

Vardagsforskning

utvärdering på gräsrotsnivå

Den likgiltighet jag under mitt yrkesverksamma liv mött hos de allra flesta inför utvärdering av alla de ansträngningar som görs i psykiatrin har alltid förvånat mig. När psykoterapiforskning blev ett begrepp väcktes genast mitt intresse, men jag hoppades förgäves på något som skulle kunna användas i min vardag. Psykoterapiforskningsdagarna på Sig-tunastiftelsen våren -94 var givande; att praktiskt försöka använda alla bedömningar, skattningar och skalor vore ytterligt värdefullt ur många synvinklar - men alltför arbets- och tidskrävande för att ingå i ordinarie verksamhet. Tyvärr besannas för mig gång på gång den gamla uppfattningen att antingen forskar man eller också arbetar man kliniskt.

När datorprogrammen blev tillgängliga för "vanliga dödliga" (för mig julen -91) öppnade sig en ny värld. Att föra in sina patienter i en databas med ett antal enkla, intressanta variabler och sedan kunna få ut uppgifter fort och överskådligt är ju grunden till en vettig utvärderingsmöjlighet. Hur många patienter, vilka diagnoser, vilka grundproblem, vilken behandling, hur många behandlingstillfällen och vilket utfall är variabler som inte kräver något merarbete för att ha tillgång till. Mina försök att entusiasmera kolleger och klinikledning var inte upplyftande. Var det inte arbetsbelastning, sekretessproblem eller bristfällig datautbildning, var det mest tystnad som mötte mig.

De första åren jag gjorde min egen årsredovisning arbetade jag mestadels med rehabverksamhet. Sedan var det mest "knäckfallen" som föll på min lott, dvs långa behandlingstider och osäkra utsikter om positivt utfall som det förmodligen är för de flesta psykologer som hållit sig kvar på psykiatrisk klinik. Ändå blev utvärderingen inte bara feedback på min arbetsinsats utan gav också upphov till mera systematiska fun-deringar kring t ex grundproblem och symptombild.

För två år sedan bytte jag tjänst till ett akutteam. Som akutteampsykolog har jag att svara för akuta och skyndsamma bedömningar (inklusive psykometriska undersökningar av mindre omfattning) för psykologiska behandlingar som kan beräknas ha kortare karaktär samt svara för psykologisk verksamhet inom slutenvården.

Det stora flödet av patienter gjorde det än angelägnare för mig att utvärdera min arbetsinsats. Kvalitetssäkringsaspekterna på verksamheten ökar i prioriteringsavseende och underlättar även för mina utvärderingsprojekt. Ett projekt som följer nya patienter i psykiatrin har varit i gång i snart ett år och förutom kvalitetssäkringsaspekten, om patienterna får vad de väntat sig och är nöjda, ger projektet en möjlighet att följa de nya patienterna från första besöket till det sista med utvärdering av de psykiatriska insatser som gjorts.

I min fortlöpande utvärdering av min egen arbetsinsats är det i huvudsak nyttan av psykologisk behandlingsinsats som "mäts". Detta är inte helt enkelt ens utan krav på vetenskaplig stringens. Jag tror dock att utan att tåla vissa förenklingar går det inte att "vardagsforska". Om någon förändras efter att ha varit föremål för en åtgärd avsedd att åstadkomma förändring är det inte helt säkert att det är åtgärden som har haft effekt. All effektmätning av psykologisk behandling bygger på detta antagande. Den enda variabel som går att hålla under någorlunda kontroll är den åtgärd som är inskjuten mellan "före" och "efter". Och den kontrollen är som vi vet mycket bristfällig. Mina möjligheter att veta hur patienten upplever mig och mina interventioner bygger på kroppsspråk och verbal rapport - och är utlämnade åt mina tolkningar. Att söka efter vad i behandlingen som hade effekt är ju något att sträva efter i dessa korttidsinriktade tider.

Mitt patientmaterial är selekterat utifrån en första genomgång i teamet. Det innebär att många patienter som uttrycker önskemål om beteendeterapi, farmakologisk behandling, familjeterapi eller bedöms behöva längre psykoterapier inte kommer till mig i första hand. Ca 100 patienter om året har passerat mig som akutpsykolog under de två år jag innehaft tjänsten. Vad kan vara intressant att veta om dessa patienter? Först och främst förstås hur många som har haft nytta av kontakten. Kanske också hur de fördelar sig diagnostiskt. Söker de själva för att träffa en psykolog eller hur ser remissförfarandet ut? Hur många fullföljer behandlingen och hur många avbryter? Blir det bättre resultat för någon viss diagnosgrupp eller annan grupp av patienter?

Som ett kriterium av förändring använder jag GAF (Global funktionsskattningsskala, axel V i DSMIV). Fördelarna med GAF är att de flesta känner till den. Det spelar ingen roll vilken yrkeskategori som har bedömt patienten. Strävan går mot en samstämmighet i skattningen som vi visserligen ännu inte uppnått men förhoppningsvis kommer med ökad utbildning och träning. Ytterligare en fördel är att GAF-skattning ofta ingår i rutinerna och därför alltid finns med, åtminstone vid första besöket och vid avslutningen. Detta gör ju att olika patientpopulationer blir mer och mer jämförbara i olika utvärderingsförsök.

Samma anledningar finns för att ha med DSMIV-diagnoser. Bristen hos DSMIV är att det inte går att enkelt få fram diagnosgrupperna psykotiska syndrom, förstämningssyndrom, ångestsyndrom, ätstörningar, missbruksdiagnos och organiskt betingade syndrom, vilka är de vanligast förekommande symptomgrupperna. ICD 10 verkar ha ett mera logiskt uppbyggt system och nomenklaturen finns med i DSMIV, vilket underlättar symptomgruppering vid små patientmaterial.

Tanken bakom en sådan här typ av utvärdering, förutom att få egen feedback på vad man gör, är att kunna slå ihop och kunna jämföra olika patientmaterial (vi planerar t ex en gemensam utvärdering av alla psykologpatienter på vår klinik) både inom personalkategorier och tvärfackligt. Att ha tillgängliga data för de patienter som återkommer och slutligen kroniseras kan eventuellt ge värdefull information om förbiseenden och föranleda alternativa behandlingsinsatser.

Om viss diagnos i hög grad svarar på viss behandling har man underlag för detta och inte endast den ganska subjektiva "vetenskap och beprövad erfarenhet" som onyanserat praktiserat kan försöka anpassa patienten efter behandlingen i stället för att man anstränger sig att anpassa behandlingen efter patienten. Som försiktig personlig hypotes kanske inte diagnos och diagnosgrupper är det allena saliggörande vid val av behandling. Kanske går det att visa att intrapsykiska konflikter och psykologisk försvarsstruktur är lika viktiga indikatorer för val av behandling.

200 PATIENTER I AKUTPSYKIATRI UNDER 2 ÅR

208 patienter har under 2 år varit i kontakt med psykolog vid akutteamets mottagningsverksamhet;

30 av dessa patienter är fortfarande i behandling.

94 är avslutade och "bra" (def se tab 1)

20 är avslutade och förbättrade (def se tab 1)

19 är avbrutna, varav 3 på initiativ av terapeuten (def se tab 1)

7 är avslutade och oförändrade (def se tab 1)

38 avslutades efter bedömning (19 fortsatte hos annan behandlingshavare)

8 patienter har sökt förnyad kontakt efter avslutad behandling. 4 av dessa var "bra" efter 1:a gången och behövde 2 - 4 besök för att åter avslutas som "bra". 2 förbättrade patienter sökte på nytt och önskade annan vårdgivare. 11 patienter bedömdes inte tillhöra psykiatri.

Vad händer under bedömningsfasen?

Jag upplever det som en fördel att vara den inom psykiatri som patienten träffar först. Oftast är detta ett krav som är svårt att uppfylla, dels har många patienter en förhistoria i psykiatri, dels är det en kvalitetssäkringsaspekt i sig att patienten skall träffa en läkare först, helst en specialist i psykiatri. Vare sig patienten hör till den ena eller andra kategorin har redan

livshistorien lämnats, patienten kan uppleva det besvärande att återigen dra sitt livs historia - och även om det är min sak att få detta att kännas relevant att göra en gång till, så är det faktiskt svårare att komma åt tidiga känslomässiga konflikter vid repetition. Bedömningsfasen är till för att samla upplysningar rörande:

- a) bakgrundshistoria med känslomässiga konflikter och ev traumatiska inslag,
- b) försvarsstruktur som försvårar hanteringen av inre konflikter,
- c) relationsmönster till sig själv och andra,
- d) psykopatologi.

För att en patient skall behandlas på kliniken bör en psykiatrisk diagnos kunna ställas. Specialistpsykiatrins uppdrag är att ansvara för psykoser, svåra depressions- och ångesttillstånd, självmordsnära patienter, kristillstånd med självmordsrisk eller andra psykiatriska symptom, svåra ätstörningar och svåra personlighetsstörningar (Missbruk och demens vårdas inte på kliniken). Fem psykometriska undersökningar har gjorts polikliniskt. Två har varit begärda av kliniken, två har utförts efter remiss från vårdcentral och en på begäran av somatisk klinik.

Hur kom patienterna till mig? Vilket utfall blev det?

71 patienter träffade mig som första kontakt på självremiss efter remissgenomgång med teamet. (38 har blivit "bra", 6 förbättrades, 9 fortsätter kontakten, 14 avslutades efter bedömning, varav för 5 bedömdes annan vårdform vara mera adekvat, 5 avbröt, 2 avslutades oförändrade.

64 patienter hade träffat annan befattningshavare före mig (från ett besök som förstagångspatient till att ha träffat många olika befattningshavare under flera år). Av dessa har 29 blivit "bra", 9 förbättrades, 8 är fortfarande i behandling, 13 avslutades efter bedömning, 4 avbröt och 1 avslutades oförändrad.

30 patienter remitterades från vårdcentral och 7 från somatisk avdelning. 16 av dessa är "bra", 3 förbättrade, 5 i fortsatt behandling, 3 patienter avbröt, 2 är oförändrade, 7 avslutades efter bedömning (3 testningar) och 1 är död.

19 patienter fortsatte den psykologiska behandling som påbörjats i slutenvård. 7 av dessa patienter är "bra", 2 förbättrade och 4 fortsätter behandlingen. 3 patienter avbröts, 2 bedömdes innan de fortsatte hos annan psykoterapeut och 1 visade sig lida av demenssjukdom.

Man kunde ha antagit att det skulle ge bättre resultat när någon själv tar initiativet till kontakten, vilket dock inte omedelbart framgår av mitt material. Man kan tänka sig att de som har sökt själva har större motivation att tillgodogöra sig behandlingen (om de inte haft en orealistisk uppfattning om vad en psykolog kan erbjuda och därför avbryter) än de som kommit på remiss från vårdcentral, där anledningen till att de sökt ofta är somatiska symptom. Man kan också tänka sig att de som remitterats från egen klinik antingen är psykofarmakologiskt behandlingsresistenta eller vållat visst huvudbry, vilket oftast inte är den bästa förutsättningen för en lyckad kort psykologisk behandling.

Lidande är subjektivt liksom välbefinnande, så även uppfattningen om vad som orsakar lidandet. Remiss från vårdcentral kan ha begärts av patienten - eller besöket på psykiatrisk klinik sker med yttersta motvilja från patientens sida. En inneslående patient kan ha längtat efter psykologkontakt - det kan också vara ett fåfängt hopp om att någon skall svinga trollspöt och befria från lidande.

Vad får patienten att söka?

Vad föranleder att någon söker sjukvård? Anledningarna är individuella och unika och registreras i journalen men fungerar inte som underlag för utvärdering, om vi inte pressar in de besvär och symptom som patienten kommer till oss med i ett språk som är vårt - inte patientens. Samtliga patienter har beskrivit sig "må dåligt" när de kommer.

Patienterna fördelar sig i diagnosgrupper som följer:

		"bra"	förbättr	forts	avbr
Ångestsyndrom	91 patienter	55	11	9	6
Förstämmningssyndrom	43 patienter	15	5	8	2
V-diagnoser	39 patienter	18	0	7	5
Ej säkerställd diagnos	19 patienter	2	2	4	3
Åtstörningar	10 patienter	4	2	1	3

I totalmaterialet är inre konflikter och förbud kring vrede det förhärskande problemet (139 st). Om det psykologiska arbetet fokuserats på vreden och behandlingen inriktat sig på att lösa konflikter och upphäva förbud och patientens symptom påverkas drastiskt finns anledning anta att vreden är ett viktigt inslag i sjukdomens etiologi. Av de totalt 94 patienter som är "bra" har 84 haft vrede i fokus på detta sätt. 12 av dessa patienter hade antidepressiv medicinerings.

Ångestsyndrom

Av de 55 patienter som blivit "bra" med diagnos ångestsyndrom hade 44 vrede i fokus. 7 av dessa hade antidepressiv medicinerings.

2 patienter har blivit "bra" med diagnos posttraumatiskt stressyndrom. Det är inte att förvåna att alla dessa hade vrede i fokus. Ingen av dessa medicinerade. Medelantal besök 5,4. Medel-GAF-ökning 26 poäng.

13 patienter med diagnosen maladaptiv stressreaktion har blivit "bra". Hos dessa fanns vrede i fokus hos 12 patienter. En patient stod på Seroxat med tveksam effekt. Medelantal besök 6. Medel-GAF-ökning 24 poäng.

Förstämmningssyndrom

Av de 15 patienter med diagnos förstämmningssyndrom som blivit "bra" har 14 vrede i fokus. 4 Seroxatbehandlades samtidigt med psykologisk behandling.

9 patienter med diagnosen egentlig depression har blivit "bra". 8 av dessa hade vrede i fokus. 3 hade samtidig Seroxatbehandling. Medelantal besök 17. MedelGAF-ökning 30 poäng.

V-diagnos

18 patienter med V-diagnos blev "bra". Samtliga var medicin-fria. 15 hade vrede i fokus. Medelantal besök 4,6. MedelGAF-ökning 21 poäng.

Ej säkerställd diagnos

Som ej säkerställd diagnos räknas de patienter som ej hänfördes till psykiatrin. Det innefattar också patienter som testats utan psykiatrisk anamnes. 5 patienter har diagnos på DSMIV axel II, men ej säkerställd på axel I.

2 patienter har blivit "bra" utan att diagnos kunnat fastställas. Båda var remitterade från vårdcentral med värk och extrem trötthet. De behövde två resp fyra besök och ökade båda sin GAF med 20 poäng. Båda var medicinfräa.

Ätstörningar

4 patienter med diagnos anorexia nervosa blev "bra". Ingen hade farmaka eller var nya i psykiatri, dvs hade inte varit åtgärdade innan behandlingen hos mig. Alla hade vrede i fokus, i huvudsak riktad mot fadern. Medelantalet besök var 9,5. MedelGAF- ökning 30 poäng.

1 "ny" anorexi är fortfarande i behandling, 1 atypisk ätstörning och en kronisk anorexi blev förbättrade, 2 bulemier och en kronisk anorektiker avbröt.

Metod

Min grundsyn är psykodynamisk. Att intrapsykiska konflikter som handlar om föräldrar eller andra betydelsefulla tidiga relationer präglar en människa genom livet fram till här och nu anser jag axiomatiskt. Mitt sätt att arbeta har utvecklats under åren genom att söka renodla de tekniker jag funnit verk-samma för att lösa de intrapsykiska konflikter som orsakar lidande.

Jag använder så gott som alltid vanlig visualiseringsteknik redan vid livshistorien i bedömningskedet avseende viktiga personer. "Kan du se henne/honom framför dig? Hur ser hon/han ut? Hur känns det att titta på henne/honom?" ger mig viktiga upplysningar om konfliktfokus och försvarsstruktur. I bästa fall kan konfliktlösning ske eller påbörjas redan vid första mötet. Om inte, har jag en bättre uppfattning om vilket arbete som behöver göras inom mer traditionella ramar. Ca en tredjedel av mina patienter anammar direkt metoden som

ett fungerande arbetsredskap. Det handlar inte bara om relationen till förälder/föräldrar; också traumatiska händelser kan många bearbeta i bild på relativt kort tid.

Global funktionsskattningsskala (GAF)

Medelvärde (62) och spridning (32 - 80) är samma för totalmaterialet som för de patienter som blivit "bra" vad gäller GAF- värdet när patienterna kommer. MedelGAF-ökningen för de patienter som blivit "bra" är 24 GAF-poäng eller 39%. MedelGAF-ökningen för de förbättrade patienterna är 15 GAF-poäng eller 23%. Vid beräkning av GAF-ökning tas ingen hänsyn till habituell GAF, dvs om funktionsnedsättningen beror på akut insjuknande eller om denna har varat i flera år. Det är givetvis mera tacksamt att återställa en habituell hög GAF än att åtaga sig en funktionshöjning av ett kroniskt tillstånd. De flesta här redovisade patienterna har en hög habituell GAF.

Antal behandlingstillfällen

De patienter som blivit "bra" har totalt 595 besök, vilket ger ett medelvärde på 6,3 besök. De förbättrade patienterna har totalt 132 besök, med ett medelvärde på 6,6 besök.

Åldersfördelning

14 av de "bra" patienterna är över 50 år, 43 patienter är mellan 30 och 50 år, 33 patienter är mellan 20 och 30 år och 4 patienter under 20 år.

Könsfördelning

Det ingår ungefär dubbelt så många kvinnor som män i mitt material. Jag har valt att visa utfallet uppdelat på kvinnor och män totalt, samt kvinnor och män under 30 år.

Kersti Jormfeldt

Ljungby

		"bra"	förbättr	forts	bedömn	avbr	oförändr
<i>Män</i>	N=70	29 (41%)	5 (7%)	7 (10%)	20 (29%)	7 (10%)	2 (3%)
<i>Kvinnor</i>	N=138	65 (47%)	15 (11%)	23 (17%)	17 (12%)	13 (9%)	5 (4%)
<i>Män</i> <i><30 år</i>	N=23	8 (35%)	4 (17%)	5 (22%)	3 (13%)	3 (13%)	
<i>Kvinnor</i> <i><30 år</i>	N=61	31 (51%)	7 (11%)	10 (16%)	6 (10%)	4 (7%)	2 (3%)

Tabell 1 fördelning på remissinstans

	tot	"bra"	förbättr	forts	bedömn	avbr	oförändr
<i>självrem</i>	71	38 (54%)	6 (8%)	9 (13%)	11 (15%)	5 (7%)	2 (3%)
<i>kliniken</i>	64	29 (45%)	9 (14%)	8 (12,5%)	13 (20%)	4 (6%)	1 (1,5%)
<i>VC+soma</i>	40	19 (47,5%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)
<i>avd 11</i>	19	7 (37%)	2 (10%)	4 (21%)	3 (16%)	3 (16%)	
<i>övrigt*</i>	14	1 (7%)		4 (29%)	4 (29%)	4 (29%)	1 (7%)
totalt	208	94	20	30	38	19	7

* andra psyk klin, AMI, flyktingförl

Använda definitioner

- "bra"** avslutad och symptomfri, arbetsför utifrån sina fysiska för utsättningar, utan psykofarmaka med undantag av antidepressiva, subjektiv upplevelse av att må bra (GAF 80-100)
- förbättrad** avslutad, men uppfyller ej ovanstående. T ex GAF-ökning till nästkommande intervall eller högre, stående neuroleptika, litium eller sedativ medicinering. Sjukbidrag
- bedömning** antingen psykiatrisk bedömning om ingen sådan skett förut, eller bedömning avseende lämpligheten av psykologisk behandling när psykiatrisk bedömning redan är gjord
- terapeut-avbruten** påbörjad psykologisk behandling men terapeuten anser ej fortsättning meningsfull
- patient-avbruten** påbörjad psykologisk behandling men patienten anser ej fortsättning meningsfull, vilket oftast innebär att patienten uteblir
- oförändrad** behandlingskontakten avslutad utan resultat