



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

**Avbruten kognitiv beteendeterapi
- en kvalitativ studie om patienters upplevelser**

Christina Caspar & Johan Fahlström

Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

The aim of this qualitative study was to examine how patients who dropped out of cognitive behavioral therapy experienced their therapy – focusing on the alliance and the interventions – and to illustrate how their experiences of therapy related to the decision to drop out. Semi-structured interviews were conducted with eight people. The material was analysed using thematic analysis, and ten themes were identified. Two main groups were identified: One group experienced that the need for therapy disappeared early on, and hence did not deem the therapy meaningful and dropped out. The other group experienced that they had a continued need for therapy, but did not feel that the therapy they had begun offered them what they needed or that it made them feel worse. They were dissatisfied either with the therapist, the alliance or the interventions, and therefore dropped out. The conclusion was that it was difficult to talk about the dropouts as a cohesive group with similar issues. Instead, the dropping out of therapy in the first group seemed desirable, whereas, in the second group, it was a problem requiring further knowledge.

Keywords: psychotherapy dropout, cognitive behavioral therapy, experience of therapy, thematic analysis, semi-structured interview

Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka hur patienter som avbrutit kognitiv beteendeterapi upplevde sin terapi med fokus på alliansen och interventionerna. Syftet innefattade också att belysa hur deras upplevelser av terapin var relaterade till beslutet att avbryta terapin. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta personer. Materialet analyserades med tematisk analys och tio teman identifierades. I resultatet identifierades två huvudgrupper. En grupp som upplevde att behovet av terapi försvann tidigt och som därav inte upplevde terapin som meningsfull och avbröt. En annan grupp som upplevde att de hade ett fortsatt behov av terapi men upplevde inte att den terapi de påbörjat erbjöd dem vad de var i behov av eller mådde sämre av terapin. De var antingen missnöjda med terapeuten och alliansen med denne, eller med interventionerna, och avbröt därför. Slutsats blev att det var svårt att prata om personer som avbrutit terapi som en sammanhållen grupp där problemet betraktades på ett likartat sätt. Istället framstod avbrytandet av terapin i första gruppen som önskvärt medan det i den andra gruppen var ett problem där det behövdes mer kunskap.

Nyckelord: avbrytande av psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, upplevelser av terapi, tematisk analys, semistrukturerad intervju

Tack!

Vi vill tacka deltagarna som har delat med sig av sina erfarenheter. Stort tack också till vår handledare Per Johnsson och de personer på Region Skåne som på olika sätt möjliggjort denna studie. Slutligen vill vi tacka alla andra som har hjälpt oss.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Teori	1
Begreppsdefinition	1
Förekomst av avbrytande av terapi	2
Alliansens betydelse	2
Vilka det är som avbryter terapi	4
Spontanläkning	4
KBT inom Rehabiliteringsgarantin i Skåne	5
Syfte	6
Metod	6
Deltagare	7
Material	8
Procedur	8
Etiska överväganden	11
Resultat	11
Inget aktivt beslut att påbörja terapi	11
Tidigare negativ erfarenhet av terapi	12
Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet	13
Formella förutsättningar och begränsningar för KBT inom Rehabiliteringsgarantin	14
Skattningsskalor	15
Upplevelse av att inte bli (sedd) lyssnad på och bli hjälpt med det man sökt för	16
Arbetslivets påverkan	17
Spontanläkning	18
Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin	19
Upplevelse av utsatthet	20
Diskussion	21
Resultatdiskussion	21
Vilka det är som avbryter terapi i förtid	21
Alliansens betydelse	23
Orsaker till att avbryta terapi	24
Sammanfattande slutsatser	25
Metoddiskussion	26

Validitet	26
Reliabilitet	29
Generaliserbarhet	29
Etiska ställningstaganden	29
Framtida forskning	30
Referenser	32
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	
Bilaga 5	

Introduktion

Psykoterapier som inte fullföljs av olika anledningar är vanligt förekommande och det finns begränsad kunskap om orsaker till och konsekvenser av att de inte fullföljs (Arnow et al., 2007; Bados, Balaguer, & Saldana, 2007). En av de mest använda terapeutiska metoderna i Sverige idag är kognitiv beteendeterapi (KBT). Terapimetoden rekommenderas av Socialstyrelsen för behandling av ångest och depression då den har god evidens (Socialstyrelsen, 2015). Förhoppningen med denna studie är att genom intervjuer med personer som påbörjat och sedan avbrutit KBT i förtid få en ökad kunskap om fenomenet psykoterapier som inte fullföljs.

Teori

Begreppsdefinition. En viktig utgångspunkt för studien är avbrottet från terapin och det finns flera begrepp som handlar om detta. Det är begrepp som dropout, bortfall, avhopp, avbrytande av terapi. Sökningar på dropout och terapi visar att mycket av den forskning som är gjord handlar framförallt om patienter med ätstörningar. I en avhandling av Björk (2008) fokuseras på dropout för patienter med denna problematik. Björk (2008) definierar här dropout med avbrytande av behandling. Björk (2008) har också med begreppet bortfall som definieras som icke-deltagande och att någon medverkan inte finns. I denna studie har dropout varit det mest relevanta då deltagaren för att kunna ingå och svara på frågorna behöver ha varit med vid åtminstone ett terapitillfälle för att det sedan ska bli tal om att kunna avbryta och att ett avhopp har skett. Samtidigt har även bortfall blivit intressant att följa under proceduren med tanke på en stor del möjliga intervjudeltagare som avböjt att medverka och om eventuella mönster och samband mellan bortfall och dropout, vilket studien återkommer till under diskussionsdelen. Valet har här gjorts att följa Björks (2008) definitioner för dropout och bortfall. I denna studie används begreppet avbrytande av terapi vilket är den svenska översättningen av dropout (Björk, 2008).

Studien berör hur patienternas upplevelse av terapin ser ut, och en av aspekterna handlar om upplevelsen av alliansen. Begreppet allians, som är ett franskt ord och betyder förbund, kan användas lite olika. Vid ömsesidig verbal kommunikation och olika interaktiva handlingar mellan två eller flera personer kan resultat i form av allians uppstå. Allians kan också översättas med samarbete (Kåver, 2006). Ett sätt att använda allians som har flera användare är att beskriva hur alliansen mellan terapeut och patient är på flera plan, dels ett plan som handlar om positiv känslomässig bindning, dels ett att komma överens om mål och att sträva åt samma håll (Kåver, 2011). Liknande sätt att definiera allians finns hos Hougaard (1994) som delar upp förståelsen av begreppet allians i två relationer, en samarbetsrelation och en personlig relation. Samarbetsrelationen handlar om att

gällande mål och metoder nå samförstånd. Den personliga relationen handlar om både ett ömsesidigt gillande och en förståelse, samt att vad gäller förhållandena mellan närhet/distans och styrning/icke-styrning finna samförstånd. I studiens strävan att undersöka patienternas upplevelser, med alliansen som en del, blir det viktigt att lyfta fram frågor kring upplevelsen av både samarbete och personlig relation.

Förekomst av avbrytande av terapi. I det vardagliga arbetet med psykoterapi är avbrytande av terapi vanligt förekommande och studier från olika länder visar på siffror där mellan 24% till 66% av patienterna avbryter terapin i förtid (Bados et al., 2007). Bados et al. (2007) redovisar i sitt material en studie med 203 patienter där 89 stycken avbröt terapin, vilket motsvarar 43,8%. Av dessa 89 som avbröt var det 28,1 % som gjorde det redan efter första sessionen. Dessa siffror visar på att mer än en fjärdedel av patienterna som avbryter terapi gör det redan efter första sessionen. Vad är det som händer under och efter första mötet, och vilken betydelse har det för patienternas beslut att avbryta terapin? Den främsta orsaken som patienterna själva uppger till att avbryta terapin är låg motivation och/eller att patienterna är missnöjda med behandlingen eller terapeuten, vilket uppges av 46,7% (Bados et al., 2007). Den näst största orsaken som 40% av patienterna uppger handlar om kontextuella faktorer som försvårar möjligheten till deltagande (svårigheter att ta sig till terapin, flytt, svårigheter att få ihop tid, sjukdom, skilsmässa, förändrade arbetsförhållande). Den tredje största orsaken att patienterna känner sig förbättrade uppger 13,3% av patienterna. I en annan studie med 693 deltagare framkommer att patienten känner sig bättre som den största orsaken till att avbryta terapin, som uppges av mer än 40% av patienterna. Andra orsaker som framkommer i studien är att avbryta på grund av att patienten är missnöjd med behandlingen och tycker att det inte hjälper (14,1%), att patienten tror att problemet blir bättre utan mer professionell hjälp (6,6 %) eller att patienten vill lösa problemet på egen hand utan professionell hjälp (5,1%). Slutligen en orsak som handlar om att patienten inte är nöjd med terapeutens professionella förhållningssätt som uppges av 7,2% av patienterna (Westmacott & Hunsley, 2010). Flera av dessa orsaker handlar sammantaget om att behandlingen eller terapeuten inte motsvarar patientens förväntningar.

Alliansens betydelse. Patienter som har avbrutit terapi har i en studie uttryckt missnöje med att inte ha fått tillräcklig information om vad de kan förvänta sig av terapin och inte heller själva fått framföra sina egna förväntningar utan förblivit obekräftade i detta, vilket lett till att arbetsalliansen blivit svag. Patienterna beskriver i studien upplevelsen av terapeuten som osympatisk, passiv och likgiltig vilket framkallat känslor av skam och skuld hos patienten, både

över sig själv och sin situation. Studien sammanfattar att olika förväntningar hos patient och terapeut, en svag arbetsallians samt missnöje hos patienten ökar risken för att patienten avbryter terapin (Reis & Brown, 1999).

Den terapeutiska alliansens betydelse för resultatet av terapin är ett väletablerat faktum och genom att titta på hur arbetsalliansen ser ut går det att förutsäga avbrott i terapin. Särskilt svårigheter i överenskommelsen mellan terapeut och patient om vilka målen ska vara med terapin har visat sig ha stor betydelse för beslutet att avbryta terapin i förtid (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean & Schindler, 2010).

I en studie som jämför patienternas syn med terapeuternas syn på orsakerna till att patienten avbryter terapin blir diskrepans mellan patienterna och terapeuterna tydlig. Faktorer som tidigare framgått i andra studier där missnöje hos patienterna med terapin och/eller terapeuten rapporteras också här av många patienter som betydelsefullt i deras avgörande beslut att avbryta terapin. Dessa faktorer uppges dock sällan av terapeuterna som orsaker till patienternas avbrott, utan att patienterna är missnöjda med behandlingen kommer längst ner på anledningarna till att patienten har avbrutit terapin och rapporteras av terapeuterna bara omfatta några få procent (Hunsley, Aubry, Verstervelt, & Vito, 1999). Tydligt blir att patienter och terapeuter kan ha väldigt olika syn på orsakerna till att patienterna avbryter terapin. Därför blir behovet att tydliggöra upplevelserna hos patienter som avbrutit sin terapi ännu viktigare och att terapeuternas kännedom om detta ökar. Terapeuternas upplevelser av patienter som avbrutit terapi kommer av tids- och begränsningsskäl att ligga utanför ramen för denna studie.

I en studie om ätstörningsproblematik skrivs om vikten av att identifiera faktorer som kan förutsäga avbrytande av terapi och att det bara är genom att kunna identifiera patienterna där det finns risk för att de ska avbryta terapin som det går att lära sig mer om metoder att förhindra att det händer (Steel et al, 1999). I samma studie tas vad det gäller patienter med ätstörningar upp behovet av att i början av terapin fokusera på eventuella besvär med nedstämdhet och depression innan mer aktiva åtgärder för själva ätstörningen påbörjas för att förhindra att de avbryter behandlingen.

