



LUNDS  
UNIVERSITET

# Om patienten själv får välja

*Martin Svensson*

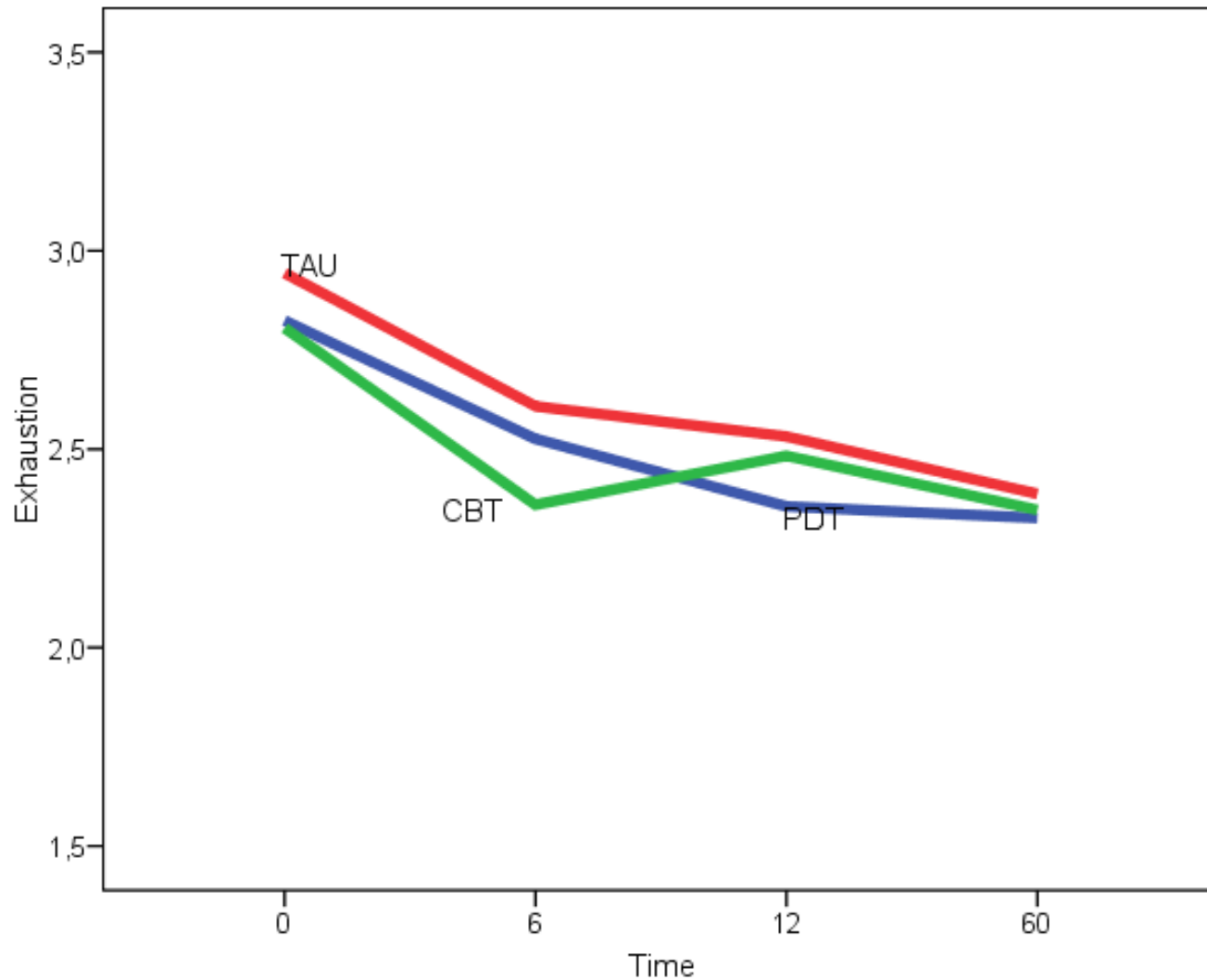
*leg. psykolog, doktorand*

*Thomas Nilsson*

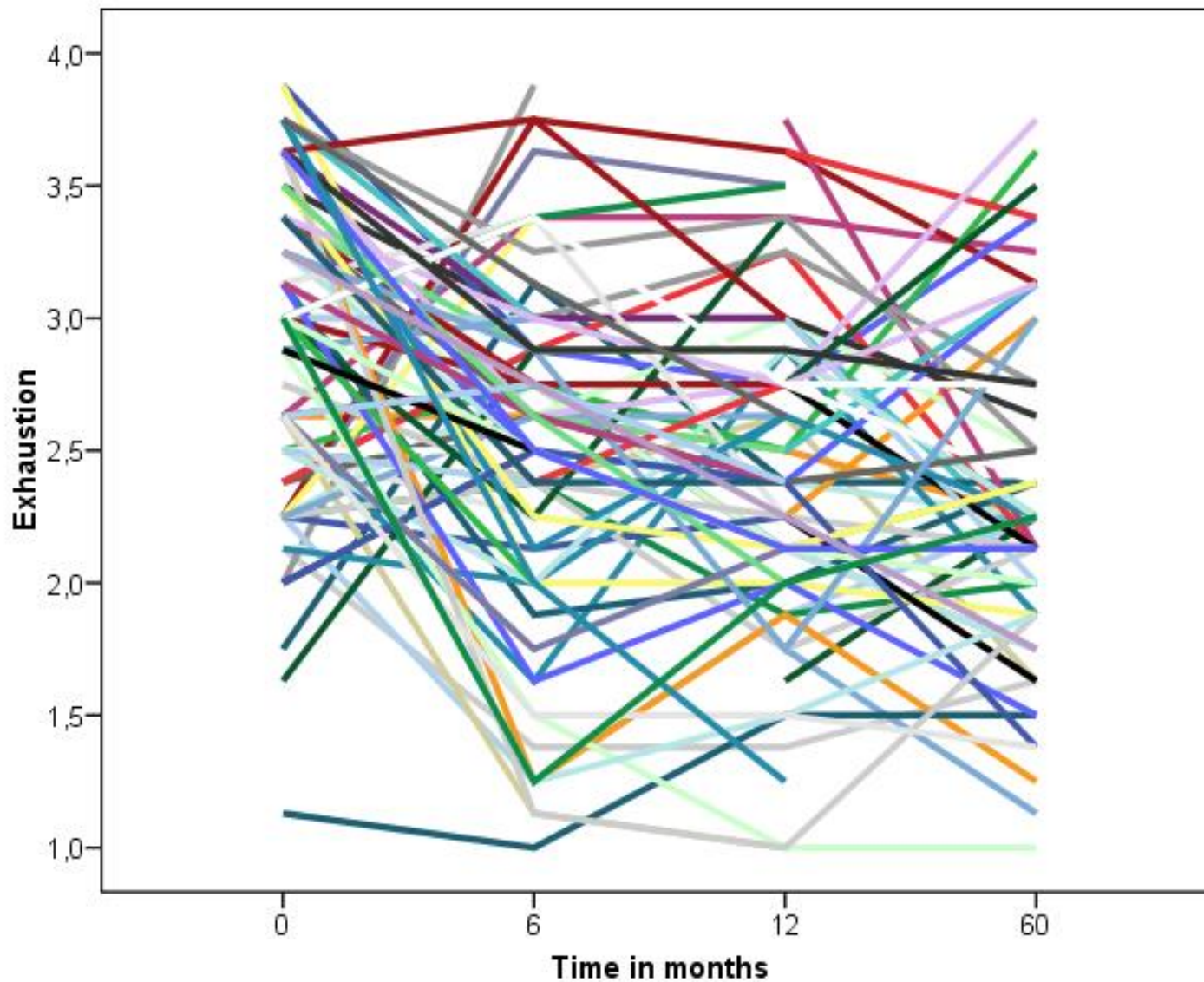
*leg. psykolog, doktorand*



# Oldenburg Burnout Inventory, OLBI



# 120 utmattade patienter



# Gruppnivå vs individnivå

- Variationen mellan enskilda fall är betydande och beror sannolikt mycket på individuella skillnader hos patienter
- Kan detta bero på att patienter är olika lämpliga för olika behandlingar?



**Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17, 553-566.**

- 31 patienter, 14 KBT och 17 PDT, intervjuades
- Patienter har väl utvecklade föreställningar om vad som var hjälpsamt och inte hjälpsamt efter genomgången psykoterapi
- Missnöjda patienter kan definiera vad de önskar för typ av terapi istället för den erhållna



# Centrala begrepp

- Olika lämplighet
  - Olika behandlingar är olika lämpliga för den enskilda patienten. Patientens självkänedom kan vara ett sätt att hitta den bäst lämpade behandlingen för individen
- Behandlingspreferens
  - den terapiform patienten föredrar
- Självval
  - när patienter själva får välja behandling
- Preferenseffekt
  - Effekten av att få en önskad eller oönskad behandling



# Så mäts behandlingspreferens

- Preferens mäts före behandlingsbesked/randomisering
- Beskrivning av behandlingsalternativen, text eller videoexempel
- Frågeformulär om attityder till behandling och behandlingskomponenter
- Själval innebär ett eget val mellan olika behandlingsalternativ



# Preferenseffekter

Vad vet vi idag?





**1967-2009**

# **Tre översikter om preferens och utfall**



**”There is a remarkable paucity of knowledge of the relationship of client preferences regarding counsellors to counselling processes and outcomes”  
(Rosen, 1967)**

- Litteraturstudie
- Individer har många tankar om vad de föredrar vid rådgivning och behandling
- Fokus på terapeuten roll och personliga kännetecken



**“the extent to which patients preferences for a particular form of psychotherapy affects the therapeutic process and its outcome is hitherto insufficiently explored”  
(Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001)**

- 10 studier
- Endast 2 studier med positiv preferenseffekt
- Övriga 8 studier blandad eller ingen effekt



**”there is a small effect on treatment outcome in favor of clients who are matched to their preferred treatment”  
(Swift & Callahan, 2009)**

- 26 studier
- Liten men positiv preferenseffekt
- Studiedesign är en modererande faktor



# Det blir bättre och bättre...



# Tre olika typer av design för att mäta effekten av preferens i behandling



# Randomised Controlled Trial, RCT

Patienter randomiseras till behandling och slumpen avgör om denna matchar eller inte matchar deras preferenser

- + Patienter fördelas slumpmässigt
- Preferenser är sannolikt inte lika starka på grund av att randomiseringsvägrare utesluts. I synnerhet vid jämförelse psykoterapi – medicin.



# Match/no-match, M/NM

Patienter fördelas till betingelse som matchar eller inte matchar deras preferenser

- + Design specifikt för att mäta preferens
- Patienter är ej slumpmässigt fördelade





# Partially Randomised Preference Trial, PRPT

Patienter som vägrar randomisering erbjuds önskad behandling, övriga patienter randomiseras till behandling

- + Inkluderar även patienter som vägrar randomisering och kan tänkas ha starka preferenser
- Ingen patient får en icke prefererad/oönskad behandling



# Betydelsen av preferenser tycks bero på designen (Swift & Callahan, 2009)

Utfall i behandling

- RCT:  $d = 0.41$  (liten)
- M/NM:  $d = 0.41$  (liten)
- PRPT:  $d = 0.14$  (försumbar)



# Behandlingsformer och diagnos (Swift & Callahan 2011)

- Psykoterapi – psykoterapi  $d = .21$
- Psykofarmaka – psykoterapi  $d = .36$
- Effekt utifrån patientens diagnos
  - ångest,  $d = .49$  (6 studier)
  - depression,  $d = .35$  (12 studier)
  - missbruk,  $d = .34$  (8 studier)
  - allvarlig mental sjukdom,  $d = .09$  (2 studier)



