

Et koncept til måling
af patienttilfredshed på
sygehusafdelingsniveau



Et koncept til måling
af patienttilfredshed på
sygehusafdelingsniveau

Konceptet er udviklet af

Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland
Oluf Palmes Alle 15
8200 Aarhus N

Kontaktpersoner og E-mail

Simone Witzel: simone.witzel@stab.rm.dk
Marit Jensen: marit.jensen@stab.rm.dk
Pernille Bjørnholt: pernille.bjornholt@stab.rm.dk
Marianne Frimer: marianne.frimer@stab.rm.dk

Hæftet kan bestilles ved henvendelse til

Center for Kvalitetsudvikling
Tlf.: 8728 4911
Bestillingsnr.: 5

Tryk: Grafisk Service, Region Midtjylland

Indhold

Baggrund og formål.....	5
Metoden.....	7
Afdelingens opgaver i undersøgelsen	9
Hvilke patienter skal udtrækkes?.....	11
Hvad indeholder rapporterne?	13
Hvordan følges op?.....	15
Bilag 1. Følgebrev og skemaer.....	17
Bilag 2. Returskemaer til Center for Kvalitetsudvikling	29
Bilag 3. U hensigtsmæssige udsendelser	39
Bilag 4. Artikel:	43

Baggrund og formål

Formål

Konceptets formål er:

- systematisk at kunne følge patienttilfredshedens udvikling over tid på afsnits-, afdelings-, sygehus- og regionalt niveau
- at give den enkelte sygehusafdeling et redskab, så afdelingen selv kan arbejde med løbende at forbedre patienttilfredsheden
- at give den enkelte afdeling en mulighed for at sammenligne sig med andre afdelinger på udvalgte områder

Baggrund

Brugerundersøgelser kan bruges som dokumentation for patienternes oplevelser, og til at indgå i afdelingernes arbejde med løbende at forbedre kvaliteten i patientbehandlingen.

Høj patienttilfredshed indgår som et af elementerne i Den danske model for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Begrundelsen herfor er, at høj tilfredshed normalt sidestilles med, at patienten så efterlever de professionelle råd og handlingsanvisninger (compliance).

Sygehusvæsenet er næsten permanent udsat for kritisk bevågenhed i pressen og i offentligheden. Enten fordi enkeltsager optræder i pressen, eller fordi der jævnligt fra forskellig side laves brugertilfredshedsmålinger af forskellig beskaffenhed. Her kan det enkelte sygehus og den enkelte afdeling blive bragt i situationer, hvor man står uden dokumentation for den patientoplevede kvalitet. Behovet for jævnligt tilbagevendende brugerundersøgelser er forstærket i de senere år.

Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudvikling har siden 1999 gennemført 4 målinger af patienttilfredsheden på sygehuse i Århus Amt. Konceptet har ud over Århus Amt været anvendt i Viborg, Ribe og Fyns Amt. Resultaterne fra de 4 hidtidige målinger i Region Midtjylland findes på www.centerforkvalitetsudvikling.rm.dk

For en nærmere beskrivelse af Region Midtjyllands koncept til indsamling af patientoplevelser henvises til artiklen i bilag 4.

Metoden

Fire skemaer

Der er udarbejdet fire forskellige standardspørgeskemaer rettet til forskellige patientgrupper:

- 1 skema til den indlagte patient (grønt skema)
- 1 skema til ambulatoriepatienten (gult skema)
- 1 skema til den medicinske dagpatient (lilla skema)
- 1 skema til den kirurgiske dagpatient (blåt skema)

Skemaerne leveres færdigtrykte fra Center for Kvalitetsudvikling til hver afdelingsundersøgelse, forsynet med de specifikke afdelingsnavne og betegnelser. Patienterne ved på den måde, hvilken afdeling de skal svare ud fra, hvis de har haft kontakt til flere afdelinger i forbindelse med deres sygdom. De fire spørgeskemaer og hertil hørende følgebrev findes i heftets bilag 1.

Der spørges til traditionelle problemområder

De udvalgte spørgsmål foregiver ikke at dække alle aspekter af patientens kontakt med sundhedsvæsenet. Målingerne sigter alene mod at give en vurdering af, om afdelingerne helt overordnet mestrer de traditionelt vanskelige problemstillinger i sygehusvæsenet. Spørgsmålene er således udvalgt, dels fordi de er vigtige, og dels fordi de traditionelt har givet anledning til variationer mellem afdelinger.

Både kvantitativ og kvalitativ

Skemaerne er opbygget, så alle tilfredshedsspørgsmålene er forsynet med en kommentarmulighed. Spørgsmålene er stillet, så de formulerer værdier, som alle patienter og afdelinger vil finde grundlæggende for en god patientoplevelse. Patienterne bliver stillet over for svarkategorierne: "Ja", "Både og", "Nej" eller "Ved ikke/ej relevant". Kategorierne er bevidst enkle, fordi der herved hyppigt vil kaldes på en uddybende kommentar til det satte kryds.

Kommentarer i rapportens bilag

De kommentarer, som patienterne er kommet med i forbindelse med udfyldningen af spørgeskemaet, findes i deres fulde ordlyd i rapportens bilag 3. Kun kommentarer som giver mening, når de står alene, er medtaget. Det vil sige, at alle patienternes *vurderinger* er nedskrevet, enten de nu har været positive eller kritiske. Omvendt er flere faktuelle oplysninger udeladt, fordi de ikke giver mening, når de løsrives fra andre oplysninger på skemaet. F.eks. af typen "Jeg faldt og brækkede benet".

Validering af skemaerne	Undersøgelsens skemaer er prøveudfyldt på fire forskellige sygehusafdelinger på fire sygehuse: I alt er 66 patienter blevet interviewet efter at have udfyldt skemaet. Under interviewet er der spurgt ind til hver afkrydsning i skemaet: hvad der lå bag, og hvordan patienten havde opfattet spørgsmålet.
Hård test af hverdagen	Undersøgelsen er bagudrettet i sit design, forstået på den måde, at der rettes henvendelse til patienter, der <i>har</i> været på sygehuset i den foregående periode. Sygehuset har altså kun i begrænset omfang mulighed for at "pæne" sig i undersøgelsesperioden. Selve metoden lægger således op til at give et realistisk billede af hverdagen på de medvirkende afdelinger.
Altid møde med afdelingen	<p>Undersøgelsen gennemføres på et sygehus ad gangen. Der afholdes et møde med repræsentanter fra hver sygehusafdeling og to konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling. Grundlaget for mødet er standardspørgeskemaerne, hvis indhold efter konceptets grundtanke ikke står til diskussion. På dette møde tilrettelægges undersøgelsen i detaljer: hvilke patientgrupper skal spørges, hvor mange skemaer skal der udsendes, skal afdelingen opdeles i afsnit, skal patienternes opdeles efter diagnose og eventuelt andre særlige vilkår, der kan iagttages på den enkelte afdeling.</p> <p>Udtræknings- og pakkearbejdet med patientskemaerne foregår på den enkelte sygehusafdeling efter instruktion udarbejdet af Center for Kvalitetsudvikling.</p>
Udsendelse og indsendelse	<p>Skemaerne udsendes fra afdelingerne med et følgebrev fra afdelingsledelsen til patienten. Der leveres et forslag til en standardtekst til afdelingen (se bilag 1), som forsynes med afdelingens navn, og brevet udskrives via patientregistreringssystemet på afdelingens brevpapir.</p> <p>Udsendelsen bilægges en frankeret svarkuvert (leveres fra Center for Kvalitetsudvikling). Patienterne svarer anonymt, og besvarelsen sendes direkte til Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudvikling, der bearbejder svarene og udarbejder en rapport til den enkelte afdeling.</p>

Afdelingens opgaver i undersøgelsen

Inden udsendelse af skemaerne

1. Afdelingen tager stilling til, om man ønsker sine patienter inddelt i undergrupper (3-5).
2. Afdelingen udskriver via patientregistreringssystemet en liste over indlagte patienter i den udvalgte undersøgelsesperiode. Ønskes underopdeling af patienter, tages pågældende variabel med på listen.
3. Der skrives et brev til hver patient med navn og dato for indlæggelse på afdelingens/afsnittets brevpapir. Brevet kommer i en rudekuvert sammen med et spørgeskema og en frankeret svarkuvert.
4. Inden udsendelse kontrolleres for, at patienten ikke er død (jf. bilag 3 om u hensigtsmæssige udsendelser).

