

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Skønt de danske tal ikke syner af meget sammenlignet med den globale hiv-epidemi, er det bekymrende, at der fortsat registreres knap 300 nye hiv-smittede i Danmark pr. år. Særligt det stigende antal påvist smittede MSM er en udfordring for det forebyggende arbejde, men også rådgivningen af de mange smittede – og specielt de smittede indvandrere – er en vigtig opgave.

Korrespondance: Susan A. Cowan, Epidemiologisk Afdeling, Statens Serum Institut, DK-2300 København S. E-mail: sco@ssi.dk

Antaget: 25. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak til statistiker Jan Wohlfahrt, Afdeling for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut, for statistisk bearbejdning af data

Litteratur

- Smith E. Status over HIV/AIDS-situationen i Danmark ved udgangen af 1995. Ugeskr Læger 1997;159:585-90.
- Rosenberg PS, Gail MH, Carroll RJ. Estimating HIV prevalence and projecting AIDS incidence in the United States: a model that accounts for therapy and changes in the surveillance definition of AIDS. Stat Med 1992;11:1633-55.
- Sell RL, Wells JA, Wypij D. The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples. Arch Sex Behav 1995;24:235-48.
- Hammers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? Lancet 2004;364:83-94.
- Vernazza PL, Eron JJ, Fiscus SA et al. Sexual transmission of HIV: infectiousness and prevention. AIDS 1999;13:155-66.
- Fang CT, Hsu HM, Twu SJ et al. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. J Infect Dis 2004;190:879-85.
- Law MG, Prestage G, Grulich A et al. Modelling the effect of combination antiretroviral treatments on HIV incidence. AIDS 2001;15:1287-94.
- Fouchard JR, Smith E, Haff J et al. Ændringer i danske homo/biseksuelle mænds seksualvaner som reaktion på HIV/AIDS-epidemien. Ugeskr Læger 1993;155:2623-7.
- High-risk sexual behavior by HIV-positive men who have sex with men – 16 sites, United States, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:891-4.
- Renewing the focus, HIV and other Sexually transmitted Infections in the United Kingdom in 2002. London: Health Protection Agency, 2003.
- Halgreen T, Kristensen JG. Sexlivsundersøgelsen 2000. København: STOP AIDS og Statens Seruminstitut, Epidemiologisk afdeling, 2001.
- Olesen G, STOP AIDS. Sexlivsundersøgelsen 2003 – Smutteren, der bekræfter normen. København: STOP AIDS og Statens Serum Institut, Epidemiologisk afdeling, 2003.
- Axelsen N, Mazick A, Cowan S. Syfilis 2004. EPI-NYT 2005, nr. 16.
- Germer U, Hoffmann S, Mazick A et al. Gonorré 2004. EPI-NYT 2005, nr. 6.
- Halkitis PN, Parsons JT, Wilton L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. Arch Sex Behav 2003;32:351-7.
- Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. JAMA 2004;292:224-36.
- Stephenson JM, Imrie J, Davis MM et al. Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? Sex Transm Infect 2003;79:7-10.
- Glass TR, Young J, Vernazza PL et al. Is unsafe sexual behaviour increasing among HIV-infected individuals? AIDS 2004;18:1707-14.
- Pilcher CD, Tien HC, Eron JJ et al. Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. J Infect Dis 2004;189:1785-92.
- Sepstrup P, red. Tilrettelæggelse af information. 2. udgave. Århus: Systime, 2003.

Patientoplevelser – indikatorer for behandlingskvaliteten i brystkræftkirurgien

Overlæge Niels Bentzon,
oversygeplejerske Connie Engelund Erichsen,
overlæge Christen Kirk Axelsson & afdelingsleder Morten Freil

Amtssygehuset i Herlev, Brystkirurgisk Afdeling F, og
Københavns Amt, Enheden for Brugerundersøgelser

Resume

Introduktion: I forbindelse med centralisering af brystkræftkirurgien i Københavns Amt opstillede man fra Brystkirurgisk Afdeling en række kvalitetsparametre for Det gode patientforløb. Formålet med herværende undersøgelse var at kortlægge patienternes oplevelse af forløbet gennem en spørgeskemaundersøgelse. Således ønskede vi at måle dels patienternes vurdering af vigtigheden af de opstillede parametre og dels graden af tilfredshed med forløbet på afdelingen. Det var hensigten derved at identificere problemområder og dermed muligheder for fremtidige justeringer.

Materiale og metoder: To spørgeskemaer med 43 spørgsmål blev udsendt til 400 nyopererede brystkræftpatienter. Det blev besvaret af 269 patienter og udgjorde dermed undersøgelsesmaterialet.

Resultater: Undersøgelsen afdækkede, hvilke områder brystkræftpatienter prioriterer højest, og den har klarlagt, hvilke facetter af behandlingsforløbet denne patientgruppe lægger mest vægt på. Resultatet viste en høj grad af tilfredshed med det samlede forløb og med afdelingens kerneydelse. Samtidig kunne vi i analyserne identificere indsatsområder for fremtidige forbedringer.

Konklusion: Trods en malign diagnose og et komprimeret patientforløb opleves dette forløb generelt positivt af flertallet af patienterne, når det er forankret i vel indarbejdede kvalitetsmål.

Brystkirurgisk Afdeling F blev oprettet i 2000, idet kirurgisk behandling af mamasygdomme i Københavns Amt blev samlet på Amtssygehuset i Herlev. Baggrunden herfor var et ønske om at præstere behandlingsresultater på internationalt niveau, at opfylde Sundhedsstyrelsens krav om mindst 50 canceroperationer årlig pr. kirurg og et ønske fra patientorganisationer om centraliseret og optimeret patientbehandling.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Sygeplejestandard for protesesamtale.

Struktur (ressurser)	Proces (handling)	Resultat (udbytte)
Standard for protesesamtale	Definition: En målrettet samtale efter operationen, hvor kvinden får mulighed for at se proteser og delproteser og mulighed for at drøfte sin ændrede livssituation	Mål: At patienten får viden, indsigt og handlemuligheder samt svar på aktuelle spørgsmål
Anskaffelse og rettigheder ifølge § 97 i serviceloven. Socialrådgivermappe vedr. social- og sundhedsforvaltninger i amtet	Udfylder og underskriver ansøgning til kommunen og udlevere forhandlerliste	Opnår viden om protesens udseende og anskaffelse
Midlertidig protese + bh	Der afprøves og udleveres en bh, som tilpasses med fobvat og rispose	Får mulighed for at fremtræde uden synlige tegn på at være brystopereret
<i>Body image</i>		
– Ændret kropsoptagelse/se cikatricen	Spørger uddybende, lytter aktivt og trøster patienten i reaktionerne på den ændrede krop. Støtter patienten i at flytte fokus fra det opererede bryst	Patienten får mulighed for at drøfte de for hende væsentlige problemer og se cikatricen
– Betydning for samliv og partners reaktion	Spørger uddybende, lytter aktivt og tilbyder en ekstra samtale sammen med partneren	Patienten får forståelse for ægtefællens reaktion Ægtefællen får mulighed for at se operationsarret og får svar på spørgsmål
Personlig hygiejne	Underviser i personlig hygiejne og besvarer spørgsmål	Patienten opnår viden om hud- og arpleje
– Bad		
– Deodorant		
– Creme		
– Arpleje + massage		

Afdelingens optageområde dækker 650.000 indbyggere. Årligt henvises der 1.500 patienter; der foretages 8.200 ambulatorieundersøgelser, nydiagnosticeres 550 mammacancere og foretages 890 operationer med en gennemsnitlig indlæggelsestid på to døgn.

Afdelingens strukturelle grundlag er baseret på en organisation benævnt »Det gode patientforløb«, som karakteriseres ved: 1) diagnostik, behandlings- og plejetilbud af høj professionel standard, 2) udrednings- og behandlingsforløb planlagt effektivt i samarbejde med patienten, og 3) god koordination mellem afdelingen, samarbejdende afdelinger, egen læge og hjemmeplejen. Formålet er, at patienten oplever at føle sig tryk og vel modtaget, at der etableres hurtig og tillidsfuld kontakt med afdelingen, og at medarbejderne er fagligt og personligt kompetente.

Funktionsmålene omfatter ledelsesmæssige mål, organisatoriske mål, personalerelaterede mål samt udviklings- og forskningsrelaterede mål, hver især med uddybende underpunkter. For at kunne leve op til disse kræves det f.eks., at medarbejderne er engagerede, venlige, kompetente, selvstændige og professionelle. Sygeplejerskerne har igennem intensiv undervisning opnået kompetence i kriseintervention. Alle skal kunne arbejde struktureret og beherske skift mellem ambulatorium, sengeafsnit og operationsgang, idet alle sygeplejersker også er oplært som operationssygeplejersker. Afdelingen har ikke social og sundheds-assistenters eller sygehjælpere. Al faglighed inkl. lægefaglige instrukser og sygeplejefaglige standarder er opbygget på dette grundlag og over en skemaskabelon med struktur, proces og resultat; et eksempel ses i **Tabel 1**.

Kontaktlæge/kontaktssygeplejerskeprincippet anvendes, og målsætningen er opfyldelse i mindst 75% af kontakterne. Alle sygeplejersker har en 32-timers-arbejdsuge og indgår i et rulleskema med to ugers operationsgangsarbejde i et niugers rul. Hermed opnås der dels en høj grad af arbejdsmæssig kontinuitet og kollegial forståelse mellem de forskellige funktioner, dels en pause fra den krævende rolle som kontaktperson i brystkræftpatienternes korte, intensive forløb.

Det typiske patientforløb omfatter henvisning fra patientens egen læge til ambulant udredning i det integrerede diagnostiske system, hvilket indebærer tripelanalyse med klinisk undersøgelse foretaget af en kirurg, billeddiagnostik og biopsi. Stilles diagnosen brystkræft, planlægges der operation, og ugen efter gennemgås mikroskopisvaret med patienten, og der foretages evt. viderevisitation til Onkologisk Afdeling. Forløbet følger de landsdækkende retningslinjer fra Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG), som siden 1977 har opstillet retningslinjer for behandling og ført landsdækkende registrering af brystkræftkirurgien i Danmark [1].

Det er veldokumenteret, at sundhedspersonale ofte er dårligt til at give en præcis vurdering af behandlingskvaliteten set med patienternes øjne [2-4]. Det blev derfor ved afdelingens start besluttet at kontrollere opfyldelsen af de patientrelaterede mål ved en patienttilfredshedsundersøgelse. Vi fandt det af interesse efterfølgende at sammenholde dette med patienternes oplevelse desangående. Undersøgelsens formål er at præsentere disse to delundersøgelser, hvis resultat har dannet grundlag for at afdække indsatsområder og givet mulighed for fremtidige kvalitetsudviklingsprojekter.

Materiale og metoder

Der blev i samarbejde mellem Brystkirurgisk Afdeling og Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt gennemført en spørgeskemaundersøgelse omfattende 400 patienter, der var opereret for brystkræft. To uger postoperativt modtog alle patienter, der var blevet udskrevet i perioden fra den 1. juni til den 31. december 2002 et anonymiseret spørgeskema med henblik på vurderinger og prioriteringer vedr. ventetider, forløbstilrettelæggelse, information, behandling, sygepleje og medindflydelse. En påmindelse blev fremsendt efter to uger. Skemaet bestod af to sæt med 21 respektive 22 spørgsmål, hver med mulighed for svar på en firepunktsskala. Det ene sæt vedrørte patienternes prioritering ud fra teoretiske spørgsmål, mens man i det andet efterspurgte konkrete vurderinger af spørgsmål, der var relateret til indlæggelsen. Der er ikke foretaget bortfaldsanalyse. Der har ikke været af dækket etiske problemstillinger i projektet.

Firepunktssvarkalaer dækkede respondenternes oplevelser og prioriteringer fra henholdsvis det mest positive til det mest negative svar («virkelig godt», «godt», «dårligt» og «virkelig dårligt») og tilsvarende fra det mest vigtige til det mindst vigtige svar («meget vigtigt» til «slet ikke vigtigt»). Da patienterne i overvejende grad tenderede mod at anvende den positive del af svarkalaen, blev det i analyserne valgt at dikotomisere svarene, så svarkategorien «virkelig godt» er det eneste positive svar, og de øvrige er negative, dvs. at svaret «godt» blev rubriceret til den negative side. Tilsvarende vedrørende patienternes prioriteringer, hvor kun svaret «meget vigtigt» medførte, at det pågældende emne blev klassificeret som vigtigt. Dette er en anerkendt metode, som er anvendt i tilsvarende inden- og udenlandske undersøgelser af patientoplevelser og -prioriteringer [3, 5]. Resultaterne er anført med 95% konfidensinterval (KI). Der er analyseret for forskelle i patientvurderinger i relation til alder ved at sammenholde besvarelser fra patienter < 60 år med besvarelser fra patienter ≥ 60 år. Spørgsmålenes relevans og forståelighed er testet ved patientinterview forud for undersøgelsen ligesom gældende viden om, hvad patienterne lægger vægt på, hvilket er beskrevet uddybende andetsteds [5], og samme spørgsmål indgår i både store amtslige og nationale undersøgelser [5, 6].

Resultater

Svarprocenten var relativt høj, 269/400 = 67,3%. Patienternes generelle prioriteringer fremgår af **Tabel 2**, hvor det bl.a. ses, at de tillægger et højt professionelt niveau størst betydning, ligesom tillid til sygepleje og behandling generelt er højt prioriteret. Lavest prioriterer patienterne muligheden for medindflydelse og de lokalemæssige forhold (= mulighed for privatliv).

Patienternes konkrete vurderinger af afdelingen fremgår af **Tabel 3**. På hovedparten af spørgsmålene var 80-90% af svarene positive. Patienterne udtrykte især positive vurderinger af kerneydelsen udtrykt ved tillid til sygeplejen (96,7% posi-

tive) og til den lægelige behandling (89,5% positive). Endvidere var holdningerne positive til den givne information, samarbejdet mellem afdelingens personale og det faglige niveau. Mindre grad af tilfredshed noteredes inden for områderne, som vedrørte ventetider og tværgående klinisk samarbejde. Der blev ikke fundet forskelle i de to alderskategorier (data ikke vist).

Diskussion

Det er bemærkelsesværdigt, at selv blandt patienter, som gav en generel score på højeste niveau for hospitalsforløbet, udpegede halvdelen problemområder i underpunkter [7]. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at detaljerede og specifikke spørgsmål medfører den mest brugbare og alsidige information.

Enheden for Brugerundersøgelser har forestået tre landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser, LPU 2000, LPU 2002 [6] og LPU 2004 [5], hvor 32.000 patienter fra landets 62 sygehuse deltog. I disse var svarprocenten under 60, hvor vi havde en noget højere, nemlig 67. Ligesom i udenlandske studier [7] fandt man, at kerneydelsen både vægtes som vigtig og tildeles høje vurderinger af patienterne. Desuden blev et velkoordineret og sammenhængende forløb prioriteret højt [5, 8]. Vi har ikke specifikt spurgt til patienternes oplevelse af kontinuitet i patient-personale-kontakten, men tolker dette som et delelement i patienternes store tilfredshed (80-90% positive svar) med behandlingen, plejen og det samlede forløb. Næst efter selve kerneydelsen viser resultaterne af mange studier, at god kommunikation og information vægtes højest [5, 8-10].

Ved afdelingens start blev der defineret nogle kvalitetsindikatorer, herunder opfyldelse af kontaktlæge/kontaktssygeplejerskeprincippet i mindst 75% af forløbene. Prospektiv registrering af 355 patientforløb viste fuld lægelig kontinuitet i 21%, delvis (maks. to læger) i 53%, og ingen kontinuitet i den sidste fjerdedel. I sygeplejegruppen blev princippet opfyldt hos skønmæssigt halvdelen (ikke systematisk opgjort). Registreringsperioden var en ferieperiode med deraf afledte afbræk i forløbene. Vi skønner, at det vil være vanskeligt at opnå en endnu højere grad af patient-behandler-kontinuitet på grund af vagter og prioritering af hurtigst mulig operation. Kontinuitet indgår som en delparameter i at arbejde på at optimere forløbet, hvilket 83,6% vurderede som «meget vigtigt» (Tabel 2).

Tidligere undersøgelser har vist, at tilfredshedsscoren vedrørende personalets interesse og respekt for patienterne generelt er høj [7, 11], hvilket bekræftes i vor undersøgelse, idet 80% anførte interesse som en meget vigtig parameter, og 85,7% afgav positivt respons på afdelingens formåen desangående.

Ønsket om medinddragelse af patient/pårørende er individuelt og varierende, afhængigt af bl.a. alder, socialklasse og kulturel tradition [9, 12-15]. Vi fandt, at kun godt halvdelen af patienterne tildelte denne parameter vægt, hvilket kan være

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Patienternes prioriteringer i spørgeskemaundersøgelsen (sorteret faldende efter andel mest positive svar). Antal besvarelser og 95% konfidensintervaller.

Spørgsmål	n	Meget vigtigt (%)	95% KI	
			nedre	øvre
Hvor vigtigt er det for Dem, at det lægelige behandlingsniveau er godt (højt professionelt niveau)?	262	92,0	88,7	95,3
Hvor vigtigt er det for Dem at have tillid til behandlingen?	262	92,0	88,7	95,3
Hvor vigtigt er det for Dem, at sygeplejen er god (højt professionelt niveau)?	260	88,1	84,1	92,0
Hvor vigtigt er det for Dem at have tillid til sygeplejen?	260	86,9	82,8	91,0
Hvor vigtigt er det for Dem, at lægerne informerer godt?	264	84,5	80,1	88,8
Hvor vigtigt er det for Dem, at afdelingen arbejder målrettet på at gøre Deres sygdomsforløb bedst muligt?	262	83,6	79,1	88,1
Hvor vigtigt er det for Dem, at budskaberne stemmer overens?	261	82,0	77,3	86,7
Hvor vigtigt er det for Dem, at det samlede forløb på afdelingen er godt?	259	81,5	76,7	86,2
Hvor vigtigt er det for Dem, at faggrupperne og de enkelte fagpersoner arbejder godt sammen?	259	81,1	76,3	85,9
Hvor vigtigt er det for Dem, at sygeplejerskerne informerer godt?	263	80,6	75,8	85,4
Hvor vigtigt er det for Dem at opleve, at lægerne viser interesse for Deres sygdom?	263	79,8	75,0	84,7
Hvor vigtigt er det for Dem at opleve, at sygeplejerskerne viser interesse for Deres sygdom?	258	77,9	72,8	83,0
Hvor vigtigt er det for Dem at få hurtig besked om mødetid?	259	76,1	70,9	81,3
Hvor vigtigt er det for Dem, at undersøgelserne på henholdsvis Røntgenafdelingen og Brystkirurgisk Afdeling er godt tilrettelagt i forhold til hinanden?	253	72,3	66,8	77,9
Hvor vigtigt er det for Dem, at mængden af information er passende?	259	66,4	60,6	72,2
Hvor vigtigt er det for Dem, at Deres pårørende bliver støttet af afdelingen?	247	59,9	53,8	66,0
Hvor vigtigt er det for Dem, at fysioterapeutens skriftlige information er god?	195	57,4	50,5	64,4
Hvor vigtigt er det for Dem at have medindflydelse i forbindelse med behandlingen?	253	56,1	50,0	62,3
Hvor vigtigt er det for Dem, at fysioterapeuterne informerer godt?	204	55,9	49,1	62,7
Hvor vigtigt er det for Dem at have medindflydelse i forbindelse med plejen?	250	52,8	46,6	59,0
Hvor vigtigt er det for Dem at have mulighed for privatliv under indlæggelsen?	236	40,3	34,0	46,5

KI: Konfidensinterval.

udtryk for, at behandlingen i stor udstrækning er standardiseret (igennem DBCG), hvorved mulighederne for frie valg er reduceret. Patienterne vil dog ofte kunne vælge enten lumpektomi eller mastektomi, hvor der igen kan være valgmulighed mellem med/uden samtidig rekonstruktion af det fjernede bryst. Patienter, som ønsker at spille en mere aktiv rolle i beslutninger om behandling, har desuden større informationsbehov [16]. Generelt er stort informationskrav mere markant blandt yngre, så det er bemærkelsesværdigt, at vi ikke kunne genfinde en sådan aldersrelation vedrørende ønske om medinddragelse i beslutninger og generel tilfredshed. I den danske, landsdækkende undersøgelse af brystkræftpatienters vurderinger var der samme grad af tilfredshed uanset alder, men kvinder fra store afdelinger havde en mere positiv oplevelse af den information, der blev givet, end kvinder fra de mellemstore afdelinger havde [17]. Blandt svenske brystkræftpatienter ønskede 87% at samarbejde om beslutninger vedrørende behandling, og 20% ønskede at have været mere aktive, mens 8% ville have ønsket at være mere passive [18].

De indsatsområder, som patienterne tydeligt udpegede, var:

1. Ventetider, som 76% anførte var en vigtig parameter. Selv om afdelingen overholder den p.t. gældende ventetidsgaranti på maks. to uger fra henvisning er modtaget til første ambulatoriebesøg, udtrykker 33% af patienterne manglende tilfredshed, hvilket vi betragter som et relativt stort antal.
2. Samarbejdet med andre sygehusafdelinger, hvilket afspejles i et lavt antal positive svar vedrørende samarbejdet med Billeddiagnostisk Afdeling, hvor mammabilleddiagnostik ikke foregår i et integreret diagnostisk system under samme tag, men på tre store amtssygehuse, hvilket er en konsekvens af en amtsrådsbeslutning.
3. Trods anerkendelse af det høje sygeplejefaglige niveau er 61% positive svar med hensyn til sygeplejeindsatsen som helhed udtryk for, at der kan foretages forbedringer. Baggrunden kunne være, at hvert patientforløb håndteres af flere sygeplejersker på grund af 32-timers-arbejdsugen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Patienternes vurderinger i spørgeskemaundersøgelsen (sorteret faldende). Antal besvarelser og 95% konfidensintervaller.

Spørgsmål	n	Procent positive ^a	95% KI	
			nedre	øvre
I hvilken grad havde De tillid til sygeplejen?	243	96,7	94,5	99,0
Hvad er Deres samlede indtryk af forløbet på afdelingen?	201	93,0	89,5	96,6
Hvordan vurderer De mængden af information ved den ambulante konsultation, hvor De fik Deres diagnose?	265	92,1	88,8	95,3
I hvilken grad har De oplevet, at man på afdelingen har gjort det bedst mulige for Deres sygdomsforløb?	262	91,2	87,8	94,6
I hvilken grad havde De tillid til den lægelige behandling?	267	89,5	85,8	93,2
I hvilken grad oplevede De interesse for Dem og Deres sygdom i sygeplejen?	265	85,7	81,4	89,9
Hvordan vurderer De informationen givet af lægerne?	207	84,1	79,1	89,0
Hvordan oplevede De, at personalet på Brystkirurgisk Afdeling arbejdede sammen om Deres forløb?	207	83,1	78,0	88,2
I hvilken grad oplevede De interesse for Dem og Deres sygdom i den lægelige behandling?	266	82,3	77,7	86,9
I hvilken grad blev Deres pårørende medinddraget i Deres sygdomsforløb?	181	76,8	70,6	82,9
Hvordan oplevede De ventetiden fra De blev henvist, til De fik brev om mødetid?	254	66,9	61,1	72,7
Hvordan vurderer De, at De blev informeret af sygeplejerskerne?	267	66,7	61,0	72,3
Hvordan oplevede De sygeplejen?	265	61,1	55,3	67,0
I hvilken grad har Deres pårørende oplevet støtte fra afdelingen?	167	61,1	53,7	68,5
Hvordan oplevede De den lægelige behandling?	266	59,4	53,5	65,3
I hvilken grad oplevede De, at De havde indflydelse i forbindelse med sygeplejen?	229	56,8	50,4	63,2
I hvilken grad oplevede De, at de informationer, De fik fra forskelligt personale, stemte overens?	264	50,4	44,3	56,4
I hvilken grad oplevede De, at De havde indflydelse i forbindelse med den lægelige behandling?	227	49,3	42,8	55,8
Hvordan oplevede De, at samarbejdet om undersøgelserne mellem Røntgenafdelingen og Kirurgisk Afdeling var tilrettelagt?	240	42,1	35,8	48,3
Hvordan oplevede De den skriftlige information fra fysioterapeuten?	117	31,6	23,2	40,0
Hvordan oplevede De, at De blev informeret af fysioterapeuten?	116	31,0	22,6	39,5
Hvordan var Deres mulighed for at være privat med Deres pårørende under indlæggelsen?	219	29,7	23,6	35,7

KI: Konfidensinterval.

a) Dvs. procent virkelig godt tilfredse.

4. Patienternes medindflydelse (som indskrænkes af bl.a. DBCG's veldefinerede retningslinjer for behandling).
5. De begrænsede fysiske rammer, hvilket af patienterne udtrykkes som begrænsede muligheder for privatliv, hvilket kun 30% syntes var tilfredsstillende tilgodeset.
6. Oplevelse af mangelfuld information fra fysioterapeuternes side.
7. Kun 50% overensstemmelse mellem information givet på forskellige afdelinger, hvilket understreger behovet for bedre uddannelse af hele det integrerede brystteams personale.

I andre undersøgelser har man fundet størst forbedringspotentiale inden for området læge-patient-kontakt, hvor kun halvdelen oplevede en form for kontinuitet med en eller to kontaktlæger [6]. På Afdeling F oplevede 80% (72-87) af patienterne, at en eller to læger havde særligt ansvar for behandlingsforløbet. For sygeplejersker gjaldt det 83% (75-89) [5]. Der

er således forskel på patienternes oplevelse af kontinuitet i forløbet, deres oplevelse af at være velinformeret, deres oplevelse af at forløbet er veltilrettelagt (tryghed) og afdelingens registrering heraf, idet patienterne oplevede en højere grad af kontinuitet, end tilfældet egentlig var. Dette afspejler formentlig, at patienterne føler sig trygge på en lille og overskuelig afdeling. Kvaliteten af lægers og sygeplejerskers information er et velbeskrevet problemområde [19, 20], og da 84% af de adspurgte i vor undersøgelse udtrykte tilfredshed med informationen, er der næppe her muligheder for målelige forbedringer.

Konklusion

Patientforløbet på en afdeling kan trods korte liggetider, en malign diagnose og en patient i chokfase opleves positivt af patienten, når man på afdelingen lever op til veldefinerede mål. Undersøgelser af patientoplevelser, som sættes i relation til afdelingers kvalitetsmål, må forventes at kunne bidrage til

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

kvalitetsudviklingen ved at udpege indsatsområder. Vi kan på grundlag af herværende undersøgelse iværksætte initiativer, som forbedrer den faglige indsats, og som kan danne baggrund for fremtidige undersøgelser af patientprioriteringer og -vurderinger.

Korrespondance: *Niels Bentzon*, Afdeling F 118, Amtssygehuset i Herlev, DK-2730 Herlev. E-mail: niben@herlevhosp.kbhamt.dk

Antaget: 20. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Andersen KW, Mouridsen HT. Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). A description of the register of the nation-wide programme for primary breast cancer. *Acta Oncol* 1988;27:627-47.
- Idvall E, Hamrin E, Sjöström B et al. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 2002;11:327-34.
- Jung HP, Wensing M, Olesen F et al. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:315-9.
- Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsburg AD et al. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer* 1988;58:355-8.
- Patients vurdering af Sygehusafdelinger i Københavns Amt. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2004.
- Patients vurdering af landets sygehuse. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2002.
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 2002;14:353-8.
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S et al. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:335-9.
- Rankin N, Newell S, Sanson-Fisher R et al. Consumer participation in the development of psychosocial clinical practice guidelines: opinions of women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2000;9:97-104.
- Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-6.
- Ishøy T, Bonnevie B, Quist P et al. Patientinformationsundersøgelse. København: Den Gode medicinske Afdeling, 2003.
- Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-8.
- Butow PN, Maclean M, Dunn SM et al. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-63.
- Galloway S, Graydon J, Harrison D et al. Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. *J Adv Nurs* 1997;25:1175-83.
- Luker KA, Beaver K, Leinster SJ et al. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *J Adv Nurs* 1995;22:134-41.
- Hack TF, Degner LF, Dyck DG. Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. *Soc Sci Med* 1994;39:279-89.
- Mikkelsen GJ. Patientvurderinger af behandlingsforløb ved brystlidelser. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- Wallberg B, Michelson H, Nystedt M et al. Information needs and preferences for participation in treatment decisions among Swedish breast cancer patients. *Acta Oncol* 2000;39:467-76.
- Wiggers JH, Donovan KO, Redman S et al. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer* 1990;66:610-6.
- Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999;35:2058-65.

Dødeligheden af brystkræft i København efter indførelse af mammografiscreening – sekundærpublikation

Statistiker Anne Helene Olsen, statistiker Sisse H. Njør, overlæge Ilse Vejborg, overlæge Walter Schwartz, professor Peter Dalgaard, statistiker Maj-Britt Jensen, afdelingslæge Ulla Brix Tange, professor Mogens Blichert-Toft, overlæge Fritz Rank, professor Henning Mouridsen & professor Elsebeth Lynge

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Resume

Resultaterne af de fleste studier af lodtrækningsforsøg peger på, at mammografiscreening fører til en reduktion i brystkræftdødeligheden for visse aldersgrupper. Formålet med dette studie var at vurdere effekten på dødeligheden af brystkræft i de første ti år af mammografiscreeningsprogrammet i København. Vi sammenlignede brystkræftdødeligheden i København i screeningsperioden med en historisk, en national og en historisk national kontrol-

gruppe. Dødeligheden af brystkræft i screeningsperioden var reduceret med 25% i forhold til det forventede niveau uden screening.

Organiseret populationsbaseret mammografiscreening blev indført i København i 1991. Siden da er validiteten af resultaterne af lodtrækningsforsøgene blevet intensivt debatteret [1]. Mammografiscreening blev kun indført i Københavns og Frederiksberg Kommuner samt i Fyns Amt, så de resterende amter udgjorde en naturlig kontrolgruppe i hele opfølgingsperioden. Gråzonescreening har endvidere været begrænset [2]. Vi udnyttede dette »naturlige eksperiment« til ved hjælp af de landsdækkende populations- og sundhedsregistre at udvikle en metode til vurdering af effekten af mammografiscreening på dødeligheden af brystkræft [3]. Vi præsenterer her resultaterne af de første ti års screening i København.