
Tilbakefallsprosent som kvalitetsmål i psykiatrisk behandling

AKTUELT PROBLEM

JAN OLAV JOHANNESSEN

Email: jo.johannessen@rps.netpower.no

TOR K. LARSEN

Rogaland psykiatriske sjukehus
Postboks 1163 Hillevåg
4095 Stavanger

Effektivitet og produksjon uttrykt gjennom liggetid, antall innleggelser, behandlede pasienter per tidsenhet og kostnad i kroner, er ufullstendige mål for kvalitet i medisinsk sammenheng. Disse målene bør suppleres med resultatmål basert på forløpsregistrering av spesifiserte diagnostiske kategorier. Få psykiatriske institusjoner, herunder poliklinikker, registrerer rutinemessig forløpsdata.

En gjennomgang av litteraturen viser at grove resultatmål som for eksempel reinnleggesratio ofte danner basis for evaluering av forløp/behandlingsresultat. Artikkelen gir eksempler på grovere mål som reinnleggesratio og mer vitenskapelig kvalifiserte mål som Positive and negative symptom scale (PANSS) anvendt som resultatmål i et norsk psykiatrisk sykehus.

Ved registrering av tilbakefall hos alle førstegangsinnlagte pasienter ved Rogaland psykiatriske sjukehus innlagt i 1985 og 1990 hadde 40 % av pasienter med schizofrenidiagnose vært reinnlagt etter ett år. Førstegangsinnlagte pasienter fra 1993 og 1994 hadde etter ett år en remisjonsrate på 56 %, målt ved PANSS.

Resultatene av behandlingen av førstegangsinnlagte pasienter med schizofrenidiagnose var dårligere enn det som antydes mulig gjennom studier av optimal behandling, hvor remisjonsprosent anslås til ca. 80 etter ett år. Grove resultatmål som reinnleggesratio synes ikke å avvike vesentlig fra resultatene målt ved PANSS.

Norske psykiatriske institusjoner anbefales å monitorere kvaliteten av behandlingen gjennom en systematisk registrering av tilbakefall for førstegangssyke med schizofrenidiagnose.

Å vurdere kvaliteten av det arbeidet som utføres i helsevesenet, og spesielt innen psykisk helsevern, er en av hovedutfordringene for både klinikere og sykehusledelsen. Kravene til effektivitet og produktivitet skjerpes stadig, ofte basert på kortsiktige økonomiske betraktninger. Kort liggetid, et høyt antall innleggelser og flere behandlede pasienter per tidsenhet og krone brukes ofte synonymt med høy effektivitet og produktivitet, mens det i liten grad blir lagt vekt på langsiktige kvalitetsmål.

Det er få norske psykiatriske institusjoner der man har oversikt over kvaliteten på det arbeidet som utføres og der resultatene av behandlingen måles over tid. Ved de fleste mangler oversikt over forventet resultat av behandlingen av pasienter med diagnoser innen de store diagnosegrupper, som f.eks. schizofreni.

Vi vil i denne artikkelen forsøke å belyse hvordan enkle kvalitetsmål knyttet opp mot forløpet av behandlingen kan anvendes som mål i norske psykiatriske institusjoner. Artikkelen gir en oversikt over vanlige mål på forløp, slik disse anvendes i forskning og klinisk praksis.

Måling av kvalitet og produksjon

Kvaliteten på helsetjenestene kan defineres langs tre dimensjoner (1):

- – Pasientkvalitet. Hvorvidt tjenestene gir pasienten det han ønsker
- – Faglig kvalitet. Hvorvidt kvaliteten møter pasientens behov slik disse er vurdert ut fra et faglig ståsted, og hvorvidt de medisinske ansvarlige korrekt velger ut og anvender prosedyrer som forutsettes å være nødvendige for å imøtekomme pasientens behandlingsbehov.
- – Administrativ kvalitet. Den mest effektive og produktive bruk av ressurser for å imøtekomme pasientens behov innenfor de grenser og forordninger som er besluttet av høyere myndigheter.

