

Antologi

PSYKOLOG I PRIMÄRVÅRD

Inspiration för fortsatt utveckling



INSPIRERANDE FÖR PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGER PÅ FRAMMARSCH

Primärvårdpsykologi är ett snabbt växande verksamhetsområde för psykologer. Från att ha varit en helt medicinsk företeelse så tar psykologer plats, vilket borde ha varit en självklarhet då en tredjedel av patienterna söker för psykisk ohälsa och ska ha rätt att möta rätt kompetens. Ökningen av psykologer i primärvården är glädjande. Samtidigt har vi många psykologer som fortfarande arbetar ensamma på vårdcentraler, med allt vad det kan innebära när det gäller arbetsmiljö och kollegialt utbyte. Utifrån det är jag glad och tacksam över det stöd ett nätverk ger och att en inspirerande antologi skrivits medan kampen fortsätter för ökad psykologtäthet. Trevlig läsning.



Anders Wahlberg

Ordförande i Sveriges Psykologförbund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	6
I. Så ökade den psykiska hälsan i Gustavsberg	8
II. Många fördelar med transdiagnostisk gruppbehandling	20
III. Integrerad beteendehälsa – problemlösare i primärvården ...	30
IV. Att prata om sex i terapi	40
V. Existentiella frågor i primärvården	52
VI. Lyckat projekt för barn och ungas psykiska hälsa	62
VII. Så får du integrerad beteendehälsa att fungera i praktiken ..	70
VIII. Den ojämlika stressen	86
IX. Terapi över nätet – så ser forskningsläget ut	96
X. Så möter du utmaningarna i din arbetsmiljö	102
XI. Karlstad universitet satsar på samverkan	110

PSYKOLOGEN – EN NYCKELPERSON I FRAMTIDENS PRIMÄRVÅRD

Primärvård psykiologin som kunskapsfält växer. Det pågår en snabb utveckling av behandlingsformat för att möta det vårdbehov för psykisk ohälsa som dagens primärvårdspatienter har. Den relativt nya men starkt växande gruppen primärvård psykiologer har en nyckelfunktion i processen. Här kan du läsa om olika aktuella vinklar på primärvård psykiologi som praktiskt kan inspirera till fortsatt utveckling.

På vårdcentralen i Gustavsberg har man byggt upp en ändamålsenlig psykologisk behandlingsverksamhet i primärvård, läs här hur det gick till. Ledorden är evidensbaserad behandling, beprövad erfarenhet och hög tillgänglighet. Det är psykologer som gör bedömningar, planerar och i huvudsak utför behandlingsarbetet, man har en tydlig modell för stegvis vård och utvärdering av insatta behandlingsinsatser. Psykiologer finns också med chefs- och forskningsuppdrag.

Du kan också läsa två artiklar om integrerad beteendehälsa, IBH. Det är en systematisk arbetsform utvecklad just för primärvårdens organisation där tillgänglighet är ett av ledorden. Psykiologen är en integrerad del av verksamheten och inte bara en samlokaliserad specialistfunktion, samarbetet på hela enheten ses som väsentligt.

Psykologens egen arbetsmiljö är viktig. I artikeln på detta tema tydliggörs att om psykologen själv blir sjuk är det inte bara ett problem för hen själv, det ger också effekter för de patienter psykologen har behandlingsansvar för och den organisation hen verkar i. Primärvårdspsykologer är ofta en ensamarbetande grupp med ett viktigt samhällsuppdrag, den organisatoriska sårbarheten blir därför hög. Att psykologer ska ha en god arbetsmiljö är därför viktigt på många plan.

Att en stor del av primärvårdens patienter har psykisk ohälsa vet vi idag. Vi vet också att psykologisk behandling ska kunna

► Läs mer om nätverket
www.psykologforbundet.se

erbjudas alla patienter med mild till måttlig ångest och depression och att stressrelaterad ohälsa ligger i topp i sjukskrivningsstatistik nationellt. Psykologer har därför en nyckelfunktion i framtidens primärvård.

Ett nätverk för primärvårdspsykologer bildades i februari 2017. Intresset var stort och till den första nationella nätverksträffen i Umeå i oktober 2017 kom deltagare från hela landet och kunskaps- och erfarenhetsutbytet blev intensivt. Boken som du håller i din hand är ett resultat av träffen och speglar den vidd i både kunskaps- och organisationsutveckling som just nu pågår i Sverige. Fortsättning följer!



Annalena Pejok

Leg. psykolog
Kontaktperson för
Nätverket för primärvårdspsykologer

Sigrd Salomonsson, Daniel Björkander, Elin Lindsäter,
Karoline Kolaas & Fredrik Santoft

SÅ ÖKADE DEN PSYKISKA HÄLSAN I GUSTAVSBERG

► På Gustavsbergs vårdcentral har man utvecklats en framgångsrik modell för att arbeta med psykisk ohälsa. Den sparar både tid och ger goda resultat.

Utgångsläget

Gustavsberg är en tidigare bruksort på Värmdö i Stockholm län. Vårdcentralen är en av Sveriges största med drygt 37 000 listade patienter inklusive systervårdcentralen på Djurö. Vårdcentralerna har cirka 140 anställda varav 30 läkare. För tolv år sedan, år 2007, anställdes två psykologer i ett forskningsprojekt och därefter i ordinarie husläkarverksamhet tillsammans med kurator. Deras insatser blev snabbt uppskattade hos såväl läkare som patienter. De första åren bestod utbudet huvudsakligen av individuell rådgivning (FACT-baserad) upp till fem sessioner och transdiagnostiska gruppbehandlingar utifrån Unified Protocol.

Stressnätverket

Från 2007 var Gustavsbergs vårdcentral en av fyra mottagningar i ”Stressnätverket” i Stockholm, vilket innebar att vi tog emot remisser från andra vårdcentraler för patienter med stressrelaterad ohälsa och risk för sjukskrivning. I samband med detta utvecklade vi en behandlingsmanual för stress- och utmattningsproblematik samt ett arbetssätt för arbetsåtergång vid sjukskrivning, som i utvärde-

ringar visade goda effekter. År 2012 sökte vårdcentralen och fick medel för ett utvecklingsprojekt som syftade till att utveckla och implementera evidensbaserad psykologisk behandling i primärvården och att utvärdera en metod för stöd i arbetsåtergång.

Stegvis vård med guidad självhjälp

Utvecklingsprojektet bestod av två parallella studier. I den ena utvärderades en modell för stegvis vård i primärvården för patienter med ångest, depression, stress och sömnsvårigheter. Som ett första steg i denna modell fick patienter ”guidad självhjälp”, vilket innebar att de fick jobba med en diagnosspecifik självhjälpsbok med stöd av psykolog (se avsnittet ”Behandling” nedan). Patienter som inte förbättrades i steg ett fick möjlighet att trappa upp till steg två, individuell behandling. Studien visade att 40 procent av patienterna kunde betraktas som friska, de hade inte längre kliniska problem inom deras primära problemområde, efter enbart guidad självhjälp. För de som inte förbättrades blev 39 procent friska efter individuell behandling. Sammantaget blev 63 procent friska av modellen. I snitt innebar denna stegvisa behandlingsmodell att mindre än sex sessioner per patient behövdes.

Stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning

I den andra studien som genomfördes behandlades patienter med psykisk ohälsa och sjukskrivning med individuell psykologisk behandling (diagnosspecifik) och stöd i arbetsåtergång (en manualiserad intervention som gavs av psykolog). Resultatet visade att 77 procent av patienterna blev friska (uppfyllde inte längre diagnoskriterier för sitt huvudsakliga problemområde) efter individuell behandling. Eftersom evidensbaserade behandlingar för stress och utmattning saknas behandlades patienter med stressrelaterad ohälsa med den manual vi själva utvecklat sedan 2007. Resultaten visade att effekterna av denna behandling var i paritet med andra evidensbaserade behandlingar för ångest och depression. Däremot var det ingen skillnad i sjukskrivning mellan de som fått KBT eller en insats riktad mot arbetsåtergång.

”

Tiden vi
sparade på att
många patienter
kunde arbeta
självständigt, kunde
vi lägga på längre
behandlingar för
dem som verkligen
behövde det.

”

Bevara hög tillgänglighet

Resultat från studierna och erfarenheter i den kliniska vardagen har lett fram till det nuvarande arbetssättet. Beslutet att utvärdera just stegvis vård kom av flera års utveckling och revidering av arbetssättet på mottagningen. Efter att ha jobbat huvudsakligen med korta interventioner, ACT och transdiagnostiska grupper kände vi frustration över att inte kunna erbjuda patienter diagnosspecifik, vetenskapligt utvärderad behandling i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer. ”Vi vet hur vi borde hjälpa patienter med t ex paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och PTSD, men vi har inte möjlighet att erbjuda dessa behandlingar på grund av det höga patienttrycket”. Patienterna fick lite ”smått och gott” efter bästa förmåga. Vi gjorde vårt yttersta för att ha hög tillgänglighet, men upplevde inte att vi behandlade psykisk ohälsa utifrån rådande evidens. Vi ville organisera vårt arbetssätt så att vi kunde behålla hög tillgänglighet och samtidigt frigöra utrymme för att erbjuda patienter evidensbaserad diagnosspecifik behandling i de fall det fanns sådana. I studien av stegvis vård såg vi att en stor del av patienterna blev hjälpta efter guidad självhjälp. Vi såg också att de som inte blev hjälpta kunde bli det av att intensifiera behandlingen. Tiden vi sparade på att många patienter kunde arbeta självständigt, kunde vi lägga på längre behandlingar för dem som verkligen behövde det.

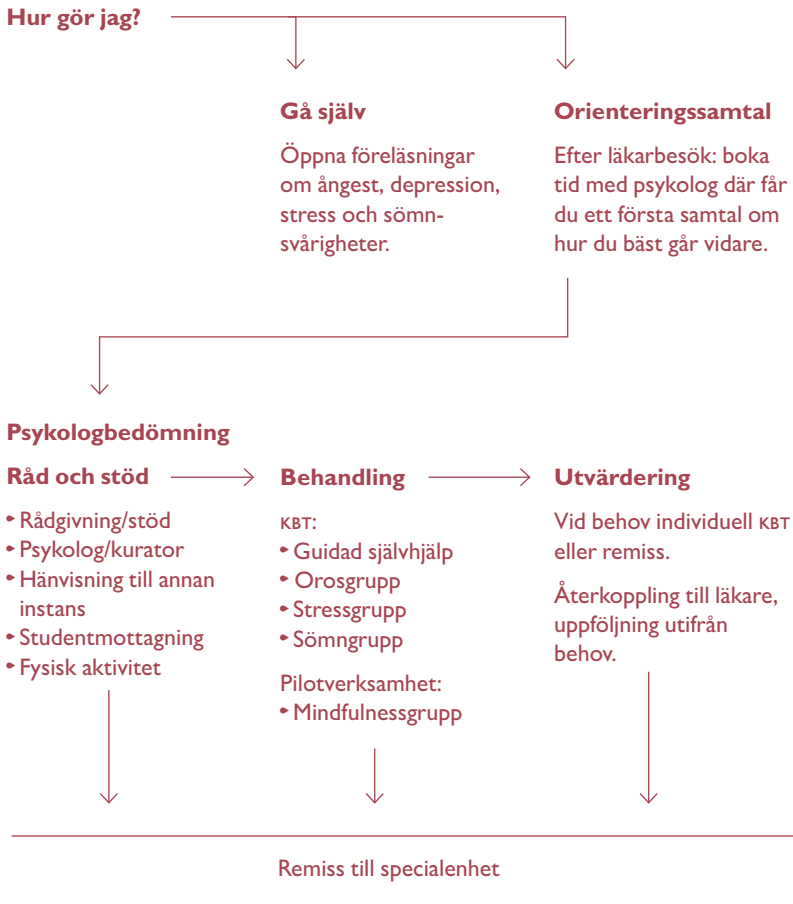
SÅ HÄR ARBETAR VI IDAG

Bedömning

Patienten träffar först läkare för att utesluta somatisk orsak till besvären och får sedan träffa psykolog för ett kortare orienteringssamtal. Orienteringssamtalet är cirka tjugo minuter och syftar till att etablera kontakt, bedöma vårdtyngd, påbörja anamnesupptagning, lyssna, validera och göra en plan tillsammans med patienten. Tröskeln ska vara låg för att komma på detta första besök. Inför besöket fyller patienten i frågor om ångest (GAD-7), depression (PHQ-9) och levnadsvanor (frågor om alkohol, tobak, matvanor och motion). Svaren kan ge en indikation på hur svåra symtom patienten har och vara ett stöd vid det första samtalet.

Patienter som bedöms vara i behov av specialistpsykiatrisk vård

INSATSER FÖR PSYKISK OHÄLSA



remitteras vid första samtalet eller senare. Patienter som är i behov av råd eller enklare interventioner ges det. Vid kris, sorg eller behov av socialtjänst bokas patienten oftast till kurator. Majoriteten av patienterna bokas emellertid för fördjupad bedömning hos samma psykolog som hen träffar vid orienteringssamtalet. Bedömningens längd varierar med komplexiteten i patientens problembild, men innebär oftast 1-3 träffar under vilka vi gör kompletterande anamnesupptagning, diagnostisk intervju med stöd av MINI, och en

gemensam plan för vilken insats som behövs. Psykologen har ett validerande, normaliserande förhållningssätt och ger ofta råd under bedömningsfasen. Vår kliniska uppfattning är att bedömnings-samtalen hjälper patienten att ringa in och sätta ord på vad som är svårt, vad hen vill och vad som skulle gå att förändra. Förändringsprocessen börjar redan här.

Behandling

Den vanligaste planeringen efter bedömning är guidad självhjälp, gruppbehandling eller kortare insatser utifrån beteendeanalys (till exempel för relationsproblem, ilskeutbrott eller alkoholvanor). Standard för guidad självhjälp innebär en uppstartssession, uppföljning i mitten av behandlingen och en avslutande session med utvärdering och eventuell ny planering efter 10 veckor. Detta anpassas utifrån vad psykologen och patienten bedömer lämpligt. Om guidad självhjälp eller grupp inte visar sig hjälpa patienten tillräckligt kan individuell behandling erbjudas. Individuell behandling kan också erbjudas om guidad självhjälp eller grupp inte bedöms passa (till exempel vid läs- och skrivsvårigheter eller PTSD). De individuella behandlingarna ges utifrån vad som har bäst forskningsstöd, till exempel KBT utifrån Clarks modell vid social fobi. Behandling ges i fullständig form gällande antal sessioner och beskrivna interventioner (till exempel filmade beteendexperiment). Vi kan också inledningsvis, efter bedömning eller vid uppföljning, rekommendera våra öppna föreläsningar på tema ångest, stress, depression, sömn, för patienter och anhöriga.

I dagsläget har vi cirka 4000 listade patienter per heltidsarbetande kliniker. Vi har även psykologer med chefsuppdrag och forskningsuppdrag samt en mottagning för barn och familjer, Hamnen, med fyra psykologtjänster, en PTP-psykolog samt socio-ner från kommunen.

Detta har vi lärt oss

I dagsläget ger vi fortfarande patienter i genomsnitt fem besök, men det varierar mellan råd, bedömning, guidad självhjälp och individuell KBT. Jämfört med när alla fick kort rådgivning anser vi

att vi idag arbetar mer evidensbaserat och har ett större utbud vilket ger bättre tillfredsställelse för patienter och psykologer. Tidigare fick patienter med paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och PTSD ingen evidensbaserad behandling. Vi gav psyko-
 edukation och ”KBT- tekniker” på fem sessioner på grund av fulla tidböcker och kände oss otillräckliga. Nu är det tydligare vad vi gör och vi är stolta över att kunna erbjuda patienter en hög tillgänglighet, ett brett behandlingsutbud och evidensbaserad behandling. ■

MANUALER SOM ANVÄNDS PÅ GUSTAVSBERGS VÅRD-CENTRAL

Diagnos	Guidad självhjälp	Grupp	Individuell KBT
Depression	KBT (3) el. (4)	Metakognitiv terapi (5)	Beteendeaktivering (6) el. (7)
GAD	Tillämpad Avslappning (8) ^a KBT (9)	Metakognitiv terapi (5)	Tillämpad Avslappning (8), KBT utifrån Dugas
Social fobi	KBT (10)	-	KBT (11)
Paniksyndrom	KBT (12)	-	KBT (13)
Tvångssyndrom	ERP (14)	-	ERP (15)
PTSD	-	-	KBT (16) el. (17)
Insomni	KBT (18)	KBT (18)	KBT (19)
Stress och utmattning	KBT ^b	KBT ^b	KBT ^b
Hälsöångest	KBT (20)	-	KBT (21)

a – Manualen omarbetades till självhjälpformat med ljudfiler i studien med stegvis vård

b – Manual utvecklad på Gustavsbergs vårdcentral, utvärderad i tre studier som självhjälp och individuell behandling. Utvärderad i klinik under 10 år som gruppbehandling

ELVA GODA RÅD FÖR PSYKOSOCIALT ARBETE I PRIMÄRVÅRDEN

- 1 Vi fokuserar utveckling på någon eller några saker i taget, ofta termins- eller årsvis.
- 2 Att utvärdera insatser (med hjälp av självskattningsskalor före och efter behandling) hjälper oss att se vilka insatser vi ska fortsätta utveckla och satsa på.
- 3 Vi strävar efter att arbeta evidensbaserat och utifrån beprövad erfarenhet och hålla hög tillgänglighet. Vi söker medel för projekt som hjälper oss i riktning mot detta.
- 4 Guidad självhjälp har varit en nyckel för att kunna arbeta evidensbaserat och ändå frigöra resurser till individuella behandlingar.
- 5 Grupper kan vara hjälpsamma för de problemområden som är vanligast, t ex stress och sömn.
- 6 En tydlig struktur och rutiner hjälper oss att förmedla hur vi arbetar till patienter, kollegor och andra yrkeskategorier. De är också ett stöd i en vardag med många patienter som har olika behov.
- 7 Även erfarna psykologer kan behöva handledning och utbildning för att utvecklas och säkerställa vårdkvaliteten, särskilt i metoder som inte används så ofta.
- 8 Psykologkollegor är viktiga. Om det inte finns andra psykologer på samma arbetsplats kan det vara bra att etablera kontakt med närliggande vårdcentraler och primärvårdsnätverk, för att dela erfarenheter och få stöd i att utveckla arbetet.
- 9 Över 4000 listade patienter per psykolog leder ofta till förlängd väntetid är vår erfarenhet. Vi har aldrig varit med om att det har varit svårt att fylla tidböckerna när vi har anställt fler. Undersök gärna möjligheter till, och uppmuntra nyrekrytering.
- 10 Att ta emot psykologkandidater och PTP-psykologer kan vara ett sätt att vidga det psykosociala teamet, rekrytera och få framtida kollegor intresserade av primärvård.
- 11 Vi jobbar för att ha en balanserad arbetssituation. Regelbundna pauser, återhämtning och friskvård kan vara viktiga delar för ett hållbart yrkesliv.

