

---

Anneli von Cederwald & Nicola Silberleitner

---

# INTEGRERAD BETEENDE- HÄLSA

## PROBLEMLÖSARE I PRIMÄRVÅRDEN

- Att arbeta som psykolog på en vårdcentral är omväxlande och roligt men innebär också en hel del utmaningar. Integrerad beteendehälsa (IBH) – en organisationsform för primärvårdsenheter – kan hjälpa till att lösa problemen.

### Primärvårdens uppdrag

Huvuddelen av de vuxna som söker hjälp för psykisk ohälsa vänder sig till och får sin främsta behandling i primärvården. Såsom bland annat Socialstyrelsen poängterar i sina nya riktlinjer för behandling av ångest och depression, är ökad tillgång till psykologisk behandling en central förutsättning för att vi ska kunna uppnå önskad vårdkvalitet. Att vårdcentraler och andra primärvårdsenheter numera utgör en första linjens psykiatri ligger också i linje med tankar om att psykologiska interventioner ska erbjudas där patienterna redan rör sig. Att primärvårdens uppdrag har utökats på detta sätt märks också på patientflödet – idag uppskattas det att en tredjedel av alla besök i primärvården kan direkt relateras till psykisk ohälsa. Detta innebär, med andra ord, att en tredjedel av en given vårdcentralens listade patienter skulle ha nytta av att träffa vårdcentralens psykolog. Verkligheten ser långt annorlunda ut – medan 20 procent av patienterna i Stockholms län får insatser för psykisk ohälsa, är det endast 3 procent som får träffa psykolog eller kurator (Åsbrink, Dal, Ohlring & Dalman, 2014).

Att arbeta som psykolog i denna kontext är omväxlande, roligt och ger en fantastisk möjlighet till klinisk färdighetsträning – men det innebär också en hel del utmaningar. Trots det ökande söktrycket, resursbrist och underbemanning behöver vi nå ut till alla patienter som behöver vår hjälp, samtidigt som vi bidrar till att psykologisk kunskap sprids bland övrig personal. Mitt i allt detta behöver vi verka för en god arbetsmiljö både för oss själva och våra kollegor. Problemen som psykologer inom primärvården möter rör ofta just dessa frågor: långa köer som aldrig blir mindre, upplevd stress, en medicinsk kontext där vi har svårt att verkligen etablera vår

kunskap, bristande samarbete med läkare och sjuksköterskor, och en känsla av att sitta ensam med patienter som inte tycks bli bättre.

Integrerad beteendehälsa (IBH) är en organisationsform för primärvårdsenheter, som enligt vår erfarenhet kan hjälpa till att lösa dessa problem. Här går vi igenom de grunderna i hur IBH fungerar, och hur vi genom att arbeta på det här sättet kan komma tillrätta med några av de utmaningar som psykologer inom primärvården möter.

## Detta är integrerad beteendehälsa

IBH baseras på tanken att vi genom ett förändrat sätt att administrera psykologisk behandling kan lösa en del av dessa problem. Organisationsformen är utvecklad specifikt för primärvårdens premisser. Syftet är att erbjuda snabb psykosocial hjälp när den behövs – inte enbart till de som mår allra sämst, utan även till den stora del av befolkningen som lider av lindrig psykisk ohälsa. Arbetssättet karaktäriseras av hög tillgänglighet, ett uttalat samarbete mellan olika vårdprofessioner, tydliga rutiner för hur samarbete och kommunikation ska ske, samt att vårdutbudet organiseras enligt principerna för stegvis vård.

Metoden har vuxit fram från flera olika håll inom amerikansk primärvård, och har rötter långt tillbaka i tiden – namnet ”integrerad beteendehälsa” kan således sägas vara en paraplyterm för flera olika organiskt framväxta metoder som använder fokuserade insatser och intraprofessionellt samarbete för att öka tillgängligheten på psykologisk behandling. Därför har också kärt barn många namn, och samma grundtanke kan ibland kallas primary care behavioural health (PCBH), brief interventions, eller FACT. De två sistnämnda begreppen är något missvisande, då FACT är en behandlingsform, medan IBH är en metod att organisera arbetet kring psykisk ohälsa för alla personalkategorier på vårdcentralen. Namnet ”brief interventions” antyder också att IBH enbart skulle röra sig om utdelning av små interventioner, vilket inte nödvändigtvis är fallet. Detta förtydligas nedan.

