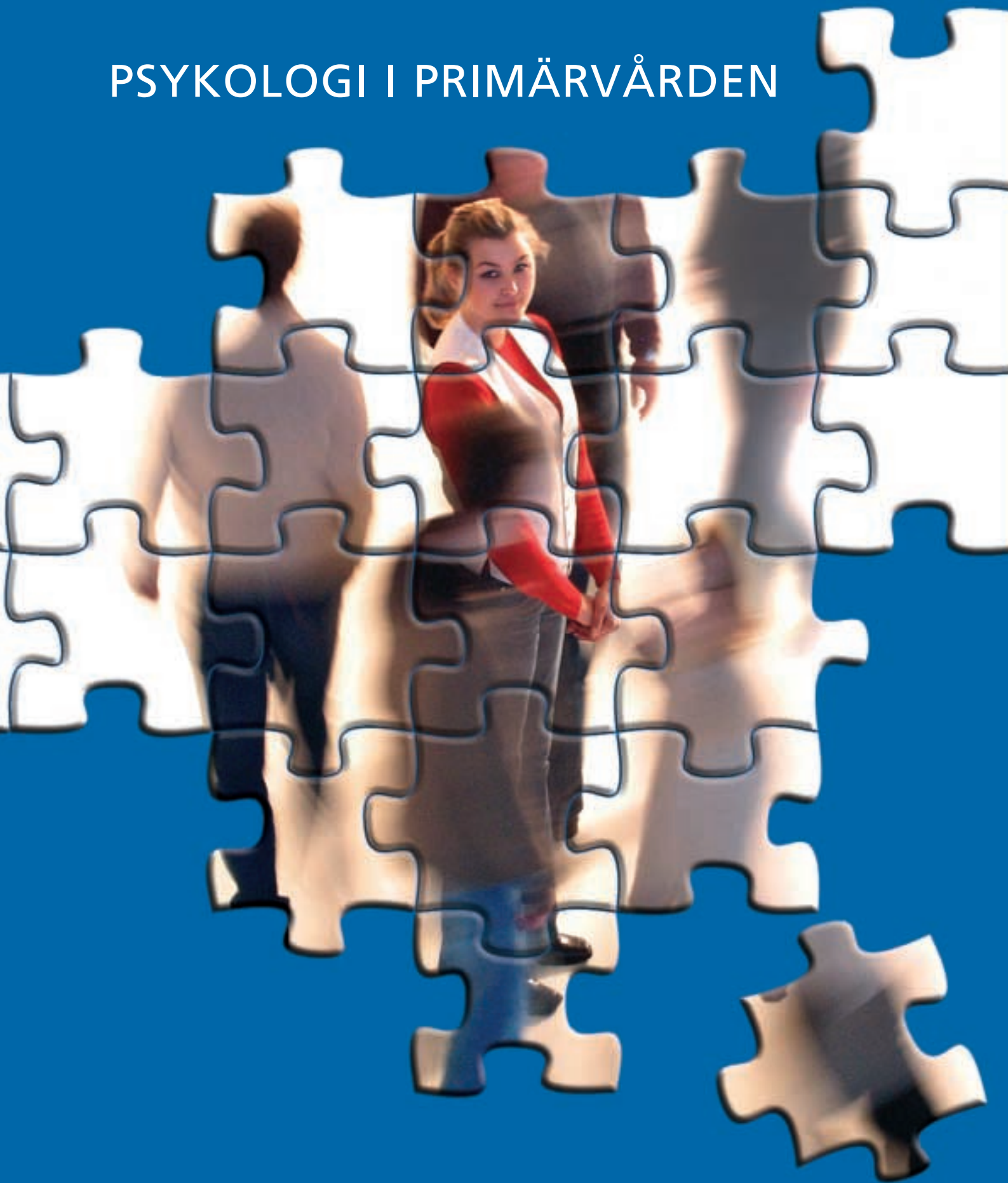


PSYKOLOGI I PRIMÄRVÅRDEN



INNEHÅLL	sid
Bakgrund	4
Syfte	4
Behovet av psykologbehandling i primärvården	4
Psykoterapi eller »counselling«?	6
Preventiva insatser	6
Psykoterapins inriktning	7
Vilka psykoterapimetoder fungerar i primärvårdssammanhang?	7

NÅGRA RESULTAT FRÅN SVENSKA PROJEKT

Är psykologbehandling effektiv?	10
Några olika besvärstyper	11
Läkarnas bedömningar av samarbetet	12
Har behovet av mediciner och sjukskrivning minskat genom psykologresursen?	13
Kostnadsaspekter	13
Vad tycker patienterna?	14

NÅGRA SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

Inte bara psykoterapi	15
Psykologens kompetens	15
Primärvårdpsykologi – en egen specialitet?	15
Vidareutbildning och forskning	15
Internationalisering	15
Forskning och utvärdering	15
Primärvårdpsykologi enligt fix modell?	16
Psykologen i primärvårdsteamet	16
Psykologens behov av externa nätverk	16
Psykologen i det preventiva arbetet	16
Alternativa behandlingsformer	16
Primärvårdpsykologens hänvisningsmöjligheter	17

BAKGRUND

Under de senaste decennierna har intresset för att involvera psykologer i primärvårdsarbetet ökat. Traditionen med psykologer knutna till mödra- och barnhälsovården är sedan länge etablerad, men när det gäller primärvårdens distriktsläkarmottagningar och liknande har man betydligt senare börjat se behov av psykologmedverkan.

Denna rapport behandlar denna senare typ av psykologinsats. Ett av de första svenska projekten finns beskrivet i *Läkartidningen* för ett drygt tiotal år sedan. Där redovisar en psykolog sina positiva erfarenheter av att arbeta på vårdcentral; författaren pläderar för »distriktspsykologer« i analogi med distriktsläkare som ansvariga för det stora behovet av psykologisk hjälp på primärvårdsnivå¹. I Göteborgsområdet, och på några andra håll i landet, har det sk Svalebo-projektet väckt uppmärksamhet och blivit en inspirationskälla för andra liknande projekt.

I andra länder, tex USA, England och Holland var man betydligt tidigare ute, kanske beroende på att primärvården i dessa länder utgör en större del av den totala vårdapparaten än i vårt land. I dessa länder, kanske framförallt i England, finns också en livaktig forskning som angriper problemställningar som har med primärvårdpsykologi att göra.

Orsakerna till denna utveckling är säkert många. Man kan förmoda att en anledning är den ökande press på distriktsläkarna som den tilltagande psykiska ohälsan har medfört, samtidigt som den tidigare ensidigt somatiska inriktningen inom den medicinska vården inte längre är lika påtaglig.

I Sverige har projekt (vanligtvis Dagmar-finansierade) medfört att åtskilliga distriktsläkarmottagningar har fått tillgång till psykolog. Inte minst inom Västra Götalandregionen har intresset varit stort för att satsa på dessa projekt. Många av projekten har utvärderats, med praktiskt taget genomgående positiva resultat. Diskussioner om permanentning av lyckosam projektverksamhet förs på flera håll, i några fall har psykologmedverkan redan överförts till ordinarie verksamhetsbudget.

SYFTE

Syftet med denna rapport är att ge en bred och i största möjliga utsträckning forskningsbaserad inventering av psykologiska metoder och psykologisk kunskap som kan vara intressanta att tillämpa i den somatiska primärvården.

Underlaget är hämtat dels från de projekt jag kommit i kontakt med i egenskap av utvärderingsansvarig, dels av en växande mängd vetenskapliga publikationer i internationella tidskrifter som behandlar viktiga problem på ett för svenska förhållanden högst relevant sätt, men som i förvånansvärt liten utsträckning uppmärksammats i samband med de svenska primärvårdpsykologiska projekten.

BEHOVET AV PSYKOLOGBEHANDLING I PRIMÄRVÅRDEN

Många försök har gjorts att bedöma behovet av psykologisk hjälp i primärvårdsledet. Uppgiften är lätt om man tror att ohälsa går att klassificera som antingen psykisk eller somatisk. Knappast någon tror längre att detta är möjligt. Det man försökt göra är i stället att bedöma hur stor andel av de som söker primärvårdshjälp som har en så pass påtaglig psykisk problemkomponent att den borde mötas med adekvat hjälp.

Man rör sig förstas i en gråzon, något som avspeglar sig i varierande resultat. Någon forskare har hamnat på uppskattningar runt 60 procent², något som visar att gråzonen är mycket vid: noga betraktat är väl nästan alla som söker primärvården i psykologiskt beråd på något sätt. Många forskare hamnar mellan 30 och 40 %, vilket även det är en siffra som säkert förvånar många. Men dessa skattningar grundar sig på mycket noggranna analyser av vilka besvär som kan konstateras hos det reguljära primärvårdsklientelet.

I en sådan studie³ av 590 konsekutiva förstabesök ges följande beskrivning av de 34 % som befinner sig ha påtagliga psykiska problem:

- 1% Somatiskt sjukdomstillstånd med sekundära psykiska problem
- 8% Somatisk sjukdom i kombination med psykiskt sjukdomstillstånd
- 20% »Somatisering«
- 5% Enbart psykiskt sjukdomstillstånd

¹ Andersson, Sven Ingmar: Kliniska psykologer behövs i primärvården: Möjliggör ökad helhetssyn snarare än fragmentering. *Läkartidningen*, 86, 1989, nr 32–33, sid 2648–2649.

² Newman, R. & Rozensky, R.: Psychology and primary-care – evolving traditions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2, 1995, 3–6.

³ Goldberg, D.P.: Epidemiology of mental health disorders in a primary care setting. *Epidemiologic Reviews*, 17, 1995, no. 1.

En intressant post i denna studie är »somatisering«. Man kan förmoda att här ingår allehanda tillstånd med uttalade somatiska symptom och besvär, men där man inte kan finna någon somatisk patologi som kan förklara tillståndet, och ge underlag till rationell medicinsk terapi.

Denna mycket vanliga situation illustreras på ett slående sätt i en studie⁴ där man identifierat en rad vanliga problem av denna typ: bröstsmärtor, trötthet, yrsel, huvudvärk, ödem, ryggsmärtor, dyspné, sömnproblem, buksmärter, domningar (numbness), impotens, viktnedgång, hosta och förstoppning.

38 procent av de 1000 patienter som ingick i studien hade minst ett av dessa problem. I en mycket liten andel av fallen kunde man konstatera någon organisk grund för problemen, för de flesta av symptomen rörde det sig om 10–20 % (medelvärde 16 %). Man kan naturligtvis inte dra slutsatsen att en psykisk orsaksfaktor föreligger i de övriga 84 procenten, men flertalet av dessa problemtyper har en dokumenterad plats i ett »psykosomatiskt spektrum« och en möjlighet till psykologkonsult skulle säkerligen addera väsentligt till »uppklarandeprocenten«.

Med viss envishet tenderar siffror runt 30–40% att återkomma när det gäller andelen patienter som kan tänkas ha behov av psykologisk hjälp. Det gäller även en enkätstudie⁵ som för ett par år sedan gjordes bland primärvårdens läkare i Göteborgsområdet. De ombads skatta förekomsten av stressrelaterade problem bland sina patienter (enkäten besvarades av 56 läkare). Siffrorna varierade mellan 5 och 80 procent, med ett medelvärde på 32 %.

På frågan om problemen ökat, minskat eller legat oförändrade under en femårsperiod angav drygt 83 % att de ökat, flertalet av dessa ansåg att ökningen varit påtaglig. Ingen ansåg att problemen minskat. Även om distriktsläkare naturligtvis inte står främmande för att hantera stressrelaterade problem verkar det som om denna typ av problem ibland erbjuder särskilt stora svårigheter. Om man till detta lägger patienter med psykiska problem av annat slag kan man lätt förstå intresset bland primärvårdens läkare att skapa nya möjligheter att konsultera psykolog.

En projektrapport⁶ från Västerbottens läns landsting behandlar behovsaspekterna på ett mycket direkt

och intressant sätt. Man lät ett stort antal vårdanställda (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster mfl) ange, för sammanlagt ca 2000 konsekutiva direkta patientmöten, om de bedömde patientens besvär som somatiskt, psykiskt och/eller psykosomatiskt. I genomsnitt bedömde man att en tredjedel av konsultationerna innefattade psykosomatisk problematik. Alla diagnosgrupper återfanns i denna tredjedel, men tillstånd i rörelseorganen var den största enskilda gruppen. I rapporten förmedlas också synpunkter som framkom i intervjuer som genomfördes med ca 75 vårdgivare av olika kategorier. Ett intryck är att problemen med hur man skall ta omhand de psykosomatiskt snarare än somatiskt sjuka patienterna känns mycket påtagliga, och att medvetenheten om att något måste göras är allmän. Ett citat:

»När patienter remitteras mellan primärvård och sjukhusvård blir inte de psykosomatiska sammanhang man anar belysta i remissen. Anledningen är svårigheten att hantera den psykosomatiska problematiken och ett hopp att någon annan hittar en lösning. »Alltid kan de hitta på något att åtgärda.« På liknande sätt sker ett remitterande mellan specialistkliniker. Några talar om »vårdkarusell«. När patienter återförts till primärvården efter utredning på sjukhus händer det ofta att de efter en kort tid kommer åter med samma frågeställning. På mer än en specialistklinik talar man om att man väljer att blunda för denna problematik eftersom man inte hinner ta itu med den väl vetande att ingen i primärvården heller har tid. Samtidigt som man känner sig otillfredsställd med att inte göra ett gott arbete så menar man att problemet växer om ingen tar itu med det. »Det kan vara en bomb för framtiden: På så sätt används sjukvårdens resurser på ett ineffektivt sätt medan patienternas lidande förstärks.« (Wikman, M., 1998, sid. 4.)

Ett sätt att skatta det faktiska behovet av psykologhjälp är att se hur många remisser som skrivs av läkare som har tillgång till psykolog i sin organisation. Information av detta slag kan hämtas från ett projekt i Mölndal, »Psykolog på vårdcentral«. Projektet startade hösten 1998, med en deltids psykolog på en av Mölndals vårdcentraler. Ett år senare utvidgades verksamheten till att omfatta samtliga fem vårdcentraler,

⁴ Kroenke, K. & Manglesdorf, D.: Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *American Journal of Medicine*, 89, 1989, 262-266.

⁵ *Stressproblemens omfattning: Vilka är dina bedömningar?* Sven Carlsson och Mattias Victor, i samarbete med Göteborgs Primärvårdskansli (1998).

⁶ Wikman, M. *Kartläggning av psykosomatisk problematik i öppen och slutenvård i Västerbottens län*. Projektrapport, Västerbottens läns landsting, 1998.

och psykologtjänsten utökades till 80%. Ytterligare ett år senare, först mot slutet av projekttiden, anställdes en andra psykolog.

I detta projekt, liksom i en del andra i Göteborgsområdet, var ambitionen att begränsa väntetiden till psykologen till ett par veckor. Den korta väntetiden har i andra projekt setts som så viktig att patientströmmen dimensionerats så att väntetider ej behövt uppkomma, eller genom att remisstopp införts när väntetiden tenderat att öka. Så har inte skett i Mölndal, vilket innebär att man där har vissa möjligheter att bedöma det faktiska behovet av psykologhjälp hos distriktsläkare. Behovet har visat sig vida överskrida tillgången, vilket resulterat i en snabbt växande remisskö. Årsskiftet 2000–2001 uppgick kön till 101 patienter, ett halvt år senare hade den växt till 143. Under projekttiden fram till utgången av år 2000, då projektverksamheten permanentades, skrevs 424 remisser till en ensam deltidsanställd psykolog (de sista månaderna avlastades hon av en ytterligare deltidskollega).

Samtal med läkarna bekräftar misstanken att de växande väntetiderna medförde att man »höll igen« med remisskrivandet på grund av ökande väntetider, siffran är alltså en underskattning av det behov distriktsläkarna faktiskt hade av att få psykologhjälp till sina patienter. Även om psykologen kan hålla god genomströmning genom korta behandlingstider visar dessa iakttagelser att behovet rimligen ligger på en heltidsanställd psykolog vid varje distriktsläkarmottagning.

PSYKOTERAPI ELLER »COUNSELLING«?

Det är en vanlig föreställning att kliniska psykologer uteslutande sysslar med psykoterapi. Man tänker då i allmänhet på långvariga behandlingskontakter som syftar till att reda ut djupgående psykiska problem.

Primärvårdpsykologens arbetsprofil ser emellertid helt annorlunda ut, både i vår region och internationellt. I tex England och USA talar man om *counselling psychology* som något som skiljer sig från regelrätt psykoterapi genom syfte och inriktning: counselling innebär en avgränsad insats som syftar till att hjälpa individen att själv klara ut en besvärlig situation. Man tar fasta på individens resurser och försöker förbättra

dessa för att uppnå tex en bättre förmåga att hantera stress. Det gäller ofta att ge patienten »hjälp till självhjälp«, snarare än att hjälpa patienten hela vägen fram till hälsa. Inriktningen är ofta preventiv snarare än kurativ, man ingriper i ett riskskede för att förhindra allvarlig försämring.

De metoder man använder är mångskiftande, och spänner från pedagogik till korttidspsykoterapi, och från individuell kontakt till grupper. I Sverige finns inte »rådgivningspsykologi« som specialitet, men det är slående hur väl beskrivningen stämmer in på det man ser primärvårdpsykologen göra.

Ett tydligt exempel på »counselling« kan hämtas från samarbetet mellan försäkringskassan och psykologerna i projektet »Psykolog på vårdcentral« (Primärvården i Mölndal) i samband med rehabiliteringsärenden. Psykologen bidrar där till utredningen med synpunkter på de ofta viktiga psykologiska aspekterna på en persons förutsättningar för rehabiliteringsåtgärder och/eller arbetsåtergång. Psykologen kan också förbereda patienten psykologiskt inför arbetsåtergången så att motivation och självförtroende ökar. Det är missvisande att tala om »psykoterapi« i detta sammanhang, något som inte bara är en lek med ord om man betänker att begreppet »psykoterapi« intar en speciell ställning i upphandlingssammanhang.

Men gränserna är flytande, och det är svårt att säga när man övergår från »rådgivning« till psykoterapi. Ofta kan det vara så att man vid en rådgivande insats uppmärksammar att patienten har stora svårigheter med att förändra sig själv eller sin situation, och då kan det vara nödvändigt att angripa dessa svårigheter psykoterapeutiskt. Ibland är en psykoterapeutisk insats nödvändig från början.

PREVENTIVA INSATSER

Det primärvårdpsykologerna gör har ofta en preventiv effekt på så sätt att allvarliga försämringar förebyggs. Det preventiva perspektivet är intressant i detta sammanhang genom att primärvården ju har ett utsagt preventivt uppdrag, som kanske ofta får stå tillbaka för det anstormande vårdbehovet. Sannolikt skulle psykologer kunna bidra till att utveckla den preventiva delen av verksamheten.

Ett exempel är den aktivitet som sedan några år bedrivs vid Askims vårdcentral, där psykolog och läkare samarbetar i en »stresshanteringsutbildning«. Man fångar upp patienter som befinner sig under riskabel stressbelastning med hjälp av ett frågeformulär, där patienter på egen hand kan bedöma sin risknivå och vända sig till vårdcentralen för att få hjälp. De place- ras då i en »stresshanteringsgrupp«, som leds av psy- kolog och läkare. Utfallet av denna verksamhet är lovande, och liknande projekt skulle kunna startas på fler vårdcentraler där psykolog finns tillgänglig.

PSYKOTERAPINS INRIKTNING

De terapeutiska systemen är många, och deras respektive företrädare ger ofta uttryck för en imperialis- tisk inställning till den egna teorins universella över- höghet och det förkastliga i motpartens förehavan- den. Detta måste te sig egendomligt ur t ex en läka- res synvinkel, lika uttalade motsättningar ser man ju inte när det gäller hur somatiska besvär ska tas om hand.

Den i vårt land dominerande inriktningen har länge varit den psykodynamiska, som grundar sig på psyko- analytisk teori. Men andra terapiformer har vunnit visst insteg: på 60- och 70-talen kom beteendeterapin med sina uppseendeväckande behandlingsresultat vid t ex fobiska tillstånd, lite senare den kognitiva psyko- terapin som på sina håll tagit upp element från beteendeterapin och då kallas kognitiv beteende- terapi (KBT). Inga av dessa riktningar är enhetliga, och gränserna dem emellan, som kan synas så knivskarpa i stridens hetta, överskrids ofta i det terapeutiska arbe- tet. Tendensen, även teoretiskt, går mot ökad öppen- het skolorna emellan. En konserverande faktor är kan- ske utbildningssystemen: vid de psykologiska institu- tionerna har man antingen en ensartad inriktning (tex psykodynamisk i Göteborg), eller en valmöjlighet mel- lan två alternativa »linjer« mellan vilka de studeran- de tvingas välja (psykodynamisk och kognitiv/KBT). Ett argument som ofta framförs för denna tingens ord- ning är att man som psykoterapeut måste ha ett »första-språk«, en djup förtrogenhet med en och endast en skolbildning. Eljest hotar förvirring och osä- kerhet i det svåra terapeutiska arbetet. Man talar ofta

nedsättande om det »eklektiska« förhållningssättet där man regellöst och fritt tillgriper det man behöver, oavsett ursprung. Meningarna är emellertid delade i dessa frågor. Det finns en livaktig internationell forsk- ning om integrering av olika terapiformer och om den »eklektiska« terapins möjligheter och förtjänster ⁷.

Primärvårdspsykologer har ofta en psykodynamisk utbildningsbakgrund. Mycket få, om ens någon, ar- betar emellertid konsekvent psykodynamiskt. Inte hel- ler kan man säga att någon genomgående arbetar med en trogen tillämpning av någon annan av de eta- blerade terapiformerna. I stället karakteriseras arbe- tet av ett i hög grad eklektiskt förhållningssätt, dvs man väljer det tillvägagångssätt som man bedömer att situationen kräver. Det verkar inte som om detta erbjuder några svårigheter, snarare uppfattar man den teoretiska flexibiliteten som naturlig och nöd- vändig. När det gäller sitt teoretiska förhållningssätt ligger projektpsychologerna långt framme i en intres- sant internationell utveckling.

VILKA PSYKOTERAPIMETODER FUNGERAR I PRIMÄRVÅRDSSAMMANHANG?

Det är viktigt att se bredden i primärvårdspsykologens insatser, både som de praktiseras i dag men än mer som de skulle kunna utvecklas i framtiden: det är frå- gan om åtskilligt annat än regelrätt psykoterapi. Men psykoterapin är givetvis viktig, även i patientkontak- ter där det kanske snarast är frågan om »counselling«: psykologen kan med sina psykoterapeutiska kunskaper se hinder för den enkla rådgivningen och fördju- pa kontakten för att angripa underliggande problem.

Det finns en omfattande internationell forskning som sökt utvärdera psykologiska behandlingsinsatser i primärvården. En grundtanke, hämtad från medici- nen, är att visa vilka metoder som är »evidensbasera- de«. En vanlig tolkning av detta begrepp är att det ska ha gjorts vad som kallas randomiserade och kontrol- lerade studier som visar metodens effektivitet. En van- lig modell för denna typ av forskning är att patienter fördelas slumpmässigt (»randomiseras«) på en grupp som får behandlingen i fråga, och en annan som antingen inte ges någon behandling alls, eller som ges »placebo« (det kan vara en »skenbehandling«), eller

⁷ Lampropoulos, G.K.: Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37, 2000, 285-297.

som ges en annan behandling som man vill jämföra med. Behandlingsresultaten i de olika grupperna jämförs, och bättre resultat i behandlingsgruppen ses givetvis som »evidens« som berättigar dess användande. Dessa studier görs under så stringenta förhållanden som möjligt, med en väldefinierad patientgrupp och med en behandling som genomförs till punkt och pricka enligt ett fastställt mönster, tex ett bestämt antal behandlingstillfällen.

Ur primärvårdpsykologiskt perspektiv finns flera problem med denna typ av studier:

1. Patientmaterialet är heterogent, en patient har ofta flera problem samtidigt, tex psykosociala problem i tillägg till ett somatiskt eller psykiskt symptom. Kravet på väldefinierade undersökningsgrupper är alltså svårt att uppfylla.
2. Patienter som sökt hjälp för akuta psykiska problem vid sin vårdcentral kan ha liten förståelse för att placeras i en kontrollgrupp, vilket medför att de blir obenägna att medverka i den uppföljning som är nödvändig för att jämförelse ska kunna ske med behandlingsgruppen. Man får stort bortfall, och studiens värde kan då allvarligt skadas.
3. De etiska problemen kan bli besvärande. En strikt randomisering innebär att den slumpmässiga fördelningen kan föra en patient med stort hjälpbehov till kontrollgrupp. Motsvarande problem är lättare att hantera i en forskningsmiljö där de patienter man rekryterar till sin behandlingsstudie i förväg är införstådda med villkoren.

»Evidens« för att en viss behandling, tex en psykoterapeutisk teknik, har god effekt måste oftast hämtas från undersökningar som gjorts i sammanhang som på många punkter skiljer sig från primärvårdpsykologens arbetsbetingelser. Det är stor samstämmighet i den internationella litteraturen om att primärvårdpsykologer förhåller sig mycket flexibelt i sitt metodval, att de kombinerar tekniker och byter teknik när behovet så påkallar och att de sällan fixerar antalet behandlingstillfällen i förväg.

Dessa skillnader mot den välkontrollerade behandlingsstudien är så stora att man ofta kan ifrågasätta om evidensen från den välkontrollerade studien är giltig i en realistisk primärvårdstillämpning. Detta pro-

blem finns möjligen också när det gäller »evidensbaserad« av medicinska behandlingsmetoder i primärvården, men kanske inte lika påtagligt som för primärvårdpsykologin.

Man använder två begrepp i den engelskspråkiga litteraturen för två aspekter på behandlingseffekt: den ena är »efficacy«, som är den effekt som fastställs i välkontrollerade studier, och den andra »effectiveness«, som betecknar metodens effektivitet när den tillämpas i en realistisk klinisk miljö. Det kan mycket väl vara så att en metod med hög »efficacy« visar sig ha låg »effectiveness«, på grund av att det inte är möjligt att tillämpa den strikt enligt det ursprungliga »receptet«⁸. Problemet med konflikter mellan de två aspekterna på effekt är inte alls lika stora för psykologer som arbetar högre upp i vårdkedjan, där man kanske sysslar med mer avgränsade problemtyper. Ett exempel kan vara patienter som remitterats för behandling av väldiagnostiserad panikångest, som strikt kan behandlas med en typ av kognitiv beteendeterapi som har bevisad »efficacy« vid detta tillstånd.

Att forska på behandlingseffekter i primärvårdpsykologisk miljö är alltså svårt, men inte omöjligt. Det betonas i den internationella litteraturen behovet av »effectiveness«-forskning, där man utvärderar realistiska behandlingsvarianter. Kanske får man avstå från den strikt experimentella uppläggningsen i de välkontrollerade »efficacy«-studierna, men »effectiveness«-forskning kan ändå vara mycket informativ. Det är tex alltid möjligt att utvärdera effekterna av psykologinsatserna, genom systematiska före- och eftermätningar. Även om man inte lyckas skapa jämförelse med en strikt kontrollgrupp (med randomiserad fördelning av patienterna), kan man kanske finna en jämförelsegrupp av patienter som är likartade men som ej fått psykologkontakt.

Men »efficacy«-forskningens resultat är naturligtvis viktiga, även om de metoder som undersökts ej kan tillämpas enligt den ursprungliga mallen. Om man påvisat goda behandlingseffekter med en viss teknik finns det naturligtvis all anledning att undersöka om den är användbar i primärvården. År 2001 publicerades en stor sammanställning⁹ av »efficacy«-studier av psykoterapi vid en stor mängd psykiska problemtyper, med det uttalade syftet att visa vilka terapier, och för

⁸ Hemmings, A.: A systematic review of the effectiveness of brief psychological therapies in primary health care. *Families, Systems & Health*, 18, 2000, 279-313.

⁹ Chambless, Dianne L. & Ollendick, Thomas H.: Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, 685-716.

vilka tillstånd, som är »empirically supported treatments«. Det är en diger lista, som innehåller en stor mängd psykoterapiformer och tillstånd där de har påvisad effekt. Flera av dessa tillstånd är sådana som ofta möter primärvårdspsykologen, t ex ångesttillstånd, fobier, panikreaktioner, posttraumatiskt stresstillstånd och depressioner. Ofta har flera olika terapiformer påvisad effekt, och bland terapierna finner man ett brett spektrum som inkluderar beteendeterapeutiska tekniker som systematisk desensibilisering och exponering, kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, lösningsfokuserad terapi och dynamisk terapi, för att nämna några få. Det skulle föra för långt att gå in på detaljer, men en slutsats är alldeles klar: det finns inget som helst fog för att favorisera någon bestämd terapiform som »allena saliggörande« i primärvårdspsykologiska sammanhang.

NÅGRA RESULTAT FRÅN SVENSKA PROJEKT

Författaren av denna rapport har ansvarat för utvärderingen av flera projekt med »primärvårdspsykologer« i direkt »på plats«-samverkan med medicinsk personal på distriktsläkarmottagningar eller liknande. Några resultat och iakttagelser från dessa projekt skall nu presenteras.

ÄR PSYKOLOGBEHANDLING EFFEKTIV?

Metoder som använts för att utvärdera projekten har inkluderat intervjuer (med läkare, patienter, psykologer och i något fall representanter för försäkringskassan), enkäter och psykologiska tester (för att mäta depressivitet och ångest). Syftet har varit att så noggrant som möjligt, inom ramen för vad som är möjligt att göra i den kliniska verkligheten, belysa behandlingseffekter, samt att undersöka hur de inblandade läkarna och psykologerna bedömer verksamheten.

I de s k POPPIS-projekten (Privatpraktiserande läkare och psykologer i samverkan) har under ett par års tid insamlats enkätdata från patienter. Vid dags dato föreligger data för drygt 150 patienter från tre mätillfällen: före psykologbehandlingens början, omedelbart efter psykologbehandlingens avslutande samt från ett uppföljningstillfälle 6 månader efter avslutad behandling. Här kommer nu att redovisas hur patienterna ser på sin hälsa och på en rad symptomtyper vid de tre tillfällena.

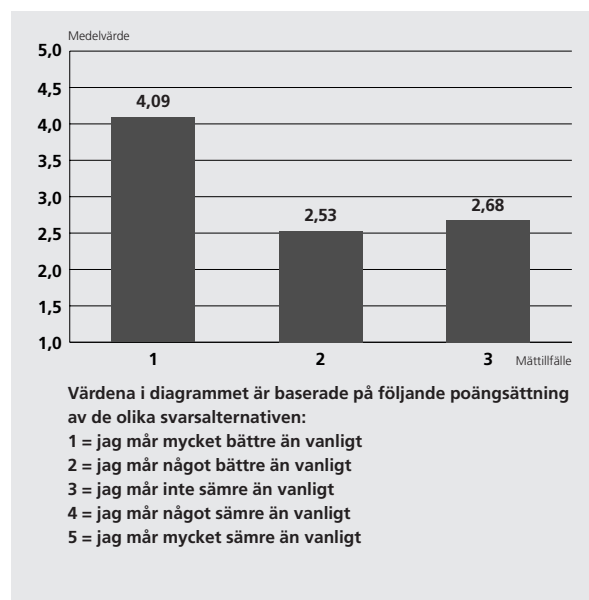
Resultaten presenteras under rubriker som är lika med enkätens frågor.

Hur mår Du just nu i jämförelse med hur Du brukar må?

»Korstabellen« nedan visar förändringarna i självskattningar för de 156 patienter som besvarat frågan

både före psykologbehandlingen och vid uppföljningstillfället. Av de 70 patienter som vid förmätningen ansåg sig må »mycket sämre än vanligt« ligger endast 11 kvar på denna nivå sex månader efter psykologbehandlingen. (Två patienter har tillkommit i denna svarskategori; det totala antalet som vid uppföljningen mår »mycket sämre« är alltså 13). Efter behandlingen mår 75 patienter »något« eller »mycket bättre än vanligt«, mot bara 16 före behandlingen.

Nedan redovisas medelvärdet i samma variabel vid alla tre mätillfällena: före psykologkontakten (1), vid avslutad behandling (2) och sex månader efter behandlingens avslutande (3).

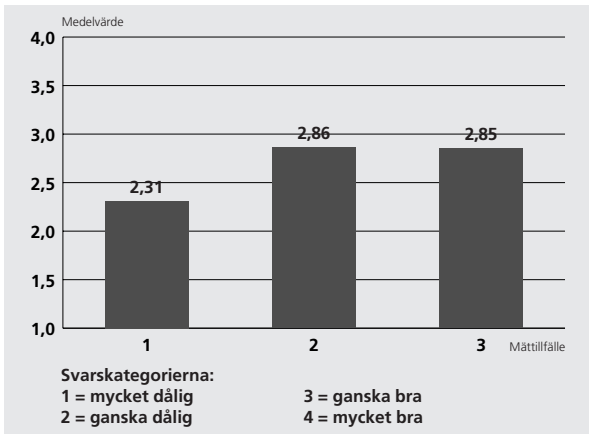


Genomsnittligt har patienterna förskjutit sina skattningar från att må något sämre till att må något bättre än vanligt.

HUR MÅR DU JUST NU? (FÖRE)	HUR MÅR DU JUST NU? (UPPFÖLJNING)					TOTALT
	MYCKET BÄTTRE ÄN VANLIGT	NÅGOT BÄTTRE ÄN VANLIGT	INTE SÄMRE ÄN VANLIGT	NÅGOT SÄMRE ÄN VANLIGT	MYCKET SÄMRE ÄN VANLIGT	
MYCKET BÄTTRE ÄN VANLIGT	2	1				3
NÅGOT BÄTTRE ÄN VANLIGT	3	2	5	3		13
INTE SÄMRE ÄN VANLIGT	8	8	7	1	1	25
NÅGOT SÄMRE ÄN VANLIGT	9	15	13	7	1	45
MYCKET SÄMRE ÄN VANLIGT	10	17	13	19	11	70
TOTALT	32	43	38	30	13	156

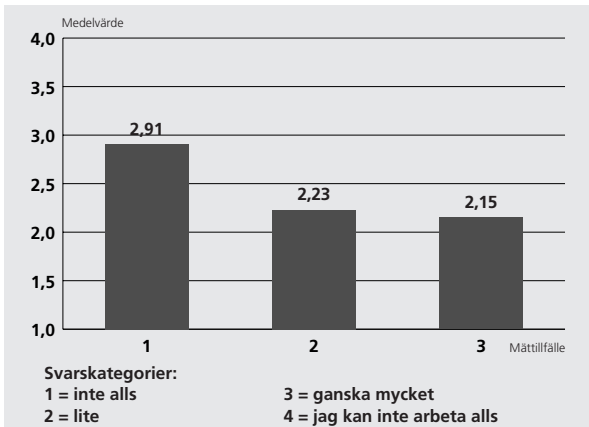
Hur har Din kroppsliga hälsa varit den senaste tiden?

Här, liksom för de följande variablerna, redovisas resultaten endast i stapeldiagram, med medelvärdena för patienternas skattningar vid de tre mätstillfällena.



Den intressanta frågan är om behandlingseffekterna håller sig över tid. Så är definitivt fallet när det gäller hur patienterna bedömer sin kroppsliga hälsa.

Hur mycket anser Du att Din arbetsförmåga begränsas av Ditt nuvarande hälsotillstånd?

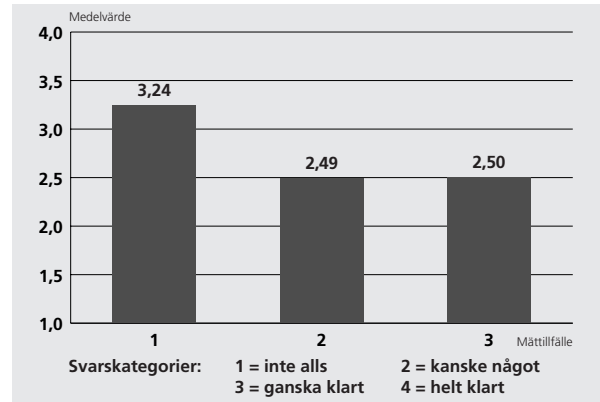


Patienternas bedömning av den egna arbetsförmågan, ungefärligen liktydigt med upplevt behov av sjukskrivning, har påverkats kraftigt, och effekterna är bibehållna och till och med marginellt förbättrade vid uppföljningstillfället.

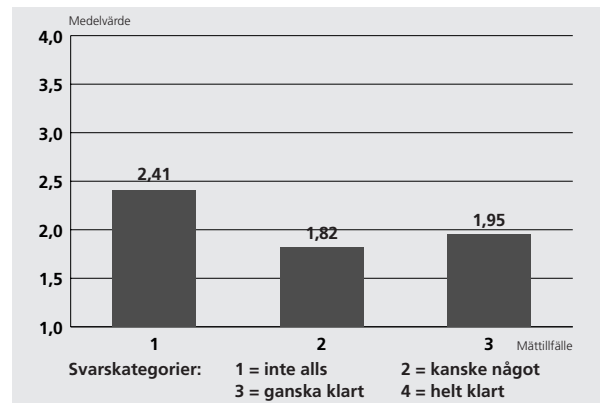
NÅGRA OLIKA BESVÄRSTYPER

Patienterna anger i enkäterna i vilken utsträckning de har problem med en rad olika typer av problem. Nedan redovisas medelvärden vid de tre skattningarna av några av dessa besvärstyper.

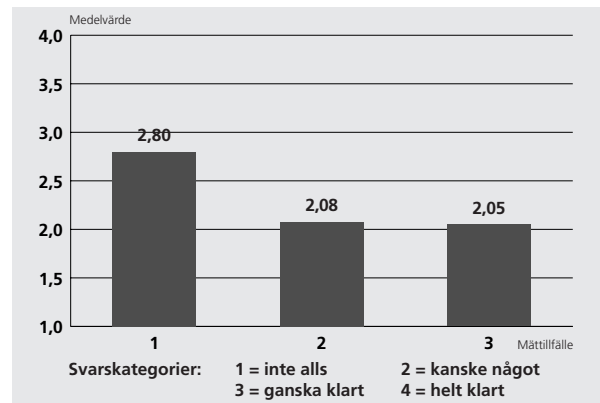
Har Du problem med stress?



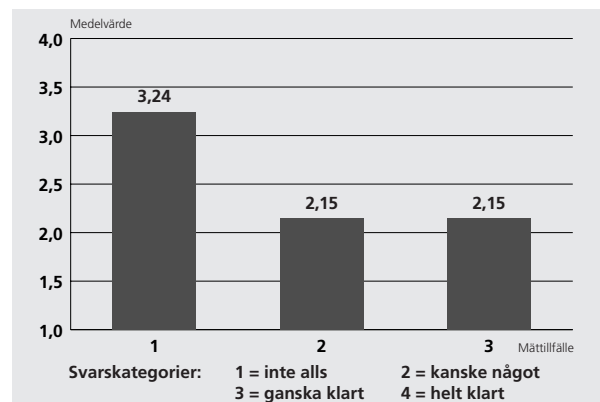
Har Du problem med relationer?



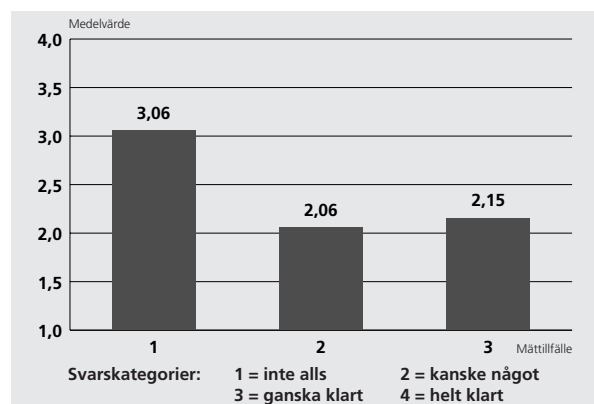
Har Du sömnsvårigheter?



Har Du problem med ångestloro?



Har Du problem med nedstämdhet?



Kommentarer

De påtagliga förbättringar i patienternas självskattningar som kan ses omedelbart efter psykologkontaktens slut är väl bibehållna ett halvår senare. Detta innebär med all sannolikhet att patienternas upplevda behov av vårdkontakter har reducerats.

I något fall kan man se att effekterna till och med ytterligare förbättras något över tid. De patienter som uppvisar en försämring vid uppföljningstillfället anger i allmänhet i uppföljningsenkäten att det inträffat något negativt i deras liv under tiden efter psykologkontakten. De övriga patienterna, som utgör den större delen, uppvisar i de flesta fall en ytterligare förbättring. Man kan nog dra slutsatsen att psykologbehandlingen har gett dem hjälp till självhjälp i form av redskap för att bättre hantera vardagens problem, med en successiv förbättring som följd.

LÄKARNAS BEDÖMNINGAR AV SAMARBETET

Cirka 70 läkare har i olika projekt besvarat enkäter där de ger sina bedömningar av projektverksamheten. En del av dem har också intervjuats. Överlag har de berörda läkarna visat sig klart positiva till samarbetet. De fåtaliga negativa inslagen kan i allmänhet relateras till bristande förståelse eller acceptans av psykologens arbetssätt (tex att psykologen har relativt få patienter per dag, inte får störas under behandlingstiderna etc). Liknande iakttagelser finns redovisade i internationella studier¹⁰.

Representativa exempel på läkares bedömningar hämtas från Mölndalsprojektet (»Psykolog på vårdcentral«).

Allmänt, hur är Dina erfarenheter av det aktuella samarbetet med psykolog?

	MAJ 99	DEC 99
Mycket negativa	0	0
Ganska negativa	0	0
Ganska positiva	1	1
Mycket positiva	9	12

Som synes har läkarna besvarat frågan vid två tillfällen.

Vilken är Din översiktliga bedömning av den hjälp Dina patienter har haft av psykologkontakten?

	MAJ 99	DEC 99
Mycket liten hjälp	0	0
Ganska liten hjälp	0	0
Ganska stor hjälp	2	4
Mycket stor hjälp	7	9
Ej svar	1	

Intervjuer som gjordes med en del av läkarna förtydligar på vilket sätt läkarna finner samarbetet givande.

Intervjuer: sammanfattning

När det gäller det allmänna intrycket av hur projektverksamheten fungerat bekräftar intervjuerna den starka uppskattning som kommer till uttryck i de ovan redovisade enkätsvaren. Man tycks överens om att psykologen innebär ett mycket påtagligt resurstillskott. Bland vinsterna pekar man på de snabba handläggningstiderna, även om det också påpekas att den stora anstormningen av remisser medfört att väntetiderna kommit att förlängas. En orsak till att remisserna blivit så pass många är att man under samarbetets gång börjat se behov av psykologhjälp där man tidigare kanske inte skulle ha observerat det, och att man därför remitterat fler patienter än man från början tänkt sig.

Några av de intervjuade läkarna anser att psykologens ganska intensiva närvaro medfört en slags informell vidareutbildning, som lett till att man utvecklat sin förmåga att bedöma och bemöta patienter med psykiska problemkomponenter. I vissa fall har det varit en styrka att samordna förhållningssätt och insatser, att ha en sammanhållen syn och en gemensam strategi för hur en patient ska hjälpas. Man är överens om att dessa och andra fördelar har kunnat vinnas genom att psykologen »funnits på plats«. De informella kontakter-

¹⁰ Pace, T., Chaney, J.M., Mullins, L.L. & Olson, R.A.: Psychological consultation with primary care physicians: Obstacles and opportunities in the medical setting. *Professional Psychology, Research and Practice*, 26, 1995, 123-131.

na är lika viktiga som de formaliserade (veckoträffarna). Man jobbar parallellt, utbyter information om behandlingen (varandras) och dess fortskridande. Det är också lättare att motivera patienten för psykologkontakt när psykologen finns på plats.

HAR BEHOVET AV MEDICINER OCH SJUKSKRIVNING MINSKAT GENOM PSYKOLOGRESURSEN?

Frågan är komplicerad, det är ju självklart inte negativt med medicinering och/eller sjukskrivning i det primära omhändertagandet. I själva verket diskuterar psykologen ofta dessa åtgärder med sin läkarpartner, och det händer att psykologen föreslår tex antidepressiv medicinering. Men i ett lite längre perspektiv önskar man givetvis att patientens behov av mediciner ska minska, och att hon/han ska kunna arbeta.

Här följer svar från läkare i Mölndalsprojektet:

»Enligt Din översiktliga bedömning: Har psykologbehandlingen medfört minskat behov av medicinering?« (ja, nej)

Sex anser sig inte kunna besvara frågan. Någon av dessa kommenterar »Vet ej, men rimligtvis ja«. En annan säger om medicinminskning att detta är »inte det viktigaste«, en annan säger »Vet ej, men det är väl inte meningen primärt. Medicin är väl inte i stället för – behandling. »Både och« är oftast bäst.«

Endast två besvarar frågan med »nej«, de övriga nio svarar »ja«. Bland de senare återfinns följande kommentarer:

»Framförallt vid panikångest och akut kris.«

»Man avvaktar först effekt av psykologkontakt vilket med all säkerhet minskar totala behovet av medicinering för min patientgrupp.«

»Enligt Din översiktliga bedömning: Har psykologbehandlingen medfört minskat behov av sjukskrivning?« (ja, nej)

Fyra anser sig ej kunna besvara frågan. Tre besvarar frågan med »nej« (kommenterar: »Tveksamt, möjligen snabbare tillfrisknande«), medan tio svarar »ja«. Bland de senare återfinns följande kommentarer:

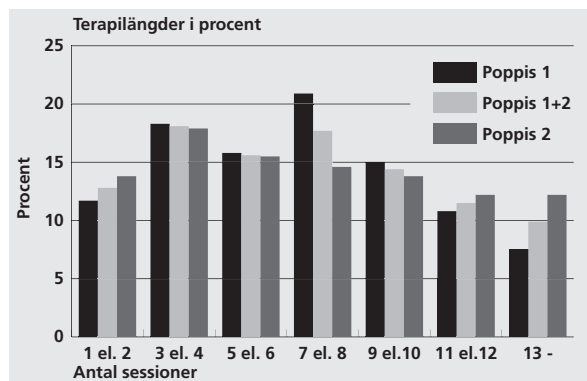
»Patienten hamnar rätt. Hänvisas tex till AF, familjerådgivning osv i stället för långa sjukskrivningar pga tex somatiska besvär.«

»Patienten får då lättare att komma till ett »avslut«, och att försöka återgå gradvis.«

»Känslan är att behovet av sjukskrivning reducerats och framförallt på sikt, dvs patienten klarar sig bra vid framtida påfrestningar men kan kräva sjukskrivning under pågående behandling av psykolog.«

KOSTNADSASPEKTER

En glädjande iakttagelse som gjorts är att många patienter blir hjälpta med ganska korta psykologkontakter. Den övre gränsen brukar i dessa projekt sättas till 10 eller 12 samtal, men för flertalet patienter behövs inte alls så lång kontakt. I POPPIS-projekten (POPPIS 1 och POPPIS 2) ser det ut påföljande vis:



Större delen av behandlingarna ligger alltså på 7–8 behandlingstillfällen eller färre. Liknande siffror föreligger från andra projekt. I ett av dem, det i Mölndal, har behandlingens längd successivt förkortats, så att medelvärdet kommit att ligga under 5 behandlingstillfällen per patient. Detta kan bero på att man i detta projekt har en i förhållande till psykologresursen mycket stor anstormning av remisser, vilket resulterat i en patientkö, som ökar kraven på genomströmning.

Men allt kan givetvis ej klaras inom dessa snäva ramar. I några fall har det inte varit möjligt att avbryta patientkontakten inom det stipulerade antalet behandlingstillfällen, av behandlingsmässiga och/eller etiska skäl. Psykologerna försöker ibland hänvisa patienter med mer omfattande hjälpbehov till annan instans. Detta är emellertid ofta problematiskt eftersom dessa instanser i stor utsträckning saknas.

Sammanfattningsvis kan sägas att kostnadseffektiviteten ser fördelaktigare ut än man kanske hade haft

anledning förmoda, åtminstone om man tänkt psykologinsatsen som regelrätt »psykoterapeutisk«. Många patienter kan hjälpas med ganska blygsamma insatser av en psykolog, som lärt sig behärska det primärvårdspsykologiska arbetssättet.

VAD TYCKER PATIENTERNA?

I psykoterapilitteraturen brukar man i allmänhet betrakta 20 behandlingstillfällen som den nedre gränsen för »korttidspsykoterapi«. Möjligheterna att uppnå resultat med så korta behandlingskontakter som 5 eller 7 besök är det kanske mest uppseendeväckande resultatet av »psykologprojekten«. Hur upplever patienterna denna typ av omhändertagande? Exempelen nedan är från POPPIS-projekten.

Patienternas bedömningar av terapin

I samband med sista behandlingstillfället hos psykolog får patienten, tillsammans med en besvärskät, ett frågeformulär för bedömning av psykologbehandlingen. Dessa frågor har besvarats av cirka 200 patienter. Den innehåller bl a följande frågor, och genererar följande svar:

»Om Du bedömer samtalen i stort: Tycker Du att Du hade någon nytta av dem?«

	ANTAL	PROCENT
Nej, ingen hjälp alls	3	1,5
Ja, någon hjälp	37	18,2
Ja, ganska stor hjälp	67	33
Ja, mycket stor hjälp	96	47,3
Totalt	203	

Nästan hälften av patienterna anser sig alltså ha haft mycket stor hjälp av samtalen med psykologen.

»Vilka förväntningar hade Du på psykologsamtalen?«

	ANTAL	PROCENT
Mycket små	23	11,3
Ganska små	82	40,4
Ganska stora	86	42,4
Mycket stora	12	5,9
Totalt	203	

Genomsnittligt tycks patienternas upplevelse av terapi ha överträffat förväntningarna.

»Antalet samtal – för få, lagom, för många?«

Patienten fick besvara frågan om de tyckte att antalet samtal var alldeles för få, lite för få, ganska lagom eller för många. Svaren fördelar sig som följer:

	ANTAL	PROCENT
Alldeles för få	25	12,5
Lite för få	47	23,5
Ganska lagom	128	64
För många	0	0
Totalt	200	

Flertalet anser alltså att antalet samtal var tillräckligt. Det finns inget samband mellan svaren på denna fråga och det antal samtal patienten fått (korrelationen: $r = -0,08$).

NÅGRA SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

I detta avslutande avsnitt kommer jag att redovisa de slutsatser jag drar, utifrån erfarenheter från svenska primärvårdpsykologiska projekt och från internationell forskning, när det gäller den fortsatta primärvårdpsykologiska verksamheten.

INTE BARA PSYKOTERAPI

Det är ett misstag att betrakta primärvårdpsykologen som enbart psykoterapeut. Såväl svenska som internationella erfarenheter visar att de psykologinsatser som svarar mot behovet på en distriktsläkarmottagning eller liknande spänner över ett mycket vidare fält. Klassificerar man verksamheten som »psykoterapi« riskerar man att begränsa psykologens potentiella möjligheter på ett olyckligt sätt.

PSYKOLOGENS KOMPETENS

En viktig konsekvens av ovanstående är att man bör eftersträva psykologer med bred kompetens. Redan genom sin grundutbildning har svenska psykologer en bred bakgrund, som innefattar (förutom de rent psykoterapeutiska momenten) tex utvecklingspsykologi, personlighetspsykologi, psykopatologi, arbets- och organisationspsykologi, motivationspsykologi, grupppsykologi och kognitiv psykologi. Allt detta kan komma till användning i primärvårdsarbetet.

PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGI

– EN EGEN SPECIALITET?

Av samma skäl som motiverade tillskapandet av »allmänmedicin« som läkarspecialitet bör man på sikt arbeta för en motsvarande kompetensnivå för primärvårdpsykologer. Den verksamhet de bedriver skiljer sig på avgörande sätt från »traditionella« psykologiska tillämpningar och på sikt, när verksamheten etablerats i större skala, bör man verka för en formell specialiseringsmöjlighet för primärvårdpsykologerna. Liknande förslag har framförts på annat håll i världen¹¹.

VIDAREUTBILDNING OCH FORSKNING

Genom inrättandet av särskilda avdelningar för »allmänmedicin« vid universiteten har allmänläkarna en naturlig koppling till forsknings- och utbildningsmöjligheter på högskolenivå. För psykologernas del finns bara informella motsvarigheter. Man borde pröva möjligheten att etablera en mer stabil relation till någon högskoleenhet i regionen, för specialiserad vidareutbildning och forskningsanknytning.

INTERNATIONALISERING

Det verkar som om den internationella forskningen och erfarenheterna från tex England inte nämnvärt påverkat de svenska primärvårdpsykologiska projekten. Det är intressant att se hur vår inhemska verksamhet funnit former som ganska mycket liknar de som finns beskrivna i andra länder. Kontakter med länder som England och Holland, med deras betydligt mer etablerade primärvårdpsykologi, skulle säkerligen kunna ge mycken stimulans och starkt påverka den fortsatta utvecklingen i vårt land. Sonderingar visar att intresse finns. Man kan säkert gå tillväga på många sätt för att etablera dessa kontakter; en möjlighet skulle vara att inbjuda några av de mer framträdande forskarna att presentera sin verksamhet och diskutera med sina svenska kollegor vid en konferens eller liknande.

FORSKNING OCH UTVÄRDERING

För en så ung verksamhet som den svenska primärvårdpsykologin är det mycket viktigt att arbetet dokumenteras och utvärderas. Metoder för utvärdering och forskning måste väljas så att de på ett adekvat sätt motsvarar den kliniska miljön. Det är viktigt att man här tillåter sig att avvika från den »experimentella« forskningens ideal för att i stället uppnå tillämpbarhet i primärvårdsmiljön. Kvalitativ metodik är ännu ej prövad i någon större utsträckning men borde vara mycket lämplig för att belysa grundläggande drag i det primärvårdpsykologiska arbetet. Projekt som syftar till utveckling av metoder för utvärdering och forskning är

¹¹ Zilberg, N.Z. & Carmody, T.P.: New directions for the education of clinical psychologists: The primary care setting, the VA's PRIME program, and the in-depth generalist model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2, 1995, 109-127.

viktiga. Den internationella litteraturen kan här bidra med omfattande och vägledande synpunkter.

PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGI ENLIGT FIX MODELL?

Det kan vara frestande, om man drivit ett projekt som visat sig framgångsrikt, att låta arbetet fortsätta i samma banor. Men då går man miste om de stora potentiella möjligheter som ligger i det nya arrangemanget med psykolog »i första linjen«, som man säger i Holland¹². Det är viktigt att låta många idéer komma till uttryck, och att se vad psykologer och läkare med olika inriktningar och tankar kan utveckla i form av nya metoder för ett effektivt utnyttjande av psykologkompetensen.

PSYKOLOGEN I PRIMÄRVÅRDSTEAMET

Samarbetet psykolog–läkare är förstås en central förutsättning för ett framgångsrikt patientarbete. Detta samarbete har redan ägnats en hel del uppmärksamhet i de utvärderingar som gjorts av svenska projekt, och även internationellt. Mindre intresse har ägnats psykologens relation till en del andra yrkesgrupper. Ett exempel är sjukgymnasterna. Många psykologer har uttryckt ett starkt intresse av ett ökat samarbete med denna yrkesgrupp. Det finns flera exempel på mycket fruktbart »psykosomatiskt« samarbete sjukgymnast–psykolog, och möjligheterna att utveckla sådant samarbete på fler håll borde undersökas. Sjuksköterskornas arbete har ofta en mycket tydlig psykologisk sida, och även där borde psykologen ha möjlighet att etablera ett ökat samarbete.

PSYKOLOGENS BEHOV AV EXTERNA NÄTVERK

Ovan har beskrivits de lyckade försök som gjorts i Mölndal med att låta psykologen medverka i försäkringskassans rehabiliteringsutredningar. Psykologen kan bidra med viktiga pusselbitar och komplettera läkarens medicinska bedömningar i diskussioner av rehabiliteringspotential och arbetsförmåga.

Den ofta framträdande psykosociala problematiken gör det också naturligt med kontakter till sociala myn-

digheter och arbetsförmedling. »Distriktspsykologen« kan här ha anledning att etablera nätverk för samarbete kring patienter med sammansatt problematik. Detta är viktigt eftersom medicinsk eller för den delen psykologisk hjälp kanske inte är det som i första hand är den socialt belastade patientens behov.

PSYKOLOGEN I DET PREVENTIVA ARBETET

Hälsopsykologi är ett relativt nytt ämnesområde med klar tillämpbarhet inom primärvårdspsykologin. En viktig del av hälsopsykologin handlar om metoder för prevention och livsstilsförändring. Ganska lätt skulle man kunna utveckla former för att bättre utnyttja psykologen som tex handledare i satsningar på en rad områden som rör stress, riskbruk av alkohol m m.

ALTERNATIVA BEHANDLINGSFORMER

Nästan uteslutande bedriver psykologer på vårdcentral individuell psykologbehandling. Detta gäller även internationellt, men där har man börjat uppmärksamma de möjligheter som ligger i behandling i grupp. Ett argument är större kostnadseffektivitet och ökad patientgenomströmning, men i många fall har gruppbehandling också behandlingsmässiga fördelar.

Försök som gjorts i regionen är lovande. Tidigare har nämnts den verksamhet med stresshanteringsgrupper som under några år bedrivits vid Askims vårdcentral i samarbete mellan psykolog och läkare. Ett annat exempel, från ett annat landsting, är ett samarbete mellan psykolog och sjukgymnast i Primärvården Kungsbacka¹³.

Man kan fråga sig varför inte fler försök görs med gruppbehandling. Förklaringen är kanske att psykologen snabbt får ta sig an ett stort antal patienter och helt enkelt inte hinner ta sig tid att undersöka möjligheterna att starta grupper. Detta är nämligen ingen helt enkel sak, det måste finnas vid ett och samma tillfälle ett tillräckligt antal patienter med likartad problematik och som dessutom är lämpliga att delta i en grupp. Kanske krävs samarbete mellan flera psykologer vid olika vårdcentraler för att detta skall komma till stånd. Projektstöd till sådan verksamhet skulle säkerligen vara väl använda pengar.

¹² van Rooij, J., Doornik, R., Groenendaal, L. & Verhaak, P.: Psychologen in de eerste lijn. Een inventarisatie. *De Psycholoog*, december 1989, 611-615.

¹³ *Patienter med stressproblematik. Gruppbehandling i primärvården*. Projekt- och rapportansvariga: Pia Gustafsson och Elna Persson. Primärvården Kungsbacka, 2000.

PRIMÄRVÅRDSPSYKOLOGENS HÄNVISNINGSMÖJLIGHETER

De korta behandlingstiderna som har rapporterats i samtliga projekt med primärvårdpsykologi är både överraskande och glädjande. Med ett flexibelt val av behandlingsmetoder, med effektiv fokusering på viktiga problemområden och med en inriktning på att ge redskap för självhjälp snarare än att göra patienten »helt frisk« kan man åstadkomma mer, och med fler patienter, än vad många trodde var möjligt.

Men många patienter som söker hjälp på sin vårdcentral har svåra problem. I flera projekt har använts standardmetoder för att bedöma graden av depressivitet och ångest, och det visar sig att många patienter ligger på nivåer som är mycket höga, väl i nivå med vad man ser i ett psykiatriskt klientel. Även om primärvårdpsykologerna inte brukar använda DSM-diagnostik ger en informell genomgång vid handen att en inte så liten del av patienterna uppfyller kriterierna för personlighetsstörningar. Även om en del av dessa patienter kan hjälpas med fokuserade insatser så måste primärvårdpsykologen ibland konstatera att det är vare sig praktiskt eller etiskt försvarbart att försöka bistå dessa patienter inom de knappa resursramarna vid en distriktsläkarmottagning.

Problemet blir då vart patienten skall hänvisas. Psykiatrin är ett naturligt alternativ, men erfarenheterna visar med stor tydlighet att psykiatriorganisationen, åtminstone i vår region, saknar resurser att svara upp mot det behov som uppenbarar sig i primärvårdpsykologernas verksamhet. Ett alternativ är då att primärvårdpsykologen i ökad utsträckning ger möjlighet till längre behandlingskontakter, men då minskar psykologens tillgänglighet på ett sätt som leder till frustration för alla parter.

Man tvingas konstatera att det saknas en instans mellan primärvården och psykiatrin som dessa patienter skulle kunna hänvisas till. Behovet av psykologisk hjälp är större än man kanske föreställt sig, men ur folkhälsosynpunkt är det ett positivt utfall av de primärvårdpsykologiska projekten att behovet tydliggörs. Förslaget är kanske utopiskt, men mycket skulle vara vunnet om en vårdnivå kunde inrättas dit primärvården kunde sända patienter med behov av längre psykoterapi än vad som kan ges på vårdcentralen.

Sven G. Carlsson, professor. emeritus.
Psykologiska institutionen
Göteborgs universitet
December 2001

