

TEMA

Dialogmøder



**VIDENSCENTER FOR
BRUGERINDDRAGELSE**
– i sundhedsvæsenet

TEMA: DIALOGMØDER

København, april 2017

Videnscenter for Brugerinddragelse

i Sundhedsvæsenet (ViBIS)

Kompagnistræde 22, 1

1208 København K

E-mail: info@vibis.dk

Web: www.vibis.dk

Publikationer fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) må frit citeres – dog med tydelig angivelse af kilde. Publikationer der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til ViBIS.

Indhold

Sammenfatning	4
Informationer til den videre læsning	5
Dialogmøder	6
1. Feedbackmøder	6
2. Brugerpaneler	7
3. Debriefingmøder	7
Forudsætninger	8
Forankring og kompetencer	8
Gennemtænkt mødeforløb	8
Udfordringer	10
Effekter	12
Positive effekter	12
Negative effekter	13
Eksempler	14
1. Feedbackmøder	15
2. Brugerpaneler	16
3. Debriefingmøder	17

Sammenfatning

Ved dialogmøder får patienter og pårørende mulighed for at sætte ord på deres erfaringer og præferencer over for fagpersoner, som kan inddrage og omsætte denne viden til handlinger og forandringer i sundhedsvæsenet. Dialogmøder kan derfor ses som et eksempel på organisatorisk brugerinddragelse.

Ved patienternes direkte tilbagemeldinger til fagpersonerne kan der indfanges vigtig viden om patienternes syn på deres behandlingsforløb og deres erfaringer. Det giver en indsigt, som kan være med til at sikre et højt kvalitetsniveau af sundhedsydelse. Med afsæt i ViBIS' landsdækkende kortlægning af brugerinddragende indsatser, bliver der i dette tema sat fokus på tre former for dialogmøder:

1. Feedbackmøder, som er den mest udbredte og velbeskrevne form for dialogmøde.
2. Brugerpaneler, der er kendt som planlægningsredskab i forskellige sammenhænge.
3. Debriefingmøder, der kan fungere som et ledelsesinstrument tæt på behandlingsforløbet.

Selv om møderne bliver holdt i forskellige regier og har varierende formål, indhold og deltagerkreds, findes der en række overordnede fællestræk, hvad angår forudsætninger, udfordringer og effekter.

Et udbytterigt dialogmøde forudsætter en god forankring i organisationen – det vil sige en engageret ledelse og en åben kultur på stedet. Det er også vigtigt, at møderne faciliteres af personer, der har de relevante faglige og menneskelige kompetencer. Grundig udvælgelse og forberedelse af de deltagende patienter og fagpersoner er endnu en forudsætning. Et gennemtænkt mødeforløb med aktiv opfølgning skal være på plads for at sikre, at patienternes udsagn kan blive hørt og inddraget i det videre udviklingsarbejde.

Uanset nøje mødeforberedelser, kan der altid opstå situationer, som vil blive oplevet som udfordringer – det gælder for både personale og patienter. For personalet kan det være svært at håndtere at høre om patienters eller pårørendes negative oplevelser eller kritik. Udfordringen ligger i at bevare åbenheden og ikke gå i forsvarsposition, som nemt vil kunne forstyrre processen. Også patienterne kan føle sig udfordret og måske utrygge i den situation, hvor de skal udtale sig over for en gruppe fagpersoner. Dertil kommer, at nogle patienter kan genopleve triste følelser, mens de fortæller. Varsomhed i omgang med hinanden er derfor et vigtigt element i processen, og det kan være en udfordring for begge parter.

Dialogmødernes overordnede formål er, at der via en direkte kontakt mellem patient og personale og en struktureret proces formidles nyttig viden ud fra et patient- og pårørendeperspektiv. For personalegruppen er møderne lærerige og motiverende. For patienter og pårørende kan de resultere i øget tilfredshed med og tillid til behandlingsstedet. Ledelserne kan følge op på møderesultaterne med konkrete handleplaner for forandringer og kvalitetsudvikling. Samtidig kan den indsigt, som møderne giver, bruges til at understøtte en kulturforandring i hele organisationen mod mere åbenhed og øget inddragelse af patienter og pårørende.

