

# Klinisk mikrosystem – en vej til bedre brugerinddragelse

Centerchef Arne Poulstrup & projektleder Jakob Hansen

## OVERSIGTSARTIKEL

Region Syddanmark,  
Middelfart,  
Center for Kvalitet, og  
Dansk Sundhedsinstitut

## RESUME

Brugerinddragelse har udviklet sig de seneste 30 år fra ret til at blive hørt og give samtykke over at tilpasse sig brugeres behov til i dag at lade brugerne være aktive medspillere. Kliniske mikrosystemer er en systemisk forandringsmodel, der har et særligt fokus på inddragelse af brugerne, og på at det er medarbejderne i klinikken, som skal udvikle og forbedre arbejdet. Region Syddanmark har arbejdet med implementering af kliniske mikrosystemer på regionens sygehuse. Indtil nu har 11 afdelinger/afsnit arbejdet med metoden. En nytænkning af stuegangen har været et af de populære tiltag. Erfaringerne har været positive, og forandringer har ledt til bedre inddragelse af såvel patienter som pårørende.

Diskussionen om at inddrage brugerne i sundhedsvæsenet har udviklet sig meget i løbet af de seneste 30 år. Det er i stigende grad blevet en ambition, at brugerne skal være aktive medspillere. Det gælder i forhold til beslutninger om egen behandling, men det gælder i høj grad også i forhold til at give input til forbedring af arbejdsgange og rutiner. Kliniske mikrosystemer er en af de systemiske forandringsstrategier, der mest konsekvent tildeler brugerne en rolle som aktiv partner i beslutningerne. I denne artikel vil vi derfor gennemgå udviklingen i opfattelsen af brugerinddragelse og vise, hvordan kliniske mikrosystemer er en kvalitetsudviklingsfilosofi, der trækker på den nyeste forståelse af begrebet. Vi gennemgår desuden såvel udenlandske som danske erfaringer med tilgangen og konstaterer, at kliniske mikrosystemer kan bidrage til bedre kvalitet og brugerinddragelse, men at det er en konstant udfordring at opnå reel forandring.

## INDDRAGELSE AF BRUGERNE

Øget brugerinddragelse bliver igen og igen fremhævet som en vigtig målsætning i sundhedsvæsenet i disse år. Forskning viser, at det kan lede til bedre kompliance og mestring af egen sygdom [1], øge patienttilfredshed og motivation for behandling [2], samt øge patientsikkerheden [3]. Desuden stiller loven krav til inddragelse [4], og i pjecer og publikationer fra Danske Regioner og patientforeninger med flere nævnes idealet om brugerinddragelse jævnligt [5-8]. Alligevel er der en vis usikkerhed omkring, hvad der menes med begrebet. Med udgangspunkt i **Tabel 1** vil vi her tegne et billede af forskellige former for brugerinddragelse og samtidig give et billede af udviklingen i forståelsen af begrebet.

Det kan være nyttigt at inddrage brugerinddragelse i forhold til det beslutningsniveau, aktiviteterne foregår på, samt i forhold til hvor dyb inddragelsen er. Ambitionen om at inddrage brugerne har udviklet sig over de seneste 30 år og handler i dag i stigende grad om, hvordan man kan gøre brugerne til aktive medspillere i egen behandling og i udviklingen af sundhedsvæsenet.

- *Informere*: I 1970'erne tages det første skridt væk fra den paternalistiske læge-patient-relation. Patienterne får ret til at få information om egen behandling og det bliver en ret, at patienterne skal give samtykke til behandlingsmæssige beslutninger [10]. Patienterne opfattes dog stadig som passive objekter og modtagere af sundhedsydelser.
- *Konsultere*: Med markedstankegangen i midt/slut 1980'erne begynder talen om »brugere« eller »forbrugere« af offentlige servicetilbud [11]. I 1990'erne udvikler det sig til en ny patientrolle, hvor sundhedsvæsenets aktører skal tilpasse ydelserne til patienternes behov, værdier og holdninger [12, 13]. Bruger- og tilfredshedsundersøgelser bliver lanceret i stor stil [11]. Brugerne er dog fortsat passive, mens det er sundhedsvæsenets opgave at udlede, hvad brugernes ønsker og behov er.
- *Partnerskab*: I det seneste årti er idealet om inddragelse som partnerskab blevet stadigt stærkere. Patienter og pårørende skal være dialogpartnere i den »fælles beslutningstagning« om



TABEL 1

Forskellige former for brugerinddragelse. Inddragelse fordelt på tre beslutningsniveauer og tre niveauer for graden/dybden af inddragelsen.

