

Flogsta psykiatriska öppenvårdsmottagning

*Projektet*

Ungdomsmottagning för  
allmänpsykiatriska  
öppenvårdpatienter i åldern  
18-25 år

*Rapport till HSN Uppland, 2004 04 30*

Mia Ramklint  
Allmänpsykiatriska kliniken  
Akademiska sjukhuset

## **Inledning**

Denna rapport beskriver bakgrund, syfte, genomförande och resultat från det av HSN i Uppland med Dagmarmedel finansierade projektet "Ungdomsmottagning för allmänpsykiatriska öppenvårdpatienter i åldern 18-25 år". Detta kliniska projekt har bedrivits under perioden 1/10-02 - 31/12-03 på Flogsta psykiatriska öppenvårdsmottagning, en enhet inom Allmänpsykiatriska kliniken, Psykiatricentrum, Akademiska sjukhuset.

Vi som arbetat inom projektet har varit:

Gerhard Andersson, leg psykolog, docent

Ann Olanders Bödvarsson, kurator

Lars-Gunnar Eriksson, leg sjuksköterska

A-C Fält, sekreterare

Ata Ghaderi, leg psykolog, docent

Susanne Hvenmark, leg psykolog, leg psykoterapeut

Ingrid Malm, leg sjukgymnast, leg psykoterapeut

Lena Harrysson Müller, leg sjuksköterska, leg psykoterapeut

Adriana Ramirez, ST läkare

Mia Ramklint, projektledare, specialistläkare i barn och ungdomspsykiatri, Med. Dr.

## Bakgrund

Allt fler personer insjuknar i psykiatriska sjukdomar som ångestsyndrom och förstämningssyndrom i allt yngre åldrar. Psykisk sjukdom som debuterar tidigt är relaterad till sämre social anpassning såsom lägre grad av förvärvsarbete, högre förekomst av bidragsberoende, högre förekomst av normöverskridande beteende t.ex. kriminalitet. Tidig debut av psykisk sjukdom ökar risken för ökad sjuklighet och för tidig död. Vuxna som under uppväxten haft psykiska problem har högre förekomst av personlighetsstörningar. Personlighetsstörningar är förenade med hög psykiatrisk sjuklighet, sämre socialt stöd, lägre funktionsförmåga, och sämre svar på behandling både av psykisk och av kroppslig sjukdom. Studier där man över längre tidsperioder följt deprimerade patienter har visat att depressioner ofta återkommer. Störst är risken för dem med tidig debut av depression där risken för återfall är 60-70%. En betydande andel av unga med depression utvecklar bipolärt syndrom (manodepressiv sjukdom). Medelåldern för insjuknande i bipolärt syndrom är 20 år. Även ångestsyndrom i tonåren har visat hög återfallsrisk i ung vuxenålder.

## Syfte

Mot bakgrund av ovanstående ansökte vi om pengar till detta projekt för att kunna erbjuda god psykiatrisk vård till unga vuxna (18-25 år). **Vi ville genom tidiga interventioner och effektiv behandling bota fler och förhindra fler återfall.**

**Tidiga interventioner** ville vi uppnå på två sätt, dels ha *hög tillgänglighet*, d.v.s. kort väntetid till första besök, dels genom att tidigt påbörja *rätt behandling*.

**Effektiv behandling** ville vi uppnå genom att med god diagnostik möjliggöra rätt val av behandling. Vid val av behandling utgick vi från de nationella riktlinjer som finns. Där riktlinjer saknades ville vi så långt som möjligt välja evidensbaserad behandling. Därför ville vi ha större tillgång till psykoterapiformerna Kognitiv Beteende Terapi (KBT) och Interpersonell Terapi (IPT), eftersom dessa har väl dokumenterad effekt vid förstämning och ångestsyndrom. Vi ville även följa behandlingsförlopp på ett systematiskt sätt med hjälp av symtomskattningsskalor för att kunna optimera behandlingen kontinuerligt. All behandling utvärderades. Inom patientgruppen unga vuxna finns ibland behov av ett omhändertagande som mer liknar det barnpsykiatriska, inkluderande möjlighet till familjearbete. Vi ville inom projektet ha möjlighet att erbjuda detta.

Projektet har haft ännu ett syfte. Det finns en av Socialstyrelsen uttalad önskan om att **utveckla ungdomspsykiatri**. Eftersom allt fler insjuknar i allt yngre åldrar finns en önskan om kontinuitet när det gäller behandling och behandlare i åldersgruppen 15-25 år. Det innebär på längre sikt att ett samarbete måste påbörjas mellan barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Detta projekt har haft som långsiktigt mål att utöka vår kunskap om vårdbehovet och patientgruppen inför ett sådant planerat samarbete.

## Metoder och genomförande

### Deltagare

Till öppenvårdspsykiatri kan patienter söka själva, via s.k. egenremiss, eller remitteras från andra vårdgivare. Alla inom åldersgruppen 18-25 år som aktualiserades på Flogsta psykiatriska öppenvårdsmottagning under perioden 1/10-02-30/9-03 inkluderades i projektet.

### Metoder för att uppnå våra kvalitativa mål

#### Hög tillgänglighet

För att ha god telefontillgänglighet hade vi ett särskilt telefonnummer till projektets sekreterare A-C Fält. Den telefonen var i princip alltid öppen. Telefonsvararen var inkopplad i samband med kafferaster och luncher. Målsättningen vid projektstart var att ingen skulle behöva vänta mer än en månad på sin första besök. Vi kunde även vid behov snabbt erbjuda akuta tider.

#### Patientansvarig läkare – en tydlig funktion

Patienterna fördelades mellan projektets två doktorer. Principen var att alla patienter primärt skulle bedömas av en läkare som var den som gjorde den inledande diagnostiken. På detta sätt blev funktionen PAL (patientansvarig läkare) tydlig, både för patienten och för läkaren. Det är vanligt inom öppenvårdspsykiatri att läkare är PAL för patienter han eller hon aldrig träffat. Detta är en kvalitativ brist vilken vi på detta sätt undanröjde.

#### God diagnostik

Alla patienter kom till **tre bedömningssamtal**, ett första där en grundlig anamnes/sjukhistoria gicks igenom, och där både en psykisk och en kroppslig undersökning gjordes. Alla patienter blev alltså även kroppsligt läkarundersökta och vid behov kompletterades undersökningen med fördjupad kroppslig utredning, t.ex. blodprover, röntgen, EEG, eller remiss till somatisk kollega. Detta för att utesluta kroppslig orsak till de psykiska symtomen.

Vid det andra besöket gjordes en strukturerad klinisk intervju rörande psykiatrisk symtomatologi, Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I. Vi kompletterade således den kliniska inledande intervjun med en strukturerad, därför att detta är ett väldokumenterat sätt att öka säkerheten i diagnostiken. Symtomen diagnosticerades enligt våra två officiella klassifikationssystem; International Classification of Diseases, ICD-10, och Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, DSM-IV. Diagnosticerade symtoms svårighetsgrad bedömdes med hjälp av olika symtomskattningsskalor.

Vid det tredje besöket träffade patienten vår kurator som kartlade den psykosociala situationen och eventuell livsstress och behov av psykosociala stödinsatser. Även

denna bedömning gjordes med hjälp av en strukturerad intervju baserad på DSM-systemet. Patienterna fyllde även i en egenbedömning rörande stressande livshändelser under det senaste året.

När depressiva och ångestsymtom var under behandlingskontroll, i de flesta fall något senare under pågående behandling, gjordes även en SCID-II intervju, vilken är en strukturerad intervju för diagnostik av personlighetsstörningar.

### Optimalt val av behandling

Efter den primära bedömningen (efter de tre första besöken) diskuterades diagnostiken, ev. behov av ytterligare utredning samt val av behandling. Diskussion om diagnos och val av behandling fördes med hela teamet, d.v.s. med både biologisk, psykologisk och social kompetens närvarande. Vissa patienter fick ytterligare bedömningssamtal hos psykolog alternativt remitterades till vår enhet för psykologisk service för utvidgad psykologisk utredning t.ex. begåvningsstest, test som mäter uppmärksamhet, personlighetsbedömningar.

De behandlingar vi erbjöd var; Undervisning om aktuellt tillstånd och hjälp till självhjälp, Läkemedelsbehandling, Psykodynamisk psykoterapi antingen fokuserad korttidsbehandling eller jagstödande, Interpersonell psykoterapi (IPT), Dialektisk beteendeterapi (DBT), Kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykiatrisk sjukgymnastik. Vi samarbetade med klinikens specialenhet för ätstörningar, VUXÄT, där flera patienter fick specifik behandling mot anorexia och bulimia nervosa. Vi hade även tillgång till psykiatrins mobila team för hembesök kvällstid samt möjlighet att lägga in patienter i slutenvård. Under senare delen av projektiden hade vi även tillgång till klinikens dagvårdsavdelning.

### **Metoder för utvärdering av projektets målsättningar**

#### Behandlingens effektivitet

Före behandlingsstart skattade både vi och patienten själv ett GAF värde (Global Assessment of Functioning) på en skala mellan 0 och 100 rörande symtomens svårighetsgrad och/eller patientens funktionsnivå. Patienterna fick en skriftlig instruktion på en blankett där de fyllde i sin skattning. Vi behandlare i teamet gjorde skattningen i samband med den inledande behandlingskonferensen. Medarbetarna gjorde varsin skattning och ev. skillnader diskuterades och konsensus beslutades. På detta sätt fick vi en god överensstämmelse mellan medarbetarnas bedömningar. När kontakten avslutades gjorde den behandlare som hade sista besöket själv en avslutande GAF skattning. I samband med avslutandet fyllde patienten ånyo i samma självbedömningsformulär som vid det inledande besöket. Den sista skattningen gjordes i bägge fallen blint i relation till den första bedömningen.

