

Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017

En temaanalyse af patientoplevelt lægeligt ansvar og kontinuitet i kræftforløbet





Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017
En temaanalyse af patientoplevet lægeligt ansvar og kontinuitet i kræftforløbet

Kræftens Bekæmpelse
Dokumentation & Kvalitet
Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Udarbejdet af:

Gitte Stentebjerg Petersen, specialkonsulent, stente@cancer.dk
Louise Vindslev Nielsen, sundhedsfaglig konsulent, lvn@cancer.dk

Derudover takkes Jane Christensen (statistiker) og Jesper Eriksen (specialkonsulent) for deres bidrag til proces og rapport.

Version 1
Versionsdato: Januar 2018
Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, januar 2018

Indhold

Kort resumé.....	5
1. Baggrund & formål.....	7
2. Metode.....	10
3. Resultater og fortolkning	14
Referencer.....	19

”Jeg har i den grad savnet én bestemt fagperson i sundhedsvæsenet, som kunne være min stabile faktor i en til tider kaotisk patientsituation!”

Kort resumé

Baggrund & metode

Implementering af modeller for patientansvarlig læge er på kræftområdet påbegyndt fra 2017, og har til formål at sikre bedre sammenhæng samt øge tryghed og kvalitet i forløbet.

Denne temaanalyse har til formål at undersøge, hvad der karakteriserer de kræftpatienter, der ved implementeringens påbegyndelse allerede oplevede, at der var et klart lægeligt ansvar, der kan sidestilles med patientansvarlig læge-funktionen og hvordan oplevelsen af, at der var et klart lægeligt ansvar er associeret til den øvrige patientoplevede kvalitet.

Analysen er baseret på svar fra 5.389 kræftpatienter, der deltog i Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse i 2017. Betydningen af et klart lægeligt ansvar er undersøgt i forhold til otte baggrundsvariable samt 11 kvalitetsindikatorer i forløbet, som dækker relevante patientoplevelser/parametre, som patientansvarlig læge-funktionen har til formål at forbedre.

I Kræftplan IV har regeringen sat som mål, at 90 % af kræftpatienter skal opleve at have en patientansvarlig læge i 2020. Hovedresultatet fra Barometerundersøgelsen, 2017 viser, at:

- **66 %** af kræftpatienterne oplever, at én eller flere læger har haft ansvar for deres forløb, og ansvaret har været klart for patienten. **23 %** har oplevet skiftende læger og uklart ansvar og **11 %** har ikke oplevet, at nogen læge havde ansvar for deres behandling.
- **30 %** oplever, at de møder for mange læger og kun **45 %** følte at de i høj grad havde en læge, de kunne gå til ved behov

Resultater

Analysen viser, at det at have oplevet et klart lægeligt ansvar er signifikant associeret til bedre patientoplevelser for samtlige 11 indikatorer, der omfatter patientinvolvering, sammenhæng, tilfredshed, tryghed og oplevede fejl i behandlingsforløbet. Der ses endvidere en tydelig positiv gradient således, at jo mere klart det har været for patienten, hvilken læge, der havde ansvaret, des mere sandsynligt er det, at patienterne har vurderet den indsats, de i øvrigt har oplevet i behandlingsforløbet, som optimal.

Særligt ældre kræftpatienter (>60 år) samt patienter med brystkræft, kræft i kvindelige kønsorganer samt patienter med lymfomer/kræft i bloddannende væv har oplevet, at der var et klart lægeligt ansvar i forløbet. Behandlingsregion, antal sygehuse man har været behandlet på og om man har afsluttet sin behandling er andre faktorer, der er associeret til oplevelsen af et klart lægeligt ansvar.



Konklusion og perspektiver

Analysen viser, at patientens oplevelse af et klart lægeligt ansvar i behandlingsforløbet er signifikant relateret til positive patientoplevelser i det øvrige behandlingsforløb. Endvidere ses en klar forskel i oplevet lægeligt ansvar i forhold til patientens alder, kræftsygdom og behandlingsregion.

Resultatet bekræfter vigtigheden af, at patienterne oplever, at der er en læge med det overordnede ansvar for deres behandling, og indikerer, at en succesfuld indførelse af patientansvarlige læger for kræftpatienter kan skabe forudsætning for, at kræftpatienterne er trygge og tilfredse i deres behandlingsforløb.

