

An abstract painting featuring several stylized human figures in various poses, rendered in a vibrant palette of blue, green, yellow, and red. The figures are composed of bold, expressive brushstrokes, giving them a sense of movement and energy. They are arranged in a way that suggests a group meeting or a collaborative discussion. The background is a mix of these colors, creating a dynamic and textured environment.

# Det nationale kvalitetsprojekt om ”Patientens møde med Sundhedsvæsenet”

Evalueringsrapport



Projektet er iværksat af Danske Regioner og sygehusejerne i forbindelse med det nationale kvalitetsprojekt om "Patientens møde med sundhedsvæsenet" og udgivelse af de 20 anbefalinger om patientens møde med sundhedsvæsenet.

Projektet er finansieret af sygehusejerne og støttet af Helsefonden.

Evalueringsrapporten er udarbejdet af:

Britta Ravn brr@ag.aaa.dk

Peter Rhode pr@ag.aaa.dk

Eva Tersbøl ezt@ag.aaa.dk

Rapporten kan downloades på: [www.videnscentergennembrud.dk](http://www.videnscentergennembrud.dk)

Her findes også evalueringsrapporter fra hver af de deltagende teams på de deltagende sygehuse i Danmark, Norge og Sverige.

Rapporten kan rekvireres hos:

Kvalitetsafdelingen, Århus Amt

Lyseng Allé 1

8270 Højbjerg

Tlf. 8944 6718

Fax. 8944 6182

kvalitet@ag.aaa.dk

Bestillingsnr. 756

Pris: kr. 75 inkl. moms plus forsendelse

ISBN-nr.: 87-991611-2-5

Tryk: Danske Regioner

© Kvalitetsafdelingen, Århus Amt

Uddrag, herunder figur, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse

Oktober 2006

# **Evalueringsrapport**

**Det nationale kvalitetsprojekt om ”Patientens møde med Sundhedsvæsenet”**



# Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Indledning .....	5
Baggrund for projektet .....	5
Gennembrudsprojektet .....	5
Evaluering af projektet .....	6
Kapitel 2 Oversigt over forbedringsarbejdet .....	7
Gennemførte udviklings- og forbedringsaktiviteter .....	7
Patienttilfredshedsundersøgelse .....	9
Kapitel 3 Gennembrudsprojektets forløb .....	11
De centrale elementer .....	11
Gennembrudsprojektets forløb .....	11
Tre Projektfaser .....	13
Kapitel 4 Eksempler fra praksis .....	19
Team Roskilde:	
"Nu ved vi, hvad patienter vil - vi kan jo bare spørge dem .....	21
Team Odense: "Gennemslagskraft, gå på mod og engagement .....	23
Team Thisted: "Det behøver ikke være så svært" .....	27
Team Glostrup .....	31
Kapitel 5 Udviklings- og forbedringsaktiviteter .....	33
Kompetenceudvikling og læringsmiljø .....	33
Oversigt over udviklings- og forbedringsaktiviteter .....	35
Kapitel 6 Deltagelse i gennembrudsprojektet .....	39
Anvendelighed .....	39
Rammer og arbejdsvilkår .....	41
Opsummering .....	43
Kapitel 7 Patientundersøgelsen .....	45
Baggrund og formål .....	45
Datagrundlag og metode .....	45
Kapitel 8 Resultatrapporter .....	49
<b>Bilagsfortegnelse</b>	
Bilag 1: Oversigt over den nationale arbejdsgruppe .....	81
Bilag 2: De 20 anbefalinger .....	82
Bilag 3: Oversigt over den faglige inspirationsgruppe .....	87
Bilag 4: Oversigt over de deltagende team .....	88
Bilag 5: MMR Skemaet .....	89
Bilag 6: Den samlede tilfredshed for indlagte patienter op 21 afsnit i	
Projektet "kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet"	
Gennemsnit og afsnit med signifikante ændringer .....	91
Bilag 7: 16 tilfredsspørgsmål for indlagte patienter på 21 afsnit i	
Projektet "Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet".	
Tidsmæssig udvikling i gennemsnit og spredning. Oversigt over	
Signifikante afsnitsændringer .....	93
Bilag 8: Telefoninterviewundersøgelse af teammedlemmernes og ledelses-	
repræsentanternes vurderinger af resultaterne af at have deltaget i	
gennembrudsprojektet om patientens møde med sundhedsvæsenet .....	95



# Kapitel 1. Indledning

Dette kapitel præsenterer en kort introduktion til projektet ”Patientens møde med sundhedsvæsenet”. For en nærmere uddybning af projektforsløbet henvises til de efterfølgende kapitler i evalueringen.

## Baggrund for projektet

I de senere år er der i stigende grad sat fokus på patientens møde med sundhedsvæsenet og kvaliteten i de mellem menneskelige relationer.

En række centrale aktører i det danske sundhedsvæsen har i fællesskab udarbejdet 20 anbefalinger til sundhedspersonalet, der omhandler patientens møde med sundhedsvæsenet. Formålet med initiativet har været at sikre kvaliteten i de mellem menneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet. Anbefalingerne er samlet i publikationen *Patientens møde med sundhedsvæsenet – de mellem menneskelige relationer. Anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*. Anbefalingerne er, på baggrund af forskningsmæssig og dokumenteret viden, prioriteret og formuleret af en national arbejdsgruppe gennem en fælles arbejdsproces.

Anbefalingerne blev udsendt i sommeren 2003, og er koncentreret omkring tre centrale temaer: kommunikation, medinddragelse og kontinuitet<sup>1</sup>.

Anbefalingerne er først anvendelige, når de målrettes, specificeres, uddybes og formuleres lokalt, med henblik på konkret anvendelse i klinisk praksis. Med anbefalingerne er der således lagt op til en proces, hvor den enkelte afdeling målretter anbefalingerne, så de passer til afdelingens særlige rammer og vilkår.

Arbejdet med de 20 anbefalinger har haft status som et af amternes og H:S fælles nationale kvalitetsprojekter. Hovedfinansie-

ringen af det samlede projekt er sket via sygehusejernes egen finansiering.

Et af hovedindsatsområderne i videreførelsen af arbejdet med de 20 anbefalinger har været det nationale gennembrudsprojekt om *Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet*. Udover midler fra sygehusejerne er Gennembrudsprojektet støttet økonomisk af Helsefonden.

## Gennembrudsprojektet

Projektet er gennemført med udgangspunkt i ”Gennembrudsmetoden” (jf. Kap. 3), som er en amerikansk arbejdsmodel (The Breakthrough Series) til at skabe udvikling i sundhedsvæsenet.

Der har været en stor nordisk interesse for gennembrudsprojektet, og for de 20 danske anbefalinger vedrørende patientens møde med sundhedsvæsenet. Gennembrudsprojektet har derfor været gennemført i et fælles nordisk samarbejde, med deltagere fra femten sygehusafsnit spredt over hele Danmark, to norske sygehusafsnit fra Ullevål Universitetssykehus, Oslo i Norge og tre sygehusafsnit fra sygehusene i Kalmar, Karlskroga og Gävle i Sverige. En oversigt over de deltagende team er vedlagt i bilag nr 4.

Formålet med gennembrudsprojektet har været at arbejde systematisk med implementering af de 20 anbefalingerne i klinisk praksis på sygehusene.

Projektets overordnede målsætninger har været at:

- forbedre kommunikationen, herunder forbedre patientens indgang til sundhedsvæsenet, styrke relationen mellem patient og sundhedspersonale, styrke uddannelse og supervision af sundhedspersonalet og styrke patientens opfattelse af kommunikationen.

---

<sup>1</sup> De 20 anbefalinger er vedlagt i bilag nr 2

- forbedre medinddragelse, herunder styrke inddragelse af patienten i den daglige behandling og pleje.
- forbedre kontinuitet, herunder at fastholde kontinuerlig og tydelig kontakt mellem patienten og sundhedspersonalet, og at forbedre planlægning og synliggørelse af patientforløbet.

Hvert af de deltagende team har arbejdet med specifikke mål. Den nationale arbejdsgruppe, der har udarbejdet de 20 anbefalinger, har haft en rådgivende status, og fulgt projektets arbejde. En oversigt over arbejdsgruppens deltagere er vedlagt i bilag 1.

En projektgruppe har haft en særlig opgave med at stille faglig og videnskabelig viden og indsigt til rådighed for gennembrudsprojektet. Gruppen har bestået af: vicekontorchef Marianne Nord Hansen, Københavns Amt og adj. professor, læge, ph.d. Jan Mainz, Syddansk Universitet og professor, cand.psyk., dr.med. Bobby Zachariae, Århus Universitetshospital.

Der har været nedsat en faglig inspirationsgruppe bestående af sundhedsfagligt personale, som har konkrete erfaringer med at implementere tiltag, der har forbedret patienternes oplevelse af kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. På baggrund af den faglige inspirationsgruppes egne erfaringer og kendskab til andet arbejde på området, er der blevet udarbejdet et forandringskatalog, som de deltagende team har anvendt som inspiration i gennembrudsprojektet. En oversigt over den faglige inspirationsgruppe er vedlagt i bilag nr.3.

### **Evaluering af projektet**

Evalueringen af gennembrudsprojektet er opdelt i to dele. Dels en lokal evaluering i form af resultatrappporter fra hver af de deltagende team, hvor de lokale resultater er dokumenteret, dels en tværgående evaluering af projektet.

Resultatrappporterne er udarbejdet efter den aktive projektperiode. Af resultatrappporter-

ne fremgår teamenes målsætning og mål med angivelse af de konkrete forandrings tiltag og dokumentation af den opnåede forbedring. Alle resultatrappporter fra de deltagende team kan ses på projektets hjemmeside, og i kapitel 5 ses en oversigt over hvilke forandringstiltag og temaer de enkelte team har arbejdet med.

Den tværgående evaluering er gennemført af Kvalitetsafdelingen i Århus Amt. Hensigten med den tværgående evaluering er at belyse projektet fra flere sider. Følgende materiale indgår i den tværgående evaluering:

- Evaluering af deltageroplevelsen på læringsseminar 1, 2 & 3
- Telefoninterview blandt alle teamdeltagere og ledelser efter projektperiodens afslutning
- Patienttilfredshedsundersøgelse, hvor dataindsamlingen er gennemført to gange. Henholdsvis før projektstart og efter projektets afslutning
- Resultatrappporter fra deltagende teams.

For at give et indtryk af teamenes arbejde i gennembrudsprojektet er evalueringsrapporten suppleret med fire cases, hvor erfaringer med projektet dokumenteres gennem interview med fire af de deltagende team. Her deltager Kardiologisk afdeling på Roskilde Amtssygehus, Neurologisk afdeling på Odense Universitetshospital, Sygehus Nord i Thisted og Neurokirurgisk sengeafsnit på Amtssygehuset i Glostrup.

Endelig er der i et afsluttende kapitel i evalueringsrapporten eksempler på teamenes resultatrappporter. I evalueringsrapporten indgår således resultatrappporter fra Lunge-medicinsk afdeling på Sygehus Vestsjælland, Medicinsk Center på Holbæk Sygehus, Hjerte-lungekirurgisk afdeling på Aalborg Sygehus Syd og Neurologisk Afdeling på Odense Universitetshospital.

Alle resultatrappporter kan downloades fra projektets hjemmeside: [www.videnscenter-gennembrud.dk](http://www.videnscenter-gennembrud.dk).



## Kapitel 2. Sammenfatning af resultater

I dette kapitel præsenteres en kort beskrivelse af de resultater og forandringstiltag, der er gennemført i projektperioden. Beskrivelsen er suppleret med resultater fra den telefoninterviewundersøgelse<sup>2</sup>, der er foretaget efter projektperiodens afslutning. Her har alle teamdeltagere og lokale ledelser haft mulighed for at evaluere deres egne aktiviteter, og deltagelse i gennembrudsprojektet.

### Gennemførte udviklings- og forbedringsaktiviteter

På baggrund af de 3 overordnede mål for gennembrudsprojektet, har de deltagende team formuleret lokale resultatmål og procesmål. Af de opstillede mål<sup>3</sup> fremgår det, at de deltagende team har operationaliseret projektets overordnede, og relativt brede målsætninger meget forskelligt. Der er således blevet arbejdet med mange forskellige forandringstiltag. Hertil skal det fremhæves, at de enkelte team ikke har arbejdet med de samme indsatsområder på samme tid, eller med samme intensitet. Det betyder, at forandringsarbejdet, på trods af den fælles metodemæssige ramme, og fælles ”værktøjskasse”<sup>4</sup>, ikke har været gennem-

ført som identiske processer i samme tempi. Det betyder således, at resultaterne af gennembrudsprojektet primært skal ses med udgangspunkt i de lokale forandringstiltag, snarere end i egentlige samlede resultater for hele projektet set under et.

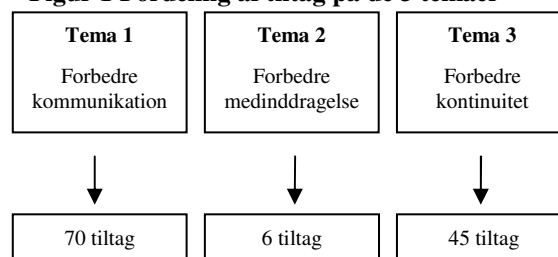
I forhold til de gennemførte forandringer skal det endvidere fremhæves, at projektperioden har været kort. Resultaterne er således opnået inden for en tidsramme på 9 måneders projektarbejde. Projektets resultater viser dermed, at det kan lade sig gøre at igangsætte et systematisk udviklings- og forbedringsarbejde på kort tid.

Alle deltagende team har i projektperioden arbejdet med forandringstiltag indenfor de tre overordnede temaer:

- Kommunikation
- Medinddragelse
- Kontinuitet

Der er i aktivitetsperioden blevet afprøvet og testet 121 forskellige tiltag fordelt på de 3 temaer.

**Figur 1 Fordeling af tiltag på de 3 temaer**



<sup>2</sup> Telefoninterviewundersøgelsen blev foretaget efter projektperiodens ophør, hvor alle danske teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter blev kontaktet. I alt deltog 40 temadeltagere og 23 ledelsesrepræsentanter i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 79. Fra de deltagende team i Sverige og Norge blev kontaktpersonerne bedt om at udvælge, hvem der ville være relevante at interview til projektet. Det er således ikke alle team deltagere og ledelsesrepræsentanter fra de deltagende svenske og norske team, der er forsøgt foretaget interview med. I alt blev der udpeget 7 personer til at deltage i interviewene. Der opnåede interview med 5 af disse personer, svarende til en svarprocent på 71. (bilag 8)

<sup>3</sup> Se i øvrigt resultatrapporterne kapitel 8

<sup>4</sup> Med værktøjskasse refereres der til forandringskataloget og Gennembrudsforum.

<sup>7</sup> ”The breakthrough Series” IHI’s Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement”, Innovation Series, Institute for Healthcare Improvement, Boston, 2003

## Kommunikation

Arbejdet med kommunikation i sundhedsvæsenet er en kompleks og til tider vanskelig proces. Det er et vigtigt område, der prioriteres højt, og de fleste forandringstiltag vedrører dette område.

En stor del af forandringstiltagene har handlet om at sikre en god og sammenhængende information til patienterne. Eksempelvis har 8 team arbejdet med at forbedre patientens indgang til sundhedsvæsenet i form af informationspjecer, checklister ved modtagelsen eller særlige rammer for indlæggelses-samtalerne. Endvidere har flere team arbejdet med kommunikation og forbedre planlagte samtaler både under indlæggelse og i forbindelse med udskrivelse.

I den opfølgende interviewundersøgelse med teamdeltagere svarer 79% af interviewpersonerne, at arbejdet med gennembrudsprojektet har forbedret kommunikationen mellem personalet og patienterne i høj eller nogen grad. For ledelsesrepræsentanterne var vurderingen, at 95% fandt at kommunikationen mellem personalet og patienterne i høj eller nogen grad er blevet bedre gennem deltagelse i projektet.

## Medinddragelse

Der er ikke mange team, der målrettet har arbejdet direkte med at styrke patienternes medinddragelse. Således har de deltagende team kun angivet 6 forandringstiltag på området. Der har derimod været arbejdet med patienternes medinddragelse på en mere indirekte måde f.eks. i forbindelse med mange delprojekter inden for kommunikationsområdet.

Ledelsesrepræsentanter i interviewundersøgelsen vurderer patienternes medinddragelse positivt. Således vurderer henholdsvis 9 % i høj grad og 72 % i nogen grad, at arbejdet i gennembrudsprojektet har ført til en højere grad af medinddragelse af patienterne. For teammedlemmernes vedkommende er der tale om henholdsvis 22 % og 61 %, der mener, at projektet i høj grad eller i no-

gen grad har ført til øget medinddragelse af patienterne.

En ledelsesrepræsentant udtaler om projektet:

*”Projektet skærper opmærksomheden på kommunikation og medinddragelse af patienter”.*

Et af teammedlemmerne svarer i forhold til det faglige udbytte af at arbejde med projektet:

*”Vi har fået øjnene op for at spørge patienterne”.*

Generelt melder teamene tilbage, at patienternes mening og kommentarer er noget, der betyder rigtig meget både i forhold til iværksættelse og implementering af nye tiltag.

## Kontinuitet

Ud af 121 forandringstiltag i gennembrudsprojektet er der gennemført 45 konkrete forandringstiltag vedrørende en forbedring af kontinuiteten. Tiltagene spænder fra udarbejdelse af checklister ved udskrivelsesamtalen, til etablering af og information om teamstrukturer til patienter.

67% af teammedlemmerne oplever i høj eller nogen grad, at arbejdet med gennembrudsprojektet har forbedret kontinuiteten i behandlingsforløbet for patienterne. Det tilsvarende tal for ledelsesrepræsentanter er 80 %.

Tilbagemeldingerne fra de deltagende interviewpersoner er, at det er en stor udfordring at forbedre kontinuiteten i patientforløb, fordi en række rammer og vilkår i sundhedsvæsenet gør det vanskeligt. Men projektet har givet fokus på patienternes møde med sundhedsvæsenet – og kontinuitetens betydning for et godt patientforløb:

*”Vi har fået fokus på patienternes opfattelse af at være indlagt og det er utrolig positivt”.*

### **Patienttilfredshedsundersøgelse**

I forbindelse med gennembrudsprojektet er der gennemført en overordnet patienttilfredshedsundersøgelse på de sygehusafdelinger, der har deltaget i projektet. Patienttilfredshedsundersøgelsen er gennemført før projektstart, og efter projektperiodens afslutning.

Der er udarbejdet 2 undersøgelsesrapporter - før og efter - til hver af de deltagende afdelinger.

Patienttilfredshedsundersøgelsen har været overordnet med få, overordnede spørgsmål. Flere afsnit har valgt at supplere denne undersøgelse med fortløbende målrettede patienttilfredshedsundersøgelser eller patientinterview, der omhandler de helt specifikke temaer, som afsnittet har valgt at arbejde med i gennembrudsprojektet.

Patienttilfredshedsundersøgelse har været afdelingsrettede, og har således ikke kunnet anvendes til at dokumentere en gennemsnitlig, overordnet og fælles udvikling i patienttilfredsheden i gennembrudsprojektet. Men bag de overordnede betragtninger gemmer der sig specifikke afdelingsrettede resultater, der for den enkelte afdeling dokumenterer både fremgang og tilbagegang i patienttilfredshed.

### **Udvikling og læring**

Teamdeltagere og ledelser giver også udtryk for, at de har opnået nye kompetencer i deltagelsen i gennembrudsprojektet

Teamdeltagerne giver udtryk for, at det har været inspirerende at deltage, og at de har opnået resultater i projektet. Således har 75 % af de adspurgte teamdeltagere vurderet, at de har opnået resultater eller udviklet "best practice" i gennembrudsprojektet, som de gerne vil sprede til andre. 52 % af teamdeltagerne oplyser, at de har medvirket til at formidle resultater og erfaringer fra projektet til andre afdelinger. 96 % af de adspurgte ledelsesrepræsentanter vurderer, at det afsnit, der deltog i gennembrudsprojektet har opnået resultater, de gerne vil sprede til andre afdelinger eller til andre hospitaler.

### **Forandret praksis fører til forbedringer**

I interviewundersøgelsen giver 84% af teamdeltagerne udtryk for, at de selv i høj grad eller nogen grad har forbedret praksis i forhold til deres møde med afdelingens patienter gennem projektet. 85% af teamdeltagerne vurderer endvidere, at afdelingen som helhed har forbedret praksis i hverdagen. Blandt de adspurgte ledelsesrepræsentanter mener 96%, at afdelingen har forbedret praksis i høj grad eller nogen grad i forhold til mødet med patienterne.

### **Indsatsen værd**

I interviewundersøgelsen blandt teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter gives en positiv evaluering af, om deltagelse i gennembrudsprojektet var indsatsen værd. Resultatet viser at næsten alle teammedlemmerne (95%) vil anbefale andre at deltage i et lignende gennembrudsprojekt. Denne holdning deles af 100% af de adspurgte ledelsesrepræsentanter.





## Kapitel 3. Gennembrudsprojektets forløb

I dette kapitel præsenteres gennembrudsprojektets forløb. Metoden introduceres, og der redegøres for den overordnede organisering af projektet. Afslutningsvis præsenteres resultaterne af team-medlemmernes og ledelsesrepræsentanternes evaluering af deltagelse i gennembrudsprojektet.

### De centrale elementer

Gennembrudsmetoden er den danske betegnelse for en metode til at skabe gennemgribende kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet. Metoden bygger på de amerikanske Breakthrough Series, og er udviklet af The Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA<sup>7</sup>. Metoden er omsat til danske forhold under navnet ”Gennembrudsmetoden”.

Gennembrudsmetoden er praksisorienteret og karakteriseres ved at være et videns- og erfaringsbaseret netværkssamarbejde. Gennem en koncentreret og stramt struktureret indsats skabes væsentlige kvalitetsforbedringer på kort tid. I metoden ligger deling af viden og opnåede erfaringer via netværk, og spredning af konkrete forbedringer til andre enheder og organisationer.

Erfaringen med Gennembrudsmetoden viser, at valg og afgrænsning af projektets tema og målsætning er afgørende for graden af den succes projektet forventes at kunne bibringe. Alt andet lige vil et bredt tema, med en bred målformulering, inden for et komplekst område, gøre det vanskeligere at opnå markante og målbare forbedringer på kort tid.

I evalueringen af projektet om patientens møde med sundhedsvæsenet er det vigtigt at gøre opmærksom på, at afdækningen af patientens møde med sundhedsvæsenet er et komplekst tema. I projektet er der formuleret overordnede og relativt brede målsætninger om at ”Forbedre patienternes samlede oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet” med fokus på:

- Kommunikation
- Medinddragelse
- Kontinuitet

Den grundlæggende idé bag Gennembrudsmetoden er at tage udgangspunkt i eksisterende viden om ”best practice”<sup>8</sup>, og herefter tilpasse denne viden til lokale forhold, gennem en kontinuerlig afprøvning af forandringstiltag. I Gennembruds-metoden præsenteres viden om ”best practice” i et såkaldt *forandringskatalog*, som et centralt udgangspunkt for det lokale forandringsarbejde (Forandringskataloget kan ses på projektets hjemmeside).

Det er centralt i metoden, at viden og erfaringer deles med andre gennem etablering af netværk, hvor de team, der deltager i projektet, er hinandens samarbejdspartnere, inspiratorer og kritikere. Udveksling af viden og erfaringer er befordrende i forhold til at arbejde med kvalitetsforbedringer i praksis.

### Gennembrudsprojektets forløb

Den overordnede planlægning og organisering af gennembrudsprojektet om patientens møde med sundhedsvæsenet kan præsenteres grafisk i en model. Indholdet af de enkelte elementer kan til en vis grad variere, men den fastlagte struktur og dertil hørende relativt stramme tidsplan er afgørende i brugen af metoden.

---

<sup>8</sup> I denne sammenhæng anvendes en bred definition, således at ”best practice” omfatter eksisterende viden indhentet fra såvel forskning som klinisk praksis.

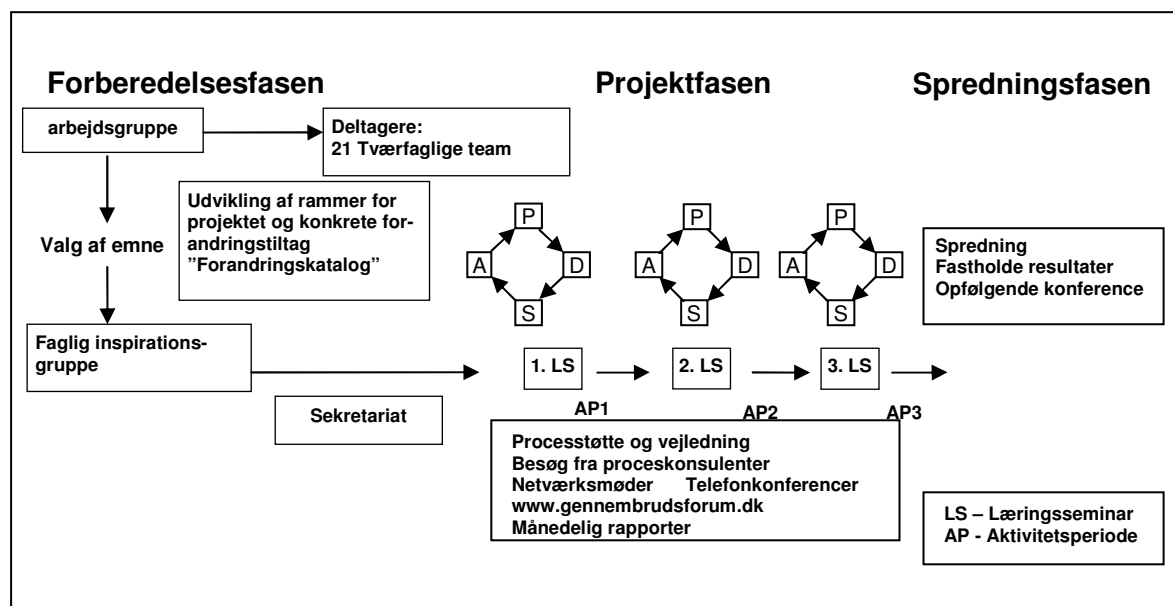


Figure 2: Grafisk fremstilling af Gennembrudsmetoden

### De organisatoriske rammer

Netværkssamarbejdet er bygget op omkring lokale, tværfaglige team. De lokale team indgår i en fælles, kort projektperiode på 8-12 måneder, og arbejder i denne periode intensivt med at afprøve og implementere forandringstiltag. I projektet "Patientens møde med sundhedsvæsenet" har den aktive projektperiode været 9 måneder.

Alle team arbejder ud fra fælles forandringstiltag inden for en på forhånd defineret ramme. I denne periode deltager de lokale team i et grundigt trænings- og uddannelsesforløb via tre læringsseminarer. I de mellem-liggende aktivitetsperioder modtager teamene derudover løbende støtte samt metodemæssig og faglig sparring fra et nationalt sekretariat, og en tilknyttet faglig inspirationsgruppe.

Teamene udarbejder hver måned rapporter, der systematisk dokumenterer procesforløbet og opnåede forbedringer. Dette sker bl.a. gennem en løbende dokumentation og måling af forandringsprocesser. Som afslutning på projektet udarbejder teamene en resultatrapport.

Udgangspunktet for kvalitetsforbedring i Gennembrudsmetoden er "Model of Impro-

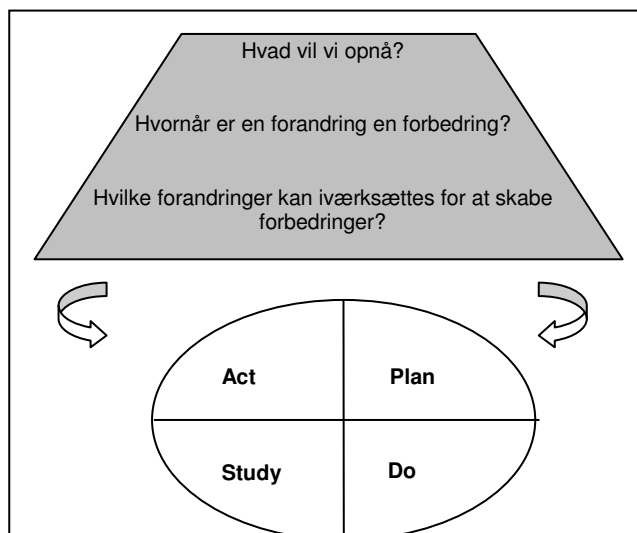
vement"<sup>9</sup>, på dansk "Forandrings-hjulet". Modellen præsenterer en systematisk tilgang til organisering og iværksættelse af forandringstiltag, og opererer med tre hovedelementer i arbejdet med at forbedre processer.

Kvalitetsforbedringsarbejdet bygger på:

- Specifikke og numeriske målelige mål, som svaret på "Hvad vil vi opnå?"
- Løbende dokumentation og måling af forbedringer, som svaret på "Hvornår er en forandring en forbedring?"
- Forslag til konkrete forandringstiltag præsenteret i et *forandringskatalog*, som svaret på "Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?"

I arbejdet med "Forandringshjulet" (se figur 3) gennemgår teamene løbende de tre ovenstående spørgsmål. Herefter testes forandringstiltag fra forandringskataloget i en fortløbende, cyklisk proces, der baserer sig på PDSA-test (Plan, Do, Study, Act).

<sup>9</sup> "The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement", Innovation Series, Institute for Healthcare Improvement, Boston, 2003

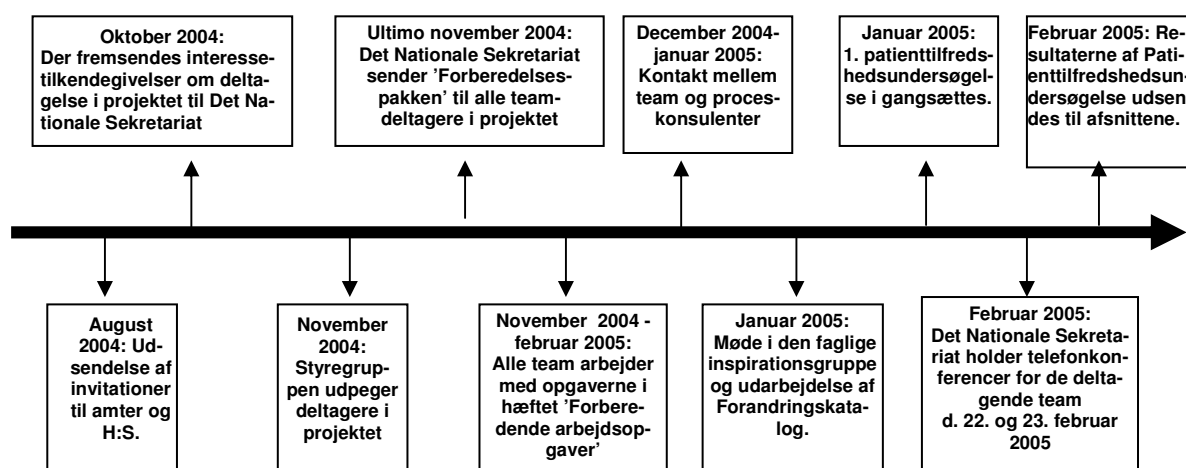


Figur 3: Model of Improvement - Forandringshjulet

For hver test tilpasses forandringstiltaget til de lokale forhold, og hvis evalueringen af testen indikerer opnåede kvalitetsforbedringer, udvides testens omfang. Det er centralt for metoden, at den tager udgangspunkt i mange, samtidige test af forandringstiltag, for at kunne opnå en markant forbedring af praksis.

### Tre projektfaser

Den overordnede organisering og planlægning af er i opdelt i henholdsvis: *forberedelsesfasen*, *projektfasen* og *spredningsfasen*.



Figur 4: Tidsplan for forberedelsesfasen

## 1. Forberedelsesfasen

### Faglige inspirationsgruppe

Forandringsarbejdet i gennembrudsprojektet bygger så vidt muligt på eksisterende viden ("best practice") og forskningsresultater.

I projektet har der været nedsat en faglig inspirationsgruppe. Gruppen har haft til opgave at identificere og bidrage med eksempler på "best practice", klinisk erfaring og forskningsresultater i relation til patientens møde med sundhedsvæsenet. Gruppen har været bredt tværfagligt sammensat. Gruppens arbejde bestod primært i formulering af konkrete forandringstiltag, der dannede grundlag for netværkssamarbejdets forandringskatalog.

### Forandringskatalog

Forandringskataloget er et praksisorienteret arbejdsredskab, der er opbygget omkring projektets overordnede målsætning om at forbedre patienters samlede oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet udtrykt ved at:

- forbedre kommunikation,
- forbedre medinddragelse og
- forbedre kontinuitet.

Inden for hvert tema er der anvist en række konkrete forslag til, hvordan teamene umiddelbart kan arbejde kvalitetsforbedrende med de ovenstående temaer inden for en bred vifte af strategier og indsatsområder. Kataloget har været anvendt af teamdeltagere igennem projektperioden og er løbende blevet opdateret. Alt materiale er samlet på en CD rom, og kan i øvrigt findes på projektets hjemmeside.

### Etablering af lokale tværfaglige team

De lokale team er omdrejningspunktet i udførelsen af det konkrete forandringsarbejde. Teamdeltagerne i projektet var direkte involveret i det daglige arbejde med patienterne (pleje og behandling). Teamene var tværfagligt sammensat, og med løbende deltagelse af en afdelings- eller afsnits-

ledelse. En daglig tovholder koordinerede arbejdet.

### Det forberedende arbejde

Projektsekretariatet holdt en række indledende møder med de deltagende team. På disse møder blev teamene informeret om tilrettelæggelsen af kvalitetsprojektet, herunder gennembrudsmetoden og projektførløbet. Det primære formål med møderne var at fastlægge rammerne for deltagelse, afstemme forventninger, samt at sikre at alle deltagere fik kendskab til metoden.

I den indledende projektperiode, indtil det første læringsseminar i marts 2005 arbejdede de lokale team med en *forberedelsespakke*. Forberedelsespakken bestod bl.a. af en introduktion til dokumentation og måling, og en række opgaver, bl.a. med at indsamle viden fra patienter og pårørende gennem telefoninterviews.

En anden opgave bestod i en afprøvning af et patientforløb i praksis – en såkaldt "*walk through*" øvelse. Øvelsen udføres som rollespil, hvor én person blandt personalet påtager sig rollen som patient og én rollen som pårørende. Det øvrige personale varetager deres daglige roller / arbejde. Personen, der spiller patient, lever sig ind i rollen og gennemgår de normale procedurer på afsnittet (eksempelvis modtagelse, anvisning af stue, information m.v.) afhængig af det fokusområde, personalet ønsker at arbejde med. Formålet med øvelsen er, at personalet på denne måde oplever arbejdsgange på afsnittet ud fra et patientperspektiv, og på denne måde opnår kendskab til forbedringsområder.

### Patienttilfredshedsundersøgelse

Der er gennemført patienttilfredshedsundersøgelser på de deltagende afsnit både før og efter projektet. Undersøgelsen havde til formål at dokumentere patienttilfredsheden før og efter projektperioden, samt via patienterne at identificere de væsentligste indsats- og forbedringsområder i projektet. Patientundersøgelsen præsenteres i kapitel. 7.

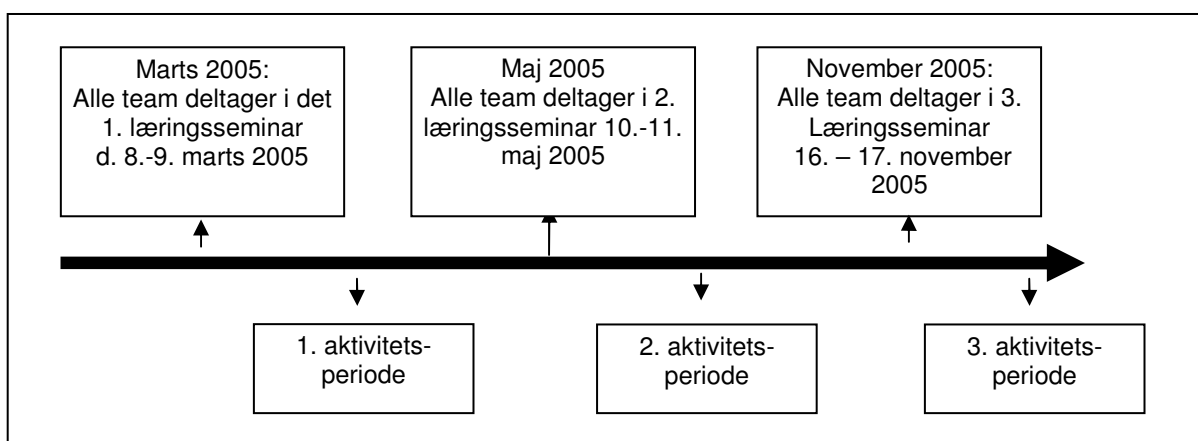


## Temadag for uddannelses- og kvalitetsmedarbejdere

Der blev kort efter 1. Læringsseminar afholdt en temadag for nøglepersoner, som kunne have en rådgivende og koordinerende funktion over for de deltagende projektafdelinger.

Formålet med temadagen var at give uddannelses- og kvalitetsmedarbejdere fra sygehusene og amterne en introduktion til

gennembrudsmetoden og projektforløbet.



Figur 5: Tidsplan for projektfasen

## 2. Projektfasen

### Læringsseminarer og aktivitetsperioder

I projektfasen blev der afholdt tre læringsseminarer, hver af 2 dages varighed.

Læringsseminarer var det primære forum for såvel teamenes læring, som udveksling af erfaringer og netværksdannelse.

I aktivitetsperioderne mellem de tre læringsseminarer blev de konkrete forandringstiltag iværksat lokalt. Der er arbejdet med systematisk måling og dokumentation af indsatsen, bl.a. gennem teamenes udarbejdelse af månedlige rapporter til deres ledelser og sekretariatet.

I de tre aktivitetsperioder modtog teamene konsulentstøtte fra sekretariatet gennem møder, telefonisk kontakt og mail samt telefonkonferencer og web-kommunikation.

Netværksaktiviteter mellem de deltagende team foregik især på læringsseminarer og netværksmøder. Webkommunikation blev

anvendt til vidensdeling af månedsrapporter og andet skriftligt materiale<sup>10</sup>

### 1. læringsseminar

I marts 2005 afholdtes det 1. læringsseminar. På seminaret mødtes de deltagende team for første gang og blev præsenteret for gennembrudsprojektets arbejdsmetoder. Der var i alt 87 deltagere på seminaret.

På den første dag blev forandringskataloget præsenteret. Derudover havde teamene medbragt processkitser som præsentation af afsnittet og de lokale forandringstiltag der var ønske om at arbejde med. Disse processkitser blev der arbejdet med på hele læringsseminaret.

### 1. aktivitetsperiode

Den første aktivitetsperiode var perioden umiddelbart efter det første læringsseminar.

<sup>10</sup> Gennembrudsforum er et lukket web-baseret kommunikationsforum for alle projektdeltager.

I denne periode var fokus rettet mod at planlægge, afprøve, teste (PDSA-test) og efterfølgende vurdere en række forandrings tiltag udvalgt eller inspireret fra forandringskataloget. De enkelte forandringstiltag blev i denne proces tilpasset den aktuelle kontekst og lokale forhold.

## 2. læringsseminar

I maj 2005 blev det 2. læringsseminar afholdt. På dette læringsseminar var der fokus på netværksdannelse, præsentation af teamenes afprøvede forandringstiltag, erfaringsudveksling mellem teamene samt planlægning af den næste aktivitetsperiode. Desuden var strategier for implementering og spredning af forandringstiltag et centralt emne.

Der deltog i alt 97 personer på seminaret, heraf en del ledelsesrepræsentanter fra de deltagende sygehusafdelinger.

På seminaret præsenterede de 21 team det arbejde, og de resultater de havde opnået i den første del af projektperioden. Alle team medbragte ligesom på første læringsseminar en ajourført processkitse til læringsseminaret. Processkitserne indgik også på dette læringsseminar som en vigtig del af teamenes arbejde.

På læringsseminaret blev der gennemført 4 workshops med centrale temaer fra forandringskataloget. Workshopperne omhandlede:

- Kontaktpersonordning og flerfaglig introduktion som led i en forbedret modtagelse af patienter
- Forandringsprocesser i forhold til personalets arbejdsgange, værdier og rutiner med udgangspunkt i stuegang
- Udskrivelsesprocedurer
- Patientinddragelse via information og undervisning

Hvert team arbejdede på seminaret også med måling og dokumentation.

På læringsseminarets anden dag deltog repræsentanter fra teamenes lokale ledelser, med henblik på at få en viden og indsigt i

gennembrudsmetoden, netværkssamarbejdet og formidlings- og spredningsaktiviteter.

## 2. aktivitetsperiode

Den anden og længste aktivitetsperiode omfattede perioden maj til november 2005. Teamenes arbejde var her koncentreret om fortsat at udvikle og forbedre gennem projektaktiviteter.

I projektperioden blev der afholdt 5 regionale netværksmøder, med deltagelse af 3-4 team på hvert møde. Formålet med møderne var at give konsulentbistand til de enkelte team, udveksle erfaringer og skabe rammer for netværkssamarbejdet.

Udover at teste nye forandringstiltag var mange team i perioden også optaget af at implementere forandringstiltag i større omfang, og at påbegynde en formidling og spredning af erfaringer.

I de fremsendte månedsrapporter rapporterede de deltagende team bl.a. om følgende erfaringer i perioden:

- Arbejdet med at fastholde den nye praksis og implementere forandringstiltag var et område, som de fleste team havde fokus på. Nogle team oplevede det som nødvendigt, at der blev udpeget tovholdere i relation til de enkelte forandringstiltag for at sikre, at de nye arbejdsrutiner blev fulgt op.
- Organisatoriske ændringer i form af lukning af sengepladser, personaleudskiftning, ændringer i patientgrundlaget etc. betød for flere team vanskeligheder med at opretholde tempoet i forandringsarbejdet, og karakteriseres som barrierer for processen.
- En del team arbejdede på dette tidspunkt med planlægning af spredning af de opnåede erfaringer til andre afsnit og afdelinger. Alle teamene havde på dette tidspunkt færdigtestet og implementeret fra 1 til 4 forandringstiltag på afsnittet.

### 3. læringsseminar

Det tredje og afsluttende læringsseminar blev afholdt i november 2005. På dette læringsseminar deltog i alt 127 personer.

Omdrejningspunktet på læringsseminarets første dag var præsentation af forbedringer og resultater opnået i projektet. Alle team præsenterede de opnåede resultater i større eller mindre fora, og der var afsat tid til dialog og feedback fra de øvrige deltagere.

De opnåede erfaringer blev endvidere præsenteret på projektskitser og posters. Projektskitserne gav en beskrivelse af forandringstiltag og de opnåede resultater. Processkitserne var, som på de øvrige læringsseminarer, et centralt omdrejningspunkt for teamenes dialog og udveksling af erfaringer.

Efter 3. læringsseminar blev der udarbejdet en samlet "Resultatrapport", hvor erfaringer og resultater, som de enkelte team har opnået i projektet skulle samles<sup>11</sup>. Forud for 3. læringsseminar havde teamene udarbejdet et første udkast til deres resultat-rapporter som de kunne få feedback på til selv læringsseminaret<sup>12</sup>.

### 3. aktivitetsperiode

Den sidste aktivitetsperiode omfattede knap 2 måneder fra 3. læringsseminar og frem til projektets afslutning ved årsskiftet 2005/2006.

I forbindelse med afslutningen af den sidste projektperiode var det også tid til at gøre

status over forandringstiltag i gennembrudsprojektet. I alt 121 forandringstiltag blev testet i projektperioden. Figur nr. 6 viser det samlede antal tiltag fra forandringskataloget, der er blevet arbejdet med i projektet:

### 3. Spredningsfasen

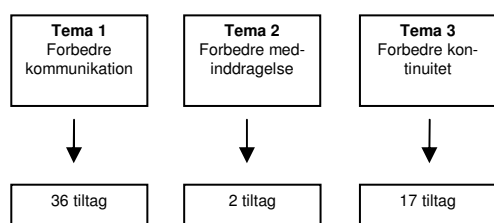
I gennembrudsprojektet er der også blevet arbejdet målrettet med spredning af de opnåede erfaringer og resultater.

Udgangspunktet for spredningsarbejdet er følgende definition af spredning:

*"Spredning betyder, at den læring og kvalitetsudvikling der finder sted i én del af organisationen aktivt deles med alle relevante enheder i organisationen og skaber ændring i praksis og adfærd"*<sup>13</sup>

Der er således tale om en planlagt udbredelse af vellykkede forandringstiltag, som er afprøvet og implementeret på de deltagende afsnit i projektet til andre afsnit og afdelinger.

Erfaringer med gennembrudsmetoden viser, at en vigtig forudsætning for forandringsarbejdet er ledelsens engagement og opbakning, der giver signaler i organisationen om, at forbedringsarbejdet er prioriteret<sup>14</sup>. På baggrund af erfaringerne fra organisationer både i og uden for sundhedsvæsenet kan følgende faktorer fremhæves som afgørende for en succesfuld spredningsproces<sup>15</sup>:



Figur 6

<sup>11</sup> For en oversigt over deltagerne i Arbejdsgruppen og Inspirationsgruppen henvises til bilagene 1 og 3.

<sup>12</sup> Se kapitel 8 for eksempler på resultatrapporter eller på Internettet [www.pt-relationer.dk](http://www.pt-relationer.dk) for samtlige resultatrapporter

<sup>13</sup> Udarbejdet af Det Nationale Sekretariat med inspiration fra "Accelerating the spread of Good Practice. A Workbook for Health Care", Sarah W. Fraser, United Kingdom, Kingsham Press 2003 og "Improvement Leaders Guide to Sustainability and spread", NHS Modernisation Agency, United Kingdom, 2003 ([www.modern.nhs.uk](http://www.modern.nhs.uk)).

<sup>14</sup> "What Do Collaborative Improvement Projects Do? Experience from Seven Countries", Joint Commission Journal on Quality and Safety, 2004 Global Supplement.

<sup>15</sup> Rogers E.M: "The diffusion of innovations" New

- En aktiv og handlekraftig ledelse, der bakker processen op såvel i ord og holdninger som i bevilling af tid og ressourcer
- Let tilgængelig information til de enheder, der skal spredes til vedrørende afprøvning og implementering af forandringstiltag
- Målrettet kommunikation i organisationen med et tydeligt budskab om fordelene ved de nye forandringstiltag
- Monitorering af og opfølgning på resultater i forbindelse med implementeringen
- Overdragelse af ansvar og eventuel oplæring af nøglepersoner, der kan undervise andre i afprøvning og implementering af de pågældende tiltag, så der sikres en solid forankring i praksis.

Ledelsesniveauet har et ansvar for at skabe rammer for at formidle og sprede viden og resultater.

I forbindelse med gennembrudsprojektets afslutning har sekretariatet udarbejdet et *spredningskatalog*. Spredningskataloget indeholder gennemtestede forandringstiltag, der er implementeret i daglig praksis. Kataloget indeholder således en lang række af teamenes udarbejdede arbejdsredskaber til inspiration for andre.<sup>16</sup>

Der blev afholdt en temadag for spredningsansvarlige godt 2 måneder efter projektperiodens afslutning. På temadagen var der fokus på planlægning og organisering af spredning og implementering.

I februar og marts måned 2006 blev der afholdt 3 regionale spredningsmøder. Formålet med disse møder var at rådgive og vejlede i spredningsarbejdet, at præsentere spredningskataloget, og vejlede i anvendelsen af dette samt at sikre tid og mulighed for at mødes i de lokale/regionale grupper, og herigennem etablere regionale netværk. Der deltog over 100 i disse møder. Størstedelen af deltagerkredsen var sundhedspersonale fra nye sygehusafdelinger, der har haft et ønske om at arbejde med forbedringsprojekter i forbindelse med de 20 anbefalinger om patientens møde med sundhedsvæsenet.

---

York, The Free Press 1995 og "A Multihospital Safety Improvement effort and the Dissemination of New Knowledge", Peter D. Mills, William B. Weeks and B.C. Surott-Kimberly, Joint Commission Journal on Quality and Safety, vol. 29, no.3, 2003

<sup>16</sup> Spredningskataloget kan downloades fra [www.videnscentergennembrud.dk](http://www.videnscentergennembrud.dk).



## Kapitel 4 Eksempler fra praksis

I følgende kapitel præsenteres fire artikler skrevet på baggrund af interviews gennemført med fire deltagende team i maj-juni 2006. Hensigten med artiklerne er at give et indblik i, hvordan forskellige teams har oplevet at arbejde med Gennembrudsmetoden og de resultater, de hver i sær har opnået.



# Team Roskilde: "Nu ved vi, hvad patienter vil - vi kan jo bare spørge dem"

På Kardiologisk Afdeling på Roskilde Amtssygehus har teamet arbejdet med patientmødet og at spørge patienterne om deres oplevelse af afdelingen.

*"Der var nogen steder, hvor vi syntes, at der var problemer, men når vi så spurgte patienterne, kunne de ikke se problemet".*

Sådan siger Søren Truesen og Sanne Lindquist, når talen falder på de erfaringer, de har gjort sig i arbejdet med Gennembrudsmetoden. Eksempelvis havde personalet en forventning om, at patienter, der lå på afdelingen i weekenderne, var frustrerede over "de lange kedelige weekender". I personalegruppen begyndte man at tale om, hvorvidt det ville være godt med nogle weekend-aktiviteter, eventuelt adgang til internet eller en kondicykel.

I forbindelse med projektet besluttede teamet sig derfor for at spørge patienterne om, hvad de syntes om "de kedelige weekender" i et spørgeskema. Da patienter og pårørende blev spurgt, viste det sig, at de slet ikke havde behov for et "aktivitetskatalog", men "når vi fik fortalt, hvorfor de var her en hel weekend, at de skulle monitoreres og derfor ikke kunne flyttes, var accepten langt større" siger Søren Truesen, sygeplejerske og nøgleperson i Team Roskilde. Disse erfaringer er i høj grad noget, teamet vil tage med sig videre. "Det geniale ved metoden er netop, at få spurgt dem det drejer sig om i stedet for, at alt bygger på vores formodninger." uddyber Søren Truesen.

## Den store udfordring

Ovenstående er helt klart en af de erkendelser, der har bibragt ny viden og praksis til afsnittet, men på spørgsmålet om, hvordan kollegerne har forholdt sig i projektperioden, kommer en af teamets store udfordringer op i samtalen. Det har været svært

for temaet at fange kollegernes opmærksomhed i en presset hverdag og få formidlet deres egen entusiasme til resten af afsnittet.

Overordnet har teamet oplevet, at det kan være svært at skabe sammenhæng mellem det, som personalet oplever som faglig kvalitet for patienterne og den patientoplevelse

kvalitet. Eksempelvis har metodens fokus på små, men konkrete forandringstiltag gjort, at noget af personalet har givet udtryk for, om den type indsats "nu også var så vigtig".



Figur 7: Team Roskilde foran et deres forandringstiltag - en oversigtstavle, så patienter og pårørende blandt andet altid kan se, hvilke personer der er på vagt i afdelingen.

Det kom særligt til udtryk, da teamet satte et forandringstiltag i værk, der rettede sig mod at give hånd til patienterne, når man hilste på dem. Afdelingssygeplejersken Dorthe Friislund siger "Når en patient kommer kørende ind på afdelingen, behøver alle ikke stå med hånden fremme, men vi siger selvfølgelig velkommen, eller hvad man nu finder på i farten, men når der tages kontakt, så giver man hånd". Ifølge de kommentarer patienterne har givet i spørgeskemaundersøgelsen, er det vigtigt at have et kendt ansigt og vide, hvem man kan henvende sig til og forvente svar fra.

Derfor har man på afsnittet valgt at indføre en praksis, hvor det relevante personale hilser på deres patienter med et håndtryk og siger ”Det er mig, der er her i dag”. Dette skal ske senest en time efter, at en vagt er påbegyndt. På den måde ønsker man at sikre, at patienten og de pårørende ikke går forgæves med deres spørgsmål. Samtidig undgår personalet alt for ofte at stå i en situation, hvor de ikke kan hjælpe, da de ikke kender hver enkelt patient. Proceduren bidrager endvidere til at nå en af projektets overordnede målsætninger om forbedret kontinuitet i patientens møde med sundhedsvæsenet både til patientens, de pårørendes og personalets fordel.

Udfordringen består i at huske på de nye procedurer, når tingene går stærkt i afsnittet, og patienter skal have medicin, køres til undersøgelser, og der skal gennemføres stuegang. Det har teamet da også kunnet se i deres målinger, siger sygeplejerske Hanne Bjerrehøj ”Når der var rigtig travlt faldt tilfredsheden, og når vi så rettede fokus på et forandringstiltag igen, gav det bedre tilfredshed”.

En yderligere udfordring i implementeringen af forandringstiltag er ifølge overlæge Jens Knudsen, at en del af projektperioden foregår ”i det skjulte”. ”Processen foregår løbende og i lille skala, så der er ikke så megen synlighed”, hvilket ifølge teamet kan have været medvirkende til, at resten af personalet havde tendens til at se arbejdet som teamets opgave og ikke et fælles projekt for hele afsnittet. Det var ifølge Søren Truesen svært at ”flytte ejerskabet”. Teamet oplevede dog en større interesse, da de hængte en tavle op i personalerummet med patientkommentarer. ”Jeg fornemmede ligesom, at det rykkede, så syntes de, at det blev mere spændende og konkret”.

Der er en generel enighed i teamet om, at udfordringen om at skabe sammenhæng mellem den patientoplevede kvalitet, og hvad personalet opfatter som vigtigt, er af-

gørende. Den faglige kvalitet skal selvfølgelig være i orden, og patienternes oplevelser skal tages alvorligt.

### Der kræves struktur og planlægning

Skal der samles op på erfaringerne med at arbejde med selve metoden, er det et enstemmigt team, der siger, at de har oplevet metoden som let tilgængelig og meget relevant. Muligheden for relativt let og hurtigt at teste en god idé enten fra en kollega, en patient eller pårørende er et aktiv i en komprimeret og til tider meget presset arbejdsdag. Selve den proces, det er at teste et forandringstiltag, er ifølge overlæge Jens Knudsen ”en kilde til inspiration, der kan sikre en samlet kvalitetsindsats”.

Metoden forudsætter dog også planlægning og godt styr på logistikken, så tingene kommer til at ske og ikke bliver udsat. I forlængelse heraf fremhæver teamet også fordelene ved at være et stort team. ”7 deltagere er relativt mange, men det har betydet, at vi har kunnet dække ind for hinanden og ikke er blevet afbrudt i processen, fordi en har meldt afbud til et møde eller lignende.”

På afsnittet har man arbejdet videre efter det sidst afholdte læringsseminar. Der er indført en ny mødeform kaldet tavlemøder. Her mødes det relevante personale inden stuegangen for at sikre sammenhæng i patientinformation. Til fordel for tavlemøderne har man valgt at afskaffe et andet møde, nemlig rapporten til det personale, der møder sent, for at man ikke drukner i mødeaktivitet.

Afslutningsvis konkluderes det ”Vi har ikke været ude at klare hele verden, men det er i det små, man kan sætte ind, og nu får man helt konkret at vide, om det er godt eller skidt fra dem, som er i fokus”.

#### FAKTABOKS

##### Kardiologisk afdeling B71, Roskilde Amtssygehus.

Teamet bestod af, sygeplejerske og nøgleperson Søren Truesen, afdelingssygeplejerske Dorthe Friislund, overlæge Jens Knudsen, sygeplejerske Sanne Lindquist, sygeplejerske Hanne Bjerrehøj, Lone Henriksen social- og sundhedsassistent, overlæge Michael Ottesen og sekretær Lene Lyngfeldt.

Teamet har fra afdelingsledelsens side fået afsat ressourcer til at arbejde med gennembrudsprojektet.

# Team Odense: ”Gennemslagskraft, gå på mod og engagement”

*På Neurologisk afdeling på Odense Universitetshospital er der i gennembrudsprojektet gjort en række gode erfaringer om inddragelse og information af øvrige personale i forløbet. I afdelingen har de arbejdet med patientinformation og kommunikation*

Når der skal arbejdes med kvalitetsudvikling, er der mange faktorer, der skal tages i betragtning. Teamet er enige om, at tid og planlægning af arbejdet er afgørende at have på plads, som sygeplejerske Heidi Riis Stendevad siger ”Da vi mødtes første gang, planlagde vi møder for resten af året, og fik dem skrevet ind i arbejdsplanen. Så vidste alle i afdelingen, at vi var væk og vi kunne også selv planlægge efter det”.

Skal man godt fra start, anbefaler teamet således, at rammerne for arbejdet er lagt i begyndelsen af processen, men som Helle Vahl Rasmussen siger, er det ikke det eneste, der betyder noget.

*”Jeg valgte nogen fra personalegruppen ud. Jeg spurgte dem selvfølgelig, om de var interesseret, men jeg havde en klar fornemmelse af, at de ville være interesseret i sådan et projekt. Det var vigtigt for mig, at det var nogen, der havde gennemslagskraft over for de andre, og så lagde jeg vægt på, at det var nogen, der var gode til at formidle.*

Udover planlægningen, er en vigtig præmis altså, at det team, der sættes sammen er velfungerende og i stand til at bringe deres arbejde og resultater ud til kollegerne.

Team Odense har været meget bevidste om vigtigheden i denne del af deres arbejde. Eksempelvis har de hængt en tavle op, hvor personalet løbende er blevet orienteret om processen og resultaterne i projektet. Grafer, der illustrerer resultaterne fra de

gennemførte tests og tilbagemeldinger fra deres egne mindre patientundersøgelser, har i høj grad været medvirkende til, at resten af personalet har kunnet relatere til

projektarbejdet. Derudover siger Helle Vahl Rasmussen ”Vi fortæller hele tiden, hvad vi laver. Vi fortæller, at nu der kommer snart resultater fra den store patienttilfredshedsundersøgelse, at vi har været ude at holde oplæg for en anden afdeling eller, at vi skal interviewes af dig”, og supplerer Heidi Riis Stendevad ”Det virker at personalet ved nogenlunde, hvad der foregår. For eksempel så sent som i dag, er jeg blevet spurgt af en kollega om, hvordan det går med projektet”.

Teamet har således gennem hele processen været opmærksomme på at formidle og inddrage deres kolleger, men det betyder ikke, at det har været let at få tingene til at ske i hverdagen. Fordi som Helle Vahl Rasmussen siger ”Det er jo nogle nye rutiner, der skal indføres. Det er bare så svært.

Teamet har oplevet, at på trods af, at de har kunnet fremvise gode resultater, har det været svært, at få de nye tiltag til at være en naturlig del af hverdagen. Det har dog hjulpet meget, at tingene er blevet prøvet af i personalegruppen, så der har været mulighed for at give sin mening til kende, inden forandringerne er blevet indført, som sygeplejerske Karina Bjerg Offersen siger ”Det har lettet indførelsen, at personalet ikke har fået af vide fra den ene dag til den anden, at nu skal vi bruge den her informationsmappe. Det er noget, de selv har været med til og haft indflydelse på”.

Processen omkring tilrettelæggelsen af arbejdet med gennembrudsprojektet har således været et af teamets fokuspunkter, men hvad med de konkrete forandringstiltag?





**Figur 8:** Team Odense fra venstre Heidi Riis Stendevand, Karina Bjerg Offersen, Helle V. Rasmussen og Anne-Mette Homburg.

### Vi blev ikke overrasket

Udgangspunktet for teamets arbejde var den patienttilfredshedsundersøgelse, der blev gennemført primo 2005 i forbindelse med det nationale projekts opstart, og nogle interne spørgeskemaundersøgelser af snittet selv havde gennemført. Der viste sig at være en rigtig god sammenhæng mellem teamets forventninger til forbedringsområder, og de tilbagemeldinger de fik via de ovenstående undersøgelser. Som læge Anne-Mette Homburg siger:

*"Vi tog faktisk de fire punkter fra patienttilfredshedsundersøgelsen, hvor vi havde scoret lavest, og de hang ret godt sammen med det, vi selv havde tænkt".*

Det gav et rigtig godt udgangspunkt for teamets arbejde, da de fra starten var meget afklarede omkring, hvor de skulle sætte ind, og således fra starten var i stand til præcist at formulere deres forandringstiltage.

### Informationsmappe, tjekliste og kommunikationskursus

De fire områder, som teamet tog udgangspunkt i, var lægernes lydhørhed over for patienterne, plejepersonalets forberedelse til deres møde med patienterne og sammenhæng samt formidling af information.

På det første læringsseminar drøftede teamet, hvordan man kunne afhjælpe disse problemer. Heidi Riis Stendevad fortæller

*"På det første læringsseminar havde vi en proces, hvor vi kastede et utal af ideer op i luften, før vi besluttede os for, hvad vi ville arbejde med"*

Anne-Mette Homburg supplerer: *"Vi havde to hele dage på læringsseminaret, hvor vi havde tid til at snakke og arbejde med vores forandringstiltag. Derudover kastede vi os over projektsekretariatet for at få hjælp, så vi havde en klar strategi, da vi kom hjem".*

Strategien bestod blandt andet i at få udarbejdet og implementeret en informationsmappe til patienterne, om alle de undersøgelser de skal eller har været til. Mappen bruges både af patienter og pårørende eksempelvis ved stuegang eller som huskeliste, da mange apopleksipatienter har hukommelsesproblemer. Mappen er også en huskeliste for personalet, der sikrer sammenhæng i informationen til patienterne, sparer tid fordi informationerne ikke skal gentages så ofte, og endelig sikrer mappen mod fejlinformation.

Mappen suppleres af en fortrykt tjekliste, der bruges ved udskrivesamtalerne. Her afkrydses de undersøgelser patienten har gennemgået, hvilken medicin, der er ordineret, og kommende ambulante undersøgelser. På den måde sikres det, at eventuelle misforståelser er ryddet af vejen og, at personalet "når hele vejen rundt", inden patienten går fra afdelingen. Personalet har en klar fornemmelse af, at der er færre patienter, der ringer med spørgsmål efter deres udskrivelse efter, at man har indført de to værktøjer.

Derudover afholdt man to temaeftermiddage om kommunikation for læger og plejepersonale, der skulle give nogle redskaber til at forbedre dialogen med patienterne. Erfaringen fra de to dage er, at det er et område, der kan arbejdes meget mere med, hvis det virkelig skal gøre en forskel for, som Helle Vahl Rasmussen siger *"Den slags ændres ikke bare efter to temadage – kommunikation handler om kultur, og det*

*tager tid, men det er en god start at få sat fokus på området”.*

At forandringer tager tid er en generel erkendelse hos teamet, men de tror også på, at det kan lade sig gøre. Som Helle Vahl afslutter ” Det er ikke umuligt, det kræver bare, at det prioriteres”.

#### **FAKTABOKS**

##### **Neurologisk afdeling N, Odense Universitetshospital**

Teamet bestod af sygeplejerske Karina Bjerg Offersen, afdelingssygeplejerske Helle Vahl Rasmussen, overlæge Anne-Mette Homburg og sygeplejerske Heidi Riis Stendevad.



# Team Thisted: "Det behøver ikke være så svært"

*På modtagerafsnittet i Sygehus Nord i Thisted har der været sat fokus på kvaliteten i patientforløbet, bl.a. omkring samspil med almen praksis og den kommunale hjemmepleje. Der har været fokus på informationspjecer og udskrivningsbrev med henblik på at sikre patienterne gode forløb.*

Lise-Marie Christiansen er sygeplejerske på Sygehus Nord og er en del af det team, der arbejdede med Gennembrudsmetoden og Det nationale projekt om kvaliteten i patientens møde med Sundhedsvæsenet.

I dag kan hun både se, at projektet har haft en betydning for patienter, pårørende og personale og samtidig, at hun og resten af teamet også har fået væsentlig mere ud af metoden, end hun havde forventet. *"I starten var det svært med målinger og dokumentation. Det var ikke, fordi vi ikke ville, eller ikke kunne se mulighederne i projektet, men på daværende tidspunkt følte vi ikke, at vi magtede det – vi syntes ikke, vi havde ressourcer".* Der gik dog heldigvis ikke længe, før Lise-Marie og de andre i teamet kunne se potentialet i projektet. I dag har de brugt metoden i en helt anden sammenhæng, arbejder aktivt på at sprede den til andre afsnit på sygehuset og synes bestemt, at sygehusledelsens målsætning om, *"at metoden skal bruges i huset"* er en god ide.

## **Vi kan mærke, det har gjort en forskel**

Udgangspunktet for teamets arbejde var i høj grad nogle af de tilbagemeldinger, afsnittet fik i forbindelse med den patienttilfredshedsundersøgelse, der blev gennemført i projektets opstartsperiode. Men bemærker sygeplejerske Helle Mærkedahl *"Vi vidste godt, hvor hullerne var, og det viste sig at holde stik med patienttilfredshedsundersøgelsen. Vi havde patienter, der ikke altid vidste, når de kom hjem, hvorfor de havde været indlagt"* og supplerer hun lidt efter *"vores information*

*ud af huset var alt for dårlig. Både til patienter, pårørende, men også informationen til hjemmesygeplejen og praktiserede læge var ikke god nok".*

Konsekvenserne af den svigtende information var opringninger fra hjemmeplejen om aftenene til afsnittet. Hjemmesygeplejersker der stod og skulle give patienter blodfortyndende medicin, men ikke lige var klar over, hvordan sygehuset mente, det skulle gøres. Eller genindlæggelser *"Fordi den praktiserende læge ikke var klar over, hvad der var*

*sket omkring patienten, og derfor for en sikkerheds skyld sender patienten tilbage til afsnittet."* tilføjer Helle Mærkedahl.

Sygeplejerske Bente Steen Larsen bemærker *"Der var nok at tage fat på, men vi i teamet fik lov at komme med vores bud på, hvad vi gerne ville arbejde med og valgte at satse på de områder, hvor informationen var kilde til utilfredshed".* Heldigvis var der god overensstemmelse mellem det teamet gerne ville arbejde med og områder, som ledelsen ønskede prioriteret.

## **Temadag og infopjece**

På spørgsmålet om, hvilke konkrete forandrings tiltag teamet testede, svarer Lise-Marie Christiansen *"Vi havde unge mennesker, der blev sendt hjem med blodfortyndende medicin, mens de ventede på en KAG, (Koronararteriografi red.) men hjemmeplejen vidste ikke altid lige, hvilken information patienten havde fået herinde fra, hvad der skulle gøres, og patienterne kom tilbage med en følelse af ikke lige helt at vide, hvordan de skulle forholde sig."* en anden fra teamet supplerer *"Patienter kan ikke lide at spørges, det gør dem utrygge. De vil ikke spørges om, hvordan de plejer at gøre på sygehuset. Patienterne vil have, at man skal vide det"*.

En forventning som teamet i høj grad synes, var på sin plads. I sammenhæng med ønsket om at forbedre kommunikationen med patienterne blev det et af teamets forandringstiltag sat i værk. Der blev udarbejdet en informationspjece i forbindelse med den blodfortyndende behandling. Helt konkret, hvor meget skal patienten have, hvilken kanyler bruges der og hvordan – helt teknisk – skal der stikkes. Derudover blev der afholdt temadag for hjemmeplejen, hvor der blev orienteret om behandlingen. Behovet herfor blev helt klart, da teamet lavede en rundspørge blandt primærsektoren for at få afdækket, hvilken viden man havde om behandlingen. *”Det var meget blandede svar, vi fik tilbage. Der var en del, som sagde, at det vidste de ikke noget om, og andre sagde, det ved vi en masse om. Når vi så spurgte, hvor de havde deres viden fra, var svaret, at den havde de selv fundet. Når vi så vidste, at der er meget lidt viden og meget blandet viden tilgængeligt, så var det jo ikke særligt be- tryggende”*.

Informationspjece og særligt temadagene, har teamet en fornemmelse af, har været en succes. En ting er, at begge temadage havde et stort fremmøde, men de synes også, at der er en klar oplevelse af færre telefonopringninger fra hjemmesygeplejersker,

der er i tvivl om, hvordan de skal forholde sig til behandlingen med blodfortyndende medicin. Det må siges at være noget, der kan mærkes i afsnittet, som social- og sundhedsassistent Kirsten Wiben siger *”Der er næsten aldrig nogen, der ringer ind om aftenen mere”*.

### **Positive bivirkninger af forandringstiltag**

Et andet forandringstiltag teamet har indført er udarbejdelsen af et udskrivningsbrev. Hensigten med brevet er at sikre, at patienten er informeret om indlæggelsesår-

sag, undersøgelser og behandling, plan for fremtiden samt forholdsregler efter udskri-



**Figur 9** Team Thisted foran tavlen med deres resultat- og procesmål, som er synlig for alle ude på afsnitsgangen. Fra venstre Helle Mærkedahl, Bente Steen Larsen, Kirsten Wiben og Lise-Marie Christiansen

velse. På den måde medvirker brevet til at skabe sammenhæng og overblik.

Udskrivningsbrevet har fået mange funktioner. Helle Mærkedahl siger *”Først og fremmest er det patientens, de kan bruge det som deres egen huskeliste til dem selv og deres pårørende, der tit stiller en masse spørgsmål, når man kommer hjem igen”,* mens en anden supplerer *”Ambulatoriet er altså også glade for dem. Nogle gange kommer patienten til en undersøgelse inden deres journal er kommet frem, og med udskrivningsbrevet kan ambulatoriumpersonalet lige orientere sig”*.

Teamet har i implementeringen af udskrivelsesbrevet også oplevet en *”positiv bivirkning”*. *”Faktisk betyder det også, at vi får afholdt vores udskrivelsessamtale – det er en anden gevinst, før i tiden blev det i reglen ikke til noget, fordi vi ikke kunne nå det, men nu skal vi jo gennemgå udskrivelsesbrevet med patienten og sikre, at de forstår og er enige – på den måde kommer de også ordentlig ud af døren”*.

#### FAKTABOKS

##### **Det strukturerede modtageafsnit, Sygehus Nord, Thisted.**

Teamet bestod af sygeplejerske Helle Mærkedahl (kom ind i teamet omkring 1. læringsseminar), konst. afdelingssygeplejerske Anette Odgaard (deltog kortvarigt), overlæge Jens Juul (deltog kortvarigt), sygeplejerske Lise-Marie Christiansen, sygeplejerske Bente Steen Larsen, social- og sundhedsassistent Kirsten Wiben, 1. reservelæge Lars Skov og supportfunktioner AC-fuldmægtigt Sten Skov, oversygeplejerske Lone Buck og kompetenceudviklingskoordinator Tine Milling.

Teamet har tildelt 20 timer til arbejdet med gennembrudsprojektet, som er blevet brugt primært på at købe Bente Steen Larsen fri til projektet.

Alt i alt konkluderer teamet, at det har været positivt at deltage i projektet. *"Det tager udgangspunkt i patienterne, og det er overskueligt i hverdagen. Drømmen er, at der kan laves mere af den slags for eksempel med udgangspunkt i plejecentrenes behov, hvad er det, de har brug for at vide noget om, for at vi i fællesskab kan gøre det bedre for patienterne."*

.





# Team Glostrup: "Tingene greb ligesom om sig - som ringe i vandet"

*På Neurokirurgisk afdeling på Amtssygehuset i Glostrup har der i gennembrudsprojektet været fokus på information til patienterne bl.a. for at sikre at patienterne ved hvem de skal henvende sig til. Det ene projekttiltag førte det andet med sig.*

Når man arbejder med forandringer oplever mange, at det kan være en af de store udfordringer at få tingene til at ske. På Neurokirurgisk sengeafsnit på Glostrup Sygehus udviklede tingene sig dog noget anderledes end forventet i arbejdet med projektet om de mellem menneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet.

Ifølge afdelingsøkonom Camilla Runliden har "det ene tiltag taget det andet, da vi først gik i gang. Det har været sådan en proces, hvor vi hele tiden byggede ovenpå. For eksempel besluttede vi os jo for et forandringstiltag, hvor patienterne skulle informeres bedre om vores teamstruktur – der startede vi med badges, men fandt ud af, at det ikke var nok, og lavede derfor tavler på afdelingen, hvor patienterne kunne se, hvem der hører til hvor".

DAG		
<b>RØD</b> PLEJERGRUPPE	<b>BLÅ</b> PLEJERGRUPPE	<b>GRØN</b> PLEJERGRUPPE
Lene	Pia	Hanne
Sara	Vikar Julie	Charlotte
Anna Lise		Caroline Charlotte Pernille
Pens. Lone +		
AFTEN		
AFDELINGS-SYGEPLEJERSKE		
Bente		Vivi
Ayse	Annette	Birgitte
Bettina	Inge	SEKRETÆR
		Dorthe

Figur 10 Afsnittets oversigtstavle, der viser, hvem der tilhører hvilket team, og hvem man kan forvente at se i dag-, aften- og nattevagt

Teamet har oplevet, hvordan ét forandrings-tiltag kan føre til flere som i oven-

stående, men også at et forandringstiltag udvikles og bliver tilpasset dagligdagen på afsnittet. Camille Runliden supplerer "Den patient-informationsfolder vi har i dag, var faktisk ikke den, vi lagde ud med. I starten var det bare et enkelt løsark, der skulle informere om, at vi i afsnittet havde teamstruktur, men det blev ikke rigtig brugt eller udfyldt. På daværende tidspunkt havde vi en lidt mindre informationsfolder, som personalet var vant til at dele ud, så besluttede vi os for at integrere de to ting. Men da vi så fik fat i den gamle informationsfolder opdagede vi, at der var nogle ting, som trængte til at blive opdateret – sådan har tingene udviklet sig, så de passede til vores behov." afslutter hun.

Der er en generel forståelse i teamet af, at man har haft fat i nogle vigtige forandrings-tiltag, der har haft betydning for både patienter og personale. Helt konkret har teamet kunnet se resultaterne i amtets egen tilfredshedsundersøgelse. Her ligger afsnittet langt over amts gennemsnittet i de spørgsmål, der handler om, hvorvidt patienterne har mødt for mange forskellige fra personalet.

Samlet set har teamet haft en positiv oplevelse både af implementeringen og spredningen af forandringstiltagene i afsnittet.

## Det er vigtigt at lytte til kollegerne

Teamet har dog også oplevet, hvor vigtig og udfordrende implementeringsprocessen af nye tiltag kan være. Sygeplejerske Ayse Karter fortæller "I starten, da vi skulle informere patienterne om den her teamstruktur, lavede vi en forsøgsperiode på to uger. Her orienterede vi vores kolleger om, at de skulle huske at informere, men allerede efter en uge kunne vi se, at det slet ikke gik. Da vi spurgte patienterne, så vidste halvdelen stadig intet om teamstrukturen. Det viste sig, at vores kolleger ikke syntes, at det var vigtigt, og mest af alt, så vidste de

ikke, hvordan de skulle informere patienterne. Vi lavede derfor om på processen. Afsatte halvanden måned til at informere personalet enkeltvis og fortalte dem om vigtigheden af det her”. Social- og Sundhedsassistent Lene Fugl supplerer ”Vi gav dem nogle redskaber, så de præcist vidste, hvad de skulle sige til patienterne. Vi forklarede dem om metoden med PDSA-cirkler, hvordan vi selv havde lavet fejl – og det hjalp”.



Figur 11 Team Glostrup fra venstre Dorthe W. Jensen, Lene Fugl, Vivi Christoffersen, Camilla Runliden og Ayse Karter

Teamet har hele vejen igennem tænkt meget over, hvordan de skulle formidle tingene til deres kolleger. De mener også, at en stor del af årsagen til, at det er gået godt med at sprede tiltagene til deres kolleger, skal findes heri. Lene Fugl fortæller ”Når vi præsenterede noget for personalegruppen, så havde vi taget mange af de der ”børnesygdomme”, der kan være i starten. Vi havde ligesom styr på det, inden vi præsenterede noget, og det giver et ret stor overskud og ressourcer i en afdeling – at tingene er testede” og Ayse Karter tilføjer

”At vi kunne bevise, at det virkede, og at det gjorde en forskel – det var med til, at tingene blev taget godt imod”.

### De gode råd

Afslutningsvis i interviewet kommer samtalen ind på, hvad teamet mener, er vigtigt for, at kvalitetsudvikling med Gennembrudsmetoden går godt. Ayse Karter siger ”Først og fremmest er det vigtigt at få afholdt møderne og beslutte, hvor mange ressourcer vil du bruge på det her tiltag” Camilla Runliden supplerer ”Det er vigtigt at vide, hvornår er det nok – hvornår er man i mål. For det kan jo altid blive bedre, så man skal vide, hvornår man vil stoppe. Derudover er det en god idé at tage udgangspunkt i et erkendt problem. Noget man ved, er galt, og som man gerne vil gøre noget ved”. Ser man på teamets erfaringer og deres oplevelser med projektet, kan der være god grund til at inddrage deres råd i forberedelserne til et Gennembrudsprojekt. For som de konkluderer afslutningsvis ”Det var nemt at sprede, fordi det virkede”.

### FAKTABOKS

**Neurokirurgisk sengeafsnit H-37, Amtssygehuset Glostrup**  
Teamet bestod af sygeplejerske Ayse Karter, afdelingssygeplejerske Vivi Christoffersen, afdelingslæge Tove Grønbæk, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent Lene Fugl, afdelingsøkonom Camilla Runliden og lægesekretær Dorthe W. Jensen.

## Kapitel 5. Udviklings- og forbedringsaktiviteter

I dette kapitel vurderes den faglige og organisatoriske udvikling i projektet. Kapitlet giver en generel beskrivelse af udviklings- og forbedringsaktiviteter i gennembrudsprojektet. Beskrivelsen er suppleret med resultaterne fra den telefoninterviewundersøgelse<sup>17</sup>, der er foretaget efter projektperiodens afslutning. Her har alle teamdeltagere og lokale ledelser haft mulighed for at evaluere deres egne aktiviteter og deltagelse i gennembrudsprojektet.

### Kompetenceudvikling og læringsmiljø

Teamdeltagere og ledelser giver i evalueringen udtryk for, at de har opnået nye kompetencer i deltagelsen i gennembrudsprojektet. Det er sket gennem det lokale teamarbejde, læringsseminarer, konsulentstøtte og netværkssamarbejdet.

I interviewundersøgelsen, foretaget efter projektperioden, kommenterer flere ledelsesrepræsentanter, at projektarbejdet har medvirket til en oplevelse i afdelingen af, at det er muligt at gennemføre kvalitetsprojekter i hverdagen.

Teamdeltagerne giver også udtryk for, at det har været inspirerende at deltage, og at de har opnået resultater i projektet. Således har 73 % af de adspurgte teamdeltagere vurderet, at de har opnået resultater eller udviklet ”best practices”, som de gerne vil sprede til andre afdelinger eller til andre hospitaler. I undersøgelsen peger 59 % af svarpersonerne på, at de har medvirket til at formidle resultater og erfaringer fra projektet til andre.

Også ledelsesrepræsentanter har i interviewundersøgelsen givet en vurdering af,

---

<sup>17</sup> Telefoninterviewundersøgelsen blev foretaget efter projektperiodens ophør, hvor alle teamdeltagere og ledelsespersoner blev kontaktet. I alt deltog 44 teamdeltagere og 23 ledelsesrepræsentanter i undersøgelsen, hvilket giver en svar procent på 79%

hvorvidt teamene har opnået resultater, de som ledelser gerne vil sprede til andre. Således vurderer 95 % af ledelsesrepræsentanterne, at der er opnået resultater der kan spredes til andre. Flere fortæller her om de planer der er langt for at sprede de aktuelle resultater til andre afdelinger.

Samlet set kan teamdeltagernes vurdering af resultaterne i projektet samles inden for en række hovedtemaer:

- Forbedret praksis og bevidsthed vedrørende fokusering på kvaliteten af patientens møde med sundhedsvæsenet, herunder øget medinddragelse og dialog med patienten
- Øget tværfaglighed og fagligt fællesskab, herunder større åbenhed og øget dialog blandt personale
- Større engagement og øget tilfredshed blandt personale i forhold til at arbejdet med kvalitetsudvikling.
- Konkrete værktøjer til at arbejde med kvalitetsudvikling.
- Forbedret kommunikation

### Forandret praksis fører til forbedringer

Der er gennemført 121 forandringstiltag i projektperioden<sup>18</sup>. Teamene har løbende dokumenteret forandringstiltag i månedsrapporter.

I interviewundersøgelsen giver 83 % af teamdeltagerne udtryk for, at de selv i høj grad eller nogen grad har forbedret praksis i forhold til deres møde med afdelingens patienter gennem projektet. 84 % af teamdeltagerne vurderer endvidere, at afdelingen som helhed har forbedret praksis i hverdagen. Blandt de adspurgte ledelsesrepræsentanter mener 95 %, at afdelingen har forbedret praksis i høj grad eller nogen grad

---

<sup>18</sup> Ved afslutning af projektet i november måned 2005 var der i teamenes rapporter dokumenteret 121 antal test af forandringstiltag.

i forhold til mødet med patienterne. Der er således både ud fra teamdeltagerne og ledelsesrepræsentanternes vurdering sket en positiv udvikling i projektet.

### **Implementering af forandring**

Gennembrudsmetoden tager udgangspunkt i at arbejde med små forandringer af praksis, som en integreret del af hverdagen. Denne arbejdsform bevirker, at kvalitetsudviklingen som oftest ligger implicit i de nye tiltag, arbejdsgange og procedurer, der er arbejdet med. Flere team giver eksempler på dette i deres resultatrappporter:

*”Indførelsen af informationer om undersøgelser har øget informations-niveauet til patienterne betydeligt – også ved andre undersøgelser end dem valgt ud til projektet”*  
(Team Gentofte).

*”Der er udarbejdet en skriftlig information om sygdommen – mulige årsager, behandlingsmuligheder og prognose. Når patienten informeres mundtligt har alt personalet et fælles udgangspunkt. Samtidig har dette fokus haft en sidegevinst, idet behandlingsregimet er blevet moderniseret...”* (Team Hillerød).

*”Gennem att vi har deltaget i projektet har det også blivit en naturlig dialog bland all personal om hur vi bemöter våra patienter”*  
(Team Kalmar).

*”Vores mest succesfulde forandringstiltag må være vores udskrivnings checkliste. Vi synes, vi har oplevet, at patienterne har følt sig bedre informeret ved udskrivelsen. Som en god bonus fik vi også den respons fra personalet, at de nyansatte i afdelingen faktisk følte, at der var kommet mere struktur på udskrivelserne, da der nu var et redskab, man kunne holde sig til og gøre brug af”*  
(Team Kolding).

Et væsentligt spørgsmål i forhold til arbejdet med at teste forandringstiltag på småskala niveau er, hvorvidt forandringerne bliver implementeret, som en del af afdelingens daglige praksis og organisering.

I interviewundersøgelsen vurderer 52 % af teamdeltagerne, at de har implementeret minimum 75 % af de tiltag, de har arbejdet med i løbet af projektperioden. Teamdeltagerne er i interviewundersøgelsen også blevet spurgt om, hvorvidt de har fundet det vanskeligt at implementere disse aktiviteter. I alt 73 % af teamdeltagerne har oplevet det som vanskeligt i nogen eller høj grad at implementere tiltag, mens 13 % ikke har oplevet det.

Enkelte team har løbende spurgt deres kolleger i forhold til udviklingen i kvalitet i projektførelsen.

*”Det har lettet indførelsen, at personalet ikke har fået at vide fra den ene dag til den anden, at nu skal vi bruge den her informationsmappe. Det er noget, de selv har været med til og haft indflydelse på”*  
(Team Odense)

### **Forbedret dokumentation**

I gennembrudsprojektet har der været stillet krav om løbende dokumentation af udviklings- og forandringsarbejdet bl.a. gennem månedsrapporter. Afslutningsvis har teamene udarbejdet en resultatrapport.

I rapporterne har teamene løbende dokumenteret deres procesarbejde. Den øgede dokumentations- og måleaktivitet har været et godt redskab for udviklings- og forbedringsaktiviteterne:

*”Småskaletest har efter en lidt svær start vist sig at være et utrolig godt arbejdsredskab. Forskellige personlemedlemmer/grupper er blevet inddraget i udviklingen af selve arbejdsredskabet, hvilket har medført at det endelige resultat er blevet optimalt, og at personalet i højere grad har taget ”ejerskab”*  
(Team Odense).

*”Mest givende ved at arbejde med metoden er dens fantastiske praksisnærhed. Det er forholdsvis simpelt og overskueligt at starte op med PDSA-test, og derved vurdere, om tiltaget har sin berettigelse”*  
(Team Thisted).

*”Genombrottsmetoden känns strukturerad och systematisk. Det pratas mycket om att sjukvården har en målstyrd verksamhet, men få vet vilka målen är och om det vi gör verkligheten hjälper oss att uppnå dem. Den här metoden tvingar oss att bli mycket konkreta och när vi råknar ihop våra resultater kan antingen känna oss nöjd eller så spurras vi att hitta andre lösningar”*  
(Team Karlskoga).

### **Det fortsatte arbejde**

Alle team, der har deltaget i Det nationale kvalitetsprojekt, ønsker i fremtiden at have fokus på kvalitetsudvikling.

I resultatrapporterne nævner flertallet af de deltagende team, at de vil fortsætte med at anvende PDSA-testmetoden i deres arbejde.

I interviewundersøgelsen nævner i alt 95 % af teamdeltagerne, at de ved at deltage i gennembrudsprojektet har fået nye metoder eller arbejdsredskaber, der er brugbare i forhold til det videre kvalitetsarbejde i afsnittet/afdelingen. Udover forandringsarbejdet er der stort fokus på fastholdelse af allerede implementerede tiltag.

Det fortsatte arbejde med udvikling af ’best practice’, er også forbundet med planlagte spredningsaktiviteter, hvor mange teamdeltagere indgår som ressourcepersoner i forhold til at vejlede andre.

### **Oversigt over udviklings- og forbedringsaktiviteter**

På de følgende sider er der en oversigt over gennemtestede udviklings- og forbedringsområder, som de 21 team har implementeret i forbindelse med deres deltagelse i gennembrudsprojektet.

Oversigten viser de overordnede målsætninger, der er arbejdet med, og hvor i pati-

entforløbet man har valgt at sætte ind, opdelt efter:

- Modtagelse,
- Indlæggelse og
- Udskrivelse/Overflytning.

Derudover er der en række kaldet ”Øvrige forandringstiltag”, som ikke retter sig mod et bestemt sted i patientforløbet, men dækker mere bredt.

## Oversigt over udviklings- og forbedringsaktiviteter

Afdeling/afsnit	Indsatsområde	Konkret forandringstiltag
<b>1. Team Glostrup</b> Neurokirurgisk sengeafsnit, Amtssygehuset i Glostrup.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen,</li> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Udskrivelse/overflytning.</li> </ul> <p>Der er sat fokus på rygpatienters oplevelse af kontinuitet og kommunikation.</p>	<p><b>Modtagelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrering af skr. Info om team- og kontaktpersonsordning i velkomstfolder.</li> <li>• Revideres velkomstpjece til patienter.</li> </ul> <p><b>Indlæggelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Synliggørelse af teamstrukturen for læger og for plejepersonale med anvendelse af badges og farvede navneskilte.</li> </ul> <p><b>Udskrivelse/Overflytning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejdelse af en "Hjemme igen" pjec til rygopererede patienter.</li> </ul> <p>Strukturering af udskrivningssamtalens indhold via vejledning.</p>
<b>2. Team Kolding</b> Karkirurgisk afdeling, Kolding Sygehus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> <p>Der er sat fokus på patienternes oplevelse af kommunikation og information.</p>	<p><b>Øvrige forandringstiltag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velkomstfolder</li> <li>• Udskrivningscheckliste</li> </ul>
<b>3. Team Odense</b> Neurologisk afdeling N, Sengeafsnit N1, Odense Universitets Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> <p>Der er sat fokus på at forbedre apopleksipatienternes oplevelse af kommunikation og kontinuitet.</p>	<p><b>Indlæggelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsmappe</li> <li>• Kursus i kommunikation for læger og plejepersonale.</li> </ul> <p><b>Øvrige forandringstiltag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Checkliste til information til apopleksipatienter ved udskrivelse.</li> <li>• Omlægning af vagtskema for læger.</li> </ul>
<b>4. Team Roskilde</b> Kardiologisk afdeling B71, Roskilde Amts Sygehus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen</li> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> <p>Der er sat fokus på at forbedre patienternes oplevelse af kommunikation og kontinuitet.</p>	<p><b>Modtagelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk udlevering af opdaterede velkomstpjecer.</li> </ul> <p><b>Indlæggelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fototavle</li> <li>• Præsentation ved håndtryk</li> </ul> <p>Systematisk udlevering af opdateret skriftlig information om undersøgelser og behandling.</p>
<b>5. Team Thisted</b> Medicinsk modtageafsnit og medicinsk hjerteafsnit, Sygehus Nord, Thisted.	<p>Øvrige forandringstiltag</p> <p>Fokus har været rettet mod at bedre kontinuitet og kommunikation i patientforløbet.</p>	<p><b>Øvrige forandringstiltag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skriftligt indlæggelsesforløb</li> <li>• Pjecer om Klexane- behandling til hhv. patient og plejepersonale.</li> </ul>
<b>6. Team Aalborg</b> Hjerte- Lungekirurgisk afdeling T, Aalborg Sygehus Syd.	<p>Udskrivelse/overflytning.</p> <p>Der er særlig fokus på at forbedre patientens oplevelse af kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.</p>	<p><b>Udskrivelse/Overflytning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningspjece</li> <li>• Instruks til smertebehandling</li> </ul>
<b>7. Team Esbjerg</b> Urologisk Klinik, afdeling 251, Sydvestjysk sygehus, Esbjerg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Udskrivelse/overflytning.</li> </ul> <p>Der er sat fokus på at styrke patienters opfattelse af kommunikationen ved at styrke den direkte kommunikation mellem patient og sundhedspersonale.</p>	<p><b>Indlæggelsen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientvejledningspjece ved indlæggelsessamtale af patienter til prostataoperation.</li> </ul> <p><b>Udskrivelse/overflytning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientvejledningspjece "Information til patienter ved udskrivelsen".</li> </ul>

<b>8. Team Gentofte</b> Afsnit F51, Gentofte Amtssygehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen</li> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> Der er sat fokus på patienters oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Modtagelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velkomstpjece</li> </ul> <b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejledning til undersøgelser på akut modtageafsnit</li> </ul>
<b>9. Team Helsingør</b> Kirurgisk afsnit 22/AVA Helsingør Sygehus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvrige forandringstiltag</li> </ul> Teamets indsats har rettet sig mod at forbedre praksis omkring udlevering af skriftligt materiale vedr. behandling og undersøgelser. (Indgår ikke i spredningskataloget).	<b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udlevering af informationsmateriale.</li> </ul>
<b>10. Team Hillerød</b> Øre-næse-hals sengeafsnit C0631, Hillerød Sygehus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> Der er sat fokus på patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientvejledning vedr. næseblødning</li> </ul> <b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningstjekliste ved elektive patienter</li> <li>• Udskrivningstjekliste ved akut indlagte patienter.</li> <li>• Udvidet Udskrivningstjekliste for patienter med komplekse forløb.</li> </ul>
<b>11. Team Holbæk</b> Lungemedicinsk afsnit B6 (pr. 9.11.05 afsnit 03-5), Holbæk Sygehus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Udskrivelse/overflytning</li> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> Der er sat fokus på patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information til patienten om teamstruktur, læger og plejepersonale.</li> <li>• Planlagte samtaler afholdes af teammedlemmer.</li> </ul> <b>Udskrivelse/Overflytning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivelsessamtale med udskrivelsesark</li> </ul> <b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygeplejerapport</li> </ul>
<b>12. Team Horsens</b> Kvindeafdelingen Horsens Sygehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Udskrivelse/overflytning.</li> </ul> Der er sat fokus på kontinuitet og kommunikation.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition af kontaktsygeplejerske/person på gynækologisk afdeling.</li> </ul> <b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivningstjekliste</li> </ul>
<b>13. Team Kalmar</b> Kirurgavdelingen 7, Länssjukhuset Kalmar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen</li> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> Der er sat fokus på rygpatienters oplevelse af medinddragelse og kommunikation.	<b>Modtagelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Checkliste ved indskrivning</li> <li>• Ankomstsamtal i enskilt rum</li> </ul> <b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Checklista ved udskrivning</li> </ul>
<b>14. Team Karlskoga</b> Vårdavdelingen allmänkirurgisk klinik.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivelse/overflytning.</li> </ul> Der er sat fokus på VIP-patienter (patienter der har fremskreden tumorsygdom og modtager palliativ behandling) og pårørendes oplevelse af kommunikation, kontinuitet og medinddragelse.	<b>Udskrivelse/Overflytning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinier for personlige lægesamtale ved udskrivelse</li> <li>• Skabelon for patientepikrise</li> </ul>
<b>15. Team Køge</b> Medicinsk afdeling Sengeafsnit og AVA (akut visitation afsnit), Roskilde Amtssygehus, Køge.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen,</li> <li>• Indlæggelsen</li> <li>• Øvrige forandringstiltag.</li> </ul> Der er sat fokus på forbedre information og kommunikation til den akutte og stationære medicinske patient, og fokus på at medinddrage de pårørende.	<b>Modtagelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velkomstpjece</li> <li>• Tjekliste ved modtagelse af patient</li> </ul> <b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inddeling af plejegruppen i teams</li> <li>• Vejledning til behovsstuegang</li> <li>• Patientdagbog</li> </ul> <b>Øvrige forandringstiltag:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjekliste ved overflytning/udskrivelse af patient til AVA/M4.</li> </ul>



<b>16. Team Ullevål</b> Hematologisk sengepost (afsnit under hematologisk afd.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> Der er særlig fokus på patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information om pasientansvarlig lege og sygepleier</li> </ul>
<b>17. Team Ullevål Universitetssykehus</b> Nyre/gastroavdeling, Medicinsk divisjon.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen.</li> </ul> Der er sat fokus på alle patienter på nyre og gastromedicinskavdelings oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Modtagelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Velkomstpjece</li> </ul>
<b>18. Team Vejle</b> Organkirurgisk afdeling A 16, Vejle og Give Sygehuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> Der er sat fokus på akutte patienters oplevelse af medinddragelse og kontinuitet.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisk retningslinje for kontaktsygeplejerske ved akutte patienter.</li> </ul>
<b>19. Team Viborg</b> Karkirurgisk afsnit KII-3, Sygehus Viborg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrivelse/Overflytning.</li> <li>• Der er sat fokus på patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation.</li> </ul>	<b>Udskrivelse/Overflytning:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Checkliste til brug ved udskrivning</li> </ul>
<b>20. Team Århus L,</b> Afdeling L2, Gastroenterologisk afdeling, Århus Sygehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> Der er sat fokus på akutte patienter under 60 år' oplevelse af kontinuitet og kommunikation.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indførelse af forstuegang.</li> </ul>
<b>21. Team Århus V,</b> Medicinsk afdeling med speciale i hepatologi og gastroenterologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsen.</li> </ul> Der er sat fokus på patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation relateret til information og kendskab til patienter, når de indlægges i afdelingen.	<b>Indlæggelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opslag på patientstuerne</li> <li>• Lommeuide til personale</li> <li>• Oversigtstavler i grupperum</li> </ul>

## Kapitel 6. Deltagelse i gennembrudsprojektet

I dette kapitel evaluerer deltagere deres deltagelse i gennembrudsprojektet.

Afsnittet baserer sig dels på resultater fra interviewundersøgelsen, der blev gennemført blandt teammedlemmer og ledelsesrepræsentanter efter projektperiodens afslutning og dels på de udarbejdede resultatrapporter. Teamdeltagerne og ledelsesrepræsentanternes evaluering af det konkrete arbejde med Gennembrudsmetoden udgør et væsentligt og meget værdifuldt bidrag til den samlede evaluering af kvalitetsprojektet.

Deltagernes evaluering er opdelt i følgende temaer:

- Anvendelighed
- Rammer og arbejdsvilkår
- Vejledning
- Har det været indsatsen værd?

### Anvendelighed

Flere deltagere angiver i interviewundersøgelsen, at projektets fokus på området, har været udviklende for kvaliteten i den daglige praksis, og at arbejdsrutiner og handle-mønstre bliver udsat for en kvalificeret kritisk vurdering:

*"Deltagelse i projekt har været medvirkende til, at vi er på vej til at danne en kvalitetskultur. Nu kan der gives konstruktiv kritik, og afdelingen har oplevet, at det er muligt at lave kvalitetsarbejde i hverdagen"* (Oversygeplejerske).

*"Arbejdet med projektet har givet større bevidsthed om ændringsprocesser og værdiinddragelse"* (Afdelingssygeplejerske).

*"God måde at få vendt tingene på. Man kører nogle gange i ring på en afdeling, men det er en måde at komme videre på."* (Teammedlem).

Ovennævnte vurderinger kan i høj grad også genfindes i resultatrapporterne, idet Gennembrudsmetodens anvendelighed også her understeges af mange team. Flere

team nævner, at projektet har sat sig varige spor i afsnittet. Det gælder både i forhold til kvalitetsudviklingen af patientens møde med sundhedsvæsenet, men også i forhold til den løbende kvalitetsudvikling og forandring af praksis. Teamene skriver bl.a.:

*"Gennembrudsmetoden har åbent vores øjne for, hvor nemt det er at gennemføre forbedringer til gavn for patienterne. Projekt har været et supplement og en hjælp i akkrediteringsprocessen"* (Team Gentofte).

*"Det er spændende at kunne planlægge noget – en god idé som hurtigt kan afprøves uden kæmpe planlægning og involvering af mange mennesker og instanser – for herefter, at kunne afprøves i større stil eller forkastes. Det er en metode vi givetvis vil benytte i forbindelse med fremtidige forandringer i afdelingen"* (Team Hillerød).

Flere team har således oplevet en forandring af kulturen og adfærden på afsnittet og har fået skabt en løbende og åben dialog om kvalitetsudvikling i praksis. Denne kulturændring omfatter tillige en procesorienteret tilgang til at skabe generelle forandringer.

I de følgende afsnit gennemgås 3 kernelementer i Gennembrudsmetoden, der berøres i stort set alle resultatrapporter:

- A. Test af forandringstiltag efter PDSA-metoden
- B. Dokumentation og afrapportering
- C. Netværksdannelse.

### A. Test af forandringstiltag.

Blandt deltagerne kan der konstateres stor enighed om, at metoden har sin styrke i at være praksisnær og let at anvende. Det at arbejde med små forandringstiltag via PDSA-test (Plan, Do, Study, Act) fremhæves som meget væsentligt i metoden. Teamene skriver bl.a.:

*"Det bedste ved metoden har været arbejdet med PDSA-cirklen. Cirkelen er et godt*

*redskab til at styre processen med, og har værdi i forhold til dokumentation af processen.... Personalet bliver inddraget i processen, og kan give deres mening til kende i forløbet. Derved er der mulighed for at få skabt ejerskab til forandringerne” (Team Viborg).*

*”Det har været spændende at arbejde med gennembrudsmetoden, især brugen af små-skala test har været nytænkning for Team Aalborg. Vi har i forløbet overført anvendelsen af små-skala test til et andet projekt, som vi iværksatte på afdelingen samtidig med kvalitetsprojektet, og har haft stor succes med dette” (Team Aalborg).*

*Det mest givende ved metoden har været de resultater, vi har set ved at anvende PDSA-cirkler. Specielt hvor meget vi kunne se selv ved små forandringer. Det er noget vi vil tage med i vores fortsatte forandringsarbejde i afsnittet, og det vi vil sprede ud i organisationen ” (Team Esbjerg).*

Inspirationen til at foretage forandringer stammer i udgangspunktet fra den første måling i patienttilfredshedsundersøgelse og projektets Forandringskatalog. Forandrings-kataloget indeholder en bred vifte af indsatsområder i forhold til patientens møde med sundhedsvæsenet. Inspirationen fra kataloget, fokuspunkterne fra patienttilfredshedsundersøgelsen kombineret med tilpasning til eget afsnit via PDSA-test karakteriseres af flere team som et afgørende forhold i projektet.

*”Vi udvalgte fokuspunkter på baggrund af patienttilfredshedsundersøgelse og nogle små interne spørgeskemaer. Vi tog faktisk de fire punkter vi havde scoret lavest på, og så tog vi dem. Det hang meget godt sammen med det vi selv havde tænkt” (Team Odense).*

*”Det har været positivt, at vi har kunnet tage udgangspunkt i materialet fra Forandringskataloget, som allerede er beskrevet, og har videreudviklet dette, så det passer til vores hverdag” (Team Vejle).*

*”... forandringskataloget har været en ressource... Som team synes vi også, at det kunne være rigtig spændende og udviklende for de mellemmenneskelige relationer i afdelingen at arbejde videre med de 20 anbefalinger og anvende forandringskataloget som fundament for dette arbejde” (Team Thisted).*

## *B. Dokumentation*

I resultatrapporterne karakteriseres arbejdet med dokumentation, måling og afrapportering i projektet, generelt som omfattende og noget af det sværeste ved metoden. Testarbejdet på små-skala niveau søges dokumenteret via en såkaldt PDSA test-journal og lokale målinger. Derudover har der i projektet været krav om en månedlig afrapportering, der summerede hvilke resultater, målinger, og test af forandringstiltag, der har været foretaget. De månedlige rapporter er fremsendt til Det Nationale Sekretariat og til den lokale ledelse.

Der kan i resultatrapporterne påvises en stor spredning i teamenes vurdering af denne del af metoden. Nogle team giver udtryk for, at det har været motiverende for arbejdet, hvorimod andre mener, at det har været bremsende:

*”Det har været med til at gøre det lidt stresset, at vi hver måned har skullet aflevere en månedsrapport, men til gengæld tror vi også, at det har været den, der har gjort, at arbejdet ikke er gået i stå” (Team Kolding).*

*”Gennembrudsmetoden har vist sig at være et anvendeligt og givtigt redskab til at ændre den daglige praksis i små skridt til en bedre praksis, men vi synes, at vi har brugt forholdsvis meget tid på test og målinger, hvor ved der er blevet mindre tid til implementeringen af de forskellige forandringstiltag...” (Team Holbæk).*

Også i interviewundersøgelsen beskriver flere teammedlemmer det som hårdt, at projektet har krævet så meget skriftlighed:

*”Metoden er tidskrævende, og det har været vanskeligt at gennemføre alle målin-*

*gerne og alt papirarbejdet til månedsrapporterne” (Afdelingssygeplejerske).*

*”Man bliver hele tiden holdt til ilden af månedsrapporterne” (Teammedlem).*

Spredningen i teamenes vurdering hænger til en vis grad sammen med en anden væsentlig faktor, nemlig omfanget af tid og ressourcer afsat til projektarbejdet. Dette forhold uddybes senere i afsnittet.

### *C. Netværksdannelse*

Det tredje kerneelement, der fremhæves i alle resultatrapporter er netværksdannelse. Netværksdannelse anses for at være helt centralt i metoden og en væsentlig årsag til, at projektet er lykkedes. Erfaringsudveksling med andre team og tværfagligheden har haft stor betydning for de enkelte team, både i forhold til at få ny inspiration, og til at styrke teamets motivation ved at kunne byde ind med noget, andre kunne se mulighederne i.

*”Især netværksmøderne har været har været meget inspirerende, og har givet mange gode idéer fra de andre teams” (Team Gentofte).*

*”Læringsseminarerne har været lærerige, dels at lære andre teams og deres arbejde at kende, dels at arbejde i eget team ud fra oplæggene” (Team Køge).*

Netværksdannelse har hovedsagelig været dyrket på de tre læringsseminarer og netværksmøder, der har været afholdt i løbet af projektperioden. I resultatrapporterne vurderer teamene generelt læringsseminarerne som meget givende og udviklende både i forhold til fagligt indhold og erfaringsudveksling mellem teamene. Især det 2. og 3. læringsseminar fremhæves i forhold til netværksdannelse, da teamene her fremlagde deres resultater for hinanden og fungerede som hinandens sparringspartnere.

### **Rammer og arbejdsvilkår**

Et tilbagevendende emne i de udarbejdede månedsrapporter og et centralt tema i resultatrapporterne samt i deltagernes evalu-

ering er de rammer og arbejdsvilkår, som de deltagende team har haft for det lokale projektarbejde.

I resultatrapporterne har teamene beskrevet, hvorvidt de har oplevet større organisatoriske ændringer samt hvorvidt de har fået tildelt ressourcer i form af frikøb af personale eller særlig tid til projektet.

Flere team nævner, at de har været igennem større organisatoriske ændringer, som har påvirket projektarbejdet. Fire team har oplevet at lukning af andre afdelinger og afsnit, samt oplevet væsentlige omstruktureringer af funktionsområder, der har givet øget travlhed og arbejdspress. Tre team har fået udvidet deres optageområde i løbet af projektperioden uden tilførsel af ekstra ressourcer til afsnittet. De pågældende team har i resultatrapporterne beskrevet, at disse forhold har påvirket kontinuiteten i projektarbejdet betydeligt. Mange team har også oplevet, at stor ustabilitet i personalegruppen og langtidssygemeldinger har vanskeliggjort projektarbejdet.

I relation til den nødvendige ledelsesopbakning og prioritering af forandringsarbejdet angiver langt størstedelen af teammedlemmerne (84%) i interviewundersøgelsen, at ledelsen i høj grad eller nogen grad har støttet teamets deltagelse i projektet i form af eksempelvis mødedeltagelse og løbende tilbage-meldinger til teamet i projektperioden.

I forbindelse med tildeling af tid og ressourcer i projektet kan teamene inddeles i tre grupper:

- Team med tilførsel af ekstra ressourcer i form af særlig projektstilling
- Team der i mindre omfang har fået tilført ekstra ressourcer i form af særlig tid eller hjælp til projektarbejdet
- Team der i projektforsløbet ikke har fået tilført ekstra ressourcer.

2 team har i projektperioden haft mulighed for frikøb af en medarbejder, og et af teamene har haft en nøgleperson, der har arbejdet med projektet 1-2 dage om ugen. Disse team giver udtryk for stor tilfredshed med deltagelse i projektet og understreger i den forbindelse vigtigheden af den ledelses-mæssige opbakning, de har oplevet i hele projektperioden. Ekstra tid til dokumentations- og registreringsarbejdet i disse team har bl.a. betydet, at der har været mulighed for lokalt at arbejde mere i dybden med målinger og udvikling af grafer.

De fleste team har fået tilført få midler til projektarbejdet. Cirka 1/3 af teamene har som udgangspunkt fået tildelt et mindre antal projekttimer pr. uge, eller i løbet af projektet fået afsat tid til teammøder eller temadage. Flere team har fået tilknyttet en sekretær til varetagelse af en del af det skriftlige arbejde.

Det er karakteristisk for denne gruppe af team, at de har følt et stort tidspres i projektarbejdet, og ikke vurderer de tilførte ressourcer som tilstrækkelige. Flere oplever, at de har manglet stabilitet og kontinuitet i projektarbejdet, hvilket især er kommet til udtryk i implementeringsfasen.

Et team beskriver det således:

*"Det har også været svært at holde gejsten ved lige i personalegruppen, når der til tider har været andre og måske mere presserende arbejdsopgaver."* (Team Kolding).

Et andet team har oplevet det på denne måde:

*"Personalsituasjonen på avdelingen har i hele perioden vært svært kaotisk. Nyre og gastromedisin ble slått sammen til en avdeling cirka 1 år tilbake og organiseringen av avdelingen har vært vanskelig gjennomførbart grunnet stor utskiftning av personalet. Dette har resulteret i, at personalet på avdelingen har hatt mer enn nok med den daglige driften og hatt lite overskud og iver til å delta i prosjektet"*

(Team Ullevål, Nyre/gastromedicinsk afdeling).

Lidt under halvdelen af teamene nævner i resultatrappporterne, at de ikke har fået tilført ekstra ressourcer i projektperioden. Flere af disse giver udtryk for, at kontinuiteten i forandringsarbejdet har været brudt flere gange bl.a. på grund af stor travlhed på afsnittet. Det har været meget vanskeligt for denne gruppe at mødes til teammøder, hvilket ofte fremhæves som en af årsagerne til at projektarbejdet har været vanskeligt at realisere.

Uanset tildeling af tid og ressourcer, karakteriseres dokumentations-arbejdet i projektet i form af PDSA test og månedsrapporter som omfattende. Især de team, der ikke har fået tilført ekstra ressourcer, har oplevet det som en stressfaktor at arbejde med de forskellige former for registrering inden for den normale arbejdstid. Et team beskriver det således:

*"Kravet om hurtighed har været vanskeligt at honorere i en travl hverdag. Der har været rigtig meget materiale at læse og forholde sig til samt overholde deadlines for rapport, målinger ol. Der har virket uhyre stressende"* (Team Hillerød).

### Vejledning

Den løbende vejledning, der er ydet til teamene fra Sekretariatet, har udover undervisning og vejledning på læringsseminarerne bestået i en løbende kontakt via møder, telefon, e-mail, telefonkonferencer og informationer på Gennembrudsforum.

I interviewundersøgelsen oplyser størstedelen af de danske teammedlemmer (87%), at de i høj grad har modtaget den nødvendige støtte og vejledning fra Det Nationale Sekretariat. De resterende 13% af de danske teammedlemmerne oplever i nogen grad at have modtaget den nødvendige støtte. Samme vurdering kan næsten genfindes hos de danske ledelsesrepræsentanter, hvor henholdsvis 67% og 29% oplever i høj grad eller nogen grad at have modtaget den nødvendige støtte og vejledning fra sekretariatet. Mens 4% (1 person) svarer i ringe grad. I forhold til de nordiske deltagende team, som har haft tilknyttet en national vejleder, fordeler svarene omkring støtte

og vejledning således: 66% af de deltagende nordiske team oplever, at de i høj eller nogen grad har fået den nødvendige støtte og vejledning fra den tilknyttede nationale vejleder. 100% af ledelsesrepræsentanterne fra de deltagende nordiske team oplyser, at de i ringe grad har fået den nødvendige støtte og vejledning fra den tilknyttede nationale vejleder.

### **Har det været indsatsen værd?**

Gennembrudsmetoden er en forholdsvis ressourcekrævende metode, der stiller relativt store krav til deltagernes motivation, forandringsvillighed og arbejdsindsats. Ét af de interessante spørgsmål, der melder sig ved afslutningen af kvalitetsudviklingsprojektet er, hvorvidt deltagerne vurderer, at det har "været anstrengelserne værd". Den samlede effekt af projektet på det enkelte afsnit holdes på denne måde op imod de rammer, der lagt for arbejdsmetoden og den konkrete arbejdsindsats. På denne baggrund blev deltagerne i interviewundersøgelsen adspurgt om, hvorvidt de ville anbefale andre at deltage i et lignende gennembruds-projekt.

Resultatet viser, at næsten alle teammedlemmer (95%) vil anbefale andre at deltage i et lignende gennembrudsprojekt, mens denne holdning genfindes hos alle adspurgte ledelsesrepræsentanter (100%).

Eksempelvis udtrykker teammedlemmer:

*"Det giver en ny indgangsvinkel til at implementere nye ting. Man kan tage små skridt af gangen og man inddrager kollegaerne, så de ikke trækkes noget ned over hovedet".*

*"Metoden kan anbefales fordi den kan integreres meget nemt i dagligdagen. Meget praksisnært. Det er en nem metode at forstå, nem at engagere medarbejdere, da resultaterne af tiltag er synlige".*

Som noget særligt fremhæver flere, at metoden kan anvendes i det kommende akkrediteringsarbejde:

*"Man lærer en brugbar metode. Mange ting er gået op for mig. Man forbedrer kvaliteten i arbejdet og det er blevet nemmere at arbejde med akkreditering".*

*"Metoden er relevant i forhold til brugerundersøgelser, faglige reference-rammer og den akkrediteringsproces, der skal i gang.*

Begrundelserne for at ville anbefale deltagelse i lignende projekter skal bl.a. findes i Gennembrudsmetodens karakteristika og arbejdsmetoder, der af mange vurderes som meget anvendelige.

Mange deltagere vurderer, at deltagelsen i projektet har højnet og forbedret den faglige kvalitet i patientens møde med sundhedsvæsenet. Dette udtrykkes bl.a. i følgende citater:

*"Vi har fået et højt fagligt udbytte, og ændrede holdninger til projekter, og det at gå i gang. Det er en god metode til at se hurtige resultater".*

### **Opsummering**

Det generelle billede der tegnes på baggrund af de opnåede erfaringer med Gennembrudsmetoden er, at metoden er såvel hensigtsmæssig som anvendelig. De metodemæssige rammer og den procesorienterede tilgang til forandringsarbejdet opleves generelt som meget brugbar og forenelig med den daglige praksis. Knaphed i tid og ressourcer kan konstateres at være den gennemgående udfordring.





# Kapitel 7 Patientundersøgelsen

Dette kapitel giver en generel introduktion til og oversigt over de patienttilfredshedsundersøgelsen der blev udført i tilknytning til projektet. Undersøgelsen er udført af Kvalitetsafdelingen i Århus Amt, der gennem flere år har arbejdet med disse undersøgelser.

## Baggrund og formål

Der er gennemført to patienttilfredshedsundersøgelser som en del af gennembrudsprojektet. Patientundersøgelserne er gennemført både før og efter projektperioden på hver af de 21 afsnit, der har deltaget i projektet.

Gennemførelsen af de to undersøgelser har haft to formål. Det primære formål har været at give det enkelte afsnit base-line tal om patienternes tilfredshed med kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Resultaterne udgjorde en del af det grundlag, afsnittene tog udgangspunkt i, da det skulle defineres hvilke lokale mål de enkelte afsnit skulle arbejde med i projektperioden. Desuden har materialet med patienternes kommentarer givet teamet konkrete ideer til udviklingsområder.

Herudover har formålet været at måle patienttilfredshedens udvikling i løbet af projektperioden.

Det spørgeskema som er anvendt i begge undersøgelser er blevet udviklet og målrettet til projektet og de 20 anbefalinger vedrørende "Patientens møde med sundhedsvæsenet."

Baseline-målingerne stammer fra patientoplevelser i perioden 1. oktober 2004 til og med 31. december 2004. I rapporten er disse målinger kaldt 1. runde (2005). Gentagelses-målingerne stammer fra perioden 15. december 2005 til og med 15. marts 2006. I rapporten er disse målinger kaldt 2. runde (2006). Enkelte afdelinger har marginalt afvigende måleperioder på grund af lokale forhold.

Udover denne oversigt er der udarbejdet en detaljeret rapport med mange patientkommentarer til hvert af de medvirkende afsnit, og der foreligger en samlet tværgående rapport med resultater for alle medvirkende afdelinger, hvor man kan se svarene på alle undersøgelsens spørgsmål. Her er resultater fra både 2005 og 2006. Det samlede undersøgelsesmateriale kan ses på projektets hjemmeside.

## Datagrundlag og metode

I alt er der sendt 9.899 skemaer ud til patienter på de 21 projektafsnit, og der er kommet i alt 4.982 svar retur, svarende til en svarprocent på 50,3 %. Der er ikke foretaget rykning.

I 2006 er der udsendt 5.273 spørgeskemaer, og der er kommet 2.613 skemaer retur. Det giver en svarprocent på 49,6. I 2005 blev der udsendt 4.626 spørgeskemaer, og der kom 2.369 svar retur. Det gav en svarprocent på 51,2 %.

Af de gennemførte bortfaldsanalyser i de enkelte afdelingsrapporter ses der en tendens til at flere kvinder svarer på spørgeskemaet end mænd, og det ses at ældre patienter besvarer skemaet i mindre udstrækning end yngre. En tendens der også ses i andre undersøgelser. Da tendensen er ens for de to runder er der ikke korrigeret herfor.

Der ses nogen variation i svarprocenten imellem de medvirkende afdelinger. I anden runde ses der således i fire tilfælde afdelinger med svarprocenter på under 40 %, hvilket rummer store muligheder for selektionsbias. Det samme var tilfældet på to afdelinger i 2005. De berørte afsnit må tage deres resultat med det forbehold.

Det er nøjagtig de samme spørgsmål som er stillet til patienterne i de to undersøgelsesrunder. Og der er således tale om et klassisk effektevalueringsdesign med måling, efterfølgende indgreb og efterfølgende måling. I

designet er der ikke søgt at kontrollere for andre faktorer, der kan have været aktive på de forskellige afsnit i perioden.

### **Ændringer i helhedsvurderingen på hele materialet?**

Patienterne blev i begge undersøgelsesrunder bedt om at foretage en samlet vurdering af deres tilfredshed med deres kontakt til den enkelte sygehusafdeling. Spørgsmålets ordlyd var 'Hvad er dit samlede indtryk af Afsnittet/Afdelingen?' og svarkategorierne var 5 stjerner for "enestående", 4 stjerner for "godt", 3 stjerner for "godt og dårligt", 2 stjerner for "dårligt" og 1 stjerne for "uacceptabelt".

En oversigt over ændringer i patienternes samlede tilfredshed fra 1. runde til 2. runde, findes i tabel 1 på den næste side. Først vises helhedsvurderingen for hvert af de medvirkende afsnit, og sidst vises det samlede resultat for alle afsnit under et. Tallene angiver den andel af patienterne, der har krydset "enestående" eller "godt". Første søjle viser resultatet fra første runde i 2005, og næste søjle viser resultatet fra anden runde i 2006. Herefter angives forskellen i procentpoint. Og sidst er der gennemført en Chi2- test, der angiver om den målte forskel har en størrelse, der ligger udenfor det man kunne kalde tilfældigheder (0,05-signifikansniveau).

For alle patienter i 2006 på alle projektafdelinger var der 80,4 % af patienterne, der karakteriserede deres oplevelse som "enestående" eller "godt". Resultat for 2005 var at 80,7 % af patienterne gav denne karakter. Der ses altså en lille tilbagegang i patienternes oplevelse, når man alene ser på helhedsspørgsmålet. Omvendt er ændringen så marginal, at den ligger indenfor det man kan karakterisere som tilfældigheder (0,05-signifikansniveau).

### **Ændringer i helhedsvurderingen på de enkelte sengeafsnit?**

Bag den konstante gennemsnitlige tilfredshed gemmer sig imidlertid forskellige udviklinger i de forskellige afdelinger. Som det fremgår af Bilag 6 har helhedsvurderingen bevæget sig i positiv retning på 15 af de 21 afsnit. Disse ændringer har dog en størrelse så de ikke kan betegnes som statistisk signifikante.

Modsat er der 6 afsnit, der fra 2005 til 2006 har fået en mere negativ helhedsvurdering fra patienterne. Også her er ændringerne så beskedne at de bortset fra en ændring må betegnes som tilfældige. Kun på den Medicinske sengeafdeling, kardiologisk afsnit B71 på Roskilde Amtssygehus kan der konstateres én signifikant ændring af patienttilfredsheden fra 92,2 % "enestående/godt" i 2005 til 83,9 % i 2006.

### **Ændringer i tilfredshedsspørgsmål**

Patienterne er i undersøgelsen bedt om at foretage en vurdering af 16 tilfredsheds-spørgsmål som på forskellig måde belyser de 20 opstillede værdier. Hvert spørgsmål kunne besvares med et "ja", "både og" eller et "nej". To spørgsmål blev vurderet med besvarelsesmulighederne "ja" og "nej". Resultatet fremgår af Bilag 7 på en af de næste sider. For begge typer af spørgsmål angives den procentuelle andel af optimale svar. Det vil sige andelen af patienter, der har svaret ubetinget positivt på de stillede spørgsmål.

Først vises andelen af optimale svar for hvert spørgsmål for alle medvirkende afsnit under et. I første kolonne ses gennemsnittet for 2005 og i næste kolonne for 2006. Under hvert gennemsnit er der i en parentes vist værdierne for det afsnit som har scoret dårligst på spørgsmålet, og derefter værdien for det afsnit, der har scoret bedst. Herefter angives forskellen på svarene for 2005 og 2006 i procentpoint. Efter dette tal vises minimumsværdien og maksimumsværdien

for ændringsprocenterne blandt de 21 afsnit. Endelig vises der i de to sidste kolonner en oversigt over hvilke af de konkrete afsnit, som har haft så markante ændringer, at de kan betegnes som signifikante (0,05-signifikansniveau). Der er her sondret mellem fremgange og tilbagegange i patienternes vurderinger.

Af Bilag 7 fremgår det, at hovedtendensen i udviklingen af svarene går i retning af en lidt mindre positiv besvarelse ved anden runde end ved første. Der er dog meget ringe forskel på patienternes måde at besvare de 16 spørgsmål på imellem de to runder. Forskellene er så små, at man må betegne dem som tilfældige ved et signifikansniveau på 0,05.

#### **Ændringer i tilfredshedsspørgsmål afsnit**

At patienterne under et ikke besvarer spørgsmålene anderledes de to runder imellem udelukker dog ikke, at man kan finde reelle forskelle i besvarelsen af enkelte spørgsmål på enkelte afsnit. Af de gennemførte test fremgår det, at der er fundet følgende signifikante sammenhænge i materialet på afsnitsniveauet. 8 var positive og 5 var kritiske:

##### *Positive ændringer:*

- På Kirurgvårdaafdeling 7, Kalmar Länssjukhuset svarede 79,6 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet at få den information de havde brug for inden udskrivelse. Ved første måling var der kun 72,0 %, der mente dette.
- På Nyremedisinsk Afdeling på Ulllevål Universitetssygehuset svarede 85,5 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en tilfredsstillende kontakt mellem de pårørende og afdelingen. Ved første måling var der kun 68,5 %, der mente dette.
- På Medicinsk Afdeling F, Afsnit F521 på Amtssygehuset i Gentofte

svarede 67,9 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en god tilrettelæggelse af patientforløbet. Ved første måling var der kun 52,1 %, der mente dette.

- På Kvindeafdelingen, Afsnit P6 på Horsens Sygehus svarede 89,6 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en omhyggelig sygepleje. Ved første måling var der kun 76,5 %, der mente dette.
- På Sengeafsnit N1 på Odense Universitetshospital svarede 88,9 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet at sundhedspersonalet var godt forberedt til samtalerne. Ved første måling svarede kun 69,4 % ja til dette.
- På Neurologisk Afdeling, Afsnit H37, Amtssygehuset i Glostrup svarede 68,9 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet at få den information de havde brug for inden udskrivelse. Ved første måling var der kun 55,9 %, der mente dette.
- På samme afdeling svarede 91,3 % af patienterne i 2006 ”nej” til at de havde kontakt med for mange forskellige læger under deres indlæggelse. Ved første måling var der kun 82,3 %, der mente dette.
- På M4 Akut visitationsafsnit, Roskilde Amtssygehus, Køge svarede 85,7 % af patienterne i 2006 ”nej” til, at de havde kontakt med for mange forskellige plejepersoner under deres indlæggelse. Ved første måling var der kun 67,7 %, der mente dette.

##### *Kritiske ændringer:*

- På Hjerter- Lungekirurgisk Afdeling T på Ålborg Sygehus Syd svarede 82,3 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de fik den information de havde brug for inden udskrivelse. Ved første måling var der 91,0 %, der mente dette.
- På Nyremedisinsk Afdeling på Ulle-

vål Universitetssykehuset svarede 60,8 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de fik den information de havde brug for inden udskrivelse. Ved første måling var der 78,9 %, der mente dette.

- På Øre-næse og halssengeafsnittet på Hillerød Sygehus svarede 76,7 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en omhyggelig sygepleje. Ved første måling var der 89,2 %, der mente dette.
- På Organkirurgisk afdeling, afsnit K11-3 på Sygehus Viborg svarede 81,6 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en omhyggelig sygepleje. Ved første måling var der 92,4 %, der mente dette.
- På Kirurgvårdafdeling 7 på Kalmar Länssjukhus svarede 86,3 % af patienterne i 2006 ”ja” til, at de havde oplevet en tilfredsstillende kontakt mellem de pårørende og afdelingen. Ved første måling var der 96,0 %, der mente dette.

# Kapitel 8 Resultatrapporter

I dette kapitel præsenteres fire eksemplar på resultatrapporter samt læsevejledning til disse. Øvrige resultatrapporter samt en oversigt over indhold kan downloades fra projektets hjemmeside: [www.videnscenter-gennembrud.dk](http://www.videnscenter-gennembrud.dk).

## Læsevejledning ti resultatrapportene

Ved afslutning på projektperioden den 17. november 2005 har hvert deltagende team udarbejdet en resultatrapport. Formålet med resultatrapporten er at samle hvert enkelt teams lokale resultater og proceserfaringer fra hele projektperioden.

Hovedtrækkene fra resultatrapporterne indgår som en del af evalueringen for at give et nuanceret billede af, hvordan der lokalt har været arbejdet i projektet. Resultatrapporterne giver også indblik i de forskelle, der har været lokalt i forhold til deltagelse i projektet.

Det nationale sekretariat har udarbejdet en skabelon for resultatrapporten, således at alle team melder tilbage vedrørende de samme emner. Det må i den forbindelse understreges, at det ikke er formålet med resultatrapporten, at teamene skal sammenlignes på tværs af hinanden, da teamenes lokale resultatmål er forskellige, og teamenes projektarbejde har haft forskellige rammer og vilkår. I resultatrapporten er der således fokus på teamets egen udvikling i løbet af projektperioden, da ingen team har haft nøjagtig samme proces i projektet.

De overordnede spørgsmål der søges besvaret i resultatrapporten er:

- Hvorvidt teamet har nået deres lokale resultatmål
- Hvilke forandringstiltag er afprøvet og implementeret
- Hvilke væsentlige erfaringer har teamdeltagerne gjort sig i løbet af projektperioden i forhold til at arbejde med at forbedre patientens oplevelse af kommunikation, medinddragelse og kontinuitet og i forhold

til at arbejde med gennembrudsmetoden

- Hvad er planen for det videre arbejde.

I det følgende gennemgås de emner, der belyses i resultatrapporten:

## Informationer om teamet og afsnittet /afdelingen

Beskrivelse af teammedlemmer og kontaktinformation. Desuden en kort beskrivelse af afsnittets karakter, antal sengepladser, ansatte m.v.

## Lokale målsætninger og lokale mål

For at sikre den røde tråd i forandringsarbejdet er der i gennembrudsprojektet en målsætning om, at teamene udarbejder en række forskellige mål og målinger. *For det første* skal hvert team formulere deres egen lokale målsætning for deltagelse i projektet ud fra projektets overordnede målsætninger. Den lokale målsætning er gennemgående for hele projektperioden og skal i dette projekt omfatte mindst to temaer af de tre temaer kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. *For det andet* skal hvert team ud fra deres lokale målsætning formulere mellem 1-4 resultatmål, som er gennemgående for hele projektperioden. Resultatmålene er numeriske, patientrelaterede og skal måles hver måned igennem projektperioden. *For det tredje* skal hvert team formulere mellem 2-5 procesmål, der tænkes at være skridt på vejen til at opnå de lokale resultatmål. Procesmålene kan ændre sig i løbet af projektperioden. *For det fjerde* har hvert team mulighed for at formulere 1-2 balancerende mål, der kan vise utilsigtede ændringer som følge af forandringsarbejdet.

## Målinger

I resultatrapporten bliver teamene bedt om at lave en oversigt over de forskellige målinger, der er foretaget i løbet af projekt-

perioden. Målingerne skal relatere sig til målene beskrevet ovenfor og kan være både kvantitativt og kvalitativt udformet.

Løbende målingerne i projektperioden er foretaget af teamene selv, dels ved hjælp af spørgeskemaer til patienterne, dels ved systematisk registrering af overholdelse og fastholdelse af procedurer.

Teamene har primært anvendt grafer som grafisk præsentation af deres målinger, da der er tale om forandringsarbejde, der foretages over tid.

#### **Afprøvede/testede forandringer**

Hvert team laver en oversigt over afprøvede forandringstiltag i løbet af projektperioden og uddybet de mest succesfulde forandringstiltag.

#### **Implementerede/spredte forandringer**

Det beskrives, hvilke af de afprøvede forandringstiltag, der er blevet implementeret i løbet af projektperioden. Ligeledes redegøres for, hvilke spredningsaktiviteter der er iværksat i forhold til formidling af projektet og 'best practices'.

#### **Resultater**

Hvert team beskriver i resultatrapporten de væsentligste resultater, de har opnået i løbet af projektperioden. Resultaterne kan relatere sig til både lokale resultatmål, procesmål og balancerende mål.

#### **Kommentarer til procesarbejdet**

I resultatrapporten har hvert team givet en beskrivelse af rammer og vilkår for arbejde i projektperioden. Såfremt der har været væsentlige ændringer i projektperioden mht. organisationen, personale og ressourcer er disse anført under denne rubrik.

#### **Erfaringer med gennembrudsmetoden**

Hvert team har givet en beskrivelse af deres samlede erfaringer med at arbejde efter gennembrudsmetoden.

#### **Det videre arbejde**

Som afslutning på hver resultatrapport beskriver teamene, hvilke planer der er lagt for det videre kvalitetsudviklingsarbejde. Såfremt der ikke foreligger konkrete planer beskriver teamet, hvilke ønsker de har til det fremtidige arbejde.



## Resultat rapport for Team Holbæk

<b>Team</b>	Team Holbæk, Lungemedicinsk afsnit B6 (pr. 9/11 2005 afsnit 03-5), Smedelundsgade 60, 4300 Holbæk
<b>Teammedlemmer</b>	Afdelingssygeplejerske Yvonne Bøgh, chyvbg@vestamt.dk, kontaktperson Overlæge Mette Grove, chmegr@vestamt.dk Sygeplejerske Anne Kirchhoff, anneki@vestamt.dk
<b>Beskrivelse af afsnittet</b>	<p><b>Organisation</b> Lungemedicinsk afsnit er et amtsdækkende specialeafsnit i Sygehus Vestsjælland, Medicinsk Center, Medicinsk afdeling på Holbæk sygehus. Der modtages patienter fra hele Vestsjællands Amt og fra Roskilde og Storstrøms Amter.</p> <p>Lungemedicinsk afsnit består af et sengeafsnit med 20 sengepladser, et ambulatorie og dagafsnit i Holbæk og ugentlig ambulatoriefunktion på både Slagelse sygehus og Nykøbing Sjælland sygehus</p> <p><b>Personale</b> 5 overlæger(heraf 1 specialeansvarlig overlæge og 3 vagtbærende overlæger) 1 vagtbærende læge i hoveduddannelsesforløb til speciallæge 1 reservelæge 17,41 sygeplejersker (heraf 1 afdelingssygeplejerske og 2,81 sygeplejerske i ambulatorie/dagafsnit) 7,81 social- og sundhedsassistenter/sygehjælper 5 lægesekretærer (heraf 1 i sengeafsnittet)</p> <p><b>Speciale</b> I sengeafsnittet modtages der såvel akutte patienter, indkaldte patienter og patienter fra andre afsnit og afdelinger. Der modtages fortrinsvis patienter med tuberkulose, lungecancer, KOL, astma og akutte kroniske lungesygdomme. Der modtages også patienter med intern medicinske lidelser. Vi har mange palliative- og terminale forløb i afsnittet. Lungemedicinsk dagafsnit modtager patienter til udredning for svære lungesygdomme som bl.a. lungecancer, patienter til behandling for tuberkulose der ikke kræver indlæggelse, kontrol af tuberkulosepatienters omgangskreds, samt kontrol/behandling efter indlæggelse i sengeafsnittet. Der modtages også patienter fra andre afsnit/ambulatorier til pleuracentesebehandling (tømning af væske på lungerne). Siden februar 2005 er bronkoskopifunktionen (kikkertundersøgelse af lungerne) overgået til lungemedicinsk dagafsnit fra øre-næse-hals afsnittet.</p>



<b>Beskrivelse af afsnittet</b>	<p>Lungeambulatoriet modtager patienter til regulering og udredning for astma, kontrol, støtte og vejledning til KOLpatienter med hjemmeilt, kontrol og vejledning til KOLpatienter med inhalationsapparat i hjemmet, allergiudredning og vaccinerer mod allergi, undersøger og behandler medicinallergikere, udfører lungefunktionsundersøgelser (spirometri) og udvidet lungefunktionsundersøgelser (DLCO) for praktiserende læger og andre afsnit/ambulatorier i huset. Der ud over underviser og vejleder sygeplejerskerne patienterne omkring deres sygdom, oplyser forebyggende om rygning og støtter gerne patienterne til rygeophør.</p>
<b>Resumé af resultater</b>	<p><b>Udskrivelsessamtaler med udskrivesark</b>  Vi har afprøvet og implementeret en struktureret udskrivelsessamtale. Dels har vi defineret de ydre rammer for samtalen; den bør finde sted i enrum, vare 10-15 minutter og for ældre patienters vedkommende gerne planlægges, så de har mulighed for at have pårørende med.  Dels har vi udformet et udskrivesark, som skal udfyldes, gennemgås med og efterfølgende udleveres til patienten. Af arket fremgår bl.a: Hvad patienten har været indlagt for, andre væsentlige sygdomme, vigtigste undersøgelsesresultater, plan efter udskrivelse (rehabilitering? kontrol? – hvor og hvornår?), hjemmepleje og medicin.  Hvis patienten efter udskrivelsen skal have hjemmepleje, medsendes en kopi af udskrivesarket til hjemmeplejen.</p> <p><b>Ny sygeplejerapport til hjemmeplejen</b>  Næste forandringstiltag blev naturligt at udarbejde en ny forenklet sygeplejerapport, idet en del af oplysningerne på den gamle rapport nu fremgår af udskrivesarket.</p> <p><b>Teamstruktur</b>  For at forbedre kontinuiteten, har vi implementeret en teamstruktur i afdelingen, sådan at læger og plejepersonale nu arbejder i 3 team (rødt, blå og grønt), som daglig varetager stuegang/personlig rådgivning på de 5-8 patienter, som i gennemsnit er tilknyttet deres team. Patienterne informeres ved indlæggelsen om denne arbejdsform og de får sammen med velkomstpjecen udleveret en rød, blå eller grøn teamseddel med navne på de pågældende læger og plejepersoner. For at synliggøre teamtilknytningen bærer personalet batches i den aktuelle farve, ligesom patienternes navne på tavlen skrives med teamets farve, som desuden også markeres på patientens armbånd, journal, kardex m.m. Efter en relativ kort stuegang kan lægerne varetage opgaver i lungemedicinsk dagafsnit og plejepersonalet kan deltage i plejen.</p>

<b>Resumé af resultater</b>	<p>Udskrevne patienter vil ved en genindlæggelse blive tilknyttet samme team som tidligere, og de vil ambulant blive fulgt op af én af teamets læger, som de kender.</p> <p><b>Planlagte og vigtige samtaler med medlemmer fra pleje- og behandlerteamet</b></p> <p>For at bevare denne kontinuitet, har vi aftalt, at planlagte og vigtige samtaler afholdes med medlemmer fra teamet. Patienterne bliver informeret om dette ved indlæggelsen og vi planlægger så samtalerne ud fra lægernes og plejepersonalets vagtskema.</p> <p>Vi har defineret vigtige samtaler til at være; rundbordssamtaler med hjemmeplejen, stuegang med pårørende, udskrivesamtaler, overbringelse af alvorlige budskaber, videre plan o.lign. Hvis lægen f.eks. ikke er til stede på en planlagt udskrivelsesdag afholdes udskrivelsessamtalen dagen før efter aftale med patienten og evt. pårørende.</p> <p><b>Undervisningsplan for plejepersonalet ud fra den faglige viden</b></p> <p>Endelig har vi med det formål at højne plejepersonalets faglige viden og dermed forbedre muligheden for at give enslydende og korrekte informationer, forsøgt at finde områder, hvor der generelt var svagheder og behov for undervisning. Vi udarbejdede en multiple choice test med 28 spørgsmål inden for områderne KOL, lungecancer, tuberkulose, palliation og lungefunktions- og invasive undersøgelser. Besvarelsesprocenten var 75 og 65 % af besvareelserne var helt korrekte. Vi er nu næsten færdige med et undervisningsprogram rettet mod disse fagligt svageste områder. Samtidig har vi udarbejdet en lille lamineret lommeuide til alle ansatte med nyttige og konkrete fakta som f.eks. faste, blodprøvekontrol ved TB behandling osv. Når hele undervisningsprogrammet er gennemført, er det planen at gentage multiple choice testen med ny og lignende men ikke identiske spørgsmål inden for samme områder. Vi håber og forventer da en lidt højere andel af helt korrekte besvarelser.</p>
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p>Team Holbæk vil i perioden 15. marts til 30. november 2005 forbedre oplevelsen af mødet med sundhedsvæsenet for alle patienter på lungemedicinsk afsnit B6 markant. Vi vil have speciel fokus på at forbedre patienternes oplevelse af kontinuitet og kommunikation i afsnittet.</p> <p><b>Resultatmål 1:</b></p> <p>95 % af patienterne skal vurdere, at de ikke har kontakt med for mange læger eller plejepersoner under deres indlæggelse på afsnit B6 (mod 85 % i spørgeskemaundersøgelsen).</p> <p><b>Procesmål:</b></p> <p>95 % af læger/plejepersonale, som har en planlagt samtale med en patient eller pårørende, skal tilhøre pleje-/behandlerteamet.</p>	

<p><b>Balancerede mål:</b> Ventetiden for ambulatoriepatienter og personlig rådgivning må ikke øges væsentligt. 95 % af teamets medlemmer skal vurdere, at teamet er velfungerende såvel med hensyn til faglighed som socialt.</p> <p><b>Resultatmål 2:</b> 90 % af patienterne skal ved udskrivelsen vurdere, at de er velinformerede (mod 71 % i spørgeskemaundersøgelsen).</p> <p><b>Procesmål:</b> 100 % af patienterne på afsnit B6 skal ved udskrivelsen have gennemført en udskrivelsesamtale med udskrivelsesark.</p> <p><b>Balancerede mål:</b> Ventetiden for ambulatoriepatienter og personlig rådgivning må ikke øges væsentligt.</p> <p><b>Resultatmål 3:</b> 90 % af patienterne skal ved udskrivelsen vurdere, at der har været en synlig sammenhæng i patientforløbet (mod 65 % i spørgeskemaundersøgelsen).</p> <p><b>Procesmål:</b> 95 % af læger/plejepersoner, som har en planlagt samtale med en patient eller en pårørende, skal tilhøre pleje-/behandlerteamet.</p> <p>Ved anden multiple choice test efter afslutning af målrettet undervisning af plejepersonalet, skal andelen af helt korrekte besvarelser være mindst 85 %.</p>
<p><b>Målinger</b></p> <p>Målinger af resultatmål blev gennemført ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At uddele et minispørgeskema til alle patienter ved indlæggelsen med spørgsmål taget fra den store indledende spørgeskemaundersøgelse: Har du haft kontakt med for mange forskellige læger under din indlæggelse på B6? Har du haft kontakt med for mange forskellige plejepersoner under din indlæggelse på B6? Var der sammenhæng i det du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte i afsnit B6? Synes du, du ved udskrivelsessamtalen har fået de nødvendige informationer? Har du fået udleveret en liste over medlemmerne i dit pleje-/behandlerteam? - Patienterne blev bedt om at aflevere det udfyldte spørgeskema ved udskrivelsen i en projektpostkasse på afsnittet.</li> <li>• At registrere om planlagte samtaler blev foretaget med medlemmer fra pleje- og behandlerteamet. Hver morgen til konferencen afkrydses på et skema, om planlagte samtaler bliver afholdt med teammedlemmer.</li> <li>• At registrere hvor mange patienter der afholdes udskrivelsessamtale med. Ud fra antal udskrevne patienter (fratrasket ambulante patienter til en-dags-undersøgelser og de døde) sammenholdt med kopi af udskrivelsesark i projektmappen på sygeplejekonto-ret.</li> </ul> <p>Ud over målinger blev hjemmeplejen og plejepersonalet bedt om at evaluere/kommentere den ny sygeplejerapport og vi afholdt et café-dialog-møde for personalet, som evaluering på teamstrukturen</p>

## Afprøvede / testede forandringer

De mest succesfulde forandringstiltag i forhold til implementeringen har været:

- Udskrivelsessamtale med udskrivelsesark
- Ny sygeplejerapport
- Planlagte og vigtige samtaler med medlemmer fra pleje- og behandlerteamet

Disse tre forandringer er blevet modtaget af personalet, som en naturlig del af dagligdagen. Ved at afholde udskrivelsessamtaler har personalet fået øjnene op for, at ikke alle patienter ved hvad der foregår omkring dem under en indlæggelse, og det er meget tilfredsstillende, at kunne sikre sig, at patienten har den fornødne information ved udskrivelsen.

For plejepersonalet har det altid været besværligt at skulle skrive sygeplejeappor til hjemmeplejen. Med den ny forenkledte sygeplejerapport er den blevet lettere og mere tilfredsstillende at udfylde, så alle kan faktisk gøre det uden at noget glemmes eller mangler.

Vi oplever færre henvendelser fra patienter, pårørende og hjemmeplejen efter indførelse af udskrivelsesarket og den ny sygeplejerapport – og da vi gemmer en kopi af arkene i vores projektmappe på sygeplejekontoret, er det meget let for alle at besvare de få henvendelser, vi har nu efter en udskrivelse.

Det er meget tilfredsstillende, at planlagte og vigtige samtaler afholdes med teammedlemmer for både personale, patient og pårørende. Patienten føler sig mere tryk, og personalet har et indgående kendskab til patientens sygehistorie og sociale relationer.

Det forandringstiltag, der har haft størst effekt på patientens møde med afsnittet har været:

- Udskrivningssamtaler med udskrivelsesark

Udskrivelsessamtalerne er der, vi har set den største gavnlige effekt på patientens møde med afsnittet. Der er flere patienter, der har været meget tilfredse med samtalen og givet udtryk for, at de har fået en bedre forståelse for hele indlæggelsesforløbet og bedre forstår sig på rehabilitering i forbindelse med deres sygdom. Som beskrevet ovenover, får vi heller ikke mange henvendelser fra patienter efter udskrivelsen.

## Implementerede / spredte forandringer

Følgende tiltag er blevet implementeret i løbet af projektperioden:

- Udskrivelsessamtaler med udskrivelsesark
- Ny sygeplejerapport
- Teamstruktur
- Planlagte og vigtige samtaler med medlemmer fra pleje- og behandlerteamet
- Undervisningsplan for plejepersonalet (vi har ikke målt på dette endnu)

#### Igangsatte spredningsaktiviteter:

- Projektet er fremlagt 2 gange på temadage for personale i medicinsk afdeling i Holbæk
- Projektet er fremlagt på lederforummøde for Centerledelsen og Funktionsledelserne i Medicinsk Center
- Projektet er fremlagt på en kvalitetsdag i Sygehus Vestsjælland
- Vi har skrevet en artikel til vores blad i Medicinsk center (MC-nyt) udkommer til januar
- Vi er i gang med at lave en poster til at hænge op på sygehuset – posteren skal være en reklame for gennembrudsmetoden og give et lille indblik i, hvad vi har nået

#### Resultat

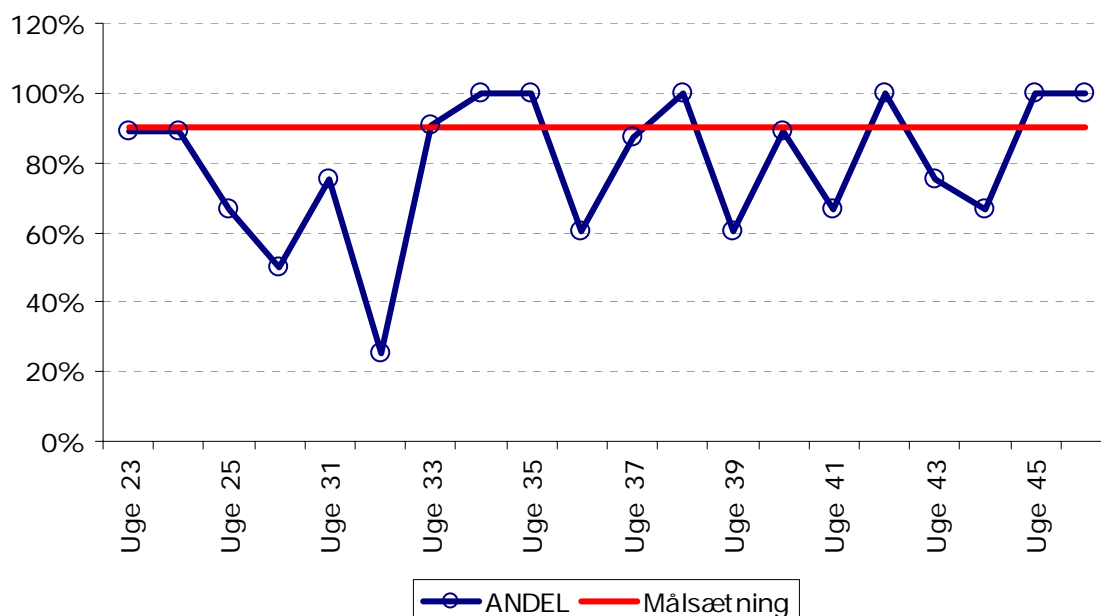
##### Grafer (vedhæftet)

- Udskrivelsessamtale med udskrivelsesark.
- Planlagte samtaler med teammedlem.
- Patienter der ikke synes de havde kontakt med for mange læger og for meget plejepersonale.
- Patienter der synes der er en synlig sammenhæng i indlæggelsesforløbet.

##### Vedr. udskrivelsessamtale med udskrivelsesark:

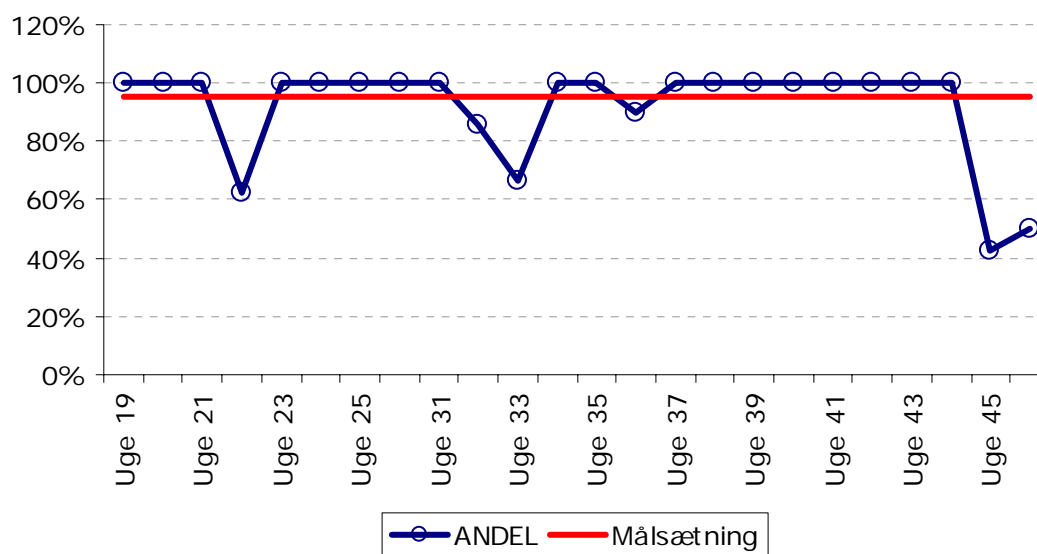
Målingerne viser aftagende udsving med tiden. Medianen ligger de sidste 14 uger omkring 80 %'s tilfredshed med den modtagne information ved udskrivelsen.

Der er således sket en forbedring over tid. Andelen af tilfredse patienter var ved spørgeskema undersøgelsen før projektets start kun 65 %.



**Vedr. Planlagte samtaler med teammedlem:**

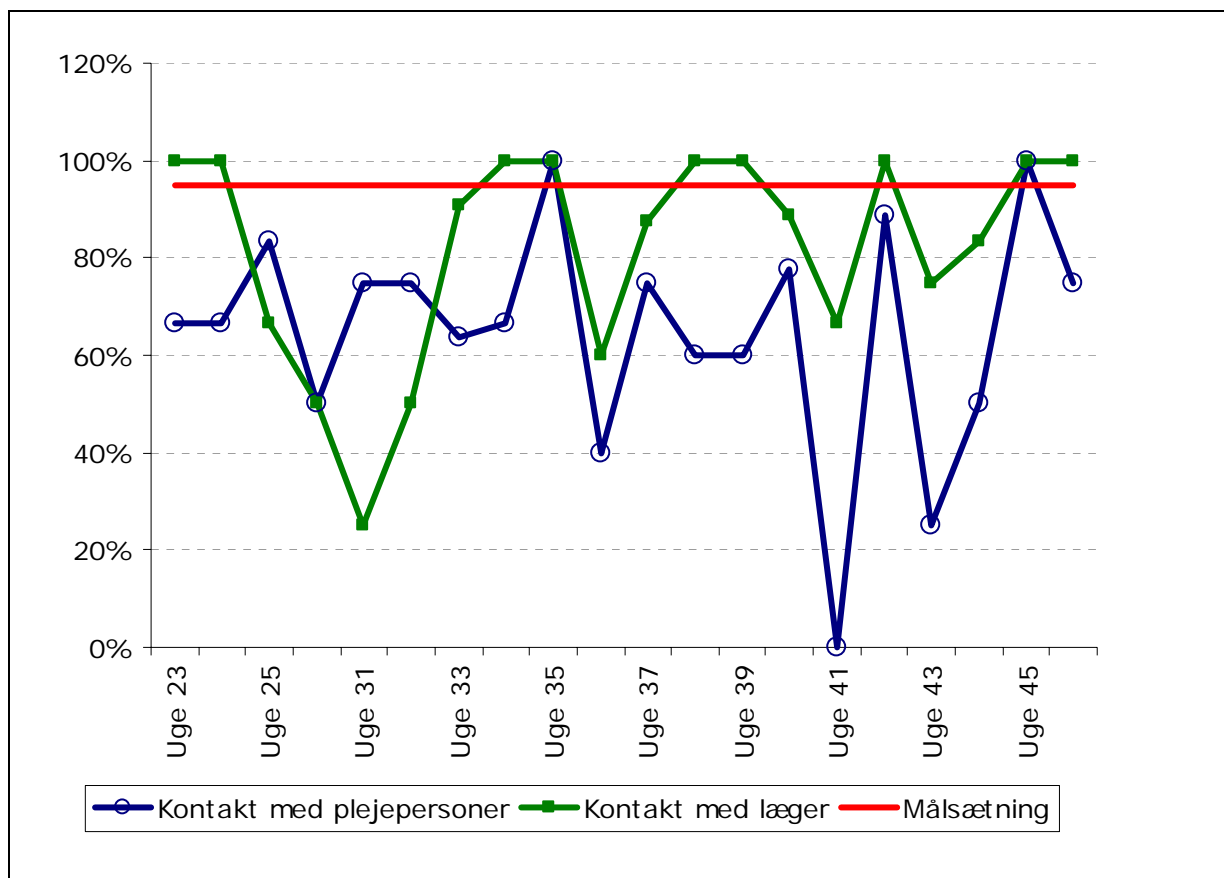
Kurven her viser at medianen næsten ligger på 100 % med meget få udsving. Vores mål var 90 %, så det må siges at være opnået.

**Vedr. patienter der ikke synes, de havde kontakt med for mange læger og for meget plejepersonale:**

Kurverne viser for lægernes vedkommende aftagende udsving over tid, således at medianen de sidste 14 uger ligger omkring 80 %. Der er sket en forbedring over tid, men vi har ikke helt nået vores mål på 95 %, selvom der er en del uger, hvor alle patienter er tilfredse.

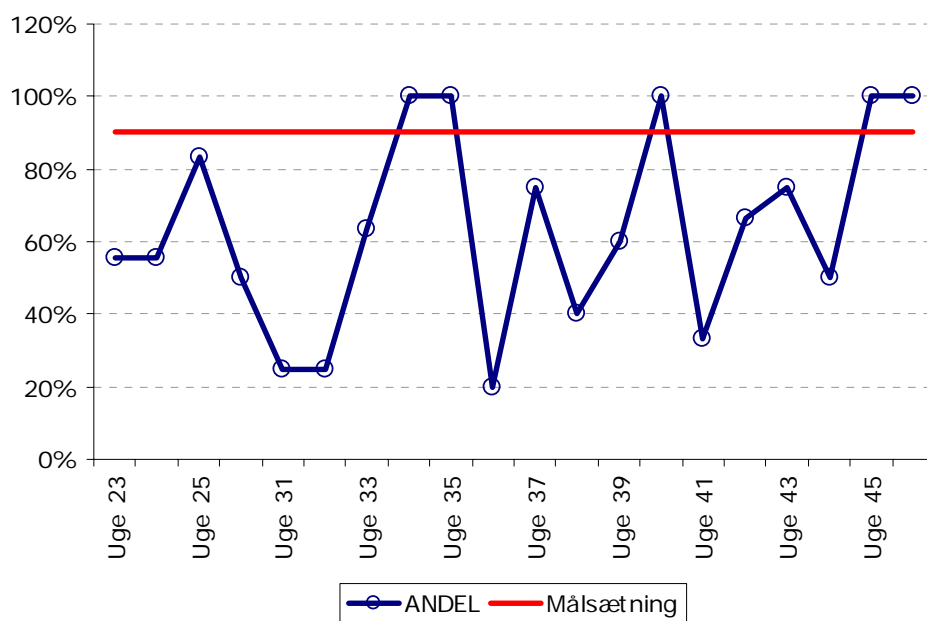
I patienttilfredshedsundersøgelsen før projektets start, angav 85 % af de adspurgte, at de ikke syntes de havde haft kontakt med for mange læger. I netop denne 3 måneders periode, havde vi i afdelingen gjort et forsøg med en ny stuegangsstruktur, hvor de samme 2 overlæger gik stuegang stort set daglig gennem hele perioden. Af hensyn til afdelingens andre funktioner fungerede denne ordning ikke, men større kontinuitet er formentlig vanskelig at opnå og vi mener derfor ikke det er meningsfyldt at sammenligne med denne periode.

For plejepersonalets vedkommende ses store udsving i andelen af patienter, som ikke syntes de havde kontakt med for mange plejepersoner. Medianen ligger omkring 60 % og desværre noget under vores mål på 95 %. Forklaringerne er nok dels, at patienterne altid vil se flere plejepersoner, da hele gruppen jo både er til stede i dag-, aften- og nattetimerne. Dels har vi desværre haft sygdom og vakante stillinger, hvilket utvivlsomt er en medvirkende årsag.



**Vedr. Patienter der synes, der er en synlig sammenhæng i indlæggelsesforløbet:**

Kurven viser også her et mindre udsving over tid, således at medianen er på ca. 65 % de sidste 14 uger, som er det samme som ved spørgeskema undersøgelsen inden projektets start. Vores mål var at 90 % af patienterne skulle synes, der var en synlig sammenhæng i indlæggelsesforløbet på B6. En forklaring på, at tilfredsheden ikke har rykket sig, kan være de dårlige fysiske forhold vi har haft i forbindelse med renovering af egen afdeling og vakancen i personalet. Vi er heller ikke helt færdige med vores undervisningsprogram for plejepersonalet og forventer, det vil give et positivt udslag.



For alle graferne skal bemærkes, at vi i ugerne 27-30 ikke har udført målinger pga sommerferie. Uge 47 er ikke opgjort endnu.



Kommentarer til procesarbejdet
<p>Rammer og vilkår for teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi har alle tre deltaget i læringsseminarerne og netværksmødet.</li> <li>• Vi har haft 4 heldagsmøder væk fra institutionen.</li> <li>• Vi har mødtes en gang om ugen – så vidt det har været muligt for ferie, fridage og vagter.</li> <li>• Vi har indbyrdes haft et rigtigt godt og givtigt samarbejde, men det har været svært at få tid til at involvere andre medarbejdere i projektarbejdet ud over afprøvninger og tilbagemeldinger vedr. de forskellige tiltag.</li> </ul> <p>Væsentlige ændringer i organisationen under projektperioden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overtagelse af bronkoskopifunktionen fra øre-næse-hals afsnittet. Dette har flyttet 12 timer/uge fra sygeplejeressourcerne i sengeafsnittet og givet et øget pres på sygeplejerskerne i ambulatoriet, da undersøgelsesstuen fortsat ligger i en anden afdeling langt væk fra ambulatoriet.</li> <li>• Fra starten af marts måned til starten af november har sengeafsnittet ligget i midlertidige lokaler med dårlige fysiske forhold for patienter og personale (to badeværelser på gangen, ingen toiletter på sengestuerne, mange 4-sengs stuer og kun 3 enestuer).</li> <li>• Fra starten af marts måned har ambulatoriet ligget i midlertidige lokaler langt væk fra sengeafsnittet (bliver først flyttet tilbage i slutningen af 2006).</li> <li>• Der har været massiv personalemangel, bl.a. mangel på sommerferievikarer og barselsvikarer, men også ledige faste stillinger, både i lægegruppen og i plejepersonalegruppen.</li> <li>• Vi har i starten af september opstartet EPJ medicin (medicinmodulet i Elektronisk Patient Journal) med mange indkøringsvanskeligheder. Al plejepersonale og alle læger var på kursus i 4½ time fra midten af august til, vi skulle implementere EPJ i starten af september.</li> <li>• Vi kan ikke komme på plads i vores nyrenoverede sengeafsnit – der mangler færdiggørelse af mange små og store ting (bl.a. havde firmaet ikke leveret hylder til depotskabene og der manglede kabling til EDB og telefoner i sygeplejekontoret).</li> </ul> <p>Vi er i gang med en omstrukturering af ledelsesstrukturen for Medicinsk Center.</p>
Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden
<p><b>Hvad har vi som team opnået?</b> Det har været meget spændende og lærerigt at deltage i kvalitetsprojektet, men det har også været meget tidskrævende. Gennembrudsmetoden har vist sig at være et anvendeligt og givtigt redskab til at ændre den daglige praksis i små skridt til en bedre praksis. Vi synes, vi har brugt forholdsvis meget tid på test og målinger, hvor ved der er blevet mindre tid til implementeringen af de forskellige forandringstiltag, samtidig synes vi, at målingerne pga få tilbagemeldinger/data ikke har været så repræsentative, som vi kunne ønske os.</p> <p><b>Hvad har patienterne og de pårørende opnået?</b> Bedre information og mere klare planer ved udskrivelsen. Større viden om, hvem der har ansvaret for netop dem. Tryghed og mere åben dialog ved at se færre forskellige læger/plejepersoner.</p>

**Hvad har læger og plejepersonale opnået?** Bedre kontinuitet med dybere kendskab til hver enkelt patient – både den faglige problemstilling og den enkelte som individ. Kortere forberedelsestid. Større overblik. Større ansvarsfølelse? – Men desværre også et større tidspres i hverdagen.

**Hvad har det danske sundhedsvæsen opnået?** Vores resultater og de andre deltagende afdelingers resultater vil forhåbentligt medvirke til at forbedre patienternes oplevelse af kontinuitet, kommunikation og medinddragelse. Resultaterne skal indgå i Den Danske Kvalitetsmodel.

### Det videre arbejde...

Vi har planlagt at fortsætte lokalt i afsnittet med de forandringstiltag, vi ikke har færdiggjort, samt forandringstiltag vi har tænkt os at arbejde med. Vi vil gerne færdiggøre vores undervisningsplan med en ny multiple choice test, samt supervisionen ved lungefunktionsundersøgelse, og så vil vi gerne bl.a. se på ”modtagelse af patienten” og ”supervision i forbindelse med den svære samtale for både læger og plejepersonale”.

Vi mener ikke processen stopper her, men tempoet bliver vi nødt til at sætte ned, så vi får tid til at inddrage flere personer i ideer, målinger osv., samt tid til andre ting i dagligdagen.

I samarbejde med vores funktionsledelse har vi aftalt, at reklamere med vores deltagelse i dette projekt, først og fremmest på sygehusene i Holbæk og Nykøbing Sjælland. Vi har fået hjælp af vores udviklingsmedarbejder i funktionsledelsen og kommunikationsmedarbejderen i centerledelse til at lave en stor poster samt visitkort på team Holbæk.

Vi har aftalt med team Roskilde at afholde et netværksmøde i foråret. Det vil være os i Holbæk, der inviterer team Roskilde og team Køge.

## Resultat-rapport Team Aalborg

<b>Team</b>	<b>Team Aalborg</b> <b>Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling T</b> <b>Aalborg Sygehus Syd</b> <b>9000 Aalborg</b>
<b>Teammedlemmer</b>	Souschef Anette Damgaard, aas.u27710@nja.dk Afdelingslæge Niels-Henrik Staalsen, aas.u30175@nja.dk Sygeplejerske Hanne Højland, aas.u27188@nja.dk Sygeplejerske Anette Pedersen, aas.u28381@nja.dk Ledende lægesekretær Dorte Immersen Pedersen, aas.U14268@nja.dk
<b>Beskrivelse af afsnittet</b>	Sengeafdeling med 28 pladser, 42 sygeplejersker, 21 læger, heraf 10 speciallæger
<b>Resumé af resultater</b>	<p>Team Aalborg vil gerne forbedre informationen til den enkelte patient i forhold til operationen, det postoperative forløb, udskrivelsen og tiden derefter. Vi vil forbedre kontinuiteten for at styrke kontakten mellem patient og sundhedspersonale.</p> <p>Team Aalborg har udarbejdet nye pjecer vedrørende udskrivning og AK-behandling. Derudover udarbejdet et skema til nedtrapning af smertestillende behandling.</p> <p>Vi har desuden lavet en spørgeskemaundersøgelse i relation til de områder, hvor vi scorede lavest i patienttilfredshedsundersøgelsen.</p> <p>Patienterne har via spørgeskema givet udtryk for generel høj tilfredshed.</p> <p>95 % giver udtryk for tilfredshed med informationen. 99 % af patienterne gav udtryk for at de følte, at lægerne lyttede til dem med interesse.</p> <p>100 % oplever, at de har en kontaktsygeplejerske 87-89 % angiver, at de både er præ- og postoperativt er informeret af den opererende kirurg.</p> <p>Omkring 20 % oplever dog, at de møder for mange forskellige sundhedspersonaler.</p> <p>Team Aalborg er i gang med en ændring af stuegangsformen på sengeafdelingen, som vil betyde at den enkelte kommer til at møde færre læger.</p> <p>Afdelingen har fortsat fokus på at forbedre kontinuiteten i primærplejeforløbet.</p>

Lokal målsætning og lokale mål
<p><b>Lokal målsætning:</b>  Lokal målsætning: Team Aalborg vil i perioden forbedre oplevelsen og mødet med sundhedsvæsenet for alle patienter på afdeling T. Vi vil specielt have fokus på at forbedre patient oplevelsen af kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.</p>
<p>Lokale resultatmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 95 % af alle patienter skal give udtryk for ikke at have mødt for meget forskelligt plejepersonale og læger.</li> <li>2. 95 % af alle patienter skal føle sig velinformeret ved udskrivelsen.</li> <li>3. 95 % af alle patienter skal føle, at de bliver lyttet til af lægerne med interesse.</li> <li>4. 95 % af alle patienter skal give udtryk for at have oplevet en god kontakt mellem egen læge og sygehuset.</li> </ol> <p>Lokale procesmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle patienter får udleveret udskrivningspjece.</li> <li>2. Alle patienter skal have tildelt en primærsygeplejerske inden for 24 timer på hverdage og plejes af dem i dag- og aftenvagte 60 % af dagene.</li> <li>3. Alle elektive patienter skal præ- og postinformeres af speciallæge og 75 % skal informeres af operatøren.</li> <li>4. Alle akutte patienter skal være tilset af speciallæge indenfor 24 timer</li> </ol>
Målinger
<p>Grundlaget for de valgte lokale resultatmål og procesmål er den gennemførte spørgeskemaundersøgelse fra januar 2005. Teamet har valgt at fokusere på de områder, hvor afdelingen scorede lavest – altså havde det største forbedringspotentiale. Niveaueet for dette har ligget på omkring 10 %. Det eneste område, som ligger uden for dette niveau er kontakten mellem egen læge og sygehuset, hvor forbedringspotentialet er på ca. 25 %.</p> <p>Ud fra ovenstående mener vi, at det var realistisk at sætte vores procent for opfyldelse af måltal til 95 %.</p> <p>Der er ikke blevet lavet målinger på det lokale resultatmål og procesmål 4 pga. projektets korte forløb.</p> <p>Der blev udleveret spørgeskema til patienterne ved udskrivelse med følgende syv spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fik du tildelt en kontaktsygeplejerske indenfor 24 timer af din indlæggelse?</li> <li>• Talte du før operationen med den læge, som skulle operere dig?</li> <li>• Har du efter operationen talt med den læge, der opererede dig?</li> <li>• Lyttede lægerne til dig med interesse, når du sagde noget?</li> <li>• Havde du kontakt med for mange forskellige læger under din indlæggelse?</li> <li>• Havde du kontakt med for mange forskellige sygeplejersker under din indlæggelse?</li> <li>• Fik du den information du havde brug for, inden du blev udskrevet?</li> <li>• </li> </ul> <p>Resultaterne blev registreret hver uge og vist grafisk.</p> <p>Efter 16 uger ophørte vi med spørgeskemaundersøgelsen, da resultaterne af denne viste sig at være stort set konstante.</p> <p>Der blev i forløbet lavet registrering af, hvor meget patienten reelt er blevet plejet af sin tildelte primærsygeplejerske.</p>

Afprøvede / testede forandringer
<p><b>Succesfulde forandringstiltag:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pjece, som kort beskriver principperne ved AK-behandling postoperativt. Pjecen udfyldes af sygeplejerske ved udskrivningen og udleveres til patienten i forbindelse med udskrivelsen. Pjecen anvendes i forbindelse med udskrivelsen, hvor den udleveres sammen med Nycomeds ”En vejledning til patienter i AK-behandling”. Indeholdt i pjecen findes et ugeskema til kontrol af antikoagulationsbehandling, derudover medgives kopi af journalens AK-skema til egen læge. Pjecen blev udarbejdet for at forenkle og gøre information om AK-behandling mere overskuelig.</li> <li>2. Udskrivningspjece (”Hjemme igen – til den hjerteopererede”) udfyldes af sygeplejerske sammen med patienten. Pjecen udleveres til patienten i forbindelse med udskrivelse. Udarbejdet af team Aalborg, Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling T, Aalborg Sygehus Syd, 9000 Aalborg.</li> </ol> <p>Pjecen er udarbejdet for at samle de informationer, som patienterne får ved udskrivelsen.</p> <p>Pjecen udleveres til patienten med henblik på at give råd og vejledning om forholdsregler i perioden efter udskrivelsen. Patienten har en samtale med en sygeplejerske i forbindelse med udlevering af pjecen, hvor denne bliver gennemgået og udfyldt individuelt.</p> <p>Pjecen afsluttes med en medicinoversigt samt udtrapningsskema for smertestillende behandling. I den forbindelse er der udarbejdet en instruks ”<i>Anbefaling for udtrapning af smertestillende medicin hos hjerteopererede patienter</i>”.</p> <p>Forbedringspotentiallet af patienttilfredshedsundersøgelses spørgsmål ”<i>Fik du den information, du havde brug for, inden du blev udskrevet?</i>” var på 9 %. I testperioden, hvor ovenstående pjece blev udleveret til enkelte af patienter lå vores tilfredshed på mellem 67 og 100 %, efter vi har implementeret pjecen på afdelingen, har vi nu en tilfredshed på 100 %.</p> <p>I forbindelse med efterkontrol i ambulatoriet, har vi interviewet enkelte patienter om tilfredsheden med udskrivningsforløbet (herunder indholdet i pjecen), og der har generelt været meget stor tilfredshed.</p> <p>Vedr. AK-pjecen har vi ikke lavet specifikke målinger på denne.</p>

## Implementerede / spredte forandringer

De ovenstående testede forandringer er blevet implementeret i afdelingen, og er blevet en del af den daglige rutine.

Implementering i afdelingen er foregået ved:

1. Mundtlig information til de respektive personalegrupper ved morgenkonference, interne møder for sygeplejerskerne i afdelingen (summemøder) og diverse personale-møder
2. Skriftlig information gennem nyhedsbreve samt referater fra summemøderne.
3. Informationsmøde for tidlige tilsluttere (sygeplejersker og læger) vedrørende det igangværende stuegangsprojekt.

Team Aalborg er endnu ikke begyndt på spredningsaktiviteter uden for egen afdeling.

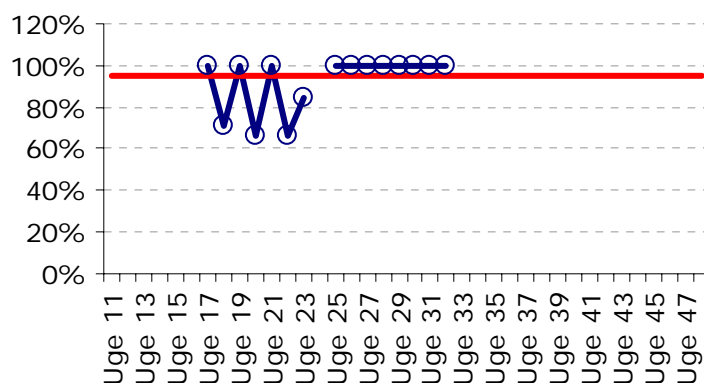
Aalborg Sygehus' personaleblad har i decemberudgaven en artikel om Team Aalborgs deltagelse i Det Nationale Kvalitetsprojekt "Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet"

## Resultat

Team Aalborg har valgt kun at præsentere følgende resultatmål grafisk

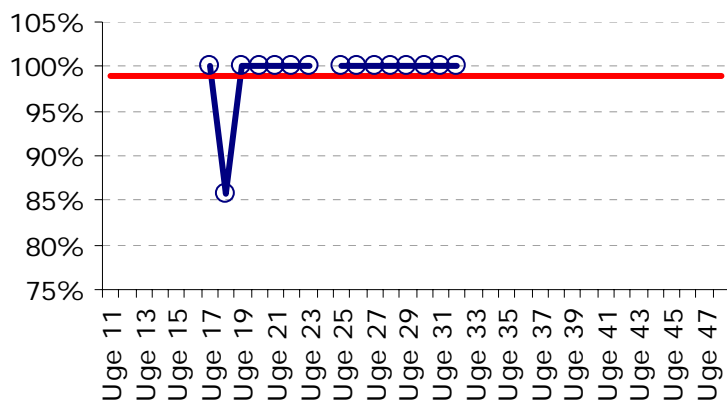
### Resultatmål:

95 % af alle patienter skal føle sig velinformerede ved udskrivelsen.



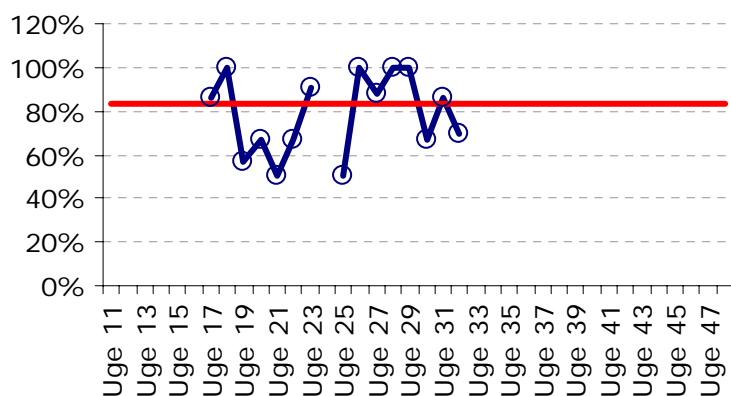
I den første periode, hvor vi tester vores nye udskrivningspjece kan man se, at der er vekslende tilfredshed med den information, patienterne fik ved udskrivelsen. Sidste halvdel af perioden er der konstant 100 % tilfredshed. Hvis vi sammenligner tallene med patienttilfredshedsundersøgelsen fra januar 2005, opnår vi højere tilfredshed. Disse tal er ikke helt sammenlignelige, da vores målinger kun måler oplevelsen på selve udskrivningstidspunktet. Vi har derfor lavet interview med 7 patienter i forbindelse med deres ambulante efterkontrol og bl.a. spurgt ind til, om der var information de manglede, da de kom hjem - det var der ikke.

95 % af alle patienter skal føle at de bliver lyttet til af lægerne.

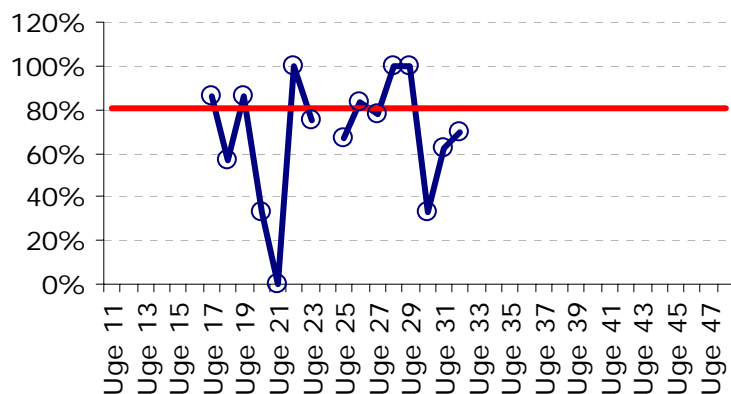


Der har været fokus på emnet, og lægerne har været informerede om at vi har spurgt patienterne om de føler at lægerne lyttede til dem. Resultatet har været at vi igennem de 16 uger har en vægtet middelværdi på 99 %. Dette har ligget konstant i hele perioden. Udgangspunktet har været ca. 90 %.

95 % af alle patienterne skal give udtryk for ikke at have mødt for meget forskelligt plejepersonale og læger.



**Figur 1 – lægemøde**

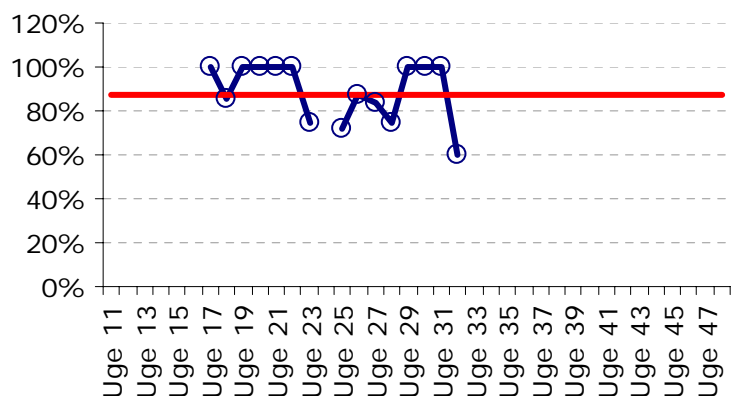


**Figur 2 - sygeplejerskemøde**

Der er i projektperioden ikke indført ændringer i forhold til den normale arbejdsstruktur, der har dog været fokus på emnet. Middeltallene for sygeplejerskerne er 81 % og for lægerne 83 %. Vi mener, at tallene måske ikke helt afspejler virkeligheden, idet patienterne kan have misforstået spørgsmålet. Specielt i den kvalitative besvarelse får vi indtryk af, at nogle patienter har misforstået spørgsmålet. Afdelingens mulighed for at forbedre disse tal vil kræve store organisatoriske ændringer.

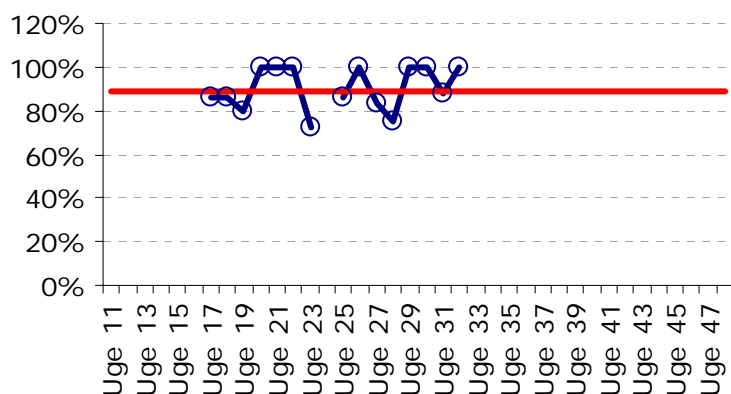
**Procesmål:**

Alle elektive patienter skal præ- og postinformeres af speciallæge og 75 % skal informeres af operatøren.



**Figur 3 – præsamtale**





**Figur 4 – postsamtale**

Der har under projektet været fokus på vigtigheden af, at patienten informeres både præ- og postoperativt af den opererende kirurg. Vores middelværdier ligger højere end målet. Henholdsvis 87 % præoperativt og 89 % postoperativt.

## Kommentarer til procesarbejdet

Team Aalborg har fortrinsvis haft gode rammer og vilkår for projektets arbejde.

Det har været nødvendigt at planlægge møderne i god tid af hensyn til skiftende arbejdstider etc. For at få møderne til at hænge sammen, har det desuden været nødvendigt, at de forskellige gruppemedlemmer mødte på deres fridage.

Der har i perioder i løbet af projektperioden været stor travlhed på afdelingen, som indimellem har vanskeliggjort at mødes i teamet og arbejde med projektet.

Det har været spændende at deltage i projektet, og givtigt for afdelingens tværfaglige samarbejde.

Team Aalborg har oplevet, at der er blevet brugt meget tid på at udarbejde diverse rapporter og tilbagemeldinger til projektsekretariatet. Tid som i stedet kunne have været brugt på selve kvalitetsarbejdet i afdelingen. Vi vil foreslå, at antallet af tilbagemeldinger reduceres, specielt i ferieperioder, hvor det både er svært at samles i gruppen, men også svært at implementere nyt og informere personaler pga. nedsat aktivitet og deraf reduceret bemanning.

Endvidere har teamet ikke haft stor glæde af det materiale, som var tilgængelig på [www.gennembrudsforum.dk](http://www.gennembrudsforum.dk), da det har været svært at gennemskue og tidskrævende at skulle gennemgå/åbne diverse filer, for at læse de andres indrapporteringer.

Da vi i teamet har brugt en stor del af projektets tid på målinger, ville de have været en fordel med nogle kommentarer fra projektsekretariatet vedr. de områder og emner, som vi har nævnt i vores rapporter – evt. en form for sparring eller vejledning.

#### *Kommentarer til læringsseminarerne:*

Team Aalborg synes generelt at læringsseminarerne har været inspirerende og lærerige. Det kunne være en fordel for teamet, hvis man fra styregruppen lagde op til at læringsseminarerne var for hele teamet – og ikke kun for enkelte af gruppens medlemmer. De medlemmer, som ikke deltager i læringsseminarerne mister noget i forhold til helheden i projektet og samarbejdet på tværs af deltagende team.

Kernen i projektet har været anvendelse af gennembrudsmetoden, hvor den grundlæggende ide bag metoden er ”viden og erfaring skal deles med andre gennem etablering af netværksgruppe, hvor de team der deltager i projektet er hinandens samarbejdspartnere, inspiratorer og kritikere”. Dette har, set med vores øjne, i praksis været svært at anvende, da de deltagende afdelinger har været meget forskellige og gennemført meget forskellige forandringstiltag. Det korte forløb har også bevirket, at det har været svært at få tid til at ”netværke” med de andre team.

I projektperioden har afdelingen indført et nyt hjertekirurgisk forundersøgelsesambulatorium. Dette har haft en afsmittende effekt på arbejdet i projektet, idet det har påvirket primærsygeplejen samt patientens præoperative samtale med kirurg. Da den præoperative sygeplejerske- og lægesamtale finder sted i ambulatoriet flere uger før indlæggelsen, er det sjældent at patienter møder det samme personale igen ved indlæggelse, hvilket kan have påvirket målingerne. Dette var også en af grundene til at vi relativt hurtigt ophørte med at uddele spørgeskemaerne til patienterne.

#### **Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden**

##### **Det mest givende:**

Det har været spændende at arbejde med gennembrudsmetoden, især brugen af små-skala test har været nytænkning for Team Aalborg. Vi har i forløbet overført anvendelsen af små-skala test til et andet projekt, som vi iværksatte på afdelingen samtidig med kvalitetsprojektet, og har haft stor succes med dette.

Endvidere har den øgede dialog faggrupperne imellem samt det mere målrettede fokus på enkeltområder i afdelingen været meget positivt.

##### **Det sværeste:**

Det har været svært at få informationerne ud til alle personaler, og derved sikre den bedst mulige implementering af forandringstiltaget.

Vi har oplevet, at arbejdet med gennembrudsmetoden er nemmest, når man erstatter en tidligere kendt arbejdsprocedure med en forbedret udgave - og mest besværlig, når der skal indføres helt nye tiltag på afdelingen.

##### **Samlede erfaringer:**

Team Aalborg har været glade for at arbejde tværfagligt. Metoden er praksisnær, anvendelig i hverdagen og det vurderes løbende om en forandring leder til en forbedring. Vi har lært vigtigheden af at sætte os mål, og hvilke forandringstiltag, der kan bidrage til at nå målet. For at projektarbejdet skal få gennemslagskraft kræver det engagement og aktiv deltagelse fra afdelingsledelsen.

## Det videre arbejde...

Team Aalborg planlægger at fortsætte arbejdet ud fra gennembrudsmetoden, og finder at det er vigtigt, at vi fastholder fokus på at arbejde med gennembrudsmetoden og små-skala test, i de nye projekter, som afdelingen har og vil iværksætte.

Vi har som mål, at vi i fremtiden vil involvere flere i selve kvalitetsudviklingsarbejdet, bl.a. opnå større samarbejde med alle personaler i afdelingen, da alle har et ansvar for at kvaliteten bliver løftet.

Team Aalborg har i slutningen af projektperioden startet et forandringstiltag, hvor vi har fokus på stuegangsformen. Selvom projektforløbet nu slutter, er vi fast besluttet på at vi følger forandringstiltaget til døren. Vi har planer om, at involvere afdelingsledelsen mere aktivt i projektet, for bl.a. at opnå større synlighed på projektet og mere gennemslagskraft i afdelingen.

Stuegangsprojektet indebærer, at den enkelte patient skal have gået stuegang af den kirurg, som har udført operationen. Dette vil medføre, at hver patient kommer til at møde færre læger. I og med at den stuegangsgående læge kender sin patient godt, kan kvaliteten af stuegangen blive bedre. Der er mulighed for, at patienten kan opbygge et tillidsforhold til sin kirurg, som kan være med til at bedre kommunikationen og kan medvirke til, at det er nemmere at medinddrage patienten og dennes pårørende i hele forløbet.

## Resultatrapport for Team Odense

<b>Team</b>	<b>Team N1 Odense, Neurologisk Afdeling N, Sengeafsnit N1, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C</b>
<b>Teammedlemmer</b>	Anne-Mette Homborg, anne-mette.homborg@ouh.fyns-amt.dk Helle Vahl Rasmussen, helle.vahl@ouh.fyns-amt.dk Karina Berg Offersen, karina.offersen@ouh.fyns-amt.dk Heidi Riis-Stendvad, heidi.stenvad@ouh.fyns.amt.dk
<b>Beskrivelse af afsnittet</b>	Neurologisk akut modtageafsnit, 21 senge, opdelt i gruppe A og B. Projektet har koncentreret sig om gruppe B, hvor der overvejende indlægges apopleksipatienter.
<b>Resumé af resultater</b>	<p><b>Resultatmål for udlevering af minispørgeskemaer. Alt i alt er der en besvarelsesprocent på 67 % på minispørgeskemaerne</b></p> <p><u>Resultatmål 1:</u> Ud af 157 patienter har 2 patienter svaret ”dårligt”. Resten har svaret ”enestående og god”</p> <p><u>Resultatmål 2:</u> Ud af 160 patienter har 4 patienter svaret ”dårligt. Resten har svaret ”enestående og god”</p> <p><u>Resultatmål 3:</u> Ud af 157 patienter har 4 patienter svaret ”dårligt”. Resten har svaret ” enestående og god”</p> <p><u>Resultatmål 4:</u> Ud af 152 patienter har 1 patient svaret ”dårligt”. Resten har svaret ”enestående og god”</p> <p><u>Resultatmål 5</u> 49 patienter ud af 152 patienter svarede ” ja” til at have haft for mange lægekontakter. 103 patienter svarede ”nej” til at have haft for mange lægekontakter.</p>
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p><b>Lokale målsætninger:</b> Neurologisk team Odense vil i perioden 1. marts til 30. november 2005 forbedre oplevelsen af mødet med sundhedsvæsenet for alle apopleksi patienter på N1 markant. Vi vil specielt have fokus på at forbedre apopleksi patienternes oplevelse af kommunikation og kontinuitet.</p>	

<b>Resultatmål:</b> 95 % af alle apopleksi patienter skal opleve, at lægerne lytter med interesse. 95 % af alle apopleksi patienter skal opleve, at sundhedspersonalet var godt forberedt ved samtaler. 80 % af alle apopleksi patienter skal give udtryk for, at der var sammenhæng i informationen fra forskellige ansatte. 90 % af alle apopleksi patienter skal føle, de får den information, de har brug for ved udskrivelse. 90 % af alle apopleksi patienter skal svare nej til at have haft kontakt med for mange læger under indlæggelsen.	
<b>Procesmål:</b> 80 % af læger + plejepersonale har været på kursus i information og kommunikation. 90 % af udskrivelsessamtaler skal følge en check liste. 95 % af patienterne i N1B får mappe eller lign. til pjecer. 90 % af alle apopleksi patienter skal under indlæggelsen max. have haft kontakt med 3 læger i forbindelse med stuegang.	
<b>Målinger</b>	
Spørgsmål 1 (8) – kontrol/balancerende mål.	Er du tilfreds med afdelingens behandling af din sygdom?
Spørgsmål 6 (13) – mål 1	Lyttede lægerne med interesse, når du sagde noget?
Spørgsmål 7 (14) – mål 2	Oplevede du, at sundhedspersonalet var godt forberedt, når du havde samtaler med dem om din tilstand?
Spørgsmål 8 (15) – mål 3	Var der sammenhæng i det du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte på afdelingen?
Spørgsmål 13 (20) – mål 4	Fik du den information, du havde brug for, inden du blev udskrevet? (medicin, gode råd mv.)
Spørgsmål A (6) – mål 5, tabel 9, side 32	Havde du kontakt med for mange forskellige læger under din indlæggelse?
<b>Målinger i forhold til resultatmål:</b> Alle apopleksi patienter får i forbindelse med udskrivelse et mini-spørgeskema. Spørgsmålene er formuleret ud fra patienttilfredshedsundersøgelsen foretaget i januar 2005. Tallene i parentes refererer til de 20 anbefalinger.	

**Målinger i forhold til procesmål:**

Udskrivelsessamtaler ved brug af checkliste. – Optælling foregår hver mandag.

Optælling af mapper – i forhold til antallet af indlagte patienter i gruppe B. – Optælling foregår hver mandag.

Optælling af stuegangsnoter mht. antal lægekontakter ved epikrise underskrift. – Foregår med jævne mellemrum.

Der er udarbejdet ny graf til brug ved måling af antallet af lægekontakter (dækker hele projektperioden).

Minispørgeskema. (spørgsmål 2 – 6). Udleveres af udskrivende læge. – Optælling foregår hver mandag.

**Målinger i forhold til balancerende mål:**

Spørgsmål 1 (8) i mini-spørgeskemaet. – Resultat af målingerne vil først kunne ses efter den afsluttende spørgeskemaundersøgelse, idet der ikke er målt på dette under projektperioden.

**Afprøvede / testede forandringer**

Vi har ud fra minispørgeskemaundersøgelsen kunnet konstatere, at patienterne er tilfredse med tiltagene med udlevering af informationsmappe og udskrivelsessamtale ved hjælp af checkliste.

Personalet har givet udtryk for, at de synes begge arbejdsredskaber er gode, og at de oplever, at patienter/pårørende giver udtryk for, at de føler sig bedre informeret.

Endvidere er der ikke så mange patienter, der ringer ind efter udskrivelse, hvilket vi må tolke som et tydeligt tegn på, at de er velinformerede ved udskrivelsen.

Bestræbelserne på at skabe en bedre lægekontinuitet ser umiddelbart ud til at have båret frugt, idet ca. 70 % af patienterne giver udtryk for, at de ikke føler, de har mødt for mange læger. Vi har lige opdaget, at vi har ikke specifikt har spurgt til, om patienterne mødte for mange læger i stuegangssituationen, men generelt under hele indlæggelsen. Det ville formentlig have blevet et bedre resultat, hvis vi havde spurgt mere specifikt til, om de syntes, at de havde mødt for mange læger til stuegang.

Endvidere giver de udtryk for, at lægerne har sat sig ind i den enkeltes problemstillinger og er lydhøre.

Endeligt resultat vil dog først kunne ses efter den afsluttende spørgeskemaundersøgelse.

**Implementerede / spredte forandringer****IMPLEMENTEREDE TILTAG:**

Infomappe

Checkliste ved udskrivelse

Omlægning af vagtskema for læger.

Kommunikationskursus x 2 for læger og plejepersonale.

**PLAN FOR SPREDNING AF MAPPE OG CHEKLISTE TIL GRUPPE A.**

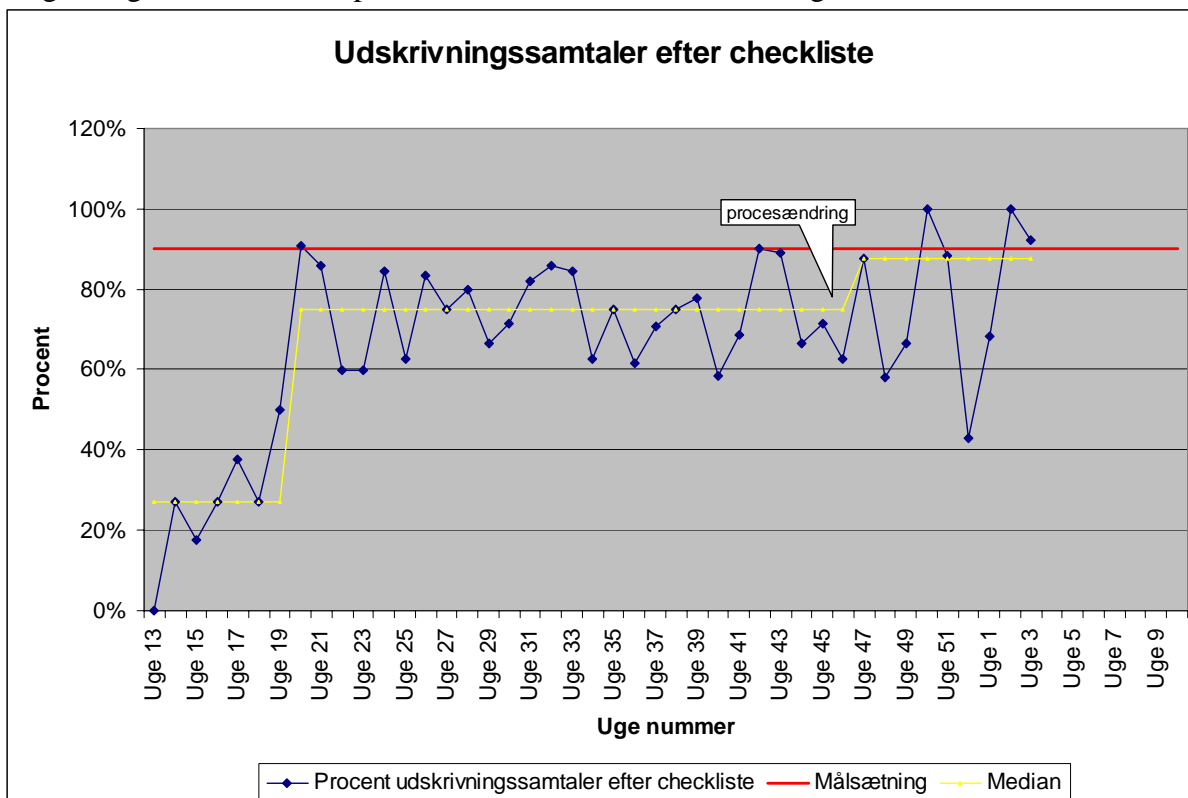
- Teamsygeplejersker har påbegyndt arbejdet i gruppe A.
- Teamoverlægen har informeret specialeansvarlige overlæge i gruppe A.
- Personalet er informeret på personalemøde.
- Superbruger i gruppe A er udpeget og har modtaget grundig introduktion/undervisning.
- Start primo november 2005.
- Hvert gruppemedlem har modtaget grundig introduktion/undervisning i brugen af de nye arbejdsredskaber af teamsygeplejersken i gruppe A samt tovholder for projektet.
- Planen er, at der udarbejdes ugentlige grafer for udlevering af informationsmapper samt udskrivelse efter checkliste, som i gruppe B.

**SPREDNING TIL SENGEAFSNIT N2**

Opstart planlægges at finde sted januar 2006 efter samme metode som ved gruppe A i sengeafsnit N1.

## Resultat

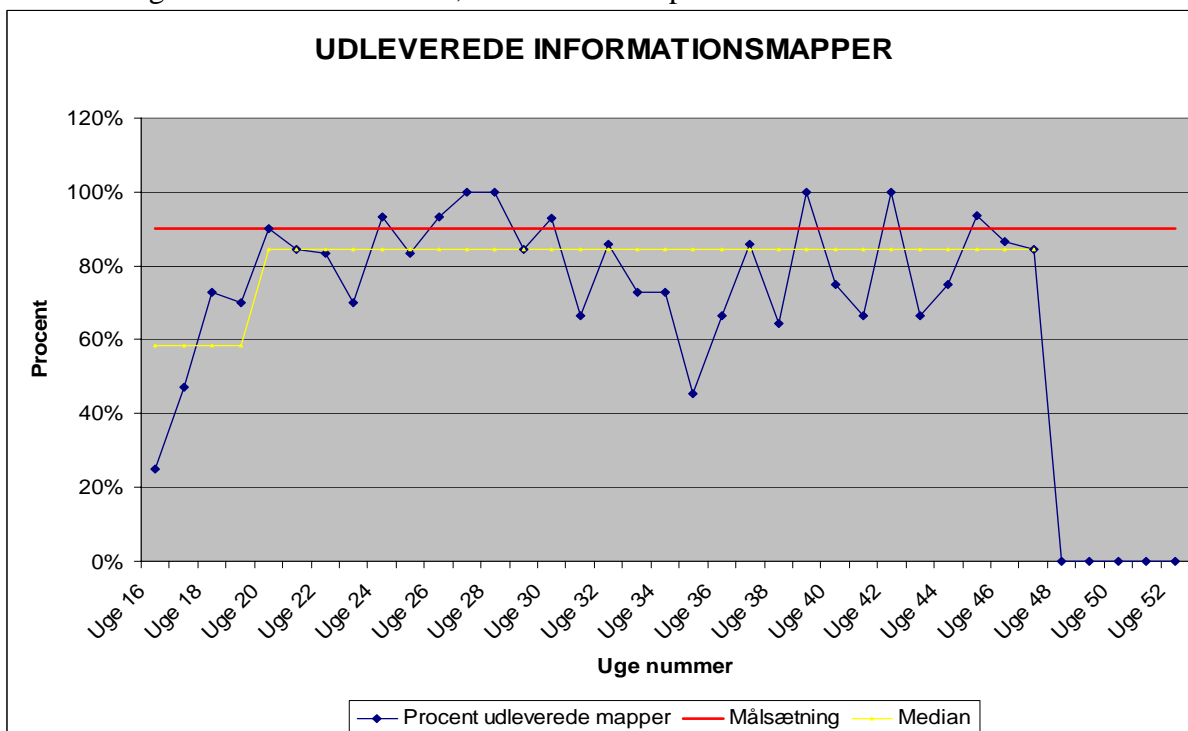
Følgende graf henviser4 til procesmål 2: At 90 % af udskrivningssamtaler skal ?????



Bemærkning: Medianen på 75 % viser, at vi er i en stabil proces, men der er rum for forbedring. I uge 47 er der lavet en procesændring ift. dokumentation i sygeplejefjournalen med positiv effekt.

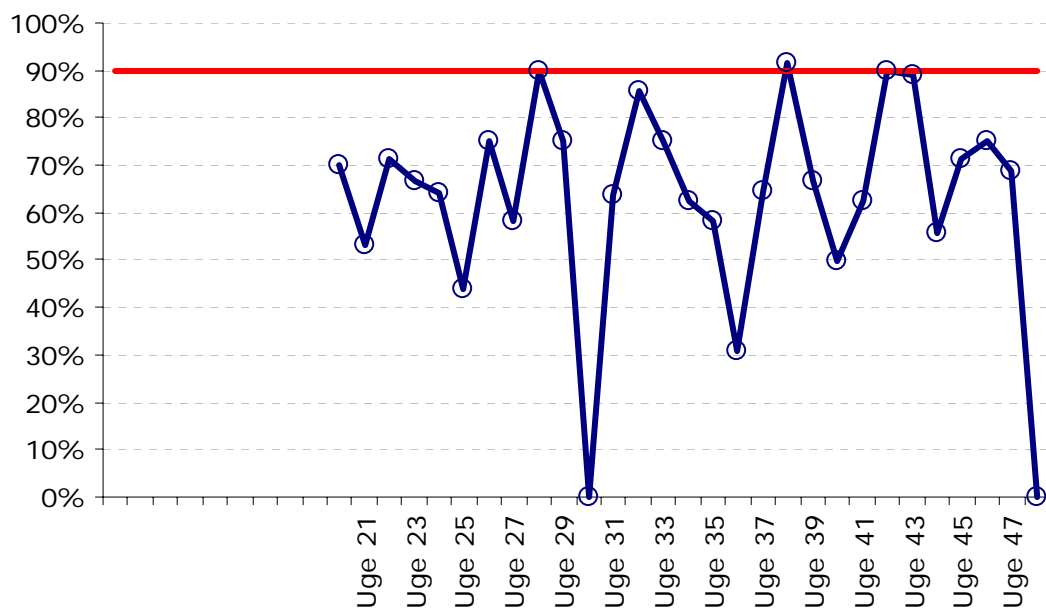
Følgende graf henviser til procesmål 3: 95 % af patienterne i N1B får mappe eller lignende til pjecer.

Bemærkning: Medianen viser 85 %, vi er i en stabil proces





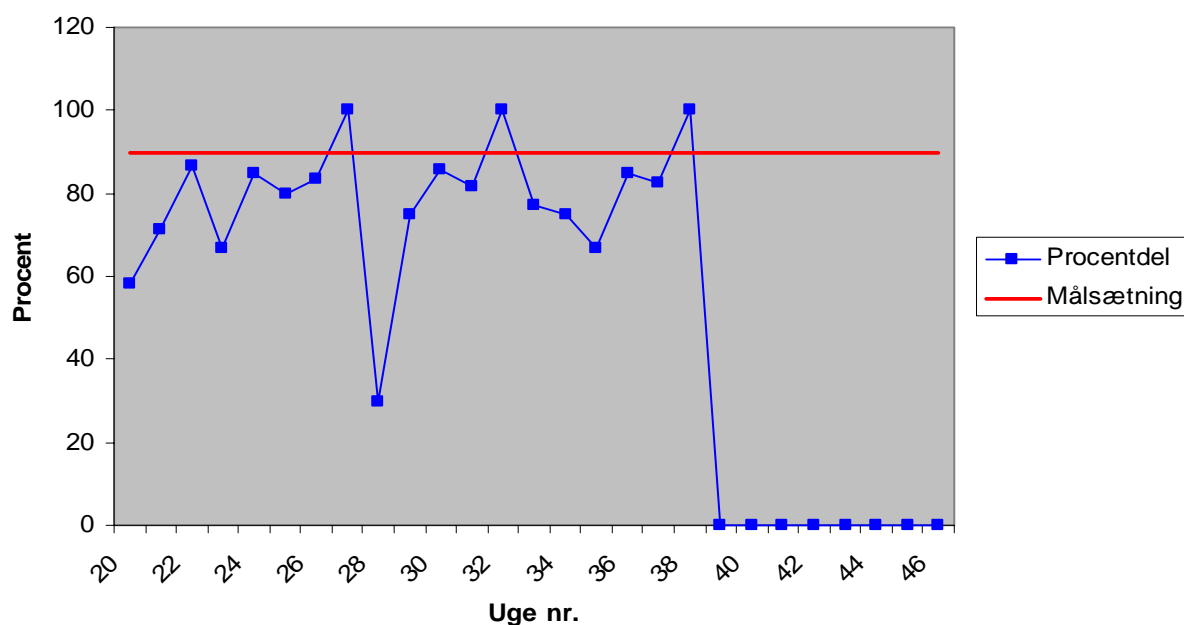
### Graf vedr. udlevering af minispørgeskema



Bemærkning: Minispørgeskemaet skal udleveres af lægerne. Er ikke en stabil proces, da der desværre er for mange forskellige læger tilknyttet gruppe B, dvs. manglende fokus på udlevering.

Følgende graf henviser til procesmål 4: 90 % af alle apopleksi patienter skal under indlæggelsen max have haft kontakt med 3 læger i forbindelse med stuegang.

### Målsætning for lægekontakter



## Kommentarer til procesarbejdet

1.

- Der er afholdt fast ugentligt møde à cirka 45 min.
- Hver måned en fast temadag fra kl. 10-15.
- Udover dette har der dagligt været brugt tid til at introducere, informere, foretage ugentlig optælling af resultater og udarbejdelse af grafer. Alt dette har indgået som en del af det almindelige arbejde. Der er ikke tilført ekstra ressourcer udover support fra udviklingssygeplejerske og sekretær (indenfor normal arbejdstid).
- Projektet har udelukkende kunnet gennemføres/lykkes pga. stor entusiasme hos team medlemmerne, som også har brugt megen fritid på projektet.

2. Øverste ledelse på Odense Universitetshospital har i september 2005 pålagt afdelingerne ekstra besparelser. Dette har medført en ændret arbejdstidstilrettelæggelse i form af kortere vagter i dagvagten for sygeplejerskerne med henblik på at øge muligheden for afspadsering. Dette har resulteret i en manglende kontinuitet i gruppelederfunktionen. Arbejdsplanlæggerne vil arbejde på, at der fremover skabes en "gennemgående" gruppelederfunktion for hele dagvagten (8 timer).

Lægernes arbejde i ambulatorierne er øget. Det betyder færre læger til at varetage stuegangen og dermed, at lægekontinuiteten ved stuegang næppe kan opretholdes.

Vi havde planlagt, at der var et team på 4 navngivne læger, der var tilknyttet gruppe B, men trods tæt samarbejde med vagtskemaplanlæggeren har det kun været muligt at fastholde 2 læger.

Ultimo 2005 startes et nyt og omfattende behandlingstilbud på Neurologisk Afdeling (thrombolyse). Planlægningen af dette har involveret 2 af teamets deltagere, hvorfor fokus delvist har været væk fra det nationale projekt.

Sommerferieperioden (uge 28–34 – inkl.) gav som forventet et "dyk" i målingsresultater. Dette siger noget om, at implementeringen på det tidspunkt endnu ikke var stabil, og at tilstedeværelsen af teammedlemmerne har utrolig stor indflydelse på udførelsen af projekttiltagene.

## Erfaringer med at arbejde med Gennembrudsmetoden

1. Småskalatest har efter en lidt svær start med ændring af tankegang vist sig at være et utrolig godt arbejdsredskab. Forskellige personalemedlemmer/-grupper er blevet inddraget i udviklingen af selve arbejdsredskabet, hvilket har medført, at det endelige resultat er blevet optimalt, og at personalet i højere grad har taget "ejerskab".

Vi har desuden for første gang inddraget patienterne direkte i.f.m. forandringstiltag, idet de løbende er blevet forespurgt om, i hvor høj grad de har kunnet drage nytte af introduktionsmapper og udskrivningssamtale efter checkliste.

Det at arbejde med målinger med efterfølgende udarbejdelse af grafer har været meget nyt for alle personale- og teammedlemmer. Det har vist sig, at resultatet af ens ”anstrengelser” har kunnet måles og gøres mere synligt for alle. Dette har i høj grad været en motivationsfaktor for det videre arbejde. Vi har dog savnet tilstrækkelig uddybende vejledning og korrektion m.h.t. processtyring, da det viser sig, at vi først på 3. læringsseminar fandt ud af, at nogle af vore grafer ikke var korrekte.

2. Det sværeste at arbejde med har været at udfylde PDSA cirkler, idet det indimellem har føltes som om, vi skulle beskrive tingene mange gange, altså gentage os selv, hvilket i sig selv er tidskrævende.

Når vi har skullet bruge gennembrudsforum, har det ikke været så overskueligt, og vi har derfor ikke haft den store glæde af dette redskab.

Selve implementeringen har føltes svær, men det er ikke sikkert, det har noget med selve gennembruds-metoden at gøre, men det faktum, at det altid er sværere, end man tror, at lave ting om.

3. De samlede erfaringer med arbejdet har været, at vi har fået gennemført nogle forandringer på rimelig kort tid. Vi mener, at vi nu kan se, at det har medført, at vore patienter får en bedre information, og at der er skabt en bedre sammenhæng for patienterne, altså at der alt i alt er sket et kvalitetsløft for patienterne.

Vi har vist, at det godt kan lykkes at skabe nogle bedre vilkår for patienterne ved at benytte de mange kompetencer og ressourcer, som afdelingens personale ligger inde med til at udvikle nye arbejdsredskaber.

Det har været en dejlig følelse at arbejde tæt sammen i et tværfagligt team, hvor alle har følt et stort ansvar og en forpligtigelse til at få projektet gennemført på bedst mulig måde.

Det har været godt, at vi er blevet ”holdt i stramme tøjler” via Kvalitetsafdelingen i Århus. Vi har ikke haft så meget tid til projektet, men de har givet os et lille ”spark”, sparring og gode råd, når vi har haft brug for det.

Læringsseminarerne har givet os ny inspiration til at arbejde videre. Der har været tid til, at teamet kunne arbejde uden en masse forstyrrelser, som der naturligt er, når vi er på arbejde. Af samme grund er det utroligt vigtigt, at hele teamet får mulighed for at deltage i seminarerne.

### Det videre arbejde...

Spredning til gruppe A i N1 er planlagt. På ledergruppemøde i oktober 2005 er det aftalt med ledergruppen, at projektet spredtes til sengeafsnit N2. På sigt er det planen, at projektet spredes til rehabiliteringsafsnit N3 og Neurologisk ambulatorium i en eller anden form.

Teamet har tænkt, at vi stadig med jævne mellemrum vil måle tilfredsheden hos patienterne vha. eksempelvis minispørgeskemaet.

Vi har tænkt, at andre patientgrupper i afdelingen skal have glæde af bl.a. checklisten, dvs. vi vil tilrette listen, så den kan bruges til eksempelvis patienter, der har Multiple Sclerose.

Det samme har vi tænkt os i forhold til Informationsmappen.

Vi vil arbejde videre med projektet i en eller anden form, idet det er besluttet, at tovholder på dette projekt bevilges deltagelse i projektlederuddannelse. Den umiddelbare tanke er at gå mere ind i

selve måden, der informeres på, altså hvordan det enkelte personalemedlem håndterer dette.

Måske kan der også laves en checkliste for den gode samtale.



# Bilag 1: Oversigt over det nationale Arbejdsgruppe

Alice Ratenburg, DSKS

Anna Guttesen, Landsrådet for Chefsygeplejersker og Sygehusdirektører

Anne Ahrensbach, Amtsrådsforeningens Temagruppen for Service og Kvalitet

Anne Holm Hansen, Astma- og Allergi Forbundet

Anne Vinkel. Kræftens Bekæmpelse

Annette Sängér, Center for små Handicapgrupper

Bente Sivertsen, Dansk Sygeplejeråd

Betina Boserup, Sjældne Diagnoser

Birgitte Kvist, Hjerteforeningen

Carl-Otto Gøtzsche, SCLD

Charlotte Rulffs Klausen, Diabetesforeningen

Dorte Lütken, Landsforeningen for Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede

Eva Borg, Danmarks Lungeforening

Isabella Schwartzbach, De Samvirkende Invalideorganisationer

Jette Bay, Scleroseforeningen

Johan Kjærgaard, DADL

Jytte Burgaard, Sundhesstyrelsen

Karsten Skawbo-Jensen, Patientforeningen Danmark

Kim Rattenborg, Landsforeningen, SIND

Lisa Dahl Christensen, FOA

Margrethe Nielsen, Forbrugerrådet

Martin Thor Hansen, Amtsrådsforeningen

Mette Bruun Johannesen, Gigtforeningen

Ole Aagerup, Landsforeningen Bedre Psykiatri

Per Vendsborg, Storstrøms Amt

Stig, H. Kristensen, Nyreforeningen

## *Tilknyttede til arbejdsgruppen:*

Bobby Zachariae, Psykoonkologisk Forskningsenhed, Psykologisk Institut, Nobelparken

Marianne Nord Hansen, Kvalitetsenheden Psykiatri- og Socialforvaltningen

Peter Rhode, Kvalitetsafdelingen, Århus Amt

## *Sekretariatet:*

Hanne Dahlerup, Kvalitetsafdelingen, Århus Amt

Lars Rasmussen, Kvalitetsafdelingen, Århus Amt

## Bilag 2 De 20 anbefalinger

### **ANBEFALING 1:**

#### **Inddragelse af patientens værdier, holdninger og tankegang**

Effektiv kommunikation mellem patienten og sundhedspersonalet forudsætter, at sundhedspersonalet har sat sig ind i og accepterer patientens tanker, følelser, værdier og holdninger.

Det anbefales, at:

- afdelingen udvikler og fremmer en kultur, hvor sundhedspersonalet har færdigheder og vilje til at sætte sig ind i patientens værdier, følelser, holdninger og tankegang.

### **ANBEFALING 2:**

#### **Uddannelse og supervision af sundhedspersonalet**

Det er muligt at øge sundhedspersonalets kommunikationsfærdigheder gennem uddannelse og træning.

Det anbefales, at:

- afdelingen prioriterer kontinuerlig supervision, vejledning, træning og uddannelse af sundhedspersonalets kommunikationsfærdigheder.

### **ANBEFALING 3:**

#### **Omsorg i relationen med patienten**

Sundhedspersonalets omsorg er en forudsætning for, at de mellem menneskelige relationer kommer til udtryk i behandlingen og plejen.

Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet viser åbenhed, imødekommenhed, tillid, engagement samt forståelse og vilje til at hjælpe patienten
- sundhedspersonalet lytter og spørger til patientens opfattelse af egen sygdomssituation med det formål "at kende patienten" og forstå betydningen af sygdommen for patientens liv
- sundhedspersonalet giver patienten mulighed for spontant at udtrykke tanker og følelser i den daglige kontakt til sundhedspersonalet.

### **ANBEFALING 4:**

#### **Patientens opfattelse af informationen**

Dialogen mellem patienten og sundhedspersonalet bør tage udgangspunkt i, at patienter har forskellig forudsætning for og ønsker til dialogen.

Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet tilpasser formidlingen til den enkelte patient
- sundhedspersonalet sikrer, at patienten har forstået den givne information
- sundhedspersonalet supplerer den mundtlige information med relevant skriftlig information.

## **ANBEFALING 5:**

### **Sundhedspersonalets indbyrdes dialog**

En god dialog med patienten underbygges af en afdelingskultur, hvor patienten omtales med respekt, både i sundhedspersonalets interne dialog, hvor patienten ikke er til stede og i dialogen, hvor patienten er til stede.

Det anbefales, at:

- afdelingen udvikler og fremmer en respektfuld samtalekultur
- sundhedspersonalet sikrer, at de ikke indbyrdes taler om diagnostik, behandling og pleje i patientens nærvær, uden at patienten får en forklaring herpå.

## **ANBEFALING 6:**

### **Forberedelse til den personlige samtale**

En god dialog forudsætter, at sundhedspersonalet har forberedt sig på samtalen før mødet med patienten. Nogle samtaler er så personlige, at de bør finde sted, hvor de ikke overhøres eller forstyrres af andre.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for hvor og hvordan, samtaler skal finde sted
- sundhedspersonalet sikrer, at samtalen kan foregå, uden at den overhøres eller afbrydes af andre
- sundhedspersonalet sætter sig ind i patientjournalen og andet relevant materiale før mødet med patienten
- sundhedspersonalet planlægger sammen med patienten formålet for samtalen
- sundhedspersonalet opfordrer patienten til at tage en pårørende med til samtalen, såfremt det skønnes at kunne støtte patienten.

## **ANBEFALING 7:**

### **Overbringelse af alvorlige budskaber**

Patienter foretrækker et personligt møde ved overbringelse af alvorlige budskaber.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan alvorlige budskaber overbringes
- sundhedspersonalet sikrer, at overbringelsen af et alvorligt budskab suppleres af et opfølgende møde
- sundhedspersonalet sikrer, at alvorlige budskaber overbringes ved personligt møde. Såfremt særlige omstændigheder gør det nødvendigt at overbringe alvorlige budskaber telefonisk eller skriftligt, bør der straks aftales et personligt, opfølgende møde.

## **ANBEFALING 8:**

### **Inddragelse af patienten i den daglige behandling og pleje**

Patienten bør i overensstemmelse med sine egne ønsker inddrages i den daglige behandling og pleje.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan patienten inddrages i den daglige behandling og pleje.



## **ANBEFALING 9:**

### **Løbende dialog**

Patienters ønsker om medinddragelse er forskellige og kan ændre sig gennem patientforløbet. Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet gennem hele patientforløbet er opmærksomme på patientens ønsker til medinddragelse i beslutninger vedrørende egen behandling og pleje
- sundhedspersonalet sikrer, at patienten modtager tilstrækkelig information til at blive medinddraget i egen behandling og pleje.

## **ANBEFALING 10:**

### **Synlig sammenhæng i patientforløbet**

For patienten er det af betydning at kunne se en sammenhæng i undersøgelse, behandling og pleje, og at få forklaret hvornår, hvorfor og hvordan de enkelte situationer finder sted.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder tværfaglige og tværsektorielle retningslinier for, hvordan man sikrer kontinuitet i patientforløbet
- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan man i videst mulige omfang undgår ændringer i planlagte aftaler
- sundhedspersonalet i starten af patientforløbet informerer patienten om det forventede tidsperspektiv for forløbet samt rækkefølgen af patientforløbet, og er i kontinuerlig kontakt med patienten herom.

## **ANBEFALING 11:**

### **Kontinuerlig og tydelig kontakt**

Det er vigtigt for patienten at vide, hvem der har ansvaret for den primære kontakt med patienten. Hvor patientforløbet består af hyppige skift mellem sygehusets interne funktioner eller mellem de forskellige sektorer, vil patienten komme i kontakt med skiftende sundhedspersonale. Med henblik på at sikre, at dette ikke opleves som brud på kontinuiteten, anbefales det, at:

- afdelingen sikrer, at der altid er en behandlingsansvarlig læge og en plejeansvarlig sygeplejerske, som har den primære kontakt med patienten
- sundhedspersonalet sikrer, at patienten ved, hvem der er de primært ansvarlige for patienten.

## **ANBEFALING 12:**

### **Planlagte patientforløb**

Patientforløb er meget forskellige, og patientens oplevelse af ventetiden vil blandt andet afhænge af patientens sygdom og forløb. Uforudset ventetid kan opleves som kontinuitetsbrud og manglende respekt over for patienten.

Det anbefales, at:

- afdelingen sikrer, at sundhedspersonalet planlægger forløb med minimal, uforudset ventetid i patientforløbet, både mellem sygehusets interne funktioner og på tværs af sektorerne

### **ANBEFALING 13:**

#### **Videregivelse af information mellem sundhedspersonalet på sygehuset**

Patienter kan opleve brud på kontinuiteten ved at skulle give de samme informationer til flere forskellige sundhedspersoner.

Det anbefales at:

- afdelingen udarbejder principper for, hvordan informationer og viden om patienten koordineres bedst muligt, således at patienten oplever kontinuitet i videregivelsen af sin information

### **ANBEFALING 14:**

#### **Videregivelse af information mellem afdelinger og sektorer**

Med henblik på at sikre kontinuiteten i information mellem sektorerne, anbefales det, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier, som sikrer rettidig videregivelse af information mellem sektorerne, herunder også mellem egen læge, hjemmesygeplejen og sygehus.

### **ANBEFALING 15:**

#### **Planlægning og synliggørelse af det videre forløb**

Patienten skal ved udskrivning eller ved afslutning af et forløb have information om det videre forløb.

Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet udarbejder en plan for fremtidig behandling, kontrol, opfølgning og rehabilitering
- sundhedspersonalet sikrer, at patienten er informeret om kommende behandling, kontrol og opfølgning i patientforløbet.

### **ANBEFALING 16:**

#### **Information om afvigelser fra det planlagte forløb**

Hvor afvigelser fra det planlagte forløb, herunder ventetid, ikke kan undgås, er det vigtigt, at patienten ikke føler sig overladt til sig selv og overset.

På den baggrund anbefales det, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan patienten informeres om afvigelser fra det planlagte forløb og årsagen hertil
- sundhedspersonalet giver patienten en forklaring på afvigelser fra det planlagte forløb og løbende information om den justerede plan.

### **ANBEFALING 17:**

#### **Information til pårørende**

De pårørende ønsker ofte at følge patientforløbet og at få information om patientens diagnose, behandling og pleje. Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet ved starten af patientforløbet udreder, hvem der er patientens pårørende, og om patienten ønsker, at de pårørende bliver informeret
- afdelingen udarbejder retningslinier for samtaler med de pårørende.

### **ANBEFALING 18:**

#### **Inddragelse af den pårørende**

Den pårørende kan være en ressource for patienten i patientforløbet.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan de pårørende inddrages i patientens forløb.

## **ANBEFALING 19**

### **Synlig kontaktperson**

Det er vigtigt for den pårørende at vide, hvem de skal henvende sig til for at få information.

Det anbefales, at:

- sundhedspersonalet sikrer, at patientens pårørende ved, hvem der er de primær ansvarlige for patienten.

## **ANBEFALING 20:**

### **Støtte til pårørende**

Pårørende til patienter har ofte brug for støtte i patientforløbet. Ved en patients dødsfald kan der være særligt behov for støtte til pårørende.

Det anbefales, at:

- afdelingen udarbejder retningslinier for, hvordan de pårørende sikres støtte under patientens indlæggelse og ved dødsfald.

## Bilag 3. Oversigt over den faglige inspirationsgruppe

Formand: Bobby Zachariae, psykolog, Professor, psykologisk onkologisk forskningsenhed, Århus Universitet

Peter Qvist, overlæge, Aabenraa Sygehus

Jes Rahbek, direktør, Institut for Muskelsvind

Jørgen Schiøler, ledende overlæge, hæmatologisk afd., Århus Sygehus

Anne-Grethe Skov Iversen, klinisk oversygeplejerske, kirurgisk afd., Herning Sygehus

Hanne Mainz, sygeplejerske, Ortopædkirurgisk Center, Århus Sygehus

Anne Holm Nyland, udviklingssygeplejerske, Afd. M, OUH

Jens Elmgren, overlæge, dr. Med, medicinsk afd. Sygehus Fyn

Tove Sørensen, afd. sygeplejerske, Viborg Sygehus

Gerd Ansager, ledende ergoterapeut, Sygehus Fyn

Kirsten Jensen, social- og sundhedsassistent, Dronninglund Sygehus

Lone Anette Køster, social- og sundhedsassistent, Odense Universitetshospital

Gurli Olsen, sygehjælper, Vejle Sygehus

Kirsten Rud, projektleder, Enhed for Perioperativ Sygepleje

## Bilag 4 Oversigt over de deltagende team

Nr.	Sygehus, afdeling/afsnit	Kirurgisk/ medicinsk afsnit	Speciale
<b>Nordjyllands Amt</b>			
1	Ålborg Sygehus Hjertelungekirurgisk afd., afsnit T	Kirurgisk afsnit	Hjerte-lungekirurgi
<b>Fyns Amt</b>			
2	Odense Universitetshospital, Neurologisk afdeling N, afsnit N1	Medicinsk afsnit	Neurologi
<b>Frederiksborg Amt</b>			
3	Hillerød Sygehus Hoved-halskirurgisk Enhed	Kirurgisk afsnit	Hoved-halskirurgi
4	Helsingør Sygehus Kirurgisk Enhed, Afsnit 21, AVA	Kirurgisk afsnit	Kirurgisk gastroenterologi
<b>København Amt</b>			
5	Amtssygehuset i Gentofte Medicinsk Afdeling F, Afsnit 521	Medicinsk afsnit	Intern medicin
6	Amtssygehuset i Glostrup Neurokirurgisk afd. H, Afsnit 37	Kirurgisk afsnit	Neurokirurgi
<b>Ribe Amt</b>			
7	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg Afdeling 251/252	Kirurgisk afsnit	Urologi, mamma-/thyreoideakirurgi og karkirurgi // kirurgisk gastroenterologi
<b>Roskilde Amt</b>			
8	Roskilde Amtssygehus, Medicinsk Afdeling, Kardiologisk Afsnit (B71 og Kard. Amb.)	Medicinsk afsnit	Kardiologi
9	Roskilde Amtssygehus, Køge, medicinsk afsnit C2 og AVA	Medicinsk afsnit	Intern medicin
<b>Viborg Amt</b>			
10	Sygehus NORD, Thisted Sygehus Afsnit M5	Medicinsk afsnit	Hjerteafsnit
11	Sygehus Viborg, organkirurgisk afdeling, afsnit k 11-3	Kirurgisk afsnit	Organkirurgi
<b>Vejle Amt</b>			
12	Horsens Sygehus, Gynæk./obstetrisk Afd., Afsnit P6	Kirurgisk/ medicinsk afsnit	Gynækologi
13	Kolding Sygehus Karkirurgisk Center, Afsnit DKC	Kirurgisk afsnit	Karkirurgi
14	Vejle Sygehus Organ- og plastikkirurgisk afdeling Afsnit 16	Kirurgisk afsnit	
<b>Vestsjællands Amt</b>			
15	Holbæk Sygehus, FBE Intern medicin, Lungemedicin afsnit B6	Medicinsk afsnit	Lungemedicin
<b>Århus Amt</b>			
16	Århus Sygehus, afd. V	Medicinsk afsnit	Hepatologi og mavetarmsygdomme
17	Århus Sygehus, afdeling L, afs. L2	Kirurgisk afsnit	Kirurgisk gastroenterologisk afdeling
<b>Norske team</b>			
18	Hematologisk afdeling, Ullevål universitetssygehus	Medicinsk	Hæmatologi
19	Nyremedisinsk afdeling, Ullevål universitetssygehus	Medicinsk	Nyremedicin
<b>Svenske team</b>			
20	Avdelning 7 - Kirurkliniken Karlskoga Lasarett	Kirurgisk	
21	Kirurgvårdavdelning 7 - Kalmar Länssjukhus		

## Bilag 5: MMR skemaet

**Tilfreds med din indlæggelse på**  
**Hjerte-Lungekirurgisk Afdeling T**  
Aalborg Sygehus Syd (MT)

1. Hvor mange gange har du været indlagt på Afdeling T inden for de seneste 5 år?  Antal gange (evt. cirka)

2. Hvor lang tid var du indlagt på Afdeling T ved din seneste indlæggelse?  Antal dage (evt. cirka)

3. Hvordan blev du indlagt på Afdeling T?  
(din seneste indlæggelse)  
☐ Akut eller overført fra anden afdeling (Gå til spørgsmål 6)  
☐ Indkaldt pr. brev (planlagt)

4. Var ventetiden inden du kunne blive indlagt acceptabel for dig?  
(fra du blev henvist af din praktiserende læge/speciallæge, til du blev indlagt)  
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

5. Var informationerne fra afdelingen inden indlæggelsen tilstrækkelige?  
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke  
Hvis nej, hvilken information savnede du:

6. Havde du kontakt med for mange forskellige læger under din indlæggelse?  
(kun den seneste indlæggelse)  
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

7. Havde du kontakt med for mange forskellige plejepersoner under din indlæggelse? (kun den seneste indlæggelse)  
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke

22. Hvad er dit samlede indtryk af Afdeling T?  
(5 stjerner betyder "enestående" og 1 stjerne betyder "uacceptabelt")  
\*\*\*\*\* (Enestående)  
\*\*\*\* (Godt)  
\*\*\* (Både godt og dårligt)  
\*\* (Dårligt)  
\* (Uacceptabelt)  
Ved ikke

23. Hvorfor gav du det antal stjerner? (ris, ros eller gode idéer til afdelingen)

24. Har du selv opsøgt information om din sygdom via patientforeninger, biblioteker eller på internettet?  
(altså andre steder end på sygehuset eller hos din egen læge/speciallæge)  
☐ Har søgt information ☐ Har ikke søgt information

25. Skemaet er udfyldt af:  
☐ Patienten ☐ Pårørende


26. Køn? (patientens)  
☐ Mand ☐ Kvinde

27. Alder? (patientens)  år

28. Dit modersmål? (patientens)  
☐ Dansk ☐ Ikke dansk

**Tak for din medvirken!**

Sygdomsgruppe: \_\_\_\_\_  
(påført af afdelingen)

**ÅRHUS AMT**  
KVALITETSAFDELINGEN 



Bedes besvaret udfra din seneste indlæggelse på afdelingen:

😊 Ja    😐 Både og    😞 Nej    ❓ Ved ikke/ ej relevant

8. Har du været tilfreds med afdelingens behandling af din sygdom?

Kommentarer:

9. Modtog du en omhyggelig sygepleje under din indlæggelse?  
(af alle plejepersoner, du havde med at gøre)

Kommentarer:

10. Var du tilfreds med den indflydelse du selv havde på din behandling og pleje?

Kommentarer:

11. Synes du, at personalet viste hensyn og respekt overfor dig som menneske?

Kommentarer:

12. Fik du de informationer, du havde brug for under din indlæggelse? (om sygdommen, undersøgelser, behandlinger, bivirkninger mv.)

Kommentarer:

13. Lyttede lægerne til dig med interesse, når du sagde noget?

Kommentarer:

14. Oplevede du, at sundhedspersonalet var godt forberedt når du havde samtaler med dem om din tilstand?

Kommentarer:

15. Var der sammenhæng i det du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte på afdelingen?

Kommentarer:

16. Fik du den menneskelige støtte, du havde brug for fra personalet under indlæggelsen?

Kommentarer:

17. Synes du der var en god atmosfære i afdelingen?  
(omgangstone, stemning mv.)

Kommentarer:

18. Har kontakten mellem dine pårørende og afdelingen fungeret tilfredsstillende?  
(information, støtte mv.)

Kommentarer:

19. Var dine undersøgelser og behandlinger i hele din kontakt med sygehuset godt tilrettelagt?  
(var der en »rød tråd«)

Kommentarer:

20. Fik du den information, du havde brug for, inden du blev udskrevet? (medicin, gode råd mv.)

Kommentarer:

21. Har kontakten mellem din egen praktiserende læge og afdelingen fungeret til din tilfredshed?  
(henviisning, udskrivningsbrev, optøgn mv.)

Kommentarer:

**Bilag 6. Den samlede tilfredshed for indlagte patienter på 21 afsnit i projektet "Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet".**  
**Gennemsnit og afsnit med signifikante ændringer.**

Andel svar "enestående" eller "godt" Opgjort i % af valide svar <b>FORTSAT</b>	Antal svar		2005 %	2006 %	Ændring	
	2005	2006			Forskel i procent-point	Signifikans
<b>Afsnit 13:</b> Medicinsk afdeling - Afsnit M5/Struktureret modtagelse, Sygehus NORD Nykøbing-Thisted	186	163	<b>80,1</b>	<b>81,6</b>	+1,5	Ingen
<b>Afsnit 14:</b> Afdeling L, Afsnit L2, Århus Sygehus, Nørrebrogade	133	171	<b>69,2</b>	<b>70,2</b>	+1,0	Ingen
<b>Afsnit 15:</b> Medicinsk Hepato-gastroenterologisk Afdeling V., Århus Sygehus, Nørrebrogade	75	73	<b>70,7</b>	<b>75,3</b>	+4,6	Ingen
<b>Afsnit 16:</b> Organkirurgisk afd. afs. K11-3, Sygehus Viborg	101	114	<b>81,2</b>	<b>85,1</b>	+3,9	Ingen
<b>Afsnit 17:</b> Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling, Afsnit A 16, Vejle Sygehus	101	126	<b>74,3</b>	<b>80,2</b>	+5,9	Ingen
<b>Afsnit 18:</b> Nyremedisinsk Afdeling, Ullevål Universitetssykehus, Norge	55	57	<b>63,6</b>	<b>63,2</b>	-0,4	Ingen
<b>Afsnit 19:</b> Hematologisk Afdeling, Ullevål Universitetssykehus, Norge	65	79	<b>87,7</b>	<b>81,0</b>	-6,7	Ingen
<b>Afsnit 20:</b> Afdeling 7 – Kirurgkliniken, Karlskoga Lasarett, Sverige	209	134	<b>87,6</b>	<b>88,1</b>	+0,5	Ingen
<b>Afsnit 21:</b> Kirurgvårdafdeling 7 – Kalmar Länssjukhus, Sverige	128	136	<b>90,6</b>	<b>89,0</b>	-1,6	Ingen
<b>Samlet resultat</b>	<b>2.288</b>	<b>2.531</b>	<b>80,7</b>	<b>80,4</b>	<b>-0,3</b>	<b>Ingen</b>



Andel svar ”enestående” eller ”godt” Opgjort i % af valide svar	Antal svar		2005 %	2006 %	Ændring	
	2005	2006			Forskel i procent-point	Signifikans
<b>Afsnit 1:</b> Hjerte-Lungekirurgisk, Afdeling T Aalborg Sygehus Syd	134	134	<b>96,3</b>	<b>95,5</b>	-0,8	Ingen
<b>Afsnit 2:</b> Karkirurgisk Center, DKC Fredericia-Kolding Sygehuse	92	69	<b>89,1</b>	<b>94,2</b>	+5,1	Ingen
<b>Afsnit 3:</b> Neurologisk Afdeling, Afsnit H37, Amtssygehuset i Glostrup	137	149	<b>77,4</b>	<b>79,9</b>	+2,5	Ingen
<b>Afsnit 4:</b> Medicinsk afdeling F, Afsnit F521, Gentofte	86	137	<b>55,8</b>	<b>63,5</b>	+7,7	Ingen
<b>Afsnit 5:</b> Afsnit K22/AVA, Kirurgisk Enhed, Helsingør sygehus	45	93	<b>66,7</b>	<b>71,0</b>	+4,3	Ingen
<b>Afsnit 6:</b> Urologisk afsnit, afdeling 251 Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	126	113	<b>82,5</b>	<b>85,0</b>	+2,5	Ingen
<b>Afsnit 7:</b> Øre-næse og halssengeafsnit C0631, Hoved-halskirurgisk Enhed, Hillerød Sygehus	105	149	<b>81,0</b>	<b>77,9</b>	-3,1	Ingen
<b>Afsnit 8:</b> Lungemedicinsk afsnit 035, Holbæk sygehus	81	85	<b>75,3</b>	<b>76,5</b>	+1,2	Ingen
<b>Afsnit 9:</b> Kvindeafdelingen Afsnit P6, Horsens Sygehus	80	79	<b>83,8</b>	<b>88,6</b>	+4,8	Ingen
<b>Afsnit 10:</b> M4 Akut Visitationsafsnit, Roskilde Amtssygehus, Køge	67	149	<b>64,2</b>	<b>72,5</b>	+8,3	Ingen
<b>Afsnit 11:</b> Sengeafsnit N1, Neurologisk Afdeling N, Odense Universitetshospital	76	91	<b>78,9</b>	<b>84,6</b>	+5,7	Ingen
<b>Afsnit 12:</b> Medicinsk sengeafdeling, kardiologisk afsnit B71, Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	206	230	<b>92,2</b>	<b>83,9</b>	-8,3	Signifikant

**Bilag 7. 16 tilfredshedsspørgsmål for indlagte patienter på 21 afsnit i projektet "Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsenet". Tidsmæssig udvikling i gennemsnit og spredning. Oversigt over signifikante afsnitsændringer**

<b>Andel optimale svar ("Ja"- svar) opgjort i % af valide svar FORTSAT</b>	<b>2005 N=2.369</b>	<b>2006 N=2.607</b>	<b>Forskel</b>	<b>Afsnit med signifikante fremgange</b>	<b>Afsnit med signifikante tilbagegange</b>
18. Har kontakten mellem dine pårørende og afdelingen fungeret tilfredsstillende? (information, støtte mv.)	<b>84,9</b> (63,2-96,0)	<b>84,9</b> (75,0-95,3)	<b>0,0</b> Min: -9,7 Maks: -17,0	Afsnit 18 (68,5 → 85,5)	Afsnit 21 (96,0 → 86,3)
19. Var dine undersøgelser og behandlinger i hele din kontakt med sygehuset godt tilrettelagt? (var der en "rød tråd")	<b>76,2</b> (52,1-90,9)	<b>75,3</b> (52,9-92,1)	<b>-0,9</b> Min: -11,9 Maks: +15,8	Afsnit 4 (52,1 → 67,9)	
20. Fik du den information, du havde brug for, inden du blev udskrevet? (medicin, gode råd mv.)	<b>72,6</b> (48,9-91,0)	<b>72,3</b> (60,2-82,3)	<b>-0,3</b> Min: -18,1 Maks: +13,0	Afsnit 3 (55,9 → 68,9)	Afsnit 1 (91,0 → 82,3) Afsnit 18 (78,9 → 60,8)
21. Har kontakten mellem din egen praktiserende læge og afdelingen fungeret til din tilfredshed? (henvi- sning, udskrivningsbrev, opfølgning mv.)	<b>71,9</b> (55,2-86,8)	<b>70,4</b> (51,2-85,7)	<b>-1,5</b> Min: -18,0 Maks: +11,8	Afsnit 21 (72,0 → 79,6)	
<b>Andel optimale svar i % (Nej-svar)</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Forskel</b>	<b>Afsnit med signifikante fremgange</b>	<b>Afsnit med signifikante tilbagegange</b>
Havde du kontakt med <u>for</u> mange forskellige læger under din indlæggelse?	<b>80,3</b> (64,4-91,0)	<b>80,2</b> (69,5-94,9)	<b>-0,1</b> Min: -9,6 Maks: +12,8	Afsnit 3 (82,3 → 91,3)	
Havde du kontakt med <u>for</u> mange forskellige plejepersoner under din indlæggelse?	<b>83,2</b> (67,7-88,8)	<b>82,5</b> (73,0-94,9)	<b>-0,7</b> Min: -10,5 Maks: +18,0	Afsnit 10 (67,7 → 85,7)	

Note: Afsnitsnumrene ækvivalerer afsnitsnavnene vist i tabel 1, første kolonne.

Andel optimale svar ("Ja"- svar) opgjort i % af valide svar	2005 N=2.369	2006 N=2.607	Forskel	Afsnit med signifikante fremgange	Afsnit med signifikante tilbagegange
8. Har du været tilfreds med afdelingens behandling af din sygdom?	<b>80,3</b> (69,1-93,5)	<b>80,1</b> (68,0-94,0)	<b>-0,2</b> Min: -7,8 Maks: +8,3	-	-
9. Modtog du en omhyggelig sygepleje under din indlæggelse? (af alle plejepersoner du havde med at gøre)	<b>84,7</b> (69,2-95,7)	<b>83,7</b> (67,9-94,9)	<b>-1,0</b> Min: -10,8 Maks: +13,1	Afsnit 9 (76,5 → 89,6)	Afsnit 16 (92,4 → 81,6)
10. Var du tilfreds med den indflydelse du selv havde på din behandling og pleje?	<b>79,8</b> (59,1-95,4)	<b>79,3</b> (60,4-93,0)	<b>-0,5</b> Min: -13,0 Maks: +12,0	-	Afsnit 7 (89,2 → 76,7)
11. Synes du, at personalet viste hensyn og respekt over for dig som menneske?	<b>87,5</b> (75,0-96,5)	<b>86,8</b> (72,6-96,2)	<b>-0,7</b> Min: -11,8 Maks: +9,0	-	-
12. Fik du de informationer, du havde brug for under din indlæggelse? (om sygdommen, undersøgelser, behandlinger, bivirkninger)	<b>73,1</b> (50,0-89,9)	<b>72,3</b> (56,2-85,9)	<b>-0,8</b> Min: -12,5 Maks: +15,2	-	-
13. Lyttede lægerne med interesse, når du sagde noget?	<b>76,8</b> (55,6-90,3)	<b>75,4</b> (64,2-92,3)	<b>-1,4</b> Min: -14,9 Maks: +10,4	-	-
14. Oplevede du, at sundhedspersonalet var godt forberedt når du havde samtaler med dem om din tilstand?	<b>74,1</b> (51,8-92,5)	<b>72,1</b> (54,9-89,4)	<b>-2,0</b> Min: -10,7 Maks: +19,5	Afsnit 11 (69,4 → 88,9)	-
15. Var der sammenhæng i det, du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte på afdelingen?	<b>72,8</b> (54,3-89,3)	<b>71,3</b> (48,5-84,3)	<b>-1,5</b> Min: -11,5 Maks: +13,4	-	-
16. Fik du den menneskelige støtte, du havde brug for fra personalet under indlæggelsen?	<b>84,8</b> (61,4-97,1)	<b>83,3</b> (67,0-94,0)	<b>-1,5</b> Min: -11,5 Maks: +9,6	-	-
17. Synes du der var en god atmosfære i afdelingen?(omgangstone, stemning mv.)	<b>85,1</b> (66,7-97,8)	<b>85,0</b> (68,6-96,2)	<b>-0,1</b> Min: -7,9 Maks: +6,3)	-	-

# Bilag 8 Telefoninterviewundersøgelse af teammedlemmernes og ledelsesrepræsentanternes vurderinger af resultaterne af at have deltaget i gennembrudsprojektet om patientens møde med sundhedsvæsenet

## 1. Undersøgelsens baggrund og metode

### 1.1 Undersøgelsens formål

Hovedformålet med nærværende undersøgelse er at belyse, hvordan teamdeltagerne og ledelsesrepræsentanterne vurderer de resultater (omkring den faglige håndtering af sundhedsvæsenets møde med patienten), de har opnået i forbindelse med deltagelse i gennembrudsprojektet om tvang i psykiatrien. Derudover er undersøgelsens formål at afdække teamdeltagerne og ledelsesrepræsentanternes syn på, hvordan de har oplevet det at arbejde med gennembrudsmetoden.

### 1.2 Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen bygger på telefoninterview. Alle teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter på afdelingsniveau fra hvert af de deltagende team er blevet kontaktet med henblik på at deltage i et telefoninterview<sup>1</sup>.

Teamdeltagerne og ledelsesrepræsentanterne er telefoninterviewet efter hvert sit spørgeskema. Spørgeskemaerne til de to parter omhandler stort set de samme temaer med variation i spørgsmålsformuleringen<sup>2</sup>. Fælles temaer til både teammedlemmerne og ledelsesrepræsentanterne i spørgeskemaerne var følgende:

- Betydningen af deltagelse i et gennembrudsprojekt for afdelingens faglige kvalitet omkring mødet med patienten.
- Spredning af opnåede resultater i projektet.
- Det fortsatte arbejde med kvalitetsudvikling af mødet med patienten.
- Rammer for teamets deltagelse i projektet.
- Holdninger til arbejdet med gennembrudsmetoden.

Derudover er alene teammedlemmerne også blevet spurgt til nedenstående temaer:

---

<sup>1</sup> Fra de deltagende team i Sverige og Norge er kontaktpersonerne fra disse team blevet bedt om at udvælge, hvem der ville være relevante at interviewe til projektet. Det er således ikke alle teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter fra de deltagende svenske og norske team, der er forsøgt foretaget interview med.

<sup>2</sup> Spørgsmålene til henholdsvis teammedlemmerne og til ledelsesrepræsentanterne blev i nogle tilfælde formuleret forskelligt, fordi de to parter har haft forskellige roller i forbindelse med arbejdet med gennembrudsprojektet. Som det fremgår af de norske/svenske spørgeskemaer, er der ændret i formuleringen af to af spørgsmålene. Det ene spørgsmål handler om den svensk/ norske vejleder og det andet handler om, hvorvidt de ville anbefale andre at deltage i et fælles nordisk gennembrudsprojekt.

- Implementering af testede tiltag i løbet af projektperioder samt eventuelle vanskeligheder i den forbindelse.
- Betydningen af deltagelse i et gennembrudsprojekt for den enkeltes faglige kvalitet i forbindelse med mødet med patienten.

Ledelsesrepræsentanterne er udover de ovenfor nævnte temaer yderligere spurgt ind til følgende temaer:

- Etablering af nye tiltag som følge af arbejdet med gennembrudsprojektet om patientens møde med sundhedsvæsenet.
- Uddybende oplysninger om spredningsarbejdet.

Både teammedlemmer og ledelsesrepræsentanter blev i telefoninterviewene spurgt om faktuelle oplysninger angående følgende forhold:

- Køn
- Alder
- Nuværende stillingsbetegnelse
- Ansættelsesvarighed på nuværende arbejdssted
- Arbejdserfaring indenfor sygehusvæsenet

### 1.3 Dataindsamling

Telefoninterviewene blev gennemført over en periode på fire uger, hvor hvert enkelt teammedlem og hver enkelt ledelsesrepræsentant blev ringet op og bedt om at besvare et spørgeskema over telefonen. Forinden interviewet blev respondenterne informeret om, at interviewet var anonymt, og at der i evalueringsrapporten ikke ville blive henvist eller citeret fra navngivne enkeltpersoner eller til navngivne hospitaler. Kriteriet for at deltage i interviewet var, at respondenterne havde deltaget i gennembrudsprojektet om patientens møde med sundhedsvæsenet i minimum 6 måneder enten som teammedlem eller som ledelsesrepræsentant. For teammedlemmer fra de danske team er der opnået en svarprocent på 77 pct. For ledelsesrepræsentanterne fra de danske team er der opnået en svarprocent på 82 pct.<sup>3</sup>. Der er gennemført telefoninterview med i alt 40 teammedlemmer<sup>4</sup> og i alt 23 ledelsesrepræsentanter. Samlet har undersøgelsen for ledelsesrepræsentanter og teammedlemmer fra de danske team opnået en svarprocent på 79 pct. Alle deltagende danske team i projektet er repræsenteret i undersøgelsen, ligeledes indgår der mindst én ledelsesrepræsentant for hvert af de deltagende team i undersøgelsen.

Fra de deltagende team i Sverige og Norge blev kontaktpersonerne bedt om at udvælge, hvem der ville være relevante at interviewe til projektet. Det er således ikke alle teamdeltagere og ledelsesrepræsentanter fra de deltagende svenske og norske team, der er forsøgt foretaget interview med. I alt blev der udpeget 7 personer til at deltage i interviewene. Der er opnået interview med 5 af disse personer, svarende til en svarprocent på 71 pct.

---

<sup>3</sup> De personer, der ikke er opnået interview med, kunne ikke træffes pga. kurser, langtidssygemelding eller ferie.

<sup>4</sup> Ved undersøgelsens start var der 89 teammedlemmer, der kunne opnå interview med. Under indsamling af telefoninterview viste det sig imidlertid, at 37 af disse personer var sygemeldt, på barsel eller havde skiftet arbejde. For ledelsesrepræsentanterne gjaldt det, at 2 af 30 mulige interviewpersoner havde skiftet arbejde.