

Ingrid Nilsson, psykolog, psykoterapeut, Stuvsta vårdcentral, Huddinge

Anna-Karin Furhoff, universitetslektor i allmänmedicin, Allmänmedicin Stockholm, Novum, Huddinge

## Psykolog på vårdcentral ger snabb hjälp till krispatienter

### Antalet remisser till psykiatrisk klinik kan minskas

II Patienter med psykosocial problematik är vanliga i primärvården [1]. Under åren 1992–1995 prövades att förstärka personalen med en medarbetare med psykologisk kompetens, bl a vid vårdcentralerna i Stuvsta och Vårby [2]. Vi beskriver här arbetets uppläggning och innehåll för perioden juni 1995 till april 1998, som ett bidrag till diskussionen om hur psykosocial problematik i primärvården kan hanteras.

#### Så arbetade psykologen

Vårdcentralerna ligger i Huddinge kommun. I Stuvsta finns en större andel villor, en högre grad av förvärvsarbetande och färre invånare som får socialbidrag än i Vårby, där andelen invånare med utländsk bakgrund är betydligt större. Psykologen (Ingrid Nilsson) arbetade halvtid och tog emot patienter en dag per vecka vid respektive vårdcentral. Patienterna remitterades vanligtvis av läkarna på vårdcentralen. I några fall kontaktade patienten själv vårdcentralen för psykologsamtal. En förutsättning var att besök kunde erbjudas snabbt.

Psykologen arbetade huvudsakligen med korttidspsykoterapi utifrån en psykodynamisk referensram anpassad till människor med livskrisproblematik. Samtalen fokuserade på den aktuella problematiken, men också på tidigare händelser som aktualiserats. Metoden har vissa likheter med psykodynamisk »counselling» [3]. Ett viktigt instrument vid patientarbetet var psykologens motöverföring, dvs tankar och känslor som väcktes hos henne under samtalen och som användes för att öka förståelsen för patientens problematik [4].

I början av det första samtalet klargjordes syftet, i slutet gjordes en summering och bedömning av patientens problematik och resurser, och beslut om fortsatt kontakt togs.

Under en del av projektperioden användes ett utvärderingsinstrument som mäter psykiska reaktioner på aktuella påfrestningar, GHQ-12 [5]. Patienterna fick svara på instrumentets tolv frågor dels efter det första samtalet, dels när det sista samtalet avslutats. Ju högre poäng, desto sämre bedömdes patienten må. Ett poängtal mellan 0 och 2 ligger inom det normala [6].

Efter det sista samtalet fick patienterna också besvara en enkät angående patienttillfredsställelse [7].

#### SAMMANFATTAT

En verksamhet beskrivs där en psykolog var knuten på halvtid till två vårdcentraler.

Patienterna erbjöds samtal med kort väntetid och i nära anslutning till övrig vård.

Behandlingarna var korta, i regel två till fem samtal.

Psykologen arbetade utifrån en psykodynamisk referensram, anpassad till människor med livskrisproblematik. Samtalen fokuserades på den aktuella problematiken. Både patienter med kriser och övriga patienter rapporterade förbättring.

Vid signifikansprövning av värden på ordinalskalor har Mann-Whitneys test använts, vid jämförelser mellan data på nominalskalor chi-2-test.

#### Krisproblematik hos kvinnor vanligast

Psykologen träffade 236 patienter, varav 112 (47 procent) på Stuvsta vårdcentral och 124 (53 procent) på Vårby vårdcentral. De flesta var kvinnor (76 procent). Medelåldern var 43,5 år (variationsvidd 16–85 år). Andelen patienter med utländsk bakgrund var 19 procent vid Stuvsta vårdcentral, 38 procent vid Vårby vårdcentral. Andelen gifta/sambor var 67 respektive 47 procent. Det vanligaste problemområdet var krisproblematik (107 patienter, 45 procent).

Knappt en tredjedel av patienterna träffade psykologen endast en gång. Mellan två och fem samtal var vanligast (Tabell I).

Fler patienter vid Vårby vårdcentral än vid Stuvsta avslutade kontakten genom att utebli. Andelen samtal som avslutades genom återbud var lika stor vid de båda vårdcentralerna. Endast 56 av de 168 patienter som behandlades under utvärderingsperioden fyllde i utvärderingsinstrumentet både före och efter behandlingen. Anledningar till bortfallet var

**Tabell I.** Antal patienter med olika problemtyper vid behandling av psykolog i primärvården.

Problemområde	Antal samtal					Totalt
	1	2-5	6-10	11-20	>20	
Kris	29	50	13	12	3	107
Ångest, oro, fobi	17	28	6	3	2	56
Depression, nedstämdhet	10	9	4	0	2	25
Somatiska symtom, sömnproblem	6	10	2	1	1	20
Relationsproblem	7	9	1	1	0	18
Arbetsrelaterade problem	2	5	2	0	1	10
<b>Totalt</b>	<b>71</b>	<b>111</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>236</b>

främst språksvårigheter eller att patienten lämnat återbud eller uteblivit. Den upplevda förbättringen var signifikant både för krispatienter (medianvärde före 5, efter 1,  $P < 0,01$ ) och övriga (medianvärde före 5,5, efter 2,5,  $P < 0,001$ ).

Sammanlagt 79 av 236 patienter fyllde i enkäten om patienttillfredsställelse. Alla utom två patienter bedömde att den hjälp de erhållit var bra eller utmärkt. Inga skillnader fanns mellan krispatienter och övriga. Nästan alla bedömde att de bättre kunde handskas med sina problem och skulle söka psykolog igen vid liknande besvär.

### Svårt dra generella slutsatser

Fler patienter från Vårby avbröt kontakten i förtid, vilket sannolikt förklaras av den tyngre psykosociala problematiken. Det var lättare att avgränsa ett problemområde med patienterna från Stuvsta, komma överens om ett begränsat antal samtal och fullfölja kontakten i enlighet med överenskommelsen.

Resultaten från utvärderingen antyder att en kort samtalskontakt med psykolog vid vårdcentral kan förbättra patienternas psykiska välbefinnande. Dock var det endast 56 av 168 patienter (33 procent) som fyllde i utvärderingsinstrumentet både före och efter behandlingen, och 79 av 236 (33 procent) som besvarade enkäten om patienttillfredsställelse. Med anledning av det stora bortfallet, men även på grund av bristen på kontrollgrupp, är det svårt att dra säkra slutsatser av resultaten.

### Korta väntetider, fokus på det friska

Samtalsmetodiken valdes därför att den vid tidigare projekt [2] visat sig lämplig för primärvården. Den syftar till att ge patienterna hjälp med problemorientering, att kunna utveckla sina resurser och att finna handlingsalternativ. Inom primärvården råder en kultur med fokus på det friska hos patienten, vilket varit en förutsättning.

Det var viktigt att patienterna kunde erbjudas psykologsamtal med kort väntetid och i nära anslutning till övrig vård på ett för patienten okomplicerat sätt. Att kontakterna i regel omfattade få samtal var en förutsättning för detta. Bedömning och behandling integrerades kontinuerligt för att patienterna även vid en kort kontakt skulle kunna få hjälp. Metodiken förefaller underlätta för patienterna att återupprätta den egna kapaciteten och bidra till en djupare förståelse (mognad).

Genom psykologens placering vid vårdcentralerna kunde kunskapsutbyte med läkarna ske underhand. Läkarna vid vårdcentralerna ansåg att de blivit mer öppna för patienternas psykosociala problematik när det nu fanns någon som kunde ta hand om problemen. Några läkare framförde också att de nu skrev färre remisser till den psykiatriska kliniken.

### Referenser

1. Stefansson CG. Psykisk ohälsa inom primärvården – förekomst, behandling och utfall. Stockholm: Social Forskning 1991:2.
2. Nilsson I, Wallin S. Livskrisprojektet »Jag går aldrig till psykiatrien«. Psykologisk kompetens – en kompletterande resurs i primärvården. Rapport. Stockholm: Sydvästra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting, 1995.
3. Fyrö K, Hardell C, Westerlund Cederroth K. Psykodynamisk counselling – terapeutiskt arbete inom en snäv tidsram. Presentation av en metod för problemorienterande samtal. Stockholm: Karolinska institutet och Stockholms läns landsting. Psykoterapi: forskning och utveckling, nr 8, 1998.
4. Norman J, Ylander F, red. Motöverföring. Om omedveten kommunikation. Falun: Natur och Kultur, 1999.
5. Psykiatriutredningen. Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet, 1992 (SOU 1992:73).
6. Lewis G, Wessely S. Comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. Br J Psychiatry 1990; 157: 860-4.
7. Attkisson CC, Greenfield TK. Client satisfaction questionnaire-8 and the service satisfaction scale-30. In: Maruish ME, ed. The use of psychological testing: Treatment planning and outcome assessment. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.