



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Vad påverkar matchningen mellan terapeut och patient inom vuxenpsykiatrin?

Dennis Nilsson & Mattias Sjöstrand

Psykologexamensuppsats. Vol. XIV (2012):08

Handledare: Håkan Johansson
Examinator: Sven Ingmar Andersson

Sammanfattning

Studien är en explorativ tvärsnittsstudie som undersöker vilka faktorer behandlingspersonal tar hänsyn till under patientfördelningsprocessen inför psykoterapibehandlingar. Studien är en enkätundersökning med 107 deltagare, utförd på sju mottagningar, inom Region Skånes öppna vuxenpsykiatri. Undersökningen kartlägger hur matchningsbesluten tas idag och huruvida detta skiljer sig från personalens uppfattning om hur man borde göra. Medelvärden för samtliga faktorer redovisas. ANOVA och Tukeys Post-Hoc-analys användes för att beräkna skillnader mellan yrkesgrupper och arbetsplatser gällande hur man värderar matchningsfaktorerna. Resultatet visar att demografiska faktorer var det som personalen i minst utsträckning tog hänsyn till. Detta samtidigt som befintlig forskning visar hur avgörande dessa faktorer kan vara för en framgångsrik psykoterapi. Teoretisk inriktning och yrkesutbildning var de faktorer man i störst utsträckning tog hänsyn till. Detta trots att forskningen inte visar på några säkra resultat angående terapins utfall beroende på skillnader i terapeutens utbildning. Studien uppvisar vissa brister avseende validiteten, framför allt gällande oklarheter kring frågornas innebörd och otillräcklighet i formulärets utformning. Vidare beskrivs alternativa möjligheter för framtida undersökningar.

Nyckelord: psykoterapi, matchning, psykiatri

Abstract

This is an explorative cross-sectional study that aims to investigate which factors that are being taken into account when patients are being distributed amongst therapists before participating in psychotherapy. A survey was conducted among 107 psychiatric healthcare workers at seven adult outpatient psychiatric care centers in Region Skåne. The study maps how the matching decisions are made today and whether this differs from the staff's opinions of how it ought to be done. The means of all factors are presented. ANOVA and Tukey's Post-Hoc analysis were used to calculate differences between professions and workplaces regarding the matching factors. The findings indicate that demographic factors are the least likely to be taken into account, while research has shown that these factors play an important role in the outcome of psychotherapy. Theoretical preference and profession are the factors that are the most common to be taken into account although research hasn't been able to show any conclusive evidence for differences in outcome in psychotherapy dependent of the therapist's education. The study lacks in validity mainly related to uncertainties in the meaning of the factors and the design of the form used in the survey. Possible alternatives for future research are proposed.

Keywords: psychotherapy, match, matching, psychiatry

Ett stort tack till Håkan Johansson för hans kloka vägledning och härbärgerande hållning.
Ett stort tack till enhetschefer och personal på mottagningarna inom den vuxenpsykiatriska
öppenvården i Region Skåne för deltagandet i studien.
Tack till Malmö stadsbibliotek för den trivsamma arbetsmiljön.

Innehållsförteckning

Inledning	5
<i>Begreppsdefinitioner</i>	7
Tidigare forskning	9
<i>Ekonomi</i>	9
<i>Terapeutens erfarenhet</i>	10
<i>Terapeutens utbildningsnivå</i>	11
<i>Teoretisk huvudinriktning och patientens diagnos</i>	13
<i>Kön</i>	14
<i>Etnicitet</i>	15
<i>Sexualitet</i>	18
<i>Ålder</i>	19
<i>Socioekonomisk situation</i>	20
<i>Personlighet</i>	21
<i>Strukturerade matchningsprocesser</i>	22
Syfte	23
Frågeställningar	23
Metod	24
<i>Teoretisk utgångspunkt</i>	24
<i>Undersökningsgrupp</i>	24
<i>Materiel</i>	25
<i>Datainsamling</i>	25
<i>Databehandling</i>	26
Resultat	27
<i>Medelvärden</i>	27
<i>Organisatoriska faktorer</i>	27
<i>Kompetensfaktorer</i>	28
<i>Sjukdomsfaktorer</i>	29
<i>Demografiska faktorer</i>	30
<i>Patientens önskemål</i>	30
<i>Personlighetsfaktorn</i>	31
<i>Diskrepans</i>	31
<i>I undersökningen saknade faktorer</i>	31
Diskussion	32
<i>Organisatoriska faktorer</i>	32
<i>Kompetensfaktorer</i>	33
<i>Sjukdomsfaktorer</i>	35
<i>Demografiska faktorer</i>	35
<i>Patientens önskemål</i>	37
<i>Personlighetsfaktorn</i>	38
<i>Brister i studien</i>	38
<i>Framtida forskning</i>	40
Slutsatser	41
Referenser	44
Bilaga	50

Det finns än så länge inga definitiva svar inom terapiforskningen som visar vilka faktorer hos terapeuten och patienten som leder till framgångsrik terapi. Inte heller några specifika terapeutiska tekniker har helt kunnat förklara vad som utgör en effektiv terapi (Ahn & Wampold, 2001; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2011).

Det verkar inte finnas några strukturerade matchningsmetoder som innefattar samtliga behandlingsalternativ som finns tillgängliga inom psykiatrin. De matchningsmetoder som föreslagits saknar tillräckligt empiriskt stöd och därför tvingas ansvariga förlita sig på klinisk erfarenhet och intuition där rutiner saknas (Fonagy, 2010). Kanske kan det vara så att den politiska utvecklingen, i Sverige, skapat en miljö där det blir allt viktigare för yrkeskategorier att motivera varför man ska ha en unik roll, eller ha monopol på sina arbetsuppgifter, inom psykiatrin. Psykiatrin i Sverige är en del av en medicinsk disciplin där psykologer kan definieras som paraprofessionella (Eriksson, 2009). Detta samtidigt som psykologer kan uppleva medicinsk personal som paraprofessionella i en psykologisk kontext. Denna maktkamp kan ytterligare försvåra matchningsarbetet då revirtänkande hindrar öppen dialog och fokus på patientens bästa (Beutler, Kim, Davison, Karno & Fisher, 1996). Hårdare ekonomiska krav på vårdorganisationer har resulterat i styrsystem som *stepped care* och *managed care*, vilka syftar till att minska kostnaderna och öka effektiviteten. Risker är att detta blir negativt för patienten då dyrare behandlingsalternativ väljs bort i matchningsprocessen enbart för att spara pengar (Davison, 2000; Isett, Ellis, Topping & Morrissey, 2009).

Utöver studier som visar på specifika terapimetoders effekt på patienter med specifika diagnoser finns kunskap kring andra typer av faktorer som kan påverka terapins utfall. Bland dessa finns exempelvis kön (Wintersteen, Mensinger & Diamond, 2005), etnicitet (Field & Caetano, 2010; Zane et al., 2005), sexualitet (Jones, Botsko & Gorman, 2003), ålder (Tall & Ross, 1991), socioekonomisk situation (Reis & Brown, 1999) och personlighet (Beutler & Consoli, 1993). Forskningsunderlaget, när det gäller några av dessa faktorer, är litet. Det är därför i många fall svårt att med säkerhet uttala sig om hur man bör förhålla sig till dessa i matchningsprocessen. Andra faktorer har större underlag och mycket relevant kunskap finns att hämta, även om konsensus inte alltid uppnåtts.

Det blir därför intressant att kartlägga vilka matchningsfaktorer som påverkar besluten för hur enskilda patienter fördelas till en specifik terapeut inom psykiatrin idag. Vidare är det viktigt att belysa huruvida matchningsprocessen bygger på en strukturerad vetenskaplig metod eller intuitiva och outtalade rutiner, då detta kan påverka

patientsäkerheten. Det kan också vara intressant att belysa om eventuella skillnader föreligger mellan yrkesgrupper eller arbetsplatser i hur beslutsfattarna, vid behandlingskonferenser, individuellt skattar dessa olika matchningsfaktorer som mer eller mindre avgörande för fördelningen. Detta för att tydliggöra skillnader i kulturer inom yrkesgrupper och behandlingsteam och bättre förstå varifrån dessa olikheter i värderingar härstammar.

Begreppsdefinitioner

Matchning: Bergström (2010) beskriver patientens kontakt inom missbruksvården i sex stadier: diagnos, prognos, behandlingsplanering, matchning, behandling och utvärdering. Matchningen kan alltså beskrivas som en process som sker efter att man samlat in all nödvändig information och tagit beslut om lämplig åtgärd. Den större delen av matchningsforskningen handlar om hur man matchar en patient med en behandlingsmetod. Det finns dock en hel del studier som vill belysa de demografiska och personlighetsrelaterade dimensionernas inverkan i den terapeutiska processen (Hersoug, 2004; Jones et al., 2003; Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991). Det tycks likväl inte finnas några strukturerade och tillräckligt vetenskapligt validerade metoder för att ta beslut kring dessa faktorer. Behandlingspersonalen tvingas förlita sig på sin intuition och sin kliniska erfarenhet, vilket kan leda till att processen till stor del osynliggörs. Matchningsprocessen kan därför tänkas ha både en synlig, systematisk del och en mer intuitiv och svårbeskriven del. Matchningsprocessen sker vanligtvis i flera steg där organisatoriska rutiner både kan exkludera patienter och styra dem mot olika behandlingsalternativ innan andra faktorer över huvud taget kommer upp till diskussion. Dolinsky, Vaughan, Lubert, Mellman och Roose (1998) menar att de flesta psykodynamiskt orienterade terapeuter ser matchning som en egen dimension av terapin, skiljt från fenomen som exempelvis allians, överföring och motöverföring. Begreppet har liksom många psykodynamiska begrepp ingen tydlig definition. De flesta studier behandlar matchningsbegreppet ur ett initierande perspektiv, där patienten ska välja terapeut utifrån dennes önskemål.

Paraprofessionell: Det paraprofessionella begreppet är beroende av sammanhang och perspektiv. Inom psykiatrin, i Sverige, kan alla som inte är psykiatriker beskrivas som paraprofessionella, eftersom arbetet sker inom en medicinsk organisation. När det gäller psykoterapiforskning brukar begreppet syfta på personer utan akademisk psykoterapeututbildning. Ofta består denna grupp av personer som genomgått en kort utbildning för att hantera ett specifikt problem, exempelvis stödsamtal via telefon för en specifik målgrupp. I Sverige är denna form av paraprofessionella ovanliga inom psykiatrin,

då majoriteten av psykoterapeuterna har en akademisk examen utöver sin terapeututbildning. Atkins och Christensen (2001) problematiserar det paraprofessionella begreppet. De menar att paraprofessionella sällan definieras tydligt i studier och att de förklaringar som används varierar mellan studierna. Detta beror på att paraprofessionella definieras utifrån något de saknar (en specifik examen) och inte utifrån något de har (erfarenhet eller annan relevant utbildning). De flesta studier tillhandahåller en egen avgränsning av paraprofessionella som grupp. Definitionerna kommer ofta som en reaktion på tidigare studiers användande av begreppet. Denna otydlighet resulterar i att grupper inkluderas i vissa studier men exkluderas i andra. När man jämför professionella med paraprofessionella kan man lätt tro att man jämför utbildade med de som helt saknar utbildning. I själva verket kan paraprofessionella ha stor erfarenhet och annan typ av kunskap som är högst relevant för uppgiften. Paraprofessionella är en heterogen grupp och man kan missledas att tro att studierna jämför homogena grupper (Atkins & Christensen, 2001). I denna studie har forskning kring paraprofessionalitet kartlagts i syfte att undersöka i vilken grad olika nivåer av kompetens påverkar terapeutens förmåga att bedriva effektiv behandling. Dock är inte skillnaderna i utbildningsnivå lika stora i studiens undersökningsgrupp som i huvudparten av forskningsstudierna.

Psykoterapi: Psykoterapibegreppet är svårt att tydligt definiera och det verkar oklart om behandlingsansvariga är överens om vad psykoterapi är och inte är. I denna studie definieras psykoterapi som "en planerad behandling i enlighet med en metod baserad på psykologisk teori, utförd av en eller flera behandlare som har minst en psykoterapeutisk steg 1-utbildning". Detta utesluter stödsamtal och andra former av behandlingar som också är vanliga inom psykiatrin. I litteraturen används ofta psykoterapibegreppet synonymt med *counseling* och det är svårt att urskilja den egentliga skillnaden (Ahn & Wampold, 2001; Fonagy, 2010; Liddle, 1996). Man kan dock ana att *counseling* används för att beskriva kortare samtalsbehandlingar, men gränsen mellan begreppen är flytande (Wagner, Kilcrease-Fleming, Fowler & Kazelskis, 1993). I Sverige verkar man göra skillnad på psykoterapi och stödsamtal, även om gränserna upplevs som svåra att definiera. Patienters vårdkontakter är sällan tydligt avgränsade och dokumenterade. Det kan vara otydligt vilken behandling en patient faktiskt fått eller när den påbörjats och avslutats. Det finns också skillnader i lagar och regelverk mellan olika länder som reglerar vem som får utföra behandlingar och under vilka former.

Steg 1- och steg 2-utbildning: Steg 1-utbildning syftar till grundläggande psykoterapeututbildning, det vill säga en sammanhållen utbildning med både teoretiskt och praktiskt innehåll. Normalt sett sker denna på deltid under fyra terminer. Steg 2-utbildning syftar till en påbyggnadsutbildning som innebär möjlighet till legitimation efter avklarad utbildning. Denna utbildning sträcker sig över sex terminer och bedrivs även den på deltid. För att få påbörja steg 2-utbildning krävs en steg 1-utbildning samt två års erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete under handledning. Normalt sett krävs också en anställning med intyg från arbetsgivaren att sökande parallellt under utbildningstiden har möjlighet till psykoterapeutiska arbetsuppgifter omfattade minst halvtid. För att utbilda sig till psykoterapeut krävs att man har en människovårdande grundutbildning. Kraven varierar något mellan terapeututbildningarna men de flesta legitimerade psykoterapeuter är psykologer, socionomer eller läkare i nämnd ordning (Socialstyrelsen, u.å.).

Tidigare forskning

Ekonomi

Under 90-talet ökade kraven på effektivitet inom vården i USA. Detta ledde till ett minskat antal sessioner i psykoterapibehandlingarna och en reducerad kompensation för yrkesverksamma. Det var bara en tidsfråga innan psykiatrin skulle utsättas för samma konkurrens som andra branscher (Davison, 2000).

Inom den psykiatriska vården, framförallt i England och USA, används *stepped care* som modell för planering av vårdinsatsen. Modellen syftar till att reducera vårdkostnader och hitta den optimala vårdnivån för varje patient. Detta uppnås genom att behandlaren först ger minsta möjliga vårdinsats för att sedan gradvis trappa upp behandlingen om inte effekt uppnås med de lättare åtgärderna. Den första åtgärden kan till exempel vara att rekommendera en självhjälpbok eller en instruktionsvideo. Om inte detta hjälper kan man intensifiera behandlingen stegvis. Tanken är att man ska reservera den mest kompetenta personalen till de svårast sjuka (Haaga, 2000). Många patienter svarar dock inte på enklare behandling eller manualiserad psykoterapi utan behöver istället individualiserad behandling. Newman (2000) nämner anorexi som ett exempel på en diagnos som inte bör behandlas med de lättaste formerna av åtgärder och menar att detta förmodligen gäller för många diagnoser. Tyvärr finns det inga strukturerade urvalsmetoder för hur dessa patienter ska identifieras eller hur deras behandlingar ska individualiseras. Davison (2000) betonar att *stepped care* ökar behovet av att kontinuerligt utvärdera behandlingsinsatserna för att veta om en upptrappning

är nödvändig. Inom psykiatri är uppföljningen dock ofta bristfällig. Vidare menar Davison (2000) att det finns en risk att patienter som får en enklare initial behandling tappar hoppet och inte söker fortsatt vård, i tron att det inte finns någon verksam behandling att få. Detta kan också tänkas ha negativ effekt på patientens självkänsla, vilket innebär att en misslyckad insats inte bara saknar effekt, utan även kan vara direkt skadlig. Otto, Pollack och Maki (2000) visar exempelvis att det kan ge effekt att behandla panikångest med psykofarmaka, men antalet avbrutna behandlingar är högre jämfört med dem som får kognitiv beteendeterapi. Dessutom återkommer ofta symptomen efter att patienten slutat med medicinen. För verksamheten inom psykiatri kan behandling med psykofarmaka vara ett lockande alternativ till terapi, då detta kräver färre och kortare kontakter med behandlaren. Ur ett långsiktigt perspektiv blir ofta kostnaderna större, eftersom patienten inte får tillgång till en effektivare behandling som kan åtgärda symtomen mera långsiktigt.

Isett et al. (2009) beskriver *managed care* som en annan form av ekonomisk effektivisering inom vården. Metoden består av en samling verktyg som ska uppmuntra både vårdtagare och behandlare att minimera kostnaden för behandlingen genom ekonomiska incitament. Fenomenet är vanligt i USA. Forskningen visar att allt fler behandlare inom den somatiska primärvården vantrivs på arbetsplatser som infört systemet och därför i större utsträckning byter arbetsplats eller anställningsform. Ett vanligt klagomål från personalen är att tidsbristen förhindrar alliansbyggandet med patienterna. Behandlare rapporterar också brist på resurser för längre behandlingar av svårt sjuka patienter. Inom mentalhälsovården har man dock inte funnit samma negativa effekter hos behandlarna. Den enda signifikanta försämringen är ökat missnöje på grund av större administrativ belastning. Hur behandlare inom mentalhälsovården upplever sin arbetssituation är beroende av hur stor mottagning man arbetar på. Detta kan bero på att mindre mottagningar tenderar att ha patienter med mindre allvarliga problem (Isett et al., 2009).

Terapeutens erfarenhet

Stein och Lamberts (1984) fann ingen generell korrelation mellan terapeutens erfarenhet och effekten av behandling i sin metaanalys. Vid närmare undersökning fann man dock att terapeuter med mer erfarenhet presterade bättre när man använde teknikorienterade behandlingar samt att paraprofessionella har bättre resultat när det gäller icke specifik samtalsbehandling (Stein & Lambert, 1984). Man fann en trend i studier med klienter som hade allvarliga störningar, vilken visade att dessa klienter favoriserade terapeuter som hade mer erfarenhet.

Bright, Baker och Neimeyers (1999) metastudie undersökte effekten av psykoterapi med barn och ungdomar och fann något starkare evidens för vikten av terapeutens erfarenhet. Författarna gick igenom 48 studier om SSM, en kognitiv behandlingsmetod riktad till ungdomar med dålig självkänsla. Resultaten visade att terapeutens utbildningsnivå har en tydlig korrelation med terapins utfall. Effektstorleken är mer än sju gånger större hos terapeuter med doktorsnivå än de utan universitetsexamen.

Weisz, Weiss, Han, Granger och Morton (1995) genomförde en metastudie rörande psykoterapi för barn och ungdomar men fann inga signifikanta resultat för en positiv effekt av professionell utbildning hos terapeuten. Tvärtom fann man en signifikant huvudeffekt som visade att paraprofessionella har bättre effekt i terapin än de med universitetsexamen och andra professionella terapeuter. Studien visade dessutom att paraprofessionella hade bäst resultat med unga patienter. För professionella terapeuter var inte patientens ålder en avgörande faktor. Professionella hade även bättre effekt i arbetet med barn som hade kontrollbehovsrelaterad problematik jämfört med paraprofessionella.

Studier som genomförts på universitets rådgivningscentrum har inte kunnat visa på något förhållande mellan terapeuters utbildning och antalet klientavhopp. Dock har andra studier visat att terapeuter med mer erfarenhet haft signifikant mindre avhopp jämfört med terapeuter med mindre erfarenhet (Atkins & Christensens, 2001).

Bright et al. (1999) undersökte terapi med deprimerade patienter. De jämförde professionella med paraprofessionella terapeuter i både individuell kognitiv beteendeterapi och gruppterapi. Resultaten pekar på att paraprofessionella är lika effektiva som professionella i att reducera depressiva symtom och att patienter i individual- och gruppterapi förbättras likvärdigt. Det finns dock en skillnad som visar att patienter som genomgår individualterapi med professionella terapeuter i större utsträckning klassificeras som icke deprimerade efter avslutad behandling. Ju mindre terapeuterna avvek från den manualbaserade behandlingsmetoden, desto större förbättring i depressiva symtom bedömdes patienter uppleva (Bright et al., 1999). Forskningen kring professionella och paraprofessionella kvaliteter i terapin visar inte på några tydliga resultat eller någon konsensus kring vilket fokus studierna bör ha.

Terapeutens utbildningsnivå

I en studie utförd av Mundinger et al. (2000) fann man i stort sett ingen skillnad i utfall, tillfredsställelse och framtida hälsoproblem mellan patientgrupper som uteslutande fått vård av läkare respektive sjuksköterskor. Atkins och Christensen (2001) belyser flera studier som

visar på liknande effektnivåer mellan professionella och paraprofessionella inom mentalhälsovården. Det finns dock ingen konsensus och ämnet debatteras fortfarande. Andra metastudier har inte lyckats visa några högre effektstorlekar för professionella utan snarare en marginellt bättre effekt bland paraprofessionella (Hattie, Sharpley & Rogers, 1984). Metastudier med uppföljning har inte heller kunnat uppvisa någon generell effektskillnad mellan grupperna. Dock visade det sig att när terapin varade fyra veckor eller mindre, hade professionella marginellt bättre effekt. Om terapin var längre än tolv veckor, hade paraprofessionella bättre effekt. Det fanns också en trend som antydde att professionella fick bättre effekt med äldre patienter och paraprofessionella med yngre patienter (Berman & Norton, 1985).

En australiensisk studie jämförde psykologistudenter som läst antingen fem år på universitet eller fyra år följt av ett års kliniskt arbete. Det visade sig att de med längre utbildning var marginellt skickligare jämfört med gruppen med längre klinisk erfarenhet. Förmågan att snabbare skapa en god arbetsallians mellan terapeut och patient ökade dock inte med ett extra års universitetsstudier. Man fann inte heller någon signifikant skillnad i antal patientavhopp mellan grupperna. Behandlare, som efter fyra års utbildning skattades under medel i klinisk kompetens, hade störst nytta av ett extra år av utbildning. De som skattades över medel ökade bara sin kompetens marginellt. Vidare visade det sig att de som skattades över medel och valde att arbeta kliniskt under ett år förlorade en signifikant del av sin kunskap, medan de som skattades under medel inte signifikant förändrades (Atkins & Christensen, 2001). Enligt O'Donovan, Bain och Dyck (2005) fanns det inget som tydde på att terapeutens förmåga att bedöma kvaliteten på arbetsallians ökar i samband med utbildning.

En kvalitativ studie visade att australiensiska patienter inom mentalvården upplevde sjuksköterskors behandling som tillfredsställande (Wortans, Happell & Johnstone, 2006). Studien stödjer tidigare forskning på området som pekar på att patienterna upplever sjuksköterskors behandling vara av samma kvalitet, eller bättre, jämfört med läkarnas. De flesta deltagare i studien upplevde att de lättare kunde relatera till sjuksköterskorna. Detta för att de var mindre skrämmande, men även för att man upplevde mötet som mer informellt än mötet med läkaren (Wortans et al., 2006).

Freitas (2002) undersökte 20 års forskning på handledningsområdet för att se om handledning hade någon effekt på terapins utfall. Hans bedömning är att tidigare studier håller för låg vetenskaplig kvalitet för att kunna ge några definitiva svar. Han menar också att

komplexiteten i triaden mellan handledare, terapeut och patient, är så stor att det är svårt att undersöka effekterna. Denna typ av forskning är också beroende av psykoterapiforskningen och kan inte fortskrida förrän man kartlagt de effektiva ingredienserna i psykoterapi. Freitas (2002) undersökte, i en metastudie, handledningens tidpunkt i förhållande till terapisessionen. Resultaten antydde att terapeuter som haft handledning i anslutning till terapin var mer benägna att genomföra av handledaren godkända strategier i behandlingen, jämfört med dem som haft handledning några dagar innan sessionen. En annan undersökning i metastudien försökte belysa skillnaden mellan klientfokuserad handledning och handledning där både klient och terapeut diskuterades. Man fann att klientfokuserad handledning ökade klientens tillfredsställelse med terapin, klientens upplevelse av terapeutens hjälpsamhet och klientens tillfredsställelse med arbetsalliansen. Studien hade dock för stora brister för att resultatet ska kunna vara tillförlitligt. Den skulle möjligen kunna vara en indikation på hur handledning kan påverka terapin. Sambandet mellan klientfokuserad handledning och ökad tillfredsställelse hos klienten styrks dock av en senare studie (Freitas, 2002).

Howard (1999) visar att specialister har signifikant kortare behandlingar jämfört med behandlare utan specialistutbildning. Dessutom har patienter som gått i behandling hos en specialist signifikant färre återfall under en uppföljningsperiod på två år.

Teoretisk huvudinriktning och patientens diagnos

Fonagy (2010) skriver att psykoterapiforskning sällan intresserar sig för hur olika personliga karakteristika gör någon mer eller mindre lämplig för en speciell form av psykoterapi. Trots detta lägger behandlare avsevärd tid på att försöka identifiera rätt terapiform för sina patienter baserat på sådana faktorer. Inom medicinen har det funnits en utveckling mot en mer individuell medicinering. Dock är förståelsen för vilka mekanismer som har effekt inom psykoterapeutisk behandling långt ifrån lika sofistikerad som inom medicinen. De flesta terapeuter tycker sig likväl kunna avgöra vilka behandlingar som troligtvis ger bäst effekt med hjälp av sin intuition. Dessa bedömningar baseras ofta på demografiska egenskaper, psykologisk kapacitet, klinisk historia, kontextuella faktorer, personliga mål i förhållande till behandlingen och implicita, naiva teorier som patienten presenterar för klinikern. Redan när man som patient väljer vilken mottagning man ska gå till reduceras antalet möjliga matchningar av tillgången på behandlare, deras teoretiska preferenser och utbildning (Fonagy, 2010).

Terapeuter tenderar att se sin favoritmetod som applicerbar på ett stort spektrum av problem och rekommenderar ofta sin egen metod till de flesta patienter. Tron på den egna

metoden kan vara av stor vikt när det gäller att förmedla hopp till patienten (Van Audenhove & Vertommen, 2000). Terapeuter tenderar att bedöma möjligheterna till förbättring i terapin som större, om patientens förklaringsmodell överensstämmer med terapeutens teoretiska preferens (Houts, 1984). Det växande antalet teoretiska inriktningar och behandlingsmetoder gör det allt svårare att välja behandlingsform. En annan försvårande faktor är utvecklingen mot ett mer eklektiskt hållningssätt där tekniker från olika teorier och metoder blandas för att kunna skräddarsy terapin efter klientens behov. Om man utvecklade en systematisk urvalsmetod, skulle denna behöva innehålla element som definierar egenskaper som terapeutens personlighet och allians, eftersom dessa aspekter visat sig ha betydelse för terapins utfall (Van Audenhove & Vertommen, 2000).

Nästan hälften av dem som uppfyller kriterierna för en DSM-IV-diagnos uppfyller även kriterierna för ytterligare en diagnos. Komorbiditeten är en faktor som komplicerar matchningsbeslutet, eftersom denna ökar antalet faktorer som man måste beakta när rätt metod ska väljas (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005).

Kön

Flera undersökningar har pekat på en möjlig koppling mellan terapeutens kön och avhopp i terapin. Variabler som dominans och autonomi hos terapeut och klient medierar relationen mellan kön och avhopp i terapi (Reis & Brown, 1999).

