader i andelen vårdcentraler som anger att de använder en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa mellan olika typer av kommuner, såsom storstad eller landsbygd.

Använder ni en strukturerad bedömning av beroendeproblematik vid psykisk ohälsa? Per huvudgrupp

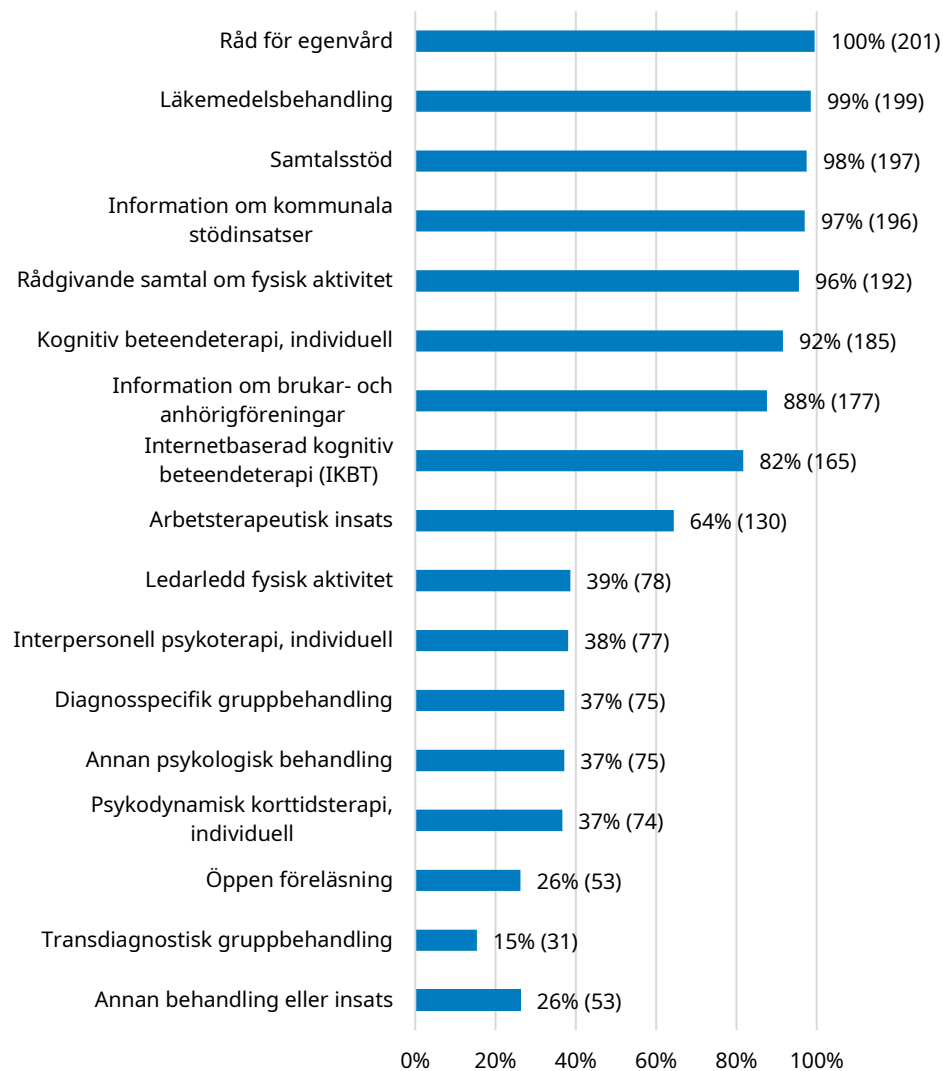


Behandlingar och insatser vid psykisk ohälsa

Samtliga vårdcentraler förutom en har svarat att de erbjuder råd för egenvård till personer med psykisk ohälsa. Nästan alla har uppgett att de erbjuder läkemedelsbehandling och samtalsstöd till personer med psykisk ohälsa.

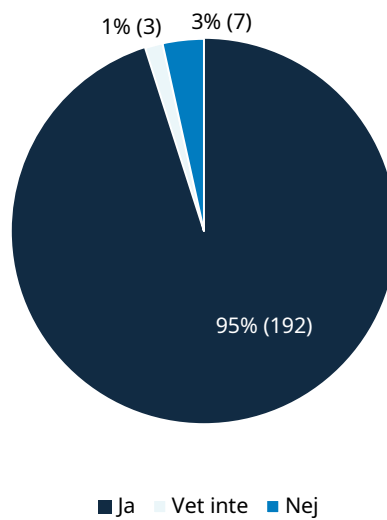
För de åtta vanligaste behandlingarna eller insatserna som erbjuds vid psykisk ohälsa har över 80 procent svarat att de erbjuder respektive insats.

Vilka behandlingar eller insatser erbjuder ni personer med psykisk ohälsa?



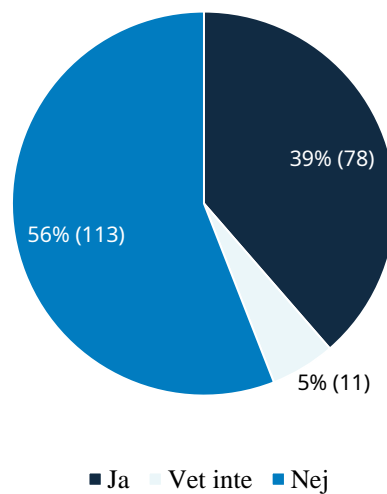
En majoritet av vårdcentralerna (95 procent) har svarat att de erbjuder rådgivande samtal om fysisk aktivitet till personer med psykisk ohälsa.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa rådgivande samtal om fysisk aktivitet?



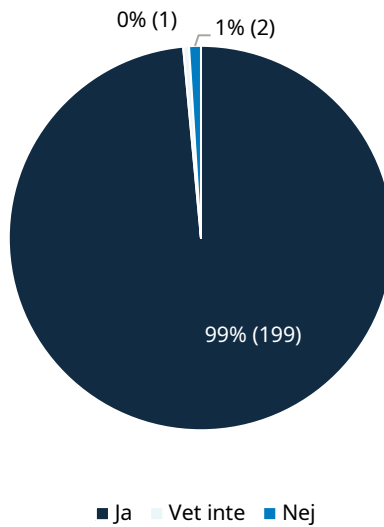
Mer än hälften av de svarande vårdcentralerna (56 procent) har uppgett att de inte erbjuder personer med psykisk ohälsa ledarledd fysisk aktivitet.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa ledarledd fysisk aktivitet?



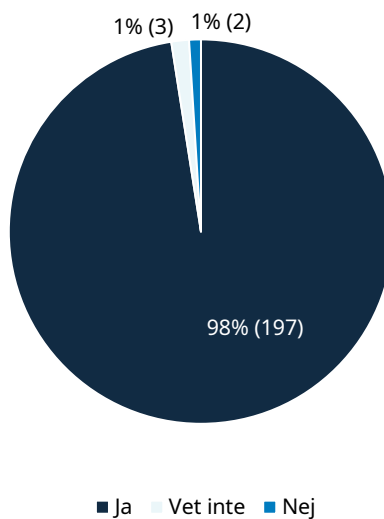
Nästan alla vårdcentraler (99 procent) som har besvarat enkäten har uppgett att de erbjuder personer med psykisk ohälsa läkemedelsbehandling.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa läkemedelsbehandling?



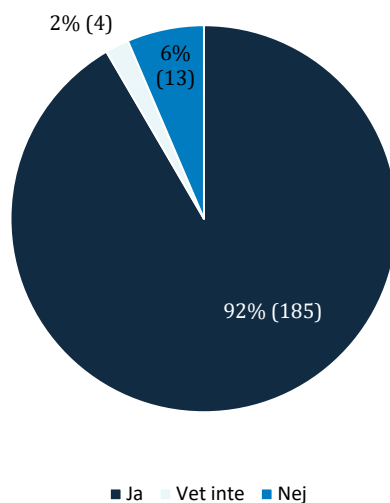
När individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) och internetbaserad KBT slagits ihop visar enkätsvaren att nästan alla respondenter (98 procent) har svarat att de erbjuder någon av dessa KBT-former vid psykisk ohälsa.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa kognitiv beteendeterapi? Individuell eller internetbaserad



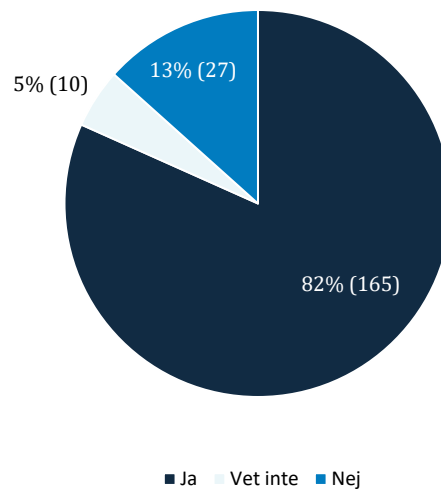
En majoritet av vårdcentralerna (92 procent) har svarat på enkäten att de erbjuder individuell KBT till personer med psykisk ohälsa.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa individuell kognitiv beteendeterapi?



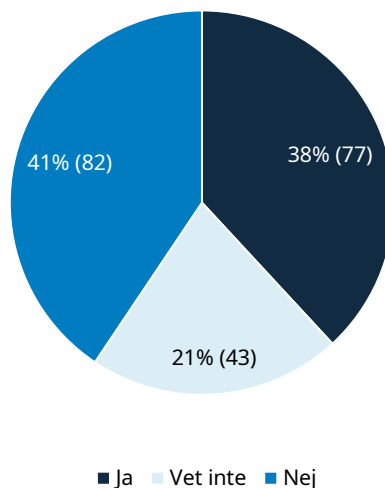
En lägre andel har uppgett att de erbjuder personer med psykisk hälsa internetbaserad KBT (82 procent), jämfört med individuell KBT.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa internetbaserad kognitiv beteendeterapi?



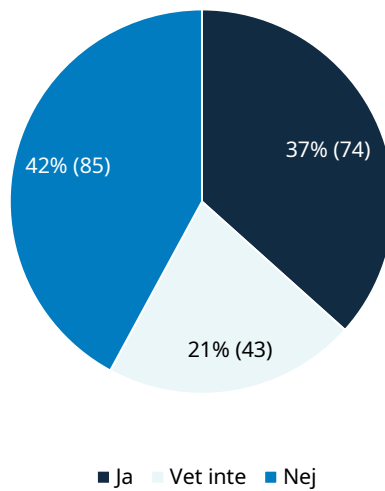
En ungefär lika stor andel av vårdcentralerna har svarat att de inte erbjuder personer med psykisk ohälsa individuell interpersonell psykoterapi, jämfört med andelen som har svarat att de erbjuder interpersonell psykoterapi.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa individuell interpersonell psykoterapi?



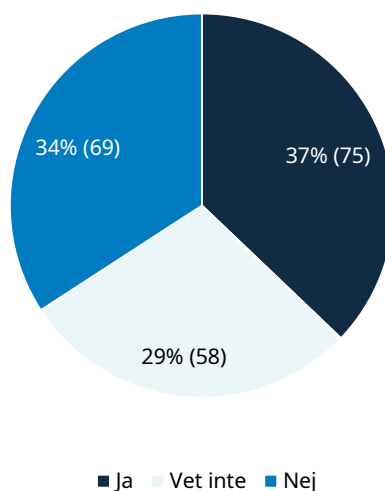
Andelen av vårdcentralerna som har uppgett att de erbjuder individuell psykodynamisk korttidsterapi, till personer med psykisk ohälsa, är på samma nivå som andelen som har uppgett att interpersonell psykoterapi erbjuds.

Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa individuell psykodynamisk korttidsterapi?



En ungefär lika stor andel av vårdcentralerna har svarat att de erbjuder personer med psykisk ohälsa ”annan” psykologisk behandling än ovanstående, om man jämför med interpersonell psykoterapi och psykodynamisk korttidsterapi. Dessa tre kategorier av psykologiska behandlingar erbjuds var och en för sig i lägre utsträckning än KBT, oavsett form, enligt enkätsvaren. Enligt fritextsvaren är exempel på ”annan” psykologisk behandling exempelvis traumabehandling, psykiatrisk basbedömning, NPF-screening och mindfulness.

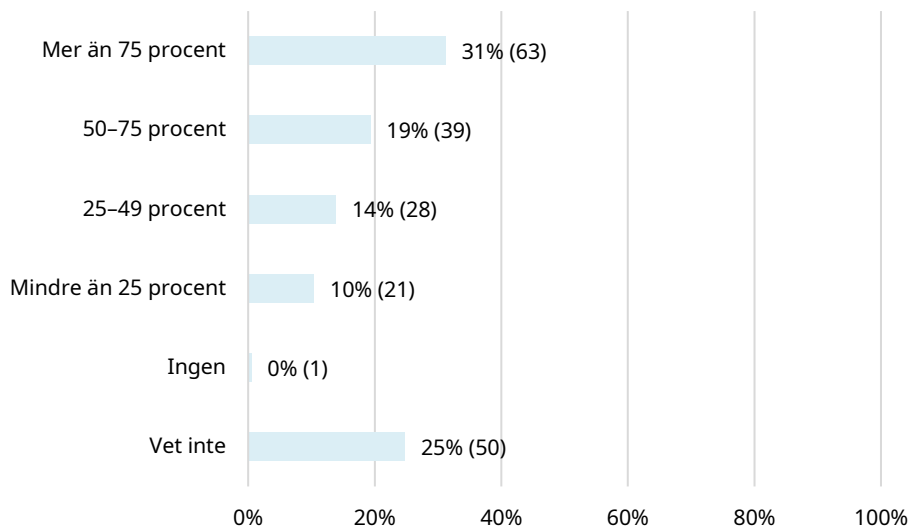
Erbjuder ni personer med psykisk ohälsa annan psykologisk behandling?



Följande del av avsnittet om behandlingar och insatser presenterar analyser av enkät svar relaterade till vuxna patienter med depression eller ångestsyndrom under 2023 och 2024.

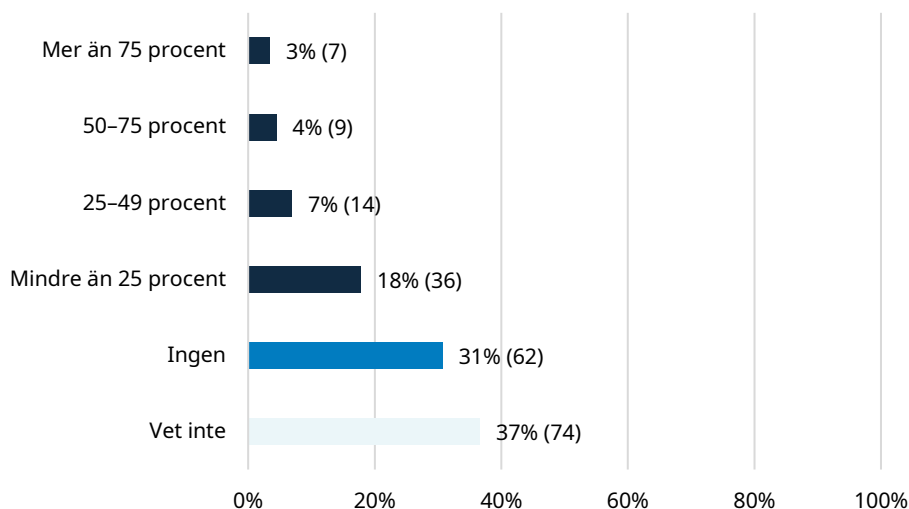
Hälften av vårdcentralerna har uppgett att andelen personer med depression eller ångestsyndrom som har fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet är minst 50 procent. Resterande har antingen svarat ”Vet inte”, eller att andelen som har fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet är mindre än 50 procent.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått rådgivande samtal om fysisk aktivitet?



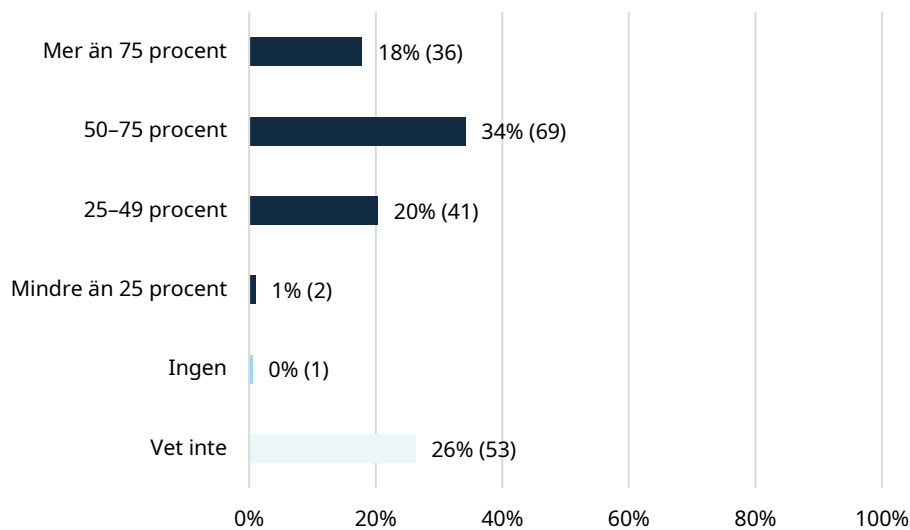
Enligt enkätsvaren har en liten andel av personerna med depression eller ångestsyndrom fått ledarledd fysisk aktivitet genom sin vårdcentral.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått ledarledd fysisk aktivitet?