Analyser understreger også, at der er et klart potentiale for at forbedre kræftpatienternes oplevelser i behandlingsforløbet for de henholdsvis 23 % og 11 %, der oplever et skiftende/uklart ansvar eller ikke har oplevet, at der var et lægeligt ansvar i forløbet – særligt i forhold til at forbedre kræftpatienternes oplevelser af den lægelige kontinuitet i forløbet.

1. Baggrund & formål

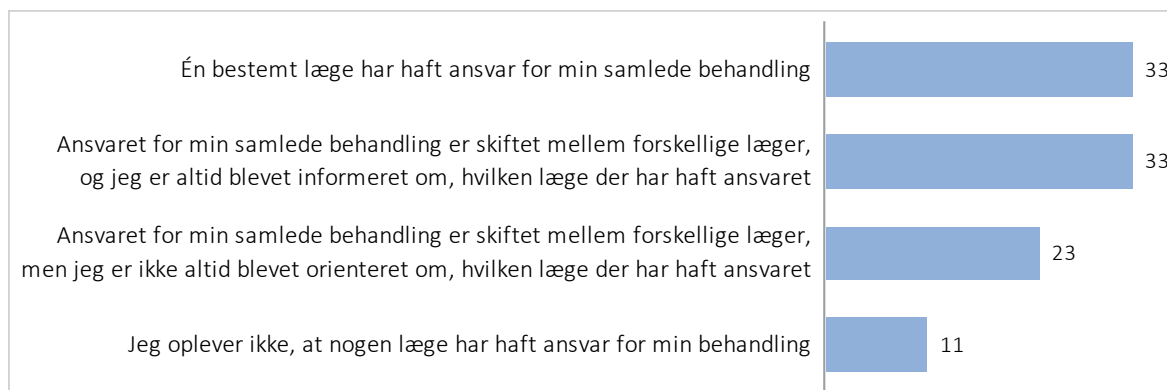
”Stor ros til de to sygeplejersker og én læge, som var mit faste team i de 2 måneder, jeg gik på mamakirurgisk med samtaler. De vidste lige hvor jeg var på angstkurven, og var empatiske og nysgerrige - så der var plads til både gråd og latter.”

Denne temaanalyse omhandler kræftpatienters oplevelser af det lægelige ansvar og den lægelige kontinuitet under behandling. Analysen er baseret på data fra Kræftens Bekæmpelse Barometerundersøgelse fra 2017, som er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse med fokus på kræftramtes behov, oplevelser og vurdering af sundhedsvæsenets indsats under udredning og behandling.

Barometerundersøgelsen 2017 viser [1], at i alt 66 % af kræftpatienterne i undersøgelsen oplevede et klart lægeligt ansvar i det samlede behandlingsforløb, enten fordelt på én (33 %) eller flere læger (skiftende ansvar) (33 %). Yderligere 23 % oplevede skiftende ansvar mellem læger uden at de altid blev informeret om, hvem der aktuelt havde ansvaret mens 11 % oplevede at ingen læge havde ansvar for deres behandling (figur 1). 41 % har på et tidspunkt i deres behandlingsforløb været i tvivl, hvilken læge der havde ansvaret for deres behandling, og særligt i forbindelse med kemobehandling er mange kræftpatienter i tvivl. Mere end hver tiende kræftpatient har oplevet, at de havde en del af ansvaret for deres behandlingsforløb, som de mener sygehuset burde have haft.

Figur 1: Oplevet lægeligt ansvar (procent)

Hvilket af følgende udsagn passer bedst på dine oplevelser på sygehus (n=4.651)?



*Gengivet fra Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017 [1]