Efter udsendelse af skemaerne

1. Afdelingen optæller hvilke grupper af patienter, der er udsendt skemaer til (til bortfaldsanalyse). Optællings-skemaerne indsendes samtidig med udsendelsen af skemaerne til patienterne (bilag 2).
2. Afdelingen udfylder et skema med statistiske oplysninger om afsnittet/afdelingen og laver to til tre siders tekst om afdelingens funktioner, arbejdsdeling og udviklingsplaner (bilag 2).
3. Har afdelingen skemaer og returkuverter i overskud, bedes de indsendt til Center for Kvalitetsudvikling.
4. Afdelingen er forpligtiget til at følge op på de ting, som måtte komme frem i undersøgelsen.

Afdelingen bedes indsende de ønskede oplysninger inden for 14 dage efter udsendelsen af skemaerne til patienterne. De 2-3 siders tekst om afdelingen bedes indsendt til

Simone Witzel: simone.witzel@stab.rm.dk

Marit Jensen: marit.jensen@stab.rm.dk

Pernille Bjørnholt: pernille.bjornholt@stab.rm.dk

Marianne Frimer: marianne.frimer@stab.rm.dk

Kvalitets- afdelingens opgaver

1. Center for Kvalitetsudvikling deltager i et møde med afdelingen, hvor der gøres rede for undersøgelsens muligheder i forhold til afdelingens ønsker og behov.
2. Center for Kvalitetsudvikling leverer spørgeskemaer og svarkuverter til afdelingen. Spørgeskemaerne er påtrykt afdelingens betegnelse, så patienterne ikke er i tvivl om, hvad de svarer på.
3. Center for Kvalitetsudvikling indtaster og analyserer de indkomne svar fra afdelingens patienter.
4. Center for Kvalitetsudvikling renskriver alle kommentarerne fra patienterne. Disse indgår i rapporterne til afdelingen.
5. Center for Kvalitetsudvikling udskriver rapporterne fra afdelingens undersøgelser, og besvarer spørgsmål om undersøgelses resultater.

Ring ved tvivl

Er der tvivl om noget i forbindelse med undersøgelsen, kan der altid rettes henvendelse til faglig koordinator Simone Witzel, tlf. 8728 4922 samt konsulenter Marit Jensen, tlf. 8728 4923 og Pernille Bjørnholt, tlf. 87284921 alle fra Center for Kvalitetsudvikling.

Hvilke patienter skal udtrækkes?

Patienterne tilskrives via patientregistreringssystemet

Patienterne udvælges og tilskrives via patientregistreringssystemet. Skemaerne skal altså ikke udleveres direkte til patienten i hverdagen af afdelingens personale!

Lister over tilfældige patienter

Udvælgelsen af patienterne sker efter følgende kriterier:

Indlagte patienter:

- alle indlagte inden for de seneste 3 måneder på en afdeling (har patienten flere kontakter, udvælges den seneste indlæggelse). Kun udskrevne patienter skal have et skema.

Ambulante patienter:

- alle ambulatoriekontakter inden for den seneste måned på en afdeling. Både afsluttede og ikke afsluttede patienter skal med.

Deldøgnspatienter:

- alle patienter, der inden for de seneste 2 måneder har været deldøgnspatienter på en afdeling. Både afsluttede og ikke afsluttede patienter skal med.

Periodelængderne er valgt for at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag, ligesom patienten skal kunne huske oplevelsen.

Maksimalt 400 patienter af hver type

For de fleste afdelinger vil listerne fra patientregistreringssystemet rumme færre end 400 patienter. Overstiger patienttallet i de enkelte grupper 400, udtages 400 patienter tilfældigt ved at vælge de første 400 på listerne (sorteret efter cpr-nr. – derfor tilfældige).

Skal patienternes diagnose med?

Den enkelte afdeling kan vælge om patienternes svar skal opdeles på diagnoser. Hvis man ønsker dette, skal skemaerne inden udsendelse påføres en kode. Mellem 3-5 forskellige grove diagnosekoder vil normalt give et godt billede af patienternes svar. Det er vigtigt at anvende en gruppering, som deler patienterne i grupper, der alle har en vis størrelse, ligesom det er vigtigt at anvende samme diagnoseopdeling for alle patienttyper på afdelingen.

Opdeling på afsnit?

Der kan efter afdelingens ønske laves et skema til hvert afsnit, så svarene fra patienterne i rapporten kan opdeles efter afsnit.

Eksempel på rapporteringsformen for afkrydsninger

Spørgsmål: *Hvad var dit samlede indtryk af afdeling NN?*

(5 stjerner betyder "enestående" og 1 stjerne betyder "uacceptabelt")


Svar i procent af ANTAL patienter	Afdeling NN		Andre afdelinger		
	Sidst	Nu	Gennemsnit	"Bedst"	"Dårligst"
	Antal=215	Antal=240	Antal=957	Antal=204	Antal=210
5 stjerner (enestående)	18%	25%	20%	23%	16%
4 stjerner (godt)	52%	58%	56%	63%	49%
3 stjerner (både godt og dårligt)	15%	13%	19%	12%	22%
2 stjerner (dårligt)	10%	3%	3%	1%	8%
1 stjerne (uacceptabelt)	5%	1%	3%	0%	5%

Eksempel på rapporteringsformen for kommentarer

Spørgsmål 8

Var du på forhånd tilstrækkeligt informeret om, hvad der skulle ske på dagafsnittet?

Respondentens svar: Både og


 *Ville godt have haft brochure angående indlæggelse/operation noget tid før indlæggelse. Fik den dagen før.*

Alder: 19-39 år

Diagnose: nummer 1

Køn: Kvinde

Respondentens svar: Nej

 *Jeg havde et tidspunkt, jeg skulle være der. Jeg ville godt have vidst, at det ville tage hele dagen, og at jeg skulle hen at sove inden behandlingen.*

Alder: 40-59 år

Diagnose: nummer 2

Køn: Mand

Hvad indeholder rapporterne?

- Standardrapporter** Der leveres en rapport til afdelingen for hver patientgruppe, man har med i undersøgelsen. Det vil sige én rapport om de indlagte patienter, én om ambulatoriepatienterne, og har man dagpatienter, leveres der også én rapport herom. Der er tale om standardrapporter. Det vil bl.a. sige, at det er afdelingen selv, der skal konkludere på rapportens indhold.
- Enkle tabeller** Rapportens tabeller holder sig meget tæt til de spørgsmål, der stilles i de fire standardspørgeskemaer. Et eksempel på en af rapportens tabeller er vist på modsatte side. Det drejer sig her om de indlagte patienters besvarelse af det helt overordnede spørgsmål: *Hvad var dit samlede indtryk af afdelingen?* (5 stjerner betyder "enestående", og 1 stjerne betyder "uacceptabelt").
- På samme måde vil man kunne se svarene på tilfredsheds-spørgsmålene om indlæggelsen.
- Forskel på patienternes svar?** Det vil dog også være muligt at gå lidt bagom tallene for at se, om de forskellige patientgrupper har svaret ens på spørgsmålene. Det gælder f.eks. de akutte og de planlagte patienter, det gælder patienterne på to forskellige sengeafdelinger, eller det kunne gælde de, der var indlagt kort tid på afdelingen, over for de, der var der i længere tid. Disse analyser indgår i rapporten som standard.
- Kommentarer fra patienterne** Undersøgelsen resulterer erfaringsmæssigt i mange meget konkrete kommentarer fra patienterne. Det er således ikke ualmindeligt, at en afdeling får 50-100 sider kommentarer tilbage i undersøgelsen. Alle kommentarerne findes i et bilag til rapporten. Personalnavne og patientnavne er anonymiseret. Men det er erfaringen, at disse generelle kommentarer er værdifulde i arbejdet med at tolke de satte kryds i undersøgelsen.
- Kommentarerne fra patienterne til den enkelte afdeling bringes i deres fulde ordlyd. Formen er vist på modsatte side.
- Sammenligning** Da det er standardiserede spørgeskemaer, der bruges på alle afdelinger, er der mulighed for at sammenligne afdelingens resultater med andre afdelingers resultater. Ligeledes er der lagt op til, at undersøgelsen gentages, og afdelingen dermed kan følge udviklingen i patienttilfredsheden.

