

Bättre psykoterapeuter vid systematisk återkoppling

För att utveckla psykoterapeutens kompetens behöver hon få kontinuerliga symptom- och problemskattningar från patienten som komplement till sina egna bedömningar av hur effektiva hennes terapeutiska interventioner är, och rutinmässigt använda dem för återkoppling. Det skriver **Rolf Holmqvist**, professor i klinisk psykologi vid Linköpings universitet.

Talla yrken hoppas man att kompetensen ökar allt eftersom man möter nya utmaningar. Men hur är det för psykoterapeuter? Kan vi veta om vi förbättras som yrkespersoner och får vi signaler från vårt arbete som vi kan använda för att öka kompetensen? Det finns en del bekymmersamma forskningsfynd som borde få oss att ta de här frågorna på större allvar än vi gör. Bland patienter som söker psykologisk behandling i primärvård och psykiatri är det bara

drygt en tredjedel som förbättras reliabelt när det gäller de besvär de söker hjälp för. Upp till 7-8 procent försämrar, och resten, alltså mer än hälften, förblir oförändrade [10]. Dessutom lämnar mer än 25 procent av patienterna behandlingen i förtid [23, 2].

Vi ska alltså inte låta lura oss av att vi kan få signifikanta medelvärdeskilnader och ibland imponerande effektstorlekar när vi studerar olika terapiformer. Sådana siffror handlar om grupper

av patienter. För den enskilde patienten som inte blir bättre är det ointressant. Det vi behöver veta är hur vi ska få svaret på den fråga som Ken Howard med medarbetare ställde 1996: "Is this treatment, however constructed, delivered by this particular provider, helpful to this client at this point in time?"

Erfarenhet ger inte bättre resultat

Vi utgår från att hantverkare, så som snickare eller bilmekaniker, blir allt skickligare ju fler komplicerade uppdrag hon utför. Men det gäller inte för psykoterapeuter. Forskningen visar att det finns skillnader i kompetens mellan psykoterapeuter [3], särskilt när det gäller mer komplicerade patienter [21]. Men kompetensen ökar inte med mer erfarenhet. En rad studier har visat att mer erfarna eller välutbildade psykoterapeuter inte får bättre resultat än mindre erfarna, mindre utbildade psykoterapeuter [4]. Vi är olika när det gäller skicklighet men vår skicklighet utvecklas inte.

I en nyligen publicerad artikel i *American Psychologist* föreslår författarna hur psykoterapeuters kompetens skulle kunna utvecklas [24]. De refererar till Shanteau som redan 1993 identifierade ett antal yrkesgrupper där kompetensen inte ökar med mer erfarenhet. Bland dem finns domare, personalrekryterare, psykiatriker och kliniska psykologer. Problemet för dessa grupper, menade Shanteau, är att de inte har system för att predicera utfallet av sina åtgärder och att de därför inte kan få användbar feedback på sina insatser.

Det finns åtminstone tre sätt att ange vad kompetens på ett yrkesområde innebär. Det första är att fråga kollegor vem de tycker har stor kompetens. Problemet med detta mått, när det gäller psykoterapi, är att vi sällan vet om kollegors bedömningar har något att göra med hur den bedömde utför sitt arbete eller om patienterna blir bättre. Ett annat sätt är att studera hur personen utövar yrket. Olika typer av följsamhets- och skicklighetsskattningar skulle kunna användas för att bedöma yrkesskickligheten hos psykoterapeuter. Tyvärr verkar sambandet mellan att man gör rätt eller gör rätt på ett skickligt sätt och patienters förbättring, vara svagt. I en meta-analys av sambanden mellan skattad följsamhet till metod och skicklighet att använda den fann man inte något samband alls med patienters förbättring [26]. Det tredje sättet att mäta kompetens skulle kunna vara att studera graden av patienters förbättring. Terapeuter vars patienter blir bättre snabbare eller i större omfattning skulle kunna sägas besitta en större kompetens. Detta skulle nog de flesta kun-

na vara överens om, på samma sätt som vi tycker att snickaren eller bilmekanikern ska kunna visa på resultatet av sitt arbete.

Men det är väl det vi gör, tänker de flesta terapeuter. Jag frågar ju patienten varje gång hur hon mår och hur det har gått sen sist. Jag försöker ju höra om det vi gjorde sist var meningsfullt och användbart. Samtalet är ju mitt verktyg, skulle det inte räcka för att ge mig den återkoppling som jag behöver om hur terapin går?

Svårt att göra rätt prediktion

Corinne Hannan bad tillsammans med sina kollegor 49 terapeuter att predicera vilka av deras aktuella patienter som skulle försämrats [9]. Terapeuterna fick veta att normalt försämrats ungefär 8 procent av patienterna på denna typ av mottagning, en studentrådgivning. Terapeuterna predicerade att tre av de 550 patienter som de för tillfället arbetade med skulle bli sämre. Bara en av dessa var bland de 40 som verkligen försämrades, och denna enda riktiga prediktion gjordes av en studentterapeut. Ingen av de erfarna terapeuterna gjorde en enda riktig prediktion. Däremot lyckades en prediktion som byggde på patienternas självskattningar vid tredje samtalet, jämförda med en stor databas med över 11 000 patienter, förutse 36 av de 40 patienter som försämrades. I en annan studie undersöktes terapeuternas anteckningar om 70 patienter som hade försämrats reliabelt enligt symtomskattningsformuläret OQ-45 [11]. I 21 procent av fallen nämnde terapeuterna risken för försämring i sina anteckningar. Forskarna valde då ut de 41 patienter som hade en extrem försämring och såg att i enbart 30 procent av dessa nämnde terapeuterna risken för försämring.

