



KBT i primärvården

Mattias Myrälff
Myrälff Konsultation AB
info@myralff.se
070-6036894



Primärvårdens förutsättningar



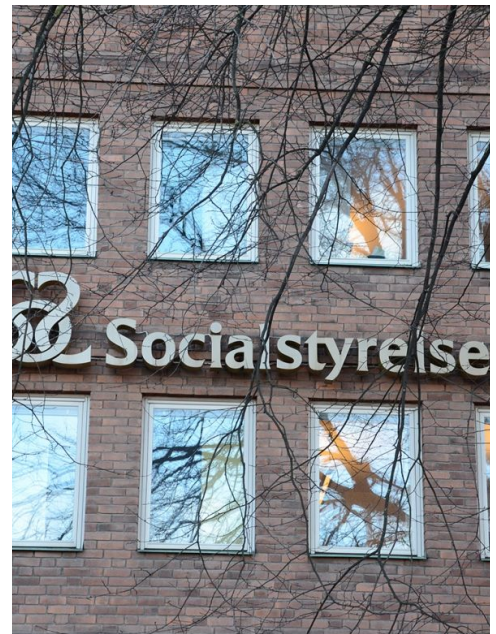
Varför är vi här idag?

Depression och ångest bör behandlas med KBT

Vid depression och ångest bör hälso- och sjukvården i många fall ge psykologisk behandling och framförallt kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT ger lika bra resultat som läkemedel både när det gäller individens symtom och möjligheterna att fungera på samma sätt som innan personen blev sjuk. Till skillnad mot läkemedelsbehandling ger KBT-behandling inte heller några biverkningar.

Även om det ser olika ut i landet finns idag inte tillräckligt med KBT-utbildad personal inom primärvården och psykiatrin. För att kunna följa Socialstyrelsens Nationella riktlinjer behövs det därför en stor och långsiktig satsning inom regioner och landsting för att patienterna ska kunna erbjudas de behandlingar som Socialstyrelsen rekommenderar.

Pressmeddelande från Socialstyrelsen 2009-03-04






Behovet är stort!

En fjärdedel av alla som söker vård i primärvården lider av psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till att söka vård

Psykisk ohälsa är idag den vanligaste bakomliggande orsaken till sjukskrivning och frånvaro från arbetsmarknaden.

Många med kroppsliga symtom har/får psykiska besvär (och tvärtom!)

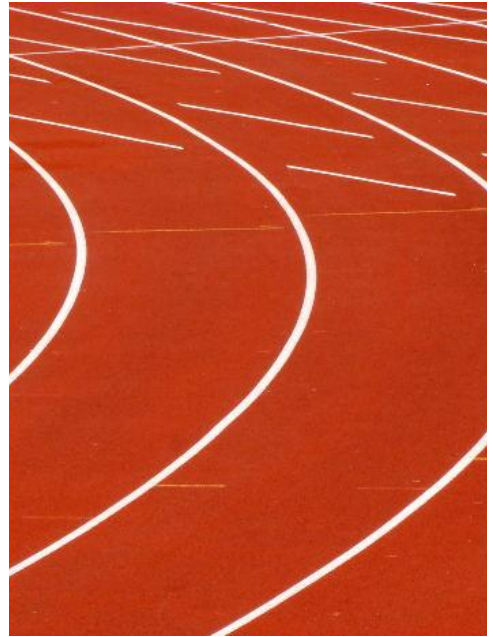


Hur fungerar arbetet med psykisk ohälsa idag?

- God arbetsmiljö?
- Hållbar ekonomi?
- Hög tillgänglighet?
- God kvalitet?

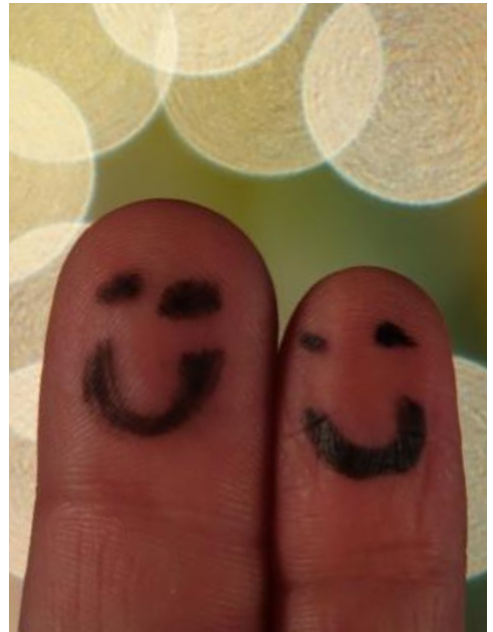
Vårt uppdrag och utmaning


- Hur kan vi jobba med evidensbaserade interventioner (KBT) och samtidigt erbjuda en hög tillgänglighet för våra patienter?
- Vilken norm ska vi ha för våra behandlingar?
- Alla i primärvården träffar denna patientgrupp, kanske behöver vi hitta sätt för alla att arbeta med detta problem?
- Ska vårt mål vara att bota alla eller "endast" göra patienterna "körbara"



Vilken hjälp vill patienter ha?

- I en naturalistisk studie med 9000 terapipatienter var det vanligaste antalet besök ett. (Brown & Jones , 2004)
- Klienter söker behandling när deras psykiska lidande är stort och sluta komma när de mår bättre, för de flesta sker detta inom fem besök. (Brown & Jones , 2004)
- Klienters motiv till att söka terapi är emotionell trygghet samt praktisk problemlösning.
- 30 till 40 procent hoppar av behandlingen utan att rådfråga sin terapeut. (Talmon, 1990. Olfson et. al., 2009)





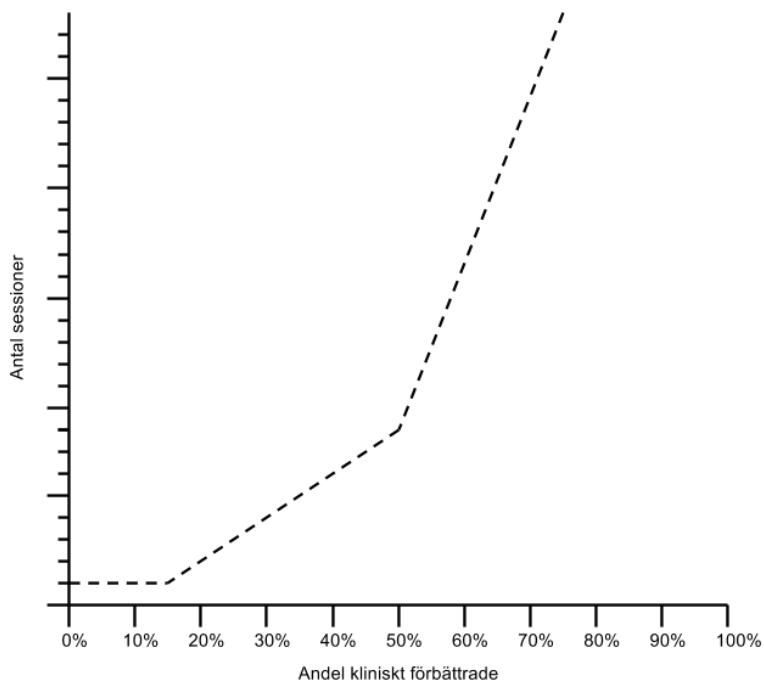
Hur snabbt svara patienter på psykologisk behandling?

