



Pernilla Jäger

Önskas information om KBT?

Så svarar patienter som väntar på KBT vid en psykiatrisk mottagning.
Kan information starta allians?

Whish for information about CBT?

Answers from patients in a waiting list for CBT at a psychiatric reception.
Can information start an alliance?

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad terapi
90 högskolepoäng

180604 Termin 6
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Anna S Gordh

Sammanfattning:

Ångest och depression är våra stora psykiska folkhälsosjukdomar och står för den största andelen av psykiatriska orsaker till arbetsfrånvaro och sjukhälsotal i Sverige. KBT är en metod som rekommenderas för dessa sjukdomstillstånd av socialstyrelsen.

Det saknas i stort studier som undersökt frågan om vilken information patienterna önskar få innan de påbörjar en psykoterapi. Undersökningens syfte är att ta reda på om patienterna önskar information angående KBT och vad de i så fall önskar att informationen ska innehålla. Eftersom en god allians mellan patient och behandlare är viktigt för det terapeutiska utfallet syftar undersökningen även till att preliminärt undersöka om ett alliansbyggande kan spåras genom den information som patienten erhåller kring sin behandling.

De som deltog i studien stod i kö för KBT på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Det kortaste informanterna i undersökningen hade stått i kö var fyra månader, ur en sjukskrivningsprocess vinkel är detta en lång tid.

Resultatet av undersökningen var att alla informanterna önskade information kring sin kommande behandling, helst via personligt möte med en KBT terapeut. Ett personligt möte tyder på att en allians kan skapas under informationstillfället.

Nyckelord:

Depression, Ångest, KBT, Allians, Information

Abstract:

Anxiety and depression diseases are among the most common public health issues in Sweden. These diseases constitute the largest proportion of psychiatric causes of work absence and incapacity in Sweden. Cognitive behavioral therapy (CBT) is a method recommended by the National Board of Health and Welfare for these diseases in Sweden.

There are few studies investigation what patients wants to know concerning their treatment while on waiting list to start a therapy. The study aim is to examine what kind and form of information that psychiatric patients want before treatment start. Since a good alliance between patient and therapist is important for the therapeutic outcome, one additional aim to evaluate if any conclusions can be made about alliance by the information the patient get about their treatment.

The participants in this study replied to a questionnaire including questions regarding what kind of information and in what form patients preferred.

The participants was in a waiting list for CBT in a psychiatric reception. The shortest time a participants in this study had been at waiting list was four months, in a sick-attribution process this may be considered as a long time.

The results found in this study was that every participants wanted information, preferably in a personal meeting with a CBT therapist. A personal meeting indicates that an alliance can get started in the information phase.

Keyword:

Depression, Anxiety, CBT, Alliance, Information

Förord:

I mitt arbete som biträdande avdelningsföreståndare på en öppenspsykiatrisk mottagning för vuxna i en liten stad ingår flera arbetsroller för mig. Jag är med i en arbetsgrupp som arbetar utifrån uppdrag från samordningsförbundet Vänersborg-Mellerud med uppgift om att göra en översyn av faktorer som kan främja sjukskrivna personer att återgå till förvärvsarbete tidigare genom att identifiera flaskhalsarna i sjukskrivningsprocessen och därifrån utveckla arbetsformer i samverkan, sprida kunskap och erfarenheter kring förebyggande arbete och rehabilitering samt kompetensförstärka i roller och ansvar. Många patienter med depressioner och ångesttillstånd behandlas dagligen på psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Flertalet av patienterna är sjukskrivna. Många av patientens sjukskrivningsdagar går åt under väntetid när patienten står i kö för terapi. Mer etiskt riktigt skulle det bli om patienten fick information och bedömning om KBT är rätt terapimodell för dem innan de ställs i kö så att de själva skulle få mer kunskap, insikt och valmöjligheter angående sin vård och rehabilitering. Valet av inriktning på patienter som har depressioner och ångest diagnoser beror på att det är de diagnoserna som står för den största andelen sjukskrivningar utav de psykiatriska diagnoserna. Den terapeutiska alliansen är viktig för terapins utfall. I förlängningen skulle man kunna dra slutsatser om att en god terapeutisk allians påverkar sjukperioden för patienten och att behandlingen bör påbörjas snarast utifrån att de redan gått en tid från insjuknandet till att de kommer till psykiatrimottagningen. Med detta arbete granskas närmre om patienter som står i kö för KBT vill ha information och vad den i så fall ska innehålla. En god allians är en bra förutsättning för terapins utfall, kan det utläsas av intervjuvaren om en allians kan startas redan vid informationstillfället?

Tack!

Jag vill tacka mina kollegor i KBT teamet på min arbetsplats som är så kreativa, öppna för diskussion, framåtsträvande och entusiastiska. Ni arbetar verkligen för patienternas bästa. Jag vill tacka mina samarbetspartners i gruppen Hälsoflödet som vidgat min kunskap och gett mig insyn i hur vi alla arbetar utifrån våra respektive organisationer.

Tack till min chef Ewa Mether som har stöttat mig under hela studietiden och haft förståelse för att studierna tar kraft och tid. Jag vill också tacka informanterna, utan er hade detta arbete inte fått några svar.

Ett tack naturligtvis till min handledare Anders Hammarberg för allt stöd i detta arbete. Du har varit tillgänglig, uppmuntrande och väldigt pedagogisk. Tack för detta!

Inledning:

Globalt sett drabbas så många som 350 miljoner människor någon gång i livet av depression enligt the World Health Organization (WHO) (Marcus et.al.,2012).

Enligt Folkhälsomyndighetens indikator ”Nedsatt psykiskt välbefinnande” visar mätningen 2016 att 16% av den svenska befolkningen hade nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån självskattningsskalan General Health Questionnaire. Andelen var större bland kvinnor än män och har ökat under perioden 2006-2016. Högst nedsatt psykiskt välbefinnande skattade åldersgruppen 16-29 år = 23%, fördelningen följde sedan 30-44 år 17%, 45-64 år 14% och 65-84 år 9% (Folkhälsomyndigheten, 2017). Sjukpenningtalet ska sänkas, i regeringsbrevet som Försäkringskassan fick 2016 gavs direktiv om att arbeta för frånvaro från arbete ska ligga på en långsiktig stabil och låg nivå (Ekonomistyrningsverket, 2016). Nationella riktlinjer för behandling av depression och ångest i Sverige är att hälso och sjukvården bör erbjuda psykoterapi vid lindrig depression och bara i undantagsfall antidepressiva läkemedel. Råd ska ges om fysisk aktivitet som egenvård. Vid medelsvår depression psykoterapi och/eller antidepressiva läkemedel. Vid svår depression är antidepressiva läkemedel och elektrokonvulsiv behandling (ECT) förstahandsval. Målsättningen är lindring av symtom, återgång till tidigare funktionsnivå och livskvalitet samt att minska risken för återinsjuknande (Socialstyrelsen; 2010). Andreea Visla med flera skriver i Psychotherapy Resarch 2018 om samband som påverkar deprimerade patienters utfall av terapi. Det fanns flera viktiga komponenter som de såg hade samband för terapins utfall. Dessa var bland annat tidig allians och tidig symtom reducering. De beskriver också att interaktionen mellan terapeuten och patienten tros ha en effekt på terapins utfall. En god allians förbättrade förutsättningarna för terapin. Informanterna i denna undersökning bestod både av 143 deprimerade patienter och 25 KBT-terapeuter i Tyskland. Författarna beskrev att det varit svårt att hitta studier och tidigare forskning som mätt sambanden över tid. Deras resultat visar att forskning på detta område inte är tillräcklig för att göra några rekommendationer, därför är deras rekommendationer att forskning utökas inom området allians och interaktion. Redan i väntrummet grundläggs det första trevande alliansskapandet, skriver Anna Kåver (2011) men kanske kan detta tidigareläggas genom att ge information redan när KBT föreslås som behandlingsmodell? Utifrån att ångest och depressionssjukdomar är de diagnoser som står för störst andel av sjukskrivningarna av de psykiatriska diagnoserna och de diagnoserna som är mest representativa på mottagningen är undersökningen inriktad på att se vad personer med dessa diagnoser svarat men undersökningen har också jämfört med övriga personer med andra

diagnoser som ingått i studien för att se om svaren liknar varandra eller om de skiljer sig. Alltså om slutsatser kan tas av att svaren är allmängiltiga.

Allians:

Vi människor lever med ett ursprungligt behov av att höra till, i det sociala samspelet ligger både vårt välbefinnande och vårt lidande (Kåver, 2011).

Att inleda ett gott samarbete med patienten är en viktig uppgift som hjälper till att inge förtroende och att skapa en känsla av hopp och engagemang i terapiprocessen. Patienter kommer till terapin med olika bakgrunder och förväntningar som antingen kan underlätta eller försvåra behandlingen (*Liton & Flink, 2011*). Utgångspunkten är olika för patienten som har en bild av vad hans problem är och bestämt sig att hen vill arbeta med i KBT mot de patienter som är ambivalenta inför situationen. Det är viktigt att hitta en terapeut som känns varm och trygg. Det är viktigt att patienten kan lita på terapeuten så att terapin blir genuin (*Dugas & Robichaud, 2007*). En terapi bygger också på att hantera patientens svårigheter och terapeuten behöver kunna sätta gränser och konfrontera patienten, detta fungerar enbart om det finns en god terapeutisk allians. En terapeut ska erbjuda ett läkande sammanhang för den sorts problem som patienten har (*Young & Klosko, 2010*). Samförstånd och ömsesidighet är viktiga byggstenar för en god terapeutisk allians (*Bejerot, 2015*). Vi vet att det är viktigt med att skapa en god allians med patienten under de första terapisessionerna och att ge patienterna en god kunskap om vad KBT innebär och att detta är en grund för hur terapiutfallet blir (*Kåver, 2011, Bejerot, 2015*). Förutsättningen för att få till alliansen ligger både hos patienten och terapeuten. Våra personligheter, sociala färdigheter och relationshistoria är några av de faktorer som spelar roll. Det finns forskningsstöd som visar att god kommunikation är positivt för utfallet av terapin. Samtalets kvalitet bestäms av förtroendenivån (*Liton & Flink, 2011*).

Vad är allians?

De flesta som arbetar med psykoterapeutisk behandling talar om vikten av en god allians och terapeutisk relation. Kåver, 2011 beskriver viktiga komponenter av en god allians är en positiv känslomässig bindning, att känna trygghet och tillit, att vi har samsyn om mål och om strategier och tekniker för att nå dessa. Alliansen är en levande kommunikationsprocess. Vi påverkar varandra genom kroppsspråk, frågeteknik och även tystnadens kommunikation. I Kay-Lambkin, Frances J., mfl studie (2017) där de studerat den terapeutiska alliansen i förhållande till depression och drogproblem blev slutsatsen att de behöver utöka forskningen

för att kunna säkerställa resultaten, men att det lutar åt att en god allians särskilt i början av terapin har betydelse för resultaten både på kort sikt (3 månader) och lång sikt (12 månader).

I Coopers mfl. 2016 undersökning beskrivs skillnaden till hur terapeuten förhåller sig till behandlingsmetoden för depression med beteendeaktivering och hemläxor minskade drop out både från KBT och från den farmakologiska behandlingen. Undersökningen baserades på 176 patienter där man undersökte de tre första sessionerna grundligt utifrån allians och metodtrohet. Man såg att ju större metodtrogenhet terapeuten hade desto bättre blev alliansen. I en undersökning som Himle, J gjorde 2006 angående ångestsjukdomen OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) och kognitiv beteendeterapi genom videokonferens med patienten visade både skattningar under terapin och intervjuerna efter genomgången behandling att patienterna upplevde en väldigt god allians med terapeuten och patienternas tillfredsställelse var god även om de inte träffades i terapirummet. Utfallet av terapierna var goda. Detta resultat såg man som hoppfullt utifrån att även patienter som har långt till vårdcentra kan erhålla en högkvalitativ terapi av erfarna terapeuter. Liknande resultat visar även en doktorsavhandling av Kristofer Vernmark (2017), att epostterapi och internetförmedlade självhjälpsprogram med behandlarstöd var effektiva metoder för att behandla depression. Alliansskattningarna var höga, vilket visar att en positiv terapeutisk allians kan uppnås även via internetterapi med behandlarstöd.

Depression och ångest:

Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa, för tidig död, produktionsbortfall och arbetsförmåga i världen. Cirka 9% av världens befolkning har beräknats haft något förstämningssyndrom det senaste året (SBU, 2012).

Antalet startade sjukfall ökade med 98000 mellan åren 2010-2015. Sjukfall med psykiatriska diagnoser ökade med 57000 sjukfall vilket är 59% av ökningen. Anpassningsstörningar och stressreaktioner är de diagnoser som ökar mest av de psykiatriska sjukfallen (Försäkringskassan , korta analyser 2016:2). Samhällskostnaderna för ångestsjukdomar räknas till cirka 14,8 miljarder per år i form av nedsatt produktivitet, ökad sjuklighet och dödlighet samt ökad konsumtion av vård (www.hjarnfonden.se, 2018).

Depressionens påverkan på individen:

En person med depression kännetecknad av ett sänkt stämningsläge, avsaknad av lust, minskat emotionellt engagemang, sänkt libido. Tillvaron ses som hopplös och dyster. Hen känner sig uppgiven och förmågan att påverka ses som låg eller obefintlig. Förändringar i

sömmönstret är vanligt, aptiten påverkas och kroppsliga symtom är inte ovanliga. Kognitivt påverkas tankesättet och informationsbearbetningen (Öst, 2006). Beck beskriver den deprimerades negativa triad; en negativ syn på sig själv, världen och framtiden (Beck, 2008).

Ångest:

Rädsla är en naturlig reaktion vid hotande fara och har en viktig funktion för vår överlevnad. Man kan förenklat beskriva att ångest är en rädsloreaktion men utan egentlig uppenbar fara. Ångest kan ibland växa och bli så stor att den begränsar oss istället för att skydda oss, den kan till och med förlama oss i våra vardagliga liv. Till ångestsyndromen räknas traditionellt: paniksyndrom, agorafobi, social ångest eller social fobi, specifika fobier och generaliserat ångestsyndrom. Numera räknas även separationsångest och selektiv mutism in bland ångestsyndromen, medan posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom beskrivs under egna kategorier i det globala klassifikationssystemet DSM-5. Ångest kan behandlas med psykologiska metoder och medicinering. Den psykoterapeutiska metod som har bäst effekt är KBT (Hjärnfonden, 2018).

KBT:

Intresset för kognitiv beteendeterapi (KBT) har ökat mycket under de senaste 10-20 åren. Det är ständigt många fler patienter som efterfrågar KBT än vad som kan erbjudas i offentlig vård (Öst, 2010). I en artikel i *Journal of Anxiety Disorders* (2017) beskrev Talkovsky en undersökning av 120 patienter som diagnostiserades med ångest, 42 av dessa diagnostiserades även med depression. Patienterna deltog i kognitiv beteendeterapi i grupp i 12 veckor mot ångest. Undersökningen visade att behandlingen även minskade graden av depression. Detta visar att ångest och depression är i nära relation till varandra. För patienter med comorbiditet kan alltså depression påverkas även om patienterna får behandling för ångest.

Psykoedukation inom KBT:

Psykoedukation handlar om att ge patienter utbildning och information om de psykologiska och medicinska delarna hen lider av. I KBT består psykoedukation huvudsakligen av två delar; att ge klienten allmän information om hans problem, den andra delen handlar om att skapa en psykologisk förklaringsmodell för patientens problem (Liton & Flink, 2011).

Kognitiv beteendeterapi är konsten att hålla sig undersökande till frågan om vad som fungerar för patienten för att uppnå dennes mål (Kåver, 2010).

KBT kan kort beskrivas som en bred psykoterapeutisk inriktning:

Rupke mfl. (2006) beskriver kort att tankar föregår en sinnesstämning, därför är det viktigt att skilja på hjälpsamma och ohjälpsamma tankar för att kunna förbättra en persons självkänsla, beteende, sinnesstämning och psykologiska status. KBT baseras på empirisk psykologi som inkluderar allmänna och störningsspecifika behandlingsmetoder som är handlingsorienterade och syftar till förändring av problemet. Arbetet sker utifrån konkreta mål. Viktiga faktorer att arbeta med är utlösande och vidmakthållandefaktorer. Terapin är öppen där patienten och terapeuten ses som två lika forskare som tillsammans ska hitta vägen till målet, terapeuten är experten på terapimodellen (KBT) och patienten är experten på sig själv. Terapin är inte begränsad till terapirummet. Den utvecklas ständigt och testar teoretiska och terapeutiska påståenden empiriskt. Det finns diagnosspecifika modeller. Man gör individuella problemanalyser (Öst,2010). Evidens finns för att kognitiv beteende terapi har god effekt även som internet baserad terapi, via email och över telefon, en undersökning som Britt Klein gjorde 2006 visade att internetterapi till och med hade bättre effekt på panik syndrom än när terapeuten använde manualen för panikångest in vivo, dock säger de att undersökningen endast bevisar att det finns god effekt av internetterapi, utan att ställa metoderna mot varandra. Hoa Ly (2015) skriver i sin avhandling att använda Smartphone Applikationer i behandlingen mot depression kan minska antalet ansikte mot ansikte sessionerna. Är internet ett hjälpmedel vi behöver använda mer i framtiden? Kan vi på så sätt kan minska väntetiden, uppehålla en god allians, ha fler patienter i terapi och tätare kontakt med dessa? (Johan Edbacken, Evidens 180228).

Information, kommunikation och individualism i dagens samhälle:

Vi lever i ett informationssamhälle där information aldrig har varit så lätt tillgänglig som i dessa dagar. De senare decenniernas snabba teknologiska utveckling bland annat vår användning av internet betyder att kommunikationssättet mellan individer ändras. Den ökade individualismen innebär en ökad förväntan på oss att ta ansvar för mycket som i tidigare generationer sköttes av sedvana eller defierade ansvariga samhällseliga organ (Cöster, 2014).

Information och KBT:

Information till patienten inför en kognitiv beteendeterapi ska enligt *Bejerot (2011)*, vara tydlig. Innan man beslutar om att påbörja KBT ska behandlaren gjort klart för både sig själv och patienten vad behandlingen ska mynna till och vilka villkor det är som gäller. Patienten behöver veta vad KBT går ut på, hur det går till, om det finns några risker, vad som sker i

behandlingen. Det är också viktigt att patienten är motiverad och att de yttre omständigheterna möjliggör terapi. Målen ska vara konkreta eftersom det är där vi kan se effekten av terapin.

Andra terapiformer:

Viktigt att belysa är att även andra terapiformer än KBT kan ha goda resultat för depression. En undersökning som Annika Ekeblad gjorde 2016 där hypotesen var att IPT för egentlig depression inte skulle ha sämre utfall än KBT, hypotesen bekräftades i undersökningen. Det finns visst vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet vid lindrig depression kan förebygga försämring, höja stämningsläget och minska symtomen (Socialstyrelsen, 2010). I FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) (2008) finns ett kapitel om fysisk aktivitet vid depression där indikationerna är att förebygga depression, som tillägg till annan behandling av depression samt att förebygga återfall (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Sjukpenning:

Målet är att det genomsnittliga sjukpenningtalet ska i december 2020 inte överstiga 9,0 dagar (Ekonomistyrningsverket, Regeringen). Enligt försäkringskassan så har avslagen fördubblats. I riket ökade andelen avslag från 0,9% 2014 till 2,1% 2016. I Region Norrbotten är 64% av de som ansöker om sjukpenning kvinnor, majoriteten av dem arbetar inom den offentliga sektorn (Försäkringskassan, 2016). I Läkartidningen (volym 114) beskrivs svårigheten med att beskriva depression, utmattningsdepression, utbrändhet och stress på ett kort och tydligt sätt. Det är komplexa sjukdomstillstånd som betar sig individuellt utifrån den unika personen, detta kan vara svårt att beskriva så det passar in i försäkringskassans snäva ramverk som ligger till grund för godkännande av sjukskrivningen. Niclas Almen skriver i boken Stress och utmattningsproblem (2007) att generellt sett skulle man kunna hävda att det är relativt ointressant att fatta beslut om vad en patient inte ska göra under sjukskrivningsperioden utan det intressanta är vad personen skall göra.

Etik:

Att arbeta i sin profession exempelvis inom vården betyder att man i sitt arbete förhåller sig till människor som i avgörande hänseende är beroende och i underläge. Den professionella kompetensen ger alltid ett överläge åt den professionella i relation till den behövande. Denna överlägsenhet är speciellt etisk viktig att uppmärksamma när vi gör forskningsstudier (Chöster, 2014).

Syfte och frågeställning:

Syftet med undersökningen var att undersöka om patienter önskar information om KBT och i så fall vad de önskar för innehåll i denna information? Ytterligare ett syfte var att undersöka i vilken form de önskar få informationen? Slutligen syftade studien till att undersöka om en allians kan skapas redan under informationstillfället?

Hypotes:

Hypotesen är att patienterna vill ha tydlig information om KBT samt att det går att skapa en viss allians genom att ge information.

Metod:**Design:**

Undersökningen är en deskriptiv tvärsnittsundersökning där alla som stod i kö 170727 valdes ut att tillfrågas om att vara med i undersökningen.

Deltagare:

Urvalet av deltagare skedde utifrån kön för KBT på den aktuella vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen. KBT väntelistan från 20170727 användes som underlag. 35 deltagare stod i kö. Av de 35 svarade 13 via telefon och nio via brev. En av de uppringda tackade nej till intervju och en tyckte inte att KBT var aktuellt för hen. Därav är informanterna 20 av 35 möjliga.

Instrument:

Intervjufrågor som avseende informationsinnehåll, hur de önskade få information, information/bedömning för vidare behandling, vilken information de erhållit angående KBT, medvetenhet om egen väntetid, motivation och målbild, egen önskan eller annans förslag, om deras psykiska mående påverkats under väntetiden och om de fortfarande tyckte att KBT var aktuellt för dem, se bilaga 1. Utifrån svaren undersöktes om det fanns något mönster angående information och om frågan om det är möjligt att påbörja alliansbyggande genom att ge patienten information kunde besvaras. Undersökningen syftade även till att se om svaren skiljde sig för de som har en ångest/depressionsdiagnos mot övriga patienter som stod i kön.

Genomförande:

Telefonintervju; alla som stod på väntelistan ringdes upp vecka 30-33 2017. De som inte svarade ringdes upp vid ett senare tillfälle under den här tiden. Två uppringningsförsök gjordes till var informant. En ny uppringningstid bestämdes om tiden för första telefonsamtalet var olämplig. Det var tretton informanter som svarade via telefonintervju. De som inte svarat fick möjlighet att bistå till undersökningen genom att samma frågeformulär som använts under telefonintervjuerna skickades till dem som inte svarat i telefon. Ett brev bifogades med information om de tidigare uppringningsförsöken. Svarkuvert följde med brev och enkät. Tjugotvå brev skickades, nio brevsvår inkom. Totalt blir svarsfrekvensen 20 av 35.

Databearbetning:

För att få överblick över svaren gjordes en tabell i excel, där både svaret och kommentarerna redovisades. Svaren granskades utifrån informanterna med depression/ångestdiagnos svarat och jämfördes med övriga informanter för att se om svaren skilde sig eller var allmängiltiga.

Reliabilitet och validitet:

Frågeformulärets innehåll diskuterades och formulerades i samarbete med KBT-teamet på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Intervjufrågorna gav de svar som undersökningen syftade till.

Etiska överväganden:

Inom vården bör alltid de anställda vara medvetna om att genom att vara i tjänst ger alltid ett överläge till den som behöver vården. Enligt Henry Chöster, 2014 är detta särskilt viktigt att tänka på när vi gör forskningsstudier. Vid studiens genomförande gavs därför utförlig information kring syfte, mål och genomförande av studien. Deltagandet var anonymt. Ingen enskild deltagare går att identifiera i resultatdelen av uppsatsen då enbart resultat på gruppnivå redovisas.

Omvärldsanalys om information och andra mottagningar:

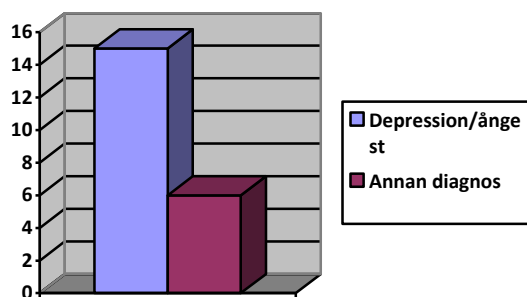
Under tiden undersökningen gjordes kom frågeställningen upp om hur andra psykiatrimottagningars information såg ut. En liten semiundersökning gjordes. Brev skickades till alla öppenvårdsmottagningar som tillhör område III i NU-sjukvården som har KBT behandling samt till fyra mottagningar utanför ansvarsområdet men som är i ungefärlig storlek som den mottagningen undersökningen utfördes på. Av 14 tillfrågade mottagningar inkom svar från fem inom område III (det är tre chefer som representerar dessa). Tre av dessa mottagningar informerade patienterna direkt när frågan om KBT togs upp och såg att det var tillräcklig information. De andra två mottagningarna gav ingen specifik information innan eller under kötiden för KBT, patienterna fick ett meddelande att de hade ställts i kö. Av de övriga fyra mottagningarna utanför område III frågan skickades till svarade alla. På en mottagning gav läkaren information när KBT diskuterades under läkarbesöket, på en annan mottagning var det en psykolog som gav information. De övriga två fanns ingen speciell information, de meddelade patienterna muntligt eller skriftligt att de hade sätts upp på väntelista för KBT.

Resultat:

I figur 1 redovisas fördelningen av diagnoser i undersökningsgruppen. 10 av informanterna hade en diagnos som var antingen depression eller ångest. 5 av dem hade depression/ångestdiagnos samt någon annan psykiatrisk diagnos, 5 hade annan psykiatrisk diagnos. Könsfördelningen ser ut enligt följande: av 20 deltagare var 14 kvinnor och 6 män. Ålder på deltagarna varierade från 20 år till 57 år, det vill säga att alla är enligt åldern arbetsföra. Medelåldern var 36 år, medianålder 36 år. Tiden de stått i kö varierar mellan 4-21 månader. Av deltagarna var fem i heltidsarbete, sex var sjukskrivna 100 %, tre var sjukskrivna 50%, en sjukskriven 25%, två hade aktivitetsersättning, en gick på folkhögskola, två var arbetssökande till viss del.

Antal personer med depression/ångest diagnos jämfört med personer med annan diagnos som ingår i studien.

Figur 1.



I resultaten syntes ingen signifikant skillnad utifrån informanternas diagnos varav alla svar redovisas tillsammans. Resultatet redovisas utifrån de rubriker som fanns i frågeformuläret.

Informationsinnehåll:

Alla informanter svarade att de önskade information om den ungefärliga tid det skulle ta för dem att komma igång med sin KBT-terapi. 19 önskade information angående hur bedömningen om KBT är lämplig terapiform går till. Information angående vad de själva kan påbörja i egenvård önskade 17 att det skulle ingå i informationen, en hade redan tagit reda på vad den kunde göra därför såg den inte frågan som relevant för hen. 17 önskade att informationen innehöll allmän information om KBT som metod. En hade gått i KBT tidigare, tyckte därför att den hade vetskap om metoden. Vilken plats de hade på väntelistan var viktigt för alla att få information om. På frågan om de önskade att informationen innehöll även

kompletterande behandlingar svarade 13 ja, tre nej, en visste inte och tre har inte angivit något svar.

Sättet de önskar få information:

Här var svarsalternativen: skriftligt, muntligt av en KBT terapeut eller både skriftligt och muntligt hos KBT terapeut. Fyra har angett skriftligt, åtta har angett både skriftligt och muntligt, sju har angett att de önskar information muntligt. En har inte angett något svar.

Information/bedömning för vidare behandling:

17 svarar att de snabbt skulle vilja ha en bedömning om KBT är rätt metod för att sedan ställas i kö för behandling, en svarar att det inte spelar någon roll. Två har inte angett något svar.

Erhållen information:

Angående om de fått information om att de står i kö för bedömning så visste tre inte, en hade inte fått information alls, fem hade fått information om att de stod i kö för bedömning angående KBT, 11 svarade nej på frågan. På frågan angående om de fått information om att de stod i kö för KBT-behandling svarade 17 ja, en nej, en vet inte och en hade inte fått någon information. Sju hade fått denna information av sjuksköterska, två av läkare, en av psykolog, en av skötare, en via sin vårdcentral, åtta visste ej vem som givit dem informationen. 13 hade önskat en skriftlig bekräftelse på att de stod i kö, tre svarar nej, två att det inte är nödvändigt eller spelar någon roll, två svarade vet ej. På frågan om de upplevde att de erhållit tillräcklig information svarade åtta ja, fyra nej, tre visste inte, fem tyckte inte att den var tillräcklig.

Medvetenhet om egen väntetid:

10 visste inte hur lång tid de väntat, åtta kunde ange på månaden hur länge de stått i kö, två har inte svarat.

Motivation och målbild:

13 har svarat att de har en målbild framför sig vad de vill arbeta med i terapin och vad terapin ska leda till, en anger att den har en målbild men att den är vag. Sex svarar att de inte har någon målbild. 14 är starkt motiverade till att göra hemuppgifter (de har angett svar mellan sju-10 på en 10 gradig skala). Två svarade mellan två och fyra på skalan, en visste inte. Tre

har inte angett något svar. På samma skala mellan ett till 10 har 17 svarat att de var motiverade till förändring, alla låg mellan sju-10 på skalan. Tre har inte angett något svar.

Vem som tog upp frågan om KBT:

Sju stycken påtalade själva att de ville gå i KBT, tre stycken hade kommit fram till att det var en lämplig terapimodell tillsammans med sin kontakt på mottagningen, åtta stycken blev föreslagna KBT av behandlare på mottagningen, två visste inte.

Hur det psykiska måendet har förändrats under väntetiden:

En angav att det var mycket sämre, en sämre, fem lika, sex lite bättre, sex bättre, en mycket bättre.

Alla tyckte att KBT fortfarande var aktuellt för dem.

Diskussion:

Studien avsåg att studera om patienterna önskade information om KBT, vad den i så fall skulle innehålla och på vilket sätt informationen skulle förmedlas. Ytterligare ett syfte var att se om information kunde ge en plattform för att starta en allians. Deltagarna önskade information, viktigt för dem var att veta ungefär när de skulle kunna få komma igång med sin terapi och hur terapibedömningen går till. De var också positiva till att få information om egenvård men mindre intresserade av att få information om andra behandlingsmetoder.

Mest intresserade var de att få informationen muntligt av en KBT terapeut, gärna i kombination med en skriftlig information. De flesta önskade få informationen i nära anslutning till att frågan om KBT som terapimetod blev aktuell.

Det framkom en otydlighet angående om informanterna hade fått information om att de står i kö för bedömning angående KBT eller om de står i kö för KBT behandling. De flesta trodde att de stod i kö för behandling start. Nästan hälften visste inte vem som gett dem informationen, för övriga var det flera olika personalkategorier som gett information. Ungefär hälften av deltagarna visste hur länge de stått i kö även om de inte vet om de står i kö för KBT bedömning eller KBT behandling. Majoriteten önskade en skriftlig bekräftelse att de stod i kö. Undersökningen visar att det är spretigt vad deltagarna erhållit för information, ett organiserat arbetssätt för informationsgivning av KBT skulle ge patienterna ökad tydlighet

Motivationen var stark, både till förändring och att göra hemuppgifter. De flesta visste vad de ville arbeta med i terapin och en målbild framför sig vad terapin skulle leda till. Det var ungefär lika många där frågan om terapi kom från deltagaren själv som de som hade blivit föreslagna terapimodellen av sin kontaktperson på mottagningen. Några hade kommit fram till den slutsatsen i samverkan med sin behandlare på mottagningen. De flestas psykiska mående hade påverkats i en positiv riktning under tiden de stått i kö.

Allians bygger på tydlighet och trygghet skriver Anna Kåver (2011), utifrån undersökningen så kan slutsats dras om att bygga en terapeutisk allians är möjlig eftersom deltagarna önskade informationen muntligt. Enligt Bejerot (2015) ska man innan man beslutar om att påbörja KBT gjort klart både för sig själv och patienten vad behandlingen går ut på och vilka villkor som gäller.

Sammanfattningsvis så visar resultaten att patienterna önskar en tydlig och klar information om vad KBT innebär, vad som förväntas av dem och vad de kan påbörja i egenvård. För att säkerställa innehållet i informationen skulle en manual kunna användas som verktyg. Informationen skulle ges redan när KBT som behandlingsmetod diskuteras med patienten. Vid informationstillfället kan patienternas problembild fångas in och deras motivation till förändring. I resultaten syntes inga skillnader på svaren utifrån vilken diagnos patienterna hade.

Den omvärldsanalys som gjordes inom ramen för studien visade att sättet att informera patienter angående KBT varierar. En framtida studie skulle kunna belysa vilket sätt att ge information som är mest optimal.

Heiniger & Clark (2018) studie stödjer den sokratiska frågemetoden som finns i KBT även när informations skall ges. Utifrån denna bör vi naturligtvis fråga var enskild klient först om de önskar information innan vi ger det till dem.

Referenser:

- Almén, N (2007). *Stress och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund; Studentlitteratur.
- Beck, A (2008) *Depression Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Bejerot, S (2011) *Tvångssyndrom/Ocd. Nycklar på bordet*. Lund; Studentlitteratur
- Broberg, A. Granqvist, P. Ivarsson, T. Risholm Mothander, P (2010). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Finland; Natur& Kultur
- Cooper, AA., Strunk, DR., Ryan, ET., DeRubeis, RJ., Hollon, SD., Gallop, R. (2016). The Therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*. 50:113-9, 2016 Mars.
- Cöster, H (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet –vård, social omsorg och skola*. Kina; Liber.
- Dugas, M, J., Robichaud, M (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder*. From Science to Practice. London; Routledge.
- Edbacken, Johan. Psykologpartners. Föreläsning Evidens, 180228.
- Ekeblad, Annika. (2017) A Randomized Trail of Interpersonal Psychoterapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder: Predictors of process and outcome. Hjärnfonden 20180316 <http://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/angest>
- Linköpings Universitet: *Linköping University Electronic Press*. 2016, Serie: Linköping Studies in Behavioural Science, 1654-2029;196
- Ekonomistyrningsverket (2016) www.esv.se/stadsliggaren/regleringsbrev
- Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor”?, Indikator: ”Nedsatt psykiskt välbefinnande” Uppdaterat 2017-04-27
- Försäkringskassan. Avdelningen för analys och prognos, Ulrik Lidwall, Christina Olsson-Bohlin. Korta Analyser 2016:2, Psykisk ohälsa. *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest*. ISBN: 978-91-7500-394-8, FK-nr: 116-4.
- Heiniger, L., Clark, G.(2018) Perceptions of Socratic and non-Socratic presentation of information in cognitive behaviour therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol 58, Mar, 2018. Pp. 106-113.

- Himle, Joseph A., (2006). Videoconferencing-based cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, Vol 44(12), Dec,2006. Pp.1821-1829.
- Kay-Lambkin, Frances J., Baker, Amanda L., Palazzi, Kerrin., Lewin, Terry J., Kelly, Brian J. (2017). Therapeutic alliance, client need for approval, and perfectionism as differential moderators of response to ehealth and traditionally delivered treatments for comorbid depression and substance use problems. *International Journal of Behavioral Medicine*, Aug 17, 2017, ISSN: 1070-5503 (print)
- Klein, Britt., Richards, Jeffery., Austin, David.(2006) *Efficacy of internet therapy for panic disorder*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol 37(3), Sep, 2006. pp.213-238.
- Kåver, A (2010). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Finland; Natur & Kultur.
- Linton, S J, Flink, I (2011). *12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet*. Lettland; Natur & Kultur. Stockholm; Natur & Kultur.
- Ly, Hoa (2015) *Use of a Smartphone Application in the Treatment of Depression, the new wave of digital tools in psychological treatment*. Linköping Studies in Behavioural Science no. 188.
- Marcus, M., Yasamy, M T., Van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. *World health organization paper on depression* , 6-8.
- Rupke, S., Blecke. D., Renfrow. M., (2006) *Cognitive Therapy for Depression*. American Family Physician, Volym 73, Number 1, Januari 1.
- SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systemisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2012. SBU rapport nr. 212. ISBN 978-91-85413-52-2.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
- Statens folkhälsoinstitut. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Rapport 2008:4. östersund: Statens folkhälsoinstitut och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA); 2008.
- Young, J E., Klosko, J S. (2010). *Lev som du vill och inte som du lärt dig. Förstå och förändra dina livsteman*.

Talkovsky, Alexander M., Green, KellyL., Osegueda, Adriana., Norton, Peter J., (2017) Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioural therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 46, Mars, 2017. pp. 56-64.

Vernmark, Kristofer., (2017) Therapeutic alliance and different treatment formats when delivering internet-based CBT for depression. Linköping: *Linköping University Electronic Press*, 2017., 90s.

Vislä, A., Fluckinger, C., Constantio, J. M., Krieger, T., Grosse Holtforth, M. *Patient characteristics and the therapist as predictors of depressed patients' outcome expectation over time: A multilevel analysis*. Psychotherapi Research 25 Januari 2018, ISSN: 1050-3307 (Print) 1468-4381 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/tps20>

Öst, L-G (Red). (2010). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Finland; Natur & Kultur

Bilagor:

Bilaga 1:

Vetenskapligt arbete, enkät (telefonintervju):

Presentation: Hej, jag heter Pernilla Jäger, arbetar som biträdande avdelningsföreståndare på psykiatrimottagningen i xxxxxxxx. Just nu utbildar mig till legitimerad psykoterapeut inom KBT och ska skriva en vetenskaplig uppsats. Undersökningen syftar till att ta reda på vilken information som eventuellt skulle önskas och vad den i så fall skulle innehålla, jag ringer dig utifrån att du står i kö här på mottagningen för KBT. Skolan jag studerar vid heter Högskolan Evidens. Dina svar eller om du inte önskar delta påverkar inte din kö plats eller din vård på mottagningen. Du kan när som helst avbryta intervjun utan att förklara varför. Svaren registreras anonymt enligt en frågelista, inget svar kommer gå att koppla till någon specifik person. Samtalet spelas inte in. Är det okey om jag ställer några frågor?

Frågor:

Om informationsinnehållet:

Skulle du önska information om den ungefärliga tid det kan förväntas ta innan du kan komma igång med din terapi? Ja Nej

Kommentar:.....

Skulle du önska information om hur bedömningen angående om KBT är en lämplig terapimodell för dig ser ut? Ja Nej

Kommentar:.....

Information om vad du själv skulle kunna påbörja i egenvård utifrån hur din problematik ser ut? Ja Nej

Kommentar:.....

Allmän information om KBT som metod? Ja Nej

Kommentar:.....

Vilken plats du står på väntelistan? Ja Nej

Kommentar:.....

Skulle du önska information om andra kompletterande behandlingar som du skulle kunna påbörja under väntetiden; exempelvis medicinsk yoga, sömninformation? Ja Nej

Kommentar:.....

På vilket sätt skulle du vilja få informationen:

(Ringa in ditt svar)

Skriftligt? Muntligt på ett besök hos en KBT terapeut? Muntligt på ett besök hos en KBT terapeut och att denne skickar med skriftlig information som du sedan kan återkomma till.

Information/bedömning för vidare behandling: Idag sätts patienten upp i kö för KBT för om en bedömning om KBT är en lämplig terapimodell, sedan om KBT är en lämplig terapimodell kan terapin ganska snart påbörjas. Hur önskar du att processen ser ut? (Ringa in ditt svar)

Som idag: Patienten står i kö för bedömning, om terapimetoden bedöms lämplig så påbörjas terapin ganska snart.

Eller: En bedömning görs inom snar tid, om bedömningen visar att KBT är en lämplig metod så aktualiseras patienten i kö för terapi.

Erhållen information:

Har du fått information om att du står i kö för bedömning om KBT är rätt terapimodell för dig? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Har du fått information om att du står i kö för KBT behandling? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Vem informerade dig?

Kommentar:.....

Skulle du önska en skriftlig bekräftelse på att du står i kö? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Upplever du informationen du erhållit som tillräcklig? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Egen väntetid:

Vet du hur länge du väntat på bedömning för KBT? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Motivation och målbild:

Har du en målbild framför dig om vad du vill arbeta med i terapin? Ja, Nej, Vet Ej

Kommentar:.....

Är du redo att göra hemuppgifter? Ja, Nej, Vet Ej

Hur mycket på en skala mellan 1-10?.....

Är du motiverad till förändring? Ja, Nej, Vet Ej

Hur mycket på en skala mellan 1-10?.....

Egen önskan/annans förslag?

Var det du som tog upp önskan om att få börja med KBT eller var det någon annan som tyckte att det vore en lämplig terapimetod för dig?

Kommentar:.....

Har ditt psykiska mående påverkats under tiden du stått i kö?

Om du jämför hur du mår nu med när du ställdes i kö för KBT; mår du nu:

Mycket sämre, sämre, lite sämre, lika, lite bättre, bättre, mycket bättre.

Tack för ditt deltagande till undersökningen!

Bilaga 2:

Följebrev till bilaga 1 när den skickades till de informanter som inte svarat i telefon.

Hej.

Jag har ringt dig för en telefonintervju den.....

Eftersom jag inte var framgångsrik via telefon så skickar jag dig intervjumaterialet istället.

Jag skulle vara jättetacksam om du har möjlighet att ta dig tid att svara på frågorna och sedan skicka tillbaka svaret till mig i kuvertet som medföljer detta brev. Kuvertet är adresserat och frankerat.

Vänligen

Pernilla Jäger

Student vid Högskolan Evidens, Göteborg

Biträdande avdelningsföreståndare, psykiatrimottagningen i xxxxxxxx.

Bilaga 3.

Brev till chefer i Nu-sjukvården inom område III

Hej.

Jag heter Pernilla Jäger, arbetar som biträdande avdelningsföreståndare på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i xxxxxxx. Just nu förutom att arbeta så studerar jag på Högskolan Evidens i Göteborg. Där läser jag psykoterapeutprogrammet med inriktning kognitiv beteende terapi.

I utbildningen ingår att göra ett vetenskapligt arbete. Det ämne jag skriver är information och allians. Utifrån detta undersöker jag om patienterna önskar information vad de i så fall vill att den ska innehålla.

Jag skriver till dig utifrån att jag önskar vet era patienter får någon information, och om de får information hur den i så fall ser ut. Den grupp jag är intresserad av är de patienter som står i kö för KBT.

Jag vore jättetacksam om du kan hjälpa mig med detta, så jag få en samlad bild om hur informationsflödet ser ut på kliniken i relation till KBT. Jag har förankrat med min chef xxxx xxxxxx att jag skriver detta brev till alla er chefer i öppenvården.

Mina kontaktuppgifter är:

Via internpost: Pernilla Jäger, Vuxenpsykiatriska mottagningen i xxxxxxxx.

Via mail: pernilla.jager@vgregion.se

Via telefon: xxxxxxxx eller xxxxxxxx

Tacksam för svar.

Vänligen Pernilla Jäger

Bilaga 4.

Brev till chefer i närområdet.

Hej.

Jag heter Pernilla Jäger, arbetar som biträdande avdelningsföreståndare på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i xxxxxxxx. Just nu förutom att arbeta så studerar jag på Högskolan Evidens. Där läser jag psykoterapeutprogrammet med inriktning kognitiv beteende terapi.

I utbildningen ingår att göra ett vetenskapligt arbete. Det ämne jag skriver om är information och allians, undersökningens syfte är att undersöka om patienter önskar information och vad de i så fall vill att den ska innehålla.

Jag skriver till dig utifrån att jag önskar veta om era patienter får någon information, och om de får information hur den i så fall ser ut. Gruppen jag är intresserad av är de som står i kö för KBT.

Jag är jättetacksam om ni kan hjälpa mig med detta, så jag få en samlad bild om hur informationsflödet ser ut i öppenvården i vårt närområde i relation till KBT. Jag har förankrat med min chef xxxx xxxxxx att jag skriver detta brev samt med min handledare på Evidens Anders Hammarberg.

Mina kontaktuppgifter är:

Via internpost: Pernilla Jäger, Vuxenpsykiatriska mottagningen i xxxxxxxx.

Via mail: pernilla.jager@vgregion.se

Via telefon: xxxxxxxx eller xxxxxxxx

Tacksam för ert svar.