Wagner et al. (1993) genomförde en studie där sexuellt utnyttjade unga kvinnor fick psykoterapi. Studien indikerade att manliga terapeuter var lika effektiva som kvinnliga terapeuter. I en metaanalys av Bowman, Floyd, Scogin och McKendree-Smith (2001) pekar resultatet dock på en liten fördel för kvinnliga terapeuter, men denna skillnad är inte signifikant.

Bischoff och Sprenkles (1993) studie visade att matchning av klienters och terapeuters kön förebyggde tidiga avhopp under familjeterapi. Blow, Timm och Cox (2008) hänvisar till studier där man inte kunnat hitta någon relation mellan könsmatchning och avhopp i terapin.

Wintersteen et al. (2005) undersökte hur kön och etnicitet påverkade alliansen och behandlingen med ungdomar. Det visade sig att patienter som matchades efter kön, upplevde alliansen som bättre och i större utsträckning var benägna att genomföra behandlingen. Unga kvinnor upplevde bättre allians med både manliga och kvinnliga terapeuter än vad de unga männen gjorde. Ur klientens perspektiv upplevdes bättre initial allians vid matchning efter kön, jämfört med dem som fick en terapeut av motsatt kön. Framförallt upplevde unga män

alliansen med kvinnliga terapeuter som låg i det tidiga skedet av terapin. Unga kvinnor upplevde i stället alliansen som väldigt hög. När man matchade en manlig terapeut med unga män visade det sig att klienterna stannade längre i behandling. Generellt visade studien att matchning efter kön minskade frekvensen av avhopp (Wintersteen et al., 2005).

Forskningen visar på skilda resultat när det gäller om och hur könsmatchning påverkar terapin. Det finns exempelvis studier som pekar på att könsmatchning påverkar terapins utfall (Vocisano et al., 2004) och forskning som visar att det inte spelar någon roll (Okiishi et al., 2006). Vidare indikerar andra studier att manliga terapeuter har större avhopp i terapi jämfört med kvinnliga terapeuter (Betz & Shullman, 1979) medan andra studier visar att kvinnliga terapeuter har större avhopp än manliga terapeuter (Epperson, 1981). Det finns också studier som indikerar att avhopp inte är bundet till terapeutens kön (Reis & Brown, 1999) och att könsmatchning inte påverkar alliansen negativt i parterapi (LoPiccolo, Heiman, Hogan & Roberts, 1985).

Etnicitet

Zane et al. (2005) undersökte huruvida kognitiv matchning, mellan terapeut och patient, kan förklara varför etnisk matchning kan ha positiv effekt under tidiga stadier i psykoterapi. Författarna undersökte asiatiska och ”vita” amerikaner som deltog i terapi inom öppenvården. Patienterna och terapeuterna fick genomgå personlighetstest som kartlade deras kognitioner rörande problemuppfattning, coping och mål med behandlingen. När man kontrollerade för etniska skillnader, visade det sig att kognitiva likheter mellan terapeut och patient verkar vara en signifikant prediktor för behandlingens utfall. Man fann inte något sådant samband gällande enbart etnicitet.

Bhugra och Bhui (1997) menar att etnisk matchning mellan terapeut och patient inte är avgörande för terapin. Ofta är etnisk matchning något som förespråkas, då man utgår från att patienten känner sig friare att berätta om sina problem för terapeuten om de tillhör samma etniska grupp. Dock visade det sig att det inte räckte att matcha efter etnicitet, då patienten likväl upplevde terapeuten som tillhörande en annan socioekonomisk grupp, vilket istället bidrog till, och betonade, skillnaden mellan parterna.

Reis och Brown (1999) fann att etnisk matchning har en stark påverkan på klientavhopp. Sue et al. (1991) visade att för vissa etniska minoritetsgrupper var etnisk likhet associerat med bättre behandlingsresultat och färre avhopp. Detta gällde framförallt klienter i USA som inte acklimatiserat sig till det amerikanska samhället. En metaanalys demonstrerade att effektstorleken var liten i relationen mellan etnisk matchning och avhopp.

Etnisk matchning var inte en signifikant prediktor för avhopp efter första sessionen (Maramba & Halls, 2002). Reis och Brown (1999) fann att terapin påverkades negativt när terapeuten och klienten kom från olika bakgrund. Mer specifikt ökade avhoppet bland etniska minoritetspatienter som träffade "vita" terapeuter. Etnicitet hade bara en mindre roll i terapins utfall, men däremot föreslår man att etnisk likhet ökar chanserna att behålla klienten i terapin. Man menar vidare att matchning efter kön och etnicitet för amerikanska män med asiatiskt ursprung, "vita" amerikanska kvinnor och "vita" amerikanska män är mindre viktigt än för amerikanska kvinnor med asiatiskt ursprung.

Flaskerud och Liu (1991) visade att etnisk matchning och språklig matchning signifikant ökar antalet sessioner klienten deltar i. De fann inga andra variabler som visade samma signifikanta resultat. Sue (1977) föreslår att avhoppet bland klienter, som tillhör etniska minoriteter, kan bygga på terapeutens oförmåga att respondera på förväntningar och särskilda behov hos klienten.

En undersökning av Knipscheer och Kleber (2004) visade att en etnisk matchning föredrogs av vissa etniska minoritetsgruppspatienter, men inte av alla. Många patienter skattade egenskaper som erfarenhet och klinisk kompetens som mer viktiga egenskaper hos terapeuten. En del patienter föredrog inhemska terapeuter och pekade på att dessa var mer professionella. Flera patienter menade att en terapeut från samma minoritetsgrupp skulle hota sekretessen om man befann sig i ett mindre samhälle. Detta kan skapa en negativ etnisk överföring som gör att patienten inte litar på en terapeut som är av samma etnicitet. Detta kan bero på fördomar om den egna minoritetsgruppen. Dock upplevde patienterna att terapeutens kunskap om patientens kultur var en avgörande faktor för en god behandling. Man bör sträva efter att anställa terapeuter som är flerspråkiga och som kommer från andra kulturella kontexter, för att på så sätt kunna behandla patienter med olika kulturell bakgrund mer framgångsrikt. En etnisk matchning kan dock fångla terapeuten och patienten i deras kulturella identiteter och på så sätt rasera de mer mänskliga elementen (Knipscheer & Kleber, 2004).

Bruner, Davey och Waite (2011) menar att medlemmar av etniska minoritetsgrupper och de som tillhör lägre socioekonomiska statusgrupper löper större risk att drabbas av mental ohälsa. Det är också mindre sannolikt att de får adekvat behandling. "Svarta" amerikaner får mentalvård i mindre utsträckning än "vita" amerikaner (Breland-Noble, Bell & Nicolas, 2006). En teori är att detta beror på att "svarta" har sämre sjukförsäkringsstatus än "vita". Andra forskare menar att detta inte förklarar skillnaderna, utan att dessa snarare beror

på fördomar hos behandlarna. Studier har visat att unga "svarta" med psykiska problem i större utsträckning behandlas inom kriminalvården, medan "vita" ungdomar med samma typ av problem oftare får hjälp inom psykiatrin. Vidare har man funnit att "svarta" amerikaner saknar förtroende för hälsovården. "Svarta" amerikaner löper nästan dubbelt så hög risk att bli diagnostiserade med schizofreni, men bara hälften så stor risk att få diagnosen affektiv störning (Breland-Noble et al., 2006).

Field och Caetano (2010) undersökte etnisk matchning mellan terapeut och patient bland amerikaner med spanskt ursprung som led av alkoholmissbruksproblematik. Det finns problem med tidigare forskning, eftersom man inte tagit hänsyn till etniska minoritetsgrupper. Författarna pekar på studier som visar att man inte kan förutsätta att behandlingsmetoder med bevisad effekt fungerar för alla etniska grupper utan att anpassas specifikt till gruppen. En behandling genomfördes för alkoholmissbrukare där patienterna delades in i tre grupper; "svarta", "vita" och personer med spanskt ursprung. Behandlingen hade ingen signifikant effekt på de "svartas" eller "vitas" alkoholvanor, medan de med spanskt ursprung minskade sitt alkoholintag signifikant.

Jerrell (1998) menar att personer som tillhör etniska minoritetsgrupper statistiskt sett får hjälp senare än andra för sina psykiatriska problem. Detta innebär att dessa personer är i ett mer akut skede när de väl kommer i kontakt med vården. Dessa patienter tenderar också att få färre behandlingstimmar och det är vanligare med avhopp från behandlingen. Detta kan bero på att representationen av etniska minoriteter hos personalen är liten och inte motsvarar patientgruppens demografiska spridning. Forskning har visat att när man kompenserar för detta, och mottagningarna blir mer kulturellt tillmötesgående, försvinner skillnaderna mellan minoritetsgrupperna och majoritetsbefolkningen (Jerrell, 1998).

Forskningsfältet är i stort behov att definiera viktiga begrepp. Ofta används ord som "ras", etnicitet och kultur omväxlande eller utan explicit referens till vilka verktyg man använder för att mäta dem och hur de ska tolkas. Ofta förlitar man sig på en enda fråga i självskattningsformulär när man ska dela in personer efter etnicitet, vilket skapar ytterligare mätfel. Andra forskare understryker att medlemmar i en specifik minoritetsgrupp inte nödvändigtvis måste dela värderingar och attityder med sina förfäder. Dessutom interagerar grupperna med varandra och är exponerade för liknande information via massmedia, vilket gör de kulturella gränserna otydliga. Etnicitet kan ses som en psykologisk variabel snarare än en demografisk sådan med tonvikt på attityd, identitet och kognitioner som mer centrala begrepp att undersöka (Karlsson, 2005).

Sexualitet

Jones et al. (2003) utförde en omfattande undersökning där deltagarna antingen gick i psykoterapi eller hade gått i psykoterapi. Deltagare i undersökningen identifierade sig i samband med undersökningen som kvinnliga homosexuella, manliga homosexuella eller bisexuella. Vid första samtalskontakten identifierade sig tre fjärdedelar av männen och hälften av kvinnorna i studien som homosexuella. Resultaten visade att klienter som i inledningen av psykoterapi såg på sig själv som homosexuella och inte var i konflikt rörande sin sexuella orientering, skattade högre på skalan om upplevda fördelar i terapin. Detta till skillnad från dem som under tiden skattade sig som heterosexuella eller var i konflikt rörande sin sexuella läggning. Författarna föreslår att fynden kan visa att psykoterapi är mer fördelaktigt för personer som är öppna med sin homosexualitet och känner sig relativt trygga med sin sexuella orientering, jämfört med dem som kämpar med att komma till rätta med sin sexualitet. Vidare spekuleras kring huruvida den etablerade antihomosexuella attityden, som funnits inom den psykiatriska hälsovården, inte helt förändrats. Denna attityd kan ha avskräckt individer som kämpat med sin sexuella identitet från att börja behandling innan de har blivit trygga i sin sexualitet.

Kön och sexuell orientering hos terapeuten var en signifikant prediktor där kvinnliga och homosexuella terapeuter under episoderna skattades som mer fördelaktiga (Jones et al., 2003). Dessa fynd visar sig stämma överens med Brooks översikt (1981) där homosexuella kvinnor skattade likhet rörande kön och sexuell orientering som en viktig egenskap för valet av terapeut. Dock bedömde en dryg tredjedel av kvinnorna terapin som mer fördelaktig när man hade en manlig terapeut. Även om kön och sexuell orientering är viktiga egenskaper för att skapa en positiv atmosfär i den terapeutiska relationen, kan andra faktorer ha varit avgörande för terapins utfall. Vidare visade undersökningen att drygt tre fjärdedelar av patienterna upplevde att terapin hade påverkat dem positivt. Drygt två tredjedelar menade att terapin var mycket fördelaktig när de hade en kvinnlig terapeut, oavsett om denna var heterosexuell eller homosexuell. Av dem som upplevde terapin som destruktiv hade drygt tre fjärdedelar haft en heterosexuell manlig terapeut. Omkring sju av tio hävdade att de skulle föredra en lesbisk terapeut (Brooks, 1981). Homosexuella kvinnor och män var generellt positiva till matchning efter sexuell läggning mellan terapeut och klient.

Heterosexuella kvinnliga terapeuter upplevdes som mer hjälpsamma än heterosexuella manliga terapeuter, men inte mer hjälpfulla än homosexuella eller bisexuella terapeuter. Författarna visar hur viktigt det är att även undersöka andra faktorer som inflytande

på terapin snarare än endast matchningsmodeller (Liddle, 1996). Hos den minst önskade gruppen, heterosexuella och sexuellt oidentifierade manliga terapeuter, upplevde en dryg tredjedel av patienterna dessa som mycket hjälpsamma. Resultaten antyder att en matchning kan öka tillfredsställelsen i terapin, men samtidigt inte är avgörande för framgång i denna.

Jones et al. (2003) menar att kön bara var en signifikant prediktor för homosexuella kvinnliga respondenter. Sexuell orientering hos terapeuten påverkade bara terapin signifikant för manliga homosexuella respondenter. Författarna föreslår att man skulle kunna förhålla sig till ett interseksionalistiskt synsätt där inte bara den sexuella identiteten påverkar terapin, utan flera olika egenskaper gör detta. En undersökning visade att "svarta" män kände mer förtroende för "vita" manliga terapeuter jämfört med vad "svarta" kvinnor gjorde. Författarna menar att effekten av en sexuell identitetsmatchning också kan bero på klientens individuella sexuella identitetsutveckling. Detta på samma sätt som terapeutens "ras" och effekten av "rasmatchning" kan bero på individens "rasidentitetsutveckling" (Helms & Carter, 1991).

Ålder

Tall och Ross (1991) undersökte terapipatienters förväntningar och önskemål på terapeuter baserat på deras ålder och erfarenhet. Försöksdeltagarna fick läsa beskrivningar av fiktiva terapeuter som varierade i både ålder och erfarenhet. Därefter fick de välja vilken terapeut de skulle föredra vid en eventuell terapi. Resultaten visade att samtliga försöksdeltagare föredrog erfarna terapeuter framför oerfarna. Tidigare studier hade inte gjort skillnad på erfarenhets- och åldersfaktorer, vilket är ett problem då dessa riskerar att samvariera i hög grad. När det gäller terapeutens ålder föredrog samtliga deltagare terapeuter som var jämnåriga med dem själva. Den yngre gruppen i undersökningen (18-30 år) föredrog jämnåriga eller medelålders terapeuter. Gruppen i medelåldern (40-50 år) föredrog jämnåriga terapeuter och var minst öppna för terapeuter som tillhörde den yngre eller äldre åldersgruppen. Den äldre gruppen (60-71 år) var mest positiva till terapeuter i andra åldersgrupper (Tall & Ross, 1991).

Robiner och Storandt (1983) undersökte hur 64 försökspersoner i två åldersgrupper (25-35 år respektive 60-70 år) upplevde den terapeutiska relationen baserat på ålderskillnaden mellan terapeut och klient. Försöksdeltagarna blev intervjuade under 50 minuter och fick då berätta om ett relationsproblem. Efter intervjun fick de skatta terapeuterna på flera skalor rörande kvalitet på alliansen och man fann inga signifikanta skillnader baserat på ålder. Robiner och Storandt (1983) kritiserar också tidigare studier som

använder sig av videofilmer eller texter för att beskriva fiktiva terapeuter. Detta kan leda till att man mäter försöksdeltagarnas fördomar snarare än den egentliga alliansen.

Socioekonomisk situation

Flera forskare vidhåller att socioekonomisk situation är viktigare än etnisk tillhörighet när man vill förstå skillnader i attityder och behandlingsresultat hos etniska grupper. Exempelvis kan studier som jämför fattiga "svarta" med "vit" medelklass leda till att klassfaktorer attribueras till kultur eller etnicitet. Detta kan ha lett till antagandet att etniska minoriteter är mer krisfokuserade och saknar resurser till psykoterapier som kräver förmåga till introspektion. Vidare finns ett problem då socioekonomisk situation ofta mäts som en enskild fråga om inkomst i forskningen (Karlsson, 2005).

Piper, Joyce, McCallum, Azim och Ogradniczuk (2002) utforskade klienters och terapeuters ekonomiska bakgrund och deras möjlighet att avancera uppåt i den socioekonomiska hierarkin. Man fann att socioekonomisk likhet stod för en liten del av variansen. Det visade sig att ett förberedande arbete med klienter, som tillhörde en låginkomsttagargrupp, resulterade i bättre resultat i terapin. Det förberedande arbetet syftade till att förändra klienternas förväntningar på terapin och terapeuten så att de låg närmare verkligheten.

Reis och Brown (1999) hävdar att den mest användbara prediktorn, för att behålla klienten i terapin, troligtvis är social klass. Detta eftersom klienter med sämre socioekonomiska förutsättningar har bedömts brista i faktorer som språklig begåvning, abstrakt tänkande, fantiserande och förmåga att tänka i psykologiska termer. Detta tror man är ett resultat av sämre utbildningsmöjligheter. Vidare menar man att denna klientgrupp tenderar att inte ta en aktiv roll i sin egen behandling och att de sällan ser samtal som något läkande. Samvariationen mellan social klass och avhopp i terapi försvinner om man tar med klientens förväntningar på terapins längd. I stället för att se socioekonomisk situation som en brist hos klienten, så är det kanske mer förnuftigt att se det som ett interpersonellt problem.

Smith (2006) menar att fältet negligerar fattiga både när det gäller forskning, teori och praktik. Som ett resultat av detta har psykologer gjort sig otillgängliga, irrelevanta och oanvändbara för fattiga. Smith (2006) använder sig av begreppet klassism och menar att psykologer bör förhålla sig till klassism på samma sätt som till rasism och sexism i utbildning och praktik när det gäller psykoterapi. Två perspektiv på begreppet klassism beskrivs. Det första är klassism som förtryck. Detta är ett enkelriktat förhållande där de med resurser förtrycker de utan resurser. Det andra är klassism ur ett fördomsperspektiv där både

underklass och överklass tillskriver varandra egenskaper enbart byggt på socioekonomisk situation.

Personlighet

Bergström (2010) menar att behandlare, precis som patienterna, kan ha drag av olika personlighetsstörningar. Dessa drag behöver emellertid inte vara så allvarliga att de hindrar deras liv. Tendensen att bortse från personalens personlighetsdrag inom mentalhälsovården och forskningen är dock påfallande. Bergström (2010) hävdar dock att medvetenheten ökat något kring personlighetsfaktorer i personalgrupper som jobbar med missbruksvård och för att drag av personlighetsstörningar ska vara en tillgång måste dessa vara väl bearbetade. Det är också en förutsättning att gruppen består av en mix av personlighetstyper så att det blir möjligt att matcha. Personlighets- och erfarenhetsfaktorer är viktiga för behandlingens framgång. Bergströms (2010) uppfattning är att behandlingspersonal inom missbruksvården sällan har någon större erfarenhet av droger och att det därför är viktigt att man skaffar sig kunskap om missbrukarens vardag. Finns det personal med personlig erfarenhet av missbruk kan detta vara en stor tillgång. Dessa kan fungera som förebilder för missbrukare som försöker sluta. De personer som ska arbeta som terapeuter bör ha varit drogfria under minst fyra år för att inte löpa risk att falla tillbaka i drogmissbruk (Bergström, 2010).

Stricker (2002) menar att patienter med brist i förmågan till självobservation behöver en terapeut som använder sig av stöttande tekniker. Klienter som har större möjligheter till självobservation kan däremot klara av en terapeut med en mer krävande och tolkande hållning. Den sistnämnda gruppen har mest behållning av terapi som fokuserar på ökad insikt, medan den förstnämnda har behov av en stödjande terapi.

Beutler och Consoli (1993) försökte formalisera terapeutens förhållningssätt, och till viss del även valet av terapeut, utifrån patientens problem och personlighet. Detta bör utgöra en uttalad och teoretiskt grundad strategi i planeringen av en behandling. Metoden går ut på att man kartlägger patientens motivation, copingstil och reaktiva potential. Som exempel bör en person som är misstänksam mot auktoriteter tilldelas en terapeut som inte är speciellt formell och som kan dela med sig av sig själv. Van Audenhove och Vertommen (2000) visar att även om terapeuten inte matchar patienten naturligt, så påverkas inte terapin negativt om terapeuten ändå kan kommunicera med patienten på ett önskvärt sätt. Dolinsky et al. (1998) menar att patienter uppfattar att terapin har effekt när man upplever sig som lik terapeuten. Detta korrelerar även med upplevelsen av att terapeuten var aktiv under sessionerna. Resultaten visar att fem av sex patienter, som upplevde matchningen som problematisk, hade

manliga terapeuter. Av de sex patienter som upplevde sig ha en bra matchning, hade samtliga en kvinnlig terapeut. I en tredjedel av fallen hade terapeuten och patienten olika uppfattning i frågan om huruvida matchningen var positiv eller negativ. I studien var inte heller god matchning detsamma som likhet i personlighetsfaktorer. Om patienten var engagerad i processen upplevdes matchningen som positiv oavsett den upplevda likheten med terapeuten (Dolinsky et al., 1998).

Strukturerade matchningsprocesser

Van Audenhove och Vertommen (2000) har utvecklat en strukturerad matchningsmetod som beskriver en förhandling i fyra steg. Först kartlägger man patientens problem och förväntningar. Därefter informerar man patienten om lämpliga och tillgängliga behandlingsmetoder. Helst görs detta på ett neutralt sätt via broschyrer eller annan upplysning. Patienten bör också informeras om eventuella väntetider, kostnader och hur terapin går till i praktiken. Detta för att minska skillnaderna mellan klientens och behandlarens förväntningar och därigenom minimera risken för besvikelser och avhopp under pågående behandling. Tredje steget är en förhandlingsfas där patientens önskemål och behandlarens kunskap ska leda fram till ett eller flera konkreta behandlingsalternativ. I denna fas utforskas motiven bakom patientens önskemål och behandlaren är öppen med sina tankegångar. Det är viktigt att förhandlingsfasen präglas av samarbete och inte av att behandlaren erbjuder statiska alternativ som patienten bara kan tacka ja eller nej till. Slutligen erbjuds patienten ett antal behandlare med olika överenskomna behandlingsplaner. De faktorer som inte kan motiveras vetenskapligt ska alltid, i första hand, utgå från patientens vilja. Detta ökar chansen att patienten får en behandling som denne tror på, vilket ökar motivationen och underlättar alliansbyggandet. En pilotstudie med denna metod visade på signifikant färre avhopp jämfört med en mottagning som inte använde sig av förhandlingsmetoden. En förutsättning för att denna metod ska kunna användas i praktiken är att klinikerna tillåter flera olika terapeutiska inriktningar och att det inte förekommer någon rivalitet mellan utövarna av olika behandlingar (Van Audenhove & Vertommen, 2000). Matchning mellan patient och metod tycks inte vara lika viktigt vid kognitiv beteendeterapi som vid psykodynamisk terapi. När man tar med behandlingsmetod som faktor vid systematisk matchning, får de som genomgått psykodynamisk terapi bättre resultat. Patienter som slumpmässigt tilldelats kognitiv beteendeterapi får inte försämrat resultat medan klienter som önskat kognitiv beteendeterapi, men tilldelats dynamisk terapi, inte når samma positiva resultat (Watzke et al., 2010).

Många matchningsstudier saknar en grundläggande definition om vad matchning är. Matchning kan täcka ett brett fält av fenomen, både synliga beteenden, erfarenhetsbaserade förutsättningar och omedvetna känslor och konflikter. Med en så bred begreppsdefinition kan två forskare använda samma ord men avse två helt olika saker (Dolinsky et al., 1998).

Syfte

Huvudsyftet med studien är att undersöka vilka faktorer som påverkar matchningsbesluten när patienter tilldelas psykoterapeuter inom vuxenpsykiatri. Detta då det inte finns några vetenskapligt beprövade rutiner som tar hänsyn till alla relevanta faktorer. Förhoppningen är att denna studie ska kunna vara ett första steg mot en mer kunskapsbaserad utveckling av matchningsprocessen. Studien ämnar också undersöka huruvida dagens rutiner överensstämmer med personalens uppfattning om hur man borde göra. Detta kan spegla vilket inflytande personalen har över rutinerna på sin arbetsplats. Denna information kan vara viktig vid en eventuell förändring av matchningsrutinerna. Vidare avser studien att jämföra hur personalen, som är involverade i matchningsbesluten, värderar matchningsfaktorer beroende på vilken grundutbildning de har och utifrån vilken arbetsplats de arbetar på.

Frågeställningar

1. I vilken utsträckning påverkar organisatoriska faktorer matchningsbesluten?
2. I vilken utsträckning påverkar terapeuternas kompetens matchningsbesluten?
3. I vilken utsträckning påverkar patienternas sjukdomsbilder matchningsbesluten?
4. I vilken utsträckning påverkar demografiska faktorer matchningsbesluten?
5. I vilken utsträckning påverkar patienternas önskemål matchningsbesluten?
6. I vilken utsträckning påverkar patienternas och terapeuternas personlighet matchningsbesluten?
7. Har någon yrkesgrupp mer inflytande över matchningsbesluten jämfört med andra yrkesgrupper?
8. Finns det några skillnader mellan arbetsplatser när det gäller i vilken utsträckning faktorerna påverkar matchningsbesluten?
9. Finns det andra faktorer som påverkar matchningsbesluten?

Metod

Teoretisk utgångspunkt

Faktorererna i föreliggande studie utarbetades dels efter en teoretisk översikt av forskningsfältet, dels utifrån författarnas erfarenheter från psykologistudier samt psykologpraktiktjänstgöring inom den psykiatriska öppenvården. Artiklar till den teoretiska översikten valdes utifrån relevans efter sökningar i artikeldatabaserna psychinfo, psycharticles och pubmed. Sökord som användes initialt var *match(-ing)*, *psychotherapy*, *therapist* och *patient*. Huvuddelen av forskningen, som legat till grund för konstruerandet av faktorerna i föreliggande studie, har sitt ursprung i USA och Australien. Dock kan man anta att denna forskning är relevant även för svenska förhållanden, då stora delar av den psykologiska och psykiatriska kunskapen som används i Sverige bygger på forskning från andra länder. De faktorer, som ansågs relevanta för matchningsbesluten, var Kostnadseffektivitet, Riktlinjer från ledningen, Arbetsbelastning, Yrkesutbildning, Steg 1- eller Steg 2-utbildning, Specialistutbildning, Yrkeserfarenhet, Teoretisk huvudinriktning, Patientens diagnos, Komorbiditet, Sjukdomens svårighetsgrad, Kön, Sexualitet, Etnicitet, Personlighet, Ålder, Socioekonomisk situation och Patientens önskemål.

Undersökningsgrupp

Populationen består av samtliga anställda inom den vuxenpsykiatriska öppenvården i Region Skåne som är involverade i matchningsbesluten mellan terapeut och patient inför påbörjande av terapi. Denna grupp ansågs lämplig för undersökningen av två anledningar. För det första finns det en stor variation inom patientgruppen vad det gäller diagnos men också demografiskt. För det andra är den psykiatriska öppenvården en organisation som arbetar med terapi i stor utsträckning jämfört med andra grenar av psykiatrin. Urvalet är ett icke slumpmässigt ja-sägarurval, då samtliga öppenvårdsmottagningar kontaktades, men endast en del av dem hade möjlighet att medverka i studien. Dessutom lämnade vissa av deltagarna inte tillbaka sina enkäter, vilket gav ytterligare bortfall. Ett av formulärens hade fyllts i av en person som tillhörde en högspecialiserad gren inom allmänpsykiatrin och exkluderades därför från resultatet.

Av undersökningsdeltagarna var 18 läkare, 37 psykologer, tre sjukgymnaster, 16 sacionomer, 26 sjuksköterskor, fyra arbetsterapeuter och tre skötare. Sjukgymnasterna, arbetsterapeuterna och skötarna exkluderades från beräkningarna med ANOVA eftersom

urvalsgrupperna ansågs vara för små. Personalen på arbetsplatserna var indelade i två eller tre team och på några av arbetsplatserna deltog inte alla team i undersökningen.

Materiel

För att besvara frågeställningarna konstruerades ett formulär (se Bilaga). Motivet till en formulärundersökning var att kunna utföra undersökningen med ett stort antal deltagare och på så sätt kunna generalisera resultatet till öppenvårdsmottagningar inom vuxenpsykiatri i Region Skåne. Formuläret innehöll tre delar. Först fick deltagarna en flervalsfråga där de kunde uppge sin yrkesutbildning. De vanligast förekommande yrkena inom psykiatri hade kryssrutor och det fanns också utrymme att i fritext markera annan yrkesutbildning. Därefter följde 18 faktorer där deltagarna både skulle ta ställning till hur ofta faktorn påverkar matchningen inom deras team och hur ofta de själva tycker faktorn borde tas hänsyn till. Frekvensen rapporterades på en femgradig skala där deltagarna fick bedöma hur ofta faktorn påverkade matchningsbeslutet utifrån beteckningarna aldrig, sällan, ibland, ofta och alltid. Slutligen fick deltagarna möjlighet att i fritext beskriva faktorer som de ansåg vara av betydelse, men som inte finns med bland faktorerna i formuläret. Formuläret lämnades in anonymt. Teman som tagits upp i tidigare studier användes som underlag till val av faktorer vid formulärets konstruktion. På formulären fanns även kontaktinformation med telefonnummer till författarna som deltagarna uppmanades att ringa om frågor skulle uppstå vid senare tillfälle.

Datainsamling

Totalt kontaktades elva offentliga vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Skåne via telefon. Knutet till flera av mottagningarna fanns utlokaliserad verksamhet med enskilda team. Dessa samlades regelbundet på huvudmottagningen för att medverka i behandlingskonferenserna. Sju enhetschefer tackade ja till deltagande i studien inom en genomförbar tidsperiod. Ytterligare två ville medverka, men hade inte möjlighet att delta inom tidsramen för studien.

På mottagningarna hölls en drygt 15 minuter lång presentation av undersökningen. Under presentationen redovisades syftet med studien, formulärets utformning, att deltagandet var frivilligt och i vilken grad anonymitet kunde garanteras. Detta skedde på arbetsplatsträffar eller behandlingskonferenser efter enhetschefernas önskemål. Presentationerna var inte standardiserade och kunde sålunda skilja sig något åt mellan de olika tillfällena. Vad som

diskuterades i samband med presentationen berodde till stor del på vilka frågor personalgrupperna hade och hur stor tidsbristen var på arbetsplatsen.

Efter presentationen utdelades formulären och deltagarna fick möjlighet att ställa frågor kring eventuella oklarheter. Några frågor som ställdes var vad som menades med terapi och vilka som skulle vara med och svara på frågorna i teamen. Organisatoriska särdrag och skillnader kring hur remissbehandlingen såg ut på de olika arbetsplatserna väckte också en del frågor hos deltagarna. Många tyckte att flera begrepp var komplexa och svåra att skatta i formuläret. Dessa deltagare informerades om att man fritt fick tolka och göra en individuell bedömning. På en arbetsplats fanns utrymme för deltagarna att fylla i svaren direkt. På övriga arbetsplatser fick deltagarna fylla i formuläret under kommande vecka. Dessa lämnades sedan in till en representant på arbetsplatsen som skickade formulären per post. I några fall hämtades formulären upp på plats efter överenskommelse.

Totalt kopierades 222 formulär upp. Dessa delades ut på de deltagande mottagningarna. Eftersom några formulär återlämnades ej ifyllda, kunde dessa återanvändas vid besök på andra mottagningar. Som ett resultat av detta är bortfallet ej säkerställt då det är oklart hur många formulär som återanvändes på detta vis. Totalt insamlades 107 ifyllda formulär varav elva saknade svar på minst en fråga eller hade fler än ett alternativ ifyllt på någon, eller några, av frågorna.

Data samlades in under totalt sex veckor under hösten 2011.

Databehandling

Svaren på enkäterna registrerades i SPSS, där yrkeskategori och arbetsplats kodades med siffror. Svaren i formulären översattes till siffror enligt följande: 1 = aldrig, 2 = sällan, 3 = ibland, 4 = ofta och 5 = alltid. Ytterligare en parameter skapades i SPSS för varje försöksperson genom att räkna ut medelvärdet för diskrepansen inom samtliga faktorer. Diskrepansen för varje faktor beräknades genom att subtrahera svaret för hur man gör idag med svaret för hur man borde göra inom faktorn. Alla negativa svar gjordes om till positiva, för att möjliggöra en beräkning av medelvärdet för samtliga diskrepanser. När all data registrerats, beräknades medelvärden för alla faktorer, vilka sammanställdes i ett stapeldiagram (se Figur 1). Eftersom inga hypoteser formulerats i studien, bedömdes det inte som lämpligt att använda separata t-test, för att jämföra yrkesgrupper och arbetsplatser. Risken för ett fel av Typ I skulle i sådana fall bli för stor. I stället användes ANOVA och Tukeys Post-Hoc-test där signifikanta mellangruppskillnader uppmättes på samtliga faktorer. I de fall där enstaka parametrar inte uppvisat homogenitet mellan grupperna

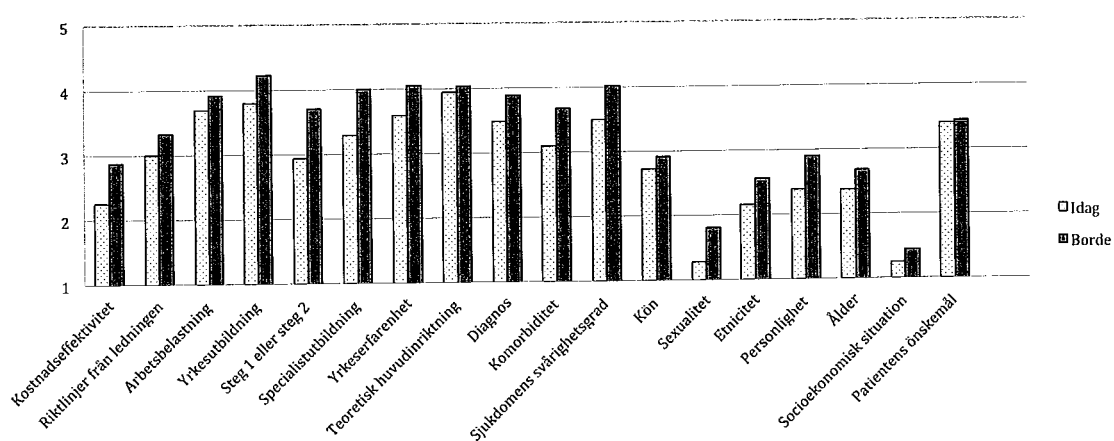
exkluderades resultatet. I de fall där ANOVA visat på signifikant F-värde med minst $p < 0,05$ gjordes Tukeys Post-Hoc-test för att urskilja vilka grupper som skiljer sig åt signifikant. Medelvärden och standardavvikelser för faktorerna redovisades i tabeller ordnade efter frågeställningarna. Därefter redovisades alla signifikanta mellangruppskillnader med p-värde och medelvärdeskillnad.

Svaren på sista frågan sammanställdes oberoende av resterande faktorer i ett separat textdokument. Fritextsvaren, som innehöll de faktorer som deltagarna tyckte saknades i undersökningen, grupperades efter tema och räknades sedan ihop. I resultatet redovisades sedan faktorerna i fallande ordning, baserat på hur många testdeltagare som omnämnt dem.

Resultat

För att göra informationen mer överskådlig har resultatet delats upp med utgångspunkt från frågeställningarna. Först visas en figur med medelvärden för alla yrkesgrupper, inklusive de mindre yrkesgrupperna som exkluderats i beräkningarna med ANOVA. Därefter följer separata tabeller med medelvärden och signifikanta resultat för de faktorer som är relevanta för den aktuella frågeställningen. Medelvärdena redovisas i tabeller och signifikanta mellangruppskillnader i texten under. Avslutningsvis redovisas faktorer som deltagarna anser vara väsentliga, men som inte funnits med i formuläret.

Medelvärden



Figur 1. Matchningsfaktorernas medelvärden för samtliga deltagare.

Organisatoriska faktorer

Tabell 1

Medelvärden för hur man värderar organisatoriska faktorer

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Riktlinjer	94	2,95	1,09	94	3,30	1,00
Kostnadseffektivitet	96	2,25	1,11	96	2,91	1,06
Arbetsbelastning	97	3,70	0,79	96	3,95	0,75

ANOVA, med yrkesgrupper som utgångspunkt, visar att Riktlinjer idag och Arbetsbelastning idag signifikant skiljer sig åt. Post-Hoc-analysen visar att läkare uppfattar att man tar signifikant större hänsyn till Arbetsbelastning idag jämfört med hur socionomer (Medelvärdeskillnad = 0,85, $p < 0,05$) och psykologer (Medelvärdeskillnad = 0,60, $p < 0,05$) uppfattar det.

Utifrån arbetsplats visar ANOVA att både Kostnadseffektivitet idag och Riktlinjer idag har signifikanta medelvärdeskillnader. Den största signifikanta skillnaden, när det gäller hur man uppfattar att kostnadseffektivitet påverkar matchningen, är 1,50 med $p < 0,05$ och när det gäller Riktlinjer idag 1,40 med $p < 0,05$.

Kompetensfaktorer

Tabell 2

Medelvärden för hur man värderar kompetensfaktorer

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Yrkesutbildning	97	3,77	0,81	97	4,21	0,68
Steg 1- Steg 2-utbildning	97	2,95	0,99	97	3,71	0,79
Specialistutbildning	97	3,27	0,92	97	4,00	0,61
Yrkeserfarenhet	97	3,56	0,85	97	4,05	0,65
Teoretisk inriktning	96	3,95	0,62	96	4,03	0,70

ANOVA visar att faktorerna Yrkesutbildning idag och Yrkeserfarenhet idag skiljer sig signifikant åt mellan arbetsplatser. Post-Hoc-analysen visar att den största medelvärdesskillnaden när det gäller Yrkesutbildning idag är 1,05 med $p < 0,05$. Den största skillnaden för Yrkeserfarenhet idag är 1,06 med $p < 0,05$. När det gäller uppfattningen i vilken utsträckning man borde ta hänsyn till de resterande kompetensfaktorerna finns inga signifikanta skillnader mellan arbetsplatserna.

Om man jämför hur olika yrkesgrupper uppfattar i vilken grad kompetensfaktorerna påverkar matchningsbesluten idag, visar ANOVA på signifikanta skillnader när det gäller huruvida terapeuten har Steg 1- eller Steg 2-utbildning och hur mycket yrkeserfarenhet terapeuten har. Post-Hoc-analysen visar att psykologer anser att man tar signifikant mindre hänsyn till huruvida terapeuten har Steg 1- eller Steg 2-utbildning jämfört med övriga yrkesgrupper. Den största skillnaden är mellan psykologer och läkare (Medelvärdesskillnad = 0,87, $p < 0,05$) och den minsta mellan psykologer och sjuksköterskor (Medelvärdesskillnad = 0,69, $p < 0,05$). När det gäller yrkeserfarenhet är det bara psykologer och läkare som skiljer sig åt på så vis att läkare anser att man tar hänsyn till yrkeserfarenhet i större utsträckning än vad psykologer gör (Medelvärdesskillnad = 0,81, $p < 0,05$).

Sjukdomsfaktorer

Tabell 3

Medelvärden för hur man värderar sjukdomsfaktorer

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Diagnos	97	3,47	0,75	97	3,90	0,59
Komorbiditet	95	3,08	0,92	95	3,68	0,83
Sjukdomens svårighetsgrad	97	3,51	0,95	96	4,06	0,68

ANOVA visar att den enda faktorn som signifikant skiljer sig mellan yrkesgrupper är Sjukdomens svårighetsgrad idag. Post-Hoc-analysen visar att läkare anser att man tar hänsyn till faktorn i signifikant högre utsträckning än vad psykologer anser (Medelvärdesskillnad = 0,923, $p < 0,05$).

När det gäller skillnader mellan arbetsplatser visar ANOVA att Komorbiditet idag är den enda faktorn med signifikanta mellangruppskillnader. Post-Hoc-analysen visar att den största medelvärdesskillnaden mellan två arbetsplatser är 1,12, $p < 0,05$.

Demografiska faktorer

Tabell 4

Medelvärden för hur man värderar demografiska faktorer

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kön	97	2,69	0,73	97	2,89	0,66
Etnicitet	96	2,10	0,84	95	2,48	0,82
Sexuell läggning	92	1,25	0,54	93	1,82	0,83
Ålder	97	2,38	0,78	97	2,68	0,64
Socioekonomisk situation	96	1,26	0,57	97	1,45	0,71

ANOVA ger inga signifikanta mellangruppskillnader på de demografiska variablerna oavsett om man utgår från yrkeskategori eller arbetsplats som oberoende variabel.

Patientens önskemål

Tabell 5

Medelvärden för hur man värderar patientens önskemål

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Patientens önskemål	97	3,39	0,62	97	3,42	0,59

ANOVA med Post-Hoc-analys ger inga signifikanta skillnader mellan arbetsplatser eller mellan yrkesgrupper, varken när det gäller i vilken grad man tar hänsyn till patientens önskemål eller hur man tycker att man borde göra.

Personlighetsfaktorn

Tabell 6

Medelvärden för hur man värderar personlighetsfaktorn

Faktor	Hur man gör idag			Hur man borde göra		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Personlighet	96	2,40	1,00	95	2,96	0,87

ANOVA visar på signifikant skillnad på både Personlighet idag och Personlighet borde utifrån yrkesgrupper. Post-Hoc-analysen visar att läkare upplever att man tar signifikant mer hänsyn till Personlighet idag (Medelvärdeskillnad = 0,92, $p < 0,05$). När det gäller hur man tycker att man borde göra finns en signifikant skillnad mellan läkare och sjuksköterskor, där läkare anser att personlighet borde spela större roll vid matchningen (Medelvärdeskillnad = 0,78, $p < 0,05$).

Diskrepans

Tabell 7

Medelvärden för diskrepans efter yrkesgrupp

Yrkesgrupp	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Läkare	16	0,33	0,28
Psykolog	36	0,62	0,42
Socionom	14	0,52	0,39
Sjuksköterska	21	0,56	0,36
Total	87	0,54	0,39

ANOVA ger inga signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna när det gäller medelvärdet för diskrepansen. När det gäller skillnaden mellan arbetsplatser visar ANOVA på ett signifikant resultat. Post-Hoc-analysen ger en signifikant skillnad mellan de två arbetsplatser med störst skillnad (Medelvärdeskillnad = 0,51, $p < 0,05$).

I undersökningen saknade faktorer

Av de faktorer, som deltagarna anser saknas i undersökningen, är två mest framträdande. En faktor är att man idag matchar klienten med den terapeut som har tid att ta emot nya patienter. Den andra faktorn är begränsningar i urvalet av terapeuter, beroende på arbetslagets

konstellation. När det gäller begränsningen av behandlare i arbetslagen, kan detta både handla om huruvida terapeuten finns med på behandlingskonferensen, eller om arbetslaget är så homogent att matchning efter exempelvis demografiska faktorer blir omöjligt. Dessa faktorer beskrevs av vardera sex deltagare.

Den näst mest omnämnda faktorn är maktförhållanden i arbetsgrupperna, då rivaliteten mellan yrkesgrupper påverkar matchningsbeslutet. Två exempel som nämndes var att man inte vågar gå emot en läkares behandlingsrekommendationer samt att vissa terapeuter har lättare att tacka nej till nya klienter än kollegor har, vilket kan leda till en ojämn arbetsbelastning. Fyra deltagare nämnde maktförhållanden som en viktig faktor de saknade i formuläret.

Faktorer som saknas av vardera tre deltagare är hur länge patienten stått i kö, andra organisatoriska faktorer och brist på kompetenta terapeuter på arbetsplatsen.

Faktorer som nämnts av två eller färre deltagare är intuition, professionalitet (i motsats till fördomsfullhet), terapeutens favoritmetod och gemensamt fritidsintresse.

Diskussion

Organisatoriska faktorer

De organisatoriska faktorernas medelvärden visar att matchningsrutinerna idag väl stämmer överens med deltagarnas uppfattning om i vilken grad dessa faktorer borde påverka matchningsprocessen. I genomsnitt tycker man likväl att man borde ta mer hänsyn till samtliga faktorer än vad man gör idag. Rangordningen mellan faktorerna är dock densamma. Man anser att den viktigaste organisatoriska faktorn, att ta hänsyn till, är arbetsbelastningen. Deltagarna hade följande kommentarer: "En praktisk, avgörande faktor är tiden: vem som har en lucka i sin tidskalender", "Vem har tid", "Den som har tid", "Det som är vanligt hos oss är frågan vem som har tid att träffa patienten", "Bäst lämpad person som har tid tar hand om patienten". Dessa uttalanden kan knytas till befintlig forskning där personalen, inom den somatiska vården på mottagningar som infört *managed care*, upplevt att det blivit mindre tid för patienterna (Isett et al., 2009). Det är värt att notera att hänsyn till arbetsbelastningen är den enda organisatoriska faktorn som inte skiljer sig åt mellan arbetsplatserna. Man skulle annars kunna tänka sig att arbetsbelastningen skulle öka med högre krav på ekonomisk effektivitet, men några sådana fynd finns inte i materialet. Kanske kan mottagningarnas skillnader i storlek spela roll, då mindre mottagningar tenderar att ha färre patienter med allvarliga problem (Isett et al., 2009).

Kommentarerna från personalen gällande hänsyn till arbetsbelastningen kan tänkas visa på en omhändertagande kultur, där den egna personalgruppens väl får gå före ekonomiska prioriteringar och riktlinjer från ledningen. Denna värdering varierar inte mellan arbetsplatserna. Dock tycks olika yrkesgrupper ha olika uppfattningar angående hur mycket hänsyn man tar till kollegornas arbetsbelastning idag, vilket kan tyda på skillnader i attityder mellan yrkesgrupperna. Läkare uppfattar i genomsnitt att man tar större hänsyn till terapeutens arbetsbelastning jämfört med andra yrkesgrupper, framförallt socionomer och psykologer. Detta skulle kunna bero på skillnader mellan yrkesutbildningarna i hur man uppfattar ett tillräckligt omhändertagande i personalgruppen. Det paradoxala är dock att när det gäller frågan om i vilken grad man tycker att man borde ta hänsyn till kollegornas arbetsbelastning, så finns inga signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna.

Den näst viktigaste organisatoriska faktorn är de riktlinjer man fått från ledningen. En deltagare förklarade: "Vet ej, egentligen" (kostnadseffektivitet) "Vet ej vilka riktlinjer Ni menar. Vi ska träffa patienten inom 30 dagar så det gör vi i 97 % av fallen tror jag att jag läste". Eftersom denna faktor skiljer sig från den renodlade ekonomiska faktorn, kan man tänka sig att personalen i större utsträckning är villig att följa riktlinjer som handlar om andra saker än ekonomiska frågor. Detta skulle kunna tyda på en professionell integritet, där den egna bedömningen väger tyngre än riktlinjerna.

Kompetensfaktorer

Den faktor man tar störst hänsyn till idag ibland kompetensfaktorena, är vilken teoretisk inriktning terapeuten har. En deltagare skriver: "Vilken slags inriktning på terapin som läkaren anser vara bäst. Läkaren internremitterar patienten till terapi och väljer då vad – vilket ofta står oemotsagt av behandlaren". Detta uttalande skulle kunna spegla en situation där läkarens ord, i en medicinsk hierarki, väger tyngst och andra yrkesgrupper inte vågar ifrågasätta beslutet och på så vis bidra med sin kompetens. Van Audenhove och Vertommen (2000) menar att terapeuter ofta ser sin metod som den bäst fungerande och därför ofta rekommenderar den till patienterna. Eftersom terapeuter ofta verkar se sin egen metod som överlägsen, kan man tänka sig att behandlingskonferenser blir en arena där man måste försvara sin position gentemot kollegorna. Van Audenhove och Vertommen (2000) pekar just på att mängden av teoretiska inriktningar och behandlingsmetoder gör det svårare att utveckla en systematisk metod för val av behandlingsform. Den teoretiska inriktningen korrelerar inte heller signifikant med de övriga kompetensfaktorena, vilket indikerar att det snarare handlar om kvalitativa skillnader i kunskap, snarare än om kvantitativa.

Den faktor som man i minst utsträckning tar hänsyn till är huruvida terapeuten har Steg 1- eller Steg 2-utbildning. Psykologer avviker dock signifikant från de andra yrkesgrupperna, vilket tyder på att de värderar psykoterapeutisk utbildning högre. Detta kan bero på att psykologer ser psykoterapi som ett av sina expertområden och därför vill försvara sin profession genom att understryka vikten av kunskap på området. Man kan också tänka sig att psykologer har en annorlunda syn på psykoterapi och därför värderar kompetensfaktorer annorlunda. Om det är så att de yrkesgrupper med en mer medicinsk bakgrund ser på psykoterapi ur ett annat perspektiv kanske de lägger större vikt vid frågor som diagnos och behandlingsmetod än vid övriga faktorer.

Hur man värderar faktorer som yrkesutbildning och yrkeserfarenhet i matchningsprocessen tycks vara starkt förknippat med kulturen på arbetsplatsen. Kanske kan detta förklaras med olikheter mellan sammansättningen i arbetsgrupperna när det gäller dessa faktorer. Om en arbetsplats endast har erfarna, eller endast oerfarna, medarbetare blir det också meningslöst att matcha utifrån denna faktor.

Mundinger et al. (2000) fann i sin studie i stort sett ingen skillnad i utfall, tillfredsställelse och framtida hälsoproblem mellan patientgrupper som fått vård av antingen läkare eller sjuksköterskor. Andra undersökningar visar på liknande effektstorlekar mellan professionella och paraprofessionella inom mentalhälsovården. Atkins och Christensen (2001) menar att ingen konsensus finns inom fältet. Metastudier har inte heller lyckats visa några högre effektnivåer för professionella, utan snarare en marginellt bättre effekt för paraprofessionella (Hattie, Sharpley & Rogers, 1984). I denna studie kommenterade psykologer följande: "Då antalet behandlare är begränsat blir valmöjligheterna därefter. Man får ofta gå efter tillgänglighet". "Tillgänglighet (alltså om terapeuten finns med i rummet)", "arbetslagens sammansättning", "Brist på kompetenta psykoterapeuter", "Brist på tillgång till olika kompetenser såsom kroppsinriktad psykoterapi – bildterapi". På samma vis kan arbetsplatser med stor spännvidd i utbildningsnivå skilja sig från arbetsplatser med enbart högutbildade. Man kan också tänka sig att på arbetsplatser där det finns en trygghet och en tillit till kollegornas kompetens, blir frågan om utbildningsnivå och erfarenhet mindre intressant. Detta jämfört med arbetsplatser där delar av arbetsgruppen inte litar på medarbetarnas förmåga. Studier som undersökt längden på terapeuters utbildning har inte kunnat hitta några signifikanta skillnader i utfallet av terapin beroende på utbildningens längd (Atkins & Christensen, 2001; O'Donovan et al., 2005). Därför finns det kanske inte fog för att oroa sig för kollegors terapeutiska kompetens enbart baserat på deras yrkesutbildning.

När det gäller skillnader mellan hur olika yrkesgrupper uppfattar i vilken grad man tar hänsyn till yrkeserfarenhet vid matchning, skiljer sig läkare och psykologer i studien signifikant åt. Läkare uppfattar att man tar mer hänsyn till erfarenhet i teamen, jämfört med hur psykologer uppfattar det. Man kan spekulera i hur olika professionskulturer påverkar synen på vad erfarenhet representerar. Det verkar som om psykologer anser att erfarenhet är viktigare i förhållande till andra typer av kompetens. Detta medan läkare inte anser att erfarenhet är lika avgörande vid matchning mellan terapeut och patient. Man skulle kunna se skillnaden ur ett perspektiv där läkaren har högst status inom det medicinska fältet och psykologen måste använda sin erfarenhet för att kunna konkurrera med läkare och andra kollegor inom detta område.

Sjukdomsfaktorer

De viktigaste sjukdomsfaktorerna man tar hänsyn till vid matchningsprocesserna idag, är sjukdomens svårighetsgrad och vilken diagnos patienten har. Minst viktigt, anser man, är huruvida patienten har fler än en diagnos. Att man fokuserar på diagnos och svårighetsgrad i större utsträckning kan tänkas bero på att de flesta psykoterapeutiska behandlingar verkar vara utformade för icke komorbida patientgrupper. Detta kan bli ett problem inom öppenvård psykiatri, där komorbiditet är vanligt förekommande (Kessler et al., 2005).

Sjukdomens svårighetsgrad kan vara relevant när det gäller längden av behandlingen och om någon behandlare besitter speciell kompetens för just den aktuella diagnosen. Det är möjligt att skillnaden mellan arbetsplatser, när det gäller komorbiditetsfaktorer, beror på skillnader i tillgång på specialister. Kanske upplevs specialister som mer kunniga när det gäller att behandla komorbida patienter. På allmänpsykiatriska mottagningar verkar ofta komorbida tillstånd vara exkluderande för många typer av psykoterapibehandlingar. När det gäller studier som undersöker viktiga matchningsfaktorer inför psykoterapi, med komorbida patienter, har inte någon tillämpbar kunskap gått att finna.

Demografiska faktorer

De demografiska faktorerna utgör, tillsammans med kostnadseffektiviteten, de faktorer som man tar minst hänsyn till vid matchningsprocessen idag. Av de demografiska faktorerna ligger sexuell läggning och socioekonomisk situation betydligt lägre än övriga faktorer i samma kategori. Detta kan te sig något anmärkningsvärt då forskningen sammantaget visar, som tidigare redovisats, att sexuell orientering hos terapeuten och patienten är betydelsefulla variabler för upplevelsen och effekten av psykoterapi (Brooks, 1981). Dock beror

möjligheten att matcha efter denna faktor i stor utsträckning på sammansättningen i teamen. Jones et al. (2003) spekulerar också kring huruvida den etablerade antihomosexuella attityden som funnits inom den psykiatriska hälsovården inte helt förändrats. Sexuell läggning är också den fråga i föreliggande studie som flest deltagare valt att inte svara på. Kanske kan detta bero på att sexuell läggning representerar något privat eller tabubelagt och därför blir känsligt att avslöja.

Reis och Brown (1999) hävdar att den viktigaste faktorn att beakta, för att behålla klienten i terapin, troligtvis är social klass. Det har också visat sig att ett förberedande arbete med låginkomsttagande klienter resulterat i ett bättre utfall av terapin. Det förberedande arbetet syftar till att förändra klienternas förväntningar på terapin och terapeuten så att de ligger närmare verkligheten (Piper et al., 2002). Att deltagarna i studien anser att socioekonomisk situation inte är något man bör ta hänsyn till är värt att notera. Kanske innebär detta att man undervärderar betydelsen av faktorn. Möjligtvis kan fyndet förklaras på två olika sätt. Det kan vara så att man inte är medveten om att behoven hos terapipatienterna kan se olika ut beroende på deras socioekonomiska situation. Därför anser man inte att man behöver ta hänsyn till detta. Det kan också vara så att man bedömer sig vara väl medveten om fenomenet och dessutom besitter den kompetens som krävs för att bemöta patienter från olika samhällsskikt. Det blir då inte heller nödvändigt att matcha efter denna faktor.

I denna undersökning visar det sig att kön är den demografiska faktor man oftast tar hänsyn till vid matchning. Det finns ingen konsensus om huruvida matchning efter kön har en positiv effekt på psykoterapins utfall. Dock pekar flera undersökningar på en möjlig koppling mellan terapeutens kön och avhopp i terapin (Reis & Brown, 1999). Wintersteen et al. (2005) visade att könsmatchning generellt minskade frekvensen av avhopp från psykoterapin. Denna faktor kan dock tänkas överlappa till stor del med patientens önskemål.

Resultaten visar också att man sällan tar hänsyn till etnicitet och ålder i matchningsprocessen, vilket kan vara rimligt i dagsläget, eftersom det finns stora kunskapsluckor kring hur dessa faktorer påverkar matchningen. De få studier som finns idag rörande åldersmatchningens betydelse i psykoterapi är till stor del bristfälliga.

När det gäller etnisk matchning finns det många studier men väldigt få entydiga resultat. För vissa etniska minoritetsgrupper verkar dock detta vara en viktig faktor och därför bör man försöka identifiera dessa grupper (Field & Caetano, 2010; Flakerud & Liu, 1991; Knipscheer & Kleber, 2004). Frågan är dessutom komplicerad då etnicitetsbegreppet är

otydligt och överlappar andra faktorer som exempelvis socioekonomisk situation (Bhugra & Bhui, 1997; Bruner et al., 2011) och kognitionsmönster (Karlsson, 2005; Zane et al., 2005).

Att man från personalens sida inte tar hänsyn till demografiska faktorer kan tänkas bero på att man inte är säker om och på vilket sätt de är relevanta. Att förhålla sig till demografiska faktorer kan upplevas som fördomsfullt och kränkande mot minoritetsgrupper. Genom att vägra ta ställning till dessa undviker man också risken att uppfattas som oprofessionell. Följande kommentarer från en deltagare i undersökningen kan illustrera detta: "I att vara professionell ligger att en del av era frågor inte ska spela någon roll. T.ex. socioekonomisk situation, sexuell läggning, kön, etnicitet, personlighet etc." "Varför. Alla är väl människor, eller?" (sexualitet) "Alla människor" (eticitet) "Alla är människor, professionalitet gäller" (personlighet) "Alla är människor, professionalitet" (ålder) "Alla är människor, professionalitet" (socioekonomisk situation). Rädslan att uppfattas som fördomsfull skulle kunna undvikas om kunskapen kring hur dessa faktorer faktiskt påverkar den terapeutiska processen ökade i arbetsgrupperna. En annan tänkbar förklaring kan vara att arbetsgrupperna är homogena vad det gäller demografiska faktorer och att matchning därför inte är möjlig. Följande citat kan visa på just detta problem: "Etnicitet: Sexualitet kan man ju bara beakta om det finns valmöjligheter", "reflektion – ang. etnicitet är vi en tämligen homogen 'svensk' grupp på mottagningen vilket kan vara svårt att matcha med våra patienters bakgrund". Det kan därför tyckas vara önskvärt att sträva efter att skapa så heterogena arbetsgrupper som möjligt för att kunna tillgodose varje enskild patients behov.

Patientens önskemål

Den faktor i undersökningen, som visade på minst skillnad i hur man gör idag och hur man tycker att man borde göra, är patientens önskemål. En förklaring till detta kan vara att man tycker att man både bör och att man faktiskt tar en relativt stor hänsyn till denna variabel. En annan möjlig förklaring till att man inte vill öka patientens inflytande kan vara att det finns en intern maktkamp, där yttre påverkan kan hota den egna yrkesgruppens position. Även om teamet inte upplever denna form av intern konkurrens, är patientens önskemål något som kan hota arbetsgruppens autonomi.

I föreliggande studie verkar det finnas konsensus i frågan om hur stor påverkan patienten ska ha, men även i frågan huruvida inflytandet ska öka, vilket man inte anser. En deltagare skrev: "Bäst lämpad person som har tid tar hand om patienten. Har patienten önskemål tas hänsyn till detta". Detta kan antyda att patientens önskan är något som man förhåller sig till, men samtidigt är sekundärt i relation till organisatoriska, mer praktiska,

faktorer. Att man inte vill öka patientinflytandet är intressant, då det finns beskrivet att patientens önskemål är en viktig del i förhandlingsarbetet inför en psykoterapi. Man ökar på detta sätt möjligheten att patienten får en behandling som denne tror på, vilket i sin tur underlättar motivationen och alliansen (Van Audenhove & Vertommen, 2000).

Personlighetsfaktorn

Läkare tycks uppfatta att man tar större hänsyn till personlighet jämfört med hur psykologer uppfattar att man gör. Samtidigt är läkarna den yrkesgrupp som i störst grad vill öka personlighetens inflytande på matchningsprocessen. Detta är signifikant mer än för sjuksköterskorna, vilka också tillhör den medicinska grenen av psykiatri. Detta kan tyda på att psykologer och läkare har olika syn på personlighetsbegreppet och att skillnaden snarare handlar om kvalitativa skillnader än kvantitativa. En läkare skrev: ”Ja! Viktigt att matcha utifrån kunskap/intuition att ev. viss terapeut bra skulle klara att arbeta med viss patient! d.v.s. personkemi.” ”Har man jobbat länge i team och känner varandra och är öppna och prestigefria så är detta fullt möjligt – och blir bra!” Ett mer väntat resultat hade kanske varit att psykologer och socionomer vill ha ökad personlighetsmatchning, då dessa utbildningar i större utsträckning innehåller individualpsykologiska moment. Eftersom varje faktor bara är baserad på en fråga, blir det tyvärr omöjligt att bedöma hur deltagarna i studien uppfattar personlighetsbegreppet. Det verkar som om personlighetsmatchningen sker utifrån intuition snarare än baserat på någon form av teoretisk kunskapsgrund, trots att det ändå finns ansatser till en mer formaliserad process (Beutler & Consoli, 1993).

Personlighetsmatchning kan vara en viktig faktor för utfallet i terapin (Dolinsky et al., 1998; Stricker, 2002) men fältet är i stort behov av vidare forskning och man bör arbeta mot en tydligare, gemensam, begreppsapparat (Dolinsky et al., 1998).

Brister i studien

Eftersom formuläret konstruerats enbart för studien och inte utvärderats tidigare, är det omöjligt att bedöma reliabiliteten. Varje faktor består också av endast en fråga, vilket bidrar till en låg reliabilitet. Många faktorer beskriver också komplexa fenomen, som kan tolkas olika beroende på vilken utbildning och teoretisk utgångspunkt man har. Det finns en risk att faktorer i undersökningen överlappar varandra. Man skulle exempelvis kunna tänka sig att en chef ger instruktioner till sin personal att i första hand välja billigare behandlingsmetoder. Då mäter man samma fenomen med faktorerna riktlinjer från ledningen och kostnadseffektivitet. Dessa problem skulle ha kunnat undvikas om varje faktor bestod av flera frågor, som

tillsammans fångade upp alla delar av faktorns spektrum. Detta hade dock gjort att formulärets omfattning ökat till en sådan grad att det hade varit svårt att få tillräcklig tid av enhetscheferna och personalen för att genomföra studien.

Frågornas utformning i formuläret gör ytvaliditeten hög, vilket gör det möjligt för testdeltagarna att själva välja hur de vill framställa sig och sin verksamhet. Detta ökar risken att deltagarna svarar delvis utifrån hur de vill uppfattas och inte hur det egentligen är. Det fanns heller ingen möjlighet att kontrollera omständigheterna, under vilka formulären fylldes i, eftersom tiden var knapp på arbetsplatserna. Diskussionerna som uppstod kring de olika faktorerna skiljde sig också åt mellan arbetsplatserna. Detta kan ha påverkat validiteten negativt, då olika uppfattningar kring specifika faktorer kan ha uppstått genom diskussionerna.

Hot mot den interna validiteten kan också uppstå när testdeltagarna ska tolka formuläret. En försöksperson påpekade att frågan om hur mycket hänsyn man borde ta till de olika faktorerna både kan tolka som "i allmänhet" och "på min arbetsplats". Om man exempelvis aldrig stöter på en viss typ av patient, kan en viss faktor bli oviktig på den aktuella arbetsplatsen, men deltagarna kan fortfarande tycka att den är relevant i allmänhet. Därför går det inte att med säkerhet tolka resultaten som allmänna attityder. Detta problem skulle ha kunnat åtgärdas genom att mer tydligt precisera vad som avsågs i formuläret.

Formuläret använder sig av en nominalskala i fem steg, vilken inte kan anses vara linjär eftersom det lägsta och högsta stegen benämns "aldrig" och "alltid". Frekvensmättet blir därför varken linjärt eller objektivt. Alternativet skulle vara att låta varje steg i skalan motsvara ett frekvensintervall av patienter. Problemet med den lösningen är att mottagningarna är olika stora, vilket skulle leda till att de inte går att jämföra med varandra. Det är sannolikt att benämningarna av de yttersta måtten på skalan gjort att upplösningen i många fall minskat till närmare tre steg. Detta, eftersom de flesta faktorer förmodligen diskuterats i något fall och eftersom man sannolikt inte alltid behandlar alla aspekter vid varje matchningsbeslut. En bättre lösning hade kunnat vara att använda benämningarna "nästan aldrig" och "nästan alltid", vilket sannolikt ökat spridningen och därför ökat möjligheterna att finna signifikanta skillnader.

Det är också ett problem att beräkna värden som är översatta från en ordinalskala till intervallskala med ANOVA, eftersom skillnaderna mellan stegen i ordinalskalan inte behöver motsvara linjära förändringar i frekvens. På grund av detta måste man vara försiktig när man tolkar resultaten och inte uttala sig om hur stora skillnaderna är mellan grupperna, utan enbart

om det finns några signifikanta skillnader eller inte. Ett alternativ hade varit att inte benämna varje steg utan bara de yttersta stegen i formuläret. Detta för att undvika att vikta de olika stegen i skalan genom användandet av etiketter. Det är dock tveksamt om detta skulle resultera i högre linjäritet i praktiken, då det fortfarande är ett mått baserat på en subjektiv upplevelse och inte ett faktiskt frekvensmått. Dessa misstankar bekräftades i undersökningen, då variansen var stor inom teamen, gällande i vilken utsträckning deltagarna tar hänsyn till matchningsfaktorerna idag.

Det kan också vara en felkälla att urvalet inte är slumpmässigt utan ett ja-sägarurval, vilket kan ha resulterat i att deltagarna inte är helt representativa för populationen. Dock har studien inkluderat mer än hälften av mottagningarna som kontaktades, vilket gör att risken för att detta påverkat resultatet i någon större utsträckning bedöms som relativt liten.

Framtida forskning

Studien skulle behöva kompletteras med kvalitativa data för att öka förståelsen för skillnaderna i värderingarna av faktorerna. Det är möjligt att många faktorer är högst situationsbundna och att ett medelvärde därför blir missvisande. Kanske skulle en studie kunna genomföras där man ber anställda ta ställning till vinjetter som beskriver specifika patienter och sedan motivera varför de valt dessa faktorer i de särskilda fallen. Det skulle också vara intressant att konstruera studier som fokuserar på specifika faktorer eller kluster av faktorer som exempelvis ekonomisk styrning eller demografiska variabler. Då skulle det vara möjligt att fördjupa sig och designa formulär som fångar upp flera aspekter av varje faktor med hjälp av många frågor. En mer nyanserad förståelse för hur varje faktor påverkar terapin skulle hjälpa till att avmystifiera personlighets- och demografiska faktorer och öka chanserna att terapin ger ett positivt utfall.

På sikt är det önskvärt att man utvecklar systematiska matchningsmetoder och testar dessa i randomiserade experiment och i kliniska verksamheter. För att kunna konstruera sådana matchningsrutiner krävs dock att tillräcklig kunskap finns tillgänglig inom varje faktor, vilket tyvärr inte är fallet idag. Det är dock inget som hindrar att man utvecklar begränsade matchningsrutiner som systematiskt behandlar de faktorer man kan förhålla sig vetenskapligt till idag. Väl beprövade systematiska matchningsmetoder skulle också kunna leda till ökad patientsäkerhet, då osynliga processer och omedvetna fördomar inte i samma utsträckning skulle påverka matchningsbeslutet.

Vidare kan det vara viktigt att belysa maktstrukturer inom psykiatrin och undersöka hur dessa påverkar vårdkvaliteten och patienternas upplevelse. Om interna maktkamper

mellan yrkesgrupper hindrar en optimal matchningsprocess är detta något som måste åtgärdas, oavsett vad forskningen säger om vilka faktorer som är relevanta. Detsamma gäller maktförhållandet mellan patient och behandlare.

Slutsatser

1. I vilken utsträckning påverkar organisatoriska faktorer matchningsbesluten?

Renodlade kostnadsfrågor påverkar sällan matchningsbesluten. Riktlinjer från ledningen påverkar besluten ganska ofta. Den organisatoriska faktorn med störst inflytande är personalens arbetsbelastning. I vilken grad man tar hänsyn till riktlinjer från ledningen och ekonomin är dock beroende av arbetsplats.

2. I vilken utsträckning påverkar terapeuternas kompetens matchningsbesluten?

De kompetensbaserade faktorerna man tar störst hänsyn till i matchningsprocessen är vilken teoretisk inriktning och vilken yrkesutbildning terapeuten har. Detta är faktorer man ofta tar hänsyn till. Den kompetensfaktor som man anser vara av minst vikt är huruvida terapeuten har Steg 1- eller Steg 2-utbildning, vilket man bara beaktar ibland. Yrkeserfarenhet och specialistutbildning påverkar matchningsprocessen ganska ofta. Hur man värderar yrkesutbildning och yrkeserfarenhet skiljer sig signifikant åt mellan olika arbetsplatser. När det gäller skillnader mellan yrkesgrupper anser psykologer att man tar signifikant mindre hänsyn till huruvida terapeuten har Steg 1- eller Steg 2-utbildning jämfört med övriga yrkesgrupper. När det gäller yrkeserfarenhet är det bara läkare och psykologer som skiljer sig signifikant åt, då läkare i upplever att man tar större hänsyn till faktorn jämfört med hur psykologer upplever det.

3. I vilken utsträckning påverkar patienternas sjukdomsbilder matchningsbesluten?

Sjukdomsfaktorerna påverkar matchningsbeslutet ibland när det gäller komorbiditet och lite oftare när det gäller specifika diagnoser och sjukdomens svårighetsgrad. Läkare anser att man i större utsträckning tar hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad, jämfört med hur psykologer upplever det. När det gäller skillnader mellan arbetsplatser finns det signifikanta skillnader i vilken grad man tar hänsyn till komorbiditet.

4. I vilken utsträckning påverkar demografiska faktorer matchningsbesluten?

De demografiska faktorerna tas i genomsnitt mindre hänsyn till än övriga faktorer i studien. Matchning efter kön sker ibland och är den demografiska faktor man i störst

utsträckning tar hänsyn till. Etnicitet och ålder tas sällan hänsyn till i matchningsprocessen. Socioekonomisk situation och sexuell läggning påverkar nästan aldrig matchningsbeslutet. Detta gäller oberoende av arbetsplats och yrkesutbildning.

5. I vilken utsträckning påverkar patienternas önskemål matchningsbesluten?

Patientens önskemål påverkar matchningsbeslutet ganska ofta. Detta gäller oberoende av arbetsplats och yrkesutbildning.

6. I vilken utsträckning påverkar patienternas och terapeuternas personlighet matchningsbesluten?

Patientens och terapeutens personlighet påverkar matchningsbeslutet ganska sällan. Läkare upplever att man tar större hänsyn till personlighet vid matchning än vad psykologer upplever att man gör.

7. Har någon yrkesgrupp mer inflytande över matchningsbesluten jämfört med andra yrkesgrupper?

Vilket inflytande man upplever sig ha på matchningsprocessen, beror i stor grad på vilken arbetsplats man arbetar på. Det finns dock en tendens som antyder att läkares uppfattning om hur man bör arbeta, i större utsträckning överensstämmer med hur man faktiskt gör på arbetsplatserna. Detta skulle kunna tolkas som att läkarnas inflytande är större än övriga yrkesgruppers.

8. Finns det några skillnader mellan arbetsplatser när det gäller i vilken utsträckning faktorerna påverkar matchningsbesluten?

Vilken vikt man lägger vid faktorerna i matchningsprocessen skiljer sig signifikant åt mellan arbetsplatserna på fem områden. Dessa är kostnadseffektivitet, riktlinjer från ledningen, terapeutens yrkesutbildning, terapeutens yrkeserfarenhet och komorbiditet. Det är också signifikanta skillnader mellan arbetsplatserna, när det gäller hur den egna uppfattningen om hur arbetet skall bedrivas överensstämmer med hur man faktiskt gör.

9. Finns det andra faktorer som påverkar matchningsbesluten?

Flera faktorer, som inte inkluderades i undersökningen, rapporterades av deltagarna. Det var dock ingen faktor som saknades av fler än sex deltagare, vilket kan tyda på att undersökningen inkluderat de viktigaste matchningsfaktorerna. De två faktorer som

rapporterats av flest deltagare var organisatoriska faktorer. En handlade om huruvida terapeuten hade tid att ta emot fler patienter. Denna faktor skulle kunna räknas in under den befintliga arbetsbelastningsfaktorn. Den andra handlade om tillgången på olika behandlare i det egna teamet och begränsningar som uppstår till följd av detta.

Referenser

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychotherapy, 48*(3), 251-257.
- Atkins, D. C., & Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist, 36*(2), 122-130.
- Bergström, L. (2010). *Matchningsmodellen - effektiv behandling av beroendepatienter*. Stockholm: Bergströms kunskapsföretag AB.
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98*(2), 401-407.
- Betz, N. E., & Shullman, S. L. (1979). Factors related to client return rate following intake. *Journal of Counseling Psychology, 26*(6), 542-545.
- Beutler, L. E., & Consoli, A. J. (1993). Matching the therapist's interpersonal stance to client's characteristics: Contributions from systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy, 30*(3), 417-422.
- Beutler, L. E., Kim, E. J., Davison, E., Karno, M., & Fisher, D. (1996). Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy, 33*(2), 197-206.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (1997). Clinical management of patients across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment, 3*(4), 233-239.
- Bischoff, R. J., & Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process, 32*(3), 353-375.
- Blow, A. J., Timm, T. M., & Cox, R. (2008). The role of the therapist in therapeutic change: does therapist gender matter? *Journal of Feminist Family Therapy, 20*(1), 66-86.
- Bowman, D., Floyd, M., Scogin, F., & Mckendree-Smith, N. (2001). Psychotherapy length of stay and outcome: A meta-analysis of the effect of therapist sex. *Psychotherapy, 38*(2), 142-148.
- Breland-Noble, A. M., Bell, C., & Nicolas, G. (2006). Family first: The development of an evidence-based family intervention for increasing participation in psychiatric clinical care and research in depressed African American adolescents. *Family Process, 45*(2), 153-169.

- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 491-501.
- Brooks, V. R. (1981). Sex and sexual orientation as variables in therapists' biases and therapy outcomes. *Clinical Social Work Journal, 9*(3), 198-210.
- Bruner, P., Davey, M. P., & Waite, R. (2011). Culturally sensitive collaborative care models: Exploration of a community-based health center. *Families, Systems, & Health, 29*(3), 155-170.
- Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 580-585.
- Dolinsky, A., Vaughan, S. C., Luber, B., Mellman, L., & Roose, S. (1998). A match made in heaven? A pilot study of patient-therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(2), 119-125.
- Epperson, D. L. (1981). Counselor gender and early premature terminations from counseling: a replication and extension. *Journal of Counseling Psychology, 28*(4), 349-356.
- Eriksson, T. (2009, Juni 14) Inget starkt stöd för KBT som behandlingsmetod. *Dn.se*. Hämtat från <http://www.dn.se/debatt/inget-starkt-stod-for-kbt-som-behandlingsmetod>
- Field, C., & Caetano, R. (2010). The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(2), 262-271.
- Flaskerud, J. H., & Liu, F. P. (1991). Effects of an Asian client-therapist language, ethnicity and gender match on utilization and outcome of therapy. *Community Mental Health Journal, 27*(1), 31-42.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*. DOI: 10.1037/a0025749.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: Do we know what works for whom? *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 83-85.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 39*(4), 354-367.
- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 547-548.

- Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95(3), 534-541.
- Helms, J. E., & Carter, R. T. (1991). Relationships of white and black racial identity attitudes and demographic similarity to counselor preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 446-457.
- Hersoug, A. G. (2004). Assessment of therapists' and patients' personality: Relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 191-200.
- Houts, A. C. (1984). Effects of clinician theoretical orientation and patient explanatory bias on initial clinical judgments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(2), 284-293.
- Howard, R. C. (1999). Treatment of anxiety disorders: Does specialty training help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 470-473.
- Isett, K. R., Ellis, A. R., Topping, S., & Morrissey, J. P. (2009). Managed care and provider satisfaction in mental health settings. *Community Mental Health Journal*, 45(3), 209–221.
- Jerrell, J. M. (1998). Effect of ethnic matching of young clients and mental health staff. *Cultural Diversity and Mental Health*, 4(4), 297-302.
- Jones, M. A., Botsko, M., & Gorman, B. S. (2003). Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 289–301.
- Karlsson, R. (2005). Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: An overview of findings, together with methodological and conceptual issues. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 113-129.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6), 617-627.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist–patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental-health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 543-554.
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings on helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394-401.

- LoPiccolo, J., Heiman, J. R., Hogan, D. R., & Roberts, C. W. (1985). Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(3), 287-294.
- Maramba, G. G., & Hall, G. C. N. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(3), 290-297.
- Mundinger, M. O., Kane, R. L., Lenz, E. R., Totten, A. M., Tsai, W., Cleary, P. D., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(19), 59-68.
- Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 549-555.
- O'Donovan, A., Bain, J. D., & Dyck, M. J. (2005). Does clinical psychology education enhance the clinical competence of practitioners? *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(1), 104-111.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1157-1172.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 556-563.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., Azim, H. F., & Ogradniczuk, J. S. (2002). *Interpretive and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Reis, B. F., & Brown, G. L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 36*(2), 123-136.
- Robiner, W. N., & Storandt, M. (1983). Client perceptions of the therapeutic relationship as a function of client and counselor age. *Journal of Counseling Psychology, 30*(1), 96-99.
- Smith, L. (2006). Addressing classism, extending multicultural competence, and serving the poor. *American Psychologist, 61*(4), 338-339.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Utbildningsgången fram till legitimation för psykoterapeuter*. Hämtat 3 januari 2012 från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/utbildadiserige/psykoterapeuterutbildningsgang>

- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review, 4*(2), 127-142.
- Stricker, G. (2002). Patient–therapist matching: A good start (comment on Horowitz, 2002). *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(2), 143–146.
- Sue, S. (1977). Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism. *American Psychologist, 32*(8), 616-624.
- Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L., Takeuchi, D. T., & Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(4), 533-540.
- Tall, K. M., & Ross, M. J. (1991). The effects of therapist-client age similarity on pretherapy expectations. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 21*(3), 197-209.
- Wagner, W. G., Kilcrease-Fleming, D., Fowler, W. E., & Kazelskis, R. (1993). Brief-term counseling with sexually abused girls: The impact of sex of counselor on clients' therapeutic involvement, self-concept, and depression. *Journal of Counseling Psychology, 40*(4), 490-500.
- Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (2000). A negotiation approach to intake and treatment choice. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(3), 287-299.
- Watzke, B., Ruddel, H., Jurgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B., et al. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Randomized controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 96-105.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin, 117*(3), 450-468.
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 400-408.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically

depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255-265.

Wortans, J., Happell, B., & Johnstone, H. (2006). The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: Exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 78-84.

Zane, N., Sue, S., Chang, J., Huang, L., Huang, J., Lowe, S., et al. (2005). Beyond ethnic match: Effects of client–therapist cognitive match in problem perception, coping orientation, and therapy goals on treatment outcomes. *Journal of Community Psychology*, 33(5), 569–585.

Bilaga

Vad påverkar matchningen mellan terapeut och patient inom allmänpsykiatri?

Vilken yrkesutbildning har du? Läkare Psykolog Sjukgymnast Socionom Sjuksköterska Annan: _____
() () () () ()

Den enkät är en del av vårt examensarbete på psykologprogrammet i Lund och syftar till att kartlägga i vilken utsträckning olika faktorer påverkar valet av terapeut i ett team. Vi vill understryka att beslutet inte gäller huruvida patienten skall få terapi eller inte. Istället är syftet att undersöka hur man kommer fram till vem som skall behandla patienten i terapin.

Nedan följer ett antal faktorer som följs av två kolumner med svarsalternativ. I den vänstra sarskolumnen markerar ni hur ofta faktorn påverkar beslutet när en patient tilldelas en terapeut. I den högra kolumnen markerar du det alternativ som motsvarar hur ofta du anser att faktorn borde tas hänsyn till i matchningsprocessen.

Hur ofta tar ni hänsyn till...

Kostnadseffektivitet
...behandlingens kostnad (för mottagningen)?

<i>Hur vi gör idag</i>	<i>Hur jag tycker det borde vara</i>
Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid	Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid
() () () () ()	() () () () ()

Riktlinjer från ledningen
...regler eller riktlinjer från ledningen (verksamhetschefen)?

<i>Hur vi gör idag</i>	<i>Hur jag tycker det borde vara</i>
Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid	Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid
() () () () ()	() () () () ()

Terapeutens arbetsbelastning

...hur stor terapeutens arbetsbelastning är?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Terapeutens utbildning

...vilken yrkesutbildning terapeuten har (Läkare, Psykolog, Sjukgymnast, Socionom, Sjuksköterska, annan utbildning)?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

...om terapeuten har terapeututbildning enligt steg 1 eller steg 2?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

...om terapeuten har specialutbildning eller annan relevant vidareutbildning?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Terapeutens erfarenhet
...terapeutens yrkeserfarenhet?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Teoretisk huvudriktning
...terapeutens teoretiska huvudriktning eller preferens (tex. dynamisk, kognitiv, beteendevetenskaplig, etc.)?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Patientens diagnos
...om terapeuten har erfarenhet av tidigare patienter med den aktuella patientens diagnos?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Komorbiditet
...om patienten har fler än en diagnos?

<i>Hur vi gör idag</i>					<i>Hur jag tycker det borde vara</i>				
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Sjukdomens svårighetsgrad

...om patienten bedöms som svår eller lätt att behandla?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>					
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Kön

...terapeutens kön i förhållande till patientens kön?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>					
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Sexualitet

...terapeutens sexuella läggning i förhållande till patientens sexuella läggning?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>					
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Etnicitet

...terapeutens etniska tillhörighet i förhållande till patientens etniska tillhörighet?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>					
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Personlighet

...terapeutens personlighet i förhållande till patientens personlighet?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>			
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid			
()	()	()	()	()	()	()	()

Ålder

...terapeutens ålder i förhållande till patientens ålder?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>			
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid			
()	()	()	()	()	()	()	()

Socioekonomisk situation

...terapeutens socioekonomiska situation i förhållande till patientens socioekonomiska situation?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>			
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid			
()	()	()	()	()	()	()	()

Patientens önskemål

...patientens önskemål om en specifik terapeut?

<i>Hur vi gör idag</i>				<i>Hur jag tycker det borde vara</i>			
Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid			
()	()	()	()	()	()	()	()

Finns det några viktiga faktorer, som har en avgörande roll för valet av terapeut, som inte finns med i detta formulär? I sådant fall vilka?

Svar: _____

Tack för er medverkan!

Dennis Nilsson
Mattias Sjöstrand