FÖRFATTARE



Sigrid Salomonsson
Född: 1980
Titel: Leg. psykolog, med dr. Enhetschef psykosociala mottagningen och Hamnen
Arbetsplats: Gustavsbergs vårdcentral



Elin Lindsäter
Född: 1981
Titel: Leg. Psykolog
Arbetsplats: Gustavsbergs vårdcentral



Karoline Kolaas
Född: 1977
Titel: Leg. Psykolog
Arbetsplats: Gustavsbergs vårdcentral



Daniel Björkander
Född: 1982
Titel: Leg. Psykolog
Arbetsplats: Gustavsbergs vårdcentral



Fredrik Santoft
Född: 1980
Titel: Leg. Psykolog
Arbetsplats: Gustavsbergs vårdcentral

REFERENSER

1. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, Ingvar M, Lekander M, Hedman-Lagerlöf E. Stepped care in primary care - guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2017;1-11.
2. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, Ingvar M, Lekander M, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2017;74:905-912.
3. Andersson B, Holländare, Lenndin & Vernmark: Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi, ett effektivt självhjälpssystem, Viva; 2007.
4. Addis ME, Martell CR, Andersson S: Ta makten över depressionen steg för steg : förändra dina vanor - förbättra ditt liv. Stockholm, Natur och kultur; 2007.
5. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, Summers M, Nathan PR. Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: an effectiveness trial. *Journal of affective disorders*. 2015;175:124-132.

1. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, Ingvar M, Lekander M, Hedman-Lagerlof E. *Stepped care in primary care - guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial.* Psychological medicine. 2017;1-11.
2. Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, Ingvar M, Lekander M, Hedman-Lagerlof E. *Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial.* Occup Environ Med. 2017;74:905-912.
3. Andersson B, Holländare, Lenn-din & Vernmark: *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi, ett effektivt självhjälsprogram*, Viva; 2007.
4. Addis ME, Martell CR, Andersson S: *Ta makten över depressionen steg för steg : förändra dina vanor - förbättra ditt liv.* Stockholm, Natur och kultur; 2007.
5. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, Summers M, Nathan PR. *Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: an effectiveness trial.* Journal of affective disorders. 2015;175:124-132.
6. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. *Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual.* Behav Modif. 2011;35:111-161.
7. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R: *Behavioral activation for depression : a clinician's guide.* New York, Guilford; 2010.
8. Öst L-G: *Applied relaxation: manual of a behavioral coping-strategy.* Stockholm, Lars-Göran Öst; 2006.
9. Wadström O: *Sluta älta och grubbla: lättare gjort med kognitiv beteendeterapi,* Psykologinsats; 2017.
10. Furmark T, Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., Andersson, G.: *Social fobi : effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.* Stockholm, Liber; 2013.
11. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. *Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial.* Journal of consulting and clinical psychology. 2003;71:1058-1067.
12. Carlbring P, Hanell, Å.: *Ingen panik: fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.* Stockholm, Natur & Kultur; 2011.
13. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder.* The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1994;164:759-769.
14. Asplund M, Rosengren, E-L.: *Fri från tvång. Steg för steg med kognitiv beteendeterapi.* Stockholm, Natur och Kultur; 2012.
15. Edna B. Foa EY, and Tracey K. Lichner: *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder. Therapist Guide.* Second Edition, Oxford university press; 2012.

16. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. *Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation*. Behaviour research and therapy. 2005;43:413-431.
17. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO: *Prolonged exposure therapy for PTSD : emotional processing of traumatic experiences: therapist guide*. Oxford; Oxford University Press; 2007.
18. Jernelöv S: *Sov gott!: Råd och tekniker från KBT*. Stockholm, Wahlström & Widstrand; 2008.
19. Morin CM: *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York, The Guilford Press; 1993.
20. Erik Hedman JL, Peter Leiler, Erik Andersson, Erland Axelsson, Brjánn Ljótsson: *Tänk om jag är sjuk!*, Natur och kultur; 2016.
21. Hedman E, Andersson E, Lindefors N, Andersson G, Ruck C, Ljótsson B. *Cost-effectiveness and long-term effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety*. Psychological medicine. 2013;43:363-374.

Maria Lalos

MÅNGA FÖRDELAR MED TRANS- DIAGNOSTISK GRUPP- BEHANDLING

► Psykologer behöver synliggöra och skapa efterfrågan på psykologisk kompetens. Ekonomiska och verksamhetsnära idéer, som är i linje med god klinisk praktik och ett hållbart yrkesutövande, behöver lyftas fram mer. Transdiagnostisk gruppbehandling är en del i den paletten.

Bakgrund

För några år sedan tog jag klivet från psykiatri till primärvård. Jag möttes av en lång väntelista, högt söktryck och kollegor med driv att erbjuda god vård till så många som möjligt. Som enda person i det psykosociala "teamet" började jag söka mönster i det kollegor och patienter efterfrågade. Tidigt insåg jag vikten av att integrera gruppbehandling som en del av hälsocentralens basutbud. Mitt intresse för transdiagnostisk inriktning utgick ifrån ett identifierat behov i min verksamhet och en pragmatisk hållning gällande att skapa mer effektiva flöden. Dels ville jag öka tillgången till god psykologisk behandling och dels ville jag frigöra tid till andra insatser. En hög samsjuklighet i patientgruppen utgjorde därtill en utmaning för bedömning av bäst lämpade intervention. Ytterligare en utmaning var att möta behovet hos personer som inte uppfyllde kriterierna för en specifik diagnos men uppvisade ett stort lidande.

Jag kommer visa på värdet av en transdiagnostisk ansats i grupp för den enskilde behandlaren, patienten och verksamheten i stort. Jag utgår ifrån mina erfarenheter av att implementera och bedriva gruppbehandling inom psykiatri och primärvård under de senaste tio åren. Jag har hållit grupper med löpande intag mellan moduler, behandlingar med eller utan digitalt stöd, grupper om åtta eller fler deltagare samt inriktningar baserat på diagnostisk tillhörighet eller gemensamma faktorer. Min förhoppning är att fler psykologer vill prova transdiagnostisk gruppbehandling, utbyta erfarenheter och bidra till värdefull forskning på området.

För vem?

Det finns ingen entydig definition av vad som avses med transdiagnostisk behandling. Vissa inriktningar betonar användandet av samma interventioner oavsett diagnos. Andra inriktningar utgår ifrån s.k. funktionell kontextualism där beteenden förstås i sitt sammanhang och analyseras utifrån vad de syftar till i den kontext de har uppstått i och fortsätter att förekomma i. Målsättningen är att hjälpa individer att utveckla ändamålsenliga och flexibla beteenden oavsett diagnos.

Forskning på området uppvisar stor spridning i effektstorlekar dvs i vilken grad en viss transdiagnostisk behandling har inverkan på det man vill påverka. Aktuella studier fokuserar i huvudsak på minskning av symtom men några uppmärksammar andra utfallsmått som till exempel förbättrad upplevd livskvalité. Även om antalet randomiserade kontrollerade studier är få så förekommer studier som visar på lovande resultat. I behandlingsforskningen framkommer exempelvis:

- måttliga till stora effektstorlekar avseende symtom på ångest och depression
- likvärdiga resultat mellan transdiagnostisk behandling och behandling inriktad på specifika syndrom
- måttliga till stora effekter på symtomskattning vid transdiagnostisk behandling via internet
- måttliga till stora effekter på symtomskattning vid transdiagnostisk behandling i grupp

Över femtio manualer

Det finns mer än femtio syndromspecifika manualer med forskningsstöd att utgå ifrån som behandlare. För en enskild psykolog innebär det ett stort arbete i fråga om urval, inläring och att hålla isär olika manualer i en klinisk vardag med högt tempo. I mötet med mina patienter inom primärvården har ett mönster framkommit i hur de hanterar obehag, ovisshet och försöker lösa sina problem. Vissa är uppslukade av sitt tänkande, andra gör sitt yttersta för att inte tänka alls. Vissa har ett uttalat kroppsfokus

medan andra anstränger sig för att inte stanna upp vid sensationer från kroppen. Vissa jagar desperat mål de satt upp medan andra ger intryck av att sakna en kompass i vardagen och livet i stort. Fler-talet uppvisar kombinationer och ett mönster av att växelvis förlita sig på den ena eller andra strategin. Att fokusera på gemensamma faktorer föll sig därav naturligt när jag för några år sedan gjorde mitt urval till en transdiagnostisk gruppbehandling. Min ambition var att inkludera deltagare med liknande beteendeprofil snarare än att exkludera baserat på ett diagnostiskt urval.

Vad fokuseras och hur?

Min målsättning har varit att stimulera deltagare till ett lärande av färdigheter med hög användbarhet oavsett problematik och fas i livet. De har fått öva sig i att *spana* på egna reaktioner och beteenden, *sortera* och *se* samband utifrån funktionell analys, *sikta* i betydelsen ta ut sin livsriktning och öva på förhållningsätt och beteenden som understödjer den förflyttningen. Min roll som gruppleddare har varit att modellera en nyfiken hållning gällande huruvida agerandet gynnar deltagaren eller inte. *Närma dig det du är rädd för, agera tvärtemot känslan, släpp taget om grubblerier om det hjälper dig att ta steg mot det som betyder något för dig.* Färdigheten att göra denna bedömning på egen hand allteftersom har varit det centrala i gruppbehandling. Under och mellan gruppträffar har deltagare fått öva på att ta perspektiv samt träna nya förhållningsätt till tankar och känslor oavsett innehåll eller valör. Patienter som önskat delta i gruppbehandling under förutsättning att de inte behöver delge innehållet i sitt tänkande för de andra har med andra ord kunnat delta. De har kunnat resonera kring mönster, funktion och riktning samt nya beteendalternativ lika väl som andra deltagare.

Avsnitt med psykoedukation och förklaringsmodeller kring specifika diagnoser har kunnat minimeras i blandade patientgrupper. Det har gett större utrymme för upplevelsebaserade övningar, interaktiva moment samt fokus på hemarbetet. En förutsättning för varaktigt lärande har varit hemarbetet. Därför har jag avsatt tid vid varje gruppträff till att noga utvärdera lärdomar från hemarbetet, hinder för själva övandet mellan gångerna samt uppmuntrat diskussion kring anpassningar. Deltagarna har återkommande

blivit ombedda att reflektera över på vilket sätt den aktuella färdigheten eller övningen som fokuseras i hemarbetet kan kopplas till en personlig strävan. Min erfarenhet är att igenkänningen varit hög bland deltagare i fråga om hur de kämpar, viljan att nå en förändring samt vad som värdesätts. Detta tros ha bidragit till ett klimat i gruppen som motiverat deltagande och lärande men också att negativa föreställningar har utmanats gällande vem som drabbas av psykisk ohälsa.

Teman i gruppbehandlingen

Följande gemensamma teman har varit i fokus i den transdiagnostiska gruppbehandling som jag tog fram för några år sedan och i Psykologpartners Ångesthjälpen:

- Vilka upplevelser försöker jag undvika/undkomma?
- Vilka beteenden tar jag till för att slippa obehag?
- Vilka konsekvenser får de strategier jag använder?
- Vad värdesätter jag och vilka är mina mål?
- Hur kan jag hantera hinder och mina tankar och känslor?
- Vad innebär medveten närvaro i vardagen och hur stärker jag den?
- Hur kan jag ta små steg mot sådant jag värdesätter?

Ångesthjälpen är ett program framtaget av Psykologpartners för att bedriva transdiagnostisk behandling med internetstöd för olika ångestsyndrom. Det individuella programmet har utvärderats i olika studier och har forskningsstöd. Ångesthjälpen kan även användas som gruppbehandling med digitalt stöd. Numera utgår jag ifrån Ångesthjälpen som gruppleddare, utbildare och handledare. Även i dessa grupper har jag valt att inkludera deltagare med varierad problematik som till exempel ångest, smärta, stress, depression och allmänt psykiskt lidande. En liknande ansats finns omnämnd i ett vetenskapligt arbete av Hjalmarsson (2013) där användbarheten av Ångesthjälpen i grupp utvärderats för deltagare med olika psykiatriska diagnoser, svårighetsgrad och funktionsnivå.

För många deltagare utgör gruppträffar en utmaning gällande att ta in information, samspela med andra och hantera känslor

”

Min erfarenhet
är att igenkänningen
varit hög bland
deltagare i fråga
om hur de kämpar,
viljan att nå en
förändring samt vad
som värdesätts.

”

som väcks. Att ha tillgång till ett pedagogiskt material innefattande filmer, ljudfiler och möjligheten att repetera moment hemma via internet utgör därav ett ovärderligt stöd. Att kunna ta igen en träff digitalt vid uteblivande ökar sannolikheten att behandlingen fullföljs och att fler moment genomförs.

Stöd vid implementering

Frågan om hur goda flöden etableras och hur gruppverksamheten bevaras över tid är något jag särskilt skulle vilja lyfta fram. Mina erfarenheter är inte unika i någon mening utan råden snarare så givna att de lätt kan glömmas bort i iveren att komma igång med gruppbehandling snabbt.

Som blivande gruppleddare förstår jag att du funderar över följande:

1. Vilket är syftet med att starta gruppbehandling i min verksamhet?
2. Vilket är mitt utgångsläge? Måste jag... vill jag... vet jag hur... vågar jag... har jag fattat ett beslut... är det förankrat i verksamheten?
3. Vem behöver veta vad? ... för att en potentiell deltagare snabbt ska kunna komma på bedömning hos mig och påbörja en grupp inom några veckor?

Få med dig kollegor och patienter

Att fundera igenom ovanstående frågor underlättar för dig som gruppleddare att förmedla tilltro till och hållningen att gruppbehandling utgör ett fullvärdigt alternativ gentemot kollegor och patienter. Tydliggör och förankra din idé hos verksamhetschefen och medicinskt ansvarig läkare. Användandet av färdiga program och behandlingar som utvärderats i studier underlättar givetvis kommunikation inom verksamheten och gentemot patienter. Säkerställ inflödet av potentiella gruppdeltagare genom att kontinuerligt informera befintliga och nya medarbetare om syftet med gruppbehandlingen, målgrupp och aktuella startdatum för de närmaste månaderna. Använd dig av de forum som redan finns för informationsspridning och tillåt nyfikna kollegor att sitta med på

LITTERATURTIPS



Ramnerö, J. & Törneke, N. (2013). *Beteendets ABC: en introduktion till behavioristisk psykoterapi*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

en gruppträff.

Avsätt tid för bedömning av grupp kandidater fortlöpande så att alla grupper startar med ett optimalt antal deltagare. Sträva efter att bedömningssamtalet utmynnar i en muntlig sammanfattning kring användbarheten för just denna patient att delta i gruppbehandling – oberoende av den eventuella diagnos som anges av remittenten eller patienten själv. En individuell förbedömning som utgår ifrån

beteendeanalys stärker patientens förståelse för och motivation att delta. Det utgör även ett tillfälle för gruppledaren att lyfta praktiska hinder för deltagande och vad som kan föranleda avhopp.

Det finns fördelar med att skapa ett hållbart flöde av patienter in i transdiagnostisk gruppbehandling innan en inventering görs av behovet av gruppbehandling med annan inriktning. Behandlingsutbudet inom en verksamhet bör inte konkurrera utan utgöra ett komplement till varandra.

Stöd för gruppledaren

Att vara en skicklig behandlare i individuella kontakter är inte liktydigt med att vara en god gruppledare. Även om det inte är vår avsikt finns en risk att gruppbehandling driver åt individualterapeutiskt arbete – fast i grupp – eller att gruppledaren förlitar sig helt och fullt på rollen som undervisare på bekostnad av rollen som behandlare.

Både extern och kollegial handledning med fokus på färdigheter att leda grupp är att rekommendera. Som alltid vid träning av nya färdigheter är det av vikt att fundera igenom sina styrkor och utvecklingsområden. Vad behöver jag fortsätta göra, göra mer av eller öva på för att kunna leda deltagarna i en riktning som är hjälpsam för dem? Vissa av oss behöver öva på att sätta gränser, andra att stimulera till samtal eller låta saker bero. Ofta behöver vi träna på att tydligare illustrera, med oss själva som exempel, färdigheter

FÖRFATTARE



Maria Lalos

Född: 1978

Titel: Leg. psykolog

Arbetsplats: Psykologpartners, Umeå.

vi önskar att deltagarna provar. I korthet, vårt ansvar som gruppledare är att agera på ett sätt som uppmuntrar lärande och en nyfiken hållning. Detta ställer krav på oss att vara lyhörda och flexibla under gruppträffar samtidigt som vi håller styrningen utifrån syftet med

aktuell gruppträff. Att ta hjälp av gruppbehandlingar med digitalt stöd underlättar denna ansvarsuppgift avsevärt.