I en annan studie som också handlar om ätstörningar har det gjorts försök att förstå avbrytande av terapi från behandlingen genom att undersöka åtta patienters erfarenheter genom semistrukturerade intervjuer. Här framkommer att kontroll och förlusten av denna är ett centralt tema när det gäller betydelsen för att avbryta terapi. Det handlar om kontrollförlust i förhållande till faktorer i behandlingen som tillvägagångssätt, sammanhanget och timingen (Eivors, Button, Warner & Turner, 2003). Möjligen går denna erfarenhet att generalisera också till patienter med

andra besvär är ätstörningar. Kan det handla om kontrollförlust även för andra patientgrupper som gör att de avbryter sin terapi eller är detta något specifikt för patienter som behandlas för ätstörningar?

Vilka det är som avbryter terapi. Vilka är det som hoppar av i förtid, finns det faktorer hos personer som redan då de inleder terapin predestinerar för ett avhopp i förtid? Mycket av den forskning som finns om avbrytande av terapi handlar om patienter med ätstörningsproblematik. Björk (2008) har i en studie om patienter med ätstörning tittat på skillnader mellan personer som fullföljt behandling och personer som ensidigt avbröt behandling i förtid. Bland annat studerades faktorer hos patienterna vid start av behandling som predestinerade att de skulle avbryta behandlingen i förtid. Tvärt emot det resultat de förväntat sig visade det sig att personerna som avbröt behandlingen i förtid hade mindre psykiatriska besvär då de inledde behandlingen än de som fullföljde behandlingen. De fann också att personerna som avbröt behandlingen i förtid hade bättre självkänsla än de som fullföljde, och där skillnaden var signifikant att de som avbröt hade högre nivå av självständighet och självbekräftelse, och lägre självanklagande. En annan skillnad mellan de som avbröt i förtid och de som fullföljde behandlingen var att de som avbröt behandlingen i förtid rapporterade ett större missnöje med behandlingen än de som fullföljde. Båda grupperna förbättrades också från start till uppföljning, även om gruppen som fullföljde förbättrades mer (Björk, 2008). Resultaten i Björks (2008) studie visade alltså att personerna som avbröt behandling i förtid var friskare vid behandlingsstart än de som fullföljde behandlingen vilket var tvärt emot det förväntade resultatet då de flesta tidigare studier visat på att personer som avbrutit i förtid haft svårare problematik än de som fullföljde (Björk, 2008).

I en studie som kom fram till motsatt resultat än tidigare nämnda Björk (2008) bedömdes personer med bulimi inför behandlingsstart avseende bland annat ilska och temperament. Studien kom fram till att de personer som avbröt terapin i förtid, vid behandlingsstart bedömts ha mer impulsivitet och lättare för att känna ilska. Gruppen som avbröt terapin i förtid hade vid behandlingsstart också bedömts ha en sämre förmåga till samarbete samt mindre självkontroll (Fassino, Abbate-Daga, Piero, Leombruni, & Rovera, 2003). Viktigt i sammanhanget är att Fassino et al. (2003) använder andra skattningsinstrument och studerar andra variabler än de i studien av Björk (2008) vilket innebär att studierna inte egentligen emotsäger varandra.

Spontanläkning. En av de vanligaste orsakerna som patienter anger som anledning till att de avbrutit terapin är att de mår bättre (Bados et al., 2007). Många personer blir på ett eller annat sätt fria från, eller förbättrade i sin psykiatriska problematik utan att gå i terapi. Detta kan ske till synes utan förklaring, och terapeuter anser ofta att patienten behöver fler sessioner än vad patienten

själv anser sig behöva (Reis & Brown, 1999). Vi väljer att använda begreppet spontanläkning när vi skriver om detta fenomen (Di Pietro, Valoroso, Fichele, Bruno, & Sorge, 2002). Di Pietro et al. (2002) har följt upp en större grupp personer med ätstörningsproblematik 2-5 år efter att de avbrutit sin terapi i förtid. De kommer fram till att 71% av personerna som avbrutit terapin i förtid har förbättrats enligt de kriterier de satt upp. Vad förbättringen beror på kommer de inte fram till i studien, men att förbättringen har skett utan att de fått någon terapi, och de föreslår att orsakerna kring detta bör studeras närmare (Di Pietro et al. 2002).

KBT inom Rehabiliteringsgarantin i Skåne. Rehabiliteringsgarantin tillkom 2008 genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Bakgrunden till satsningen var att sjukskrivningstalen kraftigt ökat under ett antal år. Staten satsade inledningsvis 3,4 miljarder i syfte att minska de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro, rygg och nackbesvär och lättare psykisk ohälsa, vilka tillsammans stod för 60% av sjukfrånvaron. Syftet var dels att korta sjukfrånvaroperioderna, och dels att förebygga sjukskrivning (SKL, 2015). Vid utvärdering av Rehabiliteringsgarantin har man sett att sjukskrivningstalen inte minskat i gruppen med rygg och nackbesvär. För gruppen som fått behandling för psykiska besvär har sjuktalen minskat i gruppen som inte var sjukskriven före behandlingen påbörjades, men inte i gruppen som var sjukskriven då behandlingen inleddes (Inspektionen för socialförsäkringen, 2014).

Avtalet mellan staten och SKL om Rehabiliteringsgarantin har genom åren förnyats och det nuvarande avtalet är för år 2015 (SKL, 2015). Behandlingen inom Rehabiliteringsgarantin ska ges med evidensbaserade metoder, men de olika regionerna har haft viss frihet att utforma Rehabiliteringsgarantin inom den egna regionen. Region Skåne har sedan april 2014 dels multimodal smärtbehandling, dels vårdval psykoterapi som innefattar interpersonell terapi (IPT), KBT kort, KBT lång och psykodynamisk terapi (PDT) (Region Skåne, 2015).

En omgång KBT kort ska vara mellan 6 till 13 samtal, plus ett uppföljande samtal efter tre månader. För både KBT kort och KBT lång gäller att en ny behandlingsomgång kan inledas tre månader efter uppföljningen. Efter en andra behandlingsomgång är det möjligt att få ny behandling tidigast 12 månader efter uppföljningsbesöket eller 15 månader efter avslutad behandling. De diagnoser som är aktuella för KBT kort är lättare till medelsvår depression, ångest eller stress. KBT kort är utformat så att terapeuten får 6 000 kronor efter sex genomförda samtal och ytterligare 4 000 kr efter resultatuppföljningen 3 månader efter slutbehandlad patient. Om terapin blir kortare än sex samtal utgår 1 900 kronor oavsett antal samtal. Behöriga behandlare för KBT kort är legitimerad psykoterapeut KBT och legitimerad psykolog KBT samt legitimerad sjuksköterska, legitimerad

fysioterapeut, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad läkare samt socionom med grundläggande psykoterapiutbildning i KBT (så kallad Steg 1).

Den 1 april 2014 tillkom KBT lång. KBT lång innefattar upp till 25 samtal och är framförallt tänkt vara en terapi på 10-25 samtal, plus ett uppföljningssamtal efter tre månader, för lite svårare problematik än KBT kort. För att bli ackrediterad som terapeut inom ramen för KBT lång krävs legitimation som psykoterapeut med inriktning KBT, alternativt legitimation som psykolog KBT med specialisering i klinisk psykologi (Region Skåne, 2014).

Syfte

Att patienter avbryter terapier av olika anledningar är vanligt förekommande. Trots detta finns det begränsade kunskaper om upplevelser av personer som avbrutit terapi.

Syftet med studien är att undersöka hur patienter som avbrutit kognitiv beteendeterapi har upplevt sin terapi med fokus på alliansen och interventionerna. Syftet innefattar också att belysa hur deras upplevelser av terapin är relaterade till beslutet att avbryta terapin.

Metod

Studien har en kvalitativ forskningsansats. Detta utifrån dess syfte att undersöka upplevelsen av kognitiv beteendeterapi hos deltagare som avbrutit sin terapi och hur denna upplevelse kan förstås i förhållande till beslutet att avbryta behandlingen. Datainsamlingsmetoden bestod av att göra kvalitativa intervjuer. Intervjuerna var av formen semistrukturerade, där samma frågor ställdes till alla deltagare och med svarsmöjligheter som var öppna. Den kvalitativa forskningsintervjun är lämplig när vi försöker förstå saker om den intervjuades vardagsvärld från dennes eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvale och Brinkmann (2014) skriver att intervjun har en struktur att efterlikna ett vardagligt samtal där förståelse för deltagarnas livsvärld står i fokus och att få ta del av deras upplevelser och erfarenheter.

Utifrån att frågorna var inriktade på personernas upplevelser av sin terapi behövdes en öppen och utforskande ansats för analys- och tolkningsarbete, vilket går att finna i undersökningar av typen som är explorativa. När det inom ett problemområde inte finns så omfattande kunskaper, vilket bedömdes vara fallet vid sökning av vad som fanns skrivet tidigare om avbrytande av terapi, kan explorativ ansats användas. Inför framtida forskning är också syftet med en explorativ studie att kunna få fram ett material som berör så många sidor som möjligt och som ger en bra bas inför möjligheten att göra ett fortsatt vetenskapligt arbete (Patel & Davidson, 2011). En annan ansats som varit en utgångspunkt i den här studien är att den ska vara induktiv, vilket innebär att utifrån insamlade data börja med att utarbeta teman och att sedan i ett andra steg knyta litteratur och teorier

till de teman som lyfts fram (Langemar, 2008). Studien har således ett så kallat ”bottom up”-perspektiv vilket blir till genom dess uppbyggnad nerifrån och upp (Braun & Clarke, 2006).

En kvalitativ forskningsmetod som anses kunna erbjuda både en explorativ och induktiv ansats är tematisk analys (TA). Analysmetoden innebär att kunna identifiera, organisera och analysera teman som finns i aktuellt datamaterial (Braun & Clarke, 2006). Braun och Clarke (2006) menar också att TA är en bra metod att börja med när man är ny på att använda kvalitativ metod då den inte kräver detaljerade kunskaper om teori och tekniska färdigheter för att kunna hanteras. TA förekommer inom flera forskningsinriktningar och kan användas övergripande (Langemar, 2008). Ett forskningsparadigm är det konstruktivistiska, vilket utgår från hur upplevelser, meningar och verklighet kan förstås utifrån konstruktioner som blir till genom effekter av samväre i sociala och samhälleliga sammanhang. Realism är ett annat forskningsparadigm som utgår ifrån deltagarnas upplevelser, meningar och verklighet (Braun & Clark, 2006). Denna studie går inte i sin helhet att placera inom något forskningsparadigm. Braun och Clarke (2006) beskriver att TA är oberoende av teori och är inte knuten till någon särskild epistemologisk utgångspunkt utan kan höra till inom flera olika paradigmer. I studiens intervjuer eftersträvas att nå kunskap om deltagarnas verkliga upplevelser vilket är i enlighet med det realistiska paradigmet (Alvesson & Skoldberg, 2008).

I studien har valet gjorts att inte transkribera intervjuerna för att hålla sig så nära originalet som möjligt. Detta för att inte missa någon viktig information. Enligt Polkinghorne (2005) kan information vid transkribering förloras genom att man i texten missar på vilket sätt saker sägs, till exempel kan det handla om betoning och tonfall, som inte kommer fram i en text. Patel och Davidsson (2011) tar också upp detta och skriver att talspråk och skriftspråk inte är samma och att gester, mimik, betoningar, ironier och kroppsspråk försvinner vid transkribering av intervjuerna.

Deltagare

Region Skåne har tillsammans med IT-företaget Tieto slumpmässigt plockat ut personer som deltagit i Rehabiliteringsgarantin och avbrutit psykoterapibehandling inom KBT kort i förtid. En deltagare, också KBT kort, kom via en läkarkontakt på en vårdcentral, där läkaren vidarebefordrade kontaktuppgifter till oss efter personens godkännande. Studiens deltagare bestod av åtta personer, varav fyra kvinnor och fyra män som var mellan 24 och 72 år. Intervjupersonerna hade deltagit i mellan en till tre KBT-sessioner innan de avbröt. Hälften av deltagarna, fyra av de åtta personerna, gick dit en gång. Tre av intervjuerna genomfördes vid personliga möten, resterande fem genom telefon. Intervjuerna som ägde rum i personliga möten skedde i ett fall på deltagarens arbetsplats, i

ett annat i deltagarens hem, och slutligen skedde en intervju i en lånad lokal på deltagarens bostadsort. Intervjuerna varade mellan 20 - 40 minuter.

Material

Intervjuguide, snabbintervjuguide, mp3-spelare med mikrofon.

Procedur

Hela uppsatsproceduren började med att en ansökan om etikprövning av forskning som avser människor formulerades och lämnades in till den Regionala Etikprövningsnämnden (EPN) i Lund. Ansökan gjordes utifrån begäran från Region Skåne. Normalt behöver inte universitetsuppsatser genomgå prövning utan det räcker med att den aktuella universitetsinstitutionens etikblankett besvaras. Bedömningen av EPN (Dnr 2014/395) blev att ansökan inte rörde forskning eftersom vetenskaplig publicering inte planerades, men nämnden kunde i ett sådant fall istället för ett beslut komma med ett rådgivande yttrande, vilket gjordes. I deras yttrande gavs förslag på smärre förbättringar av studiens design som togs fasta på.

Region Skåne skickade i första hand ut brev med information om studien till sex personer. Utskicket innehöll både ett informationsbrev från Region Skåne (se bilaga 1) och ett informationsbrev från forskarna (se bilaga 2). Personerna hade därefter tre veckor på sig att meddela om de inte ville bli kontaktade för medverkan. Detta gjordes till utbildningsadministratör på psykologiska institutionen i Lund. En person ringde och tackade nej till att bli uppringd och forskarna fick fem namn att kunna kontakta. Av dessa fem gick det inte att finna telefonnummer till en. En person tackade nej direkt vid uppringning. En person bokades in på intervju men uteblev. En person svarade aldrig trots upprepade försök. En person svarade efter upprepade försök, bokades in och personlig intervju genomfördes. Från första utskicket blev det endast en genomförd intervju.

Det blev således aktuellt med ytterligare en omgång med utskick och denna andra omgång skickades ut till fem stycken nya personer. Av dessa hörde ingen av sig i förväg under de tre veckor de hade på sig att meddela om de inte ville bli kontaktade. I andra omgången var det två stycken som vi inte hittade telefonnummer till. Två sa nej till att medverka. En bad att vi skulle återkomma vid senare tillfälle, när vi återkom bokade vi in en intervju, som hon sedan avbokade dagen före på grund av att hon mådde för dåligt, men gick med på att genomföra en så kallad snabbintervju. Snabbintervju blev en strategi som tillkom i samband med tredje omgångens utskick efter de två första omgångarna för att öka chanserna till att få in data efter svårigheterna i samband med försöken och det stora bortfallet. Då det efter de två första utskicken fortsatt endast genomförts en intervju fick premisserna ändras och här tillkom bland annat möjligheten till den snabbintervju som beskrevs i föregående mening. Till resultatet från utskicksomgång två kunde härav sedan också

förutom den personliga intervjun från omgång ett läggs en snabbintervju, då den deltagare som avbokad personlig intervju istället var villig att ställa upp på en snabbintervju.

Tanken från början var att erhålla telefonnummer från Region Skåne. När det inte visade sig möjligt blev alternativet att söka på egen hand via söksidor på nätet. Som redan redovisats ovan gick det inte att hitta telefonnummer till tre av de elva hittills utskickade personerna.

När det av erfarenheter från två omgångars utskick blir tydligt att det är svårt att få till personliga intervjuer ändras upplägget i samband med tredje utskicket och det läggs till möjligheten att genomföra en bokad intervju via telefon istället för att personen ska behöva ta sig till en avtalad mötesplats. Ytterligare förändring för att öka chanserna till att få några data blir också i den tredje omgången att i sista hand prova ett alternativ med att åtminstone försöka få en snabbintervju direkt i samband med uppringningen om deltagaren inte är intresserad av att gå med på något annat.

När också detta tredje utskick gjordes skickades bara till personer som Region Skåne innan utskicket hade hittat telefonnummer till. Det skickades ut till tio stycken personer, varav en tackade nej till att bli uppringd. En persons telefonnummer visade sig inte vara i bruk och hänvisning saknades. En person visade sig vid uppringning aldrig ha påbörjat sin KBT-behandling. En tackade nej till någon som helst medverkan. Två personer tackade nej till att boka någon intervju, men gick med på att göra en snabbintervju med att svara på några snabba frågor på telefon i samband med uppringningen. En tackade nej till personlig intervju, men kunde tänka sig bokad telefonintervju. En bokades först in som personlig intervju, men avbokade sedan men tackade istället ja till en bokad telefonintervju. En tackade ja till personlig intervju, men visade sig egentligen kanske inte tillhöra målgruppen. Denna inkluderades ändå eftersom deltagarens erfarenheter bedömdes bidra till materialets bredd. I samband med svårigheterna att få tag på intervjudeltagare funderades över behov av ökad flexibilitet i insamlandet och alternativa vägar till att få intervjupersoner. På en direkt förfrågan till en läkarkontakt på en vårdcentral fick vi på så sätt namn på en person där sedan en personlig intervju genomfördes.

Sammanfattning	
Antal utskicksomgångar	3
Antal utskick	21
Antal som tackade nej till att bli uppringda	2
Antal som det inte gick att finna telefonnummer till	4
Antal som forskarna fick kontakt med	14
Antal som tackade nej i samband med uppringning	4
Antal genomförda personliga intervjuer	3
Antal genomförda bokade telefonintervjuer	2
Antal genomförda snabbintervjuer	3
Antal som forskarna fick kontakt med på annat sätt än genom Region Skåne	1
Antal som studiens data bygger på	8

Inför intervjuerna gjordes ett förslag till intervjuguide, som testades genom att göra en provintervju. Provintervjun var med en patient som forskarna själva hade kommit i kontakt med i arbetet och varade i 40 minuter. Efter provintervjun gjordes en del förändringar och tillägg i intervjuguiden för att få fram den slutgiltiga versionen (se bilaga 3). Det utvecklades även en intervjuguide för den så kallade snabbintervjun (se bilaga 4) som var de frågor som planerades att ställas under pågående samtal i samband med att deltagaren ringdes upp första gången.

Vid intervjuerna som genomfördes genom personliga möten fick deltagarna fylla i samtyckesblankett (se bilaga 5) skriftligen. I samband med telefonintervjuerna lämnades samtycket muntligen.

När datainsamlingen bedömdes vara avklarad och det inte fanns flera deltagare att tillgå påbörjades analysdelen. Valet gjordes att lyssna igenom alla inspelade intervjuer rakt av, både från personliga möten och telefonintervjuer. Första gången lyssnades bara. Avsikten var att bekanta sig med materialet och få en överblick över det. Efter första genomlyssningen gjordes sedan en ny genomlyssning av allt material. Denna gången gjorde varje forskare egna anteckningar med för syftet intressanta nyckelord eller citat. Gemensamt diskuterades sedan varje forskares noteringar och elva teman bildades. När temana var bildade skedde nästa genomlyssning. Nu för att plocka ut allt som hörde till varje tema. Ett arbete gjordes med att gruppera citaten under de olika temana. Två teman slogs ihop och det totala antalet teman var till slut tio stycken. Analysen gjordes ”vågrätt” vilket innebar att allt material, alla intervjuer, analyserades på en gång (Langemar, 2008).

Enligt Langemar (2008) är detta viktigt för att alla teman ska få bästa möjliga passform till data. Med utgångspunkt från de tio teman som bildades vid genomlysningarna analyserades sedan materialet från snabbintervjuerna.

Etiska överväganden

Inför studien hade ansökan gjorts till Regionala Etikprövningsnämnden (EPN) i Lund, vilket belyser hur grundläggande överväganden av etisk karaktär hela tiden varit redan från det att arbetet med studien tog sin början. I samband med ansökan till EPN var frågorna rörande etik omfattande, vilket innebar behov av stor eftertanke och försiktighet. Arbetet med etiska överväganden fördjupades ytterligare efter yttrandet från EPN (Dnr 2014/395). Risk fanns att intervjuerna kunde upplevas integritetskränkande och väcka obehag, men utifrån att de genomfördes av personer med både socionomutbildning och psykoterapiutbildning samt längre erfarenhet från sjukvården ansågs det kunna bärga för att intervjuerna inte skulle få negativa effekter. Möjlig nytta kunde vara att intervjuerna gav positiva erfarenheter av att få återberätta vad man varit med om och varför man avbröt terapin. Risken för deltagande bedömdes vara väldigt liten, men nyttan kunde vara stor av att få berätta varför man avbröt och eventuellt få upprättelse om något upplevts blivit fel. Om det vid intervjuerna skulle visat sig att någon av personerna som intervjuats mådde dåligt och bedömdes vara i behov av vård skulle personen hjälpas till rätt vårdinstans. Skriftligt eller muntligt samtycke inhämtades från samtliga intervjupersoner.

Resultat

Ur intervjuerna har olika teman identifierats och här presenteras dessa tio olika teman, vilka utgör studiens resultat. De olika teman vi identifierat är; Inget aktivt beslut att påbörja terapi, Tidigare negativ erfarenhet av terapi, Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet, Formella förutsättningar och begränsningar för KBT enligt Rehabiliteringsgarantin, Skattningsskalor, Upplevelse av att inte bli lyssnad på och inte bli hjälpt med det man söker för, Arbetslivets påverkan, Spontanläkning, Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin samt Upplevelse av utsatthet.

I beskrivningarna av deltagargruppen används kvantiteterna; En del = 2 - 3 deltagare, Några = 4 - 5 deltagare och Flera = 6 - 8 deltagare.

Inget aktivt beslut att påbörja terapi

Ett bland flera av deltagarna återkommande tema var att det varit någon annan som kom med initiativet till att de skulle gå i terapi, oftast deras läkare. Beslutet att börja i terapi beskrevs inte

som ett genomtänkt medvetet val utan något som kom från någon annan och som deltagaren i den situationen valde att prova på eftersom läkaren trodde att det skulle kunna vara till hjälp. Deltagarna upplevde att de blev skickade till terapi. Flera av deltagarna beskrev det på ett likartat sätt:

”Och då när jag började med tablettorna så tyckte hon (läkaren) även att jag skulle gå och snacka med någon. ”

”Det var min läkare som tyckte det eftersom jag har sömnproblem.”

”Det var min läkare som skrev att jag skulle gå där.”

”Jag ringde till en läkare och pratade med henne och sen skickade hon mig vidare till en psykolog.”

Några av deltagarna hade inte heller några speciella tankar om, eller förväntningar på hur terapin skulle vara.

”Jag hade inte några speciella tankar faktiskt, inte mer än att det skulle vara ett bollplank och någon som kom med lite råd om min situation idag.”

En del av deltagarna hade en direkt skeptisk inställning till terapin redan innan de påbörjade den.

”Jag ville väl egentligen först inte gå dit, men tänkte att jag skulle ge det en chans.[...]Framförallt var det väl för jag kände aldrig för att gå dit från början, men jag tänkte jag ger det en chans.”

Temat att det var någon annan än personen själv som tagit initiativet till terapin var det tema som innefattade flest deltagare. Endast ett fåtal deltagare ingick inte här.

Tidigare negativ erfarenhet av terapi

Ett annat tema som kom upp var att tidigare negativa erfarenheter av terapi påverkade då deltagarna påbörjade denna terapi. En av deltagarna som hade en skeptisk inställning redan innan första terapisessionen hade en tidigare negativ erfarenhet av en terapi där han upplevt att han blev sviken av terapeuten. Han beskrev sina tankar inför denna terapi så här:

”Så tänkte jag att det kan bli samma här och så lämnar man ut sig. Det är jobbigt, det vet jag, att det är jobbigt att lämna ut sig gång på gång. Så jag tänkte att det här kommer nog bara hålla ett par gånger sen kommer hon nog märka att det kommer inte fungera riktigt.”

Han kontaktade sedan terapeuten efter första sessionen och meddelade att han inte ville fortsätta, och hade inte heller inlett någon annan terapi efter det, utan valt att hantera sina problem bland annat genom att prata med arbetskamrater.

En annan deltagare berättade att hon trodde att den negativa upplevelsen hon hade vid denna terapi har påverkat hennes inställning till terapi framöver. På frågan hur den avbrutna terapin påverkade hennes inställning till terapi framöver svarade hon så här:

”Eftersom jag mådde så fruktansvärt dåligt efter de tre gångerna, det vill jag inte mer.[...]Ja det har ju fått sig en kantstötning, det måste jag ju säga. Det känns inte helt bra. Jag skulle nog vara väldigt tveksam. Jag skulle nog inte vara särskilt öppen mot den terapeuten det tror jag inte. [...]Jag tror nog att jag skulle vara väldigt avvaktande.”

”Om jag nu skulle gå för mina sömnproblem så skulle jag göra klart att det handlar om mina sömnproblem idag.”

Hon lämnade en liten öppning för att påbörja en ny terapi någon gång i framtiden men berättade att hon inte vågat göra det ännu trots att hon hade kvar de besvär som hon först sökte hjälp för.

Deltagarna beskrev således att enstaka negativa erfarenheter av terapi hade stor påverkan på deras framtida möjligheter att tillgodogöra sig terapi, och att dessa negativa erfarenheter därmed fått stora konsekvenser.

Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet

Några av intervjupersonerna beskrev att de inte kände sig bekväma med att gå i terapi. De upplevde själva det terapeutiska mötet som något negativt och olustigt. En del beskrev att de mer allmänt inte trivdes med att sitta och prata om sig själva:

”Jag var där en gång men jag kände aldrig att det var något för mig. Sitta och prata, det kanske är bra för vissa men jag kände att det var inte något jag fick ut något av direkt.[...]Jag tyckte först det kändes lite fånigt men sen försökte jag lyssna på det hon hade att berätta. Man försökte väl men jag kände aldrig att jag kom in i det under det samtal vi hade.[...]Just det här att sitta två personer och prata om hur man känner, det är säkert bra för vissa, men inte för alla. ”

Andra beskrev mer specifikt att de upplevde just mötet med den aktuella terapeuten som de träffade som negativt. De upplevde inte att terapeutens sätt eller stil passade dem, men att de samtidigt var angelägna om att få hjälp.

”Det kändes inte riktigt bra, men så vill man ändå försöka.”

”Hon ställde inte särskilt många frågor och jag tyckte det var pinsamt och jobbigt och visste inte riktigt vad jag skulle säga, och vad jag än sa så sa hon, jo, jo. Så det kändes inte som det ledde någon vart.[...]Jag klarade inte av att sitta mitt emot någon som bara sa jo, jo.[...]Jag började med att säga varför jag var där och så bara fick jag det här, jo, jo.[...]Jag satt där och tittade ut genom fönstret och visste inte vad jag skulle säga när jag satt där.[...]Jag vet inte om det var personkemi men jag tyckte det var så svårt med någon som bara satt och sa jo, jo..”

Deltagaren hade en tidigare positiv erfarenhet av att gå i samtal och upplevde inte själva terapismötet som negativt utan berättade att hon upplevde att hon inte trivdes med just den här terapeutens stil.

De deltagare som hade negativ upplevelse av det terapeutiska mötet uppgav detta som huvudorsak till, eller en av huvudorsakerna till att de avbröt terapin.

Formella förutsättningar och begränsningar för KBT enligt Rehabiliteringsgarantin

Ett annat tema som dök upp var hur de förutsättningar och begränsningar som omgärdar KBT enligt Rehabiliteringsgarantin påverkade deltagarnas avbrott från terapin. Några deltagare tog upp svårigheter med att få tag på en ackrediterad terapeut som hade möjlighet att ta emot och att de väntat länge innan de fått tid.

”Jag vet att det är jättesvårt att få tider och tänkte att det ändå är skönt att komma igång.”

En del hade under tiden gått i stödsamtal vilket de upplevde att de haft hjälp av, och när de väl fick tid hos KBT-terapeut hade problemen delvis eller helt försvunnit.

”Det tog ett tag innan jag fick tid och då gick jag hos en kurator under tiden.”

En deltagare tog upp bristen på ackrediterade terapeuter på landsbygden och att det upplevdes som ett problem att hitta en terapeut som var helt oberoende och inte redan var upptagen.

”Det är svårare när man bor på mindre ort, det finns mindre psykologer och kuratorer, så ofta blir det att hela familjen går till samma, men det är inte riktigt det bästa.”

Det kom också upp att de ramar som finns för KBT enligt Rehabiliteringsgarantin upplevdes som ett hinder. En deltagare hade fått besked på att hon fått remiss på tio sessioner, och beskrev att det påverkade henne i vad hon var villig att ta upp. Att börja dra i vissa problem kändes hotfullt med max tio samtal. Dessutom blev hon stressad av att hon inte skulle hinna få hjälp med problemet hon sökte för om tid togs till annat.

”Hon ville verkligen hjälpa mig så hon och det tror jag säkert att hon ville, och jag förklarade för henne att -det kan inte du på tio gånger om vi ska prata om andra saker än det jag har problem med idag.[...]Då menade hon att sen kunde man ta upp det här igen, men jag har ju bara fått en remiss på tio gånger, och inte för att prata om det som hände för 50 år sedan.[...]Om jag hade gått där ett år så är det möjligt att det då kanske hjälpt, men på tio gånger så kan man inte börja rota i dåtid och samtidigt hjälpa mig att sova.”

Deltagarna beskrev hur de upplevt att det uppsatta regelverket på olika sätt påverkat dem och för vissa varit en större eller mindre del i orsaken till att de avbröt terapin.

Skattningsskalor

Ett tema som inte så många, men en del av deltagarna tog upp när de berättade om sina avbrott från terapi i förtid var skattningsskalor. En deltagare berättade att han upplevde att han hade fått resultat på skattningsskalor som indikerade att hans problem inte var så stora och att han mådde rätt bra.

”Då fick jag papper med en skala jag skulle fylla i och där var allt från självmordstankar och mer till, och jag inser att min känsla var rätt lågt rankad jämfört med allt annat. Jag har ju aldrig haft självmordstankar.”

Den deltagare som upplevde att det var terapeuten som tog beslutet att terapin skulle avbrytas menade också att terapeuten baserade mycket av det beslutet på resultatet från de skattningsskalor hon fyllde i.

”Sen så fick jag ett papper jag skulle fylla i med frågor och det var hur pass man mådde och så skulle hon titta på det och när hon tittade på det så tyckte hon jag mådde så pass bra att jag bara behövde en gång till.”

Deltagarnas upplevelser skiljer sig åt en del, men har det gemensamt att resultatet från de skattningsskalor de fyllt i tillmätts stor vikt och tilltro. Resultatet på skattningsskalorna beskrevs

inte som huvudorsak till att avbryta utan som en delorsak som tillsammans med andra orsaker fick dem att avbryta terapin.

Upplevelse av att inte bli lyssnad på och bli hjälpt med det man sökt för

Ett tema som en del av deltagarna tog upp var att de inte upplevde att de fick hjälp med det de sökte för och ville ha hjälp med. De upplevde inte att terapeuten lyssnade på dem och intresserade sig för deras situation.

”Då var hennes svar att jag skulle gå ut och röra på mig mer, gå ut och springa, när jag inte ens orkade gå in på toaletten i mitt eget hus. Det kändes lite märkligt.”

”Och sen ville hon gå tillbaka i mitt liv och jag tyckte inte alls att det hade med det här att göra, mina sömnproblem. [...] Hon ville veta vem min mamma var och vem min pappa var och jag tänkte att det har inte ett dugg med mina sömnproblem att göra. [...] Det är ju inte det som hände mig för 50 år sedan som jag behövde prata om utan jag behövde prata om det som är idag.”

Personerna beskrev att de vid upprepade tillfällen sagt till terapeuten att det inte var detta de ville prata om. Så här uttryckte två deltagare det:

”Jag sa fem till sex gånger att jag tror inte att det handlar om det, jag tror inte problemet är det. [...] Jag vet inte vad jag skulle gjort mer för jag berättade vad problemet var.”

”Jag sa vid ett antal tillfällen att det här är jobbigt, det här vill jag inte prata om.”

På frågan vad terapeuten sa då hon sa att hon inte ville prata om de saker som hände för länge sedan svarade kvinnan så här:

”Ja du, det minns jag inte eftersom hon fortsatte att prata om dåtid.”

Deltagarna berättade att de upplevde att terapeuten gjorde saker som inte var för deras bästa, om än utan att de upplevde att detta var medvetet från terapeutens sida. En av deltagarna berättade till exempel att terapeuten han träffade gick en vidareutbildning om behandling av en viss diagnos och att han upplevde att hennes behov för utbildningen gick före hans behov.

”Hon berättar att hon håller på med någon vidareutbildning just när det gäller [...] och hon behövde sitt första fall[....] Hon hade väntat på det här ju och när jag kommer in där förstår jag att hon vill köra på det här spåret när det gäller mig. Så hon vägrade släppa det. Det slutade med att

hon ville spela in, filma samtal[....] och allt hade med hennes vidareutbildning att göra så det kändes väldigt märkligt till slut.”

Han upplevde att terapeuten aldrig riktigt intresserade sig för honom som person och vad han sa utan hade sin bild färdig från början och att hon inte var intresserad av att ändra den.

”Hon gjorde den bedömningen redan efter tre minuter, medans jag kände att det inte alls berodde på det. Hon vägrade släppa det spåret så det kändes lite märkligt till slut.[...]Det var det här att hon skulle göra den här utbildningen och hon hade verkligen bestämt sig och läkaren hade sagt till henne att det var det så jag blev diagnostiserad väldigt snabbt. Jag ville ju gå in där som ett tomt papper så hon kunde göra en egen uppfattning.”

En deltagare berättade att terapeuten hade tog upp saker som deltagaren tyckte var jobbigt att prata om och att hon inte respekterade hennes önskan att inte prata mer om det.

”När hon började rota i mitt liv tillbaka så poppade det upp som jag har begravt så det mådde jag inte alls bra av.[...]Det har jag lagt bakom mig och levt ett helt annat liv sedan så det fanns ingen anledning att sitta och rota i det. Det är ju inte därför jag inte sover.”