Informationer til den videre læsning

ViBIS' landsdækkende kortlægning af brugerinddragende indsatser har været udgangspunkt for temaet om dialogmøder. Brugerinddragelsen sker ved, at en gruppe patienter giver direkte feedback til en gruppe fagpersoner i et fælles mødeforløb. Det overordnede formål er at udvikle og højne kvaliteten i behandlingsforløbene til gavn for begge parter. Betegnelsen "Dialogmøder" er i dette tema brugt som samlebegreb for følgende typer møder:

1. Feedbackmøder
2. Brugerpaneler
3. Debriefingmøder

Som "Feedbackmøder" (1) betegnes den form for møder, der følger en velbeskrevet og udbredt feedbackmøde-metode. Det inkluderer også de møder, der i praksis går under andre betegnelser som for eksempel brugerdialog eller dialogcafé. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (EEB) har i 2015 publiceret en erfaringsopsamling fra mere end 70 afholdte feedbackmøder (se link til EEB-rapporten i kapitlet "Eksempler").

I modsætning til det omfattende materiale om feedbackmøder, der kommer fra mange behandlingssteder, stammer materialet om "Brugerpaneler" (2) og "Debriefingmøder" (3) hver for sig fra et enkelt hospital.

De tre typer dialogmøder er hovedreferencer i temaet, og der henvises til dem med deres numre. De enkelte afsnit afsluttes med en kildeangivelse, hvor de væsentligste numre er angivet i en parentes. Derudover bygger temaet på inspiration og input fra forskelligartet materiale, som dels er fundet via hjemmesider, dels er blevet tilsendt fra sygehuse og institutioner rundt om i landet.

I kapitlet "Dialogmøder" gives en kort introduktion til de tre typer indsatser. I temaets afsluttende kapitel "Eksempler" suppleres beskrivelserne, og der gives links til yderligere materiale samt kontaktoplysninger.

ViBIS' egne vurderinger og anbefalinger er underbygget med fakta og udsagn fra de undersøgte eksempler og fra litteratur på området. Behandlingsstedernes evalueringer af deres indsatser er ofte sket i form af løbende erfaringsopsamling fra dialogmøderne og fra den efterfølgende viderebearbejdning på afdelings- og ledelsesniveauerne.

Dialogmøder

Dialogmøder bliver holdt for at skabe grundlag for forandringer på baggrund af en indgående og sammenhængende viden om brugernes erfaringer og præferencer. Denne viden kan bruges til at udvikle organisatoriske forhold og derved bidrage til kvalitetsudvikling af sundhedsydelserne.

Dialogmøder, hvor patienter og pårørende giver direkte tilbagemelding til fagpersoner, kan indfange vigtige nuancer af deres oplevelser under behandlingsforløbet. Dialogmøder holdes herhjemme i både somatisk og psykiatrisk regi, og de kan variere meget i form, formål og deltagerkreds. Det gælder også for de tre udvalgte typer dialogmøder i dette tema. Som yderpunkter kan for eksempel årlige feedbackmøder på samtlige afdelinger i et hospital danne baggrund for en mere langsigtet organisatorisk planlægning, mens ugentlige debriefingmøder, som er tæt knyttet til det enkelte behandlingsforløb, har evaluerende karakter og sigter på løbende forandringer.

Fælles for de tre beskrevne mødeformer er den bagvedliggende tankegang, at personalegruppen – ved at få øget indsigt i patienternes oplevelser – selv kan opnå øget forståelse og på baggrund heraf være medvirkende til forandringer, der er til gavn for begge parter. Et andet fællestræk er, at dialogmøderne ofte tilrettelægges og tematiseres med afsæt i de årlige LUP-undersøgelser (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser).

1. Feedbackmøder

Af de udvalgte dialogmøder er feedbackmødet den mest kendte mødeform. Den har eksisteret i en del år og foregår efter en velafprøvet drejebog. Som nævnt, har Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse indsamlet erfaringer fra en lang række feedbackmøder (se link til EEB-rapporten "Feedbackmøder: en metode til at høre patienters oplevelser direkte" i kapitlet "Eksempler").

Nogle steder bliver møderne holdt i overordnet hospitalsregi. Det vil sige, at alle hospitalets afdelinger er forpligtet til med jævne mellemrum at gennemføre feedbackmøder. Andre steder foregår feedbackmøder inden for mindre enheder – det kan være på en enkelt afdeling, i et psykiatrisk center, en klinik eller et ambulatorium. Feedbackmøderne retter sig således mod mange forskellige patientgrupper og deres pårørende. Metoden kan også anvendes til tværsektorielle møder eller suppleres med socialt samvær over en kop kaffe i forbindelse med mødet, således at der skabes et "cafémiljø".

Ved et feedbackmøde foretager en facilitator en række interviews med de deltagende patienter og pårørende. Det er karakteristisk for metoden, at de sundhedsprofessionelle har rollen som et "reflekterende team". Det vil sige, at de skal være lyttende under interviewforløbet, og at de derefter kun må tilkendegive deres meninger og vurderinger inden for deres egen gruppe. Personalet må således ikke gå i direkte diskussion med brugergruppen. Det er facilitatorens opgave at være gensidig formidler mellem de to grupper at koordinere det videre forløb og sørge for den afsluttende opsamling.

2. Brugerpaneler

Et brugerpanel kan være et engangsforetagende, hvor panelet sammensættes til lejligheden for at bidrage til løsningen af en specifik opgave. Ofte er der tale om faste brugerpaneler med deltagere, der repræsenterer særlige interesser eller særlig baggrundsviden. Et fast brugerpanel inddrages jævnligt af for eksempel sygehusledelser for at indkredse konkrete temaer eller spørgsmål i forbindelse med udviklings- og planlægningsinitiativer. Brugerpaneler følger en kvalitativ metode, som anvendes som planlægningsredskab på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

I dette tema indgår brugerpanel som en mødeform, hvor panelet består af en forholdsvis lille gruppe udskrevne patienter, som inddrages på afdelingsniveau. Via dialog og gensidig inspiration identificerer og påpeger panelet, hvad der anses for vigtigt ud fra et patient- eller pårørendeperspektiv. Fokus kan for eksempel rettes mod oplevelser i akutfasen eller det sammenhængende patientforløb. Det kan også dreje sig om emner som information og pårørendekontakt. En udviklingspsygeplejerske og to teamledere har ansvaret for mødeforløbet og opsamlingen.

3. Debriefingmøder

Debriefingmøder anses som et ledelsesinstrument til kvalitetsforbedring og monitorering. De er en form for evalueringsmøder på afdelingsniveau, som alle afdelingens patienter bliver inviteret til at deltage i to uger efter operationen. Møderne holdes regelmæssigt to gange om ugen – altid med skiftende patienter. Fælles for dem er, at de alle har gennemgået en operation på afdelingen et par uger forinden, og at de i forbindelse med debriefingmødet samtidig er indkaldt til trådfjernelse.

Debriefingmøderne indledes med et oplæg og spørgsmål, som er aktuelle for afdelingen og som patientgruppen diskuterer ud fra. Overlægen og oversygeplejersken faciliterer mødeforløbet og står for opfølgningen. Herudover deltager skiftende fagpersoner fra afdelingen i møderne. Møderesultaterne bliver straks videreformidlet til afdelingsledelsen og omsat til aftaler om eventuelle forandringer og kvalitetsforbedringer.

Forudsætninger

En række forudsætninger skal være opfyldt ved dialogmøder, fordi de har afgørende betydning for en givende proces og tilfredsstillende resultater.

Forankring og kompetencer

Det er en forudsætning, at alle parter – det vil sige patienter, pårørende, sundhedspersonale og deres ledelser – giver brugerinddragelse en høj prioritet. Det kræver, at der er en bred parathed til at få mere og bedre brugerinddragelse flettet ind i praksis. Det er dermed afgørende, at hele organisationen tager medansvar for brugerinddragelse i erkendelse af, at patienter og pårørende er de eneste, der oplever hele patientforløbet – og at de derfor ligger inde med en viden, som skal formidles videre til personalet på en hensigtsmæssig måde.

