

## Kartläggning av framgångsrik praxis för bedömning och behandling av psykisk ohälsa inom primärvården



**Åsa Lindgren, Leg. psykolog**

**Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

**Göteborg, 2012-04-17**

**ISSN 1650-4321**

**ISBN 978-91-7876-138-8**

Rapporten är sammanställd av  
Åsa Lindgren  
Enheten för Arbets- och miljömedicin  
Göteborgs Universitet  
på uppdrag av 1177.se

Medlemmar i projektgruppen  
Åsa Lindgren (projektledare), leg. Psykolog  
Peter Hultman, leg. Psykolog  
Sara Skillbäck, leg. Psykolog  
Johanna Äng, leg. Psykolog

Frågor och kommentarer angående rapporten eller projektet  
samt förfrågan om kontakt med medlemmar i projektgruppen eller medverkande vårdcentraler  
ställs till Åsa Lindgren:  
lindgren.asa@gmail.com  
+46 707 446648

## Sammanfattning

Rapporten beskriver olika sätt att organisera behandling av psykisk ohälsa på vårdcentral. Särskild vikt ägnas åt olika former av psykologisk behandling.

I rapporten beskrivs de arbetssätt och metoder som framhålls som exempel på framgångsrik praxis, samt olika modeller för arbetsfördelning och funktion hos berörda personalkategorier. Nedanstående områden behandlas:

- Rutiner för inledning av vårdkontakt.
- Rutiner och principer för bedömning samt exempel på prioriteringskategorier
- Modeller för breddning av behandlingsutbudet genom införandet av evidensbaserade metoder (t ex gruppbehandling, internetbehandling och varierande former av individuella samtalsbehandlingar).

Vidare tillhandahåller rapporten också exempel på viktiga faktorer för framgångsrikt utvecklingsarbete inom området.

Rapporten har sammanställts med syftet att kunna utgöra ett stöd för de medarbetare, chefer och beslutsfattare inom området som avser att vidareutveckla och förbättra vården av psykisk ohälsa på vårdcentral.

Rapporten syftar vidare till att undersöka och tydliggöra förutsättningarna för följsamhet till de nationella riktlinjerna och dess övergripande principer avseende tillgänglighet, kontinuitet och ”stegvis vård”.

## Slutsatser i korthet

- Praxis för bedömning av patienter med psykisk ohälsa beskrivs som central för effektiviteten och flödet i vården av patienter med psykisk ohälsa.
- Bedömningsrutiner behöver vara tydliga och förankrade bland samtliga medarbetare.
- Praxis för bedömning, prioritering och beslut om behandling som vilar på en samsyn kring vårdcentralens och enskilda medarbetares uppdrag upplevs mest effektiv. Samsyn skapas genom att arbeta fram en gemensam tolkning utifrån uppdragsbeskrivningen och aktuella riktlinjer.
- Kontinuerliga informationsinsatser behövs för att upprätta och skapa samsyn kring uppdrag, rutiner och behandlingsmetoder.
- Att kunna erbjuda olika typer av evidensbaserade behandlingar för patienter med varierande behov och önskemål upplevs effektivt, samt nödvändigt för att kunna uppfylla principerna för stegvis vård.
- Att skapa hög medvetenhet inom arbetsgruppen kring olika medarbetares kompetens samt en tydlig arbetsfördelning gällande olika delar av uppdraget upplevs förbättra effektivitet och kvalitet.
- En offensiv chef som vågar och har möjlighet att stötta och investera i utveckling här och nu skapar förutsättning för en livfull verksamhet på sikt.
- En medarbetare som tar en position av initiativtagare/visionär/eldsjäl och som i samarbete med chefen tar initiativ till utprovning och införande av nya rutiner och metoder har varit viktig på vårdcentraler där man utvecklat vården av patienter med psykisk ohälsa.
- Finansiella medel i form av forskningsanslag/projektmedel eller extern finansiering av PTP-psykolog används ofta för att skapa de extra resurser som krävs vid införandet av nya evidensbaserade behandlingar, t ex internetbehandling eller gruppbehandling.

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Slutsatser i korthet</b> .....	<b>4</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>5</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>9</b>
<i>Psykisk ohälsa</i> .....	9
Nationella satsningar .....	9
Regionala satsningar .....	10
Evidensbaserad vård vid psykisk ohälsa .....	12
<i>Rapportens avgränsning</i> .....	13
<i>Projektets syfte och frågeställningar</i> .....	14
<i>Metod</i> .....	15
<b>Nuvarande praxis</b> .....	<b>16</b>
<i>Inledning av vårdkontakt</i> .....	16
När läkare inleder vårdkontakten .....	16
När annan vårdgivare än läkare inleder vårdkontakten .....	17
Telefonbedömning av psykolog .....	18
Psykolog på jouren .....	18
Egenremiss .....	19
Direktnummer till psykolog/kurator med psykoterapeututbildning .....	19
<i>Bedömning och prioritering</i> .....	19
Ett exempel på prioriteringskategorier .....	21
Bedömningsförfarandet .....	21
<i>Val av behandling</i> .....	22
Förhållningssätt till evidensbaserad behandling .....	22
Ett exempel på implementeringsproblematiken i praktiken .....	23
Gruppbehandling .....	23
Individuell behandling .....	25
Farmakologisk behandling .....	26
Internet-KBT .....	26
Interpersonell psykoterapi (IPT) .....	28
Psykolog på jouren enligt principerna för "Brief interventions" .....	28
Kognitiv beteendeterapi (KBT) .....	29
Krisstöd/kristerapi .....	30
Psykodynamisk korttidsbehandling .....	30
Stödsamtal .....	30
<i>Val av behandlare</i> .....	31
<i>Uppföljning och återkoppling</i> .....	35
Remissvar .....	35
Journalssystem .....	35
Personlig kommunikation .....	35
Formella möten .....	36
<i>Samverkan med vårdgrannar</i> .....	37

Horisontella vårdgrannar .....	37
Vertikala vårdgrannar .....	37
<b>Utvecklingsprocesser .....</b>	<b>38</b>
Initiativtagaren/visionären/eldsjälen .....	38
Chefen .....	39
Arbetsgruppen/teamet .....	40
Samarbete med kollegor på vårdcentralen .....	40
Utbildning .....	41
Ekonomi som argument eller incitament .....	41
<b>Slutsatser .....</b>	<b>42</b>
Avslutande kommentarer .....	43
<b>Källförteckning .....</b>	<b>44</b>

## Inledning

Intresset för att utveckla ett effektivt omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa på primärvårdsnivå är för närvarande stort. Prevalensen av psykisk ohälsa är fortsatt hög och patienttrycket från den specialiserade psykiatrin ökar. Det är därför av vikt att de insatser som erbjuds på primärvårdsnivå är effektiva och att tillhandahållandet av insatserna är organiserat på ett välfungerande sätt. Vårdvalet i Västra Götaland har inneburit krav på regionens vårdcentraler att tillhandahålla evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder och den nationella rehabiliteringsgarantin har genererat medel som initialt prioriterats till kompetensutveckling. Praxisstudier och kontextspecifika utfallsstudier inom området är fortfarande få, vilket gör att kunskapsunderlaget för hur vårdcentralerna i praktiken ska organisera sitt omhändertagande av patientgruppen är relativt tunt. Regionens vårdcentraler organiserar självständigt sitt omhändertagande av patientgruppen utifrån sitt uppdrag och de riktlinjer som finns. Hur vården är organiserad och vilka metoder för bedömning och behandling som erbjuds varierar.

Upptakten till det projekt som utmynnat i denna rapport är kännedom om den stora variation av praxis som finns på regionens vårdcentraler. Hur vårdcentralens uppdrag avseende patientgruppen tolkas ser olika ut, liksom vilka satsningar som görs på utveckling inom området. Trots den stora variationen förefaller kunskapsutbyte kring framgångsrik praxis relativt begränsad på regional nivå. På vissa vårdcentraler upplever man växande värdköer för patientgruppen och frustration eller uppgivenhet bland medarbetarna, medan man på andra håll upplever en trend mot ett mer välfungerande flöde och högre arbetstillfredsställelse.

En avsikt med projektet var att försöka skapa en förbättrad förståelse för varför dessa skillnader kan förekomma. Detta skedde genom en kartläggning av praxis och utvecklingsprocesser på olika vårdcentraler i regionen. Kartläggningen låg till grund för ett utforskande av samband mellan upplevelser av effektivitet, arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet samt hur olika vårdcentraler i praktiken organiserar sitt omhändertagande av patientgruppen.

Initiativet till projektet togs av Åsa Lindgren, som även har fungerat som projektledare samt sammanställt rapporten. Projektgruppen bildades i mars 2011 och bestod av Peter Hultman, Åsa Lindgren, Sara Skillbäck och Johanna Äng. Rapporten genomfördes som en del av deras praktiska tjänstgöring för psykologlegitimation. Jon Malmström, chef för 1177.se/vgregion och medlem i SKL:s nationella programstyrgrupp för invånartjänster har bidragit med finansiering för sammanställningen av rapporten. Sakkunnig i projektet var Sven Kylén, chef för FoUU-enheten för Primärvården i Fyrbodalen.

Rapportens syfte är att sprida kunskap om hur vården av psykisk ohälsa på vårdcentraler kan se ut och tillvarata erfarenheter från framgångsrika utvecklingsarbeten. Syftet är också att skapa ökad kännedom om vilka behandlingsformer och rutiner som förekommer på regionens vårdcentraler för att dessa ska kunna införas, användas och utvecklas vidare. Vårdcentraler som uppvisar stora variationer i sin praxis har därför valts ut som informanter. Avsikten med rapporten är alltså *inte* att ge en rättvisande beskrivning av det nuvarande läget på regionens vårdcentraler, utan snarare att förmedla en ögonblicksbild som kan användas som inspiration eller utgångspunkt för diskussion.

För att fånga praxis har vi valt att fokusera på olika steg i vårdförloppet för en patient med psykisk ohälsa inom primärvården. Stegen presenteras i den ordning de förekommer i en vårdkontakt. I rapporten behandlas konkreta former för: inledning av vårdkontakt, rutiner för bedömning och prioritering, val av behandlingsmetod, val av behandlare, uppföljning och återkoppling samt samarbete med vårdgrannar. För att belysa hur utvecklingsprocesser på vårdcentralerna har sett ut har vi valt att beskriva dem så som de presenteras av informanterna samt vilka faktorer som uppges ha främjat respektive hindrat

## INLEDNING

---

förbättringen av vården av psykisk ohälsa. Huvudfynden kring hur utvecklingsprocesserna har sett ut inom de olika stegen av vårdförloppen presenteras inledningsvis i de olika avsnitten. Sist i rapporten presenteras de mer allmänna erfarenheter av utvecklingsarbete som har framkommit i projektet.

En av anledningarna till att vi tror att detta är en givande ansats är att studier visar att forskningsresultat kring vilka psykosociala insatser som fungerar bäst är svåra att översätta från vetenskap till verklighet<sup>i,ii,iii</sup>. Effektiva metoder har ofta lång väg att gå innan de omsätts till klinisk praxis i dagens vårdverksamheter. Arbets- och organisationspsykologisk forskning har visat att förändring och utveckling av rutiner och arbetssätt inom sjukvården är en kontextspecifik process som kräver goda förutsättningar på flera olika nivåer för att vara framgångsrik<sup>iv,v</sup>. Det kan därför anses angeläget att förbättra kunskapsläget när det gäller själva införandeprocessen av nya metoder och rutiner för omhändertagandet av psykisk ohälsa inom primärvården.

Rapporten är avsedd att tjäna som inspirationsmaterial för medarbetare och chefer som önskar arbeta med utveckling av vården av psykisk ohälsa på sin vårdcentral, samt som underlag för beslutsfattare inom området. Vi hoppas också att rapportens källförteckning kan vara ett stöd för att enkelt få tag på de riktlinjer, rekommendationer och rapporter som redan har tagits fram för att tjäna som stöd för utvecklingsinsatser inom området.



## Bakgrund

### Psykisk ohälsa

I mitten av 00-talet konstaterades nedslående siffror om fortsatt försämrad psykisk ohälsa hos befolkningen<sup>vi</sup> och ökande sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa<sup>vii</sup>. Nationella Folkhälsoenkäten 2010 visar nu att upplevt psykiskt välbefinnande hos vuxna har förbättrats med tre procentenheter hos kvinnor och två procentenheter hos män mellan 2006 och 2009<sup>viii</sup>. Den psykiska ohälsan bland ungdomar fortsätter dock att öka<sup>ix</sup>. För närvarande uppger 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. 39 procent av kvinnorna och 25 procent av männen rapporterar att de har besvär av ångest. Sju procent av kvinnorna och fem procent av männen har någon gång under de senaste tolv månaderna haft självmordstankar<sup>x</sup>.

Primärvårdens uppgift är att bedöma och behandla den psykiska ohälsan som ligger inom dess uppdragsområde och i annat fall vidareförmedla patienten till andra instanser. Jämfört med tidigare anses omfattningen av primärvårdens uppdrag ha ökat, och behovet av förbättrade rutiner och metoder för att hantera befolkningens behov av omhändertagande på primärvårdsnivå har uppmärksammats. På vårdcentraler finns inte sällan en upplevelse av att sakna de resurser och den kunskap som krävs för att ta hand om patientgruppen på bästa sätt. I en artikel i Läkartidningen<sup>xi</sup> konstateras att 62 % av de patienter som fick en ångest eller depressionsdiagnos (totalt 67 % av de sökande) vid nybesök på en vuxenpsykiatrisk mottagning i Västra Götaland skattades till över 50 på GAF-skalan. Detta innebär att de inte var tillräckligt sjuka för att få tillgång till specialistvård, vilket kan ses som ett av flera uttryck för det omfattande behovet av att utveckla det psykiatriska behandlingsarbetet på regionens vårdcentraler<sup>xii</sup>.

I internationella studier har andelen patienter med psykiska besvär som söker läkare inom primärvården visat sig vara 20-40 procent<sup>xiii,xiv</sup>. En svensk studie har visat att en tredjedel av de patienter som söker till primärvården har behov av psykologisk behandling<sup>xv</sup>. Utifrån dessa och andra studier har åtgärder på flera nivåer vidtagits för att förbättra den första linjens vård av psykisk ohälsa.

### Nationella satsningar

Olika nationella satsningar har gjorts för att förbättra primärvårdens omhändertagande av patientgruppen, t ex sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin infördes 2008 för att öka tillgängligheten till evidensbaserade rehabiliteringsinsatser hos patienter med ångest, depression och stress, med syftet att stödja dessa patienter att återgå till arbete eller att förebygga sjukskrivning<sup>xvi</sup>.

