

Som man spør får man ikke svar



PSY
KOL
OGI

TOMAS FORMO LANGKAAS ønsker å bruke verktøy i behandlingen som er nyttige for både behandler og pasient. Foto: Simon Grahl

Hvordan vet man egentlig om en pasient i terapi har fått det bedre eller ikke? Et forskningsmiljø ved Modum Bad mener å ha funnet et godt svar.

TEKST

Per Olav Solberg

PUBLISERT 5. desember 2017

I en vitenskapelig artikkel i denne utgaven av Psykologtidsskriftet (se side 1160), skriver Tomas Formo Langkaas og kollegaer om en metode som skal gjøre det sikrere å finne ut om en pasient i terapi har fått det signifikant bedre eller ikke. Metoden går ut på å bruke tilbakemeldingsskjema som pasienten fyller ut, gjerne før hver time, knyttet til pasientens spesifikke lidelse. Deretter sammenlignes svarene pasienten gir, mot publiserte normdata som finnes for skjemaet som er brukt. Over tid kan man da få et bilde av om terapien går i riktig retning.

– *Hvorfor er det ikke nok å ha dialog med pasienten om opplevd endring og bedring?*

– Dette er ikke tenkt som et alternativ til dialog om hvordan det går, men som et tillegg. Man skal selvsagt spørre pasienten, men det ligger noen feilkilder her: Selv om pasienten sier at det går bedre, kan det være vanskelig å vite hva pasienten sammenligner med. Som terapeut kan jeg da tro at det går bedre enn det faktisk gjør. Og motsatt: Jeg som terapeut kan tenke at nå har pasienten oppnådd bedring, nå kan vi avslutte. Men det kan likevel vise seg at pasienten er et godt stykke unna et normalt

fungeringsnivå, det er derfor grunn til å gjøre mer. Tilbakemeldingsskjemaer kan gi informasjon som er vanskelig å fange opp i dialogen, og som gjør det lettere å justere kursen, forklarer Formo Langkaas.

Startet med PTSD

Som mye annen forskning startet prosjektet med et praktisk problem som skulle løses, ca. ti år tilbake i tid, på Modum Bad.

– Vi var et team som skulle trene oss opp til å bli gode på behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Vi ville begynne med behandlingsforskning, men først ønsket vi å trene oss opp til å bli gode behandlere. Da ønsket vi å få god informasjon underveis om hvor stor endring vi fikk til. Vi begynte å lete i forskningslitteraturen og fant fram til den metodikken vi nå har skrevet en vitenskapelig artikkel om, sier han.

En av de mest interessante erfaringene fra PTSD-prosjektet på Modum var at behandlerne, gjennom skjemaene, klarte å fange opp pasienter der det ikke skjedde vesentlige endringer til det bedre. Behandlerne kunne tenke at pasienten var blitt bedre, men da de stilte fokuserte spørsmål med utgangspunkt i tilbakemeldingsskjemaet, oppdaget de at det hadde skjedd lite eller ingen signifikant endring.

– Metodikken hjalp oss til å holde fokus i behandlingen der vi trengte å gjøre en ekstra innsats. Vi hadde ikke like lett fanget opp dette uten dette verktøyet, slår han fast.

– *Hvordan skiller metodikken seg fra andre tilbakemeldingsverktøy (f.eks. KOR) som har blitt vanlig å ta i bruk?*

– De mer etablerte tilbakemeldingssystemene er mer generelle og kan brukes på alle typer lidelser. De fanger ikke like godt opp konkrete problemer knyttet til spesifikke psykiske problemer. Vår metode kan brukes på alle typer spesifikke lidelser, så lenge det er utviklet et tilbakemeldingsskjema for lidelsen og det finnes tilgjengelige og relevante normdata å sammenligne med.

Ifølge Formo Langkaas er det heller ingenting i veien for å bruke metoden for pasienter som sliter med flere diagnoser samtidig, såkalt komorbiditet.

– Hvis behandleren finner ut at pasienten sliter både med angst og depresjon, så kan du bruke to ulike skjemaer som fanger opp disse diagnosene. Forskjellen er at pasienten da fyller ut to skjemaer istedenfor ett.

– *Jeg får følelsen av at streng diagnosetenkning ligger bak bruken av disse skjemaene: Først finner man diagnosen, deretter leter man fram et skjema som passer til diagnosen, til slutt svarer pasienten på spørsmålene i det relevante skjemaet knyttet til diagnosen psykologen har gitt. Hva med alt som ikke fanges opp, eller hvis man diagnostiserer feil?*

– Metoden er i utgangspunktet ikke knyttet til diagnoser, men til psykologiske problemer. De som utviklet metodikken i sin tid, brukte dette i parterapi for å måle hvor godt parforholdet fungerte. Så lenge et problem er mulig å måle eller definere, kan denne metodikken være nyttig.

Ressursbruk vs. nytte

En gjennomgående kritikk av psykisk helsevern de siste årene, sett fra psykologhold, har blant annet handlet om New Public Management, økt krav til dokumentasjon, mer tid brukt på administrasjon som kan gå utover tid med pasienter, for å nevne noe.

– Er ikke skjemaveldet i psykisk helsevern stort nok som det er? Vil ikke metodikken deres kunne oppleves som nok en tidstyv?

– Jeg er opptatt av at de verktøyene vi bruker i psykisk helsevern, skal være nyttige og hjelpe oss til å gjøre en bedre jobb. Dette verktøyet oppstod på grunn av et klinisk behov, det var ikke noe vi ble pålagt å bruke. En interessant konsekvens var at vi kunne dokumentere for ledelsen at vi ikke hadde nok ressurser til å få til det vi ønsket for PTSD-pasientene. Denne målingen bidro til at vi på lengre sikt fikk bedre rammebetingelser, utdyper han.

Formo Langkaas savner en mer helhetlig tenkning i psykisk helsevern, der ressursbruk og nytte ses i sammenheng.

– Tallene og dataene vi skal rapportere inn som klinikere, dreier seg ofte om ressursbruk og hva vi bruker tiden vår på. Men det kreves lite dokumentasjon på hva vi får til i behandling. Dette er et paradoks. Vi trenger god informasjon både om ressursbruk og hva vi oppnår. Når det siste i liten grad er til stede, er det vanskelig å forsvare den tiden vi bruker på å dokumentere ressursbruk. Som behandler er det vrient å se på dette misforholdet. Det handler om kost-nytte-vurderinger, men nytteperspektivet er ikke med, avslutter han.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 12, 2017, side 11581159

TEKST

Per Olav Solberg, redaksjonssjef