



Kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i dansk sundhedsvæsen

Kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i dansk sundhedsvæsen

Forfattere: Rikke Vittrup og Charlotte Toft-Petersen
Redaktion: Charlotte Toft-Petersen og Mogens Hørder
Copyright © 2018
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, temanotat nr. 5
September 2018
1. udgave

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

REHPAs temanotater sammenfatter drøftelser og perspektiveringer på specifikke emner, som bliver drøftet i Advisory Board. Temanotaterne fungerer som afsæt for REHPAs videre arbejde med strategi, fokus og handling.

Temanotaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Indhold

Indledning	4
Del I: Oplæg om kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i dansk sundhedsvæsen	5
De nationale mål for sundhedsvæsenet – paradigmeskifte eller pragmatisme?	5
Produktivitet og kvalitet – en historisk dikotomi?	5
Kvalitet i sundhedsvæsenet fra 1940'erne til i dag	6
I dag – paradigmeskifte eller pragmatisme?	7
Hvordan kan REHPA anvende de nationale mål for kvalitet og patientsikkerhed?	
<i>Kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i klinisk praksis</i>	8
De otte nationale kvalitetsmål	8
REHPAs rolle i forhold til kvalitetsmodellen	9
Del II: Drøftelser i Advisory Board	10
En dynamisk situation	10
Hvad er det, vi måler – måling af omsorg?	10
Det sociale aspekt af rehabilitering og palliation: co-produktion	10
Fødselshjælp til en ny terminologi	11
Social ulighed og kvalitetsmål	11
Lokale løsninger og implementering – REHPAs rolle	11
Mere fokus på rehabilitering og palliation i kvalitetsindsatsen	12
Kommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation	12
Læringsaspektet løftes	12
Afslutning	13

Indledning

Kvalitetsudvikling er et omfattende tema og et felt i hastig udvikling i det danske sundhedsvæsen. Derfor sætter REHPAs Advisory Board fokus på emnet på de to ordinære møder i 2018. Dette temanotat er baseret på oplæg og drøftelser fra mødet den 8. maj 2018 med overskriften 'Kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i dansk sundhedsvæsen'.

Afsættet for mødet var de otte nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet (figur 1)¹, og med hver sit udgangspunkt var oplægsholderne Uffe Juul Jensen, professor, filosof ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet og Christian von Plessen, centerchef ved Center for Kvalitet, Region Syddanmark inviteret for at belyse dagens tema fra flere sider. På baggrund af interessante og inspirerende perspektiver på emnet drøftede Advisory Board, hvordan REHPA kan understøtte miljøerne i sundhedsvæsenet til at virkeliggøre målene.

Oplæggenes hovedpointer præsenteres kort herefter og stillaserer dermed Advisory Boards drøftelser, som sammenfattes tematisk i temanotatets anden halvdel.

Nærværende notat er det femte i rækken. På efterårsmødet 2018 belyses temaet mere praksisnært, og 'kvalitetsudvikling' vil løbe som rød tråd gennem dette og kommende temanotat no. 6.

Figur 1: De otte nationale kvalitetsmål

- Mål 1: Bedre sammenhængende patientforløb
 - Mål 2: Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
 - Mål 3: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
 - Mål 4: Behandling af høj kvalitet
 - Mål 5: Hurtig udredning og behandling
 - Mål 6: Øget patientinddragelse
 - Mål 7: Flere sunde leveår
 - Mål 8: Mere effektivt sundhedsvæsen
- (Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner 2017)

¹ Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Region (2017): Nationale Mål for Sundhedsvæsenet. 2. udgave. Elektronisk udgave.

Del I: Oplæg om kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i dansk sundhedsvæsen

De nationale mål for sundhedsvæsenet – paradigmeskifte eller pragmatisme?

Uffe Juul Jensen indledte dagen og lagde i sit oplæg vægt på, hvorvidt de nationale mål for sundhedsvæsenet skal ses som et udtryk for et paradigmeskifte eller en pragmatisk udvikling?

