



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykioterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Våren 2012

## **Psykioterapiens plats i offentligt finansierad sjukvård**

Om mellancheferers attityder till psykioterapi som behandlingsform

## **The Area of Psychotherapy in Public Funded Health Care**

On the attitudes of psychotherapy among middle managers

**Författare:**

Catarina Gunnarsson



ERSTA  
SKÖNDAL  
HÖGSKOLA

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Teoretisk bakgrund .....</b>	<b>1</b>
2.1	Definitioner psykoterapi .....	1
2.2	Yttre ramar – vad styr psykoterapi .....	2
2.3	Evidensbaserad vård .....	3
2.4	Vetenskapssyn.....	4
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Frågeställningar .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Metod .....</b>	<b>7</b>
5.1	Undersökningsdeltagare .....	7
5.2	Undersökningsmetod.....	8
5.3	Datainsamlingsmetod .....	8
5.4	Bearbetningsmetod .....	9
5.5	Genomförande .....	9
<b>6</b>	<b>Forskningsetiska frågeställningar .....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>10</b>
7.1	Beskrivning av psykoterapi .....	11
7.2	Attityder till psykoterapi.....	12
7.3	Psykoterapins villkor.....	13
<b>8</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>22</b>
8.1	Metoddiskussion.....	22
8.2	Resultatdiskussion .....	23
8.3	Förslag till fortsatt forskning .....	25
Bilaga 1	.....	29
Bilaga 2	.....	30

## Sammanfattning/abstract

*Sammanfattning.* Denna explorativa studie utgår från ett intresse för samspelet mellan den kliniska vardagen och det omgivande samhället. Sju mellanchefer på vårdcentraler och vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar har intervjuats i syfte att undersöka deras föreställningar och attityder runt psykoterapi som behandlingsform, exempelvis deras tankar om psykoterapins verkan och tillgänglighet liksom deras medvetenhet om och attityder till en ökande betoningen på evidensbaserad vård. Frågeställningar: 1. Hur beskriver cheferna psykoterapi som behandlingsform och vilka attityder har de till psykoterapi. 2. Hur upplever cheferna psykoterapins villkor, exempelvis beträffande gränsdragningar och evidensbaserad vård, och vilka attityder har man. Via semistrukturerade intervjuer har en kartläggning av utfallsrummet gjort genom att svaren har kategoriserats i de områden som framträtt under intervjuerna. Cheferna hade en positiv syn på psykoterapi och ansåg att psykoterapi behövs som behandlingsform. Deras kunskap om psykoterapi och dess villkor skilde sig åt. En misstro mellan beslutsfattare och kliniker beskrevs, liksom en önskan om en mångfald av behandlingsmetoder. Slutsatser var bl.a. att former för att integrera olika typer av kunskap för att öka tilltron mellan sjukvårdens aktörer behövs.

**Nyckelord:** Attityder. Mellanchefer. Evidensbaserad vård. Psykoterapi.

*Abstract.* This exploratory study is based on an interest in the interaction between clinical routine and the surrounding community. Seven middle managers in health care centers and psychiatric clinics were interviewed to examine their beliefs and attitudes about psychotherapy as a treatment, such as their thoughts on psychotherapy effectiveness and availability as well as their awareness of and attitudes to a growing emphasis on evidence-based care. Questions: 1. How do you describe the heads psychotherapy as a treatment and what attitudes they have to psykoterapi. 2. How managers experience psychotherapy conditions, for example on the boundary issues and evidence-based care, and what attitudes they have. Through semistructured interviews, a survey of the sample space made by the responses was categorized into the areas that emerged during the interviews. The managers had a positive view of psychotherapy and found that psychotherapy is needed as a form of treatment. Their knowledge regarding psychotherapy and its terms varied. Mistrust between policy makers and clinicians were described, as well as the desire for a variety of treatment methods. Conclusions included the need to find ways to integrate different types of knowledge, to build trust between healthcare stakeholders.

**Keywords:** Attitudes. Middle managers. Evidence-based care. Psychotherapy.



## 1 Inledning

Psykoterapi är idag en accepterad behandlingsmetod inom den svenska hälso- och sjukvården och nämns av t.ex. Socialstyrelsen (2010) som ett förstahandsval för vissa tillstånd av lindrigare och medelsvår ångest och depression och som alternativ vid svårare tillstånd (Socialstyrelsen, 2011c). Intresset för psykoterapi och andra samtalsbehandlingar har ökat i takt med att behovet av behandling för psykisk ohälsa har uppmärksammats.

Efter att tidigare i huvudsak varit en behandlingsmetod inom den specialiserade psykiatrin har psykoterapi allt mer kommit att erbjudas också inom annan hälso- och sjukvård. Fortsatt arbetar en majoritet av psykoterapeuterna inom psykiatrisk vård (Högskoleverket, 2010). Idag flyttas större delen av behandlingsansvaret för lindriga till måttliga tillstånd av psykisk ohälsa från specialistpsykiatrin till primärvården. Efter en utredning av den psykosociala kompetensen i primärvården (Socialstyrelsen, 2007b) rekommenderade Socialstyrelsen bland annat att en statlig satsning skulle göras för att erbjuda främst psykologer och kuratorer vidareutbildning i kognitiv beteendeterapi (KBT), i syfte att öka primärvårdens möjlighet att möta behovet av behandling för den psykiska ohälsan, liksom tillgången på evidensbaserad samtalsbehandling. Såväl primärvårdens ökade ansvar som att KBT skulle prioriteras som metod för samtalsbehandling betonades därefter också starkt i Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010).

Yttre ramar för psykoterapi som behandlingsform inom hälso- och sjukvården, liksom förändringar av ramarna, påverkar psykoterapins plats. Hälso- och sjukvården har att hantera sitt uppdrag att erbjuda så många som möjligt bästa vård inom de ramar som beslutas på såväl politisk nivå som av myndigheter. Val av psykoterapeutiska metoder, urval av patienter som ska få tillgång till psykoterapi och vart behandlingen ska ske är områden som är direkt påverkade av samhällets beslut. Föreliggande uppsats springer ur ett intresse för att öka förståelsen för psykoterapins plats som behandlingsform inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det är en explorativ pilotstudie med ett övergripande syfte att undersöka hur en fortsatt forskning skulle kunna utformas. Det primära syftet i studien är att undersöka föreställningar och attityder runt psykoterapi som behandlingsform hos mellanchefer inom hälso- och sjukvården, exempelvis deras tankar om psykoterapins verkan och tillgänglighet liksom deras medvetenhet om och attityder till en ökande betoningen på evidensbaserad vård.

## 2 Teoretisk bakgrund

### 2.1 Definitioner psykoterapi

I offentliga sammanhang används i idag begreppen psykoterapi, psykologisk behandling eller psykosocial behandling med varierande gränsdragningar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) använde 2004 begreppet psykologiska

interventioner övergripande; ”Med psykologiska metoder menas olika former av traditionell psykoterapi, individuellt eller i grupp, samt sociokurativa insatser och självhjälpsmetoder baserade på skriftligt material...” (SBU, 2004, vol. 3, s. 41). Man konstaterade en mångfald av försök till definitioner på psykoterapi och presenterade den mest generella definitionen som ””psykologiska metoder” för att påverka psykisk problem” (SBU, 2004, vol. 3, s. 48). Psykodynamisk terapi, Beteendeterapi, Kognitiv beteendeterapi, Kognitiv terapi, Interpersonell terapi nämndes, samt att psykosocial rådgivning togs upp. Socialstyrelsen använde istället 2010 begreppet psykologisk behandling för att avgränsa det från psykoterapi, främst beroende på den brist på enighet som finns huruvida psykoterapi kan likställas och jämföras med en medicinsk intervention. Psykoterapi definierades som bredare än psykologisk behandling utifrån att psykologisk behandling primärt handlar om patologi och behandling av specifika sjukdomstillstånd och psykoterapi därutöver kan handla om en personlig utveckling (Socialstyrelsen, 2010).

I mer vardagliga sammanhang definieras psykoterapi som ”en behandlingsmetod som utgår från någon form av psykologisk teori om hur människan fungerar” (Svensson, 2012, *Psykoterapi, När behöver man psykoterapi, En behandling för många tillstånd.*).

Sammantaget finns ingen konsensus om definition av vad psykoterapi är eller avgränsningen mot begreppet psykologisk behandling. Även beträffande målet, om psykoterapi handlar om självutveckling eller att bota patologi, saknas en självklart vedertagen intention.

## 2.2 Yttre ramar – vad styr psykoterapi

Den psykoterapi som bedrivs inom svensk hälso- och sjukvård styrs och påverkas av många faktorer. Lagstiftning, där Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller de grundläggande reglerna (SFS 1982:763), är en viktig ram som påverkar psykoteraeutisk behandling i sjukvården. HSL bygger på en etisk plattform där de tre principerna människovärde, behovs- och solidaritet samt kostnadseffektivitet är grunden (PrioriteringsCentrum 2007; Vetenskap & Praxis 2011). Andra viktiga lagar och regler finns inom offentlighets- och sekretesslagen, Patientsäkerhetslagen och Patientdatalagen, liksom Socialstyrelsens författningssamling där t.ex. föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete finns (Socialstyrelsen, u.å. a). De nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen publicerar är viktiga i prioriteringen när resurser fördelas i samhället (Socialstyrelsen u.å. b)

De nationella ramarna ska sedan omvandlas till regionala och lokala ramar utifrån respektive landstings och verksamhets förutsättningar. Politiskt valda nämnder och styrelser ger hälso- och sjukvården uppdrag och ekonomiska ramar (SFS 1982:763; SFS 1991:900; Socialstyrelsen, 2006b).

## 2.3 Evidensbaserad vård

Inom hälso- och sjukvården finns en ökande medvetenhet om frågor som kvalitet och kunskapsbaserad vård, samt om behovet av en effektiv resursanvändning. Under 1900-talets sista år betonades inom hälso- och sjukvården allt mer vikten av att den behandling som sjukvården erbjuder ska stå på en vetenskaplig grund, och begrepp som evidensbaserad medicin, evidensbaserad vård och evidensbaserad praktik<sup>1</sup> kom i slutet av 1900-talet att användas allt mer. Dessa begrepp handlar om att behandlarens kliniska kunnande, patientens önskemål och förutsättningar tillsammans med bästa tillgängliga kunskap ska styra val av behandling. Behovet av evidensbaserad vård växte först fram inom det medicinska området och begreppet evidensbaserad medicin dök för första gången upp i medicinska tidskrifter 1991 (Socialstyrelsen, 2011a).

Ett viktigt startskott för den breda diskussionen om evidensbaserad vård vid psykioterapeutisk behandling av psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvården i Sverige var två systematiska litteraturoversikter från SBU. Där påtalades att det fanns stora kunskapsluckor om psykioterapeutisk behandling för såväl depression som ångest, trots att litteraturen, liksom användningen av psykioterapeutisk behandling, var omfattande. Det fanns t.ex. metodologiska svagheter i flertalet psykioterapistudier, men man kunde se en ökad kvalitet i nyare studier (SBU, 2004; SBU, 2005).