For at et dialogmøde kan blive frugtbart og vellykket, skal ledelsen være engageret i det fra start til slut – og ikke mindst efter mødet, når resultater og handleplaner skal følges op. De rette præmisser for møderne skal være tilstede, for eksempel at der i forvejen hersker en "åben" kultur på det pågældende behandlingssted. Det vil sige, at man er lyttende, indstillet på forandringer og parat til at rette op på eventuelle utilstrækkeligheder. Endvidere skal ledelserne være med til at sikre, at de personer, som skal facilitere de forskellige typer dialogmøder, har de relevante faglige og menneskelige kompetencer til opgaven. Det samme gælder for det deltagende personale. (1,2,3)

ViBIS anbefaler, at ledelser medvirker aktivt i forberedelse og gennemførelse af dialogmøder og ser det som sit ansvar at bidrage til, at resultaterne omsættes til handlinger, der kan være til gavn for både patienter, pårørende og organisationens udvikling.

Gennemtænkt mødeforløb

Grundig udvælgelse og forberedelse af deltagerne er væsentlige forudsætninger for et godt dialogmøde. Mødedeltagerne fra både personale- og brugersiden skal på forhånd være velinformerede, godt forberedte og være indstillede på aktiv medvirken. For personalets vedkommende kan det for eksempel ske ved et formøde, hvor en ledelsesrepræsentant og dialogmødets interviewer eller facilitator sætter sig sammen med fagpersonerne for at planlægge dialogmødets udgangspunkt og forløb. Patienter og pårørende skal forberedes omhyggeligt, for eksempel med forudgående telefoninterviews og målrettet skriftlig information.

En anden vigtig forudsætning for et udbytterigt møde er, at mødet bliver ledet efter en fast struktur, der sikrer, at alle patienter eller pårørende kan komme til orde uden at blive afbrudt af personalet. Personalet skal være helt klar over, at de ikke må 'fylde' for meget under mødet. Ved nogle møder tilstræbes der et lige antal personaler og brugere for at bevare ligelig balance. Efter mødet skal der skabes mulighed for, at personalet kan

konferere med ledelsen så hurtig som muligt for at fremme, at resultaterne omsættes til handlinger. (1,3)

ViBIS anbefaler, at dialogmøder tilrettelægges i nøje overensstemmelse med, hvad der kan forventes, at patienterne og de pårørende vil kunne overkomme.

Udfordringer

Ved dialogmøder kan der være forhold og situationer, der opleves som udfordringer, som de forskellige parter eller deltagere er nødt til at håndtere. Nogle udfordringer angår ledelser og personale, andre vedrører primært patienter og pårørende.

At få det hele på plads

Afholdelse af dialogmøder stiller personale og ledelser overfor mange opgaver: At få udvalgt de relevante deltagere, at invitere og informere patienterne, at gennemføre dialogmøder, at følge op på mødernes resultater og at implementere nye tiltag – alt i alt en stor organisatorisk udfordring.

Udvælgelse og forberedelse af personale- og brugerdeltagerne til dialogmøder kan være krævende. Det skal nøje overvejes, hvilke personalegrupper der skal være repræsenteret ud fra en faglig synsvinkel. Der skal rekrutteres patienter, som kan klare en uvant situation og ikke lukker af, når de konfronteres med måske flere forskellige professioner. Valget af facilitatoren, som har en nøglerolle under mødet, kan være en ekstra udfordring. Vælger man en person in-house, kan vedkommende være forudindtaget men vil til gengæld have et nærmere baggrundskendskab. Vælger man en udefrakommende facilitator, vil det være lige omvendt. Efter mødet kan det være en krævende proces for både personale og ledelser at få holdt fast i hinanden og få omsat mødernes resultater til konkrete handleplaner hurtigst muligt. (1,2)

ViBIS anbefaler, at gensidige forventninger fra patienter, pårørende, personale og ledelser afklares så tidligt som muligt i forløbet – som del af forberedelsen til dialogmøderne.

