

**FoUU-enheten**

**Psykiatri, habilitering och hjälpmedel**

FoU-rapport 4/2021

# **Good Psychiatric Management**

**Utvärdering av en behandling vid borderline  
personlighetssyndrom inom Vuxenpsykiatri Malmö  
Trelleborg**

<b>Verksamhet:</b>	Vuxenpsykiatri Malmö Trelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
<b>Enhet:</b>	Vuxenpsykiatrimottagning Emotionell Instabilitet, Team MBT
<b>Projektansvarig chef:</b>	Robin Åkerlund Robin.akerlund@skane.se
<b>Projektets medarbetare:</b>	Erik Ydrefelt, Leg. psykolog Erik.ydrefelt@skane.se
<b>Handledare vid FoU-enheten:</b>	Stine Thorsted, forskning- och utvecklingsledare kirstine.thorsted@skane.se
<b>Utgivning:</b>	Augusti 2021
<b>ISBN:</b>	978-91-986060-3-4
<b>Layout:</b>	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Ydrefelt, E. (2021). *Good Psychiatric Management*. FoU-rapport 4/2021, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

## Sammanfattning

Borderline personlighetssyndrom (BPD) är en vanlig form av psykisk ohälsa med potentiellt allvarliga konsekvenser för såväl den drabbade som dess anhöriga. Syftet med föreliggande studie är att prova Good Psychiatric Management (GPM) som behandlingsinsats. En grupp behandlare med olika grundkompetens och erfarenhet fick utbildning och löpande handledning. Patienterna med BPD erbjöds Good Psychiatric Management, antingen som så kallad case-management eller psykoterapi. Behandlares och patients upplevelse av insatsen utvärderades med formulär respektive fokusgrupp. Effekterna på borderline-symtomatologi, livskvalitet och mående mättes även med självskattningar. Resultaten visar att behandlarna upplever att deras kompetens och trygghet i förhållande till patientgruppen har höjts. Handledningen beskrivs som en viktig del av lärandet. Behandlarna beskriver samtidigt arbetet med patientgruppen som krävande och efterfrågar mer utbildning. Patienterna beskriver överlag behandlingen som hjälpsam. De tycker i de flesta fall att den har gett dem ny användbar kunskap om BPD och fått dem att förstå sig själva och andra människor och hur de kan hantera sin vardag bättre. Resultaten tyder på att behandlarna lyckats skapa en bra terapeutisk relation vilket är en viktig men ofta svår del i behandling av BPD. Bortfallet i självskattningar gällande mående, livskvalité och symtom var dock stort, varför behandlingens effekt i föreliggande studie är oklar.

**Förväntad nytta** för patienten med borderline är att kunna få behandling av bra kvalitet inom rimlig tid.

# Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har behandlingen Good Psychiatric Managemants provats och utvärderats. Projektet har genomförts av leg. psykolog Erik Ydrefelt vid Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet inom VUP Malmö Trelleborg tillsammans med leg. psykologer Camilla Öman Lee och Kajsa Öbrink vid Vuxenpsykiatrimottagning Bipolär. Erik Ydrefelt har ansvarat för genomförande, analys och rapportskrivande. Forsknings- och utvecklingsledare fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Robin Åkerlund och verksamhetschef Hans Brauer. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till behandlarna för deras engagemang och deltagande i fokusgruppen och till patienterna som svarat på utvärderingsformulär.

Lund april 2021.

Daniel Lindqvist  
Specialistläkare, docent  
Chef för FoUU-enheten  
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Borderline personlighetssyndrom</i> .....	6
1.2 <i>Effektiv behandling vid BPD</i> .....	6
1.3 <i>Good Psychiatric Management</i> .....	8
1.4 <i>Region Skånes standardiserade vårdprocess för personlighetssyndrom</i> .....	9
<b>2. Syfte</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Metod</b> .....	<b>11</b>
3.1 <i>Beskrivning av studien</i> .....	11
3.2 <i>Materialinsamling</i> .....	12
3.3 <i>Deltagare</i> .....	12
3.4 <i>Etiska överväganden</i> .....	13
3.5 <i>Analys</i> .....	13
<b>4. Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 <i>Patienternas skattning av symtom och upplevelse av insatsens effekt</i> .....	14
4.2 <i>Behandlarnas upplevelse av den egna kompetensen, undervisning i GPM och     behandlingsförlopp</i> .....	18
4.3 <i>Sammanfattning</i> .....	22
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>23</b>
<b>6. Slutsatser</b> .....	<b>26</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>27</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>31</b>
<i>Bilaga 1 Utvärdering av GPM vid borderline</i> .....	31
<i>Bilaga 2 Medelvärde av patientskattningar vid start</i> . <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>	

# 1. Bakgrund

## 1.1 Borderline personlighetssyndrom

Borderline personlighetssyndrom (BPD), även kallat emotionellt instabil personlighetsstörning, är en relativt vanlig form av psykiatrisk problematik med potentiellt allvarliga konsekvenser för så väl individen som dess anhöriga (Gunderson, 2009a). Studier i Europa och USA uppskattar förekomsten i befolkningen till mellan 1 och 2 %, medan man räknar med att mellan 10 och 20 % av psykiatrins patienter har diagnosen (Ellison m.fl., 2018).

Problematiken kännetecknas av påtaglig och ihållande instabilitet gällande relationer, självbild och känsloliv samt impulsivitet (DSM-5). Olika former av självdestruktivitet såsom självskada och/eller missbruk är vanligt bland personer med tillståndet. BPD kan, i likhet med andra personlighetsyndrom, ha stor påverkan på funktion, somatisk hälsa och livskvalité (Skodol m.fl., 2002; El-Gabalawy m.fl., 2010). Upp till 10 % av personer med BPD dör av suicid (Paris & Zweig-Frank, 2001).

Orsakerna till BPD är inte klarlagda men det antas att problematiken är resultatet av en samverkan mellan arv och miljö (Wilson m.fl., 2020). En hög andel individer med BPD anger själva att de upplevt omsorgssvikt och ibland även olika former av traumatisering (Silk m.fl., 2005). Även socioekonomiska faktorer tycks spela roll då förekomsten är högre i samhällen präglade av individualisering, urbanisering, social desintegration och ojämlikhet (Karterud m.fl., 2014). Gällande biologiska, medfödda faktorer framhålls temperament (känslomässig reaktivitet) som en betydelsefull faktor (Gunderson & Links, 2014; Karterud m.fl., 2014; Kernberg, 2016). I studier av hjärnavbildning av vuxna personer med BPD framkommer avvikelser i amygdala, hippocampus och prefrontala regioner med betydelse för känsloreglering, impuls kontroll och tolkning av sociala stimuli (van Zutphen m.fl., 2015).