I forhold til definisjonene på kvalitet, slik de er gitt av Øvretveit (1), vil dimensjonen pasientkvalitet uttrykke brukerfornøydhet; pasientens tilfredshet med behandlingstilbudet vil noen ganger ikke være sammenfallende med faglig kvalitet. Forløpsstudier som uttrykk for behandlingsresultat vil være et mål for den faglige kvaliteten. For å skaffe slik kunnskap kreves det systematisk oppfølging med jevne mellomrom, f.eks. etter fem, ti og 20 år, når vi har for oss tilstander som schizofreni og manisk depressive lidelser, de alvorlige og mest kostbare psykiske lidelsene.

Den administrative kvalitet vil ligge nær opptil begrepet kostnadseffektivitet. Kostnadene ved schizofreni er beregnet til ca. 3 – 4 milliarder kroner per år i Norge (2). Den administrative kvalitet kan uttrykkes i skjæringspunktet mellom

behandlingsresultat og kostnader knyttet til den enkelte sykdom. Vi vil i denne sammenheng se nærmere på forhold knyttet til den faglige kvaliteten.

I psykiatrien er begreper som liggetid, antall innleggelser og antall behandlede pasienter de vanligste såkalte effektivitets- og produktivitetsmål (3). Videre vil det å hindre en innleggelse eller å gjøre en innleggingsvarighet så kort som mulig, av de fleste oppfattes som et uttrykk for et veldrevet psykiatrisk behandlingssystem.

Antall innleggelser per tidsenhet og per ansatt vil også ofte i det administrative og politiske system oppfattes som uttrykk for effektivitet – når disse stiger. 1980-årenes diskusjon om ”svingdørsproblematikk” som uttrykk for et lite effektivt behandlingssystem er kommet mer i bakgrunnen i 2000. For eksempel anvender Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) i sin rapport *SAMDATA psykiatri* begrepet ”økt produksjon” når liggetiden går ned og antall innleggelser øker. Behandlingsinnsats i forhold til den enkelte pasient, målt for eksempel ved total liggetid gjennom året (4), kommer ikke frem i SAMDATAs statistikker foreløpig.

Antall innleggelser kobles vanligvis ikke til antall behandlede pasienter. Samlet liggetid per pasient for pasienter som har hatt flere innleggelser samme år, anvendes ikke som parameter på behandlingsinnsats. Når det gjelder de alvorligste psykiatriske diagnosene hvor behandlingen strekker seg over flere år, vil det være særlig viktig å vurdere disse forhold sett under ett. Det ”endelige” behandlingsresultatet ligger ofte mange år frem i tid i forhold til aktuelle innleggelse.

Forløp, eller resultater, er sammensatte begreper, og må ofte vurderes langs flere dimensjoner over tid, så som symptomer, sosial- og arbeidsmessig fungering, livskvalitet etc. Forløpsmål kan beskrives hierarkisk, det groveste eller enkleste målet er overlevelsesratio, mens de mer sofistikerte måler grader av utslag på fine, vitenskapelig kalibrerte skalaer (ramme 1). Overlevelse, det vil si hvor stor prosentdel av en pasientpopulasjon som er i live etter en viss tid, anvendes mer og mer som forløpsmål i USA i forhold til schizofreni (5), i kjølvannet av nedbyggingen av behandlingstilbudet til denne pasientgruppen.

Tilbakefallsstudier

Til tross for viktigheten av å definere og gi kriterier for tilbakefall, er det stor variasjon mellom de ulike studier i forhold til objektive kriterier, og i mange tilfeller mangler godt definerte kriterier (6). Litteraturen vedrørende oppfølgingsstudier, er omfattende både for alvorlige sinnslidelser (psykoser) og de såkalte lettere (nevrotiske) psykiatriske tilstander.

I en oversiktsstudie i 1995 foretok Gilbert og medarbeidere (6) en gjennomgang av 66 studier vedrørende antipsykotisk medikasjon ved schizofreni. I 22 av studiene ble det ikke gitt noen definisjon av tilbakefall. I 11 av studiene ble tilbakefall definert som ”å starte medisiner på nytt”. I de gjenværende 33 studiene ble tilbakefall definert som fremveksten av ”forverrede atferdsmessige tegn” (med agitasjon, aggresjon, søvnløshet, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger eller suicidal atferd). Noen av disse studiene anvendte

spesifiserte forandringer på særlige områder innen kliniske psykiatriske vurderingsskalaer (rating scales) som Brief psychiatric rating scale (BPRS) (7) og Positive and negative syndrome scale (PANSS) (8).

Det groveste og vanligste målet for tilbakefall er reinnleggelse. I en tid hvor institusjonene bygges ned, og flere og flere av pasientene behandles ute i samfunnet i poliklinikker eller primærhelsetjenesten, vil et slikt mål være utilstrekkelig med tanke på en endelig kvalitetsvurdering. Reinnleggelsestallet vil være avhengig av en rekke ytre faktorer som poliklinisk tilbud, toleranse i lokalsamfunnet osv. Reinnleggelsestallet reflekterer derfor kanskje mer kvaliteten på behandlings- og tjenestetilbudet totalt, enn kvaliteten på tilbudet gitt innen psykisk helsevern isolert.

Remisjonsbegrepet danner grunnlaget for alle tilbakefallstudier/resultater. I en ettårs oppfølgingsstudie definerer Rabiner og medarbeidere (9) remisjon som "en tre måneders periode med fravær av vrangforestillinger, hallusinasjoner eller formal tankeforstyrrelse".

I TIPS-prosjektet (tidlig intervensjon ved psykose) som er en oppfølgingsstudie av førstegangs ikke-afektive funksjonelle psykoser (10) anvendes følgende definisjon for remisjon: "En pasient er i en remisjonsfase når han eller hun ikke lenger er aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr oppførsel. I tillegg bør ikke pasienten skåre 4 eller høyere på noen av de følgende PANSS-symptomer: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold)." Remisjon forutsetter at varigheten av en slik ikke-psykotisk periode er minst to måneder.

I Kisslings omfattende studier vedrørende tilbakefall ved schizofreni, anvendes bare reinnleggelser som mål på tilbakefall (11). Tarrier og medarbeidere (12) definerer tilbakefall som "en markert forverring i de psykotiske symptomer, tilstrekkelig til å medføre innleggelse i sjukehus". Birchwood og medarbeidere (13) definerer i sin tilbakefallsstudie vedrørende schizofreni tilbakefall som "enten reinnleggelse uansett årsak" eller "snikende tilbakefall, hvor tilbakefall var ansett uunngåelig, og reinnleggelse sannsynlig".

Tilbakefallsstudier ved schizofreni deler seg i hovedsak i to grupper:

- – De som regner prosent av totalpopulasjoner (alle diagnosegrupper/episoder samlet)
- – De som går ut fra tilbakefall ved førstegangspsykoser etter f.eks. ett, to, fem, ti år osv.

Den første gruppen studier vil være svært uspesifikk, resultatene vanskelige å tolke, og ha begrenset klinisk/administrativ interesse. I førstegangspsykosegruppen, viser flere studier at vi, gitt en optimal behandling, bør forvente remisjon i inntil 80 – 90 % av tilfellene, og at 80 % av disse pasientene bør være residivfrie etter ett år (11, 12, 14, 15).

