

# UTVECKLA "TYST KUNSKAP" OCH LÄRA AV ANDRA KLINIKER

Framgångsväg för kvalitetsarbete inom psykiatrisk sektor

**Med målsättningen att handling åstadkommer mer än ord började ett arbete för tio år sedan att från en klinik bestående av slutenvårdsavdelningar på mentalsjukhuset Långbro i södra Stockholm utveckla en områdesbaserad organisation med total vuxenpsykiatrisk ansvar. Man har målmedvetet arbetat med målstyrning, försökt ta tillvara nya idéer och strävat efter att lära av det bästa man ser hos andra kliniker.**

När vi startade i mitten av 1980-talet var vårt uppdrag att av en klinik huvudsakligen bestående av slutenvårdsavdelningar på mentalsjukhuset Långbro utveckla en områdesbaserad organisation med totalt vuxenpsykiatrisk vårdansvar för Farsta och Vantörs församlingar i södra Stockholms förorter. Befolkningen var i sin helhet närmare 75 000, mestadels arbetare och tjänstemän med familjer. De flesta hälso- och socioekonomiska variablerna låg något under genomsnittet för länet.

Några nyckelord för framtidens vård var: kontinuitet, tillgänglighet, närhet, flexibilitet.

## Kvalitet i ledningen nödvändig

Ett sådant uppdrag ställer först och främst krav på kvalitet i ledningen på alla nivåer. I en intervju om kvalitet i vården framhöll professor Peter Reizenstein [1] att »kvalitet» höll på att bli ett modeord och att vi borde sluta prata om kvalitet och i stället förändra vårt eget arbete. Även vi ansåg att kraven att analysera behov, formulera mål och lämpliga arbetssätt samt att bedöma effekterna av olika insatser måste vara ut-

## Författare

JERKER HANSON

docent, chefsöverläkare på förutvarande Farsta-Vantör psykiatriska sektorsklinik, Södra Stockholms sjukvårdsområde.

talade på alla nivåer. Förvaltningstraditionen med dess beslutsordningar och regler ställer också krav som måste vara uppfyllda, men de räcker inte i ett utvecklings- och kvalitetsperspektiv – snarare är de ibland begränsande.

Klinikens inriktningsmål i form av tio omsorgsfullt framdiskuterade budord var viktiga att klargöra för *alla* anställda. Därefter fick personalen på var och en av klinikens elva enheter konkret beskriva sitt uppdrag och stämma av detta mot de andras för helhetens skull. För att fokusera på utvecklingen skulle man också beskriva en vision för enheten tre år senare. Denna process innebar att alla enheter tittade noggrant på varandra och gav både positiv och negativ kritik. De uppmuntrades också att samarbeta och att låna bra idéer från varandra. Denna process, med en mycket aktiv personalgrupp, resulterade så småningom i en väl genomarbetad kvalitet i vårdutbudet.

För att uppnå sina mål behövde enheternas ledare (chefssjuksköterskor och överläkare) bra verktyg och makt. De delegerades därför vidsträckt befogenheter i bl a ekonomiska frågor.

## Patientenkäter

Många av oss hade föreställningen att patienterna inte alls var nöjda med våra insatser. När varje enhet 1990 genomförde en egen enkät inom något angeläget område till sina patienter blev vi förvånade och stolta att se att de faktiskt var ganska nöjda.

Detta var ingen vetenskaplig undersökning, men den hjälpte oss att se på vårt arbete med patienternas ögon och att börja kvantifiera fynden. Fokus var dock mer på processen än på resultaten i sig.

## »Kulturskillnader»

Alla enheterna hade sin »kultur», vårdgrannarna likaså. Avdelningarna präglades förstas ofta av rutiner, restriktioner, konkreta regler och medicinering. Öppenvårdsenheterna sökte efter nya idéer, men intog ändå ofta en avvaktande hållning utåt – möjligen influerade av teorier för neurospsykoterapi. På en ledarskapskurs hade jag lärt mig att sådant väl kan åskådliggöras med an-

## Kvalitetsindikatorer

Andel öppenvårdsbesök till vilka patienter inte inställt sig och inte lämnat återbud.

Andel patienter i öppen vård som är bedömda enligt GAF (global funktionsskattningsskala) eller annan skattningsskala.

Andel tvångsvårdade patienter som känner till sin intagningsform, eller som är informerade om sin intagningsform enligt journalanteckning.

Andel patienter i slutenvård för vilka det upprättats en skriftlig vårdplan.

Andel patienter som aktualiserats inom psykiatri på grund av suicidförsök och som bedömts av psykiatrisk specialist inom 24 timmar.

Andel nyintagna patienter där personal, efter patientens samtycke, kontaktat anhöriga inom 24 timmar och kommit överens om kontakt med psykiatrisk specialist.

tropologiska metoder. Genom »studiebesök» hos varandra försökte vi beskriva: Vad sitter i väggarna? Vilka riter och myter finns det? Vilka uppfattar enheten som vänner respektive fiender? Finns det några hjältar? Sitter vi bakom skrivbord när vi tar emot patienter? Går vi ronder? Är de flesta dörrarna låsta på enheten, och i så fall varför? Är det en öppen atmosfär som stimulerar till nytänkande/självkritik eller dominerar lag och ordning?

När vi blev mer medvetna om dessa olika kulturer och deras bakgrund kunde vi både förstå varandra bättre och ändra det traditionella sättet att vara.

## Att kopiera det bästa man ser

Att jämföra sig med andra och kopiera det bästa man ser kallas numera »bench-marking». Vi började inom kliniken, men ville ju lära oss mera. Vi gjorde en lista på aktiviteter på andra håll som borde ge oss något viktigt. Sedan begav sig en grupp med flera professioner representerade dit på ett besök under någon dag, fick svar på sina väl förberedda frågor, skrev en rapport och föreslog förändringar hos oss.

Ofta fann vi de nyttigaste tipsen i

**Tabell I.** Andel patienter i öppen vård bedömda enligt global funktionskattningsskala (GAF).

		Andel GAF-bedömda, procent (av totalt antal patienter)
1994	April	76 (av 37)
	Maj	50 (av 34)
	Juni	52 (av 64)
1995	September	12 (av 29)
1996	Februari	17 (av 42)

**Tabell II.** Andel patienter i slutna vård med dokumenterad behandlingsplan

		Andel med behandlingsplan, procent (av totalt antal patienter)
1994	April	66 (av 65)
	Maj	80 (av 71)
	Juni	45 (av 78)
1995	September	37 (av 46)
1996	Februari	10 (av 42)

vårt nära grannskap – vi hade bara inte tagit till oss detta tidigare.

### Utveckla »tyst kunskap»

Ett mer strukturerat »peer review»-projekt (lika granskar lika) med två andra sektorer i Stockholm – Hässelby-Vällingby och Södermalm – visade på både möjligheter och svårigheter att lära av varandra. En erfaren yrkesman ser på några minuter mycket av vad en enhet går för. Ett team med personer tillhörande flera yrkesgrupper från var och en av de tre klinikerna besökte i triangelform de andra klinikernas enheter för akutvård (både slutna och öppna) och rehabilitering. Fördelen med triangelformen är att man inte »inspekteras» av en enhet som man själv just har besökt. Vi lärde oss att snabbt ta in nya idéer och att se på vårt eget med nya ögon. Metoden var bra för att formulera och utveckla »tyst kunskap». Det blev en dynamisk process som krävde en del av samordnaren för att verkligen ta tillvara möjligheterna.

Ett problem visade sig vara hur man bäst skulle återföra vad man sett till den enhet besöket gällt. Detta visade sig fungera bäst i dialogform, där den »inspekterade» enheten var aktiv, t ex genom att ställa frågor.

### Kvalitetsindikatorer formulerades

År 1993 började vi arbeta med det riksomfattande projektet »Kvalitetsindikatorer i psykiatrisk vård», stött av Svensk psykiatrisk förening, Spri, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Totalt prövades periodvis sex indikatorer utvalda att täcka viktiga områden i

vården (se separat ruta). Flera av indikatorerna ingår nu i det IT-baserade »Psykiatrivårdssystemet», PVS, som nu införs i Stockholms läns landsting för uppföljning av psykiatrisk vård.

Det fanns, särskilt i början, en hel del skepsis mot vad indikatorerna skulle kunna säga om kvaliteten i vården. Klart är att tolkningen inte är enkel och fordrar kunskap om mycket lokala förhållanden. Exempel på hur indikatorerna »Frekvens av GAF-skattningar» och »Dokumenterade behandlingsplaner» används ges i Tabell I och II. Man ser här att kvaliteten i dessa avseenden minskat betydligt. Detta förklaras av att vi under hösten 1995 genomförde en stor, sedan länge planerad omorganisation, och dessutom fick besked om ytterligare förändringar som vi egentligen inte önskade. Detta kunde klart avläsas i indikatorerna!

### Slutsatser

Utveckling av sjukvård och dess kvalitet är inte något nytt, men nya begrepp, nya arbetssätt och IT-baserade uppföljningssystem ger oss fler verktyg i detta arbete. Den gamla tesen att »varje dåligt använd skattekrona är stöld från de fattiga» formulerar mycket aktuella krav på maximal nytta av de pengar som används.

### Referens

1. Jensen SE. »Gräv där du står». Intervju med professor Peter Reizenstein. Medicinsk Ekonomi och Teknik 1992; 7: 20-5.



## MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994-95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11-50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,  
Missbruk

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»  
Telefax 08-20 76 19