

RAPPORT PROJEKT NY

INTERNREVISION OCH KVALITETSSÄKRINGSPROJEKT
PSYKIATRISKA KLINIKEN I LJUNGBY HÖSTEN 1995 – HÖSTEN 1999

Kersti Jormfeldt

Ljungby, november 1999

Abstract

”Project ny” consists of two parts – internal revision and quality control. 1120 patients, who have applied for psychiatric treatment for the first time, have been evaluated in terms of results. 510 treatments are completed, 464 with a satisfactory result. 400 patients have only been evaluated and have received no treatment. About 200 patients have been treated for more than two years, and are to be followed up with regard to the efficiency of the treatment. 50% of all patients have expressed wishes at the first visit by means of a questionnaire. It turns out that the received treatment to a great extent corresponds to these wishes. 232 patients have completed an ”end-of-treatment form” and 90% of them are satisfied.

Sammanfattning

Projekt ny består av en internrevisionsdel och en kvalitetssäkringsdel. 1120 patienter som sökt psykiatri för första gången har utvärderats vad gäller behandlingsresultat. Av de 510 färdigbehandlade patienterna är 464 måluppfyllda. 400 patienter har enbart bedömts. Ca 200 patienter har behandlats under längre tid än två år och skall följas upp med avseende på behandlingseffektivitet. Hälften av patientmaterialet har angett önskemål via ett frågeformulär vid första besöket. Det visar sig att erhållen behandling i hög grad motsvarar önskemålen. 232 patienter har svarat på en avslutningsblankett och 90% uppger sig vara nöjda.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| SYFTE | 1 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 2 |
| UNDERLAG FÖR RAPPORTEN | 2 |
| INTERNREVISIONSASPEKTEN | 2 |
| BESKRIVNING AV MATERIALET | 2 |
| <i>Utfall</i> | 2 |
| <i>Personalkategori</i> | 3 |
| <i>Diagnos</i> | 3 |
| <i>Behandlingsmetod</i> | 3 |
| RESULTAT..... | 4 |
| <i>Utfall första bedömnings- eller behandlingstillfället</i> | 4 |
| <i>Måluppfyllda behandlingar första bedömnings- eller behandlingstillfället</i> | 7 |
| <i>Andra och tredje bedömnings- eller behandlingstillfället</i> | 8 |
| DISKUSSION | 9 |
| SLUTSATSER | 9 |
| KVALITETSSÄKRINGSASPEKTEN | 9 |
| DESIGN | 9 |
| INGÅNGSBLANKETTEN | 9 |
| AVSLUTNINGSBLANKETTEN | 11 |
| SLUTSATSER OCH DISKUSSION | 11 |
| AVSLUTANDE DISKUSSION | 12 |
| BILAGOR: | |
| <i>Ingångsblanketten</i> | bilaga 1 |
| <i>Avslutningsblanketten</i> | bilaga 2 |
| <i>Utfall alla patienter</i> | bilaga 3 |
| <i>Fördelning alla patienter på personalkategori</i> | bilaga 4 |
| <i>Fördelning av alla patienter på personalkategori uppdelat på avslutade och pågående behandlingar</i> | bilaga 5 |
| <i>Alla patienter fördelade på personalkategori och utfall</i> | bilaga 6 |
| <i>Måluppfyllda patienter fördelade på personalkategori</i> | bilaga 7 |
| <i>Behandlingstid måluppfyllda patienter</i> | bilaga 8 |
| <i>Antal besök måluppfyllda patienter</i> | bilaga 9 |
| <i>Måluppfyllda patienter uppdelade på behandlingsmetod</i> | bilaga 10 |
| <i>Behandlingstid uppdelad på metod för måluppfyllda patienter</i> | bilaga 11 |
| <i>Antal besök uppdelade på metod för måluppfyllda patienter</i> | bilaga 12 |
| <i>Önskat – erbjudet; uppdelade på olika åldersintervall</i> | bilaga 13 |

INLEDNING

Sedan många år tillbaka har jag funderat över hur det första mötet med psykiatrin påverkar den fortsatta behandlingen för våra patienter. Jag har fått många beskrivningar av kroniska och svårt sjuka patienter som visat hur förödande en feldiagnos eller en slentrianmässigt insatt behandling kan vara. Min idé om att registrera alla nytillkomna patienter för att enkelt kunna följa dem som inte blir hjälpta väckte gensvar på psykiatriska kliniken i Ljungby.

Kvalitetssäkringsaspekter på vården hade just börjat få en framskjuten position och det föll sig naturligt att förena ett försök till ”internrevision” med en enkel patientenkät.

Hösten 1995 startade ”Projekt ny” på psykiatriska kliniken i Ljungby. Sedan dess har drygt 1100 patienter för första gången sökt eller remitterats för psykiatrisk hjälp. 43 patienter har sedan dess sökt två gånger och 5 patienter har hunnit söka för tredje gången. Projektet avslutades den 30 september 1999.

På kliniken arbetar 4-6 läkare, psykoterapeuter motsvarande 6 heltidstjänster och sjuksköterskor (2 KBT-sjuksköterskor (kognitiv beteendeterapi) och 3 sjuksköterskor med viss stödsamtalsfunktion). Dessutom finns psykoteam, korttidsvårdsavdelning och sjuksköterskor/skötare i olika specialfunktioner i öppen vård.

BAKGRUND

Mätningar av behandlingseffektivitet och utvärdering av behandlingsresultat är ganska tunn-sådda inom psykiatrin. Dels är etiologin till psykiska insufficienstaganden oftast multifaktoriella, dels används till samma patient ofta flera behandlingsinsatser. Framför allt är utvärderingsinsatser ofta osäkra på grund av att de flesta variablerna till sin natur är subjektiva och kan påverkas av såväl integritetsaspekter hos patienterna som värderingar hos både patienter och behandlare. Målsättningen med utvärderingen är att få meningsfulla resultat trots begränsade resurser i fråga om tid och arbetsinsats.

Sett ur ett historiskt perspektiv är det många som blir psykiatriska patienter under lång tid, kanske resten av livet. Detta gäller inte bara de allvarligaste störningarna som psykoser och grava personlighetsstörningar, även ångestillstånd och recidiverande depressioner kan vara mycket vårdkrävande och orsaka stort mänskligt lidande under lång tid. Vad som orsakar att vissa patienter blir hjälpta och andra blir kroniska vet vi inte mycket om. Att de som blir kroniska patienter skulle ha svårare sjukdomstillstånd är bara en del av sanningen. Många patienter kan efter år av lidande mer eller mindre slumpmässigt få en behandling som fungerar. Att så tidigt som möjligt ha en chans att tänka om vid utebliven effekt av behandling är en vital uppgift inom psykiatrin. Registrering och utvärdering av behandlingsinsatser är ett sätt att gemensamt kunna diskutera riktlinjer och strategier på den egna kliniken.

SYFTE

Projektet har haft flera syften. Ett av syftena är att kartlägga vad vi erbjuder på kliniken. Får patienterna vad de behöver; hur blir utfallet? Vilka patienter riskerar att bli kroniska patienter? Hur fördelar sig patientmaterialet utifrån remissförfarande och problemställning eller diagnos? Hur mycket personalresurs under hur lång tid kräver olika behandlingsinsatser?

Ett annat syfte handlar om kvalitetssäkringsaspekten: vad väntar sig patienterna när de söker en psykiatrisk klinik och vad tycker patienterna att det är för kvalitet på den behandling de fått?

En strävan på psykiatriska kliniken i Ljungby är att varje patient skall få en första bedömning av den personalkategori som man tänker sig bäst kan tillgodose patientens behov utifrån innehållet i remissen. Idén är att det blir en tryggare och mer personlig upplevelse för patienten ju färre behandlare som är inblandade, utan att därför ge avkall på att det ofta är nödvändigt med bedömning av patienten utifrån ett brett psykiatriskt perspektiv. Lyckas vi med detta?

Det första mötet med psykiatrin kan antas vara ett mycket viktigt möte för de flesta av våra patienter. Att snabbt ”komma rätt” till behandling och uppleva förståelse för de specifika problem och symptom som fört patienten till psykiatrin borde kunna påverka utfallet av behandlingen. För de allra flesta patienter är det ett stort steg att söka psykiatrisk hjälp eller att bli remitterad till psykiatrin. Att utvärdera och offentliggöra verksamheten kan vara ett sätt att öka patienters och allmänhetens medvetenhet om vad psykiatrin har att erbjuda, och minska de fördomar som fortfarande finns.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Tre personer har haft tillgång till patientregistret: jag själv och två läkarsekreterare. Då registret har omfattat alla patienter som sökt för första gången och inte innehåller andra uppgifter än de som finns i journalen har inte patienternas medgivande att ingå i internrevisionen efterfrågats. Identifieringsmöjlighet i registret tas bort vad gäller avslutade patienter efter rapportens färdigställande och uppgifterna kommer alltså inte att finnas kvar eller kunna användas för något annat syfte.

UNDERLAG FÖR RAPPORTEN

Alla nya patienter har registrerats i en databas i Access. Efter första besöket har uppgifter med avseende på ålder, kön, kommun, diagnos, datum, skattning av funktionsnivå och kategori av behandlare hämtats från journalen. Om patienten svarat på ingångsformuläret (bilaga 1) har även dessa uppgifter registrerats.

När patienten avslutats på kliniken har avslutningsdatum, antal besök, behandlingsmetod(er), inblandade behandlare, utfall och skattning av funktionsnivå efter avslutad behandling påförts registret från journalen. Ett avslutningsformulär (bilaga 2) har skickats ut med önskan om att patienten skall återsända detta i ett portofritt svarskuvert. De svar som kommit tillbaka har påförts registret. Patienter som sökt en andra och tredje gång har registrerats i separata tabeller i databasen.

Två läkarsekreterare på kliniken har skött huvuddelen av datainsamlingen och avslutningsformulärhanteringen. Ingångsformuläret har distribuerats av den behandlare patienten mött vid första besöket.

INTERNREVISIONSASPEKTEN

Rapporten består i huvudsak av en beskrivning av patientmaterialet utifrån fördelning på utfall, personalkategori, diagnos, behandlingsmetod och behandlingstidens längd (tid och antal besök). Med ett behandlingstillfälle i texten nedan menas en avslutad behandlingsperiod.