- 15% får kliniska förbättringar innan första sessionen
- 50% av den totala behandlingseffekten uppnås inom 8 sessioner
- 75% av den totala behandlingseffekten uppnås på 26 sessioner

(Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986)

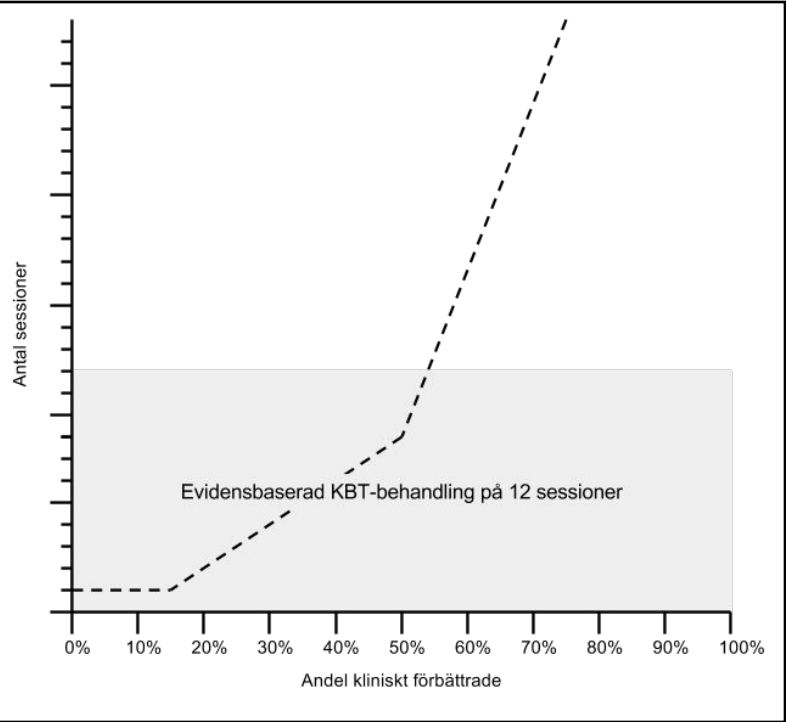


Sambandet mellan antalet sessioner och andel kliniskt förbättrade

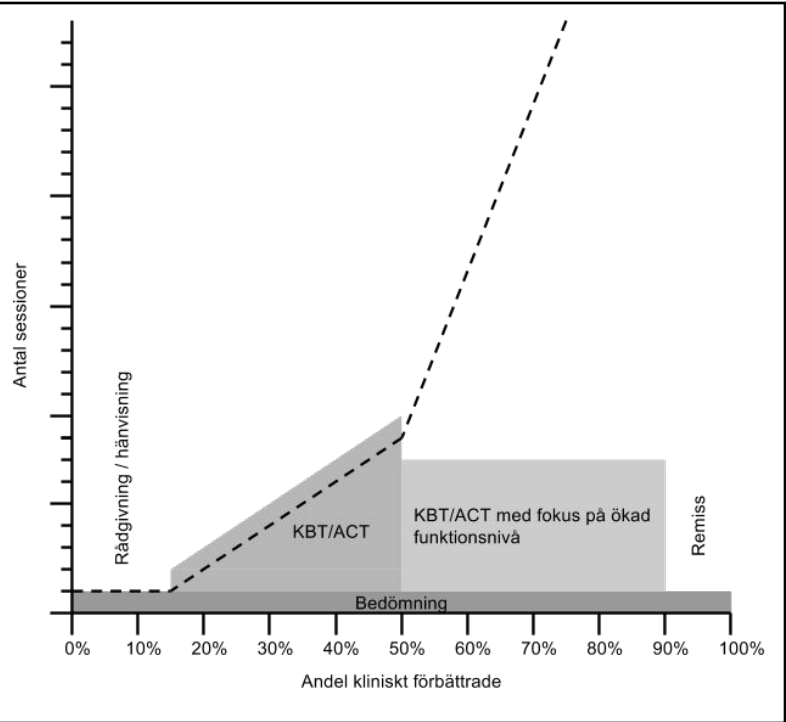




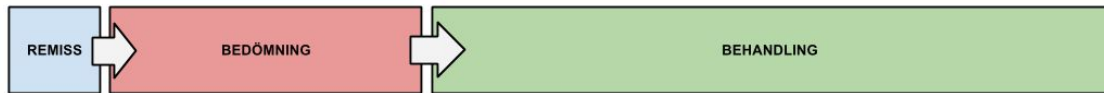
“Vanlig” KBT



Primärvårds- anpassad KBT



Bedömning, behandling eller både och?



Realistiska behandlingsmål...

Målet är inte att ro alla patienter i land, utan enbart att lära patienterna att ro...

- Thomas Gustavsson, Human ACT



Slutsatser



- En snabb första tid är viktig!
- Låt behandlingen börjar direkt
- Arbeta som en detektiv och prova hypoteser
- Behandla varje session som den sista och fokusera på att uppnå
- Arbeta med realistiska behandlingmål

Vad skulle hända om vi “primärvårdsanpassade” psykologisk behandling?

- Kortare och fler sessioner
- Korta behandlingstider
- Öppen tidbok
- Drop-in och jour
- Samarbete och integrerade behandlingar

Målet är att alla patienter med behov av förändringsarbete ska få träffa en behandlare i direkt anslutning till sitt besök på VC



Samma mål olika vägar?

Ökad tillgänglighet och bra utfall!

100 %
konsult

100 %
terapeut



100 %
Rådgivning

Primärvårds-
anpassad
KBT

100 %
Terapi

Kärt barn har många namn...

“5 gånger KBT”

Brief intervention

Fokuserad ACT

Fokuserad KBT

Counseling

Kurators drop-in

Psykologisk rådgivning

Integrerad beteendehälsa

...



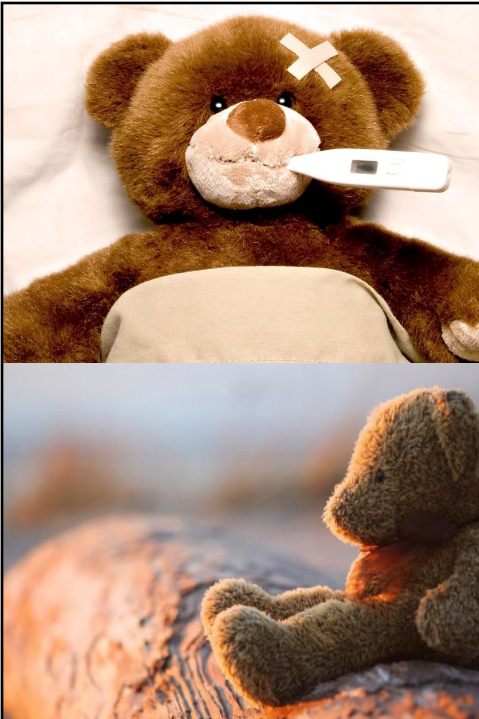
**Primärvårds-
anpassning
går att göra
på flera
nivåer**

Behandlarfaktorer

1. Frekvens och duration på behandling
2. Samtalsmetod

Vårdcentralfaktorer

3. Patientflöde
4. Integrering/samarbete



**Hur kan vi förstå
psykisk ohälsa?**

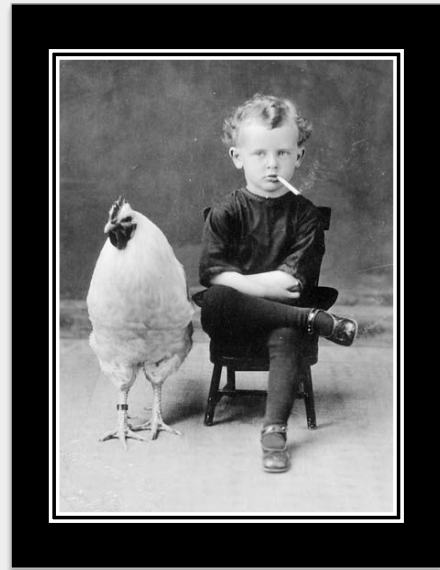


Varför blir det så här?



**Inlärda beteenden
kan skapa
problem...**

Kort och långsiktiga konsekvenser...



Vissa upplevelser vill vi undvika...



Funktionell kontextualism

“Beteenden är varken bra eller dåliga utan endast mer eller mindre hjälpsamma utifrån den situation som en person befinner sig i...”

- Steven Hayes, fritt översatt



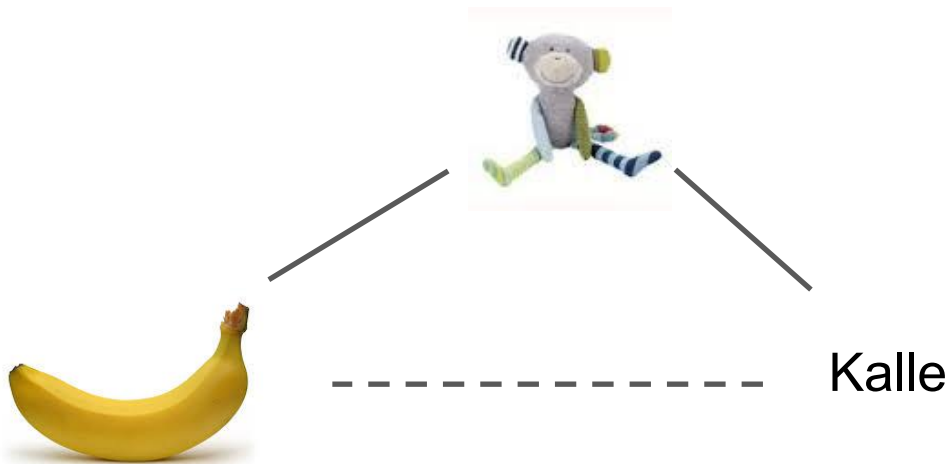
**Vårt mänskliga
språk kan skapa
problem...**





Ett hundexempel

Relational Frame Theory

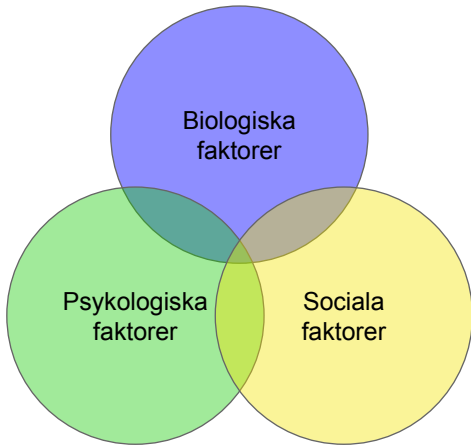




Språket hjälper oss lösa problem i
vår yttre värld

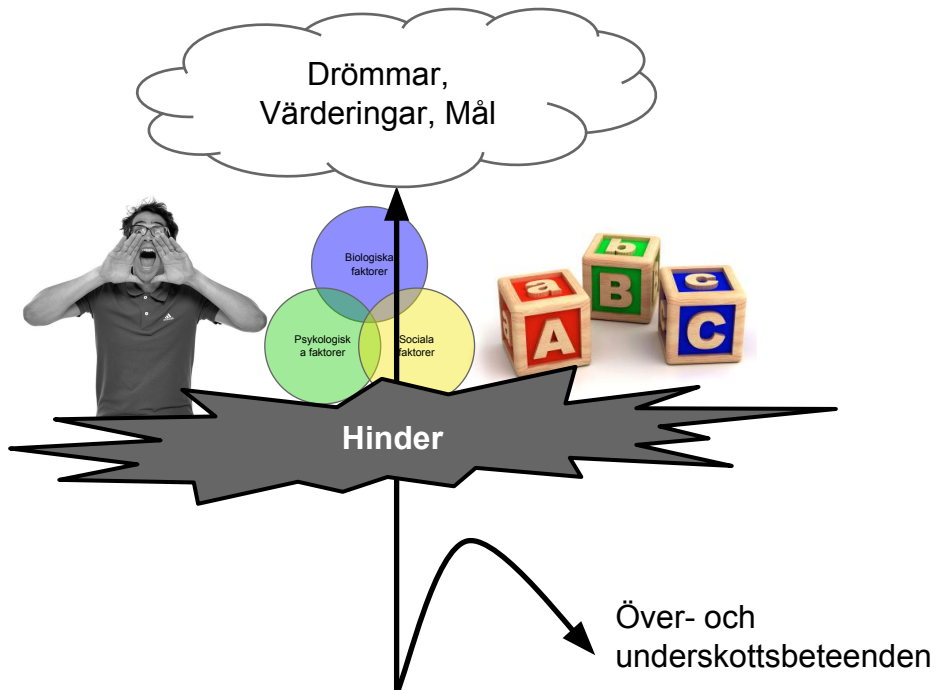
Men kan skapa
problem i vår inre
värld...





Bio-psyko-social modell

Biologiska och sociala faktorer kan skapa problem...

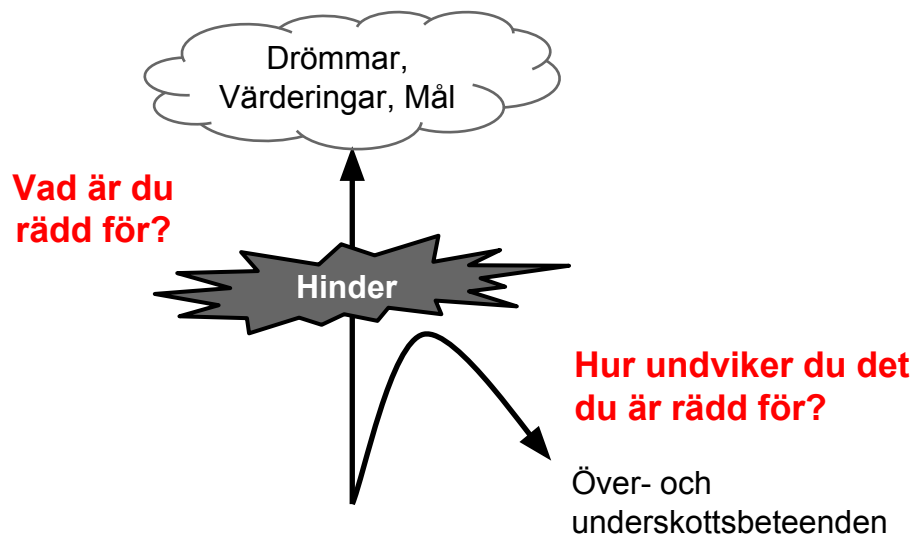


Tänk funktionellt



1. **Vad vill patienten?**
 - *Mål?*
 - *Värderingar?*
2. **Vad hindrar patienten?**
 - *Ohjälpsamma tankar?*
 - *Ovälkomna känslor?*
 - *Obehagliga kroppsreaktioner?*
3. **Vilka ohjälpsamma copingstrategier använder patienten?**
 - *Över- och underskotts beteenden?*
 - *Undvikande beteenden?*
 - *Säkerhets beteenden?*

Vad vill du?



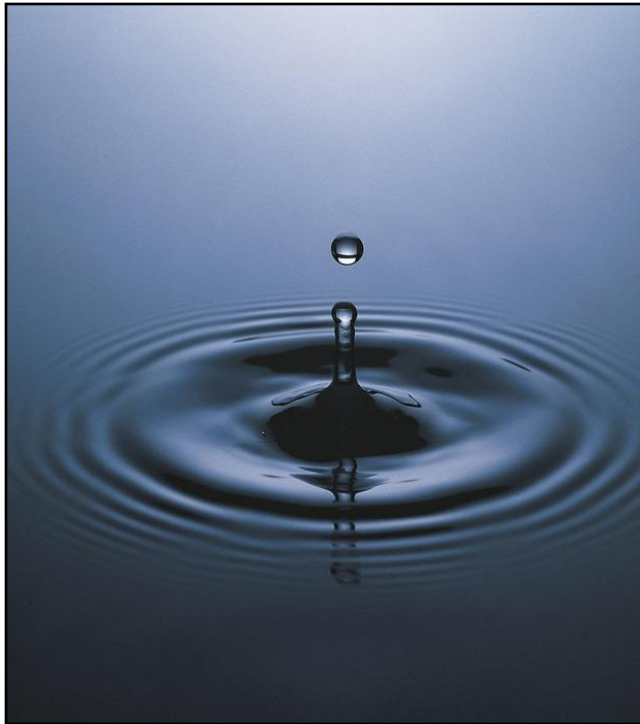
Fokuserade frågor

- *Vad hoppas du få ut av det här?*
- *Vad har du prövat för att hantera problemet?*
- *Hur har det fungerat?*
- *Vad har det kostat dig?*



Vad är hindret?





Målet är att..

... öka patientens förutsättningar att komma i kontakt med naturliga konsekvenser och ta steg i värderad riktning!

... hitta små förändringar som patienten är intresserad av att arbeta med som kan ge ringar på vatten

... börja förändringsarbetet direkt och hela tiden låta patienten ansvara för sin behandling!

Ett nybesök i 5 steg

Fas

Mål med fasen

1. Introduktion

2. Kontextuell analys

3. Funktionell analys

4. Beteendeplan

5. Avsluta

oredigerad
problemhistoria

Rama in problem

Undersök kontext (normalisera symtom)

Undersök problem (validera, tydliggör funktion)

Sammanfatta/Beteendeklass/specifik uppgift

Utvärdera och förankra



Agenda

1. Introduktion och ramar
2. Undersöka kontextuella faktorer
3. Funktionell analys av problemet
4. Plan för beteendeförändring
5. Utvärdera och avsluta



Förberedelser

- Patient bokas direkt i tidboken
- Realistiska förväntningar är jätteviktigt!
- Ej för lång väntetid



1. Introduktion och ramar



En bra start...

- Hämta patienten (det första intrycket!)
- Hälsa välkommen
- Sätta mål och ramar för sessionen
- Fokus på beteendeförändring?
- Kanske bara träffas en gång?



Hej, jag heter Mattias Myrälff och arbetar som psykolog här på vårdcentralen (**namn och profession**).

Idag är här vi 30 minuter på oss (**ramar**), och det mål jag tänker mig med dagens samtal är att vi tillsammans ska ta reda på hur vi här på vårdcentralen kan hjälpa dig! Så när du går härifrån idag har du förhoppningsvis med dig en plan för hur det här kan gå till (**mål**).

Hur låter det?



Rama in problemet

- Kan du kort beskriva anledningen till att du söker hjälp här idag?
- Kan du med några meningar beskriva det problem du vill ha hjälp med?
- Utifrån vad din läkares berättade söker du hjälp här idag för sömnproblem, stämmer det?

Målet är att få "en rubrik" på problemet, inte lyssna på patientens problemhistoria!



Problem med problem...

- Min läkare tyckte att jag borde gå hit!
- Jag vill ha KBT, det ska jag ha hört är bra!
- Jag vet inte riktigt varför jag är här...
- Jag mår dåligt...

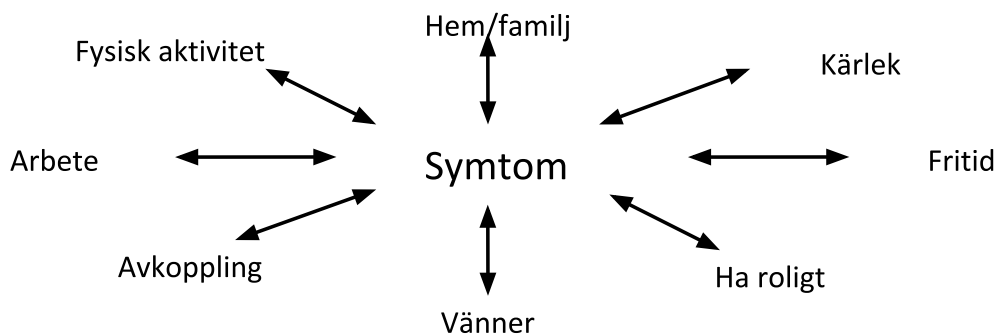
Viktigt att förtydliga vad som är problemet!



2. Undersök kontextuella faktorer



Symtom och kontext påverkar varandra



- Undvikandebeteenden - både i rummet och utanför
- Regelstyrda beteenden
- Vad som är viktigt för patienten = när det "glimmar" till...

Undersök kontexten



Livssituation:

- Familj/vänner?
- Arbete/sysselsättning?
- Fritid/intressen?

Levnadsvanor:

- Hälsa?
- Matvanor?
- Tobak?
- Alkohol och droger?
- Sömn?

Övrigt:

- Våga fråga om våld!

Love - exempelfrågor

- Var bor du just nu?
- Bor du ensam eller tillsammans med någon?
- Hur länge har du bott där?
- Trivs du hemma?
- Hur ser det ut hemma?



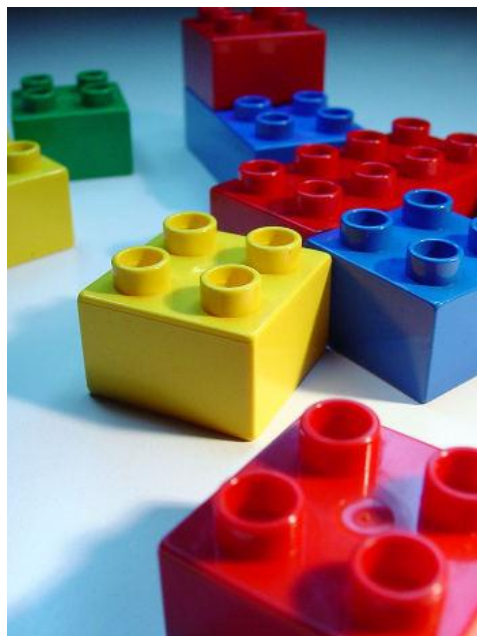
Work - exempelfrågor

- Vad arbetar du med?
- Arbetar du eller studerar du?
- Hur trivs du på jobbet/studierna?
- Hur är det att söka jobb?



Play - exempelfrågor

- Vad gör du på din fritid?
- Vad gör du när du vill vara social?
- Vad gör du när du verkligen vill slappna av?
- När du vill ha riktigt roligt, vad gör du då?
- När du vill göra något meningsfullt på din fritid, vad gör du då?
- Innan allt det här hände, vad brukade du göra då?



Health - exempel frågor

- Tränar du någonting?
- Får du någon vardagsmotion?
- Är du nöjd med dina matvanor?
- Röker du?
- Alkohol?
- Andra droger?
- Har du någon gång blivit utsatt för våld?



Leta efter **undvikandebeteenden**
(både i rummet och utanför)

Leta efter **regelstyrda beteenden!**

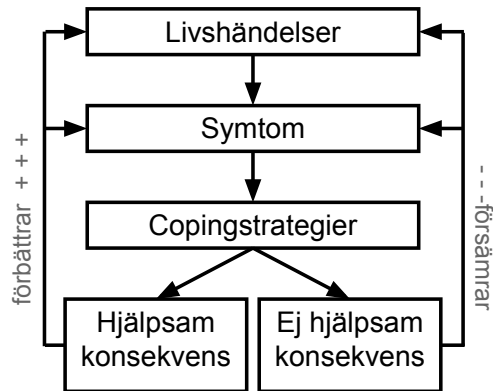
Leta efter när **det "glimmar" till!**



3. Funktionell analys av problem



En översiktlig modell



Undersök problemet

Uppkomst:

- När började du uppleva det här problemet?

Utveckling:

- Hur har problemet utvecklats över tid?
- Bättre och sämre perioder?
- Snabb eller gradvis utveckling?
- Frekvens, intensitet, duration?

Utlösare:

- Vad utlöste problemet från början?
- Vad utlöser problemet idag?

(Kallas även 3T Time, Trigger, Trajectory)



Hur påverkar problemet kontexten?

Love:

Konflikter eller minskat deltagande?

Work:


Långsammare tempo, frånvaro, sämre prestation?

Play:

Minskat intresse för fritidsintressen och socialt liv?

Health:

Minskad frekvens och duration av fysisk aktivitet, sämre matvanor, rökning, alkohol, droger etc..



Varför uppstår symtom?

“Vad är det som gör att just det här är ett problem för just den här personen?”

Ny livssituation eller stressor

- Slutar med fungerande copingstrategi
- Fortsätter med gammal copingstrategi
- Saknar fungerande copingstrategi