## 1.2 Effektiv behandling vid BPD

Termen borderline började användas i psykoanalytiska fallbeskrivningar under första halvan av 1900-talet för att beskriva en grupp patienter som uppfattades ligga i gränslandet mellan så kallat neurotisk och psykotisk problematik (Stern, 1938; Stone, 2005). Dessa patienter uppfattades av dåtidens behandlare som komplexa och terapeutiskt utmanande och fram till de första studierna i dialektisk beteendeterapi (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT) i slutet av seklet sågs borderline som ett ytterst svårbehandlat tillstånd (Gunderson, 2009b). Vårdens svårigheter att hjälpa patientgruppen kom inte till uttryck enbart i

psykoterapeutisk behandling utan kunde omfatta alla olika typer av vårdkontakter (ex. förskrivande läkare och personal på avdelning). Ett resultat av detta är att patientgruppen i stort är förknippad med negativa attityder hos vårdpersonal (Chartonas m.fl., 2017), vilket enligt Klein m.fl. (2021) också tycks påverka deras vård negativt (Klein m.fl., 2021). Problemet verkar även finnas i samhället i stort och diagnosen är förknippad med påtagligt stigma (Klein m.fl. 2021).

Sen dess har ett antal behandlingsformer prövats empiriskt och på senare år visat sig ha god effekt för patienter med borderline personlighets-syndrom. I dagsläget finns ett flertal manualiserade behandlingsmodeller med olika grad av evidens för tillståndet (Ekselius, 2017). Bland dessa brukar DBT och MBT lyftas fram som de mest beprövade (Storebø m.fl., 2020). Den stora spännvidden gällande dessa behandlingars teoretiska grundantaganden där såväl psykoanalytisk objektrelationsteori som beteendeterapi är representerade har tillsammans med de tidigare svårigheterna väckt frågan om vad som är de effektiva mekanismerna i behandlingarna. Fonagy m.fl. (2015) har här föreslagit att borderline-problematik utöver svårigheter med mentalisering (att förstå mentala tillstånd hos sig själv och andra) kännetecknas av svårigheter med epistemisk tillit, alltså att på ett adekvat sätt använda sig av sin sociala omgivning för att förstå sig själv och världen. De menar att samtliga fungerande behandlingsmodeller implicit eller explicit är utformade för att ta hänsyn till och hjälpa patienterna med detta. Gemensamma faktorer som här lyfts fram är bland annat tydlighet i behandlingsmodellerna tillsammans med psykoedukativa inslag för att förklara hur dessa relaterar till patientens specifika problem. Även användning av så kallad validering, alltså att aktivt uttrycka att man förstår patientens perspektiv och ser det rimliga i hennes reaktioner utifrån detta, är ett centralt inslag i modellerna. Man menar att dessa faktorer fungerar som så kallade ostensiva signaler som ökar tillit och hjälper patienten att se den personliga relevansen i det behandlaren vill förmedla. Detta ger patienten i ett första steg möjlighet att använda sig av behandlingen för att lära sig om sig själv och världen, något som sedan kan generaliseras till andra sociala sammanhang (Fonagy m.fl., 2015). Trots en del spekulativa inslag stämmer teorin väl överens med behandlingsforskning som i ökande utsträckning lyfter fram den terapeutiska relationen och behandlingsalliansen inte bara som en förutsättning för effektiv psykoterapi utan som en verksam terapeutisk faktor i sig (se ex. Jørgensen 2018).

I takt med att effektiva behandlingar har etablerats har det samtidigt blivit tydligt att dessa i dagsläget inte förmår möta vårdbehovet hos patientgruppen (Gunderson & Links, 2014; Bateman & Krawitz, 2013; Paris, 2017). Anledningarna till detta är, förutom den relativt höga

prevalensen, också behandlingarnas utformning. Såväl längd, intensitet samt krav på specialiserad kompetens hos behandlarna bidrar till att göra dem svåra att implementera i den omfattning som skulle krävas för att kunna erbjuda god och säker vård inom rimlig tid (Paris, 2017; Choi-Kain & Gunderson, 2019).

Olika sätt att bättre möta behovet har föreslagits (Paris, 2017; Beatson, 2019). Gemensamt för dessa är att de lyfter fram behovet av mindre intensiva och resurskrävande behandlingsmodeller som ett komplement till högspecialiserade behandlingsprogram. Två modeller har här särskilt uppmärksammats, Structured Clinical Management (SCM) och Good Psychiatric Management (GPM) (Bateman & Krawitz, 2013; Gunderson & Links, 2014). Gemensamt för dessa är att de ursprungligen togs fram för att utgöra jämförelsegrupper i studier på MBT och DBT när man ville pröva dessa modeller mot sedvanlig behandling av god kvalitet. I detta arbete har modellen GPM provats.

### **1.3 Good Psychiatric Management**

GPM är en behandlingsmodell framtagen av den amerikanske psykiatern John Gunderson. Den baseras på den bok med kliniska rekommendationer som Gunderson skrev 1984, men formaliserades först i samband med att den användes i en jämförelsegrupp i en studie gällande DBT 2009 (Choi-Kain & Gunderson, 2019). De goda resultaten för GPM i denna studie ledde till att den kom att ses som en behandlingsmodell i egen rätt och en första manual publicerades 2014 (Gunderson & Links).

GPM är uttalat eklektisk och använder sig av tekniker från andra effektiva behandlingsmodeller (främst DBT och MBT men även Transference focused psychotherapy; TFP). Den bygger på att den centrala problematiken vid BPD är en delvis medfödd interpersonell hypersensitivitet. Målet med behandlingen är att patienten i en trygg behandlarrelation kan lära sig att hantera denna. Modellen i dess nuvarande form är avsedd att kunna tillämpas utan omfattande utbildning eller tidigare erfarenhet av patientgruppen (Choi-Kain, personlig kommunikation, 2019). I centrum för modellen står åtta principer vilka tillsammans med en förståelse av interpersonell hypersensitivitet guidar interventionen.

- Använd psykoedukation
- Var aktiv, inte reaktiv
- Var eftertänksam
- Använd den terapeutiska relationen för att hjälpa patienten
- Förmedla att du förväntar dig att patienten förbättras



- Uppmuntra ansvarstagande
- Fokusera på livet utanför behandlingen
- Var flexibel, pragmatisk och eklektisk

Principerna avser att vägleda behandlaren så att denne kan erbjuda en relation som samtidigt som den upplevs som stödjande och trygg också ger utrymme för utmaningar och krav. De är utformade för att ta hänsyn till patientgruppens speciella behov. Exempelvis motiveras principen om att vara aktiv men inte reaktiv av att patienternas interpersonella hypersensitivitet gör att en återhållsam, avvaktande eller neutral samtalsstil kan uppfattas som avvisande, ointresserad eller fientlig. Pragmatismen som lyfts fram i den åttonde principen syftar här på att behandlaren i val av interventioner ska utgå från patientens behov och sitt kliniska omdöme.

