

Karna Rusek
Gun-Marie Magnusson

Uteblivande

Ett problem även för psykoterapin?

Non-Attendance

Also a problem for psychotherapy?

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearikad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Alla som arbetar inom psykiatrisk öppenvård känner till problemet med patienter som uteblir eller lämnar sena återbud. Den aktuella studiens syften var att: undersöka i vilken grad som patienter inom psykiatrisk öppenvård själva upplevde att de uteblivit/lämnat återbud till inbokade besök, undersöka vilka faktorer som inverkade på hur ofta man uteblivit eller lämnat återbud, undersöka om psykoterapi med hjälp av KBT inverkade på patienternas nöjdhet med behandling / terapeut och om dessa indikatorer på en allians i sin tur hade betydelse för grad av uteblivande. I studien medverkade 103 patienter från tre mottagningar inom psykiatrisk öppenvård i Västsverige som på frågeformulär angett svar på om och varför de uteblivit/lämnat återbud från inbokade besök vid mottagningarna. Frågeformulären innehöll också bakgrundsdata angående kön och ålder. Även diagnos och vilken typ av behandling som erbjudits efterfrågades och hur nöjda patienterna var med behandlingen och terapeut som de gick hos.

Studien visar att hälften av de tillfrågade ofta uteblev eller lämnade återbud. Faktorer som påverkade var att man kände ett obehag inför besöket, glömde bort besöket, den ekonomiska situationen förhindrade och att man inte mådde bra. De som angivit KBT som behandling var nöjdare med terapeuten och behandling än andra, men KBT bidrog inte till mindre uteblivande. Psykiatrin behöver arbeta på ett sätt som möjliggör att patienten i ökad grad kan ta emot och tillgodogöra sig psykoterapi, då många upplevde att största anledningen till uteblivande/återbud var obehag inför besöket. I studien diskuteras tänkbara orsaker och förslag till fortsatta studier.

Nyckelord: uteblivande/återbud, psykiatrisk öppenvård, KBT, obehag, nöjdhet

Abstract

All who works in psychiatric care knows about the problem with patients who don't attend or cancel the visit. The purpose of the present study was; to investigate in which grade patients in psychiatric care themselves experience that they didn't attend/ cancel the visit, investigate which factors impact how often the patient didn't attend/cancel the visit, investigate if CBT had an impact on patient's satisfaction with the treatment/ therapist and if non-attendance is effected by these indicators of alliance. Participants were 103 patient from three psychiatric outpatient clinics in West Sweden. They answered a questionnaire if and why they didn't attend/ cancel the visit. The questionnaire was also contained background data like gender and age. Diagnosis and which type of treatment they have been offered, was requested and how satisfied the patients was with the treatment/ therapist. The results show that half of the respondents often didn't attend /cancel the visit. The reasons for non-attendance/ cancelling was; they felt discomfort before the visit, they forgot the visit, economics situation prevented them and they didn't feel well. They who had indicated CBT as a treatment was more satisfied with the therapist and with the treatment compared to the participants without CBT but CBT didn't contribute for less non-attendance. The psychiatric field needs to find a way that enable the patients to receive and assimilating psychotherapy, because many experience that the reasons to not attend/cancel the visit was discomfort before the visit. In the study, possible causes are discussed and suggestions for further studies are made.

Keywords: non- attendance/cancel the visit, psychiatric care, CBT, discomfort, satisfaction

Förord

Under de cirka femton år vi arbetat i psykiatrisk öppenvård har vi ofta funderat över varför patienterna så ofta uteblir eller lämnar återbud i sista minuten. Återbudet och uteblivande stör den dagliga verksamheten på flera sätt och blir ibland till ett irritationsmoment på mottagningarna. Det blir svårt att planera dagen, patienter måste kallas om och om igen medan köerna växer. Det är frustrerande då patienter uteblir från dyrbara läkartider eller inte kommer till en noga förberedd terapisession. Som terapeut kan man uppleva att behandlingen ”tappar fart” om det blir många återbud och glest mellan sessionerna. I förlängningen finns även en större ekonomisk aspekt då det på ledningsnivå ser ut som om mottagningarna har färre besök än förväntat. När återbudet och uteblivande leder till irritation på mottagningarna kan det ligga nära till hands att spekulera i olika möjliga anledningar till att patienterna inte kommer. Har t.ex. patienter med neuropsykiatriska diagnoser svårare än andra att passa tider? Erbjuder inte mottagningarna effektiv och hjälpsam behandling eller är det rent av så att patienterna är nonchalanta? Och om man vill arbeta för att öka närvaron – vilken väg är då bäst att gå? Är det att ”uppfostra” patienterna med straffavgifter och utebliven behandling eller är det snarare att vara flexibel och tillmötesgående med tider? Eller är det något helt annat som behövs? Vi ville undersöka detta ur patienternas perspektiv med målet att på sikt kunna arbeta på ett sådant sätt att resurserna används effektivt och patienterna får större möjlighet att tillgodogöra sig terapi. Iden till studien har funnits hos oss några år, men det är först under vår psykoterapeututbildning vid Evidens som vi fått möjlighet att genomföra den. Vi vill tacka vår handledare professor Torsten Norlander för mycket god handledning, stöd och uppmuntran i processen. Vi vill också tacka administrativ personal vid de psykiatriska mottagningarna i Bäckefors, Åmål och Säffle som hjälpte oss att påminna patienterna att fylla i enkäterna och få ut statistik. Vi vill också tacka Klas Jonsson för användbar information om Landstingets Datalager.

Inledning

Alla som arbetar inom psykiatrisk öppenvård känner till problemet med patienter som uteblir eller lämnar sena återbud. Patienter uteblir även inom andra specialiteter, internationella mätningar pekar på att andelen uteblivande och sena återbud är 19 % i psykiatri jämfört med 11 % inom somatisk vård (Mitchell & Selmes, 2007). Siffror på 19-27 % uteblivna besök rapporteras från Europa och Afrika (Adelufousi, Ogunwale, Adeponie & Abayomi, 2013; Fenger, Mortensen, Poulsen & Lau, 2010; Finney & Edman, 2009; Mitchell & Selmes, 2007). I en amerikansk studie uppskattas att så många som hälften av alla patienter som behöver psykiatrisk vård inte deltar i den behandling som de har ordinerats (Zanjani, Davis, Newsham, Kruger, Munk, Schoenberg & Martin, 2015). Problemet skapar inte bara frustration hos personalen, det är också mycket kostnads-ineffektivt och leder till längre väntetider. I USA har kostnaden för uteblivande uppskattats till 100 miljarder US dollar per år (Adelufousi et al., 2013). En svensk rapport visar att andelen uteblivande eller inställda besök vid en psykiatrisk mottagning i Vallentuna under året 2006 var 19 % (Finney & Edman, 2009). Problemet verkar vara likartat i flera länder. I den svenska studien mäts eller redovisas inga kostnader, men man konstaterar ändå att för en mottagning med ansträngd ekonomi skulle det finnas en hel del pengar att spara om man lyckades minska andelen uteblivande.