#### Upplevelse av vården

Patienterna fick även fylla i en utvärderingsblankett i samband med avslutandet. De tillfrågades angående hur de såg på kvaliteten på vården de fått, hur nöjda de var med hur snabbt de fick sin första tid, samt hur de upplevde mottagningens telefontillgänglighet. De hade även möjlighet att skriva ner egna kommentarer. Under

februari månad 2004 fick även de patienter som ännu ej avslutats en utvärderingsblankett. Dessa utvärderade då den hittills givna vården. Den ”prematura” utvärderingen gjordes för att få tillräckligt många svarande för att resultatet skulle vara representativt för den totala gruppen. (Vi har fortfarande 105 pågående kontakter.)

Personalens tillfredsställelse

Medarbetarna i projektet fick en utvärderingsblankett där de kunde kommentera vad i arbetssättet som de ville behålla och vad de inte tyckt varit bra. Medarbetarna ombads även beskriva sin upplevelse av vad som karakteriserat patientgruppen.

## **Resultat**

### **Patientgruppen**

Under året remitterades 251 patienter mellan 18-25 år. Av dessa var det 24 stycken som aldrig kom till mottagningen (11 uteblev, 9 lämnade återbud och 4 hänvisades till annan öppenvårdsmottagning av geografiska/administrativa skäl). Således kom 227 patienter att inkluderas i projektet. Könsfördelningen var ojämn, 81,1% (184) var kvinnor och 18,9% (43) var män. Patienterna var i 89 % födda i Sverige, 2,2 % var födda i övriga Norden medan endast 8,8 % var födda i övriga världen.

### **Remittenter**

Av dessa 227 patienter sökte 55 stycken själva medan 172 remitterades från annan vårdgivare. Remittenterna utgjordes av husläkare (45), annan enhet inom psykiatri (41), psykakuten (27), Studenthälsan (30), annat landsting (13), annan enhet på UAS (6), övriga, t.ex. skolhälsovården, socialtjänsten, frivården (10).

### **Väntetid**

Patienterna har i medeltal fått tid till ett första besök efter 30 dagar (SD=15 dagar). Spännvidden mellan kortaste och längsta väntetid var från 1 till 75 dagar. De längsta väntetiderna föranleddes av att remisserna inkom före sommarlovet och att patienterna var studenter som under lovet vistades i sina ursprungsfamiljer. De erbjöds då tid så snart de återkommit till Uppsala

### **Kliniska diagnoser**

Av de 227 patienterna var det 208 som fick någon diagnos (10 patienter bedömdes inte uppfylla kriterierna för någon diagnos och 9 patienter avbröt kontakten innan diagnostiken var klar).

### **Samsjuklighet**

Samsjuklighet var vanligt, d.v.s. att en och samma patient hade flera diagnoser samtidigt. DSM-klassifikationssystemet är hierarkiskt, d.v.s. man sätter den diagnos först som man anser dominera sjukdomsbilden och ge störst lidande. Övriga diagnoser

rangordnar man efter samma princip. Kliniskt hanteras samsjuklighet så att man väljer en huvuddiagnos. Den börjar man behandla. Ett fall exempel för att illustrera detta; en patient som har bipolärt syndrom, social fobi och borderline personlighetsstörning. En trolig prioritering mellan olika behandlingar kunde då vara primär läkemedelsbehandling för att stabilisera stämningsläget, därefter Dialektisk Beteende Terapi för att ge patienten färdigheter att hantera sin emotionella instabilitet och slutligen om det då är nödvändigt KBT mot den sociala fobin. Alla syndrom som vi diagnostiserade ger en bild av det totala vårdbehovet i denna patientgrupp. Nedanstående tabell (tabell 1) visar fördelningen mellan samtliga diagnoser.

Tabell 1. Samtliga diagnoser. (1:a är huvuddiagnos, 2:a näst betydelsefullaste diagnosen o.s.v.) "Totalt", anger samtliga förekommande inom en syndromgrupp.