## Det psykosociala arbetets organisation

IBH vilar på fyra grundpelare – integrering, stegvis vård, tillgänglighet och triagering.

### Integrering

Inom en organisation som implementerat IBH arbetar psykologen mycket nära läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, dietister och annan personal på vårdcentralen. Målsättningen är att skapa en teamkänsla kring patienten, där olika professioner kopplas in vid behov. Psykologen klär sig, inreder sitt rum och betar sig på samma sätt som annan vårdpersonal. Patienten kommer vanligtvis till psykologen direkt efter att ha ringt in eller efter att den träffat läkaren. Under och efter behandlingen återkopplar psykologen till läkaren och eventuella andra behandlingskontakter, som tillsammans med psykologen är ansvarig för att patientens åtgärdsplan fullföljs. Det faktum att patienten ofta har flera kontakter på vårdcentralen utnyttjas – förutom läkare och psykolog kan patienten till exempel ha regelbunden kontakt med sin diabetessköterska, dietist, fysioterapeut eller barnmorska. Journalen används som ett verktyg för kommunikation, där behandlingsmål är tydligt stipulerade för att kunna följas upp även av annan vårdpersonal.

### Triagering

När psykologen är väl integrerad på vårdcentralen underlättar det också kommunikation kring vilka patienter som psykologen ska träffa. Viktigt att känna till är att psykologisk behandling generellt sett fungerar bättre för lindrig till medelsvår problematik än för svår sådan. Detta rimmor illa med att många psykologer som arbetar på traditionellt sett ofta fastnar i långa behandlingar med de patienter som mår allra sämst. Det är också viktigt att identifiera stora patientgrupper på vårdcentralen och ta fram effektiva behandlingsprogram för dessa, som övrig vårdpersonal direkt kan hänvisa patienter till. Detta kan till exempel gälla att patienter med sömnproblematik direkt hänvisas till en sömngrupp istället för ett individuellt samtal. I en organisation där denna metod är välimplementerad får patienten träffa en psykolog vid primär likväl som vid sekundär psykisk ohälsa, vare sig den uppfyller en diagnos eller har symptom på en lindrig nivå. Om bemanningen på vårdcentralen är tillräcklig tar psykologen även emot patienter med beteendemässig problematik, såsom sömnproblem, långvarig smärta eller svårigheter med att genomföra nödvändiga beteendeförändringar – till exempel compliance vid medicinordination.

### Tillgänglighet

Om patienten redan finns på vårdcentralen sker gärna överlämningen via en så kallad ”warm hand-off”, som innebär att patienten får komma direkt till psykologen från sitt besök hos läkare eller lättakut. Annars bokas en tid direkt via telefon, helst samma dag eller dagen efter. Psykologens tidbok innehåller en jämn fördelning av återbesökstider och akuttider, där återbesökstider är fria att boka när som helst, medan akuttider enbart kan bokas inom ett dygn. Detta innebär att det i princip alltid finns möjlighet att erbjuda nya patienter en psykologtid samma dag som de ringer in eller har sitt första läkarbesök. Det finns, med andra ord, ingen väntelista. Denna höga tillgänglighet är en viktig princip som man inte bör kompromissa med. I princip alla andra variabler inom implementeringen av IBH hänger på att man kan erbjuda en mycket hög tillgänglighet.

### Stegvis vård

Inom IBH används korta, fokuserade insatser som administreras enligt principerna för stegvis vård. Stegvis vård innebär att små, evidensbaserade insatser ska erbjudas i första hand, för att följas upp av insatser som tar mer resurser i anspråk om de tidigare insatserna inte givit önskad effekt. Det bör noteras att ”små” insatser i detta sammanhang är avhängigt vad behandlingsinsatsen gäller, och att vad som är en liten insats avgörs snarast mot hur stora andra brukbara insatser är. Detta innebär rent praktiskt att de flesta patienter kommer närvara på mellan en till fyra sessioner på 15-30 minuter vardera, där nybesök ofta tar längre tid än återbesök. Man sätter dock ingen yttre gräns för hur många gånger patienter får komma – behandlingens faktiska längd baseras på den enskilda patientens problematik och grad av funktionsnedsättning. Vissa patienter får således mer omfattande vård, vilket möjliggörs genom att patienter som har lindrig problematik eller svarar mycket bra på behandlingen avslutas fortare. Överlag minskar patientens egenupplevda behov av långa kontakter när de märkt att psykologen verkligen är tillgänglig och finns att kontakta när behov föreligger. I praktiken ”avslutas” heller aldrig några behandlingar, då patienten alltid är välkommen tillbaka när den känner att de behöver. Inom

”

Det finns, med andra ord, ingen väntelista. Denna höga tillgänglighet är en viktig princip som man inte bör kompromissa med.

”

## LITTERATURTIPS



Robinson, P.J. & Reiter, J.T. (2016). *Behavioral consultation and primary care: a guide to integrating services*. 2 uppl. Cham: Springer.

IBH arbetar man alltså mycket med ”mjuka avslut”, där man inte bokar någon återbesökstid, men instruerar patienten att höra av sig när de behöver. Detta kan ske vid den första sessionen, eller när man har träffats ett antal gånger. Det är med detta i åtanke som den ledande principen inom IBH är att varje session ska användas som om patienten inte skulle komma tillbaka nästa gång. Detta innebär att varje session, inklusive den

första, bör sluta i en konkret intervention som kan vara till hjälp för patienten. Denna intervention utgör patientens åtgärdsplan, som sedermera följs upp och vid behov omarbetas utefter att ny information tillkommer. Med anledning av det tydliga fokuset på beteendeförändring omnämns sessionen ofta som en beteendekonsultation. Kliniska tekniker från evidensbaserade behandlingar kan överföras från intensiva, individuella behandlingar till lågintensivt behandlande interventioner. Själva interventionen kan således bestå av redan kända interventioner som psykoedukation, normalisering, beteendeaktivering, arbete på värderad riktning, avslappningsövningar, färdighetsträning och så vidare.

## Psykologens roll

Integrativt teamarbete är en av stöttepelarna inom IBH. För en psykolog som arbetar inom denna organisationsform krävs det att dennes arbete är primärvårdsmässigt och faller in i det övriga arbetet på vårdcentralen – psykologen får alltså inte enbart utgöra en samlokaliserad specialistfunktion, såsom det traditionella arbets sättet ofta leder till. Psykologer innehar kunskap som är värdefull för den medicinska vården, men primärvårdsenheter utgör också verksamheter som är kulturellt och operationellt annorlunda från den specialistpsykiatri som många psykologer har utbildats för. Till skillnad från specialistvården har primärvården, liksom utvecklats ovan, ett preventivt uppdrag och ett fokus som innefattar popu-

lationen som helhet. Detta innebär att kliniker som arbetar inom specialistvård har ett litet och särskilt urval av patienter, och ofta applicerar sin föredragna behandlingsmetod till alla dessa patienter. Inom primärvården är sådana urval och begränsningar inte möjliga, utan psykologen måste kunna ta sig an all problematik, snabbt kunna byta mellan olika konceptualiseringsmodeller, och välja en behandlingsform som är anpassad till den specifika klienten. Psykologen inom primärvården bör visserligen erbjuda vård i form av enskild behandling, men ska även ha en roll som en integrerad del av patients vårdteam – utöver bedömning och behandling av enskilda patienter har psykologen nämligen även kunskap i att konsultera och utbilda annan vårdcentralspersonal. I detta ingår en ”öppna dörrar-princip”; psykologen ska finnas lätt tillgänglig för snabba frågor från annan vårdcentralspersonal. I förlängningen ska detta även leda till ökad kunskap om psykisk och beteenderelaterad ohälsa även hos läkare, sjuksköterskor och övrig personal. Psyko-

---

## FÖRFATTARE

---



**Anneli  
von Cederwald**  
Född: 1989  
Titel: Leg. Psykolog  
Arbetsplats: Capio  
Citykliniken Västra  
Hamnen, Malmö