#### **1.4 Region Skånes standardiserade vårdprocess för personlighetssyndrom**

Under 2019 påbörjades arbetet med att ta fram standardiserade vårdprocesser (SVP) inom förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel i Region Skåne. Baserat på en genomgång av kunskapsläget gällande vård för patienter med BPD rekommenderades att regionen arbetar för att man som ett minimum ska kunna erbjuda behandling och bemötande i linje med de evidensbaserade och generalistiska modellerna (GPM och SCM). Dessa rekommendationer beskrivs i det interna dokumentet Standardiserad vårdprocess personlighetssyndrom (2020) som:

- Behandlingen bedrivs av personal som vill arbeta med personlighetssyndrom.
- Behandlarna ingår i ett team där handledning från personer med god och aktuell kunskap om personlighetssyndrom och bemötande ingår.
- Behandlingen är stödjande och innehåller uppmuntran, rådgivning och psykopedagogiska inslag.
- Patienten är själv aktiv i att formulera behandlingsplan och -mål.
- Genomgående fokus för behandling är att öka patientens kapacitet att hantera sitt liv och aktuella problem.
- Som en del i detta fokuserar behandlingen på de centrala problemen vid borderline såsom emotionell instabilitet och interpersonella svårigheter.
- Behandlarna använder sig av den kunskap de har och behandlingarna kan således innehålla exempelvis beteendearbetade interventioner, mentaliseringsinriktade interventioner, medveten närvaro och nätverksarbete.

- Behandlingen utvärderas regelbundet för att ta ställning till om den är meningsfull för patienten.

Liknande rekommendationer har tidigare getts av Region Stockholm (2016) och av svensk psykiatrisk förening baserat på deras kunskapsöversikt (Ekselius, 2017).

Den evidensbaserade formen av GPM består av veckovisa sessioner med individuella samtal. GPM-modellen beskrivs som en kombination av case-management och psykoterapi. Case-management syftar här på interventioner inriktade på att hjälpa patienten att hantera olika svårigheter i sin vardag, medan de psykoterapeutiska interventionerna avser att öka både patientens förståelse för sig själv och sin förmåga att hantera känslor och belastningar generellt.

Sedan den första studien 2009 har en rad olika tillämpningar föreslagits och prövats med ambitionen att GPM:s principer ska kunna guida vårdgivare av olika professioner i såväl öppenvård som heldygnsvård. Tillämpningar finns nu för exempelvis akutverksamhet och utredningar. Användning av GPM-modellen på andra patientgrupper (narcissistisk personlighetssyndrom och ungdomar med BPD-liknande problematik) har föreslagits (Choi-Kain & Gunderson, 2019). I dessa tillämpningar lyfts flexibilitet och pragmatism tydligare fram som centrala delar i GPM. Vidare har även modellens ambition att fungera som ett sätt att öka behandlares kompetens och därmed trygghet i förhållande till patientgruppen blivit mer uttalat (se ex Keuroghlian m.fl. 2016). Av vikt att notera är alltså att GPM idag kan syfta både på en specifik terapiform och på ett ramverk för bemötande och förståelse av BPD generellt.

I enlighet med forskningen om GPM och de standardiserade vårdprocesserna för personlighetssyndrom introducerar Vuxenpsykiatrimottagning Bipolär GPM-modellen för patienter med borderline. GPM kan vara en effektiv behandlingsmodell som är mindre resurskrävande.

## **2. Syfte**

Syftet är att pröva och utvärdera GPM som behandlingsmodell.

## 3. Metod

### 3.1 Beskrivning av studien

#### Utbildning av behandlare

Grunden i utbildningen var två föreläsningar baserade på behandlingsmanualen "Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder" (Gunderson & Links, 2014). Dessa syftade till att ge en grundläggande förståelse för borderline personlighetssyndrom samt de åtta behandlingsprinciperna. Det tillkom på önskemål från behandlarna en workshop i kedjeanalys som är en av de terapeutiska tekniker som kan användas i GPM. Behandlarna hade sedan tidigare kunskap i teknikerna validering och mentaliserande hållning genom en utbildningsinsats på Vuxenpsykiatrimottagning Bipolär. En individuell genomgång med förtydliganden och fördjupanden gjordes med de behandlare som så önskade inför behandlingsstart.

#### Handledning

Handledningen genomfördes i grupp av ansvarig för projektet. Den inleddes efter utbildningen och löpte sedan på varannan vecka i 1h och 45min per tillfälle. Syftet var att utifrån aktuella patientärenden få redskap för att förstå och hantera svårigheter eller dilemman i behandlingarna utifrån GPM:s principer. Vid behov förtydligades aktuella delar av GPM-modellen genom en kortare föreläsning av någon av handledarna. I enlighet med kliniska rekommendationer (Bateman & Krawitz, 2013) syftade handledningen även till att erbjuda ett sammanhang där behandlarna vid behov hade möjlighet att diskutera hur personliga reaktioner i patientarbetet kunde hanteras professionellt.

Handledningen i grupp kompletterades med möjlighet till individuell konsultation hos någon av handledarna om behov uppstod.

#### Behandling

Behandlingen utgick från manualen "Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder" (Gunderson & Links, 2014). Grundläggande fokus är utforskande av aktuella problem och situationer i syfte att patienten bättre ska kunna förstå och hantera dessa. Manualen förklarar GPM:s åtta principer och ger exempel på hur dessa tillämpas med kliniska exempel.

Eftersom manualen tillhandahåller principer snarare än detaljerade interventioner kan innehållet i behandlingarna skilja sig åt mellan patienter. Behandlingens form utgick från behandlarnas kompetens. De fem behandlarna med psykoterapeutisk kompetens erbjöd psykoterapi.

Behandlaren utan detta erbjöd case-management. Frekvensen på samtal varierade beroende på patientens önskemål och behov men var i de flesta fall ett samtal à 45 min/vecka hos en behandlare. En av behandlingarna bestod av teambesök (psykolog och kurator). Behandlingarna startades löpande under våren 2020. GPM har ingen på förhand bestämd behandlingstid. Istället utvärderar patient och behandlare löpande om kontakten är till hjälp för patienten och avgör behandlingstid baserat på detta. Behandlingarnas längd skiljde sig således åt. Den kortaste behandlingen löpte över femton samtal. Tre av behandlingarna pågick fortfarande vid materialinsamling.

### **3.2 Materialinsamling**

Studien belyser två perspektiv på GPM-modellen - patientperspektivet och behandlarperspektivet. Materialet till patienterna bestod dels av utfallsmått om psykisk mående och dels upplevelsemått om insatsen. Materialet från behandlarna bestod dels av en egenskattning av kompetens och dels av en fokusgrupp kring utbildning och behandling. Studien består därmed av fyra delundersökningar.

#### **Materialinsamling patienter**

Patienterna fick i samband med behandlingsstart fylla i självskattningsformulär avseende psykiskt mående (Symtom Checklist 90; SCL 90) (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) borderline-symtomatologi (Borderline evaluation of Severity over Time) (Pfohl m.fl., 2009) samt livskvalité (Sheehan Disability Scale) (Hörberg m.fl., 2016). De ombads fylla i samma formulär i samband med uppföljning i november 2020. Skattningarna samlades in av respektive behandlare. Patienterna fick i november 2020 dessutom fylla i ett formulär gällande sin upplevelse av GPM (Bilaga 1).

