



MARIE ÅSBERG är professor emeritus i psykiatri. Hon började som klinisk psykiater 1965 och har sedan dess forskat kring behandling av depression, självmordsproblem och utmattningssyndrom. Hon har bl a varit ledamot av SBUs styrelse, och ledde SBUs arbete med att granska depressionsbehandling. Nu forskar hon kring stress och utmattning på Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus.

Olika slags kunskap

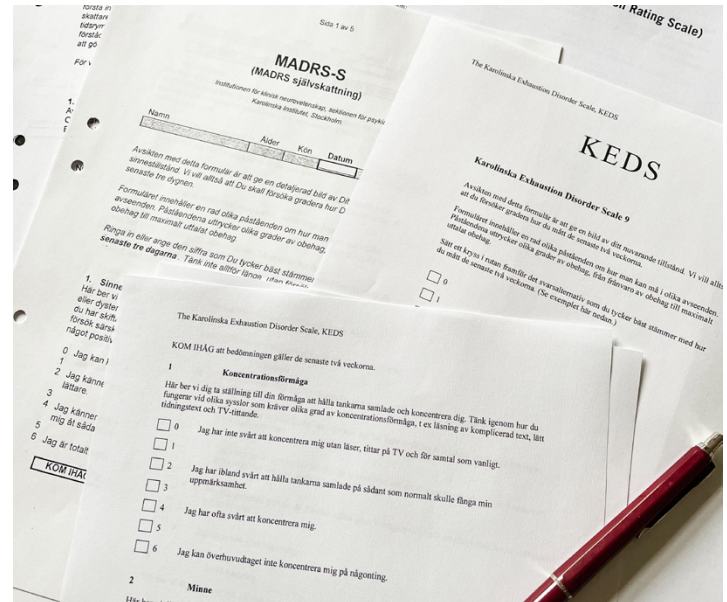
Det behövs många typer av kunskap för att arbeta i psykiatri. Man bör ha kunskap om psykiatriska sjukdomar och deras orsaker, symtom och förlopp, men också om hur tillstånden behandlas, och om olika läkemedel. Man behöver också kunna bemöta olika patienter, i olika situationer, på ett sätt som blir till nytta för den som behöver hjälp.

Den grekiska filosofen Aristoteles (384–322 f. Kr) beskrev olika typer av kunskap och gav dem namn som fortfarande används.

1. *Episteme* är den teoretiska, nedskrivna kunskapen som beskriver kända fakta, till exempel sjukdomars olika symtom och förlopp. Det är en kunskap som vi lär oss genom att läsa böcker och andra texter. Episteme är en kunskap som ständigt förökas, generation efter generation av forskare och författare.
Det är inte möjligt för en enstaka människa att tillägna sig all tillgänglig kunskap inom psykiatri och medicin. Därför görs sammanfattningar av litteraturen inom olika områden. I Sverige är SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, ansvarig för att sammanställa kunskap inom dessa områden.
2. *Techne* är kunskapen om hur man gör eller tillverkar saker. Det kan handla om bruksanvisningar eller metodbeskrivningar, t ex matrecept eller hur man monterar en Ikea-möbel.
De riktlinjer som Socialstyrelsen och regionerna ger ut är en form av techne.
3. *Fronesis* avser kunskapen om vad som är lämpligt att göra vid ett visst tillfälle, i ett enskilt fall. För Aristoteles var fronesis en form av kunskap som en skicklig politiker borde ha. För oss i psykiatri handlar det om vad man skall säga eller göra i en viss situation, med en viss patient, för att resultatet skall bli så bra som möjligt. Det är en viktig kunskap som man inte kan läsa sig till i böcker eller riktlinjer utan snarare av praktisk erfarenhet. Fronesis överförs inte från generation till generation på samma sätt som episteme, utan varje människa måste tillägna sig den själv, genom växande erfarenhet. Samtal och handledning kan hjälpa till att öka en medarbetarens fronesiskunskap.

Kunskap prövas för att utvecklas

Det är inte ovanligt att uppgifter och rekommendationer i olika böcker och texter strider mot varandra. Hur ska man då veta vad man ska hålla för sant? Då kan man ta hjälp av den vetenskapliga metoden som går ut på att testa olika påståenden i upprepade experiment.



SKATTNINGSSKALOR uppskattas av många patienter och är en god hjälp vid psykiatriskt arbete. En god skattningsintervju börjar alltid med patientens egen berättelse.

Att en patient mår bättre kan ha flera orsaker

Alla sjukdomar har ett visst förlopp och en depression kan ofta bli bra av sig själv när en viss tid har gått. I ett enskilt fall kan man aldrig avgöra om det är det här naturliga förloppet eller behandlingen som har effekt. Därför arbetar man i forskningen alltid med grupper av patienter.

”Vi kan ta en djupt deprimerad person som behöver behandling med läkemedel. Patienten får läkemedlet, vi väntar tre veckor och ser att patienten mår mycket bättre. Då säger vi att behandlingen hade effekt. Men det är inte så säkert att det verkligen är behandlingen som har åstadkommit effekten,” säger Marie Åsberg.

Vid ångestsjukdom är förloppet varierande, fluktuerande, och patienten mår bra ibland och dåligt ibland. Som regel söker man hjälp när man mår som sämst. När man mår som allra sämst är det mest sannolika att det naturliga svängande förloppet kommer att medföra att man mår bättre efter en liten tid, oavsett om man får behandling eller inte.

Förväntan har också effekt

Det finns ett starkt samband mellan den förväntan individen har på en behandling, och behandlingens upplevda effekt. Det här fenomenet kallas placebo eller förväntningseffekten.

Viktigt att utvärdera grupper av patienter

Eftersom det finns så många orsaker till att en patient kan bli bättre, och vi inte kan dra några slutsatser från en enskild patient, arbetar man i forskningen med grupper av patienter,

där slumpen får bestämma vilka patienter som hamnar i vilken grupp, behandlingsgrupp eller kontrollgrupp. För att kompensera för placeboeffekt behandlar man också patienterna i kontrollgruppen, men med en inaktiv behandling. Det här sättet att pröva läkemedel kallas randomiserad kontrollstudie, RCT.

”En förutsättning för att RCT ska fungera är att de som mäter behandlingseffekten inte vet om patienterna har fått en aktiv behandling eller en kontrollbehandling så att förväntningseffekten i behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Då brukar man säga att både patienten och den som mäter effekten är ”blind” för vilken behandling som vederbörande har fått. Därför kallas det här upplägget för en dubbelblind prövning”, säger Marie Åsberg.

Efter en tid går det att beräkna ett medelvärde för behandlingens effekt, och man kan statistiskt pröva om medelvärdet är högre i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. För att få ett mått på effekten kan man använda olika skattningsskalor.

Svårt mäta samtalsterapi

Det går inte att göra blinda studier av psykoterapi och därför behövs andra metoder. Ett sätt är att arbeta med videospelningar av samtal med patienter. Dessa bedöms av någon som inte vet om patienten fått behandling eller inte.

Skattningsskalor gör upplevelsen mätbar

Sjukdomssymtom inom psykiatrin handlar ofta om patientens egen upplevelse av till exempel ångest eller ledsenhet. Skattning, att sätta siffror på en känsla eller upplevelse, gör det möjligt att mäta sådant som beskrivs med ord.

”Dessa ord eller beskrivningar får siffervärden. Är personen till exempel ledsen grad 0 är det okej, är man ledsen grad 6 går det nästan inte att tänka sig något värre. Däremellan finns flera punkter på skattningsskalan”, säger Marie Åsberg.

Genom att intervjua patienten går det att ange en poängsumma och på så sätt ange svårighetsgrad på sjukdomen som mäts. När poängen på de olika symtomen som beskrivs i skattningsskalan summeras ger det ett mått på hur sjuk patienten är. Det kan användas för att se om patienten blir bättre av en behandling.

Det är viktigt att skattningsskalan är både pålitlig, har reliabilitet, och mäter det man vill mäta, har validitet.

Olika skalor för olika sjukdomar

Att använda skattningsskalor är standard för prövningar av olika läkemedel och andra psykiatriska behandlingar. Det finns flera skalor för bedömning av bland annat depression, ångesttillstånd, tvångstankar och psykoser. Till exempel är MADRS en skattningsskala för depression och GDS en skattningsskala för depression hos geriatriska patienter. Det finns också skalor som patienten själv kan fylla i, till exempel MADRS-S för egenbedömning av depression.

Skalor för en bredare bild

För att mäta hur sjuk en patient är i en vidare bemärkelse finns flera så kallade globala skalor. GAF-skalan är exempel på skala om används ofta. Den går från 0 till 100 och ger en uppfattning om behovet av olika vårdinsatser, vårdtyngden

Från forskning till kliniskt arbete

Skattningsskalor kom till för forskningens skull. Med tiden har de också blivit allt viktigare i det kliniska arbetet, till exempel för att få reda på hur sjuk en patient är och kunna journalföra det, men också som information till nästa vårdlag

SKATTNINGSSKALOR FÖR OLIKA SJUKDOMSTILLSTÅND

MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

GDS, Geriatric Depression Scale

SJÄLVSKATTNINGAR

MADRS-S för egenbedömning av depression

BECK-skalan, BDI, för egenbedömning av depression

OAVSETT SJUKDOMSTILLSTÅND

GAF-skalan, Global Assessment of Function

Allt börjar med patientens berättelse

Skattningsskalor uppskattas av många patienter och är en god hjälp vid psykiatriskt arbete. En god skattning börjar alltid med patientens egen berättelse.

”Ingen skattning och inget frågeformulär kan någonsin ersätta en patients egen berättelse om sjukdomssymtom, om problem, om livshistoria. Att berätta sin historia och vad man själv tycker är viktigt har ett terapeutiskt värde för patienten,” säger Marie Åsberg.

LÄS MER:

Harry Boström, Helena Dahlgren: *”Placebo”*, (Liber, 2000)

Pär Svanborg: *”Psykiatrisk skattning”*. Kapitel i **Herlofson m fl** (red): *Psykiatri* (Studentlitteratur 2016)

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, film:

”Evidens på 8 minuter”

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/socialtjanst/filmer/> (SBU)



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.