

# Göra rätt saker eller göra saker rätt?

Svår balans i klinisk revision av psykiatrisk vård

**En modell för klinisk revision tillämplig inom psykiatri har testats vid tre psykiatriska kliniker enligt en »revisionsmanual» utarbetad i samarbete med såväl professionella företrädare för den psykiatriska vården som representanter för patient- och anhörigorganisationer.**

**Erfarenheten från projektet är uppmuntrande. Det finns dock en risk för att revisorerna fastnar i diskussioner om organisationen och olika yrkesgruppers arbets sätt, och därmed förlorar patientperspektivet. Arbetsgivarens ansvar att i förväg förankra revisionen bland de anställda på kliniken poängteras, liksom vikten av att revisorerna är väl utbildade.**

Revisioner av hälso- och sjukvård kan genomföras på olika sätt och med olika syften. Den medicinska revisionen, »medical audit», exempelvis, utvecklades ursprungligen för att vara ett utvecklings- och utbildningsredskap för bedömning av läkares arbete, och revisionerna genomförs vanligen av läkare. På motsvarande sätt har omvårdningsrevisioner utvecklats, »nursing audits», för att bedöma sjuksköterskornas arbete.

Behovet av att kunna genomföra revisioner där effekterna av den samlade kliniska verksamheten bedöms har lett till att metoder för s k klinisk revision, »clinical audit», har utvecklats. Den kliniska revisionen syftar till att bedöma till vilken grad en verksamhet uppnår sina mål sedda ur ett patientperspektiv.

## Författare

GUNILLA ROMÁN

med dr, specialist i allmänpsykiatri, utredare i psykiatrifrågor vid Landstingsförbundet, föredragande läkare i psykiatri vid Socialstyrelsens regionala enheter i Örebro och Stockholm/Gotland.

Den kliniska revisionen har hittills kommit att användas framför allt inom »mjuka» medicinska specialiteter med ett uttalat tvärprofessionellt arbetssätt (exempelvis inom psykiatri, rehabilitering, allmänmedicin), medan metodiken hittills har haft svårare att finna former inom specialiteter som kännetecknas av en högteknologisk kultur [1].

För närvarande uppstår ibland oklarheter avseende när och hur begreppen medicinsk respektive klinisk revision skall användas, då de i allt fler sammanhang kommit att användas synonymt. En tänkbar förklaring till detta kan vara att revisioner av medicinsk verksamhet alltmer har kommit att fokusera resultat och nytta av vidtagna åtgärder för enskilda patienter och/eller patientgrupper (göra rätt saker) i stället för att utvärdera enskilda yrkesgruppers arbete (göra saker rätt).

## Ambition att utforma en modell för klinisk revision

I syfte att tillvarata erfarenheter från de medicinska och kliniska revisioner som utförts vid psykiatriska verksamheter i Sverige under senare år genomfördes under perioden 1 april 1996 till 30 juni 1997 ett metodprojekt kallat »Klinisk revision av psykiatrisk vård» vid Spri, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut. Som projektledare genomförde jag projektet i nära samverkan med representanter för inom psykiatrien verksamma yrkesföreningar (arbetsterapeut, kurator, läkare, mentalskötare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterskor).

Ambitionen var att utforma en modell för klinisk revision tillämplig inom psykiatri – oberoende av verksamhetens inriktning – som tar fasta på att bedöma huruvida patientens behov av psykiatrisk vård blir tillgodosett på ett optimalt sätt. Revisionsmodellen skall vara ett hjälpmedel för uppdragsgivaren vid utveckling av den egna verksamheten.

## Genomförande

*Metodutveckling: Skriftligt underlag och manualer för revision utarbetades.* Under 1996 har verktyg i form av olika revisionsdokument (manualer) utarbe-

tats. Representanter för patientföreningen Riksförbundet för mental hälsa (RSMH) samt Intresseföreningen för schizofreni (Riks-IFS) har bidragit till manualernas slutliga utformning. Begreppen »patienten i centrum» och »multiprofessionella mötesplatser» har varit centrala vid utformningen av verktygen.

