



VIDENSCENTER FOR  
BRUGERINDDRAGELSE  
– i sundhedsvæsenet

# Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse

## En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler

Lægeforeningen 



I samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd



VIDENSCENTER FOR  
**BRUGERINDDRAGELSE**  
– i sundhedsvæsenet

## Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse

*En spørgeskemaundersøgelse  
blandt ansatte på hospitaler*

Lægeforeningen 



I samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd

**Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse  
En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler**

© Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) og forfatterne.  
København, januar 2014  
ISBN: 978-87-996473-1-6

Rapporten er udarbejdet af  
Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)

*Morten Freil*

*Annette Wandel*

*Line Pedersen*

*Alexandra Brandt Ryborg Jönsson*

*Maya Nyborg*

i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd.

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)  
Danske Patienter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon: (+45) 33 41 47 60

E-mail: [info@vibis.dk](mailto:info@vibis.dk)

Web: [www.vibis.dk](http://www.vibis.dk)

Grafisk produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design

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

ViBIS er støttet af

**TrygFonden**

# Indhold

<b>Forord</b>	5
<b>1. Sammenfatning</b>	6
<b>DEL 1 Baggrund, formål, metode og materiale</b>	9
<b>2. Baggrund og formål</b>	10
2.1 Baggrund	10
2.2 Formål med undersøgelsen	10
2.3 Afgrænsning	11
<b>3. Metode og materiale</b>	12
3.1 Organisering	12
3.2 Udvikling og validering af spørgeskema	12
3.3 Stikprøve og dataindsamling	13
3.4 Svarprocent	13
3.5 Bortfald og repræsentativitet	13
<b>DEL 2 Resultater og diskussion</b>	17
<b>4. Vurdering af fordele ved inddragelse</b>	18
4.1 Resultater	18
4.2 Diskussion	19
<b>5. Inddragelse af patienter i praksis</b>	21
5.1 Resultater	21
5.2 Diskussion	22
<b>6. Patienters ønsker om – og mulighed for – inddragelse</b>	23
6.1 Resultater	23
6.2 Diskussion	24
<b>7. Rammer og vilkår – betydning og vurdering</b>	25
7.1 Resultater	25
7.2 Diskussion	28
<b>8. Forståelser af patientinddragelse</b>	29
8.1 Resultater	30
8.2 Diskussion	32
<b>9. Forskelle mellem grupper</b>	34
9.1 Resultater	34
9.1.1 Anciennitet	34
9.1.2 Køn	35
9.1.3 Primær patientkontakt (Akut, elektiv, ambulant)	36
9.2 Diskussion	40
<b>10. Konklusion og perspektivering</b>	41

<b>Litteratur</b>	43
<b>DEL 3 Bilag</b>	
<b>Bilag 1. Beskrivelse af deltagerne</b>	48
<b>Bilag 2. Spørgeskema om inddragelse af patienter i hospitalsvæsenet</b>	51
<b>Bilag 3. Samlede tabeller for spørgsmål 10-15</b>	56
<b>Bilag 4. Kommentarer om rammer og vilkår for patientinddragelse</b>	60

## Forord

Antallet af mennesker med kroniske eller langvarige fysiske og psykiske sygdomme er steget, og udviklingen vil fortsætte. Mange skal lære at leve med en eller flere sygdomme gennem hele livet. Sundhedsvæsenet skal derfor i højere grad støtte den enkelte i at håndtere et liv med sygdom.

Et væsentligt led i den omstilling er, at sundhedsvæsenet bruger patienters viden og ressourcer langt mere aktivt med henblik på at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse med den enkelte patients behov, ønsker og værdier. Patienter, som bliver inddraget i planlægning af og beslutninger om deres forløb, klarer sig bedre og har bedre livskvalitet.

På landsplan er der mange og forskellige indsatser med patientinddragelse, men kun få er evalueret. Sundhedsvæsenet kan blive langt bedre til systematisk at dele viden om patientinddragelse og ikke mindst bruge den eksisterende, dokumenterede viden i højere grad. Det er der behov for, hvis vi skal indfri det store potentiale, som inddragelse af patienter rummer.

Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) vil med denne undersøgelse bidrage med viden om, hvordan læger og sygeplejersker oplever muligheden for at inddrage patienterne.

Læger og sygeplejersker er nøglepersoner, når det handler om at styrke patientinddragelse. Deres oplevelser og vurderinger er vigtige for at målrette og styrke inddragelsen i det daglige arbejde i sundhedsvæsenet.

Regeringen har afsat 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til en strategi for styrket inddragelse af patienter og pårørende og har dermed sendt et vigtigt signal om, at brugerinddragelse er en national prioritering. Det er vores håb, at resultaterne af denne undersøgelse kan bidrage som afsæt for de initiativer, der nu skal i gang.

Vi vil gerne takke læger og sygeplejersker på landets hospitaler for deres positive medvirken og bidrag til undersøgelsen.

*Grete Christensen*  
Formand  
Dansk Sygeplejeråd

*Mads Koch Hansen*  
Formand  
Lægeforeningen

*Lars Engberg*  
Formand  
ViBIS

# 1. Sammenfatning

Formålet med denne undersøgelse er at belyse læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse samt deres opfattelse af vilkårene for inddragelse af patienter i praksis.

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse blandt 2.000 læger og 2.000 sygeplejersker.

Undersøgelsens resultater viser, at der er stor vilje blandt læger og sygeplejersker til at inddrage patienter, og at læger og sygeplejersker generelt ser fordele ved at inddrage patienterne i plejen og behandlingen. Således svarer 99 procent af sygeplejerskerne og 98 procent af lægerne, at det er meget vigtigt eller vigtigt at inddrage patienterne i plejen og behandlingen. Mere end ni ud af 10 vurderer, at inddragelse af patienter i høj eller i nogen grad kan øge kvaliteten af både behandling og pleje.

Til trods for at læger og sygeplejersker generelt har et positivt syn på inddragelse af patienter, viser undersøgelsen, at der er potentiale for at inddrage patienterne mere i praksis. Cirka en tredjedel af lægerne og sygeplejerskerne svarer, at deres afdeling i høj grad har en praksis, hvor de inddrager patienterne, mens to tredjedele svarer, at dette kun sker "i nogen grad" eller "i mindre grad".

Læger og sygeplejersker oplever en række barrierer, som gør det vanskeligt at inddrage patienterne i praksis. Det drejer sig dels om barrierer knyttet til patienten og dels om barrierer knyttet til rammerne og vilkårene for inddragelse. Cirka halvdelen af lægerne og sygeplejerskerne vurderer således, at patienterne generelt er så syge (i høj grad/i nogen grad), at det er vanskeligt at inddrage dem, og cirka en tredjedel vurderer, at patienterne generelt ikke ønsker at blive inddraget. I forhold til rammer og vilkår er det især tid, personaleressourcer, fysiske rammer og viden om metoder, der ifølge lægerne og sygeplejerskerne mangler i daglig praksis. Både læger og sygeplejersker vurderer desuden, at disse rammer og vilkår er vigtige forudsætninger for at kunne inddrage patienterne.

I undersøgelsen er læger og sygeplejersker blevet bedt om at angive op til tre svar på, hvad de primært forstår som inddragelse af patienter (på en liste med 10 svarmuligheder). Resultaterne peger på, at læger og sygeplejerskers primære forståelse af patientinddragelse er forskellig – både inden for og mellem faggrupperne. De forskellige forståelser af patientinddragelse er en væsentlig barriere for at kunne arbejde systematisk med inddragelse af patienterne i den daglige praksis på landets hospitaler.

Flest læger og sygeplejersker forstår primært patientinddragelse som dét at informere patienten og som dét, at patienten får indflydelse på beslutninger om plejen og behandlingen. Disse opfattelser lægger sig tæt op ad det lovbestemte krav om informeret samtykke, hvor patienten – på baggrund af information om virkninger, bivirkninger og risici med videre – skal acceptere, at man sætter en konkret behandling i gang. En stor andel af læger og sygeplejersker mener desuden, at patientinddragelse primært handler om at uddanne patienten i at håndtere egen sygdom, og at patienten er aktiv i plejen og behandlingen. Ud fra denne forståelse handler inddragelse af patienter om at understøtte patienter i egenomsorg.

Færre mener, at inddragelse af patienter primært handler om at afdække og anvende patienternes viden og præferencer, når man planlægger behandling og pleje. Det efterlader et potentiale for styrket brugerinddragelse, da metoder som fælles beslutningstagen og brugerstyret behandling (hvor de sundhedsprofessionelle i højere grad tilrettelægger behandlingen ud fra patienternes præferencer og behov) har vist sig effektfulde både for det faglige resultat og for patienternes oplevelse af kvalitet.

Det konkluderes, at læger og sygeplejersker gerne vil inddrage patienterne. For at realisere inddragelsen i praksis er det afgørende, at man i sundhedsvæsenet skaber en fælles forståelse af patientinddragelse samt rammer, der gør det muligt at inddrage patienterne. På den måde sikrer man, at patienternes behov, viden, præferencer og ressourcer bliver anerkendt og inddraget.





**DEL 1**  
**Baggrund, formål, metode og materiale**

## 2. Baggrund og formål

### 2.1 Baggrund

Det er dokumenteret, at inddragelse af patienter i eget forløb øger patienternes livskvalitet, patientsikkerheden og behandlingskvaliteten (Greenfield et al. 1988, Coulter & Ellins 2006, Weingart et al. 2011). ViBIS gennemførte i foråret 2012 en kortlægning af projekter og praksis for brugerinddragelse på landets hospitaler. Denne kortlægning vidner om, at der er stor interesse blandt de sundhedsprofessionelle for at inddrage patienterne, idet der er indsamlet mere end 700 eksempler på praksis og projekter, der vedrører brugerinddragelse på de somatiske og psykiatriske afdelinger.

Der er imidlertid en række organisatoriske og kulturelle forhold, der medvirker til at fremme eller hindre mulighederne for inddragelse af patienter i praksis (Joosten et al. 2008, Coulter & Ellins 2006, Hewlett et al. 2005).

Forskning peger på, at organisatoriske forhold som afdelingstype, opgavesammensætning og personalets organisering kan påvirke, hvordan patienter bliver involveret (Schwappach & Wernli 2010). Kulturelle faktorer, der hindrer inddragelse af patienter, kan blandt andet handle om, at behandlere mener, at inddragelse af patienter tager for lang tid eller ikke kan lade sig gøre med bestemte typer af patienter eller i visse kliniske situationer (Légaré et al. 2008). Behandlere tror ofte, at de ved, hvad bestemte typer af patienter ønsker i forhold til deres behandling, men de tager ofte fejl i denne vurdering (Mulley et al. 2012). Da motivationen fra personalet er afgørende for, om patienter er villige til at involvere sig (Schwappach & Wernli 2010), kan sådanne opfattelser have stor betydning for, hvordan og hvor meget patienter bliver inddraget i deres behandlingsforløb. Ligeledes kan behandlernes opfattelser af, hvor nyttig patientinddragelse er, have betydning for i hvor høj grad, patienterne inddrages (Davis et al. 2011, Légaré et al. 2008).

For at kunne understøtte inddragelse af patienter i det danske sundhedsvæsen er det vigtigt at afdække læger og sygeplejerskers forståelse af – og holdninger til – patientinddragelse, men også lægers og sygeplejerskers vurderinger af den praksis samt de rammer og vilkår, som knytter sig til inddragelsen (Mulley et al. 2012, Davis et al. 2011, O'Brien et al. 2011, Légaré et al. 2008).

Viden om forståelse, kultur, rammer og vilkår bidrager til at målrette indsatser og fremme implementering af patientinddragelse, når nye projekter og modeller indføres på hospitalerne.

### 2.2 Formål med undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at belyse læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse, deres oplevelser af praksis og deres opfattelse af vilkår for patientinddragelse i praksis.

Undersøgelsen skal bidrage til at give det danske sundhedsvæsen et grundlag for at vurdere, hvor der kan være behov for at udvikle viden, organisering, kompetencer

og metoder, som kan gøre det lettere og mere meningsfuldt for hospitalet og den enkelte medarbejder at inddrage patienterne i deres egne behandlingsforløb.

## 2.3 Afgrænsning

Patientinddragelse hører til under begrebet brugerinddragelse, der også dækker over inddragelse af pårørende og i nogle tilfælde inddragelse af fagprofessionelle. Der knytter sig imidlertid forskellige praksisser, metoder og viden til inddragelse af de respektive grupper. For at målrette undersøgelsen handler denne kun om inddragelse af patienter i eget forløb.

Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte svar fra læger og sygeplejersker. Dette er gjort af praktiske hensyn, idet spørgeskemaet udsendes via organisationernes medlemsregistre. Der er væsentlige praktiske udfordringer ved at koordinere og gennemføre dataindsamling baseret på flere medlemsregistre. Det kunne dog være relevant at gennemføre tilsvarende undersøgelser blandt andre faggrupper, der har patientkontakt.

Da patienter ofte er i kontakt med mange aktører på tværs af sektorer, kan det være relevant at undersøge forståelser, holdninger og kultur i almen praksis og i kommunale institutioner. Det vil dog kræve væsentlig tilpasning af spørgeskemaet, og undersøgelsen er derfor afgrænset til ansatte og ledere på hospitalerne.

Inddragelse af børn og deres forældre rummer et stort potentiale, men metoder og problemstillinger knyttet til denne type af inddragelse adskiller sig ofte fra inddragelsen af voksne patienter. Derfor er læger og sygeplejersker, som arbejder på børneafdelinger, ikke en del af denne undersøgelse.

Spørgeskemaet er udsendt via medlemsregistrene i Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd. Da oplysningen om, hvilken afdeling lægerne og sygeplejerskerne tilhører, ikke kunne identificeres i forbindelse med udtræk af stikprøven, er de pågældende respondenter først blevet ekskluderet af undersøgelsen, hvis de har svaret, at de arbejder på en pædiatrisk afdeling.

Undersøgelsen omfatter udelukkende læger og sygeplejersker, der er ansat i en afdeling, som er direkte involveret i behandling, pleje, træning eller genoptræning af patienter. Da denne oplysning heller ikke fremgår af medlemsregistrene i Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd, er de pågældende respondenter først ekskluderet, hvis de har svaret, at de arbejder på en afdeling, der ikke er direkte involveret i behandling, pleje, træning eller genoptræning af patienter.

## 3. Metode og materiale

### 3.1 Organisering

ViBIS har haft projektledelsen og har stået for udviklingen af spørgeskemaet og validering af dette, bearbejdning af data samt afrapportering. Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd har stået for udsendelse af spørgeskemaet og har deltaget i en projektgruppe, der løbende har kommenteret det faglige og praktiske i forbindelse med tilrettelæggelse, gennemførelse og afrapportering af undersøgelsen.

### 3.2 Udvikling og validering af spørgeskema

Der er udviklet et spørgeskema til læger og sygeplejersker om deres forståelse af, kultur omkring, holdninger til samt praksis, vilkår og rammer for inddragelse af patienter (bilag 2). Skemaet er udviklet med udgangspunkt i dansk og international litteratur, pilotinterview med læger og sygeplejersker, dialog med faglige organisationer og kognitive interview.

Litteratur om kriterier og definitioner (Legaré et al. 2008, Coulter 2012, Coulter et al. 2011, Picker Inst. 2012, IKAS 2012, De Jong et al. 2008, IAPO 2007, Tambuyzer 2011, Salzburg Global Seminar 2011, Collins 2003) samt pilotinterview med læger og sygeplejersker om blandt andet deres forståelse af inddragelse og kultur i forbindelse hermed er inkluderet for at sikre undersøgelsens indholdsvaliditet. Pilotinterviewene blev gennemført som forstudie til en kvalitativ undersøgelse om sundhedsprofessionelles forståelse og oplevelser af vilkår for patientinddragelse i praksis (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet 2013).

Der findes ikke nogen entydig definition og afgrænsning af, hvilke indsatser begrebet patientinddragelse dækker, men litteraturen giver en række bud på forståelser. Interview med læger og sygeplejersker giver ligeledes en række bud, som både ligger inden for og uden for de gængse forståelser af begrebet, som man ser blandt forskere og praktikere, der arbejder med patientinddragelse. Med henblik på at afdække udbredelsen af forskellige forståelser, er der i spørgeskemaet medtaget emner, som både ligger inden for og uden for de gængse forståelser af begrebet.

Spørgeskemaet er efterfølgende kvalificeret via dialog i arbejdsgruppen med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd med henblik på at belyse, om skemaet vurderes at måle det, som det ser ud til at måle, og om skemaet giver mening i forhold til lægernes og sygeplejerskernes arbejde (face-validitet).

For at styrke svarprocenten er der udviklet et relativt kort spørgeskema, som kan besvares på 5-10 minutter. Det kan betyde, at der er aspekter, som er relevante for undersøgelsen, men som ikke er indeholdt i det endelige spørgeskema. Der er således lavet en afvejning af praktiske hensyn og relevans.

