Enheden for
Brugerundersøgelser

Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor

POPS

Forsknings- og udviklingsrapport om tværsektorielt samarbejde

ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER

POPS
Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor

Forsknings- og udviklingsrapport

POPS
Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor

Enheden for Brugerundersøgelser,
Region Hovedstaden.

Anne Marie Krag
Rikke Gut
Morten Freil

© Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, 2007

ISBN: 978-87-91520-23-5

Uddrag, herunder citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Rapporten kan rekvireres på nedenstående adresse og findes desuden på
Enheden for Brugerundersøgelsers hjemmeside:
www.patientoplevelser.dk
www.dialogmetoden.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:
Enheden for Brugerundersøgelser
Nørre Allé 4, 3. sal
2200 København N.
Tlf. direkte: 43 23 32 50
e-mail: efb.mail@glo.regionh.dk

Grafisk produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design og
PJ Schmidt Grafisk produktion

NORDISK MILJØMÆRKNING
541 Trykkeri 373

Indhold

Sammenfatning og anbefalinger 5

DEL 1 – Baggrund, formål og organisering

1. Baggrund og formål 10
- 1.1 Baggrund for projektet 10
- 1.2 Projektets faser 10
- 1.3 Formål 10
- 1.4 Organisering af arbejdet 11

DEL 2 – Materiale og metode

2. Materiale og metode 14
- 2.1 Deltagende hospitalsafdelinger 14
- 2.2 Spørgeskemaundersøgelser 14
- 2.3 Brugerpaneler 15
- 2.4 Dialogmøder 15
- 2.5 Evaluering med tovholderne 16

DEL 3 – Resultater

3. Resultatafsnittets opbygning 18

4. Patienters oplevelser 19
- 4.1 Samlede resultater 19
- 4.2 Forskelle mellem patientgrupper 20

5. Tiden før indlæggelsen 21
- 5.1 Årsager til patienternes oplevelser i tiden før indlæggelsen 21
- 5.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden før indlæggelsen 21

6. Tiden under indlæggelsen 23
- 6.1 Årsager til patienternes oplevelser i tiden under indlæggelsen 23
- 6.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden under indlæggelsen 23

7. Tiden efter udskrivelsen 26
- 7.1 Årsager til patienters oplevelser i tiden efter udskrivelsen 26
- 7.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden efter udskrivelsen 26

DEL 4 – Evaluering

8. Evaluering af processen 30
- 8.1 Erfaringer med det udviklede spørgeskema 30
- 8.2 Afholdelse af brugerpaneler 30
- 8.3 Deltagelse i dialogmøderne 31
- 8.4 Arbejdet med handlingsplanerne 31

9. Eksempler på erfaringer fra arbejdet med handlingsplaner 33
- 9.1 Forbedringer i samarbejdet mellem afdelinger og hjemmepleje 33
- 9.2 Udarbejdelse af pjece om kommunal hjemmepleje 33
- 9.3 Arbejdet med kontaktpersonordningen 34

10. Evaluering af ressourceforbrug 35

11. Anbefalinger om brug af metoden 36

DEL 5 – Konklusion og perspektivering

12. Konklusion og perspektivering 38

13. Anvendt litteratur 39

BILAG

Bilag 1 Spørgeskema 42
Bilag 2 Indkaldelsesbrev til brugerpanel 49
Bilag 3 Interviewguide til brugerpanel 50
Bilag 4 Beskrivelse af brugerpanelets form 52
Bilag 5 Resultat af et brugerpanel 53
Bilag 6 Case om overgangene mellem sektorerne 56
Bilag 7 Eksempel på problemtræ 58
Bilag 8 Idékatalog 59
Bilag 9 Oversigt over udarbejdet materiale i forbindelse med POPS 64

Sammenfatning og anbefalinger

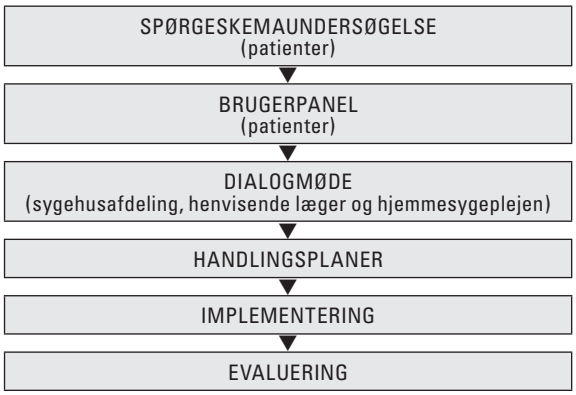
Baggrund

De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser har vist, at patienter, der har været indlagt på landets sygehuse, oplever manglende kontinuitet i patientforløbet, utilstrækkelig informationsudveksling og manglende samarbejde mellem sektorerne. Formålet med projektet Patienternes oplevelser af Overgange mellem Primær og Sekundær sektor (POPS), har været at udvikle en metode, der med udgangspunkt i patientperspektivet fremmer dialogen og skaber forandring i samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor.

Metode og materiale

I projektet er der anvendt en kombination af kvalitative og kvantitative metoder. Patienterne har deltaget i spørgeskemaundersøgelser og brugerpaneler, mens kernen i projektet var dialogmøder, hvor repræsentanter fra primær og sekundær sektor har diskuteret årsager til kvalitetsbrist og fremkommet med løsningsforslag vedrørende samarbejdet i overgange mellem sektorerne. Dette gøres med udgangspunkt i patienternes perspektiv, idet problemområder i overgangene udvælges med udgangspunkt i patienternes erfaringer. Dialogmøder var inspireret af kvalitative metoder som reflekterende teams og Logical Framework Approach.

Projektets faser



Projektet er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i samarbejde med en tværfaglig og tværsektoriel styre- og følgegruppe. I projektet deltog personale og ledelse fra en almen medicinsk afdeling, en kirurgisk afdeling samt en gynækologisk/obstetrisk afdeling. Afdelingerne er udvalgt med henblik på at indsamle viden om konceptets anvendelse inden for forskellige typer af patientforløb. Desuden deltog alment praktiserende læger, speciallæger samt repræsentanter fra kommunerne i projektet.

Patienters oplevelser og ønsker

Projektet viste, at det særligt er i udskrivningsfasen samt i tiden efter indlæggelsen, at patienterne oplever problemer. De primære indsatsområder, som blev udpeget via spørgeskemaundersøgelsen, kan kategoriseres under følgende overordnede temaer:

- Udveksling af information mellem hospital og privatpraktiserende læge før og efter indlæggelsen
- Tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten før/efter indlæggelsen
- Mulighed for at få kontakt med sundhedsfagligt personale før og efter indlæggelsen
- Hospitalets og hjemmeplejens samarbejde
- Tilrettelæggelsen af det samlede forløb

Der er signifikant forskel på, hvorledes akut indlagte og planlagt indlagte patienter har oplevet deres indlæggelsesforløb, idet akut indlagte patienter i højere grad oplever problemer end planlagt indlagte patienter. Dette gælder blandt andet i forhold til oplevelsen af kontaktpersoner og viden om, hvor man kan henvende sig med spørgsmål efter udskrivelsen.

Brugerpaneler med patienter fra afdelingerne gav mere detaljeret viden om patienternes oplevelser og ønsker. På alle tre hospitalsafdelinger

oplever patienterne manglende information om sundhedsfaglig kontaktperson før indlæggelsen samt information om, hvad der skal ske under indlæggelsen. Under selve indlæggelsen oplever patienterne, at de mangler informationer om det forventede forløb, herunder operation, behandling og efterforløb. Der savnes større kontinuitet i forløbet, eksempelvis i form af kontaktlæge og -sygeplejerske. I tiden omkring udskrivelsen er mange patienter usikre på, hvornår udskrivningssamtalen holdes, og flere giver udtryk for, at de mangler informationer om hjemmepleje, hjælpemidler og genoptræning med videre, når de forlader hospitalet. Desuden ønsker patienterne ofte større inddragelse af de pårørende. Patienterne har tilkendegivet, at de oplever, at der efter udskrivelsen fra hospitalet ikke udveksles informationer mellem hospitalsafdeling, praktiserende læge, hjemmepleje og eventuelle speciallæger. Flere patienter oplever generelt mangel på samarbejde mellem de to sektorer.

Gennemførte aktiviteter

Efterfølgende dialogmøde med repræsentanter fra hospitalsafdelingerne og primær sektor tog udgangspunkt i patienternes oplevelser og ønsker. Der blev udpeget indsatsområder og opstillet handlingsplaner, som havde til hensigt at fremme dialogen og forbedre patienternes oplevelser i overgangene mellem sektorerne.

Projektet har resulteret i udvikling af en række redskaber og procedurer, som har til hensigt at forbedre patienternes oplevelser af det tværsektorielle samarbejde. Nogle af de gennemførte aktiviteter har primært lokal interesse, mens andre aktiviteter og erfaringer vil kunne overføres til andre hospitalsafdelinger. Som eksempler på aktiviteter kan nævnes:

Før indlæggelse:

- Retningslinier, der præciserer, at det er den praktiserende læge, der har ansvaret for patienten i ventetiden mellem henvisning og indlæggelse.
- Indkaldelsesbreve til patienterne, hvoraf det tydeligt fremgår, hvem der har ansvar for patienten, og hvor de kan henvende sig i perioden mellem henvisningen og indlæggelsen.
- Mødekort til ambulatoriet, hvorpå det noteres, hvem der er patientens kontaktlæge og kontaktsygeplejerske.

Ved indlæggelse:

- Vejledning, der specificerer principperne for udpegning af behandlingsansvarlig sundhedsperson inden for 24 timer.
- Visitkort påtrykt kontaktlæge og kontaktsygeplejerskes navne og telefonnumre.

Udskrivelse/efter udskrivelse:

- Nye, mere informative epikriser til de praktiserende læger.
- Tjekliste, der anvendes ved udskrivelsen for at sikre, at patienten har fået al relevant information inden hjemsendelsen.
- Ved udskrivelse af "skrøbelige" patienter afholdes teamsamtale, hvor både læge og sygeplejerske deltager.
- Lægebrev, som udleveres til patienten under udskrivningssamtalen. Brevet indeholder information om det operative indgreb samt om forholdsregler i efterforløbet. Ligeledes er der påtrykt relevante telefonnumre samt kontaktlæge og kontaktsygeplejerskes navn.
- Visitkort med en ambulant mødetid efter udskrivelsen samt udlevering af en kopi af genoptræningsplanen til patienten.
- Pjece, der informerer indlagte patienter om muligheder for hjælp i hjemmet og hjemmepleje efter udskrivelsen. Pjecen har især til hensigt at informere de patienter, der ikke tidligere har modtaget hjemmepleje. Pjecen opfordrer patienterne til at afklare deres fremtidige behov sammen med hospitalsafdelingens personale. Der informeres om åbningstider og telefonnumre på henvendelsesstedet i de tre kommuner.
- Møder mellem afdelingens koordinerende sygeplejersker og de koordinerende hjemmesygeplejersker. Møderne har til hensigt at styrke samarbejde på tværs af sektorerne.
- Procedure, der medfører, at hospitalsafdelingen skal ringe til kommunens visitatorer på et døgnåbent nummer. Afdelingen skal således ikke ringe til de enkelte distrikter, hvilket forenkler kommunikationen.

På alle dialogmøder er der kommet mange gode idéer og løsningsforslag, som andre afdelinger kan have glæde af at blive delagtiggjort i. Disse idéer er udarbejdet som et idékatalog (bilag 8), og blev i projektet anvendt som inspiration i forhold til udarbejdelse af handlingsplanerne.

Erfaringerne fra de gennemførte aktiviteter samles på en hjemmeside for projektet på adressen www.dialogmetoden.dk, således at andre afdelinger kan lære af erfaringerne og anvende de konkrete redskaber, der er udviklet i projektet. Også erfaringer fra andre afdelinger, som fremover anvender metoden, vil blive indsamlet og publiceret på hjemmesiden.

Evaluering

Såvel primær som sekundær sektor har ved evalueringen af projektet givet udtryk for, at der med projektet er blevet sat fokus på at øge patienternes informationsniveau og fremme kommunikationen mellem sektorerne. Alle de deltagende parter har fundet dialogmetoden særdeles anvendelig i forhold til at ændre eksisterende praksis, og dialogen er på baggrund af POPS-projektet øget både tværfagligt og tværsektorielt.

Under dialogmøderne har flere deltagere oplevet, at de to sektorers repræsentanter på mødet gik fra at være i forsvarsposition overfor de problemer, der blev præsenteret, til at være lydhøre og udvise respekt og forståelse overfor den anden sektors arbejde og arbejdsbetingelser. Alle har oplevet god vilje fra begge sektorers side til at bedre samarbejdet, og flere tilkendegiver, at dialogmøderne har sat gang i tankerne således, at der til stadighed dukker nye ideer op til forbedring af samarbejdet mellem sektorerne.

Resultaterne af en opfølgende spørgeskemaundersøgelse et år efter den første undersøgelse viser ikke nogle statistisk signifikante forbedringer af patienternes oplevelser af overgangene mellem sektorerne. Dette kan eventuelt skyldes, at ændringerne endnu ikke er fuldt implementeret, og at antallet af respondenter i spørgeskemaundersøgelserne er relativt begrænsede. I fremtidige regionale målinger af patientoplevet kvalitet vil det være muligt at se, om der opnås en synlig effekt af den forbedrede dialog og de redskaber, der er udviklet i projektet.

Anbefalinger om brug af metoden

Projekter, som anvender metoden, kan eksempelvis forankres hos praksiskonsulenter og hospitalernes udviklingsafdelinger. Praksiskonsulenter spiller en central rolle i det tværsektorielle samarbejde, og kan derfor med fordel være initiativtagere til iværksættelse af metoden på andre afdelinger. Metoden kan gennemføres for relativt begrænsede ressourcer, men erfaringerne fra projektet viser, at ledelsesmæssig opbakning, projektstyring og tovholderfunktioner er væsentlig med henblik på at få omsat resultaterne af dialogmøder til konkrete aktiviteter. Afdelingsledelserne på hospitalerne og det kommunale ledelsessystem skal prioritere ressourcerne til gennemførelse af projektet. Hospitalernes udviklingsafdelinger kan eventuelt være centrale ressourcepersoner i denne forbindelse. Inspiration og hjælp til brug af metoden (herunder spørgeskemaer samt skabeloner til interviewguides og handlingsplaner) findes på www.dialogmetoden.dk.

Den mest ressourcetunge del af projektet vedrører spørgeskemaundersøgelsen. Det anbefales derfor, at spørgeskemaundersøgelsen eventuelt udelades af fremtidige projekter, som anvender dialogmetoden. Indikatorer for det tværsektorielle samarbejde inddrages i stigende grad i landsdækkende og regionale undersøgelser af patientoplevelser, og viden om de overordnede indsatsområder kan med fordel indhentes fra disse undersøgelser. Kernen i metoden er dialogen mellem sektorerne, som tager udgangspunkt i patienternes kvalitative beskrivelser. Brugerpaneler og dialogmøder kan gennemføres ved brug af relativt begrænsede personaleressourcer.

Det er en fordel at udpege de tovholdere, der skal stå for arbejdet med handlingsplanerne allerede ved dialogmødet, så det undgås, at projektlederen efterfølgende skal kontakte deltagerne for at få tovholdere på alle indsatsområder. Ligeledes kan der med fordel nedsættes arbejdsgrupper allerede på dialogmøderne, således at tovholderne ikke senere skal bruge ressourcer på at sammensætte disse.

Ved fremtidige dialogmøder bør det overvejes nøje, hvem der deltager, således at alle relevante parter inviteres, og begge sektorer repræsenteres ligeligt. Med strukturreformen har kommunerne

fået nye opgaver ved forebyggelse og genoptræning, hvilket med fordel kan indtænkes. Endelig skal det nævnes, at der forud for afholdelsen af fremtidige dialogmøder skal være afsat økonomiske midler til frikøb af de praktiserende læger. Praksiskonsulenter vil formentlig langt hen af vejen kunne bruge sine faste timer i afdelingen til at deltage.

Netop arbejdet med handlingsplanerne har vist sig at kræve særlig opbakning og støtte fra en overordnet projektleder. Ved den fremtidige udbygning af samarbejdet mellem sektorerne vil det derfor være anbefalelsesværdigt at afsætte særlige ressourcer til dette i arbejdsfasen. Der kan være behov for hjælp til yderligere afklaring af problemområderne eller planlægning af møder med henblik på erfaringsudveksling og sparring på tværs af hospitalerne. Der kan også være behov for hjælp til implementering af nye tiltag.

Set i relation til de mange aktiviteter og redskaber, der er udviklet i projektet, vurderes det samlede ressourceforbrug at ligge på et rimeligt niveau. Hospitalsafdelinger, der ønsker at anvende dialogmetoden til at forbedre dialogen mellem sektorerne, skal samlet påregne at bruge en måneds fuldtidsarbejde til en projektleder. Herunder skal der afsættes tid til deltagelse i dialogmøder samt til løbende kontakt til eksempelvis praksiskonsulent eller ekstern konsulent. Der må desuden påregnes en måneds fuldtidsarbejde til ekstern konsulent eller konsulent fra hospitalets udviklingsafdeling, til bistand ved brugerpaneler, dialogmøder og generel organisering af projektet. Praktiserende læger og repræsentanter fra hjemmeplejen, der ikke har tovholderfunktion, må påregne at bruge omkring tre timer til deltagelse i dialogmøderne. De enkelte tovholderes tidsforbrug varierer.

DEL 1
Introduktion

1. Baggrund og formål

1.1 Baggrund for projektet

I Danmark gennemføres hvert andet år en landsdækkende undersøgelse af patienters oplevelser (LUP). Undersøgelsen, som senest blev gennemført i 2006, havde særligt fokus på det sammenhængende patientforløb. Resultaterne viste, at døgnindlagte patienter især oplevede problemer i udskrivelsesfasen. Det fremgik også af resultaterne, at patienterne i tiden efter udskrivelsen oplevede problemer, der kunne relateres til samarbejdet mellem hospitalerne, de praktiserende læger og de kommunale hjemmeplejer. Tilsvarende resultater er fundet i undersøgelser i en række af de tidligere amter, hvor patienters oplevelser er blevet undersøgt på afdelingsniveau.