# 35 preferensstudier (2015)

- Jämför ofta två ganska lika behandlingar eller endast olika format – grupp/individ eller öppen/sluten vård
- Styrkan i preferensen sällan undersökt
- Många studier är PRPT
- 46 % av studierna visar på en positiv preferenseffekt

Men när man exkluderar PRPT, studier som endast jämför olika format eller väldigt lika behandlingar så har 68 % en positiv preferenseffekt



# Betydelse för klinikern

- Bättre resultat
- Färre avhopp: 1:2
- Bättre allians
- Bättre följsamhet till behandlingen



# Hur kan preferenseffekter förstås?

- Själva valet, ökat engagemang och ansvar
- Förstärkt allians
- Etiologisk överensstämmelse
- Patientens inlärningsstil matchar behandlingen





**LUNDS**  
UNIVERSITET

# Projekt POSE

## - Psychotherapy Outcome and Self-Selection Effects in Panic Disorder



# Forskningsgruppen

- Rolf Sandell, projektledare
- Sean Perrin, huvudhandledare
- Gardar Viborg, PCT-ansvarig
- Håkan Johansson, PFPP-ansvarig
- Martin Svensson, doktorand
- Thomas Nilsson, doktorand
- Klara Kuutmann, psykolog



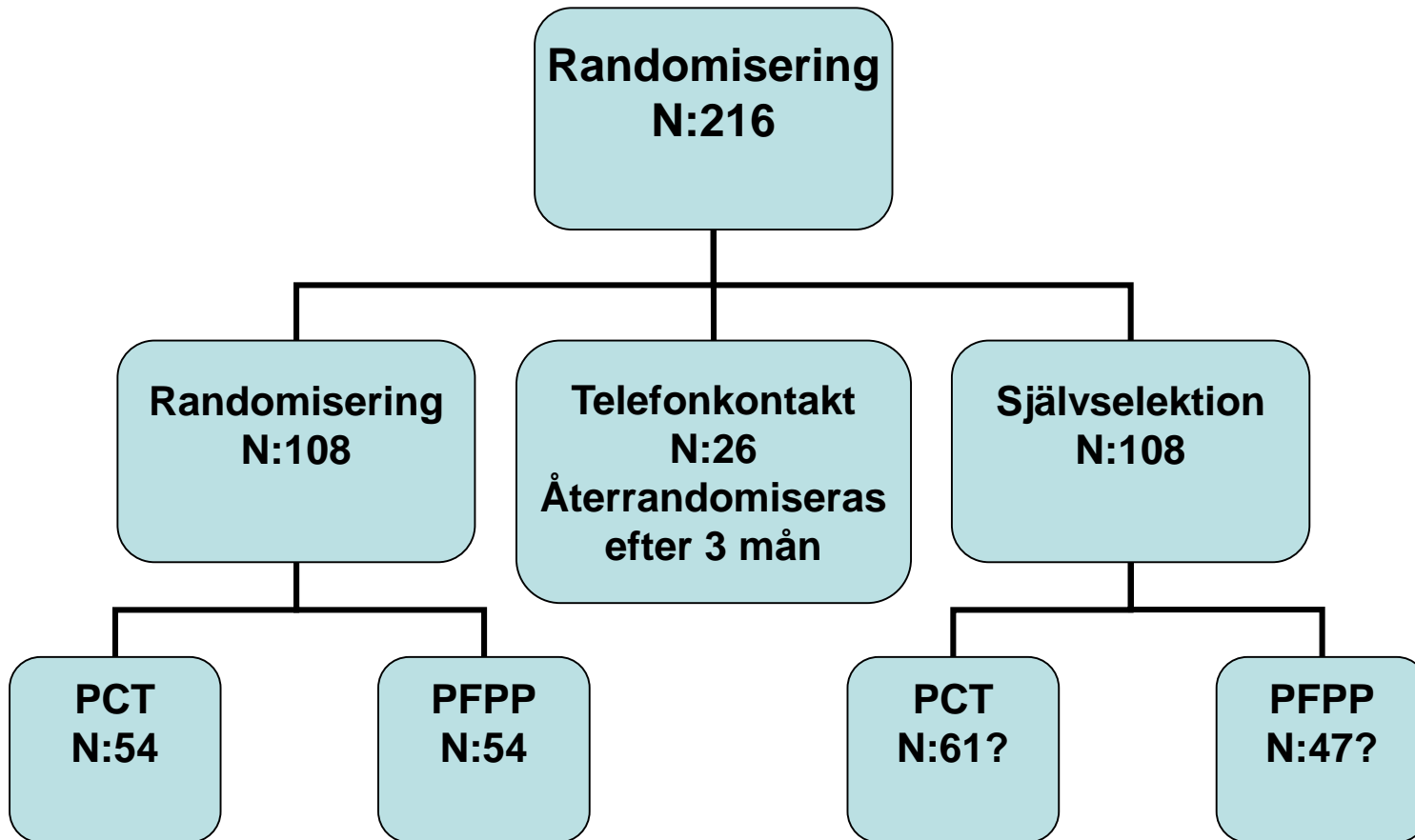


# Projekt POSE

- Randomiserad kontrollerad studie (RCT) jämförs med självval
- Paniksyndrom med eller utan agorafobi
- Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PDT) vs Panic Control Treatment (KBT)
- Panic Disorder Severity Scale (PDSS)
- Studien genomförs på mottagningar i södra Sverige



# Projekt POSE, The Fully Randomized Preference Trial - FRPT



# FRPT vs. PRPT

- Jämför randomiserade patienter mot
- Helt självselektade patienter
- Jämför de som bryr sig (självselektade till självselektion)
- Mot de som inte bryr sig (självselektade till randomisering)



# Självvalet

- Två textbeskrivningar
- Korta och likvärdiga
- Ej reklam
- Lättlästa
- Innehåll som överensstämmer med behandlingen



## **Panic Control Treatment, PCT (David Barlow & Michelle Craske)**

- 12-14 sessioner över 12 veckor
  - 1 session per vecka, 60-90 min per session
  - Behandlingslängd: 780 - 1140 min
  - Behandlingen ska slutföras inom 10-16 veckor

## **Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy, PFPP (Barbara Milrod et al.)**

- 19-24 sessioner över 12 veckor
  - 2 sessioner per vecka, 45 min per session
  - Behandlingslängd: 855 - 1080 min
  - Behandlingen måste slutföras inom 10-16 veckor

