

Den slutna vården

En kartläggning av patienter med
många vårddygn på BUP-kliniken

Mia Danielson Tobias Edbom



Den slutna vården

En kartläggning av patienter med
många vårddygn på
BUP-kliniken i Stockholm

Denna rapport kan beställas genom Utvecklings- och utvärderingsenheten
Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.

© Författarna och Stockholms läns landsting 2010. Omslagsbild: Rolf Sjöberg

ISSN 1404-8353

Intellecta Infolog, Kålleröd, 2010

Förord

Enligt det riksdagsbeslut från 1997 som utvecklar riktlinjer utifrån prioriteringsutredningens förslag (Vårdens svåra val) skall bl.a. behovssolidaritetsprincipen gälla, vilket innebär att patienter med de största vårdbehoven skall prioriteras och sjukvårdens resurser bör i första hand användas för dessa patienter. Hur gör vi inom BUP i detta avseende? Hur används våra slutenvårdsresurser och hur behandlas patienter med de största vårdbehoven i vår organisation? Ola Duregård gjorde en uppföljningsstudie över patienter som vårdades på dåvarande Ungdomsavdelningen på Karolinska Sjukhuset på 1990-talet. Föreliggande studie, som är den första i sitt slag sedan BUP 2005 genomfördes, försöker beskriva den patientgrupp inom BUP-divisionen som har flest vårddygn inom slutenvården. Vad kännetecknar dessa patienter? Vilka svårigheter har de? Vilka sociala omständigheter finns? Vilka mottagningar kommer de ifrån? Hur ser samarbetet med öppenvården ut? Vilka vårdinsatser har patienterna erbjudits? Vad händer när patienterna skrivs ut? Frågeställningar av detta slag har varit utgångspunkten för studien. Författarna har lagt ner ett stort arbete på att försöka besvara dessa frågeställningar, med utgångspunkt i de olika dokumentationssystem som finns inom verksamheten. Det visade sig dock mycket svårt att ge tydliga svar på många frågor eftersom dokumentationen var otillräcklig eller motsägelsefull. Detta visar bland annat vikten av att ha tydliga rutiner för vad, när och hur saker dokumenteras som har med innehållet i vården att göra. Förhoppningsvis kan fortsatt utvecklingsarbete av vårt Pastill-system och vår datoriserade journal Take Care underlätta liknande studier i framtiden. Jag hoppas att denna studie följs av fler där denna patientgrupp beskrivs ur olika synvinklar och där svaren kan hjälpa oss att förbättra vården för de patienter som Vårdens Svåra Val menar att vi har en skyldighet att prioritera.

Stockholm 2010-10-07

Peter Engelsöy

T.f. verksamhetschef BUP-kliniken

Sammanfattning

Av den totala BUP-populationen utgör kliniken ca 4 procent av alla patienter. Resursmässigt står klinikvården för ca 30 procent av BUP:s resurser. Även om det är patienter med ett betydande vårdbehov som är aktuella för slutenvård finns det i dag stor spridning vad gäller just vårdtider inom kliniken. Kunskapen om vad som förklarar dessa skillnader är dock begränsad.

Syftet med denna kartläggning är att få mer kunskap om de patienter som har flest vårddygn inom kliniken, vilken vård dessa patienter får på kliniken samt få reda på mer vad som föranleder inläggning och vad som tar vid efter vården vid kliniken.

Rapporten är indelad i två delar. Den första delen har som syfte att utifrån Pastill jämföra patientgruppen med många vårddygn (28 vårddygn i slutenvård eller mer) och övriga patienter för att se vad som kännetecknar de olika patientgrupperna. Den andra delen är en fördjupad journalstudie av 29 patienter med många vårddygn med syftet att närmare studera vårdprocessen.

Det finns inte någon skillnad avseende inskrivningsålder mellan de med många vårddygn och övriga. Andelen flickor är högre i gruppen med många vårddygn, 81 procent jämfört med 57 procent. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan patientgrupperna avseende familjeförhållanden. Den kontaktorsak som främst skiljer sig åt mellan patientgrupperna är ätstörningar vilket de med många vårddygn i högre utsträckning hade vid inskrivningen. De med många vårddygn tenderar att i högre utsträckning ha angett problem i barnomsorg/skola samt ångest, tvång och fobier då de kontaktat mottagningen. De med många vårddygn har i högre utsträckning diagnosen ätstörningar enligt Pastill. Det finns ingen skillnad mellan patientgrupperna avseende CGAS. Det finns dock skillnader mellan grupperna avseende hur många kontakter de haft med olika BUP-enheter. I genomsnitt har patienter med många vårddygn 5,5 kontakter och de övriga 3,5 kontakter.

Enligt journalerna hade 24 patienterna fått diagnos och den vanligaste diagnosen är ångeststörning. Journalanteckning har operationaliserats som aktivitet. Sammanlagt har 2635 anteckningar kodats på 29 patienter. I medeltal har 95 anteckningar gjorts per patient och i medeltal är patienternas vårdförlopp (den tid journalen sträcker sig över) 60 veckor.

Till viss del korrelerar antal anteckningar och journaltid och aktiviteten minskar i regel med tiden. I vissa fall har patienten varit på permissioner en stor del av vårdförloppet. I vissa journaler är dock omfattande sammanfattningar vanligt vilket innebär att antalet anteckningar blir mindre och därmed kan aktiviteten se ut att vara mindre.

Typen av aktivitet ändras över tid. Andelen besök/samtal minskar i slutet av vårdtiden medan behandlingsanteckningar och daganteckningar blir vanligare i slutet. Patienten själv har varit delaktig i tre fjärdedelar av aktiviteterna i alla tre perioder. Familjen har varit delaktig i 67 procent av aktiviteterna i första perioden.

Knappt hälften av anteckningarna innefattar på något sätt en intervention. Sett över tid är det fler interventioner i den första perioden av vårdförloppet. Familjearbete minskar med tiden och tvångsåtgärder är vanligast i mellanperioden.

Den vanligaste anteckningen handlade om någon form av samtal. Det vanligaste inslaget i samtalsanteckningarna är beskrivning av status. Ofta innehåller också samtalsanteckningarna planering och bedömning. Planering var dock oftast att man bestämde datum för nästa samtal.

Personal från någon annan BUP-enhet utanför kliniken medverkade i samtal vid minst ett tillfälle i majoriteten, 90 procent, av ärendena.

I den aktuella patientgruppen går det att urskilja att 86 procent av patienterna har varit aktualiserade inom öppenvården vid minst ett tillfälle under journaltiden. Tio patienter har varit inskrivna någon gång på mellanvården. Om man studerar de flödesbilder som tagits fram per individ kan man se att patienterna varit inskrivna i mellanvården i olika skeenden av vårdperioden.

I materialet har tio anteckningar klassificerats som ren utskrivningsanteckning. Dessa är fördelade på sju patienter vilket betyder att ett par patienter har fler än en utskrivnings anteckning.

Det har under resans gång uppstått framför allt metodologiska problem vilket i grunden beror på svårigheterna att kvantifiera kvalitativ data, d.v.s. koda journaldata, vilket kan upplevas som begränsande och trubbigt. Ur analyserna har vi ändå haft möjligt att urskilja intressanta resultat om denna patientgrupp, men också om hur vården är organiserad. Sammanfattningsvis kan sägas att studien visar att det är svårt att följa en vårdepisod i journalen, att patientgruppen är aktiv på många enheter inom samma vårdepisod, att patienterna många gånger har ett flertal kontakter vid verksamhetens akutmottagning samt att de får träffa många olika behandlare under vårdtiden. Det här är en patientgrupp som får mycket resurser och är svårbehandlade, vilket vi kan se i materialet och som ett resultat av rapporten bör rutiner för systematisk dokumentation och uppföljning av planerade åtgärder utarbetas. Även när det gäller diagnostik bör verksamheten utveckla rutiner.

Författarnas förord

Under 2007 väcktes frågor om de patienter som erhåller mycket vård inom BUP:s slutenvård från såväl divisionsledning som klinikledning. Vi började då samarbeta kring frågan i en arbetsgrupp bestående av, förutom undertecknade, Olle Lindevall, enhetschef vid Utvärderingsenheten och Ola Duregård, enhetschef vid BUP-kliniken, vilka sedan kom att utgöra referensgrupp.

Det har varit en stor utmaning att få reda på det vi velat undersöka och vi har under tiden prövat oss fram på olika sätt. Vi förstod tidigt att Pastill inte skulle räcka utan att vi också skulle behöva komplettera med en journalstudie. Från början tänkte vi inkludera omvårdnadsjournalerna för att kunna beskriva vården, men efter att ha gått igenom ett par sådana journaler insåg vi att de inte riktigt innehöll de uppgifterna som vi ville fånga och därför blev patientjournalerna den huvudsakliga källan. Då alla journalanteckningarna var kodade och inmatade kom bakslaget, ofta saknades datum för permissioner, utskrivning etc., varför journalerna inte var tillförlitliga för att kunna beskriva vårdflödet. Varje patient som ingick i undersökningen fick vi därför gå igenom i Pastill för att där få fram inskrivnings- och avslutningsdatum. Utan Yvonne Tesstors arbetsinsats hade detta inte varit möjligt - Tack Yvonne!

Innehållsförteckning

Inledning	1
BUP-kliniken	1
Syfte	3
Metod	5
Del 1. Övergripande beskrivning av patienter som vårdats på kliniken	5
Del 2. Fördjupad journalstudie av patienter med många vårddygn	6
Kodning av journalanteckningar.....	7
Beskrivning av tid.....	7
Beskrivning av patientgruppen	8
Beskrivning av var patienten fått vård.....	8
Jämförelse av aktivitetsgrad och vårdlängd mellan grupper	9
Statistiska analyser.....	10
Resultat	11
Del 1. Övergripande beskrivning av patienter som vårdats på kliniken ...	11
Kön och Ålder	11
Familjeförhållanden.....	11
Psykosociala påfrestningsfaktorer	11
Kontactorsak.....	12
Diagnos och funktion.....	12
Kontakter/vård inom BUP	13
Lokal mottagning.....	14
Del 2. Journalstudie av patienter med många vårddygn	16
Beskrivning av patientgruppen	16
Omfattning av vård	17
Vilka anteckningar har då gjorts?.....	20
Interventioner.....	22
Samtal	24
Samverkan	26
Kan skillnader i vårdtid och aktivitet förklaras?.....	27
Vårdkedjor	28
Varför läggs patienterna in?.....	28
Utskrivning	29

Diskussion.....	31
Metoddiskussion	31
Funktion	32
Diagnoser	32
Patientgruppen	33
Vad innehåller vården	33
Samarbete eller vårdkedja?	34
Vad tar vid efter kliniken?.....	34
Till sist	35
Litteraturförteckning.....	37

Bilagor: Uppgifter från Pastill och journal för respektive patient som ingår i journalstudien

Inledning

År 2005 genomförde Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm en omfattande omorganisation. BUP är indelat i fyra geografiska verksamhetsområden för den öppna mottagningsvården, ett verksamhetsområde för Specialiserad vård och ett verksamhetsområde för den klinikanslutna vården. Den senare av verksamheterna ansvarar för hela Stockholms slutenvård med 32 vårdplatser.

Verksamhetsområdet BUP-kliniken i Stockholm har till huvuduppgift att ge vård till patienterna med störst vårdbehov genom att erbjuda heldygnsvård när öppenvårdens och mellanvårdens insatser bedöms vara otillräckliga samt ge psykiatrisk tvångsvård. Av den totala BUP- populationen utgör kliniken ca 4 procent av alla patienter. Resursmässigt står dock klinikvården för ca 30 procent av BUP:s resurser (Castelius, 2008). Även om det är patienter med ett betydande vårdbehov som är aktuella för slutenvård finns dock en viss variation av vårdtyngd baserad på diagnos, vårdinnehåll samt vårdlängd. Det finns i dag stor spridning vad gäller just vårdtider inom kliniken men det finns begränsad kunskap om vad som förklarar dessa skillnader. Under 2007 väcktes frågor kring vad man vet om patientgruppen som erhåller mycket vård inom slutenvården. En arbetsgrupp bestående av Mia Danielson, projektledare vid Utvärderingsenheten, och Tobias Edbom, utvärderingssamordnare vid BUP-kliniken, påbörjade arbetet med hur denna fråga skulle kunna operationaliseras tillsammans med Ola Duregård, enhetschef vid BUP-kliniken och Olle Lindevall, enhetschef för Utvärderingsenheten.

BUP-kliniken

BUP-kliniken består av fyra enheter. Inom den centraliserade slutenvården ryms en gemensam akutmottagning med två vårdplatser, en klinikdel vilken utgörs av två geografiska enheter, Nord och Syd, uppdelade i fyra geografiska team: nordost, nordväst, sydost, och sydväst. Verksamheten har även en enhet inriktad mot psykos och bipolära tillstånd (EBPT). Fram till hösten 2008 ingick i kliniken även en Konsultverksamhet vilken jobbar mot de tre somatiska barnsjukhusen i länet. De två geografiska enheterna Syd och Nord har varsin vårdavdelning med dygnet-runt-vård 5 dagar i veckan (5 dygn Nord och 5 dygn Syd) samt fram till maj 2008, en gemensam heldygnsavdelning verksam 7 dagar i veckan (under 2008 införlivades heldygnsavdelningens platser i enheterna Nord respektive Syd). Det finns även 13 lägenhetsplatser för familjevård knuten till verksamheten. Förutom dygnetruntvård erbjuder enheterna även dagvård.

Under 2008 hade man vid klinken ca 1300 kontakter årligen varav ca 90 procent skedde på akutmottagningen. Resterande 10 procent av kontakterna skedde inom klinikenheterna och EBPT. Det finns dock ett visst flöde mellan dessa tre enheter. Då BUP-kliniken i Stockholm har till huvuduppgift att ge vård till patienter med störst vårdbehov blir det ett selekterat urval av patienter.

I verksamheten bedrivs behandling baserad på olika metoder, t.ex. familjeterapi, psykopedagogisk intervention (PPI), miljöterapi och farmakologisk behandling för att nämna några. Den varierande arsenalen av metoder kräver en personalsammansättning med olika kompetenser för att erhålla det mångdimensionella synsätt som präglar verksamheten. För att nå en så bred förståelse som möjligt om patienten och dennes situation, arbetar bland annat barnpsykiater, sjuksköterskor, mentalskötare, psykologer och kuratorer tillsammans i team runt varje patient.

Liknande patientgrupp har studerats av bland annat Ola Duregård (2008) som undersökte 197 patienter vid Karolinska Sjukhusets Ungdomsavdelning aktuella under perioden 1991-1999. Syftet med den studien var bland annat att studera samband mellan riskfaktorer, symptomutveckling, diagnoser, funktionsnivå och vårdbehov. I studiegruppen identifierade författaren sex diagnosgrupper där den vanligaste diagnosen var ”mild adolescensstörning” (F92, F94 och F98). Den genomsnittliga vårdtiden var 2 ½ månad och patienterna hade i genomsnitt ett GAF-värde på 20 poäng. Vidare hade ca 40 procent tidigare haft kontakt med BUP innan aktuell vårdperiod. Resultaten visar att det går att identifiera ett speciellt förlopp där olika riskfaktorer samvarierar med vårdbehovet.

Inför kommande studie har slutenvården omorganiserats och en samlad kunskap om de mest vårdkrävande patienterna inom BUP är idag knapphändig varför denna studie initierades.

Syfte

Syftet med denna kartläggning är att få mer kunskap om de patienter som har flest vård dygn inom slutenvården på kliniken, vilken vård dessa patienter får på kliniken samt få reda på mer om vad som föranleder inläggning och vad som tar vid efter vården vid kliniken.

Metod

Denna rapport bygger på uppgifter från två olika källor; patientregistret Pastill och patienternas medicinska journaler. Pastillsystemet är barn- och ungdomspsykiatrins vårdregister i Stockholms läns landsting. Pastill tjänar flera syften:

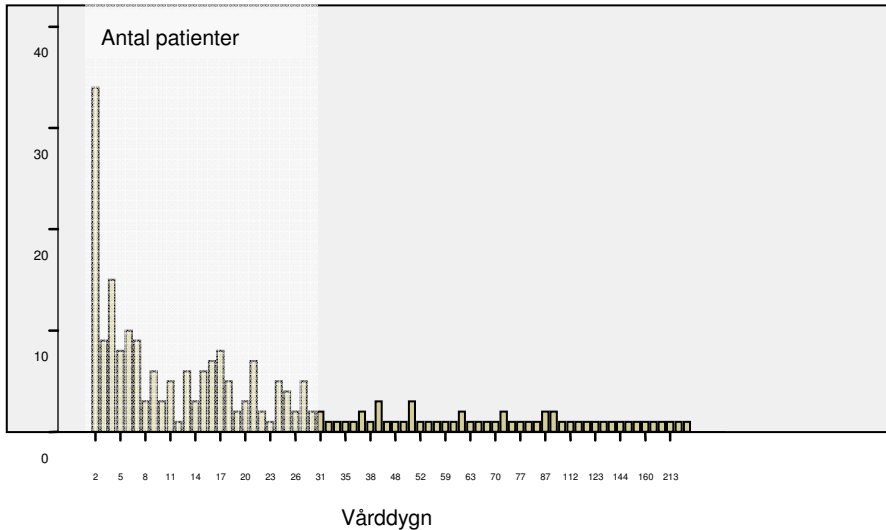
- Underlag för intern verksamhetsstatistik och verksamhetsuppföljning på enhetsnivå, såväl som på verksamhetsområdes- och divisionsnivå
- Patientadministration, d.v.s. att hålla reda på vilka patienter som har eller har haft kontakt med BUP samt med vilka enheter och behandlare
- Leverans av uppgifter till beställaren om patientbesök och dygnet-runtvård genom sjukvårdens gemensamma databaser GVR/VAL där de dels ligger till grund för beställarens uppföljning av BUP:s prestationer, dels kommer till användning vid analys av befolkningens sjukvårdskonsumtion och sjukvårdsbehov
- Grundmaterial för verksamhetsutvärdering och forskning.

Denna rapport om patienter med många vårddygn i slutenvård på kliniken är indelad i två delar. Den första delen har som syfte att utifrån Pastill jämföra patientgruppen med många vårddygn och övriga patienter för att se vad som kännetecknar de olika patientgrupperna. Den andra delen är en fördjupad journalstudie av patienter med många vårddygn med syftet att närmare studera vårdprocessen.

Del 1. Övergripande beskrivning av patienter som vårdats på kliniken

Uppgifter om hela patientgruppen som vårdats minst ett dygn i slutenvård, dvs patienter som har en sängplats på kliniken, har hämtats från patientregistret Pastill. Sammanlagt 226 patienter hade vårdats mer än 1 dygn under perioden januari 2006 till februari 2008 inom slutenvård (se figur 1). Patientgruppen delades upp i två grupper beroende av vårdtid. Gruppen med många vårddygn definierades som de patienter med vårdtid inom 75:e percentilen vilket resulterade i 62 patienter med mer än 27 vårddygn och 164 patienter med 27 vårddygn eller mindre. Analyserna är gjorda på "ärendenivå" dvs. en patients påbörjade vårdepisod inom BUP divisionen.

De analyser som genomförts utifrån Pastill baseras på öppenvårdsdata (inskrivningsdata). De områden som studerats är bl.a. demografiska data, antal kontakter, kontaktorsaker, diagnoser etc.



Figur 1. Antal patienter med fler än 1 vård dygn fördelade på två grupper under perioden 2006-2008 inom slutenvård.

Del 2. Fördjupad journalstudie av patienter med många vård dygn

Utifrån den ovan definierade patientgruppen med mer än 27 vård dygn (62 patienter) i slutenvård på kliniken från Pastill gjordes ett slumpmässigt urval av patienter på ca 50 procent (n=34) vilka blev föremål för journalstudien. Denna patientgrupp kommer i fortsättningen att beskrivas som patienter med många vård dygn. Urvalet kontrollerades för CGAS, ålder och kön. Fem journaler var under datainsamlingen inte tillgängliga och blev därför bortfall. Journalstudien bygger slutligen på uppgifter från sammanlagt 29 individer och genomfördes med start våren 2008 och avslutades december 2008.

För att få en kvantifierad beskrivning av vårdens innehåll och process koderades varje anteckning i journalerna utifrån ett formulär. Formuläret innehöll uppgifter om datum, enhet, inblandad personal, typ av anteckning, uppgifter i samband med inskrivning, utskrivning, innehåll i samtal, typ av intervention samt typ av utredning. Mängden aktiviteter motsvaras av antalet journalanteckningar. Genom denna klassificering har journalanteckning och aktivitet blivit synonyma.

Valet av den medicinska journalen som grund för datainsamlingen har sitt ursprung i studiens frågeställningar såsom beslutgångar, flöden och vårdinnehåll. Andra faktorer som ligger till grund för valet av medicinsk journal är

att information från flera vårdepisoder finns. Vad gäller frågan om vårdinnehållet finns detta också beskrivet i omvårdnadsjournalen men vi fann att denna extra genomgång skulle ge begränsad information i förhållande till arbetsinsatser och därför valdes omvårdnadsjournalen bort som datakälla för denna studie.

Kodning av journalanteckningar

Journalanteckningar ser olika ut och innehåller mycket olika uppgifter beroende på vem som skrivit anteckningen. Denna studie är ett försök att extrahera anteckningarna och i så stor utsträckning som möjligt ge en objektiv bild av vården. Därför har vi i samband med kodningen följt principen att om det i anteckningen inte uttryckligen står exempelvis behandling, uppföljning eller planering har det inte kodats som det. Det finns såväl fördelar som nackdelar med detta sätt. Vissa samtal/anteckningar vilka ändå kan ha innehållit moment av kategorin, exempelvis uppföljning, men där man inte uttryckt att man följt upp föregående samtal, medicinerings etc., har därför inte fallit under den rubriken (underrepresentation). Andra samtal/anteckningar som uttryckt begreppet, t.ex. planering, men där den enda planering som gjorts är att nästa samtal planerats, hamnar under den kategorin trots att det inte riktigt beskriver innehållet (överrepresentation).

En frågeställning i studien var att få ökad kunskap om vad som hände med patienterna efter utskrivning. Mycket få journaler innehöll dock uppgifter om detta varför frågan inte kommer att kunna besvaras.

Beskrivning av tid

Tiden från första journalanteckning till sista journalanteckning kallas i rapporten för vårdförlopp. För att kunna jämföra vårdförlopp då journaltiderna skiljer sig så mycket som de gör mellan patienterna har varje individs journaltid delats upp i tre perioder; den första kvartilen (Första period), kvartil två och tre (Mellanperiod) och fjärde kvartilen (Sista period). På det sättet blir det möjligt att jämföra vårdprocesserna.

Episod är tiden mellan en inskrivning och utskrivning.

Vårdförlopp/Vårdtid är den tid som journalen beskriver och kan bestå av flera episoder och kan enligt Pastill bestå av flera ärenden då patienten kan ha skrivits ut och in flera gånger. Omnämns ibland också som journaltid.

Vårdperiod är någon av de tre perioder vi delat upp vårdförloppet i.

Beskrivning av patientgruppen

Diagnos kan registreras både i journal och i Pastill. I journalen sker denna registrering löpande under vårdtidens gång medan det i Pastill sker i samband med avslutning av ärendet. I fördjupningsstudien har alla anteckningar registrerats där diagnos journalförts. Inom BUP i Stockholm används två olika klassifikationssystem, WHO Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (ICD 10) samt DSM IV-R. DSM IV-R används inom öppenvård och mellanvård och ICD 10 används inom slutenvård. Diagnoser vid kliniken utgår från ICD 10 klassifikationssystem. Inom kliniken klassificeras nästan alla patienter inom kapitel V vilket innehåller "Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar" (F00-F99), kapitel XX, "Yttre orsaker till sjukdom och död" (V01-Y98) samt kapitel XXI, "Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvård" (Z00-Z99).

I fördjupningsstudien utgår diagnoser från ICD 10 om ej annat anges.

CGAS ska skattas vid inskrivning och utskrivning och då föras in i journal och Pastill. I journalerna har det dock inte alltid förts in i samband med inskrivning och utskrivning vilket omöjliggjort att studera vårdtid och aktivitet utifrån patienternas funktionsnivå. CGAS -värden har helt saknats i tre journaler. I 20 journaler fanns CGAS -värde med vid inskrivningsanteckningen, och i tre journaler i samband med utskrivningssamtal eller utskrivningsanteckning. Därför har istället den första CGAS- skattningen gjord på kliniken, i vissa fall på akuten, under aktuellt vårdförlopp, använts.

Beskrivning av var patienten fått vård

Ett av syftena med denna studie är att undersöka vårdförloppet utifrån inblandade vårdgivare. Vid varje anteckning kodades därför även vid vilken enhet anteckningen gjordes vilket ligger till grund för beskrivning av själva klinikvården.

För att få en mer heltäckande bild även av de enheter utanför kliniken som varit inblandade i respektive patient kompletterades data med uppgifter från Pastill. I de flödesbilder som tagits fram i bilaga 1 har vi beskrivit var patienten varit inskriven enligt Pastill under vårdförloppet. Då grunddata är journalanteckning har det föranlett vissa problem. I några fall har patienter inte registrerats i Pastill trots journalaktivitet, i andra fall har det inte varit någon journalaktivitet under en längre tid trots att patienter inte skrivits ut enligt journaluppgift eller avskrivits i Pastill. Därför finns i enstaka fall problem i beskrivningen av flödena mellan enheter.

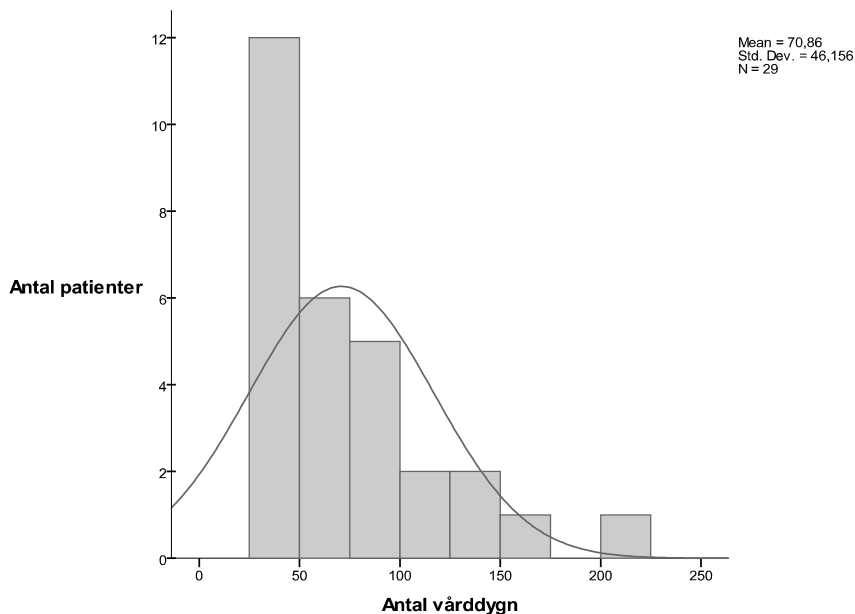
Flödena beskriver enbart enheter under beskrivet vårdförlopp och börjar vid första journalaktivitet som ingår i studien. Därför kan patienterna ha varit

aktuella tidigare eller senare inom öppenvården, mellanvården eller vid någon specialenhet.

Jämförelse av aktivitetsgrad och vårdlängd mellan grupper

Möjligheten till analyser mellan grupper är i materialet begränsad då det dels är ett förhållandevis litet material och dels en förhållandevis homogen grupp. I ett försök att ändå förstå vad som kan förklara skillnaden i hur långvarig vården varit och mängden aktivitet har några oberoende variabler identifierats som kan tänkas ha betydelse. Följande variabler har dikotomiserats:

- Tid för diagnos – De som erhållit diagnos inom två veckor från påbörjad klinikjournal (n=14) och de som erhållit diagnos senare i vårdförloppet (n=15).
- Antal vårddygn – Trots att urvalet skall representera den 75:e percentilen av materialet avseende antal vårddygn finns en relativt stor spridning inom studiegruppen (se figur 2). Vi har valt att dikotomisera denna variabel i två grupper; 28 - 50 vårddygn (n=14) samt 51 vårddygn eller mer (n=15).
- Enheter – Valet av enheter som oberoende variabel bygger en organisatorisk uppdelning där vi valt att dela upp på Nord (n=19) och Syd (n=10). Då materialet är relativt litet finner vi det inte meningsfullt att väga in fler enheter och alla patienter har vid något tillfälle varit inskrivna på antingen nord eller syd.