Beslutningsniveauer	Inddragelse i		
	politiske og strategiske beslutninger	udvikling af organisation og servicedesign	egen behandling og pleje
Informere			
Konsultere			
Partnerskab			

Kilde: [9].

behandling [13]. I udviklingen af organisationen og arbejdsgangene kan brugerne inddrages i de arbejdsgrupper og temadage, der hidtil har været forbeholdt personalet [9]. På det strategisk/politiske plan øges inddragelsen med oprettelsen af brugerråd. For at tale om partnerskab skal brugerne inddrages som subjekter, der er aktive aktører i beslutningerne.

En af de forandringsstrategier, som netop har sat inddragelse af brugerne i centrum for en filosofi om kvalitetsudvikling, er kliniske mikrosystemer.

### KLINISKE MIKROSYSTEMER – FORBEDRINGSARBEJDE MED BRUGERNE SOM PARTNERE

Kliniske mikrosystemer er en tilgang til udvikling og forbedring af arbejdet i sundhedssektoren. Den består både af et sæt af ideer og en samling af redskaber, som kan hjælpe udbydere af sundhedsydelser til at levere højere kvalitet for patienterne og skabe bedre arbejdspladser for de ansatte.

### FILOSOFIEN

Filosofien i kliniske mikrosystemer kan opsummeres i følgende fem principper [14]:

- Udvikling skal tage udgangspunkt i og inddrage patienterne, og den skal baseres på de ansattes faglige mål og krav til kvalitet.
- Det er de enheder, der har kontakt til patienten, som bedst kan udvikle og forbedre arbejdet.
- Udvikling skal være en integreret del af arbejdet. Alle skal tage ansvar for det og del i det.
- Udvikling foregår løbende, og de gradvise forbedringer, der opnås, skal forankres i det konkrete kliniske arbejde.
- Udviklingen skal måles/vurderes, så medarbejderen kan se sig selv i forandringsprocessen.

Kendetegnende for kliniske mikrosystemer er således, at ansvar, ressourcer og kompetence til at udvikle og forandre produktionen flyttes fra de øverste hierarkier i organisationen til de udførende led. Tilgangen har taget navnet »klinisk mikrosystem« fra et begreb, der beskriver netop det udførende led. Det kliniske mikrosystem defineres som den gruppe mennesker, der arbejder sammen regelmæssigt for at tilbyde sundhedsydelser til afgrænsede undergrupper af patienter. Alle ansatte, som møder patienten, er en del af det kliniske mikrosystem, som desuden består af de processer, arbejdsgange og informationsstrømme, som binder gruppen sammen [15].

På det metodemæssige plan er kliniske mikrosystemer en systemisk forandringsstrategi i stil med



Konsultationsstuegang: patient, sygeplejerske og læge i samme rum.

*lean* og »gennembrudsmetoden«. Værktøjsskassen i kliniske mikrosystemer har derfor en del til fælles med dem. Forskellen er, at kliniske mikrosystemer udspringer af erfaringer fra sundhedsvæsenet, og tilgangen er afprøvet og videreudviklet i kliniske kontekster. Desuden har kliniske mikrosystemer et særligt fokus på inddragelse af brugerne som aktive partnere i udviklingsarbejdet. Endelig er tilgangen bredere. Mens *lean* især handler om optimering af arbejdsprocesser og »gennembrudsmetoden« om implementering af veldokumenterede forbedringer, handler kliniske mikrosystemer om, hvordan man mere bredt kan arbejde med udvikling og forbedring [15].

Umiddelbart er der ingen konflikt mellem Den Danske Kvalitetsmodel og kliniske mikrosystemer; de vil kunne gå hånd i hånd i kvalitetsudvikling og brug af målinger og informationer.

Tankegangen i kliniske mikrosystemer er, at forbedring af arbejdet kræver viden og kendskab til det kliniske mikrosystem; dvs. viden om patientpopulationen, om medarbejderne og om arbejdsprocesserne. Denne viden skal gøres synlig for medarbejderne, som skal gives tid og rum til at reflektere og se forbedringspotentiale. De skal desuden have ressourcer og kompetencer til at handle på de ideer, de får. Kliniske mikrosystemer betoner altså det tværfaglige samarbejde, hvor alle faggrupper involveres og



Konsultationsstuegang: lægen bruger storskærm til information af patient.

respekteres. Det er ledernes ansvar at give de ansatte i det kliniske mikrosystem tid og rum til løbende at udvikle produktionen, og det er medarbejdernes pligt at tage ansvar for forbedringen af deres eget arbejde [14, 15].

### FRA IDE TIL PRAKSIS

Kliniske mikrosystemer har stadig kun begrænset udbredelse i Danmark, men i England, Norge og især Sverige og USA er der flere års erfaringer med metoden. Der er en del dokumentation af effekten af konkrete forandringstiltag, der har taget udgangspunkt i kliniske mikrosystemer [16-18], men det er en stor udfordring at evaluere og dokumentere effekten af selve forandringsmetoden. I en engelsk evaluering fra 2007 konkluderes det, at kliniske mikrosystemer har mange styrker, men at variationen og bredden i tilgangen gør en samlet effektvurdering svær [19]. Tre amerikanske casestudier af kliniske mikrosystemer som forbedringsstrategi har vist positive resultater både i forhold til kliniske resultater

og patienttilfredshed [20, 21]. I Jönköping Län, som har arbejdet systematisk med kliniske mikrosystemer i hele länet, er der igangsat et stort forskningsprojekt, der netop sigter på at dokumentere effekten af implementerings- og forandringsmetoder. Forskningsprojektet, der har titlen *Bridging the Gap*, har desuden et særligt fokus på at udvikle og dokumentere effekten af brugerinddragelse i forbedringsarbejdet [22]. En interviewundersøgelse blandt mellemledere i Jönköping Län, der har arbejdet med kliniske mikrosystemer, har vist, at metoden har inddraget medarbejderne og fået ansvarliggjort og aktiveret dem i forhold til forbedringsarbejdet. Til gengæld har det været en stor udfordring at få inddraget brugerne, og indtil nu har der primært været fokus på inddragelse af brugerne i egen behandling og i mindre grad i udviklingen af organisationen og produktionen af sundhedsydelser [23].

### ERFARINGER FRA SYDDANMARK

I Danmark er det især Center for Kvalitet i Region Syddanmark, der systematisk har arbejdet med at introducere kliniske mikrosystemer på regionens hospitaler. Centeret har udarbejdet introduktionsmateriale, arrangeret temadage og givet konsulentstøtte. På en række kliniske afdelinger er der igangsat konkrete forbedringsprojekter. Afdelingerne er en del af et nyt netværk, hvor der udveksles viden og erfaringer fra projekterne. Center for Kvalitets rolle er fortsat støtte til at forankre system- og kulturændringerne, til de er konsoliderede og har medført målbare forbedringer af kvalitet. Elleve afdelinger/afsnit har påbegyndt ændringer i arbejdsgange og/eller organisation. Den psykiatriske og de fire somatiske sygehusenheder er involverede. Stort set alle afdelingstyper er repræsenterede. Der er tale om en bred vifte af indsatser, men ændring af stuegangs- og ambulatoriefunktioner ligger højt på listen. Andre eksempler er operationsplanlægning og medicinerung.

Case: Omlægning af stuegang: Nefrologisk Afdeling M3 på Fredericia Sygehus (en del af Sygehus Lillebælt) er en tung medicinsk afdeling, som har omlagt stuegangsfunktionen efter principperne i kliniske mikrosystemer. Udgangspunktet var en traditionel stuegang på patientstuerne, som personalet oplevede som utilfredsstillende. Inspireret af tankesættet i kliniske mikrosystemer ønskede personalet og afdelingsledelsen at afprøve et andet koncept, der kunne skabe mere ligeværdighed i mødet mellem personale og patient. I **Tabel 2** vises resultatet af denne ændrede funktion. Personalet vurderer, at den nye model har givet mulighed for dialog i en fortrolig atmosfære, hvor patienten informeres og inddrages reelt i sin egen behandling og pleje. Det har givet mere struktur



TABEL 2

Før- og eftersituationen omkring stuegang på Afdeling M3, Fredericia Sygehus.