Manualerna är fyra till antalet. Ett formulär omfattar en egenvärdering, som den reviderade enheten fyller i före revisionen.

Som underlag för själva revisionen har projektgruppen arbetat fram en relativt omfattande manual, med ett stort batteri av frågor, av vilken revisorerna kan använda tillämpliga delar. Frågeområden som fokuseras är såväl den reviderade enhetens uppdrag och resurser som befolkningens vårdbehov, och hur detta speglas i vårdutbud/behandlingsinriktning.

Exempel på frågor kring uppdrag, resurser och vårdutbud framgår av separat ruta. Förekomst och nytta av samarbetet med anhöriga/närstående och andra vårdgivare är ett annat område som avhandlas i samma manual. Exempel på frågor som rör detta återfinns också i separat ruta.

Granskning av journaler rekommenderas som ett led i revisionsarbetet. En särskild manual som utgår från några konkreta frågeställningar har utarbetats. Ambitionen är att journalgranskningen skall kunna genomföras i samband med revisionen.

Ett förslag till hur revisionsrapporten kan disponeras och utformas beskrivs i den fjärde manualen.

*Revisorer rekryterades och utbildades.* Under hösten 1996 rekryterades varje yrkesförening två personer till en basutbildning för granskare/revisorer. Utbildningen genomfördes 1997 i samarbete mellan Spri och Läkarförbundets/Svenska Läkaresällskapets medicinska kvalitetsråd. En liknande gemensam basutbildning hade tidigare ej ägt rum i Sverige.

Externa föreläsare med erfarenhet av olika former av revisionsmetodik deltog. Juridiska frågeställningar av särskild relevans ingick likaledes i bas-

### Exempel på frågor om uppdrag, resurser, vårdutbud

*Hur gör ni för att bedöma det psykiatriska vårdbehovet i befolkningen utifrån enhetens uppdrag? Vilken analys görs för att kunna bedöma huruvida resurserna når för enheten relevanta grupper?*

*Hur för man ut ny kunskap respektive avvecklar gammal kunskap och gamla metoder som inte längre är tillämpliga?*

*Hur erbjuder ni ett akut omhändertagande av olika patientgrupper? Kan ni erbjuda en vårdmiljö där symtom kan tolereras och patientens egna upplevelser och erfarenheter lyssnas till och beaktas? Hur försäkras ni er om att det tvärprofessionella perspektivet avspeglar sig i behandlingen?*

*Hur försäkras ni er om att patienterna möter rätt kompetens i förhållande till sin problemsituation? Beaktas könsperspektivet vid terapeutval? Vilka är era styrkor med nuvarande vårdutbud? Vilka svårigheter/hotbilder finns?*

utbildningen. I direkt anslutning till basutbildningen genomfördes en utbildning/genomgång av det för klinisk revision framtagna materialet (fyra timmar).

*Manualerna testades och utvärderades vid tre kliniska revisioner.* Tre till projektet inbjudna psykiatriska kliniker (Halmstad, Lund och Umeå) deltog genom att bli reviderade. Orsaken till att de inbjöds var dels att deras intresse för utvecklingsarbete var välkänt, dels att de representerade skilda typer av verksamheter i olika delar av landet.

*Revisionerna.* Utgångspunkter för projektet var att de framtagna manualerna/verktygen skulle vara tillämpliga vid revision av all slags psykiatrisk verksamhet. Kraven på revisorerna var att de skulle ha både en respekterad ställning inom den egna yrkeskåren och god förankring i klinisk psykiatrisk verksamhet.

Två revisorer med olika yrkesbakgrund besökte klinikerna vid tre tillfällen. Vid en klinik, där temat för revisionen bl a var tvångsvård inom psykiatri, var en av revisorerna specialistläkare i psykiatri. Vid de andra revisionerna togs ingen särskild hänsyn till revisorernas yrkesbakgrund.

Revisorernas uppgift vid det första besöket på kliniken var att förbereda re-

visionsarbetet, alltifrån att fastställa revisionens tema till att gå igenom olika praktiska förutsättningar för arbetet. Besöket avslutades med att konkretisera ett avtal mellan uppdragsgivare och revisorer.

Vid påföljande besök genomfördes revisionerna enligt fastställt program under en tidsperiod av två dagar, inklusive resor.

Efter revisionen sammanställde revisorerna sina bedömningar i en rapport som delgavs uppdragsgivaren. Vid ett avslutande besök återfördes och diskuterades innehållet i rapporten.

En av klinikerna framförde önskemål om ett uppföljande besök av revisorerna inom ett år. Detta önskemål, som ter sig helt relevant, har dock ej kunnat tillfredsställas inom projektets ram.

### Erfarenheter

*Viktigt att revisionen är känd och accepterad.* Grundläggande för att en klinisk revision – i likhet med andra former av granskningar – skall kunna bli framgångsrik är att revisionen är förankrad i förväg hos de anställda på kliniken. Det skall inte underskattas att det kan upplevas hotfullt att få sin verksamhet bedömd, och det är inte helt okontroversiellt att andra yrkesgrupper än den egna uppträder som revisorer.

Därför är det viktigt att revisionen utförs av personer med särskild utbildning för sin uppgift och genomförs enligt en bestämd metodik.

*Patientperspektivet måste hållas levande i revisionen!* Vikten av att hålla patientperspektivet levande, dvs att patienternas behov av vård och stöd är i centrum för revisionen (och inte vad enskilda yrkesgrupper utträttar), kan inte nog understrykas!

Styrkan i detta projekt var att de manualer som användes var utarbetade av flera såväl professionella grupper som patient- och anhörigintressenter, vilka tillsammans bemödat sig om att konstruera frågeställningar som utgick ifrån patientens vårdssituation.

Trots detta rapporterade revisorerna att de under revisionen fastnade i diskussioner om organisationen och olika yrkesgruppers arbetssätt, och därmed riskerade att förlora patientperspektivet. Revisorernas olika yrkesbakgrund tillsammans med deras medvetenhet om problematiken kunde dock till stor del undanröja denna fallgrop.

*Revisorerna.* Två revisorer med olika professionell bakgrund bedöms vara optimalt för att genomföra en klinisk revision inom psykiatri. Sammansättningen av revisorsgruppen kan variera.

För att revisioner av detta slag skall

### Exempel på frågor om samarbetsområden och egenkontroll

*Hur hjälper ni patienter och anhöriga eller andra närstående att hantera konflikter som uppstår exempelvis i samband med tvångsintagning eller hot om tvång? Hur fångas anhörigas och närståendes behov upp? Hur ges anhöriga och närstående möjlighet att komma in i behandlingen?*

*Har ni resurser för uppföljning av er verksamhet? Arbetar ni med kvalitetsindikatorer? Hur följs de upp? Har ni vårdprogram? Hur vet ni vad patienter och anhöriga tycker om vården? Hur vet ni att ni ger bra vård? Har ni uppföljningssystem (mått) för hur det går för patienterna?*

kunna bli ett värdefullt komplement till klinikernas egenkontroll måste revisorernas kompetens vara hög. Yrkesföreningarna har ett ansvar att engagera sig i hur rekryterings- och utbildningsfrågor kan formaliseras i framtiden. En basutbildning för revisorer med olika yrkesbakgrund och med skilda revisionsuppdrag rekommenderas.

Erfarenheterna från projektet har visat att yrkesspecifika specialkunskaper ibland kan krävas av revisorerna, vilket måste beaktas från fall till fall. Inom psykiatri gällande det exempelvis revision av tvångsvård samt revisioner av vissa högspecialiserade verksamheter där nuvarande manualer ej räcker för att ge ett underlag för adekvata bedömningar.

*Revisionerna.* Innan revisionen påbörjas, måste uppdraget formuleras på ett för alla parter entydigt sätt.

För planering och förberedelse bör en relativt sett stor andel tid avsättas, så att samtliga involverade på den reviderade enheten känner sig beredda, och revisorerna kan komma väl pålästa! Revisionen föreslås ske inom ramen av två arbetsdagar (inklusive revisorernas resor) enligt ett i förväg fastställt schema.

Skrivna kontrakt mellan uppdragsgivare och revisorer rörande revisionens syfte rekommenderas. Revisorerna bör också ges tillstånd att läsa journaler.

Erfarenheten har visat att tillgång till en kontaktperson på kliniken har varit av stor betydelse för revisorerna vid planering och genomförande av revisionen. Metodiken att arbeta med ett skriftligt underlag i form av manualer har fungerat bra.

Revisorernas rapport skall vara skriftlig, men resultaten bör även åter-

föras muntligt till dem de berör. Det är viktigt att nå alla!

*De reviderade klinikernas nytta av klinisk revision.* Vid ett uppföljande seminarium, där ambitionen var att diskutera nyttan med revisioner, lyfte de reviderade klinikerna fram tre »nyttoperpektiv»:

1. Vissheten om att man skall bli granskad medför en stimulans för verksamheten i sig. Revisionen medför så k dynamiska effekter i och med att revisorerna är intresserade av det man gör.

2. Det är viktigt såväl att få bli bekräftad i det positiva arbete man gör som att få stöd i ett utvecklingsarbete (förbättringspotentialer). Revisorerna bidrar med att bekräfta det man själv ser och att tydliggöra »blinda fläckar».

3. Det är nyttigt att få en utomstående syn på verksamheten. Genom att revisorerna träffar anhöriga, vårdgrannar och andra viktiga samverkanspartner kan kliniken/enheten få en rättvisande bild av hur omvärlden ser på bl a samarbete och verksamhetens innehåll.

Revisionen ökar kraften i det interna utvecklingsarbetet!

### Diskussion

I en alltmer högteknologisk och komplex hälso- och sjukvård har patienters och anhörigas krav på effektivitet och kvalitet i vården ökat, vilket bl a har tydliggjort ett behov av tillförlitliga uppföljningsmetoder. Ansvaret för att kunna redovisa vad olika verksamheter åstadkommer åligger verksamhetsgivare och verksamhetsansvariga.

Erfarenheterna från det presenterade projektet rörande klinisk revision av psykiatrisk vård har varit uppmuntrande. Utarbetade manualer har visat sig vara användbara och värdefulla i det praktiska arbetet. Styrkan i att revisorerna har olika yrkesbakgrund och dessutom har genomgått en gemensam revisorsutbildning bedömdes öka möjligheterna för att revisionen skulle få ett gott resultat.

Eftersom återkommande externa kliniska revisioner inte är rutin i svensk hälso- och sjukvård är formerna för rekrytering och utbildning av revisorer ännu oklara. I projektet har rekommendationer givits i dessa frågor. Samtidigt som det är angeläget att yrkesföreningarna ansvarar för rekrytering och »legitimering» av revisorer måste arbetsgivarens ansvar klarläggas.

Ännu saknas på flera områden en beskrivning av vad som är »bra», »acceptabelt» respektive »dåligt» i hälso- och sjukvården, vilket försvårar bedömningen vid den kliniska revisionen.

Effekten av en klinisk revision måste likaledes utvärderas i ett kostnadsnyttaperspektiv. Vilken nytta har en kli-

nisk revision för patienten? Vilken skall patienters och anhörigas roll i framtida kliniska revisioner vara?

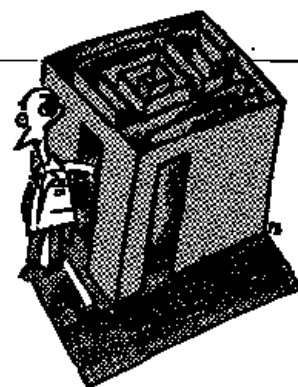
Slutligen måste det alltid framhållas att utvecklingsperspektivet i den kliniska revisionen är grundläggande för att kunna åstadkomma förbättringar.

Den kliniska revisionen är ett samtal mellan likar!

Projektarbetet presenterades i Spri rapport 459, som utkom i november 1997 [2].

### Referenser

1. Kogan M, Redfern S, Kober A, Norman I, Packwood T, Tobinson S. Making use of clinical audit. A guide to practice in the health professions. Health services management. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 1995.
2. Klinisk revision av psykiatrisk vård – ett multiprofessionellt projektarbete med patienten i centrum. Stockholm: Spri rapport 459, 1997.



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19