Några avslutande ord

Som psykologer behöver vi synliggöra och skapa efterfrågan på vår kompetens i större skala. Vi behöver öva på att lyfta fram ekonomiska och verksamhetsnära förslag som är i linje med god klinisk praktik och ett hållbart yrkesutövande som psykolog. För mig utgör transdiagnostisk gruppbehandling en del i den paletten. Värdet av en transdiagnostisk ansats i grupp för den enskilde behandlaren, patienten och verksamheten kan sammanfattas med:

- Kortare väntetider och bra flöden
- Färdighetsträning relevant för många
- Färre grupper att hålla reda på för remittent och gruppledare
- Mer tid för annat slags psykologarbete inom verksamheten. ■

TRE TIPS

1 Forma effektiva och hållbara flöden in till grupp utifrån förutsättningarna i din verksamhet.

2 Förbered din patient med hjälp av en fokuserad beteendeanalys innan gruppstart.

3 Fundera igenom dina styrkor och dina utvecklingsområden som gruppledare.

REFERENSER

- Hjalmarsson, E. (2013). *Transdiagnostisk gruppbehandling inom specialistpsykiatrisk vård - en klinisk effektstudie*. Uppsala Universitet.
- Rudehill, Å. (2015). *Internetbaserad KBT/ACT-behandling och dess effekt på oro och ångest: en effectiveness-studie*. Stockholms Universitet.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T. (2015). *Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood*. *Clinical Psychology Review*, 40 (August), 91–110.
- Päsärelu, C. R., Andersson, G., & Nordgren, L. B. (2017). *Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6073(February), 1–29.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... Cassiello-Robbins, C. (2017). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders*. *JAMA Psychiatry*, 2215(9), 875–884.

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-

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.

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

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.

Sofia Eithun Rönning & Hanna Foconi

ATT PRATA OM SEX I TERAPI

► Varför ska psykologer prata om sex med sina patienter? Jo, för att det kan finnas ett stort behov hos patienten. Forskning visar att just psykologer är en bland de mest lämpade att föra dessa samtal.

Relevans för primärvården

Som psykologer inom primärvården möter vi en stor mängd patienter med en stor bredd i psykiskt mående. Många av de patienter som kommer till oss har aldrig tidigare varit hos en psykolog och gått i psykoterapi. Detta sammantaget ställer höga krav på oss som psykologer; att få patienten att känna sig trygg, att inte missa komorbiditeter, att differentialdiagnostisera, och att fråga om allt som kan vara av betydelse för patientens psykiska mående. Vi får genom utbildning och erfarenhet en hög kompetens i att hitta varje patients individuella lidande, och vi är oftast mycket bra på att lyfta det allra mest känsliga och privata. Tyvärr tycks ämnet sex ha en slags särställning, och många psykologer undviker helst att lyfta det med sina patienter. Detta trots att det finns stöd för att psykologer anses vara en av de yrkeskategorier som är mest lämpade att tala om sex och sexualitet med patienter. Psykologer tenderar att hellre hänvisa sina patienter till professionella med sexologisk expertis än att själva samtala om sexualitet i psykologisk behandling.

En stor del av de patienter vi möter som primärvårdspsykologer har en stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Enligt Socialstyrelsen (2016) är livstidsprevalensen för utmattningssyndrom 18 procent för hela befolkningen, och vad gäller depression ligger

livstidsprevalensen på mellan 20–30 procent. Dessa patienter lider i hög grad av sexuell dysfunktion i någon form.

Att lyfta sex och sexualitet med patienter kan även vara en preventiv åtgärd - om det går att undersöka flera delar av en persons hälsa kan vi kanske hjälpa någon innan problemet blir för stort. Dessutom kan sex ha en hälsofrämjande effekt och hjälpa patienter att må bättre, vilket innebär att om vi som psykologer kan tydliggöra det, skulle det kunna vara värdefullt för patienten.

Sex är viktigt

Genom hela vårt livsspann utgör sexualitet en central del i hur vi skapar vår identitet, hur vi ser på oss själva, både i förhållande till sig själv, andra och omvärlden. Sex och sexualitet är också en betydelsefull aspekt i att förstå våra relationer; vem vi formar relationer med och hur dessa ser ut. Med detta som utgångspunkt är det inte så förvånande att sex och sexualitet i så hög grad påverkar vårt mående, och har en stark koppling till välmående, livskvalitet och upplevd lycka.

Att sexualitet har en så stor påverkan i våra liv har också att göra med att det är ett brett begrepp, och därmed innehåller många dimensioner, såsom exempelvis sex, könsidentitet, könsroller, sexuell läggning, njutning, intimitet och reproduktion. Enligt WHO (2006) är det en mänsklig rättighet att åtnjuta ”högsta möjliga standard av hälsa” vari sexuell hälsa är inkluderat.

Sex påverkar vår psykiska hälsa och vice versa

Att uppleva sig ha en tillfredsställande sexuell hälsa är av stor vikt, då den så tydligt är sammankopplad med psykisk hälsa. Upp till 75 procent av personer med depression upplever att den sexuella lusten blir lidande. Det tycktes vara så att ju svårare depression, desto högre risk för bortfall av sexuell lust. Det är också väldigt vanligt att personer som lider av nedstämdhet upplever annan sexuell dysfunktion, såsom exempelvis vaginal torrhet eller erektionssvårigheter. I tillägg är det också påvisat en växelverkan; depression ger ökad risk för sexuell dysfunktion - men också att sexuell dysfunktion ökar risken för att gå in i en depression.

LITTERATURTIPS



Sexologi av Lundberg och
Löfgren-Mårtenson (redaktörer)



Sexualitetsstudier av Plantin
och Månsson (redaktörer)



Sexualitet och sexuella problem
av Ekdahl



*HBQ+ Psykologiska perspektiv och
bemötande* av Lundberg, Malmquist
och Wurm (redaktörer)



Jag och du av Inti Chavez

Även när det kommer till stressrelaterad ohälsa är sambandet med sexuell hälsa tydligt. Det har bland annat framkommit att stress har en negativ påverkan på sexuell lust och tillfredsställelse, samt kan orsaka samlagssmärta. Det här är kanske inte så förvånande för oss psykologer som har god insikt i stressfysiologi; det är liksom inte meningen att vi ska vilja ligga vid sympaticuspåslag.

Dra sig undan sin partner

Ytterligare konsekvenser av att psykisk ohälsa ger sexuell ohälsa kan vara att de som lider av sexuell dysfunktion också drar sig undan en eventuell partner - för att inte ge falska förhoppningar som hen sen inte kan infria. Detta gör det svårare för patienten att få närhet och stöd, och kan i förlängning även påverka relationen. Dessutom går personen med depression då även miste om ”må-bra-hormonet” oxytocin som frisätts vid kroppskontakt.

Vi vet också att användningen av antidepressiv medicinerad ökar i Sverige, och med tanke på att en vanlig biverkning av denna är sexuell dysfunktion, är också det viktigt att kunna prata om.

En annan aspekt att ta hänsyn till är den stress som kan upplevas av de som upplever sig avvika från samhällets normer kring sex. Exempelvis avviker från samhällets heteronorm

kring sexualitet, vad gäller exempelvis sexuell läggning eller könsidentitet. Det kan tänkas leda till ytterligare påfrestning vid psykisk ohälsa, vilket riskerar att osynliggöras om vi psykologer inte lyfter ämnet sexualitet.

Patienter förväntar sig att få frågor om sex

Det finns stöd för att patienter i hög grad både vill prata om sex och sexualitet, och att de dessutom förväntar sig det när de kommer till en psykolog. Det finns alltså en villighet att svara på frågor om sitt sexliv - men patienter kan dock uppleva det som mycket svårt att själva lyfta ämnet. Vidare rapporterar många patienter att de undviker att tala om sin sexualitet innan de fått förtroende för behandlaren. Det som underlättar för patienten är om psykologen förmedlar en öppen hållning, ställer raka frågor, och hjälper patienten att sätta ord på sin upplevelse. Allra helst skall psykologen öppna upp för ämnet tidigt i kontakten med patienten, gärna redan under anamnesen. På motsvarande sätt blir det svårare för patienten att börja prata om sex om psykologen uppfattas vara ointresserad av ämnet - vilket riskerar bli fallet om psykologen inte vågar fråga om sex och sexualitet. Detta stämmer överens med tidigare forskning som tyder på att patienter föredrar mer aktiva interventioner från psykologen, i jämförelse med en mer passiv hållning.

Varför ska vi psykologer fråga om sex?

Patienter vill ha möjligheten att själva välja om de vill prata om sex eller inte. Det innebär att psykologen måste vara följsam och respektera om patienten av någon anledning inte vill beröra ämnet. Men det innebär också att psykologen behöver ta ansvaret att lyfta frågan, då det är svårt för patienten att göra det själv. I de tillfällen psykologen inte gör det, uppger patienter att de i hög grad upplever det som en börda: ”Jag behöver få prata om detta, men jag kan inte med att lyfta ämnet själv...”

Det finns en ökad liberalism kring sex i samhället, vilket eventuellt skulle kunna innebära att sex och sexualitet skulle vara mindre laddat och ångestfyllt. Därmed skulle det kunna vara mindre problematiskt att prata om sex, då ämnet inte är lika tabubelagt som det varit i tidigare perioder. Detta verkar dock inte vara fallet, det är fortfarande laddat att prata om sex. Den mer öppna attityden till

”

Det finns stöd
för att patienter
i hög grad både vill
prata om sex och
sexualitet, och
att de dessutom
förväntar sig det
när de kommer till
en psykolog.

”

sex tros istället bidra med en högre nivå av skamkänslor om individen inte upplever sig kunna nå upp till den kulturella standarden. Exempel på detta kan vara skam över att inte kunna leva upp till kulturell standard av "kul sexliv" eller att leva utanför samhällets normer kring könsroller, heteronormativitet och så vidare. Skammen kan även kopplas till sådant som sexuella prestationskrav, exempelvis när en inte har debuterat sexuellt, eller inte upplever någon sexlust. Trots att det alltså finns ett stort fokus på sex i samhället överlag upplever många patienter det som tabu att prata om sexualitet i terapi. Detta kan tänkas manifesteras som motstånd hos patienter att lyfta frågor om sexualitet i terapi.

Vad kan vi göra?

Sex är ett ämne som kräver övning i att prata om med patienter i terapi. Att träna på att lyfta frågor om sex med patienter kan alltså ge den säkerhet som psykologen behöver, på liknande sätt som frågor kring suicid, självskadebeteende och våld i nära relationer. Det underlättar för både psykolog och patient om ämnet lyfts tidigt, gärna redan under anamnesen.

Om psykologen själv anser att sex är ett viktigt ämne ökar chansen att hen inom ramen för terapi utforskar ämnet sexualitet som något naturligt. Patienter efterfrågar både öppna och mer specifika frågor; de öppna möjliggör att det för psykologen oväntade framkommer, medan de specifika i högre grad hjälper patienten att sätta ord på det som kan vara svårt och skamfullt. När frågor om sex lyfts i ett tidigt skede av terapin kan psykologen bidra med att öppna upp för ämnet och därmed ge patienter den valmöjlighet de efterfrågar.

Vad kan vi göra sen?

Att som psykolog normalisera och validera patientens upplevelse är ofta värdefullt. För många patienter räcker det långt med att få veta att sexlusten är ett symtom på depressionen eller utmattningssyndromet. Det kan göra det möjligt för dem att släppa skam och skuld, och kanske underlättar gentemot en eventuell partner. När vi talar om sexualitet på ett rakt och öppet sätt förmedlar vi att det går att prata och tänka kring sex på ett liknande sätt som andra

viktiga områden i våra liv. Om sexualitet på något sätt blir problematiskt, går det att prata om det likväl som annat som kan vara jobbigt och svårt.

Det går att tillsammans med patienten utforska vad sex och sexualitet är: hur det kan se ut och hur det går att hitta lust, glädje, njutning och närhet på olika sätt. Exempelvis kan vi genom att lyfta ämnet sexualitet problematisera att sex inte nödvändigtvis måste innebära en viss typ av samlag, eller vara något mellan två människor. Hur ser personen exempelvis på egensex? Det går även att lyfta sexualitet utifrån vad som är meningsfullt för patienten: hur vill du ha det? När vi talar om sexualitet på detta öppna och utforskande sätt blir det också möjligt att i högre grad utforska andra möjligheter. Vid långvarig stress finns det exempelvis tecken på att den psykologiska upphetsningen inte påverkas negativt i lika hög utsträckning som den sexuella funktionen. Det kan innebära att till exempel en kvinna med utmattningssyndrom vill ha sex, men inte

FÖRFATTARE



Sofia Eithun Rönning

Född: 1975

Titel: PTP-psykolog

Arbetsplats: Capio

Läkarhus Almö,

Myggenäs Tjörn



Hanna Foconi

Född: 1991

Titel: PTP-psykolog

Arbetsplats: Capio

Läkarhus Kvillebäcken,

Göteborg

får tillräcklig lubrikation. Då kanske det kan hjälpa med glidmedel, olja eller något liknande. Viktigt blir då också att utforska om viljan och lusten verkligen finns och poängtera att ingen ska ta hjälpmedel för att ”kunna ställa upp” för sin partner.

Det går att behandla sexuella svårigheter utifrån funktionella analyser: för att förstå vad som händer när vi kommer i kontakt med vår sexualitet. Finns det undvikande? Konsekvenser? Slutligen kan vi genom att lyfta ämnet, få fatt på om det finns

särskilda svårigheter inom området sexualitet hos våra patienter. Om det är något som inte faller inom primärvårdens område, så ges ändå möjlighet att validera dessa svårigheter och hänvisa vidare. Av den anledningen kan det vara värdefullt att ta reda på vad som finns i just ditt område i god tid, så att du vet vilka möjligheter som

”

Det är
fortfarande
laddat att prata
om sex.

”

finns. Exempelvis om svårigheterna visar sig gälla erektionsproblem, annan form av sexuell dysfunktion, självskadebeteende eller vaginism. Genom att göra detta talbart har du tillsammans med patienten tagit ett viktigt första steg. ■

NIO GODA RÅD FÖR SAMTAL OM SEXUALITET

- 1 Träna!
- 2 Lyft frågan tidigt - gärna i anamnesupptagningen
- 3 Prata rakt och öppet om sexualitet
- 4 Varva öppna och specifika frågor
- 5 Tänk på att sex och sexualitet kan se olika ut
- 6 Normalisera och validera
- 7 Berätta att stress och nedstämdhet ofta påverkar sexlusten
- 8 Stöd patienten i att utforska vad sex och sexualitet är för hen
- 9 Ta reda på vart du kan hänvisa patienten vidare om det behövs

REFERENSER

- AARP. (1999). *AARP/Modern maturity sexuality survey*. Hämtad från <http://assets.aarp.org/rgcenter/health/mm-sexsurvey.pdf>
- AARP. (2005). *Sexuality at midlife and beyond: 2004 update of attitudes and behaviors*. Hämtad från http://assets.aarp.org/rgcenter/general/2004_sexuality.pdf
- Abedi, P., Afrazeh, M., Javadifar, N., Saki, A. (2015). *The relation between stress and sexual function and satisfaction in reproductive-age women in Iran: A cross-sectional study*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(4), 384-390.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). *Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis*. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507..
- Butler, C., O'Donovan, A., & Shaw, E. (2010). *Sex, sexuality and therapeutic practice – a manual for therapists and trainers*. London: Routledge.
- Davidson, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S., & Davis, S. (2009). *The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women*. *Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697.
- Dennerstein, L., Hayes, R., Sand, M., & Leher, P. (2009). *Attitudes Toward and Frequency of Partner Interactions Among Women Reporting Decreased Sexual Desire*. *The Journal of Sexual Medicine*. 6(6), 1668–1673.
- Eithun Rönning, S., & Foconi, H (2017). *Samtalet om det - patienters upplevelse av att prata om sexualitet i terapi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). *Views of health professionals on discussing sexual issues with patients*. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*. 25(6), 291-296.
- Holmberg, D., Blair, K., & Phillips, M. (2010). *Women's sexual satisfaction as a predictor of wellbeing in same-sex versus mixed-sex relationships*. *Journal of Sex Research*, 47, 1–11. doi: 10.1080/00224490902898710
- Hooghe, M. (2012). *Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale*. *Journal of Sex Research*, 49, 264-273. doi: 10.1080/00224499.2010.551791
- IsHak, W. W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2011). *Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review* *Journal of Affective Disorders*. 130(1–2), 1–9.
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). *A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324-339.
- Lundberg, P. O., & Löfgren-Mårtenson, L. (2012). *Sexologi (3:e upplagan)*. Stockholm: Liber.

- Lundmark, G., & Sandler, E. (1998). *Sexualitet: lust eller plåga*. Stockholm: Carlssons.
- Montejo, A.L., Montejó L., & Navarro-Cremades, F. (2015). *Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs*. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 418-423. doi: 10.1097/YCO.000000000000198.
- OECD. (2013). *Pharmaceutical consumption. (Health at a Glance: 2013)*. Paris: OECD Publishing. Hämtad från http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-41-en
- Pangman, R. N., & Sequire, M. (2000). *Sexuality and the chronically ill older adult: A social justice issue*. *Sexuality and Disability*, 18, 49-59. doi:10.1023/A:100547771213326
- Rosen, R.C., & Bachmann, G.A. (2008). *Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291-297. doi: 10.1080/00926230802096234
- Shalev, O., & Yerushalmi, H. (2009). *Status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists*. *Psychoanalytic Psychology*, 26, 343-361. doi: 10.1037/a0017719
- Socialstyrelsen (2016) ICD-10-SE: *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - systematisk förteckning, version 2016*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health*. Hämtad från http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Wernick, U. (2003). *Ethical issues in sexual therapy*. I G. Shefler, Y. Achmon, & G. Weil, (red.), *Ethical issues for professionals in counseling and psychotherapy (363-379)*. Jerusalem: Hebrew University Magnes Press.
- Williams, K., & Reynolds, M. (2006). *Sexual dysfunction in major depression*. *CNS Spectrums*, 11(9), 19-23.
- Yangin, H.B., Sözer, G.A., Sengun, N., & Kukulu, K. (2008) *The relationship between depression and sexual function in menopause period*. *Maturitas* 61(3), 233-237.

Minna Forsell

EXISTEN- TIELLA FRÅGOR I PRIMÄR- VÅRDEN

► Existentiella frågor är varken sjukdomar eller behandlingsbara problem. Men lämnas de obemötta kan de leda till stort lidande. Primärvårdens uppgift är att förebygga detta.