Allvarligast är det för patienterna som uteblir från den vård som var planerad för dem. Flera studier tyder på att dessa patienter både har en allvarligare psykisk ohälsa, lägre funktionsnivå och en betydligt sämre social situation är de som kommer på sina besök (Killaspy, Banerjee, King & Lloyd, 2000; Mitchell & Selmes, 2007). De flesta som missar en tid tar kontakt med mottagningen och ber om en ny, och därmed är ingen större fara skedd, men för dem som inte gör det är situationen allvarligare, med större risk för försämring och slutenvårdsvistelse. Enligt en brittisk studie är det så mycket som 50 % av dem som uteblir som helt hamnar utanför regelbunden psykiatrisk vård (Mitchell & Selmes, 2007) och det finns en undersökning som visar att dessa patienter löper 30 % risk att bli inlagda på sjukhus under en 12-månaders period jämfört med 20 % för de som kommer på besöken (Killaspy et al., 2000) Enligt en amerikansk studie avbryter 19 % av psykiatriens patienter sin behandling i förtid, utan överenskommelse med läkare och terapeut (Edlund, Wang, Berglund, Katz, Lin & Kessler, 2002). Detta är också i stort sett överensstämmande med siffror från en internationell undersökning där patienter i elva länder i fyra olika världsdelar studerades (Wang, Gilman, Guardino, Chrisitna, Morselli, Mickelson, &

Kessler, 2000). Uteblivna besök är alltså förenade både med stora ekonomiska kostnader och med stora risker för patientsäkerheten. Ur det perspektivet är det intressant både att ta reda på orsaker till varför patienter uteblir och att försöka förebygga dessa.

Det har forskats en hel del på detta internationellt och ämnet belyses bland annat i en studie från Storbritannien och Danmark. Man har här tittat på olika faktorer som kan inverka (Fenger et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007). Vad gäller demografiska faktorer framgår det, som tidigare nämnts, att de patienter som uteblir ofta har en sämre social situation och pågående psykosociala problem. Patienterna tillhör ofta en lägre socioekonomisk grupp och för den som är hemlös ökar risken ytterligare. Att bo långt från mottagningen eller i ett område med dåliga allmänna kommunikationer är också en riskfaktor (Adelufousi et al, 2013; Fenger et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007). Ett flertal studier pekar på ung ålder som predisponerande för uteblivande (Edlund et al., 2002; Fenger et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007). Psykiatriska diagnoser som verkar spela in är personlighetsstörningar och substansmissbruk. Det som patienterna oftast nämner som den direkta orsaken till uteblivandet är att man glömt bort tiden, blandat ihop datumen eller försovit sig. Hög ångestnivå kan också bidra (Fenger et al., 2010; Mitchell & Selmes, 2007). I en svensk studie menar man att den typiska patienten där risken för uteblivande är stor, är en ung person med personlighetsstörning och kanske missbruk, och med en låg funktionsnivå (Finney & Edman, 2009). Då det huvudsakliga skälet till att den enskilde patienten uteblir ofta sägs vara glömska har det gjorts försök med olika påminnelse-system som sms, påminnelsebrev och telefonsamtal (Jayaram, Ranganath, Rattehalli & Kader, 2008). Det har visat sig att både sms och påminnelsebrev fungerade bra och signifikant minskade andelen uteblivande, medan effekten inte var lika märkbar vid telefonsamtal. SMS framhålls också som en billig metod (Kunigiri, Gajebasia & Sallah, 2014). En brittisk studie (Pennington & Hodgson, 2012) visade att ringa och boka tid med patienten inför första besöket och sedan ytterligare ett påminnelse-samtal reducerade uteblivande markant. Men det är inte bara demografiska faktorer och patientfaktorer som är viktiga, även mottagningarnas arbetssätt och vårdens upplevda kvalitet är bidragande. Om kallelse-brevet håller låg standard och om det går lång tid mellan kallelse och faktiskt besök, ökar risken för uteblivande och det är samma sak om tiderna inte är flexibla och inte anpassas till vad som fungerar för patienten. Lika så är det om patienten har tidigare dålig erfarenhet av sjukvården, känner ett obehag inför besöket eller är rädd för vad som kommer att hända. Ett problem är också att många patienter skäms för att besöka psykiatrin och att man

uppfattar psykiatrisk vård som relativt ineffektiv, varför man inte ser det som meningsfullt att komma eller fullfölja behandlingen (Edlund et al., 2002). Å andra sidan ökar chanserna att patienterna fullföljer sin behandling om man upplever den vård man får som hjälpsam och att man har en god relation och gott samarbete med sin terapeut. En av slutsatserna som dras i den brittiska studien är att höga nivåer av uteblivande kan ses som markör för att vårdens kvalitet bör förbättras (Mitchell & Selmes 2007). En amerikansk meta-analytisk studie visade att val av terapeut och tid, förberedande inför psykoterapi genom motiverande och informativa interventioner och påminnelser var mest effektivt för ökad närvaro i terapin (Oldham, Kellet, Miles & Sheeran, 2012).

Då den terapeutiska alliansen studerades i en svensk avhandling (Johansson, 2006) kom man till liknande slutsatser. Med undantag av ålder visade sig demografiska faktorer och patient/sjukdomsfaktorer vara av underordnad betydelse. Det viktigaste för att patienten skulle komma på besöken och fullfölja behandlingen var den känslomässiga aspekten av den terapeutiska alliansen. En dålig allians kan alltså förutsäga uteblivande (Johansson, 2006). Psykoterapiforskning pekar på att den terapeutiska alliansen är av betydligt större vikt för resultatet än val av terapimetod (Lindgren, 2011). Ibland hävdas att så lite som sju procent av terapins utfall beror på metoden, medan största delen av resultatet förklaras av terapeut- och patientfaktorer varav alliansen är av mycket stor betydelse. En stark allians, oavsett terapimetod, hjälper patienten att bli kvar i behandlingen och leder till bättre resultat, både statistiskt och kliniskt (Lindgren, 2011).