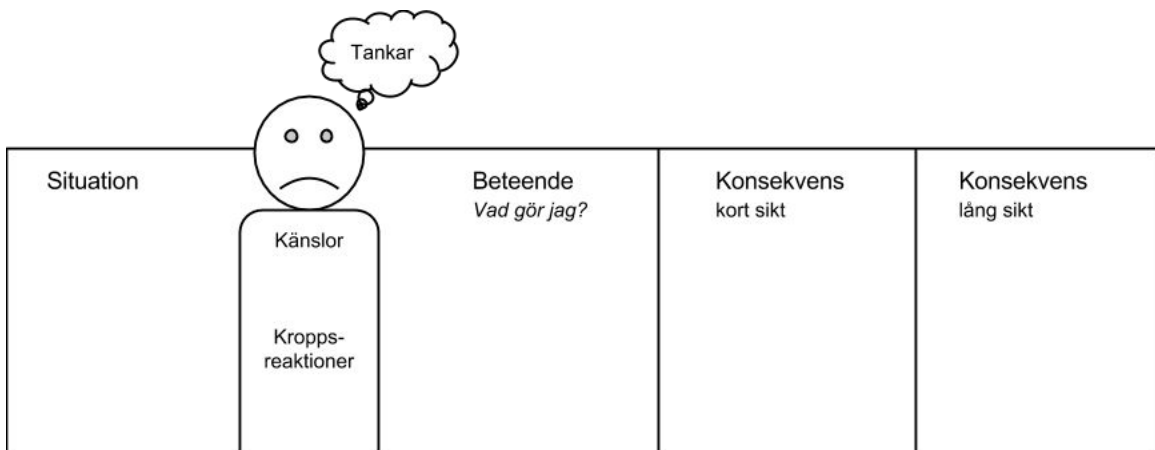
-

Fokuserade frågor

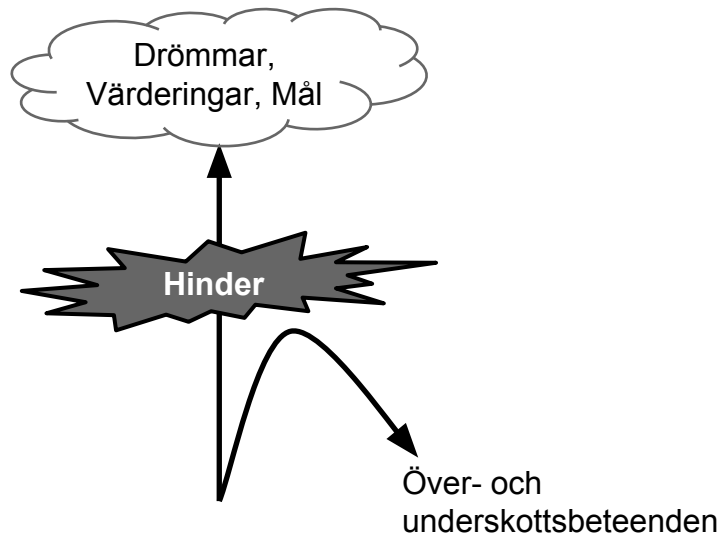
- Vad hoppas du få ut av det här?
- Vad har du prövat för att hantera problemet?
- Hur har det fungerat?
- Vad har det kostat dig?



SORK



Livslinjen



Fyrfältare

		Funktionalitet	
		Fungerar inte	Fungerar
Beteende	Yttre		
	Inre		

Tänk funktionellt



1. **Vad vill patienten?**
 - *Mål?*
 - *Värderingar?*
2. **Vad hindrar patienten?**
 - *Ohjälpsamma tankar?*
 - *Ovälkomna känslor?*
 - *Obehagliga kroppsreaktioner?*
3. **Vilka ohjälpsamma copingstrategier använder patienten?**
 - *Över- och underskotts beteenden?*
 - *Undvikande beteenden?*
 - *Säkerhets beteenden?*

Kom ihåg..

...att lyssna efter patientens styrkor och andra faktorer som kan hjälpa patienten klara av förändringsarbetet!



4. Skapa plan för beteendeförändring



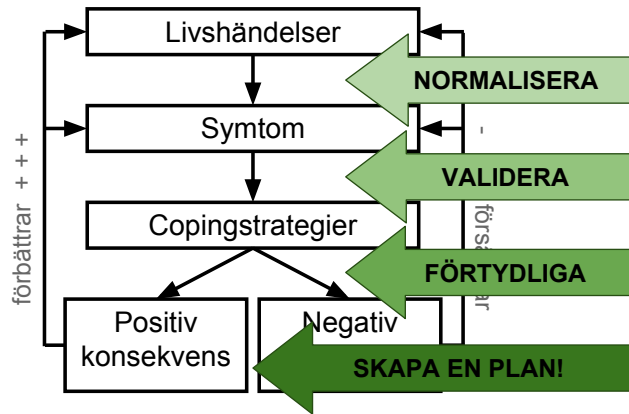
Målet är nyinramning (reframing)

Målet är att hjälpa patienten byta referensram och se sina problem på ett nytt sätt!

Nyinramningen är något som uppkommer när vi normaliserar symtom och validerar och tydliggör funktionen av copingstrategier.



En översiktlig modell



Normalisera



- Normalisera symtombild utifrån utlösande faktorer
- Normalisering är det första steget att minska "kontrollagendan"

Validera



- V1. Lyssna och uppmärksamma, t.ex. genom ögonkontakt.
- V2. Summera, spegla, återge, stämma av.
- V3. Läsa av. Förmedla förståelse för det utsagda, använda känslighet och gissningar.
- V4. Bekräfta och göra begripligt utifrån historia.
- V5. Bekräfta och göra begripligt utifrån nuvarande situation.
- V6. Behandla den andre som en jämlik och sann person.
- V7. Att förmedla ömsesidig sårbarhet utan att förlora fokus på den andre.

Glöm inte bort att man också kan validera genom handling!

Förtydiga funktionen



- Problematisera copingstrategiers långsiktiga effekt på symtom
- Peka på viktiga livsområden som försumrats
- Motivera och engagera

Skapa en plan!



- Välj ett eller flera beteenden att förändra som kan ge dominoeffekt och ladda upp dem (öka livet eller bättre coping)
- Skapa motivation och åtagande

5. Utvärdera och avsluta



Behandlingsramar



- Hör av dig på nytt...



- Behöver du komma tillbaka...



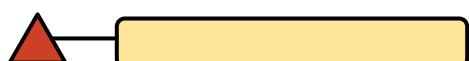
- Vill du komma tillbaka...



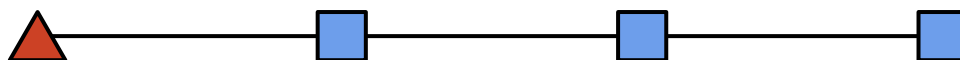
- Vi bokar in tre samtal... (och det är din behandling)



- Vi bokar in tre samtal och sen utvärderar vi...



- Vi har en grupp som du skulle passa i...



- Vi bokar tre samtal nu i vår och tre till hösten...

Bestäm uppföljning



- Ska vi boka in en ny tid nästa vecka?
- När vill du komma tillbaka?
- Vill du komma tillbaka? Hur lång tid skulle du behöva för att göra detta?
- Ring mig om en vecka!
- Behöver du komma tillbaka?
- Hör av dig vid behov eller kom till vår drop-in...

Utvärdera 1

- På en skala 1 till 10, hur säker är du på att du kommer att kunna genomföra din beteendeplan?
- På en skala 1 till 10, hur hjälpsamt har det varit att komma hit idag?



Utvärdera 2

ORS - Outcome Rating Scale

SRS - Session Rating Scale

GSRS - Group Session Rating Scale





Några tips

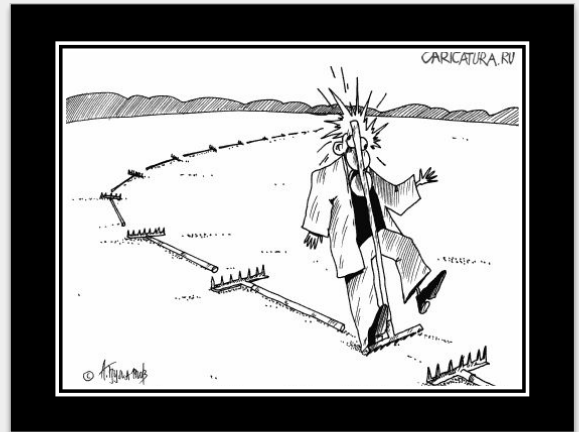
Hur förändras beteenden?

1. Direkta erfarenheter
→ Konsekvensstyrda beteenden
2. Verbala regler
→ Regelstyrda beteenden



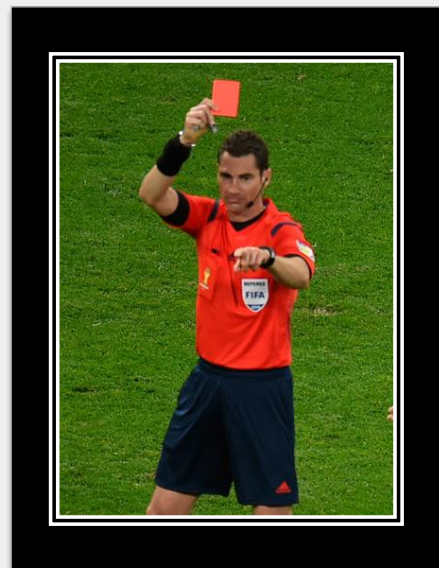
Konsekvensstyrda beteenden

Förstärkning, försvagning och utsläckning



Regelstyrda beteenden

1. Pliance
2. Tracking
3. Augmenting



Pliance (följsamhet)

... är när vi följer en verbal regler som historiskt haft sociala konsekvenser! Genom att följa regeln gör vi andra glada.

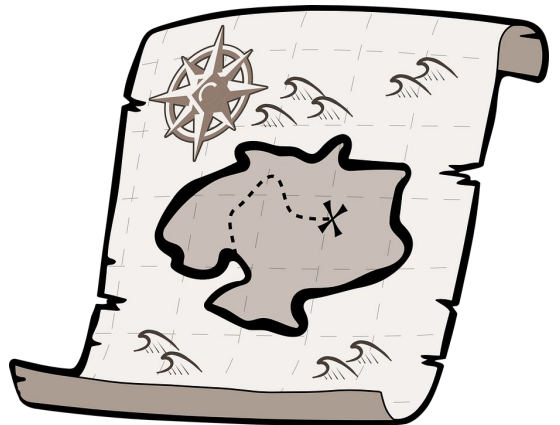
- *En sked för pappa...*
- *Gör som doktorn säger och ta din medicin!*



Tracking

... är regelstyrda beteenden som styrs av erfarenheten att följandet av regler brukar leder till naturliga konsekvenser.

- *Om du tittar längst in i mammas garderob hittar du godisgömmen!*
- *Om du stannar kvar på bussen så kommer du upptäcka att din ångest minskar!*



Augmenting

... är regler som påverkar vilka händelser som fungerar som en konsekvens

- *Å vad gott det skulle vara med en kaffe... (Motivative augmental)*
- *Man kan nästan säga att en panikattack är som ett falsklarm! (Formative augmental)*



Olika nivåer av hemuppgifter



Vad är problemet?



Vilken hjälp vill patienten ha?



**Vilket mål har
patienten med att
gå i behandling?**



**Vilka kaninhål
finns längs
vägen?**



**Är det möjligt att
behandla?**

Rent och smutsigt lidande

Rent obehag är smärtan vid ett migränanfall.
Smutsigt obehag är alla negativa tankar, känslor
och beteenden som blir associerade med
migränanfallet.



Kontroll kan skapa
problem...
(om vi försöker
kontrollera sånt som
inte går att kontrollera!)



**Är patienten
tillräckligt
motiverad?**



**Öka underskott
eller minska
överskott?**

Tre strategier

- Specifika beteenden
- Breda beteendeklasser
- Beteenden i rummet



Specifika beteenden

- ABC
- SORK



Breda beteendeklasser

Exempel på verktyg:

- Två pilar
- ACT matrisen
- Vill, måste, undvika
- Livslinjen



Beteenden i rummet

- “NUA”
- Funktionell analys av patientens beteenden i behandlingsrummet

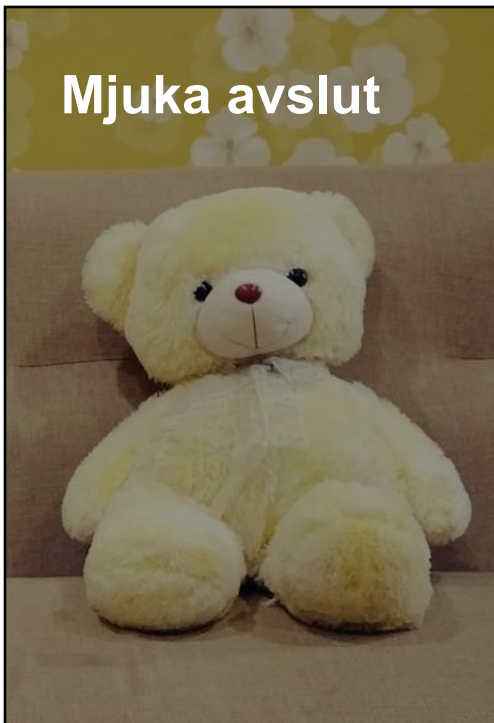


**Mjuka och
hårda avslut**



... är när ramen som är uppsatt för insatsen "krockar" med insatsens utformning.

- Hårda avslut av en session är när du som behandlare tvingas göra ett abrupt avslut för att tiden är slut eller när sessionen drar över tiden.
- Hårda avslut på en behandling är när patienten (och kanske även du som behandlare) önskar fortsätta behandlingen men när ni av olika anledningar ändå behöver avsluta behandlingskontakten.



...är när insatsens utformning passar den insatsens "ram".

- ➔ Ett mjukt avslut på en session är när både patienten och du som behandlare upplever att ni är klara med det ni ska göra när sessionen är slut - och det därför blir ett naturligt avslut på sessionen.
- ➔ Ett mjukt avslut på en behandling är när både patienten och du som behandlare är överens om att det är dags att avsluta behandlingskontakten när antalet behandlingstillfällen är slut.



Samtals- färdigheter för mjuka avslut av en session

- Ge patienten realistiska förväntningar inför sessionen
- Ge en tydlig introduktion om målet och ramen för sessionen
- Avgränsa och förtydliga vad patienten önskar hjälp med
- Normalisera symtom
- Validera
- Sammanfatta samtalet för att gå vidare
- Ställ frågor där svarets omfattning är tydligt
- Aldrig ta ansvaret från patienten!



Samtals- färdigheter för mjuka avslut av en behandling

- Ge patienten realistiska förväntningar inför behandlingen
- Ge en tydlig introduktion om målet och ramen för behandlingen
- Avgränsa och förtydliga vad patienten önskar hjälp med
- Normalisera symtom
- Validera strategier
- Visa på framsteg och sätt patientens framsteg i relation till problemet
- Aldrig ta ansvaret från patienten!

Vanliga fallgropar

- ❑ Ta för mycket anamnes!
- ❑ Stanna vid patientens “oredigerade” problemhistoria
- ❑ Fastna i “kaninhål”
- ❑ Psykiatisering av problem (och patient)
- ❑ Erbjud behandlingar som patienten inte önskar



Återkoppling till “uppdragsgivare”

Försök att ge verbal feedback, gärna samma dag!

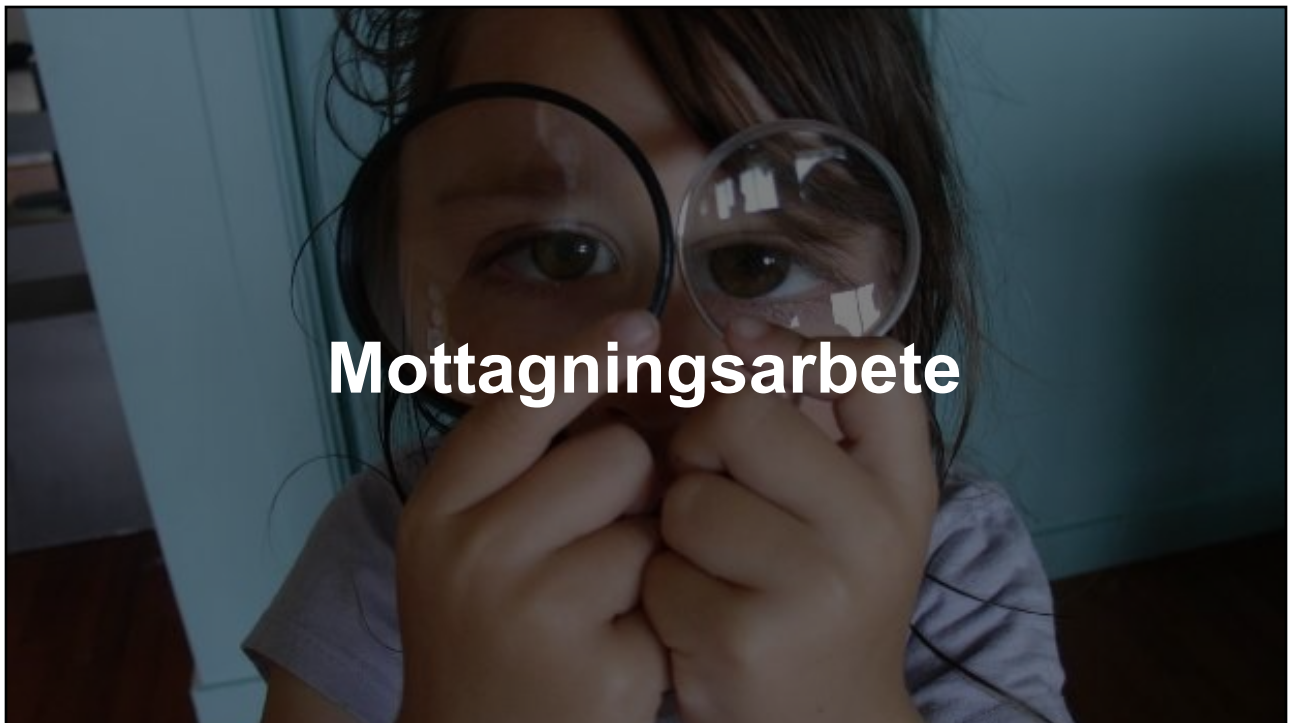
- ❑ Beskriv problemet och din funktionella analys
- ❑ Presentera planen för beteendeförändring
- ❑ Beskriv vad du ska göra
- ❑ Ge rekommendationer om hur “uppdragsgivaren” kan stötta planen
- ❑ Bestäm tidsplan för uppföljning och utvärdering av interventionen





Uppföljningssamtal

- Uppföljning av förändringsplanen
- Problemlös runt hinder
- Förstärk alla försök till beteendeförändring
- Normalisera misslyckanden
- Avsluta om målen är uppnådda
- Håll dörren öppen för snabb konsultation



Mottagningsarbete

30-minuters fokuserat nybesök

Välkommen, sätta ramar	ca 2 min
Livssituation, fokus på underskotts beteenden	ca 8 min
Levnadsvanor	ca 2 min
Genomgång av skattningsskalor och röda flaggor	ca 3 min
Funktionell analys	ca 5 min
Rational och hemuppgift	ca 4 min
Avslutning och utvärdering	ca 1 min

15-minuters "sorterande" nybesök

Överlämning genom SBAR, sätta ramar	ca 2 min
Livssituation, fokus på underskotts beteenden	ca 3 min
Levnadsvanor inkl. exklusionskriterium	ca 2 min
Funktionell analys	ca 3 min
Behandlingsrekommendation	ca 4 min
Avslut	ca 1 min

Vad måste vi veta?

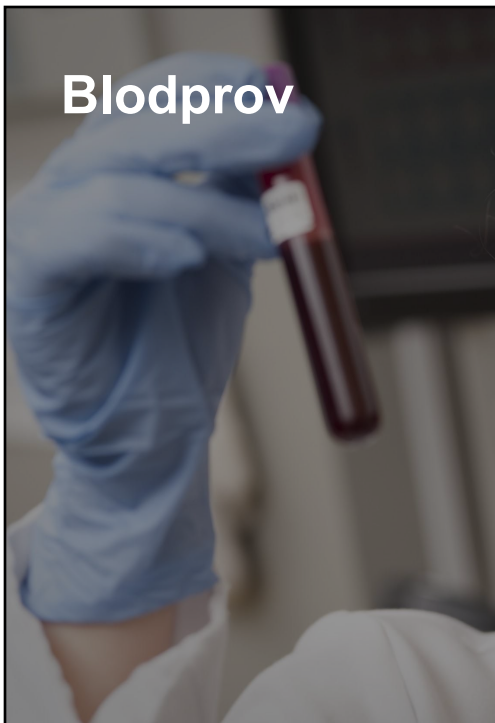
- Om patient är suicidal
- Om patient har pågående missbruk
- Om patient är utsatt för våld
- Om det finns röda flaggor, dvs misstanke om somatiska orsaker till symtom
- Om patienten har barn som far illa

OBS: Detta är ingen exklusion för behandling men något vi behöver veta!



Blodprov

- Thyristatus (TSH, T4, T3)
- Blodstatus (Flera prover)
- P-glukos?
- ALAT?
- Krea?
- Kobalamin?
- Kalcium?
- Ferritin?
- CDT och PEth?





Vad vill vi veta?

Okänd patient

- Mer bakgrund
- Levnadsvanor

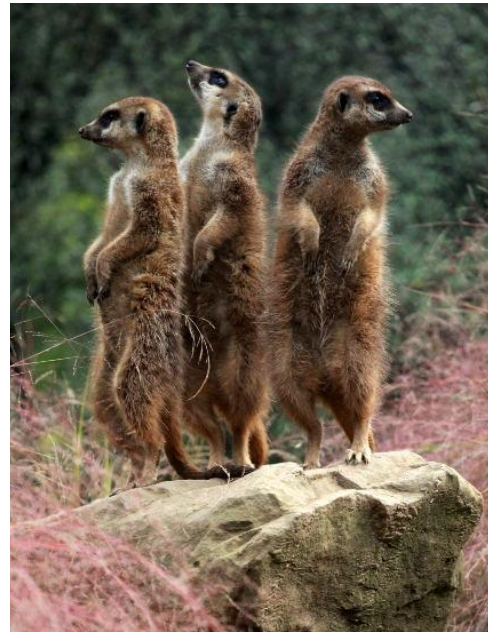
Ej träffat läkare

- Röda flaggor
- Diagnos
- Önskemål om medicin eller sjukskrivning?

Vad måste vi veta?

- Om patient är suicidal
- Om patient har pågående missbruk
- Om patient är utsatt för våld (eller utsätter andra för våld)
- Om det finns röda flaggor, dvs misstanke om somatiska orsaker till symtom
- Om patienten har barn som far illa

OBS: Detta är ingen exklusion för behandling men något vi behöver veta innan vi går vidare!



Diagnostisering

Sätt att kommunicera

Användbart vid insamling av statistik

Öppnar dörrar

Problem med symtomdiagnos

Vem får ställa diagnos?



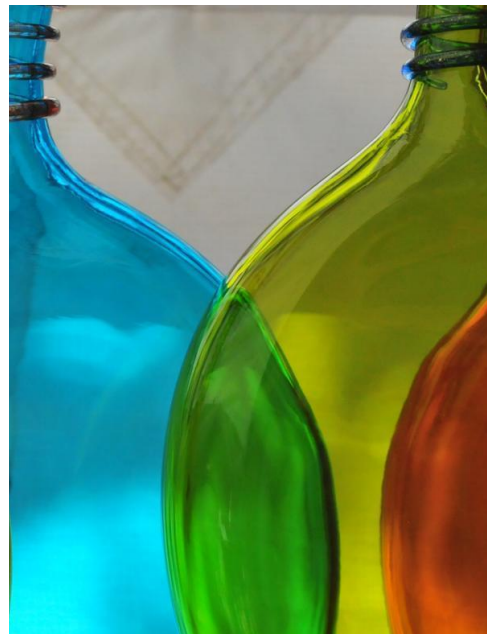
Differentialdiagnostik

Depression kan vara...

- Utmattningssyndrom (KEDS + MADRS)
- Biopolär sjukdom (MINI fråga)
- Hypotyreos (Provtagning)

Sömnpromblem kan vara...

- Sömnapné



De 6 vanligaste diagnoserna

- F329 Depressiv episod, ospecificerad
- F339 Recidiverande depression, ospecificerad
- F412 Blandade ångest- och depressionstillstånd
- F419 Ångeststillstånd, ospecificerat
- F439 Reaktion på svår stress, ospecificerad
- F519 Icke organisk sömnstörning, ospecificerad



Några fler vanliga diagnoser

- F400 Agorafobi
- F401 Social fobi
- F402 Specifika fobier
- F409 Fobi, ospecificerad
- F410 Paniksyndrom
- F411 Generaliserat ångestsyndrom
- F430 Akut stressreaktion
- F431 Posttraumatiskt stressyndrom
- F438A Utmattningsyndrom



Röda flaggor...

... är symtom som behöver bedömas av läkare



Feedback och återkoppling

- Läsa journal/vidimera anteckning?
- Remissvar?
- Chatt?
- Knacka dörr?
- Teamkonferenser?
- Andra sätt?



Konsultationer och teamarbete

- Utföra avgränsade "uppdrag" åt varandra på konsultbasis
- Dubbelbedömningar och saxning
- Spontana team (ev tillsammans med patienten)
- Öppna grupper



Sjukskrivning

- Vad vill läkare veta?
(Diagnos/Symtombild, Funktionsnedsättning, Aktivitetsbegränsning)
- Vad önskar/behöver patienten?
- Vad skulle bli bättre/sämre med sjukskrivning?
- Rekommendation från försäkringsmedicinskt beslutsstöd?
- Samsyn är viktigt - lova inget!



Medicininsättning/ utsättning

- Vad vill läkare veta?
- Vad önskar patienten?
- Har patienten använd läkemedel tidigare?
- Finns en tidigare behandlingsplan?
- Vad säger riktlinjerna?
- Prata med dina läkarkolleger!



**Övning - Hur kan vi
hjälpa varandra?**





Primärvårdsanpassade behandlingar

Hälsosyn

Biomedicinsk inriktning:

“Hälsa är frånvaro av symtom och sjukdom”

Humanistisk inriktning:

“Hälsa är att individen trivs och mår bra, kan leva ett meningsfullt liv och uppnå sina mål”



Behandlingsmål och avslutningskriterier

Behandlingsramar



- Hör av dig på nytt...



- Behöver du komma tillbaka...



- Vill du komma tillbaka...



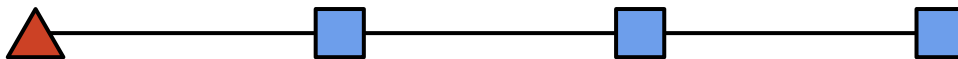
- Vi bokar in tre samtal... (och det är din behandling)



- Vi bokar in tre samtal och sen utvärderar vi...

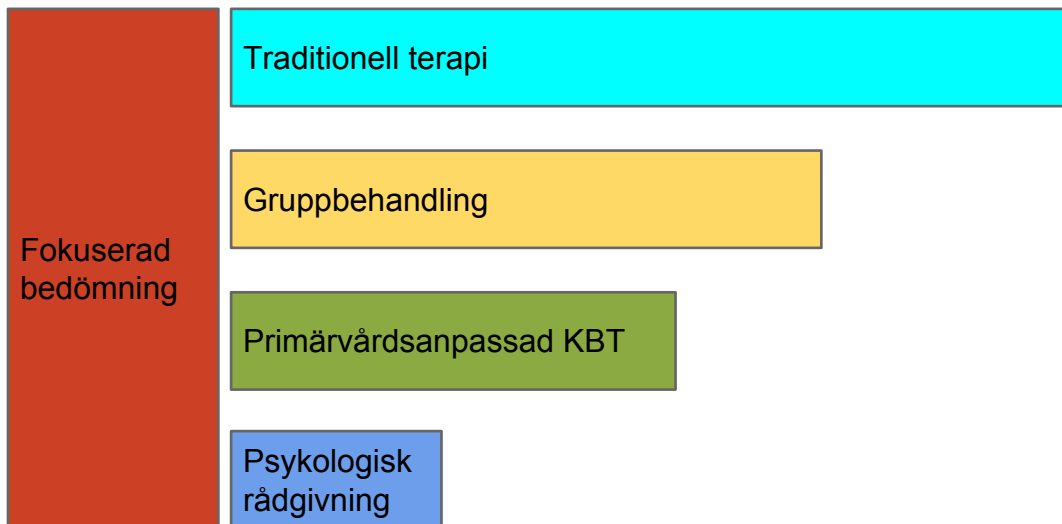


- Vi har en grupp som du skulle passa i...

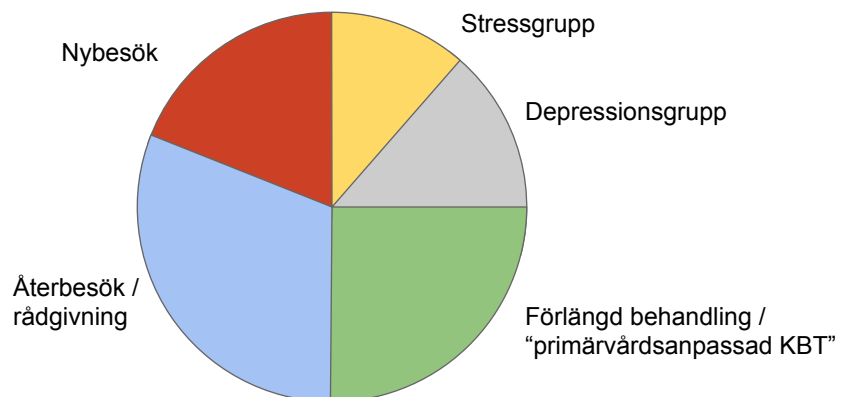


- Vi bokar tre samtal nu i vår och tre till hösten...

Beslutsträd



Tidsplanering 20h klinisk tid / vecka





Dragspelseffekten



Brandkårschema



Snabbspår med “minimanualer”



Minimanual - Panikattacker

Session 1: Sant/falskt alarm, ångestkurva och rational för exponering samt introceptiv exponering

HU: Läsa självhjälpsbok / handouts, introceptiv exponering, registrering

Session 2: Följa upp exponering, planera in-vivo exponering

HU: In-vivo exponering

Session 3: Uppföljning och vidmakthållandeplan



Minimanual - Sömnpöblem

Session 1: Sömnhygien och stimuluskontroll

HU: sömndagbok, läsa självhjälpsbok, ev. avslappning

Session 2: Rational för sömnsrestriktion

HU: Sömnrestriktion, fortsatt sömndagbok. Hitta lämpliga stresshanteringsbeteenden.

Session 3: Uppföljning och vidmakthållandeplan



Minimanual - Depression

Session 1: Rational för BA, aktivitetsschema, rött och grönt

HU: Aktivitetsschema, läsa självhjälpsbok / handout

Session 2: Göra meny av "gröna beteenden", introducera TRAP/TRAC på "röda beteenden"

HU: Planera in "gröna beteenden"

Session 3: Uppföljning och vidmakthållandeplan



Minimanual - Stress

Session 1: Psykoedukation om stress, pauser och plusaktiviteter, vad är viktigt?

HU: Beteendebalansering, läsa 1177.se, handout

Session 2: Prioritera och planera, öva problemlösning och vid behov öva kommunikationsfärdigheter.

HU: Fortsätt skapa balans i livet.

Session 3: Uppföljning och vidmakthållandeplan



Minimanual - Ångest

Session 1: Psykoedukation om ångestkurvan och undvikandebeteenden/ säkerhetsbeteenden, funktionell analys med SORK

HU: Beteendexperiment, SORK, läsa 1177.se om ångest

Session 2: SORK, skapa ångesthierki och planera en första exponering.

HU: In-vivo exponering.

Session 3: Uppföljning och vidmakthållandeplan

Minimanual - Oro



Session 1: Psykoedukation om oro.
Tröstetankar.

HU: Orosdagbok + avslappning.

Session 2: Diskriminera mellan lösbara och ickelösbara problem. Jobba med problemlösning, orostid och orosfri tid.

HU: Responsprev på orosbeteenden + orostid

Session 3: Uppföljning, ex exponering för för stimuli som undviks (inre och yttre) samt vidmakthållandeplan



Öppna grupper

Varför kan det vara svårt att fylla en grupp?

Antal att ca 10% av mina patienter kan och vill gå i en viss grupp

Om jag bedömer 1 patient om dagen så hittar jag 1 patient varannan vecka.

För att fylla en grupp på 8 patienter behöver jag då leta i 16 veckor...

MEN patienter kommer inte i jämn takt...

Öppna grupper kan jämna ut "topparna"

Ibland kommer det fler patienter, ibland färre...

En öppen grupp kan jämna ut flödet av patienter genom att ibland ha några få deltagare och ibland många fler



Exempel på öppna grupper

Mindfulness

Sömnskola

Beteendeaktivering

Stresshantering med ACT



En typisk agenda

Välkomna

Genomgång av skattningsskalor

Föregående veckas hemuppgift

Diskussion / hänvisa till litteratur

Ny hemuppgift

Sammanfattning och avslutning



Utveckling



Produktionsplanering

Begreppet "produktion" är farligt!

Målet är inte att göra rätt antal pinnar!

Målet är att ge "värde" till våra patienter

Värde = utfall / kostnad

Min 5 pinnar → Max 4h patienttid?

Men vi behöver ju mer resurser!?!

Beror på målet!

Sätta ambitionsnivån på en "lagom" nivå...

Men självklart finns det gränser!



Vill du veta mer?

Läs mer på
<http://kbtiprimarvarden.se>