<b>Diagnoser</b>	<b>1:a</b>	<b>2:a</b>	<b>3:e</b>	<b>4:e</b>	<b>5:e</b>	<b>Totalt</b>
<b>Drogrelaterade störningar</b>						<b>totalt 22</b>
Alkoholmissbruk F10.1	2	3	3		1	9
Alkoholberoende F10.2		4	1			5
Alkoholbetingat förstämningssyndrom F10.8	1		1		1	3
Opiatbetingat förstämningssyndrom F11.8	1					1
Cannabismissbruk F12.1			1			1
Missbruk av sedativa, hypnotika, anxiolytika F13.1		1				1
Annat substansmissbruk F19.1			1			1
Annat substansbetingat förstämningssyndrom F19.8				1		1
<b>Psykotiska syndrom</b>						<b>totalt 2</b>
Schizofreniformt syndrom F20.8			1			1
Vanföreställningssyndrom F22.0	1					1
<b>Förstämningssyndrom</b>						<b>totalt 157</b>
<b>Bipolära syndrom</b>						<b>8</b>
Bipolär I, aktuell episod lindrig F31.1	1					1
Bipolär I, aktuell episod blandad form F31.6	2					2
Bipolär I, aktuell episod i fullständig remission F31.7	1					1
Bipolär II F31.8	4					4
<b>Enstaka depression</b>						<b>54</b>
Egentlig depression, enstaka, lindrig F32.0	3					3
Egentlig depression, enstaka, måttlig F32.1	9	1	1			11
Egentlig depression, enstaka, svår ej psykos F32.2	6					6
Egentlig depression, enstaka, svår med psykos F32.3	2					2
Egentlig depression, enstaka, i partiell remission F32.4	16	4	1	1		22
Egentlig depression, enstaka, ospecificerad F32.9	6	3		1		10
<b>Återkommande depressioner</b>						<b>87</b>
Egentlig depression, recidiverande, lindrig F33.0	8	7	1			16
Egentlig depression, rec. måttlig F33.1	24	5				29
Egentlig depression, rec. svår ej psykos F33.2	7	1				8
Egentlig depression, rec. svår med psykos F33.3	1					1
Egentlig depression, rec. i partiell remission F33.4	26	5	1			32
Egentlig depression, rec. ospec. F33.9			1			1
Dystymi F34.1	8	1	6		1	8

<b>Ångestsyndrom</b>	<b>totalt 214</b>					
Agorafobi F40.0		4			1	5
Paniksyndrom med agorafobi F40.01	2	2		1		5
Social fobi F40.1	14	19	12	2		47
Specifik fobi F40.2	1	5	14	9	2	31
Paniksyndrom utan agorafobi F41.0	3	7	5		1	16
Generaliserat ångestsyndrom F41.1	7	7	10	4	2	30
Ångestsyndrom UNS F41.9	7	22	8	3		40
Tvångssyndrom F42.8	12	6	1			19
Posttraumatiskt stressyndrom F43.1	2	12	1	1	1	17
Maladaptiv stressreaktion , nedstämdhet F43.20	2					2
Maladaptiv stressreaktion, nedstämdhet/ångest F43.22	2					2
<b>Somatoforma syndrom</b>	<b>totalt 18</b>					
Odifferentierat somatoformt syndrom F45.1	4	1				5
Hypokondri F45.2	2	2	3	2	3	12
Somatoformt syndrom UNS F45.9			1			1
<b>Ätstörningar</b>	<b>totalt 58</b>					
Anorexia nervosa F50.0	9	2				11
Bulimia nervosa F50.2	8	2				10
Ätstörning UNS F50.9	9	13	6	6	3	37
<b>Övriga diagnoser</b>	<b>totalt 5</b>					
Primär insomni F51.0	2					2
Aspergers syndrom F84.5		1				1
Identitetsproblem F93.8		1				1
Stamning F98.5				1		1
<b>Ingen diagnos</b>	<b>totalt 10</b>					
Totalt	218	148	72	33	15	486

Sammanlagt var det 10 patienter som inte uppfyllde kriterierna för någon diagnos. Det var 208 som uppfyllde kriterierna för minst en diagnos, 148 som uppfyllde kriterierna för minst två diagnoser och 72 som uppfyllde kriterierna för minst tre diagnoser. Det var 33 som uppfyllde kriterierna för minst fyra diagnoser och slutligen 15 som uppfyllde kriterierna för minst fem samtidiga diagnoser. Då är inte ev. personlighetsstörnings-diagnoser medtagna.

### Personlighetsstörningar

Av de 227 patienterna har hittills 181 personer genomgått personlighetsstörningsdiagnostik. Av dessa har 46 personer (25,5 %) uppfyllt kriterierna för någon eller några personlighetsstörningar. Dock hade vid denna rapports skrivande flera personer ännu ej bedömts, varför frekvenssiffran kan komma att stiga något. Personlighetsstörningsdiagnoserna fördelade sig enligt nedanstående tabell 2.

Tabell 2. Förekomst av personlighetsstörningsdiagnos bland de 181 hittills diagnosticerade patienterna.

Diagnos	Antal
Fobisk personlighetsstörning 301.82	22
Borderline personlighetsstörning 301.83	17
Paranoid personlighetsstörning 301.0	6
Antisocial personlighetsstörning 301.7	4
Tvångsmässig personlighetsstörning 301.4	3
Histrionisk personlighetsstörning 301.5	2
Personlighetsstörning UNS 301.9	2
Schizotyp personlighetsstörning 301.22	1
Osjälvständig personlighetsstörning 301.6	1
Ingen diagnos	136

Hos de 46 patienter som hittills uppfyllt kriterierna för någon personlighetsstörning har 10 personer uppfyllt kriterierna för två olika samtidigt förekommande störningar och tre patienter för tre olika personlighetsstörningar.

### Psykosocial bedömning

Patientgruppen dominerades av svenskfödda ungdomar, där de flesta var studenter vid Uppsala Universitet. Gruppen utmärktes därför av att många flyttat från sina ursprungsfamiljer och att de i Uppsala hade ett begränsat socialt nätverk. Trots att Stenhagen, som är ett invandrartätt bostadsområde, tillhör Flogstamottagningens upptagningsområde hade vi få patienter med invandrarbakgrund. De flesta av patienterna var ensamstående utan barn. Psykosocialt belastades gruppen framför allt av stress relaterad till primärgruppen, d.v.s. familjen. Många beskrev tidigare upplevelser av mobbing under skoltiden. Många beskrev att dessa erfarenheter fortfarande påverkade dem negativt. Aktuell belastning fördelade sig enligt tabell 3.

Tabell 3. Grad av aktuell psykosocial belastning baserad på patienternas självbedömning varierade inom gruppen enligt nedanstående tabell (n=195).

Typ av psykosocial stress	Frekvens
Problem i primärgruppen	55,5 %
Problem i den sociala miljön	39,6 %
Problem med studier	30,9 %
Problem med arbete/sysselsättning	23,8 %
Ekonomiska problem	19,4 %
Problem med boendet	18,1%
Problem relaterade till kriminalitet	11,1 %
Problem med att få adekvat sjukvård	8,4 %
Övriga problematiska omständigheter	8,4 %

## Behandling

### Vilken behandling

Vi denna rapport skrivande har 122 patienter avslutat sin kontakt med psykiatrin. Av dessa är 102 (45%) ordinärt avslutade efter fullföljd behandling medan 20 (8 %) avbröt före eller under behandling. Det är 105 (47%) som fortfarande har en pågående kontakt. En och samma patient har oftast fått mer än en behandling, t.ex. både fått läkemedel och psykoterapi. Den dominerande psykoterapiformen har varit jagstödande psykoterapi.

### Hur mycket behandling

De 102 patienterna som avslutat kontakten har i genomsnitt haft 10 besök på mottagningen (variationen har legat mellan minimum 1 och maximum 27 besök). De 105 patienter som fortfarande är aktuella på mottagningen har antingen aktualiserats senare och därför påbörjat vården senare eller så har de ett större vårdbehov. Vårdbehovet har tidigare visats vara relaterat till diagnos, grad av samsjuklighet, förekomst av personlighetsstörning, initial funktionsförmåga och socialt stöd. Detta är troligtvis fallet även i vår patientgrupp, men fullständiga data finns ännu ej tillgängliga.

## Utvärderingen

### Förbättring av GAF värdet (Global Assessment of Functioning)

Följande tabell (*tabell 4*) visar vårt initiala respektive patienternas initiala, vårt avslutande respektive patienternas avslutande GAF värde. Observera att ett sista GAF värde bara kan finnas för dem som är avslutade i projektet (102 ordinärt avslutade och 5 som avbrutit under behandling, n=107).

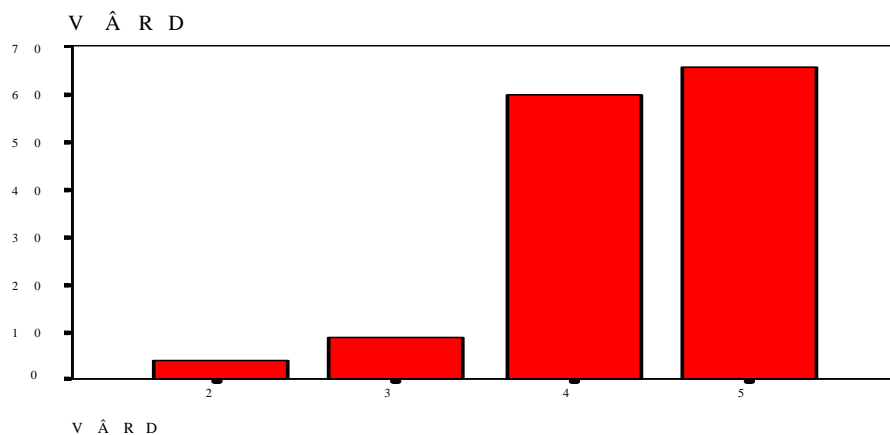
*Tabell 4. GAF värde vid påbörjandet och avslutandet av vårdkontakten.*

GAF	medelvärde	SD	spridningsintervall	n
Vårt första	55	±8	38-90	216
Patienternas första	56	±12	18-100	209
Vårt sista	74	±10	50-95	106
Patienternas sista	77	±14	45-100	80

## Vårdens kvalitet

Patienterna var överlag mycket nöjda med den vård de fick (n=139). På en femgradig skala var medelvärdet  $4,4 \pm 0,7$ . Fördelningen illustreras av nedanstående stapeldiagram.

Tabell 5. Patienternas upplevelse av vården på en 5-gradig skala (n=139)



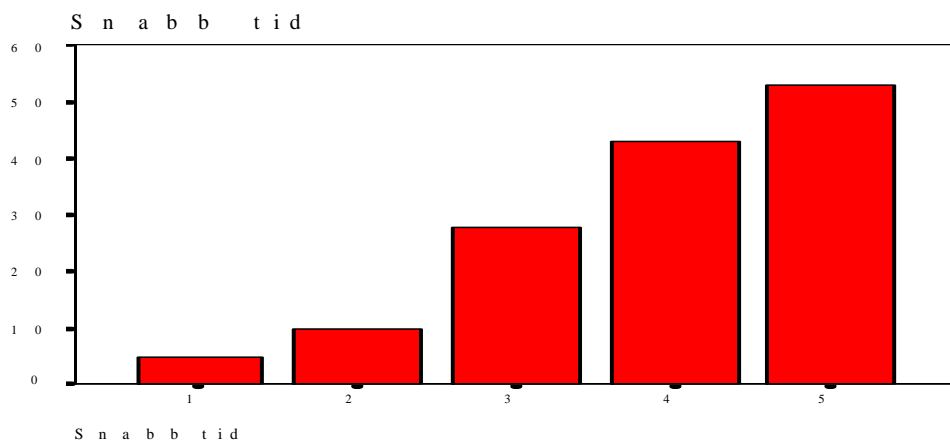
Vanliga kommentarer om vad de var nöjda med var att de uppskattade den noggranna bedömningen/diagnostiken, uppskattade det sätt de blev bemötta på och uppskattade att vi arbetade i team. Ett ofta återkommande ord var professionalism. Många kommenterade att de uppskattade att få kunskap om sitt tillstånd.

Vanliga kommentarer om vad de inte var nöjda med var väntetiden mellan bedömning och behandling hos psykoterapeut. De som fick byta behandlare av administrativa skäl var missnöjda. Ytterst få kommenterade att det var negativt att träffa flera bedömare under den diagnostiska fasen.

## Tid till första besök

Patienterna var över lag nöjda, medelvärde  $3,9 \pm 1,1$  på en femgradig skala. Svaren fördelade sig enligt nedanstående stapeldiagram.

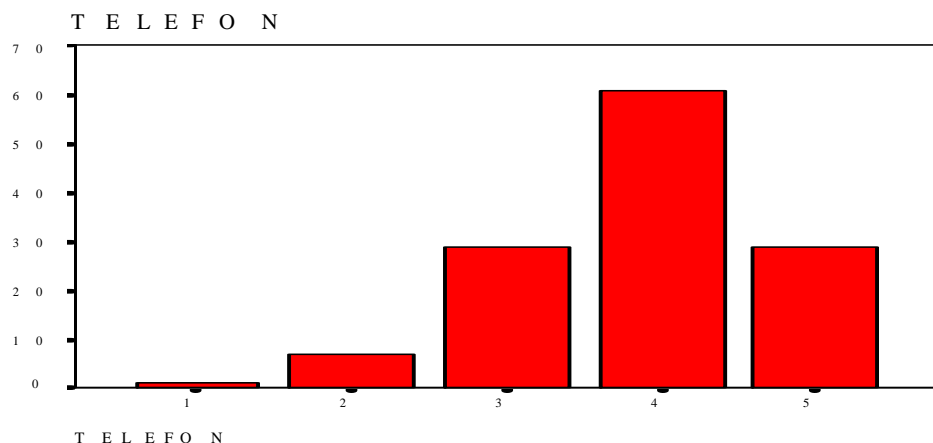
Tabell 6. Patienternas tillfredsställelse med hur snabbt de fick sin första tid.



## Telefontillgänglighet

Patienterna var över lag nöjda, medelvärde  $3,9 \pm 0,9$  på en femgradig skala. Svaren fördelade sig enligt nedanstående stapeldiagram.

Tabell 7. Patienternas tillfredsställelse med telefontillgängligheten.



## Medarbetarnas utvärdering

Medarbetarna i projektet uttryckte tillfredsställelse med arbetssättet, upplevde att de utvecklats professionellt och uppskattade att arbeta med patientgruppen. Att teamet bestod av terapeuter med olika teoretiskt synsätt uppskattades och upplevdes som en tillgång.

Vi medarbetare hade en samstämmig upplevelse av patientgruppen där vi uppfattade många som vilslna i livet med osäkerhet om sina mål och sin riktning i livet. Många uppfattades som socialt otrygga och med bristande socialt stöd, ofta med ursprungsfamiljen långt borta. Generellt utmärktes också gruppen av egna höga prestationskrav och svårigheter med stresshantering. De flesta patienterna hade lätt för att relatera och uttryckte ett behov av dialog. De var begåvade och verbala.

## Diskussion

### Patientgruppen

Unga vuxna som kom till Flogsta psykiatriska öppenvårdsmottagning under projektiden utgjorde en dryg tredjedel av samtliga nya patienter på mottagningen. Unga vuxna är således en stor patientgrupp på Flogsta. En möjlig förklaring kan vara att Uppsala är en studentstad med ung befolkning. Mottagningen har många studentbostäder inom sitt upptagningsområde.

Det var däremot en annan yngre patientgrupp, invandrarungdomar i Stenhagen, som inte sökte. Orsakerna till detta är inte kända. Detta stämmer dock med tidigare iakttagelser av skepticism mot psykiatrin inom många invandrargrupper.

## Måluppfyllelse

Projektmedlen möjliggjorde mer och snabbare insatt vård till patientgruppen. Patienterna uttrycker att de har blivit hjälpta under den tid projektet pågått. Den långsiktiga symtomutvecklingen känner vi dock ännu ej till. Vi har kontrollerat vår egen bedömning av behandlingseffekten med patienternas, och funnit god överensstämmelse. Vi har efter given behandling kunnat påvisa effekt på symtomen vilka har minskat och funktionen har ökat. GAF värdet har höjts med i medeltal 20 poäng (vår bedömning 19 / patienternas 21 poäng). Om vår vård varit effektivare än den som vanligen ges inom öppenvårdspsykiatri kan vi inte uttala oss om eftersom vi inte haft någon kontrollgrupp att jämföra med.

Patienterna är nöjda med den vård de fått, enligt den utvärdering vi gjort. Ett medelvärde på 4,4 på en femgradig skala kan betraktas som mycket högt. Vi hade dock inte heller här någon kontrollgrupp att jämföra med.

Inom projektet har vi prövat ett arbetssätt som skiljer sig från hur man brukar jobba inom allmänpsykiatrisk öppenvård. Mer tid har använts till diagnostik, och vi har använt mer diagnostiska hjälpmedel än vad man brukar göra. Psykoterapeuten har inför terapistart gjort ytterligare en fördjupad bedömning utifrån den teori som vederbörande arbetat efter. Sammantaget har patienterna utsatts för många undersökningar. Det finns en allmänt spridd rädsla för att användandet av strukturerade intervjuer och skattningsskalor skulle uppfattas negativt av patienterna och försämra den terapeutiska alliansen. Vi har i vårt projekt ej funnit några belägg för detta. Tvärtom uppfattades den diagnostiska processen i de flesta fall som något positivt, ”professionellt”.

Vi har trots våra extra medel konfronterats med den verklighet öppenvårdspsykiatri brottas med. Psykiatrisk behandling tar tid. En rimlig beräkning är att varje patient under en behandling behöver 3-5 läkarbesök, 10-20 psykoterapisessioner och ibland ytterligare psykosociala behandlingsinsatser från kuratorn. Detta om man följer nationella behandlingsriktlinjer för t.ex. depression. Varje behandlingstillfälle/besök tar ca en timme. Evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingar är framförallt KBT och IPT och de följer ofta en manual där det klart framgår vad man skall göra vid varje terapitillfälle. De bygger oftast på 10-20 terapitillfällen. Trots våra extra resurser har vi inte kunna erbjuda tillräckligt med vård. Vi har haft kö efter bedömningen i väntan på den psykoterapeutiska behandlingen, vilket patienterna uppfattat negativt. I väntan på psykoterapi har patienterna fått fortsätta komma på återbesök hos den diagnosticerande läkaren. Både de förlängda läkarkontakterna och många av de fortsatta psykoterapeutiska behandlingarna har haft karaktären av korta jagstödande insatser. Detta är inte en behandling som är tillräckligt vetenskapligt utvärderad. Trots detta upplever ju patienterna att de fått hjälp och det är i framtiden viktigt att undersöka vad i dessa stödande kontakter som varit effektivt.

I ett fortsatt utvecklingsarbete ingår att hitta sätt att kunna hjälpa fler med begränsade resurser. Vi måste när det är möjligt arbeta med gruppbehandling i stället för individuell. Vi har inom projektet haft två behandlingsgrupper, en KBT för dem med

social fobi och en för färdighetsträning enligt Dialektisk Beteende Terapi (DBT) för dem med borderlinepersonlighetsstörning. Flera patienter har även deltagit i KBT gruppbehandling för bulimia nervosa vid klinikens ätstörningsenhet. Alla dessa gruppbehandlingar har följt vetenskapligt utvärderade behandlingsmanualer. Gruppbehandlingarna har varit mycket uppskattade och effektiva. Vi ser möjligheter att utveckla fler gruppbehandlingar, dels manualiserade, vetenskapligt utvärderade behandlingar som t.ex. KBT vid depression. Vi ser även möjligheter att utveckla nya gruppbehandlingar med ett tydligt pedagogiskt inslag av typen ”depressionsskola”. Sådan behandling måste dock utvärderas vetenskapligt.

I samråd med andra vårdgivare och politiker är psykiatrins avgränsningar viktiga att diskutera. Dessa avgränsningar måste utgå från diagnos, svårighetsgrad och samsjuklighet. Vilka skall få vård, hur mycket och av vem? Vad är potentiellt dödliga tillstånd, vilka är förenade med funktionsförlust och sjukskrivningar? Vilka ger ”endast” försämring av livskvaliteten? Vilken vård skall man bekosta själv, vilken skall allmänna medel bekosta? Om man använder depression som modell så skiljer man mellan enstaka eller återkommande depressioner. Man skiljer även mellan lindrig, medelsvår och svår depression, och det finns enkla sätta att skilja dessa från varandra. Skattningsskalan MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) anger gränsvärden för de olika svårighetsgraderna. Depression med eller utan annan samsjuklighet, med eller utan samtidig personlighetsstörning påverkar svårighetsgraden. Dessa specifikationer liksom debutålder för första depressionen och antal depressiva insjuknanden kan användas för att göra en prognos rörande vårdbehov, behov av sjukskrivning och självmordsrisk. Det är i tider av resursbrist viktigt att föra denna diskussion, både vem som skall få vad och av vem.

I SBU rapporten om depressionsbehandling fastslog man att psykoterapi (KBT och IPT) var lika verksamt som farmaka vid lätta och medelsvåra depressioner. Därför måste dessa terapiresurser finnas i tillräcklig omfattning både inom psykiatri och inom primärvården. Vår erfarenhet från detta projekt är att det är få patienter som inte efterfrågar psykoterapi. De flesta patienterna såg läkemedelsbehandling som ett komplement till psykoterapi.

Projektet har också genererat viktig kunskap om patientgruppen som är användbar inom allmänpsykiatriska klinikens planering av resursfördelning. Vi kommer under 2004 att lämna ytterligare en rapport till klinikens ledning med kompletterande data. Dessa kommer förhoppningsvis att kunna användas som underlag för planering av den unga vuxna enhet som planeras att starta inom kliniken 2004/2005, som del av utvecklingsprojektet Futurum.

## Tack

Som projektledare vill jag framföra ett stort tack till **politikerna i HSN Uppland** som tilldelade detta projekt ekonomiska medel. För mig och för övriga medarbetare har det varit oerhört roligt att till denna grupp patienter få erbjuda kvalitativt god vård. Det har varit enormt tillfredställande att få möta så många nöjda patienter som upplevt att de fått hjälp. Personligen har det varit ett av mina roligaste år inom yrket.

Ett stort tack till klinikcheferna **Ulises Penayo och Birgitta Lanner** för att de tog initiativ till ansökan om projektmedel. De har även aktivt stöttat projektet genom att tillföra extra resurser.

Ett stort tack till **Lasse Brunn**, chef på Flogsta mottagningen, för aktivt stöd till teamet under hela projektiden.

Ett stort tack till medarbetarna; **A-C Fält, Ann Olanders-Bödvarsson, Ingrid Malm, Lena Harrysson-Müller**, från Flogsta mottagningen, **Lars-Gunnar Eriksson, Gerhard Andersson, Susanne Hvenmark, och Ata Ghaderi**, projektanställda och **Adriana Ramirez**, ST-läkare vid kliniken, för deras val att delta i projektet. Deras goda samarbete och deras höga kompetens har möjliggjort detta framgångsrika arbete.

Ett stort tack även till **Lisbet Larsson**, Utredarhuset, för värdefulla synpunkter i planeringsfasen av projektet.

Uppsala 2004.04.12

Mia Ramklint  
Projektledare