Upplevelsen att terapeuten inte lyssnade på dem och förstod dem och deras behov påverkade de deltagare som hade den upplevelsen mycket. De deltagare som hade denna upplevelse uppgav att detta var den huvudsakliga orsaken till att de avbröt terapin, i några fall tillsammans med temat Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin, vilket kommer behandlas nedan. Det var också dessa deltagare som beskrev att de mådde sämst efter terapin.

Arbetslivets påverkan

Något som flera av deltagarna tog upp då de berättade om anledningen till att de avbröt terapin var hur arbetslivet på olika sätt påverkade. Några tog upp svårigheterna att hinna med att gå i terapi samtidigt som de arbetade. Några tog också upp att det var svårt att hitta tider då de kunde gå ifrån arbetet.

”Det var jobbigt när jag skulle dit för det var 1,5 timme som försvann från jobbet och jag hade jättemycket att göra under den tiden så det var svårt att ta mig till där hon var.”

Några upplevde att de inte fick det stöd de behövde från sin arbetsgivare för att kunna genomföra terapin.

”Vi har en chef som inte är riktigt förstående, att man är borta på grund av sådana här saker.”

En del beskrev att de till och med upplevde att de mådde sämre av stressen det innebar att hinna med terapin samtidigt som de jobbade.

”Det var det här med jobbet att jag hade svårt att få tid att komma dit. Det var ångest för jag fick jobba igen det och det blev jättestressigt, och det var stressen jag inte mådde bra av heller för jag kände mig väldigt uppstressad och fick panikattacker ibland och det här med att komma från jobbet och ta mig dit och prata med henne, bara det gjorde mig ännu mer stressad. Så det var lite så att jag mådde ändå sämre av det.”

En del beskrev också att de började arbeta mycket då de inte upplevde att terapin gav dem någon hjälp, och att arbetet hjälpte dem att klara av problemen.

”Jag jobbade rätt mycket en period och sedan rullade livet liksom på.”

Deltagaren som inte kände sig bekväm med att sitta och prata om sig själv med en terapeut gick in i en period av intensivt arbete och upplevde sedan att han mådde bättre efter en tid.

Deltagarna beskrev att arbetslivet hade stor påverkan på möjligheten att genomföra terapi på så sätt att arbetet ibland begränsade möjligheterna att delta i terapi, men att det också kunde ha en positiv inverkan genom att det underlättade för personen att komma ur sina problem.

Spontanläkning

Några av deltagarna beskrev att terapin rann ut i sanden, att problemen gick över av sig själv. Som tidigare nämnts tog en del deltagare tillflykt till arbetet och arbetade mycket, men det är också några som beskrev att de utan någon för dem synbar anledning började må bättre.

”Framförallt så kände jag mig rätt bra. Hade man fortsatt må dåligt så hade jag kanske gått dit, då hade jag nog fortsatt gå dit. Så det var framförallt för att hälsan var bättre.”

Några beskrev att det tog så lång tid innan de fick tag i en KBT-terapeut att problemen inte längre kändes lika aktuella utan de hade redan hanterat dem på andra sätt. En kvinna gick hos kurator i väntan på att påbörja terapi och när hon sedan väl fick tid till terapeut mådde hon mycket bättre och tyckte inte hon behövde mer än något enstaka samtal:

”Hade jag inte haft kuratorn där jag hade bollat, då tror jag att jag mer hade saknat KBT:n och att få andra tankar, hur man istället ska tänka.”

En del beskrev att terapin mer eller mindre rann ut i sanden då de måste bättre. En deltagare beskrev att han glömde en tid och sedan tog varken han eller terapeuten kontakt igen.

”Jag glömde bort den vill jag minnas. Jag kommer ihåg att jag fick hem en påminnelse om en tid jag glömt, så den bara försvann. [...]Jag har för mig att det stod något om att jag skulle kontakta henne om jag ville fortsätta, men det gjorde jag aldrig.”

De deltagare som återfanns under temat spontanläkning beskrev att deras problem inte längre upplevdes som så stora att de hade något behov av att gå i terapi, att andra saker i livet tog överhand och att de således avbröt terapin. Denna grupp deltagare uppgav att de måste bra efter den avbrutna terapin.

Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin

Ett annat tema som kom upp i några intervjuer var att deltagarna upplevde att de måste sämre av att gå i terapi och att de slutade av den anledningen. En man berättade att han måste sämre och därför slutade utan att få någon annan hjälp.

”Samtidigt måste jag inte så bra och då blev det ångest och då är det lättast att skita i det.”

En kvinna måste så dåligt efter några sessioner av terapin att hon inte upplevde att hon klarade av att fortsätta, och hon påbörjade antidepressiv medicinering.

”Efter tredje gången då kände jag att det här kan jag inte för jag fick sån fruktansvärd ångest. Jag måste jättedåligt. Jag skulle åka på en resa, jag fick avboka resan.[...]Jag måste verkligen inte bra. Det höll i sig ett bra tag för det var ytterligare en resa som jag fick avboka och jag mår ju fortfarande inte bra, men idag[10 månader efter]står jag upp på benen och klarar av saker men det gjorde jag inte då. Jag hade aldrig i mitt liv kunnat packa en väska.”

Kvinnan måste också dåligt lång tid efter att hon avslutat terapin och det fick stor påverkan på hennes liv. Inte heller hon påbörjade någon ny terapi efter den hon avbröt. Däremot började hon äta antidepressiv medicin.

”Det är alldeles förfärligt att hamna i de här ångestattackerna.[...] Redan när jag gick därifrån kände jag hur ångesten kom och så fick jag börja äta antidepressiva medel igen.”

De deltagare som återfanns i detta tema överensstämmer till stora delar, men inte fullt ut, med de som upplevde att de inte blev lyssnade på och blev hjälpta med det de sökte för. För

deltagarna som upplevde att de inte klarade av att fortsätta terapin var detta den starkaste anledningen till att de avbröt terapin. Dessa personer uppgav att de mårde mycket dåligt efter den avbrutna terapin och att de inte heller sedan kunnat tillgodogöra sig annan hjälp för sina problem.

Upplevelse av utsatthet

Ett tema som kom upp i flera av deltagarnas berättelser var att de upplevde en utsatthet i förhållande till terapeuten. Några deltagare beskrev att terapeuten haft stor påverkan på dem i det sårbara tillstånd de befunnit sig i, och att de blev extra sårbara då de öppnade upp sig för terapeuten i det skedet. En man beskrev hur han började tvivla på sin egen upplevelse:

”Hon kanske har rätt, det kanske är posttraumatisk stress, men det kändes inte rätt, och det kändes inte som hon utforskade andra alternativ utan det var bara det.[...]Samtidigt är jag där för jag inte vet vad det är för fel på mig och båda säger likadant så jag fick ju köpa det och gick med på det, men det kändes inte rätt.”

En annan man beskrev att det var ett stort steg för honom att öppna sig och berätta om sina problem, och när han sedan inte upplevde att terapeuten förstod honom slöt han sig igen.

”Det ska mycket till för jag ska ta mig till läkare för jag har haft detta problemet hela livet och jag är över 30 år och det var bara för något år sedan som jag tog kontakt för jag orkade inte mer. Jag vet inte vad jag skulle gjort mer för jag berättade vad problemet var.”

Flera personer beskrev att deras behov av hjälp var så stort att de fortsatte kontakten fastän de inte tyckte det kändes bra.

”Jag hoppades att det skulle ge nåt, men det gjorde det inte utan tvärtom, jag bara mårde sämre och sämre.[...]Jag mårde så dåligt så jag hoppades på att jag skulle få någon form av hjälp helt enkelt.”

”Det är jättejobbigt att lämna ut sig många gånger, just när man mår dåligt. Sen samtidigt, man griper alla halmstrå.”

På frågan varför hon inte sa ifrån när hon inte tyckte terapin kändes bra svarade en kvinna så här:

”Man är ju ändå den svaga parten när man sitter där så det är möjligt att man ändå tror att det ska leda till något.”

”Man måste vara lyhörd som terapeut, man måste vara lyhörd för den man möter. Det tror jag är viktigt.”

En annan deltagare upplevde att terapeuten lämnade över ansvar för om hon kunde vara hans terapeut då han upplevde att hon borde tagit det beslutet. Mannen som var i stort behov av hjälp upplevde att han inte klarade av att fatta beslutet att avbryta terapin så tidigt som han borde gjort.

”Hon skulle kanske inte lagt över det på mig[...]. Hon lämnade egentligen över det till mig om man ska hårdra det, men jag trodde samtidigt också att det kunde fungera.”

Deltagarna beskrev hur det i själva patientrollen finns en utsatthet i förhållande till terapeuten. Även några deltagare som inte upplevde kontakten med terapeuten som negativ beskrev upplevelse av utsatthet. För de deltagare som upplevde kontakten med terapeuten som negativ var upplevelsen av utsatthet ännu starkare och hade direkt samband med deras beslut att avbryta terapin medan andra deltagare beskrev att det var en bidragande orsak bland andra orsaker.

Diskussion

Resultatdiskussion.

Syftet med studien är att undersöka hur patienter som avbrutit KBT har upplevt sin terapi med fokus på alliansen och interventionerna. Syftet innefattar också att belysa hur deras upplevelser av terapin är relaterade till beslutet att avbryta terapin. De teman vi identifierat är; Inget aktivt beslut att påbörja terapi, Tidigare negativ erfarenhet av terapi, Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet, Formella förutsättningar och begränsningar för KBT enligt Rehabiliteringsgarantin, Skattningsskalor, Upplevelse av att inte bli lyssnad på och inte bli hjälpt med det man söker för, Arbetslivets påverkan, Spontanläkning, Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin samt Upplevelse av utsatthet.

Vilka det är som avbryter terapi i förtid. Steel et al. (1999) menar att det behövs mer kunskap om vilka patienter det är som löper risk att avbryta terapi för att kunna hitta metoder för att förhindra detta. Björk (2008) har studerat personer med ätstörningsproblematik och beskriver att de personer som avbröt terapin hade bättre självkänsla och självomhändertagande samt mindre självanklaganden än de personer som fullföljde terapin. Deltagarna i denna studie valde av olika anledningar att avbryta terapin. Utifrån de tema som identifierats går det att urskilja två olika

grupper bland deltagarna. En grupp återfinns i temat Upplevelse av att inte bli lyssnad på och bli hjälpt med det man sökt för samt temat Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin. Den andra gruppen återfinns i temat Spontanläkning och avbröt terapin på grund av att de inte upplevde att de längre hade något behov av terapi. Övriga teman återfinns i olika omfattning i båda grupperna. Hur kan man se på deras val att avbryta terapin utifrån vad Björk (2008) kommit fram till? Gruppen som inte upplever att de blir lyssnad på och blir hjälpt med det de söker för samt upplever att de inte klarar av att fortsätta terapin avbröt terapin eftersom de upplevde att de inte fick hjälp med det de sökte för och i vissa fall mådde sämre av terapin. Detta avbrytande kan ses som en form av självomhändertagande (Björk, 2008). Det går att föreställa sig att personer med sämre självomhändertagande och mer av självanklagande skulle kunna fortsätta i en terapi där de inte får hjälp med det de önskar, eller trots att de till och med får illa av terapin.

I den andra gruppen var Spontanläkning ett tema som kom upp i deltagares berättelser. Björk (2008) kommer fram till att problemtygden bland de som avbröt terapin var lägre än bland de som fullföljde behandlingen. Utifrån detta antagande kan man tänka sig att dessa deltagare inte behövde mer behandlingsinsats än de enstaka tillfällena de deltog. Dessa deltagare var då färdigbehandlade när de avbröt terapin. Läger man till faktorerna beskrivna ovan ter sig ett avbrytande av terapin som naturligt. Av det som här framkommit visar sig avbrytande av terapi inte alltid vara något negativt utan det kan också ses som något positivt. Avbrytande av terapi kan både betyda att personens problem blivit mindre eller försvunnit och att personen som avbrutit fattat beslutet att avbryta tack vare bland annat en god självkänsla. Deltagarna deltar inte i något som de upplever som negativt. Det går också att se det på annat sätt, nämligen, att personer som skulle haft nytta av terapi, på grund av dålig samarbetsförmåga och impulsivitet avbryter. Detta är samband som är värda att titta närmare på.

Andra tema som också går att förstå utifrån att beslutet att avbryta terapin baseras på hög grad av självomhändertagande är, Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet, Formella förutsättningar och begränsningar för KBT enligt Rehabiliteringsgarantin, Arbetslivets påverkan och Upplevelse av utsatthet.

I motsats till Björk (2008) ser Fassino et al. (2003) i sin studie att de personer som avbrutit terapin i förtid hade större grad av impulsivitet och förmåga att känna ilska. Om deltagarna avbrutit terapin tack vare ett gott självomhändertagande och låga nivåer av självanklagande står inte det i motsats till att dessa personer också skulle kunna ha större grad av impulsivitet och förmåga att

känna ilska i likhet med vad Fassino et al. (2003) får fram i sin studie. Deltagarna är en heterogen grupp men även i en och samma deltagares berättelse ryms möjligheten att deltagaren både har ett gott självomhändertagande, låga nivåer av självanklagande och är impulsiv och har lätt att känna ilska. För de deltagare som beskrev att de inte upplevde att de blev sedda och lyssnade på och fick hjälp med det de sökte för passar dessa olika faktorer bra in i deras berättelse om anledningen till att de avbröt terapin. Utifrån resultatet i denna studie kan Björk (2008) och Fassino et al. (2003) ses som komplement till varandra snarare än motsägelser.

Alliansens betydelse. Reis och Brown (1999) har studerat samband mellan terapeutisk allians och avbrytande av terapi och kommit fram till att den terapeutiska alliansen har stor betydelse för terapins resultat och att en svag arbetsallians ökar risken att patienten avbryter terapin. Flera deltagare i studien upplevde problem med alliansen och beskriver detta i teman Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet och Upplevelse av att inte bli lyssnad på och hjälpt med det man sökt för. Några deltagare beskriver att de upplevde att terapeutens mål med terapin skiljde sig från deras eget mål, och beskriver detta som deras huvudsakliga skäl till att de avbröt terapin. Svårigheter att komma överens om gemensamma mål för terapin har visat sig ha särskilt stor betydelse för patienters beslut att avbryta terapi i förtid (Westmacott et al., 2010). För många är en avgörande aspekt för beslut att fortsätta eller avbryta terapi alltså om de upplever att de och terapeuten förstår varandra, vilket flera deltagare också uttryckte.

Det finns ytterligare aspekter av alliansen och förståelsen mellan terapeut och patient. En aspekt är att patienters och terapeuters uppfattning om orsaken till att patienten avbrutit terapi skiljer sig åt på så sätt att patienter betydligt oftare än terapeuter uppger att orsaken till att de avbröt terapin var missnöje med terapeuten (Hunsley et al., 1999). Flera av de teman som identifierats i studien handlar om att deltagarna uttryckte missnöje med terapeuten. Negativ upplevelse av det terapeutiska mötet, Upplevelse av att inte bli lyssnad på och hjälpt med det man sökt för, Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin och Upplevelse av utsatthet innebär mer eller mindre kritik mot terapeuten och de flesta av deltagarna i studien ingår i åtminstone ett av dessa teman. Det är i detta sammanhang viktigt att komma ihåg att både patientens och terapeutens upplevelse är subjektiv. En av deltagarna i studien hade av terapeuten rapporterats som ensidigt avbrytande från patientens sida, men patienten beskrev att hon upplevde att det var terapeuten som tagit initiativet till att avbryta terapin och att hon själv hade varit något mer osäker på om hon inte behövde mer terapi. Denna skillnad kan ha med felregistreringar att göra, men anledningen till att vi ändå tog med denna deltagares berättelse i studien var möjligheten att det var en terapi som av

terapeuten uppfattades som avbruten av patienten, och av patienten uppfattades initiativet till avbrytandet komma från terapeuten. Här finns tecken på att terapeut och patient också kan ha olika uppfattning om vem som tog initiativet till avbrottet, vilket skulle innebära att terapeutens och patientens upplevelser skiljer sig än mer än vad Hunsley et al.(1999) kommer fram till i sin studie.

Orsaker till att avbryta terapi. Vilka är då orsakerna till att personer avbryter terapi i förtid, vad är det de uppger som orsak? Ett tema som identifierats i studiens resultat är arbetslivets påverkan på beslutet att avbryta terapi. Flera deltagare beskriver att de hade svårt att hinna med terapin då de arbetade och att deras arbetsgivare hade liten förståelse för att de gick i terapi. Bados et al. (2007) skriver i sin studie om orsaker som patienter uppgett till att de avbrutit terapi att den näst största gruppen uppgav kontextuella orsaker, och i den gruppen ingår förhållande som rör arbetslivet. Ett annat tema som går in under kontextuella orsaker är de förutsättningar och begränsningar för KBT via Rehabiliteringsgarantin som några deltagare tagit upp, till exempel det begränsade antalet ackrediterade terapeuter som innebär väntetider och svårigheter att få tider, framförallt på landsbygden.

Enligt Bados et al.(2007) är den allra vanligaste orsaken som patienterna uppger till varför de avbrutit terapin, låg motivation eller att de är missnöjda med terapin/terapeuten. Detta återfinns i flera teman i föreliggande studie. Några deltagare beskriver att de hade låg motivation till att fortsätta terapin då deras problem spontanläkte och de inte längre upplevde att de hade behov av terapi. Här återfinns också det tema som innefattade flest deltagare, nämligen att det var någon annan än de själva som tagit initiativet till terapin. Då initiativet inte är personens eget kan motivationen antas vara begränsad redan innan terapin inleds. Några av deltagarna beskriver att de hade tidigare erfarenheter av terapi som påverkade dem negativt inför denna terapi. Ytterligare något som en deltagare upplevde minskade dennes motivation för terapi var då han fick resultat på skattningsskalor som han uppfattade visade att hans problematik inte var svår. Teman ”Att inte bli lyssnad på och få hjälp med det man sökt för” och ”Att inte klara av att fortsätta terapin” innefattade både missnöje med terapin/terapeuten och såtillvida låg motivation att fortsätta terapin.

De deltagare som återfanns under de två senast nämnda teman var mycket utsatta i sin situation, vilket även andra deltagare beskrev att de upplevt sig vara. Eivors et al. (2003) skriver i sin studie om personer med ätstörningsproblematik att kontrollförlust var en viktig faktor för beslutet att avbryta terapin. Detta skulle kunna vara aktuellt även för andra patientgrupper. Flera av deltagarna i föreliggande studie har på olika sätt tagit upp att de upplevt kontrollförlust i form av att vara sårbara och utelämnade i kontakten med terapeuten och att detta hade betydelse för att de

avbröt terapin. Det ter sig som att kontrollförlust haft en betydelse för avbrytande av terapi i denna grupp av deltagare som har annan problematik än ätstörningsproblematik.

Sammanfattande slutsatser. Studiens resultat ger svar på vissa aspekter av hur deltagarna upplevde terapin, och även aspekter av upplevelsen av alliansen. Resultatet ger endast i liten grad svar på hur deltagarna upplevde interventionerna, vilket till stor del berodde på att terapierna avbrutits så tidigt att deltagarna inte uppfattat att de kommit igång med några interventioner. Resultatet innefattar aspekter på hur upplevelsen av terapin påverkat beslutet att avbryta terapin.

Resultatet i studien och de teman som identifierats avspeglar att deltagargruppen är heterogen, samtidigt överensstämmer variationerna med de variationer som finns i tidigare forskning. Studien har också tagit upp att upplevelsen patienten har är subjektiv samt att denna upplevelse till stor del påverkas av de personliga egenskaper patienten har med sig in i terapin.

Det är med utgångspunkt i de teman som identifierats också möjligt att identifiera två huvudgrupper bland deltagarna och deras upplevelse av terapin samt hur denna påverkade beslutet att avbryta terapin. Den ena gruppen återfinns i temat Spontanläkning och den andra gruppen i teman Upplevelse av att inte bli lyssnad på och bli hjälpt med det man sökt för och Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin. Övriga teman återfinns i mer eller mindre utsträckning i båda grupperna. Den grupp som återfinns i temat Spontanläkning upplevde att behovet av terapi försvann tidigt i terapin och att den då inte längre upplevdes som meningsfull och avbröts. De upplevde alltså inte att de hade behov av mer terapi. Den andra gruppen som återfinns i teman Upplevelse av att inte bli lyssnad på och bli hjälpt med det man sökt för och Upplevelse av att inte klara av att fortsätta terapin upplevde att de hade ett fortsatt behov av terapi, men upplevde inte att den KBT de påbörjat erbjöd dem vad de var i behov av, eller till och med blev de sämre av terapin. Denna grupp upplevde alltså att de hade behov av ytterligare terapi, men var antingen missnöjda med terapeuten och alliansen med denne, eller med interventionerna, och avbröt därför. För denna senare grupp fick den avbrutna terapin i flera fall stora konsekvenser i form av att deras inställning till ny terapi framöver blev negativ och att de istället gick utan att söka hjälp för sina kvarstående besvär.

Utifrån de ovan nämnda grupperna är det svårt att se personer som avbryter terapi som en grupp där problemet bör betraktas på ett likartat vis. I stället framstår det som att för den förstnämnda gruppen är avbrytandet av terapin kanske det önskvärda och eftersträvansvärda, medan det för den sistnämnda är ett problem där det behövs mer kunskap och metoder för att kunna nå denna grupp.

Metoddiskussion

Validitet. Validitet i kvalitativ metod gäller studiens vetenskapliga värde och innefattar studiens kvalitet, trovärdighet och meningsfullhet (Langemar, 2008). Langemar (2008) skriver om forskningsprocessens utförande av de olika momenten som betydelsefulla för om god validitet uppstår och nämner viktiga områden som öppenhet i process och förhållningssätt, närhet och distans, reflektion och systematisk analys. Kriterierna för studiens vetenskapliga värde kan delas upp i två områden, det ena området gäller tillförlitlighet och empirisk förankring kring urval, data och analys och det andra området meningsfullhet och användbarhet av studiens resultat (Langemar, 2008).

Kunskapssynen som ligger till grund för studiens utgångspunkt är viktig att ha vetskap om för att bedöma en studies validitet. Vetskap om grunden är en mer realistisk kunskapssyn eller en mer relativistisk eller konstruktivistisk. En realist ser möjligheten att få sann kunskap medan en konstruktivist menar att kunskapen utgörs av subjektiva konstruktioner (Langemar, 2008). Morrow (2005) och Willig (2008) skriver båda om vikten av att veta studiens paradigmatiska underbyggnad, ontologiska och epistemologiska antaganden, för att kunna se på tillförlitlighet. Alvesson och Sköldberg (2008) skriver också om betydelsen av epistemologisk ståndpunkt i förhållandet till att göra generalisering av kvalitativa resultat. Analysen av intervjumaterialet i denna studie har en realistisk ansats där kunskap om deltagarnas verkliga upplevelser eftersträvas.