Ikke at gå i forsvarsposition

Personalet skal lægge øre til patienternes og deres pårørendes oplevelser under behandlingsforløbet, og det forventes, at personalet bevarer et åbent sind, selv om der kommer kritik. Udfordringen er, at ingen må føle sig "angrebet", selv om personalet muligvis kan føle sig uretfærdig behandlet – som enkeltperson eller på afdelingens vegne. Under mødet gælder det om ikke at afbryde patienternes udtalelser og ikke at gå i forsvarsposition – men være bevidst om, at både patienter og pårørende reelt kan have haft negative oplevelser. (1,2,3)

ViBIS anbefaler, at der sker en målrettet forberedelse af personalet, som sikrer, at fagpersonerne er klædt på til at modtage og håndtere både ris og ros.

At omgås hinanden med varsomhed

Patienterne kan under behandlingsforløbet have oplevelser, som de reagerer på med manglende tillid og utryghed. Ved dialogmøder kan sådanne følelser genopvækkes og være vanskeligt for brugerne at tale om. For personalet og facilitatoren bliver det en udfordring at håndtere en sådan situation med en høj grad af empati og forståelse – og samtidig se det som et naturligt led i processen.

Personalet skal være indstillet på, at det er patienternes og de pårørendes udtalelser, der er omdrejningspunktet. Personalets udsagn skal derfor relateres til det, brugerne har lagt frem – personalet må ikke dreje over til deres egne foretrukne emner. På den anden side kan patienter og pårørende være så autoritetstro, at de – trods imødekommenhed og empati – ikke vil forstyrre eller fornærme noget personale og derfor holder sig tilbage. (1,2)

ViBIS anbefaler, at der ved dialogmøderne skabes rammer, som fremmer tryghed og åbenhed, så patienterne og de pårørende tør komme frem med udtalelser, som de måske ellers har svært ved at fremføre.

Effekter

Dialogmøder kan resultere i en række positive – men også negative – effekter. Det overordnede indtryk er, at både brugerne og hele organisationen helt overvejende oplever positive effekter.

Positive effekter

Umiddelbar læring

Dialogmøder har den effekt, at de via direkte kontakt mellem patienter, pårørende og personale, og ved en særlig fremgangsmåde, formidler en mere dybdegående og nuanceret viden om brugeroplevelser end metoder med skriftlig respons fra patienter og pårørende. Dette gælder for både korte og lange behandlingsforløb.

Dialogmøder er lærerige, fordi de giver personalet mulighed for at lære at lytte og reflektere over brugernes udsagn på en engageret og empatisk måde. Det øger personalets bevidsthed om, hvor vigtigt det er at kunne forstå og håndtere patienternes og de pårørendes budskaber. I bedste fald resulterer et sådant læringsforløb i en øget indlevelse i brugerens situation, hvilket igen styrker personalets motivation for det videre arbejde med brugerinddragelse. (1,2)

En win-win-situation

Dialogmøderne har vist sig at have en god effekt på både patient- og medarbejdertilfredsheden. På den ene side styrkes patienternes (og de pårørendes) tillid til behandlingsstedet ved, at deres oplevelser efterspørges i organisationen. På den anden side kan organisationen bruge den indsigt, møderne giver, til at styrke både den faglige og den patientoplevede kvalitet – og ikke mindst til at understøtte en kulturforandring i organisationen mod mere åbenhed og brugerinddragelse.

Konkret sætter patienterne pris på at kunne fremkomme med både spørgsmål og kritik, som kan udfoldes inden for mødets trygge rammer. Her kan der opfanges eventuelle budskaber, der er af betydning for organisationen. Patienternes tryghed understøttes af, at de kan dele deres oplevelser med andre fra patientgruppen, som kender til lignende situationer. Det giver mulighed for gensidig sparring og forståelse blandt ligestillede. Det samme gælder ved indsatser, som er rettet mod pårørende. (1,2,3)

Fastholdelse og videregivelse af viden

Dialogmøder kan betragtes som ledelsesinstrument for kvalitetsforbedring og monitoring. Den rette opfølgning på møderne er derfor af afgørende betydning, og den sker på flere planer: På ledelsesplan, over for sundhedspersonalet og over for patienterne og de pårørende. Konkret opfølgning over for brugergruppen ved referater og resultatformidling understøtter en positiv oplevelse af inddragelsesprocessen i denne deltagergruppe. Resultaterne kan senere danne basis for spørgeskemaundersøgelser blandt større brugergrupper.

De deltagende fagpersoner sørger for vidensdeling på deres arbejdsplads. Personale, der ikke deltog i møderne, informeres om erfaringer og resultater fra møderne. Det skaber et ensartet og motiverende udgangspunkt, når der efterfølgende skal udarbejdes handleplaner for forandringer. Omgående og nøje videreformidling til de relevante ledelser sikrer, at disse kan tage ansvar for at handleplaner kan føres ud i livet. Regelmæssige dialogmøder inden for det samme felt vil kunne bidrage til en kontinuerlig udvikling på det pågældende område. Endelig kan viden og resultater fra dialogmøder bruges til at understøtte undervisningen af sundhedspersonale. (1,2,3)

Handleplaner for forandringer

Handleplaner, der følger op på dialogmøder, kan være rettet mod helt konkrete ændringer på afdelinger, som for eksempel ændring af arbejdsgange eller andre forhold i den daglige rutine. Andre handleplaner sætter fokus på undervisningsaktiviteter for personalet, eksempelvis på emner som den motiverende samtale eller lytning til patientudsagn og håndtering af dem. Handleplaner kan også dreje sig om udarbejdelse af undervisningsmateriale for personalet, eksempelvis i form af cases med fiktive patientforløb.

Nogle handleplaner munder ud i aktiviteter som temadage, temaaftener eller café-møder over emner som værdier og holdninger, dannelse af netværksgrupper, initiativer for øget patient- og pårørendeinddragelse eller prioritering af fokusområde for forandring. (1,2)

Negative effekter

Kræver ressourcer

Det kræver ressourcer at organisere og gennemføre dialogmøder. For både patienter, pårørende og personalet betyder deltagelsen i et møde, at der skal afsættes tid og ressourcer til det. Der er også konkrete omkostninger forbundet med indkaldelsen til et dialogmøde og med selve arrangementet.

Det kan derfor være vanskeligt at opgøre resourceforbruget ved dialogmøder. Forbruget må ses i det lys, at organisatoriske forandringer, kvalitetsforbedringer og andre positive resultater på sigt vil kunne opveje de investerede ressourcer.

Eksempler

På basis af ViBIS' projektdatabase blev der indkredset tre typer dialogmøder, som blev analyseret og bearbejdet i forbindelse med dette tema: 1) Feedbackmøder, 2) Brugerpaneler, 3) Debriefingmøder. Eksemplerne er udvalgt, fordi de bidrager med værdifulde erfaringer, og fordi ViBIS vurderer, at der er potentiale for at implementere tilsvarende indsatser på andre hospitaler og centre i sundhedsvæsenet.

EKSEMPEL 1. Feedbackmøder	side 15
EKSEMPEL 2. Brugerpaneler	side 16
EKSEMPEL 3. Debriefingmøder	side 17

1. FEEDBACKMØDER

Feedbackmøder er gennem en årrække blevet holdt på hospitalsafdelinger og psykiatriske centre landet over. Feedbackmøder har det overordnede formål at skabe et grundlag for forandring og kvalitetsudvikling på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet ved at inddrage patienter og pårørendes viden og erfaring.

Feedbackmøderne er baseret på den samme velstrukturerede metode, men de kan indholdsmæssigt variere meget. Mødets temaer tager ofte afsæt i LUP. Der inviteres et antal patienter (typisk mellem seks og 10), der er udskrevet fra en afdeling eller har gennemgået en behandling i et ambulatorium eller et center, samt eventuelt pårørende. På personalessiden deltager et tilsvarende antal relevante fagpersoner.

Under mødet giver patienterne og de pårørende feedback til personalet ved at sætte ord på både gode og dårlige oplevelser under behandlingsforløbet. Personalegruppen udgør et "reflekterende team", som lytter "aktivt" og forholder sig til brugernes udsagn – uden dog at henvende sig direkte til patienterne eller de pårørende.

Kommunikationen mellem personale- og brugergruppen foregår på en mere indirekte måde via en facilitator, der har ansvar for hele procesforløbet. Mødernes resultater viderebearbejdes på forskellige niveauer, for eksempel ved interne evalueringer i personalegruppen og drøftelser på ledelsesniveau med henblik på forandringer og forbedringer.

Kontakt:

På ViBIS projektdatabase (www.danskepatienter.dk/vibis/brugerinddragelse-i-danmark) fremgår oplysninger om en lang række feedbackmøder fra forskellige afdelinger og hospitaler i alle regioner – herunder oplysninger på de relevante kontaktpersoner.

Udvalgte links:

➤ [Feedbackmøder: En metode til at høre patienters oplevelse direkte – EEB](#)

➤ [Feedbackmøder udvikler patientforløb – Artikel i Sygeplejersken](#)

➤ [Brugerdialog: Et kraftfuldt værktøj – Region Midtjylland \(Region Midtjyllands version af feedbackmøde-metoden\)](#)

2. BRUGERPANELER

På Fælles Akut Modtagelse (FAM) på Svendborg Sygehus, Odense Universitetshospital, har man holdt brugerpaneler. FAM behandler patienter, der primært befinder sig i den akutte fase af et indlæggelsesforløb. Ved at gennemføre brugerpaneler ønsker afdelingen at styrke brugerperspektivet og kvalitetsudviklingen ved at belyse patienternes behov og præferencer i forhold til emner som modtagelse, udskrivelse, sammenhængende patientforløb, information og pårørendekontakt.

I det enkelte brugerpanelmøde deltager cirka fem udskrevne patienter, en moderator (fra udviklingsafdelingen) og to teamledere (fra FAM). Mødet forløber som en struktureret proces.

Patienterne identificerer og påpeger det, der er vigtig for dem i forhold til de fremsatte, ofte LUP-baserede, temaer. Der foregår brainstorming og debat i panelet, som giver inspiration til nye ideer og forslag. Efterfølgende analyseres, fortolkes og viderebearbejdes materialet, der blev til på baggrund af udsagn og diskussioner på mødet.

Brugerpanelet har resulteret i, at der er udarbejdet en handleplan med primær fokus på undervisning af sygeplejerskerne i emner som patientinddragelse og informationsformidling til patienter og pårørende.

Kontakt:

Projektleder Line Pedersen, Danske Patienter & ViBIS

Kompagnistræde 22, 1; 1208 København K

Telefon: 33 41 47 56

E-mail: lip@vibis.dk

Web: www.vibis.dk

Udvalgte links:

➔ [Brugerinddragelse i Fælles Akutmodtagelse – Artikel i Sygeplejersken](#)

3. DEBRIEFINGMØDER

Debriefingmøder er en form for evalueringsmøder, som gennemføres to gange ugentligt på Ortopædkirurgisk afdeling på Frederiksberg Hospital. Ordningen blev etableret i 2010. Møderne betragtes som et ledelsesinstrument, som skal understøtte en løbende kvalitetsudvikling for at sikre det højeste mulige kvalitetsniveau i afdelingen.

Der deltager 15-20 patienter (og eventuelt deres pårørende) i hvert møde. Alle patienter i afdelingen bliver inviteret til debriefing to uger efter, at de er udskrevet efter en hofte-, knæ- eller en sammedagskirurgisk operation. Mødeledelsen ligger hos overlægen og oversy-

geplejersken, endvidere deltager to til tre skiftende fagpersoner fra afdelingen. Debriefingmøderne kan ses som et afsluttende led i behandlingsforløbet, fordi patienterne efter mødet går på ambulatoriet til trådfjernelse efter operationen.

Dialogmøderne indledes med et LUP-baseret oplæg som afsæt for dialog og diskussioner. Der er plads til spørgsmål, forslag og kritik fra patienterne. Møderne har form af rundbordsamtaler, som giver en tryk ramme. Mødets resultater opsamles og drøftes hurtigst muligt i afdelingen med henblik på at træffe aftaler om forandringer og kvalitetsudvikling.

Kontakt:

Ledende overlæge Arne Borgwardt, Ortopædkirurgisk afdeling, Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 34 50
E-mail: arne.borgwardt@regionh.dk

Udvalgte links:

- [Debriefing: Belysning af et mørkefelt – Frederiksberg Hospital](#)
- [Ledelse af Brugerinddragelse – KORA](#)