

Kvalitetsstjärna - metod för regelbunden patientuppföljning

Bo Ivarsson

Ove Sonesson

Västra Götalandsregionen omfattar förutom Skaraborgs och Älvsborgs läns landsting, Bohuslänstinget och Göteborgs stads sjukvård med ca 1,5 miljoner invånare. Att skapa en ny struktur utifrån olika kulturer tar tid. Ett redskap för detta utgörs av att medicinska sektorsråd har upprättats för ett stort antal specialiteter inom sjukvården inklusive vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Dessa kan bland annat initiera strategiska verksamheter av gemensamt intresse. FoU-verksamheten bedrivs fortfarande huvudsakligen med de olika sjukhusgrupperna som bas. Medel för stöd till FoU-verksamheter kan därtill sökas regionalt, varvid det prioriteras att projekt är "gränsöverskridande" mellan de tidigare landstingsgränserna.

Psykiatri Östra i Göteborg har som betjäningsområde stadsdelarna Nordost och Söder samt Hisingen, tillsammans ca 240.000 invånare. Psykiatri Östra innefattar 12 större öppenvårdsmottagningar och 100 vårdplatser, dvs. all specialistpsykiatri i öppen vård och sjukhusbunden vård förutom rättspsykiatri och äldrepsykiatri. Verksamhetsområdet, som har drygt 450 personer anställda, varav 57 läkare, betonar en helhetssyn på patienten och psykisk sjukdom vilket innebär att biologiska, psykologiska och sociala faktorer ska beaktas i diagnostik och behandling. Därav följer ett tvärprofessionellt arbetssätt med formering i psykiatriska team runt patienten. Verksamhetsområdet har en uttalad ambition att bedriva en humanistisk inriktad psykiatri som framhåller patientens integritet och människovärde. Verksamhetens stödjer aktivt forskning och utvecklingsarbete. Personalmässigt finns som FoUU-resurs tre utvecklingssekreterare, en kvalitetssamordnare och en forskningssköterska.

Bo Ivarsson är FoU-läkare knuten till sektorsrådet för vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen som dess sekreterare. Rådet har gett honom uppgiften att leda genomförandet av kvalitetsstjärnan i samverkan med deltagande kliniker utanför regionen. Ove Sonesson är psykolog vid Psykiatri Östra, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Hisings-Backa.

Inledning

Människor som valt att arbeta inom människovårdande yrken har ett naturligt intresse av att den hjälp de ger leder till resultat för de hjälpsökande. Speciellt inom psykiatri är behandlingen i hög utsträckning karakteriserad av en mycket nära relation till patienterna. En god arbetsallians mellan behandlare och patient är nödvändig och en

viktig utgångspunkt för insatserna. Detta kan vara en förklaring till att professionella i den psykiatriska vården allmänt brukar hävda att man har god kunskap om vad som åstadkoms för patienter. Sällan utnyttjas dock systematiserade arbetssätt för att följa behandlingsprocesser och nyttan av behandlingen.

Den enskilde behandlaren ser det som en integrerad del av arbetet att följa upp - *Vad*

Sällan utnyttjas dock systematiserade arbetssätt för att följa behandlingsprocesser och nyttan av behandlingen

har hänt sedan sist? Mallar eller regler för hur uppföljningen ska ske förekommer mindre ofta. Behandlarna kan hävda att resultatet av behandlingen har så individuella drag, att det svårigen låter sig fångas med enkla schabloner för uppföljning.

På verksamhetsledningsnivå verkar man för att planer för vård, behandling, omvårdnad etc skall utgöra en strukturerande ram för att stödja att vad som avtalats inte glöms bort, det vill säga att man följer uppgjorda program. I resultathänseende har man varit begränsad till allmänna uppgifter som antal återinsjuknanden, återinläggningar och förändringar av vårdutnyttjandet. Ännu har inga standards etablerats inom psykiatri för vad som bör följas upp beträffande nytta i djupare bemärkelse. Det vanligaste är att efterfråga hur patienter upplever vården. Ett intresse av att på ett enkelt sätt följa patienternas förbättring med global skattning av psykosociala funktionsförmåga, finns också.

På det nationella planet förutsätter lagar och anvisningar att kvalitetssystem finns i vården. Hittills finns verkligheten en bit ifrån det ideal man uttrycker. Övergripande förordningar och riktlinjer i all ära, men skall propåer om kvalitetssystem överföras i handling måste uppgiften bedömas meningsfull i vårdverkligheten. Ett särskilt problemområde är därvid avsaknaden av ett allmänt accepterat innehåll i vad man vill uppnå.

Det fanns alltså anledning att ställa de grundläggande frågorna: -Vilka är egentligen resultatkvalitetsdimensionerna i vården?, och -Hur kan medarbetare engageras

i att i ökad utsträckning se kvalitetsarbetet som viktigt? Frågan om vad resultat kvaliteten kan vara inom schizofrenivård fick ett förslag till svar då den gjordes till föremål för en utvecklingsprocess i Västra Götaland i samverkan med Centrala Stockholms Psykiatriska klinik, och med deltagande av representant för Svenska Psykiatriska Föreningens kvalitetsgrupp, åren 1997-2000. Efter något års bred diskussion och prövning vid flera kliniker föreslogs att kvalitetsdimensionerna i *Kvalitetsstjärnan vid schizofreni* (1) skulle kunna vara relevanta.

Kvalitetsdimensioner i "Kvalitetsstjärnan vid schizofreni"

Grundläggande i konceptet är att det finns skäl att beskriva patienters problematik och förändring över tid ur flera aspekter. De olika aspekterna motiveras enligt följande resonemang (jämför Tabell 1): Patienttillfredsställelse med vården ses som en förutsättningskapande kvalitet, enligt devisen 'en nöjd patient nyttjar sig bättre av vård och stöd än en missnöjd'. Att beskriva och följa utvecklingen av patientens symtom och den psykosociala funktionsnivå är indikatorområden som bör följas av behandlaren. Det är också viktigt att framhäva vikten av att patientens upplevelse av besvär och livskvalitet får sina uttryck. Därtill bör alltid närstående fokuseras vid uppföljning, både som behövande i sig, och som den resurs de utgör för att få en förbättrad situation för patienten. En ytterligare dimension som föreslås för denna patientgrupp är att re-

Skall propåer om kvalitetssystem överföras i handling måste uppgiften bedömas meningsfull i vårdverkligheten

Tabell 1. Dimensioner i Kvalitetsstjärnan och instrument för dessa.

Kvalitetsdimensioner	Valda instrument
Brukartillfredsställelse med vården	Vårdkonsumentens tillfredsställelse (självskattning)
Upplevd livskvalitet	Visuell analogskala för livskvalitet (självskattning)
Psykosocial funktion	GAF-funktion ur DSM
Närståendes situation	Visuell analogskala för anhörigbörda (självskattning)
Biverkningscreening	UKU-Biverkningskala
Symtomtyngd	GAF-symtom ur DSM
Patientupplevda besvär	Visuell analogskala för patientupplevda besvär (självskattning)

gelbundet genomföra biverkningscreening, eftersom många i gruppen använder medicinering som kan ge biverkningar.

Som stöd för regelbunden genomgång i dessa dimensioner finns en uppsättning instrument. I *Tabell 1* redovisas vilka instrument som valts för att stödja en återkommande genomgång för var och en av de olika dimensionerna. En närmare beskrivning av varje instrument ges nedan under rubriken *De olika mätinstrumenten*.

Utprovning i klinisk praxis

Under ett par års tid genomfördes provverksamheter där patientens kontaktperson under en eller två besök använde instrumenten. Vid erfarenhetsseminarier framkom att patienter, närstående och behandlare upplevde en genomgång med metoden som positiv. Vissa instrument förenklades i processen. En del behandlare vittnade med viss förvåning om att den relativt "fyrkantiga" metoden dels innebar en av patienter och anhöriga uppskattad konkret sammanfattning, dels att man kunde upptäcka behov som inte uppmärksammats eller som man inte fokuserat på under lång tid. Man kunde sammanfattningsvis anta att en rutin för regelbunden genomgång med stöd av "Kvalitetsstjärnan" skulle kunna användas som ett stöd

i mötet mellan patient och personal.

De olika mätinstrumenten

Då kvalitetsstjärnan används vid diagnosen schizofreni ingår sju olika mätinstrument. Dessa utgörs av: Brukartillfredsställelse, Livskvalitet, Global funktionskattningsskala (GAF), UKU-Biverkningskala, Patientupplevda besvär samt Närståendes situation.

Vårdkonsumentens tillfredsställelse (UKU-ConSat-PaT) är ett självskattningsformulär som bygger på Consumer Satisfaction Rating Scale (2). Patienten ska besvara tretton frågor som handlar om tillfredsställelsen med den vård som patienten erhållit under de tre senaste månaderna. De områden som tas upp är personalens bemötande, patientens delaktighet, tillgången till information, upplevelser av medicinering, personalkontinuitet, möjligheterna att få andra insatser än medicinering samt resultatet av vården. Svaren från patienterna kan sägas utgöra kvalitetsindikatorer. Det kan framkomma indikatorer på vårdaspekter som är otillfredsställande och behöver utvecklas och vissa områden kan indikera en god kvalitetsnivå på den producerade vården. Data ges också ifråga om vilken nytta för patienten som vården resulterat i.

Livskvalitet bygger på en visuell-analog mätmetod (VAS). Syftet är att få en helhetsbild av patientens upplevda livskvalitet. Skalan utgörs av en lodrät linje med definierade skalvärden i början och i slutet av skalan. Längst ner på linjen står det 'Sämsta tänkbara livssituation' och högst upp står det 'Bästa tänkbara livssituation'. Patienten ska med ett streck återge hur livet upplevs just nu.. Om patienten är oklar över vad det är som ska bedömas, så förtydligas uppgiften med att det handlar om patientens nuvarande levnadsomständigheter (boende, ekonomi, sysselsättning), hälsotillstånd, relationer till andra människor och en upplevelse av hur livet som sådant är. Efter att patienten satt sitt streck, ombeds denne att berätta vad i livssituationen som ligger bakom den gjorda markeringen. Denna information tillvaratas i det fortsatta patientarbetet. Denna VAS-skala ger information om patientens generella livskvalitet (dvs omfattande både uppfattning om levnadsomständigheter och subjektiv upplevelse). Vid upprepad mätning kan man se om det blivit någon förändring.

Global funktionsskattningsskala - Funktion (GAF-Funktion) respektive Global funktionsskattningsskala - Symtom (GAF-Symtom) är hämtade från diagnossystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). DSM bygger på ett multiaxialt system och GAF utgör en av fem axlar (3). GAF-skalan är ett mått på den psykosociala ohälsan och är uppbyggd av två komponenter. Den ena delen utgörs av patientens symtom och den andra delen omfattar patientens psykosociala funktionsnivå enligt den senaste revisionen (DSM-IV-TR). GAF-skalan går ifrån 1 till 100 och är textmässigt definierad inom 10-inter-

vall. I kvalitetsstjärnan görs skattningar av symtom (GAF-1) och av psykosocial funktion (GAF-2). Med hjälp av GAF-skattningarna erhålls en bild av patientens övergripande funktionsnivå. GAF-värdena är starkt relaterade till hur patienten klarar av vardagslivets olika uppgifter och krav. Vid förnyad mätning kan man få en bild av utvecklingen över tid. De gjorda psykiatriska insatserna kan relateras till GAF-värdena och vi får då en uppfattning om behandlingseffekt vad gäller symtom respektive psykosocial funktion. GAF-värdena aggregerade till gruppdata kan ge en bild av en behandlingens vårdtyngd.

UKU-Biverkningssskala används för att få information om patientens hälsotillstånd som underlag för att kunna ta ställning till förekomsten av biverkningar i förhållande till behandlingen med psykofarmaka. Skalan kan också användas för att genom information om hälsotillståndet skapa underlag för eventuella kroppsligt-medicinska insatser (4). Skalan omfattar 45 frågor inom 4 områden. Områdena utgörs av psykiska störningar, neurologiska biverkningar, autonoma biverkningar och andra biverkningar. När det gäller vissa frågor finns en olikhet beroende på om det är en kvinna eller man som skattas, dvs. det finns en version för kvinnor och en för män. Skattningarna utförs av behandlare/kontaktperson och bygger på en semistrukturerad intervju med patienten. Efter genomförd skattning ska patienten få ett uppföljande samtal med sin psykiater för att diskutera fynden i biverkningssskalan. En åtgärd från denna uppföljning kan bli en förändring av patientens aktuella psykofarmakamedicinering.

Patientupplevda besvär är ett instrument som i likhet med skalan *Livskvalitet* bygger

på VAS-tekniken. Syftet är att få en övergripande bild av hur besvärad patienten har varit av sina psykiska problem under den senaste månaden. På den lodräta skalan finns det två textmässigt definierade ändpunkter. Längst ner står det *'Mina psykiska problem besvärar mig extremt svårt'*, och högst upp står det *'Jag har inte alls besvärats av psykiska problem'*. Patienten ska dra ett streck på det ställe på linjen som bäst uttrycker hur besvärande de psykiska problemen har varit. Därefter ombeds patienten att berätta vad han/hon tänkt på när strecket placerades på det specifika stället. Dessa kommentarer skrivs ner. Vid en förnyad mätning kan man få information om hur besvärsbilden utvecklats när det gäller den psykiska belastningen. Detta blir ett mått på hälsotillståndet, men också en hållpunkt för att kunna diskutera nyttan av de utförda behandlingsinsatserna och överväga eventuella förändringar.

Närståendes situation inriktar sig på hur de till patienten närstående personerna har det. Kontaktpersonen/behandlaren väljer tillsammans med patienten ut en speciellt viktig närstående. Det handlar om att få information om vilken påfrestning som den närstående upplevt den sista månaden med anledning av patientens problem. Den aktuella skattningen utförs med hjälp av en VAS-skala. Längst ner på linjen är det angivet *'Känsla av största möjliga påfrestning'* och högst upp på linjen står det *'Ingen känsla av påfrestning'*. Den närstående ska sätta ett streck på det ställe som bäst återspeglar den upplevda påfrestningen man känt på grund av den anhöriges psykiska problem.

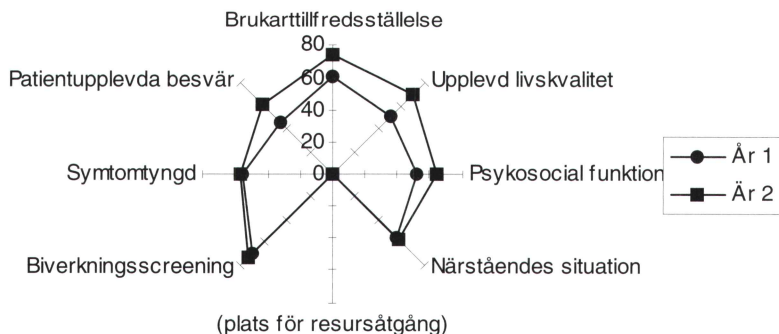
I detta sammanhang är det väsentligt att i samverkan med patienten kunna erbjuda den närstående en uppföljning av de tan-

Från och med januari 2001 infördes metoden som stöd till behandlarna för årlig genomgång med patient och anhöriga vid ett 10-tal psykiatriska verksamheter i landet

kar och känslor som kan relateras till det engagemang och den utsatthet som den närstående kan uppleva. I förlängningen kan skattningen bidra till att den närstående får en ökad förståelse för och delaktighet i patientens behandling. De uppföljande insatserna kan också bidra till en minskad upplevd påfrestning, till nytta för såväl närstående som patient.

Implementering i löpande verksamhet

Från och med januari 2001 infördes metoden som stöd till behandlarna för årlig genomgång med patient och anhöriga vid ett 10-tal psykiatriska verksamheter i landet. Patientens och närståendes medverkan är frivillig. För att underlätta bearbetning och hantering har det tagits fram ett dataprogram som möjliggör direkt utskrift av resultatet, eller att behandlare och brukare direkt på skärmen kan avläsa resultatet av genomgången. De psykiatriska verksamheter som deltar i arbetet med kvalitetsstjärnan har utsett en gemensam genomförande-grupp och lokala genomförandegrupper, vilka skall bistå personalen med att använda metoden. Viktiga uppgifter för den gemensamma gruppen har varit att organisera grundutbildningar, stå för erfarenhetskonferenser samt att utgöra ett forum för gemensamma problemlösningar. Särskilt viktigt har varit att etablera metoden för årlig uppföljning, med frågan om omedelbar nytta för användare och brukare som ut-



Figur 1. Exempel på grafisk presentation av en genomgång med en patient med ett års mellanrum.

gångspunkt. Metoden understödjer rutinmässig uppföljning över tid för individuella patienter, baserat på årlig patientgenomgång genom ordinarie patientansvarig personal. Uppföljningen ska alltså ske i en situation där instrumenten primärt är en arbetsmetod för grundläggande löpande kvalitetsarbete. I Figur 1 illustreras hur en sådan uppföljning kan presenteras grafiskt.

Framtidsperspektiv

Genom denna integrering i verksamheten är förhoppningen att man också får bättre uppgifter att använda för den egna och för verksamhetens uppföljning över tid, samt i aggregerad form för nationell uppföljning. De första data kommer att analyseras internt bland deltagande verksamheter under 2002 i anslutning till ett parallellt arbete för psykometriskt prövning av instrumenten. Detta arbete stöds förutom av huvudmännen också av centrala medel. Ett samarbete med nationella kvalitetsregister inom psykiatri har initierats för att gemensamt under-

söka möjligheten av att lägga Kvalitetsstjärnans dimensioner till grund för uppföljning även vid andra tillstånd än schizofreni.

För ytterligare information kan den intresserade vända sig till ordföranden i den gemensamma genomförandegruppen för hela landet, Bo Ivarsson (e-mail: bo.ivarsson@vregion.se).

REFERENSER

1. Malm U, Ivarsson B, Svärd K-O. Kvalitetsteknologi som motor för att organisera bättre vård och service vid schizofreni - världens dyraste sjukdom. Konferenshandlingar: Kvalitet i kommuner och landsting, Göteborg, 17-19 oktober, 1995.
2. Ahlfors UG, Lewander T, Lindström E, et al. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction scale (UKU-ConSat). Nord J Psychiatry, Vol 55, suppl 44, 2001.
3. Mini-D IV, diagnostiska kriterier enligt DSM-IV, Pilgrim Press, 1995.
4. Bech P, Rating scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life, sid. 435-441, Springer Verlag, 1989.