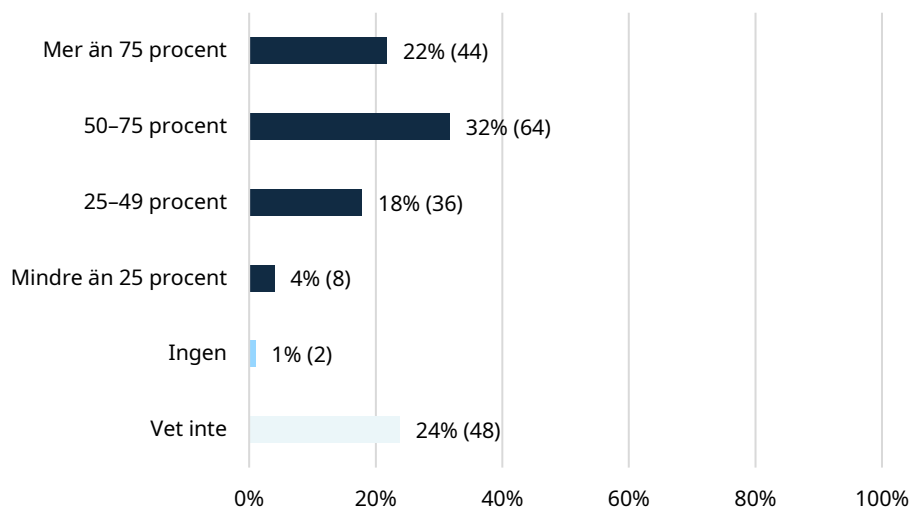
Drygt hälften av vårdcentralerna har svarat att minst 50 procent av personer med depression eller ångestsyndrom har fått läkemedelsbehandling.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått läkemedelsbehandling?



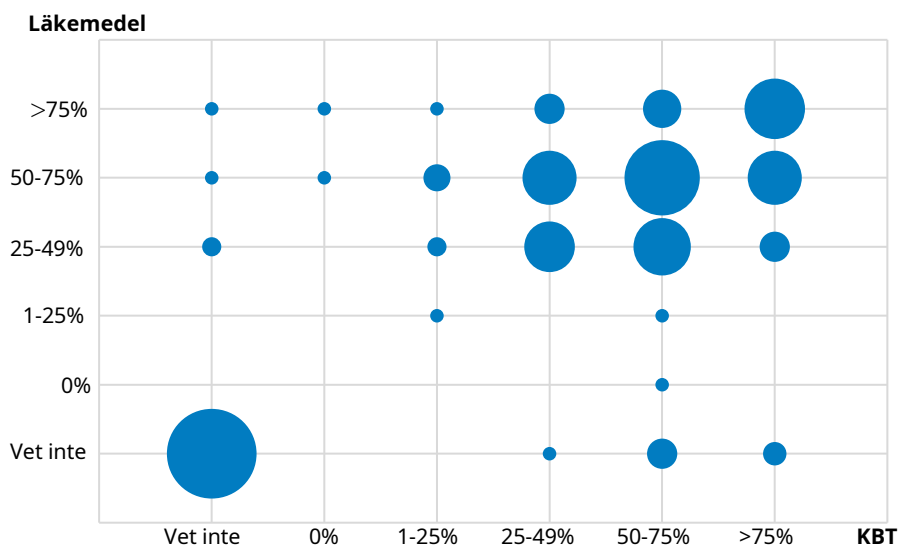
Drygt hälften av vårdcentralerna har också svarat att minst 50 procent av personer med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått kognitiv beteendeterapi?



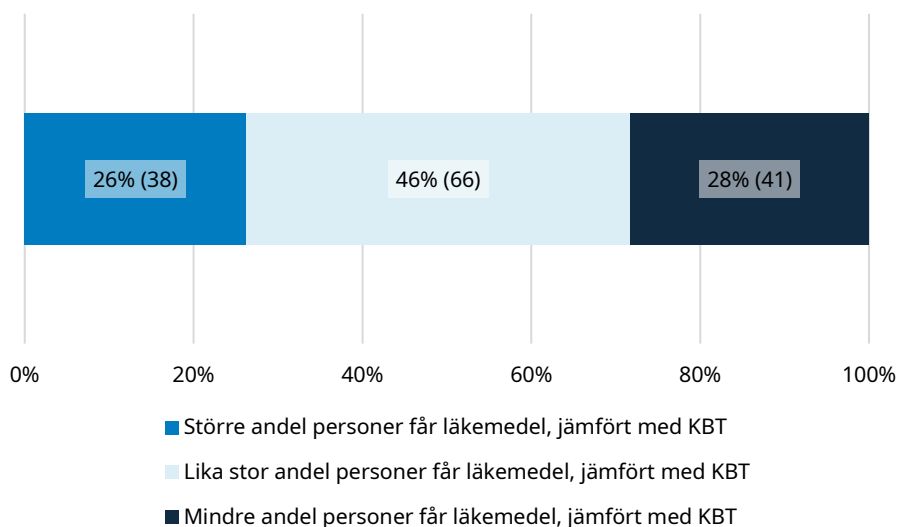
Andelen personer med depression eller ångestsyndrom som uppges ha fått KBT är i jämn nivå med andelen som uppges ha fått läkemedelsbehandling.

Andel av personerna med depression eller ångestsyndrom som har fått läkemedelsbehandling, jämfört med KBT



Enkäten visar att nära hälften av vårdcentralerna har svarat att de ger en lika stor andel personer läkemedel som KBT vid depression eller ångestsyndrom, när vårdcentraler som svarat ”Vet inte” på någon av frågorna exkluderas. Andelen av vårdcentralerna som har uppgett att en större andel personer får läkemedel än KBT och andelen som har uppgett att en större andel får KBT än läkemedel är på samma nivå, vilket motsvarar drygt en fjärdedel.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått läkemedelsbehandling, jämfört med KBT? Vet inte har exkluderats

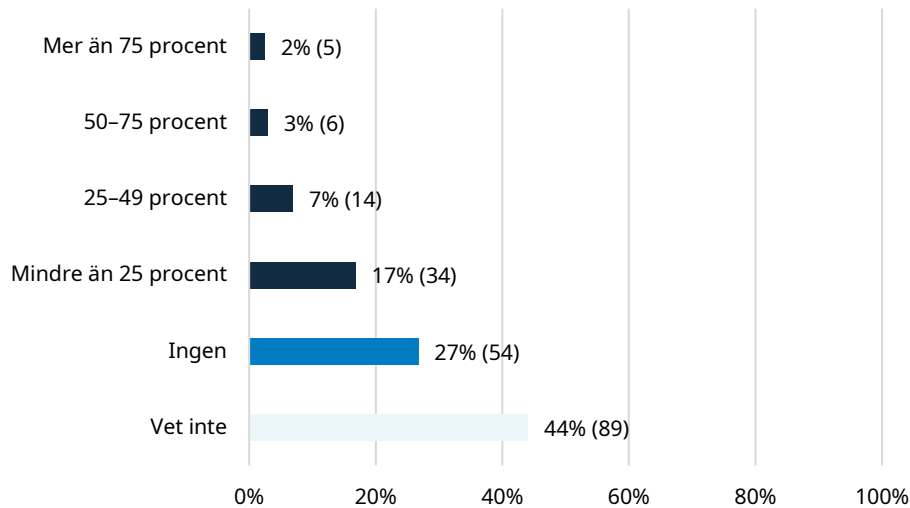


Flera respondenter har i sina fritextsvar uttryckt svårigheter med att uppskatta andelen patienter som har fått olika behandlingsinsatser och det kan därför vara svårt att dra större slutsatser från dessa frågor. Värt att notera är dock att de fördjupande intervjuerna har gett uttryck för en

upplevelse att det å ena sidan finns vårdcentraler där utgångspunkten är att i hög grad behandla personer med psykisk ohälsa med läkemedel, som hade kunnat behandlas psykologiskt eller med livsstilsförändringar i första hand. Å andra sidan har det funnits en bild av att det finns en annan grupp av vårdcentraler, där rutinen utgår från att i första hand erbjuda psykologisk behandling för psykisk ohälsa. Ovanstående enkätanalys tyder däremot på att nästan hälften av vårdcentralerna behandlar patienter med depression eller ångestsyndrom med läkemedel respektive KBT i ungefär lika stor utsträckning. Analysen motsäger alltså upplevelsen som beskrivs i dessa intervjuer.

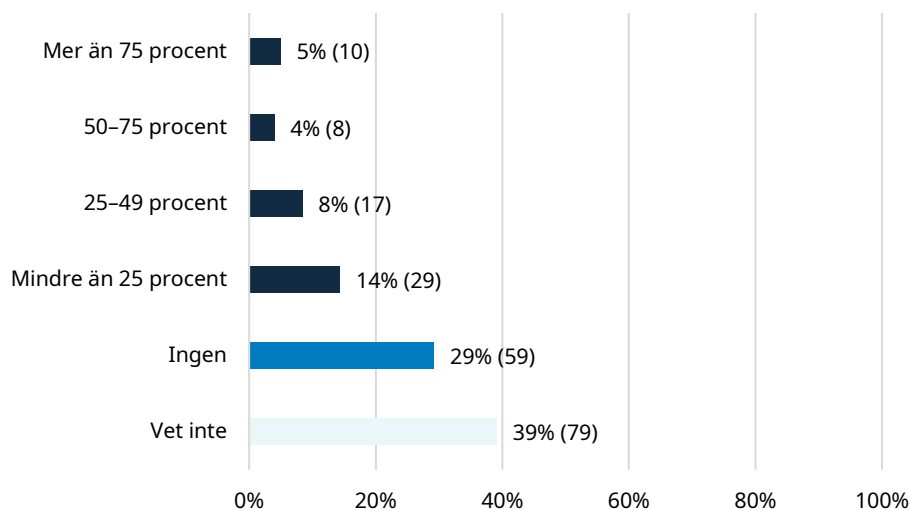
Det är vanligast att vårdcentraler som uppger att de erbjuder interpersonell psykoterapi har svarat att mindre än 25 procent av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått denna terapiform.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått interpersonell psykoterapi?



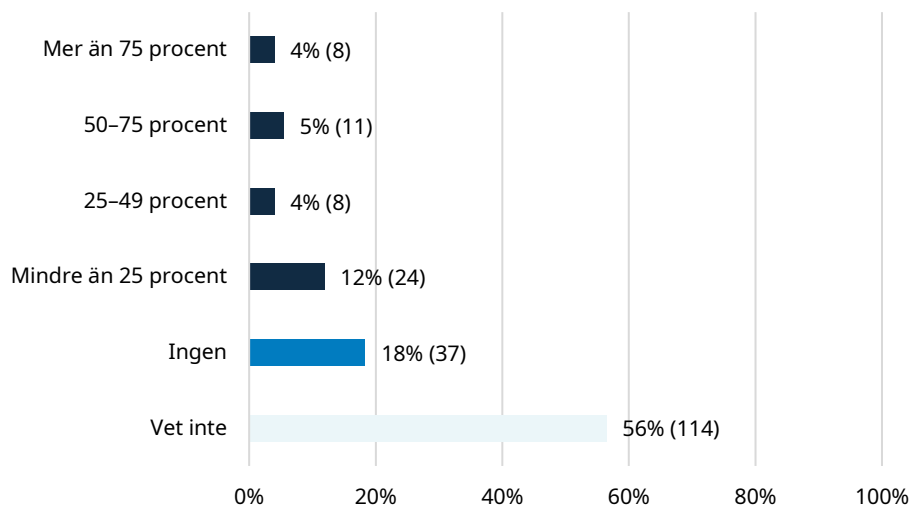
Enligt enkäten har en liten andel av personerna med depression eller ångestsyndrom fått psykodynamisk korttidsterapi via sin vårdcentral.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått psykodynamisk korttidsterapi?



Mer än hälften av vårdcentralerna har svarat ”Vet inte” på enkätfrågan som avser hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom som har fått en annan psykologisk behandling, än ovannämnda behandlingar.

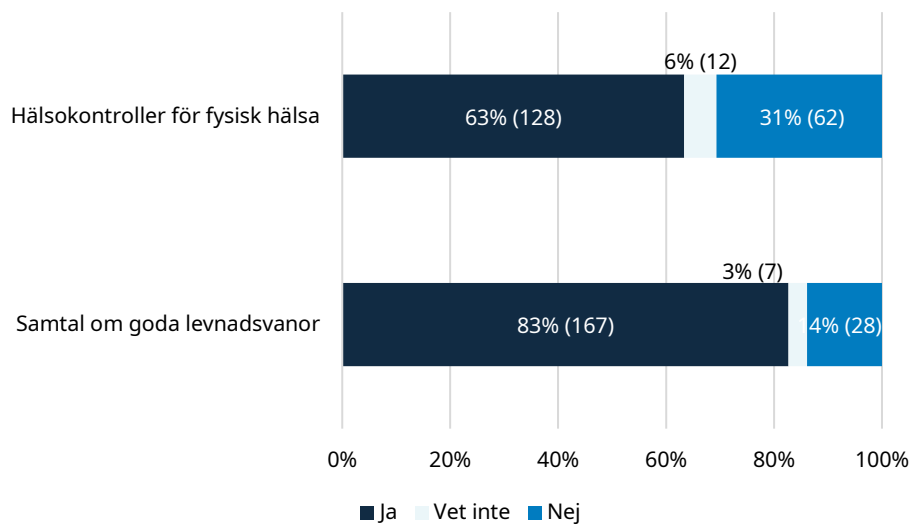
Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått annan psykologisk behandling?



Insatser vid psykisk funktionsnedsättning

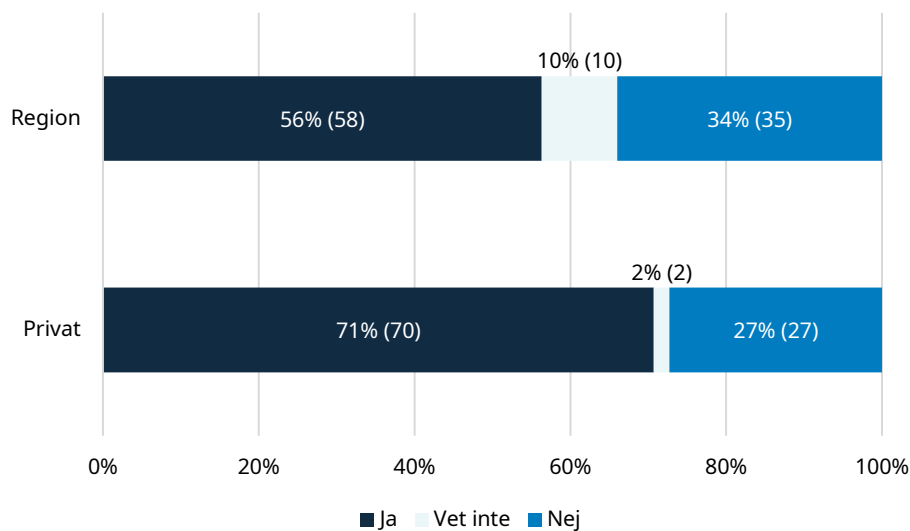
Majoriteten av vårdcentralerna har uppgett att de har en rutin för att erbjuda personer med psykisk funktionsnedsättning uppföljning av fysisk hälsa – 63 procent av vårdcentralerna har svarat att de har en rutin för att erbjuda hälsokontroller för fysisk hälsa vid psykisk funktionsnedsättning och 83 procent att de har en rutin för att erbjuda samtal om goda levnadsvanor.

Har ni en rutin för att erbjuda nedanstående insatser för patienter med psykiska funktionsnedsättningar?



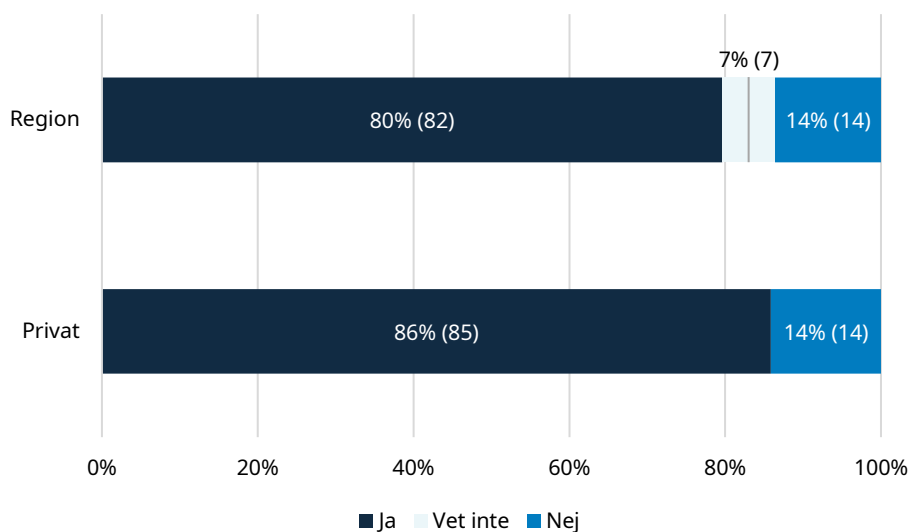
Andelen privata vårdcentraler som svarat att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykisk funktionsnedsättning hälsokontroller för fysisk hälsa är högre (71 procent) jämfört med regionala vårdcentraler (56 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda hälsokontroller för fysisk hälsa till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per regi



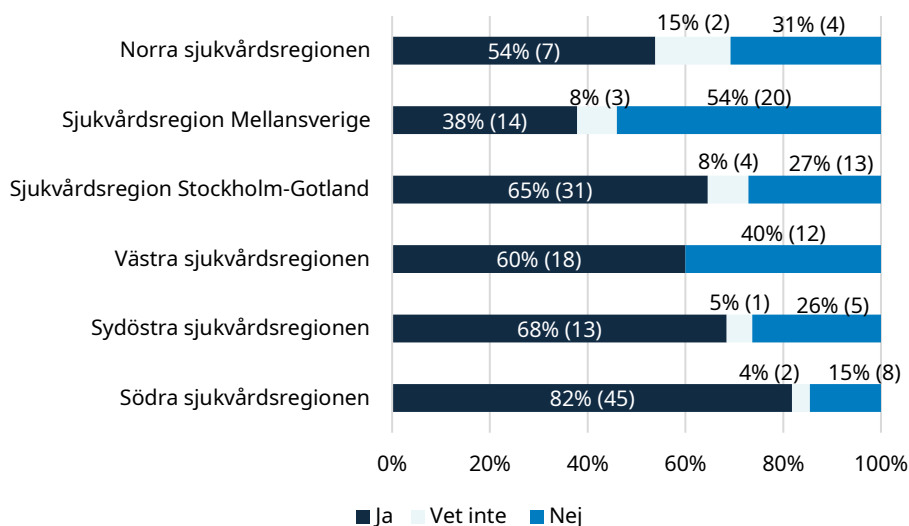
Även när det gäller samtal om goda levnadsvanor är andelen privata vårdcentraler som har uppgett att de har en rutin för att erbjuda detta till patienter med psykisk funktionsnedsättning något högre (86 procent) jämfört med regionala vårdcentraler (80 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda samtal om goda levnadsvanor till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per regi



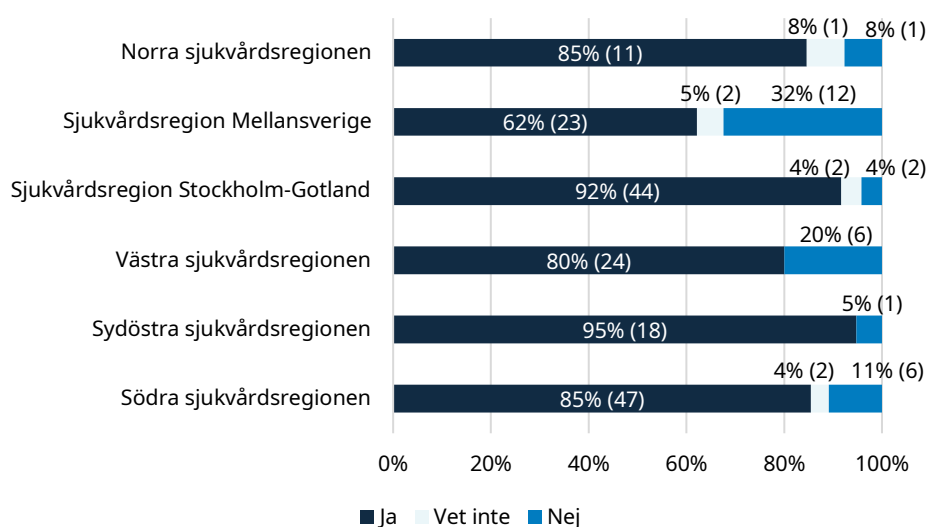
Det finns geografisk variation bland vårdcentraler som har svarat att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykiska funktionsnedsättningar hälsokontroller för fysisk hälsa – Södra sjukvårdsregionen har den största andelen (82 procent) medan sjukvårdsregion Mellansverige har den minsta (38 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda hälsokontroller för fysisk hälsa till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per samverkansregion



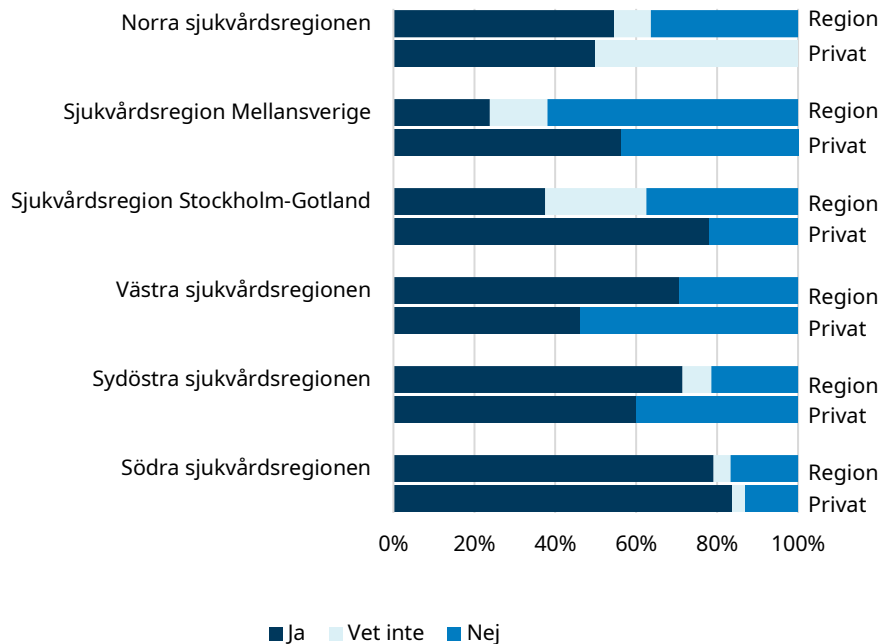
Andelen vårdcentraler som har svarat att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykiska funktionsnedsättningar samtal om goda levnadsvanor varierar också mellan olika samverkansregioner – här ses återigen att sjukvårdsregion Mellansverige har den minsta andelen (62 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda samtal om goda levnadsvanor till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per samverkansregion



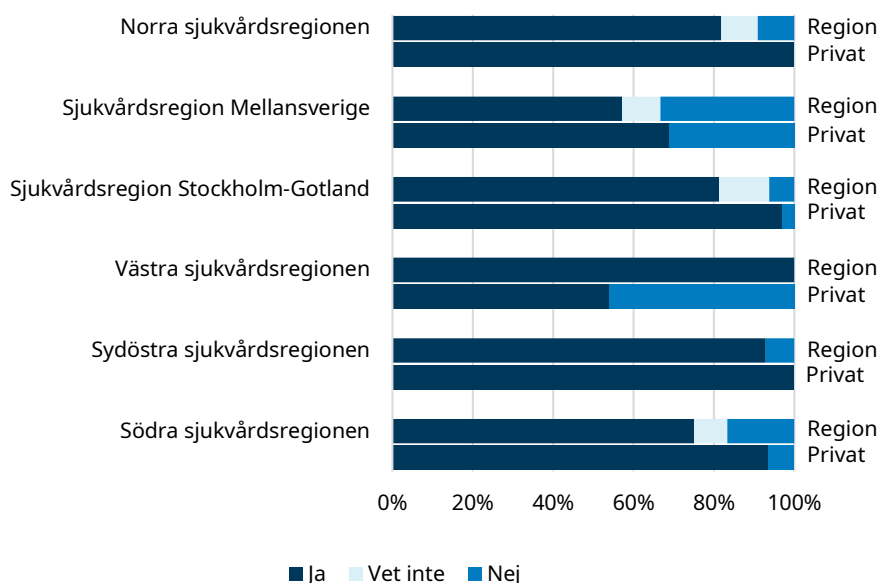
Vid en jämförelse av andelen vårdcentraler som angett att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykiska funktionsnedsättningar hälsokontroller för fysisk hälsa ses en del skillnader vid uppdelning på samverkansregioner och regi. Skillnaderna är särskilt stora inom tre samverkansregioner. Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland har en lägre andel regionala vårdcentraler (38 procent) som uppgett att de har en sådan rutin, jämfört med privata vårdcentraler (78 procent). På ett liknande sätt ses en lägre andel regionala vårdcentraler i sjukvårdsregion Mellansverige (24 procent) ha svarat att de har denna rutin, jämfört med andelen privata vårdcentraler som har svarat detsamma (56 procent). I Västra sjukvårdsregionen gäller det omvända; en större andel regionala vårdcentraler (71 procent) har svarat att de har denna rutin, jämfört med andelen privata vårdcentraler (46 procent).

Har ni en rutin för att erbjuda hälsokontroller för fysisk hälsa till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per samverkansregion och regi



En liknande jämförelse av andelen vårdcentraler som uppgett att de har en rutin för att erbjuda patienter med psykisk funktionsnedsättning samtal om goda levnadsvanor med uppdelning på samverkansregioner och regi visar också att andelen som svarat att de har en sådan rutin är högre bland de regionala vårdcentralerna i Västra sjukvårdsregionen (100 %) jämfört med de privata vårdcentralerna som svarat i Västra sjukvårdsregionen (54 %). I övriga samverkansregioner är skillnaderna mindre.

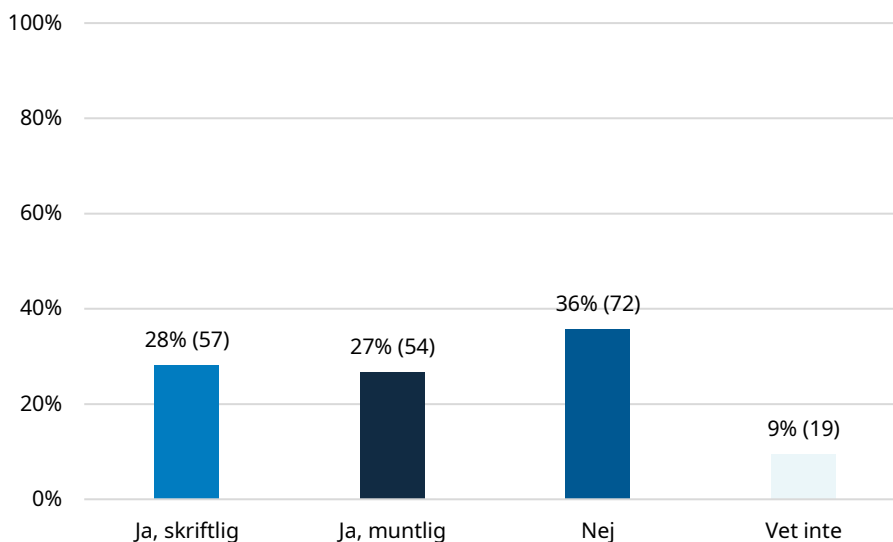
Har ni en rutin för att erbjuda samtal om goda levnadsvanor till patienter med psykiska funktionsnedsättningar? Per samverkansregion och regi



Stöd till närstående

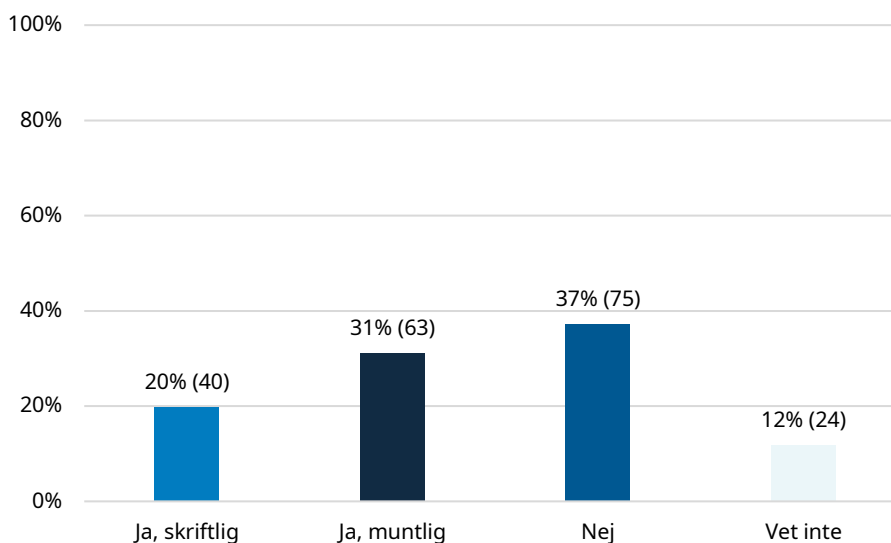
Drygt hälften (55 procent) har svarat att de har en skriftlig eller muntlig rutin för att stödja minderåriga barn till personer med psykisk ohälsa.

Har ni en rutin för hur ni ska stödja minderåriga barn till personer med psykisk ohälsa?



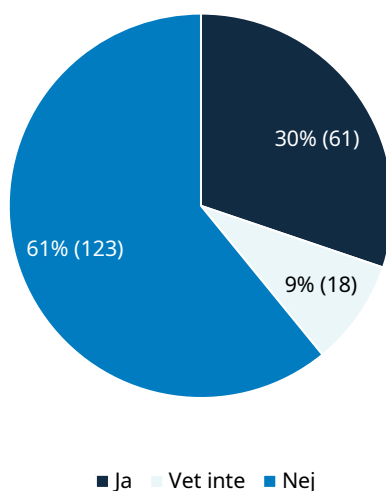
Andelen av respondenterna som har svarat att de har en rutin för att stödja vuxna närstående till personer med psykisk ohälsa är också drygt hälften (51 procent).

Har ni en rutin för hur ni ska stödja vuxna närstående till personer med psykisk ohälsa?



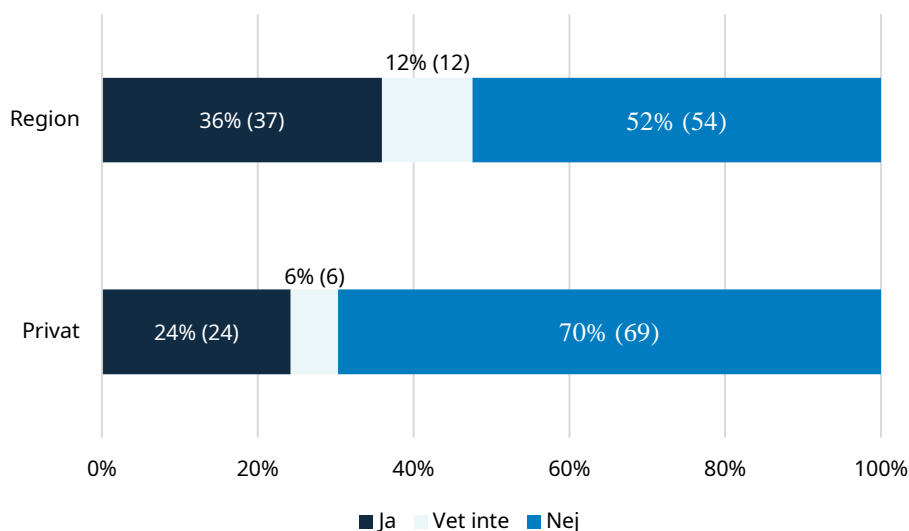
En stor andel av vårdcentralerna har svarat att de saknar en rutin för efterlevandestöd vid suicid.

Har ni en rutin för hur ni ska stödja efterlevande vid suicid?



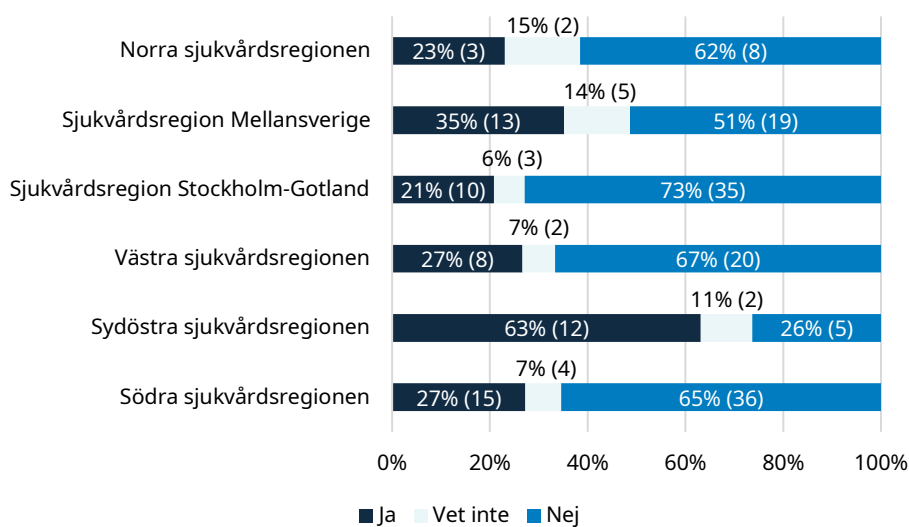
Vid en uppdelning på regi noteras att en större andel regionala vårdcentraler (36 procent) har svarat att de har en rutin för efterlevandestöd vid suicid, jämfört med privata vårdcentraler (24 procent).

Har ni en rutin för hur ni ska stödja efterlevande vid suicid? Per regi



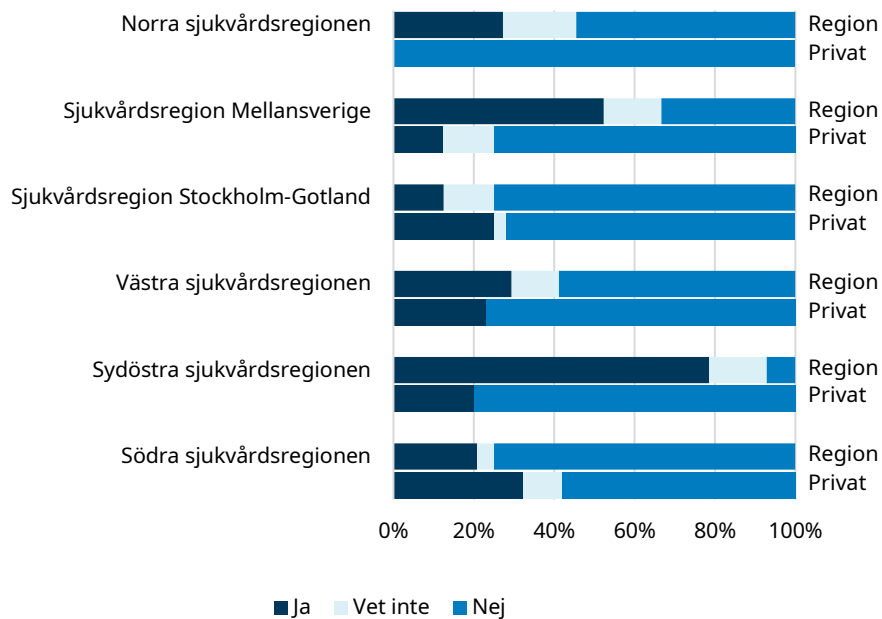
I fråga om efterlevandestöd vid suicid, uppdelat på samverkansregioner, står Sydöstra sjukvårdsregionen ut som den samverkansregion där flertalet (63 procent) har svarat att de har en rutin för att stödja efterlevande vid suicid. Bland övriga samverkansregioner är det mellan 23 och 35 procent som har uppgett att de har en rutin för att stödja efterlevande vid suicid.

Har ni en rutin för hur ni ska stödja efterlevande vid suicid? Per samverkansregion



Vid en uppdelning på samverkansregion och regi har hälften av samverkansregionerna en större andel regionala vårdcentraler med en rutin för efterlevandestöd vid suicid. Inom dessa tre samverkansregioner är skillnaderna mellan regional och privat regi större, än i övriga tre samverkansregioner, där andelen är större inom privata vårdcentraler än regionala vårdcentraler.

Har ni en rutin för hur ni ska stödja efterlevande vid suicid? Per samverkansregion och regi



Samverkansrutiner

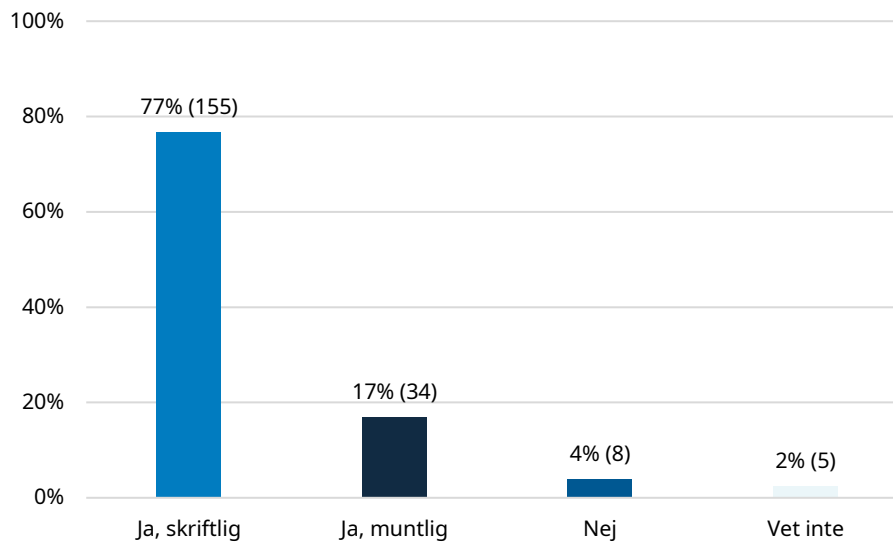
Enkäten har innefattat frågor om samverkan med:

- vuxenpsykiatri
- socialtjänsten
- kommunala hälso- och sjukvården
- beroendevården.

Därtill innehöll enkäten frågor om samverkan med civilsamhället.

En majoritet har uppgett att de har en samverkansrutin med vuxenpsykiatri – endast 6 procent har angett att de inte har eller inte vet om de har en skriftlig eller muntlig rutin för samverkan med vuxenpsykiatri. Av samtliga svarande så uppger 77 procent att de har en skriftlig rutin.

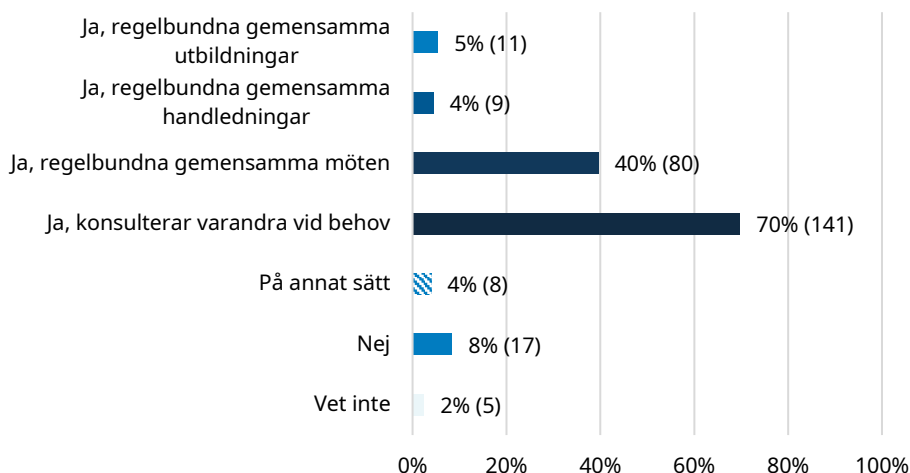
Har ni en rutin för hur ni ska samverka med vuxenpsykiatrin?



I enkätuppföljningen svarar 77 procent att de har en skriftlig rutin för att samverka med vuxenpsykiatrin. Majoriteten (70 procent) svarar att samverkan sker genom att verksamheterna konsulterar varandra vid behov, medan 40 procent svarar att de har regelbundna gemensamma möten. Ett fåtal verksamheter har regelbundna gemensamma utbildningar respektive handledningar.

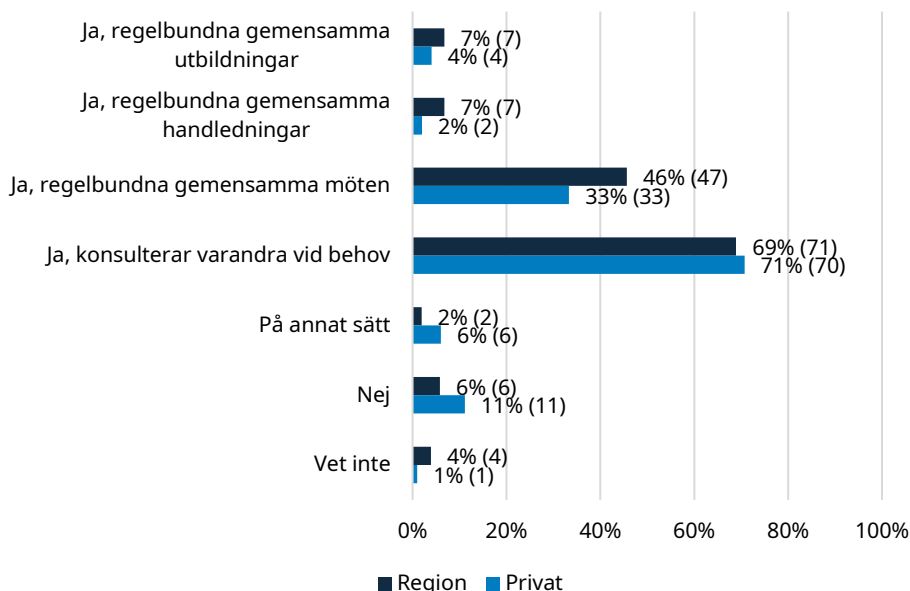
Den stora andelen verksamheter med konsultation vid behov tycks vara ett positivt resultat. I fördjupande intervjuer med verksamhetsrepresentanter som besvarat enkäten och andra dialoger uttrycks att primär- och specialistvården kan ha olika tolkningar av behovet av konsultation. Generellt finns en önskan om fler och mer lättillgängliga kontaktytor för konsultation från vårdcentralernas sida.

Har ni samverkat med vuxenpsykiatrin?



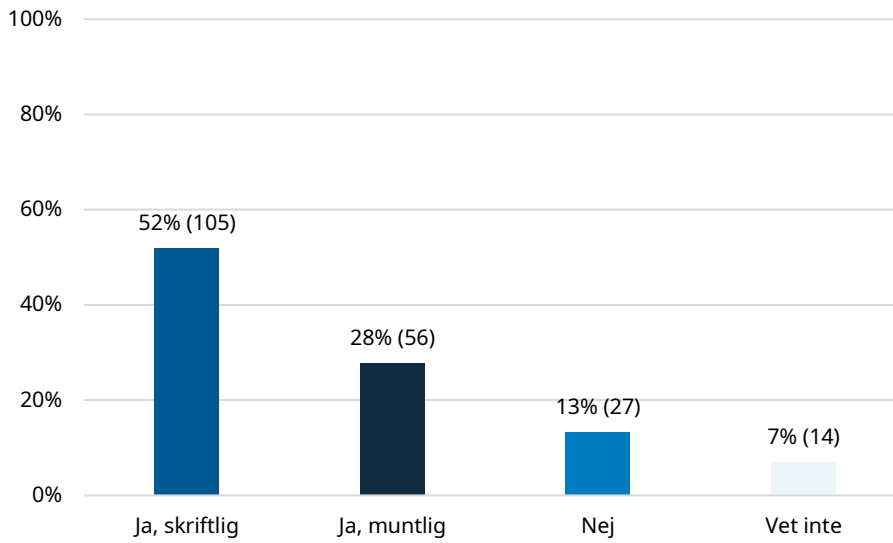
Enligt enkätsvaren verkar det vara något vanligare att privata vårdcentraler inte har samverkat med vuxenpsykiatrin, jämfört med regionala vårdcentraler. Den största skillnaden mellan privata och regionala vårdcentraler ses i fråga om regelbundna gemensamma möten – nästan hälften av de regionala vårdcentralerna (46 procent) har svarat att de har regelbundna gemensamma möten med vuxenpsykiatrin, medan motsvarande andel bland de privata vårdcentralerna är en tredjedel (33 procent).

Har ni samverkat med vuxenpsykiatrin? Per regi



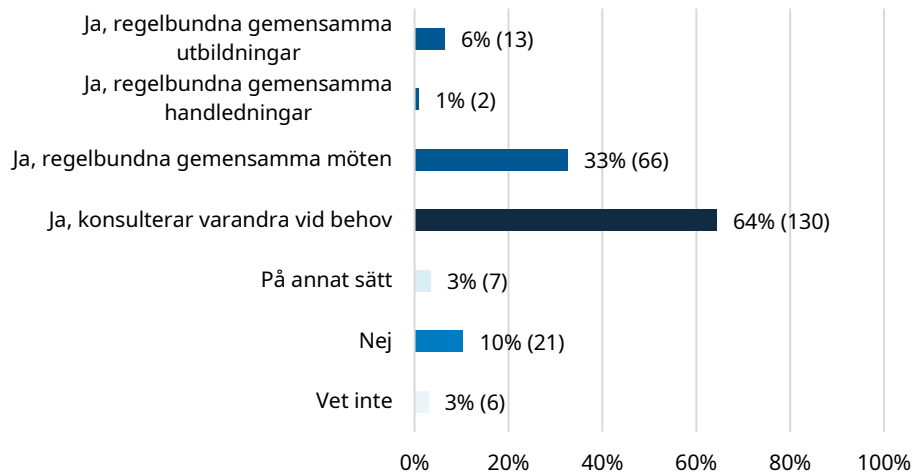
När det gäller rutin för samverkan med socialtjänsten har en femtedel av de svarande vårdcentralerna angett att de inte har en sådan.

Har ni en rutin för hur ni ska samverka med socialtjänsten?



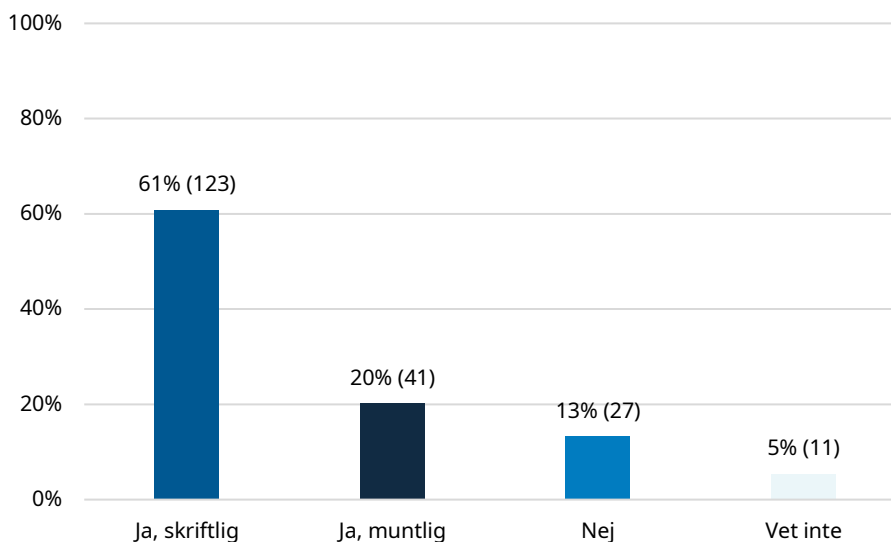
Enligt enkäten är den vanligaste formen för samverkan med socialtjänsten konsultationer vid behov, precis som i samverkan med vuxenpsykiatrin.

Har ni samverkat med socialtjänsten?



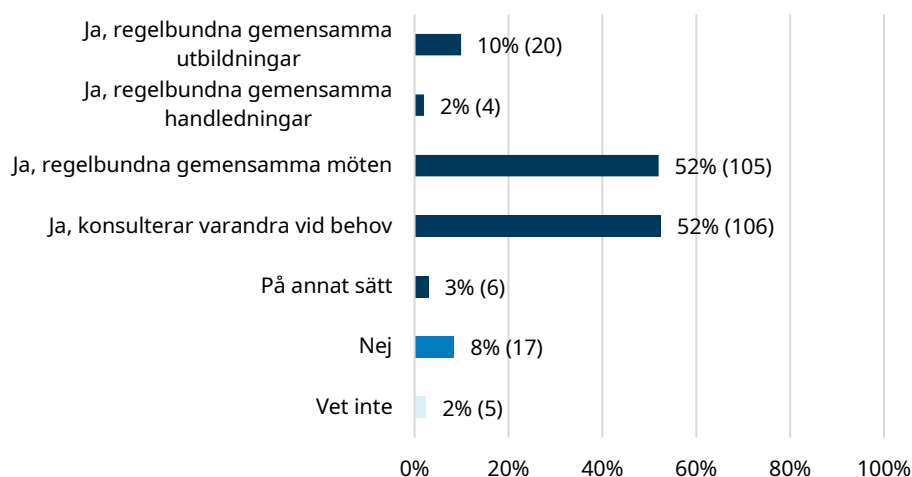
En majoritet (80 procent) av respondenterna har svarat att de har en rutin för att samverka med den kommunala hälso- och sjukvården.

Har ni en rutin för hur ni ska samverka med kommunal hälso- och sjukvård?



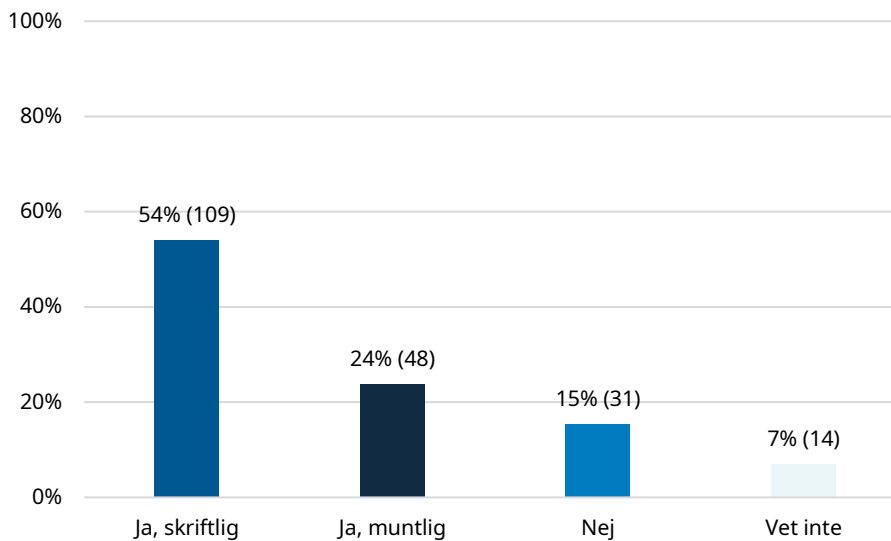
Den kommunala hälso- och sjukvården utmärker sig genom att mer än hälften av vårdcentralerna har uppgett att de har regelbundna gemensamma möten med kommunen. Enligt enkäten är också regelbundna gemensamma utbildningar vanligast i samverkan mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården, dock är det fortfarande enbart 10 procent av de svarande som har angett att de har samverkat på det sättet.

Har ni samverkat med kommunala hälso- och sjukvården?



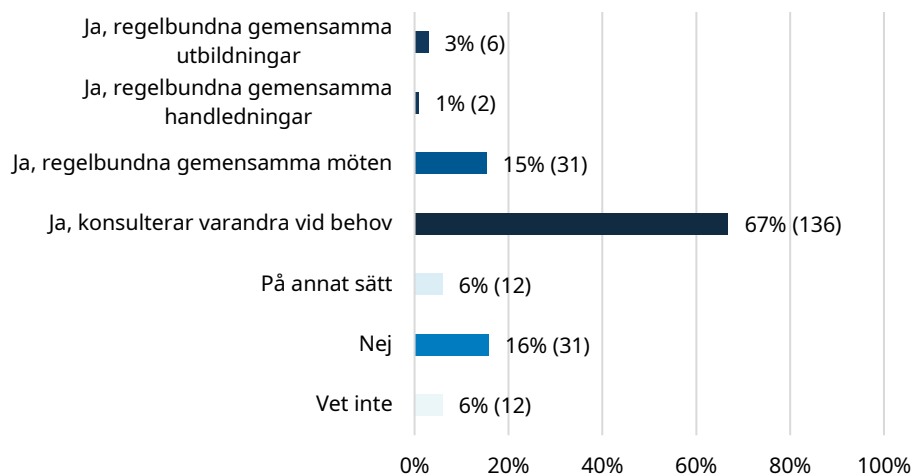
Andelen av vårdcentralerna som har svarat att de har en skriftlig eller muntlig rutin för att samverka med beroendevården är på samma höga nivå som andelen som har svarat att de har en rutin för samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården, respektive socialtjänsten.

Har ni en rutin för hur ni ska samverka med beroendevården?



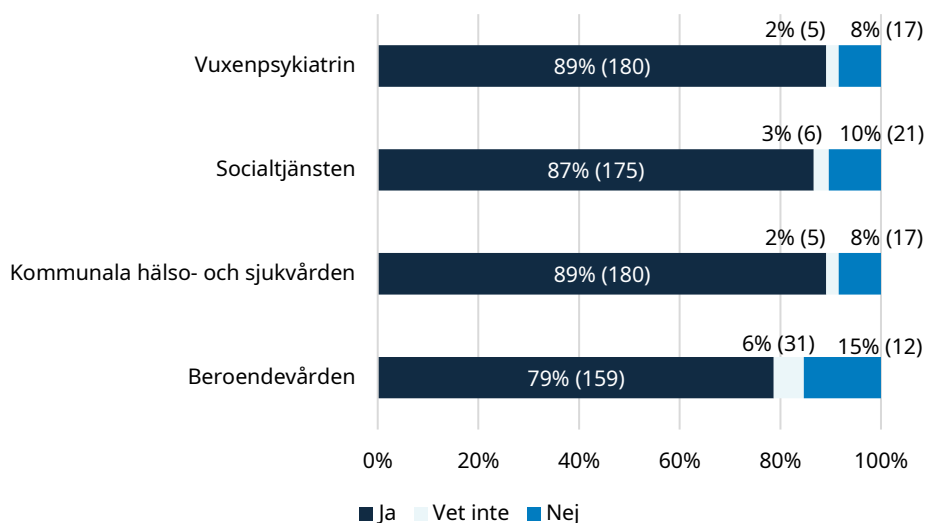
Precis som vuxenpsykiatrin och socialtjänsten är det vanligast att respondenterna har uppgett att de har konsulterat beroendevården vid behov.

Har ni samverkat med beroendevården?



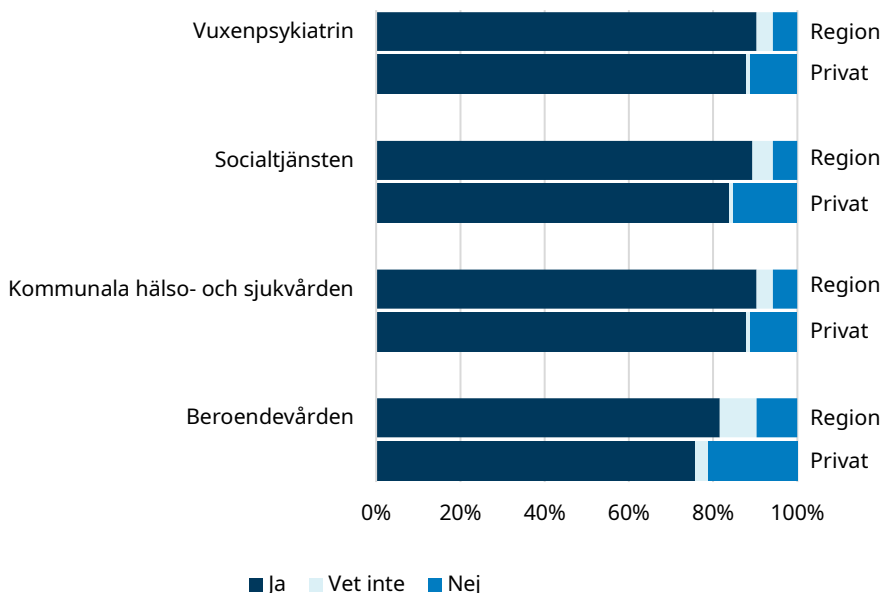
Vid en sammanslagning av vårdcentralerna som har svarat att de har samverkat med respektive instans på något sätt framkommer att det är något vanligare att vårdcentralerna har samverkat på något sätt med antingen vuxenpsykiatrin (89 procent), kommunal hälso- och sjukvård (89 procent), eller socialtjänst (87 procent), jämfört med beroendevården (79 procent).

Har ni samverkat med verksamheterna genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledning/möten, konsultation vid behov eller på annat sätt?



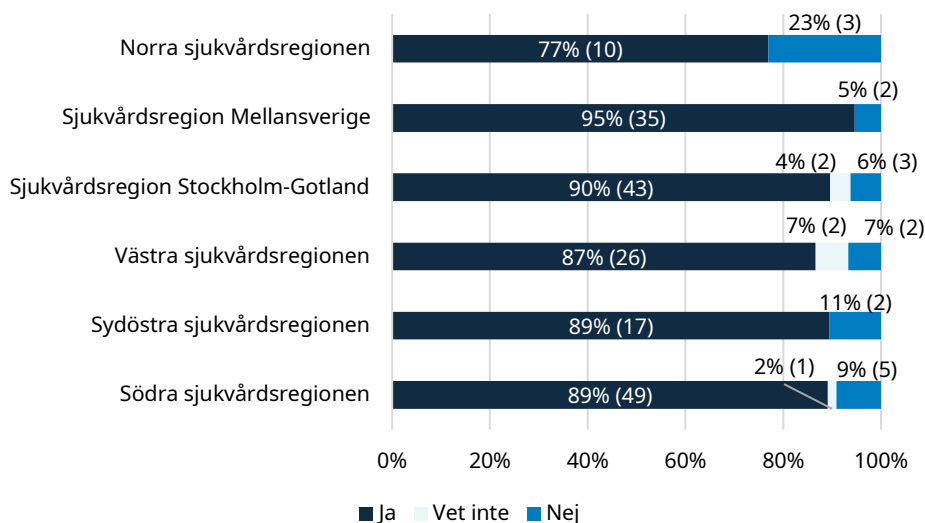
Inom samtliga samverkansformer, uppdelat på olika samverkansinstanser, visar enkäten att andelen privata vårdcentraler som har svarat att de har haft någon form av samverkan genomgående är något lägre jämfört med de regionala vårdcentralerna, även om skillnaderna är små.

Har ni samverkat med verksamheterna genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledning/möten, konsultation vid behov eller på annat sätt? Per regi



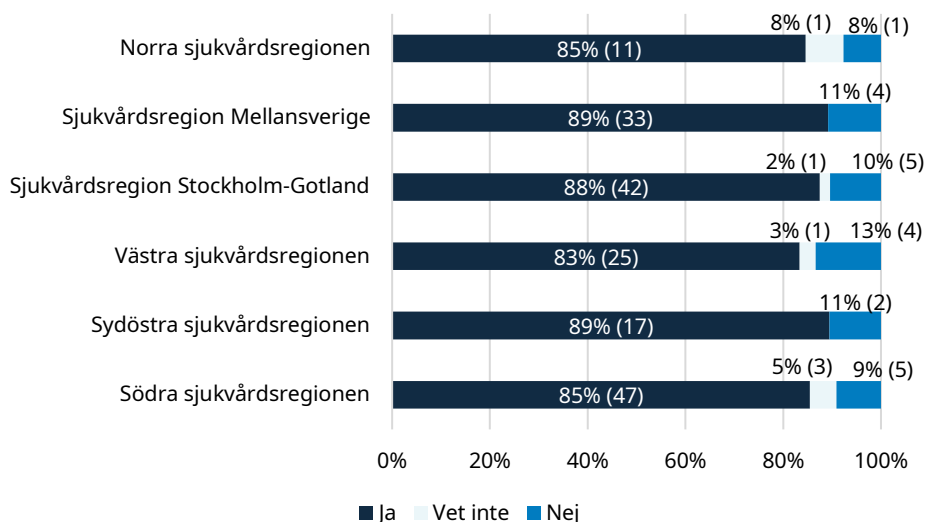
Enligt enkäten är det något ovanligare att vårdcentraler har samverkat i någon form med vuxenpsykiatri i Norra sjukvårdsregionen (77 procent), om man jämför med övriga samverkansregioner (87–95 procent).

Har ni samverkat med vuxenpsykiatrin genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledning/möten eller konsultation vid behov? Per samverkansregion



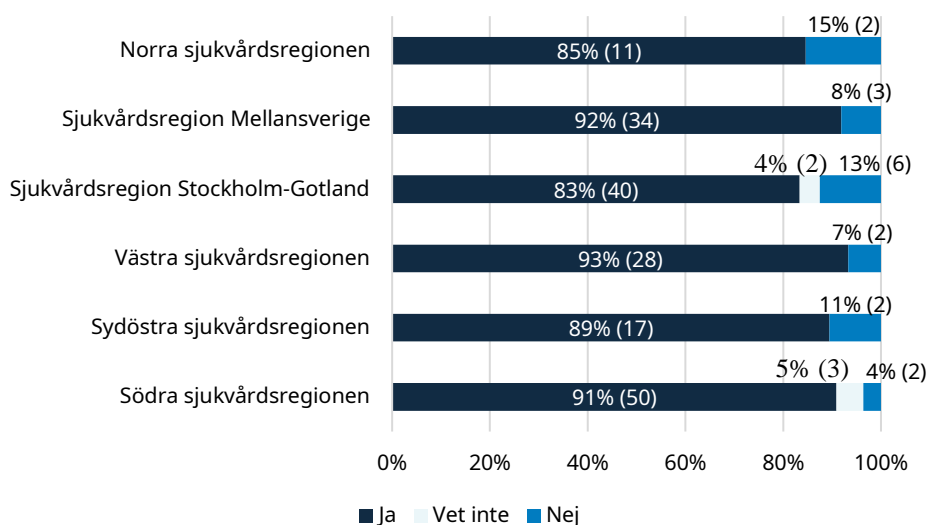
Andelen som har svarat att de har samverkat med socialtjänsten på något sätt är på en jämn nivå i de olika samverkansregionerna (83–89 procent).

Har ni samverkat med socialtjänsten genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledning/möten eller konsultation vid behov? Per samverkansregion



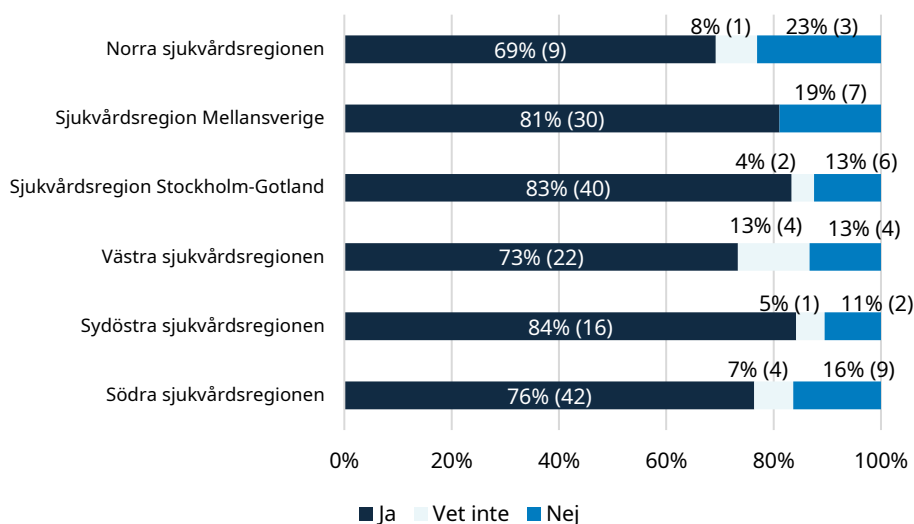
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland har den lägsta andelen svarande vårdcentraler som har uppgett att de har samverkat med den kommunala hälso- och sjukvården i någon form (83 procent).

Har ni samverkat med kommunala hälso- och sjukvården genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledningar/möten eller konsultation vid behov? Per samverkansregion



Vårdcentraler från Norra sjukvårdsregionen har i minst utsträckning uppgett att de har samverkat med beroendevården genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledningar/möten eller konsultation vid behov (69 procent).

Har ni samverkat med beroendevården genom regelbundna gemensamma utbildningar/handledningar/möten eller konsultation vid behov? Per samverkansregion

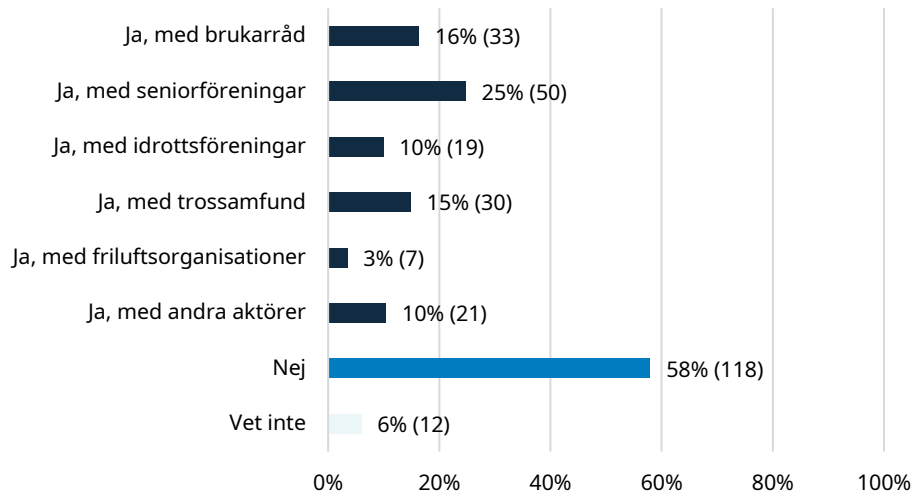


Samverkan med civilsamhälle

Mer än hälften av vårdcentralerna (58 procent) har svarat att de inte har en rutin för att samarbeta med civilsamhället. Bland respondenterna är det 25 procent som har svarat att de har en rutin för samarbete med

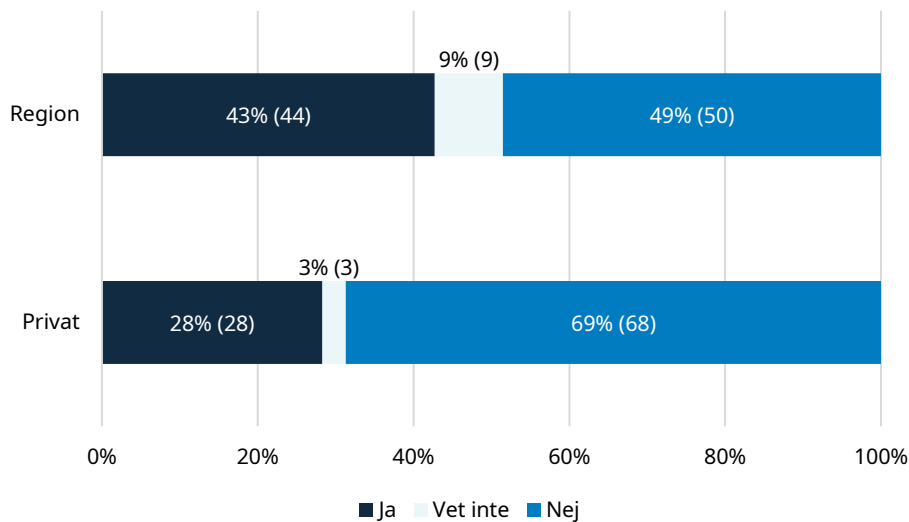
seniorföreningar, 16 procent att de har en rutin för samarbete med brukarråd, 15 procent med trossamfund och 10 procent med idrottförningar. Endast tre procent har svarat att de har en rutin för samarbete med friluftorganisationer.

Har ni en rutin för att samarbeta med civilsamhället?



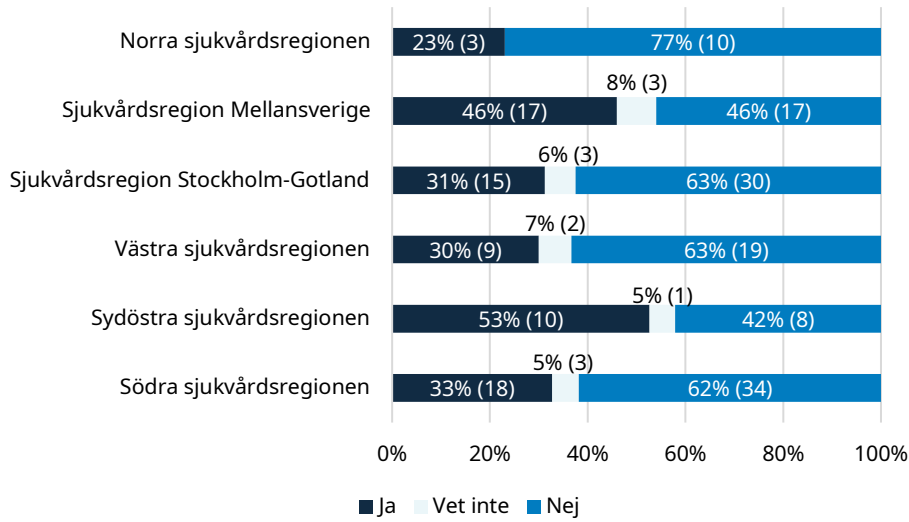
Andelen privata vårdcentraler som har svarat ja på något av alternativen som anger en rutin för samarbete med civilsamhället är lägre (28 procent) jämfört med regionala (43 procent).

Har ni en rutin för att samarbeta med civilsamhället? Per regi



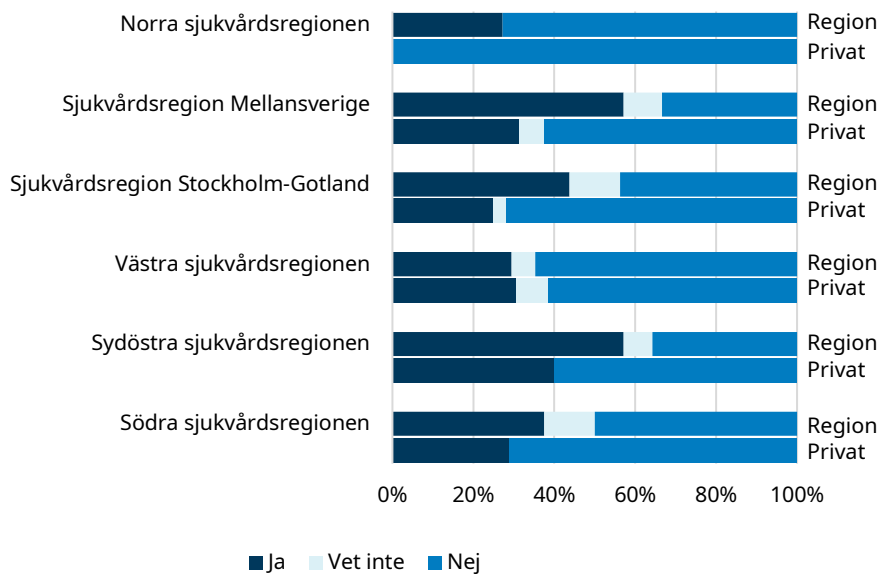
Den lägsta andelen vårdcentraler som har uppgett att de har en rutin för samarbete med civilsamhället återfinns i Norra sjukvårdsregionen (23 procent) och den högsta andelen i Sydöstra sjukvårdsregionen (53 procent).

Har ni en rutin för att samarbeta med civilsamhället? Per samverkansregion



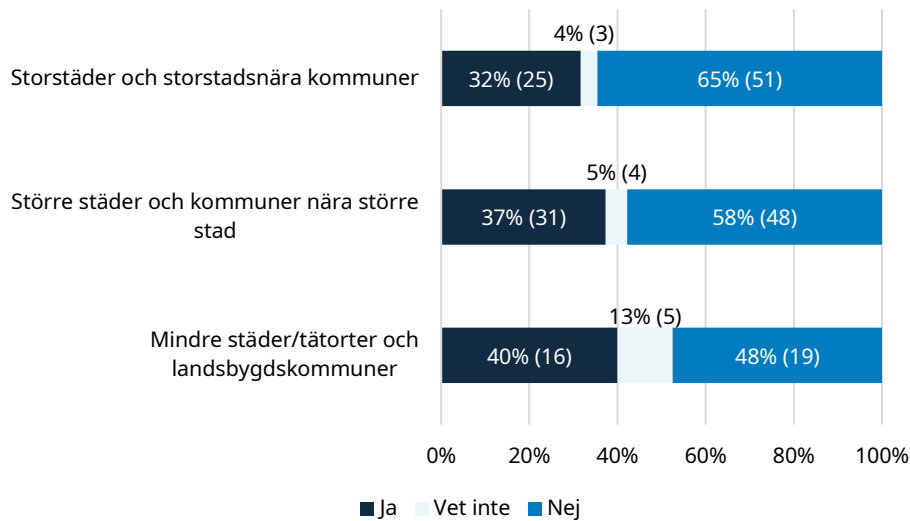
Oavsett samverkansregion är det vanligare att regionala vårdcentraler har svarat att de har en samarbetsrutin med civilsamhället, jämfört med privata.

Har ni en rutin för att samarbeta med civilsamhället? Per samverkansregion och regi



Enligt enkäten är det minst vanligt att vårdcentraler i storstäder eller storstadsnära kommuner har en samarbetsrutin med civilsamhället.

Har ni en rutin för att samarbeta med civilsamhället? Per huvudgrupp



I de fördjupande intervjuerna ges flera exempel på hur vårdcentraler kan samarbeta med civilsamhället. Ett initiativ som lyfts för att arbeta på en bredare front med suicidprevention är till exempel ett samarbete mellan vårdcentral och civilsamhälle som involverar kyrkan, polisen, lokala jägarförbund och idrottsföreningar. Precis som i enkätsvaren blir det tydligt i de fördjupande intervjuerna att nivån av samarbete med civilsamhället varierar. Andra intervjuade vårdcentralsföreträdare ger uttryck för att de har upplevt sig behöva begränsa sitt uppdrag och därför inte har möjlighet att genomföra något uppsökande hälsofrämjande arbete eller samarbeta med civilsamhället, antingen beroende på bristande resurser, och/eller för att de tolkar huvuduppdraget som att behandla människor med ohälsa och därmed prioriterar ned att arbeta förebyggande.

Bilaga 3: Enkätuppföljning av vårdcentralernas arbete med depression och ångestsyndrom

Genomförande

Denna bilaga beskriver en enkätundersökning som har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag (S2022/02309) att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Syftet var att följa upp primärvårdens omställning till god och nära vård av psykisk ohälsa för att bättre förstå verksamheternas nuläge och behov av stöd framåt.

Enkäten riktades till verksamhetschefer eller enhetschefer. I enkätutskicket angavs att svarande även kan vara någon i chefens närhet som har motsvarande övergripande kännedom om verksamheten (till exempel samordnar- eller utvecklingsfunktion, chefläkare). Enkäten skickades till 550 vårdcentraler, varav nio utskick inte nådde ut. Det var alltså 541 vårdcentraler som fick enkäten. Urvalet hade geografisk spridning över hela Sverige. Enkäten gick att besvara från 4:e september till och med 25 september och 2 påminnelser skickades ut. Svar inkom från företrädare för 202 vårdcentraler³³, vilket motsvarar 37 procent av det totala urvalet. Enbart fullständiga svar har räknats till det finala underlaget. Se bilaga 2 för deskriptiva analyser av enkätens respondenter.

Enkäten bestod av två delar:

- Del 1: Avser alla patienter med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa innefattar i detta fall symtom och syndrom såsom ångest, depression, nedstämdhet, insomningsproblem, stress, kris, sorg och utmattningssyndrom.
- Del 2: Avser endast patienter med diagnoserna depression eller ångestsyndrom. Denna del är en uppföljning av en enkät som genomfördes 2018 avseende nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom.

³³ Sex av de svarande uppgav att deras svar gällde för mer än en vårdcentral som de var ansvariga för men besvarade enkäten en gång. Dessa svar tillämpades på alla de vårdcentraler som respondenten svarat att de gällde för, förutsatt att dessa ingick i urvalet av vårdcentraler som enkäten skickats ut till.

Både del 1 och del 2 avser patienter från 18 år och uppåt. Undersökningens referensperiod var ”nuläget” i del 1 av enkäten³⁴, medan del 2 efterfrågar hur arbetet har sett ut under 2023 och 2024.

Den här bilagan redogör för svar från den andra delen av enkäten och inkluderar jämförelser med resultat från primärvårdsmottagningar som presenterades i underlagsrapporten Vård vid depression och ångestsyndrom 2019³⁵, vilken baseras på 2018 års undersökning.

I jämförelse med tidigare års resultat behöver hänsyn tas till att enkäterna inte har varit identiska i sin utformning. En skillnad som påverkar resultaten avsevärt är att alternativet ”Vet inte” har inkluderats i 2024 års enkät, på samtliga frågor. I enkäten från 2019 fanns inte detta svarsalternativ men respondenter kunde välja att hoppa över frågor. För att underlätta jämförelse med föregående enkät kompletteras vissa enkätresultat med en kommenterande text där svarsfördelningen anges exklusive ”Vet inte”-alternativet. Detta görs huvudsakligen för frågor där en stor andel har svarat ”Vet inte”.

Det finns några respondenter som svarat ”Vet inte” på flertalet frågor om vården av personer med depression eller ångestsyndrom. Två tredjedelar har svarat ”Vet inte” på färre än fem frågor, medan nästan tio procent svarat detta på fler än tio av frågorna. I några fritextsvar beskrivs osäkerheten bero på den lokala organisationen, exempelvis att psykosociala teamet fungerar ungefär som en egen verksamhet, och att verksamhetschefen därför inte varit den person som är mest lämpad att besvara vissa av frågorna.

Enkätresultat

Rutiner för bedömning och undersökning

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk?

Andel patienter som har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	Andel vårdcentraler (antal)
Mer än 75 procent	48% (96)
50-75 procent	18% (36)
25-49 procent	5% (11)

³⁴ Förutom frågan om hur samverkan med olika verksamheter sett ut, vilken specificeras samverkan under 2023 och 2024.

³⁵ Vård vid depression och ångestsyndrom 2019, underlagsrapport:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-13.pdf>

Andel patienter som har genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk	Andel vårdcentraler (antal)
Mindre än 25 procent	4% (9)
Ingen	1% (2)
Vet inte	24% (48)

Ungefär hälften av respondenterna svarar att över 75 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgått en strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk. Endast 1 procent av vårdcentralerna uppger att ingen genomgått en strukturerad suicidriskbedömning, medan 24 procent av respondenterna har svarat att de inte hur stor andel av patienterna som fått en sådan insats. Om svarsalternativet "Vet inte" exkluderas är 2024 års enkätresultat i linje med svaren från 2019.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik?

Andel av personerna med depression eller ångestsyndrom som har fått en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik	Andel vårdcentraler (antal)
Mer än 75 procent	31% (63)
50–75 procent	21% (42)
25–49 procent	10% (20)
Mindre än 25 procent	9% (18)
Ingen	1% (2)
Vet inte	28% (57)

Jämfört med tidigare år uppger fler vårdcentraler att de genomfört strukturerade bedömningar av eventuell beroendeproblematik för en större andel av patientgruppen. Andelen som svarar att mer än 75 procent av personerna med depression eller ångestsyndrom fått en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik har ökat från 23 procent år 2019 till 31 procent år 2024. Denna skillnad blir tydligare om alternativet "Vet inte" exkluderas, då andelen vårdcentraler som genomför strukturerade bedömningar för mer än 75 procent av sina patienter är 44 procent.

Har ni en rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom?

Rutin för hur en somatisk anamnes och undersökning ska genomföras i samband med diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom	Andel vårdcentraler (antal)
Ja, skriftlig	40% (80)
Ja, muntlig	38% (77)
Nej	17% (35)
Vet inte	5% (10)

Nästan 80 procent av vårdcentralerna svarar att de har en rutin för hur somatisk anamnes och undersökning ska genomföras vid diagnostisering av personer med depression eller ångestsyndrom. Detta är en ökning jämfört med 2019, då sju av tio vårdcentraler rapporterade att de hade en sådan rutin. Knappt hälften av de som hade rutiner uppgav 2019 att dessa var skriftliga. Resultatet från 2024 ger samma bild av andelen skriftliga rutiner.

Behandlingsinsatser

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått nedanstående behandlingar?

Andel patienter med depression eller ångestsyndrom som fått nedanstående behandlingar	Mer än 75 procent	50–75 procent	25–49 procent	Mindre än 25 procent	Ingen	Vet inte
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	31% (63)	19% (39)	14% (28)	10% (21)	0% (1)	25% (50)
Ledarledd fysisk aktivitet	3% (7)	4% (9)	7% (14)	18% (36)	31% (62)	37% (74)

Ungefär hälften av vårdcentralerna svarar att de gett rådgivande samtal om fysisk aktivitet till mer än 75 eller 50–75 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom. En fjärdedel av vårdcentralerna svarar att de inte vet hur stor andel som fått insatsen. Exkluderas dessa svar, är andelen respondenter som gett insatsen 67 procent. Motsvarande siffra för 2019 års enkät var 71 procent.

Ledarledd fysisk aktivitet är mindre vanligt att ha gett till den berörda patientgruppen, med 7 procent som svarar att de gett detta till mer än 75 eller 50–75 procent av patienterna. Därtill svarar över 30 procent att de inte gett denna insats till patienter med depression eller ångestsyndrom. Om de 37 procent av svaren som uppgett "Vet inte" exkluderas är motsvarande resultat 13 procent som gett insatsen till mer än 75 eller 50–75 procent av patienterna, och 48 procent som inte gett till någon. Detta är i linje med enkätsvaren från 2019.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått nedanstående behandlingar?

Patienter med depression eller ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling	Andel vårdcentraler (antal)
Mer än 75 procent	18% (36)
50–75 procent	34% (69)
25–49 procent	20% (41)
Mindre än 25 procent	1% (2)
Ingen	0% (1)
Vet inte	26% (53)

Ungefär hälften av vårdcentralerna svarar att över 50 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom fått läkemedelsbehandling, varav 18 procent gett det till över 75 procent. Ungefär en fjärdedel av vårdcentralerna har svarat att de inte vet hur stor andel som får läkemedelsbehandling. Om dessa svar exkluderas utgör andelen som svarat att de gett läkemedelsbehandling till över hälften av patientgruppen 71 procent, en minskning jämfört med 2019 års enkätsvar då motsvarande andel var 81 procent.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har fått nedanstående behandlingar?

Psykologisk behandling	Mer än 75 procent	50–75 procent	25–49 procent	Mindre än 25 procent	Ingen	Vet inte
Kognitiv beteendeterapi	22% (44)	32% (64)	18% (36)	4% (8)	1% (2)	24% (48)
Interpersonell psykoterapi	2% (5)	3% (6)	7% (14)	17% (34)	27% (54)	44% (89)

Psykologisk behandling	Mer än 75 procent	50-75 procent	25-49 procent	Mindre än 25 procent	Ingen	Vet inte
Psykodynamisk korttidsterapi	5% (10)	4% (8)	8% (17)	14% (29)	29% (59)	39% (79)
Annan psykologisk behandling	4% (8)	5% (11)	4% (8)	12% (24)	18% (37)	56% (114)

Kognitiv beteendeterapi är den vanligaste psykologiska behandlingsmetoden, och över hälften av respondenterna svarar att de gett insatsen till mer än 50 procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom. För samtliga psykologiska behandlingar som har efterfrågats är andelen som svarat "Vet inte" hög, och varierar från 24 procent för Kognitiv beteendeterapi till 56 procent för svarsalternativet Annan psykologisk behandling.

Om "Vet inte" exkluderas svarar 70 procent att över hälften av patientgruppen fått Kognitiv beteendeterapi, vilket är en ökning jämfört med 64 procent i 2019 års enkät.

Vad gäller interpersonell psykoterapi, psykodynamisk korttidsterapi och annan psykologisk behandling har andelen som svarar att ingen patient har fått dessa insatser ökat markant jämfört med resultatet från 2019.

Personalresurser för behandling

Har ni egna personalresurser för psykologisk behandling på er primärvårdsenhet?

Personalkategori	Andel vårdcentraler
Psykologer	79% (159)
- Egen regi	66% (134)
- Extern konsult på plats	9% (19)
- Extern konsult distans	14% (28)
Psykoterapeut med fördjupad psykoterapiutbildning (steg 2)	38% (77)
Hälso- och sjukvårdskurator	49 % (99)
Annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning (steg 1)	31% (63)

Ungefär åtta av tio vårdcentraler har uppgett att de har tillgång till psykologer, i egen regi, som extern konsult på plats eller distans. Detta är en ökning jämfört med 2019 då 71 procent svarade att de hade psykologer. Årets resultat visar att två tredjedelar av psykologerna är anställda i vårdcentralens egen regi, medan knappt en av tio vårdcentraler har en extern konsult på plats, och 14 procent anlitar en extern konsult på distans.

Andelen vårdcentraler som svarar att de har tillgång till psykoterapeuter eller annan personal med grundläggande psykoterapiutbildning för psykologisk behandling har minskat sedan 2019. Tillgången till psykoterapeuter har gått från 54 procent till 38 procent, och andelen med personal med grundläggande psykoterapiutbildning har sjunkit från 70 procent till 31 procent. Värt att notera är att 2024 års enkät innehåller fler personalkategorier än tidigare, och att vissa av dessa kategorier har en tydligare definition. Detta innebär att resultaten i begränsad utsträckning är jämförbara med tidigare enkätresultat.

Hur stor andel av personerna med depression eller ångestsyndrom har en vårdsamordnare?

Andel av personer med depression eller ångestsyndrom har en vårdsamordnare	Andel vårdcentraler (antal)
Mer än 75 procent	9% (18)
50–75 procent	7% (15)
25–49 procent	10% (20)
Mindre än 25 procent	23% (47)
Ingen	26% (53)
Vet inte	24% (49)

Ungefär en fjärdedel av respondenterna svarar att de inte vet hur stor andel av patientgruppen som har en vårdsamordnare. Om dessa exkluderas tyder svaren på viss ökning av andelen som svarar att de erbjuder vårdsamordnare till mer än 75 eller 50–75 procent av patienterna, från 16 procent år 2019 till 22 procent 2024. I övrigt är svaren i linje med resultaten från 2019.

Uppföljningsrutiner

Har ni en rutin för hur ni ska följa upp personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom?

Rutin för hur verksamheten ska följa upp personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom	Andel vårdcentraler (antal)
Ja, skriftlig	39% (79)
Ja, muntlig	40% (81)
Nej	14% (28)
Vet inte	7% (14)

I enkäten år 2019 svarade tre av fyra mottagningar att de hade rutiner för hur de ska följa upp personer med depression eller ångestsyndrom. Det var då dubbelt så vanligt med muntliga rutiner som med skriftliga. I enkäten från 2024 har andelen som svarar att de har rutiner ökat något, till 79 procent och framför allt har andelen med skriftliga rutiner ökat till ungefär hälften av de som uppger att de har rutiner.

Ingår vanligtvis nedanstående när ni följer upp personer som behandlas mot depression eller ångestsyndrom?

Andel av vårdcentraler som erbjuder nedanstående vid uppföljning av personer som behandlas för depression eller ångestsyndrom	Ja	Nej	Vet inte
Genomgång av effekter av behandlingsinsatser (läkemedel och psykologisk behandling)	94% (190)	1% (3)	4% (9)
Genomgång av eventuella biverkningar av behandlingsinsatser (läkemedel och psykologisk behandling)	92% (186)	1% (3)	6% (13)
Genomgång av samtliga läkemedel (om sådana föreskrivits)	83% (168)	2% (5)	14% (29)
Somatisk undersökning	72% (146)	15% (30)	13% (26)
Bedömning av beroendeproblematik	83% (168)	3% (7)	13% (27)
Strukturerad suicidriskbedömning	82% (166)	4% (9)	13% (27)

Majoriteten av vårdcentralerna svarar att både en genomgång av behandlingseffekter och eventuella biverkningar vanligen ingår i uppföljningen av patienter som behandlas för depression eller ångestsyndrom. Även en genomgång av samtliga läkemedel erbjuds av de flesta vårdcentraler.

Jämfört med 2019 års enkät framträder en ökning i andelen vårdcentraler som genomför somatisk undersökning vid uppföljning av patienter med depression eller ångestsyndrom, från 68 procent till 72 procent, även när svarsalternativet "Vet inte" inkluderas, om detta alternativ exkluderas utgör andelen vårdcentraler som erbjuder somatisk undersökning 83 procent. Om andelen "Vet inte" exkluderas tycks även andelen vårdcentraler som genomför strukturerad suicidriskbedömning vid uppföljning av patienter med depression eller ångestsyndrom ha ökat, från 88 procent till 95 procent.

Samverkansrutiner

Har ni en rutin för hur ni ska samverka med vuxenpsykiatrin?

Rutin för samverkan med vuxenpsykiatrin	Andel vårdcentraler (antal)
Ja, skriftlig	77% (155)
Ja, muntlig	17% (34)
Nej	4% (8)
Vet inte	2% (5)

94 procent av vårdcentralerna svarar att de har en rutin för samverkan med vuxenpsykiatrin. Ungefär tre fjärdedelar av dessa har en skriftlig rutin.

Har ni samverkat med verksamheterna på nedanstående sätt?

Form för samverkan med vuxenpsykiatrin	Andel vårdcentraler (antal)
Ja, regelbundna gemensamma utbildningar	5% (11)
Ja, regelbundna gemensamma handledningar	4% (9)
Ja, regelbundna gemensamma möten	40% (80)
Ja, konsulterar varandra vid behov	70% (141)
På annat sätt	4% (8)
Nej	8% (17)
Vet inte	2% (5)

Den vanligaste samverkansformen som vårdcentralerna svarat att de har med vuxenpsykiatrin är konsultation vid behov. Detta är i linje med enkätresultaten från 2019, men har minskat från 91 procent till 70 procent av svarande. Andelen vårdcentraler som genomför regelbundna gemensamma utbildningar eller handledningar har också minskat, från 14 procent till 5 procent respektive från 7 procent till 4 procent. Samverkan genom regelbundna gemensamma möten har ökat något, från 36 procent till 40 procent.

Stöd till närstående

Har ni en rutin för hur ni ska stödja minderåriga barn och vuxna närstående till personer med psykisk ohälsa?

Rutin för att stödja närstående till personer med psykisk ohälsa	Andel vårdcentraler som har rutin för att stödja minderåriga barn	Andel vårdcentraler som har rutin för att stödja vuxna närstående
Ja, skriftlig	28% (57)	20% (40)
Ja, muntlig	27% (54)	31% (63)
Nej	36% (72)	37% (75)
Vet inte	9% (19)	12% (24)

Ungefär hälften av vårdcentralerna svarar att de har rutiner för att stödja närstående till personer med psykisk ohälsa, både när det gäller minderåriga barn och vuxna. För vuxna närstående uppger 31 procent en muntlig rutin, och 20 procent en skriftlig. Om alternativet "Vet inte" exkluderas är det ungefär 60 procent av vårdcentralerna som svarar att de har rutiner för att stödja närstående.

I 2019 års enkät svarade mottagningarna att rutinerna för att stödja närstående huvudsakligen var muntliga, för såväl vuxna närstående som minderåriga barn. Var femte vårdcentral uppgav att de hade rutiner för att stödja vuxna närstående och 30 procent hade rutiner för minderåriga. Både andelen med rutiner och andelen med skriftliga rutiner verkar därmed ha ökat sedan 2019.

Bilaga 4: Registerbaserad analys av vårdcentralernas arbete med depression och ångestsyndrom

Som ett led i att följa upp primärvårdens arbete med omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa har Socialstyrelsen undersökt vilka uppgifter om detta som finns tillgängliga i hälsodataregister och kvalitetsregister. De datakällor som i den här rapporten använts som utgångspunkt för att försöka följa upp primärvårdens arbete är patientregistret och läkemedelsregistret samt PVQ.

Datakällor

Patientregistret och läkemedelsregistret

I Socialstyrelsens patientregister registreras samtliga vårdbesök som sker inom den specialiserade hälso- och sjukvården, såväl öppen som sluten vård. Registret innehåller bland annat uppgift om diagnos och behandling. Inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister innehåller endast uppgifter om den specialiserade hälso- och sjukvården, något motsvarande register för primärvården finns inte idag. Trots att uppgifter om primärvården saknas kan patientregistret användas för att undersöka eventuella förändringar i hur patienter söker vård vid psykisk ohälsa genom att undersöka mönster inom den specialiserade vården.³⁶

Läkemedelsregistret innehåller uppgift om läkemedel som hämtats ut från apotek mot recept, oavsett de har förskrivits inom primärvård eller specialiserad hälso- och sjukvård. Där är det alltså möjligt att följa primärvårdens förskrivning av läkemedel och eventuella förändringar över tid.³⁷

Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag undersökt om patientregistret och läkemedelsregistret är användbara för att följa utvecklingen av omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa i primärvården. Bland annat har vi tittat på mått som antal besök per vårdnivå inom specialiserad vård, läkemedelsförskrivning per vårdnivå, användning av läkemedel av specificerad typ och mycket annat. Måtten visar endast mycket små förändringar över tid och bedöms inte vara möjliga att dra några slutsatser ifrån när det gäller primärvårdens arbete inom området. Av den anledningen redovisas analyserna inte i denna rapport.

³⁶ Socialstyrelsen: Patientregistret

³⁷ Socialstyrelsen: Läkemedelsregistret

Primärvårdskvalitet (PVQ)

Många av de nationella kvalitetsregistren är inriktade mot den specialiserade vården, men det finns några undantag. Exempelvis rapporterar många vårdenheter inom primärvården in uppgifter till Nationella diabetesregistret, Luftvägsregistret och det nationella hjärtsviktsregistret RiksSvikt. Det finns också ett kvalitetsregister som specifikt vänder sig till primärvården, nämligen Primärvårdskvalitet (PVQ). PVQ har som mål att samla in kvalitetsdata i primärvården med syfte att utveckla och förbättra vården och för att öka lärandet.³⁸ Till skillnad från patientregistret, där inrapporteringen är förordningsstyrd, bestämmer regioner och vårdenheter själva om de vill vara anslutna till PVQ. Det innebär att registret har en lägre täckningsgrad än patientregistret och att rapporteringen baseras på antalet listade patienter per ansluten vårdenhet. Det innebär också att de två datakällorna inte kan sambearbetas för att exempelvis undersöka hur vårdkedjor ser ut och hur patienter remitteras mellan de olika vårdnivåerna.

PVQ baseras på ett antal indikatorer som respektive ansluten vårdenhet rapporterar till registret. För de två områdena depression och ångest finns tolv respektive nio indikatorer angivna i PVQ:s katalog. Socialstyrelsen har inhämtat data utifrån dessa indikatorer och analyserat dem för att titta efter tecken på en förflyttning eller utveckling i vården av patienter med psykisk ohälsa över de senaste åren. Några av dessa indikatorer presenteras i avsnitten nedan, urvalet har antingen skett utifrån att resultatet av indikatorn visar på någon sorts förändring över tid eller att de nedbrutna resultaten visar något annat intressant.

Det är värt att notera att PVQ bedriver ett intensivt utvecklingsarbete och att några av indikatorerna som presenteras i rapporten har modifierats eller pausats av PVQ sedan analyserna genomfördes.

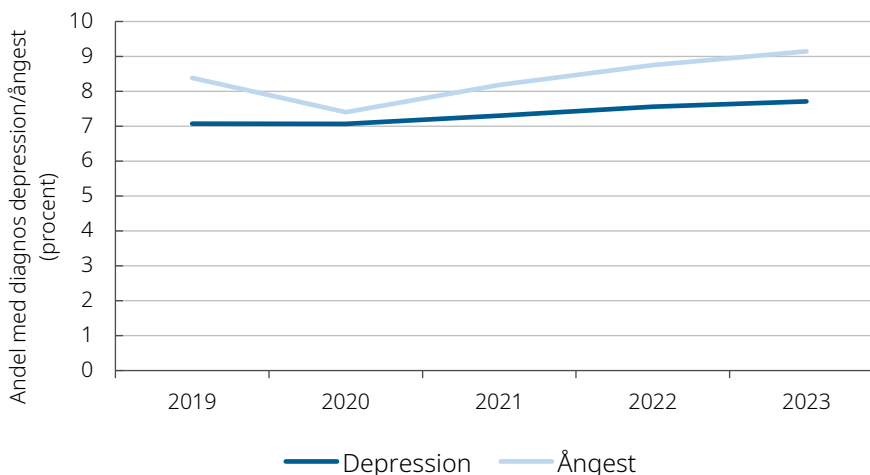
Analyser av registerdata

Förekomst av diagnoserna depression respektive ångest på vårdcentral

Måttet *förekomst av diagnos depression* (PVQ Depression Dep01) respektive *förekomst av diagnos ångest* (PVQ Ångest Ån01) visar andelen av listade personer som fått diagnosen depression respektive ångest av sin vårdcentral någon gång under de senaste fem åren. Diagnoser satta i primärvård, oberoende av yrkesgrupp, inkluderas.

³⁸ Sveriges Kommuner och Regioner: Primärvårdskvalitet

Figur 1. Förekomst av diagnos depression respektive ångest på vårdcentral, andel patienter

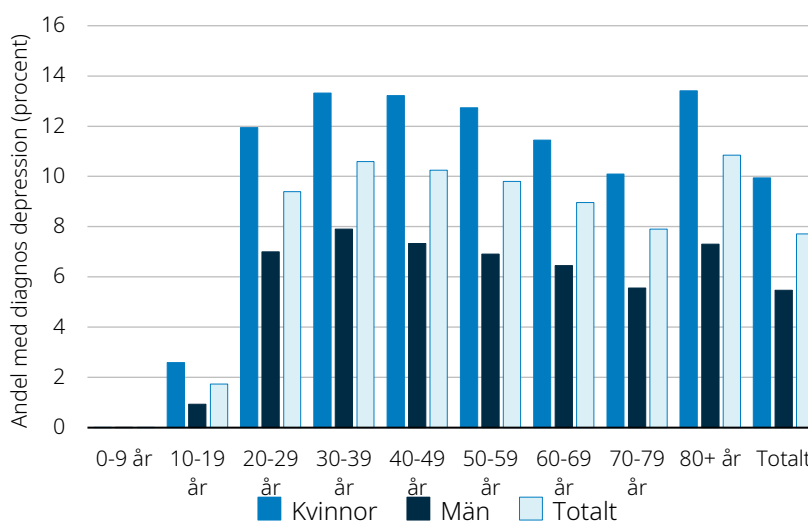


Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

I figur 1 visas utvecklingen över tid för dessa båda mått tillsammans för perioden januari 2019 till september 2023. Resultatet visar att förekomsten av diagnoserna legat stabilt över perioden även om en marginell ökning kan ses över tid.

I figur 2 och 3 redovisas måtten i form av medelvärden för perioden januari till och med september 2023 uppdelade per åldersgrupp och kön.

Figur 2. Förekomst av diagnos depression uppdelat på åldersgrupp och kön, 2023

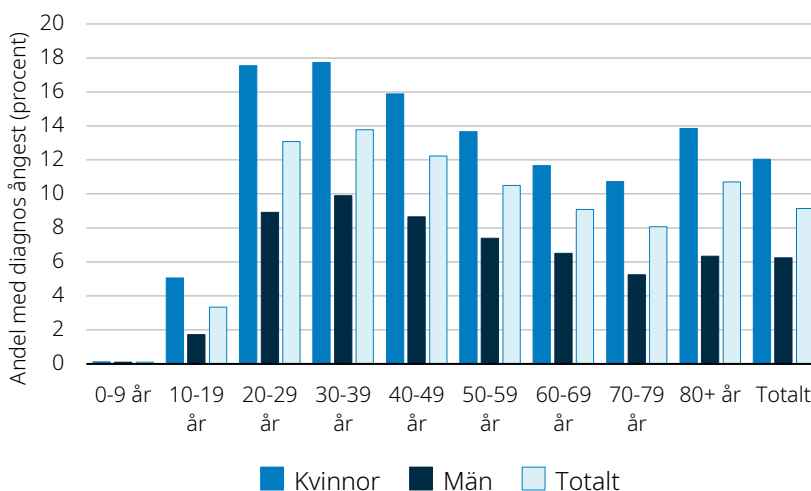


Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Både kvinnor och män hade som högst förekomst av depressionsdiagnos i åldrarna 30–39 år samt 80 år och äldre (figur 2). Depression var dock

vanligare hos kvinnor än hos män i alla åldersgrupper, även hos unga mellan 10–19 år. I den äldsta gruppen hade 13,4 procent av kvinnorna en depressionsdiagnos mot männens 10,8 procent.

Figur 3. Förekomst av diagnos ångest uppdelat på åldersgrupp och kön, 2023



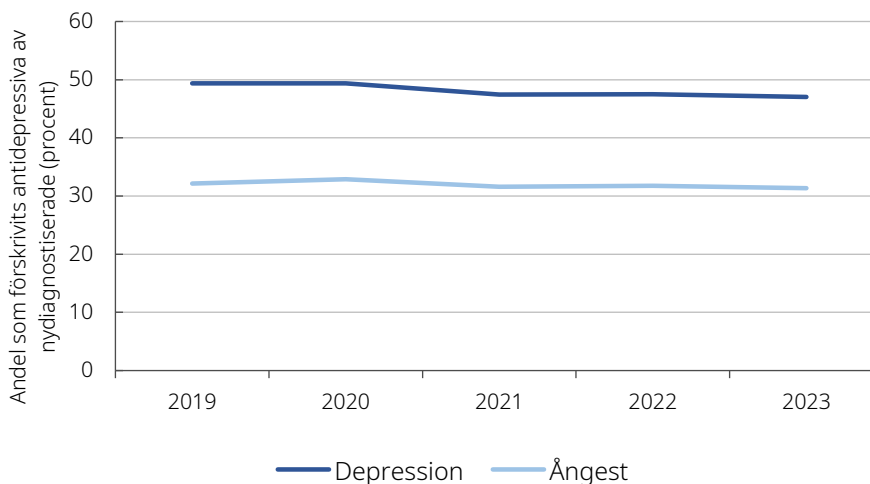
Källa: Primärvårdskvalitet, (PVQ)

Även för diagnosen ångest var förekomsten generellt högre hos kvinnor än hos män i samtliga åldersgrupper (figur 3). Hos såväl kvinnor som män var den högst i åldersgruppen 30–39 år men lägre hos 70–79 åringar. Det var också en relativt hög förekomst av diagnosen hos unga, främst flickor, mellan 10–19 år. Cirka fem procent av flickorna hade fått en ångestdiagnos på vårdcentral.

Behandling med antidepressiva läkemedel

Måtten *andel patienter med ny diagnos depression* (PVQ Depression Dep03) respektive *ångest* (PVQ Ångest Ån03) som behandlas med antidepressiva läkemedel visar andelen av nyinsjuknade patienter i respektive diagnos som förskrivits antidepressiva läkemedel av sin vårdcentral. Med nyinsjuknad avses att varken diagnos eller behandling med antidepressiva läkemedel förekommit under de senaste två åren. Mätperioden var januari till september 2023.

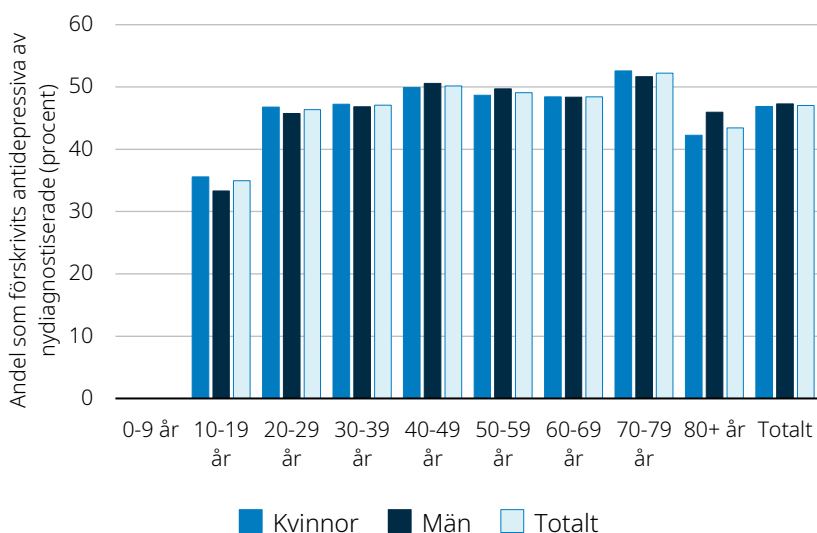
Figur 4. Andel patienter med ny diagnos depression respektive ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel (PVQ), 2019–2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

I figur 4 visas andelen patienter med nydiagnostiserad ångest eller depression som satts in på behandling med antidepressiva läkemedel. Andelen som behandlades vid depression var ca 15 procentenheter högre än för gruppen med ångestdiagnos. Mellan åren 2019 och september 2023 syns endast små variationer i behandlingsgrad, för gruppen som behandlades för depression har andelen minskat med cirka 2 procentenheter över tid.

Figur 5. Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel, uppdelat på ålder och kön, 2023

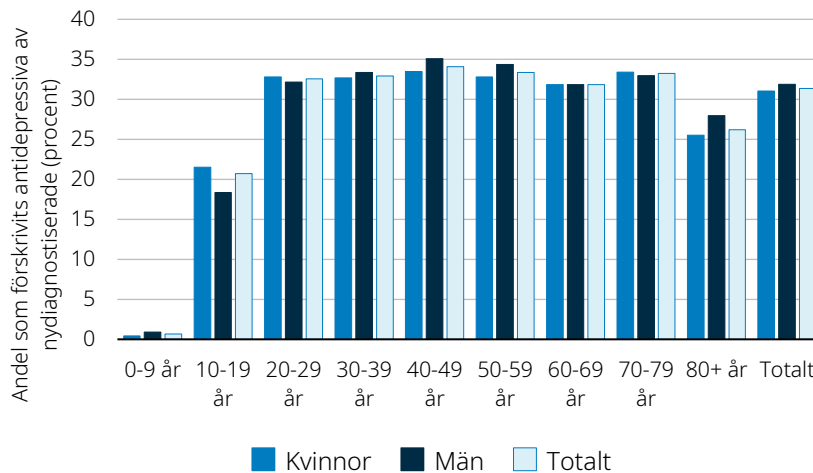


Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Skillnaderna mellan åldersgrupper och kön är små för denna indikator, i alla åldersgrupper utom de yngsta och de äldsta behandlas strax under 50 procent

av såväl kvinnor som män med depressionsdiagnos med antidepressiva läkemedel (figur 5). I den yngsta gruppen är motsvarande siffra 35 procent. Män 80 år och äldre behandlas i något högre grad än kvinnor i samma ålder med läkemedel men skillnaderna är små. I figurerna 5 och 6 är redovisningen i form av medelvärden för perioden januari till och med september 2023.

Figur 6. Andel patienter med ny diagnos ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel, uppdelat på ålder och kön, 2023



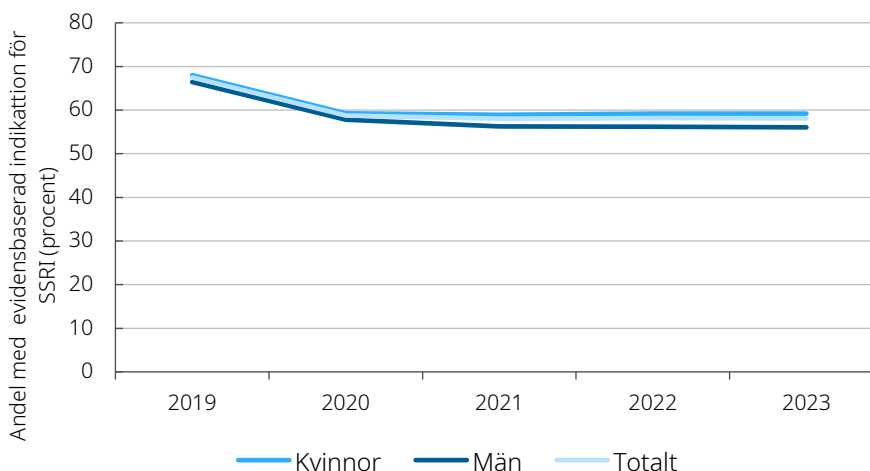
Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

För gruppen med ny ångestdiagnos ser bilden ut på ungefär samma sätt, även om nivån av behandling ligger ca 15 procentenheter lägre än vid depressionsdiagnos (figur 6). Den yngsta och äldsta gruppen behandlas i något lägre grad, men i övrigt syns endast små skillnader mellan kvinnor och män.

Dokumenterad indikation vid behandling med SSRI

Måttet *andel patienter med SSRI som har registrerad evidensbaserad indikation* (PVQ Depression/Ångest Dep/Ån01) visar andel patienter under behandling med SSRI, som har fått diagnos depression, ångest, IBS, PMS/PMDS eller narkolepsi. Det är viktigt att den diagnos som leder fram till behandlingen dokumenteras i patientjournalen och måttet avser att spegla i vilken grad detta görs.

Figur 7. Andel patienter som behandlas med SSRI, som har fått diagnos depression, ångest, IBS, PMS/PMDS eller narkolepsi, 2019–2023



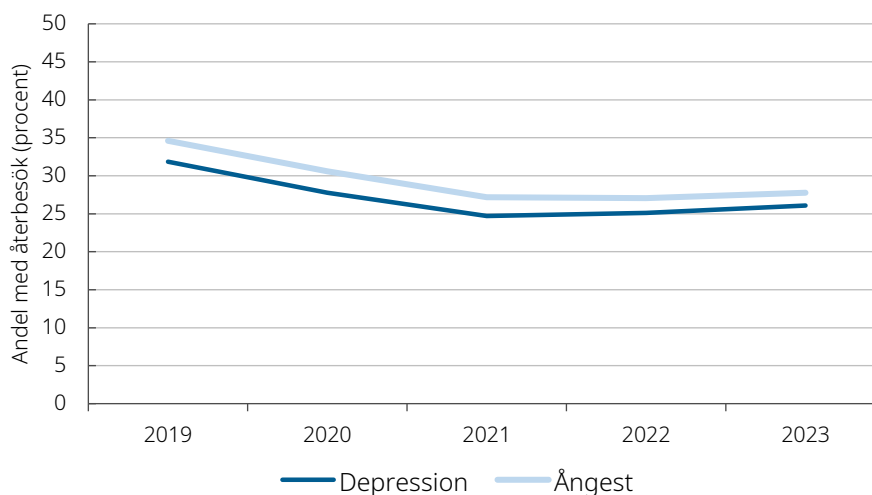
Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Resultatet visar att andelen patienter som har en evidensbaserad indikation för behandling med SSRI i sin journal legat stabilt runt 60 procent under de senaste åren. Det var heller ingen större skillnad i utfallet mellan kvinnor och män. Indikatoren saknar en målnivå men Socialstyrelsens bedömning är att utfallet borde ligga högre än så här. Mätperioden för figur 7 och figur 8 är mars 2019 t.o.m september 2023.

Återbesök vid behandling med antidepressiva läkemedel

Vid depression respektive ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel är det viktigt att behandlingen fortgår under en viss tid, 6-12 månader, för att förebygga återinsjuknande. Indikatoren mäter andelen patienter som varit på återbesök inom 6-12 månader efter nyinsättning av antidepressiv läkemedelsbehandling. Hos PVQ kallas indikatorerna PVQ Depression Dep05 respektive Ångest Ån05.

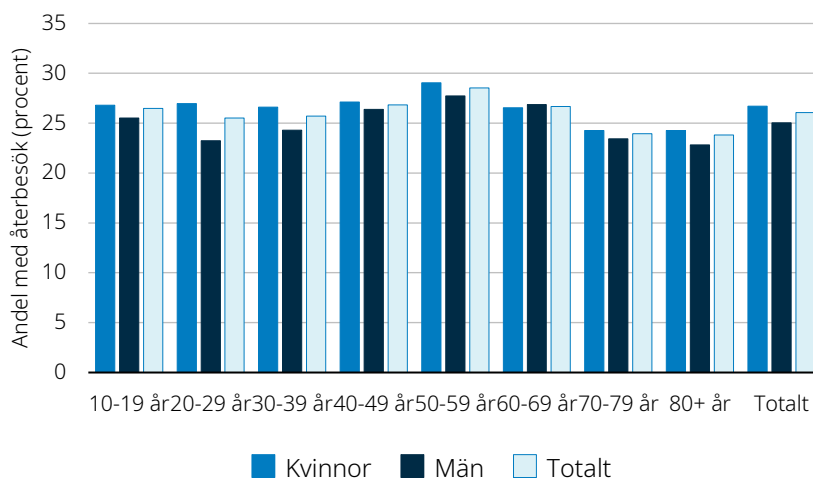
Figur 8. Andel patienter med depression respektive ångest som har varit på återbesök 6–12 månader efter nyinsättning av antidepressiv läkemedelsbehandling, 2019–2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Andelen patienter som varit på återbesök sjönk mellan åren 2019-2021 för att därefter ligga på en stabil nivå runt 27 procent (figur 8). Det finns ingen målnivå för denna indikator så det är svårt att värdera resultatet utifrån patienternas behov. Sannolikt är det rimligt att förvänta sig en högre andel återbesök än indikatorns utfall. Resultat kan dock påverkas av att det enbart är fysiska återbesök som ingår i indikatorn, och digitala besök eller telefonsamtal räknas därmed inte in. En ökad andel digitala återbesök skulle därför kunna vara en orsak till den minskning som ses under covid-19-pandemin. Dessutom kan rutiner kring uppföljning skilja sig åt, och utifrån denna indikator går det exempelvis inte att avgöra om patienterna i hög grad får återbesök inom de första sex månaderna, och därefter senare än ett år efter nyinsättning.

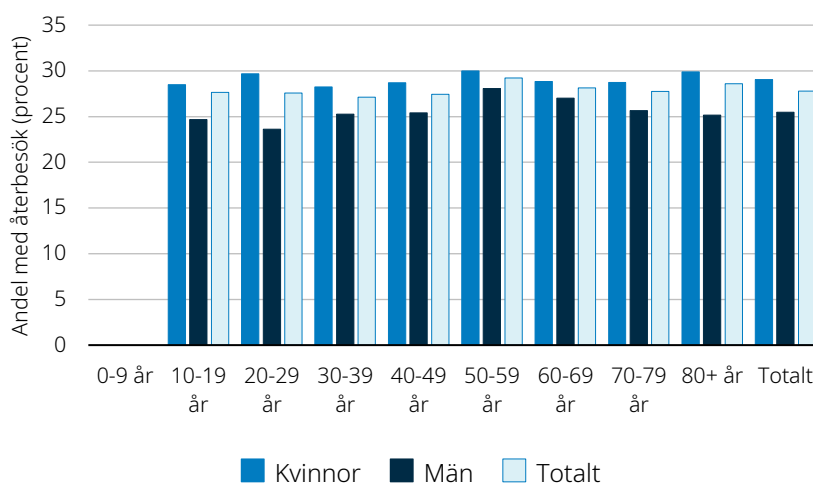
Figur 9. Andelen patienter med depression som varit på återbesök 6-12 månader efter nyinsättning av antidepressiv läkemedelsbehandling, 2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Det finns marginella skillnader mellan kvinnor och män där kvinnor i något högre utsträckning får ett återbesök (figur 9). För patienter med depressionsdiagnos är andelen återbesök något lägre i de äldre åldersgrupperna men det handlar endast om enstaka procentenheter. Måtten i figurerna 9 och 10 är i form av medelvärden för perioden januari till och med september 2023.

Figur 10. Andelen patienter med ångest som varit på återbesök 6-12 månader efter nyinsättning av antidepressiv läkemedelsbehandling, 2023



Källa: Primärvårdskvalitet (PVQ)

Inte heller för återbesök vid ångest syns några större skillnader mellan åldersgrupperna, däremot är skillnaden mellan kvinnor och män tydligare än vid depression (figur 10). En högre andel kvinnor än män har varit på återbesök vid läkemedelsbehandling mot ångest.

Sammanfattning av den registerbaserade analysen

Indikatorerna från PVQ ger viss information om den diagnostik och behandling som sker inom primärvården, information som inte finns tillgänglig i Socialstyrelsens egna register. Det är också möjligt att se hur utfallet från indikatorerna förändrats över tid och på vilket sätt vården utvecklas.

Inom ramen för denna analys har det inte varit möjligt att påvisa några större effekter av omställningen till en god och nära vård på omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. De flesta indikatorer som granskats visar endast på marginella förändringar över tid och de köns- och åldersskillnader som syns i vissa resultat är inte av den graden att de väcker förvåning.

Det är svårt att bedöma om resultaten för indikatorerna är bra eller dåliga då målnivåer saknas. I några fall, såsom återbesök vid behandling med antidepressiva läkemedel, är uppfattningen att resultatet inte är i nivå med det önskade. Dock saknas information om bortfall och andra påverkansfaktorer i det material som analyserats varför en fördjupad analys skulle behövas.



Socialstyrelsen

Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa (artikelnr 2025-3-9528)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.