Vad är det då som gör att patienten upplever att alliansen är stark? Enligt Johansson (2006) måste terapeuten dels kunna härbärgera patientens lidande, dels kunna ge hen möjligheter att uttrycka sina känslor och svårigheter. Patienten behöver också känna att det finns en trygghet och stabilitet i behandlingens struktur. Andra studier visar att utöver den terapeutiska alliansen är också behandlarens kommunikationsstil och förmåga att förklara viktiga faktorer. Att uppleva att man verkligen får hjälp i form av symptomreduktion och förbättrad livskvalitet är också viktigt (Mitchell & Selmes, 2007). Men forskningsresultaten är inte helt samstämmiga. En italiensk studie har kommit fram till att patienter som uteblir och på det sättet avbryter sin behandling i förtid, vanligen är nöjda med vården (Rossi, Amaddeo, Bisoffi, Ruggeri, Thornicroft & Tansella, 2002). Det finns visserligen en samstämmighet med att vara nöjd med sin behandlare och att kvarstanna i vården, men de patienter som på eget initiativ avbryter behandlingen säger sig ofta

vara mycket nöjda med den typ av behandling de har fått. Kanske är det helt enkelt så att de har fått den hjälp de tycker att de behöver och därför inte upplever något fortsatt vårdbehov (Rossi et al., 2002).

När man i en brittisk studie om depressionsbehandling jämförde kognitiv beteendeterapi (KBT) med psykodynamisk terapi (PDT) och interpersonell psykoterapi (IPT) fann man inga skillnader i andelen uteblivande eller avhopp mellan de olika grupperna (Churchill, Hunot, Corney, Knapp, McGuire, Tylee & Wessely, 2001). När problemet med avhopp granskas i en spansk studie finner man att så många som 43,8 % avbryter behandlingen i förtid (Bados, Balaguer & Saldana, 2007). KBT kan vara en effektiv behandling vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), men även här är problemet med avhopp stort (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008). Enligt en amerikansk studie är det upp till 68 % som avbryter behandlingen och därmed inte får hjälp (Garcia, Hector, Kelley, Lance, Rentz, Timothy, Lee, & Shuko, 2011). Uteblivna besök och avhopp är alltså i högsta grad också ett problem för KBT. Med anledning av den forskning som finns och bristen på svenska studier i ämnet är det angeläget att vidare undersöka faktorer som påverkar uteblivande/återbud och om samband finns mellan vilken behandling patienterna erhåller.

Syfte

Den aktuella studien hade tre syften, nämligen att: (a) undersöka i vilken grad som patienter inom psykiatrisk öppenvård själva upplever att de uteblivit/lämnat återbud till inbokade besök, (b) undersöka vilka faktorer som inverkar för hur ofta man uteblivit eller lämnat återbud, (c) undersöka om psykoterapi med hjälp av KBT inverkar på patienternas nöjdhet med behandling och terapeut och om dessa indikatorer på en allians i sin tur har betydelse för grad av uteblivande.

Metod

Deltagare

I studien medverkade 103 patienter från tre mottagningar inom psykiatrisk öppenvård i Västsverige (Bäckefors: 36 patienter, Åmål: 30 patienter; Säffle: 37 patienter) som på frågeformulär angett svar på om och varför de uteblivit/lämnat återbud från inbokade besök vid

mottagningarna. Frågeformulären innehöll också bakgrundsdata där 39 av patienterna angett att de var män och 60 att de var kvinnor. Fyra individer hade inte angett könstillhörighet. För att ange sin ålder fick patienterna ange en av sex ålderskategorier. Efter en genomförd skattning kunde patienternas genomsnittliga ålder beräknas till cirka 39.09 år ($SD = 14.19$). Vidare framkom att 68 % av dem hade angett som huvudsaklig diagnos någon av följande fyra: depression (25 patienter), ADHD (19 patienter), ångest (14 patienter) och bipolär sjukdom (12 patienter). De övriga 32 procenten återfanns bland andra typiska psykiatriska diagnoser såsom utmattningssyndrom, personlighetsstörningar, psykoser och missbruk. Av patienterna hade 38 individer dessutom angett mer än en diagnos. Vad gäller den behandling som de fått hade 23 % inte specificerat den, men resten (77 %) angav som huvudsaklig behandling följande: samtal (40 patienter), KBT (23 patienter) och läkarbesök (16 patienter).

Instrument

En enkät konstruerades som förutom bakgrundsdata, uppgifter om diagnos och behandling innehöll tio frågor som deltagarna skulle besvara på 1 dm långa VAS-skalor vilket möjliggjorde skalan 0 - 100. Skalorna hade tydliga ändpunkter ("aldrig/alltid" eller "inte alls nöjd/mycket nöjd"). Se vidare Tabell 1 vad gäller frågornas formulering. Utöver VAS-skalorna fanns även två öppna frågor, nämligen (a) om bidragande orsaker till uteblivandet och (b) om man hade några förslag till hur psykiatrin skall kunna arbeta för att minska uteblivande/återbud. Formuläret inleddes med en kort introduktion till undersökningen och en uppmaning till att medverka. Instrumentet bifogas i bilaga 1.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde med ovanstående frågeformulär. Andra datainsamlingsmetoder som direkt riktade sig till patienter som uteblivit (t.ex. telefonsamtal, brev) övervägdes, men valdes bort då svarsfrekvensen antogs bli för låg. En ytterligare fördel med den valda metoden var att den garanterade fullkomlig anonymitet.

Genomförande

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från respektive verksamhetschef. Enkäten lades ut i respektive väntrum och i receptionerna på de tre öppenvårdsmottagningarna. I

väntrummen fanns också en brevlåda där patienterna kunde lägga de ifyllda formulären. Deltagandet var frivilligt, men administrativ personal påminde/uppmuntrade patienterna till att ta ett formulär och fylla i under väntetiden. Att fylla i formuläret tog uppskattningsvis tre minuter. Datainsamlingen pågick under september och oktober månad hösten 2015. Svaren på frågeformulären bearbetades i Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Bortfall

Alla patienter som besökte mottagningen under de två månader datainsamlingen pågick, fick möjlighet att delta i studien. Hur många som valde att inte medverka, mättes inte. Två inlämnade enkäter sorterades bort då de var allt för ofullständigt ifyllda.

