



2018



National rapport

LUP Somatik



Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

LUP Somatik 2018 - National rapport

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne

Enhedschef: Marlene Willemann Würzler

© Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, marts 2019

ISBN: 978-87-93048-54-6

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup18

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til: Pernille Vang Sørensen

Kompetencecenter for Patientoplevelser

Nordre Fasanvej 57

Hovedvejen indgang 13, 1. sal

2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966

E-mail: lup@patientoplevelser.dk

Fotograf: Klaus Sletting

Tak til involverede afdelinger, patienter og pårørende.

FORORD

Ros til sundhedspersonalets venlighed og udfordringer i inddragelsen af patienternes egne erfaringer. Det er nogle af hovedbudskaberne blandt de mere end 150.000 patienter, der ærligt har evalueret deres oplevelse med det regionale sundhedsvæsen.

Patienternes stemme er den vigtigste kilde til viden om, hvordan patienterne oplever deres møde med alle dele af det regionale sundhedsvæsen. Derfor indsamler regionerne årligt viden om patienternes oplevelser gennem den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Netop patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet fungerer som et afgørende pejlemærke for den værdi, det regionale sundhedsvæsen sikrer for de mange patienter, der hvert år møder os.

Igen i år kan vi i se med stolthed på de mange resultater, der bekræfter os i, at vi er på rette kurs, når det gælder patienternes oplevelser. Topscoren i undersøgelsen er igen i år, at patienterne oplever personalet som venligt og imødekommende. Det resultat kan sundhedspersonalet i det regionale sundhedsvæsen være stolte af - især i en tid hvor mange føler sig pressede af den stigende aktivitet på hospitalerne. Fundamentet for et sundhedsvæsen i top er de dygtige og engagerede medarbejdere, der hver dag er med til at sikre god behandling af høj kvalitet.

Samtidig viser undersøgelsen også udfordringer. Knap hver femte patient svarer, at de slet ikke eller i ringe grad har oplevet, at personalet spurgte ind til deres egne erfaringer, når det kommer til deres sygdom. Et

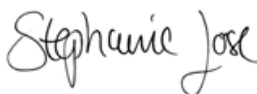
spørgsmål, der kan komme mange brugbare informationer ud af, når det kommer til den videre behandling.

Vi skal blive bedre til at inddrage patienter og pårørende, og derfor er det fokus i de senere indsatser i somatikken, som vi i regionerne står bag. For vi ønsker at skabe et sundhedsvæsen i samspil med patienter og pårørende med inddragelse af deres behov, viden og ønsker.

Resultaterne af årets undersøgelse er tilgængelige på både landsplan og for de enkelte regioner, hospitaler og afdelinger. Resultaterne er dermed en værdifuld kilde til læring og forbedring, og vi omsætter dem til øget opmærksomhed og indsatser, hvor der er behov.

Derfor er hvert eneste af mange besvarelser blandt de danske patienter dybt værdsatte. Tak for dem, de er et vigtigt bidrag til at gøre vores alles sundhedsvæsen endnu bedre.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose
Formand, Danske Regioner



Ulla Astman
1. næstformand, Danske Regioner

INDHOLD

Introduktion til undersøgelsen og rapporten	8
Nationale tendenser – planlagt indlagte patienter	11
Nationale tendenser – akut indlagte patienter	18
Nationale tendenser – planlagt ambulante patienter	25
Temaspørgsmål om Patientansvarlig læge (PAL)	31
Regionale og lokale forskelle	35
Nationale mål for øget patientinddragelse	42
Tema: Patientansvarlig læge (PAL)	45
Tema: Hvordan skaber vi gode patientforløb fra hospital til kommune?	59
Tema: Pårørendeinddragelse og -støtte	69
Sådan kan I arbejde med resultaterne	80
Fakta om LUP Somatik 2018	84
Referencer	89

RESUMÉ

Bedst og dårligst vurderede områder

Overordnet viser resultaterne, at dimensionerne "Patientoplevelvet fejl"¹ og "Overordnet tilfredshed" er blandt de bedst vurderede dimensioner på tværs af planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter.

For alle tre patientgrupper er det dimensionen "Patientinvolvering", der bliver vurderet dårligst.

På spørgsmålsniveau er det spørgsmålet om, hvorvidt personalet er venligt og imødekommende, der bliver vurderet bedst for alle tre patientgrupper. Her oplever 89-95 % af patienterne i meget høj grad eller i høj grad, at personalet er venligt og imødekommende.

På tværs af patientgrupper er der en tendens til, at de planlagt indlagte og ambulante patienter er mere tilfredse end de akut indlagte patienter.

Samlet tilfredshed

På tværs af de tre patientgrupper ligger de tre spørgsmål om samlet tilfredshed blandt de bedst vurderede spørgsmål:

- 78-91 % af patienterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med plejen.
- 79-88 % af patienterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med behandlingen.
- 74-87 % af patienterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med indlæggelsen/besøgets forløb.

Udvikling fra 2017 til 2018

Sammenlignet med resultaterne fra 2017 er de planlagt indlagte og de ambulante patienter overordnet set mere positive i 2018. Patienterne er blevet mere tilfredse med en række områder fx "Personale" og "Information". De

LUP Somatik 2018

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i somatikken (LUP Somatik) er en årlig landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der gennemføres på vegne af de fem regioner. Patienter, der enten har været planlagt indlagt, akut indlagt eller har haft et planlagt ambulante besøg på et af landets offentlige somatiske sygehuse, indgår i undersøgelsen. Derudover indgår planlagt indlagte og ambulante patienter, der er behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og som dermed er finansieret af regionerne.

Resultaterne for LUP Somatik 2018 er baseret på svar fra 22.746 planlagt indlagte, 32.414 akut indlagte og 99.541 ambulante patienter, der har haft en kontakt med hospitalsvæsenet i august-oktober 2018.

Svarprocenten er 66 % for planlagt indlagte, 49 % for akut indlagte og 60 % for ambulante patienter.

¹ Dimensionen "Patientoplevelvet fejl" dækker over ét spørgsmål om oplevelsen af fejl under indlæggelsen, som patienterne besvarer med "ja" eller "nej". I analysefasen kodes "ja" til 1 og "nej" til 5, så svarene kan vises sammen med de øvrige dimensioner på skalaen fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Jo højere dimensionsscore på denne dimension desto færre patienter har oplevet fejl.

akut indlagte patienter er blevet mere tilfredse på ét område, "Servicestandard".

Helt konkret er de planlagt indlagte og ambulante patienter blevet mere tilfredse på henholdsvis 19 og 18 spørgsmål. Til sammenligning er de akut indlagte patienter blevet mere tilfredse på fire spørgsmål. I hele undersøgelsen på tværs af de tre patientgrupper er der kun ét spørgsmål, der er forringet: I 2018 oplever færre akut indlagte patienter, at de bliver spurgt om deres medicinforbrug ved ankomsten sammenlignet med 2017.

Temaspørgsmål

Temaspørgsmålene for 2018 er ens på tværs af planlagt indlagte og ambulante patienter og omhandler bl.a. patientansvarlig læge (PAL).

I alt 27 % af de planlagt indlagte patienter og 28 % af de ambulante patienter har hørt om PAL-ordningen. Af dem, der har hørt om ordningen, svarer 64 % af de planlagte indlagte patienter og 61 % af de ambulante patienter, at de har en patientansvarlig læge i deres samlede forløb. Dette svarer til, at 17 % af både planlagt indlagte og ambulante patienter svarer, at de har en PAL uagtet om de har hørt om ordningen eller ej.

I fortolkningen af PAL-resultaterne er det vigtigt at have in mente, at alle planlagt indlagte og ambulante patienter stilles spørgsmålene om PAL i LUP Somatik, selvom ikke alle patienter skal tildeles en PAL. Derudover er PAL fortsat under implementering i regionerne. En analyse af spørgeskemaets kommentarfelt om PAL viser ydermere, at patienternes fortolkning af PAL er bred. Nogle svarer, at de har en PAL, fordi de har en "kontaktlæge"/behandlingsansvarlig læge", andre tolker, at deres PAL må være den læge, de har set flest gange i behandlingsforløbet. Analysen af kommentarfeltet indgår som en del af temaet om PAL i kapitel 8 i denne rapport.

De akut indlagte patienter er bl.a. blevet stillet temaspørgsmål om, hvorvidt personalet sørger for løbende at informere de pårørende under indlæggelsen. 19 % svarer, at de slet ikke oplever dette.

Nationale mål for øget patientinddragelse

Som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram har Regeringen, Danske Regioner og KL opstillet otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Et af disse mål handler om øget patientinddragelse og måles med to spørgsmål fra LUP Somatik til planlagt indlagte patienter:

- Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?
- Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?

Resultaterne viser, at 84 % af patienterne i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med deres forløb, mens 66 % i meget høj grad eller i høj grad oplever at få mulighed for at deltage i beslutninger om behandling. Derudover er der flere patienter, der har en positiv samlet oplevelse i 2018 sammenlignet med 2017. Der er hverken sket en fremgang eller tilbagegang på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne fik mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelse/behandling.

Forskelle mellem regioner og hospitaler

Sammenlignet med regionerne har privathospitalerne flest resultater over landsresultatet for de to patientgrupper, som de behandler: planlagt indlagte og ambulante patienter. På tværs af alle tre patientgrupper er det dog Region Midtjylland der har flest resultater, der ligger over landsresultatet.

Region Hovedstaden ligger fortsat under landsresultatet på mange spørgsmål, men regionen er fra 2017 til 2018 gået frem på 24 ud af 35 spørgsmål blandt de planlagt indlagte. Også Region Syddanmark er for samme patientgruppe gået frem på 20 ud af 35 spørgsmål. Kun

for de planlagt indlagte og akut indlagte patienter er der en tilbagegang på enkelte spørgsmål. Flere af disse spørgsmål handler om information, fx om den mundtlige information under indlæggelse er forståelig. Derudover oplever flere planlagt indlagte patienter fejl i 2018 sammenlignet med 2017 i både Region Midtjylland og på privathospitalerne.

Der er relativt store forskelle mellem hospitalet med den højeste dimensionsscore og hospitalet med den laveste dimensionsscore for de enkelte dimensioner i undersøgelsen. På tværs af de tre patientgrupper er det på dimensionerne "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation", at de største forskelle mellem hospitalerne er at finde.

Temaafsnit om PAL, overgange og pårørendeinddragelse

Rapporten indeholder tre temaafsnit, der giver et uddybende perspektiv på patienternes oplevelser og som med konkrete cases inspirerer til, hvordan afdelinger kan arbejde med at forbedre patienternes oplevelser. Temaerne er: "Patientansvarlig læge (PAL)", "Hvordan skaber vi gode patientforløb fra hospital til kommune?" og "Pårørendeinddragelse og -støtte".

Patientansvarlig læge (PAL)

Temaet indeholder en analyse af planlagt indlagte og ambulante patienters kommentarer i det åbne kommentarfelt om PAL. Analysen viser bl.a., at patienternes fortolkning af PAL er bred. Nogle svarer, at de har en PAL, fordi de har en "kontaktlæge"/behandlingsansvarlig læge", andre tolker, at deres PAL må være den læge, de har set flest gange i behandlingsforløbet. Temaet rundes af med en case fra Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, hvor patienter og personale fortæller om deres erfaringer og udfordringer med at implementere PAL og et bud på, hvordan det kan løses.

Hvordan skaber vi gode patientforløb fra hospital til kommune?

Gennem interviews med sundhedsfaglige medarbejdere fra hospitaler og kommuner opridses temaet fire centrale punkter for at skabe gode patientforløb fra hospital til kommune. Det handler bl.a. om at skabe rum for dialog mellem sektorerne og få viden om, hvilken information sundhedspersonalet i den anden sektor har behov for. Temaet indeholder fire cases, der alle skal give inspiration til, hvordan hospitalsafdelinger helt konkret kan arbejde med at forbedre samarbejdet med kommunerne om udskrivelsen af patienter.

Pårørendeinddragelse og -støtte

Med udgangspunkt i patienternes kommentarer om pårørendeinddragelse i spørgeskemaet, relevant litteratur samt interview med henholdsvis en psykolog, en hospitalspræst og en overlæge sætter temaet fokus på, hvordan pårørende kan inddrages og støttes. Temaet peger bl.a. på vigtigheden af at forventningsafstemme med de pårørende på et tidligt tidspunkt i forløbet, have blik for at pårørende har forskellige ønsker og behov, og at personalet skal "turde være der" uden altid at "handle og fikse". Afslutningsvist findes eksempler på, hvordan tre hospitalsafdelinger har arbejdet med pårørendeinddragelse og -støtte i praksis.

1

Introduktion til undersøgelsen og rapporten

Introduktion til undersøgelsen

Der er særskilte spørgeskemaer målrettet henholdsvis planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter. Hvert spørgeskema indeholder mellem 33 og 41 lukkede spørgsmål, hvoraf op mod halvdelen af spørgsmålene er ens på tværs af de tre patientgrupper. Spørgeskemaerne indeholder desuden op til fem åbne kommentarfelder. De 33-41 spørgsmål er en del af den såkaldte "faste kerne" af spørgsmål, der fastholdes år efter år, så det er muligt at sammenligne udviklingen i resultaterne over tid.

De enkelte spørgsmål besvares på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Enkelte andre spørgsmål besvares på en anden skala, fx ja/nej-skala. For de spørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala, beregnes en gennemsnitsscore. Gennemsnitsscoren kan bl.a. bruges til at sammenligne spørgsmålene indbyrdes og til at belyse udviklingen i patienternes oplevelser fra år til år.

Hovedparten af spørgsmålene i spørgeskemaerne opsummeres i et antal dimensioner. Dimensionerne dækker over grupperinger af spørgsmål, der omhandler samme tema. Dimensionerne opgøres i dimensionsscorer, som er en opsummering af svar på flere spørgsmål. Resultatet er en score fra 1 til 5, hvor en højere score er lig med et bedre resultat.

Hvert år vælger Styregruppen for LUP op til fem temaspørgsmål, som afdækker aktuelle temaer eller uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Disse spørgsmål indgår som udgangspunkt kun ét år og kan derfor ikke sammenlignes over tid som de øvrige spørgsmål i spørgeskemaet. Temaspørgsmålene indgår ikke i en dimension.

Du kan læse mere om undersøgelsens koncept, spørgeskema, analyser mv. i kapitel 12 eller i

Faktarapporten:

www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Introduktion til rapporten

Denne rapport består af 12 kapitler.

Kapitel 2-4 præsenterer de overordnede tendenser på nationalt niveau for en patientgruppe ad gangen. De tre kapitler har samme struktur og indledes alle med et overblik over resultaterne i form af dimensioner og udviklingen i dimensionsscorer over tid. Herefter præsenteres udvalgte resultater på spørgsmålsniveau – både resultater af spørgsmål, der indgår i den faste kerne af spørgeskemaet og temaspørgsmål.

Herefter følger **kapitel 5**, der præsenterer resultaterne af tre temaspørgsmål til planlagte indlagte og ambulante patienter, der omhandler patientansvarlig læge (PAL).

Kapitel 6 ser på forskelle mellem regioner og hospitaler. Kapitlet indledes med et afsnit, hvor det regionale niveau sammenlignes med landsresultatet (O, U, G), hvorefter udviklingen fra 2017 til 2018 på regionalt plan præsenteres. Kapitlet afsluttes med en kort præsentation af forskellene mellem hospitalerne med de højeste dimensionsscorer og de laveste dimensionsscorer.

Kapitel 7 kobler resultater fra LUP Somatik 2018 til de nationale mål for øget patientinddragelse.

Kapitel 8-10 indeholder tre temaafsnit som giver et uddybende perspektiv på patienternes oplevelser i forhold til:

- Patientansvarlig læge (PAL)
- Overgange mellem hospital og kommune
- Pårørendeinddragelse og -støtte

Temaafsnittene sætter fokus på aktuelle områder og giver derudover inspiration til, hvordan afdelinger kan

arbejde med at forbedre patienternes oplevelser på de tre områder².

De to sidste kapitler, **kapitel 11 og 12**, indeholder henholdsvis inspiration til afdelinger, hospitaler og regioner i forhold til, hvordan man kan gribe arbejdet med resultaterne an samt uddybende fakta om LUP Somatik 2018.

² Temaafsnittene er blevet sendt direkte til regioner, hospitaler og afdelinger i forbindelse med, at enhederne modtog egne resultater til internt brug i uge 8.

2

**Nationale tendenser –
planlagt indlagte
patienter**

Hovedfund

Planlagt indlagte patienter har på en række områder fået bedre oplevelser af deres indlæggelse i 2018 sammenlignet med 2017. I alt 19 spørgsmål har en højere gennemsnitsscore i 2018. Dette resulterer i en fremgang bl.a. på dimensionerne "personale" og "patientinvolvering". I alt 84 % af patienterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse.

Dimensioner

Hovedparten af spørgsmålene i spørgeskemaet til planlagt indlagte patienter opsummeres i ni dimensioner. Af Figur 2.1 fremgår det, hvad de enkelte dimensioner dækker over.

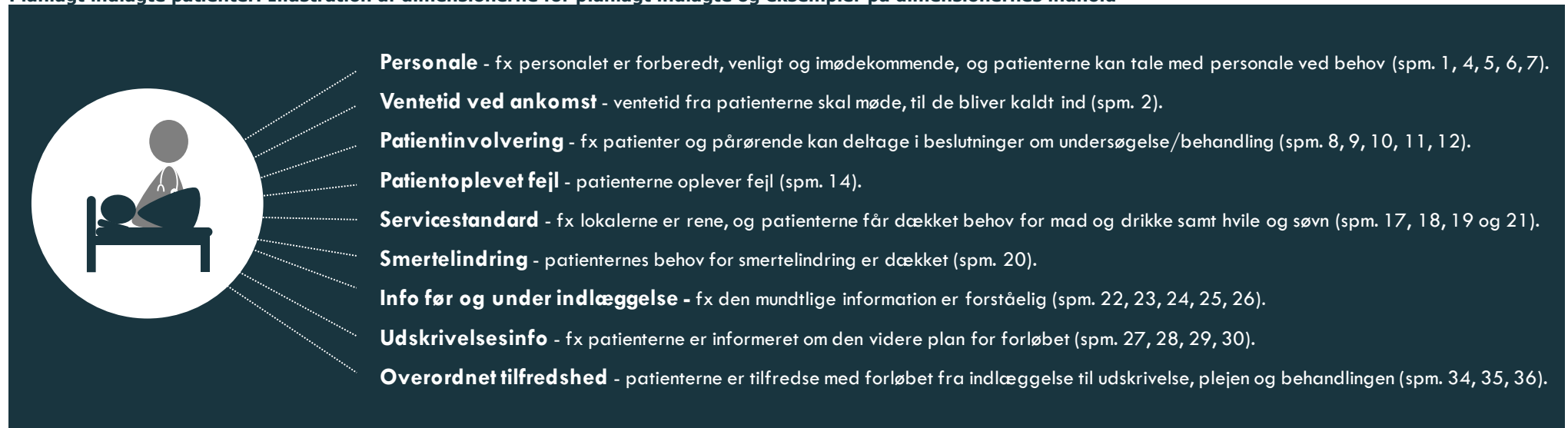
Bedst og dårligst vurderede dimensioner

De tre dimensioner, som flest planlagt indlagte patienter vurderer positivt, er:

- Patientoplevede fejl³
- Smertelindring
- Overordnet tilfredshed

Figur 2.1

Planlagt indlagte patienter: Illustration af dimensionerne for planlagt indlagte og eksempler på dimensionernes indhold



³ Dimensionen "Patientoplevet fejl" dækker over ét spørgsmål om oplevelsen af fejl under indlæggelsen, som patienterne besvarer med "ja" eller "nej". I analysefasen kodes "ja" til 1 og "nej" til 5, så svarene kan vises sammen med de øvrige dimensioner på skalaen fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Jo højere dimensionsscore på denne dimension desto færre patienter har oplevet fejl.

Disse tre områder bliver alle vurderet over 4,3 på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad) (se Figur 2.2).

De to områder, som patienterne vurderer dårligst, er "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation". Det er de eneste områder, som bliver vurderet lavere end 4,0.

De ovenfor nævnte områder fik også henholdsvis de bedste og dårligste vurderinger i både 2016 og i 2017 (se Figur 2.2).

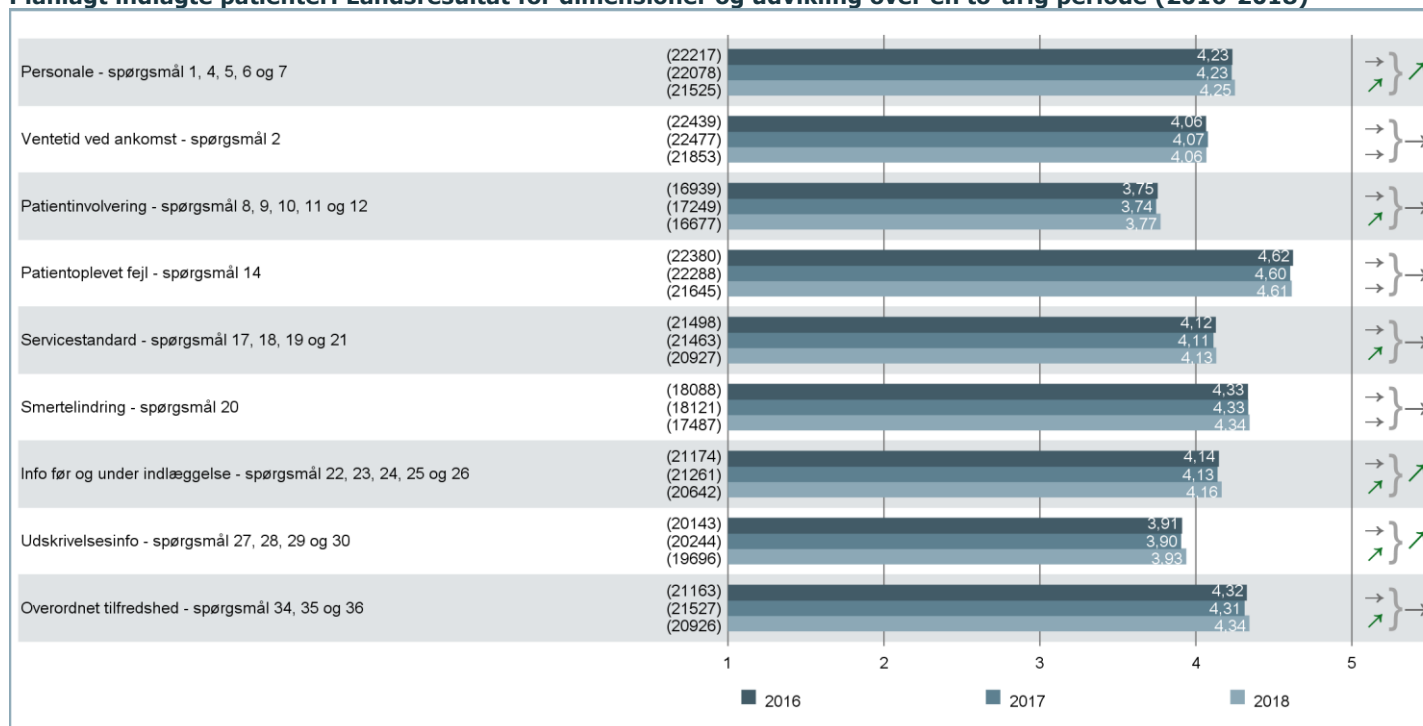
Udvikling i dimensionsscorer

For planlagt indlagte patienter er der fra 2017 til 2018 fremgang på seks ud af ni dimensioner (se Figur 2.2). Der er eksempelvis fremgang på de to dimensioner, der har de laveste dimensionsscorer: "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation".

Fra 2016 til 2017 var der dog ikke fremgang på de ni dimensioner (se Figur 2.2).

Over en toårig periode fra 2016 til 2018 er patienterne blevet mere tilfredse med tre områder: "Personale",

Figur 2.2
Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling over en to-årig periode (2016-2018)



Note: I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar, som dimensionsscoren er baseret på. Antallet i parentes er det antal respondenter, der har givet et svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år.

“Information før og under indlæggelse” samt “Udskrivelsesinformation” (se Figur 2.2).

Udviklingen i dimensionsscorer og gennemsnitsscorer på spørgsmålsniveau over en femårig periode (2014-2018) kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Resultater for udvalgte spørgsmål

Af Figur 2.3, Figur 2.4 og Figur 2.5 fremgår resultaterne for hvert af de spørgsmål, der hvert år indgår som “fast kerne” i spørgeskemaet.

Høj og bedre samlet tilfredshed

Tre spørgsmål i spørgeskemaet handler om patienternes samlede tilfredshed med indlæggelsen. Disse tre spørgsmål ligger alle blandt de otte spørgsmål, som patienterne vurderer mest positivt. Resultaterne viser, at:

- 88 % af patienterne i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med den pleje, de modtog under deres indlæggelse (spørgsmål 34).
- 88 % i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med den behandling de modtog (spørgsmål 35).
- 84 % i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse (spørgsmål 36).

På alle tre spørgsmål er patienterne blevet mere tilfredse i 2018 sammenlignet med 2017.

Venligt og imødekommande personale

Blandt de planlagt indlagte patienter oplever 63 % i meget høj grad og 31 % i høj grad, at personalet er

venligt og imødekommande (spørgsmål 4). Dette er den højeste andel af patienter, der anvender svarkategorien “i meget høj grad”, hvilket også resultater i en gennemsnitsscore, der er markant højere end på de øvrige spørgsmål i spørgeskemaet.

Det samlede forløb af indlæggelser og besøg

Tre spørgsmål til de planlagt indlagte patienter kredser om patienternes oplevelse af deres samlede forløb. Her viser resultaterne, at:

- 35 % af de planlagt indlagte patienter i meget høj grad oplever, at én læge har et særligt ansvar for deres samlede forløb af indlæggelser/besøg. Dog oplever 13 % slet ikke, at dette er tilfældet. Som det ses af Figur 2.3 har dette spørgsmål den anden laveste gennemsnitsscore (spørgsmål 38).
- 38 % oplever i meget høj grad, at deres samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg er godt tilrettelagt. Derudover oplever flere patienter en god tilrettelæggelse i 2018 sammenlignet med 2017 (spørgsmål 39). Dette spørgsmål er det spørgsmål, hvor der ses den største fremgang i gennemsnitsscore (figur ikke vist her).⁴
- 51 % er i meget høj grad trygge i deres samlede forløb (spørgsmål 41, temaspørgsmål) (se Figur 2.6). Dette temaspørgsmål placerer sig dermed blandt de spørgsmål, patienterne vurderer bedst samlet set.⁵

Jeg oplevede kun meget kompetente, omsorgsfulde og venlige personaler. Det har været en rigtig god oplevelse, og jeg har under hele forløbet følt mig tryk og i de bedste hænder. Tusinde tak!

Planlagt indlagt patient

⁴ Spørgsmål 38 og 39 stilles kun til de patienter, der har svaret “ja” til, at de tidligere har været indlagt eller til samtale/undersøgelse, kontrol, prøvetagning mm, som har noget med dette besøg at gøre (det samlede forløb) (spørgsmål 37).

⁵ Dog kun ud af de spørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala fra “slet ikke” (1) til “i meget høj grad” (5).

Samarbejde mellem hospital og kommune

Et af de spørgsmål der vurderes dårligst af patienterne, er spørgsmålet om, hvorvidt patienterne oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelsen (spørgsmål 32). Her svarer 14 %, at de slet ikke oplever et samarbejde om udskrivelsen.⁶

Denne rapport indeholder et temaafsnit (kapitel 9), der bl.a. inspirerer til, hvordan samarbejdet mellem hospitaler og kommuner om udskrivelser kan forbedres.

Pårørende inddrages kun i mindre omfang

Knap hver tredje patient oplever slet ikke eller kun i ringe grad, at personalet giver de pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling (spørgsmål 10). Herved er spørgsmålet et af de dårligst vurderede spørgsmål. Patienternes vurdering af pårørendeinddragelse i 2018 er hverken blevet bedre eller dårligere end i 2017.

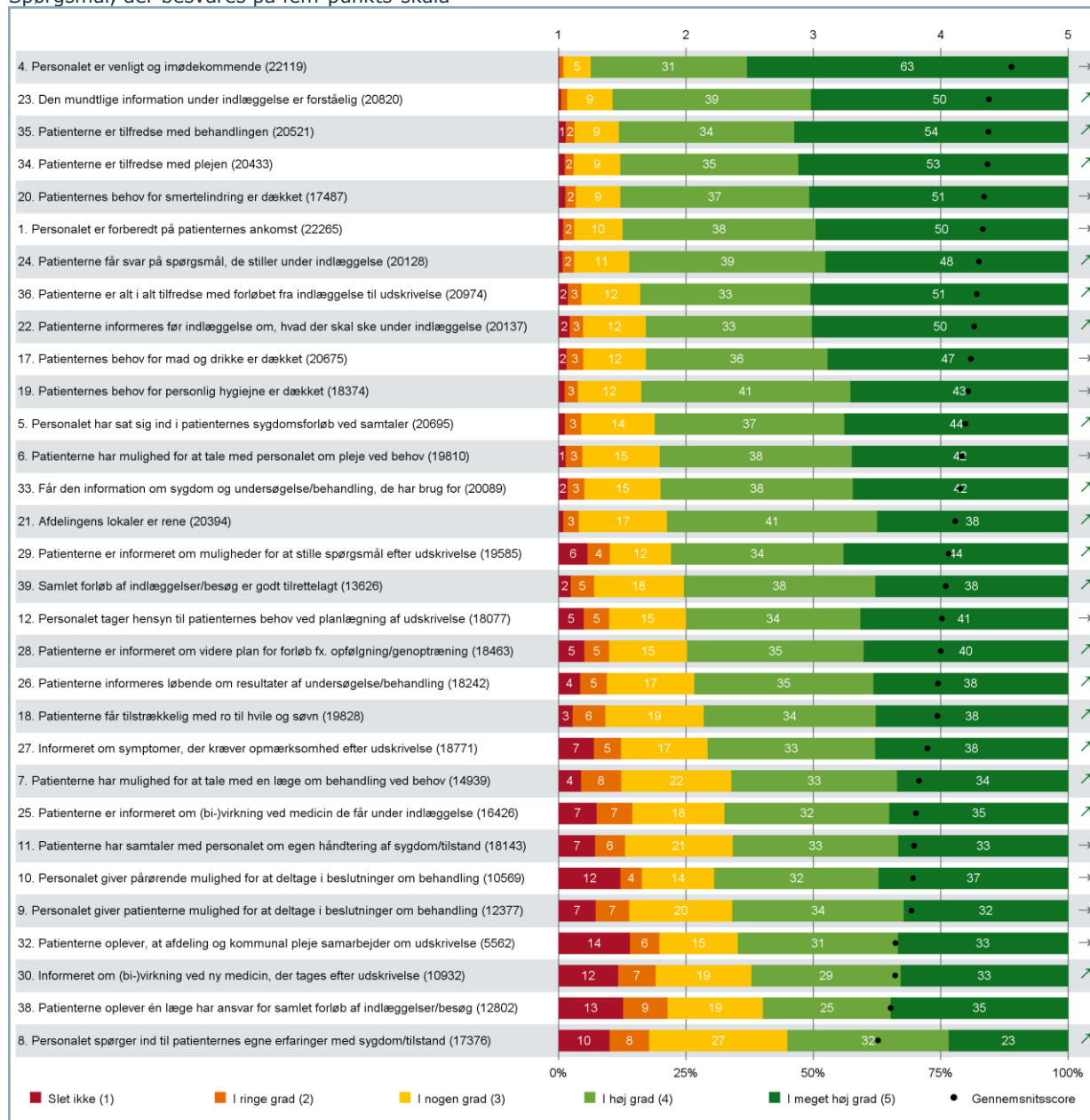
Denne rapport indeholder også et temaafsnit om pårørendeinddragelse- og støtte (kapitel 10). Temaet giver konkret inspiration til personale, der ønsker at inddrage og støtte de pårørende.

Min og mine pårørendes oplevelse har været blandet. Vi føler, at afdelingen har en høj faglig standard, og vi var trygge ved, at operationen blev varetaget der. Den medmenneskelige dimension savnede vi meget (...) Vi følte, at der var meget fokus på 'tjeklister' og ingen overskud til relationen til os som patient og pårørende. Kontakterne var meget hurtige og korte, og vi følte ikke, at vi havde 'samarbejdet' under indlæggelsen og udskrivelsen.

Planlagt indlagt patient

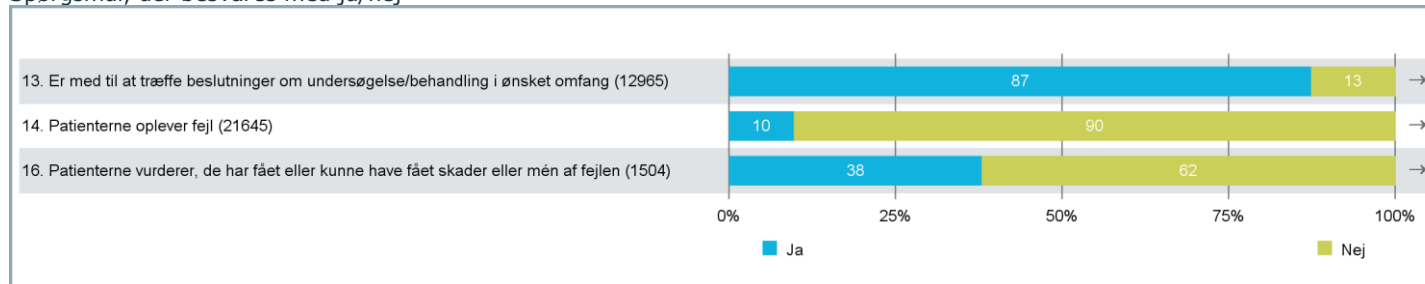
⁶ Spørgsmålet er dog kun besvaret af de 26,1 %, der oplevede, at spørgsmålet var relevant for dem. Andelen af svar i kategorierne "slet ikke" til "i meget høj grad" samt "ikke relevant" og "ved ikke" fremgår af materialet, som kan findes her: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Figur 2.3
Planlagt indlagte patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares på fem-punkts-skala



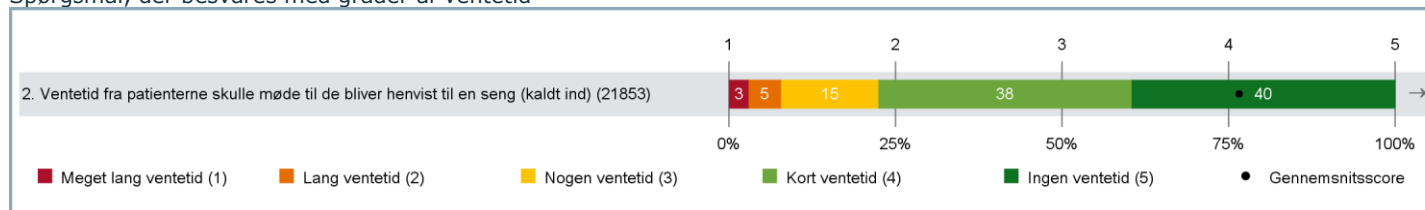
Note: Spørgsmålene i figuren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 2.4
Planlagt indlagte patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares med ja/nej



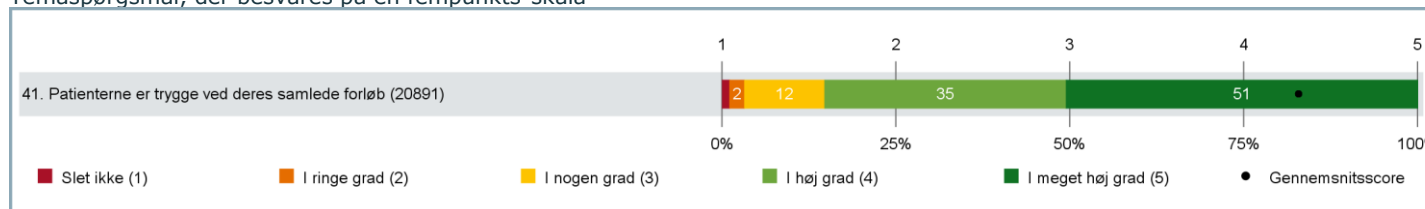
Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 2.5
Planlagt indlagte patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares med grader af ventetid



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilen yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 2.6
Planlagt indlagte patienter: Landsresultatet for temaspørgsmål
 Temaspørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

3

Nationale tendenser – akut indlagte patienter

Hovedfund

Sammenlignet med 2017 har de akut indlagte patienter i 2018 fået bedre oplevelser på ét område, "Servicestandard". Det er bl.a. fremgangen på spørgsmålene om henholdsvis patienternes mulighed for ro og hvile samt renheden i lokalerne, der bidrager til denne forbedring. Patienterne har hverken fået bedre eller dårligere oplevelser på de øvrige områder fra 2017 til 2018. I alt 74 % af patienterne er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse.

Dimensioner

Hovedparten af spørgsmålene i spørgeskemaet til akut indlagte patienter opsummeres i ni dimensioner. Figur 3.1 giver eksempler på, hvad de enkelte dimensioner dækker over.

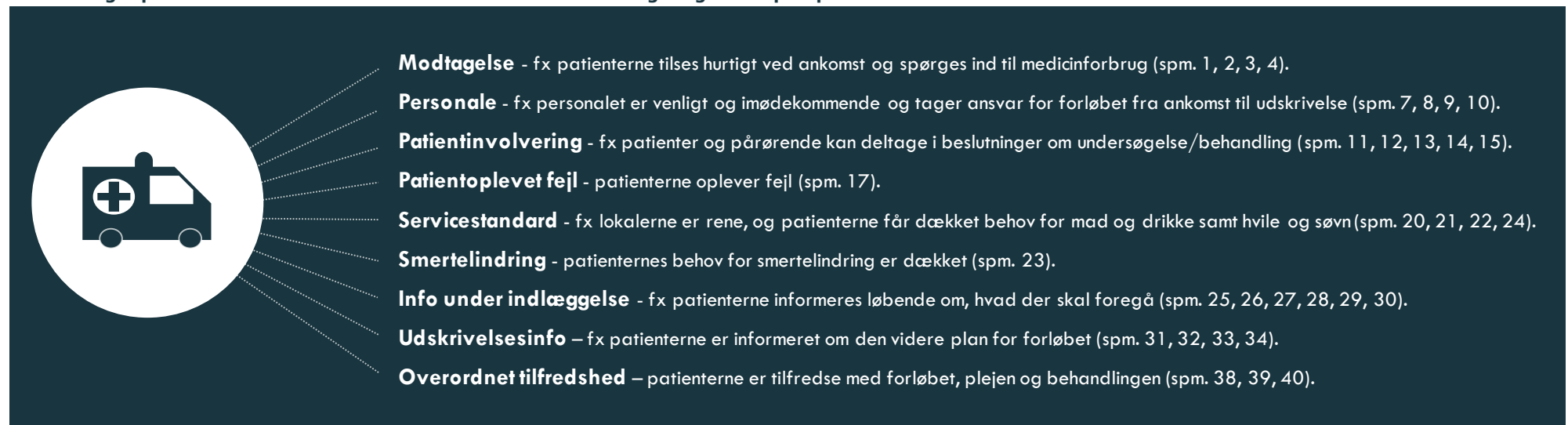
Bedst og dårligst vurderede dimensioner

De tre dimensioner, som flest akut indlagte patienter vurderer positivt, er:

- Patientoplevede fejl⁷
- Smertelindring
- Overordnet tilfredshed

Dimensionen "Patientoplevede fejl" har en markant højere dimensionsscore (4,55) sammenlignet med de

Figur 3.1
Akut indlagte patienter: Illustration af dimensionerne for akut indlagte og eksempler på dimensionernes indhold



⁷ Dimensionen "Patientoplevet fejl" dækker over ét spørgsmål om oplevelsen af fejl under indlæggelsen, som patienterne besvarer med "ja" eller "nej". I analysefasen kodes "ja" til 1 og "nej" til 5, så svarene kan vises sammen med de øvrige dimensioner på skalaen fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Jo højere dimensionsscore på denne dimension desto færre patienter har oplevet fejl.

øvrige dimensioner. Fælles for disse tre områder er dog, at de alle bliver vurderet over 4,00 på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad) (se Figur 3.2).

De to områder, som patienterne vurderer lavest, er "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation".

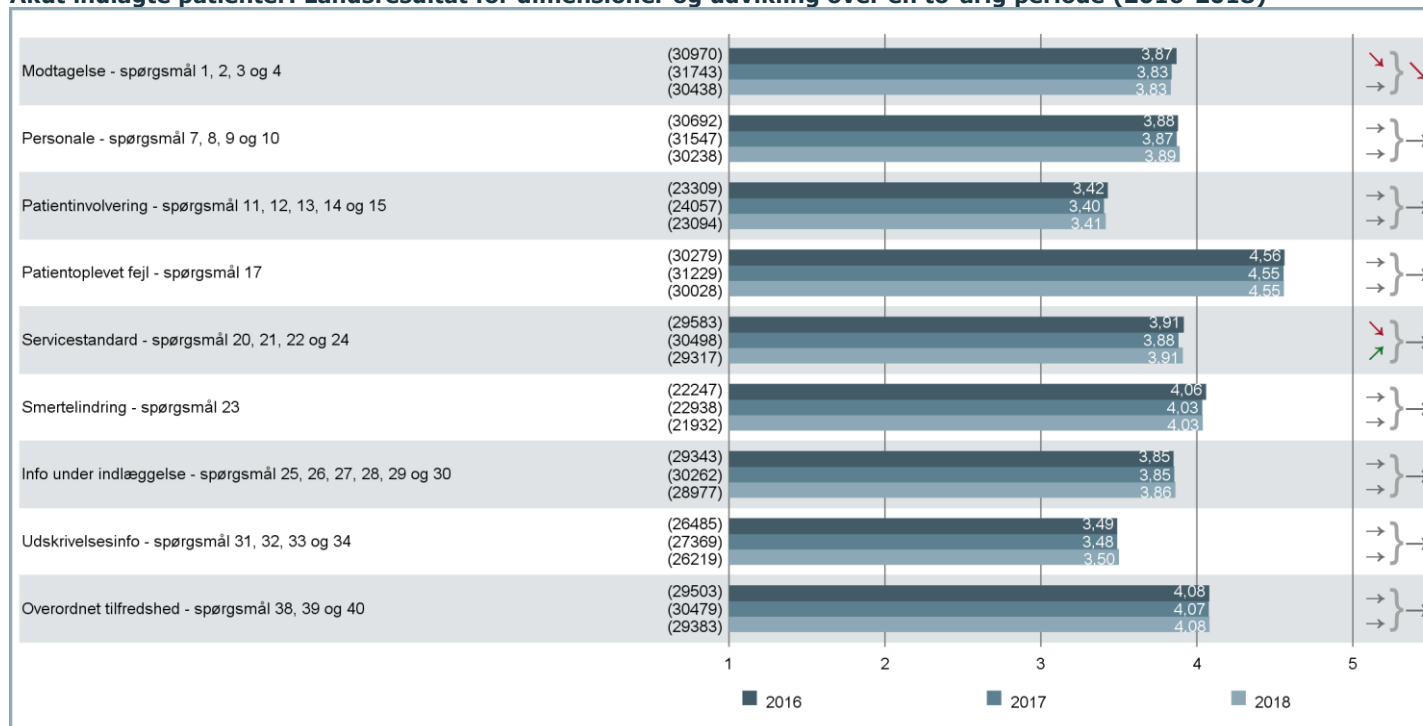
Ovenfor nævnte dimensioner var også de dimensioner, der fik henholdsvis de bedste og dårligste vurderinger af patienterne i både 2016 og i 2017 (se Figur 3.2).

Udvikling i dimensionsscorer

"Servicestandard" er den eneste af de ni dimensioner for akut indlagte patienter, som har en højere dimensionsscore i 2018 sammenlignet med 2017. Dimensionsscoren i 2018 er imidlertid blot tilbage på samme niveau som i 2016, da der var et fald i scoren fra 2016 til 2017 (se Figur 3.2).

Der ses ingen udvikling i dimensionsscorerne for de øvrige otte dimensioner fra 2017 til 2018, og niveauet fra 2017 er således fastholdt for de øvrige dimensioner.

Figur 3.2
Akut indlagte patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling over en to-årig periode (2016-2018)



Note: I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar, som dimensionsscoren er baseret på. Antallet i parentesen er det antal respondenter, der har givet et svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år.

Over en toårig periode ses der dog en tilbagegang på dimensionen "Modtagelse", som skyldes en tilbagegang i dimensionsscoren mellem 2016 og 2017 (se Figur 3.2).

Udviklingen i dimensionsscorer og gennemsnitsscorer på spørgsmålsniveau over en femårig periode (2014-2018) kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale.

Resultater for udvalgte spørgsmål

Figur 3.3 og Figur 3.4 viser resultaterne af hvert enkelt af de spørgsmål i spørgeskemaet til akut indlagte patienter, der stilles år efter år (den faste kerne af spørgsmål), mens Figur 3.5 viser resultaterne af temaspørgsmålene i 2018.

Høj samlet tilfredshed

Tre spørgsmål i spørgeskemaet handler om de akut indlagte patienters samlede tilfredshed med indlæggelsen. Disse tre spørgsmål er blandt den tredjedel af spørgsmål, der vurderes mest positivt af patienterne (se Figur 3.3). Resultaterne viser, at:

- 81 % af patienterne i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med plejen (spørgsmål 38).
- 79 % i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med behandlingen (spørgsmål 39).
- 74 % er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse (spørgsmål 40).

Samme mønster sås i resultaterne for LUP Somatik 2017.

Venligt og imødekommende personale

Også blandt de akut indlagte patienter er det spørgsmålet om, hvorvidt personalet er venligt og

imødekommende (spørgsmål 7), der vurderes bedst af patienterne. Dette spørgsmål har en markant højere gennemsnitsscore (4,43) end de efterfølgende spørgsmål, hvilket også afspejler sig i andelen af patienter, der har sat kryds i de to mest positive svarkategorier: I alt 89 % vurderer nemlig i meget høj grad og i høj grad, at personalet er venligt og imødekommende (se Figur 3.3).

Involveringen af patienterne vurderes dårligt

I forbindelse med LUP Somatik 2017 blev der indført et nyt spørgsmål om patientinvolvering (spørgsmål 16).⁸ LUP Somatik 2018 er derfor første år, hvor det er muligt at sammenligne resultatet af spørgsmålet med foregående år.

Som det fremgår af Figur 3.4 oplever knap en tredjedel af patienterne ikke, at de er med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling i ønsket omfang, og der ses ikke en udvikling i denne andel siden 2017. Dette fund underbygger den vurdering, patienterne giver dimensionen "Patientinvolvering": at det er dimensionen med den laveste score.

Ønske om mere information og inddragelse af pårørende

To spørgsmål i den faste kerne af spørgsmål i spørgeskemaet samt ét af temaspørgsmålene handler om information og inddragelse af pårørende (spørgsmål 3, 13 og 45) (se Figur 3.3, Figur 3.4 og Figur 3.5).

Resultaterne viser, at:

Alle virkede meget kompetente og professionelle. Jeg blev udelukkende mødt med meget venlighed og fik meget gode og forståelige forklaringer. Jeg er 100% tilfreds med mit ophold på sygehuset.

Akut indlagt patient

⁸ Spørgsmålet indgår ikke i dimensionen "Patientinvolvering".

- 45 % af patienterne ikke oplever, at personalet ved ankomst tilbyder at kontakte pårørende, hvis patienten er alene (spørgsmål 3).⁹
- 28 % oplever slet ikke, at personalet giver deres pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling. Spørgsmålet har derudover den laveste gennemsnitsscore (spørgsmål 13).
- 19% oplever slet ikke, at personalet sørger for løbende at informere de pårørende under indlæggelsen (spørgsmål 45).

Samarbejde mellem hospital og kommune

Ét spørgsmål i spørgeskemaet undersøger patienternes oplevelse af samarbejdet om udskrivelsen mellem afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje/sundhedsplejerske (spørgsmål 36). Dette spørgsmål er besvaret af den tredjedel af de akut indlagte patienter, der oplevede, at spørgsmålet var relevant for dem.¹⁰

Spørgsmålet er blandt den tredjedel af spørgsmål, der har de laveste gennemsnitsscorer. Knap hver fjerde patient oplever, at hospital og kommune slet ikke eller kun i ringe grad samarbejder om udskrivelsen (se Figur 3.3).

Denne rapport indeholder et temaafsnit (kapitel 9), der bl.a. inspirerer til, hvordan samarbejdet mellem hospitaler og kommuner om udskrivelser kan forbedres.

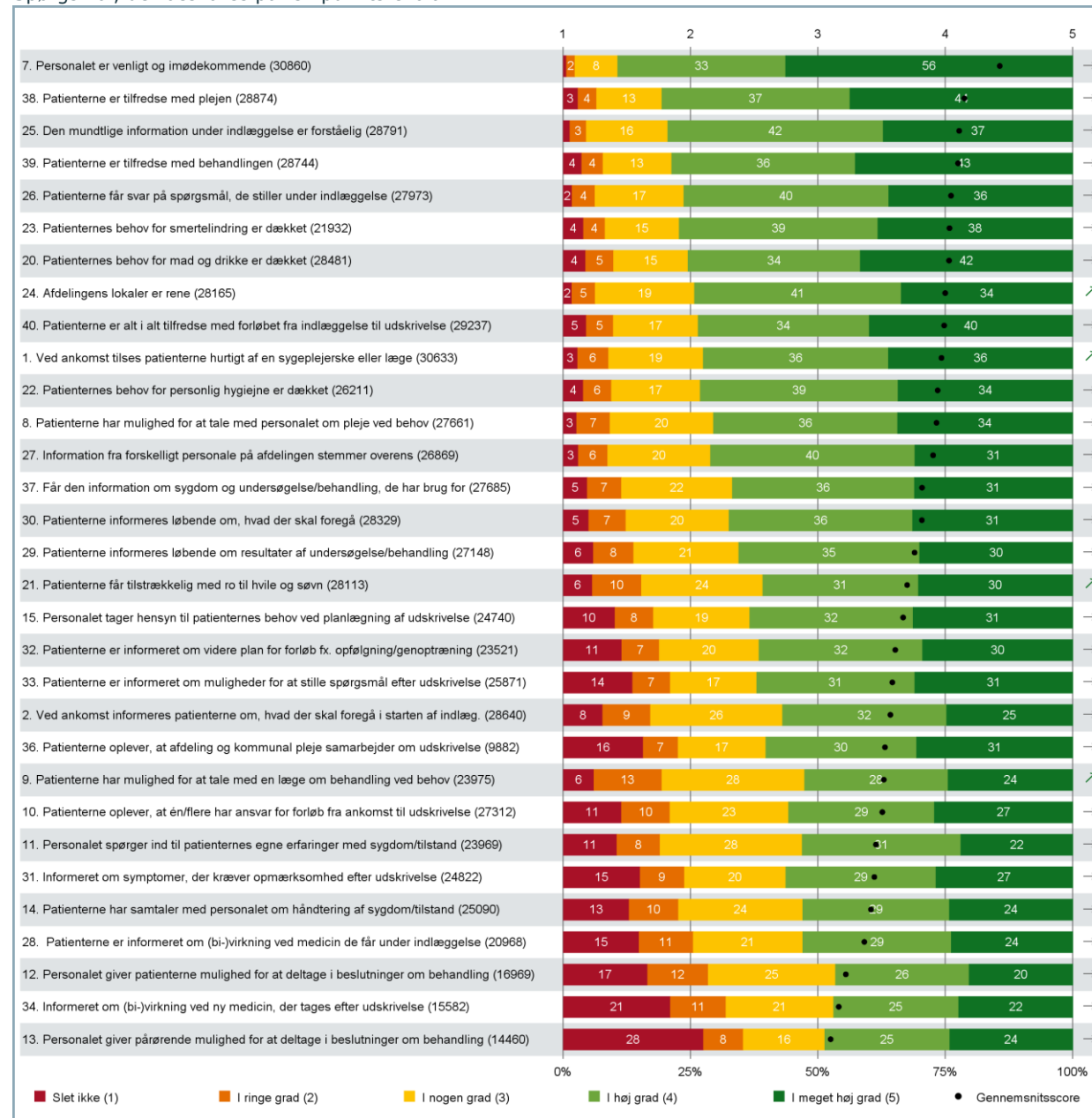
Der var ingen, der spurgte om, hvordan jeg ville klare mig alene uden hjælp. Total mangel på samarbejde mellem hospital og hjemmepleje!!!