Utgångsläget

Har primärvården ett uppdrag att bemöta existentiella frågor? Svaret på denna fråga varierar beroende på vem som ger det; några uttalade nationella riktlinjer angående frågeställningen finns ej. Oavsett hur man svarar finns de existentiella frågorna ändå redan där, och kanske är det till och med så att lidandet med dem som grund ökar.

”Antalet personer som söker akut för problem som har mer med livets normala gång att göra än med psykisk sjukdom, har ökat under de senaste åren samtidigt som tröskeln för inläggningar har sänkts i samma takt” skriver Stefan Krakowski i Dagens Samhälle (18 april 2017). Själva livet, såsom det är utformat, har blivit ett problem.

Vårdsökande kopplat till allmänmänskliga livsfrågor tycks alltså ha ökat, och det är av vikt för såväl befolkning som vårdapparat att detta sökbehov bemöts adekvat. Adekvat vore ett sätt som tar patientens problem på allvar, men som inte belastar vården på ett orimligt sätt. Psykisk hälsa kan, enligt Världshälsoorganisationen, WHO, beskrivas som ett tillstånd av välbefinnande där individen inser sin egen förmåga, kan hantera normal livsstress, arbeta produktivt och bidra till samhället. Att hantera livsstress ingår i mental hälsa, och för ett bra patientbemötande som ligger i linje med det hälsobegrepp som primärvårdens uppdrag utgår ifrån bör alltså existentiellt färgade problem uppmärksammas och bemötas utan att ramas in som psykiatrisk problematik som kräver behandling.

Fokus på livsfrågor och dilemman

Existentiella frågor innebär brydsamheter på temat ”vad innebär det att vara människa?”. Detta skulle kunna vara samlingsnamnet på existentiella frågeställningar; de sorterar alla under denna rubrik. De har fokus på livsfrågor och dilemman, paradoxer och ofrånkomliga livsvillkor. De kan handla om hur en ska förstå sin roll i livet, vad som egentligen spelar roll, om det finns någon kärlek och vad den egentligen är, om glädje är en rättighet eller om den måste förtjänas, hur en ska stå ut med vetskapen om att döden kan komma när som helst och så vidare. Existentiella frågor är ofta integrerade i de rent medicinska/psykologiska frågeställningar som patienten kommer med.

Bland kliniker finns olika inställningar till att bemöta patienters existentiellt färgade problem. Ibland uppstår motvilja inför att ägna sig åt detta, kanske finns en uppfattning om att det är onödigt eftersom det inte direkt går att behandla, eller en rädsla för att öppna en Pandoras ask av stora olösliga frågor. Existentiella frågor kan således väcka stress hos yrkesutövaren, särskilt om hen är ovan vid att tänka på dem själv och att möta sådana i sitt jobb. Under kliniska utbildningar är det ofta andra perspektiv på människan som dominerar.

De stora livsfrågorna

Ändå är de stora livsfrågorna allestädes närvarande. Eftersom det existentiella perspektivet rymmer de teman som överskrider gränser för såväl discipliner som förståelseramar har det betydelse för all verksamhet som vill förstå människor och deras liv. I primärvården är det viktigt att den problembild som patienten presenterar kan ramas in på ett så adekvat sätt som möjligt, och att hänsyn tas till den stora bilden, inte bara till vissa för klinikern signifikanta detaljer. Om existentiella frågor har betydelse för patientens upplevda problematik bör dessa uttryckas och inkluderas i problembeskrivningen. De behöver också bemötas.

Det är en vanlig uppfattning att existentiella teman främst aktualiseras i kris och vid stora livshändelser. Detta är de tydligaste uttrycken för existentiella teman, men frågan om hur vi ska leva våra liv, och vad livet egentligen är, genomsyrar även all dagliga skeenden. Förutom de klassiska temana sjukdom, död och mening

”

Hur kan jag möta
världen som mig
själv trots risker?

Vad är priset
för anpassning?
Kärlek, tomhet och
ensamhet är andra
viktiga, vanliga
områden.

”

präglas sjukvården numera av många ytterligare existentiella frågeställningar. Identitetsfrågor och rätten att vara sig själv ingår här - var går gränsen mellan mitt självuttryck och andras förväntningar på mig? Hur kan jag möta världen som mig själv trots risker? Vad är priset för anpassning? Kärlek, tomhet och ensamhet är andra viktiga, vanliga områden.

Transkulturella frågeställningar

Även transkulturella frågeställningar är på uppseglade i vårt samhälle, och ofta är dessa frågor oformulerade. Kanske förstår patienten dessa frågor och problem som beroende på hen själv, att det är hen själv som är problemet, ”jag är nog sjuk, jag är svag, jag är dålig”. Om frågan/problemet däremot formuleras som en i grunden allmänmänsklig fråga, ett dilemma som inte nödvändigtvis kan lösas här och nu, men som patienten kan förhålla sig till och ta ställning i, då blir det mycket lättare för patienten att närma sig sina svårigheter konstruktivt. Om patienten kan se hur till exempel en exiltillvaro per se innebär vilshenhet och existentiell chock behöver hen inte anklaga sig själv för att inte vara tillräckligt stark eller en misslyckad människa. Hen behöver inte ta sina svårigheter personligt, utan kan se att de ingår i den existentiella utmaning som migration innebär för en människa. Att förstå sig själv i ett samhälleligt och existentiellt sammanhang öppnar upp möjligheter för att ta ansvar för sin egen roll och vilja, att acceptera livsvillkor, att förändra det som kan förändras och att se möjligheter och välja om en ska agera på dem eller ej.

De transkulturella frågorna, precis som många andra allmänmänskliga utmaningar, uppstår i mötet mellan individ och samhälle, mellan individ och individ och mellan individen och hen själv. De präglar vår samtida kulturella verklighet och många individer berörs, men frågan är om och hur vården svarar an på dessa frågor.

Arbete på asylmottagning

Som exempel på detta kan jag ta min nuvarande kliniska vardag som psykolog på en asylmottagning där det existentiella perspektivet är centralt i varje patientmöte. En del av patienterna har visserligen psykiatrisk problematik, men det de alla framförallt har

gemensamt är att de är mitt i den livsförändrande kris som migration innebär för individen. Och förutom patientens eventuella psykiatriska symptom förtjänar också denna livskris uppmärksamhet, om inte annat för att förebygga framtida psykiatriska symptom. Min utgångspunkt är att oavsett allt annat – som kön, ålder, födelseplats, bostadsort, religion, identitet, frisk eller sjuk – förhåller vi oss ständigt till de stora frågorna och den existentiella bakgrunden för våra liv, och det är denna bakgrund som jag ägnar mig åt att förstå och sätta ord på. I mitt arbete är det särskilt exilfrågan samt frihet, mening, identitets- och trosfrågor som är de stora temana. Att förstå hur dessa stora frågor med alla sina paradoxer tar sig uttryck i den unika individens livskontext är en stor del av det arbete jag gör tillsammans med patienten.

På en asylvårdsmottagning blir det särskilt tydligt hur det sociala, kulturella och ideologiska sammanhanget spelar stor roll för hur det är att vara människa i en viss tid på en viss plats. Att kunna sätta in patientens problematik i en bred kontext är en viktig uppgift för primärvårdsklinikern, och att benämna och utforska dessa samband stärker individens anknytning till livet och det egna ansvaret inför det.

Att förstå patientens lidandespråk

Det finns inga rätta svar på hur en individ ska förhålla sig till de existentiella frågorna om det egna livet. Ändå spelar de stor roll för den psykiska hälsan. Vissa gånger kan en kliniker hjälpa patienten att lösa vissa livsdilemman, men även då det inte går, har klinikerns engagemang i det som patienten bär på stor betydelse för hur bemötandet upplevs. Är mina frågor viktiga? Är mitt lidande på riktigt? Min erfarenhet från den transkulturella delen av vården har gjort det tydligt för mig att det i samtida primärvårdsutövning är viktigt att vi inte kräver av patienten att hen endast får lida på vetenskapligt vis. Det är klinikerns uppgift att kunna förstå patientens lidandespråk, och bemöta det konstruktivt.

För livsfrågor ska inte patologiseras. Om det stämmer att patienter i allt högre utsträckning söker vård för livsfrågor finns ett stort behov av att ta hand om dessa. Vi behöver skilja på frågor som har svar, och frågor som inte har det. Frågan ”hur ska jag leva mitt liv

”

Livsfrågor ska inte patologiseras. Om det stämmer att patienter i allt högre utsträckning söker vård för livsfrågor finns ett stort behov av att ta hand om dessa.

”

väl?” kan inte vården svara på. Men att språkligt rama in frågan och förhålla sig utforskande och empatiskt till den det kan vården göra.

Att sätta ord på allmänmänskliga paradoxer

Så hur bemöter vi existentiella frågor utan att komma allt för långt bort från vårt primära syfte, att vara en vårdinrättning? För att parafasera ett välkänt begrepp inom primärvården kan vi tala om existentiell edukation. Existentiell edukation är det gensvar vi ger patienter kring deras existentiellt färgade frågeställningar och bekymmer samt de ord vi erbjuder patienten för att öka hens förståelse för den aktuella frågan. Existentiell edukation kan vara att prata om livet och döden, att spegla den osäkerhet som patienten känner inför livets villkor, att prata om de möjligheter och begränsningar människans (och därmed också patientens) liv innehåller och hur dessa går ihop med de egna strävandena, att sätta ord på frågor som har med mening, frihet, isolering och mänsklig kontakt att göra. Att sätta ord på allmänmänskliga paradoxer och dilemman är en del av existentiell edukation, liksom att referera till relevant konst och andra kulturella fenomen som patienten på egen hand kan närma sig för att komma vidare med sitt problem. Medan psykoedukation har till syfte att minska ångest och oro har existentiell edukation som mål att ge patienten en bättre grund för att undersöka dessa känslor.

Att erbjuda patienten en existentiell konsultation innebär att varken patient eller kliniker behöver lägga tid på fel sak; om patienten har ett livsproblem att förhålla sig till tjänar det sällan något till att hen tillsammans med en psykolog försöker behandla problemet som om det vore ett kluster av psykiatriska symtom.

Vid en existentiell konsultation är fokus på att patienten ska förstå sitt liv snarare än sitt psyke. Sett ur ett existentiellt perspektiv uppstår psykologisk dysfunktion när individen inte lyckas försonas med livets förutsättningar. Arbetssättet präglas av ett starkt förstapersonsperspektiv det är patientens livsvärld som utforskas fenomenologiskt.

Att effektivt kunna ge patienten en existentiell konsultation kräver därför att kliniker är insatt i klassiska livsfrågor och allmänmänskliga fenomen. Det förutsätter ett visst intresse för och kunskap om humaniora och samtidskultur samt en förmåga att

tala konstruktivt om det som inte har något givet svar. Det kräver att grundbegrepp undersöks på ett förutsättningslöst vis, och att klinikern förmår zooma in och ut mellan patientens högst personliga livsförhållanden, allmänmänskliga frågor och metafysiska resonemang.

Rikta patientens uppmärksamhet utåt

För att en klinisk konsultation ska kunna kallas existentiell education behöver den vara utåtpekande; den ska inte dra patienten till sig och få hen att känna att endast här kan jag få hjälp med detta problem. Den ska uppmuntra till ett aktivt engagemang i det egna livet samt rikta patientens uppmärksamhet utåt mot källor som resonerar kring och på olika sätt hanterar den tematik som patienten är upptagen av. Den tar sin utgångspunkt i att lösning av livsfrågor

inte finns i vården, men att patienten bör få hjälp med att finna vägar ”därute” som kan leda till lösning för hen.

Existentiella frågor ska alltså inte behandlas i primärvården, men de bör bemötas och tas på allvar. Samtidigt är det förstås så att det mellan existentiella frågor och psykologiska

problemformuleringar inte finns några klara gränser. De går in i varandra, precis som de existentiella frågorna gör på varje område som engagerar människan. Att skilja ut vad som är vad och hur det hänger ihop är en viktig uppgift när behandlingsalternativ ska väljas.

Varken sjukdom eller behandlingsbart problem

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården ”utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ... svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Ett effektivt och ändamålsenligt bemötande

FÖRFATTARE



Minna Forsell

Född: 1978

Titel: Leg. psykolog

Arbetsplats: Asylmottagningen, Rissne vårdcentral, Stockholm

av existentiella frågeställningar hos våra patienter bidrar till att uppfylla primärvårdens sammantagna uppgift.

Existentiella frågor är varken sjukdomar eller behandlingsbara problem; lämnas de obemötta kan de dock leda till stort lidande, plågsamma tillstånd och psykisk ohälsa. Primärvårdens uppgift är att förebygga detta. En primärvård som kan möta människan där hon är bör utöver somatisk och psykologisk vård kunna erbjuda en bra konsultation när patientens problem är av existentiell karaktär. Sedan vore det ju också önskvärt med utrymme för vårdgivarna att reflektera över existentiella frågeställningar kopplade till yrkesutövningen, att till exempel få ta ställning till vilka möjligheter som finns till autenticitet i yrkesrollen, hur utövningen överensstämmer med de egna värderingarna, men det resonemanget får utvecklas en annan gång. ■

Hanna Ricksten

LYCKAT PROJEKT FÖR BARN OCH UNGAS PSYKISKA HÄLSA

► Hon fick stor frihet att bygga upp en verksamhet i Västra Götalandsregionen för barn och unga med psykisk ohälsa. Läs Hanna Rickstens berättelse.

K, 11 år kommer på ett första samtal med sin mamma och pappa. Pappan har ringt till vår telefonjour och önskat hjälp för sin dotter som lider av stark rädsla för att lämna föräldrarna och beskriver att det varit stora besvär några månaders tid. De får en första tid hos mig två veckor efter att de har ringt. K ger ett vaket intryck och kan beskriva sina rädslor utan hjälp från föräldrarna. Hennes rädsla påverkar hennes vardag på olika sätt. Hon vågar inte sova hos kompisar eller i egen säng. Hon har svårt att låta föräldrarna gå och handla eller gå ut med hunden utan att hon blir försäkrad om att de kommer tillbaka. I skolan kan hon lätt bli orolig och då smsa sina föräldrar för att se om de mår bra. När vi pratar om det som är svårt blir hon ledsen och gråter, situationen känns hopplös.

Fick fria händer

Jag arbetar i ett tvåårigt projekt som kallas Ungas psykiska hälsa och som började januari 2017, på Läkarhuset i Kvillebäcken. Projektet innebär att ett antal vårdcentraler i Västra Götalandsregionen har ansökt om statsbidrag för att förstärka första linjens vård av barn och unga med psykisk ohälsa i form av tre psykologer och en socionom. Arbetet har inneburit att från grunden bygga upp en mottagning för barn och unga. Detta har innefattat att ta fram rutiner och processer, sätta sig in i regionala medicinska

riktlinjer, informera samverkanspartners om vår verksamhet i olika sammanhang, upparbeta samarbeten med närliggande vårdgrannar, nätverksträffar med projektets olika deltagare, och en hel del utbildningar. Vi fick stora friheter att utforma verksamheten och bra stöd från ledningen.

Drygt tio vårdcentraler i regionen, såväl offentligt som privat drivna, är med i projektet. Fokus ligger på korta behandlingsinsatser för mild till måttlig psykisk ohälsa individuellt och i grupp. Vi utreder inte neuropsykiatriska tillstånd som ADHD eller autism och vi behandlar inte allvarlig psykisk ohälsa.

Tills vårt andra besök har K fått arbeta med avslappningsövningar i samband med sömn. Tillsammans pratar vi om vad hon vill kunna klara av och vad som är viktigt för henne i hennes liv. Att kunna sova över hos vänner är något hon verkligen vill klara av. Vi tar fram en träningsstege över situationer som väcker oro och hur hon ska kunna närma sig detta gradvis. K är motiverad till att det ska bli bättre för henne. Mamma och pappa får också information om att de också behöver göra förändringar för att inte hjälpa K att undvika situationer eller ge henne försäkringar som vidmakthåller oron.

Familjer har fallit mellan stolarna

På Capio Läkarhus Kvillebäcken har vi tagit emot barn, unga och deras familjer sedan mars 2017. Vi tar inte emot remisser, utan familjerna får ringa till oss för att få en tid. Detta gäller för samtliga enheter i projektet. Även andra vårdgivare eller skolhälsovård kan ringa oss för konsultation. Söktrycket är högt och ibland behöver vi göra tillfälliga stopp för nybesöksintag. Vi märker att behovet av tidiga insatser är mycket stort. Dessa familjer har ofta sökt hjälp på BUP men inte bedömts ha tillräckligt allvarliga problem, medan skolhälsovården ofta inte kan erbjuda strukturerad behandling av till exempel ångesttillstånd eller depression. Familjerna har på ett olyckligt sätt fallit mellan stolarna i vårdkedjan. Andra kanske nyligen har insett att de har svårigheter som de behöver hjälp med och söker oss av den anledningen och vi har då möjlighet att vända en negativ utveckling i tid. Enligt krav- och kvalitetsboken 2017 (kap 2.2.2) ingår det i varje vårdcentral grunduppdrag att göra en

första bedömning av psykisk ohälsa hos barn och unga vad gäller symtombild, svårighetsgrad och behov av insatser samt erbjuda nödvändig behandling på primärvårdsnivå. Tyvärr får vi ibland höra att familjer sökt hjälp på sin vårdcentral men fått höra att de inte tar emot barn med psykisk ohälsa. I vårt uppdrag ingår att vara stöd och ge konsultation åt vårdcentraler i regionen.

Vanligast med ångest, nedstämdhet och depression

De vanligaste sökorsakerna är ångest och oro, nedstämdhet och depression och stressrelaterade besvär. En annan vanlig sökorsak är barn med ilska eller utagerande och utmanande beteende. Vi träffar allt från sjuåringen som blir arg i skolan och hemma, till sjuttonåringen med stressrelaterade besvär kopplat till höga prestationskrav, till föräldrarna som vill ha en bättre relation till sina barn, till tolvåringen med kräkfobi. Vi arbetar oftast med kognitiv beteendeterapi enskilt eller i grupp, föräldrastöd enskilt eller i grupp, bedömningar, remisser till BUP eller andra instanser.

Tredje gången vi ses sover K bättre och har inte oroat sig för att något ska hända föräldrarna i samma utsträckning. Hon har arbetat med att inte smsa föräldrarna direkt när oron kommer utan vänta, vilket har gjort att hon nu märker att oron går över av sig själv. K beskriver att problemet nu besvärar henne 6 av 10 jämfört med 10 av 10 som det var i början. Hon verkar också gladare idag. Hon får i uppgift att utmana sig att sova över hos olika kompisar.

En vanlig dag på min arbetsplats innehåller såväl individuella samtal med barn, familjer eller enbart föräldrar, telefonrådgivning, teammöte eller olika kontakter med till exempel skola. Eftersom vi ingår i ett projekt behöver vi registrera alla nya kontakter, samt ombesörja att familjer fyller i en enkät efter avslutad kontakt med frågor kring bemötande, väntetid, behandlingseffekt, med mera.

En stor del av arbetet med att jobba med barn och unga innebär kontakter med skolkurator, klasslärare, skolpsykolog, olika vårdnadshavare, BUP, Socialtjänsten, läkare på vårdcentral eller Ungdomsmottagning. Eftersom vi också tar emot barn från hela regionen kan det potentiellt sätt bli en stor mängd externa kontakter.

Barn är i större utsträckning än vuxna beroende av sin kontext och att omgivningen hjälper dem och gör anpassningar. En tioåring med kräkfobi behöver föräldrarnas stöd för att behandlingen ska fungera. Jag jämför med den tid då jag själv arbetade med vuxna, och tänker att för varje besök med en vuxen patient krävs det åtminstone två besök när det gäller barn. Istället för antal besök per dag borde vi kanske fundera på hur många personer vi möter och behöver förhålla oss till på en dag?

Vår fjärde gång blir vår sista. K sover nu hos kompisar utan problem. Hon sover i egen säng och uppfattas inte längre som tillbakadragen. Hon själv skattar problemet som 3 av 10. När vi säger hej då ger hon mig en kram. K har vågat utmana sin rädsla och kunnat göra saker hon vill istället för att bli begränsad av rädslan.

Olika typer av gruppverksamhet

Eftersom behovet och efterfrågan av vård är stor arbetar vi mycket med gruppverksamhet, både för barn, föräldrar och familjer. Vi har tre olika typer av föräldrastödsgrupper: Alla barn i centrum (ABC), Känslotarka barn och Hantera oro. ABC är en generellt hållen föräldrastödsmodell som främst arbetar med att stärka den positiva relationen mellan barn och föräldrar. Känslotarka barn riktar sig till föräldrar till barn som saknar färdigheter i att hantera egna känslor vilket kan leda till ilskebrott och rigiditet. Hantera oro är en kurs för föräldrar till barn med mild till måttlig ångestproblematik. Vi arbetar också med grupper där barnen deltar. Våga mera riktar sig till ungdomar med ångestproblematik och deras föräldrar. Vi har en grupp för äldre tonåringar som är baserad på medveten närvaro, ACT och konstnärliga tekniker. Jag har arbetat mest med Träning för medveten närvaro och resiliens; en mindfulnessbaserad, transdiagnostisk gruppbehandling för barn i åldern 10-14 år som har oro eller ångest, stressrelaterade besvär, sömnbesvär, negativ självbild, nedstämdhet eller problem med ilska. Metoden är utformad för att passa primärvård. Under åtta tillfällen träffas gruppen med två instruktörer och arbetar med olika tekniker i medveten närvaro. Jag har haft flera grupper och deltagarna beskriver olika typer av förbättringar.

”

Vi tar fram en
träningsstege över
situationer som
väcker oro och
hur hon ska kunna
närma sig detta
gradvis.

”

”Jag har lärt mig att jag inte ska fly från mina jobbiga känslor utan titta på vad jag känner. Att andas och ha kontroll och inte bara reagerar utan tänka innan.”

”Jag har lärt mig att stanna upp och vara nyfiken, det har hjälpt mig mycket!”

”Det är först nu som jag har lärt mig hur jag ska hantera mina känslor.”

”Att faktiskt utsätta mig för något och då reflektera över vad jag känner och varför har hjälpt mig.”

”Jag kan koncentrera mig på lektionerna efter att ha tagit tre medvetna andetag.”

”Jag använder SOAS och går ifrån istället för att slåss när jag blir arg.”

”Jag kan använda andetaget för att lugna ner mig själv istället för att skrika.”

Vi har på kort tid byggt upp en fungerande verksamhet som har kunnat ta emot barn och unga med korta väntetider. Även om vi ibland måste göra tillfälliga intagningsstopp för individuella kontakter kan vi alltid erbjuda telefonrådgivning och har ofta plats i någon av grupperna. Att se en förändring hos ett barn som K ske på så kort tid som fyra gånger, eller höra barn som gått i någon av våra grupper beskriva att de nu kan skratta åt sin rädsla istället för att styras av den, eller höra föräldrar beskriva att familjesituationen är mindre konfliktfylld efter att de gått i en av våra föräldrastödsgrupper är de stora vinsterna med arbetet. ■

FÖRFATTARE



Hanna Ricksten

Född: 1986

Titel: Leg. psykolog

Arbetsplats: Capio

Läkarhus Kvillebäcken

FEM TIPS NÄR DU SKA BYGGA UPP EN VERKSAMHET FÖR BARN OCH UNGA

- 1 **Mod: våga börja!** en nystartad verksamhet behöver säkerligen revideras under vägen, var inte rädd för att börja och sedan ändra. Det behöver inte bli perfekt direkt.
- 2 **Vänlighet och högt i tak:** Vår arbetsgrupp karaktäriseras av omsorg, medkänsla, öppna dörrar och att våga göra fel. Detta tror jag är framgångsfaktorer om man ska våga göra något nytt.
- 3 **Informera mera:** att informera vårdgrannar, samverkanspartners eller andra aktörer löpande om verksamheten kan låta självklart, men vår erfarenhet är att information lätt försvinner. Gör er synliga och hörda. Bjud in till er och bjud in er själva till era viktigaste samverkanspartners.
- 4 **Förebygga otydlighet:** I möjligaste mån försök skapa rutiner och processer som gör att riktlinjer följs. Försök förebygg otydligheter i samverkan tidigt.
- 5 **Gruppbehandlingar:** Gruppbehandlingar i olika former för de vanligaste sökorsakerna är ett sätt att möta en stor efterfrågan. Om möjligt försök planera för att ha grupper som går ett antal gånger per termin.

Mats Dahlin

SÅ FÅR DU INTEGRERAD BETEENDE- HÄLSA ATT FUNGERA I PRAKTIKEN

► Att arbeta som expert i nära samarbeten
– råd, tips och erfarenheter från Mats Dahlin.

Min personliga resa

Min resa i primärvården började med ett uppdrag jag fick som PTP psykolog på företaget jag arbetar på. Uppdraget var att bedriva företagets psykiatriska öppenvård. Arbetet bestod av att vara utlokaliserad till en vårdcentral, i mitt fall på halvtid, och bedriva behandling av mild till måttlig psykiatri. I praktiken behandlade vi dock även många gånger svåra psykiatriska besvär då det var svårt för patienter att få komma till psykiatrin. När vi påbörjade samarbetet med ”min” vårdcentral presenterade vi Integrerad beteendehälsa (IBH) som ett alternativ till att arbeta endast med traditionella terapier. Lyckligtvis nappade vårdcentralen på denna idé. Jag har efter åren på vårdcentralen fortsatt att implementera, utbilda och handleda i modellen och i fokuserade samtalsbehandlingar i över tio års tid, främst inom primärvård men även i andra sammanhang så som företagshälsovård, psykiatri och somatisk vård. Det är några av dessa erfarenheter från att ha jobbat med IBH, först som utförare på en vårdcentral och sedan som utbildare och handledare i arbetsättet, som jag vill förmedla i denna text. Min förhoppning är att texten ska inspirera dig som är nyfiken på att arbeta på detta eller liknande sätt på din vårdcentral.

Detta är integrerad beteendehälsa

Integrerad beteendehälsa eller Primary Care Behavioral Health (PCBH) som modellen heter i sitt ursprung är främst utvecklad av Patricia Robinson och Kirk Strosahl i USA. De har även varit aktiva

i utvecklandet av det som kallats för tredje vågens beteendeterapier, vilket även märks i dessa sammanhang. I Sverige har modellen haft många olika namn där det mest använda har varit Brief intervention men idag kallar de flesta av oss modellen för just Integrerad beteendehälsa. Det är även det namn som bäst beskriver vad det handlar om: att arbeta med beteendemässig aspekter av hälsa integrerat i den övriga verksamheten på vårdcentralen. Kirk och Patricia samt Thomas Gustavsson har även arbetat fram en kondenserad form av Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som kallas Fokuserad ACT (FACT). Relationen mellan IBH och FACT är enligt mig att IBH till stor del är en fråga om hur man organiserar vård och hur man kan arbeta i nära samarbeten på en vårdcentral som psykolog medan FACT är en samtalsmetod. IBH och FACT kompletterar varandra men det är inte nödvändigt att arbeta med FACT inom ramen för IBH. Det behandlande arbetet kan även baseras på andra former av KBT.

IBH har utvecklats som ett försök att bemöta den växande andelen personer som söker sig till primärvården för psykisk ohälsa och det faktum att det inte finns tillräckligt med utbildade samtalsbehandlare i primärvården för att möta detta. I denna modell angriper man detta problem genom att bredda psykologens uppdrag till att handla om fler delar än att vara behandlare av psykisk ohälsa. Grundtanken är psykologens expertkunskap kring psykisk ohälsa och samtal behöver nå ut till fler än de som psykologen behandlar på sitt rum. Några grundläggande principer för IBH är:

- Psykisk ohälsa måste uppmärksammas, bedömas och behandlas av samtlig personal på en vårdcentral då det är ett omöjligt uppdrag för psykologen att göra detta själv.
- Insatserna mot psykisk ohälsa behöver vara populationsfokuserade snarare än individfokuserad. Detta innebär att man vill jobba med att nå ut till och hjälpa många snarare än att lägga större delen av resurserna på enstaka individer.
- Förebyggande insatser för att fånga upp patienten innan det blir för stort lidande är centralt för att förbättra hälsan hos populationen samt för att underlätta kortare behandlande insatser.

- God vård inkluderar att både psyke och somatik tas med i bemötande, bedömning och vårdplanering i en helhet, inte behandlas separat av olika experter utan samverkan.
- Integration av psykologisk kompetens i vardagsarbetet för vårdcentralspersonal genom hög tillgänglighet för konsultationer av psykolog kring de patienter personalen möter.
- Det ska vara lika naturligt för en patient att träffa en psykolog som andra professioner vårdcentralen.

Baserat på dessa grundläggande principer eftersträvar man i arbetet enligt IBH tre centrala aspekter som genomsyrar hur man organiserar och genomför behandling av psykisk ohälsa:

- En integration av psyke och somatik till en helhet som behandlas gemensamt av läkare, psykolog och sjukgymnast med ett gemensamt språk och en röd tråd i hur vi bemöter, bedömer och behandlar patientens besvär. Man strävar alltså efter att ha nära samarbeten över professionsgränserna i så stor utsträckning som möjligt, där alla bidrar med sin kompetens till en sammanhållen vård för patienten.
- Ett ständigt arbete med att förbättra all personals kunskap och förmåga att bedöma, bemöta och behandla psykisk ohälsa i sitt dagliga arbete.
- En strävan att integrera psykologen i arbetet med fler problemområden än traditionella psykiatriska problem (till exempel följsamhet till vårdplaner, diabetes, värk, livsstilsproblem). Kort sagt är alla patienter som skulle ha nytta av att få hjälp att göra nödvändiga beteendeförändringar för att förbättra sin hälsa, aktuella för en konsultation hos psykologen.

Psykologens uppdrag

Psykologens uppdrag består av två delar. Den första och mest centrala delen är att vara en resurs för övrig personal på vårdcentralen. Detta sker genom att psykologen har hög tillgänglighet (genom bland annat öppna tider) där övrig personal kan rådgöra med psykologen om patienter de träffat. Vanliga frågor som man pratar om vid dessa tillfällen är frågor om bedömningar och hur man

kan hjälpa patienten. Dessa tider kan även användas till att boka in gemensamma patientbesök eller för patientbesök där till exempel en läkare träffat patienten samma dag och önskar hjälp med behandling av patienten. Utöver detta håller psykologen ofta även utbildningar för övrig personal i bedömning och behandling ur ett psykologiskt perspektiv med målet att öka personalens kunskap samt förmåga att behandla vanliga besvär via självhjälpsfärdigheter.

Att ha denna tillgänglighet och att arbeta med nära samarbeten och kunskapsöverföring är den absoluta kärnan av IBH. Tanken är att genom dessa samarbeten skapas tillfällen för att lära av varandra och på sikt kan psykologen genom detta arbete lära till exempel läkare att angripa depression via psykologiska interventioner. På så sätt utvecklas personalen i sitt bemötande och behandlande av psykisk ohälsa. Detta gör att den psykologiska kunskapen sprids till fler patienter än om psykologen endast ägnar sig åt att träffa patienter på sitt rum. Detta frigör förhoppningsvis även tid för psykologen som kan läggas på de patienter som lider av mer omfattande besvär.

Fokuserade samtalsbehandlingar

Den andra delen av psykologens uppdrag är att erbjuda behandlande insatser. Man brukar ofta prata om att man erbjuder fokuserade samtalsbehandlingar på 1-4 sessioner à 30 minuter. Detta skall dock inte tas som en absolut ram utan snarare ett riktvärde för att kunna hålla en hög tillgänglighet för populationen. Fokus för dessa behandlingar är ofta att lära ut självhjälpsfärdigheter som patienten ska kunna fortsätta att arbeta med på egen hand. Hur detta går till rent konkret kan variera till stor del men några grundläggande utgångspunkter är att man arbetar med konkreta interventioner som patienten kan träna på, på egen hand. Man baserar antalet tillfällen på det faktiska behovet för att uppnå tillräcklig effekt, så att patienten upplever att den kan stå på egna ben. Patienten är alltid välkommen tillbaka för ytterligare besök vid behov. Psykologen förväntas ha ett antal öppna tider varje dag eller vecka för att kunna erbjuda dessa typer av insatser så snart som möjligt. Detta är en viktig del i att kunna fånga upp patienter snabbt och kunna jobba förebyggande.

Som ett komplement till de fokuserade samtalsbehandlingarna

”

Att ha denna
tillgänglighet och
att arbeta med nära
samarbeten och
kunskapsöverföring
är den absoluta
kärnan av IBH.

”

skapar man ofta en struktur där man även erbjuder internetbaserade behandlingar, gruppbehandlingar och en liten del längre terapier för de patienter som behöver mer hjälp.

En vanlig dag

Vanligtvis är arbetsdagen indelad i ”egna tider”, som psykologen förfogar över för bland annat återbesök, samt ett antal öppna tider. De öppna tiderna skall användas till konsultationer där personal rådfrågar psykologen eller till besök med patienter som kommit in under dagen. I vanliga fall brukar man ha mellan 1-5 öppna tider per dag beroende på verksamhet och behov.

Den normala arbetsgången för ett besök hos psykologen är att patienten först träffat en läkare eller talat med en sjuksköterska. Dessa har ringat in problembilden och förankrat hos patienten att och varför denne ska träffa psykologen. Därefter sker en överlämning med en ”remissfråga” till psykologen, helst direkt med patienten närvarande. Detta ”förarbete” underlättar avsevärt för psykologens möjlighet att erbjuda en fokuserad samtalsbehandling och är även en del av strukturen kring att skapa lärtillfällen mellan personal. Vid första tillfället arbetar psykologen och patienten fram en aktiv strategi för hur patienten ska kunna hantera problemet kämpar med. Därefter följs denna plan upp vid behov. När denna uppföljning sker och hur många tillfällen man träffas beror på hur väl strategin fungerar samt patientens förmåga till självständigt arbete. Under arbetet samt när kontakten avslutas ges en återkoppling till den person som hade den inledande kontakten med patienten. Återkopplingen fokuserar på hur man jobbat och vad man ska tänka på om denne träffar patienten igen. Det är alltså via strukturen med överlämnanden och återkopplingar som psykologen arbetar med att sprida sin kunskap och hjälpa personal att bli bättre på att bemöta psykisk ohälsa genom direktinlärning kopplat till specifika patienter.

Mina erfarenheter

Min erfarenhet av att arbeta som utförare av IBH för egen del är mycket positiv. För det första har jag lärt mig otroligt mycket av de täta samarbeten jag haft. Den kunskap jag fått av läkare, sjuksystrar,

arbetsterapeuter m fl i samarbetet kring patienter har varit ovärderlig för mig även idag, flera år senare. Det har även varit roligt att se att det faktiskt går att bygga strukturer där det är möjligt att inte ha en väntelista och att patienter kan få tillgång till psykolog samma dag de träffat läkaren. Det har också varit intressant att se hur förvånade och glada patienter blir när de får en snabb tid och hur detta gör att behandlingen får en positiv start som man kan bygga på. Jag har också upplevt och fått feedback från utvärderingar att det går att göra meningsfulla och bra behandlingar på 1-4 samtal à 30 minuter.

Men framförallt har jag sett via mitt eget arbete som utförare och via de verksamheter jag hjälpt genom åren hur arbetsättet förändrar övrig personals syn på psykologer. De beskriver att de känner sig hjälpta i sin vardag på ett helt nytt sätt. De uppskattar att få hjälp med att bemöta psykisk ohälsa och tycker att deras arbetsmiljö förbättras när de inte ”sitter själva med dessa svåra patienter” utan kan rådgöra med en psykolog. Det har även varit roligt att se hur personal ändrar sina beteenden i hur de talar om och bemöter psykisk ohälsa samt hur man blir efterfrågad på daglig basis för sin kompetens. Jag har upprepade gånger hört från läkare och sjuksköterskor att de genom att arbeta på det här sättet äntligen förstått vilken nytta de har av en psykolog samt att de nu förstår vad psykologen gör på sitt rum. Jag har även upplevt själv och sett hur de samarbeten som utvecklas stärker både psykologer och läkare i sina respektive professionsutövanden genom gemensamt lärande och bärande av patienter. För mig är detta en modell som skapar en grund för att man som psykolog tar och får en ledande expertroll kring psykisk ohälsa som jag inte ser att man når via att bedriva psykologisk behandling på sitt rum.

Mina erfarenheter säger även att arbetet inte är gjort i en handvändning. Det kräver en hel del av psykologen och organisationen för att lyckas fullt ut och för att skapa ett system som håller över tid. För många psykologer är det ovant att ta plats som expert och jobba konsultativt vilket man måste växa in i över tid. Många upplever det även ovant med den öppna tidsboken samt att arbeta med fokuserade samtalsbehandlingar. På organisationsnivå krävs det att modellen är förankrad det vill säga att man aktivt väljer att jobba

”

Mina erfarenheter
säger även att
arbetet inte är gjort
i en handvändning.
Det kräver en hel
del av psykologen
och organisationen
för att lyckas fullt ut
och för att skapa ett
system som håller
över tid.

”

med konsultationer, ömsesidigt lärande samt att man inte lägger över allt arbete på psykologen. För att det ska fungera måste alla ”dra sitt strå till stacken” och vara införstådda i sin del.

Risker och utmaningar

Det finns en hel del utmaningar och risker med modellen, som det är viktigt att vara medveten om och kunna hantera om de dyker upp. Medvetenhet kring dessa och aktivt arbete för att inte fastna i dem är nödvändigt för att inte riskera en arbetsmiljö som inte är gynnsam, varken för personal eller patienter.

1. När målet är ”pinnar” och ekonomi

En risk som finns med modellen är att ledning eller psykologen vill arbeta på detta sätt för att kunna producera många besök och har fokus på ekonomiska variabler, statistik och ”pinnar”. Som jag ser det är detta inte en modell som handlar om att ”springa snabbare” och ha tio besök om dagen för att det är bra för ekonomin eller statistik. Målet med modellen och dess fokuserade samtalsserier är att frigöra tid för att psykologen och organisationen ska kunna ägna sig åt de konsultativa tjänsterna som man förväntas göra som psykolog. Om man inte har med detta i systemet så är det inte IBH. Enligt min erfarenhet håller man inte heller som behandlare över tid med denna typ av ”produktion” varken för egen hälsa eller för det arbete som behandlingarna kräver. Om det endast är hög produktion som efterfrågas då är inte denna modell rätt väg att gå.

2. Ledning eller övrig personal ställer inte upp på sin del i arbetet

En annan risk är att man från ledningshåll vill implementera arbetssättet men man förväntar sig att det endast är psykologen som ska ändra arbetssätt. Detta ser jag som mycket problematiskt och det omöjliggör i praktiken det man eftersträvar. Det går givetvis att ge psykologen stort ansvar i detta men om man inte tänker igenom arbetet på organisationsnivå och hur alla ska dra sitt strå till stacken så blir det aldrig ett system som håller över tid. Målet med modellen är att sprida kunskap och förbättra hela vårdcentralens kunskap om bedömning och behandling av psykisk ohälsa. För att detta ska vara möjligt måste ledningen ta sitt ansvar för hur detta organiseras

i praktiken och personalen måste vara inställda på att ha nära samarbeten kring patienter. Inte bara lämna över dem till psykologen. De behöver även fånga upp och förankra hos patienter varför de ska träffa psykologen på rätt sätt för att skapa en god grund för den fokuserade samtalsbehandlingen.

3. Psykologen vill för mycket

Ytterligare en risk är att psykologen vill för mycket. Antingen i form av att den faktiskt ska kunna "bota" alla sina patienter med fokuserade samtal eller att den vänder ut och in på sig själv i jakten på att vara den perfekta och tillgängliga resursen för övrig personal. Den kanske även stretar på med konsultativa tjänster trots att organisationen inte skapat bra förutsättningar för detta i praktiken. Detta är något som jag sett vid flertalet tillfällen och det skapar en ohållbar arbetssituation.

4. Fokuserade samtal funkar inte

Slutligen är det en utmaning att bedriva samtalsbehandlingar på 1-4 sessioner à 30 minuter. Det kräver för många av oss en hel del nyorientering, kunskap och mod för att bedriva den typen av samtal. Men framförallt kräver det att man faktiskt vill göra den typen av behandlingar samt att man "tror" på formatet och vågar prova. Annars kommer det aldrig att gå. Det fungerar förvånansvärt bra för många att genomgå denna typ av behandling. Men det funkar självklart inte för alla. Varken behandlare eller patienter.

Framgångsfaktorer och svårigheter

Så med dessa risker, hur gör man då för att skapa goda förutsättningar för att lyckas? Det här är några viktiga aspekter som jag har lärt mig genom åren:

1. Det är en organisationsfråga

Jag skulle vilja påstå att den viktigaste aspekten för att lyckas med IBH är att inse att modellen först och främst är ett sätt att organisera vård och patientflödet på vårdcentralen och i andra hand en fråga om vad den enskilde psykologen gör på sitt rum.

2. Vikten av bred implementering

Modellen måste således vara förankrad hos hela organisationen. Detta innebär att ledning, läkare, sjuksköterskor och psykolog alla är insatta i vad arbetet innebär och vad som krävs av dem i detta arbete. Det krävs även att man gjort ett aktivt åtagande till att jobba på detta sätt på daglig basis. Detta är viktigt då arbetet stundtals kan upplevas som tidskrävande och att det är lätt att man vill hoppa över återkoppling och ha snabba vägar till psykologen utan att andra är inblandade.

En viktig framgångsfaktor för detta är att skapa ett slags implementeringsteam bestående av chef, läkare, sjuksköterska och psykolog som tillsammans driver implementeringen och har som uppdrag att vara kulturbärare och att problemlösa hinder som dyker upp.

Det är även centralt att ha i åtanke att det tar tid att implementera nya system innan de sitter i vardagsstrukturen, ofta år. Alltså måste man ha ett långsiktigt perspektiv och jobba systematiskt med konkreta mål och beteenden. Detta innebär också att man behöver sätta upp tidsramar för utvärderingar och anpassningar av hur olika delar av arbetet fungerar. En av de mest centrala aspekterna som måste följas upp och problemlösas är hur det dagliga samarbetet fungerar?

3. Samarbeten där alla drar sitt strå till stacken

Detta är en slags konkretisering av de två första punkterna. Det finns en rad konkreta beteenden som underlättar arbetet.

För psykologen inbegriper detta att den är tydlig med hur den arbetar med olika typer av problem, att den håller utbildningar, att den är tillgänglig för konsultationer och att den kan ge råd som är tillämpbara för annan personal.

Centrala beteenden hos läkare och sjuksköterskor är att de presenterar hur psykologen jobbar på ett sätt som samstämmer med det faktiska arbetet, att de är mottagliga för samarbeten och återkoppling, att de förbereder patienter genom att ställa förberedande frågor och undersöker om patienten faktiskt vill träffa psykologen för det de talat om.

För läkare, sjuksköterskor och psykologer är det även centralt att jobba med öppenhet, insyn och feedback och gärna med gemensamma besök.

Från chefens håll så ska denna förstå arbetssättet och understödja det psykologen och övrig personal gör genom att anpassa eventuella strukturella hinder.

För den som vill läsa mer om hur man kan jobba med implementering och stödja denna rekommenderas en artikel av Robinson et al (2018) där de beskriver viktiga faktorer för en lyckad implementering.

4. Gemensam förståelse och språk

Ytterligare en viktig aspekt för att lyckas är att man ständigt arbetar med att utveckla en gemensam förståelse för psykisk hälsa och hur detta behandlas. Om vi inte förstår och bemöter psykisk ohälsa på ett liknande sätt inom vårdcentralen finns stora risker för att motarbetar varandra av misstag samt att det blir otydligt för patienten vad den ska göra. Viktiga beteenden för att utveckla detta är att ha gemensamma utbildningar där man lär sig att förstå och behandla olika tillstånd på likande sätt. Till exempel utbildning i beteendekivering för depression samt hur detta kan läras ut via självhjälp. Andra aspekter är att alla använder samma typ av screeningformulär för att tala samma språk samt att utveckla ”vårdprogram” inom vårdcentralen för hur man behandlar olika tillstånd samt vilken roll olika professioner har i detta program.

5. Våga ta steget som psykolog

En otroligt viktig aspekt för att lyckas med IBH är att man som psykolog vågar ta steget att vara expert och att våga ta plats och utbilda läkare med flera i sitt område. Det är svårt att jobba med IBH om man inte känner sig bekväm med att ta plats och jobba konsultativt.

6. Framgångsfaktorer för patientsamtalen

För att lyckas med fokuserade samtalsserier är det bra att inledningsvis ha en tydlig struktur för vad det inledande samtalet ska innehålla och att träna sig på att hålla korta samtal. Det är även viktigt att fundera över syftet med samtalen och vad lämpliga mål med denna typ av behandling är. Utifrån detta behöver man formulera en behandlingsmodell som man är bekväm med och kan genomföra på ett fåtal sessioner.

I detta ligger också att våga lita på patientens egna förmåga. Detta kan låta bakvänt men för att kunna jobba med fokuserade samtal och utveckla självhjälpsfärdigheter krävs att vi är modiga nog och att inte binda upp patienten till långa behandlingar om det inte behövs.

De flesta behöver även utveckla en tydlig struktur för patientflödet mellan olika behandlingsformat inom sin vårdcentral. Detta varierar så klart men vanliga komplement till fokuserade samtal är internetbaserad terapi, gruppbehandlingar och en mindre del längre behandlingar. Viktigt att tänka på här är att de olika alternativen kompletterar varandra och inte motsätter varandra samt vilka kriterier som finns för att en patient ska till en viss typ av behandling.

7. Utvärdera

Slutligen är det centralt att arbetet utvärderas kontinuerligt. Detta är viktigt för att veta hur personalen upplever arbetssättet och kunna anpassa arbetet så att det fungerar så bra som möjligt för alla inblandade. Det är även viktigt att utvärdera patienternas upplevelse av om de blir hjälpta samt hur de upplever kontakten med vårdgivarna. Detta är alltid viktigt för att veta om vi gör rätt saker i behandlingarna och extra viktigt när vi arbetar på ett sätt som än så länge är under utveckling.

Påvisade effekter

Det finns idag, mig veterligen, ingen randomiserad kontrollerad studie av modellen och samtalen inom ramen för denna. Nyligen gjordes en sammanställning av Hunter et al (2017) där man identifierade 18 publicerade studier på denna specifika modell. Dessa studier är generellt så kallade effectivenessstudier i vanlig rutinvård där man jämför för- och eftermätningar och saknar kontrollgrupp. Sammantaget visar dessa studier att patienter är nöjda med vården och skulle rekommendera den till andra samt skattar alliansen högt och känner sig delaktiga i vården. Gällande symptom visar studierna på att man kan uppnå effekt på patienternas upplevda symptom samt att patienter upplever förbättrad funktionsnivå, även vid långtidsuppföljningar.

I samma genomgång identifierades även 14 studier där man undersökte implementeringsaspekter. Dessa studier visar bland annat att man genom arbetet med modellen kunnat öka tillgängligheten för patienter till psykosocial kompetens, förbättrat läkares kunskap och effektivitet i behandling av psykiatriska besvär samt att man

remitterar färre patienter till specialistvård.

FÖRFATTARE



Mats Dahlin

Född: 1975

Titel: Leg. psykolog,
leg. psykoterapeut,
handledare

Arbetsplats: Psykolog-
partners i Linköping

Det har även genomförts ett mindre antal undersökningar på modellen här i Sverige som visar på positiva resultat (Angantyr et al, 2015; Nilsson, 2015; Schröder, 2014; von Cederwald, 2016). Dock är även dessa utan kontrollgrupp.

Sammantaget ger detta en lovande bild men dessa data skall givetvis tolkas med försiktighet och det är önskvärt att det genomförs större kontrollerade studier. Det finns flera spännande projekt på gång i Sverige och det är min förhoppning att det inte dröjer allt för länge innan den första rct:n är publicerad.

Avslutande reflektion

Som framgått av den här texten så är jag en förespråkare av denna modell men ser även en hel del faror och hinder för den. Jag tycker att det är ett spännande sätt att arbeta och upplever att arbetssättet stärker andra professioners syn på psykologers roll på vårdcentralen. För mig är det de organisatoriska aspekterna av modellen som är det centrala och som ”rättfärdigar” användandet av modellen. Framförallt i de fall där man bygger upp strukturer som även erbjuder andra typer av behandlingar så som iKBT och gruppbehandlingar och anpassar insats till patientens förmåga och vårdcentralens möjligheter. ■

REFERENSER

- Angantyr et al. (2015). *Primary care behavioral health model: Perspectives of outcome, client satisfaction, and gender*. *Social Behavior and Personality*, 43(2), 287-302.
- Robinson, P. & Reiter, J. (2006 och nya upplagan 2016). *Behavioral consultation and Primary Care. A guide to integrating services.*,
- Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2013). *Brief interventions for radical change*. New Harbinger publication.
- Corso et al. (2012). *Therapeutic alliance and treatment outcome in integrated primary care*. *Family, Systems, & Health*, 30, 87-100.
- Hunter et al. (2017). *Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model Research: Current State of the Science and a Call to Action*. *J Clin Psychol Med Settings*. DOI 10.1007/s10880-017-9512-0.ä
- Bryan et al. (2012). *Severity of mental health impairment and trajectories of improvement in an integrated primary care clinic*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 396-403.
- Ray-Sannerud et al. (2012). *Longitudinal outcomes after brief behavioral health intervention in an integrated primary care clinic*. *Fam Syst Health*. 30(1):60-71.
- Bryan, C., Morrow, C., & Appolonio K. (2009). *Impact of behavioral health consultant interventions on patients symptoms and functioning in an integrated family medicine Clinic*. *Journal of clinical psychology*, 65(3) 281-293
- Cigrang et al. (2006). *Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: effects on patient distress and health care utilization*. *Primary care and community psychiatry*, 11(3). 121-127.
- Robinson et al. (2018). *Creating a Primary Care Workforce: Strategies for Leaders, Clinicians, and Nurses*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9530-y>
- Schröder, E. (2014). *SLUTRAPPORT PROJEKTET FOKUSERAD KBT - en ny arbetsmetod för att möta psykisk ohälsa i primärvården*. Landstinget i Värmland
- Nilsson, K. (2015). *Integrerad beteendehälsa och FACT i primärvården – rapport från en pilotstudie*. Region Kronoberg
- Von Cederwald, A. (2016). *KAIROS – Fokuserad ACT som intervention för psykisk ohälsa inom integrerad primärvård*. *Psykologuppsats*, Linköpings universitet.

Sandra Lindström

DEN OJÄM- STÄLLDA STRESSEN

► Kvinnor drabbas oftare av stress än män.
Och personer inom vård, skola och omsorg är
överrepresenterade i statistiken. Varför ser det ut
så här? För att svara på den frågan behöver vi se på
stressen och ohälsan ur ett strukturellt perspektiv.

VIII

Stressrelaterad psykisk ohälsa, sömnstörningar och utmattningssyndrom är en av vår tids stora utmaningar och ett folkhälsoproblem. Sjukskrivningarna har under senare år ökat och kvinnor som grupp är hårdare drabbade än gruppen män. I nuläget är den genomsnittliga personen som blir sjukskriven för utmattning en kvinna i åldern 36–45 år med minst två barn. Hon jobbar ofta i offentlig sektor, inte allt för sällan i ett kontaktyrke. Statistiken visar också att individer som jobbar inom vård, skola och omsorg är överrepresenterade och yrkeskategorier som är extra hårt drabbade är sjuksköterskor, lärare, psykologer, socionomer, präster, socialarbetare. Även grupper som normalt sett är friskare än övriga befolkningen som till exempel läkare har haft ett ökande antal sjukskrivningar för utmattningsrelaterade tillstånd och de som framförallt drabbas inom den gruppen är unga, kvinnliga läkare.

Individuell behandling räcker inte

Varför ser det ut på det här sättet? Och varför är det viktigt att analysera, prata om stress och ohälsa ur ett strukturellt perspektiv? Räcker det inte att jobba med individuella behandlingsmetoder och rehabilitering? Det korta svaret på den frågan blir ett nej. Det räcker inte, behandlingsmetoder och rådgivning utan ett strukturellt och kontextuellt perspektiv närvarande riskerar inte bara att vara verkningslösa utan också i många fall kontraproduktiva och skadliga.

Området är komplext, och en av slutsatserna från Försäkringskassans egna analyser är att det inte är en enskild faktor som kan

förklara senaste årens ökning av sjukskrivningar kopplat till den stressrelaterad ohälsan. Det är ett flertal faktorer som samverkar. En stor del av forskningen kring stressrelaterad ohälsa utgår från arbetsförhållanden och arbetsmiljöfrågor. Det i sig har lett fram till att vi i dagsläget har en relativt solid kunskapsgrund kring riskfaktorer och friskfaktorer när det gäller arbetsförhållanden. Gott så, och ett viktigt kunskapsområde, men vi vet också att människor inte enbart påverkas av den tid som är kopplad till lönearbete. Vi har ett 24-timmars dygn som vi alla behöver förhålla oss till och när det gäller stressrelaterad ohälsa finns det ett stort behov av att ta ett helhetsperspektiv på individers livssituation. En av de faktorer som vi behöver ta hänsyn till är hur bristen på resursen tid hör ihop med upplevelsen av stress och ohälsosam stress. Upplevelsen av att ha brist på tid har också ett starkt samband med hur en majoritet av dagens människor organiserar sina liv. Det är inte så att den nutida människan har mindre antal timmar på sitt dygn än tidigare generationer, men kraven på vad vi tycker oss måsta hinna med under dygnets timmar har blivit den moderna människans gissel.

Stress är inte viljestyrd

Många människor kommer till psykologen med en idé om att målet är att ”sluta känna stress” alternativt ”sluta bli stressade”. Det är viktigt att tidigt i behandlingen förklara att det är ett orimligt och omöjligt förhållningssätt till stress. Stress är inte en viljestyrd fysiologisk process, vi kommer alla ibland att befinna oss i kroppens sympatiska system, vare sig vi vill det eller inte. Det i sig är inte farligt även om det kan upplevas obehagligt framförallt om vi samtidigt upplever förlust av kontroll. Under andra förutsättningar med en känsla av mening, sammanhang, kontroll och stöd kan stress tvärtom upplevas utmanande, lustfyllt och härligt. Målet är inte att stänga av kroppen stresssystem eftersom det fyller en funktion som alla andra kroppsliga och affektiva responser. Vi behöver istället vid all stressbehandling etablera vikten av, och risken med, att inte få tillräcklig återhämtning. Att för sällan, eller nästan aldrig vara i det parasympatiska systemet. Att inte få vila, slappna av och inte heller uppleva sig ha tid att fylla på med kravlösa stunder av glädje, intresse och lugn är en varningssignal

”

Stress är inte
en viljestyrd
fysiologisk process,
vi kommer alla
ibland att befinna
oss i kroppens
sympatiska system,
vare sig vi vill det
eller inte.

”

att ta på allvar. Det här gäller alla människor, oavsett kön. Det finns inga studier som tyder på att det finns några könsskillnader i den fysiologiska responsen eller behovet av en balans mellan krav/återhämtning. Det är inte där vi kommer att hitta svaret på varför kvinnor drabbas hårdare än män av stressrelaterad ohälsa.

Utgångspunkten i vårt arbete har varit att undersöka faktorer relaterat till stress och jämställdhet inom ett antal områden som har betydelse för människors upplevda hälsa och sätt att organisera sina liv. De fyra områdena är: Arbete, fritid, relationer och hälsa. Min erfarenhet är att många upplever den modellen som pedagogiskt och visuellt lättbegriplig och använder den därför både vid psykoedukativa insatser såväl som i behandling. Kopplingen arbete och fritid hör också samman med resursen tid och hur vårt samhälle är organiserat.

Strukturella orättvisor påverkar kvinnors liv och hälsa

Om vi granskar det nuvarande kvantitativa kunskapsläget inom de fyra områdena arbete, fritid, relationer och hälsa så kan vi ganska snabbt konstatera ett faktum. Inget av de här områdena är jämställda i dagsläget. Och vi vet att en ojämställd kontext och strukturella orättvisor påverkar kvinnors liv och hälsa i hög utsträckning.

När det gäller området arbete så är en av de viktiga strukturella faktorerna att kvinnor och män till stor del befinner sig inom olika sektorer. Sverige har en oerhört könssegregerad arbetsmarknad med olika förutsättningar och resurser.

Det finns ett väl etablerat samband mellan arbetsförhållanden och psykisk ohälsa. Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, både totalt sett och när kvinnor och män har samma yrken. För män är belastningsfaktorer den vanligaste orsaken till anmälda arbetssjukdomar medan organisatoriska eller sociala faktorer är den vanligaste orsaken till kvinnors anmälda arbetssjukdomar. Vi vet att det är en riskfaktor att jobba i offentlig sektor, landsting och kommuner. Det är en risk att jobba med kontaktyrken, inom sjukvård, skola och omsorg och yrkesgrupper som är hårt drabbade är bland annat vårdpersonal - sjuksköterskor, läkare, psykologer, lärare, präster och socionomer.

I offentlig sektor, som domineras av kvinnor vet vi att riskfaktorerna för stressrelaterad ohälsa är mer regel än undantag: Skiftarbete,

långa arbetspass, deltidarbete, tillfälliga och otrygga anställningar, vikariat. Höga krav och otillräckliga resurser. Lägre löner och lägre status. Fler anställda per chef, vilket också är ett viktigt nyckeltal.

När det gäller frågan varför kvinnor drabbas hårdare av stressrelaterad ohälsa kan vi utifrån tillgänglig kunskap konstatera att en delförklaring är strukturella skillnader kopplat till arbetsförhållanden. Det handlar om en strukturell ojämlik fördelning av resurser, ekonomiska och arbetsmiljömässiga. När individer ur gruppen män arbetar inom kvinnodominerade branscher ökar också risken för dem att bli sjukskrivna.

Projektledarrollen i familjen

Men vi kan inte nöja oss med det. För under vårt 24-timmarsdygn behöver vi också hinna med annat än förvärvsarbete. Då vi kommer in på området fritid behöver vi lyfta upp det osynliggjorda och obetalda arbetet som utförs i våra hem. Även här kan vi konstatera att kvinnor drar ett tyngre lass. Fortfarande gör kvinnor i genomsnitt cirka en timme mer obetalt arbete i hemmet än vad män gör. Då pratar vi enbart om konkreta och mätbara faktorer. Vi får inte glömma de psykologiska aspekterna som handlar om att kvinnor som lever med män tenderar att inte bara göra mer av det mätbara jobbet utan också lägger tid, energi och resurser på att planera och initiera jobbet som behöver göras. Det som brukar kallas för projektledarrollen i familjen. Att vara ytterst ansvarig för hushållet, barnen och behöva påminna, ha överblick och känna skuld och skam om det inte går att få ihop är i sig en stressfaktor som drabbar kvinnor i heteronormativa förhållanden extra hårt. Det fåtal studier som gjort kring samkönade relationer pekar mot att de faktiskt lever mer jämlikt och fördelar mer rättvist. Mer forskning behövs inom området, vi behöver belysa olika sätt att organisera vardagslivet, relationer och föräldraskap.

Det obetalda arbetet

Det som också behöver lyftas upp är det grundläggande systemfelet när det gäller hur vi tänker runt det obetalda arbetets organisering. Enligt en normativ beskrivning av samhällets uppbyggnad så tenderar vi att sortera in ett antal timmar av faktiskt arbete varje

dag under någon form av ”privat sfär” eller till och med under en ”romantisk diskurs” istället för under arbetslivets organisering. Det här en av de ojämsställda och problematiska grundpremisserna för hur vårt välfärdssamhälle har kunnat byggas upp. Vissa former av arbete har värderats, det vill säga att gå ut från hemmet och arbeta har ansetts viktigt och värdefullt och betalats för men att ta hand om hem, barn och gamla har både osynliggjorts och undervärderats.

Trots att det arbetet är en förutsättning för ett välfungerande samhälle.

Den här frågan är oerhört viktig att förstå och förmedla när det gäller stressrelaterad ohälsa och varför kvinnor drabbas hårdare. När vi inte tar med de här kontextuella faktorerna i vårt arbete, i behandling och psykoedukation så är det tyvärr alltför lätt att komma med råd som blir kontraproduktiva och skadliga. Som ett exempel:

”Gör bara det du själv vill.”

Det här ett av de råd som många utmattade människor som söker vård möts av. Av flera skäl är det här rådet helt galet. Människor i ett gemensamt samhälle, på arbetsplatser men även i hemmet och föräldraskapet kanske på en teoretisk nivå kan välja att bara göra exakt vad de själva känner för. Men det kommer definitivt att få orimliga konsekvenser. Om vi tar ett exempel kopplat till arbetslivet och rådet att bara göra det en själv vill:

”Jag vill inte gå till jobbet idag.” (en tanke som följs av beteendet stannar hemma.)

Möjliga konsekvenser: Muntlig tillsägelse. Skriftlig varning. Vid upprepade tillfällen, grund för avsked.

Eller om vi verkligen på allvar skulle följa rådet ”gör bara det du själv vill” så vill jag att ni funderar en stund över det här:

”Vem är det som ska göra det som behövs göras då?”

Vem ska laga mat, diska, städa, tvätta, läsa läxor, baka till skolans julfest, fixa kläder till Luciatåget och vinster till skolans lotteri? Vem ska planera födelsedagspresenter, inhandla och slå in dem? Vem ska bära ut soppåsen? Torka ur kylan? Plocka bort från bordet? Påminna om läxorna? Rengöra avloppsbrunnen i duschen? Och vem sjutton ska vika tvätten?”

En del av de sakerna kan vi uppenbarligen strunta i för en dag

eller två. Men om ingen av oss har lust efter det då?”

Hitintills har ingen kunnat ge ett svar på den frågan. Det här måste vi alltid som behandlare ta hänsyn till. Tiden, orken och energin kan inte enbart räcka till för lönearbete. Det är vare sig rimligt eller långsiktigt hållbart. Som vi i dagsläget har organiserat våra liv krävs det att vi också orkar lägga ett antal timmar varje dag på obetalt arbete. Sköta om hemmet. Ta hand om våra barn. Hjälpa närstående. Utöver det faktum att vi behöver ta hand om oss själva. Sova på nätterna, äta och få stunder av återhämtning

Ett gigantiskt systemfel

Här är kontentan av det jag vill förmedla. Vi har byggt in ett gigantiskt systemfel i hur vi organiserar våra liv. Vi vet att sjukskrivningstalen blir mer jämställda när män jobbar inom kvinnodominerade sektorer, i praktiken försöker leva jämställt och tar sin del av föräldransvaret. Det ökar alltså risken att bli sjuk av stress om vi försöker leva jämställt och rättvist. Hur sorgligt är inte det faktumet? Hur kan den kunskapen få existera utan att vi gemensamt

FÖRFATTARE

Foto: Paulina Holmgren



Sandra Lindström
Född: 1976
Titel: Leg. psykolog & föreläsare
Arbetsplats: ACT NOW psykologi & utbildning, Skellefteå

utmattning. Ta hand om er. Lägg inte skulden på era egna axlar utan lägg skammen där den hör hemma. Se till att ha kunskap nog för att se systemfelet och förhållningsättet till resursen tid som det stora dilemmat. Lägg energin, både för egen del och för era patienter på att förändra kontextuella faktorer istället för att undra vad du eller de gör för fel. Vårt samhälles nuvarande organisering är för väldigt många av oss helt orimligt och gör oss sjuka.

Det är det vi tillsammans behöver jobba för att förändra. I primärvården och i samhället. ■

tar ett krafttag för att bryta den strukturella problematiken? Hur ska vi gemensamt kunna bygga ett långsiktigt hållbart sätt att leva. Det är ett samhällsproblem och inte en kvinnofråga.

Och en sista viktig sak, ni som läser och som kanske jobbar i primärvården. Var medvetna om att ni tillhör en riskgrupp för

REFERENSER

- AFA försäkring. *Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg*. Försäkringsstatistik, <https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/f6345-psykiska-diagnoser.pdf>
- Arbetsmiljöverket. *Kunskapssammansättning 2016:2 Kvinnors och mäns arbetsvillkor: Betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall*.
- Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2016:3 Arbetsorsakade besvär 2016*.
- Bekkingen, L. (2002). *Man får välja - Om föräldraskap och föräldradighet i arbetsliv och familjeliv*. Malmö: Liber.
- Billig, M. (1997). *Discursive, rhetorical and ideological messages*. Ur McGarty, C., & Haslam, A. (red.). *The message of social psychology*. Oxford: Blackwell.
- Edley, N. (2001). *Analysing Masculinity: Interpretative Repertoires, Ideological Dilemmas and Subject Positions*. Ur Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. J. (red.). *Discourse as Data. A guide for analysis* (s. 189-228). London: Sage.
- Fincher, R. (2007). *Space, Gender and Institutions in Processes Creating Difference*. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, Vol.14(1): 5-27.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality Volume I: An introduction*. New York: Random House, Inc. Hagström, A. (1999).
- Försäkringskassan. *Psykisk ohälsa korta analyser 2016:2*.
- Hesse-Biber, S., Yaiser, M., Red. (2004). *Feminist perspectives on social research*. Oxford: Oxford University press.
- Holmberg, C. (1993). *Det kallas kärlek – En socialpsykologisk studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par*. Göteborg: Anamma förlag.
- Magnusson, E. (2003). *Genusforskning inom psykologin- bidrag till psykologisk teori och praktik*. Kalmar: Lenanders grafiska AB.
- Magnusson, E. (2006). *Hon, han och hemmet: Genuspsykologiska perspektiv på vardagslivet i nordiska småbarnsfamiljer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Magnusson, E. (2008). *The Rhetoric of Inequality: Nordic Women and Men Argue against Sharing House-work*. *NORA, Nordic Journal of Feminist and gender research*. Vol.16(2):79-95.
- Moberg, Y. Rapport 2016:9. *Är lesbiska föräldrar mer jämställda*. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Nyckeltal.se
- [Saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2017-psykisk-ohalsa-bland-akademiker.pdf](https://saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2017-psykisk-ohalsa-bland-akademiker.pdf)

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014) *Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom*. Stockholm.

Socialförsäkringsrapport 2013:9. *Ojämsställd arbetsbörda- föräldradighetens betydelse för fördelning av betalt och obetalt arbete*.

Statistiska centralbyrån. (2016). *På tal om kvinnor och män lathund om jämställdhet 2016*.

Statistiska centralbyrån. (2010). *Tidsanvändningsundersökningen 2010*.

Sveriges kommuner och landsting (2007). *(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*.

Votenus, J., J. (2007). *Föräldrar i arbete - En könskritisk undersökning av småbarnsföräldrars arbetsrättsliga ställning*. Riga: Livonia Print.

Oskar Eriksson & Nicklas Degerman

TERAPI ÖVER NÄTET

SÅ SER FORSKNINGS- LÄGET UT

- Det finns en uppsjö av terapiprogram på nätet. En tongivande behandling är internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT). Goda resultat har noterats och mycket pekar på att vi kommer att se fler digitala inslag i de traditionella terapierna.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) gjorde en kartläggning 2015 som visade att det då fanns 74 olika terapiprogram på nätet som antingen användes kliniskt eller var under utveckling. Terapi via nätet behandlar en rad olika problemområden som alkohol- och drogmissbruk, ätstörningar, depression, Irritable Bowel Syndrome (IBS), tvång, paniksyndrom, smärta, social fobi, spelberoende, stress, sömn, tinnitus samt ångest och oro.

Det finns flera privata aktörer som är aktiva i Sverige och terapi via nätet erbjuds av de flesta landsting/regioner. Terapi via nätet är inte begränsat till kBT även om det är den vanligaste terapiformen. Gällande forskningsstödet kan det vara svårt att uttala sig om specifika behandlingar utifrån att ikBT hela tiden utvecklas. Både tidigare och nyare metaanalyser ger också stöd för att det kan hjälpa patienter med en rad olika problem (SKL, 2015). Det finns också stöd för att det fungerar i klinisk verksamhet.

Mobilapplikationer

När det gäller att använda mobilapplikationer som en del av en psykoterapi finns en uppsjö av sådana men många kritiserar för bristande forskningsstöd och följsamhet till terapier. Det finns preliminära resultat att mobilappar kan användas för att öka fysisk aktivitet, hantera ilska och minska stress. Mobilapplikationer har även använts som en del i dialektisk beteendeterapi (DBT). När mobilapplikationer jämförs med ikBT är resultaten motstridiga: ingen signifikant skillnad eller något sämre än ikBT. Det har också börjat

komma mer anpassade terapier, så kallade skräddarsydda behandlingar, vilket visat sig vara kostnadseffektivt vid ångestproblematik.

Öka i framtiden

Blandade behandlingar, där mobilapplikationer, iKBT och dylikt används som en del i kombination med ordinarie behandling är något vi tror kommer att öka i framtiden. De har visat sig kunna ge ungefär samma effekt trots färre sessioner med behandlare och verkar även fungera vid gruppbehandlingar. Blandade behandlingar kan befinna sig på olika nivåer utifrån dels grad av automatisering, från tryckt text till smarta program som anpassar innehåll utifrån vad patienten fyller i, och dels grad av behandlarvägledning, från att skötas helt av patienten till att få stöd som i en traditionell psykoterapi fast med digitala inslag. Möjligheten att erbjuda blandade behandlingar hänger delvis ihop med hur iKBT implementeras i landstinget eller regionen. Vi ser där fyra huvudsakliga scenarion:

- 1: Bedömning och behandling görs på primärvårdsenheterna
- 2: Bedömning och behandling görs på en central specialistvårdsenhet (eller specialiserad/centraliserad primärvårdsenhet)
- 3: Bedömning görs i primärvården, behandlingen görs på en central enhet
- 4: Bedömning görs i specialistvården, behandling görs i primärvården.

Beroende på vilket av dessa scenarion som används kommer det innebära olika grader av distans mellan behandlare och patient vilket kan underlätta eller försvåra användandet av blandade behandlingar.

Viktigt med utvärdering

Sammanfattningsvis tror vi enligt ovan att blandade behandlingar kommer att öka i framtiden, till exempel genom fler digitala inslag i traditionella terapier. Samtidigt kan en svårighet när det gäller implementering av en relativt ny behandlingsform i reguljär vård kan dock vara att säkerställa att erbjudna behandlingar ger likvärdigt goda resultat som i behandlingsstudier. Är behandlarkompetensen densamma och ges behandlarstödet i den omfattning som krävs för att behandlingen ska ge god effekt? Är det samma patienter som får iKBT inom reguljär vård som i behandlingsstudierna? En skillnad

”

Terapi via nätet är
inte begränsat till
KBT även om det
är den vanligaste
terapiformen.

”

kan vara att patienter i behandlingsstudierna kan behöva söka sig till behandlingen aktivt. I reguljär vård kan det tänkas att en del patienter ställs inför att välja iKBT eller att behöva vänta en längre tid. Kanske till och med iKBT är den enda psykologiska behandling som erbjuds, oavsett patientens preferenser eller förmåga att tillgodogöra sig den typen av behandling.

Detta är några faktorer som kan kräva uppmärksamhet vid implementeringen. Utvärdering av såväl implementering som fortlöpande behandling blir således viktig för att säkerställa god vård. ■

FÖRFATTARE



Oskar Eriksson

Född: 1984

Titel: Leg. psykolog, vikarierande studierektor
Arbetsplats: Vårdcentralen Kronoparken samt egenföretagare (Värmland Psykologkompetens AB), Karlstad



Nicklas

Degerman

Född: 1975

Titel: Leg. psykolog
Arbetsplats: Heimdall hälsocentral, Västerbotens läns landsting

REFERENSER

Referenser: Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). *Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis*. Cogn Behav Ther. 2009;38:196–205.

Bergman Nordgren, L. (2013). *Individually tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders*. Linköping: Linköping University Electronic Press. DOI: 10.3384/diss.diva100969

Dahne, J., Lejuez, CW., Kustanowitz, J., Felton, J.W., Diaz, V. A., Player M. S. & Carpenter, M. J. (2017). *Moodivate: A self-help behavioral activation mobile app*

for utilization in primary care— Development and clinical considerations. The International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 52(2), 160–175. DOI: 10.1177/0091217417720899

Deady, M., Choi, I., Calvo, R. A., Glozier, N., Christensen, H. & Harvey, S. B. (2017). *eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: a systematic review and meta-analysis* BMC Psychiatry 17:310. DOI 10.1186/s12888-017-1473-1

- Gomez Quinonez, S., Walthouwer, M. J. L., Schulz, D. N. & de Vries, H. (2016). *mHealth or eHealth? Efficacy, use, and appreciation of a web-based computer-tailored physical activity intervention for Dutch adults: A randomized controlled trial*. *Journal of Medical Internet Research*. Vol.18(11), pp. 25-36.
- Lindfors, N., El Alaoui, S. & Svanborg, C. (2017). *Internet-KBT ger effektiv behandling*. *Läkartidningen* Vol. 114.
- Ly, K. H., Topooco-Hjalmarsson, N., Cederlund, H., Wallin, A., Bergström, J., Molander, O., Carlbring, P., & Andersson, G. (2015). *Smartphone-supported versus full behavioural activation for depression: a randomised controlled trial*. *PLoS One*, 10, e0126559. doi:10.1371/journal.pone.0126559
- Morland, L. A., Niehaus, J., Taft, C., Marx, B. P., Menez, U. & Mackintosh, M.-A. (2016). *Using a mobile application in the management of anger problems among veterans: A pilot study*. *Military Medicine*. Vol.181(9), pp. 990-995.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A. & Bartels, S. J. (2016). *Wearable devices and smartphones for activity tracking among people with serious mental illness*. *Mental Health and Physical Activity*. Vol.10, pp. 10-17.
- Rizvi, S. L., Hughes, C. D. & Thomas, M. C. (2016). *The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization*. *Psychological Services*. Vol.13(4), pp. 380-388.
- Schuster, R., Leitner, I., Carlbring, P., & Laireiter, A.-R. (2017). *Exploring blended group interventions for depression: Randomised controlled feasibility study of a blended computer- and multimedia-supported psychoeducational group intervention for adults with depressive symptoms*. *Internet Interventions*, 8, 63-71. doi:10.1016/j.invent.2017.04.001
- Serino, S., Cipresso, P., Gaggioli, A., Pallavicini, F., Cipresson, S., Campanaro, D. & Riva, G. (2014). *Smartphone for self-management of psychological stress: A preliminary evaluation of positive technology app*. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*. Vol.19(3),pp. 253-260.
- SKL (2015). *Internetbaserade behandlingsprogram*.
- Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A. & Andrews, G. (2013). *CBT for depression: A pilot RCT comparing mobile phone vs. computer*. *BMC Psychiatry*. Vol.13.
- Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J. & Kong, J. (2016). *Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Psychiatry* 16:356 DOI 10.1186/s12888-016-1061-9

Karin Allera

SÅ MÖTER DU UTMANIN- GARNA I DIN ARBETSMILJÖ

► Sjukskrivningarna bland psykologer ökar. Det talas till och med om att psykologyrket håller på att bli ett riskyrke. Läs om riskerna i yrket och hur de kan avhjälpas.

Psykisk ohälsa hos psykologer

Andelen sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa fortsätter att öka i Sverige och under perioden juni 2011 till juni 2017 ökade andelen sjukskrivna för psykisk ohälsa med 129 procent. Siffror från Försäkringskassan visar att i oktober 2017 uppgick andelen sjukskrivna för psykisk ohälsa till cirka 46 procent av alla sjukskrivningar och de diagnoser som ökar mest är anpassningsstörningar och reaktion på svår stress. Kvinnor är i högre utsträckning än män sjukskrivna för psykisk ohälsa. Under hösten 2017 har bland annat Psykologtidningen redovisat att psykologer tillhör de yrken vars sjukskrivningar ökar mest och där prognosen visar på en fortsatt ökning. Det talas till och med om psykologyrket som ett riskyrke.

Vad händer när de som ska vårda andra själva blir sjuka? När psykologer inom primärvården som är samhällets första linje vid psykisk ohälsa insjuknar och blir frånvarande på grund av stress och organisatoriska faktorer får det påverkan på flera nivåer samtidigt. Att arbets- och stressrelaterad ohälsa utgör ett stort lidande och får ekonomiska konsekvenser för den enskilda individen och för dennes anhöriga är för många självklart. De allra flesta är nog även överens om att sjukskrivningar, framförallt när de tenderar att bli långdragna, orsakar kostnader och ”besvär” även för arbetsplatsen.

Arbetsbelastningen tenderar att öka för andra kollegor, pågående utvecklingsuppdrag bromsas och patienter ska bokas om. Men vilka andra konsekvenser får det? Vad händer med de patienter som har en pågående kontakt och vars behandling får bromsas? Eller de patienter som får byta psykolog mitt i en pågående kontakt på grund av att psykologen blivit sjuk? Om vi vidgar perspektivet så inser vi ganska snabbt att psykologers ökade ohälsa blir en fråga med många bottnar och som får många ringar på vattnet i samhället. Sen behöver vi komma ihåg att sjukfrånvaro föregås av sjuknärvaro, alltså när vi är på arbetet men inte är i form och alltså inte kan prestera som när vi är fullt friska. Även sjuknärvaron får konsekvenser men är svårare att mäta och att komma åt.

Arbetsmiljöns koppling till psykisk ohälsa

Orsakerna bakom psykisk ohälsa är många och ibland är det svårt att avgöra vad som är den utlösande faktorn. Det vi vet är dock att arbetsmiljöfaktorer har en stor påverkan på den psykiska hälsan. I Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) rapport från 2014 sammanfattas forskningsläget gällande arbetsmiljöns koppling till psykisk ohälsa. I rapporten fokuseras på utmattning och depression och de faktorer i arbetsmiljön som har en tydlig koppling till ohälsa är:

- Höga krav och små möjligheter att påverka
- Bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön
- Konflikter och mobbing
- Liten belöning i förhållande till ansträngningen
- Osäker anställning
- Nattarbete
- Långa arbetsveckor
- Skiftarbete

Det pågår även spännande forskningsprojekt där typiskt manliga och typiskt kvinnliga arbetsplatser jämförs där resultaten visar på att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.

I mars 2016 gav Arbetsmiljöverket ut föreskriften Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) med syfte att främja en god ar-

betsmiljö och förebygga risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön. I föreskriften regleras:

- Arbetsbelastning
- Arbetstiders förläggning
- Kränkande särbehandling

Den finns tydliga kopplingar till SBU:s rapport och till rådande kunskapsläge. Föreskriften ställer krav på arbetsgivaren att öka kunskapen om förebyggande arbete inom dessa frågor hos chefer och arbetsledare samt att det ska finnas mål inom den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Organisatorisk arbetsmiljö

Arbetsmiljöverkets definition av organisatorisk arbetsmiljö lyder: Villkor och krav i arbetet som handlar om:

- Ledning och styrning
- Kommunikation
- Delaktighet, handlingsutrymme
- Fördelning av arbetsuppgifter
- Krav, resurser och ansvar

I definitionen av krav belyser man att kraven kan vara av både kognitiv, emotionell och fysisk natur. Föreskriften tydliggör också arbetsgivarens ansvar i att göra prioriteringar då det uppstår obalans mellan krav och resurser.

Social arbetsmiljö

Definitionen av social arbetsmiljö lyder: Villkor och förutsättningar för arbetet som inkluderar:

- Socialt samspel
- Samarbete
- Socialt stöd från chefer och kollegor

Psykolog i primärvården

Tittar vi bakåt så är det relativt kort tid som det har funnits psykologer i primärvården. På många håll i landet är det fortfarande

inte en självklarhet att ha anställda psykologer på en vårdcentral och många psykologer delar sin arbetstid mellan flera vårdcentraler. Ändå beräknas runt en tredjedel av patienterna i väntrummet på en svensk vårdcentral lida av psykisk ohälsa. Dessa bakgrundsfaktorer kan förklara en del av de arbetsmiljöproblem som flera psykologer inom primärvården vittnar om.

Rolltydlighet

Psykologen har inte alltid en tydlig roll eller ett tydligt uppdrag. Flera psykologer berättar om hur de själva, utan stöd av ledning, behöver formulera sina egna uppdrag och tydliggöra sin kompetens och roll. Gränsdragningar till andra yrkesgrupper är inte alltid självklara, vilket ökar risk för konflikter och kränkande särbehandling.

Arbetsbelastning

Många vittnar om en hög arbetsbelastning med både många patienter och krav på hög produktivitet men även svåra och tunga fall. De senare beskrivs ha ökat då psykiatrin, runt om i landet, har långa väntetider och många patienter "blir kvar" inom primärvården. Inom arbetsbelastning tillkommer även svåra etiska överväganden och svåra prioriteringar. Till exempel "ska vi ge mycket till några få – eller lite till många"? Vad göra med de patienter som egentligen har en problematik som bättre kan tillgodoses av specialistvården men som inte får tid där eller som får en tid men väldigt långt fram i tiden?

Socialt stöd

Många psykologer är ensamma i sin profession på arbetsplatsen vilket gör det svårt att få stöd i professions- och metodfrågor. De som dessutom delar sin arbetstid mellan flera arbetsplatser riskerar även att hamna utanför gemenskapen och på så vis försvåras även det informella stödet från kollegor från andra professioner. Många psykologer vittnar även om att deras chefer har dålig kunskap om psykologens kompetens och arbetssituation vilket även minskar möjlighet till adekvat stöd från chef.

När obalans mellan krav och resurser uppstår så hanterar arbetstagarna det ofta genom att antingen sänka kraven eller försöka att öka resurserna. När den egna påverkansmöjligheten är begränsad

”

När psykologer inom primärvården som är samhällets första linje vid psykisk ohälsa insjuknar och blir frånvarande på grund av stress och organisatoriska faktorer får det påverkan på flera nivåer samtidigt.

”

så sker detta ofta på ett osunt sätt. Det kan ske genom att minska kraven genom att sänka kvaliteten på arbetet eller genom att öka resurserna genom att hoppa över raster och arbeta ”osynlig tid”. Detta ökar riskerna för ohälsa. När kvaliteten på arbetet sänks finns även risk för så kallad samvetsstress då den egna bilden av hur arbetet borde utföras krockar med vad förutsättningarna tillåter.

Karriärvägarna för psykologer inom primärvården är på många håll begränsade och komplexiteten i uppdraget underskattas. Det, i kombination med få psykologer, innebär bland annat att ny-legitimerade och oerfarna psykologer förväntas genomföra samma arbetsuppgifter som kollegor med mer erfarenhet, vilket leder till en högre arbetsbelastning då det sällan finns erfarenheter att falla tillbaka på. Mer erfarna psykologer erbjuder sällan någon strukturerad kompetensutveckling vilket minskar möjlighet till utveckling och påfyllnad.

Att sedan arbeta med psykologin som utgångspunkt i en miljö där det medicinska paradigmet är så starkt kan också vara en utmaning och ställer krav på integritet i kombination med god samarbetsförmåga och självförtroende.

Vad kan den enskilda psykologen göra?

Arbetsmiljöansvaret delas mellan arbetsgivare och arbetstagare. Som medarbetare behöver vi läsa in oss och skapa en förståelse för den egna arbetssituationen och sedan nyttja de resurser som finns tillgängliga eller söka nya resurser på ett sunt sätt. Exempel på resurser.

- Handledning
- Yrkesträffar med andra primärvårdspsykologer för både kunskaps- och erfarenhetsutbyte samt stöd
- Fortbildning och kompetensutveckling
- Tid för förberedelser och efterarbete. OCH för reflektion.
- Professionsnätverk, både inom- och utanför den egna arbetsplatsen

Det är viktigt att delta i det systematiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen och att föra en kontinuerlig dialog med chef och kollegor runt dessa frågor. Många arbetsmiljöfrågor är även

verksamhetsfrågor och att arbete med dem gynnar både medarbetarnas hälsa och verksamhetens mål och effektivitet. Och i slutändan patienterna.

Som medarbetare kan vi dock inte ta över, eller kompensera för, arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Den enskilda psykologen kan inte lösa organisatoriska brister genom att öka den egna arbetsinsatsen med hälsan som insats. Det behöver alltid finnas en balans mellan mandat och ansvar och vi kan inte ta ett större ansvar än vad vårt mandat att påverka ger förutsättningar för.

På individnivå är det viktigt att arbeta med gränssättning och att sträva efter balans genom god återhämtning. ■

FÖRFATTARE



Karin Allera

Född: 1972

Titel: Leg. psykolog
STP-psykolog i arbets-
och organisations-
psykologi. Verksam-
hetsutvecklare på
primärvård

Arbetsplats: Hälsa och
habiliteringens lednings-
kontor Region Uppsala

REFERENSER

www.forsakringkassan.se

Psykologtidningen nr 6 2017

SBU. *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5.

Företagshälsans riktlinjegrupp. *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen* 2/2015

Arbetsmiljöverket. *Organisatorisk och Social Arbetsmiljö AFS* 2015:4

Psykologförbundet. *Arbetsmiljökartläggning av psykologers arbetsmiljö.* 2015

Oskar Eriksson & Anna Stigsdotter Neely

KARLSTAD UNIVERSITET SATSAR PÅ SAMVERKAN

► På psykologprogrammet på Karlstads universitet samarbetar man med landsting och kommun som en del av utbildningen. Något både programmet och primärvården vinner på.

Hösten 2015 startade psykologprogrammet vid Karlstads universitet, för närvarande Sveriges yngsta psykologprogram. En viktig ambition har varit att jobba aktivt för att göra samverkan med externa aktörer till en integrerad del av utbildningen framförallt med landsting och kommun. Ett exempel på detta arbete är ett pågående samverkansprojekt med primärvården i syfte att stärka utbildning, forskning och hälso- och sjukvård.

Vision för samarbete

En viktig förutsättning för vårt arbete har varit ett tydligt organisatoriskt stöd från Karlstads universitet och Landstinget i Värmland som har en uttalad strävan att gemensamt stödja och stimulera utbildning och hälsoforskning i Värmland. Ett konkret exempel på detta är att landstinget har en studierektorstjänst på 20 procent för samarbete med psykologprogrammet vid universitet, främst kopplat till verksamhetsförlagd utbildning. Detta ger en tydlig signal att psykologprogrammet är en viktig och gemensam angelägenhet för båda organisationer med tydliga samverkansvisioner.

Så hur jobbar vi rent konkret med samverkan?

Vi är en grupp bestående av fyra landstingsrepresentanter från samtalsmottagningen vid vårdcentralen Kronoparken, som är en akademisk vårdcentral (leg psykolog, tf studierektor för psykologprogrammet Oskar Eriksson, kurator Jonas Hallberg, PTP-psykolog Lisa Franzén och enhetschef Josephine Essé) samt fyra representanter från psykologprogrammet (tf samverkansansvarig Prof Maria Tillfors, programledare/leg psykolog Hedda Norrbom Dahlén, PhD leg psykoterapeut Malin Anclair samt prof Anna Stigsdotter Neely) som träffas två gånger per termin för att diskutera samverkansinslag i syfte att gynna primärvårdens verksamhet, studenternas kliniska färdigheter samt stärka hälsorelaterad forskning.

Det innebär vinster både för programmet och för primärvården.

Stor psykologisk kompetens krävs

Vi ser flera skäl till varför det är viktigt att introducera psykologstudenter till primärvården. Framförallt är det ett växande arbetsfält för psykologer då det krävs stor psykologisk kompetens för att kunna möta den psykiska ohälsan i samhället. I olika studier anses andelen personer som söker till primärvården på grund av psykisk ohälsa ligga mellan 20-40 procent. Vi vet också att den psykiska ohälsan i samhället växer. Genom att då öka antalet psykologer inom primärvården kan vården på ett strategiskt och bra sätt bemöta detta ökade behov hos invånarna. Inte minst kan psykologerna (och studenterna) vara viktiga i samarbetet med andra professioner. För studenter kan detta göras inom ramen för akademiska vårdcentraler där studenter från flera olika utbildningar kan göra praktik samtidigt och tillsammans.

Konsultrollen för psykologer gentemot övriga professioner är ytterligare en viktig aspekt av detta samarbete där psykologstudenter också kan bidra med kompetens. För studenterna kan det vara av vikt att få andra erfarenheter av hur psykologisk behandling kan gå till vid sidan av det traditionella sättet med 45 minuter en gång per vecka.

Vi vet också att många psykologstudenter idag är intresserade av primärvården som arbetsfält men de behöver då också få mer information om vad detta arbete innebär. Till exempel kan studenter ge-

”

Vi ser flera skäl till varför det är viktigt att introducera psykologstudenter till primärvården. Framförallt är det ett växande arbetsfält för psykologer då det krävs stor psykologisk kompetens för att kunna möta den psykiska ohälsan i samhället.

”

nom sina examensarbeten vara med och bidra till utvärdering av befintliga och implementering av nya metoder. De kan också hjälpa till med gruppbehandlingar. Planen är att psykologstudenter vid Karlstads universitet på termin åtta håller i sömn, stress, och minnesgrupper i primärvården. Inspiration har hämtats från Umeå, Örebro och Karolinska institutet. Närmast kommer första kullen psykologstudenter vid Karlstads universitet komma ut på praktik under våren 2018 där de primärvårdsspecifika inslagen är att två kandidater kommer att göra sin praktik på vårdcentral och att övriga kommer att erbjudas möjlighet till en endagsauskultation inom primärvården. ■

FÖRFATTARE



Oskar Eriksson

Född: 1984

Titel: Leg. psykolog,
vikarierande studie-
rektor

Arbetsplats: Vård-
centralen Kronoparken



**Anna Stigsdotter
Neely**

Född: 1961

Titel: Professor
psykologi

Arbetsplats: Karlstads
universitet

Psykolog i primärvård
Inspiration för fortsatt utveckling
© Sveriges Psykologförbund 2018

Redaktör: Maria Enggren Zavisic
Projektledare: Helena Meschke

Omslagsillustration: Helena Davidsson Neppelberg
Grafisk form: Spektra
Tryck: Trydells, Laholm