Nationellt sett har ett flertal rapporter publicerats de senaste åren kring omhändertagandet av psykisk ohälsa på primärvårdsnivå. SBU:s rapporter om vård av depression<sup>xvii</sup> och ångestsyndrom<sup>xviii</sup> är litteraturöversikter som refererar aktuellt forskningsstöd för olika typer av insatser inom området liksom deras rapport om datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression<sup>xix</sup>. Socialstyrelsen utkom 2010 med nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd<sup>xx</sup>, som riktar sig till både beslutsfattare, ledning och behandlande personal. Detta innebär att det finns nya riktlinjer för val av behandlingsmetoder vid psykiska ohälsotillstånd, samt principer för hur de olika behandlingarna ska erbjudas patientgruppen. I socialstyrelsens

## BAKGRUND

---

riktlinjer för vård vid depression och ångest- syndrom framkommer följande rekommendationer:

*”Utöver stor tillgänglighet och god kontinuitet behöver hälso- och sjukvården erbjuda sammansatta vårdåtgärder. Detta innebär att hälso- och sjukvården erbjuder olika evidensbaserade behandlingsåtgärder och konsultationsinsatser, som genomförs på ett strukturerat sätt av personer med den kompetens som krävs. Arbetet med sammansatta åtgärder omfattar därför både första linjens vård och psykiatri, och förutsätter samarbete mellan dessa kring patienten. Utifrån ett utbud av behandlingsåtgärder med väldokumenterad effekt väljer hälso- och sjukvården, i samråd med patienten, behandling utifrån principerna för stegvis vård. Stegvis vård innebär att hälso- och sjukvården erbjuder insatser som sträcker sig från råd om egenvård, via assisterad självhjälp, till individuella behandlingsinsatser i samverkan med patienten och efter hennes eller hans aktuella behov. Stegvis vård hör ihop med principen om en lägsta effektiv omhändertagandenivå.*

### Rekommendationer

*Hälso- och sjukvården bör:*

- genomföra en första bedömning med hög tillgänglighet (prioritet 1)
- tillhandahålla god kontinuitet under hela sjukdomsförloppet (prioritet 3)
- erbjuda sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov (prioritet 3)
- erbjuda vårdåtgärder utformade enligt principerna för stegvis vård (prioritet 3)”

En nulägesrapport av hur vården av depression och ångestsyndrom ser ut för tillfället genomfördes 2009<sup>xxi</sup>. I denna framgår att praxisstudier inom området är sällsynta och hittills bara har rört behandling av depressionssjukdom. I nulägesrapporten framkommer även att man inte diskriminerar mellan olika typer av icke-farmakologiska behandlingsmetoder, utan enbart undersökt förekomsten av ”samtalsbehandling” vid depression.

Trots nya och tydliga riktlinjer så är dokumenterad kunskap kring hur vårdcentralerna rent praktiskt organiserar sitt arbete med psykisk ohälsa alltså bristfällig. Nationellt sett saknas systematiska studier kring vilka rutiner som används och hur arbetsfördelningen ser ut när det gäller bedömning, diagnostik, val av metod för behandling, val av behandlare, uppföljning, återkoppling och samarbete med vårdgrannar kring patienter med psykisk ohälsa. Saknas gör också systematiska studier av resultaten av olika sätt att organisera arbetet med psykisk hälsa på vårdcentral, t ex utfallsstudier där man jämför olika typer av bedömningsrutiner.

## Regionala satsningar

De senaste decennierna har olika initiativ tagits för att utveckla vården av psykisk ohälsa inom regionen. Sedan 1994 har exempelvis olika åtgärder genomförts för att införa psykologer i vårdcentralernas ordinarie verksamhet<sup>xxii</sup>. Man har vidare tagit fram regionala utvecklingsplaner för psykiatrisk vård på olika nivåer<sup>xxiii</sup> och förtydligat riktlinjerna för prioriteringar mellan primärvård och specialistvård<sup>xxiv</sup>. Dessa dokument avser att ligga till grund för primärvårdens tolkning av sitt uppdrag avseende patientgruppen.

Medel från den statliga rehabiliteringsgarantin har de senaste åren satsats på vidareutbildning av kuratorer och psykologer. Hösten 2011 startar ett utvecklingsprojekt i Primärvården Fyrbodalen för att undersöka och tillgodose behoven av utbildnings- och utvecklingsinsatser för vården av psykisk ohälsa.

Det har dessutom gått knappt två år sedan det nya vårdvalssystemet – VG Primärvård – infördes i regionen. I den Krav- och kvalitetsbok som anger förutsättningarna för att bli

## BAKGRUND

godkänd och bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård<sup>xxv</sup> står följande angående psykisk ohälsa:

*”Åtagande om psykisk ohälsa. Personer med psykisk ohälsa, sjukdom och psykiska funktionshinder ska erbjudas bedömning, rådgivning, behandling och rehabilitering. Åtagandet gäller den hälso- och sjukvård som inte kräver psykiatrisk specialistsjukvård och gäller såväl barn, ungdomar som vuxna. Psykoterapeutiska behandlingar ska ha karaktär av korttidsterapi. Psykologisk behandling KBT (Kognitiv Beteende Terapi) ska kunna erbjudas.”*

Vidare beskrivs i samma dokument bemanningskrav vid dessa insatser:

*”Personal som utför åtagande om psykisk ohälsa ska vara psykolog, psykoterapeut alternativt inneha socionomutbildning eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande basutbildning i psykoterapi (tre terminer eller den tidigare statliga steg 1 utbildningen). Fram till 2012-01-01 kan undantag göras för kravet på basutbildning i psykoterapi för att under en övergångsperiod inhämta kompetens som krävs för åtagandet.”*

VG Primärvård har också fört med sig ett nytt ersättningssystem för vårdcentralerna. Systemet avser bland annat att stimulera tillgängligheten och öka konkurrensen mellan de olika vårdcentralerna för att på så vis stimulera kvalitets- och verksamhetsutveckling. Hur det nya ersättningssystemet påverkat vården av psykisk ohälsa är inte utvärderat.

Primärvårdens FoU-enheter inom VG-region har också en omfattande verksamhet med avsikt att stimulera klinisk forskning inom primärvården. Anställda på olika vårdcentraler inom regionen har genomfört ett flertal forskningsprojekt kring behandling av psykisk ohälsa inom regionen. För mer information om genomförda projekt, se FoU-enheternas hemsidor.

## BAKGRUND

---

### Evidensbaserad vård vid psykisk ohälsa

Med evidensbaserad vård syftas till att vården ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, eller evidens. SBU anger på sin hemsida följande definition av evidensbaserad vård:

*”Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Att arbeta med EBM [evidensbaserade metoder] innebär att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål. Den som vill arbeta med EBM börjar med att formulera en tydligt avgränsad fråga. Nästa steg är att systematiskt söka, granska och väga samman tillgängliga forskningsresultat från studier som försökt ge svar på frågan. Slutsatserna tillämpas sedan utifrån den kliniska situationen och varje enskild patient.”<sup>xxvi</sup>*

Med evidensbaserade metoder åsyftas de metoder som har dokumenterats vara mest effektiva på statistisk nivå vid behandling av olika ohälsotillstånd. American Psychological Association (APA) har i ett policydokument även understrukt att psykologiska behandlingar, för att vara evidensbaserade, ska anpassas till patientens karaktäristika och kulturella kontext utifrån dennes önskemål och den professionella behandlaren kliniska bedömning. APAs definition för evidensbaserad psykologisk behandling lyder:

*”Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences”.*

APA uttrycker i sitt policydokument kring evidensbaserad psykologisk behandling att de slutsatser man drar utifrån tillgänglig dokumentation av forskning även bör inkludera eventuella begränsningar i den forskning som hittills har bedrivits, och hur tillämpbara metoderna är i det föreliggande fallet. APA menar att psykologisk behandling har visat sig vara mest effektiv när den erbjuds utifrån en kliniskt välinformerad och sammansatt bedömning som tar hänsyn till patientens specifika problem, resurser, personlighet, sociokulturella kontext och önskemål. Man menar att det i begreppet evidensbaserad psykologisk behandling ingår ett beaktande av funktionsnivå, beredskap inför förändring och tillgängligheten av socialt stöd, eftersom dessa parametrar också har visat sig påverka utfallet av psykologiska behandlingsmetoder.<sup>xxvii</sup>

Att inom ramen för denna rapport på ett rättvisande sätt beskriva den omfattande diskussion om evidensbaserad vård som förts de senaste decennierna låter sig inte göras. Ett exempel på en konkret och nyanserad diskussion om evidensbaserad vård går att finna i ”Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken.” av Bohlin och Sager (2011)<sup>xxviii</sup>. För en sammanfattning av olika argument i diskussionen, samt en kritisk röst ur ett psykoterapiperspektiv, se t ex Rolf Sandells ”Evidensbasering – ett omstritt projekt” (2006)<sup>xxix</sup>.

## Rapportens avgränsning

Kartläggningen avser praxis för den vård för patienter med psykisk ohälsa som för närvarande erbjuds på de vårdcentraler som deltagit i projektet. Psykisk ohälsa inom primärvården definieras som de lätta till medelsvåra psykiatriska tillstånd som ligger inom primärvårdens uppdrag, stabila tillstånd av kroniska psykiatriska sjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar, liksom smärtproblematik och övriga somatiska tillstånd med en behandlingskrävande psykologisk komponent.

Primärvårdens uppdrag när det gäller livsstilsproblem *utan* psykisk ohälsa har utelämnats i projektet. Det har även de individuella insatser mot smärtproblematik som utförs av sjukgymnaster på vårdcentralerna. Vi har också utelämnat arbetssätt och metoder hos de multimodala team (inriktade mot t ex smärtproblematik eller stress) som finns på eller i anslutning till vissa vårdcentraler, och som inte sällan har ett uppdrag som sträcker sig bortom den enskilda vårdcentralen. Vidare har primärvårdens uppdrag när det gäller samarbete med den specialiserade psykiatrin endast berörts ytligt för vårdcentraler i Göteborg. Istället hänvisar vi till rapporten ”Granskning avseende gränssnitt mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården i Göteborg”<sup>xxx</sup> som erbjuder en detaljerad fördjupning inom detta område. En annan begränsning hos denna rapport är att den inte särskilt har fokuserat på vård av barn och ungdomar med psykiska problem. Brister inom detta område har nyligen uppmärksammats av Socialstyrelsen<sup>xxx1</sup>. Ett omfattande regionalt utvecklingsarbete inleddes 2005 i och med framtagandet av en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri. Implementeringen av planen anses variera kraftigt inom regionen. Detta utvecklingsområde bedömde vi vara alltför omfattande för att utforskas i detalj inom ramen för detta projekt. En översiktlig kartläggning av primärvårdens insatser i området kan istället läsas i den regionala utvecklingsplanen<sup>xxxii</sup>.

Rapporten kartlägger inte heller i detalj vilken typ av farmakologisk behandling som erbjuds patienten, utan fokuserar istället på val av behandlingsform samt eventuellt samarbete när patienten har både farmakologisk och icke-farmakologisk behandling.

## Projektets syfte och frågeställningar

Syftet med projektet är att genomföra en inventering av olika vårdcentralers praxis och rutiner vid vård av psykisk ohälsa samt tillvarata och sprida redan gjorda erfarenheter. De organisatoriska rutiner som särskilt fokuseras i kartläggningen är hur vårdcentralerna organiserar ett omhändertagande med hög tillgänglighet, tidiga bedömningar, val av behandling i samråd med patienten och hög kontinuitet.

*Kartläggningen avser att besvara följande frågeställningar:*

1. Vilka icke-farmakologiska behandlingsmetoder erbjuder man idag på vårdcentralen för patienter med psykisk ohälsa? Vilka attityder förekommer kring dessa metoder?
2. Hur organiserar vårdcentralen idag i praktiken sitt arbete med omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa, gällande:
  - a) Hur sker remittering/start av behandlingskontakt? (Egenremisser? Akuttider? Telefontider?)
  - b) Hur går bedömningen till? Vem utför den? (Läkare? Psykolog? Kurator?)
  - c) Hur sker val av behandlare?
  - d) Vilka icke-farmakologiska behandlingsmetoder erbjuder man idag på vårdcentralen?
  - e) Hur sker valet av behandlingsmetod?
  - f) Vilka former för tvärprofessionell samverkan och återkoppling finns?
  - g) Vilka former för samverkan med öppensykiatri finns?
3. Vilka anses vara fördelarna/nackdelarna med nuvarande rutiner och metoder?

Projektets andra syfte är att tillvarata och sprida gjorda erfarenheter från förändringsprocesser avseende vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa. Detta för att öka kunskapen om hur utvecklingsarbeten på bästa sätt initieras och genomförs.

*Kartläggningen avser även att undersöka följande frågeställningar:*

4. Hur har utvecklingsarbetet sett ut när det gäller omhändertagandet av psykisk ohälsa på vårdcentralen?
  - a) Hur gick det till när dagens praxis skapades och etablerades?
  - b) På vems initiativ har förändringsarbetet skett? (Förekom diskussion mellan berörda personalkategorier? Eldsjäl? Ledning?)
  - c) Hur har de olika professionerna bidragit till utvecklingen av dagens rutiner och metoder?
  - d) Vilka var förutsättningarna för att utvecklingsarbetet skulle kunna äga rum?
  - e) Vilka hinder har funnits på vägen?

## Metod

Nio vårdcentraler inom Primärvården Göteborg och Södra Bohuslän, samt Södra Älvsborg, ingick i kartläggningen. Vårdcentralerna valdes utifrån projektgruppens kännedom om deras variation avseende vilka behandlingsmetoder man erbjöd och hur arbetet med psykisk ohälsa var organiserat, samt tidigare kännedom om framgångsrikt utvecklingsarbete kring införandet av evidensbaserad behandling av psykisk ohälsa. Samtliga vårdcentraler ingick i VG Primärvård. Två var privata och sju var offentliga.

Vårdcentraler och chefer samt medarbetare som var involverade i omhändertagandet av psykisk ohälsa var informanter. Vårdcentralernas deltagande anpassades efter deras möjligheter. Sammantaget ingick 5 vårdcentraler, 2 kuratorer med psykoterapeututbildning, 9 psykologer, 4 sjuksköterskor och 5 läkare som informanter i studien.

Datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide som följde studiens övergripande frågeställningar. Informanternas egna erfarenheter av arbetssätt och förändringsarbete var vägledande i intervjuerna. Intervjuerna genomfördes av projektgruppen, per telefon eller på aktuell vårdcentral. Intervjuerna varade mellan 30 och 90 minuter. Informantens svar på frågorna nedtecknades skriftligt vid intervjutillfället.

Data analyseras därefter utifrån givna frågeställningar, sammanställdes och sammanfattades.

## Nuvarande praxis

### Inledning av vårdkontakt

Vården av psykisk ohälsa inleddes på olika sätt på de olika vårdcentralerna. De medel och rutiner som styrde och reglerade flödet av patienter varierade kraftigt.

Det framkom att flödet på somliga vårdcentraler till stor del berodde på hur den individuella vårdgivaren uppfattade sitt uppdrag och hur denne ansåg att rutiner kring behandlingskontakten skulle se ut. På dessa vårdcentraler tenderade både rutinerna för behandlingsstart och kriterier för bedömningarna att variera rejält mellan olika personalkategorier och/eller enskilda behandlare.

På andra vårdcentraler fanns en mer utvecklad samsyn kring uppdraget och rutinerna för inledningen av vårdkontakten vid psykisk ohälsa, förankrad i större delen av personalgruppen. Styrningen och regleringen av patientflödet såg på dessa vårdcentraler liknande ut hos de olika personalkategorierna och ansågs i regel fungera väl och effektivt. På dessa vårdcentraler hade det nuvarande arbetssättet föregåtts av ett aktivt lokalt utvecklingsarbete där man tydliggjort rutinerna för inledningen av behandlingskontakt samt uppdraget avseende patienter med psykisk ohälsa.

### När läkare inleder vårdkontakten

Traditionellt sett brukar en vårdkontakt på vårdcentral inledas av läkare, oavsett om eventuell behandling utförs av läkaren själv eller av annan vårdgivare. Detta är ett av de vanligaste sätten att inleda en vårdkontakt på. På några vårdcentraler träffade alla patienter alltid läkare innan icke-farmakologisk behandling erbjöds.

Vid läkarbesöket erbjöds patienten i regel farmakologisk behandling för sina problem om läkaren bedömde det som indicerat. Beslut om behandling fattades därefter i samråd med patienten. Läkaren ansvarade också för att undersöka så att inte fysiologisk/somatisk sjukdom låg bakom försämringen av den psykiska hälsan. Ibland frågade läkaren annan yrkeskategori innan ställningstagande till farmakologisk behandling gjordes. Om patienten önskade, eller om läkaren själv bedömde att icke-farmakologisk behandling var ett alternativ, erbjöds detta. Läkaren förmedlade då kontakt till annan vårdgivare som i sin tur gjorde sin första bedömning av patienten. Formerna för överföringen såg ut på olika sätt på olika vårdcentraler:

- **Telefonbedömning.** På ett par vårdcentraler erbjöd man en första bedömning av psykolog via reserverade tider i deras tidböcker. Läkarna kunde själva boka in patienter på dessa tider. Avsatt tid för telefonbedömning var 15 respektive 30 minuter inklusive dokumentation och eventuell åtgärd.
- **Akuttider.** Akuttider erbjöds på en del vårdcentraler. Dessa kunde bokas direkt av läkare och var avsedda för akuta kriser. Vid en vårdcentral hade man slutat med akuttider eftersom de aldrig utnyttjades. På denna vårdcentral hade man flera andra vägar in till icke-farmakologisk vårdkontakt. På en annan vårdcentral rapporterade man att de alltid blev uppbokade. På en tredje vårdcentral där akuttiderna bokades via sjuksköterskornas telefonrådgivning hade man slutat med akuttider. Detta på grund av att det blivit för svårt för sjuksköterskorna att vid telefonrådgivningen göra en korrekt bedömning av vilka patienter som var i behov



av akut vårdkontakt och vilka som kunde vänta.

- **Information om skriftlig egenremiss.** På en vårdcentral hade man kommit överens om att läkarna inte skulle skriva remisser för icke-farmakologisk behandling. Om en läkare bedömde att patienten behövde icke-farmakologisk behandling fick läkaren i dessa fall informera patienten om att man använde sig av skriftlig egenremiss på vårdcentralen och uppmana patienten att skriva en sådan.
- **Skriftlig remiss.** Alla vårdcentraler utom en hade skriftlig läkarremiss som möjlighet för överföring av patient till icke-farmakologisk behandling. Skriftliga remisser mottogs också från vårdgrannar.

### När annan vårdgivare än läkare inleder vårdkontakten

Vårdkontakten kunde också inledas av annan vårdgivare än läkare. När annan vårdgivare än läkare initierade kontakten kunde detta ske via telefonbedömning av psykolog, via besök hos/telefonsamtal med sjuksköterska, via egenremiss, via direktnummer till psykolog/kurator med psykoterapeutlegitimation och via psykolog på jouren. Dessa inledningar till vårdkontakt beskrivs nedan.

Att kunna erbjuda patienten en annan ingång till behandling av psykisk ohälsa än via läkarbesök sågs som en fördel hos de vårdcentraler där man erbjöd detta. Man ansåg att vårdförloppet kunde effektiviseras eftersom många av de som sökte kontakt med vårdcentralen för sin psykiska ohälsa varken hade behov av eller önskemål om läkarbesök. Man ansåg också att de patienter som erhöll icke-farmakologisk behandling tenderade att vara mer motiverade och tillgodogöra sig behandlingen bättre när de själva hade tagit initiativet, istället för remitteras över på läkarens initiativ.

På vårdcentraler med denna typ av flöde hade man i samtliga fall behövt skapa nya rutiner för att upprätthålla patientsäkerheten. Detta för att en läkare skulle kunna utesluta fysiologisk/somatisk orsak till problemen i de fall detta inte redan var gjort, eftersom varken patienter eller övriga vårdgivare kunde göra detta.

Det framkom olika system för att på ett patientsäkert vis kunna skicka patienten direkt till psykolog/kurator utan att behöva invänta tid för läkarbesök:

- **Sjuksköterskan initierar utredning av eventuell somatisk orsak.** I dessa fall var den sjuksköterska som förmedlade kontakten till behandlaren ansvarig för att skicka patienten till lab för att ta en i förhand bestämd uppsättning prover. Ett särskilt PM hade upprättats av medicinskt ledningsansvarig läkare för denna rutin. Datumansvarig läkare hade ansvar för uppföljning av provsvaren.
- **Psykologen ansvarar för att läkaren underrättas om behandlingen.** I detta fall meddelade psykologen den patientansvarige läkaren att man hade genomfört bedömning och avsåg att inleda en icke-farmakologisk behandling. Journalsystemets meddelandefunktion "Kolla journal" användes på en av vårdcentralerna. Ansvarig läkare hade då till uppgift att själv kalla patienten om denne ännu inte var somatiskt utredd avseende sin psykiska ohälsa. Läkarna var patientansvariga för patienter inom ett visst geografiskt område.

## Telefonbedömning av psykolog

På ett par vårdcentraler hade man infört telefontider avsedda för preliminära bedömningar av psykolog. Dessa tider fanns tillgängliga i psykologens tidbok två tillfällen i veckan. Läkare och sjuksköterska bokade in patienter på dessa tider. Patienter som ringde till distriktssköterskornas telefonrådgivning kunde också bli inbokade. Patienterna blev därefter uppringda av psykolog/kurator på den avsatta tiden för en preliminär bedömning per telefon. I dessa fall hade man informerat läkare och sjuksköterskor grundligt om vilka patienter som lämpade sig för psykologisk behandling och som kunde erbjudas telefontider. På en vårdcentral hade man gjort en skriftlig manual att använda vid telefonrådgivningarna. På denna vårdcentral hade man satsat extra mycket på suicidbedömningar, vilket nu oftare genomfördes av distriktssköterska vid telefonrådgivning med patient med depressiva besvär innan patienten sattes upp för en telefonbedömning.

Den avsatta tiden för telefonbedömningarna inklusive dokumentation och eventuell rekommendation till annan vårdgivare var 15 minuter på den ena och 30 minuter på den andra vårdcentralen. Man hade avsatt två timmar/vecka, vilket innebar fyra respektive åtta telefonbedömningar i veckan på respektive vårdcentral.

På vårdcentralen med 30 minuters telefonbedömning (samtalslängd ca 15-20 min) upplevde man att man ofta redan vid detta skede kunde hänvisa till annan instans. Detta upplevdes som effektivt och tidsbesparande eftersom man inte behövde genomföra lika många tidskrävande (ca 1-1,5 h) första bedömningssamtal.

På vårdcentralen med 15 minuters telefonbedömning (samtalslängd 5-10 min) upplevde man att dessa tider snarare fungerade som en öppen dörr till det första besöket hos psykolog/kurator med psykoterapeutlegitimation. På denna VC upplevde man att väntetiderna för återbesök växte eftersom behandlarnas tidböcker upptogs av förstabesök/bedömningssamtal.

## Psykolog på jouren

På en av vårdcentralerna erbjöd psykologerna kortare jourtider tre halvdagar i veckan. Man beskrev att systemet kraftigt ökade flödet av patienter som kunde erbjudas psykologbedömning. Jourtiderna var kortare och fler än de sedvanliga bedömningssamtalen hos psykolog, ca 30-40 minuter. Psykologerna hade också genom detta system stor möjlighet att styra patienterna till den icke-farmakologiska behandling som bedömdes lämplig. Jourtiderna var framförallt ämnade åt patienter som av annan yrkeskategori bedömts lida av lindrigare psykisk ohälsa, t ex enstaka panikattack, lätt nedstämdhet eller kortvarig sömnproblematik. Sjuksköterskor, sjukgymnaster och läkare kunde i anslutning till besöket direkt sätta upp patienten på psykologens jourtider.

Denna mottagningsmodell hade inspirerats av bedömnings/behandlingsmodellen "Brief Interventions". Modellen och den typ av interventioner som utförs i samband med bedömningen beskrivs mer utförligt under avsnittet om behandlingsmetoder.

## Egenremiss

Ett par vårdcentraler hade infört egenremiss för psykologisk behandling. Patienter som uppmanades att skriva remiss fick tillgång till en instruktion om hur detta gick till. En vårdcentral hade en remiss som kunde fyllas i via nätet. Mottagarna av remisserna bedömde att remisserna i regel var välformulerade och att de patienter som skrivit en egen remiss tenderade att vara mer motiverade till behandlingen.

På den VC där denna rutin var den enda möjlighet för patienterna att få kontakt med behandlare fortsatte dock flera läkare att skicka pappersremisser. Det framkom att man på denna vårdcentral hade delvis olika uppfattningar om vilka patienter som skulle erbjudas psykologisk behandling. En annan vårdcentral hade skriftlig egenremiss som alternativ jämte sedvanlig läkarremiss.

## Direktnummer till psykolog/kurator med psykoterapeututbildning

På vissa vårdcentraler informerades patienterna om direktnummer till psykolog/kurator med psykoterapeutlegitimation på vårdcentralens hemsida. De vårdcentraler som hade detta system för att inleda vårdkontakt sa att det sällan användes eftersom tillgängligheten till psykologisk bedömning via andra kanaler var så stor.

## Bedömning och prioritering

De vårdcentraler som arbetat med att utveckla vården av psykisk ohälsa beskrev att utvecklingen av ett välfungerande bedömningssystem varit central. Bedömningen låg till grund för om patienten skulle erbjudas icke-farmakologisk behandling på vårdcentralen eller hänvisas någon annanstans. Bedömningen avgjorde också om patienten skulle erbjudas kontakt direkt eller om denne kunde vänta ett tag. Dessutom avgjorde bedömningen hur behandlingen planerades tillsammans med patienten och vilken behandlingsmetod som erbjöds.

För ett effektivt och välfungerande flöde ansågs det nödvändigt att medarbetarna på vårdcentralen var införstådda med och överens om hur olika tillstånd skulle prioriteras och vilka patienter som skulle erbjudas icke-farmakologisk behandling av psykisk ohälsa.

De medarbetare som hade drivit ett framgångsrikt utvecklingsarbete gällande bedömning och prioritering beskrev att det var centralt med stöd från vårdcentralchefen i detta arbete. Införandet av en ny bedömningsrutin väckte initialt mycket åsikter bland vårdcentralens övriga medarbetare. Ofta behövde läkare och sjuksköterskor utbildning i hur psykisk ohälsa skulle förstås och bedömas, t ex utifrån patientfall. Detta arbete beskrevs som tidskrävande och det behövdes upprepade gemensamma möten med samtliga yrkeskategorier för att skapa en gemensam förståelse avseende bedömningen av psykisk ohälsa. En psykolog beskrev att en förutsättning för utvecklingsarbetet var att hon utifrån sin bakgrund hade kunnat se vårdcentralens tidigare rutiner med "nya ögon". Hon beskrev att andra förutsättningar var att hon hade varit strategisk, tuff och drivande i utvecklingsarbetet.

De vårdcentraler där man upplevde att man bedrivit ett framgångsrikt arbete kring bedömningsrutinerna beskrev att man tidigare hade haft problem med långa köer på grund av att alla patienter erbjöds liknande behandlingar, vanligtvis 10 besöks samtalsbehandling. Med förbättrade bedömnings- och behandlingsrutiner hade köerna kunnat förkortas och de behandlingar man erbjöd varierade i sin utformning, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer avseende stegvis vård av psykisk ohälsa.

## NUVARANDE PRAxis

---

Ett hinder för utvecklingen var i de fall som psykolog/kurator och chef alternativt läkare hade svårt att komma överens om vilka patienter som skulle prioriteras och erbjudas icke-farmakologisk behandling. Det framkom att oenighet oftast förekom gällande följande tillstånd:

- **Prioritering av patienter med stabila långvariga/kroniska psykiatriska tillstånd eller patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.** Ofta önskade läkarna stöd i hanteringen av patienter med stabila men långvariga psykiatriska problem, särskilt vid kristillstånd hos dessa patienter. Psykologerna och kuratorerna med psykoterapeututbildning tenderade att föredra att deras resurser användes där de tyckte att de kunde åstadkomma mest nytta. De menade ofta att patienter med lätt-medelsvår psykisk ohälsa hade bättre förutsättningar för att tillgodogöra sig en psykologisk korttidsbehandling och förbättras i sina tillstånd. En lösning på detta problem som beskrevs av ett par vårdcentraler var att man hade gett medarbetare med något kortare utbildning i psykisk problematik (t ex sjuksköterska med vidareutbildning) i uppdrag att använda delar av sin tjänst för stödsamtal till den först nämnda patientkategorin för att på så vis avlasta läkargruppen. Stödsamtalens syfte var att upprätthålla funktionsnivå till skillnad från de behandlande samtalen som syftade till förbättring.
- **Prioritering av patienter i kris eller patienter med ångest och depressionstillstånd.** Flera av psykologerna hade uppmärksammat att läkare och sjuksköterskor ibland hade svårt att skilja mellan dessa tillstånd. Ett sätt att lösa detta var att psykologen gjorde en tidig bedömning och fattade beslut om huruvida icke-farmakologisk behandling var indicerad. En viktig del i detta arbete var också att upprätta förteckningar över och använda sig av andra instanser som tog emot personer i kristillstånd.

Några av vårdcentralerna erbjöd krisstöd endast i de fall de bedömde att personen i kris hade stora brister i sitt sociala nätverk. I annat fall gav man information om kristillstånd och uppmanade personen att söka stöd i sitt nätverk, samt höra av sig igen om besvären inte gav med sig.
- **Prioritering att arbeta länge med patienterna och ge ”bästa möjliga” behandling eller att arbeta kort och erbjuda en ”tillräckligt bra” behandling.** Denna fråga ansågs vara delvis av etisk karaktär, då man upplevde det som fel att avsluta en behandling innan man hade gett patienten så mycket hjälp som man förmådde. Å andra sidan sågs också nödvändigheten av en relativt hög genomströmning som en viktig riktlinje, eftersom det då blev möjligt att ta emot fler patienter. Frågan ansågs som viktig att ta ställning till och diskutera. De flesta beskrev att de anpassade behandlingens längd efter patientens behov och att de försökte att erbjuda vård enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Gränsen tio samtal per patient respekterades oftast, men ibland såg man det som nödvändigt att träffa en patient en längre period. Vanligtvis träffade man patienter vid färre tillfällen än tio. Flera behandlare uppskattade att de träffade patienter i genomsnitt tre till fem tillfällen. Vad som ansågs vara ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” ansågs kunna variera, delvis på grund av behandlaren erfarenhet och skicklighet, delvis utifrån teoretisk bakgrund och syn på psykologiska förändringsprocesser och delvis beroende på hur man såg på sitt uppdrag.

## Ett exempel på prioriteringskategorier

Prioriteringsordningen var mer eller mindre tydligt definierad på de olika vårdcentralerna och såg också olika ut. På en vårdcentral som uppgav en av de tydligaste definitionerna av sin prioriteringsordning hade man fyra uttalade prioriteringskategorier. Regionens riktlinjer för vertikal prioritering<sup>24</sup> och utvecklingsplan<sup>23</sup> för psykiatrien beskrevs ha underlättat utvecklingsarbetet. Systemet var väl förankrat och man upplevde att detta hade varit en viktig del av att förbättra vårdcentralens omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa.

Vårdcentralens prioriteringskategorier var:

- I** (högsta prioritet) Patienter med krisreaktion och bristande socialt nätverk. Patientgruppen erbjöds snabbt krisstöd under en begränsad period.
- II** Patienter med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa med god prognos. Patientgruppen erbjöds behandling av sin problematik.
- III** Patienter med långvarig/återkommande psykisk ohälsa med sämre prognos, där tillståndet inte förväntades kunna botas av en kortare behandling. Patienter i denna kategori fick vänta längre än de i kategori II innan de erbjöds kontakt.
- IV** Patienter med problematik utanför primärvårdens uppdrag, t ex patienter med svår psykiatrisk problematik (GAF under 40).

## Bedömningsförfarandet

Själva bedömningen av patientens tillstånd kunde gå till på olika sätt. I de fall patienten träffade annan yrkeskategori än läkare direkt gjordes ofta bedömningen av behandlaren vid det första tillfället man träffade patienten. När skrivna remisser användes kunde dessa hanteras på olika sätt:

- **Bedömning i remissmöte/team** En grupp medarbetare med uppdrag att utföra bedömningar avseende icke-farmakologisk behandling hade gemensamma möten 1-2 tillfällen i veckan där man tillsammans fattade beslut om prioritering av patienter, vilka patienter som skulle erbjudas behandling, vilka patienter som bedömdes kunna vänta på behandling och hamnar på väntelista, vilka man skulle hänvisa någon annanstans, val av behandling och vem som skulle utföra behandlingen.
- **Remisspärm och individuella bedömningar av remisser.** På en vårdcentral där läkaren alltid gjorde första bedömningen hade man ett system där remisser efter utskrift sattes direkt in i en pärm. Akuta remisser markerades tydligt i läkarremissen. Psykologer och sjuksköterska plockade remisser ur pärmerna när de hade tid och möjlighet. En första bedömning av hur patienten skulle prioriteras gjordes av den enskilde behandlaren när denne bläddrade i pärmerna. Eftersom behandlarna delvis hade olika uppdrag avseende exempelvis långvariga psykiatriska tillstånd/stödsamtal och lindrigare ohälsa/behandling prioriterade man de patienter som låg inom ramen för det egna uppdraget. Ibland föreslog man lämpliga patienter för varandra genom kommentarer på remisserna. Vid oklarheter vid bedömningarna tillfrågade man varandra i informella sammanhang. Ibland kallades till kortare, informella möten där man gick igenom remisserna gemensamt och fördelade dem mellan behandlarna. Nästa del i bedömningen gjordes när man träffade patienten för ett bedömningsamtal.

## Val av behandling

De flesta vårdcentraler som förutom individuella behandlingar med omfattningen ca 5-10 sessioner kunde erbjuda andra behandlingsformer, t ex internetbehandling och gruppbehandling, uppgav att både de och patienterna var nöjda med detta. Man upplevde att införandet av nya metoder hade bidragit till att köerna till icke-farmakologisk behandling krympte. Detta eftersom man i större utsträckning kunde anpassa behandlingarna efter patienternas behov, istället för att erbjuda alla patienter samma behandling. Att kunna erbjuda olika typer av insatser ansågs alltså vara nödvändigt för att kunna erbjuda stegvis vård i enlighet med principerna för lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Å andra sidan framkom det att det kunde vara svårt att införa andra typer av behandlingar än individuella insatser. På vissa håll hade det förekommit problem med rekrytering av patienter till gruppbehandling och/eller att många inte fullföljde behandlingen. Vid dessa problem konstaterades att gruppbehandling kan innebära en försämrad anpassning till den individuella patienten, och att detta i de fall behandlingen inte fullföljs kan innebära ett otillräckligt omhändertagande. Införandet av internetbehandling problematiserades på ett liknande sätt, då man kunde uppleva att det var besvärligt att rekrytera patienter till behandlingen eftersom det inte var vad de hade förväntat sig när de sökte vård.

De behandlingar som erbjöds vid de olika vårdcentralerna presenteras i två olika avsnitt: Gruppbehandlingar respektive individuella behandlingar. Inledningsvis presenteras även en beskrivning av de olika förhållningssätt till evidensbaserad behandling som framkom samt ett exempel på en diskussion kring införandet av behandlingsmetoder utifrån en av vårdcentralernas aktuella frågeställningar:

## Förhållningssätt till evidensbaserad behandling

Det evidensbegrepp som oftast förekom bland de medarbetare som erbjöd icke-farmakologisk behandling låg relativt nära den definition som utformats av American Psychological Association (APA) och som syftar till att ta hänsyn till de krav som föreligger för att psykologiska behandlingsmetoder ska kunna anses vara evidensbaserade (se sidan 10). De flesta behandlare, oavsett utbildningsinriktning, poängterade i linje med APAs policydokument vikten av att kunna erbjuda ett urval av olika behandlingsmetoder för att kunna svara till de varierande behov som fanns hos de patienter som önskade icke-farmakologisk behandling.

På de vårdcentraler där man saknade möjligheter att erbjuda vissa former av evidensbaserade behandlingar såg man detta som problematiskt. Man upplevde att det var svårt att arbeta evidensbaserat utan utbildning i de aktuella metoderna, att utbildningsinsatser tenderade att nedprioriteras av ekonomiska skäl och att det kunde vara svårt att som enskild medarbetare få gå en utbildning i en evidensbaserad metod. Det förekom också att man arbetade för att införa evidensbaserade gruppbehandlingar och internetbehandling, men att det upplevdes svårt att få tid och resurser för att driva införandet av nya behandlingsformer.

För en fördjupning av ett förhållningssätt till olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder samt hur behandlare med olika skolning ser på varandras behandlingsmetoder, se t ex Billy Larssons avhandling ”Therapists and their patients: Similarities and differences in attitudes between four psychotherapy orientations in Sweden”<sup>xxxiii</sup>.

## Ett exempel på implementeringsproblematiken i praktiken

På en av vårdcentralerna väcktes frågan kring hur man ska definiera huruvida man egentligen erbjuder den behandlingsmetod som man påstår att man gör. Frågan ansågs särskilt aktuell utifrån att regionens ersättningssystem gav högre ersättning för KBT-behandling, en av de psykoterapeutiska metoderna som är väl dokumenterad i forskningssammanhang och där visat sig vara mest effektiv på statistisk nivå.

Grunden till den förekommande kritiken av de politiska styrmedel som gynnade användningen av en specifik terapeutisk metod var att man ansåg att ersättningssystemet var baserat på en otillräcklig kännedom om evidensbegreppet. Man ansåg att en behandling för att vara evidensbaserad och fungera effektivt inte bara skulle utgå från dokumenterad forskning, utan även behövde vila på grunden av en professionell klinisk bedömning av den enskilde patienten och en individuell anpassning av de metoder man erbjöd till patientens förutsättningar och önskemål. Man uttryckte uppfattningen att bedömningen av lämplig behandlingsform borde göras av en person med gedigen utbildning i bedömning och behandling av psykisk ohälsa istället för av politiker.

Regionens ersättningssystem problematiserades vidare utifrån att man på den aktuella vårdcentralen ansåg att systemet i praktiken antagligen inte fungerade på det sätt som det var avsett att göra. Uppfattningen på vårdcentralen var att det fanns en tendens på regionens vårdcentraler att "kalla allt för KBT" eftersom åtgärds-koden KBT gav vårdcentralen en högre ekonomisk ersättning för insatsen. Detta oavsett vilken behandlingsmetod man egentligen ansåg att man använde sig av. Det uppgavs att man på vissa håll t ex angav åtgärds-kod "KBT" bara för att man gett patienten en hemuppgift. Chefen på denna vårdcentral såg ett behov av att inom primärvårdsområdets ledningsgrupp diskutera frågan med andra chefer samt samtalsbehandlare, för att komma fram till en gemensam syn på de behandlingar man erbjuder, hur de ska definieras och hur de ska kodas. Man ansåg att det saknades en nyanserad diskussion kring vad de olika behandlingsmetoderna verkligen innebär i den kliniska vardagen på en vårdcentral och hur man ska förhålla sig till regionens tillämpning av evidensbegreppet.

Detta exempel belyser ett par av de utmaningar det kan innebära, för såväl utförare som beslutsfattare på olika nivåer, att införa och utföra evidensbaserade metoder för behandling av psykisk ohälsa. Frågan om klinisk lyhörighet inför patientens behov och kontext, kontra följsamhet till metoder som i vetenskapliga studier har dokumenterats vara mest hjälpsamma för en patientgrupp, framkom som ett aktuellt dilemma inom dagens primärvård. För ytterligare läsning om implementering av evidensbaserade insatser, se gärna tidigare uppgivna källor<sup>1,2,3, 28, 29</sup>.

## Gruppbehandling

De flesta vårdcentraler som erbjöd gruppbehandlingar uppgav att de var nöjda med denna behandlingsform. Grupperna varierade i storlek: mellan 3 och 30 patienter. Deltagarantalet var oftast ca 7-12 patienter. Ofta återkom en eller flera gruppbehandlingar varje höst respektive vår. Behandlingarna kunde vara manualbaserade enligt en evidensbaserad metod. De kunde också vara mer eller mindre egenhändigt komponerade. Det vanligaste var att man utgick från manualbaserade gruppbehandlingar och även hade inslag som var utformade efter de egna förutsättningarna. Ofta ledde även annan vårdcentralspersonal vissa sessioner av gruppbehandlingarna, vanligtvis sjukgymnaster.

Fördelar med behandlingsformen var att det var ett sätt att erbjuda fler patienter behandling vid samma tillfälle och på så vis öka effektivitet och tillgänglighet. En annan fördel var att patienterna stödde varandra. De kunde t ex komma med konkreta idéer och inspirera varandra i arbetet med sin problematik. Behandlingsformen som sådan hade också

## NUVARANDE PRAXIS

---

en allmänt avstigmatiserande effekt vilket var hjälpsamt för patienterna

Nackdelar med behandlingsformen var att det initialt krävdes en investering av energi och resurser. Om behandlaren inte var utbildad i gruppbehandling behövdes tid och resurser satsas på utbildning. Dessutom krävdes planeringstid och lokaler som fungerade för grupper. Inte sällan var även patienterna initialt skeptiska till att få behandling i grupp. En av informanterna beskrev införandet av gruppbehandlingar som en långsiktig process på samma sätt som individuella behandlingar, eftersom det tog tid att lära sig vad olika patientgrupper behövde i en gruppbehandling. En automatisk kötid uppstod också då man behövde samla upp ett visst antal patienter innan behandlingen kunde börja. Om en gruppbehandling inte fungerade väl, dvs om patienterna var missnöjda med den, om det var låg följsamhet till behandlingen eller om det var svårt att rekrytera patienter till gruppen lades gruppen i regel ner efter någon termin.

Införandet av gruppbehandlingar hade på samtliga vårdcentraler skett på enskilda behandlares initiativ. För att lära sig metoderna hade man t ex läst litteratur om de olika behandlingarna, gått utbildning i behandlingen och/eller varit på studiebesök hos andra vårdgivare som erbjudit behandlingen.

De som erbjudit gruppbehandlingar beskrev dem på olika sätt och delvis utifrån olika principer för psykologisk förändring.

### Psykoedukativa grupper

I dessa grupper presenterade man framförallt fakta kring ett psykiskt ohälsotillstånd. Patienterna utbildades i grupp om varför en specifik problembild uppstår och vad man kan prova på egen hand för att avhjälpa problemet. Ofta fanns utrymme för egna frågor och reflektioner, men deltagandet i gruppdiskussioner var i regel frivilligt. Praktiska övningar i grupp kunde också förekomma, t ex i form av avspänningsövningar. Ibland fanns KBT-inslag i dessa grupper.

I dessa grupper kunde hemuppgifter ingå, men uppföljning av dessa var i regel osystematisk och på frivillig basis. Exempel på psykoedukativa grupper var:

- Smärtskola
- Sömngrupp
- Ångestskola

### Behandlingsgrupper för specifika tillstånd

Dessa grupper var utformade i enlighet med principer för KBT. Psykoedukation var ett betydande inslag även i dessa grupper. Dessutom tillkom presentation av en behandlingsration för hur man kunde arbeta konkret med problemet på egen hand, och kontinuerliga hemuppgifter. Ibland ägnades en del av arbetet i gruppen åt att följa upp hemuppgifterna genom att patienterna uppmanades att berätta om hur det gått med det egna arbetet med problematiken. Ibland ingick även behandlande inslag under grupptillfället, t ex exponering för ett skrämmande stimuli i den egna fobin.

Det framkom att vissa typer av gruppbehandlingar var svårare att genomföra framgångsrikt, t ex de som riktade sig till patienter med ångestproblematik. Detta eftersom dessa patienter tenderade att avbryta behandlingen. En reflektion kring detta var att det kunde vara svårt att anpassa exponeringsintensiteten och ge tillräckligt med stöd utifrån individernas behov, samt att denna patientgrupp generellt tenderar att utebli. En lösning på denna problematik var att erbjuda ångestskola (se ovan) för denna patientgrupp istället för gruppbehandling. Exempel på behandlingsgrupper var:



- Mindfulnessbaserad kognitiv terapi mot återkommande depressioner (MBCT)
- KBT Depressionsbehandling i grupp
- KBT Panikångestbehandling i grupp
- KBT Social fobibehandling i grupp
- KBT Sömnbehandling i grupp

### Grupp för patienter med varierande tillstånd av psykisk ohälsa

På en vårdcentral erbjöds mindfulnessbaserad stressreduktion i grupp (MBSR<sup>xxxiv</sup>) som utmärkte sig av att man tog emot stora grupper patienter (ca 30) med varierande tillstånd av psykisk ohälsa. Metoden riktar sig till patienter med bl a smärttillstånd, stressproblematik, ångest och sömnstörningar. Mindfulnesssträning var centralt i behandlingsmetoden och aktiva förändringsmekanismer var t ex att både upplevt lidande och faktiska symptom kan förbättras med hjälp av ett förändrat förhållningssätt till svårigheterna i tillvaron.

Eftersom många patienter med mer eller mindre diffusa psykiska ohälsotillstånd ansågs kunna må bättre av att lära sig en mer accepterande hållning till sina symptom erbjöd man behandlingsformen till patienter med varierande problematik. Större delen av behandlingen bestod av föreläsningar och övningar i mindfulness. Hemuppgifter gavs men följdes inte upp på individuell basis.

På vårdcentralen var man nöjd med att kunna erbjuda denna typ av behandling. Man uppskattade särskilt att kunna erbjuda behandling i så stora grupper för patienter med så varierande former av psykisk ohälsa. En annan anledning till att gruppen uppskattades var att många patienter med diffusa och svårbehandlade tillstånd kunde erbjudas behandlingen, genomföra och uppskatta den. Behandlingen avlastade läkarna som annars tenderade att få upprepade återbesök utan att kunna hjälpa denna patientgrupp. Gruppen blev ett slags hållande socialt sammanhang där man hade tydligt fokus på att på egen hand lära sig hantera sin problematik. Inte så sällan träffade psykologer/sjuksköterska med steg 1-kompetens patienterna några gånger individuellt för att sedan överföra dem till denna behandlingsmetod. Behandlingen avslutades alltid med ett individuellt återbesök hos behandlare.

### Individuell behandling

Variationen av individuella behandlingsmetoder var stor. Vilka behandlingar som erbjöds tenderade att variera utifrån behandlarnas kompetens och intresse. I allmänhet sågs det som en fördel att kunna erbjuda olika behandlingsmetoder, eftersom patienterna hade varierande önskemål och behov.

Rapporten fokuserar på att beskriva de utvecklingsprocesser som uppgavs ligga bakom införandet av respektive behandlingsmetod. På grund av utrymmesskäl beskrivs behandlingarna i sig endast kortfattat. För mer utförliga beskrivningar av behandlingsmetoderna ges förslag för fortsatt läsning i källförteckningen. För att söka kontakt med personer inom regionen som har särskild kunskap och kompetens inom de olika behandlingsformerna, vänligen kontakta projektledaren (se sida 4).

Vid vissa vårdcentraler hade man valt att satsa på kompetensutveckling från ledningens håll. I andra fall hade man rekryterat behandlare med den kompetens man önskade, t ex KBT. På så vis hade man kunnat utöka det utbud av behandlingsmetoder som vårdcentralen kunde erbjuda.

Vid andra vårdcentraler hade utvecklingsverksamheten skett på psykologernas eget initiativ och utifrån de resurser och den kompetens de för tillfället förfogade över. Flera psykologer hade ansökt om att få vara med i olika studier, eller hade själva startat

forskningsprojekt som gav möjlighet till både utveckling av verksamheten och individuell kompetensutveckling.

### Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling erbjöds på samtliga vårdcentraler. Många uppgav att man erbjöd farmakologisk behandling som förstahandsalternativ vid de flesta psykiska ohälsotillstånd. Eftersom forskning visar, samt Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar, att annan behandling bör erbjudas som förstahandsalternativ vid vissa tillstånd problematiserades detta. Olika anledningar till att det såg ut på detta sätt uppgavs vara:

- Väntetid till icke-farmakologisk behandling gjorde att läkarna hellre vill erbjuda ”något” än att låta patienten vänta.
- Läkaren ansåg att farmakologisk behandling alltid var det korrekta förstahandsvalet.
- Det saknades diskussion i personalgruppen kring de behandlingsmässiga för- och nackdelarna med de olika metoderna som förstahandsval. T ex ansåg man att det i vissa fall var bättre att prova en behandling i taget för att patienten skulle veta vad som gav effekt. Detta försvårades till exempel om en läkare satte in farmakologisk behandling under de tre veckor som patienten fick vänta på samtalsbehandling. I andra fall ansåg man att det var en fördel att låta icke-farmakologisk och farmakologisk behandling via synergieffekter stärka varandra.
- Det saknades kunskap kring de hälsoekonomiska fördelarna och nackdelarna med farmakologisk respektive icke-farmakologisk behandling. Man konstaterade att det kunde kosta mer att patienten var insatt på ett SSRI-preparat utan effekt istället för att få effektiv icke-farmakologisk behandling.

I allmänhet ansåg man att avsaknaden av diskussion och utveckling inom detta område var problematisk, eftersom ny kunskap och nya synsätt på farmakologisk kontra icke-farmakologisk framkommit de senaste åren. Tidsbrist uppgavs vara ett av skälen.

Det framkom att samarbete mellan läkare och andra behandlare förekom genom att man diskuterade och frågade varandra huruvida man ansåg att farmakologisk behandling var aktuell. Ibland skedde diskussionen på läkarens initiativ, ibland på initiativ från annan vårdgivare. I de fall patienten redan hade en icke-farmakologisk vårdkontakt uppgavs det vara enklare för läkaren att avvakta innan farmakologisk behandling sattes in.

### Internet-KBT<sup>xxxv</sup>

Internetbehandling är en relativt ny företeelse inom primärvården. Det finns internetbehandlingar för många olika psykiska ohälsotillstånd, bl a panikångest, depression, sömnstörning och social fobi. De flesta internetbehandlingar har KBT-inriktning. Internet-KBT ingår i Socialstyrelsens rekommendationer vid behandling av vissa psykiska ohälsotillstånd.

Internet-KBT erbjöds på flera av de deltagande vårdcentralerna. Samtliga hade behandlarstöd, vilket innebar att patienten inte bara arbetade med dator utan även hade kontakt med behandlaren under behandlingstiden. Internetbehandling med behandlarstöd har visat sig vara mer effektivt än utan. Man höll kontakt med sin behandlare genom besök på vårdcentralen, via telefon eller via e-mail.

Utvecklingsprocessen för att införa internetbehandling hade sett olika ut:

#### NUVARANDE PRAXIS

---

- Internet-KBT erbjöds på grund av att en psykolog hade tagit initiativ till införandet och därefter fått projektmedel av sin chef till införandeprocess, behandlarlicens och utbildning.
- Internet-KBT erbjöds efter att vårdcentralen hade fått en regionalt finansierad PTP-psykolog som på delar av sin tjänstgöringstid hade arbetat med införandet av internetbehandling.
- Internet-KBT erbjöds för att vårdcentralen hade blivit tillfrågad om att delta i ett forskningsprojekt där internetbehandling utvärderades. Projektet stod för utbildning och andra kostnader och tillhandahöll programvaran.

Tre av fyra vårdcentraler som erbjöd internetbehandling var nöjda med detta. En anledning var att man kunde erbjuda patienter behandling snabbt och lättillgängligt. Att lämpliga och motiverade patienter med tillstånd som behandlades lika effektivt med internetbehandling som med vanliga samtal kunde erbjudas internetbehandling ledde också till att tillgängligheten till samtalsbehandlingarna ökade för patienter i behov av dem. En annan fördel var att vanlig samtalsbehandling inte passade alla patienter. Somliga föredrog internetbehandling och kunde genomgå en sådan med gott behandlingsresultat.

Attityder hos vårdgivare sågs som ett potentiellt hinder för att föra in metoden. Ett annat hinder uppgavs vara ekonomin, eftersom införandet krävde resurser för kompetensutveckling och implementeringsarbete samt kostnader för programvaran.

På en av vårdcentralerna framkom att psykologen varit väldigt skeptisk till behandlingsformen första gången den omtalades. Psykologen uppgav att det som hade vänt hennes skepsis var att hon hade fått ökad kunskap om metoden, om principerna för stegvis vård och om val av patientgrupp. Psykologen hade därefter själv drivit införandeprocessen på sin vårdcentral. Ökad kunskap om metoden sågs därmed som en viktig förutsättning för utvecklingen.

För att internetbehandling skulle fungera ansågs det också mycket viktigt att även övriga medarbetare på vårdcentralen hade en positiv inställning till metoden och dess användbarhet. Inte minst framhölls vikten av att läkare redan vid den initiala bedömningen kunde presentera metoden som ett fullgott alternativ till samtalsbehandling. Om läkaren presenterade metoden som ett andrahandsval i brist på annat blev patienten lätt tveksam. En psykolog berättade att hon hade hållit små föreläsningar för läkargruppen för att de skulle bli mer aktiva i att erbjuda behandlingsformen. Hennes erfarenhet var dock att läkarna inte hade orkat med denna förändring. Istället hade genombrottet för att kunna rekrytera patienter till behandlingsformen kommit i och med att man började erbjuda telefonbedömningar (30 min, varav ca 15 min samtal) av psykolog. Psykologen kunde vid dessa tillfällen enkelt introducera behandlingsalternativet. Om patienten ville kunde psykologen med hjälp av denna rutin därefter snabbt erbjuda en första bedömning inför internetbehandlingen och därefter omedelbart starta upp behandlingen.

Samma psykolog hade noterat att läkarna hade enklare att erbjuda patienterna sömnbehandling via internet. Hennes gissning var att detta var ett område där läkarna oftare upplevde att farmakologisk behandling var otillräcklig. Det hade också snabbt uppstått en positiv spiral eftersom de remitterande läkarna märkte att internetbehandlingen gav god effekt när de väl remitterade.

Patienternas attityder sågs som ett annat hinder för att införa internetbehandling. Vissa kände inte till metoden och förväntade sig att bli erbjudna samtalsbehandling för sin psykiska ohälsa. Det var därför viktigt att enkelt kunna visa informationsmaterial om behandlingen för patienterna. På de vårdcentraler där internetbehandling erbjöds framhöll man vikten av att man också kunde erbjuda samtalsbehandling eftersom internetbehandling inte passar alla.

De tekniska lösningar som användes kom från olika företag. Livanda tillhandahöll en lösning där man kunde registrera sig direkt för de olika programmen och sedan betala en engångskostnad för varje patient som erbjöds behandling. Denna avgift betalade patienten. Psykologpartners erbjöd avgiftsbelagda licenser för de olika behandlingsprogrammen. Efter erlagd avgift för licensen registrerades behandlaren och kunde sedan erbjuda internetbehandlingen.

På en av vårdcentralerna som erbjöd internetbehandling som resultat av deras deltagande i ett utvärderande forskningsprojekt framkom att det varit svårt att rekrytera patienter till behandlingen. Orsakerna till detta uppgavs vara flera. En anledning var att antalet patienter som passade för studien var relativt få. Projektet var en randomiserad kontrollerad studie med tydliga inklusionskriterier. Detta innebar att patienterna dels behövde ha rätt form av psykisk ohälsa, dels inte nyligen ha blivit insatt på farmakologisk behandling och dels vara positivt inställda till att få antingen samtalsbehandling eller internetbehandling beroende på vilken interventionsgrupp i studien de blev lottade till. En annan anledning var att rekryteringen av patienter till studien visade sig vara svår att genomföra väl. Att som läkare eller psykolog vid det första samtalet med patienten både kunna genomföra en korrekt bedömning, fråga patienten om denne var intresserad att delta i projektet, informera samt motivera patienten att kunna tänka sig både internetbehandling och samtalsbehandling beroende på slumpen, uppgavs vara en väldigt svår uppgift.

På de vårdcentraler som inte erbjöd internetbehandling var informanterna positivt inställda till metoden. Anledningen till att metoden ännu inte hade införts uppgavs vara antingen avsaknad av ekonomiska förutsättningar, brist på intresse hos någon av medarbetarna att driva införandeprocessen, eller att man inte hunnit prioritera införandet men avsåg att göra det framöver.

### Interpersonell psykoterapi (IPT)<sup>xxxvi</sup>

Interpersonell psykoterapi rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. En av vårdcentralerna erbjöd IPT. På den vårdcentralen hade två psykologer på eget initiativ skaffat sig utbildning i metoden och infört den i vårdcentralens utbud. På två andra vårdcentraler utbildades psykologerna för tillfället i IPT, bekostat av deras arbetsgivare.

### Psykolog på juren enligt principerna för "Brief interventions"<sup>xxxvii</sup>

En av vårdcentralerna erbjöd psykolog på juren enligt principerna för "Brief interventions". Metoden tillhandahölls av vårdcentralens psykologer. I arbetet med att införa metoden på vårdcentralen togs hänsyn till kontexten och modellen anpassades för att passa rådande förutsättningar. Då denna metod är relativt okänd och det är besvärligt att hitta information om metoden ges en beskrivning nedan:

Brief interventions, eller på svenska "kliniskt fokuserad beteendeanalys", är mer utav ett arbetssätt än en behandlingsmetod och kan enkelt kombineras med de andra behandlingsmetoder som vårdcentralen erbjuder. Det är en modell för tidiga insatser inom primärvården som har forskning och utveckling som rekommendation i socialstyrelsens riktlinjer.

Grundstrukturen är att en psykolog på mottagningen några halvdagar i veckan har tomt i sin tidbok och tar emot patienter med en psykologisk frågeställning från distriktsläkaren utan att besöket bokats in i förväg. Psykologen kan inledningsvis presentera interventionen för patienten som en slags "psykologisk rådgivning" för att undvika att den blandas ihop med terapi.

Själva interventionen är relativt kort, ca 30 minuter. Psykologen gör en översiktlig bedömning av personens livssituation och psykiska ohälsa. Särskilt fokus läggs på att

## NUVARANDE PRAxis

---

undersöka om det förekommer eftersatta livsområden som kan bidra till att patientens problematik upprätthålls. Tillsammans med patienten kommer man fram till ett förslag på en liten och konkret beteendeförändring. Inte sällan har den överenskomna beteendeförändringen anknytning till personens livsstil, t ex förändringar kring stress, mat och motion. Patienten får själv bestämma hur lång tid den vill ha på sig till uppföljning. Antingen bokar man ett återbesök eller så får patienten kontaktuppgifter till psykologen och ombuds höra av sig när/om denne vill ha ett uppföljande besök. Psykologen kontaktar läkaren och ger återkoppling kring ärendet, och läkaren kan med fördel göra en notering och själv följa upp interventionen nästa gång denne träffar patienten. Detta kan såklart även sjuksköterska göra. Vid behov kan patienten också erbjudas behandling enligt någon annan metod eller någon annanstans, antingen vid det första besöket eller vid senare besök.

Arbetsättet medför möjlighet till fler tidiga bedömningar av psykisk ohälsa med hög tillgänglighet samt god kontinuitet och samverkan mellan olika professioner. De tidiga och korta interventionerna kan också bidra till att öka tillgängligheten till övriga psykologiska behandlingsformer. En verksam komponent i modellen är att den tar tillvara på att personer som söker vård oftast är som mest öppna och motiverade till förändring vid det tillfälle då de söker hjälp.

På den vårdcentral som hade infört psykolog på jouren enligt principerna för ”brief interventions” avsåg man framför allt att via jouren ta emot patienter med lindrigare problematik, t ex enstaka panikattack, lindrigare sömnproblem eller mild nedstämdhets- eller stressproblematik. Man beskrev erfarenheterna av arbetsättet som mycket positiva. Flödet av patienter som fick psykologbedömning ökade, andelen tidskrävande bedömningar minskade och psykologerna hade lättare att styra patienten till den behandlingsform som var lämplig.

Införandeprocessen skedde på initiativ av psykologerna på vårdcentralen. De presenterade modellen för vårdcentralchefen som stödde förslaget. Man utgick därefter från modellen för Brief Interventions så som den är beskriven i ”Behavioural Consultation and Primary Care. A guide to integrating services” (2006)<sup>xxxviii</sup>, diskuterade den och arbetade fram ett förslag som var anpassat till vårdcentralens behov. På en utvecklingsdag presenterades modellen för vårdcentralens övriga medarbetare, efter en introduktion av chefen som poängterade att ledningen stödde förslaget. Därefter fick alla medarbetare komma med förslag och synpunkter kring modellen, som därefter utvecklades vidare av psykologgruppen. En tydlig processmodell för inflöde och utflöde av patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen utformades. Utformningen skedde i samarbete med sjuksköterskor, läkare och sjukgymnast. Man hade också ett möte med företaget ”Psykologpartners” som hade erfarenhet av att arbeta med modellen. Modellen presenterades på ett läkarmöte, varpå man började med arbete med metoden. Eftersom få läkare inledningsvis skickade patienter till psykologens jourmottagning hade man efter några veckor ett nytt möte med läkarna, där man utifrån fallbeskrivningar informerade om vilken patientgrupp som passade för psykolog på jouren. Efter detta beskrev man att inflödet till jourverksamheten ökade och att den numera är en uppskattad och välfungerande del av verksamheten enligt både patienter och medarbetare.

Samarbete mellan yrkeskategorier beskrevs som en viktig del av införandet av modellen. För att förbättra det, poängterade man behovet av korta ”återkopplingsloopar” där personalkategorierna snabbt informerar varandra kring exempelvis huruvida den remitterade patienten hade den typ av problematik som interventionen var avsedd för eller om interventionen hade fallit väl ut.

## Kognitiv beteendeterapi (KBT)<sup>xxxix</sup>

Samtliga vårdcentraler erbjöd KBT som behandlingsmetod till de patienter som bedömdes kunna tillgodogöra sig och önskade behandlingsformen. Att man kunde erbjuda denna

kompetens berodde oftast på att man valt att rekrytera behandlare med denna kompetens. Vissa vårdcentraler hade även erbjudit behandlarna möjlighet till vidareutbildning i metoden.

På en vårdcentral hade psykologen ansökt om att få gå en vidareutbildning för att få grundläggande terapeututbildning i KBT men nekats detta eftersom psykologen redan hade en 15 hp. påbyggnadsutbildning. Psykologen såg detta som problematiskt då hon upplevde sig behöva ytterligare utbildning i metoden.

### Krisstöd/kristerapi<sup>xi</sup>

Krisstöd i någon form erbjöds på alla vårdcentraler. Krisstödjande samtal innefattade validering och normalisering av tillståndet, samt information om krisreaktioner. En av vårdcentralerna erbjöd krisstöd till alla patienter som önskade det. En annan erbjöd krisstöd framför allt i de fall man bedömde att personen i kris hade stora brister i sitt sociala nätverk. På en annan vårdcentral erbjöd man sorgebearbetning vid komplicerade kriser som var utlösta av personliga förluster.

På flera vårdcentraler hade utvecklingen gått mot att vara mer restriktiv när det gällde stödsamtal vid normala kriser. Istället försökte man att aktivt hänvisa patienter till andra instanser som hade beredskap för denna typ av insatser. Man gav information om normala krisreaktioner och uppmanade personen att söka stöd i sitt nätverk, samt höra av sig igen om besvären inte gav med sig. En anledning till detta uppgavs vara att forskning visat att människor i en kris som utlösts av en traumatisk händelse oftast hanterar detta bäst i det egna sociala nätverket. En annan anledning var att man bedömde att andra instanser hade lika god kompetens och beredskap att ta hand om krisreaktioner som vårdcentralerna. Eftersom en krisreaktion kan anses vara en normalreaktion valde man därför att prioritera patienter med behov av behandling av psykisk ohälsa på vårdcentralen.

### Psykodynamisk korttidsbehandling<sup>xii</sup>

De flesta vårdcentraler erbjöd psykodynamisk korttidsbehandling och hade gjort det sedan länge. Oftast hade någon av psykologerna eller kuratorerna grundläggande psykoterapiutbildning i metoden.

### Stödsamtal<sup>xiii</sup>

Stödsamtal erbjöds på alla vårdcentraler. På vissa vårdcentraler hade man specialutformade tjänster där medarbetare med något kortare utbildning i psykisk problematik (t ex sjuksköterska med vidareutbildning) hade i uppdrag att använda delar av sin tjänst för stödsamtal. Stödsamtalens syfte var att upprätthålla funktionsnivå till skillnad från de behandlande samtalen som syftade till förbättring. På andra vårdcentraler arbetade psykologer och kuratorer med psykoterapeututbildning också med stödsamtal.

## Val av behandlare

Uppdragsbeskrivningarna för de olika behandlarna var mer eller mindre tydligt definierade på de olika vårdcentralerna. På flera vårdcentraler skilde sig behandlarnas grund och vidareutbildning åt avseende bedömnings- och behandlingsmetoder vid psykisk ohälsa. Dessutom varierade medarbetarnas erfarenhetsbaserade kompetens. I de fall man hade medarbetare med olika kompetens brukade man anpassa deras uppdrag till deras individuella kompetens.

Det som framför allt avgjorde vilka möjligheter man hade vid val av behandlare var vilka behandlare som hade anställning på vårdcentralen. Andra viktiga faktorer var vem som hade utrymme och/eller intresse av att ta emot den aktuella patienten. En gemensamt överenskommen arbetsfördelning med tydligt definierade uppdrag/riktlinjer för de olika medarbetarna förekom på flera ställen. Ibland var arbetsfördelningen mindre tydligt definierad och besluten fattades löpande av behandlande personal, på egen hand eller i samråd med varandra.

I VG Primärvårds krav- och kvalitetsbok står:

*”Personal som utför åtagande om psykisk ohälsa ska vara psykolog, psykoterapeut alternativt inneha socionomutbildning eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande basutbildning i psykoterapi (tre terminer eller den tidigare statliga steg 1 utbildningen). Fram till 2012-01-01 kan undantag göras för kravet på basutbildning i psykoterapi för att under en övergångsperiod inhämta kompetens som krävs för åtagandet.”*

Samtliga vårdcentraler i studien hade minst en psykolog anställd. Den vanligaste bemanningskonstellationen var att man förutom psykolog(er) hade en medarbetare med en kortare grundutbildning samt vidareutbildning i psykosocial problematik som kunde erbjuda stödsamtal, krisstöd och ev. enklare KBT-behandlingar. I dessa fall var sjuksköterska med någon form av vidareutbildning den vanligast förekommande personalkategorin. På två av vårdcentralerna hade man förutom psykolog och/eller sjuksköterska även kurator med psykoterapeutlegitimation som erbjöd stödsamtal, krisstöd och KBT alternativt psykodynamisk korttidsterapi. På flera håll samarbetade man med sjukgymnaster, framför allt vid behandling av problem av psykosomatisk karaktär och vid gruppbehandlingar.

På de vårdcentraler där man hade kuratorer hade dessa psykoterapeutlegitimation. Att kuratorn hade psykoterapeutlegitimation sågs som en fördel då man på dessa vårdcentraler ansåg att behovet av att kunna erbjuda samtalsterapi var större än behovet av att ge psykosocial rådgivning och praktiskt stöd i psykosociala ärenden. Kuratorernas uppdrag på dessa vårdcentraler liknade psykologens, förutom att psykologernas uppdrag innebar fler bedömningar. Vid en annan vårdcentral hade man noterat att patienterna efterfrågade kurator för att få stöd vid exempelvis ansökan om fonder och bidrag. På denna vårdcentral hade man bedömt att detta inte låg inom sjukvårdens område och därför fattat beslut om att, istället för att erbjuda patienterna detta stöd på vårdcentralen, hänvisa patienterna till en kyrka i närheten som erbjöd kontakt med kurator.

Anställningen av medarbetare beskrevs på olika sätt. Det förekom att man valde att anställa medarbetare utifrån deras villighet att bedriva ett utvecklingsarbete. Ett intresse av att samverka med andra professioner framkom också som en viktig egenskap vid rekrytering. På ett par av vårdcentralerna beskrev cheferna att de läst på om olika professioner innan de fattade beslut om vilken profession de skulle välja för tillhandahållandet av icke-farmakologiska behandlingar. Bland dessa framkom att man

## NUVARANDE PRACTIS

---

hade valt att anställa psykologer. Skälen som angavs för detta var att psykologerna hade en bredare kompetens och i regel kunde erbjuda fler behandlingsmetoder än andra professioner, de arbetade under legitimation, kunde självständigt sätta diagnoser samt remittera till psykiatrin. Det uppgavs också vara en fördel att psykologerna hade god kompetens avseende bedömning, och därför kunde erbjuda en djupare bedömning än läkare och andra yrkeskategorier, t ex avseende personlighetsstörningar, tvång och bipolaritet. Psykologerna ansågs även kunna bedöma patienter på ett annat sätt än traditionellt inom primärvården och undvika att ta på sig svåra stödsamtal som tenderade att fortsätta en lång tid. En annan hade valt att anställa psykologer för att de ville kunna erbjuda KBT-behandling. Vid tidpunkten för detta var denna kompetens ovanligare än idag bland kuratorer.

Ett alternativ till att nyanställa personal för att kunna erbjuda fler icke-farmakologiska behandlingar var att vidareutbilda intresserade medarbetare. Vidareutbildning av sjuksköterskor i KBT eller andra metoder var vanligt, och sågs ofta som ett mindre kostsamt alternativ som kunde komplettera t ex en psykolog.

Vid en översikt av behandlarnas utbildningsnivå på grundutbildning respektive vidareutbildning framkom ett mönster av att ju längre och bredare högskoleutbildning behandlaren hade, desto fler olika behandlingsmetoder kunde man erbjuda.

Nedan följer ett *urval* av några förekommande kombinationer av grund- respektive vidareutbildningar inom området. Till detta kommer en översiktlig beskrivning av de olika behandlingsmetoder som erbjuds av behandlare med de olika kombinationerna av grund- och vidareutbildning. Urvalet avser att vara i stora drag representativt för de vårdcentraler som deltagit i studien, men är naturligtvis ingen heltäckande förklaring till varför vissa behandlingsmetoder erbjuds på vissa vårdcentraler men inte på andra. Istället avser beskrivningen tjäna som utgångspunkt för diskussioner och resonemang kring rekrytering av personal och/eller utbildningsinsatser.

I enlighet med avgränsningen av rapporten är sjukgymnaster undantagna beskrivningen.



NUVARANDE PRAXIS

\* Hp. = högskolepoäng. Om utbildningen genomfördes med gamla poängsystemet har utbildningslängden räknats om till hp.

\*\* I psykologutbildningen ingår grundläggande psykoterapiutbildning motsvarande 90 hp. Inom parentes anges vilken inriktning psykologens grundläggande terapiutbildning hade.

Grundutbildning	Vidareutbildning	Behandlingsmetoder
Leg. Sjuksköterska 180 hp.*	Specialistutbildning psykiatri 60 hp. KBT 7,5 hp.	Stödsamtal & krisstöd KBT vid enklare problematik
Leg. Sjuksköterska 180 hp.	Specialistutbildning distriktssköterska 75 hp. Vidareutbildning i samtalsmetodik, bl a MI.	Stödsamtal & krisstöd
Leg. Sjuksköterska 180 hp.	Specialistutbildning psykiatri 60 hp. Grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning 45 hp	Stödsamtal & krisstöd KBT
Kurator (Socionom) 210 hp.	Leg. psykoterapeut med psykodynamisk inriktning 90 hp. KBT 7,5 hp.	Stödsamtal & krisstöd Gruppbehandling KBT
Kurator (Socionom) 210 hp.	Leg. Psykoterapeut med psykodynamisk inriktning 90 hp.	Stödsamtal & krisstöd Psykodyn. korttidsterapi
Grundutbildning	Vidareutbildning	Behandlingsmetoder
Leg. Psykolog 300 hp. (psykodynamisk inr.) **	Grundläggande psykoterapiutbildning KBT 45 hp. IPT 45 hp.	Stödsamtal & krisstöd Gruppbehandling Psykodyn. korttidsterapi KBT IPT
Leg. Psykolog 300 hp. (psykodynamisk inr.)	Grundläggande psykoterapiutbildning KBT 45 hp. Internetbehandling KBT	Stödsamtal & krisstöd Gruppbehandling Psykodyn. korttidsterapi KBT Internet-KBT
PTP-psykolog 300 hp (psykodynamisk och KBT inriktning)	Internetbehandling	Stödsamtal & krisstöd Gruppbehandling Psykodyn. korttidsterapi KBT Internet-KBT

#### NUVARANDE PRACTIS

---

Vilka gruppbehandlingar som erbjöds berodde på den enskilda medarbetarens utbildning och intresse. Ofta arbetade minst två medarbetare tillsammans med gruppbehandlingarna, vilket gjorde att en medarbetare med god kompetens i metoden kunde vara "huvudbehandlare" och samtidigt handleda medarbetare med mindre kompetens när de arbetade tillsammans med gruppen.

Ingen av vårdcentralerna hade någon medarbetare som var leg. psykoterapeut med KBT-inriktning. En av anledningen kan vara att det råder en relativt stor brist på dessa behandlare i Göteborgstrakten och att de flesta av dessa behandlare istället arbetar på privata företag.

## Uppföljning och återkoppling

Inom detta område förekom ungefär samma rutiner på de olika vårdcentralerna: remissvar, journalförning och personlig kommunikation. Rutinerna användes i olika omfattning på de olika vårdcentralerna, inte sällan beroende på vilka rutiner som förekom för inledning av behandlingskontakt.

Avgörande för vilka rutiner för uppföljning och återkoppling man använde sig av var också hur vårdcentralerna var organiserade i rummet. Tre av vårdcentralerna hade sina icke-farmakologiska behandlingar på annat håll än i vårdcentralens lokaler. Två VC delade på en separat "samtalsmottagning" och på två vårdcentraler tog man emot patienter från en eller två andra vårdcentraler inom samma organisation. När man inte arbetade i samma byggnad som remitterande personal så var återkoppling som inte inbegrep personlig kommunikation vanligast.

## Remissvar

Användningen av remissvar varierade i utsträckning beroende på om skrivna pappersremisser användes eller inte. När patienten hade överförts via skriven remiss skrev man i regel remissvar som återkoppling. När patienten hade överförts på annat sätt brukade man också återkoppla på annat vis, se exempel nedan.

## Journalssystem

Förutsättningar för att uppföljning och återkoppling via journalsystemet såg olika ut. Ibland var psykologens/kurators journalanteckningar tillgängliga för andra medarbetare, ibland inte. En av cheferna hade ansett att det försämrade samarbetet att inte ha gemensam journal och därefter drivit ett utvecklingsarbete angående detta. Utförarna av behandlingarna hade varit tveksamma till en början då de av tradition hade arbetat med separat journaler och såg det som en integritetsfråga gentemot den enskilde patienten. Vårdcentralschefen hade förespråkat att journalerna istället skulle skrivas på ett sätt som gjorde läsning av andra medarbetare etiskt försvarbart, och istället föra egna minnesanteckningar utanför journalen. Förändringen hade på så vis gått att genomföra.

På två vårdcentraler förde psykologer en journal som inte var tillgänglig för övriga medarbetare. På den ena vårdcentralen hade man ordnat uppföljning och återkoppling genom att psykologen, för detta syfte, dokumenterade i ytterligare en journal som var tillgänglig för alla medarbetare. På den andra vårdcentralen hade psykologerna istället som rutin att skriva ut kopior ur sin journal för kännedom till övrig personal som arbetade med patienten, t ex ansvarig läkare. Man upplevde att detta fungerade mycket bra.

## Personlig kommunikation

Personlig kommunikation var en vanlig form för samarbete, uppföljning och återkoppling. Oftast ägde den rum i korridorerna, i fikarummet eller inne på varandras rum när det uppstod möjligheter för detta. Det var också vanligt att man kommunicerade via journalsystemets meddelandefunktion, via e-mail eller telefon.

## Formella möten

På flera vårdcentraler närvarade psykologer regelbundet vid läkarmöten. Omfattningen varierade från en gång i månaden till ett par gånger per halvår. Dessa vårdcentraler var nöjda med detta eftersom det underlättade kontinuerlig avstämning kring det övergripande samarbetet och även var ett utrymme för informationsspridande och utbildning.

En vårdcentral hade aldrig gemensamma möten för läkare och andra behandlare av psykisk ohälsa, eftersom det inte ingick i policyn hos företaget som drev vårdcentralen. Psykologerna på vårdcentralen upplevde att detta försvårade samarbetet med läkarna.

På den vårdcentral där arbetet med psykisk ohälsa var organiserat i form av ett psykosocialt team fanns formell mötestid avsatt för samverkan, uppföljning och återkoppling. På denna vårdcentral hade man remissgenomgång 1,5 h varje vecka då samtliga medarbetare i teamet samlades (Två psykologer, sjukgymnast och psykiatrisköterska). Till den första halvtimmen var försäkringskassan och socialstyrelsen inbjudna. Under den andra halvtimmen deltog läkare vid särskild kallelse. Vid den tredje halvtimmen gick man igenom remisser. Då deltog även den hälsopedagog som arbetade med fysisk aktivitet på recept. På vårdcentralen var man mycket nöjd med upplägget, som möjliggjorde kontinuerlig samverkan, avstämning och överföring av patienter mellan de olika instanserna.

## Samverkan med vårdgrannar

### Horisontella vårdgrannar

För att komma till rätta med köerna konstaterades på samtliga vårdcentraler vikten av att upprätta utförliga och uppdaterade förteckningar över vårdgrannar eller andra sammanhang (t ex kyrkans jourtjänst, missbruksmottagningar, familjerådgivning, kriscentrum för män, ungdomsmottagningar, studentmottagningar, m.m.).

Förteckningarna användes väldigt flitigt på vårdcentralerna och var ett sätt att hantera söktrycket från patientgruppen. På så vis kunde de patienter med problematik som bedömdes kunna hanteras någon annanstans hänvisas dit i tidigast möjliga skede. Som en av medarbetarna uttryckte det: ”Det som de andra kan ta får de ta”. På en vårdcentral hade man gjort en förteckning avseende barn och ungdomar och en annan för vuxna.

### Vertikala vårdgrannar

En konsultationsmodell för samarbetet mellan primärvården och psykiatri upprättades 2005<sup>xliii</sup>. Kontakten med psykiatri beskrevs på flertalet vårdcentraler som begränsad och/eller otillfredsställande. En vanlig uppfattning var att det var alltför svårt att överföra de patienter som man på vårdcentralen hade bedömt hade behov av specialistvård till psykiatri. Detta symptom på bristande samordning mellan primärvård och psykiatri bekräftas i den granskning av gränssnitt mellan psykiatri och primärvård i Göteborgs primärvårdsområde som presenterades 2011. Granskningen identifierar bl a behov av att fatta lokala beslut kring implementering av konsultationsmodellen, vars tillämpning varierar mycket inom primärvårdsområdet. Se granskningen ”Gränssnitt mellan den specialiserade psykiatri och primärvården”<sup>6</sup>. I granskningen framkommer utförliga och konkreta problembeskrivningar, en genomgång av de konsultationsmodeller som har använts på olika håll, samt beskrivningar av utvecklingsbehov inom området. Några av de intervjuade vårdcentralerna uppgav att man använde sig av någon form av konsultationsmodell, där specialist från öppenspsykiatri besökte vårdcentralen regelbundet. På de håll där det förekom upplevdes det tillfredsställande.

En av vårdcentralerna uppgav att man hade rutiner för samarbete med försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. På den vårdcentralen bjöds dessa instanser in till det möte för remissgenomgång som man hade varje vecka, vilket upplevdes fungera väl.

## Utvecklingsprocesser

I detta avsnitt beskrivs de faktorer som utpekades som särskilt viktiga för utvecklingsprocesserna på de olika vårdcentralerna.

### Initiativtagaren/visionären/eldsjälen

Ett framträdande resultat var att om man bedrivit en omfattande utveckling på vårdcentralen så beskrev man i samtliga fall att det hade funnits minst en person som hade varit starkt drivande. Inte sällan uppgav vårdcentralcheferna på dessa vårdcentraler att man hade valt att rekrytera en person med uttalade idéer och visioner för utvecklingen av vårdcentralens arbete med psykisk ohälsa.

Initiativtagare i utvecklingsarbete var på samtliga deltagande vårdcentraler psykologer. Några chefer uttryckte att de valt att rekrytera psykologer eftersom psykologerna hade en lång och bred utbildning som gav goda förutsättningar att utveckla vårdcentralens förmåga att bedöma patienter korrekt och tillhandahålla de behandlingsmetoder som var mest lämpliga för olika typer av psykisk ohälsa. I flera fall uttryckte också chefer eller psykologerna själva att de hade goda förutsättningar för att kunna vara drivande i verksamhetens utveckling på grund av att de hade utbildning i arbets- och organisationspsykologi. En av psykologerna framhöll sin tidigare erfarenhet från arbete med organisationsutveckling som värdefull i sammanhanget. Då deras grundutbildning var nästan lika lång som läkarnas beskrevs också att de enklare kunde uppnå den status och pondus som behövs för att kunna förändra rutiner som också påverkar andra yrkesgrupper.

Flera psykologer beskrev att de varit strategiska i sitt utvecklingsarbete. De hade initialt varit serviceinriktade gentemot övriga yrkeskategorier och väntat med att driva igenom större förändringar tills de hade vunnit arbetsgruppens förtroende. Att kunna visa goda resultat av nya behandlingsmetoder hade varit viktigt för att få övriga medarbetares tilltro. När man därefter införde förändringar hade man alltid varit noggrann och tydlig med nyttan i dessa. Att på eget initiativ söka upp, sätta sig in i, sprida och applicera regionala/nationella riktlinjer samt internationella forskningsresultat kring nya behandlingsmetoder var en del av utvecklingsprocessen, delvis på grund av dess legitimitetsskapande funktion. Ofta hade man arbetat fram ett ganska färdigt förändringsförslag i samarbete med chefen, och sedan framfört detta till övriga medarbetare som fått komma med synpunkter. Informations- eller utbildningsinsatser för läkarna hade varit särskilt viktiga, för att de skulle få kännedom om ett psykologiskt perspektiv på bedömning och behandling av psykisk ohälsa.

Det visade sig att de drivande psykologerna var 45 år eller yngre. En förklaring som framkom till att utvecklingsarbete oftare bedrevs av relativt unga psykologer var att dessa kom från en annan behandlingstradition än äldre psykologer. Man resonerade kring att äldre psykologer tenderade att ha arbetat länge på vårdcentralen, vilket innebar att de hade rekryterats när psykolog på vårdcentral först infördes i regionen. Vid denna tidpunkt rekryterades psykologer i regel på grund av lång erfarenhet från kliniskt arbete inom psykiatri. Det konstaterades att rutiner och traditioner såg olika ut på de olika vårdnivåerna, och att psykologer från psykiatri var vana vid längre vårdkontakter och därför föredrog att arbeta på detta vis, vilket inte alltid passade vårdcentralens behov. Projektgruppen konstaterade också att flera av psykologerna hade erfarenhet från den privata sektorn och därför kanske hade lättare att känna sig bekväma med att förhålla sig till krav på effektivitet och konkurrenskraft.

## UTVECKLINGSPROCESSER

---

Andra egenskaper hos initiativtagarna/eldsjälarna/visionärerna var att de hade en vision av vad de ville skapa och uppnå och att de kunde se att det fanns en utvecklingspotential på den egna vårdcentralen. Dessutom hade de både energi och kapacitet att vara drivande i ett utvecklingsarbete. En vårdcentralschef som önskade utveckla vårdcentralens arbetssätt uttryckte avsaknad av en eldsjäl som kunde driva arbetet med metodutveckling på vårdcentralen.

En drivkraft till utvecklingsarbete, förutom viljan att bidra till bättre vård, var att man även såg nödvändigheten av att arbeta med olika behandlings- och bedömningsmetoder för att orka med det höga tempot på vårdcentralen. Det beskrevs som roligare, avlastande och mer långsiktigt hållbart att arbeta med varierande arbetsmetoder. Samtliga initiativtagare till utvecklingsprocesser hade omskapat sitt uppdrag på vårdcentralen och förändrat innehållet i sina arbetsuppgifter jämfört med sina föregångare, utifrån hur de tolkade sitt uppdrag som primärvårdspsykologer.

### Chefen

Chefer på vårdcentraler där man bedrivit ett omfattande utvecklingsarbete karakteriserades av deras stora tilltro till kompetensen hos den som drev utvecklingen av verksamheten. Dessa beskrev i regel sina chefer som väldigt stöttande och positiva till de förbättrings- och utvecklingsförslag som förts fram. Cheferna beskrev inte sällan att de hade behövt vara öppna inför att lära sig mer om icke-farmakologiska behandlingsmetoder, antingen genom att läsa på egen hand eller lära sig utav en behandlare. Deras egen öppenhet inför nya perspektiv och ny kunskap hade varit nödvändig för att skapa utrymme för en förändrat syn på icke-farmakologiska behandlingar bland övriga medarbetare på vårdcentralen. Rent konkret kunde ett sådant tillhållande av utrymme för kunskapsutveckling inom området yttra sig i att en del av vårdcentralens formella mötestid uppläts till informationsinsatser kring rutiner för bedömning av psykisk ohälsa eller beskrivningar av icke-farmakologiska behandlingsmetoder.

Andra framträdande drag var att cheferna beskrevs ha ett långsiktigt tänkande och vågat satsa på utvecklings- och utbildningsarbete avseende bedömning och behandling av psykisk ohälsa. En läkare hade upplevt att denna hållning var vanligare på vårdcentraler som drevs av små privata aktörer. Hållningen beskrevs som offensiv, till skillnad från en mer defensiv hållning hos offentliga vårdcentraler. Den defensiva hållningen förklarades med att man inom ledningen för den offentliga verksamheten var ovan vid konkurrensutsatthet och därför helt enkelt blivit rädda när vårdvalet infördes. Rädslan ledde till långsamhet i beslutsfattandet och en allmän ovilja inför att investera, vilket bromsat utvecklingen. På läkarens nuvarande vårdcentral beskrevs att man upplevde den defensiva och ängsliga hållningen tydligt från ledningsnivån ovanför vårdcentralschefen. Personer med beslutsfattande funktion på privata vårdcentraler beskrevs däremot vara mer vana vid att leva med dessa förutsättningar, och därför mer vana vid att våga investera trots frånvaron av garantier.

Att ha mandat att fatta självständiga beslut avseende utbildnings- och utvecklingsinitiativ på sin vårdcentral ansågs vara avgörande för utvecklingsmöjligheterna enligt ett par av vårdcentralscheferna. Att våga och kunna prova olika alternativ och sedan ändra om det inte fungerade beskrevs som en framgångsrik väg att gå. En mellanchefposition med bristande handlingsutrymme och tydliga restriktioner ”uppifrån” beskrevs som problematisk. Det poängterades att även privata företag kunde vara så stora att beslutsvägarna blev långa och handlingsutrymmet för vårdcentralschefen begränsat.

Att få mycket stöd från sin chef på nivå två i linjen uppgavs vara hjälpsamt för utvecklingen av vårdcentralens arbete. Initiativ från högre håll, till exempel ett initiativ från en chef för Primärvårdsområde Göteborg som hade lett till finansiering av KBT

## UTVECKLINGSPROCESSER

---

utbildningar för VC-personal, uppgavs också ha bidragit till positiv utveckling.

### Arbetsgruppen/teamet

På två håll beskrevs att utvecklingen av omhändertagandet av psykisk ohälsa hade utgått från upprättandet av en grupp medarbetare som ansvarade för och drev utvecklingen av omhändertagandet av psykisk ohälsa. På en av vårdcentralerna var gruppen organiserad i form av ett "psykosocialt team" som hade bildats på initiativ av en läkare på vårdcentralen för att hantera det ökade flödet av patienter med psykisk ohälsa. I teamet ingick två psykologer, sjukgymnast och psykiatrisköterska, båda med KBT-utbildning. På ett annat håll fanns en arbetsgrupp som var organiserad i form av en separat enhet för samtalsbehandling som servade två vårdcentraler. På denna mottagning arbetade kurator med psykoterapeutlegitimation, psykiatrisköterska med KBT-utbildning, psykolog och PTP-psykolog. I och med att huvuddelen av ansvaret för omhändertagandet av psykisk ohälsa hade ålagts en mindre grupp av medarbetare upplevde man att man i dessa grupper hade kunnat utveckla och arbeta fram ett gemensamt synsätt och effektiva rutiner kring uppdraget. Att ha arbetat tillsammans under en längre tid sågs som centralt för upprättandet av ett välfungerande samarbete. Genom att arbeta nära medarbetarna med annan kompetens än den egna hade man över tid skapat en tillit till varandras olika kompetenser och en gemensam upplevelse av att alla behövdes. Detta skapade en stämning av prestigelöshet och samarbete när det gällde fördelning av arbetsuppgifter och uppdrag inom gruppen, vilket ansågs bidra till att man arbetade mer effektivt. I denna grupp upplevde man vidare att samsynen kring uppdraget och rutinerna inte var formaliserad, utan snarare inarbetad och outtalad.

### Samarbete med kollegor på vårdcentralen

För att uppnå en samsyn med läkare och sjuksköterskor kring hur arbetet med psykisk ohälsa skulle organiseras framhölls vikten av att vara strategisk, visa på resultat och på så vis bygga upp övriga vårdkategoriers förtroende. En viktig del av detta var att vara öppen och tydlig med vilka metoder man använde och hur de fungerade, samt att informera och utbilda grundligt kring rutiner för bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Att läkarna så småningom släppte på bedömningarna av patienterna med psykisk ohälsa så att dessa i högre utsträckning utfördes av psykologer sågs som centralt för att få fart på genomströmningen av patientgruppen.

För att upprätthålla denna positiva utveckling krävdes vidare kontinuerliga informations- och utbildningsinsatser för vårdcentralens personal, eftersom även de nyanställda behövde få kännedom om vårdcentralens sätt att arbeta med psykisk ohälsa. Brist på kunskap om icke-farmakologiska behandlingar bland både beslutsfattare och medarbetare sågs i allmänhet som ett hinder i utvecklingsarbetet.

Man konstaterade att yngre läkare ofta var mer positiva till icke-farmakologisk behandling, och remitterade mer. En reflektion var att de antagligen fått mer kunskap kring detta under sin utbildningstid, eftersom många effektiva icke-farmakologiska behandlingsmetoder är relativt nya och helt enkelt inte var tillgängliga när de äldre läkarna utbildade sig.



## UTVECKLINGSPROCESSER

---

Ett annat hinder för samarbete var ifall det nyligen genomförts många förändringar på en vårdcentral. Det fanns risk för att i synnerhet läkarna, som ju kontinuerligt utsätts för krav på förändringar i sina farmakologiska bedömnings- och behandlingsrutiner, var för trötta för att orka ta till sig och införa de nya rutiner som uppstod på "eldsjälens" initiativ.

I allmänhet framkom att om vårdcentralens medarbetare arbetade på gränsen av sin kapacitet, under en konstant upplevelse av hot om att vårdcentralen skulle behöva stänga och med hög omsättning bland medarbetarna, så var möjligheterna till att driva ett utvecklingsarbete begränsade. Detta eftersom all energi för tillfället gick åt till att klara av att bedriva vård med de förutsättningar som redan fanns. En annan anledning till trötthet beskrevs av en läkare som berättade att man ända sedan vårdvalet infördes hade ökat sitt antal listad<sup>xliv</sup> patienter. Eftersom ersättningen för nya patienter kom senare än listningen skedde och patienterna sökte vård, hade man under en längre tid arbetat med bristfälliga resurser jämfört med det antal patienter som man tog hand om.

Att ha en kollega på arbetsplatsen som hade liknande syn på utvecklingsarbete uppgavs främja utveckling, eftersom man på så vis kontinuerligt kunde få inspiration och uppmuntran i en energikrävande process.

### Utbildning

En förutsättning för att kunna bedriva ett utvecklingsarbete var att få tillgång till detaljkunskap och andras erfarenheter om nya metoder och rutiner. Utbildningsinsatser kunde finansieras av den egna arbetsgivarorganisationen, genom att delta i externa forskningsprojekt eller genom att ansöka om FoU-medel avsedda för klinisk forskning inom primärvården och med hjälp av dessa genomföra ett eget forskningsprojekt. Att inte erbjudas "påfyllning" - i form av t ex utbildning - som en naturlig del av sitt arbete utan i stället få kämpa sig till varenda utbildningsinsats och handledningstillfälle beskrevs av en informant som desillusionerande.

### Ekonomi som argument eller incitament

Flera psykologer uppgav att de kunde använda sig av ekonomiska argument när de arbetade för att utveckla verksamheten. Dessa vägde tungt i den rådande situationen, där kraven på effektivitet och tillgänglighet blivit avgörande för vårdcentralens överlevnad, och kunde motivera chefer att stödja en utvecklingsprocess. Drivkraften att vilja ge så många människor så mycket vård som möjligt upplevdes ligga i linje med ekonomiska krav på effektivitet och resurskontroll, även om andra inre drivkrafter naturligtvis också var starka orsaker till att vilja utveckla verksamheten.

Det uppgavs också finnas en risk med att från ledningshåll uttrycka att ekonomin bör vara utvecklingsdrivande, eftersom flera psykologiska behandlingsmetoder har sina rötter i en humanistisk tradition där andra företeelser än effektivitet och ekonomi värderas högre, som t ex utforskandet av det inre livet som sådant. Att utvecklingen ska drivas av ekonomiska krav och behov kunde i sig upplevas som omänskligt och leda till en allmän motvilja, konflikter och låsta positioner i ett utvecklingsarbete.

## Slutsatser

Överförbarheten i de slutsatser som kan dras utifrån detta projekt kan anses vara begränsade. De vårdcentraler som har ingått i studien har till största delen varit kända av projektgruppen, antingen utifrån redan utförda utvecklingsarbeten eller utifrån ett uttryckt intresse för sådana. Detta skulle ha kunnat bidra till att exempelvis vårdcentraler där relativt nyutbildade psykologer har bedrivit utvecklingsarbeten är överrepresenterade i studien, vilket bl a kan ha betydelse för huruvida de tankegångar som presenteras är tillämpliga på vårdcentraler med annan typ av bemanning.

I följande avsnitt presenteras några sammanfattande slutsatser kring exempel på framgångsrik praxis som har varit framträdande i intervjuerna. Här presenteras också slutsatser avseende några viktiga förutsättningar för utvecklingen av vården av psykisk ohälsa inom primärvården.

För att kunna erbjuda en effektiv vård på vårdcentralen framkom det som väsentligt att skapa och vidmakthålla en samsyn på uppdraget och rutiner för arbetsfördelning, bedömning och behandling för patienter med psykisk ohälsa. För att kunna göra detta hade man i de framgångsrika fallen aktivt satt sig in i aktuella riktlinjer för uppdraget och formulerat en konkret och gemensam tolkning av vad detta innebär. Detta låg till grunden för en gemensam syn på vilka insatser som skulle erbjudas olika patienter och vid olika grader av ohälsotillstånd. För att kunna erbjuda stegvis vård i enlighet med nationella rekommendationer framkom det nödvändigt att kunna erbjuda ett varierat utbud av behandlingsinsatser. En blandning av rådgivande samtal, stödsamtal med syfte att upprätthålla funktionsnivå, hjälp till självhjälp via exempelvis internetinsatser, psykoterapeutisk behandling och gruppinsatser var ett av flera sätt att åstadkomma detta på.

De regionala och nationella satsningarna på utveckling inom området har resulterat i ett antal styrdokument som låg till grund för några vårdcentralers uttolkning och konkretisering av sitt uppdrag. Hur väl kända, spridda och lästa dessa dokument är bland medarbetare och chefer inom primärvården är oklart. Vid arbetet med att författa rapporten konstaterades att dokumenten fanns tillgängliga på internet men låg på olika webplatser och var mer eller mindre enkla att finna.

För att kunna erbjuda insatser på olika vårdnivåer behövdes välfungerande rutiner för bedömning och för överföring av patienter mellan olika vårdgivare och mellan olika former för insatser. Rutinerna såg olika ut på de olika vårdcentralerna, men gemensamt var att man på de ställen där man upplevde att det fungerade väl hade väl inarbetade rutiner som samtliga medarbetare på vårdcentralen var införstådda med. För att åstadkomma detta krävdes kontinuerliga informationsinsatser från behandlare som var ansvariga för icke-farmakologisk behandling till övriga medarbetare. Att vårdcentralchefen stödde detta och uppmuntrade till att vårdcentralens mötestider användes för detta var viktigt. Detta för att i synnerhet läkargruppen, där personalomsättningen tenderade att vara högre än inom andra yrkeskategorier, skulle ha god kännedom om övriga behandlares arbetssätt, rutiner och vilka insatser som kunde erbjudas patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen. Betydelsen av enskilda medarbetares initiativförmåga och ambitioner gällande utvecklingen av vårdcentralens omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa framhölls i intervjuerna. På ett par av de vårdcentraler där man erbjöd störst variation i utbudet av behandlingsmetoder hade rekryteringen av en initiativrik medarbetare med förmåga att föra in ny kompetens och ett nytt synsätt på arbetet med psykisk ohälsa varit ett aktivt beslut. Det framkom vidare att cheferna på dessa vårdcentraler hade gett behandlarna gott om spelrum att utveckla verksamheten efter bästa förmåga, stöttat deras initiativ, upplåtit mötesutrymme och ibland även bidragit med finansiella resurser för att driva olika utvecklingsprojekt. För att cheferna skulle kunna göra detta behövde de i sin tur ha stöd från sina överordnade.

## SLUTSATSER

---

Utnyttjande av forskningsmedel eller en regionalt finansierad PTP-psykolog kunde också frilägga de extra resurser som behövdes för att kunna utveckla vårdcentralens insatser för patienter med psykisk ohälsa.

Bromsande för utveckling var en upplevelse av att vara trött, ensam och ifrågasatt. Att arbeta tillsammans med andra för att utveckla verksamheten uppgavs ge energi. Detta framkom - tillsammans med att ha stöd från den närmaste chefen - som en av de mest framträdande faktorerna för framgångsrika utvecklingsarbeten.

### Avslutande kommentarer

För att kunna dra tillförlitliga slutsatser kring vilka rutiner för bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa inom primärvården som ger upphov till högst vårdkvalitet, arbetstillfredsställelse och effektivitet behövs vidare forskning inom området. Denna rapport tillhandahåller en beskrivning av enskilda medarbetares upplevelser av ovanstående parametrar vilket inte är en tillräcklig grund för att avgöra vilken praxis som är att föredra.

En utfallsstudie där olika sätt att organisera vården av patientgruppen jämförs utifrån effektivitet, patienttillfredsställelse och arbetsmiljö skulle kunna bidra till att förbättra kunskapsläget inom området.

## Källförteckning

- <sup>i</sup> Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327–350.
- <sup>iii</sup> Fixsen, D., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, & R. M., Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231). Hämtad 15 februari, 2010, från <http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/detail.cfm?resourceID=31>
- <sup>iii</sup> Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, 36, 24–34.
- <sup>iv</sup> Norbäck, L. E., & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset*. Lund: Studentlitteratur.
- <sup>v</sup> Lindgren, Å. (2010). *Integrerad psykiatri. Organisationens och arbetsgruppens förutsättningar för evidensbaserade insatser (Examensarbete, Psykologprogrammet)*. Göteborgs Universitet, Psykologiska Institutionen10.
- <sup>vi</sup> Statistiska centralbyrån (2006). *Ohälsa och sjukvård 1980-2005*. Hämtad 2011-08-01 från [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LE0101\\_1980I05\\_BR\\_LE113SA0601.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf)
- <sup>vii</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. Hämtad 2011-08-09 från [http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=62f68d59-6484-4a74-9b21-9736adbc01b5&MediaArchive\\_ForceDownload=true](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=62f68d59-6484-4a74-9b21-9736adbc01b5&MediaArchive_ForceDownload=true)
- <sup>viii</sup> Statens Folkhälsoinstitut (2010) *Nationella Folkhälsoenkäten*. Hämtad 2011-08-01 från <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Psykisk-halsa/Sjukdomar-och-besvar/>
- <sup>ix</sup> Socialstyrelsen (2009) *Socialstyrelsens folkhälsorapport Ungdomars hälsa*. Hämtad 2011-07-01 från [http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/3\\_Ungdomars.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/3_Ungdomars.pdf)
- <sup>x</sup> Statens Folkhälsoinstitut (2010) *Nationella Folkhälsoenkäten*. Hämtad 2011-08-01 från <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Psykisk-halsa/Sjukdomar-och-besvar/>
- <sup>xi</sup> Scharin, M. (2006) *Primärvården en viktig aktör vid psykisk ohälsa*. *Läkartidningen* nr 3 sid 135-136. Hämtad 2011-08-20 från <http://tarkiv.lakartidningen.se/artNo31206>
- <sup>xii</sup> Medicinska sektorsrådet psykiatri (2006) *Vertikal prioritering inom psykiatri, Västra Götalandsregionen*. Hämtad 2011-08-20 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/PrioRev%20vers%20070104.pdf>
- <sup>xiii</sup> Sartorius, N. (1993). An International study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch-Gen-Psychiatry*. 50(10): 819-24.
- <sup>xiv</sup> Oestrich I.H., Kolstrup N. K. (2005). *Kognitiv terapi i läkarpraktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- <sup>xv</sup> Carlsson S. G. (2001). *Psykologi i primärvården. Rapport*. Göteborgs universitet. Psykologiska institutionen. Hämtad 2011-08-09 från: [http://www.ips.gu.se/digitalAssets/1272/1272326\\_Psykologiiprimarvarden.pdf](http://www.ips.gu.se/digitalAssets/1272/1272326_Psykologiiprimarvarden.pdf)

- <sup>xvi</sup> Sveriges kommuner och Landsting. Hämtad 2011-07-01 från [http://www.skil.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/rehabiliteringsgarantin\\_1Rehabgarantin](http://www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/rehabiliteringsgarantin_1Rehabgarantin)
- <sup>xvii</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- <sup>xviii</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- <sup>xix</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- <sup>xx</sup> Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Hämtad 2010-06-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- <sup>xxi</sup> Socialstyrelsen (2009). Vård av patienter med depression och ångest – en nulägesrapport. Hämtad 2010-08-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-9>
- <sup>xxii</sup> Primärvården i Göteborg (2004) Psykolog på vårdcentral – verksamhet och visioner. Hämtad 2011-08-01 från <http://intraprimbgbg.vgregion.se/>
- <sup>xxiii</sup> Regionfullmäktige (2005). Regional utvecklingsplan för psykiatri. Hämtad 2011-08-10 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Strategisk%20utvecklingsenhet/Regional%20utvecklingsplan%20050201.pdf>
- <sup>xxiv</sup> Medicinska sektorsrådet psykiatri (2006) Vertikal prioritering inom psykiatrin, Västra Götalandsregionen. Hämtad 2011-08-20 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/PrioRev%20vers%20070104.pdf>
- <sup>xxv</sup> Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsutskott (2009) Krav- och kvalitetsbok Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Hämtad 2011-08-01 från: <http://www.vgregion.se/Pages/117740/kravboken%20senaste%20vers.pdf?epslanguage=sv>
- <sup>xxvi</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2010-10-14 från: <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/>
- <sup>xxvii</sup> APA Council of Representatives (2005). Policy statement on evidence-based practice in psychology. Hämtad 2011-10-13 från <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>
- <sup>xxviii</sup> Bohlin, I. & Sager, M. (2011). Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- <sup>xxix</sup> Sandell, R. (2006). Evidensbaserad – ett omstritt projekt. Psykologtidningen 13/06. Hämtad 2011-10-14 från <https://1558615195799323974-a-1802744773732722657-sites.googlegroups.com/site/evidensproblemen/Evidens-perspektiv/vad-aer-evidensbaserad/Evidensbaserad-ettomstrittprojekt.pdf>
- <sup>xxx</sup> Revisionsenheten (2011) Granskning avseende ”Gränssnitt mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården i Göteborg” Hämtad 2011-07-01 från <http://www.vgregion.se/upload/Revision/Rapport%20Gränssnitt%20mellan%20spec%20psyk%20och%20PV%20i%20Gbg.doc.pdf>
- <sup>xxxi</sup> Socialstyrelsen (2010) Barn och Ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem? Hämtad 2011-07-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-12-13>
- <sup>xxxii</sup> Regionfullmäktige (2007) Regional Utvecklingsplan för barn och ungdomspsykiatri. Hämtad 2011-07-01 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/informationsavdelningen%20RK/styrdokument/slutversion%20bupplan%20okt%202007.pdf>

<sup>xxxiii</sup> Larsson, B. P. M. (2010). Therapists and their patients: Similarities and differences in attitudes between four psychotherapy orientations in Sweden. Department of Psychology, University of Gothenburg, Sweden. Hämtad 2011-08-20 från: <http://gupea.ub.gu.se/handle/2077/22206>

<sup>xxxiv</sup> Se till exempel Division of preventive and behavioural medicine at University of Massachusetts Medical School: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. <http://www.umassmed.edu/cfm/home/index.aspx>

<sup>xxxv</sup> Se till exempel: Gustavsson, T. (2010). Rapport om psykologisk nätbehandling: <http://www.vgregion.se/upload/PSA/Ny%20sida%20-%20aktuellt/Psykologisknätbehandling2010.pdf>

<sup>xxxvi</sup> Se till exempel Psykologiguiden: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=186&IPT>

<sup>xxxvii</sup> Se till exempel Robinson, P., J. & Strosahl, K., D. (2009) Behavioral health consultation and primary care: Lessons learned. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16:58–71. Om du är intresserad av denna artikel eller konsultationsformen i sig, se kontaktinformation på sida 2.

<sup>xxxviii</sup> Robinson, P. & Reiter, F. (2006). Behavioural consultation and primary care. A guide to integrating practices. New York: Springer-Verlag.

<sup>xxxix</sup> Se till exempel Psykologiguiden: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=34&KBT>

<sup>xl</sup> Se till exempel Psykologiguiden: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=153&Kriterapi>

<sup>xli</sup> Se till exempel Psykologiguiden: <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=36&Psykodynamisk-psykoterapi>

<sup>xlii</sup> Se till exempel ”Stödsamtal. En grupp psykiatrisjuksköterskors beskrivningar av stödsamtalets innehåll”: <http://hv.diva-portal.org/smash/get/diva2:215662/FULLTEXT01>

<sup>xliii</sup> Sektorsrådet för psykiatri och allmänmedicin (2005). Gemensam konsultationsmodell specialistpsykiatri – primärvården. Hämtad 2011-08-21 från Strategisk<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Strategisk%20utvecklingsenhet/Förslag%20till%20gemensam%20konsultationsmodell%20specialistpsykiatri%20-%20PV.rev%20okt%2006%20bil%201.pdf>