Etiska överväganden

De forskningsetiska krav som bygger på etiska principer om bland annat individskydd och som kommer till uttryck i Helsingforsdeklarationen har beaktats i denna studie. Då studien genomfördes inom ramen för en psykoterapeututbildning skedde ingen granskning av regional etisk kommitté. Godkännande för datainsamlingen på mottagningarna utverkades av respektive verksamhetschef. Då datainsamlingen skedde via frågeformulär i väntrummen var deltagandet helt frivilligt och anonymt. Syftet med studien redovisades på frågeformuläret där det också framgick att alla svar behandlades anonymt och inte skulle komma att kopplas till person. Resultatet i studien kan inte härledas till någon enskild person eller verksamhet. För att garantera konfidentiell hantering förvarades de ifyllda frågeformulären inlåsta och hanterades inte av någon obehörig. Efter det att uppsatsen accepterats destruerades frågeformulären.

Resultat

Deskriptiv analys

Medelvärden och standardavvikelser för de 10 VAS-skalorna redovisas i tabell 1.

Tabell 1

Jämförelser i avseende på grupper

Kön. En envägs Pillai's MANOVA med Kön (Män, Kvinnor) som oberoende variabel och med de 10 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade inga signifikanta effekter i avseende på Kön ($Eta^2 = 0.08$, $power = 0.36$, $p = 0.694$).

Ålder. Patienterna delades in i fem åldersgrupper enligt följande: 18-25 år (23 personer), 26-35 (25 personer) 36-45 (16 personer), 46-55 (23 personer), 56 och äldre (14 personer). En envägs Pillai's MANOVA med Ålder (de fem grupperna) som oberoende variabel och med de 10 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade inga signifikanta effekter i avseende på Ålder ($Eta^2 = 0.10$, $power = 0.91$, $p = 0.577$).

Mottagning. En envägs Pillai's MANOVA med mottagning (Bäckefors, Åmål, Säffle) som oberoende variabel och med de 10 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade ingen övergripande signifikant effekt i avseende på Mottagning ($Eta^2 = 0.10$, $power = 0.69$, $p = 0.543$), men ett univariat F-test visade att på mottagningen i Bäckefors var patienterna mer generellt nöjda [$F(2, 94) = 3.95$, $p = 0.023$] med den behandling de fått på ($M = 84.09$, $SD = 20.94$) jämfört med mottagningen i Åmål ($M = 64.79$, $SD = 34.62$) och mottagningen i Säffle ($M = 63.62$, $SD = 37.12$). Det förelåg inga andra signifikanta effekter ($ps > 0.05$).

Diagnos. En envägs Pillai's MANOVA med Diagnos (angett en diagnos, angett flera diagnoser) som oberoende variabel och med de 10 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade övergripande signifikant effekt i avseende på Diagnos ($Eta^2 = 0.22$, $power = 0.88$, $p = 0.028$). Univariata F-test visade att det förelåg en signifikant effekt för fråga 5 [$F(1, 87) = 514.20$, $p = 0.022$] där patienter som enbart angett en diagnos uppfattade sig i högre grad ha uteblivit på grund av att de inte upplevde sig ha stort behov av besök ($M = 16.93$, $SD = 27.53$) jämfört med patienter som angett flera diagnoser ($M = 4.86$, $SD = 11.93$).

Behandling. Av de patienter (79 individer) som uppgett vilken behandling som de medverkat i angav 23 att de fått behandling med KBT. En envägs Pillai's MANOVA med Behandling (KBT, annan behandling) som oberoende variabel och med de 10 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade en signifikant effekt i avseende på Behandling ($Eta^2 = 0.24$, $power = 0.85$, $p = 0.041$). Univariata F-test visade signifikanta effekter för fråga 7 [$F(1, 73) = 3.88$, $p = 0.049$] där KBT-patienterna i mindre grad angav försovning som orsak till frånvaro ($M = 3.77$, $SD = 9.41$) jämfört med de som hade andra behandlingar ($M = 13.67$, $SD = 22.89$). Vad gällde patienternas nöjdhet med terapeuten (fråga 10) framkom [$F(1, 73) = 5.13$, $p = 0.027$]

att KBT-patienterna var mer nöjda ($M = 90.50$, $SD = 13.72$) jämfört med de andra patienterna ($M = 77.04$, $SD = 26.09$). Liknande resultat erhöles vad gäller fråga 11 [$F(1, 73) = 7.45$, $p = 0.008$] om hur generellt nöjd man var med behandlingen (KBT: $M = 86.09$, $SD = 21.31$) Andra: $M = 70.39$, $SD = 31.13$).

Låg och hög frånvaro. Patienterna delades in ($cut\ point = 15$, $width = 50\%$) i de som enligt fråga 1 angivit låg frånvaro (52 patienter: $M = 5.39$, $SD = 5.20$) och de som angett högre frånvaro (49 patienter: $M = 31.90$, $SD = 18.40$). En envägs Pillai's MANOVA med Frånvaro (Låg, Hög) som oberoende variabel och med de kvarvarande 9 VAS-skalorna från enkäten som beroendevariabler visade en signifikant effekt i avseende på Frånvaro ($\eta^2 = 0.30$, $power = 0.99$, $p < 0.001$). Univariata F-test visade signifikanta effekter för samtliga beroendevariabler ($ps < 0.05$) med undantag för fråga 6 och fråga 10 ($ps > 0.05$). Vad gäller de övriga frågorna visade deskriptiv analys att de med låg frånvaro svarat lågt på alla frågor utom den som handlade om hur generellt nöjd man var med behandlingen, fråga 11, där de med låg frånvaro var nöjdare ($M = 76.88$, $SD = 32.96$) jämfört med de som hade hög frånvaro ($M = 65.90$, $SD = 31.04$).

Sambandsmått

Korrelation. De 10 VAS-skalorna korrelerades (Pearsons r , 5 % nivå) sinsemellan vilket framgår i tabell 2.

Tabell 2

Regression. I syfte att undersöka vilka faktorer som inverkar för hur ofta man uteblivit eller lämnat återbesök på den psykiatriska mottagningen (fråga 1) genomfördes en step-wise lineär regressionsanalys med just fråga 1 som kriterievariabel och som prediktorvariabler de övriga 9 VAS-skalorna samt kön, ålder och en eller flera diagnoser. Analysen visade att fyra prediktorvariabler signifikant påverkade kriterievariabeln [Steg 1: $Adj R^2 = 0.17$, $F(1, 87) = 19.12$, $p < 0.001$; Steg 2: $Adj R^2 = 0.23$, $F(2, 87) = 14.28$, $p < 0.001$; Steg 3: $Adj R^2 = 0.27$, $F(3, 87) = 11.47$, $p < 0.001$; Steg 4: $Adj R^2 = 0.29$, $F(4, 87) = 9.90$, $p < 0.001$]. Det första steget genererade variabeln (fråga 4) "Hur ofta var anledningen att du kände obehag inför besöket?", det andra steget gav variabeln (fråga 3) "Hur ofta var anledningen att du glömde bort besöket?", det

tredje steget gav variabeln (fråga 8) ”Hur ofta var anledningen att din ekonomiska situation förhindrade dig?”, och det fjärde steget genererade slutligen variabeln (fråga 2) ”Hur ofta var anledningen att du inte mådde bra?”.

Förslag från patienterna

I enkäten uppmanades också patienterna att ge förslag till hur psykiatrin kan förbättras så att uteblivande/återbud därmed kan minskas. Sexton av patienterna inkom med förslag. Av dessa menade fyra personer att sms-påminnelser (som finns vid varje mottagning, men ibland inte fungerar) behöver bli bättre. Tre menade att mottagningen bör anställa välutbildad och empatisk personal. Sex menade att mottagningen på olika sätt skulle kunna visa patienterna att man vill hjälpa dem, t.ex. genom att ringa upp med vänlig röst vid uteblivna besök utan att prata om straffavgift, ta hjälp av patientens kontaktnät, göra hembesök eller på annat sätt hålla kontakten mellan besöken. Någon föreslog att besökstiderna anpassas efter kollektivtrafiken, en annan hade ett förslag om hemuppgifter mellan varje besök och ytterligare en ville inte få utskickat tider som man inte bett om.

Diskussion

Den aktuella studiens syfte var att: (a) undersöka i vilken grad som patienter inom psykiatrisk öppenvård själva upplever att de uteblivit/lämnat återbud till inbokade besök, (b) undersöka vilka faktorer som inverkar för hur ofta man uteblivit eller lämnat återbesök, (c) undersöka om psykoterapi med hjälp av KBT inverkar på patienternas nöjdhet med behandling och terapeut och om dessa indikatorer på en allians i sin tur har betydelse för grad av uteblivande.

Studien visade att nästan hälften av de tillfrågade patienterna, 49 stycken, hade upplevelsen av att ofta utebli eller lämna återbud. Den andra hälften, 52 patienter, hade angett låg frånvaro och dessa var också något nöjdare med behandlingen än den första gruppen. Att nästan hälften av de tillfrågade patienterna svarar att de ofta är frånvarande från behandlingen stämmer väl överens med tidigare studier. Faktiska siffror från Landstinget i Värmlands datalager visar att frånvaron på Säffle-mottagningen under den uppmätta perioden 2015 låg på 29 %. Av dessa var 8 % rena uteblivande och de övriga 21 % återbud. Av dessa hade ungefär hälften lämnats samma dag som besöket var planerat. I sammanhanget kan det vara intressant att nämna att siffrorna från

den primärvårdsmottagning som finns i samma hus visar en frånvaro på 12 %. Av dessa är bara 0,4 % uteblivande och det stora flertalet av de som lämnat återbud har gjort det mer än 48 timmar innan besöket. När de gäller de två andra mottagningarna som ligger i Västra Götalands län visar statistiken för 2015 helt andra siffror. Mottagningen i Bäckeфорs 6 % och mottagningen i Åmål 8 %. Det som har registrerats är uteblivande och sena återbud < 24 tim. Varför skiljer det så mycket? En felkälla kan vara att man inte följer regelverket gällande registrering. En del patienter vill ändra tiden några dagar, kanske upp till en vecka innan och då registreras inte besöket som en avbokning. Ofta är psykiatrin generös med att inte skicka räkningar vid sena återbud. De två landstingen har olika regelverk att registrera, det är därför svår att jämföra rakt av.

Vad gäller det andra syftet, att undersöka vilka faktorer som inverkar på hur ofta man uteblivit eller lämnat återbud, så framgick det att det finns många olika anledningar till detta. Något överraskande var det dock att varken kön eller diagnos spelade någon avgörande roll. Enligt våra intryck finns det en föreställning på mottagningarna om att det framför allt är unga människor med neuropsykiatrisk diagnos som uteblir. Denna studie gav inget stöd för en sådan uppfattning. Regressionsanalysen visade lite överraskande att en känsla av obehag inför besöket var den vanligaste anledningen till uteblivande/återbud. Först på andra plats kom glömska. Enligt andra patientundersökningar känner de flesta människor oro eller nervositet inför ett läkarbesök, inte minst för att träffa en psykiatriker (Grunebaum, Luber, Callahan, Leon, Olfson & Portera, 1996) och kanske gäller detta även för besök hos psykoterapeuten? Kan det också vara en obehagskänsla eller känsla av skam som gör att man uteblir istället för att ringa och lämna återbud? Enligt Hamilton (2001) är det bara en liten grupp av patienterna som inte ringer in återbud på grund av att de är så dåliga att de inte klarar av det – den största gruppen glömmer bort att göra det, känner inte till möjligheten eller skäms för mycket. Om obehag är en stor anledning både till uteblivande/återbud och till att patienterna inte vågar ringa och tala om att de inte kommer så har sjukvården ett stort ansvar i att identifiera och mildra denna oro. Det skulle också vara intressant att undersöka detta vidare, och få en tydligare bild av vad det är patienterna upplever som obehagligt och vad de skulle uppleva som hjälpsamt för att minska obehaget. När patienterna i vår undersökning själva ombads komma med förslag för att minska uteblivande/återbud var det också nio stycken som tog upp sådant som att personalen bör vara empatisk och tydligt visa att man vill hjälpa patienterna. Den aktuella studien visade också att patienter som generellt var nöjda med sin behandling hade lägre frånvaro.

Om det var något överraskande att obehag var den främsta orsaken, var det därpå följande skälet – glömska – mer förväntat. Är det så att psykiatrins patienter förefaller ha en tendens att glömma bort och försova sig mer än andra? En brittisk studie visar att 49,4 % av alla primärvårdspatienter som uppgett att de uteblivit var skälet att de glömt bort besöket och 13,9 % att de försovit sig. Det är ganska höga siffror som talar emot att de skälen endast skulle gälla patienter med psykisk ohälsa (Neal, Hussain-Gambles, Allgar, Lawlor & Dempsey, 2005). Enligt Mitchell och Selmes (2007) skulle problemet med glömska kunna åtgärdas med relativt enkla medel som till exempel att det inte får gå för lång tid mellan kallelse och besök. SMS-påminnelser framhålls också som ett billigt och effektivt sätt att minska uteblivande på grund av glömska (Kunigiri et al., 2014). Fyra av de patienter som medverkade i vår studie föreslog också bättre fungerande system med sms-påminnelser.

