



## **PSYKOLOGER I FÖRSTA LINJEN:**

### **Primärvårdspsykologernas arbetsförhållanden och psykosociala arbetsmiljö**

*En enkät- och intervjustudie*

Specialistarbete i klinisk psykologi sept. 2005  
Omarbetad version februari 2007

Ulla Myhr

Handledare: Professor emeritus

Sven Carlsson

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Sammanfattning</i>	<i>sid 3</i>
<i>Inledning</i>	<i>sid 4</i>
<i>Syfte</i>	<i>sid 5</i>
<i>Bakgrund</i>	<i>sid 5</i>
<i>Arbetsmodell</i>	<i>sid 9</i>
<i>Metod</i>	<i>sid 9</i>
<i>Resultatredovisning</i>	<i>sid 10</i>
<i>Sex intervjuer med primärvårdspsykologer</i>	<i>sid 24</i>
<i>Metod</i>	<i>sid 25</i>
<i>Resultatredovisning</i>	<i>sid 25</i>
<i>Diskussion</i>	<i>sid 45</i>
<i>Referenslitteratur</i>	<i>sid 50</i>
<i>Bilagor</i>	<i>sid 53</i>

*Sammanfattning:* Primärvårdspsykologer, psykologer ”i första linjen”, är en växande grupp med inriktning på den ”tredje patienten”, dvs. den ungefärliga tredjedel av primärvårdens patienter som har behov av psykologisk hjälp. Detta kräver nytänkande både bland politiker, ledningsgrupper, läkare samt övrig sjukvårdspersonal. För psykologer innebär det ett nytt fält med förändrade arbetsmetoder av mer eklektisk karaktär för kortare insatser. Syftet med föreliggande arbete är att inventera totala antalet primärvårdspsykologer i Sverige, BVC /MHV undantagna, samt belysa arbetsuppgifter, arbetssätt, organisationstillhörighet och psykosocial arbetsmiljö. Inledningsvis berör jag olika projekt, tidigare studier samt bakgrundsinformation. Resultatdelen utgörs av 56 enkätsvar innehållande 37 variabler som bearbetats. Vidare har jag intervjuat sex primärvårdspsykologer från olika landsting angående yrkesrollen och arbetsmetoder / arbetsmodeller som komplement till enkäten och redovisar det som separat del efter enkätredovisningen. Trots mycket brister med stress, ensamhet, hög arbetsbelastning, otillfredsställande möten med läkarna, oklara organisatoriska riktlinjer samt för lite variation i arbetet verkar de flesta vara nöjda att arbeta i ”ett friskt självständigt pionjärarbete” med goda möjligheter till utveckling.

## INLEDNING

Primärvårdpsykiolog är ett ganska nytt yrkesområde för psykologer. Flera landsting har via Dagmarmedel och FoU enheter varit drivande i att skapa projekt på vårdcentraler med psykologer sedan främst början av 90-talet. Några öar kan dateras redan till 1970-talet. Flera projekt har upphört på grund av landstingens sparbetning eller omorganisation. Jag har själv via arbeten som primärvårdpsykiolog kommit i kontakt med Kalmar och Skaraborgs landsting och kan således göra vissa jämförelser som visar att psykologarbetet ser olika ut i olika landsting. I Skaraborg fanns det psykologer på vårdcentral fram till 1996, då dessa genom omorganisation fördes över till psykiatrin. Begreppet "Psyisk Hälsa" myntades som beteckning på en egen enhet inom primärvården med psykiatrisjuksköterskor och kuratorer som behandlare. Nu har man börjat intressera sig för psykologer igen och anställt psykologer för att behandla främst åldrarna 7-25 år, glappet efter BVC. Under 1997-2000 genomfördes ett projekt med psykologer i primärvården i Kalmar som Dagmarprojekt med Göteborg som förebild och permanentades med 6 psykologer med tydliga befattningsbeskrivningar 2002. Ett mindre projekt började redan -94 i Västervik. 1992-98 fanns en psykologmottagning som integrerad verksamhet vid Våxnäs vårdcentral i Karlstad. I flera landsting finns beteendevetare anställda som blivit ett diffusare begrepp när det gäller yrkeskompetens. I Göteborg startade Svaleboprojektet 1994 som ett Dagmarprojekt som senare permanentades på sju vårdcentraler. Första psykologtjänsten inrättades 1998 och hösten 2003 fanns 12 psykologer på 15 vårdcentraler av Göteborgs totalt 34. Deltaprojektet på Hisingen har fungerat och kommit till på liknande sätt. I Nordöstra Skåne finns BBC-projektet för psykosomatiska symtom och nyligen har en slutrapport angående projektet "*Psykiologiskt och socialt stöd till patienter i primärvården*" presenterats av psykolog Elsa Crafoord, Nordöstra sjukvårdsområdet Stockholm. Professor emeritus Sven Carlsson vid Psykiologiska institutionen i Göteborg har skrivit rapporten "*Psykiologi i primärvården*" (2001). I maj 2004 kom rapporten "*Psykiolog på vårdcentral, verksamhet och visioner*" av psykologerna Eva Marne, Elna Persson, Marie Selander samt Lena Weirén, som varit en drivande eldsjäl i Göteborg angående psykologer på vårdcentraler. Det har således kommit flera rapporter i ämnet från vissa regioner, men hur ser det ut med psykologer på vårdcentraler totalt i Sverige? Ingen verkar i nuläget ha någon bestämd uppfattning i frågan då det inte förs någon statistik varken av Socialstyrelsen, "FAMMI" (Familjemedicinska institutet), eller Psykiologförbundet. Alla landsting har inte heller psykologer anställda, troligen beroende på ointresse i ledningsgrupper, ekonomi, okunskap eller upplevt hot mot andra yrkesgrupper. En del landsting har fristående psykioterapienheter, kommunpsykiologer eller rehabiliteringspsykiologer som resurs till primärvården. Flera verksamheter bedrivs säkert i det tysta och det vore spännande om alla projekt kom andra till del i kunskaps syfte och för diskussion. Nätverksträffar har börjat anordnas för samtliga primärvårdpsykiologer i Sverige. Göteborgsprojekten har blivit en förebild för många och på Psykiologiska institutionen i Göteborg ges en rad kurser specifikt för primärvårdpsykiologer med start hösten 2004, som är de första i Sverige i sitt slag. Primärvårdpsykiologi är på väg bli en egen specialitet för psykologer, vilket Psykiologförbundet ställer sig bakom och kan ge utrymme för efterfrågan av flera psykologer på arbetsmarknaden.

## SYFTE

Mina intentioner med föreliggande arbete är att försöka bidra med en inventering av totala antalet verksamma psykologer för vuxna på vårdcentral för hela riket samt olika pågående projekt. Av naturliga skäl har jag uteslutit BVC/MHV psykologer som sedan årtionden är en etablerad grupp inom primärvården .

Delsyftena är främst följande:

- att kartlägga antal psykologer verksamma på vårdcentraler,
- att undersöka arbetssätt, organisationstillhörighet samt arbetssituationen överlag med psykosocial arbetsmiljö och yrkesetik,
- att undersöka hur samarbetet ser ut med läkare och andra yrkesgrupper,
- att undersöka hur psykologer betraktas av ledningsgrupper/chefer,
- att undersöka om man får och kan utveckla sin kompetens,
- att undersöka hinder och möjligheter med att införa en ny yrkesgrupp inom traditionell medicinsk domän där två vetenskapskulturer konfronteras med varandra.

## BAKGRUND

Flera länder som USA, Holland, England och Finland har god erfarenhet av primärvårdpsykologer. I Holland kallas de ”eerste-lijn”-psykolog som ger associationer till just förebyggande, först på plats, i frontlinjen. Psykisk ohälsa har ökat i hela västvärlden och Socialstyrelsen publicerade redan 1997 en rapport angående mäns och kvinnors psykiska besvär i form av ångslan, oro, ångest under 1980-talet (Socialstyrelsen 1997). Under 1990-talet har psykiska problem som oro, ångest och sömnbesvär fortsatt att öka i alla socioekonomiska grupper (SOU1998:43) och psykisk ohälsa räknas idag till de stora och kostnadskrävande folksjukdomarna. 1999 gav Nationella folkhälsokommittén ut sin rapport *Hälsa på lika villkor*. Man ansåg där att insatser med inriktning på att förbättra den psykiska hälsan skulle kunna ge en avsevärd samhälls ekonomisk besparingspotential. Man inriktade sig då på fyra mål: att förbättra den psykiska hälsan hos barn och ungdom, att förbättra den psykiska hälsan hos vuxna, att motarbeta psykisk och fysiskt våld samt att minska självmord och självmordsförsök. En ökning av psykologisk och psykosocial kompetens inom primärvården var en av de strategier som föreslogs av kommittén för att förbättra den psykiska hälsan hos vuxna. Psykologisk och psykosocial kompetens skulle innebära ökade möjligheter att identifiera och erbjuda tidiga insatser och behandling för patienter med psykiska och psykosomatiska besvär, framhöll kommittén. Patienter med depression skulle få ett bättre omhändertagande. Kunskap om psykologiska behandlingsmetoder måste spridas mer (SOU 1999: 137)

Det finns ett behov av utveckling av nya vårdformer inom primärvården och mycket av det psykiatriska arbetet som tidigare skedde på psykiatriska kliniker och inom öppenvård psykiatri sköts idag av primärvården. I Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens årsrapport 2004, står att läsa under rubriken Psykisk ohälsa: ”Det är svårt att få en samlad bild på landstingsnivå av hur landstingen förbättrar sina insatser för barn, ungdomar, äldre och personer med psykiska funktionshinder. Landstingens redovisningar präglas av beskrivningar av antingen allmänt hållna planer eller enskilda insatser, projekt och inrättande av tjänster”. Satsningar sker som tidigare i första hand på barn

och ungdomar. Den psykiska ohälsan hos äldre kan betraktas som ett folkhälsoproblem men samtidigt satsar färre än hälften av landstingen i någon större utsträckning på att upptäcka och behandla äldres psykiatriska vårdbehov. Det handlar alltså om en stor grupp äldre som inte är i behov av psykiatrisk heldygnsvård utan kan behandlas framgångsrikt i öppenvård med samtal och läkemedel. På Fammi:s hemsida skriver Vivianne Sprengel i en artikel 2004-12-16 att primärvården tappar mark, och i en artikel införd i Dagens Medicin (nr 51-52/2004) skriver Lisa Blom och Mia Wängård att stora delar av primärvården inte får några reella tillskott under påföljande år. Tio av landstingen ger mindre än den beräknade ökningen av priser, löner enligt en rundringning till landstingen ( Blom och Wängård 2004).

Begrepp som psykosomatisk medicin, medicinsk psykologi och beteendemedicin används alltmer och det pågår mycket forskning inom området psykosomatik. Sverige fick nyligen sin första professur i medicinsk psykologi. Det nära sambandet mellan psykisk och fysisk ohälsa gör att det inom sjukvården finns behov av personal som kan utreda, bedöma och erbjuda behandlingar. I delbetänkandet ”Behov och resurser i vården” (SOU1996:163) ansågs det viktigaste vara att integrera psykologisk kompetens i både somatisk sjukvård och primärvård. Börje Lassenius skrev i rapporten om behovet av psykologiska stödinsatser för krisbearbetning, stress och svåra livskriser. För god kvalitet i arbetet fordrades det tillgång på kvalificerad psykologisk och psykoterapeutisk kompetens i organisationen samt tydliga befattningsbeskrivningar. När man inför en ny yrkesgrupp måste det ges ett tydligt uppdrag, ett rimligt uppdrag, kontinuitet i tjänsten, ändamålsenliga lokaler, resurser för teambyggande, representation i organisationen.

Regeringen tillsatte en särskild utredning (Dir.2000: 86) som avgivit betänkandet ”Tillskapandet av ett familjemedicinskt institut FAMMI”. Enligt Kommittédirektivet skall målet för institutet vara att skapa förutsättningar för landstingen och kommunernas primärvård att bli en bas där dynamik och utvecklande arbetsmiljö erbjuds alla personalkategorier som är verksamma inom primärvården. Målet skall nås via kunskap och kunskapspridning. Direktiven betonar att primärvården behöver läkare, men också tillgång till andra yrkeskategorier såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer, psykologer m.fl. Direktivet vill att alla yrkeskategorier skapar goda relationer till patienterna och att man samverkar över organisationsgränserna. Här betonas också vikten av att utveckla ett fungerande teamarbete. I utredningen poängterades läkarens och disktriktsköterskans roll. Andra yrkeskategorier behandlades ot tydligt och otillräckligt. Psykologförbundet bereddes tillfälle yttra sig över betänkandet (SOU 2001:499).

Psykologförbundet (Torgny Danielsson) anser i sin sammanfattning att inrättandet av ett Familjemedicinskt institut är ett viktigt steg i utvecklingen av primärvården. Förbundet vill särskilt betona att vikten läggs vid patientens behov och möjligheter till rätt behandling för sina symtom oavsett om det är medicinskt, psykologiskt eller socialt betingade. Detta med syfte att minska patientens lidande, läkemedelskostnader samt frigöra läkartid. Flera studier i Sverige och internationellt har visat att 30-40 % av patienterna på vårdcentral har psykiskt och psykosomatisk problematik. Här skulle psykologer, kuratorer och psykiatrisjuksköterskor kunna göra en insats. Om tyngdpunkten alltför ensidigt läggs vid att utreda somatiska problem som patienter initialt presenterar riskerar man lägga ned mycket tid på medicinska utredningar utan att behandla den verkliga orsaken till problemet. Psykologförbundet menar att det bör beaktas att en vårdcentral som inte är bemannad utifrån patienternas behov hindrar möjligheterna att utveckla primärvården och de förebyggande insatserna. Psykologförbundet anser att psykologerna marginaliserats i direktivet samt att man tagit för lite hänsyn till individens bästa, patienters behov. Många psykologer har varit involverade i kortare projekt som på vissa håll integrerats, men det finns fortfarande få psykologer med anställning på vårdcentraler. Psykologer bör ingå som en naturlig del av teamen inom primärvården för att

uppnå en integrerad multiprofessionell samverkan. Det psykologiska kunskapsområdet är inte tillfredsställande representerat i dagens primärvård. Detta innebär att den breda arsenal av metoder som kan användas för att förstå, förebygga och behandla psykisk ohälsa, psykosomatiska tillstånd och psykisk överlagring på somatisk hälsa inte kommer till användning på ett sätt som motsvarar patientens behov. Psykologen kan dessutom tillföra kunskaper för att förstå och lösa problem som relaterar till beteenden eller livsstil och som är av vikt för att bemästra för att lyckas med prevention av sjukdom, hälsofostran och hälsobefrämjande arbete. I det direkta patientarbetet utreder psykologen och ställer diagnos utifrån sin professions specifika kompetensområde samt bedömer vilken åtgärd eller psykoterapeutisk insats som är lämplig. Psykologer behandlar självständigt eller som en del i ett multiprofessionellt team med olika psykologiska behandlingsmetoder, inklusive psykoterapi, som på en vårdcentral främst gäller korttidsterapeutiska metoder. I rehabiliteringsarbete är bedömning av patientens psykologiska rehabiliteringspotential av stor vikt för framgång. Några aktuella diagnosgrupper kan vara ångeststörning- specifik och generell, depressiva tillstånd, kristillstånd, spänningstillstånd, psykogena eller somatogena smärttillstånd, beroendetillstånd -alkohol, droger, farmaka. Vidare psykisk belastning utifrån den sociala situationen eller psykisk belastning p. g. a kroniskt smärta utlöst av belastningsskador, trauman, tumörsjukdomar. Ett växande område är livsstilssjukdomar med behov av förebyggande arbete i form av stresshantering och rökavvänjning. Institutet bör arbeta med olika program för fortbildning för olika yrkesgrupper.

I en motion till riksdagen (2004/05:So 627) skriven av Mona Jönsson och Ingegerd Saarinen (mp) finns förslag till riksdagsbeslut om att snarast ta fram ett nationellt handlingsprogram för hur den psykiska hälsovården skall utvecklas inom primärvården. Motiveringen är att den psykiska ohälsan kommer att bli vår tids folksjukdom. Arbetslöshet, sjukskrivningar och det sociala skydds nätet har förvärrats under de senaste årtiondena. I spåren av detta följde ekonomiska problem och en ökning av psykiska symtom. Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport är det den psykiska ohälsan som inte i första hand kräver psykiatrisk specialistbehandling, som har ökat. För det flesta människor är vårdcentralen den första och självklara kontakten vid alla slags svårigheter och sjukdomspanoramat har förändrats över tid. Vårdcentralerna har som institution och i sin organisation inte anpassats till denna förändring. Flera primärvårdpsykologiska projekt har bedrivits och utvärderingarna visar praktiskt taget genomgående på positiva resultat, både patienter och läkare har varit positiva till samarbetet med psykolog. Projektet har visat att många patienter blir hjälpta med ganska korta psykologinsatser. Den övre gränsen har i dessa projekt satts till 10-12 samtal, men för flertalet har det räckt med 7-8 besök eller färre. Andra framgångsfaktorer i projektet har varit tidiga insatser med rätt behandling för olika typer av psykiska besvär besparar samhället kostnader genom minskade sjukskrivningskostnader, minskade läkemedelsförbrukning samt minskad vårdkonsumtion (5 okt.2004)

Hur ser det ut i landstingplaner för perioden 2005-2007?

Jag har tittat i överenskommelser för Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg, Primär- och Tandvårdsstyrelsen för 2004-2006. Där har medel från den nationella handlingsplanen tillförts primärvården Skaraborg för utveckling av insatser mot psykisk ohälsa för att signalera riskfaktorer och identifiera patientgrupper som är särskilt utsatta för att utveckla psykisk och psykosocial ohälsa. Den psykosociala verksamheten skall drivas av kurator, BVC-psykolog och psykiatrisjuksköterska. Förebyggande verksamhet rekommenderas inom barnhälsovård, mödrahälsovård och ungdomsmottagningar, skola samt eventuellt förekommande familjecentraler. Primärvårdens viktigaste tjänster utgörs av konsultationer (för diagnostik, behandling, förebyggande vård), information till anhöriga, information till samhälle och

handledning till elever/studenter. I landstingsplanen för Kalmar län 2005-2007 står följande: ”Vården skall vara lättillgänglig, ha god kvalitet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet...Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa....Hälso- och sjukvården skall sätta människan i centrum och bygga på allas lika rätt till en god hälso- och sjukvård oavsett ålder, kön eller ekonomiska förutsättningar, men också oavsett etniskt tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder...Primärvården och närsjukvården ska vara en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården. Länets vårdcentraler utgör naturliga nav där personal med kompetens av olika slag kan tillgodose patientens behov. Beteendevetare i primärvården utgör ett viktigt komplement till den medicinska kompetensen liksom övrig rehabiliteringspersonal.”

I rapporten (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*, (Karolinska Institutet) framkommer brister angående läkarnas sjukskrivningar och kunskaper om vad som är optimal sjukfrånvaro och konsekvenser av sjukfrånvaro. Vidare framhåller man kunskapsbrister kring handläggning av patienter med psykosocial problematik, vilket innebär att sådan problematik inte hanteras alls alternativt medikaliseras. Kunskaperna om lämplig behandling och rehabilitering av de stora diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaro, rörelseorganens sjukdomar och psykiska besvär, är bristfälliga. Det är också brist på kunskap angående bra instrument för bedömning av arbetsförmåga saknas. Möjliga negativa konsekvenser av sjukfrånvaron angående ökad psykisk ohälsa saknas också. Under rubriken ”Bristande hantering av psykiska besvär och psykosocial problematik” (s 27) framhålls olika problem. Problemen består av fem delaspekter: svårigheter att upptäcka psykiska besvär och psykosocial problematik, svårigheter att bedöma symtom av psykisk karaktär, behandlingsalternativ saknas för psykiska besvär samt brist på psykologisk och psykosocial kompetens i sjukvården. Yrkeskategorier som nämns i sammanhanget är psykiatriker, psykologer och kuratorer. Patienter med sammansatt symtombild behöver ofta bedömning och behandling med tvärprofessionell inriktning. Rapportens förslag till åtgärder är flera: Fler beteendevetare inom sjukvården; mer multiprofessionell teamsamverkan; utbildning av läkare i identifiering respektive hantering av psykosocial problematik; fler psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter samt ökad tillgång till olika former av kortare samtalspsykoterapier t.ex kognitiv terapi. Man anser att försäkringskassan bör få möjligheter att köpa psykoterapi för sjukskrivna som behöver det. Samverkan föreslås också med olika aktörer utanför sjukvården, och behovet påpekas av integrering av biomedicinska och psykosociala perspektiv i vården. Man anser att läkarna är i behov lära sig hantera psykosociala orsaker till sjukdom och psykosociala konsekvenser av sjukdom, samt att de är i behov av handledning av bl. a psykologer och kuratorer i primärvården.

Socialstyrelsen (2004) efterlyser i rapporten *Sjukskrivningsprocessen i primärvården* ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen och man efterlyser tillgång till paramedicinsk personal och teamsamverkan på den organisatoriska nivån. I det enskilda sjukfallet efterlyses diagnos enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, behandling/rehabiliteringsplan och teamsamverkan inom vårdcentralen. Socialstyrelsen besökte cirka en femtedel av landets vårdcentraler under 2004. Tillsynsmodellen bestod av gruppintervjuer och journalgranskning samt genomgång av styrdokument om sjukskrivning. Vårdcentralerna pekar särskilt på brister i samverkan, långa handläggningstider vid FK, brist på paramedicinska resurser eller falskhalsar i form av långa väntetider för undersökningar och kirurgiska/ortopediska åtgärder. Rapporten konstaterar att det saknades tillräckligt med psykologer och kuratorer.

## ARBETSMODELLER

Finns det då några utvecklade goda arbetsmodeller som redan fungerar men inte spridits på grund av ensamarbete och mycket ”tyst kunskap”?

Hur har man som ny primärvårdspsykolog integrerats i en ny organisation med nytt tänkande och kunnat tillföra psykologiska kunskaper och en biopsykosocial helhetssyn. Många har tidigare arbetat i psykiatrin med dess etablerade teamtänkande, och möter i primärvården en organisation med ensamvargar snarare än teammedlemmar, men med en helhetssyn och en hälsobefrämjande inställning och ett salutogent tänkande.

Hur har man integrerat tidigare kunskaper och erfarenheter i en ny modell för att forma sin yrkesidentitet som ”primärvårdspsykolog”? Vilka villkor finns för utveckling? Och vilka hinder i organisationen? Hur har man lyckats forma nya arbetsmodeller? Kan man arbeta på både individ-, grupp- och organisationsnivå?

Som komplement till enkäten har jag intervjuat sex primärvårdspsykologer från olika landsting angående dessa frågor och återkommer till metod, resultat och diskussion längre fram i texten i en separat del under rubriken ”Sex intervjuer med primärvårdspsykologer” (s.23).

## METOD

Enligt vår ursprungliga plan skulle en kortfattad enkät tillställas landets samtliga vårdcentralchefer. Denna enkät (se bilaga 1) skulle ge besked om någon psykolog fanns anställd, plus en del andra uppgifter. Detta skulle ske i samarbete med Socialstyrelsen, som i samband med en egen utredning hade intresse av en inventering av tillgång till psykoterapi i primärvården. Utskicket av denna enkät blev emellertid kraftigt försenat på grund av tekniska problem. Tanken var att sedan sända en mer utförlig enkät (enkät 2, se bilaga 2) till samtliga lokaliserade psykologer, med frågor om arbetsförhållanden, arbetssätt mm. På grund av de uppkomna problemen har min studie nu blivit betydligt mindre omfattande än den var tänkt från början. Jag har själv via nätverksmöten samt genom e-mail adresser där flera psykologer varit mig behjälpliga kunnat nå ut med enkät 2 till ett ganska stort antal psykologer. Vidare har jag sänt e-mail till alla landsting med förfrågan om antalet primärvårdspsykologer. Chefredaktören Eva Brita Järnefors på Psykologtidningen hjälpte mig få in ett upprop i Psykologtidningen nr 7 /05 ( se bilaga 3) som gav mig några ytterligare adresser att skicka enkäter till. Jag har själv fått flera namn via enträget arbete och förfrågningar. På detta sätt har jag lokaliserat 129 psykologer, varav 56 inkommit med svar på Enkät 2.

Enkät 1 (se bilaga 1) består bland annat av följande frågor:

- Har din vårdcentral tillgång till leg. psykolog?
- Var är psykologen placerad?
- Om leg psykolog ej finns tillgänglig: vilket är det huvudsakliga skälet?
- Vilken typ av behandling?
- Har din vårdcentral möjlighet hänvisa patienter med psykiska besvär/sjukdom till psykologisk behandling hos annan personalkategori inom primärvården?

Enkät 2, som är betydligt mer omfattande (se bilaga 2), innehåller bland annat frågor på följande teman:

- anställningsår, examen mm,
- vem är närmaste chef,
- hur chefen ser på kompetensen och kompetensutveckling,
- hur får man patienter (remiss? Egenremiss?),
- ev. åldersprioriteringar,
- antal nybesök per år,
- väntetid,
- antal samtalskontakter/patient,
- vanligaste diagnosgrupp,
- typ av psykologisk behandling,
- finns någon kravbild och innehåll, huvudsakliga arbetsuppgifter etc?
- samarbetet med läkarna och andra yrkesgrupper.
- Vidare flera variabler angående arbetsrum, sekreterarhjälp, datajournaler, yrkeskollegor, handledning och synpunkter på brister i psykosocial miljö. Sist men inte minns vad är positiv med arbetet som primärvårdspsykolog?

## RESULTATREDOVISNING

På sätt som beskrivits ovan har jag lokaliserat 129 psykologer. Eftersom en del av dessa tillkommit på ett sent stadium har alla inte tillställts Enkät 2. Totalt har jag fått in 56 enkätsvar från de 89 psykologer jag först funnit och skickat enkäten till samt skickat påminnelse två gånger. Svarefrekvensen är 63%. Några av de 89 psykologerna hade slutat sitt arbete för att syssla med annat, återgått till psykiatri, varit sjuka, tjänstlediga eller av annan anledning inte besvarat enkäten.

### Inventering av antalet psykologer på vårdcentral

Totala antalet primärvårdspsykologer jag funnit via nätverksmöten och e-mail hittills i olika landsting är följande:

*Primärvårds psykologer fördelade på olika landsting*

Västra Götalandsregionen	31, varav 23 i Göteborg/Mölndal
Skåne regionen	25 (17+8 nyanställda, varav 2 privata och 2 PTP)
Jämtland	6
Praktikertjänst (3 i Gbg +1 Sthlm)	4
Kalmar	6
Stockholm	25 (17+ 8 södra länet)

Örebro	2 (varav 1 privat)
Halland	5
Jönköping	3
Norrbottnens läns lt	1
Västmanland	2
Gävleborg	9 (8 Gästrik-+ 1 Hälsingland)
Kronoberg	1
Blekinge	2
Gotland	3
Västerbottens läns landsting	4 (4 x 0,5 tjänster)
<b>Totalt</b>	<b>129</b>

Man ser en mycket ojämn fördelning på olika landsting och landsändar.

## Enkät 2: Sammanställning av besvarade enkäter

De 56 psykologer som besvarat Enkät 2 fördelar sig på följande sätt över landet:

*Antalet psykologer på vårdcentral fördelat på landsting*

Västra Göt	14
Sthlm	13
Skåne	5
Halland	5
Kalmar	5
Gävleborg	3
Blekinge	2
Gotland	2
Jönköping	1
Södertälje	1
Kronoberg	1
Örebro	1
Jämtland	3
<b>Totalt</b>	<b>56</b>

Majoriteten finns i Västra Götaland och Stockholms landsting

*Sedan vilket år är du anställd?*

1994	1
1995	4
1997	1
1998	2
2000	9
2001	6
2002	11
2003	13
2004	2
2005	7

85,7% (48 st) är anställda från år 2000-maj 2005.

*Är du leg psykoterapeut?*

Legitimerad psykoterapeut	29
Ej legitimerad	27

Majoriteten av de legitimerade primärvårdpsykologerna är också legitimerade psykoterapeuter.

*Tjänstgöringens omfattning i procent*

50 %	6
60 %	1
70 %	1
75 %	8
80 %	5
85 %	1
100 %	33

Mer än 50 % arbetar heltid

*Är din tjänst delad mellan vårdcentral och annan verksamhet? I så fall med vilken verksamhet och i vilken omfattning?*

Fem primärvårdpsykologer (8.9 %) har sin tjänst delad med annan verksamhet utanför primärvården. 20 % av primärvårdpsykologerna har sin tjänst delad mellan två vårdcentraler och 27 % sin tjänst delad mellan 3 vårdcentraler, vilket gör jobbet stressigt och svårt med att känna tillhörighet. Ger mer ensamhetskänsla och saknad av arbetskamrater.

*Vem är din närmaste chef i organisationen :*

Verksam/VC chef	38
Företagschefen	1
VD:n	1
PVO-chefen	2
Enhetschefen	4
1:linj chefen	1
Psykologchefen	1
Chef för psykolog -verksamheten	3
Rehab.chefen	2
Fou.chefen	1
Chefen	1
Chef Psykisk Hälsa	1

Majoriteten har verksamhetschefen eller vårdcentralchefen som närmaste chef.

*Vilken yrkeskategori tillhör din chef?*

Läkare	23
Sjuksköterska	19
Barnmorska	1
Psykolog	6
Socionom	2
Sjukgymnast	2
Annan chef	2

23 primärvårdpsykologer har en läkare som chef , 20 har en chef med sjuksköterskebakgrund och 6 har en psykolog som chef.

*Beskriv kortfattat hur din närmsta chef ser på din yrkeskompetens.*

50 psykologer uppger att chefen är positiv, angelägen och nöjd. De känner sig respekterade, uppskattade och betydelsefulla i sitt arbete. Flera känner frihet i arbetet samt att chefen har stort förtroende för yrkeskompetensen. Några chefer har varit eldsjälar och bidragit till ytterligare anställningar och anser professionen behövs. Övriga har uppfattat chefen ha intresse, men p. g. a tidsbrist, eller okunskap visat mindre engagemang. Någon uppfattar chefen som negativ och distanserad och har blivit betraktad som den som "talar och tröstar, en instans innan vuxenpsykiatri".

*Vem ansvarar och bekostar din kompetensutveckling?*

De flesta får detta beviljat av sin verksamhetschef/vårdcentralchef som är styrd av sin budget och några få psykologer har svarat de är med och påverkar.

*Hur får du dina patienter ? Hur stor andel ungefär är egenremisser?*

Huvudsakligen remiss	39
50 % remiss	3
25 % remiss	8
Från VC personal	1
Samråd med dl	3
Team- konferens	1
Huvudsakligen Egenanmälan	24

Majoriteten får sina patienter genom huvudsaklig remiss från läkare, men fler har övergått till mer egenanmälan efter en tid..

*Vilka är dina prioriteringar beträffande ålder?*

18-40 år	26
Arbetsför ålder	12
Inga prioriteringar	15

Majoriteten prioriterar unga vuxna, småbarnföräldrar och i arbetsför ålder.

*På ett ungefär hur många nybesök har du per år?*

I nedanstående tabell har antalen omräknats för de respondenter som arbetar deltid, så att de motsvarar heltidstjänstgöring.

antal nybesök/år	
20	1
50	2
60-70	8
80-90	5
100	5
120-130	4
140-150	2
150-160	5
160-170	3
170-180	3
180-190	2
200	6

Vet ej	5
Inga svar	5

11 primärvårdpsykiologer har mellan 100-140 nybesök och 19 har 150-200 nybesök /år. Medeltalet är ca 127 nybesök /år.

Den psykolog som uppger endast 20 nybesök per år har administrativa arbetsuppgifter med endast en mindre del behandling i sin tjänstgöring.

*På ett ungefär hur lång är väntetiden mellan remiss och första besöket hos dig?*

Antal veckor

0	1
2	13
3	5
4	9
5	5
6	4
8	5
10	3
12	2
16	1
17	1
24	1
40	2
50	1
52	1
Inget svar	1

50 % har en väntetid på 1-4 v mellan remiss och första besök. 67 % har en väntetid på 0-6 v. Medianen är 4 veckors väntetid.

*På ett ungefär hur många samtalskontakter har du i snitt per patient?*

antal samtal i snitt /pat

3	1
4	6
5	8
6	7
8	8
9	1
10	10
12	4
15	1
20	1
30	1

80% (45 psykologer ) har i snitt 3-12 samtal /pat. Medeltalet är 7 samtal i snitt /pt.

#### *Vanligaste diagnosgrupp*

Depressioner	7
Depression/ångest/kris	39
Stressrelaterad depression/ångest/	23/39
Värk/smärt relaterad depression	4
Kriser	5
Inga svar	2
Diagnosticerar ej	2

Majoriteten har depression/ångest/kriser samt stressrelaterad depression som vanligaste diagnosgrupp.

#### *Hur vill du beskriva den typ av psykologisk behandling som du använder?*

Dynamisk inriktning	8
Dynamisk+ KT,KBT	10
Dynamisk + psykoed	6
Eklektisk+ familjeinriktning	3
KT /KBT	8
KT/KBT +psykoeduc	7
Blandformer/eklektiskt	19

Majoriteten använder sig av dynamisk inriktning med blandformer, mer eklektiskt. Bland dem som använder sig av mer eklektisk behandling finns förutom dynamisk, KT/KBT och psykoedukativ behandling även gruppbehandling, EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), lösningsfokuserat, motiverande samtal, existentiell terapi, ”berätta”. 50 % av ej legitimerade psykoterapeuter använder främst KT/KBT medan legitimerade har en mer dynamisk inriktning. 26 % av de legitimerade har enbart dynamisk inriktning och 50 % använder blandformer med utgångspunkt från dynamisk inriktning . Två psykologer är leg. KT- psykoterapeuter och en är leg. KT/KBT psykoterapeut

#### *Hur stor andel ungefär av dina patienter behandlar du för depression?*

Antal i %	
10-20	6
20-30	5
30-40	6

40-50	6
50-60	9
60-70	9
90-100	3
Vet ej	3
Ej svarat	7

23 psykologer behandlar 10-50 % för depression medan 21 psykologer har 50-100 % patienter med depressioner för behandling. Medeltalet är 49 %

*Vilken typ av psykologisk behandling ger du för depression?*

Dynamisk inrikt	11
KT/KBT	12
KT /KBT+ psykoedukativ	5
Psykoedukativ	1
Dynamisk+Psykoedukativ	7
Blandformer/eklektiskt	17

I blandformerna ingår både dynamisk, kognitiv och psykoedukativ behandling. Majoriteten använder blandformer av olika slag.

*Vart kan du hänvisa patienter lämpade för längre behandlingar?*

44 psykologer anser sig kunna hänvisa till psykiatrin eller öppenvårdspsykiatrin, men flera anser det vara svårt få tider där och tvingas hänvisa till privata psykologer, Psykologiska institutioner eller Psykoterapienheter. 5 anser det "svårt" eller uppger att de saknar någon att hänvisa till. 4 psykologer hänvisar enbart till privata psykologer.

*Finns det någon befattningsbeskrivning/kravbild? Hur ser den ut?*

44.6 % (25 psykologer) saknar befattningsbeskrivning eller kravbild och 30 psykologer uppger att de har en sådan.

Beträffande innehåll finns många olika svar:

- Första linjens sjukvård, snabbt omhändertagande och korttidsinriktad behandling.
- Prestationskrav angående antal besök.
- Bedöma, behandla och förebygga psykoedukativt.
- Förutom patientarbete utbilda, handleda och bedriva FoU samt delta i rehabilitering.
- Förstärka och utveckla vårdcentralerna.
- Samtalsbehandling i team.
- Bedöma och behandla ålder 7-23 år.
- Minska ohälsa, diagnosticera och stödkontakter.

- Tidiga korttidsinsatser och erbjuda 10 samtal.
- Kravspecifikation för beteendevetare och korttidsterapi.
- Korta samtal 4-5 och max 10.
- Införa ett psykologiskt perspektiv.
- Bedöma och behandla, diskutera med läkare och samarbeta med FK och AF.
- Stresshantering: 5 patienter/dag.
- Snabbtillgänglig vid kriser.
- Förstärka och utveckla medarbetare med psykologisk kompetens.

*Om inte, vilket är ditt huvudsakliga uppdrag i primärvården?*

Här följer exempel på svar från respondenter som uppger att de ej har formell befattningsbeskrivning:

- Förhindra psykisk ohälsa.
- I samarbete med läkare behandla patienter.
- Utbilda och metodutveckling.
- Behandla patienter och bistå vårdcentralerna med psykologisk kompetens.
- Korttidsterapi och vara komplement till medicin.
- Vara psykosocialt stöd tillsammans med kurator.
- Förebygga, tidig intervention.
- Korttids- och stödsamtal för aktuella patienter.
- Ha 3-5-10 samtal.
- Ta remisser och sortera.
- Psykosocialt förebyggande, rehabiliteringsmöten, handleda.
- Ha bra statistik träffa så många som möjligt.
- Vara en resurs för vårdcentralerna och läkarna.
- Första linjens sjukvård för ohälsa.

*Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?*

Bedömning/konsultation:

19 respondenter uppger siffror upp till 50 %, 27 mellan 50 och 100%. (Sannolikt har vissa respondenter här räknat in patientbehandling.) (Medelvärde bedömning/behandling är ca 75 %)

Handledning:

20 respondenter anger upp till 20 %. (Medelvärde är 2.4 %)

Utbildning/FoU:

13 respondenter anger siffror upp till 20 %. (Medelvärde är 1.3 %)

Organisatoriska uppgifter:

19 respondenter anger siffror upp till 20 %. (Medelvärde är 2.5 %)

Samverkan med andra:

44 respondenter anger siffror upp till 35 %. (Medelvärde är 8.5 %)

Samverkan med externa kontakter:

38 respondenter anger siffror upp till 20 %. (Medelvärdet är 5.3 %)

Övriga arbetsuppgifter som nämns är administration, gruppbehandling, kvalitetssäkring, rehab, team och smärtteam.

Majoriteten av tiden (80-90 %) används för bedömning/konsultation och behandling samt samverkan både internt och externt. Viss tid används för utbildning, handledning och organisatoriska uppgifter.

*Något du saknar i dina arbetsuppgifter eller skulle vilja göra mer av?*

- Mer samverkan, pröva nytt, teamarbete med ”folk som vill”.
- Metodutveckling, tid för reflexion och planering.
- Handledning.
- Utvecklingsarbete med sjukgymnast och läkare.
- Utredning och utbildning.
- Gruppbehandling.
- För lite variation som är ohållbart.
- Kvalitetsarbete, forskning och utveckling.
- Mer konsultation och handledningsuppdrag.
- Ha mer tid, rehabiliteringsärenden.
- Ha längre kontakter , mer familjer och barn/ungdom.
- Ingå i projekt.
- Läkarna svåra att nå ut till, bra när man själv tar initiativ.
- Metodutveckling.
- Samverkan med läkarna.
- Delta i ledningsgrupper.

*Beskriv kortfattat din samverkan med läkarna!*

Formella möten	9
Informella	31
Otillfredsställande	10
Ej besvarat	5

Nio psykologer har formella möten om ca 1 ggr /mån samt vissa därutöver informella möten. Majoriteten (58 %) har informella möten på eget initiativ och samarbetar mera med vissa läkare än med andra

19 % upplever att samverkan med läkarna är otillfredsställande.

*Sitter ni i samma lokal?*

Ja	43
Delvis	5
Nej	5
Ej besvarat	3

43 psykologer, 81 %, sitter i samma lokal som läkarna.

*Hur ofta samråder du med läkarna*

Dagligen	10
Varje vecka	22
Mindre än i ggr/v	19
Aldrig	2
Ej besvarat	2

59 % träffar läkarna dagligen eller varje vecka, 38% mindre än en ggr /v eller aldrig

*Yrkesgrupper utöver läkare du främst samarbetar med*

Kurator	26
Sjuksköterska	29
Sjukgymnast	24
Arbetsterapeut	14
Undersköterska	6
Distriktssköterska	2
Psyk.sjuksköterska	2
Dietist	1
Friskvårdare	1
Logoped	1
Sekreterare	1
Barnmorska	1
Företagssköterska	1
Förskäringskassa	1
Inga	2
Ej svarat	4

Hälften av psykologerna samarbetar med sjukgymnast, kurator och/eller sjuksköterska, 25 % samarbetar med arbetsterapeut.

*Ingår du i något projekt med annan yrkesgrupp?*

Ja	21
Nej	34

38% ingår i något projekt.

Projekten som uppges är följande: viktreduktion i grupp, depressionsskola, psykosociala team, stress och avspänningsgrupp, rökgrupp, smärtgrupp, arbetsmiljö, kropp och själ, dag 28 team (samverkan mellan FK och vårdcentral för patienter som varit sjukskrivna 28 dagar), bedömningsutveckling. Grupper med sjukgymnast, Svaleboprojektet samt projekt som rör sjukskrivning med FK och HL.

*Finns tillgång till ändamålsenligt arbetsrum?*

Ja	42
Ja, men med brister	8
Nej	5
Ej besvarat	1

Nästan alla har arbetsrum, men 14 % uppger att det har brister.

*Har du tillgång till sekreterare?*

Ja	26
Delvis, brister	6
Nej	23
Ej besvarat	1

58 % har tillgång till sekreterare men 10% uppger brister.

41% saknar tillgång till sekreterare

*För du datajournaler?*

Samtliga som besvarat frågan (55 av 56) uppger att de för datajournaler.

*Finns egen fil för psykologer?*

Ja	32
Nej	17
Ej besvarat	5

62,7 % uppger de har en egen fil för psykologer

*Hur ofta träffar du yrkeskollegor?*

Dagligen	2
Varje vecka	12
Var 14 dag	10
Varje månad	12
Varje termin	9
Sällan	7
Ej besvarat	3

26.4 % träffar yrkeskollegor dagligen eller varje vecka.

41,5 % träffar yrkeskollegor var 14:e dag eller varje månad.

30 % uppger endast varje termin eller sällan.

*Har du tillgång till handledning?*

Ja	46
Med 4 kuratorer	1
Nej	7
Behövs ej	1
Avstår	1

82 % har tillgång till handledning

*Finns det brister i din psykosociala arbetsmiljö?*

Ja	33
Nej	19
Ej besvarat	2

61 % uppger sig ha brister i sin arbetsmiljö

*Om ja, vilka?*

- 14 psykologer upplever sig ha för mycket ensamarbete och brist på kollegor.
- 17 psykologer anser sig ha för hög arbetsbelastning med mycket stress.
- 13 psykologer uppger brister i organisationen med oklara riktlinjer, ser arbetet som splittrat och för omfattande uppdrag.
- Svårt med samarbetet och interna motsättningar uppges av 7 respondenter.
- 2 psykologer saknar teamarbete.
- Brister beträffande arbetsrum/lyhördhet uppger 4 sig ha.
- Någon har problem med journalförvaring, någon anser arbetet vara för dåligt betalt och några anser det finns brister i utvecklingsmöjligheter samt för mycket slitage.
- Ytterligare någon ser verksamheten som alltför medicinriktad.

*Egna synpunkter på förändringar för en bättre psykosocial miljö.*

- Mer teamarbete, utveckla psykosociala team och fler psykologtjänster till vårdcentralerna.
- Någon föreslår även PTP-tjänster.
- Minska uppdraget, göra uppdraget tydligare med arbetsbeskrivning och stöd från ledningen med rimliga resurser.
- Ge mer kunskap till vårdcentralerna om psykologens arbete.
- Få eget rum och variation i arbetsuppgifterna.
- Ökat samarbete med läkarna och regelbundna mötestider.
- Skapa en sammanhållen psykologienhet.
- Eget rum.
- Utsatthet och får mycket frågor att hantera.
- Yrkeshandledning.

*Vad tycker du är positivt och bra i ditt arbete som primärvårdspsykolog?*

- Arbetet känns fritt, självständigt ”friskt”, ingen psykiatisering med goda möjligheter att hjälpa
- Första ledet, en stor bredd, är utåtnriktat, ”man får använda sin kompetens”.
- Stor frihet att utveckla, under eget ansvar.
- Jätteroligt och variation.
- Stor efterfrågan, känner sig uppskattad och har stora möjligheter att påverka människor och sprida kunskap om psykologiska processer.
- Kreativ roll.
- Känslan göra bra insatser trots lite resurser.
- Avdramatiserar psykologrollen.
- Omväxlande, olika patienter ”friskt pionjärbete”, känslan vara respekterad och känna sig behövd
- Göra goda insatser på kort tid.
- Goda samtal, lättillgängligt, möta ohälsa i ett tidigt stadium, bra arbetskamrater, samarbeta med andra yrkesgrupper.
- Förebyggande, det salutogena perspektivet.
- Ett spännande jobb.

## SEX INTERVJUER MED PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGER

Majoriteten av primärvårdpsykologerna i landet arbetar integrerade på vårdcentraler, men i enkät 2 framkommer att 8 respondenter av 56 arbetar i psykosociala enheter med psykiatrisjuksköterska och kurator. De psykosociala enheterna är lokaliserade till Jämtlands, Gävleborgs och Skaraborgs landsting. De baserar verksamheten på fler egenremisser än övriga primärvårdpsykologer samt får remisser från Företagshälsovård, andra privata läkare eller kommunen och ger intryck av att få mindre feedback. Flera har svarat att de har mindre samarbete med läkare och översköljs lätt av remisser. Då jag inte haft några intentioner från början att undersöka olika arbetsmodeller har jag inte ställt specifika frågor angående detta i enkät 2 och ser det som en ämne för ett nytt specialistarbete att fördjupa sig mer i .

Jag har dock valt att intervjua sex primärvårdpsykologer från olika landsting varav fem tidigare har besvarat enkät 2, samt en i en kortare intervju p.g.a tidsbrist, för att få en bild av hur olika arbetsmodeller tillämpas och fungerar i olika landsting samt hur man format sin nya yrkesroll i en traditionell medicinsk domän.

Av de sex jag intervjuat har jag inledningsvis ställt frågor om

- nuvarande arbetsplats
- bakgrund i psykologyrket
- orsaker till att de valt just primärvården

Informanterna kommer från landstingen i Halland, Västra Götaland, Kalmar, Gävleborg och Jämtland.

Två informanter arbetar i psykosociala team med kurator och psykiatrisjuksköterska. Fyra informanter arbetar integrerat på vårdcentraler. Två har varit anställda sedan 90-talet som primärvårdpsykologer och en sedan slutet av 80-talet. Övriga anställdes mellan 2000-2003. Samtliga har en psykodynamisk utbildning i botten och är leg. psykoterapeuter Tre har arbetat inom barnpsykiatri samt har utbildning inom familjeterapi. Två har arbetat inom BVC. En är specialist i kliniskt psykologi och en är utbildad KT-terapeut. Befolkningsunderlaget varierar mellan 12000 - 48000 invånare. En delar sin tjänst 50 % med privat vårdcentral och en arbetar 75 %, medan övriga arbetar heltid. Psykologerna har tidigare erfarenheter från vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, barnhabilitering, LVU-hem, BVC och primärvård. Anledningen till att de valt just primärvården varierar enligt följande; ”blev tillfrågad av kurator då ny tjänst inrättades”, ”ville pröva arbeta med friskt klientel och mer normalisera”, ”sökte tjänst för att komma närmare hemorten och arbeta mer självständigt med vuxna”, ”sökte en projektjänst för att prova något nytt ,hitta en sundare organisation där man inte psykiatriserade och patologiserade.”, ”sökte primärvården p. g. a intresset för dualismen det kroppsliga och det psykologiska ,det som inte fungerad i psykiatri”, ” var trött på chefskapet och tillfrågades ingå i ett projekt samt kände det passade arbeta med vuxna i primärvården”. Två informanter arbetar också fackligt.

## METOD

För att få en uppfattning om arbetsmodeller har jag således intervjuat fem psykologer med erfarenhet av olika organisatoriska modeller i längre intervjuer varav en telefonledes vid två tillfällen samt ytterligare en i en kortare telefonintervju p.g.a. dennes tidsbrist, totalt sex primärvårdpsykologer från olika landsting. Urvalet är baserat på enkät 2 samt tillgänglighet och lång erfarenhet inom området. Problemställningen är att belysa vissa centrala teman angående arbetsmodeller/ arbetsmetoder och själva arbetet på organisations-, grupp- och individnivå. Jag har valt semistrukturerade djupintervjuer. Frågorna är av öppen karaktär för att styra informanternas svarsinnehåll så lite som möjligt. Jag har använt ”Template analysis” (King 1998) en typ av tematisk kodning som är en ofta använd ansats i kvalitativ forskning. Man försöker då producera en lista av koder, ”a template” (ett ”innehållsmönster”), som representerar teman i den insamlade texten. Själva ansatsen positionerar sig någonstans mellan innehållsanalys och ”grounded theory”. Till skillnad från ”grounded theory” börjar man ofta med en lista av koder för att underlätta analysen, ofta en tematisk intervjuguide. Fyra av informanterna hade jag avtalat tid med på deras arbetsplats för en längre intervju på 1.5 tim som spelades in. Två av informanterna har jag haft telefonintervjuer med och varit förhindrad att spela in. Jag har därefter transkriberat intervjuerna och skapat kategorier. Texten har kodats utifrån studiernas övergripande mål. Resultatet presenteras kring ett antal identifierade huvudteman med citat från informanterna.

Frågorna jag ställde är följande;

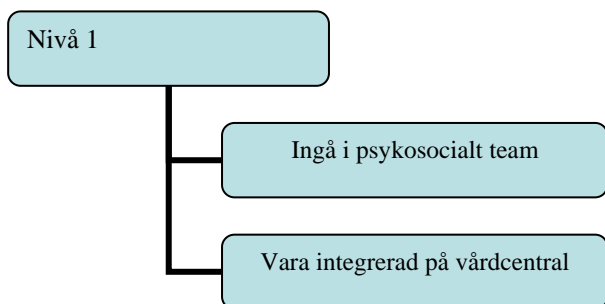
- Finns det någon arbetsmodell du funnit lämplig för primärvården?
- Hur ser samarbetet ut på vårdcentralen ? vilka yrkesgrupper?
- Hur ser arbetet ut på individnivå?
- Har du någon gruppverksamhet? Beskriv hur den ser ut.
- Dina möjligheter arbeta på organisationsnivå?
- Möjligheter till metodutveckling? Hinder?
- Är det någon arbetsmetod du förordar för just primärvårdpsykologer?
- Vad har varit svårast i yrkesrollen som primärvårdpsykolog
- Hur har du landat i din yrkesroll och blivit accepterad på en somatisk arbetsplats?
- Råd till nytillkomna primärvårdpsykologer?

## RESULTAT

Intervjuinnehållet täcks av kategorisystem jag preciserat till tre olika nivåer enligt följande:

### Nivå 1 .

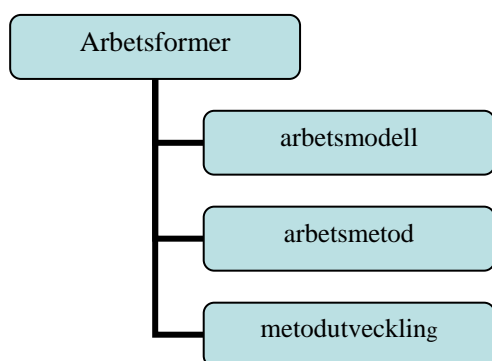
Här kan man skönja två olika yttre organisatoriska arbetsmodeller;



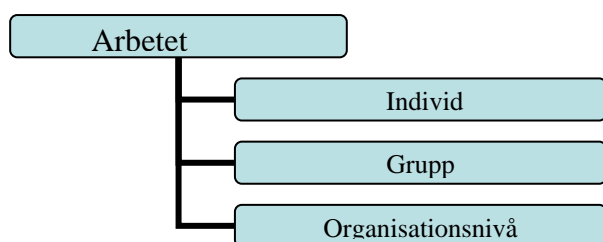
Jag har valt att redovisa de två organisatoriska arbetsmodellerna var för sig för att lättare kunna göra jämförelser . Övriga frågor jag ställt har jag sammanfört under följande kategorier;

### Nivå 2 och 3:

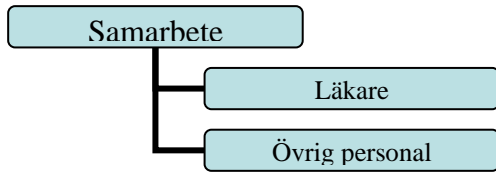
#### Arbetsformer



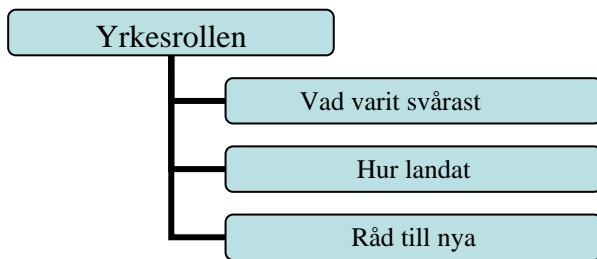
#### Arbetet



#### Samarbete



## Yrkesrollen



## Arbete i psykosociala team

Att ingå i ett psykosocialt team ställer krav på klara roller, tid för remissgenomgång samt gott samarbete olika yrkesgrupper emellan som inte alltid är helt problemfritt. Teamet med psykolog, kurator och psykiatrisjuksköterska har ofta egna lokaler i anslutning till vårdcentralen och kan ses mer som en egen enhet. I teamet finns terapeutiska kompetenser av skilda slag och nivåer där primärvårdpsykologen oftast blir något slags arbetsledare. Kuratorer har ännu inte medicinskt behandlingsansvar såvida de ej är legitimerade psykoterapeuter. Att sitta i egna enheter förhindrar integration med övrig personal på vårdcentral och kan bidra till utanförskap.

Röster från de intervjuade om att ingå i psykosocialt team:

*” Från början var det jag som var arbetsledare och fick vara med och bestämma hur samarbetet med läkare skulle se ut, vilka typer av patienter som skulle tas emot och hur det skulle gå till. Jag jobbade med en kurator, en sjuksköterska och en skötare. Då fick pat. ringa själva och läkarnas remisser var bara en del. Det var mer teamarbete. Kuratorn tog det som var psykosocialt, jag det mer psykologiska och sjuksköterskan, skötaren mer det som gränsade till psykiatrin. Det blev en Skaraborgsmodell som växte fram och såg lite olika ut på olika vårdcentraler. Då hade vi mest enskilda samtal ,men kuratorn och jag hade parsamtal. Det är så annorlunda då mot nu” .....*

Teamarbetet har förändrats över tid med minskade resurser och större upptagningsområden.

*..... ”Psykologresurserna är ju väldigt snålt tilltagna idag. Det var ju skillnad i Skaraborg. Där jobbade jag i ett område med 6000 invånare och hade dessutom en kurator till min hjälp. Nu har jag 15.000 invånare på 75% och ingen kurator” .....*

Att ingå i team innebär att olika yrkesgrupper med olika utbildning och kompetens skall fungera ihop och där samtliga sitter med "samtal". Tydliga befattningsbeskrivningar är viktigt.

*" Jag ingår i team med en kurator och en psykiatrisjuksköterska. Vi är totalt 50 personal med 8 psykologer och två nya tjänster skall tillsättas och har en kurator som chef för hela enheten." ... " Jag tycker det fungerar bra mellan oss och differentierar från utbildning och erfarenheter. Gemensamt har vi kriser, stress och depressioner." .... Jag är psykodynamiskt utbildad och har steg II i KT. Kuratorn har familjeterapiutbildning steg I. Psykiatrisjuksköterskan har psykiatriskt inriktning och ingen terapiutbildning. De som vill ha en psykolog eller önskat sig kommer till mig samt de som önskat något kognitivt.... "*

*"1992 behövde sjukvården förstärkas med viktiga kompetenser på hälsocentralerna. En psykolog med psykologisk kompetens, en socionom med social kompetens och en psykiatrisjuksköterska som en länk in i psykiatrin. Upptagningsområdet var 18.000 och tanken var en kompetens på 6000 invånare som inte stämmer med verkligheten utan jag har 18.000.... "*

Teamen översköjs lätt av remisser som strömmar in från olika håll varav de flesta utgörs av egenanmälan.

*"70 % är egen anmälan och 30% är remisser"..... "*

*"Vi drunknar i rena ärenden och psykologen har främst blivit överbelastad."..... "*

Teamen har ibland gemensam handledning som kan innebära både för och nackdelar med olika yrkesgrupper ihop.

*"Nu har vi tagit in handledning då både kurator och psykiatrisjuksköterska har steg I och sitter med lite terapeutiska samtal."*

Behovet av psykologer är större än övrig personal i teamet p. g. a efterfrågan och kompetens.

*"Jag räknar med att behovet är 2-3 psykologer, 1 socionom och 1 psykiatrisjuksköterska*

I Jämtland har man istället minskat på psykologresursen till förmån för andra yrkesgrupper.

*"Man rekryterade 14 personal från början -94 och vi fick en introduktionskurs 2-3 dagar per månad under hösten av Peter Währborg. Man startade psykosociala team på 4 vårdcentraler...." " Det föll i god jord och byggdes ut ute i länet, men där har det blivit mer kuratorer och psykiatrisjuksköterskor och inte tagit in någon psykolog. Behovet från utredningen -94 var 43 tjänster totalt och idag har vi 22 tjänster eller i realiteten 19.5."*

## **Arbetsformer**

Informanterna försöker hitta sin modell utifrån tidigare erfarenheter och kunskaper och anpassa den till arbetet. Psykologen är den som har mest kompetens och fungerar oftast som handledare för teamet samt arbetar mer med testinstrument Varje yrkesgrupp tycks arbeta självständigt, men man träffas vid gemensamma remissgenomgångar och fördelar arbetet.

Verksamheten baseras främst på egenanmälan (upp till 70%) och har som mål vara länk till psykiatrin.

Psykologerna verkar hårt belastade med ärenden, de upplever stress och har svårt få tid för metodutveckling.

### **Arbetsmodell**

Teamet fungerar som remissinstans och arbetet fördelas vid remissgenomgång .

*” Vi har remissgenomgång 2-3 tim en dag i veckan”*

Man samarbetar med sjukgymnast utanför teamet.

*” Vi har en sjukgymnast knuten till teamet 10%, 1 tim, med basal kroppskänedom.”*

Psykiatrisjuksköterskan fungerar som länk till psykiatrin och deltar i regelbundna möten.

*” Psykiatrisjuksköterskan har möten 1 tim varje vecka med psykiatrin som länk.”*

Arbetsmodellerna skiljer sig åt beroende på vilken teoretisk inriktning man valt i teamet eller kompetens på vårdcentralen I Jämtland har intresset varit stort för både psykosomatik och terapi med jagstrukturerat förhållningssätt.

*”2003-04 bestämde vi oss för att arbete mer tvärfackligt. En kurator och jag gick en treterminers kurs för Tatjana Sivik på Hultafors.”*

*”Det har varit trögt komma igång. Läkare slutar, det är vakanser och då föll idéerna, ingen har tid och vi har inte nått dit vi skulle med psykosomatiska team. ..”*

*”Jag har varit samordnare för fyra psykosociala team + psykosomatik-gruppen samt varit ute och pratat med politiker och vi har gemensam handledning hela teamet i lancianskt jagstrukturerat förhållningssätt något jag har varit med och startat för 10 år sedan....”*

I Gävleborg är psykologen leg. KT terapeut.

### **Arbetsmetod**

Psykologerna utför tester, gör skattningar samt stressprofiler. I Gävleborg vill man inte diagnosticera utan ” mer normalisera” .

*” Jag har tester ... som BAI, BDI och SCI-93 .Sjukgymnasten gör smärtskattning.*

*” Vi vill inte arbeta med tester utan gör mer stressprofiler och vill se mer det normaliserade utan att diagnostisera.... Sen har vi BDI , men vill hitta fler instrument för primärvården...”*

I Gävleborg kan man remittera längre kontakter till separat ”primärvårdsterapi”.

*Det finns primärvårdsterapi inom privatpsykiatrin här och går via läkarremiss för tid till psykolog och terapibedömning. Där går man kanske 20 gånger.”*

Arbetsmetoden är eklektisk och individanpassad.

*”Man kan inte ha en metod utan anpassar sig efter den patient man möter. Ett mer humanistiskt perspektiv och olika metoder för att möta olika problematik.”*

*”Vi är inte intresserade av symtomlindring utan autonomi och utveckling. Få människor göra något åt sin livssituation.”*

### **Metodutveckling**

Lite tid ägnas åt metodutveckling, men informanterna träffas regelbundet i psykologgruppen och på nätverksmöten för att diskutera metoder.

*” Vi har inget systematiskt men träffas i psykologgruppen regelbundet och pratar om vilka metoder. Jag åker på nätverksmöten och arbetar fackligt ... ”*

*”Vi sitter med jobb över öronen och har lite tid för metodutveckling”.*

I Jämtland har hela teamet handledning i jagstrukturerat förhållningssätt enligt Lacan.

*”Vi har gemensam handledning hela teamet (12 st) om två heldagar i månaden och handledaren kommer från Sundsvall och baseras på Palle Willemos teorier om jagstrukturerade förhållningssätt .”*

### **Arbetet**

I min enkätstudie framkommer att primärvårdpsykologens arbete främst utgörs av bedömningar och behandling med lite tid för gruppverksamhet, organisationsfrågor etc. Hinder för gruppverksamhet har varit lokalbrist samt att ingen tid avsatts för metodutveckling av gruppverksamhet. Gruppverksamhet ställer krav på både utbildning, erfarenhet, engagemang och samarbete med andra yrkesgrupper som måste få tid att växa fram, men intresse finnes bland psykologerna och har startats på flera håll. Vidare har efterfrågan på individuella samtal prioriterats då trycket varit stort med bristande psykologresurser och stora upptagningsområden. I teamen uppger informanterna sig ha mellan 4-6 samtal /dag. Tid måste ges att arbeta på både grupp och organisationsnivå utöver individnivå som är utarmande på sikt? Från ledningsnivå verkar intresset av att utveckla de psykosociala teamen eller föra deras talan brisfälligt.

### **Individnivå**

Vardagsarbetet består av främst av bedömningar , kortare samtalsbehandlingar samt journalföring som kan bli enahanda.

- *”Här blir det mest patienter som kommer. Jag har 5-8 samtal i genomsnitt per patient, men många bara 1-2 ggr. Det skulle behövas lite omväxling.”*

- *” Jag har 4-6 patienter per dag och skriver journal själv.”*

### **Gruppverksamhet**

Lite tid ägnas åt gruppverksamhet men psykologerna i team har startat både depressionsgrupp, stressgrupp samt självförtroende/självbildsgrupp för unga flickor.

- .
- ” Jag har haft en depressionsgrupp och en stressgrupp på 5-6 pat.”
  - ” Kuratorn har lite gruppverksamhet med livsstilsgrupp och jag har en grupp unga flickor (4 st) där vi arbetar med självförtroende och självbild.”

Informanterna vill arbeta mer med gruppverksamhet som också ger omväxling i arbetet.

”Jag skulle vilja arbeta mer med någon grupp i veckan. Jag har ett pedagogiskt upplägg och utnyttjar gruppens resurser. Nästa grupp skall jag ha med sjukgymnasten och då kan vi vara i deras lokaler.”.....

### **Organisationsnivå**

Det saknas psykologer på ledningsnivå för att någon skall bry sig och driva psykosociala teamens frågor och utveckling vidare. Det krävs lite styrning och saknas psykologisk kompetens för att ge teamet stöd.

”Det blir inte mycket med organisationsfrågor.”

”Största problemet nu är att vi hänger i luften. Det finns ingen från ledningen som driver frågan om vår verksamhet. .”

”Det skulle vara någon från ledningen som drar i det för det krävs lite styrning för ett annorlunda arbetssätt för den medicinska världen. Det bästa vore om det fanns en psykolog i ledningsgruppen.”

Arbetet som primärvårdpsykolog känns ensamt och de har varit mycket omorganisationer med nya chefer i landstingen.

”Det är ensamt vara primärvårdpsykolog.”

”Vi fick ny organisation 2004-05 där man slog ihop kuratorsenheten med psykosociala teamet och vi har en kurator som chef”.

Primärvårdpsykologer behöver bli mer sedda i organisationen för sin kompetens.

”Vi har sagt vi vill ha leg. psykologer och leg. psykoterapeuter. Läkarna är ju utbildade specialister. Det är ju inga AT/ST- läkare som är distriktsläkare. Leg. psykoterapeuter och leg. psykologer är bra på bedömningar och korttidsterapier med bred klinisk erfarenhet. Nu är det helt annan yrkeskategori som bestämmer utan kunskap. Vi har i alla fall kvalitetssäkring med vår leg.”

### **Samarbetet**

Det svåraste har varit att få till stånd något bra samarbete med läkarna när man sitter i egen enhet. Närhetsprincipen för god kontakt tycks viktig för ett bra och kontinuerligt samarbete med läkare. Idag har många vårdcentraler vakanser på läkarsidan som fylls ut med ”hyrläkare” och korta kontakter, vilket försvårar uppbyggandet av goda arbetsmodeller med trygghet för både patienter och personal. Det psykosociala teamet blir lätt en ren remissinstans p.g.a. bristande kommunikation med läkarna.

### ***Samarbete med läkarna***

Läkarens medicinska kultur är att skicka remisser .

*”Vi har inga regelbundna möten med läkarna utan träffas spontant i korridorer eller i våra rum, men ingen avsatt tid” ... ”. På den privata mottagningen i samma hus där jag är 50 % har läkarna inte tid att prata och då måste man kolla med receptionen först. De skickar remisser.”*

Problemen har främst varit att få till stånd regelbundna möten med läkarna som helst bara skickar remisser. Bristande läkarbemanning och ”hyrläkare” försvårar kontinuiteten.

*”Samarbetet med läkarna det har vi dragits med hela tiden. Första året var det bara motstånd och anti. Sedan bra att vi fanns och de förstod betydelsen. Därefter blev det stafett läkare varje vecka, en del var i 2 v och sedan kom någon ny. Det blev aldrig någon att etablera samarbete med. Sedan har man försökt med bättre läkarbemanning och nu ser det ganska bra ut ”.*

Läkarna saknar tid eller intresse för att arbeta tvärprofessionellt.

*”Då har man inte riktigt tid att arbeta tvärprofessionellt med ett holistiskt synsätt. Ibland har det funnits någon och då har vi haft en form att arbeta efter, men efter ett tag har den läkaren slutat...”*

*”Det finns inga regelbundna möten avsatt. Klockan 16-17 har läkarna administrativ tid och då jagar man läkarna...”*

*” Vi har remisskonferenser i psykosociala teamet kl.15-17 en gång per vecka och då vill vi att läkarna kommer hit och diskuterar patientärenden. Det sker men inte i den utsträckning vi önskar...”*

Läkarna behöver få mer kunskaper om psykologprofessionen och våga prova fler arbetssätt.

*” Läkarna vill bara skicka remisser, det är deras sätt att arbeta, det sitter i ryggmärgen och det är trögt få dem att tänka på ett annorlunda sätt.”*

### ***Samarbete med övrig personal***

Att arbeta i team med andra yrkesgrupper kan vara berikande, men kräver diskussioner angående befattningsbeskrivningar, vem som gör vad? samt personkemi.. En inte helt enkel uppgift.

*...”Det är inte så enkelt sitta med psykiatrisjuksköterskor och socionomer. Alla sitter med samtal. Psykiatrisjuksköterskan jobbar med kriser, mindfulness, mediciner och är tydlig. Socionomen med livsstilsgrupper. Psykologer med personlighetsbedömningar.”*

En informant försöker arbeta i psykosomatiskt team mer tvärprofessionellt.

*”Meningen var att arbeta i psykosomatiska team med läkare, sjukgymnast, sjuksköterska, psykolog och kurator. Nu har vi fått en ung sjukgymnast som vill vara med i vårt psykosomatiska team.”*

Psykologer har en kortare yrkestradition inom primärvården än kuratorer, som funnits längre inom sjukvården rent allmänt

*” Kuratorer uppfattas mer anpassningsbara. Det har mer sjukhustänkande eller vårdtänkande än vad psykologerna har.”*

## **Yrkesrollen**

Yrkesrollen som primärvårdpsykolog är ny och kräver både erfarenhet och tid för identitetsbygge samt är en process över tid. Att ingå i psykosocialt team som ensam företrädare för sitt yrke kan både vara utvecklande och frustrerande. Informanterna betonar behovet av en stark yrkesidentitet samt vikten att få två kulturer att samverka, och att bli sedd utåt.

### ***Vad har varit svårast i yrkesrollen?***

Det svårast har varit att införa ett biopsykosocialt tänkande.

*”Att två kulturer möts och få dom att samverka. Få ihop det dualistiska.”*

*”Det har varit hinder på hinder. Och när det blir krasst ekonomiskt blir det akutsjukdom.”*

*”Man tänker inte konsekvensmässigt med sjukskrivningar utan drar åt tumskraven och nollställer folk.”*

Informanten får ofta kämpa för att synas utåt och övertyga politiker om behovet.

*”Att hela tiden redovisa, lägga fram och övertyga. Jag känner mig sliten att hela tiden övertyga, försvara, ha mottagning och skriva journal.”*

Psykologen är oftast ensam i sin yrkesroll och skall företräda något nytt i en medicinsk kultur.

### **Hur har du landat i din yrkesroll och blivit accepterad på en somatisk arbetsplats?**

Informanterna känner sig respekterade, anses duktiga samt är väl inarbetade efter många år.

*-” I början var det väldigt anti, men nu mötts med mer respekt och ses duktig.”*

### **Råd till nytilkomna psykologer .**

Råd som ges är att stå fast vid sin yrkesroll och värna om sin kompetens.

*-"Vara rädd om sin yrkesroll. Våga stå för den man är. Det är lätt att drunkna i den naturvetenskapliga världen. Att orka hålla fast vid sin yrkesroll. Det är en utmaning tycker jag."*

**Sammanfattningsvis:** Informanterna uppger att arbete i team innebär mest egenanmälan och mindre remisser från läkare (30 %). Teamen blir lätt remissinstanser med lite feedback och utanförskap till övrig vårdcentral, vilket försvårar samarbetet med läkarna och övrig personal. Informanterna använder 2-3 tim för remissgenomgång varje vecka och fördelar ärenden. Psykiatrisjuksköterskan fungerar som länk till psykiatrin med regelbundna möten. Informanterna använder individanpassade eklektiska arbetsmetoder och har lite tid för metodutveckling. Arbetet består främst av individuella samtal och bedömningar, men viss tid ägnas åt gruppverksamheter de vill utveckla mer. Informanterna arbetar även fackligt. Att ingå i team kan vara berikande och öka utbytet, men ställer krav på samarbete med olika yrkeskategorier som har olika kompetens och utbildning. En inte helt enkelt uppgift som kräver tydliga befattningsbeskrivningar och god personkemi. Informanterna upplever att psykologen oftast blir arbetsledare, något som kan vara belastande. Arbetsmodellerna kan se olika ut beroende på teoretisk inriktning i teamet och tidigare erfarenheter. Informanterna uppger brister organisatoriskt med avsaknad av psykologer på ledningsnivå. Ledningsgrupper har bristande intresse av att utveckla teamen och ingen för deras talan. Det har varit svårast få till stånd ett samarbete med läkarna som begränsas av att man inte sitter i samma lokaler. Vakanser på läkarsidan försvårar kontinuitet och engagemang. Informanterna har landat bra i sin yrkesroll efter lång erfarenhet. De känner sig respekterade och uppskattade, men ensamma. Råd till nya är främst att värna om sin yrkesroll.

## **Psykolog integrerad på vårdcentral:**

Att inte arbeta i psykosociala team betyder inte att man inte har kontakt med andra yrkesgrupper. Ofta krävs samarbete utöver läkare med sjukgymnast, sjuksköterska, kurator och arbetsterapeut beroende på vilka yrkesgrupper som finns på vårdcentralen. I framtiden kommer flera yrkeskategorier finnas representerade på varje vårdcentral för patientens preferenser och behov. Att vara integrerad innebär tätare och mer spontana kontakter med läkare för samråd angående patienter och symtombild samt mer utveckling av det biopsykosociala tänkandet. Verksamheten baseras främst på remisser. Vidare tillgång till flera yrkesgrupper för överförande av psykologisk kunskap och möjlighet till gemensamma fortbildningar. Psykologerna ser till att träffa yrkeskolleger regelbundet.

Röster från två intervjuade om att arbeta integrerat på vårdcentral;

*"Att arbeta rent fysiskt inne i vårdcentralen innebär en viktig närhet mellan mig och patientens läkare. Den konkreta närheten gör det möjligt att byta tankar om symtombilden."*

Att arbeta lokalmässigt nära varandra ger mer dynamik och möjligheter diskutera diagnoser. Både sköterskor, undersköterskor och sekreterare kan ge viktig information.

*"Sköterskorna kommer också med egna initiativ, hör mycket vid provtagningar, och på dessa små mottagningar är de ofta oerhört välinformerade om patienterna. De har varit här i årtal och är en länk till psykologen."*

Att arbeta integrerat ger mer möjligheter att införa ett psykologiskt tänkande på vårdcentralen.

*”Uppdraget kommer att förändras men hittills har det varit att föra in ett psykologiskt tänkande på vårdcentralen så att man blir mer medveten om psykologiska processer och den andra delen har varit att ta emot patienter via diskussion med läkare, inga egenanmälningar, därför resursen var så liten. Från och med nu skall det vara fritt och vi ska utöka verksamheten och se hur stor underlag vi har.”*

## **Arbetsformer**

Många olika modeller beträffande rehabiliteringsteam har prövats och modellerna har varierat över tid beroende på Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens omorganisationer. På grund av orimligt stora upptagningsområden har trycket på individuella samtal varit stort och lite tid ges för gruppverksamhet eller metodutveckling. Informanterna har mer lagt vikt vid att synliggöra sig som psykolog på vårdcentralen, arbeta med direktkonsultation och få till stånd samarbeten med läkare och sjuksköterskor. Man vill ”in i rummet för att förändra”, visa på hur man arbetar för övrig personal. Målsättningen har varit att införa psykologisk kompetens för att skapa attitydförändringar på sikt. Arbetsmodellen är individanpassad eklektisk med både pedagogiska metoder, familjeperspektiv och kognitiva inslag som utvecklats från tidigare erfarenheter och en psykodynamisk bas. Utgångspunkten är patientens behov. En har avsatt tid för metodutveckling med yrkeskollegerna under sommaren, flera arbetar med sjukgymnaster och önskar mer gruppverksamhet. Det finns få möjligheter att remittera patienter med behov av längre kontakter, de som faller mellan stolarna och många har för stora upptagningsområden. Behovet av metodutveckling är stort och skulle möjliggöras om primärvårdpsykologerna hade mer kontakt med varandra.

## **Arbetsmodell**

De flesta har arbetat med olika rehabiliteringsmodeller tvärprofessionellt som sett olika ut över tid beroende på nya direktiv uppifrån som också medför mycket stress .

*-” Det som vi varit med att utveckla är ju rehab. teamen där vi är med. Det är med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och Försäkringskassa.*

*” Med smärtpatienter har vi lokala rehabiliteringsteam tvärprofessionellt och primärvårdpsykologerna är samordnare, men samarbetet har fallerat med organisationsförändringar och inom FK har de organiserat om sig, vilket gjort att de lokala rehab.teamen in fungerar längre som de gjorde i början. Det kommer nya sådana här modeller hela tiden på FK ’s initiativ så man känner det är lite kejsarens nya kläder.”*

*”Tidigare hade vi mini rehab. team men de är nedlagda nu och det skall komma något nytt.” Men de är väldigt stressade här. Dom har inte tid.”*

Flera samarbetar med kuratorer som finns integrerade på vissa vårdcentraler.

*”Jag har inga andra arbetsuppgifter än samtal. Jag hade tidigare samordning och rehab. möten när kuratorn var sjuk ,men det gör jag inte längre. Sen har vi börjat med psykosocialt*

*team då vi träffas varannan vecka 1 tim kuratorn och jag för att diskutera och fördela patienter och meningen är att läkarna skall kunna komma in ... ”*

Att synliggöra sig är viktigt för attitydförändring och kunskapsöverföring samt att arbeta mer med direktkonsultation.

*” Jag tycker det är viktigt man är synlig på vårdcentralen och att man blir synlig i samma rum. Jag går in och gör direktkonsultation. Då ser ju läkaren vad jag kan göra eller sättet att ställa frågor hos en som kommer in för 7.e gången på 2 v. för att hon har ont i magen Att se patientens hela livsproblematik och familjesituation För jag vill inte bara jobba med patienter för då blir det samma som öppenvårdspsykiatrin i primärvårdens lokaler. Utan man måste in i rummet och förändra.”*

### **Arbetsmetod**

Informanterna uppger att metoderna har modifierats för primärvården utifrån egna erfarenheter. De använder sig mer av pedagogik, arbetar mer eklektiskt än tidigare samt samarbetar mer med sjukgymnaster.

*” Jag har modifierat och ganska mycket handlar det om pedagogik. Folk vet inte ens var magen sitter. Jag sitter i samma lokaler som sjukgymnaster och lär mig hemsk mycket och jobbar mycket med dom och deras resonemang om kroppsliga spänningar det använder jag mycket.*

*”Jag använder ofta familjsystemiska tankar för att förstå patienten. Jag arbetar eklektiskt, en blandning av allting. Och visst finns det inslag av kognitivt också. Jag har det psykodynamiska som en bas.”*

Det finns ett dualistiskt perspektiv och man försöker se sambandet kropp- själ.

*”Hur samspelar kroppens olika organ, spänningstillstånd, livets påfrestningar. Jag försöker oftast förenkla för att förstå och just försöker se hela kroppen i sitt livssammanhang. Det freudianska synsättet finns ju i bakgrunden, men också det pedagogiska. Jag försöker vara oerhört öppen i vad jag säger och förklara och uppmuntra ”patienten att protestera och säga ifrån.”.*

Arbetsmetoden i primärvården kräver ett aktivare förhållningssätt än inom psykiatrin.

*” Jag är oerhört aktiv och frågar mycket.”*

### **Är det någon arbetsmetod du förordar?**

*-”Ja, att vara mer aktiv och arbeta konsultativt gentemot läkarna. Jag skulle önska mer med sjuksköterskorna också. Vi är ju för få psykologer idag som har den rollen.”*

De psykodynamiska teorierna förordas som en viktigt bas för människosynens skull och även familjeperspektivet är viktigt.

*” Nej egentligen inte. Men jag tycker man skall ha en psykoanalytisk bakgrund för människosynens skull. Men jag tycker absolut man kan arbeta kognitivt, beteendeorienterat och pedagogiskt.*

*”Familjeperspektivet måste in. Ta in hela familjen och titta på livsstil.”*

Arbetsmetoden varierar utifrån patientens behov och psykologer väljer själv metod.

*” Man skall jobba utifrån patienten och patientens behov. Och den enda som kan bedöma vad patienten behöver det är vi och det måste man veta när man kommer ut. För andra vill gärna tala om, gör så här och så här. Och så kanske man gör så för att bli omtyckt.”... ”Tester och formulär har jag slutat med. Det hade jag längre tillbaka, men märkt jag bedömer lika bra själv utan.”*

Psykologerna använder mer kognitiva förhållningssätt och en gör baslinjemätningar.

*” Jag är psykodynamisk psykoterapeut inriktad mot barn/ungdom, men visste att man inom primärvården föredrar att man arbetar med kognitivt förhållningssätt. Jag har börjat arbeta mer kognitivt och har kognitiv handledning så det har jag förändrat mycket. Jag ser mig som mer eklektisk och använder mig mycket av mina psykodynamiska teorier också, men mer kognitivt för att hantera ångest och att tänka runt depression. Nu har jag börjat mer med baslinjemätningar och tester utifrån den kognitiva handledningen..*

Andra kombinerar det pedagogiska med det kognitiva beroende på tid till förfogande .En vill arbeta mer med direktkonsultation.

*” Jag är mindre psykoterapeut och mer pedagog och det är inga regelrätta psykoterapier i den bemärkelsen. Jag brukar säga 5 samtal, sen finns det undantag. Dom söker mig om det inträffar något akut 1-2 ggr och sedan är det bra. Så vi gör ju inte upp några kontrakt. Jag arbetar mer pedagogiskt , t.ex. smärta, talar om vad som händer i kroppen, ritar upp på papper och hänvisar mycket till litteratur som patienten får ta del av själv. Jag tror jag arbetar mer kognitivt idag än när jag var i psykiatrin, men det beror på vilken patient som kommer. Jag utgår mer från den aktuella problematiken. För det är ju det man hinner hjälpa människor att hantera på den här korta tiden man har till patienten på en vårdcentral.”*

*”Ibland ger jag direktkonsultation till läkarna också. Det kan ju hända att läkare kommer upp på mitt rum och säger ”Du måste komma ner”.... och patienten ligger där på britsen. Så vi är tillsammans och det blir som direktkonsultation hos läkaren och att man hjälper läkare som jag också tycker är viktigt.”*

Det skulle behövas mer privata psykologer och psykoterapeuter för längre samtalskontakter.

*” Ibland möter jag patienter som har behov av längre kontakter och skulle må bra av det, så känns ju inte psykiatrin som rätt fora. Jag skulle vilja det fanns privata psykologer och psykoterapeuter. Då får patienterna också välja.”*

*”Det är viktigt varje vårdcentral klargör sina behov. Det pratas så mycket om beteendevetare idag. Jag har en uppfattning att man inte skiljer på psykiatrisk skolad personal och psykologer.”*

## **Metodutveckling**

Intresset är stort men det ges lite tid och möjligheter till metodutveckling och arbetet känns stressande. En informant har metodutveckling med yrkeskollegor under sommaren samt handledning varannan vecka. Informanterna vill utveckla metoder i "tilltron till psykologiska kunskaper", samarbete, psykosomatik och gruppverksamhet.

*- "Ja vi träffas varje vecka 4 tim och varannan vecka har vi handledning. På sommaren har vi några veckor och går igenom hur vi arbetat under året, funderar hur vi skall utveckla arbetet."*

*"Jag skulle vilja utveckla just det här med tilltron till psykologiska kunskaper"*

*"Det är sån stress och press, så det är bara att jobba på på något sätt."*

*"Jag skulle vilja utveckla psykosomatiken tror jag. Det är otroligt viktigt samarbete mellan kroppen – själen..."*

*"Men jag tror det här med grupper. Det finns ganska många kvinnor som är misshandlade psykiskt och ångest, lindriga fobier skulle man säkert kunna ha i grupper och då tror jag man skulle kunna förenkla för sig själv och föra in det humanistiska psykologiska kunnandet och inte gå in i det somatiska."*

*"Det finns inte så mycket utvecklingsmöjligheter eftersom läkarna har sån liten tid och jag skulle vilja ha mer samarbete." ... "Jag det är väl möjligt om man hittade något och fick det godkänt och gå någon utbildning och ha grupp."*

Stora upptagningsområden med få psykologer som har olika chefer bidrar till splittring och förhindrar metodutveckling.

*"Det är svårare med stora upptagningsområden. Vi är tre här och placerade på olika vårdcentraler som har gjort det svårare arbeta med metodutveckling. Jag tror vi hade klarat det om vi haft en och samma chef och diskussion kring hur jobbar vi? Vad är bra? Vad har varit sämre/bättre?....Det blir för mycket patienter och det finns ingen tid för metodutveckling, för lite forskning och handledning."*

## **Arbetet**

Vardagsarbetet består främst av individuella patientbesök om 4-7 patienter per dag. Få möjligheter ges till gruppverksamhet även om både intresse och idéer finnes hos informanterna. Psykologer på ledningsnivå saknas och flera har haft chefsbyten och omorganisation som förhindrat engagemang. Vidare framkommer okunskap bland politiker och ledningsgrupper om vad psykologer kan tillföra. Att sitta organisatoriskt ihop skulle möjliggöra bättre tillvaratagande av kompetens samt möjligheter till gemensam utbildning.

## **Individnivå**

Arbetet med patienter är tidskrävande och slitsamt.

*"På 75 % träffar jag 15 patienter /v och ibland 5 på en dag beroende på vad jag gör"*

*"4 är det vanliga ibland 5 /dag"*

*"Jag har 7 vårdcentraler och fördelat tiden, en halv dag per ställe och en heldag på en större. Jag har 6 patienter per dag normalt och ibland 7."*

## **Gruppverksamhet**

Flera informanter har erfarenhet av gruppverksamhet med främst sjukgymnast och kurator, men upplevt svårigheter få tiden att räcka till och prioriterat individuella samtal. En informant handleder sjuksköterskor och dietister som har gruppverksamhet

*”Vi har ingen gruppverksamhet, men däremot handleder jag sjuksköterskor som har patienter i grupp och distriktssköterskor och dietist. Psykologresursen är ju snålt tilltagen och det här att man snävar åt och man bara skall ha några gånger gör ju att man aldrig hinner behandla pt. Man hinner bara visa på problemet och sedan skall man avsluta. Det börjar bli tendenser från ledningens sida som är pressade av politiker och andra.” .....*

Några informanter har haft gruppverksamhet med kurator, sjukgymnast eller arbetar mer tvärprofessionellt, men främst handlar det om tidsbrist och underdimensionerat med psykologtjänster.

*”Kuratoren och jag har väl funderat på det. Kuratorn har promenadgrupp, men skulle vilja starta andra grupper också. Jag är intresserad men behöver utbildning då om jag skall starta grupper. Man måste veta vad man gör när man startar dom. Jag är inte van ha grupp så.”*

*-” Vi har pratat om att ha gruppverksamhet, men det har stannat vid det. För det första är schemat för tajt för alla kategorier på en vårdcentral och lokalerna. Det är ju en brist. Sen borde man ju kunna åka på gemensamma utbildningar. Sen är det ju ekonomin som inte varit speciellt positiv. Det tycker jag varit mycket sämre än inom psykiatrin med utbildningsmöjligheter.” .....*

*-” I början försökte vi arbeta tvärprofessionellt och jag var ivrig ha grupper. Vi prövade med ryggsmärta 4-5 kvinnor och viktreduceringsgrupp med ledbesvär och där fanns en dietist också. Men det krävde ganska mycket arbete, mer än jag trodde. Men behoven från vårdcentralerna är så uppenbara, så jag har valt att bara arbeta med patienter. Man skulle kunna ha grupp i sjukgymnasternas lokaler. Sjukgymnasterna har en öppen mottagning och träningslokal.”*

*- ”Det gäller ju att få tid med det. Det kanske tar tid av de som vill ha individuella kontakter. Och de skulle få vänta ändå längre och det är ett stort önskemål efter individuella samtal. Jag tycker det är underdimensionerat med psykologtjänster. Det borde vara två på området.”*

## **Organisationsnivå**

Enligt informanterna saknas det psykologer i ledningsgrupper samt att psykologernas inflytande på ledningsnivå har minskat men däremot ökat på vårdcentralerna.

*” Jag vill att det skall finnas en psykolog i varje ledningsgrupp, man behöver få in det här tänkandet.”*

*” Nja det fanns rätt mycket möjligheter i början men nu har det varit omorganisation och chefsbyten och nu är det möjligheterna mycket mindre. Det har skett en förändring under*

*mina fyra år. Psykologernas inflytande har minskat på ledningsnivå men ökat på vårdcentralerna, där jag har stora möjligheter påverka... ”*

Informanterna har haft mycket chefsbyten med omorganisation och flera chefer saknar kunskaper om psykologer. Två av informanterna har medvetet avstått att arbeta med organisationsfrågor.

*” Vi har haft mycket organisationsförändringar över lag och två chefsbyten, ekonomin som inte går ihop har bidragit och ett nytt datasystem. Det har varit mycket att ställa om sig till och det är ingen som har tid sätta sig ner och reflektera över arbetet. På en vårdcentral bad chefen om min hjälp med en arbetsgrupp distriktssjuksköterskor med samarbetssvårigheter ” De chefer vi haft har ju inte haft någon kunskap alls om psykologer, vilket gjort vi har fått driva arbetet själva. De har ju inte motarbetat oss ,men de kan ju inte de här.”*

*” Jag tror inte det passar mig arbeta organisatoriskt, men jag tycker psykologer skall ha mer att säga till om inom vårdplanering för det är mycket värdefull kunskap och har mycket att tillföra.”*

*” Det hade underlättat med en och samma chef för primärvårdpsykologerna. Då hade vi kunnat byta tjänster och lättare med handledning och organisatoriska insatser.”*

*” Jag har medvetet avstått arbeta organisatoriskt, men får säkert tillträde om jag ber om det.”*

## **Samarbete**

Samarbetet med läkarna tycks fungera ganska bra med både informella och formella möten regelbundet. Man kan diskutera remisser och symtombild för att besluta om vad som skall prioriteras. Psykologerna får ofta initiera möten och vara flexibla för att kontakterna skall fungera. Närhetsprincipen lokalmässigt betyder mycket. Man samarbetar främst med läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och kuratorer för patienter med ångest, stress, livsstils-sjukdomar och kriser.

### ***Samarbete med läkarna***

Informanterna uppger att läkarna är ovana arbeta i team på vårdcentraler och att det tagit tid få till stånd möten och bra kommunikationsformer.

*” Och sedan är det ju att utveckla ett nära samarbete med läkarna. Det har varit ett problem egentligen genom alla år på alla vårdcentraler inte bara för mig. Att få till ett välfungerande samarbete .De är ju ovana på vårdcentraler arbeta i team. Vi har ett naturligt samarbete då vi måste diskutera om våra remisser och tillsammans komma överens om vilka som skall prioriteras.”*

Numera har man regelbundna möten och samråder ofta angående remisser.

*” På den del vårdcentraler har vi träffats varje vecka och en annan varannan vecka så det blir mycket informella möten. ... ”*

*” Jag får remisser från läkarna och ibland pratar vi lite om remissen. Sen är det jag som tar kontakt med läkaren om det är något jag vill prata mer med dem om. Det är inte ofta läkaren kommer och frågar hur det går eller är intresserade av behandlingen. Jag har velat ha lite mer inplanerade träffar för samarbete men det går de inte med på. De har för mycket att göra och känner sig pressade. Jag får i stort sett vara väldigt flexibel och hitta tider när jag kan träffa dem. Jag har 11 läkare jag samarbetar med och nu tar jag bara remisser från läkarna och har ingen egenanmälan..”*

Mer informella möten sker oftast i korridorer och kaffe-rum. Hur samarbete blir beror mycket på chefen.

*” På en av vårdcentralerna har vi en tid i månaden läkarna och jag då vi träffas och diskuterar gemensamma patienter. Det har fungerat väldigt bra. På en annan har inte något sådant samarbete kommit till stånd. Där har det varit mer att de ser på mig med skepsis. Vad skall jag kunna göra på en vårdcentral?, men där har samarbetet skett i korridorer, kafferummet och typ ”Har du tid komma några minuter och komma in på min expedition för att prata om en patient?”? Så blir det 20 minuter oplanerade möten. Det har funnits planerade möten.... Jag tror chefen på varje aktuell vårdcentral har väldigt stor betydelse om det skall lyckas eller inte.*

Och det har tagit tid arbeta in sig. Mycket kontakter sköts via mail.

*”Med läkarna är det ett oerhört gott samarbete. Jag har arbetat in mig på alla ställen. Alla vet vem jag är. Det inleds alltid med att läkaren skriver några rader remiss. Ibland går jag till doktorn och frågar; Har du mer att säga om det här? Och tycker jag under arbetets gång att jag behöver mer information så går jag till doktorn.*

*” Jag skriver mina journalanteckningar själv och vill jag de skall få veta något skriver jag ett mail om att ” läs min journalanteckning”. Jag skriver förslag till doktorn om sjukskrivningar, så ber jag doktorn titta på mitt förslag.*

Omsättning på läkare försvårar samarbetet.

*Vi har inga formella möten. Det var sådana som väntade 2-3 år innan de skickade remisser till mig. Nu får jag från alla, men svårt när de sällan är där. På en vårdcentral är det stor omsättning på läkare och finns nästan inga alls.”*

## **Samarbete med övrig personal**

Informanterna samarbetar främst med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och kuratorer som finns integrerade.

*”Sjukgymnaster och arbetsterapeuter sitter inte på vårdcentralen där jag jobbar. De sitter i andra lokaler. Då har de efterfrågat handledning och jag har åkt ut var 14:e dag eller en gång per månad och likaså med distriktssjuksköterskor. Det där har gått i perioder.*

*” Jag sitter i samma korridor som sjukgymnaster och tillhör Samrehab. organisatoriskt. De brukar tala om att jag finns och sedan är det fritt fram för patienten om de vill träffa mig.*

*Vi sitter ganska ofta första gången tillsammans och jag finns som resurs. Sjukgymnasten berättar vad det har sett och patienten finns med så vi alla tre hör så mycket patienten vill öppna upp. Jag möter ofta värkpatienter och då går jag till sjukgymnasterna och frågar om de kan hjälpa mig med det här.*

*”Ångestpatienter tar sjukgymnasterna snabb och jag har fått hjälp med. ..” ...*

*”På en vårdcentral har vi regelbundna möten på deras önskan och träffas en gång per månad. Läkarna plus 2-3 sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologen går igenom aktuella patienter 1.5 timmar”.*

*”Sjuksköterskor kommer också på egna initiativ. De hör mycket, tar prover och på dessa små mottagningar är det ofta oerhört välinformerade om patienter. De har varit här i årtal, men vi har inget organiserat samarbete.”*

*”I höstas kom en kurator 2 dagar per vecka. Vi träffas en gång per vecka och det börjar arta sig, men det tar tid. Hon har en del kriskompetens, erfarenhet från sjukhus och palliativ vård. Vi försöker fördela remisser och oftast fungerar det bra.”*

*”Kuratorn fanns innan jag kom. I början tror jag hon kände sig hotad av mig och det tog ett tag innan vi funnit samarbetsformer, men nu tycker jag det fungerar bättre. Vi har vissa överlappande patienter, men läkarna tycker jag är ganska bra på att skilja på det här och remittera till den som ska ta vad. Jag tar de remisser jag får och hon tar sina.”*

## **Yrkesrollen**

Det svåraste i yrkesrollen tycks vara att behålla sin psykologiska kompetens och inte falla in i det medicinska tänkandet som ensam representant i en dominerande medicinsk domän. Kanske till och med förstärka det psykologiska och humanistiska för att utveckla personalen, ge dynamik och en bättre helhetssyn på patienter. Att bli primärvårdpsykolog är ett identitetsbygge över tid som alla tycks ha lyckats bra med efter flera år i yrket, men kan se lite olika ut på olika vårdcentraler beroende på hur öppen man är själv. Råd till nya primärvårdpsykologer är främst att bevara sitt psykologiska kunnande, göra sig synlig på arbetsplatsen, orka stå emot det medicinska tänkandet samt få till stånd bra samarbete med läkare/övrig personal. Vidare vara flexibel samt öppen för nya lösningar och olika arbetsmodeller. Vara nyfiken och våga samt inte bara arbeta med individuella patienter. Arbetet kräver livserfarenhet och bra om man är flera psykologer som stöd i yrkesrollen och kanske inte första arbetsplatsen som nyutexaminerad.

### **Vad har varit svårast i yrkesrollen?**

Informanterna uppger att det svåraste varit att behålla det psykologiska tänkandet då psykologer kommer från en helt annan tradition. Vidare känner de sig otillräckliga samt ensam i yrkesrollen.

*”Som psykolog kommer man från helt annan tradition, en mer filosofisk tradition och den är mycket svårare inom vården och så är man då ensam som skall företräda något nytt. Det är jättesvårt ”*

-” Det har varit att behålla det psykologiska tänkandet. Det är det absolut svåraste för det finns inte den hållande funktionen som finns i andra verksamheter, som psykiatrin, BUP där finns ett automatiskt hållande, att man håller ramar, gränser är självklart. Inom primärvården är det fruktansvärt gränslöst.”

”Och det är svårt när man är en person mot kanske 30 som har ett annat tänkande.” ... För man vill ju vara en i gruppen, och faran att man anpassar sig. Då blir ju det psykologiska tänkandet förflackat. Då blir det ett medicinskt tänkande och det är risken när man försöker ha snabba kontakter och träffa väldigt många. Att man dras till ett medicinskt förhållningssätt, vilket man inte skall göra utan istället förstärka det psykologiska för det är det som de behöver ha in. Det medicinska kan de redan.”

”Man skall ju inte vara ensam psykolog utan vara flera. I Biskopsgården var vi två psykologer som satt tillsammans och hade två psykologkandidater under en termin. Det blev så väldigt stor skillnad. Vårt tänkande fick så stor genomslagskraft.”

” Det svåraste är att orka egentligen. Det gäller ju att man finns där och orkar med. Att inte vara sjuk, då faller hela systemet eftersom man är så få. Man är ju helt och hållet självständig och det finns ingen som kan hoppa in. Man är ju som en egen företagare.”

” Alla möjligheter jag kan se man kan göra som psykolog i primärvården. Det blir så mycket så det kan kännas tungt också. Så ensamarbetet och sen den stora mängden arbetsuppgifter.

”Man känner sig ofta otillräcklig.”

### **Hur har du landat i sin yrkesroll och blivit accepterad på en somatisk arbetsplats?**

Informanterna har landat bra och känner sig trygga, säkra och uppskattade i sin yrkesroll på grund av lång erfarenhet i yrket. Framför allt behöver man vara öppen och flexibel för att bli accepterad.

” Nu tycker jag det blivit bra. Jag har ju arbetat så himla länge. Jag känner mig säker i min yrkesroll. Det är skillnad när man börjar som ny.....Nu vet ju jag hur jag vill att det skall vara och det är jag väldigt tydlig med när jag kommer ut och det har aldrig varit något problem.”

” Ja det tycker jag fungerar ganska bra för det mesta och kan variera från person till person. En del är väldigt positiva till psykologer, en del är lite misstänksamma. Det finns en del som inte tycker det tillför så mycket. Det är ju så alltid, men i det stora hela tycker jag att jag är uppskattad och att dom verkar vara nöjda med mitt arbete.” ” Det finns en stor önskan hos många i personalgruppen att syssla med det här psykologiska. Distriktssköterskor har en önskan att börja med samtalsmottagning och gå någon terapeutisk utbildning och även läkarna är intresserade av samtalsbehandling.”

-” Ja det tycker jag att jag gjort och det kan ta olika tid på olika arbetsplatser. Det tror jag har att göra med hur öppen man är mot psykologer.”

-” Jag tycker jag landat bra och det som sägs till mig är nästan bara uppskattande. Jag får bara positiv respons. Jag tycker det humanistiska perspektivet förstärks. Jag vill ge en annan

*inriktning och talar väldigt ofta nästan mer filosofiskt om livets mening. Det somatiska finns så givet. ”*

### **Råd till nytillkomna primärvårdspsykologer.**

Råd till nya är att värna om det psykologiska tänkandet och inte låta sig förföras av den medicinska kulturen. Vidare vara öppen, flexibel, samarbeta, ha bra handledning och synliggöra sitt arbete.

*” Att värna om det psykologiska tänkandet och inte låta sig förföras av det medicinska för det är vi inte bra på. Vi är bra på det psykologiska. Att ha bra handledning. Att våga stå för vår kunskap, att vi har en lång utbildning och våga ta strid för det.”*

*”De kan inte tala om för oss att vi ska ha kognitivt eller korttidsterapi eller kortare samtal, eller si eller så. Det kan vi göra när vi tycker det är rimligt. Det är vi som skall göra den bedömningen”.*

*” Det gäller att ha ett bra samarbete med läkarna på arbetsplatsen. Lyssna på dom och se vad de vill ha och gå dom till mötes. En del är mer medicinskt inriktade, en del vill gärna ha samtal själva och då tycker jag det blir dubbelt upp. Då behöver man kanske inte ha någon psykolog i dom kontakterna. Jag tycker det fungerar bättre med läkare som är medicinskt inriktade och som lämnar psykologsamtal till psykologen. Annars blir det en konkurrenssituation.”*

*” Att vara synlig, inte bara arbeta med patientkontakter och behandlingar”.*

*”Att samarbeta med alla yrkesgrupper, vara flexibel och hitta lösningar. Träffa patienter med läkarna och samarbeta med sjuksköterskorna så de får se hur man jobbar. Att synliggöra arbetet och att den psykologiska kompetensen kommer in på vårdcentralerna i första hand.”*

*” Jag har mina erfarenheter från BUP och är oerhört välinformerad om samhällets olika delar och därför tycker jag att det här är inget för nyutbildade. Man skall icke sätta nyutbildade i det här. Man måste ha livserfarenhet och rekommendation att vara öppen. Mina intryck av psykiatrin är att det är stängt, inskränkt, slutet, fungerar inte. Här krävs en öppenhet.”*

**Sammanfattningsvis:** Informanterna som arbetar integrerat på vårdcentraler baserar arbetet nästan enbart på remisser från läkare. Närhet lokalmässigt gör att de har mer samråd med läkare och bättre kommunikation angående patienters diagnoser, symtombild och behandling samt tillgång till fler yrkeskategorier. Informanterna samarbetar också med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, dietister samt kuratorer beroende på vad som finns på vårdcentralen. Informanterna har provat flera modeller med rehabiliteringsteam som förändrats över tid med omorganisationer. De arbetar individanpassat eklektiskt och vill främst ”synliggöra sig”, ”gå in i rummet och förändra” samt arbeta mer konsultativt och få in t.ex. familjeperspektivet. Arbetsmetoderna och modellerna har modifierats i primärvården utifrån tidigare erfarenheter och kompetens. Informanterna är mer aktiva och pedagogiska än tidigare. Basen tycks vara psykodynamisk för människosynens skull. Informanterna vill få till stånd attitydförändringar och föra in ett psykologiskt tänkande på vårdcentralerna. Arbetet består främst av individuella samtal och bedömningar. Lite tid ägnas åt gruppverksamhet på grund av både lokalbrist och tidsbrist. Informanterna har enormt stora upptagningsområden. Olika chefer i samma landsting skapar splittring och det saknas psykologer på ledningsnivå för överförande av psykologiska kunskaper till chefer, enligt informanterna..

## DISKUSSION

Jag har i detta arbete försökt skapa en bild av primärvårdpsykologer verksamma i Sverige, hur många de är, deras arbetsuppgifter, deras arbetssituation och de olika arbetsmodeller som de utvecklats. Basinformationen härrör från en enkätstudie, som kompletterats med fördjupande intervjuer med några erfarna primärvårdpsykologer. Det ursprungligen planerade samarbetet med Socialstyrelsen skulle ha kunnat ge en heltäckande inventering, men på grund av att detta samarbete av praktiska skäl blev fördröjt gjorde jag i stället en egen inventering där jag utnyttjade existerande nätverk och andra informationskällor. Jag gjorde också ett eget utskick till landstingen och fick på så sätt ytterligare information om anställda psykologer. På detta sätt har jag lokaliserat totalt 129 psykologer, en siffra som ligger över de uppskattningar som tidigare gjorts t ex av Psykologförbundet (ca 100 psykologer). På grund av att alla landsting ännu ej besvarat min förfrågan kan man tänka sig att det finns ytterligare några.

Av de 89 först funna primärvårdpsykologerna besvarade 56 enkäten. Bortfallet är 37 % på grund av att flera slutat sin anställning, bytt arbete, flyttat, varit sjuka, tjänstlediga eller inte besvarat enkäten av för mig annan okänd anledning trots påminnelse.

### *Regionala skillnader*

Av de 129 lokaliserade primärvårdpsykologerna har jag namn (och e-mail adresser) till 108, de övriga 21 finns i anonym form i redovisningar från olika landsting och verksamhetschefer. Det kanske alltså finns några ytterligare för mig okända. Hela övre Norrland är ett okänt fält ännu, men jag har noterat att det bara i Norrbottens landsting finns 33 vårdcentraler. Jag har fått uppgift om att där finns en primärvårdpsykolog som anställdes hösten 2004 med placering i Malmberget, och på övriga vårdcentraler har man under det senaste året anställt 7 kuratorer med steg 1 - kompetens samt beteendevetare. I Västerbottens landsting finns 35 vårdcentraler varav 4 vårdcentraler delat på en halv psykologtjänst. I Västernorrland finns 38 vårdcentraler med ca 15 kuratorer, men ännu inga primärvårdpsykologer.

Av de namn jag fått in kommer en stor andel från landstingen Västra Götaland och Stockholm. En orsak är dessa landstings storlek, men också att där funnits drivande personer på landstings- och universitetsnivå. Region Skåne har nyanställt en ansevärd grupp under sommaren 2005. Sedan finns det mindre landsting som varit tidigt ute på grund av aktiva intresserade personer och positiv inställning på landstingsnivå, hit hör Jämtland, Gävleborg, Halland och Kalmar. På bara Gotland finns tre primärvårdpsykologer med främst psykosomatisk inriktning. I Uppsala, Sörmlands och Värmlands landsting finns inga primärvårdpsykologer anställda, men här har man anställt primärvårdskuratorer de senaste fem åren. I Växjö har man "primärvårdsterapeuter" som konsulter från psykiatrin på vårdcentraler och endast en primärvårdpsykolog anställd. Kanske ett led i psykiatrins nedrustning där personalen måste finna nya arbetsuppgifter i ett vårdkedjetänkande? På flera håll har man psykosociala team med kurator, psykolog och psykiatrisjuksköterska. I min enkätstudie samt i intervjumaterialet framkommer att landstingen i Gävleborg, Jämtland samt Skaraborg valt att arbeta med psykosociala team. Av de sex psykologer jag intervjuat arbetar två i team och övriga fyra integrerat på vårdcentraler.

### *Arbetsätt*

Majoriteten av primärvårdpsykologerna i min studie arbetar heltid och är legitimerade psykoterapeuter. De psykologer som ej är legitimerade psykoterapeuter använder sig i större

utsträckning av kognitiva behandlingsmetoder, medan de med psykoterapeutlegitimation oftast har en dynamisk inriktning i grunden; endast tre av de 30 med psykoterapilegitimation är legitimerade KT/KBT - psykoterapeuter. De flesta primärvårdpsykologerna är äldre, många kommer från psykiatrin, de har över tid tillägnat sig ett mer eklektiskt arbetssätt överensstämmande med personlig stil och mognad för bästa resultat. Många uppger att arbetsfältet kräver nytänkande i metoder för kortare insatser och behandlingar. I intervjuerna framkommer att både de som arbetar i psykosocialt team och de som arbetar integrerat använder sig av en individanpassad eklektisk terapistil. Många uppger att de har viss gruppverksamhet. Det finns ett behov av mer tid för metodutveckling.

### *Organisatoriska förhållanden*

Många har idag en tjänst delad mellan 2-4 vårdcentraler vilket upplevs kunna leda till stress och andra problem. Underbemanningen när det gäller psykologresurser är uppenbar: efter vad man idag vet om de psykiska problemens vanlighet bland primärvårdens patienter ("den tredje patienten") kanske den optimala arbetssituationen vore en psykolog på varje vårdcentral eller en på 4500 invånare, att jämföra med läkarnas kvot om 1500 invånare per läkare. I dag är det alldeles för stora upptagningsområden, ofta ca 20-35000 invånare eller mer på en enda psykolog. Underbemanningen skapar även ensamhetsproblematik med få yrkeskollegor tillgängliga för tankeutbyte och konsultationer.

Vårdcentralpsykologens närmaste chef är främst en verksamhetschef/vårdcentralchef som i allmänhet är läkare eller sjuksköterska. Glädjande nog har sex av primärvårdpsykologerna i denna studie en psykolog som chef. En av de intervjuade har en socionom som chef. Några arbetar privat genom praktikertjänst eller har en vd som chef, vilket kan ge bättre utbildningsmöjligheter och mer inflytande beträffande kompetensutveckling.

De flesta uppfattar chefen som positiv, nöjd och angelägen, men på flera arbetsplatser saknas tid och engagemang för primärvårdpsykologens arbete. Flera är missnöjda och har i något fall till och med upplevt chefen som negativ, att chefen inte har kunskaper om psykologens arbete och arbetsuppgifter utan ser psykologen som någon som "tröstar och talar", till skillnad från mer resultatriktade psykiatriker eller kuratorer. Samtliga informanter i intervjustudien efterlyser chefer som engagerar sig och visar intresse för att utveckla psykologverksamheten.

Få psykologer arbetar på organisationsnivå. Detta upplevs som en brist av samtliga informanter i intervjustudien. Man efterlyser fler psykologer på ledningsnivå.

### *Patientflödet*

Patienterna kommer till psykologen främst via remiss, men flera har efter hand fått fler egenanmälningar. Egenanmälningar tycks vanligare när man arbetar i psykosociala team, något som bestyrks av intervjuerna med teamarbetande psykologer. Psykologer som arbetar integrerat i nära samarbete med läkare får till övervägande delen sina patienter på remiss från läkare. På grund av högt tryck och pressad arbetssituation tar man sig främst an unga vuxna, småbarnsföräldrar samt de i arbetsför ålder, vilket även uttalas i många landstingsplaner. Många äldre har idag svårt att få psykologkontakt. Här behövs det mer resurser och nyanställningar.

Antal nybesök är i medeltal 127 per år medan en tredjedel av psykologerna har 150-200 nybesök/år beroende på hur befattningsbeskrivningen varit utformad. Primärvårdpsykologen

är lättillgänglig jämfört med psykologer inom psykiatrin. Mer än hälften har en väntetid på 0-6 veckor mellan remiss och kallelse. I snitt är det 4 veckors väntetid till ett första besök. Det som erbjuds är samtalskontakter om oftast 3-12 gånger (80 %) och genomsnittet är 7 samtal per patient.

De vanligaste diagnosgrupperna är depression, ångest, kriser samt stressrelaterade symtom som behandlas eklektiskt ofta med dynamiska, kognitiva och psykoedukativa inslag. Cirka hälften av diagnoserna är depressioner. För längre samtalskontakter hänvisar man huvudsakligen till psykiatrin, men flera anser sig inte ha denna möjlighet utan får hänvisa till privata psykologer, psykoterapienheter samt Psykologiska institutioner i universitetsstäderna.

### *Ramar för arbetet*

Nästan hälften saknar befattningsbeskrivning. När befattningsbeskrivning finns anges tjänsten som inriktad mot korttidsbehandlingar, "första linjens" vård, förebygga psykoedukativt, göra patientbedömningar, medverka vid rehabilitering, utbilda, handleda och att utveckla medarbetarnas psykologiska kompetens. De som ej har formell befattningsbeskrivning anger likartade arbetsuppgifter, såsom att förhindra psykisk ohälsa, behandla och bistå med psykologisk kompetens, vara ett psykosocialt stöd tillsammans med kuratorer och psykiatrisjuksköterskor och att arbeta förebyggande med korttids- och stödsamtal. Det man efterlyser mer av i sina arbetsuppgifter är utbildning, utredning, kvalitetsarbete, metodutveckling och annat utvecklingsarbete, forskning, teamarbete, handledning och mer samverkan med läkarna. Arbetets innehåll måste ges mer variation för att arbetsituationen skall bli hållbar över tid och förhindra utmattningssyndrom.

Något mer än en tredjedel av primärvårdspsykologerna deltar i något projekt som kan handla om livsstilsförändringar, rökavvänjning, viktreduktion, stress och avspänning, sjukskrivningsproblem, depressionsskola, arbetsmiljö samt gruppbehandling tillsammans med sjukgymnast. I intervjuerna säger psykologerna, både de som arbetar i team och integrerat, att de vill arbeta mer med gruppverksamhet och metodutvecklingsprojekt.

### *Yttre arbetsförhållanden*

Majoriteten av psykologerna har arbetsrum samt tillgång till sekreterare, dock uppger en minoritet (14%) vissa brister i dessa avseenden. Datajournaler är införda på alla vårdcentraler och knappt två tredjedelar har en egen fil för sin psykologverksamhet. Datajournaler kan istället medföra problem med etik och sekretess. Vem skall ha tillgång till journalen på en vårdcentral?

En fjärdedel av primärvårdspsykologerna träffar yrkeskollegor dagligen eller varje vecka, men runt 40 % träffar yrkeskollegor bara var 14:e dag eller varje månad, 30 % endast varje termin eller "sällan". Detta tyder på mycket ensamarbete med få personer att stötta sig mot i vardagsarbetet vilket känns tungt för många. Det handlar mycket om medicinska problem på arbetsplatserna, med bristfälliga kunskaper om psykologens arbetsfält och teorier. Majoriteten har tillgång till egen handledning som är nödvändigt då arbetsfältet är så brett. Några har avstått frivilligt men sju personer får ej den handledning som de önskar, vilket säger något om arbetsgivarens okunskap.

Mer än hälften uppger sig ha brister i sin arbetsmiljö. Bristerna i arbetsmiljön är främst följande: ensamarbete, brist på kollegor, hög arbetsbelastning kombinerat med stress,

organisatoriska brister, t ex oklara riktlinjer, ett splittrat och alltför omfattande uppdrag samt samarbetssvårigheter. Flera önskemål om förbättringar och förslag till åtgärder uttrycks: mer teamarbete, utveckla psykosociala team, fler psykologtjänster, ett mindre och tydligare uppdrag, mer kunskap till vårdcentralerna om psykologens arbete, bättre samarbete med läkarna med regelbundna möte, ökat stöd från ledningen och rimligare resurser, egna arbetsrum samt mer variation i arbetsuppgifterna för en hållbar arbetssituation.

### *Samarbetsformer*

Samarbetet med läkarna sker oftast vid oplanerade, informella möten, till vilka psykologen ofta tar initiativet. En femtedel av primärvårdspsykologerna i enkätmaterialen upplever samarbetet som otillfredsställande. Möten kommer oftast till spontant i korridorer, arbetsrum och "fikaum". Få möjligheter ges till formella möten och djupare tankeutbyten, eller gemensam utbildning. Något mer än en tredjedel träffar läkarna mindre än en gång per vecka eller aldrig. För ett mer fruktbart samarbete efterlyses mer tid men man misstänker att alla läkare förmodligen inte är intresserade av detta. Psykologerna får själva bilda små allianser med läkare som vågar släppa på prestige och kontroll och väga in psykologens synpunkter.

De informanter i intervjustudien som arbetar integrerat på vårdcentraler har mer kontakt med läkare, diskuterar oftare diagnoser, symtombild och behandling med läkarna, medan kommunikation med läkare inte är lika vanligt förekommande när man arbetar i psykosociala team, vilket kan bero på att enheterna ofta inte är lokaliserade inom vårdcentralens väggar. Av de intervjuade psykologerna samarbetar de integrerade på vårdcentral mer också med övrig personal som sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator etc.

### *Två arbetsmodeller*

En stor majoritet av de psykologer som besvarat enkäten arbetar integrerat på vårdcentral, dvs de finns geografiskt i samma lokal som läkare och övrig vårdcentralpsykolog, och de samarbetar mer eller mindre intensivt med läkarna, ibland också med annan personal. En alternativ arbetsmodell är att psykologen ingår i en arbetsgrupp, ett psykosocialt team, tillsammans med t ex kurator och sjuksköterska. Några av de psykologer som besvarat enkäten arbetar i sådana team. Det kan ha sitt intresse att jämföra dessa två arbetsmodeller, och ett av syftena med att komplettera enkätstudien med intervjuer var att få fördjupad information om de två arbetssättens fördelar och nackdelar.

Av de sex psykologer jag intervjuat arbetar två i team och övriga fyra integrerat. Intervjuerna har gett intressant information men de är få, och de kan knappast ge en representativ bild av hur de sociala teamen fungerar i stort. Enkätsvaren ger en bra bild av hur det är att arbeta integrerat, och här kan man nog dra mer bestämda slutsatser. Intervjuerna kan sägas komplettera enkäten och förtydliga resultaten samt ge en mer fördjupa bild av arbetssätt och arbetsmodeller.

Teamen bestående av psykolog, kurator och psykiatrisjuksköterska träffas varje vecka för remissgenomgång och fördelar patienter. Psykiatrisjuksköterskan utgör en länk till psykiatrin och har regelbundna möten. Enligt informanterna är teamarbete inte alltid enkelt då man kommer från olika kulturer med olika kompetenser. Team ställer krav på samarbete, kräver god personkemi samt tydliga rollbeskrivningar. Psykologen blir oftast arbetsledare vilket kan

var betungande. Men att arbeta i ett psykosocialt team förhindrar den isolering som en psykolog som arbetar ensam på en vårdcentral kan uppleva.

Liknande synpunkter på teamarbete har framförts av andra. Malmström skriver att team kan medföra ökat utbyte, skapa en arena för diskussioner samt att man fördelar patienter och ansvar på fler yrkeskategorier (Malmström, s. 44). Marzillier (1999) menar att nackdelar med team är att det kan skapa förlust av professionell identitet samt att man översvämmas av remisser. Placeringen av patienter till olika teammedlemmar kan bli godtycklig (Marzillier, 1999, refererad i Larssen och Pettersson s. 19).

Informanterna som arbetar integrerat på vårdcentraler ”vill in i rummet och synliggöra sig ” för att förändra attityder och införa psykologisk kompetens som kan ge mer dynamik och leda till bredare förändring inom primärvården när det gäller inställningen till psykiska problem, ett biospsykosocialt synsätt. Man vill få in mer av familjeperspektivet, arbeta både kognitivt, pedagogiskt och konsultativt. De ser samarbetet med läkarna som viktigt.

Liknande synpunkter på att arbeta integrerat och samarbeta med läkare har framkommit hos Malmström (2005) (s. 38, 41-45, 54-57) och Larssen och Pettersson. (2004) (s.45-49). Läkare och psykologer som samverkar förstärker varandras arbete genom att vara tillgängliga i samma lokal. Förtroendeöverföring kan ske och man kan göra allvar av tanken att kropp och själ hör ihop. Patienterna känner sig mer allsidigt omhändertagna. Man avdramatiserar psykologrollen. Samarbetet kan leda till dialog om vilka som är rätt patienter för psykologkontakt. Det blir även lättare ha gemensamma utbildningar och möten.

Tankegångar av detta slag framförs inte bara i svenska undersökningar utan är också vanliga i den internationella litteraturen. I den relativt nyutkomna boken *Primary Care Psychology* skriver McDaniel och Hepworth (2004) om att arbeta integrerat och samarbeta med främst läkare kan ge en rad fördelar. De pekar på värdet av tvärprofessionellt omhändertagande av svårbedömda patienter med komplexa problembilder (s. 125), och de refererar studier som visar på vinster av samarbete vid omhändertagande av patienter med t.ex. depressioner och somatiseringstillstånd (s. 127).

#### *Några slutsatser och kommentarer*

Enkätstudien visar en övervägande positiv inställning till arbetet som vårdcentralpsykolog. Detta intryck förstärks av det som framkommer av intervjuerna. Man ser yrket som ett ”friskt och självständigt pionjärbete” med goda möjligheter till utveckling. De flesta har arbetat inom psykiatri i många år och upplever nyhetens behag med stora möjligheter till att påverka samt känner det stimulerande samarbete med mer somatisk kunnig personal. Helt enkelt ett nytt fält med nya intryck, en utmaning och mycket att lära. De flesta känner sig uppskattade och efterfrågade och har goda möjligheter sprida sina kunskaper.

Man avdramatiserar psykologrollen och ser till det friska hos människan, man betonar hennes resurser istället för att psykiatisera. Man fastnar inte i långa terapier utan får stor variation och man kan göra goda insatser på kort tid.

Vårdcentralarbete är ett nytt fält, flertalet av respondenterna i enkätstudien är anställda efter 2002, men man får ändå intrycket att man landat på ett bra sätt i denna nya yrkesroll. De största problemen har att göra med relationen mellan resurser och behov – det skulle behövas betydligt fler psykologer. Det stora trycket riskerar att leda till orimlig arbetsbelastning.

Det skulle behövas mycket mer av utvecklingsarbete för att visa vilka metoder och arbetssätt som bäst svarar mot primärvårdens behov. Detta kräver resurser i form av pengar och tid, och ett aktivt intresse från ledningshåll som alltför ofta saknas. Sven Kylén (2002) har i sin skrift "Hur göra primärvården till en attraktiv arbetsplats" påtalat betydelsen av offensiva chefer som möjliggör utveckling med idéklimat, teamarbete, produktiv reflexion, hög prestationsförmåga, god kvalitet, samt kollektivt kontroll och ansvar.

## LITTERATURLISTA

Ahlin, L. (2005). "För in psykologisk kompetens i primärvården." *Primärvårdens Nyheter* 8-2005.

Andersson, M. (2005). "Landstinget är snart historia". *Barometern* 2005-02-17

Blom, L., & Wängård, M. (2004). "Få landsting satsar pengar på primärvården nästa år". *Dagens Medicin* nr 51-52/2004.

Carlsson, S. (2001). *Psykologi i primärvården*. Göteborg: Psykologiska institutionen.

Carlsson, S. (2001). *Dagmarprojekten Privatpraktiserande läkare och psykologer i samverkan "Poppis I" och "Poppis II"*. En sammanfattande utvärdering. Göteborg: Psykologiska institutionen.

Carlsson, S. (red.) (2002). *Primärvårdpsykologi*. Skrifter författade av deltagare i en kurs anordnad vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet läsåret 1999-2000.

Englund, M. (2000). *Psykologisk behandling i primärvård*, Rapport nr 3, 2000, Landstinget i Värmland, Primärvårdens FoU-enhet.

Karlsson, K. (1996). *Psykosocial ohälsa-ett växande folkhälsoproblem*. I SOU 1996: 163. Behov och resurser i vården-en analys. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) Del B. Bilagor. Stockholm: Fritzes

Karolinska institutet, (2005) Rapport *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*, Sektionen för personskadeprevention, institutet för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME, Karolinska institutet, Stockholm.

King, N. (1998). *Template Analysis*. I. G. Symon, & C. Cassell, (red:er), *Qualitative methods and analysis in organizational research - a practical guide* (ss 118-134). London: Soye Publ. Ltd.

Kylén, S. & A.B. Shani. (2002). *Triggering Creativity i Teams: An Exploratory Investigation, Creativity and Innovation Mgmt. Primärvården FYRBODAL.*

Landstingsplan för Kalmar län 2005-2007, beslutad av landstingsfullmäktige vid sammanträde den 23-24 nov. 2004.

Lassenius, B. (1996). *Resursbehov för psykiatrisk vård 2010*. I SOU 1996: 163. Behov och resurser i vården – en analys. Delbetänkandet av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Del B. Bilagor. Stockholm: Fritzes

Larssen, K. Vegard, Pettersson, P. (2002). *Psykolog på vårdcentral- möjligheter och begränsningar med korta terapier*. Psykologexamensuppsats vid Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet.

Malmström, Åsa. (2005). *Psykolog på vårdcentral- yrkesroll, identitet och profession i jurisdiktionens gränsområde*. Psykologexamensuppsats vid Psykologiska Institutionen, Lunds universitet.

McDaniel, S. H & Hepworth, J. (2004). *Family psychology in primary care: Managing issues of power and dependency through collaboration* (ss 125-129). In Frank, R. G., McDaniel, S. H., Bray, J. H. & Heldring, M. (eds.) *Primary Care Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

Marne, E., Persson, E., Selander, M., & Weirén, L. (2004). *Psykolog på vårdcentralverksamhet och visioner*. Primärvården, Göteborg.

Marzillier, J. (1999). *Clinical psychology and primary health care*. I J Marzillier, & J. Hall, *What is clinical psychology?* (3 ed) (ss 295-317). New York: Oxford University Press.

Psykisk Hälsa (1999). Underlagsrapport nr 10 SOU: Nationella folkhälsokommittén.

Psykologtidningen nr 9/06 ”Primärvård där patienten själv väljer behandlare” s. 13-14.

Saco Vårds program ”Primärvård genom samverkan”, hämtat från [www.psykologforbundet.se](http://www.psykologforbundet.se) 060810.

SOU 1998: 43 *Hur skall Sverige må bättre? - första steget mot nationella folkhälsomål*. Nationella folkhälsokommittén. Delbetänkande. Stockholm: Fritzes.

SOU 1999: 137 Socialdepartementet (1999). *Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella Folkhälsokommittén. Stockholm: Fakta info Direkt.

Socialdepartementet, (2001). *Yttrande över betänkandet Tillskapande av ett familjemedicinskt institut* (SOU 2001:49). Sammanfattning. Sveriges Psykologförbund, förbundsordförande T. Danielsson. Stockholm.

SOU 2001:49. Pm angående psykologisk kompetens som en resurs i primärvården.

Socialstyrelsen ,(2006). *Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa-Studier av praxis i primärvården*. Stockholm. <http://www.sos.se> artikelnr 2006-103-2 hämtad 2006-08-10.

Socialstyrelsen, (2004). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, Årsrapport 2004 Sammanfattning och slutsatser*. Stockholm. <http://www.sos.se> 2005-01-13.

Sprengel, V. (2004). ”Primärvården tappar mark.” *Familjemedicinska institutets nyhetsarkiv*, 2004-12-16.

Sveriges Riksdag (2004). Motion till riksdagen 2004/05: So627 av Mona Jönsson och Ingegerd Saarinen (mp) *Handlingsplan för psykisk hälsovård i primärvården*, preliminär version. Stockholm 5 okt 2004.

Överenskommelse mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg och Primär- och Tandvårdsstyrelsen för åren 2004-2006, Primärvården Skaraborg. Beslutad av Hälso- och sjukvårdsnämnden i östra Skaraborg 30 okt.2003. Ändringar och tillägg 2004.

**Psykologisk behandling av patienter med psykiska besvär inom primärvården**

1. Har Din vårdcentral tillgång till leg. psykolog?

- Ja       Nej

2. Var är psykologen/psykologerna placerad (e)?

- Psykologen/psykologerna är placerad(e) på min vårdcentral  
 Vid annan vårdcentral  
 I särskilt psykosocialt team, psykiatrisk öppenvårdsmottagning, psykoterapienhet eller liknande verksamhet.

*Om leg. psykolog ej finns tillgänglig:*

Vilket är det huvudsakliga skälet till att psykolog inte har knutits till verksamheten?

---

3. Har Din vårdcentral möjlighet hänvisa patienter med psykiska besvär/sjukdom, (t. ex depression och ångest), till psykologisk behandling hos annan personalkategori inom primärvården ?

- Ja       Nej

Om ja: Vilken/vilka yrkeskategorier?

- Leg. psykoterapeut (utan psykologutbildning)  
 Kurator  
 Sjuksköterska  
 Annan, nämligen \_\_\_\_\_

4. Känner du till vilka metoder för psykologisk behandling mot psykiska besvär som används inom din verksamhet (t ex. kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi. psykodynamisk terapi etc.)?

- Ja    Nej

Om ja, ange vilken eller vilka metoder som används:

---

---

---

5. Anser du att tillgången till psykologisk behandling inom ditt verksamhetsområde är tillfredställande?

Ja  Nej  Delvis

Om nej eller delvis, kommentera:

---

---

---

Övriga synpunkter och kommentarer:

---

---

---

---

***Tack för din medverkan!***

## ENKÄT TILL PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGER

*Primärvårdspsykolog är ett relativt nytt och outforskat område för psykologer där det krävs nytänkande och paradigmskifte med ett biopsykosocialt synsätt i teamarbete. Hur ser du som primärvårdspsykolog på ditt arbete och din psykosociala miljö? Vad är positivt och vad kan förändras/förbättras på din/dina vårdcentraler eller i ditt landsting? Mitt intresse gäller ett arbete för specialistutbildningen inom klinisk psykologi där min handledare är professor emeritus Sven Carlsson, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Dina svar behandlas konfidentiellt. Svaren skall vara inkomna senast den 1/5.*

Namn: \_\_\_\_\_

E-mailadress: \_\_\_\_\_

Vårdcentral och landsting: \_\_\_\_\_

Sedan vilket år är du anställd? \_\_\_\_\_

Är du leg psykoterapeut?  Ja  Nej

Tjänstgöringens omfattning i procent: \_\_\_\_\_

Är din tjänst delad mellan vårdcentral och annan verksamhet?  Ja  Nej

I så fall med vilken verksamhet och i vilken omfattning?

\_\_\_\_\_

Vem är din närmaste chef i organisationen?

\_\_\_\_\_

Vilken yrkeskategori tillhör din chef?

\_\_\_\_\_

Beskriv kortfattat hur din närmsta chef ser på din yrkeskompetens.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vem ansvarar för och bekostar din kompetensutveckling? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hur får du dina patienter?  huvudsakligen remiss från läkare

annat sätt nämligen:

\_\_\_\_\_

Hur stor andel ungefär är egenremisser? \_\_\_\_\_

Vilka är dina prioriteringar beträffande ålder? \_\_\_\_\_

På ett ungefär hur många nybesök har du/år? \_\_\_\_\_

På ett ungefär hur lång är väntetiden mellan remiss och första besöket hos dig? \_\_\_\_\_ veckor

På ett ungefär hur många samtalskontakter har du i snitt per patient? \_\_\_\_\_

Ange vanligaste diagnosgrupp:

\_\_\_\_\_

Hur vill du beskriva den typ av psykologisk behandling som du använder?

- dynamisk terapi/korttidsterapi
- kognitiv terapi (KT)
- kognitiv beteendeterapi(KBT)
- familjeinriktad terapi
- psykoedukativ
- gruppbehandling
- annat nämligen

\_\_\_\_\_

Hur stor andel ungefär av dina patienter behandlar du för depression? \_\_\_\_\_

Vilken typ av psykologisk behandling ger du för depressioner?

- dynamiskterapi/korttidsterapi
- kognitiv terapi(KT)
- kognitiv beteendeterapi(KBT)
- familjeinriktad terapi
- gruppbehandling
- psykoedukativ
- annat nämligen

\_\_\_\_\_

Vart kan du hänvisa patienter lämpade för längre behandlingar?

\_\_\_\_\_

Finns någon befattningsbeskrivning/kravbild?

Ja

Nej

Hur ser den ut? Redogör kortfattat:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Om inte, vilket är ditt huvudsakliga uppdrag i primärvården?

\_\_\_\_\_

---

---

Kryssa för dina huvudsakliga arbetsuppgifter:                      Ange ungefärlig %

<input type="checkbox"/>	bedömningar/konsultation	_____
<input type="checkbox"/>	handledningsuppdrag	_____
<input type="checkbox"/>	utbildning/(fou)	_____
<input type="checkbox"/>	organisatoriska uppgifter	_____
<input type="checkbox"/>	samverkan med andra	_____
<input type="checkbox"/>	samverkan med externa kontakter	_____

Annat, nämligen: \_\_\_\_\_

Något du saknar i dina arbetsuppgifter eller skulle vilja göra mera av?

---

---

Beskriv kortfattat din samverkan med läkarna! \_\_\_\_\_

---

Sitter ni i samma lokal?     Ja                       Nej

Hur ofta samråder du med läkarna?                       aldrig  
 mindre än 1 gång per vecka  
 varje vecka  
 praktiskt taget dagligen

Kryssa för andra yrkesgrupper du främst samarbetar med?                       kurator  
 sjukgymnast  
 sjuksköterska  
 arbetsterapeut  
 undersköterska  
 andra, nämligen

---

Ingår du i något projekt med annan yrkesgrupp?                       Ja                       Nej

Projektets namn är följande:

---

Finns tillgång till ändamålsenligt arbetsrum?                       Ja                       Nej

Om inte ange varför: \_\_\_\_\_

---

Har du tillgång till sekreterare?  Ja  Nej

Om inte, varför? \_\_\_\_\_

---

För du datajournaler?  Ja  Nej

Finns egen fil för psykologer?  Ja  Nej

Hur ofta träffar du yrkeskollegor? \_\_\_\_\_

Har du tillgång till handledning?  Ja  Nej

Finns det brister i din psykosociala arbetsmiljö?  Ja  Nej

Om **Ja** beskriv vilka. \_\_\_\_\_

---

Egna synpunkter på förändringar för en bättre psykosocial miljö

---

---

Vad tycker du är positivt och bra i ditt arbete som primärvårdspsykolog? \_\_\_\_\_

---

*Tack för ditt deltagande och visat intresse!*

*Ulla Myhr*

*Leg psykolog/leg psykoterapeut*

[ullam@ltkalmar.se](mailto:ullam@ltkalmar.se)

**Enkäten skickas till psykolog Ulla Myhr, Distriktsläkarmottagningen, Box 56,  
387 21 Borgholm, senast 1 maj.**

tlan **Bilaga 3**

## Primärvårdspsykologer Var finns ni ?

Du som inte var med på nätverksmötet för primärvårdspsykologer (ej BVC) i Stockholm 22 april och kanske inte vet att vi har ett forum! Nu har vi haft tre nätverksträffar och har tankar på att bilda en yrkesförening. Nästa möte hålls i maj 2006.

Ingen vet riktigt hur många vi är på alla vårdcentraler eller hur vår arbetssituation och psykosociala arbetsmiljö ser nu. Jag gör mitt specialistarbete inom området klinisk psykologi med professor emeritus *Sven Carlsson* vid Psykologiska institutionen i Göteborg som handledare. Jag har ambitionen att kartlägga vår arbetssituation och har nu gjort en enkät som jag vore tacksam om du besvarade.

Hör av dig till mig med adress via e-post: [ullam@ltkalmar.se](mailto:ullam@ltkalmar.se) så skickar jag en enkät och håller dig informerad om det fortsatta arbetet.

**ULLA MYHR**

Primärvårdspsykolog i Kalmar landsting