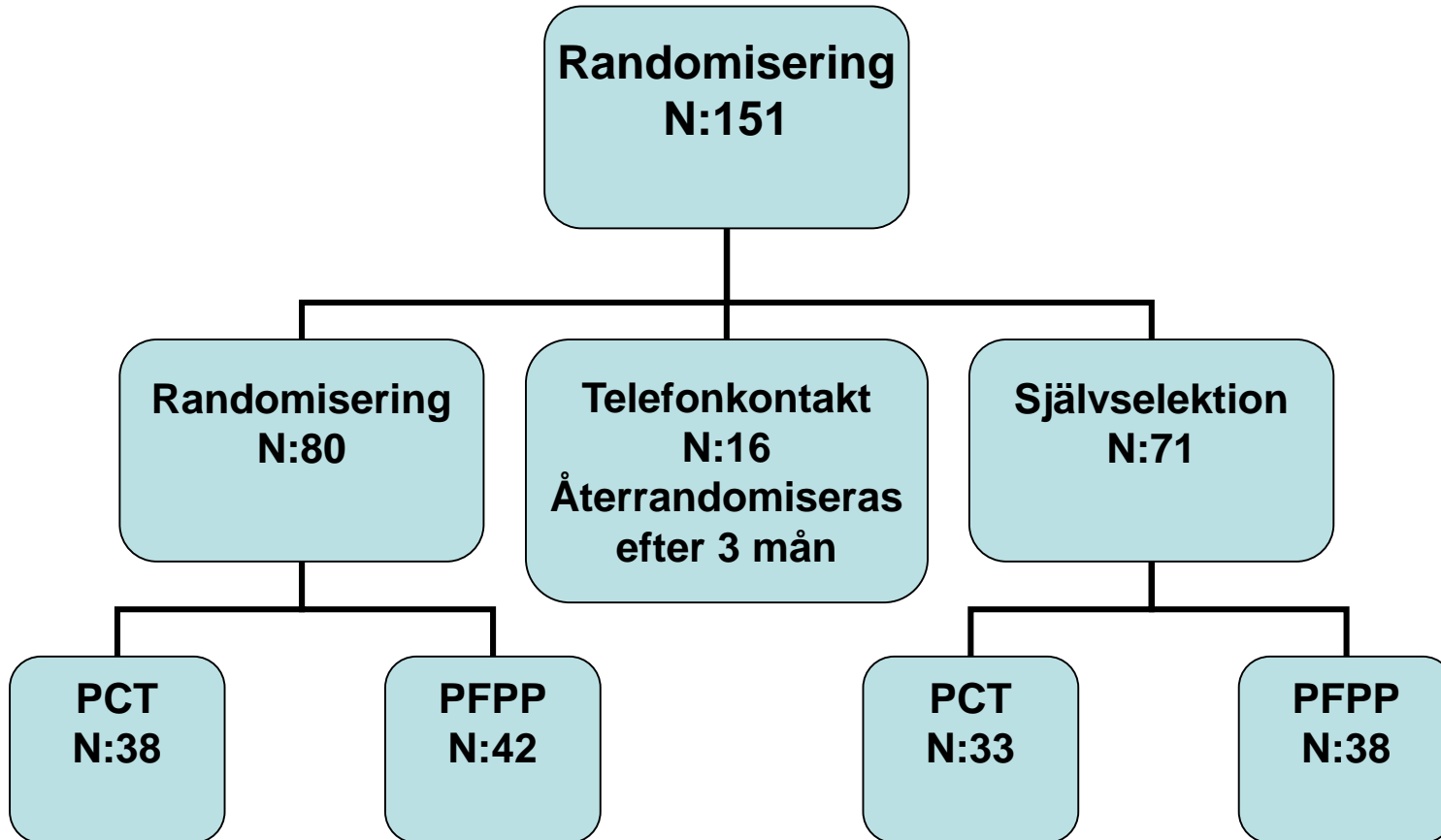


# Teoretiskt och metodologiskt klart åtskilda behandlingar

- PCT fokuserar på exponering för de fysiska sensationerna associerade med panik och på kognitiv omstrukturering av felaktiga tolkningar av dessa kroppsliga sensationer.
- PFPP fokuserar på den underliggande/omedvetna psykologiska betydelsen av de kroppsliga symtomen på panik samt på patientens relationella och känslomässiga fungerande.



# Status 151127



# Inklusionsprocessen

• Screenade patienter	394
• Exkluderade vid screening	215
• Fullständig bedömning	179
• Exkluderade patienter	22
• Väntelista	16
• Avhopp under väntelista	2
• Kom ej till behandling	4
• Inkluderade till behandling	151





# Uppföljningar



# Forsknings sajter i Projekt POSE

- Varberg, Närsjukvård
- Falkenberg, Närsjukvård
- Halmstad, Närsjukvård
- Värnamo, VPM
- Lund/Arlöv/Eslö, VPM
- Lund, Ungdomsmottagning
- Trelleborg, VPM
- Malmö, VPM
- Falun, Närsjukvård



# Tidsplan

- 2008 etablering av projektet
- 2009 rekrytering av behandlare och handledare
- Feb/Mars 2010 utbildning med Milrod och Craske
- Hösten 2010 utbildningsterapier
- Våren 2011 behandlingsstart i studien
- Ytterligare utbildningar, 2011, 2013 och 2015
- Våren 2017 inklusion avslutas
- 2019 uppföljningar avslutas



# Kontakt

[thomas.nilsson@psy.lu.se](mailto:thomas.nilsson@psy.lu.se)

[martin.svensson@psy.lu.se](mailto:martin.svensson@psy.lu.se)

