



Uppföljning av insatser för psykisk ohälsa bland vuxna inom vårdcentralsverksamhet

Kartläggning och åtgärdsförslag

Rapport 2026:2

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Lalouni M, Muwonge J, Rudolfsson M, Gubi E, Dal H. Uppföljning av insatser för psykisk ohälsa bland vuxna inom vårdcentralsverksamhet. Kartläggning och åtgärdsförslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2026:2

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.slso@regionstockholm.se

Rapport 2026:2

ISBN 978-91-991099-2-3

Författare: Maria Lalouni, Joseph Muwonge, Maja
Rudolfsson, Ester Gubi, Henrik Dal.

Språkgranskning: Charlotta Kjellberg

Layout: Emma Frekke

Omslagsfoto: Yanan Li, Stockholms läns
sjukvårdsområde

Stockholm September 2026

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora samhällsutmaningar. Vårdcentralen, som är ett nav för hälso- och sjukvården i regionen, spelar en viktig roll för att tillhandahålla vård och minska psykisk ohälsa. Med tidiga insatser och låga trösklar kan psykisk ohälsa fångas upp i ett tidigt skede, vilket kan gynna både individ och samhälle.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har gett Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i uppdrag att följa upp Insatser för psykisk hälsa inom vårdcentraler för vuxna och komma med förslag på åtgärder. Rapporten fokuserar på vilken vård som ges och vem som erhåller vården för att undersöka om vården är lättillgänglig och jämlik. Rapportens slutsatser bidrar med kunskap som kan användas för att utveckla vårdcentralernas insatser för psykisk ohälsa.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehållsförteckning

Förord	3
Innehållsförteckning.....	4
Sammanfattning.....	6
Bakgrund.....	8
Syfte	9
Metod	10
Registerdata	10
Enkätdata i kombination med registerdata	11
Intervjudata	11
Resultat	12
Registerdata	12
Fler kvinnor och yngre har besökt psykosocialt team jämfört med män och äldre	12
Andelen individer med besök var högst under åren 2021–2022	13
Lågutbildade, individer födda utanför Sverige och individer med hög inkomst var underrepresenterade	15
Privata vårdgivare och små vårdcentraler ger fler besök per 100 listade	16
Fysiska besök är vanligare än digitala	18
Ångestsyndrom är den vanligaste diagnosgruppen.....	20
Kognitiv beteendeterapi är den mest använda åtgärds-koden vid besök	22
Åtgärds-koden för skattningar av psykiska besvär används sällan	24
Mer än en tredjedel av patienterna som besökt psykosocialt team har antidepressiva läkemedel förskrivet via vårdcentral	26
Åldersskillnader i patientflöden mellan psykosocialt team och specialistpsykiatri.....	28
Enkät- och registerdata	30
Individer med svåra psykiska besvär kommer till vårdcentralen	30
Intervjudata	31
Variation i bemanning och kompetens mellan vårdcentraler	31
Diskrepans mellan tillgång och användning av kunskapsstöd	32
Välfungerande samarbete med läkare och sjuksköterskor.....	32

Likartade insatser men varierande praxis i dokumentation och uppföljning	33
KBT genomsyrar insatserna som erbjuds	33
Socioekonomiska aspekter påverkar tillgång till, och behov av, psykosociala insatser	34
Diagnossättning är viktigt men inte avgörande för insats	34
Variation i synen på vad som är KBT.....	35
Utvärdering med fokus på individ snarare än organisation	36
Samverkan med psykiatri är central men fungerar inte alltid optimalt	37
Upplevelsen av samverkan med andra vårdaktörer och kommun varierar.....	38
Potentiella förbättringsområden	39
Bemanningskrav – balansgång mellan enhetlighet och flexibilitet ...	39
Upplevda utmaningar i den kliniska vardagen	40
Behov av gränsdragningar för uppdraget	40
Diskussion och slutsatser	42
En viktig vårdform med mångsidiga insatser	42
Trender över tid	42
Skillnader i vårdanvändning.....	43
Större andel listade vid små än stora vårdcentraler har haft minst ett besök	43
Män använder hälften så mycket psykosocial vård som kvinnor.....	44
Äldre får mediciner i högre utsträckning än psykosociala insatser ..	44
Större andel kvinnor som rapporterar svåra psykiska besvär får vård på vårdcentralen än inom specialistpsykiatri	45
Samarbetet inom teamen fungerar väl, men det råder stor variation i bemanning.....	46
Osäkerhet kring hur insatser ska registreras och följas upp	46
Oklart hur symtomskattningar används	47
Uppföljning sker, men inte systematisk utvärdering	47
Referenser	48
Bilaga 1. Intervjumall ansvariga för psykosocialt team inom vårdcentralen.....	50
Bilaga 2. Intervjumall underleverantörer	53

Sammanfattning

Alla vårdcentraler i Region Stockholm ska erbjuda insatser till patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Vårdcentralerna ska också arbeta hälsofrämjande med tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Arbetet ska vara teambaserat och alla vårdcentraler ska ha tillgång till legitimerad psykolog. De psykosociala teamen ska bestå av minst en samtalsbehandlare, en läkare och sjuksköterska.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att följa upp vården som ges inom vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa. Med hjälp av registerdata har vi undersökt typen av insatser som registreras, vilka patientgrupper som nås, samt huruvida vårdcentralernas driftsform, Care Need Index (CNI), antal listade patienter och användning av underleverantör påverkar vårdkonsumtionen bland befolkningen. Därutöver har vi använt enkätdata för att undersöka patienters nivåer av självrapporterade besvär hos dem som behandlas inom primärvård jämfört med specialistvård. Slutligen har intervjuer med personal använts för att utforska bemanning, samarbete, dokumentationspraxis, synen på behandling och diagnostik samt utmaningar och utvecklingsområden.

I registerundersökningarna framkom att 4,4 procent av befolkningen i Stockholms län hade kontakt med psykosocialt team under 2024, med i genomsnitt 4,1 besök per patient. Kognitiv beteendeterapi (KBT) var den mest frekvent registrerade behandlingsformen.

En högre andel patienter hade kontakt med psykosociala team vid vårdcentraler med högt Care Need Index (CNI), som innebär högre risk för ohälsa, än vid vårdcentraler med lågt CNI. Kort utbildning och att vara född utanför Sverige var förknippat med lägre andel besök än lång utbildning och att vara född i Sverige, medan gruppen med högst inkomst hade lägre andel besök än grupperna med lägst och mellaninkomst.

I samtliga åldersgrupper var det ungefär hälften så många män som kvinnor som besökt psykosociala team under 2024. En högre andel i de yngre åldersgrupperna hade kontakt jämfört med äldre åldersgrupper och i gruppen över 65 år var andelen som gjort besök som lägst. Samtidigt var medicinering med antidepressiva läkemedel högre bland äldre än i yngre åldrar.

Enkätdata med självrapporterade psykiska besvär kopplat till besöksdata visade att vårdcentralerna gav vård till patienter med hög nivå av självskattade psykiska besvär. Detta återspeglades i intervjuerna, där en

del informanter beskrev upplevelser av att patienter med svåra psykiska besvär omhändertas i primärvården.

I intervjuerna framkom också att samarbetet inom de psykosociala teamen generellt fungerar väl, i synnerhet när det finns tillgång till flera olika yrkeskategorier. Det råder samtidigt stor variation i bemanning och teamsammansättning. Även synen på KBT varierar. Det framkom att behandlingen ofta anpassas till primärvårdskontexten, men det saknas samsyn och enhetliga rutiner kring när det är korrekt att registrera KBT-behandling. Bristen på enhetlig utvärderingspraxis av den psykosociala vården lyftes också i intervjuerna.

Områden som kan behöva närmare undersökning är; möjliga orsaker till den låga vårdanvändningen bland äldre, potentiella behov av enhetlig registrering och utvärdering av vården samt uppföljning av bemanningen i de psykosociala teamen.

Bakgrund

Vårdcentraler ska utgöra navet för invånarnas hälso- och sjukvård och ha ett helhetsansvar för såväl somatisk som psykisk hälsa. Enligt rådande avtal ska vårdcentralernas erbjuda insatser för psykisk hälsa som syftar till att minska patientens symtom och öka funktionsnivån (1). I uppdraget ingår såväl att erbjuda stödsamtal och krisstöd, som att tillhandahålla psykologisk och farmakologisk behandling för vuxna patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa eller beroendeproblematik. Vid svårare psykisk ohälsa ska patienter remitteras till specialistpsykiatri.

För vuxna med mild till måttlig psykisk ohälsa ska vårdcentralerna erbjuda vård via ett så kallat psykisk hälsa-team (ofta kallat psykosocialt team), i vilket ska ingå minst en läkare med kompetens i bedömning och behandling av psykisk ohälsa, en sjuksköterska med kompetens i triagering och stödjande kontakter samt en samtalsbehandlare med lägst basutbildning i psykoterapi. Om samtalsbehandlaren som ingår i teamet inte är legitimerad psykolog ska vårdcentralen se till att det finns tillgång till legitimerad psykolog som vid behov kan utföra insatser på mottagningen (1).

En nyligen genomförd kartläggning visade att vuxna med psykisk ohälsa utgör en betydande andel av patientunderlaget inom vårdcentraler och att denna grupp har ökat över tid (2). Parallellt har uppföljningsmöjligheterna av vården förbättrats i takt med ökande registreringsgrad av diagnoser och åtgärds-koder. Samtidigt pekar rapporten på avsevärda variationer vad gäller såväl vilka grupper av patienter som får olika typer av insatser och diagnoser (till exempel utifrån kön och ålder) som vad gäller diagnos- och registreringsrutiner mellan olika vårdgivare (till exempel variationer mellan digitala och icke-digitala leverantörer) (2).

CES har fått i uppdrag av HSF att undersöka vården för psykisk ohälsa bland vuxna inom vårdcentraler. Syftet är att kartlägga hur vården ser ut utifrån insatserna som ges, vilka eventuella skillnader som föreligger mellan olika befolkningsgrupper i termer av erhållna diagnoser och åtgärder, samt att identifiera möjliga skillnader mellan vårdgivare utifrån bland annat driftform och socioekonomiska faktorer i vårdcentralernas upptagningsområden.

Genom att kombinera statistiska analyser med intervjuer är förhoppningen att rapporten ska bidra med kunskap om nuläget samt potentiella förbättringsmöjligheter för att säkerställa att vården för psykisk ohälsa bland vuxna inom vårdcentraler är jämlik och möjlig att utvärdera.

Syfte

Syftet med rapporten är att identifiera vilka vårdinsatser som ges, vad vårdinsatserna innehåller, samt vilka patientgrupper som tar del av insatserna, inklusive potentiella skillnader mellan vårdgivare utifrån bland annat driftform och socioekonomiska faktorer i vårdcentralernas upptagningsområden.

Ett ytterligare syfte är att identifiera problem eller förbättringsområden som kan omhändertas genom justeringar i förfrågningsunderlaget för Vårdval vårdcentral, förbättrad uppföljning eller genom utveckling av kunskapsstöd.

Metod

Registerdata

För att undersöka vårdanvändning hos vuxna för psykisk ohälsa inom vårdcentrals-verksamhet användes registerdata från Region Stockholms VAL-databaser som registrerats 2024. Norrtälje kommun har en annan vårdmodell och är därför inte inkluderad i rapporten.

Befolkningsunderlaget utgjordes av vuxna individer folkbokförda i Stockholms län utom Norrtälje.

Vårdanvändning definierades som fysiskt eller digitalt besök till vårdcentralens psykosociala team eller till vårdcentralens underleverantör av sådana tjänster.

Med hjälp av registerdata undersöktes insatserna som gavs (och registrerades) vid besöket till det psykosociala teamet, det vill säga, typen av åtgärd (exempelvis kognitiv beteendeterapi) samt diagnos. Dessutom undersöktes om patienter med besök till det psykosociala teamet år 2024 fick psykofarmaka förskrivet under 2024 .

För att undersöka potentiella skillnader i vårdanvändning mellan olika demografiska grupper har vi delat upp analyserna på följande faktorer:

- Kön
- Ålder (i kategorierna 18–24, 25–44, 45–64 och 65+ år)
- Utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial nivå)
- Inkomstnivå (låg, mellan, hög inkomstgrupp)
- Inrikes eller utrikes född

För att beskriva potentiella skillnader i vårdanvändning utifrån vårdcentralernas egenskaper har vi delat upp vårdcentralerna utifrån följande faktorer:

- Privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av regionen (Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO)
- Vårdcentraler med lågt, mellan eller högt Care Need Index (CNI) som beskriver risken för ohälsa hos listade invånare
- Små, medelstora och stora vårdcentraler utifrån antalet listade invånare
- Vårdcentraler med egna psykosociala team och de som använde underleverantör

När det gäller CNI och storlek delades vårdcentralerna in i tre lika stora grupper med lika många vårdcentraler i varje grupp.

För att undersöka vårdflöden mellan vårdcentralers verksamhet och specialistpsykiatri analyserades andelen nybesök inom respektive verksamhet år 2023 som under det följande året (12 månader från "nybesök") hade ett vårdbesök inom den andra vårdnivån.

Enkätdata i kombination med registerdata

I en separat analys för att undersöka hur vårdanvändning hänger samman med självrapporterade psykiska besvär användes enkätdata som kopplades till VAL-databaserna. Enkätsvaren inhämtades från Hälsa Stockholm-undersökningen som skickas ut vart fjärde år inom ramen för Stockholm Public Health Cohort-projektet som ägs av Region Stockholm. Enkätsvaren samlades in år 2021 och vårdanvändning undersöktes ett halvår efter svarsdatum (det vill säga under åren 2021/2022). För att mäta självrapporterade psykiska besvär fick de svarande ange sitt mående med hjälp av ett frågeformulär kallat "Kessler Psychological distress scale" (K6), ett instrument som används för att identifiera psykisk ohälsa i befolkningen. För den här rapportens ändamål kategoriserades svaren i två nivåer, där 5–12 poäng indikerar måttliga psykiska besvär och 13–24 poäng indikerar svåra besvär. Vårdanvändning för psykisk ohälsa inom primärvård definierades som antingen en registrerad psykiatrisk diagnos enligt ICD-10 vid besöket, eller, om diagnos saknades, att individen fick psykosociala insatser vid besöket (till exempel ett registrerat besök hos psykolog, kurator eller psykoterapeut). Vårdanvändning inom specialiserad öppenvård definierades utifrån en registrerad diagnos eller ett besök hos en samtalsbehandlare inom öppenvårdpsykiatri.

Intervjudata

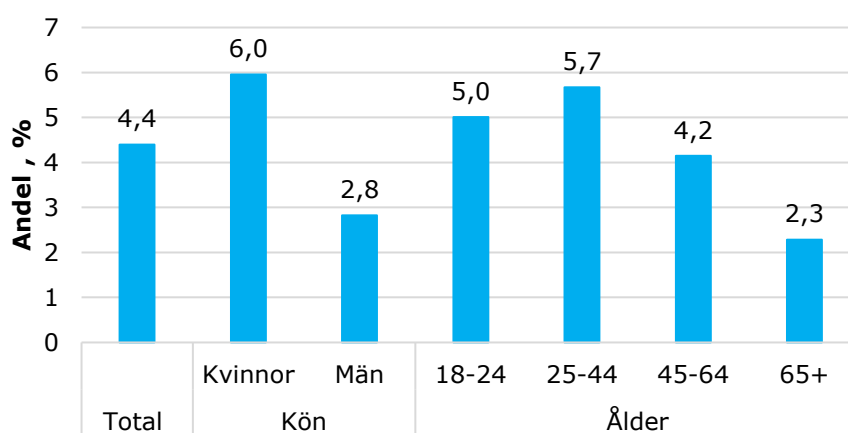
Semistrukturerade intervjuer genomfördes med ett urval av ansvariga vid psykosociala team eller verksamhetschefer vid vårdcentraler samt underleverantörer till uppdraget. I bilaga 1 och 2 presenteras intervjufrågorna från dessa intervjuer. Urvalet för intervjuer gjordes i första hand genom randomisering till en lista där de överst placerade vårdcentralerna och underleverantörerna kontaktades i tur och ordning. För att få med olika typer av aktörer (region/privat, hög/mellan/låg socioekonomi, små/mellan/stora utifrån antal listade) prioriterades några vårdcentraler som hamnat längre ner på listan. Totalt intervjuades 11 representanter för vårdcentraler och tre representanter för underleverantörer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Därefter analyserades materialet i syfte att identifiera gemensamma mönster och teman.

Resultat

Registerdata

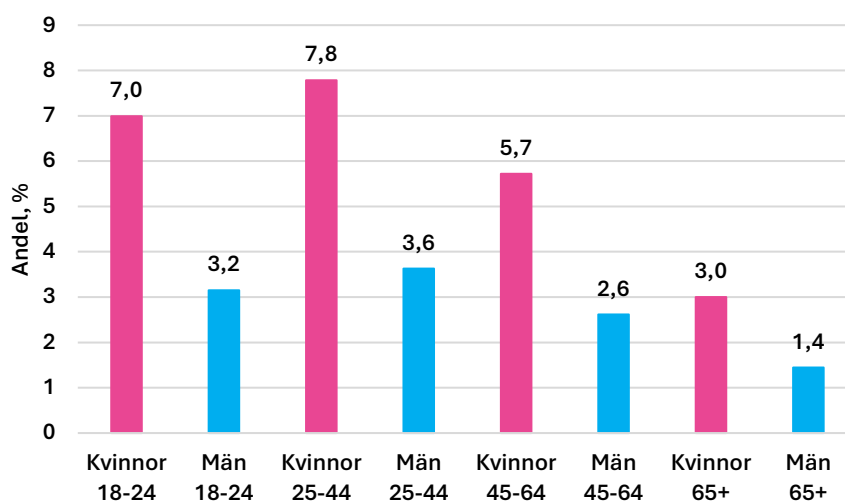
Fler kvinnor och yngre har besökt psykosocialt team jämfört med män och äldre

Under 2024 genomförde 84 183 personer, 57 281 kvinnor och 26 902 män minst ett besök till psykosocialt team inom vårdcentralsuppdraget. Figur 1 visar att det motsvarar 6,0 procent av alla kvinnor och 2,8 procent av alla män i Stockholms län. Bland yngre åldersgrupper var det en högre andel med besök än bland äldre åldersgrupper (45+). Det genomsnittliga antalet besök per patient var 4,1 och medianen var 3 besök per patient.



Figur 1. Andel invånare med minst ett besök till psykosocialt team inom vårdcentralsverksamhet under 2024 uppdelat på kön och åldersgrupper.

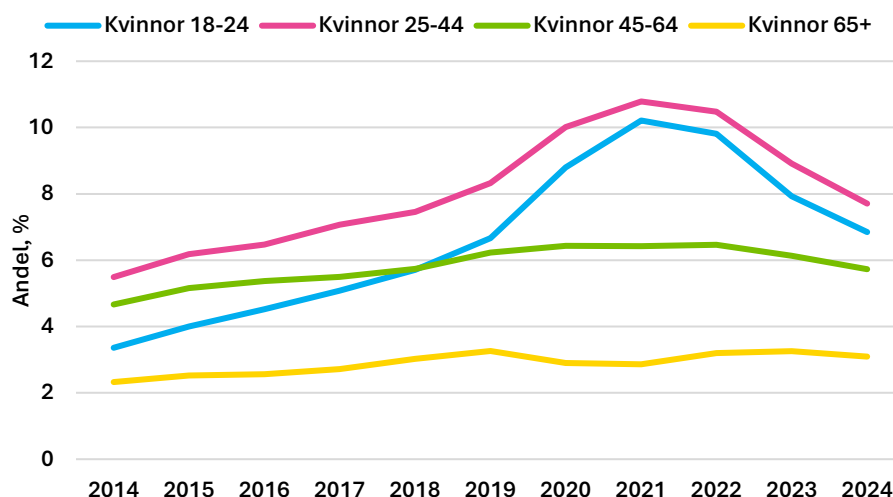
Figur 2 visar att det var minst dubbelt så stor andel kvinnor som män som hade minst ett besök hos ett psykosocialt team i samtliga undersökta åldersgrupper. Den högsta andelen besök fanns bland kvinnor 25–44 år.



Figur 2. Andel kvinnor och män i olika åldersgrupper med minst ett besök till psykosocialt team under 2024.

Andelen individer med besök var högst under åren 2021–2022

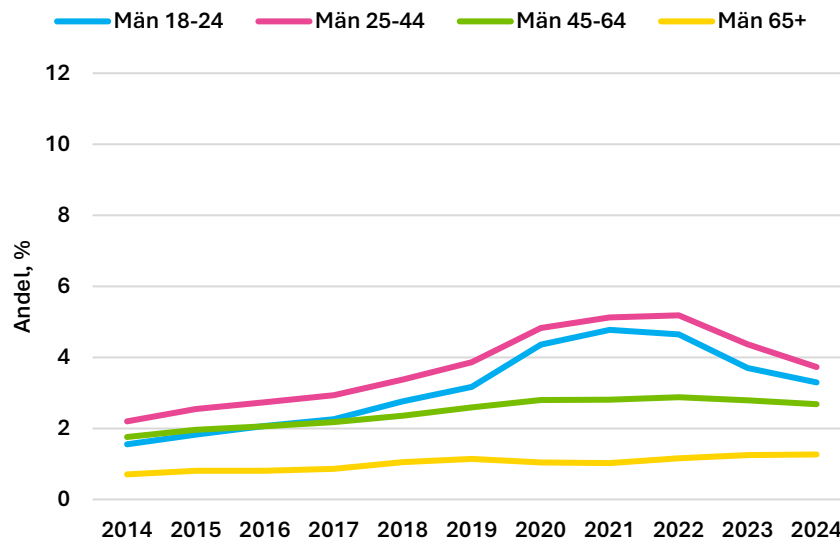
Figur 3 visar andelen kvinnor i olika åldersgrupper som hade minst ett besök hos ett psykosocialt team mellan åren 2014–2024 inom Region Stockholms avtal. För åldersgrupperna 18–24 år och 25–44 år ses en markant ökning av rapporterade besök (fysiska och digitala besök) under åren 2020–2021 och en minskning av rapporterade besök under åren 2022–2024.



Figur 3. Andel kvinnor över 18 år som haft minst ett besök till psykosocialt team inom Region Stockholms avtal år 2014–2024.

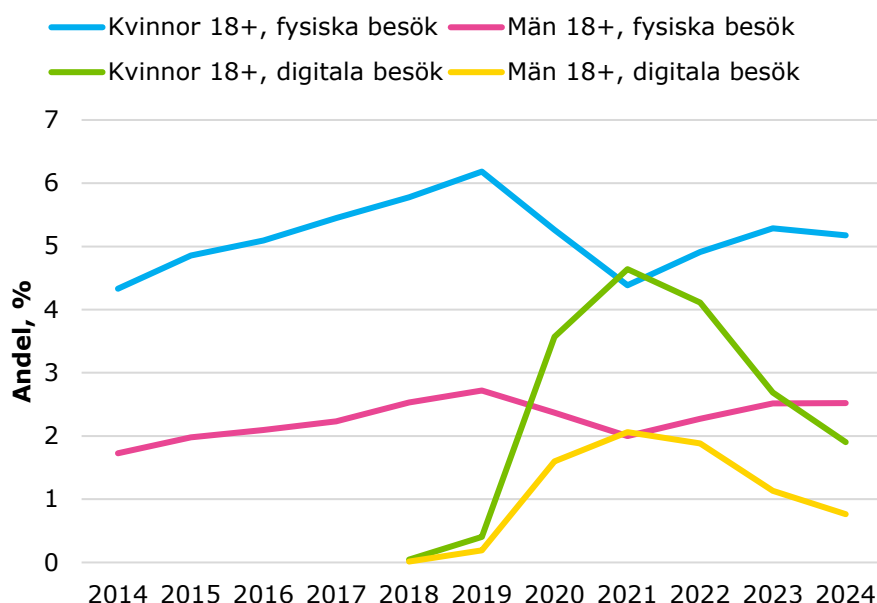
Figur 4 visar andelen män i olika åldersgrupper med besök hos psykosocialt team mellan åren 2014–2024. För män i åldrarna 18–24 och

25–44 ses en ökning av andelen med besök under 2020 och en minskning 2022–2024.



Figur 4. Andel män över 18 år i Stockholms län som haft minst ett besök till psykosocialt team inom Region Stockholms avtal år 2014–2024.

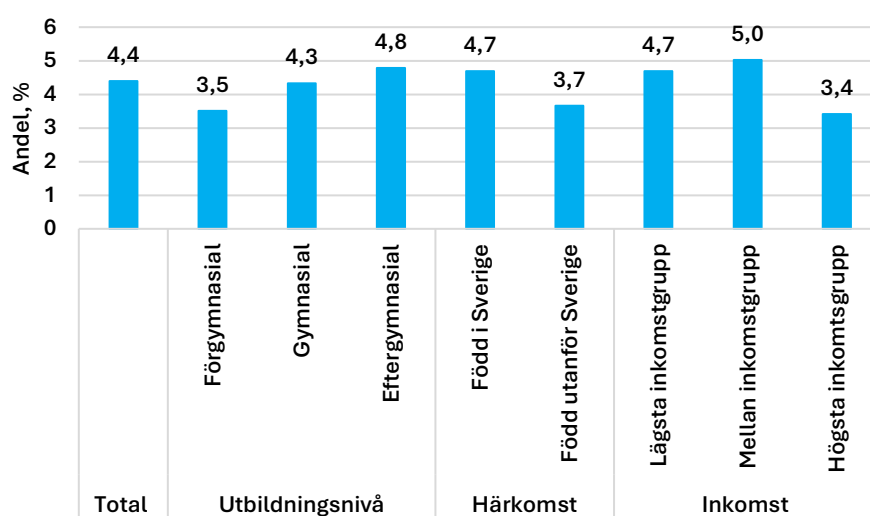
Figur 5 visar andelen personer med fysiska respektive digitala besök över tid. Minskningen av besök under åren 2022–2024 skedde för digitala besök och inte fysiska besök.



Figur 5. Andel personer över 18 år i Stockholms län som haft minst ett besök till psykosocialt team inom Region Stockholms avtal år 2014–2024. Redovisat separat för fysiska och digitala besök.

Lågutbildade, individer födda utanför Sverige och individer med hög inkomst var underrepresenterade

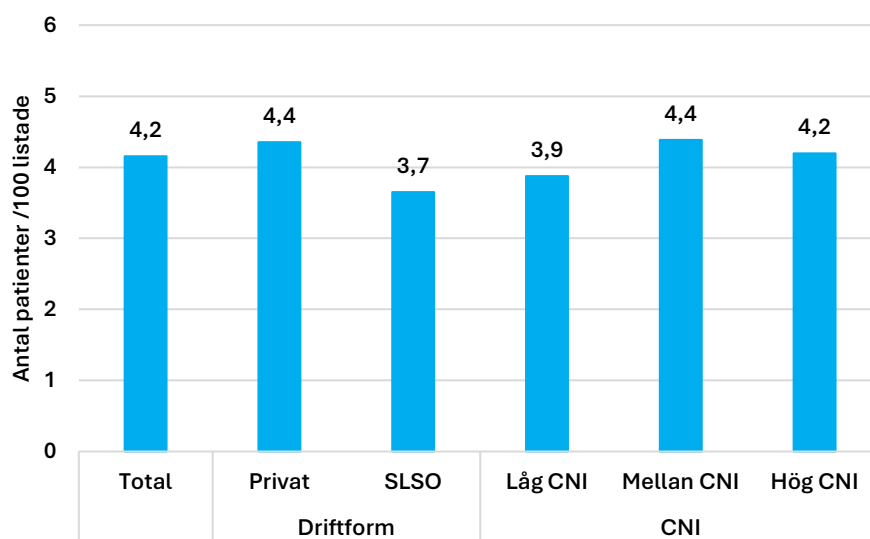
Figur 6 visar att andelen som hade minst ett besök till psykosocialt team var lägst bland invånare med enbart förgymnasial utbildning, följt av invånare med gymnasial utbildning. Högst andel återfanns hos invånare med eftergymnasial utbildning. En högre andel inrikes födda jämfört med utrikesfödda hade besökt ett psykosocialt team. När det gäller inkomst var andelen högst bland invånare i gruppen medelhög inkomst, följt av den lägsta inkomstgruppen. Invånare i gruppen med högst inkomst hade lägst andel besök.



Figur 6. Andel invånare med minst ett besök till psykosocialt team inom vårdcentralsverksamhet under 2024 uppdelat på utbildningsnivå, härkomst och inkomstnivå. I totalen ingår även individer utan uppgifter om utbildning, härkomst eller inkomst.

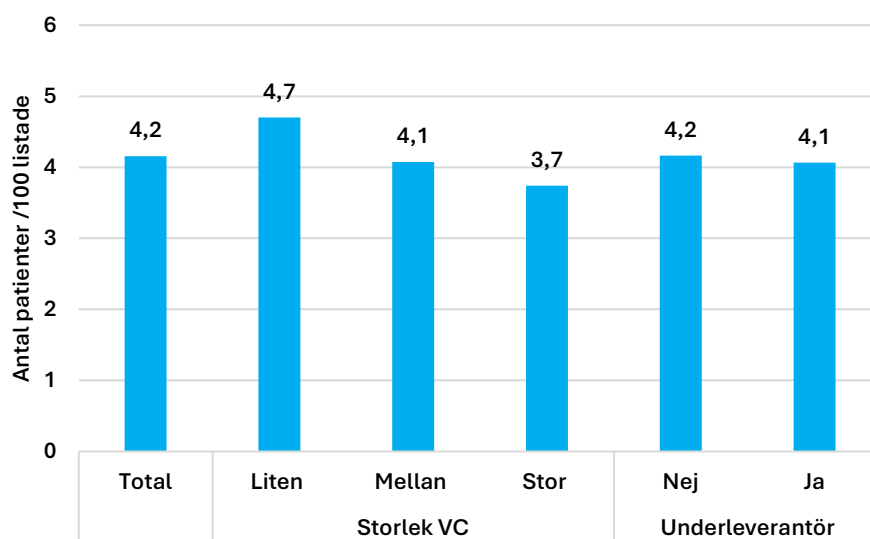
Privata vårdgivare och små vårdcentraler ger fler besök per 100 listade

Figur 7 visar att 4,4 patienter per 100 listade invånare hade minst ett besök till ett psykosocialt team hos privata vårdgivare, jämfört med 3,7 patienter vid vårdcentraler som drevs av SLSO. Hos vårdcentraler med mellanhögt Care Need Index (CNI) hade 4,4 patienter per 100 listade invånare haft minst ett besök hos ett psykosocialt team jämfört med 4,2 patienter vid vårdcentraler med högt CNI och 3,9 patienter vid vårdcentraler med lågt CNI.



Figur 7. Antal patienter som haft minst ett besök hos psykosocialt team per 100 listade under 2024 totalt i regionen, uppdelat på privata vårdcentraler och vårdcentraler som drevs av SLSO, samt uppdelat mellan vårdcentraler utifrån nivå på CNI.

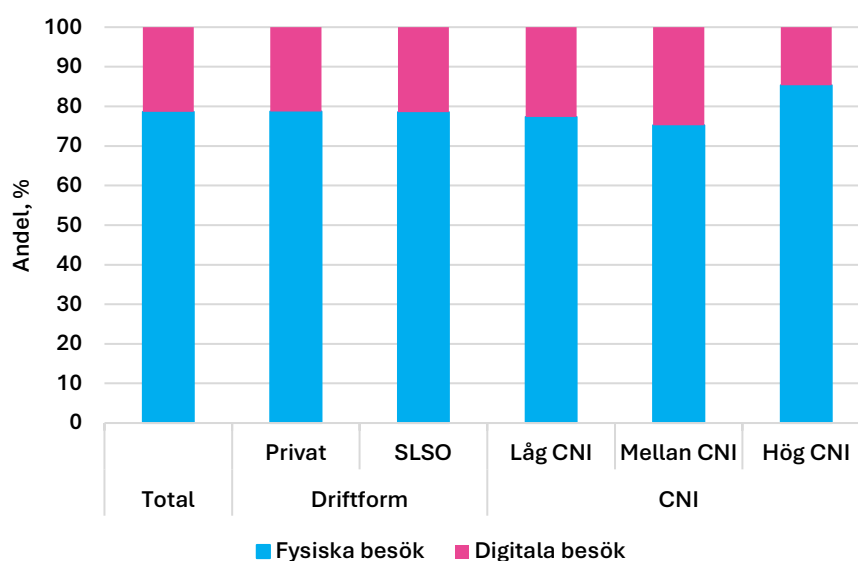
Figur 8 visar att antalet patienter som haft minst ett besök hos psykosocialt team i förhållande till 100 listade invånare var störst inom små vårdcentraler där andelen var 4,7 patienter, följt av mellanstora vårdcentraler med 4,1 patienter och stora vårdcentraler med 3,7 patienter per 100 listade. Privata vårdgivare har i genomsnitt 10 663 listade invånare på sina vårdcentraler jämfört med 15 664 listade vid vårdcentraler som drivs av SLSO. När vi delar upp undersökningen på driftsform ger både privata och SLSO-vårdcentraler som är små fler besök per antal listade än större vårdcentraler, men mönstret är tydligare hos de privata än inom SLSO. Det var ingen stor skillnad i antalet patienter per 100 listade mellan vårdcentraler med och utan underleverantör.



Figur 8. Antal patienter som haft minst ett besök hos psykosocialt team per 100 listade under 2024 totalt i regionen, uppdelat på vårdcentraler med olika storlek beräknat utifrån antalet listade patienter, samt bland vårdcentraler som använder underleverantör eller inte.

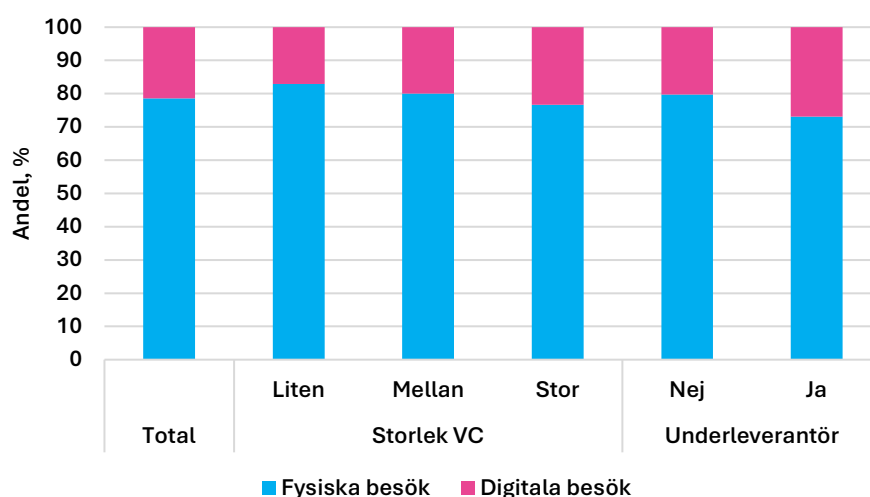
Fysiska besök är vanligare än digitala

Figur 9 visar att majoriteten av alla besök till psykosocialt team, 78,6 procent, är fysiska besök och att det inte finns någon nämnvärd skillnad i andelen fysiska respektive digitala besök mellan privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av SLSO. På mottagningar med högt CNI var andelen fysiska besök 85,4 procent, jämfört med 75,2 procent på mottagningar med mellannivå av CNI och 77,4 procent på mottagningar med låg nivå av CNI.



Figur 9 Andel fysiska och digitala besök till psykosocialt team år 2024, totalt i regionen, uppdelat på privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av SLSO, samt uppdelat i tre lika stora grupper utifrån nivå på CNI.

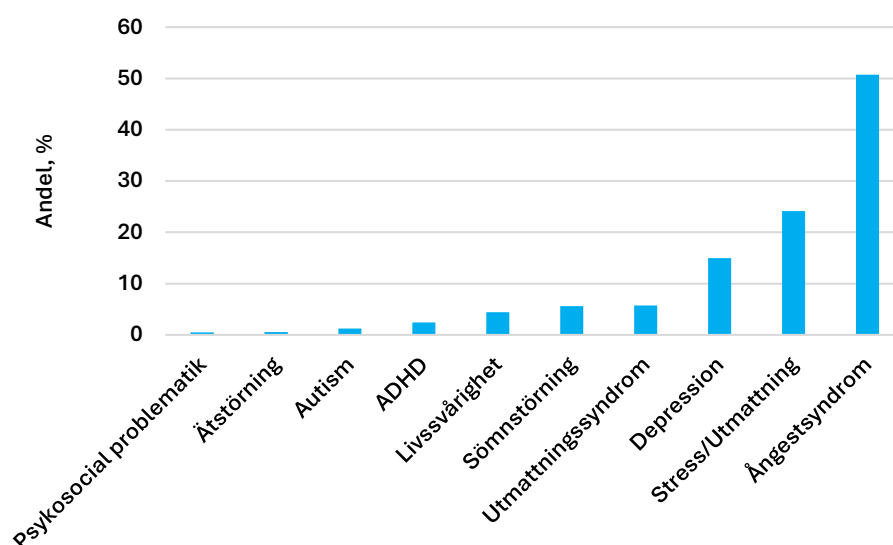
Figur 10 visar att andelen fysiska besök är störst inom små vårdcentraler, där 82,9 procent av alla besök var fysiska, och minst inom stora vårdcentraler, där 76,7 procent av alla besök var fysiska. Vid medelstora vårdcentraler var 80,0 procent av alla besök fysiska. Vårdcentraler som använde underleverantör hade en lägre andel fysiska besök, 73,1 procent, jämfört med de vårdcentraler som inte använde underleverantör vars andel fysiska besök var 79,7 procent.



Figur 10. Andel fysiska och digitala besök till psykosocialt team år 2024, totalt i regionen, uppdelat på vårdcentraler med olika storlek beräknat utifrån antalet listade patienter, samt bland vårdcentraler som använder underleverantör eller inte.

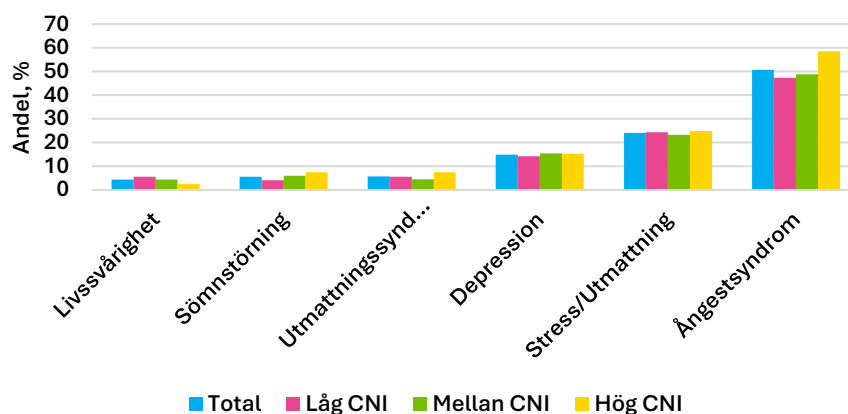
Ångestsyndrom är den vanligaste diagnosgruppen

Ångestsyndrom är den vanligast förekommande diagnosgruppen bland patienter med besök inom psykosocialt team, följt av stress- och utmattningsdiagnoser. Den tredje vanligaste diagnosen är depression. Om en patient bedöms uppfylla mer än en diagnos kan flera diagnoser ställas vid besöket. Vid 50,7 procent av alla besök till psykosocialt team har patienten fått en registrerad ångestdiagnos. Vid så gott som samtliga besök, 97,3 procent, fanns någon diagnos registrerad.



Figur 11. Andel besök till psykosocialt team under 2024 där en viss diagnoskod har registrerats.

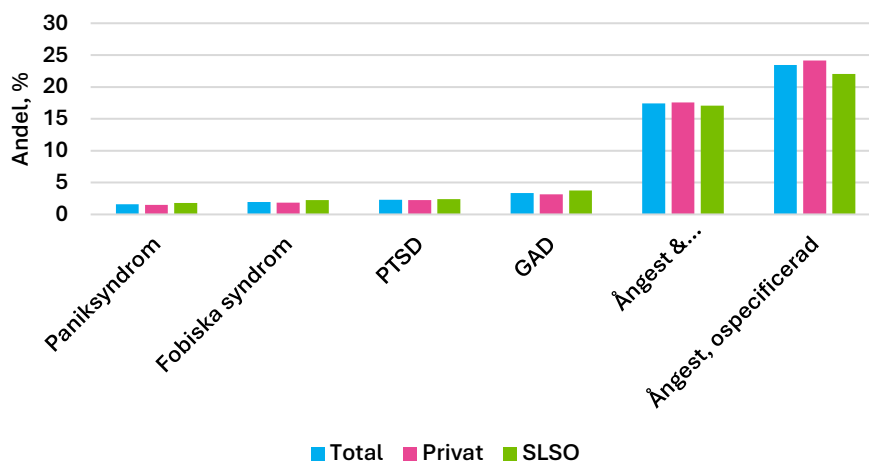
Figur 12 visar att ångestsyndrom är mer vanligt förekommande vid besök till psykosocialt team på vårdcentraler med högt CNI (58,6 procent av besöken har en registrerad ångestdiagnos) än bland vårdcentraler med lågt CNI och mellannivå av CNI (47,4 respektive 48,9 procent). Det finns inga tydliga skillnader i andelen diagnoskoder som registreras utifrån vårdcentralernas driftform, storlek eller användning av underleverantörer.



Figur 12. Andel besök till psykosocialt team under 2024 där en viss diagnos har registrerats, uppdelat i tre lika stora grupper utifrån vårdcentralens CNI-nivå.

Av samtliga ångestdiagnoser är ospecificerat ångestsyndrom den vanligast förekommande diagnoskoden och registreras vid 23,4 procent av alla besök. Blandade depressions- och ångesttillstånd är den näst vanligaste diagnoskoden och registreras vid 17,4 procent av besöken. Figur 13 visar att vid ungefär lika stor andel av besöken är ångestsyndrom

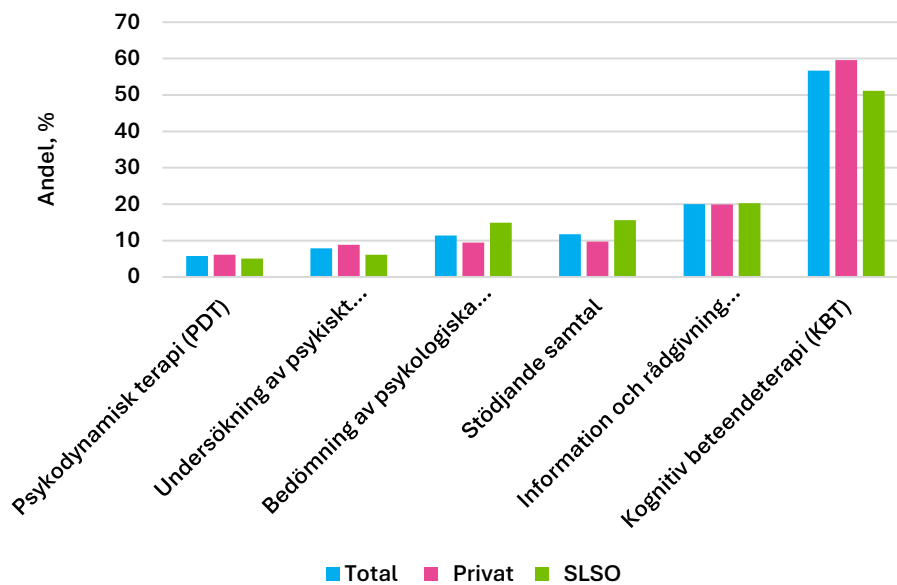
registrerat, oavsett om vårdcentralen drivs av SLSO eller i privat regi. Det finns inga tydliga skillnader i andelen diagnoskoder som används med avseende på vårdcentralernas storlek, CNI-nivå eller användning av underleverantör.



Figur 13. Andel besök till psykosocialt team under 2024 med en viss ångestdiagnos registrerad, uppdelat på privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av SLSO.

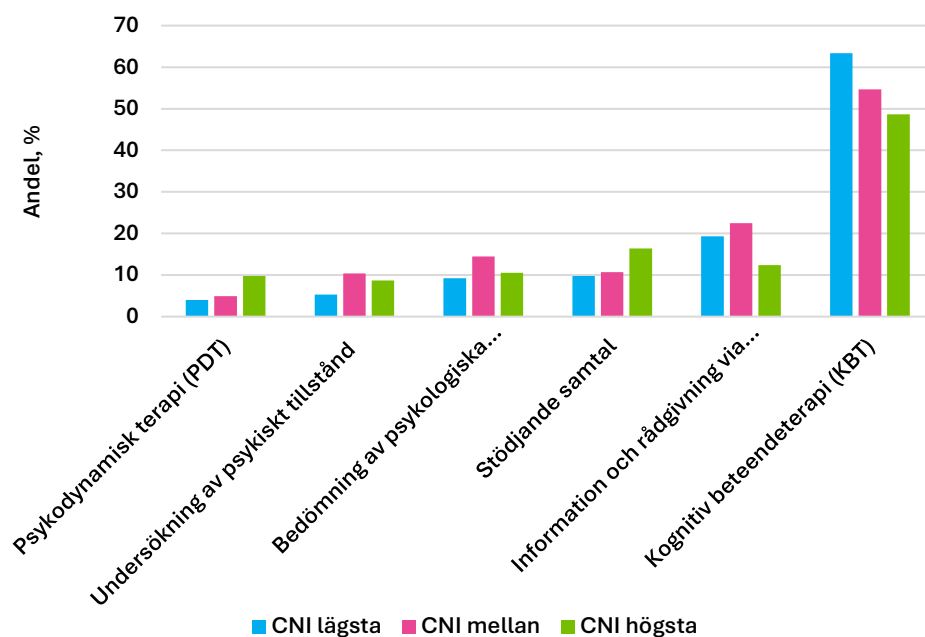
Kognitiv beteendeterapi är den mest använda åtgärds-koden vid besök

Figur 14 visar att kognitiv beteendeterapi (KBT) var den mest frekvent registrerade åtgärds-koden vid besök till psykosociala team under 2024. Drygt 50 procent av alla besök hade denna kod registrerad under 2024. Vid så gott som samtliga besök, 96,4 procent, fanns någon åtgärds-kod registrerad. Privata vårdcentraler använde KBT-koden i något högre utsträckning än vårdcentraler som drivs av SLSO, där privata vårdgivare angav KBT vid 59,6 procent av alla besök jämfört med 51,1 procent för vårdcentraler som drivs av SLSO. Förutom KBT var information och rådgivning med patient via videolänk, stödjande samtal och klinisk bedömning av psykologiska funktioner de vanligast registrerade åtgärds-koderna.



Figur 14. Andel besök till psykosocialt team där en viss åtgärds kod har registrerats under 2024, uppdelat på privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av SLSO.

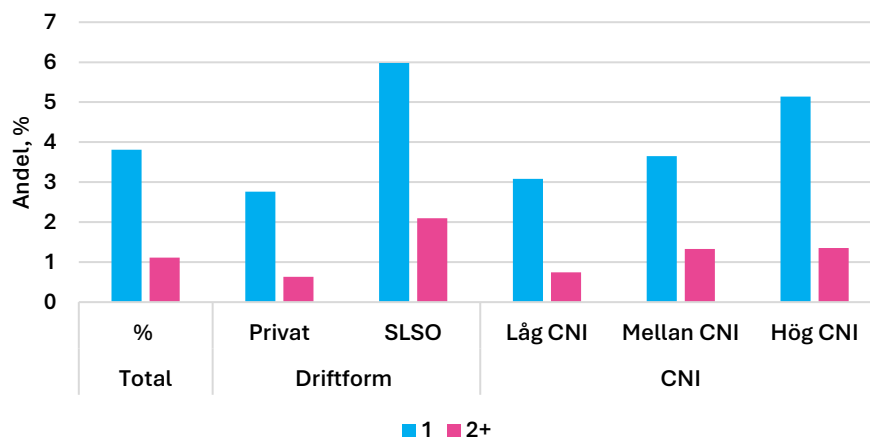
Figur 15 visar att andelen KBT-registreringar var högst inom vårdcentraler med lågt CNI, 63,4 procent, jämfört med 54,7 procent inom mottagningar med mellannivå av CNI och 48,7 procent inom vårdcentraler med högt CNI. Figur 14 visar också att vårdcentraler med högt CNI i högre utsträckning använde koderna stödjande samtal och psykodynamisk terapi än mottagningarna med lägre CNI.



Figur 15. Andel besök till psykosocialt team där en viss åtgärds kod har registrerats under 2024, uppdelat på tre lika stora grupper baserat på vårdcentralernas CNI.

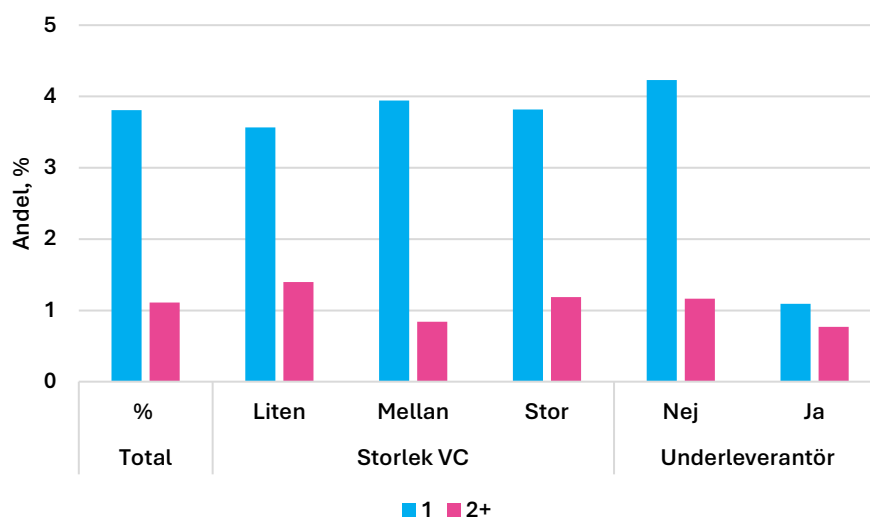
Åtgärds koden för skattningar av psykiska besvär används sällan

Figur 16 visar att vårdcentraler som drivs av SLSO hade den högsta andelen patienter där det registrerats att en eller flera skattningar av psykiska besvär har genomförts. Inom SLSO hade 5,98 procent av patienterna en registrerad skattning och 2,10 procent fler än två registrerade skattningar. Vid privata vårdcentraler hade 2,76 procent en registrerad skattning och 0,63 procent två eller fler. Vårdcentraler med högt CNI hade en större andel patienter med en registrerad skattning jämfört med vårdcentraler med lägre CNI. Vårdcentraler med lågt CNI hade den minsta andelen registrerade skattningar, både avseende en och flera skattningar.



Figur 16. Andel patienter under 2024 där det är registrerat att ett eller flera skattningstillfällen av psykiska besvär (KVÅ AU011) har skett, uppdelat på privata vårdcentraler och vårdcentraler som drivs av SLSO, samt uppdelat på tre lika stora grupper utifrån CNI.

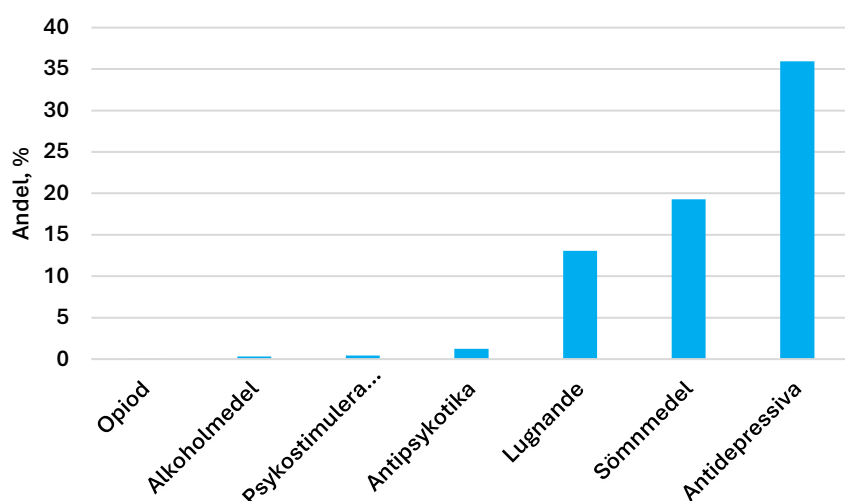
Figur 17 visar att andelen patienter med en registrerad skattning var förhållandevis likvärdig mellan små, mellan och stora vårdcentraler. Andelen två eller fler registrerade skattningar var något lägre hos de mellanstora än hos de små och stora vårdcentralerna. Andelen patienter med ett registrerat skattningstillfälle var markant högre hos mottagningar som inte använde underleverantör, 4,3 procent, jämfört med 1,1 procent hos de som använde underleverantör.



Figur 17. Andel patienter under 2024 där det är registrerat att ett eller flera skattningsstillfällen av psykiska besvär (KVÅ AU011) har skett, uppdelat på vårdcentraler med olika storlek beräknat utifrån antalet listade patienter, samt bland vårdcentraler som använder underleverantör eller inte.

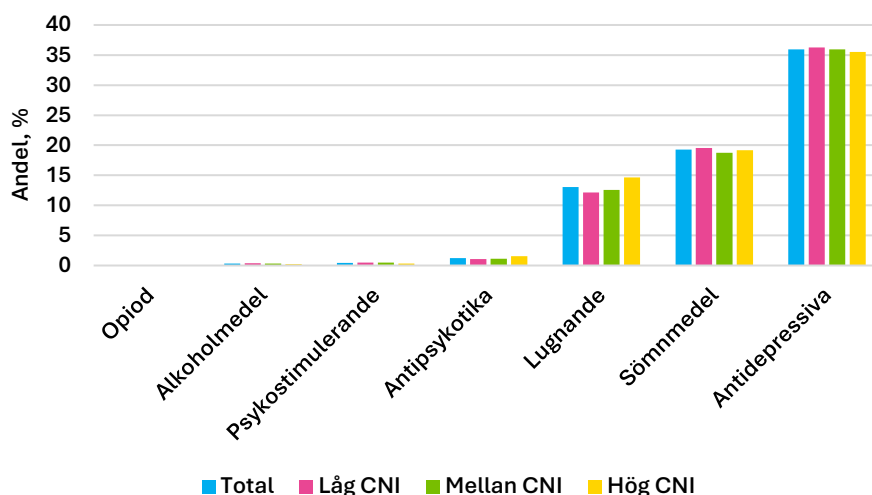
Mer än en tredjedel av patienterna som besökt psykosocialt team har antidepressiva läkemedel förskrivet via vårdcentral

Bland patienter som haft minst ett besök hos psykosocialt team under 2024 hade 36 procent fått antidepressiva läkemedel förskrivet på vårdcentral, se figur 18. Den näst vanligaste läkemedelskategorin var sömnmedel, vilket förskrevs till drygt 19 procent, följt av lugnande medel som gavs till 13 procent av patienterna.