Hvordan følges op?

Opfølgning af rapporten

Det er sjældent, at man ud fra en undersøgelses tal eller kommentarer direkte kan se, hvor man præcist skal sætte sine ressourcer ind i arbejdet med at forbedre kvaliteten. En undersøgelse kan kun give nogle bud på, hvor afdelingen med sandsynlighed kan finde områder, som med stor effekt for brugerne kan kvalitetsudvikles. Det er således den enkelte afdeling, der selv skal arbejde med rapporten. Man har jo i forvejen en værdifuld viden om, hvad der er god og dårlig kvalitet, og rapportens resultater skal sættes ind i denne sammenhæng.

Erfaringer fra udviklingsarbejde

Alle rapporter rummer mange vinkler til forbedringer, og kunsten består i ikke at lade sig overvælde af de mange oplysninger i rapporten. Erfaringer fra opfølgning af analyserapporter peger på vigtigheden af at gruppere forbedringsforslagene efter deres karakter, og efter hvornår man tager fat på den. Et bud kunne således være følgende gruppering:

- ændringer som umiddelbart kan sættes i værk, og som vil give oplevelsen af, at afdelingen kan handle (de hurtige succeser)
- ændringer som skal forberedes og gennemtænkes med en tidshorisont på 2-3 måneder
- de langsigtede ændringer med et perspektiv på 1-2 år

Det er også et godt råd at afse tid og skabe anledninger til at arbejde rapporten. I denne sammenhæng kan det være en god ide at have nogen udefra til at tale med om resultaterne og opfølgningen. Forpligtigelse fremmer processen.

Arbejdsgang for opfølgningen

Afdelingsrapporten sendes til afdelingsledelsen. Samtidig sendes en mere overordnet rapport, der omfatter resultatet af undersøgelsen for hele sygehuset, til både afdelingsledelserne sygehusledelsen.

Ansvar for opfølgningen påhviler afdelingsledelsen. Umiddelbart efter modtagelsen af rapporten bør afdelingsledelsen fremsende et notat om rapportens indhold til sygehusledelsen. Notatet skal bruges af sygehusledelsen i forbindelse med pressekontakt. Senere skal afdelingsledelsen efter en tidsfrist melde tilbage til sygehusledelsen om de initiativer, der er truffet på baggrund af rapporten.

Bilag 1. Følgebrev og skemaer

1. Følgebrev
2. Spørgeskema til indlagte (eksempel)
3. Spørgeskema til ambulante (eksempel)
4. Spørgeskema til dagpatienter-medicin (eksempel)
5. Spørgeskema til dagpatienter-kirurgi (eksempel)

Fornavn, Efternavn
Adresse Husnummer
Postnummer By

Dato _____

Du har i perioden fra den <_____> til den <_____>

...været indlagt en eller flere gange på <_____afdeling> <afsnit> /

...været til behandling eller undersøgelse på <_____ambulatorium> <sygehusnavn> /

...været til dagpatientbehandling på <_____afdeling.

Da vi regelmæssigt gennemfører undersøgelser af patienternes tilfredshed med vore ydelser, beder vi dig udfylde vedlagte skema om din oplevelse af din indlæggelse på vor afdeling. Vi ønsker, at du er ærlig i din vurdering, så vi løbende kan forbedre kvaliteten af vort arbejde.

Skemaet bedes sendt i vedlagte frankerede svarkuvert helst inden for 14 dage fra modtagelsen.

I skemaet kan du på næsten alle spørgsmål begrunde dine afkrydsninger. Sådanne begrundelser med dine egne ord er værdifulde for os. Skulle der ikke være plads nok på skemaet, er du velkommen til at vedlægge dem.

Måske er der enkelte spørgsmål, der ikke passer på din situation. I disse tilfælde beder vi dig krydse "Ved ikke/ej relevant".

Du skal ikke skrive navn på skemaet. Det indsendte skema behandles anonymt af Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudvikling, som udarbejder en rapport til os. Alle svar og kommentarer vil fremstå, så ingen patienter kan genkendes i rapporten. Har du således noget konkret, du ønsker at drøfte med afdelingen, bedes du selv rette direkte henvendelse til afdelingen.

Hvis du ikke selv er i stand til at udfylde skemaet, kan du måske få dine pårørende til at udfylde det.

Har du spørgsmål til spørgeskemaet, kan du ringe til Region Midtjylland faglig koordinator Simone Witzel, tlf. 8728 4922 samt konsulenter Marit Jensen, tlf. 8728 4923 og Pernille Bjørnholt, tlf. 87284921 alle fra Center for Kvalitetsudvikling.

Vi håber på din velvilje, da det er vigtigt, at flest mulige patienter svarer på skemaet. På forhånd tak for din medvirken.

Venlig hilsen

Adm. Overlæge
NN

Oversygeplejerske
NN

Bilag 2. Returskemaer til Center for Kvalitetsudvikling

Skema 1. Bortfaldsskema til indlagte

Skema 2. Bortfaldsskema til ambulante

Skema 3. Bortfaldsskema til dagpatienter

Skema 4. Skema til statistiske oplysninger om afdelingen

Afsnit til rapporten om afdelingen (med eksempel)

Skema 1. Bortfaldsskema for indlagte patienter, der var på afdelingen i udsendelsesperioden

Hvilken tidsperiode omfatter udtrækket af indlagte? _____

Baggrundsvariabel	Patientgruppe	Afdelingens patient- antal i perioden
Køn	Mænd	
	Kvinder	
Alder	0-18 år	
	19-39 år	
	40-59 år	
	60-69 år	
	70-79 år	
	80 år eller mere	
Diagnose (hvis diagnose - påføres diagnose- navnene)	Diagnose 1:	
	Diagnose 2:	
	Diagnose 3:	
	Diagnose 4:	
	Diagnose 5:	
	Diagnose 6:	
	Diagnose 7:	
Afsnit (hvis flere afsnit - påføres afsnits- navnene)	Afsnit 1:	
	Afsnit 2:	
	Afsnit 3:	
	Afsnit 4:	
	Afsnit 5:	
	Afsnit 6:	

Antal patienter i alt i perioden	
Indlagte patienter i alt, der er <u>tilsendt</u> et skema	

Skemaet er udfyldt af: _____ Tlf.nr.: _____

Sygehus: _____ Afdeling: _____

NB. Skemaer og returkuverter i overskud, bedes indsendt til Center for Kvalitetsudvikling.

Skema 2. Bortfaldsskema for ambulante patienter, der var på afdelingen i udsendelsesperioden

Hvilken tidsperiode omfatter udtrækket af ambulante? _____

Baggrundsvariabel	Patientgruppe	Afdelingens patient- antal i perioden
Køn	Mænd	
	Kvinder	
Alder	0-18 år	
	19-39 år	
	40-59 år	
	60-69 år	
	70-79 år	
	80 år eller mere	
Diagnose (hvis diagnose - påføres diagnose- navnene)	Diagnose 1:	
	Diagnose 2:	
	Diagnose 3:	
	Diagnose 4:	
	Diagnose 5:	
	Diagnose 6:	
	Diagnose 7:	
Ambulatorium (hvis flere ambula- torier - påføres ambula- torienavnene)	Ambulatorium 1:	
	Ambulatorium 2:	
	Ambulatorium 3:	
	Ambulatorium 4:	
	Ambulatorium 5:	
	Ambulatorium 6:	

Antal patienter i alt i perioden	
Ambulante patienter i alt, der er <u>tilsendt</u> et skema	

Skemaet er udfyldt af: _____ Tlf.nr.: _____

Sygehus: _____ Afdeling: _____

NB. Skemaer og returkuverter i overskud, bedes indsendt til Center for Kvalitetsudvikling.

Skema 3. Bortfaldsskema for dagpatienter, der var på afdelingen i udsendelsesperioden

Hvilken tidsperiode omfatter udtrækket af dagpatienter? _____

BaggrundsvARIABLE	Patientgruppe	Afdelingens patient- antal i perioden
Køn	Mænd	
	Kvinder	
Alder	0-18 år	
	19-39 år	
	40-59 år	
	60-69 år	
	70-79 år	
	80 år eller mere	
Diagnose (hvis diagnose - påføres diagnose- navnene)	Diagnose 1:	
	Diagnose 2:	
	Diagnose 3:	
	Diagnose 4:	
	Diagnose 5:	
	Diagnose 6:	
	Diagnose 7:	
Ambulatorium (hvis flere ambula- torier - påføres ambula- torienavnene)	Ambulatorium 1:	
	Ambulatorium 2:	
	Ambulatorium 3:	
	Ambulatorium 4:	
	Ambulatorium 5:	
	Ambulatorium 6:	

Antal patienter i alt i perioden	
Dagpatienter i alt, der er <u>tilsendt</u> et skema	

Skemaet er udfyldt af: _____ Tlf.nr.: _____

Sygehus: _____ Afdeling: _____

NB. Skemaer og returkuverter i overskud, bedes indsendt til Center for Kvalitetsudvikling.

Skema 4. Statistiske oplysninger om afdelingen i _____ (seneste år)

Afdelingens speciale	
Antal indlagte	
Heraf akut indlagte	
Heraf planlagte	
Gennemsnitligt antal liggedage	
Belægningsprocent	
Antal senge	
Antal stuer, heraf	
Enestuer	
Tomandsstuer	
Tremandsstuer	
Firemandsstuer	
Femmandsstuer	
Seksmandsstuer	
Antal sengeafsnit	
Ambulante besøg	
Antal ambulatorier	
Deldøgnsbehandlinger	
Antal dagafsnit	
Lægestillinger	
Plejepersonalestillinger	
Lægeseekretærstillinger	
Samlet budgetramme i mio. kr.	

Alle typer af stillinger er omregnet til fuldtidsstillinger.

Skemaet er udfyldt af: _____ Tlf.nr.: _____

Sygehus: _____ Afdeling: _____

Afsnit til rapporten om afdelingen

Præsentation af afdelingen I alle afdelingsrapporter indsættes et afsnit om den enkelte afdeling. Afsnittet er vigtigt for læseren af afdelingsrapporten, da der i afdelingens særlige arbejdsopgaver og arbejdsvilkår er en kilde til at forstå patienternes svarmønster.

Det er naturligvis helt op til den enkelte afdeling selv at bestemme, hvad der skal stå i afsnittet. Afsnittet bør dog ikke være længere end 2-3 sider. Målgruppen er primært sygehusledelsen og de ansatte på afdelingen. Men da rapporten er offentlig tilgængelig, kan der være andre og bredere målgrupper.

Hvad kan afsnittet indeholde? De emner, der kan behandles i afsnittet, kan disponeres efter følgende generelle skabelon:

Afdelingens speciale.
Hvor henvises patienterne fra?
Udviklingen i patienttilgangen.
Samarbejdspartnere.
Organisation, herunder sengeafsnittet, ambulatoriet og dagafsnittet.
Organisationen af eventuel operationsafdeling.
Udviklingsområder
Patientrettede initiativer siden sidste patienttilfredshedsundersøgelse.

Et eksempel på en afdelingsbeskrivelse fremgår af de to næste sider.

Teksten fra Internettet kan måske anvendes? Afdelingen kan måske vælge den lidt nemmere løsning blot at tage teksten fra afdelingens internetside.

De 2-3 siders tekst om afdelingen bedes indsendt via e-mail: marianne.frimer@stab.rm.dk i enten word eller pdf-format.

Eksempel på tekst til rapporten fra Afdeling J, Århus Sygehus

Afdelingens speciale

Øjenafdeling J ved Århus Universitetshospital er eneansvarlig for behandlingen af øjensygdomme i Århus Amt. Afdelingen ligger på Århus Kommunehospital og har satellitfunktioner på centralsygehusene i hhv. Randers, Silkeborg og Grenå samt Psykiatrisk Hospital i Risskov. Øjenafdelingen håndterer alle oftalmologiske basisbehandlinger. Som universitets- og landsdelsafdeling behandler øjenafdelingen et antal patienter fra andre jyske amter for visse typer øjensygdomme. Det gælder især hornhindsygdomme, svulster i øjnene og vitreoretinale sygdomme samt alvorlige øjenlidelser og specialdiagnostik af nethindsygdomme, der skyldes sukkersyge. Endvidere behandler øjenafdelingen ondartede svulster i øjnene hos børn fra hele Danmark.

Hvor henvises patienterne fra?

Afdelingen modtager patienter efter henvisning fra praktiserende speciallæger i oftalmologi og almen medicin samt fra andre af landets øjenafdelinger. Afdelingen har oftalmologisk tilsynsfunktion for amtets sygehusafdelinger. Øjenafdelingen har døgnvagt og modtager efter telefonisk aftale med vagthavende øjenlæge patienter til uopsættelig behandling for øjensygdomme eller -skader.

Udvikling i patienttilgang

Patienttilgangen er gennem de sidste år præget af en stigning i antallet af henvisninger med henblik på grå stær operation, der i dag i langt de fleste tilfælde resulterer i en succesfuld synsmæssig rehabilitering. I 1999 blev der i alt foretaget mere end 3.000 operationer for grå stær på øjenafdelingen. Opbygning af en screening klinik for nethindekomplikationer i forbindelse med diabetes mellitus har de senere år resulteret i en mere systematisk opsporing og behandling af synstruende komplikationer. Resultatet heraf er en glædelig nedgang i antallet af glaslegeoperationer for sendiabetiske øjenkomplikationer. Endvidere er fotodynamisk terapi ved aldersrelateret nethindedegeneration et muligt ekspanderende behandlingsfelt. Afdelingen modtager et lille, men stigende antal patienter til behandling af komplicerede optiske brydningsfejl i hornhinden idet øjenafdelingen, som den eneste i landet, kan tilbyde såkaldt topografisk styret laser ablation af hornhinden. Afdelingen råder også over landets eneste konfokale mikroskop til undersøgelser af den levende hornhinde. Et mindre antal patienter henvises fra hele landet til sådanne undersøgelser.

Samarbejds partnere

Afdelingen samarbejder med andre af amtets sygehusafdelinger omkring flere patientgrupper: screening for øjenforandringer ved diabetisk retinopati og undersøgelser ved dysthyreoid oftalmopati foretages i samarbejde med amtets medicinske endokrinologiske afdelinger, for tidligt fødte børn screenes på neonatal afsnittet på Skejby Sygehus for ilt-inducerede nethindeskader, synsfunktionen efter neurokirurgiske indgreb for hypofyse-

tumorer vurderes sammen med Neurokirurgisk Afdeling, Århus Kommunehospital. Øjenlægen ved Synscentralen i Århus, der varetager social og optisk rehabilitering af synshandicappede børn og voksne er også tilknyttet øjenafdelingen. I international sammenhæng deltager afdelingen i en række patientrelaterede forskningsprojekter vedrørende bl.a. informationsteknologi (teleoftalmologi, automatiseret billedanalyse ved diabetisk retinopati, internetmedieret hjemmemonitorering ved glaucom).

Organisering

Øjenafdelingens organisation er ændret betydeligt gennem de seneste 5 år. Alle afdelingens fastansatte læger (12 besatte stillinger i 1999) er i dag tilknyttet en speciel gruppefunktion med en ansvarlig overlæge. Tilsvarende arbejdes mod fast at tilknytte specialuddannede sygeplejersker og sekretær til de enkelte enheder. Uddannelsessøgende læger (8 stillinger i 1999) turnerer mellem de forskellige grupper således, at den yngre læge får kendskab til alle de oftalmologiske sub-specialer.

Øjenafdelingen har siden april 1999 ikke haft egen sengeafdeling. Næsten alle operationer og behandlinger foretages i dag ambulant. Et dagafsnit varetager forberedelse til operationerne. Ved behov for daglige kontroller tilbydes patienter indkvartering på Patienthotellet. Egentlig plejekrævende patienter indlægges på Afdeling F, Århus Kommunehospital, hvor øjenafdelingen råder over op til 3 sengepladser. I 1999 anvendtes i gennemsnit 1,5 af disse senge. Afdelingen har følgelig en betydelig ambulatoriefunktion med 1999 i alt 22.648 for- og efterundersøgelser.

Operationsstuer

Øjenafdelingen har egen operationsgang med 4 operationsstuer udrustet til øjenmikrokirurgi. Hertil kommer satellitfunktionen på Randers Centralsygehus med 1 operationsstue til grå stærkirurgi. Den centrale dagkirurgiske afdeling på Århus Kommunehospital anvendes ved skele- og øjenlåsoperationer. I 1999 blev der i alt foretaget 5.894 øjenkirurgiske indgreb.

Udviklingsområder

Udviklingen inden for afdelingens område formodes at gå mod en stigende mængde systematiske screening undersøgelser for patienter med potentielle synstruende indgreb (diabetes mellitus og grøn stær). Mulighederne for at behandle aldersrelaterede nethindeforandringer ved hjælp af fotodynamisk terapi er under klinisk afprøvning. Såfremt disse afprøvninger falder ud til fordel for aktiv terapi kan dette område blive et stort og vigtigt behandlingsfelt. Vore dages succesfulde mikrokirurgiske teknikker gør, at antallet af personer, der ønsker operation for grå stær vil stige yderligere, ligesom der formentlig vil komme et stigende befolkningskrav om tilbud om operativ korrektion for refraktionssanomalier.

Bilag 3. Uhensigtsmæssige udsendelser

Uhensigtsmæssige udsendelser?

Når sygehusene udsender tilfredshedsskemaer direkte til patienterne, kommer der umiddelbart herefter en del telefonopkald til Center for Kvalitetsudvikling. Vi får cirka 150 henvendelser, når der sendes 10.000 skemaer ud. Det er ikke meget, og en del af disse henvendelser sker for at få opklaret tvivlsspørgsmål. Det er faktisk flot. Men der er henvendelser, hvor patienten med rette har fået opfattelsen af en fejludsendelse. Og da det må formodes, at det kun er et fåtal som ringer, er det måske værd for afdelingerne at overveje, om man uden at vide det kommer til at sende skemaer til "forkerte" patienter.

Her er et generelt opkog af de henvendelser, der af patienterne opfattes som fejludsendelser:

- skemaer til ambulatoriepatienter sendes ikke til de, der har været i ambulatoriet i den ønskede periode, men til de der har været i ambulatoriet i det hele taget. Patienterne undrer sig over det lange tidsforløb siden besøget, f.eks. 2 år.
- ambulatorieskemaer sendes til patienter, der ikke har været fysisk i ambulatoriet. Nogle afdelinger registrerer modtagelse af en urinprøve som en ambulatoriekontakt. På samme måde registrerer nogle afdelinger, hvis patienten har kontaktet ambulatoriet telefonisk. Patienterne stiller sig uforstående overfor, at de skal besvare et skema. Disse oplyser med rette, at de ikke kan besvare skemaet. Et særtilfælde var en patient, som fik et skema til et ambulatorium, han netop var indkaldt til. I brevet blev der refereret til en besøgsdato, som var lig datoen for afsendelsen af mødeindkaldelsen. Han havde endnu aldrig været i ambulatoriet.
- indlæggesskemaet er sendt til patienter, der aldrig har været indlagt på afdelingen. Afdelingen har teknisk registreret et ambulatoriebesøg som en indlæggelse for på den måde at få adgang til scanneren uden om ventelisten. Patienterne undrer sig, men kan selv forklare sammenhængen, da sygehuset åbenbart informerer dem om, at de blot indlægges rent teknisk.
- en patient, som var død på et sygehus, fik et skema, fordi vedkommende blev overført til en anden afdeling, hvor dødsfaldet så skete. Og det var den første afdeling, der udsendte skemaet. Fænomenet kan kun forekomme i den periode, hvor Folkeregistret ikke har fået opdateret dødsfaldet (cirka 10 dage).
- et par forældre på en børneafdeling fik skemaer, selvom de ingen børn har og i øvrigt heller ikke kan få børn. Skemaerne blev returneret med denne bemærkning fra patienterne: et forkert indtastet cpr-nummer.
- patienter, der har deltaget i et rygestop-kursus eller et sukkersyge-kursus på en afdeling har modtaget et ambulatorieskema, fordi de er indskrevet i patientsystemet som ambulatoriepatienter. Disse patienter ringer og siger, at de ikke kan udfylde skemaet.
- nogle patienter undrer sig over den dato, der er påført brevet for deres sene-

ste ambulatoriefremmøde. De oplyser, at denne dato ikke passer med deres faktiske fremmøde. Vi beder dem om at udfylde skemaet ud fra den seneste kontakt de selv har registreret. Men det efterlader patienten i tvivl om der nu er noget, der ikke er registreret rigtigt på sygehuset.

- pårørende til indlagte børn eller ægtefæller indskrives ofte sammen med patienten. Her ringes vi op af pårørende, som kun ønsker at modtage et skema. Hvis muligt skal der kun sendes et skema. Et særtilfælde var her, at en ægtefælle til en afdød fik et skema, da hun havde været medindlagt ved dødsfaldet. Den døde patient var frasorteret inden udsendelsen, men ikke ægtefællen.

- en afdeling kom til at bytte rundt på skemaerne til de forskellige sengeafsnit. Patienterne ringede ind og påpegede at de ikke havde været indlagt på det nævnte afsnit, men på et andet afsnit.

- en afdeling glemte at sende følgebrevet ud på afdelingens brevpapir og brugte i stedet blankt brevpapir. Flere patienter ringede ind og skulle have præciseret, hvad det nu var for en afdeling, der blev spurgt fra, da man havde flere kontakter. Brevet virker altså støttende på forståelsen af sammenhængen.

flere afdelinger sender indlagte-skemaer til patienter der kun har været på afdelingen 1-2 timer. Dette forvirrer patienterne som ikke mener de har været indlagte, og at de ikke kan besvare skemaet. Hvor det er muligt vil det være en god ide at sortere disse meget kortvarige indlæggelser fra. På samme måde forvirres patienter på dagkirurgiske afsnit når de får et skema for dagkirurgiske indgreb, når de kun har været oppe på centret for at aftale en tid til en kommende operation.

- nogle afdelinger har den praksis at man opfører en henvendelse eller en forespørgsel fra et andet sygehus som en ambulatoriekontakt for patienten. Patienten reagerer med forundring da man intet aner om at man skulle have været på besøg i ambulatoriet. Sådanne ambulatorieregistreringer sorteres bedst bort inden udsendelse.

- nogle afdelinger vælger at skrive den samlede udtræksperiode i brevet i stedet for at skrive de præcise dage patienten har haft kontakt til sygehuset. "De har været indlagt på afdelingen i perioden 1.11.2006 til 31.01.2007". Denne formulering gør patienten usikker, og mange ringer ind. En bedre formulering er: "Du har været indlagt en eller flere gange i perioden 1.11.2006 til 31.01.2007". Men de eksakte datoer kan fortsat bruges, hvis man er sikker på at aflyste og flyttede aftaler er fjernet fra registret.

November 2007

Bilag 4. Artikel:

“En patientundersøgelse skal udfordre og give ny viden”

En patientundersøgelse skal udfordre og give ny viden

Ledelsesopgave at omsætte resultaterne til kvalitetsudvikling

Af Erik Riiskjær

Evner en patienttilfredshedsundersøgelse ikke at udfordre det faglige sundhedspersonale er det normalt fordi den ikke er lavet godt nok. Det er en af hovedkonklusionerne på en erfaringsopsamling i Århus Amt efter to meget omfattende og detaljerede målinger af patienternes oplevelser ved mødet med sundhedsvæsenet.



Erik Riiskjær er cand.oecon og projektleder af Århus Amts patienttilfredshedsundersøgelser. Et koncept der sætter et detaljeret fokus på den enkelte sygehusafdeling.

Erik Riiskjær har været forsker på Århus Universitet og konsulent i Århus kommune. Har lavet en række undersøgelsesarbejder inden for organisations- og kvalitetsområdet med forskellige metoder. Erik Riiskjær er medlem af Dansk Evalueringselskab (DES).

Sygehuse er komplekse funktions- og fagopdelte organisationer, som tilmed skal fungere hele døgnet. Det betyder, at patienten får mange berøringsflader med skiftende kontaktpersoner, forskellige sengeafsnit, delambulatorier og dagafsnit. Det er således i realiteten kun patienten, der oplever det samlede forløb.

Og i pressen dukker der fra tid til anden enkeltsager op, som kan give det indtryk, at der forekommer mange svigt i sygehusvæsenet. Oftest er disse enkeltbeskrivelser korrekte, men offentligheden opnår sjældent at få proportioner på kritikken.

Der er således al mulig grund til systematisk at kortlægge patienternes oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Men selvom behovet for at få tilbagemelding fra patienterne er bredt accepteret, har måling af patienttilfredshed alligevel ikke fået det bedste ry (Høiby, 2003). Man kan finde det synspunkt, at patienttilfredshedsundersøgelser er både kedsommelige og uden væsentlig informationsværdi. Ja nogle hævder endda, at evaluering i det hele taget kan være direkte skadeligt (Larsen, 2001).

Fakta

Patienttilfredshedsundersøgelserne i Århus Amt er gennemført i to runder: 1999-2000 og 2001-2002

Der arbejdes med 4 forskellige standardskemaer: indlagte, ambulante, medicinske dagpatienter og kirurgiske dagpatienter

Samlet svarprocent for begge runder 57%.

Hver afdeling får sin egen rapport om resultatet.

Indtil 1. januar 2003 har 215 forskellige arbejdsenheder i sundhedsvæsenet i Århus Amt fået målt patienttilfredsheden to gange.

41.000 patienter har svaret i undersøgelsen. Projektet er således det største og samtidig det mest detaljerede praktiske studie af patientoplevelser i Danmark.

Konceptet har udover Århus Amt været anvendt i Viborg og Ribe Amt.

Konceptet modtog i 2000 en kvalitetspris fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

Erfaringerne og konceptet er beskrevet i "Hvad oplever patienten på sygehuset? Delpublikation i skriftserien om "De mellem-menneskelige relationer" eller på www.patient-relationer.dk

For en mere resultatorienteret beskrivelse af projektet henvises til "Århus Amts Sygehusvæsen set med patientens øjne. 2. måling - eller hvor projektets mange forskellige rapporter ses.

September 2003 starter 3. runde af patientundersøgelser i hele Århus Amt.

Det er derfor vigtigt at gøre sig klart, hvad der gør forskellen mellem den kedsommelige og den anvendelige måling af patienttilfredshed.

Fokus på afsnit

Erfaringen efter første undersøgelsesrunde i Århus Amt var, at patienttilfredshedsmålinger organisatorisk bør knyttes til afdelingsniveauet eller endnu bedre til afsnitsniveauet. Sættes der alene fokus på resultaterne på sygehusniveau, risikerer man, at sygehusekets samlede resultat kan skjule store forskelle mellem afdelinger, hvorfor det kan være uklart, hvor man skal sætte ind med kvalitetsudvikling.

(Riiskjær, 2001)

Når man måler igen?

Det interessante spørgsmål er, hvordan tilfredsheden på de forskellige organisatoriske enheder bevæger sig, når man gentager en tilfredshedsmåling?

Det overordnede indtryk er, at der har været en stor stabilitet i tallene, når man holder sig til gennemsnittene for amtet og for de seks af amtets otte sygehuse.

Det er dog værd at hæfte sig ved, at der har været en statistisk signifikant fremgang i patienttilfredsheden på to af de medvirkende sygehuse, nemlig Randers Centralsygehus og Århus Amtssygehus. Det var netop de to sygehuse, som fik de mest kritiske patientsvar ved den første måling. En udvikling som også slår igennem, når man ser på flere af undersøgelsens specifikke spørgsmål.

På amtsniveau har der helt overordnet været tale om en lille positiv bevægelse i patienttilfredsheden mellem de to gennemførte målinger. Det gælder specielt på ambulatorierne og for dagpatienterne, hvor det samlede gennemsnit af helhedsvurderingen for begge grupper har bevæget sig 2 procentpoint opad.

En bevægelse som ligger udover

den statistiske usikkerhed. For de indlagte patienter er fremgangen marginal på 0,6%.

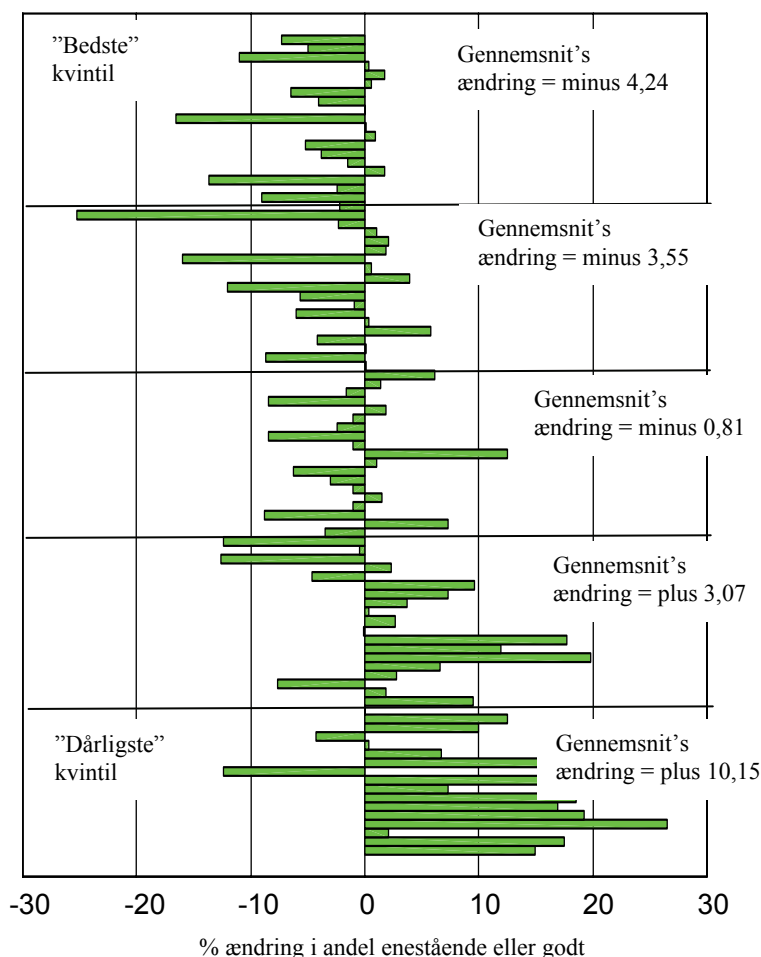
Mere ensartede sygehuse

Overordnet kan man sige, at mellem de to runder af patientundersøgelser er amtets sygehuse blevet mere ensartede, hvad angår patienttilfredshed. Der ses altså en mindre afstand mellem "det dårligste" og "det bedste" sygehus, samtidig med at der generelt opleves en gennemsnitlig bevægelse i retning af øget patienttilfredshed. Men overordnet må man sige, at der er tale om små ændringer over

tid, hvilket kan henføres til, at der er tale om meget store enheder, der består af mange forholdsvis selvstyrende enheder, som må forventes til en vis grad at have deres eget organisatoriske liv. Og her vil bevægelserne gå i forskellig retning, medmindre der har været tale om en fælles ensartet styring fra sygehusledelsens side.

På afsnitsniveauet er variationerne fra første til anden runde betydeligt større end på sygehusniveauet, hvilket fremgår af figur 1. 93 sengeafsnit er først sorteret efter deres helhedsvurdering ved første måling.

Figur 1. Ændring i patienttilfredshed fra 1. til 2. måling. Procentpoint sorteret efter resultatet ved 1. måling. Vist på afsnitsniveau.



De der fik den bedste helhedsvurdering står øverst, og de der fik den mindre gode vurdering står nederst. Søjlernes længde viser den ændring, der er sket fra 1. måling til 2. måling.

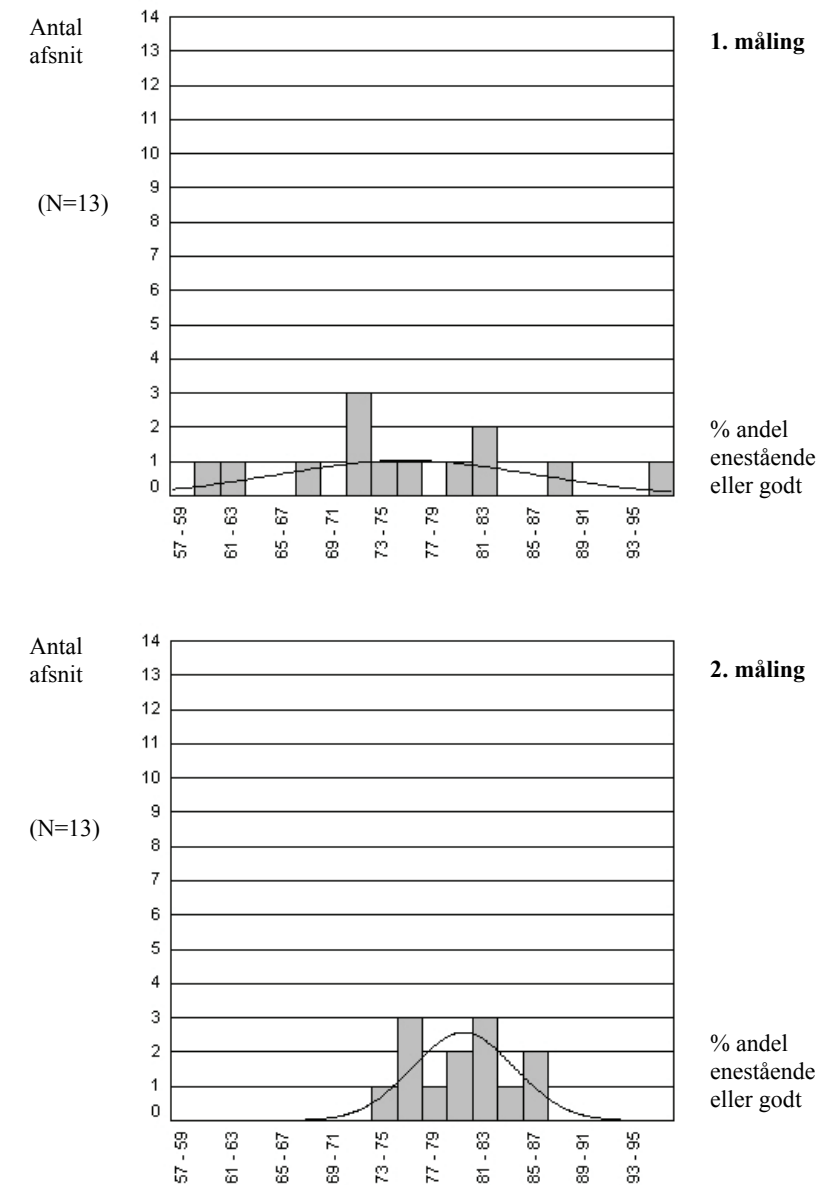
Det ses, at det navnlig er de afsnit, der ved første runde fik en lav score, der har forbedret deres patienttilfredshed mest. Mens de øvrige afdelinger som gennemsnit har bevæget sig en smule i den kritiske retning. Et tilsvarende billede kan man finde på ambulatorieområdet, hvor tendensen dog ikke er helt så markant.

Noget kunne altså tyde på, at de "bedste" afdelinger fra første runde ikke har følt sig tilstrækkeligt udfordret af undersøgelsen i anden runde. Og her ligger der klart en opgave i at tilrettelægge undersøgelsen sådan, at også de, der klarer sig godt, stadig kan søge nye udfordringer ved at sætte fokus på det, de trods alt ikke er så gode til. Og det stiller selvfølgelig krav til dialogen mellem afdelingerne og evaluatoren.

Århus Amtssygehus som eksempel

Ser man eksempelvis på bevægelsen i patienttilfredsheden på Århus Amtssygehus er det iøjnefaldende at patienttilfredsheden er steget på stort set alle områder. Det gælder for de forskellige patientgrupper, det gælder for de forskellige specifikke spørgsmål, og det gælder for helhedsvurderingen. Figur 2 viser således udviklingen i helhedsvurderingen på 13 forskellige sengeafsnit imellem de to undersøgelsesrunder.

Sygehuset var ikke tilfreds med det resultat, det opnåede ved første runde, og har tydeligvis følt sig udfordret. Der er tydeligvis sket et løft af den gennemsnitlige patienttilfredshed på sygehuset, ligesom der er sket en mindskelse i spredningen af patienttilfredsheden. Et resultat af et meget bevidst arbejde fra ledelse og medarbejdere. Sygehuset har blandt andet afholdt en række temamøder om patienttil-



Figur 2. Århus Amtssygehus. Helhedsvurdering ved første og anden måling. Afsnitsniveau.

fredshed, opfølgende patientmøder, patientgruppemøder og interviews med patientgrupper (Amterne, HS, Indenrigsministeriet, 2003).

Evaluering af konceptet

Efter at rapporterne er modtaget på alle afdelinger, er der for begge runder af målinger gennemført en retrospektiv evaluering af konceptet blandt de deltagende afdelinger. Afdelingerne er spurgt på et tidspunkt, der strækker sig fra tre til seks måneder fra de har modtaget rapportudkastet. Formålet med forespørgslen er dobbelt.

Dels er det med til at fastholde opmærksomheden på undersøgelsen. Dels er det vigtigt at få afdelingernes meninger om undersøgelsen frem, så der løbende kan justeres på de u hensigtsmæssigheder og forståelsesproblemer, der registreres.

På spørgsmålet "Har undersøgelsen givet anledning til konkrete opfølgende initiativer" svarede 83% af afdelingsledelserne første gang ubetinget "Ja". Ved anden runde var det 76%.

Og på spørgsmålet: "Kan patienttilfredshedsundersøgelsen bruges i forbindelse med kvalitets-

udvikling?”, svarede 62 % første gang ubetinget “Ja”, medens 33 % svarede “Både/og”.

Ved anden måling var det 53%, der svarede ubetinget “Ja” og 43% “Både og”.

De forbeholdne, der svarede “Både og” begrundet typisk deres svar med, at undersøgelsen ikke omfatter arbejdet med den faglige kvalitet. Og flere afdelinger begrundet i anden runde deres forbehold med, at man ikke har haft tid til at følge op på rapporterne, da tiden i den forløbne periode er gået med overvejelser omkring ny struktur i hele det amtslige sundhedsvæsen.

Evalueringen rummer også et spørgsmål, der skal sammenfatte afdelingens opfattelse af undersøgelsen: “Hvad er Jeres samlede indtryk af Kvalitetsafdelingens udførte arbejde med patienttilfredshedsundersøgelsen?”. Ved første runde gav 81% af afdelingerne karakteren “Enestående” eller “Godt”. Ved anden runde var tallet 84%.

Siden konceptet blev skabt i 1999 på baggrund af litteraturstudier og patientinterviews er der i et samarbejde mellem de mest centrale parter på det danske sundhedsområde skabt et egentligt værdigrundlag for de mellemmenneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet (Århus Amt, 2003).

Selvom konceptet således er skabt fire år før dette grundlag er der en god sammenhæng imellem konceptets spørgsmål og de foreliggende anbefalinger. Nogle anbefalinger er ikke dækket, hvilket primært hænger sammen med at emnerne ikke er fundet egnede til et patientrettet spørgeskema.

Samlede anbefalinger

Med de gentagne målinger af patienttilfredshed i Århus Amt er der afprøvet og udviklet flere nye teknikker til at skærpe brugerundersøgelsen som redskab. Her skal videregives ni erfaringer, der har det sigte at skærpe patienttilfredshedsundersøgelsen som redskab for kvalitetsudvikling:

1) Fokus på udvalgte organisatoriske undergrupper. Det er efterhånden almen viden, at spørger man tilstrækkeligt store grupper af patienter i det danske sundhedsvæsen, vil de generelle svar være meget positive. En brugerundersøgelse må derfor evne at belyse variationen i tilfredsheden for udvalgte organisatoriske enheder. På sygehusområdet betyder det for eksempel, at man skal flytte sit undersøgelsesfokus fra amts- og sygehusniveauet og ned til afdelings- eller endda afsnitsniveauet.

Brugerundersøgelser skal være så detaljerede, at de kan fungere som tilbagemelding til de personalegrupper, der har det reelle ansvar for den leverede service i dagligdagen. Ved at konkretisere brugerundersøgelsen på lokale arbejdsenheder mønstrer man den lokale ansvarlighed for opfølgningen på undersøgelsen.

2) Fokus på udvalgte grupper af patienter. Ved at give mulighed for specificering af svarene på afdelingens egne diagnosegrupper og andre baggrundsplysninger, udfordrer man organisationen til bevidst at arbejde med de vanskeligste opgaver. Dette fordrer stikprøvestørrelser, der sikrer, at resultaterne ikke forsvinder i statistisk usikkerhed, eller også kan man vælge alene at sætte fokus på udvalgte brugergrupper, som man erfaringsmæssigt ved rummer en udfordring for afdelingen.

Ressourcerne bruges bedst over for de grupper, hvor man på forhånd må vente at få afdækket flest problematiske svar. Ved at tillade at afdelingerne lægger et skiftende fokus på forskellige grupper af patienter, kan man gøre undersøgelsen dynamisk og relevant.

3) Spørgsmål rettes mod problematiske områder. De fleste virksomheder har områder, som fungerer helt uproblematisk. Undersøgelsen kan derfor skærpes ved at undlade at stille spørgsmål til disse områder. Undersøgelsens balance og proportioner kan alligevel sikres ved altid at have et eller flere

helhedsspørgsmål, der sikrer en balanceret helhedsvurdering.

Undersøgelser kan derfor med fordel hvile på allerede eksisterende kvalitative og kvantitative undersøgelser, som kan udpege de problematiske områder. Ligesom man kan overveje at arbejde med udskiftning af enkelte spørgsmål, efterhånden som fokus ændres i kvalitetsudviklingen.

4) Systematisk indsamling af patienternes frie kommentarer. Et spørgeskema kan tvinge svarpersonen ind i et svarmønster, som slet ikke passer til svarpersonens verdensbillede. En udbredt indsamling af kommentarer fra patienterne har vist sig frugtbar i opfølgingsfasen. Brugere får derved mulighed for at udtrykke netop det, de ser som deres behov for kvalitetsudvikling. Disse data skal så alene behandles kvalitativt. Specielt er frie kommentarer meget anvendelige i forbindelse med brugernes helhedsvurdering.

5) Individuelle sammenligningsmuligheder for sygehusafdelinger. Ukritisk sammenligning af afdelinger, der ikke har lignende arbejdsopgaver, kan virke demotiverende og provokerende på komplekse faglige miljøer, hvor netop detaljen tillægges betydning. Ved at tilbyde de enkelte afdelinger et relevant sammenligningsgrundlag kan tanken om benchmarking kvalificeres, så resultaterne bedre kan sættes i relief.

6) Måling når afdelingen er parat. I Århus Amt er alle afdelinger på et sygehus undersøgt samtidig. Og rækkefølgen i undersøgelserne af sygehusene har ligget fast. Det har betydet, at der har kunnet leveres samlede resultater på bestemte tidspunkter.

Her kunne man godt løse op og lade de enkelte afdelinger selv bestemme, hvornår de gerne vil lade sig måle. Det vil øge den enkelte afdelings motivation, uden at det vil gøre målingen utroværdig, da der er tale om så lange undersøgel-

sesperioder i konceptet, at afdelingerne ikke kan "pæne sig" kunstigt.

7) Fokus på det samlede patientforløb. Man ser ofte, at det i patienttilfredshedsundersøgelser vælges at lade patienten udfylde skemaet på sygehuset. I Århus Amts undersøgelser er det valgt at sende skemaet til patientens hjem.

Herved bliver det også muligt for patienten at besvare spørgsmål om hjemsendelsen og om en eventuel efterfølgende kontakt til den praktiserende læge. Herudover ligger der en ekstra gevinst i, at patienten i ro og mag, eventuelt sammen med de pårørende, mere reflekteret kan se på det samlede forløb derhjemme. Endelig kan der på den måde ikke rejses tvivl om anonymiteten, når besvarelsen sker uden for hospitalets rammer.

8) Ejerskab til resultaterne er afgørende. Opfølgning på undersøgelsesresultaterne er traditionelt det sårbare område i ethvert evalueringsforløb. Nøgleordet i konceptet har været at skabe et lokalt ejerskab til resultaterne. Spørgeskemaerne udarbejdes med konkrete afsnits- og 0afdelingsnavne i teksten, der laves rapporter til de enkelte afdelinger og der holdes møder med de enkelte afdelinger, hvor lokale problemstillinger kan indarbejdes i undersøgelsen. I forlængelse heraf er det vigtigt, at sygehusledelsen evner at håndtere opfølgningen i forhold til afdelingen så resultaterne bliver til kvalitetsudvikling.

9) Brug flerhed af metoder. Standardskemaer kan ikke bruges overfor alle patientgrupper, eller i forhold til alle undersøgelsesformål. Har man patientgrupper med meget forskellige patientforløb på tværs af forskellige afdelinger og sygehuse, og ønsker man detaljerede oplysninger om oplevelsen af disse forskellige delforløb, vil det

være nødvendigt at lave diagnoserelaterede undersøgelser, hvor der kan spørges specifikt til de relevante delforløb for den enkelte patient.

En sådan undersøgelse vil ofte kræve overspringsspørgsmål, hvorfor spørgeskemaer normalt vil komme til kort. Sådanne mere detaljerede undersøgelser på bestemte diagnosegrupper ligger således udenfor det præsenterede koncept, som primært fokuserer på patienternes oplevelse af bestemte afdelinger og afsnit.

Når man vil vide mere er fokusgrupper, personlige interviews eller telefoninterviews at foretrække som metode.

Et så fleksibelt målekoncept, som skitseret her, forudsætter, at patienttilfredshedsmåling sker inden for rammerne af et samlet koncept. Derved kan rutiner automatiseres og ressourceforbruget ved selve undersøgelsesarbejdet reduceres.

Fleksibiliteten i konceptet er vigtig, da den gør det muligt, at alle afdelinger kan føle sig udfordret. Men det kræver en aktiv indsats fra både evaluator og de medvirkende afdelinger. Og her skal man ikke overse, at det også kan være en udfordring for den afdeling, der får en god vurdering at fastholde en høj tilfredshed.

Litteratur

"Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet". Teori, metode og resultater. Jan Mainz. Munksgaard. (1995)

"Patienters vurdering af landets sygehuse". Spørgeskemaundersøgelse blandt 34.000 patienter. Amterne, HS og Sundhedsministeriet. (2001)

"Kan brugerundersøgelser vise andet end høj generel tilfredshed?". Erik Riiskjær. AKF-nyt nr. 2 2001.

"På sporet af den gode brugertilfredshedsundersøgelse". Erik Riiskjær. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. November 9. 2001.

"Det indsovsede menneske". Steen Nepper Larsen. Kronik i Information 25. september 2001.

"Århus Amts sygehusvæsen - set med patientens øjne. 2. måling". Kvalitetsafdelingen (2003)

"Historier bag tallene. Patienttilfredshedsundersøgelsen 2002". Udgivet af Amterne, HS, Indenrigs- og sundhedsministeriet. 2003.

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

"Hvad oplever patienten på sygehuset? Et afdelingsbaseret koncept til systematisk indsamling af patientoplevelser på somatiske sygehuse". Erik Riiskjær. En delpublication i skriftsserien om "De mellem menneskelige relationer".

"Tilfredsheden er størst i august" Stikpillen. Niels Høiby, Dagens Medicin, 3. april 2003.