Indledningsvist stillede han følgende spørgsmål:

- Er de nationale mål et forsøg på – med en ny tankegang og nye perspektiver - at løse de problemer, som kvalitetsmodellen prøvede at løse (*paradigmeskifte*)?
- Hvilke problemer er ikke blevet løst, og løses de så nu?
- Eller er de nationale mål for sundhedsvæsenet et udtryk for dansk *pragmatisme*, hvor man ikke er så optaget af at forholde sig til mål og perspektiver, men hvor man søger at opnå enighed om midler (f.eks. måder at dokumentere på og måder at regulere og styre på).

Juul Jensen fremhævede, at det i komplekse institutioner og praksisformer med mange aktører, er nødvendigt med en vis grad af **pragmatisme**. Men hvis institutioner som f.eks. velfærdsstatens sundhedsvæsen bliver ved med at have problemer med at realisere de overordnede mål og værdier (alles **lige og frie adgang til at få løst basale behov**), så er pragmatisme ikke nok. Så er man nødt til at diskutere, om de handlemåder og strategier, man har benyttet sig af, er egnede til at opnå de ønskede mål.

Den biomedicinske og teknologiske udvikling og udviklingen i klinisk praksis har betydet, at mange **overlever alvorlige sygdomme** og skader eller **lever længe efter** eller med alvorlig sygdom. Men dette skaber **nye behov bl.a. for rehabilitering og palliation**.

Hvordan skal vi udforme **tidssvarende, overordnede mål** for vores sundhedsvæsen, som tager højde for denne udvikling i behovene? Mere specifikt: Tager de nye mål for sundhedsvæsenet tilstrækkeligt højde for denne udvikling af behovene?

Produktivitet og kvalitet – en historisk dikotomi?

Juul Jensen pegede på nødvendigheden af at forstå de aktuelle udfordringer i et historisk perspektiv. I sit oplæg giver han derfor et historisk rids, hvor han skitserer de skismaer, vi (fortsat) står overfor, når det kommer til kvalitet, lighed og effektivitet i sundhedsvæsenet. Helt elementært stiller han spørgsmålet: ”Hvordan kan det være, at vi stadig skal mødes for at tale om kvalitetsudvikling?” I mere end 30 år har

professionelle, forskere og politikere gang på gang mødtes om dette emne. Svaret er ifølge Juul Jensen, at udvikling af kvalitet er en problematik, der er sværere end som så, bl.a. fordi den rummer både tekniske, ideologiske og filosofiske aspekter.

Kvalitet i sundhedsvæsenet fra 1940'erne til i dag

I sit historiske tilbageblik kom Uffe Juul Jensen bl.a. ind på:

- At et centralt aspekt ved det stadige fokus på kvalitet i dagens sundhedsvæsen tager afsæt i velfærdsstatens mål om *den lige og frie adgang til effektiv behandling for diagnosticerede behov*, som blev implementeret i Danmark i perioden **fra 1948 til 1970'erne**. Det fordrer, at vi både har fokus på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser og på lighed eller ulighed i borgernes brug af det professionelle system
- At WHO's strategi "Sundhed for alle 2000" fra **1980'erne** var et vigtigt supplement til velfærdsstatens mål. Indtil da havde man troet, at man kunne løse velfærdsstatens lighedsproblem ved at give lige adgang til uddannelse og sundhed. Det var en refleksion over begrænsningerne, som banede vejen for rehabilitering, tværfagligt samarbejde og for borgernes deltagelse i udvikling af sundhedsvæsenets praksis og i behandling af den enkeltes problemer. WHO indvarslede et reelt *paradigmeskifte*.
- At udviklingen imidlertid var modsætningsfyldt. I 1980'erne, hvor WHO's strategi viste nye veje, skete der samtidig en ideologisk skifte på verdensplan: En neo-liberal kritik af velfærdstænkningen. Krav om indførelse af en markedstænkning i den offentlige sektor. Der blev krævet øget kontrol med forbruget af ressourcer. Offentligt ansatte skulle lære at tænke i produktivitet, og der blev gennemført produktivitetsundersøgelser på sygehuse og inden for andre offentlige institutioner
- At der i **1990'erne-2000** kom fokus på patienten som forbruger, hvor det forventedes, at fremtidens patient vil kræve den allerbedste behandling, individuel service og højt informationsniveau. Fokusset sås først i England (under Tony Blair) og i 2008 også i Danmark med offentliggørelsen af 'Den Danske Kvalitetsmodel'. Her var der målet at skabe større kvalitet inden for og på tværs af de enkelte sektorer med henblik på at skabe bedre, sikrere og mere sammenhængende forløb for patienter.

I dag – paradigmeskifte eller pragmatisme?

Juul Jensen pointerede, at det er vigtigt at sætte sundhedspolitik - og dermed også kvalitetsmodellen og kvalitetsmålene - ind i *den samfundsideologiske sammenhæng* frem til nu – med de politiske spændinger, der kommer af modsatrettede interesser; eksempelvis:

- Omkostningseffektivitet vs lighed i sundhed
- Inddragelse og deltagelse vs effektiv behandling under professionel styring

Sundhedspolitik er en kamparena. De nye nationale mål vurderes med dette in mente. Traditionelt har overlevelse (øget livslængde) været en afgørende målestok, som aktørerne i kampen om sundheden, har måttet forholde sig til. Men i lyset af behandlingsmæssige, teknologiske og samfundsmæssige fremskridt, den hermed forbundne øgede livslængde, den sociale ulighed i fordelingen af dette gode, må vi stille nye, kritiske spørgsmål til udviklingen.

Juul Jensen lægger op til diskussion med følgende spørgsmål:

- Hvorfor er lighed i sundhed, kernen i arven fra velfærdsstaten, nu erstattet med geografisk lighed, og (af særlig relevans på rehabiliteringsområdet):
- Hvorfor er 'daglig livsførelse efter sygdom eller med sygdom' ikke taget med som en indikator?
- Er målene en hjælp til at håndtere spændingen ift. rehabilitering?
- Hvad vil det sige at oversætte og omdefinere indikatorer?

If. Juul Jensen er de nye nationale mål nok snarere udtryk en pragmatisk tilgang end et reelt paradigmeskifte. Han vurderer, at der altid er en pris for den pragmatiske løsning, og udfordringen her er, at rehabiliterings- og palliationsområdet *ikke* har en fælles front af klinikere - hvilket levner plads til evidensbaseret medicin som primært pressionsmiddel. Udfordringen er derfor, om feltet vil have styrke nok til at blive hørt? Om de relevante alliancer er til stede? Eller om man er nødt til at kigge efter flere alliancefelter?

Hvordan kan REHPA anvende de nationale mål for kvalitet og patientsikkerhed?

Kvalitetsudvikling af rehabilitering og palliation i klinisk praksis

Når Christian von Plessen indleder sit oplæg med et foto af Cicely Saunders ved sengekanten hos en patient, så illustrerer det én side af sundhedsvæsenet: det konkrete møde mellem professionel og patient. En anden side - og realitet - er det komplekse system med mange overgange og forløb på tværs af afdelinger og sektorer, som både patient og sundhedsprofessionel er en del af. For at et sådan **system kan fungere, må det have fælles retning mod fælles mål**. Og det, pointerer von Plessen, bidrager kvalitetsmålene til. De skaber retning, men giver også mulighed for (lokal) tilpasning.

Von Plessens oplæg havde tre temaer:

- De otte nationale kvalitetsmål
- Status for kvalitetsmålene anno 2018
- Forslag til REHPAs rolle i forhold til at opnå de otte kvalitetsmål.

De otte nationale kvalitetsmål

Bedre sammenhængende patientforløb og styrket indsats for kronikere og ældre patienter er nogle af de overordnede, nationale mål, som REHPAs faglige område taler ind i. Der lægges op til en "triple aim"-mål opfyldelse – en tilgang, som giver god mening, men som i praksis er en udfordring at tænke sammen:

- "patient experience"
- "better value"
- "better health".

Von Plessen fremhæver, at det nationale kvalitetsprogram 2015-2018 bygger på et ønske om *transparens* – synlighed af data – med kvalitetsmål med plads til lokale mål. Det viser ifølge von Plessen, at ministeriet, KL og Danske Regioner lægger op til lokal(t) ejerskab og forankring, hvor viden, erfaring og lyst til forbedring driver værket snarere end kontrol af sundhedsvæsenets parter.

Kvalitetsprogrammet rummer, ifølge von Plessen, ligeledes indsatser, man alligevel skal forhold sig til i praksis: PLO-aftalen, det nære sammenhængende sundhedsvæsen, risikobaseret tilsyn, risikomanagement (særligt i forhold til sidstnævnte er der rigtig meget kontrol). Med kvalitetsprogrammet vil det være muligt at tilgå resultaterne af det arbejde, der udføres i sundhedsvæsenet.

Ifølge Von Plessen er det samtidig også vigtigt at bemærke, at en evaluering af modellens virke viser et lidt broget billede af frihed i regionerne mht. implementering,

hvor alle forsøger at koordinere Nationalt Kvalitetsprogram med allerede igangværende initiativer. Derudover kan der være en række problemer ved kvalitetsprogrammet, og her nævner von Plessen eksempelvis, at det dels er stort set ukendt blandt klinikere, dels er meget "sygehusfokuseret".

REHPAs rolle i forhold til kvalitetsmodellen

Von Plessen fremhævede afslutningsvist otte punkter, hvor han ser, at REHPA kan bidrage til arbejdet med kvalitetsmålene:

1. Co-produktion – hvordan værdi kan skabes sammen med patienten?
2. Udvikling af modeller for co-produktion
3. Fælles sprog – herunder et skærpet fokus på terminologien for kvalitet og sikkerhed i sundhedsvæsenet
4. Følge variation og implementering
 - Implementere rehabilitering – fx rehabilitering af KOL patienter
 - Implementere palliation – her er en mulighed, men at gøre det på en god måde er krævende
5. Operationalisere målinger
6. Læring i sundhedsvæsenet. Hvad er vigtigt at få spredt i det danske sundhedsvæsen om rehabilitering og palliation? Hvor skal vi sætte ind?
 - Betydningen af "super connectors" på de sociale medier – hvad kan man som nationalt videncenter gøre i forhold til det fænomen?
 - Open innovation
7. Integrere viden
 - REHPA bør stille sig selv spørgsmålet: Hvad er de relevante kvalitetsmål for videncentrets arbejde?
 - Dialog om målsætninger – kan REHPA facilitere dialogen mellem relevante parter?

Del II: Drøftelser i Advisory Board

Efter to helhedsorienterede oplæg funderet i den samfundsmæssige og sundhedsorganisatoriske kontekst, hvor kvalitetsmålene blev løftet op og konkretiseret, drøftede Advisory Board arbejdet med kvalitetsmålene. Følgende temaer blev vendt:

En dynamisk situation

Som udgangspunkt er **det nationale kvalitetsprogram et led i et større kvalitetsarbejde**, og der er tale om en **dynamisk situation**. Når det kommer til rehabilitering og palliation, er der ikke så meget specifikt at forholde sig til i kvalitetsmålene. Det åbner til gengæld mulighed for at påvirke målene og retningen. Derfor bliver spørgsmålet for REHPA i relation til forskning, uddannelse osv.: *Hvilken rolle skal videncentret spille i **den fortsatte omstilling af kvalitetsarbejdet*** – og ikke kun i forhold til de specifikke, nationale mål?

Hvad er det, vi måler – måling af omsorg?

En del af drøftelserne i Advisory Board berørte områderne patienttilfredshed og mulighederne for måling af omsorg. Der blev bl.a. spurgt, **hvor vi finder mål for omsorgen?** I modellen er det defineret som "patienttilfredshed", som er et meget bredt og alligevel ikke-dækkende begreb. Flere medlemmer ser gerne, at kvalitetsmålene fremhæver **måden, vi gør det på**. At være bevidst om metode, sprog og systematik kan være en vej frem for kvalitetsarbejde i sin helhed.

Pointen blev eksemplificeret med et kræftrehabiliteringsprogram, der ikke direkte afhjalp brugernes symptomer et år efter. Det til trods var hele 97 % af patienterne tilfredse med indsatsen. Kendsgerningen bør få sundhedsvæsenet til at vurdere, **hvad vi egentlig måler på i tilfredshedsundersøgelserne. Får vi relevante, brugbare svar?** I relation hertil blev det kommenteret, at der i Danmark er en lang tradition for **tilfredshed i forhold til forventning**. Forventningerne er bare ikke så høje – ofte har borgerne ikke en forventning om, at sundhedsvæsenet kan hjælpe dem udover den fysiske behandling.

Det sociale aspekt af rehabilitering og palliation: co-produktion

Sociale forhold blev også betonet som vigtigt fokuspunkt i forhold til rehabilitering og palliation. Blandt medlemmerne er der erfaring for, at området sjældent berøres i forløbet – eksempelvis hos yngre mennesker og familier, hvor der er taget hånd om en kompleks behandling, mens **arbejdsmarkedssituationen og andre sociale aspekter udelades**. Det affødte spørgsmål som *"Hvad betyder det, når borgeren siger, at det var en rigtig god behandling - hvad dækker ordet behandling? Bør den dække livet - og hvor går sundhedsvæsenets grænser?"*. Dertil bemærker andre medlemmer, at "man

skal vogte sig for at trække flere af livets fænomener ind i sundhedsvæsenet". Man må være sig bevidst, at sundhedsvæsenet kun (kan) dække(r) en del af behovet og så vurdere og beslutte, hvornår sundhedsvæsenet løser opgaven, og hvornår fx **familie og omgangskreds** kan tage over.

Med dette blev det drøftet, hvor opgaverne ligger bedst, og hvordan der kan opleves **barrierer for at kunne hjælpe borgeren det rette sted**. Eksempelvis når det ikke er lovligt at få palliativ fysioterapi på plejehjem. Hvis man skal kunne tilbyde co-produktion i forhold til rehabilitering og palliation - og dermed skabe et kvalitetsløft - er det ifølge medlemmerne nødvendigt fx at have **journaladgang på tværs af sektorer**, så der kan skabes sammenhæng og endvidere spares tid på at opsøge informationerne pr. telefon.

Fødselshjælp til en ny terminologi

Med udgangspunkt i von Plessens planche om terminologi (ord vi bør stoppe med eller begrænse brugen af over for patienter og deres familier) lagde Advisory Board op til, at REHPA forholder sig til terminologien inden for rehabilitering og palliation. Sprogbrugen er helt grundlæggende for den indsats, der ydes og modtages; den skaber perspektiv. Fælles sprogbrug er med til at tydeliggøre, hvilke basisforståelser og paradigmer, sundhedsprofessionelle taler ud fra. I praksis oplever nogle medlemmer, hvordan forskellig sprogbrug på hospitaler og i kommuner, fx ved udskrivningsbreve, er med til at komplicere overleveringen. Det betones endvidere fra kommunalt perspektiv, at **"Fælles sprog"** er et digitalt system skabt til at måle data, og hvor der eksempelvis ikke er mulighed for at notere borgerens livshistorie - "men hvor er så brugerinvolveringen?"

Social ulighed og kvalitetsmål

På flere af de tidligere møder i Advisory Board har social ulighed i sundhedsvæsenet rejst sig som tema. Også denne gang drøftes emnet, da udfordringen ikke synes adresseret i de nationale mål. Social lighed *kunne* stå i forbindelse med målet om øget patientinddragelse og indikatoren for patienttilfredshed: *"Det er kun borgeren selv, der er med i hele forløbet, men der er mange vi ikke får talt om. For hvem taler vi?"*. Også i relation til social ulighed blev retorik og begreber i sundhedsvæsenet adresseret (jf. sprogbrug ovenfor), fx inddragelse, geografisk lighed fremfor lighed i sundhed mv. *Bliver de svageste borgere fx inddraget?*

Lokale løsninger og implementering – REHPAs rolle

Med kvalitetsmålene er der videre fokus på at styrke den lokale forankring gennem lokalt definerede mål og indsatser (Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Region og KL 2017). Hvordan kan REHPA spille en rolle i at fremme lokale løsninger?

Advisory Board drøftede, hvordan der i forhold til forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation har været en tendens til at udvikle lokale retningslinjer med afsæt i forløbsprogrammet. Men ifølge Advisory Board kan der faktisk være fordele ved at styre retningslinjerne nationalt. For medlemmerne er det en afgørende nuance, at **resultatmålene har nationalt fokus, mens processen kan variere lokalt.**

En opgave for REHPA kan eksempelvis være at undersøge de nationale kvalitetsmål og arbejdsprocessen lokalt - holder logikken, implementeringsplanen mv.? I den forbindelse fremhæves Sverige, som har erfaring med retningslinjer, der er mere konkrete i forhold til processen for lokal implementering. Det blev fremført, at vi ikke bare skal kunne leve med kvalitetsmålene; vi skal kunne bruge dem. Derfor skal der også **følges op.**

Medlemmerne drøftede endvidere, hvordan kvalitetsmodellen kan ses i relation pakkeforløbene, og her var der enighed om, at der også i pakkeforløbene er et behov for at kunne **balancere pakken (standardisering) og patientforløbet (individualisering)** i de lokale miljøer.

Mere fokus på rehabilitering og palliation i kvalitetsindsatsen

Som en måde at gøre rehabilitering og palliation mere synlige som fagområder i kvalitetsindsatsen blev behovet for en ny hvidbog om rehabilitering og palliation drøftet – og at den optimalt set kan fungere som indgang til de nationale kvalitetsmål. Her vil der også være inspiration at hente internationalt samt mulighed for at inkludere andre indsatser, fx optimeringen af indsatsen for multisygge.

Kommunalt samarbejde om rehabilitering og palliation

Medlemmerne understregede, at det vil være oplagt og vigtigt at samarbejde med kommunerne om at opnå målet med at få mere fokus på rehabilitering og palliation i kvalitetsindsatsen - og at trække på de positive elementer i strukturen fra hospital til kommune. Herudover fremhæves KL som en vigtig partner – bl.a. i forhold til samarbejdet mellem social- og sundhedssektoren i forbindelse med rehabilitering og palliation.


Læringsaspektet løftes


If. Advisory Board bør videntretret både bidrage til og påvirke kvalitetsarbejdet ved at have fokus på, hvordan uddannelse og kompetencer løftes i tråd med nyeste retningslinjer. Medlemmerne foreslog, at REHPA tænker og arbejder i kommunefællesskaber fremfor enkeltkommuner i forhold til behovet for kompetenceudvikling og læring i relation til kvalitetsarbejdet.

Afslutning

Formand for Advisory Board, Mogens Hørder, sluttede mødet af med at sige, at REHPA kan hjælpe organisationer med at "gøre det godt", og at dette bliver løftet gennem de mange perspektiver, der er i Advisory Board. Dagens drøftelser om både terminologi, social ulighed, pakkeforløb, læringsaspekter, tværkommunalt samarbejde mv. viser, hvordan kvalitetsudvikling berører alle dele af sundhedsvæsenet, og at REHPA spiller en central rolle i at synliggøre rehabilitering og palliation i kvalitetsarbejdet. Oplæg og drøftelser tydeliggjorde tillige, at det er meningsfyldt, at rehabiliterings- og palliationsområdet både arbejder og står sammen, når det gælder udviklingen af kvalitet.

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/REHPA.DK

 www.twitter.com/rehpa_dk

 www.linkedin.com/company/3306677