Figur 18. Andel patienter som besökt psykosocialt team under 2024 och någon gång under samma år fått psykofarmaka förskrivet på vårdcentral.

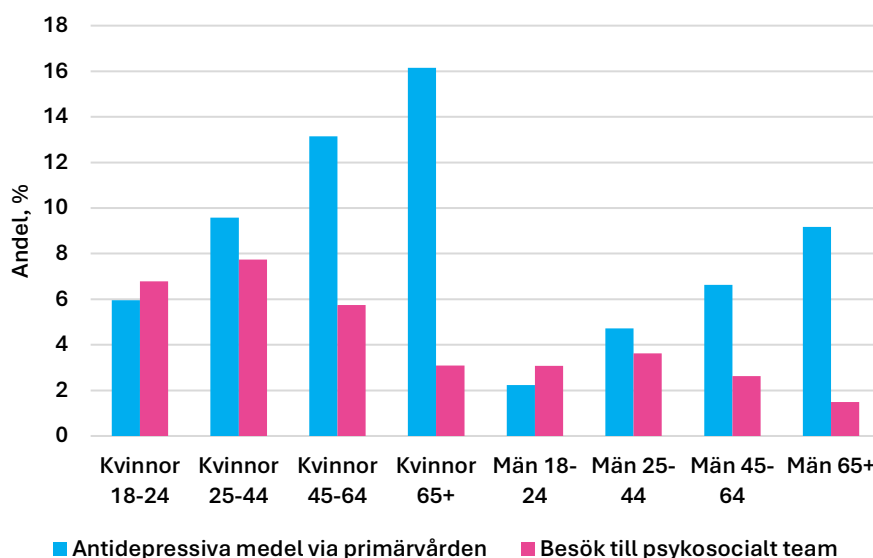
Överlag skilde sig förskrivningen av läkemedel inte mellan vårdcentralerna med avseende på driftform, storlek, CNI eller om de har underleverantör eller inte. Figur 19 visar på små skillnader i förskrivningen av lugnande läkemedel där vårdcentraler med högt CNI skrev ut drygt två procentenheter mer lugnande läkemedel jämfört med vårdcentraler med lägre CNI.



Figur 19. Andelen patienter som besökt psykosocialt team under 2024 och någon gång under samma år fått psykofarmaka förskrivet på vårdcentral, uppdelat på tre lika stora grupper baserat på CNI.

Antidepressiv medicinering dominerar hos äldre

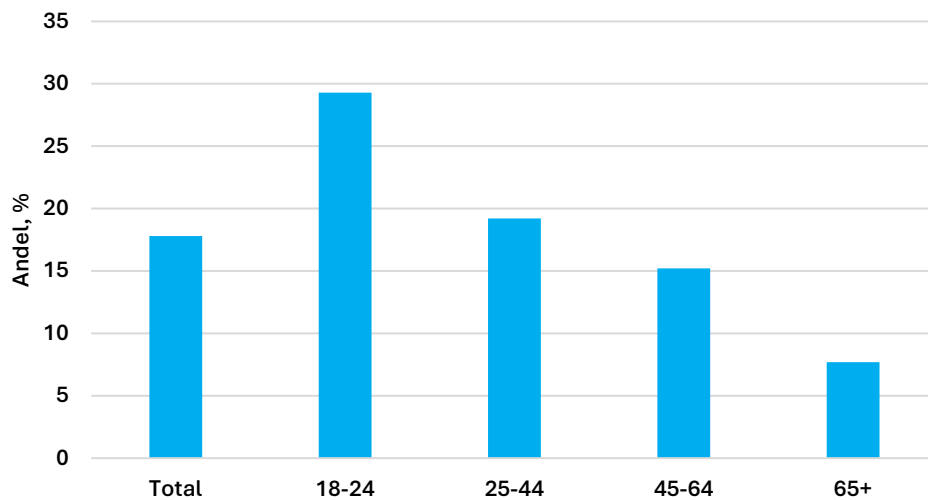
Figur 20 visar att äldre patienter i högre utsträckning har antidepressiva läkemedel förskrivna via vårdcentral och i lägre utsträckning har en kontakt inom ett psykosocialt team. Trenden att förskrivning av antidepressiv medicinering ökar och besök till det psykosociala teamet minskar ses redan i åldersgruppen 45–64 år och är som tydligast bland patienter 65 år och äldre.



Figur 20. Andel antidepressiv medicinering via primärvården respektive besök till psykosocialt team under 2024, uppdelat på kvinnor och män och olika åldersgrupper.

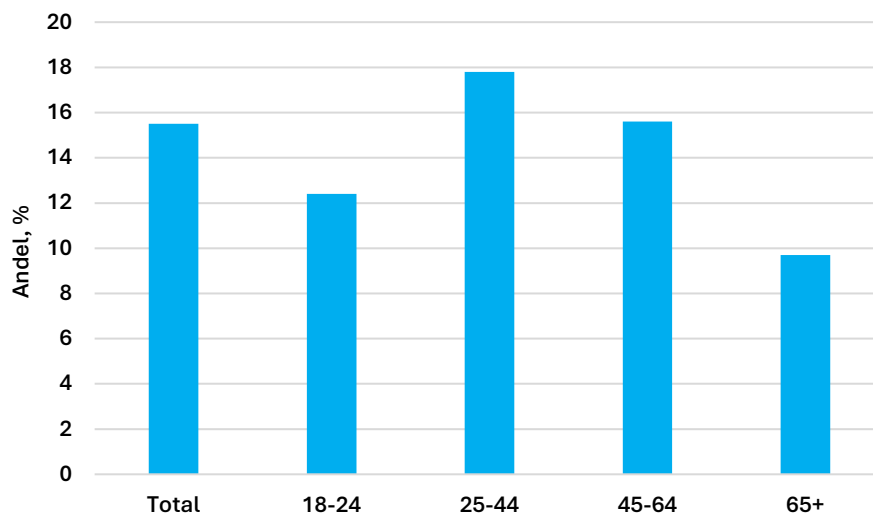
Åldersskillnader i patientflöden mellan psykosocialt team och specialistpsykiatri

Under 2023 hade 53 251 personer som var bosatta i Stockholms län (förutom Norrtälje) ett fysiskt eller digitalt nybesök till psykosocialt team inom vårdcentralsuppdraget och 17,8 procent av dessa hade minst ett besök inom vuxenpsykiatri inom ett år efter besöket på vårdcentralen. Figur 21 visar att en tredjedel av alla 18–24-åringar som hade ett nybesök till psykosocialt team hade kontakt med specialistpsykiatri inom ett år efter besöket på vårdcentralen, medan motsvarande andel bland personer i åldern 65+ var 7,7 procent.



Figur 21. Andel med minst ett besök till specialistpsykiatri upp till ett år efter nybesök år 2023 inom psykosocialt team, totalt och uppdelat på åldersgrupper.

Av alla patienter med ett nybesök inom specialistpsykiatri 2023 hade 15,5 procent kontakt med psykosocialt team i primärvården inom ett år efter besöket hos specialistpsykiatri (2023/2024). Figur 22 visar att den lägsta andelen utgjordes av personer äldre än 65 år där 9,7 procent hade minst ett besök hos ett psykosocialt team inom ett år, medan den högsta andelen fanns bland personer i åldrarna 25–44 år, där 17,8 procent hade besök hos ett psykosocialt team inom ett år efter nybesöket inom specialistpsykiatri.



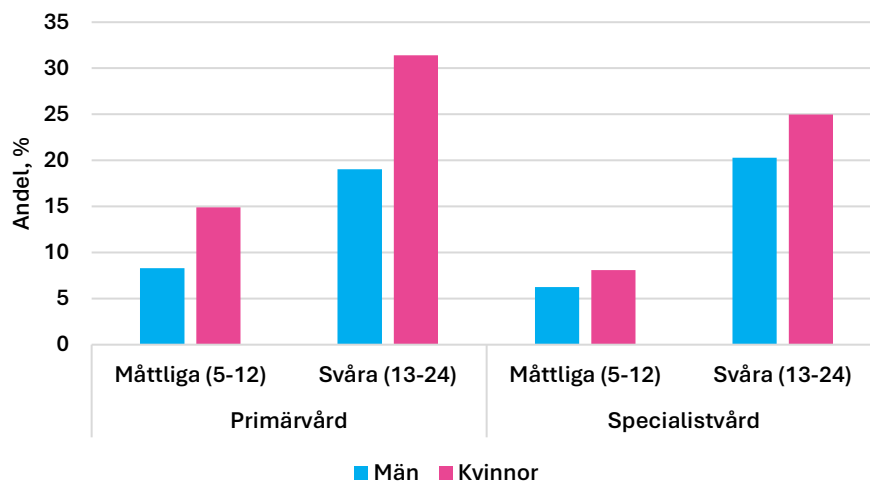
Figur 22. Andel med minst ett besök hos ett psykosocialt team upp till ett år efter nybesök år 2023 inom specialistpsykiatri, totalt och uppdelat på åldersgrupper.

Enkät- och registerdata

Individer med svåra psykiska besvär kommer till vårdcentralen

Totalt besvarade 23 066 personer 16 år eller äldre enkäten år 2021, varav 12 418 var kvinnor och 10 648 antal var män. Av dessa undersöktes 15 943 antal personer, 8625 kvinnor och 7318 män, i åldrarna 18–64 år utifrån psykiatrisk vårdanvändning inom primärvård eller specialistvård sex månader efter att de deltagit i enkätundersökningen.

Figur 23 visar att av de män som har rapporterat måttliga psykiska besvär hade 8,3 procent kontakt med vårdcentral för sin psykiska ohälsa inom sex månader efter att undersökningen genomfördes. Bland kvinnor var motsvarande andel cirka 14,9 procent. Bland kvinnor som skattat svåra psykiska besvär fick 31,4 procent vård inom primärvård ett halvår efter skattningen och 25 procent fick vård inom specialistvård. Hos männen som skattat svåra psykiska besvär fick 19 procent vård inom primärvården och 20,3 procent inom specialistvården.



Figur 23. Män respektive kvinnor i åldrarna 18–64 år som har självskattat måttliga respektive svåra psykiska besvär år 2021, uppdelat på andelen av dessa som har fått vård inom primärvård respektive specialistvård.

Intervjudata

Variation i bemanning och kompetens mellan vårdcentraler

Det finns en stor variation i bemanningen inom de psykosociala teamen, från en enskild samtalsbehandlare för hela vårdcentralen, till flera samtalsbehandlare, sjuksköterskor och läkare som arbetar specifikt med psykosociala patienter. Bland de intervjuade framkom att det inom teamen finns minst en psykolog, psykoterapeut eller kurator. Hos underleverantörerna är majoriteten av behandlarna psykologer och psykoterapeuter, men även andra hälso- och sjukvårdslegitimerade professioner med steg 1-utbildning förekommer.

Även anställningsgraden varierar, från mottagningar som enbart har en psykolog anställd på 10 procent till mottagningar med flera heltidstjänster och professioner i teamet. Eftersom inte alla mottagningar har intervjuats är det svårt att dra generella slutsatser, men utifrån urvalet framkommer att bemanningen delvis påverkas av vårdcentralens storlek och patienternas behov. Generellt verkar det som att mindre vårdcentraler har en otydligare ansvarsfördelning vad gäller vilka som ingår i det psykosociala teamet än större vårdcentraler.

I stort sett alla vårdcentraler, och samtliga underleverantörer, har tillgång till handledning, antingen externt eller internt på mottagningen.

Frekvensen av handledning varierar från cirka två tillfällen i månaden till ett par gånger per termin.

Diskrepans mellan tillgång och användning av kunskapsstöd

Vad gäller fortbildningsmöjligheter uppger flertalet informanter att de har tagit del av utbildningar som Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) tillhandahåller, däribland Step-up. Det framkommer också att privata vårdbolag ofta erhåller interna utbildningar om psykisk hälsa som informanter använder i sin kliniska vardag. Enligt informanterna är det framför allt Viss.nu som används som kunskapsstöd.

Bland underleverantörerna framkommer att personalen hos en av de tre intervjuade företagen har tagit del av de grundläggande Step-up utbildningarna. Informanterna från de andra två underleverantörerna beskriver att de inte har kännedom om dessa.

Välfungerande samarbete med läkare och sjuksköterskor

Samtliga informanter beskriver att de har tillgång till läkare i det psykosociala arbetet. De flesta har ingen specifik läkare kopplad till teamet utan samarbetar med vårdcentralernas läkare. Ett par informanter beskriver emellertid att deras team består av läkare med ett uttalat ansvar för de psykosociala patienterna. Samtliga informanter beskriver ett välfungerande samarbete med läkarna, med god möjlighet att diskutera patientärenden.

Även informanterna från underleverantörerna beskriver en generellt välfungerande samverkan med främst den remitterande läkaren på vårdcentralen, primärt via meddelandefunktionen i journalsystemet TakeCare. Det beskrivs dock vara en utmaning att få tag på varandra via telefon.

Ett fåtal vårdcentraler har sjuksköterskor som jobbar specifikt med psykisk hälsa i form av stödsamtal, motiverande samtal och krisstöd, medan andra har sjuksköterskor kopplade till teamet med huvudsaklig uppgift att triagera patienter. Sjuksköterskans roll beskrivs av informanterna som viktig för den initiala bedömningen och hänvisningen av patienter. På en del vårdcentraler har sjuksköterskan även en samordnande roll inom teamet som syftar till att stärka det interprofessionella arbetet. Andra sjuksköterskespecifika uppgifter som framkommer är ansvar för underlag för remiss till NPF-utredning, exempelvis att patienterna fyller i relevanta skattningsskalor, samt SSRI-uppföljning.

Likartade insatser men varierande praxis i dokumentation och uppföljning

Vårdcentralerna skiljer sig åt i hur patienter får kontakt med det psykosociala teamet. På vissa vårdcentraler gör läkaren den initiala bedömningen och remitterar vid behov vidare, medan andra låter patienter triageras direkt till det psykosociala teamet, oftast av en sjuksköterska. Till underleverantörerna kommer patienterna alltid på remiss via läkare. Innehållet i den initiala bedömningen varierar. En del vårdcentraler använder ett baspaket av standardiserade skattningsskalor som patienterna fyller i före besöket, medan andra saknar gemensamma rutiner.

Samtliga informanter uppger att bedömningar alltid omfattar anamnestagning och vid behov, fördjupad kartläggning av problemområdet. För suicidriskbedömning används standardiserade intervjuer rutinmässigt. Skattningsformulär för psykisk ohälsa, såsom GAD-7, PHQ-9 och MADRS, nämns ofta som stöd vid bedömning av depression, ångest, livskvalitet och levnadsvanor. Samtidigt framkommer att det i stor utsträckning är upp till den enskilda behandlaren att avgöra om och vilka instrument som används. Detta bidrar till variation både inom och mellan psykosociala team vad gäller användning av formulär, KVÅ-kodning och bedömningsrutiner. Flertalet informanter från både vårdcentraler och underleverantörer vittnar om att åtgärds-koder för exempelvis skattningsskalor och suicidriskbedömningar inte alltid registreras på grund av tidsbrist, att de glöms bort eller för att det saknas tydliga riktlinjer kring hur de ska användas.

KBT genomsyrar insatserna som erbjuds

Samtliga informanter uppger att deras vårdcentral erbjuder psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT). Vid flera vårdcentraler finns även möjlighet till gruppbehandlingar, exempelvis föreläsningsserier om stress, sömn, depression och ångest samt internet-KBT. Utöver KBT tillhandahålls även psykologisk rådgivning, stödsamtal, krisstöd och rehabiliteringskoordination. Även underleverantörerna beskriver att de främst erbjuder KBT, psykoedukation och stödjande samtal. Samtliga intervjuade uppger att deras vårdcentraler erbjuder både digitala och fysiska besök utifrån patientens preferenser. Flera informanter beskriver att KBT-behandlingarna i primärvården anpassas utifrån verksamhetens förutsättningar. Detta kan innebära att behandlingarna använder utvalda tekniker från olika behandlingsmanualer, fokuserar på funktion och symtom, arbetar med att ge patienter konkreta verktyg och strategier, samt genomför ett färre antal behandlingstillfällen än vid traditionell KBT:

”Och sedan är det väl en hel del patienter som kanske inte bedöms behöva en hel [...] fullgod evidensbaserad psykologisk behandling och då blir det ofta mer kanske tre till fem samtal.” (Informant, vårdcentral)

Vid behov, exempelvis när patienter behöver behandling för traumarelaterade besvär, följs behandlingsmanualer mer troget. Informanterna uppger att KBT-behandling enbart ges av personal med relevant KBT-utbildning. En av informanterna uppger att deras vårdcentral även erbjuder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) och affektfokuserad terapi och en underleverantör berättar att de erbjuder psykodynamisk terapi. Övriga informanter beskriver att KBT är den enda form av psykologisk behandling som erbjuds.

Socioekonomiska aspekter påverkar tillgång till, och behov av, psykosociala insatser

Flertalet informanter som arbetar i socioekonomiskt utsatta områden framhåller hur dessa faktorer påverkar vårdinsatserna som ges samt efterfrågan av psykosocialt stöd. Trots att vårdbehovet i dessa områden generellt är högt framhålls bristande kunskap om det svenska sjukvårdssystemet och om möjligheten till psykosocialt stöd som en utmaning för att nå patienter, som därmed riskerar att falla mellan stolarna. Vidare betonar informanterna vikten att anpassa kompetensen och resurserna inom det psykosociala teamet efter patientgruppens behov, för att i högre grad kunna möta de utmaningar som kännetecknar dessa områden:

”I det här området så är det ju många med [...] utmaningar socioekonomiskt [...]. Så att ofta så handlar det inte bara om att man har en, en nedstämdhet till exempel utan det är ofta en mera komplex situation kring bostad, kring ekonomi, kring... uppehållstillstånd. Ja, men liksom alla de här grejerna så det är inte bara ren samtalsbehandling.” (Informant, vårdcentral)

Diagnossättning är viktigt men inte avgörande för insats

Både informanterna från vårdcentralerna och underleverantörerna beskriver en övergripande strävan efter att ställa psykiatriska diagnoser. Ospecifika diagnoser uppges ofta användas i ett tidigt skede av bedömningen på vårdcentralerna, särskilt när den kliniska symtombilden ännu inte är tydligt fastställd. Det framkommer att dessa diagnoser relativt ofta omvärderas och preciseras i samband med en fördjupad bedömning. Även subkliniska besvär tenderar enligt informanterna på både

vårdcentralerna och hos underleverantörerna att kodalas som ospecifika tillstånd.

”Ibland är det ju inte alltid det på den här nivån heller, att man fyller tydlig (diagnos), och då blir det kanske någon mer, blandat ångest och depressionstillstånd kan det bli, om det känns att det inte riktigt är uppfyllt.”
(Informant, underleverantör)

Flera av de intervjuade betonar att diagnossättning har en viktig funktion, både för att underlätta patientens förståelse för sitt mående och för att vägleda val av lämpliga insatser. Samtidigt framhålls att psykosociala stödinsatser, psykoedukation eller KBT kan vara av stor betydelse även för patienter med subkliniska besvär.

”...[du] kanske känner sig lite nedstämd men du har inte hunnit utveckla [...] en klinisk depression till exempel, men då hinner vi kanske möta det här [...] och ge personen instrument och verktyg [...] att inte hamna i en depression, utan att man faktiskt får verktyg tidigt.”
(Informant, vårdcentral)

Variation i synen på vad som är KBT

Informanterna beskriver skilda uppfattningar avseende användningen av KVÅ-koden för KBT och när den bör tillämpas. Vissa uppger att de registrerar koden när behandlingen innehåller inslag av KBT, även om den är anpassad till primärvårdens förutsättningar, exempelvis genom kortare behandlingstid. För dessa informanter motiveras registreringen med att behandlingen har ”KBT i botten” och att den omfattar flera KBT-komponenter utöver enbart stödjande samtal.

Andra beskriver en mer restriktiv hållning till användningen av KBT-koden. De menar att det sällan är möjligt att genomföra en fullvärdig KBT-behandling inom primärvården, främst på grund av begränsat antal besökstillfällen. I dessa fall används i stället andra åtgärds-koder, såsom psykoedukation eller stödsamtal, för att bättre spegla insatsens omfattning och innehåll.

”Enligt mig är det [...] helt omöjligt att utföra strikt KBT-behandling på bara ett besök. Det är helt omöjligt att alla andra vårdcentraler skulle kunna ha genomfört en strikt KBT-behandling i så hög utsträckning som de påstår, om den där kodsättningen stämmer.”
(Informant, vårdcentral)

Utvärdering med fokus på individ snarare än organisation

Informanterna beskriver en övergripande strävan att utvärdera insatserna tillsammans med patienten efter avslutad behandling. Ett par vårdcentraler och en underleverantör uppger att de använder enkäter där patienterna får svara på frågor om sin upplevelse av vården. Så gott som samtliga vårdcentraler, samt två av tre underleverantörer, uppger att de i samtal med patienten utvärderar och sammanfattar insatserna, exempelvis genom samtal om patientens upplevelser och upprättande av en vidmakthållande plan, vilket journalförs. Flera informanter lyfter samtidigt svårigheten att få till ett avslutande och utvärderande samtal, bland annat på grund av att patienter avslutar kontakten tidigare än planerat.

En del av informanterna beskriver att de rutinmässigt använder skattningar som patienten får fylla i före och efter avslutad behandling för att utvärdera vårdens effekter. Hos underleverantörerna används skattningsskalorna framför allt vid tydlig psykopatologi. Samtidigt framkommer det att detta arbetssätt inte tillämpas av alla vårdcentraler. Det uppges även att rutiner för utvärdering kan variera mellan olika behandlare inom samma team. Flera informanter uttrycker en önskan om att utveckla ett mer systematiskt och enhetligt arbetssätt för uppföljning och utvärdering inom teamen.

”Alltså det är ju också någonting vi har pratat om att göra lite mer tydligt vad man ska säga, för nu är det också upp till den enskilda psykologen att lämna ut samma skattningsformulär som i början till exempel, och följa upp det själv.” (Informant, vårdcentral)

Trots att två av underleverantörerna gör någon form av utvärdering råder det viss oenighet om vem som bär utvärderingsansvaret när underleverantörer är inblandade. En informant från en underleverantör framhåller att det borde åligga vårdcentralerna att utvärdera vården som ges:

”... när man har avslutat remissen så [...] menar ju vi att det ansvaret [att utvärdera vården] ligger [...] på våran kund liksom att göra en bedömning av behandlingsresultatet för det är ju egentligen [...] inte vår patient, vi lånar patienten från, från vår kund. Ja det är liksom huvud..., vårdansvaret ligger ju hos [...] vårdgivaren [vårdcentralen].” (Informant, underleverantör).

Informanterna beskriver att användningen av före- och efterskattningar även varierar beroende på behandlingens utformning. Vid modulbaserad internetbehandling (iKBT) ingår kontinuerliga utvärderingar som en del av behandlingsstrukturen, medan det vid kortare stödjande samtalskontakter upplevs svårare att genomföra motsvarande mätningar. När före- och eftermätningar används sker detta i regel tillsammans med den enskilda patienten, i syfte att ge individuell återkoppling. Informanterna betonar att dessa skattningar främst används på individnivå och inte i syfte att utvärdera insatser på mottagningsnivå.

Samverkan med psykiatrin är central men fungerar inte alltid optimalt

I intervjuerna speglas varierade upplevelser av samverkan med psykiatrin. En del vittnar om positiva upplevelser där regelbundna samverkansmöten lyfts som en viktig komponent för ett lyckat samarbete och god vård. Informanterna beskriver att gemensamma ronder och konsultationer leder till fungerande remissflöden och ömsesidig förståelse för varandras verksamheter, vilket gynnar patienterna:

”Det [konsultationstillfällen] har ju liksom varit toppen för [...] vi får förståelse för psykiatrin, de får förståelse för oss [...] och i remisserna kan man skriva då 'patient som har diskuterats på rondan' och då tar de emot den för [...] vi har liksom stämt av det innan. Vårt [...] psykiatrisamarbete har blivit jättemycket bättre och nöjda medarbetare och även patienter som liksom inte [...] bollar så.” (Informant, vårdcentral)

Andra uttrycker frustration över en bristande samverkan, där kommunikationen enbart sker via remissförfaranden och där remisser återkommande avslås. Denna frustration förekommer även hos underleverantörerna. Bristande samverkan framhålls som en central orsak till att patienter inte får adekvat vård, samt till att vårdcentralerna i vissa fall tvingas ta hand om patientgrupper som de saknar tillräcklig kompetens att behandla:

”Det blir fel om vi måste ta hand om väldigt akut sjuka patienter hos oss som faktiskt behöver psykiatrisk kompetens liksom, så det är där jag tänker att det brister. Att så här, är det bedömt att de inte ska vara hos oss då hjälper det ju inte hur mycket resurser vi skulle ha för de behöver ju ändå en annan typ av insats liksom.” (Informant, vårdcentral)

Vidare framhålls geografiskt läge och tydlighet kring vilken psykiatrisk mottagning som vårdcentralen är kopplad till som faktorer som påverkar samverkansmöjligheter:

”Alltså lite spretigt tycker jag, eftersom, och det kanske är för att vården är strukturerad på ett sätt liksom att ja, vi, till vår mottagning kommer patienter från hela Stockholm [...] så att de är liksom, det är ganska svårt att få till något så här tydligt så här, det här är vår samarbetspartner.” (Informant, vårdcentral)

Upplevelsen av samverkan med andra vårdaktörer och kommun varierar

I intervjuerna framkommer varierande erfarenheter av samverkan med kommunen. En del informanter beskriver att de sällan har behov av samverkan med kommunens tjänster, eftersom deras patienter inte är i behov av socialt stöd. Andra informanter, främst från vårdcentraler med socioekonomiskt utsatta upptagningsområden, beskriver en uppbyggd samverkanstruktur som upplevs fungera väl i form av regelbundna möten med exempelvis biståndshandläggare, socialtjänst och lotsar.

En del informanter uppger att det kan vara svårt att få tag i kommunens handläggare och att det är tidskrävande att försöka nå rätt personer för att kunna hjälpa patienterna på bästa sätt. En psykolog som arbetar på en mottagning utan kurator beskriver utmaningen i att göra arbetsuppgifter som är kopplade till patientens sociala och ekonomiska livssituation på grund av tids- och resursbrist:

”Om det är någonting som tar mest på mina krafter, under mitt arbete, så är det just den delen. Försöka få kontakt med biståndshandläggare, Försäkringskassan alltså... Vad kan det vara mer, socialtjänsten, alltså alla de här bitarna som inte kanske är typiska psykologjobbet. [...] Vi hade behövt en kurator men det finns inga möjligheter till det, eller resurser till det.”
(Informant, vårdcentral)

I intervjuerna framkommer att vårdcentralerna överlag samverkar med andra vårdaktörer, men att den huvudsakliga kontakten sker via remisser. Beroendevården lyfts som en aktör där en närmare samverkan vore önskvärt och där arbete pågår för att stärka samverkan inom vissa team.

Potentiella förbättringsområden

Bemanningskrav – balansgång mellan enhetlighet och flexibilitet

Som beskrivits tidigare ser bemanningen olika ut på olika vårdcentraler. Informanter som arbetar i små team beskriver att de på det stora hela är nöjda med sin arbetssituation, trots att samarbete med andra samtalsbehandlare och kollegial handledning blir mer begränsat.

En del informanter lyfter att bemanningskraven skulle kunna förtydligas och att kravet på specialistkompetens, i form av psykologer, bör stärkas. Flera menar att alla psykosociala team bör innefatta psykologer och eventuellt att antalet psykologer bör specificeras. Informanterna som lyfter detta anser att de svårast sjuka patienterna annars riskerar att inte få optimal vård till följd av otillräcklig kompetens:

”Jag tycker väl att det är mera liksom hur man organiserar det [...] så att man ger psykosociala resurser en bra förutsättning också, så att man [är] en del av ett större team så att man inte sitter ensam [...]. Hur bra man än är så kan det ju vara svårt att få input – och jobbar man verkligen efter det senaste evidensbaserade om man bara sitter själv? För det är ju olika arbetsgivare som har olika seriositet [...]. Att man då kanske ska titta på att, ja men det är inte bara att man ska ha en [...] hälso- och sjukvårdskurator man kanske också behöver ha en organisation kring [det psykosociala arbetet], det är nog inte säkert alla har.” (Informant, vårdcentral)

Samtidigt resonerar informanterna om att specifika bemanningskrav kan vara knepigt, eftersom en vårdcentralers upptagningsområde påverkar behovet av antal psykologer, varför enbart listning som grund för krav på antal tjänster kan slå fel:

”För att här till exempel så har vi 11 000 listade och jag är en person, medan på en annan vårdcentral som jag jobbade på så var det 14 000 listade och där var vi sex stycken personer i psykosociala teamet för att det behövdes. Medan här behövs det inte på samma sätt. Så att jag tänker att det kan bli svårt att sätta ett generellt bemanningskrav utan det beror verkligen på kontext.” (Informant, vårdcentral)

Upplevda utmaningar i den kliniska vardagen

Informanter som arbetar på vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden framhåller att faktorer såsom behov av tolksamtal samt insatser riktade till patienter med begränsad läs- och skrivkunnighet är mycket resurskrävande. Merarbetet som dessa patientgrupper kräver upplevs vara viktigt att uppmärksamma.

”...alltså jag tror absolut att det blir ojämlikt för det kräver så mycket mer resurser som man inte räknar med, bara det att liksom kunna ha ett dubbelt så långt samtal för att man ska ha tolk [...] eller att man behöver lägga ner liksom dubbelt så lång tid på en insats för att personen inte läser och skriver. Eller att vi inte [kan] ha så jättemycket iKBT för folk kan inte ta till sig den skriftmassan, och även om man får mer för det så motsvarar det liksom inte den ytterligare insatsen vi behöver ge [...]” (Informant, vårdcentral)

Vidare uttrycker underleverantörerna att de upplever att de får färre patienter remitterade till sig till följd av att ersättningen till vårdcentralerna är baserad på kapitering. En underleverantör uttrycker att systemet har fördelar, som att det minskar risken för överproduktion av vård, men också nackdelar, som att systemet kan vara olönsamt när patienter behöver mycket vård.

”Så, men det är ju klart att om man jämför med några år sedan så har det ju definitivt blivit så att de hushåller mer och mer, hur många besök och remisser man beviljar så.” (Informant, underleverantör)

Behov av gränsdragningar för uppdraget

En generell fundering som flera informanter lyfter gäller gränsdragningar för uppdraget. En del informanter menar att de svårast sjuka patienterna bör prioriteras och att det är omöjligt för primärvården att ta hand om all sorts psykisk ohälsa när resurserna är begränsade. Dessa informanter betonar också uppkomsten av undanträngningseffekter till följd av att psykiatrin inte tar emot patienter som behöver psykiatrisk specialistvård.

”Och så slutar det med att vi måste hela tiden prioritera, prioritera, vi har bara hand om de som är absolut jättesvårt sjuka med svår psykiatrisk anamnes och så där, som kommer på rull... Vi har patienter som har [...] under åren liksom återkommande långa sessioner med

psykosociala teamet, och det tränger undan allt annat.”
(Informant, vårdcentral)

Informanterna hos underleverantörerna betonar även att vissa patientgrupper riskerar att inte få tillräcklig vård, såsom patienter med utmattnings- och trötthetsproblematik samt långvarig smärta.

”... vårdcentralen säger aldrig till oss men vi vet ju [...] att de helst vill att vi ska hålla det kort [...] Och då kanske man inte hinner med någon som är utmattad som pratar väldigt långsamt [...] Det tror jag att det är [ett] spelutrymme [som] kanske är viktigt att det finns, för annars så kommer de komma tillbaka efter tre månader igen och så mår de inte bra [...] nu tar vi de friheterna ändå men vi vet att, vi upplever att, själva uppdraget är inte att man ska göra så [...], utan hålla det väldigt kort.” (Informant, underleverantör)

Andra informanter betonar i stället vikten av att erbjuda lättillgänglig vård i form av stödsamtal och psykoedukation även till patienter med subkliniska symtom, som del av det preventiva arbetet. Informanter verksamma på vårdcentraler med en tyngre sjukdomsbörda bland patienterna upplever att resurserna inte alltid räcker till för att genomföra förebyggande insatser i samma utsträckning som på vårdcentraler med en lättare sjukdomsbörda.

Diskussion och slutsatser

Den här rapporten har följt upp vårdcentralernas uppdrag att erbjuda insatser för psykisk ohälsa. Detta har gjorts med hjälp av registerdata, intervjuer med personal inom vårdcentralernas psykosociala team samt en enkätstudie som undersökte psykiska symtom hos invånare i regionen. Fokus har varit att undersöka vården utifrån vårdcentralernas driftsform, CNI, storlek baserat på antal listade invånare, samt om underleverantör för psykosociala insatser har använts eller inte. Därutöver har innehållet i de psykosociala insatserna och personalens upplevelser av verksamheten undersökts i intervjuerna.

En viktig vårdform med mångsidiga insatser

Rapporten visar att 4,4 procent av befolkningen i Stockholms län erhöll vård inom vårdcentralernas psykosociala team under år 2024. I genomsnitt fick patienterna 4,1 besök och medianen var tre besök, vilket kan anses rimligt med tanke på att uppdraget gäller patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa som därmed inte ska behöva alltför långa behandlingsinsatser. Trots att vårdanvändningen pendlat över tid, med en markant uppgång och nedgång i yngre åldersgrupper under åren 2019–2022, visar rapporten att andelen som fått psykosociala insatser på vårdcentral har ökat sedan 2014. Personal som arbetar inom uppdraget bekräftar att den vård som erbjuds är betydelsefull, både utifrån att man ger tidiga insatser som syftar till att förhindra en försämring av den psykiska ohälsan och genom att tillhandahålla adekvat stöd till personer i behov av psykosocial behandling.

Bland invånare med hög inkomst var det en lägre andel som erhöll minst ett psykosocialt besök jämfört med de med medelhög och låg inkomst. Rapporten visar dessutom att vårdcentraler med lågt CNI hade en något lägre andel besök jämfört med vårdcentraler med medelhögt och högt CNI. Eftersom ett högt CNI-värde motsvarar en högre risk för ohälsa kan resultatet tolkas som att vården delvis svarar an mot befolkningsgruppers olika vårdbehov på att adekvat vis, men analysmetoderna i rapporten medger inga säkra slutsatser angående detta.

Trender över tid

För både kvinnor och män i åldersgrupperna 18–24 år och 25–44 år ses en markant ökning av psykosociala insatser under åren 2020 och 2021. Därefter följer en tydlig minskning i vårdkonsumtion inom Region Stockholms avtal (inomlänsbesök) under 2022 och 2024.

En förklaring till dessa trender är den ökade tillgången till digital vård, som tog fart 2018–2019 och växte kraftigt under pandemin. Detta stöds även av resultat från en tidigare rapport från Akademiskt primärvårdscentrum som visar att besöken hos digitala vårdgivare ökade under denna period (2). Resultaten indikerar också att inomlänsbesöken hos digitala vårdgivare minskade under 2022, samtidigt som utomlänsbesöken ökade (2). Detta förklaras av att de privata vårdgivarna vid denna tidpunkt flyttade från Region Stockholm till Region Sörmland. Att motsvarande trend inte återfinns i de äldre åldersgrupperna kan möjligen bero på att användningen av digital vård är lägre bland äldre (3).

Skillnader i vårdanvändning

Rapporten visar att andelen patienter som fått registrerad KBT var lägre bland vårdcentraler med högt CNI jämfört med vårdcentraler med lågt CNI, medan det omvända gällde för stödjande samtal, där en högre andel patienter fick denna insats registrerad vid vårdcentraler med högt CNI. Det är oklart om dessa skillnader speglar ojämlik tillgång till rekommenderade behandlingar. I intervjuerna framkom att personal som arbetar i områden med hög social belastning upplever att patientgrupper med stora vårdbehov och socioekonomisk utsatthet kräver mer tid och anpassningar av insatserna, vilket kan vara utmanande. Ytterligare en aspekt som lyftes var att det mer preventivt riktade arbetet inte kan bedrivas i önskvärd utsträckning när patienternas vårdbehov är alltför tunga.

Större andel listade vid små än stora vårdcentraler har haft minst ett besök

Vid små vårdcentraler hade en större andel listade invånare minst ett vårdbesök till psykosocialt team jämfört med medelstora och stora vårdcentraler. Stora vårdcentraler hade den lägsta andelen listade som fick minst ett vårdbesök. Det förhållandet är det motsatta jämfört med vad som framkom i CES-rapport om psykosociala insatser för barn och unga, där stora och medelstora vårdcentraler hade en högre andel listade barn och unga med minst ett besök jämfört med små vårdcentraler (4). Skillnaden är svår att förklara, men skulle kunna bero på att vuxnas psykiska hälsa länge varit en del av alla vårdcentralers uppdrag.

Privata vårdcentraler hade en högre andel patienter med minst ett psykosocialt besök jämfört med vårdcentraler som drevs av regionen. Det kan delvis förklaras av att privata vårdcentraler i genomsnitt är mindre än vårdcentraler som drivs av SLSO.

Rapporten visar även på andra tecken på sociodemografiska ojämlikheter i vårdanvändning mellan olika befolkningsgrupper. Män, personer äldre än

65 år, personer med låg utbildningsnivå och individer födda utomlands är underrepresenterade bland patienterna som fått psykosocial vård.

Tidigare forskning har visat att i synnerhet grupper med migrationsbakgrund underanvänder psykiatrisk specialistvård och denna rapportens resultat visar att ett liknande mönster kan föreligga inom primärvården (5). Med tanke på att grupper med låg utbildningsnivå löper högre risk för psykisk ohälsa (6) och att denna grupp använde mindre psykosocial vård än grupper med högre utbildningsnivå, skulle även detta fynd kunna tolkas som ett tecken på att vårdanvändningen inte speglar behoven på ett jämlikt sätt.

Män använder hälften så mycket psykosocial vård som kvinnor

Män i samtliga åldersgrupper använde mindre än hälften så mycket psykosocial vård som kvinnor, enligt rapportens resultat. Detta överensstämmer med en tidigare CES-undersökning av primärvården i Stockholms län (2016), där 15 procent av kvinnorna och 7,6 procent av männen erhöll psykiatrisk eller psykologisk behandling (7). Motsvarande mönster sågs för psykiatriska diagnoser: 9,3 procent av kvinnorna och 4,8 procent av männen fick en diagnos inom primärvården (7).

Flera faktorer kan bidra till denna skillnad. Kvinnor har en högre prevalens av psykisk ohälsa än män (6). Internationell forskning visar också att kvinnor oftare uppmärksammar och agerar på sjukdomssignaler än män (8, 9). Mäns lägre vårdsökande kan även påverkas av normer kring maskulinitet och stigma kopplat till psykisk ohälsa. En annan möjlig förklaring är att män uttrycker psykisk ohälsa på sätt som är svårare för primärvården att identifiera, vilket kan leda till underdiagnostik och underbehandling. Studier visar exempelvis att depressionssymtom hos män kan döljas av samsjuklighet eller beteenden såsom beroendeproblematik, nedsatt impulskontroll eller aggressivitet (10).

Den troliga underkonsumtionen av psykologisk vård skulle behöva förstås bättre, i synnerhet mot bakgrund av att män utgör två tredjedelar av alla suicidfall (11). Förutom fortsatta insatser för att minska stigma är det angeläget att läkare i primärvården aktivt uppmärksammar psykisk ohälsa hos män och säkerställer adekvat remittering till psykosociala insatser.

Äldre får mediciner i högre utsträckning än psykosociala insatser

En avsevärt lägre andel av invånarna som är 65 år eller äldre har minst ett vårdbesök inom de psykosociala teamen jämfört med de yngre åldersgrupperna. Samtidigt har invånare som är 65 år eller äldre den högsta andelen förskrivna antidepressiva läkemedel inom primärvården.

Eftersom äldre generellt använder fler läkemedel till följd av somatiska besvär, kan detta öka risken för ogynnsamma läkemedelsinteraktioner (12). En svensk granskning av förskrivning av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre visar att depression, ångest eller sömnbesvär är indikation för i stort sett alla förskrivningar (12) och alltså inte besvär såsom smärta eller problem med aptiten, som kan öka med stigande ålder.

Hälsa på lika villkor 2024 visar att en betydande andel äldre upplever psykiska besvär (13). Resultaten i den här rapporten visar att äldre erbjuds läkemedelsbehandling för psykisk ohälsa i större utsträckning än psykosocialt stöd. Det skulle vara värdefullt att förstå orsakerna till detta fynd. Möjliga förklaringar som bör utforskas är vårdpersonalens kunskap om psykisk ohälsa hos äldre och deras möjligheter att tillgodogöra sig psykologisk behandling samt att äldre patienter eventuellt avstår från erbjudna psykosociala insatser, möjligtvis på grund av stigma och tystnadskultur kring psykisk ohälsa (14).

Mot bakgrund av diskrepansen mellan psykosocialt stöd, läkemedelsförskrivning och självrapporterad psykisk hälsa, i kombination med det höga suicidtalet hos främst äldre män (11), kan det vara av värde att närmare undersöka den psykosociala vården för äldre personer. Rapporten visar också att den äldsta åldersgruppen i lägre grad än de yngre remitteras till specialistpsykiatri, vilket också kan utforskas vidare.

Större andel kvinnor som rapporterar svåra psykiska besvär får vård på vårdcentralen än inom specialistpsykiatri

Rapporten visar att en högre andel kvinnor som skattat svåra psykiska besvär (31,4 procent) får vård inom primärvården än inom specialistpsykiatri (25 procent). Bland män med svåra självskattade psykiska besvär var andelen som fått vård på båda vårdnivåerna ungefär lika hög (cirka en femtedel). Även dessa fynd skulle vinna på en vidare undersökning. Det kan vara så att nivån av självskattade besvär inte direkt går att koppla till den vårdnivå som är mest lämplig, men det är viktigt att utröna om patienter erbjuds vård på den nivå där besvären omhändertas på bästa sätt. Eftersom det framkom i intervjuerna att en del informanter upplevde svårigheter med samverkan med psykiatri och att de i sin verksamhet behöver behandla patienter med svår psykisk ohälsa, kunde en fördjupad analys av dessa fynd vara till nytta.

Samarbetet inom teamen fungerar väl, men det råder stor variation i bemanning

I intervjuerna framkommer att samarbetet mellan psykologer, läkare, sjuksköterskor samt andra yrkesgrupper, såsom kuratorer, psykoterapeuter, fysioterapeuter, rehabkoordinatorer och dietister, i många fall fungerar väl. Samverkan mellan olika yrkesgrupper beskrivs också i Socialstyrelsens målbild för primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa (15).

Samtidigt råder betydande variation mellan vårdcentraler, inklusive underleverantörer, när det gäller bemanning och kompetens i de psykosociala teamen. Detta kan bidra till olikheter i vården som erbjuds. Enligt Socialstyrelsens målbild ska vårdcentraler ha tillgång till legitimerad psykolog som kan utföra bedömning, utredning, differentialdiagnostik och behandling av psykisk ohälsa, medan andra kompetenser, såsom legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, inte specificeras. I intervjuerna framkommer att inte alla vårdcentraler har någon psykolog anställd i sina team och att tjänstgöringsgraden bland dem som har anställda psykologer varierar stort. Det framgår dock inte om mottagningar utan anställd psykolog eller underleverantör har tillgång till psykolog på något annat sätt. Det behöver undersökas närmare.

Osäkerhet kring hur insatser ska registreras och följas upp

KBT-koden är vanlig men det råder olika syn på när den ska registreras

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den vanligaste psykosociala insatsen som registreras inom vårdcentraler för vuxna. Registerdata indikerar att insatsen ges oavsett om patienten har en psykiatrisk diagnos eller inte, vilket intervjuinformanterna bekräftar och beskriver som ett medvetet val och en central del av primärvårdens uppdrag att erbjuda tidiga insatser.

Intervjuerna visar dock att det finns variation i hur kliniker definierar KBT och hur åtgärds-koden används. Vissa enheter använder koden brett, medan andra tillämpar en mer restriktiv hållning. Informanterna beskriver att KBT-insatser ofta anpassas utifrån primärvårdens förutsättningar, exempelvis genom färre sessioner och genom att endast vissa KBT-komponenter används.

En potentiell förklaring till att KBT registreras utan att det finns en psykiatrisk diagnos är att vårdcentraler tidigare erhöll ersättning vid registrering av KVÅ-koden för KBT (2), vilket kan ha skapat kvarstående incitament för registrering. Det bör övervägas att formulera riktlinjer och

rekommendationer för när KBT och andra befintliga åtgärds-koder ska registreras. Detta skulle bidra med värdefullt arbetsstöd i klinikernas vardag samtidigt som det ökar sannolikheten att framtida registerdata på området ger en mer representativ bild av vården som ges. En ytterligare möjlighet är att införa en särskild KVÅ-kod för insatser som innehåller KBT-komponenter, vilket skulle kunna ge en mer nyanserad beskrivning av vårdens innehåll.

KBT rekommenderas för samtliga ångest- och depressionstillstånd (16). Evidensen bygger dock främst på manualbaserade behandlingsprogram med fler sessioner än vad primärvården vanligtvis kan erbjuda. Nuvarande anpassningar inom primärvården saknar därmed evidens. Det finns därför ett behov av att utveckla och systematiskt utvärdera primärvårdsanpassade KBT-behandlingar för att säkerställa att insatserna är effektiva och evidensbaserade.

Oklart hur symtomskattningar används

De kvantitativa analyserna visar att endast en liten andel av patienterna har registrerade skattningar av psykiska symtom. Underleverantörer registrerar betydligt lägre andel skattningsskalor än vårdcentraler som inte använder en underleverantör. Resultaten från intervjuerna indikerar dock att skattningsformulär används i hög utsträckning av både underleverantörer och vårdcentraler, men att tidsbrist samt avsaknad av tydliga riktlinjer för vilka åtgärder som ska registreras gör att registreringen inte blir tillförlitlig.

Resultaten gäller även andra åtgärds-koder och visar att analyser baserade på dessa inte ger en representativ bild av den psykosociala vården som erbjuds och bedrivs i Region Stockholm. Klinikerna uttrycker samtidigt ett tydligt behov av mer konkreta riktlinjer för vad som bör respektive inte bör registreras.

Uppföljning sker, men inte systematisk utvärdering

Intervjuerna visar att flera vårdcentraler och underleverantörer följer upp vården och att detta huvudsakligen sker på individnivå. Informanterna beskriver att det är svårt att utvärdera vårdens resultat och effekter på mottagningsnivå inom primärvården, även om en av underleverantörerna gör det. Det saknas även ett gemensamt system, såsom ett kvalitetsregister för systematisk utvärdering av psykosociala insatser. För att stärka kvalitet, patientsäkerhet och förutsättningarna för ett strukturerat utvärderingsarbete anser flera informanter att riktlinjer behövs för hur vården bör följas upp.

Referenser

1. Avtal Vårdval Vårdcentral.
<https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/avtalsomrade/lov-vardval-stockholm/vardcentral/forlaga-till-avtal-vc.pdf>
2. Almqvist Simonsson K, Andersson Emad J, Hedman E, Forslund, T. Psykosociala besök i primärvården. Akademiskt Primärvårdscentrum och Gustavsbergs Universitetsvårdcentral i samverkan med Regionalt Programområde Primärvård. 2025.
3. Ohlis, A., Wicks, S., & Dalman, C. Vård för psykisk ohälsa under coronapandemin, från pandemins utbrott till slutet av 2021. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2022. Rapport 2022:16. rapport-2022.16-var-d-for-psykisk-ohalsa-under-coronapandemin-fran-pandemins-utbrott-till-slutet-av-2021.pdf
4. Lalouni M, Sakka L, Gubi E, Dal H, Dalman C. Det utökade uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa i Region Stockholm – uppföljning av strukturförändringar inom primärvården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2024. Rapport 2024:4
5. Hollander AC, Mackay E, Sjöqvist H, Kirkbride JB, Bäärnhielm S, Dalman C. Psychiatric care use among migrants to Sweden compared with Swedish-born residents: a longitudinal cohort study of 5 150 753 people. *BMJ Glob Health*. 2020 Sep; 5(9): e002471.
6. Ojämligheter i psykisk hälsa — Folkhälsomyndigheten
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/psykisk-halsa/om-psykisk-halsa/vad-som-paverkar-den-psykiska-halsan/ojamlikheter-i-psykisk-halsa/>
7. Wicks S, Kosidu K, Dalman C. Väsentligt fler kvinnor än män vårdas för psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. Faktablad, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. 2017:2
8. Clouston SA, Manganello JA, Richards M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age and ageing*, 2016. 46(3): p. 493-499.
9. J Wångdahl, J Agerholm, A Liljas, J Heap, C Lennartsson, Health literacy among older adults 77+ in Sweden, *European Journal of Public Health*, Volume 32, Issue Supplement 3, October 2022, ckac131.331
10. Wolfgang Rutz and Zoltan Rihmer. Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions. *Jmhg*, vol 4. pp. 393-401, December 2007

11. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid. Hämtad från: Statistik om suicid -Folkhälsomyndigheten
12. Kartläggning och analys av förskrivningen av anti depressiva läkemedel till personer 65 år och äldre. Socialstyrelsen november 2023
13. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
14. Folkhälsomyndigheten. Samma behov - andra förutsättningar. Kartläggning av äldres psykiska hälsa med fokus på deras egna erfarenheter och upplevelser. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025. Artikelnummer 25093
15. 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
16. Nationella vård- och insatsprogram. <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/>

Bilaga 1. Intervjumall ansvariga för psykosocialt team inom vårdcentralen

1. Vill du börja med att berätta vad du heter och vad din roll på VC är?
2. Hur ser bemanningen ut inom det psykosociala teamet på er VC på vuxensidan? (personalkategorier och tjänstgöringsgrader)
3. Hur ser möjligheten till fortbildning och handledning ut?
4. Hur går en bedömning till?
 - Hur använder ni bedömningsinstrument/strukturerade bedömningar?
 - Hur arbetar ni med diagnoskoder?
 - Hur använder ni specifika respektive icke-specifika diagnoskoder
 - Vilka koder används?
 - Vad avgör att diagnos sätts/inte sätts?
 - Är det vanligt att diagnoser från behandlingsstart omvärderas? (tex från ospecifik till specifik)
5. Vilka skattningar används vid:
 - Depression
 - Ångestdiagnos
 - Generell psykisk ohälsa/övriga?
6. Vilka insatser erbjuder ni?
 - Ev. Är de evidensbaserade?
 - När använder ni KBT? Vilka indikationer?
7. Finns det åtgärder som ges (ex. skattningar) men som inte registreras?
 - I register ser vi generellt att KBT verkar registreras även vid få besök och utan att diagnos finns, vad tror du är anledningen till det?
 - Saknas åtgärds-koder (tex KBT-komponenter)? (fråga denna om det inte kommer upp i frågan ovan)

8. Hur följer ni upp/utvärderar ni patienternas vård?
 - Har ni någon idé kring vilka effekter insatserna har?
 - Vad gör ni med resultatet av utvärderingarna?
9. Hur triageras patienter vid psykisk ohälsa?
 - Hur går första kontakten till?
 - Kan man få tid direkt till psykosociala teamet?
10. Finns det patientgrupper som riskerar att falla mellan stolar/bollas runt?
11. Har ni både digitala och fysiska besök?
 - Vad avgör om en patient erbjuds ett fysiskt eller digitalt besök?
12. Hur långa besök erbjuder ni?
 - Hur långa är fysiska besök och hur långa är digitala besök?
 - Vad avgör hur långt besök som erbjuds?
13. Vilken är väntetiden för att komma till det psykosociala teamet/underleverantören?
14. Använder ni några specifika vårdförlopp?
 - Tex för depression
15. Använder ni kunskapsstöd? Vilka?
16. Hur sker samarbete mellan psykosociala teamet och läkare?
 - Ingår det en specifik läkare i det psykosociala teamet?
 - Vilken roll har sjuksköterskan i teamet?
 - Sker det samarbete med andra yrkeskategorier?
17. Finns det en samverkan med psykiatri?
 - Hur fungerar den?

18. Hur sker samarbete med andra vårdaktörer?

- Tex som har hand om somatisk eller psykisk hälsa? Beroende?

19. Hur fungerar samverkan med kommun och socialtjänst?

20. Vilka eventuella förändringar i avtal skulle öka förutsättningar för god vård?

Bilaga 2. Intervjumall underleverantörer

1. Vill du börja med att berätta vad du heter och vad din roll på UL är?
2. Hur många VC är ni underleverantör till?
3. Vilka yrkeskategorier jobbar hos er med uppdraget?
4. Hur ser möjligheten till fortbildning och handledning ut?
5. Hur får ni patienterna från VC?
6. Hur går en bedömning till?
 - Hur använder ni bedömningsinstrument/strukturerade bedömningar?
 - Hur arbetar ni med diagnoskoder?
 - Hur använder ni specifika respektive icke-specifika diagnoskoder
 - Vilka koder används?
 - Vad avgör att diagnos sätts/inte sätts?
 - Är det vanligt att diagnoser från behandlingsstart omvärderas? (tex från ospecifik till specifik)
7. Vilka skattningar används vid:
 - Depression
 - Ängestdiagnos
 - Generell psykisk ohälsa/övriga?
8. Vilka insatser erbjuder ni?
 - Ev: Är de evidensbaserade?
 - När använder ni KBT? Vilka indikationer?
9. Finns det åtgärder som ges (ex. skattningar) men som inte registreras?
 - I register ser vi generellt att KBT verkar registreras även vid få besök och utan att diagnos finns, vad tror du är anledningen till det?
 - Saknas åtgärds-koder (tex KBT-komponenter)? (fråga denna om det inte kommer upp i frågan ovan)

10. Hur följer ni upp/utvärderar ni patienternas vård?
 - Har ni någon idé kring vilka effekter insatserna har?
 - Vad gör ni med resultatet av utvärderingarna?
11. Finns det patientgrupper som riskerar att falla mellan stolar/bollas runt?
12. Har ni både digitala och fysiska besök?
 - Vad avgör om en patient erbjuds ett fysiskt eller digitalt besök?
13. Hur långa besök erbjuder ni?
 - Hur långa är fysiska besök och hur långa är digitala besök?
 - Vad avgör hur långt besök som erbjuds?
14. Vilken är väntetiden för att komma er?
15. Använder ni några specifika vårdförlopp?
 - Tex för depression
16. Använder ni kunskapsstöd? Vilka?
 - Har ni tillgång till Step up?
17. Hur fungerar samverkan med den vårdcentral som gett er uppdraget?
 - Finns möjlighet att samverka med läkare?
18. Finns det en samverkan med psykiatri?
 - Hur fungerar den?
19. Hur sker samarbete med andra vårdaktörer?
 - Tex som har hand om somatisk eller psykisk hälsa? Beroende?
20. Hur fungerar samverkan med kommun och socialtjänst?

21. Vilka eventuella förändringar i avtal skulle öka förutsättningar för god vård?

ISBN 978-91-991099-2-3

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 45436,
104 31 Stockholm
08-123 400 00
ces.slso@regionstockholm.se