



## Utviklingsprosjekt:

Implementering og effekt av å ta i bruk pasientforløp og kliniske retningslinjer.

Nasjonalt topplederprogram

Helle Schøyen  
Kull 14

Helse Stavanger

## Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

### **Bakgrunn:**

Det er gjentatte ganger vist innenfor forskjellige fagfelt at det er vanskelig og tar tid å implementere nye kliniske retningslinjer (1). Samtidig viser forskning at optimalisering av behandling i tråd med til enhver tid gjeldene kliniske retningslinjer er kostnadseffektivt (2). På tross av «opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) og en betydelig økt forskningsaktivitet på psykiske lidelser er måling av effekt, bivirkninger og pasientmedvirkning fortsatt i stor grad manglende i psykisk helsevern.

Psykiatrisk Divisjon, Spesialavdeling for voksne, Stavanger Universitetssjukehus (SUS) har nylig gjennomført en endring i målsetning og drift av flere av sengepostene i divisjonen. Endringen innebærer å legge til rette for at pasienter som for første gang opplever å bli syke av en tilstand som kan defineres innen psykose eller det affektive spekteret og i behov av innleggelse tas i mot i sengeposter som er spesielt tilrettelagt og trent for å utrede og behandle disse tilstandene. Målet med denne endringen er å optimalisere utredning og behandling ut i fra hypotesen om at å komme tidlig til med best mulig behandling bedrer forløpet av disse tilstandene. De to sengepostene, A2 og A3 har utarbeidet et pasientforløp for hhv affektive lidelser (3) og psykoselidelser (4). Videre er det nylig publisert eller på vei til å bli publisert nye kliniske retningslinjer for utredning og behandling av affektive lidelser (5), bipolar lidelser (6) og psykoselidelser (7).

Med støtte i litteratur antas det allikevel at nye kliniske retningslinjer og pasientforløp for utredning og behandling av psykose og affektive lidelser ikke følges opp i tilstrekkelig grad. Det mangler system for å evaluere effekt, bivirkninger og grad av pasientmedvirkning i behandlingen. Konsekvensen er at våre pasienter sannsynligvis ikke får optimal behandling og at vi vet for lite om effekt, bivirkninger og grad av pasientmedvirkning i behandlingen.

**Prosjektet er forankret hos:** Konstituert divisjonsdirektør Jan Erik Nilsen og sjeflege Jan Olav Johannessen, Psykiatrisk Divisjon, SUS.

## Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål

### **Problemstilling:**

Prosjektet skal bidra til implementering og bruk av nye kliniske retningslinjer og pasientforløp, samt etablere system for å måle effekt, bivirkninger og grad av pasientmedvirkning.

### **Effektmål:**

Tatt i bruk nye kliniske retningslinjer og pasientforløp, samt etablert hensiktsmessige målevariabler for effekt, bivirkninger og grad av pasientmedvirkning på de to sengepostene (A2 og A3) som tar imot førstegangs innleggelser innen hhv affektiv og psykosespekteret.

### **Resultatmål:**

1. Prosjektet som skal gjennomføres er gjort kjent for de ansatte i de to sengepostene (A2 og A3) gjennom to dagers undervisningsopplegg som fokuserer på kliniske retningslinjer og betydningen av å ta disse i bruk.
2. Målevariabler som beskriver grad av etterlevelse av pasientforløp og kliniske retningslinjer, effekt, bivirkninger og grad av pasientmedvirkning er etablert.
3. Sekretærtjenester er omdisponert slik at innhenting og kvalitetssikring av data er ivaretatt.

## **Analyse og argumentasjon rundt problemstilling**

Kunnskapsbasert praksis innen utredning og behandling av bestemte pasientgrupper kan oppsummeres i kliniske retningslinjer. Behandlingslinjer eller pasientforløp er beskrivelse av et standard behandlingsopplegg for en pasient med en bestemt diagnose eller diagnosegruppe, basert på oppsummert kunnskap f.eks. i kliniske retningslinjer. Optimalisering av behandling i tråd med kliniske retningslinjer er vist å være kostnadseffektivt (2).

Det er beregnet at det ofte tar 15-20 år før nye intervensjoner er tatt i bruk i vanlig klinisk praksis (1). Videre må en skille mellom spredning og implementering. Retningslinjer kan spres raskt, men det innebærer ikke nødvendigvis at de implementeres og tas i bruk.

I følge T. Ruud (8) har vi i liten grad systematisk kunnskap om kvaliteten og effekten av de helsetjenestene som gis, og vi finner ofte store variasjoner innen helsetjenestene der vi har mål på kvaliteten. Ut fra nyere norsk forskning er det publisert en del om resultater av behandling gjennomført i forbindelse med forskning, men lite om resultater av den behandlingen som gis i vanlig klinisk arbeid, lite om kvalitet på helsetjenestene og omtrent ikke noe om implementering. Vi har derfor lite systematisk kunnskap om i hvilken grad kliniske retningslinjer faktisk brukes i vanlig klinisk praksis i Norge, og omtrent ingen kunnskap om i hvilken grad dette i så fall fører til bedre resultater av behandlingen.

Nylig etablering av to sengeposter som tar imot første gangs innleggelser av pasienter med hhv psykose eller affektive lidelser gjør at det ligger til rette for å ”strømlinjeforme” utredning og behandling gjennom å ta i bruk pasientforløp som er utarbeidet til formålet. Videre er det utarbeidet kliniske retningslinjer for begge pasientgruppene. Initialt er det ønskelig å evaluere i hvilken grad de kliniske retningslinjene og pasientforløpene brukes etter intensjonen og evt korrigerende organisering og drift deretter. Videre er intensjonen å legge til rette for at det kan måles på effekt, bivirkninger av behandling, samt grad av pasientmedvirkning.

## **Fremdriftsplan med milepæler**

Prosjektet er planlagt innført/gjennomført i løpet av september 2013. Detaljer fremgår av vedlagte kommunikasjonsplan (9) og fremdriftsplan og milepæler (10)

## **Budsjett - nøkkeltall**

Prosjektet forventes å kunne gjennomføres innenfor Psykiatrisk Divisjons, Spesialavdeling Voksne sin ordinære drift. Det vil være nødvendig å allokere sekretær tjenester tilsvarende en 50% stilling for å følge opp arbeidet med å innhente og kvalitetssikre data som prosjektet vil generere. Det vil være hensiktsmessig at spesialist i psykiatri eller psykologi frikjøpes tilsvarende 20% stilling i en periode for å sikre gjennomføring av prosjektet. Midler til undervisning om pasientforløp, behandlingsretningslinjer og kontinuerlig kvalitetsforbedring er nødvendig.

For øvrig er begge sengepostene iht bemanningsplan tilstrekkelig bemannet, selv om det siste året har vært en del vakante sykepleie stillinger. Det skisserte utviklingsprosjektet krever imidlertid ikke bemanningsendringer. Detaljer i vedlegg (11).

## Risikoanalyse

Fra interessentanalysen (12) og risikoanalysen (13) fremkommer det at enkelte, men signifikante fagpersoner har uklar eller manglende motivasjon for skisserte endringer som prosjektet innebærer. Men det er også signifikante fagpersoner som er positive til den skisserte endringen som derfor vil kunne bidra positivt til å påvirke gjennomføring. Kommunikasjon som tar sikte på å involvere bredt slik at de fleste får eierskap til prosjektet er viktig fra starten av jfr kommunikasjonsplan (9).

Det er ikke identifisert negative følger for ansatte, samarbeidspartnere, pasienter eller pårørende hvis prosjektet iverksettes.

Konsekvensen av ikke å sørge for at avdelingen etterlever kliniske retningslinjer og pasientforløp som er utarbeidet i avdelingen kan være økt risiko for kronifisering med tap av livskvalitet og økonomi. Resultatet av ikke å innføre et system som tar sikte på å evaluere behandlingen vi tilbyr er at behandlingen som gis kan bli vilkårlig og vanskelig å korrigere i tråd med ny viten.

## Ledelsesutfordringen

Ledelsesutfordringen med prosjektet er knyttet til å skape forståelse og entusiasme for prosjektet blant klinikere og miljøpersonale i det som oppleves som en travel klinisk hverdag. Prosjektet vil kreve at de som jobber i de to sengepostene som er fokus for prosjektet bruker de kliniske retningslinjene og pasientforløpene i det daglige arbeidet og det vil kreve oppmerksomhet på registrering. Det vil også være en utfordring å skape forståelse hos klinikkledelse at det må settes av ressurser i form av personale som kan følge opp prosjektet.

## Konklusjoner og anbefalinger

Det anbefales at prosjektet som beskrevet iverksettes for å øke kvaliteten av utredning og behandling til første gangs innlagte med lidelser innen affektiv og psykosopespekteret, samt legge til rette for å evaluere effekten av utredning og behandlingstiltak som iverksettes.

## Vedlegg

1. Boren SA, Balas EA. Evidence-based quality measurement. *J Ambul Care Manage.* 1999;22:17-23.
2. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2004;184:526-33.
3. Pasientforløp første gangs affektiv episode. 2013.
4. Pasientforløp første gangs psykoselidelse. 2010.
5. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for->

diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx. 2009.

6. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinje for utredning og behandling av bipolar lidelse. <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/nasjonale-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-bipolar-lidelse.aspx>. 2012.
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser (under ferdigstilling). <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-arbeid/Sider/nasjonale-faglig-retningslinje-for-behandling-av-psykoselidelser.aspx>. 2013.
8. Ruud T. Kvalitet og kompetanse. Om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. IS-1914. 2011.
9. Vedlegg 9. Kommunikasjonsplan.
10. Vedlegg. 10 Fremdriftsplan og milepæler.
11. Vedlegg. 11 Budsjett.
12. Vedlegg. 12 Interessent analyse.
13. Vedlegg. 13 Risikoanalyse.