Skemaets konstruktionsvaliditet er testet via kognitive interview med fem læger og fem sygeplejersker. Ved kognitive interview sikres det, at respondenterne svarer på det, som vi forventer, at respondenterne svarer på (Collins D. 2003). Vi har undersøgt de processer og tolkninger, der sker fra respondenterne læser spørgsmålet, til respondenterne sætter kryds i spørgeskemaet. Svarene fra læger og sygeplejersker

er sammenholdt med en forhåndsbeskrivelse af, hvordan projektgruppen mener, at spørgsmålet skal forstås. De interviewede læger og sygeplejersker blev desuden anmodet om at vurdere spørgsmålenes relevans og eventuelt pege på væsentlige emner, som ikke var inkluderet i skemaet. På den måde har interviewene bidraget med et kvalitativt input til yderligere sikring af undersøgelsens indholdsvaliditet. Af hensyn til interviewenes længde, blev interviewene begrænset til at fokusere på 5-6 af spørgeskemaets spørgsmål (af forskellige typer).

### **3.3 Stikprøve og dataindsamling**

Der er foretaget et tilfældigt udtræk på 2.000 læger og 2.000 sygeplejersker fra henholdsvis Lægeforeningens og Dansk Sygeplejeråds medlemsregistre. Stikprøven omfatter både personer med og uden ledelsesansvar, men den er afgrænset til læger og sygeplejersker, der er ansat på hospitalerne.

Det elektroniske spørgeskema blev sendt ud med e-mail af henholdsvis Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd i juni og juli måned 2013 – efterfulgt af to påmindelser.

### **3.4 Svarprocent**

Spørgeskemaet er helt eller delvist besvaret af 824 sygeplejersker og 539 læger. Svarprocenten er således 41,3 procent for sygeplejerskerne og 27,3 procent for lægerne.

Det er ikke muligt at identificere, hvor mange sygeplejersker, der ikke har modtaget spørgeskemaet – eksempelvis fordi der er opgivet forkerte e-mail-adresser i Dansk Sygeplejeråds medlemsregister. Det er Dansk Sygeplejeråds erfaring, at det normalt drejer sig om 5-10 procent af stikprøven. Det vil sige, at svarprocenten reelt er højere end det angivne, men det er ikke muligt at konkludere, hvor meget højere.

Det er erfaringen, at der ofte opnås relativt lave svarprocenter i spørgeskemaundersøgelser blandt sundhedspersonale på hospitalerne. Svarprocenten ligger således på niveau med det forventede.

Det forventes ikke, at de relativt lave svarprocenter har væsentlig betydning for undersøgelsens repræsentativitet og konklusioner. Det bliver der redegjort for i det følgende afsnit om bortfald og repræsentativitet.

### **3.5 Bortfald og repræsentativitet**

På grund af bortfaldet er det vigtigt at gennemføre en bortfaldsanalyse med henblik på at undersøge, om besvarelserne fra lægerne og sygeplejerskerne kan betragtes som repræsentative.

I bortfaldsanalysen sammenlignes respondenter (læger og sygeplejersker, som udfyldte og returnerede spørgeskemaet) med ikke-respondenter (læger og sygeplejersker, som ikke udfyldte og returnerede spørgeskemaet). Bortfaldsanalysen undersøger, om de læger og sygeplejersker, der ikke udfyldte og returnerede spørgeskemaet, har særlige kendetegn. Her ses på faktorerne køn, anciennitet og region. Forskellene er testet med en Chi2-test. Der, hvor der ikke er vist en p-værdi, er sammenhængene fundet insignifikante på et 95-procents signifikansniveau.

<b>Tabel 3.5.1. Fordeling af respondenter på køn i udtræk og datasæt</b>		
<b>Læger</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
Mand	27 %	40 %
Kvinde	73 %	60 %
N=389, p<0,05		
<b>Sygeplejersker</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
Mand	4 %	4 %
Kvinde	96 %	96 %
N=667		
For sygeplejerskerne er der ikke forskel mellem udtræk og data, mens mandlige læger er overrepræsenteret i datasættet i forhold til udtrækket.		

<b>Tabel 3.5.2. Fordeling af respondenter på anciennitet i udtræk og datasæt</b>		
<b>Læger</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
0-9 år	67 %	64 %
10-19 år	21 %	26 %
20-29 år	6 %	6 %
30+ år	6 %	4 %
N=391		
<b>Sygeplejersker</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
0-9 år	35 %	25 %
10-19 år	25 %	24 %
20-29 år	20 %	26 %
30+ år	19 %	25 %
N=672, p<0,05		
Blandt læger er der kun fundet mindre forskelle mellem udtræk og data i forhold til anciennitet. Sygeplejersker med kort anciennitet (0-9 år) er underrepræsenteret i datasættet i forhold til udtrækket, mens sygeplejersker med 30+ års anciennitet er overrepræsenteret		

<b>Tabel 3.5.3. Fordeling af respondenter på regioner i udtræk og datasæt</b>		
<b>Læger</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
Hovedstaden	38 %	43 %
Midtjylland	22 %	17 %
Nordjylland	9 %	9 %
Sjælland	13 %	14 %
Syddanmark	18 %	17 %
N=391		
<b>Sygeplejersker</b>	<b>Udtræk</b>	<b>Data</b>
Hovedstaden	30 %	28 %
Midtjylland	24 %	24 %
Nordjylland	13 %	14 %
Sjælland	10 %	10 %
Syddanmark	23 %	24 %
N=672		
I forhold til den geografiske placering er der fundet mindre forskelle i fordelingen mellem udtræk og datasæt. Læger i hovedstadsregionen er overrepræsenteret, mens læger i Region Midtjylland er underrepræsenteret. For sygeplejersker er der stort set overensstemmelse mellem udtrækket og datasættet		

### **Opsamling vedrørende frafald**

Som det fremgår af kapitel 9 om sammenhænge, er der kun en lille forskel på, hvordan mænd og kvinder svarer på undersøgelsens spørgsmål, og hvordan læger og sygeplejersker med henholdsvis kort og lang anciennitet svarer. Vægter man svarene fra de forskellige grupper i forhold til fordelingen (køn, region, anciennitet med videre) i udtrækket, ændres resultaterne i rapporten kun på decimaler. Det gælder også ved de spørgsmål, hvor der er statistisk signifikante forskelle.

Det kan således konkluderes, at der er forskelle mellem respondenter og ikke-respondenter, når det kommer til køn, anciennitet og region, men at bortfaldet ikke har væsentlig betydning for de konklusioner, der drages i rapporten.

I spørgeskemaet er læger og sygeplejersker blevet spurgt om yderligere en række baggrundsdata i relation til speciale, ledelsesfunktioner og patienternes gennemsnitlige indlæggelsestider med videre. Da oplysninger om dette ikke findes i udtrækket, er det ikke muligt at undersøge frafald på disse parametre. Bilag 1 indeholder en samlet beskrivelse af deltagerne i undersøgelsen med alle baggrundsoplysninger.





## DEL 2

# Resultater og diskussion

I denne del præsenterer vi undersøgelsens resultater. I hvert kapitel er der en kort fremstilling af de væsentligste resultater for det pågældende tema samt en kort diskussion, hvor resultaterne bliver sammenholdt med relevant litteratur, og hvor der gives nogle bud på implikationer i forhold til en fremtidig inddragelse af patienterne i praksis på de danske hospitaler. I rapportens bilag er der en samlet dokumentation for de resultater, som ikke direkte kan aflæses af figurer og tekst i denne del.

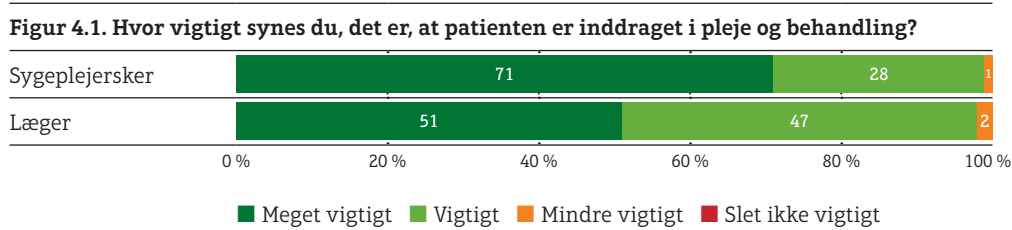
## 4. Vurdering af fordele ved inddragelse

I undersøgelsen er det ved to spørgsmål belyst, hvordan læger og sygeplejersker vurderer nytten af at inddrage patienter. Dels er læger og sygeplejersker spurgt om, hvor vigtigt, de synes, det er, at patienter er inddraget i behandlingen og plejen (spørgsmål 14), og dels er de blevet spurgt om, hvilke fordele inddragelse af patienter kan give i behandlingen og plejen (spørgsmål 11a-h).

### 4.1 Resultater

#### Hvor vigtigt er inddragelse (spørgsmål 14)

Af figur 4.1 fremgår det, at 99 procent af sygeplejerskerne og 98 procent af lægerne vurderer, at det er vigtigt, at patienter er inddraget i behandlingen og plejen. Herunder svarer 71 procent af sygeplejerskerne og 51 procent af lægerne, at det er "meget vigtigt", at patienterne er inddraget.



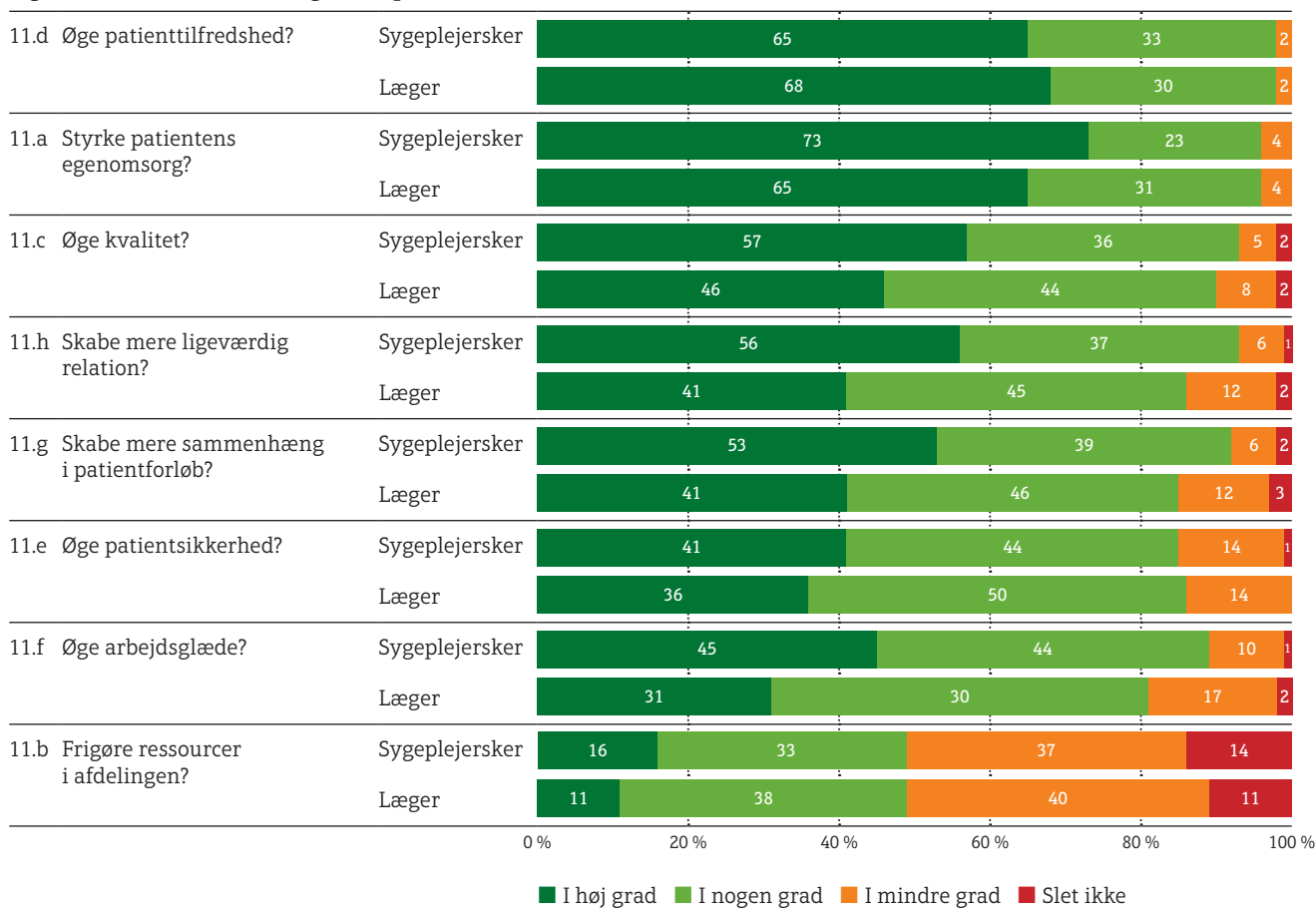
#### Fordele ved inddragelse (spørgsmål 11a-h)

Af figur 4.2. fremgår det, at sygeplejerskerne og lægerne (henholdsvis 98 procent og 97 procent) mener, at det i høj grad eller i nogen grad øger patienttilfredsheden at inddrage patienterne. Der er også bred enighed om, at inddragelse styrker patienten i at drage egenomsorg og øger kvaliteten i behandlingen og plejen.

Både læger og sygeplejersker mener generelt, at inddragelse skaber en mere ligeværdig relation mellem patient og behandler samt medvirker til bedre sammenhæng i behandlingsforløbet. Her er der dog en forskel mellem læger og sygeplejersker, idet 93 procent af sygeplejerskerne svarer "I høj grad" eller "I nogen grad", mens 87 procent af lægerne svarer dette. Det er primært sygeplejerskerne, der mener, at det kan skabe øget arbejdsglæde at inddrage patienterne. Ni ud af 10 sygeplejersker (89 procent) svarer, at inddragelse kan skabe øget arbejdsglæde blandt de sundhedsprofessionelle, mens otte ud af 10 læger (81 procent) mener dette.

I forhold til de øvrige emner er der færre læger og sygeplejersker, der vurderer, at inddragelse af patienter kan frigøre ressourcer i afdelingen, idet halvdelen svarer "i mindre grad" eller "slet ikke".

**Figur 4.2. Fordele ved inddragelse af patienter**



### Delkonklusion

Læger og sygeplejersker mener, at det er vigtigt at inddrage patienterne. De mener også generelt, at inddragelsen rummer potentialer – eksempelvis i forhold til øget patienttilfredshed, bedre kvalitet og styrket egenomsorg blandt patienterne. I forhold til de øvrige emner er der færre der mener, at inddragelse kan frigøre ressourcer i afdelingen.

## 4.2 Diskussion

Der er en stor overensstemmelse mellem på den ene side lægers og sygeplejerskers vurdering af nytten ved patientinddragelse og på den anden side den eksisterende viden om effekterne af patientinddragelse.

Studier viser, at patientinddragelse giver bedre behandling. Allerede i 1989 blev der påvist en sammenhæng mellem kvaliteten i kommunikationen mellem patient og læge og patientens efterlevelse af lægens ordinationer (Lassen 1989). Andre studier har demonstreret, at inddragelse af patienter i eget forløb øger patienternes livskvalitet (Greenfield et al. 1988), patientsikkerheden (Weingart et al. 2011) og behandlingskvaliteten (Coulter & Ellins 2006). Desuden reducerer inddragelse morbiditet og mortalitet hos patienter med kronisk sygdom (Bertakis & Azari 2011, Bauman et al. 2003).

De sundhedsprofessionelles opfattelse af, hvor meget patientinddragelse gavner, kan have betydning for, i hvor høj grad patienter involveres. Hvis lægen har en

opfattelse af, at inddragelse af patienter har en positiv indflydelse på behandlingen eller på den kliniske proces, kan det medvirke til, at patienterne bliver inddraget i højere grad (Légaré et al. 2008). For eksempel viste en undersøgelse om inddragelse af patienter ved test for prostatakræft, at lægens vurdering af, hvorvidt en samtale ville have nogen indflydelse på, om patienten ville ende med at blive testet eller ej, havde en afgørende betydning for, om patienterne blev inddraget i beslutningen om at teste eller ej (Davis et al. 2001).

Lægers og sygeplejerskers positive syn på at inddrage patienter og nytten af dette spiller derfor en central rolle, hvis man ønsker at implementere patientinddragelse i praksis på de danske hospitaler.

## 5. Inddragelse af patienter i praksis

I undersøgelsen er det belyst, hvordan læger og sygeplejersker vurderer, at patienter inddrages i praksis. Det er belyst, i hvilken udstrækning lægerne og sygeplejerskerne vurderer, at de selv og afdelingen har en praksis for at inddrage patienter (spørgsmål 15a-b), men også hvad lægerne og sygeplejerskerne fokuserer på, når afdelingen inddrager patienterne (spørgsmål 15c-f).

### 5.1 Resultater

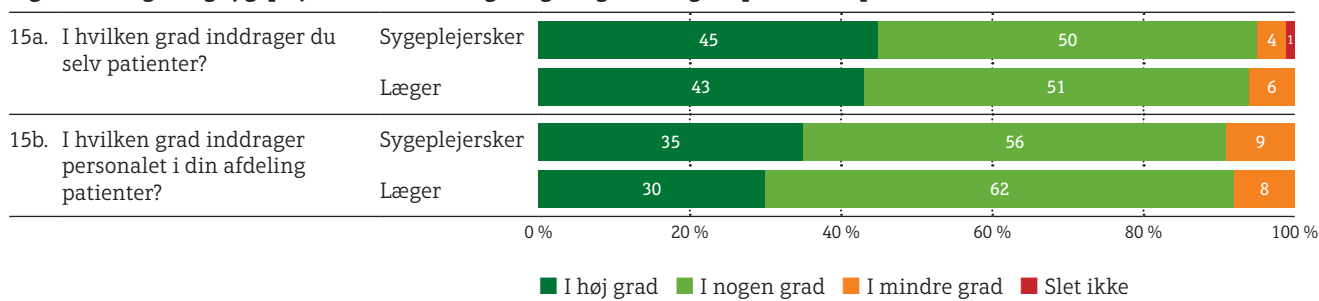
#### I hvilken udstrækning inddrages patienter i praksis (spørgsmål 15a-b)

Resultaterne viser, at læger og sygeplejersker oplever, at patienter bliver inddraget, men de viser også, at der er potentiale for øget inddragelse.

Ni ud af 10 læger og sygeplejersker svarer, at deres afdeling "i høj grad" eller "i nogen grad" inddrager patienter.

Ifølge lægerne og sygeplejerskerne inddrager de selv patienterne i højere grad end afdelingens personale i øvrigt, idet 43 procent af lægerne og 45 procent af sygeplejerskerne svarer, at de i høj grad selv inddrager patienterne (figur 5.1). Cirka en tredjedel svarer, at afdelingens personale i høj grad inddrager patienterne, mens de resterende to tredjedele svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke".

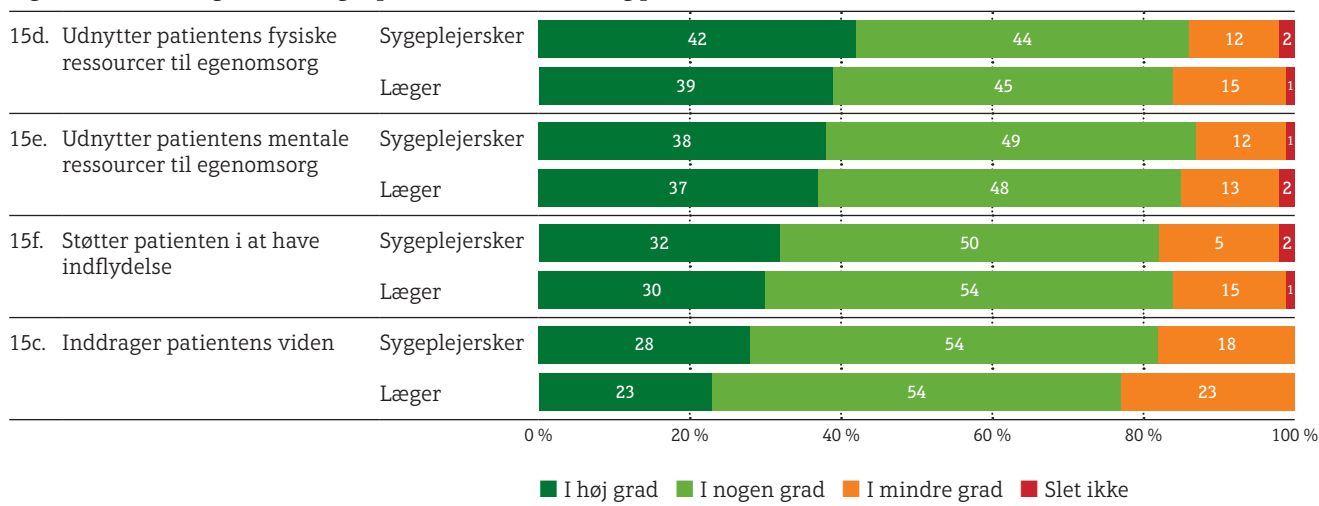
**Figur 5.1. Lægers og sygeplejerskers vurdering af egen og afdelingens personales praksis**



### Hvordan patienterne inddrages (spørgsmål 15c-f)

Af figur 5.2. fremgår det, at 42 procent af sygeplejerskerne og 39 procent af lægerne svarer, at de i høj grad inddrager patienternes fysiske ressourcer, og næsten lige så mange svarer, at de udnytter patienternes mentale ressourcer til egenomsorg (henholdsvis 38 procent og 37 procent). Færre (cirka hver fjerde sygeplejerske og læge) svarer, at de i høj grad inddrager patienternes viden i behandlingen og plejen.

Figur 5.2. I hvilken grad inddrager personalet i din afdeling patienter?



### Delkonklusion

Resultaterne viser, at der er potentiale for øget inddragelse af patienter. Inddragelse sker i dag primært ved at inddrage patientens fysiske og mentale ressourcer til egenomsorg, mens det i mindre grad handler om at inddrage patientens viden.

## 5.2 Diskussion

Undersøgelser blandt patienter om deres oplevelser af indlæggelse på hospitaler i Danmark peger på, at patienter i stigende grad ønsker at blive inddraget i beslutninger om plejen og behandlingen. Men flere patienter oplever, at de bliver utilstrækkeligt inddraget – faktisk er det omkring hver femte patient, der oplever, at de bliver for lidt inddraget i beslutninger om plejen og behandlingen (Freil & Lehmann 2009). En undersøgelse fra Odense Universitetshospital viser desuden, at over 40 procent af patienterne med diabetes, kræft og hjertesygdomme mener, at de kunne have bidraget mere med oplevelser og vurderinger i forbindelse med deres behandling (OUH 2011).

Når patienterne i ovennævnte undersøgelser giver udtryk for, at der er mulighed for forbedringer, fokuserer de på inddragelse af patienters viden og inddragelse af den enkelte patient i beslutninger om egen pleje og behandling. Når læger og sygeplejersker svarer på, hvordan de inddrager i praksis, er det primært inddragelse af patientens fysiske ressourcer, der er i fokus.

Undersøgelsens resultater indikerer således, at der kan være et potentiale i, at hospitalerne i højere grad sætter fokus på at inddrage patienternes viden i behandlingen – som supplement til fokus på de fysiske ressourcer. Det vil sikre, at hospitalerne i højere grad imødekommer patienternes ønske om øget inddragelse.

## 6. Patienters ønsker om – og mulighed for – inddragelse

I undersøgelsen er der spurgt til, hvordan læger og sygeplejersker vurderer patienternes ønsker om – og mulighed for – at blive inddraget i eget forløb (spørgsmål 10a-d).

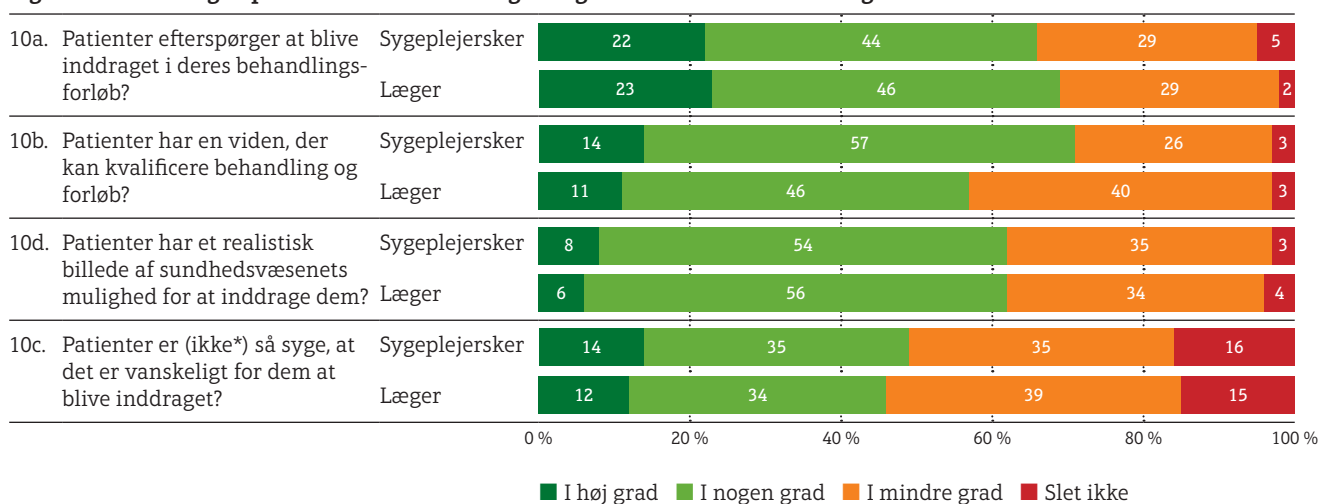
### 6.1 Resultater

Af figur 6.1 fremgår det, at cirka halvdelen af lægerne og sygeplejerskerne mener, at patienterne generelt er så syge (i høj grad eller i nogen grad), at det er vanskeligt for dem at blive inddraget. Cirka to ud af tre mener, at patienterne i høj grad eller i nogen grad har et realistisk billede af sundhedsvæsenets muligheder for at inddrage dem, mens cirka hver tredje svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke".

Mere end to tredjedele af lægerne og sygeplejerskerne svarer, at patienterne efterspørger at blive inddraget i beslutninger om deres behandling og pleje. Omkring hver fjerde (henholdsvis 23 procent og 22 procent) svarer "I høj grad", mens henholdsvis 46 procent og 44 procent svarer "I nogen grad". Det er således omkring hver tredje læge og sygeplejerske, der mener, at patienter generelt ikke efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb (i mindre grad/slet ikke).

Det er især lægerne, der er skeptiske overfor, om patienternes viden kan kvalificere behandlingsforløbet, idet 43 procent svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke". Derudover er der ikke væsentlige forskelle mellem lægers og sygeplejerskers opfattelse af patienternes ønsker om – og muligheder for – at blive inddraget.

**Figur 6.1. Vurdering af patienters ønsker om – og muligheder for – at blive inddraget**



\* I spørgeskemaets spørgsmål 10c spørges der om, hvorvidt lægerne og sygeplejerskerne oplever, at patienterne er for syge til at blive inddraget. I figuren er spørgsmål og svar vendt om, så de passer med de øvrige spørgsmål. De grønne bjælker viser således andelen af læger og sygeplejersker, der **ikke** mener at patienterne er for syge.



### **Delkonklusion**

Der er forskellige holdninger blandt læger og sygeplejersker til, hvorvidt patienterne ønsker at blive inddraget, eller om patienterne er for syge til at blive inddraget. Forskellene ses både inden for og mellem faggrupperne. Det er især læger, der mener, at patienternes viden ikke kvalificerer behandling og forløb.

## **6.2 Diskussion**

Litteraturen peger på, at der blandt de sundhedsprofessionelle forekommer forskellige opfattelser af, om inddragelse kan lade sig gøre med bestemte typer af patienter eller i særlige kliniske situationer (Légaré et al. 2008). Behandlere har ofte en opfattelse af, at de ved, hvad bestemte typer af patienter ønsker i forhold til behandling og pleje, men ofte stemmer deres vurdering ikke overens med patientens faktiske ønsker (Mulley et al. 2012). Da motivationen til at inddrage fra personalets side er afgørende for, om patienter er villige til at involvere sig (Schwappach & Wernli 2010), kan sådanne opfattelser have stor betydning for, hvordan og hvor meget patienter inddrages i egne behandlingsforløb.

At læger og sygeplejersker selv vælger, hvilke patienter de finder egnede til at inddrage, kan være årsag til, at patienterne oplever at blive inddraget utilstrækkeligt. Det kan ske, hvis læger og sygeplejersker fejlagtigt fravælger at inddrage patienter, som faktisk ønsker at blive inddraget. Resultaterne peger på, at der mangler viden og forskning om, hvilke patienter bør inddrages, og i hvilke situationer eller faser i et forløb det er relevant at inddrage dem.

Selektionen kan være et problem, da den kan medvirke til, at de sundhedsprofessionelle tilgodeser aktive og psykisk velfungerende patienter. Derved kan selektionen være en medvirkende faktor til ulighed blandt patienter i sundhedsvæsenet. Inddragelse er ikke en standardiseret del af praksis i dag, og derfor ikke en mulighed, som patienter systematisk får og kan sige aktivt fra overfor. At patienterne har mulighed for at foretage et aktivt fravalg betragtes også som inddragelse – men denne form for inddragelse er ikke mulig, når man ikke systematisk arbejder med at inddrage patienter (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet 2013).

## 7. Rammer og vilkår – betydning og vurdering

I undersøgelsen er det belyst, hvordan læger og sygeplejersker vurderer rammer og vilkår for inddragelse (spørgsmål 12a-i). Det er også belyst i hvilken grad, læger og sygeplejersker vurderer, at disse rammer og vilkår er vigtige for at kunne inddrage patienterne (spørgsmål 13a-i).

### 7.1 Resultater

I figur 7.1a. og 7.1b. ses læger og sygeplejerskers vurdering af de eksisterende rammer og vilkår for inddragelse. Resultaterne er sammenstillet med læger og sygeplejersker vurdering af, hvor vigtige disse rammer og vilkår er for at kunne inddrage patienterne. Herved skabes der et billede af, hvad der ud fra læger og sygeplejerskers synspunkter er væsentligst at arbejde med på hospitalerne med henblik på at muliggøre inddragelse af patienterne i praksis.

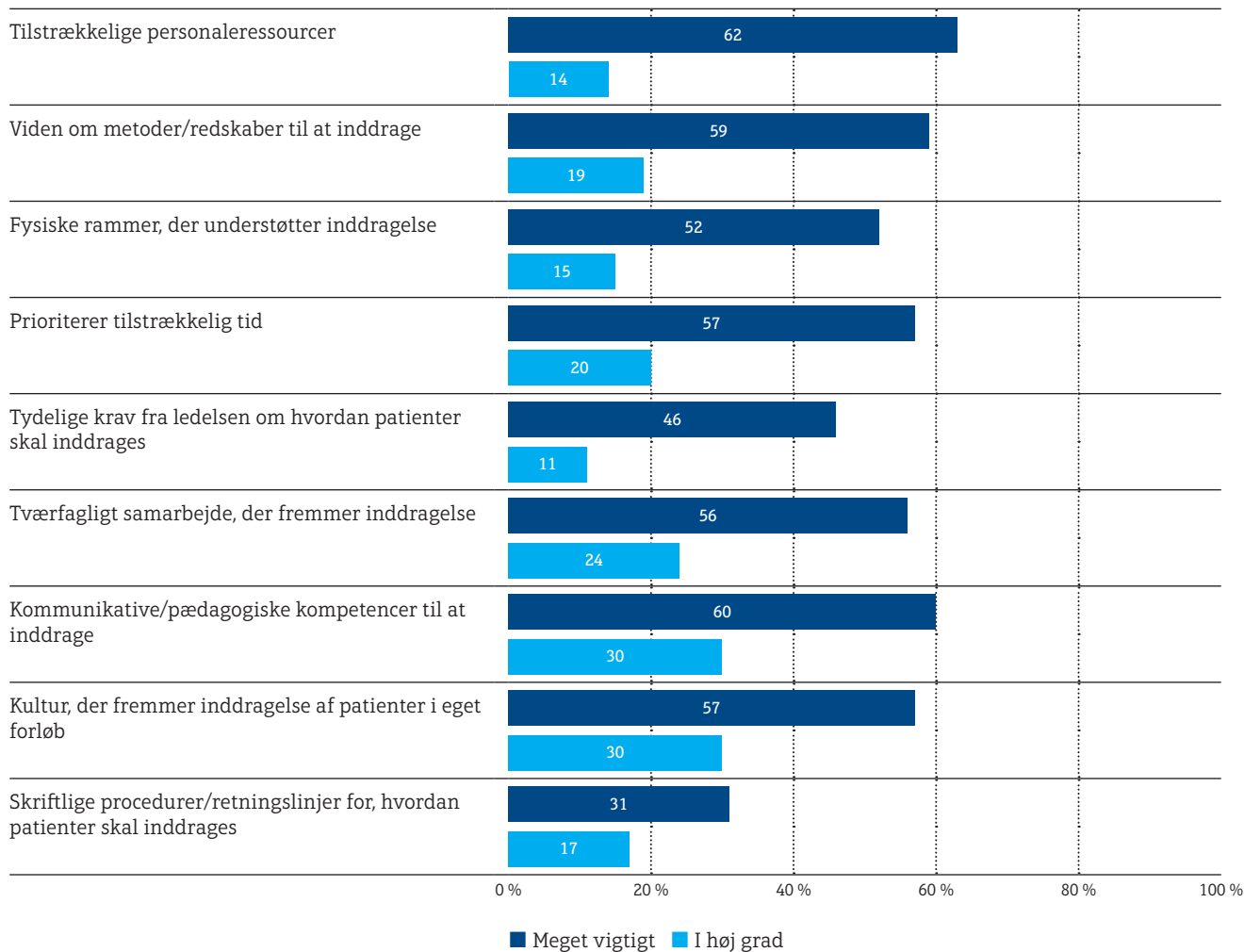
For sygeplejerskerne hænger det at have optimale rammer og vilkår primært sammen med personaleressourcer, at have viden om metoder til inddragelse og med prioritering af tid. Hos lægerne hænger det primært sammen med personaleressourcer, de fysiske rammer og med prioritering af tid.

Mindre end hver femte læge og sygeplejerske oplever, at der i høj grad er tilstrækkelig tid, personaleressourcer og fysiske rammer til at kunne understøtte inddragelsen af patienter. Samtidig svarer mere end halvdelen, at dette er vigtige forudsætninger for at kunne inddrage patienterne i praksis.

Sygeplejerskerne oplever i mindre grad end lægerne, at de har viden om metoder og redskaber til inddragelse af patienter. Relativt flere sygeplejersker end læger vurderer desuden, at netop viden og redskaber er meget vigtige for at kunne inddrage. (59 procent af sygeplejerskerne og 40 procent af lægerne).

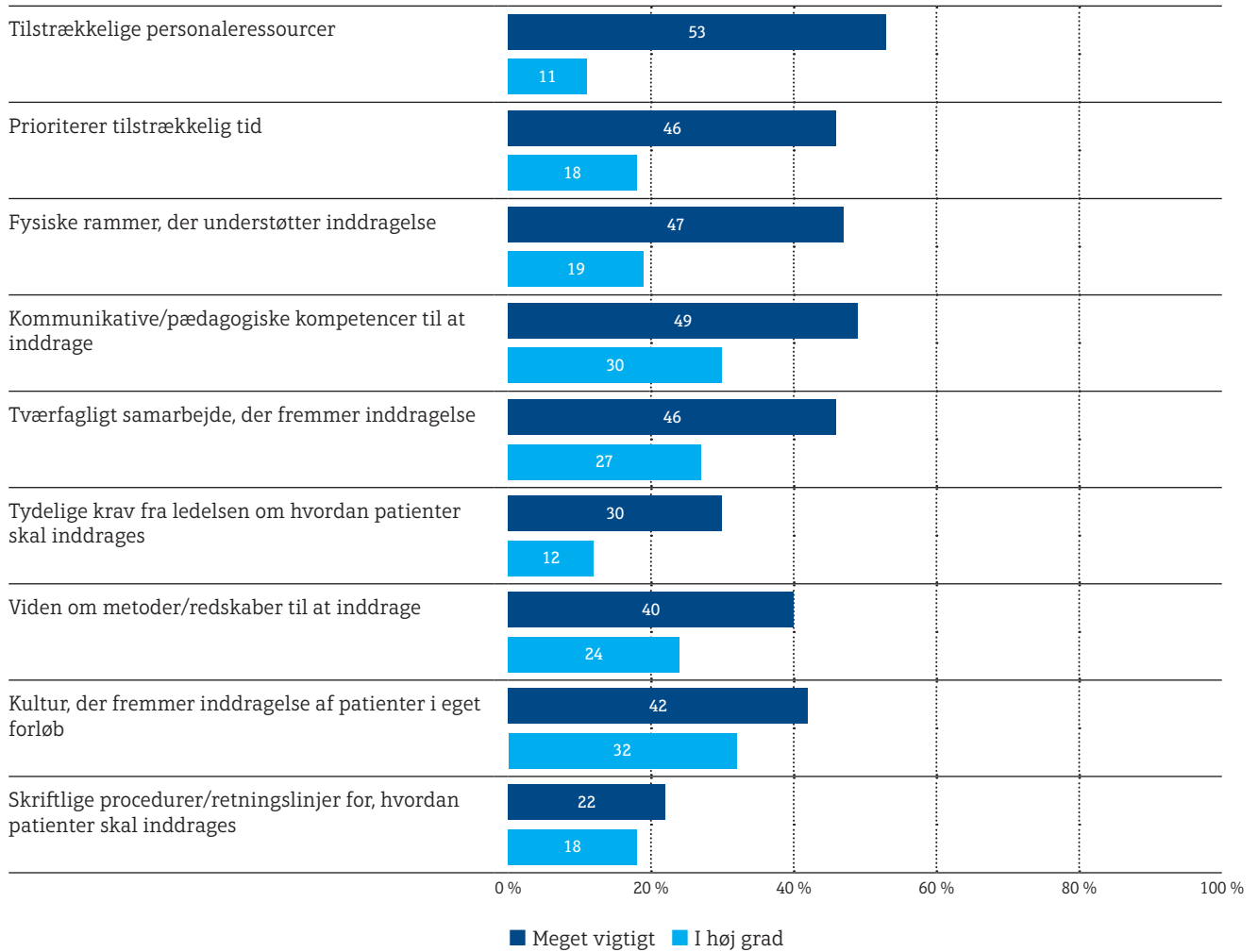
Der er relativt få læger og sygeplejersker, der oplever, at der på afdelingerne er relevante skriftlige procedurer og retningslinjer for, hvordan patienterne skal inddrages. Men de vurderer samtidigt ikke, at de skriftlige procedurer og retningslinjer hører til blandt de primære ting, man skal arbejde med på hospitalerne, når det kommer til inddragelse af patienter.

**Figur 7.1a. Sygeplejerskers vurdering af rammer og vilkår for patientinddragelse (praksis og betydning)**



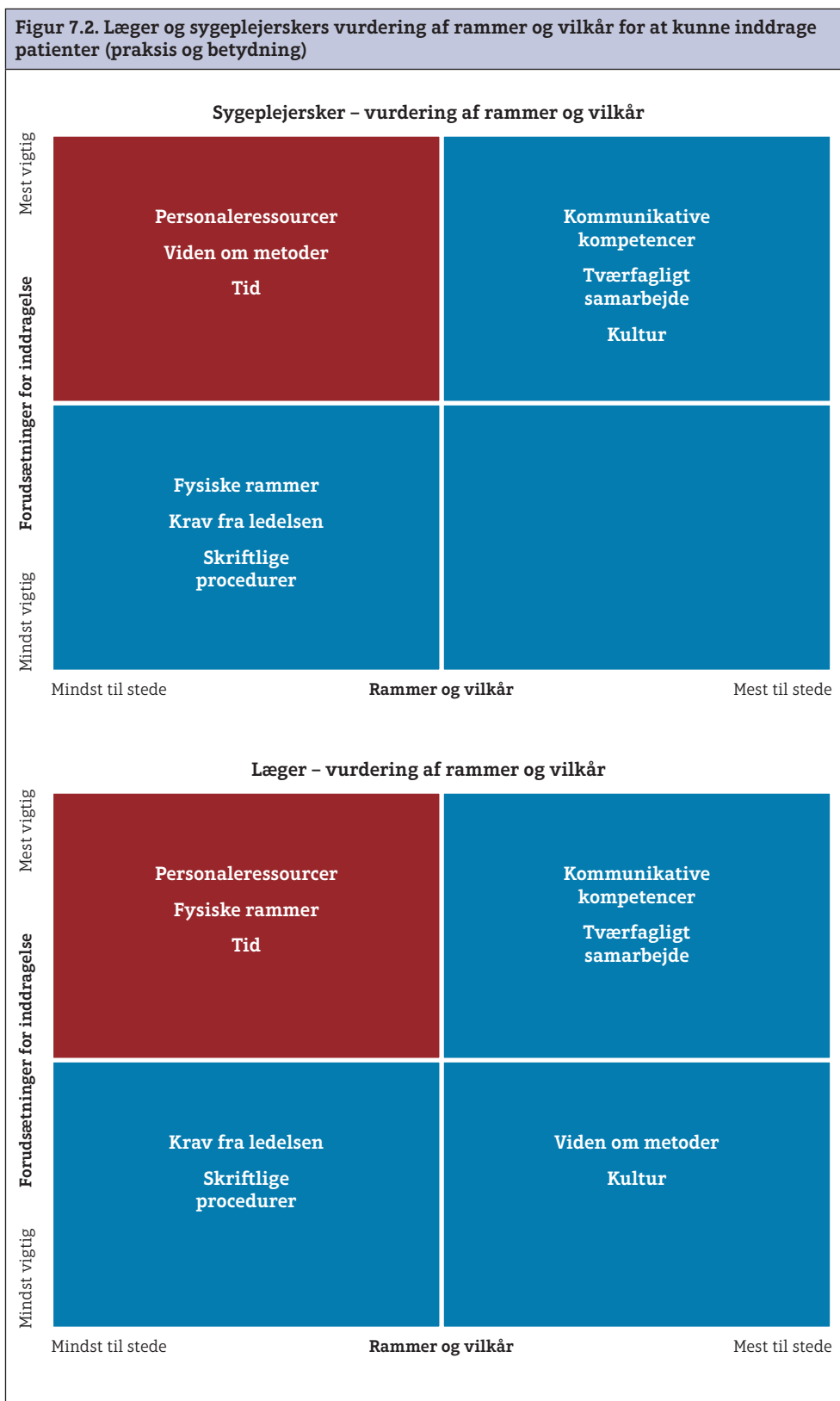
\* Spørgsmålene er sorteret, så de emner, hvor der er størst forskel mellem vurderingen af henholdsvis vigtighed og praksis, vises øverst i figuren, mens de emner, hvor der er mindst forskel, ses nederst i figuren.

**Figur 7.1b. Lægers vurdering af rammer og vilkår for patientinddragelse (praksis og betydning)**



\* Spørgsmålene er sorteret, så de emner, hvor der er størst forskel mellem vurderingen af henholdsvis vigtighed og praksis, vises øverst i figuren, mens de emner, hvor der er mindst forskel, ses nederst i figuren.

I figur 7.2. ses en skematisk fremstilling af sammenhængene mellem, hvor vigtige henholdsvis sygeplejersker og læger finder de ni angivne rammer og vilkår, og hvorvidt de vurderer, at de ni emner er vigtige forudsætninger for at kunne inddrage patienterne. Det øverste venstre kvadrat med rød baggrund viser de emner, der i kombination er vigtigst og fungerer dårligst i praksis.



### **Delkonklusion**

Læger og sygeplejersker oplever udfordringer i forhold til tilstedeværelsen af tilstrækkelige rammer og vilkår, og samtidig fremgår det, at de i vid udstrækning finder gode rammer og vilkår vigtige for at kunne inddrage patienterne. Det er især tid, personaleressourcer, fysiske rammer og viden om metoder, der opleves som barrierer for patientinddragelse.

## **7.2 Diskussion**

Studier peger på, at dårlige eller utilstrækkelige rammer og vilkår i form af personaleressourcer, tid og fysiske rammer kan være barrierer for at inddrage patienterne i daglig praksis (Enheden for Brugerundersøgelser 2013, ViBIS 2013). At inddrage patienter skal ledelsesmæssigt prioriteres, organiseres og diskuteres som en opgave, der kræver professionelle kompetencer og understøttende systemer (Holm-Petersen & Navne 2013).

Svarene fra lægerne og sygeplejerskerne peger på, at en forudsætning for at kunne implementere patientinddragelse bredt i det danske sundhedsvæsen er, at lederne prioriterer tid, fysiske rammer og personaleressourcer til opgaven. Der er desuden behov for at understøtte lægerne og sygeplejerskerne med mere viden om metoder til inddragelse af patienterne.

## 8. Forståelser af patientinddragelse

I undersøgelsen er det belyst, hvordan læger og sygeplejersker primært forstår inddragelse af patienter (spørgsmål 9). Respondenterne er blevet bedt om at prioritere op til tre emner, der bedst svarer til deres forståelse. De tre prioriterede svar er valgt ud fra en svarliste med ni emner og en mulighed for at svare "Andet".

### 8.1 Resultater

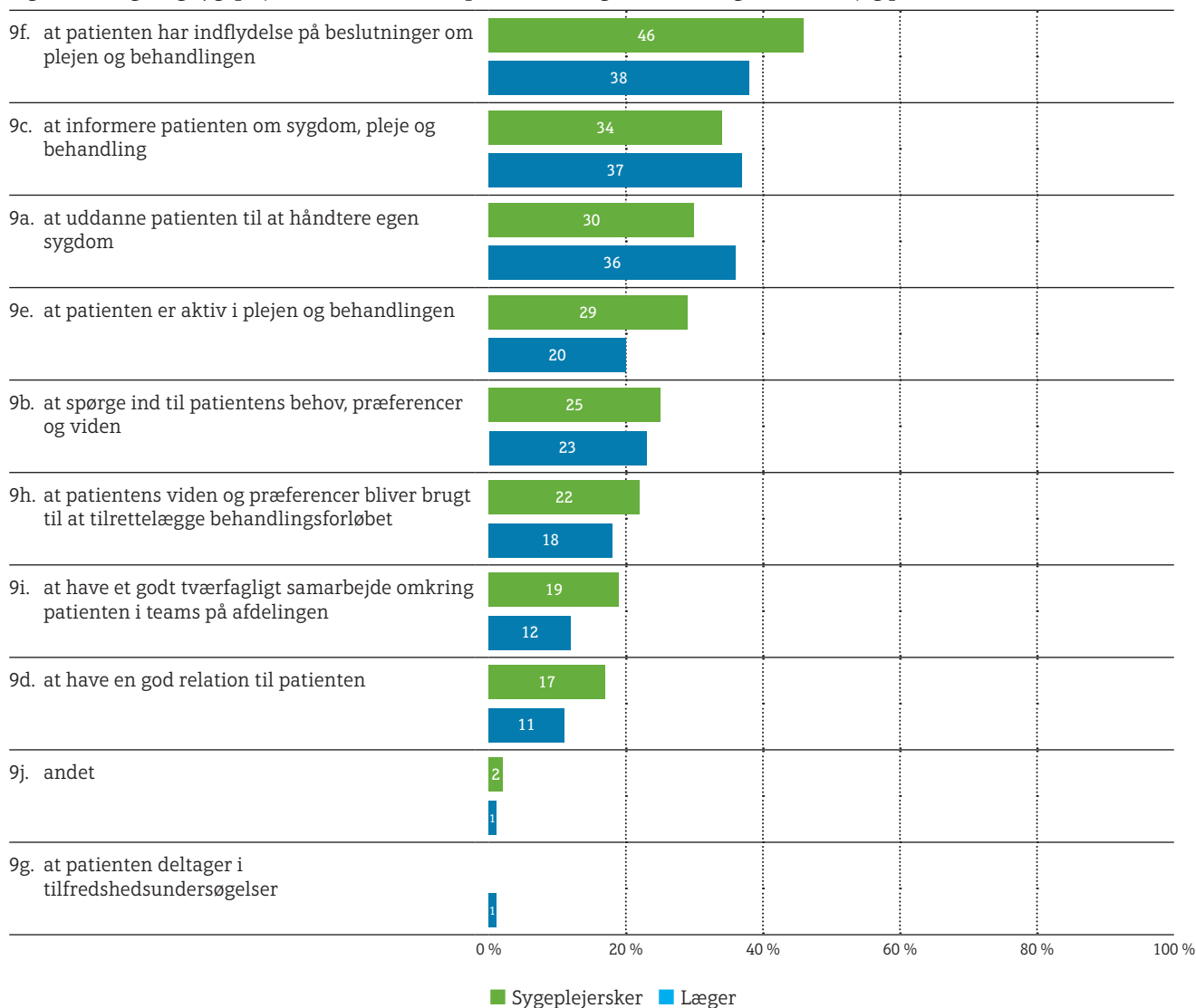
Af figur 8.1. ses det, hvordan lægers og sygeplejerskers primære forståelser af patientinddragelse fordeler sig på de 10 svarmuligheder i undersøgelsen. Øverst ses de emner, som flest har blandt deres primære forståelser, og nederst ses de emner, som færrest har blandt deres primære forståelser. Når et emne ikke er blandt lægers og sygeplejerskers primære forståelse, er det dog ikke ensbetydende med, at det ligger uden for deres forståelse.

Det fremgår af den øverste del af figuren, at 46 procent af sygeplejerskerne og 38 procent af lægerne svarer, at de primært forstår inddragelse af patienter som dét, at patienten har indflydelse på beslutninger om pleje og behandling. Cirka hver tredje mener, at det primært handler om dét at informere patienten (henholdsvis 34 procent og 38 procent). Disse forståelser ligger meget tæt op ad det lovbestemte krav om *informeret samtykke*, hvor patienten på baggrund af information samtykker til en konkret behandling.

Sygeplejersker og læger forstår dernæst primært inddragelse af patienter som dét at uddanne patienten (henholdsvis 30 procent og 36 procent) og som dét, at patienten er aktiv (henholdsvis 29 procent og 20 procent). Ud fra disse forståelser handler inddragelse af patienter om *egenomsorg*.

Færre læger og sygeplejersker har i deres "Top Tre" en forståelse af, at inddragelse af patienter handler om at spørge ind til patienternes behov, præferencer og viden (henholdsvis 25 procent og 23 procent), eller at det handler om at sikre, at patientens viden og præferencer bliver brugt i tilrettelæggelsen af det enkelte behandlingsforløb (henholdsvis 22 procent og 18 procent). Dette er grundelementer i eksempelvis *fælles beslutningstagen*, der er en metode til patientinddragelse.

**Figur 8.1. Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse ("Inddragelse forstår jeg primært som ...")**



\* Respondenterne er blevet bedt om at prioritere op til tre emner, der bedst svarer til deres forståelse af inddragelse. Det er sket ud fra en liste med ni konkrete emner samt en "andet"-kategori.