Szymanski og medarbeidere (16) fant at 69 % av en gruppe på 54 førstegangssyke schizofrenipasienter var i full remisjon etter ett år. I en ettårs oppfølgingsstudie av 35 førstegangssyke pasienter med ikke-afektiv psykose (inkludert affektiv psykose med stemningsinkongruente

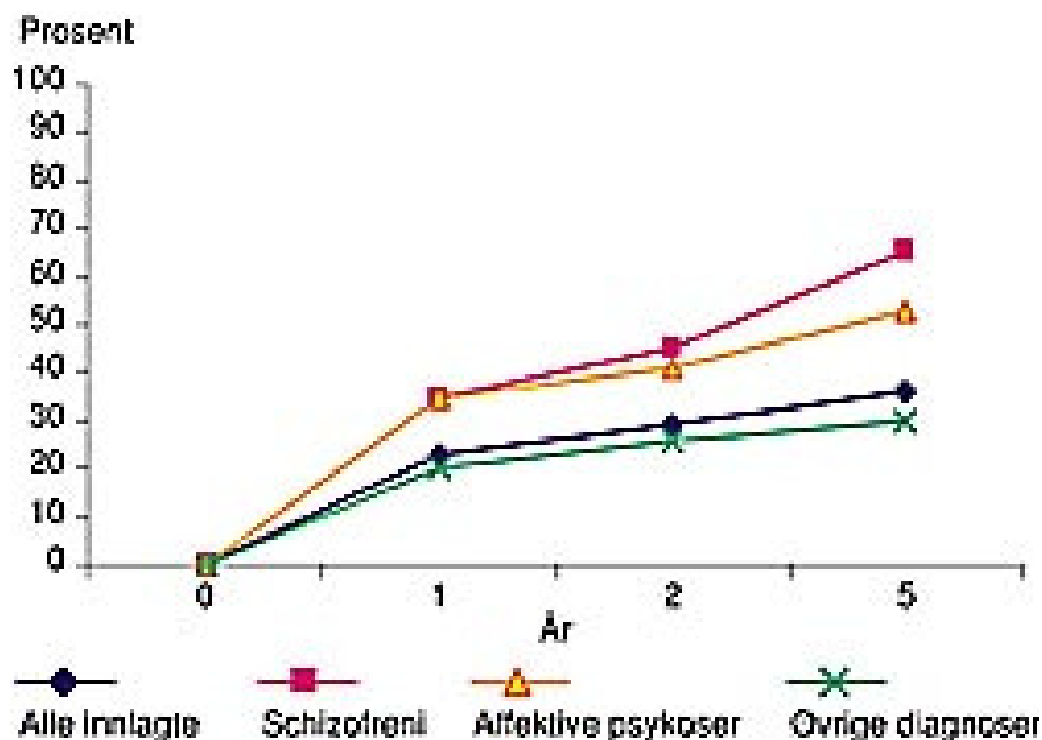
vrangforestillinger/hallusinasjoner) fant Gupta og medarbeidere (17) at ca. 69 % hadde en periode med remisjon fra positive symptomer. Rabiner (9) studerte en gruppe på 36 første-episode schizofrene pasienter etter ett år, og fant at 22 % fremdeles var psykotiske etter ett år, og at 71 % av de remitterte pasientene forble i remisjon etter ett år.

Kissling hevder at tilbakefallsgrad målt ved rehospitalisering bør kunne reduseres til 15 % i løpet av ett år, i motsetning til 50 % som er normaltallene nå. Freeman (18) viser at sannsynligheten for rehospitalisering for schizofreni varierer fra 50 % til 80 % etter oppfølgingsintervaller på opptil 20 år.

Resultater av tiårs oppfølging av førstegangsinnlagte

Rogaland psykiatriske sjukehus har sektoransvar for Sør-Rogaland med ca. 270 000 innbyggere. Området er preget av en stor stabilitet i befolkning. Tidligere undersøkelser viser at de fleste med en alvorlig sinnslidelse blir boende i området, og at nesten alle er tilgjengelige for senere oppfølging. Opptaksområdet er geografisk sektorisert, og avdeling Dale og avdeling Stavanger hadde i angjeldende tidsrom ansvar for to like store sektorer.

Alle førstegangsinnlagte pasienter fra 1985 og 1990 er blitt undersøkt for tilbakefall målt som reinnleggelse etter ett, to, fem og ti år. Pasienter med diagnoser tilhørende diagnosegruppene schizofreni (295 ICD-9) og affektive psykoser (296 ICD-9) er undersøkt særskilt. Tabell 1 og figur 1 viser at av pasienter som ble førstegangsinnlagt i henholdsvis 1985 og 1990, hadde 64 % ikke vært reinnlagt etter fem år. Av dem med schizofrenidiagnose hadde 35 % ikke vært reinnlagt, og i gruppen med diagnosen manisk-depressiv gjaldt dette 47 %. I øvrige diagnosegrupper hadde 70 % ikke vært reinnlagt i løpet av femårsperioden.



Figur 1 Kumulativ reinnleggelsesprosent de første fem år for pasienter førstegangsinnlagt i Rogaland psykiatriske sjukehus i 1985 og 1990, N = 630

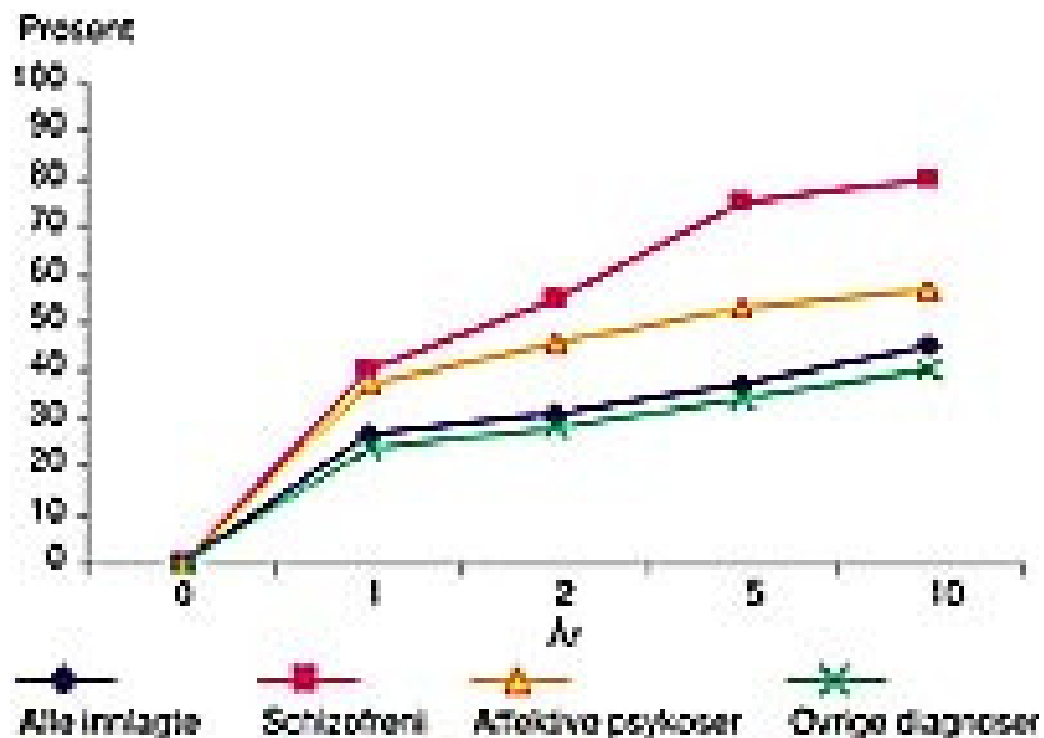
Tabell 1

Reinnleggelse etter diagnose og år for pasienter førstegangsinnlagt i 1985 og 1990.
Antall nye reinnleggelser (n) og akkumulert antall reinnlagte (Σ)

	Schizofreni n = 31				Affektiv psykose n = 100				Øvrige diagnoser n = 499				Alle diagnoser N = 630			
	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)
1. år	11	(35)	11	(35)	35	(35)	35	(35)	99	(20)	99	(20)	145	(23)	145	(23)
2. år	3	(10)	14	(45)	6	(6)	41	(41)	31	(6)	130	(26)	40	(6)	185	(29)
5. år	6	(19)	20	(65)	12	(12)	53	(53)	25	(5)	151	(30)	43	(7)	224	(43)

Ett år etter utskrivning var 11 av 35 pasienter med schizofrenidiagnose reinnlagt (35 %), det samme gjaldt for gruppen med affektive psykoser.

Etter ti år (fig 2, tab 2) hadde 55 % av alle førstegangsinnlagte pasienter fra 1985 ikke vært reinnlagt. 27 % ble reinnlagt innen ett år, 31 % etter to år, 37 % etter fem år og 43 % innen ti år. I schizofrenigruppen (n = 20) ble fire pasienter ikke reinnlagt i perioden (20 %). For gruppen med manisk-depressive sinnslidelser (n = 45) ble 19 (42 %) ikke reinnlagt i perioden.



Figur 2 Kumulativ reinnleggesprosent i ti år for pasienter førstegangsinnlagt i Rogaland psykiatriske sjukehus i 1985, N = 337

Tabell 2

Reinnleggelse etter diagnose og år ved ti år oppfølging av pasienter førstegangsinnlagt i 1985. Antall nye reinnleggelser (n) og akkumulert antall reinnlagte (Σ)

	Schizofreni n = 20				Affektiv psykose n = 45				Øvrige diagnoser n = 272				Alle diagnoser N = 337			
	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)	n	(%)	Σ	(%)
1. år	8	(40)	8	(40)	17	(37)	17	(37)	66	(24)	66	(24)	91	(27)	97	(27)
2. år	3	(15)	11	(55)	4	(9)	21	(46)	10	(4)	76	(28)	17	(5)	106	(31)
5. år	4	(20)	15	(75)	3	(7)	24	(53)	16	(6)	92	(34)	23	(8)	129	(37)
10. år	1	(5)	16	(80)	2	(4)	26	(57)	17	(6)	109	(40)	20	(6)	149	(45)

Der var ingen store forskjeller mellom de to sektorene i Rogaland. I løpet av tiårsperioden hadde de 43 % av hele gruppen som ble reinnlagt, i gjennomsnitt 1,3 reinnleggelser. Hos dem med schizofrenidiagnose som ble reinnlagt, var der i gjennomsnitt 2,1 reinnleggelser, og blant dem med affektiv diagnose 1,2 reinnleggelser. Bare ca 7,5 % av alle førstegangsinnlagte i 1985 hadde flere enn tre innleggelser i perioden.

Ved Rogaland psykiatriske sjukehus ble det gjort en systematisk ettårs oppfølging av førstegangsinnlagte med ikke-affektive funksjonelle psykoser fra 1993 og 1994. I forhold til de definisjoner på remisjon som er gitt tidligere (TIPS). Av 43 førstegangsinnlagte pasienter med ikke-affektiv funksjonell psykose vurdert etter ett år (19), ble 56 % av pasientene vurdert til å være i remisjon. 26 % ble vurdert som kontinuerlig psykotiske gjennom hele året, og 18 % hadde ett eller flere tilbakefall. Det var ingen dødsfall.

Diskusjon

Norske psykiatriske institusjoner bruker i begrenset utstrekning systematiske oppfølgingsdata som kvalitetsmål for sine behandlingsresultater. Dette kan skyldes at resultatene av behandlingene først viser seg etter flere år, spesielt for de tyngste og mest ressurskrevende tilstandene som f.eks. schizofreni. Resultatmålene, de mest nøyaktige tilgjengelige instrumenter, fremtrer dessuten kompliserte og tidkrevende å bruke.

Mål som overlevelsesheter og reinnleggelsesfrekvens vil bli regnet for å være for enkle; for reinnleggelse som mål vil den viktigste innvendingen være at den like mye spiller tjenestetilbudets utforming, tilgjengelighet, samt omfanget og kvaliteten på for eksempel det kommunale tjeneste- og serviceapparat. Dette er selvsagt reelle svakheter; tilbakefallstall målt ved reinnleggelse vil likevel være et bedre kvalitetsmål enn løsere antakelser om hva høyt antall innleggelser o.l., måtte bety.

Enkle mål, som reinnleggesrate, for tilstander som førstegangsinnlagte schizofrene ved Rogaland psykiatriske sjukehus i perioden 1985 – 94 viser at ca. 60 % av pasientene vil oppleve remisjon i løpet av det første året. Basert på kliniske, ikke-vitenskapelig etterprøvede diagnoser vil disse tallene være beheftet med store metodiske svakheter. Imidlertid samsvarer denne grovere

undersøkelsesmetode godt med forskningsbaserte funn i TIPS-studien, som viser at remisjonsrate er 56 % i løpet av det første året etter innleggelse. I forhold til internasjonalt aksepterte standarder er dette isolert sett for dårlige resultater, de antyder en remisjonsrate på ca. 80 % gitt en optimal behandling.

Etter vår mening bør norske psykiatriske institusjoner overveie å innføre en kartlegging av sine tilbakefallstall som resultatmål, i første omgang for de alvorligste og tyngste diagnosegruppene, og å begynne med førstegangssyke schizofrene. Dette er en liten gruppe rent tallmessig, og kan tjene som en monitor for sjukehusenes øvrige behandlingskvalitet, inntil mer omfattende systemer for løpende kvalitetsmonitorering kan etableres som rutine. Innføring av slike resultatmål kan føre debatten om helsevesenets "effektivitet" og "produksjon" over på et bedre spor, hvor mer reelle kvalitetsmål kan diskuteres.

Ramme 1

HIERARKI AV BEGREPER BRUKT TIL Å BESKRIVE FORLØP

- Overlevelse
- Remisjon
- Tilbakefall (relapse) – Reinnleggelse – Symptomer (skåringssystemer)
– Funksjonsnivå Sosialt Yrkesmessig Global fungering

Vi takker Stein Tore Nilsen for hjelp i forbindelse med utarbeiding av manuskriptet og Per Vaglum, Svein Friis, Kjetil Hustoft og Inge Joa for nyttige råd.

LITTERATUR

1. Øvretveit J. Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions. Buckingham, UK: Open University Press, 1998.
2. Rishovd Rund B. Schizofreni, hvor mye bruker vi på behandling og forskning? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2682 – 3.
3. Samdata Psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1995. Del 1 Rapportdel. Rapport 2/97. Norsk institutt for sykehusforskning (NIS). Trondheim: Kommuneforlaget, 1997.
4. Samdata psykiatri, 6/98. Tabeller 1997. Norsk institutt for sykehusforskning (NIS). Trondheim: Kommuneforlaget, 1998.
5. Goldberg RJ. Using outcomes to manage managed care. American Psychiatric Association 1996; Annual meeting, syllabus and proceedings summary, 78. Washington: American Psychiatric Association, 1996.
6. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. Arch Gen Psychiatry 1995;

52: 173 – 88.

7. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799 – 812.
 8. Kay SR, Fishbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261 – 9.
 9. Rabiner CJ, Wegner JT, Kane JM. Outcome study of first episode psychosis. Relapse rates after one year. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1155 – 8.
 10. Johannessen JO, Larsen TK, Horneland M, Mardal, S, Bloch Thorsen GR, Vaglum P et al. Strategies for reducing duration of untreated psychosis. *Schizophr Res* 1999; 36: 342.
 11. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 1994; 89 (suppl 382): 16 – 24.
 12. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fritzpatrick E. The Salford Family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 829 – 32.
 13. Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers: a preliminary investigation. *Psychol Medic* 1989; 19: 649 – 56.
 14. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams A, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 173 – 83.
 15. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S et al. Predictors of relapse from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 234 – 47.
 16. Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D, Loebel A, Geisler S et al. Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biological indexes in first-episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 698 – 703.
 17. Gupta S, Hendrick S, Kenhel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia. Is there a relationship to substance abuse? *Schizophr Res* 1996; 20: 153 – 6.
 18. Freeman DM. Preventing relapse: key to cost-effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Current Approaches to Psychosis* 1997; 1: 5 – 6.
-

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.