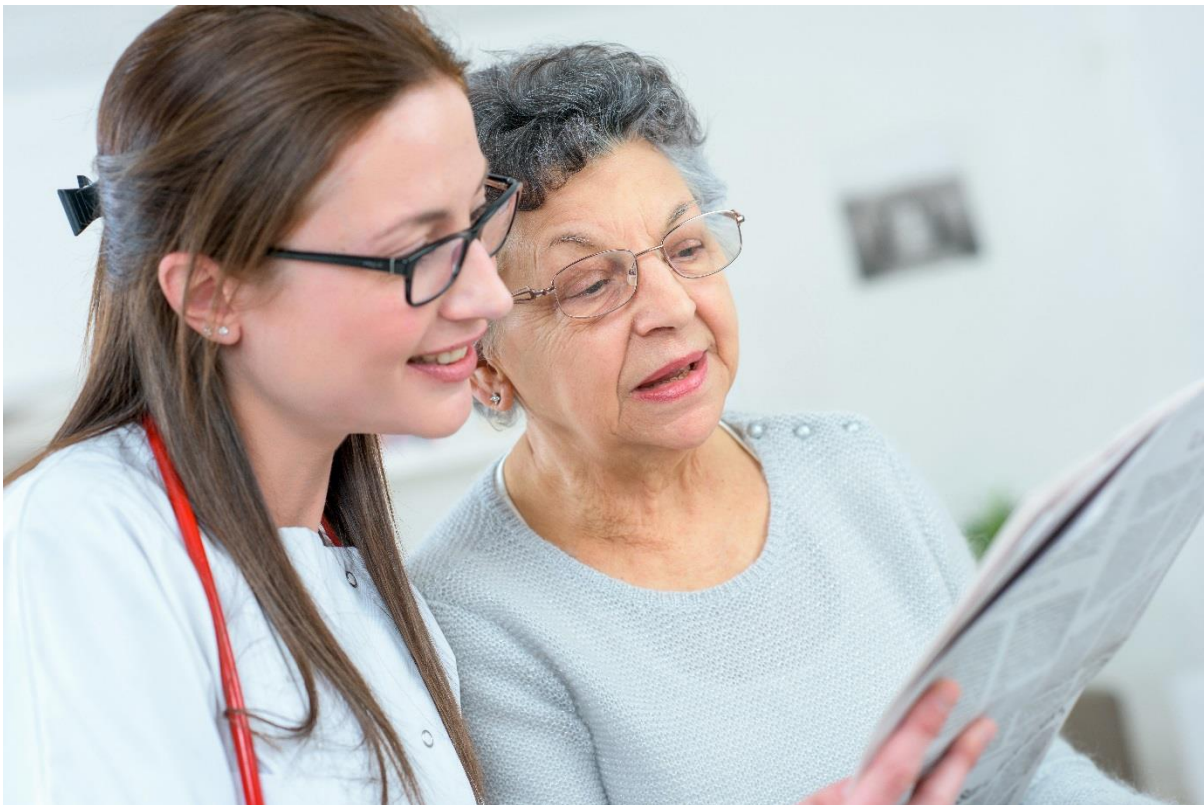
I forhold til den lægelige kontinuitet oplevede 30 % af kræftpatienterne, at de mødte for mange læger, 45 % oplevede i høj grad, at de havde en læge, de kunne gå til, hvis de havde behov, mens hver tredje har oplevet at én eller flere læger ikke har været informeret om dem og deres behandling, når de mødte til en samtale eller behandling [1]. De tidligere barometerundersøgelser har ligeledes vist, at mange patienter ikke oplever at der er lægelig kontinuitet og ansvar i forløbet og at dette kan have betydning for kræftpatienters overordnede tilfredshed med forløbet [2-4]. Generelt mangler der dog viden om, hvordan et klart lægeligt ansvar for behandling påvirker kvaliteten i kræftforløbet.

Danske regioner udarbejdede i 2017 en hvidbog for den patientansvarlige læge. De definerer den patientansvarlige læge, som en læge, der for patienten skal være navngiven og som bærer det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på et sygehus [5]. Hvidbogen beskriver endvidere hvilken funktion og hvilke opgaver den patientansvarlige læge skal have, herunder blandt andet at sikre god inddragelse af patienten og dennes pårørende, sikre at der foreligger en behandlingsplan og at behandlingen tilrettelægges sammen med patient og øvrige relevante sundhedsfaglige personaler, sikre fremdrift i behandlingsplanen og sikre god overdragelse af patientansvar til andre læger/sectorer. Implementering af modeller for den såkaldte patientansvarlige læge har til formål at styrke sammenhængen i patientforløbet, f.eks. ved at reducere fejl og informationstab samt styrke forudsætningen for god patientinddragelse og øge patienternes tryk og tilfredshed i forløbet [5].

I Kræftplan IV er det sat som mål, at 90 % af kræftpatienter i 2020 skal opleve at have en patientansvarlig læge, og kræftområdet er også et af de første sygdomsspecialer, hvor implementering af den patientansvarlige læge er påbegyndt [6].

Formålet med temaanalysen er at undersøge:

- 1) Hvad kendetegner de kræftpatienter, der oplever lægeligt ansvar i forløbet sammenlignet med de, der er i tvivl om det lægelige ansvar i kræftforløbet?
- 2) Hvilke associationer er der mellem det at opleve at have en patient ansvarlig læge og den øvrige oplevede kvalitet i indsatsen under behandling?



2. Metode

”Vi har ikke altid haft samtale med samme læge, men de har været velforberedte. Vi har følt os trygge ”

Temaanalysen er en uddybende analyse af udvalgte spørgsmål fra Barometerundersøgelsen, 2017 og hviler på svar fra over 5389 kræftpatienter. Patienterne som indgår i analysen er for første gang blevet diagnosticeret med en kræftsygdom i perioden 1. juli til 20. december 2016. Regionerne har først i 2017 påbegyndt implementering af modeller for patientansvarlig læge på kræftområdet, og resultaterne er således et udtryk for, hvordan det ser ud ved implementeringens begyndelse. For nærmere beskrivelse af undersøgelsens population og metode henvises til dokumentationsrapporten [1].

I analysen er følgende spørgsmål benyttet som den primære indikator for, om kræftpatienterne har oplevet at have en funktion svarende til en patientansvarlig læge (PAL-indikator):

Hvilket af følgende udsagn passe bedst på dine oplevelser på sygehus:

- a) Én bestemt læge har haft ansvaret for min samlede behandling
- b) Ansvaret for min behandling er skiftet mellem forskellige læger, og jeg er altid blevet informeret om, hvilken læge der har haft ansvaret
- c) Ansvaret for min behandling er skiftet mellem forskellige læger, men jeg er ikke altid blevet informeret om, hvilken læge der har haft ansvaret
- d) Jeg oplever ikke, at nogen læge har haft ansvaret for min behandling

I nedenstående er redegjort for analysemetoden, der har været benyttet til at besvare henholdsvis spørgsmål undersøgelsesspørgsmål 1 og 2. Til besvarelse af begge undersøgelsesspørgsmål er der indledningsvist foretaget deskriptive analyser af marginale forskelle (chi²-test) og eventuelle forskelle er vurderet som signifikante ved en p-værdi på mindre end 0,05. Efterfølgende er foretaget logistiske regressionsanalyser, hvor der er i samtlige analyser er justeret for otte baggrundsvARIABLE.

Flere variable er til dette formål blevet dikotomiseret, og i den forbindelse er foretaget sensitivitetanalyser af sammenlægningen for at sikre, at dette ikke havde betydning for estimerne. Alle analyser er foretaget i SAS 9.4.

Undersøgelsesspørgsmål 1: Karakteristika ved patienter, der har oplevet klart lægeligt ansvar

I analysen, der ligger til grund for besvarelse af undersøgelsesspørgsmål 1, er PAL-indikatoren dikotomiseret i ”**klart lægeligt ansvar ja/nej**”, hvor ”ja” henviser til en sammenlægning af svar i overstående kategori a eller b, mens ”**nej**” er et udtryk for svar angivet i c eller d.

Den dikotome PAL-indikator indgår som afhængig variabel i analyserne. Oplevelsen af at have haft en læge, der havde ansvar for behandlingen er undersøgt i forhold følgende baggrundsvariable: *Alder* (seks aldersgrupper), *køn*, *kræftsygdom*, *civilstand*, *behandlende region*, *multisygdom under behandling* (ja/nej), *afsluttet fra sygehus på tidspunkt for udfyldelse af spørgeskemaet* (ja/nej/ved ikke), samt *hvor mange sygehuse patienten er behandlet på* (ét/to eller flere)¹.

I den logistiske regressionsanalyse er den beregnede OR-værdi et udtryk for odds for at have oplevet et klart lægeligt ansvar sammenlignet med referencen (angivet med værdien 1), når der justeres for samtlige andre baggrundsvariable (højre kolonner, tabel 1).

Undersøgelsesspørgsmål 2: Associationer mellem lægeligt ansvar og den øvrige patient oplevede kvalitet

I analysen, der ligger til grund for undersøgelsesspørgsmål 2, er PAL-indikatoren tredelt i følgende kategorier²:

- 1) **Klart lægeligt ansvar** (én/flere læger), som omfatter svar angivet i kategori a og b
- 2) **Delvist uklart ansvar**, som omfatter svar angivet i kategori c.
- 3) **Ingen læge har ansvar**, som omfatter svar angivet i kategori d.

Der er udvalgt i alt 11 indikatorer for den patientoplevede kvalitet, som fagligt forventes at have sammenhæng til det at have en patientansvarlig læge, og de indgår som faktorer i forløbet, som den patientansvarlige læge skal bidrage til at optimere.

De 11 udvalgte kvalitetsindikatorer omfatter:

- 1) Oplevet involvering i behandlingsbeslutninger
- 2) Oplevet tvivl om den behandling, der er blevet tilbudt
- 3) Klar plan for behandlingsforløb
- 4) Velinformede læger
- 5) En læge patienten kan gå til ved behov
- 6) Tryghed ved afslutning fra sygehuset
- 7) Overordnet vurdering af behandlingsforløb
- 8) Overordnet vurdering af samarbejde mellem sygehuse/afdelinger
- 9) Oplevede fejl/komplikationer (overordnet)
- 10) Oplevede problemer med medicin (fejl)
- 11) Informationstab under behandling (fejl)

Der er foretaget én logistisk regressionsanalyse for hver af de 11 forskellige indikatorer, hvor de hver især indgår som den afhængige variabel. Alle 11 variable er dikotomiseret i analysen, og OR-værdien henviser til odds for, at

¹ Information om afslutning fra sygehus, multisygdom, behandlingsregion samt antal sygehuse er selvrapporteret af deltagere. Øvrige oplysninger er registerbaseret og enten trukket fra LPR eller CPR-registeret

² Der er foretaget en sensitivitetssensitivitetsanalyse forud for analysen, som viser, at resultaterne ikke adskiller sig i forhold til svar angivet i henholdsvis kategori a og b, mens der over svar i kategori c og d er en klar gradient i forhold til den øvrige vurdering af sundhedsvæsenets indsats.

patientens oplevelse ikke har været optimal. Den tredelte PAL-indikator indgår som den uafhængige variabel i alle analyser, og i analyserne er justeret for de otte førnævnte baggrundsvariable.

Beskrivelse af de afhængige/outcome variable:

Indikator 1: Handler om, hvorvidt patienterne er involveret i overensstemmelse med deres ønske. Variablen har tre kategorier: "involveret for lidt", "involveret i overensstemmelse med ønske" og "involveret for meget". Da det af hensyn til analysen var nødvendigt at dikotomisere variablen, er kategorierne "involveret for meget" og "i overensstemmelse med ønske" sammenlagt til én kategori³.

Indikator 2-8: For disse indikatorer er svarskalaen en ordinal 4-likert-skala, hvor den mest positive kategori er fortolket som en "optimal oplevelse" (f.eks. særdeles god, i høj grad), mens de tre øvrige svarkategorier er sammenlagt til "ikke optimal oplevelse" (f.eks. i mindre grad/slet ikke). For en række af de syv spørgsmål var det muligt for patienterne at svare i kategorien "ved ikke" eller "ikke relevant". Patienter, der for det pågældende spørgsmål har svaret i denne kategori, er ekskluderet fra analysen.

Indikator 9-11: Svarkategorierne har til disse spørgsmål været "ja", "nej" og "ikke relevant". "Ja" er et udtryk for, at kræftpatienten har oplevet en fejl/komplikation, og OR er beregnet for oddsene for at svare "ja", mens kategorierne "nej" og "ikke relevant" er slået sammen til én kategori. Det er for indikator 9-11 valgt at beholde patienter, der har svaret "ikke relevant" i analysen, for ikke at reducere modellen for meget.

I analysen af sammenhængen mellem oplevet lægeligt ansvar og de øvrige kvalitetsparametre skal der tages det forbehold, at Barometerundersøgelsen, der ligger til grund for analysen, er et tværsnitsstudie, og de fundne associationer kan således ikke tolkes som kausale – dvs., at det ikke kan konkluderes om tildeling af en patientansvarlig læge vil forbedre patienternes oplevelse.

³ Sensitivitetsanalysen viste, at der ikke var signifikant forskel mellem patienter, der var involveret for meget og patienter, der var involveret i overensstemmelse med ønske, når man sammenholder med oplevelsen af klart lægeligt ansvar. Derimod adskilte kategorien "involveret for lidt" sig markant fra de øvrige to kategorier i forhold til oplevelsen af lægeligt ansvar.

”I forbindelse med infektion postoperativt efter 2. operation blev jeg overladt meget til forskellige læger i ambulatoriet og dermed nye planer hele tiden. Skulle selv rette henvendelse for at blive tilset trods meget svær infektion.”



”Jeg har ikke været i tvivl under indlæggelser, men da der kom problemer med vandladning mv. var der ingen, der ville tage sig af det.”

3. Resultater og fortolkning

”Har haft flere læger ved samtalerne under kemo. Det har været frustrerende, det har man ikke overskud til. Man veksler mellem afdelinger i behandlingsforløbet, og der går info tabt, og man ved ikke, hvem der har overblikket.”

Den første del af analysen viser, at andelen, der oplever, at der har været et klart lægeligt ansvar i deres behandlingsforløb adskiller sig signifikant i forhold til alder, kræftsygdom, behandlende region, antal sygehuse, hvor patienten har modtaget behandling, og om patienten var afsluttet fra sygehus på tidspunktet for besvarelsen, mens køn, civilstand og multisygdom ikke var signifikant relateret til oplevelsen af et klart lægeligt ansvar (tabel 1).

Det er særligt de ældre (over 60 år), der oplever, at der har været et klart lægeligt ansvar sammenlignet med de 30-50-årige. I forhold til kræftsygdom adskiller patienter med brystkræft, kræft i de kvindelige kønsorganer og patienter med lymfomer/kræft i bloddannende væv sig positivt i forhold til oplevet lægeligt ansvar, hvor den sidste gruppe (lymfomer/kræft i bloddannende væv) er den gruppe patienter, der oftest har oplevet, at der var et klart lægeligt ansvar (tabel 1).

Blandt patienter, der har været behandlet i Region Sjælland og Syddanmark, er der større sandsynlighed for at de har oplevet et klart lægeligt ansvar sammenlignet med de andre regioner, og også patienter, der kun er behandlet på ét sygehus har i højere grad oplevet et klart lægeligt ansvar end personer, der er behandlet på to sygehuse eller flere. Patienter, der havde afsluttet behandling på sygehus på tidspunktet, hvor de besvarede spørgeskemaet (4-7 mdr. efter diagnosen), har i højere grad oplevet, at der var et lægeligt ansvar end de, der ikke var afsluttet (tabel 1). Personer, der ikke er afsluttet fra sygehuset på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet kan muligvis være karakteriseret ved at have længere behandlingsforløb og eventuelt være patienter, der gennemgår flere linjer kemoterapi (f.eks. højere stadie eller øget sygdomsprogression).

Tabel 1: Patientoplevelt lægeligt ansvar opgjort i forhold til baggrundskarakteristika

	Klart lægeligt ansvar (n=4.651)		P-værdi (chi ²)	OR (95 % CI) for klart lægeligt ansvar (n=3.908) *Justeret model	P-værdi		
	Ja (én/ flere læger)	Nej (flere læger/in- gen)					
Alder ved diagnosetidspunkt (%)							
30-39 år	50	50	P<0,0001	0,43 (0,28-0,66)	P<0,001		
40-49 år	51	49		0,40 (0,31-0,53)			
50-59 år	61	39		0,70 (0,57-0,85)			
60-69 år	69	31		1 (ref)			
70-79 år	69	31		1,04 (0,87-1,24)			
80-99 år	71	29		1,13 (0,86-1,47)			
Køn (%)							
Kvinder	65	35	P=0,11	1 (ref)	P=0,42		
Mænd	67	33		0,93 (0,76-1,14)			
Kræftsygdom (%)							
Brystkræft	69	31	P<0,0001	1,56 (1,18-2,08)	P<0,001		
Prostatakræft	61	39		0,86 (0,64-1,15)			
Tyktarmskræft	65	35		1 (ref)			
Kræft i lunge/bronkie	64	36		1,08 (0,79-1,47)			
Modermærkekræft	67	33		1,27 (0,92-1,76)			
Endetarmskræft	68	32		1,17 (0,80-1,68)			
Lymfomer/Kræft i bloddannende væv	80	20		2,73 (1,85-4,02)			
Mave-/tarmkræft i øvrigt	65	35		1,14 (0,82-1,60)			
Urinsvejskræft	70	30		1,16 (0,80-1,70)			
Kræft i kvindelige kønsorganer	73	27		1,64 (1,13-2,39)			
Hoved-/halskræft	60	40		1,08 (0,76-1,53)			
Kræft i øvrigt	50	50		0,85 (0,58-1,24)			
Civilstand (%)							
Gift	67	33		P=0,12		1 (ref)	P=0,34
Enlig	62	38	0,95 (0,74-1,20)				
Fraskilt	65	35	0,93 (0,76-1,14)				
Enke	69	31	0,80 (0,63-1,03)				
Behandlingsregion (%)							
Hovedstaden	63	37	P=0,0003	1 (ref)	P=0,011		
Sjælland	72	28		1,53 (1,17-2,00)			
Syddanmark	69	31		1,31 (1,09-1,57)			
Midtjylland	65	35		1,08 (0,87-1,31)			
Nordjylland	67	33		1,12 (0,88-1,42)			
Flere regioner	59	41		1,05 (0,88-1,42)			
Antal sygehuse (%)							
Et sygehus	67	33	P=0,011	1 (ref)	P=0,0128		
To eller flere	62	38		0,81 (0,68-0,96)			
Afsluttet behandling på Besvarelsestedspunktet (%)							
Ja	69	31	P<0,0001	1 (ref)	P=0,0005		
Nej	62	38		0,75 (0,65-0,87)			
Ved ikke	65	35		0,79 (0,53-1,18)			
Multisygdom under behandling for kræft (%)							
Ja	66	66	0.7462	1 (ref)	P=0,139		
Nej	34	34		0,90 (0,79-1,04)			

*Justeret for køn, alder, kræftsygdom, civilstand, multisygdom, afslutning fra sygehus, behandlingsregion og antal sygehuse

Den anden del af analysen viser, at det at have oplevet et klart lægeligt ansvar er signifikant positivt associeret med samtlige 11 kvalitetsindikatorer, der er omfattet af analysen – også efter at der er justeret for baggrundsvariable, der i første del af analysen viste associationer til det at have oplevet et lægeligt ansvar. Det vil sige, at der ses en klar association mellem det at opleve, at der er et klart lægeligt ansvar, og om man oplever at blive involveret i beslutninger om behandling, om man oplever, at der er sammenhæng i forløbet, om man oplever fejl, og hvordan man overordnet set vurderer sit behandlingsforløb. Der ses også en klar gradient, således at odds for at have haft en ikke-optimal oplevelse stiger, jo mere uklart det lægelige ansvar har været, og de patienter, der har oplevet, at der ikke var noget lægeligt ansvar, har den største risiko for at have haft dårligere oplevelser for de 11 udvalgte indikatorer.

I analysen er der ikke skelnet mellem et klart oplevet lægeligt ansvar fordelt på henholdsvis én og flere læger, da en sensitivitetanalyse viste, at sandsynligheden for at have haft en optimal oplevelse ikke adskilte sig for disse to grupper (klart ansvar fordelt på én eller flere læger). Dette er i sig selv et vigtigt resultat, taget et kræftforløbs kompleksitet i betragtning, hvor der for de fleste kræftsygdomme og patientforløb uundgåeligt vil være et skiftende ansvar mellem læger.

Det at have oplevet et klart lægeligt ansvar øger særligt sandsynligheden for, at man har haft en optimal oplevelse i forhold til den relationelle kontinuitet i lægekontakten (patienten oplever, at de havde en læge, de kunne gå til og oplevede at alle læger var informerede om deres sygdom/behandling, når de mødte til en samtale eller behandling), hvilket af patienterne opfattes som vigtige parametre i et behandlingsforløb og for patienternes oplevede trykthed [7, 8].

Tabel 2: Associationer mellem patientoplevelt lægeligt ansvar og øvrige oplevelser i sundhedsvæsenet

Lægeligt ansvar (n=4.651)		Overordnet fordeling (%)				
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		66				
Delvist uklart ansvar		23				
Ingen læge har ansvar		11				
				Chi2-test	OR (95 % CI) for ikke optimal Oplevelse <i>^aJusteret model</i>	P-værdi
Patientinvolvering						
Har været i tvivl om de en behandling de blev tilbudt var den rigtige (n=4.524)		Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		85	15	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		70	30		2,38 (2,01-2,83)	
Ingen læge har ansvar		58	42		3,92 (3,15-4,87)	
Involvering i beslutninger om behandling (n=4.048)		I overensstemmelse med/mere end ønsket (%)	Mindre end ønsket (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		90	10	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		79	21		2,26 (1,83-2,79)	
Ingen læge har ansvar		74	26		3,16 (2,44-4,10)	
Sammenhæng						
Klar plan for samlede behandlingsforløb (n=4.613)		Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		89	11	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		72	28		2,86 (2,39-3,43)	
Ingen læge har ansvar		61	39		4,63 (3,70-5,78)	
Læger på sygehus var godt informerede om dig/din behandling, når du mødte til samtale/behandling (n=4.359)		Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		78	22	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		42	58		4,65 (3,97-5,44)	
Ingen læge har ansvar		33	67		6,46 (5,17-8,07)	
Har mindst én læge på sygehus, de kan gå til, ved behov (n=3.807)		Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		70	30	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		23	77		7,91 (6,6-9,5)	
Ingen læge har ansvar		12	88		16,03 (11,7-22,0)	
^bTryghed ved afslutning fra sygehus (n=2.511)		Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)		73	27	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar		48	52		2,78 (2,26-3,43)	
Ingen læge har ansvar		43	57		3,14 (2,36-4,17)	

^aAnalyserne er justeret for køn, alder, kræftsygdom, civilstand, multisygdom, afslutning fra sygehus, behandlingsregion og antal sygehuse

^bKun opgjort for de patienter, der på tidspunktet for besvarelse af spørgeskemaet havde afsluttet behandling (ca. 60 %)

Tabel 2: Fortsat

Fejl/komplikationer			Chi2-test	OR (95 % CI) for ikke optimal Oplevelse <i>^aJusteret model</i>	p-værdi
Har oplevet fejl/komplikationer (n=4.043)					
	Nej (%)	Ja (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)	72	28	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar	57	43		1,88 (1,60-2,21)	
Ingen læge har ansvar	53	47		2,18 (1,75-2,70)	
Har oplevet problemer med medicin (n=4.336)					
	Nej/ikke Relevant (%)	Ja (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)	95	5	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar	90	10		2,06 (1,54-2,75)	
Ingen læge har ansvar	89	11		2,14 (1,48-3,09)	
Har oplevet at vigtig information mang- lede om deres sygdom eller behandling (n=3.318)					
	Nej/ikke Relevant (%)	Ja (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)	96	4	P<0,0001	1	P<0,0001
Delvist uklart ansvar	86	14		3,30 (2,54-4,28)	
Ingen læge har ansvar	83	17		3,79 (2,77-5,20)	
Overordnet vurdering					
Samlede behandlingsforløb (n=4.465)					
	Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)	76	24	P<0,0001	1 (ref)	P<0,0001
Delvist uklart ansvar	47	53		3,49 (2,99-4,07)	
Ingen læge har ansvar	36	64		5,34 (4,30-6,63)	
Samarbejde mellem sygehuse/afdelinger (n=3.711)					
	Optimal (%)	Ikke optimal (%)			
Klart lægeligt ansvar (én/flere læger)	67	33	P<0,0001	1 (ref)	P<0,0001
Delvist uklart ansvar	41	59		2,77 (2,35-3,26)	
Ingen læge har ansvar	31	69		4,11 (3,24-5,22)	

^aAnalyserne er justeret for køn, alder, kræftsygdom, civilstand, multisygdom, afslutning fra sygehus, behandlingsregion og antal sygehuse

Referencer

- [1] Kræftens Bekæmpelse, "Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017", Kræftens Bekæmpelse 2017
- [2] A. C. S. Heerdegen, G. S. Petersen, and S. S. Jervelund, "Determinants of Patient Satisfaction With Cancer Care Delivered by the Danish Healthcare System", *Cancer*, vol. 123(15), pp. 2918-2926, 2017
- [3] Kræftens Bekæmpelse, "Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2011", Kræftens Bekæmpelse, København 2011
- [4] Kræftens Bekæmpelse, "Kræfttramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet: Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013", Kræftens Bekæmpelse, København 2013
- [5] Danske regioner, "Hvidbog for den patientansvarlige læge", marts 2017
- [6] Regeringen, "Patienternes kræftplan. Kræftplan IV", 2016
- [7] E. Sonnenschein, J. Vinther, and A. Hansen, "Patientansvarlig læge på sygehus. En undersøgelse af kræftpatienters og lægers oplevelser", Kræftens Bekæmpelse, København 2017
- [8] H. M. Martin, "Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København, Dansk Sundhedsinstitut", 2010

