

# Utveckling av ett nätverk för praktikbaserade studier om effekterna av samtalsbehandling

## Teoretisk bakgrund

Det etablerade sättet att mäta effekter av psykologisk behandling är att göra randomiserade studier. Under de senaste decennierna har samhället visat stort intresse för att ta reda på vilka psykologiska behandlingsmetoder som ger effekt. Man har då, både i Sverige (SBU, Socialstyrelsen) och i andra länder, använt resultat från randomiserade studier för att bedöma olika metoders effekt. Resultaten från sådana studier har i hög grad bidragit till att öka kunskapen om psykologisk behandling. Vi vet mer om vilka behandlingar som är effektiva och vi vet mer om hur behandlingsforskning kan bedrivas.

Under senare år har forskare i olika länder föreslagit att resultaten från de randomiserade studierna behöver kompletteras med en annan typ av studier, som man brukar kalla för praktikbaserade. Skälet är att de randomiserade studierna innehåller restriktioner som kan göra resultaten svåra att generalisera till den vardagliga kliniska verkligheten. Ett uttryck för intresset för praktikbaserade studier är att det kommer att finnas ett särskilt kapitel om dem i den kommande versionen av "Handbook of psychotherapy and behavior change".

Randomiserade studier kan sägas fungera som experiment, där man vill att allt ska hållas konstant utom den enda variabel som forskaren avsiktligt låter variera, nämligen behandlingen. Det kan till exempel betyda att hälften av patienterna i en studie får interpersonell terapi och den andra hälften får kognitiv beteendeterapi. Patienterna fördelas slumpmässigt till de två behandlingsformerna, och om grupperna är tillräckligt stora kommer det inte att vara någon statistiskt signifikant skillnad mellan de två grupperna i fråga om andra faktorer som kan känneteckna patienterna, till exempel symtomnivå eller ålder. Man säger att man håller dessa faktorer konstanta. Det betyder att man "räknar bort" till exempel patientens förväntningar på vilken sorts behandling som kan passa hans problem, hans förmåga att tillgodogöra sig en viss typ av behandling och hans psykiatriska och psykosociala problematik. Man försöker också konstanthålla faktorer hos terapeuten, så som hennes erfarenhet och kunskap om behandlingsmetoder som ligger utanför riktlinjerna för de behandlingar man vill studera och även hennes uppfattning om behandlingens lämplighet och trovärdighet. Ofta gör man detta genom att försöka se till att de olika behandlingsalternativen har rimlig trovärdighet i behandlarnas ögon, till exempel genom att de har god utbildning i den behandling de ska ge. Även de sociala förutsättningarna för och uppfattningarna om de studerade behandlingarna antas vara lika.

Om ett företag som tillverkar utsäde vill veta om en ny sort är bättre än den man sålt tidigare är en randomiserad studie det rätta sättet att gå till väga. Man sår det nya och det gamla utsädet på åkerlotter som fördelats slumpmässigt. Om man har tillräckligt många åkerlotter att så på kommer den naturliga variationen i jordmån, klimat och andra förutsättningar att

jämna ut sig för de två utsädessorterna. Man kommer med stor säkerhet att veta om det nya utsädet verkligen är bättre än det gamla.

Samma sak gäller dubbelblind-undersökningar av nya läkemedel. Om varken doktorn eller patienten vet vilken medicin som är den verksamma medicinen och man har satt stopp för patientens och doktors naturliga benägenhet att försöka räkna ut vilken som är den verksamma så har man kontrollerat för förväntanseffekterna och man kan lita på resultatet.

Men när både behandlare och patient vet vilken psykologisk behandling som ges, och har uppfattningar om vilken som skulle vara den bästa för patientens specifika tillstånd, för man in grus i experimentet. Faktorer som inte har med själva metoden att göra kommer att påverka resultatet. Patienten har läst i tidningen om vilken behandling som har effekt, eller vet att han vill prata om sin mamma för att bli bättre. Terapeuten är entusiastisk inför en ny behandling eller, tvärtom, har blivit ombedd att utföra den för att man ska få en jämförelsegrupp.

De randomiserade studierna ger kunskap om evidensbaserade behandlingar, brukar man säga, och om de används i den kliniska vardagen får man evidensbaserad praktik (EBP). I motsats till denna ger de praktikbaserade studierna praktikbaserad evidens (PBE). Praktikbaserade studier kan göras på många olika sätt, men grunden i dem är att man undersöker den behandling som ges i den kliniska vardagen. Man väljer inte behandlingar, terapeuter och patienter utan ser på utfallet hos alla patienter som går hos alla behandlare och som får alla behandlingar som ges på enheten.

Fördelen med praktikbaserade studier är att man studerar effekterna av den behandling som behandlare och patient tillsammans har kommit fram till utifrån behandlarens kompetens och bedömning och patientens önskemål och förmåga. Olika typer av interventioner kan användas i samma behandling, patientens problembild kan förändras under behandlingsförloppet, samsjuklighet av komplicerat slag, som missbruk eller neuropsykiatrisk problematik, bemöts och behandlas som brukligt är på mottagningen. Man studerar inte enbart behandlingar som passar in i inklusions- och exklusionskraven i randomiserade studier.

Den uppenbara bristen i praktikbaserade studierna är att det är svårt att värdera behandlingsintegriteten. I randomiserade studier har man nuförtiden oftast noggrann kontroll på att behandlingsmetoden används på det sätt som behandlingsriktlinjerna föreskriver, till exempel genom att filma samtal och skatta följsamheten. I praktikbaserade studier, där man ofta har stora datamängder, har man sällan någon annan kontroll på att behandlingen utförts på "rätt" sätt än att behandlaren uppger det. Detta blir också en av de intressanta frågorna när man funderar på skillnader i vilken kunskap vi får från dessa två forskningstyper. När vi undrar om interpersonell terapi har effekt på depression kan vi från randomiserade studier få veta vilket resultat den kan få om den utförs av terapeuter som har valts ut för att de är kända som skickliga IPT-terapeuter, som får handledning på terapin och den ges till patienter som har valts ut för att de inte har alltför mycket andra problem. Från praktikbaserade studier får vi veta vilken effekt den har om den ges i den vanliga vården i psykiatrin eller primärvården i Eslöv eller Arvika.

Det har under det senaste decenniet gjorts flera mycket stora praktikbaserade studier. Ett exempel är Michael Lamberts studier där han har använt utfallsinstrumentet OQ-45. Ett annat är Louis Castonguay som tillsammans med sina medarbetare har använt TOP som utfallsmått. Ett tredje exempel är studierna med CORE-systemet. Vår forskargrupp i Linköping har under några år använt CORE i primärvården och psykiatri och utvecklar nu denna studie.

Det finns flera vetenskapligt intressanta frågor som har tagits upp i de praktikbaserade studierna och som sannolikt får bättre svar här än i randomiserade studier, eftersom vi rör oss med större datamängder. En är frågan om hur många samtal man behöver för att nå rimlig effekt. Vi har under några decennier lärt oss att det finns en dos-effektkurva (bandyklubban) som innebär att symtomreduktionen är störst vid de första samtalen och sedan avtar successivt i längre terapier. Denna modell har i några studier som bygger på PBR ersatts av en modell som bättre svarar mot de data man har, nämligen en ”good-enough”-modell som innebär att patienters symtomreduktion i princip är linjär men snabbare för de patienter som får färre samtal. I praktiken betyder detta att det beslut som patient och terapeut tillsammans fattar om hur många gånger man ska träffas bygger på en rimlig bedömning av patientens behov. Detta beslut är bättre än föreskrifter om att patienter ska få ett visst antal samtal.

En annan fråga som har studerats med data från praktikbaserade studier är terapeutfaktorn, alltså frågan om hur stora skillnader det är mellan olika terapeuters genomsnittliga resultat. Svaret finns ännu inte, men en kvalificerad gissning är 7-8%, vilket är i nivå med vad alliansen bidrar med (och där man ska tänka att dessa går omlott). Ju mer data vi får från stora studier med många terapeuter, desto bättre kommer vi att förstå vilka utfallsskillnader det finns mellan olika behandlare och vilka faktorer som påverkar dem.

Andra frågor där analysen kan fördjupas, och som vår forskargrupp har börjat titta på, är sambanden mellan resultat och allians. Eftersom vi har så stora datamängder kan vi göra analyser som ger stabilare resultat än man tidigare kunnat få. Två tankeväckande fynd från våra data är att alliansen förefaller predicera utfallet redan från det första behandlingssamtalet, starkare för varje samtal och oberoende av om patienten har förbättrats när patienten skattar sin upplevelse av alliansen, och att terapier där det förekommer problem i alliansen och där dessa löses får bättre resultat än terapier där de inte finns några alliansproblem.

Praktikbaserade studier flyttar fokus från metod till patient och behandlare. Istället för att undersöka om en viss metod har bättre effekt än en annan, frågar vi hur en viss patient förbättras och vilka faktorer som i så fall bidrar till förbättringen. Man undviker på det sättet ”myten om likformigheten hos patienter”, som egentligen inte är en myt utan en målsättning hos randomiserade studier. I praktikbaserade studier kontrollerar man inte för variansen i olika faktorer som kännetecknar patienterna, utan man undersöker betydelsen av dem.

En annan viktig fördel med de praktikbaserade studierna är att de ger en ny syn på behandlarens roll och hur hennes kompetens kan utvecklas. Data från patienter i praktikbaserade studier kan samlas in med långa eller med korta intervaller. Det har blivit allt

vanligare att man ber patienten skatta sitt tillstånd och sin upplevelse av behandlingsrelationen vid varje samtalstillfälle. Detta ger möjlighet för behandlaren att få en direkt rapport om hur samtalskontakten utvecklas.

Det är viktigt för alla terapeuter att lära sig en metod (eller flera). Ofta hamnar behandlare i ett läge där de utgår från sin metod och försöker få patienten att anpassa sig till den. Ibland är det bra. Men ett rimligare tillvägagångssätt kan vara att anpassa metoden efter patienten, inom de ramar som behandlarens kompetens medger förstås. Då blir det naturligt att behandlaren utvecklar sin kompetens genom att hon, med hjälp av återkopplingen från patienten, utvecklar sin förmåga att använda metoden på rätt sätt med rätt patient, och att kombinera metoden med andra metoder när det behövs. Traditionellt har vi lärt ut psykoterapi genom att på olika sätt visa och beskriva hur man ska göra (teori, fallbeskrivningar, riktlinjer och manualer, sessionsrapporter, instruktionsfilmer, handledning på sessionsrapport eller på inspelad film). Men vi har inte kopplat det behandlaren gör till patientens utveckling mer än genom behandlarens egen bedömning av patientens framsteg och möjligen genom patientens skattningar efter terapins slut. Med tydlig och återkommande återkoppling från patienten ökar möjligheten att finkalibrera

När vi börjar samla data från patienter i vardagsarbetet blir det alltså naturligt att ställa frågan hur behandlaren kan få tillgång till dessa och nytta av dem, alltså feedback på till exempel reduktion av symtom och andra problem och på patientens uppfattning om behandlingssamarbetet. Det har varit en viktig del av utvecklingen av praktikbaserade studier att också skapa effektiva feedbacksystem. Särskilt om man ber patienten skatta sitt tillstånd före varje samtal skapar man förutsättningar för regelbunden feedback. Patientens utveckling kan då jämföras med antingen teoretiskt skapade eller empiriskt beräknade förväntade kurvor för symtomförbättring (ref). Det innebär att vi använder patientens respons på behandlingen på ett sätt som liknar det sätt som man använder labsvar i medicinsk behandling.

Med en feedbackbaserad kompetensutveckling kan behandlaren testa sitt förhållningsätt, sin arbetsmodell, direkt mot de svar som patienten ger. Behandlaren kan utveckla och förfinas sitt förhållningsätt till den enskilde patienten, och hon kan successivt utveckla ett alltmer nyanserat sätt att möta enskilda patienter med sin metodrepertoar. Forskningen på detta område har visat att behandlare ofta har en överdrivet positiv syn på sin egen kompetens. Feedback i enskilda terapier har visat sig särskilt användbara när patienten är på väg att bryta terapin och då behandlaren får möjlighet att bli medveten om allvarliga problem i behandlingen.

Den kanske största långsiktiga värdet med praktikbaserade studier är att de ger möjlighet att jämföra resultaten mellan olika mottagningar och kliniker. Det finns förbluffande lite information om vilka resultat behandlingen av psykiska problem ger i olika verksamheter. Visserligen pågår det en uppbyggnad av kvalitetsregister, men hittills har de inte gett användbar återkoppling om behandlingsresultat för enskilda mottagningar. Michael Lambert påpekade för ett par år sedan följande: "The historical evidence for medical institutions to use evidence from quality of care studies includes ignoring important findings on the variability of outcomes across hospitals and clinicians and the regular failure of institutions ... and

providers to make use of such information to directly improve patient outcomes. No one has yet documented such failures in the area of psychological treatments, but it is obvious the field is content to use informal judgments instead of patient outcome data to evaluate therapists” (Lambert, 2010, p. 175). Och Laura Hartman, tidigare forskningschef på SNS, skrev i DN i förra hösten efter det att hon varit tvungen att sluta efter en kritisk rapport om bristen på utvärdering av välfärdstjänster: ”... så långt som möjligt bör man sträva efter att mäta resultat, ”output”, i stället för insats, ”input”. Elevers kunskaper, arbetslösa jobbmöjligheter och patienters tillfrisknande är exempel på resultatmått, medan lärartäthet och antal besök hos jobbcachen eller doktorn mäter insats.”

Återkoppling till verksamheter innebär att man kan ställa frågor av typen: ”Hur förbättras deprimerade kvinnor som får kognitiv terapi på vår mottagning i jämförelse med dessa patienter på andra liknande enheter?” Man kan alltså få ganska precis information om verksamhetens styrkor och svagheter informationsinhämtningen är välorganiserad. Detta är en springande punkt. Hittills har utvärderingar av psykologisk behandling skett mycket lokalt. Varje enhet letar upp sina instrument och väljer sin egen design, och man förlorar helt möjligheten att göra meningsfulla jämförelser.

Flera frågor blir viktiga att ta itu med om vi skaffar oss kunskap om terapiutfall i större skala. Vem ska ha tillgång till informationen och i vilken form? Patienten? Behandlaren? Chefen? Och hur hanterar vi olika typer av utfall? Vad gör vi med den behandlare som visar sig ha sämre resultat än sina kollegor? Frågorna är komplicerade, men det betyder inte att det inte är dags att ta itu med dem.

Sammanfattningsvis kan man säga att praktikbaserade studier är ett viktigt komplement till randomiserade studier. De ger kunskap om effekterna av de behandlingar som vardagligen bedrivs i olika vårdsammanhang. De kan svara på frågor som vilka patienter som lämpar sig för vilka behandlingar och om optimal längd på behandlingar. De ger också möjlighet till återkoppling av behandlingsresultat, både sessionsvis i enskilda terapier, till terapeuter och till mottagningen. Det är hög tid att sätta igång, och att göra det på ett genomtänkt sätt.

### Forskningsprotokoll

Den studie som vi nu genomför utgår från att alla de verksamheter som deltar använder samma basdesign för datainsamlingen. Det finns möjligheter att göra tillägg när det gäller mätningarna i början och slutet av behandlingen. Den design som beskrivs här är alltså minimidesignen.

Utvärderingen handlar i första hand om att undersöka om patienten får hjälp med de besvär och symtom som han eller hon söker för. Den viktigaste delen av undersökningen är att patienten fyller i formulär med frågor om hans eller hennes tillstånd och om hur behandlingsalliansen uppfattas. Även behandlarna fyller i formulär om patienterna och behandlingen.

Patienten fyller i två formulär i samband med varje samtal hos sin behandlare, ett före besöket och ett efter besöket. Formuläret före besöket handlar om hur vilka problem patienten har (CORE-OM) och formuläret efter besöket handlar om hur patienten har uppfattat samarbetet i det just genomförda samtalet (WAI). Patienten får båda formulärena före samtalet, antingen sammanhäftade med en framsida där det står ”Hur går det i samtalsterapin?” eller separat som CORE-OM och WAI.

Behandlaren fyller också i ett WAI-formulär om behandlingssamarbetet efter varje samtal. Skälet till att patienter och behandlare fyller i formulär om hur samtalet har upplevts är att det är väl känt att patientens och behandlaren uppfattning om behandlingsrelationen har stor betydelse för behandlingens resultat, och det är viktigt att fördjupa denna kunskap i det aktuella behandlingssammanhanget.

Behandlarna fyller dessutom, före och efter hela behandlingen, i formulär om hur de bedömer patientens tillstånd och om vilken behandling han eller hon får eller har fått. Det är ett formulär som fylls i vid behandlingens start (Bedömningsformulär) och ett formulär som fylls i när behandlingen är avslutad (Avslutningsformulär).

Det är angeläget att alla behandlare på mottagningen som har samtal med patienter är med i undersökningen, för resultatet blir mycket mer användbart om så många som möjligt är med. Det blir också mer meningsfullt att ge återkoppling om klinikens eller mottagningens generella resultat om så många behandlare som möjligt är med.

Undersökningen gäller nya patienter, eftersom vi vill veta vilken effekt hela samtalsbehandlingen, från början till slut, ger. Många patienter som börjar en samtalsbehandling har tidigare varit patienter på mottagningen. Det gäller då att bestämma vad det innebär att man börjar en ny samtalsbehandling. Två kriterier kan användas. Det ena är att patientens tidigare behandling slutade minst tre månader innan den aktuella inleds. Det andra är att även om patienten gått i samtal till helt nyligen så ska den nya behandlingen innebära en helt ny typ av behandling. Ett exempel kan vara att en patient gått i en gles samtalskontakt under något år, men nu börjar en KBT-terapi hos en ny behandlare.

Ofta vet man inte, när man träffar en ny patient, om kontakten ska leda till en samtalsbehandling. Det har visat sig att detta ibland leder till att man inte tar upp frågan om att delta i undersökningen direkt med patienten, och när man sen efter några samtal inser att det är en samtalsbehandling man är inne i tar det emot att fråga om patienten vill vara med i undersökningen. Risken är att många patienter missas på grund av denna osäkerhet i vart kontakten ska leda.

Det enklaste sättet att hantera problemet är att utgå från att patienten ska tillfrågas om att delta i undersökningen, om det inte är alldeles självklart att det inte kommer att bli fråga om någon samtalsbehandling. Det är bara en fördel för kunskapen om mottagningens sätt att arbeta om även patienter som inte kommer att inleda en samtalskontakt finns med med sina skattningar på CORE-OM och WAI.

Men det kan förstås finnas en risk att patienter inte kommer med i studien för att man inleder en kontakt med en patient och inte tänker att det ska bli en samtalskontakt, eller kanske glömmer bort att fråga om patienten vill vara med i undersökningen. Det kan då kännas tokigt att komma med frågan när flera gånger har gått. Men ur studiens synvinkel är det inte något stort problem att ta med patienter som man har haft samtal med några gånger. Bättre att fråga då än att inte fråga alls. På bedömningsformuläret finns en ruta där man anger vid vilket samtal patienten börjar fylla i formulär. Om Du fyller i den rutan så kan vi ta hänsyn till att det inte finns formulär från det första samtalet när vi undersöker symtomförbättring.

För vissa yrkesgrupper kan det vara tveksamt om ett samtal med en patient verkligen ska ses som ett behandlande samtal eller om det snarare handlar om ett kort informationsutbyte eller något liknande. Detta gäller kanske främst läkare och sjuksköterskor men kan även gälla andra yrkesgrupper. Här är några riktlinjer för hur man kan tänka:

1. Samtalen är planerade och pågår under större delen av en timme
2. Samtalen handlar om patientens problem och livssituation
3. Samtalen beräknas äga rum med intervall som inte är längre än tre månader

Använd ditt eget omdöme om det är ett oklart läge!

För behandlarna är proceduren vid utvärderingen denna:

1. De patienter som *börjar* en kontakt med en behandlare på mottagningen mellan x/y 20xx och x/y 20yy tillfrågas om att vara med i undersökningen.
2. Studien handlar om nya samtalskontakter. Många patienter återkommer för behandling och det kan vara svårt att bestämma vad som är en ny samtalskontakt. Principerna här är alltså att det ska ha gått minst tre månader sedan den förra samtalskontakten avslutades eller att patienten byter behandlare till en som ger en behandling som patienten inte har fått tidigare (t ex från glesa stödkontakter till en regelbunden samtalskontakt).
3. Om patienten accepterar att delta så beskriver Du proceduren för honom eller henne. Vid det första tillfället fyller patienten i hela formuläret ”Hur går det i samtalsterapi?” *efter* samtalet. Det innehåller både CORE-OM och WAI.
4. Om patienten avböjer att delta frågar Du om han eller hon accepterar att Du som behandlare fyller i bedömningsformuläret. Eftersom ett av syftena med undersökningen är att kartlägga vilka patienter som får samtalsbehandling är det värdefullt att så många patienter som möjligt beskrivs på detta formulär. Om patienten avböjer även detta samlas inga data alls in om denna patient, mer än att du antecknar på ett papper att en patient har avstått från att medverka, samt hans eller hennes ålder, kön och skälet till att

han eller hon inte ville vara med. Det är viktigt att vi vet vilka patienter som inte vill vara med.

5. Efter detta första samtal fyller Du själv i formuläret "Behandlingsallians WAI Terapeutversion". Dessutom fyller Du, efter detta första samtal eller så fort Du gjort Din bedömning, i formuläret "CORE bedömning".
6. Varje morgon tar Du fram så många kuvert som Du har patienter som deltar i undersökningen under den aktuella dagen. I varje kuvert lägger Du formuläret "Hur går det i samtalsterapin?". På dessa skriver Du patientens kod. I bokningsunderlaget ska det framgå vilken patient som ska ha vilket kuvert. Ett sätt är att skriva patientens kod och klockslaget i informationsrutan på bokningsunderlaget och på kuvertet som patienten ska ha. Det finns säkert olika sätt att göra detta. Det viktiga är att receptionspersonalen på ett enkelt sätt kan veta att en viss patient ska ha ett kuvert, och att det blir rätt kuvert. Därefter lämnar du dagens kuvert till receptionen, där patienterna hämtar dem när de kommer. Efter varje patientbesök fyller Du i formuläret "Behandlingsallians WAI Terapeutversion".
7. Koderna skapar Du själv och Du förvarar själv kodlistan för Dina patienter. Det enda som är viktigt för undersökningen är att det är samma kod på alla formulär som handlar om en viss patient och att du själv hela tiden använder samma kod. Ingen annan behöver se kodlistan. Om en patient skulle vilja avstå från att delta och Du redan har lämnat ifrån Dig patientens formulär behöver vi veta vilken kod patienten har för att kunna makulera hans eller hennes data.
8. Om patienten byter behandlare berättar Du för den nya behandlaren vilken kod patienten har. Patienten behåller alltså sin kod om han eller hon byter behandlare.
9. När patienten kommer ger receptionspersonalen kuvertet till patienten. Patienten får sätta sig på ett lämpligt ställe i väntrummet och fylla i CORE-formuläret före behandlingen. Patienten lägger formuläret i kuvertet, genomför besöket och fyller sedan, efter besöket, i Alliansdelen (WAI). Även detta sker i väntrummet.
10. Flera mottagningar har ordnat det så att patienten kan lägga kuvertet i en låda i receptionen eller väntrummet. Det finns kanske andra sätt att ordna detta, det viktiga är att patienten inte ska behöva stå i kö en gång till och att han eller hon inte tar med kuvertet hem.
11. Om patienten träffar flera olika behandlare vid olika tillfällen fyller han eller hon i formulären vid varje behandlingstillfälle.
12. Om patienten träffar flera behandlare vid samma behandlingstillfälle fyller han eller hon i ett formulär om behandlingsrelationen efter behandlingen som handlar om känslor och tankar inför "behandlargruppen".



13. Om patienten inte talar svenska kan vi erbjuda formulär på engelska, serbo-kroatiska och arabiska. Eventuellt kan vi även ta fram formulär på somaliska.
14. Efter behandlingens avslutning fyller Du i formuläret ”CORE avslutning”.
15. Efterhand samlar vi in kuverten för att kunna bearbeta svaren. Under tiden ska de förvaras på ett säkert sätt.
16. Förutom denna datainsamling som gäller patientens tillstånd och besvär och upplevelsen av relationen mellan patient och terapeut är det ytterligare två formulär som varje behandlare fyller i vid ett enda tillfälle. Det är ett formulär som handlar om *Erfarenhet av och utbildning i samtalsbehandling* och ett formulär som handlar om *arbetstillfredsställelse*