



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Depressionsbehandling i primärvården

Personcentrerad vård – effekt, tillfredsställelse  
och följsamhet

En litteraturstudie

Författare: Sandra Asplund

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Depressionsbehandling i primärvården

Personcentrerad vård – effekt, tillfredsställelse och följsamhet

En litteraturstudie

Författare: Sandra Asplund

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Våren 2013

## Abstrakt

Depression utgör en stor del av sjukdomarna i västvärlden och i Sverige drabbas hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män någon gång i livet av en depression. De flesta patienter med depression behandlas enbart i primärvården, då primärvården har ett första ansvar för psykisk sjukdom av lätt till måttlig karaktär. Syftet med studien var att undersöka depressionsbehandling inom primärvården med fokus på tillfredsställelse, effekt samt följsamhet. En litteraturstudie genomfördes där åtta vetenskapliga artiklar valdes ut och analyserades. Majoriteten av de granskade studierna visade att personcentrerad vård resulterade i ökad tillfredsställelse och att effekten och behandlingsföljsamheten vid personcentrerad vård var bättre jämfört med ordinarie vård. Dessutom framkom vikten av att bli informerad om sin sjukdom samt delaktighet i vård och behandling, vilket är grunden i personcentrerad vård.

## Nyckelord

Depression, Primärvård, Personcentrerad vård, Tillfredsställelse, Effekt, Följsamhet

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Innehållsförteckning .....                           | 1  |
| Introduktion .....                                   | 2  |
| Problemområde .....                                  | 2  |
| Bakgrund .....                                       | 2  |
| Psykopatologi .....                                  | 4  |
| Behandling .....                                     | 5  |
| Påverkan på samhället .....                          | 7  |
| Stigmatisering .....                                 | 8  |
| Syfte .....  | 10 |
| Metod .....  | 10 |
| Urval .....  | 10 |
| Datainsamling .....                                  | 11 |
| Dataanalys .....                                     | 11 |
| Forskningsetiska avvägningar .....                   | 12 |
| Resultat .....                                       | 14 |
| Tillfredsställelse med personcentrerad vård .....    | 14 |
| Effekt av personcentrerad vård .....                 | 15 |
| Behandlingsföljsamhet vid personcentrerad vård ..... | 17 |
| Diskussion .....                                     | 18 |
| Diskussion av vald metod .....                       | 18 |
| Diskussion av framtaget resultat .....               | 19 |
| Slutsats och kliniska implikationer .....            | 22 |
| Referenser .....                                     | 23 |
| Bilaga 1(Litteraturmatris) .....                     | 28 |

# Introduktion

## Problemområde

Depression utgör en betydande del av sjukdomarna i västvärlden och orsakar ofta flera år av lidande och svårigheter att klara av vardagen (Thota et al, 2012). År 2020 är depression räknat till att bli den näst största orsaken till sjukdom över hela världen, p.g.a. den snabbt ökande förekomsten (Badger & Nolan, 2005). I Sverige diagnoserades 10 procent av befolkningen med depression under det senaste året (Bendt, 2011). Av dem kräver hälften medicinsk behandling (Wasserman, 2012). Omkring hälften av alla kvinnor i Sverige insjuknar någon gång i livet i en depression och omkring en fjärdedel av männen (Wasserman, 2010). Siffror visar att försäljningen av antidepressiv medicin ökat, år 2007 var försäljningen åtta gånger högre jämfört med i början av 90-talet (Ottosson, 2009). Depression orsakar stort lidande för patienten och dess anhöriga (Bendt, 2011). Depression är också en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivningar (Försäkringskassan, 2011) och i värsta fall leder depressionen också till att personen begår självmord (Floderus, Jiang & Wasserman, 2010). De flesta patienter med en depression behandlas enbart i primärvården, där nedstämdhet och depression utgör en av de vanligaste diagnoserna (SBU, 2004). Psykiatrisk sjukvård inom både landstingen och kommunerna har svårt att erbjuda befolkningen den vård och omsorg som krävs. Det finns heller inte tillgång till kunskapsbaserade utredningar och efterföljande behandling i den omfattning som patienterna behöver (Socialdepartementet, 2012). Studier har tidigare utförts, på patienter med en depressionsdiagnos inom primärvården, där personcentrerad vård har jämförts med ordinarie vård (SBU, 2004). Syftet med föreliggande studie är att ytterligare kartlägga effekten, tillfredsställelsen samt behandlingsföljsamheten med personcentrerad vård inom primärvården.

## Bakgrund

Efter en depressiv episod är risken att återinsjukna 50 procent och för de som har haft två eller flera depressiva episoder ökar risken för återfall med 75 till 90 procent (Wasserman, 2010). Kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa än män och den största ökningen ses bland ungdomar och unga vuxna (Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet, 2012).

En tredjedel av patienter med depression och ångest får inte behandling, vilket resulterar i onödigt lidande och höga kostnader. En föreställning om att vård inte behövs är en vanlig anledning till att inte söka hjälp. Andra orsaker till att inte söka vård är enligt Prins, Verhaak, Meer, Penninx och Bensing, (2009); en föreställning om att läkaren är för upptagen för att lyssna, att denna typ av problem inte skall diskuteras och att den enda behandlingen som finns är medicinsk. Ytterligare orsaker som påverkar patientens beslut om att söka hjälp eller inte för sin depression är inställningen till antidepressiv medicin och rådgivning. Förståelsen för depression samt personalens förmåga som att lyssna, stötta och uppmuntra patienten har också en avgörande roll (Elwy, Yeh, Worcester & Eisen, 2011).

Omvårdnadens värdegrund utgår från en humanistisk grundsyn med ett existentiellt filosofiskt synsätt, enligt Svensk sjuksköterskeförening. Människan ses då som aktiv och skapande och ingår i en del av ett sammanhang. Existentiell filosofi står för människans existens, upplevelser, frihet samt ett ansvar för sitt eget liv. Människan är unik och ska bemötas individuellt efter sina förutsättningar. En annan grundläggande syn på omvårdnad är att den ska ske på personnivå, så kallad personcentrerad vård. Personcentrerad vård förutsätter ett förhållningssätt med öppenhet mot patienten som person och det som han/hon vill förmedla. Patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling, vilket har fått allt större betydelse inom vården den senaste tiden. Respekten för självbestämmande ger patienten rätt till information och det krävs ett informerat samtycke vid vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Personcentrerad vård definieras också som god omvårdnad, där personen bakom sjukdomen lyfts fram. I dagens vård är det vanligt att personen bakom sjukdomen och dess symtom glöms bort (Edvardsson, 2010).

### *Primärvård*

Primärvården är en del av den öppna vården och ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) ”svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens” (5§). Det står också att ”varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård och verka för en god hälsa för dem som är bosatta inom landstinget” (HSL, SFS 1982:763, 3 §). I varje Landsting gäller vårdgarantin som ska försäkra den enskilde att inom en viss tid få; kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den

specialiserade vården (besöksgaranti) samt få en planerad vård (behandlingsgaranti) (HSL, SFS 1982:763, 3 g §).

Primärvården har ett första ansvar för psykisk sjukdom av lätt till måttlig karaktär, som lätt till måttlig depression, ångestillstånd samt sömnstörningar. Primärvården ska kunna ge medicinska, psykologiska, pedagogiska samt psykosociala insatser. Specialistpsykiatri ska finnas till hands för utbildning, handledning och konsultationer (Statens offentliga utredning [SOU]: 2006:100). Patienter som söker till primärvården för depression som visar sig ha en svår depression, självmordsrisk, bipolär diagnos eller som inte svarat tillfredsställande på tre evidensbaserade behandlingsförsök remitteras till specialistpsykiatri (Folkhälsoinstitutet, u.å.).

### *Psykopatologi*

Den vanligaste formen av depression är *egentlig* depression, som delas upp i; *lätt, måttlig* och *svår*. Melankoli är den svåraste graden av egentlig depression, den är plågsam och går inte att påverka genom yttre stimulans. Dystymi är en kronisk diagnos som ställs först efter två års symtom med nedstämdhet, låg självkänsla, sömnproblem m.m. (Internetmedicin, 2013). En annan typ av depression är den årstidsbundna, där det är mindre förekommande att depressionen uppstår vår och höst medan det är vanligare att depressionen börjar under hösten för att sedan finnas kvar under den mörka årstiden och avklinga när ljuset kommer tillbaka (ibid).

De vanligaste symtomen vid depression är; sänkt grundstämning, minskat intresse för aktiviteter, brist på energi, sämre självförtroende, starka och orimliga skuld känslor, nedsatt koncentrationsförmåga och svårigheter att fatta beslut. Likgiltighet och kroppsliga symtom som nedsatt mimik, viktförändringar och sömnstörningar är vanligt förekommande. För att ställa diagnosen klinisk depression används kriterierna enligt ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision*). Där två av de tre första symtomen, som nämns ovan, måste finnas med och sammanlagt minst fyra av alla symtomen. Symtomen skall dessutom ha pågått under minst två veckor (Ottosson, 2009).

Biokemiska förändringar i hjärnan ses främst vid melankolisk depression. Det som händer i hjärnan är att det uppstår en obalans mellan olika transmittorer, där de centralnervösa

transmittorerne dopamin, noradrenalin och serotonin har störst påverkan. Serotonin har nedsatt bindningspotential vid depression och i samband med suicidalitet uppmäts en låg nivå av serotonin i likvor, framförallt vid våldsamma självmordsförsök. Vid depression finns en förhöjd nivå av noradrenalin i blodet, vilket leder till att receptorerna minskar sin känslighet för upptag av noradrenalin i syfte att korrigera nivån. Dopamin är sänkt i likvor, vilket kan förklara hämningsinslaget i depressioner. De biokemiska förändringarna i hjärnan kan i vissa fall vara ärftligt betingade, i andra kan de uppstå på grund av tidiga och/eller senare inflytanden av olika slag (Ottosson, 2009). Dessutom har Ottosson (2009) bekräftat att det förekommer ett samband mellan nedstämdhet och negativa livshändelser.

### *Behandling*

Valet av behandling bestäms av depressionens svårighetsgrad, kliniska bild, orsaker och förlopp. Somatisk behandling ges när depressionen har melankoliska inslag eller om en ärftlig bakgrund kan ligga till grund. Psykoterapi och sociala åtgärder används när depressionen har uppstått ur en interaktion mellan livshändelser och personlighetsfaktorer. En kombination av medicinering och psykoterapi är då vanligt (Ottosson, 2009). Vanligaste antidepressiva medicinerna är; selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI), selektiva noradrenalinupptagshämmare (SNRI), icke selektiva upptagshämmare (tricykliska:TCA) och monoaminoxidashämmare (MAO-A- hämmare). SSRI-preparaten står för 50 % av användningen och de tricykliska för 4 % (Ottosson, 2009).

I en studie från USA granskades skillnaden mellan olika antidepressiva läkemedel vad gäller; i vilken utsträckning patienterna följer den ordinerade behandlingen, vilket resultat behandlingen ger samt kostnaderna för hälso- och sjukvården (Sheehan et al., 2008). Sammanlagt ingick 266 665 personer i undersökningen, där kriterierna var en depression- och/eller ångestdiagnos samt en ålder över 18 år. Mer än hälften av personerna var kvinnor (66 %) och 63 % hade en depressionsdiagnos (ibid). De antidepressiva medicinerna delades in i tre olika kategorier; den första generationens (TCA och MAO-hämmare), den andra generationens (SSRI, SNRI och dopamin upptagshämmare) och den tredje generationens (nyare former av SSRI, SNRI och dopamin upptagshämmare som kom efter 2002). Resultatet, som också stöds av SBU:s sammanfattning; Behandling av depressionssjukdomar (2004), visade att behandlingseffekten efter sex månader var framgångsrikare för de som använde första- och andra generationens antidepressiva jämfört de som använde den tredje

generationens. Däremot var det flest som fullföljde den medicinska behandling vid den tredje generationens läkemedel och sämst var resultatet för de som tog den första generationens antidepressiva. Avbrotten i behandlingen med den första generationens läkemedel berodde på svåra biverkningar (Sheehan et al., 2008).

Vid djupa depressioner där annan behandling inte har fungerat eller det finns risk för självmord på grund av depressionens svårighetsgrad ges elektrokonvulsiv terapi (ECT). Några procent av de inläggande patienterna får ECT, vilket överensstämmer med antalet svåra depressioner. Effekten av ECT är snabb och har få biverkningar. Förekommande biverkning är en kortvarig minnesförlust i samband med eller precis efter behandlingen (Ottosson, 2009).

Ytterligare en typ av behandling vid depressioner, framför allt vid lindriga till måttliga depressioner, är olika typer av psykoterapi. De vanligaste terapiformerna är interpersonell psykoterapi och kognitiv beteendeterapi (Ottosson, 2009). Brakemeir och Frase (2012) skriver om interpersonell psykoterapi. Där relationsbundna problem anses ha ett samband med depressiva symtom och även kan underhålla och orsaka en depression. Det kan handla om svåra förluster, skilsmässor, relationsbundna konflikter och andra relationsproblem. Målet är att minska de depressiva symtomen genom att lösa olika typer av relationskonflikter. Effekten av interpersonell psykoterapi har under de senaste tre decennierna bekräftats genom jämförelse med andra psykoterapier, placebo och psykofarmaka. Resultatet av Brakemeier och Frase (2012) visade att interpersonell psykoterapi effektivt behandlar depression både som enskild behandling och som kombination med psykofarmaka.

En annan vanlig psykoterapibehandling är kognitiv beteendeterapi (KBT). Terapin bygger på att kognitiva faktorer som; hur man tänker om sig själv, omgivningen och framtiden påverkar stämningläget och därmed har betydelse för det psykiska tillståndet. Terapins fokus ligger på nutiden och utgår ifrån att patienten ska ifrågasätta och förändra sina negativa uppfattningar, tankar och minnen (Ottosson, 2009). Forskning visar att kombinationen av KBT och antidepressiv medicinering fungerar väl för ca två tredjedelar av patienter med mild till måttlig depression. KBT är en fördelaktig behandling vid denna typ av depressionen (Horn, 2012). I en artikel där en metaanalys utförts av fyra studier konstaterades att KBT hade en övergripande positiv effekt och uppskattades av patienterna. En jämförelse mellan medicinsk behandling och KBT påvisades ingen större skillnad avseende effekt vid svår depression i ett akutskede (DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999).



Ytterligare behandling är ljusbehandling som används framförallt vid årstidsbundna depressioner. Effekten kommer efter tre dagars behandling, dock är det av vikt att behandlingen fortsätter tills det naturliga ljuset kommer tillbaka (Ottosson, 2009).

### *Påverkan på samhället*

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tar ca en miljon människor sitt liv varje år. Bland män förekommer det flest självmord i Östeuropeiska länder och bland kvinnor är det asiatiska länder som ligger högst i självmordsfrekvens (Floderus, Jiang & Wasserman, 2010). Bland de Europeiska länderna kommer Sverige på 14:e plats vid antalet självmord för kvinnor och 25:e plats för antalet män (ibid).

I Sverige år 2010 avled 46 600 kvinnor och 43 900 män, självmord stod för 323 respektive 859 av fallen. Bland kvinnor är självmord vanligast i åldrarna 45-64 år och bland männen drabbas de som är 75 år och äldre. Sedan 1990 har självmord minskat i alla åldersgrupper förutom gruppen 15-24 år där det istället har ökat (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). I Sverige ska självmord anmälas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28), ”om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom” (2§).

Under de senaste 20 åren har antalet vårdplatser inom slutenvården minskat vilket även antalet inläggningar gjort, förutom bland unga i åldern 15-24 år där inläggningar istället ökat och nu är den vanligaste gruppen. En Folkhälsorapport utförd år 2009 rapporterar att sjukhusvård vid depression och ångest ökat kraftigt bland de unga (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Försäkringskassan (2011) redovisar att antalet sjukskrivna per 1000 anställda år 2009 var 109 för kvinnor respektive 62 för män. Psykisk sjukdom är näst vanligast, efter sjukdomar i rörelseorganen. Kvinnor förekommer oftare än män vid alla sjukdomsdiagnoser, förutom vid hjärt- och kärlsjukdomar. Den största skillnaden, avseende könen, ses vid psykisk sjukdom där antalet sjukskrivna är tre gånger så hög bland kvinnor. Diagnosen psykisk sjukdom innefattar främst depressioner, ångestsyndrom, reaktioner på svår stress, alkoholmissbruk och sömnstörningar. Flest sjukskrivningar gällande psykisk sjukdom återfinns inom service- och

omsorgsyrken samt yrken som inte kräver yrkesutbildning. Anställda inom ledningsarbete, militärt arbete och jordbruksarbete har minst sjukskrivningar beroende på psykisk sjukdom (ibid).

### *Stigmatisering*

Termen stigma kommer från antikens greker, där tecken skars eller brändes in i kroppen för att markera att personen var utstött och föraktad. Idag används termen i en överförd betydelse och syftar på social utstötning (Lundberg, 2010). Ur ett historiskt perspektiv är det vanligt att personer med psykisk sjukdom blir diskriminerade, t.ex. kan man i Bibeln läsa om att psykiskt sjuka nekades tillträde innanför stadsmurarna. I samband med nedläggning av mentalsjukhusen skrevs nya policydokument med syftet att personer med långvarig psykisk sjukdom skulle integreras i samhället och därmed leva ett liv som alla andra. Trots denna och andra åtgärder visar internationella undersökningar att personer med psykisk sjukdom fortfarande uppfattas som farliga och oönskade i samhället (Lundberg, 2010). Flertalet studier konstaterar att attityden mot psykiskt sjuka i samhället präglas av åsikter om dem såsom; konstiga, skrämmande, oberäknliga, aggressiva och avsaknad av självkontroll (Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2007). Ytterligare en studie visar att media, framförallt TV och tidningar, ligger bakom en del av den negativa synen som samhället har om psykisk sjukdom, då psykisk sjukdom ofta kopplas till våldsamheter utan orsak (Lundberg, Sivberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2010). Samtidigt beskrivs att acceptansen har blivit bättre de senaste åren, mycket på grund av att problemet uppmärksammats mer (Björkman et al., 2010). Personer som inte själv haft eller känt någon med psykisk sjukdom hade svårare att förstå den drabbade, enligt de intervjuade i Björkman et al. (2010). Studien visar vidare att stigmatisering leder till känslor av utanförskap och att inte bli förstådd. Personer som hade en psykiatrisk diagnos beskriver att vänner och släktingar ofta ignorerar dem när de vill prata om sin situation och att de ofta betraktas som inkompetenta och mindre intelligenta vilket leder till undvikande av nya kontakter och leder till ytliga relationer. Däremot upplevde de diskriminerade positiva känslor vid möte med personer i samma situation, då istället känslor av gemenskap uppstod. Dock uppgavs att nackdelen med sådana relationer var en känsla av att inte utvecklas, utan snarare fastna i problemen (ibid).

I Lundbergs avhandling; Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom (2010), kan man läsa att nationell psykiatrisamordning konstaterat att

personer med psykisk sjukdom har lägre levnadsstandard än den övriga befolkningen. Vilket innebär att många saknar en daglig sysselsättning, inte deltar i fritidsaktiviteter och har få kontakter utanför psykiatrin. De har också sämre ekonomiska förhållanden och många får försörjning genom socialförsäkringssystemet (Lundberg, 2010). Utifrån denna fakta är syftet i föreliggande studie att i förlängningen förbättra för personer med depression genom att undersöka om personcentrerad vård ger en bättre effekt, tillfredsställelse och behandlingsföljsamhet jämfört med ordinarie vård i primärvården.

## *Begrepp*

Artiklarna som granskats i föreliggande studie använder sig av begreppen personcentrerad vård, samarbetsvillig vård och ordinarie vård. Mätinstrumentet; patient health questionnaire används också frekvent i artiklarna.

*Personcentrerad vård* är en behandlingsmodell med många olika komponenter, som används på de patienterna som tillhör interventionsgruppen. Modellen består av en gruppledare som stöttar primärvårdens personal genom att utbilda patienterna, följa upp patienternas depressionssymtom och följsamhet till behandlingen. Primärvårdens personal får också rådgivning och stöd vid olika beslut av specialiserad personal inom psykiatrin.

*Samarbetsvillig vård* har i denna studie jämförts med personcentrerad vård. Vissa artiklar använder sig av begreppet samarbetsvillig vård, som enligt beskrivningen i dessa artiklar har samma innebörd som personcentrerad vård.

*Ordinarie vård* består av ett läkarbesök, där det för det mesta skrivs recept på antidepressiv medicin. Uppföljning av patientens symtom sker kontinuerligt. Patienter som får ordinarie vård har också tillgång till personal med kompetens inom psykiatri. Ordinarie vård fick de patienter som tillhörde kontrollgruppen i studierna.

*Patient health questionnaire (PHQ-9)* är ett mätinstrument, som består av nio frågor. Genom att patienten svarar på frågorna kan depressionens svårighetsgrad fastställas. Enligt PHQ-9 räknas 0-10 poäng som ingen depression, 10-15 poäng som mild till måttlig depression, 15-20 poäng som måttlig till svår depression och från 20 poäng och över som svår depression.

## **Syfte**

Syftet med litteraturstudien är att undersöka depressionsbehandling inom primärvården.

### Specifika frågeställningar

1. Hur ser sambandet ut mellan personcentrerad vård och graden av tillfredsställelse med vården?
2. Hur påverkar personcentrerad vård effekten av behandlingen jämfört med ordinarie vård?
3. Hur påverkar personcentrerad vård följsamheten till behandlingen jämfört med ordinarie vård?

## **Metod**

För att få svar på hur personcentrerad vård påverkar depressionsbehandlingen inom primärvården utfördes en litteraturöversikt. Syftet med litteraturöversikten var att få en översikt av kunskapsläget inom det angivna området, det vill säga ta reda på befintlig forskning inom området för att få en uppfattning om vad som studerats (Segesten, 2012). Likheter och skillnader i resultaten av de granskade studierna togs fram för att, enligt Segesten (2012), kunna bilda olika teman och eventuellt identifiera kunskapsluckor som kan leda till ny forskning inom området.

## **Urval**

Deltagarna i de artiklar som granskades skulle ha en depressionsdiagnos, behandlas inom primärvården och vara över 19 år. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och inte vara äldre än 10 år. Artiklar som handlade om depression som orsakats av smärta eller kronisk sjukdom exkluderades.

## Datainsamling

Sökningen av artiklarna genomfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. I PubMed och Cinahl användes sökorden; ”Depression”, ”Patient satisfaction” och ”Primary health care”, enligt MESH-termer respektive Cinahl headings. Sökorden som användes i PsycINFO skiljde sig något från de andra databaserna där användes sökorden; ”Client satisfaction”, ”Major depression” och ”Primary health care”. Artiklarna togs fram genom Thesaurus-termer och har samma innebörd som sökorden i de andra databaserna. Sökresultat finns i; Tabell 1, 2 och 3: Sökschema. I referenslistan är de utvalda artiklarna utmärkta med en asterix (\*).

Endast sex artiklar valdes ut efter sökningen. Resterande två artiklar sågs i referenslistan i två av de valda artiklarna (Loh et al., 2006; Ekers & Wilson, 2008) och togs fram genom en manuell sökning i PubMed.

Genom att läsa titeln på alla artiklar som kom upp vid sökningarna, gjordes ett första urval. Därefter lästes sammanfattningen på de valda artiklarna, där sammanfattningen stämde överens med studiens syfte valdes de artiklarna ut till ett andra urval. I det andra urvalet granskades artiklarna. Granskningen gjordes utefter en granskningsmall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006); Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod. De granskade studierna rangordnades efter deras vetenskapliga styrka, genom att tilldela ett poäng för varje positivt svar i granskningsprotokollet och noll för negativt svar. Resultatet har sedan räknats till procent, där 80-100 % tillhör grad I, 70-79 % tillhör grad II och 60-69 % tillhör grad III. Endast artiklar med grad I och grad II har använts i resultatet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Artiklar som sorterades bort efter granskningen överensstämde inte med den aktuella frågeställningen eller hade för låga poäng på granskningsprotokollet.

## Dataanalys

Analysarbetet genomfördes enligt grunderna i metasyntestänkandet, vilket enligt Friberg (2012) innebär att tidigare forskning sammanställs, analyseras och tolkas för att sedan skapa något nytt. Efter en noggrann genomgång av samtliga artiklar, sammanställdes resultat som stämde överens med den här studiens frågeställning. Likheter och skillnader mellan de olika

studiernas resultat togs fram för att sedan bli indelade i olika teman. Den här studiens resultatdel är uppdelad i dessa teman för att läsaren ska få en tydligare och mer lättöverskådlig läsning. För en djupare förståelse för det framtagna resultatet inkluderades de utvalda artiklarnas metod i den här studiens resultatdel.

### Forskningsetiska avvägningar

Vid granskningen av artiklarna som valts i litteraturstudien togs hänsyn till om viktiga forskningsetiska avvägningar såsom; informerat samtycke, undvika skada och göra gott för alla inblandade samt respektera det personliga för de medverkande och deras familjer och andra närstående beaktats. Deltagarna i de ingående studierna måste fått adekvat information om undersökningen och dess syfte, vad som förväntas av dem som deltar samt hur lång tid undersökningen tar (Polit & Beck, 2006). Samtliga utvalda artiklar har skrivit att en etisk kommitté har godkänt studien.

Tabell 1: Sökschema: PsycINFO

| Databas<br>PsycINFO | Sökord                 | Antal<br>träffar | Urval<br>1 | Urval 2 | Valda<br>artiklar |
|---------------------|------------------------|------------------|------------|---------|-------------------|
| #1                  | Major<br>depression    | 78749            | 0          | 0       | 0                 |
| #2                  | Client<br>satisfaction | 3691             | 0          | 0       | 0                 |
| #3                  | Primary<br>health care | 11211            | 0          | 0       | 0                 |
| AND #1 #2           |                        | 105              | 0          | 0       | 0                 |
| AND #1 #3           |                        | 1662             | 0          | 0       | 0                 |
| AND #1 #2<br>#3     |                        | 18               | 6          | 4       | 2                 |

Tabell 2: Sökschema: PubMed

| <b>Databas</b>                                       | <b>Sökord</b> | <b>Antal</b>   | <b>Urval 1</b> | <b>Urval 2</b> | <b>Valda</b>    |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| <b>PubMed</b>  |               | <b>träffar</b> |                |                | <b>artiklar</b> |
| #2   | Depression    | 67616          | 0              | 0              | 0               |
| #4   | Primary       | 71248          | 0              | 0              | 0               |
|  | health care   |                |                |                |                 |
| #6   | Patient       | 54562          | 0              | 0              | 0               |
|  | satisfaction  |                |                |                |                 |
| AND #2 #4  |               | 1141           | 0              | 0              | 0               |
| AND #2 #6  |               | 583            | 0              | 0              | 0               |
| AND #2 #4  |               | 59             | 0              | 0              | 0               |
| #6   |               |                |                |                |                 |
| Limits:<br>senaste 10<br>åren, 19-64<br>år, engelska |               | 34             | 10             | 5              | 3               |

Tabell 3: Sökschema: Cinahl

| <b>Databas</b>                             | <b>Sökord</b> | <b>Antal</b>   | <b>Urval 1</b> | <b>Urval 2</b> | <b>Valda</b>    |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| <b>Cinahl</b>                              |               | <b>träffar</b> |                |                | <b>artiklar</b> |
| S1   | Depression    | 37712          | 0              | 0              | 0               |
| S2   | Primary       | 26626          | 0              | 0              | 0               |
|  | health care   |                |                |                |                 |
| S3   | Patient       | 22175          | 0              | 0              | 0               |
|  | satisfaction  |                |                |                |                 |
| AND S1 S2                                  |               | 1400           | 0              | 0              | 0               |
| AND S1 S3                                  |               | 1662           | 0              | 0              | 0               |
| AND S1 S2                                  |               | 56             | 0              | 0              | 0               |
| S3   |               |                |                |                |                 |
| Limits:<br>senaste 10<br>åren, 19-64<br>år |               | 31             | 6              | 3              | 1               |

## Resultat

Vid genomgång och analys av de granskade artiklarna framkom följande huvudteman;  
*Tillfredsställelse med personcentrerad vård, Effekt av personcentrerad vård samt  
Behandlingsföljsamhet vid personcentrerad vård.*

### *Tillfredsställelse med personcentrerad vård*

Tillfredsställelsen med personcentrerad vård visade sig vara större än vid ordinarie vård, bland annat beskriver en studie genomförd år 2006 av Dobscha et al., en ökad tillfredsställelse bland de 375 patienterna från 41 vårdcentraler i USA. Av de 375 patienterna blev 186 patienter slumpmässigt utvalda till kontrollgruppen och 189 patienter blev på samma sätt utvalda till interventionsgruppen. Tillfredsställelsen mättes enligt likertskalan från 1-5, där 1 står för dålig och 5 för utmärkt, mätningarna gjordes efter 6- och 12 månader.

Interventionsgruppen hade en medelpoäng på 3,58 och kontrollgruppen på 3,16, vid en tolv månaders uppföljning (ibid). Ett liknande resultat togs fram av Deen, Fortney och Pyne (2010) vars resultat visade att tillfredsställelsen var signifikant större i interventionsgruppen än i kontrollgruppen, vid en 6 månaders uppföljning. Mätningen av tillfredsställelsen utfördes med en 5- poängs skala på samma sätt som i studien av Dobscha et al (2006).

Interventionsgruppen bestod av 177 patienter och kontrollgruppen av 218 patienter (Deen, Fortney & Pyne, 2010).

Ekers och Wilson (2008) granskade data från fyra vårdcentraler i Storbritannien. Patientdata från 161 patienter med nydiagnostiserad depression samlades ihop, av dem accepterade 134 patienter att medverka i studien. Vårdcentralerna deltog i studien använde sig av ”samarbetsvillig vård” i ett behandlingsprogram för deprimerade som innebär att; patienterna kan få råd och stöd från en sjuksköterska via telefon, undervisning om depressionssjukdom och färdighetsträning i att hantera olika situationer samt en noggrann uppföljning och utvärdering av de depressiva symtomen. Patienternas tillfredsställelse med vården undersöktes med hjälp av ett frågeformulär med följande svarsalternativ; mycket nöjd, nöjd, verken nöjd eller missnöjd och missnöjd. Andelen patienter som svarade och skickade tillbaka frågeformuläret var 44 %. Av dem var; 64 % mycket nöjda, 32 % nöjda och en var missnöjd (Ekers & Wilson, 2008). I behandlingsprogrammet för den samarbetsvilliga



vården i studien av Ekers och Wilson (2008) låg mycket fokus på information och färdighetsträning. Vikten av att få information om depression och dess symtom, påtalas också av de intervjuade i studien av Badger och Nolan (2005a). Framförallt informationen om att depression är en vanlig sjukdom där de flesta når ett tillfrisknande var till stor hjälp, enligt de intervjuade. Studiens syfte var att ta reda på vad patienterna själva trodde hade hjälpt dem till ett tillfrisknande från sin depression, 60 patienter som hade haft en depressionsdiagnos och tillfrisknat intervjuades (Badger & Nolan, 2005a).

I en randomiserad kontrollerad studie av Loh et al., (2007) jämfördes tillfredsställelsen mellan en interventionsgrupp och en kontrollgrupp, med 263 respektive 142 patienter.

Interventionsgruppen visade en signifikant högre tillfredsställelse med vården jämfört med kontrollgruppen, dock gjordes mätningen endast efter interventionen. Att mätningen endast genomfördes efter interventionen kan enligt Loh et al., (2007) ge ett felaktigt resultat, då skillnaderna inom gruppen från före till efter interventionen inte kan mätas.

### *Effekt av personcentrerad vård*

Loh et al. (2007) undersökte inte bara tillfredsställelsen i sin studie, utan också effekten av personcentrerad vård. Effekten av vården mättes genom svårighetsgraden på de depressiva symtomen med den kortare varianten av ”patient health questionnaire” (PHQ). Mätningen gjordes i början av studien och efter 6-8 veckor. Båda grupperna visade en minskning av de depressiva symtomen, däremot fanns det ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna från före till efter interventionen, även om en trend av en ökad förbättring av symtomen kunde ses hos kontrollgruppen (ibid). Även andra forskare har intresserat sig för effekten av personcentrerad vård, bland annat Dobscha et al. (2006) som i sin studie genomförde uppföljningar efter 3-, 6- och 12 månader. Samma mätinstrument användes vid samtliga mätningar (PHQ-9). Ingen större skillnad fanns mellan grupperna över tid, dock kunde en snabbare förbättring av symtomen ses i början av behandlingen hos interventionsgruppen (Dobscha et al., 2006).

Richards et al. (2007) undersökte effekten av samarbetsvillig vård, det vill säga en strukturerad behandlingsplan av rådgivning och stöd vid medicineringen, aktivering samt undervisning med inflytande av kognitiv beteendeterapi, genom att dela in 114 patienter i tre olika grupper. En interventionsgrupp som fick samarbetsvillig vård samt två olika

kontrollgrupper. Båda kontrollgrupperna fick ordinarie vård, skillnaden på grupperna var vilken metod som användes för att samla ihop deltagare. I den ena gruppen blev deltagarna individuellt slumpmässigt utvalda, medan i den andra gruppen blev en hel grupp slumpmässigt utvald. Interventionsgruppen bestod av 41 patienter och kontrollgrupperna bestod av 38 respektive 35 patienter. Depressionens svårighetsgrad mättes med PHQ9 i början av behandlingen samt efter 3 månader. Resultatet visade en större effekt för interventionsgruppen jämfört med de båda andra grupperna. Skillnaden mellan poängen vid PHQ-9 mätningen var mindre mellan interventionsgruppen och den kontrollgrupp med slumpmässigt urval av varje patient än mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen där en grupp patienter valdes ut slumpmässigt. Richards et al. (2007) kunde i sin studie konstatera att samarbetsvillig vård hade medel till stor effekt på de depressiva symtomen. Effektstorleken var 5 poäng vid PHQ-9 mätningen mellan den gruppen som fick samarbetsvillig vård jämfört med de grupperna som fick ordinarie vård, 5 poäng är skillnaden mellan symptom på lindrig till måttlig/svår depression och från måttlig/svår till svår depression (Richards et al., 2007).

Clever et al. (2006) analyserade data från 1706 patienter i USA. Patienterna fick bedöma sin egen delaktighet i vården, utifrån en 5- poängsskala, sex månader efter start. Följande fråga ställdes vid uppföljningen efter sex månader; ”Hur skulle du bedöma din delaktighet i beslut som handlar om din vård?”. Där 1 stod för; ingen delaktighet och 5 för; en utmärkt delaktighet. Delaktigheten i vården jämfördes med förändringarna i de depressiva symtomen, som mättes var sjätte månad upp till två år efter studiens start. Resultatet som togs fram visade ett samband mellan antalet poäng för delaktighet i vården med förbättringen av de depressiva symtomen. Interventionsgruppen visade en större sannolikhet att tillfriskna från depressionen för varje poängökning av bedömningen om delaktighet i vården jämfört med kontrollgruppen. För varje poängökning ökade sannolikheten med 2-4 % att bli av med depressionen i interventionsgruppen, kontrollgruppen visade endast en ökning med 1-2 % per poäng (Clever et al., 2006). Effekten av delaktighet för att nå ett tillfrisknande beskrivs av en person, i intervjustudien av Badger och Nolan (2005a) enligt följande; ” The doctors have left me to make decision with them and I think this is the thing that has done it for me, they haven't come up with a quick fix. I've felt I've been involved in it; I haven't been on the outside.” (Badger & Nolan, 2005a, s. 30).

Badger och Nolan (2005a) kunde ur sitt resultat sammanfatta en multifaktoriell anledning till ett tillfrisknande. De intervjuade påtalade att många olika faktorer låg bakom deras tillfrisknande från depressionen, som att; få berätta sin situation för någon som lyssnade, få information, råd och stöd samt få vara en del av sin vård och behandling. Andra viktiga faktorer var att ha en familj som stöttar och få tid på sig att bli frisk (ibid).

I Ekers och Wilsons (2008) studie uppskattades depressionens svårighetsgrad med mätinstrumentet PHQ-9. Resultatet visade på en minskning av de depressiva symtomen med ett medelvärde från 16,84 till 7,76. Ekers & Wilson (2008) fann dessutom ett samband mellan effekten och antalet besök som patienterna haft. Om patienten haft sex besök eller fler visades en förbättring med 11,51 poäng på PHQ-9 istället för en förbättring med 9,07 poäng, då de hade mindre än sex besök.

### *Behandlingsföljsamhet vid personcentrerad vård*

Personcentrerad vård visar sig ha en positiv påverkan på följsamhet till behandlingen i följande studier; Dobscha et al. (2006), Clever et al. (2006). och Loh et al. (2006). Resultatet från Clever et al. (2006) visade att ju högre patienten bedömde sin egen delaktighet i vården desto bättre var deras följsamhet till behandlingen. Dobscha et al. (2006) fick i sitt resultat fram att interventionsgruppen var mer villiga att ta antidepressiv medicin än vad kontrollgruppen var, 79,3 % respektive 69,3 % (ibid).

Loh et al. (2006) utförde en enkätstudie med data från 30 allmänpraktiserande läkare med sammanlagt 207 patienter. Patienterna fick svara på frågor som rörde deras medverkan i vården, frågorna fokuserade på; information om sjukdomen och den behandling som patienten fick av läkaren samt patientens upplevelse av delaktighet i beslut som rör deras behandling. Resultatet från studien visar att patientens delaktighet i vården påverkar det kliniska resultatet av depressionen, genom att delaktighet i vården ger en högre följsamhet till behandlingen vilket i sin tur ger ett bättre slutresultat (ibid). I en annan studie av Loh et al. (2007), påvisades ingen statistisk signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen på behandlingsföljsamheten vid personcentrerad vård (ibid).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

En litteraturstudie valdes främst för att det fanns ett stort utbud av artiklar inom personcentrerad vård som behandling av depression inom primärvården. Databaserna PubMed, PsycINFO och Cinahl användes i studien. Anledningen till att sökningen utfördes i tre databaser var att syftet hade inriktning på både psykiska sjukdomar, där av PsycINFO, och omvårdnad, där av Cinahl. De flesta artiklar togs ändå ifrån PubMed, p.g.a. PubMeds stora utbud av artiklar. Trots att sökorden gav många träffar på depression, tillfredsställelse och primärvård fanns det inte tillräckligt med artiklar till litteraturstudien. Därför fick ytterligare två artiklar tas fram från referenslistorna från två av de framtagna artiklarna. Av de åtta utvalda och granskade artiklarna kommer tre stycken från USA, tre stycken från England och två stycken från Tyskland. I SBU:s sammanfattning; Behandling av depressionssjukdomar, står det att de flesta behandlingsstudier och studier av vårdorganisation är utförda i USA, Storbritannien och Nederländerna. I Sverige finns det begränsad kunskap om vård och behandling för patienter med depressionsdiagnos (SBU, 2004). Artiklarna som valdes till denna studie är publicerade mellan 2005 och 2010, anledningen till att artiklarna är producerade inom så kort tidsperiod beror på att det då fanns en efterfrågan på att utvärdera vilken effekt användningen av personcentrerad vård i primärvården har för patienter med en depressionsdiagnos.

Majoriteten av artiklarna var utförda med en kvantitativa ansats och endast en artikel var genomförd med kvalitativ ansats. Om fler kvalitativa studier hade inkluderats hade resultatet troligtvis gett en djupare kunskap om hur personcentrerad vård påverkar patienterna då den kvalitativa artikeln av Badger och Nolan (2005a) gav ökad förståelse för vad patienterna själva tyckte och kände om vården som gavs. Nämda artikel gav även stöd åt de övriga artiklarnas resultat då de intervjuade berättade vikten av; att någon tog sig tid att lyssna och försöka förstå, att få vara med och bestämma om sin egen vård och behandling, att få information om depression och få stöd från både personal och familj. I de granskade artiklarna ingick nämnda faktorer i den personcentrerade vården som bedrevs i interventionsgruppen. Fler kvalitativa artiklar kunde gett en mer öppen och personlig bild av hur personcentrerad vård påverkar patienten vid en depressionssjukdom.

## Diskussion av framtaget resultat

Tillfredsställelsen med personcentrerad vård visade ett positivt resultat hos samtliga studier som mätte tillfredsställelsen med vården; Dobscha et al. (2006), Deen, Fortney och Pyne (2010), Loh et al. (2007), Badger och Nolan (2005a) och Ekers och Wilson (2008). Alla artiklar förutom de av Badger och Nolan (2005a) samt Ekers och Wilson (2008) använde sig av interventionsgrupp och kontrollgrupp i sina studier. I studien av Ekers och Wilson (2008) fyllde patienterna i ett formulär om tillfredsställelsen. Knappt hälften lämnade in formuläret vilket kan ha påverkat resultatet, dock var det bara en av dem som lämnade in formuläret som var missnöjd med vården. Badger och Nolans (2005a) intervjustudie stödjer resultatet att personcentrerad vård ger en högre tillfredsställelse. Patienterna som blev intervjuade påtalar vikten av att få känna sig delaktig i vården samt få information om sjukdomen, vilket också är en stor del av personcentrerad vård. Badger och Nolan gjorde ytterligare en artikel, som publicerades under samma år (2005b). Det var också en kvalitativ studie, som i den här artikeln belyser relationens betydelse mellan läkare och patient. De intervjuade patienterna kände både lättnad och fick en större tilltro till läkaren, när han/hon tog sig tid att lyssna och försöka förstå patientens situation (Badger & Nolan, 2005b). Vikten av att läkaren tar sig tid att lyssna på patienten bekräftas i en studie av Prins, Verhaak, Meer, Penninx och Bensing (2009).

Det förefaller som om läkarens engagemang har en avgörande roll för patientens tillfrisknande. När läkaren tar sig tid att lyssna och engagera sig i patienten, känner sig inte patienten som en i mängden utan kan bli sedd som en egen individ. Behandlingen kan gemensamt diskuteras fram, vilket gör att patienten också har kunnat påverka typen av behandling och är därmed inställd på att följa den ordinerade behandlingen. Personcentrerad vård ger dessutom patienten mer stöd, genom att det finns kunnig personal som kan nås via telefon större delen av dygnet. Att träffa en läkare en kort stund och få ett recept på antidepressiv medicin, för att sedan gå hem utan ytterligare stöd, ökar den ensamhetskänsla som oftast redan finns hos en person som lider av depression. Genom ett nätverk med olika yrkeskategorier runt den deprimerade patienten, som vid personcentrerad vård, stärks istället patientens självkänsla och känslan av att vara ensam och övergiven minskar.

Till skillnad från tillfredsställelsen av personcentrerad vård visade effekten av den inte entydigt resultat. Loh et al. (2007) och Dobscha et al. (2006) fann i sina studier ingen

statistisk signifikant skillnad mellan gruppen som fick personcentrerad vård och gruppen som fick ordinarie vård. Effekten av personcentrerad vård visade ha ett samband med graden av delaktighet i vården, enligt studien av Loh et al. (2006) och Clever et al. (2006). Ekers och Wilson (2008) fann ett samband mellan antalet besök som patienten haft i primärvården med effekten av behandlingen. Patienter som hade sex besök eller fler hade en större reduktion av de depressiva symtomen. Att sambandet mellan delaktighet och antalet besök har en påverkan på effekten kan även utläsas i resultatet från studien av Badger och Nolan (2005a), där flertalet av de intervjuade menade att det var av stor vikt att; få berätta om sin situation, få information, stöd och råd samt vara en del av sin egen vård och behandling för att kunna nå ett tillfrisknande. Att patienten ska vara en del av sin egen vård och behandling stöds av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 a §.

Richards et al. (2007) och Ekers och Wilson (2008) fick i sina studier fram ett positivt resultat från effekten av personcentrerad vård. I sammanfattningen av SBU:s; Behandling av depressionssjukdomar, står att läsa; ” betydande antal studier från USA har visat att en kombination av utbildning av läkare och patient, någon form av screening, telefonstöd av specialutbildad sjuksköterska, datorbaserade påminnelser om behandlingsprinciper samt tillgång till psykologisk och psykiatrisk konsultinsats förbättrar behandlingsresultaten i upp till 1 år jämfört med rutinmässigt omhändertagande” (SBU, 2004, s. 29).

Personcentrerad vård ger patienten en tätare uppföljning samt mer information och stöd än vad ordinarie vård gör. Därmed blir effekten av behandlingen bättre. En nyligen publicerad artikel, där sjuksköterskor ansvarade för den samarbetsvilliga vården, visar att samarbetsvillig vård har en positiv effekt på depressionens svårighetsgrad. Resultatet är hämtat från en litteraturstudie kombinerat med metaanalys av Ekers, Murphy, Archer, Ebenezer, Kemp och Gilbody (2013), där 14 studier granskades med sammanlagt 4440 deltagare. I flera av de utvalda artiklarna till denna studie, används en sjuksköterska för att leda den arbetsgrupp som ansvarar för den personcentrerade/samarbetsvilliga vården. Sjuksköterskor ger dessutom råd och stöd till patienten, följer upp depressionens svårighetsgrad samt håller i undervisning och information om depression. Att involvera sjuksköterskor i behandlingen av depression, ger troligen större framgång än vad ordinarie vård gör vid behandling av depression inom primärvården.

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005), står att i sjuksköterskans kompetensområde ingår att kunna ”organisera och/eller delta i teamarbete kring patienten” (s.

11). Vidare står det att sjuksköterskor ska kunna ”informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp” samt ”ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet för patienten i vård och behandling” (Socialstyrelsen, 2005, s. 11). Vid ordinarie vård är det främst läkaren som har kontakt med patienten och följer upp behandlingen. Det finns inget organiserat teamarbete kring patienten.

Den här studien visar att behandlingsföljsamheten har ett samband med graden av delaktighet i vården vilket Loh et al. (2006) och Clever et al. (2006) visade i sina respektive studier. Att följsamheten till behandlingen blir bättre om patienten själv får vara med och bestämma över sin vård och behandling bekräftas av Badger och Nolan (2005a); när patienten får vara delaktig i vården skapas också en bra och förtroendeingivande relation till läkaren, vilket påverkar om patienten ska följa den behandlingen som ordinerats eller inte (Badger & Nolan, 2005a).

De tre huvudteman som togs fram i resultatet; tillfredsställelse-, effekt- och behandlingsföljsamhet vid personcentrerad vård, visar sig påverka varandra. När patienten känner sig nöjd med vården blir följsamheten till behandlingen bättre. Fullföljer patienten behandlingen blir också resultatet bättre och därigenom får patienten ett större förtroende för vården. En patient som har ett bra förtroende för vården söker vård tidigare och därmed hinner inte depressionen bli lika svår. En svår depression tar längre tid att bli frisk ifrån, det innebär också fler sjukskrivningsdagar samt en ökad risk att få återkommande depressioner. Enligt Socialdepartementet (2012) har kommuner och landsting i Sverige svårt att erbjuda befolkningen den vård och omsorg som krävs inom psykiatrisk sjukvård. En satsning på personcentrerad vård, med ett arbetsteam bestående av många olika yrkeskompetenser som leds av en sjuksköterska, kan vara ett bra alternativ för att tillgodose folkets behov av vård vid depression. Ett sådant team skulle kunna ingå i ett behandlingsprogram för patienter med depression i primärvården. Primärvården behandlar de flesta patienter med depression, vilket dessutom utgör en av de vanligaste diagnoserna inom primärvården.

Sjuksköterskan har en viktig roll i personcentrerad vård, då de centrala värdena i omvårdnaden bygger på respekt för det sårbara, värdighet, integritet och självbestämmande samt upplevelse av tillit, hopp och mening. Sjuksköterskan ska så långt det är möjligt, sträva efter patientens medskapande och delaktig i sin egen vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Studien visar att patienterna var mer tillfredsställda med personcentrerad vård jämfört med ordinarie vård. Personcentrerad vård gav också bättre effekt på de depressiva symtomen, i majoriteten av artiklarna. Två artiklar visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen vad gäller effekten vid personcentrerad vård. Patientens grad av delaktighet i vården visade sig ha ett samband med både effekten av- och följsamheten till behandlingen. Endast en artikel fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid följsamhet till behandlingen. Ingen artikel visade ett sämre resultat av personcentrerad vård jämfört med ordinarie vård. Utifrån det här resultatet visar sig personcentrerad vård vara ett bättre alternativ än ordinarie vård. I Sverige, liksom övriga världen, är depression en vanlig diagnos. Studierna som granskades utfördes i USA, England och Tyskland. Nämnade länder liknar Sverige och därmed borde personcentrerad vård även ge ett positivt resultat i Sverige. Personcentrerad vård med ett liknande upplägg, där sjuksköterskor är en del av behandlingsteamet skulle vara en bra satsning för depressionsvård i Sverige. Sjuksköterskor har en viktig roll i personcentrerad vård, då det enligt Svensk sjuksköterskeförening beskrivs som en av grunderna i omvårdnaden.



## Referenser

\*Badger, F., & Nolan, P. (2005a). Attributing recovery from depression. Perceptions of people cared for in primary care. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01581.x

Badger, F., & Nolan, P. (2005b). Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 2005(12), 146-153.

Bendt, A. (2011). Depression. *Vårdguiden*. Hämtad 26 september, 2012, från <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Depression/>

Brakemeier, E.L., & Frase, L. (2012). Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. doi: 10.1007/s00406-012-0357-0

\*Clever, S.L., Ford, D.E., Rubenstein, L.V., Rost, K.M., Meredith, L.S., Sherbourne, C.D., Wang, N.Y., Arbelaez, J.J., & Cooper, L.A. (2006). Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical care*, 44 (5), 398-405.

\*Deen, T.L., Fortney, J.C., & Pyne, J.M. (2010). Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Adm Policy Ment Health*, doi: 10.1007/s10488-010-0322-z

DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.

\*Dobscha, S.K., Corson, K., Hickam, D.H., Perrin, N.A., Kraemer, D.F., & Gerrity, M.S. (2006). Depression decision support in primary care: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(7), 477-487.

Edvardsson, D. (2010). *Inledning*. IB. Edvardsson, D. (Red). *Personcentrerad omvårdnad: I teori och praktik* (s. 15-18). Lund: Studentlitteratur.

Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2013(in press):  
<http://dx.doi:10.1016/j.jad.2013.02.032>

\*Ekers, W., & Wilson, R. (2008). Depression case management by practice nurses in primary care: An audit. *Mental Health in Family Medicine*, 2008(5), 111-119.

Elwy, A.R., Yeh, J., Worcester, J., & Eisen, S.V. (2011). An illness perception model of primary care patient's help seeking for depression. *Qualitative Health Research*, 2011(11), 1495-1507.

Folkhälsoinstitutet. (u.å.). *Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom*. Hämtad den 10 maj, 2013, från:  
[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=b02daa1f-7d08-4a89-b22c-656e23b20814&FileName=Prim%C3%A4rv%C3%A5rdsavtalet.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=b02daa1f-7d08-4a89-b22c-656e23b20814&FileName=Prim%C3%A4rv%C3%A5rdsavtalet.pdf)

Floderus, B., Jiang, G.X., & Wasserman, D. (2010). *Själv mord i Europa och Världen*. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi. ISBN: 978-91-86313-62-3

Friberg, F. (2012). *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. I B. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-131). Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan. (2011). *Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken: Startade sjukskrivningar (>14 dagar) per diagnos bland anställda i olika yrken år 2009*. (Socialförsäkringsrapport, 2011:17). Försäkringskassan.

Horn, G.L. (2012). An investigation into the effects of cognitive behavioral therapy on patients with chronic depression: A small case series. *Psychology Research and Behavior Management*, 2012(5), 123-129.

Internetmedicin. (2013). *Depressionsdiagnostik*. Hämtad 10 maj, 2013, från [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=1358#top](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1358#top)

\*Loh, A., Leonhart, R., Wills, C.E., Simon, D., & Härter, M. (2006). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65(2006), 69-78.

\*Loh, A., Simon, D., Wills, C.E., Kriston, L., Niebling, W., & Härter, M. (2007). The effect of shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster- randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 67(2007), 324-332.

Lundberg, B. (2010). Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine

Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2007). Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Soc Psychiatr Epidemiol*. Doi: 10.1007/s00127-007-0160-9

Lundberg, B., Sivberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2010) *Who am I supposed to be? Stories from mental health users´with experiences of rejection*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine.

Ottosson, J.O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott, cop.

Prins, M.A., Verhaak, P.F., Meer, K., Penninx, B.W., & Bensing, J.M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient´s perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119(2009), 163-171.

\*Richards, D.A., Lovell, K., Gilbody, S., Gask, L., Torgerson, D., Barkham, M.....(2007). Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, doi: 10.1017/S0033291707001365

Röda korsets högskola. (2011). *Guide till referenshantering enligt APA-systemet: Förkortad svensk översättning och tolkning av APA-systemet för röda korsets högskola*. Hämtad 20 september, 2012, från; [http://www.ltu.se/cms\\_fs/1.78649!/file/APAmall.pdf](http://www.ltu.se/cms_fs/1.78649!/file/APAmall.pdf)

Segesten, K. (2012). *Att välja ämne och modell för sitt examensarbete*. I B. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 10 maj, 2013, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 22 maj, 2013, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

SOSFS 2005:28, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 25 Oktober, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>

Sheehan, D.V., Keene, M.S., Eaddy, M., Krulewicz, S., Kraus, J.E., & Carpenter, D.J. (2008). Differences in medication adherence and healthcare resource utilization patterns: Older versus newer antidepressant agents in patients with depression and/or anxiety disorders. *CNS Drugs*, 22(11), 963-973.

Socialdepartementet. (2012). PRIO psykisk ohälsa- utvecklad och fortsatt satsning. Västerås: Edita Västra Aros. Artikelnummer: S2012.006

Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2012*.  
Artilelnr: 2012-3-6. Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt, volym 2*. (SBU-rapport, nr 166/2)  
Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (u.å.). *Förekomst och klassificering av depressionssjukdomar*. Hämtad 20 september, 2012, från,  
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad\\_depression\\_1999/SSF\\_depres\\_bil1.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_depression_1999/SSF_depres_bil1.pdf)

Statens offentliga utredningar. (2006). *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. SOU: 2006:100

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Brommatryck och Brolins AB. ISBN-NR: 978-91-8560-16-0

Thota, A.B., Sipe, T.A., Byard, G.J., Zometa, C.S., Hahn, R.A., McKnight-Eily, L.R.....(2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: A community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*, 42(5), 525-538.

Wasserman, D. (2010). *Depression*. Hämtad 26 september, 2012, från  
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/?ar=True>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1(Litteraturmatris)

| Författare, år och land  | Titel   | Deltagare                           | Syfte   | Metod  | Resultat  | Grad |
|--|---|-------------------------------------|---|--|---|------|
| <b>Dobscha, Corson, Hickam, Perrin, Kraemer &amp; Gerrity</b><br><br><b>2006</b><br><b>USA</b> | Depression decision support in primary care: A cluster randomized trial | 41 vårdcentraler med 375 patienter. | Utvärdera effekten av personcentrerad vård samt studera den vårdande processen vid depression i primärvården. | En randomiserad kontrollerad studie. Personcentrerad vård jämfördes med ordinarie vård. Vårdcentralerna delades in i interventionsgrupp (20 st., 189 pat.) och kontrollgrupp (21 st., 186 pat.) Patienter med poäng mellan 10-25 på PHQ-9 mätningen erbjöds att delta i studien. Patienter som hamnade i interventionsgruppen fick efter två veckor ett uppföljningssamtal där utbildning skedde, lösa problem, utvärdera behandlingsfölsamheten och stödja kommunikationen mellan vårdcentralen och patienten. I samband med uppföljningssamtalet blev patienten erbjuden att delta i en utbildning av depression, som skedde i en grupp under två timmar. Utvärderingen av den personcentrerade vården skedde med mätinstrumentet PHQ-9, i början av behandlingen samt efter 3, 6 och 12 månader. Vid mätningen av tillfredsställelsen av vården ställdes fyra frågor, där patienterna med hjälp av 5-poängs likert skala fick värdera tillfredsställelsen med vården. | Tillfredsställelsen med vården visade sig vara större i interventionsgruppen, 3,58 poäng, jämfört mot kontrollgruppen, 3,16 poäng på likert skalan från 1-5. De båda grupperna visade ingen skillnad på effekten av behandlingen vid PHQ-9 mätningarna. | I    |

|   |   |  |   |   |   |          |
|---|---|--|---|---|---|----------|
| <p><b>Badger &amp; Nolan</b></p> <p><b>2005</b></p> <p><b>UK</b></p>  | <p>Attributing recovery from depression.</p> <p>Perceptions of people cared for in primary care</p>       | <p>Fyra vårdcentraler fick sammanlagt ihop 159 patienter, de 15 första från varje vårdcentral inkluderades i studien, 60 st.</p> | <p>Få inblick i vad patienterna tror hjälpte dem nå ett tillfrisknande samt identifiera de olika faktorerna som hjälpte.</p>  | <p>Patienter som hade tillfrisknat från sin depression intervjuades. En semistrukturerad intervju utfördes, antingen hemma hos patienten eller på vårdcentralen. Intervjuerna varade mellan 23 och 95 min.</p>  | <p>En multifaktoriell anledning låg bakom tillfrisknandet. Faktorer som de intervjuade framhävde var; vikten av att någon tar sig tid att lyssna, få information och rådgivning samt att patienten fick vara delaktig i beslut som rörde sin egen behandling. Andra viktiga faktorer var stöd från familj och närstående samt få tid att återhämta sig.</p> | <p>I</p> |
| <p><b>Clever, Ford, Rubenstein, Rost, Meredith, Sherbourne, Wang, Arbelaez &amp; Cooper.</b></p> <p><b>2006</b></p> <p><b>USA</b></p> | <p>Primary care patients involvement in decision-making is associated with improvement in depression.</p> | <p>Data är analyserat utifrån 1706 patienter.</p>  | <p>Studien söker svar på om patientens delaktighet i beslut om behandling kunde förbättra behandlingsföljsamheten och därigenom få ett bättre resultat av behandlingen.</p> | <p>Data analyserades från fyra olika studier, där alla studier utfördes som randomiserade kontrollerade studier. Olika behandlingsstrategier för måttlig depression utvärderades i primärvården. Sjuksköterskor höll i behandlingsprogrammet för patienter som erhöll personcentrerad vård. I programmet ingick att uppskatta patienternas symtom på depression, utbilda och aktivera patienterna och ge återkoppling till personalen på vårdcentralen. Patienterna bedömde sin delaktighet i vården (Involvement in decision-making, IDM), enligt en 5-poängsskala, sex månader efter studiens</p> | <p>Resultatet visade ett samband mellan antalet poäng för delaktighet i vården med förbättringen av de depressiva symtomen. Interventionsgruppen visade en ökning med 2-4 % att bli av med depressionen för varje poängökning vid delaktighet i vården.</p>   | <p>I</p> |

|  |   |   |  |  |  |   |
|--|---|---|--|--|--|---|
|  |   |   |  | start. Behandlingsföljksamheten och depressionens svårighetsgrad mättes var sjätte månad upp till två år efter studiens start. Mätinstrumentet; Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D), användes för bedömning och uppföljning av depressionens svårighetsgrad.   | Kontrollgruppen visade en ökning med 1-2 % i samma undersökning. Behandlingsföljksamheten blev också bättre ju högre patienten bedömde sin delaktighet i vården. |   |
| <b>Deen, Fortney &amp; Pyne 2010 USA</b>                 | Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. | 395 patienter från sju områden deltog i studien: 177 st i interventionsgruppen, 218 st i kontrollgruppen. | Syftet med studien var att undersöka om personcentrerad vård gav högre tillfredsställelse än ordinarie vård. | En randomiserad studie som utfördes i sju olika områden. Data var registrerat för 24 882 patienter som sökt för depression. Efter ett depressionstest, återstod endast 6,9 % av de 24 882 patienterna. Interventionen hade fler personal och personalen hade specialistkompetens inom psykisk ohälsa. Ett team för att behandla depression, som bestod av en ledande sjuksköterska, en klinisk farmaceut och psykiatriker hjälpte patienterna genom; utbildning, problemlösning samt följa de depressiva symtomen, behandlingsföljksamheten och biverkningar. Tillfredsställelsen med vården mättes genom en 5-poängs skala, 6 mån efter studiens start. | Interventionsgruppen hade en större tillfredsställelse med vården än vad kontrollgruppen hade.   | I |
| <b>Loh, Simon, Wills, Kriston, Niebling &amp; Härter</b> | The effects of a shared decision-making intervention in primary care of   | 30 allmänpraktiserande läkare blev slumpmässigt utvalda antingen  | Utvärdera effekten av hur patientens delaktighet i beslut om sin egen behandling                             | Interventionen bestod av ett program med många olika aspekter som var inriktade på patientens delaktighet i vården. Programmet innehöll utbildning av personal, som personalen informera vidare till patienten efter det första läkarbesöket.  | Det fanns ingen skillnad mellan de båda grupperna, vad gällde behandlingsföljksamhet. Patienternas   | I |



|  |   |  |   |   |  |           |
|--|---|--|---|---|--|-----------|
| <p><b>2007</b><br/><b>Tyskland</b></p>   | <p>depression: A cluster randomized controlled trial</p>  | <p>till interventionsgruppen eller till kontrollgruppen, 20 respektive 10. Efter bortfall blev det tillslut, 15 läkare med 263 patienter i interventionsgruppen respektive 8 läkare med 142 patienter i kontrollgruppen.</p> | <p>påverkar ; behandlingsföljsamhet, tillfredsställelse och effekt på de depressiva symtomen, jämfört med ordinarie vård.</p> | <p>Patienterna fick dessutom skriftlig information om depression och dess behandling med särskild inriktning på att patienten ska vara aktiv i sin egen vård och behandling. Mätning av tillfredsställelse, behandlingsföljsamhet och effekt utfördes i början av studien samt efter 6-8 veckor. Mätinstrument för effekt av vården var; patient health questionnaire (PHQ), för tillfredsställelsen användes den tyska versionen av CSQ-8 och för behandlingsföljsamheten användes en 5-poängsskala med frågor om följsamhet till behandlingen både från patientens och läkarens sida.</p> | <p>tillfredsställelse var högre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Effekten av behandlingen visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan de båda grupperna.</p>  |           |
| <p><b>Loh, Leonhart, Wills, Simon &amp; Härter</b><br/><b>2006</b><br/><b>Tyskland</b></p> | <p>The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression.</p> | <p>30 allmänpraktiserande läkare med sammanlagt 207 patienter.</p>   | <p>Hur påverkas behandlingsföljsamheten och det kliniska resultatet av personcentrerad vård.</p>                              | <p>En enkätstudie utfördes där frågor ställdes i början av studien samt efter 6-8 veckor. Det kliniska resultatet mättes genom depressionsskattningsskalan; Patient health questionnaire (PHQ) där nio frågor fylldes i av patienterna. Behandlingsföljsamheten följdes upp av både läkare och patient 6-8 veckor efter start. Följsamheten bedömdes med en 5-poängs skala, likert skala. Patienterna bedömde också sin egen delaktighet i vården enligt en 5-poängsskala. Delaktighet i vården utgick ifrån; information om sjukdomen och dess behandling samt patientens</p>              | <p>Det kliniska resultatet visade på en måttlig förbättring av de depressiva symtomen hos 59,8 % av patienterna. Resterande patienter visade ett oförändrat- eller i vissa fall även en försämring av symtomen. En positiv korrelation fanns mellan det kliniska resultatet och patientens</p> | <p>II</p> |

|  |  |   |   |   |  |   |
|--|--|---|---|---|--|---|
|  |  |   |   | upplevelse av delaktighet i vården och val av behandling.   | delaktighet samt följsamhet till behandlingen.   |   |
| <b>Richards, Lovell, Gilbody, Gask, Torgerson, Barkham, Bland, Bower, Lankshear, Simpson, Fletcher, Escott, Hennessy &amp; Richardson.</b><br><br>2007<br>UK | Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. | Fyra vårdcentraler i UK deltog i studien där läkarna slumpmässigt blev utvalda antingen till behandlingsgruppen eller till kontrollgruppen. 114 patienter delades in i tre olika grupper; en interventionsgrupp (41 st.), en kontrollgrupp med slumpmässigt utvalda patienter (38 st.) och ytterligare en | Utvärdera effekten av samarbetsvillig vård, till ett protokoll om samarbetsvillig vård i UK. Studien undersökte dessutom om cluster eller randomization är mest lämpat för en phase III studie. | Interventionsgruppen fick samarbetsvillig vård som innebar en; strukturerad behandlingsplan för medicinering och aktivering samt undervisning med inflytande av kognitiv beteendeterapi. Depressionens svårighetsgrad mättes med PHQ-9 i början av behandlingen samt efter 3 månader. | Resultatet visade en större effekt för interventionsgruppen jämfört med de andra grupperna. Samarbetsvillig vård hade en medel till stor effekt på de depressiva symtomen. Effektstorleken på de depressiva symtomen var 5-poäng mellan interventionsgruppen och de grupperna som fick ordinarie vård, 5 poäng är skillnaden mellan t.ex. medel och svår depression. | I |

|                                   |   |  |  |   |  |    |
|-----------------------------------|---|--|--|---|--|----|
|                                   |   | kontrollgrupp där en hel grupp patienter blev utvalda (35 st.).                              |  |   |  |    |
| <b>Ekers &amp; Wilson 2008 UK</b> | Depression case management by practice nurses in primary care: An audit | Data från 161 patienter fans tillgängliga, 134 patienter accepterade att medverka i studien. | Syftet med studien var att undersöka den samarbetsvilliga vårdens påverkan på de depressiva symtomen samt tillfredsställelsen. | Data från 134 patienter med en nytillkommen depression samlades ihop för att analyseras. Studien utfördes av sjuksköterskor som jobbat med samarbetsvillig vård. Samtliga patienterna som ingick i studien fick samarbetsvillig vård, vilket innebär; att patienterna fick råd och stöd av en sjuksköterska via telefon, undervisning om depressionssjukdom och färdighetsträning i att hantera olika situationer samt en noggrann uppföljning och utvärdering av de depressiva symtomen. | Tillfredsställelsen med vården undersöktes med hjälp av ett frågeformulär, där svarsalternativen var; mycket nöjd, nöjd, varken nöjd eller missnöjd samt missnöjd. Det var 44 % som lämnade in frågeformuläret, av dem var; 64 % mycket nöjda, 32 % nöjda och en var missnöjd. Effekten av behandlingen mättes med PHQ-9, där minskningen var 9,07 poäng för de som haft mindre än sex besök. Patienter som hade sex besök eller fler hade en reduktion med 11,51 poäng. | II |

