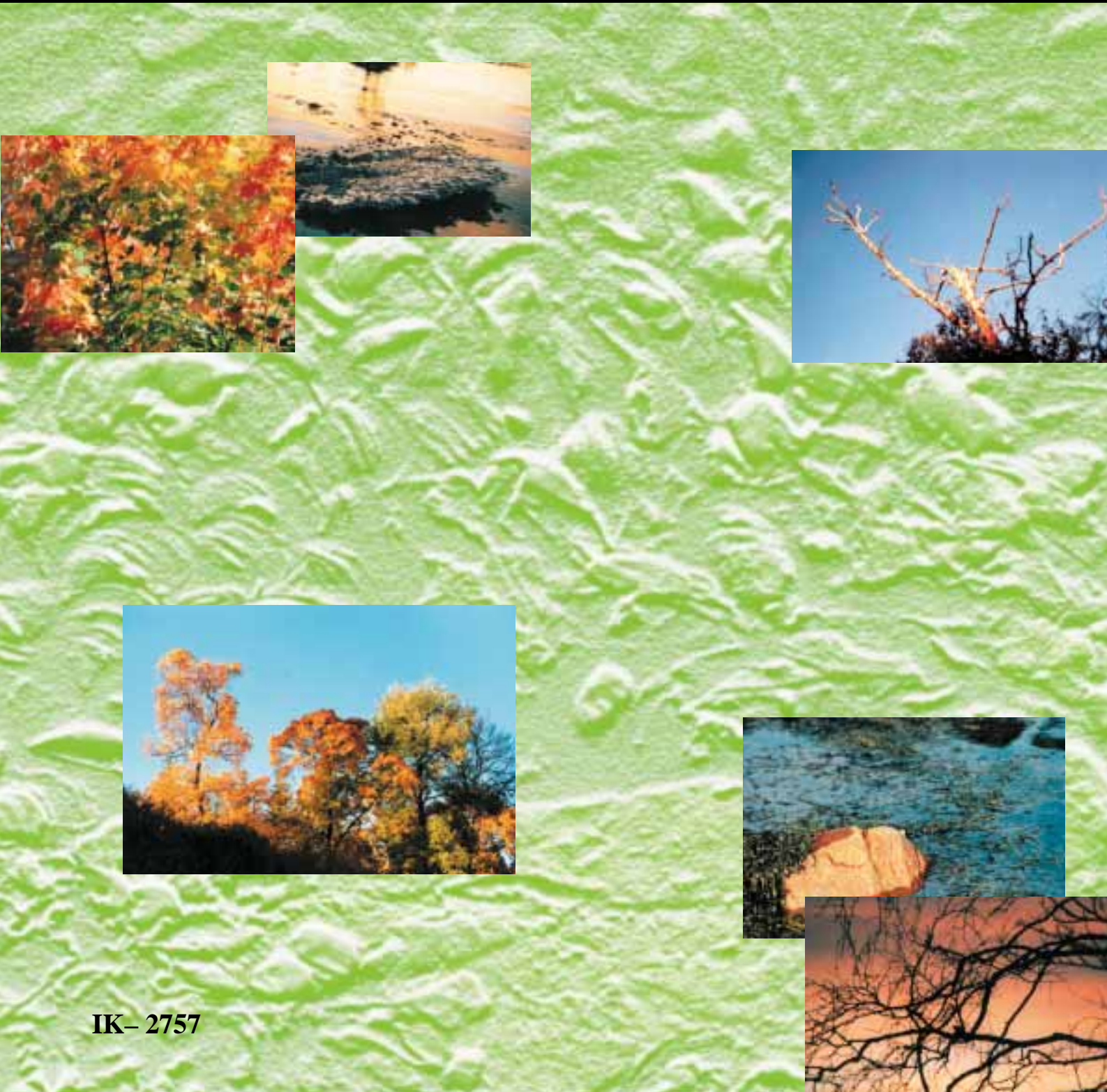




Statens helsetilsyn

6-2001

Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern
Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter



KVALITETSFORBEDRING I PSYKISK HELSEVERN

PASIENTSTYRT
FORBEDRINGSARBEID I
PSYKIATRISKE SENGEPOSTER

Saksområdet som denne trykksaken handler om forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.
Spørsmål om innholdet rettes til direktoratet på telefon 24 16 30 00.



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf. sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Forord

Ifølge Lov om statlig tilsyn med helsetjenester skal enhver som yter helsetjenester etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at den planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. Det lovpålagte internkontrollsystemet utgjør de bærende elementer i virksomhetens kvalitetssystem, og danner således minimumskravet til innholdet i slike systemer.

Statens helsetilsyn er ansvarlig for gjennomføring og oppfølging av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Dette ansvaret innebærer å være pådriver for, samt gi råd og veiledning om kvalitetsarbeid på en slik måte at virksomhetene har effektive og helhetlige kvalitetssystemer.

Erfaringene fra dette arbeidet har vist at det er stort behov for informasjons- og veiledningsmateriell på området. Helsetjenesten etterspør både teoretisk grunnlagsdokumentasjon og praktiske eksempler på bruk av verktøy og teknikker for å komme i gang med kvalitetsarbeid på en systematisk måte. Et fullstendig kvalitetssystem skal sikre at behandlingen holder god faglig standard, og at pasientene er tilfreds med tilbudet.

I forbindelse med oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, og St. prp. nr. 63 (1997-98) om *Opptrappingsplan for psykisk helse*, tok Helsetilsynet initiativet til prosjektet "Kvalitetsforbedring i psykiatriske helsetjenester", som skulle prøve ut og tilpasse metoder for kvalitetsforbedring på dette området. Denne utredningen beskriver et av resultatene fra prosjektet, i form av en metode for forbedringsarbeid som tar utgangspunkt i pasientenes erfaringer med behandlingstilbudet.

Det vil også bli utgitt en utredning som omhandler *Prosessforbedring i klinisk virksomhet*. Disse to utredninger må ses i sammenheng.

Helsetilsynet legger vekt på erfaringsoverføring. I utredningen beskrives erfaringer som er aktuelle for institusjonseiere, planleggere og ledere som arbeider i spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn håper at rapporten kan være til inspirasjon og nytte i arbeidet med å utvikle helhetlige kvalitetssystemer.

Oslo, november 2001



Lars Hanssen
Helsedirektør

Innhold

Innledning	7
1. Pasientstyrt forbedringsarbeid	9
2. Kartlegging av pasientenes erfaringer	12
3. Vurdering av resultatene	16
4. Organisering av forbedringsarbeidet	20
Referanser	23
Vedlegg 1.	
Intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold i psykiatrisk avdeling.....	25
Vedlegg 2.	
Eksempel på pasientstyrt forbedringsarbeid i en psykiatrisk sengepost	29

Innledning

Kartlegging av pasientenes erfaringer med behandlingstilbudet er blitt en selvfølgelig del av tankegangen i kvalitetsarbeid i klinisk virksomhet. Pasientene sitter på viktig informasjon om hvor det er behov for forbedringer. Tilfredshet med behandlingen styrker dessuten pasientenes medvirkning, og utgjør en viktig prognostisk faktor.

Uten en tydelig vektlegging av pasientenes erfaringer, blir kvaliteten på behandlingen overlatt til medarbeidernes vurderinger. Dette er et særlig aktuelt problem i psykisk helsevern, der mange pasienter befinner seg i en livssituasjon hvor de har vansker med å komme fram med sitt og hevde egne synspunkter og rettigheter.

Registrering av pasienterfaringer i sykehus har gjerne foregått på to måter. Den vanligste er spørreskjemaundersøkelser eller intervjuer om pasienttilfredshet. Slike undersøkelser er ofte beregnet for sammenligning av resultater mellom forskjellige sykehus eller avdelinger. Dette forutsetter svar fra ganske mange pasienter. Man må derfor enten slå flere avdelinger sammen i undersøkelsen, eller samle inn spørreskjemaer over et lengre tidsrom. På denne måten kan det ta lang tid å få tilbakemelding på om forbedringstiltak har hatt effekt (1,2,3).

En annen metode er å få fram pasientenes erfaringer gjennom fokusgruppeintervjuer. De kan gjennomføres på enhetsnivå, og gir konkret informasjon om hvor i virksomheten det er behov for forbedring. Ulempen med denne metoden er at den gir et ufullstendig grunnlag for å vurdere hyppigheten av aktuelle problemer, og at den er arbeidskrevende når det gjelder å dokumentere forbedringer (4,5).

I dette heftet presenteres en metode for kvalitetsforbedring på enhetsnivå, som er basert på intervjuer med egne pasienter. Deres erfaringer brukes som rettesnor for valg av forbedringstiltak. Når man har gjennomført tiltakene, kan nye intervjuer vise om de har hatt effekt.

Metoden består av tre elementer:

- En framgangsmåte for pasientstyrt forbedringsarbeid
- En intervjuprotokoll for kartlegging av pasientenes erfaringer
- Et prinsipp for vurdering av pasientenes tilbakemeldinger ved hjelp av få data og enkel statistikk

Metoden er utprøvd i modellforsøk i til sammen 8 sengeposter i Sanderud, Gaustad, Sandviken og Namdal sykehus, som en del av Helsetilsynets prosjekt "Kvalitetsforbedring i psykiatriske helsetjenester". I prosjektgruppen, som var basert i "Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten" i Skien, deltok sykepleier Kari-Venke Lindkvist og lege Otto Brun Pedersen.

Referansegruppen for prosjektet besto av:

Marit Borg, Blakstad sykehus

Harald Eriksen, Mental Helse Kragerø

Hans Asbjørn Holm, Avdeling for fagutvikling, Den norske Lægeforening

Geir Høstmark Nielsen, Fagrådet for psykisk helsevern

Hans Løvdahl, Kvalitetssikringsutvalget, Norsk psykiatrisk forening

Tore Sørli, Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser

Greta Ødegaard, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri

Vi takker alle som deltok i modellforsøkene for godt og spennende samarbeid.

Otto Brun Pedersen

Prosjektleder

1 Pasientstyrt forbedringsarbeid

Kontinuerlig kvalitetsforbedring dreier seg om å vurdere egen virksomhet i et helhetlig perspektiv, og styre innsatsen mot de områdene hvor forbedringsbehovet er størst. Det er flere kjennetegn som må være oppfylt, før man kan si at et behandlingstilbud har god kvalitet. En fullstendig kvalitetsvurdering bør omfatte følgende dimensjoner (6):

- Faglig standard
- Risiko for skader og bivirkninger
- Tilgjengelighet og kontinuitet
- Brukertilfredshet
- Ressursutnyttelse

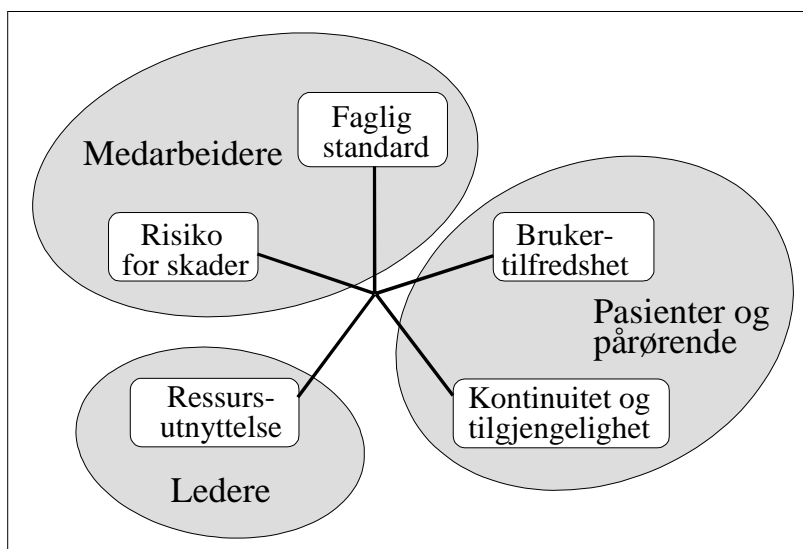
Disse dimensjonene må betraktes som uavhengige størrelser. Et behandlingstilbud kan ha en høy faglig standard uten at pasientene er fornøyd med tilgjengelighet og service. Omvent kan pasientene føle seg godt ivaretatt, men samtidig få en behandling som ikke er faglig oppdatert. Å sikre kvalitet i klinisk virksomhet betyr derfor at man må holde øye med flere sider av behandlingstilbudet.

Hvem kan vurdere kvaliteten?

Ut fra sine ståsteder har pasienter, medarbeidere og ledere spesielle forutsetninger for å vurdere de ulike dimensjonene av kvaliteten på et behandlingstilbud:

- **Pasienter og pårørende** har førstehånds erfaringer om tilgjengelighet og kontinuitet, og om den service, informasjon og omtanke som de får i behandlingen.
- **Medarbeidere og faglige ledere** har forutsetninger for å vurdere om tilbudet holder god nok faglig standard.
- **Topp- og mellomledere** har oversikt over hvordan virksomhetens ressurser utnyttes i behandlingen (figur 1).

Figur 1. Hvem kan vurdere kvaliteten?



De fleste pasienter regner med at det behandlingstilbudet de mottar holder en høy faglig standard. Dette kan egentlig bare vurderes og sikres av medarbeiderne selv, gjennom kontinuerlig evaluering og forbedring av egen virksomhet (7). Vil man forbedre pasientenes tilfredshet med behandlingen, er det helt nødvendig å lytte til deres erfaringer og bruke dem som utgangspunkt i forbedringsarbeidet.

Pasienterfaringer som utgangspunkt for forbedringsarbeid

I kartlegging av pasienterfaringer er det viktig å fokusere på de temaene som har størst betydning, sett fra brukernes ståsted (8). Dette prinsippet var utgangspunktet for The Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care (9). Basert på kunnskap om hva pasienter forventer av for eksempel service, omtanke og informasjon, ble det utviklet strukturerte intervjuer for å fange opp pasientenes erfaringer fra ulike typer somatiske sykehusavdelinger (10). Intervjuene skiller seg fra tradisjonelle verktøy for registrering av pasienttilfredshet ved at det spørres etter konkrete erfaringer. Spørsmålene dreier seg altså om hva pasientene har opplevd, og ikke om hva de "synes".

Intervjuene omfatter pasientenes erfaringer på disse områdene:

- Respekt for pasientenes behov og verdier
- Kontinuitet i behandlingstilbudet
- Informasjon om behandlingen
- Sikring av fysisk velvære
- Emosjonell støtte
- Informasjon til pårørende
- Planlegging og kontinuitet ved utskrivning

Erfaringene viser at disse intervjuene avdekker til dels store forskjeller mellom sykehus og avdelinger. Når resultatene meldes tilbake til ledere og medarbeidere, settes pasientperspektivet på dagsordenen. Samtidig åpnes muligheter for å finne fram til spesifikke tiltak i forhold til de problemene som pasientene har påpekt (11).

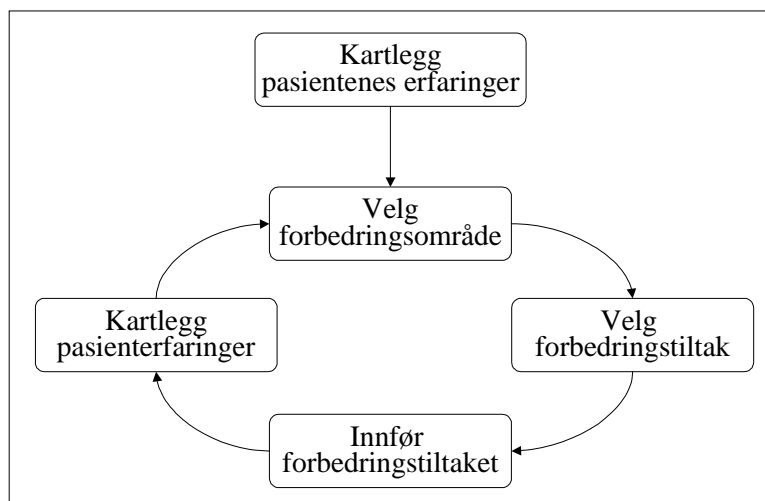
Resultater fra intervjuene har vært brukt til å sammenligne pasienterfaringer mellom ulike sykehus. Dette krever et forholdsvis stort antall intervjuer. I praksis blir det derfor kostbart og tidkrevende å sikre regelmessige tilbakemeldinger på om forbedringsarbeid har hatt effekt.

Vi skal her se hvordan disse erfaringene kan benyttes i en enklere form, som utgangspunkt for kontinuerlig forbedringsarbeid på enhetsnivå. Den primære hensikten med intervjuene er ikke å samle data for å sammenligne seg med andre, men å få konkrete innspill fra pasientene om forhold som bør forbedres i egen virksomhet.

Pasientstyrt forbedringsarbeid

Kartlegging av pasientenes erfaringer danner utgangspunktet for *pasientstyrt forbedringsarbeid* (12). Det går i prinsippet ut på å lytte til hva pasientene forteller, forsøke å rette opp mangler som de påpeker, og deretter spørre dem igjen om de merker noen forskjell (figur 2).

Figur 2. Pasientstyrt forbedringsarbeid



Ved hjelp av regneark og enkel statistikk er det mulig å omsette resultatene fra pasientintervjuene til styringsdata i forbedringsarbeidet. Som regel viser den første kartleggingen at det er behov for forbedring på flere områder i tilbudet ved enheten. Ledelsen må bestemme hvilke områder som skal prioriteres, og sette i verk relevante tiltak. Fortsatte pasientintervjuer viser om tiltakene har hatt effekt.

Erfaringene fra modellforsøkene viser at denne formen for forbedringsarbeid vekker interesse hos både ledere og medarbeidere. De får positive så vel som negative tilbakemeldinger på eget arbeid. Dette utløser gjerne fruktbare diskusjoner og kreative forslag til løsninger på de problemene som er påpekt av pasientene.

2 Kartlegging av pasientenes erfaringer

Når man vil legge pasientenes erfaringer til grunn for forbedringsarbeid, trenger man verktøy som kan fange opp de problemstillingene som er mest relevante for den pasientgruppen man har ansvar for. Det kartleggingsverktøyet som presenteres her, består av en intervjuprotokoll som er beregnet på pasienter som har moderate eller alvorlige psykiske lidelser, og som har vært innlagt i psykiatriske sengeposter.

Pasienters erfaringer har ofte vært registrert gjennom å stille spørsmål om i hvilken grad de kjenner seg fornøyd med behandlingstilbudet. Det har vist seg at denne måten å spørre på kan føre til en kunstig høy pasienttilfredshet (13,14). I psykiatrisk behandling er det i tillegg et problem at spørsmål som dreier seg om grader av tilfredshet, like gjerne kan fange opp pasientenes stemningsleie som hva de faktisk har opplevd i sykehuset.

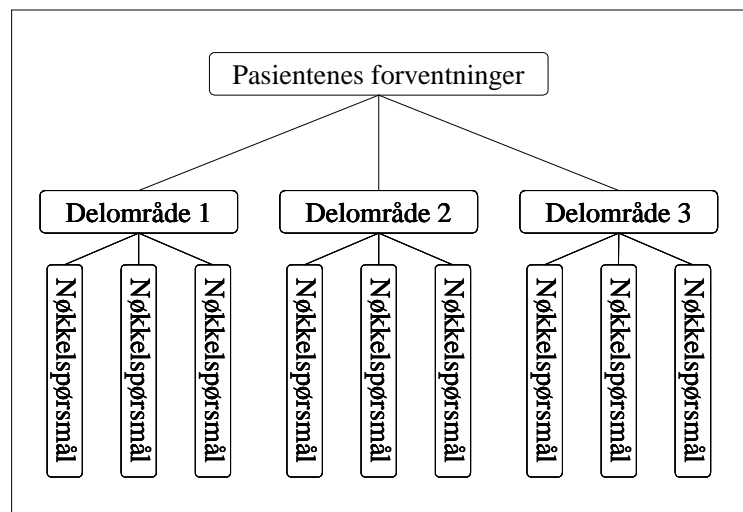
Svarene blir mer nyanserte og presise dersom man spør pasientene om hvordan de har opplevd viktige hendelser (såkalte "critical incidents") i behandlingsforløpet. Dette er hendelser og situasjoner som gjenspeiler om pasientenes forventninger blir oppfylt eller ikke. Ved å spørre etter hva pasientene faktisk har opplevd og ikke etter hva de synes, får man mer konkrete svar og et bedre grunnlag for å finne fram til relevante tiltak (9).

Oppbygging av intervjuprotokollen

Innholdet av pasienters forventninger til sykehusbehandling er kartlagt gjennom egne undersøkelser (10). Dette gjelder også for pasienter som er innlagt i psykiatriske sykehus (15). Denne intervjuprotokollen tar utgangspunkt i disse undersøkelsene (se vedlegg 1).

Protokollen er utviklet etter et prinsipp som går ut på å bryte pasientenes forventninger ned til delområder, med utvalgte *nøkkelspørsmål* om konkrete hendelser som avspeiler om forventningene er oppfylt (16) (figur 3).

Figur 3. Forholdet mellom pasientenes forventninger og spørsmålene i intervjuprotokollen



Delområdene i intervjuprotokollen

Ved siden av at de forventer at behandlingen holder høy medisinskfaglig standard, er det områder som dreier seg om respekt og støtte, informasjon og medvirkning i egen behandling som oppleves som mest betydningsfulle av pasienter som er innlagt i sykehus (10,15). Intervjuprotokollen omfatter disse delområdene:

- A: Respekt fra personalet ved avdelingen
- B: Støtte fra personalet ved avdelingen
- C: Sosialt miljø på avdelingen
- D: Medvirkning i egen behandling
- E: Informasjon om sykdom og behandling
- F: Planlegging og kontinuitet ved utskrivning
- G: Informasjon til pårørende
- H: Opplevd nytte av behandlingen

De enkelte spørsmålene

Nøkkelspørsmålene innen hvert delområde er hentet fra eksisterende spørreskjemaer (9,17,18). Spørsmålene er valgt ut med tanke på den aktuelle målgruppen, som er pasienter med moderate eller alvorlige psykiske problemer. For områdene A, B, C, D, G og H er det fem nøkkelspørsmål, for områdene E og F dreier det seg om ti. Intervjuprotokollen består altså av til sammen 50 spørsmål:

A: RESPEKT FRA PERSONALET	B: STØTTE FRA PERSONALET
1. Ble du tatt i mot på en god måte da du ble innlagt i avdelingen?	1. Brydde personalet seg om deg?
2. Var personalet høflige og interesserte i forhold til deg?	2. Kunne du snakke med personalet om dine personlige bekymringer?
3. Respekterte personalet dine meninger?	3. Forsto personalet problemene dine?
4. Var personalet tilgjengelig når du trengte det?	4. Ble du oppmuntret av personalet til å arbeide med dine problemer?
5. Hadde du tillit til personalet?	5. Trodde personalet på deg?

C: SOSIALT MILJØ PÅ AVDELINGEN	D: MEDVIRKNING I EGEN BEHANDLING
1. Hadde du mulighet til å få være for deg selv når du trengte det?	1. Tok personalet hensyn til dine meninger om behandlingen?
2. Hadde du muligheter for meningsfulle aktiviteter i avdelingen?	2. Var det et godt samarbeid mellom deg og personalet om behandlingen?
3. Kunne du ta i mot familie eller venner på besøk når du ville?	3. Var du med på å planlegge din egen behandling?
4. Følte du deg trygg i avdelingen?	4. Hendte det at beslutninger om behandlingen ble tatt over hodet på deg?
5. Følte du deg ensom i avdelingen?	5. Spurte personalet deg om hva du mente om behandlingen?

E: INFORMASJON TIL PASIENTEN	F: PLANLEGGING VED UTSKRIVNING
1. Fikk du forståelig informasjon om praktiske rutiner i avdelingen?	1. Ble du informert i god tid om når du skulle utskrives?
2. Fikk du forståelig informasjon om årsakene til dine psykiske problemer?	2. Har du avtale med en fagperson (for eksempel lege eller sykepleier) om oppfølging etter utskrivningen?
3. Fikk du forståelig informasjon om ditt behandlingsopplegg?	3. Har du møtt denne fagpersonen?
4. Fikk du forståelig informasjon om dine framtidsutsikter, med de problemene du har?	4. Har personalet ved avdelingen snakket med denne fagpersonen?
5. Fikk du forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisinene du brukte?	5. Har du fått informasjon om hvilke tilbud som finnes for deg i din egen kommune?
6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?	6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?
7. Fikk du vite at du kunne klage over behandlingen?	7. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på tilbakefall?
8. Fikk du så mye informasjon som du ønsket?	8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?
9. Hendte det at du fikk motstridende informasjon?	9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?
10. Stolte du på at du fikk korrekt informasjon fra personalet?	10. Har du vært med på å lage planer for din oppfølging etter utskrivningen?

G: INFORMASJON TIL PÅRØRENDE (Disse spørsmålene utelates fra intervjuet dersom pasienten ikke har nære pårørende, eller ikke ønsker at de skal informeres)	H: OPPLEVD NYTTE AV BEHANDLINGEN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Spurte personalet om du ville at dine pårørende skulle få informasjon om dine problemer? 2. Fikk du den hjelpen du trengte for å informere dine pårørende om dine problemer? 3. Fikk dine pårørende tilbud om samtaler med deg og din kontaktperson i avdelingen? 4. Har dine pårørende fått informasjon om hva som kan forebygges at du får tilbakefall? 5. Har dine pårørende fått informasjon om dine tiltaksplaner for tiden etter utskrivingen? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til dine psykiske problemer? 2. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre dine daglige gjøremål? 3. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til samvær med andre mennesker? 4. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å forstå problemene dine? 5. Dersom noen fikk de samme problemene som du har hatt, ville du råde dem til å legge seg inn ved denne avdelingen?

Svaralternativene for de enkelte spørsmålene er Ja, Delvis, Nei. I protokollen er det satt av plass for tilleggs kommentarer fra pasienten for hvert delområde i intervjuet (Vedlegg 1).

Hvorfor skal pasientene intervjues?

Kartlegging av pasienterfaringer har ofte vært gjennomført ved hjelp av spørreskjemaer beregnet på selvutfylling. Ulempen med denne framgangsmåten er at den ofte gir lav svarprosent. Samtidig kan en del skjemaer bli ufullstendig utfylt. Svarprosenten blir høyere når pasientene intervjues etter hvert som de utskrives. Svarene blir mer fullstendige, fordi eventuelle misforståelser omkring spørsmålene kan rettes opp av intervjueren. Samtidig får man flere spontane kommentarer fra pasientene, som ofte inneholder verdifull tilleggsinformasjon (19).

I modellforsøkene viste det seg at de aller fleste pasientene satte pris på å bli spurt om sine erfaringer. Intervjuet kan gjerne legges til utskrivingssamtalen. Man kan da få fanget opp mangler som kan rettes på stedet, for eksempel når pasienten har fått ufullstendig informasjon om den videre oppfølgingen etter utskriving.

Kan vi stole på informasjonen?

Et vanlig spørsmål i forbindelse med kartlegging av pasienters erfaringer er om man kan stole på hva de forteller. Man tenker seg at pasientene befinner seg i et avhengighetsforhold til sine behandlere, slik at de ikke tør si klart i fra om negative opplevelser i forhold til dem.

Hensikten med å samle pasienterfaringer i forbedringsarbeid er ikke å få et "objektivt" bilde av hva pasientene tenker, men å lytte til hva de sier for å få råd om hvor det er behov for forbedring. Erfaringene fra modellforsøkene viser at de aller fleste pasienter gjerne svarer på spørsmålene, og at svarene er både nyanserte og kritiske. Det har ikke forekommet at noen sier at de er fornøyd med alt de har opplevd i avdelingen.

Et viktig utgangspunkt for intervjuene er gjensidig tillit og vilje til å ta det som blir sagt på alvor. Om en pasient velger å holde noen kritiske bemerkninger for seg selv, vil han likevel kunne gi verdifull informasjon om behovet for forbedringer i behandlingstilbudet.

Hvem skal intervjues?

For å få et bredest mulig vurderingsgrunnlag for forbedringsarbeidet, bør man intervju alle pasienter etter hvert som de skrives ut fra enheten. På langtidsposter, der det kan gå uker og måneder mellom hver utskriving, kan man intervju alle inneliggende pasienter på samme tidspunkt.

Hvem bør gjennomføre intervjuet?

Intervjuene bør gjøres av en eller to utpekte medarbeidere ved posten. Dette bidrar til at de blir gjennomført på samme måte fra pasient til pasient, noe som har vesentlig betydning når resultatene skal vurderes. Noen steder har overlege eller primærkontakt brukt intervjuet som en del av utskrivingsamtalen.

Hvordan bør intervjuet gjennomføres?

Intervjuet er frivillig. Pasienten må informeres om hensikten med intervjuet, hva det går ut på og hvordan opplysningene vil bli brukt. Deretter skal pasienten gi sitt samtykke. Intervjuet bør gjennomføres i rolige omgivelser, på et eget kontor eller lignende.

Intervjueren leser opp spørsmålene slik de står i protokollen. Av og til er det nødvendig å gjenta et spørsmål i en annen form, for at pasienten skal få med seg innholdet.

Hvordan skal resultatene skåres?

Svarene skåres på en poengskala fra 2 til 0, der "Ja" gir 2 poeng, "Delvis" gir 1 poeng og "Nei" gir 0 poeng. Spørsmålene C5, D4 og E9 er "snudd", slik at "Nei" gir høyest poeng. Her er svaralternativene skrevet med fete typer i protokollen (**Ja, Delvis, Nei**).

For hvert område i intervjuprotokollen er det satt av plass til kommentarer fra pasientene. De har ofte verdifulle tilleggsopplysninger, som intervjueren bør notere i stikkordsform og bringe tilbake til sengeposten.

Protokollen inneholder et skåringsark, som kan fylles ut etter hvert intervju. Ellers bør dataene overføres til et regneark, som er et hensiktsmessig hjelpemiddel til å få oversikt over resultatene. Viktige supplerende kommentarer fra pasientene bør samles for seg.

Hvor lang tid tar intervjuet?

En trent intervjuer trenger 20 - 30 minutter, avhengig av pasientens tempo.

Videre bruk av utfylte intervjuprotokoller

Utfylte intervjuprotokoller bør påføres løpenummer. Skårene for de enkelte spørsmålene legges inn i et regneark, der dataene kun skal merkes med det aktuelle løpenummeret. Eventuelle tilleggs kommentarer fra pasienten skrives ned på en slik måte at det ikke kommer fram hvem som har gitt dem. Etter at man har kvalitetssikret at registreringen i regnearket samsvarer med skårtallene i protokollen, skal protokollen makuleres.

Ønsker man å ha mulighet til å spore svarene tilbake til enkelte pasienter som har vært intervjuet tidligere, kan det opprettes en kodeliste med pasientnavn, som korresponderer med løpenumrene i intervjuprotokollene. I slike tilfeller er det mulig å personidentifisere den enkelte pasient via kodelisten. Opprettelse av en kodeliste medfører derfor konsesjonsplikt i forhold til Datatilsynet. Søknadsskjema om konsesjon ligger på Datatilsynets hjemmeside www.datatilsynet.no. Dersom man skulle ønske å oppbevare intervjuprotokollen i pasientens journal, må det i tillegg innhentes særskilt samtykke fra pasienten.

3 Vurdering av resultatene

Ved hjelp av regneark og enkel statistikk kan dataene fra pasientintervjuene visualiseres, slik at man får fram et mønster over behovet for forbedringstiltak ved enheten.

Slike mønstre kan variere i betydelig grad fra sykehus til sykehus og fra avdeling til avdeling (9,14). Intervjuene fanger opp mangler i behandlingstilbudet, som for eksempel når et viktig tiltak er uteglemt eller ufullstendig gjennomført. Samtidig vil resultatene være påvirket av individuelle forskjeller i hvordan pasientene vurderer sine erfaringer. For eksempel kan den samme informasjonen om bivirkninger av medikamenter oppleves som tilstrekkelig av en pasient og ufullstendig av en annen.

Før man vurderer resultatene, bør man overveie om de kan være preget av spesielle forhold ved enheten eller hos noen av pasientene:

- Hente det noe uvanlig i avdelingen mens intervjuene foregikk, som for eksempel ferieavvikling eller utskifting av personale?
- Ble alle utskrevne pasienter intervjuet i det aktuelle tidsrommet? Kunne de som eventuelt ikke var med, ha svart annerledes enn de som deltok?
- Skilte noen av de pasientene som ble intervjuet seg ut fra den vanlige målgruppen for enheten, for eksempel ved å ha spesielle problemer eller ekstra lang oppholdstid?

Intervjuene bør gjennomføres i tidsrom hvor det ikke er store endringer i driften ved enheten. Informasjonen bør samles fra pasienter som tilhører den typiske målgruppen. Når dette er ivaretatt, kan resultatene fra pasientintervjuene gi gode styringsdata i forbedringsarbeidet.

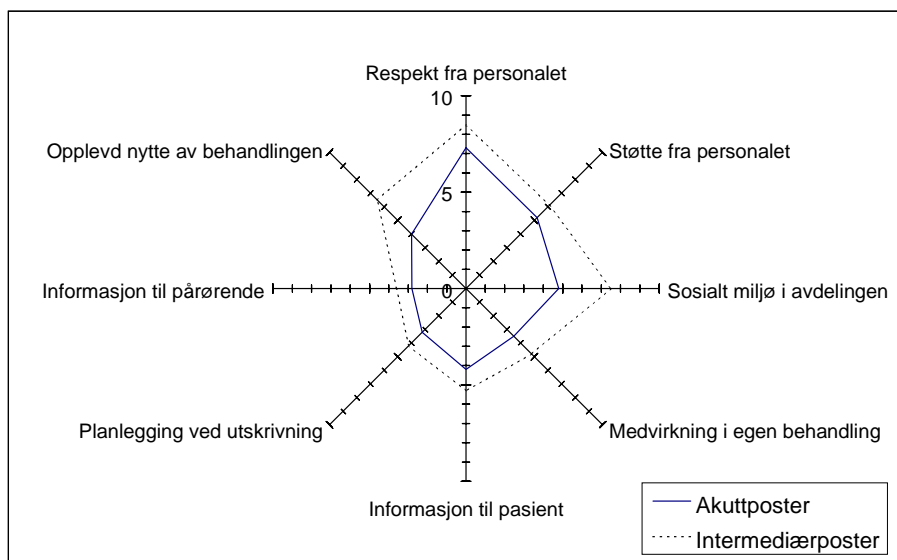
Hvor mange pasienter bør intervjues før resultatene kan vurderes?

Fra kvalitativ forskning vet vi at intervjuer med 15 informanter som regel er tilstrekkelig for å få oversikt over det temaet som blir undersøkt. Flere intervjuer bringer sjelden fram noe vesentlig nytt. Tilsvarende kan vi regne med at det mønsteret som kommer fram når 15 pasienter er intervjuet om deres erfaringer med behandlingstilbudet, gjenspeiler forholdene i den aktuelle enheten. Det har også vist seg at når 5 - 6 pasienter etter hverandre rapporterer negative erfaringer i forhold til ett enkelt delområde eller spørsmål, peker dette på problemområder som gjerne blir bekreftet i påfølgende intervjuer. Dette betyr at man allerede etter håndfull intervjuer kan få grunnlag for å sirkle inn områder som trenger forbedring.

Vurdering av resultatene

Ved å legge dataene fra intervjuene inn i et regneark, får man mulighet til å visualisere dem slik at de blir lettere å vurdere. Mønsteret i pasientenes erfaringer kan framstilles i et *radardiagram*, som viser gjennomsnittlig skår for hvert delområde i intervjuet (figur 4).

Figur 4. Eksempler på mønstre i pasienterfaringer i akutt- og intermediærposter (gjennomsnitt for 15 pasienter)



Det typiske mønsteret for psykiatriske sengeposter er at pasientene rapporterer færrest problemer med hensyn til de delområdene som gjelder respekt og støtte, mens det nesten alltid er lavere skår i forhold til sosialt miljø, medvirkning, planlegging og informasjon.

Akuttposter har gjennomgående lavere skår enn intermediærposter. Dette tilsvarer funn fra andre undersøkelser (20). Forskjellen kan antagelig forklares ut fra postenes forskjellige utgangspunkt. I akuttpostene er en stor del av pasientene tvangsinnlagt. Miljøet på avdelingene er ofte urolig, og postene har gjerne et større krav til effektivitet enn intermediærposter.

Valg av forbedringsområde

Radardiagrammet gir oversikt over hvilke delområder som kan trenge forbedring. Ved hjelp av regnearket kan man også finne fram til de enkeltspørsmålene i intervjuet som har oppnådd lavest gjennomsnittlig skår. Som regel er det noen få spørsmål som skiller seg markert ut fra de øvrige. Disse peker på områder med behov for konkrete forbedringstiltak.

Pasientenes tilleggs kommentarer fra intervjuene må også tas med i vurderingen når man skal velge forbedringsområde.

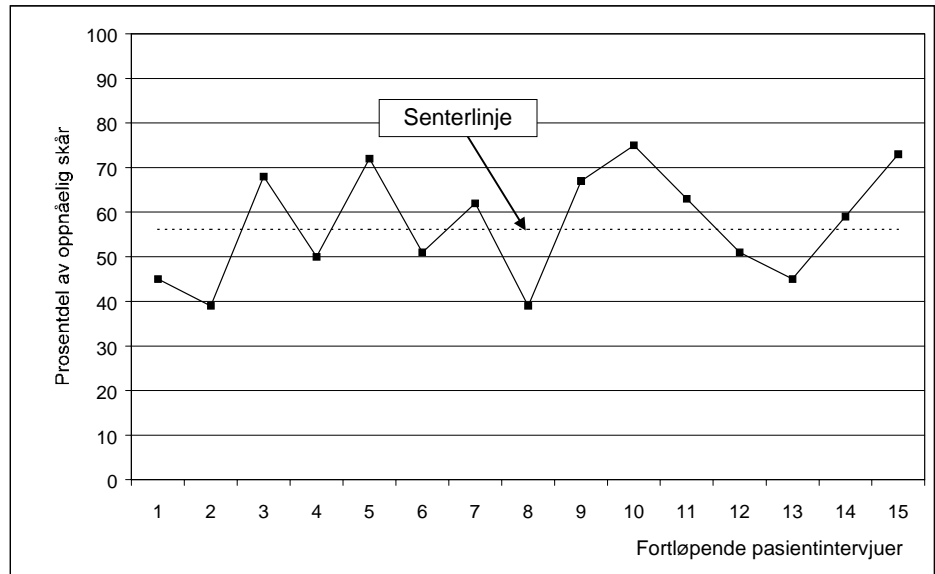
Vurdering av effekten av forbedringstiltak

Ved hjelp av regnearket kan resultatene fra intervjuene også framstilles i et tidsdiagram ("run chart") (21). Det kommer fram når man plotter data fra de enkelte intervjuene etter hverandre langs en tidsakse.

Plottene i diagrammet representerer oppnådd skår i hvert intervju, regnet som prosentdelen av maksimalt oppnåelig poengsum. Intervjuet har 50 spørsmål. For hvert spørsmål gir "Ja" 2 poeng, "Delvis" 1 poeng og "nei" 0 poeng. Maksimal skår blir altså 50 poeng. Hvis man i et intervju har oppnådd til sammen 37 poeng, blir oppnådd skår $37/50 \times 100 = 74$ prosent.

Tidsdiagrammet kan sammenlignes med en feberkurve. Svingninger og trender beskriver et utviklingsforløp som gjør det lettere å se endringer og forstå hva som har foregått. Utviklingen vurderes i forhold til senterlinjen i diagrammet, som representerer medianverdien for plottene (figur 5).

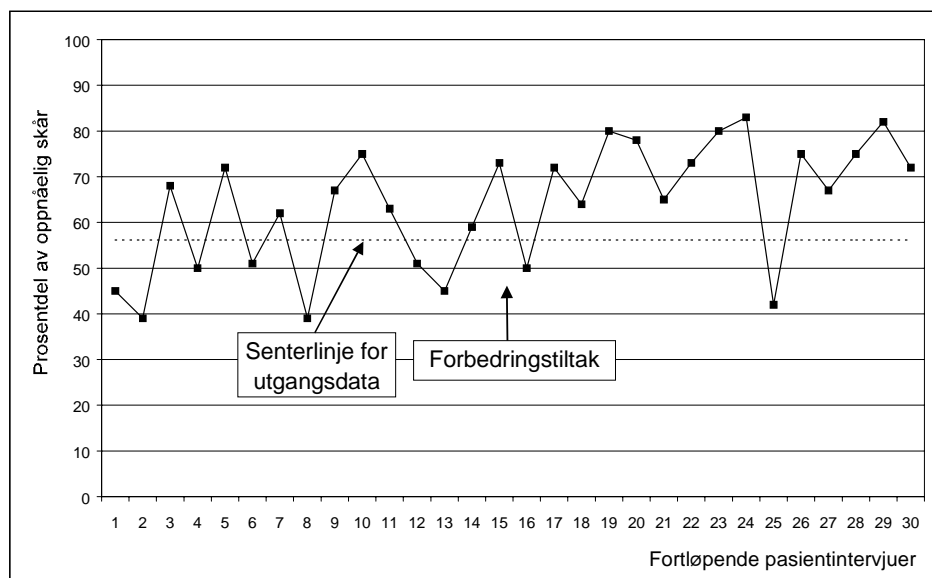
Figur 5. Tidsdiagram for oppnådd skår i 15 fortløpende pasientintervjuer



Utgangsdata

Plottene fra de første pasientintervjuene utgjør *utgangsdataene*. Senterlinjen danner utgangspunkt for vurdering av den videre utviklingen, etter at man har gjennomført forbedringstiltak. Resultatene fra nye intervjuer plottes inn, for å undersøke om det har skjedd endringer i pasientenes tilbakemeldinger (figur 6).

Figur 6. Eksempel på utvikling i et tidsdiagram etter gjennomføring av forbedringstiltak



Det finnes enkle avlesningsregler for å avgjøre om endringer i tidsdiagrammet er tilfeldige eller ikke (21). En tommelfingerregel går ut på at når man har gjennomført et forbedringstiltak, og de fem påfølgende plottene i diagrammet blir liggende på samme side av senterlinjen, dreier det seg om en utvikling som ikke er tilfeldig (tilsvarer p-verdi mindre enn 0,05).

I figur 6 ser vi at de påfølgende plottene etter forbedringstiltaket ligger på samme side av senterlinjen, mange nok til at vi kan si at det ikke er tilfeldig. Pasient nummer 25 har imidlertid markert lavere skår enn de øvrige. Bak slike "utligger" i diagrammet kan det ofte skjule seg viktig informasjon om forbedringsbehov. I slike tilfeller lønner det seg alltid å undersøke nærmere hva som har skjedd rundt akkurat disse pasientene.

Man kan også tegne et tidsdiagram for enkelte delområder i intervjuet. Dette er aktuelt når man vil undersøke effekten av tiltak som man har satt inn i forhold til for eksempel pasientenes medvirkning i egen behandling.

Når er tilbakemeldingene fra pasientene gode nok?

Alle som for første gang kartlegger pasientenes erfaringer, vil finne områder som trenger til forbedring. Etter den første forbedringsrunden må enheten selv avgjøre hva som er godt nok. Man kan si seg fornøyd med tilbakemeldingene fra pasientene når gjennomsnittlig skår ligger på mellom 80 og 90 prosent av hva som er oppnåelig (19). Erfaringer fra næringslivet tyder på at man aldri oppnår hundre prosent positive tilbakemeldinger fra kundene. Dels er det noen ganske få som alltid har noe å klage på, og dels er det noen som egentlig var ute etter en annen type tjeneste enn den de fikk (16).

4 Organisering av forbedringsarbeidet

Pasientstyrt forbedringsarbeid krever mest tid i oppstarten. Etter hvert kan intervjuene og vurderingen av resultatene bli integrert i den daglige virksomheten ved enheten. For eksempel kan intervjuene gjennomføres som en del av utskrivingsrutinene. Vurdering av data og innføring av forbedringstiltak kan foregå som et fast innslag på personal- eller undervisningsmøter.

Lederne ved enheten må sette seg inn i prinsippene for forbedringsarbeidet og planlegge hvordan det skal gjennomføres. Den som skal gjennomføre intervjuene bør øve seg i å bruke protokollen gjennom rollespill. Dersom flere medarbeidere skal intervjuer, bør de trene sammen for å sikre mest mulig sammenlignbare data.

Det må sikres at noen kan legge dataene inn i regneark og stå for den nødvendige bearbeidingen av resultatene. Ofte kan man få hjelp til dette ved sykehusets IT-avdeling. Ellers kan man med god veiledning lære seg de nødvendige funksjonene i regnearket i løpet av noen timer.

Når disse forutsetningene er sikret, må medarbeiderne ved enheten bli orientert om metoden og om at forbedringsarbeidet vil bli satt i gang (se vedlegg 2).

Innhenting av utgangsdata

Intervjuene bør gjennomføres når pasientene skrives ut. Da har de oppholdet i friskt minne, og er godt motivert for å svare på spørsmålene. Erfaringen viser at det er svært få pasienter som ikke ønsker å delta. Dersom intervjuet legges til utskrivings samtalen, får man anledning til å rette opp eventuelle mangler i forhold til for eksempel viktig informasjon før pasienten reiser hjem.

Dataene fra intervjuene legges fortløpende inn i regnearket. Når man har gjennomført så mange intervjuer at man ser et mønster for pasientenes erfaringer, bør resultatene presenteres for medarbeiderne.

Valg og gjennomføring av forbedringstiltak

Resultatene fra den første kartleggingen kan legges fram på et personalmøte, i form av et radardiagram og en oversikt over de spørsmålene i intervjuet som har oppnådd lavest gjennomsnittlig skår. Radardiagrammet viser hvilke delområder som har størst behov for forbedring. Enkeltspørsmål med særlig lave skåringstall kan indikere aktuelle forbedringstiltak.

Forbedringstiltakene kan være enkle, som å skaffe informasjonsmateriell om emner hvor pasientene trenger mer kunnskap. Mer sammensatte tiltak kan dreie seg om å forbedre det sosiale miljøet i avdelingen, eller innføre bedre rutiner for utskrivning. Når tiltakene er valgt og definert, bestemmes det når de skal settes i verk.

Registrering av forbedringer

Intervjuene med pasientene fortsetter etter hvert som de skrives ut. Når resultatene plottes inn i tidsdiagrammet, ser man om forbedringstiltaket har gitt merkbare resultater. Dersom det ikke er tilfelle, må man undersøke om tiltaket kan gjennomføres på en mer effektiv måte, eller om det må suppleres med andre løsninger.

Valg av nytt forbedringsområde

Når pasientintervjuene viser tilstrekkelig forbedring på det aktuelle området, er det tid for å velge det neste. Slik fortsetter man til man har oppnådd tilfredsstillende tilbakemeldinger fra pasientene.

Vedlikehold av resultatene

Resultater av forbedringsarbeid skyldes dels effekten av de spesifikke tiltakene man setter inn, og dels at pasientenes erfaringer blir satt på dagsordenen ved enheten. Erfaringen viser at oppnådde forbedringer ofte forfaller mot utgangsnivået, dersom de ikke vedlikeholdes aktivt.

Vedlikeholdet kan bestå i å fortsette med regelmessige pasientintervjuer. Frekvensen kan reduseres, for eksempel til en gang hver 14. dag. Ved å legge resultatene inn i tidsdiagrammet, og gjøre dem tilgjengelige for medarbeiderne, kan man følge utviklingen over tid og drøfte den i enheten. På denne måten holder man oppmerksomheten rettet mot pasientenes opplevelse av behandlingstilbudet. Samtidig kan det avdekkes behov for å innskjerpe gamle forbedringstiltak, eller innføre nye.

Registrering av pasienterfaringer i langtidsposter

Pasientstyrt forbedringsarbeid er opprinnelig basert på kontinuerlige tilbakemeldinger fra pasientene etter hvert som de skrives ut. Metoden kan tilpasses langtidsposter ved at man i stedet intervjuer alle inneliggende pasienter på samme tidspunkt. Resultatene brukes som grunnlag for valg av forbedringstiltak. Intervjuene kan så gjentas for eksempel hvert halvår. På denne måten kan også langtidsposter sikre seg regelmessige tilbakemeldinger både om resultatene av forbedringstiltak, og om det er behov for tiltak på nye områder.

Referanser

1. Hansson L. Patient satisfaction with psychiatric services. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1995; 4: 257-62.
2. Tehrani ES et al. Kvalitet af psykiatrisk behandling belyst ved patienttilfredshed. *Ugeskr Læger* 1996; 158-2: 158-62.
3. Gjerden P. A survey of patient satisfaction as means of evaluating quality of care in an open psychiatric ward. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1997; 4: 235-42.
4. Woodward CA et al. Survivor focus groups: a quality assurance technique. *Palliative Medicine* 1993; 7-3: 229-34.
5. Borg M. Brukerundersøkelse Avdeling 4B, Blakstad sykehus - et skritt på veien. Asker: Blakstad sykehus, 1997.
6. Continuous quality development: a proposed national policy. København: World Health Organization, 1993.
7. Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: Prosessforbedring i klinisk virksomhet. Statens helsetilsyns utredningsserie 5-2001. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2001.
8. Cleary PD et al. Health care quality - incorporating consumer perspectives. *JAMA* 1997; 278: 1608-12.
9. Cleary PD et al. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Health Care* 1993; 1: 31-8.
10. Gerteis M et al. Through the patient's eyes. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
11. Reiley P et al. Learning from patients: A discharge planning improvement project. *JCAHO Journal on Quality Improvement* 1996; 5: 311-22.
12. Shaw JG. Customer-inspired quality. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
13. Alt SJ. Patient satisfaction rates. *Health care strategic management* 1995; 13-8: 1-2.
14. Bruster S et al. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309: 1542-9.
15. Hansson L et al. What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Health Care* 1993; 1: 41-7.
16. Hayes BE. Measuring customer satisfaction. Milwaukee: ASQC Quality Press, 1997.
17. User satisfaction evaluation tool for users of inpatient mental health services. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 1996.

18. Ruud T et al. Praktisk veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder. Helsetilsynets prosjekt: Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 8, 1996.
19. Fråga patienterna på psykiatriska vårdavdelningar. Spri rapport 332. Stockholm: Spri, 1992
20. Ruud T. Erfaringer og resultater fra en utprøving av noen metoder. Helsetilsynets prosjekt: Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Delutredning 7, 1996.
21. Kume H. Statistical methods for quality improvement. Tokyo: The Association for Overseas Technical Scholarship, 1985.

Vedlegg 1

Intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold i psykiatrisk avdeling

Løpenummer:..... Intervjuer:.....

Intervjuet gjelder opphold ved:

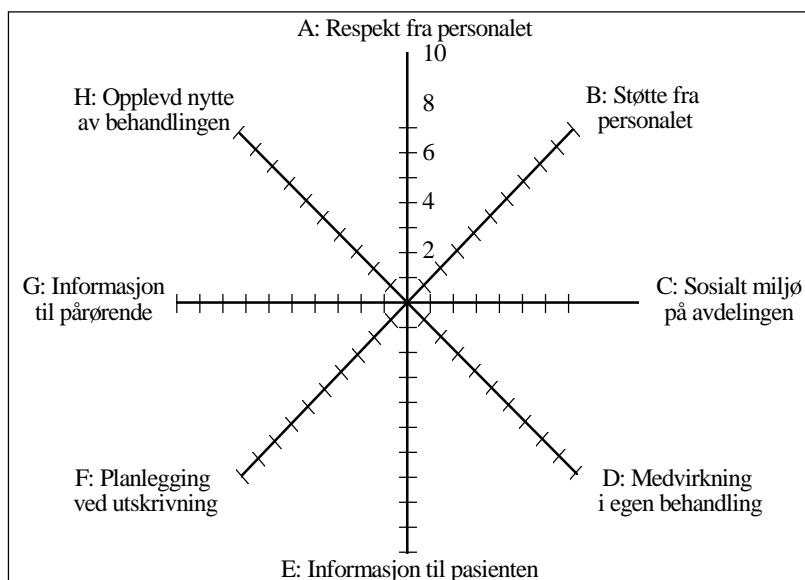
Intervjuet er frivillig. Det kan introduseres til pasienten på denne måten:

Dette intervjuet handler om forhold som er viktige for alle som er innlagt i sykehus. For å gjøre tilbudet her ved avdelingen så godt som mulig, vil vi gjerne spørre deg om dine erfaringer mens du var innlagt hos oss. Navnet ditt blir ikke skrevet på intervjueskjemaet. Opplysningene fra intervjuet vil bli gitt til ledelsen ved avdelingen, slik at de kan rette på eventuelle mangler i tilbudet vårt. Informasjonen fra intervjuet vil ellers bli behandlet som fortrolige opplysninger. Har du noen spørsmål før vi begynner?

SKÅRINGSARK

Svarene skåres slik: Ja=2, Delvis=1, Nei=0. Noen spørsmål i intervjuet er snudd, slik at skårene blir: **Nei=2, Delvis=1, Ja=0**. Skårene for hvert delområde kan summeres og føres inn i denne tabellen.

Delområde	Skår	Delområde	Skår
A: Respekt fra personalet		E: Informasjon til pasienten (divideres med 2)	
B: Støtte fra personalet		F: Planlegging ved utskrivning (divideres med 2)	
C: Sosialt miljø på avdelingen		G: Informasjon til pårørende	
D: Medvirkning i egen behandling		H: Opplevd nytte av behandlingen	



Spesielle kommentarer fra pasienten under intervjuet:

.....

A: RESPEKT FRA PERSONALET	
1. Ble du tatt i mot på en god måte da du ble innlagt i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Var personalet høflige og interesserte i forhold til deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Respekterte personalet dine meninger?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Var personalet tilgjengelig når du trengte det?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Hadde du tillit til personalet?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	

B: STØTTE FRA PERSONALET	
1. Brydde personalet seg om deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Kunne du snakke med personalet om dine personlige bekymringer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Forsto personalet problemene dine?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Ble du oppmuntret av personalet til å arbeide med dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Trodde personalet på deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	

C: SOSIALT MILJØ PÅ AVDELINGEN

1. Hadde du mulighet til å få være for deg selv når du trengte det?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Hadde du muligheter for meningsfulle aktiviteter i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Kunne du ta i mot familie eller venner på besøk når du ville?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Følte du deg trygg i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Følte du deg ensom i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
Kommentarer fra pasienten:	

D: MEDVIRKNING I EGEN BEHANDLING

1. Tok personalet hensyn til dine meninger om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Var det et godt samarbeid mellom deg og personalet om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Var du med på å planlegge din egen behandling?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Hendte det at beslutninger om behandlingen ble tatt over hodet på deg?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
5. Spurte personalet deg om hva du mente om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	

E: INFORMASJON TIL PASIENTEN	
1. Fikk du forståelig informasjon om praktiske rutiner i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Fikk du forståelig informasjon om årsakene til dine psykiske problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Fikk du forståelig informasjon om ditt behandlingsopplegg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Fikk du forståelig informasjon om dine framtidsutsikter, med de problemene du har?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Fikk du forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisinene du brukte?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
7. Fikk du vite at du kunne klage over behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
8. Fikk du så mye informasjon som du ønsket?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
9. Hendte det at du fikk motstridende informasjon?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
10. Stolte du på at du fikk korrekt informasjon fra personalet?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	

F: PLANLEGGING VED UTSKRIVING	
1. Ble du informert i god tid om når du skulle utskrives?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Har du avtale med en fagperson (f. eks. lege eller sykepleier) om oppfølging etter utskrivingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Har du møtt denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har personalet ved avdelingen snakket med denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Har du fått informasjon om hvilke tilbud som finnes for deg i din egen kommune?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
7. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på tilbakefall?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
10. Har du vært med på å lage planer for din oppfølging etter utskrivingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	

G: INFORMASJON TIL PÅRØRENDE	
<small>(Disse spørsmålene utelates fra intervjuet dersom pasienten ikke har nære pårørende, eller ikke ønsker at de skal informeres)</small>	
1. Spurte personalet om du ville at dine pårørende skulle få informasjon om dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Fikk du den hjelpen du trengte for å informere dine pårørende om dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Fikk dine pårørende tilbud om samtaler med deg og din kontaktperson i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har dine pårørende fått informasjon om hva som kan forebygge at du får tilbakefall?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Har dine pårørende fått informasjon om dine tiltaksplaner for tiden etter utskrivningen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	
.....	
.....	

H: OPPLEVD NYTTE AV BEHANDLINGEN	
1. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til dine psykiske problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre dine daglige gjøremål?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til samvær med andre mennesker?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å forstå problemene dine?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Dersom noen fikk de samme problemene som du har hatt, ville du råde dem til å legge seg inn ved denne avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	
.....	
.....	

AVSLUTTENDE SPØRSMÅL

Hva var du minst fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....

.....

Hva var du mest fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....

.....

INTERVJUERENS KOMMENTAR TIL INTERVJUET

.....

.....

Eksempel på pasientstyrt forbedringsarbeid i en psykiatrisk sengepost

Eksemplet er hentet fra et modellforsøk ved Post K6 ved Sandviken sykehus i Bergen

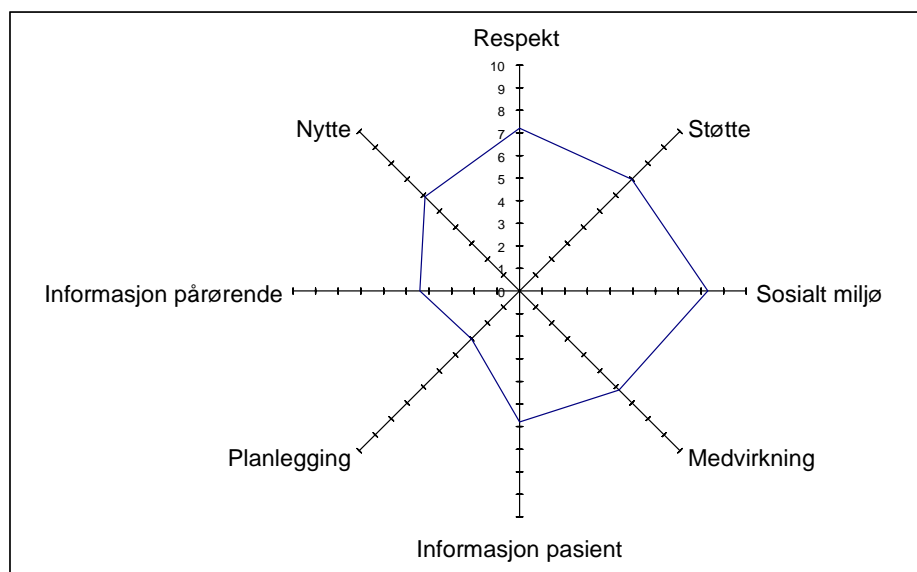
Post K6 skal gi akutt og intermediær behandling for pasienter med affektive lidelser. Posten har en lukket og en åpen enhet med til sammen 15 sengeplasser.

Ledelsen ved posten valgte å registrere pasienterfaringer for å få synliggjort hvor i behandlingen de trengte å forbedre tilbudet. De ønsket å iverksette forbedringstiltak der behovet var størst, og måle effekten av disse tiltakene. Intervjuene ble gjennomført av assisterende avdelingssykepleier etter hvert som pasientene ble skrevet ut.

Utgangsdata

Da de 10 første intervjuene var gjennomført, ble resultatene presentert for medarbeiderne i posten (figur 1).

Figur 1. Gjennomsnittlig skår for delområdene i intervjuet (de 10 første pasientene)



Diagrammet viste at det var behov for forbedringer på flere områder. Resultatene ble utgangspunkt for bevisstgjørende diskusjoner blant medarbeiderne. De var særlig overrasket over de lave skårene i forhold til planlegging ved utskriving, fordi avdelingen hadde gjennomført en egen opplæring nettopp på dette området.

Forbedringstiltak

Posten valgte i første omgang å fokusere på to av de tre delområdene i intervjuet som hadde oppnådd lavest skår, nemlig informasjon til pasientene og planlegging ved utskriving.

For å få et konkret utgangspunkt for valg av forbedringstiltak, undersøkte de hvilke enkeltspørsmål som hadde oppnådd lavest skår innenfor disse delområdene. På området informasjon var det spørsmålet om retten til innsyn i egen

journal. På området som gjaldt planlegging ved utskriving var det spørsmålene om informasjon om tilbakefall av symptomer og bivirkninger av medikamenter.

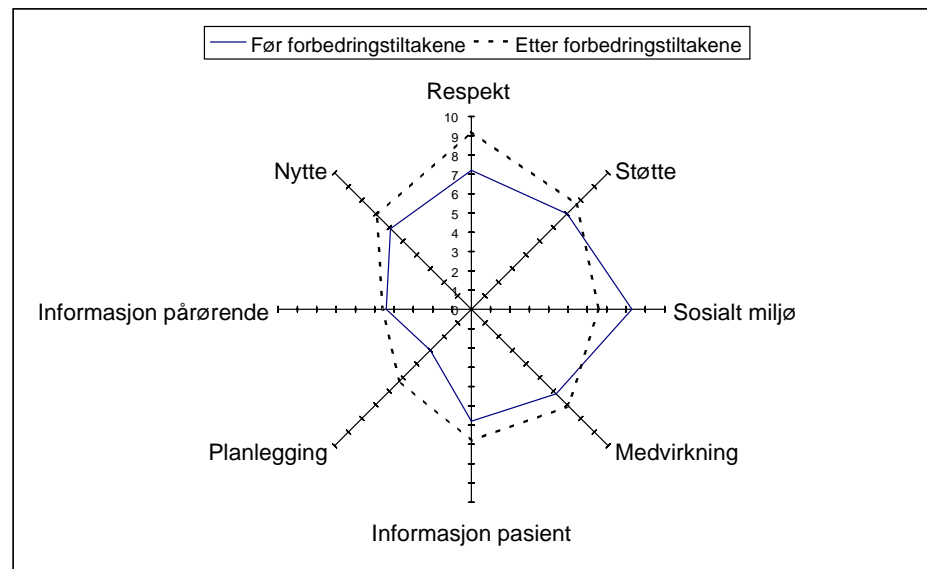
Posten satte i verk følgende tiltak:

- Avdelingens informasjonsbrosjyre fikk et nytt avsnitt om pasienters rett til innsyn i egen journal.
- For å bedre planleggingen ved utskriving, fikk hovedbehandlerne utdelt et handlingsprogram for utarbeiding av tiltaksplan for forebygging av tilbakefall. Det går ut på å lære pasienten å ta hensyn til varselsignaler om tilbakefall av symptomer. Behandlerne ble oppfordret til å bruke programmet, som er aktuelt for mange pasienter med stemningslidelser.
- For å styrke informasjonen om medisiner og bivirkninger, fikk legene ved posten utdelt et opplysningshefte om aktuelle medikamenter, som de skulle gi pasientene når de ble utskrevet.

Endringer i pasientenes erfaringer

Effekten av forbedringstiltakene ble registrert gjennom 18 nye pasientintervjuer (figur 2).

Figur 2. Gjennomsnittlig skår for delområdene i intervjuet, før og etter forbedringstiltakene



De nye målingene viser en økning på de fleste delområdene, og mest der utgangspunktet var dårligst. Det er fortsatt et forbedringspotensiale på flere områder. På ett delområde hadde gjennomsnittlig skår avtatt, nemlig det som dreier seg om pasientenes opplevelse av det sosiale miljøet i avdelingen. Dette ble satt i sammenheng med at posten i den aktuelle måleperioden hadde stort overbelegg og utskiftninger i personalstaben.

Med hensyn til de enkeltspørsmålene der utgangsverdiene var svært lave, var pasientenes tilbakemeldinger endret på denne måten:

Tabell 1. Gjennomsnittlig skår for enkeltspørsmål i intervjuet, før og etter for-

bedringstiltakene

Spørsmål i intervjuprotokollen	Prosentdel av oppnåelig skår	
	Før forbedringstiltakene	Etter forbedringstiltakene
E6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?	30	45
F6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?	19	78
F7. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på tilbakefall?	33	78
F8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?	33	50
F9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?	15	39

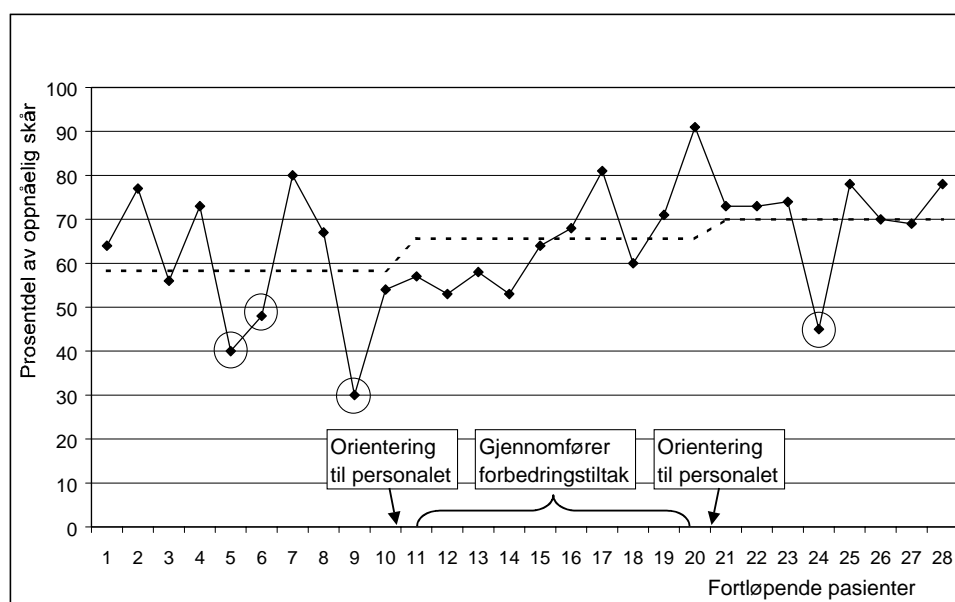
Det så ut til at de spesifikke forbedringstiltakene hadde hatt effekt. Samtidig var det fortsatt en del pasienter som ikke hadde fått med seg viktige opplysninger. Dette kan tyde på at det skriftlige materialet som ble delt ut til pasientene, burde vært supplert med mer muntlig informasjon.

Tilbakemeldinger fra de enkelte pasientene

Assisterende avdelingssykepleier plottet samlet skår fra hvert pasientintervju i et tidsdiagram (figur 3).

Figur 3. Oppnådd skår i 28 fortløpende pasientintervjuer

Diagrammet viser en endring i gjennomsnittlig oppnådd skår fra 58 til 69 pro-



sent i løpet av måleperioden. Det er altså fortsatt rom for forbedring. Det er fem ”utliggere” i diagrammet, det vil si pasienter med en skår som skiller seg markert ut fra de øvrige. Lederne ved posten undersøkte hva som kunne forklare den lave skåren hos disse pasientene.

Pasient 5 og 6 var innlagt for barselspsykose. Det var ikke ressurser til å ha barna i avdelingen, slik at de måtte skilles fra mødrene. Den lave skåren må sees på bakgrunn av dette. Tidligere har enheten hatt gode erfaringer med å la barnet være hos moren i slike situasjoner. Avdelingen hadde et eget rom ved en annen sengepost, spesielt beregnet for mor og barn. Rommet ble imidlertid ikke

benyttet til dette formålet. Det ble bestemt at ansvaret for denne pasientgruppen skulle overføres til den aktuelle posten. Samtidig skulle det utarbeides rutiner for å imøtekomme denne pasientgruppens spesielle behov.

For pasient 9 var det også behov for et bedre miljøterapeutisk tilbud. Denne pasienten trengte omfattende skjermingstiltak. Skjermingstilbudet i posten var ikke godt nok. Et utvalg ble nedsatt for å se på muligheter for rommessig ombygging i posten.

Pasient 24 var fremmedspråklig. Til tross for at hun har bodd i Norge i mange år, hadde hun tydeligvis ikke forstått den informasjon hun fikk. Mye tydet på at hennes norskkunnskaper var overvurdert. På posten ble de klar over at de burde benytte tolketjenester i større grad i forhold til fremmedspråklige pasienter.

Lærdommer

Pasientene satte pris på å bli intervjuet om sine erfaringer. Lederne og medarbeiderne i posten opplevde intervjuene som svært nyttige, fordi de ga informasjon om behandlingstilbudet som de ellers ikke ville fått. De mente ellers at denne typen forbedringsarbeid burde innarbeides i de daglige rutinene ved posten. Dette er en lederoppgave, men det er også nødvendig med veiledning i startfasen for å få det til.

Videreføring

Lederne ved posten ønsket å fortsette å registrere pasientenes erfaringer. De var særlig opptatt av å finne ut om de kunne oppnå bedre resultater i forhold til pasientenes medvirkning i egen behandling. De vurderte også å sammenligne GAF - målingene ved inn- og utskrivning med pasientenes opplevde nytte av behandlingen.

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

PRIS

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider.....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692	(100)
3-2000	Stemmingslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707	(100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?.....	IK-2712	(100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten	IK-2714	(100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2719	(100)
9-2000	Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling.....	IK-2726	(100)
10-2000	Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk	IK-2727	(100)
11-2000	De psykiatriske ungdomsteamene	IK-2728	(100)
1- 2001	Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter . . .	IK-2736	(100)
2- 2001	Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker	IK-2739	(100)
3- 2001	Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter i norske sykehus etter parasuicid	IK-2743	(100)
4- 2001	Kompetansebehov for psykiatrisk helsevern	IK-2740	(100)
5- 2001	Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: Prosessforbedring i klinisk virksomhet .	IK-2756	(100)
6- 2001	Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter ...	IK-2757	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrierende nevrologiske sykdommer	IK-2716	(100)
5-2000	Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring	IK-2723	(100)
1-2001	Distriktskykiatriske sentre – organisering og arbeidsformer	IK-2738	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriattsning 1994-99..	IK-2699	(100)
3-2000	Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport	IK-2720	(100)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



Statens helsetilsyn har ansvar for gjennomføring og oppfølging av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Erfaringene fra dette arbeidet viser at det er stort behov for veilednings- og informasjonsmateriell på området.

Denne utredningen beskriver en metode for forbedringsarbeid som tar utgangspunkt i pasientenes erfaringer med behandlingstilbudet.

Utredningen retter seg mot ledere og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.no

Internett: www.helsetilsynet.no