

Spørgeskemaundersøgelse

med svar fra 158.366 patienter



2016

LUP

Den Landsdækkende
Undersøgelse
af Patientoplevelser

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
på vegne af regionerne

LUP Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser



Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2016

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne
af regionerne

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse,
Region Hovedstaden, marts 2017

ISBN: 978-87-93048-03-4

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

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk/lup

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:
Specialkonsulent Mette Foged

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: lup@patientoplevelser.dk

Fotograf: Klaus Sletting og Bjarke Ørsted, Colourbox
Tak til involverede afdelinger og patienter

Indhold

Forord	3
Resumé	4
1 Introduktion til undersøgelsen	7
1.1 Kort om LUP	7
1.2 Om rapporten	8
2 Nationale tendenser	9
2.1 Planlagt indlagte patienter - overblik over resultaterne	9
2.2 Planlagte indlagte patienter - udvalgte resultater	10
2.3 Akut indlagte patienter – overblik over resultaterne	15
2.4 Akut indlagte patienter - udvalgte resultater	16
2.5 Ambulante patienter – overblik over resultaterne	20
2.6 Ambulante patienter – udvalgte resultater	21
2.7 Forskelle i resultater mellem sygehuse	24
3 Regionale forskelle	28
3.1 Placering O, U eller G	288
3.2 Udvikling fra 2015 til 2016	28
4 Personalekontinuitet	31
5 Takt og tone	47
6 De fysiske rammer	59
7 Fakta om LUP 2016	68
7.1 Konceptet for undersøgelsen	68
7.2 Fakta om undersøgelsen	70
7.3 Vil du vide mere om LUP	71
8 Kvalitetsforbedringer på baggrund af LUP-resultater	72
8.1 Værktøjer til vurdering af resultater	73
9 Referencer	75
10 Bilag	77

Forord

Borgerens stemme er helt central i arbejdet med at forbedre arbejdsgange og udvikle kvaliteten på de danske sygehuse. Derfor indsamler regionerne løbende viden om patienternes oplevelser i forbindelse med planlagt og akut indlæggelse samt ambulante besøg på landets sygehuse. Den Landsdækkende Undersøgelse for Patientoplevelse (LUP) udgør et væsentligt bidrag i arbejdet med at forbedre kvaliteten for patienten.

Igen i år oplever ni ud af ti patienter, at personalet i 'høj grad' eller 'meget høj grad' er venligt og imødekommende. Patienterne oplever også, at personalet taler til dem med respekt og i en god tone, og at der er positiv stemning personalet imellem. Det er resultater, vi kan være stolte af. Når patienten møder imødekommende, professionelt og engageret personale, har vi de bedste forudsætninger for, at patienten får tilfredsstillende behandling og et godt forløb.

Patienterne er overordnede tilfredse med det sundhedsvæsen, de møder. Patienterne udtrykker tilfredshed med både behandling, pleje og forløb og oplever, at den mundtlige information er forståelig og at spørgsmål besvares. Disse resultater er blandt de bedst vurderede spørgsmål i undersøgelsen.

LUP'en tydeliggør samtidig, at vi fortsat kan blive bedre til at lytte til patienten. Patientens oplevelse af at deltage i beslutninger om behandling og pleje er, ligesom sidste år, ikke tilfredsstillende. Der er stadigvæk plads til udvikling. Den politiske plan *Borgernes Sundhedsvæsen* er netop regionernes vision for at sikre patientens inddragelse og medbestemmelse. Vi skal anvende den viden, vi får fra den enkelte patient, så behandling og forløb i højere grad bliver tilpasset den enkelte patient.

Det er en helt central opgave at sikre, at patienter oplever tryghed og sammenhæng i deres møde med det danske sundhedsvæsen. Dette års LUP sætter blandt andet fokus på at sikre bedre kontinuitet i patientforløbene. Her er der plads til forbedring. Derfor er jeg også glad for, at vi har indgået aftale om en national model for at indføre patientansvarlig læge. Allerede i år vil vi påbegynde indførelse af patientansvarlige læger på landets sygehuse. Ved at indføre patientansvarlige læger sikrer vi, at en navngiven læge bærer det overordnede ansvar og overblik for en given patients behandlingsforløb. Målet er bedre kontinuitet i behandlingsforløbet og at sikre patienternes oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed i deres forløb på sygehuset.

Jeg forventer, at LUP'en også fremadrettet vil fungere som pejlemærke for, hvordan vi samlet set sikrer den største værdi for patienten. Vi skal anvende undersøgelser som denne til at grave dybere i undersøgelsens resultater og reflektere over, hvor og hvordan vi kan gøre det bedre. Jeg håber derfor, at de lokale ledelser systematisk vil følge op på resultaterne og styre efter at opnå den størst mulige værdi for patienten.

Jeg vil gerne slutte af med at sende en stor tak til de borgere, der gennem besvarelse af spørgeskemaer har bidraget til at gøre det muligt at øge kvaliteten i vores sundsvæsen.



Bent Hansen
Formand for Danske Regioner



Resumé

Fakta om undersøgelsen

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 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 ambulante besøg på et af landets offentlige somatiske sygehuse indgår i undersøgelsen. Derudover indgår planlagt indlagte og ambulante patienter, der er behandlet på privathospitalet efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og som dermed er finansieret af regionerne.

Resultaterne for LUP 2016 er baseret på svar fra 23.639 planlagt indlagte, 32.897 akut indlagte og 101.830 ambulante patienter fra perioden august-oktober 2016.

Svarprocenten er 68 % for de planlagt indlagte patienter, 52 % for de akut indlagte patienter og 64 % for de ambulante patienter.

De overordnede resultater

For både planlagt indlagte og akut indlagte patienter er det områderne (dimensionerne) "Overordnet tilfredshed", "Smertelindring", og "Patientoplevelset fejl"¹, der er vurderet med de højeste scorer i LUP 2016. Samtidig med at "Personale" (adfærd og tilgængelighed) også er

det for planlagt indlagte patienter. Modsat er det "Patientinvolvering og "Udskrivelsesinformation", der er vurderet lavest.

Blandt ambulante patienter er det "Personale" (adfærd og tilgængelighed), "Overordnet tilfredshed", "Servicestandard" og "Patientoplevelset fejl" som er de områder (dimensioner), der er vurderet bedst i LUP 2016. Mens "Patientinvolvering", "Information" og "Ventetid ved ankomst" adskiller sig ved at have de laveste scorer.

Udvalgte resultater

De bedst vurderede resultater for LUP 2016, der kan fremhæves på tværs af patientgrupperne, er at:

- Venligt og imødekomende personale - omkring ni ud af ti patienter vurderer "i meget høj grad" og "i høj grad", at personalet er venligt og imødekomende.
- Patienternes overordnede tilfredshed med henholdsvis behandlingen, plejen og forløbet er at finde blandt spørgsmålene med de højeste gennemsnitsscorer.
- Den mundtlige information er forståelig og spørgsmål besvares - henholdsvis otte og ni ud af ti patienter svarer, at den mundtlige information "i meget høj grad" og "i høj grad" er forståelig, og at de "i meget høj grad" og "i høj grad" får svar på de spørgsmål de stiller.
- Ni ud af ti patienter vurderer "i meget høj grad" eller "i høj grad", at der er en positiv stemning personalet imellem, og at personalet

¹ Dimensionen "Patientoplevelset fejl" dækker over ét spørgsmål om, hvorvidt patienterne oplevede en fejl under deres indlæggelse. Når dimensionsscoren viser et af de bedste resultater, skal det ses i lyset af, at ambitionen må være, at ingen patienter oplever fejl.

taler med dem i en respektfuld og god tone (temaspørgsmål for LUP 2016).

De resultater, som markerer sig med de laveste vurderinger på tværs af patientgrupperne i LUP 2016, er:

- Inddragelse i beslutninger - mellem 10 % og 27 % af patienterne svarer, at personalet "slet ikke" eller "i ringe grad" giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om behandling og pleje.
- Manglende information - mellem 11 % og 22 % af patienterne oplever "slet ikke" at blive informeret om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, de skal tage efter udskrivelse/besøg.
- Brug af patienternes egne erfaringer – mellem hver femte og tiende patient oplever "slet ikke" eller "i ringe grad", at personalet spørger ind til deres egne erfaringer med deres sygdom/tilstand.
- Særligt personale tilknyttet patienten – Omkring hver femte patient vurderer, at de

"slet ikke" eller "i ringe grad" har én eller flere blandt personalet som er særligt tilknyttet dem (temaspørgsmål for LUP 2016).

Udvikling i resultater

På overordnet niveau (dimensionsresultater) er der fremgang fra LUP 2015 til 2016 for alle tre patientgrupper på tre områder:

- Personale (adfærd og tilgængelighed)
- Patientinvolvering
- Servicestandard

Mens der for planlagt og akut indlagte ydermere er fremgang for områderne:

- Information (før og) under indlæggelse
- Udskrivelsesinformation

Der er ikke tilbagegang i resultaterne for nogen dimensioner mellem LUP 2015 og 2016.

For flere af dimensionerne har der også været en fremgang, når der ses på udviklingen af resultaterne over en toårig periode (2014 til 2016).

93 % af planlagt indlagte patienter oplever "i meget høj grad" og "i høj grad", at personalet er venligt og imødekommende.

19 % af planlagt indlagte patienter oplever "slet ikke" eller "i ringe grad", at personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med deres sygdom/tilstand.

79 % af akut indlagte patienter oplever "i meget høj grad" og "i høj grad", at den mundtlige information er forståelig.

33 % af akut indlagte patienter oplever "slet ikke" eller "i ringe grad", at de er informeret om (bi-)virkninger ved ny medicin, som de skal tage efter udskrivelsen.

99 % af ambulante patienter oplever "i meget høj grad" og "i høj grad", at personalet har tid til dem under det ambulante besøg.

18 % af ambulante patienter oplever "slet ikke" eller "i ringe grad", at personalet giver deres pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling og pleje.

Variation mellem sygehuse

Ved at se på resultaterne på tværs af landets sygehuse kan spredningen i sygehusenes resultater indikere et forbedringspotentiale, idet de øvrige sygehuse kan lære af de bedste. De største indbyrdes forskelle mellem de enkelte sygehuse for alle tre patientgrupper ses blandt andet for "Patientinvolvering". Derudover er de største forskelle at finde indenfor "Udskrivelsesinformation" for planlagt og akut indlagte patienter samt for "Ventetid ved ankomst" og "Servicestandard" for ambulante patienter.

Regionale forskelle i resultaterne

Region Midtjylland og privathospitalerne udmærker sig på tværs af de tre patientgrupper ved, at deres resultater for størstedelen af spørgsmålene i undersøgelsen ligger over landsgennemsnittet. For Region Nordjylland gør dette sig også gældende for akut indlagte og ambulante patienter, og for Region Syddanmark kun for akut indlagte patienter.

For alle patientgrupper er størstedelen af resultaterne for Region Hovedstaden placeret under landsgennemsnittet, og det samme er tilfældet for Region Sjælland for planlagt og akut indlagte patienter.

Udvikling i regionale resultater

For planlagt indlagte patienter har Region Sjælland haft fremgang på flest spørgsmål (24), mens Region Syddanmark har fremgang på 10 spørgsmål. De øvrige regioner og privathospitalerne har fremgang i resultaterne på mellem et til fire spørgsmål.

For akut indlagte patienter, er det Region Nordjylland, der markerer sig med en fremgang i resultaterne på 21 spørgsmål. De øvrige regioner har fremgang i resultaterne på mellem et til seks spørgsmål.

Blandt ambulante patienter har samtlige regioner og privathospitalerne en fremgang på mellem et til fem spørgsmål.

Temaafsnit i rapporten

Rapporten indeholder tre temaafsnit, der giver et uddybende perspektiv på patienternes oplevelser og kan give inspiration til, hvordan afdelinger kan arbejde med at forbedre disse. Temaerne er: Personalekontinuitet, takt og tone og de fysiske rammer.

Personalekontinuitet: Temaet indeholder en gennemgang af udvalgte patientkommentarer, som beskriver patienternes udfordringer i relation til manglende personalekontinuitet. Derudover sætter vi fokus på afdelinger, der har iværksat tiltag for at skabe kontinuitet i det personale, som patienterne møder. Fem læger giver deres blik på og erfaringer med "patientansvarlig læge". Herudover bringer vi et caseeksempel, der illustrerer, hvordan et team af sygeplejersker skaber sammenhæng og kontinuitet gennem samtaler ved overflytning til et stamafsnit.

Takt og tone: Temaet belyser den betydning, som kommunikationen, personalets fremtræden foruden stemningen i afdelingen har for patienter. Hvad vægter patienter i kommunikationen med personalet, og hvad er vigtigt for at understøtte og skabe en god intern omgangsform og tone i afdelingerne blandt personalet. Tre cases illustrerer, hvordan forskellige afdelinger har arbejdet med takt og tone i praksis.

De fysiske rammer: Temaet går i dybden med betydningen af de fysiske rammer for patientoplevelsen og for behandlingsresultatet. Tre cases omhandler afdelinger, der har arbejdet med indretning og de fysiske rammer på forskellig vis og med forskelligt fokus. To af casene er eksempler på, hvordan afdelinger har ændret indretningen og den tredje case handler om etableringen af et nyt supersygehus.



1 Introduktion til undersøgelsen

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) afdækker, hvordan patienter indenfor det somatiske område, der enten er akut indlagt, planlagt indlagt eller til et ambulant besøg oplever deres møde med sygehusvæsenet. Patienterne kan med deres erfaringer være med til at pege på, hvor de oplever, at deres indlæggelse eller besøg fungerer godt, og hvor der er mulighed for forbedringer.

Det er tredje gang, at LUP gennemføres efter, at der blev ændret væsentligt i konceptet for undersøgelsen. Dermed er det på overordnet niveau (land og region) muligt at se på, om der siden LUP 2014 er sket ændringer i patienternes vurdering over en toårig periode. Afdelinger/ambulatorier og sygehuse har fortsat mulighed for at følge udviklingen i deres egne resultater i forhold til det foregående år.

1.1 Kort om LUP

LUP er en årlig landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af patienters oplevelser af deres undersøgelses- og behandlingsforløb, der gennemføres på vegne af de fem regioner. Både planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter på landets offentlige sygehuse indgår. Derudover indgår patienter, der er behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, hvor behandlingen er finansieret af regionerne.

Formålet med LUP er at:

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

Resultaterne fra undersøgelsen bliver opgjort på landsplan og for de enkelte regioner, sygehuse og afdelinger/ambulatorier. For LUP 2016 har i alt 412 afdelinger i uge 8 2017 fået mellem én og tre enhedsrapporter samt patientkommentarer fra spørgeskemaet alt efter hvilke patientgrupper, de har tilknyttet. I enhedsrapporterne er resultaterne opgjort både på afdelings- og afsnitsniveau. Ledere og medarbejdere i regioner, på sygehuse og afdelinger/ambulatorier kan dermed bruge LUP til at få et overblik over patienternes oplevelser og udpege, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre den patientoplevede kvalitet.

Der er særskilte spørgeskemaer for henholdsvis planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter. Hvert spørgeskema indeholder mellem 36 og 43 lukkede spørgsmål, hvoraf 15 faste spørgsmål og fem temaspørgsmål er ens på tværs af de tre patientgrupper. Spørgeskemaerne indeholder desuden fire kommentarfelder (se spørgeskemaerne i bilag 1). Spørgsmålene i spørgeskemaet berører følgende temaer:

- Modtagelsen på afdelingen
- Personalet (adfærd og tilgængelighed)
- Personalets involvering af patienten
- Patientoplevelde fejl
- Basale forhold under indlæggelse (ex. søvn, mad, hygiejne) (kun indlagte patienter)
- Rengøring
- Information før og under indlæggelse/besøg
- Information i forbindelse med udskrivelse (kun indlagte patienter)
- Samarbejde med den kommunale pleje (kun indlagte patienter)
- Tilgængelighed og rådgivning (kun ambulante patienter)
- Samlet tilfredshed
- Temaspørgsmål for LUP 2016

Hvert år udvælges fem ”temaspørgsmål” til undersøgelsen for at afdække aktuelle temaer eller få uddybende viden om eksisterende temaer i undersøgelsen. I LUP 2016 vedrører temaspørgsmålene kommunikation mellem personale og med patienten, personalets viden om patientens øvrige sygdomme og patientens oplevelse af, om én eller flere blandt personalet var særligt tilknyttet dem.

Spørgsmålene i undersøgelsen er udarbejdet, så de er relevante for hovedparten af patienter, uanset hvilken sygdom de er under udredning eller i behandling/kontrol for. Det kan være nødvendigt, at sygehuse og afdelinger lokalt kvalificerer resultaterne og uddyber patienternes svar på udvalgte områder. Dette kan gøres eksempelvis gennem drøftelser af LUP-resultaterne i personalegruppen i afdelingen eller ved at inddrage patienterne yderligere. For yderligere inspiration se afsnit 8.

1.2 Om rapporten

Rapporten præsenterer overordnede tendenser for planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter for LUP 2016 primært på nationalt niveau. Udviklingen i resultaterne fra LUP 2015 til LUP 2016 fremgår for samtlige spørgsmål og dimensionerne, dog undtaget temaspørgsmålene for LUP 2016². Samtidig vil resultaterne for dimensionerne³ blive sammenlignet med resultaterne for 2014 for at undersøge, om der er sket ændringer i patienternes vurdering over en toårig periode. På regionalt niveau ser vi på resultaterne i forhold til landsresultaterne (O, U, G), og på om de regionale resultater har udviklet sig siden 2015.

Resultaterne i rapporten er baseret på svar fra 23.639 planlagt indlagte, 32.897 akut indlagte og 101.830 ambulante patienter. For de tre patientgrupper er svarprocenten 68 % for planlagt indlagte, 52 % for akut indlagte og 64 % for ambulante patienter. Patienter fra privathospitalet udgør 4 % for både planlagt indlagte og ambulante patienter.

Rapporten indeholder tre temaafsnit, der er udvalgt af styregruppen for LUP ud fra et ønske om at sætte fokus på væsentlige områder, der er på dagsordenen i kvalitetsarbejdet i flere regioner. Temaafsnittene ”Personalekontinuitet”, ”Takt og tone” og ”De fysiske rammer” giver et uddybende perspektiv på patienters oplevelser samt giver inspiration til, hvordan afdelinger kan arbejde med at forbedre patienternes oplevelser. Afslutningsvist i rapporten er uddybende fakta om patienterne i undersøgelsen, konceptet for undersøgelsen foruden et afsnit om det videre arbejde med kvalitetsforbedringer på baggrund af LUP-resultaterne.

² Temaspørgsmålene indgår kun for LUP 2016, og derfor er der ikke resultater for udviklingen siden 2015.

³ Dimensionerne dækker over grupperinger af spørgsmål, der omhandler samme tema. Se uddybende i afsnit 7.1.



2 Nationale tendenser

Udvalgte nationale resultater for LUP 2016 beskrives i det følgende for planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter, mens resultaterne for samtlige spørgsmål i undersøgelsen fremgår af figurerne. Figurerne viser svarfordelinger for spørgsmålene samt en gennemsnitscore for spørgsmål, hvor svar er afgivet på en fempunktskala. Størstedelen af spørgsmålene i undersøgelsen er afrapporteret i en række dimensioner, som dækker over grupperinger af spørgsmål, der omhandler samme tema (figur 2.1, 2.6 og 2.10). Se uddybende om dimensionerne i afsnit 7.1.

Patienter, der har svaret "ikke relevant" eller "ved ikke", fremgår ikke af resultaterne. Bilag 3 indeholder oversigter for antallet af patienter, der har svaret i disse svarkategorier.

Udvikling i resultater fra 2015 til 2016

Resultaterne for spørgsmålene og dimensionerne for LUP 2016 kan sammenlignes med resultaterne fra 2015. Resultatet af tidssammenligningen fremgår af figurerne, og angiver om resultatet er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→)⁴. For resultaterne af temaspørgsmålene er der ikke angivelse af udviklingen siden LUP 2015, da spørgsmålene er nye i LUP 2016.

⁴ Der skal tages forbehold for, at sammenligningen af resultaterne mellem LUP 2015 og LUP 2016 for planlagt indlagte patienter kan være påvirket af en ændret sammensætning i patientgrundlaget. Andelen af patienter fra Region Midtjylland er betydeligt større og andelen af patienter i Region Sjælland er betydeligt mindre i LUP 2016 sammenlignet med LUP 2015.

2.1 Planlagt indlagte patienter - overblik over resultaterne

I det følgende præsenteres et overblik over resultaterne for planlagt indlagte patienter. Det gælder i forhold til de områder (dimensioner), der er vurderet højest og lavest, og i forhold til udvikling over tid (figur 2.1). Se uddybende om dimensionerne i afsnit 7.1.

Højeste og laveste vurderinger

"Overordnet tilfredshed", "Smertelindring", "Personale" (adfærd og tilgængelighed) og "Patientoplevelset fejl"⁵ er de dimensioner, der er vurderet bedst i LUP 2016 for planlagt indlagte patienter.

"Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation" skiller sig ud med de laveste scorere. "Patientinvolvering" er også blandt de lavest vurderede dimensioner for akut indlagte og ambulante patienter, og "Udskrivelsesinformation" er det for akut indlagte patienter.

Udvikling over tid

For planlagt indlagte patienter er der på landsplan for LUP 2016 sammenlignet med 2015 fremgang på seks ud af ni dimensioner (figur 2.1). Det gælder følgende:

⁵ Dimensionen "Patientoplevelset fejl" dækker over ét spørgsmål om, hvorvidt patienterne oplevede en fejl under deres indlæggelse. Når dimensionsscoren viser et af de bedste resultater, skal det ses i lyset af, at ambitionen må være, at ingen patienter oplever fejl.

Figur 2.1 Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling fra 2014-2016


Pilen længst til højre viser, om der er sket en signifikant positiv (↗), negativ (↘) eller ingen (→) udvikling fra 2014 til 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år. En enkelt dimension kan pga. ændringer i spørgsmål, der indgår i dimensionen, ikke sammenlignes mellem 2014 og 2015. 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 er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen. For dimensionen patientinvolvering, har der været ændring i et spørgsmål, der gør, at tidssammenligning fra 2014 til 2015 ikke var mulig.

- Personale (spm. 1,5,6,7 og 8)
- Patientinvolvering (spm. 9,10,11,12 og 13)
- Servicestandard (spm. 18,19,20 og 22)
- Information før og under indlæggelse (spm. 23,24,25,26 og 27)
- Udskrivelsesinformation (spm. 28,29,30 og 31)
- Overordnet tilfredshed (spm. 34, 35 og 36)

For at undersøge om der har været statistisk signifikante ændringer over en toårig periode, som ikke har været signifikante over de enkelte år, så har vi i år sammenlignet resultaterne for dimensionerne fra 2016 med resultaterne for dimensionerne fra 2014.

For "Personale", "Information før og under indlæggelse" samt "Udskrivelsesinformation" ses tillige en fremgang i resultaterne over en toårig periode (2014 til 2016). For samme periode (2014 til 2016) er der ikke en fremgang i resultaterne for "Servicestandard" og "Overordnet tilfredshed", da den positive udvikling i resultaterne fra 2015-2016 udlignes af en negativ udvikling mellem 2014-15.

2.2 Planlagte indlagte patienter - udvalgte resultater

De udvalgte resultater relaterer sig til figurerne 2.2 -2.4.

Samlet patienttilfredshed er god

Når patienterne skal vurdere deres samlede tilfredshed med indlæggelsen i forhold til henholdsvis plejen, behandlingen og forløbet fra indlæggelse til udskrivelse, er det mellem 50-52 % af planlagt indlagte patienter, der "i meget høj grad" er tilfredse, og 33-36 % der "i høj grad" er tilfredse. Resultaterne er mere positive for planlagt indlagte patienter sammenlignet med de øvrige patientgrupper.

Venligt og imødekomende personale

62 % af patienterne angiver, at de "i meget høj grad" og 31 %, at de "i høj grad" synes, at personalet er venligt og imødekomende. Resultatet er det bedst vurderede for planlagt indlagte patienter, men også det bedste på tværs af de tre patientgrupper.

” Jeg kan kun rose personalet. Hvis man har spørgsmål, så bliver man imødekommet positivt, og der er altid hjælp at hente, hvis man er i tvivl om noget. Planlagt indlagt patient

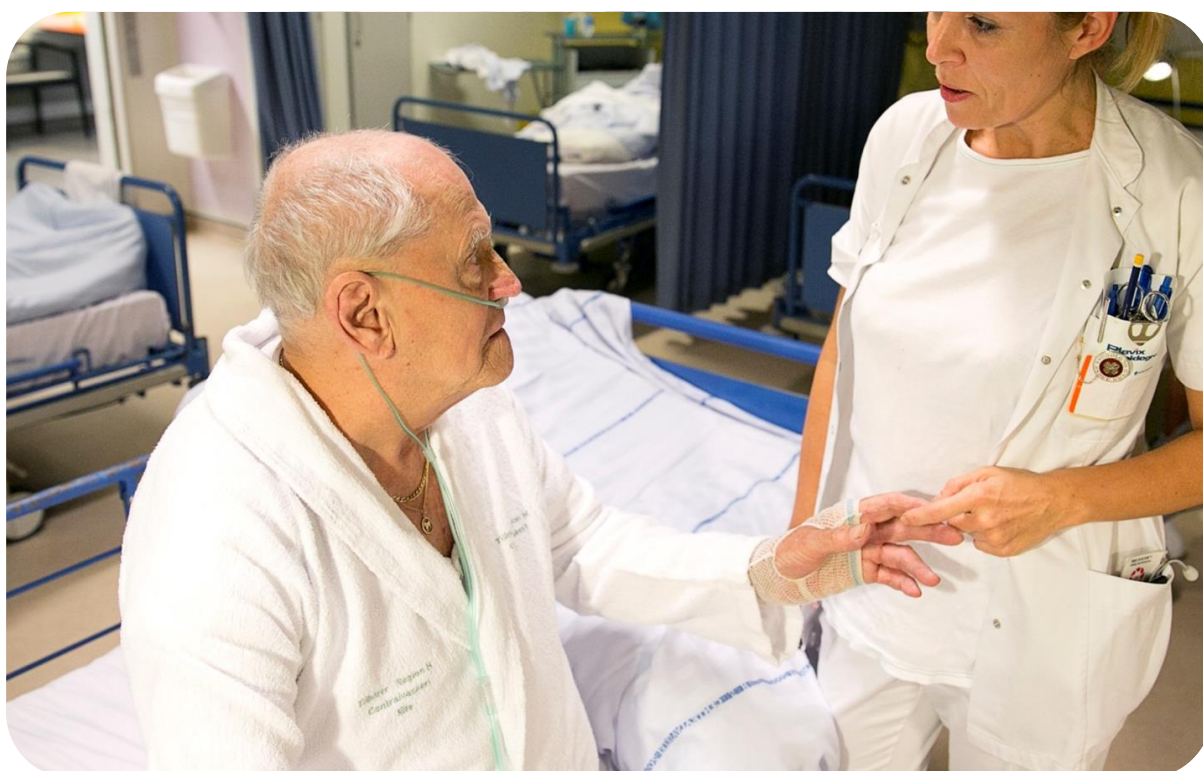
Patientinvolvering vurderes lavt

Patientinvolvering er et af de områder, der får de laveste vurderinger blandt de planlagt indlagte patienter. Det er næsten hver femte patient der ”slet ikke” (11 %) eller ”i ringe grad” (8 %) oplever, at personalet spørger ind til deres egne erfaringer med deres sygdom/tilstand under deres indlæggelse. Personalets involvering af patienterne lykkes i højere grad i forhold til udskrivelsen, hvor det er hver tiende patient, der ”slet ikke” (5 %) eller ”i ringe grad” (5 %) oplever, at personalet tager hensyn til deres behov ved planlægningen af denne.

” Spørg til ens forventninger, ønsker og behov i forbindelse med indlæggelse og operation. Det er for mig vigtig at blive hørt og forstået, så oplevelsen af at være en genstand reduceres. At få en oplevelse af, at det hele ikke kun er rutinearbejde, men at det også handler om mødet med en person, der har følelser, tanker og behov. Planlagt indlagt patient

Patienterne får svar på spørgsmål, men løbende information mangler

Omkring ni ud af ti patienter svarer ”i meget høj grad” (47 %) eller ”i høj grad” (39 %) til, at de får svar på spørgsmål, som de stiller under indlæggelse. Men patienternes vurdering af, om de løbende informeres om resultater af undersøgelse/behandling og, om der er informeret om (bi-)virkninger ved medicin, som de får under indlæggelsen, er vurderet mere negativt. Eksempelvis er det omkring hver fjerde patient, der ”slet ikke” (4 %), ”i ringe grad” (5 %) eller ”i nogen grad” (18 %) oplever, at de løbende informeres om resultater af undersøgelse/behandling.



”Generelt rigtig positivt i forhold til kirurg, operationen og intensiv/opvågningen, hvor jeg fik blokad- den. Men forløbet både før og efter operationen var utrygt. Det virkede rodet og ikke rart, at man ikke var ventet. Personalet bør informere og følge op på ting. Planlagt indlagt patient

”Har under hele forløbet manglet viden om bivirk- ninger ved især blodfortyndende medicin, hvilket jeg formoder har givet mig de problemer, som jeg senere i forløbet er blevet undersøgt for. Planlagt indlagt patient

Bedre mulighed for at tale med læge ved behov

Til trods for, at dimensionen ”personale” har et af de bedste resultater, skiller ét spørgsmål sig ud ved at have en lavere gennemsnitsscore end de øvrige fire spørgsmål, der indgår i dimensio- nen. Mere end hver tiende planlagt indlagte pa- tient svarer ”slet ikke” (5 %) eller ”i ringe grad” (8 %) til, at de har mulighed for at tale med en læge ved behov. Dertil er der 22 % af patien- terne, der kun ”i nogen grad” oplever, at det er muligt.

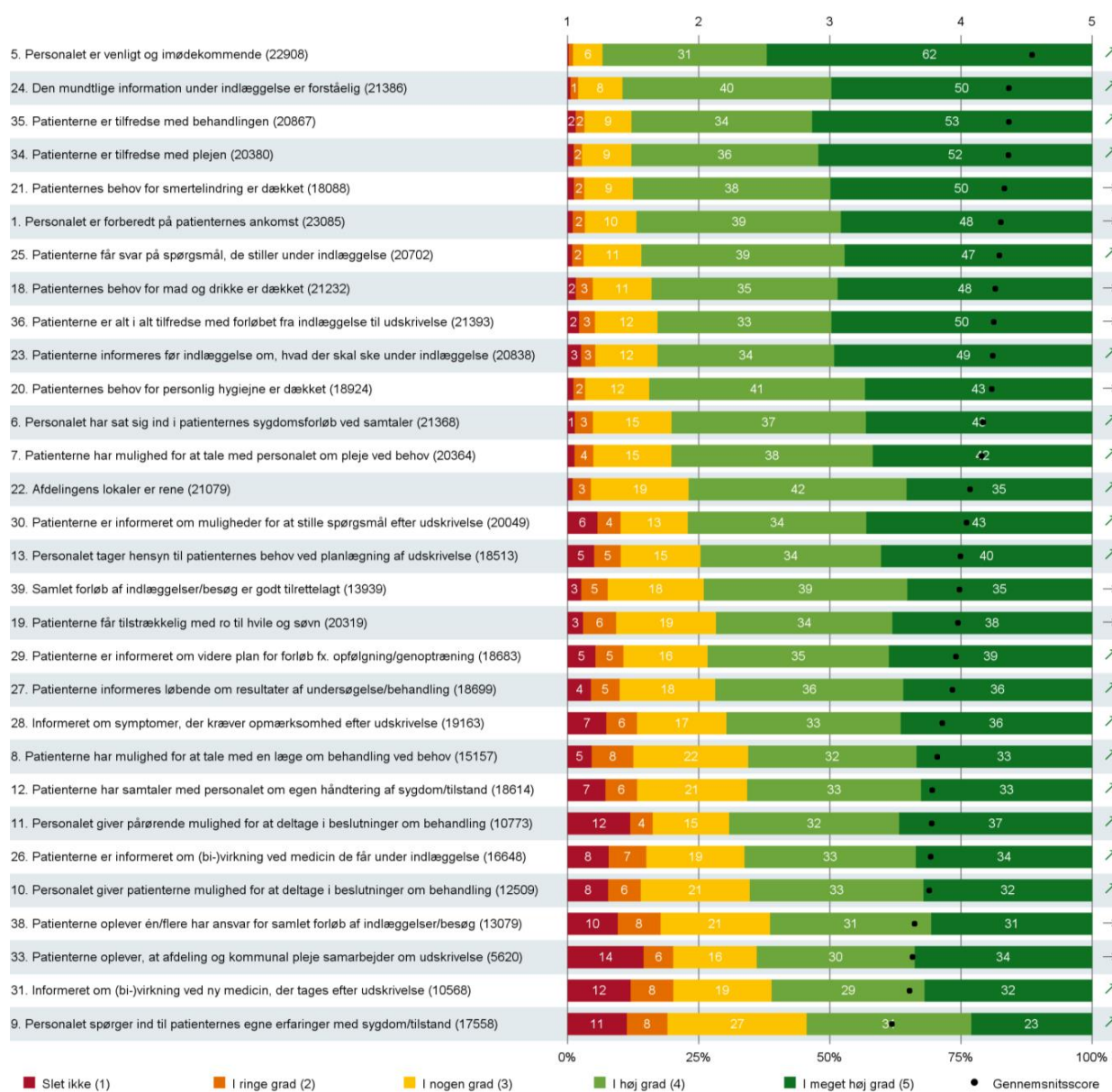
Tilrettelæggelse og ansvar for det sam- lede forløb

Patienterne angiver i spørgeskemaet, om den aktuelle indlæggelse, som spørgeskemaet om- handler, er en del af et samlet forløb med flere indlæggelser og/eller ambulante besøg. Dette er tilfældet for omkring 70 % af de planlagt ind- lagte patienter. Af disse patienter er der 74 %, der vurderer, at det samlede forløb ”i meget høj grad” (35 %) eller ”i høj grad” (39 %) er godt tilrettelagt, mens færre patienter ”i meget høj grad” (31 %) eller ”i høj grad” (31 %) oplever, at én eller flere blandt personalet havde et sær- ligt ansvar for deres forløb.

”Jeg har været igennem røntgen på Christianshavn, til samtale på Amager Hospital, til undersøgelser på Hvidovre, retur til Amager, derefter til operation på Rigshospitalet, og nu skal jeg tilbage til Amager til blodprøver og samtaler. Ville meget gerne have været på ét hospital til ét forløb, så der var en sammenhæng i tingene. Planlagt indlagt patient

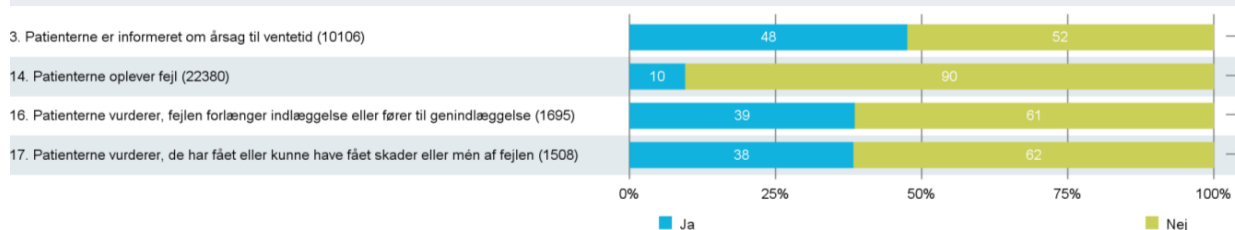


Figur 2.2 Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for LUP 2016

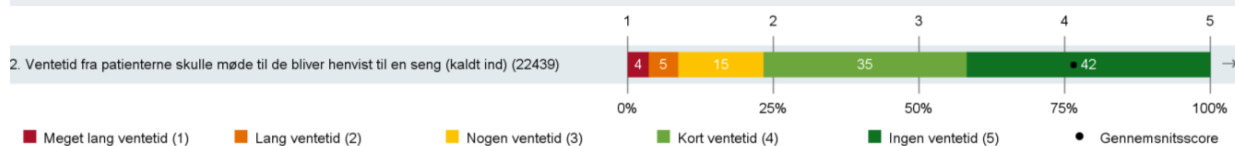


Spørgsmålene i oversigtsfiguren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

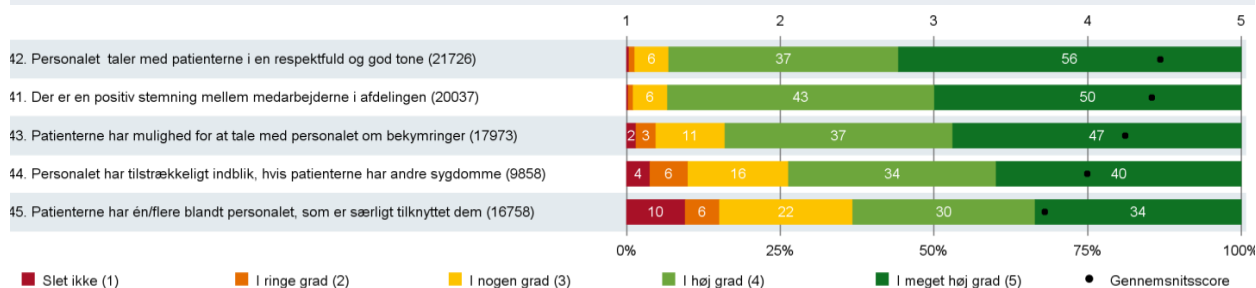
Figur 2.3 Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for LUP 2016



Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.4 Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for LUP 2016

Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.5 Planlagt indlagte patienter: Landsresultat for temaspørgsmålene for LUP 2016

Spørgsmålene i oversigtsfiguren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes.

Temaspørgsmål for LUP 2016

Figur 2.5 viser resultaterne for temaspørgsmålene for LUP 2016⁶. De to temaspørgsmål, der omhandler henholdsvis den kommunikationsform personalet har indbyrdes, og den de har med patienterne, er vurderet med høje gennemsnitsscorer. Det er mere end hver niende patient, der "i meget høj grad" (56 %) eller "i høj grad" (37 %) oplever, at personalet taler til dem i en respektfuld og god tone, og "i meget høj grad" (50 %) eller "i høj grad" (43 %) oplever, at der er en positiv stemning mellem medarbejderne på afdelingen. Patienterne vurderer ligeledes positivt muligheden for at tale med personalet om bekymringer.

Tre ud af fire patienter vurderer "i meget høj grad" (47 %) eller "i høj grad" (37 %), at det er muligt.

Det er kun 34 % af patienterne, der "i meget høj grad", og 30 % der "i høj grad" vurderer, at de har én eller flere blandt personalet, som er særligt tilknyttet dem. Sammenlignet med øvrige spørgsmål i undersøgelsen, der er vurderet ved et gennemsnit, placerer spørgsmålet sig blandt den femtedel af spørgsmål, der har de laveste gennemsnit.

⁶ Hvert år udvælges fem "temaspørgsmål", der afdækker aktuelle temaer eller de uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Der er ikke angivelse af udviklingen siden LUP 2015, da spørgsmålene kun indgår i LUP 2016.

2.3 Akut indlagte patienter – overblik over resultaterne

I det følgende præsenteres et overblik over resultaterne for akut indlagte patienter. Det gælder i forhold til de områder (dimensioner), der er vurderet højest og lavest, og i forhold til udvikling over tid (figur 2.6). Se uddybende om dimensionerne i afsnit 7.1.

Højeste og laveste vurderinger

"Overordnet tilfredshed", "Smertelindring" og "Patientoplevelset fejl"⁷ er de dimensioner, der er vurderet med de bedste resultater i LUP 2016 for akut indlagte patienter. Derimod har "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation" de laveste scorere.

Udvikling i dimensioner over tid

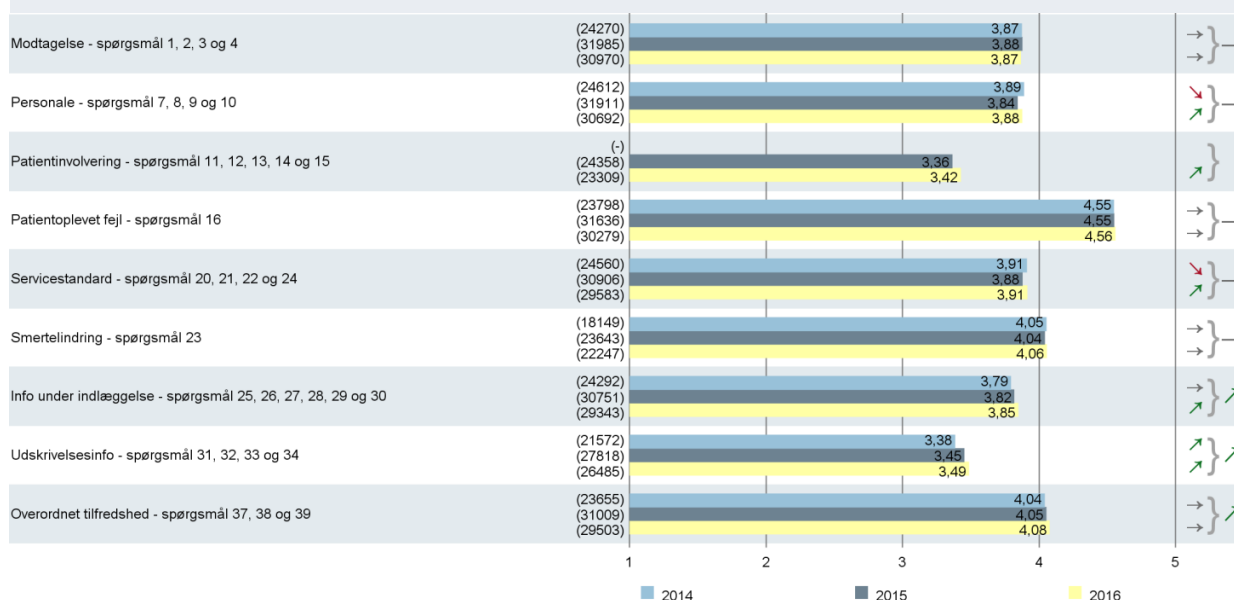
På landsplan er der fremgang i resultaterne for LUP 2016 sammenlignet med 2015 for seks ud af ni dimensioner (figur 2.6):

- Personale (spm. 7,8,9 og 10)
- Patientinvolvering (spm. 11,12,13,14 og 15)
- Servicestandard (spm.20, 21, 22 og 24)
- Information under indlæggelse (spm. 25, 26, 27, 28, 29 og 30)
- Udskrivelsesinformation (spm. 31, 32, 33, 34)

For at undersøge om der har været statistisk signifikante ændringer over en toårig periode, som ikke har været signifikante over de enkelte år, så er resultaterne for dimensionerne fra 2016 sammenlignet med resultaterne for dimensionerne fra 2014.

Set over en toårigperiode (2014 til 2016), er resultaterne for "Personale" og "Servicestandard" uforandrede. Det skyldes at fremgangen mellem 2015 og 2016 udlignes af den negative udvikling, der var mellem 2014 og 2015. For "Information under indlæggelse" og "Udskrivelsesinformation" ses en fremgang i resultater over

Figur 2.6 Akut indlagte patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling fra 2014-2016



Pilen længst til højre viser, om der er sket en signifikant positiv (↗), negativ (↘) eller ingen (→) udvikling fra 2014 til 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år. En enkelt dimension kan pga. ændringer i spørgsmål, der indgår i dimensionen, ikke sammenlignes mellem 2014 og 2015. 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 er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen. For dimensionen patientinvolvering, har der været ændring i et spørgsmål, der gør, at tidssammenligning fra 2014 til 2015 ikke var mulig.

⁷ Dimensionen "Patientoplevelset fejl" dækker over ét spørgsmål om, hvorvidt patienterne oplevede en fejl under deres indlæggelse. Når dimensionsscoren viser et af de bedste resultater, skal det ses i lyset af, at ambitionen må være, at ingen patienter oplever fejl.

den toårige periode (2014 til 2016).

For "Overordnet tilfredshed" er der over en to-årig periode opnået et bedre resultat på trods af, at der ikke har været en statistisk signifikant fremgang fra 2014 til 2015 eller fra 2015 til 2016.

2.4 Akut indlagte patienter - udvalgte resultater

De udvalgte resultater relaterer sig til figurerne 2.7 og 2.8.

Samlet tilfredshed er god

Mellem 40-43 % af akut indlagte patienter er "i meget høj grad" og 33-37 % er "i høj grad" tilfredse med henholdsvis plejen, behandlingen og forløbet fra indlæggelse til udskrivelse. Disse resultater er mere negative end de tilsvarende for planlagt indlagte og ambulante patienter.

Patientinvolvering blandt de lavest vurderede resultater

Det er under halvdelen af patienterne der vurderer, at personalet "i meget høj grad" (26 %) eller "i høj grad" (20 %) giver dem selv eller "i meget høj grad" (25 %) eller "i høj grad" (24 %) giver deres pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling og pleje. Den lavere vurdering af spørgsmålene ses også hos de øvrige patientgrupper i undersøgelsen.

"Generelt var informationsniveauet meget lavt. Følte mig bestemt ikke involveret i de beslutninger, der blev truffet og følte heller ikke, at jeg fik forklaring på, hvorfor beslutninger blev truffet. Følte mig ikke hørt, når jeg forsøgte at beskrive symptomer, sygdomshistorik m.m. Akut indlagt patient

Information om ny medicin

Blandt spørgsmålene om udskrivesinformation har spørgsmålet, om hvorvidt patienterne er informeret om (bi-)virkninger ved ny medicin, der skal tages efter udskrivelsen en markant lavere gennemsnitsscore end de øvrige. Over hver tredje patient er "slet ikke" (22 %) eller kun "i ringe grad" (11 %) informeret om (bi-) virkninger ved ny medicin de skal tage ef-

ter udskrivelse, og 20 % af patienterne er det kun "i nogen grad".

Personalet er venligt, men hvem har ansvar?

Langt de fleste akut indlagte patienter oplever under deres indlæggelse et personale, som "i meget høj grad" (56 %) eller "i høj grad" (33 %) er venligt og imødekommende. Men når patienterne vurderer, om én eller flere blandt personalet, har ansvar for deres akutte forløb fra indlæggelse til udskrivelse, er det kun lige over halvdelen, som "i meget høj grad" (27 %) eller "i høj grad" (28 %) oplever, at én eller flere har ansvaret for deres forløb.

"Afdelingen virkede ikke godt forberedt på ankomsten. Tog tid inden der blev anvist sengeplads, og især inden der kom en læge. Forvirrende modtagelse og fornemmelsen af, at ingen helt vidste hvad der skulle ske og hvornår. Følelsen var frustrerende og utrygt. Akut indlagt patient

Dele af modtagelsen kan forbedres

Når akut indlagte patienter modtages på sygehuset, oplever størstedelen af patienterne, at de ved ankomst "i meget høj grad" (35 %) eller "i høj grad" (36 %) tilses hurtigt af en sygeplejerske eller en læge. Færre patienter vurderer dog, at de ved ankomst informeres om, hvad der skal foregå i starten af indlæggelsen, idet det kun er 25 % af patienterne, der "i meget høj grad" og 33 %, der "i høj grad" informeres herom.

Dertil er der 42 % af patienterne, der oplever, at personalet ikke tilbyder at informere deres pårørende, hvis patienten er alene ved ankomsten til sygehuset (figur 2.8).

"Jeg var meget overrasket over, hvor hurtigt alting gik ved min ankomst. Der var meget lidt spiltid for mit vedkommende. Sygeplejersker, læger m.m. var grundige og informerende om, hvad de gjorde og hvorfor. Jeg fik svar på næsten alle min spørgsmål i forbindelse med indlæggelsen. Lægen der tilså

mig til sidst var meget kompetent og kunne forklare min situation på en meget forståelig måde, det var virkelig dejligt. Så jeg har sådan set kun roser til personalet ved modtagelsen. Akut indlagt patient

Samarbejde med den kommunale pleje

Mere end hver femte akut indlagte patient, der har besvaret spørgsmålet om samarbejde mellem afdelingen og den kommunale pleje⁸, vurderer, at afdelingen "slet ikke" (16 %) eller kun "i ringe grad" (6 %) samarbejdede med den kommunale hjemme(syge)pleje/sundhedsplejerske om deres udskrivelse.

”Der var absolut ikke givet nogen form for information til hjemmeplejen om mine behov ved hjemsendelsen, så først efter en uge fik vi selv kontakt til kommunes visitator. De mange forskellige læger gav meget forskellige oplysninger med hensyn til min hjemsendelse, derfor kunne en del misforståelser og manglende informationer til de rette myndigheder være undgået. Akut indlagt patient

Patientoplevede fejl

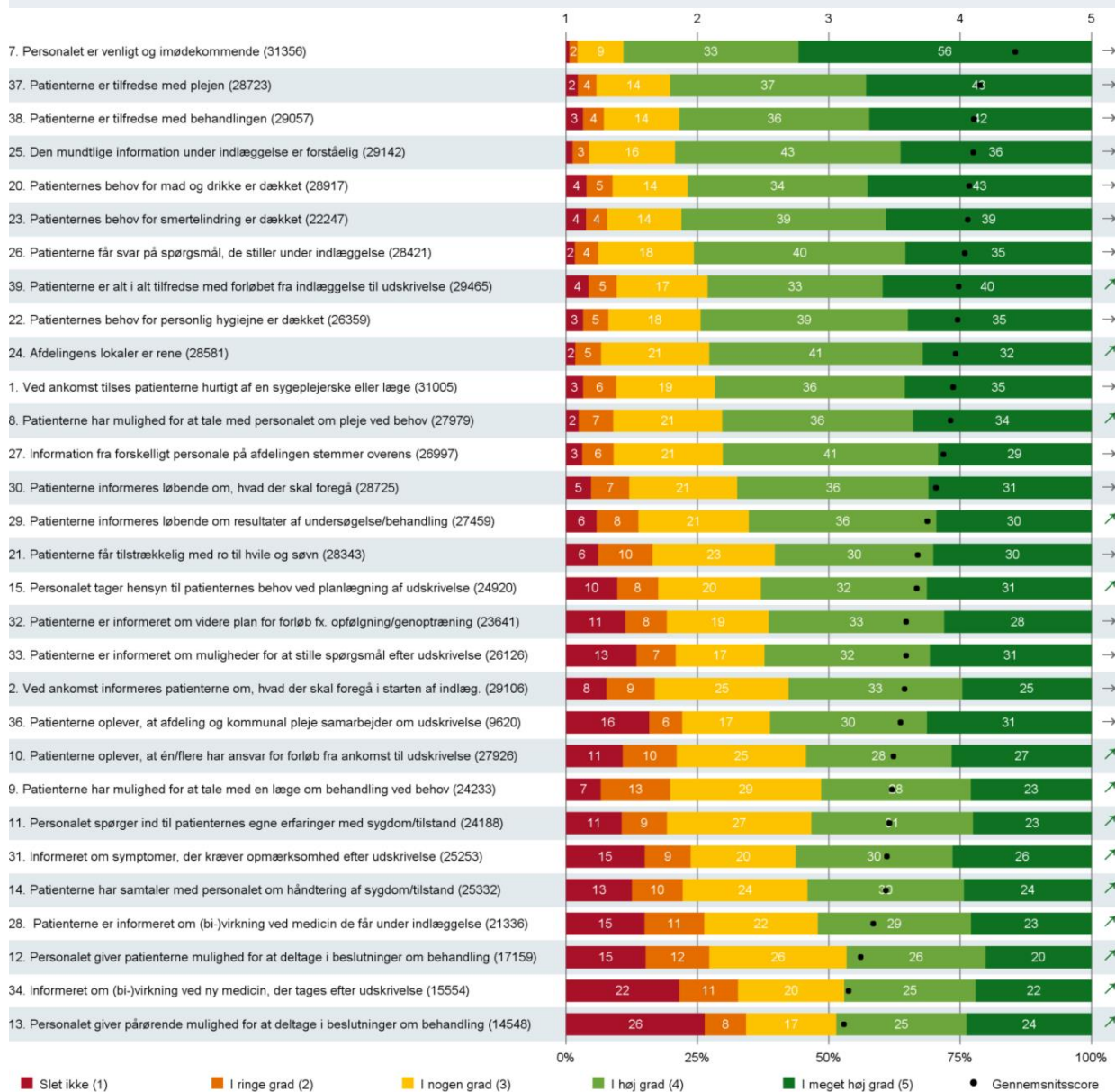
Blandt akut indlagte patienter er det 11 %, der oplever en fejl under deres indlæggelse. Ses dette i relation til antallet af patienter, der har været på landets sygehuse i løbet af inklusionsperioden (august-oktober 2016), svarer det til at 16.111 akut indlagte patienter oplever, at der sker fejl under deres indlæggelse over en tremåneders periode⁹. Andelen af patienter, der oplever en fejl, er uændret mellem LUP 2015 og 2016.

Blandt de, der oplever en fejl, vurderer 43 %, at fejlene forlænger deres indlæggelse eller fører til genindlæggelse. Dette svarer til 4 % af samtlige akut indlagte patienter, der har svaret på spørgsmålet om fejl. Ligeledes vurderer 15 %, at de har fået og 34 %, at de kunne have fået skader eller mén af fejlen. Ud af samtlige akut indlagte patienter, der har besvaret spørgsmålet om fejl, svarer det til, at 1 % vurderer, at de har fået skader/mén, og 3 % vurderer, at de kunne have fået skader/mén af fejlen.

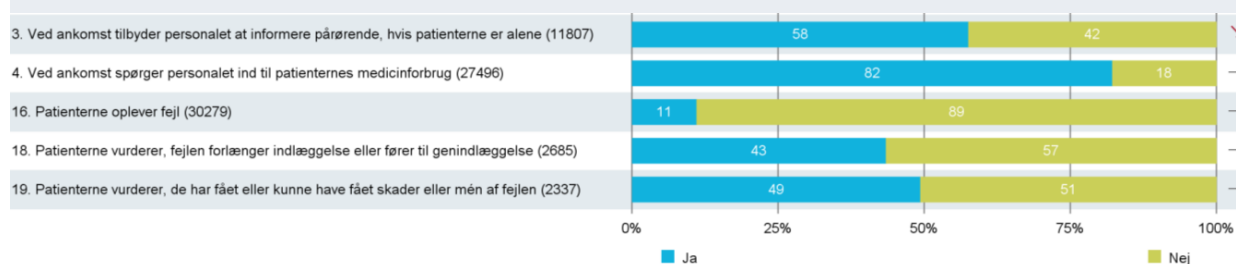
”Personale tog fejl af mig og en anden patient med samme navn, men pågældende lå på anden stue. Sygeplejersken var ved at hænge-medicin op til mig, som jeg på intet tidspunkt havde fået ordineret. Pågældende reagerer først, da jeg spurgte, hvorfor jeg skulle have dette. Akut indlagt patient

⁸ Spørgsmålet er relevant for 25 % af samtlige akut indlagte patienter, der har besvaret spørgeskemaet.

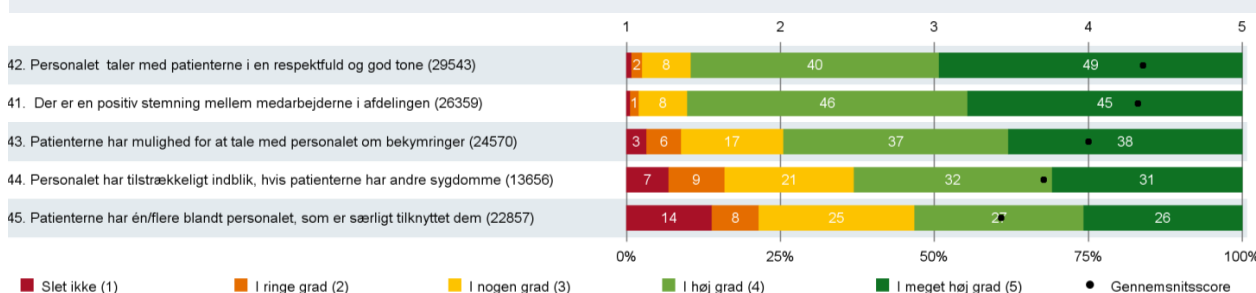
⁹ Tallet skal ses i forhold til samtlige unikke patientkontakter i udtrækket for LUP fra Landspatientregistret for akut indlagte patienter i perioden 1. august-31. oktober.

Figur 2.7 Akut indlagte patienter: Landsresultat for LUP 2016


Spørgsmålene i oversigtsfiguren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.8 Akut indlagte patienter: Landsresultat for LUP 2016

Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.9 Akut indlagte patienter: Landsresultat for temaspørgsmålene for LUP 2016

Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes.

Temaspørgsmål for LUP 2016

Temaspørgsmålene for akut indlagt patienter fremgår af figur 2.9 ¹⁰ Omkring ni ud af ti patienter oplever "i meget høj grad" eller "i høj grad", at personalet taler til dem i en respektfuld og god tone (89 %) og, at der er en positiv stemning mellem medarbejderne på afdelingen (91 %). Tilsvarende er der et flertal af patienterne, der i meget høj grad" (38 %) eller "i høj grad" (37 %) vurderer, at det er muligt at tale med personalet om bekymringer.

Mere end hver femte patient vurderer, at de "slet ikke" (14 %) eller kun "i ringe grad" (8 %) er særligt tilknyttet én eller flere blandt personalet. I forhold til undersøgelsens faste spørgsmål er spørgsmålet om, hvorvidt patienterne oplever, at en eller flere blandt personalet er særligt tilknyttet dem, blandt de spørgsmål, der har de laveste vurderinger.

¹⁰ Hvert år udvælges fem "temaspørgsmål", der afdækker aktuelle temaer eller de uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Der er ikke angivelse af udviklingen siden LUP 2015, da spørgsmålene kun indgår i LUP 2016.

2.5 Ambulante patienter – overblik over resultaterne

I det følgende præsenteres et overblik over resultaterne for ambulante patienter. Både i forhold til de områder (dimensioner), der er vurderet højest og lavest, og i forhold til udvikling over tid (figur 2.10). Se uddybende om dimensionerne i afsnit 7.1.

Højeste og laveste vurderinger

"Personale" (adfærd og tilgængelighed), "Overordnet tilfredshed", "Servicestandard" og "Patientoplevelset fejl"¹¹ er de dimensioner, der er vurderet bedst i LUP 2016 for ambulante patienter.

Modsat er det "Patientinvolvering", "Information" og "Ventetid ved ankomst", som adskiller sig ved at have de laveste scorer. "Patientinvolvering" er også vurderet lavest blandt planlagt og akut indlagte patienter.

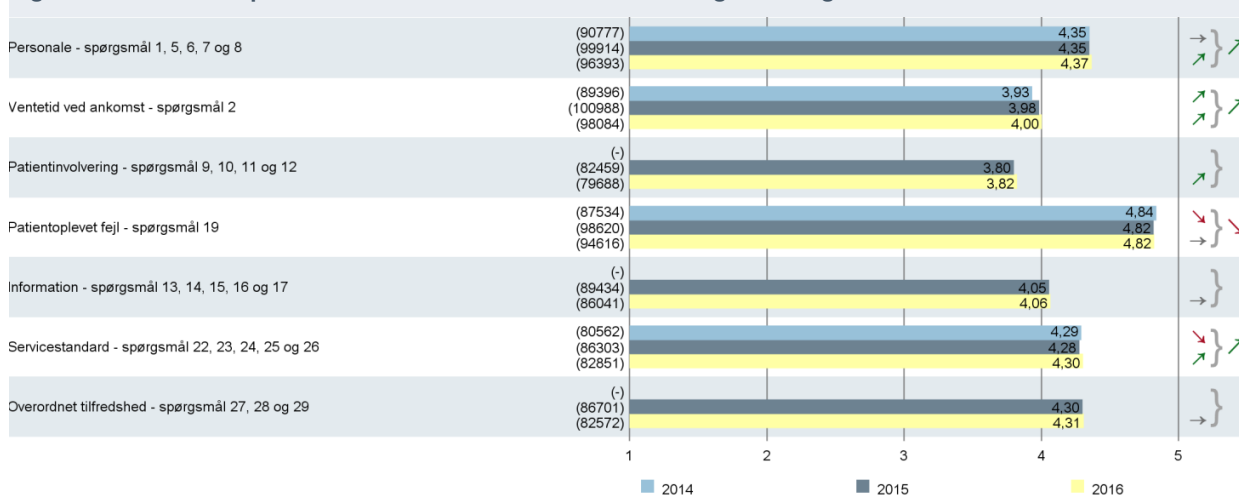
Udvikling over tid

Siden LUP 2015 har der været fremgang i resultaterne for følgende dimensioner for de ambulante patienter (figur 2.10):

- Personale (spm. 1, 5, 6, 7 og 8)
- Ventetid ved ankomst (spm. 2)
- Patientinvolvering (spm. 9, 10, 11 og 12)
- Servicestandard (spm. 22, 23, 24, 25 og 26)

For at undersøge om der har været statistisk signifikante ændringer over en toårig periode, som ikke har været signifikante over de enkelte år, så har vi i år sammenlignet resultaterne for dimensionerne fra 2016 med resultaterne for dimensionerne fra 2014. Af figur 2.10 ses det, at resultaterne for disse dimensioner¹² også viser en fremgang over en toårig periode (fra 2014 til 2016).

Figur 2.10 Ambulante patienter: Landsresultat for dimensioner og udvikling fra 2014-2016



Pilen længst til højre viser, om der er sket en signifikant positiv (→), negativ (→) eller ingen (→) udvikling fra 2014 til 2016. De to mindre pile viser udviklingen mellem de enkelte år. En enkelt dimension kan pga. ændringer i spørgsmål, der indgår i dimensionen, ikke sammenlignes mellem 2014 og 2015. 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 er det antal respondenter, der har givet svar i minimum halvdelen af spørgsmålene i dimensionen. For dimensionen patientinvolvering, har der været ændring i et spørgsmål, der gør, at tidssammenligning fra 2014 til 2015 ikke var mulig.

¹¹ Dimensionen "Patientoplevelset fejl" dækker over ét spørgsmål om, hvorvidt patienterne oplevede en fejl under deres indlæggelse. Når dimensionsscoren viser et af de bedste resultater, skal det ses i lyset af, at ambitionen må være, at ingen patienter oplever fejl.

¹² For dimensionen patientinvolvering, har der været ændring i et spørgsmål, der gør, at tidssammenligning fra 2014 til 2015 ikke var mulig.

2.6 Ambulante patienter – udvalgte resultater

De udvalgte resultater relaterer sig til figurerne 2.11-2.13.

Samlet tilfredshed

Op imod hver niende ambulante patient er "i meget høj grad" eller "i høj grad" tilfredse med besøgets forløb (49/37 %) samt tilfredse med behandlingen (48/37 %) og plejen (52/38 %).

Personalet er venligt, imødekommende og har tid til patienterne

Det er hovedparten af patienterne, der vurderer, at personalet "i meget høj grad" (60 %) og "i høj grad" (35 %) er venligt og imødekommende. En tilsvarende stor andel af patienterne oplever også et personale, som "i meget høj grad" (50 %) og "i høj grad" (39 %) har tid til dem under det ambulante besøg.

"Læge og sygeplejersker var overfor mig meget nærværende, fokuserede og klare i deres holdning og meldinger, hvilket var stærkt beroligende for en førstegangspatient som mig. Ambulant patient

God mundtlig information

Henholdsvis 85 % og 88 % af de ambulante patienter vurderer "i meget høj grad" eller "i høj grad", at den mundtlige information under besøget er forståelig og, at de får svar på deres spørgsmål. Der er en lille andel af patienterne, der vurderer spørgsmålene med "slet ikke" eller "i ringe grad".

"Der var virkelig god information, alt personalet var flinke og kunne svare på alle mine spørgsmål. Jeg kan ikke give roser nok. Ambulant patient

Involvering af patient og pårørende i beslutninger

Som for de øvrige patientgrupper er flere spørgsmål om patientinvolvering også for de ambulante patienter placeret med de laveste gennemsnitsscorer. Hver tiende patient vurde-

rer, at personalet "slet ikke" (5 %) eller "i ringe grad" (5 %) giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om behandling og pleje, mens det er omkring hver femte patient, der "slet ikke" (15 %) eller "i ringe grad" (3 %) vurderer, at personalet giver deres pårørende denne mulighed.

"Der er meget dårlig kommunikation mellem mig som patient og den faglige læge. Jeg får ikke svar på spørgsmål, og det skaber en stor frustration. Jeg bliver ikke involveret i forløbet, da lægerne kører standard behandling. Lægerne virker ikke interesseret i os som patienter. Man skal selv søge informationer, hvis man skal vide noget, lægerne har IKKE tid til at snakke med dig om behandlingen. Alt i alt kan det opfattes som om, vi er patienter på samlebånd, og det handler om at få et vis antal igennem hurtigst muligt. Ambulant patient

Gør brug af patientens egne erfaringer

Hver tredje patient oplever "slet ikke" (6 %), "i ringe grad" (5 %) eller kun "i nogen grad" (23 %), at personalet spørger ind til deres egne erfaringer med deres sygdom/tilstand. Ligeledes er der omkring en tredjedel (30 %) af patienterne, der "i meget høj grad" vurderer, at personalet spørger ind til deres erfaringer med egen sygdom/tilstand.

Servicestandarden er god

Der er mellem 80-90 % af patienterne, der "i meget høj grad" (52 %) eller "i høj grad" (37 %) vurderer, at ambulatoriets lokaler er rene, "i meget høj grad" (44 %) eller "i høj grad" (40 %) vurderer, at ambulatoriets åbningstider passer til deres behov og, "i meget høj grad" (44 %) eller "i høj grad" (36 %) vurderer, at der er tydelig skiltning på syghuset. Samtidig svarer 96 % af patienterne, at det er muligt at kontakte ambulatoriet ved behov.

Bedre information om medicin og kontaktmulighed efter besøg

Der er betydelige andele af patienterne, der svarer "slet ikke" eller "i ringe grad" til spørgs-

målene om patienternes vurdering af, om de er informeret om deres mulighed for at stille spørgsmål efter besøget (9/5 %), og om de er informeret om (bi-)virkninger ved ny medicin, som de skal tage efter besøget (12/6 %).

”En forbedret kontaktmulighed med ambulatoriet kunne ønskes, da jeg i mange tilfælde ikke kunne komme igennem telefonisk efter flere dages forsøg. Det er for mig en service, som jeg mener, at ambulatoriet i høj grad kunne forbedre, da de er ret relevante i et samlet forløb på ambulatoriet.

Ambulant patient

Tilrettelæggelse og ansvar for det samlede forløb

Ud af de ambulante patienter (67 %), der i spørgeskemaet angiver, at det aktuelle ambulante besøg er en del af et samlet forløb med flere ambulante besøg og/eller indlæggelser, er det tre ud af fire der vurderer, at det samlede

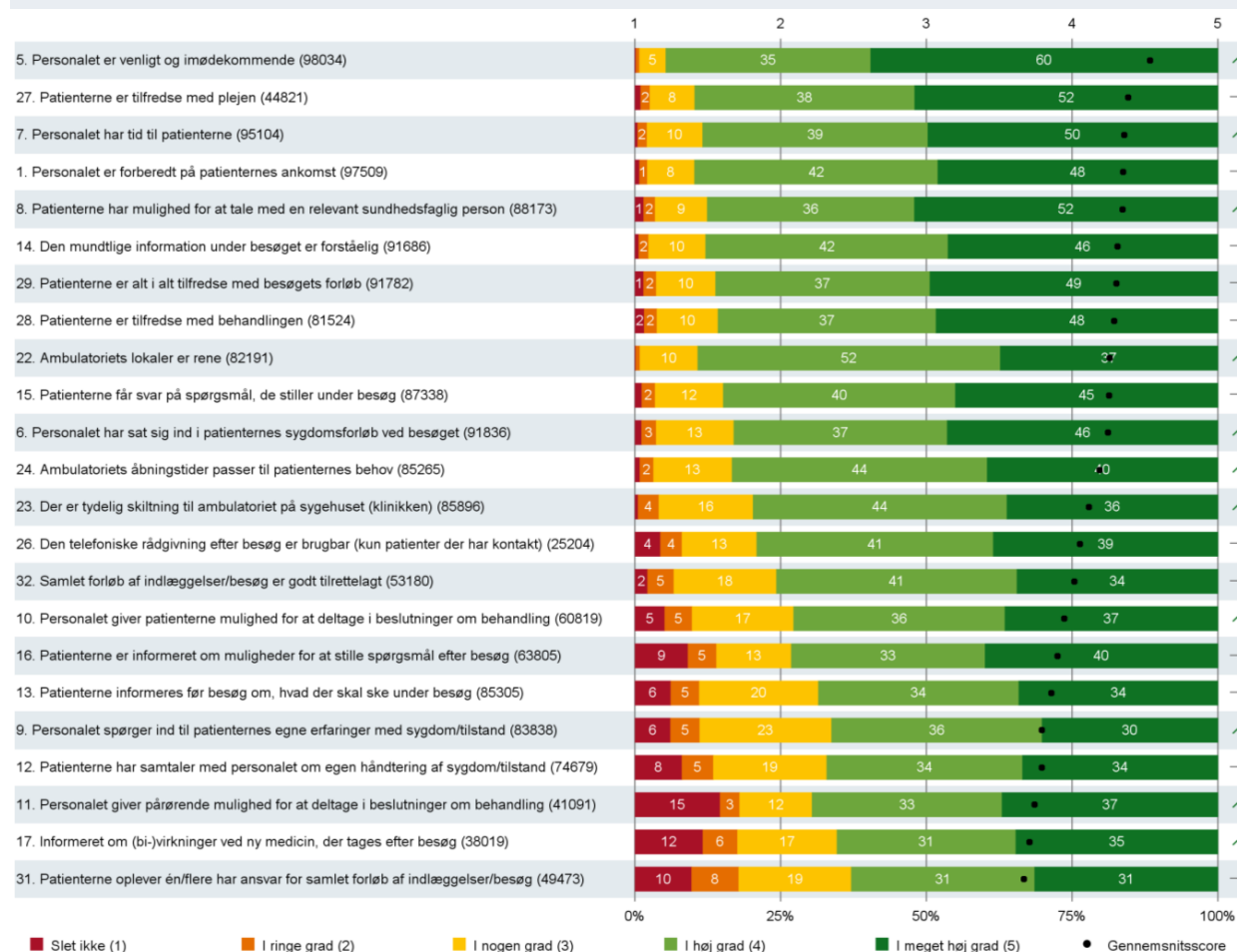
forløb ”i meget høj grad” (34 %) eller ”i høj grad” (41 %) er godt tilrettelagt. En mindre andel oplever ”i meget høj grad” (31 %) eller ”i høj grad” (31 %), at én eller flere blandt personalet har et særligt ansvar for deres forløb.

”Jeg synes, at det kunne være rigtig dejligt, hvis der kunne være mere sammenhæng i det, der foregår mellem diverse afdelinger og undersøgelser. At én var ansvarlig og hjalp mig i sundhedssystemets jungle. Ambulant patient

”De planlagte forløb er ikke i alle tilfælde forløbet, som de skulle. Jeg har i flere tilfælde skulle tage kontakt til afdelinger og undersøgelser for at sikre fremdrift. Der mangler helt klart en patientansvarlig koordinator, som på tværs af hospitaler og undersøgelser kan sikre et hurtigt forløb. Ambulant patient

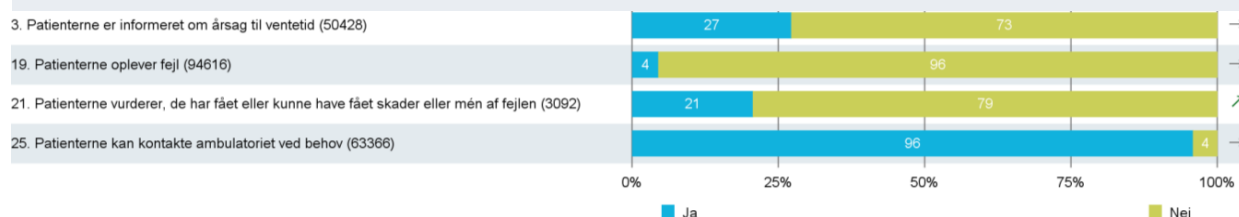


Figur 2.11 Ambulante patienter: Landsresultat for LUP 2016



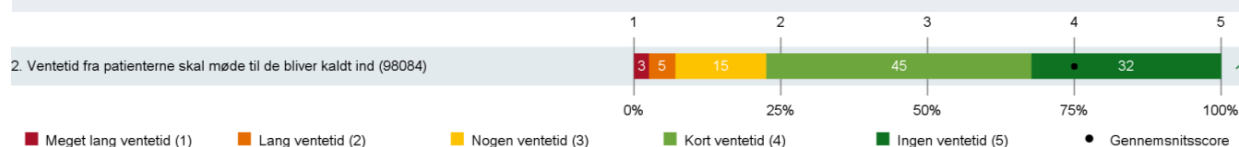
Spørgsmålene i oversigtsfiguren er sorteret efter gennemsnitsscore. Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.12 Ambulante patienter: Landsresultat for LUP 2016

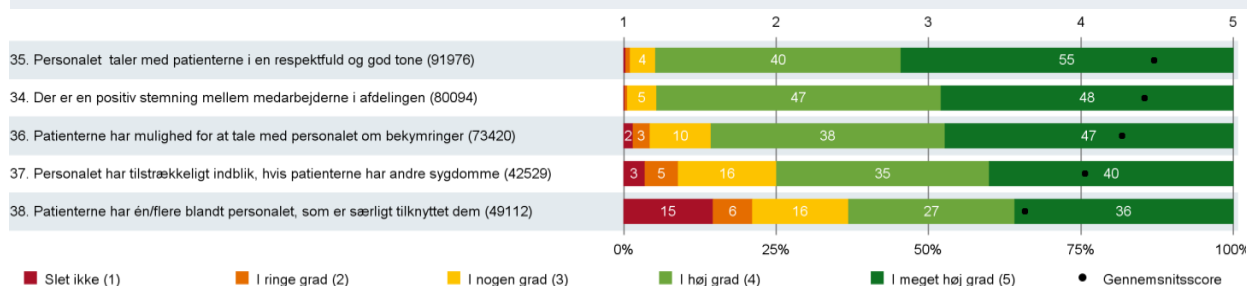


Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.13 Ambulante patienter: Landsresultat for LUP 2016



Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes. Pilene viser, om resultatet i 2016 er forbedret (↗), forringet (↘) eller ikke signifikant forskelligt (→) fra resultatet i 2015.

Figur 2.14 Ambulante patienter: Landsresultat for temaspørgsmålene for LUP 2016


Teksten angiver spørgsmålsformuleringer i afkortet form. Spørgsmålenes fulde formulering fremgår af spørgeskemaet i bilag 1. Antal besvarelser er angivet i parentes.

Temaspørgsmål for LUP 2016

Temaspørgsmålene for ambulante patienter vises i figur 2.14¹³. Bedst vurderet blandt temaspørgsmålene for ambulante patienter er spørgsmålene om, hvorvidt personalet taler med patienterne i en respektfuld og god tone, og om der er en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen. For de to spørgsmål er det samlet mere end hver niende patient, der svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" til, om personalet taler i en respektfuld og god tone (55/40 %), og at der er positiv stemning på afdelingen mellem medarbejderne (48/47 %).

Mere end hver femte patient vurderer, at de "slet ikke" (15 %) eller "i ringe grad" (6 %) har personale, der er særligt tilknyttet dem under deres ambulante besøg, og yderligere 16 % af patienterne oplever det kun "i nogen grad".

2.7 Forskelle mellem sygehuse

Resultaterne for dimensionerne på tværs af landets sygehuse kan identificere forskelle i resultaterne.

Denne spredning i sygehusenes resultater kan indikere et forbedringspotentiale, hvor der er mulighed for at de øvrige sygehuse kan lære af de bedste.

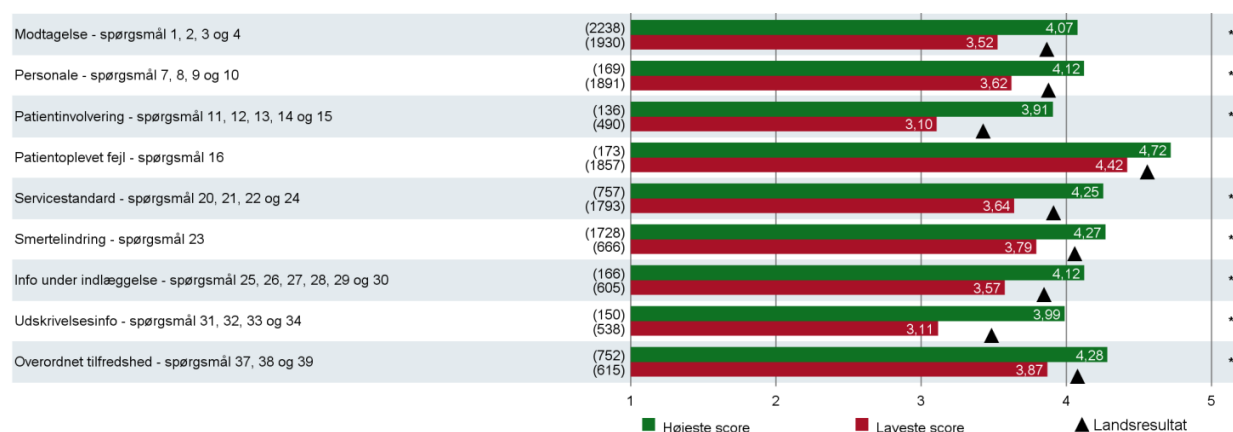
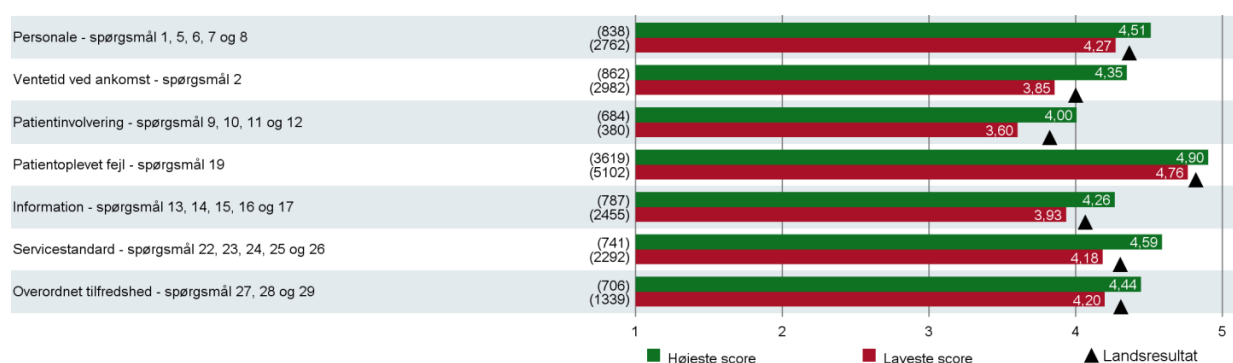
Figur 2.16 viser for hver patientgruppe den højeste og den laveste dimensionsscore for hver dimension for sygehusene der indgår i LUP 2016 (23 sygehuse for planlagte og akut indlagte patienter og 24 sygehuse for ambulante patienter). Offentligt finansierede patienter på privathospitalerne indgår ikke i sammenligningen af sygehusresultaterne, men de indgår i landsresultatet.

Nogle af de største indbyrdes forskelle for alle tre patientgrupper mellem de enkelte sygehuse (figur 2.15) ses for "Patientinvolvering". De største forskelle findes derudover for "Udskrivelsesinformation", "Ventetid ved ankomst" og "Servicestandard". Kun for "Patientoplevelset fejl" for akut indlagte patienter, er forskellene mellem sygehusene ikke statistisk signifikant. Forskellene mellem sygehusene er generelt større for planlagt indlagte og akut indlagte patienter (0,4-0,9) end for ambulante patienter (0,1-0,5).

Figur 2.15 De største forskelle i dimensionsscorer mellem sygehusene

Planlagt indlagte patienter	Akut indlagte patienter	Ambulante patienter
- Patientinvolvering - Udskrivelsesinformation - Ventetid ved ankomst	- Patientinvolvering - Udskrivelsesinformation - Servicestandard	- Patientinvolvering - Ventetid ved ankomst - Servicestandard

¹³ Hvert år udvælges fem "temaspørgsmål", der afdækker aktuelle temaer eller de uddyber eksisterende temaer i undersøgelsen. Der er ikke angivelse af udviklingen siden LUP 2015, da spørgsmålene kun indgår i LUP 2016.

Figur 2.16: Forskel mellem de højest og lavest placerede sygehus fordelt på dimensioner for LUP 2016**Planlagt indlagte patienter****Akut indlagte patienter****Ambulante patienter**

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

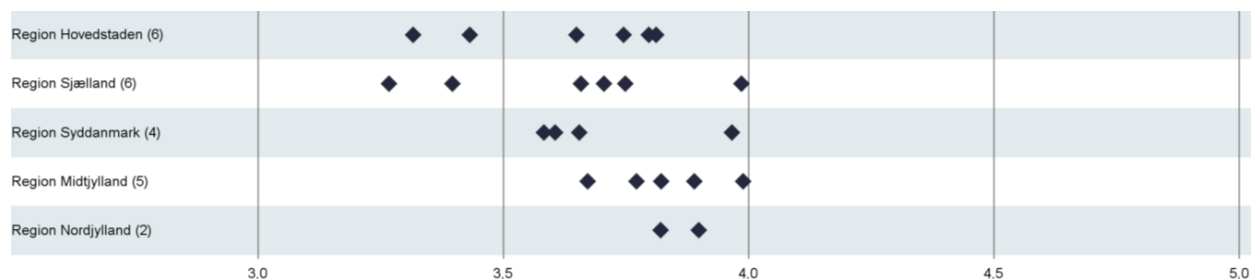
* Angiver at forskellen mellem sygehuset med den højeste gennemsnitsscore og sygehuset med den laveste gennemsnitsscore er statistisk signifikant.

Figur 2.17-2.19 viser samtlige sygehuses indbyrdes placeringer for dimensionerne "Patientinvolvering" og "Udskrivelsesinformation" for planlagt og akut indlagte patienter og "Patientinvolvering" og "Ventetid ved ankomst" for ambulante patienter. For disse dimensioner er de indbyrdes forskelle mellem sygehusene størst, og dermed er det interessant at se nærmere på spredningen mellem sygehusene, og hvordan de enkelte sygehuse placerer sig i forhold til hinanden.

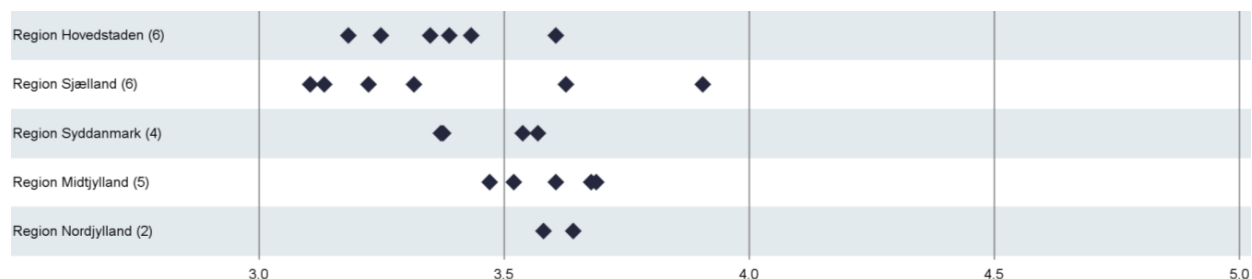
For planlagt indlagte patienter ses det eksempelvis for "Patientinvolvering", at der er flere sygehuse, der placerer sig tæt på den højeste dimensionsscore, og disse sygehuse er fordelt ud på flere af regionerne. Dermed kan der være inspiration at hente for sygehuse, der har en lavere score indenfor området.

Figur 2.17: Sygehusenes indbyrdes placeringer for dimensionen "Patientinvolvering" fordelt på region

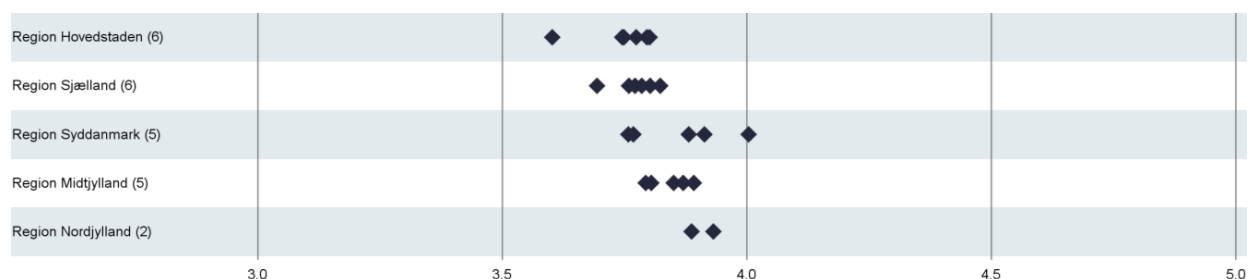
Planlagt indlagte patienter

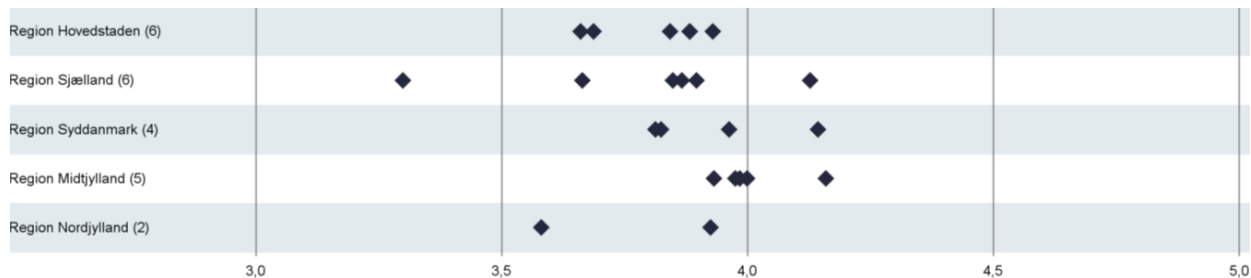
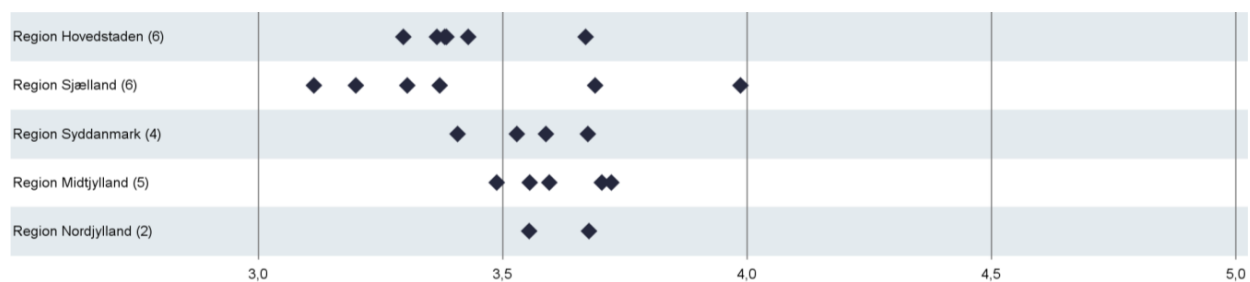
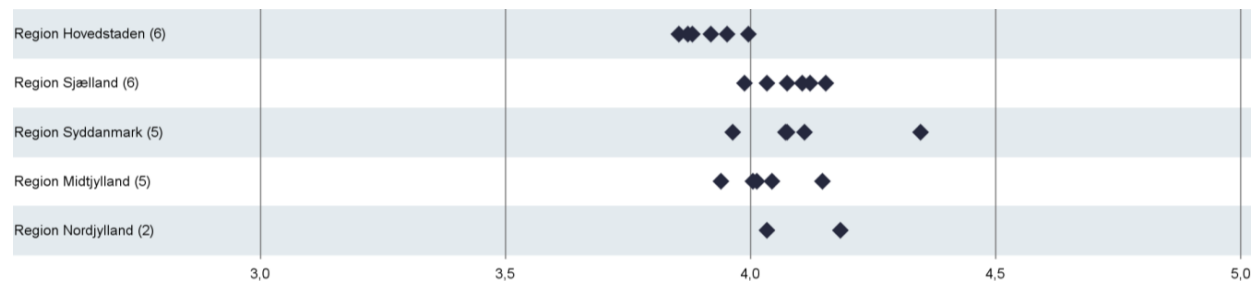


Akut indlagte patienter



Ambulante patienter



Figur 2.18: Sygehusenes indbyrdes placeringer for dimensionen "Udskrivesinformation" fordelt på region
Planlagt indlagte patienter

Akut indlagte patienter

Figur 2.19: Sygehusenes indbyrdes placeringer for dimensionen "Ventetid ved ankomst" fordelt på region
Ambulante patienter




3 Regionale forskelle

Figur 3.1 viser, hvordan regionerne og privathospitalerne overordnet placerer sig for de spørgsmål i undersøgelsen, som er benchmarket med landsresultatet (privathospitalerne indgår ikke for akut indlagte patienter). Det er i figuren angivet, hvor mange spørgsmål, der er over (O), under (U) eller ikke statistisk signifikant forskelligt fra landsresultatet (G). Figuren viser desuden, hvor mange spørgsmål for hver region og privathospitalerne, der har en forbedret (↗) eller en forringet (↘) gennemsnitsscore i LUP 2016 sammenlignet med LUP 2015.

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 2015, henvises til benchmarkmateriale for hver patientgruppe på www.patientoplevelser.dk/lup16/materiale.

3.1 Placering O, U eller G

Region Midtjylland og privathospitalerne udmærker sig på tværs af de tre patientgrupper ved, at deres resultater for størstedelen af spørgsmålene i undersøgelsen ligger over landsgennemsnittet. For Region Nordjylland gør dette sig også gældende for akut indlagte og ambulante patienter og for Region Syddanmark kun for akut indlagte patienter.

For alle patientgrupper er størstedelen af resultaterne for Region Hovedstaden placeret under landsgennemsnittet, og det samme er tilfældet for Region Sjælland for planlagt og akut indlagte patienter.

3.2 Udvikling fra 2015 til 2016

Resultaterne for regionerne og privathospitalerne er i højere grad præget af fremgang end af tilbagegang.

For de planlagt indlagte patienter findes de fleste forbedringer i Region Sjælland, der har fremgang i deres resultater for 24 spørgsmål, mens region Syddanmark har fremgang på 10 spørgsmål. De øvrige regioner og privathospitalerne har fremgang i resultaterne på mellem et til fire spørgsmål.

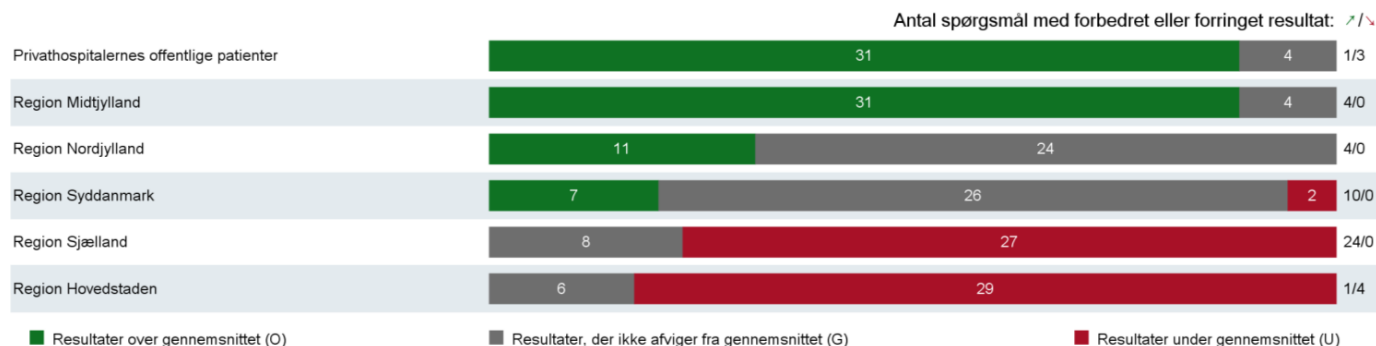
For de akut indlagte patienter er det Region Nordjylland, der markerer sig med fremgang i deres resultater på 21 spørgsmål. Mens de øvrige regioner har fremgang i resultaterne på mellem et til seks spørgsmål.

Blandt ambulante patienter er der mindre forskel i antallet af spørgsmål med en fremgang i resultaterne, idet der for samtlige regioner og privathospitalerne ses en fremgang på mellem et til fem spørgsmål.

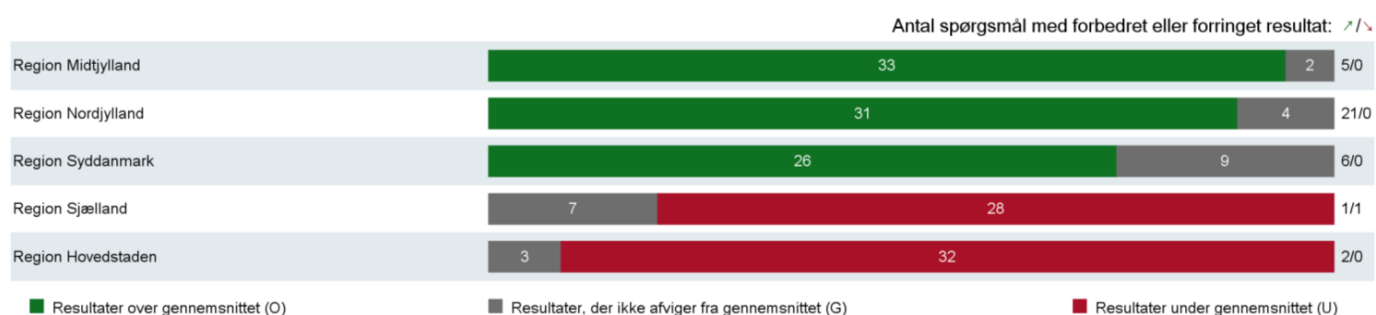
Det er kun for enkelte spørgsmål på regionalt niveau, at der er et resultat, der er forringet i 2016 sammenlignet med 2015. For planlagt indlagte patienter har Region Hovedstaden et forringet resultat på fire spørgsmål og privathospitalerne på tre spørgsmål. For akut indlagte patienter er det kun for ét spørgsmål i Region Sjælland, at resultatet er forringet. Ingen af regionerne eller privathospitalerne har et forringet resultat for de ambulante patienter.

Figur 3.1: Placering i forhold til landsresultatet (O, U eller G*) og udvikling i resultater fra 2015 til 2016 for regionerne og privathospitaler for LUP 2016**

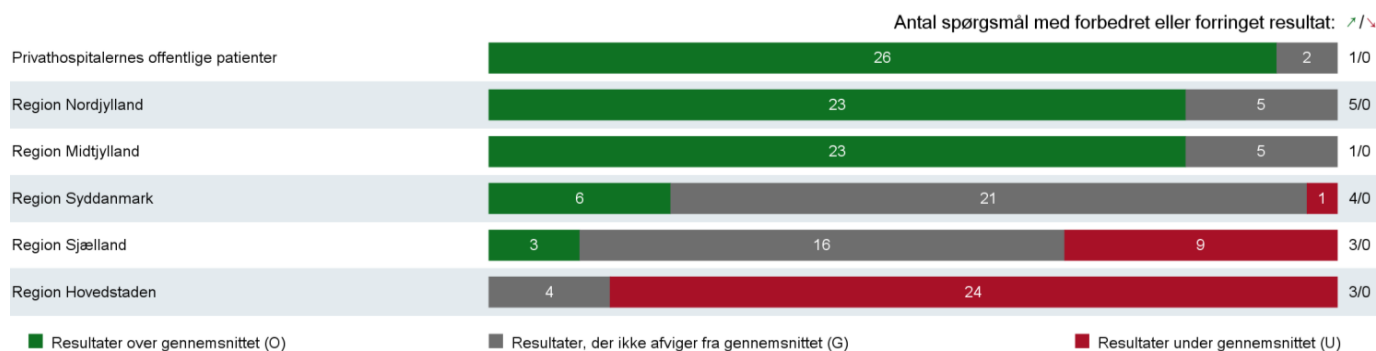
Planlagt indlagte patienter



Akut indlagte patienter



Ambulante patienter



* O og U angiver, at regionsresultatet for et spørgsmål ligger henholdsvis statistisk signifikant (0,5 % signifikansniveau) 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.

**Optælling af antal spørgsmål, der er henholdsvis forbedret (↗) eller forringet (↘) siden 2015

Personalet er fantastisk gode til at lytte, og jeg føler at deres opmærksomhed kun er rettet mod mig. Jeg blev taget meget alvorlig, og det giver tryghed. Ambulant patient

Hurtigere svar når man henvender sig pr. mail. Kunne godt tænke mig, at lægen oplyste mere om, hvad udsigten for helbredelse mv er. Det bør ikke være noget, man selv skal bede om at få oplyst, eller at sygeplejersken bagefter skal oplyse. De mødte læger har været meget fakta orienterede og ikke særlig pædagogisk i deres måde at informere, og man føler sig ikke involveret i det der sker. Ambulant patient

Det er forståeligt, at der kan forekomme forsinkelser af den ene eller den anden årsag. Ventetiden var meget lang - ca. 2 timer. Dette burde være kommunikeret ved ankomst, da de på dette tidspunkt vidste, at de var væsentligt bagud. Ambulant patient

Personalet bør øve sig på at præsentere sig med navn og titel, når de møder patienten. Nogle var gode til det, men mange var ikke. Det ville have været rart, hvis man blev inddraget i dagens/ fremtidens plan. Jeg fik svar, når jeg spurgte, men man ved ikke altid, hvad man skal efterspørge. Oplevede en enkelt nat, at hele stuen blev vækket klokken 4.00 for at få målt morgenværdier uden forklaring.

Akut indlagt patient

Hele personalegruppen har været overordentlig imødekommende i forhold til mit behov for en hurtig behandling og efterfølgende kontrol. Meget stor ros til alle for deres empati og hjælpsomhed.

Planlagt indlagt patient

Venlig og kompetent modtagelse. Sygeplejersken var god til at lytte og fandt hurtigt ud af, at jeg har meget viden og erfaring med min egen sygdom. Det gjorde, at jeg følte mig anerkendt og inddraget i behandlingsforløbet. Det samme med lægen, som ligeledes var god til at fortælle, hvorfor hun tog det, jeg fejlede, meget alvorligt. Hun var desuden god til at beskrive de scenarier, der kunne ske alt efter undersøgelsesresultater. Akut indlagt patient

Stor ros til afdelingen for en professionel indsats. Jeg oplevede også stor empati hos særligt ansvarlig læge, men også hos de sygeplejersker, som jeg så mest til. Jeg oplevede en enkelt gang, at der var forskel på sygeplejerskers imødekommenhed i forhold til smertelindring. En aftenvagte var meget tilbageholdende, mens nattevagten straks satte dosen op. Det kan give usikkerhed for mig som patient, hvis jeg oplever en uklar linje. Planlagt indlagt patient

Jeg oplevede et personale, der havde for travlt og glemte at vende tilbage med information.

Akut indlagt patient

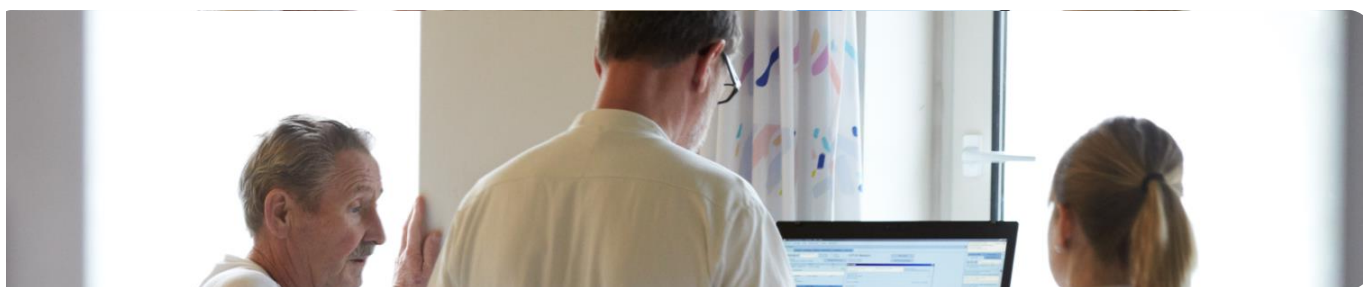
Afdelingen virkede ikke godt forberedt på ankomsten. Det tog tid inden der blev anvist sengeplads, og især inden der kom en læge. Lægen der kom efter mange timer spurgte dog grundigt ind til sygdomsforløb og behandling på andet sygehus. Dog havde jeg indtryk af, at lægen ikke var godt inde i journaler og hidtidige sygdoms- og behandlingsforløb på andet sygehus. Forvirrende modtagelse og fornemmelsen af, at ingen helt vidste hvad der skulle ske og hvornår. Følelsen var frustrerende og utrygt. Planlagt indlagt patient

Ambulatoriet havde stor fleksibilitet og stor tilgængelighed (aftenåbning).

Ambulant patient

Jeg oplevede, at personalet tog meget hensyn til mig - jeg var ekstrem nervøs for undersøgelsen, jeg skulle gennemgå! Jeg blev både set og hørt - og alle samarbejdede, så det blev muligt for mig at gennemføre undersøgelsen. Planlagt indlagt patient

Jeg manglede ikke information, men jeg kunne opfordre, til at den behandelende sygeplejerske ringede næste dag for at høre, hvordan det var gået, og om man havde spørgsmål. Det har jeg prøvet fra et andet hospital i forbindelse med en operation, og det var rigtig godt for mig. Ambulant patient



4 Personalekontinuitet

Sammenhængende og trygge patientforløb er til stadighed et pejlemærke for kvalitet i sundhedsvæsenet (Danske Regioner 2015). For patienten er det af betydning, at der er sammenhæng i undersøgelse, behandling og pleje (forløbskontinuitet), men ligeså vigtigt er det, at patienten ved, hvem der har ansvaret for den primære kontakt med dem og oplever kontinuitet i det personale, de møder på sygehuset (personalekontinuitet) (Amtsrådsforeningen 2003, Enheden for Brugerundersøgelser 2010). I dette tema vil vi sætte fokus på personalekontinuitet.

Langt fra alle patienter oplever, at et gennemgående personale er tilknyttet dem gennem deres forløb og tager ansvar for deres undersøgelse, behandling og/eller pleje. En undersøgelse blandt indlagte patienter viser, at det er under en fjerdedel af patienterne (22 %), der oplever, at det "i høj grad" er det samme sundhedspersonale, de møder under deres indlæggelse, mens 38 % af patienterne "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever, at det er tilfældet (DEFAC-TUM 2016). Ifølge undersøgelsen er det således mere end hver tredje patient, der oplever manglende kontinuitet i relation til personalet under deres indlæggelse. En rapport fra Danske Regioner viser, på tværs af en række patientgrupper, at patienterne prioriterer at have en fast kontaktlæge. Det er vigtigt for patienterne bl.a. for, at de kan opbygge en fortrolig relation til deres kontaktlæge, samt at deres kontaktlæge kender deres individuelle forløb så fx misfor-

ståelser og behov for at genfortælle dele af sygdomshistorien mindskes (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015).

I spørgeskemaet for LUP 2016 er der ét temaspørgsmål med fokus på, om patienterne oplever, at nogle blandt personalet var særligt tilknyttet dem under deres indlæggelse/ved de ambulante besøg (indgår kun i LUP 2016). Derudover er der ét fast spørgsmål i spørgeskemaet, hvor patienterne skal vurdere, om én eller flere personer havde et særligt ansvar for deres samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg.

Temaspørgsmål i LUP 2016

"Havde du én eller flere blandt personalet, som særligt var tilknyttet dig under din indlæggelse/hvis du har haft flere ambulante besøg?"*

Fast spørgsmål i LUP

"Oplevede du, at én eller flere person(er) havde et særligt ansvar for dit samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg?"**

*kun for ambulante patienter med mere end et besøg

** kun for patienter, der angiver, at de har haft flere besøg

Det er i litteraturen beskrevet, at der kan være problemer forbundet med ansvarsskift i patienters behandlingsforløb, og dermed fordele forbundet med kontinuitet i det personale som

patienterne møder. En analyse baseret på utiliserte hændelser, som blandt andet kræftpatienter og pårørende har rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, viser, at der er væsentlige sikkerhedsproblemer som fx forsinkelse i behandlingsforløb forbundet med ansvarsskift og deling af informationer mellem sundhedspersoner (Kræftens Bekæmpelse 2013). En undersøgelse for Dansk Selskab for Patientsikkerhed peger på, at introduktion af en fast sygeplejerske, der er tilgængelig for patienten i et forløb, kan forbedre kommunikationen mellem personale og patient (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014).

For at sikre, at patienter på danske sygehuse i højere grad oplever, at én læge tager ansvar for deres behandlingsforløb, er en politisk aftale om implementeringen af ordningen "patientansvarlig læge" offentliggjort i november 2016. Den patientansvarlige læge skal bidrage til, at patienter oplever sammenhæng i deres møde med sundhedsvæsenet blandt andet ved at være den gennemgående læge, som patienten og pårørende har dialog med (Sundheds- og Ældreministeriet et al. 2016 A). Læs mere om patientansvarlig læge i afsnit 4.2.

Om temaet

Temaet indeholder en gennemgang af udvalgte patientkommentarer, som beskriver nuancer på oplevelser og udfordringer, som patienterne har i relation til manglende personalekontinuitet. Derudover er der fokus på afdelinger, der har iværksat tiltag for at skabe kontinuitet i det personale, som patienterne møder. Gennem interview med fem læger gives der indblik i deres erfaringer med "patientansvarlig læge". Blandt andet hvilke udfordringer lægerne ser i arbejdet med ordningen, men også viden om, hvordan udfordringer i forhold til implementering kan imødekommes. Et caseeksempel med en intensivafdeling illustrerer, hvordan et team af sygeplejersker understøtter, at patienter møder det samme personale undervejs i deres forløb, og hvordan follow-up samtaler efter pa-

tientens overflytning til et stamafsnit biddrager til at skabe sammenhæng og kontinuitet.

4.1 Patientkommentarer

Patienterne, der besvarer spørgeskemaet i LUP, kan i et afsluttende kommentarfelt beskrive: *"Hvis afdelingen kunne gøre noget bedre, eller hvis afdelingen gjorde noget særlig godt"*. Vi har udtrukket 2.785 tilfældige patientkommentarer for planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter, der har svaret "slet ikke" eller "i ringe grad" til temaspørgsmål for LUP 2016 om personalekontinuitet (se boks s. 4)¹⁴. Af de 2.785 kommentarer er 120 udvalgt, da de beskriver, hvad patienterne oplever i relation til personalekontinuitet¹⁵. Det er mere negativt prægede kommentarer, der beskriver og nuancerer patienternes oplevelser, da de er udvalgt på baggrund af en negativ vurdering af temaspørgsmålet, men disse kan belyse, hvilke udfordringer patienterne oplever på området. Det efterfølgende skal derfor ses i lyset af, at der i LUP også er kommentarer fra patienter, der har haft positive oplevelser i relation til personalekontinuitet.

Mangel på personalekontinuitet

Når indlagte og ambulante patienter oplever, at der ikke er personale, som er særligt tilknyttet dem under indlæggelse, ved gentagne ambulante besøg eller i deres samlede forløb, viser kommentarerne, at det ofte er forbundet med en oplevelse af, at der er for mange forskellige personaler, der er involveret i deres forløb.

"Jeg har haft svært ved at følge med og samle alle oplysningerne og svar. Jeg mangler nogen til at hjælpe med at forstå det hele i en sammenhæng."

Ambulant patient

¹⁴ Patientkommentarerne er pga. tidspunktet for udarbejdelse af temaet udelukkende afgivet elektronisk. Dermed kan der være en underrepræsentation af patientgrupper, som besvarer spørgeskemaet fysisk.

¹⁵ De resterende kommentarer er enten indholdsmæssigt ens med de udvalgte eller omhandler ikke temaet "Personalekontinuitet".

Frustration, utryghed og manglende tillid

Patientkommentarerne vidner om, at den manglende kontinuitet blandt personalet skaber utryghed og frustration. Flere begrundet det med, at det som patient er svært at håndtere, at der ikke er en rød tråd i behandlingen, divergerende holdninger til patientens sygdom og videre forløb, samt at deres forløb ikke koordineres tilstrækkeligt.

Patienterne skriver, at der ikke skabes et tillidsrum, når der er for mange forskellige personer, der har kontakt til patienten, hvilket kan være vigtigt for, at personalet kan få indsigt i patienternes behov.

”Det ville give en større grad af tryghed, hvis der var færre medarbejdere at forholde sig til. Planlagt indlagt patient

”Det ville være vidunderligt, hvis der kun var én ansvarlig læge og én ansvarlig sygeplejerske, du skulle forholde dig til. På de 8 - 9 måneder jeg har haft kontakt til afdelingen, har jeg IKKE mødt den samme læge 2 gange og kun en enkelt gang mødt den samme sygeplejerske. Ambulant patient

Gentagelse af patientens viden og manglende overlevering

Utryghed ved at møde en ny læge ved hvert ambulante besøg bunder også i, at patienterne oplever, at lægen ofte ikke har læst journalen grundigt. Patienterne må gentage deres egen

sygdomshistorie, og personalet gentager information om fx undersøgelser unødigt.

Gentagelse af egen sygdomshistorie opleves fra patienternes synsvinkel som spild af tid. Én patient nævner, at den manglende koordinering og gentagelse af informationer øgede indlæggelsens varighed.

”Vi har mødt en ny læge ved hvert besøg, hvilket har gjort, at forløbet har føltes meget rodet og usammenhængende. Vi er startet forfra hver gang med at forklare om vores datters problematikker. Særligt kontinuitet i forhold til at blive fulgt af den samme læge, kunne have forbedret vores oplevelse væsentligt. Ambulant patient

Der er blandt både indlagte og ambulante patienter eksempler på, at information om patienten ikke overleveres ved skift i personalet. For indlagte patienter kan det være personlige behov som fx pleje eller kost, der ikke bliver iværksat. For ambulante patienter er det patienternes oplevelse, at deres egen viden om sygdommen ikke føres videre i behandlingsforløbet og dermed går tabt, hvis ikke én læge har hovedansvaret.

”Vi oplevede, at der blev skiftet utroligt meget ud i personalet, og at megen information blev misforstået eller ikke opfanget i overleveringerne. Akut indlagt patient

Svært som patient at være tovholder

Patienterne ønsker, at der er et gennemgående personale, der er tilknyttet dem i forhold til både pleje og lægelig behandling. Dette kan være én fra personalet eller et team, der er ansvarlig og som kan hjælpe med at give overblik over patientens forløb, afholde de faste samtaler, samle svar fra flere undersøgelser og give en entydig plan for det videre forløb. Også ved genindlæggelser giver en patient udtryk for, at det er en styrke for forløbet, hvis det er den samme læge, der har ansvaret.

Flere patienter udtrykker, at de i vid udstrækning selv skal være tovholder på deres eget forløb, men at de ofte har behov for, at der er nogen, der påtager sig den rolle på vegne af eller sammen med patienten.

”Det kunne have været et bedre forløb, hvis én læge er tilknyttet som hovedansvarlig for ens behandling. Herunder kan der så være et team af få andre læger og sygeplejersker. Ofte følte vi os frustrerede over, at vi følte, at viden gik tabt imellem vores behandlinger. Ambulant patient

”En-to faste tovholdere i mit forløb havde været en stor fordel - læge eller oversygeplejerske. Personen kunne fx stå for alle patientsamtaler undervejs. Det ville spare mange gentagelser og misforståelser og give et godt overblik. Planlagt indlagt patient

Ikke bare ansvarlig på papiret

Det skaber frustration, når patienterne oplever, at de får navne på kontaktpersoner, som de reelt ikke møder. I sådanne tilfælde, vil de hellere være foruden. Det er ligeledes frustrerende for patienterne, at personale, som tidligere under en indlæggelse har været tilknyttet dem, er til stede på fx sengeafdelingen og passer andre patienter.

”Jeg søger altid at få tid hos den samme læge for at få sammenhæng i min behandling. Jeg får som regel tid hos den ønskede læge, men det er frustrerende, at når jeg så møder frem, så bliver jeg sendt ind til en anden læge uden at blive informeret om ændringen. Ambulant patient

Det fremhæves blandt nogle patienter, at fordelene ved at møde det samme personale gør, at de gerne venter på en tid hos personale som de kender i forvejen, frem for at blive introduceret til nyt personale.



4.2 Patientansvarlig læge

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og øvrige parter formulerede i 2015 målsætninger og igangsatte pilotprojekter under ordningen "patientansvarlig læge" på udvalgte sygehuse i hele landet¹⁶ (Danske Regioner et al. 2015). Samtlige regioner har i den forbindelse haft fokus på at drage erfaringer med, hvordan patientansvarlig læge kan implementeres. I november 2016 blev en politisk aftale og en uddybende forståelse af ordningen offentliggjort, der indebærer, at patienterne i det danske sygehusvæsen skal opleve, at én læge tager ansvar for deres behandlingsforløb. Senest i begyndelsen af 2. kvartal 2017 skal aftalen genbekræftes samtidig med, at en generisk model (hvidbog) for patientansvarlig læge offentliggøres. Forventningen er, at ordningen skal udgøre en reel forskel for patienternes oplevelse af sammenhæng, koordination og tryghed i sygehusvæsenet. Se boks for beskrivelse af udvalgte principper for ordningen. (Sundheds- og Ældreministeriet et al. 2016 A & B). Implementering af "patientansvarlig læge" påbegyndes i 2017 i første omgang for kræftpatienter, men på sigt for øvrige patientgrupper, hvor det er fagligt relevant.



¹⁶ Se beskrivelse af pilotprojekterne: <http://www.regioner.dk/media/3592/patientansvarlig-laege-overblik-over-projekter.pdf>

Udvalgte principper, der danner grundlag for patientansvarlig læge. Den patientansvarlige læge:

- Skal sikre patienternes oplevelse af sammenhæng, koordination og tryghed i deres behandlingsforløb på sygehuset.
- Er ikke nødvendigvis behandlende læge i alle dele af forløbet men er ansvarlig for, at behandlingsplanen følges og er en gennemgående lægelig figur, som patienten og pårørende kan have dialog med.
- Skal sikre en klar overdragelse, som både patienten og den nye patientansvarlige læge er inddraget i.
- Skal bidrage til sammenhæng i forløbet både på tværs af afdelinger, sygehuse og sektorer.
- Skal koordinere patientforløbet i tæt samarbejde med andre relevante faggrupper.

Sundheds- og Ældreministeriet et al. 2016 A & B

Patientansvarlig læge i praksis

I det efterfølgende giver vi et indblik i fem overlægers arbejde og erfaringer med ordninger, som er baseret på principper, der er i overensstemmelse med "patientansvarlig læge". Her vil det blandt andet blive beskrevet, hvilke fordele "patientansvarlig læge" giver, hvordan ordningen fungerer i praksis, hvilke udfordringer der er forbundet med sikring af ordningen, men også hvordan udfordringer i forhold til implementeringen er søgt imødekommet.

Vi har interviewet to overlæger og tre ledende overlæger fra fem forskellige hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden¹⁷, der er organiseret og arbejder ud fra, at én læge er ansvarlig for og tilknyttet patientens forløb. Ordningerne kaldes i det daglige "kontakt lægeordning", "personlig læge", "kontaktansvarlig læge" og

¹⁷ De involverede afdelinger er: Tværfagligt Smertecenter og Onkologisk Klinik på Rigshospitalet samt Abdominalcentret, Palliativ Afdeling og Neurologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital

”patientansvarlig læge”, og benævnes efterfølgende under fællesbetegnelsen ”patientansvarlig læge” (PAL-ordning), da afdelingerne alle er organiseret efter principper, der er lig det, der foreskrives for ”patientansvarlig læge” (Sundheds- og ældreministeriet et al 2016A og B). Tre af afdelingerne har indført PAL-ordning for samtlige af deres patienter, mens de resterende afdelinger har indført det for udvalgte patientgrupper. Afdelingerne har arbejdet med PAL-ordning imellem 1½-20 år.

Hvorfor patientansvarlig læge?

De læger, vi har talt med, kan alle se fordele i at organisere deres arbejde ud fra tanken om, at en patientansvarlig læge tager ansvar for det enkelte patientforløb for enten samtlige af deres patienter eller udvalgte patientgrupper. Samtlige læger giver eksempler på, at ordningen har gjort det nemmere at forberede sig til stuegang eller ambulant besøg, idet lægen kender ’sine egne patienter’. Lægerne oplever, at de lettere kan være forberedt til samtaler, da de husker de enkelte patienter og deres forløb fra gang til gang. Derudover bliver det også nævnt, at det er en stor tilfredsstillelse for lægen at kunne følge behandlingsplanen og fx få tilbagemelding på behandlingen.

”Når lægen går stuegang mange gange om ugen, så er der fx kommet fem nye patienter, som lægen skal sætte sig ind i, men de øvrige har lægen styr på, og dermed er det langt lettere at gå stuegang.

Ledende overlæge, Neurologisk afdeling

”Det har den fordel, at lægen kender sine patienter. Jeg kan huske, hvad der er med patienterne, jeg er klar over problemstillingen og hvordan det skal gribes an. Overlæge, Tværfagligt Smertecenter

Indførslen af patientansvarlig læge har på fx Neurologisk afdeling også haft en positiv effekt, som ikke var forventet. Afdelingens personale oplever ikke i samme grad, at pårørende er frustrerede over, hvornår de kan få en samtale med deres faste læge, idet det fra indlæggel-

Hvorfor patientansvarlig læge?

- Nemmere at forberede sig til stuegang/ambulant besøg, da det er patienter, som lægen kender.
- Tilfredshed for lægen ved at følge den enkelte patient, og mulighed for at udnytte viden bedre gennem kendskab til det samlede forløb.
- Lægen følger den fastlagte behandlingsplan og får tilbagemelding på behandlingsændringer.
- Understøtter god læge-patient relation, og gør fx svære samtaler lettere.
- Kontinuitet i personalet skaber tillid og tryk for patienten.
- Patienter/pårørende efterspørger ikke i samme grad samtaler med læger, når det afstemmes ved indlæggelsens start.
- Patienterne værdsætter at have en relation til lægen og blive genkendt.

sens start er meldt ud, på hvilke fastlagte dage og tidspunkter der er stuegang med den patientansvarlige læge.

Flere af lægerne fremhæver, at PAL-ordningen understøtter en god læge-patient-relation, idet kontinuiteten i læge-patient-relationen er medvirkende til at skabe tillid. Denne tillid giver tryk for patienterne fx i forhold til behandlingsplanen og det videre forløb og kan gøre svære patientsamtaler lettere for lægen.

”Hvis patienten kommer til en læge, de aldrig før har mødt, som siger: ’Nu er der ikke mere at gøre’. Hvordan skal patienten have tillid til, at det er rigtigt? Den tillid skal opbygges igennem et stykke tid - i hvert fald i vores speciale. Sådan en samtale tager ikke lang tid for mig, hvis det er en patient, jeg kender godt, for så har vi snakket om det undervejs. Overlæge, Onkologisk Klinik

”Hvis der kommer nye speciallæger hver dag, så vil det føles mere usikkert for patienten. For hvis de har forskellige holdninger til, hvordan der skal udredes, så får patienten vidt forskellige oplysninger, og så bliver det ikke et godt forløb. Ledende overlæge, Neurologisk afdeling

Derudover er det en oplevelse blandt lægerne, at patienter ofte værdsætter at blive genkendt af deres patientansvarlige læge og betragtet som en individuel person. Dette kan også være en personlig tilfredsstillelse for lægen at kunne imødekomme.

”Jeg kender mine patienter på ansigtet, og når jeg går igennem venteværelset og kan nikke til dem, er jeg ikke i tvivl om, at det betyder, at de føler sig set som en person og ikke som en i rækken, hvor lægen bare vandrer forbi uden at ænse, hvem der sidder der. Overlæge, Onkologisk Klinik



Definer patientforløb og lægens rolle

De to afdelinger, hvor ikke alle patienter tildeles en patientansvarlig læge, har ved opstart af PAL-ordningen valgt at fokusere på patientgrupper, der har størst behov for koordinering, og hvor det organisatorisk bedst har kunnet lade sig gøre. På sigt er afdelingerne opmærksomme på, at de kan bruge erfaringerne til at udvide ordningen til øvrige patientgrupper, hvis der viser sig et behov for det. Afdelingerne har

fx fravalgt at tildele patientansvarlig læge til akutte patienter med korte forløb, da det i forhold til vagtplanlægning er en udfordring at få tilstrækkelig tilstedeværelse af én læge, så det giver mening at være patientansvarlig læge, men også fordi afdelingerne ikke har oplevet behovet hos patienterne.

”Organiseringen er det sværeste, derfor har vi været nødt til frem for alt at tilbyde en patientansvarlig læge til de patienter, som har behov for den her kontinuitet. (...) Vi har på baggrund af patienttilbagemeldinger defineret, at vi sætter ind, når fx patienter får en vigtig besked, en kedelig diagnose eller skal have en snak om, hvordan det vil påvirke dem. Ledende overlæge, Abdominalcentret

På afdelingerne, hvor det ikke er den patientansvarlige læge, der varetager samtlige af patientens kontakter, er lægerne enige om, at det er vigtigt at definere, hvornår patienten ser den patientansvarlige læge, og hvornår fx samtaler, behandling eller kontrol varetages af fx andre læger eller sygeplejersker. Omfanget af kontakter, der varetages af den patientansvarlige læge afhænger fx af sværhedsgraden af patientens sygdom eller akutte problemer i forhold til den planlagte behandlingsplan.

”Man skal starte med patientforløbet og definere god kvalitet i forhold til på hvilke tidspunkter i forløbet, det er vigtigt, at patienten ser den patientansvarlige læge. (...) Vi definerede, at patienten skulle se den patientansvarlige læge, når der lægges en behandlingsplan, og når planen evalueres, hvilket ofte kun er hver tredje måned. (...) Hvis der er noget særligt indimellem, så træder speciallægen til, hvis fx patienten bliver indlagt, og det viser sig, at det ikke er bivirkninger til behandlingen, men faktisk sygdommen, der vokser, så kan de kalde på mig, og jeg forklarer så patienten, at det er situationen nu. Overlæge, Onkologisk Klinik

Der er enighed blandt læger om, at det kræver en forventningsafstemning mellem den patientansvarlige læge og patienten, hvis patienten vil møde andre læger ved de ambulante besøg eller under indlæggelse, så også patienten er klar over, hvor ofte de kan forvente at se den patientansvarlige læge, og hvilken rolle denne har i deres forløb.

”Patienterne misforstår det nogle gange, hvis du bare siger, at jeg er din kontaktlæge. Nu siger jeg, at jeg er deres kontaktlæge, men de skal ikke regne med at se mig hver gang. For hvis det er patienter, der skal have fx forebyggende kemoterapi, så har de et forløb, hvor alt er planlagt det næste halve år. Dem ser jeg første gang, og når jeg afslutter dem. Jeg siger, at der er patienter, der er mere syge end dem, og der har vi valgt at bruge vores ressourcer, og det kan de fleste godt forstå.

Overlæge, Onkologisk Klinik



”Det er løbende forventningsafstemning. Det er en nødvendighed vil jeg sige, hvis patienten skal have en oplevelse af, at der bliver taget hånd om deres forløb, når vi ikke står til rådighed altid. Vi skal have afstemt med patienten, hvornår er det, at vi gør det og i hvilke sammenhænge. Ledende Overlæge, Abdominalcentret

Samtidig er det meldt ud til patienterne, hvordan de har mulighed for at få kontakt til deres patientansvarlige læge. På flere af afdelingerne kan patienterne ringe til sygeplejersker, der vurderer patientens behov og afhjælper om muligt, hvis de ikke får den patientansvarlige læge til at ringe tilbage. På andre afdelinger er det sekretærer, der formidler kontakten til den patientansvarlige læge.

For at understøtte PAL-ordningen har flere af afdelingerne en intern beskrivelse tilgængelig for personalet af, hvad det betyder at være den patientansvarlige læge på netop deres afdeling. Her kan det også være beskrevet, hvordan samarbejdet med øvrige personalegrupper er defineret.

”Lægen er den lægefagligt ansvarlige for, at udredningsforløbet foregår som det skal, koordinere og kommunikere forløbet til patienter og pårørende, så de oplever en tryghed i behandlingen. Men det er vigtigt, at alle i gruppen ved, hvad der er deres opgave, så ressourcerne bruges bedst muligt. Derfor er det utrolig vigtigt at definere, hvem der skal tage sig af hvad. Ledende Overlæge, Neurologisk afdeling

Figur 4.1 Fem modeller for PAL-ordningen

	Hvem har patientansvarlig læge	Hvem kan være patientansvarlig læge	Hvor ofte møder patienten den patientansvarlige læge	Sygeplejerskernes rolle	Kontakt
Team for mave-/tarmkræft, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet	Alle patienter i ambulante forløb	Speciallæger	Fast ved indledende ambulante besøg, hvor behandlingsplanen lægges og ved afsluttende samtale og øvrige statussamtaler. Herudover er det differentieret for patientforløb ift. sygdoms sværhedsgrad og udvikling. Den patientansvarlige læge følger op, hvis patienten indlægges på enten eget sengeafsnit eller andre sengeafdelinger på sygehuset, og det vurderes at være relateret til behandlingen	Faste sygeplejersker er med til de ambulante samtaler. Imellem ambulante besøg er der telefonisk kontaktmulighed til sygeplejersker/sekretærer, der konsulterer lægen ved behov	Overlæge Lone Nørgård Petersen, e-mail: Lone.Noergaard.Petersen@regionh.dk
Tværfagligt Smertecenter, Neuroanæstesiologisk Klinik, Rigshospitalet	Alle patienter, klinikken modtager kun patienter i ambulante forløb	Speciallæger, alle læger på Smertecenteret er patientansvarlige læger	Som udgangspunkt ved hvert ambulant besøg	Patienten kan have ambulante besøg hos sygeplejersken i forlængelse af det ambulante besøg med lægen. Sygeplejersken følger fast op telefonisk på behandlingen mellem ambulante besøg. Imellem ambulante besøg er der telefonisk kontaktmulighed til sygeplejersker, der konsulterer lægen ved behov	Overlæge Jette Højsted, e-mail: Jette.Hoejsted@regionh.dk
Neurologisk Afdeling, Bispebjerg Frederiksberg Hospital	Patienterne får tildelt en patientansvarlig læge på neurologisk afdelingsafsnit eller almen neurologisk sengeafsnit, når de overflyttes fra afdelingens eget akutafsnit. Den patientansvarlige læge følger patienten ved overgang til eventuelt ambulant forløb	Først og fremmest speciallægerne, men det kan også være en yngre læge, der er patientansvarlig læge under supervision	Under indlæggelse har patienten en fast ugentlig stuegang med den patientansvarlige læge, ved tilsyn herimellem vil patienten se andre læger, hvis den patientansvarlige læge ikke er tilgængelig. Under det ambulante besøg vil patienten som udgangspunkt se den patientansvarlige læge ved samtlige ambulante besøg	Faste sygeplejersker deltager i stuegang, imellem ambulante besøg er der telefonisk kontaktmulighed til sygeplejersker, der konsulterer lægen ved behov	Ledende overlæge Lise Korbo, e-mail: Lise.Korbo@regionh.dk
Abdominalcenteret, Bispebjerg Frederiksberg Hospital	Udvalgte patienter på tværs af indlæggelse og ambulant forløb. Fx patienter med kræft, langvarige indlæggelser eller komplekse forløb. PAL-ordningen er implementeret på kirurgisk side og under indfasning på medicinsk side	Speciallæger	Det er differentieret for patientforløbene i forhold til sygdommens sværhedsgrad og udvikling, hvor ofte patienten ser den patientansvarlige læge	Ved indførslen af PAL-ordning var der samtidig indførsel af kontaktsygeplejeordning, imellem ambulante besøg er der telefonisk kontaktmulighed til sygeplejersker	Ledende overlæge Lars Tue-Sørensen, e-mail: Lars.Tue.Soerensen@regionh.dk
Palliativ Enhed, Bispebjerg Frederiksberg Hospital	Alle patienter i den ambulante udefunktion. Hvis patienten indlægges er det samme læge, der går stuegang, hvis det er muligt	Speciallæger, men også yngre læger. Der er en supervisor i afdelingen. Ved faste morgen- og eftermiddagsmøder kan yngre læger også søge supervision	Det er differentieret for de ambulante forløb ift. patientens behov og sygdomsforløb. Ved indlæggelse tilser den patientansvarlige læge ved behov, men faste læger varetager planlagte stuegang	Team af fast sygeplejerske (ved behov fysioterapeut eller psykolog). Imellem ambulante besøg er der telefonisk kontaktmulighed til sygeplejersker, der konsulterer lægen ved behov	Ledende overlæge Lise Pedersen, e-mail: Lise.Pedersen.01@regionh.dk

Organisering af PAL-ordningen

Patienttyper, sygdomsforløb og afdelingernes øvrige funktioner er blandt andet forskellige for de fem afdelinger, som beskrives her. Derfor er det også forskellige organisatoriske løsninger, der understøtter, at patienterne har en patientansvarlig læge i deres forløb. Men det fremhæves blandt samtlige læger, at det kræver langtidsplanlægning, og at lægerne i højere grad er bundet til faste opgaver til faste tider.

På de to sengeafsnit på **Neurologisk Afdeling**, har de indført hver sin organisatoriske løsning for at tilpasse PAL-ordningen til lægernes arbejdsopgaver. Organiseringen har medført, at den patientansvarlige læge følger patienterne fra indlæggelsesforløb på sengeafsnittet og over i det ambulante forløb. Lægerne på det almene neurologiske afsnit har fx mange ambulante funktioner, som det var svært at kombinere med tilstrækkelig tilstedeværelse på sengeafsnittet. Derfor er overlægerne på skift frigjort fra ambulante funktioner én måned ad gangen i alt to måneder om året, hvor de er patientansvarlig læge på sengeafsnittene. Den eneste undtagelse fra dette princip er ved indlæggelse af en ambulant patient, som allerede har en patientansvarlig læge, og her vil denne patientansvarlige læge fra ambulatoriet tilse patienten under indlæggelsen.

”Det er langtidsplanlægning. Lægen er tilgængelig for stuegang i den måned, men har bagefter mulighed for at følge patienter, der skal tilses ambulant efter indlæggelse, da han går tilbage til sine ambulante funktioner. Vi oplever ikke, at det giver ventetid for patienten, for patienten skal først følges op med ambulante kontroller efter en måned eller to. Ledende Overlæge, Neurologisk Afdeling

På apopleksi rehabiliteringsafsnittet derimod er der en fast gruppe af speciallæger, som har faste stuegangsdage på forskellige dage hver uge. Når patienter indlægges får de tildelt en fast ugentlig tid igennem hele forløbet til samtale med den patientansvarlige læge.

I **Team for mave-/tarmkræft i Onkologisk Klinik** får patienter en patientansvarlig læge til første ambulante besøg. Patientens forløb i klinikken er centreret om den ambulante behandling, men den patientansvarlige læge følger op på patienten ved indlæggelse på enten eget sengeafsnit eller andre sengeafdelinger. Hvis det vurderes at være relateret til behandlingsplanen, og der er et behov, vil lægerne på afdelingens eget sengeafsnit kontakte den patientansvarlige læge.

”Det er kontaktlægen, der skriver den indledende journal, og det er her, at trygheden skal indfinde sig, og patienten skal finde tilliden til den nye afdeling. Hos os der har vi kun den ene samtale, hvor man lægger planen, så det er vigtigt, at det er en speciallæge. Patienten ser en yngre læge indimellem, der følger behandlingsplanen, fx hvornår skal dosis reduceres, hvornår skal der ringes til en speciallæge, hvornår skal patienten indlægges. Overlæge, Onkologisk Klinik

På afdelingen er vagtplanen i ambulatoriet for både de patientansvarlige læger, øvrige læger, sygeplejersker og patienter inddelt i tre behandlingsspor. Til hvert spor er der tilknyttet A-læger, som fungerer som patientansvarlige læger og B læger, som primært er yngre læger, der varetager behandlingsdelen i patientforløbet. Når vagtplanen er fastlagt for en periode i de tre spor, er det mulig at booke tider hos de faste læger og sygeplejersker til forskellige tidspunkter i behandlingsforløbet for hver ny patient, der starter i et ambulant forløb. Den patientansvarlige læge har dermed også faste sygeplejersker og øvrige læger tilknyttet de ambulante samtaler.

”På den måde begrænser vi, hvor mange læger og sygeplejersker, patienten kommer til at se, og hvor mange patienter personalet skal forholde sig til. Overlæge, Onkologisk Klinik

I **Abdominal Centeret** fordrer PAL-ordningen også en arbejdstidsplanlægning, hvor den enkelte læges tid er planlagt langt frem i tiden med detaljer om funktioner på selve dagen såsom ambulant funktion, operation mm. Det er vigtigt, at arbejdstidsplanerne er transparente for alle i forhold til lægernes opgaver, og hvornår de er på arbejde, da sygeplejerskerne dermed kan booke patienter til fx ambulante tider med den patientansvarlige læge.

For at ordningen med den patientansvarlige læge kan fungere optimalt, fremhæves det, at ordningen skal være understøttet af en høj grad af personligt ansvar hos de patientansvarlige læger i forløbskoordineringen af patienterne, da det ofte er en prioritering af lægens forskellige opgaver, og hvilke patienter der vurderes at have behov.

For **Tværfagligt Smertecenter i Neuroanæstesiologisk Klinik**, der udelukkende har ambulante forløb, og **Palliativ Afdeling**, hvor patienterne primært får ambulante hjemmebesøg, har det været relativt simpelt at få ordningen med patientansvarlig læge til at fungere. Dette skyldes blandt andet, at samtlige læger på afdelingen er patientansvarlige læger med faste arbejdstider i dagtimerne, hvilket gør koordineringen med andre faggrupper og planlægning af patienternes aftaler lettere.

På Palliativ Afdeling er lægernes arbejdstid opdelt i faste dage på afdelingen og faste dage i udefunktionen. Dette gør, at fx akutte behov fra patienter under indlæggelse eller akut behov for hjemmebesøg ikke altid kan tilgodeses af den patientansvarlige læge, hvis der er fuldt program i udefunktionen. Ved daglige møder sørger lægerne for koordinering af, at fx sygeplejersker eller øvrige læger følger op på lægens patienter og overdrager vigtig viden.

På Tværfagligt Smertecentret fremhæves det, at en forudsætning for at få den ønskede lægelege kontinuitet er en nøje langsigtet planlægning af ambulante besøg i lægernes kalendere.

”Flowet er, at patienterne indledningsvist bliver indkaldt til en indledende vurdering, hvor de får en tid 3 og 6 uger efter hos lægen. Det er fast rutine, at de ambulante tider fastlægges ved start, for ellers er der fyldt op i lægens program. Men når de planlægges i så god tid, så er det ikke problematisk.

Overlæge, Tværfagligt Smertecenter

De afdelinger, som ikke havde faste kontaktsygeplejersker ved opstarten af PAL-ordningen har indført sådanne ordninger enten under indlæggelse eller ved gentagne ambulante besøg. Dette har betydet, at afdelingerne i flere tilfælde, også har ændret måden de planlægger sygeplejerskernes vagtplaner på således, at kontinuiteten i mødet med sygeplejersker også tilgodeses.

Læger og sygeplejerske samarbejder tæt

Et gennemgående træk for de fem afdelinger i forhold til organisering af PAL-ordningen er, at lægerne indgår i et tæt samarbejde med sygeplejerskerne, som enten enkeltvis eller i teams er knyttet til faste patienter. Nogle læger har faste sygeplejersker, som sidder med ved ambulante besøg, mens andre har en organisering, der gør, at ”alle arbejder sammen med alle”.

”Jeg arbejder ikke i faste teams men i teams på tværs. Hvis man skulle tegne det, ville det blive et spindelvæv. Jeg arbejder sammen med alle psyko- loger og alle sygeplejersker.

Overlæge, Tværfagligt Smertecenteret

Mellem faste ambulante besøg eller indlæggelser er det på afdelingerne ofte sygeplejersker, som patienterne kan ringe til ved fx akutte behov, eller hvis de ønsker at tale med deres patientansvarlige læge. Det er også i flere patientforløb sygeplejersker, der følger op på den medicinske behandling over telefonen mellem ambulante besøg. Dermed bliver sygeplejerskerne ofte bindeled til den patientansvarlige læge, da de udforsker problemet med patienterne og derefter konfererer med den patientansvarlige læge fx ved ændringer i medicine-

ring, hvis der skal bookes en akut ambulant tid, eller lægen skal ringe til patienten.

”Sygeplejerskerne er utrolig vigtige i hverdagen, da de ofte ser patienten mest og er et slags filter. (...) De er meget dygtige og kompetente, og så er de patientansvarlige læger bag dem. Hver dag har vi et møde i udefunktionen, hvor sygeplejerskerne kommer hjem til afdelingen. Her er én af overlægerne, der er supervisor, til stede. De kan vende problematikker og vurdere, om der fx skal en læge på besøg, eller de kan bekræfte valg af medicin, som skal ordineres. Ledende Overlæge, Palliativ afdeling

Forudsætninger for PAL-ordningen

En forudsætning for implementering af PAL-ordningen, som bliver fremhævet af en af lægerne er, at værdien om kontinuitet for både læger og patienter samt fordelene ved en tæt læge-patientrelation skal italesættes af ledelsen og være udbredt og accepteret blandt medarbejderne. Det er erfaringen, at det hermed har været lettere at få personalet på afdelingen til at acceptere de arbejdsmæssige og organisatoriske ændringer, som ordningen medførte.

”Hvis man har fokus på værdierne og sørger for, at de kommer til at gennemsyre afdelingen, og gør det klart, at det er det man ønsker, og det der skal arbejdes hen imod, så er man nået et godt stykke, for så taler man samme sprog. Når de organisatoriske ændringer så kommer, og lægernes arbejdstid, ambulatoriedage og stuegang skal være på en anden måde, så er lægerne forberedt. Så kan de se, at værdierne skal understøttes af organisatoriske ændringer for at give mening. Ledende Overlæge, Abdominalcentret

Derudover er det vigtigt at have lægerne med til at udforme de ændringer, der skal gennemføres, og få deres overvejelser om, hvordan ordningen i praksis kan være en del af rutinerne på afdelingen.

”Ved at inddrage speciallægerne i udformningen af, hvordan det skal gøres, så blev det ikke bare noget, som vi hev ned over hovedet på dem. (...) Havde vi valgt den samme løsning for begge sengeafsnit, så var det ikke kommet til at fungere. Ledende Overlæge, Neurologisk afdeling

Udfordringer

Flere af de interviewede læger peger på, at der har været udfordringer forbundet med implementering og understøttelse i det daglige af PAL-ordningen. Faktorer som fx akutte ambulante tider, lægers fridage efter vagter, ferie, sygdom, konferencer, ledige stillinger komplicerer planlægningen af lægernes arbejdstider og kan være medvirkende til, at intentionerne om en patientansvarlig læge for den enkelte patient ikke i alle tilfælde efterleves. Desuden har lægerne fremhævet, at fx nye roller og arbejdsrutiner, øget planlægning og koordinering, manglende tid til opfølgning samt produktivtetskrav kan udfordre at PAL-ordningen fungerer optimalt. Disse forhold beskrives uddybende i det efterfølgende.

Trods de udfordringer som lægerne har mødt i deres arbejde med PAL-ordningen, er der enstemmighed blandt de interviewede læger om, at ingen af dem ønsker at vende tilbage til ikke at organisere deres arbejde ud fra PAL-ordningen, da det giver både faglig og personlig tilfredsstillelse.

Nye roller og arbejdsrutiner

På Onkologisk Klinik oplevede de, at opgavefordelingen mellem læger og sygeplejersker skulle redefineres i forhold til, hvem der var tovholder på patientens forløb. Sygeplejerskerne havde allerede før opstart af patientansvarlig læge etableret en kontinuitet for patienten, da sygeplejerskerne samlede op på behandlingsplanen gennem forløbet. Derfor var der en usikkerhed blandt sygeplejerskerne i forhold til, om lægerne overtog den rolle, som de tidligere havde haft. Blandt yngre læger på afdelingen var der

også modstand. De yngre læger har ikke længe-re modsat tidligere mulighed for at oparbejde erfaring med "de svære samtaler", da det på afdelingen er defineret, at det kun er speciallæger, der kan være patientansvarlig læge, og denne der står for sådanne samtaler.

På Palliativ Afdeling var der ligeledes indledende udfordringer i forhold til sygeplejerskernes accept ved indførslen af PAL-ordningen, da nye arbejdsgange for lægerne på sengeafsnittene også krævede ændringer af sygeplejerskernes arbejdsrutiner.

"Sygeplejerskerne var vant til, at de havde én læge, der gik stuegang på hele gruppen af patienter, frem for nu, hvor de skal have fat i tre til fire læger for at gå stuegang. Så sygeplejerskerne var negative ved implementeringen, men nu kan de ikke undvære det. Ledende Overlæge, Palliativ afdeling

Øget planlægning og koordinering

Flere af lægerne giver udtryk for, at en stringent vagtplanlægning, men også koordinering på dagen fx på tværs af sengeafsnit og ambulatorium, er nødvendig for at understøtte PAL-ordningen. Det kan især i opstartsfasen kræve mere tid og opmærksomhed fra alle faggrupper på afdelingen, når patienterne fx skal tildeles ambulante tider samt en omhu og en viden hos den, der planlægger vagtskema i forhold til fx sammensætning af teams omkring patienten.

"Det kræver mere planlægning. Nu skal sygeplejerskerne og sekretærerne vide, hvem de kan booke patienten til. Det er vigtigt, at alle er klar over, hvilket personale, der hører til hvilken gruppe den pågældende dag. Det er en oplæring af hele personalet, det er en kultur og en stringens, der skal følges. (...) Jeg blev nødt til gentagne gange at forklare, hvordan det fungerer på vores afsnit. Nu ved skemalæggeren præcis, hvilke læger der kan sættes på hvilke spor. Overlæge, Onkologisk Klinik

"Der bruges en del tid på morgenkonferencer på at koordinere, hvis fx en patient er blevet indlagt, og den faste læge er i ambulatoriet, så der er en sikring af, at lægen tilser patienten. Ledende Overlæge, Neurologisk afdeling

Den nøje planlægning af arbejdstider og funktioner for afdelingens medarbejdere kan udfordre flere lægers opfattelse af deres ret til selvbestemmelse i tilrettelæggelsen af egen arbejdstid. Det fremhæves derfor som vigtigt, at de patientansvarlige læger accepterer fremmøde til bestemte opgaver sammen med en høj grad af detaljestyring i opgavefordelingen i løbet af lægens arbejdsdag, da disse er bestemt og besluttet lang tid i forvejen.

"Nogle medarbejdere har det rigtig svært, da de godt kan lide den frie arbejdstilrettelæggelse. Men en kultur, hvor lægerne kan melde ind, at de ikke er til stede den følgende dag på grund af konference eller møde i byen, det kan ikke lade sig gøre, det skal aftales i god tid i forvejen. Det er der nogen, der tager som et stort overgreb. De personligheder, de har det lidt sværere i sådan et system. Ledende Overlæge, Abdominalcenteret

"Detaljeskemalægningen binder os i forhold til ferier og kongresdeltagelse. Det skal overvejes, hvem kan være væk, hvordan kan vi fordele fraværet, men hvilken arbejdsplads kan undgå at koordinere fravær. Overlæge, Onkologisk Klinik.

Tid i det planlagte program til opfølgning

På afdelingen, hvor den patientansvarlige læge fungerer på tværs af ambulatorie og sengeafsnit kan det være en prioritering, om hvilke patienter lægen har tid til at se, da der ikke er 'huller' til opfølgning i det fastlagte program.

"Speciallægerne er bundet af opgaver hver dag, så hvis ikke der lægges luft ind i det program til, at du

kan gå stuegang, så har du ikke den tid. Der bør lægges luft ind, men nu er det sådan, at jeg går stuegang i en frokostpause, eller hvis jeg har en kontordag. Overlæge, Onkologisk Klinik

Produktivitetskrav

Flere af lægerne påpeger desuden, at produktivitetskrav kan modvirke en tilfredsstillende kvalitet i ordningen med patientansvarlig læge.

”Udfordringen er, at vi skal udfylde vores præstationsbudget. Hvis vi havde en læge, der var fast ude og en der var fast inde, så kunne vi måske gøre det mere effektivt, og der skal vi nogle gange kæmpe for at bevare kontinuiteten for patienterne.

Ledende Overlæge, Palliativ Afdeling

”Ligår var jeg til konference på kirurgisk afdeling med tre af mine patienter, og de skal have svar på, hvad kirurgerne vælger. Jeg ville egentlig gerne booke en tid til at tale med dem, men jeg har ingen ledige tider de næste tre uger. Jeg kan ringe og sige det til dem, men jeg synes egentlig, at det er fuldstændig urimeligt, for jeg skal have en kvalificeret lægesamtale med den patient. Men det er det 'skjulte arbejde', og jeg kan ikke lukke min kalender, så der er tider til at ringe, og det er jo ikke særligt patientvenligt. Det er hæmmende for den kvalitet og fleksibilitet, som jeg gerne vil give patienten. Overlæge, Onkologisk Klinik

Gode råd ved implementering af patientansvarlig læge

- Italesæt værdier om kontinuitet for patienten, men også kontinuiteten for personalet.
- Fremhæv fordele af en tæt læge-patientrelation.
- Prioriter hvilke patient-diagnosegrupper, der skal tildeles patientansvarlig læge.
- Definér hvornår i patientforløbet, at den patientansvarlige læge skal se patienten.
- Forventningsafstem med patienten i forhold til den patientansvarlige læges rolle, og hvornår de kan forvente at se og/eller få kontakt til den patientansvarlige læge.
- Omhyggelig vagtplanlægning og booking af planlagte besøg/indlæggelse, der sikrer kontinuitet i personalet for patienten.
- Opmærksomhed på teamstruktur og udnyttelse af ressourcer samt mulighed for uddelegering af opgaver til andre faggrupper.
- Intern beskrivelse på afdelingen af rollen for både den patientansvarlige læge og øvrige personalegrupper i teamet omkring patienten.
- Det er vigtigt, at lægerne accepterer fremmøde til bestemte dage og accepterer styring af opgaver på dagen.
- Afsæt tid/ressourcer til opfølgende samtaler/"skjult" arbejde for at sikre optimal kontinuitet for patienten.
- Italesæt værdien og vigtigheden af PAL-ordningen og vedligehold aftalen med lægerne om, at det er noget, der skal leves op til.
- Samtidig organisering af sygeplejersker og øvrige læger i teams om patienten understøtter personalekontinuitet.
- Opmærksomhed på modstand ved nye arbejdsrutiner og rollefordelinger for alle faggrupper.
- Medarbejdergruppen skal være med til at udforme, hvordan ordningen skal se ud i praksis.

4.3 Plejeteam følger patienter på vej ved overflytning

På Intensivafsnit, Fællesklinik Thisted under Regionshospital Nordjylland leder udviklingssygeplejerske Kirsten Vinther et sygeplejefagligt aktionsforskningsprojekt vedrørende aftercare. Aftercare er den omsorg, behandling, hjælp og støtte, der gives til patienter efter udskrivelse fra sygehuset til den intensive patient. Baggrunden for projektet er, at afdelingen ved, at mange patienter efter et intensivt forløb vil have fysiske, psykiske og/eller kognitive følgevirkninger, der forårsager nedsat livskvalitet. I forhold til tidligere er der nu en øget erkendelse af, at personalet på intensivafsnittet har et medansvar for, hvordan det går patienterne på sigt, og at de allerede under indlæggelsen kan iværksætte tiltag, der kan være med til at forebygge følgevirkninger. Formålet med projektet er derfor at se på, hvordan intensivsygeplejer-

sken ved hjælp af nye og optimerede plejetiltag kan støtte patientens rehabilitering.

Koordination og kontinuitet i patientens forløb er omdrejningspunktet i syv plejetiltag, der er igangsat: 1) Patienten tildeles hurtigt et plejeteam, der sikrer koordination og kontinuitet under indlæggelse, 2) individuel vane-/ behovsskema udfyldes sammen med pårørende og hænges på en tavle på patientstuen, 3) udarbejdelse af et individuelt skriftligt indlæggelsesforløb til patienten, 4) udlevering af informationsmateriale om det at være intensiv patient, 5) optimal pårørendeinddragelse, 6) followup-samtale på stamafsnit og 7) followup-samtale efter 2-3 måneder.

Plejetiltagene skaber mulighed for opbygning af en tæt relation til patienten, individuel sygepleje og høj grad af pårørendeinddragelse.

Plejeteam: Tildeles patienten i løbet af de første dage. Består af et team på omkring fire sygeplejersker, der så vidt mulig varetager sygeplejen. Pårørende informeres ved udlevering af visitkort, og teamet skrives på en tavle på patientstuen. Teamet sikrer:

- Kontinuitet og koordination i forløbet
- At kende patient og pårørende og i samarbejde vælge individuelle, gode, kloge og rigtige løsninger
- At patient og pårørende føler tryghed ved teamet og inddrages optimalt
- Løbende individuelle plejeplaner

Followup samtale på stamafdeling: En fra teamet besøger patienten indenfor en uge efter flytning til stamafsnit med henblik på at:

- Skabe sammenhæng og en smidig overgang i patientens forløb
- Gennemgå patientens forløb på intensivafsnittet og få afsluttet den del af forløbet
- Stille sig til rådighed for spørgsmål
- Følge patienten på vej og vurdere behov for aftercare
- Tilbyde besøg på intensivafsnittet og follow-up samtale efter 2-3 måneder

Followup samtale efter 2-3 måneder: Udføres af udviklingssygeplejerske Kirsten Vinther, og kan efter patientens ønske foregå i eget hjem eller på intensivafsnittet. Samtalen har til formål at:

- Skabe sammenhæng og smidige overgange
- Følge patienten på vej
- Vurdere behov for aftercare
- Få patientens perspektiv på, om plejeteamet har bidraget til den hele rehabilitering

”Også pårørende kan få øje på, at der er nogen fra personalet, der træder ud af mængden af hvide kittler og siger: 'Jeg skal være der for dig i det her forløb'. De får skabt et tillidsforhold til personalet indenfor teamet. Når det lykkes, så får vi gode tilbagemeldinger på den relation, som de kan nå at få skabt. Udviklingssygeplejerske, Intensivafsnit, Regionshospitalet Nordjylland

Followup samtaler som bindeled

Et af de nye tiltag på afdelingen er followup samtaler, hvor en fra plejeteamet besøger patienterne efter, at de er overflyttet til en stamafdeling. Samtalen tager udgangspunkt i patientens tilstand og eventuelt i en beskrivelse af patientens forløb på intensivafsnittet, som er udarbejdet af teamet. Personalet vil i samtalen gerne høre, om der er noget, som patienterne har brug for at ”få spundet en ende på”, og om der er mere sygeplejersken kan bidrage med.

”Formålet med besøg på stamafdelingen er at følge dem lidt mere på vej, lave nogle smidige overgange og at prøve at lave noget koordination og skabe sammenhæng i overgangene. Udviklingssygeplejerske, Intensivafsnit, Regionshospitalet Nordjylland

Anden followup samtale efter 2-3 måneder bidrager ligeledes til, at patienterne får afsluttet deres forløb på intensivafsnittet, ligesom der udvises interesse for, hvordan patienten klarer sig og hvilke aftercaretilbud, der viser sig relevante at foreslå patienten. Samtidig bruges samtalen til at indhente patienternes feedback på tiltagene i projektet. Sygeplejerskerne opfordrer til, at pårørende kan deltage i samtalen, og det er patienten, som bestemmer, om samtalen holdes i eget hjem eller på sygehuset. Afdelingen er klar over, at nogle patienter har gavn af at genbesøge intensivafsnittet og eventuelt tale med de sygeplejersker, som var i deres team.

”Vi kan høre, at de virkelig værdsætter den relationelle kontinuitet. De værdsætter, at nogen af dem der havde ansvar for dem for tre måneder siden,

de kommer faktisk igen og spørger, hvordan det så går med dig nu. (...) En udfordring for vores patienter er, at vi taler rigtig meget om sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet, men der er ikke rigtig nogen, der er ansat til det. Vi er alle ansat til at tage os af en lille del af det samlede forløb, og det er vi også på intensiv. Udviklingssygeplejerske, Intensivafsnit, Regionshospitalet Nordjylland

Kontinuerlig feedback og ændrede arbejds gange

Det har været en del af projektet løbende at give feedback til personalet, evaluere og justere processen, med det formål at forbedre sygeplejen til patienterne. Det igangværende projekt forventes afsluttet medio 2017. Det er et foreløbigt fund, at der aktuelt er behov for forløbskoordination for de intensive patienter på afsnittet. Derfor ønsker afdelingen, at intensivsygeplejerskerne selv får mulighed for at varetage den opfølgning og aftercare, der i projektperioden er blevet varetaget af udviklingssygeplejerske Kirsten Vinther.

Gode råd for arbejdet med plejeteams:

- Den enkelte afdeling har et medansvar for, hvordan det går patienter på sigt i forhold til bearbejdning af forløbet og i forhold til senfølger.
- Followup samtaler giver patienterne mulighed for at stille spørgsmål samt få bearbejdet og få afsluttet forløbet på intensivafsnittet (mentalt).
- Mange patienter værdsætter den relationelle kontinuitet, som plejeteams og followup samtalerne bidrager til.

For yderligere oplysninger, kontakt:

Udviklingssygeplejerske Kirsten Vinther, Intensivafsnit, Fælles Klinik Thisted, Regionshospitalet Nordjylland på e-mail: kirsten.vinther@rn.dk



5 Takt og tone

Stemningen og måden personalet kommunikerer indbyrdes i afdelingen, taler til og fremtræder overfor patienterne, har væsentlig betydning for patientoplevelsen (Wanzer et al. 2004).

”Samtalerne dagen før min operation var så strukturerede, og jeg havde en positiv oplevelse af personalet, som var opsatte på, at jeg skulle føle mig tryk (...). På dagen for indlæggelse oplevede jeg noget helt andet. Kommunikationsmæssigt var der mange situationer, som kunne være håndteret anderledes af personalet. Oplevelsen efterlod os med følelsen af at være blevet talt utroligt ned til, og at vi ikke kunne påtale det, uden det ville gå ud over min behandling eller mine pårørendes mulighed for at være til stede. Planlagt indlagt patient

Ovenstående udsagn viser, hvordan en god faglig behandling træder i baggrunden for en mislykket kommunikation. Patientkommentarerne i temaafsnittet er eksempler på den effekt en negativ stemning i afdelingerne herunder omgangsform, -tone og kommunikation, har på patienter¹⁸.

God takt og tone i afdelingerne handler om, at personalet viser hensyn i sin fremtræden og kommunikation både indbyrdes og i relation til patienter og pårørende. En god omgangsform

og tone skabes, når der er klare retningslinjer og holdninger til, hvordan personalet kommunikerer og fremtræder i forskellige situationer både internt og overfor patienterne. For patienterne er det vigtigt, at personalet i sin kommunikation og fremtræden er kompetente og udviser respekt samt skaber tryghed og tillid i relationen (Petersen et al. 2012).

Om temaet

I temaet ”Takt og tone” bliver der sat fokus på den betydning som kommunikationen, personalets fremtræden og stemningen i afdelingen har for patienter og personale. Temaafsnittet skal ses som en nuancering af to temaspørgsmål i LUP 2016 om takt og tone.

Temaspørgsmål i LUP 2016

”Talte personalet med dig i en respektfuld og god tone?”

”Var der en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen/ambulatoriet?”

Tre cases illustrerer, hvordan forskellige afdelinger har arbejdet med takt og tone i praksis som inspiration til, hvordan ledere og medarbejdere kan arbejde med takt og tone i egen afdeling. Desuden belyses det, hvad patienter vægter i kommunikationen med personalet, og hvad der er vigtigt for at understøtte og skabe en god intern omgangsform og tone i afdelingerne.

¹⁸ Patientkommentarerne er fra ambulante, planlagt og akut indlagte patienter, der har svaret ”i ringe grad” eller ”slet ikke” til temaspørgsmålene i LUP 2016: ”Var der en positiv stemning mellem medarbejderne i ambulatoriet/afdelingen?”, og ”Talte personalet med dig i en respektfuld og god tone?”

5.1 God kommunikation betaler sig

God patientkommunikation giver direkte og indirekte større patienttilfredshed, har betydning for patientens udbytte af behandlingen, giver bedre ressourceudnyttelse og kan måles på bundlinjen (Petersen et al. 2012, Ha et al. 2010). Omvendt er dårlig eller mangelfuld kommunikation mellem personale og patienter en hyppig årsag til utilfredse patienter og klager i sundhedsvæsenet (Ammentorp et al. 2006, Ha et al. 2010). Figur 5.1 viser betydningen af god kommunikation mellem patienter og personale.

Patientoplevede problemer i kommunikationen

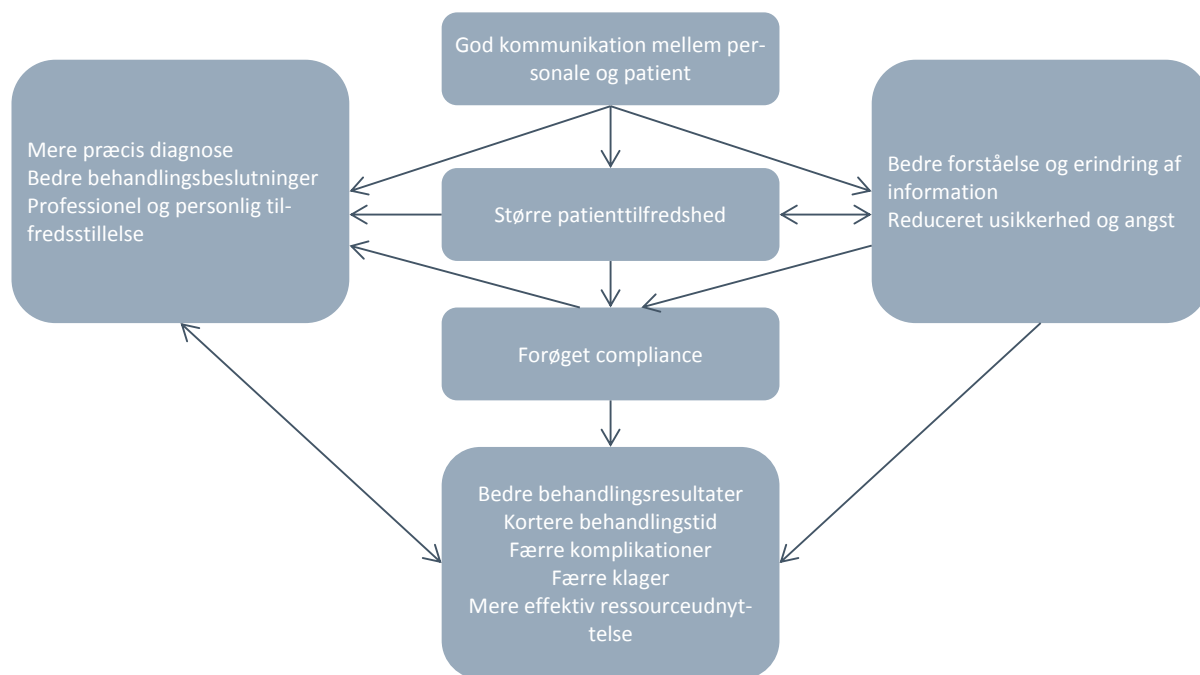
Undersøgelser, af de kommunikationsproblemer patienterne oplever i interaktionen med personalet, viser, at det handler om mangelfuld eller forkert information, manglende omsorg og lydhørhed eller mangel på respekt og inddragelse¹⁹ (Ammentorp et al. 2006).

”Lægen, der behandlede mig, var ikke særlig venlig. Lyttede ikke til mine bekymringer om min eksisterende sygdom og talte ganske nedladende til mig. Jeg følte mig dum og uvelkommen. Akut indlagt patient

Hvad vægter patienterne i kommunikationen med personalet

Patienterne ønsker ikke kun et sundhedspersonale, som er fagligt kompetente, men efterspørger et personale, der kan kommunikere effektivt. For patienten er det vigtigt, at personalet fremtræder i en aktiv lyttende rolle, og i dialogen inviterer patienten til at fortælle om eventuelle bekymringer. Særligt tillid og tryghed er forhold, som har afgørende betydning for patientens generelle tilfredshed med kommunikationen og en vigtig forudsætning for den oplevede tilfredshed med behandlingsresultatet (Ammentorp et al. 2006). En effektiv behandler-patient kommunikation etablerer en god interpersonel relation, gør udvekslingen af informationer lettere og involverer patienterne i beslutningsprocessen (Ha et al. 2010).

Figur 5.1 Betydningen af god kommunikation



Amtsrådsforeningen 2003 efter L. Fallowfield

¹⁹ Baseret på reviews, metaanalyser, nationale og internationale studier om patienttilfredshed og -prioriteringer i relation til kommunikation med sundhedspersonale (Ammentorp et al. 2006).

En kommunikationsadfærd hvor personalet agerer omsorgsfuldt og støttende, det vil sige, sikrer at patienten får svar på sine spørgsmål samtidig med, at patienten oplever at blive respekteret og taget alvorlig, opleves som kompetente og danner grundlaget for tillid og tryk-
hed i relationen. Denne kommunikationsad-
færd kan defineres som en patientcentreret
kommunikation (Ammentorp et al. 2006).

5.2 Kommunikation, kvalitet og arbejdsglæde

Den interne kommunikation, omgangsform og tone blandt personalet i afdelingen influerer direkte på kommunikationen mellem personale og patient, hvorfor indsatser rettet mod den interne kommunikation vil influere på patient-kommunikationen (Petersen et al. 2012).

God takt og tone er funderet i en kommunika-
tionskultur, hvor ledere prioriterer at fokusere
på kommunikationen og skaber klarhed om-
kring kommunikationsadfærd og fremtræden
samt følger op når takt og tone ikke lever op til
fælles normer og værdier (Petersen et al. 2012).

”Mit besøg var hos en yngre læge, der flere gange tilkaldte en overlæge. Overlægen var meget lidt imødekommende og temmelig arrogant, og der var en særdeles dårlig stemning på stuen. Overlægen var ikke lydhør for den yngre læges vurdering, og det efterlod mig som patient i en tilstand af tvivl omkring, hvad jeg egentlig fejler. Ambulant Patient

God intern kommunikation og fremtræden samt en stærk behandler-patient relation øger personalets arbejdsglæde og patientens tillid, motivation og positive syn på eget helbred, hvilket kan influere positivt på helbredet og gi-
ver større patientoplevelt kvalitet (Petersen et al. 2012, Ha et al. 2010). Undersøgelser viser desuden, at en god intern kommunikationskul-
tur samt positiv omgangsform og -tone skaber større trivsel, effektivitet og engagement til gavn for både patienter og personale (Petersen et al. 2012).



5.3 God tid til modtagelsen

Medicinsk afsnit for mave - tarm sygdomme på Slagelse Sygehus har de sidste to år arbejdet målrettet med kommunikationsadfærden og den patientoplevede kvalitet. Initiativer rettet mod en bedre takt og tone på afdelingen både overfor patienterne og indbyrdes blandt personalet har været centralt. Målet med indsatsen har været at skabe nye og forbedrede arbejds-gange og rutiner, der styrker patienttilfredsheden og arbejdsmiljøet ved blandt andet at give klare retningslinjer for arbejdsopgaver og personalets fremtræden.

Afdelingssygeplejerske Pia Bine Jensen oplevede tidligere en kultur, hvor personalet ofte talte hårdt til patienterne og til hinanden. Fra ledelsens side var der et ønske om, at afdelingen arbejdede internt med arbejdsmiljøet. Derfor blev arbejdsmiljø og patientoplevet kvalitet sat på dagsordenen med særlig opmærksomhed på kommunikation og adfærd for på den måde at arbejde med det samme fra to forskellige perspektiver. Særligt modtagelsen af nye patienter var før en udfordring i afdelingen.

”At modtage en patient det skal der være tid til. Det var blevet venstrehånds arbejde, man blev afbrudt meget, og der var mange ting, der forstyrrede plejepersonale, når nye patienter ankom. Det gav en rigtig dårlig start på alting og et følgende efterslæb.

Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Italesæt og synliggør forventninger

Afdelingssygeplejersken igangsatte derfor en forbedring- og forandringsproces, hvor blandt andet modtagelse af nyindlagte patienter skulle prioriteres højere.

”Det er vigtigt, at patienterne får en ordentlig modtagelse, føler sig velkomne og oplever en tæt kontakt til plejepersonalet (...) Man taler ordentligt til patienterne og tager klokkerne, når de ringer.

Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Fremadrettet skulle der i personalegruppen skabes en anden forståelse for og afsættes tid til de opgaver, som ligger i modtagelsen af patienter. Det blev iværksat gennem en fast opmærksomhed ved ugentlige tavlemøder, hvor arbejdsopgaver og forventninger til personalets fremtræden og kommunikation, blev drøftet og herigennem italesat og synliggjort.

Med vægt på medinddragelse og et fælles ansvar for at løfte kvaliteten i afdelingen arbejdede personalegruppen via forbedringsmodellen²⁰ sig frem til nye løsninger for, hvordan de kunne effektivt gennemføre en ordentlig modtagelse af patienterne i praksis.

Indlæggelsesguide til modtagelsen af nyindlagte patienter

Afdelingssygeplejersken fortæller: *”Vi udarbejdede en indlæggelsesguide til, når man modtager patienten, der både var tænkt som en hjælp, men også som et minimum af, hvad man skal. Står man og har travlt og taber tråden, for hvad er det nu, som jeg skal spørge om, så kan man hurtigt se det.”*

God takt og tone i modtagelsen indebærer, at personalet i sin kommunikation og adfærd viser interesse og søger at skabe en positiv relation til patienten. Det er derfor væsentligt, at personalet er opmærksomt på samværet med patienten, der ofte står i en sårbar situation og kan være bange og uforstående.

”Vi gør meget ud af, at vi er venlige og imødekommende, vi prøver at stille åbne spørgsmål og vise interesse, og på den måde får vi også patienten til at åbne sig og svare ærligt. Når patienterne føler sig velkomne og trygge opbygges en tillid i relationen imellem plejepersonalet, patienten og pårørende. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen

²⁰ [Patientsikkerhed.dk - Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet](https://patientsikkerhed.dk/-/Metoder-til-hurtige-og-holdbare-forbedringer-i-sundhedsvaesenet), 2013

Opmærksomhed på det interpersonelle

Når patienterne oplever, at tiden og nærværet fra plejepersonalet er der, så føler de sig set, hørt og forstået, hvilket de i afdelingen oplever, kommer alle til gode. En fast opmærksomhed på både det faglige og det interpersonelle er det, der tilsammen giver et kvalitetsløft.

”Jeg oplever, at det vi lægger i det første, det giver os en rigtig god kontakt, og noget vi kan tage med videre gennem hele forløbet (...). Det er lettere for personalet at følge op på hinanden, patienterne føler sig velkomne og trygge, og det giver en tillid i det interpersonelle, der er imellem plejepersonalet, patienten og pårørende. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Der er sket en kulturændring, hvor nye holdninger og arbejdsrutiner er indarbejdet. Nu er det i orden og forventeligt, at plejepersonalet bruger tid på at tage godt imod en patient.

”Jeg kan se, at det arbejde vi har lagt i det, og den ændring, vi har opnået på kort tid, det har gjort noget godt på alle områder, både set fra patientens og pårørendes side, men bestemt også vores. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Afdelingen får mange tilbagemeldinger fra både studerende, laboranter og læger, der bekræfter afdelingssygeplejersken Pia Bine Jensen i, at ændringerne har været rigtig godt givet ud. Det har affødt en positiv spiral, hvor personalet hele tiden er fokuseret på at gøre det bedre.

Patienterne vurderer modtagelsen

I forlængelse af processen omkring den gode modtagelse har personalet udarbejdet et spørgeskema til patienterne. Patienterne vurderer, på en skala fra 1-10, hvor tilfredse de er med modtagelsen, og de har mulighed for at uddybe, hvad der skal til for, at vurderingen bliver højere.

”Det væsentlige er ikke, om vi bliver røde eller grønne i vores målopfyldelse, men de tilbagemeldinger patienterne har givet, som vi bruger i vores arbejde fortæller afdelingssygeplejerske Pia Bine Jensen og uddyber, '[...] hvis vi spørger om, hvad der er godt, og hvad kunne gøre det endnu bedre, får vi nogle svar, som vi kan bruge til noget, og det har vi helt sikkert fået'. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Udfordringer og forbedringspotentialer, som patienternes tilbagemeldinger peger på, bliver efterfølgende taget op på forbedringstavlen og implementeret via PDSA-metoden²¹.

En forandringsproces for kvaliteten af modtagelsen og arbejdsmiljøet

Der har været stor opbakning og mange initiativer undervejs fra personalet, og det har derfor været nemt at igangsætte forandringerne, fortæller afdelingssygeplejersken. Opbakningen kommer dels fordi mange medarbejdere kunne se et problem, og fordi personalet har været involveret fra start. Blandt andet har der været plads til og mulighed for undervejs at afprøve ideer og initiativer af i lille skala. Det har skabt medejerskab og medansvar gennem hele processen.

”Det, at personalegruppen tænker nyt og hele tiden ser nye muligheder og kommer med forslag, er et rigtig godt tegn på, at de er med i det og udvikler sig af det. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Det er lykkedes at skabe en anden omgangsform i afdelingen, hvor personalet har en positiv opmærksomhed på hinanden. I dialogen er der plads til både at give og modtage konstruktiv feedback.

²¹ [Patientsikkerhed.dk](https://patientsikkerhed.dk) - Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet, 2013



Vi spørger meget ind til situationer, når vi har en faglig drøftelse: 'Det lyder rigtig spændende, hvordan har du håndteret det'. Vi bruger spørgeteknik også i vores daglige dialog om patienter til at hjælpe hinanden og guide hinanden. Afdelingssygeplejerske, Pia Bine Jensen.

Afdelingen har i dag en anerkendende kultur og kommunikation, hvor der er plads til konstruktive drøftelser og input. Personalet lader sig gerne inspirere af hinanden og er nysgerrige på, hvordan andre håndterer de svære situationer.

For yderligere oplysninger, kontakt:

Afdelingssygeplejerske Pia Bine Jensen, Medicinsk afsnit for mave- og tarmsygdomme, Slagelse Sygehus på e-mail:

pibj@regionsjaelland.dk

Gode råd for bedre modtagelse og et styrket arbejdsmiljø

- Begrund og skab klare mål for initiativerne.
- Synliggør og italesæt forventninger til personalets fremtræden og kommunikationsadfærd.
- Læg vægt på medinddragelse og et fælles ansvar for kvaliteten af modtagelsen samt arbejdsmiljøet.
- Udarbejd en guide som sætter standarden for en god modtagelse.
- Lav et spørgeskema og få patienternes vurdering og ideer til forbedringer.
- Følg op på hinandens og på patienternes tilbagemeldinger.
- Giv plads til at forskellige ideer og initiativer kan afprøves.
- Brug hinanden – vær nysgerrig og lær af hinanden og de situationer som opstår.

5.4 Bedre omgangsform, tone og modtagelse

Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling på Nordsjællands Hospital, Hillerød har iværksat to initiativer rettet mod omgangsform og tone i afdelingen og en bedre modtagelse af patienter. Initiativerne "Konfliktnedtrappende kommunikation" og "MELDE/HILSE" skal samlet styrke arbejdsmiljøet i afdelingen, dygtiggøre og fastholde medarbejderne samt bidrage til en bedre patientoplevelse.

Høje følelsesmæssige krav

Initiativet "Konfliktnedtrappende kommunikation" blev iværksat i 2014 på baggrund af et påbud fra Arbejdstilsynet om for høje følelsesmæssige krav til personalet i deres arbejde. Afdelingen igangsatte efterfølgende en uddybende undersøgelse og forebyggelse heraf. Interviews med personalet belyste hvordan personalet, "(...)i stigende grad oplevede, at patienter og pårørende stillede krav, som vi ikke umiddelbart kunne indfri, hvor personalet i iver efter at møde det menneske blev meget beklagende og tog imod rigtig meget", forklarer ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard. Mange krav handler om patienter og pårørendes forventninger til eksempelvis service, som ligger uden for afdelingens hænder eller opståede frustrationer andre steder i det offentlige, der kulminerer i interaktionen, når patienten er alvorlig syg.

”Det fylder rigtig meget hos personalet at skulle tage imod så meget kritik, som de ikke samtidigt har noget svar på eller mulighed for at imødekomme. Ledende oversygeplejerske, Britt Holmgaard.

Presset, over ikke at kunne imødekomme eller hjælpe patienterne videre, var hovedårsagen til høje følelsesmæssige krav i arbejdet. Personalet oplevede at stå alene, idet de ikke havde de rette værktøjer til at håndtere vanskelige situationer og konflikter, der kunne opstå.

Konfliktnedtrappende kommunikation

Det handler om at have de rette værktøjer og kompetencer, 'når man står over for aggressive mennesker, stiller det krav til at kunne kommunikere på et ganske højt niveau. Selv om vi har syge patienter, og man er sygepårørende, må man godt tale ordentlig', fortæller ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard. Hvilket de på afdelingen prøver at lære personalet at appellere til ved at kommunikere:

- at de gerne vil lytte til patienter og pårørende
- at de gerne vil tale med dem om problemet
- italesætte at de kan se og høre at patienten og/eller pårørende er frustrerede
- men at de skal tale og samarbejde om det på en ordentlig måde

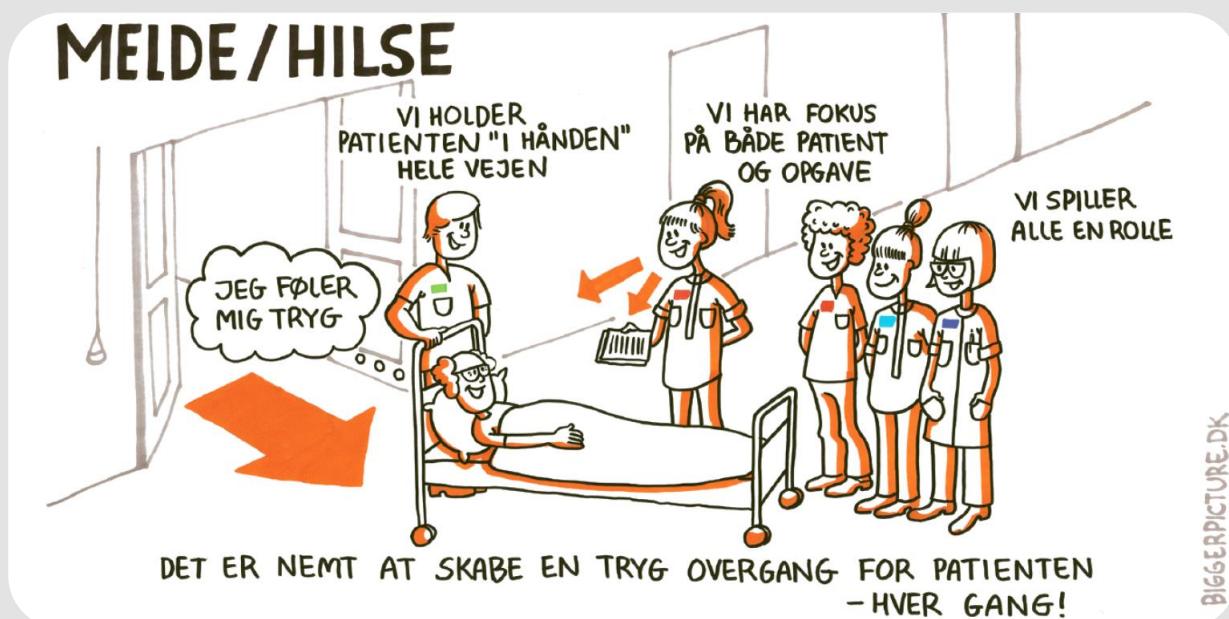
Når personalet møder patienter og pårørende gennem en konfliktnedtrappende kommunikation, og personalet får markeret en grænse samt sat en ramme for dialogen, virker det forebyggende både på konfliktens udfald og på det psykiske arbejdsmiljø.

”Det har været helt afgørende at få redskaber, der hjælper og have den ledelsesmæssige opbakning til at finde og løse problemstillingerne på en anden måde. Ledende oversygeplejerske, Britt Holmgaard.

Simulationstræning og faggruppers positionering af hinanden

Alle medarbejdere bliver trænet i at tale ordentligt til patienter og pårørende, selv når patienterne ikke taler ordentligt til personalet, blandt andet gennem simulationstræning i afdelingen. Personalet trænes i ikke at lade sig rive med, når patienter og pårørende er følelsesladede og kritiske.

Afdelingen har desuden fokus på, hvordan personale og faggrupper på tværs positionerer hinanden ved at være opmærksom på egen kommunikation i pressede situationer. Nye læ-



ger, der bliver presset af patienter og deres pårørende og enten direkte siger eller indirekte antyder, at afdelingen kan hjælpe eller sørge for, at patienten fx får mere hjælp i hjemmet, stiller sygeplejersken i dårligt lys, når sygeplejersken efterfølgende fortæller patienten, at de ikke har indflydelse herpå, forklarer ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard. Nye læger trænes derfor i at være imødekommende i pressede situationer og samtidigt kunne kommunikere, at de gerne vil indgå i en dialog, men at hjemlige forhold er kommunens ansvar.

Et andet eksempel er patienternes forventning om at få deres medicin på klokkeslaget, når lægen har sagt kl. 16.00. Her handler det om at forventningsafstemme og kommunikere til patienter og pårørende, at rettidig medicinering er kl. 16.00 plus/minus to timer. *"Det er situationer og fraser, der kan trænes så personalet ikke ødelægger noget for hinanden"*, forklarer Britt Holmgaard.

En bedre modtagelse af patienter

Initiativet "MELDE/HILSE" blev implementeret i foråret 2016 og udspringer fra et projekt målrettet servicekultur og feedbackmøder med patienterne. Det er et koncept, som beskriver hvordan kommunikation bør foregå i forbindelse med at skabe tryk i overgange mellem afdelinger for patienter, og hvordan der bør

kommunikeres i modtagelsen på afdelingen. "MELDE" omfatter bl.a. information om patientens ankomst og tilstand, og "HILSE" handler om at vise professionel imødekommende og give patienten en god velkomst. Der er produceret en tegnefilm, som viser hvordan "MELDE/HILSE" skal gøres. Konceptet er udviklet som et servicedesignprojekt med involvering af både medarbejdere og patienter. I dialog med patienterne har afdelingen afdækket, hvad der ligger i en ordentlig velkomst, idet patienterne har påpeget, at en ordentlig modtagelse er vigtigt for at føle sig tryk. Samtidigt har afdelingen afdækket, hvad der skal til for, at de kan møde patienten mest hensigtsmæssigt. Blandt andet er det en forudsætning, at patienternes ankomst til afdelingen er meldt på forhånd, hvilket var en udfordring, fortæller ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard. Afdelingen har derfor samarbejdet med akutafdelingen, der står for at melde patienterne.

MELDE – backstage

MELDE foregår backstage på kontoret. *"Vi vil gerne have grundoplysninger og vide, når patienten er på vej, så kan vi prioritere, at der er et personale, som har tid til sige velkommen"*, forklarer ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard. Desuden er det vigtigt at have de rette informationer om patienten og deres tilstand,

fx om der er særlige krav, eller om patienten er meget dårlig. Det skal foregå backstage, så hverken andre patienter eller pårørende på gangen er vidner til eller kan overhøre det.

HILSE - frontstage

Tiltaget HILSE er inddelt i "Hej", "Lige om lidt" og "Patientens umiddelbare behov". Når patienten kommer ind på afdelingen, skal de have oplevelsen af at være ventet og velkommen. *"Det betyder, at vi siger velkommen til Lunge-medicinsk afdeling, præsenterer os ved navn og titel, fortæller hvor patienten fysisk er placeret og i hvilken stue. Vi oplyser desuden, hvor skabe og toiletterne er",* fortæller ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard.

"Lige om lidt" handler om, hvad der skal ske først og lige om lidt, da mange patienter fortæller, at det er vigtigt at vide, hvad planen er. Herefter bliver patienterne spurgt, om de har behov for noget lige nu som fx et glas vand, mere information, eller at der bliver ringet til et familiemedlem. *"Det er de ting patienterne har angivet som det vigtigste, så føler de sig godt taget imod og velkomne, og det skaber øjeblikkelig trykthed, som patienterne siger",* fortæller ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard.

Gode råd for bedre omgangsform og tone i afdelingen

- Sørg for at personalet har de rette kommunikative kompetencer og værktøjer fx via kursus/træning i konfliktnedtrappende kommunikation
- Sikre at ledere og nøglepersoner går foran som rollemodeller og kan træde til, hvis en situation eskalerer
- Træn personalet via simulation, så pressede situationer håndteres konstruktivt fx ved at øve fraser
- Overvej hvordan personale og faggrupper positionerer hinanden overfor patienter/pårørende
- Forventningsafstem med patienter og pårørende

Følges op af lederrunder

For at sikre, at patienterne oplever en ordentlig velkomst, går de ledende oversygeplejersker ugentlige lederrunder, hvor patienterne bliver spurgt ind til deres modtagelse.

"Vi tjekker og måler modtagelsen ugentligt på vores driftsstyrestavlemøder og giver tilbagemelding på, hvad lederrunden giver af input, og om vi lever op til det. Ledende oversygeplejerske, Britt Holmgaard

Ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard oplever at: *"De fleste medarbejdere er tilfredse med at vide, hvornår de gør det godt. Og de gør det godt, for det ved vi, at patienterne synes."*

For yderligere oplysninger, kontakt:

Ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard, Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling, Nord-sjællands Hospital, Hillerød på e-mail:

britt.holmgaard@regionh.dk

Vigtige elementer for en tryk modtagelse

- Afdæk i dialog med patienterne, hvad der ligger i en god velkomst
- Undersøg hvordan personale og patients behov imødekommes, fx ved at samarbejde/kommunikere med andre afdelinger
- Udarbejd et kodeks for, hvordan patienterne modtages og bydes velkommen
- Sikre at patienternes ankomst er meldt, og at personalet har de nødvendige informationer om patientens tilstand og evt. særlige krav
- Hilse patienten velkommen med navn, præsentere dig selv med navn og titel, oplys om afdeling, den fysiske placering og stue samt hvor skab og toilet er
- Spørg indtil patientens umiddelbare behov som fx et glas vand eller telefonopkald til familien
- Informer patienten om den fremadrettede plan
- Følg op med lederrunder og spørg ind til patienternes modtagelse for at få nye input og klarhed omkring, hvornår personalet gør det godt

5.5 Film som formidler

På Odense Universitetshospital (OUH) har de arbejdet med produktionen af to film "Patienten Først" og "Patienten først i praksis". Filmmanuskripterne tager afsæt i patienters fortællinger og dialog med personalet samt erfaringer fra en nedsat projektorganisation bestående af repræsentanter fra Danske Patientforeninger og fagfolk fra OUH²². Begge film sætter retning for, hvordan OUH fremadrettet skal arbejde med kodeks og værdier som "Patienten først" og patientinddragelse²³. Filmene havde premiere i august 2016.

Baggrunden for filmene er direktionens ønske om at skabe en forandring internt hos personalet og i kulturen på OUH. Hospitalets arbejde med patientklager og LUP-resultater har vist, at kommunikationen og mødet med patienten kan forbedres. Budskabet i filmene er, at OUH skal være patienternes hospital gennem patientinddragelse og ved en forankring af kodeks og værdier samt gennem mere patientinddragelse.

Filmene er tænkt som en øjenåbner, idet de vækker følelser og sætter fokus på de menneskelige relationer. Dermed danner filmene udgangspunkt for, hvordan afdelingsledere og nøglepersoner kan arbejde med at sætte patienten først. I forlængelse af filmene er der udviklet et inspirationskatalog, som en hjælp til forbedringer og implementering af filmens budskaber. Filmene anvendes som:

- Introduktion til alle nyansatte på OUH, til lokale MEDudvalg (LMU), personalemøder og ledermøder.

- En anledning til drøftelse og refleksion i afdelingerne og udgangspunkt for egne konkrete initiativer og fokuspunkter for, hvad de kan gøre bedre.
- Udgangspunkt for det gode eksempel og/eller en dialog omkring situationer, der er sat på spidsen.

Brug af film i praksis

Patienthotellet på OUH er en selvstændig afdeling, hvor patienterne skal være selvhjulpne for at kunne bo der. Patienterne anses og italesættes som gæster og er samtidig tilknyttet en stamafdeling, de ringer til, hvis der opstår komplikationer vedrørende deres sygdom. Den medicinske sikkerhed under opholdet varetages af sygeplejerskerne på patienthotellet.

Efter en drøftelse i LMU om, hvor filmene gjorde indtryk, og hvad patienthotellet kunne blive bedre til, er der udarbejdet en handlingsplan for fremadrettede fokusområder i afdelingen. Handlingsplanen er underopdelt i fokusområder for adfærd, de fysiske rammer og serviceleverancesystemet. Efterfølgende er den taget op på et personalemøde, hvor den resterende personalegruppe har givet input til, hvad de gør godt, hvad de kan blive bedre til og hvad de synes, der er vigtigt at have fokus på.

Patienthotellet har blandt andet fokuseret på, hvordan personalet taler og fremtræder overfor og i nærheden af gæsterne i forskellige situationer, personalets faglige rolle og hvorfor det er vigtigt at sætte patienterne først. Patienthotellet har tidligere udviklet nogle serviceprocesser, som er aftalte måder, hvorpå de kommunikerer med patienterne i bestemte situationer.

"Vi har stillet nogle scenarier op, som vi beskriver på skrift, så fx nye medarbejdere kan gå ind og se, hvad må jeg egentlig sige, hvis en patient spørger om det her, og hvad er god takt og tone i forbindelse med det her. Funktionsleder Katja Holm Hansen.

²² Filmene er blevet til i en projektorganisation bestående af repræsentanter fra fem patientforeninger, OUH's direktion, stabsafdelinger på OUH, Patienthotellet, kliniske fagfolk og et professionelt filmhold samt skuespillere fra Odense Teater. Producent er Anne Kragh-Sørensen.

²³ "Patienten først" er et punkt i OUHs kodeks og værdier. Se uddybende på: http://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Direktion_og_Stabe/Direktionssekretariat/114844/

På patienthotellet er der fokus på service og kommunikation, fordi patienterne skal opleve den samme service, uanset hvem der er på arbejde. Funktionsleder Katja Holm Hansen forklarer, at det er vigtigt, at personalet ved, hvad patienthotellets produkter og procedurer indeholder.

Gæsterne bor og spiser på patienthotellet under forskellige vilkår. Nogle gæster får alle måltider gratis, andre får et måltid dagligt og pårørende skal selv betale. Det kan vanskeliggøre mødet med den enkelte patient, når gæsterne tror, at de er der på ens vilkår. Sådanne situationer er derfor beskrevet, så personalet ved hvordan de kan kommunikere og møde patienten på en anerkendende måde, der ikke sætter gæsterne i forlegenhed, såfremt patienter og pårørende tror, at de spiser gratis.

”Hvad siger man, når man møder en patient eller gæst, der tror de spiser gratis, og hvordan siger man, at de skal betale. Vi prøver så vidt muligt at undgå at sige, det vi ikke kan, men i stedet for hvad vi kan tilbyde. Funktionsleder, Katja Holm Hansen

At træde ud af sin professionelle rolle

I filmen er der en scene med en medarbejder, som taler privat med en patient, hvilket har givet anledning til en drøftelse om, hvorvidt det er, ”[...] ok at tale privat med en patient, eller om man skal forholde sig fuldstændig professionelt til alle patienterne”, fortæller funktionsleder Katja Holm Hansen.

For patienter, der bor på patienthotellet over længere tid og ingen pårørende har med, kan det være ensomt. Selve patienternes behandling tager ikke lang tid, og derefter er patienterne overladt til sig selv, forklarer funktionsleder Katja Holm Hansen. Derfor har de på afdelingen talt om, at det: ”Er ok at træde ud af sin professionelle rolle en gang imellem og bare være et menneske, der taler til et andet menneske.” Funktionsleder Katja Holm Hansen.

Personalet oplever, at det har en positiv effekt, da de fleste patienter er glade for at kunne småsnakke lidt, når de bor på patienthotellet. Men det handler om, at personalet har situationsfornemmelse og ved, hvad normer og etikette er, det har en drøftelse forud hjulpet med, fortæller funktionsleder Katja Holm Hansen.

Adfærd og kommunikation som sætter patienten først

Der er tydelige retningslinjer for kommunikation og adfærd, som sætter patienten først. På patienthotellet er det vigtigt, at personalet tager øjenkontakt med patienterne og hilser på dem, når de møder dem, fx på gangene, eller når de gør rent.

Der er ingen private telefoner eller mobiler i kundeområdet, det foregår ude bagved. ”Det samme gælder privat snak, vores patienter har ikke brug for at vide, hvad vi har lavet i weekenden, de har brug for at vide, at de er i fokus, og at vi er der for dem.”, fortæller funktionsleder Katja Holm Hansen.

Det handler om at huske, at ”patienterne de kommer her måske kun en gang i deres liv, og så kan det være, at det er rigtigt alvorligt. Vi går her hver dag og glemmer måske, hvorfor vi er her som medarbejder, men der skal vi huske på, at vi er her kun fordi, at der er nogle patienter” (Funktionsleder Katja Holm Hansen).

Værdi og kodeks der skaber arbejdsglæde

Funktionsleder Katja Holm Hansen oplever, at det at se filmen og drøfte udvalgte temaer i afdelingen smitter af på arbejdsmiljøet. Det giver arbejdsglæde, når personalet får fokus på deres kerneopgave og ved, hvad de bidrager med i afdelingen, og hvordan de bidrager på en god måde.

Afslutningsvis er det vigtigt at gøre opmærksom på, at det er et nyt initiativ, som ”forhåbentlig har givet anledning til gode diskussioner og fokusområder og affødt små

forandringer i måden, man omgår patienterne på i afdelingerne”, fortæller Funktionsleder Katja Holm Hansen. Hvilke reaktioner og effekt initiativet får fremadrettet er derfor for tidligt at sige noget om endnu. Katja Holm understreger, at filmene ikke kan stå alene, men skal ses i sammenhæng med de konkrete tiltag i afdelingerne og en række andre initiativer som fx patientpaneler og fokusgruppeinterview.

Overordnede værdier og kodeks skal derfor fortolkes og give mening i den specifikke afdeling.

For yderligere oplysninger, kontakt:

Katja Holm Hansen, Funktionsleder og sekretariatschef og Anne Kragh-Sørensen, Afdelingschef på Patienthotellet, Odense Universitetshospital på e-mail: katja.hansen@rsyd.dk og anne.kragh-soerensen@rsyd.dk

Vigtige elementer i arbejdet med kommunikation og adfærd på patienthotellet

- Udarbejd en handlingsplan for fokusområder vedr. kommunikationen, der skal forbedres
- Arbejd med serviceprocesser og sæt standarder for kommunikation og fremtræden på afdelingen
- Fokus på afdelingens produkter
- Gennemtænk og drøft forskellige patient-personale scenarier og udarbejd beskrivelser for situationer, der kan være vanskelige i mødet med patienten
- Drøft den professionelle/faglige rolle i forhold til generel etikette og ikke-faglig samtaler med patienten
- Fremhæv hvordan personalet bør fremtræde overfor patienten (øjeblikkontakt, hilse med navn, hilse på gangen og i elevatoren, ingen telefoni eller mobiler i kundeområdet)
- Sæt fokus på hvordan personalet bidrager med at sætte patienten først
- Fokus på gæsten og det tværfaglige samarbejde





6 De fysiske rammer

Hvordan sygehuse ser ud, og hvordan de er indrettet, er vigtigt for ambulante patienter, der mens de venter på deres ambulante besøg, opholder sig i ventearealer. For indlagte patienter udgør de fysiske rammer også en vigtig rolle, da nogle indlagte patienter befinder sig på sygehuset i flere dage under deres indlæggelse. Flere internationale undersøgelser peger på, at de fysiske rammer på sygehuse har betydning for faktorer som patientens indlæggelsestid, oplevelse af smerte, graden af samvær med deres pårørende m.v. (Frandsen et al. 2009, Ulrich et al. 2008). De fysiske rammer er altså en medvirkende del af selve helingsprocessen.

I spørgeskemaet for LUP 2016 er der to spørgsmål relateret til de fysiske rammer²⁴. Spørgsmålene er afgrænset til at handle om, hvorvidt afdelingens lokaler er rene, om der er ro til hvile og søvn og kvaliteten af skiltningen til afdelingen/ambulatoriet. Spørgsmålene rummer nogle dimensioner af de fysiske rammer, men ikke alle.

Om temaet

Vi vil i dette temaafsnit se på betydningen af de fysiske rammer for patientoplevelsen og for behandlingsresultatet. For at konkretisere hvordan afdelinger har arbejdet med fysiske rammer, indeholder temaafsnittet tre cases.

Helende arkitektur

Helende arkitektur er et designkoncept, der hviler på at arkitekturen kan medvirke til at fremme en helingsproces. Udgangspunktet er ikke, at arkitekturen i sig selv kan helbrede, men at den i form af dagslys, stemning, farver, lyd, mulighed for at være privat og tryk kan understøtte helingsprocessen.

Designkonceptet er primært blevet anvendt til byggeri i sundhedsvæsenet.

Rapporten "Helende Arkitektur" (Frandsen et al. 2009) er et review baseret på 200 artikler. Rapporten gennemgår den eksisterende viden om, hvordan karakteristika ved de fysiske rammer påvirker forskellige faktorer af behandlingsresultatet og patientoplevelsen.

De tre cases omhandler afdelinger, der har arbejdet med indretning og de fysiske rammer på forskellig vis og med forskelligt fokus. To af casesne er eksempler på, hvordan afdelinger har ændret indretningen, og den tredje case handler om etableringen af et de nye supersygehus. Fælles for alle tre cases er, at de har fokus på at skabe den gode patientoplevelse samtidig med at skabe optimale rammer for effektive arbejdsgange. Formålet er at inspirere til, hvordan afdelinger kan arbejde med fysiske ram-

²⁴ Se spg. 19 og 23 for ambulante patienter, spørgsmål 21 og 24 for akut indlagte patienter og spørgsmål 19 og 22 for planlagt indlagte. Spørgeskemaerne findes på: <http://patientoplevelser.dk/lup/sporgeskemaer>

mer. De tre cases er baseret på interviews med personale på afdelingerne og patienter samt en arkitekt med særlig viden om sygehusbyggeri.

I temaafsnittet definerer vi de fysiske rammer som et givent rums placering, disposition, planløsning, indretning, materialer og udstyr (Frandsen et al. 2009). Det handler således om et rums rammer og indholdet, der udfylder et rums rammer.

Evidensbaseret design

Evidensbaseret design er en metode til at kvalificere og udvikle arkitektur baseret på videnskabelig dokumenteret viden med det formål at øge kvaliteten af arkitekturen. Metoden er udviklet med udgangspunkt i videnskabelige forskningsmetoder. Målet med evidensbaseret design er, at kunne dokumentere målbar forbedringer i form af fx brugertilfredshed og produktivitet.

Evidensbaseret design adskiller sig fra helende arkitektur ved at indeholde arkitekturens målbare effekt.

Frandsen et al. 2009.

6.1 De fysiske rammer påvirker behandlingsresultatet og patienttilfredsheden

Undersøgelser viser, at de fysiske rammer har betydning for behandlingsresultatet og patienttilfredsheden (Frandsen et al. 2009). Samtidig fremhæver patienter, at de fysiske rammer er vigtige i deres møde med sundhedsvæsenet (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015).

Hvad synes patienter er vigtigt ved de fysiske rammer?

Alle patientgrupper:

- Mulighed for at tale fortroligt uden at andre patienter kan lytte med
- Lyse og behagelige omgivelser
- Rene omgivelser
- Tydelig skiltning
- Ledige p-pladser

Indlagte patienter:

- Mulighed for underholdning i form af tv

Kræftpatienter:

- Enestuer

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015

Hvad har de fysiske rammer betydning for?

Undersøgelser viser, at:

- Lys har betydning for forskellige faktorer som smerte, søvn, døgnrytme, indlæggelsestid, medicineringsfejl, dødelighed, stress, depression, tilfredshed, glæde og orientering om tid og sted.
- En undersøgelse viser, at patienter, som er indlagt på sydvendte lyse stuer på en intensiv hjertemedicinsk afdeling, er indlagt signifikant kortere tid end patienter på nordvendte mørke stuer. Dødeligheden er også lavere for patienter indlagt på de sydvendte stuer. Patienter på sydvendte lyse stuer bruger 22 % mindre smertestillende medicin i forhold til patienter på nordvendte mørke stuer efter deres rygoperation.
- Muligheden for et privat rum under indlæggelse og besøg på sygehuset øger pårørendes deltagelse i plejen af patienten. Nogle patienter undlader at fortælle information om deres sygehistorie, hvis de oplever, at andre patienter kan høre eller se dem under en undersøgelse. Tilstedeværelsen og udformningen af de sociale rum betyder, at pårørende besøger patienter oftere, hvis der er rum, der er velegnede til det.
- En åben planløsning, hvor patienten kan se personalet, understøtter oplevelsen af, at personalet er tilgængeligt og nærværende. Det er vigtigt for patientens oplevelse af tryghed.
- Fællesrum bliver oftere anvendt, hvis de er trukket væk fra trafikerede gange, og hvis der er mulighed for både at være privat og social. Sociale rum, der er indrettet med høj grad af hjemlighed (tapet, tæpper, blomster, sofaer etc.), øger graden af socialt samvær.

Frandsen et al. 2009

6.2 Fælles Medicinsk Ambulatorium: Samme dag under samme tag

Holbæk Sygehus har som en del af en større ombygning samlet seks medicinske specialer i ét fælles ambulatorie. Den typiske patient i ambulatoriet er en ældre patient, der har flere kroniske sygdomme, og som derfor går til kontrol hos flere forskellige specialer. Afsnitsledende sygeplejerske Lone Glistrup fortæller, at formålet med ombygningen har været at samle de medicinske specialer, så patienten ikke skal flytte sig, men kan få behandling "under samme tag" og "på samme dag". Udover de seks medicinske specialer har ambulatoriet en blodprøve- og EKG-funktion, så patienter ikke skal andre steder på sygehuset for disse undersøgelser. Til ambulatoriet er der tilknyttet p-pladser, så patienterne ikke skal gå langt.

Ombygningen skete på baggrund af en analyse, der viste, at de mest syge patienter er tilknyttet to til fire specialer. I ombygningen har fokus været på at forbedre oplevelsen for den gruppe. Når flere ambulante besøg samles på én dag betyder det dog, at patienterne opholder sig længere tid i ambulatoriet typisk mellem halvanden til fire timer. Når ventetiden i ambulatoriet bliver længere stiller det krav til de fysiske rammer.

Hjemlighed, zoner og sygeplejerske

Fordi patienterne opholder sig længere tid i ambulatoriet, og fordi de skal se flere specialer samme dag, ville Holbæk Sygehus gerne skabe nogle fysiske rammer, hvor patienterne både kunne forberede sig til det næste, der skal ske under deres besøg, samt give dem mulighed for at hvile sig mellem deres ambulante tider. Der er derfor etableret forskellige zoner i venteområdet, hvor patienterne i én zone kan trække sig tilbage fx i hvilelænestole. I en anden zone er der borde med mulighed for at arbejde. I en tredje zone er der et højbord, hvor patienterne kan læse magasiner og se videoer af, hvordan fx en EKG-undersøgelse foregår. Som patient giver det mulighed for at forberede sig på, hvad der

skal ske til den næste undersøgelse, og derved er det en måde at udnytte ventetid på ved at bruge den som informationstid. Til at designe ambulatoriet har Holbæk Sygehus fået hjælp fra en indretningsarkitekt.



Udover ændringerne i de fysiske rammer har Holbæk Sygehus ansat en sygeplejerske, hvis funktion er at være til rådighed i opholdsområderne i ambulatoriets åbningstid. Det er den samme sygeplejerske, der er til stede hver dag mellem 7.30 og 15. Sygeplejersken byder patienterne velkommen, guider patienterne det rigtige sted hen i ambulatoriet, giver faglig information og svarer på eventuelle spørgsmål.

Fælles for ændringerne i de fysiske rammer er patienternes ønske om "hjemlighed". Det er gjort ved at have tæpper i en del af opholdsarealerne. Derudover er der ikke pjecer om sygdom, men i stedet magasiner og tv.

Eksempler på ændringer i de fysiske rammer:

- Hvilelænestole
- Stilleområde med mulighed for at forberede sig på næste undersøgelse
- Højbord
- Gulvtæppe i en del af opholdsrummet
- Wayfinding med ikoner i gulvet
- Wayfinding med farver. Fx er væggen ved blodprøvetagningen grøn
- Udlån af kunst fra Statens kunsthåndværkssamling



Input fra patienter og patientforeninger

Forud for etableringen af det nye fælles medicinske ambulatorie har der været afholdt møder, hvor patienter og patientforeninger er blevet indkaldt for at give input til, hvad de kunne ønske sig af det kommende nye ambulatorie. Desuden har to udviklingssygeplejersker gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter og spurgt til, hvad de godt kunne tænke sig. Udviklingssygeplejerskerne har også lavet en litteraturgennemgang for at hente inspiration andre steder fra. En gennemgående tilbagemelding fra patienterne er, at opholdsarealerne ikke må være for sygehusagtige fx fortrækker patienterne, at ambulatoriet ikke ligger i forlængelse af sengeafdelingen, hvor de meget syge patienter ligger, fordi de helst ikke vil mindes om deres kroniske sygdom og fordi de kroniske patienter ikke opfatter sig selv som syge.

Det gode råd?

Afsnitsledende sygeplejerske Lone Glistrup anbefaler til andre afdelinger, der gerne vil lave lignende omfattende ændringer, at det er vigtigt at inddrage en stor gruppe personer i processen, så der er mange, der har det samme billede af, hvad visionen bag projektet er. Desuden kan mange input og vinkler være med til at gøre det færdige resultat godt. I forbindelse med det Fælles Medicinske Ambulatorium har

der været nedsat 25-30 arbejdsgrupper, der har arbejdet med forskellige dele i projektet.

Hvad siger patienterne om det nye Fælles Medicinske Ambulatorie?



Ambulant patient, 57 år

Hvordan oplever du opholdsområderne?

Jeg synes, at det er rigtig godt. Man føler sig hjemme, hvis man skal vente her længe, og man er ikke sat op på en hård stol. Der er et fjernsyn, og man kan sidde med sin smartphone og gå på nettet.

Er der noget ved indretningen eller de fysiske rammer, du særligt godt kan lide?

Jeg synes, at det er let tilgængeligt, og jeg har aldrig haft problemer med parkering her, så det er også et plus.

Hvad laver du i ventetiden?

Jeg sidder og læser lidt, eller sidder og tjekker mails eller sådan noget.

Hvilken betydning har opholdsområderne og de fysiske rammer for din oplevelse af ambulatoriet?

Det er afslappende og ikke stressende. Det betyder meget, når man skal ind og have taget blodprøver.

Hvordan adskiller de her opholdsområder sig fra andre venteområder, som du har oplevet andre steder i sundhedsvæsenet?

Jeg synes, at det her er top. Det her det er godt i forhold til andre steder.



Ambulant patient, 62 år

Hvordan oplever du opholdsområderne?

De er meget lyse, meget venlige og med mulighed for at slappe af.

Hvilken betydning har opholdsområderne og de fysiske rammer for din oplevelse af ambulatoriet?

Man føler sig mere rolig, mindre stresset, fordi man kan slappe af.

Hvordan adskiller de her opholdsområder sig fra andre venteområder, som du har oplevet andre steder i sundhedsvæsenet?

Det er et roligt miljø og der er lyst og venligt.

Hvilken betydning har opholdsområderne og de fysiske rammer for din oplevelse af ambulatoriet?

Man bliver da glad over det. Jeg kan huske første gang, det var næsten for meget, der blev jeg budt på kaffe tre eller fire gange på den korte tid, jeg sad her.

Hvordan adskiller de her opholdsområder sig fra andre venteområder, som du har oplevet andre steder i sundhedsvæsenet?

De er så moderniserede og lækre. Jeg synes virkelig, det er blevet et dejligt hus.

For yderligere oplysninger, kontakt:

Afsnitsledende sygeplejerske Lone Glistrup,
Fælles Medicinsk Ambulatorium, Holbæk Sygehus på e-mail: lgli@regionsjaelland.dk



Ambulant patient, 81 år

Hvordan oplever du opholdsområderne?

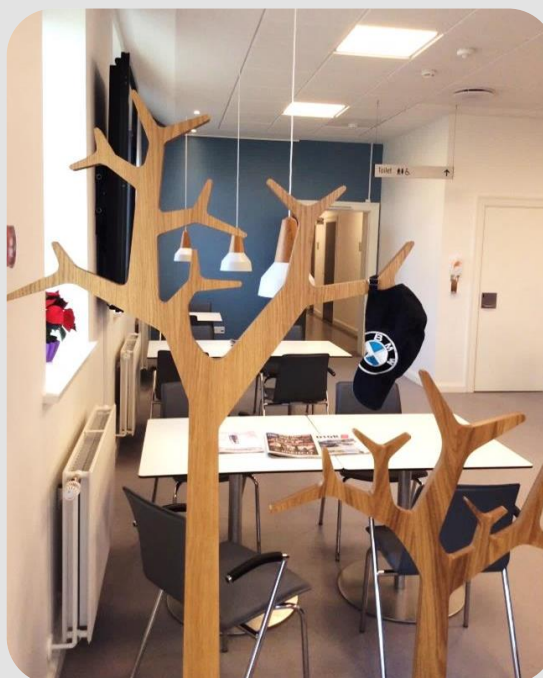
Jamen, altså det her, det er jeg fuldstændig betaget af.

Er der noget, som du særligt godt kan lide?

Jeg synes, at her er rigtig behageligt, indbydende og lyst. Jeg synes stolene er ubehageligt dybe, men det er nok, fordi min dåbsattest er blevet for gammel.

Hvordan oplever du at finde rundt på ambulatoriet?

Det har været let.



6.3 Etablering af Dagkirurgisk Afdeling med udgangspunkt i patientflowet

På Hvidovre Hospital er de dagkirurgiske funktioner samlet på ét sted, så patienten er på samme afdeling før, under og efter en operation. Ledende oversygeplejerske Susi Thorup på Dagkirurgisk Afdeling fortæller, at formålet med Dagkirurgisk Afdeling er, at skabe et forløb, hvor der ikke er unødvendig ventetid undervejs, hvilket stiller krav til udformningen af de fysiske rammer.



Udgangspunkt i patientflow

Forud for etableringen af Dagkirurgisk Afdeling blev der samlet en gruppe bestående af en arkitekt, læger og sygeplejersker, der arbejder med dagkirurgi. Sammen beskrev de, hvordan det optimale patientflow ser ud for den dagkirurgiske patient. Det var det udgangspunkt, som Dagkirurgisk Afdeling blev etableret og indrettet efter.

Korte afstande og færre flaskehalse i forløbet

For at undgå unødvendig ventetid undervejs går patienterne fx selv til operationsstuen i stedet for at tilkalde en portør. Det stiller krav til indretningen af afdelingen, hvor der skal være korte afstande mellem de forskellige funktioner. Både reception, operationsstuer og opvågningsstuer er samlet, så patienterne selv kan gå rundt mellem de forskellige funktioner i deres operationsforløb eller blive kørt i en hvilestol af den læge, som har opereret dem. På den måde opstår der ikke flaskehalse pga. ventetid på portør, og patienterne har et samlet forløb med gennemgående personale på samme afdeling.

Flere funktioner i venteområdet, skov på væggene og musik i gangene

Venteområdet i Dagkirurgisk Afdeling er forbeholdt patienter og ikke pårørende, så patienterne kan få ro inden deres operation. Derudover er der etableret et akvarium og venteområdets tv har et lydsystem, der muliggør, at lyden målrettes de patienter, der sidder tæt på tv'et, mens en lydbariere gør, at lyden ikke kan høres, hvis patienterne sidder i hvilelænestole, der er placeret i den modsatte ende af rummet. Det muliggør, at det samme rum har mulighed for at have flere funktioner og opfylde flere patientbehov.

For at minimere oplevelsen af, at det er et operationsområde, er væggene på vej til operationsstuerne tapetseret med billeder af skov, og der afspilles musik.

Løbende udvikling af de fysiske rammer

På Dagkirurgisk Afdeling er de fysiske rammer ikke statiske. Fra dag ét efter åbningen af afdelingen er alle patienter blevet ringet op dagen efter deres operation, for at afdelingen kan få patienternes tilbagemelding på deres oplevelse af deres forløb. Med udgangspunkt i patienternes tilbagemeldinger laver Dagkirurgisk Afdeling løbende ændringer og justeringer. Et eksempel på en ændring er ekstra tæpper til patienterne i venteområdet.



Gevinst for patienter og personale

For patienterne har den nye Dagkirurgiske Afdeling betydet, at de møder langt færre personale, fordi de kun er ét sted og ikke skal transporteres mellem forskellige afdelinger. Desuden er de fysiske rammer etableret sådan, at patienterne hele tiden kan se personalet, hvilket kan være med til at gøre patienterne mere trygge.

Personalets tilbagemeldinger er, at det er rart at arbejde i lyse og venlige lokaler, og at de følger patienterne fra de kommer ind ad døren, til de går ud ad den samme dør igen.

For yderligere oplysninger, kontakt:

Ledende oversygeplejerske Susi Thorup, Dagkirurgisk Afdeling, Hvidovre Hospital på e-mail: susi.thorup@regionh.dk



6.4 Det kommende sygehus i Gødstrup: Fra innovationsstald til supersygehus

Gødstrup Sygehus er et af de kommende såkaldte supersygehuse. Det nye Gødstrup Sygehus skal huse alle patientgrupper. Det er tegnestuen Arkitema Architects, som del af konsortiet CuraVita, der står bag udformningen af sygehuset, hvor de har taget udgangspunkt i litteraturen bag begreberne "helende arkitektur" og "evidensbaseret design". Arkitekt og kreativ leder Stence Guldager fra Arkitema fortæller, at de i udformningen af det kommende sygehus derudover har lagt vægt på effektivitet, så funktioner eller personaler, der skal samarbejde, er placeret tæt på hinanden. Selve sygehuset er opbygget af en base i tre etager med primært ambulatorier på stueplan, så det er let for de ambulante patienter at komme til. Sengestuerne er placeret i tårne, så indlagte patienter, der skal opholde sig på sygehuset i længere tid, får en god udsigt. Materialerne er valgt med det formål, at de skal udstråle varme og bidrage til en hjemlig atmosfære.

En anden bærende tanke er, at det kommende sygehus skal være fleksibelt, så det er relativt enkelt at ombygge og bygge til, i takt med at behovene ændres, når der eksempelvis bliver behov for andre eller flere funktioner. Det gør det kommende sygehus omstillingsparat over for fremtidens patientsammensætning og behandlingsmetoder.

Sygehusbyggerier

- Der vil i alt blive etableret 18 supersygehuse, heraf vil seks være nybyggerier i henholdsvis Aalborg, Gødstrup, Aarhus, Odense, Køge og Hillerød
- Der bygges for i alt 41 milliarder kr.
- Supersygehusene står klar til åbning mellem 2019 og 2021

Danske Regioner 2017

Inddragelse af personale: Brugermøder og innovationsstald

Inddragelse af personalet har været en vigtig del af udformningen af Gødstrup Sygehus og har bidraget til, hvordan det kommende sygehus kommer til at se ud. Fx er det undervejs blevet klart, at der er forskellige behov i forskellige ambulatorier, og derfor bliver der mulighed for at variere over en skabelon så ambulatoriet er tilpasset de enkelte afsnit. Der er nedsat 12 brugergrupper, der er bredt repræsenteret af 15 til 20 personer bestående af alle fagområder herunder bl.a., driften samt klinisk og administrativt personale. Derudover har der været arkitekter og repræsentanter fra arbejdsmiljø og patientsikkerhed med i brugergrupperne. Brugergupperne har beskæftiget sig med forskellige dele af sygehuset og har haft en fast mødekadence.



Patienter har været indirekte inddraget via projektets udgangspunkt i "helende arkitektur" og "evidensbaseret design".

Der er etableret en innovationsstald. Innovationsstalden står på den mark, hvor sygehuset skal bygges, og er en tidligere stald. Den er nu ombygget og fungerer som værksted og eksperimentarium. Formålet med innovationsstalden er at få mulighed for at afprøve indretning, størrelse og materialer i størrelsesforholdet 1:1. Innovationsstalden er indrettet med mobile vægge og sygehusinventar som senge og kørestole. Det giver mulighed for at afprøve, om fx portørerne kan komme rundt med senge ved elevatorerne, eller om der skal være mere plads. Indretningen af de kommende medicinrum er også blevet afprøvet ligesom forskellige gulvtyper er blevet rullet ud for at teste, hvordan de føles at gå på, og hvordan det fungerer, når senge skal transporteres på dem.

Den kommende patientoplevelse

Når patienterne træder ind ad døren på det kommende Gødstrup Sygehus er håbet fra arkitekterne, at patienterne vil føle sig hjemme, velkomne og i trygge hænder og ikke opleve unødigt stress.

Det skal atmosfæren, de valgte materialer, dagslys og brug af god wayfinding²⁵ medvirke til. Derudover vil indlagte patienter have énsengsstuer, så de har ro og mulighed for at være sammen med deres pårørende uden andre medpatienter. Samtidig er der lagt vægt på at skabe sociale rum både ude og inde, hvor patienterne kan opsøge et fællesskab med andre patienter.

Gode råd om inddragelse af brugere:

- Aktivér brugerne og gør dem medskabende ved at give møder præg af workshop med fx gruppearbejde og brug af "procesredskaber" som spil, fælles brainstorming og brug af 3D modeller
- Udfordre brugerne på løsninger ved at stille spørgsmål for at stimulere nytænkning og innovation
- Som supplement til inddragelse af personale kan patienter og også pårørende inddrages med stor fordel

Danske Regioner 2017

Gode råd til dig, der vil arbejde med de fysiske rammer på baggrund af de tre cases:

- Inddel venteområder/opholdsrum i flere zoner med mulighed for forskellige aktiviteter og adspredelse fx hvile, arbejde, læse m.v.
- Skab en oplevelse af hjemlighed med fx tæpper, dekoration på vægge, musik i gangene og overvej at undgå brochurer om sygdom.
- Afprøv så mange elementer som muligt før den egentlige etablering.
- Kig på hvordan patienten bevæger sig gennem afdelingen og lav ændringer i tråd med det.
- Inddrag brugere (personale og patienter).

²⁵ Wayfinding refererer til informationssystemer, der guider patienter og pårørende igennem et givent område for på den måde at lette opgaven med at finde vej. Eksempler på wayfinding på sygehuse er farvede streger i gulvet, symboler m.v.



7 Fakta om LUP 2016

Afsnittet beskriver væsentlige fakta for LUP 2016 og indeholder bl.a. information om konceptet for undersøgelsen, dimensioner, inklusion af patienterne, udsendelsesproceduren og svarprocenter for undersøgelsen. Yderligere information om undersøgelsens baggrund, metode og patientkarakteristika findes i publikationen "Faktarapport LUP 2016" på www.patientoplevelser.dk/lup16/materiale.

7.1 Konceptet for undersøgelsen

Tre patientgrupper

LUP opdeles i tre patientgrupper for henholdsvis planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter. Andelen af korttidsindlagte patienter er gennem årene blevet større, og for de indlagte patienter inkluderes alle patienter uanset indlæggelsestid. De tre patientgrupper har hver deres spørgeskema (bilag 1).

Fælles spørgeskema på tværs af regionerne

Samtlige spørgsmål i undersøgelsen er fælles på tværs af regionerne, og benchmarkes i forhold til et nationalt resultat. De fleste af spørgsmålene i spørgeskemaet besvares ved en fempunkts svarskala, der også afrapporteres ved et gennemsnit, der anvendes ved formidling af udviklingen over tid eller forskelle på tværs af data.

Årlige temaspørgsmål

Der er fem årlige temaspørgsmål for hver patientgruppe. Temaspørgsmålene stilles for et år ad gangen, og dermed er det ikke muligt at føl-

ge en udvikling over tid i svarene. 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, men de kan også være forskellige. For LUP 2016 er der fem temaspørgsmål, som vedrører kommunikation mellem personalet og med patienten samt personalets viden om patientens eventuelle øvrige sygdomme og patientens oplevelse af at have én eller flere blandt personalet, som var særligt tilknyttet dem.

Flere udsendelser og afrapportering til alle niveauer

Udsendelsen af spørgeskemaer sker af tre omgange i løbet af inklusionsperioden, for at tiden fra patienternes indlæggelse/besøg til patienten modtager spørgeskemaet er så kort som mulig. Enhedsrapporter udsendes til regioner, sygehuse og afdelinger.

Dimensioner samler svar fra spørgsmål om samme tema

For at give et overblik over resultaterne i LUP er spørgsmålene i undersøgelsen inddelt i en række såkaldte dimensioner (bilag 2). 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. En-

kelte dimensioner består også kun af ét enkelt 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" 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 7.1).

For yderligere information om udvikling og validering af dimensionerne se:

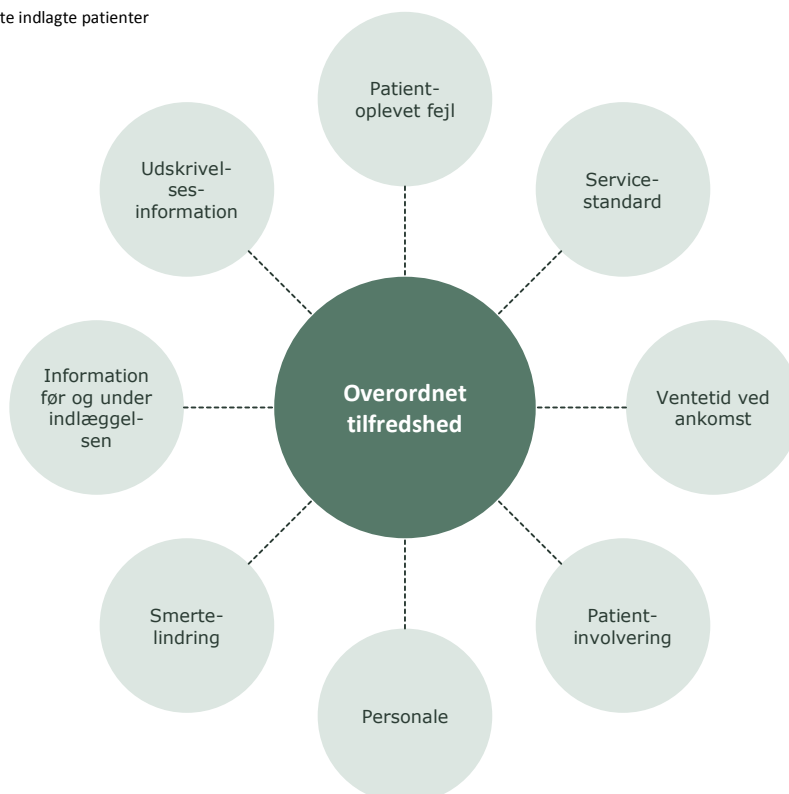
www.patientoplevelser.dk/lup16/materiale.

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. Dimensionscoren er gennemsnittet af de enkelte respondents scorere.

Figur 7.1: Vigtige områder, der har betydning for patienternes oplevelse af "Overordnet tilfredshed"

Eksempel for planlagte indlagte patienter



7.2 Fakta om undersøgelsen

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 per patientgruppe af det samlede udtræk. På afdelinger/ambulatorier, hvor der har været færre end 400 patienter i inklusionsperioden, er samtlige patienter inkluderet i undersøgelsen.

For afdelinger med ambulante patienter gælder desuden, at hvis en afdelings ambulante patienter dækker flere matrikler eller flere specialer, så opjusteres stikprøven fra 400 til maksimalt 1200 afhængig af ambulatoriets størrelse. Er der færre patienter i inklusionsperioden end det fastsatte antal, er samtlige patienter inkluderet.

I undersøgelsen indgår 34.678 patienter, der har været planlagt indlagt, 62.735 der har været akut indlagt og 158.847, der har været i ambulant behandling, som mulige respondenter. Patienterne fordeler sig på i alt 412 afdelinger, som har én eller flere af patientgrupperne tilknyttet. Patienter, der både har været planlagt indlagt, akut indlagt eller haft et ambulant 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.-31. august, 1. september–30. september og 18. oktober–31. oktober 2016
- Ambulante patienter, der har haft et besøg på et ambulatorium i perioden 18.-31. august, 17.-30. september samt 18.-31. oktober 2016.

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.

Fra indlæggelse/ambulant besøg til udsendelse af resultater

Figur 7.2. viser undersøgelsens tidsmæssige forløb. Der er udsendt spørgeskemaer til patienterne ad tre omgange i hhv. september, oktober og november (bilag 1). Spørgeskemaerne udsendes ad tre omgange for at sikre, at der går kortest mulig tid, fra patienterne bliver udskrevet eller er til ambulant besøg, til de modtager spørgeskemaet.

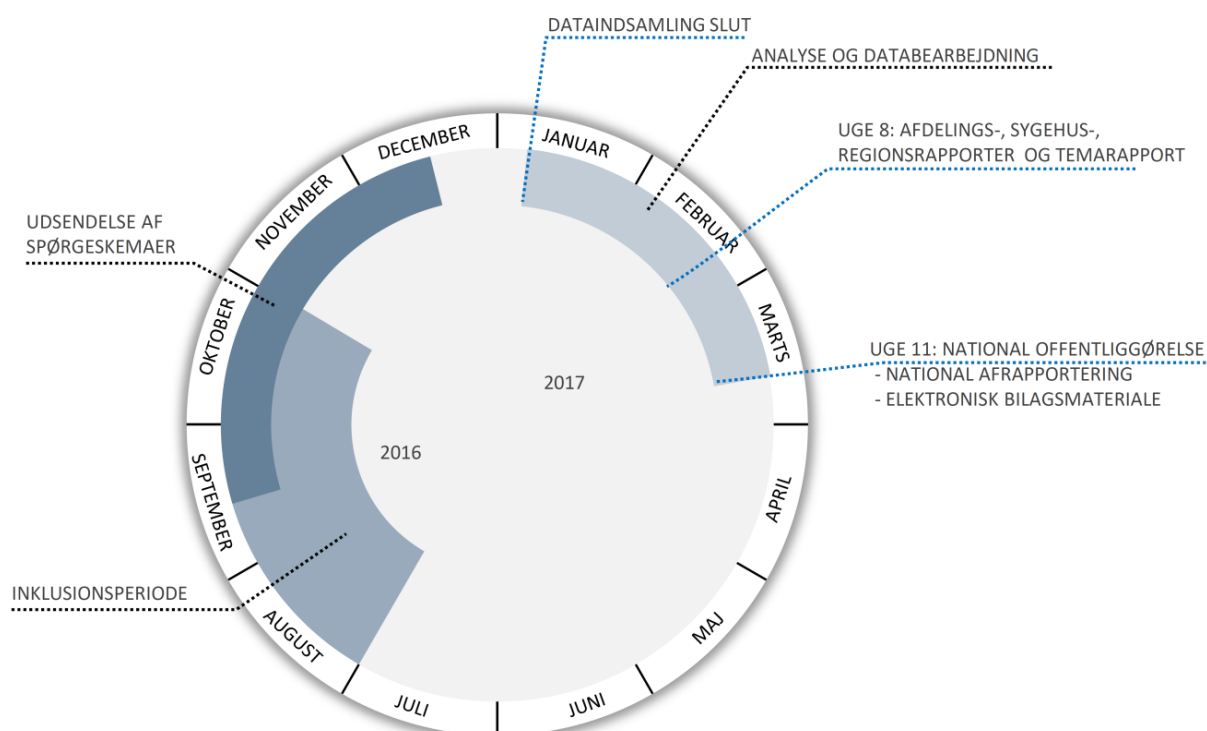
Alle inkluderede patienter med en digital postkasse har indledningsvist modtaget invitation til at deltage i undersøgelsen i deres digitale postkasse. Derudover har børn under 15 år, fået Digital Post via deres forældre, hvis de kan modtage Digital Post. Det betyder, at 81 % har fået invitationen digitalt, mens de resterende patienter, der ikke har en digital postkasse, har modtaget en fysisk invitation til deltagelse inklusiv et spørgeskema pr. post²⁶.

Patienterne modtager invitationen til at deltage 3-7 uger efter, de har været indlagt eller haft et ambulant besøg på sygehuset. 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 inden for 2-3 uger, modtager en påmindelse inklusiv spørgeskema med fysisk post.

Efter dataindsamlingen er afsluttet, går der seks uger før regionerne, sygehusene og afdelingerne modtager egne resultater. Perioden, fra patienterne er udskrevet/ har haft et ambulant besøg, og indtil afdelingen får resultater af patienternes feedback, varierer mellem 16-29 uger afhængigt af, om patienten er udskrevet eller har været til et ambulant besøg i starten eller i slutningen af inklusionsperioden.

²⁶ Følge- og påmindelsesbreve findes i "Faktarapport LUP 2016" på www.patientoplevelser.dk/lup16/materiale

Figur 7.2 Årshjul for LUP



Foreløbige resultater

I løbet af dataindsamlingsperioden, har afdelinger, sygehuse og regioner, haft mulighed for løbende at følge resultater, der dannes på baggrund af patienternes elektroniske besvarelser. Dette er muligt, idet mellem 72 % - 80 % for de tre patientgrupper, besvarer spørgeskemaet elektronisk. Resultaterne er onlinerapporter i form af frekvensfordelinger. Desuden er det muligt at se besvarelser separat for patienter fra henholdsvis august, september og oktober. Rapporterne er tiltænkt som en mulighed for at følge egne resultater i løbet af indsamlingsperioden. Det giver eksempelvis mulighed for at reagere på en positiv eller negativ udvikling i resultaterne i indsamlingsperioden eller få et indtryk af, om der er områder, der skiller sig væsentligt ud i forhold til det forventede.

Svarprocenter

Svarprocenten for planlagt indlagte patienter er på 68 %, for de akut indlagte patienter er den

på 52 % og blandt ambulante patienter er det 64 % af patienterne, der har besvaret spørgeskemaet. For de planlagt indlagte patienter er det på niveau med svarprocenten for LUP 2015, mens det for de øvrige patientgrupper er et procentpoint lavere.

7.3 Vil du vide mere om LUP

Yderligere information om baggrund, metode og patientkarakteristika findes i "Faktarapport LUP 2016". Publikationen er tilgængelig på www.patientoplevelser.dk/lup16/materiale.

I tillæg til resultaterne i denne nationale rapport for LUP 2016 findes i elektronisk form:

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



8 Kvalitetsforbedringer på baggrund af LUP-resultater

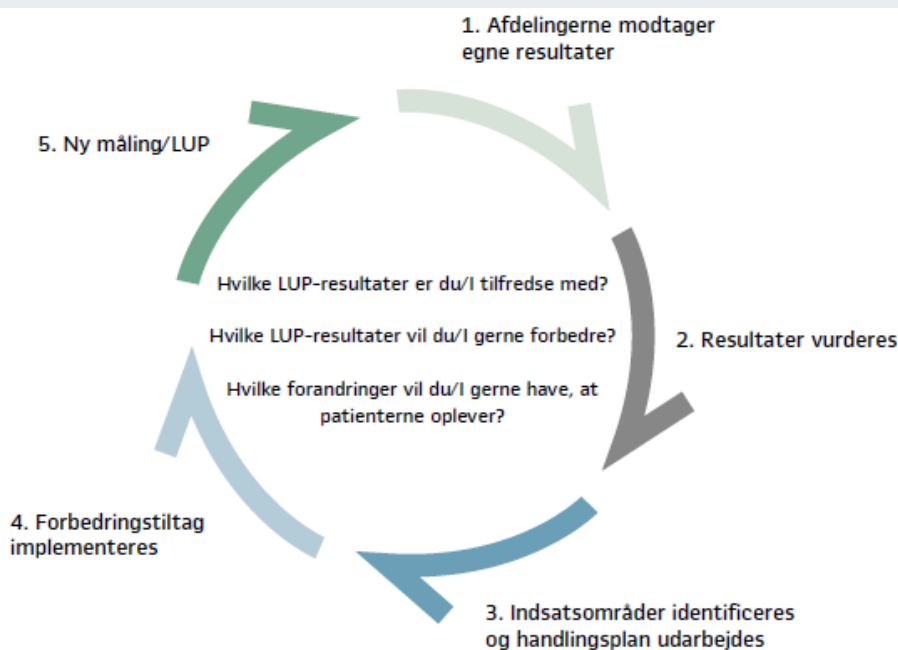
LUP bidrager til at bringe patienternes perspektiv ind i arbejdet med at forbedre kvaliteten på de danske sygehuse, men LUP skaber kun forandring og forbedringer, hvis ledere og medarbejdere forholder sig til resultaterne, følger op på og handler på patienternes feedback. I og med at LUP er en årlig tilbagevendende måling, der gør status på patienternes oplevelser, kan LUP skabe grundlag for en løbende kvalitetsudviklingsproces.

Afdelingerne, der er inkluderet i LUP, er forskellige, og det er forskellige emner, som patienterne vurderer positivt og negativt, og primære indsatsområder er således ikke nødvendigvis de

samme. En styrke ved LUP er derfor, at der afreporteres særskilt til den enkelte afdeling. Dermed er der mulighed for at vurdere den patientoplevede kvalitet så tæt på de involverede patienter som muligt, og derved give ledelsesmæssige enheder relevante resultater.

Kvalitetscirklen, der er illustreret i figur 8.1, viser forskellige trin, der kan indgå i arbejdet med at forbedre den patientoplevede kvalitet med udgangspunkt i LUP-resultaterne. I midten af cirklen er der stillet tre spørgsmål, der kan guide til en prioritering af resultaterne og dermed valg af retning for et givent tiltag.

Figur 8.1: LUP kvalitetscirkel



8.1 Værktøjer til vurdering af resultater

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

- **Sammenligning af egne resultater med resultater fra andre sammenlignelige afdelinger:** I afdelingens LUP-resultater er det angivet, om afdelingens resultat er over (O), under (U) eller ikke forskelligt (G) fra landsresultatet. På den måde kan I se, om I har flere eller færre resultater over eller under landsresultatet end andre tilsvarende afdelinger. Det kan give afdelingen en pejling på, om der er behov for at arbejde med forbedringer. Resultater fra samtlige afdelinger i undersøgelsen findes på www.patientoplevelser.dk/lup16/enhedsrapporter.

- **Gennemsnitsscorer:** Gennemsnitsscoren kan anvendes til at identificere spørgsmålene med de laveste gennemsnitsscorer og vurdere udviklingen i resultater over tid. De spørgsmål kan være med til at pege på områder, hvor der er forbedringsmuligheder.
- **Opdeling på patientkarakteristika:** Enhedsmaterialet for LUP indeholder også figurer og tabeller, hvor patienternes besvarelser er opdelt på patientkarakteristika. Her kan du se, om nogle patientgrupper har særlige udfordringer. Hvilke patientkarakteristika resultaterne er opdelt på fremgår af tabel 8.1. Derudover er det muligt for en afdeling, at få opdelt resultaterne på baggrundsoplysninger, som de selv vælger. Afdelinger har eksempelvis valgt at opdele resultaterne på om patienten fx er opereret i knæ, hofte eller skulder.
- **Udfyldte kommentarfelder:** Som en del af LUP-materialet til de enkelte afdelinger indgår en rapport, som indeholder de kommentarfelder,

Tabel 8.1: Opdeling på patientkarakteristika

Patient- Karakteristika	Planlagt indlagte	Akut indlagte	Ambulante
Køn	M/K	M/K	M/K
Alder	0-59 60+	0-59 60+	0-59 60+
Indlæggelsestid	Under 24 timer 24 timer eller mere	Under 24 timer 24 timer eller mere	
Indlæggelsesdag		Lørdag/søndag Hverdag	
Indlæggelsestidspunkt		Aften/nat Dag	
Udskrivesdag	Fredag Anden dag end fredag	Fredag Anden dag end fredag	
Indlæggelse via akutmodtagelsen		Ja Nej	
Del af et samlet forløb*	Ja Nej		Ja Nej
Årsag til indlæggelsen*	Kontrol Undersøgelse/udredning Medicinsk behandling Operation/kirurgisk indgreb Andet		Kontrol Undersøgelse/udredning Medicinsk behandling Operation/kirurgisk indgreb Andet
Andre indlæggelser/ besøg det seneste år*	Ja, en Ja, flere Nej		Ja, en Ja, flere Nej

* Baggrundsvariablen stammer fra patienternes egne vurderinger, som er angivet i spørgeskemaet

som patienterne har udfyldt. Disse kommentarer indeholder ris og ros til afdelingen samt forslag til, hvordan patienterne synes afdelingen kan forbedre andre patienters oplevelser. I spørgeskemaet er der fire kommentarfelt, som knytter sig til forskellige temaer i spørgeskemaet samt et generelt kommentarfelt, hvor patienterne kan skrive, hvis de synes afdelingen kunne gøre noget bedre, og/eller hvis de gør noget særlig godt.

- **Sammenligning med tidligere LUP-resultater fra egen afdeling.** Der er i resultaterne for LUP i afdelingens resultater en markering af, om resultatet er bedre eller forringet i forhold til året før samtidig med, at de to resultater er fremstillet grafisk ved siden af hinanden.

- **Sammenligning med fastsatte mål eller kvalitetsstandarder.** Hvilke mål eller kvalitetsstandarder ønsker afdelingen at leve op til? Det kan være mål, der er fastsat af regionen, hospitalet eller afdelingen selv. Afdelingen kan fx have fokus på at nå et specifikt mål for gennemsnitsscoren eller for, hvor stor en andel af deres patienter, der eksempelvis ”i meget høj grad” skal opleve at blive mødt af et venligt og imødekommende personale. Hvis LUP-resultaterne viser, at en stor andel af patienterne vurderer, at personalet ikke er venligt og imødekommende, er det et oplagt forbedringsområde.

- **Sammenhold resultaterne med fx patientklager.** Er det de samme problemområder jeres LUP-resultater og jeres patientklager peger på?
- **Yderligere inddragelse af patienter.** LUP-resultaterne kan sjældent stå alene, og der vil typisk være behov for at komme tættere på de svar, patienterne giver for at finde løsninger på de udfordringer, som LUP-resultaterne har været med til at indkredse. Det kan være nødvendigt at inddrage patienternes perspektiv yderligere ved hjælp af andre metoder, for at uddybe de mere overordnede tilbagemeldinger (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2011). Dette kan fx gøres ved:
 - Dialog med patienter og pårørende om afdelingens konkrete resultater. Her kan patienterne kommentere på resultaterne og derigennem udfolde, hvilke oplevelser der kan gemme sig bag resultaterne. Desuden kan patienterne prioritere, hvad de mener, er vigtigt at fokusere på.
 - Enkeltpersons- eller fokusgruppeinterview med patienter, hvor I kan få yderligere og mere dybdegående information om udvalgte emner.
 - Egne mindre spørgeskemaundersøgelser, der fokuserer på udvalgte emner, hvor der kan stilles flere og uddybende spørgsmål.
 - Skygning af patienter og personale

9 Referencer

Ammertorp, Jette, Mainz, Jan; Sabroe, Svend, 2006: "Kommunikation i sundhedsvæsenet – med fokus på den patientoplevede kvalitet hos voksne og børn/unge." Oversigtsartikel. Ugeskrift for læger, Vol. 168, nr. 40

Amtsrådsforeningen, 2003: "Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet"

Danske Regioner 2015: Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen.

<http://www.regioner.dk/media/3191/magasinet-borgernes-sundhedsvaesen-2016.pdf> (Tilgået december 2016)

Danske Regioner, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeforeningen og Yngre Læger. 2015 Nationalt rammepapir om den behandlingsansvarlige læge.

<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2015/Documents/2178/2667459.PDF> (Tilgået december 2016).

Danske Regioner, Godt Sygehusbyggeri <http://www.godtsygehusbyggeri.dk/> (Tilgået december 2016.)

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013: Forandringsmodellen:

http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/metoder_til_hurtige_og_holdbare_forbedringer_i_sundhedsv_senet_okt2013.pdf (Tilgået november 2016)

DEFACTUM 2016: Det patientcentrerede sygehus. En undersøgelse af patienters oplevelser af deres sygehusindlæggelse – især med fokus på ønsker til og faktisk involvering i egen behandling

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, August 2014: Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet. En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015: Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet? En undersøgelse af seks forskellige patientgruppers samt pårørendes oplevelser af, hvad der er vigtigt for dem, når de har kontakt med det danske sundhedsvæsen.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2016: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015.

Enheden for Brugerundersøgelser 2010: I gode hænder? En kvalitativ analyse af patienters oplevelser af sammenhæng, tryghed og kontaktpersoner." København 2010.

Frandsen, A. K., Mullins, M., Ryhl, C., Folmer, M. B., Fich, L. B., Øien, T. B. og Sørensen, N. L. (2009). Helende arkitektur: Aalborg: Institut for Arkitektur og Medieteknologi. (Institut for Arkitektur og Design Skriftserie, Nr. 29).

Ha, Anat & Longnecker, 2010: "Doctor-Patient Communication: A Review." The Ochsner Journal, Vol. 10, No. 1, pp. 38-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010: Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932> (tilgået december 2016).

Kræftens Bekæmpelse 2013: Patientsikkerhed i kræftforløb. Analyse af utilsigtede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase rapporteret af kræftpatienter og den primære sundhedssektor

Petersen H, Lyngse V, Hørslev L, 2012: "Kommunikationskulturen er ledelsens ansvar." Sund Ledelse n. pag. Print. <http://www.forskningsdatabasen.dk/catalog/2185951272>

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd 2016 A: [Uddybende forståelse til aftale om national model for patientansvarlige læger](#)

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd 2016 B: [Politisk aftale om national model for patientansvarlige læger](#)

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., Dubose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S. et al. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Health Design. HERD, 1(3), 61

Wanzer, Booth-Butterfield & Gruber, 2004: Perceptions of Health Care Providers' Communication: Relationships Between Patient-Centered Communication and Satisfaction. Health Communication, Vol. 16, nr. 3.

10 Bilag

Bilag 1 – Spørgeskemaer til planlagt indlagte, akut indlagte og ambulante patienter

Spørgeskema om planlagt indlæggelse på [Afdeling] på [Sygehus]

DIN MODTAGELSE PÅ AFDELINGEN

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
1. Var personalet forberedt på din ankomst til afdelingen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Var der ventetid, fra du skulle møde, til du blev henvist til en seng (kaldt ind)? <i>Hvis du kom for sent, skal du svare "ikke relevant"</i>	Ikke relevant for mig ☐ Gå til spm. 4	Ingen ventetid (5) ☐ Gå til spm. 4	Kort ventetid (4) ☐	Nogen ventetid (3) ☐	Lang ventetid (2) ☐	Meget lang ventetid (1) ☐	Ved ikke ☐ Gå til spm. 4
	Oplevede ikke ventetid	Ja		Nej			Ved ikke
3. Blev du informeret om årsagen til ventetiden?	☐	☐		☐			☐
4. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til modtagelsen eller forslag til forbedringer:							

PERSONALET UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
5. Var personalet på afdelingen venligt og imødekommende?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Havde personalet sat sig ind i dit sygdomsforløb ved samtaler om din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Havde du mulighed for at tale med personalet om din pleje, når du havde behov for det?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Havde du mulighed for at tale med en læge om din behandling, når du havde behov for det? <i>Hvis du ikke havde behov for at tale med en læge, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PERSONALET'S INVOLVERING AF DIG

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
9. Spurgte personalet ind til <u>dine egne erfaringer</u> med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling? <i>Hvis du ikke havde behov for at deltage i beslutninger, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
12. Havde du samtaler med personalet om, hvordan du bedst håndterer din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FEJL UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ja	Nej	
14. Skete der fejl i forbindelse med din indlæggelse?	☐	☐ Gå til spm. 18	
15. Beskriv ventligst den eller de fejl du oplevede:			

	Ja	Nej	Ved ikke	
16. Vurderer du, at fejlen forlængede din indlæggelse eller medførte en genindlæggelse?	☐	☐	☐	
	Ja, jeg fik skader/mén af fejlen	Ja, fejlen kunne have medført skader/mén	Nej	Ved ikke
17. Fik du skader eller mén af fejlen, eller kunne fejlen have medført skader eller mén efter din vurdering?	☐	☐	☐	☐

BASALE FORHOLD UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
18. Fik du dækket dit behov for mad og drikke?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Var der tilstrækkelig med ro til hvile og søvn?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Fik du dækket dit behov for personlig hygiejne?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Fik du dækket dit behov for smertelindring?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Var der rent i afdelingens lokaler?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMATION FØR OG UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
23. Var du inden din indlæggelse blevet informeret om, hvad der skulle ske under din indlæggelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Var den mundtlige information, du fik under indlæggelsen, forståelig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Fik du svar på de spørgsmål, du stillede, mens du var indlagt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
26. Fik du information om virkninger og bivirkninger ved den medicin (herunder smertestillende), du fik, mens du var indlagt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Blev du løbende informeret om <u>resultaterne</u> af din behandling/undersøgelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMATION VEDRØRENDE DIN UDSKRIVELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
28. Blev du informeret om, hvilke symptomer du skulle være opmærksom på efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Blev du informeret om den videre plan for dit forløb eksempelvis i forhold til opfølgning og/eller genoptræning?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål om din sygdom/tilstand og behandling efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Fik du information om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, du skulle tage efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Skriv venligst her, hvis du har manglet information i forbindelse med din indlæggelse og udskrivelse:							

SAMARBEJDE MED HJEMMEPLEJE/HJEMMESYGEPLEJE/SUNDHEDSPLEJERSKE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
33. Oplevede du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje/sundhedsplejerske samarbejdede om din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DIT SAMLEDE INDTRYK

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
34. Er du tilfreds med den pleje, som du modtog?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Er du tilfreds med den behandling, som du modtog for din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ja		Nej			Ved ikke
37. Har du tidligere været indlagt eller til samtale/undersøgelse, kontrol, prøvetagning mm., som har noget med denne indlæggelse at gøre (<u>dit samlede forløb</u>)? <i>Det kan enten være på samme eller flere forskellige sygehuse</i>		☐		☐		Gå til spm. 40	☐ Gå til spm. 40

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
38. Oplevede du, at én eller flere person(er) havde et særligt ansvar for dit samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Var dit samlede forløb af indlæggelser og/eller ambulante besøg (indenfor det seneste år) godt tilrettelagt? <i>Er forløbet ikke afsluttet, bedes du svare i forhold til det, du har oplevet indtil nu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Skriv venligst her, hvis du synes, at afdelingen kunne gøre noget bedre, eller hvis afdelingen gjorde noget særligt godt:							

TEMASPØRGSMÅL 2016

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
41. Var der en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen? (Fx. talte de pænt til hinanden, havde de respekt for hinanden og et godt samarbejde)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Talte personalet med dig i en respektfuld og god tone?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Var det muligt at tale med personalet om bekymringer i forbindelse med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Havde personalet på afdelingen tilstrækkeligt indblik, hvis du havde andre sygdomme/tilstande, som var relevant under din indlæggelse? <i>Du skal svare "ikke relevant", hvis du ikke havde andre sygdomme/tilstande</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Havde du én eller flere blandt personalet, som særligt var tilknyttet dig under din indlæggelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

46. Angiv, hvad din indlæggelse drejede sig om (sæt gerne flere kryds):			
☐ Kontrol	☐ Medicinsk behandling	☐ Andet	
☐ Undersøgelse/udredning	☐ Operation/kirurgisk indgreb	☐ Det kan jeg ikke vurdere	
Nej	Ja, en	Ja, flere	Det husker jeg ikke
47. Har du haft flere indlæggelser eller ambulante besøg (kontrol, undersøgelse mm.) inden for det seneste år?	☐	☐	☐

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

**Spørgeskema om akut indlæggelse på
[Afdeling]
på [Sygehus]**

DIN ANKOMST TIL SYGEHUSET

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
1. Oplevede du, at det gik hurtigt, fra du <u>ankom til sygehuset</u> , til du blev tilset af en sygeplejerske eller en læge?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Blev du ved ankomsten informeret om, hvad der skulle foregå ved starten af din indlæggelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
3. Tilbød personalet at informere dine pårørende om din situation, hvis du var alene ved ankomsten til sygehuset? <i>Hvis du havde pårørende med, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐		☐			☐
4. Spurgte personalet ind til dit forbrug af medicin, da du ankom til sygehuset?	☐	☐		☐			☐
5. Blev du indlagt via Akutmodtagelsen på sygehuset?	☐	☐		☐			☐
6. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til modtagelsen eller forslag til forbedringer:							

PERSONALET UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
7. Var personalet på afdelingen venligt og imødekommende?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Havde du mulighed for at tale med personalet om din pleje, når du havde behov for det?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Havde du mulighed for at tale med en læge om din behandling, når du havde behov for det? <i>Hvis du ikke havde behov for at tale med en læge, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
10. Oplevede du, at én eller flere person(er) havde et særligt ansvar for dit forløb, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PERSONALET'S INVOLVERING AF DIG

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
11. Spurgte personalet ind til <u>dine egne erfaringer</u> med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling? <i>Hvis du ikke havde behov for at deltage i beslutninger, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Havde du samtaler med personalet om, hvordan du bedst håndterer din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FEJL UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ja	Nej	
16. Skete der fejl i forbindelse med din indlæggelse?	☐	☐ Gå til spm. 20	
17. Beskriv venligst den eller de fejl du oplevede:			

	Ja	Nej	Ved ikke	
18. Vurderer du, at fejlen forlængede din indlæggelse eller medførte en genindlæggelse?	☐	☐	☐	
	Ja, jeg fik skader/mén af fejlen	Ja, fejlen kunne have medført skader/mén	Nej	Ved ikke
19. Fik du skader eller mén af fejlen, eller kunne fejlen have medført skader eller mén efter din vurdering?	☐	☐	☐	☐

BASALE FORHOLD UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
20. Fik du dækket dit behov for mad og drikke?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Var der tilstrækkelig med ro til hvile og søvn?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Fik du dækket dit behov for personlig hygiejne?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Fik du dækket dit behov for smertelindring?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Var der rent i afdelingens lokaler?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMATION UNDER DIN INDLÆGGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
25. Var den mundtlige information, du fik under indlæggelsen, forståelig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Fik du svar på de spørgsmål, du stillede, mens du var indlagt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Stemte de informationer, du fik fra forskelligt personale på afdelingen overens?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Fik du information om virkninger og bivirkninger ved den medicin (herunder smertestillende), du fik, mens du var indlagt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Blev du løbende informeret om <u>resultaterne</u> af din behandling/undersøgelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Blev du løbende informeret om, hvad der skulle foregå?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMATION VEDRØRENDE DIN UDSKRIVELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
31. Blev du informeret om, hvilke symptomer du skulle være opmærksom på efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Blev du informeret om den videre plan for dit forløb eksempelvis i forhold til opfølgning og/eller genoptræning?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål om din sygdom/tilstand og behandling efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Fik du information om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, du skulle tage efter din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Skriv venligst her, hvis du har manglet information i forbindelse med din indlæggelse og udskrivelse:							

SAMARBEJDE MED HJEMMEPLEJE/HJEMMESYGEPLEJE/SUNDHEDSPLEJERSKE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
36. Oplevede du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje/sundhedsplejerske samarbejdede om din udskrivelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DIT SAMLEDE INDTRYK

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
37. Er du tilfreds med den pleje, som du modtog?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Er du tilfreds med den behandling, som du modtog for din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Skriv venligst her, hvis du synes, at afdelingen kunne gøre noget bedre, eller hvis afdelingen gjorde noget særligt godt:							

TEMASPØRGSMÅL 2016

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
41. Var der en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen? (Fx. talte de pænt til hinanden, havde de respekt for hinanden og et godt samarbejde)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Talte personalet med dig i en respektfuld og god tone?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Var det muligt at tale med personalet om bekymringer i forbindelse med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Havde personalet på afdelingen tilstrækkeligt indblik, hvis du havde andre sygdomme/tilstande, som var relevant under din indlæggelse? <i>Du skal svare "ikke relevant", hvis du ikke havde andre sygdomme/tilstande</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Havde du én eller flere blandt personalet, som særligt var tilknyttet dig under din indlæggelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

46. Angiv, hvad din indlæggelse drejede sig om (sæt gerne flere kryds):

- ☐ Undersøgelse/udredning
 ☐ Operation/kirurgisk indgreb
 ☐ Det kan jeg ikke vurdere
- ☐ Medicinsk behandling
 ☐ Andet

	Nej	Ja, en	Ja, flere	Det husker jeg ikke
47. Har du haft flere indlæggelser eller ambulante besøg (kontrol, undersøgelse mm.) inden for det seneste år?	☐	☐	☐	☐

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

Spørgeskema om ambulant besøg i
<<Ambulatorium>>
på <<Sygehus>>

DIN MODTAGELSE I AMBULATORIET

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
1. Var personalet forberedt på din ankomst til ambulatoriet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Var der ventetid, fra du skulle møde, til du blev kaldt ind? <i>Hvis du kom for sent, skal du svare "ikke relevant"</i>	Ikke relevant for mig ☐ Gå til spm. 4	Ingen ventetid (5) ☐ Gå til spm. 4	Kort ventetid (4) ☐	Nogen ventetid (3) ☐	Lang ventetid (2) ☐	Meget lang ventetid (1) ☐	Ved ikke ☐ Gå til spm. 4
	Oplevede ikke ventetid	Ja		Nej			Ved ikke
3. Blev du informeret om årsagen til ventetiden?	☐	☐		☐			☐
4. Skriv venligst her, hvis du har kommentarer til modtagelsen eller forslag til forbedringer:							

PERSONALET VED DIT BESØG

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
5. Var personalet i ambulatoriet venligt og imødekommende?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Havde personalet sat sig ind i dit sygdomsforløb ved dit besøg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Havde personalet i ambulatoriet tid til dig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Var der mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person om din undersøgelse/behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PERSONALET'S INVOLVERING AF DIG

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
9. Spurgte personalet ind til <u>dine egne erfaringer</u> med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling? <i>Hvis du ikke havde behov for at deltage i beslutninger, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
11. Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Havde du samtaler med personalet om, hvordan du bedst håndterer din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMATION FØR, UNDER OG EFTER DIT BESØG

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
13. Var du <u>inden dit besøg</u> blevet informeret om, hvad der skulle ske under besøget?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Var den mundtlige information, du fik <u>under det ambulante besøg</u> , forståelig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Fik du svar på de spørgsmål, du stillede ved det ambulante besøg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål om din sygdom/tilstand og behandling <u>efter dit besøg</u> ? <i>Hvis du ikke havde behov for information, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Fik du information om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, du skulle tage <u>efter besøget</u> ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Skriv venligst her, hvis du har manglet information i forbindelse med dit besøg:							

FEJL VED DIT AMBULANTE BESØG

	Ja	Nej	
19. Skete der fejl i forbindelse med dit besøg?	☐	☐ Gå til spm. 22	
20. Beskriv venligst den eller de fejl du oplevede:			

	Ja, jeg fik skader/mén af fejlen	Ja, fejlen kunne have medført skader/mén	Nej	Ved ikke
21. Fik du skader eller mén af fejlen, eller kunne fejlen have medført skader eller mén efter din vurdering?	☐	☐	☐	☐

RENGØRING

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
22. Var der rent i ambulatoriets lokaler?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TILGÆNDELIGHED OG RÅDGIVNING

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
23. Var der tydelig skiltning til ambulatoriet på sygehuset (klinikken)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Passede ambulatoriets åbningstider til dine behov?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ikke relevant for mig	Ja		Nej			Ved ikke
25. Kunne du komme i kontakt med ambulatoriet ved behov?	☐		☐		☐		☐
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
26. Hvis du efter dit besøg kontaktede ambulatoriet for rådgivning (fx telefonisk, e-mail), var rådgivningen da brugbar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Modtog du ikke rådgivning efter besøget, skal du svare "ikke relevant"</i>							

DIT SAMLEDE INDTRYK

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
27. Er du tilfreds med den pleje, som du modtog?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Hvis du ikke modtog pleje ved dit ambulante besøg, skal du svare "ikke relevant"</i>							
28. Er du tilfreds med den behandling, som du modtog for din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ja		Nej			Ved ikke
30. Har du tidligere været indlagt eller til samtale/undersøgelse, kontrol, prøvetagning mm., som har noget med dette besøg at gøre (<u>dit samlede forløb</u>)?			☐		☐		☐
<i>Det kan enten være på samme eller flere forskellige sygehuse</i>							
	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
31. Oplevede du, at én eller flere person(er) havde et særligt ansvar for <u>dit samlede forløb</u> af indlæggelser og/eller ambulante besøg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
32. Var <u>dit samlede forløb</u> af indlæggelser og/eller ambulante besøg (indenfor det seneste år) godt tilrettelagt? <i>Er forløbet ikke afsluttet, bedes du svare i forhold til det, du har oplevet indtil nu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Skriv venligst her, hvis du synes, at ambulatoriet kunne gøre noget bedre, eller hvis ambulatoriet gjorde noget særligt godt:							

TEMASPØRGSMÅL 2016

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
34. Var der en positiv stemning <u>mellem medarbejderne</u> i ambulatoriet? (Fx. talte de pænt til hinanden, havde de respekt for hinanden og et godt samarbejde)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Talte personalet med dig i en respektfuld og god tone?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Var det muligt at tale med personalet om bekymringer i forbindelse med din sygdom/tilstand?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Havde personalet i ambulatoriet tilstrækkeligt indblik, hvis du havde andre sygdomme/tilstande, som var relevant for dit besøg? <i>Du skal svare "ikke relevant", hvis du ikke havde andre sygdomme/tilstande</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Havde du én eller flere blandt personalet, som særligt var tilknyttet dig, hvis du har haft flere ambulante besøg? <i>Har du kun haft et enkeltstående ambulant besøg, skal du svare "ikke relevant"</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

39. Angiv, hvad dit ambulante besøg drejede sig om (**Sæt gerne flere kryds**):

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kontrol | ☐ Medicinsk behandling | ☐ Andet |
| ☐ Undersøgelse/udredning | ☐ Operation/kirurgisk indgreb | ☐ Det kan jeg ikke vurdere |

	Nej	Ja, en	Ja, flere	Det husker jeg ikke
40. Har du haft flere ambulante besøg (kontrol, undersøgelse mm.) eller indlæggelser inden for det seneste år?	☐	☐	☐	☐

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

Bilag 2 – Dimensioner: Fordeling af spørgsmål for planlagt og akut indlagte samt ambulante patienter

Dimension	Spørgsmåls nr.			Spørgsmålsformulering (kort)*
	Plan	Akut	Amb.	
Modtagelse	-	1	-	Ved ankomst tilses patienterne hurtigt af en sygeplejerske eller læge
	-	2	-	Ved ankomst informeres patienterne om, hvad der skal foregå i starten af indlæg.
	-	3	-	Ved ankomst tilbyder personalet at informere pårørende, hvis patienterne er alene
	-	4	-	Ved ankomst spørger personalet ind til patienternes medicinforbrug
Personale	1	-	1	Personalet er forberedt på patienternes ankomst
	5	7	5	Personalet er venligt og imødekommende
	6	-	6	Personalet har sat sig ind i patienternes sygdomsforløb ved samtaler
	7	8	-	Patienterne har mulighed for at tale med personalet om pleje ved behov
	-	-	7	Personalet har tid til patienterne
	8	9	-	Patienterne har mulighed for at tale med en læge om behandling ved behov
	-	-	8	Patienterne har mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person
Ventetid ved ank.	-	10	-	Patienterne oplever, at én/flere har ansvar for forløb fra ankomst til udskrivelse
	2	-	2	Ventetid fra patienterne skal møde til de bliver kaldt ind
Patientinvolvering	9	11	9	Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand
	10	12	10	Personalet giver patienterne mulighed for at deltagelse i beslutning om behandling
	11	13	11	Personalet giver pårørende mulighed for at deltagelse i beslutninger om behandling
	12	14	12	Patienterne har samtaler med personalet om egen håndtering af sygdom/tilstand
	13	15	-	Personalet tager hensyn til patienternes behov ved planlægning af udskrivelse
Patientoplevelt fejl	14	16	19	Patienterne oplever fejl
Servicestandard	18	20	-	Patienternes behov for mad og drikke er dækket
	19	21	-	Patienterne får tilstrækkelig med ro til hvile og søvn
	20	22	-	Patienternes behov for personlig hygiejne er dækket
	22	24	22	Afdelingens lokaler er rene
	-	-	23	Der er tydelig skiltning til ambulatoriet på sygehuset (klinikken)
	-	-	24	Ambulatoriets åbningstider passer til patienternes behov
	-	-	25	Patienterne kan kontakte ambulatoriet ved behov
Smertelindring	-	-	26	Den telefoniske rådgivning efter besøg er brugbar (kun patienter der har kontakt)
	21	23	-	Patienternes behov for smertelindring er dækket
Info før og under indlæggelse	23	-	-	Patienterne informeres før indlæggelse om, hvad der skal ske under indlæggelse
	24	-	-	Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig
	25	-	-	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse
	26	-	-	Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse
	27	-	-	Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling
Info under indlæggelse	-	25	-	Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig
	-	26	-	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse
	-	27	-	Information fra forskelligt personale på afdelingen stemmer overens
	-	28	-	Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse
	-	29	-	Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling
Information	-	30	-	Patienterne informeres løbende om, hvad der skal foregå
	-	-	13	Patienterne informeres før besøg om, hvad der skal ske under besøg
	-	-	14	Den mundtlige information under besøget er forståelig
	-	-	15	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under besøg
	-	-	16	Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter besøg
Udskrivesinfo	-	-	17	Informet om (bi-)virkninger ved ny medicin, der tages efter besøg
	28	31	-	Informet om symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelse
	29	32	-	Patienterne er informeret om videre plan for forløb fx. opfølgning/genoptræning
	30	33	-	Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelse
Overordnet tilfredshed	31	34	-	Informet om (bi-)virkning ved ny medicin, der tages efter udskrivelse
	34	37	27	Patienterne er tilfredse med plejen
	35	38	28	Patienterne er tilfredse med behandlingen
	36	39	-	Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse
	-	-	29	Patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets forløb.

* Spørgsmålene findes kun for patientgruppe, hvor spørgsmålsnummer er angivet

Bilag 3 – Opgørelse af ”ikke relevant” og ”ved ikke” for patientgrupperne Planlagt indlagte patienter

Tabel for spørgsmål på fempunktsskala

	Svar					
	Vurderings- kategorier (1-5)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Personalet er forberedt på patienternes ankomst	23085	98,2%	175	0,7%	237	1,0%
5. Personalet er venligt og imødekommende	22908	99,4%	103	0,4%	41	0,2%
6. Personalet har sat sig ind i patienternes sygdomsforløb ved samtaler	21368	93,8%	624	2,7%	799	3,5%
7. Patienterne har mulighed for at tale med personalet om pleje ved behov	20364	89,8%	1834	8,1%	472	2,1%
8. Patienterne har mulighed for at tale med en læge om behandling ved behov	15157	67,3%	6441	28,6%	938	4,2%
9. Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand	17558	78,8%	3688	16,5%	1044	4,7%
10. Personalet giver patienterne mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	12509	56,0%	9179	41,1%	639	2,9%
11. Personalet giver pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	10773	48,2%	10395	46,5%	1187	5,3%
12. Patienterne har samtaler med personalet om egen håndtering af sygdom/tilstand	18614	83,3%	3324	14,9%	396	1,8%
13. Personalet tager hensyn til patienternes behov ved planlægning af udskrivelse	18513	82,9%	3249	14,5%	579	2,6%
18. Patienternes behov for mad og drikke er dækket	21232	94,2%	1232	5,5%	78	0,3%
19. Patienterne får tilstrækkelig med ro til hvile og søvn	20319	90,3%	2045	9,1%	126	0,6%
20. Patienternes behov for personlig hygiejne er dækket	18924	84,4%	3337	14,9%	169	0,8%
21. Patienternes behov for smertelindring er dækket	18088	80,8%	4087	18,3%	209	0,9%
22. Afdelingens lokaler er rene	21079	94,0%	400	1,8%	945	4,2%
23. Patienterne informeres før indlæggelse om, hvad der skal ske under indlæggelse	20838	93,9%	1228	5,5%	133	0,6%
24. Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig	21386	96,6%	631	2,8%	127	0,6%
25. Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse	20702	93,9%	1167	5,3%	184	0,8%
26. Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse	16648	75,6%	4867	22,1%	514	2,3%
27. Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling	18699	85,0%	2942	13,4%	368	1,7%
28. Informeret om symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelse	19163	87,0%	2511	11,4%	358	1,6%
29. Patienterne er informeret om videre plan for forløb fx. opfølgning/genoptræning	18683	84,9%	3052	13,9%	265	1,2%
30. Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelse	20049	91,3%	1579	7,2%	333	1,5%
31. Informeret om (bi-)virkning ved ny medicin, der tages efter udskrivelse	10568	48,2%	10679	48,7%	659	3,0%
33. Patienterne oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelse	5620	25,8%	15037	69,0%	1123	5,2%
34. Patienterne er tilfredse med plejen	20380	92,7%	1479	6,7%	116	0,5%
35. Patienterne er tilfredse med behandlingen	20867	95,2%	875	4,0%	176	0,8%
36. Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse	21393	97,3%	506	2,3%	78	0,4%
38. Patienterne oplever én/ flere har ansvar for samlet forløb af indlæggelser/besøg	13079	88,6%	713	4,8%	978	6,6%
39. Samlet forløb af indlæggelser/besøg er godt tilrettelagt	13939	94,4%	501	3,4%	320	2,2%
41. Der er en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen	20037	91,3%	397	1,8%	1516	6,9%
42. Personalet taler med patienterne i en respektfuld og god tone	21726	99,0%	122	0,6%	93	0,4%
43. Patienterne har mulighed for at tale med personalet om bekymringer	17973	82,6%	3181	14,6%	598	2,7%
44. Personalet har tilstrækkeligt indblik, hvis patienterne har andre sygdomme	9858	45,4%	10830	49,9%	1027	4,7%
45. Patienterne har én/ flere blandt personalet, som er særligt tilknyttet dem	16758	77,3%	2865	13,2%	2044	9,4%

Tabel for ja/nej-spørgsmål

	Svar					
	Vurderings- kategorier (ja og nej)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
3. Patienterne er informeret om årsag til ventetid	10106	81,1%	1587	12,7%	763	6,1%
14. Patienterne oplever fejl	22380	100,0%	-		-	
16. Patienterne vurderer, fejlen forlænger indlæggelse eller fører til genindlæggelse	1695	86,0%	-		276	14,0%
17. Patienterne vurderer, de har fået eller kunne have fået skader eller mén af fejlen	1508	76,8%	-		455	23,2%

Tabel for ventetidsspørgsmålet

	Svar					
	Vurderings- kategorier (1-5)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
2. Ventetid fra patienterne skulle møde til de bliver henvist til en seng (kaldt ind)	22439	97,3%	487	2,1%	126	0,5%

Akut indlagte patienter

Ikke relevant og ved ikke for akut indlagte patienter

Tabel for spørgsmål på fempunktsskala

	Svar					
	Vurderings-kategorier (1-5)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Ved ankomst tilses patienterne hurtigt af en sygeplejerske eller læge	31005	95,6%	567	1,7%	851	2,6%
2. Ved ankomst informeres patienterne om, hvad der skal foregå i starten af indlæg.	29106	91,6%	1126	3,5%	1550	4,9%
7. Personalet er venligt og imødekommende	31356	98,9%	150	0,5%	188	0,6%
8. Patienterne har mulighed for at tale med personalet om pleje ved behov	27979	89,0%	2558	8,1%	886	2,8%
9. Patienterne har mulighed for at tale med en læge om behandling ved behov	24233	77,4%	5865	18,7%	1220	3,9%
10. Patienterne oplever, at én/f flere har ansvar for forløb fra ankomst til udskrivelse	27926	88,7%	1270	4,0%	2274	7,2%
11. Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand	24188	79,7%	4146	13,7%	2001	6,6%
12. Personalet giver patienterne mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	17159	56,2%	11998	39,3%	1354	4,4%
13. Personalet giver pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	14548	47,7%	13875	45,5%	2099	6,9%
14. Patienterne har samtaler med personalet om håndtering af sygdom/tilstand	25332	82,9%	4060	13,3%	1152	3,8%
15. Personalet tager hensyn til patienternes behov ved planlægning af udskrivelse	24920	81,4%	4300	14,0%	1411	4,6%
20. Patienternes behov for mad og drikke er dækket	28917	93,6%	1740	5,6%	253	0,8%
21. Patienterne får tilstrækkelig med ro til hvile og søvn	28343	91,8%	2241	7,3%	288	0,9%
22. Patienternes behov for personlig hygiejne er dækket	26359	85,5%	4110	13,3%	369	1,2%
23. Patienternes behov for smertelindring er dækket	22247	72,5%	7827	25,5%	624	2,0%
24. Afdelingens lokaler er rene	28581	92,8%	507	1,6%	1724	5,6%
25. Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig	29142	95,7%	692	2,3%	628	2,1%
26. Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse	28421	93,5%	1303	4,3%	666	2,2%
27. Information fra forskelligt personale på afdelingen stemmer overens	26997	89,7%	1624	5,4%	1481	4,9%
28. Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse	21336	70,5%	7429	24,6%	1481	4,9%
29. Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling	27459	90,5%	2147	7,1%	725	2,4%
30. Patienterne informeres løbende om, hvad der skal foregå	28725	94,6%	1089	3,6%	536	1,8%
31. Informeret om symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelse	25253	83,6%	3829	12,7%	1108	3,7%
32. Patienterne er informeret om videre plan for forløb fx. opfølgning/genoptræning	23641	78,4%	5711	18,9%	793	2,6%
33. Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelse	26126	86,7%	2963	9,8%	1059	3,5%
34. Informeret om (bi-)virkning ved ny medicin, der tages efter udskrivelse	15554	51,7%	13148	43,7%	1388	4,6%
36. Patienterne oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelse	9620	32,5%	18122	61,2%	1884	6,4%
37. Patienterne er tilfredse med plejen	28723	95,0%	1261	4,2%	245	0,8%
38. Patienterne er tilfredse med behandlingen	29057	96,4%	745	2,5%	353	1,2%
39. Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse	29465	97,6%	448	1,5%	271	0,9%
41. Der er en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen	26359	87,9%	790	2,6%	2840	9,5%
42. Personalet taler med patienterne i en respektfuld og god tone	29543	98,4%	219	0,7%	261	0,9%
43. Patienterne har mulighed for at tale med personalet om bekymringer	24570	82,7%	3902	13,1%	1245	4,2%
44. Personalet har tilstrækkeligt indblik, hvis patienterne har andre sygdomme	13656	46,0%	14457	48,6%	1606	5,4%
45. Patienterne har én/f flere blandt personalet, som er særligt tilknyttet dem	22857	77,1%	3401	11,5%	3397	11,5%

Tabel for ja/nej-spørgsmål

	Svar					
	Vurderings- kategorier (ja og nej)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
3. Ved ankomst tilbyder personalet at informere pårørende, hvis patienterne er alene	11807	37,3%	17999	56,9%	1827	5,8%
4. Ved ankomst spørger personalet ind til patienternes medicinforbrug	27496	86,3%	1713	5,4%	2643	8,3%
16. Patienterne oplever fejl	30279	100,0%	-		-	
18. Patienterne vurderer, fejlen forlænger indlæggelse eller fører til genindlæggelse	2685	83,7%	-		523	16,3%
19. Patienterne vurderer, de har fået eller kunne have fået skader eller mén af fejlen	2337	75,1%	-		774	24,9%

Ambulante patienter**Ikke relevant og ved ikke for planlagt ambulante patienter**

Tabel for spørgsmål på fempunktsskala

	Svar					
	Vurderings- kategorier (1-5)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Personalet er forberedt på patienternes ankomst	97509	96,5%	1907	1,9%	1610	1,6%
5. Personalet er venligt og imødekommende	98034	98,8%	787	0,8%	373	0,4%
6. Personalet har sat sig ind i patienternes sygdomsforløb ved besøget	91836	94,0%	2499	2,6%	3368	3,4%
7. Personalet har tid til patienterne	95104	97,5%	1576	1,6%	880	0,9%
8. Patienterne har mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person	88173	90,6%	5002	5,1%	4150	4,3%
9. Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand	83838	86,9%	9925	10,3%	2719	2,8%
10. Personalet giver patienterne mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	60819	63,5%	32746	34,2%	2254	2,4%
11. Personalet giver pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling	41091	43,0%	49629	51,9%	4921	5,1%
12. Patienterne har samtaler med personalet om egen håndtering af sygdom/tilstand	74679	78,0%	18824	19,7%	2232	2,3%
13. Patienterne informeres før besøg om, hvad der skal ske under besøg	85305	89,6%	8681	9,1%	1205	1,3%
14. Den mundtlige information under besøget er forståelig	91686	96,5%	2731	2,9%	584	0,6%
15. Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under besøg	87338	92,9%	5724	6,1%	937	1,0%
16. Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter besøg	63805	67,4%	28643	30,3%	2154	2,3%
17. Informeret om (bi-)virkninger ved ny medicin, der tages efter besøg	38019	40,4%	53406	56,8%	2591	2,8%
22. Ambulatoriets lokaler er rene	82191	86,3%	2870	3,0%	10200	10,7%
23. Der er tydelig skiltning til ambulatoriet på sygehuset (klinikken)	85896	93,3%	4006	4,4%	2178	2,4%
24. Ambulatoriets åbningstider passer til patienternes behov	85265	91,9%	5448	5,9%	2059	2,2%
26. Den telefoniske rådgivning efter besøg er brugbar (kun patienter der har kontakt)	25204	26,7%	65780	69,8%	3250	3,4%
27. Patienterne er tilfredse med plejen	44821	47,6%	48780	51,8%	643	0,7%
28. Patienterne er tilfredse med behandlingen	81524	86,9%	11176	11,9%	1122	1,2%
29. Patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets forløb	91782	97,9%	1415	1,5%	544	0,6%
31. Patienterne oplever én/ flere har ansvar for samlet forløb af indlæggelser/besøg	49473	84,3%	4829	8,2%	4379	7,5%
32. Samlet forløb af indlæggelser/besøg er godt tilrettelagt	53180	90,5%	4098	7,0%	1457	2,5%
34. Der er en positiv stemning mellem medarbejderne i afdelingen	80094	85,6%	5051	5,4%	8395	9,0%
35. Personalet taler med patienterne i en respektfuld og god tone	91976	98,4%	1016	1,1%	472	0,5%
36. Patienterne har mulighed for at tale med personalet om bekymringer	73420	79,5%	15330	16,6%	3559	3,9%
37. Personalet har tilstrækkeligt indblik, hvis patienterne har andre sygdomme	42529	45,9%	44818	48,4%	5208	5,6%
38. Patienterne har én/ flere blandt personalet, som er særligt tilknyttet dem	49112	53,1%	38249	41,4%	5112	5,5%

Ikke relevant og ved ikke for planlagt ambulante patienter

Tabel for ja/nej-spørgsmål

	Svar					
	Vurderings- kategorier (ja og nej)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
3. Patienterne er informeret om årsag til ventetid	50428	81,4%	8672	14,0%	2832	4,6%
19. Patienterne oplever fejl	94616	100,0%	-		-	
21. Patienterne vurderer, de har fået eller kunne have fået skader eller mén af fejlen	3092	79,2%	-		812	20,8%
25. Patienterne kan kontakte ambulatoriet ved behov	63366	67,0%	19565	20,7%	11699	12,4%

Tabel for ventetidsspørgsmålet

	Svar					
	Vurderings- kategorier (1-5)		Ikke relevant		Ved ikke	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
2. Ventetid fra patienterne skal møde til de bliver kaldt ind	98084	98,2%	1419	1,4%	409	0,4%

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser

Denne rapport præsenterer de nationale tendenser for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2016, herunder områder i patienters undersøgelses-/behandlingsforløb, der er vurderet positivt og områder med forbedringspotentiale.

LUP gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse på vegne af de fem regioner efter aftale med Danske Regioner. Undersøgelsen omfatter somatiske patienter, der enten har været akut indlagt, planlagt indlagt eller til et ambulant besøg på landets offentlige sygehuse samt patienter, der er behandlet på privathospitaler efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, hvor behandlingen er finansieret af regionerne.

I tillæg til denne nationale rapport for 2016 findes i elektronisk form:

- En bilagstabel for henholdsvis akut indlagte, planlagt indlagte og ambulante patienter med alle resultater på lands-, regions-, sygehus- og afdelingsniveau
- Enhedsrapporter for hver afdeling/ambulatorie, sygehus og region.
- En tabel med svarprocenter for de fire niveauer; land, region, sygehus og afdeling
- Publikationen "Faktarapport LUP 2016" der indeholder uddybende information om konceptet og metoden.

Se mere på www.patientoplevelser.dk/lup16