Beskrivning av materialet

Utfall

Utfallet för patienterna är uppdelat i avbrutna, oförändrade och måluppfyllda behandlingar, samt bedömningar.

Måluppfylld behandling avser en i förväg överenskommen förbättring avseende symptom och subjektiv upplevelse.

Med bedömningar avses ett eller flera besök med avsikt att bedöma eller komma överens om huruvida behandlingsbehov föreligger, om kliniken har adekvata behandlingsalternativ att erbjuda och om patienten är motiverad att erhålla och fullfölja behandling.

Personalkategori

Läkare:

Läkare (förkortning läk) kan ha funktionen som ensam bedömare och behandlare. I kombination med annan behandlare framgår inte huruvida läkaren har träffat patienten 1 gång initialt för bedömning eller finns med under behandlingstiden.

Sjuksköterska/skötare:

Sjuksköterskor/skötare (ssk i bilagor) har flera funktioner på kliniken. Bedömningsamtal, stödsamtal med eller utan insatt medicinering, kognitiv sjuksköterska (kogn ssk) och ”teamfunktion” som i psykosteamet, Suicidpreventionsprojektet och Benzoavvänjningsprojektet.

Psykoterapeut:

Psykolog, kurator och familjeterapeut (i vissa bilagor sammanslagna till ”psykoter”) har samtliga bedömningsfunktion och psykoterapeutfunktion. Psykologen utför dessutom psykometriska bedömningar och kuratorn har mer av psykosocialt behandlingsarbete jämfört med övriga psykoterapeuter. (När två eller flera psykoterapeuter har bedömt eller behandlat patienten beskrivs detta som ”psyk” i tabeller och bilagor).

Team:

Beteckningen används när fler än två kategorier är involverade i patientens behandling samtidigt.

Diagnos

Följande diagnosgrupper har använts:

- depression (egentlig depression, dystymi och UNS (utan närmare specifikation)) (”depr” i bilagorna)
- ångestsyndrom (panik, fobi, tvång, stress, generaliserat och UNS) (ångest i bilagorna)
- maladaptiv stressreaktion (med nedstämdhet, ångest, blandning och UNS) (”kris” i bilagorna)
- relationsstörningar (”rel” i bilagorna)
- somatiserings- och somatoforma syndrom (inkl. smärta, hypokondri, sömn och UNS) (”somatof” i bilagorna)
- ätstörningar (anorexi, bulimi och UNS) (”ätstörn” i bilagorna)
- psykosdiagnos (”psykos” i bilagorna)
- demens
- ej fastställd (”ej” i bilagorna)
- missbruks- eller beroendediagnos (”missbr” i bilagorna)

Behandlingsmetod

Många olika behandlingsalternativ erbjuds på kliniken. Indelningen är gjord så att olika typer av behandlingar kan urskiljas. ”Psykodynamiskt inriktad terapi” innehåller många, sinsemellan olika metoder liksom även ”medicingrupperna”.

- antidepressiv medicinering (förkortas ”antidepr”)
- kombination antidepressiv behandling med psykoterapi (förkortas ”komb a+p”)
- inläggning på vårdavdelning under del av behandlingstiden (förkortas ”inl”)

ljusterapi (förkortas "ljus")
 bedömning (förkortas "bedömn")
 kognitiv beteendeterapi (förkortas KBT)
 kognitiv psykoterapi (förkortas KPT)
 övrig medicinering (neuroleptika, sedativa och sömnmedicin) (förkortas "övr med")
 psykodynamiskt inriktad psykoterapi (förkortas "psdyn" eller psykoterapi)
 stödsamtal och rådgivning (förkortas "stöd-råd")

Resultat

Inventeringen omfattar 1120 patienter som sökt psykiatrin för första gången. Utvärderingen visar alltså inte på den totala omfattningen av klinikens verksamhet. Redovisningen beskriver först resultaten från första tillfället patienterna sökt ur olika aspekter. Därefter beskrivs de som kommit tillbaka en eller fler gånger sammanfattande.

Utfall första bedömnings- eller behandlingstillfället

Patienterna fördelar sig enligt tabell 1 och bilaga 3 (förkortningar inom parantes).

Tabell 1

| | |
|-----------------------------------|-----|
| fortfarande i behandling (igång) | 200 |
| bedömning (bedömn) | 400 |
| måluppfyllda (målupp) | 464 |
| oförändrade (oförändr) | 25 |
| avbrutna behandlingar (avbr) | 21 |
| flyttat annat landsting (flyttat) | 7 |
| döda | 3 |

Patienter med måluppfylld behandling har en genomsnittlig GAF-ökning med 24 (GAF = global funktionsskattningsskala enligt DSM-IV). De tre avlidna i materialet har dött av somatisk sjukdom.

Kön och ålder

Uppdelat på män och kvinnor fördelar sig det totala materialet på ålder enligt följande:

| | |
|--------------------|----------------------------------|
| 441 män, varav | 145 (33%) är över 50 år |
| | 203 (46%) är mellan 30 och 50 år |
| | 93 (21%) är under 30 år. |
| 679 kvinnor, varav | 209 (31%) är över 50 år |
| | 278 (41%) är mellan 30 och 50 år |
| | 192 (28%) är under 30 år |

61% av materialet är alltså kvinnor, vilket är en något mindre snedfördelning än väntat.

Personalkategori

Tabell 2 visar totalmaterialets uppdelning på personalkategorier liksom bilaga 4. Bilaga 5 visar samma sak, fast med patienterna uppdelade på avslutade patienter och pågående bedömning eller behandling.

Tabell 2

| | |
|------------------------|-----|
| läkare | 419 |
| psykoterapeut | 351 |
| läkare+ psykoterapeut | 200 |
| läkare + sjuksköterska | 77 |

| | |
|-----------------------|----|
| sjuusköterska | 22 |
| kogn sjuusköterska | 30 |
| team (> 2 kategorier) | 21 |

Diagnos enligt DSM-IV

Patienterna fördelar sig på diagnoser enligt tabell 3.

Tabell 3

| | |
|------------------------------------|-----|
| depression | 325 |
| ångest | 241 |
| ej fastställd | 144 |
| kris | 168 |
| relationsstörning | 138 |
| somatoformt syndrom + sömnstörning | 32 |
| missbruk + beroendeproblem | 30 |
| ätstörning | 19 |
| psykos | 18 |
| demens | 5 |

Läkarna tar hand om 83% av *depressionerna*, varav 17% med hjälp av sjuusköterska. Psykoterapeuterna tar hand om 7% och 10% träffar en kombination av läkare/psykoterapeut.

Läkarna tar hand om 40% av *ångesttillstånden*, varav 7% med hjälp av sjuusköterska. Psykoterapeuterna tar hand om 40% och 20% träffar en kombination av läkare/psykoterapeut.

Läkarna tar hand om 26% av *kriserna*, varav 11% med hjälp av sjuusköterska. Psykoterapeuterna tar hand om 48% och 26% träffar en kombination av läkare/psykoterapeut.

Läkarna tar hand om 25% av *relationsstörningarna*, varav 7% med hjälp av sjuusköterska. Psykoterapeuterna tar hand om 60% och 15% träffar en kombination av läkare/psykoterapeut.

Psykos, *demenser* och *missbruk* tas huvudsakligen om hand av läkarna. *Ätstörningarna* och *somatoforma syndrom* tas till två tredjedelar om hand av psykoterapeuterna.

De *ej fastställda* diagnoserna fördelar sig till hälften på läkarna och till hälften på övriga personalkategorier och kombinationer.

Fortfarande i behandling

200 patienter är fortfarande i bedömning eller behandling (angående fördelning på personalkategori, se bilaga 5).

17 patienter har varit i behandling mer än 3 år. 3 är i behandling hos psykoterapeut och 14 har flera inblandade behandlare.

34 patienter har varit i behandling mellan 2 och 3 år. 5 behandlas hos psykoterapeut, 21 hos enbart läkare och 8 har behandlats av flera personalkategorier.

93 patienter har varit i behandling mellan 6 månader och 2 år. 17 behandlas av psykoterapeut, 37 av enbart läkare och 39 har behandlats av flera personalkategorier.

Huruvida några av de patienter som behandlats under lång tid kommer att bli kroniska patienter är ännu för tidigt att säga. Drygt hälften av dessa patienter har skattats under 60 på GAF-skalan (1995, 1996 och 1997 skattades det överlag för högt). Bara 2 patienter har diagnos på Axell II (vilket *kan* bero på att registret inte uppdaterats eftersom patienten inte är avslutad). På Axell I finns 1 psykosdiagnos, 20 depressionsdiagnoser, 15 ångestdiagnoser, 5 maladaptiva stressdiagnoser och 4 V-diagnoser (relationsstörningar). Dessa patienter bör utgöra underlag för en separat studie för att kartlägga vad som orsakat det till synes stora vårdbehovet.

Bedömningar

En stor del av patienterna, 400, har enbart bedömts på kliniken. 147 av dessa har ordinerats eller förskrivits farmaka, varav 83 antidepressiva, 50 enbart sedativa eller sömnmedel och 14 både neuroleptika och sedativa. Hur bedömningarna fördelar sig på personalkategori framgår av bilaga 6. Läkarna utförde de flesta bedömningarna.

Hur många bedömningar som är avbrutna är svårt att uppskatta på grund av olikheter i registreringen. Det förefaller dock troligt att ungefär en femtedel har avbrutit bedömningen genom att antingen utebli (mindre vanligt) eller lämna återbud och vilja höra av sig senare.

Läkarna har utfört alla bedömningar vad gäller psykos, demens, och missbruk. Läkarna har utfört merparten av bedömningarna vad gäller depression och somatoforma syndrom. Ångestpatienter bedöms lika mycket av läkare och psykoterapeuter. Kriser och relationsstörningar bedöms till ca 60% av psykoterapeuter. Ätstörningar bedöms av psykoterapeuter till största delen, knappt 20% i kombination med läkare.

Avbrutna

21 patienter har avbrutit sin behandling. Endast 6 av de avbrutna har sökt på nytt. Det är omöjligt att veta varför en patient inte vill fortsätta bedömning eller behandling. Den första tanken är att vederbörande är missnöjd och inte vill komma tillbaka. De som dock sökt på nytt efter att ha avbrutit har andra förklaringar: "Hade inte råd", "Mådde ganska bra ett tag", "Orkade inte just då ta tag i mitt liv". De som inte hör av sig igen vet vi ingenting om. Mycket talar dock för att en del patienter upplever det första samtalet som en befrielse. En bekräftelse på att man inte är tokig eller extrem. Många tycker säkert att tanken på att rikta blicken inåt i en psykoterapi känns för arbetsamt. Efter att ha fått ett recept väljer många att inte komma tillbaka – antingen tar de tablettarna och mår bättre - eller struntar de i att lösa ut receptet? Dessa reflektioner gäller både patienter som avbrutit i bedömningsfasen eller under behandling.

Av de 7 patienter som svarat på avslutningsformuläret efter att ha avbrutit har 4 svarat att besvären är oförändrade efter 2-5 besök. 3 patienter har angett att besvären minskat efter 1, 2 respektive 13 besök.

De avbrutna behandlingarna fördelar sig jämnt över personalkategorierna (bilaga 6).

Oförändrade

25 patienter är registrerade med utfall oförändrat, varav 8 har 1-3 besök och får räknas som bedömningar. 2 har sökt på nytt och erhållit måluppfyllande behandling. De oförändrade behandlingarna fördelar sig jämnt över personalkategorierna (bilaga 6).

15 patienter har alltså avslutat sin behandling med samma besvär som de sökte för och har inte sökt kliniken på nytt. Kanske har de sökt någon annanstans, kanske lever de med sina symptom (7 depressioner, 4 missbruksdiagnos, 2 ångestsyndrom, 2 ej fastställd och 1 relationsproblem).

Måluppfyllda behandlingar första bedömnings- eller behandlingstillfället

464 patienter har avslutat sin behandling med önskat resultat utifrån vad patient och behandlare kommit överens om vid början av behandlingen.

Personalkategori

De flesta måluppfyllda behandlingar har utförts av psykoterapeut samt psykoterapeut i kombination med läkare. Fördelning på kategori visas i bilaga 7.

Behandlingstid

De flesta måluppfyllda patienter är färdigbehandlade inom 1 år (bilaga 8). De flesta måluppfyllda patienterna kommer till kliniken på 1-20 besök (bilaga 9). De flesta patienterna har fler besök hos psykoterapeut än hos läkare under ett behandlingstillfälle.

Behandlingsmetod

De flesta patienterna blir måluppfyllda med psykoterapi (198 av 210 behandlade), följt av antidepressiv behandling (73 av 155 totalt). Att notera är att i tabell 4, kolumn totalt, har alla medicinerade tagits med även om utfallet är bedömning. Bedömning har i 30 fall gett ett måluppfyllt resultat. Vad gäller KBT har metoden inte delats upp i kombination med läkemedel (vilka är ca hälften) på grund av det lilla materialet (12 måluppfyllda av 12 totalt). Se bilaga 10.

Tabell 4

| <i>metod</i> | <i>måluppfyllda</i> | <i>totalt</i> |
|--|---------------------|---------------|
| psykoterapi | 198 | 210 |
| antidepressiva | 73 | 155 |
| kristerapi | 42 | 48 |
| stöd och råd | 30 | 39 |
| bedömning | 30 | 315 |
| kombination antidepressiva och psykoterapi | 22 | 23 |
| inläggning | 20 | 25 |
| KBT | 12 | 12 |
| KPT | 11 | 11 |
| ljus | 10 | 12 |
| övrig medicin | 16 | 60 |

Behandlingstid/Metod

Bilaga 11 visar behandlingstid uppdelat på metod. Behandlingstiderna är i allmänhet korta oavsett metod. Bedömning och ljus understiger samtliga 3 månader naturligt nog. Vad gäller inläggning på avdelning visar inte staplarna inläggningstiden, utan behandlingstiden totalt. Slutsatsen blir att i de fall inläggning behövs, understiger behandlingstiden antingen tre månader, eller är behandlingstiden totalt överstigande sex månader.

Bilaga 12 visar antal besök uppdelat på metod. Antalet besök understiger oftast 20, utom för ett begränsat antal psykoterapeutiska behandlingar.

Diagnos

De måluppfyllda patienterna fördelar sig på diagnos enligt tabellen nedan. Siffran inom parentes visar procentsatsen måluppfyllda behandlingar av det totala antalet per diagnos. De flesta diagnoser ligger mellan 40% och 60% måluppfyllning. Missbruk och demenser behandlas inte på kliniken vilket kanske bidrar till den låga siffran.

Tabell 5

| | |
|------------------------------------|-----------|
| depression | 140 (43%) |
| ångest | 118 (49%) |
| ej fastställd | 14 (10%) |
| kris | 101 (60%) |
| relationsstörning | 58 (42%) |
| somatoformt syndrom + sömnstörning | 13 (41%) |
| missbruk + beroendeproblem | 3 (10%) |
| ätstörning | 10 (53%) |
| psykos | 7 (39%) |
| demens | 0 (0%) |

Diagnosgruppernas genomsnittliga behandlingstid ligger mellan 3 och 6 månader. Diagnosgruppernas genomsnittliga antal besök ligger mellan 8 och 12.

Den diagnosgrupp med flest antal måluppfyllda patienter som behandlats av läkare är depressioner. Psykoterapeuternas motsvarande grupp är patienter med ångestsyndrom. I övrigt fördelar sig de måluppfyllda inom diagnosgrupperna relativt jämnt på personalkategorier och kombinationer.

Remiss

274 av de 464 måluppfyllda patienterna har sökt själva, av totalt 487 självremisser. 108 har kommit på remiss från Vårdcentral (185 totalt), 52 har remitterats från somatisk klinik, 5 från psykiatrisk intagningsavdelning i Växjö. Tanken att patienter som söker på självremiss skulle vara mera motiverade stöds inte av denna fördelning.

Kön och ålder

Män och kvinnor fördelar sig ungefär lika på personalkategorierna. En skillnad är att de flesta måluppfyllda kvinnorna är under 30 år, medan de flesta måluppfyllda männen är mellan 30 och 50 år.

Andra och tredje bedömnings- eller behandlingstillfället

43 patienter har sökt en andra gång. 5 har remitterats från Vårdcentral, 5 från Medicinkliniken, 2 från Jourläkarcentralen och 2 från Försäkringskassan. 29 har alltså sökt själva andra gången. 6 av dessa kom på remiss vid första tillfället. Remiss eller självremiss verkar inte heller ha någon betydelse för utfallet när patienten söker andra gången.

Av patienterna som sökt för andra gången är 10 fortfarande i behandling. 11 är enbart bedömda, 3 har avbrutit och 19 är måluppfyllda.

20 patienter som enbart bedömts första gången har remitterats eller sökt på nytt. 5 av dessa är fortfarande i behandling av läkare. 7 har bedömts en andra gång (5 av läkare, 2 av psykoterapeut). 8 har behandlats till måluppfyllt resultat andra gången (5 av psykoterapeuter och 3 av både läkare och psykoterapeuter).

4 patienter har sökt för tredje gången. Alla dessa har mått bra och avslutat efter bara några besök första och andra gången för att sedan återkomma till samma behandlare för ytterligare några få besök.

Diskussion

Bedömning är en specialistfunktion och en stor del av patienterna har ”bara” bedömts och inte behandlats. Det är dock förvånande att bara 20 av de en gång bedömda har kommit tillbaka en andra gång. Många av läkarnas bedömningar handlar om medicinändringar, och det faktum att patienterna inte kommer tillbaka utan förmodligen sedan kan sköta sin medicinering från vårdcentral är ju även detta ett måluppfyllt resultat, även om detta inte märks i den psykiatriska journalen.

Slutsatser

Drygt hälften av patienterna har depressions- eller ångestdiagnos. Över 60% av patienterna är kvinnor. Att av 510 avslutade behandlingar endast 25 är oförändrade synes vara ett mycket gott resultat. Fördelningen av remisser synes vara adekvat. Andelen kombinationer av behandlare är inte stor; de flesta kan antas bero på att patientens behov är av komplex natur. Sammanfattningsvis förefaller resursutnyttjandet på kliniken vara optimalt och behandlingstiderna är i regel korta.

KVALITETSSÄKRINGSASPEKTEN

Design

Avsikten med undersökningen var att varje ny patient skulle fylla i ett ingångsformulär (bilaga 1) vid första besöket på kliniken och sedan svara på ett hemskickat avslutningsformulär efter avslutad behandling (bilaga2). Patientens uppfattning skulle sedan jämföras med behandlarens bedömning förutom att direkt visa på huruvida patienten är nöjd eller inte.

Ingångsblanketten

Varje större undersökning med enkäter som skall fyllas i möter svårigheter vid insamlandet av data. I en totalpopulation av förstagångspatienter finns det flera skäl till att ingångsblanketten inte blir ifylld. Många befattningshavare är inblandade. Den största delen av icke ifyllda blanketter beror antingen på att den som tar emot patienten har glömt att lämna fram den eller avstått av hänsyn till patienten, t. ex. en patient i akut panik eller ångesttillstånd eller en patient som inte behärskar språket.

Ser vi på fördelningen mellan olika personalkategorier är andelen av de patienter som svarat på ingångsblanketten ganska proportionerligt fördelad. Det finns ingen anledning anta någon snedfördelning utifrån personalkategorier.

Knappt hälften av patienterna, 494, har fyllt i ingångsblanketten. Det finns anledning att anta att urvalet till stor del är slumpmässigt. Det finns också anledning att anta att ca 100 konsulter på somatisk avdelning, förvirrade och dementa patienter inte finns med i materialet.

354 patienter är över 50 år. Ingångsblankett har fyllts i av 114 patienter (32%).

481 patienter är mellan 30 och 50 år. Ingångsblankett har fyllts i av 212 patienter (44%).

285 patienter är under 30 år. Ingångsblankett har fyllts i av 168 patienter (59%).

Hur det kommer sig att de yngre svarat i högre utsträckning är inte möjligt att avgöra.

Första frågan på blanketten gäller en kort beskrivning av vilket problem som får patienten att söka. Svartalternativen är inte bundna; avsikten var att få patientens egna ord. Kategorisering är inte möjlig; de flesta svaren handlar om ångest, depression, somatiska symptom eller relationsproblem.