Ett annat viktigt dokument beträffande vårdens tillgång på evidensbaserad behandling är Socialstyrelsen riktlinjer för ångest- och depressionsbehandling (2010) som primärt är rekommendationer riktade till beslutsfattare som underlag för prioriteringar på gruppnivå. Riktlinjerna grundade sig på de två ovan nämnda SBU-rapporterna samt en uppdatering av det aktuella kunskapsläget. Socialstyrelsen använde sig av ett öppet remissförfarande på det ursprungliga förslaget och många synpunkter inkom. Huvudsynpunkterna i remissvaren handlade bland annat om den metod som används för att ta fram riktlinjer, om risken för att riktlinjerna skulle tolkas som ett vårdprogram, om riktlinjernas avgränsningar och omfattning liksom om terminologin som användes. Även kritik mot det vetenskapliga underlaget framfördes (Socialstyrelsen, 2010).

### 2.3.1 Synpunkter på evidensbegreppet

Oro har framförts beträffande betoningen på EBM inom sjukvården, t.ex. att införandet av nya metoder kan hindras eller att individuella faktorer hos behandlare och patienter inte ska få tillräcklig betydelse. Faran med att vissa metoder är svårare att vetenskapligt granska eller att implementeringen av EBM försåras om det inte finns en allmän acceptans av de vetenskapliga slutsatserna har också tagits upp (Levi, Aspelin, Hagenfeldt & Rehnqvist, 2006). SBU har

---

<sup>1</sup> Dessa begrepp förkortas vanligtvis EBM, EBV samt EBP. I uppsatsen används för enkelhetens skull genomgående förkortningen EBM.



betonat att en strävan inom EBM är att skilja fakta från åsikter, samtidigt som man poängterat att det vetenskapliga underlag som presenteras kan citeras felaktigt i den allmänna debatten (Levi et al, 2006). Exempel på faktorer som SBU pekat på är att brist på forskning inom ett område inte behöver betyda att det man inte forskat på är verkningslöst samt att randomiserade studier inte alltid ger de mest tillförlitliga svaren. Att evidens inte kan krävas för varje insats för varje patient samt att evidens som tas fram centralt behöver anpassas till lokala förhållanden är andra ståndpunkter som framhållits av SBU (Levi et al, 2006). Evidens ”måste definitivt användas med omdöme, klinisk skicklighet, empati och insikt” (Levi, Rehnqvist, Rosén & Willman, 2008, s 919). Vetenskaplig kunskap står inte i motsättning till klinisk kunskap utan god vård kräver både och, menar man.

Det svåra i vårdens arbete att fördela resurser är också en politisk uppgift. Risken för att evidensbaserade riktlinjer kan vara en förtäckt politisk prioritering har lyfts upp, eftersom riktlinjer oundvikligen innebär en form av ransonering och utgår från ett folkhälsoperspektiv. Faktorer som kostnadseffektivitet och etik måste således vägas tillsammans med de vetenskapliga resultaten (Sarni & Gylling, 2004). Insyn krävs därför, t.ex. när evidens omvandlas till riktlinjer, så att beslutsfattarens tolkningar av vetenskapliga slutsatser kan granskas (Levi, 2008). Vikten av öppna prioriteringar vid resursfördelning betonas medan det har visat sig att det ofta saknas sådana och resurser snarare prioriteras efter tidigare mönster. Principerna för prioriteringar har visat sig vara svårtolkade och ge lågt stöd till sjukvårdshuvudmän vad gäller nedprioriteringar (Socialstyrelsen, 2007a). Kopplat till kvalitetsarbete, effektiv resurshandling och öppna prioriteringar är fungerande ledningssystem (Socialstyrelsen, 2006b).

## 2.4 Vetenskapssyn

En av de frågor som har skapat debatt runt EBM är vetenskapssynen, främst kanske den betoning på experimentella randomiserade, kontrollerade studier (RCT) som görs. Huruvida det är möjligt att genom noggrant utförda RCT-studier fastställa skillnader i behandlingseffekt mellan olika psykoterapeutiska metoder, eller om det finns andra, generella faktorer som man kanske behöver lägga mer vikt vid, debatteras. Begreppet Dodofågeln dom myntades 1936 av Rosenzweig, som en metafor för olika psykoterapiers gemensamma egenskaper (Lindgren, 2011). Debatten har spridit sig till andra områden som psykosocialt behandlingsarbete. 2011 publicerade Socialstyrelsen en artikel med aktuell forskning om generella kontra specifika faktorer. Där drogs slutsatsen att det vetenskapliga stödet för Dodofågeln dom är svagt och man konstaterade att om det skulle stämma att alla behandlingsmetoder är lika effektiva så skulle behovet av en evidensbaserad praktik falla (Socialstyrelsen 2011a). En motsatt slutsats drogs i utredningen om ökad kvalitet på psykoterapeututbildningen (Högskoleverket 2010), där man istället menade att den utmanande frågan för framtiden är att, utifrån kunskap om generella faktorer, bättre kunna vägleda

patienter till den bäst lämpade psykoterapeutiska behandlingen utifrån aktuella förutsättningar

Att vid psykoterapiforskning använda sig av samma typ av upplägg och kriterier som inom medicinsk forskning har kritiserats av forskare både inom och utom Sverige (t.ex. Stiles & Shapiro 1989 i Lindgren, 2011; Sandell, 2004). Behovet av att anpassa forskningens evidenskriterier till annan typ av verksamhet har påpekats. T.ex. menar Braveman, Egerter, Woolf och Marks (2011) att de riktlinjer som styr sociala åtgärder också behöver ta hänsyn till att sociala faktorer påverkar hälsa. Även SBU har påpekat vikten av att olika typer av kunskap – teoretisk, praktisk och erfarenhetsbaserad - integreras när sjukvården ska kunskapsstyras. Det innebär att sjukvårdens lokala riktlinjer inte bara kan byggas på centralt framtagen kunskap i form av sammanställningar av forskningsreferat utan styrningen måste också komma inifrån sjukvården. Detta kräver att resurser måste ges så att lokalt ansvariga och lokala kliniker kan få möjlighet att reflektera när ny kunskap ska implementeras i det praktiska vårdarbetet (Levi, 2009).

Ett avstånd mellan kliniker och forskare framhävs också ibland (Lau, Ogrodniczuk, Joyce & Sochting 2010). Redan 1949, på the Boulder Conference (Raimy 1950, i Lau et al. 2010) gjordes försök att skapa en modell för att överbygga klyftan. Trots den ökande betoningen av EBM, som skulle kunna innebära just ett närmande, har försöken att minska klyftan inte fått stor effekt (ibid.). Snarare finns kanske en risk för ökande konflikter när forskningen allt mer kommer att styra tilldelningen av resurser till sjukvården. Brante (2006) hävdar att när konsekvenserna av forskning i ett sociopolitiskt perspektiv är stora så finns dessutom en risk att forskarsamhället polariseras.

### **3 Tidigare forskning**

Det råder brist på relevant forskning om chefers attityder till psykoterapi. Forskning med anknytning till teman som attityder till psykoterapi samt till prioritering finns och några svenska exempel redovisas. Bland annat har attityder till psykoterapi hos psykoterapeuter med olika inriktning undersökts. Såväl likheter som skillnader kunde hittas. Likheter fanns t.ex. i en stark betoning på den terapeutiska relationens värde samt att fokus i en terapi rör sig om relationen mellan patientens handlande, tankar och känslor. Den största skillnaden mellan terapeuter med olika inriktning var den vetenskapliga grundsynen, där terapeuter med PDT-inriktning ofta hade en hermeneutisk grundsyn medan terapeuter med KT- eller KBT-inriktning hade en mer empirisk/positivistisk. Frågor som rörde teknik, som överföring och användandet av hemuppgifter, skilde också terapeuterna åt. Terapeuter med KBT-inriktning var de som mest betonade betydelsen av sin inriktning. Psykoterapeuterna hade en tendens att överdriva skillnaden mellan terapeuter med olika terapiinriktningar (Larsson, 2010).

Chefer inom primärvården har tillfrågats om tillgången på samtalsbehandling för sina patienter. 2005 fanns vid en majoritet av vårdcentralerna en möjlighet att erbjuda samtal i någon form men inte självklart i form av psykoterapi. Den vanligaste samtalsmetoden var KBT. En överväldigande majoritet av cheferna ansåg att det fanns för dåliga möjligheter att erbjuda samtalsbehandling, både utifrån tillgång och kompetens. Man ansåg också att behovet av samtal ökade. Var femte chef kände inte till vilken typ av samtalsbehandling som kunde erbjudas på den egna vårdcentralen (Socialstyrelsen, 2006a).

Forskning om prioritering av psykoterapi inom psykiatrin har påvisat svårigheter att göra objektiva prioriteringar. Informella kriterier påverkar kliniska bedömare vid urval av patienter till psykoterapi, där patienters ålder, deras ekonomi, om de hade barn var faktorer som påverkade besluten. Även om patienten uppfattades som sympatisk samt verksamheternas organisatoriska resurser fick inflytande över besluten. Matchning av patienten till vilka behandlingar den aktuella verksamheten hade att erbjuda samt hur man bedömde att timingen var i patientens aktuella livssituation togs med i bedömningen trots att detta inte var några formella kriterier (Sundberg, Fredelius, Lindqvist, Sandell, Sandahl & Schubert, 2009). Skillnader i bedömningar av vilka patienter som ska få offentligt finansierad psykoterapi kan ses mellan kliniker, allmänhet och beslutsfattare (Fredelius, Sandell & Lindqvist, 2002).

Även studier om samspelet mellan den psykoterapeutiska praktiken och de ramar som råder är svåra att hitta. Den forskning som finns är främst kopplad specifikt till införandet av evidensbaserad vård. T.ex. har socialkonstruktivistiska teorier använts för att förklara varför organisatoriska sammanhang/förutsättningar kan försvåra införandet av evidensbaserade metoder (Poole & Grant, 2005). Det har visat sig att kunskapsstyrning är komplicerad och att ny evidens inte räcker för att ändra praxis inom sjukvården. Forskning visar att när ny kunskap och föreskrifter ska bli nya vårdrutiner behövs samverkande krafter för att ändra praxis, med lokal anpassning till egen organisation (Vetenskap & Praxis, 2009).

I en pågående studie (Werbart & Wang, 2011) visar resultaten att vid psykiatriska mottagningar som ur organisatorisk synpunkt bedömts vara sämre fungerande så är antalet patienter som inte påbörjar, eller som slutar sina terapier i förväg, högre än vid mottagningar som bedömts ha en högre funktionsnivå.

#### **4 Frågeställningar**

De frågeställningar som studien vill undersöka är två: 1. Hur beskriver cheferna psykoterapi som behandlingsform och vilka attityder har de till psykoterapi. 2. Hur upplever cheferna psykoterapins villkor, exempelvis beträffande gränsdragningar och evidensbaserad vård, och vilka attityder har man.

## 5 Metod

Utifrån ämnets karaktär och det utforskade område det är valdes semistrukturerade intervjuer som metod för datainsamling.

### 5.1 Undersökningsdeltagare

Deltagarna i intervjun var sju mellanchefer på psykiatriska öppenvårdsmottagningar och på vårdcentraler. Valet av mellanchefer som respondenter byggde på att antagande att de både har en klinisk erfarenhet och, utifrån de förväntningar på att implementera beslut angående behandling som rollen innebär, kunskap och synpunkter om psykoterapi. De är också en länk mellan en samhällsnivå i form av politiker och tjänstemän å ena sidan, samt kliniskt verksamma terapeuter å andra.

Deltagande chefer arbetade inom Västra Götalandsregionen och ett mindre landsting. Två av deltagarna var män, fem var kvinnor. Tre var chefer på en vårdcentral. Fyra var chefer inom öppenpsykiatrisk vård, för en eller två mottagningar. En av deltagarna var psykolog, fyra var sjuksköterskor och två var socionomer. Cheferna inom psykiatrin hade arbetat inom psykiatrin mellan 21 och 42 år och hade mellan fem och 22 års erfarenhet som chefer. De hade mellan 20 och 38 års yrkeserfarenhet sedan examen i sin profession. Vårdcentralsscheferna hade arbetat inom primärvård mellan fyra och tio år och hade från ett halvt år upp till tio års cheferfarenhet. De hade mellan 27 och 35 års erfarenhet yrkeserfarenhet sedan examen. En chef var legitimerad psykoterapeut med inriktning mot familjeterapi, tre hade en grundläggande psykoterapiutbildning, varav en med KBT-inriktning och två psykodynamisk inriktning. Tre av cheferna hade ingen psykoterapiutbildning.

Två kriterier fick styra urvalsprocessen. Dels var det angeläget att intervjuaren inte hade någon personlig kännedom om enheten eller chefen, och därmed kunde styras av en förförståelse av den intervjuades inställning till området psykoterapi. Dessutom fanns en önskan att cheferna i så hög utsträckning som möjligt skulle vara slumpvis utvalda, för att undvika urvalsbias. En lista upprättades med hjälp av information från respektive landstings hemsida. Från listan utslöts vårdcentraler där intervjuaren hade personlig kännedom om enheten eller chefen på densamma. Dessutom utslöts enheter som intervjuaren visste var nystartade, för att i möjligaste mån utsluta deltagare med alltför kort erfarenhet som chefer. Bland kvarvarande enheter valde intervjuaren slumpmässigt ut ett antal, och chefen på den enheten kontaktades via brev (bil. 1). Det visade sig vara svårt att rekrytera deltagare som arbetade på vårdcentral. Eftersom det ansågs viktigt att som minst ha med tre chefer från en vårdcentral gjordes mot slutet avsteg från de uppsatta kriterierna, och för att fylla den önskade mängden användes några personliga kontakter. Den sist intervjuade vårdcentralsschefen rekryterades den vägen men intervjuaren hade inte kännedom om chefens syn på psykoterapi.

Fem av tolv tillfrågade chefer deltog inte i studien. Alla som inte deltog arbetade på vårdcentral i Västra Götaland. Ingen från det mindre landstinget och ingen chef inom psykiatrin avböjde deltagande.

## 5.2 Undersökningsmetod

Den explorativa intervjun utgår från att intervjuaren vid intervjuens början inte kan avgöra vad som kommer att träda fram under samtalet och syftet är att så utförligt som möjligt hitta flera aspekter på det som studeras (Kvale, 2009). Valet att göra intervjuer med låg grad av struktur gjordes i denna studie utifrån en önskan att just öka förståelsen för ett område där det idag saknas systematiserad kunskap. Det innebär att de intervjuade inte har fått samma frågor utan att intervjuaren istället fördjupade de områden som kom upp och mot slutet stämde av med intervjumallen om den intervjuade hade haft möjlighet att beröra alla områden i mallen. Således genomfördes intervjuerna med en låg grad av standardisering, vilket ökar risken för låg reliabilitet. Vid ett tillfälle under analysens gång ombads en psykologkollega ta del av oidentifierade sammanfattningar av intervjuerna och ge spontana kommentarer om teman som framträdde. Detta var ett försök att kontrollera reliabiliteten på en basal nivå. Några respondenter ville ta del av delar av resultaten som handlade om dem innan slutresultat och fick göra detta. Det bedömdes vara en möjlighet att upptäcka om analysen blivit invalid. De viktigaste åtgärderna för att säkerställa validitet och reliabilitet har dock varit att i intervjuerna försöka vara objektiv och inte styrande, att göra noggranna analyser i flera omgångar samt att inte göra meningsanalyser utan redovisa resultaten nära ursprungsdata.

## 5.3 Datainsamlingsmetod

I intervjuerna var det viktigaste syftet att så väl som möjligt få ta del av de intervjuades personliga syn på och föreställningar om psykoterapi som behandlingsmetod. En intervjuguide upprättades (bil. 2) för att täcka in de områden som bedömdes vara relevanta utifrån den förkunskap som intervjuaren hade. Intervjun hade två frågeområden, som följde de två frågeställningarna. Ett område rörde de intervjuades syn på vad psykoterapi är, och var en öppen fråga med hjälpfrågor. Det andra frågeområdet handlade om upplevelser och attityder till psykoterapis villkor och hade underrubriker som synen på det egna landstingets villkor, hur samhällets intentioner beträffande psykoterapi uppfattades samt de intervjuades egen syn på hur framtiden för psykoterapi inom sjukvården skulle utvecklas. Vid intervjuerna användes så ofta som möjligt öppna frågor för att undvika att de intervjuade skulle styras i sina svar. Hjälpfrågor ställdes vid behov, liksom fördjupande frågor för att täcka in det aktuella området mer eller ge intervjuaren möjlighet stämna av sin förståelse. Frågorna i intervjuguiden var till hjälp för intervjuaren och ställdes inte konkret till de intervjuade. Det innebär att alla områden inte fick lika stort utrymme i alla intervjuer, med följderna att inte alla chefer har utvecklat sina svar inom alla områden. Detta förfaringsätt användes utifrån ett antagande att även vilka

områden som fick utrymme hade relevans. I slutet av alla intervjuer gavs de intervjuade möjlighet att lägga till, kommentera, fördjupa eller förtydliga något de själva önskade.

## 5.4 Bearbetningsmetod

I linje med den explorativa studiens syfte att kartlägga utfallsrummet på aktuella frågeställningar har intervjuerna gått igenom för att identifiera relevanta områden. Intervjuerna transkriberades, och talspråket omvandlades till skriftspråk för att underlätta läsningen. Eftersom en meningsanalys inte skulle göras sågs inga hinder för detta förfarande.

Analysen har gjorts utifrån en pragmatisk ansats (Wedin & Sandell, 2004) och har styrts av en önskan att redovisa resultaten så nära de intervjuades egna beskrivningar som möjligt. Ett första steg i analysen innebar att intervjuerna gick igenom översiktligt. Intervjuerna genomsöktes efter uttalande eller temaområden som sammanfattades i punkter och fördes samman med liknande teman i andra intervjuer, i ett Word-dokument per tema. I detta första steg framträdde 16 övergripande teman/områden, varav ett innehåll sådant som inte direkt gick att hänföra till någon av de 15 andra. Inom varje övergripande område sorterades därefter det som var relevant, och uttalande som kunde hänföras till flera teman placerades i ett av dem. På så sätt framträdde sju områden. Därefter gick intervjuerna igenom igen, och de viktigaste temana i varje intervju punktades upp. Dessa sammanfattningar, som var helt avidentifierade, lästes igenom av en oberoende person som fick ge sina sponta kommentarer om innehållet i desamma. Dessa spontana kommentarer låg nära de teman som redan var identifierade, varför analysen fortsatte i linje med tidigare kategorisering. I ett sista analyssteg sorterades resultaten i de övergripande kategorier enligt resultatredovisningen som den ser ut nu, med de underområden som framträtt.

Det har varit angeläget att söka få så stor täckning som möjligt av de områden som tagits upp, utan att göra resultatredovisningen oöverskådlig. Detta förfarande beror på det övergripande syftet att kunna använda resultaten som utgångspunkt för framtida forskning via en kartläggning av utfallsrummet. Resultaten ska inte ses som en jämförelse mellan grupper men när tydliga skillnader har framträtt så redovisas dessa.

## 5.5 Genomförande

Deltagande chefer kontaktades först per brev med förfrågan om de ville delta i intervjustudien (bil. 1), därefter per telefon. Under april-maj 2011 kontaktades först fem chefer varav fyra tackade ja till att medverka vid en intervju. I augusti tillfrågades ytterligare fyra chefer, varav två tackade ja till att delta. Två av de kontaktade gick inte att komma i kontakt med trots upprepade försök. Under september och oktober kontaktades ytterligare tre chefer, där en avböjde deltagande, en tackade ja. Den tredje ville tänka men hördes inte av igen.

Med de sju chefer som tackade ja till att delta i intervjuerna överenskomms om en tid för intervju på dennes arbetsplats. Intervjuerna spelades in. De varade mellan 42 och 74 minuter, och såväl genomsnittstiden som mediantiden var 59 minuter. Intervjuaren antecknade under intervjuerna.

## 6 Forskningsetiska frågeställningar

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) innehåller frågor runt etik och syftar till att inte enskilda människor ska komma till skada i forskning. Lagen omfattar inte studentarbeten på avancerad högskolnivå. Respekt för individen, kunskapens värde, information och samtycke är viktiga principer i lagen och i föreliggande studie har dessa områden tagits i beaktande. Inga stora etiska risker har identifierats. Intervjuernas innehåll har inte ansetts vara av den karaktär att de har kunnat väcka svårhanterliga frågor hos de intervjuade, samt att de intervjuade har en utbildningsnivå som gör att de kan antas förstå innebörden av sitt deltagande. Den svåraste etiska frågan har varit att möjliggöra anonymitet. Kvale (2009) menar att de intervjuades möjlighet att förbli anonyma tillsammans med informerat samtycke är grundläggande för att bland annat skapa en situation där förtroende och öppenhet kan uppstå. Deltagarna i denna intervjustudie har i brev (bil. 1) informerats om ramarna för sitt deltagande och syftet med studien. I början av respektive intervju har syftet åter beskrivits, liksom att de intervjuade i slutet av intervjun fått utrymme att fråga eller kommentera fritt runt intervjuerna. Med några av de intervjuade har frågan om anonymitet diskuterats såväl under intervjuerna samt under arbetets gång, för att säkerställa anonymitet.

## 7 Resultat

Resultaten presenteras utifrån de två frågeställningarna. Frågeställningen ”Hur beskriver cheferna psykoterapi som behandlingsform och vilka attityder har de till psykoterapi” presenteras under rubrikerna ”Beskrivning av psykoterapi” samt ”Attityder till psykoterapi”. Under rubriken ”Psykoterapins villkor” presenteras chefernas svar kopplat till frågeställningen ”Hur upplever cheferna psykoterapins villkor, exempelvis beträffande gränsdragningar och evidensbaserad vård, och vilka attityder har man”.

Under intervjuerna framträdde en tydlig skillnad mellan cheferna, vad gäller kunskap om psykoterapi. Två av de tre cheferna på vårdcentral hade varken utbildning eller erfarenhet av psykoterapi eller annan samtalsbehandling, och i resultatredovisningen omnämns de som ”cheferna med mindre kunskap om psykoterapi”. De andra fem cheferna framstod i intervjuerna som mer kunniga om frågor runt psykoterapi. Fyra av de fem hade minst grundläggande psykoterapiutbildning, den femte hade tjugofem års erfarenhet av att arbeta inom psykiatrin, med flera vidareutbildningar inom området. I resultatredovisningen

kallas de ”cheferna med mer kunskap om psykoterapi”. Det finns inget syfte att i uppsatsen jämföra olika grupper med varandra, vilket innebär att resultaten inte alltid presenteras utifrån den skillnad som framträtt utan bara då det tett sig relevant. Resultaten presenteras ibland också utifrån vilken verksamhet man arbetade, om det var på en vårdcentral eller inom specialistpsykiatri. Många av svaren i resultaten är baserade på intervjuerna med cheferna med mer kunskap om psykoterapi, utifrån att deras svar ofta innehöll mer utarbetade svar och synpunkter.

## 7.1 Beskrivning av psykoterapi

På en öppen fråga om vad psykoterapi är gjorde de flesta chefer först en grundläggande beskrivning. Det är en behandlingsform, där olika skolor och metoder används för att via ett psykoterapeutiskt samtal förändra en problematik eller ett symptom. Man beskrev ett behov hos patienten att få hjälp med att sortera och reflektera. Alla chefer tog på ett eller annat sätt upp att det finns olika skolor, metoder eller ”mode” inom psykoterapin, liksom att samtalen kan se olika ut i innehåll, kvalitet och tidsram. Att psykoterapi tidigare varit nästan synonymt med psykodynamisk terapi togs upp, liksom att det har förändrats och cheferna själva liksom samhället idag har en bredare syn på psykoterapi.

Cheferna med mindre kunskap om psykoterapi gjorde en mer vag och allmänt hållen beskrivning. *”Ett samtal där man benar upp den sjukas liv eller problem. Försöker komma till botten och lyfta upp igen”.*

En av cheferna med mer kunskap om psykoterapi beskrev psykoterapi: *”Det är ju ändå en möjlighet att resa i sig själv, att förstå sig och utifrån den kunskapen få nya verktyg, redskap, eller förbättrad... att klara sig framåt... möjlighet att också bemästra sin tillvaro. Hitta sina styrkor, hitta sina svårigheter, sina ömtaligheter. Är man mer bekant med sig själv tror jag också att man är lite bättre rustad, man kan skydda sig bättre”.* Cheferna med mer kunskap om psykoterapi utvecklade sina svar på olika sätt. Det kan handla om att bearbeta trauman, att öka insikten, att hitta sätt att bemästra och hantera svårigheter. I en psykoterapi finns en nära dialog mellan patient och psykoterapeut runt syftet med behandlingen, beskrev cheferna med mer kunskap om psykoterapi. *”Alltså, som jag tycker, så när man har en regelrätt psykoterapi, då har man en målsättning och en plan, utifrån en process också. Man vill något. Och någon form av förändringsprocess som man faktiskt kanske har pratat om. Man gör kontrakt, har avstämningar”.*

### 7.1.1 Olika typer av samtal

Cheferna med mer kunskap om psykoterapi beskrev att det finns olika typer av samtal, vid sidan av de psykoterapeutiska. Stödsamtal, krissamtal och psykologisk behandling var tre former som nämns. Gränserna mellan dessa är sällan tydliga, menade man, och blandformer är vanliga.



Det breda registret av psykoterapeutiska metoder beskrevs av cheferna med mer kunskap om psykoterapi. *"Det är en diskussion i sig vad en renodlad terapi är"*. Alla terapeutiska metoder har som grund att minska lidandet men man tänker olika om hur man tar sig dit. De flesta cheferna gjorde en första uppdelning mellan olika former av psykodynamiska inriktningar och KBT-inriktningar. Några fördjupade sina beskrivningar av vad de olika metoderna innebär. Familjeterapi nämndes av flera som en viktig terapiform. Andra samtalsmetoder som nämndes var gestaltterapi, psykosyntes, existentiell terapi, motiverande samtal, EMDR, samt att använda bilder.

Metoder där man inom psykiatrin arbetar med samverkan och med patienten i sitt sammanhang togs upp som viktiga av cheferna inom psykiatrin. *"Ge dem ett redskap gemensamt tillsammans. Här [integrerad psykiatri], när det gäller en svårt psykiskt sjuk person, så vet vi ju att det är make, maka, barn som är experter på den sjukas sjukdom. Som vet och ser"*. Andra arbetssätt inom psykiatrin som nämndes, förutom de medicinska och de mer psykoterapeutiska, var psykopedagogiska insatser, integrerad psykiatri samt teamsykiatri.

## 7.2 Attityder till psykoterapi

Beskrivningarna var oftast positivt färgade. Man beskrev hur terapi gör människor bättre rustade i livet, genom ökad förståelse för sig själv och ökad förmåga att både skydda sig och att göra val. *"Det är ju en fantastisk resa för varje människa, att få vara med om detta, att ha en psykoterapi att få ägna sig åt sig själv, att lära sig allt det om sig själv som vi pratade om förut, att kunna lära sig att navigera i trängda lägen, svåra lägen"*. Och glädjen när en människa har gått i psykoterapi och upptäckt vad det kan innebära, att det inte är något skumt möte med någon som sitter och hummar, togs upp.

### 7.2.1 Viktiga faktorer

Kvaliteten var något som de flesta av cheferna betonade som en viktig fråga. Man nämnde den skillnad som finns, beroende på vilken psykoterapiform personen har utbildning i och beroende på personens grundkompetens, och att det leder till olika kompetenser. *"Det beror ju väldigt mycket på vilken dörr jag öppnar, vad jag får för psykoterapi, även om jag får psykoterapi på båda ställena"*.

Främst var det kvalitetsskillnad mellan samtalsbehandling som ges av behandlare med utbildning i psykoterapi kontra den som har en kortare utbildning i samtalsmetoder som nämndes. Utbildning och erfarenhet i form av övningsterapier och egenterapi ger en kompetens som skiljer psykoterapeutens arbete från andras. Områden som nämndes beträffande kvalitetsskillnad var att en psykoterapeut startar sitt arbete i en bedömning och själv har kunskap att bedöma patientens behov av behandling. Den som har en skolning kan bättre avgöra *"vad som är det normala i det onormala"*, sade en av cheferna med mindre kunskap om psykoterapi. Den psykoterapeutiska behandlingen utvärderas utifrån syfte och

kontrakt, betonade flera av cheferna med mer kunskap om psykoterapi. Man menade att många gånger erbjuds kortare utbildningar i samtalsmetoder, som inte ger tillräcklig kompetens. *”Väldigt många vårdcentraler har ju anställda som endera är sjuksköterskor eller socionomer som har 7,5 p. Och i min värld, så är det inte några psykoterapeuter, de kan inte bedriva psykoterapi. Jag vet inte hur det är skrivet någonstans men för mig är det helt omöjligt”*.

En av de viktiga kvalitetsskillnaderna gentemot andra som bedriver samtal är att en terapeut, såväl vid behandling som vid dokumentation, refererar till en teori, menade flera av cheferna med mer kunskap om psykoterapi. Teorin ger också en kunskap som är till nytta i arbetet även när man inte bedriver en psykoterapi, menade några. I svaren som handlar om kompetens och vad som säkerställer denna kan en viss oklarhet skönjas. Några svarade att det är psykoterapi om samtalet leds av en psykoterapeut. Andra hade en bredare definition, och svarade att även samtal som leds av en person som inte är psykoterapeut kan ha terapeutisk verkan, speciellt om personen i fråga har lång erfarenhet och utbildning inom områden som psykologi och psykoterapi men inte har en legitimation som psykoterapeut. De chefer som hade en bred definition betonade ändå kvaliteten och skillnaden beroende på utbildningsnivå: *”Och det tycker jag är en jätteviktig samhällsfråga, att faktiskt kvalitets säkra begreppet psykoterapi, och psykoterapeutisk behandling, och samtal, terapiinriktade samtal”*.

Relationens betydelse var också något som många av cheferna med mer kunskap om psykoterapi tog upp. Psykoterapeuten ska vara någon som ser patienten, lyssnar på den, tar den på allvar och kan ge hjälp att tänka annorlunda, i ett professionellt möte. Mötet ska vara genuint, då spelar inte metoden så stor roll menade flera av cheferna. *”Känner man inte förståelse, respekt och ödmjukhet från den man pratar med, då kan den vara hur djävla duktig som helst, det går åt behvete. Så alliansen är utropstecken, utropstecken”*. Vikten av att ha respekt för patienten och dess behov av hjälp togs upp av flera chefer. Det är patienten som äger problemet och måste få bestämma över sig själv. Man menade att det bör ske i dialog, eftersom man också såg en risk att patienten inte alltid kan veta vad den behöver. Om patienten kommer med föreställningar om enkla lösningar så finns risken att den känner sig misslyckad, sade några av cheferna med mer kunskap om psykoterapi. Flertalet av cheferna poängterade att psykoterapi inte fungerar lika bra för alla.

### **7.3 Psykoterapins villkor**

Under intervjuerna beskrev cheferna faktorer de som enligt dem påverkar psykoterapins villkor, och därmed hur de upplever den plats psykoterapin har idag. Nedanstående figur illustrerar de faktorer som framträtt som viktiga.

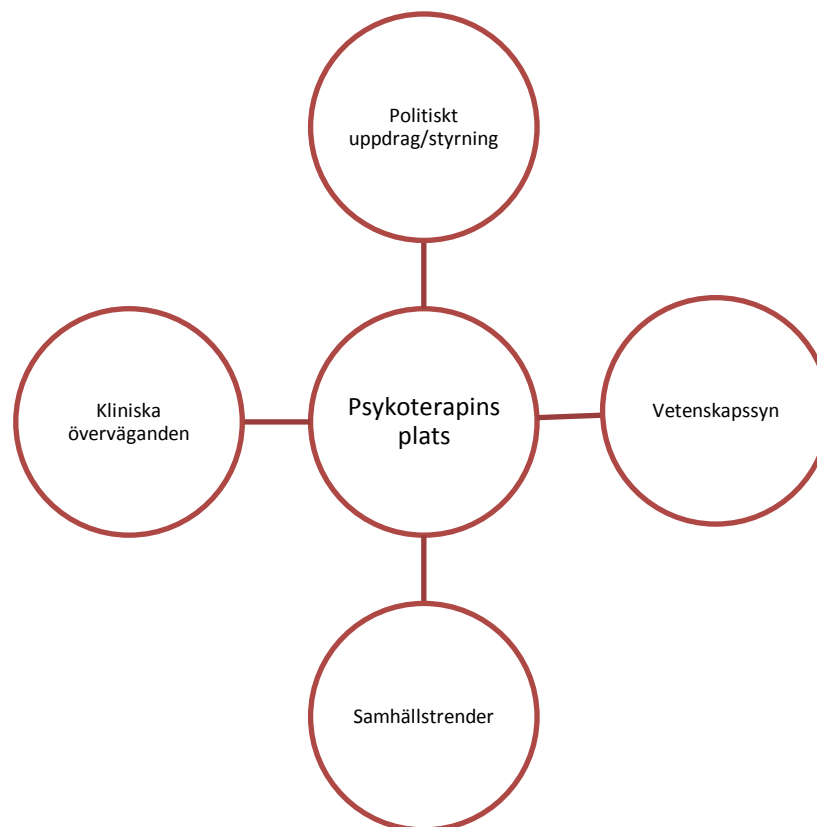


Fig 1. Faktorer som påverkar psykoterapins plats

### 7.3.1 Politiskt uppdrag/styrning

Sjukvården har som yttersta syfte att minska lidandet, konstaterade flera chefer. Att vägen dit påverkas av vilka villkor man arbetar inom tog alla upp på ett eller annat sätt. Cheferna inom psykiatri betonade att de styrs av olika riktlinjer, av vårdprogram och av uppdrag som beställs av politiker. Cheferna inom primärvården hänvisade oftare till villkor som har samband med ekonomisk ersättning och det fria vårdvalet. Alla chefer beskrev någon form av frustration i relation till den yttre ramen. Man var olika väl insatt i de olika yttre ramarna som har med psykoterapi att göra, där cheferna med mindre kunskap om psykoterapi hade mindre kunskap också om detta.

Cheferna med mer kunskap om psykoterapi kunde berätta om olika riktlinjer som styrde deras arbete, inklusive psykoterapins område. De riktlinjer man nämnde var dels nationella riktlinjer från Socialstyrelsen; vård vid depression och ångestsyndrom; för missbruks- och beroendevård; samt för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Även lokala vårdprogram nämndes: ”de riktlinjerna omformulerar ju vi till ett vårdprogram, där de presenteras i mer omtuggad form”. Några chefer beskrev allmänt dokument från vissa organisationer eller myndigheter, som riktlinjer från SKL, styrdokument från Socialstyrelsen eller

rapporter från SBU. Andra styrande faktorer som nämndes var också de beställningar av sjukvård, som görs av politiker i landstingets nämnder.

En psykiatrichef upplevde en ökning mot att vården styrs tydligare idag än tidigare och såg både för- och nackdelar med att behandlarna inte kan göra vad de vill idag: *”Men på det sättet så styr vi ju, tycker jag, mycket tydligare idag. Och det går väldigt mycket mot det, att det blir väldigt standardiserat eller vad jag ska säga. Och det kan jag, som jag sa, tycka är något kvalitetssäkrande, samtidigt som jag kan tycka att det är väldigt begränsande. Just utifrån patienter med samsjuklighet, du får sitta med ett gäng vårdprogram framför dig. Varje person man träffar är ju en individ. Som är svårt ibland att pressa in i ett vårdprogram, kanske?”*

### 7.3.1.1 Förändringar

Man beskrev att det skett stora förändringar i den yttre styrningen senaste årtiondena. Främst togs nya gränsdragningar, hur sjukvården beställs samt resurs- och ansvarsomfördelning upp. En budget som idag utgår från ett köp- och säljsystem gör att budgeten ser annorlunda ut mot när man fick en klumpsumma plus att man upplever besparingar. Chefer inom psykiatri menade att när resurserna blir allt mer begränsade så förändras behandlingsutbudet *”Utifrån ekonomiska aspekter och andra saker. Det här uppdrivna tempot, och pinnhysterin och allting som finns, gör att utrymmet blir mindre för det /psykoterapi/ ändå. Det är mer andra typer av insatser, mer av punktinsatser eller vad jag ska säga . Det vet jag inte riktigt om det är sant men. Jag kan ju tycka att det är lite mer fragmenterat eller vad jag ska säga”*. Primärvården ska ta över allt fler patienter med lättare och medelsvår psykisk ohälsa men flera chefer, både inom primärvård och psykiatri menade att primärvården inte har tillräckliga resurser för det. Kommunernas ökade ansvar för många av de patienter som tidigare psykiatrin hade ansvar för i och med de s.k. ädel- och psykiatrireform togs upp. Åsikterna om hur väl detta fungerade gick isär.

### 7.3.1.2 Konfliktsituation

Flera chefer beskrev en konfliktsituation mellan sjukvård och de politiker som beslutar om hälso- och sjukvården. Idag är beställningarna av vården detaljstyrda och flera chefer upplevde att det finns ett minskat förtroende från politiker gentemot de som utför vården. *Du, det är något med tilliten här! Mellan beställare och utförare./.../ När man då beställer ”gör utifrån den teorin”, i stället för att ”jag anställer dig för att jag tror att du gör ett bra jobb, du har en bra utbildning. Och om du gör den lösningen med den patienten och den lösningen med den patienten, det har jag ingen synpunkt på”*.

Samtidigt uttryckte flera av cheferna lågt förtroende för politiker och tjänstemän. En vårdcentralschef upplevde att vården har verksamhetsidéer samt en värdegrund som man ska hålla sig till men de går aldrig att uppfylla eftersom allt inom sjukvården styrs av pengar: *”För i och med att sjukvården styrs av politiker och de har ingen sjukvårdsutbildning, de har ju ingen medicinsk kunskap överhuvudtaget och då blir det en konfliktsituation”*. En psykiatrichef var inne på samma linje: *”För Hälso- och sjukvårdsnämnden består av politiker och de är oftast fritidspolitiker och de sitter i händerna på tjänstemän, som inte kan ett dugg om psykiatri.”* Samma chef tog också upp att den

ekonomiska styrningen sliter hårt på personalen, många känner sig otillräckliga när de inte kan ta hand om patienter bättre och inte hinner göra det de vill. Att vården styrs av ekonomiska hänsyn var en vanlig uppfattning ”För det funkar ju nämligen så att idag är ju psykiatrin intäktsbaserad. Glöm det att ”du har en klumpsomma, ni gör vad ni själva vill, vi tror att ni gör ett bra jobb”. Det var för 20 år sedan. De som tror det behöver nog läsa på lite. De köper tjänster av oss, och det är värt en viss prislapp. Chefen ifråga önskade att verksamheten inte skulle styras av köp- och sälj utan av behovsstyrning utifrån ett folkhälsoperspektiv.

### 7.3.1.3 Möjlighet att påverka

Cheferna inom psykiatrin beskrev hur de försöker att hitta vägar att leda sin verksamhet på det sätt de själva önskar, trots att det inte speglar de intentioner som de uppfattar i beställningar och riktlinjer. ”Och vi har mycket diskussioner kring inriktning på kliniken, kring terapin, och vad vi ska satsa på och hur vi ska klara beställningarna men samtidigt ändå tänka lite, lite längre än vad tjänsteännen tänker, då. Ha lite mer långsiktigt tankesätt. Det är inte lätt, den slalomen kan jag säga”. Cheferna inom psykiatrin beskrev en kluven bild av sin möjlighet att påverka behandlingsutbud. Någon pekade på dubbelheten som svar på en fråga om sin möjlighet att påverka vilken behandling de svårast sjuka erbjuds: ”Det är klart att jag kan! Jag är ju verksamhetschef så om jag sa att jag inte kunde påverka så skulle ju min chef säga att jag har missuppfattat mitt uppdrag. Så på ett sätt så har jag ju rätt så stor frihet. Men man är ju ändå någon mellanchefer vilket innebär att man har väldigt mycket begränsningar, för det kommer ju väldigt mycket riktlinjer som styr, och så har man en budget, så att det är inte liksom, svängrummet är inte så fasligt stort”.

Vårdcentralscheferna menade att de hade svårt att påverka frågor runt psykoterapi, om de t.ex. skulle vilja anställa fler behandlare eller personal utan KBT-utbildning. De hänvisade till yttre styrning både i form av ersättning kopplade till KBT-behandling och till en budget styrd av antalet listade patienter.

### 7.3.1.4 Samhällets intentioner

Bilderna av hur man uppfattade samhällets intentioner beträffande psykoterapi och behandling av psykiatrisk problematik varierade. Någon såg att den psykiska ohälsan uppmärksammas allt mer och såg också en intention att satsa på behandling för denna, riktad mot kommuner och primärvård ”Och jag tror att det är rätt, bygg ut den sociala kompetensen i primärvården”. Även de riktade pengarna i rehabiliteringsgarantin togs upp som en tydlig satsning. Några chefer såg inte att samhället var intresserat av att satsa pengar på psykoterapi. Man kan ha intentioner men vill inte ge resurser sade någon. En vårdcentralschef beskriver sin upplevelse av när psykoterapi uppmärksammas av ledningen: ”Så när det blir extrapengar, när staten villkorar, annars finns det inget sådant kvalitetstänk”.

## 7.3.2 Vetenskapssyn

Att sjukvården är biologisk och naturvetenskaplig menade flera av cheferna och det är ett perspektiv som inte alltid går ihop med chefernas syn. ”sjukvården är så

*specialiserad, så biologisk, somatisk och naturvetenskaplig och här kommer vi in och pratar om saker som hermeneutik och, alltså helt andra vetenskapliga grundbegrepp". Samma chef uttryckte också en önskan om ett kritiskt tänkande: "Men det är klart, det är det här, det som går att forskas på det vet man tycker man... Du vet, då kommer den där gamla historien att det är lättare att leta efter en peng som man har tappat under en gathykta än i mörkret bredvid. Och då ser man bara det".*

De flesta cheferna inom psykiatrin menade att diskussionen om EBM påverkar deras verksamhet mycket. De beställningar med inriktning på KBT som görs, och de pengar som läggs på utbildning i KBT, är påverkade av att det finns mycket forskning som visat på goda resultat med KBT-behandlingar. Man uttryckte skepsis till hur evidensbegreppet tolkas idag, och att det innebär en förenkling. "Och man glömmer bort att evidensbasera inte bara är ett positivistiskt undersökande med kontrollgrupper och annat utan det är den samlade erfarenheten och kunskapen om en metod". Några tog också upp att det finns forskning som menar att mötet är överordnat metoden. Att premiera sjukvården för antalet genomförda KBT-behandlingar går inte i linje med dessa forskningsresultat utan handlar mer om en tro på en metod, menade man. Som ett exempel på hur evidens styr beskrevs Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression. Dessa är inte styrande i sig. Men, sade en psykiatrichef, "...de blir ju styrande när HSN hoppar på tåget och sätter en prislapp på det". En annan chef uttryckte att riktlinjerna gjorde saker onödigt enkelt, "in the name of evidens" och att evidensbegreppet används på olika sätt i olika syften: "Ja, egentligen så säger de att jag ska säga upp allibop, som inte är KBT-utbildade. För den, den metoden, är värdelös. /.../ Man får ju läsa saker och ting med lite kritiska ögon. Så mycket bra behandlingar, som har blivit av andra också. Om jag säger så då".

### 7.3.3 Samhällstrender

Flera chefer tog upp att man upplever att samhället idag har ett högt tempo och en önskan om snabba lösningar. I samband med det används ord som "upptrivet tempo", "pinnhysteri", "fartblind", "X2000", "sambällsplåga". Quick fix är ett ord som användes av flera av cheferna. Människorna idag ska vara effektiva och prestera, sade några. En psykiatrichef beskrev hur det påverkar den egna verksamheten: "allt ska vara transparent, man ska se hela tiden och det slimmas hela tiden, så som förutsätter att alla som jobbar är på topp hela tiden, mår bra, inte är sjuka, inte kommer till arbetet och mår lite si och så, och så där. Det kräver ju väldigt mycket. Konsekvenserna blir ju att det blir väldigt sårbart". En annan chef inom psykiatri sade: "Nu kommer vi in på svåra saker här igen, som har med hela vår kultur att göra. Hela vårt fortspringande, hela vårt sökande efter det perfekta, det lite vilsna, var landar man, var finns tryggheten". Samma chef såg också ett lyckoideal och en allt för stor tendens att lita på expertis: "Men allt kräver inte det. Det kräver kanske en famn, två öron, att man blir sedd." Kopplat till detta fanns en önskan om ett existentiellt perspektiv. Villkoren för människan, behovet av nära och djupa relationer, att skapa utrymme för sorg och glädje nämndes. Relaterat till det tyckte några chefer att en utveckling där samtalet professionaliseras är oroande, någon såg en risk för att det goda samtalet och mötet bortrationaliseras. Alla samtal behöver inte vara psykoterapeutiska, utan

människors behov av att dela med sig och höra till är stort och behöver få andra utrymmen också.

Flera av cheferna upplevde att det går mode i psykoterapeutiska metoder. När samhället förändras fort och är trendkänsligt påverkar det psykoterapin. Man beskrev en önskan både hos patienter och politiker att hitta enkla lösningar, som inte alltid är realistisk. Om patienternas hopp sade en chef: *”Någon sorts räddningsfantasier, man tänker att får jag bara det här så kommer mitt liv att ordna sig”*. Där menade flera av cheferna med mer kunskap om psykoterapi att bilden av att det skulle finnas Quick fix är förenklad och någon uttryckte en oro för att det finns en övertro på att det existerar en enkel bot. Cheferna trodde att det finns enkla metoder men att de kan användas för människor med mildare form av psykisk ohälsa.

Flera av cheferna inom psykiatrin beskrev en dubbel bild av utvecklingen inom psykiatrisk behandling och psykoterapi. Man beskrev en ökande betoning på effektivitet, korta behandlingar samt att mäta behandlingar/”pinnar”, vilket man oroades över. Samtidigt såg man att utvecklingen också går åt ett annat håll med betoningen på respekt för patienternas och deras familjer, liksom en strävan att hitta metoder för samverkan. En psykiatrichef såg två parallella riktningar: *”Det är två riktningar kan jag tycka. Det här /integrerad psykiatri/ som då talar om helheten och en hel människa, om en fin vardag och samverkan med kommunen och alltibop. Och det andra handlar om den medicinska forskningsspjutspetsen /.../ där forskning och utbildning och utveckling är en väldigt viktig del för att utveckla sjukvården”*.

Det finns risk för att möjligheterna till fördjupning minskar i en tid där allt ska vara effektivt, sade någon. Prestationskraven på personalen får inte vara orimliga. *”Jag menar, blir man intresserad av något så måste man få en möjlighet att fördjupa sig, man måste få tid för reflektion, det är en förutsättning för att jag ska göra ett bra arbete som kliniker. Men det blir mindre och mindre av det. Med större krav på det vi kallar produktivitet och...”*

### **7.3.4 Kliniska överväganden**

#### **7.3.4.1 Gränsdragning**

Flera av cheferna uttryckte att de flesta människor skulle må väl av psykoterapi men någon form av gränsdragning behövs, såväl vad som är rimligt att sjukvården bör erbjuda, som vart i sjukvården psykoterapin ska ges. Det var främst cheferna inom psykiatrin som tog upp frågor om gränsdragning beträffande vem som ska få psykoterapi. De pekade på tre avgörande områden. Först måste man lyssna till patienten och vad hon vill. Dessutom behöver en professionell behandlare bedöma patientens förmåga att arbeta i en psykoterapi, vilket påverkas av jaggfunktion med förmågor som att reflektera och att passa tider, motivation och realistiska förväntningar, samt att patienten behöver ha en hyfsat stabil vardag. Slutligen måste man vara försiktig med att se psykoterapi som en lösning för alla. En psykiatrichef sade att alla i samhället inte är lika starka och att människors behov inte alltid går att uppfylla, vilket vi måste stå ut med. *”Psykoterapi är inte enda*

*vägen till himmelriket, alls inte. /.../ Det vet ju både människor och djur sedan alla tider, titta på elefanterna bara, de svaga blir ombändertagna av de starkare, de små av de äldre. Annars är det ju inget sambälle. Så därför tror jag ju inte på att med lite terapi blir alla jättebra. Vi måste också vara rädda om de som har svåra funktionsbinder och de kanske vi inte ska slita ihjäl för att uppnå... Utan inrikta sig på en god livskvalitet. Det tycker jag verkar vara mest etiskt”.*

Flera beskrev att patienter som har svårast problematik får minst tillgång till psykoterapi. En psykiatrichef menade till exempel att vissa patienter har svårt att hävda sina behov, kräver stora resurser och inte alltid prioriteras resursmässigt: ”*Det är klart att det känns jätteangeläget att vi i vården på något sätt ändå försöker kämpa för de som har största behoven. Det låter ju så självklart men det är inte alltid så jättegivet i vardagen.*” Cheferna skiljde sig åt beträffande vad man tänkte om att de med svårast problematik får mindre tillgång till psykoterapi. Några menade att dessa patienter inte har de förutsättningar som behövs och är mer hjälpta av andra former av behandling som Integrerad psykiatri eller psykopedagogiska insatser. Vissa grupper som idag får långa psykoterapier, t.ex. patienter med personlighetsstörning, kanske skulle vara mer hjälpta av annat, funderade en psykiatrichef. Andra framhöll att de med tyngre problematik är patientgrupper som är svåra att arbeta med och att ju mer utbildning en medarbetare inom psykiatri får, desto mer kan de välja att arbeta med de grupper de själva vill och väljer då bort de svåra patienterna. Några chefer menade att det vore angeläget att erbjuda terapi också till människor med svårare psykiska problem. Det är också patienterna som har svårast problematik som riskerar att hamna mellan stolarna i vårdens gränsdragning, menade ett par chefer: ”*Annars så är det ju en del patienter som hamnar mellan stolar, faktiskt. (Vilka är det?) Det är de tyngsta, de med svårast problematik*”.

Även beträffande syn på psykoterapi vad gäller människor som mår relativt väl skiljde sig cheferna åt. Privat psykoterapi behövs för de som inte är sjuka, alla som söker sig till terapi ska inte självklart ha det inom sjukvården var en åsikt som uttrycktes. En psykiatrichef tog upp svårigheten med gränsdragning för psykoterapi som ska finansieras av skattemedel: ”*Många av oss är ju rätt intresserade av vilka vi är för några och vad som har förorsakat att vi har blivit de vi är. Det kanske är att ta i, men jag tänker att det blir mer av ett ekonomiskt intresse som inte ska skattefinansieras*”. Samtidigt hade flera av cheferna åsikten att sjukvården genom sitt preventiva uppdrag skulle kunna förhindra att psykisk ohälsa utvecklades om möjligheten till psykoterapi var större också innan psykisk ohälsa utvecklades. Man önskade att någon verksamhet tydligare hade det preventiva uppdraget, och resurserna kopplade till det.

#### **7.3.4.2 Mångfald av behandlingsmetoder**

Psykiatricheferna berättade alla att de själva är angelägna att erbjuda sina patienter många behandlingsmetoder. Detta görs i en blandning av dialog med de som beställer vården men också genom att faktiskt erbjuda behandling som inte



genererar pengar för att man tror att patienterna behöver det. ”Vi har ju, smyg och smyg, vi har ju fortsatt med psykodynamisk terapi trots att vi får de här beställningarna på KBT då/ ...”/ På något sätt är det viktigare att ha ett brett utbud än ett smalare utbud”.

En fråga om vilka metoder man har på den egna mottagningen besvarades av en psykiatrichef: ”Jag tror inte att jag kan svara på den frågan. För att det är ju liksom en bukett som blommar, vi har ju väldigt många utbildningar. Några ligger i vila, några plockas fram och används. De här vanliga, de har vi ju: System, psykoanalytisk, dynamisk, KBT /.../ Existentiell”. En mångfald efterfrågades: ”Då kan man ju använda den teoribildning som finns men man kanske måste anpassa den till tillstånden. I min vision då är det så att då har vi en bred psykiatri, psykodynamisk, kognitiv, alla dessa kompetenser tillgängliga. Det har ju att göra med min ålder och vad jag varit i”. Viktigare än metod är att man anställer kloka, välintegrerade psykoterapeuter menade några av cheferna ”Inte inrikta sig på att det ska vara den sorten eller den sorten, utan kloka, välutbildade erfarna terapeuter som i mötet med patienten plockar det som är hjälpsamt just för dem.

### 7.3.4.3 Synen på patienter

Respekten för patienten ökar idag, och man kan mer inrikta sig på att öka patientens livskvalitet och inte låta dem vara långa perioder inom psykiatrin, vilket tidigare riskerade att leda till att patienterna fick en identitet som psykiatripatient. ”Vi inom psykiatrin har liksom tänkt att de /patienterna/ ska bli friska hela tiden, de ska inte lämna oss förrän de är friska. Vad nu det är /.../ Så där kan jag mer ha en tilltro till folk, att de kan leva ett liv med en viss form av funktionsnedsättning, att det kan vara ett ganska gott liv det också”.

### 7.3.5 Psykoterapins plats

Cheferna i studien var eniga om att psykoterapin har en given plats inom sjukvården. Psykoterapins utrymme ökar, speciellt inom primärvården, menade flera chefer. De flesta chefer såg det som en positiv utveckling men några oroades av att resurserna och kompetensen inte byggs upp i tillräckligt hög grad. En psykiatrichef: ”... det är betydligt sämre med psykoterapi än man vill göra gällande från myndighets håll. För det har ju gått ut propåer att /primärvården/ också ska kunna erbjuda detta. Så har man anställt en massa kuratorer, så har man gett dem en quick fix light KBT, 7,5 p, som ju blir ... så undrar man, hur snabbt kan man bli terapeut. Eller vad krävs det hos oss själva, för att man ska kunna stå för att det faktiskt är en terapi man bedriver”. Det tar tid att bygga upp kompetens men en ambition mot ökad kompetens upplevde samma chef. En annan chef inom psykiatrin beskrev en annan utveckling: ”Primärvården, har vi haft en fantastisk primärvård, som har byggts upp under många år. Där vi har haft legitimerade terapeuter på varje vårdcentral. Nästan. Men behandlingsutbudet har funnits. Skitviktiga. Behandlar mycket. Identifierar mycket och vidareremitterar till oss. De svåra ärendena som kanske inte alltid syns på ytan”. Chefen såg att utrymmet nu minskar: ”Fria vårdvalet gör ju kravet för att få starta en vårdcentral är betydligt lägre än vad vi är vana vid. Där det inte finns med någon automatik att det ska finnas en psykoterapeut på vårdcentralen /.../ Så hos oss så sjunker ju kompetensen och tillgängligheten”.

Utrymmet för psykoterapi inom psykiatrin minskar, menade flera chefer inom psykiatrin. Med hög patienttillströmning och krav på korta väntetider blir psykoterapi kostnadskrävande. Det här gäller främst längre terapier. Antalet personer som erbjuds terapi ökar snarare, menade några, liksom antalet personal som erbjuder psykoterapeutisk behandling. Tillgången till psykoterapi har ökat; fler personer får tillgång till psykoterapeutisk behandling inom offentligt finansierad sjukvård, främst beroende på de satsningar på KBT-utbildningar som gjorts och på utbyggnaden av primärvården. Patienter med enklare problematik och människor som fungerar relativt väl är fortfarande de som får mest tillgång till psykoterapi, sade några. *”Men sedan kan det vara vissa grupper som får mera, som är mer lättillgängliga, som är mer lättbehandlade, som ger oss mer kredit eller vad jag ska säga”*.

I ett större perspektiv erbjuder sjukvården för lite psykoterapi, menade de flesta. Man betonade olika grupper som skulle behöva mer, allt från tidiga förebyggande insatser med barn, unga och deras familjer, till mer möjligheter till psykoterapi också för människor med svåra psykiska problem. Två områden där man upplevde att det finns för lite tillgång till psykoterapeutisk behandling, förutom i psykiatri och primärvård, togs upp. Flera av cheferna tog upp att det finns för lite resurser inom de verksamheter som arbetar med barn och familjer, liksom i skolan. Flera upplevde att unga mår dåligt idag. Genom att fånga upp unga med svårigheter tidigare skulle behovet av specialistpsykiatrisk vård minska. *”Jag skulle vilja att vi hindrade ett djupare lidande tidigare. Jag tycker att vi har en grupp unga vuxna som, ja som inte kommer in, som inte har någon tilltro till sig själva och till sambället. När man förlägger det i sig själv. Så blir man tom, och så mår man inte bra, och så blir det någon form av sjukdom”*.

### 7.3.5.1 Psykoterapiskolornas plats

Även platsen för de olika psykoterapiskolorna förändras och detta är ibland konfliktfyllt. Alla chefer kommenterade KBT:s ökning och var väl medvetna om att KBT är den terapiform som ofta rekommenderas ur ett samhällsperspektiv. Cheferna skiljde sig åt i sin kunskap om bakgrunden till detta. De två cheferna med mindre kunskap om psykoterapi hade inte kännedom om orsaken till detta utan deras kunskap byggde på att pengar i budgeten kopplas till tillgång till KBT-behandling från de som beställer vården. *”Det enda som vi hör nu, det är ju det här KBT. Sen, riktigt vad det innebär, KBT, det vet jag inte riktigt. Men det är ju väldigt populärt KBT, man hör ju det ofta nu”*. Den andra chefen med mindre kunskap om psykoterapi uttryckte tveksamhet till betoningen på KBT men orkade inte engagera sig, *”man kan inte stängas mot dem. Har de beslutat det så får man bara gilla läget”* och menade då de som uppställt kraven i det aktuella landstinget.

Cheferna med mer erfarenhet av psykoterapi hade alla såväl kunskap samt åsikter om KBT:s starka ställning. Den ökande tillgången på KBT beskrevs som en positiv förändring. Den psykodynamiska skolan var lite väl kaxig, sade en chef, och tog sin plats allt för given. KBT har bidragit till att göra psykoterapi mer tillgänglig och gör terapi mindre exklusivt, sade någon. KBT kan hjälpa människor

speciellt med enklare svårigheter och ge verktyg att bemästra sin tillvaro, sade flera. Man var angelägen att betona att man inte ville tala negativt om KBT men uttryckte alla mer eller mindre tydligt en tveksamhet till den starka betoningen på KBT. De flesta uttryckte detta i ordalag som att det finns något för smalt, något för onyanserat eller en önskan om en enkel lösning i betoningen på KBT som de själva inte trodde på. ”KBT, det är ju allting, från skoskav till jag vet inte vad, som ska botas med det. Och självklart är det inte sanningen”. Några kopplar betoningen på KBT till ekonomi: ”Men bakgrunden, den uppfattar jag är rent krass ekonomisk. För i KBT:s ideologi så är det just korttidsbehandling, man jobbar på det sättet helt enkelt. Och då passar det ihop med resursnävhet”.

I frågan om den starka betoningen på KBT kom den psykodynamiska terapins ställning upp. Att PDT idag inte efterfrågas, och utrymmet krymper, menade några av cheferna inom psykiatri. ”Den psykodynamiska terapin tror jag det blir allt färre som ändå får. Där är min känsla, utifrån vart vi befinner oss, att den mer och mer fasas ut.”. Man uppfattade att den psykodynamiska terapin får stå tillbaks och några tog upp att det väcker mycket känslor bland personal med psykodynamisk kompetens. ”Plösligt höjer man upp en hel grupp terapeuters status och säger att det är det som är något värt och en annan grupp som jobbat länge och sett resultat. Det är klart att det väcker känslor”. Att många som varit med lite förstår vikten av psykodynamisk terapi är en uppfattning som fördes fram. Att det funnits en konflikt mellan KBT och psykodynamisk terapi menade de flesta chefer med mer kunskap om psykoterapi. Det har varit negativt och har inte gagnat psykoterapi men konflikten håller idag på att minska. ”Så nyanseringen, som jag ändå tycker att jag ser nu, den hoppas jag landar framöver. Så att vi åter igen kan se till vad som är bäst för den här speciella problemställningen”.

## 8 Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

Användningen av intervjuer med låg grad av struktur leder till att inte alla frågeområden är lika väl täckta av alla respondenter. Intervjuaren ställde ibland fördjupande frågor, eller hjälpfrågor, men hade ingen intention att alla intervjuer skulle täcka alla områden. Det fanns heller ingen intention att jämföra grupper utan resultaten var främst tänkta att användas för uppsatsens övergripande syftet att generera idéer och underlag till fortsatt forskning samt för att jämföras med annan aktuell kunskap för att diskutera frågeställningarna. De intervjuade ombads inte att förbereda sig. Det innebär förstås att det var de mer lättillgängliga attityderna som framkom, samt en risk för att de intervjuade påverkades av hur frågor ställdes och togs emot.

Några av de intervjuade frågade om intervjuarens utbildning och inriktningen på densamma, vilket skulle kunna påverka dem i sina svar. Risken för att författarens inställning ska påverka både intervjuer och, kanske främst, tolkningen av resultaten är en risk i arbetet med studien. Författaren går en psykodynamisk

utbildning och arbetar inom hälso- och sjukvården vilket innebär att svaren skulle kunna färgas av egna erfarenheter och attityder. En medvetenhet om detta har präglat analysen och det har varit angeläget att så långt möjligt bibehålla ett objektiva perspektiv på de intervjuades svar.

Valet av intervjuer som utgångspunkt för vidare utformning av frågor runt psykoterapins plats inom den offentligt finansierade sjukvården har främst haft fördelar. Det har gett möjlighet till fördjupning av frågor, och till att utfallsrummet kunnat täckas.

## **8.2 Resultatdiskussion**

### **8.2.1 Psykoterapi – beskrivning och attityder**

Cheferna i studien hade en positiv bild av psykoterapi och såg psykoterapins plats som given. Man betonade frågor som kvalitet på behandlingen och relationsfaktorer. Synen på psykoterapi har breddats, där ökningen av KBT var en positivt bidragande orsak. I intervjuerna framträder en viss otydlighet beträffande gränserna mellan psykoterapi och andra samtalsformer. Detta går i linje med den otydlighet runt psykoterapins definition som syns också i offentliga sammanhang, liksom den oklarhet som råder om avgränsning mot andra samtalsformer (SBU, 2004; SBU 2005; Socialstyrelsen, 2010). Det kanske speglar att psykoterapi är en allt mer tillgänglig, efterfrågad och diskuterad behandlingsform i en tid då hälso- och sjukvården förändras snabbt, med t.ex. ökande krav på kunskapsstyrning, prioriteringar och effektiv resursanvändning (Sarni & Gylling, 2004; Socialstyrelsen, 2007a; Socialstyrelsen, 2006b).

Cheferna med mer kunskap om psykoterapi gjorde mer fördjupade beskrivningar av psykoterapi och hade ett större engagemang i, samt mer kunskap också om frågor som rör psykoterapins villkor. De gav också ett intryck av att ligga nära attityder som kan ses hos psykoterapeuter. Till exempel betonades vikten av den terapeutiska relationen av flera av cheferna med mer kunskap, vilket även psykoterapeuter med olika inriktning värdesatte i studien av Larsson (2010). Kanske låg cheferna i studien närmare PDT-terapeuter än KBT-terapeuter i vissa värderingar. Vad gäller vetenskaplig grundsyn uttrycktes synpunkter som ifrågasatte den positivistiska vetenskapssynen. Den positivistiska kunskapssynen var enligt Larsson mest frekvent hos KBT-terapeuter. Betydelsen av inriktning betonades starkast hos KBT-terapeuter medan cheferna i aktuell studie betonade andra faktorer som personliga egenskaper hos psykoterapeuterna liksom relationens betydelse mer och ville tona ner betydelsen av metoden. Även det omgivande samhället betonar olika delar av vetenskapssyn och betydelsen av frågor runt terapimetod kontra andra faktorer. Medan HSV (2011) betonar behovet av att ta hänsyn till generella faktorer vid val av behandling så kom Socialstyrelsen (2011a) fram till att forskningsstödet var lågt för betydelsen av generella faktorer. Vad händer med villkoren för psykoterapi i ett samhälle där såväl forskningen som beslutande myndigheter är splittrade? Risker finns

dessutom att man kommer till olika slutsatser beroende på vilken syn som omfattas av de som ingår i beslutande och vetenskapliga sammanhang. När det finns politiska frågor med ekonomiska prioriteringar i botten underlättar det inte heller värderingen av aktuell kunskap, varnar Brante (2006).

### 8.2.2 Psykoterapins villkor

Cheferna i studien hade olika kunskapsnivå också om psykoterapins villkor. De chefer som hade minst kunskap arbetade på en vårdcentral. Med tanke på att Socialstyrelsen (2006) fann att en femtedel av vårdcentralscheferna inte visste vilken typ av samtalsbehandling som fanns att tillgå på den egna vårdcentralen kan man fråga sig hur stor kunskapen om psykoterapi och samtalsbehandling generellt är bland vårdcentralschefer. Den överflyttning av stora delen av behandlingsansvaret för människor med psykisk ohälsa som görs i samhället innebär att vårdcentralschefer i högre grad än tidigare behöver ta ställning till vilket behandlingsutbud som ska erbjudas. De tre vårdcentralscheferna i den aktuella studien beskrev att tillgången på samtalsbehandling främst påverkades av ekonomiska styrmedel och fasta ersättningsystem. De upplevde att de hade små möjligheter att själva påverka tillgången på samtalsbehandling. För cheferna på vårdcentraler är samtalsbehandling en liten del av den dagliga verksamheten, samtidigt som psykisk ohälsa utgör en betydande del av ohälsan hos patienterna. Vad händer om det råder en situation där chefer har låg kunskap om en behandlingsmetod, kombinerat med låg möjlighet påverka tillgången till densamma, för en så stor patientgrupp som den med psykisk ohälsa? Å ena sidan kan man fråga sig om det leder till mer rättvis vård, om besluten beträffande vårdens inriktning blir mer centraliserade. Å andra sidan finns kanske en risk att de vetenskapliga grunder som besluten bygger på inte omvandlas till lokala förutsättningar.

Cheferna med mer kunskap om psykoterapi skilde sig åt beträffande attityder till tillgången till psykoterapi för två grupper. Några såg att personer utan ett etablerat problem inte skulle få offentligt finansierad psykoterapi utan istället handlade det om personlig utveckling. Andra betonade sjukvårdens förebyggande ansvar och menade att det är viktigt att erbjuda psykoterapeutisk behandling tidigt, speciellt för familjer, barn och unga. För människor med svårare problematik fanns också olika åsikter; några menade att de är mer hjälpta av andra metoder medan andra menade att de idag riskerar att få för lite tillgång till psykoterapi. Just prioriteringar är ett av de områden som idag diskuteras av myndigheter och beslutsfattare, och svårigheterna är tydliga (Socialstyrelsen, 2007a; Sundberg et al, 2009). Etik och effektiv resursanvändning kan stå i konflikt (Sarni & Gylling, 2004; Levi, 2008) och resultaten i denna studie bekräftar att det inte finns några enkla lösningar.

Förändrade villkor för psykoterapi och ett förändrat samhälle beskrevs. Detta beskrevs konfliktfyllt, både för cheferna själva och i relation till beslutsfattare. Några chefer ifrågasatte om lokala beslutsfattare hade kompetensen att avgöra hur psykoterapi skulle erbjudas för befolkningens bästa. Cheferna inom psykiatri

beskrev en frustration i relation till existerande ramar men samtidigt en lojalitet där man försökte utföra sitt uppdrag med t.ex. gränsdragning till andra verksamheter och vilka patienter som skulle erbjudas psykoterapi. Speciellt var det frågor om evidens och behovet av en bredd på psykoterapimetoder som togs upp. I forskning om hur kunskapen om effektiv behandling av god kvalitet ska kunna förankras i lokala verksamheter har svårigheter noterats (Vetenskap & Praxis, 2009) och behovet av samverkande krafter och lokal förankring har betonats (Levi, 2009). Resultaten i föreliggande studie pekar på ett starkt behov att hitta former där ny kunskap integreras med klinisk kunskap, på ett sätt som ökar förtroendet mellan hälso- och sjukvårdens aktörer. Den psykoteraeutiska behandlingen kan påverkas av hur verksamheter på en organisatorisk nivå fungerar (Werbart & Wang, 2011) och om man inte är ense om hur verksamheter som erbjuder psykoterapi som behandling ska drivas finns kanske risk att det på sikt ger en sämre vård, vilket går emot samhällets intentioner.

Betydelsen av tid för reflektion framhålls av både SBU (Levi, 2009) och cheferna i den aktuella studien. Flera chefer uttalade att det finns ett samhällsklimat som snarare betonar effektivitet och snabba lösningar, och cheferna oroades över detta. Kopplat till de ovan beskrivna situationerna med risk för låg grad av tilltro mellan delar av vårdens aktörer (kliniker, beslutsfattare, myndigheter) och en betoning på effektivitet och prioriteringar så verkar möjligheten till reflektion och metakunskap om förändringsprocesserna inom sjukvården generellt viktiga.

### **8.3 Förslag till fortsatt forskning**

De synpunkter som framkommit i studien ger ett rikt underlag till fortsatt forskning. En kvantitativ mätning av chefers attityder, med större möjligheter att generalisera skulle vara intressant. Även en undersökning av kunskapsnivån beträffande psykoterapi hos chefer inom olika typer av vårdverksamhet skulle kunna undersökas.

Resultaten av studien pekar främst på att det finns ett område i skärningspunkten mellan den kliniska vardagen och det omgivande samhället som är angeläget att beforska. Hur de konflikter som anas mellan olika grupper, t.ex. mellan beslutsfattare och kliniker eller företrädare för olika forskningstraditioner, utvecklar sig kommer att få betydelse för psykoterapiens plats. Att ge kunskapsunderlag för att minska risken för godtyckliga prioriteringar och öka dialektiken mellan klinisk kunskap, etiska överväganden och systematiserad kunskap ter sig angeläget.

Att undersöka om det finns en mer utbredd misstro mellan kliniker och beslutsfattare i frågor som rör psykoterapi skulle kunna vara meningsfullt och viktigt. Ett annat intressant metaperspektiv vore att undersöka hur den kunskap om psykoterapi som t.ex. SBU tar fram i sina vetenskapliga underlag förs ut och tolkas av olika delar av hälso- och sjukvården; dess huvudmän, beslutsfattare och kliniker.

## Referensförteckning

- Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. I Hallerstedt, G. *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Braveman, P. A., Egerter, S. A., Woolf, S. H. & Marks, J. S. (2011). When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 58-66
- Fredelius, G., Sandell, R. & Lindqvist, C. (2002). Who should receive subsidized psychotherapy? Analysis of decision makers' think-aloud protocols. *Qualitative Health Research*, 12, 640-654
- Högskoleverket (2010) *Ökad kvalitet i psykoterapeututbildningen. Rapport 2010:9 R*.
- Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, B. P. M. (2010). *Therapists and their patients: Similarities and differences in attitudes between four psychotherapy orientations in Sweden* (Doktorsavhandling). Göteborg Psykologiska Institutionen
- Lau, M. A., Ogrodniczuk, J., Joyce, A.S. & Sochting, I. (2010). Bridging the practitioner-scientist gap in group psychotherapy research. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60, 177-195
- Levi, R. (2008). Sitt inte i knät på kungen. *Vetenskap & Praxis*, 2, 2. Stockholm; SBU
- Levi, R. (2009). Kunskap kommer inte bara utifrån. *Vetenskap och praxis*, 2, 2. Stockholm: SBU
- Levi, R., Aspelin, P., Hagenfeldt, K. & Rehnqvist, N. (2006). Evidens ger vården en säkrare grund - varken mer eller mindre. *Läkartidningen*, 1, 7-8
- Levi, R., Rehnqvist, N, Rosén, M. & Willman, A. (2008). Evidens är ett verktyg för vården - inte ett slutmål! *Läkartidningen*, 12, 918-9
- Lindgren, O (2011). *Terapeuters och patienters tankar om vad som är verksamt i individuell psykoterapi* (Licentiatuppsats) Karlstad Universitet. Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT. Psykologi
- Poole, J. & Grant, A: (2005). Stepping out of the box: broadening the dialogue around the organizational implementation of cognitive behavioural psychotherapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 456-463

PrioriteringsCentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val – kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.*

Sandell, R (2004). Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi. *Läkartidningen*, 15, 1418-1422.

Sarni, S. I. & Gylling, H. A. (2004). Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? *Journal of Medical Ethics*, 30, 171-175

SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt.* SBU 166/vol 1-3.

SBU (2005). *Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt.* SBU 171/vol 1-2.

SFS 2003:460 Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 18 mars från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/?bet=2003:460](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460)

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 20 januari 2011 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)

SFS 1991:900. Kommunallag. Stockholm: Finansdepartementet KL. Hämtad 28 mars 2012 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kommunallag-1991900\\_sfs-1991-900/#K3](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kommunallag-1991900_sfs-1991-900/#K3)

Socialstyrelsen (2006a). *Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006b). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2007a). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?".* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007b). *Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården.* Stockholm: Socialstyrelsen



Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Inkl Hantering av synpunkter på Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011a). *Debatten om Dodo-fågeln: Spelar behandlingsmetoden någon roll i klientarbete?* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2011b). *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011c). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofrenilikhande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2011d). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legitimerade (2010) och arbetsmarknadsstatus (2009)*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (u.å. a). Hämtad 17 mars 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs>

Socialstyrelsen (u.å. b) Hämtad 17 mars 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

Sundberg, L., Fredelius, G. Lindqvist, C, Sandell, R., Sandahl, C. & Schubert, J. (2009). *Prioritering av patienter för psykoterapi – formella och informella kriterier i praktisk tillämpning*. Stockholm: Psykoterapinstitutet

Svensson, R (2012). Psykoterapi. Hämtad 17 mars, 2012, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Psykoterapi/>

*Så sprids en ny rutin*. Vetenskap & Praxis (2/2009). Stockholm SBU

Wedin, L & Sandell, R. (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Werbart, A & Wang, M. (2011). *Vad predicerar psykoterapier som inte påbörjas eller avbryts i offentlig vård?* Konferensrapport; presentation oktober 2011 på Psykoterapi- och handlednings-forskning i dialog: En nordisk konferens och nätverksbyggande oktober. Hämtad 10 december 2011, från <http://w3.psychology.su.se/terapiforskning/index.html>

## Bilaga 1

Göteborg/Vara (datum)

### **Till vederbörande enhetschef/verksamhetschef**

Jag skriver till dig i din egenskap som mellanchefer, med en förfrågan om du skulle vilja och ha möjlighet att medverka i intervjustudie om psykoterapins plats inom den offentligt finansierade sjukvården.

Jag riktar mig till dig som dels arbetar i en verksamhet där personer med psykisk ohälsa kan söka vård, som dels har kännedom om existerande vårdnivåer inom bas- och specialistsjukvården. Jag söker efter mellanchefer med varierande erfarenhet av och kunskap om psykoterapeutisk behandling, varför det är angeläget för mig att även chefer som upplever att de har begränsad kännedom om psykoterapi deltar. Min förfrågan riktas till chefer på vårdcentraler och på psykiatriska öppenvårdsmottagningar, med de olika professionella bakgrunder och erfarenheter som finns där.

Studien är min examensuppsats om 15 högskolepoäng på den legitimeringsgrundande psykoterapiutbildningen på S:t Lukas i Göteborg . Min grundutbildning är psykolog och det är mina erfarenheter inom både primärvård och specialistpsykiatri som har gett mig ett intresse av att fördjupa mig inom psykoterapins roll inom sjukvården.

Jag planerar att göra personliga intervjuer där tiden inte ska överstiga 60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in, transkriberas och analyseras med kvalitativ metod. Resultaten kommer att presenteras i oidentifierad form. Deltagandet kan avbrytas om en intervjuperson så vill.

Om en till två veckor kommer jag att kontakta dig per telefon för att få besked om du kan tänka dig att delta, samt att ge dig möjlighet att ställa eventuella frågor. Givetvis är du välkommen att ringa eller maila mig om du har frågor eller vill lämna besked innan dess. Jag nås på min arbetsplats, telefonnummer 0512-78 60 25 och mailadress [catarina.gunnarsson@vgregion.se](mailto:catarina.gunnarsson@vgregion.se)

Vänliga hälsningar

Catarina Gunnarsson

Leg psykolog inom MVC/BVC Vara och Grästorp, Lidköpings primärvårdsområde  
Psykoterapistudent vid S:t Lukas Göteborg, Ersta Sköndal Högskola

## **Bilaga 2**

### **INTERVJUMALL**

#### **BAKGRUND**

Befattning

Profession

År i yrket

År i arbetsledande ställning

#### **ÖPPEN FRÅGA**

Vad är psykoterapi? Allmänt, med egna ord?

-hjälpfrågor;

Vad skiljer psykoterapi från andra typer av samtal?

Vad är utmärkande?

Syfte?

Vilka kan ha nytta av psykoterapi?

Med vad blir de hjälpta i så fall? Vad är verksamt?

Egen erfarenhet av psykoterapi? (som patient, anhörig eller som behandlare)

Terapeutens roll?

Metoder

#### **NULÄGE i aktuellt landsting**

Tillgång till psykoterapi idag?

Görs ett patienturval? I så fall hur?

Inom vilka verksamheter ges terapi?

-olika former?

-olika patientgrupper

-skillnad utbud i olika verksamheter

Vad tänker du om psykoterapi som behandlingsform i vården idag, har den ökat eller minskat? Skiljer det sig mellan olika verksamheter?

Chefsrollens möjlighet påverka psykoterapiens plats

Evidensläget?

- påverkar den prioriteringar och gränsdragningar?

Har synen på psykoterapi förändrats?

Vilka efterfrågar terapi?

## **ÖVERGRIPANDE INTENTIONER**

Styrande lagar, riktlinjer, policydokument?

Erbjuds terapi i enlighet med de krav/önskemål som samhället ställer?

Framtida utveckling vad gäller terapi som behandlingsutbud?

Vilka bör konsekvenserna bli för psykoterapi när evidensbaserad av vården ökar?

## **ÖNSKAD SITUATION**

Önskvärd utveckling?

Vilka patientgrupper/vilka svårigheter/symtom bör få tillgång till psykoterapi finansierad av samhället? Förändringar jämfört med idag?

Vilka vårdinstanser ska erbjuda psykoterapi?

Metoder? (tidsbegränsningar?)

Mandat att besluta?

## **AVSLUT**

Har du något att tillägga, kommentera, fråga?

Vill du ha möjlighet läsa innan uppsatsen presenteras?