

Behandlerkontinuitet og patienttilfredshed i et distriktspsykiatrisk ambulatorium

Overlæge Susanne Maria Møller-Madsen,
overlæge Jens Meyer Svendsen & overlæge Poul Kjærsgaard

Holbæk Sygehus, Psykiatrisk Center, Almenpsykiatrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Formålet var at undersøge, om et distriktspsykiatrisk ambulatoriums kvalitetsmål om høj behandlerkontinuitet opfyldtes. Efterfølgende blev patienternes generelle tilfredshed undersøgt.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en retrospektiv opgørelse af behandlerkontinuiteten ved 319 patientforløb på Psykiatrisk Afdeling, Holbæk Sygehus. Antallet af fremmødekontakter og antallet af kontakter med behandlerkontinuitetsbrud blev registreret, fordelt på årsagsforhold. Senere fik 235 ambulante patienter tilsendt spørgeskema vedr. tilfredshed, og ud af disse kom 114 retur (48,5%).

Resultater: Der havde været i alt 2.600 kontakter, hvoraf 2.449, dvs. 94,2%, var med primærbehandleren. På trods af 79 døgnindlæggelser og 14 dagindlæggelser lå kvaliteten af behandlerkontinuiteten over vores standard på 90%. Patienttilfredshedsundersøgelsen viste en generel høj tilfredshed med de undersøgte parametre.

Konklusion: Ved samme behandler under og efter indlæggelse kan man opnå en meget høj behandlerkontinuitet, hvilket både behandlere og patienter synes at være tilfredse med. Hvordan kontinuiteten kan bevares samtidig med en øget specialisering, er en af de store udfordringer fremover. Vi fandt, at 75% af de patienter, som havde besvaret spørgeskemaerne, var tilfredse eller særdeles tilfredse med den ydede behandling, og kun 7% var utilfredse eller særdeles utilfredse. En høj faglig standard kan næppe måles i undersøgelser om patienttilfredshed – men omvendt må en høj patienttilfredshed anses for at være en vigtig del af en høj faglig standard.

Efter nedlæggelse af to tredjedele af sengepladserne over 15-20 år på de psykiatriske hospitaler, er behandlingen af psykisk syge i væsentligt omfang overgået til den nu landsdækkende distriktspsykiatri [1] Relationen mellem patient og behandler er et vigtigt led i behandlingen, bl.a. for at muliggøre en høj kompliance, som, hvis den mangler, er en velkendt årsag til tilbagefald hos både patienter med skizofreni og patienter med bipolar affektiv sindslidelse [2].

Det er i distriktspsykiatrisk arbejde blevet almindeligt med faste behandlere og medfølgende ansvar for forløbet. I Vestsjællands Amt er det altid en psykiater, som er den øverste ansvarlige for behandlingen og garant for det lægefaglige niveau, selv om f.eks. distriktspsykiatriske eller psykologer er

de primære kontaktpersoner. Man kan have flere behandlere, såfremt en tværfaglig indsats er aktuell. Behandlingen varetages herefter af den/de samme behandlere, uanset om vedkommende patient er ambulant eller indlagt.

Andre distriktspsykiatriske centre i landet har et »udehold« og et »indehold« af behandlere, som forsøger at sikre kontinuiteten gennem fælles konferencer og et fælles tilhørsforhold til en organisation.

Som led i en kvalitetsudviklingsproces satte vi os for at undersøge, om vi opfyldte vores mål om en standard for behandlerkontinuitet på over 90%. Desuden ville vi undersøge, om også vores patienter er tilfredse med vores behandlingstilbud.

Vi har som udgangspunkt brugt en rutinemæssig halvårlig statusopgørelse, som samtidig er anvendt til revision af behandlingsplanerne, og et ajouførende notat til den praktiserende læge. De demografiske data for gruppen præsenteres, så man i andre distriktspsykiatriske centre kan sammenligne data.

Materiale og metoder

I Vestsjællands Amt dækkes psykiatrien af fire psykiatriske afdelinger ud fra bl.a. principper om nærhed og kontinuitet i behandlingen. Psykiatrien i Holbæk er en åben sengeafdeling med 19 døgnpladser og seks dagpladser samt et distriktspsykiatrisk ambulatorium med ca. 250 patienter i løbende behandling og behandlingsansvar for de 23-64-årige i en befolkning på ca. 52.000.

Ved behov for indlæggelse på en lukket afdeling sker dette på et af amtets andre sygehuse.

Ud over plejepersonalet på sengeafdelingen er behandlerpersonalet organiseret i to team med hver sit tilhørende geografiske ansvarsområde.

Hvert team udgøres af to overlæger, en distriktspsykiatriske, en socialrådgiver og en psykolog. Derudover er der ansat en enkelt yngre læge, som væsentligst varetager tilsyn og akutte opgaver. For at sikre optimal behandlerkontinuitet har hver behandler således ansvar for egne indlagte og ambulante patienter.

Med henblik på en beskrivelse af vores patientgruppe har vi igennem to år med halvårlige intervaller på en given dato opgjort patienternes demografiske data (**Table 1**). Ved denne undersøgelse udvidede vi den indarbejdede praksis til også at omfatte en anonym retrospektiv opgørelse af behandlerkontinuiteten i de forudgående seks måneder ved alle patientforløb, således at alle patienter, der var tilknyttet distriktspsykiatrisk ambulatorium i Holbæk i perioden fra den 29.april 1998

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

til den 28. oktober 1998 (inklusive afsluttede forløb og inklusive patienter, der på undersøgelsesdagen den 28. oktober 1998 var dag- eller døgnindlagt på den tilhørende sengeafdeling), fik opgjort: 1) antallet af fremmødekontakter i perioden, og 2) hvor mange af disse der var foregået ved deres personlige behandler/e.

Hvis patienter havde kontakt med andre behandlere, defineredes dette som »behandlerkontinuitetsbrud«, også selv om det var behandlere fra samme team. Brud på kontinuiteten blev fordelt på årsagsforhold: 1) fagligt begrundet behandler-skift på personalets initiativ, eksempelvis skift fra læge- til psykologsamtaler hos en umedicineret patient, 2) ferie, kursus eller sygdom hos behandleren, 3) behandler-skift efter patientens ønske og initiativ, 4) indlæggelsessamtale med anden behandler og 5) anden årsag.

Herefter blev der i august 1999 gennemført en anonym spørgeskemaundersøgelse med de på dette tidspunkt igangværende ambulante patienter vedrørende deres tilfredshed med behandlingen. I alt 235 patienter fik tilsendt et spørgeskema med 15 spørgsmål. Der blev vedlagt en frankeret svar-kvart, og de blev anmodet om at besvare spørgeskemaet inden for to uger.

De 15 spørgsmål (Tabel 2) kunne gradueres fra særdeles

Tabel 1. Demografiske data.

	%
Bykommune (Holbæk)	67
Landkommuner	25
Uden for optageområde	8
<i>Diagnostiske fordeling på hoveddiagnosegrupper</i>	
F0 Organiske tilstande	2
F1 Misbrug	4
F2 Skizofrenigruppen	30
F3 Affektive sygdomme	26
F4 Angstlidelserne	19
F6 Personlighedsforstyrrelser	11
Øvrige	8
Fik medicinsk behandling	ca. 75
Førtidspension	ca. 50
Behov for kontakt >2 år	51
Behov for to behandlere	56
Behov >2 behandlere	8

29% var forældre med i alt 173 børn. Heraf skizofrenigruppen: 20 patienter var forældre med i alt 33 børn.

tilfreds, tilfreds, hverken tilfreds eller utilfreds, utilfreds samt særdeles utilfreds. Spørgeskemaet er udarbejdet med inspiration fra forlæg benyttet i Københavns distriktspsykiatri og fra Verona *service satisfaction scale*, WHO (VSSS-54) [3], samt på baggrund af høring i lokale fokusgrupper af patienter m.m.

Tabel 2. Spørgsmål og besvarelser.

	Antal besvarelser	Særdeles tilfreds %	Tilfreds %	Hverken eller %	Utilfreds %	Særdeles utilfreds %
1 Hvor tilfreds/utilfreds er du med atmosfæren i venteværelset?	110	6	58	27	6	1,8
2 Hvor tilfreds/utilfreds er du med sekretærens modtagelse af dig?	106	23	52	18	6	1,9
3 Hvor tilfreds/utilfreds er du med de fysiske rammer her i distriktspsykiatriens ambulatorium?	107	9	58	24	9	0,0
4 Vi tilstræber, at det altid er den/de samme behandler(e), der varetager behandlingen ambulantly. Hvor tilfreds/utilfreds er du med, hvordan det faktisk foregår?	113	58	30	8	2	1,8
5 Vi tilstræber, at det altid er den/de samme behandler(e), der varetager behandlingen både ambulantly og under indlæggelse. Hvor tilfreds/utilfreds er du med, hvordan det faktisk foregår?	97	42	40	14	2	1,0
6 Hvor tilfreds/utilfreds er du med den tid, dine behandlere har til dig?	111	29	58	8	5	0,0
7 I Hvor tilfreds/utilfreds er du med den information, du får om behandlingen?	110	28	48	16	7	0,9
8 Hvor tilfreds/utilfreds er du med din indflydelse på, hvornår du bliver indlagt?	97	20	46	20	12	2,1
9 Hvor tilfreds/utilfreds er du med din indflydelse på behandlingen?	106	18	66	12	4	0,0
10 Hvor tilfreds/utilfreds er du med din mulighed for at kunne komme til at tale med en læge?	107	29	52	16	3	0,0
11 Hvor tilfreds/utilfreds er du med muligheden for at få en akut tid?	106	26	46	18	8	2,8
12 Hvor tilfreds/utilfreds er du med det nuværende resultat af din behandling?	107	25	54	18	3	0,0
13 Hvor tilfreds/utilfreds er du med den måde, dine pårørende er blevet inddraget på?	102	15	46	24	9	6,9
14 Hvor tilfreds/utilfreds er du med den opmærksomhed, du som forælder får fra distriktspsykiatrien omkring dine børn?	31	29	36	32	3	0,0
15 Hvor tilfreds/utilfreds er du med beliggenheden af distriktspsykiatrisk ambulatorium i forhold til din bopæl?	98	34	49	16	0	0,0
Gennemsnitlige bedømmelser		26	49	18	5	1,3

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

[4, 5]. Besvarelserne er opgjort ved, at alle svarene på det enkelte spørgsmål er lagt sammen inden for hver graduering og omregnet til procent.

Resultater

Demografiske data

De demografiske data er opgjort i forbindelse med behandlerkontinuitetsundersøgelsen, men skønnes at dække nogenlunde samme klientel som den population, der indgår i tilfredshedsundersøgelsen ca. et år senere (Tabel 1).

Behandlerkontinuitet

I behandlerkontinuitetsundersøgelsen indgik 319 patienters forløb, hvor kontinuiteten blev opgjort. Heraf var 251 igangværende ambulante, 15 indlagte og 53 afsluttede forløb.

Patienterne havde haft i alt 2.600 fremmødekontakter i det forløbne halve år, hvoraf 2.449 (94,2%) var med deres personlige behandler. De havde haft 14 dag- og 79 døgnindlæggelser i sengeafdelingen.

Der fandtes 151 behandlerkontinuitetsbrud (5,8%). Fordelingen fremgår af **Tabel 3**.

Hvis man med baggrund i personalets lave sygelighed ser bort fra brud forårsaget af personalets uundgåelige fravær og ser bort fra de få planlagte behandlerkift på personalets eller patientens initiativ, begrænses de egentlige kontinuitetsbrud til 51, dvs. 2% af alle kontakter. To tredjedele af disse resterende 51 brud skete ved indlæggelsessamtaler, heraf en del i aften- og natte timerne.

Resten skete ved akutte episoder oftest omkring somatiske problemer under indlæggelser.

Patienttilfredshed

Af de 235 udsendte spørgeskemaer blev 114 returneret (48,5%).

I de returnerede skemaer var 10,3% af spørgsmålene ubesvarede, bl.a. fordi nogle spørgsmål ikke havde relevans for alle (f.eks. spørgsmål vedr. børn). Resultaterne fremgår af Tabel 2.

Diskussion

Behandlerkontinuitet

Der er aktuelt fokus på kontinuitet i læge-patient-forholdet i somatikken mhp. bedring af patienttilfredshed via et bedre tilrettelagt behandlingsforløb [6].

Vi har ikke kendskab til andre offentliggjorte arbejder, hvori man har opgjort kontinuitet specifikt i forhold til behandleren, men et hyppigt brugt mål for kontinuitet i behandlingen har været den tid, som gik fra patienten blev udskrevet, og til de fik ambulant kontakt. I sammenligning mellem områder med og uden udbygget distriktspsykiatri fandt *Sytema et al* [7], at netop dette tidsinterval var meget betydningsfuldt for behandlingen, og at distriktspsykiatri gav kortest interval. Samme forfatter har i et senere caseregisterstudie vist, at kontinuitet i behandlingen var større i områder med mere udbygget distriktspsykiatri, og at det gav et uændret antal indlæggelser, men langt færre indlæggelsesdage [8].

Vores undersøgelse belyser ikke, om der er sammenhæng mellem kontinuitet og den relativt høje patienttilfredshed, men det må formodes at spille en vigtig rolle. Vi dokumenterede, at det var muligt at opnå meget høj grad af behandlerkontinuitet, og med et resultat på 94% levede vi fuldt ud op til vores kvalitetsmål. En forudsætning for dette niveau er, at arbejdet organiseres således, at behandlerne har ansvaret for den konkrete behandling både under indlæggelse og i ambulante forløb, og at der er en høj grad af stabilitet og tilstedeværelse i dagtiden. Dette kan realistisk kun opnås ved en relativt lav vagtbelastning for den enkelte læge.

Det er vores erfaring, at denne organiseringsform, via det gode kendskab til den enkelte patient: 1) er tidsbesparende, 2) giver grundlag for en sikrere vurdering af ændringer i den psykiske tilstand, 3) fremmer en ensartet holdning i forhold til de øvrige involverede personalemedlemmer og 4) giver en bedre styring.

Det største kritikpunkt er den manglende mulighed for specialisering, som har vist sig at give betydelige bedre effektparametre ved f.eks. bipolær sygdom, men tilsvarende kan tænkes at gælde for andre sygdomsleheder, f.eks. spiseforstyrrelser og behandlingsrefraktære depressioner. Øvrige ulemper kan være den personlige belastning af behandlerne ved vanskelige behandlingsforløb og risikoen for ensidighed i patientvurderinger med deraf følgende mulighed for ringere behandling.

Patienttilfredshed

I et nyligt publiceret Cochrane-*review* vedrørende distriktspsykiatrisk service vises det, at distriktspsykiatrisk service gav større accept af behandlingen og måske færre selvmord og indlæggelser i forhold til områder, som kun har sygehusbehandling [9]. I et Cochrane-*review* fra samme år sammenligner man almindelig distriktspsykiatrisk service med en mere intensiv form kaldet *assertiv community treatment* (ACT). Konklusionen i *review*'et var, at ACT-behandling gav færre indlæggelser og kortere indlæggelsestid [10]. Ligeledes fandtes bedre effektparametre vedr. boligforhold, beskæftigelse og patienttilfredshed. Mange forhold har betydning, når man skal vurdere patienttilfredshed - ikke mindst de forhold/tilbud, patienten ikke ved findes. Den opgjorte tilfredshed skal derfor ses i tæt relation til de stillede spørgsmål.

Tabel 3. Behandlerkontinuitetsbrud (ud af i alt 2.600 kontakter).

	Antal	%
Fagligt begrundet	6	0,2
Ferie og sygdom	92	3,5
Patientønske	2	0,1
Indlæggelse ved anden læge	36	1,4
Anden årsag	15	0,6
I alt	151	5,8

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Den i vores undersøgelse fundne besvarelsesprocenten på ca. 50 er i niveau med de 45-85, man har fundet i tilsvarende undersøgelser [11-13].

Som det kan ses af Tabel 2, er der gennemgående høj grad af tilfredshed med de forhold, der blev spurgt om, idet 75% var tilfredse/særdeles tilfredse. Kun 7% var utilfredse/særdeles utilfredse.

Lidt lavere end tilfredsheden med de øvrige forhold lå tilfredsheden med inddragelsen af de pårørende og muligheden for indlæggelse. Da afdelingen stort set altid sørger for, at der er ledige sengepladser, må de 15%, som var utilfredse/særdeles utilfredse med muligheden for indlæggelse, formentlig dreje sig om en personkreds, som ønsker indlæggelse, men hvor vi i vores faglige bedømmelse ikke skønnede, at akut indlæggelse ville gavne patienten, eller at vi har ment, at indlæggelse kan udsættes. Et dilemma, der også kendes i somatikken.

Vores undersøgelse viser, at patienterne er tilfredse med det givne tidsforbrug, men samtidig efterlyser ca. 10% bedre mulighed for akut tid. Tilfredsheden med tidsforbruget pr. patient ligger på samme niveau som i *Sandlund & Hanssons* undersøgelse [12]. Vi har i halvåret før opgjort hyppighed og tidsforbrug af lægekontakt i det ambulante arbejde til en halv time hver fjerde uge. I andre undersøgelser af lægers tidsforbrug er det fundet at være fra 6 til 29 min pr. patient pr. 14. dag [14].

Sammenligninger af tilfredshedsundersøgelser er vanskelige, da der mangler standardiserede undersøgelsesmetoder [13, 15, 16].

I vores undersøgelse var designet en anonym spørgeskemaundersøgelse, der ikke gav mulighed for at se, om tilfredsheden var forskellig inden for de forskellige diagnostiske kategorier. Det var der derimod i *Theranis* undersøgelse [14], hvor der blev fundet størst tilfredshed hos patienter med psykotiske lidelser. I vores population havde 56% af patienterne psykose- eller affektiv diagnose, men det er uvist, hvordan diagnosefordelingen var hos henholdsvis den gruppe, der besvarede spørgeskemaet, og den gruppe, som ikke besvarede det.

Sandlund & Hansson [12] fandt i deres undersøgelse, at der ikke var væsentlige forskelle i karakteristika mellem dem, som besvarede, og dem, som ikke besvarede spørgeskemaerne. De fandt også lav tilfredshed på spørgsmål om information og medindflydelse, samt lav tilfredshed med pårørendes inddragelse. I sidstnævnte område fandt vi også lavere tilfredshed (gennemsnitlig 15% var utilfredse/særdeles utilfredse).

Ligeledes fandt *Therani* [16] lav tilfredshed med informationsniveauet, hvorimod vores undersøgelse viser høj tilfredshed med informationsniveauet. Vores undersøgelse viser tilfredshed svarende til *Theranis* med det generelle forløb af behandlingen.

Konklusion

Ved samme behandler under og efter indlæggelse kan man opnå en meget høj behandlerkontinuitet, hvilket både be-

handlere og patienter synes at være tilfredse med. Hvordan kontinuiteten kan bevares samtidig med en øget specialisering, ser vi som en af de store udfordringer i det næste årti.

75% af de patienter, som har besvaret spørgeskemaerne, er tilfredse eller særdeles tilfredse med den ydede behandling, og kun 7% er utilfredse eller særdeles utilfredse. Størst er utilfredsheden med indlæggelsesmulighed og inddragelse af de pårørende. En høj faglig standard kan næppe måles i undersøgelser om patienttilfredshed – men omvendt må en høj patienttilfredshed anses for at være en vigtig del af en høj faglig standard.

Korrespondance: *Jens Meyer Svendsen*, Psykiatrihospitalet i Dianalund, DK-2493 Dianalund. E-mail: jenssvendsen@dadlnet.dk

Antaget: 20. april 2005

Interessekonflikt: Ingen angivet

Litteratur

1. Kistrup KR. Udviklingen af distriktspsykiatrisk service i Danmark. *Ugeskr Læger* 1998;160:53.
2. Kane JM. Schizophrenia. *N Engl J Med* 1996;334:34-41.
3. Ruggeri M, Dall'Agnola. The development and use of the Veronica Expectation for Care Scale (VECS) and the Veronica Service satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological medicine* 1993;23:511-23.
4. Rhode P, Rasmussen L. Introduktion til kvalitetsarbejde 2. Århus: Århus Amt, 1994:89-99.
5. Vendsborg PB, Garsdal O, Knudsen HC. Metode til kvalitetssikring i et distriktspsykiatrisk center. *Ugeskr Læger* 1998;160:1800-4.
6. Haller J. Projekt »Personlig læge« vil sprænge rutinerne. *Ugeskr Læger* 2002;164: 364-5.
7. Sytema S, Micciolo R, Tansella M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen case-register study. *Psychol Med* 1997;27:1355-62.
8. Sytema S, Burgess P. Continuity of care and readmission in two service systems: a comparative Victorian and Groningen case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ;100:212-9.
9. Tyrer P, Coid J, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.
10. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858. CD001089.
11. Folker H, Jensen BM. Undersøgelse af udvalgte metoder til selvvurdering af helbred, livskvalitet og tilfredshed med behandling. *Ugeskr Læger* 2001; 163:3347-52.
12. Sandlund M, Hansson L. Patient satisfaction in a comprehensive sectorized psychiatric service: study of a 1-year-treated incidence cohort, Nord J Psychiatry 1999;53:305-12.
13. Ruggeri M. Patients and relatives satisfaction with psychiatric service: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1994;29: 212-7.
14. Søgård U, Lindhardt A. Lægetidens anvendelse og den direkte patientkontakt på Roskilde Amtssygehus Fjorden. *Ugeskr Læger* 1997;159:2546-50.
15. Tehrani, E. Kontinuitet og patienttilfredshed i psykiatrien [ph.d.-afhandl.]. Aarhus Universitet, Institut for psykiatrisk grundforskning, 1995.
16. Tehrani, E, Ewald EL, Munk-Jørgensen P, Kvalitet af psykiatrisk behandling. *Ugeskr Læger* 1996;158:158-62.