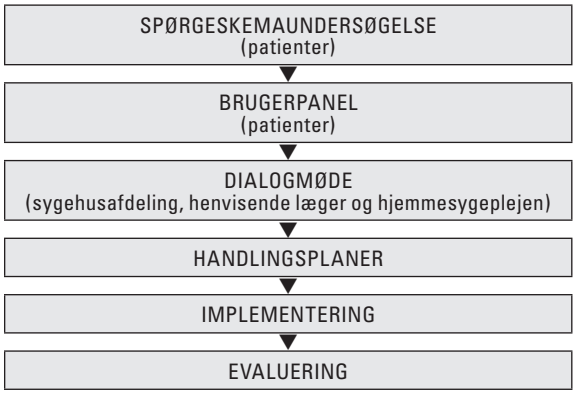
Undersøgelser, der er foretaget blandt hospitalspersonale på Glostrup Hospital, Gentofte Hospital og Herlev Hospital viser derudover, at ledere og medarbejdere oplever problemer med den information, der videregives fra de praktiserende læger i forbindelse med henvisning af patienter til hospitalerne.

På baggrund af den viden, der er opnået vedrørende patienters oplevelser i overgangene, blev det besluttet at udvikle en metode, som kan sætte fokus på patienternes perspektiv i overgangene og medvirke til at skabe forbedringer. Beslutningen om at gennemføre POPS-projektet som pilotprojekt i det tidligere Københavns Amt blev truffet som led i det nationale kvalitetsprojekt DAK-projektet (Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt), som er et projektet, der har til formål at udarbejde modeller for kvalitetsarbejde i almen praksis. Projektet udspringer af drøftelser i patientforløbsgruppen, der er den ene af de fire arbejdsgrupper i DAK-regi.

Fokus i projektet er at udvikle metoder til forbedringer af dialogen mellem sektorerne, og via handlingsplaner forbedre patienternes oplevelser af overgangene mellem primær- og sekundærsektor.

1.2 Projektets faser

Projektet består af en række faser, som tilsammen har til hensigt at belyse patienternes perspektiv og på baggrund heraf at skabe dialog mellem sektorerne, som kan skabe forandringer. Nedenstående figur giver en skematisk fremstilling af hovedfaserne i projektet, som efterfølgende uddybes.



Denne afrapportering af POPS beskriver de metoder, der har været anvendt i projektet. Dialogmetoden er den samlede betegnelse for de anvendte metoder. Det er hensigten, at Dialogmetoden skal fungere som inspiration til sektorernes fremtidige arbejde med forbedringer af patienternes oplevelser i overgange mellem sektorerne.

1.3 Formål

POPS-projektet har to formål:

1. At identificere patientoplevede problemer i overgangsfaserne mellem sektorerne ved brug af kvantitative og kvalitative metoder.

Der stilles spørgsmål til patienternes oplevelser i overgangen fra praktiserende læge til indlæggelse på hospitalsafdeling samt til patienternes oplevelser i udskrivelsesfasen. Men særligt patienternes overgange fra hospitalsafdeling til praktiserende læge og/eller hjemmepleje sættes i fokus.

2. At udvikle et samlet koncept til forbedring af overgangsfaserne, som kan anvendes af hospitalsafdelinger i samarbejde med henvisende læge og hjemmepleje.

Konceptet indeholder metoder til problemidentifikation, databearbejdning, dialog, opfølgning og implementering.

1.4 Organisering af arbejdet

Enheden for Brugerundersøgelser har varetaget den praktiske gennemførelse af projektet, og personer fra Enheden for Brugerundersøgelser (EfB) med særlig erfaring i kvalitative og kvantitative metoder har varetaget arbejdet med spørgeskemaudarbejdelse, databearbejdning og afrapportering. Desuden blev der nedsat en styregruppe for projektet bestående af:

- Praksiskoordinator og speciallæge i almen medicin Lars Rytter
- Praksiskonsulent og speciallæge i almen medicin Aase T. Jacobsen (medlem af kvalitetsudviklingsudvalget i det tidligere Københavns Amt)
- Udviklingschef Janne Lehmann Knudsen
- Afdelingsleder for Enheden for Brugerundersøgelser Morten Freil

Med henblik på at skabe forankring af projektet og sikre en bred repræsentation, blev der tilknyttet en tværfaglig følgegruppe sammensat af repræsentanter fra begge sektorer. Følgegruppen har fungeret som sparringspartner for EfB ved tilrettelæggelsen af undersøgelsen.

Følgegruppen bestod af:

- Praksiskoordinator og speciallæge i almen medicin Lars Rytter
- Afdelingsleder for Enheden for Brugerundersøgelser Morten Freil
- Praksiskonsulent og speciallæge i almen medicin Aase T. Jacobsen (medlem af kvalitetsudviklingsudvalget i det tidligere Københavns Amt)
- Praksiskonsulent Jens Rud-Petersen
- Praksiskonsulent Lill Moll Nielsen
- Overlæge Marianne Schou, Herlev Hospital
- Klinisk oversygeplejerske Alice Harrestrup, Glostup Hospital
- Ledende oversygeplejerske Kirsten Ravn, Gentofte Hospital
- Kvalitetskoordinator Helle Buck Rasmussen, Gentofte Hospital
- Leder af visitationsenheden Nina Greiffenberg, Gladsaxe kommune
- Koordinerende sygeplejerske Karen Mikkelsen, Lyngby Taarbæk kommunes hjemmepleje
- Evalueringskonsulent Rikke Gut, Enheden for Brugerundersøgelser

DEL 2
Materiale og metode

2. Materiale og metode

2.1 Deltagende hospitalsafdelinger

Dialogmetoden udgør det samlede koncept for arbejdet med forbedringer af patienternes overgange mellem sektorerne. Metoden er sammensat af spørgeskemaundersøgelser, brugerpaneler, dialogmøder og interviews. Metoderne uddybes i afsnit 2.2 til 2.4.

I projektet er udvalgt tre deltagende hospitalsafdelinger. Afdelingerne er udpeget af hospitalernes direktioner ud fra anbefalinger om anvendelse af følgende udvælgelseskriterier:

1. Afdelinger på hvilke, der via den amtslige undersøgelse af patienternes oplevelser 2003/2004 er identificeret forbedringspotentiale i forbindelse med patienternes overgange mellem sektorerne.
2. En almen medicinsk afdeling, en kirurgisk afdeling samt en gynækologisk/obstetrisk afdeling. Afdelingerne er udvalgt med henblik på at indsamle viden om konceptets anvendelse inden for forskellige typer af patientforløb.

I projektet deltog Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling på Gentofte hospital, Gynækologisk/ Obstetrisk Afdeling på Glostrup Hospital samt Geriatrisk Reumatologisk Medicinsk Afdeling på Herlev Hospital.

Undersøgelsen omfattede såvel kroniske som midlertidigt syge patienter, da det blev skønnet, at de to typer patienter havde forskellige oplevelser af overgangene mellem sektorerne.

2.2 Spørgeskemaundersøgelser

Som udgangspunkt for projektet blev der udarbejdet et spørgeskema til patienterne på de deltagende afdelinger. Spørgeskemaet blev udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser med udgangspunkt i de erfaringer, der er gjort vedrørende patienters oplevelser i landsdækkende og lokale undersøgelser af patientoplevelser. Der blev foretaget validering gennem kognitive interview og efterfølgende korrektion af spørgeskemaet. I foråret 2005 gennemførtes første spørgeskemaundersøgelse.

Formålet med spørgeskemaet var at afdække patienternes oplevelser i overgangene mellem sektorerne. Under spørgeskemakonstruktionen blev erfaringerne fra LUP og de amtslige patienttilfredshedsundersøgelser inddraget. Spørgeskemaet tog udgangspunkt i de patientrelaterede standarder om overgange, der er udarbejdet som led i akkrediteringsforberedelserne i det tidligere Københavns Amt samt i DAK-regi, og der blev desuden foretaget studier i international og dansk litteratur, der belyser området. Spørgeskemaet indeholdt en række spørgsmål, der var fælles for de tre afdelinger og desuden nogle specialerelaterede spørgsmål. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om:

- Baggrundsoplysninger
- Tiden før indlæggelsen
- Tiden under indlæggelsen
- Udskrivelsen
- Tiden efter udskrivelsen

I alt indeholdt spørgeskemaerne ca. 40 spørgsmål om informationsudveksling og samarbejde mellem sektorerne samt om det samlede behandlingsforløb. Spørgeskemaet forefindes som bilag (se bilag 1).

Der blev udsendt 900 spørgeskemaer til patienter fra de tre deltagende afdelinger. Spørgeskemaerne blev tilsendt patienterne efter udskrivelsen, således at det var muligt for patienterne at vurdere det samlede forløb. Der blev i alt returneret 392 spørgeskemaer, hvilket giver en svarprocent på 44. Efter projektets afslutning blev spørgeskemaet igen udsendt til 900 patienter fra de tre hospitalsafdelinger. Der blev i alt returneret 398 spørgeskemaer, hvilket giver en svarprocent på 44. Resultaterne fra de to spørgeskemaundersøgelser blev opgjort i frekvenstabeller og krydstabeller.

2.3 Brugerpaneler

Som opfølgning på den indledende spørgeskemaundersøgelse blev der gennemført et brugerpanel (Gut 2004) på hver af de tre deltagende afdelinger. Brugerpanelerne blev gennemført af en forskningsmedarbejder fra EfB i samarbejde med afdelingspersonale og/eller praksiskonsulent. I de tre brugerpaneler deltog der i alt 13 patienter. Hensigten var, at sundhedspersonalet skulle få erfaring med at anvende metoden, for herefter selv at kunne gennemføre lignende undersøgelser. Formålet med denne dataindsamlingsmetode var at få et uddybende billede af, hvad der for patienterne var de vigtigste af de temaer, der i spørgeskemaundersøgelsen var blevet udpeget som potentielle indsatsområder. Patienterne skulle prioritere de områder, som de fandt det vigtigst, at sektorerne arbejdede videre med.
De deltagende patienter blev inviteret via svarkort, der var vedlagt det udsendte spørgeskema. En del patienter meldte positivt tilbage. På den ene af de deltagende afdelinger viste det sig imidlertid at være problematisk at få tilpasset mødetidspunkterne, således at både forskningsmedarbejdere, afdelingspersonale og et tilstrækkeligt antal patienter kunne deltage. For at få deltagere nok til at gennemføre et brugerpanel blev den pågældende afdeling bedt om at finde patienter, der havde mulighed for at deltage i brugerpanelet på det af EfB fastsatte tidspunkt.

Hvert brugerpanel indeholdt tre faser. En brainstorm, en dialogfase og en prioriteringsrunde. Deltagerne blev indledningsvis præsenteret for de problemområder, der var fremkommet under spørgeskemaundersøgelsen. Dernæst blev de bedt om at brainstorme over, hvad der var vigtigst for dem i forbindelse med overgangene mellem sektorerne samt i mindre grad i tiden under indlæggelsen. Deltagerne kunne på denne måde få ytret deres meninger og samtidig lade sig inspirere af hinandens udsagn. En assistent nedskrev alle udsagn på post-it sedler, og disse blev hængt op på væggen grupperet efter de i forvejen fastlagte temaer. Under brainstormingen fremkom der nye temaer, som blev tilføjet de øvrige. Efterfølgende kunne patienterne i dialogfasen kommentere og korrigere de udsagn, der var blevet nedskrevet. Endelig blev deltagerne bedt om at prioritere udsagnene, således at der blev skabt et overblik over, hvilke udsagn flere af deltagerne kunne tilslutte sig, og hvilke udsagn der kun var udtryk for en enkelt deltagers personlige holdning. De udsagn, der fik den højeste prioritering, blev af Enheden for Brugerundersøgelser sammenskrevet med de vigtigste resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og anvendt til udarbejdelsen af en case, der beskrev et samlet forløb for en fiktiv patient. Case forefindes som bilag (se bilag 6).

2.4 Dialogmøder

Der blev afholdt tre dialogmøder, et for hver af de deltagende afdelinger. På hvert møde deltog repræsentanter fra begge sektorer. I alt 18 ledere/medarbejdere fra hospitalsafdelinger, 10 praktiserende læger, 1 speciallæge og 8 repræsentanter fra kommunerne har deltaget i de tre dialogmøder. Deltagerne i dialogmødet blev af mødelederen præsenteret for den case, der var konstrueret ud fra udsagn fremkommet ved afholdelsen af brugerpanelet på den pågældende hospitalsafdeling. Ud fra denne case skulle deltagerne opstille mulige årsager til nøgleproblemerne samt fremkomme med løsningsforslag, der sidenhen skulle prioriteres og udmunde i konkrete handlingsplaner.

Metoden anvendt under dialogmøderne er udviklet til formålet, og er inspireret af flere forskellige kvalitative metoder: Logical Framework Approach, Reflekterende team og brugerpaneler. Den endelige metode er forud for de dialogmøder, der blev afholdt med sundhedspersonalet, afprøvet i Enheden for Brugerundersøgelser.

Til selve analysefasen er der hentet inspiration fra metoden "Logical Framework Approach" (Olsen 2002). Her anvendes et såkaldt problemtræ til at identificere og strukturere årsager til og virkninger af udvalgte problemområder. Problemtræ forefindes som bilag (se bilag 7).

Under dialogmøderne blev en variation af dette problemtræ anvendt til at identificere årsager og løsninger på hovedproblemerne. Under dette analysearbejde blev elementer af metoden "Reflekterende Team" anvendt (Hornstrup 2005). Deltagerne var inddelt i sektoropdelte team, der på skift skulle reflektere over problemerne i den opstillede case. Hvert team havde en talerunde,

hvorunder det andet team måtte lytte og notere, men ikke bidrage til samtalen. Det andet team kunne bagefter reflektere over det sagte. I første talerunde var det de to teams opgave at fremkomme med mulige årsager til problemerne, i anden runde med løsningsforslag til problemerne. Endelig blev deltagerne bedt om at prioritere de opstillede løsningsforslag, således at der for hvert dialogmøde blev udpeget hovedindsatsområder, der skulle danne udgangspunkt for det videre arbejde. Da det var muligt at identificere, om prioriteringen kom fra en person fra primær- eller sekundær sektor, blev det også muligt at se, om de to sektorer prioriterede forskelligt.

2.5 Evaluering med tovholderne

For hvert indsatsområde blev der udpeget en tovholder, hvis opgave det var at igangsætte og følge op på de tiltag, der skulle iværksættes for at skabe forbedringer på et givent indsatsområde.

Efter projektets afslutning har Enheden for Brugerundersøgelser foretaget en evaluering med de i alt otte tovholdere. Alle tovholdere blev inviteret til et personligt interview, i hvilket de skulle fortælle om deres oplevelser med projektet, herunder processen, resultaterne og ressourceforbruget. To tovholdere valgte at besvare evalueringsspørgsmålene skriftligt, og med en enkelt tovholder blev der foretaget et telefoninterview. De øvrige fem tovholdere blev interviewet enkeltvis.

Det er bl.a. de otte tovholderes evaluering af projektet, og en evaluering blandt deltagerne i dialogmøderne, som blev gennemført i slutningen af møderne, der ligger til grund for evalueringen i kapitel 8.

DEL 3
Resultater

3. Resultatafsnittets opbygning

Resultatafsnittet indledes med en kort beskrivelse af de overordnede forbedringsområder, der fremkom via spørgeskemaundersøgelsen. Derefter præsenteres resultaterne af dialogmøderne. Under hvert dialogmøde blev der arbejdet med at finde årsager til og løsninger på de problemer, patienterne havde identificeret. Problemerne var opdelt i tre kategorier: "tiden før indlæggelsen", "tiden under indlæggelsen – herunder udskrivelsen" og "tiden efter udskrivelsen".

Under hver kategori blev de vigtigste områder prioriteret, og der blev opstillet indsatsområder. Til hvert indsatsområde blev der koblet en tovholder, som efterfølgende stod i spidsen for gennemførelsen af de konkrete initiativer, der skulle forbedre patienternes oplevelser i overgangene mellem sektorerne. Efter gennemførelsen af alle dialogmøderne blev der udarbejdet et samlet idékatalog, hvor alle de idéer og løsningsforslag, der var fremkommet under dialogmøderne, blev noteret. Hensigten med kataloget var, at det skulle fungere som inspiration for andre afdelinger, der har behov for at arbejde med overgangene mellem sektorerne. Idékataloget forefindes som bilag. (Se bilag 8).

I afsnittene herunder fremstilles de årsager og løsningsforslag, der blev debatteret på de tre dialogmøder. Derudover præsenteres de vigtigste indsatsområder samt de konkrete tiltag, der efter dialogmøderne blev iværksat med henblik på at forbedre patienternes oplevelser ved sektorskift. Nogle tiltag har en materiel form, eksempelvis tjeklister, visitkort og pjecer.

Resultaterne i form af det udarbejdede materiale præsenteres i bilag 9, og er desuden tilgængeligt på www.dialogmetoden.dk.

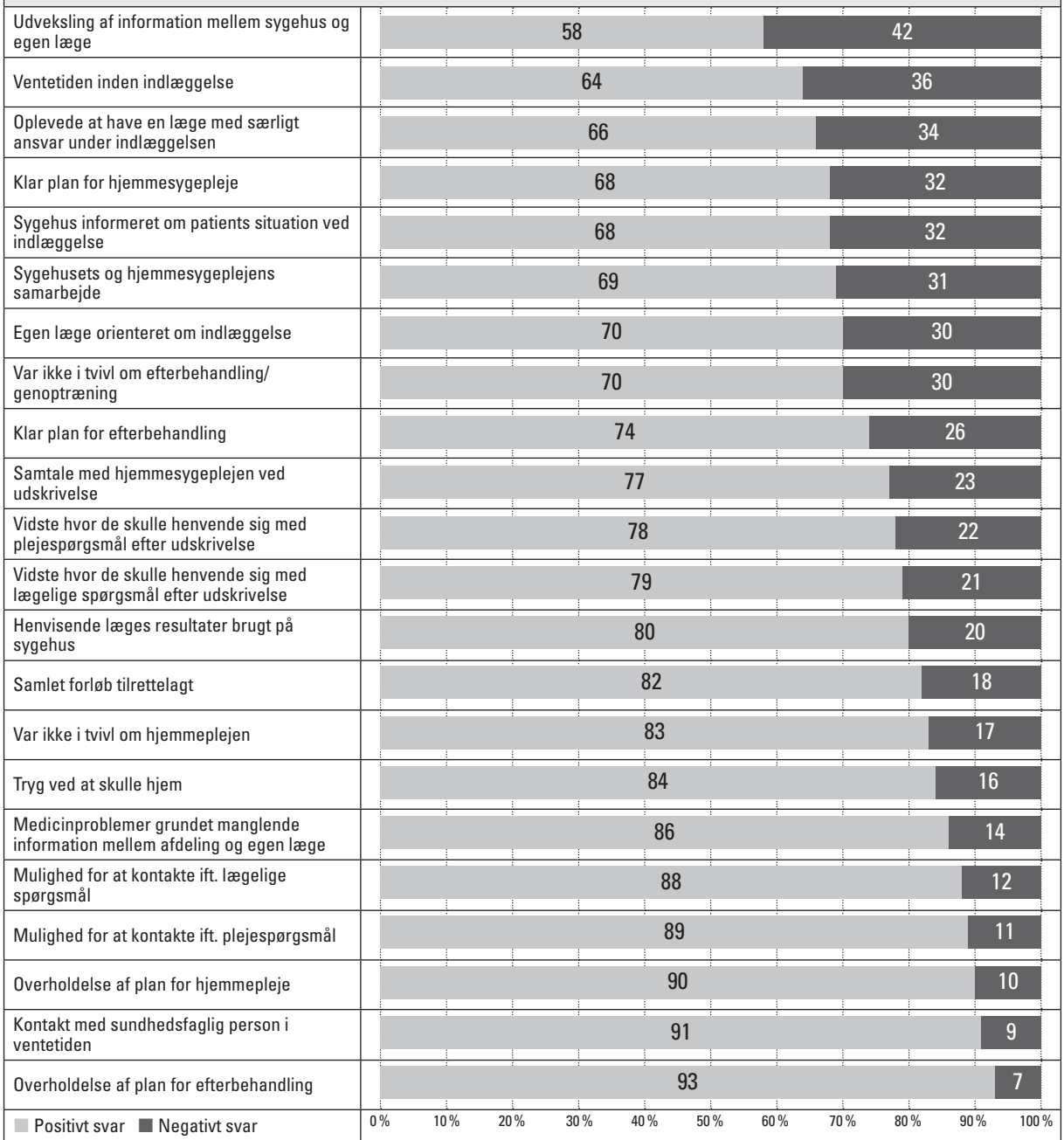
Andre tiltag har bestået i at lette kommunikationsveje mellem sektorerne, sætte fokus på dialogen og øge samarbejdet med hjemmeplejen.

4. Patienters oplevelser

4.1 Samlede resultater

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter på de deltagende afdelinger blev anvendt til at udpege overordnede temaer i de efterfølgende brugerpaneler med patienter og dialogmøder mellem personale fra de to sektorer. Resultaterne fremgår af figur 4.1.

Figur 4.1. Patienternes oplevelser af overgangene mellem sektorerne



Som det fremgår af figuren, kan de primære indsatsområder for de tre afdelinger kategoriseres under følgende overordnede temaer:

- Udveksling af information mellem hospital og privat praktiserende læge før og efter indlæggelsen
- Tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten før/efter indlæggelsen
- Mulighed for at få kontakt med sundhedsfagligt personale før og efter indlæggelsen
- Hospitalets og hjemmeplejens samarbejde
- Tilrettelæggelsen af det samlede forløb

4.2 Forskelle mellem patientgrupper

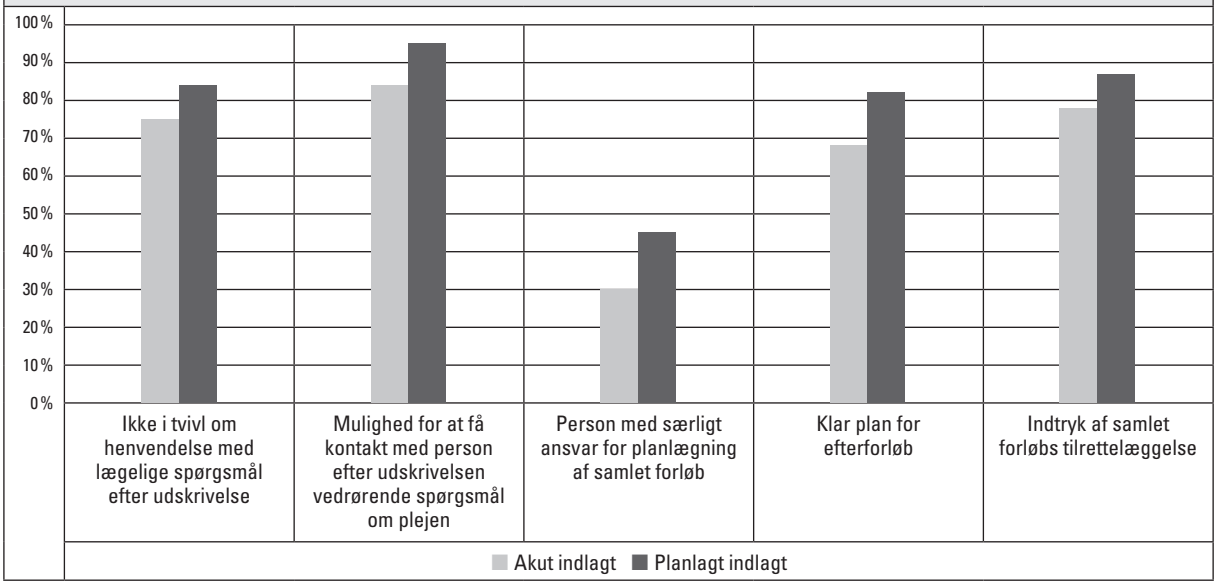
Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er signifikant forskel på, hvorledes akut indlagte og planlagt indlagte patienter har oplevet deres indlæggelsesforløb. Under indlæggelsen oplevede kun 33 % af de akutte patienter, at der var én læge, der havde særligt ansvar for deres behandling, mens 65 % af de planlagte patienter oplevede dette. Ligeledes oplevede 36 % af de akutte patienter, at der var én sygeplejerske, der havde særligt ansvar for deres pleje mens, 59 % af de planlagte patienter oplevede dette.

Desuden oplevede de akut indlagte patienter en større usikkerhed i perioden efter udskrivelsen fra hospitalet. 25 % af de akutte patienter var i tvivl om, hvor de skulle henvende sig med lægelige spørgsmål efter udskrivelsen, mens kun 16 % af de planlagte patienter var i tvivl om dette.

Flere akutte patienter end planlagte oplevede, at de ikke kunne få kontakt med den person, de skulle henvende sig til vedrørende spørgsmål om pleje efter udskrivelsen. Her var tallene 16 % for de akutte patienter mod 5 % for de planlagte. De planlagte patienter oplevede i højere grad end de akutte patienter, at der var en person, der havde særligt ansvar for planlægningen af det samlede forløb (55 % af de planlagte patienter og 30 % af de akutte patienter). 18 % af de planlagte patienter mente, at der ikke var en klar plan for deres efterforløb, mens 32 % af de akut indlagte patienter var af denne opfattelse. Endelig skal det nævnes, at 87 % af de planlagte patienter havde en positiv oplevelse af det samlede forløbs tilrettelæggelse, hvilket gjaldt for 78 % af de akutte patienter.

Resultaterne viser ikke betydelige forskelle ved opdeling efter køn, alder eller diagnosetype (kronisk/midlertidig sygdom). Forskellene kan ses som et tegn på, at der er behov for at gøre en særlig indsats for at forbedre de akut indlagte patienters oplevelse af kontinuitet i det samlede patientforløb.

Positive oplevelser fordelt på indlæggelsesform (akut/planlagt)



5. Tiden før indlæggelsen

På alle tre hospitalsafdelinger oplever patienterne manglende information om sundhedsfaglig kontaktperson før indlæggelsen samt information om, hvad der skal ske under indlæggelsen.

5.1 Årsager til patienternes oplevelser i tiden før indlæggelsen

På dialogmøderne fandt deltagerne frem til flere forskellige årsager til de patientoplevede problemer. I nogle tilfælde får patienterne ganske enkelt ikke de relevante informationer før indlæggelsen, men derudover glemmer de informationen, fordi de befinder sig i en krisesituation. Patienterne har desuden behov for at få oplysningerne gentaget flere gange eller få udleveret skriftlig information, eksempelvis i form af en pjece med generel information om indlæggelsesforløbet.

Andre årsager er, at de praktiserende læger ikke er opmærksomme på patientens behov for information, at patienten mangler telefonnumre, eller ikke kan komme i kontakt med afdeling eller praktiserende læge pr. telefon. Desuden kan årsagen være, at diagnosen ikke er fastlagt, så patienten ikke kan få den relevante information.

5.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden før indlæggelsen

De væsentligste indsatsområder i tiden før indlæggelsen er at gøre indkaldelsesbrevene til patienterne mere informative, samt at udarbejde informationsmateriale, der kan udleveres til patienterne før indlæggelsen.

Indkaldelsesbreve: Der fremkom flere forskellige løsninger på problemet med manglende information før indlæggelsen. Først og fremmest blev der stillet forslag om, at afdelingerne via indkaldelsesbreve informerer patienterne om, at de i ventetiden kan henvende sig hos egen læge. Egen læge bør også selv oplyse om dette. Derudover blev der stillet forslag om, at patienterne kan få udleveret e-mailadressen til egen læge, således at de lettere kan komme i kontakt med denne. Praktiserende læge kan desuden lave aftaler med "skrøbelige" patienter i ventetiden for at følge op på deres situation.

Det blev også foreslået, at patienterne i relevante tilfælde kan få besked om, at han/hun kan henvende sig i ambulatoriet efter forundersøgelsen. På de afdelinger, hvor det er relevant med yderligere undersøgelser, kan der udarbejdes skriftligt materiale, som informerer patienterne om deres rettigheder til sådanne undersøgelser. Det væsentligste er, at patienten ved, hvor ansvaret ligger, og ikke er i tvivl om, hvor han/ hun skal henvende sig i tiden frem til indlæggelsen.

Arbejdet med indkaldelsesbrevene blev på dialogmøderne prioriteret højt blandt alle deltagere, og der blev efterfølgende arbejdet på flere forskellige måder med emnet på såvel hospitalsafdelinger som i praksissektoren. Herunder kan det nævnes at:

- praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter i fællesskab har udarbejdet en vejledning, som er trykt i Klinik Nyt. Denne fastlægger helt præcist, hvor ansvaret for patienten er placeret i tiden, fra henvisningen er skrevet, indtil indlæggelsen sker, samt hvilke opgaver der skal løses af hhv. praktiserende læge og afdelingen i tiden inden indlæggelsen. Desuden beskriver vejledningen, hvem der har ansvar for patienten i tiden efter indlæggelsen, samt på hvilken måde hospitalsafdelingen lettest kontakter de praktiserende læger. Denne vejledning har dannet udgangspunkt for en del tiltag på de tre hospitalsafdelinger, blandt andet revideringer af indkaldelsesbrevene til patienterne.
- afdelingerne har udviklet nye indkaldelsesbreve, hvoraf det tydeligt fremgår, at patienten skal henvende sig hos egen læge i tiden frem til indlæggelsen. I indkaldelsesbrevene informeres der eksempelvis også om, at pa-

tienten efter udskrivelsen altid skal kontakte vagtlægen for at få en henvisning til hospitalet i tilfælde af komplikationer eller tilbagefald. Der er også udarbejdet mødekort, der gives til patienter, som skal møde i ambulatorium.

Patientinformation: Som løsning på den manglende patientinformation, blev der på dialogmøderne stillet forslag om, at patienterne sammen med indkaldelsesbrevet kan få tilsendt andet relevant informationsmateriale. Det blev foreslået, at der til dette formål blev udarbejdet informationsmateriale om såvel hospitalerne som afdelinger/afsnit samt om de mest almindelige diagnoser og om indlæggelsesforløbene. Alle tre afdelinger har under projektet arbejdet med denne form for informationsmateriale til patienterne. Der er således:

- udarbejdet foldere, der udførligt beskriver afsnittenes tilbud til patienterne. Nogle foldere informerer desuden om, hvilke planer der er for indlæggelsesforløbet, herunder informationsmøder og planlagte samtaler. Også afdelingernes telefonnumre findes i folderne sammen med rubrikker, hvor navnet på patientens kontaktperson i afsnittet noteres.
- lagt informationsmateriale om diagnoser og indlæggelsesforløb på hjemmesideadressen www.sundhed.dk, således at patienter, pårørende og eksterne samarbejdspartnere selv kan søge information forud for indlæggelsen.

6. Tiden under indlæggelsen

Under selve indlæggelsen oplever patienterne, at de mangler informationer om det forventede forløb, herunder operation, behandling og efterforløb. Der savnes større kontinuitet i forløbet, eksempelvis i form af kontaktlæge og -sygeplejerske. I tiden omkring udskrivelsen er mange patienter usikre på, hvornår udskrivningssamtalen holdes, og flere giver udtryk for, at de mangler informationer om hjemmepleje, hjælpemidler og genoptræning med videre, når de forlader hospitalet. Desuden ønsker patienterne ofte større inddragelse af de pårørende.

6.1 Årsager til patienternes oplevelser i tiden under indlæggelsen

Manglende information

På dialogmøderne har sundhedspersonalet udpeget årsager til patienternes oplevelse af at mangle information under indlæggelsen. For det første er afdelingspersonalet i nogle tilfælde ikke informeret godt nok til at kunne give patienterne den relevante information. Dette kan skyldes manglende kommunikation eller dårlig registrering af patienten. Desuden kan den information, der gives til patienterne, være mindre informativ, hvis det drejer sig om friske patienter, eller hvis det vurderes, at patienter med en alvorlig diagnose ikke kan rumme for mange oplysninger.

Udskrivningssamtale

Patienternes oplevelse af, at udskrivningssamtalerne ikke gennemføres, tilskrives på dialogmødet flere forskellige forhold. En årsag er, at udskrivningssamtalen ikke altid afholdes på dagen for hjemsendelse. En anden årsag er, at der er uoverensstemmelse mellem patienternes forventninger om en formel udskrivningssamtale med planer for det fremtidige forløb og den faktiske udskrivningssamtale. Der kan endvidere være tale om manglende konsekvens med at kalde den afsluttende samtale for en "udskrivningssamtale". En væsentlig årsag til, at patienterne oplyser, at de ikke har haft en afsluttende samtale, er, at det ikke altid ekspliciteres overfor patienterne, at der afholdes en sådan. Den afsluttende samtale kan derfor blive opfattet som en almindelig stuegang.

Manglende information om efterforløbet

Årsagen til den manglende information om efterforløbet, herunder muligheder for at modtage genoptræning og hjælpemidler, er ofte, at sundhedspersonalet, til trods for at patienten er informeret om det forventede efterforløb, ikke kan forudse, hvilke behov der vil være efter indlæggelsen. Dette opdager patienten ofte først, når patienten kommer tilbage til eget hjem. Patienten er derfor ikke på forhånd informeret om, hvilke muligheder der findes for at afhjælpe eventuelle problemer. En anden årsag kan være, at der fra hospitalets side ikke er udleveret midlertidige hjælpemidler.

Den manglende information om hjemmeplejen kan være forårsaget af, at der ikke er etableret kontakt mellem afdeling, hjemmepleje og patient. Hjemmeplejen får først kendskab til patienten, når der gives information fra hospitalet.

6.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden under indlæggelsen

På dialogmøderne blev der arbejdet med løsningsforslag på alle de tre ovennævnte problemområder, og der er efterfølgende udarbejdet forskelligt materiale til dokumentation af den information, der gives til patienterne. Desuden er der via kontaktpersonsordninger arbejdet med at skabe mere kontinuitet under indlæggelsen, og der er trykt visitkort, der informerer patienterne om, hvem deres kontaktlæge og -sygeplejerske er. Endelig er der arbejdet på at gøre udskrivningssamtalen synlig og mere fyldestgørende, blandt andet ved brug af dokumentationslister.

Information under indlæggelsen

Det blev foreslået, at afdelingen ved patientens ankomst til hospitalet oplyser om, hvad patienten kan forvente under indlæggelsen. Der bør ved indlæggelsen gives forskellig information til hhv. akutte og planlagte patienter. Der kan udarbejdes tjeklister til afkrydsning af, hvilke informationer patienten har fået, eller dette kan noteres i cardex.

Afdelingerne har på forskellig vis arbejdet med at øge informationsniveauet under indlæggelsen. Det kan nævnes at:

- der er udarbejdet informationsmateriale, der fremsendes til patienten inden indlæggelsen. Dette materiale fungerer også i høj grad som vejledning til patienter og pårørende under selve indlæggelsen. På én afdeling har man valgt at lave en hel informationspakke, der udleveres til patienten ved indlæggelsen. Her findes al relevant information om afdelingen, det forventede forløb, information om patientens diagnose med mere.
- der i høj grad er arbejdet med at dokumentere den information patienterne får. For at sikre at patienterne får al relevant information, føres der flere steder tjeklister over, hvilke informationer den enkelte patient har fået.
- der er udviklet en instruks til brug for dokumentation af mundtlig og skriftlig patientinformation. Denne er at finde på det aktuelle Hospitals VIP base. Af instruksen fremgår det også, hvem der er ansvarlig for, at tjeklisten placeres i journalerne på hvert enkelt afsnit og i ambulatorierne.
- der er udarbejdet en tjekliste, der anvendes ved udskrivelsen for at sikre, at patienten har fået al relevant information inden hjemsendelsen.

Kontinuitet i indlæggelsesforløbet

Der var på dialogmøderne bred enighed om, at patientens oplevelse af kontinuitet kan øges ved, at patienten under indlæggelsen så vidt muligt tilknyttes én læge. Således samles de informationer, der er om patienten på så få hænder som muligt. Det blev foreslået, at der på afdelingerne udvikles visitkort med navn på patientens hovedansvarlige kontaktpersoner på afdelingen, men patienterne bør samtidig informeres om, at disse på grund af skiftende vagter ikke kan være til rådighed døgnet rundt. Kontaktpersonernes navne anføres også i cardex.

I forbindelse med kontinuitetsproblematikken, er der blandt andet gjort følgende tiltag på afdelingerne:

- Der er udviklet en vejledning, der specificerer principperne for udpegning af behandlingsansvarlig sundhedsperson inden for 24 timer.
- Der er trykt visitkort og mødekort til ambulatorierne, hvorpå det noteres, hvem der fungerer som patientens kontaktlæge og -sygeplejerske.
- Der er tilføjet en rubrik på sygeplejejournalen, hvor patientens kontaktlæge og -sygeplejerske noteres. Nogle afdelinger har desuden indsat rubrikker i informationspjecerne, hvorpå navnene på patientens kontaktpersoner noteres.

Mere fokus på udskrivningssamtalen

For at tydeliggøre overfor patienten, hvornår udskrivningssamtalen afholdes og derudover forbedre indholdet af disse samtaler, blev det på dialogmøderne foreslået, at flere forskellige tiltag iværksættes. Først og fremmest fandt deltagerne det vigtigt, at det tydeligt ekspliciteres overfor patienten, når udskrivningssamtalen afholdes. Desuden kan der udarbejdes tjeklister, som specificerer indholdet af en udskrivningssamtale. Der blev udtrykt ønske om, at hospitalslæge og sygeplejerske så vidt muligt afholder udskrivningssamtalen sammen. Såfremt sygeplejersken ikke er til stede under udskrivningssamtalen, skal han/hun følge op på den information, som lægen giver patienten ved samtalen.

Derudover fremkom der forslag om, at både praktiserende læge og hjemmesygeplejen indtænkes allerede ved udskrivelsen, samt at de pårørende om muligt inddrages i højere grad. Det foreslås, at patienten allerede under udskrivelsen informeres om, at hospitalets ekspertise kan bruges efter udskrivelsen, og det tydeliggøres overfor patienten, om der er behov for genoptræning.

Afdelingerne har i forbindelse med udskrivelsen iværksat nedenstående forbedringer:

- Personalet opfordres kontinuerligt til at skabe rammer for en rolig og behagelig udskrivningssamtale med patienten samt forberede patienten på samtalen. Ved udskrivelse af "skrøbelige" patienter afholdes en teamsamtale, hvor både læge og sygeplejerske deltager.
- Der er udviklet et lægebrev, som udleveres til patienten under udskrivningssamtalen. Brevet indeholder information om det operative indgreb samt om forholdsregler i efterforløbet. Ligeledes er der påtrykt relevante telefonnumre samt kontaktlæge og -sygeplejerskes navn.
- Der er udarbejdet en tjekliste, der ved udskrivelsen anvendes til at dokumentere, hvilke informationer patienten har fået.
- Efter selve udskrivningssamtalen afholdes på én afdeling en samtale med sygeplejersken, der følger op på forløbet og informerer om efterforløbet. Patienten informeres om, at samtalen er en udskrivningssamtale, og udskrivningssamtalen dokumenteres på hovedcardex.
- En skabelon til sygeplejeepikrisen er blevet opdateret, og indeholder nu en tjekliste til afkrydsning ved udskrivelsen. Således dokumenteres det blandt andet, at udskrivningssamtalen har fundet sted, hvilke informationer patienten har fået, og om der er indgået aftale med hjemmeplejen om det videre forløb.

Bedre information om efterforløbet

På dialogmøderne blev det foreslået, at patienterne allerede præoperativt informeres om det forventede efterforløb, herunder hvilke behov der kan opstå efter operation og efter udskrivelsen.

Patienterne kan ved udskrivelsen informeres om, at de kan ringe til afdelingen, hvis de har spørgsmål efter udskrivelsen. Desuden kan der informeres om, hvor patienterne kan søge information om det videre forløb. Ligeledes foreslås det, at det tydeliggøres overfor patienten, om det vil blive nødvendigt med genoptræning eller ej.

Et andet forslag går på, at hjemmeplejen kan deltage i udskrivningssamtalerne eller informeres telefonisk om, hvad der er sagt til patienten under den afsluttende samtale. Der kan udarbejdes pjecer eller visitkort med numre og adresser på de kommunale hjemmeplejer, og der kan udarbejdes pjecer, der informerer om hjemmeplejens tilbud. Således kan patienten allerede på afdelingen danne sig et indtryk af, hvilken service der tilbydes fra hjemmeplejens side.

Der er på de tre afdelinger gjort flere forskellige tiltag, der har til hensigt at give patienterne mere viden om efterforløbet og øge patientens tryghed ved udskrivelsen. Herunder kan nævnes:

- Patienterne modtager nu på flere af afdelingerne et visitkort med en ambulant mødetid, hvis det er muligt at planlægge en sådan. På én afdeling udleveres desuden en kopi af genoptræningsplanen.
- Patienter med komplekse diagnoser tildeles en kontaktperson, der allerede under indlæggelsen præsenteres for patienten. Patienten informeres af kontaktpersonen om, at det efter indlæggelsesforløbet vil være hende/ham, der kontakter patienten eller de pårørende med information om svar på prøver eller lignende.
- Der er udarbejdet en procedure for efterforløb. Proceduren henvender sig til personalet, der således er bedre rustet til at informere patienterne om det forventede efterforløb.
- Hjemmeplejen i tre kommuner har i fællesskab udgivet en pjece, der informerer indlagte patienter om muligheder for hjælp i hjemmet og hjemmepleje efter udskrivelsen. Pjecen har især til hensigt at informere de patienter, der ikke tidligere har modtaget hjemmepleje. Pjecen opfordrer patienterne til at afklare deres fremtidige behov sammen med hospitalsafdelingens personale. Der informeres om åbningstider og telefonnumre på henvendelsesstedet i de tre kommuner.

7. Tiden efter udskrivelsen

Patienterne har tilkendegivet, at de oplever, at der efter udskrivelsen fra hospitalet ikke udveksles informationer mellem hospitalsafdeling, praktiserende læge, hjemmepleje og eventuelle speciallæger. Desuden oplever patienterne mangel på samarbejde mellem de to sektorer.

7.1 Årsager til patienters oplevelser i tiden efter udskrivelsen

Problemer i forbindelse med epikriser

På dialogmøderne tilskrives epikrisen en stor del af de problemer, som patienterne oplever i forbindelse med manglende koordination i efterforløbet. For det første kan der være tale om mangelfulde epikriser. Der kan eksempelvis mangle oplysninger om diagnosekode eller om, hvilke informationer der er givet til patienten. Mangelfulde epikriser kan også skyldes, at patienten ikke er afsluttet fra hospitalet, f.eks. hvis epikrisen er skrevet, før svarene på alle prøver er kommet. En generelt mangelfuld epikrise kan være forårsaget af, at den udskrivende læge ikke har det nødvendige kendskab til patienten.

En anden årsag til patienternes oplevelse af utilstrækkelig informationsudveksling mellem sektorerne er, at epikrisen ikke straks fremsendes til praktiserende læge, og således ikke er modtaget, når patienten ankommer i konsultationen. Årsagen til de forsinkede fremsendelser udpeges til primært at være sekretærmangel.

Manglende koordinering

Sundhedspersonalet udtrykker på dialogmøderne, at en væsentlig årsag til patienternes oplevelse af problemer efter udskrivelsen fra hospitalet er, at der ikke er én koordinerende person, som har det overordnede ansvar for patientens samlede forløb.

Den manglende koordinering tilskrives desuden fraværet af et fælles journalsystem. Herudover mener personalet, at der ofte er tale om manglende opfølgning fra hospitalet efter udskrivelsen.

Patienternes oplevelse af manglende koordination mellem hospital og hjemmepleje kan i visse tilfælde skyldes, at der ved udskrivelsen ikke er etableret kontakt mellem de to parter. Dette kan begrundes med, at sygeplejersken på afdelingen har vurderet, at der ikke er behov for hjemmesygepleje, eller at patienten først oplever behov for hjælp efter udskrivelsen. I andre tilfælde kan den manglende koordination skyldes, at afdelingen ikke har varslet patientens behov for hjemmepleje i god tid og i endnu andre tilfælde kan problemet være for lidt personalebemanding i hjemmeplejen pga. ferie, sygdom etc. Endnu en årsag kan være, at hospitalspersonalet mangler kendskab til hjemmeplejens ydelser.

7.2 Løsningsforslag og indsatsområder i tiden efter udskrivelsen

Både praktiserende læger og afdelingspersonale har arbejdet med at forbedre epikriser og henvisninger. Der er udarbejdet en autoepikrise, og epikriserne fremsendes nu via EDIFACT (Electronic data interchange for administration, commerce and trade), et system til udveksling af elektroniske data, hvilket sparer sekretærtid. Afdelingernes samarbejde med hjemmeplejen er blevet sat i fokus, og der er udarbejdet telefonlister. Hjemmeplejen har via et åbent-hus arrangement og en pjece arbejdet med at blive mere synlig for patienterne.

Forbedring af henvisninger og epikriser

På dialogmøderne udtrykker deltagerne ønske om en generel optimering af epikrisearbejdet med henblik på hurtigere arbejdsgange og mere fyldestgørende indhold. Deltagerne mener, at dette er et vigtigt indsatsområde, der kan forbedre samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitalsafdelinger. Det foreslås, at der udar-

bejdes standardiserede epikriser, som opfylder akkrediteringskravene, og at hospitalslægerne skriver i epikrisen, hvilke informationer patienten har modtaget. Desuden foreslås det, at en kopi af epikrisen eller et kort resumé af indlæggelsesforløbet udleveres til patienten ved udskrivelsen, og at epikrisen derudover sendes til en eventuel speciallæge. Epikriserne bør fremsendes hurtigt – uden mikroskopisvar – og senere eftersendes sammen med mikroskopisvar. Epikrisen bør ligeledes påføres navn på den hospitalslæge, som praktiserende læge kan kontakte.

På de tre afdelinger blev det prioriteret at arbejde med forbedringer af indholdet i epikriserne, således at praktiserende læge ud fra denne har mulighed for at orientere sig om indlæggelsesforløbet. Desuden blev det prioriteret, at hospitalspersonalet påfører epikrisen kontaktlæges navn og telefonnummer, og fremsender den hurtigt til egen læge og eventuelt specialelæge. Et tredje indsatsområde blev udpeget til at være udlevering af epikrisen eller et resumé af indlæggelsesforløbet til patienterne.

På en enkelt afdeling var det højest prioriterede indsatsområde at optimere informationen i epikrisen, herunder inkludere de områder, som patienten har arbejdet med under indlæggelsen, eksempelvis rygestop.

Arbejdet med epikriserne blev således højt prioriteret på de deltagende afdelinger. I den forbindelse er også henvisningerne blevet taget op til revision.

- På en afdeling har forbedring af henvisninger og epikriser i lang tid været et vigtigt indsatsområde. Allerede i 2002 blev der udarbejdet en skrivelse om "den gode epikrise" og "den gode henvisning", men desværre har dette ikke været kommunikeret ud til personalet i tilstrækkelig grad. Det første skridt i retning af en forbedring af henvisningerne er nu, at hospitalslæger, der modtager en utilstrækkelig henvisning, videresender denne til praksis konsulenten, der taler med henvisende læge om, hvorledes henvisningen kan forbedres. Desuden er der udarbejdet en introduktion til "den gode epikrise", som præsenteres for alle nyansatte. Denne instruks er lagt på afdelingens hjemmeside og forefindes også i trykt version.
- Der er udarbejdet en autoepikrise med afkrydsningsfelter samt plads til at skrive fritekst. Epikrisen findes elektronisk, og kan således rettes til, så kun de relevante områder fremsendes til praksislægen. Epikrisen fremsendes hurtigere end tidligere, eftersom den nu sendes via EDIFACT. Praksiskonsulenten arbejder med forbedring af epikriserne ved at udvælge gode og dårlige epikriser fremsendt fra afdelingen, og diskutere disse med afdelingens læger. Således får lægerne et bedre indblik i, hvorledes epikriserne bliver mere anvendelige for de praktiserende læger.
- Der er arbejdet med at skabe bedre sammenhæng mellem henvisning, behandling og epikrise. Henvisningerne fra egen læge opbevares i journalen og afdelingen følger op på de i henvisningen definerede hovedproblemer. Henvisningens hovedproblem noteres som det første i journalen med henblik på, at epikrisen så vidt muligt er en løsning på de i henvisningen opstillede problemer. Det er planlagt, at der skal udformes en skriftlig journalvejledning, hvori dette opstilles som punkt, og at nyansatte skal instrueres herom ved ansættelsen. Proceduren er allerede indføjet i programmet for de introduktionsmøder, der afholdes af hospitalets praksiskoordinator, og det er desuden planen, at nyansatte læger skal erindres om denne procedure ved afdelingens interne møder.

Koordinering og forbedring af tværsektorielt samarbejde

På dialogmøderne er samarbejdet mellem hjemmepleje og hospitalsafdeling også blevet sat i fokus.

For at optimere samarbejdet, foreslås det, at afdelingernes sygeplejersker bliver bedre til at informerer patienterne om, hvad hjemmeplejen kan tilbyde, men at hjemmeplejen også selv gør en indsats for at udbrede viden om deres service blandt borgerne. Eksempelvis kan der i højere grad informeres om, at patienterne efter ud-

skrivelsen selv kan henvende sig til hjemmeplejen ved behov. Der kan for eksempel oplyses om hjemmeplejens tilbud via pjecer i afdelingerne. Hjemmeplejen og hospitalet bør i højere grad indgå en dialog om hele patientforløbet, herunder skal afdelingen inddrage hjemmeplejen i god tid, inden patienten udskrives. Endelig foreslås det, at afdelingen informerer patienten i god tid, hvis det vurderes, at der efter udskrivelsen vil blive behov for hjemmesygepleje.

Der stilles også mere generelle forslag om forbedring af efterforløbet. Det foreslås blandt andet, at sektorerne mødes og diskuterer deres forventninger til hinanden, samt udarbejder retningslinier for, hvem der har ansvaret for patienten gennem det samlede forløb. Et andet forslag går på, at hospitalerne kan informere patienten om, at der 1-2 dage efter udskrivelsen vil blive foretaget en opfølgende telefonisk samtale.

På de tre afdelinger er mange tiltag blevet gjort for at forbedre samarbejdet med hjemmeplejen:

- For at øge overskueligheden over kontakten til kommunerne i optageområdet er det på den ene afdeling blevet besluttet, at hver kommune skal udarbejde en opdateret liste med hjemmeplejens telefonnumre. Den ene af de tre kommuner i hospitalets optageområde har udarbejdet en sådan liste sammen med en skriftlig vejledning, der klart beskriver, hvor afdelingen skal henvende sig, når der ved udskrivelse af en patient er behov for hjemmepleje. Der skelnes i vejledningen mellem borgere, der skal bibeholde eksisterende hjælp, borgere, der skal have udvidet eksisterende hjælp og borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp. Afdelingen afventer lister fra de øvrige to kommuner.
- Der har været afholdt et åbent-hus arrangement, hvor den kommunale hjemmepleje var repræsenteret med en stand. Her kunne patienterne få information om, hvilken service hjemmeplejen yder.
- Der er afholdt møder mellem afdelingens koordinerende sygeplejersker og de koordinerende hjemmesygeplejersker. Møderne har medført et styrket samarbejde på tværs af sektorerne.
- Der er planer om, at der på hjemmesiden www.sundhed.dk skal indsættes links til kommunernes hjemmesider med henblik på at henvise interesserede patienter direkte til informationerne om hjemmepleje.
- På én afdeling er alle arbejdspapirer blevet gennemgået herunder "Kommunikationsskema mellem primær og sekundær sektor". Blandt andet er kommunikationsskemaets mulige funktion som arbejdsredskab i afdelingens tværfaglige og tværsektorielle arbejde omkring patienten blevet drøftet. På hvert afsnit er der desuden blevet placeret en mappe, hvor afdelingspersonalet kan finde telefonnumre til de kommunale hjemmeplejer. Disse opdateres løbende.
- For at forbedre kommunikationen og forkorte kommunikationsvejene mellem afdeling og de kommunale hjemmeplejer, er der udvekslet mailadresser mellem lederne i hjemmeplejen og oversygeplejerskerne på afdelingen, hvilket har lettet kommunikationen meget.
- Den ene af de kommunale hjemmeplejer har iværksat en procedure, der medfører, at hospitalssafdelingen skal ringe til kommunens visitatorer på et døgnåbent nummer. Afdelingen skal således ikke ringe til de enkelte distrikter. Dette har forenklet kommunikationen yderligere.

DEL 4
Evaluering

8. Evaluering af processen

Dette afsnit indeholder de metodiske erfaringer, der er blevet gjort i forbindelse med POPS-projektet. Derudover bygger afsnittet på interviews med de otte tovholdere. Som afslutning på dialogmøderne blev der foretaget en kort evaluering blandt deltagerne fra de to sektorer. Denne evaluering er ligeledes inddraget i det følgende.

8.1 Erfaringer med det udviklede spørgeskema

Spørgeskemaet blev i april 2005 udsendt til 100 patienter på hver af de tre deltagende afdelinger. Svarprocenten var på 35 %. Da det blev vurderet, at svarprocenten var for lav, blev spørgeskemaet justeret og forkortet, og derpå udsendt til 300 patienter fra hver af de tre hospitalsafdelinger. Svarprocenten blev nu på 44 %. I marts 2006 blev en opfølgende spørgeskemaundersøgelse gennemført. Også denne undersøgelse havde en svarprocent på 44 %.

Det primære formål med spørgeskemaundersøgelsen var at afdække de problemområder, som patienterne fandt mest relevante, således at dette kunne danne grundlag for brugerpanelerne og senere dialogmøderne. Sekundært var hensigten at kunne sammenligne resultater fra den første og den anden spørgeskemaundersøgelse, for at se om patienternes oplevelser på afdelingerne var blevet forbedret efter POPS-projektet.

Erfaringerne fra POPS-projektet viser, at det i dialogmetoden er muligt at udelade spørgeskemafasen, eftersom det spørgeskema, der er udarbejdet i forbindelse med POPS-projektet er en udbygning af de patientindikatorer, der anvendes i de landsdækkende og amtslige undersøgelser af patientoplevelser og i lokale undersøgelser i regionerne. Det er således muligt at lade de problemer, der af patienterne påpeges i de landsdækkende og regionale undersøgelser samt ved brugerpanelerne, danne udgangspunkt for konstruktion af case til brug ved dialogmøderne. I regioner, hvor der ikke gennemføres regionale undersøgelser, kan afdelingerne om nødvendigt anvende det spørgeskema, der er udviklet i forbindelse med POPS-projektet til at udpege indsatsområder (Se bilag 1). Ligeledes er det muligt at lade de landsdækkende eller regionale undersøgelser fungere som før- og eftermålinger.

8.2 Afholdelse af brugerpaneler

De sundhedsfaglige personer, der har deltaget i brugerpanelerne, giver udtryk for, at der har været mange positive oplevelser forbundet med gennemførelsen af de tre brugerpaneler. Metoden giver et godt overblik, og strukturerer og prioriterer på samme tid de udsagn, der fremkommer fra patienterne.

Det har dog vist sig, at det kan være problematisk for afdelingspersonale eller praksiskonsulenter at gennemføre panelet. Dette skyldes, at patienterne i mange tilfælde ønsker at stille spørgsmål om deres diagnoser eller diskutere indlæggelsesforløbet med en sundhedsfaglig person. Dette kan fjerne fokus fra brugerpanelets egentlige formål. Metoden kræver således god styring, og samtidig er det nødvendigt at den eller de personer, der gennemfører brugerpanelerne har kendskab til eller erfaring med brugerpaneler eller lignende metoder.

Deltagerne giver ved evalueringen af processen udtryk for, at brugerpanelerne har været meget anvendelige til at afdække patienternes perspektiv. Afdelingerne har fået forståelse for, at patienternes opfattelse af de procedurer, der er på afdelingerne, ofte er en helt anden end afdelingspersonalets egen opfattelse. En tovholder siger dog, at hun ikke er sikker på, at patienternes ønsker nogensinde vil blive imødekommet til fulde, da de økonomiske rammer ikke tillader dette, men at brugerpanelerne kan være med til at give en bedre forståelse af patienternes behov.

Der var ikke mange patienter, der havde mulighed for at deltage i brugerpanelerne, men til gengæld fik de patienter, der havde meldt sig, ud-

dybet deres meninger meget grundigt. Nogle afdelinger har haft svært ved at afsætte personale, der kunne afholde møderne inden for arbejdstiden. Det foreslås derfor, at opgaven med at afholde og styre møderne lægges i hospitalernes udviklingsafdelinger eller hos Enheden for Brugerundersøgelser.

8.3 Deltagelse i dialogmøderne

Deltagerne i de tre dialogmøder tilkendegiver, at metoden er kreativ i forhold til problemløsning. Metoden giver desuden gode betingelser for, at deltagerne kan lytte til hinanden. I modsætning til almindelige møder undgås det, at en enkelt faggruppe eller enkelte personer kommer til at dominere en diskussion, og desuden undgås afbrydelser. Tovholderne beretter dog også, at der kræves en udførlig introduktion til metoden, eftersom det kan være svært at skulle lytte på den måde, som det fordres ved "reflekterende team". Metoden kræver endvidere god styring, hvorfor tovholderne mener, at det kan være nødvendigt at rekvirere hjælp fra en eller flere eksterne konsulenter eller fra konsulenter fra hospitalets udviklingsafdeling.

I forbindelse med tilrettelæggelsen af dialogmøder er det under POPS-projektet erfaret, at det er en god idé at udlevere den konstruerede case til deltagerne, således at de under refleksionsrunden kan henvise til de opstillede problemstillinger. Ligeledes er det er en god idé, at de gule posters er forskrevet med "Årsagen er " og "Løsningen er", således at udsagnene allerede ved nedskrivningen formuleres som årsager og løsninger.

Det er en fordel at udpege de tovholdere, der skal stå for arbejdet med handlingsplanerne allerede ved dialogmødet, så det undgås, at projektlederen efterfølgende skal kontakte deltagerne for at få tovholdere på alle indsatsområder. Ligeledes kan der med fordel nedsættes arbejdsgrupper allerede på dialogmøderne, således at tovholderne ikke senere skal bruge ressourcer på at sammensætte disse.

Ved fremtidige dialogmøder bør det overvejes nøje, hvem der deltager, således at alle relevante parter inviteres, og begge sektorer repræsenteres ligeligt. Endelig skal det nævnes, at der forud for afholdelsen af fremtidige dialogmøder skal være afsat økonomiske midler til frikøb af de praktiserende læger.

Afdelingspersonalet giver udtryk for, at de til daglig ikke ved, hvilke oplysninger primærsektor har brug for. De ved, hvilke oplysninger de selv finder vigtige, og det er derfor disse, der videregives. Men om det er de samme oplysninger, der reelt er behov for i primærsektor, vides ikke med sikkerhed. Afdelingspersonalet har gennem dialogmøderne fået et helt nyt indblik i primærsektors tankegang.

Under dialogmøderne har flere deltagere oplevet, at de to sektorers repræsentanter på mødet gik fra at være i forsvarsposition overfor de problemer, der blev præsenteret, til at være lydhøre og udvise respekt og forståelse overfor den anden sektors arbejde og arbejdsbetingelser. Alle har oplevet god vilje fra begge sektorers side til at bedre samarbejdet, og flere tilkendegiver, at dialogmøderne har sat gang i tankerne således, at der til stadighed dukker nye ideer op til forbedring af samarbejdet mellem sektorerne. Dog indvender flere tovholdere, at det i fremtiden vil være svært at få samlet repræsentanter fra sektorerne, idet man ikke fysisk er samlet i dagligdagen. Det tilkendegives i forbindelse hermed, at afdelingerne med fordel kan tage initiativ til sådanne møder i fremtiden, da primærsektor vil have svært ved at samle alt relevant personale sammen til afholdelse af møder.

På nogle dialogmøder har der været en skæv repræsentation fra de forskellige sektorer. Eksempelvis er det som hjemmesygeplejerske i én kommune problematisk at skulle repræsentere hjemmeplejen generelt, da der er forskel på den praksis, der er i kommunernes hjemmepleje.

Deltagerne mener, at det vil være givende at anvende Dialogmetoden til andre problemstillinger. Én afdeling anvender allerede dele af metoden til i afholdelsen af møder mellem patienter og afdelingspersonale, og har god erfaring med dette.

8.4 Arbejdet med handlingsplanerne

Behov for overordnet styring

Netop arbejdet med handlingsplanerne har vist sig at kræve særlig opbakning og støtte fra en

overordnet projektleder. Ved den fremtidige udbygning af samarbejdet mellem sektorerne vil det derfor være anbefalelsesværdigt at afsætte særlige ressourcer til dette i arbejdsfasen. Der kan være behov for hjælp til yderligere afklaring af problemområderne eller planlægning af møder med henblik på erfaringsudveksling og sparring på tværs af hospitalerne. Der kan også være behov for hjælp til implementering af nye tiltag. Da sundhedspersonalet kan have svært ved at finde tid til kontinuerligt at arbejde med handlingsplanerne samtidig med, at det daglige arbejde udføres, kan det være en god idé, at projektleder kontinuerligt tager kontakt til tovholderne og på denne måde hjælper med at fastholde det igangværende arbejde. Det skal også nævnes, at ledelsens opbakning kan være den afgørende faktor i et succesfuldt projektforløb. Det er derfor vigtigt at involvere ledelsen fra projektets begyndelse.

Nogle tovholdere har haft problemer med, hvordan de skulle gribe arbejdet med handlingsplanerne an. En løsning har været at sammenholde indsatsområderne i POPS med akkrediteringsstandarder for kommunikation og information. Ved at henholde sig til standarder har det været muligt at arbejde meget struktureret med handlingsplanerne. Dette medfører imidlertid, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt de tiltag, der er gjort i forbindelse med POPS-projektet, alligevel ville være blevet gjort i forbindelse med akkrediteringen. Tovholderne mener dog, at POPS har været med til at gøre arbejdet med akkrediteringsstandarderne mere fokuseret, samt at det har været meget givende, at patienterne har tilkendegivet, på hvilke områder de mener, der bør sættes ind. Dette har gjort arbejdet med standarderne mere meningsfuldt.

Implementeringen af det nye materiale har generelt været succesfuldt, og der er udarbejdet procedurer for, hvorledes der løbende holdes liv i det nye materiale.

Forankring af projektet

På den ene af de deltagende afdelinger har der været problemer med forankringen af projektet, idet de sundhedsfaglige personer, der oprindeligt var tilkoblet projektet, har fået andet arbejde, og derfor ikke har kunnet følge op på de opstillede handlingsplaner. De nye tovholdere har derfor haft et stort behov for opbakning fra en overordnet tovholder. Det tilkendegives dog, at de møder, der er afholdt mellem de to sektorer, har fungeret som øjenåbnere, og der er kommet mere fokus på det informationsmateriale, der findes. Praksiskonsulenten, der er tilknyttet afdelingen, melder ligeledes tilbage om et positivt samarbejde, der fortsat ønskes udbygget.

9. Eksempler på erfaringer fra arbejdet med handlingsplaner

I dette afsnit præsenteres tre eksempler på erfaringer, der er gjort i forbindelse med arbejdet med handlingsplaner.

9.1 Forbedringer i samarbejdet mellem afdelinger og hjemmepleje

På én afdeling er der blandt de koordinerende sygeplejersker, der dagligt har deres gang i afdelingen, kommet langt større fokus på forbedringen af samarbejdet mellem hjemmeplejen og afdelingen. Borgernes forløb drøftes og planlægges i samarbejde med afdelingens personale, og der arbejdes intenst med at sikre kvaliteten i patientforløbene. Ved udskrivelse af kompleks syge patienter aftales det altid at afholde et møde mellem afdelingspersonalet, en ergo- eller fysioterapeut, en repræsentant fra hjemmeplejen samt patienten og eventuelle pårørende.

Den koordinerende hjemmesygeplejerske, der har fungeret som tovholder på området, er endvidere af den opfattelse, at afdelingspersonalet gennem projektet har opnået en større forståelse for hjemmeplejens arbejdsområde. Desuden oplever hun, at der gøres mere brug af de koordinerende sygeplejersker end tidligere, hvilket bekræftes af afdelingens tovholder. Dog siger afdelingens tovholder, at samarbejdet med hjemmeplejen i de tre kommuner fortsat bør udbygges. Der er ganske vist udarbejdet en samarbejdsaftale, men hverken hjemmepleje eller afdeling har været inddraget i tilstrækkelig grad under udarbejdelsen af denne. Hun oplever, at der er en kulturkløft mellem de to sektorer, og at øget dialog og forståelse vil være nødvendigt for at kunne forbedre forholdene for patienterne.

Det er derfor planlagt, at afdelingens personale i efteråret 2006 skal modtage undervisning i samarbejde med hjemmeplejen.

9.2 Udarbejdelse af pjece om kommunal hjemmepleje

Et tiltag i POPS-projektet har været udarbejdelsen af pjecen om den kommunale hjemmepleje. Pjecen er rettet mod borgere indlagt på én af de deltagende afdelinger. Desværre ønskede ikke alle kommuner med borgere indlagt på den pågældende afdeling at deltage i arbejdet med at udarbejde en pjece om kommunal hjemmepleje, men den tovholder, som har arbejdet med at udgive pjecen, har oplevet, at det for de tre deltagende kommuners hjemmepleje har været meget udbytterigt at arbejde tværkommunalt. Selv om kommunerne opfylder de samme standarder og formelt set yder samme service, har det alligevel været en udfordring at lave en generel beskrivelse af hjemmeplejens tilbud, da procedurerne i de tre kommuner er forskellige. Ligeledes har det været spændende og informativt at arbejde tværsektorielt, idet det har givet et indblik i andre faggruppers tankegang og prioriteringer.

Det har været et kritikpunkt fra tovholder, at det økonomiske fundament for udarbejdelsen af pjecen ikke var fastlagt allerede ved opstilling af indsatsområdet. Der var ikke på forhånd opstillet et budget for udarbejdelsen. Processen blev forsinket, da tovholder ikke kunne fremsende pjecen til godkendelse hos kommunernes ældrechefer uden sikker information om finansieringen.

Pjecen blev introduceret på afdelingen i januar 2006. Den blev præsenteret på personalemøder og efterfølgende opstillet i pjeceholdere på alle afsnit. I alt 300 eksemplarer blev udleveret til afdelingen. Ved Enheden for Brugerundersøgelsers evaluering med afdelingspersonalet i juli 2006 forefindes der kun få eksemplarer af pjecen i afdelingen. Dette tyder på, at pjecen har været en succes blandt patienterne, hvilket også er det ind-

tryk, afdelingspersonalet har. I ambulatoriet er der særligt stort behov for at rekvirere flere pjecer, hvilket sandsynligvis hænger sammen med, at patienterne i ambulatoriet ikke i forvejen har kendskab til hjemmeplejens tilbud. Patienterne på sengeafsnittene modtager i modsætning hertil ofte hjemmepleje allerede før indlæggelsesforløbet. Ved evalueringen af projektet viser de øvrige hospitaler stor interesse for pjecen, og ytrer ønske om at udarbejde lignende pjecer i eget regi.

9.3 Arbejdet med kontaktpersonordningen

Den ene af de deltagende afdelinger har ved at arbejde intenst med kontaktpersonordningen vundet hospitalets kvalitetspris 2007. Allerede under afholdelsen af brugerpanelet på afdelingen stod det klart, at patienterne havde behov for at blive tilknyttet en kontaktlæge og/eller kontaktsygeplejerske, som var bekendt med deres diagnose og tidligere forløb. Ligeledes var det patienternes ønske, at det var muligt for dem at ringe eller skrive e-mail til pågældende kontaktperson efter indlæggelsen.

Afdelingen har derfor gjort en stor indsats for at gøre kontaktpersonen synlig gennem hele patientforløbet. Eksempelvis noteres kontaktpersonens navn i epikrisen, der videresendes til patientens egen læge, og patienten modtager et visitkort med navn, telefonnummer og e-mailadresse på kontaktpersonen. Dette har ifølge afdelingens kliniske oversygeplejerske medført langt større ansvarlighed både i forhold til at give patienterne en ordentlig udskrivelse og i forbindelse med opfølgning på patienten efter udskrivningen.

10. Evaluering af ressourceforbrug

Hospitalsafdelinger, der ønsker at anvende dialogmetoden til at forbedre dialogen mellem sektorerne, skal samlet påregne at bruge en måneds fuldtidsarbejde til en projektleder. Herunder skal der afsættes tid til deltagelse i dialogmøder samt til løbende kontakt med projektleder eller ekstern konsulent.

Der må desuden påregnes en måneds fuldtidsarbejde til ekstern konsulent eller konsulent fra hospitalets udviklingsafdeling, til bistand ved brugerpaneler, dialogmøder og generel organisering af projektet. Praktiserende læger og repræsentanter fra hjemmeplejen, der ikke har tovholderfunktion, må påregne at bruge omkring 3 timer til deltagelse i dialogmøderne. De enkelte tovholderes tidsforbrug kan variere meget. I pilotprojektet har en enkelt tovholder anvendt omkring 37 timer, mens andre kun har brugt ca. 4 timer. Gennemsnitligt ligger tovholdernes tidsforbrug på 13 timer.

11. Anbefalinger om brug af metoden

På baggrund af de erfaringer, der er opnået i projektet, er der udarbejdet følgende overordnede anbefalinger om brug af metoden:

1. Der kan med fordel udarbejdes korte spørgeskemaer til patienterne (maximalt 30-40 spørgsmål), da dette sandsynligvis vil højne svarprocenten. Eventuelt kan spørgeskemaerne helt udelades, idet der kan tages udgangspunkt i resultater fremkommet ved de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser eller regionale undersøgelser.
2. Hvis der gøres brug af spørgeskemaer, kan det anbefales at vente med at foretage eftermålinger, til implementeringerne har virket i en periode.
3. For at undgå et for stort frafald i deltagelsen i brugerpanelerne anbefales det at notere dato og tidspunkt på de svarkort, der udsendes til patienterne i forbindelse med tilmelding til brugerpanelerne, således at patienterne fra starten er informeret herom.
4. Da brugerpanelet kræver god styring og metodekendskab, anbefales det at lade en ekstern konsulent eller en konsulent fra hospitalets udviklingsafdeling forestå afholdelsen af brugerpanelerne. Herved undgås det også, at de deltagende patienter forsøger at diskutere deres sygdomsforløb med det sundhedsfaglige personale frem for at fremlægge problematikker i overgangene mellem sektorerne.
5. Det anbefales at lade en professionel konsulent forestå styringen af dialogmøderne, da gennemførelsen af disse møder ligeledes kræver god styring og metodekendskab.
6. Det er væsentligt at indkalde alle relevante samarbejdsparter til dialogmøderne. Eksempelvis kan det på nogle afdelinger være vigtigt at få repræsentanter fra hjemtransporten med til dialogmøderne, mens andre afdelinger kan have samarbejde med forskellige speciallæger, der derfor bør repræsenteres. Ligeledes bør man, hvis hjemmeplejen er en vigtig samarbejdspartner, indtænke hjemmeplejen fra alle berørte kommuner.
7. Det bør afklares, hvorledes der kan afsættes ressourcer til frikøb af de praktiserende læger i forbindelse med deres deltagelse i dialogmøder m.v.
8. Der kan med fordel udpeges tovholdere og nedsættes arbejdsgrupper allerede på dialogmøderne.
9. Ved arbejdet med indsatsområder og handlingsplaner er det væsentligt, at det på forhånd er afklaret, hvilke tiltag der allerede er gjort på området. Det anbefales, at en overordnet tovholder hjælper med at afklare dette, samt strukturerer arbejdet med handlingsplanerne.
10. Der kan med fordel afsættes ressourcer til tovholderne, således at projektarbejdet kan lægges ud over det daglige arbejde. Det kan være problematisk for tovholderne at implementere nye tiltag samtidig med varetagelsen af de daglige funktioner.
11. Det bør afklares hurtigt, hvem der skal afholde udgifter til eventuel trykning af pjecer eller andet informationsmateriale.
12. Det er nødvendigt, at der afsættes ressourcer til en overordnet projektleder gennem hele projektforløbet. Der kan være særligt behov for opbakning i fasen, hvor der arbejdes med handlingsplaner, herunder kan der være behov for hjælp til yderligere afklaring af problemområderne eller planlægning af møder med henblik på erfaringsudveksling og sparring på tværs af hospitalerne. Der kan også være behov for hjælp til implementering af nye tiltag.
13. Det er vigtigt, at ledelserne på hospitalsafdelingerne bakker op om projektet fra starten. Desuden er det vigtigt, at der gøres tiltag for at få personalet til at føle ejerskab i forhold til eventuelle nye tiltag.

DEL 5
Konklusion og perspektivering

12. Konklusion og perspektivering

Målinger af patientoplevelser kan medvirke til at udpege de områder, på hvilke hospitaler de praktiserende læger og de kommunale hjemmeplejer bør forbedre deres indsats, men målinger skaber ikke forandring i sig selv. Der er behov for at udvikle metoder, der med udgangspunkt i patientperspektivet kan fremme dialogen mellem sektorerne og skabe forandring. Med strukturreformen er det danske sundhedsvæsen i gang med en forandringsproces. Flere opgaver flyttes fra sekundær til primær sektor og nye aktører involveres i behandlings- og plejearbejdet. Dette medfører risiko for manglende kontinuitet og kommunikationsbrist mellem sektorerne.

Dialogmetoden har vist sig at være en anvendelig metode til at sætte fokus på patienternes perspektiv med henblik på at fremme dialogen og skabe forandring i samarbejdet mellem primær og sekundær sektor.

Deltagerne fra primær og sekundær sektor har i evalueringen givet udtryk for, at de finder metoden anvendelig, og der er i forbindelse med projektet blevet udarbejdet en mængde forskelligt materiale, som skal medvirke til at forbedre patienternes oplevelser af samarbejdet. Dette er eksempelvis ændringer af indkaldelsesbreve, visitkort, informationspjecer og nye autoepikriser til de praktiserende læger.

Landsdækkende og lokale undersøgelser af patienters oplevelser peger på, at det især er i overgangene mellem sektorer, at patienter oplever kvalitetsbrist. Med strukturreformen er der skabt nye gråzoner i samarbejdet mellem sektorerne, og kommunerne har fået en mere central rolle i patientforløbet, blandt andet i forebyggelsesarbejdet og genoptræningen. Udbredelse af POPS-projektet kan derfor med fordel sætte yderligere fokus på kommunernes samarbejde med hospitalerne, praktiserende læger og speciallæger. En stadig stigende del af patienterne på danske sygehuse er kroniske patienter, som har nogle lange forløb med en række kontakter på tværs af sektorer. Dialogmetoden vil være en anvendelig metode til at sætte fokus på kroniske patienters perspektiv og forbedre deres oplevelse af patientforløbet.

13. Anvendt litteratur

Enheden for Brugerundersøgelser
Patienters oplevelser på landets sygehuse. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.045 indlagte patienter 2006. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.

Enheden for Brugerundersøgelser
Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2004.

Gut R, Knudsen JL, Freil M, Jensen AJ
Lederes og medarbejderes vurdering, forventninger og kendskab til akkreditering – en førmåling på sygehuse i Københavns Amt, Ugeskrift for læger, 2006;168(46):3993

Gut, R, Gothen I, Freil M
Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger. Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2004

Freil M, Gut R, Jensen AJ
Spørgeskemaundersøgelser på sygehusafdelinger, Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2005

Hornstrup C
Systemisk ledelse, Dansk Psykologisk Forlag 2005

Olsen Willy
Logical Framework Approach anvendt som projektledelsesværktøj. Ålborg Universitet 2002

Fayers PM., Machin D
Quality of life. Assessment, Analysis and interpretation. John Wiley & Sons, Ltd, 2001.

Wärneryd m.fl.
Att fråga. Statistiska Centralbyrån, 1993.

Enheden for Brugerundersøgelser
Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004 – Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter, Enheden for Brugerundersøgelser, 2005.

Freil M, Knudsen JL
Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet – Patienters oplevelser af sygehusenes kvalitet. Ugeskrift for Læger, 2004, 19:1796-1799

Preston C, Cheater F, Baker R & Hearnshaw H. et al.
Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Quality in health care. 8:16-21; 1999.

Baker R, Preston C, Cheater F et al.
Measuring patients' attitudes to care across the primary/secondary interface: the development of the patient career diary. Quality Safety Healthcare 1999;8:154-60.

Schulze SB, Gut R, Freil M
Patienters indstilling til sygehusvæsenet i Øst- og Vestdanmark – medinddragelse, autoritetstro og informationssøgning, Ugeskrift for Læger, 2006, 3:279-282

BILAG

Bilag 1

SPØRGESKEMA
(eksempel fra kirurgisk afdeling)

Spørgsmål om patienters oplevelser af overgange mellem Kirurgisk afdeling, egen læge og evt. hjemmesygeplejen

De fleste spørgsmål besvares ved at sætte kryds der, hvor du synes, svaret passer bedst. Enkelte spørgsmål besvares med tal i de afmærkede felter. Nogle af dine svar kan betyde, at du skal springe spørgsmål over, dette vil fremgå af parentesen under svarkategorien. Vær venlig at udfylde skemaet tydeligt, idet besvarelsen bliver aflæst af en maskine.

Baggrundsoplysninger

1. Hvad er dit køn?	Kvinde ☐	Mand ☐
2. Hvilket år er du født?	Årstal: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋	
4. Hvor mange gange har du været indlagt på sygehus inden for de sidste fem år? (inkl. denne gang)	Ca. ⌊ ⌋⌊ ⌋ gange	Ved ikke ☐
5. Er den sygdom, du var indlagt for denne gang, kronisk eller midlertidig?	Kronisk ☐	Midlertidig ☐ / Ved ikke ☐

6. Hvem henviste dig til Kirurgisk afdeling?

(Sæt kun ét kryds)

- Egen læge .. ☐
- Speciallæge ☐
- Lægevagten ☐
- Skadestuen ☐
- Anden afdeling/Andet sygehus ☐
- Andre: _____ ☐

7. Hvordan blev du indlagt?	Akut ☐ **(Gå til spørgsmål 11)**	Planlagt (Indkaldt på forhånd) ☐

Spørgsmål 8 – 10 besvares kun, hvis du var planlagt indlagt.

De følgende spørgsmål drejer sig om tiden før indlæggelsen

8. Hvad mener du om ventetiden, fra du blev henvist til sygehuset, til du blev indlagt?	For lang ☐	Passende ☐	For kort ☐

9. Hvor skulle du henvende dig, hvis der opstod ændringer i din tilstand, mens du ventede på at blive indlagt?

(Sæt kun ét kryds)

- Til egen læge ..... ☐
- Til privatpraktiserende speciallæge ..... ☐
- Til Kirurgisk afdeling ..... ☐
- Andet sted: _____ ☐
- Ved ikke ..... ☐

10. Opstod der ændringer i din tilstand, mens du ventede?	Ja ☐	Nej ☐ **(Gå til spørgsmål 12)**

Spørgsmål 11 besvares kun, hvis du vidste, hvor du skulle henvende dig, og der opstod ændringer i din tilstand.

11. Var det muligt at komme i kontakt med den, du skulle henvende dig til i ventetiden?	Ja ☐	Nej ☐

De følgende spørgsmål drejer sig om tiden, mens du var indlagt

12. I hvilken grad oplevede du, at resultaterne af de undersøgelser, den henvisende læge havde udført, blev brugt af lægerne på sygehuset?	I høj grad ☐	I nogen grad ☐	I mindre grad ☐	Slet ikke ☐	Ved ikke ☐

13. Hvordan vurderer du, at sygehusafdelingen var informeret om din situation, da du blev indlagt?	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐	Det kan jeg ikke Vurdere ☐

14. Oplevede du, at der var én læge på afdelingen, der havde særligt ansvar for din behandling?	Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐

15. Oplevede du, at der var én sygeplejerske på afdelingen, der havde særligt ansvar for din pleje?	Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐

De følgende spørgsmål drejer sig om udskrivelsen

16. Havde du en afsluttende samtale med en læge eller en sygeplejerske, inden du blev udskrevet fra sygehuset?	Ja ☐		Nej ☐ **(Gå til spørgsmål 18)**	
17. Hvordan vurderer du den information, du fik om din sygdom ved den afsluttende samtale?	Virkelig god ☐	God ☐	Dårlig ☐	Virkelig dårlig ☐
18. Blev du ved udskrivelsen orienteret om, hvad der var foregået, mens du var indlagt?	Ja ☐		Nej ☐	
19. Havde du en samtale med hjemmesygeplejen, inden du blev udskrevet?	Ja ☐	Nej, det var ikke nødvendigt ☐	Nej, men det ville jeg gerne have haft ☐	Ikke aktuelt for mig ☐
20. Hvordan vurderer du, at sygehuset og hjemmesygeplejen samarbejdede om din udskrivelse?	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐	Ikke aktuelt for mig ☐
21. I hvilken grad blev dine pårørende inddraget i forbindelse med din udskrivelse?	For meget ☐	Passende ☐	For lidt ☐	Ikke aktuelt for mig ☐
22. Var du tryg eller utryg ved at skulle hjem fra sygehuset?	Meget tryg ☐ **(Gå til spg. 24)**	Tryg ☐ **(Gå til spg. 24)**	Utryg ☐	Meget utryg ☐

Hvis du har svaret, at du var utryg eller meget utryg ved at skulle hjem, besvares spørgsmål 23

23. Hvad gjorde, at du var utryg ved at skulle hjem fra sygehuset:			
(Sæt ét kryds for hvert spørgsmål)	Ja	Nej	Ikke aktuelt for mig
a. Hjemtransporten?	☐	☐	☐
b. Mit helbred?	☐	☐	☐
c. Min sårpleje/stomipleje?	☐	☐	☐
d. Min medicin?	☐	☐	☐
e. Tvivl om tilstrækkelig hjælp i hjemmet (fx til personlig pleje, og til at komme rundt)?	☐	☐	☐
f. Praktiske ting (fx mad i køleskabet)?	☐	☐	☐
g. Andet?: _____	☐	☐	☐

De følgende spørgsmål drejer sig om tiden efter udskrivelsen

24. Har du, efter du blev udskrevet fra Kirurgisk afdeling, været i tvivl om noget vedrørende følgende:					
(Sæt et kryds for hvert spørgsmål)	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Ikke aktuelt for mig
a. I tvivl om efterbehandling/genoptræning?	☐	☐	☐	☐	☐
b. I tvivl om den medicin du skulle tage?	☐	☐	☐	☐	☐
c. I tvivl om hjemmeplejen?	☐	☐	☐	☐	☐
d. I tvivl om hjælpemidler i hjemmet?	☐	☐	☐	☐	☐
e. I tvivl om, hvilken læge der havde ansvar for dig?	☐	☐	☐	☐	☐

25. Vidste du, hvem du kunne henvende dig til med lægelige spørgsmål, efter du kom hjem?	Ja	Nej
	☐	☐ **(Gå til spørgsmål 27)**

Spørgsmål 26 besvares kun, hvis du svarede ja til spørgsmål 25

26. Var det muligt at komme i kontakt med den, du skulle henvende dig til med lægelige spørgsmål, efter du kom hjem?	Ja ☐	Nej ☐	Ikke aktuelt for mig ☐

27. Vidste du, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål om din pleje, hjælp, genoptræning mv., efter du kom hjem?	Ja ☐	Nej ☐ **(Gå til spørgsmål 29)**

Spørgsmål 28 besvares kun, hvis du svarede ja til spørgsmål 27

28. Var det muligt at komme i kontakt med den, du skulle henvende dig til med spørgsmål om din pleje mv., efter du kom hjem?	Ja ☐	Nej ☐	Ikke aktuelt for mig ☐

29. Hvordan vurderer du alt i alt, at din <u>egen læge</u> blev orienteret om, hvad der var sket, mens du var indlagt på sygehuset?	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐	Det kan jeg ikke vurdere ☐

30. Var der en klar plan for din efterbehandling? (fx fjernelse af sting, genoptræning, kontrolbesøg)	Ja ☐	Nej ☐ **(Gå til spg. 32)**	Ikke aktuelt for mig ☐ **(Gå til spg. 32)**

Spørgsmål 31 besvares kun, hvis du svarede ja til spørgsmål 30

31. Blev planen for din efterbehandling overholdt?	Ja, i høj grad ☐	Ja, i nogen grad ☐	Nej, kun i mindre grad ☐	Nej, slet ikke ☐	Ikke aktuelt for mig ☐

32. Var der en klar plan for din hjemmesygepleje?	Ja ☐	Nej ☐ **(Gå til spg. 34)**	Ikke aktuelt for mig ☐ **(Gå til spg. 34)**

Spørgsmål 33 besvares kun, hvis du svarede ja til spørgsmål 32

33. Blev planen for din hjemmesygepleje overholdt?	Ja, i høj grad ☐	Ja, i nogen grad ☐	Nej, kun i mindre grad ☐	Nej, slet Ikke ☐

34. Hvordan oplevede du, at det samlede forløb var tilrettelagt? (før indlæggelsen, mens du var indlagt og efter udskrivelsen)	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐

35. Oplevede du, at en fra afdelingen eller din egen læge havde særligt ansvar for planlægningen af dit samlede behandlingsforløb?	Ja ☐	Nej ☐	Ved ikke ☐

36. Hvordan vurderer du alt i alt, at sygehuset og din egen læge har udvekslet information under dit sygdomsforløb? (mens du var indlagt og før/efter)	Virkelig godt ☐	Godt ☐	Dårligt ☐	Virkelig dårligt ☐	Det kan jeg ikke vurdere ☐

37. Har du oplevet problemer med din medicin, som skyldtes manglende udveksling af information mellem afdelingen og din egen læge?	Ja ☐	Nej ☐ **(Gå til spørgsmål 39)**	Fik ikke medicin ☐ **(Gå til spørgsmål 39)**

Spørgsmål 38 skal kun besvares, hvis du svarede ja til spørgsmål 37

38. Hvilke problemer har du oplevet med din medicin?

(Sæt evt. flere krydser)

a. At få forskellige oplysninger fra sygehuset og egen læge ..... ☐
b. At få forkerte oplysninger fra sygehuset ..... ☐
c. At få forkerte oplysninger fra egen læge ..... ☐
d. Ikke at få oplysninger om bivirkninger ..... ☐
e. At medicinen skiftede navn ..... ☐
f. Andet: _____ ☐

39. Skriv her, hvad du synes, at afdelingen, din egen læge og hjemmesygeplejen kunne gøre bedre, og hvad du synes, de gjorde særlig godt. (Skriv venligst dit svar i feltet) →	

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.

Tak for din medvirken!

Bilag 2

INDKALDELSESBREV TIL BRUGERPANEL (eksempel)

Vil du hjælpe med at forbedre samarbejdet mellem Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, din praktiserende læge og hjemmesygeplejen?

Vil du deltage i et interview om samarbejdet mellem egen læge, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling og evt. hjemmesygeplejen? Så bedes du udfylde dette svarkort og sende det til Enheden for Brugerundersøgelser.

Svarkortet lægges i den frankerede svarkuvert og indsendes sammen med spørgeskemaet.
Vi garanterer din anonymitet, idet svarkortet vil blive adskilt fra spørgeskemaet, ligesom interviewet vil blive afrapporteret i anonymiseret form.

Det er ikke sikkert, at du bliver udvalgt til at deltage, men hvis du gør, vil du blive kontaktet pr. brev.

Interviewet vil foregå på Amtssygehuset i Gentofte den _____ kl. _____
Ca. 6 tidligere patienter skal drøfte deres oplevelser af samarbejdet mellem sygehuset og egen læge/ hjemmesygeplejen. Interviewet forventes at vare ca. 3 timer. Deltagerne vil få serveret sandwich, kaffe og te og få dækket eventuelle transportudgifter.

Hvis du har spørgsmål til interviewet eller til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte _____ på telefon _____ eller e-mail: _____

Vi håber på en positiv tilbagemelding.

Venlig hilsen
Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt på vegne af
Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling på Amtssygehuset i Gentofte, de alment praktiserende læger og Hjemmesygeplejen i Københavns Amts kommuner

✂

Jeg vil gerne deltage i et fokusgruppeinterview

Navn: _____

Adresse: _____

_____

_____

Telefonnummer: _____

Bilag 3

INTERVIEWGUIDE TIL BRUGERPANEL (eksempel)

Undersøgelsesområde

Patienters oplevelse af og behov i forbindelse med overgangene mellem primær og sekundær sektor, og årsager til manglende kvalitet.

Introduktion

Deltagerne får en kort introduktion om formålet med brugerpanelet, forløbet m.v. Det understeges, at formålet ikke er at afdække deltagernes tilfredshed i forhold til tiden før, under og efter indlæggelse på hospitalet, men via gensidig inspiration og brainstorm at afdække hvad der er vigtigt i relation til de temaer, der skal belyses, og hvad der kan være årsager til gode/dårlige oplevelser.

Deltagerne fortæller kort om sig selv (navn, akut/planlagt, modtaget hjemmesygeplejerske, erfaring med hospitalsindlæggelser og samarbejdet mellem sektorerne).

Evt. svare ud fra tidligere erfaringer, hvis patient ikke er planlagt eller har modtaget hjemmesygeplejerske.

Temaer

De stikord, der opremses under hvert tema, er emneord, som lederen af brugerpanelet kan sætte i spil, såfremt patienterne ikke af sig selv kommer ind på disse områder.

TEMA:
Tiden fra henvisning til indlæggelse på sygehus – årsager til og løsninger på problemer

Hvis I tager udgangspunkt i jeres egne oplevelser og erfaringer fra I blev henvist til sygehuset til I blev indlagt på afdelingen – Hvordan havde I/du brug for, at sygehuset og egen læge samarbejdede om dig og din sygdom, fra du blev henvist til du blev indlagt på sygehuset?

Hvad er det væsentligste for tiden inden indlæggelsen når man er patient?

- Ventetiden inden indlæggelse
- Kontakt med læge/sygeplejerske i ventetiden
- Informeret på forhånd inden indlæggelse
- Kommunikation og udveksling af information mellem egen læge og sygehus

TEMA:
Samarbejde mellem egen læge afdelingen under indlæggelsen – årsager til og løsninger på problemer

Hvis I tager udgangspunkt i jeres egne oplevelser og erfaringer fra tiden under indlæggelse på afdelingen – Hvordan havde I/du brug for, at der blev samarbejdet om dig og din sygdom, i forbindelse med indlæggelsen og selve udskrivelsen fra afdelingen?

Hvad er det væsentligste i forhold til samarbejdet om dig og din sygdom i forbindelse med indlæggelsen og selve udskrivelsen?

- Sygehus informeret om patients situation, da de blev indlagt
- Henvisende læges resultater/undersøgelser brugt på sygehus
- Læge/sygeplejerske på afdeling, der havde særligt ansvar for behandling/pleje
- Udskrivelse:
  - Afsluttende samtale med læge eller sygeplejerske (betydningen af om det er kontaktpersonen)

- Information om sygdom ved afsluttende samtale
- Orienteret om indlæggelsesforløb ved udskrivelse
- Inddragelse af pårørende ved udskrivelsen
- Udskrivelsestidspunkt i forhold til helbred
- Udskrivelsestidspunkt i forhold til tidspunkt på dagen
- Klar plan for efterbehandling

• Tryg/utryg ved at skulle hjem, tvivl om:
  - Læge, der havde ansvar
  - Medicin og instrueret i at tage medicin

TEMA:
Samarbejde mellem egen læge, hjemmeplejen og sygehusafdelingen efter indlæggelsen – årsager til og løsninger på problemer

Hvordan havde I/du brug for, at sygehuset og egen læge/hjemmesygeplejen samarbejdede om dig og din sygdom, i forbindelse med tiden efter indlæggelsen?

Hvad er det væsentligste i forbindelse med tiden efter indlæggelsen?

• Hjemmesygepleje:
  - Samtale med hjemmesygeplejen inden udskrivelsen
  - Hjemmesygeplejen orienteret om indlæggelsen
  - Klar plan for hjemmesygeplejen
  - Overholdelse af plan for hjemmesygepleje
  - Samarbejde mellem sygehus og hjemmesygepleje
• Tvivl om:
  - Efterbehandling/genoptræning
  - Hjemmesygeplejen
  - Medicin (pga. manglende udveksling af information mellem egen læge og afdelingen)
• Egen læge:
  - Manglende udveksling af information mellem sygehus og egen læge
  - Egen læge orienteret om indlæggelse
• Kontakt i forhold til spørgsmål:
  - Ved, hvor man kan henvende sig med plejespørgsmål efter udskrivelse
  - Mulighed for at kontakte ift. Pleje spørgsmål
  - Ved, hvor man kan henvende sig med lægelige spørgsmål efter udskrivelse
  - Mulighed for at kontakte ift. lægelige spørgsmål

TEMA:
Årsager til god kvalitet

Hvad mener I, er årsagerne til god kvalitet i samarbejdet mellem egen læge og sygehus, samt mellem sygehus og egen læge/hjemmesygepleje?

Hvad er det væsentligste for god kvalitet i samarbejdet mellem sygehus og egen læge/ hjemmesygeplejen?

Hvordan kan man forbedre samarbejdet mellem sygehus og egen læge/hjemmesygeplejerske?

• Ansvar for planlægning af samlet behandlingsforløb
• Samlet forløb tilrettelagt
• Information
• Kommunikation mellem sygehus og egen læge/hjemmesygepleje
• Koordination
• Kontinuitet
• Udskrivningskort

Bilag 4

BESKRIVELSE AF BRUGERPANELETS FORM

Ved brugerpanelets gennemførelse kan der tages udgangspunkt i følgende struktur:

- Moderator indleder og fortæller om formålet med brugerpanelet
- Brainstorm ud fra åbningsspørgsmålene
- En assistent noterer ordret alle udsagn, og sætter dem op på en væg eller lignende
- Dialog med udgangspunkt i de noterede udsagn
- Nye udsagn, med udgangspunkt i dialogen, noteres og sættes op
- Moderator og deltagere organiserer i fællesskab de forskellige udsagn under forskellige temaer
- Deltagerne bedes om individuelt at prioritere udsagnene ud fra, hvad de finder mest og mindst vigtigt i forhold til den skriftlige information
- Afrunding ved moderator.

Når brugerpanelet samles, står temaerne og et gennemgående spørgsmål som overskrifter på flipovers eller klistret op på væggen.

Brugerpanelet indledes med, at moderatoren (intervieweren) stiller et på forhånd forberedt spørgsmål. Deltagerne svarer i vilkårlig rækkefølge og kan reflektere på hinandens svar. Moderatoren skal være så lidt styrende som muligt og bør ikke foretage fortolkninger af de fremkomne udsagn, men få afklaret spørgsmål.

Referenten noterer alle udsagn på post-it sedler, så alle kan se dem og sikrer, at de enkelte deltagere forstår udsagnet. Post-it sedlerne klistres op på væggen – grupperet under nogle på forhånd definerede overordnede temaer.

Udsagnene kommenteres efterfølgende af deltagerne. Dette har til formål at sikre, at de skrevne udsagn er præcise og udtrykker det, som er blevet sagt af patienterne. Sammen med deltagerne sikres det, at hvert af udsagnene er placeret under de temaer, hvor de hører hjemme.

Brugerpanelet afsluttes med at deltagerne prioriterer udsagnene efter, hvor vigtige de er. Dette gøres konkret ved, at deltagerne får udleveret et antal grønne og et antal røde klistermærker. De grønne mærker klistres på de udsagn, som deltageren finder væsentligst, og de røde sættes på de udsagn, som deltagerne finder mindst vigtige. Prioriteringen viser, hvilke udsagn patienterne finder mest vigtige, og hvilke udsagn deltagerne finder mindst vigtige. Prioriteringen er på ingen måde repræsentativ, men kan give en pejling på, hvilke af en række udsagn der er væsentlige, og hvilke udsagn der eventuelt kun er udtryk for en enkelt deltagers personlige holdning.

Bilag 5

RESULTAT AF ET BRUGERPANEL (eksempel)

Tiden før indlæggelse *(+ og – nederst i hvert udsagn angiver antallet af patienter, der har tilkendegivet at udsagnet hhv. bør prioriteres og ikke bør prioriteres)*	
Ventetid	Det er vigtigt, at ventetiden ikke er for lang – ventetid er ulidelig. Det er vigtigt, at ventetiden ikke er ulidelig (4+)
	Det er vigtigt, at man får hurtigt brev fra sygehuset. Det er vigtigt at få hurtigt brev om undersøgelsesdato/operationsdato. Det er vigtigt at få hurtigt brev om indkaldelse til undersøgelse og behandling. Det er vigtigt, at det ikke er sejt at vente på indkaldelsesbrev (4+)
	Det er vigtigt, at man kan bruge sin egen læge i ventetiden (1+)
	Det er vigtigt at vide, hvad man fejler, så ventetiden ikke føles så slem
	Det er vigtigt, at man ikke er bekymret i ventetiden
Information	Det er vigtigt, at hospitalet er godt informeret (1+)
	Det er vigtigt, at der er god tid til at informere
	Det er vigtigt at få information om, hvad der skal ske ved første kontakt.
	Det er vigtigt at være informeret (3-)
Samarbejde	Det er vigtigt, at sygehuset informerer egen læge om behandling på sygehuset (3+)
	Det er vigtigt, at sygehuset kan bruge de undersøgelser, der er taget en gang, og at de ikke skal tages om (2+)
Blive taget alvorligt	Det er vigtigt, at man bliver taget alvorligt, når man siger, man kan mærke nogle symptomer (2+)

Tiden under indlæggelse *(+ og – nederst i hvert udsagn angiver antallet af patienter, der har tilkendegivet at udsagnet hhv. bør prioriteres og ikke bør prioriteres)*	
Kommunikation	Det er vigtigt, at sygehusene kommunikerer sammen (6+)
	Det er vigtigt, at der bliver kommunikeret mellem vagterne (4+)
	Det er vigtigt, at sygeplejersken ved at man skal hjem. Når lægen siger "vi", skal det også gælde sygeplejersker (1+)
	Det er vigtigt ikke at skulle fortælle sin sygehistorie til alt personale, man møder under indlæggelsen,. Det er vigtigt, at personalet sætter sig ind i, hvad man fejler, så man ikke skal fortælle det samme igen og igen (1+)
	Det er vigtigt, at man selv er oppe på dupperne if. undersøgelse etc. Det er vigtigt at have overblik som patient, for ingen andre har det (2+, 1-)
	Det er vigtigt, at man som patient ved baggrunden for beslutninger (lægelige)
	Det er vigtigt, at personalet har sat sig ind i historien, før de taler med patienten
	Det er vigtigt, at man som patient er med i beslutninger, bliver medinddraget (1-)
	Det er vigtigt at få stuegang (1+, 4-)
Kontaktlæge/ sygeplejerske	Det er vigtigt, at der er en læge, der har et særligt ansvar under indlæggelsen (8+)
	Det er vigtigt at blive passet af de samme. Det er vigtigt med kontaktperson, fordi de kender min situation (1+, 3-)
Information ved udskrivelse	Det er vigtigt at få udleveret skriftlig patientinformation ved udskriv. + forholdsregler (2+)
	Det er vigtigt at være godt instrueret, når man bliver udskrevet (1+)
	Det er vigtigt at få en afsluttende samtale sammen med familie og kontaktlæge
	Det er vigtigt at få grundig besked om indl.forl. og forholdsregler hjemme (1+)
	Det er vigtigt, at pårørende bliver inddraget ved udskrivning efter et langt forløb (1+)
	Det er vigtigt at føle sig klar til at blive udskrevet (3+, 1-)
	Det er vigtigt at få en kopi af journalen. Det er vigtigt at få tilbudt kopi af journalen (3-)
	Det er vigtigt at vide, at der er taget kontakt til hjemmeplejen (samt at vide hvornår de kommer første gang)
Journal	Det er vigtigt, at der er et resumé, så læge/sygeplejerske hurtig kan sætte sig ind i ens situation (4+)
	Det er vigtigt, at der er orden i journalen (1+)
	Det er meget vigtigt, at journalen er tilstede (1+, 1-)
Andet	Det er vigtigt, at udstyret er i orden, når man skal til undersøgelse (2+)
	Det er vigtigt, at man ikke bliver overladt til sig selv, når man er selvhjulpen (1+)
	Det er vigtigt at kunne gå på orlov i weekenden
	Det er vigtigt at kunne gå hjem, når der ikke skal ske noget
	Det er vigtigt, at man ikke bliver flyttet, når man har sin plads (sengeplads) (1+, 1-)
	Det er vigtigt at få opmærksomhed, selvom man er selvhjulpen (3-)

Tiden efter udskrivelse *(+ og – nederst i hvert udsagn angiver antallet af patienter, der har tilkendegivet at udsagnet hhv. bør prioriteres og ikke bør prioriteres)*	
Hjemmesygeplejen	Det er vigtigt, at der er en plan for hjemmesygeplejen og at den overholdes (2+)
	Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen er godt informeret ved udskrivelse fra hospitalet. Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen er orienteret fra sygehuset (1+)
	Det er vigtigt at kunne holde ferie et sted og så modtage hjemmesygeplejen der, der koordineres mellem hospital og hjemmesygeplejen (1+)
	Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen kommer til tiden (2-)
	Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen efterlyser pt., hvis de er indlagt (betryggende) (6-)
Hjælpemidler/remedier	Det er vigtigt, at hj.spl. selv har remedier med. Det er vigtigt, at hj.spl. ved, hvilke hjælpemidler de skal have med (3+)
	Det er vigtigt, at der er afklaret mellem sygehus og kommunen, hvem der skal stille hjælpemidler til rådighed. Det er vigtigt, at det er helt klart, hvem der leverer materialer. Det er vigtigt, at hj.midler ved udskr. ikke bliver gjort til patientens problem (1+, 1-)
Information	Det er vigtigt, at hospitalet ikke er for optimistisk i sine udmeldinger – man bliver skuffet. Det er vigtigt at få en realistisk udmelding if. sygdom, ambulant kontrol (1+)
Opfølgning	Det er vigtigt at få en opfølgning/ambulatorie kontrol (3+)
	Det er betryggende, at ambulatoriet ikke slipper én for hurtigt (1+)
	Det er vigtigt, at egen læge er informeret om indlæggelsesforløb (3+)
	Det er vigtigt, at egen læge følger op på indlæggelsesforløbet (tryghed) (2+)
	Det er vigtigt, at egen læge viser interesse for ens sygdomsforløb (1+)
Henvendelse efter udskrivelse	Det er vigtigt at vide, hvor jeg skulle henvende mig med spørgsmål efter udskrivelsen (2+, 1-)
	Det er vigtigt, at egen læge kan komme i kontakt med lægen i ambulatoriet (1+, 3-)
Faglig kompetence	Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen kender til det, de skal hjælpe med. Det er vigtigt, at hjemmesygeplejen er godt oplært (2+)
Andet	Det er vigtigt, at man som patient skriver spørgsmål ned (1+, 2-)

Bilag 6

CASE OM OVERGANGENE MELLEM SEKTORERNE
(Eksempel)

Fru Hansen konsulterer sin praktiserende læge, da hun føler smerter i maven. Efter en undersøgelse hos egen læge bliver hun sendt hjem igen uden videre behandling. Hun er ellers så glad for sin egen læge, men synes ikke, at han tager hendes symptomer alvorligt. Der går noget tid, og symptomerne forværres. Fru Hansen henvender sig igen hos sin praktiserende læge, og denne gang bliver hun henvist videre til sygehuset.
Den praktiserende læge giver informationer, bl.a. om hvilke undersøgelser hun formodentlig skal have foretaget på sygehuset. Men hun kan slet ikke koncentrere sig om alle de oplysninger – hun synes, at det kunne være rart også at få noget information på skrift i form af brochurer.

Fru Hansen synes, ventetiden inden indlæggelsen er meget lang. Hun ville ønske, at hendes praktiserende læge ville støtte hende i ventetiden. Hun håber, at hun får hurtigt brev fra sygehuset om indkaldelse til undersøgelse og behandling.

Fru Hansen er meget i tvivl, og har flere forskellige spørgsmål, hun godt kunne tænke sig at få afklaret, men hun ved ikke, hvor hun skal henvende sig i ventetiden. Hun synes, at det kunne være rart med et brev med et telefonnummer, hvor hun kunne kontakte en person og stille nogle af alle de spørgsmål, hun funderer over i ventetiden.

Fru Hansen bliver indlagt, opereret og får en stomi. Personalet er vældig søde og behandler hende godt. Da hun skal udskrives, får hun ingen udskrivningssamtale, og bliver heller ikke oplyst om, hvad hun kan eller skal undgå i forhold til operationen, når hun kommer hjem. Hun er derfor utryg og i tvivl om forholdsregler, bl.a. i forhold til sin stomi, når hun kommer hjem. Hvad må hun og hvad må hun bestemt ikke? Hun ville ønske, at hun havde fået en afsluttende samtale, hvor også hendes mand kunne deltage. På den måde vidste han også, hvad der var sket på sygehuset, og de var to til at huske på forholdsreglerne i hjemmet. Derudover synes Fru Hansen, at hun mangler noget information på skrift, som hun kan læse igen og igen, hvis hun ikke kan huske alt det, de har sagt på sygehuset, eller er i tvivl om noget, efter hun er blevet udskrevet.

Fru Hansen kommer hjem fra sygehuset. Der er forskellige forhold, hun gerne vil spørge sygehuset om, fx stille nogle specifikke spørgsmål til kirurgen frem for til egen læge. Hun vil helst ikke være til besvær eller forstyrre de travle læger og sygeplejersker på sygehuset. Derfor foreslår hendes søn, at det kunne være godt med en e-mail adresse til afdelingen, hvor han kan skrive alle hendes spørgsmål ned og få svar i løbet af et nogle dage.

Det er dejligt at være hjemme igen, men Fru Hansen har svært ved at overkomme den personlige pleje samt de huslige pligter. Der ligger ingen plan for hjemmesygeplejen efter udskrivelsen, og hun har ingen samtale med dem før udskrivelsen fra kirurgisk afdeling. Derfor er hun i tvivl omkring flere forhold. Er det fx overhovedet er muligt at få hjemmesygeplejerske – eller nogle hjælpemidler? Hjemmesygeplejen er slet ikke orienteret fra sygehuset om Fru Hansens indlæggelse, og derfor tager hun selv kontakt til dem. Efter at hun selv har skabt kontakten, kommer der en hjemmesygeplejerske, der er sød og betænksom. Men hjemmesygeplejersken kommer desværre ikke som aftalt, og er ikke orienteret om, hvad Fru Hansen har brug for fx er der ikke de remedier der skal bruges til stomien. Der bliver lagt en plan for hjemmesygeplejen – som dog ikke bliver overholdt.

10 dage efter udskrivelsen besøger Fru Hansen sin egen læge. Hun bliver forbavset over, at egen læge hverken er informeret om, at hun har været indlagt på sygehus, hendes diagnose, eller hvilken medicin hun tager. Den praktiserende læge virker heller ikke interesseret i, hvad der er sket på sygehuset i forhold til hendes sygdom og

behandling. Fru Hansen føler ikke, at der er en interesse eller en opfølgning fra egen læge på, hvordan hun har det.

Fru Hansen synes, at der ligger et alt for stort ansvar på hende, fx at hun selv skal arrangere hjemmesygepleje eller fortælle lægen, hvad der er sket på hospitalet, og hvilken medicin hun nu får. Hun synes, at der mangler en person, som har det overordnede ansvar for det samlede behandlingsforløb.

Bilag 7

PROBLEMTRÆ
(eksempel)

Årsager til problemer – ved udskrivelsen
*Udsagn markeret med * kommer fra primærsektor, udsagn uden * kommer fra sekundærsektor.*
At patienten ikke kan rumme for mange oplysninger, når der stilles en alvorlig diagnose. Derfor informerer sygehuset ikke om en masse praktiske forhold med det samme ved udskrivelsen.
At udskrivelses-samtalen opfattes som en stuegang *
At patienten forventer en formel samtale med planer for det fremtidige forløb – dette sker ikke i alle tilfælde (fx forholdsvis friske patienter)
At patienten ikke ved, at der afholdes udskrivningssamtaler
At det er vanskeligt at fastsætte tidspunktet for udskrivelsessamtalen *
At sygehuslægerne ikke skriver i epikrisen hvad der er sagt til patienten *
At sygehuslægen ikke kender den patient, som han/hun skriver epikrisen for
At sygehuset ikke er bevidst om, hvad hjemmesygeplejersken kan bruges til *

Løsninger på problemer – ved udskrivelse
Tallene under hvert udsagn angiver hvor mange personer, der har tilsluttet sig forslaget. *Bogstavet "p" angiver at personerne arbejder i primærsektor, mens "s" står for sekundærsektor* *Udsagn markeret med * kommer fra primærsektor, udsagn uden * kommer fra sekundærsektor.*
At sygehuspersonalet ekspliciterer overfor patienten, at det er en udskrivelsessamtale, der finder sted (2s)
At der udarbejdes skriftligt materiale om udskrivelses-samtaler af sygehuset (1s)
At patienten informeres om, at de altid kan ringe ind til afdelingen efter udskrivelsen angående evt. spørgsmål (6p, 3s)
At pårørende inddrages i udskrivelsessammenhæng, at sygehuspersonalet informerer og opfordrer hertil (2p, 1s)
At udskrivelsen kvalitetssikres, og at øvrige samarbejdspartnere (fx hjemmesygeplejen) inddrages i udskrivningssamtalen)*. At den koordinerende hjemmesygepleje deltager i udskrivelsessamtalerne (3p, 1s) *
At sygehusets dialog til kommunen forbedres (2p, 1s) *
At sygehuslægerne skriver i epikrisen, hvad de har sagt til patienten (5p, 2s) *
At hjemmesygeplejen informeres om, hvad der er sagt til patienten under udskrivelsessamtalen, evt. over telefonen (2p) *
At epikrisearbejdet optimeres (3p, 4s)
At der ansættes flere sekretærer (til at skrive epikriser) og flere sygeplejersker (1s)
At sygeplejerskerne følger op på den information, som lægerne giver patienterne (2s)
At den praktiserende læge får en kopi af udskrivelsessamtalen
At den praktiserende læge får tilsendt kopi af udskrivelsessamtalen mv. elektronisk (1p) *
At der laves en standard/ tjekliste på en udskrivelse. At sygehuspersonalet, som den primære sektor kan få og tage udgangspunkt i + når patienterne stiller spørgsmål (2p, 5s)
At det specificeres, hvad en udskrivelsessamtale skal indeholde – at der udfærdiges en form for tjekliste hertil (2s)

Bilag 8
IDÉKATALOG

På alle dialogmøder er der kommet mange gode idéer og løsningsforslag, som andre afdelinger kan have glæde af at blive delagtiggjort i. Disse idéer er udarbejdet som et idékatalog, og blev i projektet anvendt som inspiration i forhold til udarbejdelse af handlingsplanerne.

Mundtlig information fra afdelingspersonalet

- Personalet må tilrettelægge informationen individuelt til patienten, så patienten kan "rumme" informationen
- Hospitalslægen skal bede patienten gentage indholdet af den mundtlige information
- Patienterne får information af både egen læge og hospital om, hvad de kan forvente på hospitalet – fx i forhold til ventetider
- Patienten skal have indsigt i arbejdsgangene på hospitalet og hermed få afstemt forventningerne til, hvad der skal ske på hospitalet
- Sygeplejersker skal følge op på den information, som lægerne giver patienterne
- Patienterne skal informeres om efterforløbet, forholdsregler, og hvilke behov der kan opstå efter udskrivelsen. Informationen skal gives inden operationen, så patienterne har mulighed for at forberede sig på efterforløbet

Mundtlig information fra praktiserende læge

- Egen læge kan bede patienten om at gentage informationen for at sikre sig, at patienten har modtaget informationen korrekt
- Praktiserende læge skal eksplicitere, at patienten skal kontakte ham/hende i ventetiden frem for hospitalet
- Praktiserende læge kan lave aftaler med "skrøbelige" patienter i tiden frem til indlæggelsen (skal foregå hos den praktiserende læge)
- Hvis patienten er indlagt akut fra egen læge oplyses patienten om, at han/hun kan ringe både under indlæggelsen, og når de er udskrevet
- Patienten skal informeres om, hvilke opgaver den praktiserende læge varetager, og hvilke hospitalet varetager
- Patienten skal vide, hvad den praktiserende læge kan hjælpe med
- Egen læge skal kunne oplyse patienterne om, hvad der er rimelig ventetid, og hvad patienterne skal gøre, hvis ventetiden er for lang
- Praktiserende læge orienterer patienten om, at hospitalet koncentrerer sig om at behandle den konkrete sygdom, og ikke alle andre problemer patienten kunne have
- Praktiserende læge stiller patienten realistiske udsigter i møde i forhold til, hvad der skal ske på hospitalet
- Egen læge informerer inden indlæggelsen om, hvad en forundersøgelse er
- Patienten oplyses af egen læge om mulige undersøgelser og behandlinger på hospitalet
- Patienterne får information af både egen læge og hospital om, hvad de kan forvente på hospitalet – fx ventetider
- Egen læge informerer patienten om, i hvilke tilfælde og hvordan man henviser til hospitalet
- Telefonsvarer hos egen læge
- Patienten kan lægge telefonbeskeder til den praktiserende læge, hvis patienten ikke kan komme igennem i telefontiden

Skriftlig information

Indholdet i breve

- På breve fra hospitalet skal det være påført, at egen læge har ansvaret i ventetiden samt, at patienterne kan henvende sig til ambulatoriet efter forundersøgelse
- I indkaldelsesbrev oplyses om, hvor patienten kan finde yderligere oplysninger om hospital, sygdom, operation mv.
- Kopi af indkaldelsen sendes til patienten, men også til egen læge
- Navn på kontaktperson kan stå på indkaldelsesbrevet til patienten

Brochure/patientvejledning om hospitalet/ afdelingen

- Brochure skal oplyse om tiden inden operationen
- Pjece, der oplyser patienten om sine rettigheder, fx for at blive undersøgt igen, få tid til røgten etc.
- Brochuren kan generelt introducere til hospitalet, og hvad det indebærer at være indlagt
- Oplyse om praktiske oplysninger: telefonnummer, besøgstider etc.
- Patienten skal oplyses om, at der er en kontaktperson, men der er skriftende vagttider etc., som bevirker, at denne ikke kan være tilstede konstant
- Der kan udarbejdes en standard brochurer til henholdsvis akutte og planlagte patienter
- Brochuren kan udleveres hos den praktiserende læge
- Patientbrochurer lægges ud på nettet

Brochure om hjemmeplejen

- Brochure skal oplyse om, hvilke plejetilbud der er mulighed for som gynækologisk/medicinsk/kirurgisk patient
- Gøre opmærksom på, hvordan patienterne kan få hjælp fra hjemmesygeplejen
- Brochuren skal stå fremme på afdelingerne eller udleveres af hospitalpersonalet

Cardex

- Kontaktpersonerne anføres på sygeplejecardex
- Notere i cardex, hvilke informationer patienten har modtaget og forstået

Epikrise

- Udarbejde standardiserede epikriser, som opfylder akkrediteringskravene
- Informationen i epikrisen skal være forståelig, god og fyldestgørende
- Epikrisen skal gerne indeholde "bløde" områder, fx rygestop og lignende, som patienten har arbejdet med under opholdet på hospitalet
- Epikrisen skal kun indeholde de relevante oplysninger
- Epikrisen skal beskrive, hvad patienten er informeret om i forhold til sygdomssituation etc.
- Epikrise skal indeholde diagnosekoder
- Epikrise skal være mere kvalitativ
- Tegning af "underliv" med i epikrisen
- Epikrisen påføres navn på kontaktlæge og telefonnummer, som praktiserende læge kan kontakte
- Hospitalslæge skal kende den patient, som han/hun skriver epikrisen på
- Epikrise fremsendes hurtigt – uden mikroskopisvar – og senere eftersendes sammen med mikroskopisvar
- Epikrisen sendes til egen læge og til speciallæge
- Der ansættes flere sekretærer til at skrive epikriser

Henvisningsseddel

- Sikre sig, at hospitalet læser lægens henvisning ordentligt i forhold til, hvilket problem der skal identificeres som hovedproblemet (den ærlige henvisningsseddel)
- Egen læge skal oplyse patienten om, hvad der står i henvisningen, så patienten er indforstået med, hvad der står i henvisningen

Retningslinier

- Retningslinier for, hvem patienten kan tage kontakt til gennem hele forløbets faser, ensrettes således, at forskelligt personale siger det samme til patienten

Visitkort

- Udvikle visitkort med navn og foto på den læge eller sygeplejerske, der er hovedansvarlig for behandling/pleje

Tjekliste vedrørende information

- Tjekliste over, hvilken mundtlig og skriftlig information patienten skal modtage før og efter en operation

Kommunikation mellem sektorerne

- Hjemmesiden KAI skal kunne oplyse om praktiske forhold på hospitalet
- Et fælles journalsystem mellem primær og sekundær sektor
- Gode rammer for dialog mellem de to sektorer – fx á la geriatriske teams
- Der oprettes flere støttefunktioner/teams
- Hjemmesygeplejen og hospitalet indgår dialog om hele patientforløbet.
- Hospitalets dialog til kommunen forbedres
- De forskellige sektorer mødes, og diskuterer deres forventninger til hinanden
- Akkreditering vil kunne forbedre en række af problemerne i overgangen mellem sektorerne

Kontaktperson

- Sikre sig, at patienten møder så få læger som muligt under indlæggelsen
- Tydeliggør for patient, hvem der er kontaktperson
- Der kan være en kontaktperson, som står parat, når patienten indlægges på hospitalet
- Informere patienten, hvis der kommer en anden læge eller sygeplejerske end kontaktpersonen
- Turnuslæger bliver tilknyttet patienterne

Udskrivelse

Afsluttende samtale inden udskrivelse

- Sikre sig, at patienten ved, at der holdes en udskrivningssamtale
- Hospitalslæge og sygeplejerske deltager begge ved udskrivningssamtalen
- Det skal tydeliggøres, hvis der ikke er behov for genoptræning mv. overfor patienten
- Hospitalspersonalet skal gøre opmærksom på, hvordan patienten kan få hjælp fra hjemmeplejen
- Patienten får kopi af epikrise, udskrivningssamtale eller et kort resumé af forløbet, herunder operation etc., i hånden
- Afdelingspersonalet formidler, hvem der overtager ansvaret for patienten efter udskrivelsen
- Udarbejde skriftligt materiale om udskrivningssamtaler
- Udskrivelsen kvalitetssikres og samarbejdspartnere inddrages i udskrivningssamtalen
- Tjekliste, som patienten selv skal udfylde i forhold til, om han/hun har modtaget information omkring fx forholdsregler osv. Hvis ikke patienten har modtaget information, da skal der stå at han/hun skal spørge personalet på afdelingen

Inddragelse af pårørende

- Afdelingspersonale skal spørge patienten, om han/hun ønsker, at pårørende skal deltage i en udskrivningssamtale
- Pårørende inddrages i udskrivelsessammenhæng
- Afdelingspersonale informerer og opfordrer til, at pårørende inddrages ved udskrivelse

Journal

- Det skal fremgå af journalen, om patienten skal have genoptræning eller ej

Mailadresse

- Egen læge kan have en mailadresse, så patienterne kan kontakte lægen via mail
- Hospitalet kan få fat på de praktiserende læger – også privat, fx via mail (akutliste)
- Patienten skal have mail adresse til afdelingen og hospitalslæge

Opfølgning

- Hospitalets ekspertise udstrækkes efter udskrivelsen
- Hospitalet kan have ansvar for patienten efter indlæggelsen
- Hospitalet informerer patienten om, at der ringes 1-2 dage efter udskrivelsen for at følge op på, om alt er, som det skal være
- Patienterne informeres om, at de altid kan ringe ind til afdelingen efter udskrivelsen angående spørgsmål
- En koordinerende læge følger op på patienterne ved udskrivelse
- Patienten skal informeres om, hvilke opgaver den praktiserende læge varetager, og hvilke hospitalet varetager

Samarbejde mellem afdeling og hjemmesygeplejen

- Afdelingen informerer hjemmesygeplejen om patienternes situation
- Afdelingen indtænker hjemmeplejen i god tid
- Det skal i hvert enkelt tilfælde vurderes, om der skal tages kontakt til hjemmesygeplejen, når en patient udskrives
- Hvis der er brug for hjemmesygepleje, da gives informationen på forhånd fra afdelingerne i form af pjecer (der ligger på afdelingerne)
- Afdelingen vurderer patienten med hensyn til, om der er brug for hjemmepleje, når patienten er i eget hjem
- Der skal tages kontakt til en koordinerende sygeplejerske ved udskrivelse af patienter med behov for hjemmepleje
- Den koordinerende hjemmesygeplejerske deltager i udskrivningssamtalen
- Sygeplejersker indgår dialog med hjemmesygeplejersken om, hvad de skal stille patienten i udsigt med hensyn til, hvad der kan tilbydes i forhold til patientens behov
- Der sættes rammer for samarbejdet mellem koordinerende hjemmesygepleje og hospital
- Primærsektor kan selv tage kontakt til hospitalet, når der er tvivlspørgsmål
- Afdelingen udleverer midlertidige hjælpemidler
- Hjemmesygeplejen informeres om, hvad der er sagt til patienten ved udskrivningssamtalen, evt. telefonisk
- Hjemmesygeplejen informeres om procedureskift og arbejdsgange på afdelingerne
- Visitkort der informerer om telefonnumre – fx til hjemmesygeplejen
- Borgere skal informeres om, at de om nødvendigt selv kan henvende sig til hjemmeplejen efter udskrivelse
- At der sættes mere fokus på "mellemgruppen" i forhold til hjemmeplejen, dvs. ikke kun de dårligste patienter

Samarbejde mellem afdeling og praktiserende læge

- Afdelingen skal indtænke egen læge ved udskrivelse
- Afdelingen ringer til egen læge, hvis det vurderes, at der er behov for hjemmebesøg
- Praktiserende læge skal have et notat fra forundersøgelsen
- Hospitalet får skrevet udskrivningssedler så hurtigt som muligt, og sender dem straks videre til praktiserende læge
- Den praktiserende læges notater og spørgsmål i henvisningen følges op af hospitalet i epikrisen
- Praktiserende læge informeres om procedureskift og arbejdsgange på afdelingerne
- Primærsektor kan selv tage kontakt til hospitalet, når der er tvivlspørgsmål
- Praktiserende læge skal kende til alle planer for at være hovedansvarlig for patientens samlede forløb
- Epikriserne på akutte patienter videregives til primærsektor hurtigst muligt
- Praktiserende læge får en kopi af udskrivningssamtalen
- Praktiserende læge får tilsendt kopi af udskrivningssamtalen mv. elektronisk
- Primærsektor selv tager kontakt til hospitalet, når der er tvivlspørgsmål
- Ved alvorlig diagnose følger praktiserende læge op i hjemmet efter indlæggelse

Samarbejde mellem privat praktiserende speciallæge og praktiserende læge

- Der skal sendes en kopi af journalen til egen læge fra speciallæge med kommentarer om det videre forløb
- Alle notater fra speciallæge skal sendes til egen læge

Tjekliste/standard

- Udarbejde en tjekliste i forhold til udskrivningssamtale, hvor det specificeres, hvad en samtale skal indeholde
- Tjekliste, som personalet udfylder i forhold til udskrivelse. Tjekliste skal sikre, at der eksempelvis er skiftet forbinding, udleveret medicin og recepter, kopi af epikrise/resumé til patienten, evt. udleveret sygeplejeremedier med hjem eller kontaktet hjemmesygepleje mv.
- Hospitalspersonale og primærsektor kan tage udgangspunkt i standard/tjekliste, når patienterne stiller spørgsmål

Tovholder

- Egen læge kan fungere som tovholder, hvis alle relevante informationer fra speciallæge og hospital er modtaget
- En tovholder/kontaktperson med ansvar for patienten gennem hele forløbet

Bilag 9

OVERSIGT OVER UDARBEJDET MATERIALE I FORBINDELSE MED POPS

Alt materiale findes på hjemmesiden:
www.dialogmetoden.dk

Artikel i Kliniknyt om Ansvar ved sektorskift

På Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling på Gentofte Hospital er udarbejdet følgende:

- Skabelon til sygeplejeepikrise indeholdende tjekliste til brug ved udskrivelsen
- Informationspjece om specifikke diagnoser (eksempelvis bugvægsbrok)
- Patientinformation om afsnit D 835
- Patientinformation om afdeling D
- Oversigt over telefonnumre til Lyngby-Taarbæk Kommunes Hjemmehjælp og Hjemmesygepleje

På Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling på Glostrup Hospital er udarbejdet følgende:

- Indkaldelsesbrev til patienten indeholdende information om henvendelsessted i ventetiden
- Visitkort og mødekort til ambulatorium
- Dokumentationsliste for patientinformation; graviditet, fødsel og barsel
- Dokumentationsliste for patientinformation; gynækologi
- Dokumentationsliste for patientinformation; jordemoderkonsultation
- Introduktion til dokumentationslister
- Lægebrev til patienter påtrykt kontaktlæge og –sygeplejerskes navn
- Lægebrev til patienter der har gennemgået små operative indgreb
- Checkliste til brug ved udskrivelsen
- Hovedcardex for operationspatienter
- Hovedcardex for operationspatienter samt for patienter med vaginalplastik
- Standardplejeplan for patienter med vaginalplastik
- Epikrise
- Vejledning om behandlingsansvarlig læge
- Vejledning om behandlingsansvarlig sundhedsperson
- Patientinformation om afdelingen (velkomstpjece)
- Patientinformation om fjernelse af livmoder (hysterektomi)
- Standardplejeplan for patienter til hysterektomi
- Patientinformation om forberedelse til operation
- Patientinformation om forebyggelse af blodpropper i forbindelse med operation

På Geriatrisk Reumatologisk Afdeling på Gentofte Hospital er der udarbejdet følgende:

- Informationspjece til patienter og pårørende (Velkommen til Afsnit for Geriatri og Apopleksi 108)
- Informationspjece (Velkommen til Medicinsk Geriatrisk Reumatologisk Afdeling107)
- Informationspjece (Velkommen til Geriatrisk Deldøgnsafsnit QB108)
- Informationspjece (Velkommen til Geriatrisk Ambulatoriaum og -Team)
- Pjece med oplysninger om hjælp i hjemmet og hjemmesygepleje til patienter på afdeling Q. Ballerup, Gladsaxe og Herlev Kommuner

Enheden for
Brugerundersøgelser

Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor

POPS