

Karin Angantyr & Anna Rimner

## Är kort nog?

Utvärdering av PCBH-modellen i primärvården

Is brief enough?

Evaluation of the PCBH model in primary care

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet  
i kognitiv och beteendearbetad terapi  
90 högskolepoäng

Datum/termin: 21 oktober 2014/termin 6

Handledare: Torsten Norlander

Examinator: Anna Söderpalm Gordh

### **Sammanfattning**

Föreliggande studie syftade till att studera psykologkonsultationens effekter enligt PCBH-modellen vid Närhälsans vårdcentraler i Stenungsund, Stora Höga och Tjörn, genom att undersöka (a) dess effekt med avseende på symtom (ångest, depression) och funktion, (b) i vilken utsträckning som deltagarna är nöjda med interventionen och vilka faktorer som påverkar hur nöjda deltagarna blir, samt (c) om det föreligger skillnader mellan könen i avseende på effekt och tillfredsställelse med interventionen. 54 patienter som genomgått psykologkonsultation deltog, 32 kvinnor och 22 män. Informationsinsamlingen innebar för- och eftermätning, samt tremånadersuppföljning. En enkät användes för att samla in bakgrundsdata samt Patienters Upplevelser av Psykologkonsultation (PUP), liksom självskattningsformulären Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the DUKE Health Profile (DUKE), och Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). SPSS användes för databearbetning. Det framkom tre huvudresultat i det studerade materialet: (a) konsultation ger effekt med avseende på symtom och funktionsnivå, (b) deltagarnas nöjdhet med insatsen förklaras till stor del av en variabel, (c) i stort sett föreligger inga signifikanta skillnader avseende kön vad gäller psykologkonsultationens effekt och nöjdhet. Resultaten diskuteras i relation till tidigare forskning på området. Idéer för framtida forskning diskuteras. Sammanfattningsvis bekräftar studien PCBH-modellens användbarhet och lämplighet inom den svenska primärvården.

Nyckelord: KBT, korta psykologinterventioner, PCBH-modellen, primärvård, psykisk ohälsa

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effect of the PCBH-model at Närhälsan Primary Care Centers in Stenungsund, Stora Höga and Tjörn, through examining (a) the model's effect on symptoms like anxiety and depression and functioning, (b) to what extent the participants are content with the intervention and what factors affect the level of their satisfaction, (c) if there are any gender differences in effect or satisfaction with the consultation. 54 patients, 32 women and 22 men, participated. The information was gathered through pre- and post- assessment and a three month- follow up. A survey was used to collect background information and Patients Experience of Psychological consultation (PEP), as well as the screening questionnaires Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the DUKE Health Profile (DUKE), and the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). SPSS was used to analyze the data. Three main results appeared (a) the PCBH-model affects the levels of symptoms and functioning positively, (b) the participants' satisfaction was mainly explained by one variable, (c) no gender differences were detected. The results were discussed in relation to previous research. Ideas for future research were proposed. The conclusion of the study confirms the usefulness and adequacy of the PCBH-model in Swedish Primary Care.

Key words: consultation, mental health, PCBH model, primary care, prevention

## **Förord**

I samband med implementeringen av PCBH-modellen vid de aktuella vårdcentralerna väcktes frågan om hur liten psykologisk insats som är möjlig för att ändå ge effekt. Inom verksamheten fanns föreställningar om att patienterna inte skulle bli tillräckligt hjälpta, och att de inte skulle vara nöjda med insatsen. Uppsatsens syften grundar sig i dessa funderingar.

Tack till Torsten Norlander, professor i psykologi vid Karolinska Institutet och Högskolan Evidens för exemplarisk handledning och uppmuntrande hållning. Vi vill också uppmärksamma verksamhetschefer och psykologkollegor på aktuella vårdcentraler för att ha gjort studien möjlig.

## Introduktion

En tredjedel av besöken inom primärvården har psykosocial och beteendemässiga orsaker, så som depression, ångest, sömnsvårigheter, och alkoholproblem (Robinson & Reiter, 2007). Ca 70 % av de individer som lider av psykisk ohälsa behandlas inom primärvården (Bryan, Morrow & Kanzler-Appolonio, 2009) och 70 % av psykofarmaka skrivs ut av allmänläkare (Hunter, Goodie, Oordt & Dobmeyer, 2009). Många vanliga medicinska tillstånd inom primärvården innefattar beteenden och hälsovanor som orsakar, underhåller eller försvårar patienternas symtombild och bidrar till nedsatt funktionsförmåga, så som övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och kronisk smärtproblematik (Hunter et al., 2009; Robinson, Gould & Strosahl, 2010; Robinson & Reiter, 2007). Behovet av evidensbaserade psykosociala insatser inom primärvården är därmed stort, och tillgodoses inte, dels på grund av bristande tillgång till behandlare och dels på grund av den traditionella modell för psykologiskt bemötande i form av framför allt individualterapi som dominerar stora delar av primärvård idag (Kazdin & Blase, 2011). I Sverige har nationella insatser, till exempel Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landstings Rehabiliteringsgaranti (2012), införts inom primärvården 2008 för att öka tillgången till psykosociala insatser för vissa patientkategorier. Rehabiliteringsgarantin har stimulerat till ökade insatser, i form av bland annat kognitiv beteendeterapi (KBT), för patienter som lider av måttliga till medelsvåra ångestsyndrom, depression och stress (SKL, 2012). Fortsatt brist råder på psykosocial hjälp för en större andel av befolkningen (Kazdin & Blase, 2011).

I USA och England har olika typer av integrativa modeller för ett närmare samarbete mellan psykologer och allmänläkare föreslagits och provats, som ett sätt att bemöta det hårda psykosociala trycket inom primärvården (Bryan, et al., 2009; Collins, Hewson, Munger & Wade, 2010; Funderburk, Sugarman, Labbe, Rodrigues, Maisto & Nelson, 2011; Hunter et al., 2009; James, 2006; Katon, 1995; Robinson & Reiter, 2007). En sådan modell utvecklades i USA under 1990-talet och tillämpas idag inom flera av landets största vårdgivare, nämligen ”The primary care behavioral health (PCBH) model of integrated care” (Robinson, et al., 2010; Robinson & Reiter, 2007). PCBH-modellen syftar till att öka tillgängligheten till psykosocial hjälp för en större andel av befolkningen, samt att öka kunskapen på det psykosociala området hos övrig personal inom primärvården (Robinson & Reiter, 2007). I PCBH-modellen arbetar psykologen som konsult, som på uppdrag av allmänläkare träffar patienter för kortare konsultationer. Ett nära

samarbete mellan psykolog och läkare ger goda förutsättningar för ett bra bemötande av patientens behov (Hunter, et al., 2009).

