

Effekten av vård på psykiatriska behandlingshem

Bengt-Åke Armelius

Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet

Institutionen för psykologi, Umeå universitet, 901 87 Umeå, Tfn 090-786 50 00
November, 2002 ISSN 1400-8742

Slutrapporten finns även att hämta från Institutionen för psykologis hemsida:
<http://www.psy.umu.se/forskning/publikationer/ovriga-publika/Behandlingshem.html>.

Sammanfattning

I denna studie redovisas förändringar hos 146 patienter som fått vård på 23 psykiatriska behandlingshem i Sverige. Patienterna var i genomsnitt 26 år när behandlingen påbörjades och de delades in i grupperna schizofreni, andra psykoser, personlighetsstörningar och övriga axel I störningar enligt DSM-systemet och neurotisk, borderline och psykotisk personlighetsorganisation enligt Kernbergs system. Effekten av vård beräknades som standardiserade förändringar under fem år, ES-värden, på två index: Bedömd ES och Subjektiv ES. Det genomsnittliga ES-värdet för alla patienter var måttligt stort, (0.52) och systematiskt högre för yngre patienter, för dem som fått psykoterapi som del av miljöterapi och för borderline personlighetsorganisation. Schizofrenigruppen hade lägst värden, men uppvisade en signifikant förbättring under de fem åren. Personalens upplevelse av inflytande, stöd och krav i den psykosociala arbetsmiljön visade ett systematiskt samband med det genomsnittliga utfallet för patienterna på enheten. Slutsatsen av studien är att vård på behandlingshem kan ha effekt på patienternas förändring, men effekten är beroende av vilka man väljer att behandla, vilken behandling som erbjuds och vilken vårdkultur som finns på behandlingshemmet.

Innehållsförteckning

Historik	4
Rapportens syfte	5
Metod	5
Undersökningsmetoder	5
Design.....	8
Urval av enheter och patienter.....	10
Patienternas diagnoser	14
Effektmätning	16
Resultat	18
Huvudresultat för patienter.....	18
Huvudresultat för enheter	25
Diskussion	30
Referenser	37

Historik

Behandlingshemsprojektet i Umeå startade i slutet av 1980-talet då många psykiatriska kliniker i Sverige byggde upp små behandlingshem för att kunna erbjuda unga svårt sjuka patienter en kvalificerad och långsiktig behandling. De stora mentalsjukhusen lades ner och man var hänvisad till akutavdelningar och korttidsvård vilket inte var tillräckligt för en relativt stor grupp av patienter. I Umeå hade vi under 1980-talet arbetat med ett projekt kallat Borderlineprojektet (Armelius, 1991) där vi med hjälp av ett antal olika metoder för att beskriva ineliggande patienter gjorde jämförelser mellan olika grupper av patienter. Vi hade också påbörjat en longitudinell studie av förändringar hos psykiatriska patienter. Nittonhundraåttiofem startade behandlingshemmet Öbacka i Umeå och det var naturligt att inkludera den verksamheten i det pågående projektet.

Det visade sig ganska snabbt att andra kliniker startade behandlingshem ungefär samtidigt och intresset för att utvärdera denna nya vårdform var stort. Förutsättningarna för sådana utvärderingar var emellertid mycket ogynnsamma eftersom det är få patienter på ett behandlingshem och de visas där under flera år. Statistiskt utgör detta ett problem eftersom man får mycket små grupper och ofta många variabler som inte är oberoende, vilket gör att man får svårigheter att tolka samband och göra signifikanstest som kräver oberoende mellan variabler och stora grupper. Man vet inte heller vilka förändringar som är att förvänta och oftast saknas mätmetoder som upplevs som kliniskt relevanta. De flesta psykiatriska kliniker har inte heller forskarutbildad personal som kan ägna sig åt att utvärdera verksamheten. Det var sådana omständigheter som gjorde att många kliniker valde att köpa sin utvärdering från den forskargrupp på 10-12 personer som vi bildat i Umeå. I början av 1990-talet var 24 enheter från kliniker över hela landet anslutna till projektet. Man betalade en viss summa per år och patient under fem år för att forskarna skulle samla in data och skriva en rapport till varje behandlingshem efter de fem åren, där det egna behandlingshemmet jämfördes med andra behandlingshem i projektet.

Tidigt i projektet uppstod ett behov av att kunna beskriva likheter och skillnader mellan den vård som erbjöds vid varje behandlingshem. Det visade sig vara ett svårt problem eftersom miljöterapi innebär 24 timmars vård sju dagar i veckan under flera år. Allt som händer och sker på ett behandlingshem är potentiellt en verksam ingrediens i patientens behandling. Hur skulle man kunna beskriva detta på ett systematiskt sätt? Problemet löstes genom att vi utgick från att personalens åsikter, kunskaper och värderingar antogs vara utgångspunkten för de insatser som gjordes. Detta kartlades via enkäter

till personalen angående deras upplevelser av den psykosociala arbetsmiljön, utbrändhet, vårdideologi, vårdklimat etc. I viss utsträckning kunde vi också notera faktiska förhållanden som t.ex. om patienterna fick individuell psykoterapi som en del av den miljöterapeutiska vården eller ej och ibland kunde vi få tillgång till registerdata i form av sjukhusstatistik. Tyvärr hade vi ingen tillgång till uppgifter kring patienternas medicinering annat än vilka mediciner de uppgav sig ta vid uppföljningstillfället. De flesta behandlingshem som anslöt sig till projektet hade en psykodynamisk inriktning så någon jämförelse mellan specifika skolbildningar kan inte göras. Däremot kan man i begränsad utsträckning kontrastera mellan behandlingshem som skiljer sig i andra avseenden, t.ex. storlek, typ av patienter som behandlas, personalens utbildning, klinikstöd etc.

Rapportens syfte

Syftet med denna rapport är att redovisa huvudresultaten för alla patienter och enheter som är psykiatriska behandlingshem eller dagavdelningar. I ett projekt av denna storleksordning finns många resultat att ta fram och en hel del har redan rapporterats på grundval av data från projektet. Det saknas emellertid en redovisning av de mest generella resultaten och en diskussion baserad på utfallsdata från hela projektet. Den centrala frågan i rapporten gäller effekten av vård på små behandlingshem för psykiatriska patienter med svårare psykiatriska störningar. Kan man med någon säkerhet dra slutsatser om effektiviteten av denna typ av behandling så bör det få stor betydelse vid planering av vårdinsatser.

Metod

Undersökningsmetoder

De flesta mätningar har utförts av personal anställd vid institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet. Undantag från denna huvudregel är DSM-diagnoser och vissa observationer av patienterna som gjorts av personalen under behandlingstiden. I samband med slutmätningen fick också personalen bedöma hur de tyckte att patienterna förändrats. Patienterna har bidragit med svar på frågeformulär, intervjuer och test samt skattningar av hur de tycker att de förändrats. All information som samlades in om enskilda patienter har varit otillgänglig för personalen och har således inte påverkat behandlingen.

Patientmetoder

De undersökningsmetoder som användes i projektet syftade till att belysa hur patienternas problem såg ut utifrån flera olika perspektiv (Strupp & Hadley, 1977). För detta har en mängd metoder använts. I denna rapport presenteras endast de metoder som upprepats vid för- och efter-mätningen och som utgör grunden för effektstudien.

För att återge *patientens subjektiva bild* användes frågeformulär som patienten själv fyllde i – ibland med personalens hjälp att förstå frågorna. Frågeformulären var:

SASB (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin 1974, Armelius & Armelius, 2000). Detta är ett självskattningsformulär med tre delar som mäter introjicerad självbild, bild av mamma när man var 5-10 år och bild av pappa när man var 5-10 år. Testet bygger på en circumplex modell och anknyter till interpersonell teori.

SCL-90 (Symptom Check List 90; Derogathis, 1977). Detta är ett standardinstrument i undersökningar av behandlingseffekter som består av 90 frågor om symtomupplevelser som summeras till 10 dimensioner som ångest, depression, psykotiska symtom, interpersonell känslighet mm.

Ett andra perspektiv utgjordes av *utomstående bedömares beskrivningar* av patienternas problem och funktionsnivå. Vi valde att använda följande metoder:

HSRS (Health Sickness Rating Scale; Luborsky, 1962). Denna kliniska skattningsskala mäter patientens allmänna funktionsnivå på en 100-gradig skala som har sju delskalor som vägs ihop till en global skattning av mental hälsa. Axel V i DSM-systemet innehåller GAF-skalan som är en variant av HSRS. Skattningar enligt HSRS gjordes både regelbundet av personalen på behandlingshemmen och av forskare i samband med intervjuer. Oftast används ett medelvärde av alla skattningar under en period av ett år som uppskattning av patientens värde på skalan för att få god reliabilitet (Armelius et al 1990).

S-C (Strauss-Carpenters skala; Strauss & Carpenter, 1977). Denna skala består av delskalorna arbete, sjukhusvård, socialt umgänge under sista året samt psykotiska symtom under sista månaden. Skalan används flitigt i forskning kring schizofreni (Alanen et al 1994, Sjöström, 1985, 1990) och har visat sig kunna prognostisera utfall av behandlingsinsatser.

SI (Strukturell intervju, Kernberg, 1981). Den strukturella intervjun introducerades av Kernberg som en metod för att differentiera borderline personlighetsorganisation från neurotisk och psykotisk personlighetsorganisation.

Det är en psykodynamiskt baserad intervjumetod som kräver speciell träning av intervjuaren och som i vår version resulterar i ett relativt stort antal variabler som mäter försvar, identitetsbildning och realitetsprövning.

DSM-III-R (Diagnostic and statistical Manual, III-Revised, 1987). Diagnoser enligt det amerikanska DSM-systemet genomfördes lokalt av någon psykiater vid varje klinik. Denna diagnos genomfördes någon gång under hela projektperioden och kan således inte betraktas som en initial mätning.

Sammanlagt tog det två dagar för en patient att genomgå hela uppsättningen av metoder. För många patienter var det en oerhörd ansträngning och i en del fall erbjöds hjälp att fylla i formulär etc. eftersom patienterna hade svårt att koncentrera sig eller förstå frågorna.

Indelningen av patienterna i undergrupper kommer huvudsakligen att göras utifrån SI och uttryckas i termer av personlighetsorganisation (PO) eftersom denna bedömning gjordes initialt och inte är påverkad av förloppet under de fem åren. För att underlätta jämförelser med andra studier kommer också en gruppering att göras utifrån DSM-systemet.

Personalmetoder

Personalens beskrivning av sin vårdkultur gjordes med hjälp av följande frågeformulär:

Vårdideologi. Detta formulär har konstruerats speciellt för projektet (Jeanneau & Fogelstam, 1992) och syftar till att få en uppfattning om personalens uppfattningar i frågor som utgör grunden för olika vårdinsatser. Områden som täcks av är t.ex. etiologi, prognos, värdet av olika terapiformer och ideal behandling.

Vårdklimat. Det psykologiska klimatet mäts med hjälp av två olika metoder, Bion och Copes. Bionformuläret utgår från Bions teori om smågrupper och har konstruerats inom projektet (Armeliuss & Fogelstam, 1992). Det mäter styrkan i grundantagandena kamp, flykt, beroende och närhet samt graden av arbetsklimat i en grupp. Copes är en variant av WAS-skalan som Moos (1974) konstruerat för att mäta organisationsklimat i en rad olika sammanhang.

Utbrändhet. Utbrändhet mäts dels med Maslachs (1998) metod som baseras på hennes arbete med olika personalgrupper som arbetar med andra människor och dels med Pines & Aronssons (1988) metod som snarast mäter allmän utmattning.

SASB. Personalens självbild mäts med samma metod som för patienterna (se ovan).

Känsloord. Personalen skattade med jämna mellanrum sina känslor gentemot en patient på ett blad som innehåller 30 känsloord (Holmqvist, 1995). Det har visat sig vara en enkel metod som ger mycket information om den känslomässiga relationen mellan behandlare och patient.

Psykosocial arbetsmiljö. Upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön gjordes i termer av Karasek och Teorells modell (1990) med mätningar av krav, kontroll, stöd och symptom. Mätningarna skedde med ett formulär som även mäter andra aspekter av den psykosociala arbetsmiljön än de som ingår i modellen.

Hela projektet har godkänts av den etiska kommittén vid medicinska fakulteten, Umeå universitet. Många av de enskilda behandlingshemmen har dessutom genomgått en lokal etisk prövning.

Design

Utvärderingen är en longitudinell prospektiv studie med upprepad mätning efter cirka fem år. Designen kan beskrivas som en kvasiexperimentell design med före-efter-mätning och möjlighet till jämförelser mellan grupper av patienter och enheter. Redan från början stod det klart att vi inte skulle kunna göra en randomiserad kontrollerad studie där behandlingsinsatserna kunde betraktas som den enda tänkbara förklaringsvariabeln. Därför har vi samlat in data från så många olika källor som möjligt för att undersöka hur samvariationen mellan olika förklaringsvariabler och patienternas förändringar ser ut i en s.k. effektfråga snarare än en orsaksfråga (Armelius och Armelius, 2001). Även i en effektfråga är det emellertid viktigt att reducera antalet tänkbara förklaringar till de som är av intresse genom att ha så mycket kontroll som möjligt. I den andan har vi bemödat oss om att det är oberoende mätningar vid för- och efter-mätning i den meningen att man inte hade tillgång till för-mätningen när efter-mätningen gjordes. Även minnes effekter hos patienter som fyller i samma frågeformulär torde vara minimala med en tidsrymd på fem år mellan mättillfällena. De metoder som används har visat sig ha acceptabel reliabilitet och de bedömare och intervjuare som använts har utbildats och stämt av sina bedömningar regelbundet. Alla intervjuer har videobandats för att möjliggöra olika typer av efterkontroller. I ett projekt av denna storleksordning hanteras en enorm mängd data och kvalitetsarbetet med databaserna har tagit mycket tid i anspråk. I samband med att varje enhet fick sin slutrapport gjordes en ordentlig kvalitetskontroll på individuella data och feedback från enheterna var till ovärderlig hjälp för att upptäcka fel och brister i såväl data som tolkningar av resultat.

Det rör sig om en klinisk studie där behandlingsintressena går före forskningsintressena. En komplikation är att forskningstiden inte sammanfaller med behandlingstiden därför att patienterna togs in på behandlingshemmet oberoende av när forskningen började eller därför att de valde att medverka i forskningen vid olika tidpunkter. Ett annat skäl till denna komplikation är att på vissa enheter var det få patienter som initialt deltog i forskningen och för att få ihop en grupp om minst 4-5 patienter per enhet fyllde man på med konsekutiva patienter upp till 2 år efter forskningens start. För varje patient bestämdes ett individuellt startdatum för när forskningen började, medan slutdatum var gemensamt för alla på samma enhet. Forskningstiden varierar således mellan fem år och ända ner till 3 år för ett fåtal patienter. Även om strävan var att koordinera forskningens start med behandlingens start finns relativt många patienter som redan haft en avsevärd behandlingstid innan forskningen startade. En annan komplikation är att behandlingen avslutas vid olika tidpunkter för patienterna, medan slutdatum för forskningen är densamma för alla. Någon enstaka patient var fortfarande kvar på behandlingshemmet vid uppföljningen, medan andra hade varit utskrivna flera år. Det betyder att efter-mätningen infaller i olika stadier av förändringsprocessen för patienterna.

Det första tid då ett behandlingshem påbörjade sin forskning var år 1985 och den sista tiden för start av forskning var 1992. Det är således en avsevärd variation i den historiska tidpunkt för när forskningen har pågått, vilket kan tänkas påverka behandlingsutfallet i form av förbättrade behandlingsmetoder eller andra generella samhällsförändringar.

Projektets design och uppläggning illustreras i figur 1.

		År					
		0	1	2	3	4	5
P A T I E N T	Individ: självbild, symtom			Processintervjuer och			Individ
	Samhälle: arbete, kontakter			Observationer av patienterna			Samhälle
	Psykiatri: diagnos, sjukvård						Psykiatri
	Psykologi: personlighet, funktionsnivå						Psykologi
P E R S O N A L	Självbild						Självbild
	Arbetsmiljö				Arbetsmiljö		Arbetsmiljö
	Vårdideologi				Vårdideologi		Vårdideologi
	Vårdklimat				Vårdklimat		Vårdklimat
	Utbrändhet				Utbrändhet		Utbrändhet
	Känslor för patienterna				Känslor		Känslor

Figur 1. Projektets design.

Urval av enheter och patienter

I denna studie ingår 23 enheter, varav 3 är dagavdelningar och 20 är behandlingshem med dygnet runt vård. Hela Behandlingshemsprojektet omfattar ett flertal enheter som inte ingår i denna studie som handlar om behandlingshem för psykiatriska patienter. En psykiatrisk vårdavdelning har inte tagits med i denna studie därför att patientgruppen är helt annorlunda och för att den inte är ett behandlingshem utan en slutenvårdsavdelning specialiserad på särskilt vårdkrävande schizofrena patienter. I studien ingår inte heller några enheter som specialiserat sig på missbrukspatienter med psykiska störningar som finns med i projektet eller särskilda ungdomshem i SiS regi eller andra privata behandlingshem.

Urvalet av enheter har skett genom självselektion, vilket innebär att endast de enheter kommit med som a) hade personal och patienter som ville utvärderas av externa forskare b) hade klinikledningens moraliska och ekonomiska stöd för forskningskostnaderna under minst 5 år. Åtminstone ett par behandlingshem har försökt komma med men inte lyckats uppfylla ovan nämnda krav. Urvalsförfarandet har förmodligen lett till att de behandlingshem som är med i projektet har lite större acceptans för vikten av utvärde-

ring i sin klinikorganisation än behandlingshem i allmänhet. Det finns dock ingen anledning att tro att de skulle vara bättre eller sämre med avseende på den behandling som bedrivs. Om man antar att varje psykiatrisk klinik i Sverige hade ett behandlingshem skulle det innebära att det fanns drygt 100 liknande behandlingshem i psykiatrin och urvalet omfattar då ca en femtedel, vilket innebär en relativt god täckning av populationen.

Vilka patienter som skulle vårdas på behandlingshemmet bestämdes av personalen/kliniken och inte av forskarna. I allmänhet valde man ut motiverade patienter som uppfyllde de lokala inklusionskriterierna, men ibland tog man in även andra patienter för att fylla upp platser och rädda ekonomin. De flesta behandlingshem vände sig till patienter under 30 år med psykos- eller borderlineproblematik/personlighetsstörningar. Urvalet av patienter är förmodligen representativt för sådana patienter som av personal i psykiatrin bedöms ha förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig långvarig psykosocial behandling. När projektet startade fanns ofta en väntelista på behandlingshemmen, men efter något år var det snarast överkapacitet och många enheter var tvungna att aktivt rekrytera patienter även från andra kliniker än den egna för att inte läggas ner.

Personalen var i regel särskilt utvalda sjukskötare eller sjuksköterskor med erfarenhet av psykiatrisk vård. På ett antal enheter hade man också krav på grundläggande utbildning i psykoterapi motsvarande Steg 1 och på några enheter var personalen socionomer eller psykologer. I anslutning till enheterna fanns alltid en psykiater och en handledare för personalens psykosociala arbete. Vi har valt att definiera förekomst av psykoterapi som att det skett regelbundna samtal med psykoterapeutiskt utbildad person, i regel en legitimerad psykoterapeut som antingen funnits på enheten eller i form av extern kontakt. I tabell 1 visas bakgrundsdata, bortfall och vårdtider för de 23 enheter och patienter som ingår i studien.

Tabell 1. Bakgrundsdata och vårdtider under år 0 till år 5 patienter som ingår i projektet uppdelat på de 23 enheterna.

Enhet	Tillfrågade	Uppföljda	Ålder år 0	Kvinnor %	Behandlingshems-tid i mån	Dagvårds-tid i mån	Sluten vårdstid i mån	Psyko-terapi tim	Psyko-terapi %
ALSK	9	7	27	33	23,4	22,8	4,6	46	57%
BOST	8	7	25	50	30,7	3,0	7,0	218	71%
ESVI	19	10	32	58	19,7	0,4	0,9	270	100%
FAHO	3	3	29	33	29,9	0,8	0,0	405	100%
FASA	9	4	25	56	40,7	14,7	3,7	381	100%
FAVI*	13	8	31	15	0	11,9	1,2	114	88%
GADA*	10	6	29	70	5,7	26,2	10,4	172	33%
HARE	11	9	27	55	28,4	5,1	6,7	217	78%
KAGI	8	5	25	50	21,4	37,2	2,3	135	100%
KIVA	7	5	21	71	55,5	0	0,6	414	100%
KRKR	10	8	25	40	39,0	8,9	2,6	265	100%
LYDA*	7	6	34	33	0	10,4	0,3	0	0%
MAGE	10	7	19	40	20,4	9,9	1,7	198	86%
OSSV	4	4	24	0	43,5	0	0,0	125	50%
PIHA	8	5	31	38	33,5	24,7	2,3	0	0%
PILI	9	5	24	22	21,7	3,8	7,6	212	20%
SASJ	12	10	28	75	6,1	2,4	1,6	188	60%
SKEN	6	4	26	83	33,9	3,4	0,9	290	75%
STET	12	9	28	25	24,9	6,7	7,5	397	89%
UMOB	6	5	27	33	35,5	8,1	5,2	149	100%
VAFE	7	4	25	57	12,9	14,4	1,5	40	25%
VIGA	9	8	19	56	23,5	22,4	4,8	221	100%
VJHM	8	7	28	63	28,6	0	1,0	0	0%
Sum/medel	205	146	26	46	27,6	11,9	3,2	223	67%

*Dagavdelning

Av tabellen framgår att det sammanlagt rör sig om 205 patienter som någon gång anmält intresse av att delta i projektet och att för 146 av dessa har vi uppföljningsdata. Alla uppgifter i tabellen är räknade mot den dag patienterna skrev under forskningskontraktet, vilket betyder att total vårdtid i regel är

längre (ca 8 månader i genomsnitt) och att ålder vid behandlingens start i regel är lägre än vad som anges i tabellen (variationsvidd 16-48 år). Den genomsnittliga åldern är 26 år och ett par enheter har ungdomar under 20 som målgrupp medan några har lite äldre patienter över 30 år. Knappt hälften av patienterna är kvinnor. Den genomsnittliga sjukdomsdurationen vid projektets start var 6 år, vilket betyder att de flesta insjuknat vid 20 års ålder. Den genomsnittliga vårdtiden på behandlingshem är drygt två år och det är mycket vanligt att man kombinerar med dagvård på samma enhet under perioder eller i slutet av behandlingsperioden så att den sammanlagda vårdtiden ligger över tre år. I genomsnitt har patienterna vistats 3 månader på slutenvårdsavdelning under de fem åren, vilket är en anmärkningsvärt låg siffra för denna grupp av patienter. Två tredjedelar av patienterna har fått individuell psykoterapi som en del av vårdinsatserna och för de som fått psykoterapi är antalet timmar relativt stort även om stora variationer förekommer, vilket beror på vilken roll man tillmäter den individuella psykoterapin. Vissa enheter har haft individuell psykoterapi åtskilt från miljöterapi medan andra har haft en integrerad modell med mycket kontakt mellan individualterapeuter och miljöterapeuter. Så gott som alla terapeutiska insatser har haft psykodynamisk inriktning, men det finns några enheter som är utpräglat socialpsykiatriska med stark tonvikt på miljöterapi och ett gott psykiatriskt omhändertagande.

Bortfall

Av tabell 2 framgår att de uppföljda utgör 71 % och att det är 53 % män och 47 % kvinnor samt att medelåldern är drygt 26 år. Det är ingen skillnad mellan de uppföljda och bortfallet i dessa avseenden. Det finns inte heller några skillnader i sjukdomsduration mellan uppföljda och bortfallet.

Tabell 2. Sammanställning av bortfall och uppföljda patienter med avseende på antal, kön och genomsnittlig ålder (standardavvikelse inom parentes).

	N	%	M	K	Ålder M SD
Totalt	205		109	96	26,7 (6,1)
Uppföljda	146	71	77	69	26,8 (6,3)
Bortfall	59	29	32	27	26,5 (5,3)

Bortfallet består av en grupp på 18 patienter (9 %) som ångrade sig omedelbart och aldrig kom till avtalad tid för första datainsamling. Om man exkluderar dessa patienter blir bortfallet endast 21 %. Totalt 17 (8 %) patienter

avbröt sin medverkan någon gång under de fem åren och 19 (9 %) ville inte delta i femårsuppföljningen trots stora ansträngningar att motivera till medverkan (julkort, t-shirt, 500 kr i ersättning år 5 etc.). Fem patienter (2.4 %) avled under projekttiden. Av de analyser vi kunnat göra kan man inte dra slutsatsen att de som fallit bort är systematiskt annorlunda än de som fullföljt. Vi tror därför att man kan generalisera till alla patienter som behandlades på de aktuella behandlingshemmen. Huruvida man också kan generalisera till patienter på andra psykiatriska behandlingshem än de som ingått i projektet är en öppen fråga som vi tyvärr inte kan svara på eftersom vi inte vet hur populationen av behandlingshem ser ut.

I det följande kommer endast data från de uppföljda patienterna att presenteras. Eftersom varje patient som bidragit till åtminstone en före-efter mätning räknats som uppföljd har vi ett mer eller mindre stort bortfall för de enskilda metoderna och N = 146 finns inte för någon enskild metod. Därför redovisas alltid vilket antal patienter en mätning grundar sig på.

Patienternas diagnoser

De två diagnossystem som använts i projektet är Kernbergs begrepp personlighetsorganisation (PO) och DSM-systemet, version III-R och IV. PO-diagnoserna bestämdes på grundval av den strukturella intervju som gjordes av forskarna år 0, medan DSM-diagnoserna gjordes någon gång under projekttiden av en lokal psykiater. Det betyder att endast PO-diagnoserna är oberoende av sjukdomens utveckling. En oberoende bedömning av PO gjordes i samband med uppföljningen År 5.

Tabell 3. Patienternas fördelning på olika typer av personlighetsorganisation och kön år 0.

	DIAGNOS									
	NPO		BPO		PPO		Saknas	Total		
Kön	N	%	N	%	N	%	N	N	%	
K	12	71	19	51	36	40	2	69	47	
M	5	29	18	49	54	60	0	77	53	
Total	17	11	37	25	90	62	2	146	100	

Av tabell 3 framgår att majoriteten av patienterna (62 %) har PPO-diagnos och endast 11% har fått en NPO-diagnos. Det är en något sned könsfördelning så till vida att fler män har PPO-diagnos och fler kvinnor har BPO och framför allt NPO-diagnos. Skillnaderna är dock inte signifikanta. Sjuk-

domsduration skiljer sig signifikant mellan grupperna på det sättet att NPO gruppen haft sina problem ett par år mindre (4.7) än PPO (6.1) och BPO (8.6) innan de tas in på behandlingshemmen (ANOVA (F= 3.839, df 2/131), p=.02).

DSM-systemet innehåller många olika grupper av psykiatriska diagnoser. På Axel 1 klassificeras stora grupper av psykiatriska sjukdomar och på Axel 2 klassificeras personlighetsstörningar. För att få tillräckligt stora grupper har vi valt att dela in patienterna i fyra grupper på basis av deras diagnoser enligt DSM-systemet. Grupperna är hierarkiskt ordnade så att man först undersökte om det var en schizofrenidiagnos, därefter om det var en annan form av psykosdiagnos, därefter om det fanns en personlighetsstörning medan övriga bildade en restgrupp med olika diagnoser på Axel 1. Det betyder att det finns patienter i schizofreni och psykosgrupperna som också har en diagnos enligt Axel 2.

Tabell 4. Gruppering av DSM-diagnoser till DSM-grupper

DSM-grupp	Består av följande personer
Schizofreni (Schiz)	Alla som fått schizofrenidiagnos
Övriga psykos (Psykos)	Alla som fått en psykosdiagnos men inte schizofreni, t.ex. reaktiv psykos, schizoaffectiv psykos, vanföreställningssyndrom
Personlighetsstörning (P-stö)	Alla som fått en diagnos enligt Axel 2
Övriga Axel 1 (Övr)	Alla andra diagnoser på Axel 1, t.ex. depression, ångest

Hur patienterna fördelar sig på olika DSM-grupper framgår av tabell 5. Det är en signifikant skillnad i könsfördelning på de olika grupperna av DSM-diagnoser ($\chi^2(1,3)=8.87, p=.03$).

Tabell 5. Patienternas fördelning på DSM-grupper och kön.

	DSM-grupp									
	Schiz		Psykos		P-stö		Övr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
K	27	36	12	54	15	58	15	63	69	47
M	47	64	10	46	11	42	9	37	77	53
Total	74	51	22	14	26	17	24	17	146	100

I tabell 5 kan man se att andelen kvinnor ökar ju längre bort från Schizofreni man kommer. Man kan också notera att Schizofrenigruppen omfattar mer än hälften av alla patienter (74 st) och utgör den största gruppen i materialet.

I tabell 6 korstabuleras de två diagnossystemen med varandra för att se hur de överlappar.

Tabell 6. Korstabulering av PO diagnoser och DSM diagnoser avseende antal patienter.

PO	DSM				Total
	P-stö	Psykos	Schiz	Övr	
NPO	8	3	2	4	17
BPO	15	4	5	13	37
PPO	3	14	66	7	96
Total	26	21	73	24	144

Av tabell 6 framgår att det är en stor (och klart signifikant) överlappning mellan de två diagnossystemen, men att det också finns en del oväntade kombinationer, t.ex. 2 NPO som också har fått en schizofrenidiagnos. Det kan dels bero på bristande reliabilitet i diagnostiseringen, dels på att diagnoserna gjorts vid olika tidpunkter och dels på att det är två inte helt kompatibla diagnostiska system. Reliabiliteten för PO-diagnoser har uppskattats till 0.70 i en tidigare studie (Armelius et al.1991) och reliabiliteten i DSM-diagnoser brukar uppskattas till ungefär detsamma för tränade bedömare, vilket betyder att det finns en relativt stor osäkerhet i dessa diagnoser.

Effektmätning

Ett problem i effektstudier av behandling är att varje metod har sin egen skala och sina egna mätvärden. För att kunna göra jämförelser mellan olika metoder för att få en nyanserad bild av behandlingseffekterna brukar man därför transformera alla värden till en jämförbar skala. Sedan 1980-talet har det blivit allt mer vanligt att man då använder en standardiserad skala genom att dividera alla mätningar med ett uttryck för standardavvikelsen i populationen. Effekten, kallad effekt-size (ES), kan då uttryckas som en avvikelse från referensvärdet 0 som oftast utgörs av medelvärdet i en kontrollgrupp eller medelvärdet av för-mätningar om man har en före-efter design. Denna metodik används i metaanalyser (se t.ex. Lipsey & Wilson, 2001 för detaljer), men kan också användas i enskilda primärstudier av behandlingseffekter.

I denna studie har vi standardiserat alla mätningar genom att beräkna ett ES-värde för varje delskala i var och en av de metoder som använts. ES-värdet har beräknats så att ett positivt värde alltid betyder en förbättring. Formeln för beräkning av ES-värdet är:

$$ES = \frac{\overline{X}_{\text{efter}} - \overline{X}_{\text{före}}}{SD_{\text{före}}}$$

Vi har valt att använda SD före som skalenhet snarare än ett sammanslaget estimat av före- och efter-mätningen därför att SD efter påverkas systematiskt av behandlingsinsatserna så att SD ökar. På detta sätt får vi ett ES-värde som motsvarar *d* i före-efter mätningar i meta-analytisk terminologi (Cohen, 1988, Rosenthal, 1991, Lipsey & Wilson, 2001). Man brukar använda kriterier uppsatta av Cohen (1988) för att tolka storleken på ES-värdena så att värden under 0.2 betraktas som ingen effekt, 0.2-0.5 bedöms som liten effekt, 0.5-0.8 bedöms som måttlig eller medelstor effekt och värden över 0.8 bedöms som en stor effekt. Detta är dock snarast tumregler och det finns många exempel på att även mycket små effekter kan betraktas som så viktiga att ett försök avbryts i förtid, t.ex. inom hjärt-kärlforskning där en ES på 0.04 kan innebära en ökad överlevnadsprocent på 4 % för en grupp av patienter som får en viss medicin. ES-värden beräknades för var och en av metoderna och för sammanslagna ES-värden enligt tabell 7.

Tabell 7. Beräkning av ES-värden och sammanslagna ES-värden.

Sammanlagt index	Metod	Delskalor med egen beräkning av ES-värde
Subjektiv ES	SASB	Positiv självbild, Negativ självbild, Attackkoefficient
	SCL-90	GSI
Bedömd ES	SI	Högnivåförsvar, Lågnivåförsvar, Identitetsbildning, Realitetsprövning, Interpersonell realitetsprövning
	S-C	Arbete, Sociala relationer, Psykosymtom, Slutenvård
	HSRS	Medelvärde av global skattning, bredd och djup på intressen, relationer, effekt på omgivningen, subjektivt obehag,

Vid beräkningen av de två sammanslagna indexen ingick varje metod med ett medelvärde av de ES-värden som beräknats inom metoden för att de olika metoderna skulle få lika vikt. Indexen beräknades alltid som medelvärdet av de ingående ES-värdena. Avsikten med denna procedur är att få fram två sammanfattande mått som representerar två olika aspekter i utvärderingen av behandlingseffekterna. Indexet Subjektiv ES återspeglar patientens perspektiv så som det kommer till uttryck i svaren på frågeformulär som patienten själv fyllt i år 0 och år 5. Bedömd ES återspeglar de bedömningar som gjorts av forskare i samband med intervjuer år 0 och år 5. HSRS uttrycker ett medelvärde av alla skattningar som någon gjort av patienten under det första respektive sista året och kan således även inkludera personalens skattningar. En fördel med att använda sammanslagna index är att man kan inkludera även de patienter där det saknas värden för någon enskild metod, men där det finns värden för någon annan metod som ingår i indexet. Det betyder också att de index som redovisas inte har standardavvikelsen 1 eftersom de är medelvärden av ES-värden som vart och ett har standardavvikelsen 1. Sambandet mellan de två ES-variablerna är 0.33, men det är systematiskt relaterat till vilken personlighetsorganisation det rör sig om (PPO=0.11, BPO=0.59, NPO=0.69).

De två indexerade ES-variablerna kommer nu att redovisas i förhållande till olika patientvariabler, behandlingsvariabler och enhetsvariabler. Skillnader mellan grupper signifikant testas med t-test eller variansanalys. Avslutningsvis görs en analys av eventuella samband mellan ES-värden och de kritiska variablerna i forskningsdesignen.

Resultat

Huvudresultat för patienter

Medelvärdet av Bedömd ES för alla patienter var 0.52 vilket enligt Cohens kriterier betyder att det föreligger en medelstor effekt. För Subjektiv ES var medelvärdet betydligt lägre, 0.29, vilket betyder att det rör sig om en liten effektstorlek. I den följande analysen skall vi se hur dessa värden fördelar sig på patienternas bakgrundsvariabler, diagnosvariabler samt hur de samvarierar med olika behandlingsvariabler.

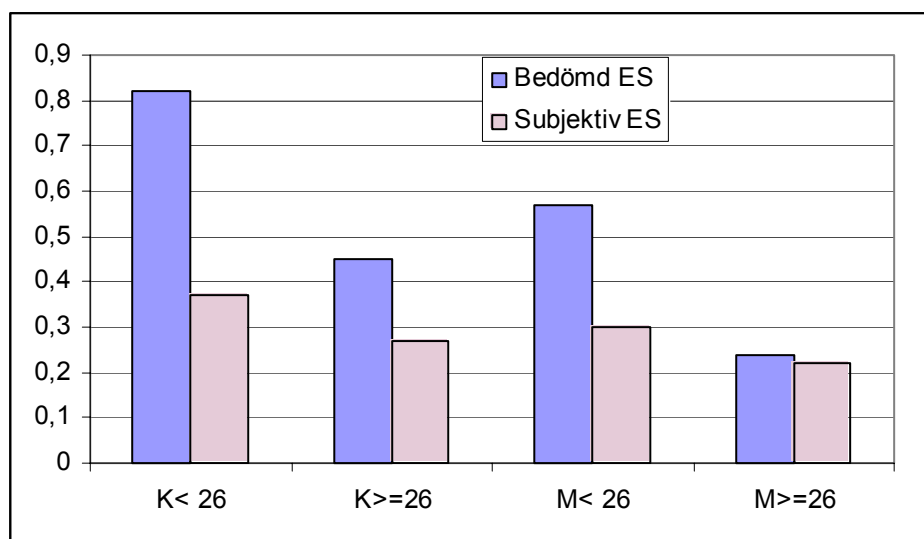
Bakgrundsvariabler

Medelvärdet av ES-värdena för bakgrundsvariablerna kön och ålder uppdelat på yngre än 26 år och 26 år eller mer, samt kombinationen av dessa två återges i tabell 8.

Tabell 8. Medelvärden och SD för Bedömd ES för patientvariablerna kön och ålder (över/under 26 år).

Kön	Ålder	Bedömd ES			Subjektiv ES		
		Mv	SD	N	Mv	SD	N
K	< 26	,82	,91	37	,37	,97	34
	>=26	,45	,80	32	,27	,81	28
	Total	,65	,88	69	,32	,90	62
M	< 26	,57	,87	36	,30	,80	33
	>=26	,24	,65	39	,22	,75	36
	Total	,40	,78	75	,26	,77	69
Total	< 26	,70	,89	73	,34	,89	67
	>=26	,33	,72	71	,24	,77	64
	Total	,52	,83	144	,29	,83	131

Värdena i tabellen återges också i figur 2 nedan.



Figur 2. ES-värden för män och kvinnor över och under 26 år.

Man kan se att medelvärdena för Bedömd ES genomgående är högre än för Subjektiv ES. För Bedömd ES var det en signifikant skillnad mellan de patienter som var över/under 26 år ($F(1,140)=6.7, p=.01$) och en tendens till

skillnad mellan män och kvinnor ($p=.09$) men ingen signifikant interaktion mellan kön och ålder. Korrelationen mellan ålder och Bedömd ES var signifikant, 0.17 ($p<.05$), vilket betyder att gränsen på 0.26 inte är kritisk för utfallet. För Subjektiv ES var det en tendens till skillnad för patienter som var över/under 26 år ($p=.09$) men inga signifikanta skillnader för kön.

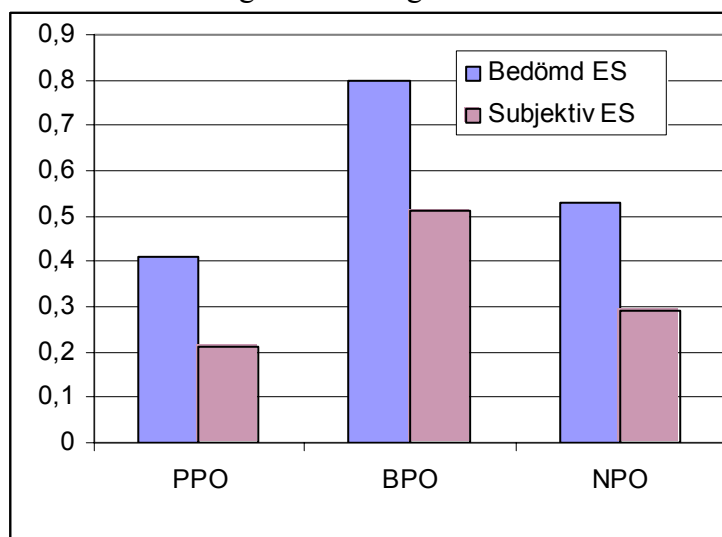
Diagnosvariabler

Skillnader mellan patienter med olika personlighetsorganisation framgår av tabell 9. Det var en signifikant skillnad i Bedömd ES ($F(2,147)=4.17$, $p=.02$) som beror på att BPO gruppen har högre värden än PPO gruppen. För Subjektiv ES fanns inga signifikanta skillnader.

Tabell 9: Bedömd och Subjektiv ES för olika grupper av personlighetsorganisation.

	Bedömd ES			Subjektiv ES		
	Mv	SD	N	Mv	SD	N
PPO	,41	,78	89	,21	,82	83
BPO	,80	,85	37	,51	,86	34
NPO	,53	,97	14	,29	,80	14
Total	,52	,83	143	,30	,83	131

Medelvärdena återges också i figur 3.



Figur 3. ES-värden för olika grupper av personlighetsorganisation.

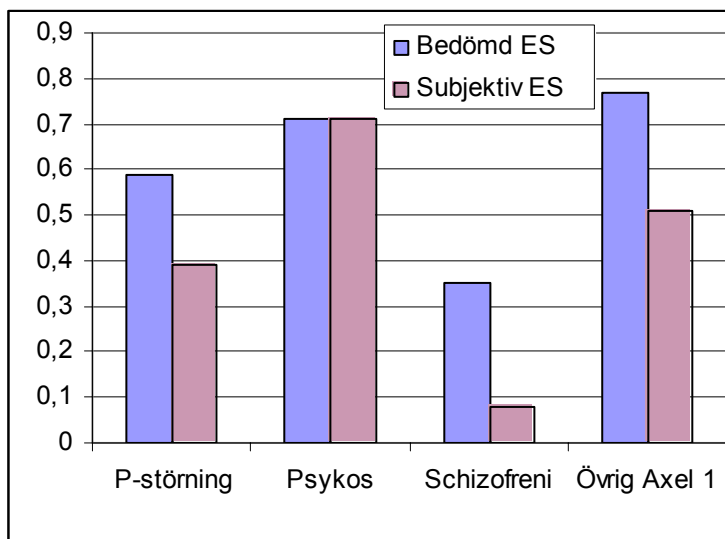
Av tabell 9 kan man se att BPO gruppen har ett medelvärde på 0.80 för Bedömd ES. Det är ett mycket högt värde och i nivå med de genomsnittliga resultaten av effekter av psykoterapi i olika metaanalyser. Att det går lite sämre för NPO gruppen kan delvis bero på takeffekter. För en del variabler, t.ex. i Strauss-Carpenters skala har NPO patienterna redan från början nått upp till maximal nivå och kan inte förväntas nå ett bättre resultat. Denna förklaring är dock inte relevant för Subjektiv ES i NPO-gruppen. För PPO-gruppen är den genomsnittliga förbättringen lägre men ändå signifikant skild från 0, vilket betyder att det finns en relativt stor förbättring även för PPO gruppen. När det gäller Subjektiv ES är värdena som väntat lägre än för Bedömd ES för samtliga grupper, men ES-värdena är signifikant skilda från 0 för såväl BPO som PPO gruppen. Det finns alltså även här en positiv förändring som är signifikant.

Skillnaderna mellan patienter med olika DSM diagnoser framgår av tabell 10. Bedömd ES ($F(3,150)=2.82, p=.04$) är signifikant skilt mellan grupperna så att Övrig Axel 1 har högre värden än Schizofreni. För Subjektiv Es finns också en signifikant effekt ($F(3,134)=4.09, p=.01$) som kan hänföras till samma gruppskillnader.

Tabell 10. Bedömd och Subjektiv ES för olika grupper enligt DSM systemet.

	Bedömd ES			Subjektiv ES		
	Mv	SD	N	Mv	SD	N
P-stö	,59	,94	26	,39	,86	24
Psyk	,71	,91	21	,71	,83	19
Schiz	,35	,74	74	.08	,72	69
Övr	,77	,83	20	,51	,96	20
Total	,52	,83	145	,29	,83	132

Medelvärdena återges också i figur 4.



Figur 4. ES-värden för olika grupper enligt DSM-systemet.

Det är främst gruppen Övriga Axel 1 störningar som får höga värden när man grupperar patienterna efter DSM-systemet, men även Övriga psykoser får höga värden. Det är lite lägre siffror för Personlighetsstörningar och Schizofrenigruppen hamnar relativt lågt, speciellt för Subjektiv ES där schizofrenigruppens värde är det enda som inte är signifikant skilt från 0. Överensstämmelsen mellan Bedömd och Subjektiv ES är inte särskilt stor, men om man ser till genomsnittet av de två indexen så ligger gruppen Övriga psykoser bäst till och Schizofreni har lägst värden. Det betyder att skillnaderna är stora i prognos mellan olika grupper av patienter som alla uppvisar psykotiska symtom.

Sammanfattningsvis kan man säga att inga av de ovan analyserade bakgrunds- eller diagnosvariablerna interagerar signifikant med varandra och utfallet. De är således rena faktorer, vars effekter kan adderas med varandra. Den starkaste förklaringskraften har ålder (över-under 26 år) medan kön uppvisar tendenser som dock inte är signifikant relaterade till utfallet. Bland diagnosvariablerna finns några signifikanta skillnader och alla grupper uppnår positiva effekter även om Schizofrenigruppen uppvisar ett något sämre utfall än de övriga, speciellt på Subjektiv ES där ingen förändring kan noteras. Subjektiv ES har överlag lägre ES-värden utom för gruppen Övriga psykoser som har höga värden på båda indexen.

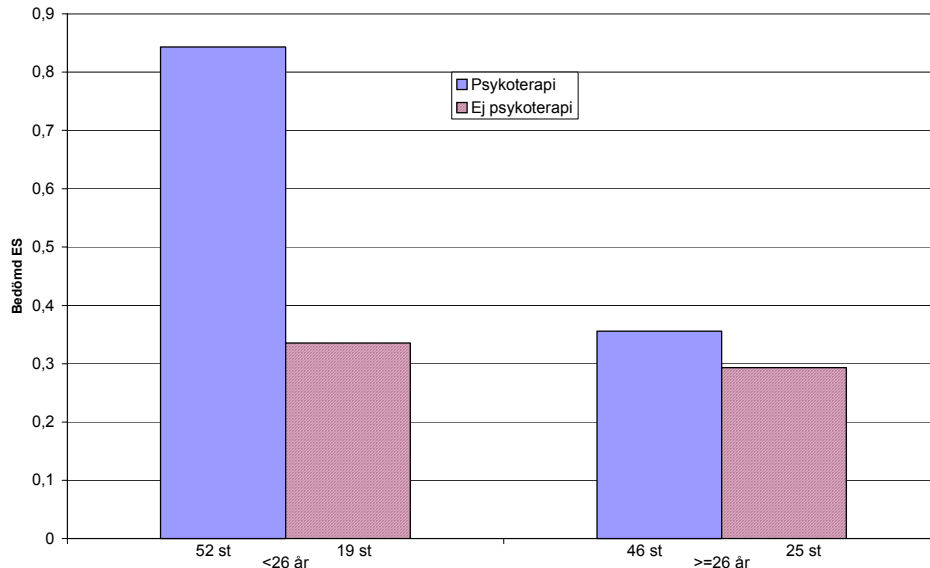
Samband mellan tidsmätt, behandlingsinsatser och ES-värden

En möjlighet är att det finns systematiska samband mellan tidpunkten för forskningen och de enskilda patienternas behandlingstider. Det kan t.ex. vara så att det är lägre ES-värden för patienter som var i slutet av sin behandlingsperiod när forskningen började, eller att ju kortare tid som förflutit mellan avslutad vård och uppföljningen år 5, desto högre ES-värden. I syfte att undersöka sådana samband beräknades korrelationen mellan ett antal olika tidsvariabler och ES-värdena för enskilda patienter. Resultaten återges i tabellen nedan.

Tabell 11. Samband mellan Bedömd ES och olika tidsvariabler beräknad för enskilda patienter

Tidsvariabel	Samband med Bedömd ES
Sjukdomsduration före år 0	-0.07
Antal dagar på behandlingshem före år 0	-0.12
Tid mellan uppföljning och utskrivning bhem	-0.02
Total tid på behandlingshem	0.00
Tid på behandlingshem under år 0-5	0.11
Total tid i dagvård	-0.09
Tid i dagvård under år 0-5	-0.20
Total tid i slutenvård	-0.12
Tid i slutenvård under år 0-5	-0.13
Antal timmar individualpsykoterapi	0.17*
Deltagit i individualterapi (ja/nej)	0.17*

Det verkar inte finnas några systematiska samband mellan tidpunkt för behandlingens start eller slut och den tidpunkt då forskningsdata samlades in. Detta skulle annars kunna vara en alternativ förklaring till eventuella samband mellan vårdinsatser och uppmätta ES-värden. De enda behandlingsvariabler som är signifikant relaterade till utfall är antalet timmar i psykoterapi samt om man deltagit i individualpsykoterapi eller ej. ES-värdet för de som fått psykoterapi var 0.60 i genomsnitt medan det var 0.28 för de som ej fått psykoterapi. Även denna skillnad är signifikant ($p < .05$). En jämförelse mellan de som är yngre och äldre med avseende på effekterna av psykoterapi visar att det är en signifikant skillnad mellan de som fått psykoterapi och de som inte fått det för dem som är under 26 år. Detta illustreras i figur 5.



Figur 5. ES-värden för unga och gamla patienter som fått respektive inte fått psykoaterapi.

Sammanfattningsvis kan man säga att resultaten baserade på data för enskilda klienter visar följande:

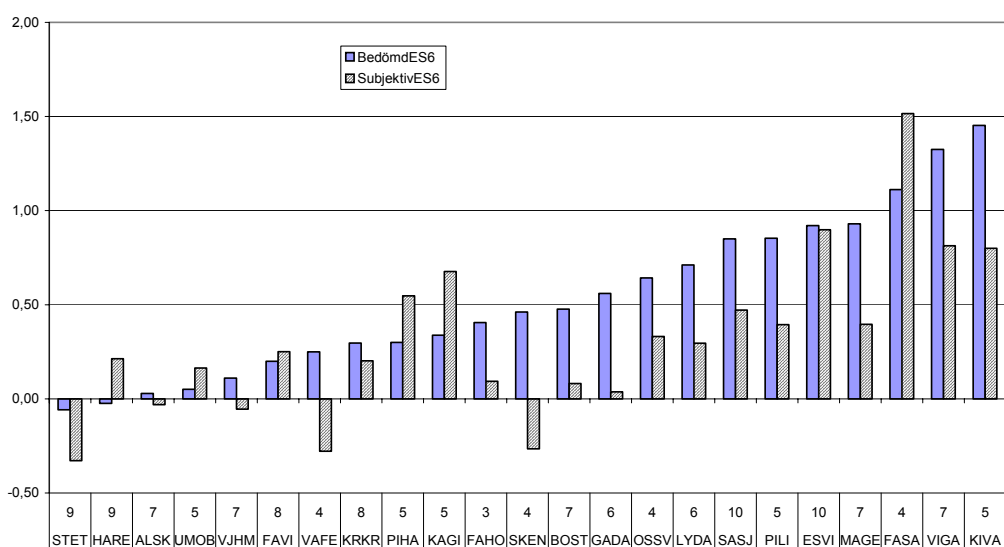
1. Värdena för Bedömd förändring är genomgående högre än för Subjektiv förändring
2. Yngre patienter, definierat som patienter under 26 år i denna studie, har bättre resultat än äldre patienter
3. En stark tendens att kvinnor får bättre resultat än män
4. BPO har bättre resultat än övrig PO-grupper
5. Övrig Axel 1 har bättre resultat än Schizofreni
6. Andra psykosor har betydligt bättre resultat än Schizofrenigruppen.
7. Patienter som får psykoaterapi har bättre resultat än de som inte får psykoaterapi, speciellt om de är unga
8. Antalet timmar psykoaterapi är positivt relaterat till utfallet

Analysen av resultat baserade på enskilda individer avslutas nu och resten av rapporten ägnas åt resultat som gäller enheter. Det har fördelen att man kan relatera de genomsnittliga resultaten för patienterna vid en viss enhet till andra egenskaper hos enheterna som t.ex. storlek på enheten, vårdkultur, psykosocialt arbetsklimat för personalen etc. Nackdelen är att antalet observationer minskar från 146 individer till 23 enheter, vilket gör risken för till-

fälliga samband och feltolkningar större. Därför kommer endast ett fåtal resultat att redovisas.

Huvudresultat för enheter

De genomsnittliga resultaten avseende Bedömd och Subjektiv ES för var och en av de tjugotre enheter som ingår i projektet visas i figur 6.



Figur 6. Genomsnittliga värden på Bedömd och Subjektiv ES för de 23 enheterna. Data har ordnats i stigande ordning på Bedömd ES. Siffrorna anger hur många som följts upp på vardera enheten.

Av figuren framgår att det är en stor variation mellan enheterna när det gäller storleken på behandlingseffekterna, både avseende Bedömd och Subjektiv ES. Man kan också se att Subjektiv ES i regel är lägre än Bedömd ES men att de tenderar att följas åt med en korrelation på 0.71 på enhetsnivå. Man kan också se att det är ca 5 enheter till vänster som i stort sett ligger kring noll och alltså inte har någon effekt på patienterna, medan ca 7 enheter till höger har en stor eller mycket stor effekt. Enheterna till vänster har i allmänhet haft lite äldre schizofrena patienter medan enheterna till höger domineras av yngre borderlinepatienter även om några också haft schizofrena patienter.

En intressant fråga är om det finns några variabler på enhetsnivå som korrelerar med utfallsvariablerna. Sambanden mellan den proportionella fördelningen av ett antal bakgrundsvariabler och diagnosvariabler å ena sidan och utfallsvariablerna återges i tabell 12.

Tabell 12. Korrelationer mellan bakgrundsvariabler, diagnosvariabler och utfallsvariabler på enhetsnivå.

Korrelationer

	Bedömd ES	Subjektiv Es
Bakgrundsvariabler		
Antal patienter på enheten	-,08	,08
Procent drop-out	,01	,21
Ålder	-,48*	-,25
Sjukdomsduration	-,41	-,11
Procent män	-,34	-,15
Diagnosvariabler		
Procent PPO	-,54*	-,28
Procent BPO	,53**	,31
Procent Schizofreni	-,60**	-,57**
Procent Psykos	,18	,52*
Procent Personlighetsstörningar	,22	,13
Procent Övrig Ax1	,66**	,37
Behandlingsvariabler		
Vårdtid på behandlingshem år 0-5	,14	,25
Dagvårdstid år 0-5	,00	,25
Slutenvårdstid år 0-5	-,19	-,16
Psykoterapitimmar	,32	,27
Har/har ej fått psykoterapi	,12	,08

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Av tabellen kan man se att det främst är ålder och några av diagnosvariablerna som korrelerar högt med utfallet, vilket stämmer med analysen för enskilda patienter som redovisats tidigare. Det är också positiva men inte signifikanta samband mellan utfall och vårdtiden på behandlingshem och antalet timmar i individuell psykoterapi. Det positiva sambandet mellan procent drop-out och Subjektiv ES antyder att det kanske rör sig om ett selektivt bortfall på så sätt att de patienter som är kvar i allmänhet kan tillgodogöra sig vården och därför stannar kvar medan de som inte har något utbyte av vården avslutar sin behandling och faller bort ur forskningen, vilket ger ett bättre utfall för Subjektiv ES, men inte för Bedömd ES. På enhetsni-

vå är sambandet mellan sjukdomsduration och utfall starkare än det är på individnivå. Det kan tolkas så att enheter som fokuserar mer på nyinsjuknade patienter i allmänhet har ett bättre utfall, men det kan också vara så att man i allmänhet vänder sig till patienter med en viss ålder och då är det endast en återspeglning av sambandet mellan ålder och utfall. Det negativa sambandet med slutenvårdstid visar att slutenvård i regel används endast för de patienter som man inte lyckas hjälpa med vård på behandlingshem. Det finns också exempel på enheter som utnyttjar slutenvårdsplatser relativt flitigt därför att man inte har tillräckligt med nattpersonal. Vi kan också konstatera att behandlingshemmen tenderar att bli bättre med åren för sambandet mellan startår för forskningen och Bedömd och Subjektiv ES är 0.29 respektive 0.13.

Samband mellan personalens upplevelse av vårdkulturen och utfallet för patienterna

För att få en grov uppfattning om betydelsen av de olika personalmätningar som gjorts korrelerades alla medelvärden för alla delskalor med medelvärdet för Bedömd ES och Subjektiv ES för varje enhet. De signifikanta korrelationer som kom fram var följande:

Tabell 13. Signifikanta korrelationer (*) mellan personalmetoder och utfall för patienterna.

	Bedömd ES	Subjektiv ES
COPEs: Autonomi	-0,45*	-0,31
Psykosos Arbmilj: Inflytande	0,55*	0,42*
Psykosos Arbmilj: Symptom	-0,46*	-0,32
Psykosos Arbmilj: Krav	-0,40*	-0,28
Vårdideologi: God prognos	0,61*	0,45*
Vårdideologi: Kreativitet & sensitivitet	-0,45*	-0,06

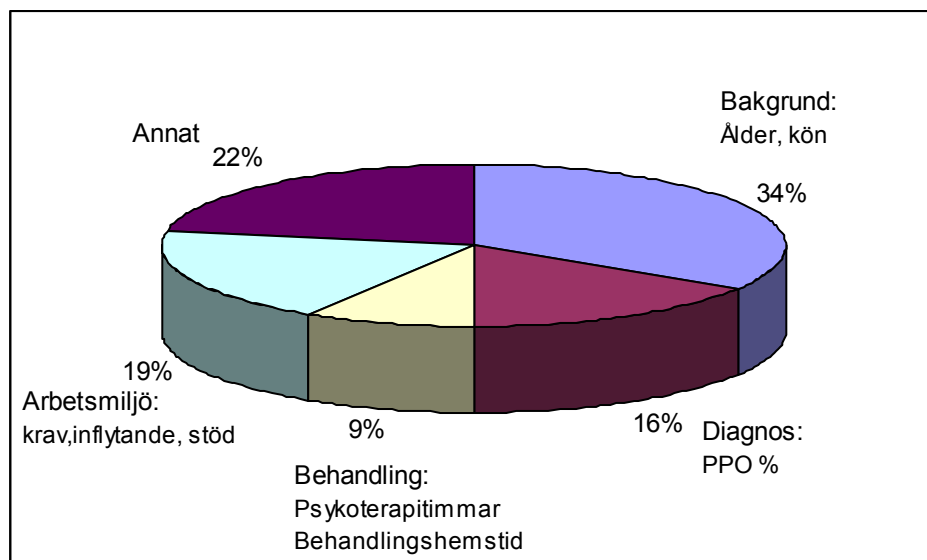
Risken för slump samband är uppenbar med en analys av detta slag, men det kan ändå ge en fingervisning om vilka variabler som man bör ägna särskild uppmärksamhet åt. Riktningen på de flesta sambanden är meningsfull, vilket ger en viss lite säkerhet i tolkningarna. Resultaten i tabell 13 visar att det främst är den psykosociala arbetsmiljön som uppvisar konsistenta samband med utfallet. Ju mer inflytande och ju mindre krav personalen upplever desto bättre går det för patienterna och ju mindre symptom personalen uppvisar, desto bättre går det för patienterna. Märkligt nog tycks det vara så att ju mer

personalen stimulerar autonomi, dvs. självständighet hos patienterna, desto sämre går det för patienterna. Att det finns ett starkt positivt samband mellan personalens tro på en god prognos för patienten och hur det går för patienten skulle delvis kunna förklaras med sjukdomsgraden hos patienten. Vi har dock analyserat detta samband även med korrektion för initial sjukdomsnivå och funnit att sambandet ändå är positivt. Det kan alltså röra sig om en genuin effekt av att personalen förmedlar en hoppfull inställning till patienten, oavsett hur sjuk patienten är.

En närmare analys av hur sambanden mellan vårdkulturens olika aspekter och utfall ser ut kommer att redovisas i kommande rapporter. För alla diagnosgrupper är det ett starkt och likartat samband med personalens upplevelse av sin psykosociala miljö, men för de övriga metoderna finns viktiga skillnader som antyder att olika diagnosgrupper behöver olika vårdkulturer för att uppnå bra resultat.

En statistisk förklaringsmodell till utfallet

För att få en uppfattning om betydelsen av olika faktorer för utfallet skapades en regressionsmodell där olika faktorer som kan tänkas bidra till att förklara utfallet på enhetsnivå bildade block av förklaringsvariabler och Bedömd ES utgjorde den beroende variabeln. Det första blocket bestod av bakgrundsvariablerna ålder och kön. Bakgrundsvariablerna förklarade sammanlagt 34 % av variansen i Bedömd ES. Därefter lades ett block in som endast bestod av variabeln procent PPO definierat utifrån Kernbergs diagnostiska system. Den variabeln förklarade ytterligare 16 % av utfallsvariansen i Bedömd ES. Det betyder att man redan innan någon behandling påbörjats kan förklara 50 % av variansen i utfall fem år senare för patienter som tas in på behandlingshem! Det tredje blocket bestod av variablerna tid på behandlingshemmet samt antal timmar i individuell psykoterapi och är ett uttryck för hur mycket behandling patienterna i genomsnitt fått vid enheten. Det blocket förklarade ytterligare 9 % av utfallsvariansen. Slutligen lades ett block in med variabler som hämtats från personalens upplevelse av sin psykosociala arbetsmiljö. Det var variablerna inflytande, stöd, och krav. Det blocket förklarade ytterligare 19 % av variansen i utfall. Sammanlagt ger modellen en förklaringsgrad på 78 % av utfallsvariansen. Resultatet av regressionsanalysen presenteras i figur 7.



Figur 7: En statistisk regressionsmodell för att förklara varians i Bedömd ES.

Modellen är ett exempel på vilka variabler som skulle kunna användas för att förklara utfallet. I modellen ingår de variabler som visat starkast samband med utfall, men även andra kombinationer av variabler kan visa sig ha stor förklaringskraft. Ett problem är att man inte kan ha med så många variabler eftersom det bara finns 23 enheter och därmed ganska få frihetsgrader. Modellen ovan är dock signifikant och har en förklaringskraft på 62 % även om man justerar för frihetsgraderna.

Resultaten på enhetsnivå visar sammanfattningsvis att:

1. Det är en stor variation i utfall mellan enheter
2. Det finns intressanta samband mellan patienternas utfall och personalens upplevelse av sin vårdkultur
3. På enhetsnivå kan man bygga modeller som ger en fingervisning om den relativa betydelsen av olika förklaringsvariabler.

Diskussion

Huvudambitionen i denna studie är att besvara frågan om vården på små behandlingshem för psykiatriska patienter med svårare störningar är effektiv eller inte. Det första kravet för att besvara frågeställningen gäller att visa att det faktiskt finns någon positiv effekt att diskutera över huvud taget. Det andra kravet är att med rimlig säkerhet knyta effekten till behandlingsinsatserna eller vården på behandlingshem. Med den relativt svaga design studien har är en av de mest troliga alternativa tolkningarna att de effekter som noteras är uttryck för naturliga förändringar till följd av mognad, naturligt sjukdomsförlopp eller brister i forskningens uppläggning. Vi skall återkomma till dessa övergripande frågor i slutet av diskussionen.

Resultaten visar att alla grupper av patienter uppvisar en positiv, men varierande grad av förändring mellan två mättillfällen som är åtskilda med fem år. Effekten är i allmänhet större för Bedömd förändring än för Subjektiv förändring. Det är alltså en större förändring för metoder som använder professionella bedömare än för metoder som baseras på patientens svar på frågeformulär som mäter subjektiv upplevelse av symtom och självbild. Det kan tolkas så att även om man lyckas förbättra patienternas funktionsnivå, t.ex. i form av bättre relationer, mer fritidsaktiviteter och arbete, med hjälp av vårdinsatser av olika slag så kvarstår det subjektiva lidandet för många patienter. Man kan anta att så länge man upplever sig ha symtom eller en negativ bild av sig själv så kommer man att söka hjälp och vara beroende av sjukvården. När det gäller schizofrenigruppen kan en förklaring till den uteblivna förändringen på Subjektiv ES vara att de märkligt nog inte har särskilt höga värden på vare sig symtomskalan SCL-90 eller på negativ självbild vid för-mätningen och därför inte heller förändras särskilt mycket. Varför det är så är oklart, men en möjlighet är att psykosen utgör ett skydd mot subjektivt lidande i denna mening och en annan möjlighet är att schizofreni är en sjukdom som inte primärt yttrar sig i subjektiva symtomupplevelser eller negativ självbild när en akuta psykosupplevelsen klingat av.

Hur skall man värdera en genomsnittlig effektstorlek på 0.52? Ett sätt är att utgå från Cohens kriterier och konstatera att det är en medelstor eller måttligt stor effekt. Ett annat sätt är att jämföra med ES-värden som registrerats i andra studier. För att finna jämförbara studier måste man begränsa sig till vissa diagnosgrupper eftersom det i allmänhet är stora skillnader mellan patienter t.ex. med / utan personlighetsstörning, med / utan psykosdiagnos. Tyvärr finns inte så många enskilda studier som använt sig av ES-värden

eftersom tekniken vanligtvis hör hemma i meta-analyser. Det ger emellertid en möjlighet till jämförelse med just meta-analyser även om de i allmänhet baseras på studier som har betydligt kortare tidsperspektiv än fem år. En viktig jämförelse utgörs av den sammanställning av effekterna inom all publicerad psykoterapiforskning som finns i Bergin & Garfields handbok (1994). Där fann man en genomsnittlig nivå på ES strax över 0.80, ett värde som återkommit ända sedan den första meta-analysen gjordes av Smith, Glass och Miller (1980). Den jämförelsen är endast relevant som en övre gräns eftersom den grupp av patienter vi studerar i regel utesluts från psykoterapistudier. En jämförelse som är extrem åt det andra hållet kan fås av långtidsstudier av schizofrena patienter där man i regel inte kan förvänta sig några positiva effekter alls av behandlingsinsatser, (t.ex. Mays studier i Kalifornien, se Armelius et al 1989).

Det finns med båda indexen en genomsnittlig effekt som är större än noll för alla grupper och alldeles säkert inte negativ, vilket annars skulle kunna vara ett tänkbart utfall för t.ex. schizofrenigruppen som i allmänhet har en dålig prognos. Totalt har ca 30 % av patienterna ett negativt värde på Bedömd ES, vilket betyder att det finns en relativt stor grupp som inte förbättras under de fem åren. En något större andel (33 %) har värden över 0.80, vilket betyder att de uppvisar en mycket stor förändring. Totalt har alltså ca 70 % av patienterna en positiv förändring under de fem åren. Den första slutsats man kan dra är att det för en majoritet av patienterna finns en relativt stor positiv förändring över tid och som vi skall försöka förklara närmare.

Vi kan i den statistiska regressionsmodellen se att det finns vissa generella samband som hjälper oss att ringa in de intressanta förklaringarna till utfallet. En sådan förklaringsvariabel är patienternas ålder. Resultaten visar tydligt att yngre patienter uppvisar en större förändring än äldre patienter. I analysen delade vi gruppen vid 26 år, men eftersom även korrelationsanalysen visade ett starkt samband mellan ålder och utfall så är inte den gränsen kritisk. Det faktum att sjukdomstiden före behandlingsinsatsen uppvisar svaga samband med utfallet på individnivå (-0.07) och inte påverkar korrelationen mellan ålder och utfall (från -0.17 till -0.16 med kontroll för sjukdomsduration) antyder att man inte kan förklara sambanden mellan ålder och utfall med att äldre patienter i allmänhet har varit sjuka längre. Ett annat sätt att svara på frågan om sambandet mellan ålder och utfall gäller generellt är att undersöka hur sambandet ser ut inom olika grupper. Det visar sig då att sambandet mellan ålder och utfall är något starkare för män (-0.24) än för kvinnor (-0.12), men variansanalysen visade inte på någon signifikant

interaktionseffekt mellan kön och ålder så slutsatsen blir att det är samma mönster för båda könen. Ett starkt samband mellan ålder och utfall finns också inom grupperna Schizofreni och Övrig axel 1 störning, men inte inom grupperna Personlighetsstörning och andra Psykoser än schizofreni. Det finns således starkt stöd för ambitionen att ta sig an de yngre patienterna med svårare sjukdomar med psykosociala behandlingsinsatser av olika slag. Tanken med behandlingshem är att man genom en massiv behandlingsinsats tidigt i sjukdomsförloppet skall kunna förbättra den långsiktiga utvecklingen. I projektet har vi följt patienterna under fem år, vilket är en ovanligt lång tid för en prospektiv behandlingsstudie, och vi kan med ganska stor säkerhet påstå att en satsning på yngre patienter är lönsam i det långa loppet. Även om detta är ett huvudresultat måste man notera att det inte gäller generellt. Speciellt för personlighetsstörningar och andra störningar som ofta kan debutera senare än i tjugooårsåldern finns det anledning att se på undantagen. Ett klart sådant undantag är behandlingshemmet ESVI som inriktat sig på lite äldre borderlinepatienter och lyckats uppnå stora förändringar.

Ett annat intressant resultat som dock inte är signifikant är att kvinnor får bättre resultat än män. Även detta resultat visar sig vara generellt i den meningen att det återkommer i de flesta undergrupper. Resultaten visar således att man kan addera ålder och kön för att få en bättre prediktion av utfallet. Den statistiska regressionsmodellen antyder att så mycket som 30 procent av utfallsvariationen på enhetsnivå kan hänföras till dessa två bakgrundsvariabler.

Patienternas diagnoser uppvisar ett systematiskt samband med utfallet. Sämst går det för gruppen Schizofreni, som är den största undergruppen och kanske den grupp som man oftast hade i åtanke när behandlingshemmen startade i kölvattnet på de stora mentalsjukhusen. I projektet har vi låtit DSM-systemets krav på minst 6 månaders varaktighet av de psykotiska symtomen bli avgörande för inklusion i Schizofrenigruppen. Därmed har vi fått en ”renare” grupp i diagnostiskt avseende, men en grupp som generellt sett uppvisar en sämre prognos. Kan man dra slutsatsen att behandlingshemmen lyckades infria förväntningarna om en bot för schizofreni som många hade i slutet av 1980-talet då Barbro Sandin (1986) och andra som botat schizofrena patienter med psykoterapi var tongivande. Svaret på den frågan måste bli ett nej. Det finns visserligen undantag bland de schizofrena patienterna som genomgått en dramatisk utveckling och inte uppvisar några psykotiska symtom efter de fem åren, men vi har inte noterat någon som

inte står på neuroleptika behandling vid femårsuppföljningen. Därför anser vi inte att de kan sägas vara botade. En klar majoritet (65%) har däremot genomgått en positiv förändring i socialt och funktionellt avseende så att deras livskvalitet förbättrats. För många har också psykosen klingat av, men de befinner sig i ett resttillstånd där beroendet till vården finns kvar. Vi har flera exempel på personer som systematiskt arbetar sig bort från sjukdomsvärlden, men det är en mycket mödosam process och den tar lång tid. De fem år vi följt patienterna räcker inte till för att vi skall kunna se hur det kommer att gå till slut för dessa patienter. Det är i det närmaste omöjligt att isolera de positiva effekter vi kan notera för schizofrenigruppen till behandlingshemsvården eller psykoterapin eftersom samtliga också medicineras med moderna neuroleptika.

Något förvånande framstår gruppen övriga Psykoser som en av de grupper som förändras mest, både avseende Bedömd och Subjektiv ES. Den gruppen innehåller t.ex. kortvariga reaktiva psykoser och schizoaffektiva psykoser. Initialt kan det vara svårt att skilja denna typ av psykoser från schizofrena psykoser eftersom man inte uppnått tidskriteriet förrän efter minst 6 månader. En intressant tanke som fanns i den s.k. NIPS studien (Alanen et al 1994) och som stimulerat forskningen kring nyinsjuknade psykoser är att man kanske kan förhindra att en nyinsjuknad psykos utvecklas till en schizofreni genom snabba psykosociala insatser. I föreliggande studie är sjukdomsdurationen visserligen något kortare för övriga Psykoser än för Schizofreni, men det är bara några få som har kortare tid än 2 år, vilket gör denna förklaring mindre sannolik. Mer troligt är att resultaten återspeglar det faktum att DSM-diagnoserna sattes någon gång under de fem åren. Det betyder att den som satte diagnosen hade ett mycket stort tidsintervall att utgå ifrån och att gruppen både innehåller dem som man faktiskt lyckats behandla och dem som ändå skulle ha haft en mer gynnsam utveckling.

Gruppen Personlighetsstörningar och gruppen BPO uppvisar genomgående positiva resultat. Det är en ganska stor överlappning mellan dessa två diagnostiska grupper, men borderlinegruppen inkluderar också en hel del Övriga Axel 1 och Andra Psykoser. Det utmärkande för borderlinediagnosen är främst splittningsförsvaret som ger intryck av antingen – eller, svart – vitt och denna psykologiska struktur återfinns inom flera av DSM-grupperna. Det är uppenbart att denna typ av störningar kan dra stora fördelar av behandlingshemsvård, vilket också styrks av att man funnit positiva effekter av psykoterapi för denna grupp i internationell forskning (t.ex. Perry, Banon & Ianni 1999). Några av enheterna med de bästa resultaten är specialiserade mot just

unga BPO patienter. Gruppen NPO utgörs av en heterogen grupp av störningar som t.ex. ångeststörningar, depressioner och ätstörningar men också en hel del ospecifika personlighetsstörningar. Det som skiljer dem från BPO är främst avsaknaden av en tydlig splittningstruktur, men de har ändå allvarliga psykiatriska problem som motiverar inläggning på behandlingshem under en relativt kort tid. Det är uppenbart att NPO gruppen inte förändras lika mycket som BPO gruppen även om man för Bedömd ES kan räkna med en viss takeffekt därför att deras funktionsnivå är så pass hög redan från början. De förbättras dock inte heller på Subjektiv ES där deras egen skattning av självbild och symtom ändå pekar på en avsevärd problematik. En slutsats kan därför vara att behandlingshem är en mer lämplig vårdform för patienter med en mer splittningbetonad personlighetsorganisation, vilket i regel också betyder en lägre allmän funktionsnivå med större relationsproblem och sämre förmåga att ta hand om sig själv.

Designen i studien gör att vi inte kan isolera behandlingsinsatserna som förklaring till de förändringar vi noterat. Det är till och med svårt att definiera behandlingsinsatserna eftersom det rör sig om ett stort utbud av insatser i form av miljöterapi, dagvård, slutenvård, mediciner och psykoterapi i olika kombinationer för enskilda patienter. Vårdtiderna är långa för patienter som vårdas på behandlingshem, vilket betyder att kostnaderna blir stora. Sambandsanalysen visar dock att det behövs långa vårdtider för att uppnå resultat. Vi uppskattade den genomsnittliga kostnaden för en patient under ett år till drygt 500.000 kr i analysen av de enskilda behandlingshemmen (början av 1990-talet). Merparten av denna kostnad låg i personalens löner och endast några få procent av kostnaderna hänförs till kostnaderna för individuell psykoterapi. Mot bakgrund av den avsevärt större förbättringen för patienter som deltagit i psykoterapi och det systematiska sambandet mellan grad av förbättring och antalet timmar i psykoterapi framstår det som synnerligen angeläget att man erbjuder psykoterapi till patienterna på behandlingshem. Alla är inte motiverade eller kanske lämpliga att gå i psykoterapi och det finns en del patienter som blir bättre även utan psykoterapi så det bör inte vara ett krav utan en stark uppmaning till patienterna. För behandlingshemmens planering är det viktigt att ta i beaktande att effekterna av psykoterapi verkar vara betydligt större för de yngre än de äldre patienterna. Utmärkande för de enheter som har bra resultat är att man integrerar psykoterapi med miljöterapi i form av gemensamma behandlingskonferenser, att terapeuterna också finns med i miljöterapi etc. på ett sätt som brukar kallas för en integrerad miljöterapeutisk modell. Det finns några behandlingshem som haft mycket psykoterapi i en s.k. separerad modell där kom-

munikationen mellan individualterapeuter och miljöterapeuter minimeras. De har genomgående sämre resultat än genomsnittet. Det finns också anledning att vara generös med antalet timmar i psykoterapi eftersom det är en signifikant korrelation mellan antalet timmar och utfall. Det kan till och med vara lönsamt att sträcka ut terapin långt in i eftervård för att därigenom ge stabilitet och kontinuitet som minskar risken för återfall eller behov av slutenvård.

Det kanske mest dramatiska resultatet i denna studie antyds av regressionsmodellen som visar att personalens upplevelse av sin psykosociala arbetsmiljö svarar för en stor del av utfallsvariansen för patienterna! Det är sällan man inom vården kan visa med empiriska resultat att en bra arbetsmiljö faktiskt leder till bättre vårdresultat, men här är det uppenbarligen så. Trots att man i modellen låtit bakgrundsvariabler, diagnosvariabler och behandlingsvariabler ta ut sin del av utfallsvariansen kunde ytterligare 19 procent förklaras med hjälp av personalens upplevelse av stöd, krav och inflytande på sin arbetsplats. Det är en större andel än vad själva behandlingshemsvården inklusive psykoterapi kan förklara. En fråga som inställer sig är naturligtvis vad som skulle hända om man ägnade lika mycket uppmärksamhet och energi åt det psykosociala arbetsklimatet som åt behandlingsinsatserna. Intrycket från alla besök vid behandlingshem under projektåren är att det är en mycket stor variation i detta avseende. På många enheter mår personalen bra därför att de har en liten enhet och stort inflytande jämfört med psykiatriska vårdavdelningar, men på många enheter känner man sig utanför och lever under ständigt hot om nedläggning eller krav på lönsamhet. Kanske man bör betrakta den ”emotionella smittoeffekt” som personalen har på patienterna som en av de viktigaste behandlingsingredienserna och inte bara fokusera på de traditionella specifika behandlingsinsatserna.

Låt oss avslutningsvis återgå till huvudfrågan om huruvida små behandlingshem för psykiatriska patienter kan sägas vara effektiva eller inte. Ett svar är positivt och baseras på att det i genomsnitt finns en positiv effekt i den meningen att patienterna förändras till det bättre under fem år. Det innebär emellertid inte att de blir botade utan att det sker en positiv förändring i deras funktionsnivå som för många ändå förblir låg med ett stort beroende av stöd från samhället. Storleken på förändringen beror av en rad faktorer som analyserats i rapporten som t.ex. patienternas ålder, kön, diagnos och de är relaterade till behandlingsinsatser som görs samt på vilken vårdkultur man lyckats åstadkomma på behandlingsenheten. Just det faktum att det finns systematiska samband av det slag vi redovisat kan tas som intäkt för

att de vårdinsatser man gjort bidragit till effekterna och att det inte enbart handlar om naturliga förlopp eller brister i forskningsdesignen. Att unga patienter som fått psykoterapi har bättre resultat än unga patienter som inte fått psykoterapi visar att behandlingsinsatserna är viktiga och att det inte endast rör sig om en naturlig mognadsprocess eller ett naturligt förlopp. Det är meningsfulla skillnader som knappast kan ha uppkommit av en slump. En något oväntad slutsats av studien är dock att vårdinsatserna tycks svara för en relativt liten del av den förändring som patienterna genomgår och att det kanske är mer meningsfullt att se till enheternas hela vårdkultur och inte bara till konkreta behandlingsinsatser i snäv mening.

Ett annat svar på frågan om effektivitet är att ”det beror på”. Vissa enheter har faktiskt inga positiva genomsnittsvärden för sina patienter. Det beror alltså inte bara på patienterna utan också på enheterna. Man kan sammanfatta effektstudiens resultat med följande mening: Små psykiatriska behandlingshem kan åstadkomma förbättringar hos svårt störda patienter men effekten är beroende av vilka man väljer att behandla, vilken behandling som erbjuds och vilken psykosocial vårdkultur som finns på behandlingshemmet.

Referenser

- Alanen, Y.O., Ugelstad, E., Armelius, B-Å., Lehtinen, K., Rosenbaum, B. & Sjöström, R. (1994). *Early treatment for schizophrenic patients*. Oslo: Scandinavian University Press
- Armelius, B-Å. (1991). University of Umeå: The Borderline Patient Project. In Beutler, L. & Cargo, M (Eds.) *Psychotherapy Research: An international review of programmatic studies*, Washington: The American Psychological Association, 243-250.
- Armelius, B-Å., Armelius, K., Fogelstam, H., Jeanneau, M., Johansson, J., Nilsson, T. & Öhman, K. (1989). *Effekter av psykoterapi för psykotiska patienter: En översikt av forskningslitteraturen*. I SoS-Rapport, 4.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (1999). *Kausalfrågor och effektfrågor vid utvärdering av behandling*. Stockholm: SiS Rapport 1999:4
- Armelius, B-Å. & Fogelstam, H. (1992). Miljöterapi vurderet ud fra en Bion-skala. I Bechgaard, B. (Ed.), *Miljöterapi*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Armelius, B-Å., Gerin, P., Luborsky, L. & Alexander, L. (1991). Clinician's judgment of mental health: An international validation of HSRS. *Psychotherapy Research*, 1:1, 31-38.
- Armelius, B-Å., Sundbom, E., Fransson, P. & Kullgren, G. (1990). Personality organization defined by DMT and the Structural Interview. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 81-88
- Armelius, K. & Armelius, B-Å. (2000). *Självbild, relationer och affekter. SASB-modellen, en introduktion*. Stencil, Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd edition, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. John Hopkins, University School of Medicine, Baltimore.
- Holmqvist, R. *Countertransference feelings in milieu therapy*. Doktorsavhandling, Tillämpad Psykologi, Umeå universitet, 1995
- Jeanneau, M och Fogelstam, H. (1992). *Vårdideologins betydelse för vårdmiljön på behandlingshem för psykotiska patienter. Personalens attityder och värderingar relaterade till grupp- och arbetsklimat på behandlingshem i Sverige*. Forskningsprogram för perioden 1992-1996. Tillämpad Psykologi, Umeå universitet.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of the working Life*. New York: Basic Books.
- Kernberg, O.F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 4, No. 1*, 169-194.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Luborsky, L. (1962). Clinicians judgment of mental health. A proposed scale. *Archives of General Psychiatry, 7*, 407-411.
- Maslach C. (1998). *Utbränd*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating Treatment Environments*. New York: John Wiley & Sons.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout. Causes and cures*. New York, London: The Free Press.

- Perry, J.C., Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156:9
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. London: Sage,
- Sandin, B. (1986). *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Sjöström, R. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. A retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 71,513-522.
- Sjöström, R. (1990). Psykoterapi vid schizofreni – en prospektiv studie. *Svenska Läkartidningen*, 87,3279-3282.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Strauss, J.S. & Carpenter, W.T. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, 34, 159-163.
- Strupp, H. & Hadley, S. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist*, 32, 187-196.

