

Medicinsk kvalitetsrevision inom psykiatrin

En process som stärkte samarbetet

Under 1999 upphandlade Stockholms läns landsting psykiatrisk vård vid Ersta psykiatriska klinik (EpK). Processen vid uppföljningen, särskilt avseende den medicinska kvalitetsrevision som gjordes efter ett år, belyses.

JERKER HANSON
docent, överläkare, Stockholm; sakkunnig i avtalsprocessen

GÖRAN BJÖRLING
chefsöverläkare, NU-sjukvårdens psykiatriska klinik, Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan

KRISTINA BRANDÄNGE
överläkare, klinikchef, Ersta psykiatriska klinik, Stockholm

KERSTIN HAGBERG
avtalssekreterare, Södra Stockholms sjukvårdsområde

TORBJÖRN MALM
utredare, hälso- och sjukvårdsnämndens stab, Stockholm

II Upphandling av vård blir allt vanligare. Även när det gäller landstingens egen vård ökar kraven på uppföljning, och här kan klinisk revision vara en värdefull del.

Bakgrund, förväntningar, syfte

Vårdkvalitet, effektivitet, prioriteringar, utveckling?

På beställarsidan menade man att vårdtiderna var längre på Ersta psykiatriska klinik (EpK) än på landstingsdrivna enheter för patienter med samma diagnoser enligt tillgängliga uppgifter. Var detta en riktig slutsats, och var den i så fall adekvat? Landstingsdriven psykiatri i länet hade tvingats till hårda nedskärningar.

Frågor från beställarsidan var huruvida EpK också hade gjort motsvarande effektiviserings- och prioriteringar, och om personalen hade adekvat kompetens; vidare vilken vård man skulle kunna ge då effekterna av det nya avtalet visat sig.

Avtalet gav en lägre ersättning per vård dag efter 23 dygn. Detta borde medföra kortare vårdtider. Vilka effekter skulle detta få på vårdkvalitet och effektivitet?

Revisionen skulle också ge underlag för förändringar av verksamhetens in-

riktning, beroende på resultatet av revisionen samt tillkomst av nya medicinska rön och metoder. Förändringstakten i sjukvårdande verksamheter är hög, och en översyn av världens inriktning och innehåll skall enligt avtalet ske efter två år.

Öppenvårdsperspektivet, samverkan

Ett genomgående drag i utvecklingen av psykiatrin inte bara i Stockholms län utan i hela världen har varit betoningen på insatser i öppenvård och på god samverkan med vårdgrannar i vårdkedjor och nätverk. Hur hade EpK följt med i denna utveckling?

Arbetsrelaterad psykiatrisk sjuklighet

I det nya avtalet nämndes särskilt EpK:s arbete omfattande personal anställd inom vård och omsorg, och att återföring skulle ske så att brister i arbetsmiljön skulle kunna åtgärdas. Kunde uppföljning och revision visa om EpK:s vårdinnehåll var adekvat i detta avseende?

Behov av metodik för uppföljning

Idag ägnar man ofta avsevärt mer energi åt diskussionen om budget och ekonomiska ramar än om vilken vård man vill ge och hur uppföljningen av denna skall ske. De registerdata som finns tillgängliga är trots mångåriga försök mestadels ofullständiga och svåra att tolka. Kunskap om såväl reliabilitet och validitet som statistiskt adekvat metodik för värdering av uppgifterna saknas.

I avtalet framhölls behovet av att gemensamt utveckla mätmetoder avsedda att värdera behandlingsresultat, ett intresse för både producent och beställare. Revisionen bedömdes kunna ge svar på viktiga frågor om behov, vårdtyngd, patientgrupper, vårdinnehåll etc och därmed undanröja ogrundat ifrågasättande.

Medicinsk kvalitetsrevision har, så vitt bekant, inte prövats tidigare i Sverige för uppföljning av avtal/vårdöverenskommelser. Metoden har använts interkollegialt som ett instrument för att

säkerställa god kvalitet och för att ge incitament till utveckling [1]. Revisionen beställdes i dessa fall av en verksamhetschef, som blev ensam ägare av materialet, en viktig förutsättning.

Fokus för revisionen på EpK valdes utifrån områden som bedömdes viktiga och särskilt svåra att bedöma vid övriga planerade uppföljningsträffar mellan beställare och producent.

Löpande och fördjupad uppföljning

En uppföljningsplan ingick i de nya avtalshandlingarna (Fakta 1) med ett detaljerat schema (Tabell I).

En av de sex lokala beställarorganisationerna i länet, Södra Stockholms sjukvårdsområde (SSSO), var utsedd till kontaktorganisation och att stå för uppföljningen. SSSO hade regelbundna träffar med EpK, då man noggrant gick igenom viktig information som EpK redovisade. Man kom härigenom att lära känna varandras villkor och verksamheter i detalj, samtidigt som personkännedom kom att göra kommunikationen effektiv. Man kanske kan säga att »förbindelserna mognade«.

Klinisk revision

Fokus för den kliniska revisionen på EpK valdes enligt avtalet inom områden som ansågs viktiga och särskilt svåra att bedöma vid ovannämnda uppföljningsträffar.

Villkoren för revisionen framgår av Fakta 1.

Genomförande av revisionen

För att undvika jävssituationer bestämdes att revisorerna inte skulle komma från Stockholmsområdet. Revisionen genomfördes av två specialistläkare i psykiatri, båda med genomgången utbildning i medicinsk revision och en – Göran Björling, ledare av revisionen – dessutom legitimerad psykoterapeut och medlem i Svenska psykiatriska förningens kvalitetsgrupp. Vidare deltog två sjuksköterskor med vidareutbildning i allmänpsykiatri, båda lärarutbildade och författare till läroböcker, en dessutom »doctor of medical science«.

Den kompetens som på detta sätt fanns i revisorsgruppen får anses vara nödvändig och tillräcklig för uppdraget. Revisionen bekostades helt av beställare.

II Fakta 1

Uppföljningsplan

Löpande uppföljning. Verksamhetsuppföljning avseende vårdproduktion skall ske varje månad. Redovisning av vårdkonsumtion skall ske av öppenvård, dagvård och slutenvård avseende antal individer, besök/besökstyper, slutenvårdstillfällen och vård dagar. Diagnosregistrering skall löpande göras inom såväl öppen som slutenvård. Inom öppenvården kan diagnosgrupper registreras. Andelen GAF-skattade patienter skall redovisas.

Fördjupad uppföljning. En fördjupad verksamhetsuppföljning avseende mål, inriktning och kvalitetssäkring skall ske två gånger per år: i maj och oktober. Beställaren kallar leverantören till dessa möten. Vid uppföljningstillfällena skall patientutvecklingen avseende vårdtyngd och diagnos, vårdtidernas längd och utveckling samt resultat av GAF-skattning (Global Assessment of Functioning) redovisas. Vidare skall information ges kring hur kontakt- och samarbetet är uppbyggt vad gäller anhöriga, remitterter, privatpraktiserande psykiater och andra vårdgivare. Aktuella väntetider skall lämnas vid uppföljningstillfällena avseende väntetid från remissens ankomst till påbörjad behandling. Producenten skall årligen inlämna verksamhetsberättelse till beställaren i samband med årsbokslut.

Kvalitetsuppföljning. Socialstyrelsens föreskrifter »Kvalitetssystem i hälso- och sjukvård« (SOSFS 1996:24) skall följas. Leverantören skall verka för att en systematisk och kontinuerlig kvalitets-säkring av verksamheten genomförs. Kvalitetssystemet skall omfatta mätbara mål och dokumenterade rutiner för hur kvaliteten i verksamheten styrs och säkras mot målen. Särskilt arbete skall inriktas på kompetenshöjande insatser för samtliga personalkategorier inom verksamheten. Dokumenterad strategi skall finnas för personalens kompetensutveckling och redovisas vid uppföljningen. Vid uppföljningarna skall arbetet med kvalitetssystem och kvalitetsplaner redovisas.

Följande kvalitetsindikatorer skall speciellt belysas:

- andelen patienter med skriftlig individuell behandlingsplan;
- andelen patienter som återintas i slutenvård inom en månad efter föregående utskrivning;
- andelen patienter som återintas i slutenvård inom tre månader efter föregående utskrivning;
- kompetenshöjande insatser för samtliga personalkategorier;
- avvikelserapportering.

Leverantören skall lämna dokumentation över vårdens innehåll/behandlingsmodeller och dokumenterat behandlingsresultat. Patientens tillfredsställelse med vården och omvårdnad skall följas och redovisas.

Medicinsk revision skall genomföras och planeras gemensamt i god tid. Revisionen bör utföras av en eller två specialistläkare i psykiatri, helst med tidigare erfarenhet av medicinsk revision, samt en inom området sakkunnig sjuksköterska. Ytterligare en person kan om så önskas ingå i gruppen. Fokus för revisionen bör vara:

- klinikens vårdinnehåll i relation till den målgrupp man vänder sig till;
- resultat av vården;
- samverkan med brukare och vårdgrannar;
- personalens kompetens;
- vård- och arbetsmiljö.

Resultatet av revisionen ägs av Hälso- och sjukvårdsnämnden och Erstas ledning tillsammans. Resultatet skall redovisas för dessa i form av en skriven rapport tre till fyra veckor efter revisionsbesöket samt muntligen till »ägarna« och övriga berörda efter överenskommelse. Återföring bör ske brett i personalgruppen. Ytterligare en eller två revisioner under avtalsperioden bör planeras tillsammans med revisorerna vid det första tillfället.

ren och utfördes huvudsakligen under två dagar, efter flera månaders förberedelser.

Återföring och rapportering av revisionen

Omedelbart efter revisorernas besök gjordes en första åiterrapportering till klinikchefen. Sex veckor efter genomförd revision gjordes en muntlig återföring till Epk:s ledning och personal samt ansvariga hos beställaren, SSSO, varvid man översiktligt redovisade sina intryck och överlämnade en skriftlig rapport.

Trots försök att vara tydlig angående vilka som skulle ha tillgång till det skrivna material som tagits fram av revisorsgruppen uppstod vissa frågetecken, som revisorerna dock försökte lösa genom att skriva två rapporter: en avsedd för beställaren, huvudsakligen rörande nämnda foci för revisionen och vad Epk utträtade, samt en rapport avsedd för Epk

med beskrivning av *hur* Epk arbetade, synpunkter på detta och vissa konkreta förslag till åtgärder.

Beställaren framförde dock med stöd av uppföljningsplanen i avtalet starka önskemål om att ta del av båda rapporterna, och denna önskan villfors.

Personalen

Intervjuerna genomfördes i en anda av tilltro och öppenhet. Kliniken ville använda sig av möjligheten att utveckla sin verksamhet. Revisorernas rapport blev övervägande mycket positiv, vilket säkert bidrog till att personalen snarast kände sig stärkt av processen.

Kanske har det också en »terapeutisk« effekt att öppet få diskutera sitt arbete med intresserade, kunniga och utomstående personer.

Redogörelse för sjukvårdsstyrelsen

Strax efter det att revisionen genomförts rapporterades uppföljningens resultat

till ansvarig sjukvårdsstyrelse. Det blev en fyllig och övervägande positiv rapport, avsevärt mer detaljerad och även mer positivt hållen än vad som är vanligt när det gäller landstingsdriven vård – detta trots att hela rapporten då inte var tillgänglig för beställaren.

Kostnader för uppföljningsprocessen

Löpande och fördjupad uppföljning uppskattades till en kvartstidstjänst på beställarsidan, ungefär motsvarande på Epk, med en total kostnad på ca 200 000 kronor/år.

Den medicinska revisionen kostade (arvode, resor, inkvartering m m) totalt ca 100 000 kronor. Därtill kommer kostnader för Epk:s personal, ca 150–200 timmar.

Resultat och uppföljning

- Revisionen gav ett tydligt besked om att vården på Epk var »god« sett ur sedvanliga perspektiv, och att man

Tabell I. Detaljerad uppföljningsplan.

Löpande redovisning/månad	Uppföljning maj	Uppföljning oktober
<p>Redovisning av vårdkonsumtion/sjukvårdsområde</p> <ul style="list-style-type: none"> – antal vårddygn/patient – antal dagvårdsbesök – antal öppenvårdsbesök uppdelat i läkarbesök och övriga besök – antal psykoterapibesök <p>Redovisning av diagnoser</p> <ul style="list-style-type: none"> – diagnoser i slutenvård – diagnosgrupper i öppenvård <p>GAF-skattning</p> <ul style="list-style-type: none"> – redovisning av andelen GAF-skattade patienter 	<p>Tillgängligheten</p> <ul style="list-style-type: none"> – redovisning av öppettider – redovisning av telefontider – redovisning av väntetider från remissens ankomst till påbörjad behandling <p>Kvalitetsuppföljning</p> <ul style="list-style-type: none"> – redovisning av arbetet med kvalitetssystem och kvalitetsplaner – redovisning av andelen slutenvårdspatienter med skriftlig individuell behandlingsplan – redovisning av antal patienter som återintas i slutenvård inom <i>tre</i> månader efter utskrivning – redovisning av kompetenshöjande insatser för samtliga personalkategorier <p>Redovisning av</p> <ul style="list-style-type: none"> – arbetet med förändrad inriktning mot öppna vårdformer – medelvårdtiden 	<p>Kvalitetsuppföljning</p> <ul style="list-style-type: none"> – redovisning av andelen slutenvårdspatienter med skriftlig individuell behandlingsplan – redovisning av antal patienter som återintas i slutenvård inom <i>tre</i> månader efter utskrivning – redovisning av avvikelserapportering – redovisning av andel GAF-skattningar och GAF-nivåer i intervaller per diagnosgrupp <p>Redovisning av</p> <ul style="list-style-type: none"> – remissflödet, antal remisser – kategori av remitterande läkare – antal aktuella, avslutade och nya patienter i öppen och slutenvård under året till och med september – »patientkategori« enligt psykiatrins vårdssystem (PVS) – samverkan med privata specialister – familj- och nätverksarbete – patienttillfredsställelse – vårdprogram/behandlingsmodeller – dokumenterat behandlingsresultat – medelvårdtiden

vårdade de patienter som prioriterats i avtalet.

- Resultaten av vården bedömdes utifrån bl a journalstudier som goda.
- Samverkan med patienterna uppfattades efter intervjuer med ett antal patienter som mycket god.
- I den mån det förelåg brister i samverkan med vårdgrannar ansågs dessa vara orsakade av resursbrist på ömse håll.
- Behoven av vård av det slag som Epk bedriver bedömdes överstiga vad resurserna tillåter (tydande på hög belastning inom vård och omsorg i länet).
- Personalens kompetens ansågs god, men vissa kompletteringar borde enligt revisorerna göras.
- Man bedömde att datastödet borde utvecklas med hög prioritet.
- Vård- och arbetsmiljö bedömdes i stort sett som god eller mycket god.

Hårt arbetande enhet

Epk framstod som en hårt arbetande enhet, inte en »asyl« eller ett vilohem. Något svar på i vad mån enheten kunde betraktas som »kostnadseffektiv« fick man (givetvis) inte, inte heller särskilt tungt

vägande svar på frågor om vårdens resultat – detta även beroende på att jämförelsedata från andra kliniker huvudsakligen saknas.

För beställaren var därmed en hel del frågetecken utträtade. En del förbättringsområden hade beskrivits. Arbetet med dessa kan man sedan följa upp i de regelbundna kontakterna mellan beställaren och Epk.

Diskussion

Vårdbehov, vårdtjänster och rimliga kostnader för given vård är svåra att fänga, inte minst i psykiatri. En diagnos sätts visserligen oftast efter en slutenvårdsepisod, men diagnosen förklarar endast några procent av variationerna i vårdkonsumtion [2]. Problematiken har åskådliggjorts mycket tydligt i en stor undersökning från Australien nyligen [3].

Idealt skulle beställare förutom epidemiologiska uppgifter ha tillgång till adekvata beskrivningar av vårdade patienter, deras behov/önskemål, vårdtjänster och kostnader samt, framför allt, resultat av given vård.

För närvarande finns inte tillgång vare sig till dessa uppgifter eller till resurser att analysera dem, om de funnits. En medicinsk kvalitetsrevision är ett alternativt sätt att få hjälp med bedömningen av vårdprocesserna och av frågan om huruvida man får valuta för pengarna.

Hur stor insyn skall en beställare ha i vårdprocesserna? Det är självklart att en hög grad av sekretess gäller för enskilda

individens förhållanden, men hur är det med insyn i verksamheter, vårdprocesser, vårdmiljö och personligt bemötande? Är detta »företagshemligheter«? Skall det överhuvudtaget finnas någonting som den medicinska professionen skall ha enbart för sig? Spelar det härvid någon roll om det är fråga om privata eller offentliga vårdgivare/beställare?

Omvänt: Om beställaren anser sig behöva information om vårdprocesserna, betyder detta att beställaren också påtar sig ett ansvar för dessa? Hur skiljer sig i så fall detta ansvar från vårdgivarens ansvar?

Svaren på dessa frågor kan variera från fall till fall. De bör tydliggöras inför uppföljning, särskilt när en revision ingår. I detta fall har uppföljningsprocessen inklusive revisionen uppenbarligen medfört att producent och beställare i högre grad än tidigare uppfattar sig som både parter och partner. Det ömsesidiga förtroendet har stärkts som en följd av att området för gemensam kunskap har ökat.

Konklusioner

Kontakten mellan klinikens representanter och representanter för beställaren SSSO, som har ansvaret för den löpande uppföljningen, får särskild tyngd genom kontinuiteten. Revisionen har givit en kompletterande ögonblicksbild med andra utgångspunkter.

En revisorsgrupp bör sättas samman så att den har lämplig kompetens för uppdraget. I detta fall var psykiatrer och

specialutbildade sjuksköterskor en utmärkt kombination.

Man kan inte vara nog tydlig

Man kan inte vara nog tydlig med att från början av en revisionsprocess klargöra dels hur återföring skall ske, dels vem som »äger« resultaten. När nästa förhandling blir aktuell har båda parter en bredare bas att stå på för att kunna dra gemensamma slutsatser om den framtida inriktningen av vården.

Referenser

1. Lindqvist L, Björling G, Svärd KO, Hanson J, Åberg-Wistedt A. Medicinsk revision ett sätt att bota hemmablindhet. Rapport från de första granskningarna av psykiatrisk vård. Läkartidningen 2000;97:3376-80.
2. Amadeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M. The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. Acta Psychiatr Scand 1997;95: 189-98.
3. Buckingham B, Burgess P, Solomon S, Pirikis J, Eagar K. Developing a casemix classification for mental health services. August 1998. www.health.gov.au/hfs/hsdd/mentalhe/mhinfo/standards/casemix.htm

I KORTHET

Uppföljningen av en kvalitetsrevision är viktig. Här avgörs om beställningen varit framgångsrik.

Metodiken för uppföljning bör tydliggöras i avtalet.

Uppföljning genom regelbundna, personliga kontakter med diskussion av produktionsdata ger kontinuitet och effektiva kontakter. »Mogna affärsförbindelser« etableras.

Medicinsk kvalitetsrevision »utifrån« ger viktig information för utvecklingsarbetet.

Specialutbildad psykiater och sjuksköterska blir effektiva tillsammans i revisionsprocessen.

Det är viktigt att tydliggöra vem som äger revisionsrapporten, hela och delar därav.

Personalen deltar gärna i dialogen, men det måste klargöras om, och till vem, informationen kan föras vidare.

Är öppenhet något vi måste vänja oss vid? Vilken rätt till insyn har beställaren?

Särtryck

Läkartidningen

I samband med 1994 års handikappreform beslutade riksdagen att stimulera utvecklingen av rehabilitering och habilitering med 1,4 miljoner kronor, bidrag som Socialstyrelsen fördelade och följde upp. Ett axplock av de medicinskt fokuserade projekt som bedömts vara av riksintresse har presenterats som separata artiklar i Läkartidningen under 1996 och 1997 och i serieform under 1999–2001.

Denna serie har nu samlats i ett särtryck, som av Socialstyrelsens projektgrupp kompletterats med två rapporter som inte redovisats i tidningen. Särtrycket täcker ett brett spektrum av rehabiliteringen och habilitering, t ex vid slaganfall, demens och svåra hjärnskador, för barn med särskilda behov och de många små grupperna med ovanliga funktionshinder.

Skriften har distribuerats av Socialstyrelsen. En mindre upplaga finns att beställa från Läkartidningen.

Priset är 100 kronor.



Habilitering och rehabilitering

Beställer härmed.....ex av Habilitering och rehabilitering

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker