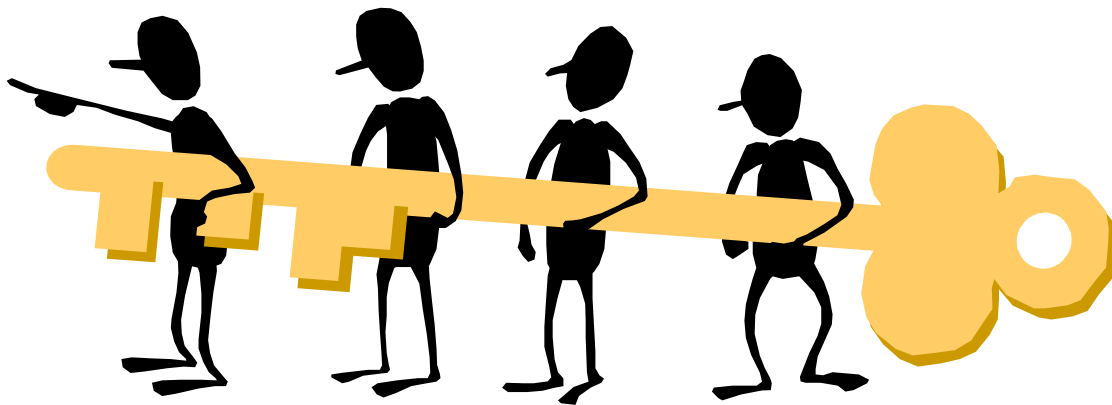


Martina Datavs Johansson  
Ann-Sofie Kardell

## **Utvärdering av KBT i grupp för personer med depression Vid psykiatrisk mottagning 2, allmänpsyk Uppsala**



## **BAKGRUND**

Vid psykiatrisk mottagning 2, (tidigare ”mottagningen för affektiva sjukdomar”) pågår ett arbete för att vidareutveckla och effektivisera vården. Många patienter efterfrågar psykoterapi och framförallt KBT. Att erbjuda KBT i grupp för personer med återkommande depressioner är ett led i att göra behandlingsmetoden tillgänglig för fler patienter.

## **GRUPPLEDARE**

Gruppledare var Martina Datavs Johansson, leg. psykolog med ”steg 1”-kompetens i KBT och Ann-Sofie Kardell, sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri, som genomgått orienteringsutbildning i KBT.

## **FÖRBEREDELSE**

Då det inte finns någon lämplig behandlingsmanual för grupper med deprimerade patienter satte vi ihop vår egen manual. Inspiration hämtades bl a från en amerikansk manual för gruppbehandling av tonåringar med depression, DBT-färdighetsträningsmanualen, samt hur man normalt arbetar med depressioner i individuella KBT kontakter.

Information gick ut till alla mottagningens medarbetare om gruppens upplägg och innehåll och alla ombads inkomma med ”internremitter” på lämpliga patienter. Patienterna träffade en av gruppledarna vid minst ett samtal före gruppbehandlingen för bedömning av om behandlingen kunde tänkas passa patienten samt information om behandlingen.

## **DELTAGARNA**

Deltagarna rekryterades dels bland dem som föreslogs av andra behandlare via ”internremitter”, dels bl a patienter som tidigare aktualiserats för psykoterapibedömning, dels bland patienter som kom för nybesök vid mottagningen.

Inklusions-/resp. exklusionskriterier var formulerade som följer:

### **Inklusionskriterier**

Depressionsdiagnos

Män/Kvinnor

Alla åldrar

Sysselsättning (arbete/studier/arbetsträning) minst 25 %

Kunna delta den aktuella tiden (måndagsförmiddagar)

### **Exklusionskriterier**

Bipolär sjukdom

Psykossjukdom

Svåra personlighetsstörningar

Missbruk/beroende

Självska debeteenden (de senaste åren)

Suicidplaner

Omfattande användning av ångstdämpande medicinering

Att inte kunna tänka sig gruppbehandling

Har tidigare gått i KBT för depression

Kriteriet om sysselsättning på minst 25% togs med för att inte behandlingen skulle överlappa med behandlingen som erbjuds vid dagvårdsenheten för affektiva sjukdomar, där man bör

kunna gå om man är heltidssjukskriven. Ett undantag gjordes gällande bipolaritet. En deltagare hade diagnos bipolär sjukdom typ 2. I denna första omgång ville vi prioritera patienter som inte tidigare erbjudits KBT för depressionsproblematiken.

## **BEHANDLINGENS UPPLÄGG**

Behandlingen omfattade 12 gruppsessioner under våren 2007. En uppföljning är planerad till september 2007. Varje session omfattade en timme och 45 min, med en kort fikapaus i mitten. Gruppledarna fanns tillgängliga för frågor 15 min före och efter varje session.

Innehållet var genomgång av vad depression är och hur depression uppkommer och vidmakthålls, beteendeaktivering, hur man kan minska sin sårbarhet (kost, sömn, motion mm), relationer (hur de påverkas vid depression, vad man kan göra åt det), kognitiva tekniker och medveten närvaro. Deltagarna fick också information om patient- och anhörigföreningen Balans. Deltagarna fick hemuppgifter relaterade till det avsnitt som gått igenom på sessionen och varje session inleddes med genomgång av hemuppgifterna.

## **UTVÄRDERINGSINSTRUMENT**

### **MADRS-s**

MADRS-s, Montgomery Asberg Depression Rating Scale, är ett självskattningsformulär för depression. Min=0, Max=54. Ju högre skattning desto fler och svårare depressionssymtom. ”Tumregler” vid tolkning är 12-20= mild depression, över 20= hög sannolikhet för egentlig depression.

### **BAI**

BAI, Beck Anxiety Inventory, är ett självskattningsformulär avsett att mäta ångestsymtom. Min=0, Max=63. Ju högre skattning desto fler/oftare upplevda ångestsymtom.

### **Sheehan**

Sheehan är ett funktionsskattningsmått bestående av 3 skalor : Arbete/skola, Socialt liv och Familjeliv/ansvar i hemmet. För var och en skattas i hur hög utsträckning symtomen stört funktionen på detta område. Ju högre skattning, desto mer handikappande problematik. I denna utvärdering har formuläret använts som självskattningsformulär (används även som intervju), och summan av de tre skalorna har slagits samman, Min=0, Max=30. I formuläret efterfrågas också hur många förlorade resp. underproduktiva arbets-/skoldagar symtomen lett till den senaste månaden.

### **Enkät**

En enkät för att fånga in deltagarnas upplevelse av och synpunkter på behandlingen användes. Se bilaga 1.

## **PROCEDUR FÖR UTVÄRDERINGEN**

Vid första besöket i gruppen fick samtliga deltagare fylla i självskattningsformulären MADRS-s, BAI och Sheehan. Då inte alla deltagare närvarade vid första sessionen innebär det att formulären fylldes i mellan den 5/2 och den 12/2-07. Samtliga ombads fylla i samma formulär mellan session 11 och 12, d v s formulären lämnades in 14/5-07. Session 12 fick deltagarna även besvara en enkät anonymt om hur de upplevt behandlingen och tillfrågades även muntligen hur de upplevt behandlingen om de närmat sig sina mål med behandlingen.

## RESULTAT

### Närvaro och bortfall

5 kvinnor och 2 män påbörjade behandlingen. Av de 7 personer som påbörjade behandlingen slutförde alla utom en person den. Den person som hoppade av upplevde god förbättring av läkemedel och att grupptiderna krockade för mycket med hans arbete. Hans självskattningsformulär har uteslutits ur analysen. Av dem som fullföljde behandlingen var tre personer frånvarande vid 3 tillfällen, två vid 2 tillfällen och en vid 1 tillfälle

### MADRS-s

En person hade lämnat in ett ofullständigt ifyllt formulär vid första mätningen. Denna person har därför uteslutits ur analysen.

Medelvärde för MADRS-s i gruppen var 21,4 vid föremätningen. Lägsta skattningen var 14p, högsta, 34p. Medelvärde för MADRS-s var 10,4 vid eftermätningen. Lägsta skattning: 5, högsta: 15. För en person hade skattningen ökat, med 1 p, för samtliga övriga hade skattningen minskat, vilket tyder på en minskning i depressionssymtom.

### BAI

Medelvärde för BAI i gruppen var 13,3 vid föremätningen. Lägsta skattning: 9, högsta skattning: 25. Medelvärde i gruppen var 8 vid eftermätningen, lägsta skattning: 5, högsta skattning 15. För en person hade skattningen ökat med 2 p, för samtliga övriga hade skattningen minskat, vilket tyder på en minskning i ångestsymtom.

### Sheehan

För Sheehan var medelvärde i gruppen 20,7 vid föremätningen. Lägsta skattning: 14, högsta 30. Medelvärde i gruppen var 11,7 vid eftermätningen, lägsta skattning 7, högsta skattning 12. För samtliga deltagare hade skattningarna minskat vilket tyder på en minskning av i hur hög grad deltagarnas symtom stört arbete/skola, socialt liv och familjeliv/ansvar i hemmet. Vad gäller antal förlorade arbets-/skoldagar p g a symtomen hade två personer inte svarat vid eftermätningen och uteslöts därför ur analysen. Medelvärde för de övriga 4 var vid föremätningen 2 och vid eftermätningen 0,5. Motsvarande siffror för underproduktiva dagar p g a symtomen (beräkningen gjordes på alla 6 deltagare) var 12,4 före och 3 efter.

### Resultattabell

MADRS-s		BAI		Sheehan					
Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Förlorade dagar		Underprod. dagar	
						före	efter	före	efter
21,4	10,4	13,3	8	20,7	11,7	2	0,5	12,4	3

*Medelvärden i gruppen*

### Enkäten

Innehållet bedömdes på en skala där 1= mycket dåligt, 5= mycket bra. Medelvärde i gruppen blev 4,7. Fyra personer hade skattat 5 och en 3, vilket tolkas som att deltagarna i stort var mycket nöjda med innehållet.

Antalet tillfällen bedömdes på en skala där 1= för få, 3= lagom och 5= för många: Medelvärde i gruppen blev 2,2. Fem personer hade skattat 2 och en person hade skattat 3, vilket tolkas som att deltagarna överlag hade önskat något fler sessioner.

Tiden per session bedömdes på en skala där 1= för kort, 3=lagom och 5= för lång. Medelvärde i gruppen var 2,7. Fem personer hade skattat 3, En person 1, vilket tolkas som att deltagarna överlag var nöjda med sessionernas längd.

Gruppledarna bedömdes på en skala där 1=mycket dåliga och 5=mycket bra. Medelvärde i gruppen blev 4,5. Fyra personer hade skattat 5, en person 4, och en person 3, vilket tolkas som att deltagarna över lag var mycket nöjda med gruppledarna.

Den egna förmågan att använda sig av innehållet bedömdes på en skala där 1=mycket dålig och 5=mycket bra. Medelvärde i gruppen blev 3,7. Fyra personer hade skattat 4 och två hade skattat 3, vilket tolkas som att deltagarna över lag var nöjda med sin egen förmåga att tillgodogöra sig innehållet.

Vad ur innehållet hade du mest nytta av?

Flera deltagare nämner flera olika komponenter av behandlingen som svar på denna fråga. Att ifrågasätta eller förändra det egna tänkandet är den komponent som oftast nämns.

Förslag på saker som skulle kunna förbättras till nästa gång:

Synpunkter på att tidpunkten (måndag förmiddag) kan vara problematisk framfördes här, liksom vissa önskemål om fler/längre sessioner. Önskemål som framkom var också mer betoning på relationer respektive medveten närvaro.

Övriga kommentarer:

Någon framförde synpunkter på att större krav borde ställas på deltagarna vad gäller närvaro och att komma i tid.

Ett citat av en deltagare:

*”En stor förmån att ha fått delta i KBT-gruppen. Jag är förhoppningsfull inför framtiden och tror och hoppas att jag kommer att ha nytta av det jag lärt mig”*

Muntlig utvärdering

Vid den muntliga utvärderingen uppgav de flesta av deltagarna att de närmast sig sina mål med behandlingen. Flera nämnde att de upplevt gruppformatet i sig som positivt, att de upplevt stämningen i gruppen som god och att de upplevt det som positivt att känna igen sig i varandras upplevelser och erfarenheter.

## **SLUTSATSER OCH FRAMTIDSPLANER**

Gruppen kommer att träffas igen för uppföljning i början av september –07. Deltagarna kommer då åter ombes att fylla i de tre självskattningsformulären, vilket gör det möjligt att följa upp om de goda resultaten hållit i sig.

En ny grupp planeras starta i september. Den här gången har inklusionskriterierna gjorts något vidare. Deltagare som har bipolär sjukdom av typ 2 är välkomna, liksom deltagare med samtidigt missbruk om de parallellt med gruppbehandlingen får hjälp med missbruket på beroendemottagningen alternativt via kommunen. Dessutom accepteras deltagare som redan tidigare gått i KBT för depression. Patienter med minst 25% sysselsättning kommer att prioriteras, men patienter som inte har någon sysselsättning alls och som av någon anledning

inte kan eller vill delta i dagvårdsavdelningens program, kommer erbjudas plats om det blir platser över i gruppen.

För att öka kostnadseffektiviteten i behandlingen är målet att starta med 10 deltagare denna gång. Det är rimligt att detta skulle kunna fungera eftersom endast en deltagare från den första omgången upplevt sessionstiden och talutrymmet som för litet.

Vad gäller innehållet kommer avsnittet om att minska sårbarheten att kortas från två till en session medan avsnittet om relationer utökas från en till två sessioner. Detta i enlighet med deltagarnas önskemål i utvärderingen att lägga mer fokus på relationer.

För att öka närvaron, minska risken för avhopp, och öka chansen att deltagarna verkligen tillgodogör sig det som är avsett under behandlingen införs regeln att den deltagare som är frånvarande tre tillfällen i rad anses ha avbrutit behandlingen. Deltagarna informeras om detta på bedömningsamtalet inför behandlingen och vid behandlingsstart.

I nuläget finns inga planer på att utöka antalet sessioner då god effekt tycks ha uppnåtts med detta antal sessioner.

Slutligen kan nämnas att vi behandlare upplevt det som roligt, stimulerande och lärorikt att arbeta med patienter med depression i detta format.