Det finns också flera studier där man har frågat psykoterapeuter om hur de skattar sin egen förmåga i förhållande till andra terapeuter [20, 15]. Genomgående är att inga terapeuter skattar sin genomsnittliga kompetens under genomsnittet. Denna "positivitetsbias" när det gäller hur framgångsrik man tror att man själv är och hur bra man tror att det går för ens patienter har till och med fått ett namn, the Lake Wobegon Effect (*Are all psychotherapists from Lake Wobegon?*) [25], efter en radioserie i USA på 1950-talet om en stad där alla var lyckliga och framgångsrika.

Ett sätt att komma närmare sanningen om hur

"Ingen erfaren terapeut gjorde en enda riktig prediktion"



➤ det går för våra patienter är att be om regelbundna skattningar från dem. Michael Lambert och hans medarbetare har i flera randomiserade studier undersökt effekten av sessionsvis feedback från patienten. De har funnit att om psykoterapeuten får information om patientens skattning av sitt tillstånd före varje samtal, ökar behandlingseffekten påtagligt. För patienter som inte förbättras eller som riskerar att avbryta behandlingen i förtid har man funnit effektstorlekar på ungefär $d = .70$ för skillnaden mellan terapeutfeedback och ingen feedback, alltså nästan i klass med att få behandling och inte få behandling [16].

Betydelsen av systematisk feedback

Vad är det då som gör att systematisk feedback förbättrar utfallet i så stor utsträckning, i jämförelse med den återkoppling vi hela tiden får av våra patienter? En tanke som förts fram av Lambert är att de terapeuter som verkligen är effektiva utan formaliserade feedbacksystem är de som aktivt efterfrågar feedback och sedan bryr sig om den feedback de får. Denna tanke stärks av en studie där man fann att feedback förbättrade sämre terapeuters resultat men inte de bättre [1].

Men även om vi skulle kunna träna upp vår förmåga att reagera på signaler från patienten finns det antagligen mer grundläggande problem när det gäller vår (o)förmåga att bedöma effekterna av vår behandling. Alltför ofta säger vi till oss själva eller till våra kollegor att patienten som lämnade behandlingen utan att ha förbättrats inte hade motivation nog, hade alltför omfattande samsjuklighet eller sociala problem eller inte lämpade sig för psykologisk behandling. Vi lägger orsaken till misslyckandet på patienten i stället för att noggrant undersöka vilken effekt våra interventioner får och förändra dem under behandlingsprocessen.

En anledning till bristande objektivitet vid bedömningar är vår bekräftelsebias, alltså tendensen att fastna för argument och observationer som bekräftar vår ståndpunkt. Som nämnts ovan ger matematiska modeller bättre prediktioner i kliniska sammanhang än våra professionella bedömningar, även när vi har god tillgång till information genom till exempel intervjuer med patienter. Grove och Meehl skriver att "The human brain is a relatively inefficient device for noticing, selecting, categorising, recording, retaining, and manipulating information for inferential purpose" (s. 316) [8].

Men hur kan då människor i vissa sammanhang

vara väldigt skickliga på att intuitivt hålla ordning på många fakta samtidigt? Ett exempel är skickliga schackspelare som kan spela ett stort antal partier samtidigt. Enligt Gary Klein, en ledande forskare inom området intuitiv kunskap, och Daniel Kahneman, som studerat perceptuell bias, beror skillnaden på tillgången till "hög validitet" i omgivningen, alltså möjlighet att veta om handlingar leder till de resultat man väntar sig [14]. Schack är ett självklart exempel. Motspelarens nästa drag ger visuell information om hur framgångsrikt mitt drag var. Så är oftast inte fallet i kliniska sammanhang där i stället en mängd variabler av okänt värde påverkar våra bedömningar. Uppenbara exempel är våra egna förhoppningar och förväntningar och patientens behov att reglera relationen med terapeuten som en person man fäster tilltro till och vill hålla sig väl med.

Det behövs "oberoende" mätningar

Hur kan man då göra för att öka prediktionsvaliditeten när det gäller terapeutiska interventioner? För det första behöver vi mått som inte bygger på terapeutens bedömning utan på "oberoende" mätningar. För en del problem, så som rädslor för specifika situationer, kan vi mäta beteendeförändringar direkt. Men för de flesta problem som vi arbetar med, som depression, generaliserad ångest, relationsproblem och problem med självkänslan, kan vi inte se på patientens beteende om interventionen har effekt. För det andra behöver vi skattningar med korta intervall så att vår arbetsmodell kan modifieras om vi håller på att missa målet.

Under det senaste decenniet har intresset vuxit för att skapa system där patienten regelbundet skattar sitt tillstånd och ibland sin uppfattning om behandlingsrelationen (Routine Outcome Monitoring, ROM). Sådana skattningar ger terapeuten annan information om patientens tillstånd än den som ges i samtalet, och ökar möjligheten att förändra behandlingens inriktning om det skulle visa sig att utvecklingen går åt fel håll. Om ROM sker med dator blir det också möjligt att snabbt bygga omfattande databaser som kan ge referensvärden för patienters förväntade förbättring, men också medelvärden för terapeuten eller för mottagningen när det gäller behandlingsresultat. En förutsättning är att man använder instrument som är allmänt accepterade och täcker många olika typer av problem [12].

Forskningen om värdet av ROM har hittills varit ganska smal men det kommer nu allt fler studier

och dessutom forskningsöversikter [6]. Det feedbacksystem som svenska terapeuter antagligen är mest bekanta med är Scott Millers Outcome Rating Scale (ORS) och Session Rating Scale (SRS). ORS och SRS består vardera av fyra VAS-skalar. Ett mer omfattande instrument har skapats av Michael Lambert med Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) [15]. Ett tredje system som börjar få stor spridning i Sverige är Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE; Barkham et al. 2010). I nätversionen kallas det CORE Net. Både OQ-45 och CORE ger terapeuten en datorproducerad graf över patientens utveckling under behandlingen och dessutom relevanta referensvärden från andra liknande patienter eller från terapeutens egna tidigare patienter. Liksom ORS/SRS kan CORE enkelt kompletteras med patientens och terapeutens alliansskattningar.

Användning av ROM har bedömts som ”definitivt effektiv” av APA:s arbetsgrupp om effektiva relationsfaktorer i psykoterapi [19] och anses som en viktig del i det paket av effektiva interventioner som APA:s Presidential Task Force on Evidence-based practice sammanställt (APA, 2006). I England har man i en regeringsrapport starkt förordat användning av ROM i offentligt finansierad psykologisk behandling (Department of Health, 2011).

Brist på feedback-studier

Lamberts studier gäller i allmänhet studentmottagningar i USA. Endast en studie har publicerats om värdet av feedbacksystem för psykiatriska patienter. Man har inte heller gjort uppföljningsstudier för att se om effekten kvarstår. Det finns ett stort behov att bättre förstå hur feedbacksystem kan bli användbara och vad terapeuter gör när de får sådan feedback.

Om psykoterapeuter systematiskt ska utveckla sin kompetens måste vi göra på samma sätt som i annan sjukvård: rutinmässigt börja använda system som ger snabbare återkoppling av hur patientens problem och symtom påverkas av våra interventioner. Den avgörande punkten är att psykoterapeuter accepterar att använda återkopplingssystem och stimuleras av att utveckla dem. Återkopplingen ska vara trovärdig, valid, informativ och användbar om terapeuter ska acceptera att använda den [20]. Men att systemen fortfarande är ofullkomliga är inget argument för att strunta i dem och fortsätta att missa de patienter som inte blir bättre.

I grunden handlar det om vilket värde vi tillmäter patienten och hennes möjlighet att beskriva sina svårigheter och få hjälp med dem. Vi skulle aldrig acceptera att hälften av de bilar som lämnar bilverkstan inte har blivit lagade eller att servicen av flygplanen bara var tillräcklig för en del av dem.

Den stora utmaningen för den offentliga psykoterapin är att ge rimlig hjälp åt de patienter som nu inte får sådan. Det är illa nog att vi vet att det finns stora skillnader mellan psykoterapeuter och mottagningar när det gäller behandlingsutfall, men inte tar reda på vilka som har bättre eller sämre resultat trots att detta drabbar patienterna. Än värre är det om vi inte är beredda att utveckla vår kompetens med de medel som finns, utan fortsätter att trycka korten mot bröstet eller bortförklara våra misslyckanden i stället för att lära av dem. ●

ROLF HOLMQVIST

Professor i klinisk psykologi,
Linköpings universitet



Fullständig referenslista finns på www.psykologtidningen.se

REFERENSER

- Baldwin SA & Imel ZA (2013). Therapist effects: Findings and methods. Lambert M J (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Edition. New York: Wiley.
- Davidson K, Perry A & Bell L (2014). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. DOI: 10.1111/papt.12032
- Hannan C, Lambert M J, Harmon C et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Hansen N B, Lambert M J & Forman E V (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Hatfield D, McCullough L, Frantz S et al. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Kahneman D & Klein G (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist*, 64, 515-526.
- Lambert M (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: APA.
- Lambert M & Shimokawa K (2011). Collecting client feedback. I J. Norcross (red.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Saxon D & Barkham M (2012). Patterns of Therapist Variability: Therapist Effects and the Contribution of Patient Severity and Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 535-546.
- Tracey T J G, Wampold B E, Lichtenberg J W et al. (2014). Expertise in Psychotherapy – An Elusive Goal? *American Psychologist*, 69, 218-229.