Morrow (2005) tar också upp ett antal kriterier som kan användas för att bedöma kvalitet i kvalitativ forskning oavsett paradigm. Det rör sig om kriterier kring förförståelse, subjektivitet, reflektion, datamängd samt tolkning av data, vilka används i den fortsatta diskussionen om studiens tillförlitlighet. En kvalitativ studie påverkas av forskarnas förförståelse och subjektivitet. Intervjuerna är gjorda av KBT-terapeuter som arbetar med KBT inom ramen för Rehabiliteringsgarantin. För att vara reflexiva har under studiens gång återkommande diskussioner och reflektioner ägt rum för att vara vaksamma på vad som är egna förutfattade meningar och tolkningar.

I psykologisk kvalitativ forskning har det primärt varit mycket fokus på hur många intervjupersoner som studien bygger på, men antal deltagare har lite att göra med kvalitén på kvalitativa data (Morrow, 2005). Detta är relevant för denna studie att uppmärksamma utifrån svårigheten att få deltagare till intervjuerna. Svårigheten har styrt antalet deltagare. I studien har personlig kontakt ägt rum med totalt sett 15 personer, varav åtta personer i någon form har deltagit.

Personerna som har tackat nej alternativt tackat ja till intervju men sedan inte kommit är också en del av studiens resultat.

Ett sätt att kunna öka studiens tillförlitlighet är att återkoppla resultatet till deltagarna för kontroll (Morrow, 2005), det har dock inte gjorts vilket är en brist.

Angående tillräcklig tolkning har i studien gjorts valet att arbeta med allt material hela tiden där alla intervjuerna har lyssnats genom från början till slut vid ett flertal tillfällen. Detta har inneburit att en fördjupning av förståelsen av datan stegvis har ägt rum och hur de olika delarna kan hänga ihop. Systematik i analysen har betydelse för att få god förankring av resultatet i data och samtidigt skapa ett meningsfullt resultat (Langemar, 2008).

Studiens syfte var att undersöka hur deltagare som avbrutit KBT hade upplevt sin terapi med fokus på alliansen och interventionerna. Syftet innefattade också att få en fördjupad förståelse kring dessa upplevelser i relation till beslutet att avbryta terapin. Utifrån detta bedömdes att en kvalitativ ansats var mest lämpad, då med utgångspunkt i studiens syfte och med de förutsättningar och tidsramar som fanns för aktuellt uppsatsarbete ett mer kvantitativt utforskande hade varit svårt att genomföra. Urval av deltagare till studien har gjorts genom att låta ett dataföretag slumpmässigt plocka ut ett antal patienter som avbrutit sin terapi. Urvalet kunde möjligen begränsats till att omfatta patienter som deltagit vid mer än ett terapitillfälle före deras avbrytande för att öka chansen till mer uttömmande svar exempelvis gällande upplevelserna av interventionerna. Avsikten med studien har inte varit att se vad som kan gälla mer generellt utan istället beskriva mer djupgående hur det kan se ut i specifika fall. Morrow (2005) och Willig (2008) tar båda upp aspekter kring den kvalitativa metodens begränsningar för generalisering till andra sammanhang och att inte försöka göra det. Denna kvalitativa studie kan därför istället vara ett första led till en framtida större studie för mer generella resultat som exempelvis skulle kunna ske med enkäter för att nå ut till ett större urval.

Bortfallet och dropout av studiens slumpmässigt utplockade deltagare har varit återkommande, vilket är av intresse och där det går att göra lärdomar för upplägg av metod för att få deltagare till framtida studier. Av 14 uppringda personer som svarade på telefon har fyra tackat nej till att medverka i någon som helst form. Dessa personer hade då redan i informationsbrevet vid utskicket om studien getts möjlighet att meddela till utbildningsadministratör på universitetsinstitutionen att de inte ville bli kontaktade för medverkan. Det finns personer som tackat ja, men sedan avbrutit, antingen genom att lämna återbud eller att inte höra av sig alls. Tre personer tackade ja till personliga intervjuer, en uteblev helt och gick inte att få kontakt med sedan, en annan gick med på att göra en bokad telefonintervju istället för ett personligt möte, och en tredje

gick med på en snabbintervju istället för att mötas personligen. Både bortfallet och dropout från studien har således varit ett problem för forskarna utifrån mål med att få tillgång till ett tillräckligt underlag för studien. Ett alternativ till att få deltagare, mindre bortfall och dropout, som kunde varit ett mer framgångsrikt sätt och som också kunde ha utforskats och sedan använts i större skala i den här studien, var genom direkta kontakter med behandlare inom vården som träffar på patienter och har kännedom om deras avbrytande av terapi.

Datainsamlingsmetod valdes i form av att göra semistrukturerade intervjuer för att öka möjligheterna till att förstå den intervjuades situation från dennes eget perspektiv och i det här fallet specifikt då för att få en fördjupad förståelse av deltagarnas upplevelser både av sin terapi och i relation till beslutet att avbryta terapin. Planen från studiens början var att göra personliga intervjuer en-till-en. I samband med att svårigheten att få deltagare att kunna ställa upp blev allt tydligare under studiens gång tillkom möjligheten till telefonintervju. Medvetenhet hos forskarna finns om att en del av den icke-verbala informationen går förlorad vid telefonintervju. I beaktande får tas att telefonsamtal kan innebära att situationen inte är lika avslappnad som vid en personlig intervju. Det kan också göra det svårare att få utrymme för eftertanke och pauser när samtalet sker via telefon. Att datainsamlingen har gjorts på flera sätt; intervjuer vid personligt möte, telefonintervjuer samt också snabbintervjuer på telefon, kan påverka möjligheten att jämföra data.

Ett annat val handlar om valet av analysmetod, där valet gjordes att använda tematisk analys (TA). TA är välanvänd inom psykologisk forskning, samtidigt som den i jämförelse med exempelvis Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) eller Grounded Theory (GT) inte fått lika stor genomslagskraft (Braun & Clarke, 2006). Detta menar Braun och Clarke (2006) kan förklaras med att riktlinjerna för hur TA ska genomföras inte varit helt tydliga, vilket fört med sig att utvärderingsprocessen och möjligheten att kunna jämföra avsevärt har försvårats. Braun och Clarke (2006) har som svar på detta utvecklat en tydlig struktur för gången i TA som till övervägande del valts att följas i den här studien. Ett avsteg är dock att inte transkribera intervjuerna, vilket Braun och Clarke (2006) uppger är en viktig del i bearbetningen. Braun och Clarke (2006) menar att arbetet med transkribering ger en fördjupad förståelse för materialet och att den tid det tar är väl använd. Polkinghorne (2005) skriver istället att det finns fördelar att inte transkribera då information går förlorad vid transkriberingen av det muntliga ordet. I studien har valet gjorts att följa Polkinghorne (2005) och inte transkribera för att i minsta möjliga mån komma ifrån materialets ursprung och i analysen följa originalet så långt det bara gick. Inga negativa konsekvenser av detta val har identifierats, förutom att det finns en risk att materialet skulle kunna bli svårare att värdera då Braun och Clarkes (2006) manual för TA inte följts till fullo. TA är som

metod också relativt lätt att förstå och att lära sig tillämpa. Det är den första kvalitativa analysmetoden som forskare bör lära sig, då den ger grundläggande kunskaper om kvalitativ analys och för framtida arbete med metoden (Braun & Clarke, 2006).

Reliabilitet. Det finns en svårighet med att redogöra för var gränsen går mellan validitet och reliabilitet i kvalitativa studier och det kan ifrågasättas om det ens är meningsfullt att göra.

Reliabilitet handlar i kvantitativ metod om mätningarnas tillförlitlighet och eftersom mätningar inte äger rum i kvalitativ metod går det inte att beskriva reliabilitet här. I kvantitativa intervjuer till exempel är det meningsfullt att skilja mellan att mäta vad som avses att mäta och hur tillförlitligt detta mäts, till exempel att ställa samma frågor i samma ordning i varje intervju. I kvalitativa intervjuer har inte detta samma betydelse utan handlar mer om att ta upp relevanta frågeområden och forskarens förmåga att göra bra intervjuer som ger innehållsrikt och meningsfullt material (Langemar, 2008). I denna studie har valet gjorts att inte särskilja validitet och reliabilitet utan vad det gäller studiens tillförlitlighet hänvisas till det som skrivs under validitet.

Generaliserbarhet. Generaliserbarheten har dels med datainsamling och dels med urval att göra. Frågorna som det går att ställa sig är hur datainsamlingen gjordes och om det utifrån insamlingen går att få fram en generaliserbarhet. Angående urvalet finns det två former, en om de upplevelser som kommit fram verkligen finns, en om hur täckade resultatet är för syftet (Langemar, 2008). Insamlingsmässigt har flera olika sätt att genomföra intervjuerna ägt rum, dels har det varit två forskare som genomfört intervjuerna var för sig, dels har intervjuerna ägt rum i olika form; personliga möten eller via telefon. Detta kan göra det svårt att jämföra. Gällande första formen för urvalet har de upplevelser som framkommit verkligen funnits vilket gör att det finns en förankring i verkligheten oavsett att antalet deltagare som svarat på frågor inte är fler än åtta. Hade ett större antal deltagare gjort skillnad? Troligtvis inte. Hur uttömmande resultatet är för syftet är en större fråga. Utifrån att någon indelning av deltagarna utifrån faktorer som kön, ålder, diagnos aldrig varit relevant för denna studie får den anses spänna över en stor population.

Etiska ställningstaganden. Under arbetet med studien har överväganden av etiska frågeställningar varit aktuella och ständigt återkommande. Arbetet med etiska ställningstaganden påbörjades med god marginal innan studiens start med att ansökan om etikprövning till den Regionala Etikprövningsnämnden (EPN) i Lund gjordes. Ansökningshandlingarna till EPN är omfattande vilket har inneburit stor förberedelse och att mycket tid använts för att iordningställa de svar och handlingar som krävs. EPN har sedan efter sammanträde och beslutsfattande kommit med yttrande (Dnr 2014/395) om studien. I detta yttrande presenterades förslag till smärre förändringar vilka har tagits fasta på. Förändringarna handlade om utformningen av informationsbrevet till

deltagarna för att säkerställa frivilligheten, att huvudansvarig handledare framgick av informationsbrevet, hur inspelningar och arbetsmaterial skulle förvaras samt slutligen också plan för omhändertagande av deltagare där obehag kunde framkomma efter intervjuerna.

Konsekvens har hela tiden funnits kring att inhämta samtycke från deltagarna att medverka i studien och att vara tydlig med deras frivilliga deltagande som de när som helst kan avbryta utan att det skulle inverka på deras möjligheter till framtida vård. Deltagarna har också getts möjligheter till att få ta del av studien om önskemål funnit om detta. Det har hela tiden varit noga med deltagarnas bibehållna anonymitet och att det trots deras uppgiftslämnande inte ska finnas risk för att deras identitet röjs.

Framtida forskning. Finns det ett mönster hos patienter som avbryter terapi, att de också har ett beteende med att avbryta saker i andra situationer som inte har med terapi att göra? Under studiens arbete har beteendet med att avbryta visat sig hos studiens deltagare genom att de först tackade ja till att medverka och sedan avbröt sitt deltagande genom att inte följa planeringen enligt den överenskommelse som gjordes upp. Studiens underlag är dock alldeles för begränsat för att kunna dra några generella slutsatser. Det vore intressant att i en framtida forskning titta vidare på om en persons beteende med att avbryta kan ses i olika situationer oberoende av varandra.

Hur påverkar Rehabiliteringsgarantins utformning och ramar terapins utfall? En frågeställning som skulle vara intressant att undersöka är betydelsen av vem och vilka patienter som remitteras. Inom Rehabiliteringsgarantin krävs det en remiss från läkare för att ingå. Är vissa läkare bättre på att hitta ”rätt” patienter som kommer kunna tillgodogöra sig terapin och fullfölja denna? När det gäller patienter som avbryter terapin skulle det vara en intressant forskning att ta sig an att undersöka samband varifrån remisserna kommer och vilka som avbryter i förtid.

En annan frågeställning gällande Rehabiliteringsgarantin och patienter som avbryter är utformning av systemet för ekonomisk ersättning till terapeuterna. Det finns riktlinjer för antal besök inom Rehabiliteringsgarantin. Ekonomisk ersättning utgår till terapeuten efter att ha träffat patienten sex gånger. Träffar terapeuten patienten fler än sex gånger utgår inte någon ytterligare ersättning. Hur påverkar detta längden på terapin utifrån både hur terapeuten och patienten ser på behovet att fortsätta efter sex gånger? Finns det samband med att terapin avbryts?

Terapeuternas upplevelser av patienter som avbryter terapi är ett annat intressant ämne för framtida forskning. I studien har nämnts forskning som tar upp diskrepans kring hur terapeut och patient ser på situationen att patienten avbryter terapin och dess orsaker. Terapeuterna rapporterar inte alls i lika stor omfattning att patienten avbryter terapin på grund av missnöje med terapeuten, som patienterna själva rapporterar det. Forskningen är begränsad och behov finns för fördjupning.

Finns det en korrelation mellan diagnos och att avbryta terapin? Det skulle vara intressant att undersöka diagnosens betydelse för beslutet att avbryta terapin men också om det finns skillnader mellan patienter med olika diagnoser och hur terapin upplevs. I den här studien kunde det undersökas om det i gruppen som avbryter terapin skiljer sig åt i diagnos mellan de som valt att delta i studien och de som inte valt att delta. I förhållande till att terapin avbryts finns det också andra faktorer, som exempelvis utbildningsnivå, kön, ålder, tidigare erfarenhet av terapi, arbetande, arbetssökande, vilkas betydelse är intressant att titta på.

Hur spelar patientens egen inställning till behovet av terapi roll för avbrytande av terapin? Det framkommer i intervjuerna att en del intervjudeltagare inte ansåg sig vara i behov av terapi från första början. I en framtida studie skulle undersökning kunna ske av patienternas inställning innan de påbörjar terapin då ett eventuellt avbrytande av terapin skulle kunna påverka svaret i efterhand.

Hur påverkar skattningsskalorna patientens upplevelse av behov av terapi och att beslutet att avbryta? Betydelsen av skattningsformulärens skalor är ett annat intressant område att forska på. Denna fråga väcktes i samband med en deltagare i studien som när skattningsformulärets resultat presenterades upplevde sig inte vara tillräckligt ”sjuk” och sedan gjorde valet att avbryta terapin.

Det finns mycket att studera i framtiden för att öka förståelsen för varför vissa patienter väljer att avbryta sin terapi. Mer forskning skulle kunna hjälpa vårdgivaren att remittera ”rätt” patienter till Rehabiliteringsgarantin och också hjälpa terapeuten att utforma terapin så att fler patienter kan tillgodogöra sig behandlingen.

Referenser

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion - vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Arnou, B., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M., Markowitz, J., Klein, D.,...Thase, M. (2007). Dropout versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97, 197-202. doi:10.1016/j.jad.2006.06.017
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem om drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6)6, 585-592. doi:10.1002/jclp.20368
- Björk, T. (2008). *Measuring eating disorder outcome - definitions, dropout and patients' perspectives*. (Doktorsavhandling). Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin.
- Di Pietro, G., Valoroso, L., Fichelle, M., Bruno, C., & Sorge, F. (2002). What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? *Eating and Weight Disorders*, 7(4), 298-303. doi:10.1007/BF03324976
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Piero, A., Leombruni, P., & Rovera, G. G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: Role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 203-210. doi:10.1159/000070784
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35 (1), 67-85. doi: 10.1111/j.1467-9450.1994.tb00934.x
- Hunsley, J., Aubry, T., Verstervelt, C., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 36(4), 380-388.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). *Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. Hämtad 3 februari 2015 från Inspektionen för socialförsäkring: http://www.inspsf.se/publicerat/Publikation+detaljvy/rehabiliteringsgarantin_effekter_pa_halsa_och_sjukfranvaro.cid4780
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2011). *Allians - Den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling - En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 52, no 2, 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur
- Polkinghorne, D. (2005). Language and meaning: data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 52, no 2, 137-145. doi:10.1037/0022-0167.52.2.37
- Region Skåne (2014). *Förutsättningar för ackreditering och avtal för psykoterapi i hälsoval Skåne gällande år 2015. Beslutade i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2014-12-15*. Hämtad 3 februari 2015 från Region Skåne:
<http://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/#23110>
- Region Skåne (2015). *Välj mottagning för psykoterapi*. Hämtad 3 februari 2015 från 1177 Vårdguiden:
<http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Valj-mottagning-for-psykoterapi/>
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36(2), 123-136.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., & Austin, J. (2007). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating disorders*, 28, 209-214
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Hämtad 13 januari 2015 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>
- Sveriges kommuner och landsting (2015). *Överenskommelse rehabiliteringsgarantin*. Hämtad 26 januari 2015 från Sveriges kommuner och landsting:
<http://www.skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/rehabiliteringsgarantin/overenskommelsemedstaten.1035.html>
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423-435. doi: 10.1080/10503301003645796
- Westmacott, R., & Husley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 66(9), 965-977.

Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*.
(2nd ed.) Buckingham: Open University Express

Hej!

Du som får detta brev är slumpmässigt vald bland alla patienter som påbörjat en KBT behandling inom Rehabiliteringsgarantin men av olika skäl inte fullföljt den utan avslutat kontakten efter ett några samtal.

Två studenter på Psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet är intresserade av att komma i kontakt med dig för en intervju kring dina erfarenheter av KBT kontakten. Intervjun kommer att ingå i en studie och vara en del av deras examensarbete.

Att delta i denna studie är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan.

Om du inte vill bli kontaktad för att delta i studien ska du ringa till Eva-Lena Hansson, utbildningsadministratör på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, tfn 046 - 222 36 40.

I bifogat brev finns mer information om syftet med studien och hur det kommer att gå till samt namn på de studenter som ska göra arbetet.

Med vänlig hälsning

Anja Nyberg
Projektledare
Rehabiliteringsgarantin
Region Skåne

Vi är intresserade av dina upplevelser av KBT!

Hej!

Du får detta brev eftersom du slumpmässigt valts ut bland personer som påbörjat och sedan avbrutit KBT.

Vi är två studenter, Christina Caspar och Johan Fahlström, som studerar på Psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet och ska skriva en examensuppsats där vi är intresserade av dina upplevelser av KBT. Hur tyckte du det var? Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var det som gjorde att du bestämde dig för att avbryta?

Allt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att motivera varför.

Studien innebär att personer som avbrutit KBT intervjuas i cirka en timme. Intervjuerna genomförs i första hand på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, men har du inte möjlighet att ta dig dit kan vi komma överens om en annan intervjuplats.

I den färdiga uppsatsen kommer man inte kunna identifiera enskilda personer. Du kommer eventuellt känna igen citat som används, men ingen annan person ska kunna spåra vem som sagt vad i intervjuerna. Vi som intervjuar och skriver uppsatsen har tystnadsplikt.

Vi kommer att ringa upp dig om cirka tre veckor för att avtala tid och plats för intervju. Om du inte vill bli kontaktad för att delta i studien kan du ringa till Eva-Lena Hansson, utbildningsadministratör på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, tfn 046 - 222 36 40.

Vi kommer erbjuda dig att ta del av den färdiga uppsatsen om du är intresserad av detta. Ansvarig handledare för uppsatsen är Per Johnsson, docent, universitetslektor, leg. Psykolog och prefekt vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Har du några frågor eller vill komma i kontakt med oss redan nu går det bra att mejla oss. Din medverkan kan hjälpa till att förbättra KBT-behandlingar!

Med vänlig hälsningar

Christina Caspar

socionom och student på
psykoterapeutprogrammet

christina.caspar.468@student.lu.se

Johan Fahlström

socionom och student på
psykoterapeutprogrammet

johan.fahlstrom.611@student.lu.se

Intervjuguide

Berätta om hur det kom sig att du började i KBT-terapi.

Hur trodde du det skulle bli?

Hur trodde du att det skulle bli vara att gå i terapi?

Vad hade du för tidigare erfarenheter av terapi?

Vad visste du om terapi innan?

Varifrån fick du din bild av hur det skulle vara att gå i terapi? (Vänner, tv, internet, böcker)

Hur påverkade dina erfarenheter din bild av terapin?

Berätta om din första terapisession.

Hur kändes det att gå till terapeuten första gången?

Berätta vad ni gjorde första terapisessionen?

Hur kändes det när du gick därifrån?

Vad tog du med dig därifrån?

(Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var dåligt?)

Berätta lite om vad ni gjorde under sessionerna.

Hur upplevde du det?

Hur upplevde du att gå i terapi?

Vad tyckte du om att gå i terapi?

Hur kändes det att gå i terapi?

(Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var dåligt?)

Berätta om tiden mellan sessionerna.

Berätta om dina erfarenheter av hemuppgifter.

Hur upplevde du det?

(Vad var det för hemuppgift?)

(Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var dåligt?)

Berätta om hur det var när du var hos terapeuten sista gången.

Hur kändes det när du gick dit?

Vad gjorde ni sista gången?

Hur kändes det när du gick därifrån?

(Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var dåligt?)

Berätta om hur det kom sig att du avbröt terapin.

(Vad kunde terapeuten gjort annorlunda?)

(Vad kunde du gjort annorlunda?)

Hur var tiden efter att du avslutade?

Hur ser du på din terapi nu när du tänker tillbaka?

Finns det något du skulle vilja blev annorlunda nu i efterhand?

(Vad har du med dig från terapin?)

(Vad var bra? Vad kunde varit bättre? Vad var dåligt?)

Finns det något du skulle vilja tillägga innan vi avslutar?

Intervjuguide Snabbintervju

Vad hade du för tidigare erfarenheter av terapi?

Hur trodde du att det skulle vara att gå i terapi?

Hur kändes det att gå till terapeuten första gången?

Vad gjorde ni under sessionen/sessionerna?

Vad tyckte du om att gå i terapi?

(Om varit mer än en gång): Hur var det när du var hos terapeuten sista gången?

Hur många gånger var du där?

Hur kom det sig att du avbröt terapin?

Hur var tiden efter att du avslutade?

Finns det något som du skulle vilja tillägga?

Hur gammal är du?

Psykoterapeutexamensuppsats Lunds universitet

Christina Caspar och Johan Fahlström

Studien innebär att personer som avbrutit KBT intervjuas i ca en timme om sin upplevelse av KBT-behandlingen.

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att motivera varför, och utan att det påverkar dina möjligheter att få tillgång till behandling inom rehabiliteringsgarantin, eller annan sjukvård. Vi som intervjuar och skriver uppsatsen har tystnadsplikt. I den färdiga uppsatsen kommer man inte kunna identifiera enskilda personer. Citat kan komma att användas som du själv kan känna igen, men ingen annan person ska kunna identifiera vem som har sagt vad i intervjuerna.

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

Ort och datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande