

Att utvärdera psykiaterns arbete

Tom Andersen

I anslutning till psykiatrisk verksamhet ved en l karcentral i Tromsø har f rfatteren pr vat ut ett enkelt fr geschema, avsett att utv rdere effekterne av psykiatrisk behandling. I sin helhet omfatter metodiken ved utvärderingen en unders kning av flere aspekter på v rdresultatet: huvudsymptomen, den sociale funktionen, frekvensen psykiatriske l karkonsultationer och receptf rskrivning på psykofarmaka.

Unders kningsmetodikene og sambanden mellom de ulike utv rderingsm tten redovisas i följende artikkel.

Tom Andersen  r første lektor ved Institutt for samfunnsmedisin, universitetet i Tromsø.

Innledning

Evalueringsav den psykiatriske behandlingsevirk-somhet som utøves daglig, gjøres for lite.

Noe av forklaringen ligger sannsynligvis i at de vanligste evalueringsmetodene er for tungvin-te. De er ingen naturlig del av arbeidsrutinene, og oppleves lett som belastende for både psykiater og pasient. Deres omfattende form kan dessuten lett gjøre dem til forstyrrende elementer i be-handlingen.

Det en trenger er en praktisk, enkel metode.

Den skal være et rettledende middel for kli-nikeren som vil ha et inntrykk av hva hans be-handling fører til, og intet strengt vitenskapelig in-strument. Dog må det måle såvidt godt at det kan stoles på.

Denne artikkelen omtaler en slik enkel me-tode. Den er prøvet ut under de samme betingel-ser som den er tenkt brukt under.

Kellner (71 og 72) og Kellner et al. (1976) som har vært inspirasjonskilde ved utviklingen av meto-den, mener at selv-evaluering er de mest sensitive metoder (self-rating scales).

Materiale

Forfatteren, som er psykiater, er knyttet til et legesenter i Tromsø by.

19 kvinner og 21 menn som over en halvårs-periode hadde f rsteangskonsultasjon hos for-fatteren er inkludert i materialet. Gjennomsnittsalderen var 32 år, med variasjon fra 14 til 82 år. 19 var ugifte, 18 gifte, 1 skilt og 2 enker.

De hadde psykiatriske sykehistorier fra 1 mnd til 17 år. 8 av dem levde under anstrengte eller uholdbare sosiale forhold.

Disse 40 mottok tilsammen 68 konsultasjoner hos forfatteren.

Antallet for de enkelte varierte fra 1 til 10. Se tabell 1, sid 600.

Metode

Ved første møte med forfatteren ble to forhold klarlagt:

- 1: Hva var tilstandens hovedsymptom?
- 2: Hvilken sosial funksjon var hardest rammet?

Etter en observasjonstid, varierende fra 5 til 11 mnd, ble pasientene tilsendt følgende brev:

I løpet av de siste 1 1/2 år har dr N N drevet psykiatrisk behandlingsevirk-somhet i tilknytning til v rt legesenter. Han har stort sett snakket med personer vi har henvist fra vår praksis.

Både dr N N og vi andre legene som arbeider her til daglig, ønsker nå   vurdere hvordan det har gått med de personene han snakket med.

I den anledning henvender vi oss til deg med et par spørsmål. Vi håper du har tid til   svare på dem, og ønsker selvfølgelig at du svarer så oppriktig som mulig.

Etter v re notater snakket du med dr N N d d (angitt dato).

Du fortalte da at du var plaget med: (her no-tert hovedplagen (hovedsymtomet)).

Har du i tiden fra d d til i dag hatt inntrykk av at denne plagen har vært verre/det samme/bedre?

(Sett strek under det som passer).

Du fortalte også at du: (her notert den påvirkete sosiale funksjon)

her dette blitt verre/det samme/bedre?

(Sett strek under det som passer).

Samtidig ble kartotekene ved alle byens almenpraksiser, byens legevakt og regionsykehus gjennomført for informasjon om de 40 personene. Antall psykiatriske konsultasjoner og forskrevne resepter på ataraxica ble registrert for observasjonsperioden (senere kalt "etter-perioden"), samt for like lang periode før pasienten møtte forfatteren første gang (senere kalt "før-perioden").

En psykiatrisk konsultasjon er definert som ett besøk hos lege (ikke medregnet besøkene hos forfatteren) for plage eller sykdom som legen karakteriserer som psykiatrisk, eller som blir behandlet med ataraxica.

Forskrevne ataraxia er angitt slik:

+ : en resept

++ : to resepter

+++ : tre resepter eller fler.

Mengden tabletter forskrevet pr resept varierer fra person til person, men den synes å være temmelig lik fra gang til gang hos den enkelte person.

Scorer for spørreskjemasvar, endring av ataraxica-forskrivning og endring av antall psykiatriske konsultasjoner fra "før-" til "etter-perioden", er overført til 7-delte skalaer. Scorene er hentet ut av henholdsvis tabell 2, 3 og 4.

Som en vil se har svaret for sosial funksjon dobbelt vekt tall i forhold til svaret vedrørende

Tabell 2. Score-tabell for spørreskjemasvar.

Sosial funksjon	Symptom		
	for-verret	uforandret	bedret
forverret	1	2	3
uforandret	3	4	5
bedret	5	6	7

Tabell 3. Score-tabell for endring av ataraxica-forskrivning.

Resepter i "etter-perioden"	Resepter i "før-perioden"			
	0	+	+	+
			+	+
				+
0	4	5	6	7
+	3	4	5	6
+	2	3	4	5
+				
+	1	2	3	4
+				
+				

Tabell 4. Score-tabell for endring i antall psykiatriske konsultasjoner.

Antall konsultasjoner i "etter-perioden"	Antall konsultasjoner i "før-perioden"									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	4	5	5	6	6	6	7	7	7	7
1	3	4	5	5	6	6	6	7	7	7
2	3	3	4	4	5	6	6	6	7	7
3	2	3	4	4	4	5	6	6	6	7
4	2	2	3	4	4	4	5	6	6	6
5	2	2	2	3	4	4	4	5	6	6
6	1	2	2	2	3	4	4	4	5	5
7	1	1	2	2	2	3	4	4	4	5
8	1	1	1	2	2	2	3	4	4	4
9	1	1	1	1	2	2	3	3	4	4

symptomet. Dette er valgt fordi endring av sosial funksjon ansees mer vesentlig enn symptomendring. Tabellene 2 og 3 er laget på grunnlag av forfatterens skjønn.

Resultater

31 av de 40 personene returnerte spørreskjemaet. Av de øvrige 10 hadde 2 flyttet til ny og ukjent adresse, 1 begått suicid (4 måneder ut i observasjonsperioden).

For hele gruppen sett under ett gikk forskrivning av ataraxica ned fra 21 + i "før-perioden" til 11 + i "etter-perioden". Antall psykiatriske konsultasjoner gikk ned fra 98 til 26, og ikke-psykiatriske konsultasjoner fra 74 til 62.

Et interessant funn er at pasientenes sirkulasjon mellom byens leger er liten. Bare 2 av 109 psykiatriske og 22 av 118 somatiske konsultasjoner har funnet sted ved andre legepraksiser enn det legesentret vedkommende "hører til".

Endringene av antallet psykiatriske konsultasjoner fra "før-" till "etter-perioden" og tilsvarende endringer av ataraxicaforskrivning er korrelert med de endringer enkeltpersonene selv har angitt på spørreskjemaet. Korrelasjonskoeffisienten* mellom spørreskjemasvar og endring av ataraxicaforskrivning er 0,348 ($p \approx 0,05$), og mellom spørreskjemasvar og endring av psykiatrisk konsultasjonsmengde 0,377 ($0,01 < p < 0,05$). Dette betyr at svarene på spørreskjemaet er i rimelig samsvar med endringer som sees i psykiatrisk konsultasjonshyppighet og ataraxicaforskrivning.

Diskusjon

Det spørreskjemaet som her er brukt viste seg å være lett å administrere, både ved utsendelsen og ved vurdering av svarene.

Den høye svarprosenten (84 %) kan indikere at det også er lett å besvare for pasientene.

Bruken av skjemaet virket ikke generende på selve behandlingen.

Når behandleren selv sender ut et slikt skjema, er det en fare for at pasientene svarer for "snilt". Dette er naturlig fordi pasienten føler at han står i et visst avhengighetsforhold til behandleren. Dess færre svarmuligheter spørreskjemaet har, dess større utslag vil denne feilkilden kunne gi. I dette arbeidet er feilen forsøkt redusert ved at det var de andre legene ved sentret og ikke psykiateren selv som sendte ut og mottok skjemaet. Hvorvidt dette egentlig har redusert de for "snille" svarene er umulig å si.

Ved å legge vekt på forhold som står sentralt i personens opplevelse, så som sterkeste symptom og mest affiserte sosiale funksjon er det rimelig å tro at personen registrerer de faktiske endringer. Vanskene for psykiateren kan være å få presisert hva symtomet er og hva den sviktende sosiale

funksjon er. Kravet om å formulere et adekvat og presist spørsmål til bruk i et spørreskjema, har en gunstig tilbakevirkende effekt på klargjøring av behandlingens målsetting.

I det foreliggende arbeidet er opptil 11 mnndr's observasjonstid valgt for at perioden skulle være lang nok til å unngå å bli villedet av den forbigående effekten av ventilering av vanskene, men kort nok for å unngå å kolliderer med nye kriser.

Det reiser seg to hovedspørsmål ved valideringen av spørreskjemaet. Først om de målinger skjemaet valideres mot er relevante. Dernest om de samvariasjoner som er funnet, er tilfredsstillende. Ved diskusjonen av disse spørsmål må det erindres at skjemaet skal være et middel til å gi klinikerne et inntrykk av endringer i den kliniske tilstand og sosiale funksjonsevne. Når jeg mener at de målte forhold som skjemaet valideres mot er gode nok, betyr det selvfølgelig ikke at ytterligere validering ikke bør gjøres, f.eks. mot intervjuer eller andre rating scales. De angitte korrelasjonskoeffisientene er ikke særlig høye, men høye nok til å si at spørreskjemasvar og de andre målingene peker i samme retning.

Ved vurdering av resultatet etter psykiatrisk behandling, må en alltid regne med at såkalt "spontan-helbredelse" har bidratt til eventuell bedring, Bergin (1971). Hvor stor prosent spontan-bedring en bør regne med i ambulant praksis er vanskelig å si, men bedring skyldes neppe behandlingen om bedringsprosenten er 30 eller mindre.

Oppsummering

I tilslutning til den psykiatriske virksomheten ved et legesenter i Tromsø er et enkelt spørreskjema utprøvet. Spørreskjemaet ble sendt til pasientene fra 5 til 11 mnndr etter de hadde fått psykiatrisk behandling. De inneholdt to spørsmål: ett om eventuelt endring av hovedplagen (hovedsymptom) og ett om eventuell endring av den sosiale funksjon som var sviktende ved behandlingens begynnelse.

Dessuten er endringer av ataraxica-forskrivning i like lange perioder før og etter møte med psykiater vurdert, likeledes den psykiatriske konsul-

* "product moment correlation coefficient"

tasjonsfrekvens hos andre leger enn psykiateren. De to siste forhold, som det forutsettes avspeiler reell endring av den psykiatriske tilstand, er korrelert med spørreskjemasvarene. Beregninger som er gjort, gjør det rimelig å mene at dette meget enkle spørreskjemaet kan være en brukbar indikator på endring av den psykiatriske tilstand.

REFERENSER

- Bergin, Allen E (1971): The Evaluation of Therapeutic Outcome. In: Bergin A E and Garfield, S (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. pp 217—270. John Wiley.
- Kallner, Robert (1971—72): Improvement criteria in drug trials with neurotic patients. Part 1 and 2. Psychological Medicine: vol 1, no 5, nov 71: 416—425 and Psychological Medicine: vol 2, no 1, feb 72: 73—80.
- Kellner, R, Rada, R T, Andersen, A and Pathak, D (1976): A comparison of improvement criteria in a drug trial with anxious patients. (Not published)

Blandad läsning om läkaretik

Torsten S:son Frey

CLARENCE BLOMQUIST

Att taga vara på sin broder

Natur och Kultur 125 s, ca 35: —
inkl moms

Det har länge varit en brist att etiska frågor och problemställningar så litet diskuterats inom medicinen och under läkarutbildningen. En sådan diskussion har nu framtvingats av explosionsartade framsteg och risktaganden inom forskningen samt av prioriteringsfrågor och ifrågasättandet av gamla "ideal" av typen: läkarens första plikt är att bevara liv. Ekonomiska avvägningar med avseende på resurser har på ett plågsamt sätt måst tas in i bilden. Det tredje tyska rikets avskyrvärda sätt att lösa problemet med bl a de obotliga, står som en mänsklighetens skamfläck framför oss, samtidigt som vi nu tvingas välja vilka vi skall rädda.

Kontrasten mellan vårt eget materiella välstånd och u-ländernas, ständigt aktualiserat i massmedia, kommer också in i bilden.

Blomquist har nu sammanfattat sina synpunkter (det mesta tidigare publicerat) i en pocketbok och som alltid, då han fört pennan, är boken lättläst och rappt skriven. Man läser den på ett par timmar.

Oväntad cynism

Det mesta som sägs är tankeväckande och klokt och han går igit om ämnet tämligen fullständigt. Jag saknar dock en mer ingående diskussion av det tveeggade i medicinsk upplysning, inklusive den inom psykiatri-psykologi, samt värdet av hälsoundersökningar. Dessa båda problemkretsar hänger intimt samman med det som B. intresserar sig mycket för, nämligen "sjukförklaringar"

och sjukvårdsbehov. Han frågar sig om vi inte redan i dessa avseenden "gått för långt". Stötande har jag funnit vara en formulering vari B. säger: "Kanske vågar en dag någon modig läkare förklara att något han konsulterats för inte är sjukdom, inte bör åsättas någon medicinsk diagnos, inte bör behandlas, att 'patienten' helt enkelt begått ett brott, en orätt, en synd, att han är dum, ful eller stygg eller att han söker för ett helt normalt fenomen och något man måste klara av själv utan hjälp av specialister." Formuleringen utstrålar en oväntad cynism från en specialist på etik. — Vi basunerar ut att människor skall "söka i tid" och beskriver ingående de första symtomen. Läkarspalterna avslutar ofta sina kommentarer till oroade människors frågor med: rådfråga en läkare. På den psykiatrisk-psykolo-