Andra frågan gäller vilken personalkategori patienten har tänkt sig få träffa. Psykolog, kurator och familjeterapeut har slagits ihop under rubriken ”psykoterap”. Har patienten önskat/träffat både läkare och psykoterapeut skrivs detta som komb(ination). En klar tendens är att yngre patienter är mer inriktade på psykoterapi. Nedan redovisas totalmaterialet (tabell 6). I bilaga 13 är dessutom patienterna uppdelade på t.o.m. 30 år, 31 – 50 år och över 50 år och siffrorna visas i procent.

Tabell 6

494 svar av 1078 totalt

| ÖNSKAT ERBJUDET | psykoterap 335 | läkare 82 | komb 33 | ssk 9 | vet ej 28 | ljus 7 | |
|--------------------|-------------------|--------------|------------|----------|--------------|-----------|---|
| psykoterap | 217 | 193 | 2 | 8 | 0 | 14 | 0 |
| läkare | 130 | 56 | 57 | 11 | 0 | 6 | 0 |
| komb | 126 | 79 | 23 | 14 | 2 | 8 | 0 |
| ssk | 14 | 7 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| ljus | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |

Den tredje frågan handlar om hur lång behandlingstid patienten har tänkt sig. Uppdelning av patienterna vad gäller ålder ger inte några direkta skillnader och endast totalt antal svar redovisas. Ca hälften av patienterna räknar med en behandlingstid på 1-6 månader och en fjärdedel tänker sig en behandlingstid som understiger en månad! Av de patienter som tänkt sig en behandlingstid understigande 6 månader har 86% uppnått önskat mål med behandlingen på mindre än 6 månader.

Tabell 7

önskemål tid (494 svar)

| | |
|------------|-----|
| < 1 mån | 25% |
| 1 - 6 mån | 48% |
| 6 - 12 mån | 5% |
| > 12 mån | 4% |
| ej svarat | 18% |

Den fjärde frågan gäller önskemål om vad kontakten med kliniken skall ge för resultat. De flesta vill må bättre, slippa sina symptom och många vill också förstå varför de har mått så dåligt.

En självskattning mellan 0 och 100 avslutar frågeformuläret och är tänkt som en enkel variant av GAF (Global Funktionsskattningsskala enligt DSM-IV). Människor är olika i sitt tänkande. En del vill ”må 100” och tycker att 80 är helt i botten. En del tycker 50 är något att sträva efter och skattar sig lägst på skalan eftersom de tycker att de mår så eländigt. Genomsnittligt är dock skattningen i sig - och framför allt att jämföra in- och utskattning - ett mått, om än grovt, på upplevelse av hur någon mår och på eventuell förändring. Majoriteten av patienterna skattar sig under 60 på självskattningsskalan (0 – 100-skala) på ingångsblanketten. Behandlarens GAF-in -skattning ligger i huvudsak i intervallet 40 – 70.

Avslutningsblanketten

468 avslutningsblanketter har skickats ut. Hittills har 232 patienter svarat (50%). 920 patienter är avslutade. Ca 500 patienter har avslutat eller avbrutit behandling och borde ha fått blankett. 70 patienter har fått blankett efter bara något eller några enstaka bedömningsbesök, varav 22 har svarat. 21 blanketter har skickats ut till patienter som sökt för andra gången varav 7 har svarat. Det administrativa förfarandet har alltså knappast fungerat optimalt vad gäller avslutningsblanketterna.

Fördelningen mellan olika personalkategorier visar att andelen av de patienter som har svarat på avslutningsblanketten är ganska proportionerligt fördelad. Det finns ingen anledning anta någon snedfördelning utifrån personalkategorier.

Första frågan gäller om det problem patienten sökte för har upphört att besvära, minskat, inte förändrats eller förvärrats. 232 patienter har svarat och fördelar sig:

| | |
|------------|-----|
| upphört | 30% |
| minskat | 60% |
| oförändrat | 9% |
| förvärrats | 1% |

90% anser sig alltså förbättrade eller bra. Behandlarens bedömning av utfallet med avseende på de som svarat stannar på 86%.

Andra frågan handlar om vilken kategori patienten har träffat. 99% av patienterna är medvetna om vilken personalkategori som behandlat dem.

Tredje frågan gäller vilken eller vilka behandlingar som haft positiv effekt. Ca 20% uppger medicineffekt, ca 30% en kombination av farmaka och samtal och resten olika beskrivningar av att få prata, bli förstådd, få insikter, att bli sedd och mött i en svår situation.

Fjärde frågan gäller vilken eller vilka behandlingar som haft negativ effekt. Knappt 3% har angett något negativt varav de flesta anger biverkningar av medicin.

Majoriteten av patienterna skattar sig över 60 på självskattningsskalan (0 – 100-skala) på avslutningsblanketten. Behandlarens GAF-ut-skattning ligger i huvudsak i intervallet 60 – 90.

Jämförelse mellan in-skattning och ut-skattning för de 120 patienter som svarat på både ingångs- och avslutningsblanketten visar att majoriteten skattar sig högre efter avslutad behandling.

Slutsatser och diskussion

En svarsprocent på 50 väcker alltid frågor om vad de 50% som inte svarat tycker. För att säkerställa materialet statistiskt har 40 personer som inte svarat valts ut för telefonintervju om varför de inte svarat och vad de skulle ha svarat på frågorna. Endast 11 har gått att nå på telefon och om en person fick vi uppgiften att han flyttat till okänd ort. 9 av dem som gick att nå uppgav sig måluppfyllda, en ville inte svara och en var oförändrad. 4 patienter uppgav att de ”glömt att skicka in”, 4 angav på olika sätt att de ville ”lämna den perioden bakom sig”. Två patienter hade inte fått någon blankett och en uppgav att hon hade skickat in blanketten. Dessa, visserligen fåtaliga, men slumpmässiga svar ger högre sannolikhet för att de tidigare erhållna svaren är representativa för populationen.

Det förefaller som att kliniken i stort lyckats väl med att tillmötesgå patienternas önskemål och behov vad gäller typ av behandling. Till och med patientens förhoppning om behandlingens längd stämmer relativt väl med utfallet, vilket kanske är mest förvånande vad gäller psykoterapi. Trots det låga svarsantalet känns det betryggande att de jämförelser som går att göra mellan patientens och behandlarens uppfattning är överensstämmande i så hög grad, och att patientens önskemål och behov i stort sett blir tillgodosedda. De få missnöjda patienter som dock finns manar till eftertanke.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Att genomföra en utvärdering av denna omfattning utan tillskott av tidsmässiga eller personella resurser har krävt ansträngning och engagemang. Det är en stor tillfredsställelse att resultatet infriar förväntningarna på att kliniken väl motsvarar de krav som ställs på bemötande och behandling av våra patienter. Ett varmt tack riktas till verksamhetschef och, inte minst, till de sekreterare som gjort projektet möjligt.

Målsättningen med undersökningen var att få meningsfulla resultat trots begränsade resurser. Vad som visat sig svårt när data har sammanställts har inte varit detta, utan i stället att välja vad som skall presenteras av det rika materialet. Många av underrubrikerna anser jag vara värda mer djupgående studier. Många variabler skulle säkert också kunna behandlas ur andra aspekter än de ovan beskrivna. Det har varit viktigt att identifiera de patienter som riskerar att bli kroniska patienter i psykiatrin. En uppföljning och behandlingsanalys av patienter i riskzonen för kronisering kommer att ske utanför projektets ram. Det är iögonfallande att än så länge inte några patienter i materialet krävt vårdresurser utöver de som kliniken har att erbjuda.

I kvalitetssäkringssyfte är det av vikt att få veta om våra patienter är nöjda med kliniken
insatser. Detta formulär kommer att förvaras i journalen under sedvanlig sekretess och du
kommer att få svara på ett formulär till när din behandling är avslutad. Om din behandlingstid
är längre än 6 månader kommer du även att få svara på frågor om hur du upplever pågående
behandling.

Beskriv kortfattat vad du har för problem

.....
.....

När du tog kontakt med kliniken, vilken yrkeskategori tänkte du dig att få träffa

läkare kurator psykolog familjeterapeut sjuksköterska skötare

Övrig, vilken

Hur lång behandlingstid väntar du dig?

< 1 mån 1 - 6 mån 6 - 12 mån > 12 mån

Vad förväntar du dig att kliniken insats skall leda till

.....
.....

Kryssa för ungefär hur du fungerar. 100 är att allting är perfekt och 0 är att ingenting
fungerar i ditt liv.

100 - - - - - 75 - - - - - 50 - - - - - 25 - - - - - 0

Du har avslutat din kontakt med psykiatriska kliniken. Det är av stort värde för oss att veta hur du upplevt din behandling och att du svarar på nedanstående frågor.

Har det problem du sökte för

upphört att besvära dig minskat inte förändrats förvärrats

Vilken eller vilka yrkeskategorier har du träffat

läkare kurator psykolog familjeterapeut sjuksköterska skötare

Vilken eller vilka behandlingar har haft positiv effekt:

.....
.....

Har någon behandlingsinsats varit verkningslös eller påverkat dig negativt?
I så fall vilken eller vilka:

.....
.....

Har behandlingstiden

varit kortare ungefär motsvarat varit längre än du från början tänkte dig?

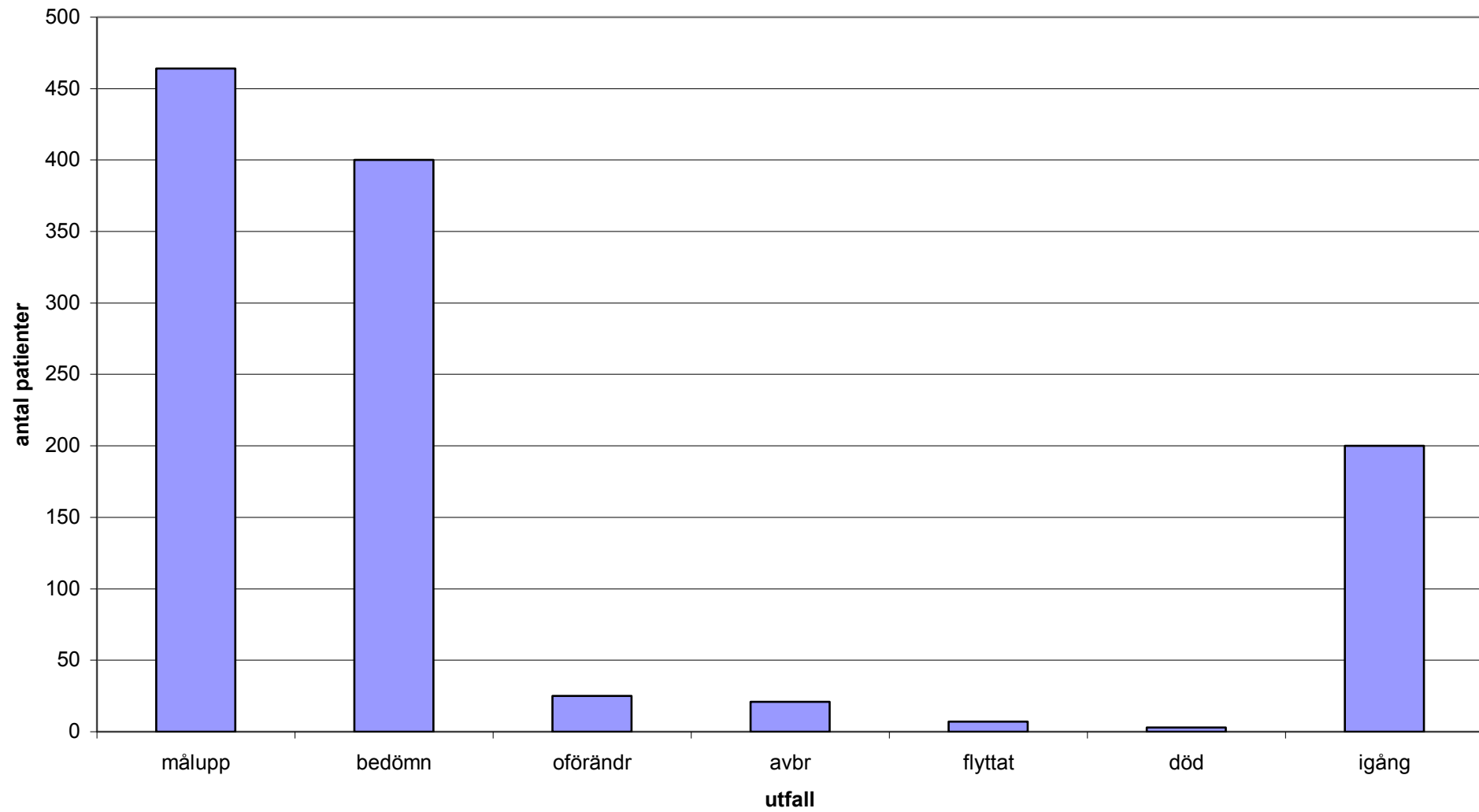
Ytterligare synpunkter du vill framföra:

.....
.....
.....

Kryssa för ungefär hur du fungerar. 100 är att allting är perfekt och 0 är att ingenting fungerar i ditt liv.

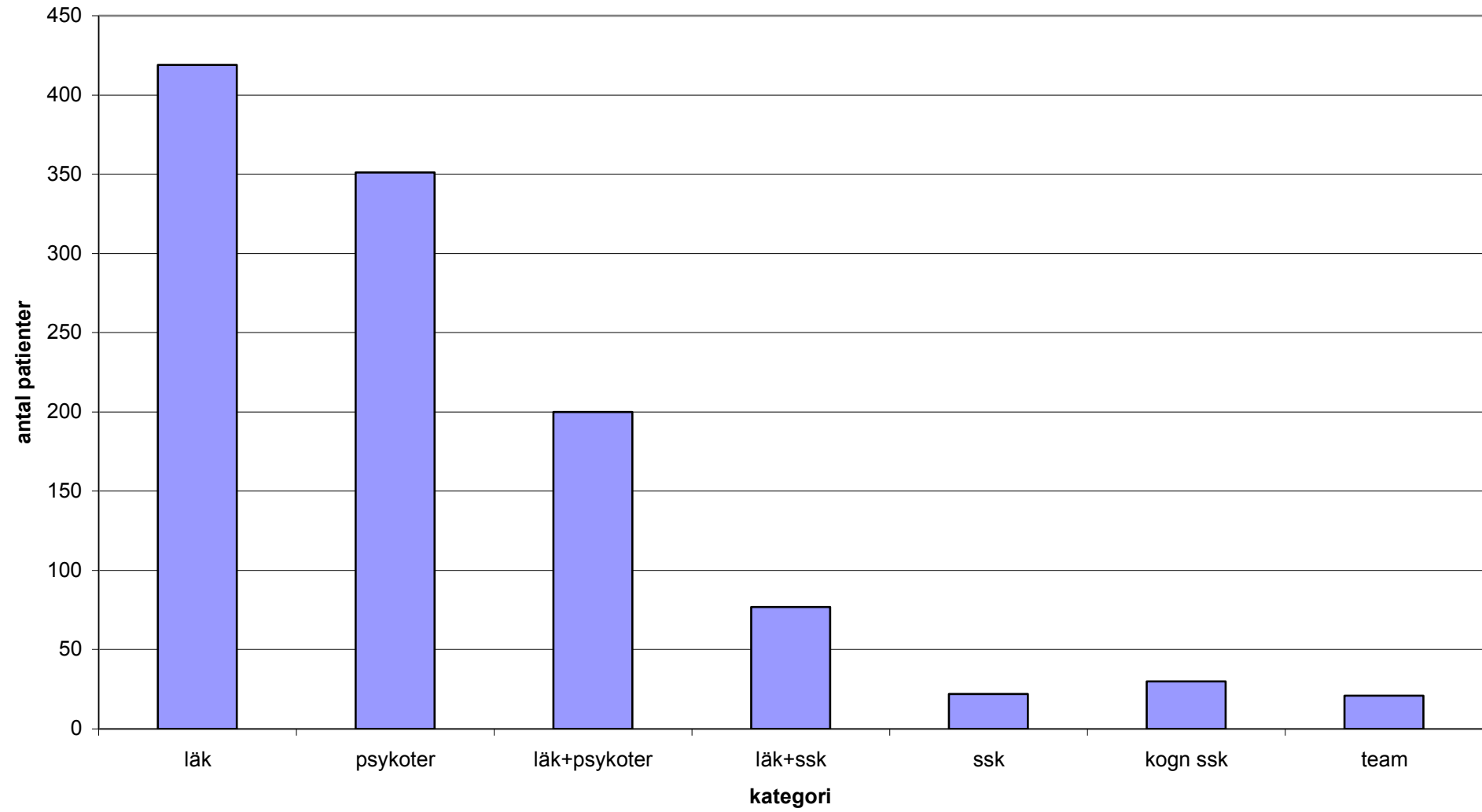
100 - - - - - 75 - - - - - 50 - - - - - 25 - - - - - 0

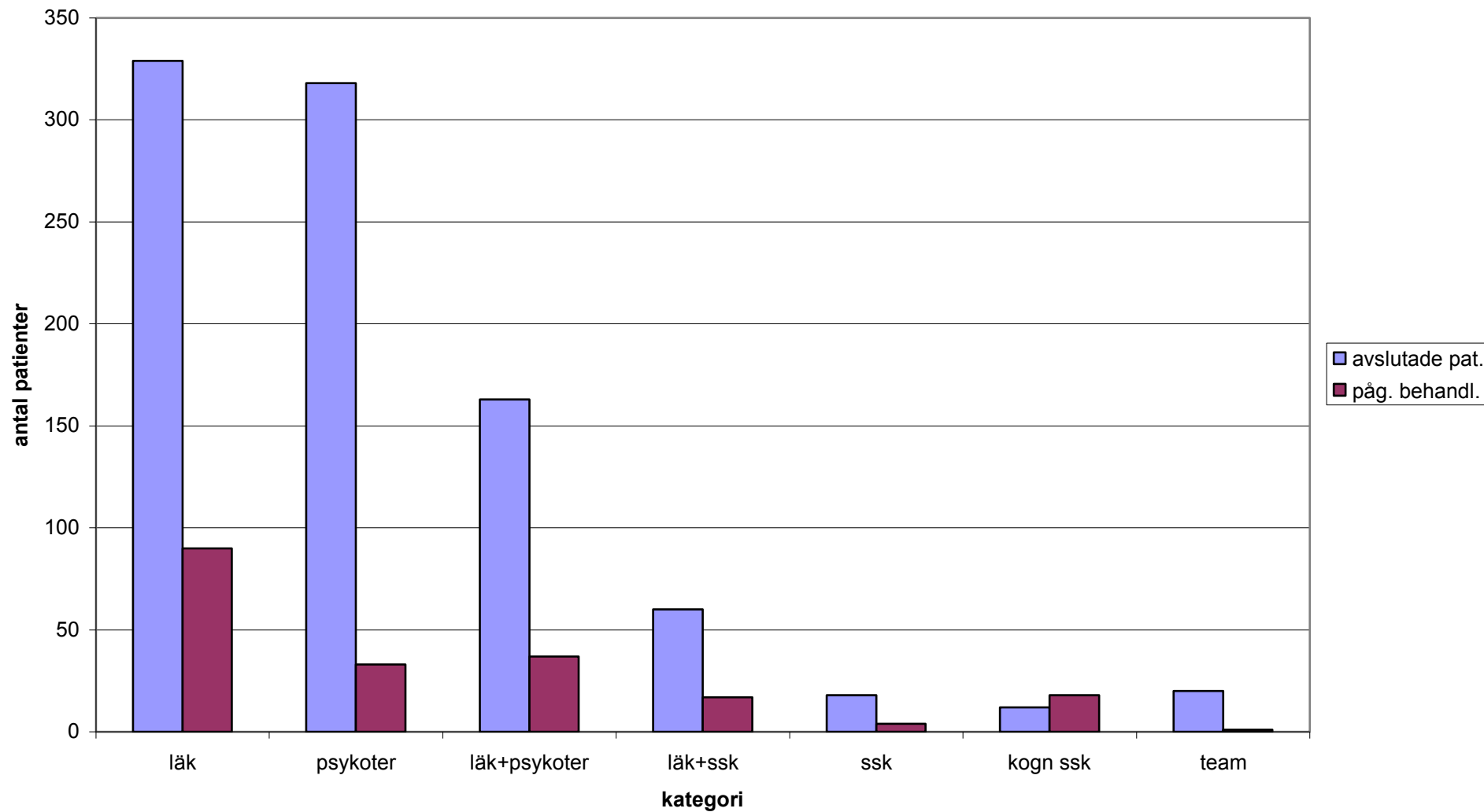
Utfall alla patienter



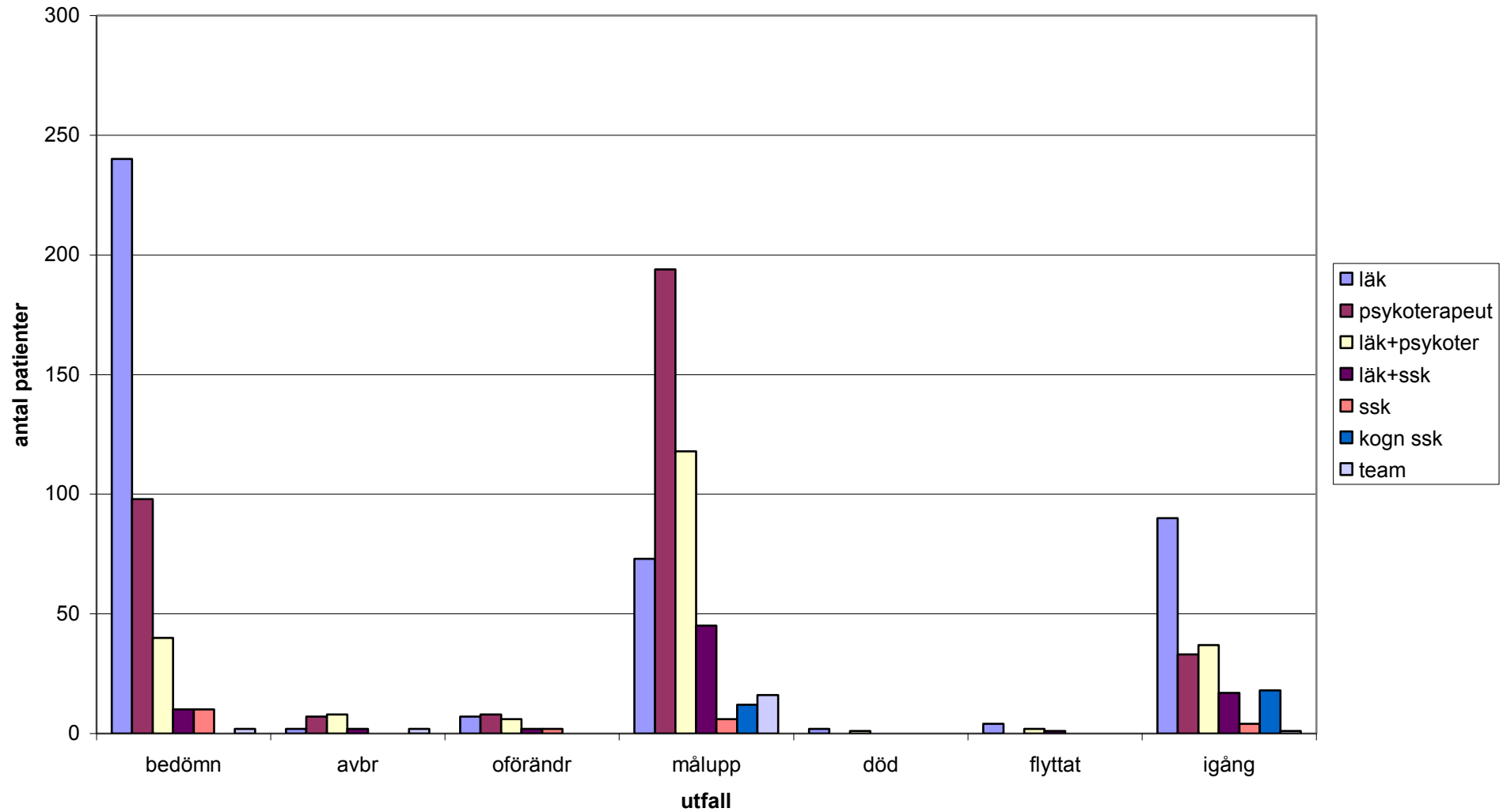
Fördelning alla patienter på personalkategori

bilaga 4



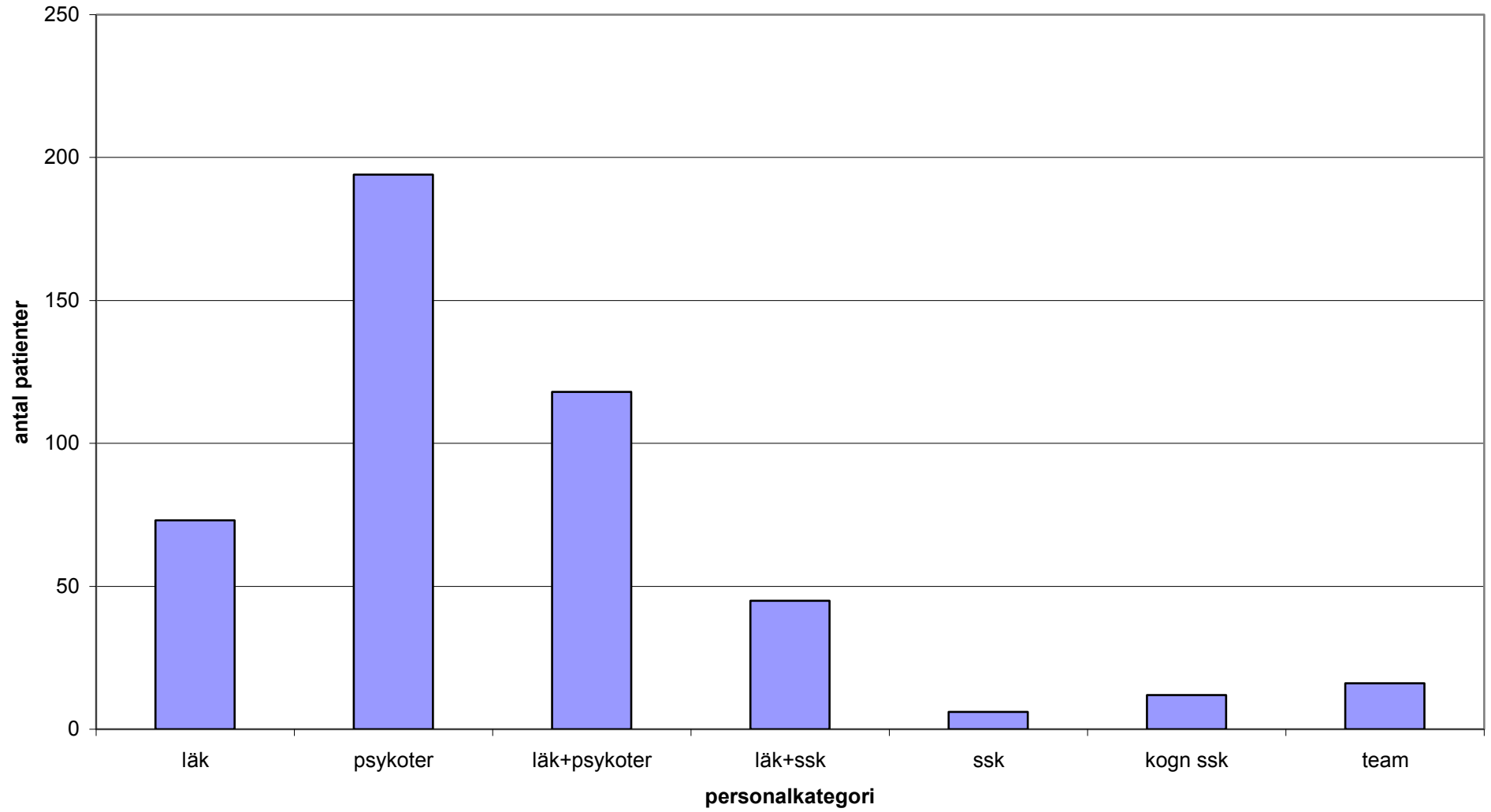
Fördelning av alla patienter på personalkategori uppdelat på avslutade och pågående behandlingar

Patienter fördelade på personalkategori och utfall



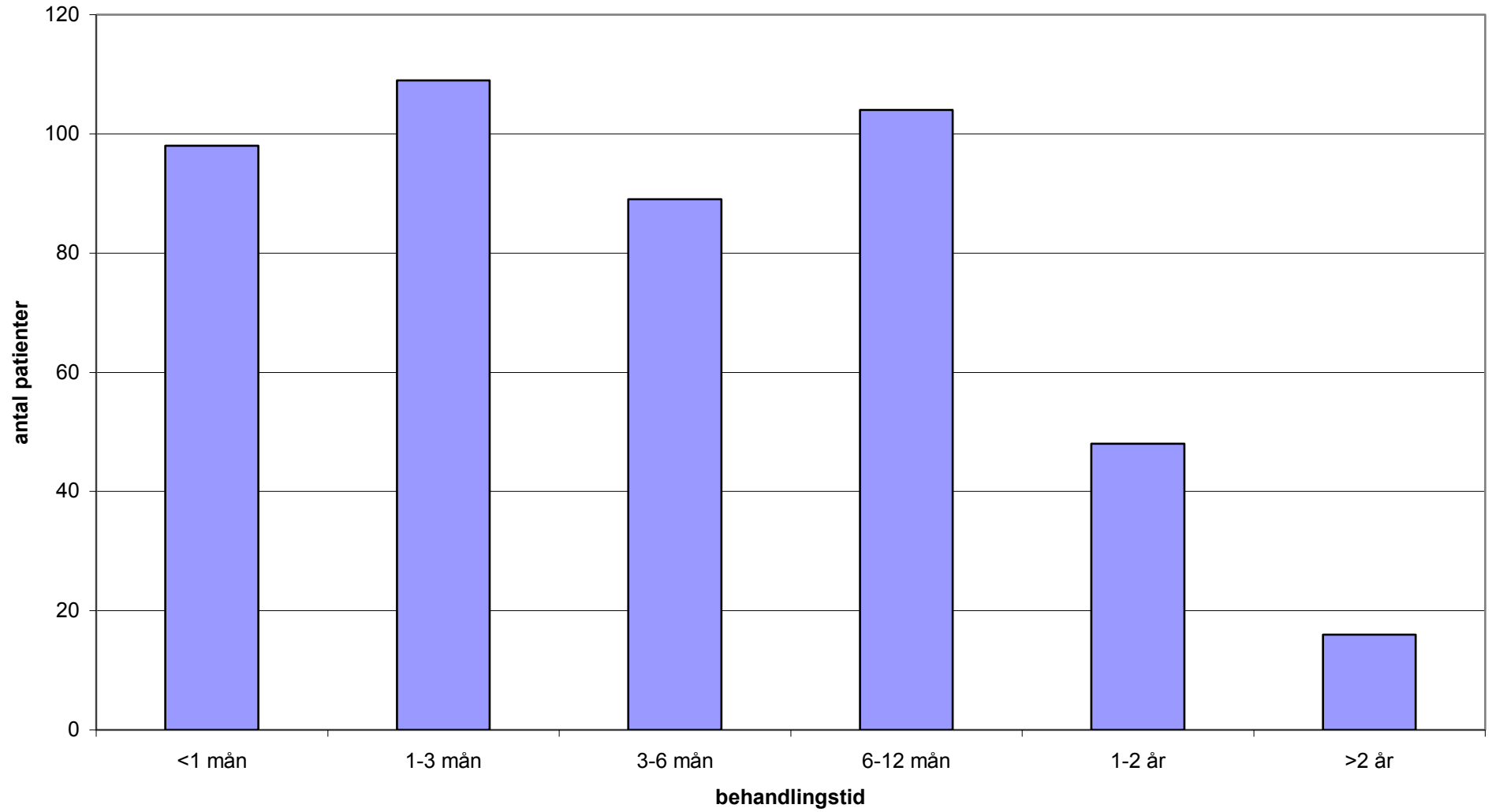
Måluppfyllda patienter fördelade på personalkategori

bilaga 7



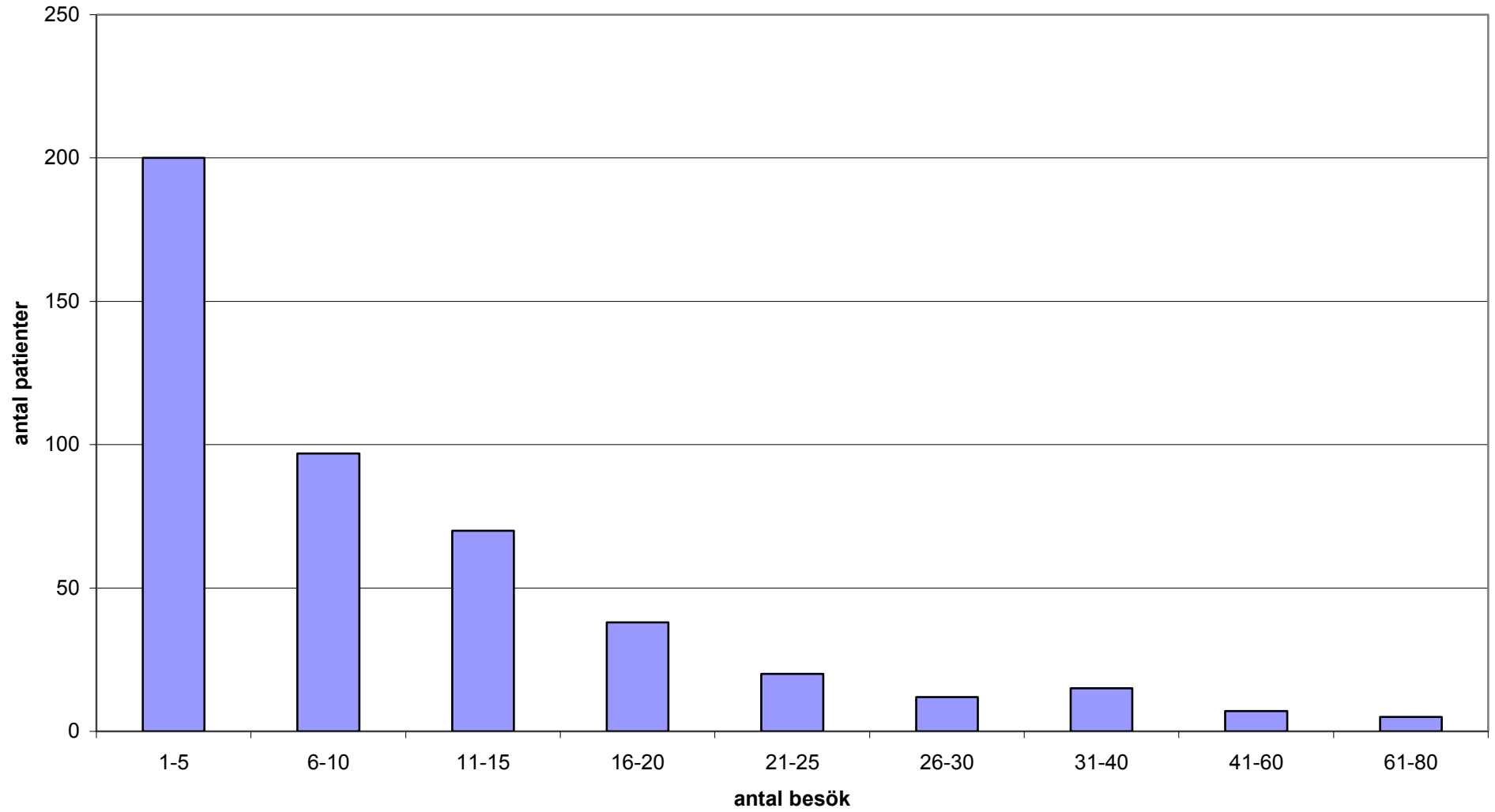
Behandlingstid måluppfyllda patienter

bilaga 8



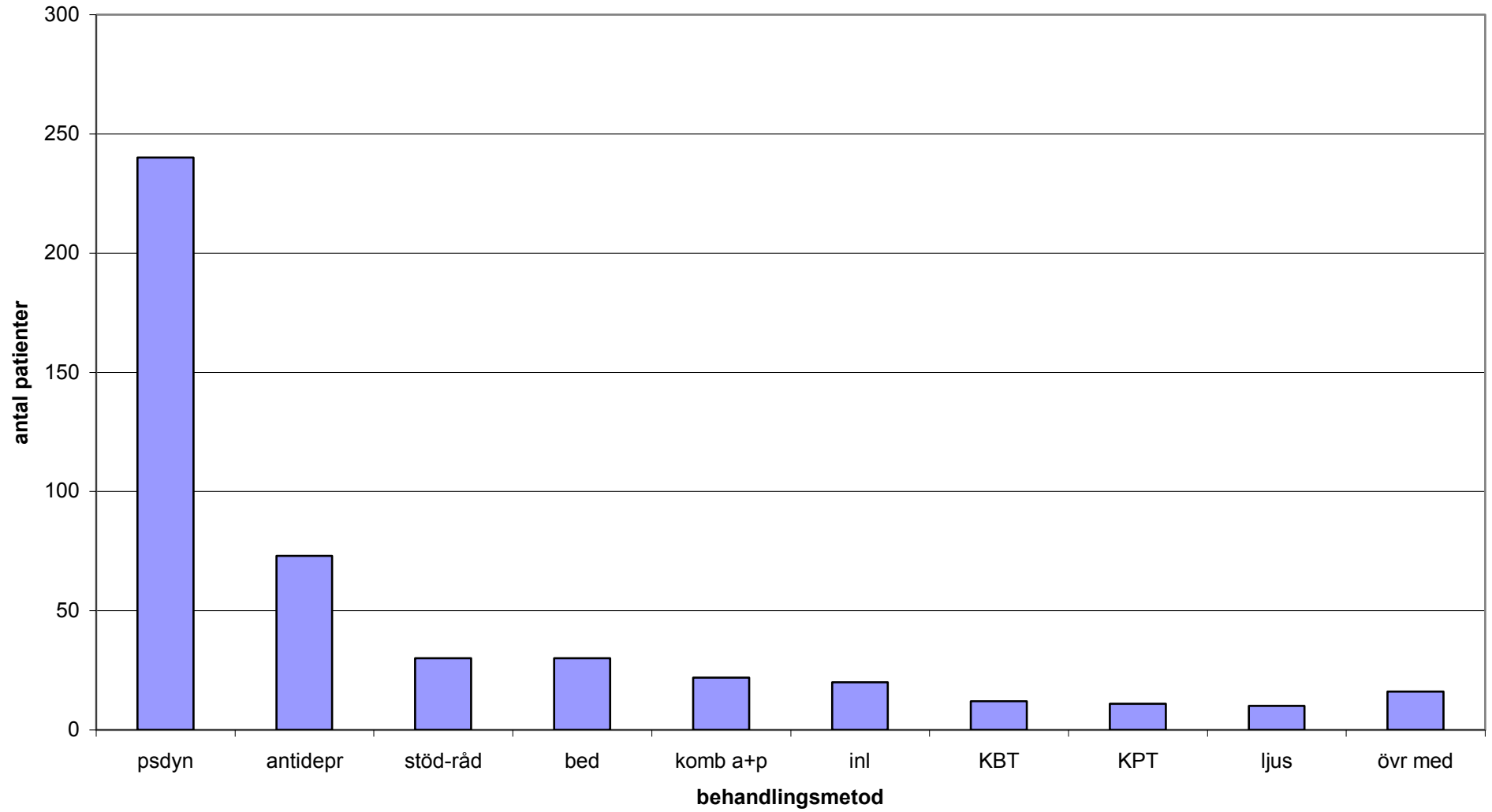
Antal besök måluppfyllda patienter

bilaga 9

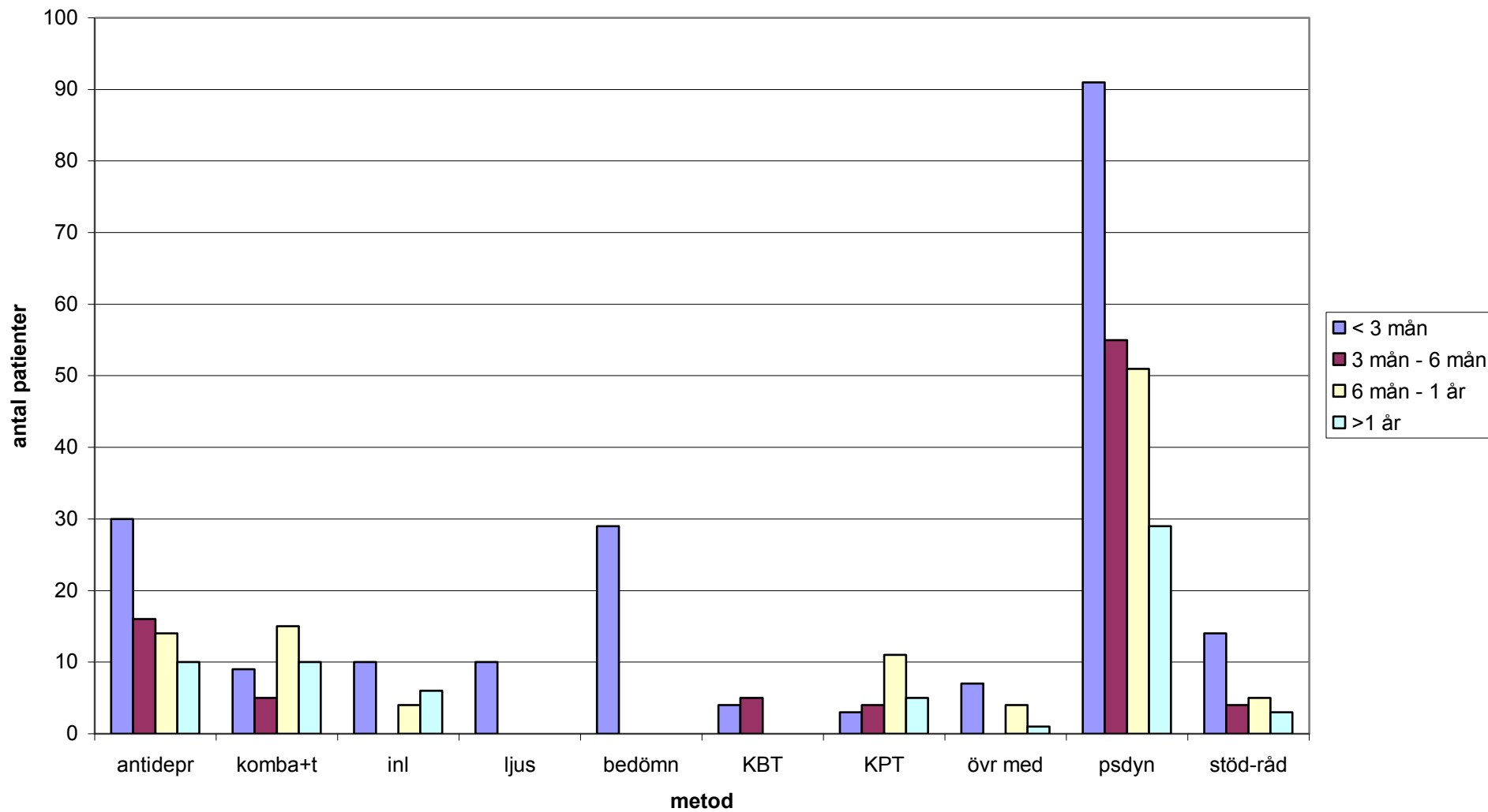


Måluppfyllda patienter uppdelade på behandlingsmetod

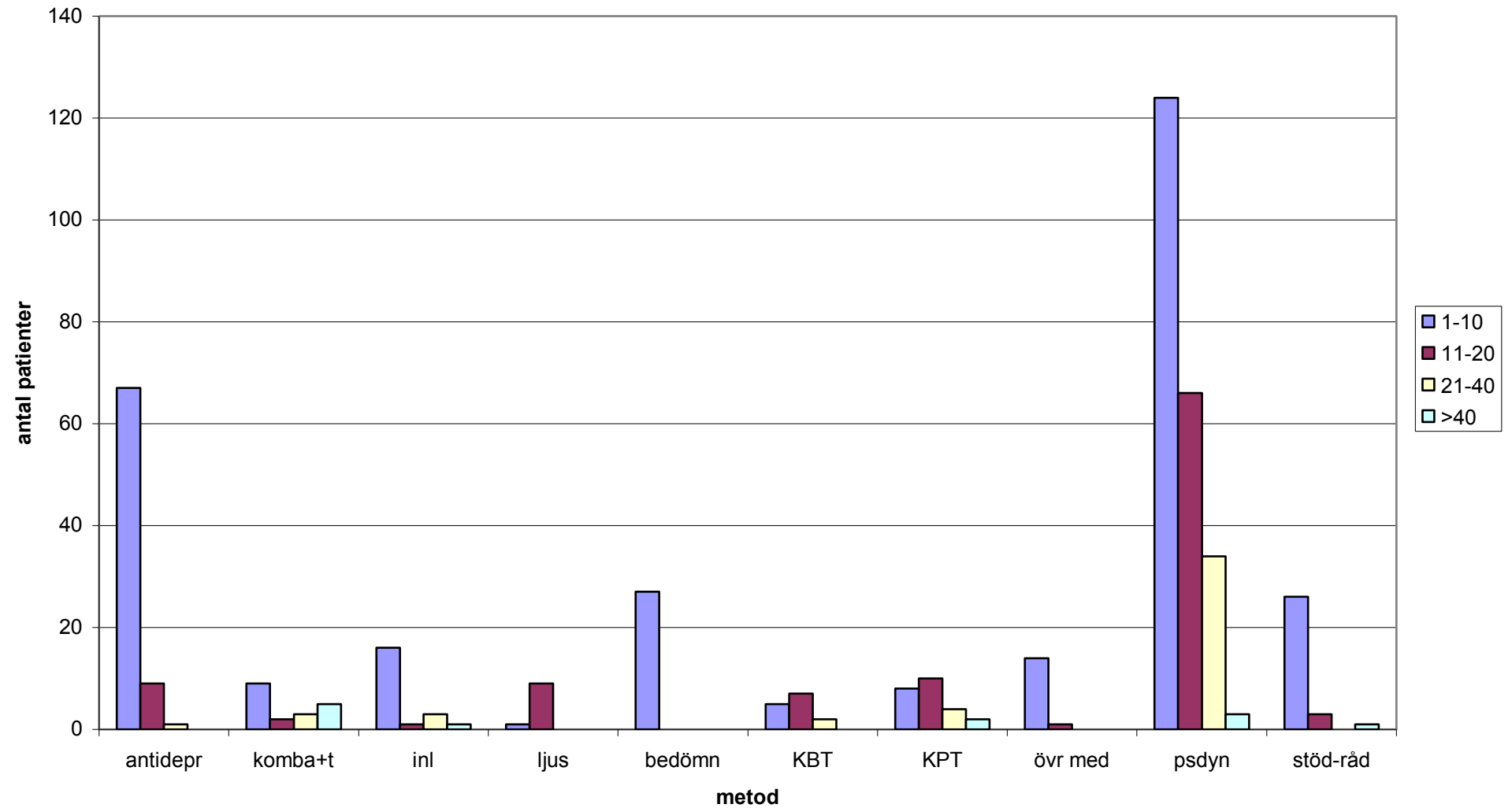
bilaga 10



Behandlingstid uppdelad på metod för måluppfyllda patienter



Antal besök uppdelade på metod för måluppfyllda patienter



alla åldrar 494 svar av 1078 totalt (46%)

| ÖNSKAT | | psykoterap | läkare | komb | ssk | vet ej | ljus |
|-----------------|-----|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ERBJUDET | | 68% | 17% | 5% | 2% | 6% | 2% |
| psykoterap | 44% | 58% | 2% | 24% | 0% | 50% | 0% |
| läkare | 26% | 16% | 70% | 33% | 0% | 21% | 0% |
| komb | 25% | 24% | 28% | 43% | 22% | 29% | 0% |
| ssk | 3% | 2% | 0% | 0% | 78% | 0% | 0% |
| ljus | 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |

t.o.m. 30 år 168 svar av 310 totalt (54%)

| ÖNSKAT | | psykoterap | läkare | komb | ssk | vet ej | ljus |
|-----------------|-------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ERBJUDET | | 80% | 7% | 5% | 1% | 7% | 0% |
| psykoterap | 57% | 63% | 9% | 38% | 0% | 50% | 0% |
| läkare | 21% | 18% | 55% | 25% | 0% | 25% | 0% |
| komb | 21.5% | 19% | 36% | 38% | 50% | 25% | 0% |
| ssk | 0,50% | 0% | 0% | 0% | 50% | 0% | 0% |
| ljus | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

31 - 50 år 212 svar av 435 totalt (49%)

| ÖNSKAT | | psykoterap | läkare | komb | ssk | vet ej | ljus |
|-----------------|-----|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ERBJUDET | | 71% | 14% | 7% | 2% | 5% | 1% |
| psykoterap | 41% | 52% | 0% | 7% | 0% | 58% | 0% |
| läkare | 22% | 13% | 66% | 43% | 0% | 17% | 0% |
| komb | 31% | 30% | 34% | 50% | 20% | 25% | 0% |
| ssk | 5% | 5% | 0% | 0% | 80% | 0% | 0% |
| ljus | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |

över 50 år 114 svar av 333 totalt (34%)

| ÖNSKAT | | psykoterap | läkare | komb | ssk | vet ej | ljus |
|-----------------|-----|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| ERBJUDET | | 44% | 37% | 10% | 2% | 3% | 4% |
| psykoterap | 32% | 60% | 2% | 36% | 0% | 25% | 0% |
| läkare | 42% | 24% | 77% | 28% | 0% | 25% | 0% |
| komb | 20% | 16% | 21% | 36% | 0% | 50% | 0% |
| ssk | 2% | 0% | 0% | 0% | 100% | 0% | 0% |
| ljus | 4% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |