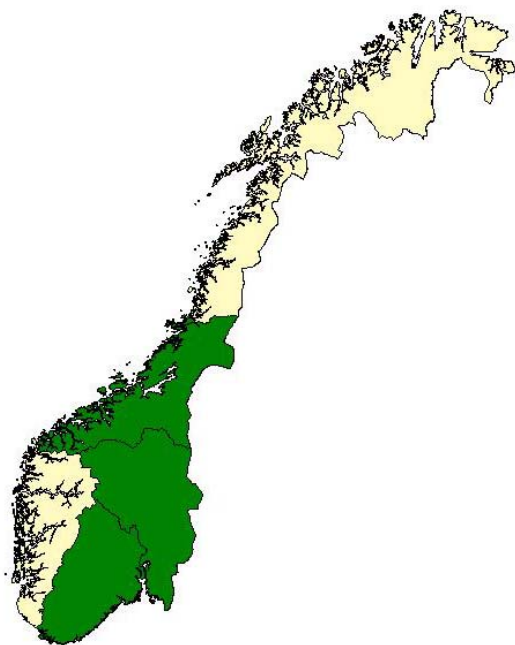


Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Pasienterfaringer ved somatiske
poliklinikker i Helse Øst, Sør og
Midt-Norge –
Metodedokumentasjon**

PasOpp-rapport nr 6-2004



PasOpp
Pasientopplevelser

ISBN 82-8121-016-8

ISSN 1504-3428

Tittel	Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge – Metodedokumentasjon
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Øyvind Andresen, Andrew Garratt, Gøril Groven, Kirsten Danielsen
ISBN	82-8121-016-8
ISSN	1504-3428
Rapport	6 – 2004
Antall sider	28
Oppdragsgiver	Helse Øst RHF, Helse Sør RHF, Helse Midt-Norge RHF

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo 2004

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

ØYVIND ANDRESEN. Prosjektleder, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han er prosjektleder for PasOpp og har hatt hovedansvaret for å utarbeide metoderapporten.

ANDREW GARRATT. Forsker, PhD. Han har hatt ansvaret for valideringen av spørreskjemaet og bidratt med faglige råd i rapportarbeidet.

GØRIL GROVEN. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har bidratt med faglige råd i rapportarbeidet.

KIRSTEN DANIELSEN. Prosjektmedarbeider, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Hun har fungert som prosjekt-kordinator og bidratt i deler av rapporten.

REIDUN SKÅRERHØGDA. Prosjektkoordinator. Hun har bidratt i datainnsamlingen og hatt ansvaret for de administrative oppgavene i rapportarbeidet.

NINA VIKSLØKKEN ØDEGÅRD. Prosjektkoordinator. Hun har bidratt i de administrative oppgavene i rapportarbeidet.

PETTER MOWINCKEL. Forsker, cand. real. med hovedfag i matematisk statistikk. Han har vært ressursperson ifht. utvalgsmetodikk og statistiske metoder i rapporten.

UNNI KROGSTAD. Forsker, cand.polit., doktorgradsstipendiat. Hun har hatt ansvaret for utviklingen av spørreskjemaet.

TOMISLAV DIMOSKI. IT-ansvarlig, siv. ing. Han har utviklet programvaren, *FS-systemet*, som gjør at databasen ved Kunnskapssenteret kan benytte data fra sykehusenes ulike pasientadministrative systemer. Han har også ivaretatt de tekniske sidene ved innsamling og oppbevaring av data.

MAN HOANG NGUYEN. Siv.ing. Datateknikk. Han har bidratt på den tekniske siden i datainnsamlingen.

SAGA HØGHEIM. Prosjektsekretær. Hun har hatt hånd om alle utsendingene og registreringen av svarene i undersøkelsen.

PasOpp-prosjektet har dessuten hatt stor nytte av arbeidet som de tidligere prosjektlederne og prosjektmedarbeiderne for RESKVA har lagt ned, i tillegg til store og små praktiske bidrag fra andre personer ved Kunnskapssenteret i denne prosessen.