Akut indlagt patient

⁹ Spørgsmål 3 er kun besvaret af de 37,3 % af patienterne, der mente, at spørgsmålet var relevant for dem. Andelen af de patienter, der har besvaret spørgsmålet med "ja", "nej" og "ved ikke", kan findes i bilagstabellerne på: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

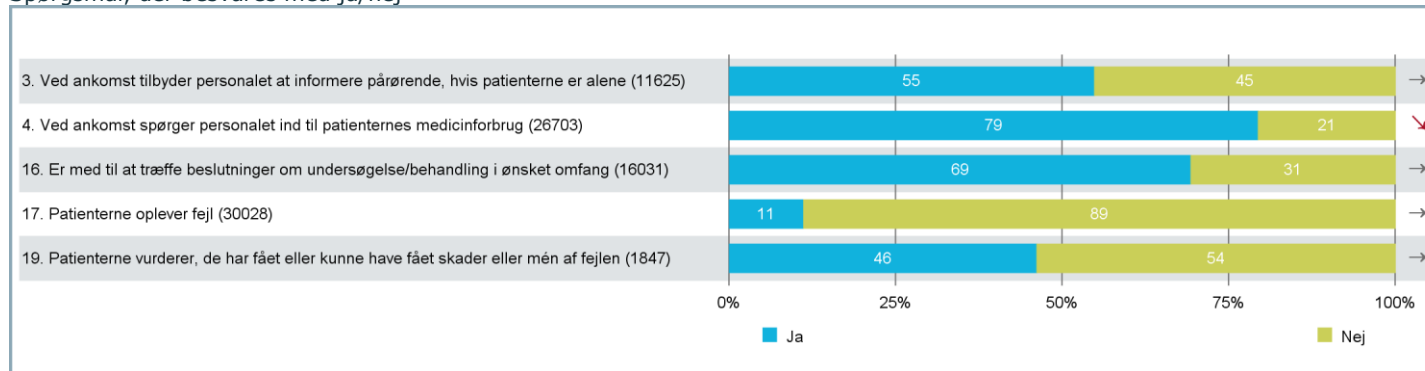
¹⁰ Andelen af de patienter, der har besvaret de enkelte spørgsmål i svarkategorierne "slet ikke" til "i meget høj grad" samt i "ikke relevant" og "ved ikke", kan findes i bilagstabellerne på: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Figur 3.3
Akut indlagte patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares på fempunkts-skala



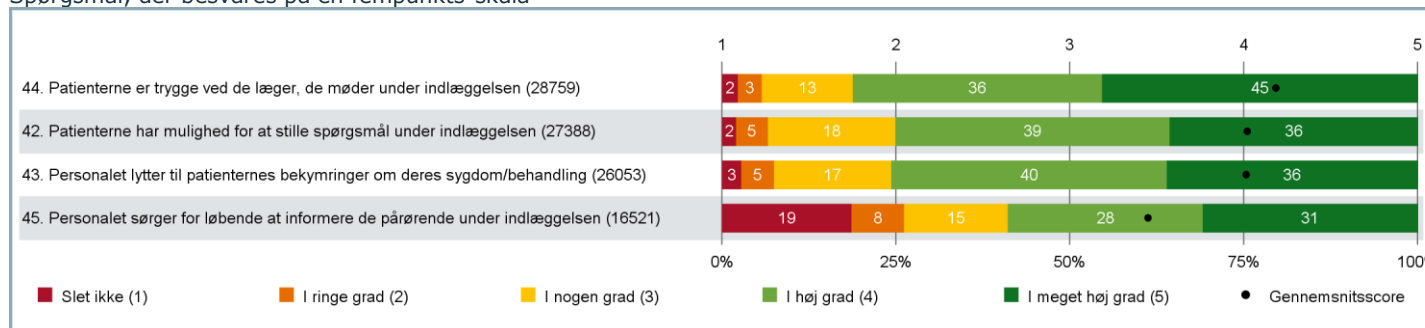
Note: Spørgsmålene i figuren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 3.4
Akut indlagte patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 3.5
Akut indlagte patienter: Landsresultat for temaspørgsmål
 Spørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala



Note: Spørgsmålene i oversigten er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

4

Nationale tendenser – planlagt ambulante patienter

Hovedfund

Planlagt ambulante patienter har på fem ud af syv områder fået bedre oplevelser af deres besøg i 2018 sammenlignet med 2017. I alt 18 spørgsmål har en højere gennemsnitsscore i 2018. Dette resulterer i en fremgang bl.a. på dimensionerne "information" og "patientinvolvering". I alt 87 % af patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets forløb, mens 91 % er tilfredse med plejen og 87 % er tilfredse med behandlingen.

Dimensioner

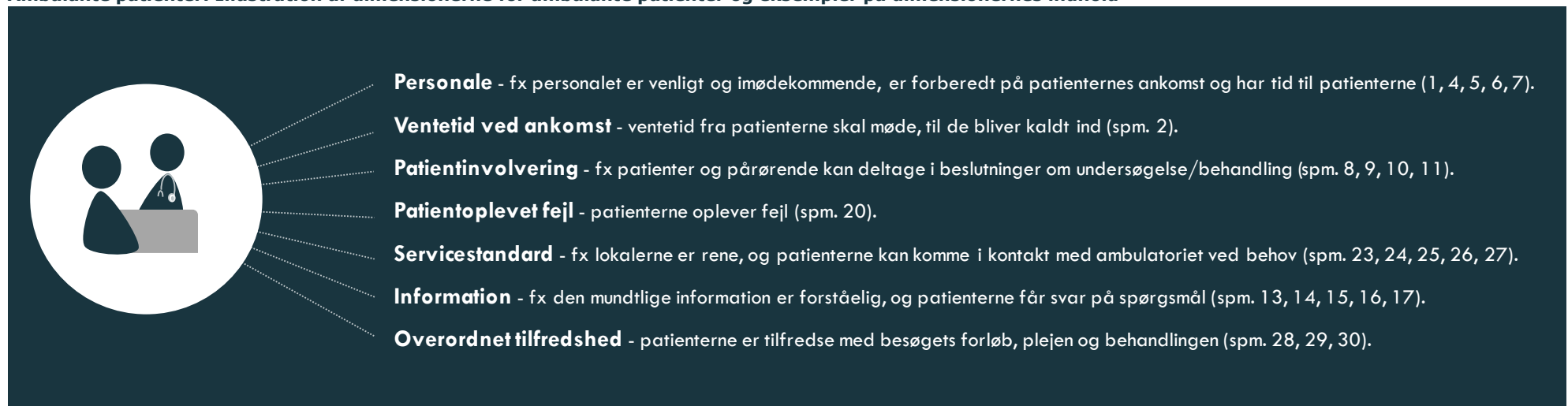
Hovedparten af spørgsmålene i spørgeskemaet til ambulante patienter opsummeres i syv dimensioner. Figur 4.1 giver eksempler på, hvad de enkelte dimensioner dækker over.

Bedst og dårligst vurderede dimensioner

Patienterne vurderer dimensionen "Patientoplevede fejl" bedst, hvilket betyder, at mange patienter svarer, at de ikke har oplevet fejl i forbindelse med indlæggelsen. Denne dimension har en dimensionsscore på 4,83 på en sværskala gående fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad) og har således en dimensionsscore, der er markant højere end de øvrige dimensioner.¹¹

Figur 4.1

Ambulante patienter: Illustration af dimensionerne for ambulante patienter og eksempler på dimensionernes indhold



¹¹ Dimensionen "Patientoplevet fejl" dækker over ét spørgsmål om oplevelsen af fejl under indlæggelsen, som patienterne besvarer med "ja" eller "nej". I analysefasen kodes "ja" til 1 og "nej" til 5, så svarene kan vises sammen med de øvrige dimensioner på skalaen fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). Jo højere dimensionsscore på denne dimension desto færre patienter har oplevet fejl.

Kun én dimension har en score under 4,0. Det drejer sig om dimensionen "Patientinvolvering", der har en dimensionsscore på 3,88 (se Figur 4.2).

De oven for nævnte dimensioner var også de områder, der fik henholdsvis de bedste og dårligste vurderinger af de ambulante patienter i både 2016 og i 2017 (se Figur 4.2).

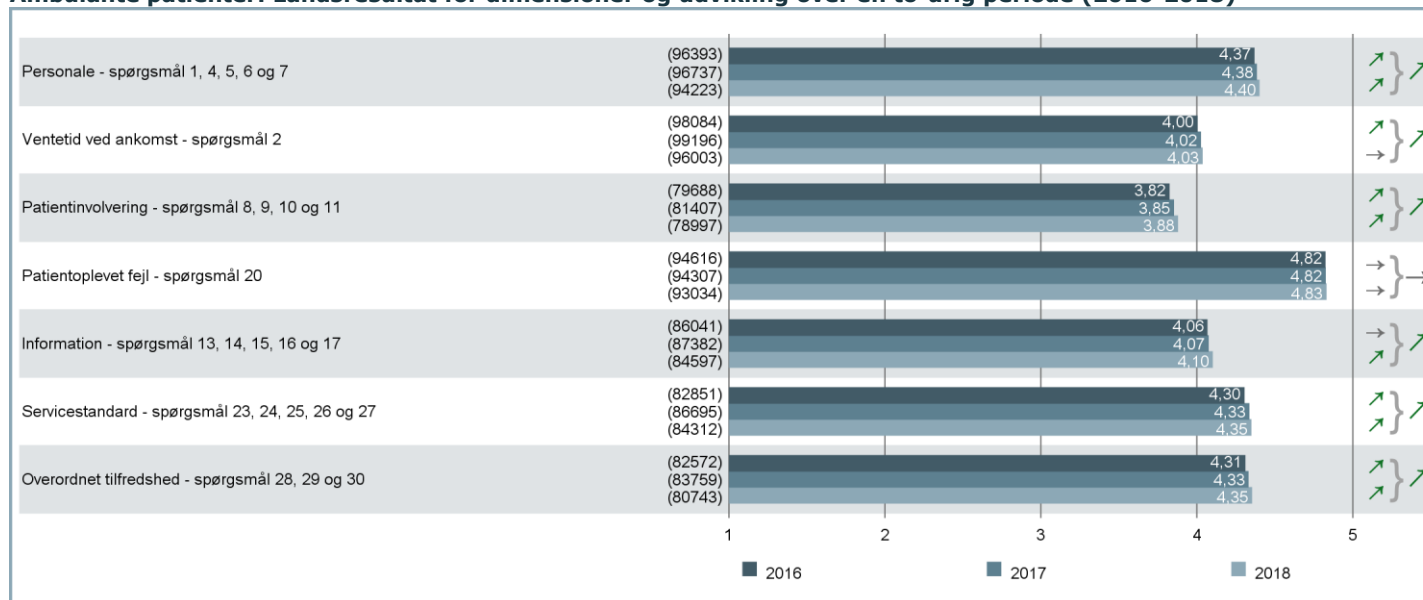
Udvikling i dimensionsscorer

Som det ses af Figur 4.2 er der fra 2017 til 2018 sket en forbedring af patienternes oplevelse på fem ud syv dimensioner. Den største fremgang ses på dimensionen "Information". I denne dimension ses der en fremgang

på fire af de fem spørgsmål, der tilsammen danner dimensionen (spørgsmål 13, 14, 15 og 16) (se Figur 4.2 og Figur 4.3). Det er på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter besøg, at der ses den største fremgang i gennemsnitsscoren på spørgsmålsniveau (spørgsmål 16).¹²

Over en toårig periode ses der en fremgang på seks ud af syv dimensioner (se Figur 4.2). For fire dimensioner ses der en fremgang i dimensionsscoren både fra 2016 til 2017 og fra 2017 til 2018. For de resterende to dimensioner ses der kun en fremgang i dimensionsscoren

Figur 4.2
Ambulante patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling over en to-årig periode (2016-2018)



Note: I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar, som dimensionsscoren er baseret på. Antallet i parentes er det antal respondenter, der har givet et svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er bedre (↗), dårligere (↘) eller ikke statistisk signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år.

¹² I bilagstabellerne er det muligt at se gennemsnitsscorerne for hvert enkelt spørgsmål. Bilagstabellerne for LUP Somatik 2018 findes her: www.patientoplevelse.dk/lup18/materiale, mens bilagstabellerne for LUP Somatik 2017 kan findes her: www.patientoplevelser.dk/lup17/materiale

fra 2016 til 2017 eller fra 2017 til 2018. Fremgangen på disse to spørgsmål har dog været så stor, at det har været muligt at fastholde den over to år.

Udviklingen i dimensionsscorer og gennemsnitsscorer på spørgsmålsniveau over en femårig periode (2014-2018) kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Resultater for udvalgte spørgsmål

Figur 4.3, Figur 4.4 og Figur 4.5 viser resultaterne af hvert enkelt af de spørgsmål i spørgeskemaet til ambulante patienter, der stilles år efter år (den faste kerne af spørgsmål), mens Figur 4.6 viser resultaterne af ét af temaspørgsmålene i 2018.

Uændret, høj samlet tilfredshed

Tre spørgsmål i spørgeskemaet handler om de ambulante patienters samlede tilfredshed med deres besøg. Disse tre spørgsmål er blandt den tredjedel af spørgsmål, der vurderes mest positivt af patienterne. Resultaterne viser, at:

- 91 % af patienterne i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med plejen (spørgsmål 28).
- 87 % i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med behandlingen (spørgsmål 29).
- 87 % i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med besøgets forløb (spørgsmål 30).

Samme mønster sås i resultaterne for LUP Somatik 2017.

95 % oplever venligt og imødekommende personale

Som for de øvrige to patientgrupper er det spørgsmålet om, hvorvidt personalet er venligt og imødekommende (spørgsmål 4), der vurderes bedst. I alt 95 % af

patienterne oplever i meget høj grad og i høj grad venligt og imødekommende personale.

Knap ni ud af 10 patienter oplever at blive involveret

På trods af at dimensionen "Patientinvolvering" får den dårligste vurdering af patienterne, oplever 89 % af de ambulante patienter, at de er med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling i ønsket omfang. Dette niveau er fastholdt siden LUP Somatik 2017 (spørgsmål 12).¹³

Det samlede forløb af indlæggelser og besøg

Tre spørgsmål til de ambulante patienter kredser om patienternes oplevelse af deres samlede forløb. Resultaterne af disse tre spørgsmål viser, at:

- 34 % af de ambulante patienter i meget høj grad oplever, at én læge har et særligt ansvar for deres samlede forløb af indlæggelser/Besøg. Dog oplever 13 % slet ikke, at dette er tilfældet (spørgsmål 32). Som det ses af Figur 4.3 har dette spørgsmål den laveste gennemsnitsscore.
- 37 % oplever i meget høj grad, at deres samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg er godt tilrettelagt. Flere patienter oplever en god tilrettelæggelse i 2018 sammenlignet med 2017 (spørgsmål 33) (se Figur 4.3).
- 50 % er i meget høj grad trygge i deres samlede forløb (se Figur 4.6). Dette temaspørgsmål placerer sig dermed blandt de spørgsmål, patienterne vurderer bedst samlet set.¹⁴

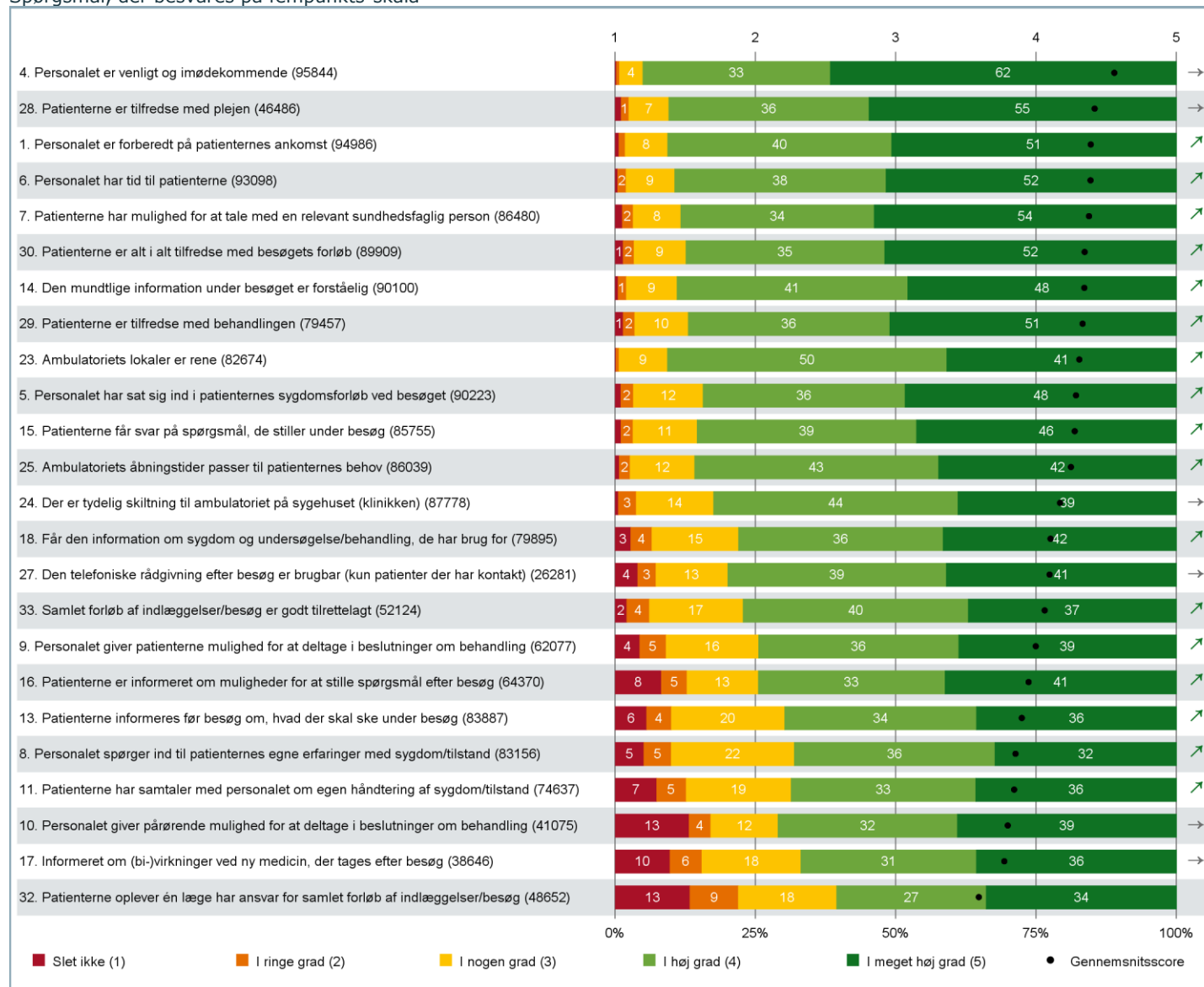
Det er betydningsfuldt, at jeg møder den samme læge hver gang jeg er til kontrol, eller hvis jeg ringer (...). Han er god til at lytte og tager mine bekymringer alvorligt. Han behandlede mig også under indlæggelsen, og det er trygt i mit forløb, at det er én der kender mig og mit forløb og mine tanker. Stor ros og taknemmelighed for, at han er der.

Planlagt ambulant patient

¹³ Spørgsmålet indgår ikke i dimensionen "Patientinvolvering".

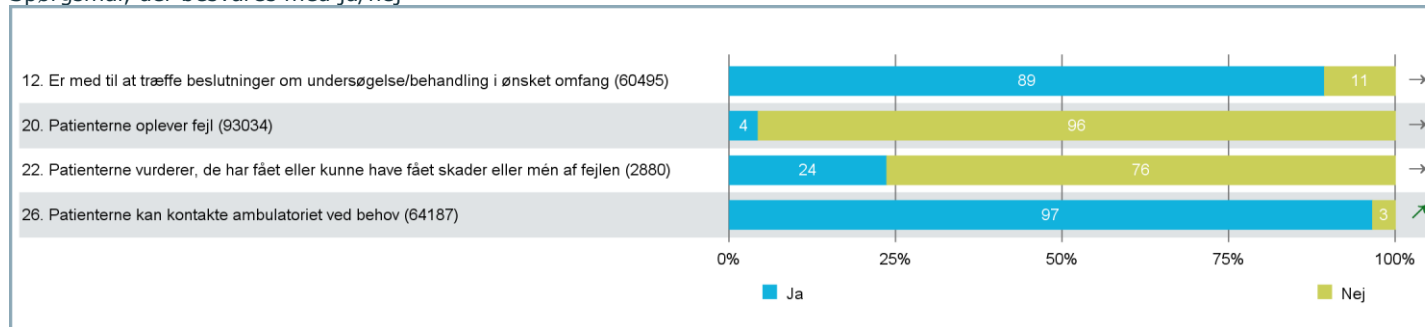
¹⁴ Dog kun ud af de spørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala fra "slet ikke" (1) til "i meget høj grad" (5).

Figur 4.3
Ambulante patienter: Landsresultatet for LUP Somatik 2018
 Spørgsmål, der besvares på fempunkts-skala



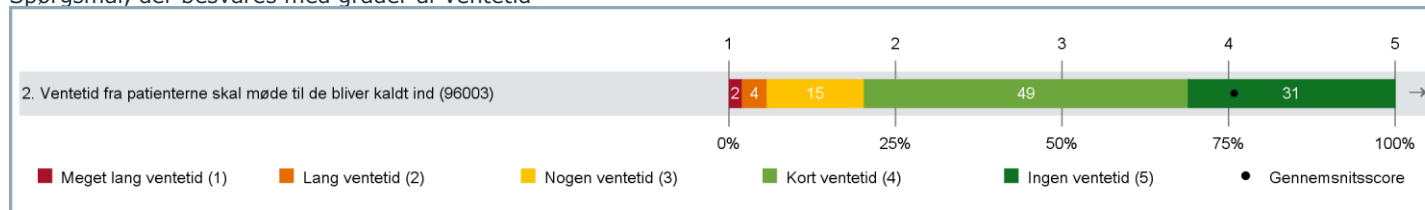
Note: Spørgsmålene i figuren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 4.4
Ambulante patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares med ja/nej



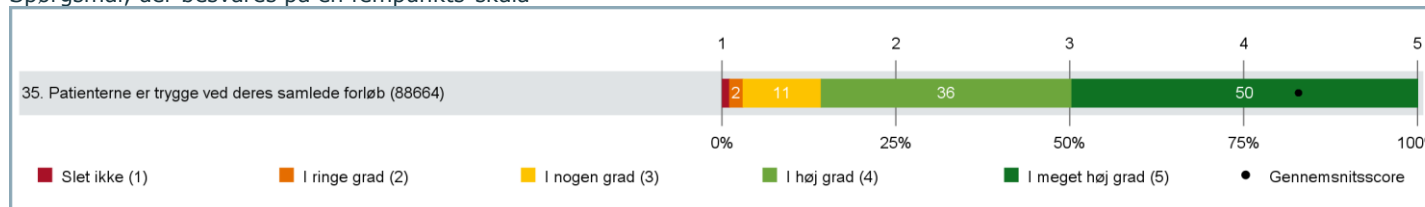
Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 4.5
Ambulante patienter: Landsresultatet
 Spørgsmål, der besvares med grader af ventetid



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilen yderst til højre viser, om resultatet i 2018 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2017.

Figur 4.6
Ambulante patienter: Landsresultat af temaspørgsmål
 Spørgsmål, der besvares på en fempunkts-skala



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringen i afkortet form. Spørgsmålets fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

5

Temaspørgsmål om Patientansvarlig læge (PAL)

Planlagt indlagte og ambulante patienter er blevet stillet de samme fire temaspørgsmål. Tre af temaspørgsmålene spørger til, om patienterne har hørt om ordningen "patientansvarlig læge" (PAL) og deres oplevelse af PAL (to lukkede spørgsmål og et åbent kommentarfelt). Det sidste temaspørgsmål handler om patienternes oplevelse af tryk i deres samlede forløb¹⁵. Spørgsmålet om tryk behandles i kapitel 2 og 4.

Det overordnede formål med PAL er at understøtte patientens oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryk. Derudover skal PAL bl.a. understøtte patient- og pårørendeinddragelse og fremdrift i patientforløbet, så unødigt ventetid/spildtid undgås.¹⁶

I alt 27 % af de planlagt indlagte patienter og 28 % af de ambulante patienter har hørt om PAL-ordningen. Af dem, der har hørt om ordningen, svarer 64 % af de planlagte indlagte patienter og 61 % af de ambulante patienter, at de har en patientansvarlig læge i deres samlede forløb (se Figur 5.1 og Figur 5.2).

For at belyse hvor mange patienter der svarer, at de har en PAL ud af det samlede antal patienter, kombineres de to lukkede spørgsmål om PAL i Figur 5.3 og Figur 5.4. Som det ses af figurerne svarer 17 % af både de planlagt indlagte og ambulante patienter, at de har en PAL, uagtet om de har hørt om ordningen eller ej (se Figur 5.3 og Figur 5.4).

En analyse af spørgeskemaets kommentarfelt om PAL viser, at patienternes fortolkning af PAL er bred. Nogle svarer, at de har en PAL, fordi de har en "kontaktlæge"/"behandlingsansvarlig læge", andre tolker, at deres PAL må være den læge, de har set flest

gange i behandlingsforløbet. Analysen af kommentarfeltet kan findes i temaafsnittet om PAL i kapitel 8. Sammen med kapitel 9 og 10 blev dette kapitel sendt ud til afdelinger, hospitaler og regioner i uge 8 sammen med enhedernes egne resultater.

Fortolkningen af patienternes besvarelser på temaspørgsmålene om PAL skal ske med forsigtighed af flere grunde:

- PAL er under implementering i regionerne. Regeringen har i sit politiske udspil til Kræftplan IV fastsat en national målsætning om, at mindst 90 % af alle kræftpatienter skal have en PAL i 2020, og at ordningen sideløbende skal udbredes til andre patienter.
- I LUP Somatik stilles spørgsmålene om PAL til alle planlagt indlagte og ambulante patienter, selvom ikke alle patienter skal tildeles en PAL ifølge Hvidbog for den patientansvarlige læge. Af hvidbogen fremgår det, at alle patienter, der er i et udrednings- og/eller behandlingsforløb skal have tildelt en PAL, hvis det vurderes fagligt relevant. Det betyder, at der vil være patienter, der ikke skal have en PAL.
- Præcist hvilke patienter, der skal tildeles en PAL, vurderes forskelligt mellem regionerne, og det må derfor formodes, at andelen af patienter der får tildelt en PAL vil variere fra region til region og fra afdeling til afdeling.

Disse forskellige forhold skal tages i betragtning, når resultaterne vurderes.

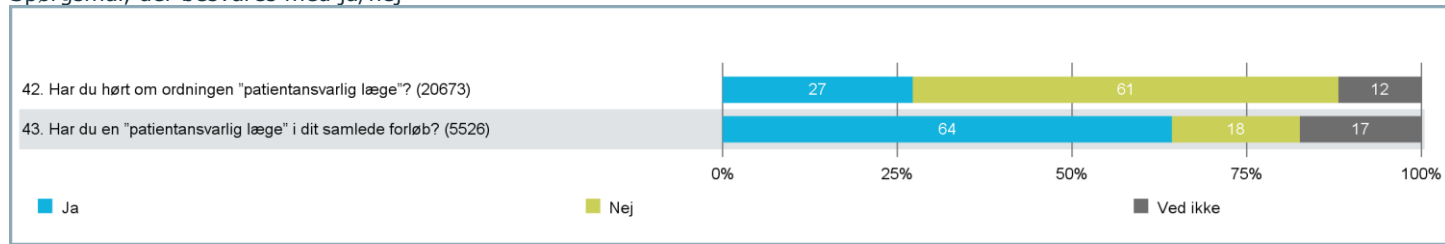
Begrebet "patientansvarlig læge" husker jeg ikke nævnt i forbindelse med mit forløb, men jeg OPLEVEDE det, idet den samme læge deltog i forundersøgelsen, foretog operationen og samme skal varetage kontrolbesøg. FINT, sådan skal det være.

Planlagt indlagt patient

¹⁵ Spørgsmålene kan findes i spørgeskemaet her: <https://patientoplevelser.dk/lup18/skema>

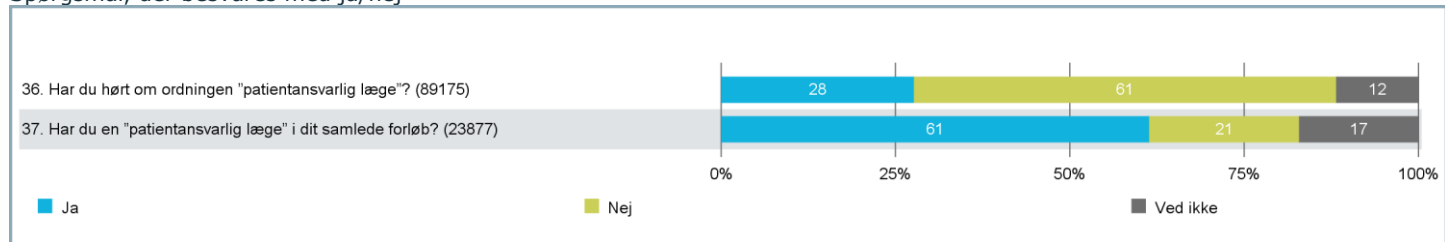
¹⁶ Læs mere om PAL i "Hvidbog for den patientansvarlige læge": <https://www.regioner.dk/media/4727/hvidbog-for-den-patientansvarlige-laege-2017.pdf>

Figur 5.1
Planlagt indlagte patienter: Landsresultatet for temaspørgsmål om PAL
 Spørgsmål, der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

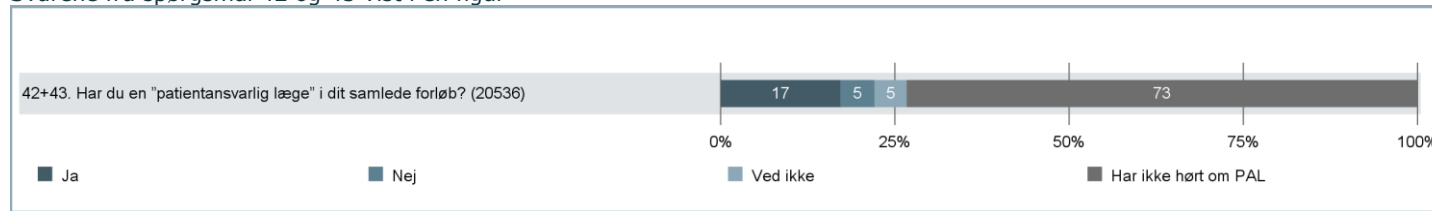
Figur 5.2
Ambulante patienter: Landsresultatet for temaspørgsmål om PAL
 Spørgsmål, der besvares med ja/nej



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet [her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

Figur 5.3
Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for kombination af temaspørgsmål om PAL

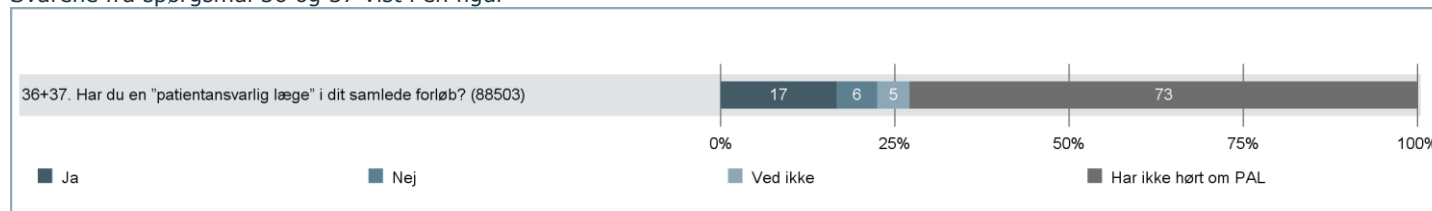
Svarene fra spørgsmål 42 og 43 vist i én figur



Note: Figuren kombinerer patienternes svar på de to lukkede spørgsmål om PAL (spørgsmål 42 og 43) i én figur. De patienter, der i denne figur svarer "ja", er dem, der både har svaret "ja" på spørgsmål 42 (hørt om ordningen) og "ja" til spørgsmål 43 (har en PAL). De, der svarer henholdsvis "nej" og "ved ikke" er de patienter, der har svaret hhv. "nej" og "ved ikke" på spm. 43 (har en PAL), mens de der "ikke har hørt om PAL" er der dem, der svarer "nej" på spørgsmål 42 (har hørt om ordningen).

Figur 5.4
Ambulante patienter: Landsresultatet for temaspørgsmål om PAL

Svarene fra spørgsmål 36 og 37 vist i én figur



Note: Figuren kombinerer patienternes svar på de to lukkede spørgsmål om PAL (spørgsmål 36 og 37) i én figur. De patienter, der i denne figur svarer "ja", er dem, der både har svaret "ja" på spørgsmål 36 (hørt om ordningen) og "ja" til spørgsmål 37 (har en PAL). De, der svarer henholdsvis "nej" og "ved ikke" er de patienter, der har svaret hhv. "nej" og "ved ikke" på spm. 37 (har en PAL), mens de der "ikke har hørt om PAL" er der dem, der svarer "nej" på spørgsmål 36 (har hørt om ordningen).

Pga. afrunding af de enkelte procentandele summer andelene ikke til 100 %.

6

Regionale og lokale forskelle

De nationale resultater for LUP Somatik 2018 dækker over relativt store forskelle i resultater mellem de enkelte regioner, hospitaler og afdelinger.

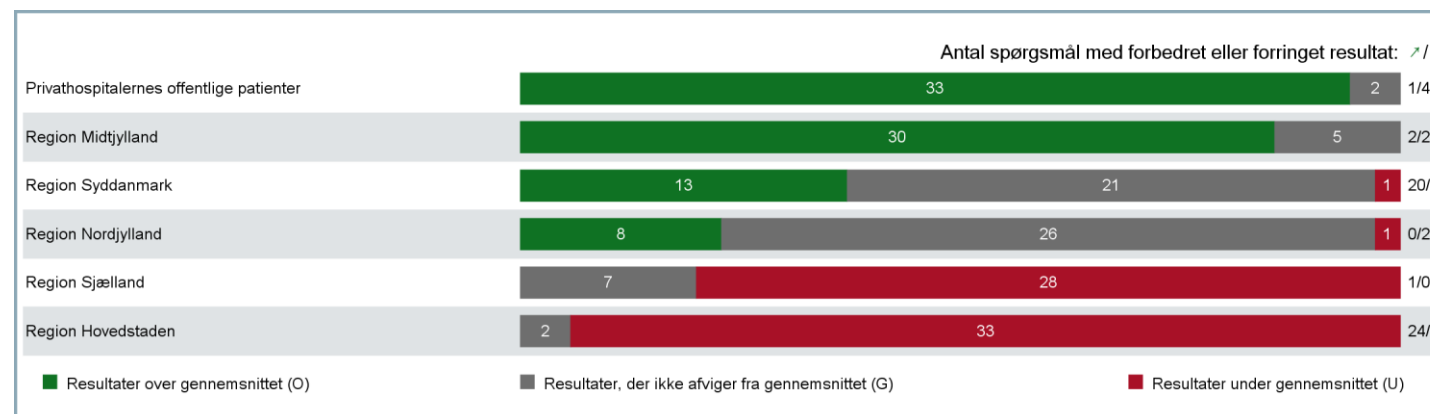
På langt de fleste spørgsmål beregnes en gennemsnitsscore. Når der er relativt store forskelle i gennemsnitsscorer på de enkelte spørgsmål mellem henholdsvis regioner, hospitaler eller afdelinger, kan det være en indikation på, at der er et forbedringspotentiale for enheder, der scorer lavt. Enheder med lave gennemsnitsscorer kan hente inspiration hos andre regioner/hospitaler/afdelinger med højere gennemsnitsscorer på samme spørgsmål.

Forskelle mellem regioner: Placering i forhold til landsresultatet

For alle tre patientgrupper gælder det, at Region Midtjyllands resultater for hovedparten af spørgsmålene i undersøgelsen ligger over det samlede landsresultat. Både Region Nordjylland og privathospitalerne har to patientgrupper, hvor deres resultater for hovedparten af spørgsmålene i undersøgelsen ligger over det samlede landsresultat, mens Region Syddanmark har én patientgruppe, hvor deres resultater for hovedparten af spørgsmålene i undersøgelsen ligger over det samlede landsresultat (se Figur 6.1, Figur 6.2 og Figur 6.3).

For alle tre patientgrupper er størstedelen af resultaterne for Region Hovedstaden og Region Sjælland placeret under landsresultatet.¹⁷ Samme tendens sås i resultaterne for LUP Somatik 2017.

Figur 6.1
Planlagt indlagte patienter: Placering i forhold til landsresultatet (O, U, G) og udvikling i resultater fra 2017 til 2018

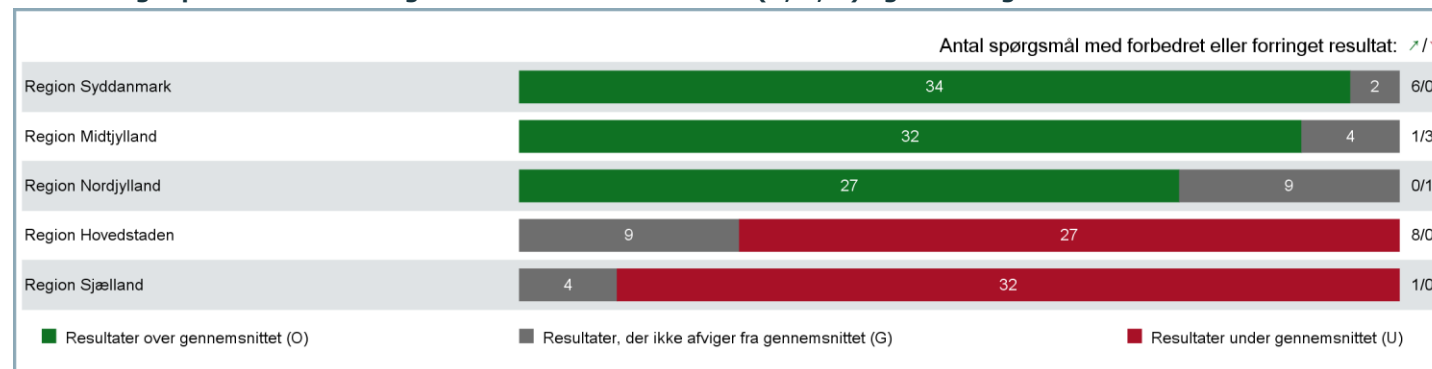


Note: O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis statistisk signifikant over (O) eller under (U) landsresultatet, mens G angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ikke afviger statistisk signifikant fra landsresultatet. Regionernes resultater er ikke testet parvis (indbyrdes) imod hinanden. Et resultat for én region, der har et O i forhold til landsresultatet, er ikke nødvendigvis bedre end et resultat fra en anden region, som har et G i forhold til landsresultatet.

Tallene længst til højre i figuren viser, hvor mange spørgsmål der er henholdsvis forbedret (↗) eller forringet (↘) siden 2017 i den enkelte region.

¹⁷ For en uddybning af, hvordan de enkelte spørgsmål i undersøgelsen fordeler sig i forhold til landsresultatet (O, U og G) og for udviklingen i resultater siden LUP 2017, henvises til benchmarkmateriale for hver patientgruppe på: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

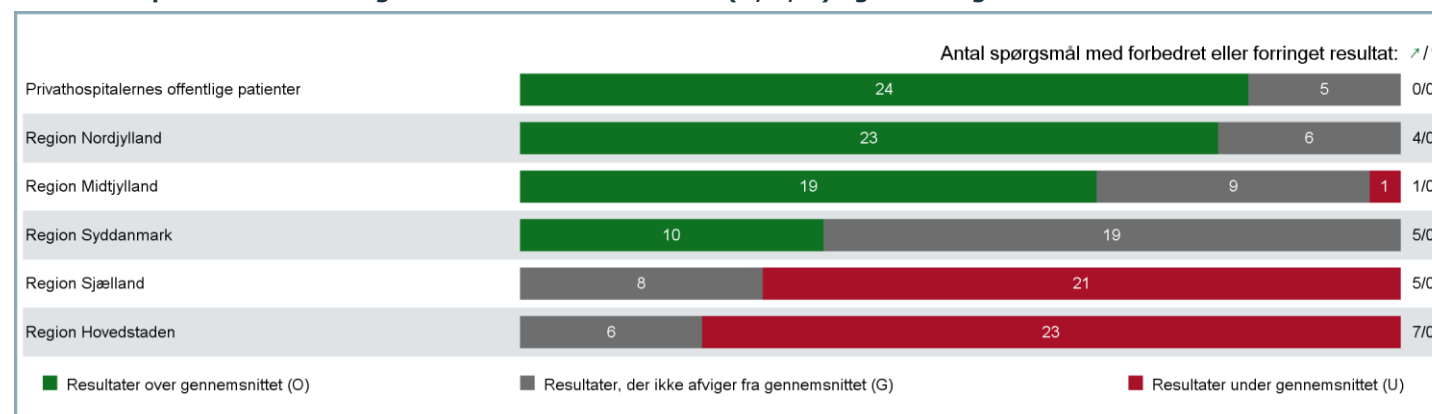
Figur 6.2
Akut indlagte patienter: Placering i forhold til landsresultatet (O, U, G) og udvikling i resultater fra 2017 til 2018



Note: O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis statistisk signifikant over (O) eller under (U) landsresultatet, mens G angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ikke afviger statistisk signifikant fra landsresultatet. Regionernes resultater er ikke testet parvis (indbyrdes) imod hinanden. Et resultat for én region, der har et O i forhold til landsresultatet, er ikke nødvendigvis bedre end et resultat fra en anden region, som har et G i forhold til landsresultatet.

Tallene længst til højre i figuren viser, hvor mange spørgsmål der er henholdsvis forbedret (↗) eller forringet (↘) siden 2017 i den enkelte region.

Figur 6.3
Ambulante patienter: Placering i forhold til landsresultatet (O, U, G) og udvikling i resultater fra 2017 til 2018



Note: O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis statistisk signifikant over (O) eller under (U) landsresultatet, mens G angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ikke afviger statistisk signifikant fra landsresultatet. Regionernes resultater er ikke testet parvis (indbyrdes) imod hinanden. Et resultat for én region, der har et O i forhold til landsresultatet, er ikke nødvendigvis bedre end et resultat fra en anden region, som har et G i forhold til landsresultatet.

Tallene længst til højre i figuren viser, hvor mange spørgsmål der er henholdsvis forbedret (↗) eller forringet (↘) siden 2017 i den enkelte region.

Forskelle mellem regioner: Udvikling fra 2017 til 2018

Blandt de tre patientgrupper og på tværs af regioner og privathospitaler¹⁸ er der sket en fremgang på flere spørgsmål. Bedst ser det ud for Region Hovedstaden, der er gået frem på 24 ud af 35 spørgsmål blandt de planlagt indlagte patienter, samt for Region Syddanmark der for samme patientgruppe er gået frem på 20 ud af 35 spørgsmål (se Figur 6.1). Fremgangen for de øvrige to patientgrupper er mindre udtalt. Her er mellem ét og otte spørgsmål gået frem på tværs af regioner og privathospitaler (se Figur 6.2 og Figur 6.3).

Der ses ikke en klar tendens til, at fremgangen på spørgsmålene sker indenfor bestemte områder eller dimensioner. Dog er spørgsmålet om patienternes oplevelse af, hvor rene afdelingens lokaler er, gået frem på tværs af patientgrupper og regioner. Derudover er dimensionen "personale" den dimension, der flest gange er gået frem på tværs af patientgrupper og regioner (figurer ikke vist her).

På regionalt plan ses der en tilbagegang på enkelt spørgsmål blandt de planlagt indlagte og akut indlagte patienter. Disse spørgsmål handler bl.a. om patienternes oplevelse af fejl samt om information under indlæggelsen.¹⁹

Forskelle mellem hospitaler

Der er relativt store forskelle i patienternes oplevelser på de forskellige hospitaler (se Figur 6.4, Figur 6.5 og Figur 6.6).²⁰

På tværs af de tre patientgrupper er det på dimensionerne "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation"²¹, at de største forskelle mellem hospitalerne skal findes. Særligt blandt de planlagt indlagte patienter er forskellen mellem hospitalet med den højeste dimensionsscore og hospitalet med den laveste dimensionsscore på disse to dimensioner udtalt (se Figur 6.4). Fx på dimensionen "Patientinvolvering" er den laveste dimensionsscore på hospitalsniveau på 3,28, mens den højeste dimensionsscore er på 4,08. Denne høje dimensionsscore er at finde blandt de planlagt indlagte patienter på Regionshospital Nordjylland.

Forskellene mellem hospitalerne er generelt større blandt de planlagt indlagte og akut indlagte patienter (0,26-0,8) end blandt de ambulante patienter (0,14-0,4).

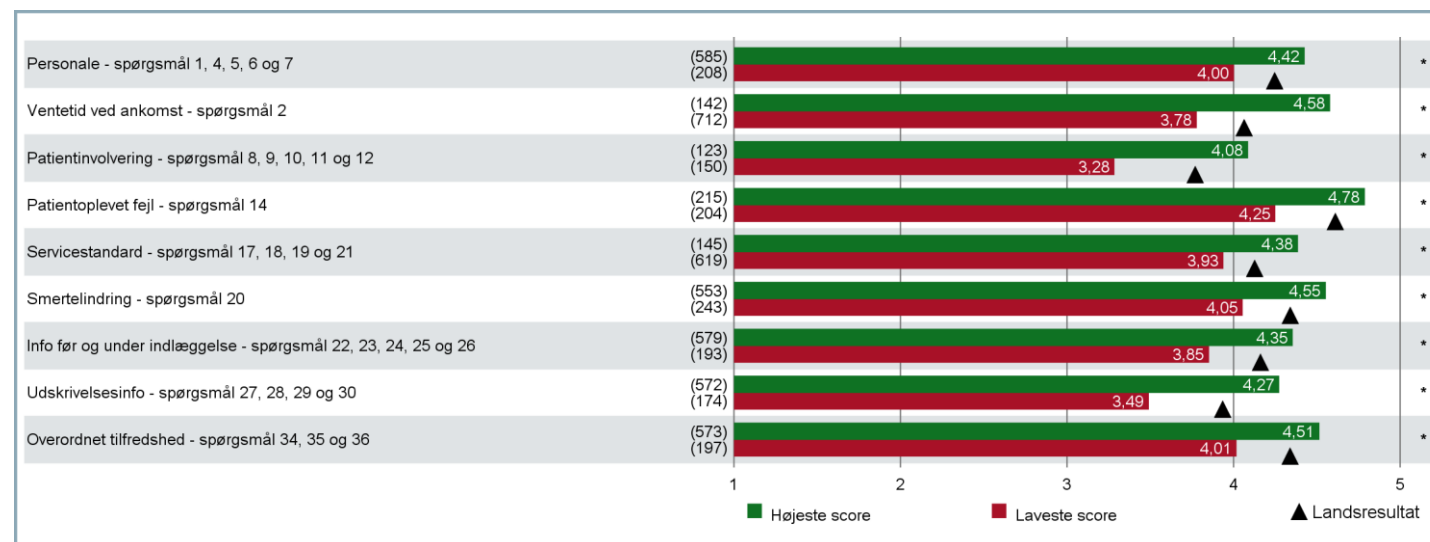
¹⁸ Kun offentligt finansierede patienter på privathospitaler indgår i LUP Somatik 2018.

¹⁹ Se alle spørgsmål med fremgang og tilbagegang på tværs af regioner og privathospitaler i bilagsmaterialet: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

²⁰ Offentligt finansierede patienter på privathospitalerne indgår ikke i sammenligningen af hospitalsresultaterne, da de private hospitaler, som indgår i LUP Somatik, adskiller sig fra de offentlige hospitaler på en række punkter fx ved ofte kun at varetage et (eller få) specialer, hvilket betyder, at det ikke er meningsfuldt at sammenligne på hospitalsniveau. Besvarelserne fra disse patienter indgår dog stadig i landsresultatet, da landsresultatet for de enkelte spørgsmål afspejler alle offentligt betalte patienters behandling i Danmark.

²¹ Dimensionen "Udskrivelsesinformation" findes ikke som dimension for de ambulante patienter.

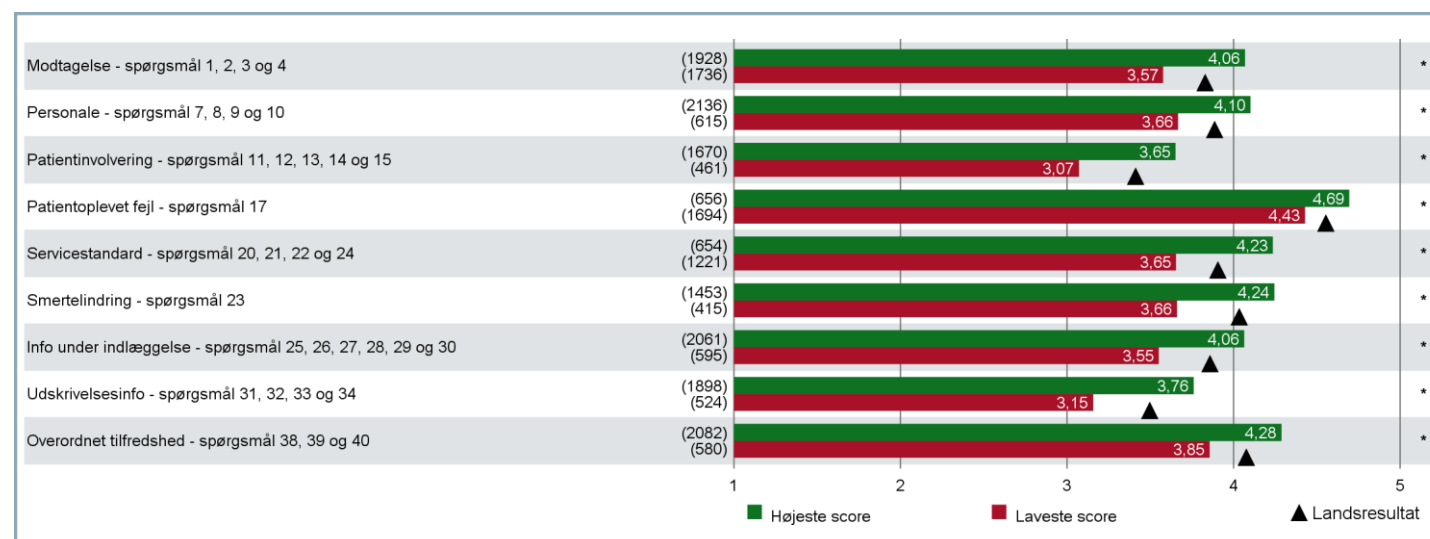
Figur 6.4
Planlagt indlagte patienter: Forskelle mellem hospitaler med højst og lavest dimensionsscorer fordelt på dimensioner



Note: Figuren viser for hver enkel dimension dimensionsscoren for hospitaler med henholdsvis den højeste og den laveste score. Kun hospitaler med mere end 100 svar indgår i figuren. I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar for det pågældende hospital. Antallet er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

*Angiver at forskellen mellem hospitalet med den højeste gennemsnitsscore og hospitalet med den laveste gennemsnitsscore er statistisk signifikant.

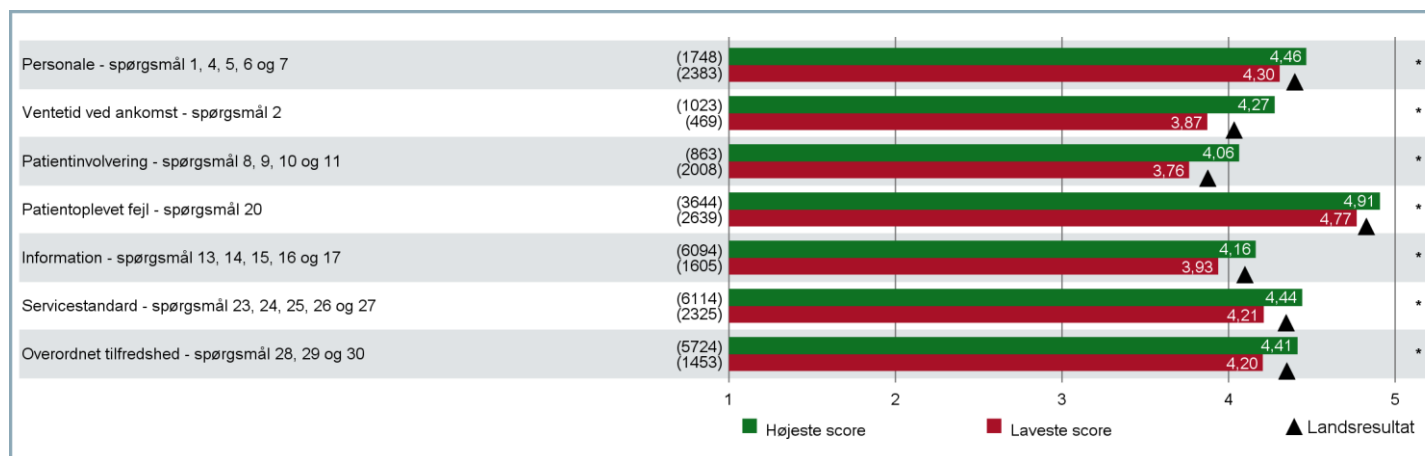
Figur 6.5
Akut indlagte patienter: Forskelle mellem hospitaler med højst og lavest dimensionsscorer fordelt på dimensioner



Note: Figuren viser for hver enkel dimension dimensionsscoren for hospitaler med henholdsvis den højeste og den laveste score. Kun hospitaler med mere end 100 svar indgår i figuren. I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar for det pågældende hospital. Antallet er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

*Angiver at forskellen mellem hospitalet med den højeste gennemsnitsscore og hospitalet med den laveste gennemsnitsscore er statistisk signifikant.

Figur 6.6
Ambulante patienter: Forskelle mellem hospitaler med højst og lavest dimensionsscore fordelt på dimensioner



Note: Figuren viser for hver enkel dimension dimensionsscoren for hospitaler med henholdsvis den højeste og den laveste score. Kun hospitaler med mere end 100 svar indgår i figuren. I figuren er det angivet, hvilke spørgsmål der indgår i de enkelte dimensioner, samt i parentes antallet af svar for det pågældende hospital. Antallet er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen.

* Angiver at forskellen mellem hospitalet med den højeste gennemsnitsscore og hospitalet med den laveste gennemsnitsscore er statistisk signifikant.

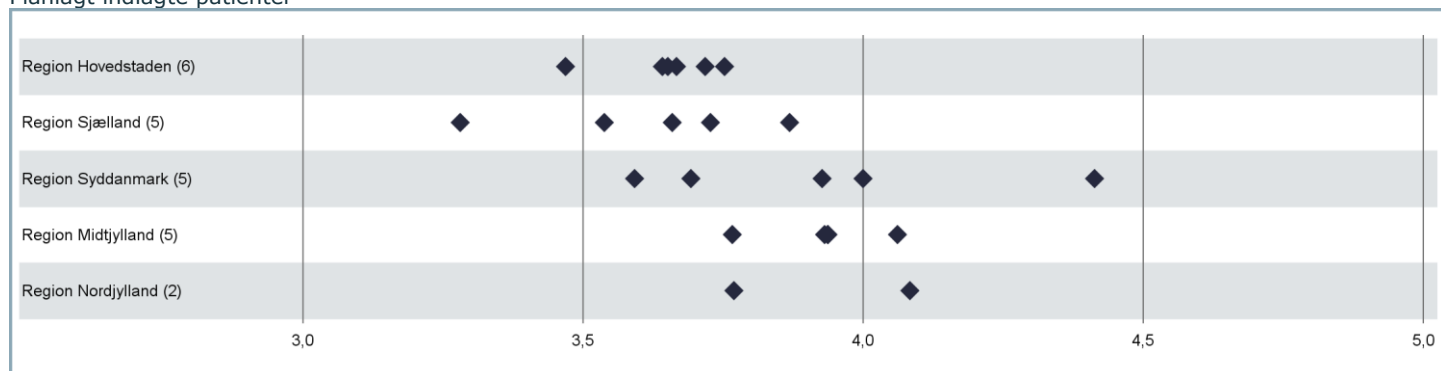
Forskelle mellem hospitaler inden for samme region

Den relativt store variation i patienternes oplevelser mellem hospitaler ses også inden for de enkelte regioner. Som eksempel viser Figur 6.7 variationen i patienternes oplevelse mellem hospitaler inden for hver region på dimensionen "Patientinvolvering". Blandt de planlagt indlagte patienter er Region Syddanmark et eksempel på relativt stor variation indenfor samme region. Her har ét hospital (Friklinikken, Region Syddanmark) en dimensionsscore på 4,4 på dimensionen, "Patientinvolvering", mens de øvrige hospitaler i samme region ligger mellem 3,6 og 4,0.

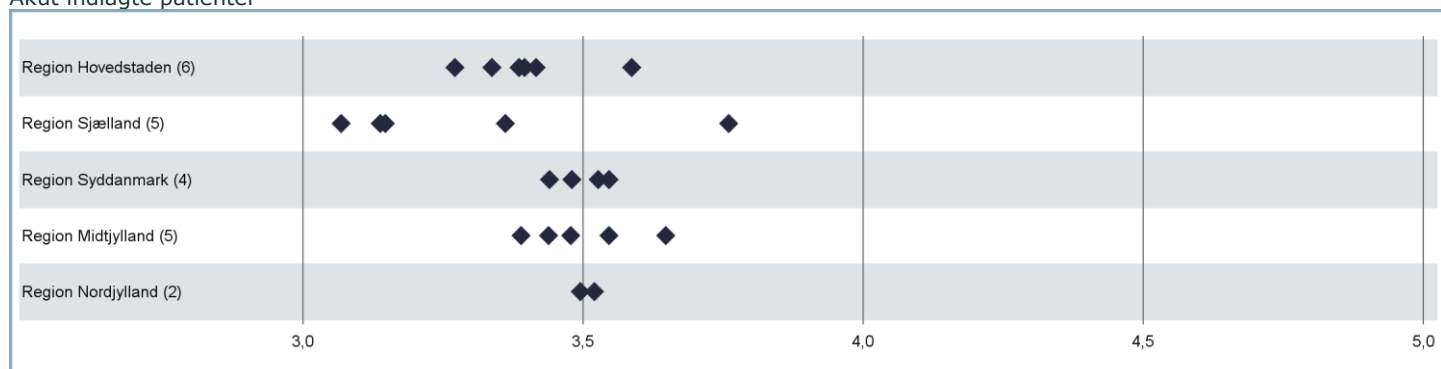
Hospitalerne behøver derfor ikke altid at se på tværs af landet for at finde et hospital, de kan lade sig inspirere af.

Figur 6.7
Variation i hospitalernes resultater for dimensionen "Patientinvolvering"

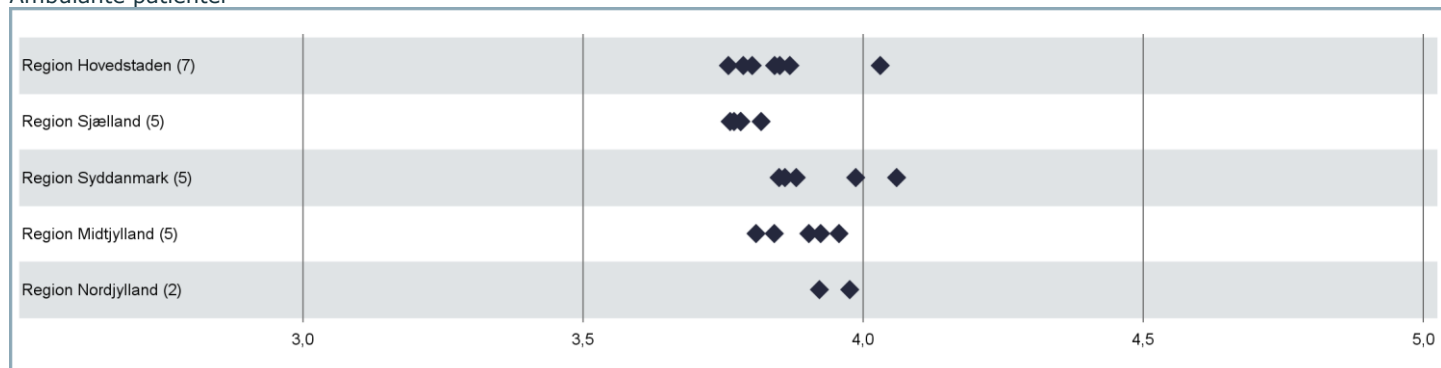
Planlagt indlagte patienter



Akut indlagte patienter



Ambulante patienter



Note: Figurene viser variationen i hospitalernes resultater på dimensionen "Patientinvolvering". Der er en figur pr. patientgruppe, hvor hospitalsresultaterne er plottet på en række for hver region. Hver firkant angiver et hospital. Jo større afstand der er mellem firkanterne i en række, desto større forskel er der i dimensionsscoren mellem hospitalerne.

7

Nationale mål for øget patientinddragelse

Som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram opstillede Regeringen, Danske Regioner og KL i 2016 otte nationale mål for sundhedsvæsenet. De otte nationale mål har til formål at give patienterne bedre oplevelser af kvalitet, sammenhæng i behandlingen og patientsikkerhed (Sundheds- og Ældreministeriet 2018).

En række indikatorer konkretiserer de overordnede mål. Indikatorerne skal gøre det muligt for regioner og kommuner at følge målene og igangsætte de initiativer, der skaber den ønskede udvikling. Et af de nationale mål er øget patientinddragelse, hvor indikatorerne er to spørgsmål fra LUP Somatik for de planlagt indlagte patienter (Sundheds- og Ældreministeriet 2018). De to spørgsmål er:

- Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling? (spørgsmål 9)
- Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet? (spørgsmål 36)

Som tidligere beskrevet vurderer de planlagt indlagte patienter det samlede forløb relativt godt: spørgsmålet er blandt de bedst vurderede (spørgsmålet ligger på en 8. plads), og halvdelen af patienterne er i meget høj grad tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse (se Figur 2.3). Derudover ses der en fremgang i gennemsnitsscoren på dette spørgsmål fra 2017 til 2018.

Gennemsnitsscorerne for de enkelte regioner ligger mellem 4,22 (Region Sjælland) og 4,32 (Region Midtjylland) med et landsgennemsnit på 4,28. Dog undtaget privathospitalerne, der har en markant højere gennemsnitsscore på dette spørgsmål (4,60). Udover at der er sket en stigning fra 2017 til 2018 i antallet af patienter på landsplan, der er tilfredse med deres forløb,

er også patienterne i Region Hovedstaden og Region Syddanmark blevet mere tilfredse i år sammenlignet med sidste år. De øvrige regioner og privathospitalerne ligger på samme niveau som sidste år.²²

Anderledes ser det ud med patienternes mulighed for at deltage i beslutninger om undersøgelse/behandling. Dette spørgsmål får en af de dårligste vurderinger af patienterne (5. dårligste vurdering), og 14 % vurderer, at de slet ikke eller i ringe grad fik mulighed for at deltage i disse beslutninger.

Gennemsnitsscorerne for de enkelte regioner på dette spørgsmål (spørgsmål 9) ligger mellem 3,62 (Region Sjælland) og 3,87 (Region Midtjylland). Igen ligger privathospitalerne markant over de fem regioner med en gennemsnitsscore på 4,30. Ingen af de fem regioner eller privathospitalerne har oplevet en fremgang fra 2017 til 2018 på dette spørgsmål.

Jeg synes i bund og grund, at jeg er blevet godt modtaget, godt forstået af læge og sygeplejerske, samt at de har forstået min tilstand, og derefter forsøgt at hjælpe mig bedst muligt, med god patientinddragelse.

Planlagt indlagt patient

²² Resultaterne på lands-, regions-, hospitals- og afdelingsniveau kan findes i bilagstabellerne her: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale



8

**Tema: Patientansvarlig
læge (PAL)**

Patientansvarlig læge (PAL) er et nationalt initiativ, som er i gang med at blive implementeret på alle landets hospitaler. Den patientansvarlige læge skal sikre, at patienter på de danske sygehuse i højere grad oplever, at der er én navngiven læge, der tager det overordnede ansvar for deres samlede udrednings- og/eller behandlingsforløb.

I marts 2017 udgav Danske Regioner "Hvidbog for den patientansvarlige læge" (Danske Regioner 2017), der bl.a. beskriver formål, funktion og opgaver for den

patientansvarlige læge (læs mere i boksen). Hvidbogen for PAL lægger op til, at PAL-ordningens effekt skal monitoreres via LUP Somatik. LUP Somatik 2018 er første gang, at patienterne bliver spurgt om deres oplevelser med PAL i LUP-regi.

I spørgeskemaet for LUP Somatik 2018 er der tre temaspørgsmål om patientansvarlig læge. Spørgsmålene om patientansvarlig læge stilles til ambulante patienter og planlagt indlagte patienter men ikke til akut indlagte patienter²³. De tre temaspørgsmål lyder:

Fakta om PAL

I forbindelse med PAL-ordningen blev der i 2015 igangsat 44 pilotprojekter på sygehuse i hele landet. Erfaringerne herfra har bidraget til beskrivelsen af PAL-ordningen i "Hvidbog for den patientansvarlige læge". Ifølge hvidbogen er det overordnede formål med PAL at understøtte patientens oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed. Derudover skal PAL bl.a. understøtte patient- og pårørendeinddragelse og fremdrift i patientforløbet, så unødigt ventetid/spildtid undgås.

Hvidbogen beskriver, at patienten altid skal have tildelt en patientansvarlig læge, hvor det er fagligt relevant, dvs. ved mere komplekse og længerevarende og/eller tværgående forløb. Tildelingen af PAL er derfor forbundet med en vis grad af skøn. En patient kan kun have én patientansvarlig læge ad gangen, men der kan godt være flere læger, der hver især har et behandlingsansvar. Derfor skal afdelingerne finde ud af, hvem der skal være PAL for patienten, når behandlingsforløb går på tværs af afdelinger og/eller sygehuse.

Arbejdet med den patientansvarlige læge bygger på en politisk aftale mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeforeningen, Yngre Læger, Danske Patienter og Dansk Sygeplejeråd. Regeringen har i sit politiske udspil til kræftplan IV fastsat en national målsætning om, at mindst 90 % af alle kræftpatienter skal have en patientansvarlig læge i 2020, og at ordningen sideløbende skal udbredes til andre patienter (Danske Regioner 2017; Kræftens Bekæmpelse m.fl. 2018).

²³ En stor del af de akut indlagte patienter vil som udgangspunkt blive udskrevet efter kortere tid og vil ikke få tildelt en PAL. Ved opfølgning i et videre planlagt forløb vil de blive inkluderet i LUP Somatik som enten planlagt indlagt eller ambulante patienter. PAL-ordningen vurderes derfor ud fra planlagt indlagte og ambulante patienter.

"Patientansvarlig læge" er en ordning for nogle udvalgte patienter. Den patientansvarlige læge er en person, der har det overordnede ansvar og overblik over dit samlede forløb.

- Har du hørt om ordningen "patientansvarlig læge"?
- Har du en "patientansvarlig læge" i dit samlede forløb?
- Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til din kontakt med den "patientansvarlige læge".

I det følgende dykker vi ned i udvalgte patientkommentarer fra sidstnævnte temaspørgsmål om PAL fra LUP 2018. Patientkommentarerne giver et indblik i patienternes forståelse af PAL og deres oplevelser med PAL-ordningen. De øvrige temaspørgsmål om PAL vil

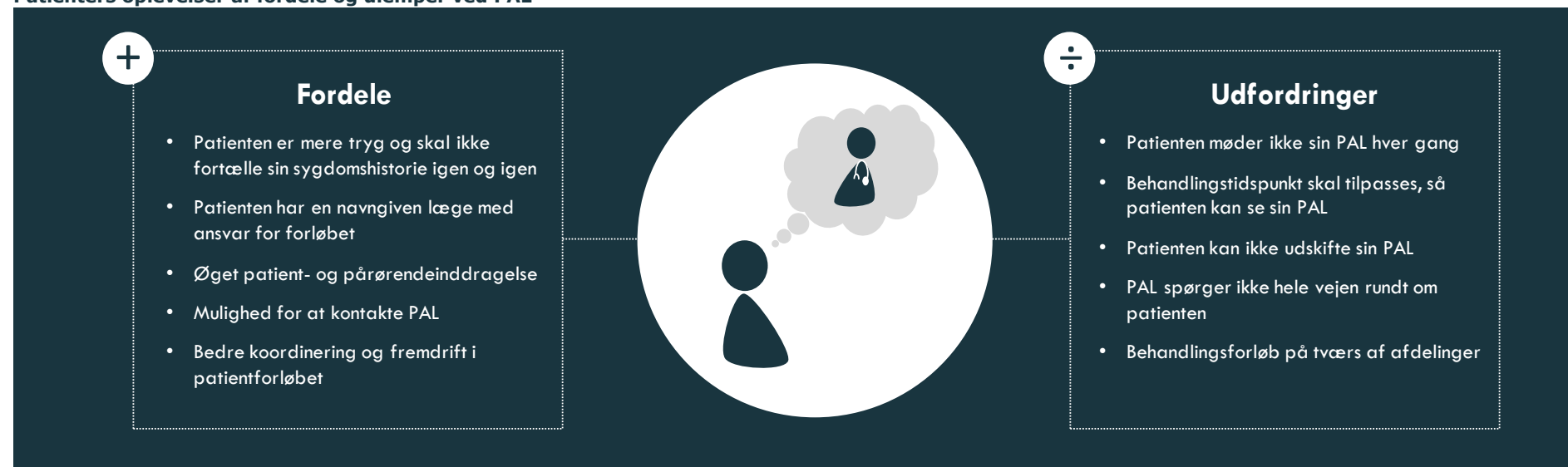
blive afrapporteret i den nationale rapport for LUP Somatik 2018.

Temaet rundes af med en case fra Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, som fortæller om deres erfaringer og udfordringer med at implementere PAL og et bud på, hvordan de kan løses i praksis.

Hvad skriver patienterne om PAL?

Patienter, der har svaret "ja" til, at de har hørt om ordningen, patientansvarlig læge, og "ja" til at de har en patientansvarlig læge i deres samlede forløb, havde mulighed for at skrive deres kommentarer til kontakten med den patientansvarlige læge i et åbent kommentarfelt i spørgeskemaet. Vi har gennemgået

Figur 8.1
Patienters oplevelser af fordele og ulemper ved PAL



1297 kommentarer²⁴ for at undersøge, hvad patienterne lægger vægt på i forhold til PAL-ordningen. Figur 8.1 opsummerer hovedpointerne.

Patienternes forståelse af PAL-begrebet

Nogle patienter giver udtryk for, at de er i tvivl om, hvad begrebet "patientansvarlig læge" dækker over. En patient skriver fx:

” Begrebet "patientansvarlig læge" husker jeg ikke nævnt i forbindelse med mit forløb, men jeg OPLEVEDE det, idet den samme læge deltog i forundersøgelsen, foretog operationen og samme skal varetage kontrolbesøg. FINT, sådan skal det være. **Planlagt indlagt patient**

Patienterne, der skriver, at de ikke kender begrebet patientansvarlig læge, laver således selv en kobling fra den læge, de primært har mødt i deres forløb, til PAL-begrebet. Andre patienter kender begrebet "kontaktlæge" og skriver, at dette må være deres "patientansvarlige læge":

” Har en bestemt kontaktlæge under hele forløbet. Hvis det er det, der menes med patientansvarlig læge, har jeg været særdeles tilfreds. **Planlagt indlagt patient**

Patienternes forståelse af PAL-begrebet er vigtig information i forhold til tolkningen af LUP-resultaterne om patienternes oplevelser med PAL. Patienternes kommentarer viser, at vi ikke kan være sikre på, at patienternes forståelse af PAL er den samme, som den

PAL, der er beskrevet i hvidbogen. Når patienterne sætter lighedstegn mellem PAL og "kontaktlæge" eller tolker, at PAL må være den læge, de har set flest gange i behandlingsforløbet, vil andelen af patienter, der oplever at have en PAL formentlig være en blanding af patienter, der har fået tildelt en PAL, og patienter der ikke har.

Man kan dog spørge, om det er vigtigt, at patienterne har kendskab til begrebet PAL og kan skelne mellem forskellige typer af kontaktpersonordninger – eller om det er mere vigtigt, at patienterne har oplevelsen af, at der er en læge, der kender deres forløb og tager ansvar for deres behandling.

Patienten er mere tryk og skal ikke fortælle sin sygdomshistorie igen og igen

En af de fordele, som flest patienter fremhæver ved at have en PAL, er, at lægen kender patientens sygdomshistorie, så den ikke skal genfortælles ved hvert møde med lægen.

” Det er dejligt at have en personlig tilknyttet læge, som kender en og kender min sygdom, så jeg ikke skal fortælle min sygdomshistorie igen og igen. Det giver et tillidsforhold og et tryghedsforhold, som betyder rigtig meget for mig. **Planlagt ambulant patient**

Patienterne fremhæver især, at de føler sig mere trygge og har højere grad af tillid til lægen, når de ser den samme læge. Nogle patienter fortæller, at de tør være mere åbne i forhold til lægen. Andre skriver, at det giver kvalitet i behandlingen, at de ser den samme læge fra gang til gang, fordi patient og læge ikke skal starte forfra ved hvert møde.

²⁴ Patientkommentarerne er pga. tidspunktet for udarbejdelse af temaet udelukkende afgivet elektronisk.

Omvendt har patienterne også en forventning om, at lægen har sat sig ind i deres journal og sygdomshistorie, hvis vedkommende kalder sig "patientansvarlig læge" eller "kontaktlæge". To patienter skriver bl.a.:

” Kendetegnet for mig for en god kontaktlæge er, om man fornemmer, at lægen overhovedet er interesseret i min tilstand. Det har negativ indflydelse på min tillid til lægen, hvis han/hun virker fortravlet, har glemmt, hvad vi sidst talte om, eller ikke har fulgt med i mine blodprøver, behandlinger etc. **Planlagt ambulans patient**

” Til min samtale efter forløbet havde han dog ikke helt haft tid til at sætte sig ordentlig ind i mit efterforløb. Han ville henvise mig til MR-scanning, hvilket jeg allerede havde været til. Dette gjorde en kæmpe forskel, idet han lige pludselig kunne fortælle mig, at jeg nu var kræftfri/rask... Så når man får tildelt en ansvarlig læge, har jeg en klar forventning om, at han har styr på de undersøgelser, jeg har været til og skal til... **Planlagt indlagt patient**

Patienten møder ikke sin PAL hver gang

Som det fremgik af afsnittet om patienternes forståelse af PAL, sætter mange patienter lighedstegn mellem PAL og den læge, som de oftest møder i deres behandlingsforløb. Derfor er der flere patienter, der undrer sig over, at de ikke møder deres PAL oftere. De skriver fx:

” Ja, men det har ringe værdi, da det ikke er vedkommende, jeg møder til samtaler. "Min" patientansvarlige udtalte: Han kunne jo ikke tage næste samtale med mig, hvis han havde andet at lave!!!! **Planlagt ambulans patient**

” Det er fint med en "patientansvarlig læge", men af gode grunde, (fordi lægen har andre opgaver) ser man jo som patient ikke den læge. Jeg havde ved alle de 4-5 gange, hvor jeg var i kontakt med en læge...forskellige læger. Så på papiret er det fint med en kontaktlæge, men i praksis umuligt. Til gengæld, skal det siges, at jeg var fuldt tilfreds med alle de 5 læger, jeg talte med. **Planlagt indlagt patient**

Der er stor forskel på, om patienterne er utilfredse med den manglende kontakt med deres PAL, eller de udtrykker forståelse for, at lægen ikke kan varetage alle kontakter med dem.

Der er også eksempler på patienter, der er blevet informeret om, at de har en PAL, men de har endnu til gode at møde deres PAL:

” Jeg har ikke mødt min patientansvarlige læge (kaldes "behandlingsansvarlige" læge i mit "kontaktkort"), men jeg har fået et brev fra ham. Jeg forventer da at møde ham en gang. **Planlagt indlagt patient**

Nogle patienter skriver, at de ikke har meget kontakt til lægen, men at de til gengæld har en fast sygeplejerske, som er gennemgående i deres behandlingsforløb.

”

Ser ham kun én gang om året, men er ok, da sygeplejerskerne klarer resten til topkarakter. Føler mig fuldstændig i trygge hænder. Det er sygeplejerskerne, der skaber trygheden i forløbet. Lægen ser jeg jo nærmest ikke.

Planlagt ambulans patient

Som det også fremgår af ovenstående citat, er patienterne tilfredse med den primære kontakt til en fast sygeplejerske. De udtrykker, at de er trygge ved at sygeplejersken kontakter en læge, hvis der er behov for det.

Behandlingstidspunktet skal tilpasses, så patienten kan se sin PAL

Selvom mange patienter skriver, at de foretrækker at se den samme læge, kan det være en udfordring at få det til at gå op, så patienten altid ser sin PAL. En patient skriver fx:

”

*For at komme til behandling i november hos den samme læge, som behandlede mig i august, kunne jeg kun vælge torsdag som behandlingsdag. Det er lidt vanskeligt at passe ind i mit arbejde, og jeg er nok ikke den eneste med det problem. **Planlagt ambulans patient***

Ligeledes er der en patient, som skriver, at vedkommende hellere ville have ventet med konsultationen, så der blev øget kontinuitet på lægesiden:

”

*Mødte "min" læge een gang, godt møde. Anden gang var "min" læge på ferie, men jeg ville gerne have ventet til "min" læge var retur fra ferie. Det ville have været MEGET mere tilfredsstillende og trygt. **Planlagt indlagt patient***

Patienten har en navngiven læge med ansvar for forløbet

Ifølge hvidbogen skal patienterne opleve, at der er én navngiven læge, der har det overordnede ansvar for patientens udrednings- og behandlingsforløb, og den del synes at afspejle sig i patientkommentarerne om PAL. Blandt de patienter, der mener, at de har en PAL, er der mange patienter, der nævner "deres læge" ved navns nævnelse, og flere patienter roser "deres læge" i høje toner²⁵. En patient skriver fx:

”

*Hun er intet mindre end fantastisk!!! Meget forstående, grundig og utrolig dygtig! **Planlagt ambulans patient***

Patienten kan ikke udskifte sin PAL

Når der lægges mere vægt på relationen ml. patienten og den enkelte læge, kan det til gengæld blive sårbart, hvis patienten og lægen ikke er på bølgelængde.

²⁵ Hver afdeling, som er med i LUP, får tilsendt patientkommentarerne fra afdelingens patienter, så rosen kan komme tilbage til rette vedkommende ad den vej.

”

Så vidt jeg har forstået, er det en patientansvarlig læge som styrer mit forløb. Hun er meget vanskelig at kommunikere med. Og man kan ikke skifte læge under forløbet. Har nemlig spurgt. Denne detalje er det eneste, der kan gøre mig lidt utryk og kan måske være årsagen til, at jeg ikke tør lade mig operere, hvis det skulle vise sig muligt. **Planlagt indlagt patient**

I hvidbogen står, at patienten og eventuelle pårørende skal orienteres om og acceptere, hvem den ansvarlige læge er, og hvilken rolle denne læge har, men det har åbenbart ikke været tilfældet for den citerede patient.

Øget patient- og pårørendeinddragelse

I hvidbogen nævnes også, at PAL skal styrke patient- og pårørendeinddragelse og understøtte en kultur, hvor patientforløbet tilrettelægges i samarbejde ml. læge, patient og pårørende. Dette fremhæves også som en fordel ved PAL i nogle af patienternes kommentarer.

”

Meget stor fleksibilitet og patientfokus hos den patientansvarlige læge og på hele ambulatoriet. Patientinddragelse, inddragelse af nærmeste pårørende, mulighed for spørgsmål og diskussion, åben for nye vinkler og dobbelttjek. **Planlagt ambulat patient**

”

Det er super godt, at det er den samme læge - det giver tryk og med en læge, der kender ens sygdomsforløb, bliver det nemmere at diskutere behandlingsmuligheder. **Planlagt ambulat patient**

Mulighed for at kontakte PAL

Implementeringen af PAL skal give patienterne en navngiven læge, som de kan kontakte ved tvivlsspørgsmål, og den tilgængelighed er netop noget, nogle patienter har bemærket og er meget tilfredse med.

”

Jeg kan maile til min patientansvarlige læge. Får svar timer eller højst 1 døgn efter min henvendelse. Yderst tilfredsstillende.

Planlagt ambulat patient

”

Jeg har altid mulighed for at komme i telefonisk kontakt med min "patientansvarlige læge", hvis jeg har behov for det. Det er meget betryggende og tilfredsstillende. Desuden ringer han til mig, hvis der er et undersøgelses- eller prøvesvar, som der hurtigt skal reageres på. Også betryggende. **Planlagt ambulat patient**

Bedre koordinering og fremdrift i patientforløbet

Hvidbogen for PAL fremhæver, at et af formålene med PAL-ordningen er, at PAL skal koordinere og skabe sammenhæng og fremdrift i patientforløbet, så unødigt ventetid undgås. Denne del af PAL-funktionen fylder ikke meget i patientkommentarerne, men der er eksempler på dette:

”

Min patientansvarlige læge tog aktion, var informerende og grundig og konkluderede først, når fakta forelå og sørgede samtidig for, at undersøgelser blev fremmet mest muligt. **Planlagt indlagt patient**

PAL spørger ikke hele vejen rundt om patienten

Ifølge hvidbogen skal PAL medvirke til at skabe bedre forløb for patienten ved i højere grad at sikre, at de forskellige behandlinger fungerer sammen. Der er ikke mange patientkommentarer om samspil mellem forskellige behandlinger, men nogle patienter efterlyser, at deres PAL ser HELE patienten og spørger ind til alle patientens sygdomme og ikke kun forholder sig isoleret til et enkelt behandlingsforløb.

”

Kunne godt tænke mig, at lægen spurgte ind til alle sygdomme, altså kom hele vejen rundt, og at samtalerne ikke i store dele drejede sig om medicin **Planlagt ambulans patient**

”

Jeg kunne godt have brugt, at den ansvarlige læge havde set på mit vanlige medicinindtag og vurderet dette i forhold til en nu nedsat nyrefunktion. Det har jeg efterfølgende selv måttet læse mig til. **Planlagt indlagt patient**

Behandlingsforløb på tværs af afdelinger

Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som tovholder og koordinator for patientens samlede udrednings- og behandlingsforløb, der skal understøtte større patienttilfredshed i overgange på tværs af afdelinger og matrikler. Oplevelser på tværs af afdelinger og/eller matrikler nævnes ikke i mange patientkommentarer²⁶, men der er eksempler på

patienter, som oplever at have en PAL, der koordinerer behandlingen på tværs afdelinger.

”

Jeg er tilknyttet flere afdelinger, men føler klart at min læge på nyreafdelingen er med til at koordinere min behandling. Men jeg oplever, det er vigtigt selv at have overblikket. **Planlagt ambulans patient**

”

Mit foreløbige behandlingsforløb med lymfekræft strækker sig fra 2011 og ind i fremtiden. I de seneste måneder har jeg haft en ny behandlingsansvarlig læge for hvert af de to områder: knoglemarv og lymfeknuder. Dertil skal lægges operation ved Øre-, Næse-, Halsafdeling og strålebehandling ved Kræftafdelingen. Så der er meget at holde øje med for såvel mig som patient som for den enkelte behandlingsansvarlige ved de forskellige afdelinger. Når der bliver skiftet behandlingsområde og afdeling, er der meget, der kan (og vil) gå galt. Nogle gange snubler tingene over hinanden. Hvilket jeg har oplevet og er meget opmærksom på som patient. **Planlagt indlagt patient**

Begge patienter konkluderer altså, at de selv må bevare overblikket, når behandlingen går på tværs af afdelinger – selv om de har svaret ”ja” til, at de har en patientansvarlig læge.

²⁶ Dette kan hænge sammen med, at patienterne i følgebrevet til LUP-spørgeskemaet bliver bedt om at forholde sig til deres kontakt med én navngiven afdeling, når de besvarer spørgeskemaet.



CASE: Kirurgisk Afd. Hospitalsenheden Vest

Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, påbegyndte implementeringen af PAL til tarmkræftpatienter i 2017, og til alle patienter hvor det er relevant i februar 2018. Siden da er afdelingens model for PAL løbende blevet justeret på baggrund af afdelingens erfaringer, og det har efterhånden resulteret i en total omorganisering af den eksisterende arbejdstilrettelæggelse. Behovet for organisatoriske forandringer i relation til implementeringen af PAL italesættes også i hvidbogen, og det er også en af konklusionerne i et tidligere tema om PAL i den nationale rapport for LUP Somatik 2016²⁷ (Kompetencecenter for Patientoplevelser 2017).

Denne case bygger på interview med kvalitetskoordinator Anne-Grethe Skov Iversen, som er involveret i implementeringen af PAL i Kirurgisk Afdeling samt interview med otte patienter, der har været indlagt på Kirurgisk Afdeling. Ifølge afdelingen har

alle otte patienter fået tildelt en PAL i forbindelse med deres indlæggelse.²⁸

Hvilke patienter får tildelt en PAL?

I Kirurgisk Afdeling er målgruppen for PAL alle patienter, hvor afdelingen vurderer, det giver mening at have en PAL. Det gælder fx patienter med udvalgte diagnoser; patienter indlagt i mere end tre døgn, socialt belastede patienter, og patienter med meget aktive pårørende. Cirka 2/3 af afdelingens patienter får nu tildelt en PAL. Patienter med en kortvarig indlæggelse (under et døgn) får ikke tildelt en PAL, fordi de i mange tilfælde kun når at se én læge efter operationen, inden de bliver udskrevet.

Afdelingens organisering af PAL-funktionen

Den læge, der opererer patienten, er altid patientens PAL. Da Kirurgisk Afdeling gik i gang med implementeringen af PAL til tarmkræftpatienter i 2017, var ambitionen, at PAL skulle varetage samtalen med

²⁷ Patientansvarlig læge er del af temaafsnittet om personalekontinuitet i den nationale rapport for LUP Somatik 2016. Her beskrives bl.a. fem forskellige modeller for PAL og gode råd ved implementering af PAL (s 31): https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/LUP2016/lup_2016_rapport.pdf

²⁸ Kirurgisk Afdeling har ikke brugt begrebet patientansvarlig læge i dialogen med patienterne. Derfor er patienterne i interviewet i stedet blevet spurgt om de oplevede, at der var én læge, som havde et særligt ansvar for dem og deres behandlingsforløb. Af de otte patienter, er der fire, som er sikre på, at de har haft en læge, som havde et særligt ansvar for dem og deres forløb, to patienter er i tvivl, og to mener ikke, at det var tilfældet for dem. Den ene af de patienter, der er i tvivl, oplevede større kontinuitet på 4. dagen af sin indlæggelse, så det kan være et udtryk for, at patienten først fik tildelt en PAL efter tre dages indlæggelse, fordi forløbet blev mere kompliceret end først antaget.

patienten efter operationen, udskrivningssamtalen, og samtaler om prøvesvar, efterbehandling og det videre forløb.

Siden da har afdelingen gennemført flere omorganiseringer, der bidrager til, at alle patienter med en PAL, ser deres PAL mest muligt under indlæggelsen – og ikke kun på udvalgte tidspunkter. Derfor skal patientens PAL gå stuegang på de patienter, som vedkommende er PAL for, hvis det kan lade sig gøre.

Ny arbejdsstruktur for lægerne

Inden implementeringen af PAL havde afdelingens læger i hovedtræk syv forskellige funktioner i afdelingen, og når en læge mødte om morgenen, var vedkommende som regel dedikeret én af disse funktioner den pågældende dag. Dette er imidlertid lavet om nu, fordi afdelingsledelsen ønsker en struktur, der understøtter, at patienten ser sin PAL mest muligt under indlæggelsen. Det indebærer fx, at lægen både skal operere nye patienter og gå stuegang på patienter, som lægen opererede de foregående dage.

”

Lægernes hverdag er blevet mere opdelt, fordi de som regel altid skal både på teamkonference og gå stuegang på de patienter, som de er PAL for, og dernæst passe deres dagsfunktion. Men plusserne er, at de kender patienten, og patienten kender dem, og det er meget hurtigere at sætte sig ind i patienterne. Før skulle lægen, der gik stuegang, sætte sig ind i 24 patienter. Lægerne føler sig presset ind i mellem, det er der ingen tvivl om, for der er meget, de skal nå. **Anne-Grethe Skov Iversen**

De interviewede patienter fremhæver også kontinuiteten i at møde den samme læge som det væsentlige ved at have en patientansvarlig læge. De patienter, der har oplevet at have en PAL, udtaler, at fordelene ved at have PAL er, at patienten ikke skal fortælle sin historie igen ved hvert møde med lægen, og at der i højere grad er en oplevelse af en rød tråd i forløbet.

”

Jeg følte, at jeg ikke skulle starte forfra med Adam og Eva hver gang, og det, synes jeg, var dejligt. Han vidste, hvad der var foregået på operationsdagen og i går, så det var fint.

Patient i Kirurgisk Afdeling

Patienterne fortæller, at de føler sig mere trygge, når de møder den samme læge under indlæggelsen, og at det er dejligt at kunne sætte et ansigt på stemmen, når patienten taler i telefon med lægen efter indlæggelsen. Patienterne udtrykker samtidig forståelse for, at en PAL også skal have fri og derfor ikke kan være til stede ved hvert eneste møde med patienten.

Der er et vist sammenfald mellem dét, som patienterne fra Kirurgisk Afdeling fortæller og dét, som afspejles i patientkommentarerne om PAL i LUP-spørgeskemaet: Begge lægger vægt på kontinuiteten som det væsentlige ved den patientansvarlige læge. Patienterne fra Kirurgisk Afdeling udtaler derudover, at PAL ikke behøver at være alvidende eller at være den opererende læge, hvis blot lægen har sat sig ind i patientens journal og kan forklare sig på almindeligt dansk.

Team-struktur

Patienter og lægefagligt personale i de to sengeafsnit er opdelt i to teams. Teamstrukturen skal understøtte PAL, og hvis en læge er fraværende, overgives PAL-ansvaret til en anden læge i samme team. Hvis lægen på forhånd

ved, at han eller hun er fraværende i de kommende dage, kan lægen også informere patienten om dette.

Umiddelbart efter lægernes morgenkonference samles teamet til en teamkonference á 5-10 minutters varighed. Ved teamkonferencen deltager alle faggrupper og her deles viden om teamets patienter. Teamkonferencen foregår foran en storskærm, der giver et elektronisk overblik over teamets patienter, og hvem der er PAL for hvilke patienter. De yngste læger i teamet har ikke PAL-funktion, men går superviseret stuegang.

”

Teamkonferencen er én af de ting, vi arbejder på at gøre bedre nu, fordi det er vigtigt, at både læger og sygeplejersker er til stede og får delt viden om de patienter, der er i teamet. Det gør fx, at sygeplejersken kan fortælle patienten, hvornår lægen kommer og går stuegang. **Anne-Grethe Skov Iversen**

I afdelingen hænger lægernes vagtlistor og dagsplaner, så sygeplejerskerne kan finde information om, hvor de forskellige læger befinder sig i løbet af arbejdsdagen og dermed give et tidspunkt for stuegang til patienten.

Én af de interviewede patienter har oplevet, at der var fem forskellige læger inde over hans behandlingsforløb, og patienten har fået at vide, at disse læger indgår i et team. Patienten finder det betryggende, at flere læger konfererer om hans behandling, men han ville have foretrukket, at det var den samme læge, der talte med patienten.

Sweeper-funktion

Kirurgisk Afdeling har også indført en såkaldt "sweeper-funktion". Sweeperen går stuegang på de patienter, som ikke har en PAL. Sweeperen er en speciallæge eller en læge i et hoveduddannelsesforløb i kirurgi, og sweeperen superviserer samtidig en yngre læge, som er allokeret til stuegang sammen med sweeperen.

Sweeperfunktionen kan betyde, at patienterne ser forskellige læger i forbindelse med stuegang. I forhold til dét, er det værd at bemærke, at de interviewede patienter, som har haft kontakt med flere læger under deres indlæggelse i Kirurgisk Afdeling, er trygge ved de læger, de har mødt under indlæggelsen. De udtaler, at det ikke er et problem at se forskellige læger, så længe lægerne har sat sig ind i patientens journal og fortæller noget samstemmende til patienten.

Patienter inddraget i udformningen af PAL-ordningen

Kirurgisk Afdeling havde i en anden forbindelse nedsat tre patient-ekspert-paneler med tarm-/stomiopererede patienter. Hvert panel bestod af 10-12 patienter, der var strategisk udvalgt, så der både var mænd og kvinder, patienter over og under 65 år, og akut og planlagt indlagte patienter i hvert panel.

Disse patienter blev spurgt, om de ville rådgive afdelingen i forhold til implementeringen af PAL. Patienterne gav bl.a. udtryk for, at det ikke behøver at være den samme læge, der varetager forundersøgelse i ambulatoriet og operation, hvis patienterne i ambulatoriet får at vide, at de vil få en fast læge den dag, hvor de skal opereres.

Fem gode råd til afdelinger der skal implementere PAL

1. Find formen på PAL i den enkelte afdeling

Ovenstående beskriver, hvordan Kirurgisk Afdeling har organiseret PAL-funktionen. Andre afdelinger kan måske lade sig inspirere af dette, men ifølge Anne-Grethe Skov Iversen er hver afdeling nødt til at finde sin egen måde at realisere den PAL, som er beskrevet i hvidbogen.

2. Vend frustrationer til konstruktive idéer

At implementere PAL kræver ændringer og omstruktureringer, og det kan ikke undgås, at medarbejderne bliver frustrerede, når deres hverdag forandres.

”

Der er altid modstand imod forandringer, og vi er ikke i smult vande, men man kan se, at noget af indstillingen til det har ændret sig. Man taler om det på en anden måde. Det handler om at få flyttet sin utilfredshed hen imod at komme i tanke om idéer, der kan forbedre de problemer, der er. **Anne-Grethe Skov Iversen**

Anne-Grethe Skov Iversen pointerer, at medarbejdernes frustrationer ikke skal ignoreres, men tages alvorligt, fordi der kan være problemer med den nye struktur, som skal håndteres. Et sygehus er et komplekst system, hvor mange processer påvirker hinanden, og derfor kan der være u hensigtsmæssigheder, som ikke kunne forudses, da planen for omstruktureringen blev lavet.

3. Hold styr på igangsatte initiativer

Kirurgisk Afdeling har igangsat en lang række initiativer, og afdelingen har anvendt PDSA-cirkler²⁹ til at holde styr på de forandringer, som afdelingen har gennemført:

”

Der er 22 ting, vi har skruet på for at komme derhen, hvor vi er i dag, og det har haft voldsomme konsekvenser for vores måde at organisere os på. **Anne-Grethe Skov Iversen**

4. Fasthold fokus med ledelsens opbakning

Anne-Grethe Skov Iversen fremhæver, at det er vigtigt, at ledelsen fastholder fokus og bakker op om omstruktureringerne – også når det er vanskeligt, og medarbejderne bliver frustrerede.

”

Det har været godt, at vores afdelingsledelse hele tiden har holdt fast i, at vi så vidt muligt skulle leve op til hvidbogens skriv om, at det er PAL, der møder patienten, hver gang det kan lade sig gøre. Det er dét, vi skal gå efter. **Anne-Grethe Skov Iversen**

5. Udarbejd samarbejdsaftaler om PAL med andre afdelinger

Et af de områder, som Kirurgisk Afdeling skal arbejde med fremadrettet, er samarbejdet om PAL, når patienten også har behandlingsforløb på andre afdelinger. Et eksempel på dette er kræftpatienter, der også bliver behandlet på Onkologisk Afdeling. Kirurgisk Afdeling har

²⁹ PDSA-cirklen beskriver den kontinuerlige afprøvning af forandringstiltag. PDSA-cirklen illustrerer den cirkulære proces for planlægning (plan), afprøvning (do), evaluering (study) og tilpasning (act) og endelig implementering og spredning af nye tiltag. For uddybende forklaring se fx <https://patientoplevelser.dk/metode-inspiration/brug-lup-kvalitetsarbejdet>

ugentlige MDT-konferencer³⁰ med Onkologisk Afdeling, hvor kræftpatienternes videre forløb tages op. PAL i Kirurgisk Afdeling taler herefter med patienten om den videre behandling, men der er ikke lavet formelle aftaler om overdragelse af PAL-funktionen imellem de to afdelinger. Anne-Grethe Skov Iversen udtaler, at hver afdeling er nødt til at have styr på sin egen organisering af PAL først, inden man kan række ud og lave samarbejdsaftaler med andre afdelinger.

³⁰ Multidisciplinær teamkonference



9

**Tema: Hvordan skaber
vi gode patientforløb
fra hospital til
kommune?**

Flere og flere patienters sygdomsforløb involverer behandling og pleje på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Det skyldes bl.a. et stigende antal ældre og kronisk syge med langvarige og komplekse forløb. Derudover er der i stigende grad fokus på kortere indlæggelser, hvor behandling og pleje fortsætter i kommunalt regi, når patienterne bliver udskrevet fra hospitalet (Sundheds- og Ældreministeriet 2017).

Dette understreger vigtigheden af, at forløb, der går på tværs af hospitaler, kommuner, almen praksis, psykiatri mv., er tilrettelagt så godt som muligt, og at samarbejdet mellem sektorerne fungerer.

De seneste års resultater fra LUP Somatik viser, at hver femte akut eller planlagt indlagte patient i ringe grad eller slet ikke oplever, at afdelingen og kommunen samarbejder om udskrivelsen³¹. Derfor sætter dette tema fokus på, hvad der skal til for, at samarbejdet mellem hospital og kommune fungerer så godt som muligt ved udskrivelsen og hvilke initiativer, der kan understøtte samarbejdet.

Temaet indeholder fire cases, der alle giver inspiration til, hvordan hospitalsafdelinger helt konkret kan arbejde med at forbedre samarbejdet med kommunerne om udskrivelsen af patienter. De fire cases er udvalgt for at vise en bredde i initiativer på området og på den måde give inspiration til forskellige mulige indsatser. Flere af casene giver både hospitalet og kommunens perspektiv på initiativet. Udover de fire cases indeholder temaet også viden fra seks interview med sundhedsfaglige medarbejdere fra hospitaler og kommuner.

Temaets fire cases

Grønne poser samler det vigtige ved overlevering til kommunen

Geriatrisk Afdeling, Holbæk Sygehus

Tværasektorielle tavlemøder – samarbejde mod fælles konkrete mål

Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse og Sorø Kommune m.fl.

Udskrivelseskassen giver overblik og sikrer overlevering af vigtig viden til kommunen

Mave-, tarm- og brystkirurgi, Regionshospitalet Viborg

Projekt Sikker Sammenhæng - Fælles arbejde med forbedringsinitiativer på tværs af sektorer

Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, Københavns Kommune og Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Disse interview giver viden om, hvad der er vigtigt for, at patientforløb fra hospital til kommune lykkes godt. Interviewpersonerne giver også deres bud på, hvad udbyttet er for patienterne, når samarbejdet mellem hospital og kommune fungerer.

Centrale opmærksomhedspunkter i samarbejdet

På tværs af de seks interview peger de sundhedsfaglige medarbejdere på en række centrale opmærksomhedspunkter ift. at skabe gode patientforløb fra hospital til kommune. Disse opmærksomhedspunkter er beskrevet i Figur 9.1.

³¹ Spørgsmålet om samarbejde mellem hospital og kommune kan besvares på en fempunktsskala fra "slet ikke" til "i meget høj grad". Herudover har patienterne mulighed for at svare "ikke relevant" og "ved ikke". Af de patienter, der har svaret på spørgeskemaet, har 26 % af de planlagt indlagte og 32 % af de akut indlagte givet en vurdering på fempunktsskalaen. Spørgeskemaet kan findes her: www.patientoplevelser.dk/lup18/skema

Figur 9.1

Fire centrale opmærksomhedspunkter for at skabe gode patientforløb fra hospital til kommune



Skab rum for dialog mellem sektorerne

Det er vigtigt at skabe rum for en mundtlig dialog som supplement til den skriftlige kommunikation mellem hospital og kommune. Det er også værdifuldt at mødes fysisk og derigennem koordinere og skabe relationer til hinanden. Det kan bl.a. understøtte trygheden i samarbejdet og forståelsen for hinanden på tværs.

Se på patientens forløb på tværs af sektorer som ét samlet forløb og hav fokus på samarbejde

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet kontinuerligt overvejer, hvad deres handlinger her og nu betyder for den næste, der skal overtage patienten – også når den næste sundhedsfaglige person i patientens forløb er fra en anden sektor. Her er det værdifuldt at få indsigt i hinandens arbejdssituation på tværs af hhv. hospital og kommune, da det understøtter forståelsen på tværs.

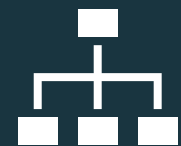


Få viden om hvilken information sundhedspersonalet i den anden sektor har behov for

Det er vigtigt at få viden om, hvilken information sundhedspersonalet i den anden sektor har behov for, for bedst muligt at kunne varetage den videre behandling og pleje af patienten – for det er ikke altid, at antagelser, om hvad der er vigtig information, stemmer overens med, hvad sundhedspersonalet i den anden sektor faktisk har behov for at få at vide. Når behovet for information er afstemt, undgår man også, at sundhedspersonalet kontakter hinanden på tværs af sektorer pga. manglende information.

Sørg for ledelsesinvolvering

Det er vigtigt, at ledelser på hospitaler og i kommuner sætter rammerne for og prioriterer indsatser, der skaber gode overgange mellem hospital og kommune.



Udbytte for patienten

De interviewede sundhedsfaglige medarbejdere giver også eksempler på patienternes udbytte, når forløb fra hospital til kommune fungerer godt. De nævner bl.a., at patienterne oplever større tryghed og undgår genindlæggelser. Godt samarbejde mellem hospital og kommune gør også, at den korrekte pleje hurtigt kan sættes i gang, og at patientforløbet er patientsikkert. Endelig betyder et godt samarbejde mellem hospital og kommune, at patienterne undgår selv at skulle overlevere information om sygdomsforløbet, samt at patienterne ikke mærker overgangen mellem hospital og kommune, fordi forløbet hænger godt sammen.

På de følgende sider dykker vi ned i de fire cases med initiativer, der understøtter samarbejdet på tværs af hospitaler og kommuner.

Vil du læse mere?

Vil du læse mere om patienters oplevelser med udskrivelse og samarbejdet mellem sundhedsvæsnets forskellige sektorer, kan du fx læse mere i:

Brugernes stemme – Patienter og pårørendes oplevelser af forløb på tværs af sektorer

Kompetencecenter for Patientoplevelser 2017.

Større tryghed i udskrivelsen – Patientreisen fra indlæggelse til udskrivelse

Kompetencecenter for Patientoplevelser 2017.

Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?

VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd 2018.



CASE: Tværsektorielle tavlemøder – samarbejde mod fælles konkrete mål

Hver 14. dag mødes ca. 30 repræsentanter fra Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse, Slagelse Kommune, Sorø Kommune, psykiatrien og almen praksis en halv time foran en fælles forbedringstavle til et tværsektorielt tavlemøde. De tværsektorielle tavlemøder udspringer af et ønske om at nedbringe antallet af genindlæggelser på sygehuset.

Hyppe møder giver konkret samarbejde

Det, at tavlemøderne foregår så hyppigt som hver 14. dag, er med til at gøre arbejdet med de fælles udfordringer konkret: Hvad skal der arbejdes med i løbet af de næste 14 dage, og hvem gør hvad? Alle udfordringer, der bliver italesat, bliver fulgt op af handlinger, fortæller projektleder Mikala Poulsen fra Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse. Det gør, at det bliver mere ufarligt at tale om problemer på tværs af sektorer, fordi man ved, at der bliver handlet på problemerne, fortæller hun.

Eksempelvis har sygehusene og de to kommuner arbejdet med genindlæggelsesdata og set ned i konkrete forløb for at identificere, hvorfor borgerne bliver genindlagt, og om der kunne have været handlet anderledes i forløbene. Dette arbejde har identificeret udfordringer i kommunikationen mellem IT-systemer på tværs, og disse udfordringer og mulige løsninger herpå er drøftet på tavlemødet.

Nedbryder barrierer og opbygger relationer

Den halve time til tavlemøderne er tid, der er godt givet ud, bl.a. fordi møderne understøtter samarbejdet på tværs mod fælles målsætninger, fortæller udviklingssygeplejerske i Sorø Kommune Mia Worm Hansen. Når de forskellige aktører mødes fysisk til de tværsektorielle tavlemøder, giver det desuden en anden tillid og fremdrift i samarbejdet og mulighed for at gøre brug af hinanden i hverdagen, fortæller hun.

Projektleder Mikala Poulsen peger ligeledes på, at udbyttet af møderne er, at de giver større indblik i hinandens udfordringer, succeser og vilkår på tværs af sektorer.

Vigtigt at alle relevante aktører er til stede

Ved de tværsektorielle tavlemøder deltager en række ledelsesrepræsentanter, herunder vicedirektøren for Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse og ledere af visitationer og akutteams fra kommunerne. Det, at ledelsesniveauet er med ved møderne, gør, at de kan prioritere, hvilke opgaver der skal løses de kommende 14. dage, fortæller projektleder Mikala Poulsen. På samme tid er det også værdifuldt, at der er deltagere fra mere udførende led i organisationen, fremhæver udviklingssygeplejerske Mia Worm Hansen.

Kredsen af deltagere til møderne er udvidet løbende med bl.a. psykiatrien og praksiskonsulent for almen praksis, fordi det er vigtigt, at alle involverede parter er til stede, så der kan handles på de problemstillinger, der bliver drøftet, med udgangspunkt i fælles patienter og borgere, fortæller projektleder Mikala Poulsen.

Fælles udgangspunkt for de tværsektorielle tavlemøder

Tavlemøderne er startet op i 2017 med deltagere fra Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse og Slagelse Kommune. Konceptet for møderne er udviklet ud fra et blankt stykke papir, hvor både sygehuse og kommune havde indflydelse på mødernes indhold. Det fælles udgangspunkt er en del af baggrunden for succesen med de tavlemøderne og er med til at sikre opbakning til konceptet, fortæller projektleder Mikala Poulsen.

Vil du vide mere, kan du kontakte:

Specialkonsulent og projektleder Mikala Poulsen,
Næstved, Slagelse & Ringsted Sygehuse
E-mail: mjpo@regionsjaelland.dk

Udviklingssygeplejerske Mia Worm Hansen, Sorø
Kommune. E-mail: smwh@soroe.dk

Tavlemøderne giver mulighed for koordination og samarbejde helt ud på medarbejderniveau samtidig med, at vi hele tiden står og definerer; hvad for et mål er det vigtigste for os, og hvordan sikrer vi, at vi alle sammen bevæger os i samme retning.

**Udviklingssygeplejerske
Mia Worm Hansen**

CASE: Grønne poser samler det vigtige ved overlevering til kommunen

På Geriatrisk Afdeling på Holbæk Sygehus er det fast procedure, at alt hvad afdelingen overleverer til kommunen ved udskrivelse af en patient (fx pilleæsker med medicin, medicinlister, forbindingsstoffer og sondemad) bliver pakket i en rummelig grøn pose, som kommer med patienten hjem. Ifølge afdelingssygeplejerske Anita Jensen er det et simpelt initiativ, der understøtter en god overlevering til kommunen ved at samle alt det, der er relevant for kommunen på ét sted, adskilt fra patientens øvrige ejendele.

”

Det er yderst simpelt, men det har sådan en god virkning og værdi i hverdagen.

Afdelingssygeplejerske Anita Jensen

Idéen til at bruge de grønne poser udsprang bl.a. af en ærgrelse over at skulle eftersende ting til kommunen, hvis det ikke var muligt for kommunens personale at finde det, de manglede, fortæller afdelingssygeplejerske Anita Jensen.

De grønne poser strukturerer overleveringen

De grønne poser er tænkt som et simpelt greb i hverdagen på afdelingen. Udbyttet af at bruge dem er bl.a. en struktur omkring overleveringen til kommunen, fortæller afdelingssygeplejerske Anita Jensen. Når kommunens personale ringer til afdelingen, fordi de ikke kan finde noget, der skulle være sendt med patienten hjem ved udskrivelsen, er det nemt for afdelingens personale at henvise til den grønne pose. Afdelingen oplever også, at opkaldene fra hjemmeplejen er blevet færre, efter de er begyndt at bruge de grønne poser.

Brugen af de grønne poser er desuden med til at give struktur for afdelingens personale selv:

”

[...] vi husker bedre lige at tænke igennem: Er der andet, patienten skal have med hjem?

Afdelingssygeplejerske Anita Jensen

Gode råd til andre, der har lyst til at prøve de grønne poser af:

- Bare gør det – og start afprøvningen i det små
- Sørg for at poserne er placeret synligt i afdelingen, så de bliver brugt

Initiativet med de grønne poser udspringer af afdelingens arbejde med deres resultater fra LUP. Initiativet startede som et samarbejde med en enkelt kommune og er nu udbredt til samtlige kommuner, som Geriatrisk Afdeling på Holbæk Sygehus samarbejder med.

Vil du vide mere, kan du kontakte Geriatrisk Afdeling på:

E-mail: hol-medicin@regionsjaelland.dk



Det er yderst simpelt, men det har sådan en god virkning og værdi i hverdagen.

Afdelingssygeplejerske Anita Jensen

CASE: Udskrivelseskassen giver overblik og sikrer overlevering af vigtig viden til kommunen

På afdelingen for Mave-, tarm- og brystkirurgi på Regionshospitalet Viborg finder sundhedspersonalet alt, hvad de skal bruge til udskrivelse af en patient til kommunal pleje, i afdelingens Udskrivelseskasse. Udskrivelseskassen sikrer dermed overblik over, hvad sundhedspersonalet skal igennem ved en udskrivelse fra afdelingen. Initiativet har været medvirkende til en nedgang på 47 % i antallet af opkald med spørgsmål fra hjemmesygeplejerskerne til afdelingen, fortæller projektsygeplejerske Stina Hansen.

Udskrivelseskassen samler information ét sted

Udskrivelseskassen er en fysisk kasse, hvor alt, som sundhedspersonalet har brug for til en udskrivelse af en patient til fx hjemmepleje, hjemmesygepleje eller genoptræningsplads, er samlet på ét sted. Kassen indeholder bl.a. tjeklister og oversigter over, hvad sundhedspersonalet skal huske i forbindelse med udskrivelser, vigtige telefonnumre, grønne recepter³², information om de kommunale tilbud, lommekort med korte facts om udskrivelse og bestilling af hjemmehjælp, afdelingens retningslinjer ift. udskrivelse samt samarbejdsaftalen med kommunen. I Udskrivelseskassen ligger også store hvide kuverter, hvorpå der er fortrykt *Udskrivelse*. Heri ligger afdelingens udskrivelsestjekliste. De hvide kuverter med udskrivelsestjeklisten bliver overleveret til kommunen ved udskrivelsen.

Når sundhedspersonalet skal i gang med at planlægge udskrivelsen af en patient, kan de bruge Udskrivelseskassen, og de skal dermed ikke finde informationen flere steder. Det giver hurtigere og lettere udskrivelser, fordi Udskrivelseskassen giver overblik

over, hvad sundhedspersonalet skal igennem ved en udskrivelse og understøtter, at de husker det hele, fortæller projektsygeplejerske Stina Hansen.

Behov for mere synlig dokumentation til kommunen

Udskrivelseskassen er resultatet af udskrivelsesprojektet: *Udskrivelse – en tværsektoriel udfordring*, som afdelingen for Mave-, tarm- og brystkirurgi iværksatte i foråret 2017. Som del af projektet har projektsygeplejerske Stina Hansen indsamlet viden om overgangene til kommunen ved at observere patienternes udskrivelse fra afdelingen til kommunen og ved at interviewe hjemmesygeplejersker om deres oplevelser og ønsker ift. udskrivelsen. Denne vidensindsamling viste, at hjemmesygeplejerskerne efterspurgte en mere synlig dokumentation fra afdelingen. Derfor overleverer afdelingen nu de hvide udskrivelseskuveter med hospitalssygeplejerskens udskrivelsestjekliste til kommunen, og det kommunale personale kan dermed få indblik i hospitalssygeplejerskens arbejde i forbindelse med udskrivelsen. Kuverten kan også rumme andet, som afdelingen skal overlevere til kommunen fx plaster eller medicin.

De kommunale hjemmesygeplejersker har taget godt imod afdelingens tiltag i forbindelse med udskrivelse, fortæller projektsygeplejerske Stina Hansen. Eksempelvis er fokus på en større bredde i dokumentationen til kommunen, herunder beskrivelser af patientens psykosociale situation eller familierelationer, positivt for de kommunale hjemmesygeplejersker.

Vil du vide mere, kan du kontakte:

Projektsygeplejerske Stina Hansen
E-mail: Stina.Hansen@ps.rm.dk

Når vi udskriver en patient med et kompliceret forløb, kan det tage rigtig lang tid at danne sig et overblik, og det kan tage rigtig lang tid at sætte det i værk og få snakket med visitationen og sådan noget. Så jeg synes, at Udskrivelseskassen har givet et bedre og hurtigere overblik over, hvad det er jeg skal nå, når jeg skal udskrive en patient, og hvad det er, jeg skal igennem.

**Projektsygeplejerske
Stina Hansen**

³² Recept på ernæringspræparater

CASE: Projekt Sikker Sammenhæng - Fælles arbejde med forbedringsinitiativer på tværs af sektorer

I projekt Sikker Sammenhæng har sundhedspersonale fra Københavns Kommune og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital mødtes til læringstræf en gang om måneden og her udviklet og afprøvet initiativer til forbedring af samarbejdet mellem de to sektorer. Mellem læringstræffene har små forbedringsteams på de enkelte hospitalsafdelinger og rehabiliteringscentre i kommunen arbejdet med forskellige initiativer fx ændring af arbejds gange eller udvikling af nye tjeklister. Arbejdet i projektet tager udgangspunkt i Forbedringsmetoden³³ og har til formål at nedbringe antal ventedage fra en patient kan udskrives fra hospitalet, til kommunen er klar til at tage imod patienten, samt at reducere genindlæggelser.

Fælles læringsrum giver initiativer der virker på tværs

Det fælles læringsrum, hvor sundhedspersonale fra hospitalet og kommunen mødes, får fælles undervisning og arbejder sammen, er afgørende for, at de i projektet har kunnet finde de løsninger, de har fundet frem til, fortæller projektleder fra Københavns Kommune Tana Anneke Bredesen og projektleder fra Bispebjerg-Frederiksberg Hospital Anne-Mette Falkenberg Andgren. Det skyldes bl.a., at det fælles læringsrum giver mulighed for, at sundhedspersonalet kvalificerer hinandens initiativer på tværs af sektorer.

Det fælles læringsrum har bl.a. affødt, at et afsnit på hospitalet har bedt rehabiliteringscenteret i kommunen kvalificere afsnittets udskrivningsrapporter og komme med input til, hvilken information det er vigtigt for kommunen at få ved en udskrivelse. Et andet eksempel på hvad det fælles læringsrum har medført er, at

hospitalet og kommunen sammen har set på, om de to sektorer vejledninger faktisk stemmer overens.

Kendskab giver åbenhed

Også kendskabet til hinanden på tværs af sektorer er et udbytte af projekt Sikker Sammenhæng. Kendskabet er bl.a. med til at understøtte en åbenhed ift. at dele det, som er vanskeligt i samarbejdet med hinanden – og den åbenhed er vigtig at have for at kunne lykkes med indsatsen, fortæller projektleder fra Københavns Kommune Tana Anneke Bredesen.

Aha-oplevelse at gå i borgerens fodspor sammen

En del af vidensopbygningen i projektet er også, at sundhedspersonale fra hospital og kommune sammen har gået i borgerens fodspor fra udskrivelsen på hospitalet til modtagelsen på rehabiliteringscentret i kommunen. Her gjorde det indtryk på sundhedspersonalet at få indsigt i hinandens hverdag, og hvad der rent faktisk sker i de forskellige sektorer ved en udskrivelse på hospitalet og ved en modtagelse i kommunen, fortæller projektleder Anne-Mette Falkenberg Andgren.

Projekt Sikker sammenhæng går på tværs af tre aktører: Københavns Kommune, Bispebjerg-Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Vil du vide mere, kan du kontakte:

Projektleder Anne-Mette Falkenberg Andgren, Afdelingen for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital. E-mail: anne-mette.falkenberg.andgren.01@regionh.dk

Sundhedsfaglig specialkonsulent og projektleder Tana Anneke Bredesen, Afdeling for Rehabilitering, Københavns Kommune. E-mail: BL0L@kk.dk

Man skal både være åben og ærlig for at kunne lave noget forbedringsarbejde, for vi skal jo kigge på det, vi ikke kan få til at virke.

**Projektleder fra
Københavns Kommune
Tana Anneke Bredesen**

³³ <http://forbedringsmodellen.dk/>



10

Tema:

**Pårørendeinddragelse
og -støtte**

Pårørende spiller en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen som støtte- og ressourcepersoner for patienterne. Når en nærtstående ven eller et familiemedlem bliver syg, kan den pårørende opleve at vedkommendes egen livssituation ændres. Angst og usikkerhed i forhold til patientens situation vil ofte påvirke den pårørende, og en del pårørende ender selv med at blive syge efter at have været pårørende igennem et længere sygdomsforløb. For mange kan det derfor opleves som en stor belastning at være pårørende (Honoré 2010; Sundhedsstyrelsen 2012).

Undersøgelser om pårørendeinddragelse peger generelt på, at der er mange fordele ved at inddrage de pårørende både for patientens fysiske, psykiske og følelsesmæssige velbefindende. Både patient og pårørende kan bedre følelsesmæssigt klare kritiske situationer, når de pårørende involveres. Desuden ser det ud til, at inddragelse af pårørende kan bidrage til bedre behandlingsforløb, fordi pårørende kan hjælpe med at huske information og diskutere beslutninger, og

Definition på pårørendeinddragelse

Pårørendeinddragelse kan opdeles i to dimensioner:

- Inddragelse i forhold til patientens forløb
- Inddragelse i forhold til de pårørendes egne behov

De to dimensioner tjener hver deres formål. Ved inddragelse i forhold til patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere patientens behandling. Ved inddragelse i forhold til den pårørendes egne behov fokuserer man derimod udelukkende på den pårørendes egen situation (ViBIS 2015).

at der sker færre fejl (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2016).

Figur 10.1

Opsamling: Gode råd til sundhedsprofessionelle om pårørendeinddragelse og -støtte



- Forventningsafstem med de pårørende på et tidligt tidspunkt i forløbet og hav blik for, at pårørende er forskellige både i forhold til deres ønsker og behov for at være inddraget, men også i deres muligheder for at være til stede hos patienten.
- Informér løbende de pårørende om, hvad der sker under indlæggelsen.
- Vær opmærksom på at de pårørende skal "føle sig set," når de kommer i afdelingen. Tal derfor med de pårørende, også selv om det bare er small talk.
- Hvis personalet er tilbageholdende i forhold til at tage kontakt til de pårørende, fx fordi de er nervøse for de pårørendes reaktion, er det en god idé at have nogle fif klar til, hvad man kan sige, hvis den pårørende bliver ked af det: Spørg fx hvad deres største bekymring er og fortæl om, hvad undersøgelser peger på er almindelige reaktioner.
- Personalet skal ikke altid "handle og fikse", men skal ofte bare "turde at være der."
- Øg fokus på pårørendeinddragelse ved at diskutere personalets erfaringer med pårørendeinddragelse i personalegruppen.

I LUP Somatik 2017 svarede 33% af de akut indlagte patienter, at personalet slet ikke spørger patienterne om deres forventninger til involvering af pårørende og 28% svarede, at personalet slet ikke løbende informerer de pårørende om, hvad der sker under indlæggelsen (Figur 10.2). Der er således noget, der tyder på, at sundhedsvæsenet kan blive bedre til at inddrage de pårørende. Derudover er der er noget, der tyder på, at der er kvalitets- og patientsikkerhedsmæssige gevinster ved en systematisk indsats på dette område (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2016).

I dette temaafsnit vil vi både fokusere på, hvordan pårørende kan inddrages i patienternes forløb, men også hvordan personalet kan støtte de pårørende, når de kommer på hospitalet (Figur 10.1). Med udgangspunkt i patienternes kommentarer om pårørendeinddragelse i LUP Somatik 2018, relevant litteratur, interview med henholdsvis en psykolog, en hospitalspræst og en overlæge vil vi gerne inspirere til, hvordan pårørende kan inddrages og støttes. Afslutningsvist findes eksempler på, hvordan tre hospitalsafdelinger har arbejdet med pårørendeinddragelse og -støtte i praksis.

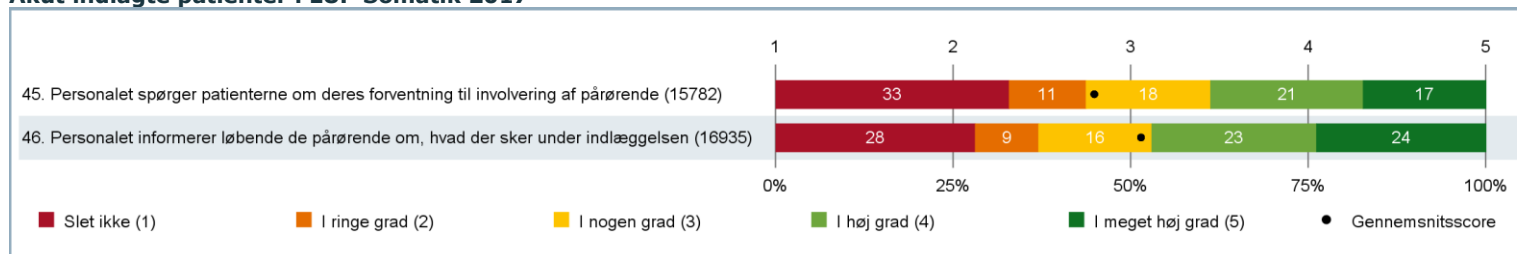
Hvad er vigtigt for patienterne i forhold til pårørendeinddragelse?

En analyse af 6000 patientkommentarer fra LUP Somatik 2018 viser, at dialog imellem pårørende og de sundhedsprofessionelle er et meget centralt tema i patienternes udsagn om inddragelse af deres pårørende.

Overordnet viser analysen, at det skaber høj grad af tryghed hos både patient og pårørende, når de pårørende bliver "klædt godt på" af personalet og inddraget i patientens situation med alle relevante oplysninger. Ifølge patienterne giver det en god oplevelse for de pårørende, når de pårørende bliver taget godt imod, og når personalet giver sig tid til både at tale med patient og pårørende.

Desuden peger patientkommentarerne på, at inddragelse af de pårørende mindsker risikoen for fejl og forkert behandling. Manglende information til de pårørende kan omvendt skabe forvirring og nervøsitet hos patient og pårørende. Særligt i kommentarerne fra patienter i akutte forløb er det meget væsentligt, at de pårørende modtager information, da patienterne her ofte kan være for syge til at kunne forholde sig til den information, de modtager.

Figur 10.2
Akut indlagte patienter i LUP Somatik 2017



Note: Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af [spørgeskemaet her](#). Antal besvarelser er angivet i parentes.

”

*Jeg synes, at de skal informere de pårørende noget mere. Særligt i de tilfælde hvor patienten ikke kan svare relevant og huske, hvad der bliver sagt og ikke kan give informationer videre. **Akut indlagt patient***

Patientkommentarerne fra LUP Somatik 2018 peger også på, at pårørende kan føle sig ensomme, hvis de ikke oplever sig kommunikeret med, da de får en oplevelse af at stå alene i et kaos af forvirring og nervøsitet, hvis de ikke ved, hvad der sker med patienten.

”

*Man føler sig noget forladt som pårørende. Personalet farer ud og ind ad døren, og man sidder med en følelse af, at der ikke er tid til at orientere om, hvad der skal ske. **Akut indlagt patient***

Hvad kan de sundhedsprofessionelle gøre for at inddrage og støtte de pårørende?

På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til inddragelse af pårørende og interview med relevante fagpersoner med erfaring på området giver vi i dette afsnit gode råd til, hvordan pårørende kan inddrages og støttes. Der er gennemført interview med psykolog Jesper Rendsmark og hospitalspræst Lotte Mørk fra Rigshospitalet, som begge arbejder med at coache personale til at kunne inddrage pårørende, og også selv har samtaler med pårørende. Endvidere indgår et interview med onkologisk overlæge Helle Pappot fra Rigshospitalet, som har stor erfaring med pårørendeinddragelse til alvorligt syge patienter.

Informér og kommunikér løbende med de pårørende om patientens situation

Pårørende har brug for at modtage information både om patientens undersøgelses- og behandlingsforløb og om egne muligheder for at få støtte og rådgivning. Information om sygdommen og dens implikationer kan kvalificere den pårørende til at være en støtte for patienten og kan derudover bidrage til at give den pårørende større indsigt i sygdommen. Pårørende er også en central kilde til information til de sundhedsprofessionelle igennem sygdomsforløbet. De kan bidrage med informationer, som er vigtige for forståelsen af patientens situation om fx tidligere sygdomsforløb, forhold i hjemmet og eventuelt medicinforbrug.

En sådan viden kan være vigtig for personalet, og det er derfor vigtigt, at de sundhedsprofessionelle lytter til de pårørendes viden og erfaringer og aktivt inddrager disse i den videre planlægning af forløbet i samråd med patienten (Sundhedsstyrelsen 2012).

Fælles beslutningstagning kan være en relevant metode at anvende, når både patienter og pårørende skal inddrages. Fælles beslutningstagning er en systematisk proces for samarbejdet mellem patient, sundhedsprofessionel og evt. den pårørende, hvor den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten, og evt. den pårørende, deler deres viden om livet med sygdommen og deres præferencer med den sundhedsprofessionelle. Gennem dialog skal parterne sammen finde frem til, hvilken behandling, der er bedst for patienten³⁴.

³⁴ Læs mere om fælles beslutningstagning på: <https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>

Forventningsafstem med patienten og de pårørende

Når man taler om pårørendeinddragelse, er det, ifølge overlæge Helle Pappot, vigtigt at huske, at pårørende er forskellige og kan have meget forskellige ressourcer og behov, ligesom det kan være forskelligt, i hvilket omfang patienterne ønsker deres pårørende inddraget. Pårørendeinddragelse skal derfor altid ske i respekt for, hvad patienten ønsker.

”

Pårørendeinddragelse er noget med at afdække behov og imødekomme dem. Men man skal også have syn for, at der er store forskelle på, hvad patienterne ønsker i forskellige situationer. Man skal have respekt for, at nogle patienter ikke ønsker deres pårørende inddraget. Det handler rigtig meget om individuel ressourcevurdering og respekt for patienten, for det er jo patienten, der skal være i centrum. Overlæge Helle Pappot, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Tre forskellige typer af pårørende

En ph.d.-afhandling i Neurorehabilitering har kortlagt pårørendes forskellige behov og fundet tre typer af pårørende, som har forskellige behov og ønsker for at blive informeret og involveret (Figur 10.3). De pårørende kan bevæge sig imellem de forskellige typer alt afhængig af patientens tilstand og progression samt den pårørendes erfaring med rollen som pårørende.

Den type pårørende man er, kan udspringe af tidligere erfaringer med sygdom og kontakter til sundhedsvæsenet. Disse erfaringer kan have betydning for hele ens måde at forstå det at være pårørende på.

Ifølge Rikke Guldager, der er forfatter til ph.d.-afhandlingen, er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle

er bevidste om de forskellige pårørendetyper, fordi det har betydning for, hvordan personalet skal møde de pårørende (Guldager et al. 2019).

De pårørende skal "føle sig set"

Psykolog Jesper Rendsmark på Rigshospitalet oplever, at mange pårørende føler sig oversete, når de kommer på hospitalet.

”

Desværre er der mange pårørende, der føler sig ignoreret. Her er opmærksomhed fra sundhedspersonalets side vigtigt. Jeg ved godt, at det er besværligt, og det er ind i en tidsramme, hvor der ikke altid er så meget tid til at inddrage de pårørende. Men det er vigtigt at prøve at gøre det – både for den pårørendes egen skyld, men bestemt også for patienten. Jesper Rendsmark, Psykolog, Rigshospitalet

Ofte kan årsagen til, at personalet ikke inddrager de pårørende, være mangel på tid, og at de oplever inddragelsen som ressourcekrævende. Jesper Rendsmark peger i den forbindelse på, at det ikke nødvendigvis er lange og tidskrævende samtaler, de pårørende har behov for. Ofte er det blot en tilkendegivelse af, at personalet har set, at de er til stede.

”

Det er vigtigt at have blik for, at de pårørende overhovedet er der. Husk at spørge dem om noget. Sig noget til dem - også selv om det bare er small talk, fx om vejret. Det er bare vigtigt, at man snakker med de pårørende for, at de kan føle sig set og imødekommet. Jesper Rendsmark, Psykolog, Rigshospitalet

Figur 10.3
Tre forskellige typer af pårørende (Guldager et al. 2019)



Personalet skal turde at være der

Det er også hospitalspræst Lotte Mørks erfaring, at det kan være vanskeligt at være pårørende:

”

De pårørende skal hele tiden være overskudsagtige i forhold til patienten. Og mange af dem får måske ikke den omsorg, som de godt kunne tænke sig fra systemet.

**Hospitalspræst Lotte Mørk,
Rigshospitalet**

Lotte Mørk peger i den sammenhæng på personalets mod til bare at "turde at være" og ikke nødvendigvis at skulle gøre noget konkret.

”

Hvis du skal se den pårørende - hvad betyder det så? Det betyder ikke nødvendigvis, at vi skal handle eller fikse. Det betyder, at vi bare skal være der. Det er meget nemmere for os, hvis der er noget konkret, vi kan gøre. Det er meget sværere bare at være der. For det kræver mod at tænke, at nu sidder jeg her som fagprofessionel, og jeg kan ikke gøre noget, men jeg bliver siddende.

**Hospitalspræst Lotte Mørk,
Rigshospitalet**

Det er vigtigt at arbejde med sin egen tilbageholdenhed

En af årsagerne til, at personalet ikke inddrager de pårørende i tilstrækkeligt omfang, kan være, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for den pårørendes reaktion, hvis de åbner for en længere samtale.

”

Tilbageholdenheden hos personalet kan skyldes frygten for, hvilke følelser der vil dukke frem, og hvad det vil vække i mig. Det

*er helt forståeligt. Hvis tilbageholdenheden skyldes, at man er nervøs for, hvordan reaktionen bliver, er det vigtigt at have nogle fif til, hvad man kan sige og gøre, og hvad man kan henvise til. **Psykolog Jesper Rendsmark, Rigshospitalet***

Hvis man er bekymret for, at den pårørende skal blive følelsesmæssigt påvirket, er det ifølge Jesper Rendsmark en god idé at have forberedt, hvad man konkret kan sige. Det er vigtigt, at man selv finder nogle sætninger, som passer godt til en personligt, og som kan hjælpe, når samtalen med de pårørende bliver vanskelig.

”

*Personalet kan gøre rigtig meget for de pårørende, mere end vi egentlig er klar over. Både ved at spørge, hvordan både patient og pårørende har det. Men også ved at spørge dem, hvad deres største bekymringer er, og hvad de er mest udfordrede af i hverdagen. Fortæl lidt om, hvad erfaringerne på området er, fx om at vi ved, at det er helt normalt at have det forskelligt som patient og pårørende, eller hvad undersøgelser peger på er almindelige reaktioner. **Psykolog Jesper Rendsmark, Rigshospitalet***

På Rigshospitalet udbyder psykolog Jesper Rendsmark og hospitalspræst Lotte Mørk temaforløb for medarbejdere, som de kalder: "At være menneske i systemet". Her arbejder medarbejderne aktivt med sig selv i forhold til at kunne indgå i vanskelige situationer i mødet med patienter og pårørende. Formålet er at få personalet til aktivt at forholde sig til egne følelser, erfaringer og værdier, som det kan være vigtigt at være bevidste om, når man står i vanskelige situationer med patienter og pårørende.

Temaforløbet er en blanding af refleksioner og øvelser over spørgsmål som: Tænk tilbage på en situation, hvor du selv er blevet ramt på eksistensen? Hvad er det for nogle følelser, der kommer op? Og hvordan ville vi gerne være blevet mødt i den situation? Dette bliver sat i relation til, hvordan patienter og pårørende bliver mødt i afdelingen. Der er kommet gode tilbagemeldinger fra de deltagere, der har deltaget i forløbet.

Tal om pårørendeinddragelse i personalegruppen

Det er vigtigt at huske at tale om pårørendeinddragelse i personalegruppen og få diskuteret de erfaringer og oplevelser, man har med at inddrage de pårørende.

”

Hvis man i personalegruppen er sammen om at være opmærksomme på de pårørende, er det lettere at være det frem for, at man som enkeltperson hele tiden skal huske det. Det kan give en fælles bevidsthed og øge chancen for, at der er nogen, der snakker med de pårørende. **Psykolog Jesper Rendsmark, Rigshospitalet**

Onkologisk Klinik på Rigshospitalet arbejder med at styrke den systematiske inddragelse af pårørende ved at inddrage personalet i at foreslå indsatser, som skal løfte inddragelsen af de pårørende. Her har den onkologiske overlæge og udviklingspsygeplejersken været på "roadshow" rundt i alle teams for at tale med personalet om deres forståelse af pårørendeinddragelse. Sideløbende hermed er der blevet gennemført en survey i klinikken, hvor pårørende og personale er blevet spurgt om deres oplevelse af pårørendeinddragelse.

Resultaterne viste en forskellighed imellem personalet og de pårørendes oplevelser. Halvdelen af de adspurgte

personaler svarede, at de spurgte ind til, hvordan de pårørende havde det, imens kun godt 1/3 af de adspurgte pårørende havde samme oplevelse. På baggrund af resultaterne blev de forskellige teams bedt om selv at komme med tre mulige indsatser til arbejdet med pårørendeinddragelse. De mange ideer og tiltag blev delt på tværs af klinikkerne. Den øgede fokus på pårørendeinddragelse har ført til flere gode indsatser i klinikken, bl.a. har klinikken i samarbejde med socialrådgiver og psykolog udarbejdet en guide til personalet om, hvordan de kan hjælpe de pårørende videre til at få støtte udenfor hospitalet .

”

Det, at vi begyndte at tale om det i vores store klinik gjorde, at folk begyndte at have mere fokus på det. Vi kan i hvert fald se, at vi er blevet bedre til at udlevere skriftligt materiale til de pårørende. Og vi har også fået ændret noget af opbygningen i Sundhedsplatformen, så det er blevet lettere at dokumentere forhold omkring de pårørende. **Overlæge Helle Pappot, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet**

Vil du vide mere, kan du kontakte

Psykolog Jesper Rendsmark, tlf.: 35 45 63 46,
E-mail: jesper.rendsmark@regionh.dk

Overlæge Helle Pappot tlf.nr.: 35458403
E-mail: helle.pappot@regionh.dk



CASE: "Patient og Pårørende som Partner"-møder på afdelingen for Mave-, Tarm- og Brystkirurgi, Regionshospitalet Viborg

Mave-, Tarm- og Brystkirurgi inviterer en gang årligt en gruppe af patienter og pårørende til et fælles gruppeinterview om deres oplevelser af et specifikt operations- eller indlæggelsesforløb, de har gennemgået. Gruppeinterviewet afholdes 2-4 mdr. efter, at patienterne har afsluttet deres forløb i afdelingen. Der deltager imellem 10-20 patienter og pårørende i interviewet, som har en varighed på 2 timer. Fordelen ved at interviewe patienter og pårørende på samme tid er, at de to parter husker forskellige ting fra indlæggelsesforløbet. De kan dermed supplere hinanden med at huske deres oplevelser. Personalet er til stede som observatør under interviewet. I første omgang lytter de til interviewet, og afslutningsvis har de mulighed for at komme i dialog med patienter og pårørende.

Formålet med interviewene er både at identificere udviklingstiltag, som umiddelbart kan iværksættes i afdelingen samt langsigtede forbedringsinitiativer til gavn for alle afdelingens patientgrupper. Dette har eksempelvis ført til en øget indsats omkring mundtlig og skriftlig information til patienter og pårørende med bl.a. plakater i afdelingen omkring døgnrytmen, bedre information om ventetid i forbindelse med en operation og øget fokus på ofte at informere om behandlingsplanen.

Vil du vide mere, kan du kontakte

Klinisk Sygeplejespecialist, Janne Laursen
Tlf.nr.: 78446469,
E-mail: janne.laursen@midt.rm.dk

CASE: Lederrunder blandt forældre på Neonatal afdelingen, Nordsjællands Hospital

På Neonatal afdelingen går afdelingssygeplejersken faste lederrunder³⁵, blandt de forældre, som har et indlæggelsesforløb på mere end 14 dage. På den måde taler hun med alle de forældre ca. 1 gang ugentligt. Formålet med lederrunderne er at få information om, hvad personalet kan gøre anderledes i forløbet, for at familierne får et bedre indlæggelsesforløb. Når der er ca. 14 dage tilbage af indlæggelsesforløbet, får familierne et skema, hvor de bliver bedt om at notere, hvad de ville ønske havde været anderledes. Det sker for at kommende familier kan få et bedre indlæggelsesforløb. Tiltaget har bl.a. ført til en ændring af modtagelsen af familierne og en øget bevidsthed om, at det familierne har behov for ved modtagelsen er meget forskelligt. Afdelingen er nu i gang med at udarbejde en flyer, som informerer familierne om, hvad der skal ske ved modtagelsen.

Vil du vide mere, kan du kontakte

Afdelingssygeplejerske Gitte Majlund Seeberg
Tlf.: 48294369
E-mail: gitte.majlund.seeberg@regionh.dk

CASE: Caféeftermiddage for efterladte på Palliationsenheden, Herlev hospital

Palliationsenheden inviterer de efterladte til en caféeftermiddag tre måneder efter dødsfaldet. Her mødes de med andre efterladte og med en psykolog, en socialrådgiver og en sygeplejerske. Formålet med mødet er, at de pårørende kan få talt sammen om, hvordan de har det. Derudover er formålet at identificere de pårørende, som har en sorg, som er dybere end normalt, og som har behov for mere hjælp til at komme igennem efterforløbet. I de tilfælde bliver de henvist til opfølgende samtaler med personalet i afdelingen, til Kræftens Bekæmpelse eller egen læge.

Mødet indledes med et kort oplæg, hvorefter deltagerne deles i to grupper - en gruppe for samlevende og en for børn til den afdøde. I grupperne diskuterer de forskellige emner. Der samles op på deltagernes oplevelser af møderne via et evalueringsskema, som læses igennem og bidrager til justeringer af tiltaget. Tilbagemeldingerne viser, at deltagerne oplever, at det er rart at være sammen med andre i ligestillede situationer, samtidig med at de har mulighed for at få besvaret spørgsmål om det forløb, de har været igennem eller om praktiske forhold om fx økonomi, mulighed for deltagelse i støttegrupper m.m.

Vil du vide mere, kan du kontakte

Afdelingssygeplejerske Marianne Nørby Hallin,
Tlf.: 38689611
E-mail: marianne.hallin@regionh.dk

³⁵ Ved lederrunder gør lederen det til en kontinuerlig del af sin praksis at gå ud i afdelingen og systematisk stille spørgsmål og lytte til patienter og pårørende. Denne dialog giver lederen indblik i patienter og pårørendes perspektiv på fx behandling og pleje her og nu, hvilket kan danne grundlag for kvalitetsforbedringer i jeres afdeling. Læs mere om lederrunder på: www.patientinddragelsesguiden.dk



11

**Sådan kan I arbejde
med resultaterne**

Forbedringer på baggrund af LUP Somatik

LUP Somatik er en national måling af patienters oplevelser af mødet med hospitalsvæsenet. Undersøgelsen leverer data til arbejdet med kvalitetsforbedringer på nationalt niveau samt på regions-, hospitals-, afdelingsniveau. LUP Somatik kan dog kun være med til at skabe forbedringer, hvis ledere og medarbejdere forholder sig til resultaterne, følger op på og handler på patienternes feedback

LUP Somatik kan bruges på forskellige måder. Den givne kontekst er med til at definere, hvilke indsatsområder der skal prioriteres, og på hvilke måder evt. forbedrende initiativer skal udformes.

Forbedringscirklen viser, hvordan resultaterne kan indgå i en løbende proces med at forbedre patienternes oplevelser (se Figur 11.1). Inderst i cirklen er der stillet tre spørgsmål, der sammen med LUP-resultaterne kan guide en prioritering af resultaterne og dermed valg af retning for et givent tiltag.

Værktøjer til vurdering af resultater

På fx afdelingerne kan der være forskellige emner, som patienterne vurderer mere eller mindre positivt. Derfor vil de primære indsatsområder givetvis også variere fra afdeling til afdeling.

Når den enkelte afdeling, hospital eller region skal vurdere, om resultaterne af LUP Somatik er tilfredsstillende, eller om der er områder, hvor de ønsker at forbedre patienternes oplevelser, stiller af rapporteringen i LUP Somatik flere redskaber til rådighed.

På fx en afdeling kan vurderingen af patienternes oplevelser tage udgangspunkt i følgende:

Figur 11.1
LUP forbedringscirkel



1. Gennemsnitsscorer og andelen af besvarelser

I resultaterne på afdelingsniveau indgår en oversigtsfigur, hvor alle spørgsmål er sorteret efter spørgsmålenes gennemsnitsscorer. Procentandelene af besvarelser i hver af svarkategorierne vises også i oversigtsfigurerne. Gennemsnitsscorerne kan bruges til at rangordne spørgsmålene og kan dermed anvendes til at identificere de spørgsmål, som patienterne har vurderet mest positivt eller mest negativt. De identificerede spørgsmål kan være med til at pege på områder, hvor der er mulighed for forbedring.

2. Sammenligning af egne resultater med landsresultatet

I afdelingens resultater er det angivet, om afdelingens resultat for det enkelte spørgsmål placerer sig statistisk signifikant over (O), under (U) eller ikke forskelligt fra (G) det samlede resultatet på landsplan for det pågældende spørgsmål. Denne viden kan være med til at kvalificere afdelingens vurdering af, om der er flere eller færre positive tilbagemeldinger fra patienter, der har været indlagt/haft et besøg på den pågældende afdeling set i forhold til landsresultatet. Det kan give en pejling på områder, der kan udgøre indsatsområder for den enkelte afdeling.

3. Sammenligning med sidste års resultater

I afdelingernes egne resultater er der en markering af, om resultatet er bedre (↗), uændret (→) eller ringere (↘) end i 2017. Dette giver mulighed for at følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid og kan igen være med til at pege på områder, hvor der er rum for forbedring.

4. Sammenligning af egne resultater med resultaterne på andre afdelinger

Afdelingen kan også søge inspiration hos andre afdelinger ved fx at identificere de afdelinger, der har en høj andel af patienter med positive oplevelser på et givent område. En afdeling, der klarer sig godt på et område, har måske gjort en særlig indsats, som andre afdelinger kan lade sig inspirere af. Resultaterne fra de enkelte afdelinger kan ses i bilagsmaterialet på www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale.

5. Udfyldte kommentarfelder

I spørgeskemaerne er der en række åbne kommentarfelder, hvor patienterne har mulighed for at uddybe deres svar og skrive kommentarer til forskellige dele af deres forløb. I kommentarfelderne ligger værdifuld viden, som de enkelte afdelinger kan lære af og handle på. Her er både positive og negative oplevelser beskrevet, og der kan også være givet begrundelser for, hvorfor noget blev oplevet positivt eller negativt, ligesom der også kan være beskrevet forslag til forbedringer og anvisninger til, hvad der kunne have gjort oplevelsen bedre. Afdelingerne har herved en unik mulighed for at få nogle uddybninger og nuancer i patienternes svar samt at få inspiration til eventuelle indsatsområder. Afdelinger og hospitaler modtager patienternes kommentarer til intern brug.

6. Opdeling på patientkarakteristika

Materialet med resultater til afdelingerne indeholder også figurer og tabeller, hvor patienternes besvarelser er opdelt på patientkarakteristika. Her kan afdelingerne se, om der er patientgrupper, hvor der er særlige udfordringer.

Resultaterne er opdelt på følgende karakteristika³⁶:

- Køn
- Alder
- Indlæggelsestid
- Indlæggelsestidspunkt
- Udskrivelsesdag
- Indlæggelse via akutmodtagelsen
- Del af et samlet forløb

Ud over opdelingen på ovenstående patientkarakteristika har afdelingerne mulighed for at få opdelt deres resultater på en selvvalgt baggrundsvariabel.

7. Sammenligning med fastsatte mål/kvalitetsstandarder

Hvilke mål eller kvalitetsstandarder ønsker afdelingen at arbejde hen i mod? Det kan være mål, der er fastsat nationalt, af regionen, hospitalet eller afdelingen selv. Afdelingen kan fx have fokus på at nå et specifikt niveau for gennemsnitsscoren eller for, hvor stor en andel af deres patienter, der oplever at deres pårørende bliver inddraget tilstrækkeligt. Hvis resultaterne viser, at en stor andel af patienterne vurderer, at deres pårørende ikke inddrages tilstrækkeligt, er det et oplagt forbedringsområde.

Yderligere inddragelse af patienter

Resultaterne for LUP Somatik kan sjældent stå alene. Ofte vil der være behov for at komme tættere på baggrunden for de svar, patienterne har givet, når der skal findes løsninger på de udfordringer, som resultaterne har været med til at udpege. Derfor kan det være nødvendigt at inddrage patienternes perspektiv yderligere ved hjælp af andre metoder. Hvilke metoder I kan anvende, og hvordan I konkret kan anvende dem, kan I finde viden om i Patientinddragelsesguiden (www.patientinddragelsesguiden.dk) og i metodebogen "[Spørg Brugerne](#)" (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). Nedenfor er givet et par eksempler.

- Afholde et [feedbackmøde](#), hvor patienter og evt. pårørende har mulighed for at fortælle om deres oplevelser i forhold til områder, som I ønsker udfoldet.
- Gå [lederrunder](#), hvor fx en afdelingsleder gennemfører mini-interviews med patienter, der er indlagte eller i ambulans behandling.
- Afholde [individuelle interview](#) eller [gruppeinterview](#) med patienter og evt. pårørende, hvor I kan få yderligere og mere dybdegående information om udvalgte temaer.
- Gennemføre en mindre [spørgeskemaundersøgelse](#), der fokuserer på udvalgte temaer, hvor der kan stilles flere og uddybende spørgsmål.
- Gennemføre [observation/skygning](#) af patienter, hvor I får mulighed for at følge forskellige dele af forløbet og bl.a. observere vedkommendes kontakter, ventetid mv.
- Drøfte resultaterne i afdelingens eller hospitalets [brugerråd](#).

³⁶ Resultaterne fra de tre patientgrupper opgøres på forskellige karakteristika. Det er fx kun resultaterne fra de akut indlagte, der opdeles på variabelen "indlæggelse via akutmodtagelse".

12

Fakta om LUP Somatik 2018

Hvad er LUP Somatik?

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i somatikken (LUP Somatik) er en årlig spørgeskemaundersøgelse af, hvordan somatiske patienter oplever deres møde med hospitalsvæsenet. Patienterne kan med deres erfaringer pege på, hvor de oplever, at deres indlæggelse eller ambulante besøg fungerer godt, og hvor der er mulighed for forbedringer.

LUP Somatik er en af fire delundersøgelser i LUP og gennemføres på vegne af de fem regioner i Danmark. LUP Somatik blev første gang gennemført i 2000.

Konceptet for undersøgelsen

Tre patientgrupper

LUP Somatik omhandler tre patientgruppers oplevelser: planlagt indlagte, akut indlagte og planlagt ambulante patienter. De tre patientgrupper har hver deres spørgeskema.³⁷

Samme spørgsmål år efter år

De tre spørgeskemaer består hovedsageligt af en fast kerne af spørgsmål, hvor spørgsmålsformuleringerne fastholdes fra år til år. Dette muliggør tidssammenligning.

Årlige temaspørgsmål

Der er op til fem årlige temaspørgsmål for hver af de tre patientgrupper. Temaspørgsmål kan enten benyttes til at kaste lys over aktuelle emner eller til grundigere at belyse nogle af de forhold, der spørges ind til i den faste kerne af spørgsmål. Temaspørgsmålene kan være ens på tværs af patientgrupperne eller være forskellige.

Fælles spørgeskema på tværs af regionerne

Samtlige spørgsmål i undersøgelsen er fælles på tværs af regionerne og benchmarkes i forhold til et nationalt resultat.

Svarskalaer

De fleste af spørgsmålene i de tre spørgeskemaer besvares på en fempunkts-skala, hvor der bl.a. beregnes et gennemsnit, der anvendes ved formidling af udviklingen over tid eller forskelle på tværs af regioner, hospitaler og afdelinger. Patienter, der har svaret "ikke relevant" eller "ved ikke", fremgår ikke af resultaterne.³⁸

Dimensioner samler svar fra spørgsmål om samme tema

For at give et overblik over resultaterne i LUP Somatik er spørgsmålene i undersøgelsen inddelt i en række såkaldte dimensioner. Resultaterne for de spørgsmål, der er del af en dimension, får en samlet dimensionsscore. Eksempelvis er spørgsmålene om tilfredshed med hhv. "pleje", "behandling af sygdom" og "forløbet/besøget" samlet i dimensionen "Overordnet tilfredshed". Dimensionerne er ikke nødvendigvis sammensat ens på tværs af de tre patientgrupper. Enkelte dimensioner består kun af ét spørgsmål.

De fleste dimensioner udtrykker patienternes oplevelser i forbindelse med deres besøg eller indlæggelse, mens én dimension udtrykker deres overordnede tilfredshed med besøget eller indlæggelsen.

En analyse af sammenhængen mellem patienternes oplevelser og deres overordnede tilfredshed viser, at patienternes oplevelser påvirker deres tilfredshed med besøget eller indlæggelsen. Hvis scoren for de enkelte dimensioner øges, vil scoren for "overordnet tilfredshed"

³⁷ Spørgeskemaerne kan findes her: www.patientoplevelser.dk/lup18/skema

³⁸ Andelene af patienter, der har svaret "ikke relevant" eller "ved ikke" fremgår af materialet her: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

altså også øges. Det er dermed muligt at øge patienternes overordnede tilfredshed med deres indlæggelse eller ambulante besøg, hvis patienternes oplevelser forbedres (illustreret i Figur 12.1).

For yderligere information om udvikling og validering af dimensionerne se:

www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

Fakta om LUP Somatik 2018

Inklusionskriterier

Undersøgelsen er baseret på et udtræk af planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter fra Landspatientregistret.

Stikprøven til undersøgelsen består af et tilfældigt udsnit på op til 400 patienter på hver afdeling/ambulatorium pr patientgruppe af det samlede udtræk. På afdelinger/ambulatorier, hvor der har været færre end 400 patienter i inklusionsperioden, er samtlige patienter inkluderet i undersøgelsen.

Hvad er en dimensionsscore?

Dimensionsscoren er en opsummering af svar på flere spørgsmål. Resultatet er en score fra 1 til 5, hvor en højere score er lig med et bedre resultat. For at kunne danne dimensionerne, er det i nogle tilfælde nødvendigt at skalere ja/nej-spørgsmål, så de indgår på en skala fra 1-5. Her indgår de negative svar som værdien 1 og de positive som værdien 5. For hver respondent beregnes et gennemsnit af svarene på de spørgsmål, der indgår i dimensionen, hvis respondenter har svaret på mindst halvdelen af spørgsmålene.

Dimensionsscoren er gennemsnittet af de enkelte respondenter scores.

Figur 12.1

Områder, der har betydning for patienternes oplevelse af "Overordnet tilfredshed"

Eksempel for planlagt indlagte patienter



For afdelinger med patienter på flere matrikler eller flere specialer opjusteres stikprøven fra 400 til maksimalt 1200 afhængig af afdelingens størrelse. Er der færre patienter i inklusionsperioden end det fastsatte antal, er samtlige patienter inkluderet.

Antal patienter i undersøgelsen

I LUP Somatik 2018 indgår 35.117 planlagt indlagte, 67.123 akut indlagte patienter og 167.721 planlagt ambulante patienter som mulige respondenter. Patienterne fordeler sig på i alt 436 afdelinger, som har én eller flere patientgrupper tilknyttet. Patienter, der både har været planlagt indlagt, akut indlagt og/eller haft et ambulante besøg i inklusionsperioden, indgår kun i undersøgelsen for én patientgruppe.

Inklusionsperiode

Undersøgelsen inkluderer et udsnit af de:

- Planlagt og akut indlagte patienter, der har været indlagt og er udskrevet fra 1. august til 31. oktober 2018.
- Ambulante patienter, der har haft et besøg på et ambulatorium i perioden 17.-31. august, 17.-30. september samt 18.-31. oktober 2018.

Ved flere indlæggelser/besøg indenfor samme måned indgår patienterne med deres seneste udskrivelse/besøg. Hvis en patient udtrækkes for flere måneder, indgår patienten kun første gang denne udtrækkes.

Undersøgelsens tidsmæssige forløb

Figur 12.2 viser undersøgelsens tidsmæssige forløb. Udsendelsen af spørgeskemaer sker å tre omgange (september, oktober, november) for at tiden, fra patienternes indlæggelse/besøg til patienten modtager spørgeskemaet, er så kort som mulig.

Alle inkluderede patienter med en digital postkasse har indledningsvist modtaget en invitation til at deltage i undersøgelsen i deres digitale postkasse. Derudover har børn under 15 år modtaget invitationen i forældrenes digitale postkasse. I alt har 83 % har fået invitationen digitalt, mens patienter uden en digital postkasse, har modtaget en fysisk invitation til deltagelse inklusiv et spørgeskema pr. post.

Patienterne modtager invitationen til at deltage 2-5 uger efter, at de har været indlagt eller haft et ambulante besøg på hospitalet. Cirka en uge efter modtagelsen af invitationen, vil patienter, der har en digital postkasse, og som endnu ikke har besvaret spørgeskemaet, modtage en digital påmindelse. Alle patienter uanset udsendelsesform, der ikke besvarer spørgeskemaet indenfor 2-3 uger, modtager en påmindelse inklusiv spørgeskema med fysisk post.

Efter dataindsamlingen er afsluttet, går der seks uger før regioner, hospitaler og afdelinger modtager egne resultater til internt brug. Perioden, fra patienterne er udskrevet/har haft et ambulante besøg, og indtil afdelingen får resultaterne af patienternes feedback, varierer mellem 16-29 uger afhængigt af, om patienten er udskrevet eller har haft et ambulante besøg i starten eller i slutningen af inklusionsperioden.

Foreløbige resultater

I dataindsamlingsperioden har regioner, hospitaler og afdelinger mulighed for løbende at følge de resultater, der dannes på baggrund af patienternes elektroniske besvarelser. Dette er muligt, fordi ca. 80 % af patienterne besvarer spørgeskemaet elektronisk. Disse resultater er onlinerapporter i form af frekvensfordelinger og gennemsnitsscorer. I onlinerapporterne er det desuden muligt at skelne mellem besvarelser fra henholdsvis august, september

og oktober. Rapporterne er tiltænkt som en mulighed for at følge egne resultater i løbet af dataindsamlingsperioden.

Svarprocenter

Den samlede svarprocent på tværs af de tre patientgrupper er på 58 %. For de enkelte patientgrupper fordeler svarprocenterne sig således:

- Planlagt indlagte: 66 %
- Akut indlagte: 49 %
- Planlagt ambulante: 60 %

For alle tre patientgrupper er svarprocenterne ca. 2 % lavere i 2018 sammenlignet med 2017.

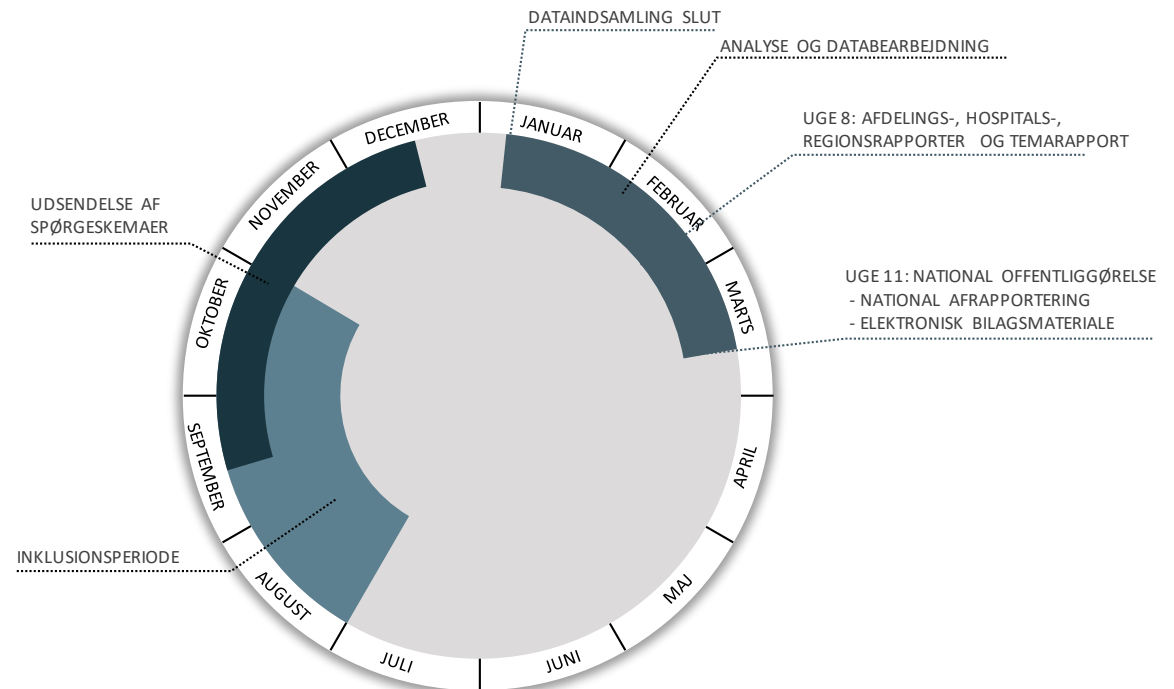
Vil du vide mere om LUP Somatik 2018?

Yderligere information om baggrund, metode og patientkarakteristika findes i Faktarapporten for LUP Somatik 2018. Publikationen er tilgængelig på: www.patientoplevelser.dk/lup18/materiale

I tillæg til resultaterne i denne nationale rapport for LUP Somatik 2018 findes i elektronisk form:

- En bilagstabel for henholdsvis planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter med alle resultater på lands-, regions-, hospitals- og afdelingsniveau.
- Enhedsrapporter med de samlede resultater for samtlige regioner, hospitaler og afdelinger.
- En tabel med svarprocenter for de fire niveauer: land, region, hospital og afdeling.

Figur 12.2
Årshjul for LUP Somatik



13

Referencer

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016).
Pårørendeinvolvering – fakta og evidens. April 2016

Danske Regioner (2017). Hvidbog for den
patientansvarlige læge. Kan findes på:
<https://www.regioner.dk/media/4796/hvidbog20for20den20patientansvarlige20lc3a6ge2c20marts202017.pdf>

Guldager R, Willis K, Larsen K & Poulsen I (2019).
Relatives' strategies in subacute brain injury
rehabilitation: The warrior, the observer and the
hesitant. Journal of Clinical Nursing 2019, 28, 1-2, 289-
99

Honoré K (2010). At være pårørende. I: Patientologi
(Red.: Anne-Mette Graubæk). Gads Forlag.

Kompetencecenter for Patientoplevelser (2017).
Brugernes stemme – Patienter og pårørendes oplevelser
af forløb på tværs af sektorer.
Publikationen kan hentes på:
<https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/brugernes-stemme-rapport.pdf>

Kompetencecenter for Patientoplevelser (2017). Større
tryghed i udskrivelsen.
Publikationen kan findes på:
https://patientoplevelser.dk/files/stoerre_tryghed_i_udskrivelsen_2017_.pdf

Kompetencecenter for Patientoplevelser (2017). LUP
Somatik 2016. Publikationen kan findes på:
https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/LUP2016/lup_2016_rapport.pdf

Kræftens Bekæmpelse, Danske Regioner,
Overlægeforeningen, Yngre Læger, Danske Patienter
(2018). www.patientansvarlig.dk

Sundhedsstyrelsen (2012). Nationale anbefalinger for
sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt
syge. København.

Sundheds- og ældreministeriet (2017). Afrapportering:
Udvalg om det nære og sammenhængende
sundhedsvæsen. Publikationen kan findes på:
<https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf>

Sundheds- og Ældreministeriet (2018). Nationale mål for
sundhedsvæsenet. Publikationen kan findes her:
https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Nationale-maal-sept-2018/Nationale-maal-sept-2018.pdf

Videnscenter for Brugerinddragelse (ViBIS) 2015. Tema:
Pårørendeinddragelse. København 2015. Publikationen
kan findes på:
https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/tema_om_paroerendeinddragelse.pdf

VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for
Velfærd (2018). Sammenhæng i patientforløb – Hvilke
modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de
bruges i praksis?
Publikationen kan findes på:
https://www.kora.dk/media/8511492/11548_sammenhaeng-i-patientforloeb.pdf



*Fik du en god
behandling?*