	Stuegangsfunktion	
	før	efter
Hvor foregår stuegangen?	På patientstuerne ved patientens seng. Personalet talte med patienter, der lå i sengen	Særligt indrettet konsultationsrum med mødebord og storskærm. Personale og patient sidder omkring samme bord
Hvem deltager?	Patient, sygeplejerske, læge, evt. andet personale	Patient + evt. pårørende, sygeplejerske, læge, evt. andet personale
Udveksling af data	Trådløst opkoblet bærbar pc. Opkoblingen fra pc'en på stuegangsvognen var ofte ustabil, og meget tid gik med at betjene den. Ikke muligt at dele data med patient direkte på pc	Stationær pc i møderummet er fast opkoblet og forbundet til storskærm. Patient og personale kan dele alle informationer
Arbejdsgang	Traditionel stuegang med mange afbrydelser, både af teknisk art og af personale. Ventetid på stuegangsgående læger; ustruktureret arbejdsdag for sygeplejepersonalet	Kl. 9.00 tavlemøde: Det besluttes, hvem der skal have stuegang Kl. 9.30-11.30 konsultationer: 6-7 konsultationer gennemføres i konsultationsrummet, 1-2 gennemføres ved sengekanten med patienter, der er for syge til at komme op
Interaktion med patienten	Personalet kunne ikke se data på pc'erne sammen med patienterne, og der var mere tale om <i>information til end dialog med</i> patienterne. Desuden var diskretion en udfordring, da der ofte var flere patienter på stuerne	Konsultationen foregår i en dialog, hvor læge og sygeplejerske kommer med oplysninger, viser patientdata på storskærmen som alle kan se, og hvor patienten og evt. pårørende kommenterer og spørger

## ! FAKTABOKS

Idealet om inddragelse af brugerne har udviklet sig over de seneste 30 år fra ret til at blive hørt og give samtykke over en forpligtelse fra udbyderes side til at tilpasse sig brugerens behov og værdier, til i dag at handle om, at brugerne skal være aktive medspillere.

Kliniske mikrosystemer er en systemisk forandringsstrategi i stil med *lean* og »gennembrudsmetoden«. Den har fokus på inddragelse af brugerne og tager udgangspunkt i, at det er medarbejderne i den kliniske kontekst, som skal udvikle og forbedre arbejdet.

Region Syddanmark har målrettet arbejdet med at implementere kliniske mikrosystemer på regionens hospitaler. Indtil videre har 11 afdelinger/afsnit arbejdet med metoden.

En nytænkning af stuegangen har været et af de populære tiltag, som er gennemført på disse afdelinger. Erfaringerne har været positive, og forandringer har ledt til bedre inddragelse af såvel patienter som pårørende.

på afdelingsarbejdet med færre løse ender. Der kommer færre opfølgende spørgsmål fra patienter og pårørende. En tidsmåling over to måneder viser, at tidsforbruget er det samme med den nye ordning.

En spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne viser, at de føler sig bedre informeret og har fået en mere tilfredsstillende kontakt med personalet. De oplever det som mere ligeværdigt og troværdigt at kunne se egne data, og de værdsætter diskretionen i møderummet. Alt i alt er patienterne meget tilfredse med den nye konsultationsform.

Ideen og ønsket om at ændre stuegangen udsprang fra personalet og blev støttet fuldt og helt af afdelingsledelsen. Patienterne er blevet spurgt om deres mening, men ikke inddraget i design og implementering. En kultur er dog blevet ændret til næsten alle parter tilfredshed. Det nye koncept skal løbende tilpasses og optimeres, og tilgangen fra kliniske mikrosystemer med at tænke nyt, afprøve, måle og ændre processer har vist sig som en farbar vej på Afdeling M3.

### PÅ VEJ – MEN IKKE I MÅL

Det er en udfordring at få patienten involveret, så det drejer om et reelt partnerskab. Erfaringerne fra de 11 projekter i Region Syddanmark viser, at også med kliniske mikrosystemer er det en vanskelig sag. Men det er den kvalitetsudviklingsmetode, der tager udfordringen mest alvorligt:

- fordi den giver frontlinjepersonalet og patienterne/brugerne en mulighed for selv at designe arbejdsgange og funktioner
- fordi den giver mulighed for at ændre kulturen på en afdeling, så systemændringerne kan blive varige.

Specielt den sidste pointe er vigtig: organisationsændringer er sjældent effektive, hvis ikke kulturen samtidig ændres. En bedre kultur opnås bedst, hvis den udformes og udvikles i frontlinjen/mikrosystemet; de højere ledelsesniveauer kan ikke diktere sig til en bedre kultur, men de kan understøtte den.

**KORRESPONDANCE:** Arne Poulstrup, P.V. Tuxensvej 5, DK-5500 Middelfart.

E-mail: poulstrup@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 10. januar 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

**TAKSIGELSER:** Tak til personalet ved M3, Fredericia Sygehus, og især til afdelings- sygeplejeske Kirsten Qvist, specialeansvarlig i nefrologien Anette Kristensen, overlæge Jan Hardam Kristensen og sygeplejerske Mette Holst.

### LITTERATUR

1. Grosset KA, Grosset DG. Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson's disease: effect on therapy decisions and quality of life. *Mov Disord* 2005;20:616-9.
2. Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B et al. An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum* 2008;43:2-11.
3. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect* 2007;10:259-67.
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven – Lov nr. 546 af 24.06.2005. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005.
5. Danske Regioner. Med kurs mod fremtidens sundhedsvæsen. København: Danske Regioner, 2006.
6. Danske Regioner. Kvalitet i regionerne – Danske Regioner mener: Patienten som et aktiv – den aktive patient. København: Danske Regioner, 2006.
7. Danske Patienter. Inddragelse af patienterne – hvorfor og hvordan? En inspirationspjece til politiske og administrative ledere i sundhedsvæsenet. København: Danske Patienter, 2008.
8. Freil M, Knudsen JL. Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 2009;171:1663-6.
9. NHS Institute for Innovation and Improvement. Improvement leader's guide. Involving patients and carers. general improvement skills. Coventry: NHS, 2005.
10. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende informeret samtykke samt journalføring heraf – 1998-2007. København: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, 2008.
11. Timm H. Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, læggerspektiver og kvalitetsudvikling. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1997.
12. Pedersen KZ. Patientens politiske diskurshistorie. København: Copenhagen Business School; 2008.
13. Bredahl Jacobsen C, Hejlholt Pedersen V, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for MTV og Dansk Sundhedsinstitut, 2008.
14. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. Quality by design. A clinical microsystems approach. 28. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
15. Hansen J, Bredahl Jacobsen C et al. En introduktion til kliniske mikrosystemer: Kvalitetsudvikling med patienten i centrum. København: Dansk Sundhedsinstitut, Danske Regioner og Center for Kvalitet, 2008.
16. Berry SA, Doll MC, McKinley KE et al. ProvenCare: quality improvement model for designing highly reliable care in cardiac surgery. *Qual Saf Health Care* 2009;18:366-8.
17. Hvitfeldt H, Carli C, Nelson EC et al. Feed forward systems for patient participation and provider support: adoption results from the original US context to Sweden and beyond. *Qual Man Health Care* 2009;18:247-56.
18. Rejler M, Spångéus A, Tholstrup J et al. Improved population-based care: Implementing patient-and demand-directed care for inflammatory bowel disease and evaluating the redesign with a population-based registry. *Qual Man Health Care* 2007;16:38-50.
19. Williams L, Dickinson H, Robinson S. Clinical microsystems: An evaluation. Birmingham: University of Birmingham, School of Public Policy, Health Services Management Centre (HSMC), 2007.
20. Godfrey MM, Melin CN, Muething SE et al. Clinical microsystems, Part 3. Transformation of two hospitals using microsystem, mesosystem, and macrosystem strategies. *Joint Comm J Qual Patient Saf* 2008;34:591-603.
21. Britton LJ, Thrasher S, Gutierrez H. Creating a culture of improvement experience of a pediatric cystic fibrosis center. *J Nurs Care Qual* 2008;23:115-20.
22. Landstinget i Jönköpings län. Bridging the Gaps – <http://www.lj.se/bridgingthegaps> (1. november 2009).
23. Jepsen S, Prætorius T. En teoretisk og empirisk undersøgelse af kliniske mikrosystemer og arbejdet med forandringer i praksis. Esbjerg: Syddansk Universitet, Folkesundhedsvidenskab, 2009.