



LUNDS
UNIVERSITET

Institution för psykologi
Psykoteraeutprogram

En explorativ pilotstudie om användandet av terapidagbok vid KBT - uppnådda resultat och deltagarnas upplevelser av vad som varit hjälpsamt

Student: Dobrica Vukovic

Examensuppsats VT 15

Handledare: Gardar Viborg, Daiva Daukantaitė

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

Rehabilitation guarantee was instated in 2009 as a step to prevent harmful sick leave for people with moderate anxiety, depression, distress conditions, and partial benign pain-related disabilities. Patients who are in need of help would get rehabilitation. One alternative in rehabilitation is cognitive behavioral therapy (CBT). Participants in this study got CBT-treatment as a part of rehabilitation guarantee.

The aim of this study was to investigate if using a therapy-diary during sessions can influence the therapeutic process for patients who got CBT in rehabilitation guarantee.

Method: To answer to this question the participants have been investigated by self-rating scales, BDI, BAI and SCL 90 at the start and on one follow-up point. At follow-up point participants answered also questions about how they estimate relation with therapist, and if CBT-skills and therapy-diary was used and even how much it was helpful for the therapy result.

Conclusions: This study shows statistic significant symptomreduction on a group level for participants who got treatment in the frame of rehabilitation guarantee after a few treatments (n=4,7). Use of the therapy-diary and experienced benefits from it showed positive correlations of varying size with measures of symptom reduction. Participants evaluate relation with therapist as good, therapy targets as clear and using of CBT-skills as high. CBT-skills evaluates as helpful and very helpful. A use of therapy-diary evaluates not as high as CBT skills, but proportionally to use, most helpful. This study has been done on a small participant group (n=25), without controls and no general conclusions can therefore be drawn.

Keywords: CBT, rehabilitation guarantee, therapy-diary, working mechanisms in CBT, SCL-90, BDI-II, BAI

Sammanfattning

Rehabiliteringsgarantin infördes 2009 som en åtgärd för att förebygga skadliga sjukskrivningar för personer med lätt till medelsvår ångest, depression, stressrelaterade besvär samt en del benigna smärttillstånd. Den som sökte hjälp skulle få rehabilitering och ett av rehabiliteringsalternativen var kognitiv beteendeterapi, KBT. Deltagarna i denna pilotstudie fick KBT-behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Syftet med denna explorativa pilotstudie var att undersöka om användandet av terapidagbok kan påverka terapins kvalitet, om terapidagboken kunde rama in terapin på ett bra sätt och påverka behandlingsresultatet positivt.

Metod: För att följa upp symtombildens förändringar gjordes det skattningar på deltagarnas symtombild med BAI, BDI samt SCL 90. Mätningarna gjordes i början av kontakten samt vid ett uppföljningstillfälle. Vid uppföljningen har deltagarna även tillfrågats om hur de skattade relationen med terapeuten, användandet av olika KBT-verktyg samt användandet av terapidagboken och hur hjälpsamt de upplever att detta varit.

Resultat: Genomförd studie visade signifikant symtomreduktion hos gruppdeltagarna på gruppnivå även efter några få genomförda behandlingstillfällen (n=4,7). Användning av terapidagboken och upplevd nytta av den uppvisade positiva samband av varierande styrka med olika mått på symptomreduktion. Deltagarna skattade relationen med terapeuten som god, målen som tydliga och användandet av de skattade KBT-verktygen högt. De skattade KBT-verktygen upplevdes som hjälpsamma och mycket hjälpsamma. Användandet av terapidagboken skattades inte lika högt som användandet av de övriga verktygen, men proportionellt graden av användandet som mest hjälpsamt. Undersökningspopulationen var relativt liten, n= 25, utan kontrollgrupp, och med tanke på detta är det svårt att dra slutsatser om resultatets tillämpbarhet mer generellt.

Nyckelord: KBT, rehabiliteringsgarantin, terapidagbok, verksamma mekanismer, SCL 90, BDI-II, BAI

Tack!

Ett stort tack till alla deltagare i denna studie som har ställt upp och visat stor entusiasm både inför det terapeutiska arbetet och även inför att delta i studien. Utan era ansträngningar skulle något resultat inte kunnat uppnås.

Jag vill tacka min chef Janet Hultberg som har hjälpt till att få terapidagboken i tryck och till Region Skånes kommunikatör Eva Fritze som har gjort terapidagboken synlig och snygg genom en fin layout.

Stort tack till mina varma, uppmuntrande, hjälpsamma och pedagogiska handledare Daiva Daukantaité och Gardar Viborg, utan er hjälp skulle jag aldrig komma i mål.

Innehållsförteckning

Introduktion	7
Inledning	8
Rehabiliteringsgarantin	8
KBT, rötter och förgreningar	9
Verksamma mekanismer i KBT	10
Terapidagboken	10
Förväntade resultat vid användning av terapidagboken	11
Syfte	13
Frågeställningar	13
Metod	14
Deltagare	14
Inklusions- och exklusionskriterier	14
Mätinstrumenten	15
SCL 90	15
BDI-II	16
BAI	16
Utvärderingsenkät om vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet	16
Design	17
Behandlingsupplägg	17
Procedur	18
Statistiska analyser	18
Etiska överväganden	19
Resultat	20
Terapiresultat, tabell 1	21
Terapidagboken: användning och upplevd nytta, figur 1	21
De skattade verktygen och upplevd nytta, figur 2	22
Hur hjälpsam skattas terapidagboken i förhållande till hur hjälpsamma de terapeutiska KBT-verktygen skattas	23
Tabell 2. Samband mellan hur deltagare skattar om terapidagbok varit hjälpsam i förhållande till hur de skattar om nyckelverktygen i KBT varit hjälpsamma	23
Tabell 3. Samband mellan skattad användning av terapidagboken och uppmätt symtomreduktion	24
Tabell 4. Samband mellan skattad nytta med terapidagboken och uppmätt symtomreduktion	

Diskussion	24
Resultatdiskussion	24
Drop-out och outlier	26
Begränsningar och svagheter rörande metod och design	27
Slutsatser	28
Referenser	29
Bilaga 1. Informerat samtycke	33
Bilaga 2. Patientutvärdering om vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet	34

Introduktion

Inledning

Den europeiska kongressen för kognitiva och beteendeterapeutiska föreningar, EABCT, som hölls 10-13 september 2014 i Haag hade tema ”Bridging the Gap between Science and Practice”. Psykoterapeututbildningen med sitt upplägg av akademiska studier parallellt med kliniskt arbete bygger på samma ambition, nämligen att de teoretiska, akademiska kunskaperna ska implementeras i det dagliga arbetet med patienter. Under utbildningen väcktes det ett intresse av att veta mer om hur mycket av det som jag lärt mig jag lyckas leverera till de patienter jag arbetar med. Jag har jobbat som ackrediterad behandlare sedan rehabiliteringsgarantin infördes 2009 och det var ett naturligt val att koppla mitt uppsatsarbete till denna patientgrupp. I mitt uppsatsarbete ville jag komma så nära som möjligt min kliniska vardag inom vården där förankring i vetenskap och beprövad erfarenhet är lagstadgat. Och just i den kliniska vardagen där man möter lidande människor vill man som behandlare vara så effektiv som möjligt. Kognitiv beteendeterapi innehåller psykoedukativa moment vilket delvis har inspirerat mig till att börja tänka kring hur man skulle kunna effektivisera ny inläring, vilket är en av terapins verksamma mekanismer. Denna nya inläring ska väga upp hela ens inlärningshistoria och därmed är den betydelsefull. En annan fråga kopplad till detta var om det arbete som utförs under terapi skulle kunna dokumenteras på ett sätt som gagnar patienten och bidrar till goda terapieresultat. Skulle terapi kunna utökas med mer än hemuppgifter? Frågan som jag ställde mig var om man kunde systematisera de anteckningar som patienter gör under pågående terapiarbete för att kunna återkomma till dem vid behov. Det terapeutiska samtalet sammanfattas i slutet av varje session och avslutas med en ny hemuppgift. Att anteckna dessa sammanfattningar tar inte lång tid och samtidigt skapar det möjlighet att återkomma till dessa vid senare tillfälle, även långt efter att terapin är avslutad. Min ambition blev att utveckla arbetsmetodik genom att använda beprövad kunskap på ett nytt sätt och med detta skapa ett verktyg som kan underlätta och kvalitetssäkra det dagliga arbetet med förhoppningsvis bättre behandlingsresultat som följd. Ett begrepp, terapidagbok, växte fram som en beteckning på systematiserade anteckningar som patienten gör under pågående terapiarbete.

Det är patienten som äger sin journal (Socialstyrelsens Föreskrifter: SOSFS 2008:14, SOSFS 2011:8) men har samtidigt knappt någon möjlighet att påverka dess innehåll. Genom terapidagboken skapas ett terapidokument av patienten för patienten. Att använda sig av terapimanualer gynnar terapieresultatet (Barlow, 2013). Terapidagboken har skapats utifrån ett behov att effektivisera det terapeutiska arbetet, att ge patienterna möjlighet att dokumentera detta arbete

utifrån egna behov, som en skraddarsydd manual, och med detta föra dagbok motsvarande terapeutens journalföring. Förutom möjligheter för patienterna att föra anteckningar innehåller terapidagboken också en psykoedukativ genomgång av verksamma mekanismer och olika hjälpverktyg i kognitiv beteendeterapi (KBT). Den kommer att beskrivas i detalj längre fram i uppsatsen. Tanken är att terapidagboken, som är ett första utkast, ska utvecklas vidare utifrån patienternas synpunkter på den, för att på ett optimalt sätt möta patienternas behov.

Intentionen med föreliggande studie är att undersöka om användandet av terapidagboken kan påverka terapins kvalitet, om terapidagboken kan rama in terapin på ett bra sätt och påverka behandlingsresultatet positivt. Syftet är också att undersöka i vilken omfattning patienterna använde sig av terapidagboken och om de upplevde den som hjälpsam.

Inledningsvis kommer jag att beskriva Rehabiliteringsgarantin, skriva kort om KBT och dess verksamma mekanismer, beskriva terapidagboken och mina funderingar kring förväntade resultat. Introduktionsdelen kommer att avslutas med studiens syfte och frågeställningar. I metoddelen kommer jag att beskriva studiens deltagare med inklusions- och exklusionskriterier, beskriva använda mätinstrument och utvärderingsinstrumentet, design, procedur, statistisk analys och etiska överväganden. Avslutningsvis kommer jag att presentera resultat, diskussion och dragna slutsatser samt frågor som studien väckt och förslag på vidare forskning.

Rehabiliteringsgarantin

”Socialstyrelsen är en statlig myndighet som värnar hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg.” (<http://www.socialstyrelsen.se>). Socialstyrelsen har stöd- och kontrollfunktionen att vård som erbjuds ska vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Deltagarna i denna studie har fått KBT-behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin som är en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet och är en del av den så kallade ”sjukskrivningsmiljarden”, en satsning för att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen och minska sjukskrivningskostnaderna. Som en del i denna satsning har många landsting organiserat teamarbete bestående av representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten och vården. Dessa team leds av koordinatörer som har kompetensen för att se till att patienter får insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. (<http://www.skl.se>) Inom rehabiliteringsgarantin ryms även satsning på psykoterapi i form av KBT och interpersonell psykoterapi (IP) för personer med ångest, depression och stressrelaterade besvär, och multimodal behandling i team (MMS) vid långvarig diffus smärta. Från april 2014 är även psykodynamisk psykoterapi (PDT) inkluderat i Vårdval psykoterapi. Syfte är att stödja den drabbade till återgång i arbete och att förebygga sjukskrivningar. KBT rekommenderas som en effektiv behandlingsform för ångest, depression, stressrelaterade besvär och långvarig diffus smärta.

Det är av dessa anledningar som de flesta patienter blir långtidssjukskrivna inom primärvården. Satsningen innebär att den drabbade individen ska få effektiv behandling i stället för potentiellt skadlig sjukskrivning. Inom Rehabiliteringsgarantin betonas patientens valfrihet och patienterna väljer själva vårdenhet där de vill erhålla sin behandling. Krav vid behandling enligt rehabiliteringsgarantin är kopplat till behandlarens kompetens och inte till någon specifik modell. Kompetenskraven är grundläggande psykoterapeutisk utbildning motsvarande steg ett.

KBT, rötter och förgreningar

KBT har en bred teoriförankring, med rötterna i beteendeterapi som har utvecklats på 50- och 60-talen och kognitiv psykoterapi på 70- och 80-talen. Teorierna som KBT bygger på kan vara övergripande som Becks kognitiva modell, (Beck, 1985, 1979, 2004), eller Youngs schematerapi (Young, 1999), eller mer specifika så kallade mikroteorier kring enstaka störningar som exempelvis Clarks ångestmodell (Philips & Holmqvist, 2012). Behandlingsinnehållet anpassas till forskningsrön kring utlösande och underhållande mekanismer och ”tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen, här och nu” (Öst, 2007, s 13). Beteendeförändring och kognitiv förändring anses vara två övergripande behandlingsmekanismer inom KBT.

Enligt inlärningspsykologiska principer är mänskligt beteende en produkt av samspel mellan individen/organismen och miljön och det krävs nya erfarenheter för att förändra inlärd beteenden (Ramnerö, J., Törneke, N., 2006). Beteendeförändringar är det centrala inom KBT, men det skiljer sig inom olika förgreningar hur stor vikt man lägger vid de olika inlärningsprinciperna. Relational Frame Theory (Hayes, Barnet-Holmes & Roche, 2001, refererat i Philips & Holmqvist, 2012) utgår från att beteende kan förstås först när man tar hänsyn till även de kognitiva processer som är aktuella i anslutning till beteenden. Enligt kognitiv teori är sättet att uppfatta och tolka olika situationer avgörande för den emotionella reaktionen och beteendet. På detta sätt anses tankar vara bärare av känslor och beteenden. Kognitiva strukturer betraktas som varaktiga och formade utifrån tidigare erfarenheter (Philips & Holmqvist, 2012).

Utveckling av KBT har även skett utifrån anpassning av KBT till specifika diagnoser och störningar. Exempel på dessa är Clarks ångestmodell (Clark, 1986), dialektisk beteendeterapi för patienter med borderline störning (Kåver & Nilsson, 2002) eller exponerings behandling för specifik fobi (Öst, 1989). På senare tid går utvecklingen mer åt det transdiagnostiska angreppssättet, som Unified protocol (Barlow, 2011) eller det transdiagnostiska angreppssättet utvecklat av Ed Watkins med flera (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004).

Evidensbaserade procedurer som bygger på modern forskning visar på att många psykiatriska störningar har gemensamma drag och svarar på samma terapeutiska interventioner (Barlow, 2013). Problem och störningar kan förstås utifrån gemensamma underliggande

mekanismer så som överdrivet känslomässigt reagerande i kombination med upplevelse av att man inte har kontroll över sina känslor. Behandlingen, exempelvis manualiserad genom Unified protocol, bygger på att öka medvetenhet om känslor, lära sig samband mellan kognitiv värdering och omvärdering och känslor, känsloreglering, känslostyrda beteenden och känslomässig exponering.

Relativt ny forskning inom området smärtpsychologi visar på att KBT kan vara en framkomlig väg för att komma åt underliggande psykologiska mekanismer som leder till utveckling av kroniska smärttillstånd (Bergbom, 2014). Till dessa psykologiska mekanismer hör depressiva symtom, smärtekatastrofiering, rädsla och undvikande, ångest och stress kopplad till smärta. Inom KBT finns det beprövade metoder för att angripa dessa mekanismer.

Verksamma mekanismer i KBT

KBT är en effektiv psykoterapiform för flera psykologiska störningar (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006, Stewart & Chambless, 2009, Hans & Wolfgang, 2013). I KBT utforskas och granskas grunderna för patientens kognitiva antaganden för att kunna ersätta dessa med mer realistiska tankar eller för att kunna förhålla sig till tankarna med mer distans och genom detta uppnå förändringar i känslor och beteenden. Åsikter angående hur central roll kognitiv omstrukturering har för behandlingsresultatet går isär (Philips & Holmqvist, 2012). Inom tredje vågens KBT blir det kanske ännu svårare att redovisa för verksamma mekanismer då det inom flera inriktningar handlar mer om att acceptera än att förändra symtomen. Det omfattande empiriska stödet inom KBT är oftast kopplat till enstaka diagnoser och mindre till behandlingsmekanismer. Agenda, arbetsallians, konceptualisering, validering av patienten, psykoedukation, registrering av tankar, känslor och beteenden, mindfulness och avslappningsträning, och manualer som standardprocedur utvecklade för specifika problem är några utprövade verktyg med varierande grad av evidens. Sammanfattningsvis kräver KBT en god relation mellan patienten och terapeuten och användandet av de olika terapeutiska verktygen (Philips & Holmqvist, 2012).

Terapidagboken

Terapidagboken är ett häfte på 50 sidor i A5 format. På framsidan står det kort information om att terapidagboken är ett hjälpverktyg för att nå uppsatta mål i psykoterapi med KBT-inriktning, att det inte är någon självhjälpsbok utan ett komplement till det arbete som sker inom ramen för

psykoterapi. På framsidan står det också att målet med terapidagboken är att underlätta det terapeutiska arbetet genom att erbjuda en enkel struktur att följa.

Terapidagboken inleds med en kort introduktion om KBT samt beskrivning av några nyckelbegrepp som tankar, känslor, beteenden, grundantaganden, livsregler och automatiska tankar. På sidan fyra och fem kan man skriva in vilka symtom man besväras av, på vilket sätt det skapar problem och vilka mål man vill uppnå genom att gå i terapi. På sidan sex kan man läsa om vanliga symtom vid depression, ångest och kronisk stress. På sidan sju kan man skriva in viktiga livshändelser. På sidorna åtta, nio och tio kan man skriva in viktiga livsområden som boendesituation, familjesituation, arbete, fritidsaktiviteter och andra områden som kan vara viktiga. Områdena ska beskrivas med nuläge och eventuellt önskeläge. Sidorna 12 och 13 innehåller beskrivning av 12 verktyg i KBT enligt Steven Linton och Ida Flinks bok (Linton, S., Flink, I., 2011). Utöver detta innehåller terapidagboken en förteckning över tankefällor och hur man kan bryta dem samt en kortare beskrivning på hur man kan arbeta med kognitiva- och beteendeinterventioner, om mindfulness och stresshantering och om ett gott självomhändertagande. Från sidan 26 är det plats för anteckningar från terapisessioner med datum, ordningsnummer på terapisessionen, tema som har varit aktuellt, insikt efter samtalet, som är svar på fråga vad deltagare har med sig från den aktuella sessionen, hemuppgift samt plats för redovisning av hemuppgiften. Sammanlagt är det plats för tio anteckningstillfällen. För sidan 36 finns det ”att göra trevligt” - lista med förslag på trevliga aktiviteter och plats för att anteckna egna förslag. På sidan 37 finns det plats för anteckningar med datum och aktivitet som man har utfört. Sidan 38 innehåller lästips med KBT- och annan självhjälpslitteratur samt plats för egna anteckningar. På de sista sidorna i terapidagboken finns det plats för anteckningar i syfte att avrunda terapin samt för att göra planering för att upprätthålla terapins resultat. Några sista sidor är lämnade för plats för egna reflektioner och andra anteckningar som kan vara av betydelse. Sist i terapidagboken är det några ord på vägen från terapeuten samt uppmaning att spara dagboken och använda den när man behöver fräscha upp minnet framöver om hur man har arbetat i terapin och vad som har varit verksamt.

Förväntade resultat vid användning av terapidagbok

Att använda sig av färdigskrivna manualer kan vara en framkomlig väg om man vill kvalitetssäkra den KBT som levereras till patienter (Philips, B. & Holmqvist, R., 2008). De färdigskrivna manualerna är oftast anpassade till en avgränsad patientgrupp och är kopplade till diagnos. Terapidagboken bygger på idén att KBT kan anpassas till patientens behov genom att inom

ramen för KBT välja ut de verktygen som kan göra mest nytta för den enskilde patienten då patienten skriver anteckningar från sessioner. Genom detta förhållningssätt skapas en ram för det terapeutiska arbetet där patienten står i fokus och inte manualen. Metoden, som är KBT, ramar in och tillhandahåller verktyg för att uppnå resultat. Terapeuten kan anpassa sin verktygslåda till patienten och plocka fram delar som patienten behöver. Terapidagboken skapas tillsammans med patienten och därmed skulle den kunna påverka alliansen positivt. Den kan sparas av patienten som ett terapidokument som man kan återkomma till och hämta information viktig för att förebygga framtida återfall. Terapidagboken, som deltagarna tar med sig till varje session, är även en hjälp för terapeuten. Den skapar möjligheten att följa upp terapin på ett bra sätt. Hemuppgifter byggs in och följs upp på ett smidigt sätt.

Utöver anteckningarna från sessioner innehåller terapidagboken en del information till patienten om de vanligaste psykiska störningar som ångest och depression, information om KBT och de olika verktygen som används i det terapeutiska arbetet samt en del frågor och uppmaningar till patienten att svara på eller skriva ner, som vilka symtom patienten besväras av, hur de skapar problem i patientens liv, vad patient vill uppnå genom att gå i terapi, en livslinje med viktiga livshändelser, en livskarta med olika livsområden att fylla i utifrån nuläget och önskat läge och de korta sammanfattningarna efter varje session och anteckningar om hemuppgiften. Terapidagboken avslutas med en utvärdering av arbetet och en anteckning för patienten om vad som kan vara hjälpsamt för att förebygga återfall. Alla dessa olika moment kan i sig ha ett terapeutisk värde i mening att de tydlig- och medvetandegör de olika problemen man arbetar med samtidigt som terapidagboken i sin helhet syftar till att vara pedagogisk med sin kunskapsförmedlande del och motiverande genom de delar som lyfter upp och belyser förändringsmålen.

Ambitionen med dagboken var även att skapa ett terapidokument som ska hjälpa både patienten och terapeuten genom att rama in terapiarbetet och hjälpa till att driva den terapeutiska processen vidare mot gemensamt uppsatta mål och på detta sätt göra det terapeutiska arbetet mer effektivt. Inspiration till detta arbete har jag fått främst genom mina patienter som kom med olika symtom och problem men när vi tittade närmare på dessa fann vi alltid gemensamma nämnare som kunde angripas på ungefär samma sätt, vilket är i linje med ett transdiagnostiskt förhållningssätt (Barlow, D., 2013). Ett oflexibelt tänkande, svårighet med att hantera känslor, behov av att lära sig acceptans och mindfulness, behov av att definiera livsmål, lära sig selfcompassion och ett gott självomhändertagande förekommer ofta som problem- och behovsbild. De befintliga KBT-manualerna passar några men inte alla, och ibland var det svårt att täcka hela problembilden med befintlig manual. Terapidagboken skulle kunna passa de flesta eftersom den skapas utifrån patienternas egen problembild.

Inom primärvården möter man en bred patientgrupp med varierande problematik vilket kan vara en terapeutisk utmaning. Antal pågående ärende varierar men man kan ha allt mellan 30 och 50 pågående terapier. Terapidagboken förväntas vara till hjälp för terapeuten som då på ett överskådligt sätt kan följa upp den terapeutiska processen för varje patient. Den ger även regelbunden feedback från patienten genom att patienten ombeds sammanfatta sessionen och lyfta fram det väsentliga enligt patientens egen upplevelse. Anteckningar som görs utifrån dessa sammanfattningar är det väsentliga med terapidagboken och förväntas inte bara vara till hjälp för patienten utan även hjälpa terapeuten, som en röd tråd genom processen.

Syfte

Idén med terapidagboken var att tillsammans med patienten skapa och använda sig av en enkel, levande manual som speglar och täcker patientens behov och bygger på de teoretiska ramarna som KBT och dess olika avgreningar bygger på. Genom min undersökning vill jag dels belysa behandlingsresultatet i form av symtomreduktion, dels undersöka patientens upplevelse av terapidagboken som hjälpmedel. En av frågorna som jag vill få svar på är om det finns samband mellan hur deltagarna skattar om terapidagboken varit hjälpsam i förhållande till hur deltagarna skattar några av nyckelverktygen inom KBT. Sammanfattningsvis är syftet med studien att undersöka om terapidagboken kan vara ett användbart hjälpmedel för att rama in och kvalitetssäkra det terapeutiska arbetet och därmed påverka utfallet positivt.

Frågeställningar:

- 1) Hur effektiv var behandlingen?
- 2) Hur skattar deltagare om bärande KBT-verktyg har använts och varit hjälpsamma?
- 3) Hur hjälpsam upplevs terapidagboken av deltagarna i förhållande till hur hjälpsamma de klassiska KBT-verktygen upplevs?
- 4) Kan man dra några slutsatser om förhållandet mellan användandet av terapidagbok och behandlingseffekt?

Metod

Deltagare

Undersökningsdeltagarna var patienter som har remitterats för KBT enligt rehabiliteringsgarantin och valt mottagning där studien bedrivs. Samtliga 30 nyremitterade patienter i tidsperiod 20/1- 30/3 2015 har informerats om och tillfrågats om de vill delta i studien. Alla utom en patient valde att delta i studien. Sammanlagt blev det 29 deltagare. Fyra deltagare föll bort efter att ha valt att avbryta behandlingen, två deltagare efter inledande samtal, en deltagare efter två besök och en deltagare efter fyra besök. Denna patient bedömdes vara i behov av specialistvård och remitterades vidare.

Alla deltagare fick sedvanlig behandling som de skulle få om de inte deltog i studien, eftersom deltagande i studien inte på något sätt påverkade val av behandlingsinsatser. Patienterna behandlades med KBT och behandlingen var anpassad till patienternas problembild. Det enda som har tillkommit är att vi nu använde oss av terapidagboken. Alla patienter fick behandling av samma terapeut, som också har utfört studien.

Könsfördelning var 21 kvinnor och fyra män, och eftersom andel män var så liten gjordes det ett val att inte undersöka om det finns någon skillnad i behandlingsresultat mellan dessa två grupper.

Medelålder på deltagarna är 40 år, den yngsta är 23 år och den äldsta 54 år.

Utbildningsnivån är fördelat enligt följande: grundskolan en deltagare, gymnasial utbildning 15 deltagare och högskoleutbildning nio deltagare.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna var följande: patienten var remitterad enligt rehabiliteringsgarantin, vilket innebär att patienten bedömdes av behandlande läkare som lämplig för KBT-behandling. Undersökningsgruppen består av vuxna med huvuddiagnos enligt följande: depression (n=7), stressreaktion (n=6), ångesttillstånd (n=8), utmattningstillstånd (n=3) samt smärttillstånd (n=5). Patienterna kommer från några olika vårdcentraler. Alla patienter har blivit informerade om studien och ha tillfrågats om de vill delta och endast en patient har tackat nej till deltagande på grund av att hen hade svårigheter med att hantera skriftligt material. Det har även visat sig att samma patient hade en omfattande medicinering med psykofarmaka och starka beroendeframkallande smärtstillande mediciner, vilket skulle vara exkluderande i förhållande till studiedeltagande.

Exklusionskriterier var pågående missbruk eller om psykoterapin skulle bedömas som olämpligt behandlingsalternativ. Ingen deltagare behövde exkluderas.

En påbörjad behandling avslutades i samband med utvärdering med hänsyn till svårighetsgrad med beslut att remittera patienten vidare till specialistvård. Beslutet togs i samråd med psykiatriker som är anställd på enheten. Resultatet har dock inkluderats.

Alla patienter har skrivit på informerat samtycke (bilaga 1).

Mätinstrumenten

Mätinstrumenten som valdes ut var Symptoms Checklist, SCL-90, Becks Depressions Index, BDI och Becks Anxiety Inventory, BAI samt en egen-konstruerad patientutvärdering om vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet (bilaga 2).

SCL-90

SCL-90 tillhör världens mest använda instrument med skattningsskalor (Källa: SiS följer och utvecklar 4/02). SCL-90 är ett självskattningsinstrument bestående av 90 frågor som är sorterade efter tio områden: somatisering, tvångstankar, interpersonell känslighet, depression, ångest, aggressivitet, fobisk ångest, paranoida föreställningar, psykotism samt tilläggsskala med sju frågor rörande sömn, aptit och kostintag, dödstankar och skuld känslor. Beräkningen görs utifrån de tio delskalorna samt testet som helhet. Skalan används ofta som komplement till andra diagnostiska instrument och här används den som komplement för BDI-II och BAI. Eftersom syfte med användandet av detta instrument inte är stöd till att sätta diagnos utan för- och eftermätning i syfte att följa förändring av symtombilden i samband med behandlingen samt att jämföra resultat uppmätta med BAI och BDI-II används testet både utifrån delskalor och utifrån helheten.

Cronbachs alfa, som är ett sammanfattande korrelations mått mellan samtliga items, för SCL-90 indelad efter skalorna såg ut på följande sätt:

Somatisering: förmätning 0.91, eftermätning 0.90, tvångstankar, förmätning 0.88, eftermätning 0.94, interpersonell känslighet förmätning 0,82, eftermätning 0.87, depression förmätning 0.89, eftermätning 0.95, ångest förmätning 0.83, eftermätning 0,94, aggressivitet förmätning 0.82, eftermätning 0.87, fobisk ångest förmätning 0.86, eftermätning 0.91, paranoida föreställningar förmätning 0.67, eftermätning 0.90, psykotism förmätning 0,67, eftermätning 0.89 samt tilläggsskala förmätning 0.57 och eftermätning 0.78. Tilläggsskala innehåller frågor gällande sömn, aptit med mera, vilket eventuellt kan förklara det låga värdet på Cronbachs alfa, eftersom frågor avser flera olika områden. Cronbach alfa för testet som helhet för denna undersökning var 0.86.

BDI-II

BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) är ett av världens mest använda självskattningsinstrument för bedömning av grad av depressivitet samt förändringar i depressionstillstånd, både inom det kliniska arbetet och inom forskning. Den består av 21 grupper av påståenden som är graderade noll till tre. Maxpoängen på skalan är 63. Cut-off värden för minimal, lindrig, måttlig respektive svår depression är 0-13, 14-19, 20-28, respektive 29-63 poäng. För BDI-II är test-retest reliabiliteten, $r = 0.93$ enligt svensk manual, 2005 och Cronbachs alfa, $\alpha = 0.92$. Även detta instrument används endast för att skatta förändringen av symtombilden under den aktuella behandlingstiden och inte för att ställa diagnos. Enligt en SBU rapport (2012) har BDI - II en godtagbar känslighet, 90%, men en längre specifitet, mellan 50 och 84%, vilket innebär att även icke deprimerade kvalificeras som sjuka.

Cronbachs alfa för BDI-II i denna studie var 0.91 för förmätning och 0.94 eftermätning.

BAI

BAI är motsvarande självskattningsinstrument som utarbetats i avsikt att mäta ångestsymtom som är minimalt delade med symtom för depression (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Detta innebär att överlappning mellan BAI och en depressionsskala, som exempelvis BDI-II ska vara så liten som möjligt. BAI består av 21 items och svarsalternativen är graderade från noll till tre. Formulären har följande cut-off gränser: 0-7 minimal ångest, 5-15 mild ångest, 16-25 medelsvår och 26-63 svår ångestillstånd. Eftersom instrumentet är konstruerat för att skilja ångestsymtom från symtom för depression har detta lett till att instrumentet är känsligare att utvärdera somatisk ångest, den liknande panikångesten än de generella, ofta stressrelaterade ångestsymtom. Svensk manual finns sedan 2005 genom Pearson Assessment (www.fbanken.se). Test-retest reliabilitet är $r=0.75$ (en veckas interval). Cronbachs alfa är 0.92, enligt manualen. Cronbachs alfa för BAI för denna studie var 0,94 för för-mätning och 0,95 för efter-mätning.

Utvärderingsenkät om vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet

Deltagarutvärdering av vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet bestod av sju frågor där patienten skattade relationen med terapeuten och om relationskvaliteten var hjälpsamt för terapieresultatet, om målen med terapin var tydliga och om detta var hjälpsamt för resultatet, i vilken utsträckning användes följande KBT-verktygen: agendasättning, kognitiv omstrukturering, arbete med att förändra beteenden, arbete med att hantera känslor, mindfulness och hemuppgifter, samt i vilken utsträckning det var hjälpsamt för terapieresultatet. Sista frågan var i vilken utsträckning terapidagboken användes och i hur stor utsträckning patienten upplevde att den varit hjälpsam för

terapieresultatet. Frågorna besvarades genom att ringa in det svaret som bäst beskriver hur deltagare skattade de olika variablerna eller genom att skatta med siffra från ett till fyra.

Frågeformuläret konstruerades utifrån avsikt att jämföra hur deltagarna skattade hur hjälpsam terapidagboken upplevdes i förhållande till hur hjälpsamma de olika beprövade KBT-verktygen upplevdes. Den kan eventuellt även besvara frågan om genomförda behandlingar uppnådde tillräcklig hög kvalitet. Utvärderingsenkät har konstruerats utifrån ambitionen att undersöka "KBT-halten" i behandlingar som omfattas av denna studie. Formuläret var inspirerat av Assessment of Core CBT Skills, ACCS (Muse, K., McManus, F., 2014) med tillägg av frågor avseende användning och upplevd hjälpsamhet av terapidagboken.

Design

För denna pilotstudie valdes det en explorativ design med en kombination av kvantitativa och kvalitativa inslag. För att undersöka om behandlingsinsatsen varit effektiv valdes en långitudinell design med för- och eftermätning av patientens skattade symtom. För skattningar användes SCL 90, BDI-II, BAI samt egendesignat patientutvärderingsinstrument där deltagare svarade på frågor om hur de upplevde terapin efter en strukturerad intervju. Svartalternativen i det egna instrumentet var antingen graderade beskrivningar där man väljer ett av alternativen, eller att man skattade med en siffra ett till fyra. Beskrivningar kodades om till siffror ett till fyra. Resultaten analyserades med statistiska metoder.

Behandlingen är i de flesta fall inte avslutat vid uppföljningstillfället. Antal behandlingssessioner som deltagarna har erhållit varierar. Detta hänger ihop med att undersökningarna har bedrivits inom ordinarie verksamhet och att inga anpassningar har gjorts med hänsyn till undersökning utöver detta att patienter har följts upp enligt beskrivning. En deadline för uppföljningstillfället har satts utifrån tidsramen för uppsatsarbete till den 17/4 2015.

Behandlingsupplägg

Behandlingen som deltagarna tog del av bestod av kognitiv beteendeterapi anpassat till deltagarnas problembild. Terapin inleddes med ett bedömningsamtal som mynnar ut i problem- och målformulering, övergår i behandlingsfasen och avslutas med en utvärdering och planering för att upprätthålla behandlingsresultatet. Antal behandlingstillfällen varierade beroende på patientens problembild samt problemets omfattning och svårighetsgrad.

Under terapissessionerna användes terapidadboken för att sätta och följa upp agenda, följa upp hemuppgifter, sammanfatta sessionen och formulera ny hemuppgift. Terapidadboken användes även för att blicka tillbaka på föregående sessioner eller terapins mål som skrevs ner i terapidadboken. Terapissessionerna följde kognitiv beteendeterapeutisk struktur.

Procedur

Behandlingsupplägget hade inte i någon mening anpassats till studien, den enda skillnaden var att terapidadboken användes och att likadana mätningar gjordes på alla deltagare i början och i slutet av utvärderingsperioden samt att deltagarna fyllde i eller svarade på frågor i utvärderingsenkäten vid uppföljningstillfället. I det sedvanliga kliniska arbetet brukar det användas olika skattningsinstrument beroende på patientens problematik. Mätinstrumenten i denna studie har valts utifrån instrumentens psykometriska egenskaper och utifrån undersökningsgruppens sammansättning.

I uppstarten gjordes en mätning med självskattningsinstrumenten SCL 90, BAI och BDI-II. Samma procedur upprepades vid ett uppföljningstillfälle i syfte att skatta förändring i deltagarnas mående. Vid uppföljningstillfället användes även en utvärderingsenkät där deltagarna svarade på frågor om hur de upplever den terapeutiska relationen, om målen med terapin var tydliga, i hur stor utsträckning de olika KBT-verktygen användes samt i hur stor utsträckning terapidadboken användes. Patienten skattade även hur hjälpsamt varje av de olika variablerna hade varit för terapins resultat. Dessa resultat har analyserats för att se om det finns statistiskt signifikanta förändringar i symptombilden på gruppnivå samt om det föreligger samband mellan patientens skattningar enligt utvärderingsenkäten och de uppnådda förändringarna i symtombilden mätta med SCL-90, BDI och BAI.

Statistiska analyser

För att undersöka om förändringar i BDI-II, BAI, SCL 90 som helhet och de tio olika kluster som finns inom SCL 90 från för- till eftermätning var signifikanta användes paired sample t-test. Effektstorlek (Cohen's d) beräknades med formeln $d = t/\sqrt{df}$, som är anpassad för paired sample t-test (Rosenthal, 1984). För Cohen's d anses liten effekt vara = 0,20, mellanstor = 0,50 och stor effekt = 0,80 (Cohen, 1988). Pearsons korrelation användes för att undersöka samband mellan användning och upplevd nytta av terapidadboken, samt mellan deltagares skattningar om hur hjälpsam terapidadboken var och hur hjälpsamma ett antal KBT-verktyg var för terapins resultat.

Enligt Cohens konventioner, $r = \pm 0,1-0,3$ indikerar en svag korrelation, $r = \pm 0,3-0,5$ indikerar en medelstor korrelation och $r = \pm 0,5-1,0$ indikerar en stor korrelation (Cohen, 1988).

Etiska överväganden

Studien är gjord i enlighet med Lagen (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Studiedeltagarna blev tillfrågade om de vill delta i studien och informerades om att deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst. Alla deltagare har utförligt informerats vad studien går ut på muntligt och skriftligt och informerats om samtycke har dokumenterats. Det har varit nödvändigt att använda personuppgifter för att dokumentera resultat och studiedeltagarna har informerats om detta och om Personuppgiftslagen (1998:204). Eftersom studiepersonerna står i beroendeställning till undersökningens huvudman har detta belysts och studiepersonerna har informerats om att de behandlingarna de får, inte på något sätt kommer att skilja sig åt, beroende på om de deltog i studien eller inte. Studiedeltagarna fick information om vilka mät- och utvärderingsinstrument som kom att användas och i vilket syfte. Alla patienter på vårdenheten behandlades med KBT utifrån deras egna behov och fick möjlighet att använda sig av terapidaoboken, oavsett om de valde att delta i studien eller inte.

Enligt Vetenskapsrådets "Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning" ska grundläggande etiska principer om respekt för person, godhetsprincipen, princip att inte skada och rättvisepincipen följas (Sverne & Hjelm, 2012). Dessa principer har respekterats och tagits vara på genom att informera studiedeltagarna grundligt om studien med betoning på att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan några konsekvenser. Godhetsprincipen innebär att inte tillföra skada vilket bland annat innebär att undersökningen ska vara väl motiverad och upplagd, så att den besvarar relevant fråga. En av intentionerna med denna studie var att undersöka om behandlingsrutiner kunde utvecklas för att effektivisera behandlingen, vilket skulle innebära potentiella vinster för patienten. Det som prövats var om ett hjälpmedel kunde underlätta och göra behandlingen som bygger på en beprövad metodik, KBT, mer effektiv. Eftersom en redan beprövad metodik med stark evidens användes bedömdes risk för behandlingsskada för studiedeltagarna ligga inom ramen för god etik. Skadliga psykologiska behandlingar är dock ett relativt utforskat område. (SBU, 2012)

Rehabiliteringsgarantin innebär remisstväng vilket medför att studiedeltagarna har bedömts av primärvårdsläkare som lämpliga att ta del av behandlingen. Av de 30 tillfrågade patienterna som var remitterade har en patient tackat nej till deltagande men har även bedöms som olämplig för behandling på grund av en omfattande psykofarmakabehandling. Den patienten som tackade nej till behandling inkluderades inte i studien. Fyra patienter har av olika anledningar avbrutit

behandlingen. En patient har utvärderats men behandlingen avbröts då patienten bedömdes vara i behov av psykiatrisk specialistvård.

Att behandla patienten på lägre vårdnivå än vad tillståndet kräver skulle kunna innebära en potentiell fara för patienten. En av studiedeltagarna bedömdes vara i behov av specialistvård efter hand, då mer av problembilden kom fram under behandlingstiden och den medicinska behandlingseffekten uteblev. Det togs ett gemensamt beslut mellan patienten och behandlande läkare att remittera patienten vidare till psykiatrisk vård. Efter sammanlagt fem samtal och utebliven förbättring remitterades patienten vidare. Förhoppningsvis kommer erfarenhet av en terapeutisk relation som av patienten skattades som god bädda för en öppenhet inför de kommande vårdkontaktarna inom specialistvården.

Rättvisprincipen har eftersträvats och deltagarna har behandlats lika. Ingen uppföljning har gjorts gällande om kvinnor och män skiljer sig i uppnådda resultat. Anledningen till detta är att andelen män i studien var för liten.

Resultat

Behandlingsresultat

I tabell 1 rapporteras medelvärden, standardavvikelse, paired sample *t* testvärden samt effektstorlekar för samtliga variabler. Som tabell 1 visar hittades signifikanta förändringar för samtliga variabler med måttliga till stora effektstorlekar. De största (baserat på Cohens *d*) och mest signifikanta förändringarna hittades för depression uppmätt med SCL-90, $t(24) = 5,97, p < 0,001, d = 1,22$, samt för ångest uppmätt med SCL-90, $t(24) = 5,84, p < 0,001, d = 1,19$. De minsta dock signifikanta skillnaderna hittades för fobisk ångest, $t(24) = 2,68, p < 0,05, d = 0,55$, och psykotism, $t(24) = 2,66, p < 0,05, d = 0,54$.

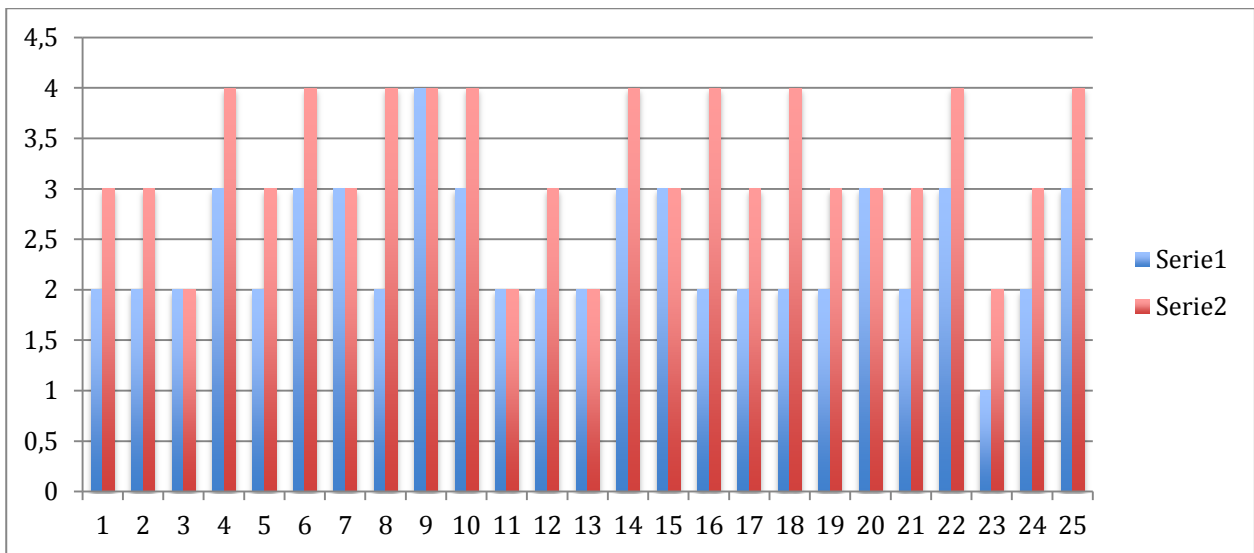
Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelser, Paired Sample t-test samt Pre- och Post-KBT effektstorlekar (Cohen´s d) för alla variabler (N=25).

Variabel	Förmätning		Eftermätning		<i>t</i> (24)	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
BDI-II	20,04	10,90	10,92	11,84	4,40****	0,90
BAI	21,04	13,82	10,72	10,62	4,88****	1,00
SCL-90	113,76	63,51	62,6	62,84	5,83****	1,19
Somatisering	1,40	0,93	0,75	0,72	4,68****	0,96
Tvångstankar	1,52	0,88	1,01	0,93	3,39**	0,69
Interpersonell känslighet	1,08	0,80	0,64	0,72	4,86****	0,99
Depression	1,74	0,87	0,90	0,91	5,97****	1,22
Ångest	1,54	0,81	0,79	0,87	5,84****	1,19
Aggressivitet	0,95	0,83	0,45	0,74	3,74****	0,76
Fobisk ångest	0,73	0,94	0,39	0,75	2,68*	0,55
Paranoida föreställningar	1,11	0,85	0,51	0,72	4,77****	0,97
Psykotism	0,61	0,61	0,38	0,59	2,66*	0,54
Tilläggs skala	1,41	0,73	0,78	0,69	4,65****	0,95

Not. **p* < 0,05, ***p* < 0,01, *****p* < 0,001

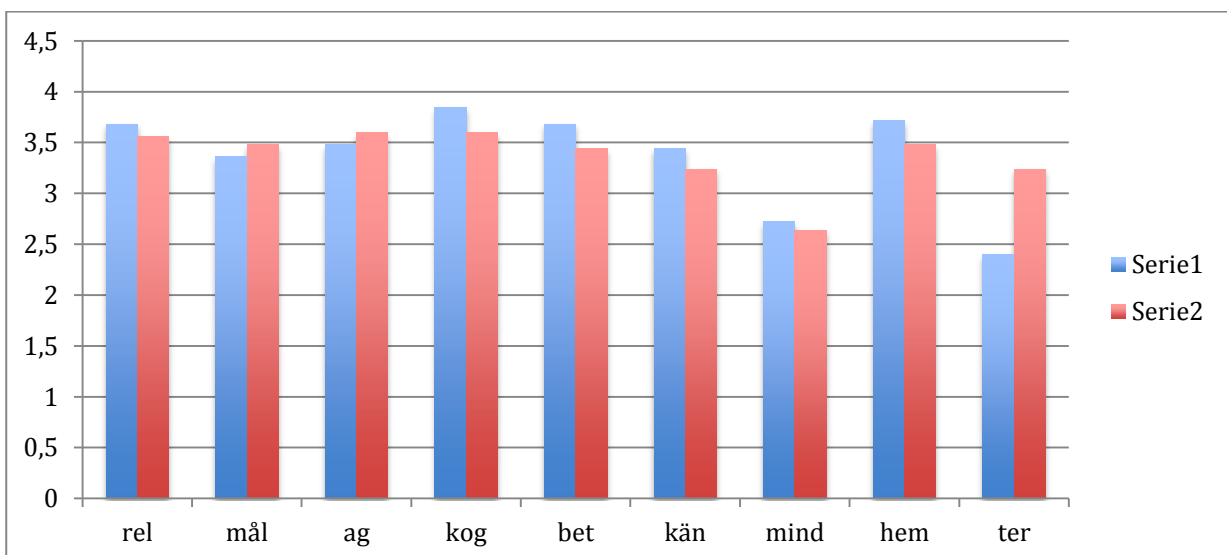
Terapidagbok: användning och upplevd nytta

Av 25 patienter som skattade användning och upplevd nytta av terapidagboken angav 12 (48%) att de använde terapiboken ofta och en patient angav att hen använde terapidagboken dagligen. Elva patienter (44%) upplevde att terapiboken var hjälpsam och tio (44%) mycket hjälpsam. Resultatet av Pearson korrelation visade ett starkt positivt samband mellan användning och upplevd nytta av terapidagbok, $r = 0,61$, $p = 0,001$. Det innebär att de patienter som använde terapiboken oftare, upplevde också att den var mer hjälpsam för terapins resultat.



Figur 1. Deltagarnas skattning av användandet av terapidagboken, serie 1, och upplevd nytta, serie 2.

Siffrorna för användning av terapidagboken betyder: Serie 1, 1-lite grann, 2-någon gång då och då, 3-ofta, 4-dagligen. Serie 2 avser upplevd hjälpsamhet: 1-inte alls, 2-lite, 3-en hel del, 4-mycket hjälpsam.



Figur 2. Översikt avseende deltagarnas skattningar av de olika variablerna, serie 1, samt hur hjälpsamma de upplevs, serie 2.

Figur 2, serie 1 visar hur gruppen har svarat på frågorna om relationen: 1-dålig, 2-tillfredställande, 3-bra, 4-mycket bra och mål: 1-helt otydligt, 2-något otydligt, 3-tydligt, 4-mycket tydligt. Agendasättande (ag), arbete med att förändra tänkande (kog), förändra beteende (bet), hantera känslor (kän), mindfulnesssträning (mind) och hemuppgifter (hem) skattades med siffrorna ett till fyra i frågan om hur mycket det användes och hur hjälpsam användandet har varit. Användandet av terapidagboken skattades enligt beskrivning till figur 1.

Hur hjälpsam skattas terapidagboken i förhållande till hur hjälpsamma skattas de terapeutiska KBT-verktygen

I tabell 2 presenteras korrelationer mellan deltagares skattningar om hur hjälpsam terapidagboken var och hur hjälpsamma ett antal KBT-verktyg var för terapins resultat. Det största sambandet är mellan terapibokens hjälpsamhet och kognitiv omstrukturering, $r = 0,70, p < 0,001$, att förändra beteende, $r = 0,68, p < 0,001$, och hantera känslor, $r = 0,68, p < 0,001$. Det svagaste sambandet är med terapeutiska relationer, som visar enbart tendenser ($r = 0,39, p < 0,10$). Detta innebär att de som skattar terapidagboken som hjälpsam skattar de olika KBT- teknikerna som hjälpsamma i följande rangordning: kognitiv omstrukturering, arbeta med att ändra beteenden, arbete med att hantera känslor, tydliga mål och svagast korrelation finns med den terapeutiska relationen.

Tabell 2.
Samband mellan hur deltagare skattar om terapidagboken varit hjälpsam i förhållande till hur deltagarna skattar hjälpsamhet av några av nyckelverktygen i KBT

Variabler	Terapibok
Terapeutiska relationer	0,39 [#]
Tydliga mål	0,52**
Agenda	0,41*
Kognitiv omstrukturering	0,70***
Förändra beteende	0,68***
Hantera känslor	0,68***
Hemuppgifter	0,61***

Not. [#] $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabell 3.
Samband mellan skattad användning av dagboken och uppmätt symptomreduktion

Variabler	Terapibok/anv.
BDI-II diff.	0,249
BAI diff.	0.180
SCL 90 dep diff.	0,420*
SCL 90 ångest diff.	0,217

Not. #p < 0,10, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Tabell 4.
Samband mellan skattad nytta med terapidagboken och uppmätt symptomreduktion

Variabler	Terapibok/upplevd nytta
BDI-II diff.	0,124
BAI diff.	0,529**
SCL 90 dep diff.	0,321
SCL på ångest diff.	0.388

Not. #p < 0,10, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Som tabellerna tre och fyra visar så varierar sambandet mellan symptomreduktion och skattningar på användning av dagboken från svag (BDI-II diff, BAI diff, SCL 90 ångest diff.) till medel stark (BAI diff.). När det gäller sambandet mellan symptomreduktion och upplevd nytta framkommer starkt samband mellan resultat uppmätt med BAI, medan SCL 90 dep diff. och SCL 90 ångest diff. visar medelstark korrelation. Korrelation mellan BDI-II diff och upplevd nytta är svag. Sammanfattningsvis korrelerar användning av upplevd nytta av terapidagboken alltså positivt med samtliga mått på symptomreduktion, med korrelationer av varierande styrka (från svag till stark).

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att utforska effekter av användandet av terapidagbok av patienter som har fått KBT enligt rehabiliteringsgarantin genom att belysa behandlingsresultat och deltagarnas upplevelse av den behandlingen de fick. För att få en bild av hur deltagarna upplevde

behandlingen har frågor ställts om hur deltagarna upplever den terapeutiska relationen, om målen med terapin var tydliga, om de olika KBT-verktygen och terapidagboken har använts och hur de skattade om de olika verktygen var hjälpsamma.

Behandlingsresultaten i denna studie visar skillnader mellan två mätpunkter och inte mellan startpunkten och vid avslutad behandling. Detta har valts utifrån rådande tidspremiss. Gruppdeltagarna har i genomsnitt fått 4,7 besök. Resultatet är dock signifikant förbättring på gruppnivå. Om man förutsätter att förändringsprocessen pågår under hela behandlingstiden då kan man förvänta sig ytterligare positiv effekt fram till avslutad behandling, vilket är lovande. En fråga att besvara är om effekten är bestående och om deltagarna kommer att ha nytta av terapidagboken även efter avslutad behandling.

En intressant iakttagelse gjordes i förhållande till drop-out som för denna studie låg på 13,8%, vilket är relativt lågt om man jämfört med 26,8% enligt metastudie gjord av Van Ingel et al. (2009, refererat i Hans & Wolfgang, 2013). Van Ingels studie baserades på 11 behandlingseffekt studier för ångest och depression där effektstorlek låg på $d=1.35$ för ångest och $d=0.96$ för depression. Frågan är, kan studiens jämförelsevis låga drop-out på 13,8%, delvis tillskrivas terapidagbokens effekter? En förväntad effekt var att terapidagboken skulle vara alliansstärkande, men någon säker slutsats kan inte dras. Deltagarna skattar dock relationen med terapeuten som god eller mycket god och mål som tydliga eller mycket tydliga vilket båda är alliansstärkande (Kåver, 2011). En jämförelse angående drop-out statistiken i förhållande till Region Skånes utvärdering kunde inte göras då uppgifter om drop-out statistiken inte kunde erhållas via Vårdgivarservice (personlig kontakt, Breznica, L., 4 maj 2015)

Deltagarna i studien är en blandad grupp bestående av patienter med depression ($n=7$), stressreaktion ($n=6$), ångesttillstånd ($n=8$), utmattningstillstånd ($n=3$) samt smärttillstånd ($n=5$). Effektstorlek på test-retest utifrån SCL 90, $d= 1.19$ visar signifikant resultat på gruppnivå avseende symtombilden. Med tanke på att undersökningspopulationen är en blandad grupp med olika diagnoser kan detta resultat vara mest relevant eftersom det täcker ett brett symtomspektrum. När det gäller de enstaka klustren visas sämsta resultat på psykotism och fobisk ångest. Dessa två kluster skattade deltagarna lägst vid första mätningen, vilket kan förklara den lägsta skillnaden.

En metaanalys (Reinholt & Krogh, 2014) baserat på 11 studier på transdiagnostisk KBT för patienter med ångestdiagnoser visar medelstor effekt med stor skillnad i effektstorlek mellan studier. Endast en studie jämför transdiagnostisk KBT med diagnostiskt specifik KBT och kommit fram till att effektstorlek är lika stark. Kan man då dra slutsatsen att användande av terapidagbok kan vara resultatfrämjande? För att dra säkra slutsatser skulle man behöva en större randomiserad kontrollerad studie.

Deltagarna skattar terapidadagboksanvändandet som relativt lågt. Användning av terapidadgboken och upplevd nytta av den uppvisade dock positiva samband av varierande styrka med olika mått på symptomreduktion. Enligt beräkningen kan några generella slutsatser inte dras om förhållandet mellan användning av terapidadgboken och uppnådda resultat. För att kunna veta mer om eventuella samband krävs det en jämförelse med en likvärdig grupp som genomför behandling utan att använda terapidadgboken.

Drop-outs och outlier

Rehabiliteringsgarantin är en insats som riktas till patienter med lätta till medelsvåra tillstånd. Studiedeltagaren som har försämrats under behandlingstiden hade från början enligt självskattningsformulären svårt ångesttillstånd och svår depression. Detta har tagits upp för diskussion med behandlande läkare och det togs ett gemensamt beslut att påbörja behandling med täta uppföljningar. Deltagarens tillstånd har enligt självskattning och enligt egen rapportering försämrats. Även om det är svårt att dra några generella slutsatser kan man ändå inte frångå konstaterandet att det är viktigt att följa riktlinjer om att vården alltid ska ges på rätt nivå. Här vill jag gärna citera Lars Arvidson om vårdlogistik: "Vårdlogistik – rätt patient får rätt vård av rätt kvalitet, på rätt nivå, vid rätt tidpunkt till rätt kostnad". Väl definierat, men inte alltid lika lätt att uppnå?

Fyra av deltagarna avbröt behandlingen. Två av dem är remitterade för smärttillstånd. Båda patienterna hade långvariga vårdkontakter inom psykiatrin, den ena uppbär sjukersättning för sin psykiska ohälsa och för den andra deltagaren var processen om sjukersättning i gång. En deltagare som hade medelsvår stressreaktion avbröt behandlingen, även om insatsen bedömdes som lämplig. En fjärde deltagare hade svår stressreaktion och höga poäng på både ångest (38 på BDI skalan) och depression (42 på BDI-II skalan) och avbröt behandling på grund av hon hade svårt att ta den till sig. Patienten remitterades vidare för specialistvård.

Avsikten med insatser enligt Rehabiliteringsgarantin är att erbjuda behandling i stället för skadlig sjukskrivning. Frågan är hur effektiv denna åtgärd är för patienter som redan har varit långtidssjukskrivna eller fått sjukersättning på grund av konstaterade funktionshinder på grund av sjukdom. Slutsatsen som man kan dra är att en del patienter kan vara felbedömda angående lämplig insats. En doktorsavhandling från Sahlgrenska Institutet (Rovner, 2014) presenterar undersökningar om kliniskt användbara indikatorer för att kunna triagera patienter utifrån deras rehabiliteringsbehov. Slutsatsen dras att anledningen till att smärtrehabilitering inte fungerar för alla patienter är just brist på inledande bedömning eller matchning. Empirisk evidens och systematik i denna process kan enligt Rovner benämnas som obefintlig. Rovner (2014) kommer fram till att ett enkelt instrument som The Chronic Pain Acceptance Questionary kan kortas från 20 till 8 frågor

med bibehållna goda egenskaper för att kunna användas både som bedömning och som processinstrument.

Enligt nuvarande riktlinjer görs bedömning angående remiss enligt rehabiliteringsgarantin av primärvårdsläkare som inte alltid besitter kompetens att bedöma lämplig nivå på psykologisk behandling. Utifrån egna erfarenheter är det oftast den felbedömda patienten som avbryter behandling alternativt redovisar utebliven förbättring vilket talar för att det är viktigt att behandlingen ska erbjudas till rätt patientgrupp. Patienter som inte matchar för insatser enligt rehabiliteringsgarantin behöver oftast mer hjälp och helt andra hjälpinsatser.

Begränsningar och svagheter rörande metod och design

Till den aktuella undersökningens svagheter hör det relativt låga deltagarantalet samt avsaknad av kontrollgrupp. Därför går det inte att dra några generella slutsatser av utfallet. För att kunna dra slutsatser av högre validitet skulle det krävas större undersökningspopulation samt kontrollgrupp. En kontrollgrupp intressant att jämföra kan vara en som behandlas efter en beprövad transdiagnostisk manual som exempelvis Unified Protocol (Barlow, D., 2013)

En annan svaghet som undersökningen har är att de uppmätta behandlingsresultaten kan variera mellan deltagarna av andra anledningar än i vilken utsträckning de använde terapidagboken. Det är en stor variation i ett antal variabler som kan påverka behandlingsresultatet: antal sessioner, vad deltagarna låg när det gäller symtombilden i början av terapin och andra olika bakgrundsvariabler som inte finns med i undersökningen, som exempelvis utbildningsnivå, samsjuklighet eller aktuella livshändelser.

Undersökningen utgår ifrån hur deltagarna skattar användning av dagboken, vilket är en subjektiv upplevelse, vilket är en begränsning. Ett annat sätt kan vara att be deltagarna göra mätningar över användning i tid, vilket skulle kunna vara ett mer precist mått för att se hur mycket tid deltagarna la på att arbeta mot sina terapeutiska mål utanför terapirummet i form av hemuppgifter och liknande. Faktum att det är terapeuten som ställer frågor till deltagarna om hur de skattar den terapeutiska relationen kan ha påverkat svaren, vilket också är en svaghet.

En stor utvärdering (Bush m fl, 2011) har gjorts på effekter av satsning på rehabiliteringsgarantin i förhållande till sjukskrivningstalet men denna utvärdering har inte haft i fokus behandlingens effektivitet utan i stället insatsens koppling till sjukskrivningsfrekvens. Man har dock uppmärksammat att även lindriga och medelsvåra besvär med psykisk ohälsa innebär stort lidande för individen och på sikt stora kostnader samhällsekonomiskt.

Av tidsutrymmes skäl var inte alla behandlingar slutförda när utvärderingen gjordes vilket kan innebära ytterligare symptomreduktion om man antar att förändringsprocessen pågår under hela behandlingstiden. Med hänsyn till detta har det använts variabel ”antal sessioner” för att eventuellt

kunna se hur antal sessioner påverkar utfallet. På grund av undersökningspopulationens storlek valdes denna frågeställning bort. Som en illustration räknades medelvärde på antal besök vilket blev 4,7. Riktlinjer för antal besök inom rehabiliteringsgarantin för KBT, korta behandlingar, är 6-13.

Slutsatser

Studiedeltagarna visar en signifikant symtomreduktion på gruppnivå mellan inledande och uppföljningsmätningen. Rätt matchning är en viktig förutsättning för att kunna uppnå resultat. Användandet av terapidagboken skattas som hjälpsamt och mycket hjälpsamt. Det finns även starkt samband mellan graden av användandet och upplevelsen att terapidagboken varit hjälpsam. Korrelation mellan användning av terapidagboken och upplevd nytta, och uppmätt symtomreduktion varierar och det är svårt att dra några generella slutsatser.

Arbetet med denna studie har gett mig en del insikter som jag gärna vill implementera i mitt framtida arbete. Att utvärdera sitt arbete är det som gör skillnad mellan ”att tro” eller ”att veta”. Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet vilket innebär att vi behöver veta vad vi gör när vi utför vårt arbete samt vilket resultat vi uppnår med det vi gör. Denna studie har gett mig en tydligare bild om det vi har arbetat med i terapier eftersom processen var lätt att följa genom terapidagboken. Studien gav också en tydlig bild av uppnådda resultat och även om tillämpbarheten på större sammanhang är relativt liten så var inläringseffekten betydelsefull.

Denna studie har väckt stor nyfikenhet och en vilja att veta mer om effekterna av terapidagbokens användning. Den har väckt fler frågor än vad den besvarat. Det skulle vara mycket intressant att ha en kontrollgrupp med patienter som har fått jämförbar behandling utan att använda terapidagboken. En intressant fråga är om terapieffekten är bestående och i vilken utsträckning i förhållande till resultat som tidigare forskning visar, eftersom en av förväntade effekter är att terapidagboken ska underlätta upprätthållande av terapins resultat och kunna användas återfallsförebyggande. En annan fråga som kan ställas är om terapeuterna skulle uppleva användandet av terapidagboken som hjälpsamt. Dessa frågor skulle behöva utforskas vidare med hjälp av design med större evidenshierarki.

Utifrån iakttagelser gjorda under arbetet med denna undersökning kan det även vara aktuellt med en del justeringar gällande dagbokens utformning, men detta får bli föremål för ett annat projekt.

Referenser

- Arvidsson, L. (2007). *En idéskrift om bättre service och effektivitet i vården*. Stockholm: Sveriges Kommun och Landsting
- Barlow, D. H. (2013). *Unified Protocol. Diagnosöverskridande psykologisk behandling*. Terapimanual. Stockholm: Natur & Kultur
- Beck, A. T., Rush, A. J., Show, B. F. & Emery, G. (1979) *Cognitiv therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias, a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, Aaron T., Epstein, Norman; Brown, Gary; Steer, Robert A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 56(6)*, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Fresman, A., Davis, D. D. & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed). New York: Guildford Press.
- Bergbom, S. (2014). *Matchmaking in pain practice: Challenges and possibilities* (Doktoral dissertation). Örebro Studies in Psychology 29. Örebro universitet. Institution för juridik, psykologi och socialt arbete.
- Busch, H., Bonnevier, H., Hagberg, J., Lohela Karlsson, M., Bodin, L., Norlund, A., Jensen, I., (2011). *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

[http:// www.fbanken.se](http://www.fbanken.se)

Hans, E., Wolfgang, H., (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 81 (1)*, Feb, 2013. pp 75-88

Hans, E., Wolfgang, H., (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review 33(8)*: 954-964

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders*. Oxford: University Press

Kåver, A. (2011). *Allians – den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: natur och Kultur

Horvat, A., Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology, Vol 38(2)*, 139-149.

Leahy, R. (2003). *Cognitive therapy techniques, a practitioner's guide*. New York: The Guildford Press.

Linton, J., Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lundh, L.-G., (2009). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter. Del 1*. (rev. 2012) Lund: Lunds universitet

Muse, K., McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review 33 (2013)* 484–499

Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S. & Kennerley (2014). *Assessment of core CBT skills (ACCS)*, www.accs-scale.cu.uk

Philips, B. & Holmqvist, R. (Red.). (2012) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Malmö: Liber

- Reinholt, N., Krogh, J., (2014). Efficacy of transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for anxiety disorders: A systematic review and metaanalysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*. Vol. 43 Issue 3, p171-184.14 p.
- Rosenthal, R., (1984). *Metaanalytic procedures for social research*. Newbury Park. CA: Sage
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595–606. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016032>.
- <http://www.riksdagen.se>, Svensk författningssamling
- <http://www.skl.se>
- <http://www.socialstyrelsen.se>
- Ramnerö, J., Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC, en introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur
- Rovner, G. (2014) *Indicators for behavioral pain rehabilitation: Impact and predictive value on assessment, patient selection, treatment and outcome* (Doctoral dissertation). University of Gothenburg, The Sahlgrenska Academy
- SiS följer och utvecklar 4/02, SCL-90, (2004). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan av Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson och Stine Mallng*, Statens institutions styrelse, Sis
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2012). *Undersök även baksidan av psykologisk behandling*. <http://www.sbu.se>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2012). *Diagnostisk och uppföljning av förstämningssyndrom: En systematisk litteraturöversikt: oktober 2012*. Stockholm: Erlanders
- Sverne Arvill, E. & Hjelm, Å. (2012) *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur

Öst, L-G., (1989). One-session treatment for specifik phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 1-7. *Elsevier*

Öst, L-G., (Red.). (2006). KBT: *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga 1

INFORMERAT SAMTYCKE

Till deltagande i en behandlingsstudie som har till syfte att följa behandlingens resultat och undersöka hur patienter skattar/uppfattar vilka inslag i KBT-behandlingen som har varit verksamma. I studien kommer behandlingsresultaten att följas dels genom olika mätinstrument och dels att genom intervju undersöka patientens upplevelse av vilka ingredienser i behandlingen som har varit verksamma. Forskningsledare är kurator Dobrica Vukovic, sunderande på psykoterapeutprogrammet, Lunds universitet, Psykologiska institutionen.

Undertecknad har tagit del av både muntlig och skriftlig information om forskningsprojektet vad gäller både syfte och upplägg och accepterat att delta i denna behandlingsstudie.

Undertecknad har fått information om att skriftlig och inspelat material kommer att behandlas konfidentiellt och att eventuellt inspelat material kommer att raderas vid studiens slut.

Skriftligt material som kan betraktas som arbetsmaterial och inte hör till patientjournalen kommer att förstöras när studien avslutas.

Undertecknad har även informerats om Personuppgiftslagen (PUL).

Undertecknad har fått möjlighet att ställa frågor, fått de besvarade och haft tillräckligt med tid att tänka över sitt beslut. Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas av deltagaren när som helst utan särskild förklaring.

Genom att signera denna blankett samtycker jag till att forskningsledaren sparar insamlad data och mätresultat och behandlar mina personuppgifter enligt den information jag tagit del av.

Deltagarens namnteckning

Namnförtydligande

Deltagarens födelsedatum

Undertecknad forskningsledare har gått igenom och förklarat studiens syfte och upplägg för ovanstående deltagare samt erhållit deltagarens samtycke.

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Bilaga 2

Patientutvärdering om vad som har varit hjälpsamt för terapieresultatet

1. Hur upplever du att relationen mellan dig och terapeuten har varit?

dålig tillfredställande bra mycket bra

2. Hur hjälpsam var den terapeutiska relationen för terapins resultat?

inte alls hjälpsam lite hjälpsam hjälpsam mycket hjälpsam

2. Hur tydliga var målen med det terapeutiska arbetet?

helt otydliga något otydliga tydliga mycket tydliga

4. Hur hjälpsamt var det för terapins resultat?

inte alls hjälpsamt lite hjälpsamt hjälpsamt mycket hjälpsamt

5. I hur stor utsträckning användes de olika KBT-verktygen och hur hjälpsamt var det?

Det skattade verktyget: 1) Hur mycket det användes (skatta 1-4), 2) Hur hjälpsamt var det (skatta 1-4)

- Sätta upp agenda för terapisessionen	1) __	2) __
- arbeta med att förändra tänkande	1) __	2) __
- arbeta med att förändra beteenden	1) __	2) __
- arbeta med att hantera känslor	1) __	2) __
- mindfulnesssträning	1) __	2) __
- hemuppgifter	1) __	2) __

6. I hur stor utsträckning använde du terapidagboken?

lite grann någon gång då och då ofta dagligen

7. Hur hjälpsam var dagboken för terapins resultat?

inte alls lite en hel del mycket hjälpsamt

Tack för din medverkan!