#### **Materialinsamling behandlare**

Behandlarna fick i samband med utbildningsstart samt uppföljning fylla i ett formulär gällande hur de bedömde den egna kompetensen i förhållande till patienter med BPD (Bilaga 2). Samma behandlares upplevelser av att arbeta med GPM inhämtades via en fokusgrupp.

### **3.3 Deltagare**

#### **Patienter**

De patienter som väntade på behandling för BPD på Vuxenpsykiatri-mottagning Bipolär erbjöds GPM. Nio patienter erbjöds att delta, varav en avböjde. Två patienter avbröt behandlingen i förtid. Samtliga patienter hade förutom BPD även bipolär sjukdom. Patientgruppen bestod av två män och sex kvinnor och var i åldrarna 23-41 år.

Sex patienter besvarade enkäten gällande upplevelse av GPM. Skattningarna av mående samlades in vid behandlingsstart och vid uppföljning. Sju patienter fyllde i skattningar gällande mående i samband med behandlingsstart. För två patienter inkom samtliga skattningar också i samband med uppföljning. För en patient inkom en av skattningarna i samband med uppföljning.

### **Behandlare**

Behandlargruppen bestod av tre psykologer, en ptp-psykolog, en socionom och en sjuksköterska. Psykologer och ptp-psykolog hade grundläggande psykoterapi-utbildning i både psykodynamisk terapi (PDT) och kognitivbeteendeterapi (KBT). Socionomen gick under projektet grundläggande psykoterapiutbildning KBT. Behandlarna hade vid projektstart arbetat i vuxenpsykiatrin mellan mindre än ett år och mer än fem år. De behandlare som inte var projektdeltagare deltog i fokusgrupp och skattning av upplevd kompetens.

### **3.4 Etiska överväganden**

Deltagandet i behandlingen och studien var frivilligt. Patienterna informerades skriftligen om detta samt om studiens syfte, om att uppgifterna som de lämnade redovisades anonymt på gruppnivå och att deras svar angående upplevelsen av behandlingen var anonyma i förhållande till respektive behandlare. Patienternas svar på formuläret lämnades i eller postades till mottagningens reception för att säkra patienternas anonymitet

Fokusgruppen med behandlarna genomfördes av den forsknings- och utvecklingsledare som även är handledare för FoU-arbetet. I analysen av fokusgruppen med behandlare har uppgifter som kan identifiera den enskilde behandlaren tagits bort. Enligt överenskommelse med behandlarna fick de tillfälle att läsa och kommentera resultatet av fokusgruppen innan materialet användes i rapporten.

### **3.5 Analys**

De fyra delundersökningarna analyserades enligt följande:

Patienternas skattningar av symtom: Skattningarna på respektive instrument vid behandlingsstart redovisas på gruppnivå. För de patienter där skattningar inkom vid uppföljning redovisas förändringar i förhållande till behandlingsstart.

Patientformulär: Svaren redovisas på gruppnivå utifrån följande teman: Kunskap, Strategier och Nyttan, Förståelse samt Upplevelse av behandlare.

Behandlares skattning av kompetens: Behandlarnas svar på formuläret före utbildning samt i samband med uppföljning jämförs på gruppnivå. Svaren har delats in i teman: upplevd kompetens, trygghet och villighet.

Behandlarintervju i fokusgrupp: Svaren som framkom i fokusgruppen har sammanfattats och citat har använts för att illustrera resultat.

## 4. Resultat

Kapitlet är uppdelat i ett avsnitt om patienternas skattning av symtom och upplevelse av insatsens effekt och en del om behandlarnas upplevelse av att ta till sig och använda GPM-modellen.

### 4.1 Patienternas skattning av symtom och upplevelse av insatsens effekt

#### Skattning av symtom före och efter insats

Medelvärden av patientskattningar vid behandlingsstart redovisas i tabell 1. Graden av påverkan skiljde sig åt mellan patienterna från relativt måttligt till kraftig.

Samtliga patienter uppgav på *Sheehan Disability Scale* vid behandlingsstart att deras funktionsförmåga för tillfället påverkades negativt av deras problematik.

Samtliga patienter rapporterade aktuella symtom på BPD på *Borderline evaluation of Severity over time* (BEST). Även här skiljde sig graden av upplevd problematik åt från lindrig till allvarlig.

**Tabell 1 Medelvärde av patientskattningar vid behandlingsstart (n=7)**

Formulär	Medelvärde behandlingsstart
Sheehan Disability Scale* <sup>1</sup>	
-Arbete utbildning	7,8
-Socialt liv/ fritidsaktiviteter	6,2
-Familjeliv/hemsysslor	6,2
-Totalt	20,2
BEST** <sup>2</sup>	37,5
SCL-90 GSI*** <sup>3</sup>	1,6
SCL-90 Suicidalitet	2,1

---

<sup>1</sup> Patienten ombeds här uppskatta hur mycket deras problem för närvarande påverkar olika aspekter av vardagsfungerandet. Skalan sträcker sig från 0-10, där 0= inte alls och 10= väldigt mycket.

<sup>2</sup> Borderline Evaluation of Severity over Time: Patienten ombeds här uppskatta upplevd förekomst och allvarlighetsgrad av olika borderlinesymtom de senaste 30 dagarna (12 frågor). Skalan sträcker sig mellan 1-5 där 1= inget/ lindrigt och 5= extremt. De ombeds även att uppskatta förekomst av s.k. positiva beteenden som att fullfölja behandlingsplaner eller lägga märke till svåra känslor innan dessa förorsakat problem.

<sup>3</sup> Patienten ombeds här uppskatta förekomst av olika symtom förknippade med psykisk ohälsa de senaste sju dagarna. Skalan sträcker sig mellan 0-4 där 0= inte alls och 4= väldigt mycket. Formuläret innehåller 90 frågor vilka är uppdelade i nio delskalor för specifika former av psykisk ohälsa: somatisering, kompulsivitet, depression, ångest, fientlighet/ vrede, fobisk ångest, paranoit tänkande och psykotisism. Utöver delskalorna går det utifrån svaren att ta fram tre globala mått för att förstå patientens mående. Ett av dessa är globalt svårighetsindex (GSI), som brukar användas som en sammanfattning av testet i sin helhet. I en svensk normering av testet var medelvärdet för GSI i normalpopulation 0,49 och för patienter inom öppenvårdspsykiatri 1,21 (Fridell m.fl. 2002).

Svaren på *Symtom Checklist 90* talar för starkt varierande grad av upplevt lidande vid behandlingens början. Den generella besvärnivån (genomsnittet av samtliga svar) sträckte sig mellan lindriga till allvarliga symtom. De vanligast förekommande symtomen var depression, följt av ångest och interpersonell känslighet. En majoritet av patienterna bejakade symtom förknippade med förhöjd suicidrisk (suicidtankar, tankar på döden och skuld känslor).

För de patienter där skattningsskalor inkom i samband med uppföljning framkommer vissa förbättringar i mående och funktion jämfört med behandlingsstart. För två patienter inkom *Sheehan Disability Scale* i samband med uppföljning. Dessa angav förbättrad livskvalité jämfört med behandlingsstart. Graden av förbättring skiljde sig åt mellan patienterna och det var framför allt en av dem som uppvisade en stor förbättring. För tre patienter inkom *BEST* som mäter borderlinesymtom i samband med uppföljning. Dessa angav marginellt lägre förekomst av symtom vid uppföljning jämfört med behandlingsstart<sup>4</sup>. Även här uppgav en patient stor förändring medan de andra uppgav små förbättringar. Två patienter svarade på *SCL-90* vid uppföljning. Medelvärde för generell besvärnivå hade minskat från 1,7 till 1,4. Medelvärde för suicidalitet hade minskat från 2,4 till 1,1 vilket kan förstås som en minskning från måttlig till lindrig suicidalitet. En patient skattade efter GPM lägre både gällande generell besvärnivå och suicidalitet. En patient skattade något högre generell besvärnivå men lägre gällande suicidalitet

### **Upplevelse av insatsen**

Sex patienter lämnade in formuläret gällande sin upplevelse av behandlingen. Av dessa angav en majoritet att behandlingen gett dem ny kunskap om borderline och/eller större förståelse för hur problematiken påverkar deras liv.

---

<sup>4</sup> Genomsnittet hade här minskat från 39 till 36 (skalan sträcker sig från 12, inga symtom, till 72, mycket svåra symtom).



**Tabell 2. Patienternas kunskap och förståelse av diagnosen. n=6.**

Har du hittills i behandlingen:	Nej	Ja lite	Ja mycket	Bortfall
Fått ny kunskap om borderline?	1	2	2	1
Fått större förståelse för hur borderline kan påverka din vardag?	1	1	4	0
Har du hittills i behandlingen blivit bättre på att:				
förstå dig själv?	1	0	5	0
förstå andra?	0	5	1	0
hantera din vardag?	1	3	2	0
Har det känts som att din behandlare bryr sig om dig?	0	1	5	0
Har det känts som att din behandlare varit intresserad av att förstå dig?	0	1	5	0
Tror du att du kommer att ha nytta av det du hittills lärt dig i terapin?	1	1	4	0

Sammanfattningsvis framkommer i formulären olika upplevelser av behandlingen. De flesta patienter uppgav att behandlingen inneburit ny kunskap om diagnosen och hur denna påverkar deras vardag. De flesta patienter uppgav också att de blivit bättre på att hantera sin vardag och att de kommer att ha nytta av det de lärt sig i behandlingen. Samtliga patienter angav att behandlingen gett ökad förståelse av sig själv och andra. Störst var samstämmigheten gällande upplevelse av behandlarna, där alla patienter bejakade en upplevelse av att respektive behandlare brydde sig om dem och var intresserade av att förstå dem.

## 4.2 Behandlarnas upplevelse av den egna kompetensen, undervisning i GPM och behandlingsförlopp

### Skattning av den egna kompetensen

Nedan redovisas medelvärdena av behandlarnas skattningar av upplevd kompetens före och efter utbildning, handledning och behandling.

**Tabell 3 Behandlares upplevelse av sin kompetens\* (n=3) \*Skalan sträcker sig från 1= instämmer inte alls till 7= instämmer helt.**

	Före	Uppföljning
Jag känner att jag har kompetens för att arbeta med patienter med BPD.	3,3	5,3
Jag upplever att jag kan påverka livet för patienter med BPD positivt.	4,0	5,0
Jag skulle vilja ha mer träning i att bemöta och behandla patienter med BPD.	6,0	5,3
Jag känner mig mindre bekväm när jag träffar patienter med BPD än andra patienter.	5,6	2,7
Jag känner mig trygg i min förmåga att tillförlitligt känna igen och diagnosticera BPD.	2,6	4,0
Jag är beredd att ta emot nya patienter med BPD.	4,3	6,0

Behandlarna skattar alltså på gruppnivå sin kompetens som högre vid uppföljning. De upplever även att de har större förmåga att påverka BPD-patienters liv positivt. Samtidigt efterlyser de fortsatt mer träning i bemötande och behandling. Skattningen gällande bekvämlighet talar för en ökad trygghet i mötet med patientgruppen. Behandlarna upplever en ökad förmåga att känna igen borderline-problematik. Det framkommer slutligen en ökad villighet att arbeta med patientgruppen

## **Fokusgrupp om upplevelse av undervisning och behandlingsförlopp**

Nedan redovisas resultatet från fokusgruppen med behandlarna.

### **Om upplägg**

De tre behandlarna hade vid tillfället för fokusgruppen haft GPM-behandlingar med patienterna olika många gånger (8, 12 respektive 30). I några fall hade kontakterna varit regelbundna och i några fall med längre perioder mellan träffarna då patienten uteblivit till följd av dåligt mående.

Behandlarna upplever inte att förutsättningarna för genomförandet av GPM hade varit optimala. Förloppet med undervisningen i GMP och utövandet har enligt dem varit för komprimerat och de har inte känt sig så väl förberedda. De anser även att behandlingen behöver pågå längre tid än vad som har varit fallet under testperioden. Behandlarna är även frågande till att upplägget kan genomföras under de två år som är den tidsgräns som patienterna kan motta vård på mottagningen. För de patienter som även har bipolär sjukdom behöver denna sjukdom stabiliseras innan borderline kan behandlas. Detta gör enligt behandlarna att det kan vara svårt att hinna med GPM inom tidsramen på två år.

Det upplevs även som utmanande att GPM inte har en tydligare tidsram. Det är svårt att veta när behandlingen är klar, eftersom borderline-symtomen kommer att finnas kvar i någon form.

*Nu har jag lyckats hitta en ram för hur länge vi ska hålla på, men när vet man när man är klar? Det skulle kunna bli i oändlighet också eftersom denna typ av problematik kommer att finnas i någon form om man inte hittar det tydliga som man mäter emot.*

*Det är svårt att förhålla sig till att det inte ska finnas något utsatt slut. Vill patienterna bli bättre när det betyder att när patienten blir bättre ska den klara sig själv och då får hen inte stöd?*

## Undervisning och handledning

Behandlarna beskriver att de inte har känt sig tillräckligt förberedda inför behandlingen. De efterfrågar mer undervisningstid före behandling. De efterfrågar även mer kunskap om diagnosen borderline.

Både den individuella handledningen och grupphandledningen har enligt behandlarna varit värdefull. Behandlarna beskriver hur de i handledningen efterhand fått syn på de centrala principerna.

*Det sitter inte som rinnande vatten, man ser det i efterhand.*

*Jag tror inte jag har suttit med principerna i bakhuvudet. Utan det mer är i efterhand att få hjälp med vad vi håller på med. "Nu använder du den här principen, det är bra, hade du kunnat använda den vid det här tillfället också" eller "mer av det här".*

Handledningen har ibland gett stöd i att stå fast vid GPM:s principer:

*Det är först när man har gjort det som att man har fattat vad 'be active not reactive' är (skratt). Så man förstår vad man menar så det inte bara är ord: okej det är när jag svarade på det här sättet och jag gick in i stället för bara okej. [Principerna] sitter inte som rinnande vatten men de är rimliga, de är applicerbara.*

I grupphandledningen har det kollegiala lärande uppskattats, inte minst då kontakten med patienten tidvis upplevts som tuff.

*Handledningen är viktig. Där alla mina frågetecken har rätats ut och man får svar. Man får svar på det man känner. Man får bekräftelse från andra. Man känner sig stärkt. Det är väldigt värdefullt.*

*Det mesta lärandet har skett då. Man får även följa andras patienter. Saker man inte själv lägger märke till synliggörs. Det har varit roligt. Man känner sig stärkt.*

*Det har varit bra. Kul att det har varit peer learning. Att vi hjälps åt.*

*Handledningen är viktig för vi får inte mycket positivt tillbaka från patienten.*

Det föreslås att undervisningen differentieras mer så att de behandlare som redan har erfarenhet av terapeutiska metoder och av målgruppen är med på att lära ut till de behandlare som har mindre erfarenhet.

*Man kunde ha mer "utifrån var alla är". Någon ny kunde få en mer riktad metodföreläsning eller att man hade vikt de första*

*handledningstillfällena till metod. Att man kunde vänta lite med att få egna patienter och följa de som kan genom att se deras filmer.*

Mer diagnoskunskap efterfrågas:

*Bra med något handledningstillfälle som bara handlar om borderline. Vad ska man leta efter som är borderlineproblem? Vilka typer av situationer är man ute efter? Vilka typer av situationer ska man leta efter?*

### **Om behandling enligt GPM-modellen**

Behandlarna ser GPM som en användbar metod som dock behöver kompletteras med andra metoder. De upplever att GPM kan öka kvaliteten på vården och att behandlingen kan tillämpas på många olika typer av patientmöten.

*Det är ett väldigt bra arbetssätt i stort. Det ger ett gott patientbemötande och omhändertagande och en ram och struktur för patientkontakten, vilket är bra för alla.*

*Jag tänker på det mer som ett arbetssätt än en terapimetod. Om man hade den tydligheten för alla patienter skulle det avlasta sjukvården. För det som många patienter upplever är en otydlighet och att de inte känner sig sedda och allt det här. Även om vi har bäst sjukvård i landet får vi jättemycket kritik på bemötande och förståelse. Då skulle man bara genom det [att använda GPM] kunna minska kravet på sjukvården.*

Behandlarna beskriver att de har olika ingångar till GPM beroende på vad de har med sig från sin profession, och de ser kompletterande arbetssätt som värdefulla. Behandlarna har i behandlingen även använt sig av KBT-inriktade och mentaliseringsinriktade metoder.

Det beskrivs som utmanande att behandla borderlinepatienter med tilläggsdiagnosen bipolaritet. Utmaningen har bland annat bestått i att veta vad nedstämdhet kan bero på. Behandlarna beskriver samtidigt att de under behandlingens gång har kommit fram till sätt att utforska detta.

*Det är svårt. Vad beror nedstämdheten på? Man får utforska hela tiden. Min patient har varit nedstämd, jag tolkar det som bipolär nedstämdhet. Det har påverkat.*

GPM utmanar i vissa avseenden behandlarna då modellen inte är professionsspecifik. Behandlarna är tidvis självkritiska och beskriver att de

har känt sig osäkra på användandet av GPM. De funderar kring när deras insats är tillräckligt bra.

*Vad är nivån där jag kan känna mig nöjd? Ska jag göra mer? Gör jag rätt? Vågar jag gå in djupare i vissa delar av det som kommer upp när man jobbar just kring borderline? [...] Där tror jag att jag funderar över vad är good enough inom GPM.*

### **Effekten på patienterna**

Behandlarna är försiktiga med att uttala sig om behandlingens effekter. De bedömer att patienterna genom behandlingen förstår sig själv bättre i vissa sammanhang.

*Hon [patienten] har själv sagt att hon har förstått vissa situationer bättre när vi har tittat på dem i efterhand och hon har fått vissa insikter om sig själv i emotionellt utmanande situationer. Jag tror inte att vi kom till att kunna generalisera den kunskapen eller att hon har fått ett bättre fungerande i stort men i vissa situationer.*

De bedömer däremot inte att behandlingen har haft effekt på patienternas vardagsfungerande ännu. De menar att behandlingen har fungerat som ett generellt stöd till patienten och till exempel gett ett stöd kring självkänsla i svåra situationer.

*Patienten har fått mer självförståelse. Patienten kan få syn på det själv [...] Det har inte blivit någon förändring i beteende.*

## **4.3 Sammanfattning**

Delundersökningar har gjorts utifrån patient- och behandlarperspektiv. Patientskattningarna visar förbättringar gällande livskvalitet och symtom hos patienterna, men resultaten är bristfälliga då det endast inkom få svar. Patienternas upplevelse av behandlingen varierade, samtliga upplevde dock åtminstone någon aspekt av den som hjälpsam.

Behandlarundersökningarna visar att behandlarna upplever större trygghet och en ökad villighet att arbeta med patientgruppen. I fokusgruppen framkommer att GPM är ett fungerande arbetssätt samtidigt som ytterligare utbildning efterfrågas. Sammantaget ger de fyra delundersökningarna en bild av att GPM är användbar på enheten men upplägget för insatsen kan behöva justeras utifrån inkomna synpunkter.

## 5. Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka huruvida GPM är en fungerande behandlingsmodell ur både patient- och behandlarperspektiv på en mottagning som inte är specialiserad på borderline personlighets-syndrom. Att belysa behandlarperspektivet kan motiveras både utifrån GPM:s ambition att öka behandlares trygghet och av tidigare forskning som visat på förekomst av både negativa attityder och upplevd osäkerhet hos behandlare i förhållande till patientgruppen (Chartonas m.fl., 2017). Det var tyvärr inte genomförbart att intervjua patienterna i fokusgrupp men resultat från utvärderingsformulär och självskattningar har samlats in.

Skattningarna som gjordes vid behandlingsstart visar på en stor variation i mående och funktion hos patientgruppen. Detta är väntat då borderline-gruppen är en heterogen patientgrupp och då problematiken i sig kan innebära perioder av relativt gott mående och fungerande varvat med perioder av intensivt illabefinnande och funktionsförlust. På jämförbara instrument (SCL-90) skattar patienterna ungefär likvärdigt med de patienter som ingick i ursprungsstudien på GPM (se McMain m.fl., 2009). Av vikt att notera i sammanhanget är att det i föreliggande rapport ingick ett antal patienter med väldigt hög egenskattad symtomtyngd. Samtliga patienter hade utöver BPD även bipolär diagnos. I sig är de alltså att betrakta som en mer komplex patientgrupp ur behandlarperspektiv än patienter med enbart BPD (Rosenbluth, 2012). I ursprungsstudien exkluderades patienter med bipoläritet typ 1 (McMain m.fl., 2009). Skattningarna vid uppföljningen inkom endast för ett fåtal patienter. I dessa fall framkom viss symtomförbättring.

De patienter som valt att delta i undersökningen gav uttryck för att behandlingen hade varit hjälpsam om än i olika grad. Mest positivt svarade patienterna på frågan om huruvida de hade upplevt att deras behandlare har brytt sig om dem och varit intresserade av att förstå dem. Då det är väl etablerat att målgruppens interpersonella svårigheter tenderar att prägla och försvåra deras behandlingsrelationer är detta i sammanhanget ett viktigt resultat. Vikten av allians, både som en förutsättning för fungerande behandling och som en terapeutisk faktor i sig, lyfts allt oftare fram i behandlingsforskning och svårigheter kring detta ses av vissa som ett uttryck för kärnan i borderlineproblematik (Luyten m.fl., 2020; Fonagy m.fl., 2015).

I GPM antas det att upplevelsen av en engagerad behandlare utgör en korrektiv erfarenhet som i sig har en terapeutisk funktion. Att patienterna i föreliggande studie uppfattar att behandlarna bryr sig om dem trots att kontakten är uttalat villkorad och ställer krav på patienten är således ett

viktigt resultat. Sammantaget talar detta för vinster med att implementera GPM, både som behandlingsform och som bemötande. Resultaten talar för att detta kan minska användningen av behandlingar som är mindre hjälpsamma för patienten, oavsett om dessa är terapier eller andra typer samtalskontakter.

Alla patienter utom en uppgav att behandlingen gett dem ny kunskap om borderline och framförallt större förståelse för hur denna påverkar deras egen vardag. Flertalet patienter trodde därtill att det skulle ha nytta av det de hittills lärt sig i behandlingen. Även detta får ses som goda resultat då forskning visar att personlighetsproblematik präglas av svårigheter att uppfatta information som personligt relevant och därmed ha nytta av den även när så är fallet (Fonagy m.fl., 2015). Det talar också för att den modell av BPD som GPM är utformad för är ett fungerande sätt både att kommunicera med patienten och för patienten att förstå sig själv. Det är samtidigt värt att notera att behandlarna både i fokusgrupp och formulär efterlyste mer kunskap om BPD.

Patienter upplevde att deras mentaliseringsförmåga (förmåga att förstå mentala tillstånd hos sig själv och andra) har förbättrats under behandlingen. Den största förändringen upplevde de i förmågan att förstå sig själva. Givet att svårigheter att förstå andra människors mentala tillstånd är en central del av BPD tycks det här finnas ett utrymme för förbättring av insatsen (att öka förmågan att förstå andra i lika hög grad som förmågan att förstå sig själv). Uppnådda mål tycks samtidigt rimliga givet den tidsram som utvärderas. GPM har heller inte lika tydligt fokus på förståelse av andra som exempelvis MBT. Patienternas upplevelse av förbättrad förmåga att förstå sig själva bejakas av behandlarna som också upplevde att patienterna förstod sig själva bättre. Det fanns dock hos behandlarna en osäkerhet kring om självförståelsen ökat generellt eller inskränkt sig till de situationer som avhandlats i behandlingen.

Två patienter upplevde stor förändring gällande att hantera sin vardag, medan tre upplevde mindre förändringar. En patient upplevde inte någon skillnad gällande detta. Fokus i GPM är förbättrad förmåga att hantera sin vardag (vilket i sin tur ses som en väg till förbättrat mående). I manualen beskrivs att förändringar på beteendenivå (ex minskning av självdestruktivt beteende och raseriutbrott) är att förvänta sig två till sex månader in i behandlingen, medan förbättring i social funktion (skola, arbete, vardagssysslor) är att vänta tidigast efter sex månaders behandling (Gunderson & Links, 2014). Patienternas olika upplevelse av ökad förmåga att hantera sin vardag tycks således ligga i linje med förväntade resultat. I motsättning till patienterna upplevde behandlarna i fokusgruppen inte att behandlingen haft effekt på patienternas



vardagsfungerande. Avsaknaden av objektiva mått gör att det inte går att uttala sig om huruvida patient- eller behandlarperspektiv här är det mest valida.

För de patienter där skattningsskalor inkommit ses i samtliga fall någon form av förbättring gällande mående eller upplevd livskvalité. På grund av föreliggande studies begränsade omfattning är det inte möjligt att dra några slutsatser om effekt på mående och funktion för de patienter som erhållit GPM. Modellen har i en enskild studie haft goda resultat men det är inte självklart att dessa direkt går att översätta till de förhållanden som råder inom verksamheten (jmf Bales m.fl., 2017). Forskningsläget talar vidare för att generalistisk behandling inte är en tillräcklig behandlingsinsats för alla patienter med BPD, utan att en del av patientgruppen har behov av högspecialiserad och intensiv behandling (se ex. Bateman & Fonagy, 2013). Det förefaller utifrån egenskattad symtomtyngd och samsjuklighet troligt att denna patientgrupp är representerad i förliggande studie. För så väl verksamheten som helhet som för den enskilda patienten är det likväl av vikt att hitta fungerande sätt att följa upp och utvärdera insatser.

Två patienter avbröt sin behandling. Andelen avhopp är i sammanhanget inte speciellt hög (jmf. McMain m.fl., 2009). Det är dock möjligt att det även här finns utrymme för förbättring och att graden avhopp kan minska genom utökad utbildning/handledning samt andra organisatoriska förutsättningar. I fokusgruppen togs den bestämda vårdtiden på mottagningen upp som otillräcklig för att adressera både BPD och bipoläritet.

Resultaten visar att insatsen har haft effekt på behandlarnas upplevda kompetens och trygghet med patientgruppen. Såväl i fokusgrupp som i självskattning framkommer samtidigt önskemål om mer utbildning, vilket talar för att det finns utrymme för att förbättra insatsen vid en eventuell implementering. I fokusgruppen framkom att behandlarna var osäkra på om deras insats var tillräcklig och på om GPM-modellen i sig räcker till. Dessa upplevelser behöver vägas mot patientskattningarna där patienterna överlag gav uttryck för att insatsen varit hjälpsam. Att i förhållande till en enskild patient med ett stort lidande avgöra vad som tillräckligt bra är inte enkelt. Även ur ett behandlarperspektiv kan det alltså finnas vinster med att på ett strukturerat sätt följa upp och utvärdera insatser, och det kan finnas fördelar med att verksamheten här tar fram tydliga riktlinjer. Dessa kan innefatta rutiner för målformuleringar som ett sätt att tydliggöra och avgränsa behandlarens uppgift samt framtagande av en skala gällande metodtrogenhet.

Då skattning av upplevd kompetens gjordes före och efter insatsen som helhet går det inte att uttala sig om hur mycket den inledande utbildningsinsatsen i sig spelade roll för den ökade känslan av kompetens. I fokusgruppen framkommer dock att behandlarna önskat mer utbildning innan behandlingarna påbörjades och att de inte kände sig tillräckligt förberedda inför dessa. Detta talar för att det är patientarbete och handledning som har gett den ökade känslan av kompetens och trygghet. Det framkommer också att behandlarna upplever att det är där som lärandet har skett och att handledningen har haft en viktig stödjande funktion. Det sistnämnda går i linje med behandlingsforskning (för en översikt se Bateman & Krawitz, 2013) och lyfts även i SVP. Detta är inte minst viktigt för att GPM, i likhet med ett flertal andra behandlingsmodeller för BPD, bygger på att behandlaren på ett omdömesfullt sätt använder sig av sina egna känslomässiga reaktioner för att hjälpa patienten. Resultaten i rapporten talar här alltså för värdet av kontinuerlig handledning utöver utbildningsinsatser i arbetet med patienter med BPD.

## **6. Slutsatser**

Resultat från delundersökningarna visar att GPM kan vara ett fungerande arbetssätt på mottagningar som inte är specialiserade på BPD. De patienter som valt att delta i undersökningen är alla i någon grad nöjda och behandlarna uppfattar överlag GPM-modellen som hjälpsam. Data är samtidigt bristfällig vad gäller förändring i symtom och funktion hos patienterna.

Studien ger viktig kunskap kring hur GPM-modellen kan implementeras i verksamheten och därmed hur rekommendationerna i SVP Personlighetssyndrom kan följas.

## Referenser

Bales, D. L., Verheul, R. & Hutsebaut, J. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Personality and mental health*, 11(2), 118–131.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(3), 221–227.

Bateman, A. W. & Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Guide For Generalist Mental Health Professionals*. Oxford University Press.

Beatson, J. (2019). Making psychological treatments for borderline personality disorder available. *Australian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 545–546.

Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S., Lee, T. & Bhui, K. (2017). Personality disorder: still the patients psychiatrists dislike? *BJPsych Bulletin*, 41(1), 12-17.

Choi-Kain, L. W. & Gunderson, J. G. (2019). *Applications of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. American Psychiatric Association Publishing.

Derogatis L, Lipman R, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacology*. 1973;9:13–28.

Ekselius, L. (Red) (2017). *Personlighetsyndrom, kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Gothia Förlag.

El-Gabalawy, R., Katz, L. & Sareen, J. (2010). Comorbidity and Associated Severity of Borderline Personality Disorder and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 641–647.

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.

Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline

- Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575–609.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Thorsen, S. (2002). *SCL-90 Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. (SiS följer upp och utvecklar 4/02). Statens institutionsstyrelse SiS.
- Gunderson, J. G. (2009a). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Association Publishing.
- Gunderson, J. G. (2009b). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539.
- Gunderson, J.G. & Links, P. (2014). *Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Association Publishing.
- Hörberg, N., Kouros, I., Ekselius, L., & Ramklint, M. (2016). The Swedish version of the Sheehan Disability Scale : a valid and brief measure of functioning. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 4(1), 1–7.
- Jørgensen, C.R. (2018) *Den psykoterapeutiske holdning*. Gyldendal.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes Ö. (2014). *Personlighetspsykiatri*. Studentlitteratur.
- Kernberg, O. (2016) What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156.
- Keuroghlian, A., Palmer, B., Choi-Kain, L., Borba, C., Links, P. & Gunderson, J. (2016). The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Towards Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 3(4), 567-576.
- Klein, P., Fairweather, A., Lawn, S., Stallman, H. & Cammell, P. (2021). Structural stigma and its impact on healthcare for consumers with borderline personality disorder: protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*, 10(1), 1-7.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297–325.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374.

Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: making treatment brief, effective, and accessible*. Elsevier Academic Press.

Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482–487.

Pfohl, B., Blum, N., John, D. S., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and Validity of the Borderline Evaluation of Severity over Time (Best): A Self-Rated Scale to Measure Severity and Change in Persons with Borderline Personality Disorder. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 23(3), 281–293.

Region Stockholm (2016). *Regionalt vårdprogram Emotionellt Instabilt Personlighetssyndrom*. Uppgift hämtad 20210301.

<https://psykiatristod.se/regionala-varldprogram/emotionellt-instabilt-personlighetssyndrom---eips>

Rosenbluth, M., Macqueen, G., McIntyre, R. S., Beaulieu, S. & Schaffer, A. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Annals of Clinical Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 56–68.

Silk, K., Wolf, T., Dorit, B. & Poortinga, E. (2005). Environmental Factors in the Etiology of Borderline Personality Disorder. I M. Zanarini (Red) *Borderline Personality Disorder* (s. 41-62). Taylor & Francis Group.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Mcglashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S. & Oldham, J. M. (2002). Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.

Stone, M. (2005). *Borderline Personality Disorder: History of the Concept*. I M. Zanarini (Red) *Borderline Personality Disorder*. Taylor & Francis Group.

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K. & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955.

van Zutphen L, Siep N., Jacob G. & Goebel R. (2015) Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: a critical review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 51, 64–76.

Wilson, N., Robb, E., Gajwani, R. & Minnis, H. (2020). Nature and Nurture? A review of the literature on Childhood Maltreatment and Genetic Factors in the pathogenesis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 11;137:131-146

# Bilagor

## Bilaga 1 Utvärdering av GPM vid borderline

Du har deltagit/ deltar i GPM-terapi för att minska symtom på borderline. För att kunna förbättra oss vill vi ha dina synpunkter. Kryssa för det alternativ som stämmer bäst.

1. Har du hittills i behandlingen:

- Fått ny kunskap om borderline?
- Fått större förståelse för hur borderline kan påverka din vardag?

2. Har du hittills i behandlingen blivit bättre på att:

- förstå dig själv?
- förstå andra?
- hantera din vardag?

3. Har det känts som att din behandlare bryr sig om dig?

4. Har det känts som att din behandlare varit intresserad av att förstå dig?

5. Tror du att du kommer att ha nytta av det du hittills lärt dig i terapin?

Har du förslag på hur GPM kan förbättras eller några andra synpunkter?

Tack för dina svar!

## **Bilaga 2 Behandlarformulär**

Nedan finns ett antal påstående gällande upplevelse av kompetens och andra känslor i förhållande till patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom/ borderline personlighetssyndrom. Vi ber dig skatta i vilken grad du tycker att respektive påstående stämmer för dig.

Jag känner att jag har kompetens för att arbeta med patienter med BPD.

Jag upplever att jag kan påverka livet för patienter med BPD positivt.

Jag skulle vilja ha mer träning i att bemöta och behandla patienter med BPD.

Jag känner mig mindre bekväm när jag träffar patienter med BPD än andra patienter.

Jag känner mig trygg i min förmåga att tillförlitligt känna igen och diagnosticera BPD

Jag är beredd att ta emot nya patienter med BPD.