

Behandling av vanliga psykiatriska tillstånd i primärvården

Introduktion av en stegvis vårdmodell

Utveckling på GVC

Diagnostisk bedömning (MINI)
Transdiagnostisk gruppbehandling

Psykologisk rådgivning/TBA

Öppna föreläsningar

Brief interventions – drop-in
med flexibla återbesök

ACT-grupper

En ny väg framåt

- Beslut om att organisera om vårt arbetssätt
- Erbjuder evidensbaserade behandlingar
- Fokusera på utvärdering och forskning

GVC, Kompetenscentrum

Kompetenscentrum för psykisk ohälsa:

- Uppdrag från SLSOs ledning 2015
- Behov av kompetenscentrum psykisk ohälsa inom SLL PV
- Fokus på utbildning
- kompetenscentrumpsyiskohalsa.se



Psykiska ohälsa

Sjuksköterska, läkare, web-bokning...

Psykisk ohälsa

Sjukskrivning:
läkare

Kriser, sorg,
relationsproblem,
psykosocial belastning
etc.

- Stödsamtal
- Psykologisk rådgivning:
 - FACT
 - Problemlösning
 - Tillämpad beteendeanalys
- Hänvisning
- Neuroscreening
- Remiss

Självskattning

Bedömning 1:
○ 1-2 samtal

Rehabkoordinator

- Tidig kontakt arbete
- Problemlösning
- Planering/stegvis närmande

Ångest, depression,
stress, insomni

Självskattning

Steg 1:
○ Guidad självhjälp
○ Grupp

Team (rehabmöte?)

- Patient
- Läkare
- Psykolog
- FK/AF
- Arbetsgivare

Självskattning

Bedömning 2:
○ Vid behov: fördjupad,
ink. MINI

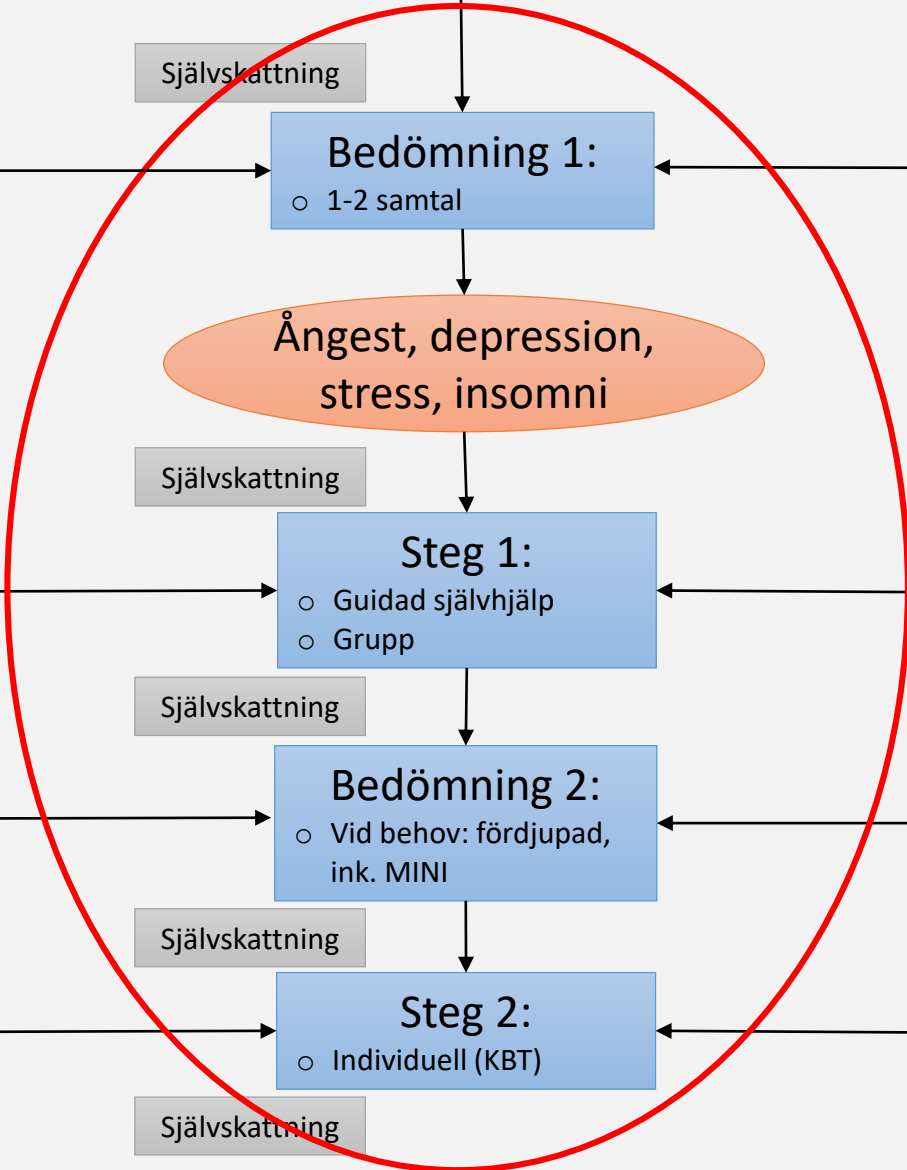
Uppföljning

- Steg mot arbetsåtergång
- Problemlösning

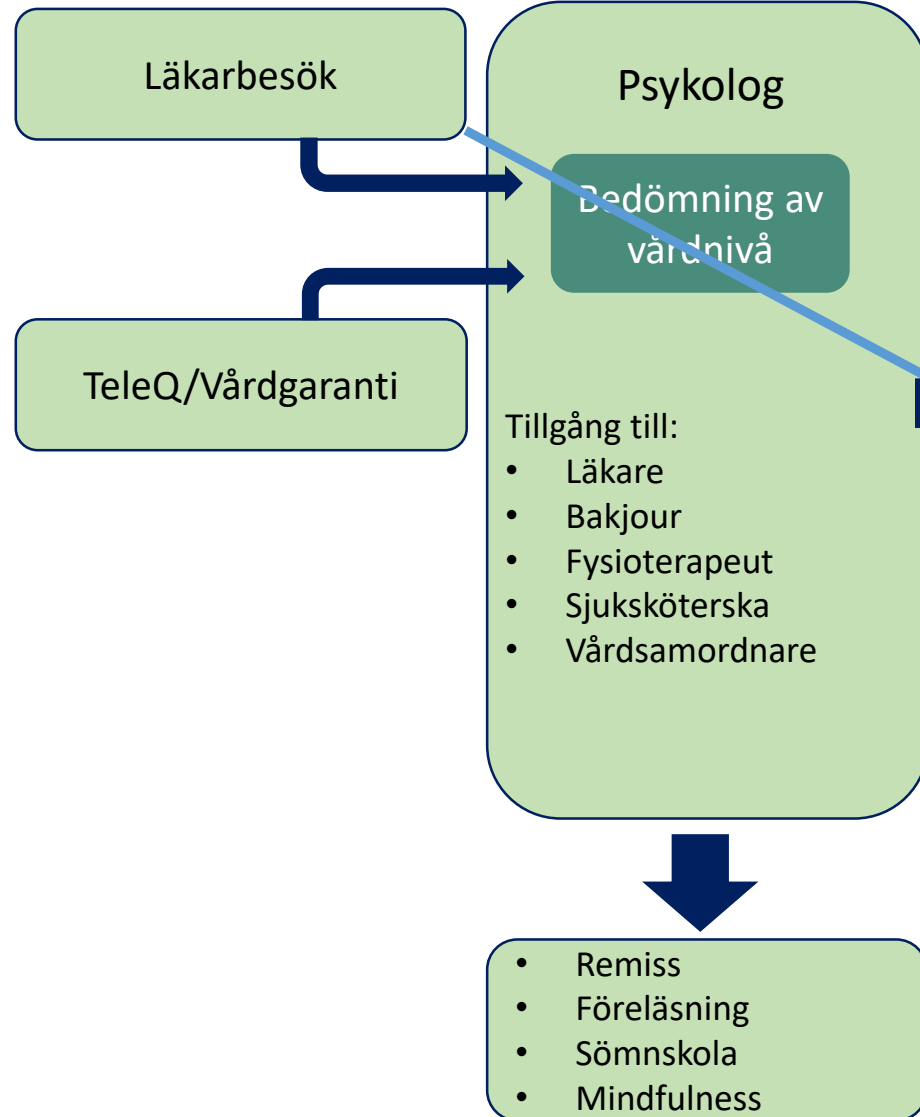
Självskattning

Steg 2:
○ Individuell (KBT)

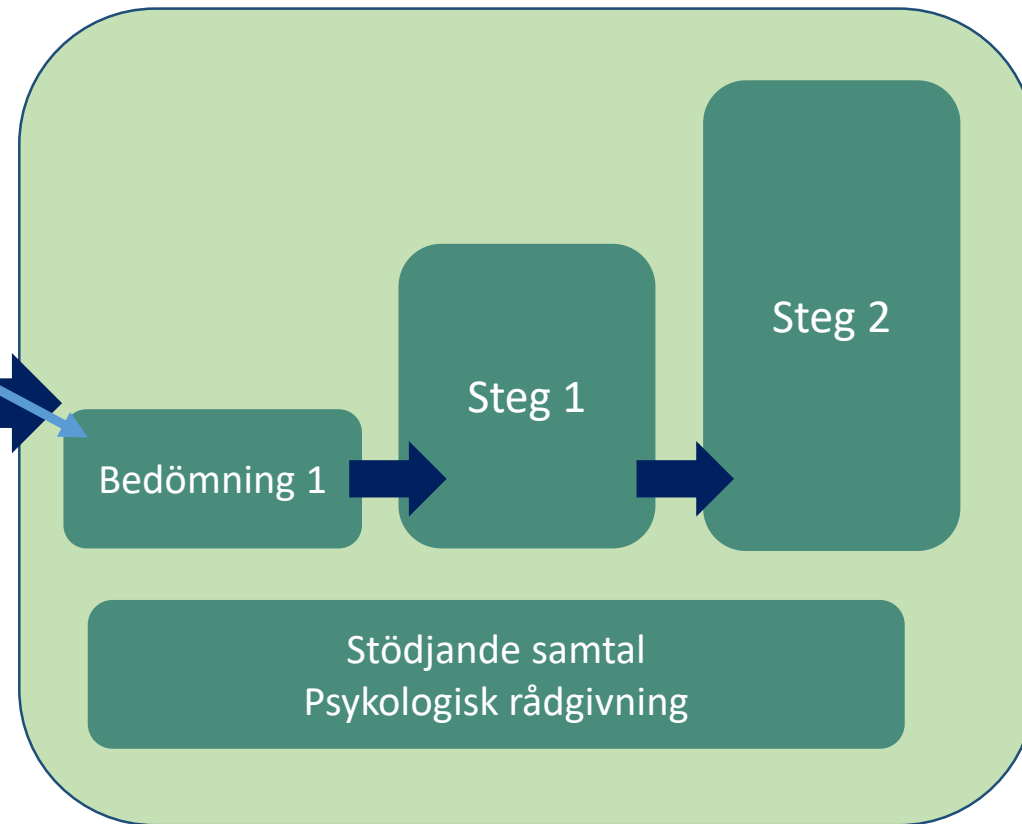
Självskattning



Nya Skärgårdsakuten



Planerad psykosocial mottagning



Vår målbild

Att patienter med de vanligaste psykiatriska tillstånden ska identifieras och få bästa möjliga behandling så snabbt som möjligt i primärvården

Dagens utbildning

- Bakgrund
 - Stegvis vård - övergripande
 - Bedömning 1
- } 9⁰⁰ - 11³⁰ (ink. paus)
- Lunch
- Steg 1
 - Bedömning 2
 - Steg 2
- } 12³⁰ – 16³⁰ (ink. paus)

Dagens utbildning



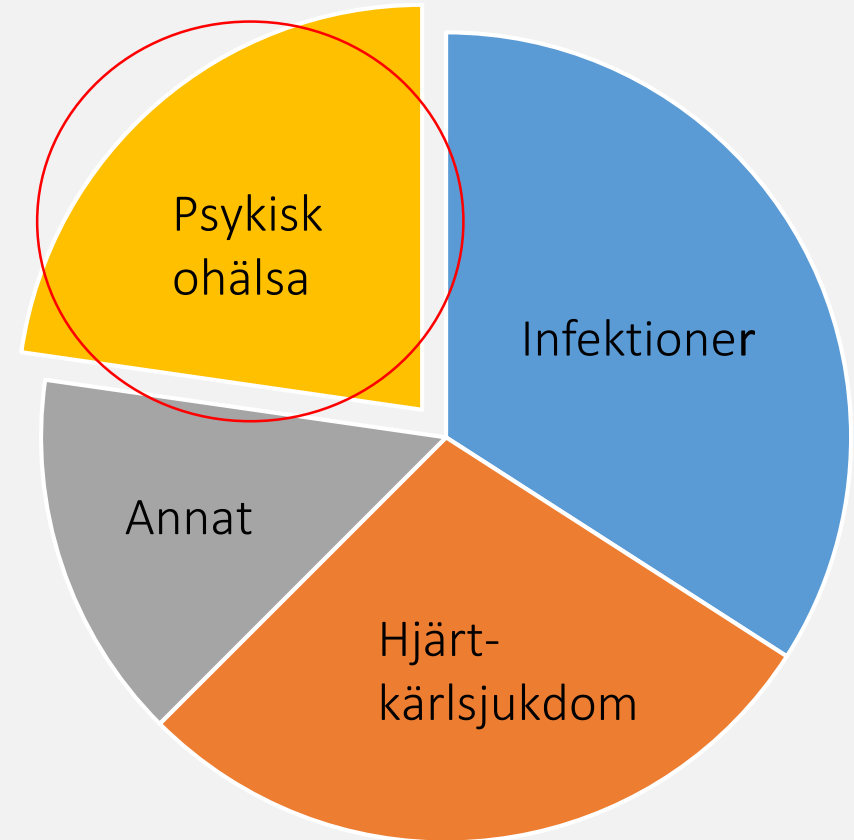
Bakgrund – vilka patienter kommer till PV?

