



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

ÅNGEST, DEPRESSIVA BESVÄR OCH LIVSKVALITET HOS PATIENTER INOM VUXENPSYKIATRINS ÖPPENVÅRD OCH PATIENTER SOM REMITTERATS VIA VÅRDVALET

Zara Mandl & Kristina Sigvardsson

Psykoterapeutprogrammet Steg 2, psykodynamisk inriktning Lunds Universitet 2021

Handledare: Docent Per Johnsson
Examinator: Professor Agneta Öjehagen

Abstract

Question: The purpose of this study was to study if depression, anxiety and quality of life differ between patients from an outpatient psychiatric clinic (ÖPM) and a private psychotherapy clinic in “Vårdvalet Region Skåne” (PMV) as well as to study if depression and anxiety correlate to quality of life in these patients. A further purpose of the study was to study if quality of life amongst patients in this study differed from age and gender-matched individuals from the normal population.

Material: 20 and 20 consecutive patients, respectively, were recruited in connection with new visits at ÖPM and at PMV.

Method: In connection with a first visit, the patients completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), assessing anxiety and depression, as well as EQ5D, addressing health-related quality of life.

Results: The patients from ÖPM, compared with PMV, rated higher with regard to anxiety and depression. However, only the proportion of clinically significant depressed patients was higher at ÖPM. No significant difference in quality of life was seen between patients from ÖPM and PMV. When comparing quality of life in the whole group of patients with an age and gender-matched group of individuals from the normal population, the quality of life was significantly lower amongst the patients in this study. A statistically significant inverse correlation between anxiety and depression, both as evaluated by HADS, and quality of life as evaluated by EQ5D-VAS, ($r=-0.38$, $p=0.017$; $r=-0.35$, $p=0.028$), respectively, was also seen in this study.

Conclusions: Patients at ÖPM generally had more pronounced anxiety and depression symptoms than at PMV. Whilst depression and anxiety were found to be moderately associated with quality of life in these patients, quality of life was still not different between patients in the two open-clinics.

Keywords: Depression, anxiety, quality of life

Sammanfattning

Frågeställning: Syftet med denna studie var att studera om depression, ångest och livskvalitet skiljer sig åt mellan patienter från en öppenvårdspsykiatrisk mottagning (ÖPM) och en privat psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet inom Region Skåne (PMV) samt om depression och ångest korrelerar till livskvalitet hos dessa patienter. Ett vidare syfte var att undersöka om livskvalitet skiljer sig åt mellan patienterna i denna studie och en ålders- och könsmatchad grupp individer från normalpopulationen

Undersökningsgrupp: 20 konsekutiva patienter rekryterades i samband med nybesök vardera från ÖPM samt från PMV.

Metod: Patienterna fick i samband med nybesöket fylla i Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) bedömande ångest och depression samt EQ5D, bedömande hälsorelaterad livskvalitet.

Resultat: Patienterna från ÖPM jämfört med PMV skattade högre avseende ångest och depression. Dock var endast andelen kliniskt signifikant deprimerade patienter högre vid ÖPM. Ingen signifikant skillnad avseende livskvalitet sågs mellan patienter från ÖPM och PMV. Vid jämförelse av livskvalitet hos hela gruppen patienter med en ålder och könsmatchad grupp individer från normalpopulationen, var livskvalitén dock signifikant lägre hos patienterna i denna studie. Vidare sågs en statistiskt signifikant invers korrelation mellan ångest och depression, bedömd med HADS, respektive livskvalitet, bedömd med EQ5D-VAS ($r=-0.38$, $p=0.017$; $r=-0.35$, $p=0.028$) i studien.

Slutsatser: Patienter vid ÖPM hade i regel mer uttalade ångest och depressionssymtom än vid PMV. Trots att ångest och depression korrelerade med livskvalitet hos dessa patienter skilde sig livskvalitet ej signifikant åt mellan patienter vid de 2 mottagningarna.

Nyckelord: Depression, ångest, livskvalitet

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	5
Depression.....	6
Ångest.....	7
Samsjuklighet Ångest och Depression.....	8
Livskvalitet.....	8
Tidigare studier.....	9
Syfte.....	10
2. Metod.....	11
Material/deltagare.....	11
Vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning.....	12
Privat psykologmottagning inkluderat i vårdvalet.....	12
Kontrollmaterial från normalpopulationen.....	13
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	13
EQ-5D	14
3. Statistik	16
4. Etik.....	16
5. Resultat	16
Tabell 1.....	17
Tabell 2.....	19
Figur 1 och 2	20
6. Diskussion	21
Metoddiskussion.....	23
Framtida studier.....	24
Slutsats.....	25
7. Referenser.....	26

Introduktion

Bakgrunden till denna studie är den ständigt pågående diskussion, på vardera mottagning, gällande gränssnittet mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård och huruvida patienter på vardera mottagning erhåller rätt insatser. Diskussionerna handlar ofta om vilken typ av psykoterapi, medicinska insatser samt utredning som bör erbjudas och i vems regi. I denna diskussion har vårt intresse väckts kring att undersöka om skillnad i grad av psykiatrisk problematik och livskvalitet föreligger mellan de patienter som remitteras till en öppenvårdspsykiatrisk mottagning respektive en privat psykoterapimottagning kopplad till primärvården. Detta bedömer vi som angeläget då ett av målen för vårt samhälle beskrivs vara att kunna erbjuda en god vård och omsorg, vilket i dessa sammanhang är ett samlingsbegrepp för olika mål och kriterier som skall fungera som en vägledning vid de uppföljningar som sker av hälso- och sjukvårdens processer, kostnader och resultat. Socialstyrelsen har en kunskapsmodell som beskriver hur en god vård och omsorg skall se ut. Enligt denna modell skall en god vård och omsorg vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, effektiv, tillgänglig och jämlik. Socialstyrelsen har framhållit och hävdat att olika typer av hälsodataregister, kvalitetsregister och andra typer av databaser behöver ändras och utvecklas för att regelbundet kunna hitta och belysa samt följa hur skillnader i sjukvård och hälsa ser ut för olika delar av befolkningen, samt att belysa skillnader i tillgänglighet samt vårdkvalitet. Socialstyrelsen förklarar att med *”jämlik vård och omsorg avses att vården skall tillhandahållas och fördelas på lika villkor”* (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-14.pdf>). Sjukvården har även en skyldighet att i enighet med hälso- och sjukvårdslagen se till att de som har de största behoven prioriteras av vården. Socialstyrelsen har även påtalat att det finns en betydande ojämlikhet i just psykisk hälsa och även i den psykiatriska vården i Sverige, där det visats att det finns skillnader i hur olika sjukdomar och sjukdomstillstånd behandlas beroende på var man bor i landet samt vem det är som blir eller är sjuk. (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-14.pdf>). För att enligt Socialstyrelsen kunna erbjuda en god, effektiv, individanpassad och tillgänglig vård och omsorg är det viktigt att olika vårdresurser utnyttjas optimalt där frågan om gränssnittet mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård blir aktuell.

Depression

Egentlig depression är en av våra vanligaste psykiatriska sjukdomar (Wang J et al. 2017) och ger upphov till en sänkt livskvalitet hos dem som drabbas (Brenes GA. 2007, Angermeyer MC et al. 2002). Symtom och djup av depression varierar mellan de drabbade och handläggning och uppföljning av dessa patienter sköts öppenvårdsmässigt såväl av primärvården (Pettersson et al. 2014) som av öppenvårdspsykiatri (Brenes GA. 2007, Angermeyer MC et al. 2002). Det är tidigare visat att livskvalitet är försämrade hos patienter med depression som sköts i primärvården och inom psykiatri men det är oklart hur patienter i primärvården och öppenvårdspsykiatri skiljer sig åt avseende svårighetsgrad av depression, ångest och påverkad livskvalitet samt hur dessa parametrar korrelerar till varandra hos dessa patienter (Whynes M et al. 2009).

Egentlig depression är ett vanligt och allvarligt stämningstillstånd. De som lider av egentlig depression känner ofta ihållande känslor av nedstämdhet, hopplöshetskänslor samt avsaknad av lust och känslor för saker som de tidigare uppskattade. För att bli diagnostiserad med egentlig depression skall man ha haft symptom i minst två veckor samt, enligt DSM 5 kriterierna, vid diagnostisering uppfylla minst ett av följande kriterier: 1. Depressivt mående/nedstämdhet eller 2. Förlust av intresse eller njutning, samt också fem eller fler av följande kriterier: 1. Depressivt mående under större delen av dagen, i stort sätt var dag; 2. Påfallande minskning av intresse eller glädje i det stora hela eller i stort sett alla aktiviteter; 3. Signifikant viktförlust utan diet eller viktökning >5% senaste månaden; 4. Sömnsvårigheter, för lite eller för mycket sömn; 5. Psykomotorisk agitation eller hämning; 6. Svaghet/utmattning, brist på energi; 7. Värdelöshetskänslor, överdrivna skuldkänslor. 8. Minskad tanke eller koncentrationsförmåga och 9. Suicidtankar av olika grader (Tolentino JC & Schmidt SL. 2018). Symtomen ska orsakande ett lidande eller ge upphov till en försämrade funktion i arbete och socialt. Symtomen ska inte bero på missbruk eller somatisk sjukdom. Depressionsperioden ska inte heller bättre kunna förklaras av annan psykiatrisk sjukdom. Det ska aldrig tidigare ha förekommit någon manisk eller hypoman period antydande bipolär sjukdom (Tolentino JC & Schmidt SL. 2018). Det är viktigt att behandla patienter som lider av depression då det ofta finns en samsjuklighet och en ökad risk för dödlighet (SBU 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4).

Ångest

Precis som depression är ångest en av våra vanligaste folksjukdomar. Ångest debuterar ofta tidigt i livet med en medianålder för insjuknande på 11 år, vilket betyder att varannan patient insjuknar före puberteten (von Knorring et al. 2011). De ångestsyndrom som brukar komma tidigast i livet är separationsångest och specifika fobier, där hälften insjuknat redan före skolstarten. Ettårs prevalensen för ångest i en generell population varierar mellan 12 och 17% beroende på vilken studie man tittar på, och ungefär en av fyra kommer någon gång i livet att drabbas av ett ångestsyndrom (Nordström A & Bolund O. 2008).

Enligt 1177 Vårdguiden förklaras ångest som en naturlig reaktion på att någonting som upplevs som skrämmande. Syftet med att känna ångest är egentligen en överlevnadsfunktion för att förbereda sig för att fly från något farligt. Ångesten som sådan innebär en fysiologisk, psykologisk och emotionell reaktion som är nedärvd för att identifiera potentiella hot (Gabbard GO. 2014). Ångest och rädsla har därför hög prioritet i vårt biologiska system, och rädsloreaktionen sker därmed omedelbart (Karterud S et al. 2015). Då hjärnan inte kan skilja på verkliga hot och rädsla som kommer inifrån, blir reaktionen densamma. Kroppen gör sig redo för att hantera en farlig situation, genom att öka mängden stresshormoner i blodet. Det har ingen betydelse för reaktionen huruvida hotet är verkligt eller inte. Hjärnan kan inte skilja på rädsla som kommer ur specifika situationen, tankar eller känslor kontra ett verkligt hot. Den fysiska reaktionen resulterar ändå i samma stresspåslag med spända muskler och en puls och andning som blir snabbare (www.1177.se).

Begreppet ångest kan ses som ett paraplybegrepp för ett antal olika ångestsjukdomar. I DSM-5 kategoriseras ångest i: panikångest, generaliserad ångest (GAD), specifik fobi, selektiv mutism och separationsångest. Varje diagnos har sina specifika kriterier och de olika ångestdiagnoserna skiljer sig därmed åt i hur de visar sig. Gemensamt är att de ska orsaka signifikant lidande eller försämrad funktion hos individen (Tolentino JC & Schmidt SL. 2018). Symtom på ångest kan vara; hjärtklappning, tryck över bröstet, yrsel, andningssvårigheter, svettningar, darrningar, stickningar eller domningar i händer eller fötter, illamående, frossa eller värmevallningar och mardrömmar (Tolentino JC & Schmidt SL. 2018, www.1177.se). Mera långvarig ångest kan även innebära mardrömmar, separationsrädsla, undvikande av vissa situationer eller platser, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, somatiska bekymmer som huvudvärk, magont samt sömnstörningar med flera (Tolentino JC & Schmidt SL. 2018). Det är av vikt att fånga upp patienter med ångest då det ofta finns en samsjuklighet och en ökad risk för dödlighet. Kroppsliga sjukdomar som till

exempel hjärtbesvär, diarré, förstoppning, förhöjda blodfetter och astma är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos normalbefolkningen (SBU 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4). Dubbelt så många kvinnor som män drabbas av ångest. Anledningarna till detta kan vara många, men en möjlig förklaring som setts i studier är att kvinnor i högre grad söker hjälp tidigare för dylika besvär än män. Kvinnor har också en annan hormonell balans under livet, något som också kan påverka deras mående (Nordström A & Bolund O. 2008).

Samsjuklighet Ångest och Depression

I ett antal studier har det konstaterats att samsjukligheten mellan depression och ångest är hög. En studie inkluderande 74045 vuxna, från 24 olika länder uppskattade prevalensen för samsjuklighet mellan ångest och depression till 41,6% under ett år (Crowden et al. 2012). En nationell studie inom primärvård, med syfte att undersöka hur vanligt det är med ångest och depression hos dess patienter visade vidare att var fjärde patient (23%) som sökte primärvård hade obehandlad ångest och/eller depression (Allgulander C & Nilsson B. 2003). Personer som lider av något ångestsyndrom har ofta också andra sjukdomar samtidigt. Exempelvis visade en stor epidemiologisk studie att individerna i studien i genomsnitt hade mer än två psykiska störningar samtidigt men också att enstaka individer kunde ha upp till sju olika psykiatriska diagnoser (SBU 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett brett sammansatt begrepp som bedöms genom mätning av individens egna upplevelse och värdering av sitt psykiska, fysiska och sociala mående. Hälsan betyder mycket för livskvaliteten men även andra faktorer såsom familjesituation, övrigt umgänge, arbete, fritid, ekonomiska situation, utbildning, boendesituation spelar in. Livskvaliteten är alltså också avhängig av hur individens relationer och sociala sammanhang ser ut. WHO beskriver livskvalitet som individens uppfattning av den egna livssituationen och tar hänsyn till kultur och normer, personens egna mål och vilka värderingar, förväntningar och intressen som personen har. Det handlar alltså definitionsmässigt om de personliga faktorer som påverkas av de förändringar som sker i olika livssituationer och som därför även varierar över tid.

Hälsorelaterad livskvalitet handlar om de delar av den allmänna livskvaliteten som påverkas av hälsan. Detta undersöks ofta vid klinisk forskning då man vill ta reda på

vårdtjänsternas effekter på patienters livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet är även av intresse i större befolkningsstudier i syfte att planera och följa upp olika typer av folkhälsoinsatser samt för hälsoekonomiska jämförelser, exempelvis hur kostnader skiljer sig för olika vårdtjänster och hur detta i sin tur påverkar individens livskvalitet under ett år. Genom detta kan man exempelvis se hur kostnadseffektiv en behandling är och jämföra den med andra behandlingar. Formulär som ofta används i dessa hälsoekonomiska beräkningar är EQ5D, SF-6D och HUI-3 (<https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>). SF-36 är också ett väl använt formulär för att mäta livskvalitet i kliniska studier. Detta formulär är mer detaljerat och beskrivande självskattnings formulär som består av 36 detaljerade frågor och tar relativt lång tid att fylla i. Både EQ5D och SF-36 är etablerade men EQ5D är inte lika omfattande och detaljerat. Däremot används EQ5D även som tidigare nämnts vid hälsoekonomiska beräkningar och undersökningar (<https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>).

Tidigare studier

I en finsk studie av Riihimäki och kollegor (Riihimäki et al. 2016) studerades hälsorelaterad livskvalitet hos primärvårdspatienter med depressiva besvär. Författarna i denna studie visade att patienter från primärvården med depressiva symtom, mätt med Becks Depression Inventory, i ett primärvårdssammanhang hade en uttalat sänkt hälsorelaterad livskvalitet mätt med det så kallade 15D instrumentet. Man såg även här en association mellan ångestsymtom, mätt med Becks Anxiety Inventory, och hälsorelaterad livskvalitet. Man kunde till och med visa att för att uppnå en normalisering av livskvaliteten behövde depressiva samt ångestsymtom väsentligen vara frånvarande. I en studie från USA av Kemning och kollegor (Kemning et al. 2019) undersöktes korrelation mellan depression, ångest och livskvalitet hos patienter med egentlig depression eller bipolär sjukdom och det visades att när patienter med egentlig depression eller bipolär sjukdom befann sig i ett normalt stämningsläge så var deras livskvalitet inom normalvariationen i befolkningen. Båda patientgrupperna hade däremot en signifikant nedsättning av livskvalitet redan då det uppvisade milda depressiva symptom. Den enda oberoende faktorn som var negativt korrelerad till livskvalitet hos båda sjukdomarna var allvarlighetsgraden av depressiva symptom. I en dansk studie (Bech P & Timmerby N. 2018) beskrevs den farmakopsykometriska triangeln beskrivande sambandet och avvägningen mellan

symtombörda, biverkningar och livskvalitet hos patienter med ångest och depression i syfte att förbättra deras vård och hur en mängd olika mätinstrument (Hamilton Depression Scale, Symptom Checklist, Patient Reported Inventory of Side Effects, Clinician Action of Response, och WHO-5 för att mäta livskvalitet) kunde användas för att bedöma detta samband. Oei och McAlinden (Oei T & McAlinden NM. 2014) undersökte KBT i grupp och förändringar i livskvalitet efter behandling mot ångest och depression inom psykiatrisk öppenvård. Deras studie visade att KBT i grupp var framgångsrikt och ökade livskvaliteten, upplevelsen av tillfredsställelse i livet samt minskad ångest och depressionssymptom i denna patientgrupp. I en svensk studie (Ahnemark et al. 2018) har Ahnemark och kollegor undersökt hälsorelaterad livskvalitet och sjukdomsbörda hos vuxna med nydiagnostiserad ADHD (attention-deficit and hyperactivity disorder) i Sverige. I denna studie användes bland annat EQ5D som mätinstrument. Författarna visade att nydiagnostiserade vuxna individer med ADHD upplevde låg hälsorelaterad livskvalitet som ofta förvärrades av samsjuklighet med t.ex. ångest och depression samt att dessa patienter kan behöva riktad vård och resurser adresserande deras depression och ångest i hanteringen av deras ADHD. I motsats till många positiva interventionsstudier beskrev en holländsk studie av Zoun och kollegor (Zoun M et al. 2019) undersökande effekt av egenvård på livskvalitet och symptom hos patienter med kronisk behandlingsresistent ångest eller depressiv sjukdom, hur ett interventionsprogram vid deras center bidragit till empowerment av patienterna men inte påverkat vare sig symptomens allvarlighetsgrad eller livskvalitet.

Slutligen kan nämnas resultat från en svensk rapport från folkhälsovetenskapligt centrum där man med hjälp av EQ5D och SF-36 undersökte hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i ett slumpmässigt urval av 16000 individer bosatta i Östergötlands och Kalmar län. Denna studie visade att den självrapporterade hälsan och den hälsorelaterade livskvaliteten var bättre hos individer med högre utbildning och yrken som kräver högre utbildning, hos män jämfört med kvinnor, bland svenskfödda jämfört med invandrare. Samma skillnader återfanns för de som var arbetsverksamma eller studerande jämfört med arbetslösa, sjukskrivna eller pensionärer. Yngre skattade vidare bättre livskvalitet gällande de fysiska aspekterna jämfört med äldre (Eriksson E & Nordlund A. 2002).

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka:

- Om förekomst och grad av depression, ångest och livskvalitet skiljer sig åt mellan

konsekutiva patienter som remitterats/sökt till vuxenpsykiatrisk öppenvård och patienter som remitterats/sökt till primärvården och därifrån remitterats till psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet.

- Om livskvalitet skiljer sig åt mellan patienterna i denna studie och en ålders- och könsmatchad grupp individer från normalpopulationen.
- Om grad av depression och ångest samt livskvalitet associerar till ålder eller skiljer sig åt mellan könen.
- Hur grad av depression och ångest utvärderat med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) hos dessa patienter korrelerar till livskvalitet utvärderat med EQ5D.

Metod

Material/deltagare

Datansamlingen genomfördes på en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Malmö samt på en privat psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet och som erhåller remisser från primärvården i Malmö. Alla data anonymiserades genom att det på de utdelade formulären inte fanns några uppgifter som kunde kopplas till person. Alla i studien ingående patienter var nya patienter på respektive mottagning tillfrågades i samband med första besök att delta i studien och vid samtycke fick frågeformuläret fyllas i. Deltagarna fick fylla i ålder samt kön då även detta bedömdes vara av intresse för vår studie. Studien inkluderade konsekutiva nya patienter på mottagningarna utan hänsyn till ålder eller kön. Båda mottagningarna är vuxenmottagningar och riktar sig till klienter från 18 år och uppåt.

I studien inkluderades totalt 40 konsekutiva patienter från vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (ÖPM) och en psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet (PMV) (medel±SD) ålder 36±12 år, 29 kvinnor) (Tabell 1). 20 konsekutiva patienter (medel±SD) ålder 33±14 år, 16 kvinnor) rekryterades från ÖPM i Malmö liksom 20 konsekutiva patienter (medel±SD) ålder 39±10 år, 13 kvinnor) från PMV (Tabell 2). Patienterna har beskrivit sina depressiva och ångestbesvär samt livskvalitet genom ifyllande av de generiska frågeformulären Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond AS et al. 1983, Hansson M et al. 2009, Fong TCT et al. 2014) och Euro Quality of Life in 5 dimensions (EQ5D) (Lloyd A et al. 2019, Supina AL. 2007, Sobocki P et al. 2007, Marfak et al. 2020, Gamst-Klaussen T et al. 2020, Szende et al. 2018).

Vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (ÖPM)

Vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning drivs i Region Skånes regi och riktar sig till patienter som har behov av psykiatrisk specialistvård. Till ÖPM kommer patienter antingen via egenremiss eller remiss från bland annat primärvården som sedan bedöms av det så kallade bedömningsteamet som är kopplat till två av psykiatrins öppenvårdsmottagningar i Malmö. Patienter som tas emot på mottagningen är ofta patienter med mer komplicerad psykiatrisk problematik såsom svårare depressioner, komplicerad ångest eller olika typer av personlighetsproblematik. I verksamhetens område ingår även omhändertagande av svårare kristillstånd, PTSD samt neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD och autismspektrumstörningar.

På mottagningen finns det olika yrkesgrupper som arbetar med patienterna från olika inriktningar men också i team. Här arbetar läkare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, rehabiliteringskoordinator, medicinska sekreterare samt skötare. Mottagningens uppdrag är att bedöma, utreda, behandla och rehabilitera dessa patienter med psykisk ohälsa. Behandlingar som erbjuds är bland annat farmakologisk behandling, stödsamtal samt viss form av krisbearbetning. Det erbjuds olika typer av psykoterapibehandlingar såsom kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk psykoterapi, interpersonell psykoterapi samt familjeterapi. De behandlingar som erbjuds på mottagningen sker individuellt, i grupp samt via internet. Vilken typ av behandling som patienten ska erbjudas beslutas efter individuell bedömning. Det finns även icke verbala behandlingar, exempelvis psykiatrisk fysioterapi, vilka även erbjuds individuellt eller i grupp. I vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagnings uppdrag ingår även att samarbeta med andra myndigheter såsom försäkringskassa, arbetsförmedlingen samt socialtjänst. Utifrån de behov som föreligger hos patienten utformas och upprättas en behandlingsplan som kan följas av både team och patient (<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/mottagningar-och-avdelningar/vuxenpsykiatrimottagning-fosievagen-malmo/>).

Psykoterapimottagning inkluderat i vårdvalet (PMV)

Den privata psykoterapimottagningen i Malmö drivs av en legitimerad psykolog som har ackreditering för interpersonell psykoterapi (IPT) och psykodynamisk terapi (PDT). En övervikt av patienterna söker dock för att gå i en psykodynamisk terapi och det är också dessa som deltar i denna studie. Drivande psykolog har bedrivit samtalsterapi sedan 2015 i egen regi

och är den ende som arbetar vid just denna mottagning. På mottagningen tas patienter över 18 år emot, både på remiss från primärvården och på egenremiss.

Vårdvalet inom Region Skåne innebär att man som patient med lätt till måttlig psykisk ohälsa kan få en remiss av sin läkare på den vårdcentral där man är listad, om vårdcentralerna inte själva kan erbjuda motsvarande behandling. Inom Vårdval Psykoterapi ingår behandling för lättare till medelsvår depression, olika former av ångest eller stressrelaterad ohälsa. De olika behandlingsformer som ingår är PDT, IPT samt KBT. När patienten fått en remiss på lämplig terapiform får de själva söka kontakt med en passande behandlare. De som är ackrediterade för att bedriva psykoterapi enligt vårdvalet finns att hitta på 1177.se. Där finns också en mycket kort beskrivning av de olika behandlingsformerna.

Vid behandlingsformen PDT erbjuds du upp till 25 besök och efter tre månader blir patienten kallad till ett besök för uppföljning. Mer information om vårdvalet finns att hitta hos Region Skåne (<https://www.skane.se/Halsa-och-varld/hitta-varld/Halso--och-varldval/>).

Kontrollmaterial från normalpopulationen

Utifrån en tidigare befolkningsstudie där livskvalitet undersökts med EQ5D i normalpopulationen (Björk S & Norinder A. 1999) har 534 individer fått fylla i EQ5D och utifrån denna studie har medelvärden för EQ5D-VAS kunnat beräknas stratifierat på kön och ålder. Dessa normalvärden har i studien använts för att jämföra med resultaten av EQ5D-VAS i denna studie genom att för varje individ i vår studie hitta ett förväntat normalvärde för EQ5D-VAS utifrån ålder och kön från befolkningsstudien med vilket värdet för varje patient jämfördes (Björk S & Norinder A. 1999).

HADS

HADS är en förkortning för – the Hospital Anxiety and Depression Scale. Instrumentet utvecklades 1983 av Zigmond och Snaith för att identifiera patienters sinnesstämning i form av egen skattad ångest och depression hos individen (Zigmond AS et al. 1983). HADS är ett enkelt och välanvänt instrument för en första primär screening av depression och ångest inom en mängd olika vårdområden liksom inom ett flertal studier av normalpopulationens mående. HADS är ett självskattningsformulär. Instrumentet har i olika studier visat sig vara reliabelt, internt konsistent och validerat. Som exempel finns även en svensk studie i vilken HADS har visat en hög inre reliabilitet och också en stabil

faktorstruktur. HADS är validerat inte bara inom primärvård utan även vid andra vårdinstanser. Instrumentet är översatt till åtminstone 30 olika språk och består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest. Frågorna besvaras på en 4-gradig skala där patienten ska ange hur de känt sig under den senaste veckan. Det tar ca 5 minuter att fylla i formuläret, som ryms på en A4 sida.

Skattningsformuläret består ~~de~~ av två subskalor, som endera mäter depression eller ångest. Det finns cut-off värden för varje subskala men också för de båda skalorna tillsammans. Enligt rättningsmallen indikerar 8-10 poäng ett gränsvärde med milda till måttliga symtom, medan över 10 poäng talar för ett kliniskt signifikant tillstånd som behöver utredas och behandlas vidare. Eftersom det inte finns någon fråga som behandlar eventuella suicidtankar fokuserar instrumentet på att fånga patienter med relativt milda former av lidande och vänder sig framför allt till personer inom primärvården (Hansson M et al. 2009). Svaren grupperas i tre olika nivåer för att avgöra om det finns ångest eller depression hos en individ. Detta kan ge svar som ger resultat som indikerar 1) Det är osannolikt att individen har varken ångest eller depression; 2) Individen kan lida av antingen ångest eller depression 3) Patienten lider av ångest eller depression och/eller sannolikt även ångest och/eller depression (Whynes M et al. 2009). I denna studie ansågs värden överstigande 10 på HADS-Depression Scale och HADS-Anxiety Scale representera ett avvikande värde. Vidare ansågs ett score på 2 eller 3 på den 4 gradiga (0-3) skalan på respektive fråga i HADS formuläret representera ett avvikande värde.

I en svensk studie låg medelvärdet av HADS på 8.6 utan någon signifikant skillnad mellan patienter i primärvård och psykiatrisk öppenvård. Inte heller fanns någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper i studien (Hansson M et al. 2009).

EQ5D

EQ5D är ett välbeprövat och etablerat instrument för hälsorelaterad livskvalitet som används både i Sverige och internationellt. Formuläret är enkelt och består av två delar och är generiskt d.v.s. de mäter hälsorelaterad livskvalitet oavsett vilken sjukdomsbild som föreligger hos individen, vilket också möjliggör jämförande av livskvalitet mellan olika sjukdomsgrupper. Alla frågor i samtliga versioner är liknande men är utformade att passa de målgrupper som de riktar sig mot.

EQ5D formuläret är utvecklat av EuroQol Group i syfte av att erbjuda en enkel

generisk mätning av hälsa för en klinisk och hälsoekonomisk värdering (Szende et al. 2018) och är användbart på ett stort antal hälsotillstånd och behandlingar. Det erbjuder en enkel deskriptiv profil samt en självrapporterade visuell-analog skala (VAS) och ger en enkel värdering av hälsostatus och kan användas såväl vid klinisk uppföljning av individuella patienter men även vid hälsoekonomiska utvärderingar av sjukvården och i hälsoundersökningar i större befolkningsundersökningar.

EQ5D är utformad som en självskattningsskala och är anpassad för att kunna användas som del i en postalt utskickad undersökning, web-baserad applikation men även vid face-to-face intervjuer och tar endast ett fåtal minuter att fylla i. Instruktionerna till undersökningsobjektet är inkluderat i frågeformuläret. EQ5D-3L (EQ-5D i 3 nivåer) introducerades 1990 och finns numera översatt och validerat på 160 olika språk. EQ5D-3L var till en början utformad för att ifyllas i pappersformat, men kan numera även ifyllas elektroniskt via web eller surfplatta. EQ5D består av två delar, dels det beskrivande systemet som innehåller 5 dimensioner, nämligen: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Varje dimension har tre svårighetsgrader. De tre olika svårighetsgraderna är numrerade som 1 - inga problem, 2 - viss problematik och 3 - svår problematik. Undersökningsobjektet skall fylla i genom att sätta kryss på det påstående som bäst passar deras upplevelse för varje del av de 5 dimensionerna. De individuella svaren i de 5 olika dimensionerna kan sedan kombineras till en 5-siffrig profil, ex 13231, beskrivande resultatet i denna del av EQ5D för varje individ, vilket innebär att det finns 243 olika hälsotillstånd/hälsoprofiler som kan falla ut ur denna del av EQ-5D, som kan användas i hälsoekonomiska studier och för beräkning av så kallade quality adjusted life years (QALY) (Szende et al. 2018).

Nästa del av formuläret är EQ5D-VAS, som mäter respondentens självskattade upplevelse av hälsotillstånd på en vertikal, visuell analog skala (VAS) där hälsotillståndet skattas från bästa tänkbara tillstånd =100 till sämsta tänkbara tillstånd =0. Undersökningsobjektet skattar sitt upplevda nuvarande hälsotillstånd genom att markera var på skalan från 0-100 som denne upplever befinna sig (Szende et al. 2018).

Användning av denna typ av bedömningsformulär förutsätter att patienten har tillräckliga språkkunskaper samt, tillräcklig läs- och skrivförmåga. Det innebär att personer från andra kulturer, med läs- och skrivsvårigheter eller nedsatt kognitiv förmåga kan bli feltolkade eller ha svårt att fylla i formulären. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för

medicinsk utvärdering (SBU 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2).

Statistik

Vid statistisk jämförelse av kontinuerliga variabler mellan grupper användes Students T-test och för ordinaldata Mann Whitney U-test. För diskreta variabler användes antingen Chi2-testet eller Fishers exakta test. För korrelationer bestämdes Pearsons korrelationskoefficient. P-värden < 0.05 bedömdes som statistiskt signifikanta.

Etik

I denna studie har en kvantitativ utvärdering gjorts av två skilda verksamheter. De etiska överväganden som gjordes i samband med planerandet av studien var att insamlade resultat inte skulle kunna kopplas till någon enskild person. Av detta skäl fick patienterna som deltog i studien, efter att ha informerats om studien och samtyckt till att delta, fylla i frågeformulär avseende ångest, depression och livskvalitet anonymt, i det att svarsformulären ej markerades med namn eller personnummer. Patienterna har kunnat avböja att svara och deltagande har byggts på frivillighet. Däremot fanns frågor om könstillhörighet och ålder för att kunna jämföra skillnader avseende dessa mellan de båda mottagningarna och då dessa variabler skulle kunna tänkas påverka utfallet i frågeformulären avseende oro, ångest och livskvalitet. Rent teoretiskt skulle respektive insamlade psykoterapeut baserat på ålder och kön kunna identifiera vilken patient som respektive frågeformulär hänförde sig till men då ingen lista förts på deltagande patienter bedömdes detta vara acceptabelt ur etiskt hänseende då tredje person ej skulle kunna identifiera en enskild patient och då de vidare resultaten presenterades på grupp nivå där enskilda svar ej kunde utläsas. Ansvariga för respektive verksamhet har granskat och godkänt studieplanen.

Resultat

Värdena för HADS-Anxiety, HADS-depression och EQ5D-VAS och andelen med avvikande värden (HADS-Anxiety > 10 och HADS-depression score > 10) för hela gruppen patienter från båda mottagningarna tillsammans (N=40) återfinns i tabell 1.

Tabell 1

Baslinjekaraktäristika för 40 patienter ingående i studien från vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (N=20) och privat psykologmottagning inkluderad i vårdvalet (N=20).

N	40
Ålder (år)	36 ± 12
Kön (M/K)	11/29
HADS-Anxiety (Total score)	12.8 ± 4.8
HADS-Depression (Total score)	9.9 ± 4.5
HADS-Anxiety avvikande (N/%)	29/40 (73%)
HADS-Depression avvikande (N/%)	19/40 (48%)
EQ5D-Q1	1.2 ± 0.4
EQ5D-Q2	1.0 ± 0.2
EQ5D-Q3	1.6 ± 0.7
EQ5D-Q4	1.7 ± 0.7
EQ5D-Q5	2.3 ± 0.6
EQ5D-VAS	53.5 ± 18.7

Vid jämförande av resultat mellan patienter från vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (ÖPM) och psykoterapimottagningen inkluderad i vårdvalet (PMV) med HADS sågs att de förra hade signifikant högre HADS-Anxiety score (14.8 ± 3.4 vs. 10.9 ± 5.3 ; $p=0.01$) och HADS-Depression score (11.9 ± 2.4 vs. 7.9 ± 5.2 ; $p=0.01$) jämfört med de senare (Tabell 2). Vidare sågs att patienter från ÖPM jämfört med patienter från PMV hade högre grad av avvikande svar (score 2 eller 3 på 0-3 skalan) på HADS frågorna Q1 ("Jag känner mig spänd?") (100% vs 55%; $p=0.01$), Q6 ("Jag känner mig glad?") (90% vs 40%; $p=0.01$), Q8 ("Det känns som om jag är långsammare, mer dämpad jämfört med min omgivning?") (90% vs 50%; $p=0.01$), Q12 ("Jag ser fram emot saker med glädje?") (65% vs 30%; $p=0.03$), Q13 ("Jag får plötsliga panikkänslor") (65% vs 25%; $p=0.03$) (Tabell 2). Vid jämförelse mellan patienter från ÖPM och PMV sågs att emedan andelen patienter med avvikande HADS-Depression score var signifikant högre vid ÖPM (70% vs 25%; $p=0.01$) så var inte andelen patienter med avvikande HADS-Anxiety score signifikant annorlunda mellan mottagningarna (85% vs 60%; $p=0.16$) (Tabell 2). Inga signifikanta skillnader i ålder eller könsfördelning kunde ses mellan patienterna från respektive mottagning (Tabell 2).

Ingen signifikant skillnad avseende livskvalitet mätt med EQ5D-VAS sågs mellan patienter från ÖPM och PMV (Tabell 2).

Vid jämförelse av EQ5D-VAS värden hos hela gruppen patienter (N=40) med ålders och könsmatchade normalvärden från tidigare svensk populationsstudie sågs att patienterna i vår studie hade signifikant lägre EQ5D-VAS än förväntade värden för en ålder och könsmatchad grupp individer från normalpopulationen (53.5 ± 18.7 vs 84.4 ± 2.2 ; $p < 0.001$) (ej i tabell).

Vid undersökande av korrelation mellan depression, ångest och livskvalitet i hela gruppen av patienter (N=40) utvärderat med EQ5D-VAS sågs en signifikant korrelation mellan HADS-anxiety och HADS-depression ($r=0.59$; $p < 0.001$) (ej i figur). Vidare sågs en signifikant invers korrelation mellan HADS-anxiety och EQ5D-VAS (Figur 1) samt mellan HADS-depression och EQ5D-VAS (Figur 2). Ingen signifikant association kunde ses mellan grad av depression, ångest och livskvalitet å ena sidan samt ålder och kön å andra sidan i studien (data visas ej).

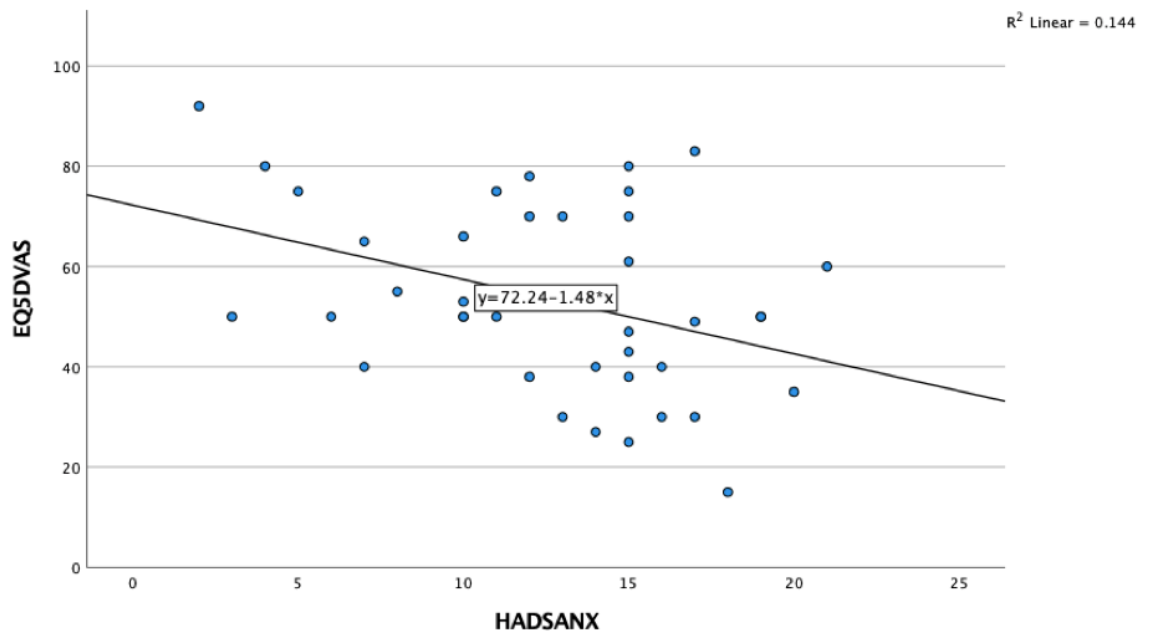
Tabell 2

Jämförande av utfall i HADS, EQ5D och EQ5D-VAS hos patienter från vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning (ÖPM) och psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet (PMV).

Värden anges som medel \pm SD eller andel med avvikande värden (%). * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

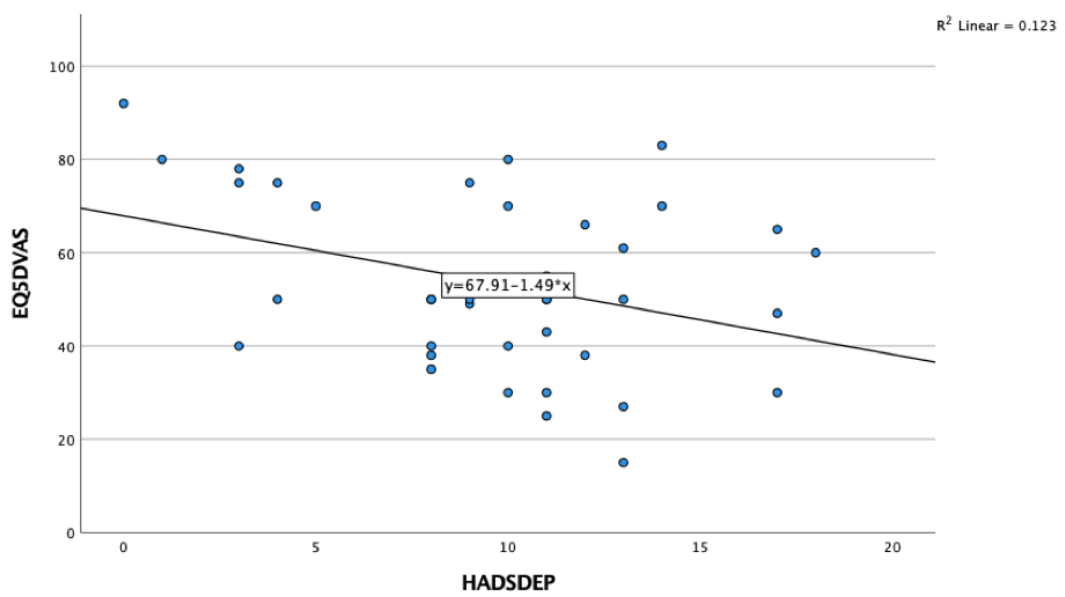
	ÖPM (N=20)	PMV (N=20)	p-värde
Ålder (år)	33 \pm 14	39 \pm 10	0.12
Kön (M/K)	4/16	7/13	0.48
HADS-Anxiety	14.8 \pm 3.4	10.9 \pm 5.3	0.01**
HADS-Depression	11.9 \pm 2.4	7.9 \pm 5.2	0.01**
HADS-Q1 (Avvikande (%))	100%	55%	0.01**
HADS-Q2 (Avvikande (%))	55%	35%	0.20
HADS-Q3 (Avvikande (%))	60%	50%	0.53
HADS-Q4 (Avvikande (%))	15%	30%	0.45
HADS-Q5 (Avvikande (%))	85%	70%	0.45
HADS-Q6 (Avvikande (%))	90%	40%	0.01**
HADS-Q7 (Avvikande (%))	85%	60%	0.16
HADS-Q8 (Avvikande (%))	90%	50%	0.01*
HADS-Q9 (Avvikande (%))	65%	55%	0.52
HADS-Q10 (Avvikande (%))	50%	20%	0.10
HADS-Q11 (Avvikande (%))	95%	70%	0.09
HADS-Q12 (Avvikande (%))	65%	30%	0.03*
HADS-Q13 (Avvikande (%))	65%	25%	0.03*
HADS-Q14 (Avvikande (%))	35%	30%	0.74
HADS-Anxiety avvikande (%)	85%	60%	0.16
HADS-Depression avvikande (%)	70%	25%	0.01*
EQ5D-Q1	1.3 \pm 0.5	1.0 \pm 0.0	0.11
EQ5D-Q2	1.1 \pm 0.2	1.0 \pm 0.0	0.80
EQ5D-Q3	1.7 \pm 0.7	1.6 \pm 0.7	0.48
EQ5D-Q4	1.8 \pm 0.7	1.6 \pm 0.7	0.55
EQ5D-Q5	2.4 \pm 0.5	2.2 \pm 0.7	0.31
EQ5D-VAS	48.8 \pm 18.5	58.4 \pm 18.0	0.11

Figur 1



Korrelation mellan HADS-Anxiety Score (HADSANX) och EQ5D-VAS (EQ5DVAS)

Figur 2



Korrelation mellan HADS-Depression Score (HADSDEP) och EQ5D-VAS (EQ5DVAS)

Diskussion

I denna studie undersöktes förekomst av depressiva symptom, ångestsymptom och livskvalitet och om dessa skilde sig åt mellan mottagningarna. Material samlades in från vardera 20 konsekutiva patienter från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning samt en privat psykoterapimottagning inkluderad i vårdvalet, båda i Malmö. Studien visade att den psykiatriska öppenvårdsmottagningens patienter hade mer uttalade symptom på ångest och depression än patienterna vid den privata psykologmottagningen mätt med formulär som HADS och EQ-5D. Däremot kunde denna studie inte påvisa några signifikanta skillnader i livskvalitet mellan patientgrupperna vid de olika mottagningarna. Signifikant korrelation mellan såväl grad av depression som ångest, bedömd med HADS, och livskvalitet, bedömd med EQ5D-VAS, kunde påvisas för hela patientgruppen från båda mottagningarna. Vidare sågs vid jämförelse av EQ5D-VAS i hela patientgruppen med normalvärden från en tidigare svensk populationsstudie (Björk S & Norinder A. 1999), att patienterna i denna studie uppvisade en signifikant lägre livskvalitet bedömd med EQ5D-VAS jämfört med förväntade värden för en ålder och könsmatchad grupp individer från normalpopulationen.

Bakgrunden till denna studie var diskussionen kring gränssnittet mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård och huruvida patienter på vardera mottagning erhåller rätt insatser samt i rätt regi. En hypotes inför denna studie var att det skulle kunna vara godtyckligt vilka patienter som togs emot vid de olika mottagningarna. Av intresse var också hur patienternas mående och livskvalitet uppfattades av dem själva och om det fanns en skillnad mellan patienterna inom psykiatrisk öppenvårdsmottagning och vid en privat psykoterapimottagning. Att resultatet i studien visar att patienter inom psykiatrin uppvisar högre grad av ångest och depression skulle betyda att deltagarna i vår studie har remitterats till rätt vårdinstans, dvs att de som mår sämst är också de som får specialiserad psykiatrisk vård. För dessa två skilda verksamheter, som arbetar med olika målgrupper, är detta intressant, då denna studie visar att de patienter som behandlats får en mer specialiserad vård utifrån allvarlighetsgraden av deras psykiatriska mående. Utifrån fynden i denna studie tycks de patienter med tyngst psykiatrisk problematik fullt riktigt att fördelas till psykoterapi inom psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Inga signifikanta skillnader avseende ålder och kön för patienterna kunde påvisas mellan denna studies två verksamheter. Det begränsade antalet individer i studien kan ha påverkat slutsatserna, då en studie från Uppsala universitet, studerande primärvårdspatienter med ångest och depression med HADS, visade att dubbelt så många kvinnor som män led av

ångest eller depression (Bodlund et al,1999). Vidare har en större studie i Stockholmsområdet (Björk S & Norinder A. 1999) samt en studie gjord i Kalmar och Östergötlands län (Eriksson E & Nordlund A. 2002) båda visat att kvinnor i normalpopulationen ofta upplever sig må sämre i sin livskvalitet än män. Tidigare nämnd publicerad svensk normalpopulationsstudie (Björk S & Norinder A. 1999), där normalpopulationens upplevelse av livskvalitet bedömd med EQ5D-VAS studerats, visade vidare på en korrelation mellan ålder, kön och depressiva besvär.

I vår studie uppvisade patientgruppen en sämre livskvalitet jämfört med normalpopulationen, vilket inte var förvånande då patienterna i denna studie sökt hjälp för upplevt psykiskt illabefinnande eller psykiatrisk problematik. Däremot kan noteras hur pass numeriskt stor skillnaden var mellan patienterna i denna studie och normalpopulationen. Även om denna studie inte kunde påvisa någon signifikant korrelation mellan depressiva- och ångestsymtom samt livskvalitet, ålder och kön så var denna studie liten varför det är svårt att med säkerhet utesluta att ålder och kön inte hade någon påverkan på depression, ångest och nedstämdhet hos dessa patienter. Däremot bekräftas resultaten i denna studie av en studie utförd av (Fong TCT et al. 2014) som också använt HADS och som visat att ångest och depression uppmätt hos primärvårdspatienter inte heller uppvisat någon skillnad mellan kön eller olika åldersgrupper.

I en rapport 2002:1 från folkhälsovetenskapligt centrum av Eriksson och Nordlund undersökte man med hjälp av EQ5D och SF-36 hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i ett slumpmässigt urval av 16000 individer bosatta i Östergötlands och Kalmar län. Denna studie visade att den självrapporterade hälsan och den hälsorelaterade livskvaliteten var bättre hos individer med högre utbildning och yrken som kräver högre utbildning, hos män jämfört med kvinnor, bland svenskfödda jämfört med invandrare. Samma skillnader återfanns för dem som var arbetsverksamma eller studerande jämfört med arbetslösa, sjukskrivna eller pensionärer. Yngre skattade vidare bättre livskvalitet gällande de fysiska aspekterna jämfört med äldre (Eriksson E & Nordlund A. 2002).

I vår studie påvisades inte samma resultat då det inte fanns några signifikanta skillnader avseende livskvalitet mellan män och kvinnor samt ingen korrelation till ålder. Detta kan som tidigare nämnts bero på denna studies betydligt lägre antal deltagare, dessutom är patienterna som erbjudits att delta i denna studie individer med olika former av psykisk ohälsa och kan även ha haft exempelvis ett mindre åldersspann vilket gör det svårare att undersöka association till ålder. Bland deltagarna i studien har det varit fler antal kvinnor som

deltagit än män. I vår studie har vi dock inte undersökt patienters utbildningsnivå, etniska bakgrund eller sysselsättning, varför det inte går att uttala sig om dessa faktorer påverkan på resultatet.

Samtliga av deltagarna som har blivit tillfrågade har tackat ja till att delta i studien. En annan förklaring gällande dessa skillnader kan även vara var studien genomförts, då ovanstående rapport är baserat på ett specifikt geografiskt område som kan ha en annan socioekonomisk sammansättning samt andel av utlandsfödda. Dessutom är urvalet inte baserat på patienter med psykisk ohälsa.

Metoddiskussion

Studiens avvikande resultat från tidigare studier kan vidare förklaras av den begränsade tid som förelagat för insamlandet av material. I en mer omfattande materialinsamling skulle möjligheterna varit större att dels bättre kunnat påvisa signifikanta skillnader mellan grupperna, att undersöka statistiska samband såsom associationer och att kunna göra subgruppsanalyser såsom parametrar stratifierade på kön eller i olika åldersstrata, något som skulle kunna minska dessa faktorer påverkan på resultatet. Exempelvis sågs i denna studie ingen skillnad i livskvalitet hos patienter på psykiatriens öppenvårdsmottagning jämfört med patienter från den privata psykologmottagningen. Det kan inte uteslutas att skillnaden i ett större material kunde ha blivit statistiskt signifikant. Man kan även fundera kring varför skillnaden i livskvalitet inte var större eller gav ett större utslag då resultaten avseende ångest och depression visade signifikanta skillnader där öppenvårdspsykiatriens patienter visade sig må signifikant mycket sämre gällande depression och ångest. En förklaring skulle kunna vara att andra, exempelvis somatiska faktorer, eller andra okända faktorer som ej undersökts i studien såsom utbildning, yrke och andra sociala faktorer som också påverkar livskvalitet skiljer sig åt mellan patienter på de två olika mottagningarna.

Resultaten i en studie av denna begränsade storlek måste dock tolkas med försiktighet då den begränsade populationen i denna studie inte till kan bedömas avspegla befolkningssammansättningen i exempelvis andra delar av landet, andra städer eller andra stadsdelar då den socioekonomiska sammansättningen av befolkningen i olika geografiska områden kan skilja sig åt. På basen av detta är det svårt att bedöma hur generaliserbara dessa resultat är. För att bättre kunna uttala sig om en eventuell skillnad mellan ÖPM och PMV skulle resultaten behöva replikeras i en framtida större studie.

Det hade naturligtvis varit intressant om det hade funnits möjlighet att samla in mer data. Detta skulle kunna genomföras tex med hjälp av andra medarbetare eller alla patientgrupper. En risk med detta skulle kunna innebära en mindre kontroll över hur materialet hanterats. Som denna studien har genomförts bedöms intra-bedömarreliabiliteten ha varit hög. Patienterna har fått fylla i samma två formulär vid sitt första besök, innan behandling eller alliansskapande påbörjats. Då alla formulär samlats in över längre tid, är det svårt att uttala sig om hur yttre omständigheter kan ha påverkat svaren. Även om denna undersökning visat på skillnader gör storleken på materialet att det inte med säkerhet går att anta att samma resultat hade erhållits om en liknande undersökning gjorts framöver.

Validiteten av studien kan sägas vara god då båda testinstrumenten är etablerade och har visat sig ha god validitet i ett flertal studier. Mindre omfattande formulär har valts ut för denna studie för att skattningarna skall vara enklare för klienten att fylla i och inte ta så lång tid. För att nå detta söktes ett formulär som mätte både ångest och depression, HADS. Tillika, föll valet avseende livskvalitetsinstrument på EQ5D och inte på det längre och mer omfattande SF-36 då detta också skulle ha tagit längre tid för patienten att fylla i.

Framtida studier

I vidare studier inom området hade det varit intressant att undersöka olika områden i ämnet. Som tidigare påpekats är antalet patienter i denna studie förhållandevis litet och det hade varit av intresse att genomföra en liknande studie men med ett större urval patienter. Intressant skulle vara att samla in ett större material med fler patienter från olika öppenvårds psykiatrimottagningar samt primärvårdsmottagningar gärna med olika geografisk lokalisering. Man skulle även kunna använda andra instrument för att bedöma depression, ångest och livskvalitet då det finns skattningsformulär som har högre validitet för dessa. Det finns ett antal skattningsformulär som är väl använda och mäter antingen depression eller ångest, såsom bl.a. BDI, MADRS-S, BAI och detsamma gäller för mätning av livskvalitet såsom till exempel SF-36. Dessa är ofta mera omfattande och tar längre tid att fylla i men kan ge en mer detaljerad bild avseende depression, ångest och livskvalitet.

I denna studie har deltagarna kommit från Malmö med omnejd. Ett intressant område för framtida studier skulle kunna vara att undersöka om det finns någon skillnad i livskvalitet osv mellan olika socioekonomiska grupper. En sådan studie skulle kunna genomföras i olika områden i Malmö. Den skulle också kunna utvidgas till att göra jämförelser mellan olika socioekonomiska grupper i Skåne eller Sverige.

En liknande studie kan också med fördel genomföras på större grupper med en specifik diagnos. Med resultat från en dylik studie skulle det gå att sedan genomföra mera riktade insatser, både preventiva och behandlande åtgärder utifrån sambandet mellan ångest, depression och livskvalitet. Man skulle också kunna undersöka patienters grad av ångest och depression och göra en före och eftermätning vid olika typer av psykoterapeutisk behandling för att bedöma interventionens effekt i olika kliniska miljöer och på olika patientgrupper.

Slutsats

Resultatet i denna studie baseras på patienters subjektiva upplevelse av ångest, depression och livskvalitet bedömda med skattningsformulären HADS och EQ-5D. Studien visade att patienter från den psykiatriska öppenvårdsmottagningen, jämfört med den privata psykoterapimottagningen, hade mer uttalade symptom av ångest och depression. Livskvalitet skilde sig inte signifikant åt mellan patienterna från de olika mottagningarna. Ålder och kön befanns hos dessa patienter inte associera till vare sig ångest, depression eller livskvalitet. Däremot sågs i hela gruppen av patienter, från båda mottagningarna, en signifikant korrelation mellan ångest, depression och livskvalitet.

Referenser.

Allgulander C, Nilsson B. Var fjärde patient lider av ångest och depression. Läkartidningen 2003;100:832-8.

Angermeyer MC et al. Depression and Quality of Life: Results of a follow-up study. Int J Soc Psychiatry. 2002; 48: 189-99.

Bech P, Timmerby N. An overview of which health domains to consider and when to apply them in measurement-based care for depression and anxiety disorders. Nord J Psychiatry 2018;72:367-373.

Björk S, Norinder A. The weighting exercise for the Swedish version of the EuroQol. Health Econ 1999;8:117–126.

Brenes GA. Anxiety, Depression and Quality of Life in Primary Care Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007; 9: 437-43.

Cowden R, Chapman I, Houghtaling A. Clinical research Department, onsite Partners, INC, Cumberland Furnace, TN, USA. Psychological Reports 2012;214, 627-650.

Eriksson E, Nordlund A. Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län : resultat från befolkningsenkäterna = Health and health related quality of life as measured by the EQ-5D and the SF-36 in South East Sweden : results from two population surveys. Rapport / Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping, 2002; 1: 1401-5048.

Fong TCT et al. Testing gender invariance of the Hospital Anxiety and Depression Scale using the classical approach and Bayesian approach. *Qual Life Res* 2014;23:1421-6.

Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Fifth edition. American Psychiatry Publishing 2014.

Gamst-Klaussen T et al. Does the EQ-5D usual activities dimension measure what it intends to measure? The relative importance of work, study, housework, family or leisure activities. *Quality of Life Research* 2020 E-pub ahead of print.

Hansson, M., Chotai, J., Nordström, A., Bodlund, O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract* 2009;59:e283-8.

Karterud S, Wihlberg T, Urnes Ö. *Personlighetspsykiatri*. Studentlitteratur Lund 2015.

Keming G et al. Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *J Affect Dis* 2019;244:9-15.

Lloyd A et al. The EQ-5D and the EuroQol Group. *Value in health* 2019;22:21-22.

Marfak et al. Improved RIDIT statistic approach provides more intuitive and informative interpretation of EQ-5D data *Health and Quality of Life Outcomes* 2020;18:63.

Nordström A, Bodlund, O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry* 2008;62:250.

Oei TP, McAlinden NM. Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Res* 2014;220:1012-8.

Pettersson et al. To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Family Practice* 2014; 31: 215-21.

Region Skåne (Hämtat 210401): <https://vard.skane.se/psykiatri-skane/mottagningar-och-avdelningar/vuxenpsykiatrimottagning-fosievagen-malmo/>

Riihimäki K et al. Health-related quality of life of primary care patients with depressive disorders. Eur Psychiatr 2016;37:28-34.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (Hämtat 210401):
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2.

Sjukvårdsupplysningen (Hämtat 210401): www.1177.se

Sobocki P et al. Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in Primary Care. Value in Health 2007;10:2.

Socialstyrelsen (Hämtat 210401):
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-14.pdf>

Supina AL. The usefulness of the EQ-5D in differentiating among persons with major depressive episode and anxiety. Qual Life Res 2007;16:749–754.

Szende et al. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. Springer Open 2018.

Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. Front Psychiatry 2018;9:450.

Von Knorring L et al. Vanliga folksjukdomar som debuterar tidigt i livet. *Läkartidningen* 2011;108:787-91.

Wang J et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7: e017173.

Whynes M et al. Responsiveness of the EQ-5D to HADS-identified anxiety and depression. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009;15:820–825.

Zigmond AS et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.

Zoun MHH et al. Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: result of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2019;19:46.

