



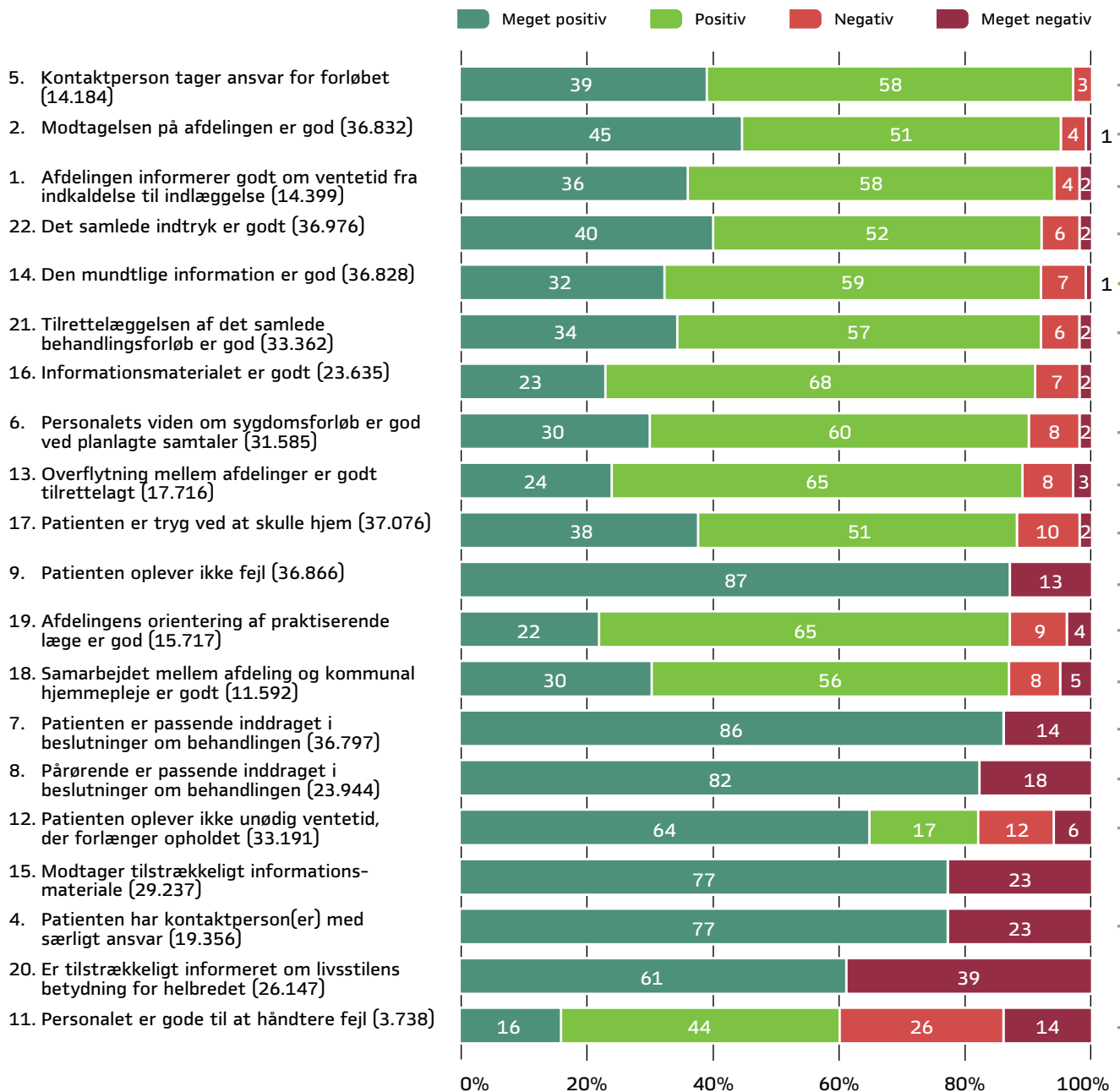
Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

2013

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af regionerne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

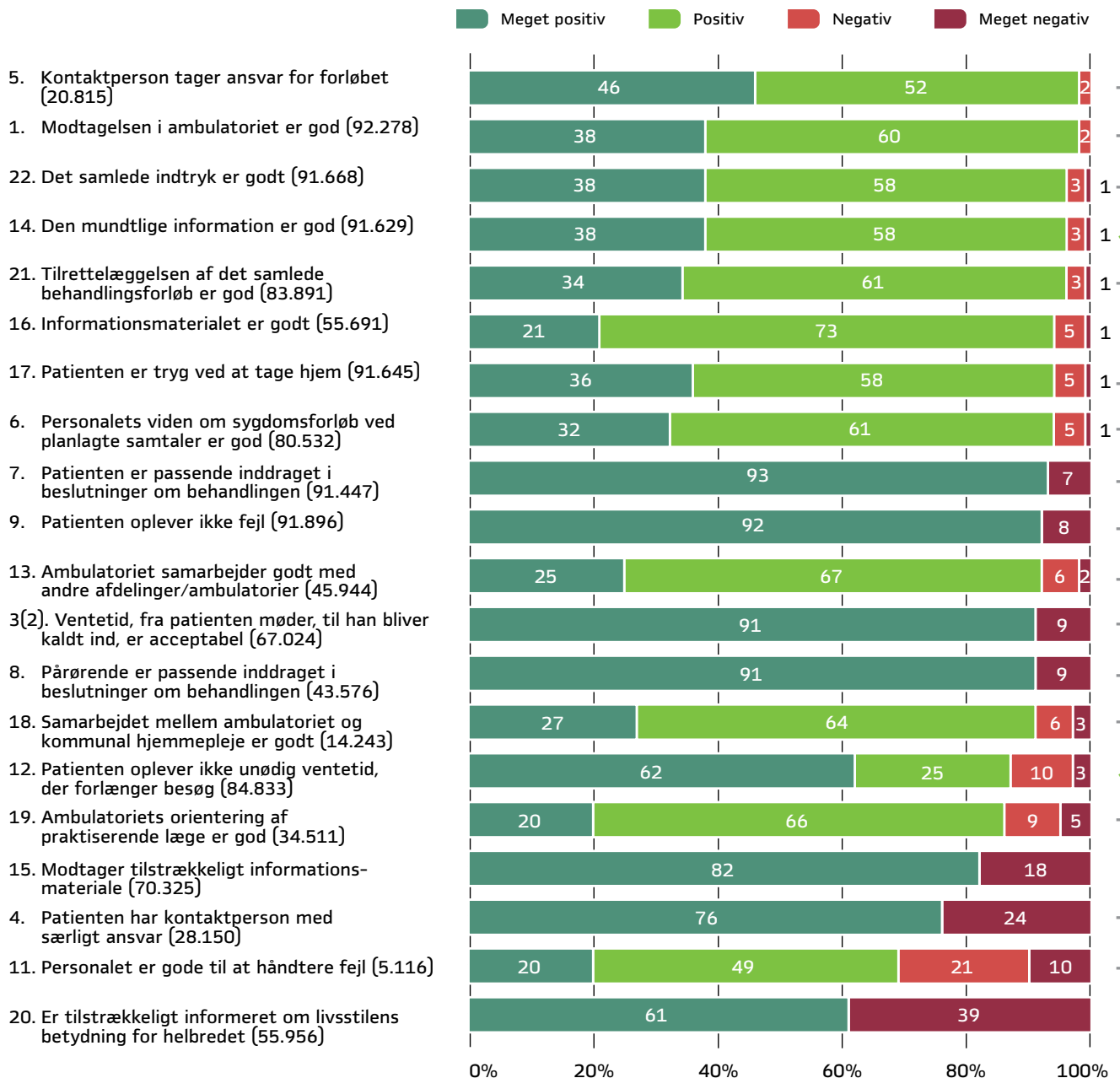


Figur 1 Indlagte patienter: Landsresultat for nationale spørgsmål i LUP 2013



Spørgsmålene i oversigtsfiguren (figur 1) er sorteret med spørgsmål med størst andel positive svar øverst. Teksten angiver spørgsmålene i afkortet form. Antal besvarelser er angivet i parentes. I spørgeskemaet i bilag 3, kan du se de fulde spørgsmålsformuleringer og svarkategorier. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2013 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2012. Nye eller ændrede spørgsmål har ingen pil, da sammenligning med tidligere resultater ikke er mulig. En tilsvarende figur findes for de ambulante patienter på bagerste omslag.

Figur 2 Ambulante patienter: Landsresultat for nationale spørgsmål i LUP 2013



Spørgsmålene i oversigtsfiguren (figur 2) er sorteret med spørgsmål med størst andel positive svar øverst. Teksten angiver spørgsmålene i afkortet form. Antal besvarelser er angivet i parentes. I spørgeskemaet i bilag 4, kan du se de fulde spørgsmålsformuleringer og svarkategorier. Pilene i figuren viser, om resultatet i 2013 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2012. Nye eller ændrede spørgsmål har ingen pil, da sammenligning med tidligere resultater ikke er mulig. En tilsvarende figur findes for de indlagte patienter på forreste omslag.

Indhold

Forord	3
Resumé	4
1 Introduktion til undersøgelsen	6
2 Nationale tendenser	10
3 Inddragelse og indflydelse i eget behandlingsforløb	18
4 Pårørende	25
5 Tryghed ved udskrivelse	32
6 Kvalitetsforbedringer på baggrund af LUP-resultater	37
7 Vi laver om på LUP	39
8 Referencer	40
9 Bilag	41

Bilag 1 – Indlagte patienter:

Fordeling af O, U og G for regioner og privathospitaler 41

Bilag 2 – Ambulante patienter:

Fordeling af O, U og G for regioner og privathospitaler 42

Bilag 3 – Spørgeskema til indlagte patienter 43

Bilag 4 – Spørgeskema til ambulante patienter 46

Bilag 5 – Her finder du øvrigt materiale 49

Patienter og pårørende skal være i centrum for sundhedsvæsenets ydelser. Derfor er vi glade for at kunne præsentere de positive resultater fra den nye Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2013, hvor patienternes tilfredshed med behandlingen på landets sygehuse fortsat er stor.

Størstedelen af patienterne giver i undersøgelsen udtryk for, at de samlet set har haft en positiv oplevelse i forbindelse med deres behandlingsforløb. Således har 92 % af de indlagte og 96 % af de ambulante patienter et godt indtryk af deres forløb. Vi er glade for, at de gode resultater fra de seneste års undersøgelser er fastholdt. Det viser, at sygehusene løbende har fokus på arbejdet med patientoplevet kvalitet, som er en kerneværdi i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.

Men resultaterne viser også, at der fortsat er forhold, der kan forbedres. Undersøgelsen viser, at personalet på sygehusene bl.a. kan blive bedre til at håndtere situationer, hvor der er blevet begået fejl, og at personalet kan blive bedre til at informere patienterne om livsstilens betydning for helbredet. Sygehusene er til gengæld blevet bedre til at informere patienterne mundligt og til at organisere de ambulante besøg, så patienterne oplever mindre unødigt ventetid.

Viden om patienternes oplevelser på sygehusene er værdifuld i arbejdet med at forbedre arbejdsgange og udvikle kvaliteten på de danske sygehuse. LUP'en udgør et væsentligt bidrag i denne sammenhæng og er med til at sikre, at patienternes stemme løbende er højt på dagsordenen.

Det er femte gang, at LUP følger konceptet med en årlig undersøgelse på lands-, og regions-, sygehus- og afdelingsniveau samt specialniveau. Undersøgelsen bidrager til åbenhed og synlighed om sygehusenes tilbud og ydelser. Alle borgere kan se resultaterne fra denne rapport på Sundhed.dk.

Resultaterne fra LUP bliver rapporteret til sygehusenes forskellige ledelseslag og giver et væsentligt indblik i patienternes oplevelser generelt og på afdelingsniveau. Det giver en unik mulighed for at sammenligne egne resultater med resultater fra sammenlignelige enheder og for at udpege forhold, der kan forbedres.

Undersøgelsen omfatter både indlagte og ambulante behandlede patienter på offentlige hospitaler. Derudover er patienter, der er behandlet på privathospitaler under det udvidede frie sygehusvalg, inkluderet.

Vores mål er, at resultaterne fra undersøgelsen bidrager til, at patienternes oplevelser med sygehusene fortsat er en central motiverende faktor i arbejdet med at øge kvaliteten på de danske sygehuse. Vi vil gerne benytte lejligheden til at takke de mange patienter, som via deres besvarelse af spørgeskemaet har givet et vigtigt bidrag til sygehusenes arbejde med løbende at forbedre den patientoplevede kvalitet.



Bent Hansen
Formand for Danske Regioner



Nick Hækkerup
Minister for Sundhed og Forebyggelse



Resumé

Fakta om undersøgelsen

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er en årlig spørgeskemaundersøgelse blandt indlagte og ambulante patienter. Både patienter på landets offentlige sygehuse og patienter på privathospitaler, hvor behandlingen er finansieret af det offentlige, indgår i undersøgelsen. Svarene i LUP 2013 baseres på spørgeskemasvar fra ca. 133.000 patienter, der var i behandling på et sygehus i perioden august-oktober 2013. Den samlede svarprocent for undersøgelsen er på 56 %.

Resultaterne i denne rapport vedrører landsresultaterne og den udvikling, der har været siden 2012. Derudover bliver forskelle mellem regioner og privathospitalerne præsenteret.

Overordnet er patienterne stadig tilfredse

Blandt størstedelen af patienterne er der et godt samlet indtryk af deres behandlingsforløb, idet 92 % af indlagte patienter og 96 % af ambulante patienter har et "godt" eller "virkelig godt" indtryk af deres forløb.

Ambulante patienter har, som i de tidligere undersøgelser, generelt mere positive vurderinger end indlagte patienter. For de ambulante patienter svarer mere end ni ud af ti patienter således i de positive svarkategorier for omkring 2/3 af spørgsmålene i undersøgelsen, mens dette kun gælder for omkring 1/3 af spørgsmålene for de indlagte patienter.

Ud over spørgsmålet om patienternes vurdering af det samlede indtryk og spørgsmålet om patienternes vurdering af tilrettelæggelsen af det samlede

forløb, har følgende spørgsmål den største andel af positive besvarelser i 2013 for henholdsvis indlagte og ambulante patienter:

Indlagte patienter

- Kontaktperson tager ansvar for forløbet
- Modtagelsen i afdelingen
- Afdelingen informerer om ventetid fra indkaldelse til indlæggelse
- Mundtlig information

Ambulante patienter

- Kontaktperson tager ansvar for forløbet
- Modtagelsen i ambulatoriet
- Den mundtlige information

Både blandt indlagte og ambulante patienter har følgende spørgsmål de laveste andele af positive besvarelser:

- Patienten modtager tilstrækkeligt informationsmateriale
- Patienten har kontaktperson(er) med særligt ansvar
- Patienten er tilstrækkeligt informeret om livsstilens betydning for helbredet
- Personalet er gode til at håndtere fejl

Det er omkring eller mere end hver femte patient, der vurderer de fire spørgsmål i de negative svarkategorier. Bortset fra spørgsmålet om informationsmateriale, som er nyt i 2013 havde spørgsmålene også i 2012 de laveste andele af positive besvarelser.

Enkelte resultater med fremgang og ingen med tilbagegang

Niveauet for størstedelen af spørgsmålene i dette års undersøgelse er uændret siden 2012 og for ingen spørgsmål, er der et forringet resultat¹. Et spørgsmål for indlagte patienter og to spørgsmål for ambulante patienter har et forbedret resultat i forhold til LUP 2012. Spørgsmålet, om patienternes vurdering af den mundtlige information, er forbedret for både indlagte og ambulante patienter. For ambulante patienter er der desuden et forbedret resultat for spørgsmålet, om patienterne oplever unødigt ventetid, der forlænger det ambulante besøg.

Regionale forskelle

For både indlagte og ambulante patienter har de to regioner Nordjylland og Midtjylland samt privathospitalerne betydeligt flere spørgsmål, hvor deres resultater ligger over landsresultatet i forhold til Region Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden. Størstedelen af spørgsmålene i Region Syddanmark og Sjælland er ikke forskelligt fra landsresultatet, mens størstedelen af spørgsmålene for Region Hovedstaden er placeret under landsresultatet.

På regionsniveau er der som på landsplan få spørgsmål med fremgang. Region Midtjylland har for både ambulante og indlagte patienter et enkelt spørgsmål med et forbedret resultat, mens Region Nordjylland og Region Hovedstaden har to spørgsmål med forbedret resultater for ambulante patienter.

Temaafsnit i rapporten

Rapporten indeholder tre temaafsnit, der giver et uddybende perspektiv på udvalgte emner.

- Temaet "Inddragelse og indflydelse i eget behandlingsforløb" giver blandt andet et indblik i både international og dansk litteratur om, hvilke patienter der ønsker at blive inddraget samt hvilke hæmmende og fremmende faktorer, der eksisterer for inddragelse. Derudover giver en case fra en afdeling, der arbejder med neurorehabilitering, et indblik i arbejdet med inddragelse i praksis fra både personalets og en patients synsvinkel.
- Temaet "Pårørende" sætter fokus på inddragelse af pårørende ved at fremhæve forskellige initiativer og retningslinjer for, hvordan pårørende og personale kan indgå i samarbejde omkring patienten, og hvordan der kan ydes støtte til de pårørende. En case med en intensiv afdeling giver et eksempel på inddragelse af pårørende i praksis.
- Temaet "Tryghed ved udskrivelsen" ser på resultaterne for LUP 2013 og, hvad der har betydning for, om patienter er trygge ved udskrivelsen. Temaet indeholder desuden en case, der stiller skarpt på en øre-næse-halskirurgisk afdeling, der har særligt fokus på at arbejde med deres patienters tryghed ved udskrivelsen.



¹ Tre spørgsmål for både indlagte og ambulante patienter kan på grund af ændringer i spørgsmålsformuleringer ikke sammenlignes med resultaterne for LUP 2012.



1 Introduktion til undersøgelsen

Det er nu niende gang siden år 2000, at Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) gennemføres. Første gang LUP blev gennemført var i 2000. LUP er dermed blevet et væsentligt pejlemærke for den patientoplevede kvalitet i det danske sygehusvæsen og et kendt arbejdsredskab til at udvikle den patientoplevede kvalitet i regionerne, på de 29 offentlige sygehuse, de 24 private sygehuse/klinikker og de omkring 800 afdelinger og ambulatorier, der indgår i undersøgelsen.

Sygehusstrukturen går generelt mod en centralisering, hvor der bliver færre, men større sygehusenheder. Et mål hermed er, at behandlingsforløb fortsat bliver bedre for patienterne. Ved ændringer i organiseringen af behandlingsforløb er det til stadighed vigtigt at undersøge, hvad patienterne oplever. Patienterne har i et sygdomsforløb utallige kontaktpunkter, og de kan i kraft af deres konkrete erfaringer være med til både at pege på, hvor de oplever, at mødet med sundhedsvæsenet fungerer godt men også, hvor der er mulighed for at gøre noget anderledes eller bedre. Det, der virker som logisk, rutinemæssigt og fagligt velbegrundet, kan virke ukoordineret eller fejlagtigt for nogle patienter. Ved at sætte sig i patientens sted og få en forståelse for, hvad det er patienterne oplever i mødet med sygehuset og den specifikke afdeling, har sundhedspersonale et godt afsæt for kvalitetsudvikling herunder dialog og forventningsafstemning med patienterne. I denne undersøgelse er patienter blevet spurgt om en række forhold, som danske og udenlandske undersøgelser viser, er centrale for patienterne i deres møde med sygehusvæsenet (Gertteis et al. 1993).

1.1 Kort om LUP

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er en årlig landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af patienters oplevelser af deres undersøgelses- og behandlingsforløb, der gennemføres på vegne af de fem regioner samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Både indlagte² og ambulante patienter på landets offentlige sygehuse indgår. Derudover indgår patienter, der er behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, hvor behandlingen er finansieret af regionerne. Det er femte gang undersøgelsen bliver gennemført efter nedenstående formål og afrapporteringskoncept.

Formålet med LUP er at:

- Identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer.
- Give input til at arbejde med kvalitetsforbedringer.
- Kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid.

Resultaterne fra undersøgelsen bliver opgjort på landsplan og for de enkelte specialer, regioner, sygehuse og afdelinger/ambulatorier. Ledere og medarbejdere i regioner, sygehuse og afdelinger kan dermed bruge LUP til at få et overblik over patienternes oplevelser og udpege, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre den patientoplevede kvalitet.

Spørgsmålene i undersøgelsen er generiske, så de er relevante for hovedparten af patienter, uanset hvilken sygdom de er under udredning eller i behandling for. Derfor kan det være nødvendigt, at

² Kun indlagte patienter, som har været indlagt i minimum et døgn indgår i undersøgelsen.

sygehuse og afdelinger lokalt kvalificerer resultaterne og uddyber patienternes svar på udvalgte områder. Dette kan gøres eksempelvis gennem drøftelser af LUP-resultaterne i personalegruppen i afdelingen (se afsnit 6) eller ved at inddrage patienterne yderligere med brug af fx interview.

20 ud af omkring 40 spørgsmål i undersøgelsen er landsdækkende, mens de resterende spørgsmål er specifikke for hver enkelt region³. Denne rapport præsenterer tendenser for de landsdækkende spørgsmål i LUP på nationalt niveau⁴. Herunder indgår en præsentation af udviklingen i resultater siden 2012. Et afsnit ser på forskelle i resultater mellem regionerne i 2013. Efterfølgende temaafsnit belyser forskellige vinkler på nogle LUP-spørgsmål, og kvalitetsudviklingsinitiativer fra udvalgte sygehusafdelinger giver inspiration til det videre kvalitetsarbejde. Temaerne er: "Inddragelse og indflydelse i eget behandlingsforløb", "Pårørende" og "Tryghed ved udskrivelsen". Pågældende temaafsnit er udvalgt af Styregruppen for LUP ud fra et ønske om at sætte fokus på væsentlige områder, der er på dagsordenen i kvalitetsarbejdet i flere regioner.

Dette års rapport er den sidste i en række med det nuværende koncept for undersøgelsen, og derfor er det sidste år, at de nuværende spørgsmål i undersøgelsen kan sammenlignes med resultater fra forrige år. LUP vil fortsat indsamle viden om patienters oplevelser én gang om året, men nye patientgrupper og nye spørgsmål indgår i undersøgelsen fra næste år. Du kan læse mere om det nye koncept for LUP i afsnit 7 her i rapporten.

Vil du vide mere

I publikationerne "Fakta om patienter og spørgeskemaer for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013"⁵ og "Baggrund og metode for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser"⁶ er det muligt at finde uddybende information om dette års undersøgelse og generelt om metoderne bag LUP.



1.2 LUP og Den Danske Kvalitetsmodel

LUP indgår i akkrediteringsstandarderne for sygehuse i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) version 2. Akkrediteringsstandard 1.2.11 er en organisatorisk standard, der vedrører inddragelse af patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer. I denne standard er der krav om, at sygehuse deltager i LUP. Herunder at sygehuse analyserer og vurderer egne resultater fra LUP og anvender disse til kvalitetsudviklende aktiviteter. Derudover kan sygehuse i en række standarder anvende resultater fra LUP til at opfylde kravet om fastsættelse af kvalitetsmål og overvågning af udviklingen i disse. Det gælder fx standard 2.3.2 vedrørende sundhedsfaglig kontaktperson. Her kan LUP fx anvendes til at sætte mål for patienternes oplevelse af at have fået tildelt en kontaktperson via spørgsmålene om kontaktpersonordningen. LUP kan samtidig anvendes til at overvåge udviklingen for dette mål. Hvis et sygehus ikke når det ønskede niveau for patienttilfredsheden, så afhænger DDKM-vurderingen af de forbedringstiltag, som sygehuset har sat i gang (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2012).

³ Læs mere om de regionale afreporteringer på: www.patientoplevelser.dk/LUP13/region

⁴ Resultater for de nationale spørgsmål på regions-, speciale-, sygehus-, afdelings- samt ambulatorieniveau findes som elektronisk bilagsmateriale på www.patientoplevelser.dk/LUP2013/bilag.

⁵ Publikationen findes på www.patientoplevelser.dk/LUP2013/fakta

⁶ Publikationen findes www.patientoplevelser.dk/baggrund-og-metode-for-LUP

1.3 Fakta om patienterne

Patienter i undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på et udtræk af patienter fra Landspatientregistret. Der er udsendt spørgeskemaer til et udsnit på op til 400 patienter fra hver afdeling/ambulatorium pr. speciale. Har der været færre patienter end 400 på en afdeling/et ambulatorium i inklusionsperioden, er der sendt spørgeskemaer til samtlige patienter. I undersøgelsen er 68.723 patienter, der har været indlagt og 167.538, der har været i ambulant behandling, inkluderet som mulige respondenter. Patienterne fordeler sig på i alt 318 afdelinger med indlagte patienter og 483 ambulatorier med ambulante patienter.

Inklusion af patienter

Undersøgelsen inkluderer:

- Indlagte patienter, der har været indlagt minimum et døgn og er udskrevet mellem 9. august og 31. oktober 2013. Ved flere indlæggelser indgår patienterne med deres seneste udskrivelse.
- Ambulante patienter, der har haft ét eller flere besøg på et ambulatorium mellem 20. august og 30. september. Ved flere ambulante forløb indgår patienterne med det forløb, der vedrører deres seneste kontakt til et ambulatorium.

Patienter, der både har været indlagt og haft et ambulant forløb, indgår kun i undersøgelsen én gang⁷.

Fra indlæggelse/ambulant besøg til udsendelse af resultater

Figur 1.1 viser det tidsmæssige forløb af undersøgelsen. Der er udsendt postomdelte spørgeskemaer til patienterne i efteråret 2013 (Bilag 3,4 og 5). Spørgeskemaerne til de indlagte patienter udsendes ad to omgange for at sikre, at der ikke går for lang tid, fra patienterne bliver udskrevet, til de modtager spørgeskemaet om indlæggelsen. Op til fem uger efter udsendelsen af spørgeskemaerne udsendes et påmindelsesbrev og et spørgeskema. Efter dataindsamlingen er afsluttet, går der otte uger til regionerne, sygehuse og afdelingerne modtager deres egne resultater. Perioden, fra patienterne er udskrevet eller patienterne har haft et ambulant besøg, og indtil afdelingen modtager resultater af patienternes feedback, varierer mellem 22-30 uger afhængigt af, hvornår i inklusionsperioden patienten er udskrevet eller har været til et ambulant besøg.

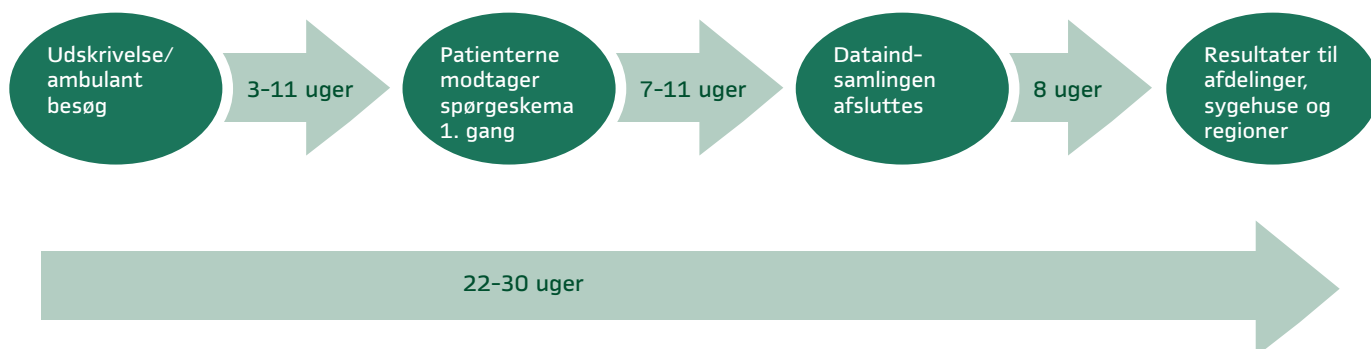
Svarprocent

38.410 indlagte patienter har besvaret spørgeskemaet, og svarprocenten er på 56 %.

94.731 ambulante patienter har besvaret spørgeskemaet, og svarprocenten er på 57 %.

Den samlede svarprocent er på 56 %⁸.

Figur 1.1 Det tidsmæssige forløb af undersøgelsen

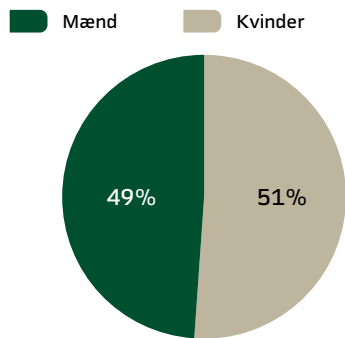


⁷ Inklusionsperioden for patienter, der deltog i undersøgelsen i 2009, blev ændret i 2010, mens inklusionsperioden i 2010, 2011, 2012 og 2013 er den samme. Dette forhold kan have betydning for sammenligningen af resultater mellem 2009 og 2010.

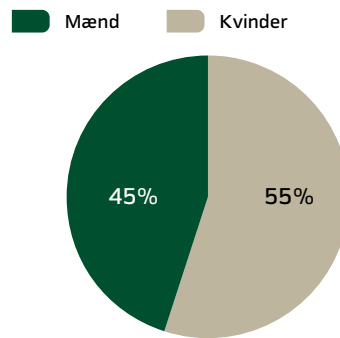
⁸ Flere detaljer om undersøgelsen findes i "Fakta om patienter og spørgeskemaer for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013". Publikationen findes på www.patientoplevelser.dk/LUP2013/fakta.

Figur 1.2 Fordeling af karakteristika for de patienter, der har besvaret spørgeskemaet

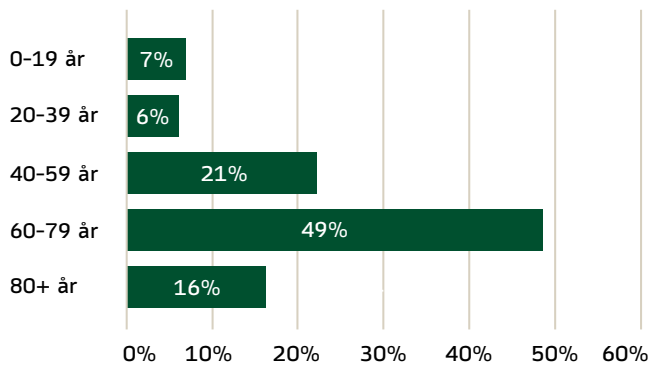
Indlagte patienter: Fordeling af køn



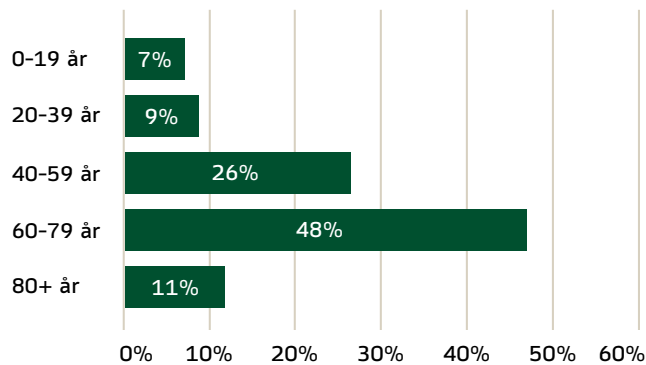
Ambulante patienter: Fordeling af køn



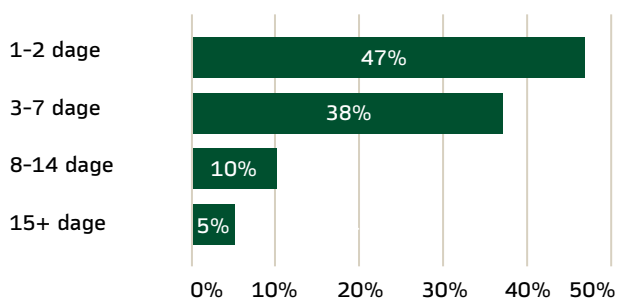
Indlagte patienter: Fordeling af alder



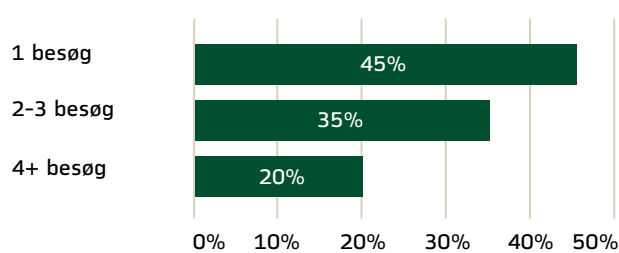
Ambulante patienter: Fordeling af alder



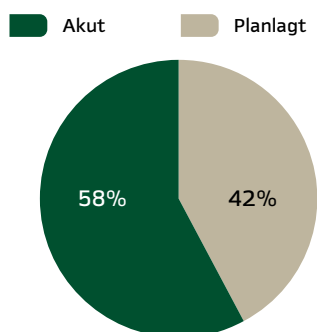
Indlagte patienter: Fordeling af indlæggelsestid⁹



Ambulante patienter: Fordeling af antal besøg (seneste seks måneder)



Indlagte patienter: Fordeling af indlæggelsesform



⁹ Indlæggelsestiden dækker kun over de dage, som patienten har været på den afdeling, hvorfra patienten er udskrevet.



2 Nationale tendenser

Følgende afsnit er en gennemgang af de nationale resultater for både indlagte og ambulante patienter samt en beskrivelse af udviklingen i resultaterne fra LUP 2012 til LUP 2013. Resultaterne knytter sig til oversigtsfigurerne for de indlagte og ambulante patienter (figur 1 og 2), hvor intet andet er angivet. Citater i afsnittet er patientkommentarer fra de åbne svarfelter i spørgeskemaet.

2.1 Størstedelen af patienterne har et godt samlet indtryk

Størstedelen af patienterne har et godt samlet indtryk af deres behandlingsforløb, idet 92 % af indlagte patienter og 96 % af ambulante patienter her et "godt" eller "virkelig godt" indtryk af deres forløb. Samtidig er tilrettelæggelsen af patienternes samlede forløb vurderet tilsvarende positivt blandt både indlagte og ambulante patienter.

Ud over spørgsmålet om patienternes vurdering af det samlede indtryk og spørgsmålet om patienternes vurdering af tilrettelæggelsen af det samlede forløb, har følgende spørgsmål den største andel af positive besvarelser i 2013 for henholdsvis indlagte og ambulante patienter:

Indlagte patienter

- Kontaktperson tager ansvar for forløbet
- Modtagelsen i afdelingen er god
- Afdelingen informerer godt om ventetid fra indkaldelse til indlæggelse
- Den mundtlige information er god

Ambulante patienter

- Kontaktperson tager ansvar for forløbet
- Modtagelsen i ambulatoriet er god
- Den mundtlige information er god

"Jeg er meget tilfreds med at have haft den samme overlæge siden 2005. Det betyder meget, at det er den samme person, man har kontakt med i sit sygdomsforløb."

Ambulant patient

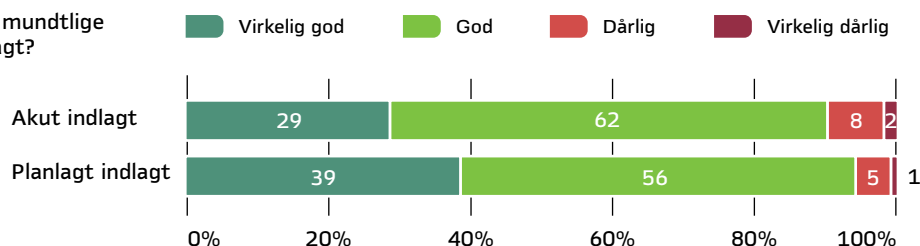
Vurdering af den mundtlige information

Spørgsmålet om patienternes vurdering af den mundtlige information, er et af de få spørgsmål, som har et forbedret resultat i forhold til forrige undersøgelse. Spørgsmålet er i 2013 at finde blandt de fem bedst placerede spørgsmål for ambulante og indlagte patienter.

Når resultatet for spørgsmålet om patienternes vurdering af den mundtlige information for de indlagte patienter opdeles i forhold til indlæggelsesform, ses det (figur 2.1), at der for de akut og planlagt indlagte patienter er forskelle på patientgruppernes vurderinger. 90 % af de akut indlagte patienter vurderer den mundtlige information som "god" eller "virkelig god" mod 94 % af de planlagt indlagte patienter. Yderligere er andelen af patienter, der vurderer den mundtlige information som "virkelig god" 10 procentpoint større for de planlagt indlagte patienter. Selvom spørgsmålet samlet er vurderet blandt de bedste ud af samtlige i undersøgelsen, er der et forbedringspotentiale, hvis der fokuseres på specielle subgrupper af patienter.

Figur 2.1 Indlagte patienter: Indlæggelsesform og vurdering af den mundtlige information

14. Hvordan vurderer du alt i alt den mundtlige information, du fik, mens du var indlagt?



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden på et 0,5% signifikansniveau. I alt 36.828 har svaret.

Spørgsmål med de største negative andele

Både blandt indlagte og ambulante patienter har følgende spørgsmål de laveste andele af positive besvarelser:

- Patienten modtager tilstrækkeligt informationsmateriale
- Patienten har kontaktperson(er) med særligt ansvar
- Patienten er tilstrækkeligt informeret om livsstilens betydning for helbredet
- Personalet er gode til at håndtere fejl

Det er omkring eller mere end hver femte patient, der vurderer de fire spørgsmål i de negative svar-kategorier. Bortset fra spørgsmålet om informationsmateriale, som er nyt i LUP 2013 havde spørgsmålene også i 2012 de laveste andele af positive besvarelser.

Informationsmateriale vs. skriftlig information

I LUP 2013 er et nyt spørgsmål introduceret i undersøgelsen om, hvorvidt patienterne modtager tilstrækkeligt informationsmateriale. Spørgsmålet erstatter spørgsmålet fra 2012 om modtagelse af skriftlig information. For indlagte patienter er det 77 %, og for ambulante patienter er det 82 %, der vurderer, at de modtager tilstrækkeligt med informationsmateriale. Ændringen medfører, at informationsmateriale også kan være fx dvd, film eller hjemmesidemateriale.

Nye spørgsmål i LUP 2013

Spørgsmålet om patienternes vurdering af informationsmaterialet er ændret i 2013 og har fået

samme ordlyd som spørgsmålet om, hvorvidt patienterne modtager tilstrækkeligt informationsmateriale. Det sidste spørgsmål, der er ændret, er spørgsmålet om patienternes vurdering af, om de har fået tilstrækkeligt med information om livsstilens betydning for helbredet. Der spørges i 2013 ind til de fire faktorer kost, rygning, alkohol og motion særskilt samtidig med, at fokus er ændret fra, om patienterne "er i tvivl om faktorenes betydning for helbredet" til, "om de "modtager tilstrækkelig med information om faktorenes betydning for helbredet". Derudover er det også adresseret specifikt, at det er afdelingen/ambulatoriet, der er ansvarlig for at give informationen. De tre nye spørgsmål kan ikke sammenlignes med resultaterne for 2012 og har i figur 1 og 2 derfor ingen angivelse af, om resultatet er ændret siden LUP 2012.

Livsstilens betydning for helbredet

Resultatet for spørgsmålet, om patienterne er informeret tilstrækkeligt om livsstilens betydning for helbredet er i oversigtsfigurerne præsenteret ved et aggregeret resultat for de fire faktorer (kost, motion, alkohol og rygning). Omkring 40 % for både indlagte og ambulante patienter vurderer således, at de ikke får tilstrækkeligt information fra afdelingen eller ambulatoriet om én eller flere af livsstilsfaktorenes betydning for helbredet. Opdelt på de fire faktorer kost, motion, alkohol og rygning er det muligt at se, om der er specifikke faktorer, patienterne i højere grad vurderer, at de mangler information om. Flere patienter svarer "nej" til, at de får tilstrækkelig information i forhold til kostens og alkohols betydning for deres helbred i forhold til information i forhold til motions og rygnings betydning for deres helbred (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Indlagte og ambulante patienter: Tilstrækkelig information om livsstilens betydning

20. Har du fået tilstrækkelig information fra afdelingen om:	Indlagte patienter			Ambulante patienter		
	Antal	Ja	Nej	Antal	Ja	Nej
20a. Kostens betydning for dit helbred?	22.371	65 %	35 %	46.240	62 %	38 %
20b. Motions betydning for dit helbred?	23.826	72 %	28 %	50.900	70 %	30 %
20c. Alkohols betydning for dit helbred?	16.688	63 %	37 %	38.608	63 %	37 %
20d. Rygnings betydning for dit helbred?	15.564	69 %	31 %	36.399	70 %	30 %

Andelen for "nej" for spørgsmålene 20a-20d er lavere end det aggregerede resultat for spørgsmål 20 (figur 1 og 2), da andelen af patienter, der svarer "nej" i spørgsmål 20 (figur 1 og 2) er baseret på, om patienten svarer "nej" til mindst et af spørgsmålene (a-d). Andelen af "ja" i spørgsmål 20 (figur 1 og 2) er baseret på, at patienten ikke svarer "nej" til nogen af spørgsmålene (a-d), samt svarer "ja" i mindst et af spørgsmålene (a-d).

Ambulante patienter mere positive end indlagte patienter

Ambulante patienter har som i de tidligere undersøgelser generelt mere positive vurderinger end indlagte patienter. For de ambulante patienter svarer mere end ni ud af ti patienter således i de positive svarkategorier for omkring 2/3 af spørgsmålene i undersøgelsen, mens dette kun gælder for omkring 1/3 af spørgsmålene for de indlagte patienter. Et spørgsmål hvor forskellen i patienternes vurdering mellem indlagte og ambulante patienter er markant, er for deres vurdering af, hvordan de vurderer, at personalet tager hånd om en fejl, efter den er opdaget. Forskellen mellem de to patientgrupper er på 9 procentpoint, idet 40 % af indlagte patienter vurderer, at personalet tog "dårligt" eller "virkelig dårligt" hånd om fejlen, mens det tilsvarende er vurderet af 31 % af de ambulante patienter.

2.2 Enkelte resultater med fremgang ingen med tilbagegang

Niveaueet for størstedelen af spørgsmålene i dette års undersøgelse er uændret siden 2012 og for ingen spørgsmål, er der en negativ udvikling¹⁰. Et spørgsmål for indlagte patienter og to spørgsmål for ambulante patienter har et forbedret resultat i forhold til LUP 2012.

Spørgsmålet om patienternes vurdering af den mundtlige information er forbedret for både ind-

lagte og ambulante patienter. Det er forholdsvis små forskelle i resultaterne mellem undersøgelsen i 2012 og 2013, der er årsag til fremgangen. For de indlagte patienter vurderer færre (et %-point) patienter sammenlignet med 2012, at den mundtlige information er "virkelig dårlig". For de ambulante patienter vurderer flere patienter (et %-point) den mundtlige information i den bedste svarkategori "virkelig god" frem for "god" - samtidig med at færre (et %-point) har besvaret spørgsmålet i de to negative svarkategorier.

For ambulante patienter er der desuden en fremgang for spørgsmålet, om patienterne oplever unødigt ventetid, der forlænger det ambulante besøg. Fremgangen viser sig også her ved, at færre patienter (en %-point) har besvaret spørgsmålet i den mest negative svarkategori og nu besvarer spørgsmålet positivt.

De spørgsmål, hvor der er et forbedret resultat, er ikke de samme spørgsmål, hvor der i forrige undersøgelse var en tilbagegang. Spørgsmålet om unødigt ventetid for de ambulante patienter er tillige blandt de spørgsmål, der havde fremgang mellem undersøgelse i 2010 til 2011. En oversigt for antallet af spørgsmål med henholdsvis forbedret, uændret eller forringet (→, →, ↘) resultat for de seneste tre undersøgelser ses af de følgende tabeller¹¹.

¹⁰ Tre spørgsmål for både indlagte og ambulante patienter kan på grund af ændringer i spørgsmålsformuleringer ikke sammenlignes med resultaterne for LUP 2012.

¹¹ Inklusionsperioden for patienter, der deltog i undersøgelsen i 2009, blev ændret i 2010, mens inklusionsperioden i 2010, 2011 og 2012 er den samme. Dette forhold kan have betydning for sammenligningen af resultater mellem 2009 og 2010, og der kommenteres derfor ikke på dette.

Tabel 2.2 Udvikling i resultater fra 2012 til 2013 for 17 spørgsmål på landsplan*

Indlagte patienter:		Ambulante patienter:	
Bedre	1 →	Bedre	2 →
Dårligere	0 ↘	Dårligere	0 ↘
Ingen ændring	16 →	Ingen ændring	15 →

*Tre nationale spørgsmål er nye i 2013 og kan derfor ikke sammenlignes med resultaterne for 2012.

Tabel 2.3 Udvikling i resultater fra 2011 til 2012 for 20 spørgsmål på landsplan

Indlagte patienter:		Ambulante patienter:	
Bedre	0 →	Bedre	0 →
Dårligere	4 ↘	Dårligere	0 ↘
Ingen ændring	16 →	Ingen ændring	20 →

Tabel 2.4 Udvikling i resultater fra 2010 til 2011 for 19 spørgsmål på landsplan*

Indlagte patienter:		Ambulante patienter:	
Bedre	3 →	Bedre	8 →
Dårligere	0 ↘	Dårligere	2 ↘
Ingen ændring	16 →	Ingen ændring	9 →

*Et nationalt spørgsmål var nyt i 2011 og kunne derfor ikke sammenlignes med resultaterne for 2010.

Udviklingen i resultater, der er angivet med pile i oversigtsfigurerne (→, ↘, ↙ i figur 1 og 2), er en sammenligning beregnet på baggrund af de fulde svarfordelinger for spørgsmålene for LUP 2012 og 2013. En fremgang i resultaterne kan derfor både være på baggrund af, at der er en udvikling fra negative til positive svar, men også at flere patienter svarer "meget positivt" frem for "positivt".

"Plejepersonalet kunne ikke finde ud af at give mig den rigtige medicin/dosering, og en læge ændrede medicinen uden at konferere med mig eller pårørende. Selv da jeg fik min egen medicin hjemmefra var doseringen forkert."

Indlagt patient

"Jeg blev mødt med venlighed og smil. Der var travlt, og vi blev afbrudt nogle gange. Trods det havde personalet plads til imødekommenhed."

Indlagt patient

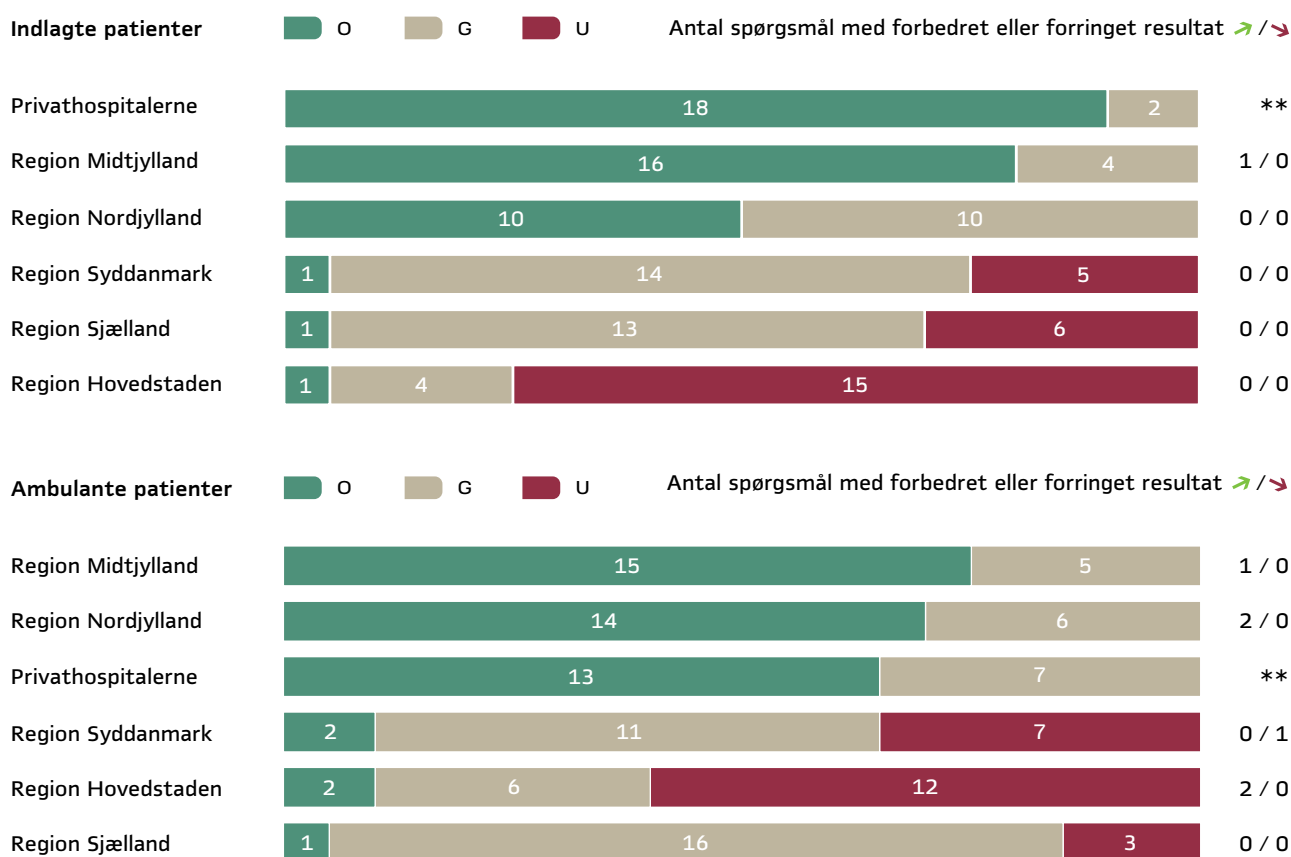


2.3 Regionale forskelle

Figur 2.2 viser, hvordan de fem regioner og privathospitalerne overordnet placerer sig for de nationale spørgsmål i forhold til landsresultatet – altså, hvor mange spørgsmål der er placeret O, U eller G. I bilag 1 og 2 er det vist, hvordan de enkelte spørgsmål i undersøgelsen fordeler sig på O, U og G. Samtidig er det i figur 2.2 for regionerne angivet, hvilke resultater for de nationale spørgsmål, der har et forbedret (➔) eller forringet (➡) resultat i forhold til 2012¹². Udviklingen i regionsresultater mellem LUP

2012 og 2013 har ikke nødvendigvis betydning for regionernes placering i forhold til landsresultatet. En fremgang på et spørgsmål vil eksempelvis ikke være ensbetydende med, at resultatet for spørgsmålet vil placere sig over landsresultatet, hvis der samtidig er en stigning i resultaterne for de øvrige regioner, som vil hæve niveauet for landsresultatet. Desuden kan et resultat for et spørgsmål trods en stigning fortsat ligge under landsresultatet, hvis stigningen ikke er tilstrækkelig stor til at ændre resultaters placering.

Figur 2.2 Placeringer O, U eller G* og udvikling i resultater over tid for regioner og privathospitaler



* O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis statistisk signifikant over (O) eller under (U) landsresultatet, mens G angiver, at regionsresultat for et spørgsmål ikke afviger statistisk signifikant fra landsresultatet. Bemærk at regionernes resultater ikke er testet parvis (indbyrdes) op imod hinanden. Et resultat for én region, der har en O-placering i forhold til landsresultatet, er således ikke nødvendigvis bedre end et resultat fra en anden region, som har en G-placering i forhold til landsresultatet. Den statistiske usikkerhed på de regionale resultater kræver en indbyrdes statistisk test for at kunne fastslå om de er forskellige fra hinanden.

** Det er ikke muligt at sammenligne resultaterne mellem 2012 og 2013 for patienter på privathospitalerne, da sammensætningen af hospitaler er ændret væsentligt imellem de to år.

"Utryk med en ny læge hver gang man kommer. Oplevelse af, at de slet ikke havde sat sig ind i, hvad det drejede sig om. For lidt tid ved lægesamtaler, de har for travlt, man går derfra med en usikkerhed, uafklarethed og underlig fornemmelse."

Ambulant patient

Placering O, U eller G

For både indlagte og ambulante patienter har de to regioner Nordjylland og Midtjylland samt privathospitalerne betydeligt flere spørgsmål, hvor deres resultater ligger over landsresultatet i forhold til Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Størstedelen af resultaterne for spørgsmålene i Region Syddanmark og Sjælland er ikke placeret forskelligt fra landsresultatet, mens størstedelen af resultaterne for spørgsmålene i Region Hovedstaden er placeret under landsresultatet.

For de indlagte patienter er de største ændringer i forhold til fordelingen af O, U og G i 2012 sket hos Region Midtjylland, der i forhold til sidste år har yderligere fem spørgsmål, der er placeret over landsresultatet. Samtidig ligger ingen af resultaterne i Region Midtjylland nu under landsresultatet. Dette er til trods for, at de kun har forbedret resultat på et enkelt spørgsmål. I forhold til 2012 har kun Region Syddanmark og Region Hovedstaden et øget antal spørgsmål, der har et resultat under landsresultatet. Både Region Sjælland og Region Nordjylland har i nærværende undersøgelse flere spørgsmål end i 2012, der er på niveau med landsresultatet. For Region Sjælland betyder det, at færre spørgsmål er placeret under landsresultatet, mens Region Nordjylland har færre spørgsmål placeret over landsresultatet.

For de ambulante patienter er det Region Nord, der har flest ændringer i forhold til spørgsmålenes placering siden sidste undersøgelse, idet ingen spørgsmål nu placerer sig under landsresultatet. Derudover er yderligere fire spørgsmål i Region Nordjylland bedre end landsresultatet. Region

Hovedstaden har to spørgsmål mere end i 2012, der er placeret under landsresultatet, men også to spørgsmål, der er bedre end landsresultatet. Spørgsmålenes placering i Region Midtjylland og Region Syddanmark er ændret, så et til to spørgsmål færre placerer sig over landsresultatet. Region Sjælland har i modsætning hertil to færre spørgsmål under landsresultatet og et tilsvarende antal, der nu i 2013 er på niveau med landsresultatet.

Antallet af spørgsmål, der er over, under eller ikke forskelligt fra landsresultatet, er for privathospitalerne uændret i forhold til resultaterne for 2012 for både indlagte og ambulante patienter.

Udvikling over tid

På regionsniveau er der som på landsplan få nationale spørgsmål med fremgang. Region Midtjylland har for både ambulante og indlagte patienter et enkelt spørgsmål med et forbedret resultat, mens Region Nordjylland og Region Hovedstaden har to spørgsmål med forbedret resultater for ambulante patienter.

Hvor der for de nationale spørgsmål på landsplan ikke er spørgsmål med forringede resultater for både indlagte og ambulante patienter, er der på regionsniveau for ambulante patienter et enkelt spørgsmål for Region Syddanmark, hvor der er et forringet resultat.

"Afdelingen havde hjerter med 'velkommen' hængende på tavler overfor hver seng. Man kan synes, at det er småting, men det gør en bedre tilpas - og ikke som et stk. kvæg, som man kan være på andre afdelinger. Det lignede et hotel, hvor man er velkommen og ikke til besvær. Der var også 'gocards', hvor man blev opfordret til at skrive til afdelingen, hvis der var noget, der burde ændres: 'Vi vil gerne blive bedre'. Det giver en tryghed."

Indlagt patient

Hvor er der et udviklingspotentiale?

I det følgende er der fokus på forskelle i andelen af positive svar mellem regionerne. I tabel 2.5 og 2.6 for henholdsvis indlagte og ambulante patienter fremhæves de fem spørgsmål, der har de største forskelle i andelen af positive svar mellem regionerne¹³. Forskellene i regionale resultater kan betragtes som indikator for, hvor stor en andel af positive patienter det er muligt at opnå på de enkelte spørgsmål, og der er dermed et forbedringspotentiale for de viste spørgsmål.

Det spørgsmål, hvor forskellen i andelen af positive svar er størst imellem regionerne, er spørgsmålet om personalets håndtering af fejlen for indlagte patienter. Resultatet i den region, hvor den største andel af patienter vurderer, at personalet tager "godt" eller "virkelig godt" hånd om fejlen, er 12 procentpoint større end i den region, der har den mindste andel, der vurderer det samme¹⁴.

Spørgsmålet om livsstilens betydning for helbredet er det eneste spørgsmål, der er blandt de fem spørgsmål med størst forskel i andelen af positive svar for både indlagte og ambulante patienter. Der er dog større spredning imellem regionerne på andelen af positive svar på spørgsmålet for de indlagte patienter. De spørgsmål, der er vist i tabellerne, har i flere tilfælde, større differencer imellem regionerne på andelen af positive besvarelser end de spørgsmål, der var fremhævet i 2012.



Tabel 2.5 Indlagte patienter: De fem spørgsmål med størst spredning mellem regionerne

Spørgsmål	Forskel	Bedste resultat	Dårligste resultat
11. Hvordan synes du, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?	12 procentpoint	Region Nordjylland: 68 % svarer virkelig godt eller godt	Region Hovedstaden: 56 % svarer virkelig godt eller godt
20. Har du fået tilstrækkelig information fra afdelingen om din livsstils betydning for dit helbred?	9 procentpoint	Region Nordjylland: 66 % svarer ja	Region Hovedstaden: 57 % svarer ja
4. Oplevede du, at én eller flere kontaktperson(er) på afdelingen havde særligt ansvar for dit forløb?	9 procentpoint	Region Midtjylland: 81 % svarer ja	Region Hovedstaden: 73 % svarer ja
8. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?	6 procentpoint	Region Midtjylland: 85 % svarer passende	Region Sjælland: 79 % svarer passende
13. Hvordan vurderer du, at din overflytning mellem forskellige afdelinger var tilrettelagt? (Omfatter kun patienter, som er blevet overflyttet)	6 procentpoint	Region Midtjylland: 92 % svarer virkelig godt eller godt	Region Hovedstaden: 86 % svarer virkelig godt eller godt

¹³ Privathospitalerne er ikke medtaget i denne sammenligning.

¹⁴ Grundet den større usikkerhed er udsvingene mellem de mest og mindst positive resultater større for resultater på afdelings- og sygehusniveau.

Tabel 2.6 Ambulante patienter: De fem spørgsmål med størst spredning mellem regionerne

Spørgsmål	Forskel	Bedste resultat	Dårligste resultat
4. Oplevede du, at én eller flere kontaktperson(er) i ambulatoriet havde særligt ansvar for dit undersøgelses-/behandlingsforløb? (Omfatter kun patienter, som har haft mere end to besøg de seneste 6 måneder)	9 procentpoint	Region Midtjylland: 82 % svarer ja	Region Syddanmark: 73 % svarer ja
19. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet har orienteret din praktiserende læge om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	8 procentpoint	Region Nordjylland: 89 % svarer virkelig godt eller godt	Region Hovedstaden: 81 % svarer virkelig godt eller godt
12. Oplevede du, at der opstod unødigt ventetid under din undersøgelse/behandling i ambulatoriet, der forlængede dit/dine besøg?	6 procentpoint	Region Syddanmark: 90 % svarer nej	Region Hovedstaden: 84 % svarer nej
20. Har du fået tilstrækkelig information fra afdelingen om din livsstils betydning for dit helbred?	5 procentpoint	Region Nordjylland: 65 % svarer ja	Region Hovedstaden: 60 % svarer ja
18. Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?	4 procentpoint	Region Nordjylland: 93 % svarer virkelig godt eller godt	Region Hovedstaden: 88 % svarer virkelig godt eller godt





3 Inddragelse og indflydelse i eget behandlingsforløb

Det moderne behandlingsforløb tager udgangspunkt i borgernes behov, evner og ønsker. Den enkelte borger skal have hovedrollen i eget sygdomsforløb og inddrages fra start til slut (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013). Behovet for at inddrage patienter i eget behandlingsforløb og i udviklingen af sundhedsvæsenets ydelser er et tema, der i stigende grad præger debatten om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Patienters inddragelse og indflydelse kan være flere ting. Patientinddragelse kan blandt andet opdeles i individuel og organisatorisk¹⁵ patientinddragelse (se fx vibis.dk). Organisatorisk patientinddragelse betegner den form for inddragelse, hvor tidligere eller nuværende patienters perspektiv inddrages i beslutnings-, udviklings- og evalueringsprocesser i sundhedsvæsenet. I dette tema er fokus på individuel patientinddragelse, hvilket vil sige, den form for inddragelse, hvor det er den enkelte patient (og pårørende), der inddrages i planlægning af og beslutninger vedrørende eget behandlingsforløb.

Et centralt element i individuel inddragelse er således inddragelse af patienten i beslutninger, som skal træffes om behandling og pleje, og som foregår i en relation mellem patient og sundhedsprofessionel. I beslutningsrelationer kan det enten være den sundhedsprofessionelle, patienten og den sundhedsprofessionelle i fællesskab eller udelukkende patienten, der er den primære part i beslutningen. Den form for beslutningstagning, der er central i forhold til patientinddragelse, er den, der foregår i fællesskab og i et samspil mellem patient og sundhedsprofessionel. Et af de værktøjer,

der findes til at understøtte patienters inddragelse i beslutninger om eget forløb, er modellen 'fælles beslutningstagning' ('shared decision making'). Patientinddragelse og indflydelse i eget behandlingsforløb indbefatter flere elementer end inddragelse af patienten i beslutninger om behandling og pleje, men det er et emne, der står centralt, og derfor uddybes i de følgende afsnit.

3.1 Hvilke patienter ønsker at blive inddraget

I den internationale forskningslitteratur findes et omfattende review af både kvantitative og kvalitative studier, der beskæftiger sig med spørgsmålet, om hvilke patienter der ønsker at blive inddraget i beslutninger om egen behandling og pleje. Resultaterne peger på, at flere forhold har indflydelse på, hvorvidt og hvordan patienter ønsker at blive inddraget i beslutninger omkring eget forløb herunder: køn (kvinder mere end mænd), alder (yngre mere end ældre), uddannelsesniveau (højtuddannede mere end lavtuddannede), tidligere sygdomserfaringer og oplevelser i sundhedsvæsenet, diagnose og sygdomstilstand, beslutningens karakter, patientens forudgående viden om sygdommen og generel holdning til inddragelse (Say et al. 2006). I litteraturen bliver det dog understreget, at patienters ønske om at blive inddraget i beslutninger omkring eget forløb og behandling ikke er en statisk størrelse. Hvorvidt en patient ønsker at blive inddraget i beslutninger kan meget vel ændre sig over tid fx i forskellige faser af sygdommen. Desuden kan et tidsaspekt på et overordnet samfundsniveau tænkes at have betydning for stigende ønsker og forventninger blandt patienter om at blive inddraget i

eget behandlingsforløb. I takt med at unge, der har et større ønske om at blive inddraget, bliver ældre, vil de formodentlig bibeholde deres ønsker til inddragelse. Dermed vil den samlede andel af patienter, der har et stigende ønske og forventning om at blive inddraget være større, da både unge og ældre i fremtiden forventer dette.

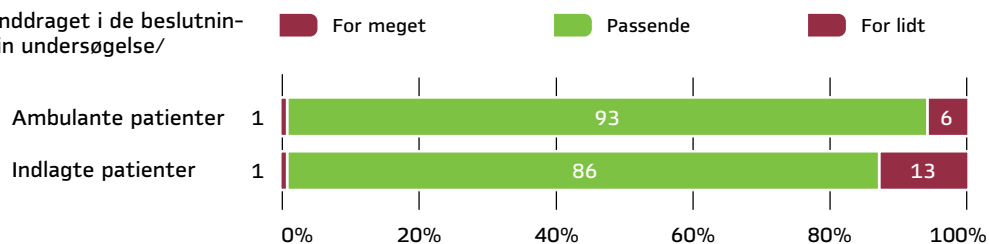
Ét er ønsket om at blive inddraget, et andet er inddragelse i praksis. I det følgende fremstilles, hvad resultaterne fra LUP 2013 viser om, hvordan patienter på danske hospitaler oplever at være inddraget i eget behandlingsforløb.

3.2 Resultater fra LUP 2013

På spørgsmålet, om hvorvidt patienterne oplever at blive inddraget i beslutninger om undersøgelse/ behandling, viser LUP 2013, at hovedparten af patienterne oplever at blive inddraget i et passende omfang. Blandt ambulante patienter vurderer 93 % således, at de bliver inddraget i et passende omfang, mens det tilsvarende tal for indlagte patienter er 86 %. De patienter, der ikke er tilfredse med omfanget af inddragelse, vil som hovedregel gerne inddrages mere i beslutningerne – kun én procent af patienterne vil gerne inddrages mindre i beslutninger om deres undersøgelse/behandling (figur 3.1). Der er ingen ændringer i resultaterne for spørgsmålet om inddragelse i beslutninger om undersøgelse/behandling siden LUP 2012 på nationalt niveau.

Figur 3.1 Indlagte patienter: Inddragelse i beslutninger om undersøgelse/behandling

7. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/ behandling?



I alt har 91.447 ambulante patienter og 36.797 indlagte patienter svaret.



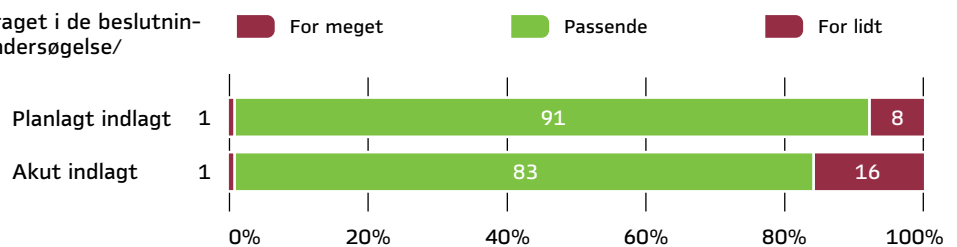
Yderligere analyser tyder på, at der er forskel på patienternes oplevelse af inddragelse afhængig af deres køn. Blandt indlagte patienter er der således en højere andel af kvinder (15 %), som mener, at de er blevet inddraget for lidt, sammenlignet med mænd (12 %). Samme tendens findes blandt ambulante patienter. Derimod er der ikke en entydig tendens i forholdet mellem patienternes ønske om inddragelse og deres alder. Blandt ambulante patienter er der en højere andel af yngre patienter (0-59 år: 7 %), der oplever, at de bliver inddraget for lidt, sammenlignet med ældre patienter (60+ år: 6 %). Men blandt indlagte patienter er tendensen modsatrettet. Der er lidt flere ældre (60+ år: 13 %) end yngre patienter (0-59 år: 12 %), som oplever, at de bliver inddraget for lidt i beslutninger om deres undersøgelse/behandling¹⁶. Endvidere

viser det sig, at der er en forskel på patienternes oplevelse af inddragelse afhængig af deres indlæggelsesform. Andelen af patienter, der oplever, at niveauet af inddragelse er passende, er højere blandt planlagt indlagte patienter (91 %) end den er blandt akut indlagte patienter (83 %) (figur 3.2).

Ligeledes ses det, at der er forskel på patienternes oplevelse af inddragelse afhængig af deres indlæggelsestid. Patienter, der har en kort indlæggelse, er mere tilbøjelige til at give en positiv vurdering af omfanget af inddragelse. Faktisk er andelen af patienter, der vurderer, at de er blevet inddraget for lidt, stigende med indlæggelsestiden (figur 3.3).

Figur 3.2 Indlagte patienter: Indlæggelsesform og inddragelse i beslutninger om undersøgelse/behandling

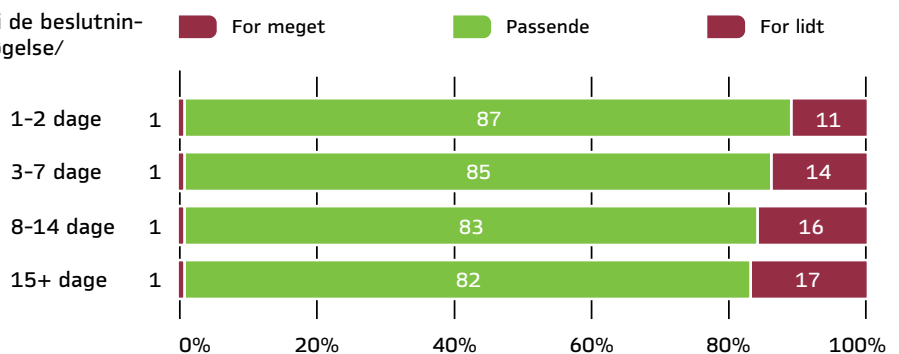
7. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden ($p < 0,005$). I alt har 36.797 svaret.

Figur 3.3 Indlagte patienter: Indlæggelsestid og inddragelse i beslutninger om undersøgelse/behandling

7. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden ($p < 0,005$). I alt har 36.797 svaret.

Det forrige afsnit giver et indblik i, hvilket billede af individuel inddragelse, der tegner sig blandt patienterne i LUP 2013, men inddragelse er aldrig et anliggende, der kun handler om patienten, for det er altid i relationen mellem patient og sundhedsprofessionel, at inddragelse skal udspille sig i praksis. Det er derfor vigtigt at betragte de sundhedsprofessionelles opfattelser af og erfaringer med inddragelse for at få et bredere billede af problemstillingen. Næste afsnit gennemgår nogle af de fremmende og hæmmende faktorer for inddragelse, som litteraturen peger på er afgørende for, om det lykkes at få idealet om inddragelse i beslutningstagning ført ud i praksis.

3.3 Fremmende og hæmmende faktorer for inddragelse i eget behandlingsforløb

Både danske og internationale forskningspublikationer peger på en række faktorer, der enten er fremmende eller hæmmende for inddragelse af patienter i eget behandlingsforløb. I en dansk sammenhæng påpeger Færch & Harder (2009), at medinddragelse i egen pleje og behandling er et bredt begreb, og at der er grundlæggende uklarhed om, hvad det betyder, hvilket gør det svært at omsætte til konkret handling. Dette bekræfter og nuancerer Jönsson et al. (2013) i deres undersøgelse af sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse. Her peger de sundhedsprofessionelle på, at fysiske rammer, tid/arbejds gange og manglende ledelsesfokus kan være hæmmende faktorer for patientinddragelse. Det ledelsesmæssige aspekt bliver også udpeget som en potentiel både fremmende og hæmmende faktor for patientinddragelse af Holm-Petersen & Navne (2013), der specifikt har undersøgt forholdet mellem ledelse og patientinddragelse. Desuden har Jacobsen, Pedersen & Albeck (2008) undersøgt, hvordan patientinddragelse i beslutningstagning både ser ud som ideal i modellen fælles beslutningstagning og som klinisk hverdagspraksis. De peger på, at inddragelse i beslutningstagning, som det foregår i det konkrete møde mellem sundhedsprofessionel og patient, afhænger af begges forventninger til den specifikke kliniske situation og typen af behandling og beslutninger, der skal træffes (Jacobsen et al. 2008).

Garvel et al. har foretaget et systematisk review af publikationer, der fokuserer på fremmende og hæmmende faktorer for patientinddragelse i eget forløb (Garvel et al. 2006)¹⁷. Reviewet peger på, at

nogle af de hyppigst forekommende hæmmende faktorer blandt sundhedsprofessionelle er:

- **Tidspres**
- **Patienter som de sundhedsprofessionelle oplever ikke er mulige at inddrage**
- **Karakteren af den specifikke kliniske situation**

De tre hyppigst nævnte fremmende faktorer blandt de sundhedsprofessionelle for at inddrage patienter i beslutninger omkring eget forløb er:

- **Motivation hos de sundhedsprofessionelle for at inddrage patienterne**
- **Opfattelse af at inddragelse er positiv for den kliniske proces**
- **Inddragelse giver et bedre resultat for patienten (Garvel et al. 2006)**

Fra patienternes perspektiv er de primære hæmmende faktorer for inddragelse, der relaterer til organisatoriske forhold:

- **Begrænset tid til konsultationen**
- **Ikke at møde samme læge igennem forløbet**
- **Manglende lokaler, som er egnede til fortrolige samtaler**

Men også personlige og interaktionsrelaterede faktorer udpeges som afgørende hæmmende faktorer, der relaterer sig til den konkrete konsultationssituation. Disse faktorer er:

- **Dårlig helbredstilstand eller kognitive vanskeligheder**
- **Lægens holdning til inddragelse af patienter**
- **Tillid til lægen**
- **Magtbalance i læge-patient forholdet (fx i forhold til hvilken type viden og erfaring der er gyldig)**
- **Hvorvidt patienterne har de nødvendige informationer og viden til at træffe beslutninger på baggrund af (Joseph-Williams et al. 2013)**

Forfatterne peger desuden på, at information alene ikke giver øget inddragelse i beslutningstagning. En forudsætning for at opnå fælles beslutningstagning i praksis er således både tilstrækkelig information, og anerkendelse af, at både patient og sundhedsprofessionel er en vigtig part i beslutningstagning, og at beslutningstagning er en fælles proces (Joseph-Williams et al. 2013).

I det følgende præsenteres et konkret initiativ på en dansk hospitalsafdeling, der har indflydelse og inddragelse af patienter – og pårørende – i eget behandlingsforløb som omdrejningspunkt.

¹⁷ Reviewet blev gentaget og opdateret i en senere publikation med samme resultat (Garvel et al. 2008).

3.4 Patientinddragelse i Neurorehabiliteringen

Neurorehabiliteringen på Regionshospitalet Skive arbejder systematisk med at inddrage patienter (og pårørende) i eget forløb. I LUP 2013 tilkendegiver 91 % af afdelingens patienter, at de blev inddraget i et passende omfang i beslutninger om deres undersøgelser/behandling under deres indlæggelse på Neurorehabiliteringen.

Neurorehabiliteringen har eksisteret siden december 2003, og siden da har inddragelse af patienterne været et fokusområde i afdelingen. I et interview fortæller afdelingssygeplejerske Jytte Kjær Krarup, hvordan afdelingen siden da har arbejdet med at inddrage patienterne.

Fakta om Neurorehabiliteringen

Neurorehabiliteringen modtager voksne senhjerneskadede patienter, som typisk er patienter med skade efter en blodprop i hjernen eller hjerneblødning. Patienterne i afdelingen kommer fra hele Region Midtjylland og bliver som regel henvist til rehabilitering efter en indlæggelse på en neurologisk afdeling. Senere udskrives de til eget hjem eller et døgntilbud i deres hjemkommune. Patienterne er gennemsnitligt indlagt 28 dage i Neurorehabiliteringen.

"Allerede dengang var vi opmærksomme på, at jo mere patient- og pårørendeinddragelse vi kunne få med, jo bedre, fordi når man arbejder med hjerneskadede mennesker, er der nogle problematikker, der kan vanskeliggøre et rehabiliteringsforløb."

Afdelingssygeplejerske Jytte Kjær Krarup

Én af disse problematikker kan fx være, at patienterne skal finde ud af, at de ikke kan det samme, som, før de blev syge. I Neurorehabiliteringen imødekommes disse problematikker bl.a. ved, at afdelingen holder møder med den enkelte patient og pårørende, hvor de er med til at definere mål og status for rehabiliteringsforløbet.

Mål for rehabilitering fastlægges i samarbejde med patient og pårørende

Når en patient indlægges på afdelingen, bliver der afholdt et "samarbejds møde", hvor patient og sundhedsprofessionelle i fællesskab fastsætter mål for patientens rehabilitering og indlæggelse. Ved samtalen deltager patienten, patientens pårørende, kontaktperson fra plejepersonalet og resten af det tværfaglige team, der skal varetage patientens rehabilitering. Formålet med mødet er dels at informere patient/pårørende om det tilbud, Neurorehabiliteringen har, dels at give personalet kendskab til patienten, og dels i fællesskab at fastsætte mål for det videre forløb.



"På det møde får vi indblik i, hvilket liv patienten har haft indtil nu, fx hvad har vedkommende kunnet indtil nu, og hvilke ressourcer har vedkommende haft? Hvad har fyldt i vedkommendes liv? Hvad er hans eller hendes interesser?"

Afdelingssygeplejerske Jytte Kjær Krarup

Det mål, som flest patienter har, er "at blive som før". Personalet bruger dernæst deres faglige viden til at justere patient og pårørendes forventninger i forhold til rehabiliteringen, og fx opstille realistiske delmål, som kan være skridt på vejen mod patientens endelige mål. Når der skal fastsættes mål for patientens ophold, baseres de således på patient og pårørendes ønsker og behov, og ifølge Jytte Kjær Krarup er dette helt afgørende for patientens motivation, når de skal rehabiliteres:

"Vores forløb er krævende for patient og pårørende, og det er en forudsætning, at de er aktive, engagerede og motiverede, men det er de også, når de kan se en mening med det, vi gerne vil have dem til at deltage i.

Afdelingssygeplejerske Jytte Kjær Krarup

Jytte Kjær Krarup fortæller, at der har været enkelte eksempler på patienter, der havde svært ved at se meningen med rehabiliteringen, og dette er en udfordring for rehabiliteringsforløbet. Det kan bl.a. skyldes patientens hjerneskade, eller at patienten endnu ikke har erkendt, at vedkommende har behov for rehabilitering, da det ofte kun er få dage siden, skaden er opstået, når patienten indlægges i Neurorehabiliteringen. Disse patienter bliver eventuelt udskrevet, men vil have mulighed for at komme tilbage til afdelingen på et senere tidspunkt, når der er sket en erkendelse af den nye situation.

Løbende opfølgning på mål med rehabiliteringen

Under indlæggelsen følges der løbende op på, hvordan det går med at nå de mål, der blev fastlagt ved den indledende samtale. Hvis der er behov for det, afholdes et "evaluerings- og statusmøde", hvor formålet er at følge op på de tidligere fastlagte mål og sætte nye mål for den kommende periode. Når det er muligt, kommer patienten hjem på orlov, så erfaringerne fra denne orlov kan anvendes målrettet i den videre træning i afdelingen.

Kort tid inden patienten udskrives, afholdes et "udskrivnings- og fremtidsmøde", hvor formålet er at planlægge overgangen og fremtidige tiltag efter udskrivelsen¹⁸. Deltagerne i dette møde er de samme som ved "samarbejds mødet", men i de fleste tilfælde deltager også en repræsentant fra patientens hjemkommune – evt. via videokonference eller telefon. Dette er med til at sikre sammenhæng mellem patientens indlæggelse og det videre forløb efter indlæggelsen.

¹⁸ På Neurorehabiliteringens hjemmeside under www.hospitalsenhedmidt.dk findes skabeloner for invitation til de tre typer af møder, der afholdes i afdelingen, som udleveres til patient/pårørende. Invitationerne beskriver deltagerne og dagsordenen for det pågældende møde.

Fremmende Faktorer for patientinddragelse i Neurorehabiliteringen

Jytte Krarup Kjær fremhæver, at inddragelsen af patienter og pårørende både er med til at give mere tilfredse patienter og pårørende og at sikre de gode kliniske resultater i afdelingen. Afdelingen bruger en del ressourcer på at afholde møder med patienter og pårørende og samle hele det tværfaglige team om patienten, men Jytte Krarup vurderer, at denne tid er godt givet ud, fordi det er med til at sikre, at alle – både sundhedsprofessionelle, patient og evt. pårørende – ved, hvad de arbejder henimod. Hun siger senere:

"Man kan læse i nogle fagblade, at der er nogen, der tænker, at patientinddragelse, det gør vi ikke, fordi det har vi ikke tid til, men der tænker jeg bare, at det er godt givet ud at have dem [patient og pårørende] med, fordi de får en forståelse for, hvorfor vi handler som vi gør, og der sker det, der gør, omkring dem".

Afdelingssygeplejerske Jytte Krarup

Jytte Krarup understreger dog, at det er nødvendigt at tilpasse inddragelsen til den specifikke afdeling og dens patienter.

Neurorehabiliteringen set fra en patients perspektiv

Interview med Tove

Tove er 71 år og har været patient på afdelingen af flere omgange, siden hun fik en hjerneblødning i 2012 og efter to dage på Aarhus Universitetshospital blev overført til Neurorehabiliteringen i Skive. Første behandlings- og rehabiliteringsindlæggelse varede 2 1/2 måned og er blevet fulgt op af tre intensive forløb á 14 dage hver som supplement til og 'boost' af den genoptræning, som Tove får i kommunalt regi.

Tove peger på tre forhold, der har været afgørende for, at hun har oplevet sig inddraget og med indflydelse på sit eget forløb: Tid/personaleressourcer, kontinuitet af personale igennem hendes forløb, samt de sundhedsprofessionelles forståelse for Toves individuelle behov og præferencer.

Som et vigtigt element ved afdelingen peger Tove på de møder, hun som patient har deltaget i, og som har bidraget til, at hun har oplevet sig meget inddraget i beslutninger omkring sit eget forløb. Målsætningen for Tove var at kunne det samme, som før hun fik hjerneblødningen, og det har hun oplevet, at personalet har bakket op omkring.

Tove fortæller om en situation, hvor hun for igen at kunne synge i kor, som hun altid har holdt meget af, fik bevilliget stemmetræning, mens hun var i afdelingen. Tove var dog så overvældet af træthed, at hun efter kort tid, med vejledning fra de sundhedsprofessionelle, besluttede at udskyde stemmetræningen og fokusere sine kræfter på den primære genoptræning. Hun oplevede ikke, at de sundhedsprofessionelle tog beslutningen for hende, selvom de fra en professionel synsvinkel fandt den primære genoptræning vigtigst at fokusere på. De lod det derimod være hendes valg, hvordan hun ville bruge sine kræfter.

Så indflydelse og inddragelse handler også om professionelle vurderinger og vejledning, hvilket peger på det vigtige i, at inddragelse og indflydelse udspiller sig i relationen og interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionel, og at det ikke handler om, at det er den ene eller den andens vinkel eller viden, der skal styre interaktionen, men netop samspillet mellem dem.



4 Pårørende

Når patienter rammes af sygdom, som kræver, at de kommer i kontakt med sygehusvæsenet vil pårørende i mange tilfælde være til stede under patienters indlæggelse eller i forbindelse med deres ambulante besøg. Pårørende kan være en uvurderlig følelsesmæssig støtte for patienten under et sygdomsforløb, men mange pårørende ønsker også at tage aktiv del i patientens sygdomsforløb.

4.1 Pårørende som en ressource

Pårørende ønsker, at personalet skal se dem som en ressource og efterspørge deres viden, så de kan hjælpe både patienten og det sundhedsfaglige personale (Enheden for Brugerundersøgelser 2007, Kræftens Bekæmpelse 2013, Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2014, Sundhedsstyrelsen 2012). Et samarbejde mellem pårørende og personalet bør derfor etableres i forbindelse med enhver patients sygdomsforløb, hvor pårørende er til stede og ønsker at blive involveret, forudsat at patienten ønsker, at pårørende involveres.

4.2 Hvad viser LUP 2013 om inddragelse af pårørende

I LUP er der både til indlagte og ambulante patienter et spørgsmål om, hvordan de vurderer omfan-

get af deres pårørendes inddragelse i beslutninger om behandling og pleje. Størstedelen af både indlagte og ambulante patienter i LUP vurderer, at deres pårørende er passende inddraget. Dog er det næsten hver femte indlagte patient, der vurderer, at deres pårørende er for lidt inddraget. Blandt ambulante patienter er det 8 %, som vurderer, at pårørende er for lidt inddraget. En lille gruppe af både indlagte og ambulante patienter (1 %) vurderer, at deres pårørende er inddraget for meget (figur 4.1). Der er ingen ændringer i resultaterne for spørgsmålet om inddragelse af pårørende siden LUP 2012 på nationalt niveau.

"Det har altid været mig, der skal bede om noget. Mig, der beder om samtaler. Det er også okay at bede om en samtale med lægen. Men et eller andet sted synes jeg også, de burde være mere proaktive overfor mig og sige 'vi kunne godt bruge dig noget mere'. Jeg vil godt bruges i det omfang, jeg kan. For det må de jo også have gavn af et eller andet sted, skulle man mene."

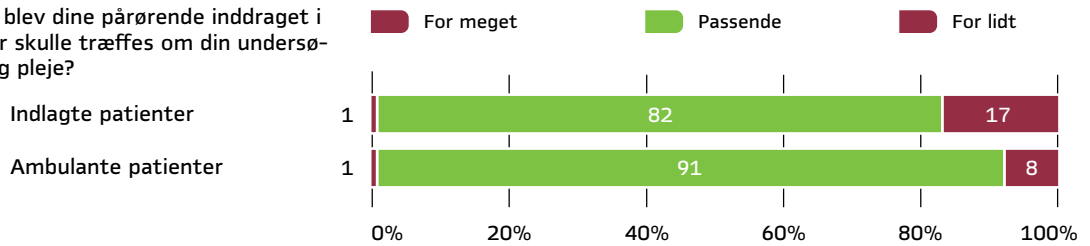
Pårørende til indlagt patient
(Enheden for Brugerundersøgelser 2007)

Hvem er pårørende?

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om "Sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende" har en pårørende som oftest en nær relation til patienten. Det kan eksempelvis være et familiemedlem, en partner eller en nær ven. Pårørende er altså ikke nødvendigvis familie, men det er den konkrete tilknytning, der er afgørende. Patienten udpeger, hvem der er pårørende, og patienten skal være indforstået med og give samtykke til, at fortrolige oplysninger videregives for pårørende reelt kan inddrages. Er patienten et barn mellem 15-18 år, kan vedkommende selv give informeret samtykke til behandling, men forældrene skal informeres og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. Hvis patienten er varigt eller midlertidigt inhabil eller et barn under 15 år, har patienten ikke ret til at beslutte, hvorvidt pårørende/forældrene skal inddrages (Sundhedsstyrelsen 2002, Sundhedsstyrelsen 2012, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Figur 4.1 Inddragelse af pårørende

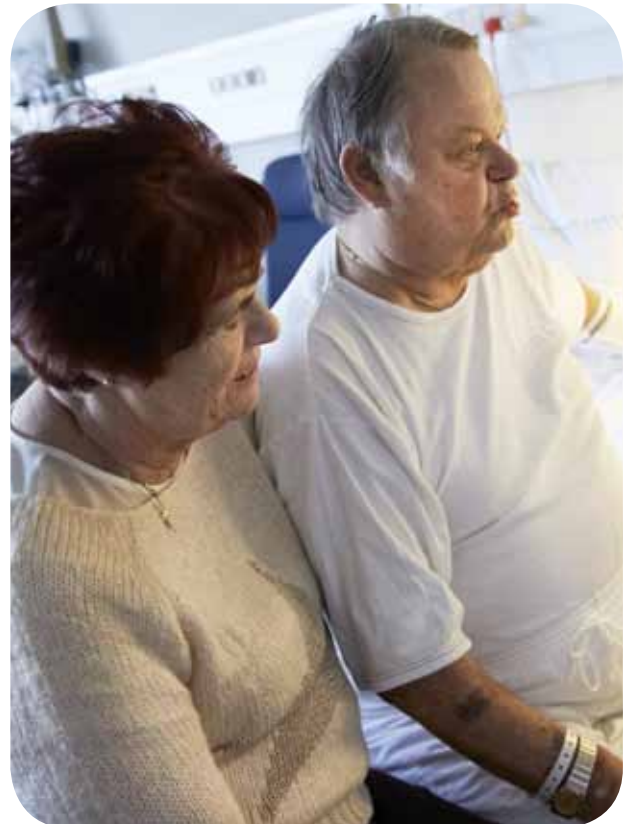
8. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling og pleje?



I alt har 43.576 ambulante patienter og 23.944 indlagte patienter svaret.

Der ligger således både et arbejde i at fastholde de rutiner og arbejdsgange, som medvirker til, at pårørende inddrages passende i forhold til patienternes ønsker, samtidig med, at der er et grundlag for at sætte fokus på, hvordan det sikres, at samtlige patienter og pårørende opnår et tilfredsstillende samarbejde med personalet omkring patienters forløb.

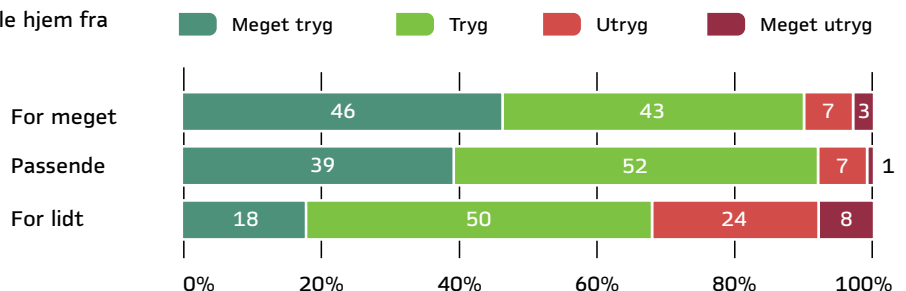
Der er flere forhold, som i LUP vurderes forskelligt blandt gruppen af patienter, der oplever, at deres pårørende er passende inddraget i forhold til gruppen af patienter, der oplever, at deres pårørende ikke er passende inddraget. Der er i LUP en signifikant større andel af både indlagte og ambulante patienter, som vurderer, at deres pårørende er inddraget i passende omfang, hvis patienten har en kontaktperson eller patienten selv oplever at være inddraget i passende omfang¹⁹. Desuden er der en større andel af patienter, hvor pårørende er passende inddraget, der ikke oplever fejl²⁰ samt vurderer, at de er "meget trygge" eller "trygge" ved at skulle hjem, modsvarende patienter, der ikke vurderer, at deres pårørende er passende inddraget (figur 4.2).



Figur 4.2 Indlagte patienter: Inddragelse af pårørende og tryghed ved udskrivelsen

17. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?

8. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden på et 0,5% signifikansniveau. I alt 23.383 har svaret.

DDKM og inddragelse af pårørende

I DDKM indgår pårørendes perspektiv i standard 2.1.2, der foreskriver, at sygehuset planlægger og gennemfører behandlingen med patienten og pårørende som partnere. Formålet med standarden er beskrevet ved, at patienters og pårørendes viden, ønsker, behov og kendskab til egen situation efterspørges og anvendes i behandlingsforløbet. Derudover, at patienten og pårørende kan få indflydelse og mulighed for at handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom, med respekt for at hensynet til patienten er det overordnede mål (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2012).

4.3 Pårørendeinddragelse hvor meget og hvordan?

Pårørendes ønsker, muligheder og forudsætninger for at påtage sig rollen som pårørende er forskellige fra person til person (Sundhedsstyrelsen 2012). Der er patienter, der ikke inddrager pårørende – enten fordi de ikke ønsker at involvere pårørende eksempelvis på grund af, at patientforløbet er enkelt og ukompliceret eller fordi de ikke vil gøre pårørende unødigt urolige (Enheden for Brugerundersøgelser 2013). Derudover er der også patienter, der ikke har nogen pårørende. I LUP (figur 4.1) dækker svarene på spørgsmålet om pårørende over ca. 2/3 af de indlagte patienter og omkring halvdelen af de ambulante patienter, der har besvaret spørgeskemaet. De resterende patienter svarer "ikke relevant for mig" på spørgsmålet om pårørendes inddragelse.

Generelt vil pårørende, når de er til stede, gerne inddrages, men omfanget, og måden de inddrages på vil patienten og pårørende i høj grad gerne selv definere (Enheden for Brugerundersøgelser 2007).

"Jeg kan ikke tage min mor i bad og vaske hende fra top til tå, jeg kan ikke. Og det er der flere årsager til. For det første er det mig lidt imod, det er måske fordi, det er min egen mor. Det er noget mærkeligt noget, men det går meget tæt på. Jeg er heller ikke sikker på, at hun vil synes, det er rart, at jeg gør det. Men jeg vil godt kunne børste hendes gebis, og bl.a. har jeg også klippet hende"

Pårørende til indlagt patient
(Enheden for Brugerundersøgelser 2007)

En undersøgelse blandt pårørende til kræftpatienter viser, at hver anden pårørende savner information om, hvordan de bedst hjælper og støtter patienten, samtidig med at hver anden pårørende oplever, at sundhedspersonalet ikke udviser interesse for, hvordan de har det (Kræftens Bekæmpelse 2013). Pårørendes behov og ønsker for inddragelse er ikke altid de samme undervejs i et sygdomsforløb. Det

kan afhænge af kompleksiteten og alvorligheden af patientens sygdom samtidig med, at det kan afhænge af pårørendes egen situation, og hvor meget de kan overkomme på et givent tidspunkt (Sundhedsstyrelsen 2012).

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge" påpeges vigtigheden af pårørendes forskellighed og behovet for en nuanceret identifikation af behov for støtte og inddragelse af pårørende (Sundhedsstyrelse 2012). Det er vigtigt indledningsvist at have en dialog med patienten og derefter med de pårørende for at afstemme forventninger om, hvor meget og hvordan pårørende ønsker og kan blive inddraget. Sundhedsstyrelsen har følgende forslag til spørgsmål sundhedspersonale kan stille i den indledende dialog med pårørende:

- Hvordan ser du din rolle som pårørende?
- Hvordan kan vi støtte dig i dette?
- Hvilke bekymringer gør du dig om din egen situation?
- Hvem støtter dig?
- Hvordan har I det i familien?
- Hvordan er jeres økonomiske situation?

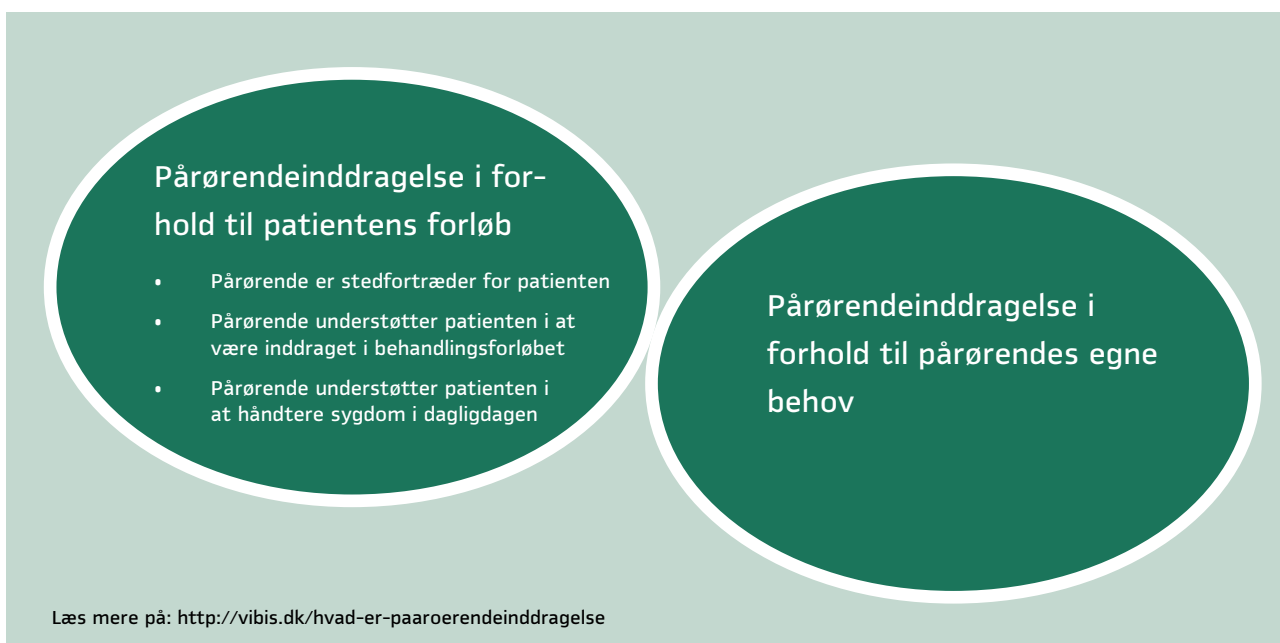
4.4 To dimensioner af pårørendeinddragelse

Pårørende har ofte en værdifuld viden om patienten og kan bidrage med information, der kan øge forståelsen for patientens situation. Eksempelvis kender pårørende patientens vaner, reaktionsmønstre og sociale forhold. Desuden kan pårørende bidrage med ressourcer, der kan være til gavn for patienten ved eksempelvis at foretage indkøb, støtte patienten i samtaler ved at "lytte med" og stille spørgsmål, eller bidrage med ressourcer, der kan afhjælpe personalet i form af konkret hjælp til patienten. Ved at inddrage pårørende i forhold til patientens forløb kan sundhedspersonale dermed tilrettelægge undersøgelse, behandling og pleje bedre i overensstemmelse med patienten og pårørendes ønsker (Enheden for Brugerundersøgelser 2007, Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2014, Sundhedsstyrelsen 2012).

Pårørendes livssituation forandres også, når nærtstående bliver syge. Angst og usikkerhed i forhold til patientens situation vil ofte påvirke de pårørende (Honeré 2010, Sundhedsstyrelsen 2012). Dermed kan der være behov for at afklare om pårørende har behov for støtte og dermed at blive inddraget i forhold til sine egne behov. Eksempler herpå kan være pårørendeundervisning om patientens sygdom eller psykologsamtaler.

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet²¹ (ViBIS) opdeler pårørendeinddragelse i forhold til disse to dimensioner, og fremhæver tre roller, som pårørende kan påtage sig, når de inddrages i forhold til patientens forløb (figur 4.3). ViBIS pointerer, at for at imødekomme begge dimensioner af pårørendeinddragelse kræver det et sundhedsvæsen, der er i stand til at tage hånd om pårørende, har afsat den nødvendige tid og ekspertviden, og giver de pårørende adgang til den nødvendige information og ressourcer (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet 2014).

Figur 4.3 To dimensioner af pårørendeinddragelse



"Der var kæmpe forståelse for vores families situation og gode snakke om det. Alle sygeplejersker tog fantastisk hensyn og gjorde alt for, at vi skulle have hverdagen til at fungere med de udfordringer, som vi stod midt i."

"Jeg vil gerne påpege, at når vi har med demente patienter at gøre, er det yderst vigtigt, at man taler med de pårørende om, hvad der sker i sygeforløbet, så som operation etc. Jeg blev ikke kontaktet af personalet, så de kunne fortælle mig, at min mor skulle opereres, det fandt jeg først ud af, da jeg kom på besøg."

"Rigtig fint, at kirurgen kontaktede nær pårørende om operationens forløb."

"I mangler et rum til diskret samtale for/til pårørende."

"Brug 5-10 minutter på nye pårørende. Det vil spare ressourcer i afdelingen samt give pårørende en god oplevelse samt tryghed."

Udsagn fra pårørende til indlagte patienter fra kommentarfelt i spørgeskemaet

²¹ ViBIS er etableret af Danske Patienter, som er en paraplyorganisation for patientforeninger i Danmark.

4.5 Intensiv Afdeling for hjerte-, lunge- og karsygdomme inddrager systematisk pårørende til deres langtidsindlagte patienter

Intensiv Afdeling for hjerte-, lunge- og karsygdomme på Odense Universitets Hospital²² har i flere år arbejdet med en målrettet indsats for deres langtidsindlagte patienter. Det er de patienter, der er indlagt mere end fem døgn, og som, når den akutte fase er ovre, kræver en længere behandlingsindsats i forhold til mobilisering og rehabilitering. Målet med indsatsen er at skabe et sammenhængende forløb for den langtidsindlagte patient i samarbejde med et tværfagligt kontaktteam, der er i nær kontakt med patient og pårørende.

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen fortæller, at de på afdelingen tidligere oplevede, at det var svært at forklare de pårørende, hvorfor behandlingen var tilrettelagt som den var, eksempelvis at patienten skulle op og sidde i en stol, når de hverken kunne tale eller var ordentligt vågne.

"Vi tænkte, at der skal noget mere systematik til og en tilgang, der også skal være speciel i forhold til at inddrage de pårørende."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

Alle dele af en patients behandlingsplan er nu iværksat efter konkrete aftaler mellem patienten, pårørende og et tværfagligt kontaktteam bestående af flere kontaktsygeplejersker, én social- og sundhedsassistent, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en kontaktlæge. Alle aftaler indgås på et indledende tværfagligt teammøde eller på de ugentlige efterfølgende teammøder, der som oftest foregår omkring sygesengen. Møderne, der drejer sig om

behandling, pleje, undersøgelser og rehabilitering, er således vigtige koordinerende holdepunkter i et patientforløb. Inddragelse af pårørende sker under hensyntagen til tavshedspligten og samtykke fra patienten. Pårørendes rolle på møderne er ud over at indgå i dialog omkring aftaler om forløbet bl.a. at hjælpe personalet til at få et indblik i, hvem patienten er, da de ofte er for svækkede til at tale i længere tid af gangen.

"Nærhed og forståelse for patientens og pårørendes situation er afgørende. Vi prøver at få pårørende igennem alle de områder, som kan have betydning for patientens forløb, fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov, for at lære patienten at kende. Vi har rigtig god erfaring med det, for ofte så kende vi jo ikke patienten. Vi ser først patienten efter operation, det vil sige, vi har jo brug for at vide, hvilket menneske har vi her, hvilken livssituation er patienten i. Det er ikke altid, at patienten selv kan bidrage, men der giver det et rigtig godt billede at inddrage de pårørende på den måde. De kan supplere med, hvad virker bedst, hvad er det ok at gøre, hvor meget kan patienten klare, hvad har patienten sagt tidligere, hvad har patienten af ønsker til behandlingsniveauet, hvad tror du, patienten gerne vil se i fjernsynet osv. (...) Så pårørende bidrager til at finde de indsatsområder, vi som personale skal have fokus på, og bidrager til en prioritering, der kan hjælpe den syge."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen



²² Intensiv afdelingen indgår ikke i LUP, idet afdelingen hører under specialet anæstesiologi. Der udskrives ikke tilstrækkeligt med patienter fra afdelingen til eget hjem, da de fleste overflyttes til andre afdelinger, og patienterne kan derfor i Landspatientregistret ikke relateres specifikt til afdeling.

Det er vigtigt for personalet, at patientens religiøse, kulturelle og eksistentielle behov tilgodeses, så hvis der er behov for det, deltager fx sygehusets præst. Hvis patienten selv er i stand til at bidrage ved samtaler vil pårørendes rolle være mere af støttende og motiverende karakter, fortæller Helle Marie Mogensen.

"Patienten er ofte sådan lidt modløse, og så er pårørende ofte meget aktive med at sige: 'Tror du ikke du kan klare det, nu har vi lavet en aftale'. Konceptet går jo meget ud på, at vi laver aftaler, og pårørende kan sige: 'Skal vi dog ikke sige ja til det her i forhold til behandlingsplanen'."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

På møderne tales der også om pårørendes rolle i forhold til deres egne ønsker til konkret og praktisk hjælp til patienten. Hvis patienten ønsker det og pårørende vil være med til at vaske og hjælpe med til at tage patienten op, så er de inddraget i det. Men det er ikke noget, afdelingen har erfaring med, at ret mange pårørende ønsker.

"Ja, vi taler om det på møderne, hvad de pårørende vil, men ofte er det patienten, der siger: 'Det skal du ikke tænke på, gå du ud og spis frokost, mens jeg sover til middag og bliver ordnet, så vil jeg hellere ha', at du kommer og er sammen med mig og ser fjernsyn'. Vores erfaring er, at man holder fast i de rutiner, man har derhjemme. Hvis man ikke er vant til at vaske hinanden derhjemme, så begynder man ikke på det her."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

Et vigtigt arbejdsredskab i samarbejdet med de pårørende er døgnrytme-/behandlingsplanen, som startes op i forbindelse med det første tværfaglige temamøde. Døgnrytme-/behandlingsplanen inkluderer alle de aftaler, der træffes med patienten og pårørende i forhold til behandling og generelt i forhold til eksempelvis kost, besøg mm. Eksempelvis kan det være noteret, at der skal ringes til pårørende, når patienten er vågen. Planen skal primært

hjælpe med at strukturere dagen for den langtidsindlagte patient, idet der er personale, som ikke er i kontaktteamet, men stadig skal følge døgnrytme-/behandlingsplanen. Personalet har dog erfaret, at planen også støtter pårørendes mulighed for at tage aktivt del i patientens forløb:

"Alle aftaler der bliver lavet lige fra ønsker til speciel mad, til aftale om en bestemt type operation - alt er linet op på et whiteboard med dato og plan. De pårørende kan melde dagsordenspunkter ind, til de møder vi skal have, og ofte er det noget, de er blevet opmærksomme på, efter de har kigget på planen, og så gerne vil snakke om."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

Døgnrytme- og behandlingsplan på sengestuen

- Kontaktsygeplejersken udarbejder døgnrytmeplanen på femte indlæggelsesdøgn.
- Patient og pårørende informeres om døgnrytmeplanen og dens formål, og planen drøftes ved den indledende teamsamtale.
- Døgnrytmeplanen placeres ved patienten. På den måde kan patienten og pårørende følge med – og holdes fast – i dagens rytme og aftaler.
- Ændringer i døgnrytmeplan foretages af kontaktpersonalet bl.a. ud fra de planer, der er lavet til teamsamtaler med patienten og pårørende.



En af udfordringer, der har været ved den nye struktur er, at det er forpligtende at lave aftaler med patienterne og pårørende. Erfaringen har medført, at der, så vidt muligt, ikke ændres på planer eller aftaler, uden at det har været på et møde, hvor ændringen er accepteret af patienten eller pårørende.

Motivationen for at inddrage pårørende på denne systematiske måde, forklarer Helle Marie Mogensen, er både, at pårørende til intensiv patienter er meget tilstede på afdelingen samtidig med, at mange af de pårørende stiller krav om at blive medinddraget.

"Vi havde faktisk ikke et tilbud, hvor vi kunne sige, at lige nøjagtigt på det her tidspunkt, der kan du få mulighed for at tale med dem, der har kompetencen til at lave behandlingsplanen sammen med patienten og dig [pårørende]. Tidligere kunne vi tilbyde samtaler, men vi kunne ikke garantere, at det var de samme personaler, og vi kunne ikke få historikken ind i møderne og huske, hvad der tidligere var talt om. Det, syntes vi ikke, var godt nok. Det er meget bedre givet ud i forhold til hele forløbet at tage en snak med alle på en gang og få skabt den relation med patienten og den pårørende, der skal til."

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

Helle Marie Mogensen oplever, at fordelene ved, at der er en fast personalegruppe, der tager et ansvar for det enkelte patientforløb og kontakten til de pårørende er, at der skabes et miljø, hvor pårørende har mulighed for at stille spørgsmål og diskutere den viden, de har. Førhen var det hendes opfattelse, at pårørende ikke altid vidste, hvem de skulle henvende sig til. Derudover påpeger Helle Marie Mogensen to fordele i det tætte samarbejde med pårørende dels i forhold til patientens behandlings- og rehabiliteringsforløb, men også i forhold til, at pårørende bedre finder deres rolle på afdelingen og i samarbejdet med personalet.

"Man rammer meget mere rigtigt i forhold til, at få det hele menneske (patienten) med. Og ved at pårørende er inddraget, så har de så meget mere ro, og de er lidt mindre stresset - de kan meget bedre være i pårørenderollen til en kritisk syg patient, fordi de faktisk har aftalt, hvilken opgave de har for os som personale. Nogle siger fra, men så ved vi det - det bliver vi nødt til at aftale med dem. Og det giver ro, at de selv kan vælge til og fra, der er ikke en skjult dagsorden fra sygeplejerskerne med, at vi forventer, at de gør det og det. Det er noget vi sidder i en dialog og taler om?"

Afdelingssygeplejerske Helle Marie Mogensen

Navn:		Døgnyrtimeplan	
Cpr.Nr.:			
Tidspunkt	Hvile		Aktiviteter
Kl. 06 - 07	x		
Kl. 07 - 08		Medicin. Personlig pleje.	
Kl. 08 - 09	x	Personlig pleje og hvil	
Kl. 09 - 10		mobiliseres til stol. Ergo kl. 9.30 hvor pt. Skal sidde i stol.	
Kl. 10 - 11		sidde i stol - evt køre en tur i kørestol udenfor i forhallen	
Kl. 11 - 12	x	Personlig pleje og hvil	
Kl. 12 - 13		Sygeplejersgerver	
Kl. 13 - 14		Fys. ligge i seng og på seng kant op at stå og heretter i stol	
Kl. 14 - 15		sidde i stol	
Kl. 15 - 16	x	Hvile	
Kl. 16 - 17		Hvile	
Kl. 17 - 18	x	mobl. Til kørestol - evt køre en tur	
Kl. 18 - 19		Mobl. Til kørestol	
Kl. 19 - 20	x	Hvil	
Kl. 20 - 21		Mobilisering i stol	
Kl. 21 - 22	x	Hvil	
Kl. 22 - 23		Aftantollette	
Kl. 23 - 24		Sovemedicin og øvrig medicin kl. 24	
Kl. 24 - 06	x	Ro og søvn og rotation eller lejring efter behov, Fjernsympause kl. 0.30-06.00	

Eksempel på en døgnyrtime-/behandlingsplan for den indlagte og pårørende.



5 Tryghed ved udskrivelse

Temaet stiller skarpt på patienters tryghed ved udskrivelse og ser blandt andet på, om der i LUP 2013 er grupper af indlagte patienter, der i højere grad vurderer, at de er trygge ved at skulle hjem fra afdelingen. Derudover sætter en case fokus på en afdeling, der har haft et særligt fokus på at arbejde med deres patienters tryghed ved udskrivelsen.

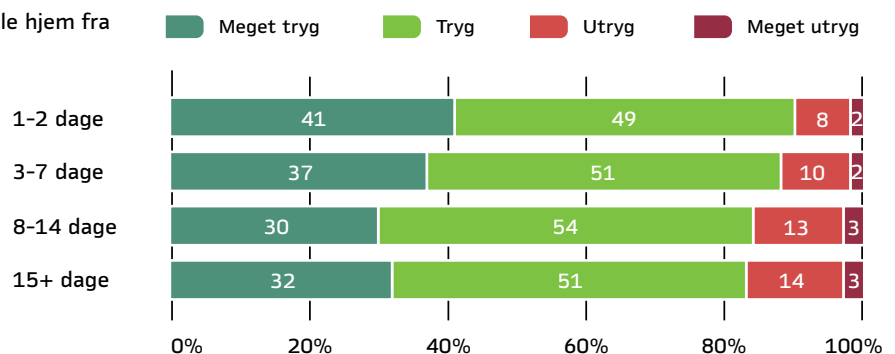
5.1 Hvilke patienter er mest trygge ved at skulle hjem?

Hvilke patienter er mest trygge ved at skulle hjem? Det sætter vi fokus på i dette afsnit og ser på de, der svarer, at de er "meget trygge" ved at skulle hjem. Det viser sig, at mænd oftere er "meget tryg-

ge" ved at skulle hjem (42 %) set i forhold til kvinder (34 %). Flere patienter under 60 år svarer, at de er meget trygge ved at skulle hjem (42 %) i forhold til patienter på 60 år eller derover (36 %), og flere planlagt indlagte patienter er meget trygge ved at skulle hjem (42 %) set i forhold til akut indlagte (35 %) ²³. Endelig ser indlæggelsestiden også ud til at spille en rolle, for jo kortere tid patienter er indlagt, des mere trygge er de ved at skulle hjem fra afdelingen (figur 5.1). Samlet set kan man sige, at yngre, mænd, planlagt indlagte samt patienter indlagt 1-7 dage er mere trygge ved at skulle hjem, set i forhold til ældre, kvinder, akut indlagte samt patienter indlagt i 8 dage eller mere ²⁴.

Figur 5.1 Indlagte patienter: Indlæggelsestid og tryghed ved udskrivelse

17. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden på et 0,5% signifikansniveau. I alt 37.076 har svaret.

²³ Resultaterne er ikke illustreret. Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden ($p < 0,005$) i alle refererede sammenligninger.

²⁴ Der er foretaget en logistisk regressionsanalyse, hvor det er analyseret om og hvilke baggrundsoplysninger, der er med til at forklare tryghed. Alle de nævnte baggrundsoplysninger viser sig at være signifikante.

Afsluttende samtale og tryghed ved udskrivelse

I Region Hovedstaden og i Region Sjælland er patienterne blevet spurgt, om de har haft en afsluttende samtale. Resultatet viser, at de der svarer "ja" til, at de har haft en afsluttende samtale med en læge eller sygeplejerske om deres behandlingsforløb i forbindelse med udskrivelsen, oftere svarer, at de er "meget trygge" ved at skulle hjem, sammenlignet med patienter, der ikke har haft en samtale i forbindelse med deres udskrivelse (figur 5.2).

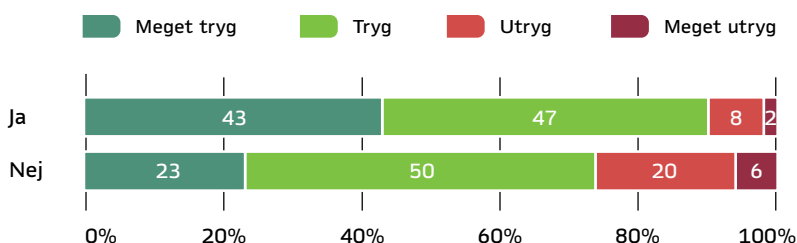
"Jeg føler tryghed i forbindelse med min sygdom, på grund af et professionelt personale, som giver en fin vejledning om den optimale levevis i forbindelse med min sygdom."

Udsagn fra indlagt patient fra kommentarfelt i spørgeskemaet

Figur 5.2 Indlagte patienter: Afsluttende samtale og tryghed ved udskrivelse

17. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?

Havde du en afsluttende samtale med en læge eller sygeplejerske om dit behandlingsforløb i forbindelse med din udskrivelse? (Regionalt spørgsmål)



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden på et 0,5% signifikansniveau. I alt 15.989 har svaret.

"Jeg var utryk, fordi jeg ikke var sikker på, hvor meget jeg måtte foretage mig, og jeg havde nogle praktiske forhindringer, jeg ikke kunne løse helt tilfredsstillende (fx hvordan jeg skulle komme ud af sengen)."

Udsagn fra indlagt patient fra kommentarfelt i spørgeskemaet

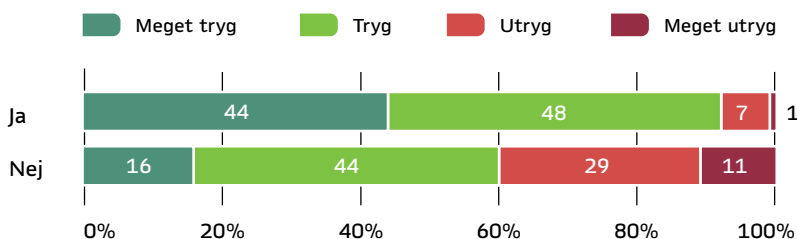
Hensyn til behov og tryghed ved udskrivelsen

Af de, der svarer ja til, at personalet tog hensyn til deres behov ved planlægningen af deres udskrivelse, er 44 % "meget trygge" ved at skulle hjem, mod 16 % af de der svarer, at personalet ikke tog hensyn til deres behov, viser et andet regionalt spørgsmål fra Region Hovedstaden og Region Sjælland (figur 5.3).

Figur 5.3 Indlagte patienter: Hensyn til behov og tryghed ved udskrivelse

17. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?

Oplevede du, at personalet tog hensyn til dine behov ved planlægning af din udskrivelse? (Regionalt spørgsmål)



Grupperne er statistisk signifikant forskellige fra hinanden på et 0,5% signifikansniveau. I alt 15.740 har svaret.

Viden og tryghed ved udskrivelse

Af de patienter, der svarer positivt på, at de ved, hvor de skal henvende sig med spørgsmål vedrørende deres sygdom, efter de kom hjem, er der flere der svarer (44 %), at de er "meget trygge" ved at skulle hjem, set i forhold til de patienter der svarer, at de ikke ved, hvor de skal henvende sig med spørgsmål vedrørende deres sygdom (20 %). Det samme gør sig gældende for de patienter, der svarer positivt på, at de er klar over ved hvilke symptomer eller ændringer, de skal kontakte deres praktiserende læge eller sygehuset efter udskrivelse (44 %) set i forhold til de, der ikke er klar over ved hvilke symptomer, de skal kontakte deres praktiserende læge eller sygehuset (25 %).

Af de patienter, der svarer ja til, at personalet informerede dem om, hvad de fik den medicin for, som de skulle tage efter deres udskrivelse²⁶, svarer 38 %, at de var meget trygge ved at skulle hjem, mod 20 % af de der ikke var blevet informeret²⁵.

"Jeg følte mig meget utryg ved udskrivelsen, på grund af at jeg havde fået at vide, at jeg tidligst ville komme hjem efter weekenden. Fredag eftermiddag bliver jeg pludselig overflyttet til en anden afdeling, og efter en times tid fik jeg så at vide, at jeg skulle udskrives. Jeg blev udskrevet uden nogen handleplan og med et medicinskema, som ikke var nemt at overskue. Jeg kunne slet ikke finde ud af, hvilke tabletter som var i dosisæsken kontra medicinskemaet."

Udsagn fra indlagt patient fra kommentarfelt i spørgeskemaet

Tvivl om genoptræning og tryghed ved udskrivelse

I Region Nordjylland og Region Syddanmark er patienterne blevet spurgt, om de var i tvivl om efterbehandling/genoptræning. De patienter, der ikke er i tvivl om efterbehandling/genoptræning svarer oftere, at de er meget trygge ved at skulle udskrives (Region Nordjylland: 39 % og Region Syddanmark: 35 %), end de der er i tvivl om efterbehandlingen/genoptræningen (Region Nordjylland: 20 % og Region Syddanmark: 19 %).

Samlet set

peger LUP-resultaterne på, at de patienter der er meget trygge ved at skulle hjem fra sygehuset, oftere:

- Har en afsluttende samtale
- Ved hvor de skal henvende sig med spørgsmål efter udskrivelsen
- Ikke er i tvivl om efterbehandling/genoptræning
- Oplever at der er taget hensyn til deres behov ved planlægningen af deres udskrivelse



²⁵ Resultaterne er fra regionale spørgsmål i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Grupperne er statistisk signifikant forskellig fra hinanden ($p < 0,005$) i alle refererede sammenligninger. Resultaterne er ikke illustreret.

²⁶ Omfatter kun patienter, der skulle tage medicin.

5.2 Tryghed ved udskrivelsen i fokus på Øre-Næse-Halskirurgisk Afdeling

"I LUP resultaterne i 2010 og 2011 stod noget og blinkede mere rødt end andet. Det så skidt ud for vores patienters tryghed ved udskrivelsen. Vi kunne se, at mange følte sig utrygge ved udskrivelsen, men vi kunne ikke se, hvad der gjorde dem utrygge."

Udviklingssygeplejerske Susanne Djernes Bird

Udviklingssygeplejerske Susanne Djernes Bird og stedfortræder for afdelingssygeplejersken Helle Toft-Andersen fra Øre-Næse-Halskirurgisk afdeling (OUH) interviewede patienter i 2012 og i 2013 om deres udskrivelse.

De talte med patienterne, lige inden de gik hjem og igen 3-4 dage efter. De ønskede at finde ud af, om de patienter, der allerede var utrygge ved udskrivelsen, forblev utrygge, da de kom hjem. De ville også finde ud af, om de der var trygge, da de blev udskrevet, efterfølgende blev utrygge, når de kom hjem. Af de 30 patienter de interviewede, var samtlige af de patienter, der var trygge, da de gik hjem, også trygge efter 3-4 dage, mens de der var utrygge, da de gik hjem, også var utrygge 3-4 dage efter. De, der var utrygge ved udskrivelsen, fortalte, at de havde haft uheldige oplevelser under deres indlæggelse, som påvirkede deres generelle oplevelser. Nogle oplevelser gik helt tilbage til modtagelsen på afdelingen og medvirkede til, at patienterne blev utrygge og mistede tilliden til personalet. Nogle patienter fortalte ligeledes, at de syntes, at de blev udskrevet for tidligt, og at de ikke følte sig ikke klar til at skulle hjem, mens en patient manglede information om sit sår, hvilket gjorde ham utryg.

"Det, at de blev modtaget ordentligt havde en stor indflydelse på den oplevelse, patienterne havde. Det har vi arbejdet med. Har man haft en dårlig oplevelse, hvor man har mistet tilliden, har man ikke lyst til at blive indlagt på afdelingen igen."

Udviklingssygeplejerske Susanne Djernes Bird

Afdelingen har nu ændret proceduren således, at de spørger ind til patienternes tryghed, inden de bliver udskrevet.

"Vi spørger nu, om de er trygge ved at skulle udskrives. Vi får altså sat en finger i jorden og spurgt, hvordan de har det med at skulle hjem. Vi kan faktisk påvirke dem meget ved at spørge ind til deres tryghed, inden de går hjem. Det er vigtigt at åbne op og spørge til det, der bekymrer dem."

Udviklingssygeplejerske Susanne Djernes Bird



De patienter, der under samtalen giver udtryk for, at de ikke er klar til at komme hjem, får nu mulighed for at blive lidt længere på afdelingen.

"Vi er blevet mere bevidste om, at hvis vi har en patient, der er utryg ved at skulle hjem, så er der nogle, der får lov til at blive et døgn, en dag eller bare nogle timer. Det er ikke mange, vi snakker om, så det er ikke sådan, at vi overdænger vores afdeling. Det giver samtidig sygeplejerskerne en fornemmelse af, at de har gjort deres arbejde ordentligt. De står også med en rigtig dum følelse, hvis de sender en patient hjem, og hvis de går og tænker, 'bare han nu klarer det på vej hjem i bilen'."

Udviklingssygeplejerske Susanne Djernes Bird

Afdelingen udleverer ved udskrivelsen et telefonnummer, som patienterne kan ringe på. De gør opmærksom på, at det også gælder mere end 24 timer efter udskrivelsen, hvis patienterne bliver utrygge. Susanne Djernes Bird mener, at det er med til at hjælpe på patienternes tryghed ved udskrivelsen.



Fakta om projekt på Øre-Næse-Halskirurgisk afdeling OUH

- Interview med i alt 30 patienter inden de blev udskrevet. Interviewene blev udført af afdelingens udviklingssygeplejerske og stedfortræder for afdelings- sygeplejersken blandt patienter indlagt i 2012 og i 2013
- Telefoninterview med de samme patienter 3-4 dage efter udskrivelsen
- På baggrund af resultaterne iværksatte afdelingen en række ændringer i forhold til indlæggelses- og udskrivelsesproceduren
- Resultatet fra LUP 2012 viste, af OUHs Øre-Næse-Halskirurgiske afdeling gik frem på spørgsmålet om patienters tryghed ved udskrivelsen, efter afdelingen havde iværksat deres ændringer. I 2013 er resultatet ikke signifikant forskelligt fra 2012.



6 Kvalitetsforbedringer på baggrund af LUP-resultater

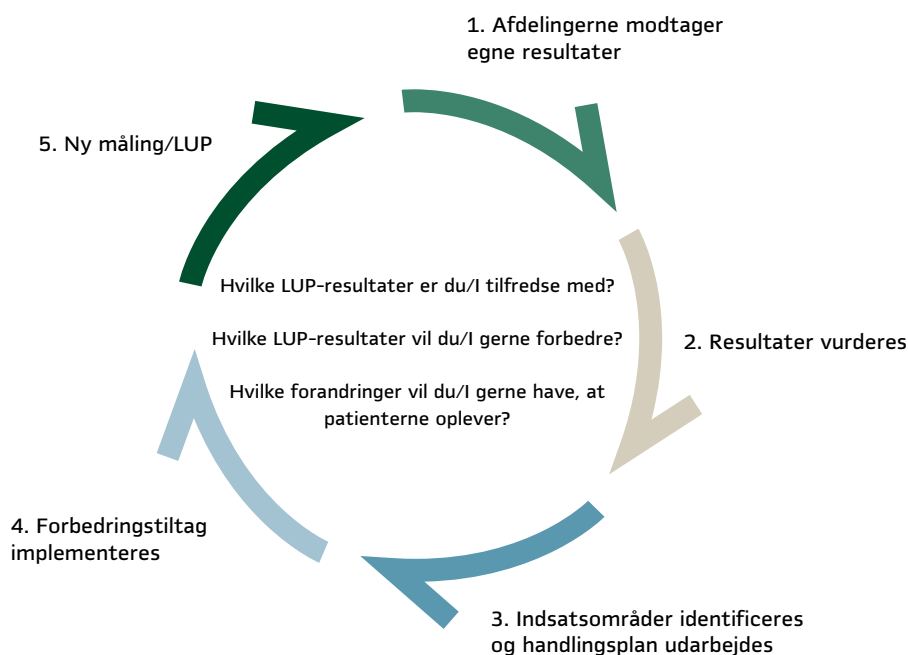
LUP bidrager til at bringe patienternes perspektiv ind i arbejdet med at forbedre kvaliteten på de danske sygehuse. Målinger i sig selv medvirker dog kun til forandringer, såfremt der handles ud fra dem. LUP er en årligt tilbagevendende måling, der gør status på patienternes oplevelser, og LUP skaber derved et grundlag for en løbende kvalitetsudviklingsproces, som inkluderer patientperspektivet.

LUP kan tages i anvendelse på mange forskellige måder. Den givne kontekst på afdelings- eller sygehusniveau er med til at definere, hvad der er mest hensigtsmæssigt. Dette og de seneste års natio-

nale LUP-rapporter formidler eksempler på, hvad forskellige sygehusafdelinger har gjort for at forbedre patienternes oplevelser. Sammen med LUP-resultaterne kan eksemplerne forhåbentlig skabe afsæt for nye kvalitetsudviklingstiltag.

Kvalitetscirklen, som er illustreret nedenfor, viser, hvordan LUP-resultaterne kan indgå i en løbende proces med at forbedre patienternes oplevelser. Inden i cirklen er der stillet tre spørgsmål, der sammen med LUP-resultaterne kan guide til en prioritering af resultaterne og dermed valg af retning for et givent tiltag.

Figur 6.1 LUP Kvalitetscirkel



6.1 Værktøjer til vurdering af resultater

Når det skal vurderes, om LUP-resultaterne er tilfredsstillende, eller om der er områder, hvor en given afdeling ønsker at forbedre sine resultater, stiller afrapporteringen i LUP flere redskaber til rådighed, der kan anvendes til denne vurdering. Vurderingen af patienternes oplevelse af kvalitet i afdelingen, kan tage udgangspunkt i:

- **Sammenligning med resultater fra andre afdelinger inden for samme speciale**
I afdelingens LUP-resultater er det angivet, om afdelingens resultat er over, under eller ikke forskelligt fra det samlede specialeresultat for hele landet (O, U, G). På den måde kan afdelingen vurdere, om der er flere eller færre positive tilbagemeldinger fra patienterne end andre tilsvarende afdelinger. Det kan give en pejling på, om der er behov for at arbejde med forbedringer inden for specifikke områder. I bilagsmaterialet på www.patientoplevelser.dk/LUP2013/bilag er det muligt at se resultater fra andre afdelinger inden for samme speciale.
- **Sammenligning med tidligere resultater fra egen afdeling**
I afdelingens LUP-resultater er der en markering af, om resultatet er forbedret, uændret eller ringere end året før.
- **Andelen af positive og negative besvarelser**
I LUP-materialet indgår en oversigtsfigur, hvor alle spørgsmål er sorteret efter andelen af henholdsvis positive og negative besvarelser markeret med grøn og rød. I afdelingens LUP resultater findes også temainddelte oversigtsfigurer, som dog ikke er sorteret efter andelen af henholdsvis positive og negative besvarelser.
- **Kvalitetsstandarder i Den Danske Kvalitetsmodel**
Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser indgår i akkrediteringsstandarderne for sygehusene i Den Danske Kvalitetsmodel version 2. Akkrediteringsstandard 1.2.11 er en organisatorisk standard, der vedrører inddragelse af patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer. I denne standard er der krav om, at sygehusene deltager i LUP og analyserer

og vurderer resultaterne og anvender disse til kvalitetsudviklende aktiviteter. Derudover kan sygehusene i en række standarder anvende resultater fra LUP for at opfylde kravet på trin 3. Trin 3 omhandler fastsættelse af kvalitetsmål og overvågning af udviklingen i disse.

DDKM og de fire trin Kvalitetsudvikling

DDKM bygger på en overordnet model for kvalitetsudvikling, som tager afsæt i den såkaldte kvalitetscirkel. DDKM skal understøtte, at kvaliteten i alle organisationens ydelser udvikles efter principperne i kvalitetscirklen. Nedenfor kan du se en opstilling af de fire trin:

1. **Planlægge** betyder i DDKM, at der i organisationen skal foreligge dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås.
2. **Udføre** betyder, at organisationen skal implementere de i trin 1 beskrevne processer, der skal føre til, at organisationen når kvalitetsmålet.
3. **Undersøge** betyder, at organisationen skal overvåge kvaliteten af organisationens strukturer, processer og ydelser.
4. **Handle** betyder, at organisationen skal vurdere resultaterne af overvågningen og igangsætte tiltag, hvor kvaliteten er mangelfuld.

Blandt forskellige afdelinger og ambulatorier kan der være forskellige emner, som patienterne vurderer positivt og negativt, og primære indsatsområder er således ikke nødvendigvis de samme. En styrke ved LUP er derfor, at der udover de nationale resultater netop også afrapporteres på blandt andet sygehus- og afdelingsniveau, hvilket giver mulighed for at vurdere den patientoplevede kvalitet så tæt på de involverede patienter som muligt, og derved give ledelsesmæssige enheder relevante resultater. LUP-resultaterne kan dog sjældent stå alene, idet der typisk vil være behov for at komme tættere på baggrunden for de svar patienterne har givet, når der skal findes løsninger på de udfordringer LUP-resultaterne har været med til at indkredse.



7 Vi laver om på LUP

Den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser (LUP 2013) afrapporteres for sidste gang i sin nuværende udformning i foråret 2014. Når den næste dataindsamling begynder i efteråret 2014 (LUP 2014) vil konceptet for LUP være ændret på en række områder, der betyder, at resultaterne ikke kan sammenlignes med resultater fra tidligere LUP-undersøgelser. Ændringerne til undersøgelsen gennemføres på baggrund af en evaluering af LUP gennemført i efteråret 2012 og et udviklingsarbejde gennemført i 2013. Patienter og en række interessenter er inddraget i udviklingsarbejdet.

7.1 Hvilke ændringer er der så tale om?

Patientgrupper

LUP har hidtil været opdelt i to undersøgelser for henholdsvis ambulante patienter og indlagte patienter med minimum et døgn indlæggelse. Den nye LUP er opdelt i tre undersøgelser for henholdsvis 1) ambulante patienter, 2) planlagt indlagte patienter, og 3) akut indlagte patienter. Vi ved bl.a., at akut og planlagt indlagte patienters oplevelser er meget forskellige, og derfor har det været relevant at opdele undersøgelsen i forhold til indlæggelsesform. Blandt de to grupper af indlagte patienter inkluderes nu også patienter, som har været indlagt i mindre end et døgn. Andelen af korttidsindlagte patienter er gennem årene blevet større og større, og derfor er deres oplevelser nu også inkluderet i undersøgelsen. De tre patientgrupper har hver deres spørgeskema, og de afrapporteres separat.

Fælles spørgeskema på tværs af regionerne

Spørgeskemaerne i LUP har hidtil bestået af cirka 20 spørgsmål fælles for de fem regioner og cirka 20 spørgsmål, som ikke var fælles på tværs af regionerne. I den nye LUP vil samtlige spørgsmål i

undersøgelsen være fælles på tværs af regionerne. Det betyder blandt andet, at der kan produceres et nationalt benchmark på alle spørgsmål.

Fem temaspørgsmål

Som noget nyt er der skabt plads til fem årlige temaspørgsmål for hver patientgruppe. Tanken er, at de fem temaspørgsmål stilles for et år ad gangen. Der er dermed ikke mulighed for at følge en udvikling over tid i svarene på de pågældende spørgsmål. De fem temaspørgsmål kan enten benyttes til at kaste lys over aktuelle emner eller til grundigere at belyse nogle af de forhold, der spørges ind til i den faste kerne af spørgsmål. Styregruppen for LUP, som primært består af repræsentanter for regionerne, beslutter hvert år hvilke tema-spørgsmål, der stilles til de tre patientgrupper. Temaspørgsmålene kan være ens på tværs af patientgrupperne, men de kan også være forskellige.

Generelt om spørgeskemaerne

Det har været en erklæret ambition for udviklingsarbejdet at gøre spørgsmålene i spørgeskemaerne så konkrete som muligt, samtidig med at spørgsmålene er relevante for størstedelen af patienterne. Samtidig er antallet af forskellige svarskalaer i spørgeskemaet reduceret. Det er gjort dels for at lette læsningen for patienterne dels for at lette tolkningen af resultater i afdelingsrapporterne.

Vi ser frem til at tage den nye LUP i anvendelse i efteråret 2014 og håber på, at brugerne vil opleve, at der er tale om en forbedring. De nye spørgeskemaer for de tre patientgrupper kan findes på www.patientoplevelser.dk. Bemærk dog at spørgeskemaerne skal igennem en grundig valideringsproces i foråret 2014, og der kan derfor forekomme ændringer i de endelige versioner, der anvendes i efteråret 2014.



8 Referencer

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014: Pårørende som en ressource (baggrundspapir) http://www.sikkerpatient.dk/media/295473/baggrundspapir_paarørende%20er%20en%20ressource.pdf. Download januar 2014.
- Enheden for Brugerundersøgelser, 2007: Pårørendes forventninger og behov for medinddragelse i patienters indlæggelsesforløb. En kvalitativ undersøgelse af pårørende til medicinske patienter, Region Hovedstaden.
- Enheden for Brugerundersøgelser, 2013: På vej til mere patientcentreret pleje og behandling i Finsencentret – En organisationsanalyse efter Planetree-modellen, Region Hovedstaden.
- Færch, J. & I. Harder, 2009: Medinddragelse i egen pleje og behandling. *Sygeplejersken*, 17:54-58.
- Gravel, K., Légaré, F. & I.D. Graham, 2006: Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1:16
- Gertteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Daley J, delbanco TL (eds), 1993. *Through The Patient's Eyes*. SanFrancisco, California: Jossy-Bass.
- Holm-Petersen, C. & L.E. Navne, 2013: Ledelse af brugerinddragelse – tre casebaserede eksempler. KORA.
- Honoré, K, 2010: At være pårørende. I *Patientologi* (Red.: Anne-Mette Graubæk). Gads Forlag.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), 2012: Akkrediteringsstandarder for sygehuse. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). 2. Version. <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010: Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455>, 2010.
- Kræftens Bekæmpelse, 2014: Pårørende bliver ikke set. <http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2013kv3/paarorende.de.htm> (download januar 2014).
- Jacobsen CB, Pedersen VH & Albeck K, 2008: Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Sundhedsstyrelsen & Dansk Sundhedsinstitut.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G & A. Edwards, 2013: Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031> [Epub ahead of print].
- Jönsson, A.B.R., Nyborg M.J.G., Pedersen, V.H., Pedersen, L.H., Wandel, A. & M. Freil, 2013: Sundhedsprofessionelles forståelse af patientinddragelse. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013: Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen. København.
- Say, R., Murtagh, M. & R. Thompson, 2006: Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60:102-114.
- Sundhedsstyrelsen, 2012: Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. København.
- Sundhedsstyrelsen, 2002: Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende. VEJ nr. 9494 af 04/07/2002. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=9166&exp=1>
- Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2014: Kriterier for pårørende inddragelse. <http://vibis.dk/hvad-er-paarorendeinddragelse> (download februar 2014).

9 Bilag

Bilag 1- Indlagte patienter: Fordeling af O, U og G for regioner og privathospitaler

	Privathospitalerne	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden
12. Patienten oplever ikke unødigt ventetid	O	O	O	G	O	U
17. Patienten er tryk ved at skulle hjem	O	G	G	O	U	O
4. Patienten har kontaktperson med særligt ansvar	O	O	O	G	G	U
2. Modtagelsen på afdelingen er god	O	O	O	U	G	U
20. Tilstrækkelig info om livsstilens betydning for helbredet	O	O	O	G	U	U
21. God tilrettelæggelse af det samlede behandlingsforløb	O	O	O	G	U	U
22. Det samlede indtryk er godt	O	O	O	U	G	U
7. Patienten er passende inddraget i beslutninger	O	O	O	U	G	U
8. Pårørende er passende inddraget i beslutninger	O	O	O	U	G	U
14. Den mundtlige information er god	O	O	O	U	U	U
5. Kontaktperson tager ansvar for forløbet	O	O	G	G	G	G
1. Informerer godt om ventetid fra indkaldelse til indlæggelse	O	O	G	G	G	U
11. Personalet er gode til at håndtere fejl	G	O	O	G	G	U
13. Overflytning mellem afdelinger er godt tilrettelagt	O	O	G	G	G	U
16. Informationsmaterialet er godt	O	O	G	G	G	U
19. Ambulatoriets orientering af praktiserende læge er god	O	O	G	G	U	G
6. Personalets viden om sygdomsforløb er god	O	O	G	U	G	U
15. Modtager tilstrækkeligt informationsmateriale	O	G	G	G	G	G
9. Patienten oplever ikke fejl	O	G	G	G	G	U
18. Godt samarbejde mellem afdelingen og kommunal hjemmepleje	G	G	G	G	G	G

Bilag 2- Ambulante patienter: Fordeling af O, U og G for regioner og privathospitaler

	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Privathospitalerne	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
12. Patienten oplever ikke unødigt ventetid	O	O	O	G	U	O
17. Patienten er tryk ved at tage hjem	O	O	O	U	O	G
21. God tilrettelæggelse af det samlede behandlingsforløb	O	O	O	U	O	G
3(2). Ventetid fra fremmøde til indkaldelse er acceptabel	O	O	O	O	U	G
13. Ambulatoriet samarbejder godt med andre afdelinger/ambulatorier	O	O	O	U	G	G
22. Det samlede indtryk er godt	O	O	O	U	G	G
1. Modtagelsen i ambulatoriet er god	G	O	O	O	U	U
4. Patienten har kontaktperson med særligt ansvar	O	O	O	U	U	G
14. Den mundtlige information er god	O	O	O	U	U	U
16. Vurdering af informationsmateriale	O	G	O	G	U	G
19. Ambulatoriets orientering af praktiserende læge er god	O	O	G	G	U	G
20. Har modtaget tilstrækkelig info om livsstils betydning	G	O	O	G	U	G
6. Personalets viden om sygdomsforløb er god	O	G	O	G	U	G
7. Patienten er passende inddraget i beslutninger	O	O	G	G	U	G
15. Har modtaget tilstrækkeligt informationsmateriale	O	O	G	G	U	U
18. Godt samarbejde mellem ambulatoriet og kommunale hjemmepleje	G	O	G	G	G	G
5. Kontaktperson tager ansvar for forløbet	O	G	G	G	G	G
8. Pårørende er passende inddraget i beslutninger	O	G	G	U	G	G
9. Patienten oplever ikke fejl	G	G	O	G	U	G
11. Personalet er gode til at håndtere fejl	G	G	G	G	G	G

Bilag 3 - Spørgeskema til indlagte patienter

**Spørgeskema om indlæggelse på
<<Afdeling>>
på <<Sygehus>>**

INDEN INDLÆGGELSEN OG VED MODTAGELSEN PÅ AFDELINGEN

1. Hvordan vurderer du, at afdelingen informerede dig om ventetiden, fra du blev indkaldt til afdelingen, til du blev indlagt?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det husker jeg ikke	Jeg blev ikke indkaldt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvordan oplevede du modtagelsen på afdelingen?	Virkelig god	God	Dårlig	Virkelig dårlig		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Har du kommentarer til din modtagelse på afdelingen?						

Løbenr.: >>lobnr<<

PERSONALE

4. Oplevede du, at én eller flere kontaktperson(er) på afdelingen havde særligt ansvar for dit forløb? (En kontaktperson er en sundhedsperson, der skal informere dig og sikre sammenhæng i dit forløb)		Ja, én kontaktperson	Ja, flere kontaktpersoner	Nej	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gå til spørgsmål 6
5. Hvordan vurderer du alt i alt, at din/dine kontaktperson(er) har taget ansvar for dit forløb?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvordan vurderer du, at afdelingens personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?		For meget	Passende	For lidt	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?		For meget	Passende	For lidt	Ikke aktuelt for mig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEHANDLINGSFORLØB

9. Oplevede du, at der skete fejl i forbindelse med dit indlæggelsesforløb?		Ja	Nej	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gå til spørgsmål 12

Bilag 3 - Spørgeskema til indlagte patienter (fortsat)

10. Hvilke(n) fejl oplevede du?						
11. Hvordan synes du, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Personalet kendte ikke til fejlen(e) <input type="checkbox"/>	
12. Oplevede du, at der opstod unødigt ventetid på undersøgelser eller behandlinger, der forlængede dit ophold på sygehuset?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
13. Hvordan vurderer du, at din overflytning mellem forskellige afdelinger var tilrettelagt?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Jeg blev ikke overflyttet <input type="checkbox"/>

Løbenr.: >lobnr<<

INFORMATION

14. Hvordan vurderer du alt i alt den <u>mundtlige</u> information, du fik, mens du var indlagt?	Virkelig god <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Dårlig <input type="checkbox"/>	Virkelig dårlig <input type="checkbox"/>	
15. Har du i forbindelse med dit indlæggelsesforløb modtaget <u>tilstrækkeligt informationsmateriale</u> om din sygdom og/eller behandling (fx skriftligt materiale, pjecer, film, dvd)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>	
16. Hvordan vurderer du det <u>informationsmateriale</u>, du fik (fx skriftligt materiale, pjecer, film, dvd)?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>

UDSKRIVELSE

17. Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?	Meget tryk <input type="checkbox"/>	Tryk <input type="checkbox"/>	Utryk <input type="checkbox"/>	Meget utryk <input type="checkbox"/>		
18. Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>
19. Hvordan vurderer du, at afdelingen har orienteret din praktiserende læge om dit behandlingsforløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	

Bilag 3 - Spørgeskema til indlagte patienter
(fortsat)

20. Har du fået tilstrækkelig information fra afdelingen om: (Sæt venligst ét kryds i hver linje)	Ja	Nej	Ikke aktuelt for mig	
	a) Kostens betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Motions betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Alkohols betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Rygnings betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAMLET INDTRYK

21. Hvordan vurderer du, at dit samlede behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter indlæggelsen)?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Skriv her, hvis du synes, afdelingen kunne gøre noget bedre, og/eller hvis du synes, afdelingen gjorde noget særligt godt.					

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.
Tak for din medvirken!

Bilag 4 - Spørgeskema til ambulante patienter

**Spørgeskema om besøg på
<<Ambulatorium>>
på <<Sygehus>>**

VED MODTAGELSEN I AMBULATORIET

1. Hvordan oplevede du modtagelsen i ambulatoriet?	Virkelig god <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Dårlig <input type="checkbox"/>	Virkelig dårlig <input type="checkbox"/>
2. Har du kommentarer til din modtagelse i ambulatoriet?				
3. Hvordan vurderer du længden af ventetiden, fra du skulle møde i ambulatoriet, til du blev kaldt ind?	Acceptabel <input type="checkbox"/>	Uacceptabel <input type="checkbox"/>	Jeg oplevede ikke ventetid <input type="checkbox"/>	

Løbenr.: >>lobnr<<

PERSONALE

4. Oplevede du, at én eller flere kontaktperson(er) i ambulatoriet havde særligt ansvar for dit undersøgelses-/behandlingsforløb? (En kontaktperson er en sundhedsperson, der skal informere dig og sikre sammenhæng i dit forløb)	Ja, én kontaktperson <input type="checkbox"/>	Ja, flere kontaktpersoner <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Gå til spørgsmål 6		
5. Hvordan vurderer du alt i alt, at din/dine kontaktperson(er) har taget ansvar for dit forløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>
6. Hvordan vurderer du, at ambulatoriets personale havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>
7. I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?	For meget <input type="checkbox"/>		Passende <input type="checkbox"/>	For lidt <input type="checkbox"/>	
8. I hvilket omfang blev dine pårørende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din undersøgelse/behandling?	For meget <input type="checkbox"/>		Passende <input type="checkbox"/>	For lidt <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>

UNDERSØGELSES-/BEHANDLINGSFORLØB

9. Oplevede du, at der skete fejl i forbindelse med dit/dine besøg i ambulatoriet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Gå til spørgsmål 12			
---	--------------------------------	--	--	--	--

Bilag 4 - Spørgeskema til ambulante patienter
(fortsat)

10. Hvilke(n) fejl oplevede du?						
11. Hvordan synes du, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Personalet kendte ikke til fejlen(e) <input type="checkbox"/>	
12. Oplevede du, at der opstod unødigt ventetid under din undersøgelse/behandling i ambulatoriet, der forlængede dit/dine besøg?	Ja, i høj grad <input type="checkbox"/>	Ja, i nogen grad <input type="checkbox"/>	Nej, kun i mindre grad <input type="checkbox"/>	Nej, slet ikke <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	
13. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet samarbejdede med andre afdelinger/ambulatorier om din undersøgelse/behandling?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Ingen andre afdelinger/ambulatorier var involveret <input type="checkbox"/>

INFORMATION

14. Hvordan vurderer du alt i alt den <u>mundtlige</u> information, du fik i ambulatoriet?	Virkelig god <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/>	Dårlig <input type="checkbox"/>	Virkelig dårlig <input type="checkbox"/>	
15. Har du i forbindelse med dit/dine besøg i ambulatoriet modtaget <u>tilstrækkeligt informationsmateriale</u> om din sygdom og/eller behandling (fx skriftligt materiale, pjecer, film, dvd)?		Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/> Gå til spørgsmål 17
16. Hvordan vurderer du det <u>informationsmateriale</u>, du fik (fx skriftligt materiale, pjecer, film, dvd)?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>

EFTER DIT/MELLEMLINE BESØG I AMBULATORIET

17. Var du tryk eller utryk, da du tog hjem efter dit/dine besøg i ambulatoriet?	Meget tryk <input type="checkbox"/>	Tryk <input type="checkbox"/>	Utryk <input type="checkbox"/>	Meget utryk <input type="checkbox"/>		
18. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt for mig <input type="checkbox"/>
19. Hvordan vurderer du, at ambulatoriet har orienteret din praktiserende læge om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	Virkelig godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Virkelig dårligt <input type="checkbox"/>	Det kan jeg ikke vurdere <input type="checkbox"/>	

Bilag 4 - Spørgeskema til ambulante patienter

(fortsat)

20. Har du fået <u>tilstrækkelig information</u> fra ambulatoriet om: (Sæt venligst ét kryds i hver linje)	Ja	Nej	Ikke aktuelt for mig	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) <u>Kostens</u> betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) <u>Motions</u> betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) <u>Alkohols</u> betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>Rygnings</u> betydning for dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SAMLET INDTRYK

21. Hvordan vurderer du, at dit <u>samlede</u> undersøgelses-/behandlingsforløb var tilrettelagt (før, under og efter dit/dine ambulatoriebesøg)?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hvad er dit samlede indtryk af dit/dine besøg i ambulatoriet?	Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Skriv her, hvis du synes, ambulatoriet kunne gøre noget bedre, og/eller hvis du synes, ambulatoriet gjorde noget særligt godt.					

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.
Tak for din medvirken!

Bilag 5 – Her finder du øvrigt materiale

Det elektroniske bilagsmateriale for LUP er opdelt i opgørelser for henholdsvis indlagte og ambulante patienter, og består af:

- En tabel med svarprocenter for de fire niveauer: afdeling/ambulatorium, sygehus, region og land
- Overordnet bilagstabel med resultater på lands-, regions- og sygehusniveau samt baggrundsoplysninger
- En bilagstabel per speciale med specialeresultatet på landsplan og regionsplan og afdelingsresultater for afdelinger, der hører under specialiet samt baggrundsoplysninger
- En figur per speciale, der i struktur svarer til oversigtsfigurerne (figur 1 og 2)

www.patientoplevelser.dk/LUP2013/bilag

Følge- og påmindelsesbreve for indlagte og ambulante patienter:

www.patientoplevelser.dk/LUP2013/breve

Publikationen "Patienter og spørgeskemaer for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013":

www.patientoplevelser.dk/LUP2013/fakta

Publikationen "Baggrund og metode for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser":

www.patientoplevelser.dk/baggrund-og-metode-for-LUP



Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Denne rapport præsenterer de nationale tendenser for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2013, herunder områder i patienters undersøgelses-/behandlingsforløb, der er vurderet positivt og områder med forbedringspotentiale. Desuden er udviklingen i resultater siden LUP 2012 beskrevet.

LUP gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse på vegne af de fem regioner efter aftale med Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Undersøgelsen omfatter somatisk indlagte og ambulante patienter på landets offentlige sygehuse samt patienter behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

I tillæg til denne nationale rapport for 2013 findes i elektronisk form:

- Publikationen "Fakta om patienter og spørgeskemaer for Den Landsdækkende Undersøgelse af patientoplevelser 2013"
- Publikationen "Baggrund og metode for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser"
- Bilagstabeller for henholdsvis indlagte og ambulante patienter med alle resultater på lands-, regions- og sygehusniveau samt en tabel og figur med afdelingsresultater for hvert speciale.

Se mere på www.patientoplevelser.dk