Ca **30 - 50 %** av patienterna i väntrummet på en vårdcentral behöver hjälp med psykisk ohälsa.

Anseau et al. (2004), Norton et al. (2007), Roca et al. (2009)

Ca **80%** presenterar sina symtom som kroppsliga.

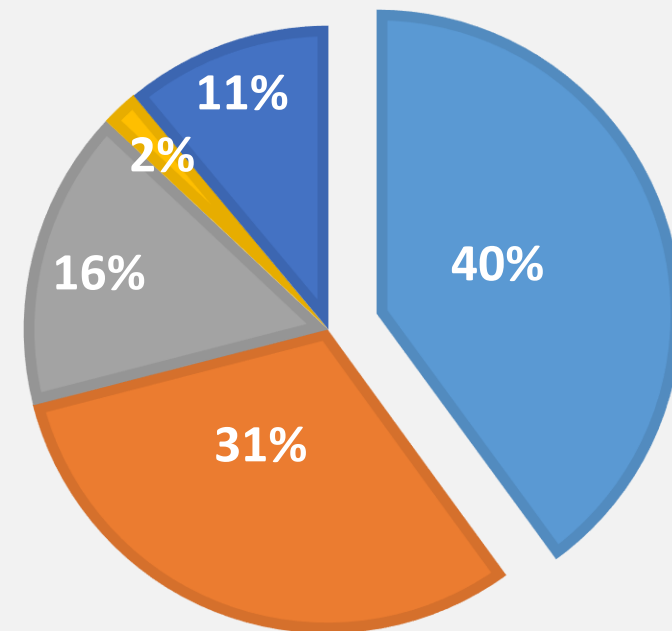
Bara ca **50%** av depressioner och ångestsyndrom identifieras.



Bakgrund – vilken typ av psykiska ohälsa?

- 2012-2014
- 4 vårdcentraler i Stockholm
- N=1518
- Noggrann psykologisk bedömning

■ mild till måttlig CMD ■ ej CMD
■ svår psykisk ohälsa ■ missbruk
■ Övrigt



Bakgrund – behandling?

Patienter som besökte husläkare i Sthlm under 2011:

- 7% diagnosticerades
- 20% någon form av hjälp för sitt psykiska lidande (främst psykofarmaka)
- 3% fick psykosocial insats (oklart vilken typ eftersom varken diagnos eller uppföljning registrerats)



Bakgrund – Socialstyrelsens riktlinjer 2017

- Hög tillgänglighet till en primär bedömning av vårdbehov till personer med symtom på depression eller ångestsyndrom (prioritet 1)
- Aktiv uppföljning till personer med depression eller ångestsyndrom, eller med misstänkt depression eller ångestsyndrom (prioritet 1)

Bakgrund – Socialstyrelsens riktlinjer

Tillstånd	Högsta prioritet	Prioritet
Egentlig depression (lindrig till medelsvår)	KBT	2
Paniksyndrom	KBT	3
Social ångest	KBT (internet-KBT med behandlarstöd rekommenderas)	3
Tvångssyndrom	KBT (exponering och responsprevention)	1
PTSD	KBT (traumafokuserad, med exponering)	3
Generaliserat ångestsyndrom	Antidepressiva läkemedel (KBT: prio 5)	3
Specifik fobi	KBT (med exponering)	5

Bakgrund – socialstyrelsens riktlinjer

Insomni (riktlinjer senast uppdaterade 2010):

- Kognitiv beteendeterapi (KBT), avslappningstekniker och/eller farmakoterapi.

Utmattningssyndrom:

- Rekommendationer baseras uteslutande på klinisk erfarenhet. Få behandlingsstudier genomförda.

Bakgrund – socialstyrelsens riktlinjer

Mindfulness vid depression och ångestsyndrom:

- Enligt FoU är det vetenskapliga underlaget bristfälligt. Studier förväntas.

Bakgrund – behov och utmaningar

- Finna lämpligt bedömningsförfarande som ökar sannolikheten att identifiera patienter med misstänkta psykiatriska tillstånd
- Hitta flöde som möjliggör att erbjuda evidensbaserad behandling
- Implementera effektiva format

Bakgrund – rättvis och jämställd vård

Psykosociala resurser, bedömningsrutiner och behandlingsutbud skiljer sig runt om i landet, även inom olika landsting:

- Individuella, diagnosspecifika behandlingar
- IBH/FACT
- Mindfulness/Compassion fokuserad terapi
- ”Stepped care” – olika varianter
- Transdiagnostiska gruppbehandlingar...

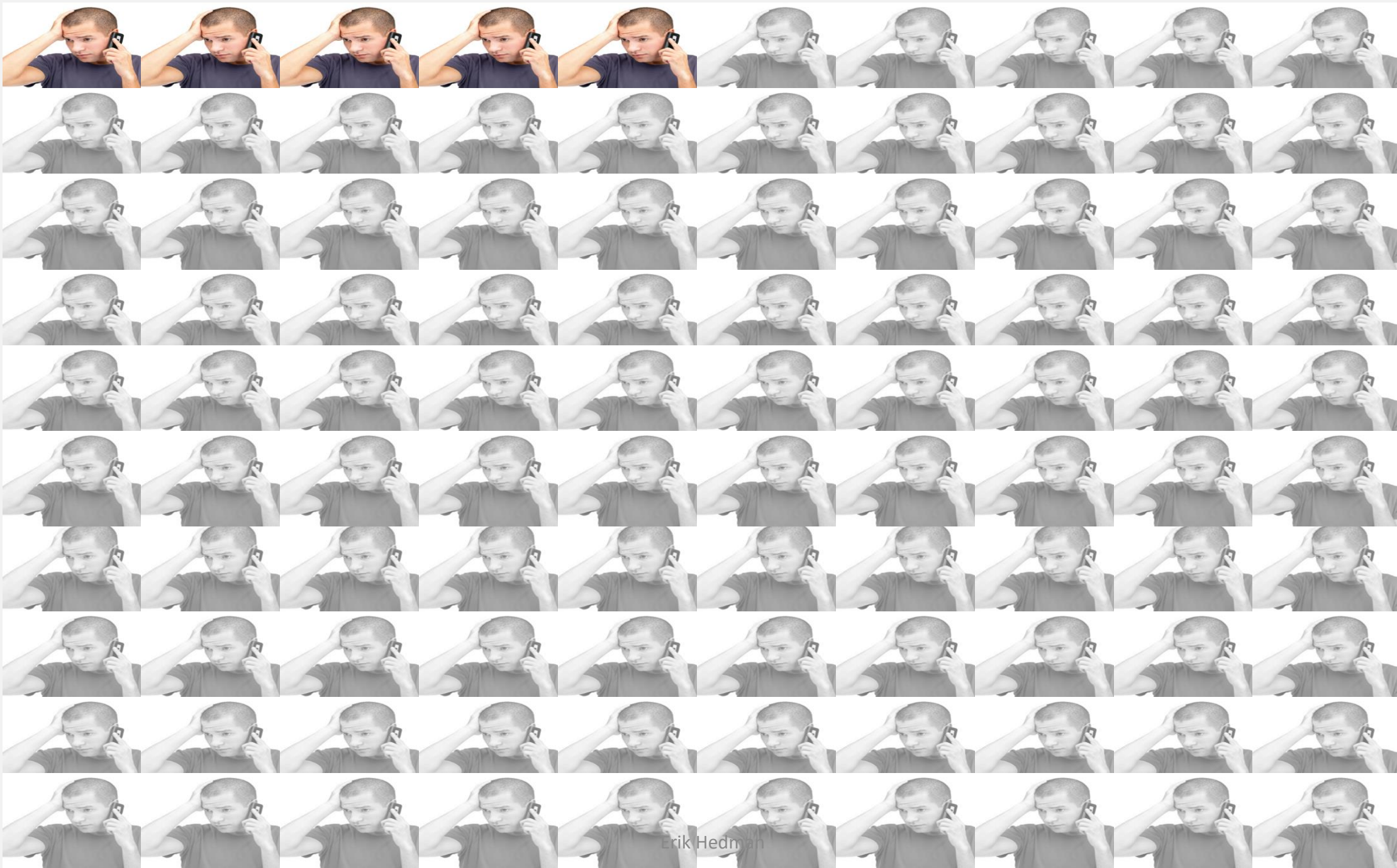
II. Stegvis vård





Erik Hedman

entral



Erik Hedman

entral

Ett möjligt arbetssätt?



Möjliga negativa automatiska tankar (NAT's)

- *"Det skulle aldrig funka hos oss..."*
- *"På Gustavsbergs är de ju så många...jag är ensam med X listade"*
- *"Vi skulle få långa vårdköer..."*
-

Stegvis vård

- Ett sätt att ge fler tillgång till evidensbaserad vård
- Det finns idag evidensbaserade självhjälpsprogram (lämpliga för steg 1)
- Frigör tid för individuella behandlingar för dem som behöver det (steg 2)



Stegvis vård

- I enlighet med lägsta effektiva omhändertagandenivå (Socialstyrelsen)
- Mer omfattande insatser är möjliga för patienter som inte blir hjälpta i lägre behandlingssteg
- Rekommenderas av diverse guidelines, t. ex. NICE



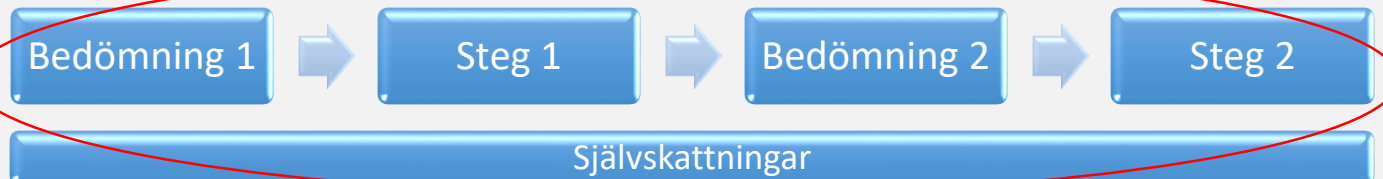
Stegvis vård – internationellt exempel

Nationellt initiativ för att öka tillgänglighet till evidensbaserad behandling för depression och ångestsyndrom med stegvis vård



Improving Access to
**Psychological
Therapy**

(IAPT) A service for people who are feeling stressed, anxious, low in mood or depressed.



Stegvis vård – Evidensbaserad behandling?

Vad menas med "evidensbaserad"?

- Diagnosspecifika protokoll
- Bygger på teoretisk modell
- Innehåller specifika behandlingskomponenter som angriper de processer som man tror vidmakthåller problemet
- Tydlig struktur och tidsram



Stegvis vård

Finns i många olika former

- Varierande antal steg
- Varierande modaliteter (t.ex. föreläsning, grupp, självhjälp, individuellt...)
- Varierande innehåll ("watchful waiting", KBT, problemlösning, farmaka...)



