

Norsk psykiatrisk forening
Norsk Psykologforening
Norsk Sykepleierforbund

**Rapport fra
Gjennombruddsprosjekt Bedre rusbehandling
2005-2006**

Redaktører:

Per Føyn
Guri Spilhaug
Anne Sofie Torp

**Skriftserie for leger:
Utdanning og kvalitetsutvikling
2010**

ISBN 978-82-8070-059-9

Innholdsfortegnelse

Forord	5
1. Gjennombruddsprosjekt Bedre rusbehandling	
1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	7
1.2 Lovverk og behandlingstilbud i poliklinikker	8
2. Gjennombruddsprosjektets konsept og organisering	10
3. Forbedringsområder og forbedringer	
3.1 Ekspertgruppens forslag til forbedringsområder	13
3.2 Iverksatte tiltak og oppnådd endring	14
4. Innlegg fra ekspertgruppen	
4.1 Innledning	17
4.2 Om å rydde i kaos. Arbeid med ”unge tunge” rusmisbrukere	17
4.3 Individuell plan. De som ”faller mellom to stoler”	19
4.4 Tilgjengelighet i tjenestetilbudene	20
4.5 Bedre utredning av rusmiddelmisbrukere	22
4.6 Tilpasset og integrert behandling og rehabilitering	23
5. Status etter avsluttet prosjektperiode	
5.1 Innledning	25
5.2 Stiftelsen Bergensklinikkene	25
5.3 Ruspoliklinikken, PUT, Ullevål Universitetssykehus	32
6. Dokumentasjon av forbedringer ved statistisk prosesskontroll (SPC)	37
7. Etterord og nye utfordringer	52
Referanser	53
Vedlegg: Deltakende avdelinger og praksiser	54
Prosjektorganisasjonen	55

Forord

Initiativ til dette gjennombruddsprosjektet kom fra Legeforenings rusmiddelpolitiske utvalg med støtte fra Norsk psykiatrisk forening. Begge aktørene mente at et gjennombruddsprosjekt ville styrke oppmerksomheten mot rusfeltet og innebære en stimulans for fagmiljøene, noe som var spesielt viktig i forbindelse med gjennomføringen av rusreformene.

Fra 1.1. 2004 er behandling av personer med rusmiddelavhengighet organisert under spesialisthelsetjenesten og definert som tverrfaglig spesialisert behandling. Før den tid var det sosialtjenesten som hadde ansvaret for behandling av personer med avhengighetsproblemer. Denne omorganiseringen har hatt stor betydning. Personer med rusavhengighet som ønsker behandling har fått pasientrettigheter og spesialisthelsetjenesten har fått ansvaret for å tilrettelegge denne.

Behandling av pasienter med rusmiddelavhengighet må ha et tverrfaglig utgangspunkt. Det innebærer samarbeid mellom institusjoner og tiltak som representerer ulike behandlingstradisjoner. Det handler i aller høyeste grad om tiltak på ulike nivåer innenfor helsetjenesten og velferdstjenester i lokalmiljøet der pasienten hører til.

Systematisk forbedringsarbeid må være en naturlig del av virksomheten over alt. Grunnmuren som all forbedring bygger på er solid fagkunnskap som de ulike yrkesgruppene bringer med seg inn i et samarbeid. Derfor er arbeidet som den tverrfaglige ekspertgruppen gjør i første fase av et gjennombruddsprosjekt et nødvendig fundament for godt forbedringsarbeid sammen med erfaringer fra brukerne.

De 19 gruppene som har fullført Gjennombruddsprosjektet kommer fra hele landet og representerer svært ulike tiltak innenfor utredning og behandling av rusmiddelavhengighet. Det er store og ”tunge” aktører i form av avdelinger fra store institusjoner og små rusteam innenfor en psykiatrisk poliklinikk. Alle har fulgt samme mal for gjennombruddsprosjekt og startet med planlegging og beskrivelse av mål og målinger.

Et viktig spørsmål i starten av prosjektet er hvorfor det er nødvendig å gjøre akkurat de endringene gruppene har bestemt seg for, og om målet er nyttig og til hjelp for å holde stø kurs. Til å hjelpe gruppene med dette var den tverrfaglige ekspertgruppen tilgjengelig. Det var lov å endre mål underveis hvis det viste seg nødvendig, og noen av deltakerne gjorde det. Målet skulle tallfestes og deltakerne måtte finne indikatorer som kunne vise at målet ble nådd. Alle deltakergruppene ble støttet av en prosessveileder som har bistått gjennom hele perioden. Veilederkorpsset har for øvrig bidratt i flere av gjennombruddsprosjektene i Legeforeningen, opparbeidet mye erfaring og representerer en stor ressurs.

Samlingene i prosjektperioden er viktige for deltagerne med tanke på å lære av hverandre og bygge nettverk. En viktig opplevelse for de fleste var erfaringen med å jobbe i team mot et planlagt mål. Mange av prosjektgruppene beskrev også utfordringen med å ”selge” forbedringsideen på arbeidsplassen til kolleger som ikke var med i gruppen, og til ledelsen. Mange erfarte dessuten at arbeidet med forbedringsmålet avdekket nye forbedringsområder og medførte økt bevissthet rundt kvalitet og effektivitet i arbeidet.

Faglig utviklingsarbeid krever ressurser og tar tid. Mange beskrev i sluttrapporten at de var blitt mer faglig bevisste gjennom forbedringsarbeidet, mer systematiske i arbeidet med pasientene, bedre til å dokumentere og mer oppmerksomme på nytten av å gjøre målinger.

Det er krevende å drive forbedringsarbeid i en prosjektperiode, men det gir et løft og gjør godt. Den store utfordringen er å ta vare på forbedringene som oppnås og å sørge for at forbedringsarbeid generelt blir en del av virksomhetsplanen på arbeidssstedet. Det gjelder å ikke hvile på laurbærene – de visner. Det er å ønske at alle som har deltatt i dette prosjektet er blitt inspirert til å fortsette med forbedringsarbeid, og sprer sine erfaringer videre til tiltak og kolleger. Kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid må være et tema over alt.

1. Gjennombruddsprosjekt Bedre rusbehandling

1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Stortinget vedtok gjennom rusreformen(e) å overføre det tidligere fylkeskommunale ansvaret for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Dette er nedfelt i Ot.prp. nr 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003).

Målene for rusreformene var bl.a. å:

- Styrke behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere
- Bedre tjenester og behandlingsresultater for rusmiddelmissbrukere
- Klargjøre ansvar, bedre ressursutnyttelsen og styrke tverrfaglig innsats og samarbeid
- Videreutvikle kvaliteten i hjelpe- og behandlingsapparatet
- Skape et helhetlig tiltaksapparat som fanger opp brukernes individuelle behov og som har mangfold og bredde i sitt tilbud
- Sikre alle pasienter ett sted å henvende seg til uansett om problemet er rus, psykiatri eller somatikk

En viktig del av begrunnelsen for rusreformen var at rusmiddelavhengige *ikke* fikk ivaretatt sitt behov for helsetjenester til tross for at mange har vært storforbrukere av helsetjenester, bl.a. i form av øyeblikkelig hjelp innleggelses og innleggelses i forbindelse med andre fysiske sykdommer eller skader. Mange rusmiddelavhengige har ulike former for psykiske vansker eller lidelser.

Hoveddelen av rus- og avhengighetsbehandlingen ble derfor flyttet fra fylkeskommunen (hjemlet i sosialtjenesteloven) og overført til spesialisthelsetjenesten (hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven). Ruspasienter har etter dette fulle pasientrettigheter innen spesialisthelsetjenesten (hjemlet i pasientrettighetsloven) og fulle rettigheter etter sosialtjenesteloven (som alle andre).

Rusreformen(e) la det organisatoriske grunnlaget for å utvikle ”tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere”, et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten på linje med somatikk og psykisk helsevern. Alle var enige om at dette organisatoriske grepet ikke var nok, og for å få det faglige grunnlaget opp på et tilstrekkelig godt nivå ville det kreves et omfattende kvalitetsarbeid. Dette ble senere slått fast i Legeforeningens statusrapport om rusfeltet ”På helsa løs”.

Flere deltakere i gjennombruddsprosjekter i psykisk helsevern (særlig prosjektene om tvang og om alvorlige stemningslidelser) hadde pekt ut rusfeltet som et viktig område for nye prosjekter med forbedringsarbeid. Blant annet ut fra 2 SINTEF-rapporter, *Helsetjenester og Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere*, utgitt i 2003, var det mange innen fagfeltet som ønsket en bedre og mer enhetlig praksis. Ut fra Legeforeningens tidligere erfaring med gjennombruddsprosjektet om bruk tvang i psykisk helsevern, var det naturlig å starte et slikt gjennombruddsprosjekt så snart som mulig etter rusreformene. Da var et ungt fagfelt i spesialisthelsetjenesten i ferd med å etablere seg og finne sin form, og det var viktig å samle fagfolk som arbeidet med noenlunde samme oppgaver. Gjennombruddsprosjektet er en mulighet for å møtes, diskutere faglige spørsmål og praksis, bli enige om standarder, og lære en metode for forbedringsarbeid som er etablert og effektiv.

1.2 Lovverk og behandlingstilbud i poliklinikker

Det var store forskjeller mellom fylkeskommunene i forhold til hvordan den polikliniske virksomheten for rusmiddelmissbrukere var bygget opp og drevet før rusreformene. Det store innslaget av private aktører og poliklinisk virksomhet knyttet til institusjoner som var svært ulike, ga et uoversiktlig bilde, og pasienten var ikke sikret lik og adekvat behandling.

Når driften av tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble et statlig ansvar, forvaltet administrativt ved de regionale helseforetakene, ble det nødvendig å bygge opp de polikliniske tjenestene som en integrert del av spesialisthelsetjenesten alle steder slik at de svarte til de kravene som ble stilt gjennom spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Disse kravene kan oppsummeres slik:

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal bestå av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse, og den helsehjelpen som ytes skal holde et faglig nivå som tilsvarer den øvrige spesialisthelsetjeneste.
- Både sosialtjenesten og fastlege har henvisningsrett til TSB. Der skiller rusbehandling seg fra annen spesialisthelsetjeneste.
- Som en del av spesialisthelsetjenesten fikk brukerne de individuelle rettighetene som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven. Det innebærer rett til fritt sykehusvalg, rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, tidsfrister for hvor raskt en kan kreve behandling, samt krav til diagnostisering og vurdering.
- Ruspasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Kravene til behandlingen i TSB er ytterligere utdypet i Ot. Prp. nr. 3 (2002-2003), som gir mer detaljerte føringer for hva TSB skal inneholde, og som også gir avgrensninger for tjenesteområdet i forhold til kommunale helsetjenester og psykisk helsevern.

En primær oppgave for poliklinikkene ble vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Andre viktige arbeidsoppgaver ble utredning og diagnostisering, behandling, pårørende- og familiearbeid og samarbeid med kommunen og øvrig spesialisthelsetjeneste.

I vurderingen av hvem som skulle inviteres til dette første gjennombruddsprosjektet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble avgjørende vekt lagt på de store utfordringene som poliklinikkene sto overfor, og behovet for et samarbeid for å bli enige om en felles forståelse av hva TSB skulle innebære i praksis på det polikliniske nivået. Ekspertgruppa vurderte det slik at mens poliklinikkene skal ha ansvar for alle pasienter med rus- og avhengighetslidelser, så må sengeenheterne i TSB gi et tilbud mer spesifikt rettet mot mer avgrensede målgrupper. Det var derfor naturlig å invitere alle som drev poliklinisk virksomhet til dette første forsøket på forbedringsarbeid innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I dette gjennombruddsprosjektet fikk vi demonstrert dynamikken mellom *lov og fag*, hvor lovverket gir tydelige rammer, mens faglig forståelse er avgjørende for den utformingen praksis skal få innenfor disse rammene. Det var et helt nytt fagfelt som skulle finne sitt faglige ståsted, sin identitet og autoritet i forhold til andre aktører. Ikke minst ble det krevet store evner til omstilling for fagfolk som lenge hadde arbeidet under et annet lovverk, og ofte under en annen administrasjon og helt andre rammebetingelser.

De deltakende arbeidsgruppene har grepet fatt i problemstillingene med stor entusiasme og imponerende vilje til gjennomføring av tiltakene. Dette ble et veldig praktisk anlagt prosjekt, hvor ikke de store behandlingsmessige diskusjoner var i fokus. Det ble meget tydelig at fagfeltet med åpne armer tok i mot muligheten til å diskutere hva som var "best practice" for pasientene. Det viste seg også at enigheten var større enn vi på forhånd hadde trodd, ut i fra rapporter om praksis i fagfeltet. De viktigste store feltene det ble grepet fatt i var hvordan en kunne få pasienter til å komme til konsultasjoner, hvordan en kunne gjennomføre god kartlegging raskt, hvordan involvere brukere og pårørende i prosessen, hvordan få utarbeidet behandlingsplan effektivt og forbedring av samarbeidet med andre nødvendige aktører.

En kan lære mye ved å lese denne rapporten grundig. Det ligger mye arbeid og diskusjon bak alle enkeltprosjekter, og de gode resultatene er kommet etter et godt gjennomført arbeid på de forskjellige enhetene. Bak veivalgene underveis ligger faglige diskusjoner både på samlingene og ute i felten, og veilederne har vært tett på med avklaring og vurdering av metodiske spørsmål. Ikke minst viktig er den positive innstillingen til målinger og statistisk prosesskontroll (SPC) som målemetode som utviklet seg underveis. Ledelsen av prosjektet har inntrykk av at det etter hvert som folk ble kjent med hverandre, kunne ses begynnelse på læringsnettverk basert på tillit mellom de ulike faggrupper og mellom de forskjellige enheter og institusjoner som var representert i prosjektet. Dette er vi spesielt glad for, fordi et viktig mål med gjennombruddsprosjektene er å styrke den faglige identiteten gjennom kvalitetsarbeid.

2. Gjennombruddsprosjektets konsept og organisering

Gjennombruddsmetodikken bygger på en metode som i senere år er mye brukt i kvalitetsforbedringsprosjekter i bl.a. USA, Sverige, Nederland og Norge. Metoden er opprinnelig utviklet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, som er en non-profit organisasjon og er ledende innen kvalitetsutvikling i USA (www.ihl.org). IHI har siden 1995 gjennomført en serie ”gjennombruddsprosjekter” (”Breakthrough series” (BTS)), på områder som f.eks. astma, intensivbehandling, legemiddelbivirkninger, keisersnitt, forskrivningspraksis, ryggsmarter, forsyningsfunksjon, terminalomsorg, hjertekirurgi, ventetider etc.. F.eks. er det amerikanske gjennombruddsprosjektet om Adult Intensive Care, som ble gjennomført i 1996, rapportert i Rainey TG, Kabcenell A, Berwick DM, Roessner J: ”Reducing Costs and Improving Outcomes in Adult Intensive Care” (Boston: Institute for Health Care Improvement 1998, ISBN 1-890070-04-1).

Grunnlaget for gjennombruddsprosjektene er observasjonen av at klinisk praksis ofte er forskjellig fra det optimale (basert på vitenskapelig kunnskap). IHIs utgangspunkt er begrepet ”Achievable Benefits Not Achieved” (ABNA). Alle områder der det er et gap mellom det en gjør og det en ut fra eksisterende kunnskap og teknologi kunne ha gjort, er kandidater for et gjennombruddsprosjekt. Oppgaven er å sørge for at de muligheter som faktisk finnes tas i bruk på en bedre måte.

Gangen i et gjennombruddsprosjekt er slik: Først identifiseres forbedringsmuligheter på det utvalgte fagfeltet av en gruppe som er eksperter på det utvalgte emnes medisinske sider. Sykehusavdelinger eller andre helsetjenesteenheter inviteres til å delta i prosjektet og etablere lokale forbedringsteam. Prosessendringsrådgivere veileder forbedringsteamene i de deltakende enhetene gjennom en endringsperiode på ca. et halvt år. I løpet av denne perioden arrangeres tre forbedringsseminarer. Der kommer ekspertgruppen, veiledergruppen og de deltakende enhetene sammen og utveksler erfaringer og ideer. Gjennombruddsmetoden har vist seg egnet for overføring til norske forhold. Erfaringene fra de norske prosjektene er gode, og nye prosjekter kan bygges på dem – og på den erfaringsutveksling som Legeforeningen har etablert med miljøer i andre land som driver gjennombruddsprosjekter.

Bakgrunn for dette prosjektet var at Den norske legeforenings rusmiddelpolitiske utvalg hadde tatt til orde for rus som tema for et nytt gjennombruddsprosjekt, og at Legeforeningens sentralstyre hadde besluttet at statusrapporten for 2006 skulle omhandle rus og rusbehandling.

Gjennom regjeringens rusreform I og II har spesialisthelsetjenesten siden 1. januar 2004 hatt ansvaret for spesialiserte behandlingstiltak av rusmiddelmissbrukere. Rusreformen stiller både primær- og spesialisthelsetjenesten overfor nye utfordringer. Blant annet inngår behandling av rusmiddelmissbruk som en del av spesialisthelsetjenesten på linje med somatikk og psykiatri. Denne pasientgruppen skal også få lettere tilgang til andre nødvendige spesialisthelsetjenester for å redusere fysiske og psykiske plager. Videre setter fastlegenes henvisningsrett og brukernes rett til individuell plan store krav til samarbeid, kompetanse og kunnskap innen rusfeltet. Det overordede målet med et gjennombruddsprosjekt om rusbehandling er

sammenfallende med intensjonen bak rusreformen: å sikre at behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere skal bli bedre og mer helhetlig.

Forarbeidet til prosjektet *Bedre rusbehandling* ble initiert våren 2005 gjennom en bredt sammensatt, tverrfaglig ekspertgruppe ledet av psykiater og avdelingsoverlege Per Føyn ved Avdeling rus og avhengighet ved Aker universitetssykehus. Øvrige medlemmene i gruppen var Ivar Skeie, fastlege i Gjøvik kommune, Arild Schillinger, overlege ved Sykehuset Østfold, Olav Espegren, sjeflege ved Sørlandet Sykehus, Anne Loennechen, etatsleder ved Strax-huset i Bergen, Marit Myklebust, sykepleier og leder ved Gatehospitalet i Oslo, Reidunn Evjen, teamleder ved MAR Øst, Ellen Hoxmark, psykologspesialist ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Lise Aasmundstad, nestleder i LAR-Nett og brukerrepresentant.

Ekspertgruppens oppgave var å identifisere og konkretisere forbedringsområder som ble lagt frem for deltakerteamene i hovedprosjektet, som begynte i november 2005 og ble avsluttet mai 2006. Ekspertenes forslag representerte således en ”meny” for deltakergruppene ved valg av delprosjekt. Ekspertgruppens innfallsvinkel var at gjennombruddsprosjektet skulle legge vekt på samhandling mellom tjenestenivåer. Dette er i tråd med tilbakemeldingene fra et bredt spekter av aktører innen rusfeltet – samt offentlige tilrådinger. Som et overordnet prosjekttema valgte ekspertgruppen *Enhetlig, sammenhengende og tilpasset behandling*. Herunder ble drøftet forbedringsområder knyttet til samhandlingsaspekter, individuell plan som pasientrettighet og virkemiddel for samhandling, kapasitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudene, organisering og funksjonalitet av tjenestene, utredning og funksjonskartlegging, rehabilitering/tilbakeføring, kompetansestyrking og kvalitetsindikatorer.

I juni 2005 sendte Legeforeningens sekretariat invitasjon om prosjektdeltakelse til ca 250 adressater, herunder ruspoliklinikker og kommunale sosial- og helsetjenester.

Organisering av prosjektet

Prosjektorganisasjonen besto av

- a) prosjektledelse,
- b) ekspertgruppe,
- c) prosessveiledere,
- d) arbeidsgrupper (forbedringsteam) som etableres lokalt ved de behandlingsstedene som er med i prosjektet.

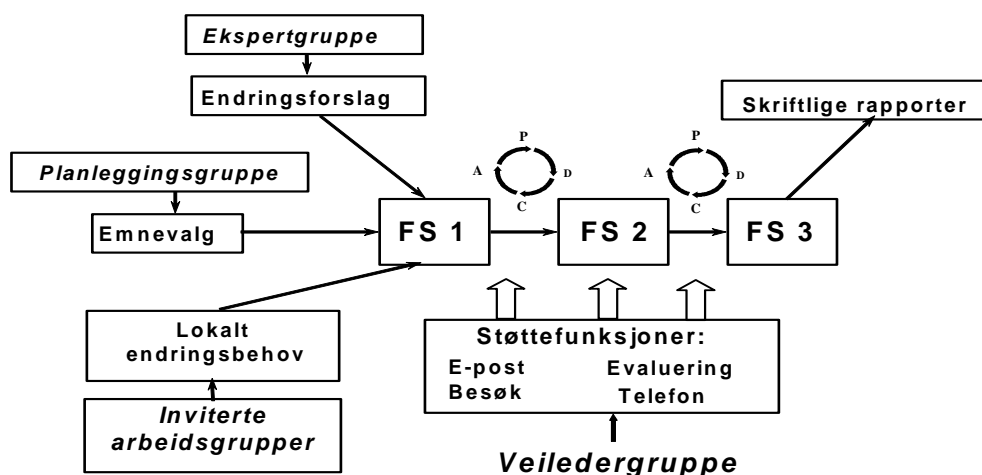
Prosjektledelsen var forankret i Medisinsk fagavdeling i Legeforeningen. Fagdirektør Hans Asbjørn Holm og seksjonssjef Audun Fredriksen hadde et overordnet prosjektansvar. Den daglige koordinerende ledelse ble ivaretatt av Tom Sundar og Anne Sofie Torp i sekretariatet.

Ekspertgruppen ga prosjektet dets faglige fundament, og forankret det i fagmiljøet. Gruppens oppgave var å identifisere ”best practice” (evidence based/konsensus) innen fagfeltet. Gruppen var tverrfaglig sammensatt og besto av ni fagpersoner. Avdelingsoverlege Per Føyn, Avdeling rus og avhengighet, Aker universitetssykehus, ledet for ekspertgruppen.

Prosessveilederne hadde helsefaglig bakgrunn, erfaring fra tidligere gjennombruddsprosjekter og skoloring i forbedringsmetodikk samt bruk av statistiske metoder. Veilederne skulle ikke ta stilling til faglige problemstillinger, men befattet seg med prosessuelle og metodologiske problemstillinger. Veilederne fulgte sine grupper ved besøk og telefon- og epostkontakt. Veiledningstjenesten ble koordinert av kvalitetsrådgiver dr.med. Ove Kjell Andersen.

Arbeidsgruppene (forbedringsteamene) var tverrfaglig sammensatt, ledelsesforankret og besto av 3-5 personer. Det var sterkt ønskelig at poliklinikkteamene inkluderte en representant fra den kommunale sosial- og helsetjenesten – i tråd med prosjektperspektivet *Enhetlig, sammenhengende og tilpasset behandling*. Teamene hadde ansvaret for det konkrete forbedringsarbeidet i deltakende institusjoner/avdelinger, dvs. for å utvikle en praksis opp mot ekspertgruppens beskrivelse av ”best practice”, men denne praksis kunne også være definert av steds- og situasjonsspesifikke kriterier.

Gjennombruddsmodellen



Forbedringsseminar 1 (FS 1), det første i en serie fellessamlinger, ble holdt i Oslo 1.–3. november 2005. Her ble presentert mål, fremdriftsplan og forbedringsområder, og hvert forbedringsteam valgte sitt prosjekt. I perioden mellom FS 1 og FS 2 holdt veilederne kontakt med sine team, slik at eventuelle problemer avdekket og progresjonen opprettholdes.

Forbedringsseminar 2 (FS 2) ble holdt i Oslo 15.–16. februar 2006. Her utvekslet forbedringsteamene erfaringer og presenterte foreløpige resultater. Ekspertgruppen fremmet faglige innspill til arbeidet videre. Veiledergruppen evaluerte fremdriften og kom med anbefalinger til teamene.

Forbedringsseminar 3 (FS 3), som ble holdt i Tromsø 30.–31. mai 2006 i, markerte avslutningen på prosjektet. FS 3 inneholdt mange av de samme programposter som FS 2, men la særlig vekt på erfaringer siden siste seminar, hvorledes oppnådde forbedringer kan gjøres varige og hvorledes kvalitetsarbeidet kan videreføres etter prosjektets slutt.

Oppfølging

Som et ledd i arbeidet med å evaluere vedlikeholdseffekten av forbedringer oppnådd i prosjektet, tas det sikte på et oppfølgingsseminar ca. ett år etter prosjektslutt – dvs. våren 2007. Her inviteres deltakergruppene til å meddele oppdaterte resultater.

Finansiering

Budsjettet er omlag 3 millioner kroner. Prosjektet ble finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, Legeforeningens kvalitetssikringsfond og deltakeravgifter.

3. Forbedringsområder og forbedringer

3.1 Ekspertgruppens forslag til forbedringsområder

- Olav Espegren: Forbedre funksjonskartleggingen:
- omfang av kognitive utfall
 - omfang av psykiatrisk komorbiditet
 - omfang av rusmisbruk og misbruketstil
 - spesifikk og konkret beskrivelse av pasientens bistandsbehov
 - forbedre rutiner for pasienter som får tilbakefall
- Ivar Skeie: De unge tunge:
Ventetid fra henvisning til kontakt.
Hvor mange av de henviste klarer man å følge opp?
Hvor mange er vurdert ang. diagnostikk og funksjonsnivå innen 3 mnd. fra første kontakt?
Hvor mange har individuell plan og ansvarsgruppe innen 4 mnd. fra første kontakt?
- Reidunn Evjen: Utvikle ansvarsgrupper til mer integrerte mobile team mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester for et mindre antall dualpasienter som teamet har felles.
Identifisere og systematisere metoder og tiltak etc. som dualpasientene er tilfredse med.
Eksempler på hvordan separate systemer kan få til et mer helhetlig tilbud for dualpasienter.
- John Arild Schillinger: Bruke individuell plan for de som ”faller mellom to stoler” til å bygge opp en tiltakskjede.
- Ellen Hoxmark: Utredningsplan med tidsfrist:
- SCID-II (personlighetsforstyrrelser)
 - AUDIT (alkohol)
 - DUDUT (stoff/medikamenter)
 - MINI (symptomlidelser)
- Anne Loennechen: Tilgjengelighet for dem tjenestene er ment å nå.
- Per A. Føyn: Kriser i rusbehandling:
- Forutse kriser
 - Kriseplan med tiltak
 - Håndtere kriser individuelt
 - Samhandling mellom behandlerne
 - Lære av kriser
- Lise Aasmundstad: Ansvarsgruppen som ressurs. Nettverksbygging

3.2 Iverksatte tiltak og oppnådd endring

Institusjon	Mål	Tiltak	Endring
Stiftelsen Bergensklinikkene	Å gjøre rett informasjon om rett pasient tilgjengelig til rett tid for rett person.	Involvert personale tar i bruk nytt datautstyr. All informasjon gjøres scannes og gjøres elektronisk tilgjengelig. Epikriser ferdigstilles senest siste behandlingsdag.	81% (tidligere 3,7%) av epikrisene er ferdigstilt på eller før avslutningsdato. 84% (tidligere 0%) av aktuelle pasienter blir tilbudt gjennomgang av epikrise ved behandlingsslutt.
Stord DPS	Alle nye pasienter ved psyk.pol. skal ha gjennomført kartlegging innen 4. samtaletime.	Kartlegging med Audit og Dudit og SCL-90. Intern info om Audit og Dudit. Pasientene skal vurdere via Scott-Miller. Etablering av behandlersteam.	57,1% er kartlagt. Innføring av andre enkle tiltak vil trolig øke andelen betydelig.
Lovisenberg DPS,	Alle som er til vurderingssamtale skal spørres om bruk av rusmidler.	Bred informasjon til de som gjennomfører vurderingssamtaler. Gjennomgang av vurderingssamtalene.	88% ble spurt om rus. (38 av totalt 43 pasienter.) 29% av disse (11 av 38) ble vurdert å ha et rusproblem.
Lovisenberg DPS, Bydel St. Hanshaugen	Alle brukere med dobbeltdiagnoser skal få informasjon og ev. tilbud om 2. linjetjenester og individuell plan.	Utarbeide kartleggings skjema for pasienter med dobbeltdiagnoser med fokus på behov for 2.linjetjenester og individuell plan	Alle aktuelle har fått info ev. tilbud om 2. linjetjeneste. 53% brukere (9 av 17) har fått informasjon og ev. tilbud om individuell plan. 5 brukere har ikke vært praktisk tilgjengelige.
UNN, Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk, Ruspoliklinikken	Øke antall henvisninger med 300% for pasienter i tidlig fase. Øke fokus på målgruppen.	Opprette kontakt med allmennlegetjenesten. Kontakt med brukerorganisasjon. Informasjon til henvisere og andre instanser. Samarbeid med AKAN.	Henvisninger for målgruppen er økt med 200%.
UNN, Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk, Tromsklinikken	80% av klientene skal ha gjennomført kartlegging med "grunnpakke" innen 6 uker etter behandlingsstart.	Utarbeide grunnpakke i kartleggingsverktøy. Øke kompetansen internt. Etablere rutine for kartlegging. Brukerundersøkelse.	Ingen påviselig endring av kartlegging etter tiltak i prosjektperioden.
Avdeling for rusrelatert psykiatri Helse Nord-Trøndelag og Stjørdal kommune	Alle med både ADHD og rusdiagnose skal ha en godt fungerende ansvarsgruppe.	Identifisere aktuelle pasienter. Utarbeide spørreskjema for kartlegging. Intern informasjon. Gjennomføre spørreundersøkelse og utarbeide mal for ansvarsgruppe. Informere samarbeidspartnere.	For tidlig å kunne registrere endringer etter iverksatte tiltak.
Helse Sør, Psykiatrien i Vestfold, Tønsberg DPS, Avd. Rupo/PUT	Å redusere "ikke møtt" med 50% i inntaksfasen for nyhenviste pasienter mellom 18 og 30 år ved å øke pasientens engasjement i egen prosess.	Ny inntaksprosess. Mobilpåminning. Brukerundersøkelse. Opplæring i MINI. Kodeendring for "ikke-møtt" i datasystemet. Utarbeide sjekklister.	33,3% reduksjon av "ikke-møtt". Prosessen er stabil etter endring.

Psykiatrisk ungdomsteam for Asker og Bærum	Bedre kvaliteten på inntaksprosessen med 70% i forhold til en sjekklister for inntak av pasienter i aldersgruppen 15 til 20 år.	Utarbeide sjekklister med skåring for tre konsultasjoner.	Målet om 70% bedring er nådd. I tillegg en positiv effekt også utenfor målgruppen.
Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF, Poliklinikk i Kristiansand og poliklinikk i Arendal	Bedre datagrunnlaget for beslutninger om utredning av psykiske lidelser tidlig i behandlingsforløpet (max 3 samtaler) med 50%, målt med egenutviklet sjekklister.	Utarbeide sjekklister for skåring og kartleggingsmappe med veiledning. Opplæring i AUDIT/DUDIT og SCL-90R.	Kristiansund: 30% bedring i fase 1. I fase to var det en nedgang slik bedringen var redusert til 13% fra baseline. Arendal: 118% forbedring. Variasjonen er redusert.
Seksjon Ruspoliklinikk, Grorud DPS og Bydel Stovner ved Sosialtjenesten	70% av klienter i alderen 18-45 år som møter på sosialtjenesten med rusproblematikk og henvises ruspoliklinikk skal ha møtt til 1. samtale innen 46 dager.	Rutineperm utarbeides av arbeidsgruppe. Bred informasjon om prosjektet. Motivere klientene til behandling. Utarbeide måleverktøy.	Gjennomsnitt av <u>samtliche</u> (7) klienter var oppmøte etter 30 dager.
AHUS, Lillestrømklinikken, Avd. Klosteret	30% forbedring av kvalitet (poeng) på utredningsprosessen.	Utarbeide og ta i bruk sjekklister for utredning. Informasjon til henvisere.	Oppnådd forbedring er 32% (fra 25 til 33 poeng). Variasjonen er redusert med 25%.
BUP og PUT Haugesund sjukehus Helse Fonna HF	80% bedring av kvalitet ved kartlegging av rusbruk hos ungdom i alderen 13-18 år, innen de 3 første samtaler ved henvisning til BUP. Andelen som utredes økes fra 44 til 100%.	Inkludere brukerrepresentant i prosjektet. Gjennomføre spørreundersøkelse. Utarbeide sjekklister. Informere bredt om prosjektet. Litteratursøk ang. aldersgruppen. Ivareta aldersgruppens behov i foretakets rusplanarbeid. Formelt samarbeid i behandlingsskjeden.	Utredningen er bedret med 136% (fra 3,9 til 9,2 poeng). Andelen som utredes er økt fra 44 til 90%.
Psykiatrisk ungdomsteam, Bjørgvin DPS	100% av pasientene skal ha behandlingsplan senest etter femte samtaletime med sin hovedbehandler.	Planleggingsdag med teamet. Opplæring i reflekterende teammetodikk. Innføring og oppdatering av sjekklister for fordeling av saker til tverrfaglig drøfting. "Grønt skjema", oppfølgingsmøter.	Antall pas. med journalført behandlingsplan økt fra 28,6% til 86,6%.
Rusbehandling Midt-Norge, Vestmo behandlingssenter i Ålesund	Øke pasientopplevd forbedring av hjelpeapparatet med 30%. Journalen skal tilnærme seg krav til innhold i IP med 30%.	Gjennomføre brukerundersøkelse ved inntak og utskriving. Loggføre all utadrettet aktivitet.	3 av 10 ønsket ikke IP. For kort tid til tydelige endringer, trolig positiv trend på begge områder.
Rusbehandling Midt-Norge, Veksthuset Molde, Terapeutisk samfunn	Øke andel brukere med IP til 80%. Programoppfyllelsen til IP økes med 30%.	IP tas opp med brukerne i ansvarsgrupper og samtaler. Bevisstgjøring av personalet. Alle skal ha IP, andre behandlingsverktøy skal integreres og tilpasses IP.	Det kan ikke trekkes konklusjon ang opplevd forbedring og økt andel IP pga mange dropouts. Programoppfyllelsen er økt med 71%.

Rusbehandling Midt-Norge, Nidarosklinikken	Øke andel som har pårørende /sosialt nettverk involvert i rehabilitering til 80%. Øke pasientopplevd tilfredshet med 50% ved at pårørende involveres i behandlingen.	Sette temaet på dagsorden og mobilisere ansatte. Utarbeide informasjonsskriv til pasient og til pårørende. Samarbeide med LAR-Midt, Trondheim	Andelen med pårørendeinvolvering har økt fra 17% til 65%. Måling av tilfredshet viser en liten tilbakegang.
Rusbehandling Midt-Norge, LAR-Midt, Trondheim	Øke andel som har pårørende /sosialt nettverk involvert i rehabilitering til 80%. Øke pasientopplevd tilfredshet med 50% ved at pårørende involveres i behandlingen.	Sette temaet på dagsorden og mobilisere ansatte. Utarbeide informasjonsskriv til pasient og til pårørende. Samarbeide med Nidarosklinikken.	Involvering redusert med 3%. En liten (ikke signifikant) økning i tilfredshet.
Nordlandssykehuset, Salten psykiatriske senter, Rusteamet	200% forbedring av kartlegging av psykiske lidelser.	Systematisk bruk av screeningtester. Utarbeide brosjyre til henvisere. Brukerundersøkelse.	Måling etter definerte kriterier viste 200% forbedring.
Psykiatrisk ungdomsteam, Ullevål US	50% redusert tid fra første samtale med ny pasient til rusdiagnose er satt.	Gjennomgang av rusdiagnostikk ICD 10 med kausufremlegg og gruppediskusjoner. Elektronisk verktøy for diagnosesetting.	Tiden er redusert med 97% (fra 72 til 2 dager).
Avdeling for førstegangpsykosser, Ullevål US	50% reduksjon av rusbruk. Korrekt rapportering om rusbruk i avdelingen.	Øke trygghet og kompetanse. Undervisningsseminar og samtaler med pårørende.	Ingen målbare resultater.
DPS Gjøvik, Psyk.pol., Rusmiddelteamet	70% redusert tid fra henvisning mottatt til utredning gjennomført.	Tverrfaglig seriekonsultasjon. En fast vurderingsdag per uke. Bruke sjekklister. Oppsett av primærjournal. Brukerundersøkelse. Ringe pasient i forkant av samtale.	Tid redusert med 20% (fra 59 til 12 dager).
PUT Sandnes, Psykiatrisk klinikk, Stavanger universitetssykehus	Kvaliteten på integrerte behandlingstiltak for alle henviste pasienter bedres med 70%.	Utvikle faglige kriterier (GAFF, diagnose, hepatitt). Etablere nye rutiner for praksis i henhold til sjekklister.	Mean er økt med 77%, variasjoner er redusert med 82%.
Nordlandsklinikken	50% mer kvalifisert tverrfaglig utredning på halve tiden.	Utarbeide sjekklister/flytskjema. Utarbeide kvalitetsmål. Presentere målinger og tiltak for personalgruppen. Pasientansvarlig utpekes før inntak. Systematisere arbeidsoppgaver i et pasientforløp. Øke fokus på korrekt dokumentasjon.	Utredningstid redusert med 42%. Kvalifisert utredning økt med 25%.

4. Innlegg fra ekspertgruppen

4.1 Innledning

Gjennom omfattende diskusjoner i den tverrfaglige ekspertgruppens forberedelsesmøter ble det enighet om en presentasjon av mulige forbedringsområder for presentasjon på første samling. Det er utallige muligheter til problemvinkling og forbedringsarbeid når det gjelder rusproblemer. Utfordringene sett fra klinisk ståsted kan umiddelbart virke overveldende, også fordi det dreier seg om et så stort antall pasienter med ganske omfattende vansker, og i tillegg ofte et langvarig behov for oppfølging.

Medlemmer av ekspertgruppen presenterer her "sitt" syn på mulige forbedringsområder. Det kan synes overveldende og omfattende med så mange muligheter, men intensjonene har vært å presentere en variert meny slik at den enkelte institusjon/gruppe kunne bruke dette som utgangspunkt eller ganske enkelt ta fatt i en "hjemmedyrket" oppgave.

Det aller viktigste er valg av en forbedringsoppgave som er tilstrekkelig konkret, målbar og gjennomførbar.

Målet er uansett det samme – å forbedre tilbudet til pasientene og deres foresatte innenfor dette komplekse kliniske området og for oss som fagfolk "å strekke oss mot beste standard".

4.2 Om å rydde i kaos - Arbeid med "unge tunge" rusmisbrukere Fastlege Ivar Skeie, Åslundmarka legesenter, Hunndalen

Med "unge tunge" menes her personer mellom 15 og 25 år som etter en periode med eksperimenterende rusmiddelbruk utvikler et vedvarende, omfattende og etter hvert invalidiserende misbruk. Mange ender i løpet av noen år opp i opiatdominert blandingsmisbruk med injisering. De har i tillegg til rusproblemet som regel omfattende psykiske, og ofte også somatiske helseproblemer samt sosiale og relasjonsmessige problemer, og som gruppe har de en mye større dødelighet enn ungdomsbefolkningen generelt.

Det er ikke mulig å trekke et skarpt skille mellom disse og ungdom som eksperimenterer med rus, og det finnes ingen sikre anslag over hvor stor gruppa er. Ut fra de årlige ungdomsundersøkelsene til Statens Institutt for Rusmiddelforskning og oversikt over narkotikarelaterte dødsfall fra Nye Kripos, vil jeg med forsiktighet antyde at det kan dreie seg om 0,25 – 0,5 % av ungdomskullene mellom 15 og 25 år, det vil si mellom 1500 og 3000 personer, med en overvekt i de større byene.

For behandlingsapparatet, og ikke minst førstelinja, kan det være ganske kaotisk å forholde seg til disse pasientene. Førstelinja, det kommunale helse- og sosialapparatet og fastlegene, har et "altomfattende" ansvar, "uendelig" i tid og rom, for sine pasienter, også de "unge tunge". Førstelinja jobber med et "uselektert" pasientmateriale, pasientene kommer direkte til oss med sine livsproblemer uten siling på forhånd. Andrelinja, den spesialiserte tverrfaglige rusbehandlingstjenesten, jobber derimot med et "selektert" materiale, henvist med bestilling, og oppdraget er tidsbegrenset og definert, og pasienten skrives ut når han er "ferdigbehandlet".

Det ”uselekterte” ruslandskapet, ikke minst når det gjelder de ”unge tunge” er ofte preget av kaos: Rus – abstinens – psykiatri – personlighetsforstyrrelser – somatikk – sosiale kriser med hensyn til økonomi, bolig, jobb, utdanning – kriminalitet – vold – politi – fengsel – kaotiske relasjoner – (over)belastning/avvisning av hjelpeapparatet – trusler – pårørende – nabolag – politikere – presse – opinionen – urealistiske forventninger – bebreidelser – dårlig samvittighet osv.

Behandlerne i førstelinja, ikke minst fastlegen, må etter beste evne rydde i dette opprørte farvannet. Da må man klare å forholde seg til og å stå i kaoset, ikke henfalle til moralisering, men forstå kaoset som en del av pasientens sammensatte og kompliserte lidelse. Man må lære å se den indre logikken i pasientens liv og verden, og med det som utgangspunkt sette i gang kriseintervensjon og fruktbare langsiktige prosesser. Man må prøve å etablere varige behandlingsrelasjoner bygd på empati og profesjonalitet. Som oftest må man henvise de ”unge tunge” til andrelinja, og videre samhandle med andrelinja i langsiktig behandling.

Tiltakskjeden videre vil være utredning og iverksetting av individuelt tilrettelagt behandling og (re)habilitering, og ofte varig oppfølging etter den enkeltes behov. Den vil sjelden være enveisrettet fra kaos til orden, de fleste ”unge tunge” vil oppleve sprekke og tilbakefall, og det er viktig å se på dette som regelen og ikke unntaket. Derfor må behandlingsskjeden være fleksibel, det vil gå fram og tilbake, og ofte må behandlerne ”løpe etter” pasienten. Det er avgjørende at behandlingsapparatet tilpasser seg det særegne ved denne gruppas lidelse, og ikke forventer at de ”unge tunge” skal tilpasse seg et stivbent apparat.

Førstevalg i behandling av denne gruppa vil være medikamentfri behandling etter ”sosialpedagogiske” prinsipper med nettverksarbeid, miljøskifte og institusjonsopphold. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil aldri være førstevalg for pasienter under 25 år, men kan for noen vise seg som den rette behandling.

De viktigste forbedringsområder for den polikliniske andrelinjetjenesten i forhold til de ”unge tunge” vil være:

- å bedre fleksibiliteten – å tilpasse seg pasientens behov og ikke omvendt,
- å styrke medisinsk/psykiatrisk utredning, bl.a. av AD/HD (alle ”unge tunge” må få en grundig medisinskfaglig utredning som utgangspunkt for behandling),
- å bedre samhandling – opprette ansvarsgrupper og individuelle planer på tvers av behandlingsnivåene,
- å øke handlekraften – ta nødvendige grep i kritiske situasjoner.

4.3 Individuell plan. De som ”faller mellom to stoler”

Overlege John Arild Schillinger, Østfoldklinikken, Sykehuset Østfold

Statens veiledningsserie 10/2000 om dobbeldiagnose har kommet med et definisjonsforslag for hva det skal innebære å komme inn under begrepet ”Dobbeldiagnose”. Begrepet har innen fagkretsen rusavhengighet ikke hatt en entydig definisjon, og begrepet er fortsatt noe vagt. Begrepet ”Dobbelindikasjon” skal være et samlebegrep for pasienter med problemstilling både rus og psykiatri, mens ”Dobbeldiagnose” skal innebære samme pasientgruppe, men ha et langt dårligere funksjonsnivå. Det innebærer at denne pasientgruppen skal være så dårlig, at tradisjonelle hjelpetiltak ikke passer for denne gruppen. Dobbeldiagnosepasientene skal således fylle kravene innenfor disse tre kategoriene:

- Alvorlig rusproblem
- Alvorlig psykisk lidelse
- Klart nedsatt funksjonsnivå

Disse pasientene med tverrfaglig sammensatt problem kvalifiserer helt klart til rett til Individuell plan. En individuell plan for denne pasientgruppen vil imidlertid by på en rekke utfordringer.

Sykdomsforløpet for denne gruppen vil være svært ustabil og svingende. Den psykiske helsetilstanden vil påvirkes av rusbruken (rusbruk forverrer de psykiske symptomene), og rusbruken påvirkes av den psykiske tilstanden (økt behov for selvmedisinering).

En individuell plan vil derfor måtte lages på en slik måte at den kan imøtekomme alle de svingningene som sykdomsforløpet gir. Dvs. en plan for hva som skal gjøres når ting går bra, og en plan som skal fungere når kriser oppstår.

Dårlig planlegging vil føre til at:

- Pasienten vil diskvalifisere seg fra tiltak vedkommende tidligere har greid å benytte seg av.
- Systemet tillater ikke regresjon og pasienten faller ut fra tiltaksapparatet.

Utfordringene:

- Lage en individuell plan som ivaretar sykdommenes svingende forløp.
- Ikke godværsplaner, men en plan som er tilpasset de ulike stadier pasienten befinner seg i.
- Noen tar ansvar i denne mentale og fysiske ”berg- og dalbane”.

Viktige momenter i individuell plan:

- Pasienten må ha god kunnskap om både sin psykiske diagnose og rusdiagnosen.
- Pasienten må kjenne igjen symptomer på forverring både når det gjelder rus og psykiatri.
- Pasienten må ha en følelse av å ”eie” sitt problem, og ikke være tilskuer til eget liv.

4.4 Tilgjengelighet i tjenestetilbudene – Har vi et forbedringspotensial?

Etatsleder Strax-huset, Anne Loennechen, Bergen kommune

- Utestenging er den største trusselen mot menneskers helse!
- De fleste som opplever å ha det dårlig ønsker å få det bedre!

Dersom vi ønsker at våre helsetjenester skal nå de som trenger dem må vi sørge for at tjenestene er tilgjengelige. Dette innebærer at enkelte tjenester må tilrettelegges spesielt for enkelte grupper i befolkningen. Rusmiddelavhengige med daglig bruk av tunge narkotiske stoffer kan være én slik gruppe. Langt de fleste har problemer på flere livsområder. Rusmiddelavhengige er like forskjellige som befolkningen for øvrig.

Målet vårt må være å bedre livssituasjonen for våre brukere ved å arbeide for å redusere fysiske, psykiske og sosiale skader som følge av rusmiddelbruken. Samtidig må vi arbeide for å øke den enkeltes evne til mestring og egenomsorg. Perspektiver i arbeidet må være skadereduksjon, habilitering og rehabilitering. Dette er komplementære perspektiver.

Mennesker som har utviklet avhengighet til rusmidler og har rusrelaterte lidelser beslaglegger mye av helsevesenets ressurser. Samtidig er det mange rusmiddelavhengige som ikke får de helsetjenestene de har behov for.

Hva handler dette om? Er ikke pasientene motiverte? Er ikke våre tjenester i stor nok grad tilrettelagt og tilgjengelige? Har vi ikke nok ressurser? Er ikke vi i tilstrekkelig grad motiverte for å hjelpe de mest hjelpetrequende? Samarbeider vi minst rundt de som trenger det mest?

Brukernes plager må ses i sammenheng med deres atferd og livssituasjon. For å utvikle hensiktsmessig hjelp må vi ha kunnskap om avhengighetens vesen og den ambivalens som følger av dette.

Hva er våre holdninger?

NIMBY – Not in my backyard?

WIMBY – Welcome in my backyard?

Å møte mennesker med respekt innebærer ikke å imøtekomme alt de ber om.

Hvordan organiserer vi våre tjenester? Er de lett tilgjengelige? Har de lav terskel for kontakt? Er de fleksible? Er våre tjenester kvalitativt gode og forutsigbare? Er det kontinuitet i tjenesteytingen? Har vi et godt samarbeid med brukerne og andre viktige aktører? Er vi brukervennlige?

Eksempler på brukervennlighet: Ambulante team, utvidede åpningstider, helsetjenester via sosiale tjenester, ”drop in”-tjenester, oppsøkende helseteam på de rusmiddelavhengiges arenaer.

Sosialfaglig, miljøterapeutisk og helsefaglig tilnærming. Eksempler på helsetjenester via sosiale tjenester fra Strax-huset i Bergen:

Sosiale tjenester

- Dagsenter
- Natthjem
- Råd og veiledning
- Fellesmåltider
- Vask av klær
- Mulighet for personlig hygiene
- Fysisk trening
- Individuell oppfølging
- Ulike aktiviteter utenfor huset
- Dugnader i utemiljøet
- Miljøarbeid knyttet til tannhelsetjeneste

Helsetjenester

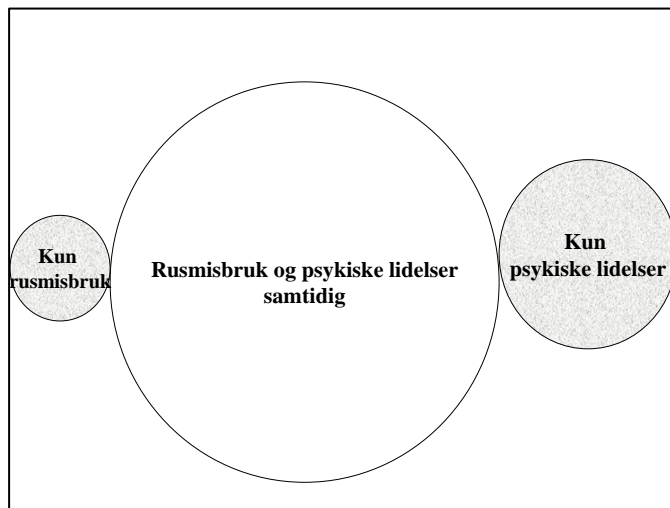
- Råd og veiledning
- Utdeling av rent brukerutstyr
- Returordning for brukt utstyr
- Utdeling av kondomer
- Akupunkturbehandling
- Fysioterapi/massasje
- Helserom med kartlegging, prøvetaking og behandling
- Lege
- Vaksinasjonsprogram
- Hygiene og ernæringstiltak
- Overdoseberedskap
- Førstehjelpsopplæring i brukergruppen
- Tannhelsetjenester

Alle tjenestene er gratis for brukerne og kan benyttes uten timeavtale.
Kan våre tjenester bli mer tilgjengelige? Har vi et forbedringspotensial?

4.5 Bedre utredning av rusmiddelmissbrukere

**Psykologspesialist Ellen Hoxmark, Rus- og psykiatriposten,
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø**

Enhetlig, sammenhengende og **tilpasset** behandling.
Utredning av psykiske vansker og rusmisbruk.



Hvorfor er utredning viktig?

- Rusmiddelmissbrukere har forskjellige behov
- Psykiske problemer påvirker rusmiddelmissbruk og behandling
- Rusmiddelmissbruk og psykiske problemer må behandles samtidig

**Er det pasienten som skal tilpasse seg hjelpeapparatet?
Eller hjelpeapparatet som skal tilpasse seg pasienten?**

Rusmiddelproblemer i psykiatriske poliklinikker, SINTEF Helse (2005)

- Stort alkoholmissbruk 5,3 %
- Stort misbruk av medikamenter 3,1 %
- Stort misbruk av narkotika 4,1 %
- Behandles for sitt rusmisbruk 6 %

Rusmiddelproblemer i normalbefolkningen

- Livstidsprevalens, Oslo (Kringlen et al 2001)
 - o Alkohol: 22,7 %
 - o Narkotika: 3,4 %
- SINTEF: Antatt punktprevalens 30 – 40 %
 - o *"Korrekt identifisering og diagnostisering av rusmiddelproblemer fordrer bruk av strukturerte rus-screeningmetoder, noe som i liten grad benyttes i daglig klinisk virksomhet av helsepersonell ved allmennpsykiatriske poliklinikker"*

Psykiske helse blant rusmiddelmisbrukere

- Klientkartleggingsdata (2004): *"Spørsmålene som retter seg mot psykiske problemer er de som synes mest kompliserte å få svar på."*
 - o 60 – 70 % av tiltakene gir slik informasjon
 - o Aktuelt: 39 % angst, 36 % depresjon

Personlighetsforstyrrelser?

- Ravndal (2005): *"Personlighetsforstyrrelser er en negativ prediktor i forhold til fullføring i alle behandlingstypene bortsett fra i ungdomskollektivene."*

Mulige forbedringsideer

- Gjenkjenne og beskrive psykiske lidelser og rusproblemer
- Tydeliggjøre hva slags problematikk man kan håndtere
- Tydeliggjøre hvem som trenger hva

Mulig prosjekt

- En utredningsplan med tidsfrist
 - o MINI (symptomlidelser)?
 - o SCID-II (personlighetsforstyrrelser)?
 - o AUDIT (alkohol)? DUDIT (stoff/medikamenter)?
 - o MINI (synptomlidelser)?

4.6 Tilpasset og integrert behandling og rehabilitering for personer som har psykiske lidelser og rusavhengighet nytter

Teamleder Reidunn Evjen, Senter for legemiddelassistert rehabilitering LAR Øst, Avd. Rus og Avhengighet, Aker Universitetssykehus HF

Undersøkelser fra USA, Norge og en rekke andre land på 1980- og nittitallet bekrefter at personer som har alvorlige psykiske lidelser svært ofte har rusavhengighet. Undersøkelsene viser også at mange som har alkohol-, medikament- og stoffavhengighet også har alvorlige psykiske lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

I 1999 ble det kartlagt at rundt 4000 personer i Norge som hadde en alvorlig psykisk lidelse/personlighetsforstyrrelse og vedvarende rusmiddelavhengighet falt utenfor dagens behandlingstilbud og ville trenge særlig tilrettelagte tilbud. Om lag 1000 av disse manglet også en bolig med skjerming eller oppfølging¹.

Behovet for tilrettelagte boliger for denne gruppen var ikke redusert i 2003². Forskning viser også for at det er avgjørende at behandling og rehabilitering av samtidig psykisk lidelse og rusavhengighet denne har fokus på begge samtidig og har en integrert tilnærming.

¹ Statens helsetilsyn. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. 2000a. Oslo.

² Byggforsk: Notat om beregning av tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005-2008.

Det å ha samtidig rus- og psykisk lidelse kan være svært alvorlig for den det gjelder, men også for de som står nær vedkommende. Kjente eksempler på dette er familiekonflikter, økonomiske vansker, bostedsløshet, fysiske og psykiske sykdommer.

Virksom rehabilitering fordrer at flere arenaer innen kommunale og spesialiserte tjenester samvirker om individuelt tilrettelagt opplegg som kan innebære sosial trening, sysselsetting og utdanning, gruppesamtaler, brukergrupper og medikamentbehandling av psykiske og fysiske lidelser.

Rehabilitering og behandling må ha et langsiktig perspektiv når det er nødvendig, og ikke ha en endelig sluttdato.

Jeg har stor sans for den integrerte og helhetlige behandlingstenking som ligger til grunn for den såkalte New Hampshire-modellen som er tillempet er tatt i bruk flere steder i Sverige og etter hvert noen steder i Norge. Ulikt modellen i USA har både Sverige og Norge inkludert pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser og sterkt samvirke mellom 1. og 2. linjetjenestene.

I behandlingsapparatet må det være god kompetanse både på diagnostisering og behandling av rusrelaterte så vel som psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser. Det er en selvfølge at behandlere og andre med oppfølgingsansvar for f. eks. bolig og sysselsetting og familien er delaktig i samarbeidet rundt brukeren.

Det handler altså om å utvikle rehabiliteringsnettverk hvor hovedfokus er på det som er nærmest pasient/klienten/brukerens hverdag, men hvor det er tilgang på skjerming og behandling i døgninstitusjon når det er nødvendig. Jeg mener at det må være stor mobilitet hos behandlere som skal behandle de med mest komplekse vanskene.

Rus og psykiatriprosjektet (ROP) ved DPS Tøyen i Oslo oppsøker pasienten der han/hun oppholder seg. Der gjøres utredning og terapeutiske intervensjoner, ofte i samhandling med pasienten rundt praktiske nødvendige gjøremål som for eksempel å skru opp en bokhylle eller rydding. Teamet har verktøy i bilen og erfaring med å oppnå kontakt med pasienten ved å bruke nettopp slike virkemidler. I New Hampshire-prosjektet var tannhelsetjeneste og lagerplass sentrale. ROP Tøyen har stor mobilitet. Teamet jobber i et helhetsperspektiv; ikke bare er pasientenes psykiske helse og rusproblem i sentrum, men hele deres livssituasjon (fokus på økonomi, bolig, somatisk helse og evne til å relatere seg til andre mennesker). Det vil ofte være team-medarbeideren som koordinerer andre hjelperessurser ved å ta initiativ til sammensetning og drift av ansvarsgrupper for pasientene. Teamet bistår pasienten til å etablere kontakt med helse- sosialtjeneste og etter hvert andre i spesialisttjenesten ved behov. Derved kan pasientens behandlingsnettverk på gode måter overføres sammen med pasienten til andre instanser ved utskrivning fra ROP.

På nittitallet gjorde vi gode erfaringer med forsterkede ansvarsgrupper rundt såkalte DD-pasienter ved at spesialister fra 2.linjetjenesten ga ansvarsgruppen veiledning og ellers deltok i møtene av og til. Dette ga trygghet. Det er altså ikke slik at det er umulig å utvikle et bærekraftig rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen uten et ROP-Tøyen. Det dreier seg om å finne hensiktsmessige måter å samhandle rundt enkeltklienter/pasienter innenfor de vilkår og ressurser som er der lokalt, ofte supplert med systematisk veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

5. Status etter avsluttet prosjektperiode

Rapporter fra to av arbeidsgruppene

5.1 Innledning

Før siste fellessamling leverte alle deltakergruppene sluttrapport som viste hvilke resultater som var oppnådd i prosjektperioden. Nedenfor er eksempler på hva to av gruppene rapporterte ca. et halvt år etter prosjektslutt.

5.2 Stiftelsen Bergensklinikkene

Deltakere: Eva Karin Løvaas (leder), Ola Jøsendal (måleansvarlig), Ørjan Kramer, Turid Pedersen og Eli Torild Hellandsjø Bu

Veileder: Janecke Thesen

Hovedmål: Å gjøre rett informasjon om rett pasient tilgjengelig til rett tid for rett person.

Delmål:

1. Scanning og elektronisk lagring av alle pasienthenvisninger.
2. Papircardex (sykepleiedelen) avvikles, og erstattes med elektronisk journalføring.
3. Epikriser for pasienter som har gjennomført en planlagt behandling skal i 70% av tilfellene være ferdig skrevet senest siste behandlingsdag.
4. I 70% av tilfellene skal pasientene ha fått tilbud om gjennomgang av epikrisen på eller før siste behandlingsdag.
5. Pasienter som har fått tilbud om gjennomgang av epikrisen skal i 70% av tilfellene ha gjennomført dette.

Beskrivelse av avdelingene

Stiftelsen Bergensklinikkene (SBK) er organisert med fire kliniske enheter: Avdeling for inntak og koordinering (AIK), Poliklinikken (inkludert legemiddelasistert rehabilitering LAR), Skutevikenklinikken med 33 sengeplasser (avrusningsenhet) og Hjellestadklinikken med 32 sengeplasser (korttids institusjonsbehandling). I tillegg kommer kompetansesenteret, inkludert undervisningsavdelingen, forskningsavdelingen og administrasjonen. SBK har til sammen 175 ansatte, derav 6 leger, 25 psykologer, 81 pleiepersonale, 8 med annen akademisk utdanning, 11 merkantilt ansatte og 14 ansatt i ulike støttefunksjoner. De avdelingene som er direkte involvert i prosjektet er poliklinikken (eksklusiv LAR), Skutevikenklinikken, og Hjellestadklinikken. AIK var involvert når det gjaldt scanning av henvisninger.

Hovedmålet er delt i fem delmål, se over, hvorav delmål 1 og 2 også kan ansees som tiltak.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Stiftelsen Bergensklinikkens hovedmål med gjennombruddsprosjektet er å gjøre rett informasjon om rett pasient tilgjengelig til rett tid for rett person. Dette innebærer at all informasjon om pasienten skal foreligge elektronisk, blant annet for å øke kommunikasjonsflyten mellom involverte behandlere. Når all nødvendig informasjon er kontinuerlig tilgjengelig kan den også implementeres i epikrisene som en fortløpende prosess gjennom hele behandlingsforløpet. Epikrisene ønskes ferdigstilt senest siste behandlingsdag. Da kan pasienten få tilbud om gjennomgang av epikrisen før behandlingsslutt. Gjennomgang av epikrisene med pasient sikrer at pasienten kjenner til og får mulighet til å påvirke

informasjonen som sendes henvisende instans. Det er videre ønskelig at henvisende instans mottar epikrisen umiddelbart etter siste behandlingsdag. Dette vil øke kontinuitet i videre behandlingsforløp og sikre adekvat oppfølging for pasienten.

Tiltak:

- Personalet er orientert om gjennombruddsprosjektet på klinikk møter i de ulike avdelingene.
 - Det er gitt kontinuerlig informasjon om prosjektets mål og prosess.
- Det ble foretatt innkjøp og installasjon av nødvendig datautstyr og verktøy.
- Det har vært kontinuerlig dialog med HK-data for levering av ny rusdataversjon som skal muliggjøre scanning av ekstern informasjon.
- Skrive og leserettigheter ble gitt til alt personale for de pasienter de er direkte involvert i.
- Prosedyrer, maler og rutiner for elektronisk journal og epikriser er utarbeidet på hver enhet.
- Det er gitt opplæring til involvert personale vedrørende elektronisk journalføring og epikriseskriving.
- En dugnadsinnsats er gjort for å ta unna epikriser som ved prosjektstart ikke var ferdigstilt.
- Epikrisearbeidet er registrert og innrapportert fortløpende til prosjektmedlemmene fra hver klinikk.
- Prosjektmedlemmene har gjennomført kontinuerlig etterspørring og kontroll av målingene.
- Prosjektmedlemmene har gjennomført fortløpende registreringer og plottet disse i fellesmappe på elektronisk skrivebord.

Målinger:

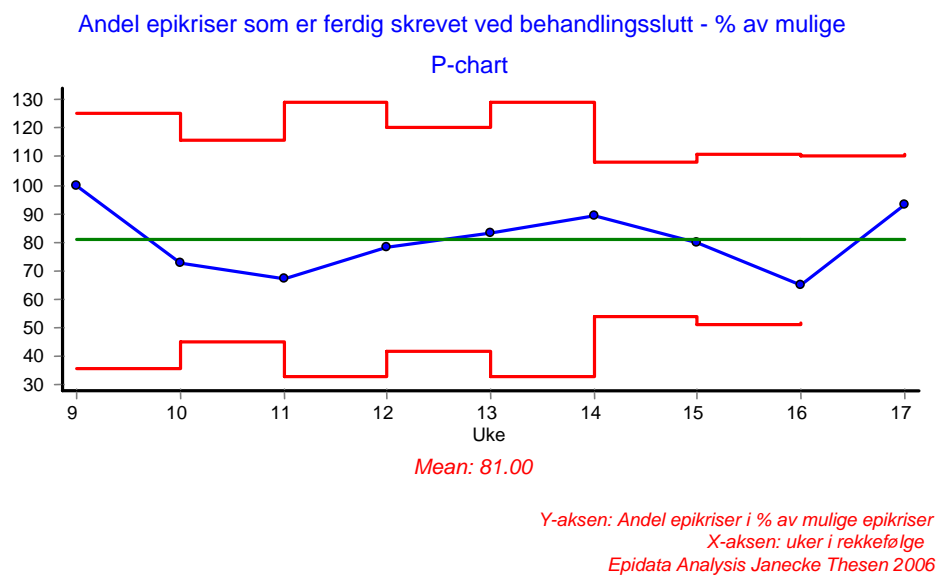
Det er utarbeidet ulike skjemaer i excel der hver klinikk har hatt ansvar for å fylle inn aktuelle data. Det er satt av to måleperioder; baselineperiode 1.-14. januar 2006; og periode etter intervensjon 1.mars-30.april (uke 9-17). Se P-chart over prosessene etter intervensjon. Prosessene i hver enkelt avdeling er ikke framstilt.

Resultat:

Baselinemålingene i januar bekrefter at 0% av henvisningene er scannet og 100% av cardexjournalen er papirbasert (delmål 1 og 2). Vedrørende delmål 3 fikk 54 pasienter avsluttet sin behandling, hvorav 2 epikriser var ferdigstilt ved avslutningen. Dette er en andel på 3,7%. Delmål 4 og 5 er uaktuelle når så få av epikrisene er ferdigskrevet ved behandlingsslutt, og vi setter baseline til 0%. Kurvene for baseline er ikke vist.

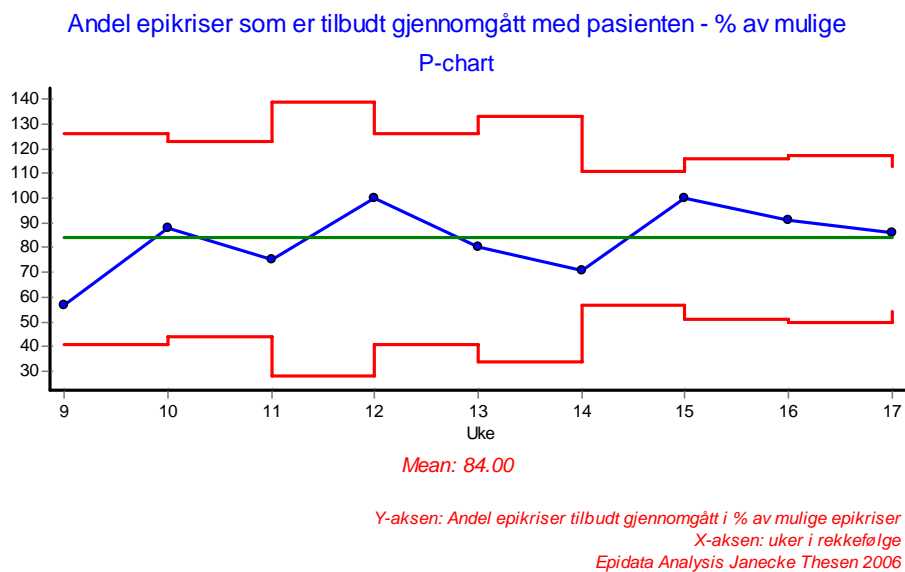
Målingene etter intervensjon: Delmål 1 er tatt ut med bakgrunn i manglende datavare som kunne muliggjøre scanning. Resultatet vedrørende delmål 2 viser at 100% av cardex føres elektronisk. Vedrørende delmål 3 og 4 fikk 101 pasienter avsluttet sin behandling. (Det reelle tallet er høyere enn dette, men Skutevikenklinikkenes målinger kom ikke med i materialet før i april.)

Figur 1: Delmål 3



Figur 1 viser at gjennomsnittlig var 81% av epikrisene ferdigstilt før eller på avslutningsdato.

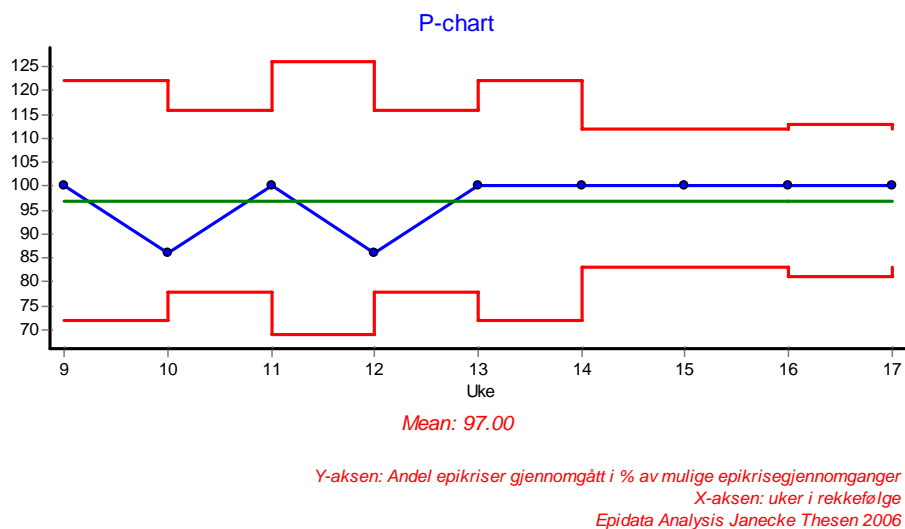
Figur 2: Delmål 4



Figur 2 viser at 84% av aktuelle pasienter ble tilbudt gjennomgang av ferdigstilt epikrise ved behandlingsslutt.

Figur 3: Delmål 5

Andel epikriser som er gjennomgått med pasienten ved behandlingsslutt- % av mulige



Figur 3 viser at 97% av de som ble tilbudt gjennomgang av epikrisen takket ja og gjennomførte slik gjennomgang.

Tendensen, fremkommet i figur 1 – 3, peker i riktig retning, dvs. oppover. Det er 9 målepunkter som alle ligger godt over baselinegjennomsnittet på 3,7% (delmål 3), og resultatet er således klart signifikant. Det ligger også godt over målene på 70% som vi satte oss da vi forstod at nødvendig programvare for scanning ikke ville bli levert før etter at gjennombruddsprosjektet var avsluttet, og også godt over vårt opprinnelige mål på 80%.

Hva har gruppen lært så langt

Gjennombruddsprosjektet har utfordret tidsbruk og samhandling mellom enhetene i et stort system. Etter samling på Soria Moria i februar ble tidsbruken intensivert. Samhandlingen mellom de ulike enhetene i stiftelsen har vært nyttig og utfordrende. Prosjektmedlemmene har brukt mye tid til diskusjon og klargjøring for å kunne stå samlet i prosjektgjennomføringen til det øvrige personalet. Stiftelsen Bergensklinikkene har gjennomført store endringer på kort tid. Gjennombruddsprosjektet har effektivert mål. Stiftelsen lenge har ønsket å gjennomføre.

Å jobbe med prosjektet har medført økt bevissthet rundt kvalitetssikring av journal- og epikriseskriving. Prosjektet har synliggjort flere forbedringsområder. Erfaringen er at arbeidet er blitt mer effektivt og innholdsmessig bedre ved hjelp av gode prosedyrer og maler for det skriftlige arbeidet. At all intern informasjon er elektronisk tilgjengelig til enhver tid gjør arbeidet lettere og bedrer informasjonsflyten i en stor organisasjon som vår.

Vi har erfart at denne type omlegging og endring belaster deler av Stiftelsen Bergensklinikkene mer enn andre. En grundigere planlegging og konsekvensanalyse hadde vært en fordel – særlig i klinikkenheter med kort behandlingstid. I disse enhetene har det tidligere kun vært legene og psykologene som har utarbeidet epikrisene.

Gjennombruddsprosjektet har medført at miljøpersonalet har fått ansvar for deler av epikriseskrivingen. Uheldige konsekvenser av dette er at noe av miljøpersonalets ressurser er flyttet fra direkte pasientkontakt til epikriseskriving. En positiv konsekvens er at legenes og psykologenes ressurser frigjøres i større grad til annet arbeid, samt at sluttproduktet er

tverrfaglig utarbeidet. Gevinsten av ferdigstilte epikriser vurderes som større enn påpekte uheldige konsekvens. Tilbakemeldinger fra personale som har gjennomført endringene og fra pasientene som har tatt del i deler av endringene er positive.

På tross av store endringer for personalet har det fremkommet mindre motstand enn ventet. Tilbakemeldingene er at de opplever at endringene totalt er til fordel både for personalet, pasientene og ulike samarbeidspartnere. Det beskrives som lettere å utarbeide epikrise når pasienten faktisk er under aktiv behandling. Videre rapporteres pasientens gjennomgang som en kvalitetssikring av innholdet i epikrisen. Ferdigstilte epikriser ved avslutningsdag oppleves også som stressreducerende i forhold til at personalressursene kan rettes mot nye pasienter.

Stiftelsen Bergensklinikkene vil iverksette scanning av all ekstern informasjon når ny versjon av rusdata foreligger. For å sikre at ferdigstilling og epikrise videreføres vil hver enhet utpeke overordnet ansvarlig. Den ansvarlige foretar periodiske målinger over aktuelt arbeid. Dette er i tråd med vedtatte mål for Stiftelsens arbeid.

Selvevaluering

Forbedringene har fått gjennomslag i systemet, dvs. selvevaluering 5. Endringene er standardisert i systemet, og forventes å bestå også etter at prosjektet er avsluttet.

Etter prosjektslutt

De ulike avdelingene i Stiftelsen Bergensklinikkene har fortsatt målinger vedrørende epikrisetid. Med bakgrunn i ulike føringer og oppfølging fra de ulike klinikkene velger vi å presentere tallene klinikkvis. Ved Skutevikenklinikken og Hjellestadklinikken har registreringene fortsatt slik det ble gjennomført i prosjekttiden. Ved Poliklinikken er det innført ekstra målinger utover de som var med i gjennombruddsprosjektet

Resultater fra Skutevikenklinikken mai - september 2006:

I denne perioden foreligger 372 avsluttede behandlinger. Ved å ta ut en periode av dette og representere gjennomsnittet fremkommer det at 66% (246) av behandlingsavslutningene er tilknyttet ferdigstilling og gjennomgåelse av epikrisen før eller på utskrivningsdag. 30% (111) er skrevet innen 7 dager, mange av disse er delvis gjennomgått før behandlingsslutt, men før lege eller psykolog har skrevet sin del ferdig og/eller signert. 3% (15) er skrevet etter 7 dager etter behandlingsslutt.

Resultater fra Hjellestadklinikken mai til og med september 2006:

I denne perioden fullførte 43 pasienter sitt planlagte behandlingsopphold. Epikrisene var ferdig skrevne ved behandlingsslutt for alle, dvs. 100% måloppnåelse. Av disse fikk 40 pasienter tilbud om å lese sin epikrise og 39 pasienter valgte å lese den. 3 pasienter fikk ikke tilbud om å lese sin epikrise, dette da de selv valgte å ta permisjon de siste dagene av sitt behandlingsforløp.

Resultater fra Poliklinikken mai til og med september 2006:

Ved poliklinikken er det opprettet et skjema som også kartlegger årsaksforhold til at epikrisen eventuelt ikke blir gjennomgått med pasienten. Resultatene kan ses i Tabell 1.

	Total andel i % (N=84)	Voksen- og gruppeteamandel i % (N=53)	Ungdomsteamandel i % (N=31)
Ferdigskrevet innen dato for avslutning	75,0 (N=63)	79,2 (N=42)	67,7 (N=21)
Tilbudt gjennomgått	44,0 (N=37)	58,4 (N=31)	19,4 (N=6)
Gjennomgått	35,7 (N=30)	50,9 (N=27)	9,7 (N=3)
Sendt henvisende instans innen 7 dager etter avslutningen	79,8 (N=67)	83,0 (N=44)	74,2 (N=23)

Tabell 1 Andel epikriser ferdigskrevet ved Bergensklinikkenes Poliklinikk innen avslutningsdag, tilbudt gjennomgått, gjennomgått, samt sendt henvisende instans innen 7 dager etter avslutning. Resultat perioden 1.5.06 - 30.9.06.

Resultatene bekrefter at 3 av 4 epikriser ble ferdigskrevet innen dato for planlagt avsluttet poliklinisk behandling. Ikke ferdigstilte epikriser ble av behandler rapportert å skyldes 1) dato for avslutning ikke avtalt da pasienten avbrøt eller uteble fra behandlingen etter gjentatte innkallinger, 2) pasienten var i institusjon (fengsel eller annen behandlingsinstitusjon).

Knappt halvparten av pasientene ble tilbudt gjennomgang av epikrisen, og enda færre valgte å kvalitetssikre epikrisen ved å gjennomgå denne i lag med sin behandler. Hovedforklaringen på dette viste seg å være manglende fremmøte etter gjentatte innkallinger, men også reint praktisk, da noen pasienter oppholdt seg i fengsel ved dato for avslutningen. Resultatene bekrefter at dette i særdeleshet gjelder i ungdomsteamet, dvs. den yngste gruppen rusmisbrukere.

Hele 4 av 5 henvisere fikk tilsendt epikrisen innen 7 dager etter avsluttet behandling, og da uavhengig av hvorvidt behandlingen var planlagt avsluttet i lag med pasienten. Epikriser ikke tilsendt henviser innen denne fristen viste seg hovedsakelig å tilhøre gruppen som uteble fra behandlingen til tross for gjentatte innkallinger, og som da ble nedprioritert p.g.a. stort arbeidspress hos behandler.

Erfarte fordeler etter prosjektperioden

Vi vurderer, og har fått tilbakemeldt, at det foreligger flere fordeler med målsettingene i gjennombruddsprosjektet, og alle er av betydning for at tiltakene har fortsatt etter prosjektslutt. Administrativt gir dette seg utslag i at Stiftelsen Bergensklinikken kan rapportere til Helse Vest, både kvartalsvis og fortløpende ved behov, vedrørende epikrisetid med utgangspunkt i pågående målinger. Selv om gjennombruddsprosjektet bare skulle omhandle planlagte avsluttete behandlingsforløp, så har registreringene også blitt et styringsredskap for avbrutte forløp. Samme registrering brukes for å måle epikrisetid i disse sakene og for å få oversikt over antall epikriser som går til fristbrudd – dvs. der det brukes mer enn syv virkedager før epikrisen er sendt. Det vurderes vesentlig at ansvarliggjøring hos den enkelte behandler følges opp av en ansvarlig person på hver klinikk. Samme person har ansvar for å føre statistikk og innrapportere resultatene til ledelsen ved klinikken som videreformidler resultatene til administrasjonen. Målingene som gjøres kan i tillegg gi informasjon om avvik i ønskete resultater kan knyttes til system eller enkelt personell. Dersom sistnevnte er aktuelt gis det veiledning, evt. avlastning, for at mål skal kunne nås.

Dersom det vurderes systemsvikt synliggjør resultatene hvor og hvordan dette kan forbedres slik at mål og resultater opprettholdes.

Ved institusjonene med inneliggende pasienter blir hele personalgruppen i større grad involvert i utformingen av epikrisen allerede ved behandlingsstart. Dette har medført en økt bevissthet om at skriftlighet vedrørende behandlingsforløpet senere skal brukes og synliggjøres i epikrisen. Personalet blir tilbudt opplæring i skriveteknikk ved behov. Dette, og at epikrisen utformes når pasienten er innlagt, har medført at kvaliteten på epikrisene har økt.

Det ble utarbeidet poster til presentasjon på siste samling i gjennombruddsprosjektet. Denne er brukt bevisst i det videre arbeid gjennom at den går på rundgang i de ulike klinikkene og plasseres lett synlig som informasjon til samarbeidspartnere, pasienter og personale. Pasientene signaliserer at det er positivt å få være med i prosessen med kvalitetssikring av innholdet i epikrisen. Det rapporteres at de forstår innholdet bedre og at de får mer innsikt i ulike sammenhenger knyttet til eget liv. Det tilbakemeldes at pasienten fokuserer selv epikrisen i langt større grad enn tidligere og har opparbeidet et større "eierforhold" til det skrevne om egen person. Tilbakemeldinger fra henvisende instans er at det oppleves svært nyttig å få epikrisen umiddelbart etter at behandlingen er avsluttet. Konsekvensene er blitt økt samhandling, bedre behandlingsskjede og mer adekvate tiltak.

I poliklinisk sammenheng er en positiv bieffekt registrert å være økt fokusering vedrørende avslutning av behandlingsforløp for pasienter som ikke lenger mottar aktiv behandling. Dette sikrer kontinuitet i behandlingen og kortere ventetid for nye pasienter.

Erfarte ulemper etter prosjektslutt

De problemer som oppsto i prosjektperioden (se rapporten foran) er redusert etter hvert som tiltaket har fortsatt, og det er funnet løsninger på oppståtte problem. I en periode kan synliggjøring av arbeidsprioriteringer og redusert arbeidskapasitet oppleves som en ulempe. Over tid vurderes dette som hensiktsmessig som styringsredskap til hjelp i å sortere hvilke arbeidsoppgaver som skal i tid ha forrang fremfor andre.

Videreutvikling av datasystem

Ny versjon av rusdata ble tatt i bruk 18.9.2006. Her skulle tilsendte opplysninger scannes inn i pasientens elektroniske journal. Dette har ikke latt seg realisere pga datatekniske problemer og faktorer hos leverandør.

Oppsummering

Stiftelsen Bergensklinikkenes erfaringer fra gjennombruddsprosjektet viste at målsettingene kom både pasienter, samarbeidspartnere, personell og systemet til gode. Dette medførte at arbeidet har fortsatt og er blitt en integrert del av kvalitetssikringen ved Stiftelsen.

5.3 Ruspoliklinikken Ullevål Universitetssykehus Avd. for Personlighetspsykiatri, Psykiatrisk Ungdomsteam

Deltakere: Ellinor Håkerud (leder) Dag Sørum (måleansvarlig), Torun Vedal, Kristin Elverhøy

Veileder: Ada Schreiner

Hovedmål: 50% reduksjon i tiden det tar fra første samtale med ny pasient til rusdiagnose er satt.

Resultatmål: 50% reduksjon i tiden det tar fra første samtale med ny pasient til rusdiagnose er satt.

Tiltaksmål: Opplæring/oppfrisking av diagnostisering og bruk av elektronisk verktøy.

Beskrivelse av avdelingen: Poliklinisk behandlingstilbud til personer fra 15 år (individuell, par, familier) med psykiske og rusrelaterte problemer.

Tverrfaglig team, 9 behandlerstillinger inkludert 1 seksjonsoverlege, 1 sekretær.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan):

Mangelfull rusdiagnostisering og store variasjoner i faggruppen når rusdiagnose blir satt etter førstegangssamtale med pasient. Arbeidshypotese: Mangelfull kunnskap om diagnosevurdering og/eller bruk av elektronisk verktøy, forglemmelse eller manglende motivasjon fordi vårt elektroniske system har vært mangelfullt og upålitelig. Vi ønsket økt ønsket økt motivasjon i teamet for rusdiagnostisering og så det som realistisk at samtlige behandlere kunne klare å sette en diagnose innen 30 dager etter pasientinntak.

Tiltak (Do):

1. Gjennomgang av rusdiagnostikk ICD10 med kasusframlegg og gruppediskusjoner. Behandlerne fikk frisket opp og øvd seg på differensiering av hoveddiagnoser og kriterier for skadelig bruk og avhengighet. Vi fikk også synliggjort mange forhold som påvirker tidsbruk for diagnostisering etter inntak. Dette temaet inspirerte til en kartlegging og et eventuelt nytt forbedringsprosjekt (se nedenfor).
2. Gjennomgang av elektronisk verktøy for diagnosesetting. Etter påtrykk fra arbeidsgruppen hadde vår IT-avdeling lagt inn den norske versjonen av ICD10 rusdiagnoser i romjulen! Dette betyr at hoveddiagnoser med differensierte underpunkter ble tilgjengelig. Dette økte umiddelbart behandlernes motivasjon for diagnostisering. Tidligere var det ikke mulig å sette en diagnose med 4 siffer.

Målinger (Study):

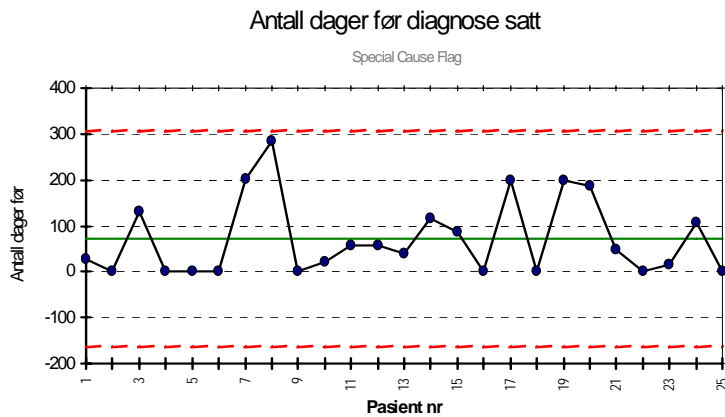
Vi startet i denne delen av studiet med et antall pasienter på 100 som var tatt inn til behandling ved PUT i januar - mars i 2006. Vi sjekket tiden det tok fra disse pasientene hadde første samtale til en rusdiagnose ble satt. Dette ble gjort i samme periode som datainnsamlingen i 2005 for å ha et mest mulig likt sammenligningsgrunnlag. Vi foretok et randomisert utvalg på 25 pasienter, et tilsvarende antall pasienter som lå i "baselinedata". Tallene ble lagt inn i SPC og resultatene var oppsiktsvekkende.

Resultat (Act)

Målingene viser at det i snitt tar ca 2 dager før en diagnose blir satt på våre pasienter mot et snitt på ca 72 dager i tilsvarende periode i fjor (baseline). Median viser 1 dag mot en median på 38 i baseline. 22 av 25 har fått satt diagnosen første time, mot 9 av 25 i baseline-materialet.

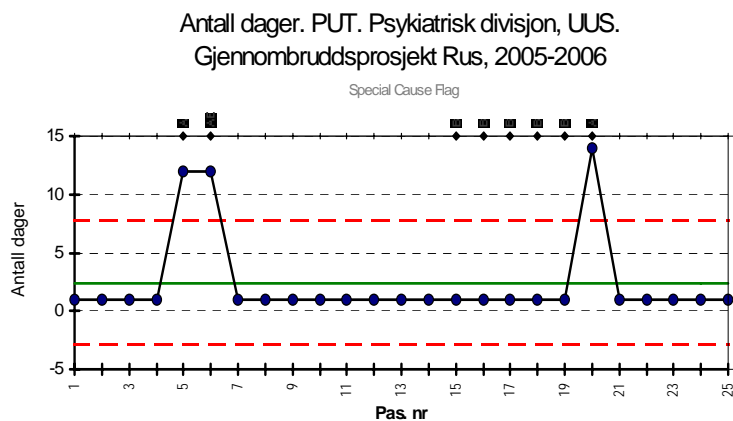
Maksimalt tok det 25 dager fra en pasient hadde sin første time til diagnose ble stilt, mot nærmere 300 dager i baseline-materialet. Dette viser at forbedringen var reell. Det som er mest overraskende med målingene er i hvor stor grad enkle intervensjoner og fokus på diagnoser får slike dramatiske endringer.

Kurven nedenfor viser baseline-målinger:



Vi mente etter første måling (baseline) at et akseptabelt nivå bør ligge på 30 dager og at alle våre pasienter skal ha fått sin ”rusdiagnose” innenfor dette tidsrommet. Vi har dermed hatt full måloppnåelse og sikret oss viktige og verdifulle rutiner som muligens kan ha permanent virkning.

Kurven nedenfor viser målinger i prosjektperioden:



Vår erfaring med statistisk prosesskontroll (SPC) så langt, er at et enkelt program kan få fram et klart og tydelig bilde av variasjonen i tiden det tar fra en pasient har sin første time til diagnosen blir satt. Det er også interessant å følge en og en pasient, det gir god oversikt og muligheter for endring (se hvor skoen trykker). Det har også vært enkelt å legge resultatene fram for teamet slik at de også har fått følge med på hva som skjer i prosjektet. På den måten har teamet fått et eierforhold til prosjektet.

Læring

Da teamet valgte å delta i Gjennombruddsprosjektet visste vi at vi ville ha svært begrenset med tid til dette arbeidet, og forbedringsmålene måtte ligge på et nivå vi visste vi kunne klare å gjennomføre. Arbeidsgruppen har måttet tilpasse møtevirksomhet og andre oppgaver til den ordinære virksomheten, og det er ikke gjort noen endringer i rammer og vilkår for arbeidsgruppen, bortsett fra at leder har hatt inntaksstopp av nye pasienter i prosjektperioden fra januar 2006 til 1. mai 2006. Leder har også gjort det meste av skrivearbeidet etter ordinær arbeidstid. Det er aksept for at disse timene kan avspaseres ved et senere tidspunkt.

Arbeidsgruppens grundige forberedelser og planlegging har vært medvirkende til at teamet har hatt en positiv innstilling til å gjøre forbedringer. Teamet kan vise til en større forbedring enn det opprinnelige forbedringsmålet! Måleperioden ble avsluttet 31. mars og fram til mai har forbedringen holdt samme høye nivå som på måletidspunktet. Vi kommer til å gjøre små intervensjoner framover for å gjøre endringen varig. (Se Veien videre.)

Våre tiltaksmål om intern kursvirksomhet har gitt teamet større bevissthet og økt fokus på rusmiddelmisbruk, nyanser og mer presise utredninger når det gjelder omfang. Dette har også fått en effekt for enkelte pasienter når det gjelder mer detaljert fokus på eget misbruk.

Det har vært nyttig – først og fremst for arbeidsgruppen – å friske opp verdien av å jobbe målrettet, systematisk og strukturert med forbedring av arbeidsområder vi på forhånd visste hele teamet kunne gjøre bedre, men ikke *hvordan*. Vi kjenner oss selv som team godt nok til å vite at det ikke hadde vært nok å *oppfordre* til ”skjerping”. Prosjektmodellen har vært godt egnet som arbeidsverktøy for å få til endringene.

Kort oppsummert kan vi si det slik:

Realistiske forbedringsmål kan skape store endringer med relativt liten innsats!

Det mest givende i prosjektperioden har vært en svært positiv innstilling i teamet som har samarbeidet godt for å få til forbedring. Vi er også fornøyde med at vi ble bedt om å legge fram vårt prosjekt i plenum på fellessamlingen i februar 2006 (FS 2). Torun Vedal, som til daglig jobber i divisjonsledelsen, har deltatt i vår gruppe for å lære prosjektmodellen og bli veileder. Hun har vært et verdifullt bekjentskap på mange måter, men spesielt fordi hun har bidratt til å forbedre vårt elektroniske pasientsystem. Dessuten tror vi at hun bidro til at gruppeleder ble invitert til å delta på ”11th European Forum on Quality Improvement in Health Care” i Praha i slutten av april! Vi har også fått økt oppmerksomhet fra avdelings- og divisjonsledelsen og det gir også inspirasjon til videre forbedringsarbeid.

Som en bieffekt av prosjektet har vi fått lagt inn mal for inntaksnotat i vårt elektroniske journalsystem. Malen er en ”huskeliste” som skal sikre minimumskrav til opplysninger ved inntak av nye pasienter, og et slik hjelpemiddel vil bedre kvaliteten på pasientjournalene.

Veien videre

Like etter FS 2 startet vi kartlegging av mulige forbedringsområder ved å undersøke faktorer som kan ligge til grunn for tidsvariasjoner for diagnostisering (for samme pasienter brukt i baselinedata). Ut fra funn der vil vi planlegge videre kvalitetsforbedring.

Selvevaluering

Forbedringene har fått gjennomslag i systemet, dvs. selvevaluering 5. Endringene ventes å bestå etter at prosjektet er avsluttet.

Erfaringer 5 måneder etter avsluttet prosjekt

I vår sluttrapport skrev vi: *Realistiske forbedringsmål kan skape store endringer med relativt liten innsats.*

5 mnd. etter avsluttet prosjekt, har vi fortsatt våre ord i behold: Ved en gjennomgang av nye pasientinntak i august, september og oktober 2006, er diagnostiseringen på samme høye nivå som resultatmålingen for januar, februar og mars 2006. Av 22 nye pasienter hadde 18 fått en rus- og eller annen psykiatrisk diagnose samme dag som inntakssamtalen fant sted.

Som beskrevet i sluttrapporten foran gjorde vi en liten kartlegging av mulige forbedringsområder ved å undersøke faktorer som kan ligge til grunn for tidsvariasjoner for diagnostisering. Umiddelbart kunne dette synes overflødig i og med en nær 100% forbedring, men vi ønsket allikevel å se hvordan den enkelte behandler begrunnet sin praksis. Vi sendte ut et spørreskjema med 8 spørsmål der behandler skulle rangere viktige faktorer for bruk av tid før diagnose ble satt.

Se tabellen nedenfor:

Konklusjoner:		sum viktighet	sum viktighet /antall svar	antall svar
spm 1	Pasientens tilstand i inntakssamtale, eventuelt påfølgende samtaler	23	3,83	6
spm 2	Pasientens sammensatte psykiske og rusrelaterte problemer	27	3,00	9
spm 3	Hoveddiagnose psykiatri, bidiagnose rus	22	3,14	7
spm 4	Pasienten møter ikke til påfølgende avtaler etter inntakssamtale	12	3,00	4
spm 5	Forglemmelse	20	2,86	7
spm 6	Stoler ikke på DLPasDoc	0	0,00	0
spm 7	Usikker på hvordan stille ICD10 rusdiagnoser	0	0,00	0
spm 8	Pasienten bruker pt ingen rusmilder og probl med registrering	0	0,00	0
Annet	- dårlige norskkunnskaper - reinnlagt med samme diagnose - overtatt fra annen behandler			

Den desidert viktigste faktoren var ”pasientens sammensatte psykiske og rusrelaterte problemer”. Deretter kom ”pasientens tilstand i inntakssamtale/ eventuelt påfølgende samtaler”, ”hoveddiagnose psykiatri, bidiagnose rus”. Forglemmelse kom på 5. plass. Vi brukte lang tid på rusdiagnostisering i baselineperioden 2005 og hovedårsaken ble oppgitt å være ”pasientens sammensatte psykiske og rusrelaterte problemer”. Pasientgruppen har ikke forandret seg det vi kjenner til, derfor kan det synes som en motsetning eller et paradoks at vi nå klarer å sette rusdiagnoser ved inntak. Vi tror ikke dette er et paradoks. Da problemstillingen ble lagt fram for teamet, bekreftet behandlerne at økt fokus på rusdiagnostisering har gjort at vi er blitt flinkere til å se rusavhengigheten i et sammensatt pasientbilde, og kvaliteten på diagnostiseringen har økt ved en grundigere kartlegging av pasientenes rusmiddelbruk. En foreløpig konklusjon kan da være: *Vi har så langt fått til en varig endring og vi har fått en bedret kvalitet på diagnostiseringen.*

Læringseffekt

Vår erfaring er først og fremst at ved bruk av en systematisk forbedringsmodell har vi fått økt fokus på ett fagområde som har ført til kvalitetsheving. Måleinstrumentene synliggjør endringer på en konkret måte, og har vært brukt som kommunikasjon og motivasjon for teamet. Modellen kan anvendes på flere fagområder.

Bieffekter

Ved deltakelse i Gjennombruddsprosjektet har teamet blitt inspirert til å sette i gang flere forbedringstiltak. Vi har arbeidet med vår målgruppe i mange år, og har allerede innarbeidet et ”dobbelte fokus” i pasientbehandlingen, men er usikre på om kvaliteten er god nok når det gjelder diagnostisering av andre psykiske lidelser enn rusavhengighet. Denne gangen vil vi planlegge kvalitetsforbedring av psykiatridiagnostiseringen. Vi ønsker at dette skal føre til bedre kvalitet på diagnostisering av våre pasienters *sammensatte psykiske og rusrelaterte lidelser*. Dette vil komme pasientgruppen til gode ved valg av behandlingsmetoder både samtaleterapeutisk og medikamentelt. En kvalitetsforbedring vil også være nyttig ved vurdering av henvisning til andre spesialisttiltak i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling.

Vi har hatt gjentatte forsøk på å samle oss om denne oppgaven før, i perioder har vi fått det til, men ikke godt nok og kontinuerlig. Denne gangen ønsker vi å sette dette i system. Erfaringer fra vårt første prosjekt tilsier at vi må være konkrete i målformuleringene og iverksette tiltak som er realistiske å få til.

Vårt forbedringsprosjekt har fått en del oppmerksomhet i egen avdeling og i psykiatrisk divisjon. Dessuten har vi fått verdifull kontakt med ansatte som driver kvalitetsarbeid på sykehuset, og leder av arbeidsgruppen sitter nå i divisjonens Kvalitetsråd.

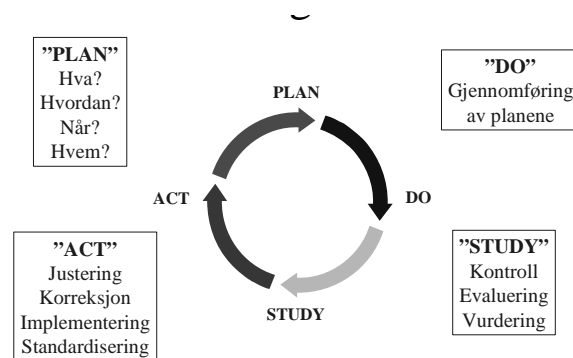
Vi skal også legge fram prosjektet på et rusmiddelfaglig seminar i oktober 2006, der arrangøren har trykket følgende sitat fra Barbara Ring på programmet: ”Det er ikke nok å ta en bestemmelse, man må også sette den i verk”. Denne formuleringen slutter vi oss til!

6. Dokumentasjon av forbedringer ved statistisk prosesskontroll (SPC)

Dag Hofoss

Artikkelen er noe omarbeidet etter en artikkel opprinnelig skrevet av Dag Hofoss i 2001 etter avslutningen av gjennombruddsprosjektet ”*Bruk av tvang*”.

Et sentralt ledd i gjennombruddsmetoden er ideen om å gjøre små lokale utprøvinger av forbedringsideer. ”See what you can achieve by next Thursday” står det på t-skjortene som IHI har brukt til å promotere spredningen av denne måten å drive kvalitetsforbedringsarbeid på, og ”Demings sirkel”



ble, i Norge som i USA og Sverige, brukt som bilde på hvordan prosessen skulle rulle oppover kvalitetsforbedringsbakken ved gjentatte små omdreininger av hjulet hvis omkrets var delt inn i ”Plan”, ”Do”, ”Study” og ”Act”.

En av erfaringene fra det første gjennombruddsprosjektet, og for den saks skyld også fra de to neste, var at helsepersonell ikke uten videre lot seg overbevise om at småskalaeksperimenter var en god ide. Det stanset ikke prosjektene. Det er ingen forutsetning for kvalitetsforbedring at en kartlegger endring og utvikling i henhold til en bestemt systematikk, og både i Gjennombruddsprosjektet Keisersnitt og Gjennombruddsprosjektet Intensivmedisin ble oppnådd gode resultater av avdelinger som ikke adopterte denne monitoreringsteknikken. Den sentrale prosjektledelsen ble likevel slått av misforholdet mellom prosjektets grunnleggende terminologi og formen på det lokale forbedringsarbeid i mange av de deltakende avdelinger. I prosjektets samlinger (FS 1, 2 og 3) og overfor og gjennom prosjektets veilederkorps ble det lagt betydelig vekt på at en nyttig vei å gå var småskalautprøvinger ”by next Thursday”. Av rapportene fra de deltakende avdelinger, og kanskje enda mer av de uformelle samtaler under prosjektsamlingene, var det imidlertid tydelig at en lokalt ikke var like opptatt av ”Demings sirkel”. Det var ikke noe alarmerende problem, for mange avdelinger gjorde store framsteg i retning av de mål de hadde satt seg. Men det reiste først spørsmålet om hvorfor er helsearbeidere ikke så opptatt av småskalaeksperimenter, og dernest spørsmålet hva skal eventuelt til for å vekke deres lyst til slikt.

Etter en stund gikk det opp for oss at mange oppfattet ”Demings sirkel” som et ord i kvalitetsforbedringsliturgien. Og travle helsearbeidere er ofte ikke velvillig innstilt overfor ny sjargong, de ønsker nye og bedre løsninger, ikke mer moderne ord.

Kvalitetsforbedringsspråket er, i den grad det bare er ny terminologi, snarere et hinder enn en hjelp. For hva annet er den, enn ny flaske til gammel vin – et nytt navn på hypotetisk-deduktiv metode, som ikke ble oppfunnet av vår tids kvalitetsforbedringseksperter Edward Deming, men har vært vitenskapens grunnprinsipp siden Aristoteles? ”Slik har vi alltid gjort”, kan helsepersonell si, og med full rett: på bakgrunn av vår erfaring danner vi oss hypoteser, vi prøver dem ut, aksepterer eller forkaster dem – og tenker gjennom problemene ut fra kunnskap vi dermed har ervervet. Slik gjør vi når vi forsker, og slik gjør vi i det daglige, når vi f.eks. justerer enkeltpasienters medisiner, og vi trenger ikke lære det på nytt, under en ny overskrift.

Den andre grunnen til at helsepersonell ikke uten videre lar seg engasjere i småskalaforsøk er at en har lært at en må ha ganske store datasett for å kunne trekke statistisk sikre slutninger. Både i khikvadrat-testing av forskjeller mellom fordelinger og i t-testing av forskjeller mellom gjennomsnitt er det slik at skal risikoen for å tro på en utvalgstilfeldighet være mindre enn 5 prosent, må antallet observasjoner være et ganske stort tall – mye større enn hva en rekker å observere ”innen neste torsdag”.

Tidsserieanalyse og statistisk prosesskontroll

Når oppgaven er å studere resultater over tid, er den naturlige løsning å bruke en metode som er laget nettopp for det formålet. Det finnes mange teknikker i den familien. De har alle samme etternavn: tidsserieanalyse. Tidsserieanalyse er utviklet i andre vitenskaper, nemlig i fag som studerer sykluser som ingen vet hva kommer av, nemlig i økonomien (konjunkturer) og meteorologien (klimasvingninger). Hvis en tror at markedet er en selvstendig kraft som selv produserer konjunktursvingninger eller hvis en ikke ønsker å tro at den globale temperaturøkningen skyldes noe som menneskene har gjort, ja, da må vi predikere utviklingen ut fra observasjonsseriens iboende mønster. En parallell fra helsetjenesten er at det kan hende at det er bortkastet tid å forsøke å tilbakeføre pasienttilfredshet til kjennetegn ved pasienter, som alder, utdanning, inntekt og kjønn (”det er de unge, de middels høyt utdannede, de trekvart rike og kvinnene som er misfornøyd”), for det kan hende at pasienttilfredshet går i konjunkturbølger. Vi er så å si inne i vår misnøyes vinter – men etter vinter kommer vår, det vet vi, for det har det alltid gjort før. I så fall er det bortkastet tid å forsøke å predikere framtida ut fra regresjonslikninger der de uavhengige variablene er endringer i pasientunderlagets alder, utdanning, inntekt og kjønn, i stedet bør en studere tilfredshetssvingningene med tanke på å avdekke deres iboende dynamikk, dvs deres mønster.

Hovedtyngden av tidsserieanalytelitteraturen handler om identifiseringen av fasongen på autoregressive integrerte prosesser med bevegelige gjennomsnitt, f.eks. ad modum Box-Jenkins: ARIMA-analyse (av AutoRegressive Integrerte tidsserier med Moving Averages): *er* prosessen autoregressiv, *er* den integrert, og *har* den bevegelig gjennomsnitt, og hvilken formel følger den da?

Men det finnes også en enklere slektning: statistisk prosesskontroll, SPC. I vår sammenheng innebærer det at en legger merke til et problem, planlegger et forbedringstiltak, iverksetter den planlagte intervensjonen og studerer endringene i den første perioden etter at forbedringen ble gjort, dvs gjennomfører et lite eksperiment, og registrerer resultatobservasjonene over tid, dvs plottes dem langs tidsaksen i stedet for å slå dem sammen i to grupper med overskriften ”Før” og ”Etter”. Slagordet i statistisk prosesskontroll er da også ”Plot the dots!”

Helsepersonell er vant til at det skal temmelig mange observasjoner til før en kan våge å bygge beslutninger på dataene. Men det gjelder ikke hvis observasjonene utgjør en tidsserie.

Ordet ”påhverandrefølgende” innebærer viktig tilleggsinformasjon. En kan nemlig trekke statistisk sikre konklusjoner på grunnlag av ganske få observasjoner dersom observasjonene utgjør en tidsserie. En serie av observasjoner som er gjort etter hverandre med jevne mellomrom er noe helt annet og mer informativt enn en gruppe observasjoner som er gjort samtidig.

Sett at en prosess har en kjent og stabil medianverdi – f.eks. at medianen for den andel av pasientene som sa seg svært fornøyd med oppholdet i avdelingen for ukene i de siste tre årene er 60 %. Plottet uke for uke var det naturligvis variasjon, noen uker var det mer enn 60, andre uker mindre. Men plottet viser en stabil prosess som svinger omkring et bestemt nivå. Så gjør vi en intervensjon: vi melder tilbake til avdelingen hva pasientene sier om denne og andre avdelinger. Uka etter ligger prosenten over 60. I en stabil prosess er sannsynligheten for det 50 % (det kan like gjerne svinge litt opp som litt ned), så det ligger ikke noe viktig signal i det. Også neste uke ligger skåren over prosessens tidligere medianverdi. Men i en stabil prosess er sannsynligheten for to påhverandrefølgende uker over medianen $\frac{1}{2} * \frac{1}{2} = 25\%$, så det er ikke noe viktig signal i det heller – og heller ikke i at verdien i uke 3 også ligger over medianen: $\frac{1}{2} * \frac{1}{2} * \frac{1}{2} = 12,5\%$, så fortsatt er her ikke noe signal. En kan heller ikke i uke 4 våge å tro på en forbedring, for fire gode uker på rad vil skje i $(\frac{1}{2})^4 = 6,25\%$ av tidsserieobservasjonene av en prosess der ingen endring har skjedd. Men sannsynligheten for å observere en prosentandel over medianen fem uker på rad er bare $(\frac{1}{2})^5 = 3,125\%$ om prosessen er stabil. Dermed har vi et statistisk sikkert signal om endring i prosessen: pasientene ser faktisk ut til å ha blitt mer fornøyd ($p < ,05$). Og nøkkelen til å oppdage signalet i så få observasjoner er å se at konsekutive observasjoner er noe annet enn samtidige tverrsnittobservasjoner. Kanskje trenger en litt flere. Vil en ikke løpe så stor risiko som 5 % for å tro på en tilfeldighet, men maksimalt 1 %, må en ha sju på rad over gjennomsnittet (for $\frac{1}{2}^7 = 0,0078125$, dvs under 0,01), og vil en ikke løpe større risiko enn 5 promille, må en ha åtte på rad (for $\frac{1}{2}^8 = 0,00390625$, dvs under 0,005).

Men det er viktig å holde fast ved en ikke kan si statistisk sikkert at en har oppdaget en endring i en prosess uten at en har minst fem oppfølgingsobservasjoner. Enda vanligere enn å være for sein til å se signalet i en tidsserie er nemlig å være for rask. De to feilene (overforsiktighet, type 2-feil, og godtroenhet, type 1-feil) er så å si forankret i hver sin rolleposisjon i helsetjenesten: forskere krever ofte for store materialer (”En kan ikke trekke slutninger når vi ikke har flere observasjoner enn de vi rekker å få i dette korte prosjektet”), ledere reagerer ofte på for små materialer (”Nå går det dårligere enn før – jeg må skynde meg å gjøre noe”).

Det er nemlig mange som synes de ser trender der ingen kan vite om det finnes noen. Det er vanlig når en snakker om nasjonaløkonomien: ”I forrige kvartal var overskuddet på handelsbalansen 900 millioner, i dette kvartalet var det bare 400 – så nå går det raskt utforbakke”. Men om de to punktverdiene hørte hjemme i en tidsserie der en alltid hadde vekslet mellom et overskudd på mellom 100 millioner og 1000 millioner, var det ingen grunn til alarm - heller ikke om overskuddet pleide å svinge om 200 millioner.

Skal en unngå å se spøkelses, men samtidig oppdage de signaler som finnes i små datasett ordnet over tid, må en vite om de formelle teknikker som finnes for å analysere tidsrekker. De er altså to: tidsserieanalyse og statistisk prosesskontroll. Her er ikke tid/sted til å si mer om tidsserieanalyse. Men jeg skal forsøke å gi en intuitiv forståelse av hva statistisk prosesskontroll er, og et par smakebiter.

Utgangsideen er begrepet ”naturlig variasjon”. Alle prosesser, også de helt stabile, er kjennetegnet av naturlig variasjon, og oppviser litt ulike verdier på ulike tidspunkter. Fordi alt styres/påvirkes av en lang rekke faktorer vil prosessresultater fordele seg ”nokså normalt”. Å kjøre til jobben, f.eks., tar som oftest normalt lang tid. Men noen ganger går det utrolig greit (liten trafikk, bare grønne lys), andre ganger tar det håpløst lang tid (alle kjører samtidig med oss, bare røde lys, damer får motorstopp og menn med hatt kolliderer etc etc). Slike dager har et spesielt navn: ”The Day from Hell”. De er fryktelige, men de gir ingen grunn til angst for at nå går det nedover. Vi vet jo at det ikke er fordi vi er blitt dårligere til å kjøre at turen tok så lang tid i dag: kjøretiden er bare et uttrykk for prosessens normalvariasjon. I statistisk prosesskontroll kalles det også for ”common cause” variasjon. Den skyldes, som navnet sier, et sett av faktorer som er til stede hele tida. Noen av dem trekker oppover, andre nedover, og noen ganger er de som trekker oppover litt sterkere, andre ganger dominerer de som drar nedover. Derfor svinger prosessverdiene opp og ned – men så langt variasjonen bare er ”common cause” variasjon”, vil den svinge omkring et gitt nivå.

Alle prosesser har sin normalvariasjon. Den kan identifiseres. Ofte kalles den for ”prosessens stemme”, eller ”kapabilitet”. Og det er prosessens stemme som er utgangspunktet for alt vettugt forbedringsarbeid. Å gripe inn i en prosess fordi en er misfornøyd med en måleverdi (eller to, eller tre, eller fire) betyr ofte at en forsøker å rette på noe som grunnleggende sett er i orden. ”Tampering” heter det i den engelskspråklige litteraturen om statistisk prosesskontroll – på norsk kunne det kanskje kalles klåing.

For husk: en må observere minst fem fallende (eller synkende) verdier på rad for å kunne snakke om en trend. For er prosessen stabil, kan neste verdi like gjerne ligge over som under den sist målte. Men å tro at to synkende verdier på rad betyr en negativ trend, er å løpe en risiko på 25 % for å ta feil. Resonnementet som viser det, er det samme som over. Å tro at tre stigende (eller synkende) verdier på rad signaliserer en trend, er å løpe en risiko på 12,5 % for å ta feil osv. Minst fem må til. Og vil en ikke løpe større risiko enn én prosent for å gjøre en type 1-feil og tro på en trend som bare var en tilfeldighet, må en, parallelt med det vi sa over, ha *sju* på rad.

Det er ofte fristende å mene at en har oppdaget at en prosess forverrer seg. Men det er viktig å unngå å tro at en ser endringer der det i virkeligheten bare er normal fluktusjon rundt et stabilt gjennomsnitt, både når en behandler pasienter og når en administrerer helsetjenestesystemer.

Ut fra egen erfaring vet vi at ”The Day from Hell” kan ramme den beste. En viktig generalisering er at det også hender andre. Ut fra den erkjennelse kan en som leder unngå fristelsen til å klå på prosesser som er i orden, og dermed spare arbeidsplassen for omkostninger og seg selv for ubehag.

Klåing har nemlig regelmessig to slags uheldige konsekvenser. For det første kan over-årvåkenhet slite en helt ut. Et berømt – og i statistisk prosess kontroll-folkloren nærmest klassisk eksempel er Demings kvalitetssikringsarbeid i en papirfabrikk i New Hampshire. Den vanskeligste biten av prosessen var glansingen av papiret. Det ble aldri helt bra, fort var papiret for blankt, for matt, for grovt, for ujevnt osv. Maskinen hadde mange ratt, og operatøren skrudde på dem så han ble svett, men uten varig suksess, og etter formiddagens serie med ”finjusteringer” var mannen både utslitt og nedstemt. Demings løsning var å be mannen sitte rolig mens hans plottet variasjonen i papirkvalitet. Det overraskende resultatet var at variasjonen ble mindre når operatøren ikke justerte maskinen hele tida. Maskinen ga

rett og slett slike resultater, det var slik den var. Så lenge glansingen foregikk ved hjelp av denne teknologien, ble resultatet slik. Løsningen var ikke større innsats, det som må til, er en ny framstillingsmåte, en endret prosess.

For det andre kan prosess-klåing skade samarbeidsklimaet. Ofte tar klåingen form av at medarbeidere refses for uheldige resultater som de ikke kunne rå med, men som uttrykker prosessens naturlige variasjon, dens stemme. Spissformulert er poenget at enhver prosess er perfekt designet for å gi nøyaktig de resultater den faktisk gir. Av og til skyldes dårlige resultater naturligvis slurv eller udugelighet. Men stort sett er produksjonsresultatene et uttrykk for prosessens stemme. Og folk reagerer når sjefen refser dem for dårlige resultater som egentlig bare er tilfeldig variasjon i en stabil prosess. De reagerer ulikt: noen aksepterer skrapen, blir nedfor og mister selvtillit, andre blir kontrære, mer eller mindre varig. Men begge typer reaksjoner er en unødig kostnad i produksjonsprosessen.

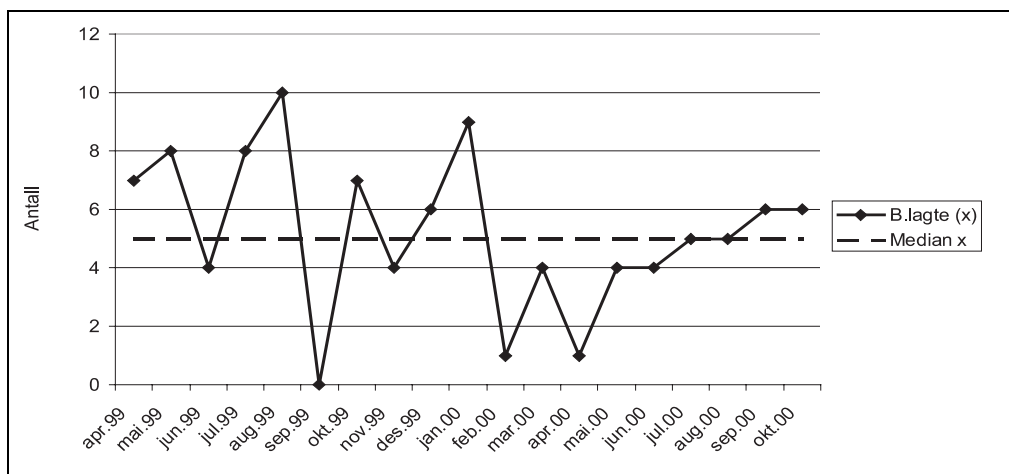
Dessuten avstedkommer klåingen mer direkte produksjonstap. Noe medisinsk-teknisk utstyr (film, legemidler) må oppbevares kjølig. I juli registrerer sykehuset mange feil som kunne ha kommet av at slike redskap ikke fungerte. Direktøren innkaller avdelingssjefen, som ikke har noen god forklaring. Og det er ikke rart, for det er ingen forklaring, det var ikke en gang noe som krevde forklaring – det var bare prosessens stemme som var slik, resultatene i juli var dårligere enn vanlig, men innenfor prosessens normalvariasjon. Men så er det det at på et så høyt sjefsnivå må møter gi forklaringer. De enes derfor om at kjølelageret nok ikke var kaldt nok, og driftssjefen får beskjed om å kontrollere det. Det er bortkastet tid: han finner ingen feil, for det var, som sagt, ingen feil. Men for sikkerhets skyld (eller av andre grunner, f.eks. fordi han lenge har ønsket en anledning til akkurat det) skifter han fustasjoppheingsforkoblingen som han aldri har fått penger til på driftsbudsjettet. Og det verste er at det blir aldri oppdaget at det var bortkastet. ”Mirakuløst” viser det seg nemlig at i neste måned er feilene færre - for slik er naturlig variasjons vesen: verdiene går opp og ned, selv i en stabil prosess. Men bortkastet var det likevel.

Et annet berømt anekdotisk eksempel er beretningen om flyvåpenobersten som av prinsipp refset alle som landet med et hump. Og han kunne glede seg over å få bekreftet sin pedagogiske teori hver gang: refs må være effektivt, for nesten ingen gjorde to ekstremt dårlige landinger på rad. Ros, derimot, er feilslått, for den som fikk skryt for en eksepsjonelt jevn landing, klarte nesten aldri å lande så fint neste gang. Men regresjon mot middelveien er naturlig variasjons vesen og stabile prosessers stemme.

Hvordan finner en så prosessens stemme? Hvordan identifiserer en de trendtilløp og verdier som varsler at her er det ikke bare naturlig variasjon, men at noe spesielt er på ferde?

Det gjør en ved å tegne diagrammer der en plotter observasjonene over tid (”Plot the dots!”). Diagrammene er av to hovedtyper: run-diagrammer og kontroll-diagrammer.

Et run-diagram er, som vist i figur 1, et tidsserieplott som viser observasjonsrekka og dens medianverdi.



Figur 1. Run-diagram. Antall beltlagte pasienter per måned. Markering av punktverdier og median.

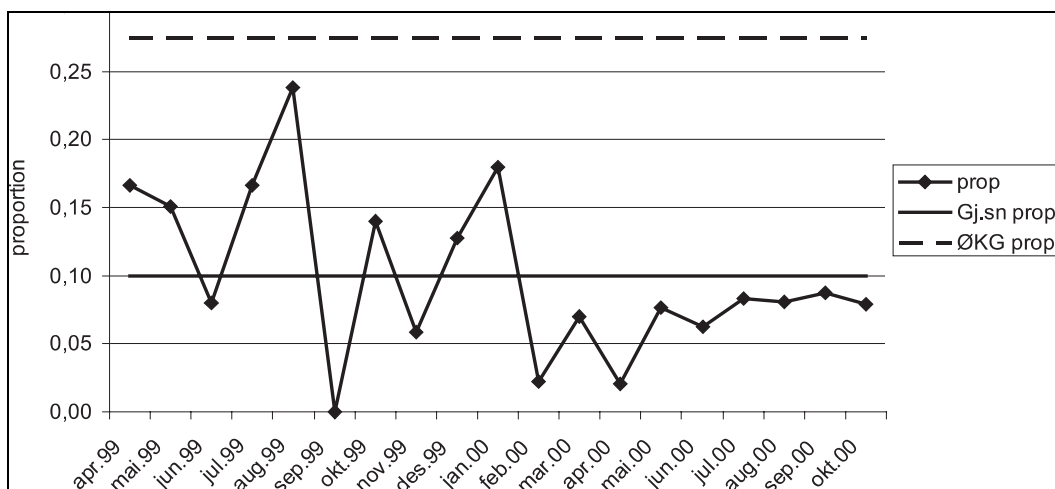
Medianen er verdien til den observasjon ligger midt i den rangordnete fordeling av observasjoner, slik at den ene halvparten av observasjonene har lavere verdier, den andre halvparten høyere. Dersom antallet observasjoner er et likt tall, er ingen enkeltobservasjon i midten, men da ligger medianen midt mellom verdien til den øverste observasjonsverdien i nederste halvdel og den laveste observasjonsverdien i øverste halvdel. Et talleksempel gjør det tydelig. Om vi hver uke i ti uker har observert andelen tilfredse pasienter, kan tallene se ut som i tabell 1.

Tabell 1. Andel tilfredse pasienter uke for uke gjennom 10 uker (%)

Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10
72	78	69	71	66	70	66	73	76	74

I rekka av prosenter er de fem laveste verdiene 66, 66, 69, 70 og 71 og de fem høyeste 72, 73, 74, 76 og 78. Medianverdien blir dermed $(71+72)/2 = 71,5$.

Et kontrolldiagram inneholder, som vist i figur 2, observasjonsrekka, dens gjennomsnittsverdi og øvre og nedre kontrollgrense, dvs. grensene for normalvariasjonen i den observerte prosessen.

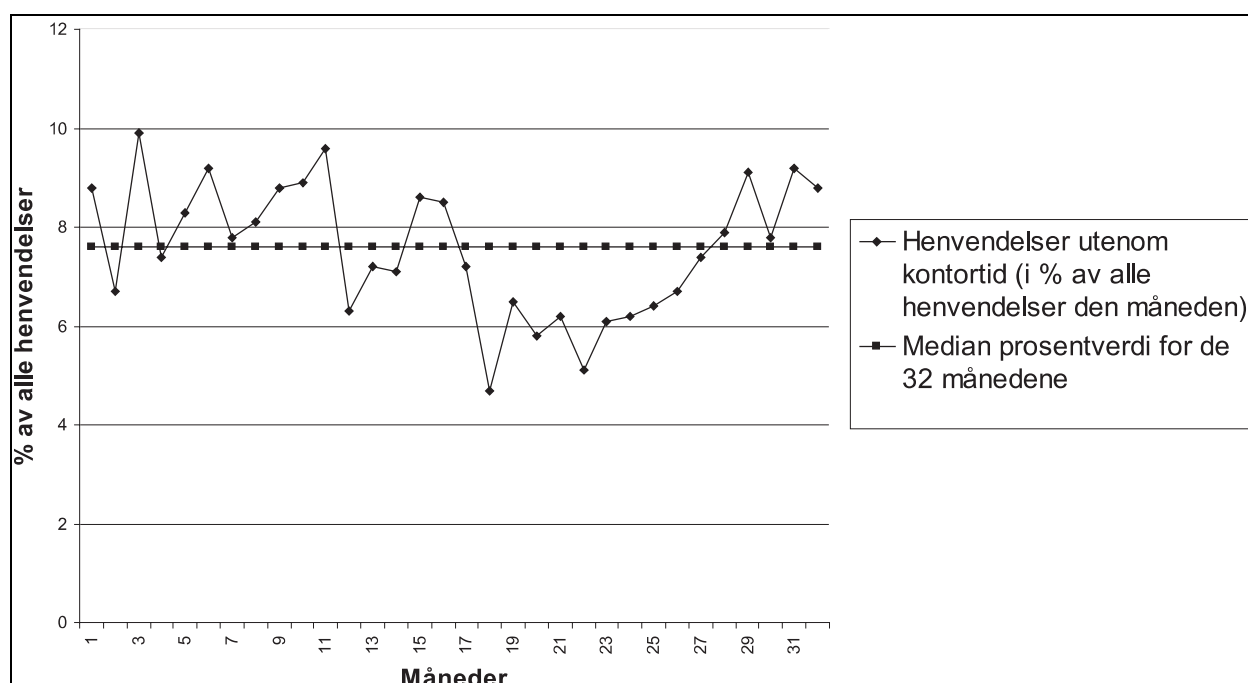


Figur 2. Kontrolldiagram. Andel (proportion) pasienter behandlet med fysiske tvangsmidler. Markering av punktverdier, gjennomsnitt og øvre kontrollgrense (ØKG).

Mens det bare finnes en type run-diagram, er kontrolldiagrammer av ulike typer, etter dataenes art. Det fører for langt å gå inn i det i denne artikkelen, så vi skal her bare se på de to enkleste. Det aller enkleste er XmR-diagrammet, som er det mest anvendelige, i den forstand at en alltid kan bruke det – de andre typene fordrer at dataene er av bestemte slag. Det andre eksemplet er p-diagrammet, som en anvender når en studerer endringer over tid i prosentandeler.

Run-diagrammer

Figur 3 viser telefonhenvendelser utenfor kontortid til legekantoret i en kommune, plottet over 32 måneder, i prosent av alle henvendelser til legekantoret. I måned 17 ble det iverksatt et tiltak for å redusere antallet unødige oppringninger om kvelden og natta: kommunen delte ut til alle husstander et egenomsorgshefte som forklarte hvilke vanlige skader og sykdommer som ikke krevde øyeblikkelig legehjelp, men godt kunne vente til legekantoret åpnet neste dag. Spørsmålet er om run-diagrammet gjør det rimelig å forkaste nullhypotesen om at vi har å gjøre med en stabil prosess som bare oppviser tilfeldig variasjon rundt et bestemt nivå.



Figur 3. Telefonhenvendelser til legekantoret etter stengetid.

To tester på om run-diagrammer viser mer enn normal fluktuaasjon rundt et gitt nivå er:

- 1) om det inneholder "for lange" runs,
- 2) om det inneholder for mange stigende (eller synkende) verdier på rad.

Den første testen ("For lange runs?") sjekker om det har foregått et nivåskift (permanent eller midlertidig). Dersom vi ser en lang run, så må det ha vært noe som har holdt verdien fast over (eller under) medianen gjennom lang tid. Tilfeldig variasjon omkring et fast nivå vil innebære at observasjonene svinger omkring medianen, og ikke ligger spesielt lenge over (eller under) den av gangen. Hva betyr så "for lang"? Carey & Lloyd (2001) gir svaret i form av tabell 2, som viser hvordan det avhenger av hvor mange observasjoner en har. "Brukbare" observasjoner ligger **ikke** på medianen. En observasjon som ligger akkurat på medianen avbryter ikke en run, men forlenger den heller ikke, den skal rett og slett ikke telles med.

Tabell 2. For lange runs?

Antall brukbare observasjoner	Hva er ”for langt”?
Under 20	Runs på 7 eller flere
20 eller flere	Runs på 8 eller flere

Run-diagrammet i figur 3 inneholder 32 brukbare observasjoner (ingen ligger på medianen). Det har én slik for lang run. De 11 månedsverdiene 17-27 ligger alle under medianen for hele perioden, og tilsier at en kan forkaste nullhypotesen om at prosessen er stabil og bare oppviser tilfeldig variasjon omkring en fast medianverdi. I nesten et år etter at selvhjelpsheftet var distribuert, holdt andelen telefonhenvendelser etter kontortid seg lav.

Den andre testen (”For mange stigende (eller synkende) observasjoner på rad?”) sjekker om tidsserien inneholder noen trend. Igjen er spørsmålet hvor mange som må til for å utgjøre en trend. Carey og Lloyd gir svaret i form av tabell 3.

Tabell 3. Trender?

Antall brukbare observasjoner	Hva er ”for mange stigende (eller synkende) verdier på rad?”
5-8	5 eller flere
9- 20	6 eller flere
21 eller flere	7 eller flere

Svaret blir igjen at vi kan forkaste nullhypotesen om at prosessen var stabil gjennom den observerte perioden. For verdiene for de sju påhverandrefølgende månedene 23-29 stiger og stiger. (Hvorfor en ikke skal telle med måned 22, er ikke den starten på stigningen? Nei, den skal ikke telles, for i måned 22 visste en ikke annet enn at verdien for den måneden var lavere enn for måned 21. Først i måned 23 så en en stigning. Derfor er måned 23 den første av den sammenhengende rekka av måneder med stigende verdier.

Begge run-diagram testene konkluderer altså med at en kan forkaste påstanden om at her ser vi en stabil prosess som bare viser tilfeldig variasjon på et stabilt nivå. Det er ikke det samme som at her ser vi at selvhjelpsheftet hadde den effekt at telefonhenvendelsene etter kontortid ble færre – men at effekten gradvis fortok seg og at antallet slike henvendelser etter hvert steg videre. Spørsmålet om hva det var som gjorde det midlertidige nivåskiftet og skapte trenden må diskuteres for seg – det eneste de to testene viser er at en kan forkaste nullhypotesen om at ikke noe spesielt skjedde.

Kontroll-diagrammer

I den grad det en lurer på er om prosessen har skiftet nivå eller oppviser en trend, trenger en ikke mer for å besvare spørsmålet enn å kunne tegne et run-diagram og gjennomføre de to testene vist over. Og ofte er det nok. Det helt grunnleggende kvalitetsforbedringsspørsmål er om det går bedre eller verre, og det er det samme som å se om det her bare er normal variasjon eller om prosessen viser nivåskift eller trend.

Det kan imidlertid hende at en også vil analysere variasjonens størrelse, eller studere enkeltavvik nøyere. Avvik fra normalen kan være interessante selv om de ikke avtegner nivåskift eller trend. De kan f.eks. leses som tegn på at prosessen er dårlig skjermet, og det kan mange ganger være interessant informasjon. I industrien er det nesten alltid viktig. En bildel skal f.eks. ha en bestemt størrelse. Litt vil størrelsen naturligvis variere, for det finnes

ikke den maskin eller den prosess som gir på mikrometeren samme resultat hver eneste gang, og små variasjoner kan det være bedre å la være å klå med. Men det er viktig å monitorere variasjonen.

Når en ser et stort utslag, er det et signal om at noe uvanlig har slått inn i prosessen. Og når en ser mange utslag av merkbar størrelse kan det bety at nå må maskinen til overhaling og prosessen justeres. Og om en har en variasjon som i og for seg er jevn og ikke inneholder oppsiktsvekkende enkeltutslag, men likevel er større enn konkurrentens, kan det bety at en burde stille strengere toleransekrav til produksjonsprosessen. Variasjonen i produksjonsprosessen kan f.eks. bety at bilkundene og journalistene etter noen år vil bemerke at denne bilen skrangler mer enn andre.

En stor forskjell på produksjonen i industrien og i helsetjenesten er at kliniske prosesser per definisjon er ustabile. Monitorer en f.eks. intensivpasienters tid på respirator, vil en nødvendigvis se tidsserieplot med variasjon og enkeltutslag som ville fått en bilprodusent til å konkludere at produksjonsprosessen er ute av kontroll. Men i klinikken betyr det som regel ikke prosessfeil. Det er klart at det i blant kommer pasienter som skal ligge 80 døgn på respirator, det er fordi han trenger det, og ellers ville ha dødd – og ikke fordi avdelingen har glemt ham eller fordi prosessen har sviktet på andre måter.

Likevel kan det være interessant å studere variasjonen i også helsetjenesteprosesser ved hjelp av kontrolldiagrammer. Et eksempel kan være blodsukkervariasjon: at en diabetiker er velregulert, betyr at variasjonen over tid skal være liten og jo færre ekstremverdier det er, jo bedre er det. Et annet eksempel kan være at epikrisene skal jevnt og trutt være utsendt innen x dager.

I det nedenstående illustrerer jeg bruken av kontrolldiagrammer ved to kliniske eksempler:

- a) Går keisersnittfrekvensen opp
- b) Tar det kortere tid enn før å få overvåkingspasientene koplet til monitoreringsutstyret?

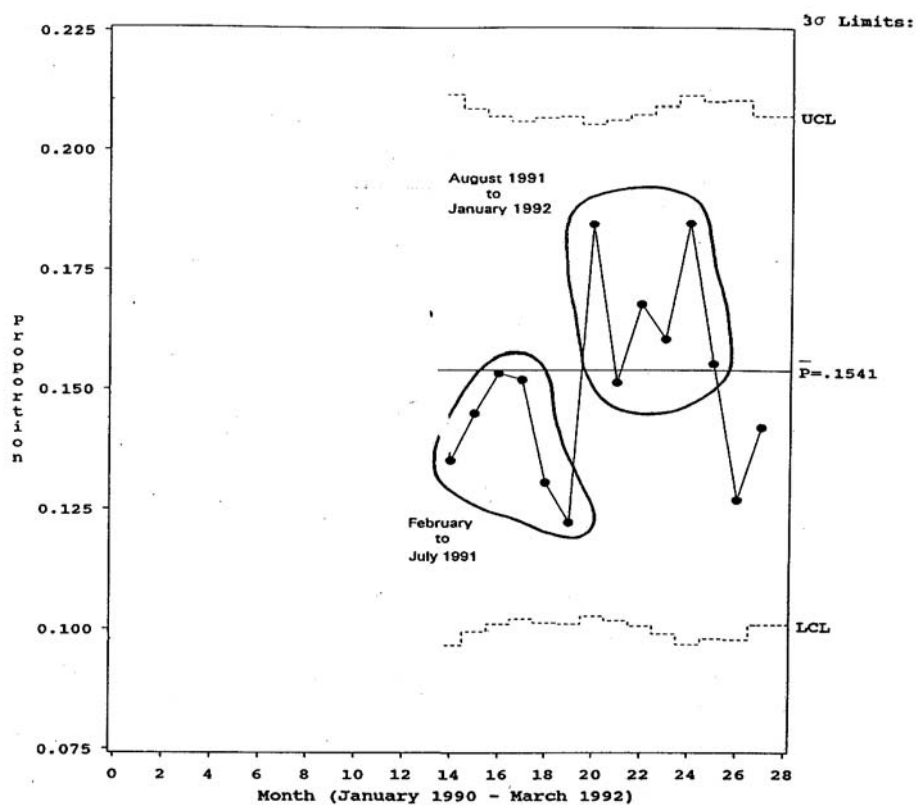
Det første eksemplet viser bruken av p-diagram, det andre av XmR-diagram. Begge er hentet fra Carey og Lloyds lærebok, som etter min vurdering er den enkleste og beste innføringsboka om statistisk prosesskontroll i helsetjenesten. Det finnes imidlertid andre: en annen lettlest bok om emnet, som i likhet med Carey og Lloyd også er grundig, er Wheeler DJ, Chambers DS. *Understanding Process Control*. SPC Press, Knoxville, Tenn. 1992.

Kontrollchart for keisersnittfrekvenser

Ledelsen ved fødeavdelingen blir oppsøkt av en bekymret medarbeider som sier at han tror at nå blir keisersnittene hyppigere. "Prosessene er ute av kontroll" sies det ofte i slike tilfeller. Avdelingssjefen, som naturligvis misliker ikke å ha kontroll, for det er jobben hans å ha det, bestemmer seg for å undersøke saken ved hjelp av statistisk prosesskontroll. Prosenttallene er vist i tabell 4.

Tabell 4. Antall keisersnitt og antall fødsler i alt i de siste 27 måneder. Fra Carey & Lloyd.

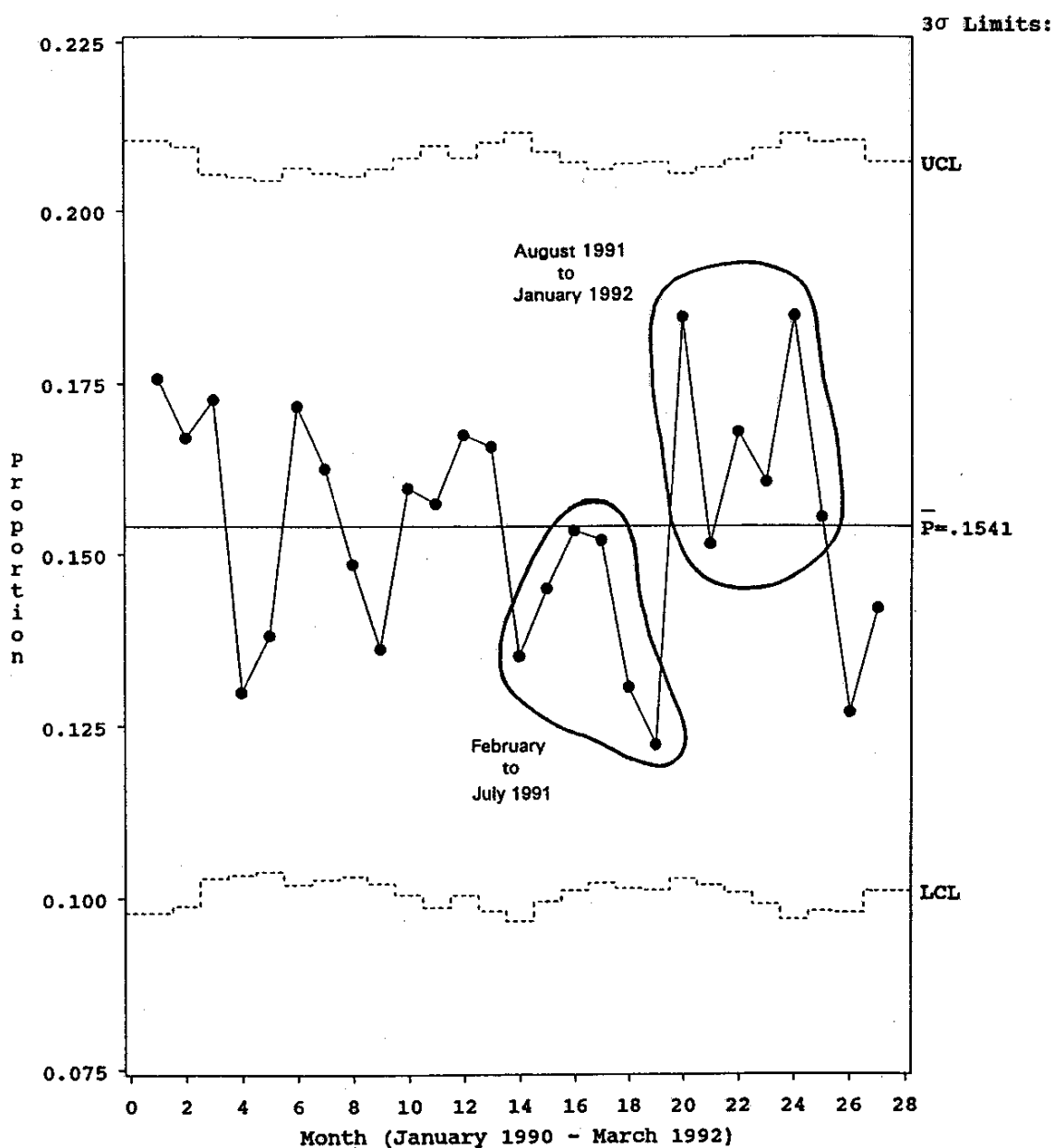
Month	Number of Primary C-Sections	Total Deliveries
January 1990	65	370
February	64	383
March	77	446
April	59	454
May	64	463
June	74	431
July	72	443
August	67	451
September	59	433
October	65	407
November	60	381
December	68	406
January 1991	62	374
February	48	355
March	57	393
April	64	417
May	66	434
June	55	421
July	51	417
August	82	444
September	65	429
October	69	411
November	62	386
December	66	357
January 1992	58	373
February	47	370
March	59	415



Figur 4. Keisersnittprosenten de siste 14 månedene. Fra Carey & Lloyd, utsnitt av figur 6.15.

Plottet kan tyde på at prosenten går oppover. Her er rett nok ingen trend som er lang nok til å være et signal om prosessendring, men vi ser kanskje et nivåskift?

Men så er naturligvis dét at en alltid må velge hvilken periode en skal plotte. Plotter en prosessen så langt bakover som det finnes data, løper en risikoen for å bestemme prosessens stemme ut fra data for helt sikkert ulike perioder. Her, f.eks., har avdelingen bare hatt samme bemanning i 27 måneder, og før det skjedde det mye som kan ha hatt betydning for keisersnittfrekvensen. Derfor plotter avdelingsledelsen tallene for de 27 månedene som prosessen har vært uendret i, men ikke mer, jf. figur 4.



Figur 5. Keisersnittprosenten for 27 måneder. Fra Carey & Lloyd, hele figur 6.15.

Et slikt kontrolldiagram kalles et p-diagram, fordi det baserer seg på gjennomsnittssannsynligheten (p) for at en barselkvinne skulle bli forløst ved keisersnitt. Det viser denne gjennomsnittsprosentsen (gjennomsnittet av enkeltmånedenes p-verdier) samt kontrollgrenser som er basert på standardavviket for fordelingen av observerte månedsprosjenter.

Den gjennomsnittlige keisersnittsprosentsen for hele perioden, som er 15,41, sier hvilken keisersnittandel avdelingen gjennomsnittlig må regne med å ha framover, dersom dens obstetriske prosess er stabil, dette er grunntonen i prosessens stemme.

Og så har prosessen øvre og nedre kontrollgrenser. Etter flertallsvedtak blant de statistikere som driver med SPC, ligger kontrollgrensene plussminus 3 standardavvik unna prosessgjennomsnittet. Standardavviket gir et bilde av normalvariasjonen i observasjonsmengden (serien med keisersnittprosjenter, måned for måned). De månedene som ligger mer enn tre standardavvik unna gjennomsnittsprosentsen for perioden, defineres som så avvikende at de må være uttrykk for at prosessen i den/de måneden(e) må ha vært påvirket av mer enn de vanlige faktorene.

En kan spørre: hvorfor akkurat tre sd, hvorfor ikke to, eller, rettere: 1,96 sd – det er jo den grensen som med 5 % sikkerhet identifiserer et avvik fra normalvariasjonen, dvs. – i SPC-språket - en ”særlig effekt” (”special cause variation”)? Svaret er at en i industrien stort sett har funnet at omkostningene ved å gå inn og justere en prosess som det er en femprosentssjansje for at er i orden, er for store. Prosessjustering krever alltid tid og krefter (og sosiale kostnader), og en risiko på 5 % for at endringen bare er klåing, er i flertallets øyne for mye. I industrien vil en tradisjonelt ikke gripe inn for å forbedre en produksjonsprosess før det er minst 99,73 % sikkert at det er noe i veien med den. Ordet ”urovekkende” betyr altså i industrien ikke bare ”Mer enn 1,96 sd unna gjennomsnittet”, det betyr ”Mer enn 3 sd unna”. Den risiko en i industrien maksimalt vil akseptere for å feilaktig å tro at det er noe galt med en prosess, er altså ikke 5 %, men mye mindre, bare 0,27 %. Men industriens standard svar er selvsagt ikke riktigere enn andre svar. I industrien er konsekvensene av prosessfeil ikke så nært knyttet til liv og død som i helsetjenesten, så der kan en kanskje tillate seg å vente lenger med å gripe inn i en prosess som en er i tvil om. På den annen side er det også i helsetjenesten noe som heter over-iver. Dessuten er det ikke fra steintavlene vi har regelen om at ”det er trygt nok når p er mindre enn 5 %”, dvs. at kontrollgrensene må være på plussminus 1,96 sd. Også det er en tommelfingerregel som er vedtatt med knapt flertall. En må alltid velge selv hvilken risiko en vil løpe for å gjøre type 1- og type 2-feil.

Men uansett hvor mange standardavvik ut en vil legge kontrollgrensene som varsler om en bør gripe inn, må en kunne regne ut standardavviket som kontrollgrensene er multipler av. I p-charts følger det av formelen for standardavvik i binomiske fordelinger: $sd = \sqrt{p(1-p)/n}$, der p er gjennomsnittsandelen keisersnitt for hele den plottete perioden, dvs. alle de observerte månedene sett under ett (her: 15,41 %) og n er antallet fødsler i hver måned.

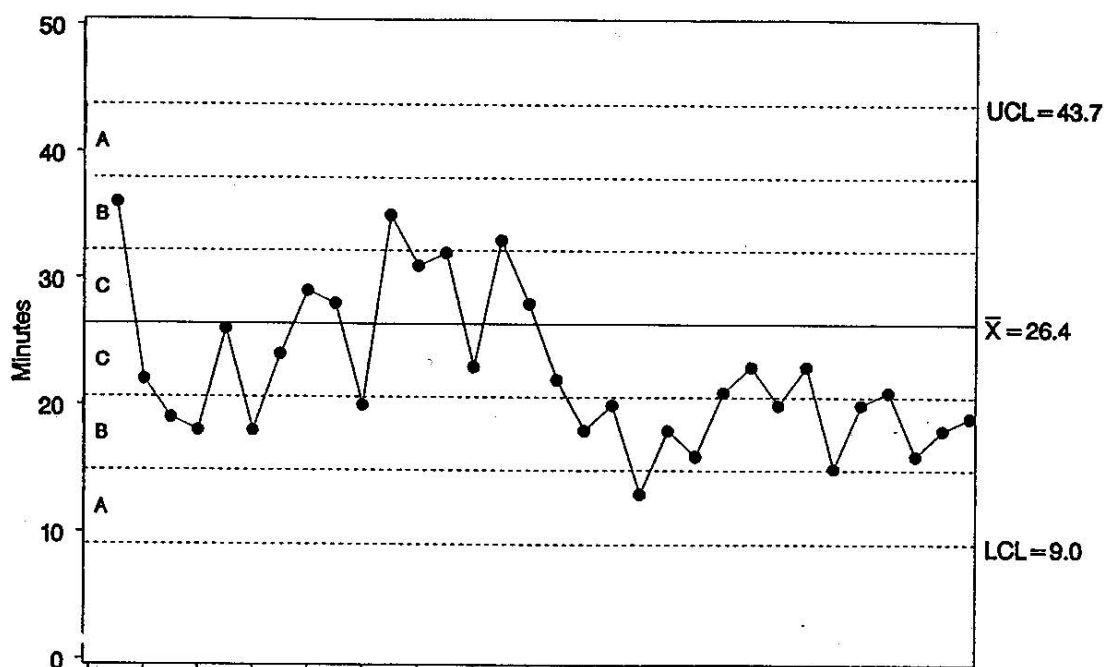
Av denne formelen ser vi forøvrig hvorfor kontrollgrensene i figurene over ikke var tegnet som rette linjer: grunnen er at sd avhenger av n (jf. formelen), og det varierer fra måned til måned hvor mange fødsler avdelingen hadde: lav n gir videre grenser, høy n går trangere grenser.

Av kontrolldiagrammet i figur 5 ser vi at dette er en prosess som er under statistisk kontroll. Observasjonsserien oppviser verken trender eller oppsiktvekkende avvikende enkeltmåned.

Så lenge intet spesielt skjer eller blir gjort, vil en i gjennomsnitt måtte forvente at 15,41 % av forløsningsene i denne avdelingen skjer ved keisersnitt, og at en i enkeltmåned vil kunne ha både langt flere (noe over 20 %) og langt færre (ca 10 % - kan ikke sies endelig, fordi antallet fødsler pr måned svinger (mange fødsler = snevrere kontrollgrenser, få fødsler = videre grenser, med få fødsler skal det med andre ord større avvik i sectioandel til før en kan si statistisk sikkert at her har det skjedd noe uvanlig, at prosessen var ute av kontroll).

XmR-diagram for hvor lang tid det tar å kople opp monitoreringsutstyret for overvåkingspasienter som har vært gjennom en bypassoperasjon

Plotter vi pasientene fortløpende med hensyn på hvor mange minutter gikk det faktisk for hver enkelt pasient før alle slanger og ledninger var koplet opp, ser bildet ut som i figur 6.



**Figur 6. Oppkoplingstid for 32 påhverandrefølgende pasienter i januar (før intervensjonen) og februar (etter intervensjonen).
Fra Carey & Lloyd, figur 6.8.**

Kontrollgrensene angir grensene for normalvariasjonen i prosessen, verdier utenfor dem er så sjeldne at de antakelig betyr at disse tilfellene er det noe spesielt med. I slike tilfeller bør en vurdere om det bare var vedkommende pasient eller gruppe pasienter som var så annerledes at det måtte være slik, eller om prosessen er u hensiktsmessig konstruert (generelt, eller for denne typen pasienter). I klinikken kan det som sagt ofte være det første. På en av plenumssamlingene i Gjennombruddsprosjektet Psykiatri Bruk av tvang viste vi et kontrolldiagram med store utslag – det dreide seg om beltelegging, og vedkommende institusjon hadde høye tall for juli, og mange av deltakerne sa spontant ”Aha, så det var hos dere Frederik var den sommeren”.

Kontrollgrensene er konstruert ut fra variansen i prosessresultatene. Jo større variansen i prosessen faktisk har vært, jo mer skal til før en vil definere enkeltverdier som oppsiktsvekkende. Vi leter altså etter enkeltpasienter eller pasientsekvenser hvis tilkoplingstid er mer forskjellig fra prosessgjennomsnittet enn prosessens normalvariasjon tilsier. I dette eksemplet ser vi at variasjonen fra pasient til pasient er ganske stor. Det betyr at det skal mye til før en kan si at en pasient er oppsiktsvekkende forskjellig, dvs klart mer enn vanlig forskjellig fra de andre pasientene. Kontrolldiagrammet som vi bruker til å analysere dette eksemplet, kalles et XmR-diagram. X betyr at chartet viser de enkelte observasjoner, dvs det antall minutter det tok å kople opp monitoreringsutstyret for hver pasient, mR at det bygger sine kontrollgrenser på prosessens "moving range", dvs. på hvor forskjellig (målt i antall minutter) hver pasient var fra pasienten før. Spredningen i observasjonene beregnes som gjennomsnittet av disse forskjellene: jo høyere gjennomsnittsforskjellen er, jo mer forskjellige var pasientene. Kontrollgrensene er multipler av dette gjennomsnittet – og for å si det med en gang: plussminus 2,66 ganger gjennomsnittsforskjellen.

Hvorfor nettopp 2,66, og ikke, f.eks. 1,96. Det korte svaret er: "Av grunner som bare matematikere forstår; tallet kan derfor læres utenat på samme måte som vi har lært at pi er 3,14": innholdet av en sirkel er 3,14 ganger kvadratet av sirkelradien - bare matematikerne forstår hvorfor, men de har etterprøvd hverandre nok til at vi andre kan stole på det. Det litt lengre svaret, som dog fortsatt invokerer matematikernes troverdighet, er at observasjoner utenfor plussminus 2,66 gjennomsnittsforskjeller er like sjeldne som observasjoner utenfor plussminus 3 sd, slik at også *de* bare opptre i 0,27 % av manifesteringene av en stabil prosess.

Figur 6 viser at gjennomsnittstiden for disse pasientene var 26,4 minutter. Forskjellene i tilkoplingstid mellom påhverandrefølgende pasienter (som altså er vårt uttrykk for variasjonen i prosessen) var i gjennomsnitt 6,5 minutter. Kontrollgrensene blir derfor 26,4 minutter plussminus 2,66*6,5 minutter, og det gir en øvre kontrollgrense på $26,4 + 17,3 = 43,7$ minutter og en nedre på $26,4 - 17,3 = 9,1$ minutter.

Vi kunne naturligvis brukt samme type kontrolldiagram som over, dvs. et p-diagram. Vi kunne jo ha registrert bare hvor stor andel av oppkoplingene hver dag (eller hver uke, om det ikke skjer så mange hver dag) som tok mer enn X (f.eks. 30) minutter – slike måloppnåelseskriterier er ikke så sjeldne. Men vi gjør ikke det: i dette kapitlet er poenget nettopp å presentere to typer kontrolldiagrammer. Det finnes for øvrig enda flere, jfr litteraturen, men en kommer langt med disse to – særlig med dette siste, som alltid lar seg anvende, jfr Wheeler DJ, Chambers DS. *Understanding Process Control*. SPC Press, Knoxville, Tenn. 1992.

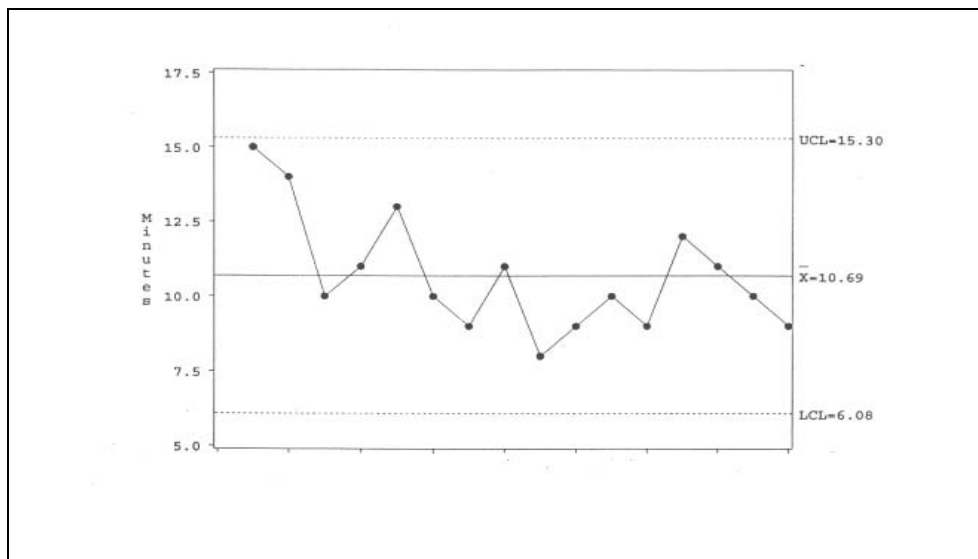
Hadde prosessen vært stabil ("i statistisk kontroll"), ville en lest disse tallene slik: i gjennomsnitt vil pasientene som kommer fra bypassoperasjon, trenge 26,4 minutter på å bli tilkoplet alt monitoreringsutstyret. For noen pasienter vil tilkoplingen ta så mye som 43,7 minutter, mens andre vil være klare på 9,1 minutter. 43,7 minutter er ikke et varseltegn, og 9,1 minutter betyr ikke at "nå har de endelig lært hvordan det skal gjøres". Begge verdiene, både den høye (43,7 minutter) og den lave (9,1 minutter) hører til prosessens normalvariasjon. Begge er uttrykk for den samme underliggende arbeidsprosess: etter 43,7 minutter vil det komme kortere perioder, etter 9,1 vil det bli observert lengre. Å belønne teamet som klarte det på 9,1 minutter, er å berede grunnen for senere å bli ekstra skuffet over nettopp disse medarbeiderne. ("Hvordan kunne de bli så slappe, endatil etter at jeg hadde gitt dem en konferansereise i belønning! Neimen om de skal lure meg til å gi slik belønning en annen

gang!"). Å refse de som brukte 43,7 minutter er også feil (med mindre en vet noe annet om arbeidet enn det som framkommer av kontrollkortet).

Konklusjonen blir at denne prosessen ikke er i statistisk kontroll. Den viser en forbedring: det tar kortere tid etter hvert. Kontrollgrensene i diagrammet er nettopp konstruert for å undersøke om en intervensjon har hatt effekt. Her er gjennomført et forsøk som siktet mot å gjøre tilkoplingene raskere. Diagrammet viser tilkoplingstidene for 16 pasienter før forbedringsforsøket og 16 etter. Og kontrollgrensene er utregnet på grunnlag av tall for de 16 preintervensjonstilfellene. For: når en er ute etter å se hvordan resultatene fra den endrete prosessen legger seg i forhold til den opprinnelige prosessens stemme, må en sørge for å ha identifisert den først. Så kan en i neste omgang bestemme den endrete prosessens stemme, og lete etter to ting:

- om grunntonen har forandret seg i ønsket retning, og
- om den tilfeldige variasjonen er blitt mindre (dvs. om plussminus $2,66 \cdot$ gjennomsnittsforskjellen mellom hver pasient og den neste definerer et smalere intervall enn før).

Figur 7 viser tydelig at det er tilfellet her.



Figur 7 Oppkoplingstid for 16 påhverandrefølgende pasienter i april. Fra Carey & Lloyd, figur 6.10.

Den endrete prosessen har en kapabilitet, utregnet etter tilkoplingstiden for 16 pasienter i april, som kan beskrives slik: gjennomsnittstiden er redusert til 10,7 minutter, gjennomsnittsforskjellen fra pasient til pasient er nede på 1,7 minutter, og intervallet mellom kontrollgrensene er såpass trangt som fra en øvre grense på $10,7 + 2,66 \cdot 1,7 = 10,7 + 4,5 = 15,2$ minutter til en nedre på $10,7 - 4,5 = 6,2$ minutter.

Litteratur:

Carey, R. G. and Lloyd R. C.: Measuring Quality Improvement in Health Care. Milwaukee, Wisconsin: Quality Press 2001.

Wheeler DJ, Chambers DS. Understanding Process Control. SPC Press, Knoxville, Tenn. 1992.

7. Etterord og nye utfordringer

Forbedringsarbeid har effekt

Som det fremgår av denne rapporten ble det til dels oppnådd betydelige forbedringer på de områdene som enhetene arbeidet med. I tillegg lærte alle som var med en metode som er enkel og virksom. Gjennom hele prosjekttiden ble det generert ny kunnskap om praktiske løsninger, og folk ble kjent med nye teoretiske synsvinkler. Mye av æren for dette har prosjektets rammer og tydelige struktur, og de ressursene som ligger i støtten fra særlig veilederne og i noen grad eksperter eller ressurspersoner. Den viktigste faktoren er likevel alt arbeidet som deltakerne gjør, og det er grunn til å berømme dem for entusiasme og gå-på humør, og vilje til å gjennomføre det de planla. Vi håper også at deltakerne etter prosjektet har fått større vilje og selvtillit, og kan arbeide videre med aktuelle problemstillinger etter de metoder de har lært.

Rammenes betydning

Gjennombruddsmetoden bygger på et gjennomført konsept, og settes ikke i gang uten at de nødvendige ressurser og rammevilkår er til stede, og deltakerne følges opp underveis, etter en form for ”trykk-kokerprinsipp” hvor rapporter *skal* foreligge i tide, og alt følger tidsskjemaet. Da blir resultatet bra, i hvert fall når det gjelder de tross alt relativt enkle og oversiktlige prosesser som dette prosjektet omfatter. Vår viten og praktiske erfaring viser at ting ikke går så greit når rammene er annerledes. Etter at prosjektet ble gjennomført, har vi sett en betydelig utfordring med nye store omorganiseringer mange steder, og den ressurstilførselen som TSB ble forespeilet har bare i liten grad funnet sted. Dette kan gjøre mange fagfolk i rusfeltet desillusjonerte og oppgitte. Det er viktig å tenke at forbedringsarbeid egentlig ikke er avhengig av de ytre rammene, men finner sted *innenfor* rammene av lovverk, ressurser og organisering. At det som spin-off-effekt kan bli tydelig at en annen organisering hadde vært bedre, er et faktum, men helsepersonell må leve med den frustrasjonen som organisasjonen skaper, eller arbeide målrettet for å endre den. Kvalitetsarbeid kan i slik sammenheng virke positivt og gi en forståelse av hvilken retning organisasjonsutvikling må ta.

Utfordringer fremover

Kontinuerlig forbedringsarbeid må være et satsningsområde på alle nivåer i helsevesenet, og det må prioriteres av ledere og bevilgende myndigheter. Fokus for forbedringsarbeidet må flyttes mot samarbeid og samhandling mellom de enkelte enheter og nivåer i et område, og deltakere må representere alle instanser som er involvert i pasientforløp. Forbedringsarbeidet må ta sikte på å følge pasientenes gang i behandlingssystemet, og passe på at pasientens behov blir møtt, og at dette gjøres på den faglig beste måten, som oftest også er den mest ressursøkonomiske. Det er nå tydelig at der hvor det er mest å hente av gevinst i forhold til den enkelte pasients behandling, og også i forhold til økonomisk ressursutnyttelse, er å få til sammenhengende behandlingsskjeder. I rusfeltet betyr dette også å redusere avbrudd i behandlingen og tilbakefall hos pasientene. Vi må alliere oss mye tydeligere med pasientene, både gjennom den enkeltes medvirkning og gjennom brukerorganisasjonene. Målet må være å gjøre pasientene til aktive deltakere i sin egen prosess innenfor de rammene som ruslidelsen gjør nødvendig. Vi må påvirke og være med på utvikling av den organisasjonen vi er del av, ut fra erfaringer vi gjør i pasientbehandlingen og forbedringsarbeidet. Vi håper gjennombruddsprosjekt bedre rusbehandling har bidratt positivt til en slik utvikling.

Referanser

På helsa løs, Den norske legeforening 2006.

Rusmiddelbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn 2005.

Norges offentlige utredninger. Forskning på rusfeltet. Vedlegg 1. NOU 2003:4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, Oslo 2003.

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Helsetilsynets utredningstjeneste 10-2000, Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

Kurtze N, Eide AH. Helse hos tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF-rapport STF78 A035002. Oslo: SINTEF Unimed 2003.

Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. SINTEF-rapport STF78 A035003. Oslo: SINTEF Unimed 2003.

Norges offentlige utredninger. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. NOU 2003:4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning Oslo 2003.

Vedlegg

Deltakende avdelinger og praksiser

Stiftelsen Bergensklinikkene
Postboks 297
5804 Bergen

Helse Fonna HF – DPS Stord
Postboks 4000
5409 Stord

Lovisenberg DPS
Lovisenberggt. 11
0440 Oslo

Avdeling for behandling av rusmisbruk
Universitetssykehuset Nord-Norge
Åslandveien 65
9100 Kvaløysletta

Avd. for rusrelatert psykiatri
Sykehuset Levanger og Namsos
Sykehuset Levanger
7600 Levanger

Rusmiddelpoliklinikken Tønsberg DPS
Ørnesalleen 14
3120 Tønsberg

Psyk. ungdomsteam for Asker og Bærum
Sykehuset Asker og Bærum HF
Postboks 83
1309 Rud

Avd. for rus- og avhengighetsbeh.
SSHF
Bispegtra 50c
4632 Kristiansand S

Rusteam ved Grorud DPS
A-hus
1473 Lørenskog

Klosteret krise- og observasjonsenhet
(ved Lillestrømklinikken)
Alexander Kiellands gt. 11
2000 Lillestrøm

BUP, Helse Fonna HF
Postboks 2170
5504 Haugesund

Bjørgvin DPS
Psykiatrisk ungdomsteam
C. Sundtsgt. 57
5004 Bergen

Rusbehandling Midt-Norge HF
Strandv. 1
7500 Stjørdal

Rusteamet – Salten psykiatriske senter
Voksenpsykiatrisk poliklinikk
Nordlandssykehuset HF
8092 Bodø

Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)
Ullevål Universitetssykehus HF
0407 Oslo

Avdeling for førstegangpsykose
Psykiatrisk divisjon
Ullevål Universitetssykehus
Akersbakken 35 C
0172 Oslo

DPS Gjøvik
Poliklinikk Gjøvik
Kyrre Greppsgt. 11
2819 Gjøvik

Sykehuset Østfold HF
Divisjon for psykisk helsevern
DPS Fredrikstad, ambulante tjenester
Boks 584 Veum
1612 Fredrikstad

Stavanger universitetssykehus
Psykiatrisk klinikk
PB 1163 Hillevåg
4095 Stavanger

Nordlandsklinikken
8520 Ankenesstrand

Prosjektorganisasjonen

Veiledergruppe

Ove Kjell Andersen (koordinator)
Sissel Andreassen
Inger-Marie Blix
Aleidis Skard Brandrud
Mette Fredheim
Marit Frogner
Lill De Greve
Thorfinnur Gudmundsson
Gro Sævil Helljesen
Finn Holm
Rune Modell
Bjørnar Nyen
Jorunn Støvne Pettersen
Ada Schreiner
Anne-Grete Skjellanger
Scotty Stumoen
Janecke Thesen
Tordis Sørensen Høifødt
Thomas Østerby

Ekspertgruppe

Per Føyn (leder)
Olav Espegren
Reidunn Evjen
Ellen Hoxmark
Anne Loennechen
Marit Myklebust
Arild Schillinger
Ivar Scheie
Lise Aasmundstad

Legeforeningens sekretariat

Audun Fredriksen
Hans Asbjørn Holm
Guri Spilhaug
Bjarne Riis Strøm
Tom Sundar
Anne Sofie Torp