

Hvordan sikrer vi os at de nationale kvalitetsmål giver værdi for patienten?

Marianne Schmidt

Kvalitetsleder Sclerosehospitalerne i Danmark

msci@sclerosehospital.dk

organisatorisk patientdrevet kvalitetsudvikling

Inddragelse af patient og pårørende på alle niveauer:

ved udvælgelse af fokusområder

Ved udvælgelse af indikatorer

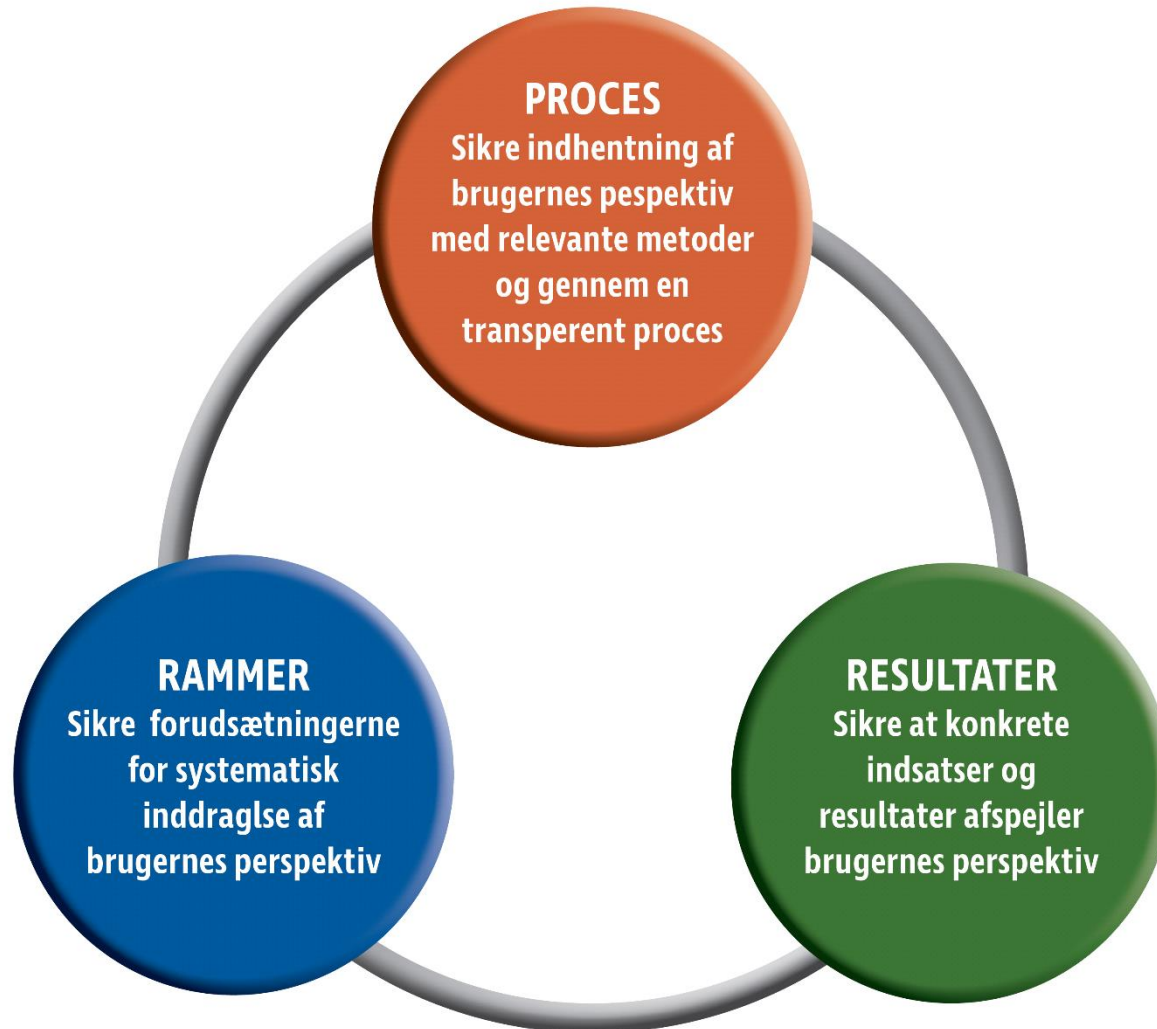
Ved udvælgelse af mål

Baggrund

VIBIS definerer den organisatoriske brugerinddragelses kriterier som:

- Rammer
- Proces
- Resultater

Kriterier – Organisatorisk brugerinddragelse



Rammer

Skal sikre inddragelse af
patienter og pårørende i
organisationen

Proces

Både patienter, pårørende og de sundhedsprofessionelle skal klædes på til at samarbejde om patientinddragelse med brugbare metoder

Resultat

Patient/pårørende perspektivet skal omsættes til handlinger i klinikken, så praksis afspejler patienternes ønsker og behov

Sclerosehospitalerne i DK

- Foreningsejede, ikke-kommercielle specialsygehuse - Sundhedslovens § 79
- Indlægger årligt ca. 1150 patienter til rehabilitering, i to eller fire uger
- Efter henvisning fra egen læge eller neurolog (50/50 %)
- Interdisciplinære teams: sygeplejerske, sosu, diætist, neurolog, (neuro)psykolog, ergo- og fysioterapeut, socialrådgiver
- Vi praktiserer patient- og pårørendepartnerskab, hvor en aktiv og velforberedt patient (ud fra de forudsætninger den enkelte har på det konkrete tidspunkt) møder et proaktivt, velforberedt behandlerteam i respekt for hver deres ekspertiser.
- Vi arbejder løbende med at finde den bedste form for inddragelse af patienternes viden, erfaring, og at få dette ført ud i hverdagen på hospitalerne

Rammer

- Ledelsesforankring: bestyrelsen har i mission og vision beskrevet brugerinddragelsen
(”Patientinddragelse/partnerskab er udgangs- og slutpunktet for vores rehabilitering”)
- Bestyrelsens og ledelsens strategihandleplan beskriver konkrete fokusområder, hvor patienterne skal inddrages
- Ledelsen er altid med i de processer, hvor den organisatoriske inddragelse finder sted (dialogmøder, brugerråd, bestyrelse)
- Medarbejdere kender rammerne

Proces

Metoder:

- Brugerråd
- Dialogmøder
- Patientundersøgelser – interview, spørgeskemaer – gentagne ved nye tiltag
- Forskning – patienter med i udvælgelse
- Patienter i Bestyrelsen

Brugerråd

- Har vi altid haft 😊
- Alle indlagte patienter de sidste 5 år kan stille op og kan vælge 2 repræsentanter for hver region (2 årig valgperiode).
- Får organisatorisk kursus om rollen som brugerrepræsentant
- Mødes med hospitalsdirektør fire gange årligt
- Deltager (egen turnus) i dialogmøderne på hospitalerne

Brugerråd

- Drøfter ikke person-sager, men kan tage alle/ethvert emne op, som de har interesse i
- Direktøren forelægger aktuelle emner, udvikling, dilemmaer, strategihandlingsplan, budget til høring
- Brugerrådsmedlemmer påtager sig opgaver som at være testere af fx
 - skrivelser, Youtube videoer mv.
 - udarbejde og/eller analysere spørgeskemaer (patienttilfredshed)
 - deltage i co-creation – i forb. med nye tiltag
 - Analysere LUP og dialogmøde-referater

Dialogmøder

Hvert patienthold mødes med hospitalsdirektør:

- Hvad er særlig godt?
- Hvad er dit udbytte?
- Forslag til forbedringer?

Referater behandles af serviceleder, ledergruppe, brugerråd, kvalitetsråd, bestyrelse og kan give anledning til:

- Straks-forbedringer
- Analyse af temaer der går igen (co-creations med deltagelse af fagpersoner og patienter (brugerråd))

Resultater

Sikring af at nye tiltag der afspejler patienternes perspektiv:

Monitoreres ved:

- Brugerrepræsentant på alle dialogmøder
- Brugerrepræsentant på bestyrelsesmøder
- Brugerundersøgelser og interviews præsenteres for brugerrådet

Et eksempel, LUP

LUP 2015 viser, at der ikke informeres nok om, hvad der sker efter udskrivning.

Brugerrådet har peget på dette som et fokus-område.

Der iværksættes flg.:

- Patientundervisning 'kom godt hjem'
- Medarbejderseminar har 'opfølgning' som tema
- Der iværksættes specifikke opfølgningsprogrammer (bla. risikovurdering, APP, kontakt til kommunen)
- Der udarbejdes retningslinjer for opfølgning

Et andet eksempel på kvalitetsforbedring

2015: Vi vil supplere LUP'en med uddybende undersøgelse og beder Brugerrådet medvirke til valg af temaer:

- hvad fungerer særligt godt? (som vi skal fortsætte)
- hvad kan blive bedre?

Særlig godt er: modtagelsen, samarbejdet i teams, den specialiserede patientuddannelse, 'det handler om mig', nærvær og ro.

Hvad kan blive bedre: visitation, information, ugeprogram og udskrivning

fortsat

Kvalitetsrådet prioriterer bla. kvalitetsforbedring på:

- Information (mere, flere steder og ny opmærksomhed på vores 'system' indforståetheder)
- Patientens ugeprogram (tilrettelæggelsen af de enkelte døgn)

Og måler v. hj.a. spørgeskema om forbedringerne er sket 2 og 6 uger efter. Evalueringen er, at der stadig er forbedringspotentiale.

Målingen gentages et år efter.

Patientundersøgelser

Monitorering af patient- og pårørendeinddragelse:

20 pt. adspurgt ud fra udvalgte spørgsmål i de validerede spørgeskemaer HeiQ og MSSE.

Resultat: Alle deltagerne oplyser sammenhæng mellem deres mål og de aktiviteter, der foregår under indlæggelsen.

Fortsat

Mangler:

- Mere pårørendeinddragelse,
- Det gode liv med MS
- Forventningsafstemning ml behandler og patient

Tiltag bl.a.:

Der er nu fokus på pårørendesamarbejdet og udviklet tiltag som undervisning, speciel invitation til inddragelse ved indlæggelse og udskrivelse

Forskellige frivillige tidligere patienter holder oplæg om det gode liv med MS

Der er ændret på indlæggelsessamtalen

Konkret eksempel på kvalitetsudvikling af forløb: Førstegangspatientforløb

Vi afprøver nyt to ugers intro-forløb for førstegangshenviste patienter.

Interview af ½ af alle patienter på forløbet med 3 kvalitative spørgsmål

- Stor tilfredshed med indhold, længde, form af det nye forløb
- Ændringsforslag om mere individuel kontakt
- Patienternes rapportering af outcome betød, at vi fastholdt at videreudvikle (på den individuelle kontakt) og tilbyde det nye tiltag – trods organisatorisk modstand.

Forskning

Vi har i årene 2012-15 gennemført et stort kontrolleret studie, hvis resultater publiceres fra nu og det kommende års tid.

Da studiet blev tilrettelagt deltog en patientrepræsentant med særlige forudsætninger. I fremtiden forventer vi patientdeltagelse i

- 1) hvad er patienternes ønsker ift. sclerose-rehabiliterings relevant forskning og
- 2) i de enkelte forskningsprojekter.

Studiet har givet os ny viden om, hvilke målemetoder der kan vise hvilke outcomes til brug for valg af generiske og sygdomsspecifikke måleredskaber i nyt nationalt kvalitetsprogram.

Hvordan sikrer vi os så, at de nationale kvalitetsmål giver værdi for patienten?

Tre eksempler

Hvad kan Sclerosehospitalerne bidrage med?

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere
- Flere sunde leveår

Bedre sammenhængende patientforløb

- Nedbringe Sclerosehospitalernes ventetid
- Samarbejde med neurologiske afdelinger og KL
- Genoptræningsplaner i samarbejde med patienten
- Samarbejde med patienten, pårørende og kommunerne i konkrete patientforløb - altid før, under og efter når patienten har fremskreden MS
- Grundig overlevering sammen med patienten til kommuner og andre, når vi vurderer, at patienten er i særlig risiko/har særlige behov: multisygdom, andre handicaps, er i krise, ustabile sociale forhold, to småbørnsforældre med sclerose, patienter med fremadskridende eller fremskreden sclerose, ikke har nær familie/netværk
- Udvikle arbejdet med sundhedskompetencer for at øge samarbejdet og kommunikationen med patient og pårørende

Styrket indsats for kronikere

2017: Fokus på tre områder:

Nedbringe ulighed i sundhed:

- fokus på multisygdom, risikovurdering, sundhedskompetence
- Pårørende-inddragelse (flere og bedre tilbud)
- Patienter med fremskreden sclerose

færre bliver henvist: vi undersøger, om det er fordi de har tilstrækkelige tilbud, hvor de er eller om det er fordi deres behov ikke bliver identificeret

Nedbringe ulighed i sundhed

- Tid er et aktiv, når vi indlægger patienter i to eller fire uger og vi har derfor unikke muligheder for både at undersøge patientens sundhedskompetencer og udvikle dem til i øget omfang at kunne handle ift. bedre sundhed, navigere i sundhedsvæsenet og vi kan give bedre anbefalinger ift. fortsatte indsatser og deres tilrettelæggelse efter indlæggelse.
- Integrere multisygdom i behandlingsplanen (helhedsorientering)
- Foretage risikovurdering som grundlag for egen og/eller andres opfølgende og/eller fortsatte indsatser efter indlæggelse

Flere sunde leveår

Patienter med sclerose, som er en kronisk og progredierende sygdom og hvor flere har multisygdom, er særligt udfordrede på 'burde'-byrden. Hvordan kan man fx som kørestolsbruger opnå motion nok?

Derfor skal vi gøre noget særligt ud af at motivere til forebyggelse og sundhedsfremme gennem undervisning og i personligt program under indlæggelsen. Her kan vi blive meget klogere ved at spørge netop patienterne, hvordan vi skal gøre.

Rehabiliteringen skal understøtte patientens livskvalitet

Hvordan sikrer vi os at de nationale kvalitetsmål giver værdi for patienten ?

- Ved at patienten er med i alle processer
- Ved at ledelsen bakker op om rammerne for inddragelse
- Ved at bruge gode metoder til at indhente patientens perspektiv
- Ved at handle på patienternes behov

Tak for jeres opmærksomhed