Stegvis vård

En modell:

- Bedömning 1: identifiering av depression, ångest, insomni eller stressrelaterad ohälsa som primär problematik
- Steg 1: diagnosspecifik guidad självhjälp (eller gruppbehandling)
- Bedömning 2: ställningstagande fortsättning, samt ev. fördjupad bedömning
- Steg 2: diagnosspecifik individuell behandling



Stegvis vård – studie på GVC

Psychological Medicine

[cambridge.org/psm](https://www.cambridge.org/psm)

Original Article

Cite this article: Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, Ejeby K, Ljótsson B, Öst Lars-G, 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* <https://doi.org/10.1017/S0033291717003129>

Received: 29 March 2017

Stepped care in primary care – guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial

Sigrid Salomonsson¹, Fredrik Santoft¹, Elin Lindsäter¹, Kersti Ejeby², Brjánn Ljótsson¹, Lars-Göran Öst^{1,3}, Martin Ingvar⁴, Mats Lekander^{4,5} and Erik Hedman-Lagerlöf^{1,4}

¹Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden;

²Department of Neurobiology, Care Sciences and Society (NVS), H1, Division of Family Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, Sweden;

⁴Department of Clinical Neuroscience, Osher Center for Integrative Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden and ⁵Stress Research Institute, Stockholm University, Stockholm, Sweden

Bedömning 1



Steg 1



Bedömning 2



Steg 2

Självskattningar

Syfte med studien

Utvärdera effekten av en stegvis vårdmodell för de vanligaste psykiatriska tillstånden i primärvården:

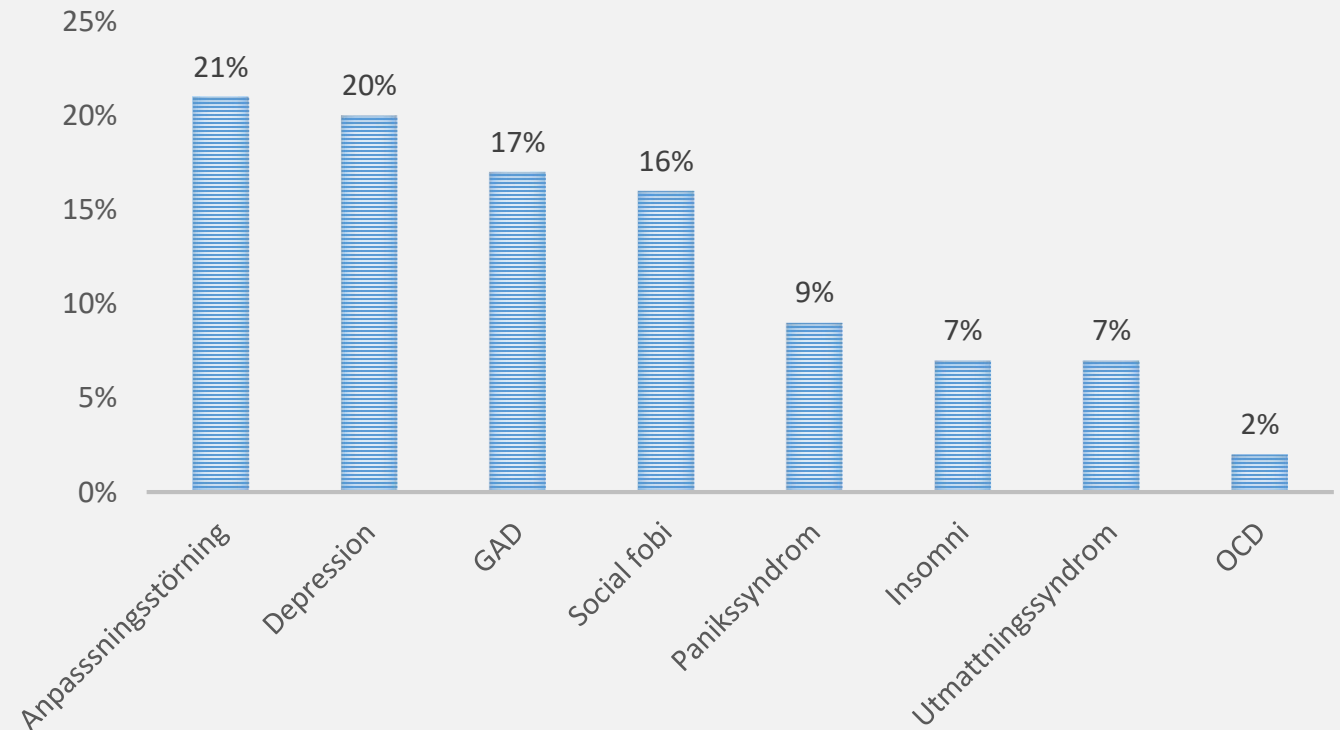
- I. Utvärdera effekten av guidad självhjälp KBT
- II. Undersöka om individuell KBT kan hjälpa patienter som inte blir tillräckligt hjälpta efter guidad självhjälp



Inklusion och primär problematik

- 4 vårdcentraler i Stockholm
- Vuxna (18-65 år)
- N = 396

PRIMÄR PROBLEMATIK



Bedömning 1



Steg 1



Bedömning 2



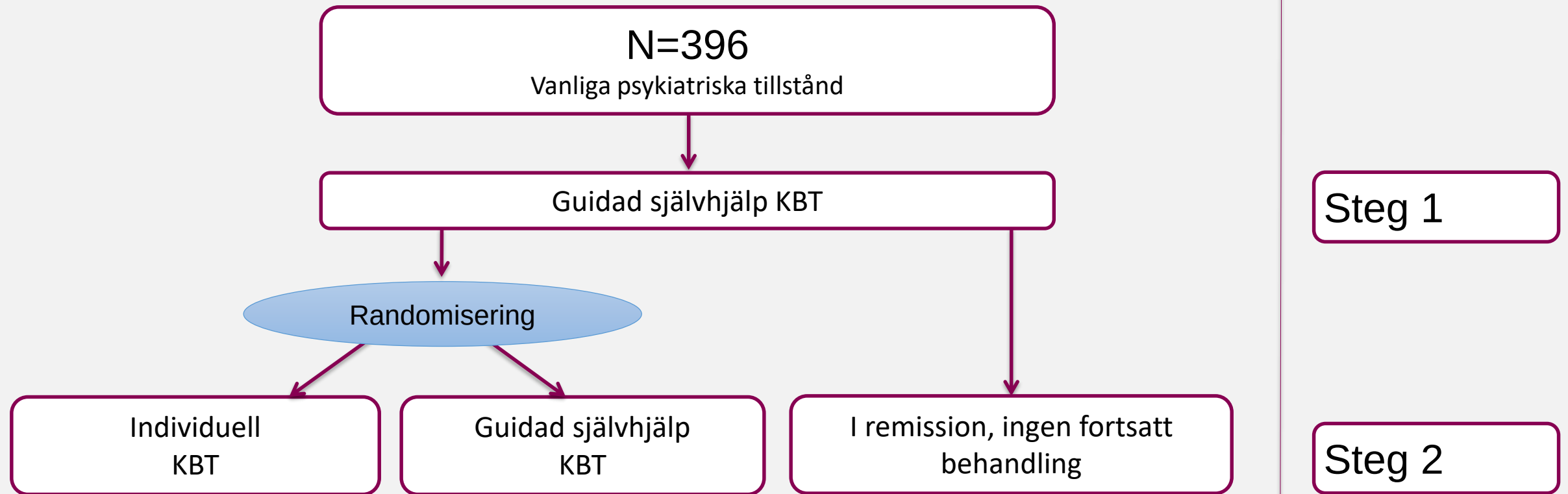
Steg 2

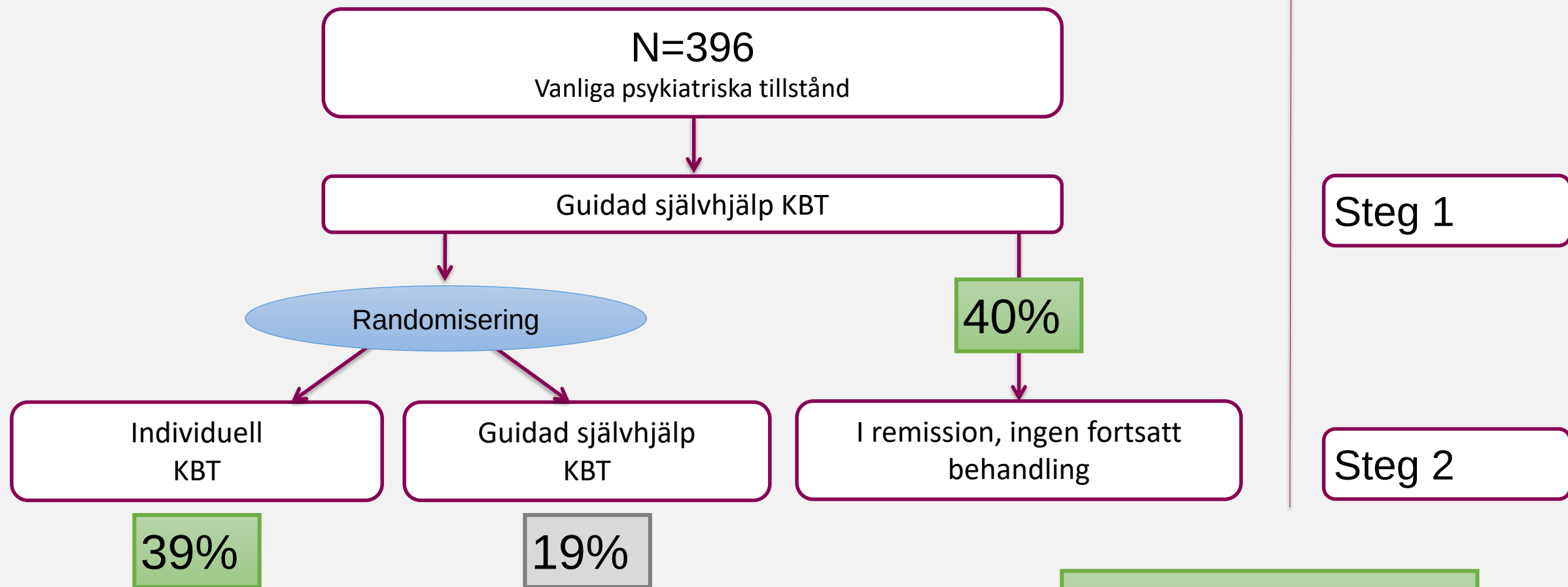
Självskattningar

Mätningar

- Före, efter steg 1, och efter steg 2
- Primärt utfall: remission (ja/nej).
 - Mätt på diagnosspecifik skala, t ex. < 30 p på LSAS eller < 9 p på MADRS







➤ 63% i remission efter stegvis vård



Stegvis vård – studie på GVC: resultat

- Stöd för en stegvis vårdmodell
- Totalt: 63% "friska" efter programmet, i genomsnitt 6 sessioner per patient

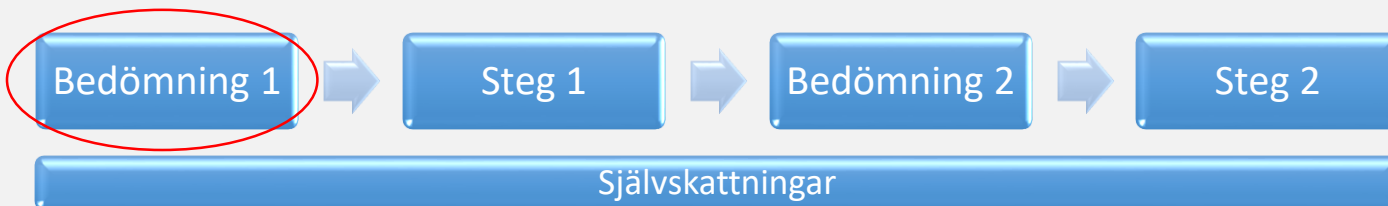


Stegvis vård – slutsatser från studien

- Guidad självhjälp KBT är hjälpsamt för många
- Frigör utrymme för individuell KBT för de med större behov
- Stegvis vård är ett rimligt sätt att tillhandahålla evidensbaserad psykologisk behandling för många

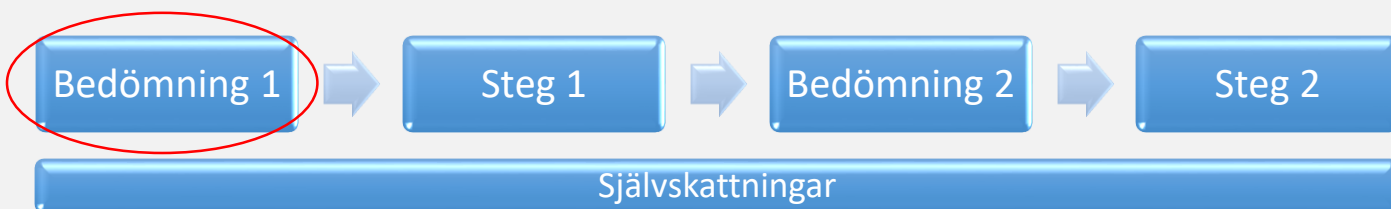


III. Bedömning 1



Hur gör ni?

- Sätt er i grupper om 3-4 och berätta hur bedömning görs på din arbetsplats:
 - Syfte? Antal träffar? Hur lång tid/träff?



Vanliga problem och diagnoser

- Depression
- Social fobi
- Panikångest
- GAD
- Hälsoångest

- PTSD
- Tvångssyndrom
- Specifik fobi
- Sömnstörning
- Stressrelaterad ohälsa

Bedömning 1

Steg 1

Bedömning 2

Steg 2

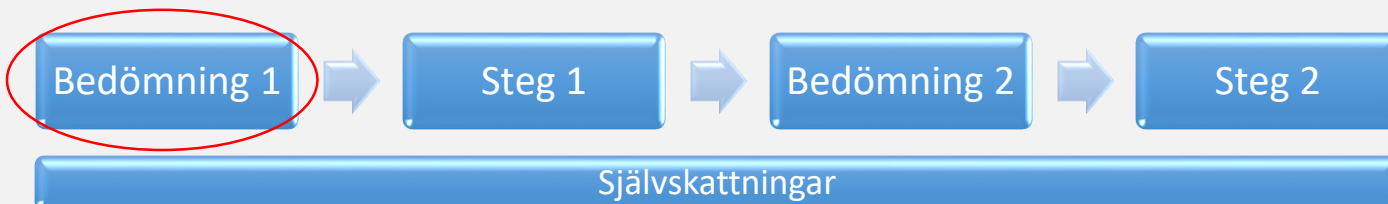
Självskattningar

Mål och syfte med bedömning

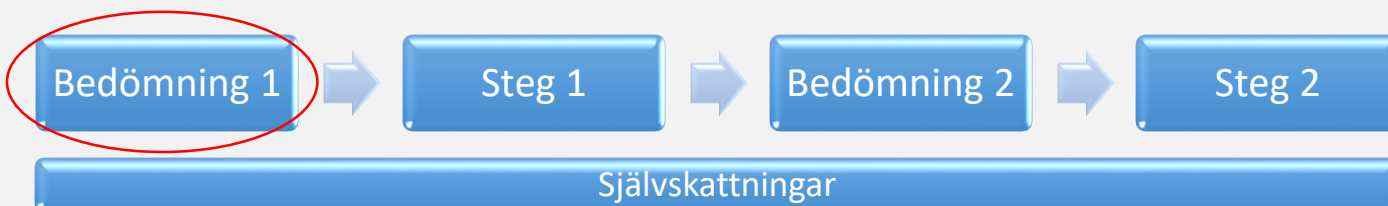
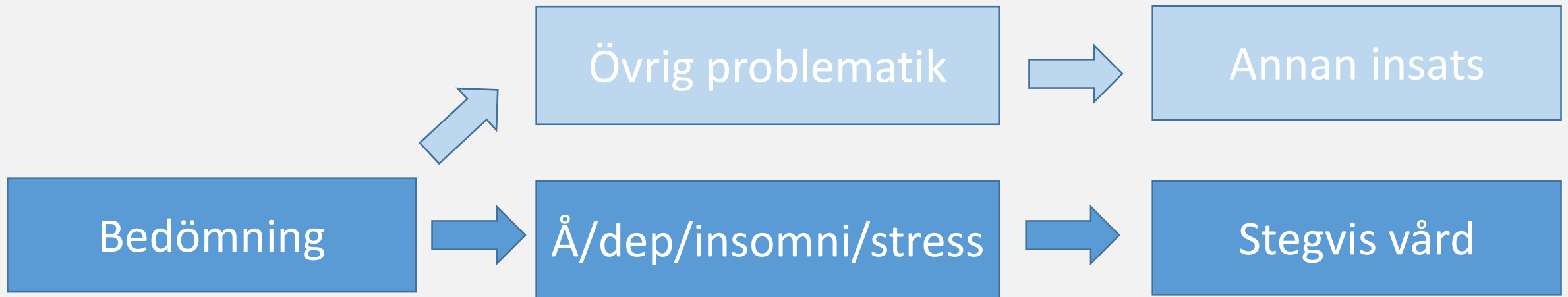
- Att kunna möta patienter i ett tidigt skede, undvika väntetider
- Identifiera de patienter som lider av vanliga psykiatriska tillstånd

Syfte:

- Ge bästa möjliga behandling utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet
- Avstå från verkningslösa eller skadliga åtgärder
- Ge rätt information (till patienten och till övriga vårdgivare)



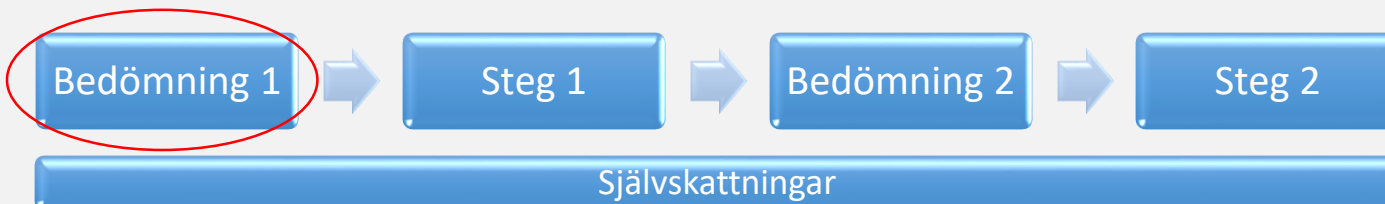
Syfte med bedömning



Förslag strukturerad bedömning

Tre informationskällor:

- 1) Anamnes
- 2) Diagnostisk intervju
- 3) Självskattningsformulär



1. Anamnes

- Patientens bild
- Kompletterande frågor

Psykologbedömning - anteckningsmall				
Namn _____ Personnummer _____ Läkare _____ Kontaktsak _____				
Info sammanhållen journal: ☐ Suicidriskbedömning genomförd: ☐				
Skattningsformulär				
Skala	Normal	Mild	Måttlig	Svår
PHQ-9	0-4	5-9	10-19	20-27
GAD-7	0-4	5-9	10-14	15-21
AUDIT (alt. levnadsvaneformulär)	>14p = riskbruk män; >8p = riskbruk kvinnor Risk? Ja/Nej			
Patients beskrivning av aktuella besvär		Notera gärna: Debut: Utlösande faktorer: Triggers: Inverkan på vardagen: Vidmakthållande faktorer:		
Patientens önskemål om hjälp:				
Bakgrund				
Tidigare besvär (episoder med psykisk ohälsa, skolgång)		Signifika livshändelser		
Värdeytngd				
Självskada/suicidrisk	Medicinering	Tidigare behandling/psykiatri		
	Externa vårdkontakter	Hereditet		
Sociala förhållanden				
Relationer: familj, barn (minderåriga?), Vänner?		Boende/ekonomi		
Kränkningar/våld (psykiskt/fysiskt)? Finns hotbild?				
Sysselsättning och fritid				
Arbete/skola (trivsel?)		Fritid/intressen/återhämtning		
Sjukskrivning: 25 %, 50 %, 75 % Plan för återgång?		Sedan:		
Hälsa/levnadsvanor				
Kost	Fysisk aktivitet	Sömn	Övrigt	
Sexualitet	Sjukdom	Alkohol/droger/nikotin/koffein		
Bedömd huvudsaklig problematik:				
Behov av insats:				
Vid misstanke om ångestsyndrom, depression, insomni eller stressrelaterad ohälsa, fortsatt med fördjupad screening.				

Bedömning 1

Steg 1

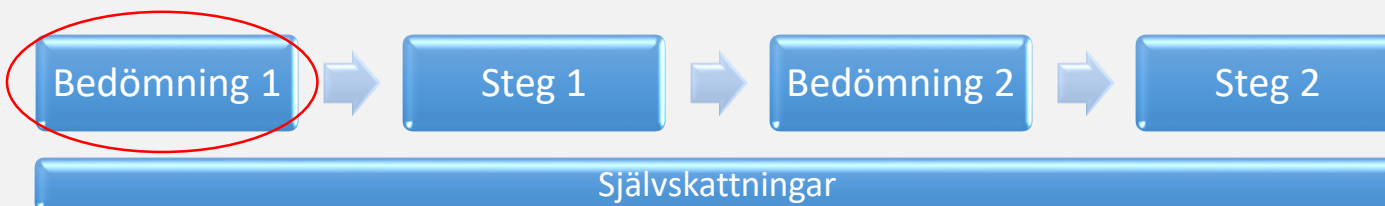
Bedömning 2

Steg 2

Självskattningar

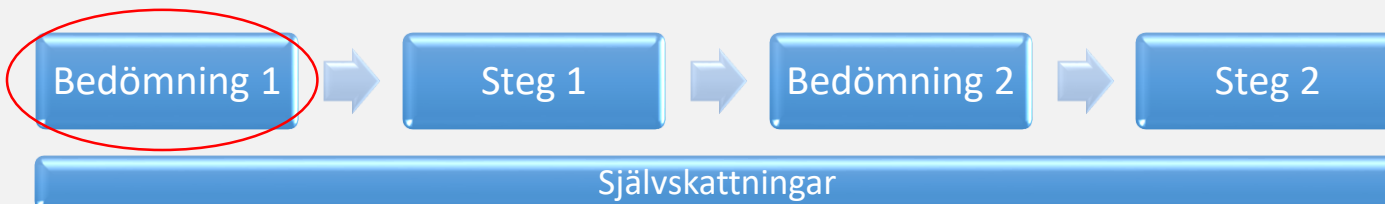
1. Anamnes- prova på!

- Dela upp er två och två
- Rollspel: en av er är bedömare och genomför ett första bedömningssamtal
- Ni har fått varsin "patient" att spela enligt den skriftliga instruktionen.
- Ge korta och tydliga svar på frågorna, krångla inte.
- Varje intervju ska ta högst 15 minuter.



1. Anamnes- prova på!

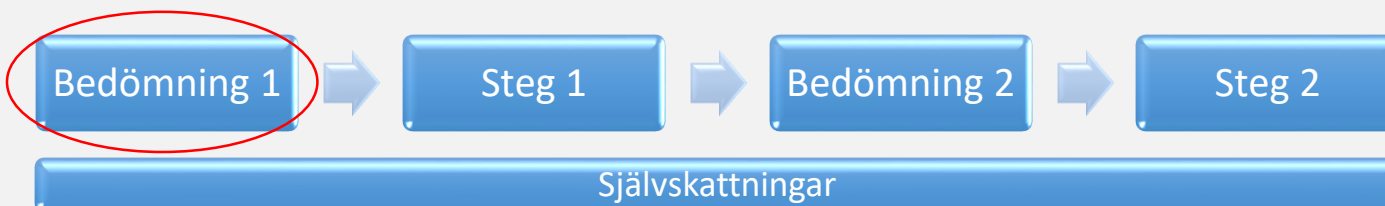
- Fick du (som bedömare):
 - tankar om vad det rörde sig om för problematik?
 - tankar om lämpliga interventioner?



2. Diagnostisk intervju

Socialstyrelsens riktlinjer:

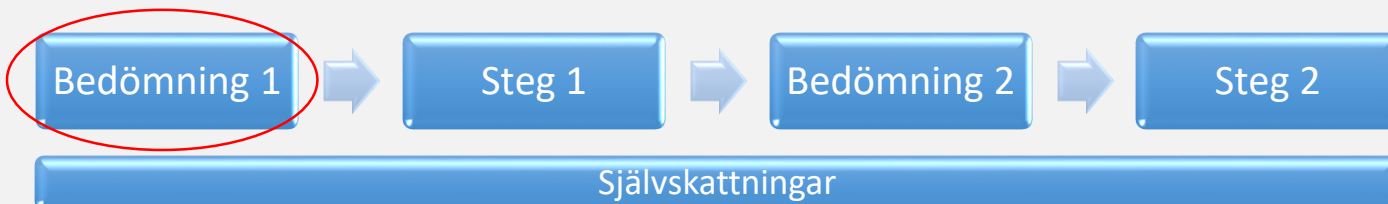
- "Det kliniska samtalet är en viktig utgångspunkt för den diagnostiska processen, men räcker inte alltid för att diagnosticera depression eller ångestsyndrom."
- "För att öka den diagnostiska tillförlitligheten behöver den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer."



2. Diagnostisk intervju

MINI:

- Ett vanligt instrument att använda som stöd i diagnostik, främst använt i forskning
- Baseras på diagnoskriterier för DSM-5
- Tar ca 30-45 min att genomföra (ibland mer...)
- *"Bruket av diagnostiska kriterier är tänkt att utgöra ett delmoment vid utredning"*



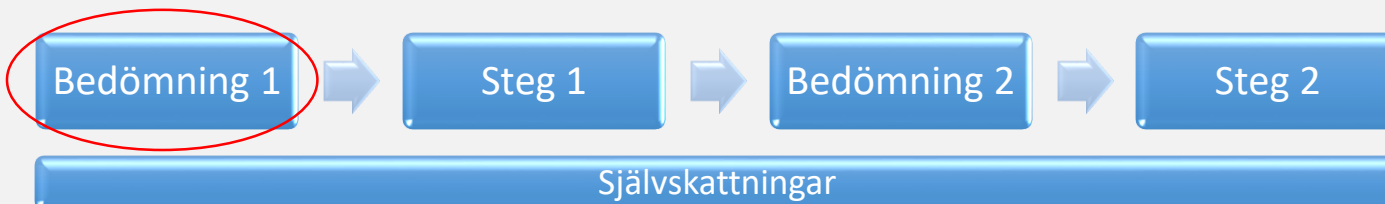
2. Diagnostisk intervju

Fördelar med MINI:

- Ett sätt att stämma av sin kliniska diagnostik mot etablerade diagnoskriterier
- Ett sätt att fånga upp områden man kan ha missat i sin kliniska bedömning
- Ett sätt att få information om eventuell samsjuklighet

Nackdelar med MINI:

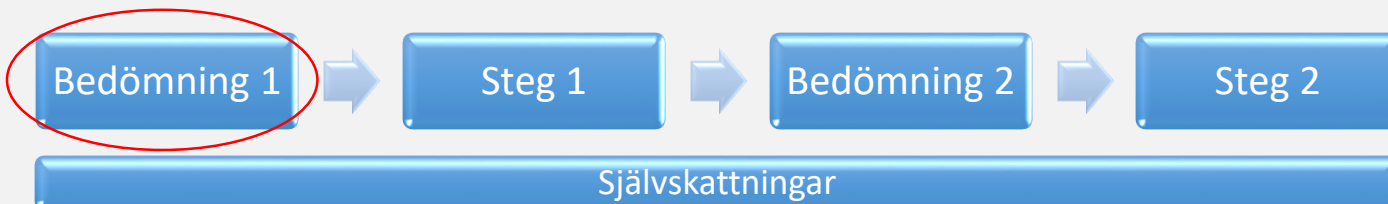
- Kan vara tidskrävande
- Överinklusivt och ger ofta "falska positiva" diagnoser



2. Diagnostisk intervju

Alternativ?

- Använda portalfrågor för att fånga upp de problemområden vi har evidensbaserade behandlingar för?
- Ställa provisorisk diagnos för att påbörja behandling på steg 1?
- Återvända och fördjupa bedömning (med MINI?) om behandling på steg 1 inte varit hjälpsam?



2. Diagnostisk intervju

Förslag för att underlätta
och förenkla en första
screening av vanliga
psykiatriska tillstånd

Fördjupad screening för preliminär diagnos

Anteckningar:

1. Depression.

Depression.
Känner du dig nedstämt och låg stora delar av din tid? Påverkar det din vardag? Har du tappat intresset för saker du vanligtvis gillar att göra?
Obs: symtom över 2 veckor för diagnos.
Om ja: överväg att fråga om tidigare perioder samt episoder av uppvarning.

2. Ängesttryck. Finns det tillfällen då du upplever hög ängest, rädsla eller oro? Om ja:

Social ängest.
Känner du rädsla eller ängest i sociala situationer där du riskerar att utsättas för kritisk granskning av andra? Blir du rädd för att göra bort dig (t ex uppträda i situationer på ängest eller bete dig konstigt)? Undviker du dessa sociala situationer eller uppför du dig med stark rädsla/ängest?

Trångsynadrom.
Upplever du plågsamma, uppreppande tankar/bilder/impulser som är obehagliga och svårt att stoppa? Anstränger du dig för att försöka få bort sådana tankar? Finns det saker som du gör och om igen och som är svårt att sluta med? Är ryktet med sådana beteenden att få bort ängest eller att hindra att hända saker ska hända?

Psykrymdrom.
Kommer ängest plötsligt eller som från ingenstans? Involverar det obehagliga fysiska sensationer som hjärtklappning, svettningar, damningar, tryck över bröstet, yrsel, svårt att andas och/eller tankar kring att tappa kontrollen, svimma eller dö? Är du rädd för att få nya attacker?

Agorafobi. Finns det specifika situationer som skapar stark rädsla eller som du undviker på grund av rädsla för att t ex inte kunna ta dig därifrån eller att inte få hjälp?

Hälsobesorg.
Är du ofta orolig för att ha eller få en svår sjukdom? Brakar du kontrollera din kropp eller försöka säkerställa om du är sjuk eller inte (t ex kanna av/canna din kropp efter eventuella förändringar, googla diverse sjukdomstillstånd, söka vård)? Undviker du saker på grund av rädsla för sjukdomar (t ex att läsa veckor om sjukdomar/döden eller att uppsöka vård)?

Specifik fobi.
Är rädsla/ängest kopplad till att komma i kontakt med något specifikt objekt eller miljö (t ex någon djur, hög höjd)? Försöker du att undvika det? Tycker du rädslan är överdriven?

Är problemen relaterade till någon tidigare traumatisk händelse? Om ja:

PTSD.
Har du senaste månaden fått obehagliga oönskade minnesbilder från händelsen eller haft marerunner om händelsen? Plågas du ofta om händelsen och orsakar det starka känslor? Har du försökt undvika tankar, platser eller objekt som påminner om händelsen? Är du lättare rädd eller ofta på din vakt?
Obs: Tidskriteriet: symtom över 1 månad.

Om patienten upplever ängestsymtom men inte tycker att de primärt är kopplade till ovanstående områden, fråga om oro.

CAD.
Upplever du överdriven rädsla och oro (förväntansängest) inför en antal olika händelser eller aktiviteter flera gånger under minst 6 månader? Tycker du att det är svårt att kontrollera oron? Leder den till stort lidande eller till att du fungerar sämre i vardagen?

3. Sömnbesvär.

Insomni.
Har du sömnsvårigheter (t ex svårt med insomning eller nattliga uppvaknanden) som du upplever ständigt eller som orsakar besvär i ditt vardagliga liv?
Obs: Minst 3 nätter/vecka i minst 1 månader, för diagnos.

4. Stressrelaterad ohälsa.
Om patientens problem inte bäst beskrivs av egentlig depression eller av något ängesttryck, fråga om stress.

Stressrelaterad ohälsa.
Har det funnits tydliga yttre stressfaktorer i ditt liv de senaste månaderna? Har ditt mående, beteende och/eller din förmåga att fungera påverkats avsevärt som en konsekvens av dessa stressfaktorer? Upplever du ihållande trötthet på energi och att du inte blir utvilad efter sömn eller vila?

Överväg att inhämta följande kompletterande info vid bedömning av preliminär diagnos:

- Debut och förlopp av diagnosen
- Fördjupad bedömning med relevanta MINI-avsnitt (inkl. Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom)
- Diagnosspecifik självskattning (OBS: Gränsvärden ska inte betraktas som definitiva, konsultera normer för mer nyanserad bild)

Diagnos/problemanh.	Skattning/formulär	Gränsvärde
Depression	PHQ-9	8
Social ängest	LSAQ	30
Trångsynadrom	Y-BOCS	15
Psykrymdrom	PDSS	6
Rädd/ängest	SRAS-14	14
PTSD	IES-R	18
GAD	PGWQ	27
Insomni	ISI	10
Utmattning	SMBQ/NEEDS	4,2/19

Preliminär bedömning/provisoriisk diagnos:

Inventering möjlighet behandling steg 1 (guidad självhjälp/gruppbehandling):

Behandlingsplan:

Bedömning 1

Steg 1

Bedömning 2

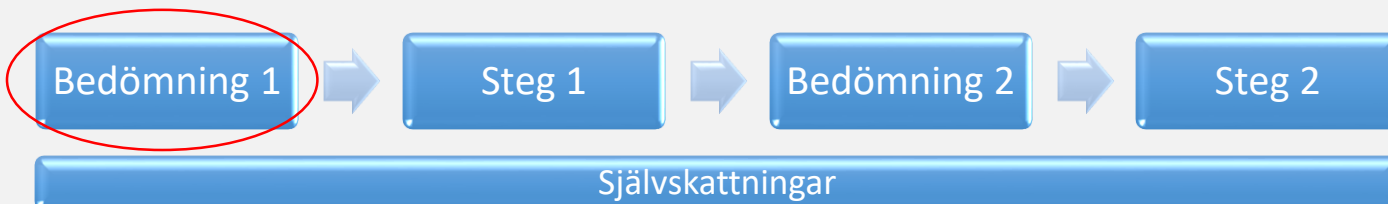
Steg 2

Självskattningar

2. Diagnostisk intervju

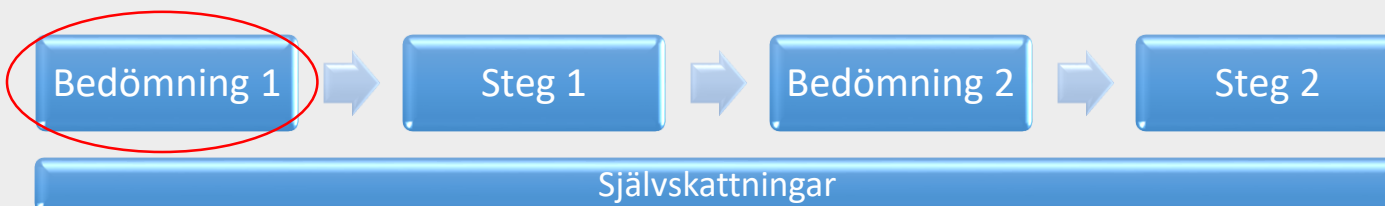
Målbild med alternativt diagnosverktyg:

- Med tillräcklig säkerhet våga initiera lågintensiv behandling (steg 1)



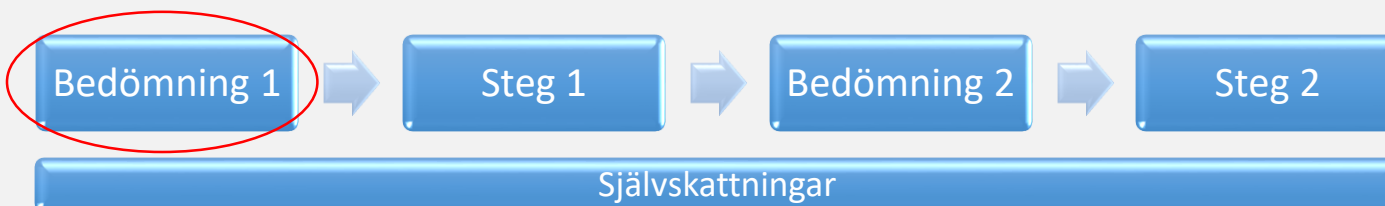
2. Diagnostik - prova på!

- Fortsätt i samma par
- Rollspel: en av er är bedömare och genomför ett första bedömningssamtal
- Ni har fått varsin "patient" att spela.
- Ge korta och tydliga svar på frågorna, krångla inte.
- Varje intervju ska ta högst 15 minuter.



3. Självskattningsformulär

- Tilläggsinformation vid bedömning (+ för att utvärdera insatser)
- För att jämföra patientens symtom mot en normalpopulation
- Flera självskattningsskalor finns i TakeCare (fliken "webbskattningar")
 - Kan aktiveras som enstaka mätning eller vid upprepade tillfällen



3. Självskattningsformulär

Skattningsskalor	Gränsvärden	Finns i TC
PHQ-9 (depression)	9p	*
GAD-7 (ångest/oro)	9p	*
AUDIT (alkohol)	Riskbruk: >14p för män; >8p för kvinnor	*
PDSS-SR (paniksyndrom)	6p	*
PSWQ (GAD)	57p	*
LSAS (social fobi)	30p	*
Y-BOCS (tvångssyndrom)	15p	*
SHAI-14 (hälsoångest)	17p	*
PSS (stress)	-	*
IES-R (PTSD)/PCL-5	1.8p/38p	*
ISI (insomni)/SCI	10p/16p	*
SMBQ/KEDS (utmattning)	SMBQ: 4.2p/KEDS: 19p	

Bedömning 1

Steg 1

Bedömning 2

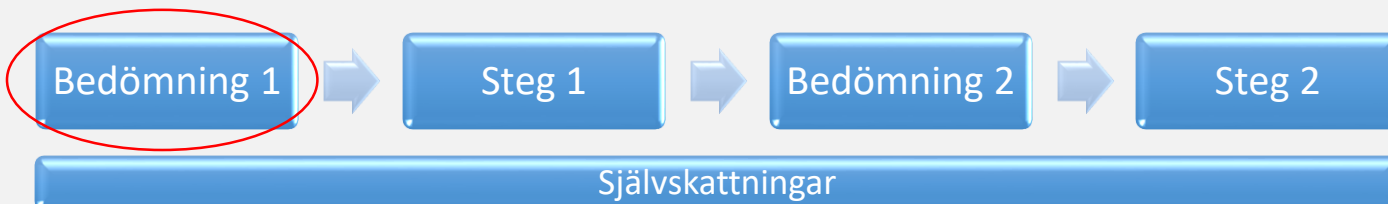
Steg 2

Självskattningar

Film: Aktivera upprepade mätningar i TakeCare

Behandlingsplanering

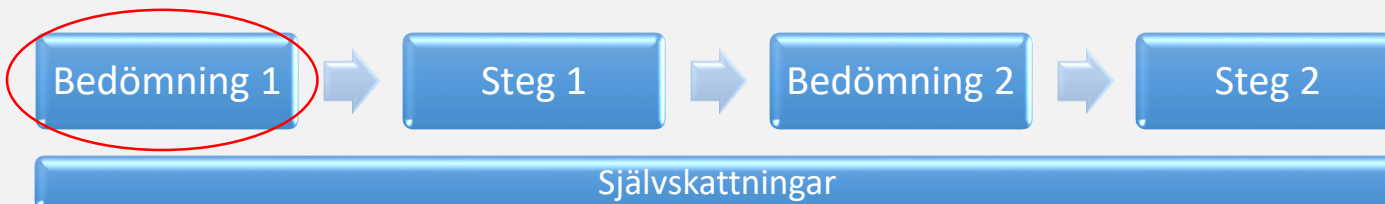
Presentera Guidad självhjälp med bok som behandling



Behandlingsplanering

Att väga in

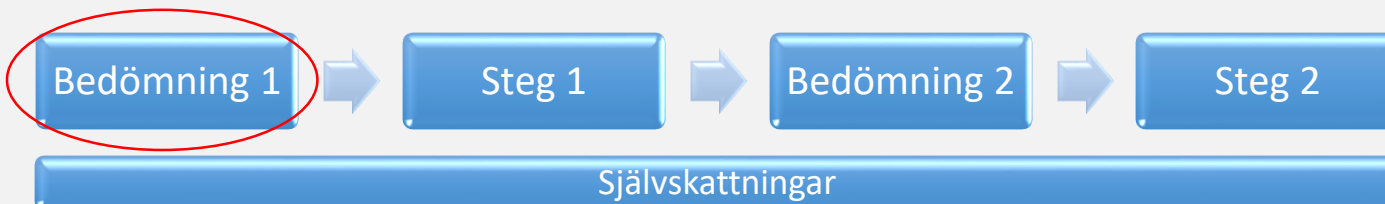
- Pågående kris?
- Nyinsatt SSRI?
- Svår psykosocial belastning?
- Möjlighet att tillgodogöra sig behandling just nu? Motivation?



Behandlingsplanering

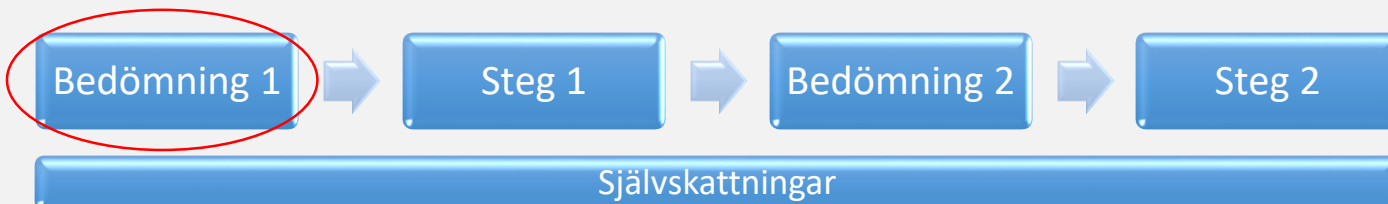
Handlägga gränsfall

- Avvakta och följ förloppet
- Provbehandla
- Utredda vidare



Vad kan ni ta med er?

- Gällande bedömning, finns det förändringar jag kan göra för att öka sannolikheten att identifiera vanliga psykiatriska tillstånd i mitt patientflöde?



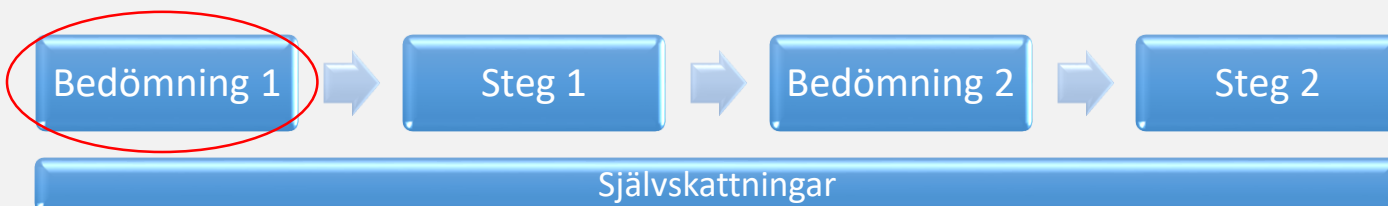
Sammanfattning bedömning

Viktigt med struktur

Fråga bredare än vad patienten spontant berättar

Använd diagnostisk intervju/screening som komplement

Självskattning av symtom hjälpsamt och möjliggör uppföljning



IV. Steg 1



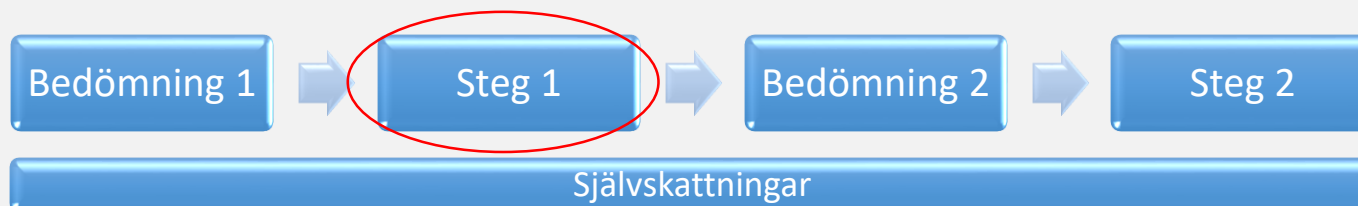
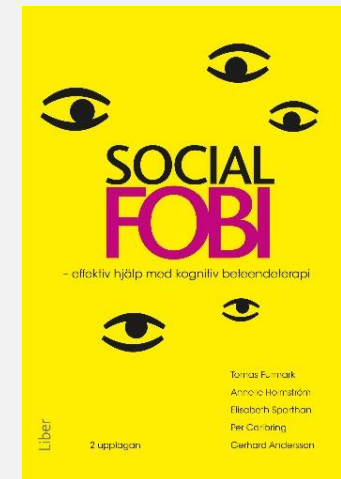
Steg 1

- Guidad självhjälp med bok (el. gruppbehandling el. internetbaserad)
 - Innehåll: föränderligt över tid, vägledas av evidens och klinikutvärdering
 - Möjlighet testa nya behandlingar
 - Utvärdering (följa progress) viktigt
- I denna utbildning fokus på guidad självhjälp med hjälp av böcker för steg 1



Guidad självhjälp

- Diagnosspecifika böcker
- Ofta ca 10 kapitel
- Innehåll som i manualbaserad individuell KBT



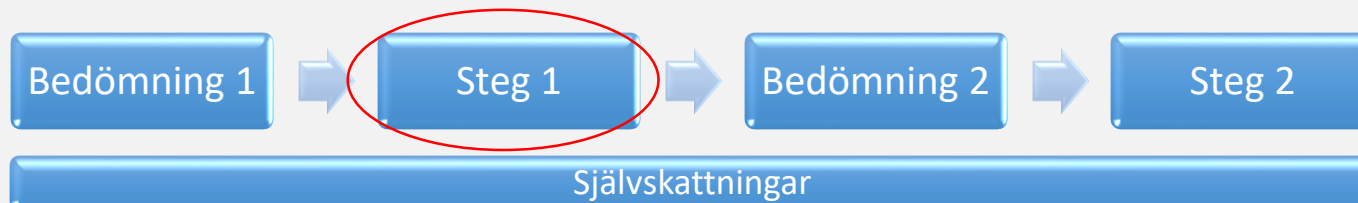
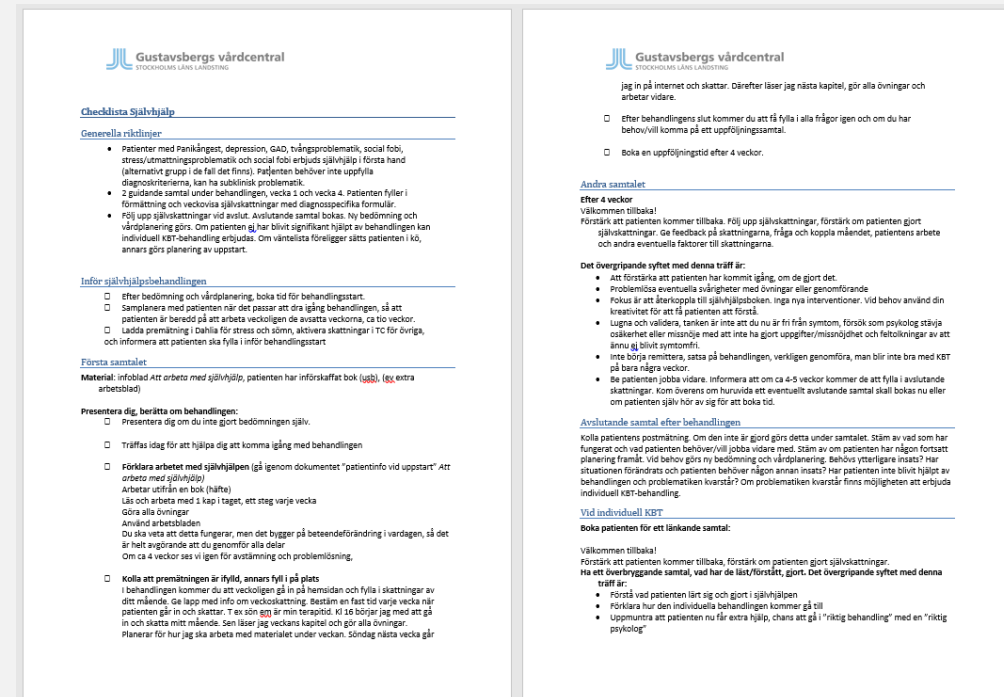
Guidad självhjälp – några bra val

Diagnos	Titel	Författare
Depression	Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi Ta makten över depressionen: förändra dina vanor - förbättra ditt liv	G. Andersson, et al M. Addis & C. Martell
Social fobi	Social fobi - effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi	T. Furmark, et al
Paniksyndrom	Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi	P. Carlbring & Å. Hanell
OCD	Fri från tvång – steg för steg med kognitiv beteendeterapi	M. Asplund & E-L. Rosengren
Hälsångest	Tänk om jag är sjuk! Fri från hälsångest med kognitiv beteendeterapi	E. Hedman, et al.
GAD	Sluta älta och grubbla: lättare gjort med kognitiv beteendeterapi	O. Wadström
Insomni	Sov gott – råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi	S. Jernelöv
Stress (anps. & utm.)	Kognitiv beteendeterapi för stress- och utmattningsproblematik. En självhjälpsbehandling *	E. Lindsäter, et al (GVC)



Guidad självhjälp – praktiskt

- Behandlingsstart utifrån patientens önskemål
- Patienten köper boken (Adlibris, Bokus...)
- Uppstartssession
 - Genomgång självhjälpssarbetet
- Stöd under behandlingen
 - Fysisk träff/tele/Skype...



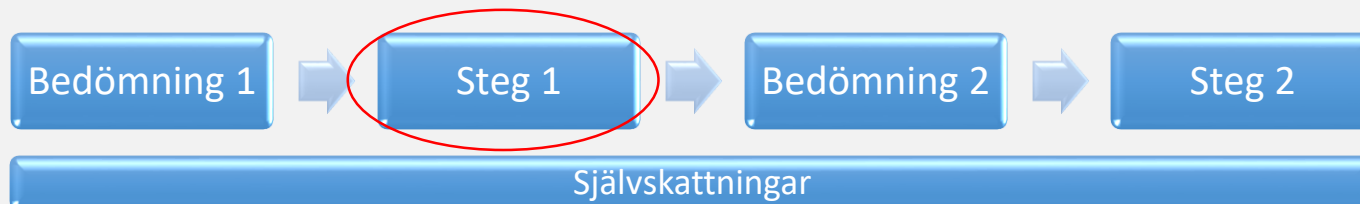
Film: uppstartssamtal guidad självhjälp



Guidad självhjälp – uppstartssession

Info till patienten

- Behandlingen kräver tid för läsning (ca ett kapitel/vecka)
- Behandlingen innebär även praktiska övningar
- Terapeuten kommer att stötta patienten under behandlingens gång
- Guidad självhjälp är del i stegvis vård, behandling kan intensifieras vid behov
- Utvärdering är en viktig del av behandlingen – veckovisa skattningar



Guidad självhjälp – terapeutens roll

- Motivera
- Normalisera svårigheter
- Problemlösa kring eventuella hinder
- Besvara frågor
- Vid behov hjälpa patienten med specifika terapiuppgifter



Guidad självhjälp – terapeutens roll

Guidning sker under behandlingens gång

- Vanligt förfarande: stöd vid uppstart, mitt i behandlingen, vid avslut
- Form och frekvens av stöd anpassas efter patientens behov
- Viss flexibilitet i behandlingslängd (riktmärke: 10 veckor)
- Hjälpsamt dela ut direkttelefonnummer till terapeut



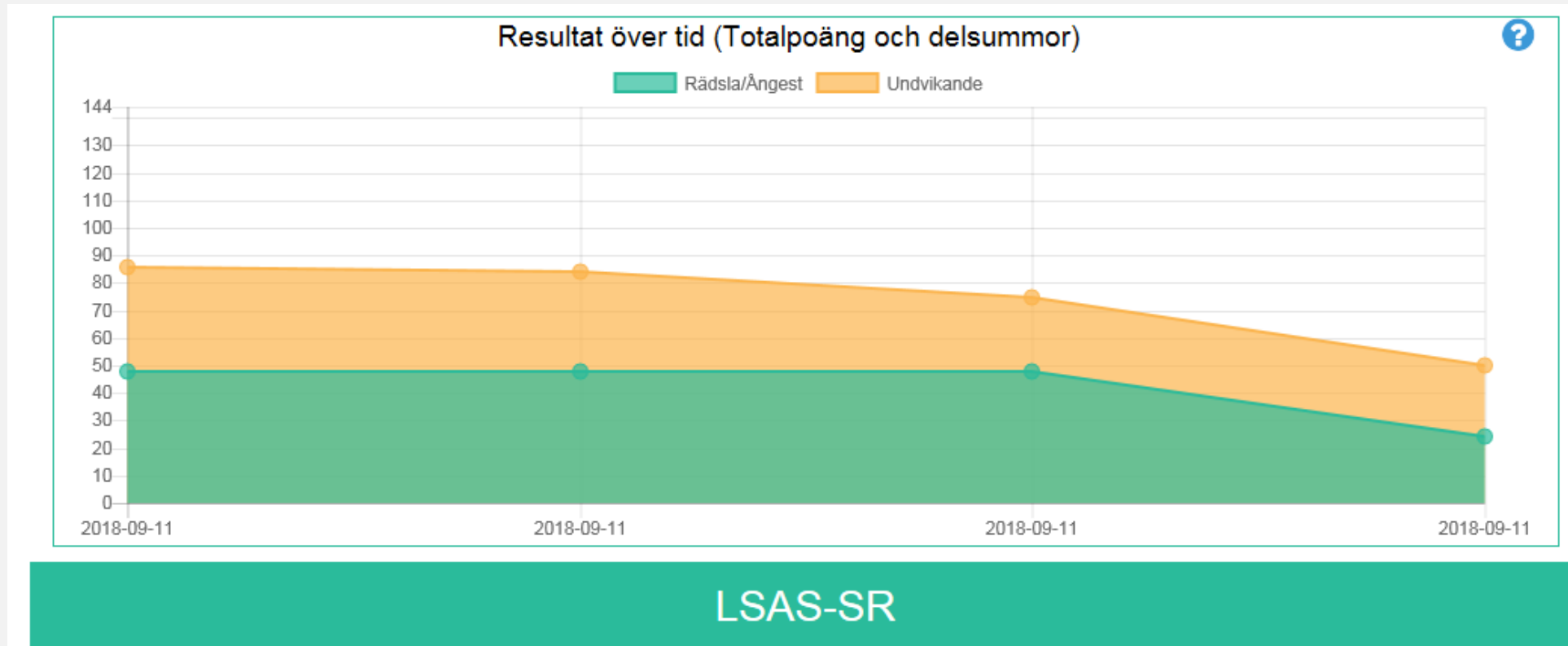
Guidad självhjälp – självskattningar

Utvärdera patientens progress

- Titta på kurvor med patienten
 - Tydliggör gradvisa förbättringar/försämringar som annars missas av patienter
 - Överväga att steppa upp till steg 2
- Vid avslut, sammanväg självskattningar med det som patienten berättar



Guidad självhjälp – självskattningar



Guidad självhjälp – erfarenheter GVC

Plus:

- Patienter uppskattar tydligt fokus på centralt problem
- Lättare att komma ihåg material i text
- Allt arbetsmaterial samlat
- Tillåter flexibel användning
- Många blir ordentligt hjälpta

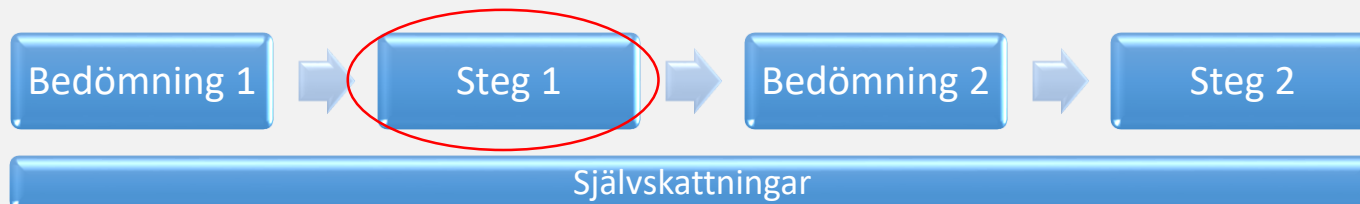
Minus

- Böcker upplevs tunga av en del
- Svårigheter att utföra vissa uppgifter, typ exponering



Steg 1 – gruppbehandling

- Stress
- Metakognitiv grupp för oro och ältande
- Sömnskola
- (Mindfulness i grupp)



Vad kan ni ta med er?

- Vilka förutsättningar finns på min vårdcentral för att implementera guidad självhjälp?
- Vilka förändringar behöver göras på min vårdcentral för att kunna arbeta med guidad självhjälp?



V. Bedömning 2



Efter steg 1

- Har patienten tillgodogjort sig behandlingen?
- Är patienten "frisk"?
- Finns andra kvarstående problemområden?
- Behöver patienten intensifierad behandling eller nytt fokus?



Efter steg 1 - informationskällor

- Ursprunglig bedömning
- Patientens beskrivning
- Patientens självskattningar
- Ev diagnostisk intervju (MINI)
- Inventera patientens lärdomar från steg 1



Olika scenarier

- Patienten har gjort stor förbättring på diagnosspecifikt självskattningsformulär och passerat cut-off, säger sig må bra och vill inte ha mer hjälp
 - Avslut, patienten välkomnas åter vid behov
- Patienten har gjort stor förbättring på diagnosspecifikt självskattningsformulär och passerat cut-off, men komorbid problematik kvarstår
 - Överväg ny behandlingsomgång med guidad självhjälp (inom nytt område)



Olika scenarier, forts.

- Förbättringar har uteblivit enligt formulär, patienten uttrycker fortsatt vårdbehov inom samma problemområde
 - Uppdatera bedömning: Vilka problem kvarstår? Vad har patienten lärt sig av behandlingen?
 - Undersök motivation och möjlighet till individuell behandling i steg 2
 - Om aktuellt, boka behandlingsserie enl relevant behandlingsprotokoll



Film: avslut guidad självhjälp



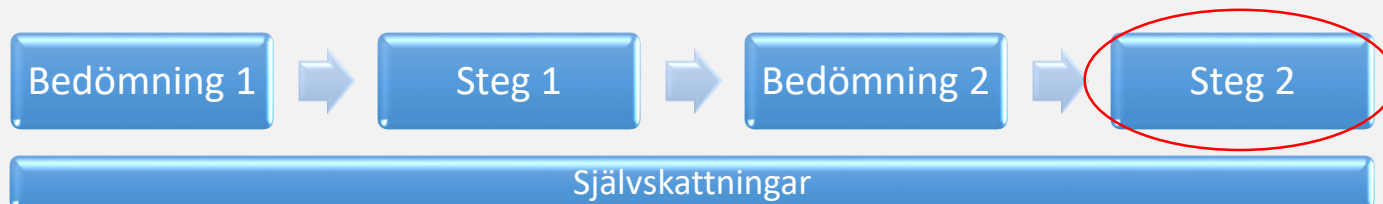
VI. Steg 2



Individuell KBT

Individuell KBT enligt diagnosspecifika evidensbaserade protokoll

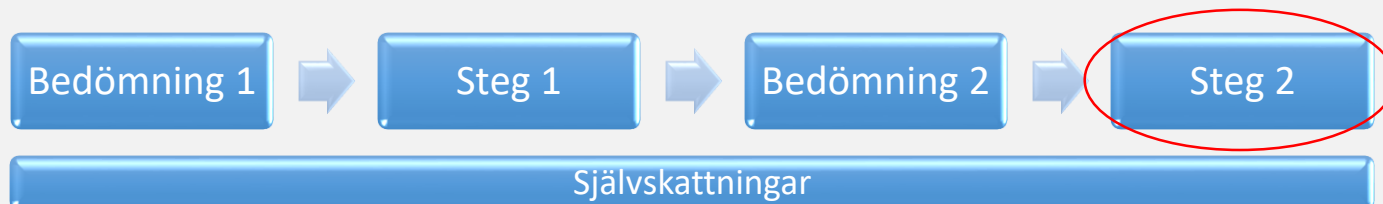
- Generellt: när behandlingsförsök i steg 1 inte har varit hjälpsamt
- Undantag som går direkt till steg 2:
 - PTSD och specifik fobi
 - Patient uttrycker att hen absolut inte vill genomgå självhjälpsbehandling
 - Nedsatta kognitiva funktioner (exv. påtagliga svårigheter att läsa)



Individuell KBT

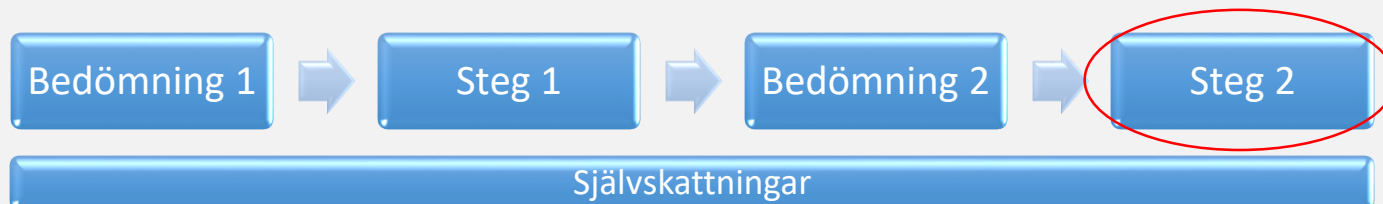
Finns mycket att lära från patientens erfarenheter i guidad självhjälp

- Avsätt tid för att inventera lärdomar och hinder



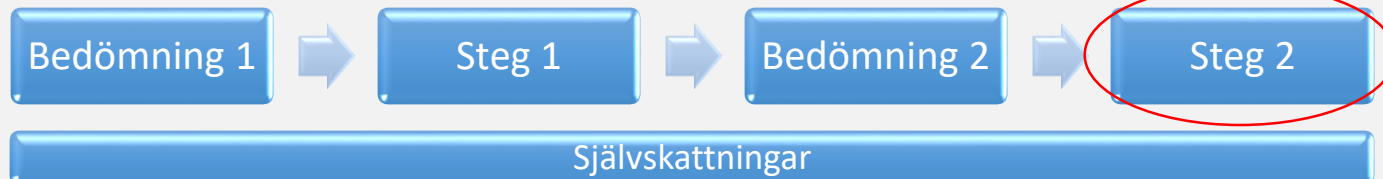
Individuell KBT

- Det finns flera protokoll med god evidens
- Val bör styras utifrån klinikers kompetens/intresse, utbildning och tillgång till handledning
- Protokoll på GVC valts utifrån:
 - Stort vetenskapligt underlag
 - Låga drop-outs i studier
- OBS: ej förkortade ”primärvårdsanpassade” protokoll



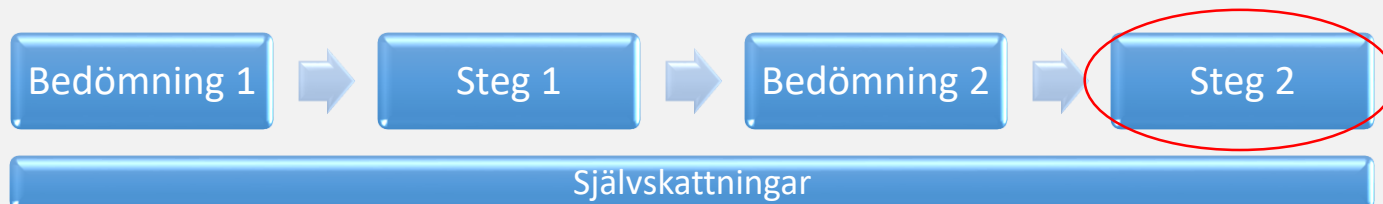
Individuell KBT - några bra val

Diagnos	Titel	Författare
Depression	Brief behavioral activation, Beteendeaktivering för depression	C. W. Lejuez, et al, Ekers
Social fobi	Kognitiv terapi för social fobi	D. Clark & A. Wells
Paniksyndrom	Kognitiv terapi för paniksyndrom	D. Clark & P. Salkowskis
PTSD	Kognitiv terapi för PTSD	A. Ehlers & D. Clark
Specifik fobi	Ensessionsbehandling	L-G. Öst
OCD	Exponering med responsprevention	Mottagningen för tvångssyndrom (Psykiatri sydväst)
Hälsångest	Exponeringsbehandling	Hedman et al./ Furer & Walker
GAD	Tillämpad avslappning	L-G. Öst
Insomni	KBT för insomni	S. Currie
Stress (anps. & utm.)	Kognitiv beteendeterapi för stress- och utmattningsproblematik	E. Lindsäter, et al (GVC)

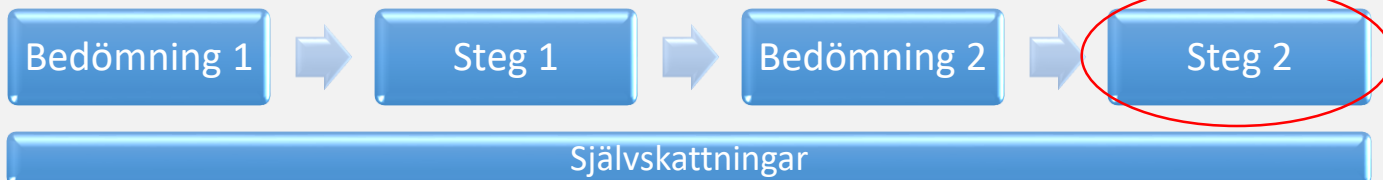
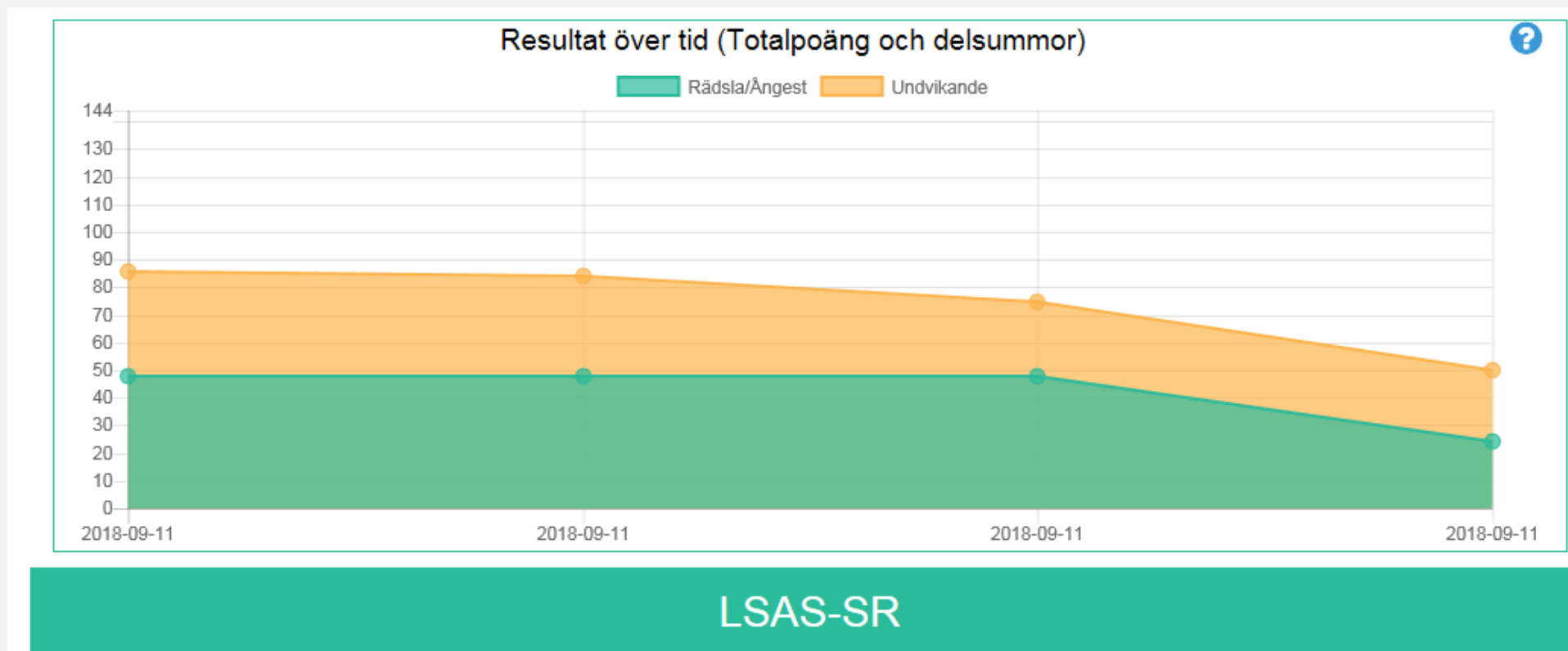


Individuell KBT – vad behöver kliniker

- Tillgång till relevant arbetsmaterial
- Tid: rätt antal sessioner (8-20) och längd på sessioner (45-90 minuter)
- Möjlighet till sessioner utanför vårdcentralen (in vivo exponering, beteendeeexperiment)
- Utbildning och handledning



Individuell KBT – självskattningar



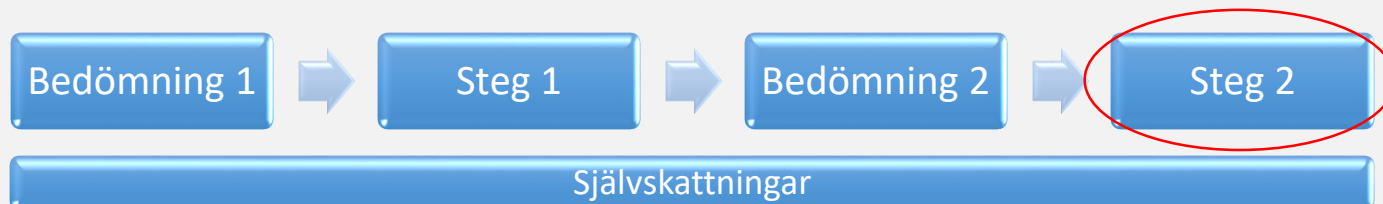
Individuell KBT – erfarenheter GVC

Plus:

- Utrymme för noggranna analyser och spetsade interventioner
- Patienter med långvariga och envisa problem blir ordentligt hjälpta
- Erbjuder möjligheter till kreativa arbetssätt

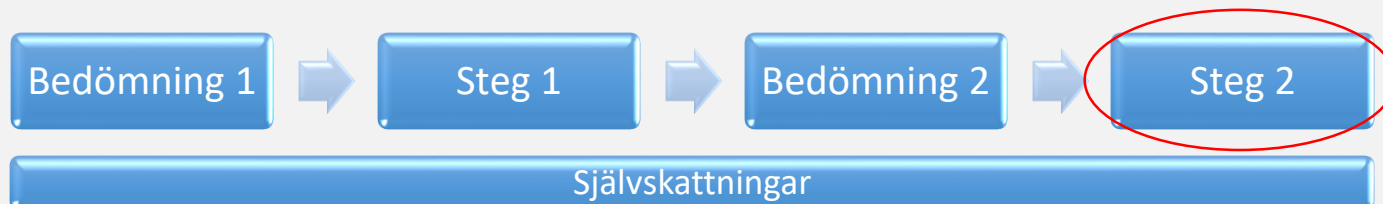
Minus:

- Kräver planering och förberedelse
- Krävande att 'vara duktig' på flera protokoll i primärvårdsmiljö



Diskussion:

- Vilka förutsättningar finns på min vårdcentral för att arbeta med evidensbaserade manualer?



Ett möjligt arbetssätt?



Vad kan ni ta mer er?

Hur kan ett första steg se ut för att komma igång?

- Stegvis vård för ett vanligt psykiatriskt tillstånd? Vilket?
- Systematiskt be patienter skatta symtom vid pre och post?
- Testa bedömningsmall?

➤ Diskutera lämpliga steg i värderad riktning



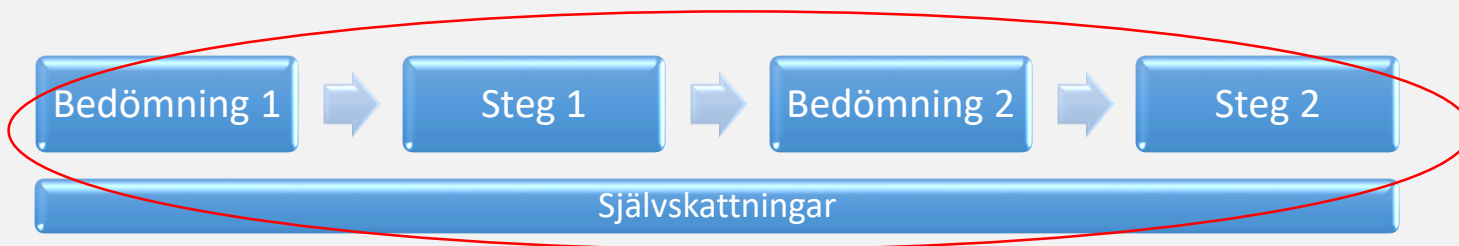
Kostnadsfria utbildningar under 2019-2020

- Kognitiv terapi för social fobi
- Kognitiv terapi för paniksyndrom
- Kognitiv terapi för PTSD
- KBT för hälsoångest
- KBT för insomni
- Beteendeaktivering för depression
- KBT för stressrelaterad ohälsa
- Metakognitiv gruppbehandling för oro och ältande

Anmälan och material: kompetenscentrumpsykiskohalsa.se



www.kompetenscentrumpsyiskohalsa.se



Tack!