At inddragelse af patienter drejer sig om at have et godt tværfagligt samarbejde og at have en god relation til patienten er heller ikke en del af "Top Tre" – selv om det dog næsten er hver femte sygeplejerske, der svarer dette. Umiddelbart handler denne forståelse i højere grad om at være patientorienteret og i mindre grad om at inddrage patienten, idet samarbejdet som udgangspunkt sker omkring og for patienten og ikke nødvendigvis med patienten.

Der er stort set ingen læger og sygeplejersker, der mener, at patientinddragelse primært handler om, at patienten deltager i patienttilfredshedsundersøgelser. Tilfredshedsundersøgelser er en form for organisatorisk inddragelse, der ligger uden for denne undersøgelses fokusområde, idet denne undersøgelse handler om at inddrage patienter i egen behandling og eget forløb.



Generelt er der stort sammenfald mellem læger og sygeplejerskers prioriteringer af forståelser. Læger har dog i højere grad end sygeplejerskerne en forståelse af, at inddragelse primært handler om at informere og uddanne patienterne, mens sygeplejerskerne i højere grad end lægerne primært forstår inddragelse som dét, at patienten er aktiv og har indflydelse. For sygeplejerskerne handler patientinddragelse også i højere grad end for lægerne om at have et godt tværfagligt samarbejde omkring patienten og have en god relation til patienten.

### **Delkonklusion**

Resultaterne viser, at læger og sygeplejersker har forskellige opfattelser af, hvad der primært forstås som inddragelse af patienter. Det gælder både mellem faggrupper og inden for faggrupper. At inddrage patienter handler ifølge de fleste læger og sygeplejersker primært om at give patienterne indflydelse på beslutninger om pleje og behandling samt at informere og uddanne dem. Det handler i mindre udstrækning om, at lægerne og sygeplejerskerne skal efterspørge den viden, som patienterne har, og at denne viden skal sættes aktivt i spil i forbindelse med behandlingen.

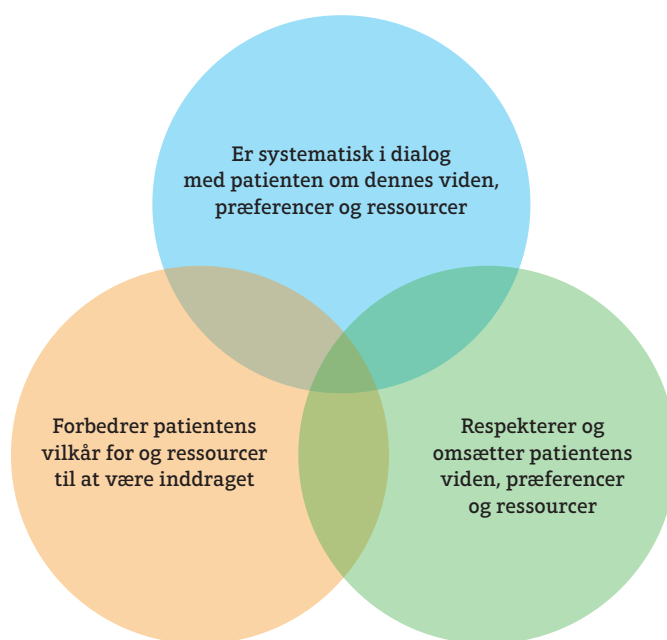
## **8.2 Diskussion**

Undersøgelser peger på, at forskellige forståelser af, hvad patientinddragelse betyder, kan være en væsentlig barriere for succesfuld implementering af patientinddragelse på hospitalerne (Færch & Harder 2009, Forbat et al. 2008). Forskellige forståelser skaber forskellige mål for inddragelsen og dermed forskellige forventninger til patientens rolle som bruger af sundhedsvæsenet (Holm-Petersen & Navne 2013).

Der findes ikke i dag – hverken nationalt eller internationalt – en klar og almen accepteret definition af patientinddragelse. Der er derfor både i den politiske retorik og i den faglige praksis en række meget forskellige fortolkninger af, hvad indsatsen for inddragelse af patienter kan rumme (Færch 2008). Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet har med udgangspunkt i dansk og international litteratur udarbejdet kriterier for patientinddragende indsatser i sundhedsvæsenet (figur 8.2.1). Kriterierne indeholder tre elementer, der tilsammen beskriver idealet for en samlet inddragelsesproces. Hvert af de tre elementer kan være af varierende vigtighed – afhængig af både individuelle faktorer og af, hvilken fase i et samlet patientforløb, der er tale om.

Vurderer man undersøgelsens resultater inden for disse kriterier, samler de primære forståelser sig omkring det første kriterium (orange) og lægger sig dermed tæt op ad det lovbestemte krav om informeret samtykke og om at aktivere og uddanne patienterne. Lægernes og sygeplejerskernes primære forståelser vedrører i mindre grad de to øvrige cirkler, som handler om, at man efterspørger patienternes viden, præferencer og behov og inddrager disse i behandlingen. Tværfagligt samarbejde og en god relation til patienterne falder uden for rammerne af patientinddragelse i denne forståelsesramme.

**Figur 8.2.1. Kriterier for patientinddragende indsatser i sundhedsvæsenet.**



*De tre elementer i individuel patientinddragelse og deres indbyrdes relation*

- De sundhedsprofessionelle giver information, der er tilpasset den enkelte patient, med henblik på systematisk at forbedre patientens vilkår for – og ressourcer til – at håndtere sygdomsforløb og til at indgå aktivt i beslutninger om – samt planlægning og gennemførelse af – behandling.
- De sundhedsprofessionelle er systematisk igennem hele behandlingsforløbet i dialog med patienten om patientens individuelle viden, præferencer og ressourcer i relation til håndtering af sygdomsforløb og i beslutning om – samt planlægning og gennemførelse af – behandling
- De sundhedsprofessionelle respekterer patientens viden, præferencer og ressourcer og lader systematisk denne viden indgå i beslutninger om planlægning og gennemførelse af behandling.

## 9. Forskelle mellem grupper

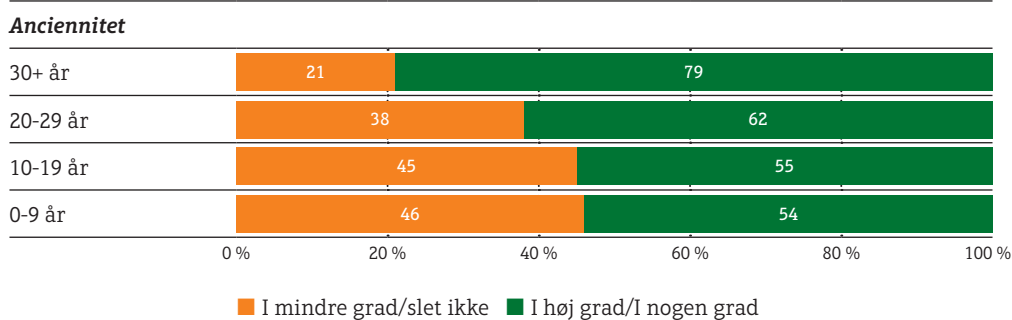
I dette afsnit præsenteres nogle af de mest markante sammenhænge, der er fundet i datamaterialet. På grund af datamaterialets størrelse er det ikke muligt at drage sikre konklusioner om forskelle mellem eksempelvis specialer og mellem lægelige ledere og ikke-ledere. En samlet oversigt over statistisk signifikante sammenhænge i forhold til anciennitet, køn og primær patientkontakt (akut, elektiv og ambulant) ses sidst i dette afsnit (figur 9.1. og figur 9.2.).

### 9.1 Resultater

#### 9.1.1 Anciennitet

Det er primært blandt lægerne, at der er fundet sammenhænge mellem anciennitet og opfattelsen af patientinddragelse. Læger med lang anciennitet er mere positive i forhold til de eksisterende rammer og vilkår for patientinddragelse end læger med kort anciennitet. Læger med lang anciennitet mener således i højere grad end deres yngre kollegaer, at de eksisterende skriftlige retningslinjer og procedurer er tilstrækkelige, at der prioriteres tilstrækkeligt med tid til inddragelse, og at der er tydelige krav fra ledelsen om, hvordan patienterne skal inddrages. Eksempelvis er det 54 procent af lægerne med 0-9 års anciennitet, der mener, at der er tilstrækkelige skriftlige procedurer og retningslinjer for patientinddragelse, mens det er 79 procent af lægerne med 30+ års anciennitet, der mener dette (figur 9.1.1.1.).

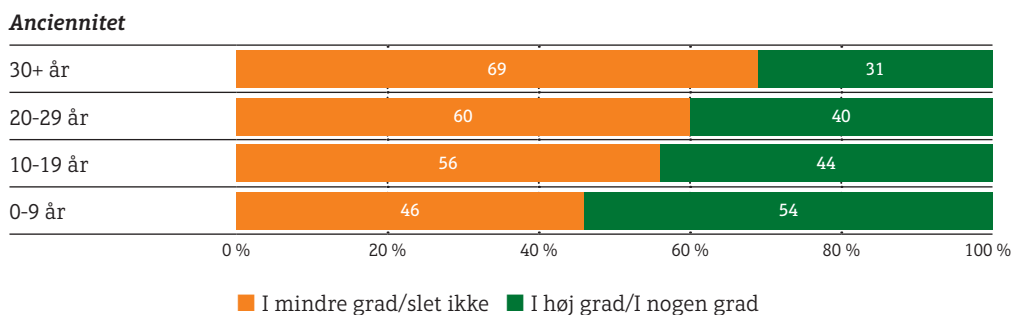
**Figur 9.1.1.1. Læger: Er der tilstrækkelige skriftlige retningslinjer/procedurer?**



Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for køn og patienttype/kontaktform.

Læger med lav anciennitet er til gengæld mere positive end læger med høj anciennitet, når det kommer til gevinsterne ved at inddrage patienterne (figur 9.1.1.2.). Således svarer 31 procent af lægerne med over 30 års anciennitet, at patientinddragelse kan frigøre ressourcer i afdelingen. Det samme gælder for 53 procent af lægerne med 0-9 års anciennitet.

**Figur 9.1.1.2. Læger: Kan patientinddragelse frigøre ressourcer i afdelingen?**



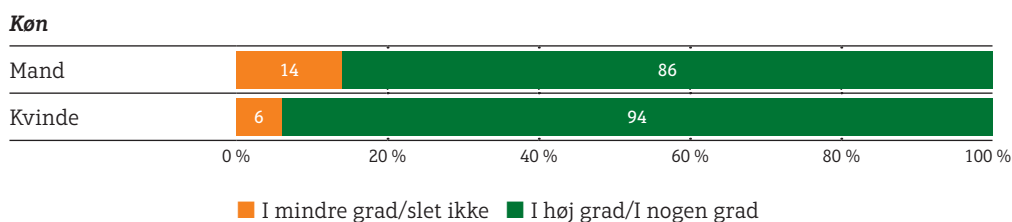
Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for køn og patienttype/kontaktform.

### 9.1.2 Køn

I undersøgelsen er der fundet forskelle mellem mænd og kvinder i forhold til, hvordan de vurderer inddragelse af patienter. Statistisk signifikante forskelle er primært fundet blandt lægerne, hvilket kan skyldes, at der er for få mandlige sygeplejersker i datamaterialet.

Det viser sig generelt, at mænd er mere kritiske end kvinder. Således mener 94 procent af de kvindelige læger, at patientinddragelse kan øge kvaliteten i behandlingen, mens dette blot gælder for 86 procent af mændene (figur 9.1.2.1.).

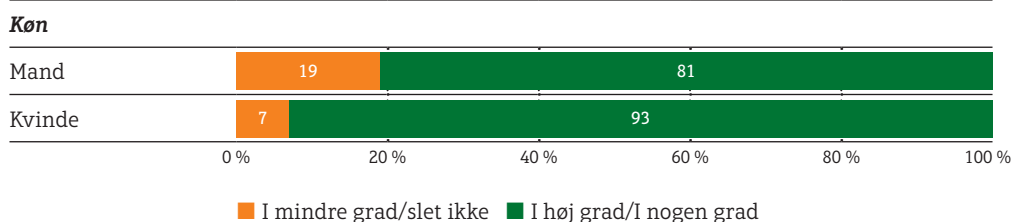
**Figur 9.1.2.1. Læger: Kan patientinddragelse øge kvaliteten i behandlingen?**



Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for anciennitet og patienttype/kontaktform.

Også blandt sygeplejerskerne mener kvinderne i højere grad end mændene, at patientinddragelse kan skabe sammenhæng i patientforløb. 93 procent af kvinderne svarer "I høj grad" eller "I nogen grad", mens det samme gælder for 81 procent af mændene (figur 9.1.2.2.).

**Figur 9.1.2.2. Sygeplejersker: Kan patientinddragelse skabe mere sammenhæng i forløb?**



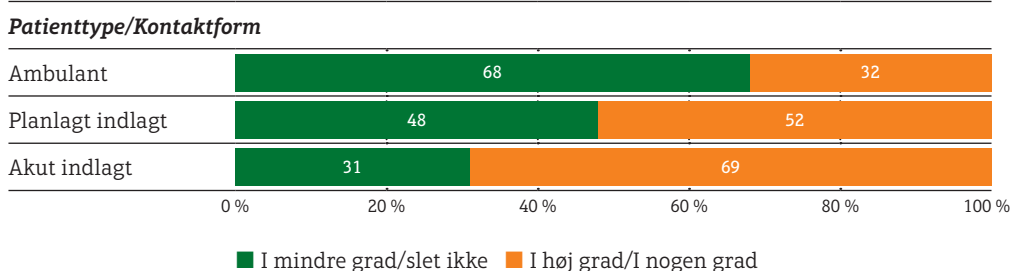
Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for anciennitet og patienttype/kontaktform.

### 9.1.3 Primær patientkontakt (Akut, elektiv, ambulant)

Der er fundet markante og statistisk signifikante forskelle i vurderingen og forståelsen af patientinddragelse alt afhængigt af, hvilke patienter lægerne og sygeplejerskerne primært er i kontakt med (henholdsvis ambulante, akutindlagte og elektive/planlagt indlagte patienter).

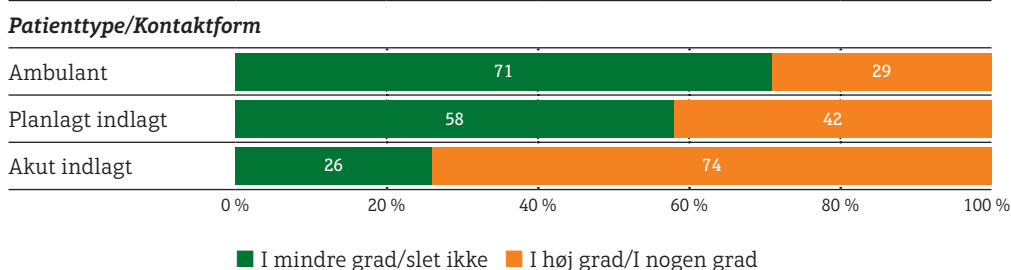
Sygeplejersker og læger, der primært arbejder med akut indlagte patienter, vurderer i højere grad end de øvrige læger og sygeplejersker, at patienter er for syge til at blive inddraget (figur 9.1.3.1., figur 9.1.3.2). Sygeplejersker, der arbejder med akut indlagte patienter, mener i mindre grad end de øvrige sygeplejersker, at patienterne generelt efterspørger at blive inddraget (figur 9.1.3.3.).

**Figur 9.1.3.1. Læger: Er patienter så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget?**



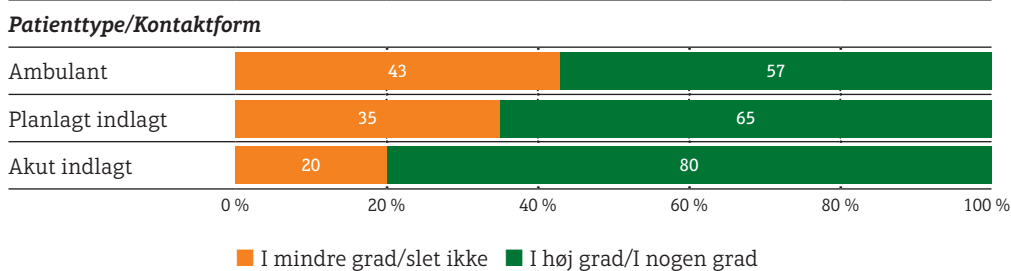
Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for køn og anciennitet.

**Figur 9.1.3.2. Sygeplejersker: Er patienter så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget?**



Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for køn og anciennitet.

**Figur 9.1.3.3. Sygeplejersker: Efterspørger patienter at blive inddraget?**



Ved logistisk regressionsanalyse er det konstateret, om forskellen i gruppernes vurdering er statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ), idet der er justeret for køn og anciennitet.

**Figur 9.1. Læger – sammenhæng mellem vurderinger og baggrundsvariable.**

Grøn bekræfter kolonneoverskriften (fx at kvinder er mere positive end mænd), mens rød viser den omvendte sammenhæng.

	Lav anciennitet mere positiv end høj anciennitet	Kvinder mere positive end mænd	Kontakt med akutindlagte mere positive end kontakt med planlagt indlagte	Kontakt med ambulante mere positive end kontakt med planlagt indlagte
10a. Patienter efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb				
10b. Patienter har en viden, der kan kvalificere behandling og forløb				
10c. Patienter er så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget				
10d. Patienter har et realistisk billede af sundhedsvæsenets mulighed for at inddrage dem				
11a. Kan styrke patienten i at drage egenomsorg				
11b. Kan frigøre ressourcer i afdelingen				
11c. Kan øge kvaliteten i behandling og pleje				
11d. Kan øge patienttilfredsheden				
11e. Kan øge patientsikkerheden				
11f. Kan øge arbejdsglæden blandt de sundhedsprofessionelle				
11g. Kan skabe mere sammenhæng i patientforløb				
11h. Kan skabe en mere ligeværdig relation mellem patient og sundhedsprofessionel				
12a. Kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb				
12b. Skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages				
12c. Prioriterer tilstrækkelig tid				
12d. Tilstrækkelige personaleresourcer				
12e. Fysiske rammer, der understøtter inddragelse				
12f. Tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse				
12g. Kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage				
12h. Viden om metoder/redskaber til at inddrage				
12i. Tydelige krav fra ledelsen om, hvordan patienter skal inddrages				

Statistisk signifikans er beregnet ved logistisk regression – med anciennitet, køn og patienttype/kontaktform som forklarende variable. De røde og grønne felter illustrerer statistisk signifikante sammengange på et 95-procents signifikansniveau.

**Figur 9.2. Sygeplejersker – sammenhæng mellem vurderinger og baggrundsvariable.**

Grøn bekræfter kolonneoverskriften (fx at kvinder er mere positive end mænd), mens rød viser den omvendte sammenhæng.

	Lav anciennitet mere positiv end høj anciennitet	Kvinder mere positive end mænd	Kontakt med akutindlagte mere positive end kontakt med planlagt indlagte	Kontakt med ambulante mere positive end kontakt med planlagt indlagte
10a. Patienter efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb				
10b. Patienter har en viden, der kan kvalificere behandling og forløb				
10c. Patienter er så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget				
10d. Patienter har et realistisk billede af sundhedsvæsenets mulighed for at inddrage dem				
11a. Kan styrke patienten i at drage egenomsorg				
11b. Kan frigøre ressourcer i afdelingen				
11c. Kan øge kvaliteten i behandling og pleje				
11d. Kan øge patienttilfredsheden				
11e. Kan øge patientsikkerheden				
11f. Kan øge arbejdsglæden blandt de sundhedsprofessionelle				
11g. Kan skabe mere sammenhæng i patientforløb				
11h. Kan skabe en mere ligeværdig relation mellem patient og sundhedsprofessionel				
12a. Kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb				
12b. Skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages				
12c. Prioriterer tilstrækkelig tid				
12d. Tilstrækkelige personaleressourcer				
12e. Fysiske rammer, der understøtter inddragelse				
12f. Tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse				
12g. Kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage				
12h. Viden om metoder/redskaber til at inddrage				
12i. Tydelige krav fra ledelsen om, hvordan patienter skal inddrages				

Statistisk signifikans er beregnet ved logistisk regression – med anciennitet, køn og patienttype/kontaktform som forklarende variable. De røde og grønne felter illustrerer statistisk signifikante sammengænge på et 95-procents signifikansniveau.

## 9.2 Diskussion

Forskelle i vurderinger af patientinddragelse mellem forskellige grupper af læger og sygeplejersker kan have betydning for, hvordan indsatser, der har til formål at øge patientinddragelse, skal målrettes og tilpasses i forhold til forskellige personalegrupper.

Forskning har påvist, at kvindelige læger er bedre end deres mandlige kollegaer til at bruge tid på kommunikation med patienten. De er mere patientcentrerede i deres kommunikation, og i samtaler fremkommer der flere partnerskabsudsagn fra både læger og patienter i forhold til samtaler mellem mandlige læger og patienter (Roter et al. 2002, Hall et al. 1994). Det er en interessant forskel, fordi tid til kommunikation er en central faktor i eksempelvis fælles beslutningstagen, hvor beslutning om pleje og behandling træffes i fællesskab mellem den sundhedsprofessionelle og patienten – dette med udgangspunkt i patientens behov, værdier og præferencer. Det betyder ikke, at kvinder a priori har bedre kommunikationsevner end mænd, men er udtryk for en kønsspecifik forskel i kulturel adfærd og selvforståelse (Knudsen 1996:44). Når både mænd og kvinder refererer til køn i deres måde at give mening til specifikke erfaringer og praksisser på, eksponerer de også kulturelle forestillinger om kønsforskelle, kønnenes væsen og kønnede erfaringer (Tjørnhøj-Thomsen 1996). Derfor kan det være relevant at have fokus på, om der er behov for at skabe forskellige rammer for lægens dialog med patienten alt efter, om der er tale om mandlige eller kvindelige læger – desuden, om der er behov for at fokusere på forskellene i de sundhedsfaglige uddannelser.

Når læger med høj anciennitet i større grad end deres yngre kollegaer oplever, at de skriftlige procedurer og kravene fra ledelsen er tilstrækkelige, kan det forklares med, at forudsætninger for en patientinddragende adfærd – fra de ældre lægers synspunkt – opbygges via erfaringer. Læger og sygeplejersker med høj anciennitet oplever i større grad end deres yngre kollegaer, at de med deres erfaring og autoritet kan håndtere at blive udfordret på fagligheden (ViBIS 2013). Ud fra denne tolkning kan der argumenteres for, at retningslinjer, vejledninger og krav er mindre nødvendige, da inddragelse af patienter øges jo mere erfaring, de sundhedsprofessionelle får. Læger og sygeplejersker med kort anciennitet ser håndteringen af "ekspert-patienter" som en del af deres faglighed og uddannelse (ViBIS 2013). Det kan eventuelt være forklaringen på, at yngre læger har et mere positivt syn på de gevinster, der kan opnås ved patientinddragelse i forhold til deres mere erfarne kollegaer. Patientinddragelse indgår i højere grad end tidligere som en del af de sundhedsprofessionelles uddannelsesforløb, hvilket kan være medvirkende til at skabe bevidsthed om gevinsterne ved inddragelse. De forskellige syn på rammer, vilkår og gevinster kan således være relateret til, at der hersker forskellige forståelser om, hvad patientinddragelse er, og at der er forskelle i indholdet af den uddannelse, som læger med lav og høj anciennitet har modtaget.

Undersøgelser peger på, at effekterne af patientinddragelse i form af fælles beslutningstagen primært kan opnås i behandling af patienter, der har flere og længerevarende kontakter til sundhedsvæsenet – eksempelvis mennesker med kroniske sygdomme, som går i jævnlig ambulant kontrol (Joosten et al. 2008). Når læger og sygeplejersker på afdelinger, der primært har akutindlagte patienter, oplever, at patienterne generelt er for syge til at blive inddraget og generelt ikke efterspørger inddragelse, kan det handle om, at det reelt er vanskeligere at inddrage patienterne meningsfuldt på disse afdelinger. Resultaterne af denne undersøgelse peger dog på, at der er vilje blandt de sundhedsprofessionelle til at inddrage akutindlagte patienter, idet stort set alle læger og sygeplejersker (også på akutafdelingerne) finder det



vigtigt at inddrage patienterne. Personalet på akutafdelingerne efterspørger dog metoder og redskaber til inddragelse.

Resultaterne peger således på, at der kan være behov for særlig opmærksomhed i forskningen på, om inddragelse kan praktiseres på afdelinger med akutindlagte patienter – og i givet fald, hvordan man gør det. Der kan desuden være et behov for, at viden om metoder til inddragelse i stigende grad videreformidles til de sundhedsprofessionelle.

## 10. Konklusion og perspektivering

Undersøgelsen viser, at der blandt læger og sygeplejersker er stor vilje til at inddrage patienterne, og at læger og sygeplejersker generelt ser en række gevinster ved inddragelsen. Det positive syn skaber et godt grundlag for at implementere patientinddragelse som en del af praksis på de danske hospitaler.

Men undersøgelsen peger samtidig på en række barrierer, som kan være årsag til, at potentialet for patientinddragelse i praksis endnu ikke er opfyldt på hospitalerne. Det er dels relateret til patienternes evne til – og ønsker om – at blive inddraget og dels knyttet til de udfordringer, der er med de gældende rammer og vilkår for inddragelse – herunder for få personaleressourcer, mangel på tid, mangelfulde fysiske rammer og mangel på viden om metoder til inddragelse.

En forudsætning for at implementere patientinddragelse bredt i det danske sundhedsvæsen er, at ledelsen på hospitalerne i højere grad prioriterer tid og personaleressourcer til opgaven. Der er desuden behov for at understøtte læger og sygeplejersker med mere viden om metoder til at inddrage patienterne. Det viser svarene fra læger og sygeplejersker understøttet af litteraturen.

Forskellige forståelser af, hvad patientinddragelse er, kan være en væsentlig barriere for at implementere patientinddragelse i praksis på hospitalerne. Flest læger og sygeplejersker forstår primært patientinddragelse som det informerede samtykke og som dét at understøtte patienten i at være aktiv og yde egenomsorg. Der er færre læger og sygeplejersker, som mener, at patientinddragelse primært handler om at spørge ind til patienternes behov, præferencer og viden, og at patienternes viden og præferencer skal bruges til at tilrettelægge behandlingsforløbet.

Det har en dokumenteret effekt på den faglige kvalitet og på patienternes oplevelse af forløbet, når man spørger ind til patienternes viden og præferencer – og bruger dette til at træffe beslutninger om behandlingsforløbet. Dette praktiseres eksempelvis ved fælles beslutningstagen og brugerstyret behandling, hvor behandlingen i højere grad tilrettelægges ud fra patienternes individuelle præferencer og behov.

Patienterne giver i undersøgelserne om patientoplevelser primært udtryk for, at de kan bidrage med nyttig viden, og at de ønsker mere inddragelse i beslutningerne om behandlingen og plejen. Når patienter på de danske hospitaler svarer, at de bliver for lidt inddraget, kan det skyldes, at den gældende praksis for inddragelse på hospitalerne primært fokuserer på at informere og understøtte patienterne i egenomsorg (ved at inddrage patienternes fysiske ressourcer). Dette i modsætning til at fokusere på at efterspørge patienternes viden, præferencer og værdier for at bruge denne viden i tilrettelæggelsen af behandlingen og plejen.

Undersøgelsen her vidner om, at der – til trods for en klar rangordning af emner – er forskellige forståelser blandt læger og sygeplejersker af, hvad patientinddragelse primært handler om. Det gælder både inden for og mellem faggrupperne. Det er således afgørende, at der skabes en klar forståelse af begrebet og retning for anvendelse af dokumenterede metoder for at kunne implementere patientinddragelse i praksis.

Undersøgelsen bidrager til en forståelse af de vilkår, som sygeplejersker og læger oplever, og de forståelser, de har i forhold til inddragelse af patienter. Dette er et nødvendigt grundlag for, at sundhedsvæsenet kan arbejde målrettet mod at udvikle viden, organisering, kompetencer og metoder, som kan gøre det lettere og mere meningsfuldt for hospitalerne og den enkelte medarbejder at inddrage den enkelte patient i egen behandling. Endelig peger undersøgelsen på et behov for mere forskning i patientinddragelse herunder i forståelsen af patientinddragelse, og hvilke redskaber der skal til for at understøtte øget inddragelse.

# Litteratur

**Bauman AE, Fardy H & Harris PG.**

Getting it right: Why bother with patient-centered care? Medical Journal Aust. 2003; 179;253-6.

**Bertakis KD & Azari R.**

Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. Journal of American Board Family Medicine 2011; 24; 229-39.

**Collins D.**

Pretesting Survey Instruments: An Overview of Cognitive Methods. Quality of Life Research, Vol. 12, No. 3, 2003; pp. 229-238.

**Coulter A.**

Patient Engagement – What works? J ambulatory Care Manage, Vol.35, no.2, 2012; pp. 80-89.

**Coulter A et al.**

Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. The Kings Fund, 2011.

**Coulter A & Ellins J.**

Patient-focused interventions: A review of the evidence. Picker Institute Europe and the health foundation, QQUIP – Quest for Quality and Improved Performance, 2006, London.

**Davis K, Haisfield L, Dorfman C, Krist A & Taylor KL.**

Physicians' attitudes about shared decision making for prostate cancer screening. Family Medicine, Vol. 43, No.4, April 2011.

**De Jong CAJ, de Weert GH et al.**

Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. Psychother Psychosom, Psychother Psychosom 2008; 77:219-226.

**Enheden for Brugerundersøgelser.**

På vej til mere patientcentreret pleje og behandling i Finsencentret, 2013.

**Forbat L, Hubbard G & Kearney N.**

Patient and public involvement: Models and muddles. Journal of Clinical Nursing 2008; 18; 2547-2554.

**Freil M & Knudsen JL.**

Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 2009; 171 (20):1694.

**Færch J & Harder I.**

Medinddragelse i egen pleje og behandling. Sygeplejersken, nr. 17, 2009.

**Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr. et al .**

Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J.Gen.Intern.Med. 1988; 3(5):448-57.

**GRUK (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling )**

... med pasientens øyne ... Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere, medarbeidere og pasienter, Norsk Sygeplejeforbund, 2011

**Hall JA, Irish JT, Roter DL et al.**

Gender in Medical Encounters: An Analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting. Health Psychology 1994, Vol. 13, No 5.

**Hansen HP.**

I grænsefladen mellem liv og død. Munksgaard Danmark 1995, 1. udgave, 4. oplag.

**Hewlett S, Kirwan J, Pollock J, Mitchell K, Hehir M, Blair PS, Memel D & Perry MG.**

Patient initiated outpatient follow up in rheumatoid arthritis: Six year randomised controlled trial. BMJ 2005 January, Vol. 330, No.7484.

**Holm-Petersen C, Navne LE.**

Ledelse af brugerinddragelse – Tre casebaserede eksempler. KORA 2013.

**IAPO**

What is patient-centred healthcare? A review of definitions and principles. International Alliance of Patients' organizations 2007, hentet 22.oktober 2012 på: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>

**IKAS**

Standard 2.1.2 – Patientens og pårørendes inddragelse som partnere. IKAS 2012.

**Jacobsen CB, Pedersen VH & Albeck K.**

Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut 2008.

**Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF & de Jong CAJ.**

Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. Psychother Psychosom 2008, Vol. 77, No.4.

**Knudsen, A.**

Her går det godt, send flere penge. Gyldendal Paperbacks 1996, København.

**Lassen LC.**

Compliance i almen praksis. Københavns Universitet, Institut for Almen Medicin 1989, København.

**Légaré F, Ratté S, Gravel K & Graham ID.**

Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Education and counseling December 2008, Vol. 73, No.3.

**Mulley A, Trimble C & Elwyn G.**

Patients' preferences matter: Stop the silent misdiagnosis. The King's Fund 2012, London.

**O'Brien MA, Ellis PM, Whelan TJ, Charles C, Gafni A, Lovrics P, Mukherjee D & Hodgson N.**

Physician-related facilitators and barriers to patient involvement in treatment decision making in early stage breast cancer: Perspectives of physicians and patients. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations 2011. OUH. <http://www.ouh.dk/wm358640> hentet 19/6 2013

**Picker Institute**

Dimensions of patient-centered care. Hentet august 2012 på: <http://www.nrcpicker.com/member-services/eight-dimensions-of-pcc/>

**Salzburg Global Seminar**

Salzburg statement on shared decision making. BMJ 2011; 342:d1745 (Accessed on 07 April 2011).

**Schwappach DLB, Wernli M.**

Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. Qual Saf Health Care 2010;19:e9.

**Tjørnhøj-Thomsen T (1996)**

Det føles ikke-mandigt på en måde. Mænd og infertilitet. Kvinder, køn og forskning, 8. årgang, Vol. 3; p. 71-89

**Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)**

Sundhedsprofessionelles forståelse af patientinddragelse – en kvalitativ undersøgelse, 2013, København.

**Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)**

Tema om brugerstyret kontakt <http://www.vibis.dk/tema/brugerstyret-kontakt> (hentet oktober 2013)

**Weingart S N, Zhu J, Chiappetta L et al.**

Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. Int J Qual Health Care June 2011; 23(3): 269–277.

**Wise Tambuyzer , Guido Pieter ande Chatal van Audenhove.**

Patient involvement in mental health care: One size fits not all. Article first published online 10 November 2011. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743. Health Expectations.

**Roter DL, Hall JA, Aoki Y.**

Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. JAMA, 2002; Vol 288, No 6.

**Schwappach DLB & Wernli M.**

Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. Qual Saf Health Care 2010;19:e9.



**DEL 3**  
**Bilag**



## BILAG 1

# Beskrivelse af deltagerne

### Køn

Hovedparten af respondenterne i undersøgelsen er kvinder – 60 procent af lægerne og 96 procent af sygeplejerskerne.

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Mand	154	40 %	30	4 %
Kvinde	235	60 %	637	96 %
<b>Total</b>	<b>389</b>		<b>667</b>	

### Anciennitet

Blandt sygeplejerskerne er der en meget jævn fordeling i forhold til anciennitet, idet der er cirka en fjerdel, der ligger inden for hver af de fire grupper. To tredjedele af lægerne i undersøgelsen har en kort anciennitet (0-9 år).

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
0-9 år	247	67 %	166	25 %
10-19 år	100	21 %	159	24 %
20-29 år	24	6 %	172	26 %
30+ år	15	5 %	166	25 %
<b>Total</b>	<b>386</b>		<b>663</b>	

### Region

De fleste af deltagerne i undersøgelsen arbejder i Region Hovedstaden. Det gælder for 43 procent af lægerne og for 28 procent af sygeplejerskerne.

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Hovedstaden	169	43 %	187	28 %
Midtjylland	66	17 %	163	24 %
Nordjylland	35	9 %	96	14 %
Sjælland	54	14 %	68	10 %
Syddanmark	67	17 %	158	24 %
<b>Total</b>	<b>391</b>		<b>672</b>	

## Afdeling/speciale

Deltagerne fordeler sig jævnt inden for de 28 angivne specialer.

Hvilken afdeling/sundhedsfagligt speciale arbejder du indenfor?	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Øre-næse-hals	14	3,57 %	12	1,78 %
Urologi	8	2,04 %	19	2,82 %
Thoraxkirurgi	1	0,26 %	12	1,78 %
Psykiatri	27	6,89 %	48	7,13 %
Plastikkirurgi	2	0,51 %	5	0,74 %
Paraklinisk diagnostisk	10	2,55 %	0	0 %
Ortopædkirurgi	21	5,36 %	40	5,94 %
Oftalmologi	7	1,79 %	6	0,89 %
Neurologi	22	5,61 %	19	2,82 %
Neurokirurgi	2	0,51 %	5	0,74 %
Klinisk onkologi	13	3,32 %	19	2,82 %
Kirurgisk gastroenterologi	24	6,12 %	20	2,97 %
Kirurgi	13	3,32 %	29	4,31 %
Karkirurgi	4	1,02 %	9	1,34 %
Intern medicin: reumatologi	7	1,79 %	3	0,45 %
Intern medicin: nefrologi	5	1,28 %	23	3,42 %
Intern medicin: lungesygdomme	10	2,55 %	16	2,38 %
Intern medicin: kardiologi	17	4,34 %	41	6,09 %
Intern medicin: infektionsmedicin	9	2,30 %	4	0,59 %
Intern medicin: hæmatologi	5	1,28 %	9	1,34 %
Intern medicin: geriatri	10	2,55 %	15	2,23 %
Intern medicin: gastro/hæpatologi	14	3,57 %	14	2,08 %
Intern medicin: endokrinologi	11	2,81 %	15	2,23 %
Gynækologi og obstetrik	26	6,63 %	36	5,35 %
Dermato-venerologi	5	1,28 %	2	0,30 %
Børne- og ungdomspsykiatri	9	2,30 %	8	1,19 %
Anæstesiologi	42	10,71 %	96	14,26 %
Andet	27	6,89 %	109	16,20 %
Akutmodtagelse/Skadestue	27	6,89 %	39	5,79 %
<b>Total</b>	<b>392</b>		<b>673</b>	
<i>Der er desuden 81 (34 sygeplejersker og 47 læger), der har pædiatri som speciale. Besvarelser fra pædiatri indgår ikke i undersøgelsen.</i>				

### Afdelinger med direkte patientkontakt

87,3 procent af alle deltagerne er ansat i en afdeling, der er direkte involveret i behandling, pleje, og/eller træning/genoptræning af patienter. De resterende 12,7 procent af respondenterne indgår ikke yderligere i undersøgelsen, da undersøgelsen er afgrænset til at omfatte læger og sygeplejersker, der arbejder på afdelinger med direkte patientkontakt.

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Ja	440	81,6 %	721	91,2 %
Nej	99	18,4 %	70	8,8 %
<b>Total</b>	<b>539</b>	<b>100,0 %</b>	<b>791</b>	<b>100,0 %</b>

### Ledelse

92,8 procent af alle deltagerne har svaret, at de ikke har formel personaleledelse. Kun 3,3 procent af lægerne (13 læger) har svaret, at de har personaleledelse, mens den tilsvarende andel for sygeplejerskerne er 9,4 procent (63 sygeplejersker).

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Ja	13	3,3 %	63	9,4 %
Nej	377	96,7 %	606	90,6 %
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100,0 %</b>	<b>669</b>	<b>100,0 %</b>

### Akut, elektiv, ambulant

43,9 procent af deltagerne har primært kontakt med akutindlagte patienter. Det er primært lægerne, der arbejder på afdelinger med akutindlagte (54,3 procent)

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
Akutindlagte	207	54,3 %	251	37,9 %
Ambulante	113	29,7 %	173	26,1 %
Elektive/Planlagte	61	16,0 %	238	36,0 %
<b>Total</b>	<b>381</b>	<b>100,0 %</b>	<b>662</b>	<b>100,0 %</b>

### Gennemsnitlig indlæggelsestid

Hovedparten af deltagerne (57,9 procent af lægerne og 60,3 procent af sygeplejerskerne) arbejder på afdelinger, der har gennemsnitlige indlæggelsestider på over to døgn.

	Læger		Sygeplejersker	
	N	%	N	%
1-2 døgn	57	21,4 %	110	22,5 %
Over 2 døgn	154	57,9 %	294	60,3 %
Ved ikke	55	20,7 %	84	17,2 %
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>100,0 %</b>	<b>488</b>	<b>100,0 %</b>
<i>Omfatter ikke besvarelser fra læger og sygeplejersker, der arbejder med ambulante patienter.</i>				

## BILAG 2

# Spørgeskema om inddragelse af patienter i hospitalsvæsenet

### Spørgsmål om dig

1. Er du ansat i en afdeling, der er direkte involveret i behandling, pleje, og/eller træning/genoptræning af patienter?	Sæt kryds
Ja	
Nej	
<b>Hvis nej:</b> Vi vil gerne takke for din besvarelse og undskyldte ulejligheden. Denne undersøgelse retter sig alene mod ledere og medarbejdere, der er ansat i afdelinger, der er direkte involveret i behandling, pleje, og/eller træning/genoptræning af patienter. Da du ikke tilhører denne gruppe, falder du udenfor undersøgelsens fokus.	

2. Hvilken afdeling/sundhedsfagligt speciale arbejder du indenfor? (sæt ét kryds)				
Akutmodtagelse/Skadestue		Intern medicin: infektionsmedicin		Paraklinisk diagnostisk
Anæstesiologi		Intern medicin: lungesygdomme		Plastikkirurgi
Børne- og ungdomspsykiatri		Intern medicin: reumatologi		Psykiatri
Dermato-venerologi		Karkirurgi		Pædiatri
Gynækologi og obstetrik		Kirurgisk gastroenterologi		Skadestue
Intern medicin: gastro/hæpatologi		Kirurgi		Thoraxkirurgi
Intern medicin: hæmatologi		Klinisk onkologi		Urologi
Intern medicin: kardiologi		Neurokirurgi		Øre-næse-hals
Intern medicin: nefrologi		Neurologi		
Intern medicin: endokrinologi		Oftalmologi		Andet:
Intern medicin: geriatri		Ortopædkirurgi		

3. Har du formel personaleledelse?	Sæt kryds
Ja	
Nej	

4. Har du direkte patientkontakt?	Sæt kryds
Ja	
Nej	

5. Hvad er dit køn?	Sæt kryds
Kvinde	
Mand	

6. Hvornår blev du uddannet [sygeplejerske]/[læge (kandidatår)]?
Årstal:

7. Hvilke patienter har du primært kontakt med?	Sæt kryds
Akutindlagte	
Elektive/Planlagte	
Ambulante (gå til spm. 9)	

8. Hvad er den gennemsnitlige indlæggelsestid for dine patienter?	Sæt kryds
1-2 døgn	
Over 2 døgn	
Ved ikke	

**Spørgsmål om din forståelse af patientinddragelse** (Sæt kryds ud for de tre emner, der bedst svarer til din forståelse)

9. Inddragelse af patienter forstår jeg primært som...	Sæt max. tre kryds
a) ... at uddanne patienten til at håndtere egen sygdom?	
b) ... at spørge ind til patientens behov, præferencer og viden?	
c) ... at informere patienten om sygdom, pleje og behandling?	
d) ... at have en god relation til patienten?	
e) ... at patienten er aktiv i plejen og behandlingen?	
f) ... at patienten har indflydelse på beslutninger om plejen og behandlingen?	
g) ... at patienten deltager i tilfredshedsundersøgelser?	
h) ... at patientens viden og præferencer bliver brugt til at tilrettelægge behandlingsforløbet?	
i) ... at have et godt tværfagligt samarbejde omkring patienten i teams på afdelingen?	
Andet, skriv hvad:	

**Spørgsmål om patienters ønsker og muligheder for at blive inddraget**

10. I hvilken grad oplever du generelt, at patienter i din afdeling ... (Sæt ét kryds i hver række)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
a) ... efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb?					
b) ... har en viden (fx om egen sygdom og livssituation), der kan kvalificere deres behandling og forløb?					
c) ... er så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget?					
d) ... har et realistisk billede af sundhedsvæsenets mulighed for at inddrage dem?					

### Spørgsmål om oplevede fordele ved at inddrage patienter

11. I hvilken grad vurderer du at inddragelse af patienter kan ... (Sæt ét kryds i hver række)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
a) ... styrke patienten i at drage egenomsorg?					
b) ... frigøre ressourcer i afdelingen?					
c) ... øge kvaliteten i behandling og pleje?					
d) ... øge patienttilfredsheden?					
e) ... øge patientsikkerheden?					
f) ... øge arbejdsglæden blandt det sundhedsfaglige personale?					
g) ... skabe mere sammenhæng i patientforløb?					
h) ... skabe en mere ligeværdig relation mellem patient og sundhedsprofessionel?					

### Spørgsmål om din oplevelse af rammer og vilkår for at kunne inddrage patienter

12. I hvilken grad vurderer du, at... (Sæt ét kryds i hver række)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
a) ... din afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb?					
b) ... din afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages?					
c) ... din afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter?					
d) ... din afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter?					
e) ... din afdeling har fysiske rammer, der understøtter inddragelse af patienter?					
f) ... din afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb?					
g) ... personalet i din afdeling har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter?					
h) ... personalet i din afdeling har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter?					
i) ... ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling?					

**Spørgsmål om hvor vigtige rammer og vilkår er for at inddrage patienter**

13. Hvor vigtigt vurderer du det er, at ... (Sæt ét kryds i hver række)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
a) ... din afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb?					
b) ... din afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages?					
c) ... din afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter?					
d) ... din afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter?					
e) ... din afdeling har fysiske rammer, der understøtter inddragelse af patienter?					
f) ... din afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb?					
g) ... personalet i din afdeling har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter?					
h) ... personalet i din afdeling har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter?					
i) ... ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling?					

**Spørgsmål om hvor vigtigt det er at inddrage patienter**

14. Hvor vigtigt synes du det er, at patienten bliver inddraget i pleje og behandling (Sæt ét kryds)	Meget vigtigt	Vigtigt	Mindre vigtigt	Slet ikke vigtigt	Ved ikke

**Spørgsmål om hvordan du og din afdeling inddrager patienter**

15. I hvilken grad vurderer du at ... (Sæt ét kryds i hver række)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
a) ... du selv inddrager patienter? (udfyldes kun hvis du har direkte patientkontakt)					
b) ... personalet i din afdeling inddrager patienter?					
c) ... personalet i din afdeling inddrager patientens viden i behandlingen og plejen?					
d) ... at personalet i din afdeling udnytter patientens fysiske ressourcer til egenomsorg?					
e) ... at personalet i din afdeling udnytter patientens mentale ressourcer til egenomsorg?					
f) ... at personalet i din afdeling støtter patienten i at have indflydelse på pleje- og behandlingsforløb?					

**16. Hvad skal der til i din afdeling for at patienter inddrages mere:**

--

**Andet**

**17. Hvis du har kommentarer til skemaet eller til inddragelse af patienter, må du meget gerne anføre dem i boksen nedenfor:**

--

**18. Ønsker du at deltage i lodtrækningen om 4 × 3 flasker god rødvin, bedes du skrive dit navn og kontaktoplysninger her**  
(oplysningerne vil kun blive brugt til at identificere vinderne):

--

**Mange tak for din besvarelse.**



BILAG 3

Samlede tabeller for spørgsmål 10-15

LÆGER	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	N	ANDEL_POSITIVE
10a. Patienter efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb? (345)	23%	46%	29%	2%	345	69%
10b. Patienter har en viden (fx om egen sygdom og livssituation), der kan kvalificere deres behandling og forløb? (344)	11%	46%	40%	3%	344	57%
10c. Patienter er så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget? (348)	15%	39%	34%	12%	348	54%
10d. Patienter har et realistisk billede af sundhedsvæsenets mulighed for at inddrage dem? (314)	6%	56%	34%	4%	314	62%
11a. Patientinddragelse kan styrke patienten i at drage egenomsorg? (336)	65%	31%	4%	.	336	96%
11b. Patientinddragelse kan frigøre ressourcer i afdelingen? (326)	11%	38%	40%	11%	326	49%
11c. Patientinddragelse kan øge kvaliteten i behandling og pleje? (335)	46%	44%	8%	1%	335	91%
11d. Patientinddragelse kan øge patienttilfredsheden? (336)	68%	30%	2%	.	336	98%
11e. Patientinddragelse kan øge patientsikkerheden? (323)	36%	50%	14%	0%	323	86%
11f. Patientinddragelse kan øge arbejdsglæden blandt det sundhedsfaglige personale? (311)	31%	50%	17%	2%	311	81%
11g. Patientinddragelse kan skabe mere sammenhæng i patientforløb? (320)	41%	46%	12%	2%	320	87%
11h. Patientinddragelse kan skabe en mere ligeværdig relation mellem patient og sundhedsprofessionel? (328)	41%	45%	12%	2%	328	87%
12a. Min afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (322)	32%	44%	21%	2%	322	76%
12b. Min afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages? (281)	18%	38%	33%	11%	281	56%
12c. Min afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter? (312)	18%	38%	37%	7%	312	56%
12d. Min afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter? (320)	11%	34%	43%	13%	320	45%
12e. Min afdeling har fysiske rammer (fx samtalerum), der understøtter inddragelse af patienter? (329)	19%	33%	32%	15%	329	53%
12f. Min afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (313)	27%	46%	21%	6%	313	73%

12g. Personalet har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter? (310)	30%	51%	17%	2%	310	81%
12h. Personalet har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter? (300)	24%	42%	30%	3%	300	66%
12i. Ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling? (300)	12%	28%	42%	19%	300	40%
13a. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (323)	42%	50%	7%	1%	323	92%
13b. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages? (319)	22%	38%	34%	7%	319	60%
13c. Hvor vigtigt er det, at din afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter? (321)	46%	47%	6%	1%	321	93%
13d. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter? (324)	53%	41%	6%	1%	324	94%
13e. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har fysiske rammer (fx samtalerum), der understøtter inddragelse af patienter? (323)	47%	41%	10%	1%	323	89%
13f. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (321)	46%	44%	10%	1%	321	90%
13g. Hvor vigtigt er det, at personalet i din afdeling har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter? (322)	49%	43%	7%	1%	322	92%
13h. Hvor vigtigt er det, at personalet i din afdeling har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter? (321)	40%	50%	9%	1%	321	89%
13i. Hvor vigtigt er det, at ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling? (316)	30%	45%	22%	3%	316	75%
14. Hvor vigtigt synes du det er, at patienten bliver inddraget i pleje og behandling? (324)	51%	46%	2%	.	324	98%
15a. I hvilken grad inddrager du selv patienter? (315)	43%	51%	6%	0%	315	94%
15b. I hvilken grad inddrager personalet i din afdeling patienter? (305)	30%	62%	9%	0%	305	91%
15c. I hvilken grad inddrager personalet i din afdeling patientens viden i behandlingen og plejen? (288)	23%	54%	23%	1%	288	77%
15d. I hvilken grad udnytter personalet i din afdeling patientens fysiske ressourcer til egenomsorg? (285)	39%	45%	15%	1%	285	84%
15e. I hvilken grad udnytter personalet i din afdeling patientens mentale ressourcer til egenomsorg? (286)	37%	48%	12%	2%	286	86%
15f. I hvilken grad støtter personalet i din afdeling patienten i at have indflydelse på pleje- og behandlingsforløb? (292)	30%	54%	15%	1%	292	84%

<b>SYGEPLEJERSKER</b>	<b>I høj grad</b>	<b>I nogen grad</b>	<b>I mindre grad</b>	<b>Slet ikke</b>	<b>N</b>	<b>ANDEL_POSITIVE</b>
10a. Patienter efterspørger at blive inddraget i deres behandlingsforløb? (602)	22%	44%	29%	5%	602	66%
10b. Patienter har en viden (fx om egen sygdom og livssituation), der kan kvalificere deres behandling og forløb? (603)	14%	57%	26%	3%	603	71%
10c. Patienter er så syge, at det er vanskeligt for dem at blive inddraget? (609)	16%	35%	35%	14%	609	51%
10d. Patienter har et realistisk billede af sundhedsvæsenets mulighed for at inddrage dem? (554)	8%	54%	35%	3%	554	62%
11a. Patientinddragelse kan styrke patienten i at drage egenomsorg? (593)	73%	23%	4%	0%	593	96%
11b. Patientinddragelse kan frigøre ressourcer i afdelingen? (578)	16%	34%	37%	13%	578	50%
11c. Patientinddragelse kan øge kvaliteten i behandling og pleje? (588)	57%	36%	5%	1%	588	94%
11d. Patientinddragelse kan øge patienttilfredsheden? (588)	65%	33%	3%	0%	588	97%
11e. Patientinddragelse kan øge patientsikkerheden? (570)	41%	44%	14%	2%	570	85%
11f. Patientinddragelse kan øge arbejdsglæden blandt det sundhedsfaglige personale? (569)	45%	44%	10%	1%	569	89%
11g. Patientinddragelse kan skabe mere sammenhæng i patientforløb? (574)	53%	39%	6%	1%	574	93%
11h. Patientinddragelse kan skabe en mere ligeværdig relation mellem patient og sundhedsprofessionel? (585)	56%	37%	6%	1%	585	93%
12a. Min afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (576)	30%	49%	19%	2%	576	79%
12b. Min afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages? (539)	17%	40%	31%	12%	539	57%
12c. Min afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter? (566)	20%	43%	30%	7%	566	63%
12d. Min afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter? (572)	14%	39%	37%	10%	572	53%
12e. Min afdeling har fysiske rammer (fx samtalerum), der understøtter inddragelse af patienter? (574)	15%	28%	32%	25%	574	43%
12f. Min afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (564)	24%	43%	29%	4%	564	67%

12g. Personalet har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter? (571)	30%	50%	19%	2%	571	80%
12h. Personalet har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter? (564)	19%	51%	27%	3%	564	70%
12i. Ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling? (552)	11%	31%	41%	17%	552	43%
13a. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har en kultur, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (555)	57%	37%	5%	1%	555	94%
13b. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har relevante skriftlige procedurer/retningslinjer for, hvordan patienter skal inddrages? (551)	31%	47%	19%	2%	551	79%
13c. Hvor vigtigt er det, at din afdeling prioriterer tilstrækkelig tid til at inddrage patienter? (555)	57%	37%	5%	1%	555	94%
13d. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har tilstrækkelige personaleressourcer til at inddrage patienter? (556)	62%	33%	4%	1%	556	95%
13e. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har fysiske rammer (fx samtalerum), der understøtter inddragelse af patienter? (555)	52%	33%	12%	2%	555	86%
13f. Hvor vigtigt er det, at din afdeling har et tværfagligt samarbejde, der fremmer inddragelse af patienter i eget forløb? (555)	56%	38%	5%	1%	555	94%
13g. Hvor vigtigt er det, at personalet i din afdeling har kommunikative/pædagogiske kompetencer til at inddrage patienter? (558)	60%	35%	3%	1%	558	95%
13h. Hvor vigtigt er det, at personalet i din afdeling har tilstrækkelig viden om metoder/redskaber til at inddrage patienter? (555)	59%	35%	4%	1%	555	94%
13i. Hvor vigtigt er det, at ledelsen stiller tydelige krav om, hvordan patienter skal inddrages i din afdeling? (553)	46%	42%	10%	2%	553	88%
14. Hvor vigtigt synes du det er, at patienten bliver inddraget i pleje og behandling? (556)	71%	28%	1%	.	556	99%
15a. I hvilken grad inddrager du selv patienter? (527)	45%	50%	4%	1%	527	95%
15b. I hvilken grad inddrager personalet i din afdeling patienter? (545)	35%	55%	9%	0%	545	90%
15c. I hvilken grad inddrager personalet i din afdeling patientens viden i behandlingen og plejen? (544)	28%	54%	18%	1%	544	81%
15d. I hvilken grad udnytter personalet i din afdeling patientens fysiske ressourcer til egenomsorg? (529)	42%	44%	12%	2%	529	86%
15e. I hvilken grad udnytter personalet i din afdeling patientens mentale ressourcer til egenomsorg? (535)	38%	49%	12%	1%	535	87%
15f. I hvilken grad støtter personalet i din afdeling patienten i at have indflydelse på pleje- og behandlingsforløb? (540)	32%	50%	16%	2%	540	82%

## BILAG 4

# Kommentarer om rammer og vilkår for patientinddragelse

Dette afsnit opsummerer de områder vedrørende rammer og vilkår for patientinddragelse, som flest respondenter har kommenteret på. Afsnittet er baseret på besvarelser fra 588 respondenter, der har svaret på følgende spørgsmål (spørgsmål 16):

*Hvad skal der til i din afdeling for at patienter inddrages mere?*

Respondenternes svar på dette spørgsmål er for de flestes tilfælde en uddybning af de øvrige besvarelser i undersøgelsen. Her beskriver læger og sygeplejersker deres konkrete erfaringer med – og ønsker til – patientinddragelse med fokus på rammer og vilkår. Dette afsnit kan være med til at skabe et billede og en forståelse af de behov, som respondenterne ønsker opfyldt for at kunne inddrage patienterne. Denne opsummering bliver understøttet af citater og kan give inspiration til det videre arbejde med patientinddragelse.

Neden for findes korte beskrivelser af parametrene tid, personaleressourcer, kultur, fysiske rammer, viden og ledelse, da de fleste besvarelser i kommentarfeltet vedrører disse. For at fremme læsevenligheden, har vi i nogle af citaterne indsat ord eller brudstykker af sætninger. Dette er angivet med [...].

### Tid

Læger og sygeplejersker oplever, at der er behov for flere ressourcer, hvis de skal være i stand til at inddrage patienterne mere, end det er tilfældet i dag. Respondenterne efterspørger ressourcer både i form af mere tid og personale, men fremhæver tiden som den primære forudsætning for inddragelse. Mere eksplicit fremhæver flere, at de i forvejen løber stærkt for at nå de nuværende obligatoriske opgaver, og at inddragelse derfor bliver en nødvendig nedprioritering:

*Der skal mere tid til. Sådan som det er nu, bliver det nedprioriteret, fordi der er for travlt, og fordi de handlinger, der skal finde sted 'her og nu' bliver flere og flere, fordi patienterne bliver dårligere og dårligere.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, THORAXKIRURGI

En læge fra infektionsmedicinsk afdeling understreger samme pointe. Hun fremhæver også, at mere tid er en forudsætning for ordentlig og ansvarlig inddragelse:

*Den største hindring for patientinddragelse er tid! Der er ikke tilstrækkeligt med personale til både at varetage de akutte opgaver og at have tid til at inddrage patienterne på en ordentlig, ansvarlig og god måde. Altså er den største mangel nok personale, sådan at der bliver frigivet mere tid til den enkelte patient.*

LÆGE, KVINDE, INFEKTIONSMEDICIN

En sygeplejerske uddyber, hvordan mere tid kan give en mere målrettet behandling. Det kan ske ved, at personalet i højere grad får mulighed for at inddrage patienternes viden og behov. Flere udtrykker, at mere tid til den enkelte patient er en forudsætning for bedre kvalitet af inddragelsen:

*[Der er brug for] bedre tid til at få planlagt behandlingen og plejen ud fra den enkelte patients viden, egenomsorgskapacitet, behov osv., frem for det er personalets behov for at udføre den 'rigtige' sygepleje. Det nytter ikke, at vi planlægger hele forløbet med praktiske gøremål, der hedder ernæring, daglige bade, medicin, undersøgelser osv., hvis patientens behov er at få snakket om seksuelle problemstillinger, angst for døden, ensomhed etc.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, KARDIOLOGI

Respondenterne forklarer, at man kan frigive mere tid, hvis man bruger mindre energi på dokumentation og samtidigt tilfører flere personaleressourcer. En sygeplejerske fra psykiatrien beskriver, hvordan mere tid kan hjælpe på inddragelsen af patienter i hendes arbejde og hvilken gavn, det vil have for patienten:

*Patienter med skizofreni er ikke altid til stede i den virkelige verden og kan derfor have svært ved at tage rationelle beslutninger. Det kan derfor være vanskeligt at anvende deres erfaringer og oplevelser, da de ofte befinder sig i en psykotisk verden. Men hvis vi fik flere personaleressourcer, så der blev bedre tid til at samtale med de patienter og dermed få dem bragt ud af deres akutte forværring, kunne man hurtigere få inddraget patienterne i behandlingsforløbet, så de får indflydelse på efterforløbet mm.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, PSYKIATRI

### **Personaleressourcer**

Læger og sygeplejersker efterspørger ikke blot mere tid, men også flere personaleressourcer. Flere fremhæver, at de to ting hænger sammen. En sygeplejerske nævner, at de gerne vil inddrage mere, men at meget af arbejdet i stedet handler om "brandslukning":

*[Der er brug for] flere personalemæssige ressourcer, idet en stor del af tiden p.t. går til 'brandslukningsopgaver' pga. overbelægning, dårlige patienter og knappe ressourcer. Sygeplejerskerne har en intention og et ønske om mere patientinddragelse, men har desværre ikke ressourcerne til det.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, KARDIOLOGI

Sygeplejersken føler, at der er utilstrækkelige personaleressourcer, og at det tvinger personalet til at nedprioritere patientinddragelse. Dette bliver bakket op af en anden sygeplejerske, der i samme forbindelse udtrykker, hvordan en ikke-tilstrækkelig inddragelse præger den faglige tilfredshed i en negativ retning:

*Vi er ressourcemæssigt blevet trængt så hårdt, at patientinddragelse er noget, vi ofte må gå på kompromis med. Det er fagligt vildt frustrerende.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, GERIATRI

En læge mener, at inddragelse af patienter sætter den faglige kvalitet under pres med de nuværende vilkår:

*Såfremt sundhedsvæsenet skal kunne rumme en øget patientinddragelse, skal der tilføres massive ressourcer for at undgå en betydelig nedgang i den faglige kvalitet. Man kan ikke nå det hele.*

LÆGE, MAND, UROLOGI

Flere respondenter nævner desuden, at mere komplekse sygdomsbilleder øger behovet for personaleressourcer, hvis man skal inddrage patienterne på en tilfredsstillende måde.

## Kultur

Læger og sygeplejersker beskriver, hvordan kultur er et parameter, der har betydning for patientinddragelse. Nogle giver udtryk for, at der i dag ikke er en kultur for at inddrage patienterne i beslutningerne om deres behandlingsforløb. I stedet er det de sundhedsprofessionelle, der tager sig af dette. En sygeplejerske italesætter behovet for en kulturforandring:

*[Der er brug for] at der arbejdes på at ændre gamle kulturer ved fx i højere grad at inddrage patienterne i vurderinger og beslutninger i stedet for at vurdere på deres vegne.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, PSYKIATRI

En anden respondent følger op på dette med en kommentar om, at kulturen er præget af en mangel på anerkendelse af, at patienterne ved, hvad der er bedst for dem selv:

*Det handler blandt andet om, at personalet anerkender, at man ikke kan forvalte andre menneskers liv ud fra, hvad man selv synes. Det ville svare til, at tjeneren på restauranten bestemmer, hvad man skal have at spise.*

SYGEPLEJERSKE, MAND, PSYKIATRI

En sygeplejerske oplever, at personalet er bevidst om at inddrage, men at inddragelsen i høj grad handler om at informere patienten. Patienterne har derfor ikke mulighed for at sige til og fra:

*[Der er brug for] at vi italesætter, hvad det vil sige at inddrage den enkelte patient i sit eget forløb. Jeg tror, at vi går rundt og tror, at vi inddrager vores patienter rigtig meget, men at virkeligheden kan være en anden. Vi informerer vores patienter rigtig, men jeg har en fornemmelse af, at vores kultur ikke altid giver plads til, at den enkelte patient kan få sagt til og fra. Vi taler meget vores gode sag med vores høje faglighed. Jeg tror, vores adfærd bærer præg af meget envejskommunikation, hvor vi informerer patienterne i forhold til alle de parametre, vi bliver målt på og for at den enkelte patient kan se sig selv i alt det, så må vi drøfte, hvad patientinddragelse er for os. For mig er den optimale patientinddragelse, når vi kombinerer vores faglige viden og erfaring med den enkelte patients viden, erfaring og behov, som så kan føre til en plan for pleje eller behandling.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, GERIATRI

Sygeplejersken understreger også, at det er vigtigt, at der bliver talt om, hvad patientinddragelse er, så man kan blive bevidst om den kultur, der eksisterer.

## Fysiske rammer

Læger og sygeplejersker forklarer, at ordentlige fysiske forhold er en forudsætning for at kunne inddrage patienterne. I den forbindelse fremhæver en stor del af respondenterne, at det er nødvendigt med rum til samtaler:

*[Der er brug for] flere samtalerum, der skaber mulighed for en rolig og uforstyrret samtale med patienten.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, PLASTIKKIRURGI

En sygeplejerske forklarer, at det er nødvendigt med samtalerum, så man ikke skal tale med patienten foran andre:

*Vi mangler bedre fysiske rammer i afdelingen, dette i form af samtalerum.  
"[Der er brug for] flere patientstuer, så vi ikke skal informere patienterne på gangen og lignende.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, KARDIOLOGI

### Viden

Læger og sygeplejersker efterspørger viden om – og uddannelse i – patientinddragelse. Det handler både om at skabe klarhed over, hvad inddragelse betyder, men også om hvordan man inddrager i praksis. En sygeplejerske beskriver her, hvilken viden hun finder nødvendig for at kunne inddrage patienterne:

*[Der er brug for] undervisning i, hvad der menes med øget patientinddragelse.  
[Man bør] drøfte situationer eller eksempler for at tydeliggøre, hvad der menes.  
[Der skal være] klare retningslinjer for, hvor man kan – og ikke kan – følge patienternes ønske om medindflydelse. Patientinddragelse er jo ikke blot at informere, hvorefter patienten samtykker. [Det ville være godt] evt. at se en film med gode og dårlige eksempler.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, ANDET

Ovennævnte respondent efterspørger blandt andet retningslinjer på området. Flere nævner dog, at flere retningslinjer ikke vil være fordrende for inddragelse. Til gengæld udtrykker flere et ønske om at få kendskab til konkrete metoder at inddrage patienterne på:

*Vi skal have mere fokus på emnet og tale mere om konkrete måder dette kan foregå på. Vi skal arbejde med metoder, så det giver mening for personalet at inddrage patienterne mere, og ikke kun udarbejde flere retningslinjer på området.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, PSYKIATRI

I ovenstående citat fremgår det, at personalet skal have en forståelse for, hvad meningen er med at inddrage. Flere nævner, at det er vigtigt at kende til gevinsterne ved inddragelse. En sygeplejerske efterspørger viden om, hvilken betydning inddragelse har for patienten, samt hvilke muligheder personalet har for at inddrage:

*Jeg oplever, at det er meget personbestemt, hvor meget personalet går ind i patientens situation. Hvis det skulle bedres, ville det mest optimale nok være at få mere fokus på netop dette område fra ledelsens side. Ofte tror jeg også, at personalet ikke har viden nok om, dels hvad betydning inddragelse har for patienten, og hvilke muligheder vi har for at inddrage patienten.*

SYGEPLEJERSKE, KVINDE, AKUTMODTAGELSE/SKADESTUE

### Ledelse

Mange respondenter ser kulturforandring og ledelsesfokus som en sammenhængende forudsætning for øget patientinddragelse. En læge forklarer, hvordan hun ser denne sammenhæng:

*[Der er brug for] fokus på at ændre kulturen. Der har ikke tidligere været tradition for at inddrage patienterne i væsentlig grad. Det hænger stadig lidt ved. Ledelsens indflydelse på ændring af kulturen i en afdeling, tror jeg er meget vigtig.*

LÆGE, KVINDE, HÆMATOLOGI

Det bliver ofte nævnt, at ledelsens engagement og fokus på inddragelse er nødvendigt:



*Der skal fokus på det fra ledelsens side, og de skal være engagerede i processen, og så skal personalet have viden og redskaber til at kunne implementere det.*

**SYGEPLEJERSKE, KVINDE, ORTOPÆDKIRURGI**

En sygeplejerske giver et bud på, hvordan ledelsesopbakning til patientinddragelse kan se ud i praksis:

*[Der er brug for] at der er ledelsesopbakning hertil i form af klare retningslinjer, personaleressourcer og uddannelse.*

**SYGEPLEJERSKE, KVINDE, KARKIRURGI**

### **Andre bemærkninger**

Mange respondenter har beskrevet og forklaret, hvorfor det er nødvendigt at arbejde med de ovennævnte parametre, hvis man ønsker at styrke inddragelsen af patienter. Andre parametre er dog også beskrevet – heriblandt: Bedre kommunikative færdigheder hos medarbejderne, bedre tværfagligt samarbejde og omorganisering af arbejdsgangene.

En del af respondenterne giver udtryk for, at det slet ikke er muligt at inddrage patienterne på deres fagområde. Det gælder blandt andet for læger og sygeplejersker, der arbejder i anæstesen.



VIDENCENTER FOR  
BRUGERINDDRAGELSE  
– i sundhedsvæsenet

ViBIS er støttet af

**TrygFonden**

Læger og sygeplejerskers forståelse  
af patientinddragelse  
*En spørgeskemaundersøgelse blandt  
ansatte på hospitaler*

Lægeforeningen



I samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd