

Brugerinvolvering i kvalitetsudvikling



Brugerinvolvering i Kvalitetsudvikling

Tekst: Helene Stephansen

Layout: Anna Kathrine Bach Kristensen og Ingerlise Andersen

Redaktør: Anne Kongerslev Wermuth

DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

Marts 2020

Hæftet kan downloades på DEFACTUMs hjemmeside: www.defactum.dk

Brugerinvolvering i Kvalitetsudvikling

Indledning

På forbedringsvejlederuddannelsen i Region Midtjylland introduceres deltagerne til udvalgte kvalitetsudviklingsmetoder. Sideløbende med undervisningen arbejder deltagerne med et forbedringsprojekt, de selv har formuleret. Forbedringsprojektet sikrer på den måde en learning by doing-tilgang, hvor deltagerne anvender og afprøver metoderne i praksis.

I Region Midtjylland har vi et målbillede, hvor patienter og brugeren står øverst: Vi ønsker et sundhedsvæsen på patientens præmisser og et socialområde på brugerens præmisser. Det er derfor også et vigtigt fokus på forbedringsvejlederuddannelsen, at deltagerne involverer patienter eller brugere i deres forbedringsprojekter.

I dette hæfte præsenteres tre forbedringsprojekter, der på hver sin måde involverer brugere. I det ene projekt er målet, at der skal være patientrepræsentanter i styregrupper, i det andet projekt har man anvendt et patientpanel og skyggemetoden, mens det tredje projekt har lavet pilottest og interview med brugere.

Hæftet er skrevet af Helene Stephansen, som har arbejdet som brugerkonsulent i DEFACTUM og været tilknyttet Forbedringsvejlederuddannelsen som underviser og sparringspartner for deltagerne. Der er tale om et inspirationshæfte, som formidler forskellige måder at inddrage brugere på, og ikke en trin-for-trin guide til, hvordan man bør arbejde med brugerinddragelse.

God læselyst



Vi vender det rundt og spørger patienten

Klinisk sygeplejespecialist Tina Wang Vedelø og udviklings- og implementeringssygeplejerske Inger Marie Taagaard deltog på forbedringsvejlederuddannelsens hold 7. Projektet foregik i Hjerne- og Rygkirurgisk klinik på AUH i Skejby.

Projektet havde som mål at skabe en forbedring for patienter i klinikken ved at mindske ventetiden og sikre, at 75 % af patienterne, der skal opereres, kommer til samtale med læge og sygeplejerske samme dag, i stedet for som tidligere, at komme til samtale af to omgange. Samtidig ville projektet afkorte den standardsamtale, som patienterne tilbydes med en sygeplejerske, fra 45 minutter til 15 minutter. Dette gøres ved at afskaffe dobbeltinformation og -dokumentation og ved at sætte fokus på, at tiden bliver brugt til at tale om det, der er vigtigt for den enkelte patient.

Vi ved ikke, hvad patienten ønsker

Inden projektets begyndelse arbejdede de i Hjerne- og Rygkirurgi efter, hvad de tænkte, der var bedst for patienterne, uden de reelt vidste, om det var det patienterne ønskede:

”Vi har på vores afdeling altid haft tradition for, at først har du tre kvarters lægesamtale, og så har du tre kvarter med sygeplejersken. Men vi har ikke på noget tidspunkt været ude at spørge patienterne: Har I brug for den samtale? Hvad forventer I af den? Eller hvad tænker I, at vi skal snakke om? Det er bare noget, vi har gjort”, fortæller Tina.

Inger og Tina ville derfor prøve at spørge patienterne, hvad de egentlig har behov for. For at hente inspiration var de i begyndelsen af projektet ude at besøge Ortopædkirurgisk

Afdeling E. Her blev det tydeligt for dem, hvor meget der er at hente ved at inddrage brugerne:

”Da vi kom på afdeling E, var det så abstrakt for mig, at der var patienter, der ville vælge sygeplejerskesamtalen fra, hvis de fik valget. Jeg havde slet ikke tænkt den tanke. Sådan noget kan vi jo kun hente ved at spørge brugerne og finde ud af, hvad de har behov for”, forklarer Tina.

Brugerdialog og interview gav ideer og forståelse

Inden projektet gik i gang, indbød Tina og Inger patienter til en brugerdialog. De inviterede tre tidligere rygpatienter til at fortælle om alle de ting, der fyldte for dem under deres behandlingsforløb. Det gav ikke kun ideer til, hvor der var plads til forbedringer, men ligeledes en bedre forståelse af brugerne. Herved undgik de, at tiltagene alene blev baseret på de sundhedsprofessionelles formodninger og erfaringer. Ved at snakke med brugerne tidligt i processen sikrede de også, at projektets målsætning ville medføre en reel forbedring for brugerne.

Et af de første skridt i projektets begyndelse var, at Inger foretog telefoninterview med 20 tidligere rygpatienter, hvor der blev spurgt ind til deres forløb:

”Vi blev meget inspireret af tanken om, hvad det egentligt er, de har behov for. Nogle af patienterne fortalte, at de slet ikke kom omkring nogle af de ting, de gerne ville snakke om [til samtalen], fordi sygeplejersken havde alt det her dokumentation, hun skulle lave. Det starter hun med, og så bliver det ligesom fokus for samtalen. Så vi skulle have det vendt rundt og spørge patienten; hvad har du egentligt brug for at snakke om?”, fortæller Tina.



Skyggemetoden gav indblik i patientens forløb

Halvvejs i projektet valgte Tina og Inger at bruge skyggemetoden, en metode hvor man følger og observerer patienter, og derved får indblik i forløbet set fra patientens perspektiv. Det er som sundhedspersonale mest naturligt at se et patientforløb ud fra et fagligt perspektiv. Hvis synsvinklen ændres, kan det give overraskende resultater.

Formålet var at afdække patienternes oplevelse af ventetiden i Klinikken, og hvor lang tid patienterne synes, det er acceptabelt at vente mellem lægesamtalen og sygeplejesamtalen. Skyggemetoden blev suppleret med et kvalitativt interview af de samme patienter. Alle de adspurgte patienter svarede ja til at deltage.

Tina forklarer, hvordan hun valgte at skygge deres patienter:

”Til samtalen satte jeg mig udenfor deres synsfelt, sådan at de ikke kunne se mig, men jeg kunne høre, hvad der blev sagt og se ansigtsudtryk og reaktioner. Så lyttede jeg bare med og tog tid i løbet af dagen.”

Ingen af de adspurgte patienter endte med operation, hvorfor Inger og Tina ikke kunne observere, hvor længe patienterne måtte vente på sygeplejesamtalen, eller hvordan patienterne reagerede på det ændrede fokus og tid for sygeplejesamtalen. Til gengæld viste skyggemetoden, hvordan patienterne opførte sig i venteværelset. Brugerne møder op i klinikken, efter at de er blevet henvist dertil. Her trækker de som regel et nummer i automaten, og herefter kan de via en elektronisk tavle i venteområdet følge med i, hvornår det er deres tur. På den måde har patienterne et overblik over, hvornår de kommer til, men tidspunktet er kun vejledende. Således kan en patient på skærmen se, at hun har en tid om et minut, men alligevel går der flere minutter, før hun kommer til. Modsat oplever en anden patient, at hendes ventetid er anslået til 25 minutter, men hun kommer til efter kun 5 minutter.

Skyggemetoden viste, at patienterne forholder sig roligt og accepterer, at det tager den tid, det tager. De er vant til at vente; de helt garvede har på forhånd medbragt en bog og patienterne synes kun, at det er positivt, hvis de kaldes ind før tid.

Mange forløb kan forbedres

Målet med forbedringsprojektet var, at mindst 75 % af patienterne, der blev henvist til operation, skulle have både den præoperative samtale med neurokirurg og samtale med sygeplejerske ved første besøg. Pr. 1. september 2019 var resultatet, at 50 % af patienterne færdiggøres ved første besøg. Ved de resterende 50 % af patienterne, hvor sygeplejesamtalen udskydes, er halvdelen af disse booket en anden dag med en faglig relevant begrundelse.

Tina og Inger fortæller ved afslutningen af deres forbedringsprojekt, at det har været særligt givende at få input og reaktioner fra patienterne. Deres holdning er, at mange forløb vil kunne optimeres og effektiviseres, hvis man spørger patienterne om deres oplevelser og ønsker med udgangspunkt i nuværende praksis.

Kontaktoplysninger

Tina Wang Vedelø
Klinisk specialist, Ph.d. Cand. cur
Tlf.: +45 23882163
Mail: Tinavede@rm.dk



Inger Marie Taagaard
Sygeplejerske, RN, MHH
Udvikling og implementering
Tlf.: 78 46 48 73 eller 78463405
Mail: Ingetaag@rm.dk



Patientrepræsentanter ind i styregrupper

Lea Grey Haller deltog på forbedringsvejlederruddannelsens hold 6. Lea er kvalitetskonsulent ved RKKP, en tværregional organisation bygget op omkring RKKP Videncenter og de kliniske databaser, som måler kvaliteten af sundhedssektoren. Der findes i dag 80 kliniske databaser.

Databaserne indeholder oplysninger om patienters udredning, sygdom og behandlingsforløb og har til formål at belyse sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter. Data vurderes af de tilknyttede styregrupper, som består af forskellige fagfolk og patientrepræsentanter. Styregruppen fastlægger og definerer det faglige indhold i databasen og udgør motoren, der sikrer anvendelsen af resultaterne til kvalitetsforbedring.

Patientrepræsentanterne var og er hele omdrejningspunktet i Leas projekt. Målet er, at 80 % af de kliniske databaser har minimum to patientrepræsentanter: En fra en patientforening og en med egne erfaringer. De skal som en del af styregruppen være med til at vurdere, hvilke indikatorer der bedst kan måle kvaliteten indenfor det område, de repræsenterer eller har personlig erfaring med. De bliver klædt på til jobbet i styregruppen gennem et introkursus og deltager i de to årlige møder.

Brugerne i projektet skaber med deres deltagelse ikke en forbedring, der direkte kommer dem selv til gode. I stedet bruger de deres egen erfaring til at tale for andre patienter. Som en nuværende patientrepræsentant udtrykker det: "Mine input er at svare på ting, som jeg bliver spurgt om, eller at stille spørgsmål som evt. kunne komme andre patienter til gode med den

erfaring, jeg har med fra mit forløb."

Patienterne er dem med mest erfaring

Hele formålet med projektet er, at de i kvalitetsdatabaserne gerne vil have patienternes synspunkter. For Lea er den mest naturlige tilgang til at måle kvaliteten af et givet område i sundhedssektoren at spørge dem med mest erfaring, nemlig brugerne. Derfor var præmissen for projektet ikke, om der skulle anvendes brugerinddragelse, men hvordan. Ved at inddrage brugerne i databaserne, kan de komme med nye perspektiver og indsigter, som de fagprofessionelle i styregruppen ikke har fået øje på. De kan være med til at påvirke behandlingen af det sygdomsområde, de repræsenterer, og endda komme med nye ideer til, hvilke indikatorer der skal måles på fremadrettet:

"Man har som styregruppemedlem mulighed for at give input til den årsrapport, som styregrupperne genererer. Her er man med til at træffe beslutning om, hvilke indikatorer et bestemt behandlingsområde skal måles på, og det er utrolig vigtigt", fortæller en patientrepræsentant ved RKKP.

Lea fortæller, at de ved at inddrage patientrepræsentanter i form af tidligere patienter og medlemmer af en patientforening, kan skabe mere politisk opmærksomhed omkring et emne. Patientrepræsentanterne får gennem styregruppemøderne en ny indsigt og er ofte med til at gøre resultaterne mindre abstrakte, så også ikke-fagfolk kan forstå dem. På den måde kan brugerinddragelse medvirke til at skabe et beslutningsgrundlag for politikere, når der skal kvalitetsudvikles og tages stilling til, hvor den sundhedspolitiske indsats skal være.



Alle skal klædes på til opgaven

Først og fremmest skal styregruppen vælge, om de vil have en patientrepræsentant med i gruppen. Det er frivilligt, men tæller med, når RKKP skal prioritere, hvilke databaser der fortsat skal køre. Beslutter styregruppen at involvere patientrepræsentanter, bliver de klædt på til det gennem databasens kontaktperson, der fortæller, hvad det vil komme til at betyde for arbejdet i styregruppen fremadrettet.

Næste skridt er selve rekrutteringen af patientrepræsentanterne. Det sker ved at kontakte patientforeningerne, som så typisk slår "stillingen" op i deres medlemsblad eller sender mails ud til deres medlemmer. Hvis der ikke findes en patientforening inden for sygdomsområdet, rekrutterer RKKP typisk via afdelinger på sygehusene.

Det sidste skridt, inden patientrepræsentanterne indgår i styregruppen er, at de bliver klædt på til opgaven. Det sker via et introkursus, hvor de sammen skal finde ud af, hvordan de bedst kan bidrage:

"De får nogle redskaber til deres rolle og får at vide, hvad det er, de kan byde ind med som patientrepræsentant. Dvs. hvilken kasket skal de have på, når de sidder der, og hvad kan de gøre for at styrke deres mandat. Udover introkurset opfordres formandskabet, patientrepræsentanter og databasens kontaktperson til at afholde en forventningsafstemning. To separate tiltag for at sikre, at alle er bedst muligt klædt på", forklarer Lea, der også selv er med som oplægsholder på introkurserne.

Det viser sig ofte, at styregrupperne er meget positivt overrasket over patientrepræsentanterne. Til at starte med frygtede nogle styregrupper, at det ville forstyrre deres faglige arbejde og fortroligheden i rummet. Men det er ændret, og patientrepræsentanterne føler at de bliver inddraget og lyttet til:

"Mit indtryk er helt bestemt at vi [patientrepræsentanter], bliver hørt og taget

alvorligt. Derfor er det også meget vigtigt, at man kender sin rolle, og f.eks. ikke tror, at man er der for at tale om sit eget forløb i detaljer, men kun bruger sine erfaringer som eksempel i en given situation. Vi sidder der jo ikke for os selv, men som repræsentant for en hel gruppe af mennesker", fortæller en patientrepræsentant.

Flere patientrepræsentanter på vej

Inden Lea startede på forbedringsvejlederuddannelsen havde 6-8 databaser en patientrepræsentant. Ved projektets afslutning havde de rekrutteret 32 nye patientrepræsentanter, som enten var tilmeldt et introkursus eller var på vej til at starte.

Målet er ikke nået endnu, det kræver en længere modningsproces hos styregrupperne og den interne organisation. Men patienter og pårørende bliver hilst aktivt velkommen i styregruppernes arbejde, selvom der har været begrænsninger i form af arbejdspress og manglende motivation. Men overordnet virker det til, at projektet har skabt en positiv stemning omkring det at have patientrepræsentanter, både hos de sundhedsfaglige og patientrepræsentanterne.

Lea arbejder derfor stadig med projektet, da hun mener det er nødvendigt med organisatorisk brugerinddragelse, hvis vi skal forbedre den overordnede kvalitet i sundhedssystemet:

"Jeg har siddet som kontaktperson på de psykiatriske databaser tidligere, og der synes jeg bare det har givet enormt meget. Så jeg kan ikke forstå, hvorfor det [patientinddragelse] ikke skulle være der. Jeg brænder meget for det", konkluderer Lea.

Kontaktoplysninger

Lea Grey Haller
Kvalitetskonsulent, Cand.Scient.San
Regionernes Kliniske
Kvalitetsudviklingsprogram
Telefon: +4521525908
Mail: Lehall@RKKP.dk



Patienter får øget kendskab til deres medicin

Heidi Kjærskov Brodersen deltog på Forbedringsvejlederuddannelsens hold 6, som løb fra februar 2018 til februar 2019. Heidi er kvalitets- og patientsikkerhedskoordinator ved Klinik for hjertesygdomme på Aarhus Universitetshospital.

Heidis forbedringsprojekt tog udgangspunkt i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), hvis resultater viste, at patienterne ikke er velinformerede om virkning og bivirkning ved deres medicin.

Projektets mål var, at 75 % af de ambulante hjertesvigtspatienter skal være fortrolige med deres medicin, efter de har været til konsultation i klinikken. Projektets mål har undervejs ændret sig fra, at det skulle gælde alle hjertesvigtspatienter, til kun at gælde for de patienter, der selv administrerer deres medicin.

For at nå målsætningen har Heidi anvendt brugerinddragelse til at få nye perspektiver på problemstillingen. Det er en tidskrævende proces ifølge Heidi. Det kræver, at man sætter tid af til at gå i dialog med patienterne. Det er meget givende at snakke med patienterne, men også svært når man har en deadline og et arbejde, der skal laves ved siden af.

Brugerne har forskellige behov

Heidi har fra start af tilstræbt at tage udgangspunkt i brugernes behov. Projektet udspringer således af LUP'en, samtidig med at Klinik for hjertesygdomme oplevede, at de havde mange opkald fra patienter, der spurgte ind til deres medicin. Heidi gennemførte en række interview med patienter for at kortlægge deres virkelighed. Det stod i den

forbindelse klart, at patienterne havde meget forskellige behov, hvad angik kendskabet til egen medicin:

"Af dem jeg interviewede, var der 30 procent, der kendte bivirkninger, 20 procent der kendte bivirkninger i begrænset omfang og 50 procent, der ikke kendte bivirkningerne ved deres medicin. Nogle af dem føler slet ikke, at de har behov for at vide det. Hvis de får nogle bivirkninger, så slår de det enten op, eller ringer til den læge, der har ordineret medicinen. Hvor vi som sundhedspersonale nok synes, at de skal have viden om almindelige bivirkninger, og hvad de kan forvente, der kan opstå."

Resultaterne viste, at 50 procent af patienterne ikke havde behov for mere viden, da de følte sig fint informeret, læste indlægssedlen eller ringende til klinikken. Det betød stadig, at cirka halvdelen af de 30 til 40 patienter, klinikken har besøg af om dagen, mangler og ønsker mere kendskab til egen medicin. Projektets næste skridt var derfor at undersøge, hvordan de bedst kunne få den viden.

Forbedringsteamet kom efterfølgende frem til flere tiltag, blandt andet medicinapp's og lommekort. Lommekortet er et kampagnemateriale, der handler om, hvorvidt du som patient har tjek på din medicin. Lommekortet stiller fire simple spørgsmål til patienterne: hvad for et aktivt stof er der tale om, hvorfor tager du medicinen, hvornår tager du medicinen, og hvilken styrke tager du. Flere patienter har prøvet lommekortet og er efterfølgende blev spurgt ind til deres oplevelse. De fleste var positivt stemte, men der var også nogle, der ikke mente, at det var nødvendigt med et lommekort.

Hvorfor?

Du skal vide, hvorfor du tager din medicin



Diabetes Forhøjet blodtryk Kosttilskud



Husk!

Fortæl din læge, hvis du tager mere eller mindre af din medicin, eller ændrer på, hvornår du tager medicinen.

Hvilken styrke?

Kend styrken på din medicin



Hvornår?

Du skal vide hvor ofte og hvornår, du skal tage din medicin



MORGEN MIDT AFTEN

Hvad?

Kend det aktive stof i din medicin.



"PARACETAMOL"

Oplysningerne er vigtig viden for dig selv, din læge og andre, der skal behandle dig



Brugerne blev inddraget i processen

I starten af projektet, lavede Heidi en stikprøve med tre patienter, der alle skulle til en konsultation i deres klinik. De blev spurgt til, hvad de vidste om deres medicin, både før og efter konsultationen. Fordi der var tale om få patienter, gav det en begrænset mængde data. Men det var nok til, at man gerne ville prøve at spørge endnu flere patienter om det samme i forbindelse med deres besøg i klinikken.

Derfor blev der kort tid efter lavet endnu en stikprøve med 57 patienter. Lægerne, som patienterne skulle til konsultation hos, fik udleveret et afkrydsningsskema. Her skulle de krydse af, om patienterne kom med et opdateret FMK (Fælles MedicinKort) og et udfyldt oplysningsskema over deres medicin; et skema de får tilsendt sammen med indkaldelsesbrevet. Derved kunne lægerne finde ud af, om der var overensstemmelse mellem, hvad patienterne mente de fik af medicin, og hvad de rent faktisk havde fået ordineret.

Den sidste måde hvorpå brugerne blev inddraget i projektet var via observationer. 20 konsultationer blev observeret, og efterfølgende blev 10 af patienterne ringet op og de blev spurgt om, hvad de kunne huske fra deres konsultation. Det var udelukkende de patienter, der skulle starte på ny medicin eller have foretaget ændringer, der blev ringet op.

Patienternes perspektiv er vigtigt

Målet er ikke nået endnu, men prøvehandlingerne kører stadig et halvt år efter endt uddannelse. Der tænkes fortsat i brugerinddragelse, som skal huskes og prioriteres i en travl hverdag. Heidi er sikker på, at målet nok skal nås, men det tager tid,

især fordi der er flere tiltag på vej, som skal afprøves og evalueres. I takt med at disse bliver præsenteret for patienterne, bliver det måske også nemmere at vurdere, hvad deres behov er. De mange muligheder gør nemlig, at brugerne kan finde det tiltag, der virker bedst for dem: en app, en alarm eller et huskekort. Derfor er det indsatsen værd at involvere brugerne i afprøvningen:

”Det er helt vildt at have patientens perspektiv med. Nogle gange siger de jo noget, hvor man tænker, det havde jeg ikke lige regnet med, at det var den vinkel. Lige med medicininformation, der havde jeg tænkt, at de her 10 patienter ville sige: alt den viden, jeg kan få om medicin, den vil jeg gerne have. Men det var ikke det, de sagde.”

Fremadrettet ønsker Heidi derfor at inddrage brugerne mere, da brugerne kender deres egne behov, det gør sundhedspersonalet ikke nødvendigvis. Det er derfor et eksempel på et projekt, hvor forbedringsteamet løbende har lært vigtigheden af brugerinddragelse:

”Der vil være behov for at inddrage patienterne noget mere ift., om de har nogle ideer til, hvad der kunne virke for dem. For et er, hvad vi som sundhedsfagligt personale tænker, kunne være en idé, men det kunne være patienterne tænker noget helt, helt andet”, afslutter Heidi.

Kontaktoplysninger

Heidi Kjærskov Brodersen
Kvalitets- og patientsikkerhedskoordinator,
AUH Hjertesygdomme
Tlf.: +45 40134184
Mail: Heidibrod@rm.dk