När det gäller det tredje syftet, att undersöka om KBT bidrar till mindre uteblivande från behandlingen, visade den aktuella studien att så inte är fallet. Det stämmer överens med tidigare studier, som visar att uteblivande och avhopp är ett stort problem även för KBT. Enligt Bados, Balaguer och Saldana (2007) är detta ett problem som måste ses som allvarligt. KBT är en effektiv behandlingsform som dock blir mindre effektiv när patienterna inte kommer på tiderna eller avbryter behandlingen i förtid. I studien författad av Bados med flera (2007) avbröt 43,8 % av patienterna terapin och den stora majoriteten av dessa gjorde det på grund av låg motivation eller missnöje med terapeuten alternativt terapin. En relativt stor grupp angav externa faktorer som till exempel flytt, nya åtagande eller dålig kollektivtrafik som skäl, medan endast 13 % av avhoppet förklarades med att patienten blivit förbättrad. Bados och medarbetare (2007) menar att om KBT mot ångest och depression klart förbättrar 70 % av de patienter som fullföljer en behandling måste man också ta i beaktande att en stor del av patienterna uteblir och hoppar av. Högt räknat blir då KBT bara verksamt för 56 % av patienterna och detta gör att KBT inte alls blir en så lovande behandlingsform som det skulle kunna vara.

En liknande studie genomfördes i Tyskland av Schindler, Hiller och Witthöft (2013). Här var frekvensen av avhopp 23 % och man inkluderade då inte de som avslutade i förtid på grund av att de blivit förbättrade. I en studie från Storbritannien (Westbrook & Kirk, 2005) rapporterades 22,5 % avhopp från KBT. I studien om behandling för PTSD som angavs i inledningen (Garcia et al., 2011) är det så många som 68 % som hoppar av behandling. Siffrorna varierar, men det är ändå tydligt att många patienter aldrig lyckas tillgodogöra sig behandlingen

så som det var tänkt. För patienterna leder det till ett fortsatt lidande och för sjukvården till högre kostnader (Schindler et al., 2013). Det kan också leda till en känsla av misslyckande och slöseri med tid och ansträngning både hos terapeut och patient vilket inte är bra för det fortsatta arbetet (Piper, Joyce, Rosie, Ogradniczuk, McCallum, OKelly & Steinberg, 1999). Schindler med flera (2013) menar att patienter som inte snabbt i terapin upplever en känsla av förbättring eller symptomlindring löper större risk att hoppa av behandlingen. Det viktigt att fokusera på symptomlindring redan tidigt i terapin, men också att använda strategier för att inge patienten hopp om bättring.

Den aktuella studien undersöker inte avhopp utan enbart i vilken grad patienter upplever sig ha lämnat återbud eller uteblivit. Men när en patient uteblir eller lämnar frekventa återbud är risken stor för att behandlingen inte kommer att fullföljas och detta är därför något som man som terapeut bör vara uppmärksam på. Patienterna i denna studie angav obehag som största skälet till återbud/uteblivande och här syntes ingen skillnad mellan de som angett att deras huvudsakliga behandling var KBT gentemot de som angett annan behandlingsform. I viss mån är KBT en utmanande behandling som ställer krav på att patienten ska utsätta sig för obehagliga upplevelser och en del av interventionerna kan uppfattas som påfrestande. Kan det vara så att det är den mänskliga faktorn som spelar roll? Vi vill undvika det som är obehagligt. Ett exempel på detta är ERP (exponering med responsprevention), som är en effektiv behandling mot OCD (Obsessive Compulsive Disorder), men som en del patienter har så svårt att tolerera att de avbryter behandlingen (Whittal, Thordarson & McLean, 2005). Samma sak verkar gälla för traumabehandlingen *Prolonged Exposure*, som är effektiv mot PTSD (posttraumatiskt stressyndrom), men kräver att patienten åtminstone tillfälligt står ut med en mycket hög ångestnivå. Enligt Hofman, Barlow och Otto (2012) är det svårt för de flesta människor och nästan omöjligt när patienten är redan stressad och traumatiserad. För att minska avhoppet och göra behandlingen möjlig även för denna grupp utarbetade Hofman och medarbetare (2012) en kulturanpassad variant av KBT som inte väckte lika mycket ångest hos patienterna. Att provocera fram höga ångestnivåer ses ofta som nödvändigt för den läkande processen i KBT, men för att patienter ska tillgodogöra sig behandlingen behöver den ske stegvis och på ett kontrollerat sätt som möjliggör för patienten att känna sig trygg och våga fullfölja behandlingen (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2013).

En svaghet i den aktuella studien är att vi undersökt både uteblivande och återbud utan att göra någon differentiering mellan dem och vi har inte heller specificerat om det rör sig om ett återbud som lämnats en vecka eller fem minuter innan besöket. Vi har inte heller riktat oss till de patienter som uteblir för att inte återkomma och av den anledningen har vi inte kunnat titta på eventuella avhopp. Patienterna har själva fått ange vilken behandling de får och resultatet har blivit att KBT inte jämförs med någon annan psykoterapiform utan endast med ”läkarbesök” och ”samtal”. Det är något oklart vad ”samtal” står för, då det vid de undersökta mottagningarna erbjuds stödsamtal såväl som KBT och Psykodynamisk inriktad terapi.

Skulle då mer ansvar kunna läggas på patienterna för att komma ihåg sina tider, inte försova sig och lämna återbud om man inte kan komma? Idag tar de flesta mottagningar ut en straffavgift på 100 kronor om patienter uteblir utan att lämna återbud. Är detta verksamt eller inte och skulle frånvaron kunna minskas än mer med en högre straffavgift? De ekonomiska aspekterna av detta har studerats av Bech (2005). Med ett traditionellt neoklassiskt ekonomiskt synsättet så är det förväntat att uteblivande minskar i takt med att straffavgiften ökar, men enligt Bech är det inte så enkelt. Tvärtom kan en straffavgift ses som en avgift vilken som helst och snarare legitimerar det problematiska beteendet. I Israel skedde ett experiment (Gneezy & Rustichini, 2000) med att införa en straffavgift för föräldrar som hämtade sina barn på förskolan efter stängningsdags. På bara några veckor hade antalet barn som var kvar för länge fördubblats! En anledning som diskuterades i studien skulle kunna vara att föräldrarna inte längre kände ett moraliskt ansvar att komma i tid utan mer uppfattade det som att de köpte en tjänst, eller att de förstod att inget värre skulle hända än att de fick betala. På samma sätt menar Bech (2005) att straffavgift i vården skulle kunna leda till ökad frånvaro. För många patienter skulle en avgift vara ett mindre hot än att till exempel riskera att hamna längst ner på väntelistan. Men olika studier visar på motstridiga resultat. I en amerikansk studie av Lesaca (1995) lyckades man reducera antalet uteblivande från 20 till 9 % genom att införa en straffavgift på 30 dollar. Av etiska skäl uteslöts dock en hel del patienter ur studien, såsom tonåringar, patienter med kognitiva funktionsnedsättningar, patienter med intensiva insatser av typen Case management och patienter under tvångsvård. Möjliga felkällor till resultatet skulle enligt studien kunna vara att patienter sökte sig till andra mottagningar, eller att terapeuterna/vårdgivarna inte rapporterade alla återbud eller blev mer selektiva med att boka nya besök. Även om den aktuella studien inte undersökte detta, så är det känt sedan tidigare att de patienter som har hög frekvens av uteblivande ofta

tillhör socioekonomiskt svaga grupper och lider av svår psykisk ohälsa (Mitchel & Selmes 2007). Frågan blir då hur etiskt riktigt det skulle vara att belägga dessa redan utsatta personer med en hög straffavgift? Och hur gynnsamt skulle det vara för behandlingsresultatet? Gneezy och Rustichini (2000) menar att straff alltid är problematiskt och på sikt ökar just det beteende man ville straffa bort. Dessutom känner sig den straffade ofta orättvist behandlad vilket kan leda till att relationen mellan patient och behandlare försämras. Hejleskov (2015) menar också att psykiatrins uppgift är att behandla patienter, inte att uppfostra dem. Ingen av de patienter i den aktuella studien som själva kom med förslag efterfrågade heller en straffavgift. Snarare ville de att empatisk personal skulle ringa upp och med vänlig röst höra hur det stod till, utan att prata om pengar.

I denna studie har de som angett att de erhåller KBT ansett sig både nöjdare med behandlingen och terapeuten än övriga. Slutsatsen bör vara att psykiatrin måste arbeta på ett sätt som gör det möjligt för patienterna att i ökad grad ta emot och tillgodogöra sig behandling och framförallt med psykoterapi. När den aktuella studien visat att hälften av patienterna upplever sig ha hög frånvaro är detta av högsta grad ett problem för deras möjlighet att tillgodogöra sig behandling. Den anledning som angavs mest var obehag inför besöket. Enligt en sammanställning över orsaker till uteblivande (Paige & Warren, 2013), beskrivs förutom de skäl som tidigare angetts, även sociala och psykologiska barriärer. Det finns en rädsla för att bli dömd av omgivningen och att man ska bli sedd som sårbar, svag eller rent av tokig. Man kan också själv ha en negativ attityd till att gå i psykoterapi. Man ser inte nyttan, tankar kring att terapin inte ska hjälpa, rädsla för att öppna sig. Dessa faktorer mynnar ut en närmande-undvikande konflikt eftersom man är i behov av hjälp, och skapar en ambivalens till psykoterapi. Här vore intressant att gå vidare med en kvalitativ studie, för att få fram vilka orsaker som ligger bakom känslan av obehag.

Referenser

- Adelufousi, A. O., Ogunwale, A., Adeponie, A. B., & Abayomi, O. (2013). Pattern of attendance and predictors of default among Nigerian outpatients with schizophrenia. *African Journal of Psychiatry, 16*, 283-287.
- Bados, A., Balaguer., G., & Saldana, C (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out, *Journal of Clinical Psychology, 63*, 585-592.
- Bech, M. (2005). The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees, *Health Policy, 74*, 181-191.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, V., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment, 5*. 1-173.
- Edlund, M., Wang, P., Berglund, P., Katz, S., Lin, E., & Kessler, R. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry, 159*, 845-851.
- Fenger, M., Mortensen, E.L., Poulsen, S., & Lau, M. (2010). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal Psychiatry, 65*, 183-190.
- Finney, R., & Edman, G. (2009). *Patienter som lämnar återbud eller uteblir. Stockholms läns sjukvårdsområde*. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde, Psykiatri Nordöst, Rapport nr 67.
- Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. (2013). *Emotionell bearbetning vid PTSD*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Garcia, Hector, A., Kelley, Lance, P., Rentz, Timothy, O., Lee, Shuko. (2011). Pretreatment Predictors of dropout from cognitive behavioral therapy for PTSD in Iraq and Afghanistan War veterans. *Psychological Services, 8*, 1-11.
- Gneezy, U. & Rustichini, A. (2000). A fine is a price. *Journal of Legal Studies, 29*, 1-17.
- Grunebaum, M., Lubner, P., Callahan, M., Leon, A.C., Olfson, M., & Portera, L. (1996). Predictors of missed appointments for psychiatric consultations in a primary care clinic. *Psychiatric Services, 47*, 848-852.

- Hamilton, W. (2001). *General Practice Non-Attendance. A questionnaire survey*. NHS National Research Register.
- Hejlskov, E. B. (2015). *Beteendeproblem i psykiatrisk vård. Om lågaffektivt bemötande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hofman, S., Barlow, D., & Otto, M. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 49, 340-365.
- Jayaram, M., Rattehalli, R. D., & Kader, I. (2008). Prompt letters to reduce non-attendance: applying evidence based practice. *BMC Psychiatry*, 8, 90.
- Johansson, H. (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Avhandling. Lund: Institutionen för psykologi, Lund: Lunds universitet.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *British Journal of General Practice*, 176, 160-165.
- Kunigiri, G., Gajebasia, N., & Sallah, D. (2014). Improving attendance in psychiatric outpatient clinics by using reminders. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20, 464-467.
- Lesaca, T. (1995). Assessing the influence of a no-show fee on patient compliance at CMHC. *Administration and Policy in Mental Health*, 22, 629-631.
- Lindgren, O. (2011). *Terapeutens och patientens tankar om vad som är verksamt i individuell psykoterapi*. Karlstad: Karlstad University studies.
- Neal, R.D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V.L., Lawlor, D.A., & Dempsey, O. (2005). Reasons for and consequences of missing appointments in general practice in the UK: Questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Family Practice*, 6, 1-6.
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 423-434.
- Oldham, M., Kellet, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: A Meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 928-939.

- Paige, D., & Mansell, W. (2013). To attend or not attend? A critical review of the factors impacting on initial appointment attendance from an approach-avoidance perspective. *Journal of Mental Health, 22*, 72-82.
- Pennington, D., & Hodgson, J. (2012). Non-attendance and invitation methods within a CBT service. *Mental Health Review journal, 17*, 145-151.
- Piper, E., Joyce, A., Rosie, J., Ogrodniczuk, J., McCallum, M., OKelly, J., Steinberg, P. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy, 36*, 114-122.
- Rossi, A., Amaddeo, F., Bisoffi, G., Ruggeri, M., Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Dropping out of care: Inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *British journal of Psychiatry, 181*, 331-338.
- Schindler, A., Hiller, W., & Witthöft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 41*, 365-370.
- Schottenbauer, M., Glass, C., Arnkoff, D., Tendick, V., & Gray, S. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry, 71*, 134-168.
- Wang, P., Gilman, S., Guardino, M., Christina, J., Morselli, P., Mickelson, K., & Kessler, R. (2000). Initiation of and adherence to treatment for mental disorders. *Medical Care, 38*, 926-936.
- Westbrook, D., Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behavior Research and Therapy, 43*, 1243-1261.
- Whittle, M., Thordarson, D., & McLean, P. (2005). Treatment of obsessive- compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behavior Research and Therapy, 43*, 1559-1576.
- Zanjani, F., Davis, T., Newsham, P., Kruger, T. M., Munk, N., Schoenberg, N., & Martin, C. (2015). Management of psychiatric appointments by telephone. *Journal of Telemedicine and Telecare, 21*, 61-63.

Tabell 1. De 10 VAS-skalorna i avseende på lägsta värden (*Min*), högsta värden (*Max*), medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*)

<i>Frågor</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Hur ofta har du uteblivit/lämnat återbud till ett besök här på psykiatriska mottagningen?	0	74	18.38	18.84
2. Hur ofta var anledningen att du inte mådde bra?	0	100	36.73	38.89
3. Hur ofta var anledningen att du glömde bort besöket?	0	100	20.13	31.53
4. Hur ofta var anledningen att du kände obehag inför besöket?	0	100	17.51	28.32
5. Hur ofta var anledningen att du inte hade behov av ett besök just då?	0	100	12.24	22.99
6. Hur ofta var anledningen att du hade svårt att ta dig till mottagningen?	0	100	13.44	24.28
7. Hur ofta var anledningen att du försov dig?	0	82	10.11	19.88
8. Hur ofta var anledningen att din ekonomiska situation förhindrade dig?	0	97	8.34	18.65
9. Hur nöjd är du med din terapeut/behandlare?	0	100	76.42	29.36
10. Hur nöjd är du generellt med den behandling du får på mottagningen?	0	100	71.05	32.74

Tabell 2. Pearson-korrelationer mellan de 10 VAS-skalorna: Uteblivit/lämnat återbud (1), Mådde inte bra (2), Glömde bort (3), Kände obehag (4), Inget behov (5), Svårt att ta sig till mottagningen (6), Försov sig (7), Ekonomi (8), Nöjd med terapeut/behandlare (9), Nöjd med behandling (10)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1									
2	0.38**	1								
3	0.18	-0.12	1							
4	0.43**	0.47**	-0.06	1						
5	0.12	0.05	0.01	0.26**	1					
6	0.21*	0.28**	0.13	0.26*	0.08	1				
7	0.09	0.17	0.26*	0.22*	0.10	0.19	1			
8	0.06	0.30**	0.10	0.41**	0.23*	0.51**	0.35**	1		
9	-0.08	-0.15	-0.11	-0.30**	-0.24*	-0.25*	-0.04	-0.21*	1	
10	-0.07	-0.22*	-0.15	-0.33**	-0.24*	-0.20*	-0.25*	-0.27**	0.86**	1

** Signifikansnivå $p < 0,01$

* Signifikansnivå $p < 0,05$

Bilaga 1

Hej!

Vi läser Psykoterapiprogrammet vid Högskolan Evidens och undersöker orsaken till uteblivande/återbud inom psykiatrisk öppenvård. Flera studier visar att frekvensen av uteblivande ligger på ca 20 % inom psykiatrisk öppenvård. Därför skulle vi vara mycket tacksamma om du vill besvara nedanstående frågor och lägga svaret i brevlådan. Alla svar behandlas helt anonymt. Verksamhetschefen har gett oss tillåtelse att genomföra undersökningen. Den kommer att pågå under hösten och kommer att resultera i en examensuppsats.

Gun-Marie Magnusson och Karna Rusek

Vad tycker du om nedanstående? Värdera var och en av de 14 frågorna. Sätt ett kryss på linjen där det direkt och spontant känns bäst för dig.

1. Hur ofta har du uteblivit/lämnat återbud från ett besök här på psykiatriska mottagningen?

Aldrig _____ Alltid

2. Hur ofta var anledningen att du inte mådde bra?

Aldrig _____ Alltid

3. Hur ofta var anledningen att du glömde bort besöket?

Aldrig _____ Alltid

4. Hur ofta var anledningen att du kände obehag inför besöket?

Aldrig _____ Alltid

5. Hur ofta var anledningen att du inte hade behov av besök just då?

Aldrig _____ Alltid

6. Hur ofta var anledningen att du hade svårt att ta dig till mottagningen?

Aldrig _____ Alltid

7. Hur ofta var anledningen att du försov dig?

Aldrig _____ Alltid

8. Hur ofta var anledningen att din ekonomiska situation förhindrade dig?

Aldrig _____ Alltid

9. Annan bidragande anledning? (skriv ner dina synpunkter här)

10. Hur nöjd är du generellt med din terapeut/behandlare?

Inte alls _____ Mycket
nöjd _____ nöjd

11. Hur nöjd är du generellt med den behandling du får på mottagningen?

Inte alls _____ Mycket
nöjd _____ nöjd

12. För vilken diagnos behandlas du?

13. Vilken typ av behandling erbjuds du på denna mottagning?

14. Har du några förslag till hur psykiatrin skulle kunna arbeta för att minska uteblivande/återbud?

Kön: Man___ Kvinna___ (markera genom att sätta kryss)

Ålder:

18-25 ___ 26-35___ 36-45___ 46-55___ 56-65___ 65-___ (markera genom att sätta kryss)

Stort tack för att du tagit dig tid att svara på frågorna!