Psykologkonsulten är lättillgänglig och patienten erbjuds ofta tid för en första konsultation redan samma dag som frågan uppkommer. Alla typer av patienter med akuta, kroniska och preventiva behov med psykisk, fysisk eller medicinsk problematik bokas till psykologkonsulten (Robinson & Reiter, 2007). Konsultationerna är korta, mellan 15 och 30 minuter, och psykologkonsulten träffar 10 till 15 patienter per dag. Syftet med konsultationen är att genomföra en funktionell analys av patientens situation, utifrån vilken en plan formuleras med fokus på funktionshöjning. Planen återkopplas till remitterande läkare, som tillsammans med psykologen ansvarar för planuppföljning. En till tre uppföljnings-konsultationer erbjuds i syfte att motivera patienten att följa den plan som formulerats, och när patienten visar framsteg återlämnas ansvaret för uppföljning till läkaren. Psykologen ingår som en självklar part i primärvårdsteamet, samt arbetar även med kunskapsspridning av psykologisk kunskap till personalen inom primärvården i form av till exempel föreläsningar, nyhetsbrev och handledning. Gruppverksamhet arrangeras för problemställningar eller patientgrupper som anses adekvata inom varje enskild primärvårdsenhet (Robinson & Reiter, 2007). Studier visar att PCBH-modellen ger positiva effekter på organisatorisk nivå, i form av minskad arbetsbelastning för primärvårdsläkare, ökad kunskap om psykisk ohälsa bland vårdpersonalen samt ökat samarbete kring patienter mellan olika yrkeskategorier (James, 2006; Robinson, et al., 2010).

PCBH-modellen har sin kliniskt teoretiska grund inom Acceptance and Commitment Therapy (ACT), en del av tredje vågens KBT, vilken visats sig vara en lämplig modell för de korta interventioner som ges inom primärvården (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki & Rasmussen-Hall, 2004; Gregg, Callaghan; Hayes & Glenn-Lawson, 2007; Hayes, Wilson, Gifford, Bissett, Piasecki & Batten, 2004; Lundgren, Dahl & Hayes, 2008; McCracken, Vowles & Eccelston, 2004; Powers, Zum, Vörding & Emelkamp, 2009; Stroschal, Robinson & Gustavsson, 2012; Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb & Korn, 1986). PCBH-modellen är transdiagnostisk och syftar till att hjälpa patienten att höja sin funktionsnivå genom att utveckla hälsofrämjande vanor och beteenden under eget ansvar, med stöd från sin allmänläkare (Hunter et al, 2009; Robinson, et al., 2010; Robinson & Reiter, 2007). Forskning visar att de flesta patienter föredrar korta insatser för sina problem (Brown & Jones, 2005) samt att korta insatser upplevs som mindre stigmatiserande för patienten (Stroschal, et al., 2012). Studier visar att effekter av

psykologiska interventioner inte har samband med insatsens längd (Knekt, Lindfors, Laaksonen, Raitasalo, Haaramo & Järvikoski, 2008; Molenaar, Boom, Peen, Schoevers, Van & Dekker, 2011), att de största förändringarna sker under de första sessionerna (Barkham, Connell, Miles, Evans, Stiles & Margison, 2006; Cigrang, Dobmeier, Becknell, Roa-Navarrete & Yerian, 2006) och att förändringsprocessen är icke-linjär (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen & Nielsen, 2009). Ett antal studier har påvisat snabba, radikala förändringar hos patienter med olika typer av diagnostiska tillstånd under de första sessionerna, samt att snabb respons predicerar långsiktig förbättring av funktion liksom minskad återfallsrisk (Bryan, et al., 2009; Stroshal, et al., 2012). I linje med dessa resultat har PCBH-modellen visat sig vara effektiv för att minska symtom och öka patienters funktionsnivå vid olika typer av problemställningar: depression, stress, ångesttillstånd och livsstilsproblem (Bryan, Neal-Walden, Corso & Rudd, 2009; Gifford et al., 2004; Gregg et al., 2007; Hayes et al., 1986; Hayes et al., 2004; Lundgren et al., 2008; McCracken et al., 2004; Roy-Byrne, Katon, Cowley & Russo, 2001; Stein, Roy-Byrne, Craske, Campbell-Sils & Golinelli, 2011; Stroshal, et al., 2012; Unützer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler & Harpole, 2002; Powers et al., 2009).

Studier visar att även patienter med svår psykisk problematik visar signifikant förbättring vid bemötande inom ramen för PCBH-modellen (Bryan, Corso, Corso, Morrow, Kanzler & Ray-Sannerud, 2012) och uppföljningsstudier visar på bibehållen effekt av psykologkonsultation två år efter avslutad kontakt (Davis, Corrin-Pendry & Savill, 2008; Katon, Roy-Byrne, Russo & Cowley, 2002; Katon, Russo, Korff, Linn, Simon & Bush, 2002; Ray-Sannerud, Dolan, Morrow, Corso, Kanzler & Corso, 2012). Davis, Corrin-Pendry & Savill (2008) visade en generellt minskad vårdkonsumtion hos patienter som deltagit i PCBH-konsultation. Ovan nämnda studier beskriver PCBH-modellens effekt, medan patienternas tillfredsställelse med givna interventioner inte behandlas. Således finns ett behov av studier med avseende på patientnöjdhet inom ramen för PCBH-modellen.

Ovan nämnda studier undersöker inte PCBH-modellen med avseende på könsskillnader. Annan forskning som behandlar liknande interventioner (Hess, 2000; Holland, 1996; Taloyan, Alinaghizadeh & Löfvander, 2013; Watson & Nathan, 2008) ger olika resultat vad gäller könsskillnader. Vissa studier påvisar skillnader mellan könen med avseende på patientnöjdhet och funktion (Nordén, Ivarsson, Malm & Norlander, 2011; Tay, Willcocks, Chen, Jastrzab & Kohr, 2014), medan andra studier inte påvisar några könsskillnader med avseende på effekt och

nöjdhet (Hess, 2000; Holland, 1996; Taloyan, Alinaghizadeh & Löfvander, 2013; Watson & Nathan, 2008). Avsaknaden av studier om könsskillnader vid PCBH-interventioner legitimerar vidare forskning med detta fokus.

I Sverige är PCBH-modellen ny inom Primärvården och har tillämpats på ett fåtal vårdcentraler i bland annat Östergötland, Stockholm och Västra Götaland. Några forskningsstudier är ej genomförda, men lokala utvärderingar, framförallt med avseende på organisatoriska effekter, visar på resultat som går i linje med internationell forskning (Edström, 2013; Kivi, 2008; Wisung & Zetterqvist, 2009). En utvärdering (Wisung & Zetterqvist, 2009) innefattade även PCBH-modellens effekt för patienternas symtombild och funktionsnivå. Resultaten av utvärderingen visade att psykologkonsultation bidrog till signifikanta skillnader för patienternas generella hälsa, funktionsnivå och symtombild i positiv riktning. Psykologkonsultationen bidrog även till minskad sjukskrivning. Hög grad av patienttillfredsställelse visades i eftermätning med Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). PCBH-modellen implementerades på vårdcentralen Tjörn 2010, samt på vårdcentralerna i Stenungsund och Stora Höga 2013. Verksamheten kallas psykologkonsultation och bygger på PCBH-modellen så som den beskrivs i Robinson och Reiters manual (2009). En skillnad som föreligger mot ursprungsmodellen är att syftet med psykologkonsultationen är preventivt, och vänder sig till personer med nydebuterad lättare psykisk ohälsa, där en funktionshöjning kan förväntas kunna åstadkommas genom kortare psykologisk konsultation.

## **Syfte**

Den aktuella studiens syfte var att studera psykologkonsultationens effekter enligt PCBH-modellen genom att undersöka (a) effekt med avseende på symptom (ångest, depression) och funktion, (b) i vilken utsträckning som deltagarna är nöjda med interventionen och vilka faktorer som påverkar hur nöjda deltagarna blir, samt (c) om det föreligger skillnader mellan könen i avseende på effekt och tillfredsställelse med psykologkonsultationen.



## Metod

### Deltagare

Studien baserades på avkodad data från 54 patienter (22 män och 32 kvinnor) som erhållit psykologkonsultation från psykologer på Närhälsans vårdcentraler på Tjörn, i Stenungsund och i Stora Höga. Medelåldern hos deltagarna var 48.96 år ( $SD = 17.71$ ). Vid första konsultationstillfället var 15 % heltidssjukskrivna, 6 % var deltidssjukskrivna och 79 % var inte sjukskrivna alls. En majoritet av deltagarna (50.9 %) sökte kontakt på grund av flera problem. Kontaktorsakerna var fördelade på ångest (43,4 %), stress (62,3 %), nedstämdhet (56,6 %), sömnproblem (43,4 %), smärta (11,3 %), annat (15,1 %). Bakgrundsdata visade också att 30 % av deltagarna medicinerade med psykofarmaka vid första mätningen och att 34 % av deltagarna hade tidigare haft kontakt med vården på grund av psykiska besvär. Väntetiden till första konsultationstillfället var inom tre dagar för 26 av patienterna och inom en månad för 28 av patienterna. Ett Independent-Samples  $t$ -test visade ingen signifikant skillnad i avseende på kön och ålder gällande medicinering eller tidigare vårdkontakt p.g.a. psykisk ohälsa ( $p = 0.851$ ). Inte heller vad gäller sjukskrivning vid första konsultationstillfället fanns några signifikanta könsskillnader enligt Mann-Whitney U-test ( $p = 0.416$ ). Chi<sup>2</sup> Contingency Table visade inga signifikanta samband i avseende på kön och kontaktorsak ( $p = 0.520$ ). Statistik med hjälp av Fisher's Exact Test visade inga signifikanta samband i avseende på kön vad gäller ångest, stress, nedstämdhet, sömnproblem, smärta, andra kontaktorsaker, medicinering av psykofarmaka, eller tidigare kontakt med vården på grund av psykiska besvär ( $p_s > 0.05$ ).

### Bortfall

Bortfall fanns i flera steg i studien. För det första valde 40 personer att inte delta överhuvudtaget medan 72 personer valde att delta. Av dessa besvarade 18 personer enbart förmätningen och föll därför bort. Åtgärder vidtogs för att försöka minska bortfallet såsom muntliga påminnelser från psykologkonsulterna och skriftlig information i samband med tremånadersuppföljningen. Ytterligare en skriftlig påminnelse skickades ut till dem som inte besvarat tremånadersuppföljningen i tid.

## Instrument

**Hospital Anxiety and Depression scale (HAD).** HAD har visats vara reliabel och valid för att upptäcka ångest och depression hos individer mellan 16 och 65 år (Zigmond & Snaith, 1983). Deltagarna svarar på fjorton frågor, där sju mäter ångestsymtom och sju efterfrågar symtom på depression. Exempel på symtom som efterfrågas på delskalan ångest är spänning och nervositet, rastlöshet och plötsliga panikkänslor, medan depressionsskalan efterfrågar symtom som stämningsläge, initiativkraft, tillförsikt inför framtiden, samt intresseförlust. En fyra-gradig skala används, som varierar från frånvaro av symtom eller närvaro av positiva uttryck (0 poäng), till fullständig närvaro av symtom eller frånvaro av positiva uttryck (3 poäng). Maxpoäng är 21 på respektive delskala, och elva poäng används ofta som cut-off poäng vid ångest eller depression (Zigmond & Snaith, 1983). I den aktuella studien administrerades HAD vid tre tillfällen nämligen inför första konsultationstillfället, direkt efter avslutande konsultationstillfälle, samt tre månader efter avslutad konsultation.

**The Duke Health Profile (DUKE).** DUKE är ett reliabelt och validt instrument som utvecklats för att mäta hälsorelaterad livskvalitet inom primärvården (Parkerson, 2002). Den består av 17 frågor, vilka skattas mellan 0 och 2, och dessa kan användas separat eller i kluster. Sju frågor behandlar självuppfattning på olika områden, t.ex. ”jag tycker om den person jag är”, ”jag ger upp för fort”, och ”jag trivs i andra människors närvaro”. Övriga frågor behandlar symtombild och funktionsnivå, t.ex. ”skulle du ha fysiska besvär eller svårigheter idag med att gå upp för trappor en våning”, ”hur stora svårigheter hade du under den gångna veckan med att sova”, ”i förra veckan, hur ofta hade du social kontakt med andra människor”, samt ”i förra veckan, hur ofta var du hemma, på ett sjukhus eller vårdhem, på grund av sjukdom, skada eller andra problem med hälsan”. Sex kluster ingår i delskalan ”Funktion”: fysisk hälsa, mental hälsa, social hälsa, allmän hälsa, upplevd hälsa och självkänsla där höga värden indikerar bättre hälsorelaterad livskvalitet. Fem kluster ingår i delskalan ”Dysfunktion”: ångest, depression, ångest-depression, smärta, funktionsnedsättning där höga värden indikerar högre grad av dysfunktion (Parkerson, 2002). DUKE total har tagits fram genom att invertera skalan dysfunktion, dvs ju högre värden på DUKE total, desto bättre total funktion. I den aktuella studien administrerades DUKE vid tre tillfällen nämligen inför första konsultationstillfället, direkt efter avslutande konsultationstillfälle, samt tre månader efter avslutad konsultation.

**Client Satisfaction Questionnaire (CSQ).** CSQ utvecklades för att mäta generell tillfredsställelse inom vård och omsorg (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979; Attkisson, 1983). Frågeformuläret har testats i åtskilliga studier och visat goda psykometriska egenskaper med avseende på reliabilitet och validitet (Attkisson, 2012). Klienters åsikter samlas in via åtta frågor som alla har fyra svarsalternativ, 1-4 poäng, där högre värden indikerar högre grad av tillfredsställelse. Maxpoäng är 32 poäng. Exempel på frågor är ”fick du den typ av hjälp du ville?”, ”om en vän var i behov av liknande hjälp, skulle ni rekommendera vårt program till honom/henne?”, ”upplever du att du har fått tillräckligt mycket hjälp?”. CSQ administrerades vid ett tillfälle i samband med studiens tremånadersuppföljning.

**Patients Upplevelser av Psykologkonsultation (PUP).** För att undersöka deltagarnas uppfattning om psykologkonsultationen ställdes sex frågor om hur patienterna upplevde konsultationen med fyra svaralternativ från inte alls (1 poäng) till stor (4 poäng), där stor indikerar hög grad av positiv upplevelse av det som frågan berörde, t.ex., ”i vilken utsträckning fick du förtroende för psykologkonsulten?”. Frågorna ställdes direkt efter avslutad konsultation. Vid tremånadersuppföljningen ställdes åter en av frågorna, nämligen ”hur hjälpt upplever du att du blivit av psykologkonsultationen?”.

**Bakgrundsdata.** Bakgrundsdata samlades in gällande deltagarnas ålder, kön, sjukskrivningsgrad, kontaktorsak och medicinering. Information inhämtades även om deltagarna tidigare haft kontakt med vården för psykiska besvär, samt hur lång väntetiden var för att få träffa en psykologkonsult.

## **Design**

Psykologkonsultationen är uppdelad i nybesök och eventuellt uppföljande sessioner. Nybesökssessionen är 30 minuter lång och innefattar en kort introduktion där förutsättningarna för mötet beskrivs, varefter en screeningintervju med fokus på aktuell problembild äger rum, utifrån vilken psykologkonsulten gör en funktionell analys som återges till patienten för ökad förståelse av problembeteendets uppkomst och funktion i olika situationer. Psykoedukativa interventioner anpassade efter aktuell problemställning ges, samt en handlingsplan för beteendeförändring formuleras för patienten att följa efter avslutad konsultation. Vid behov bokas uppföljningssessioner, som är 15-20 minuter, och där syftet är att följa upp patientens förändringsarbete utifrån handlingsplanen, samt eventuella justeringar av planen. Efter varje

konsultationssession skriver psykologkonsulten en journalanteckning där den funktionella analysen och handlingsplanen beskrivs. Muntlig eller skriftlig återkoppling ges till den läkare eller sjuksköterska som remitterat patienten, med rekommendationer för hur de kan stödja handlingsplanen efter avslutad konsultation.

### **Procedur**

Informationsinsamlingen skedde i tre steg: (a) förmätning, (b) eftermätning och (c) tremånadersuppföljning. Deltagarna informerades skriftligen om att materialet skulle avidentifieras och användas i en vetenskaplig studie. Alla deltagare gav sitt skriftliga samtycke. Kriterier för att inkluderas i studien var att deltagarna skulle vara listade på Närhälsan och bokade för psykologkonsultation. Tjänsten psykologkonsultation vänder sig till personer med nydebuterad lättare psykisk ohälsa, där en funktionshöjning kan förväntas kunna åstadkommas genom kortare psykologisk konsultation. Patienter bokades för psykologkonsultation via triagesjuksköterska i telefon, eller vid läkarbesök. I samband med bokningen informerades patienten om studien och ombads infinna sig på Vårdcentralen tio minuter före bokad tid för att fylla i förmätningen. Vid förmätningen fick deltagarna ett kuvert innehållande informerat samtycke, information om psykologkonsultation samt skattningsformulär (HADS och DUKE) och bakgrundsfrågor. Kuvertet delades ut i receptionen. Deltagarna fyllde i formulären före sin första konsultation och lämnade materialet till psykologkonsulten. Eftermätningen (HADS, DUKE och utvärderingsfrågor) delades ut av psykologkonsulten vid sista konsultationen för att fyllas i direkt efter mötet. Ifyllda formulär lades i förslutbara kuvert och lämnades in i receptionen. Tremånadersuppföljningen (HADS, DUKE, CSQ och uppföljningsfrågor) distribuerades per post tillsammans med information/tackbrev samt frankerat svarkuvert.

### **Databearbetning**

SPSS användes för databearbetning. De analysmetoder som användes var Chi<sup>2</sup>-test, Fisher's Exact Test, Wilcoxon, univariata F-test, Mann-Whitney U-test, tvåvägs mixed ANOVA och tvåvägs mixed Pillais MANOVA, Diskriminansanalys, samt olika typer av t-test.

## **Etiska ställningstagande**

Då studien utfördes inom ramen för en psykoterapeututbildning skedde inte någon granskning av etisk kommitté. Förankring gjordes på ledningsnivå på respektive vårdcentral. Informerat samtycke (se bilaga 1) betonade frivilligheten i deltagandet i studiens alla led. Deltagarna fick själva uppge sina personuppgifter, inga journaler behövde således studeras. Allt material avkodades i ett tidigt skede och enkäterna användes enbart i studiens syfte.

## **Resultat**

### **Patienters Upplevelser av Psykologkonsultation (PUP)**

Statistik med hjälp av Mann-Whitney U-test (5 % nivå) med Kön (man, kvinna) som oberoende variabel och de sex ordinalskalorna (från 1 till 4) gällande deltagarnas upplevelser av psykologkonsultationen, besvarade direkt efter avslutad konsultation, som beroendevariabler; (a) hur lång tid efter att du kontaktat din vårdcentral fick du kontakt med en psykologkonsult, (b) hur många gånger träffade du psykologkonsulten, (c) hur informerad var du om konsultationens innebörd inför första mötet, (d) i vilken utsträckning fick du förtroende för psykologkonsulten, (e) i vilken utsträckning fick du ökad förståelse för de problem som du sökte för, samt (f) hur hjälpt upplever du att du blev av psykologkonsultationen? Testerna visade en signifikant effekt för ”hur informerad var du om konsultationens innebörd inför första mötet” ( $U = 86, p = 0.002$ ) där deskriptiv statistik visade att kvinnorna upplevde sig som mer informerade ( $M = 2.67, SD = 0.91$ ) jämfört med männen ( $M = 1.72, SD = 0.89$ ). Inga andra signifikanta effekter påvisades enligt Fisher’s Exact Test och Mann-Whitney U Test. För medelvärden och standardavvikelser se tabell 1.

---

Infoga tabell 1 här

---

I PUP-instrumentet fanns också en fråga som ställdes åter igen vid uppföljningen tre månader senare, nämligen ”Hur hjälpt upplever du att du blivit av psykologkonsultationen?” ( $M = 2.85, SD = 0.98$ ). Mann-Whitney U-test (5 % nivå) visade ingen signifikant effekt i avseende på Kön ( $p = 0.726$ ) i samband med uppföljningen och ett Wilcoxon Signed Ranks Test (5 % nivå)

visade ingen signifikant skillnad mellan skattningen efter avslutad konsultation och skattningen vid uppföljningen ( $p = 0.265$ ).

### **Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)**

En tvåvägs mixed Pillais MANOVA med mellangrupsvariabeln Kön (man, kvinna) och med inomgrupsvariabeln Tid (före konsultation, efter konsultation, uppföljning) som oberoende variabler och med HAD-testets skalor Ångest och Depression som beroendevariabler visade en signifikant effekt för Tid ( $p = 0.002$ ,  $Eta^2 = 0.52$ ,  $power = 0.96$ ) men inte för Kön ( $p = 0.072$ ,  $Eta^2 = 0.19$ ,  $power = 0.52$ ) eller för interaktion Tid x Kön ( $p = 0.194$ ,  $Eta^2 = 0.22$ ,  $power = 0.43$ ). Tabell 2 redovisa de univariata F-testen för Tid, med medelvärden och standardavvikelser.

---

Infoga tabell 2 här

---

Univariate F-test visade signifikanta effekter för både Ångest [ $F(2, 52) = 14.21$ ,  $p < 0.001$ ] och Depression [ $F(2, 52) = 6.32$ ,  $p = 0.003$ ]. Ett post hoc test (Paired-Samples  $t$ -test, 5 % nivå) för Ångest visade att det förelåg signifikanta skillnader i avseende på minskad ångest mellan alla tre mättillfällena (före-efter-uppföljning). Ytterligare ett Paired-Samples  $t$ -test (5 % nivå) vad gällde Depression visade att det inte skedde någon signifikant förändring mellan före- och eftermätningarna men väl mellan dessa och tremånadersuppföljningen, då deltagarna erhöll lägre värden i avseende på depression.

### **The Duke Health Profile (DUKE)**

På grund av multikollinearitet (eng. multicollinearity) var det inte möjligt att samla DUKE-testets delskalor i en enda tvåvägs mixed MANOVA och därför genomfördes i stället analyserna med hjälp av tvåvägs mixed ANOVA för varje delskala.

**Funktion.** En tvåvägs mixed ANOVA med mellangrupsvariabeln Kön (man, kvinna) och med inomgrupsvariabeln Tid (före konsultation, efter konsultation, uppföljning) som oberoende variabler och med Funktion som beroendevariabel visade en signifikant effekt för Tid [ $F(2, 50) = 4.18$ ,  $p = 0.021$ ], men inte för Kön ( $p = 0.269$ ) eller för interaktion Tid x Kön ( $p = 0.468$ ). Uppföljningstester (Paired-Samples  $t$ -test, 5 % nivå) visade att det förelåg en signifikant

förändring mellan mätningarna före respektive efter konsultationen där deltagarna funktion mätt med DUKE förbättrades. Däremot förelåg ingen signifikant skillnad mellan eftermätningen och uppföljningen. För medelvärden och standardavvikelser se tabell 3.

**Dysfunktion.** En tvåvägs mixed ANOVA med mellangrupsvariabeln Kön (man, kvinna) och med inomgruppsvariabeln Tid (före konsultation, efter konsultation, uppföljning) som oberoende variabler och med Dysfunktion som beroendevariabel visade inga signifikanta effekter vare sig för Tid ( $p = 0.103$ ), för Kön ( $p = 0.199$ ) eller för interaktion Tid x Kön ( $p = 0.272$ ). För medelvärden och standardavvikelser se tabell 3.

**DUKE-total.** En tvåvägs mixed ANOVA med mellangrupsvariabeln Kön (man, kvinna) och med inomgruppsvariabeln Tid (före konsultation, efter konsultation, uppföljning) som oberoende variabler och med Duke-total som beroendevariabel visade en signifikant effekt för Tid [ $F(2, 50) = 3.35, p = 0.043$ ], men inte för Kön ( $p = 0.205$ ) eller för interaktion Tid x Kön ( $p = 0.292$ ). Uppföljningstester (Paired-Samples  $t$ -test, 5 % nivå) visade att det förelåg en signifikant förändring mellan mätningarna före respektive efter konsultationen där deltagarnas totala funktionsnivå mätt med DUKE förbättrades. Däremot förelåg ingen signifikant skillnad mellan eftermätningen och uppföljningen. För medelvärden och standardavvikelser se tabell 3.

---

Infoga tabell 3 här

---

### **Antal sessioner**

Mann-Whitney U-Test genomfördes med den oberoende variabeln Antal sessioner och med psykologkonsultationens effekt och deltagarnas nöjdhet som beroende variabler. Inga signifikanta skillnader framkom ( $ps > 0.05$ ). Den enskilda frågan i CSQ: ”Upplever du att du har fått tillräckligt mycket hjälp?” påvisade en trend där deltagare som fått mer än en konsultationssession tenderade att bedöma insatsen som tillräcklig i högre utsträckning än de deltagare som enbart fick en session ( $p = 0.051$ ) vilket föranledde en tvåvägs mixed variansanalys med mellangrupsvariabeln Antal sessioner (en session, två eller tre sessioner) och med inomgruppsvariabeln Tid (före konsultation, efter konsultation, uppföljning) som oberoende variabler och med HADs skalor Ångest och Depression, DUKEs skalor Funktion och

Dysfunktion, samt DUKE-total som beroendevariabler. Analyserna visade inga signifikanta effekter ( $ps > 0.05$ ).

### Väntetid inför första konsultationstillfället

Väntetiden till första konsultationstillfället (mätt med PUP) var inom tre dagar för 26 av patienterna och inom en månad för 28 av patienterna. För att undersöka eventuella effekter av väntetiden studerades data som samlats in direkt efter den avslutande konsultationen med hjälp av Diskriminantanalys (Enter independent, 5 % nivå), det vill säga Ångest (HAD) och Depression (HAD), Funktion (DUKE), Dysfunktion (DUKE) samt patienternas Nöjdhet med behandlingen (CSQ) insamlad vid uppföljningen som prediktorvariabler och med Väntetid (inom tredagar, inom en månad) som kategorivariabel. DUKE-total ingick av naturliga skäl inte i Diskriminantanalysen eftersom ett sammanslaget värde från två andra ingående variabler inte passerar Tolerance Test. Analysen visade på ett signifikant resultat ( $Wilks' Lambda = 0.58, p = 0.018$ ) och fortsatt analys (Classification Results) visade att totalt 85.7 % kunde klassificeras beroende på väntetid med utgångspunkt från prediktorvariablerna (tabell 4).

---

Infoga tabell 4 här

---

### Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)

CSQ anger ett mått på graden av patienternas nöjdhet och tillfredsställelse av genomförd konsultation. Ett Independent-Samples  $t$ -test visade ingen könsskillnad i avseende på CSQ ( $p = 0.859$ ). Medelvärdet för CSQ i den aktuella undersökningen var 22.62 ( $SD = 6.08, range = 10 - 32$ ). För att utreda vilka variabler som påverkar patienternas grad av nöjdhet genomfördes en stegvis linjär regressionsanalys med CSQ som kriterievariabel. Som prediktorvariabler användes kön, ålder, de sex skalorna gällande upplevelser av psykolog-konsultationen (PUP), uppgifter om sjukskrivning från de tre mättillfällena, uppgifter från de tre mättillfällena gällande HAD-skalorna, DUKE-skalorna samt de 17 ingående items som DUKE-skalorna har till underlag. Analysen genererade två modeller [Step 1:  $Adj R^2 = 0.57, F(1, 20) = 28.45, p < 0.001$ ; Step 2:  $Adj R^2 = 0.66, F(2, 19) = 221.39, p < 0.001$ ].



I det första steget med en *Beta*-vikt på 0.77 erhöles variabeln ”Hur hjälpt upplever du att du blivit av psykologkonsultationen” mätt direkt efter behandlingens genomförande. Variabeln bidrog själv till 57 % av variansen hos kriterievariabeln. Variabeln korrelerade stort med kriterievariabeln ( $r = 0.82, p < 0.001$ ). I nästa steg tillkom med en *Beta*-vikt på -0.33 variabeln Depression (enligt HAD mätt vid uppföljningen). Högre depressionsnivåer vid uppföljningen tenderade inverka på kriterievariabelns varians, samtidigt som det skall observeras att det denna gång inte förelåg någon korrelation med kriterievariabeln ( $r = -0.15, p = 0.311$ ) samt att HAD depression mätt vid uppföljningen endast tillförde 9 % av förklaringen till kriterievariabelns varians.

### Diskussion

Det framkom tre huvudresultat i det studerade materialet: (a) psykologkonsultation enligt PCBH-modellen ger effekt med avseende på symtom och funktionsnivå, (b) deltagarnas nöjdhet med insatsen förklaras till stor del av en variabel, (c) i stort sett föreligger inga signifikanta skillnader avseende kön vad gäller interventionens effekt och nöjdhet.

Vad gäller PCBH-modellens effekt på deltagarnas symtom (HAD) och funktion (DUKE) så överensstämmer den aktuella studiens resultat väl med tidigare internationella studier (t.ex. Bryan, Neal-Walden, Corso & Rudd, 2009; Stein, Roy-Byrne, Craske, Campbell-Sils & Golinelli, 2011; Stroshal, et al., 2012). Den aktuella studien visade att skattningarna för såväl ångest ( $M = 10.41$ ) som depression ( $M = 7.04$ ) var låga redan vid förmätningen, vilket förklaras av den mer preventivt inriktade PCBH-modell som tillämpas på aktuella vårdcentraler. Resultaten visar ändå att psykologkonsultationen ger effekt vid såväl ångest som depression, men då effekten är större i ångestskattningarna kan det tolkas som att metoden lämpar sig bättre för patienter med ångestbesvär. Ångestskattningarna förbättrades signifikant vid både eftermätning och tremånadersuppföljning, och här kan man anta att psykologkonsultationens innehåll har effekt, både reell och preventiv. Då rädsla är en viktig komponent i ångestreaktioner kan ökad förståelse via funktionell analys och psykoedukation tänkas ge snabb effekt i ett tidigt skede av problemutvecklingen, i kombination med en handlingsplan som innefattar exponering för det man är rädd för. När det gäller psykologkonsultationens effekt på depressiva symtom syns enbart en effekt vid uppföljningstillfället tre månader efter avslutad konsultation, vilket gör det svårt att

avgöra effekten av den givna interventionen jämfört med depressioners självläkande förlopp. Resultaten visar också att psykologkonsultationen ger effekt på deltagarnas funktionsnivå (DUKE). DUKE-total och framförallt delskalan ”funktion” visar signifikant effekt mellan för och eftermätningen. Effekten från eftermätningen kvarstår vid tremånadersuppföljningen, men fortsatt förbättring har uteblivit. Delskalan ”dysfunktion” visar inga signifikanta effekter.

Ovan resultat bekräftar tidigare forskning, som visar att korta interventioner har effekt (Knekt, Lindfors, Laaksonen, Raitasalo, Haaramo & Jervikoski, 2008; Molnaar, Boom, Peen, Schoevers, Van & Dekker, 2011) Frågan är hur korta? Under arbetets gång utvecklades en hypotes att fler sessioner gav bättre effekt än ett enstaka möte. Ingen signifikans visades dock vid närmare analys utifrån denna frågeställning, utan ett konsultationstillfälle hade lika god effekt som två till fyra sessioner. Kort är således tillräckligt under de förutsättningar som råder i den aktuella studien, d.v.s. då patienterna som erbjuds psykologkonsultation är personer med nydebuterad lättare psykisk ohälsa, där en funktionshöjning kan förväntas kunna åstadkommas genom kortare psykologisk rådgivning. Den snabba tillgängligheten till ett första besök hos psykologkonsulten kan förmodligen också vara en delförklaring till metodens effekt på deltagarnas symtombild och funktionsnivå. PCBH-modellen ger möjlighet att vända nydebuterad psykisk ohälsa, genom att patienterna i ett tidigt skede i problemutvecklingen får snabb tillgång till strategier för problemlösning som de sedan ansvarar för att integrera i sin vardag på egen hand. Diskriminantanalysen indikerade också att tillgängligheten (väntetid) spelar en roll för behandlingseffekt och nöjdhet även om det i denna studie inte var möjligt att se enkla orsakssammanhang. Flera olika faktorer kan tänkas påverka väntetidens längd och dess inverkan på behandlingsresultaten, såsom patienternas tillstånd, kommunikationsförmåga hos patienterna och deras närstående, eller befintliga resurser på vårdcentralen.

Deltagarna angav generellt en hög grad av nöjdhet, vilket också bekräftar tidigare forskning (Brown & Jones, 2005). Den variabel som starkast predicerade tillfredsställelse hos deltagarna, och som ensam står för 57 % av variansen och korrelerade stort med kriterievariabeln, var ”hur hjälpt upplever du att du blivit av psykologkonsultationen?” som mättes direkt efter behandlingens genomförande. Detta visar att psykologens insats och konsultationsinnehållet spelar en avgörande roll för hur nöjda och tillfredsställda patienterna blir med insatsen. Det är svårt att uttala sig om exakt vilka egenskaper hos psykologen eller vilka interventioner inom ramen för psykologkonsultationen som här är av avgörande betydelse. I den aktuella studien

arbetade fyra psykologkonsulter parallellt, vilket antyder att den enskilda psykologens kön, personlighet eller ålder inte tycktes vara avgörande, utan snarare kan man anta gemensamma faktorer hos psykologkonsulterna påverkar utfallet. Kunskaper om bemötande av olika typer av människor och problemställningar, empatiskt och validerande förhållningssätt, anpassad pedagogisk rådgivning kan tänkas vara viktiga faktorer som påverkar deltagarnas nöjdhet och tillfredsställelse med genomförd konsultation. Patienter som fått fler än en konsultationssession tenderade vara mer nöjda än de som bara fått ett konsultationstillfälle. Även depressionsgraden (enligt HAD mätt vid uppföljningen) tycks, fast i väsentligt mindre grad, påverka variansen. Då det inte förekom någon korrelation i förhållande till kriterievariabeln är det dock omöjligt att uttala sig om varför. Även när det gäller deltagarnas nöjdhet verkar alltså kort vara nog i den aktuella studien. Det kan tänkas att den snabba tillgängligheten kan bidra till den höga graden av nöjdhet, och flera av deltagarna som sökte läkare på vårdcentral hade inte förväntat sig att komma i kontakt med psykolog, utan såg psykologkonsultationen som en ”positiv överraskning”, vilket kan ha betydelse för hur nöjda de upplevde sig vara med interventionen.

Deltagarna i rådande studie var 22 män och 32 kvinnor, en relativt jämn fördelning mellan de båda könen. Studien är den första som undersöker PCBH-modellen med avseende på könsskillnader. Det förelåg i stort inga könsskillnader vare sig vad gällde psykologkonsultationens effekter, eller hur tillfredställd deltagarna var med den. Den enda skillnad man kunde se var att kvinnorna i studien kände sig mer informerade om insatsen än männen, vilket inte gav påvisbara utslag för vare sig effekter eller tillfredsställelsen med psykologkonsultationen. Resultaten ligger i linje med flera tidigare studier som undersökt könsskillnader i samband med liknande korta konsultativa KBT-interventioner (Hess, 2000; Holland, 1996; Taloyan, Alinaghizadeh & Löfvander, 2013; Watson & Nathan, 2008) medan de motsäger några andra psykiatriska studier som visar på skillnader mellan könen med avseende på effekt (Nordén, Ivarsson, Malm och Norlander, 2011; Tay, Willcocks, Chen, Jastrzab & Kohr, 2014).

Studien har flera begränsningar. En högre grad av kontroll vid datainsamlingen hade sannolikt minskat bortfallet. Tätare uppföljning med psykologkonsulterna hade troligtvis ökat deras noggrannhet och motivation vid administrationen av enkäterna direkt efter avslutad konsultation. Avsaknad av kontrollgrupp utgör ytterligare en begränsning. PCBH-modellens utformning gav små möjligheter att hitta naturliga kontrollgrupper inom de aktuella

vårdcentralerna då ingen väntelista med liknande patientgrupp fanns att tillgå. Möjligtvis hade man kunnat ta hjälp av andra vårdcentraler där PCBH-modellen ej tillämpas, vilket bedömdes vara alltför svåradministrerat för att rymmas inom ramen för den aktuella studien. Studiens deltagarunderlag var snedfördelat, då ett betydande antal av deltagarna fick en konsultationssession och endast ett fåtal fick två till fyra. Möjligen hade ett mer kontrollerat förfarande vid datainsamlingen, med avseende på fördelningen av deltagare som fått en session eller flera, gett en tydligare bild av sessionsantalets betydelse.

Sammanfattningsvis bekräftar studien PCBH-modellens användbarhet och lämplighet inom primärvården. Metoden har effekt med avseende på symtom och funktion och deltagarna är nöjda oavsett kön. För att väcka intresset för PCBH-modellen inom den svenska primärvården i stort, skulle det behövas vidare och mer omfattande studier som bekräftar ovanstående resultat. Studier skulle även kunna undersöka om modellen lämpar sig bättre för specifika problemställningar eller diagnoser. Det skulle även vara av intresse att mer ingående undersöka sessionsantalets betydelse för resultatet, utifrån hypotesen att två till fyra sessioner ger större effekt än en, på symtom och funktion. Ett annat område för vidare studier är vad i psykologkonsultationen som upplevs hjälpsamt, d.v.s. vilka egenskaper och färdigheter hos psykologkonsulten som är avgörande för upplevelsen. Ett tredje forskningsområde skulle kunna vara att studera vilka faktorer som har betydelse för bibehållen effekt över tid, t.ex. uppföljande konsultationssessioner, handlingsplan eller uppföljning hos annan medicinsk personal.

### Referenser

- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1983). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation & Program Planning, 5*, 233-237.
- Attkisson, C. C. (2012). *Administering and scoring the CSQ scales*. Mill Valley, C.A.: Tamalpais Matrix Systems LLC.
- Baldwin, S., Berkeljon, A., Atkins, D., Olsen, J., & Nielsen, S. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 203-211.
- Barkham, M., Connell, J., Miles, J., Evans, C., Stiles, W., Margison, F., et al. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160-167.
- Brown, G., & Jones, E. (2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology, 61*, 187-198.
- Bryan, C.J., Corso, M. L., Corso, K. A., Morrow, C. E., Kanzler, K. E., & Ray-Sannerud, B. (2012). Severity of mental health impairment and trajectories of improvement in an integrated primary care clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 396-403.
- Bryan, C. J., Morrow, C., & Kanzler-Appolonio, K. (2009). Impact of behavioral health consultant interventions on patient symptoms and functioning in an integrated family medicine clinic. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 281-293.
- Bryan, C., Neal-Walden, T., Corso, K., & Rudd, D. (2009). Managing suicide risk in primary care: Practice recommendations for behavioral health consultants. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 148-155.
- Cigrang, J. A., Dobmeier, A. C., Becknell, M. E., Roa-Navarrete, R. A., & Yerian, S. R. (2006). Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: Effects on patient distress and health care utilization. *Primary Care & Community Psychiatry, 11*, 121-127.
- Collins, C., Hewson, D. L., Munger, R., & Wade, T. (2010). *Evolving models of behavioral health integration in primary care*. New York, N.Y.: The Milbank Memorial Fund.

- Davis, D., Corrin-Pendry, S., & Savill, M. (2008). A follow-up study of the long-term effects of counselling in a primary care counselling psychology service. *Counselling and Psychotherapy Research* 8, 80-84.
- Edström, M. (2013). *Slutrapport. Projekt Kvalificerad snabborientering avseende psykisk ohälsa*. (Opublicerad rapport). Västra Götalandsregionen: Primärvården Fyrbodol.
- Funderburk, J., Sugarman, D., Labbe, A., Rodrigues, A., Maisto, S., & Nelson, B. (2011). Behavioral health intervention being implemented in a VA primary care system. *Journal of Clinical Psychology Med Settings*, 18, 22-29.
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M., et al. (2004). Acceptance based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gregg, J., Callaghan, G., Hayes, S., & Glenn-Lawson, J. (2007). Improving diabetes self management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Hayes, S., Brownstein, J., Zettle, R., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S., et al. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiat addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hess, A. L. (2000). The relationship between gender, lifetime number of depressive episodes, treatment type and treatment response in chronic depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 533.
- Holland, R. P. (1996). Two-session, solution-oriented therapy: A radical approach to meeting community mental health needs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56, 4582.
- Hunter, C., Goodie, J., Oordt, M., & Dobmeyer, A. (2009). *Integrated behavioral health in primary care – step-by-step guidance for assessment and intervention*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- James, L. C. (2006). Integrating clinical psychology into primary care settings. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1207-1212.
- Katon, W. (1995). Collaborative care: Patients satisfaction, outcomes, and medical cost-offset. *Family Systems Medicine, 13*, 351-365.
- Katon, W., Roy-Byrne, P., Russo, J., & Cowley, D. (2002). Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*, 1098-1104.
- Katon, W., Russo, J., Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T., et al. (2002). Longterm Effects of a Collaborative Care Intervention in Persistently Depressed Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 741-748.
- Kazdin, A. E., & Blace, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy reasearch and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 21-37.
- Kivi, M. (2008). Ny modell för primärvårdpsykologi. *Psykologtidningen, 4*, 19-21.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M., Raitasalo, R., Haaramo, P., & Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity - a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 107*, 95-106.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, A. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 225-235.
- McCracken, L., Vowles, K., & Eccelston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and revised assessment method. *Pain, 107*, 159-166.
- Molenaar, P., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R., Van, R., & Dekker, J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology, 50*, 268-282.

- Nordén, T., Ivarsson, B., Malm, U., & Norlander, T. (2011). Gender and treatment comparisons in a cohort of patients with psychiatric diagnoses. *Social Behavior and Personality, 39*, 1073-1086. doi: 10.2224/sbp.2011.39.8.1073
- Parkerson, G. R. (2002). *User's for Duke health measures*. Durham, N.C.: Dept of Community and Family Medicine Duke University Medical Center.
- Powers, M., Zum Vörde Sive Vörding, M., & Emelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73-80.
- Ray-Sannerud, B., Dolan, D., Morrow, C., Corso, K., Kanzler, K., Corso, M., et al. (2012). Longitudinal outcomes after brief behavioral health intervention in an integrated primary care clinic. *Families, Systems, & Health, 30*, 60-71.
- Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Rehabiliteringsgarantin 2012 – erfarenheter och resultat*. Stockholm: Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Robinson, P., Gould, D., & Strosahl, K. (2010). *Real behavior change in primary care – improving patient outcomes & increasing job satisfaction*. Oakland, C.A.: New Harbinger Publications, Inc.
- Robinson, P. J., & Reiter, J. T. (2007). *Behavioral consultation and primary care – a guide to integrating services*. New York, N.Y.: Springer
- Roy-Byrne, P., Katon, W., Cowley, D., & Russo, J. (2001). A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry, 58*, 869-976.
- Stein, M., Roy-Byrne, P., Craske, M., Campbell-Sils, L., Lang, A., Golinelli, D., et al. (2011). Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry 22*, 235-243.
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change – principals & practice of focused acceptance and commitment therapy*. Oakland, C.A.: New Harbinger Publications.
- Taloyan, M., Alinaghizadeh, H., & Löfvander, M. (2013). Short-term cognitive-behavioral treatment in multicultural primary care of patients with longstanding backache. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*, 371-375.



- Tay, T.G., Willcocks, A.L., Chen, J.F., Jastrzab, G., & Kohr, K.E. (2014). A descriptive longitudinal study of chronic pain outcomes and gender differences in a multidisciplinary pain management center. *Pain Studies and Treatment*, 2, 56-69.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C., Williams, J., Hunkeler, E., Harpole, L., et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting – a randomized controlled trial. *JAMA*, 288, 2836-2845.
- Watson, H. J. & Nathan, P. R. (2008). Role of gender in depressive disorder outcome for individual and group cognitive-behavioral treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1323-1337.
- Wisung, G., & Zetterqvist, K. (2009). *Brief interventions vid psykosocial ohälsa i primärvården – fokuserad klinisk beteendeanalys i primärvård*. (Opublicerad rapport). Linköping: Psykologpartners W & W.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

**Tabell 1.** Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) avseende de sex frågorna (PUP) om deltagarnas upplevelser av psykologkonsultationens validitet och ramar.

<b>Patienters Upplevelser av Psykologkonsultation (PUP)</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Hur lång tid efter att du kontaktat din vårdcentral fick du kontakt med en psykologkonsult?	2.5 5	0.91
Hur många gånger träffade du psykologkonsulten?	1.3 1	0.61
Hur informerad var du om konsultationens innebörd inför första mötet?	2.2 3	1.01
I vilken utsträckning fick du förtroende för psykologkonsulten?	3.5 4	0.60
I vilken utsträckning fick du ökad förståelse för de problem du sökte för?	3.2 3	0,71
Hur hjälpt upplever du att du blivit av psykologkonsultationen?	3.1 4	0.75

**Tabell 2.** Medelvärden (*M*) och standardavvikelse (*SD*) gällande Ångest och Depression i avseende på mättillfällen före behandling (Före), direkt efter behandling (Efter), samt vid tremånadersuppföljningen (Uppföljning).

	Ångest		Depression	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Före	10.41	5.12	7.04	4.63
Efter	9.08	4.82	6.57	4.98
Uppföljning	6.51	4.78	4.87	4.70

**Tabell 3.** Medelvärden (*M*) och standardavvikelse (*SD*) gällande Funktion; Dysfunktion och DUKE-total i avseende på mättillfällen före behandling (Före), direkt efter behandling (Efter), samt vid tremånadersuppföljningen (Uppföljning).

	<b>Funktion</b>		<b>Dysfunktion</b>		<b>DUKE-total</b>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Före	65.90	15.32	38.45	17.67	63.72	15.36
Efter	70.18	14.63	33.41	18.60	68.38	15.64
Uppföljning	72.93	16.05	30.85	18.50	71.04	16.39

**Tabell 4.** Förmågan hos en diskriminant bestående av Ångest (HAD) och Depression (HAD), Funktion (DUKE), Dysfunktion (DUKE) samt patienternas Nöjdhet med behandlingen (CSQ) att predicera grupptillhörighet. Tabellen indikerar en övergripande förmåga att predicera resultat på 85.7 % i avseende på kategorivariabeln Väntetid (inom tre dagar, inom en månad).

Väntetid	%	Predicerad grupptillhörighet	
		Inom tre dagar	Inom en månad
Inom tre dagar	100	81.3 %	18.8 %
Inom en månad	100	8.3 %	91.7 %
85.7 % of original grouped cases correctly classified			

## Bilaga 1

**Information om deltagande i studie**

Vi heter Karin Angantyr och Anna Rimner och arbetar som leg. psykologer inom primärvården i västra götalandregionen. Inom ramen för vår vidareutbildning till leg. psykoterapeuter skall vi genomföra ett vetenskapligt arbete. Vår studie kommer att utvärdera en relativt ny metod för bemötande av psykiska besvär inom primärvården, s.k. psykologkonsultation. Vi vill undersöka effekter och patienters upplevelser av konsultationen för att kunna vidareutveckla och försvenska metoden.

Undersökningen kommer att ske med hjälp av enkäter inför och efter avslutad psykologkonsultation, samt en uppföljning efter tre månader. **Vänligen fyll i enkäterna i direkt anslutning till din bokade psykologkonsultation, lägg i bifogat kuvert och lämna till psykolog alternativt i receptionen** Uppföljningsenkäten kommer att skickas hem till studiens deltagare per post. Ett medföljande frankerat svarskuvert kommer att finnas för återsändande av enkäten.

Alla patienter som erbjuds psykologkonsultation från mitten av juni t.o.m. oktober 2013 kommer att tillfrågas om deltagande i studien. Allt insamlat material kommer att hanteras konfidentiellt. Datan kommer enbart att användas för studiens syfte. Resultatredovisning kommer att ske avkodat på gruppnivå. Det kommer inte att vara möjligt att urskilja specifika individer. Efter genomförd databearbetning kommer allt insamlat material makuleras.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Undersökningen är utformad enligt psykologförbundets forskningsetiska principer.

Studieansvariga	Stenungsund 2013/06/11
Karin Angantyr, leg psykolog: <a href="mailto:karin.o.angantyr@vgregion.se">karin.o.angantyr@vgregion.se</a>	
Anna Rimner, leg psykolog: <a href="mailto:anna.rimner@ptj.se">anna.rimner@ptj.se</a>	
Annika Waser, Verksamhetschef närhälsan psykisk hälsa: <a href="mailto:annika.waser@vgregion.se">annika.waser@vgregion.se</a>	

**Informerat samtycke**

Jag bekräftar att jag har fått skriftlig information om det vetenskapliga arbetet.

Jag vet att deltagande i studien är helt frivilligt och kan avslutas när som helst utan några konsekvenser

Jag ger härmed mitt samtycke till att delta i studien

Datum:

Deltagarens underskrift: \_\_\_\_\_