Vi takker kontaktpersonene ved sykehusene for samarbeidet i forbindelse med innsamling av data.

INNHOOLD

1.	INNLEDNING	1
1.1	OPPBYGGING AV RAPPORTEN	1
2.	INNSAMLINGSMETODE	2
2.1	POPULASJON OG AVGRENSNINGER	2
2.2	DIMENSJONERING AV UTVALG	3
2.3	INNSAMLINGSMÅTE	4
2.4	GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	4
2.4.1	<i>Innsamlingsrutiner</i>	4
2.4.2	<i>Etikk og personvern</i>	5
2.5	SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET	5
2.5.1	<i>Svarprosent</i>	5
2.5.2	<i>Strukturelle skjevheter i utvalget</i>	7
2.5.3	<i>Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere</i>	8
2.5.4	<i>Representativitet - Konklusjon</i>	8
3.	UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA	10
3.1	UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER	10
3.2	UTVIKLING AV POLIKLINIKKSKJEMA	12
3.3	VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER	13
4.	STATISTISKE BEGREPER.....	14
4.1	STANDARDVARIASJON OG N (ANTALL SVAR)	14
4.2	SIGNIFIKANSTESTING	14
4.3	KONFIDENSINTERVALL	15
4.4	JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING	16
4.5	UJUSTERTE TALL.....	17
	REFERANSELISTE.....	18
	APPENDIX A – SPØRRESKJEMA.....	21

1. INNLEDNING

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2004 gjennomført pasienterfaringsundersøkelser ved somatiske poliklinikker og dag-avdelinger i Helse Sør, Helse Øst og Helse Midt-Norge. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Resultatene fra undersøkelsen publiseres i egne resultatrapporter (Groven et al. 2004). I denne rapporten beskrives metoden som er benyttet i undersøkelsen.

Målgruppene for PasOpp spenner fra befolkning/pasienter til politisk ledelse, helseforvaltningen (inkludert eiere), virksomhetsledere og ansatte i virksomhetene. For de fleste bruksområder er det behov for generaliserbare data, for eksempel ifht. styrings- og ledelsesformål og kvalitetsforbedring; det er nødvendig å vite om svarene fra pasientene gjelder kun utvalget i undersøkelsen, eller om de kan sies å (statistisk) representere pasientpopulasjonen som helhet. Spørsmål om representativitet og generaliserbarhet er sentrale komponenter i kvantitativ metode, og dette er hovedmetode i poliklinikkundersøkelsen. I forkant av undersøkelsen har det imidlertid vært nødvendig å supplere med kvalitative metoder, spesielt når vi har utviklet og testet spørreskjemaet.

Formålet med denne rapporten er tredelt:

- Å beskrive innsamlingsmetoden, utvalget og innsamlingsprosessen i poliklinikkundersøkelsen i Helse Øst, Sør og Midt-Norge
- Å dokumentere utviklingen og valideringen av spørreskjemaet vi har benyttet
- Å beskrive de statistiske teknikkene/begrepene som er benyttet i resultatrapportene

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

I kapittel 2 ser vi nærmere på spørsmål knyttet til innsamlingsmetode. Vi beskriver viktige valg og vurderinger som er gjort i forkant av undersøkelsen, selve innsamlingsprosessen og metodiske resultater (svarprosent). Instrumentet som er benyttet ved somatiske poliklinikker har vært gjennom en grundig utviklings- og valideringsprosess, noe som er nærmere beskrevet i kapittel 3. I kapittel 4 beskriver vi de viktigste statistiske teknikkene som er benyttet i resultatrapportene, herunder justering for pasientsammensetning og signifikanstesting.

2. INNSAMLINGSMETODE

Det finnes ingen enkle og entydige svar på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres. Basert på en grundig gjennomgang av relevant litteratur, anbefaler for eksempel McColl et al. (2001) at valg av innsamlingsmåte gjøres i det enkelte tilfelle, etter en vurdering av populasjon, forskningstema, utvalgsrammer, utvalgsmetode, størrelse, kompleksitet og tilgjengelige ressurser. En annen kunnskapsoppsummering om metodiske og faglige aspekter i pasienterfaringsundersøkelser (Crow et al. 2002), underbygger dette ved å påvise at ulike metoder har ulike fordeler og ulemper, som den enkelte forsker/forskergruppe må vurdere i det enkelte tilfelle. I tillegg peker begge kunnskapsoppsummeringene på mange metodiske problemstillinger som har behov for ytterligere forskning.

Metodelitteraturen har derfor ingen ferdig oppskrift på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres, og valg av metodiske løsninger må relateres til de praktiske, økonomiske og faglige hensyn i prosjektet.

I PasOpp står vi ovenfor en rekke problemstillinger knyttet til selve gjennomføringen av undersøkelsene. Det er viktig å finne en framgangsmåte som i størst mulig grad tilfredsstillende viktige forskerkrav om objektivitet og representativitet, samtidig som den faller innenfor den økonomiske og praktiske rammen som er stilt til disposisjon. På den praktisk/økonomiske plan er prisen på undersøkelsene og mengden oppgaver som skal gjøres ved institusjonene viktige vurderingsfaktorer, i tillegg har oppdragsgiverne et ønske om rask tilbakerapportering av resultater.

Nedenfor omtaler vi viktige spørsmål i forbindelse med datainn-samlingen i poliklinikkundersøkelsen i Helse Øst, Sør og Midt-Norge.

2.1 POPULASJON OG AVGRENSNINGER

I poliklinikkundersøkelsen er det pasienter ved somatiske poliklinikker og dagavdelinger i helseregionene som er populasjon. Det er denne gruppen vi ønsker å kunne uttale oss om når resultatene er klare, men ettersom vi ikke kan inkludere alle pasienter til alle tider må vi avgrense undersøkelsen og definere utvalgsriterier. Relevante avgrensninger er på pasientnivå (alder, pasientgruppe), på institusjonsnivå og tidsmessig. Dernest må det settes kriterier for (teknisk) inklusjon i utvalget.

I poliklinikkundersøkelsen ble utvalget avgrenset til pasienter som var 16 år eller eldre. Vi ekskluderte dessuten enheter innen psykiatri, lab/røntgen, døgnavdelinger og barneavdelinger.

En viktig føring for den tidsmessige avgrensningen var å finne en periode av året med mest mulig normal aktivitet, spesielt at man holder undersøkelsesperioden utenom ferier og sammenhengende helligdager av en viss varighet. Dette skyldes at aktiviteten er lavere i slike perioder, og dermed ikke er representativ for det "normale", men også at svarprosenten kan bli lavere ettersom mange pasienter er bortreist i ferien. Lengden på undersøkelsesperioden henger også sammen med størrelsen på pasientgruppen man ønsker å undersøke (omtales senere).

Undersøkelsesperioden i poliklinikkundersøkelsen var på to uker, fra 01. september – 14. september 2004.

De tekniske utvalgskriteriene følger av beslutningene ovenfor. Vi hentet ut informasjon fra de pasientadministrative systemene ved institusjonene vha. egenutviklet programvare. Vi mottok informasjon om alle pasienter som hadde blitt behandlet på poliklinikk eller dagavdeling i den definerte tidsperioden, dernest ble pasienter under 16 år ekskludert sammen med enheter innen psykiatri, lab/røntgen, døgnavdelinger og barneavdelinger. Vi korrigerte så utvalget slik at en pasient kun ble telt en gang (per institusjon), og til slutt ble utvalgskvoten fylt opp per institusjon (dimensjonering er nærmere beskrevet nedenfor).

2.2 DIMENSJONERING AV UTVALG

Utvalget av pasienter som ble benyttet i undersøkelsen er sammensatt for å kunne gi resultater på sykehusnivå. Vi har så langt det har latt seg gjøre gitt helseregionene mulighet til å definere den inndelingen de mener er mest hensiktsmessig på sykehusnivå.

Vi benytter primært årlige produksjonstall fra SAMDATA for å få et estimat på størrelsen på populasjonen i undersøkelsene (per institusjon/helseforetak). Ved organisatoriske endringer innhenter vi supplerende data fra sykehusene.

For å estimere utvalgsstørrelser er aktivitetsnivå, variasjon over tid og mellom ulike typer institusjoner, og erfaringsbasert variasjon i pasienterfaringsundersøkelser viktige kriterier. Erfaringer fra tidligere undersøkelser antyder at svarprosenten vil ligge på omkring 50. For å få estimater på fordelingen og spredningen av responsen, brukte vi tilgjengelige data fra RESKVA undersøkelsene fra 1996-2000. For å korrigere for multipl testing med omkring 30 sykehus inkludert og en sannsynlighet på 0.80 for oppdage en standardisert forskjell på 0.67, beregnet vi et minimum antall svarere for de minste sykehusene. Fordi de større sykehusene har en mer kompleks struktur og en pasientpopulasjon med større spredning, fant vi at det var ønskelig å øke antallet inkluderte med økende sykehusstørrelse. Utvalgsmodellen som er benyttet vises i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Sykehusstørrelse og bruttoutvalg i undersøkelsen.

	Antall konsultasjoner i året	Bruttoutvalg
Store sykehus	>100 000	1250
Mellomstore sykehus	20-99 999	778
Små sykehus i)	10-19 999	370
Små sykehus ii)	<10 000	185

Erfaringer fra undersøkelsene i Helse Vest og Helse Nord (Brekke et al. 2003; Danielsen et al. 2003), tilsa at en undersøkelsesperiode på to uker er tilstrekkelig for at de fleste sykehusene får fylt opp bruttoutvalget. For institusjoner med færre pasienter enn bruttoutvalget på to uker har vi inkludert alle pasientene i perioden.

2.3 INNSAMLINGSMÅTE

I RESKVA og PasOpp har undersøkelsene vært gjennomført som postale spørreskjemaundersøkelser, dvs. at pasientene får tilsendt et spørreskjema i posten i etterkant av utskrivningen/konsultasjonen. Vesentlige vurderinger som er gjort i valget av innsamlingsmåte er svarprosent, representativitet, økonomi og praktiske forhold.

Vi har diskutert innsamlingsmåte i PasOpp mer utførlig i en annen sammenheng (Andresen et al. 2004). Konklusjonen der var at svarprosenten antakelig ville tjene på et intervjuopplegg, men at også dette ville innebære skjevheter i utvalget, og samtidig koste langt mer penger for oppdragsgiverne. Vi har derfor foreløpig konkludert med at vi ønsker å benytte postale undersøkelser i de nasjonale undersøkelsene, noe som også ble valgt i poliklinikkundersøkelsen.

Det er imidlertid helt nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen for å finne ut om det er spesielle grupper som ikke svarer, og om disse har andre erfaringer eller er mer/mindre tilfredse enn svarerne. Det er også svært viktig å arbeide langt mer systematisk og målrettet i forhold til tiltak for forbedring av svarprosent. Til slutt kan det være pasientgrupper hvor postale undersøkelser ikke er hensiktsmessig (se Andresen et al. 2004), og hvor andre design må utvikles (utdeling og utfylling på sykehuset, elektronisk innsamling).