Figur 2. Fördelning av antal vård dygn i undersökningsgruppen (75:e percentilen)

Statistiska analyser

Rapporten är i första hand deskriptiv. Valet av statistisk analys utgår dels ifrån frågeställningen men också på vilken typ av data som ska analyseras. I den första delen är data på nominal skalnivå varför Chi2 test har varit det främsta testet för att avgöra om det finns skillnader mellan grupperna. I den andra delen har ttest och Anova använts för att undersöka om skillnader mellan medelvärden i olika grupper förekommer.

I studien har vi valt att använda oss av både statistisk signifikans och tendens för att beskriva skillnader mellan grupper. Ett signifikant värde från ett statistiskt test innebär att skillnaden mellan två värden inte beror på slumpen. Inom statistiken brukar p-värde < 0,05 vara en vedertagen gräns för att uttala sig om signifikans, d.v.s. att det är mindre än 5 procents sannolikhet att skillnaden beror på slumpen. I vissa fall kan även p-värdet < 0,1 d.v.s. att det är mindre än tio procents sannolikhet att skillnaderna beror på slumpen räknas som signifikans. I denna studie har vi valt att kalla denna lägre grad av signifikansvärde för tendens.

Resultat

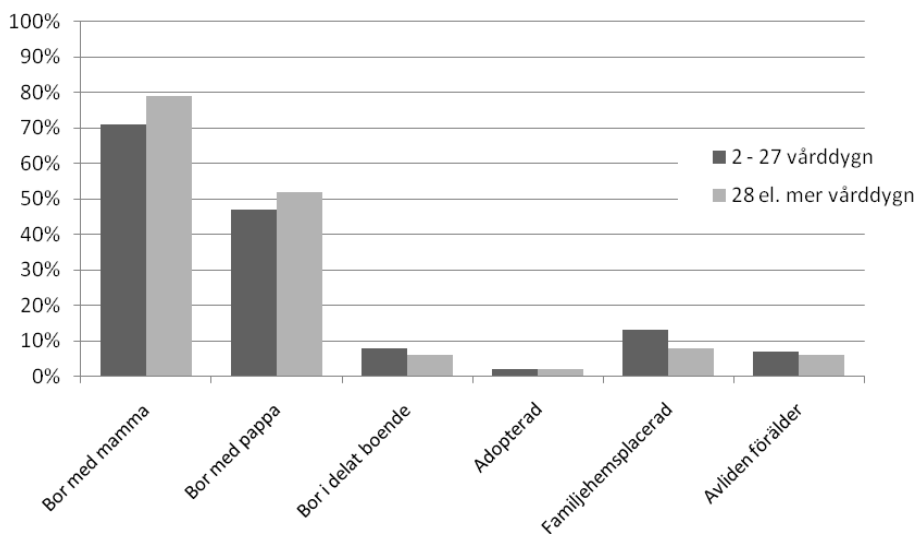
Del 1. Övergripande beskrivning av patienter som vårdats på kliniken

Kön och Ålder

Medelåldern för patienter som vårdats på kliniken mer än ett dygn är 14-15 år vid inskrivningen. Det finns inte någon skillnad avseende inskrivningsålder mellan de med många vårddygn och resterande. Majoriteten, 81 procent, av de med många vårddygn är flickor vilket skiljer sig från de resterande där 57 procent av patienterna är flickor.

Familjeförhållanden

Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan patientgrupperna avseende familjeförhållanden (se figur 3).



Figur 3. Familjeförhållanden i patientgrupperna med korta respektive många vårddygn

Psykosociala påfrestningsfaktorer

Det finns få skillnader avseende psykosociala påfrestningsfaktorer mellan patientgrupperna. Patienter med många vårddygn tenderar att komma från

familjer med relationsproblem mellan vuxna och de tenderar också att i högre utsträckning ha bristande resurser i skolan. Samtidigt är den enda signifikanta skillnaden mellan patientgrupperna den att de med många vårddygn i högre utsträckning har ”ingen psykosocial påfrestning” noterad än övriga.

Kontaktorsak

Den kontaktorsak som främst skiljer sig åt mellan patientgrupperna är ätstörningar vilket de med många vårddygn i högre utsträckning hade vid inskrivningen. De med många vårddygn tenderar vidare att i högre utsträckning ha angett problem i barnomsorg/skola och ångest, tvång och fobier då de kontaktat mottagningen. Utåtriktade problem tenderar de dock att ha i mindre utsträckning än resterande.

Diagnos och funktion

De med många vårddygn har i högre utsträckning diagnosen ätstörningar (29 procent jämfört med 12 procent). I övrigt finns inga skillnader avseende diagnoser (Se tabell 1.)

Det finns ingen skillnad mellan patientgrupperna avseende CGAS. Medelvärdet var 34 respektive 37 i de två grupperna.

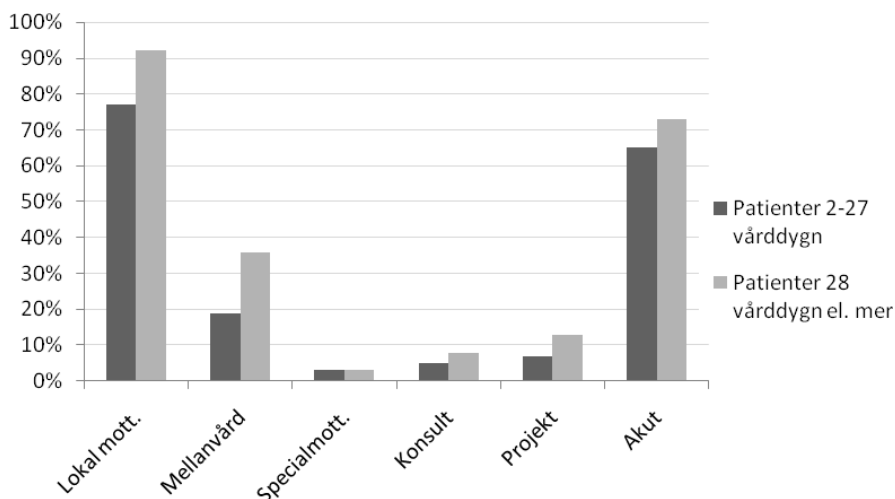
Tabell 1. Diagnoser i patientgrupper med korta respektive många vårddygn

	Patienter 2-27 vård- dygn		Patienter 28 el mer vårddygn		
	Antal	Andel	Antal	Andel	
	N=112		N=52		
Mental retardation	3	3	2	4	NS
Inlärningsstörningar	3	3	0	0	NS
Motorisk störning	2	2	0	0	NS
Kommunikationsstörningar	4	4	4	8	NS
Genomgripande störning i utvecklingen	11	10	6	12	NS
Hyperaktivitetssyndrom m uppmärksamhetsstörning	10	9	3	6	NS
Uppförandestörning	3	3	5	10	0,1
Trotssyndrom, utagerande stört beteende UNS	5	4	4	8	NS
Tics, Tourettes syndrom	2	2	0	0	NS
Ångeststörning	31	28	18	35	NS
Tvångssyndrom	6	5	5	10	NS
Posttraumatiskt stressyndrom	13	12	2	4	NS
Missbruk	2	2	1	2	NS
Schizofreni och andra psyko- tiska syndrom	8	7	5	10	NS
Förstämmningssyndrom	43	38	17	33	NS
Somatoforma syndrom, psyk. fakt. som påverkar somatisk sjukdom	0	0	1	2	NS
Dissociativa syndrom	6	5	2	4	NS
Ätstörningar	14	12	15	29	0,01
Sömnstörning	22	20	9	17	NS
Identitetsproblem	8	7	4	8	NS
Självmodersförsök	27	24	15	29	NS
Övrigt	5	4	0	0	NS
Inga symtom hos barn	2	2	1	2	NS
Adekvat underlag för diagnos saknas	17	15	4	8	NS

Kontakter/vård inom BUP

Som hittills visats skiljer inte patientgrupperna sig nämnvärt åt avseende bakgrund eller problematik. Det finns dock skillnader mellan grupperna avseende hur många kontakter de haft med olika BUP-enheter. I genomsnitt har

patienter med många vårddyg 5,5 kontakter och de resterande 3,5 kontakter. De BUP-enheter man i högre utsträckning haft kontakt med är lokal mottagning, mellanvård och konsultenhet (se figur 4).



Figur 4. Andel som har haft kontakt med andra enheter inom BUP Stockholm i de två patientgrupperna med korta respektive många vårddyg

Lokal mottagning

De lokala mottagningar som haft befolkningsansvar för flest ineliggande patienter är Brommaplan, Globen och Jakobsberg (se tabell 2). Det är dock missvisande att enbart se till absoluta tal då befolkningsunderlagets storlek skiljer sig åt. I denna rapport är ju fokus på dem med många vårddyg och gällande samtliga öppenvårdsmottagningar är andelen med många vårddyg en liten grupp, Brommaplan undantaget. Där har majoriteten av dess klinikpatienter fler vårddyg, 14 av 18 patienter.

Tabell 2. Antal patienter i de två grupperna uppdelat på befolkningsansvariga lokala mottagningar

Befolkningsansvarig mottagning vid ny-besöket	2-27 vårddygn	28 el mer vårddygn	Totalt antal patienter > 1 dygn
Botkyrka	4	0	4
Brommaplan	4	14	18
Danderyd	9	6	15
Ektorp	11	3	14
Farsta	7	3	10
Globen	14	3	17
Handen	12	3	15
Huddinge	6	1	7
Jakobsberg	11	5	16
Järva	3	1	4
Kungsholmen	6	2	8
Skärholmen	9	4	13
Södertälje	14	1	15
Sollentuna	9	3	12
Solna	3	3	
Täby	6	1	7
Norrtälje	8	5	13
Kista	2	2	4
BKV	22	1	23
Upplands Väsby	3	1	4

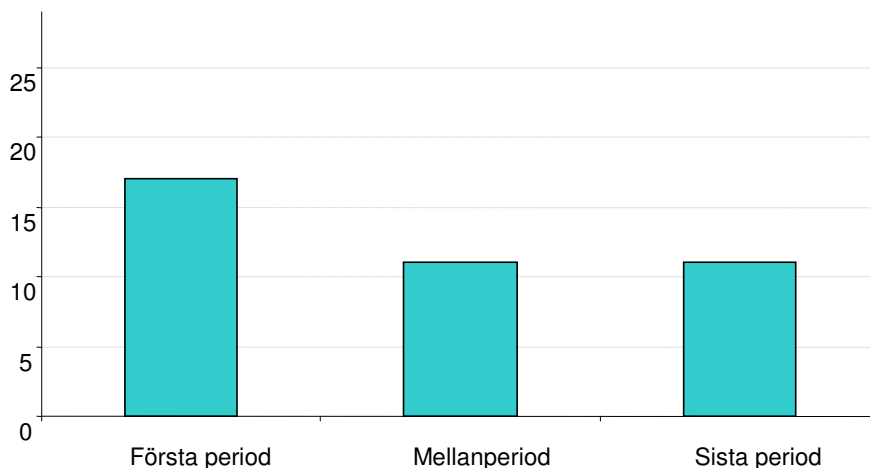
Del 2. Journalstudie av patienter med många vårddygn

Beskrivning av patientgruppen

Urvalet till journalstudien kontrollerades avseende ålder, kön och CGAS vilket också återspeglar sig i hur patientgruppen ser ut. Medelåldern är 14,5 år (yngsta patienten är 9 år och äldsta 17 år) och majoriteten, 80 procent, är flickor.

Som tagits upp i metodavsnittet föreligger ett visst bortfall avseende CGAS -skattningar inskrivna i journalerna och istället har värden från Pastill hämtats. Medelvärde på CGAS-in vid första klinikkontakt är 37 (std. 14,3, min 10, max 60).

Majoriteten, 24 patienter, har en diagnos i journalen. I materialet kan vi urskilja att 11 patienter, motsvarande 37 procent, fått en diagnos vid inskrivningen. Det behöver dock inte vara i samband med första inskrivningen. Ytterligare åtta patienter har fått diagnos under vårdförloppet gång. I figuren nedan åskådliggörs när under vårdperioden som patienterna fått diagnoser. Tolv patienter har fått diagnos under minst två perioder och fem patienter har aldrig fått någon diagnos.



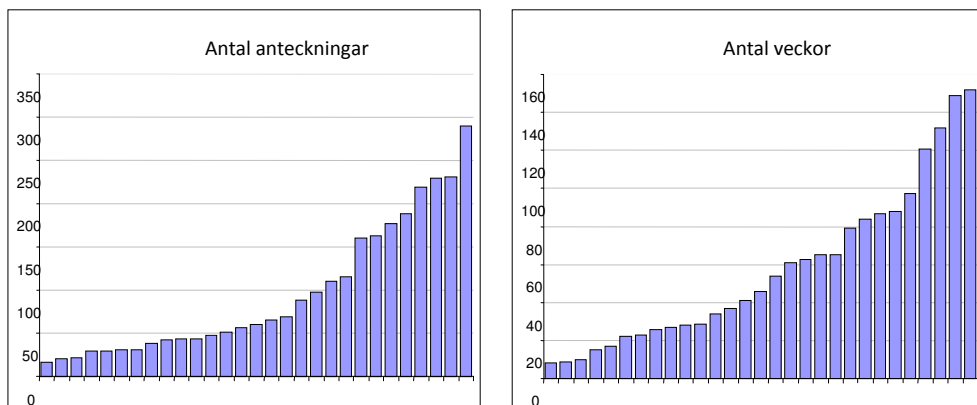
Figur 5 Antal patienter som får diagnos under respektive vårdperiod

Enligt föregående kapitel var de vanligaste diagnoserna ångeststörning, förstämningssyndrom, självmordsförsök samt ätstörningar. Patientgruppen med många vårddygn skiljde sig från övriga avseende diagnos såtillvida att de i högre utsträckning hade erhållit diagnosen ätstörning i Pastill. I journalerna är den absolut vanligaste diagnosen ångeststörning. Även förstämningssyndrom och självskadebeteende kommer i flera fall. Dock är ätstörningar ovanligt. Z-diagnosen akuta livskriser är också vanligt förekommande.

Omfattning av vård

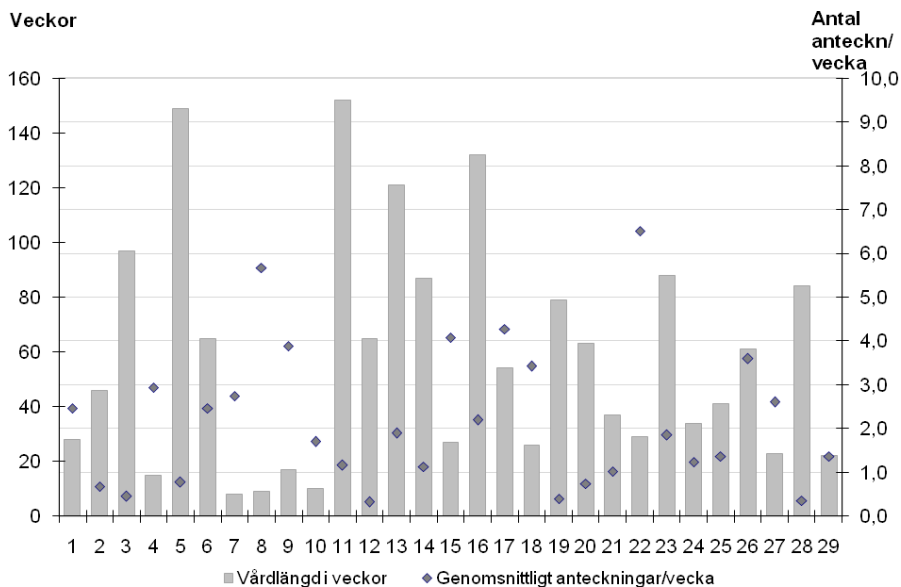
Sammanlagt har 2635 anteckningar kodats på 29 patienter. Antalet anteckningar per patient fördelar sig enligt figur 6a och i medeltal har 95 anteckningar gjorts per patient (M= 59, Min=15, Max=290).

I medeltal är patienternas vårdförlopp 60 veckor (M= 54, Min=8, Max=152) (figur 6b).



Figur 6a. Antal anteckningar per individ. Figur 6b. Vårdförloppens längd per individ

För att få en bild av om antalet anteckningar stämmer med längden på journaltiden korreleras vårdförloppens längd med antalet anteckningar ($r=0.52$). Till viss del korrelerar antal anteckningar och journaltid och det vanligaste mönstret är att det finns fler anteckningar än "vårdveckor". Det finns dock enstaka undantag. I vissa fall har patienten varit på permissioner en stor del av vårdförloppet. I vissa journaler är också omfattande sammanfattningar vanligt vilket i dessa ersätter enstaka anteckningar och därmed kan aktiviteten se ut att vara mindre.



Figur 7 Jämförelse av antal anteckningar och antal vårdveckor per individ

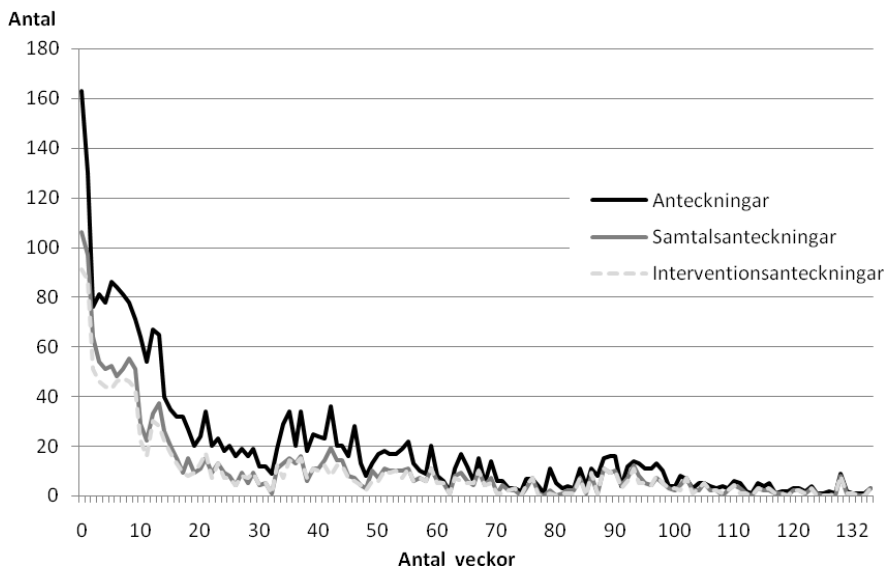
Nitton patienter har under vårdförloppet tillhört enhet Nord och tio patienter har tillhört enhet Syd. Att koppla alla patienter till Nord respektive Syd bygger på att patienterna haft majoriteten av sina vårddygn under vårdförloppet vid dessa enheter. Tabellen nedan visar hur anteckningarna fördelas mellan de enheter patienterna varit inskrivna på enligt journalen och den vårdtyp de erhållit. Ett antal av patienterna har också varit aktuella på EBPT vilken under dessa tidpunkter producerat ett relativt stort antal anteckningar, naturligt nog mest öppenvård. Det har varit något mer journalaktivitet gällande patienterna från de två syd-teamen (1004) jämfört med nord-teamen (834). En knapp tredjedel av aktiviteten har ägt rum på någon av de två femdygnsavdelningarna och nästan lika mycket har ägt rum inom kliniken öppenvårdsverksamhet.

Tabell 3. Antal journalaktiviteter uppdelat på enhet och vårdplats

		Vårdplats kliniken					Annan enhet	Total
		VÖN	7-dygn	5-dygn nord	5-dygn syd	Öppen-vård på kliniken		
Enhet på Kliniken	Akuten	244	27	8	7	7	33	326
	Nord	4	152	525	0	130	25	836
	Syd	2	171	10	415	348	58	1004
	EPBPT	0	36	0	30	356	5	427
	Konsult	0	0	4	0	2	11	17
Total		250	386	547	452	843	132	2610

Antalet patienter inom de geografiska enheterna skiljer sig åt. Nord hade fler patienter, varför det också är viktigt att undersöka genomsnittlig aktivitet per patient uppdelat på enhet och vårdplats. Senare i rapporten kommer vi återkomma till huruvida det finns skillnader mellan de två enheterna. Någon skillnad mellan patienternas genomsnittliga CGAS- värden förekommer dock inte mellan enheterna.

Materialet bygger som tidigare nämnts på anteckningar. Aktiviteten är som synes störst de första veckorna. De två stora anteckningskategorierna är samtal och intervention och som figur 8 visar är huvuddelen av samtalen en intervention av något slag.

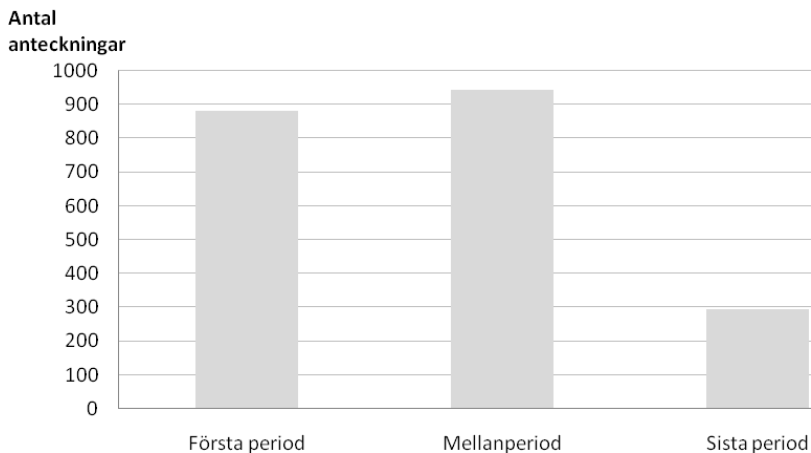


Figur 8 Totalt antal anteckningar och antal samtals- och interventionsanteckningar över journaltid

I figur 8 är aktiviteten störst under de första veckorna och tunnast ut med tiden. Denna uttunning kan bero på två saker, dels att aktiviteten minskar, dels att antalet patienter som vårdas blir färre med tiden. Eftersom journaltiden skiljer sig mellan de olika individerna har vi, som tidigare beskrivit i metodavsnittet, delat upp materialet utifrån respektive individs vårdförlopp i tre perioder för att möjliggöra jämförelse mellan vårdprocesserna. Beroende på vilken typ av anteckning, samtal och intervention det är, har därefter olika uppgifter lagts till vilket kommer presenteras under de tre följande avsnitten.

Vilka anteckningar har då gjorts?

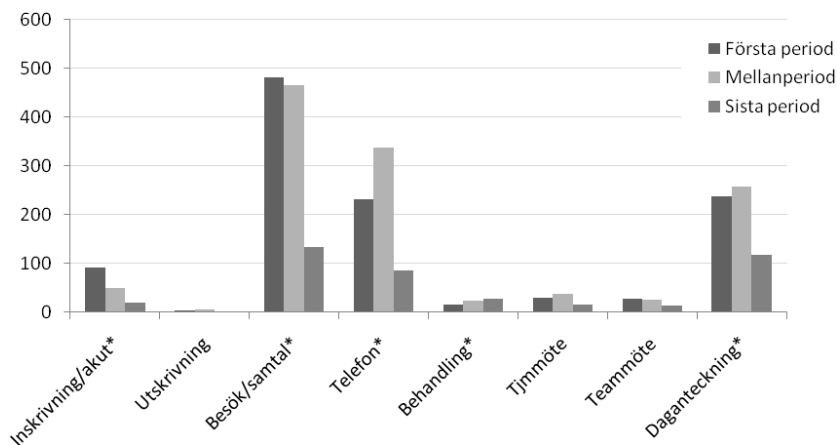
De drygt 2600 kodade anteckningarna minskar under vårdförloppen även efter uppdelning i perioder vilket visar att aktiviteten minskar med tiden.



Figur 9 Antal anteckningar uppdelat i de olika tidsperioderna

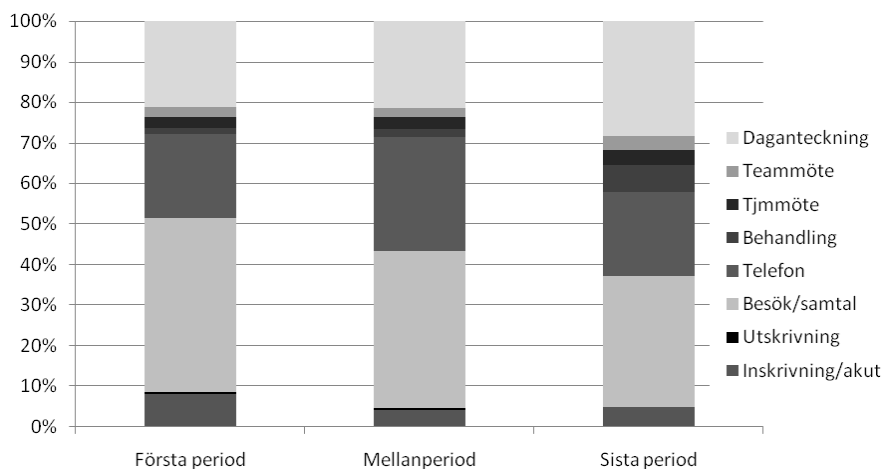
Delas antalet anteckningar av respektive typ upp i de tre vårdperioderna kan man se att:

- Det förekommer inskrivningsanteckningar även i den sista perioden.
- Samtal/besök är den vanligaste anteckningstypen i alla perioderna men till antal minskar de i den sista perioden.
- Telefonsamtal vanligast under mellanperioden.
- Behandlingsanteckningarna ökar över vårdförloppet.



*Figur 10 Antal anteckningar i de tre vårdperioderna uppdelat på anteckningstyp. * Signifikant skillnad föreligger mellan vårdperioderna*

Eftersom anteckningsintensiteten är störst under den första tidsperioden och lägst under den sista kan det vara av intresse att se hur fördelningen av aktivitetstyp förändras över tid (se figur 11). Man kan då exempelvis se att en större andel av anteckningarna handlar om behandling och är rena daganteckningar i slutet samt att andelen proportionen besök/samtal minskar i slutet av vårdtiden. Det kan eventuellt förklaras av att det varit svårt att koda skillnader mellan dessa i materialet och att det i slutet av vårdtiden blivit tydligare att samtalen varit behandlingsinriktade. Patienten själv har varit delaktig i tre fjärdedelar av aktiviteterna i alla tre perioder. Familjen har varit delaktig i 67 procent av aktiviteterna i första perioden. I mellanperioden var familjen delaktig i 53 procent och 56 procent i sista perioden vilket är rimligt med tanke på hur proportionen av aktiviteter fördelats, d.v.s. ju mer icke patientrelaterade aktiviteter desto färre anteckningar där familjerna är delaktiga.



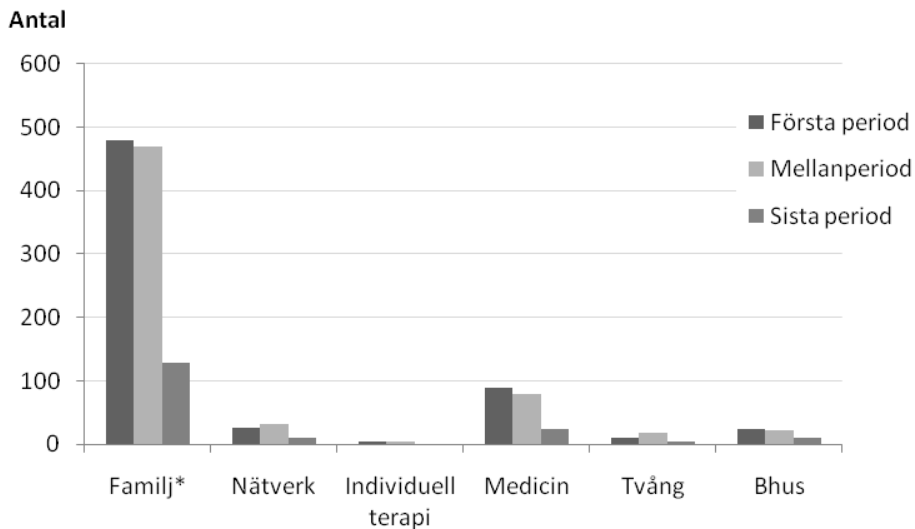
Figur 11 Fördelning av anteckningstyper inom de olika tidsperioderna

Interventioner

Knappt hälften av anteckningarna innefattar på något sätt en intervention. Sett över tid är det fler interventioner i den första perioden av vårdförloppet (54 procent av anteckningarna jämfört med 42 procent av anteckningarna i sista perioden).

Delas interventionstyperna upp i de tre perioderna kan man se att:

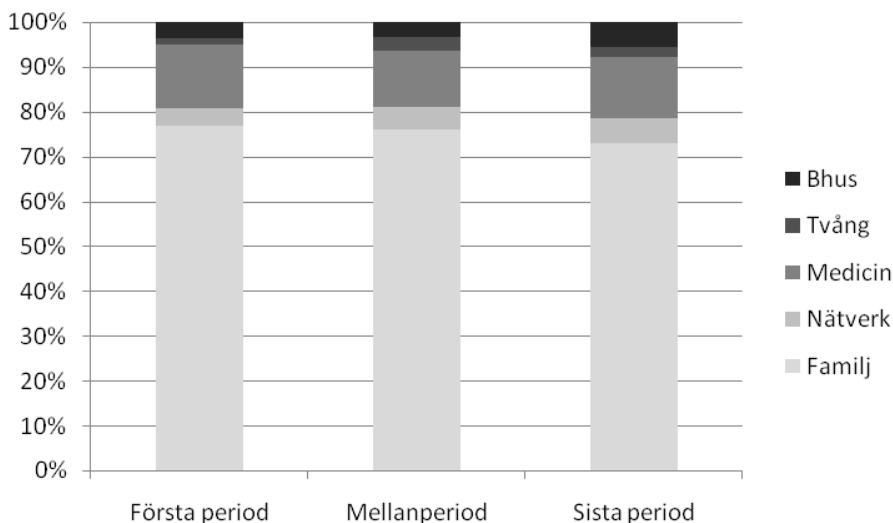
- Familje- och nätverksarbete samt medicinering minskar i sista perioden.
- Tvångsåtgärder är vanligast i mellanperioden.



Figur 12 Antal interventionsanteckningar i de tre vårdperioderna uppdelat på interventionstyp

* Signifikant skillnad föreligger mellan vårdperioderna

Typ av intervention fördelar sig över tid enligt figur 13. Trots att antalet interventioner vilka skrivs in i journalen tycks minska sett över tid förändras inte fokus för interventionerna i samma utsträckning. Den enda interventionen som signifikant förändrats över tid är familjearbete som minskar något med tiden. Trots att antalet B-husinterventioner totalt sett minskade över journaltiden tycks en större andel av interventionerna bestå av interventioner i B-huset i sista perioden. I detta sammanhang kan det också vara bra att komma ihåg att B-husets verksamhet varit sporadisk och ej helt fullt ut upparbetad förrän under 2008.



Figur 13 Fördelning av interventionstyper inom de olika tidsperioderna

Familjearbete tycks vara den vanligaste interventionen och därför ville vi undersöka i vilken utsträckning familjen och patienten själv är med i den. I 37 procent av dessa interventioner tycktes inte familjen vara med.

Tabell 4. I vilken utsträckning patienten själv och familjen deltagit i interventionerna

		Familj deltagit	Familj ej deltagit	Total
Patient deltagit	Antal	461	345	806
	Andel i %	44	33	77
Patient ej deltagit	Antal	195	43	238
	Andel i %	19	4	23
Total	Antal	656	388	1044
	Andel i %	63	37	100

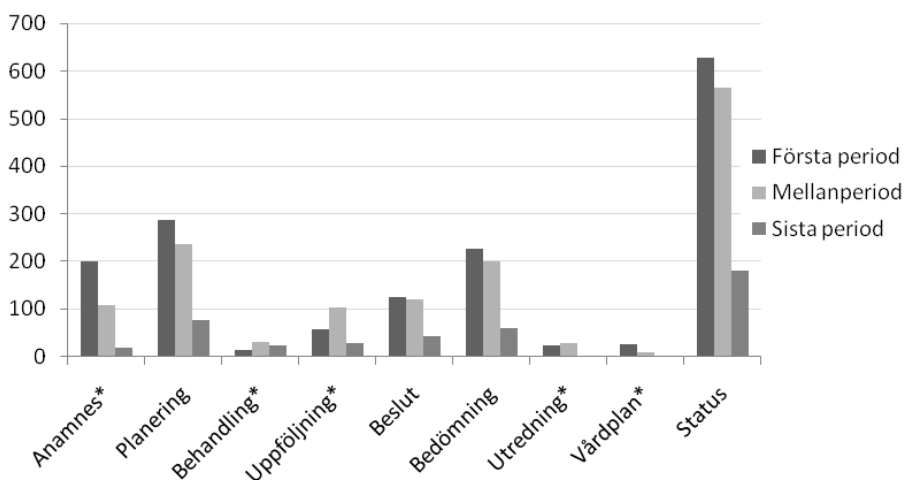
Samtal

Samtal är en kategori som kräver ett förtydligande. I vården runt patienter sker dokumentation i två olika journaler. I vårt fall har vi som tidigare nämnts

arbetat uteslutande med den medicinska journalen som fångar vårdinnehållet på ett övergripande sätt, där t ex. vårdplaner, bedömningar, utredningar, psykologtester, diagnoser och planerade samtal är i fokus. I den medicinska journalen sker dokumentation av den personal som aktivt jobbar i den aktuella patientens team. Vad gäller den egentliga vården som patienten erhåller, dokumenteras den i omvårdnadsjournalen. Det innebär att vi INTE avser samtal som i huvudsak sker på avdelningen och som dokumenteras av all tjänstgörande personal.

Den vanligaste anteckningen handlade om någon form av samtal. För att undersöka innehållet i samtalen kodades varje samtal i nio olika kategorier. Ett samtal kan innehålla mer än en kategori, d.v.s. ett samtal kan innehålla både en anamnes och ett beslut. Även samtalen minskar sett över tid, i den första perioden av journaltiden var 62 procent av aktiviteterna en form av samtal och i sista perioden var motsvarande andel 50 procent. Delas antalet samtalsanteckningar och deras innehåll upp i de vårdperioderna kan man se att:

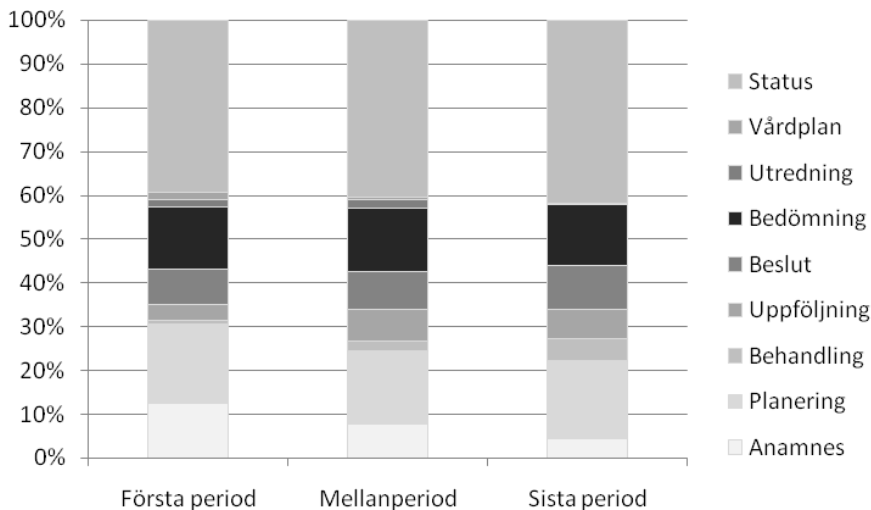
- Det vanligaste inslaget i samtalsanteckningarna är beskrivning av status.
- Att samtalsanteckningarna också ofta innehåller planering och bedömning. Planering var ofta att man bestämde datum för nästa samtal.



Figur 14 Antal samtalsanteckningar i de tre tidsperioderna uppdelat på innehåll i samtal

* Signifikant skillnad föreligger mellan vårdperioderna

Andelen samtal som innehåller anamnes har naturligt nog minskat över tid och så har även vårdplaner. Behandling och uppföljning har i stället blivit vanligare och utredning tycks vanligast under mellanperioden (se figur 15). Planering var till stor del endast en notis om nästa samtal.



Figur 15 Fördelning av samtalsinnehåll inom de olika tidsperioderna

För att undersöka hur många olika personer patienten träffar har också antalet nya personer som varit med på samtal kartlagts. I genomsnitt har patienten eller familjen träffat elva olika personer under sitt vårdförlopp. Vanligast är att man träffar nya personer i början journaltiden (i genomsnitt sex nya personer) men även under mellanperioden träffar man många nya personer (i genomsnitt fyra nya personer). Ju längre journaltid och ju fler anteckningar som förts desto fler personer kommer man i kontakt med ($r= 0,56$ respektive $0,7$).

I åtta procent av samtalen har någon från annan BUP-enhet utanför kliniken deltagit. Om man istället ser till antalet patienter så har någon annan BUP-enhet deltagit i samtal med 26 patienter eller deras familjer.

Samverkan

Som nämnts i tidigare avsnitt har personal från någon annan BUP-enhet utanför kliniken medverkat i samtal vid minst ett tillfälle i majoriteten, 90 procent, av ärendena. För att besvara frågeställningen om samverkan mellan de olika vårdnivåerna inom BUP- divisionen har vi gått vidare och kompletterat

med uppgifter från Pastill där vi registrerat om patienten varit aktuell på andra håll inom BUP under journaltiden. Figurerna i bilaga 1 visar i vilken utsträckning respektive patienter varit inskrivna på mellanvård, öppenvård eller annan vård under vårdförloppet på kliniken.

I den aktuella patientgruppen går det att urskilja att 86 procent av patienterna har varit aktualiserade inom öppenvården vid minst ett tillfälle under journaltiden. För de patienter vilka varit aktualiserade inom BUP öppenvård har det totalt gjorts 2162 anteckningar om aktivitet. Av dessa 2162 aktiviteter har öppenvården varit med vid 129 aktiviteter (6 procent).

Tio patienter har varit inskrivna någon gång på mellanvården. Om man studerar de flödes- bilder som tagits fram per individ kan man se att patienterna varit inskrivna i mellanvården i olika skeenden av vårdperioden; i ett fall i början (pat 9), i fyra fall under större delen av vårdtiden (pat 19, 20, 26 och 27), och i tre fall mellan vårdepisoder på kliniken (pat 6, 14 och 22). I ett fall tycks mellanvården blivit inkopplad i slutet av vårdförloppet (28). Vi kan dock inte utifrån dessa uppgifter se om vare sig mellanvården eller öppenvården varit inkopplade efter vårdperiodens slut då uppgifterna endast sträcker sig fram till dess.

Kan skillnader i vårdtid och aktivitet förklaras?

Som tidigare tagits upp korrelerar vårdförloppets längd (journaltid) och antalet anteckningar till viss del ($r=0.52$). I ett försök att kunna förklara skillnaderna i längd och aktivitetsfrekvens har patientgruppen delats upp i undergrupper baserade på hypoteser om att organisatoriska faktorer såsom tid för diagnosättning, antal slutenvårdsdygn, och vilken enhet patienten tillhört kan ha betydelse för intensiteten.

Tabell 5. Genomsnittlig journaltid och aktivitetsmängd uppdelat på tid för diagnos, antal vårddygn och enhet

		Tid för diagnos		Vårddygn		Enhet	
		Tidigt	Sent	28-50	51<	Syd	Nord
Journaltid	Medel	428	420	335	507	471	399
	P-värde	0,945		0,12		0,545	
Aktivitet	Medel	107	84	60	128	110	87
	P-värde	0,418		0,016		0,473	
Antal interventioner	Medel	58	37	29	64	54	44
	P-värde	0,161		0,017		0,546	

Vårdkedjor

Ett av syftena med denna studie var att undersöka hur patienten vandrat inom kliniken och de andra verksamheterna inom BUP. Då anteckningar om permissioner och utskrivning inte förekommit i så hög utsträckning i journalerna har det varit svårt att använda journaldata för att beskriva hur patienterna vandrat genom vårdkedjan under den tid journalen täcker. Därför har vi som tidigare nämnts kompletterat just denna del med uppgifter från Pastill. I bilaga 1 visas vilka enheter patienterna varit inskrivna vid under vårdförloppet och hur långa vårdtillfällena varit i veckor (alla patienters vårdförlopp börjar med vecka noll).

Hälften, 14 av 29 patienter, har redan aktualiserats i öppenvården innan de fick sin första kontakt med kliniken. Drygt hälften (16 st) har vårdats under ett sammanhängande tillfälle, 12 patienter har vårdats under två tillfällen och en vid fyra tillfällen. Gruppen har i snitt varit aktuell på sju enheter inom BUP- divisionen varav akuten är den vanligaste. Detta innebär inte att de varit aktuella på sju olika enheter utan de kan ha skrivits ut och in på samma enhet. I den aktuella gruppen varierar det alltifrån en patient som varit på en enhet till en annan patient som varit på 21 enheter. I genomsnitt har patienter med ett sammanhängande vårdtillfälle varit på sex enheter och de med två vårdtillfällen har i genomsnitt varit på nio enheter ($p < 0,05$). Tio patienter har under vårdförloppet varit inskrivna på mellanvården någon gång.

I figurerna finns även uppgift om när under vårdförloppet diagnos satts i journalen. Figurerna visar inte vilken diagnos som angivits eller om det angetts fler diagnoser vid samma tillfälle utan bara att det angivits diagnos i journalen. Patient 7, 10, 17 och 29 har ingen diagnos angiven i journalen därav saknas dessa uppgifter i figurerna.

Det är slående hur ofta patienterna i materialet söker akutmottagning, detta även under pågående vårdepisod. 17 av de 29 patienterna (59 procent) har besökt akutmottagningen mer än 1 gång och det är också ofta där de får sin diagnos i journalen.

Varför läggs patienterna in?

Av det totala antalet journalanteckningar utgörs 6 procent (158 anteckningar) av inskrivningsanteckningar. Majoriteten, 83 procent, av dessa anteckningar är gjorda inom akutverksamheten.

Orsaker till varför en patient bedöms behöva slutenvård kan variera. Det kan till exempel vara speciell symptombild, betydande funktionsnedsättning samt nätverkssvikt. I materialet har dessa kategorier kodats som enskilda orsaker eller i kombination med varandra. Dock kunde endast inläggningsorsak koda

i 37 procent av fallen, d.v.s. i 58 inskrivningsanteckningar. Sammanfattningsvis kan sägas att funktionsnivå är den vanligaste orsaken; endast funktionsnivå (36 procent), funktionsnivå tillsammans med symptom (27 procent) och endast symptom (13 procent). Endast i enstaka anteckningar är nätverksvikt orsak till inläggning. CGAS vid inskrivning var för populationen 35 (std avvikelse 11).

Utskrivning

I materialet har 10 anteckningar klassificerats som ren utskrivningsanteckning. Dessa är fördelade på 7 patienter vilket betyder att ett par patienter har fler än en utskrivningsanteckning. Information om utskrivning kan dock identifieras vid 80 anteckningar rörande 26 patienter. Majoriteten av utskrivningarna tycks vara planerade (96 procent) och sker oftast då till öppenvården och/eller hem. Åtta patienter (28 procent) har någon gång under sin vårdtid skrivits ut till behandlingshem. I materialet har vi även försökt identifiera om utskrivningsorsaken grundas på symptom, funktion eller förändring i nätverkssvikt. Där finner vi att i likhet med vid inskrivning är funktionsnivån den vanligaste orsaken till utskrivning. CGAS-värden vid utskrivning saknas dock oftast i journalen och till skillnad från vid inskrivning, har det ej gått att hämta uppgiften om CGAS ut från Pastill då de kan ha skrivits ut och in flera gånger under det vårdförlopp som beskrivs och vårdförloppets slut inte alltid överensstämmer med att de skrivits ut.

Diskussion

Denna studie visar att patienter med många vårddygn inte är någon homogen grupp varför det är svårt att dra alltför många generella slutsatser. Vårdinnehållet tycks vara detsamma under hela vårdförloppet men oavsett hur många vårddygn dessa patienter haft tycks aktiviteten minska drastiskt med tiden.

Metoddiskussion

Att genomföra en journalstudie för att kartlägga och utvärdera vården för patienter med många vårddygn genererar en hel del metodologiska problem varför denna studie skulle kunna ses som en renodlad metodologisk studie. En medicinsk journal inom BUP består till största delen av text vilken beskriver enstaka händelser eller ett speciellt förlopp. Dessa data har kodats enligt tidigare beskrivet kodschema av en person med god barnpsykiatrisk kunskap och ADB-arbete. Dock är kodning av så kallad kvalitativ data till kvantitativ data besvärligt och kan till viss del bli trubbigt.

BUP- kliniken består av olika enheter inom ett och samma verksamhetsområde vilket innebär att en patient kan aktualiseras och avslutas vid flera tillfällen på olika enheter under sin tid på kliniken. Som resultaten visar har också patienter varit aktuella på många olika enheter vid flera olika episoder vilket genererat att många olika behandlare varit inblandade i behandlingen av patienten. Detta har då också påverkat datas validitet och reliabilitet då olika behandlare med olika yrkesroller dokumenterar på olika sätt. Dokumentationen har varit allt från en detaljrik beskrivning av processer i berättande form till en mer stringent dokumentation som tydligt och strukturerat beskriver processen med sökord i varje anteckning. Det faktum att det inte verkar finnas någon tydlig modell för dokumentation av vården i journalen genererar då vissa validitetsproblem i data. Detta har t.ex. lett till problem då syftet varit att använda tidsvariabler för olika händelser och anteckningar i journalen. Vissa behandlare dokumenterar med sammanfattande anteckningar som ibland kan sträcka sig veckor tillbaka i tiden, vilket gör att det blir svårt att fånga exakt när i tiden vissa aktiviteter skett och hur mycket aktivitet som förekommit. Detta har då också självklart påverkat det interna bortfallet.

Vi vet inte heller i vilken utsträckning bortfallet av journaler, dvs. 5 av 34, påverkar resultatet. Vid en jämförelse utifrån vårddygn, diagnos, kön och ålder av de patienter som ingår i fördjupningsundersökningen och hela patientgruppen med många vårddygn verkar det inte som om det är något speciellt bortfall som gör att undersökningsgruppen påverkas utifrån dessa variabler. En övergripande metodreflektion i denna studie är om vald metod är

lämplig för att besvara de aktuella frågeställningarna. Valet av den medicinska journalen ger helt klart en brist vad gäller möjligheten att fånga det egentliga

vårdinnehållet och med bakgrund av detta kan diskuteras om det varit bättre att använda omvårdnadsjournalen. Å andra sidan är den journaldokumentationen också väldigt bristfällig vad gäller att strukturera innehållet i vården samt att den inte ger information om arbetet med patienten utanför avdelningen.

Funktion

Som tagits upp i metodavsnittet föreligger ett visst bortfall avseende CGAS-skattningar inskrivna i journalerna. Istället har värden från Pastill hämtats. Medelvärdet på CGAS-in vid första klinikkontakt är 37 (std. 14,3, min 10, max 60). Avsaknad eller så kallade noll-skattningar av CGAS i Pastill kan förklaras av tidigare beskrivning av klinikens organisation med separata enheter inom ett och samma verksamhetsområde och att en viss otydlighet funnits vad gäller hur CGAS skall dokumenteras. Om en patient läggs in på akuten görs en CGAS-skattning vid inskrivning samt vid utskrivning. Om patienten vid utskrivning skrivs in på en geografisk enhet för fortsatt vård måste då patienten på nytt läggas upp som en ny kontakt och en ny CGAS-skattning skall göras i Pastill, i vissa fall sätts då "noll" då behandlare ansett att skattningen från akuten dagen innan gällt. Det är troligt att samma förfarande sker i journalen, d.v.s. att behandlare utgår från att det är samma skattning som vid inskrivningen dagen innan på akutmottagningen och ingen registrering av CGAS dokumenteras. Vad gäller bortfall av skattningar var tredje månad hos patienter med många vårddygn verkar det dock vara ett mer systematiskt bortfall.

Vi kan även se att det är en stor variation i CGAS-skattningar av samma patient. I vissa fall kan det skilja upp till 20 poäng mellan två skattningar gjorda vid olika enheter inom loppet av ett par dagar. Lundh et al. (2010) visar också en stor spridning vad gäller CGAS-skattningar där framför allt psykologer, socionomer och vårdpersonal tenderar att skatta högre än läkare vilket till viss del kan förklara ovanstående resultat.

Diagnoser

Diagnos kan registreras både i journal och i Pastill. I journalen sker denna registrering löpande under vårdtidens gång alternativt i epikris medan det i Pastill registrerats i samband med avslutning av ärendet. I fördjupningsstudien registrerades alla anteckningar där diagnos journalförts. I fördjupningsstu-

dien är det också diagnoser utgående från ICD 10 som presenteras om ej annat anges. Resultaten visar att det saknats både epikris och diagnos i vissa journaler vilket ger ett visst bortfall vad gäller diagnoser. Dock har alla patienter diagnos i Pastill men vi har i analyserna valt att fokusera på diagnoser i journalen. Det har varit svårt att hitta diagnostiska huvudkategorier som gått att dela upp patienterna i och undersöka vårdinnehållet utifrån varför det inte varit en bakgrundsvariabel. I journalerna är den absolut vanligaste diagnosen ångeststörning. Även förstämningssyndrom och självskadebeteende förekommer i flera fall. Dock är ätstörningar ovanligt, vilket är märkligt då den diagnosen var vanligare bland patienter med många vårddygn. Z-diagnosen ”akuta livskriser” är också vanligt förekommande. I detta sammanhang bör påpekas att Z diagnos inte får sättas som huvuddiagnos. Fynden från denna studie skiljer sig till viss del från Duregårds rapport (2008) där de längsta vårdtiderna fanns i patientgrupper med diagnoserna Psykostillstånd (F20-F31) Specifika tillstånd (F32-60, såsom PTSD, OCD, ätstörning, depression m.m, s.k. ångestrelaterade tillstånd).

I studien har vi även valt att ”plotta” (betyder?) när i vårdperioden diagnos har satts och om det finns ett samband mellan tidig eller se/avsaknad (sen/avsaknad?) av diagnos. Dock kan vi inte se några statistiskt signifikanta samband mellan tid för diagnos och vårdtid.

Patientgruppen

Då vi undersökte hur patientgruppen med många vårddygn skiljer sig från övriga som vårdats på kliniken enligt Pastill fann vi att andelen flickor var högre i gruppen med många vårddygn och att gruppen i högre utsträckning hade ätstörningsdiagnos. Det fanns inga skillnader avseende familjebakgrund, men de med många vårddygn tenderade att i högre utsträckning ha relationsproblem i familjen och bristande resurser i skolan. Någon skillnad avseende C-GAS- in tycktes inte heller föreligga.

Patienter med många vårddygn definierades som den fjärdedel av klinikpopulationen med flest vårddygn, vilket innebar de som vårdats 28 dygn eller mer inom slutenvården. I Duregårds rapport, gällande patienter som vårdats på ungdomsavdelningen åren 1991-1999, hade motsvarande andel patienter (dvs den fjärdedel med längst vårdtid) legat inne mer än fyra månader. Detta ger ett perspektiv på hur psykiatrins slutenvård förändrats sedan dess.

Vad innehåller vården

Ètt av huvudsyftena med denna rapport har varit att kartlägga vården och dess innehåll. Tidigare har vi nämnt de metodproblem som finns med studien

vilket i sin tur kan påverka resultatet. Men drygt 2600 anteckningar har kodats och vår förhoppning är att de ska kunna säga oss något om den vård dessa patienter får.

Den vanligaste anteckningen, och också interventionen, rör samtal/besök. Det vanligaste innehållet i samtalen var sammanfattningar av status. Oftast är patienten själv med, men inte alltid familjen. Aktiviteten i B-huset gör sig inte rättvis i denna studie då den inte hade kommit igång ordentlig under den tid som studien spänner över. Medicinering är vanligare i den första delen av vården än i slutet

Det var mer aktivitet och fler interventioner för de patienter som hade 51 vårddygn eller mer än de som hade mellan 28 och 50 vårddygn. Detta kan tyckas självklart. Inte lika självklart är dock att de inte hade signifikant längre journaltid.

Sammantaget kan sägas att Syd har mer aktivitet per patient än Nord, men när vi analyserat variabeln aktivitet mellan enheter på kliniken finns inga signifikanta skillnader vilket är lite svårt att förklara.

Samarbete eller vårdkedja?

De med många vårddygn har i högre utsträckning haft kontakt med öppenvården (drygt 90 procent) än resterande som vårdats på kliniken. I fördjupningsstudien fann vi att ungefär 50 procent hade haft kontakt med öppenvården innan de skrevs in och vårdtiden påbörjades. Det är tydligt att öppenvård och slutenvård i högre utsträckning arbetar med samma patienter idag än under 1990-talet. Då hade 40 procent "haft någon eller endast diffus vårdkontakt med BUP (eller PBU) före aktuellt vårdtillfälle" (Duregård, 2008). Fördjupningsstudien visar att flertalet även hade en kontakt på öppenvården, och tio med mellanvården, under vårdförloppet. Det var inte ovanligt att patienterna hade kontakt med flera enheter under samma vårdförlopp. Det är dock svårt att hitta mönster så att man skulle kunna tala om vårdkedja.

Pastilluppgifter visar att en öppenvårdmottagning, BUP Brommaplan, skiljde sig från de andra såtillvida att av de patienter som kom från dess upptagningsområden hade en stor andel många vårddygn.

Vad tar vid efter kliniken?

Vår sista frågeställning som vi önskade belysa var på vilka grunder patienterna skrivs ut och vad som skulle hända efter vården på kliniken. Som resultaten visade var det relativt lite systematisk information i journalerna om detta. Specifika utskrivningsanteckningar fanns för en fjärdedel av patienterna.

Till sist

För att kunna beskriva vad BUP ger för vård och till vilka behöver vi kunna beskriva patientgrupperna på ett mer enhetligt sätt. Diagnos är ett sätt, funktionsnivå är ett annat. Man hade också kunnat beskriva dem utifrån problemomfattning, livskvalitet och förmågor vilket hade kunnat ge oss en bredare bild av gruppen. Det viktiga är att det görs på samma sätt och vid ungefär samma tidpunkt under en vårdtid. Problemet i denna studie har varit att det inte alltid funnits uppgifter ens om diagnos eller CGAS som hängt samman med vårdperiodens början eller slut. Vi har då försökt komplettera ihop det med att ta fram uppgifter från Pastill, vilket ibland hjälpt, ibland inte. För att man ska kunna göra jämförbara studier behöver vi ha jämförbara data. Inom BUP har en utveckling skett på detta område men en del tycks återstå.

Ett fynd i genomgången av materialet var den relativt stora avsaknaden av epikriser. Varje ärendansvarig har ansvar för att epikris upprättas på patienter med mer än tre vårdtygn inom BUP- kliniken. Epikrisen ska skrivas vid vårdepisodens slut efter det att underlag inkommit från de olika vårdgivarna. Underlagen ska bestå av sammanfattning av vården, familje- och nätverksarbete, psykologbedömning, utredningar, skolgång m.m. samt undertecknas av respektive vårdgivare. Epikrisen skall ha fokus på behandlingsplan, vårdförlopp samt bedömning av patientens tillstånd och fortsatt planering. Epikrisen skall också innehålla uppgifter om när patienten vårdats enligt HSL respektive LPT, diagnos (enligt ICD 10 och DSM-IV) samt CGAS-skattningar gjorda vid in- och utskrivning, vilka fastställs i samråd med överläkare som godkänner och signerar.

För att kunna jämföra patientgrupper och utvärdera vården krävs också bra beskrivningar av vårdinnehållet. Ett utvecklingsområde är att hitta kategorier för att beskriva vad man gör. Vi har försökt sortera aktiviteterna utifrån de i den ideologiska plattformen uppsatta nivåerna individ, familj och nätverk, men det har varit svårt att sortera insatserna efter dessa. I samband med att vi planerade studien övervägde vi att studera omvårdnadsjournalerna då vi tänkte att dessa kunde innehålla mer uppgifter just om behandling och interventioner. Efter att ha tittat i några bedömde vi dock att de inte tillförde så mycket i detta avseende och därför använde vi inte materialet från dessa. Ett ytterligare utvecklingsområde är som vi ser det att utforma journalmallar och ha standardsökord för hur såväl medicinska journaler som omvårdnadsjournaler ska skrivas.

Litteraturförteckning

Castelius, B. (2008) *BUP 2005 – Förändrings- och utvecklingsuppgift*. Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri nummer 4, Stockholms läns landsting.

Duregård, O. (2008) *Att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa i adolescensen*. Rapport 2008-1, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting.

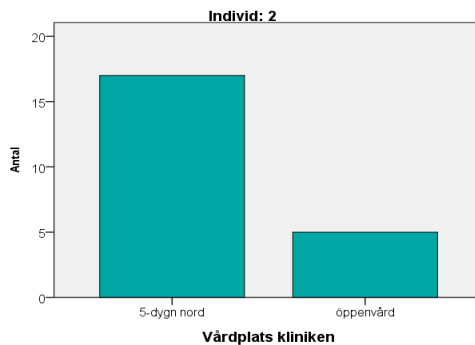
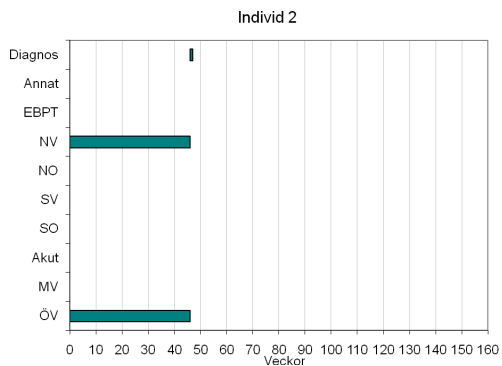
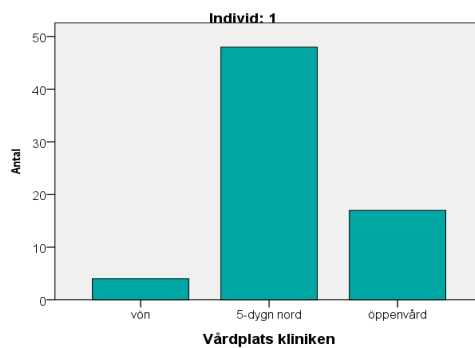
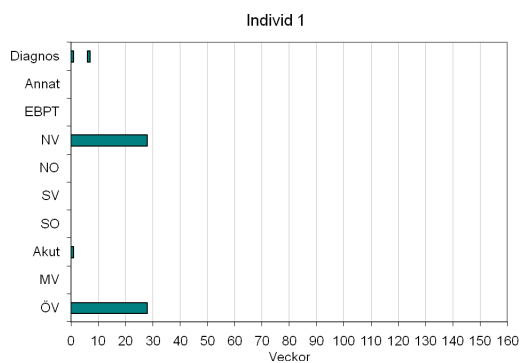
Lundh, A., Kowalski, J., Sundberg, C.J., Gumpert, C. och Landén, M. (2010). Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Research* 177 (2010) 206-210

Bilagor

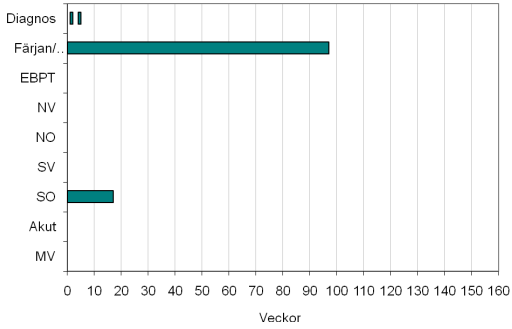
Uppgifter från Pastill och journal för respektive patient som ingår i journalstudien

Vilka BUP-enheter patienten varit inskriven på under vårdförloppet samt när diagnos satts enligt journaluppgift

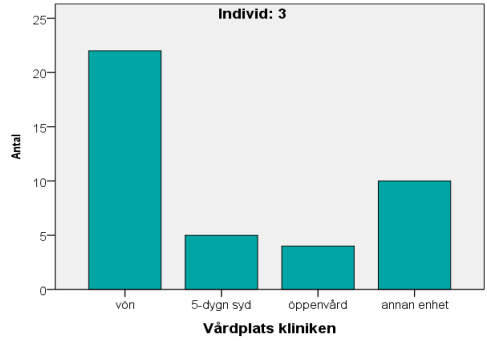
Vårdaktivitet (journalanteckning) uppdelat utifrån vårdplats på kliniken



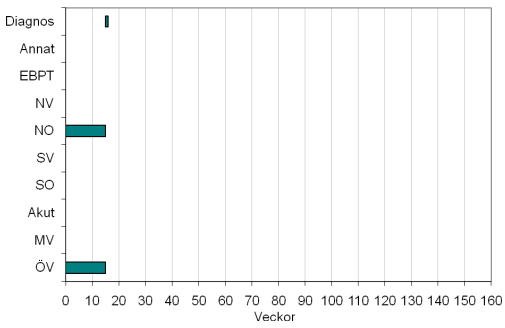
Individ 3



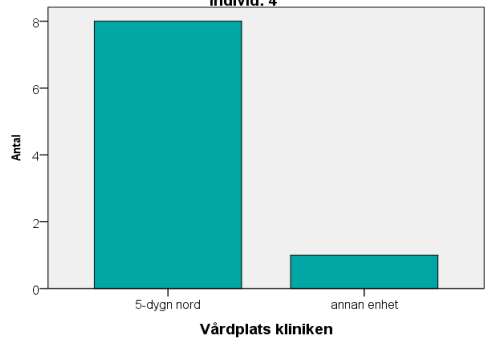
Individ: 3



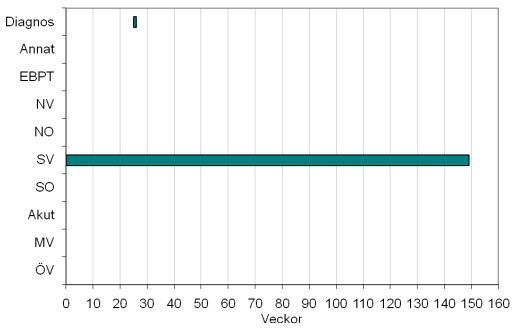
Individ 4



Individ: 4

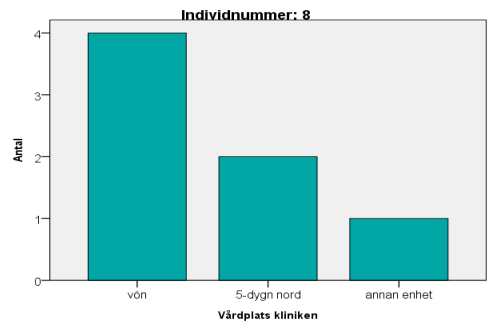
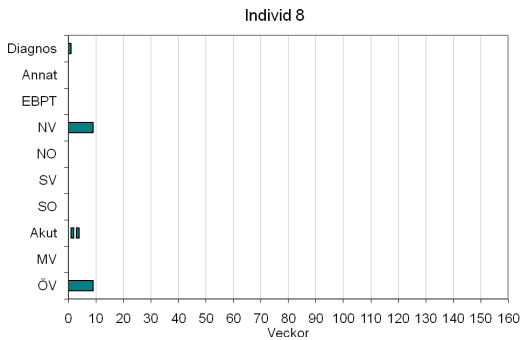
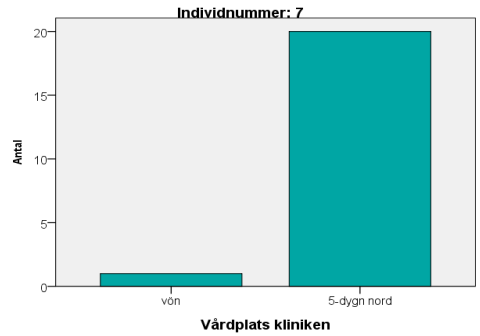
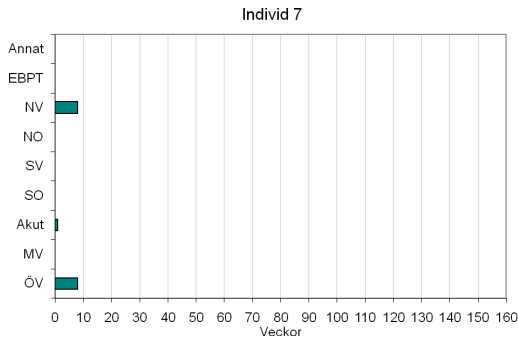
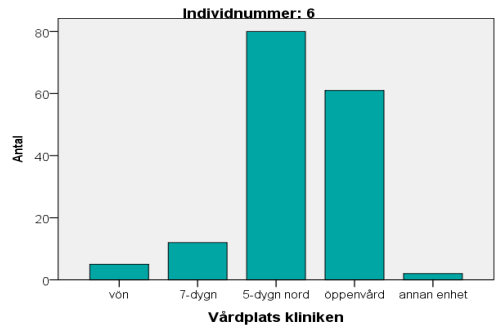
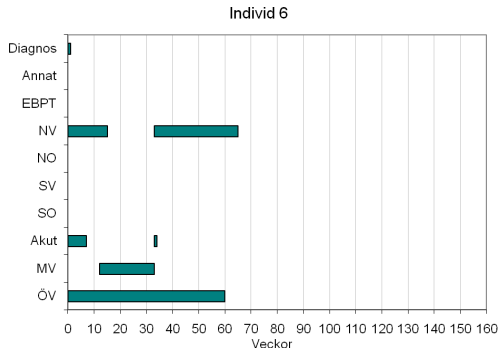


Individ 5

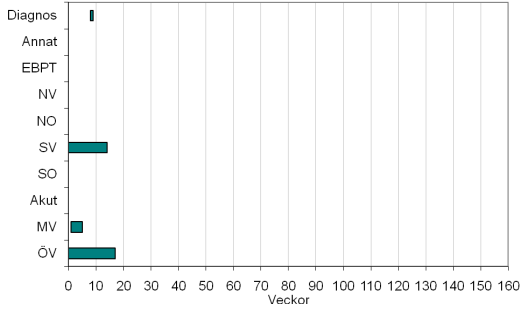


Individ: 5

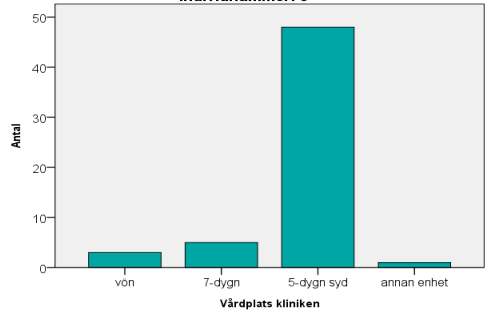




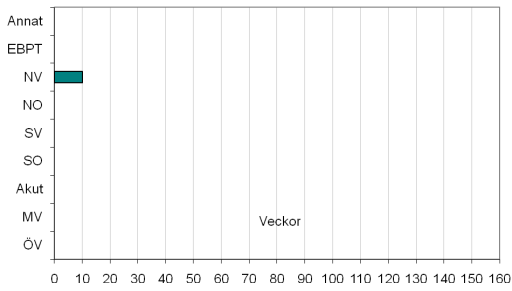
Individ 9



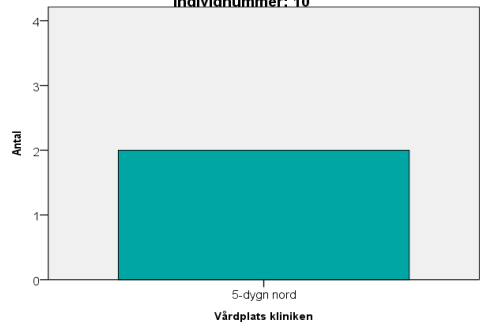
Individnummer: 9



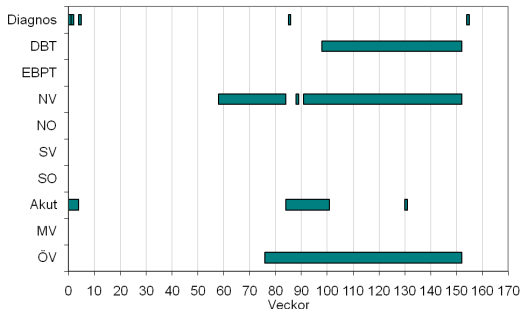
Individ 10



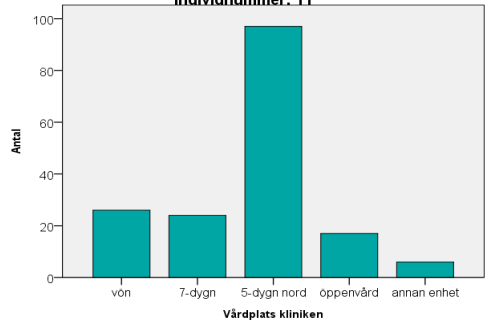
Individnummer: 10



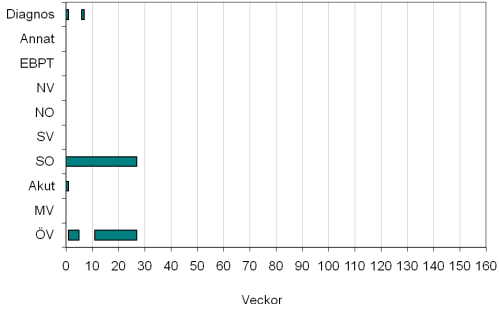
Individ 11



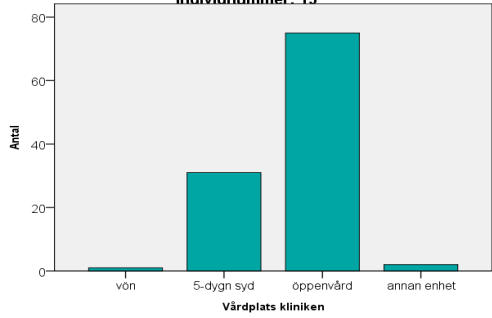
Individnummer: 11



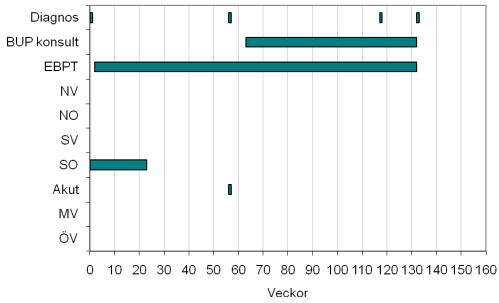
Individ 15



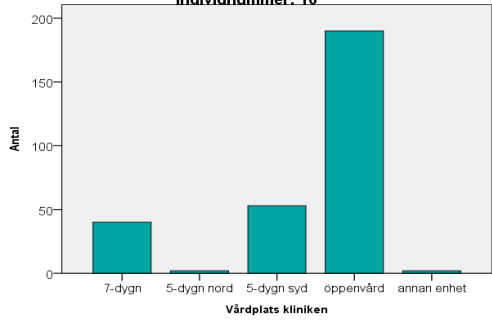
Individnummer: 15



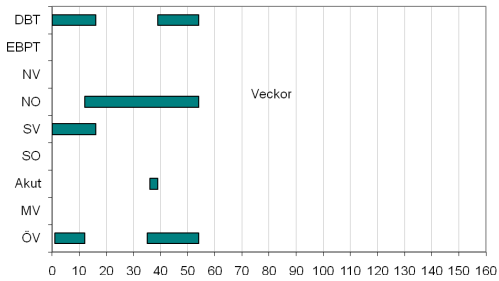
Individ 16



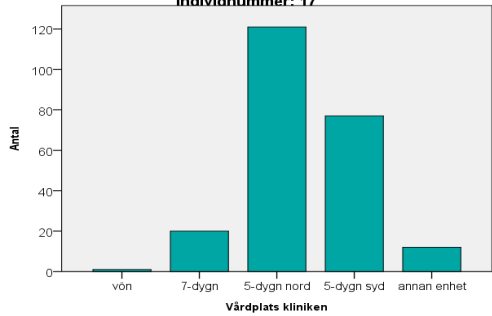
Individnummer: 16

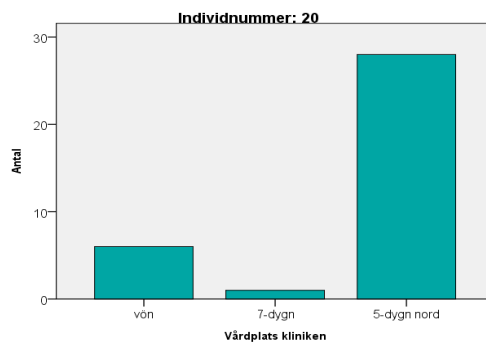
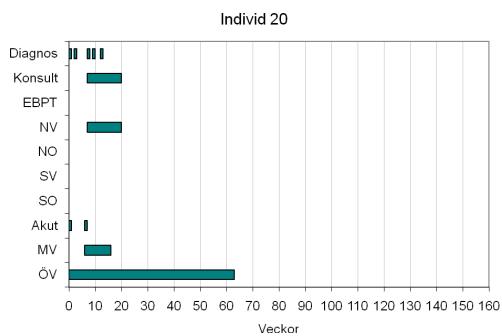
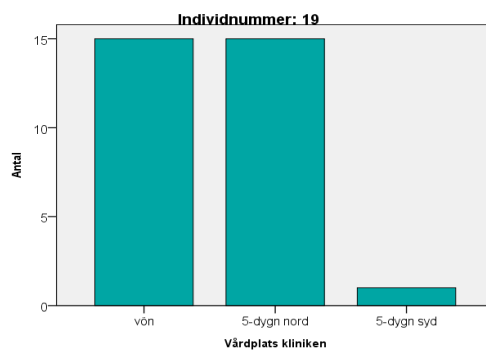
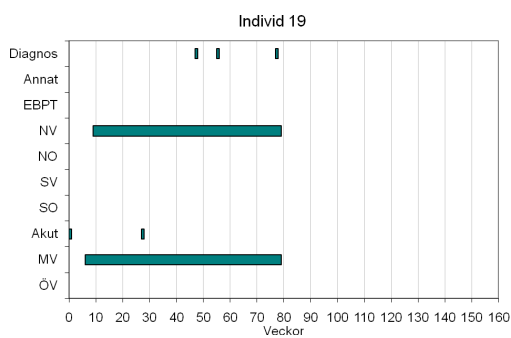
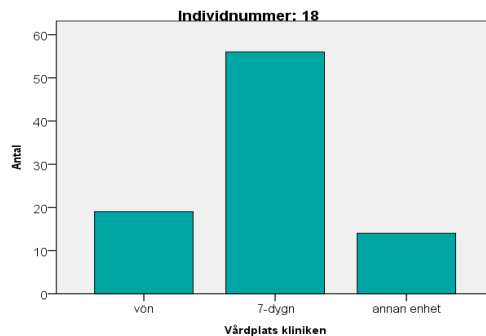
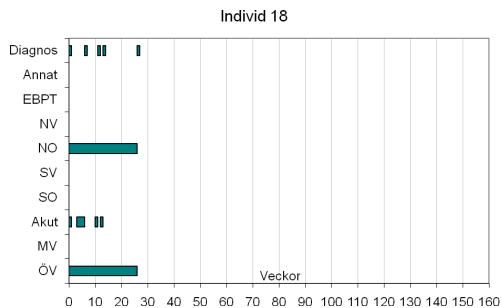


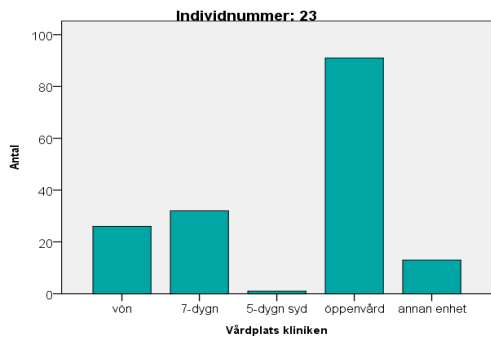
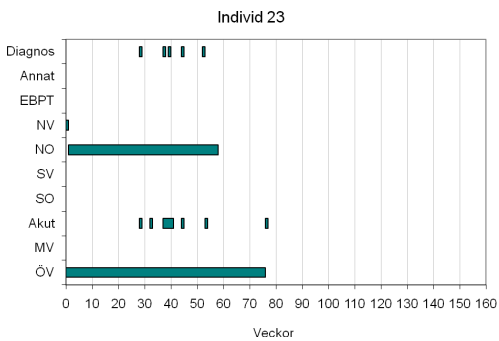
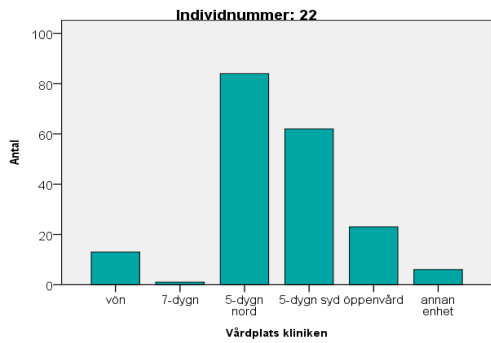
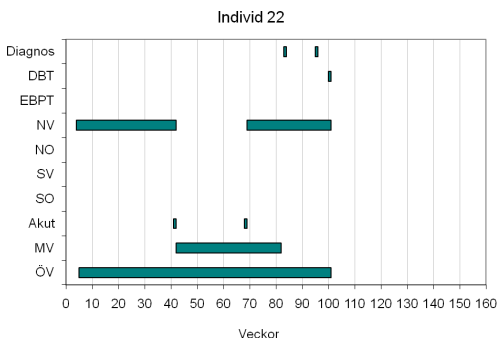
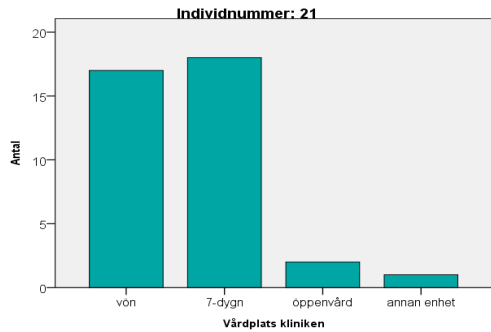
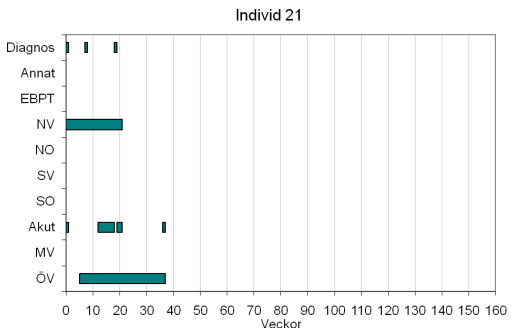
Individ 17

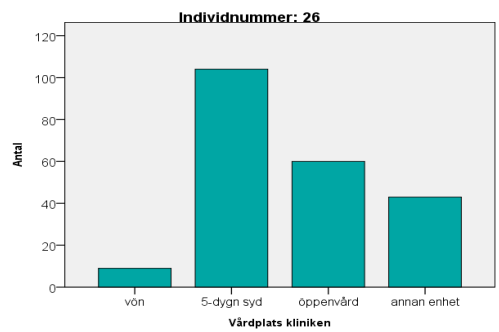
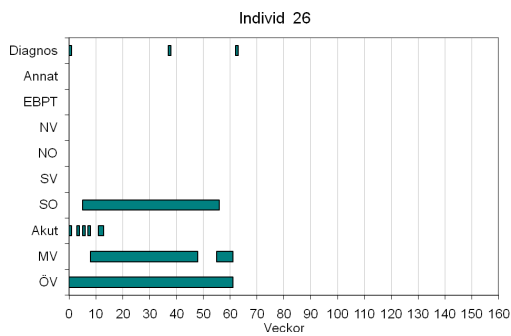
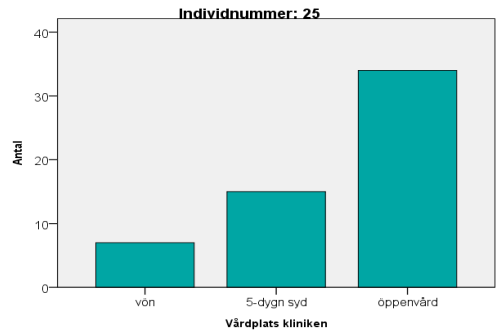
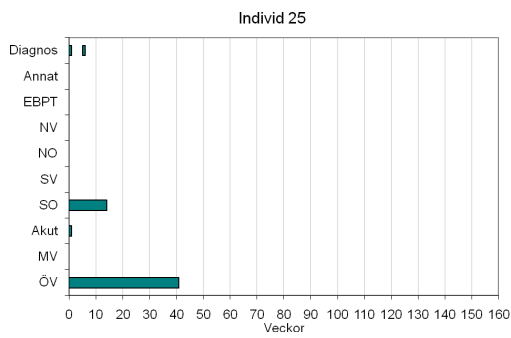
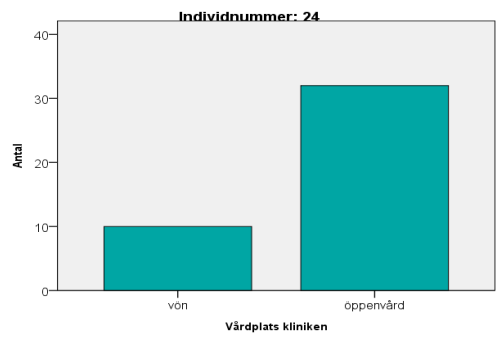
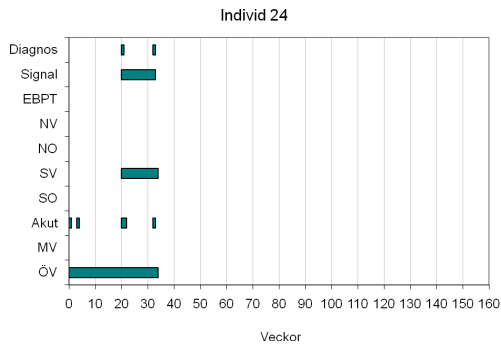


Individnummer: 17

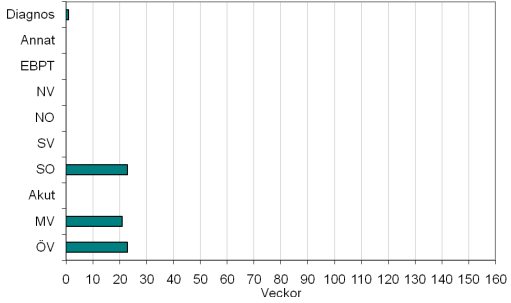




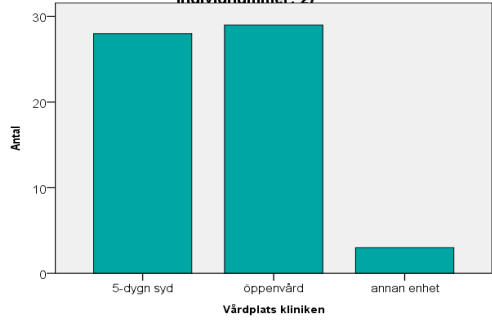




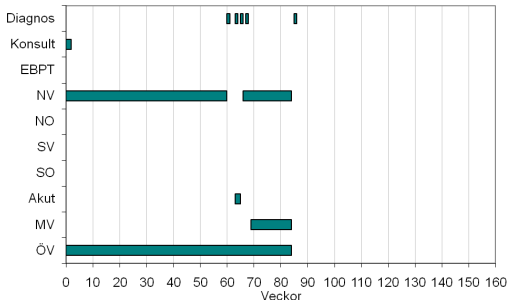
Individ 27



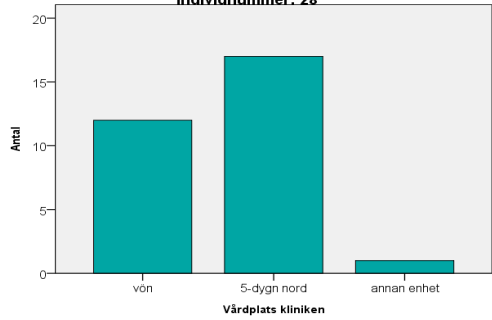
Individnummer: 27



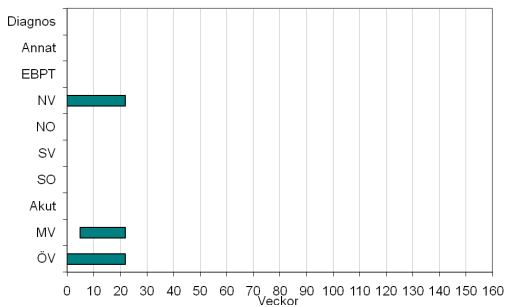
Individ 28



Individnummer: 28



Individ 29



Individnummer: 29





Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING