

Stepwise:

Kvalitetssystem i psykiatri som tillför användbar information

För att motverka risken för fjärmande mellan det kliniska arbetet, kvalitetsregistren och forskningen bör de som arbetar med kvalitetssystem ha fokus på konkret nytta för kliniker och patienter.

Det Internetbaserade kvalitetsregistret RIKSÄT används på i stort sett samtliga ca 70 ätstörningsspecialiserade enheter och team i Sverige och är den största kvalitetsdatabasen inom svensk psykiatri. Kvalitetsregister kan dock upplevas som avlägsna från den kliniska vardagen eftersom man rapporterar redan känd information dit och får relativt lite kliniskt nyttig information tillbaka. Vi beskriver Stepwise, som är ett mer innehållsrikt system för patientregistrering och patientuppföljning, för att ge exempel på hur kvalitetssystem kan tillföra nyttig klinisk information och kvalitet. Att Stepwise har spritts till i dag 26 enheter i Sverige (utan aktiv marknadsföring) tror vi beror på att Stepwise fyller det behovet.

På uppdrag av Beställarkontor vård i Stockholm utformade Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS), i samråd med vårdproducenter och forskare, kvalitetssäkringssystemet Stepwise, som togs i skarp drift våren 2005. För de tre specialiserade ätstörningsenheterna i Stockholm var användning av systemet obligatoriskt och ingår nu i vårdavtalet, vilket initialt var en fram-

ANDREAS BIRGEGÅRD

fil dr, psykolog, Stepwise-ansvarig vid Kunskapscentrum för ätstörningar, Stockholm; registerhållare för RIKSÄT andreas.birgegard@ki.se

CAROLINE BJÖRCK

fil dr, leg psykolog, forskningsledare vid Statens institutionsstyrelse, Stockholm (tidigare enhetschef för Kunskapscentrum för ätstörningar)

DAVID CLINTON

docent, leg psykolog, leg psykoterapeut, Kunskapscentrum för ätstörningar, Stockholm



Foto: Colourbox

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) har tagit fram kvalitetssäkringssystemet Stepwise, som nu används av 26 enheter inom ätstörningsvården i Sverige.

gångsfaktor. Redan från start och alltmer har dock enheter utanför Stockholm anslutit sig.

Stepwise har hela tiden syftat främst till klinisk användbarhet och kvalitetsuppföljning, i andra hand till naturalistisk longitudinell forskning. Stepwise innehåller ett antal psykometriskt utprövade bedömningsstöd i form av halvstrukturerade intervjuer och kliniska skattningar, och som viktigt komplement självskattningsformulär som täcker liknande variabler (se faktarutan), och kliniskt relevant information skapas därmed i samband med registrering. Resultaten (inklusive förändring över tid vid uppföljning) sammanställs automatiskt och kan ges tillbaka till patienten. Registrering bidrar därmed på flera sätt:

1. en bred bedömning av variabler som är kliniskt relevanta men som sällan täcks av i tillräcklig omfattning utan en strukturerad metod

2. patienter bedöms mer lika och rättvist eftersom strukturerad metodik motverkar godtycke och skillnader i kunskapsnivå
3. gemensamma metoder ger ökad möjlighet till fortbildning och samsyn och till ökat närmande mellan klinisk verksamhet och forskning
4. ökad patientdelaktighet genom självskattningar och återförande, varvid
5. eventuella skillnader mellan klinikers och patientens bedömningar kan vara mycket belysande för t ex patientens sjukdomsinsikt och förändringsmotivation.

Ett system som Stepwise fungerar om det upplevs som acceptabelt av kliniker och patienter, men inte om patientmötet och det kliniska samtalet försämras. Här finns olika perspektiv. En ståndpunkt är att ett gott kliniskt samtal försvåras av att det finns en dator mellan terapeut och patient samt av att frågor delvis ska läsas innantill enligt ett schema i stället för att en empatisk och erfarenhetsdriven fingertoppskänsla får leda patientmötet.

De farhågor inför system som Stepwise som företrädare för detta synsätt uttrycker måste respekteras och diskuteras, och det är vår tydliga erfarenhet att detta bör göras både i förväg och kontinuerligt. Förutom forskning som visar att strukturerade kliniska intervjuer har hög accepterbarhet hos patienter och kliniker [1] är det dock vår erfarenhet att farhågorna minskar med erfarenhet. Dels behöver struktur inte motverka empati, utan i varje halvstrukturerad metod finns också utrymme för lyssnande och utveckling av idiosynkriska teman. Dels kan den tydliga ramen också underlätta att man närmar sig svåra ämnen på ett avdramatiserat sätt: metoden kan bli ett slags trygg zon eller »ursäkt« för att fråga och berätta om det som är svårt och skamfyllt.

Att det i början är svårt att ägna patienten tillräcklig uppmärksamhet är naturligt, precis som att man inte kan fokusera på det djupare innehållet i en text när man håller på att lära sig läsa.

STEPWISE

Metoderna är valda för att gå fort att använda, vara billiga, utprovade och internationellt använda.

Undersökningstyp	Barn/ungdom <18 år	Vuxna ≥18 år
<i>Bedömarcenterade metoder</i>		
Halvstrukturerad diagnostisk intervju för DSM-IV axel I utom ätstörningar	M.I.N.I.Kid	SCID-I
Halvstrukturerad diagnostisk intervju för ätstörningar enligt DSM-IV	SEDI ¹	SEDI ¹
Klinisk skattning av ätstörningens svårighet	Psychiatric Status Rating ¹	Psychiatric Status Rating ¹
Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling	RIKSÄT	RIKSÄT
Klinisk skattning av symtom-/funktionsnivå	CGAS ¹	GAF ¹
<i>Självskattningsmetoder</i>		
Ätstörningssymtom	EDEQ ¹	EDEQ ¹
Sekundär nedsättning på grund av ätstörningssymtom		CIA
Psykiatriska/psykologiska symtom	SDQ	CPRS-S-A
Självregleringsstrategier	SASB ¹	SASB ¹
<i>Valbara metoder</i>		
Personlighetsstörning		SCID-II-Screen självskattning, SCID-II-Intervju
Självskadebeteende	DSHI	DSHI
Screening för autismspektrumstörning	ASSQ	

¹ Ett mindre urval metoder som kan användas vid extraregistreringar avsedda att göras vid behandlingens start och slut för att mäta effekter av specifika interventioner.

Förkortningar

ASSQ=Autism spectrum screening questionnaire
 CGAS=Children's global assessment scale
 CIA=Clinical impairment assessment
 CPRS-S-A=Comprehensive psychopathological rating scale for affective syndromes
 DSHI=Deliberate self-harm inventory
 EDEQ=Eating disorder examination questionnaire
 GAF=Global assessment of functioning
 SASB=Structural analysis of social behavior – Introject
 SDQ=Strengths and difficulties questionnaire
 SEDI=Structured eating disorder interview

Uppföljningsstrukturen är relativt flexibel: grunden är 0 och 12 månader.

Därutöver kan mindre metodbatterier användas vid 3, 6 och 9 månader. Vidare uppföljningar vid 24 och 36 månader är tillgängliga.

Integrering med elektroniska journalsystem är möjlig och har hittills utförts vid en enhet.

Resultat hittills (november 2009): 26 specialistenheter för ätstörningsvård använder Stepwise, varav 23 anslutit sig frivilligt. Cirka 150 användare har utbildats, och databasen innehåller uppgifter om mer än 3 000 patienter. Täckningsgraden för initialregistrering är över 85 procent i genomsnitt. Andelen uppföljda vid 12 månader är i genomsnitt ca 70 procent.

Med träning och erfarenhet kan innehållet dock återerövas, med tillägget att bedömningen blir mer heltäckande, kommunicerbar och reliabel. Den vanligare ståndpunkten bland blivande användare är dock att instrument för bedömning och diagnostik ökar kunskapsnivån och professionligheten i bemötandet.

Ett centralt syfte är också att de variabler som resulterar ska informera om prognos, behandlingsbehov, troligt samspel med patienten och möjliga problem som kan uppstå. Eftersom metoderna används i forskning internationellt, och eftersom vi själva forskar och

bidrar till kunskapsunderlaget, uppfylls detta behov i ökande utsträckning. Nödvändigt är i detta sammanhang att utbilda kring metoderna och deras tillämpning i patientarbetet för att öka den pragmatiska validiteten i vad som annars kan bli anonyma och svåravläsbara siffror.

Kvalitetsregisterdebatten i Läkartidningen under det senaste året har förtjänstfullt visat farorna med oförsiktig användning av resultat och statistik utifrån register. Vi håller med om flera av de belysta problemen, t ex enhetsrankningars vansklighet, case mix-proble-

matik som försvårar jämförelser av utfall [3], och produktionstryck som kan riskera att snedvrider utfallsbedömningar [4].

Kombinationen av kliniska skattningar och självskattningar motverkar vissa sådana effekter, men bara täckningsgraden (se faktarutan) gör att rankningar helt enkelt inte kan göras på ett rimligt sätt. Det är ändå vår tydliga bild att mängden klinisk forskning inom psykiatri kan ökas genom system som Stepwise, eftersom utvärdering av den egna verksamheten enligt objektiva kriterier blir rutin, och det är relativt enkelt att bygga kliniska studier med Stepwise som stomme.

Stepwise är i sig också redan en världsunik forskningsdatabas med avseende på kombinationen kvantitet och kvalitet på data, och trots svagheter och brister kan åtskilliga frågeställningar väl belysas. Framtida utvecklingar inkluderar förbättrade stöd för att underlätta utvärdering av patienters förändring, med hjälp av statistiska index för ankrade i kliniska och normala referensvärden, »clinically significant reliable change indexes« [2].

Andra vårdgrenar än ätstörningsvården har visat intresse för Stepwise, och vi har byggt separata moduler för användning inom barn- och ungdomspsykiatri som används sedan september 2009. RIKSÄT kommer också, baserat på erfarenheterna från Stepwise, att utvecklas mot att innehålla mer av bedömningsstöd och självskattningar.

Kvalitetsregisterdebatten har tydligt illustrerat risken för fjärande mellan det kliniska arbetet och registren och forskningen. För att motverka det bör vi som arbetar med kvalitetsystem ha fokus på konkret nytta för kliniker och patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Suppiger A, In-Albon T, Hendriksen S, Hermann E, Margraf J, Schneider S. Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behav Ther.* 2009;40:272-9.
2. Wise EA. Methods for analyzing psychotherapy outcomes: a review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *J Pers Assess.* 2004;82:50-9.
3. Ranstam J, Wagner P, Robertsson O, Lidgren L. Rangordning i vården leder till felaktiga slutsatser. *Läkartidningen.* 2008;105:2313-4.
4. Järhult B, Bejerot S. Evidensbaserade kvalitetsregistren! *Läkartidningen.* 2009;106:1912-3.

Fler debattinlägg på sidan 3354.