

Kvalitetsforbedringsarbeid Senter for psykisk helse og rus, Ytre Helgeland

Helsetilsynets erfaringskonferanse
25. 11.2019.

Leif Öberg
Spesialist i voksenpsykiatri

Christer Gavén
Spesialist i klinisk psykologi

Prosjekt *Beste Praksis*

CG

- I 2007 ba ledelsen om gjennomgang av journaler for å se om vi fulgte nasjonale standarder for utredning, diagnostikk og behandling.
- Vi fant at det var svært ulik praksis fra behandler til behandler og mellom de ulike poliklinikker (2 vop og 2 bup).
- Det var ikke mange behandlingsplaner å finne og det kunne være svært vanskelig å lese seg til hva som var mål i helsehjelpen, hvilke tilnærminger man brukte og hva slags kriterier man hadde for avslutning. Det forekom omtrent ikke gode evalueringer av helsehjelpens effekt underveis.
- **Konklusjonen var klar;**
De nasjonale standarder som var angitt i DPS veiledere (voksne 2006 og barn 2008) ble i liten grad fulgt.

Prosjektgruppe med start 2007

CG

- Ledelsen bestemte at det skulle nedsettes en prosjektgruppe som skulle bidra til endringer slik at vår praksis ble i tråd med nasjonale helsemyndigheters føringer.
- Prosjektmålene var at utredninger, diagnostikk og behandling skulle følge disse føringene.
- Gruppen ble ledet av spesialist i klinisk psykologi og spesialist i voksenpsykiatri. Det var i tillegg med én ansatt fra hver poliklinikk. Det ble lagt stor vekt på å få med ansatte med høy legitimitet i fagmiljøene.
- Oppstartsmøte hvor alle ansatte deltok over 2 hele dager.
- Prosjektgruppen møttes 1 gang i mnd. og det ble skrevet referat fra alle møter som ble sendt ut til alle ansatte.

Fra prosjekt til vanlig klinisk hverdag.

CG

- Etter 3 ½ år ble prosjektet avsluttet. Vi hadde da oppnådd klare endringer i riktig retning, men vi var langt fra i mål.
- Under prosjektperioden hadde vi engasjert spesialist i voksenpsykiatri Trond Aarre og spesialist i klinisk psykologi Jarle Refnin som referansepersoner.
- Etter denne avslutning ble hele «prosjektinnholdet» overført til linjen, en overgang som vi vet kan være vanskelig mht. å beholde og videreutvikle det et prosjekt har fått i gang.
- Det ble nå lagt klare føringer på hvordan endringen skulle videreføres i den **daglige driften**. Bl.a. ved at **behandlingsplaner skulle være en obligatorisk del av klinikk møtene**. Videre at avdelingsleder og spesialist skulle være aktive pådrivere og «etterspørrere».

Behandlingsplaner – et sentralt dokument i helsehjelpen LÖ

- Våre nasjonale helsemyndigheter legger stor vekt på at vi skal utarbeide behandlingsplaner sammen med den som kommer til behandling.
- Her skal vi dokumentere hvilke problemstillinger vi står overfor, hva vi mener er gode/anbefalte tilnærminger for de aktuelle problemstillinger.
- Videre skal vi angi hvilke meningsfulle og identifiserbare mål man tenker seg å kunne oppnå.
- Sist, men ikke minst, så skal man diskutere seg fram til hva som er rimelige avslutningskriterier.
- Behandlingsplaner opplever vi som et avgjørende punkt i faglig forsvarlig behandling.

Behandlingsplaners innhold.

LÖ

- At man har et dokument som heter behandlingsplan betyr imidlertid ikke at dokumentet inneholder de avgjørende punkter slik helsemyndighetene krever.
- Vi har erfart at det har vært særlige utfordringer når det gjelder konkrete målsetninger, behandlingstilnærming og avslutningskriterier.
- Det er brukt mye tid på å diskutere hva som er konkrete målsetninger og konkrete avslutningskriterier.
- Før behandlingsplaner ble innført var det mange og lange behandlingsløp der det var høyst usikkert når man skulle avslutte.
- I en spørreundersøkelse vi gjorde sa mange ansatte at det var slitsomt å ikke ha noen klar formening om når man skulle avslutte. Sannsynligvis var det også svært slitsomt for de som gikk i behandling.

Motstand mot innføring av behandlingsplaner

LÖ

- Før prosjektet startet gikk vi gjennom litteratur/forskning på hva som kunne være utfordringer når man skal endre klinisk praksis. Innføring av behandlingsplaner betydde for oss **virkelig** å endre praksis på en del viktige områder.
- Fixen et. al fra Canada som har forsket på dette angir en del succéfaktorer som må være på plass før man starter et slikt prosjekt.
- Forskerne sier at, med alle succéfaktorer på plass må man regne med et tidsperspektiv på 3 – 5 år før slike endringer er på plass, F.eks. ledelsens engasjement og prioritering, info alle ansatte og oppfølging.

- Generelt fenomen i de fleste organisasjoner.
- Vi fant ingen ulikheter mellom faggruppene mht. motstand.
- De som var relativt unge i faget var nok likevel lettere å få med.
- «Dette har vi alltid gjort, men vi har ikke skrevet det i journal ” var vanlige kommentarer.
- «Det vi jobber med er svært sammensatt og kan ikke konkretiseres og måles ” hørte vi også.
- I dag tenker man ganske annerledes; jo mer sammensatt og komplisert desto viktigere med klare mål, ofte med delmål underveis.

Forts motstand mot.....

CG

- Ved samtaler med hele personalgruppen og enkeltansatte kom det klart frem at faglig/teoretisk ståsted hadde betydning.
- Det viste seg også at enkeltansatte mente man ikke trengte å følge de nasjonale føringer mht behandlingsplaner, standardiserte utredningsløp m.m. «Det er kun anbefalinger».
- Det ble av noen klinikere lagt mer vekt på unntakene, altså tilfellene der det kunne være utfordrende å etablere målrettet og strukturert behandling.
- I samtaler/veiledning kom det også tydelig fram at ganske mange syntes det var vanskelig å utarbeide konkrete meningsfulle mål og avslutningskriterier.

Hvordan tenkte vi om å redusere denne motstanden og hvordan utviklet det seg?

CG

- Ledelsen fra direktør via områdesjef til avdelingsledere var helt fra starten krystallklare på at vi skulle innføre de endringer i klinisk praksis som var nødvendige for å imøtekomme nasjonale helsemyndigheters føringer. Dette ble uttalt og gjentatt både muntlig og skriftlig.
- De som uttrykte at de syntes det var vanskelig å jobbe målrettet og systematisk fikk aktiv hjelp både i individuell veiledning og i klinikk møter.
- De som uttrykte uenighet i vår ”nye” måte å jobbe på ble oppfordret til å skissere alternativer som kunne imøtekomme myndighetenes krav. De fikk i oppgave å si noe om hvilke tilfeller det var vanskelig med konkrete mål, standardisert behandlingstilnærming og konkrete avslutningskriterier.

Forts..... motstand og hvordan utviklet det seg?

LO

- Identifisering av uformelle ledere med motstand mot endringene.
- Det ble også utpekt ansatte med høy faglig legitimitet i miljøet som hadde veiledning gruppevis med ansatte.
Dette var ikke nødvendigvis spesialister eller leger/psykologer, men ansatte som fant det naturlig å jobbe etter de nye retningslinjene.
Mottoet var ” Vi må hjelpe hverandre uavhengig av hvilken tittel vi har”.
- Etter hvert ble det besluttet at alle behandlingsplaner skulle sendes til utpekte spesialister for godkjenning.
Her var det i en lang periode mye meningsutveksling på dips gullapp system. Og det fungerte bra !!
Vi har fremdeles denne ordningen. På den måten får avdelingenes spesialister «vise hva de kan».

- Når korrespondanse på dips gullapp ggr 3 går vi over til personlig veiledning.
- Korrespondanse på gullapp-systemet identifiserer de som har problem med behandlingsplaner.
- Dersom man etter 2-3 meldinger i dips ikke klarer å lande en god plan, snakker spesialist med den ansatte.

Særlige utfordringer mht. konkrete målsetninger og avslutningskriterier.

CG

Krav til mål og avslutningskriterier.

- Observerbare for den som mottar helsehjelp og behandler.
- Mulig å kartlegge på en måte som både den som søker hjelp og behandler forstår og er enige om.
- Atferdsbeskrivelser mht. ønskede endringer skal omtrent alltid være en del av målene. Rene psykoedukative tilbud er unntaket.
- Behandler og den som mottar hjelp skal «lett» kunne være enige om man har nådd målet/målene eller ikke.
- Eller like viktig; man skal «lett» se om man er på vei mot målene/ikke på vei, når man har evalueringspunkter lagt inn i behandlingsplanene.

Halvårige revisjoner av behandlingsplaner.

LÕ

- Hvert halvår går vi gjennom 3 -5 journaler fra hver behandler.
- Revisjonsgruppen består av to spesialister i klinisk psykologi og en spesialist i voksenpsykiatri, avdelingsleder og områdesjef.
- Her ser vi om det finnes behandlingsplaner, om de tilfredsstillter kravene til hvert punkt, om det er gjort evaluering på det tidspunkt som er angitt i planen og om planen er sendt fastlege/henviser.
- Dette er en glimrende anledning til å se hvordan ansatte jobber. Vi finner mye nyttig informasjon, også utover dette med behandlingsplaner.
- Avdelingsleder noterer hva den enkelte behandler kan bli bedre på og gir direkte tilbakemelding til den det gjelder.
- Vi erfarer at dette er svært nyttig, selv om det tar tid.

Hvordan opplever ansatte ved de 4 poliklinikkene dette med behandlingsplaner og revisjoner i dag ?

CG

- For det første så har ansatte blitt meget dyktige til arbeidet med behandlingsplaner. De aller fleste uttrykker at utarbeidelsen av behandlingsplaner er god hjelp i det terapeutiske arbeidet.
- Noen kan endog uttrykke «hvordan klarte vi oss før vi innførte dette arbeidsdokumentet ? »
- Ansatte erfarer at det er lettere å avslutte behandlingsforløp på en god måte.
- I dag har vi stor vekt på at våre revisjoner skal danne grunnlag for å gi de som trenger det konkret hjelp.
Slik blir det også oppfattet av de aller fleste.

Hvilke råd kan vi gi ut fra vår erfaring ?

LÕ

- Øverste ledelse må være krystallklar på at dette **skal** gjennomføres.
- Alle ledernivåer må ha **sterkt fokus** på det faglige innholdet i klinikkene.
- Alle ansatte må være med på prosessen. Vi utpekte ansatte som fikk et særlig ansvar for å holde sterkt fokus på dette arbeidet
- Alle ansatte må få kontinuerlig informasjon om arbeidet.
- Ledere på alle nivåer må være villige til å tåle at ansatte uttrykker misnøye med de endringer man innfører. Ved klare utvetydige føringer i bunn så går det over !!
- Det må settes av tid og penger til å gi de som trenger/ønsker hjelp aktiv støtte og veiledning.



Noen ganger er det helt ålreit.....!!!!



Takk for oppmerksomheten!