**Nicola  
Silberleitner**  
Född: 1988  
Titel: Leg. psykolog  
Arbetsplats: Capio  
Vårdcentral Sävja,  
Uppsala

logen bör således sträva efter att vara en indirekt tillgång även för de patienter som den inte har en individuell behandling med. Psykologens arbete innebär alltså en blandning av stora populationsinsatser, såsom utbildning av annan vårdpersonal, genomförande av föreläsningsserier och framtagning av rutiner för effektiva patientflöden, med riktade, mer intensiva interventioner till de som behöver individuell behandling. Detta innebär en omställning från att enbart arbeta individriktat.

Det faktum att en förändring av arbetsätt krävs kan naturligtvis utgöra en svårighet för integreringen av psykologer i primärvårdsverksamheten. Utöver adekvat kunskap om de metoder som används och förmåga till behandling av en vid bredd av olika problematiker, bör psykologen vara villig att infoga sig i primär-



vårdens arbetskultur. Detta innebär bland annat att vara villig att ha kortare besök och träffa fler patienter per dag, att genomföra sessioner utan större möjligheter till förberedelse samt att vilja utföra även preventivt arbete med hela den listade populationen som målgrupp. I gengäld får psykologen träffa en större vidd av patienter, får arbeta med kortare och mer förstärkande behandlingar där man ser snabba resultat, och blir en del av arbetsgruppen på ett helt annat sätt. ■

---

## FJORTON GODA RÅD NÄR DU SKA GÖRA FÖRÄNDRINGAR PÅ DIN VÅRD-CENTRAL

---

Här är några grundläggande råd som du kan börja med. Glöm inte att implementering tar tid, och precis som vi säger till våra patienter så har vi ökad möjlighet att lyckas om vi börjar med små steg. Man kan börja med vilken som helst av de fyra grundpelarna.

---

### Förslag på åtgärder som ökar integreringen

- 1 Flytta närmare läkarna och sjuk-sköterskorna i lokalerna ni sitter i. Teamarbete försvåras avsevärt om man sitter mer än några meter ifrån varandra. Möblera om ditt behandlingsrum så att det mer påminner om hur läkarnas rum ser ut. det underlättar för dig att agera som vilken annan profession på vårdcentralen som helst. Börja ta kontakt med läkare och annan vårdpersonal – be om medsittning, boka ”lära känna”-samtal, återkoppla spontant kring patienter ni har tillsammans.
- 2 Byt till samma arbetskläder som dina övriga kollegor har. Detta ökar återigen teamkänslan, samtidigt som
- 3 Informera personalen om att det går bra att knacka på din dörr.

---

### Förslag på åtgärder som ökar tillgängligheten

- 4 Lägg om din tidbok till att inkludera drop in-tider. Lägg till tider med jämna mellanrum till hälften av dina tider är drop in-tider. skicka erbjudande om att återkomma vid behov till de som väntat längst.
- 5 Börja beta av eventuell kö från två håll – kalla de som väntat kortast,
- 6 Sluta med internremisser och öppna istället upp för att all personal bokar direkt i din tidbok.

### Förslag på åtgärder som ökar god triagering

- 7 Informera läkare och sjuksköterskor om hur du arbetar, poängtera att psykologiska interventioner ger bäst effekt vid lindrig till medelsvår problematik.
- 8 Återkoppla kring de patienter som bokas till dig – var det en person som du kunde hjälpa?
- 9 Inventera andra resurser i närområdet som kan bidra med rena stödsamtal, då detta inte är en del av primärvårdsverksamheten.

---

### Förslag på åtgärder som leder mot stegvis vård

- 10 Korta ned alla sessioner till 30 minuter – till en början med utan att boka in fler patienter.
- 11 Utforma och öva på en inledande presentation av din roll och ditt arbete.
- 12 Läs relevant litteratur om korttidsbehandling, exempelvis om FACT.
- 13 Öva på att arbeta med ”mjuka avslut” och att lägga över på patienten att boka återbesök. Att boka återbesök längre fram i tiden kan vara ett mellansteg.
- 14 Beställ visitkort och använd dem när du ber patienten att själv boka återbesök.