2.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

2.4.1 Innsamlingsrutiner

Sykehusene i de tre regionene overførte pasientadministrative data til Kunnskapssenteret rett etter inklusjonsperioden på 14 dager. De pasientadministrative dataene inneholdt opplysninger om konsultasjonsdato og klokkeslett, og hvilke seksjoner og polikliniske enheter de enkelte pasienter mottok behandling ved. Vi fikk også overført

navn, adresse, alder og kjønn for hver av pasientene. Etter at spørreundersøkelsen var gjennomført ble all direkte person-identifiserbare opplysninger fjernet. Den resterende behandlingen av data ble gjennomført ved hjelp av et unikt løpenummer, forskjellig fra ellevesifret personnummer og sykehusenes interne personnummer. Pasientadministrative opplysninger ble deretter koblet til respondentenes svar.

Spørreskjemaene ble sendt ut kort tid etter undersøkelsesperioden. Dette betyr at noen pasienter mottok spørreskjemaet noen få dager etter konsultasjon, for andre kan det ha gått noen uker. Effekten av tidspunkt for utlevering/utsending av spørreskjema ("timing") er et av de aspektene som Crow et al. (2002) undersøkte i sin kunnskapsoppsummering, og konklusjonen var at spørsmålet trenger mer forskning. I en undersøkelse blant somatiske pasienter fant ikke Gasquet et al. (2001) noen effekt av timing (flere purrerunder) på tilfredshet, men her pekes det på andre undersøkelser som har funnet en slik sammenheng. Spørsmål om timing bør med andre ord studeres nærmere i tiden som kommer.

Det ble sendt oppdaterte lister til Kunnskapssenteret over pasienter som sykehusene hadde registrert som døde senest 3 uker etter utsendelsen av spørreskjemaene, for i størst mulig grad å unngå å purre disse pasientene.

For Sykehuset Østfold og Lovisenberg Diakonale sykehus var det en forsinkelse i overføring av PAS-data til Kunnskapssenteret, noe som medførte at spørreskjemaene ikke ble sendt til pasientene før ca. 10 oktober. Forsinkelsen kan gjøre det vanskeligere for pasientene å huske erfaringene fra konsultasjonen ("recall-bias"), og resultatene for disse sykehusene må derfor tolkes med forsiktighet.

2.4.2 Etikk og personvern

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion II. Sosial- og helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innsamling av data. Personvernet er ivarettatt ved å følge vilkårene som Datatilsynet har lagt til grunn for konsesjonen. Avdelinger som deltok ble gitt anledning til å ekskludere enkeltpasienter fra undersøkelsen dersom det av hensyn til pasienten ble vurdert som nødvendig.

2.5 SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET

2.5.1 Svarprosent

I tabell 2 nedenfor finnes en oversikt over brutto utvalg, netto utvalg og svarprosent i undersøkelsen, for hvert sykehus, hver region og alle regionene samlet. Bruttoutvalg er det antall skjemaer som ble sendt ut (korrigert for "naturlig" frafall), netto utvalg det antall skjemaer som

ble returnert, mens svarprosenten er netto utvalg delt på brutto utvalg ganger 100.

Tabell 2: Brutto utvalg, netto utvalg og svarprosent for sykehusene og regionene.

	Brutto- utvalg (n)	Netto- Utvalg (n)	Svar- prosent
HELSE ØST	8 815	4 675	53,0
Ullevål universitetssykehus HF	1 187	607	51,1
Akershus universitetssykehus HF	1 233	619	50,2
Sykehuset Asker og Bærum HF	745	418	56,1
Aker universitetssykehus HF	1 175	657	55,9
Sykehuset Østfold HF	1 216	563	46,3
Sykehuset Innlandet HF	1 204	637	52,9
Diakonhjemmets sykehus	753	440	58,4
Martina Hansens Hospital	361	231	64,0
Lovisenberg Diakonale sykehus	757	367	48,5
Revmatismesykehuset AS, N.K.S. Lillehammer	184	136	73,9
HELSE SØR	8 928	4 821	54,0
Det norske radiumhospital HF	766	511	66,7
Rikshospitalet HF	1 197	643	53,7
Sykehuset Buskerud HF	1 215	604	49,7
Ringerike sykehus HF	760	443	58,3
Hallingdal sjukestugu	180	107	59,4
Blefjell sykehus Kongsberg	359	205	57,1
Blefjell sykehus Rjukan	160	96	60,0
Blefjell sykehus Notodden	363	189	52,1
Sykehuset Telemark HF	754	381	50,5
Sykehuset i Vestfold HF	1 198	660	55,1
Sørlandet sykehus Medisinsk klinikk	690	347	50,3
Sørlandet sykehus Kirurgisk klinikk	1 286	635	49,4
HELSE MIDT-NORGE	5 609	2 947	52,5
St. Olavs Hospital HF	1 226	669	54,6
Ålesund sjukehus	776	415	53,5
Sykehuset Levanger	763	397	52,0
Sykehuset Namsos	767	414	54,0
Orkdal Sanitetsforenings sjukehus	365	174	47,7
Kristiansund sykehus	766	402	52,5
Volda sjukehus	185	104	56,2
Molde sjukehus	761	372	48,9
TOTALT	23 352	12 443	53,3

Det ble sendt brev og spørreskjema til 24071 pasienter. 719 av disse hadde ukjent adresse, eller var døde etter utreise. Bruttoutvalget besto følgelig av 23352 pasienter. 12443 spørreskjemaer ble returnert, hvilket gir en svarprosent på 53.

Vi ser at svarprosenten varierer lite mellom regionene, men mye mellom sykehusene. Høyest svarprosent har Revmatismesykehuset på Lillehammer med 73,9, lavest har Sykehuset Østfold med 46,3. Svarprosenten til Sykehuset Østfold bør blant annet ses i sammenheng med at pasientene fikk spørreskjemaet tilsendt så sent som rundt 10.

oktober. Lovisenberg hadde også forsinkelser i utsending av spørreskjemaer, og vi ser at de ligger nesten like lavt som Sykehuset Østfold. Det er imidlertid flere andre sykehus som har svarprosent under 50, noe som betyr at det ikke er mulig å slutte sikkert om årsakssammenhengen mellom forsinkelse og svarprosent.

Svarprosenten totalt sett er betydelig lavere enn tidligere undersøkelser i Helse Vest (Brekke et al. 2003), men høyere enn i Helse Nord (Danielsen et al. 2003). I tilsvarende undersøkelser i Helse Vest og Helse Nord i 2003 var svarprosenten hhv. 63 og 49.

Når nesten halvparten av pasientene ikke har svart på spørreskjemaet blir et sentralt spørsmål representativiteten til de som svarte. For å kunne uttale seg om representativiteten er det to hovedtilnærminger. En vanlig prosedyre er å kontrollere bruttoutvalget mot nettoutvalget på vesentlige pasientkjennetegn, mens en sjeldnere brukt metode er å gjøre en oppfølgingsundersøkelse blant de som ikke har svart.

2.5.2 Strukturelle skjevheter i utvalget

I avsnittet ovenfor har vi sett at svarprosenten varierer en del mellom sykehusene, fra 46,3 % til 73,9 %. Dette betyr at det er en sykehusskjevhet i utvalget. Vi har imidlertid sett at det ikke er spesielle skjevheter etter region.

I tabell 3 undersøker vi om det er skjevhet i utvalget etter alder og kjønn.

Tabell 3: Svarprosent etter alder og kjønn. N er lik antall i hver gruppe i bruttoutvalget.

	Antall (n)	Svarprosent
Kjønn:		
Menn	10 258	50,1
Kvinner	13 091	55,8
Aldersgrupper:		
16-24 år	1 500	32,8
25-44 år	6 007	46,3
45-66 år	8 765	60,4
67-79 år	4 714	60,8
80 år og eldre	2 366	42,6

Vi ser at det er relativt liten forskjell i svarprosent mellom menn og kvinner, men at kvinner svarer i noe større grad enn menn. Videre ser vi at det er stor variasjon i svarprosent mellom de ulike aldersgruppene, og at spesielt de yngste og de eldste er underrepresentert.

Generelt indikerer litteraturen at det er skjevheter i store helse-surveyer, spesielt ved at de med lavere utdanning og sosio-økonomisk status er underrepresentert (McColl et al. 2001; Crow et al. 2002; Aromaa 2003). Rusmisbrukere og andre med psykiatriske diagnoser har også vist seg å være under-representert (Aromaa 2003), så også personer med kognitive svekkelser (Crow et al. 2002; Aromaa 2003).

Det er altså all mulig grunn til å sette spørsmålstegn ved (den strukturelle) representativiteten. Andre data vi kunne ha kontrollert for er utdanning og diagnose, men vi har ikke hatt anledning til dette. Det helt sentrale spørsmålet er imidlertid ikke den strukturelle skjevheten i seg selv, men om svarergruppen og ikke-svarergruppen har ulik grad av tilfredshet eller ulike erfaringer å rapportere. Vi ser nærmere på undersøkelser som har hatt dette som hovedproblemstilling nedenfor.

2.5.3 Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere

Oppfølgingsstudier av ikke-svarerne er gjort i flere tidligere studier (se f.eks. Guldvog et al. 1998; Zwier et al. 1999), men resultatene er ikke helt sammenfallende. I Guldvogs studie blant utskrevne somatiske pasienter fant man ingen forskjell på tilfredsheten i ikke-svarergruppen og svarergruppen. Et viktig funn var imidlertid at resultatene ikke kunne generaliseres til de sykeste, de med størst funksjonssvikt, de som ikke forstår norsk godt nok og de som ikke har fast bopel. I Zwiers (1999) undersøkelse ved somatiske sykehus fant man signifikante forskjeller på en av to hovedgrupper som ble undersøkt – og svarerne var mer positive på alle spørsmål.

Et problem med disse oppfølgingsstudiene er at innsamlingsmetoden er forskjellig for svarerne og ikke-svarerne; postal undersøkelse for svarerne og telefonintervju for ikke-svarerne. Ettersom flere studier peker på at innsamlingsmetode i seg selv påvirker tilfredsheten (se for eksempel Zwier et al. 1999; Burroughs et al. 2001; Crow et al. 2002), er det følgelig ikke mulig å si om resultatene i oppfølgingsstudiene skyldes at det er faktiske forskjeller på svarerne og ikke-svarerne, eller om resultatene skyldes ulik metode.

Et annet problem med oppfølgingsstudiene er at selve oppfølgingen bare klarer å inkludere en mindre del av ikke-svarerne, og neppe kan sies å representere ikke-svarergruppen som helhet. I Zwiers undersøkelse svarte hhv. 30 % og 39 % av ikke-svarerne på telefonintervju, i Guldvogs studie svarte 42 % av ikke-svarerne i telefonoppfølgingen.

Med bakgrunn i litteraturen ovenfor er det vanskelig å finne noe entydig svar på spørsmålet om forskjeller i tilfredshet mellom svarere og ikke-svarere. Videre er det metodisk usikkerhet ved framgangsmåtene i oppfølgingsundersøkelsene.

2.5.4 Representativitet - Konklusjon

Den lave svarprosenten i undersøkelsen kombinert med påviste strukturelle skjevheter etter institusjon og alder og usikre oppfølgingsstudier, gjør at vi ikke kan konkludere med at undersøkelsen er representativ. Det er også rimelig å antyde at de sykeste, de med størst funksjonssvikt, de som ikke forstår norsk godt nok og de som ikke har fast bopel vil være underrepresentert i denne undersøkelsen.

Internasjonalt er det vanlig praksis å gjennomføre store pasienterfæringsundersøkelser postalt (se for eksempel Zwier 1999; Barr og

Banks 2002; Jenkinson et al. 2002; Freil et al. 2003). Gjennomgående lav svarprosent gjør det imidlertid helt nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen for å finne ut mer om hvilke grupper som ikke svarer, og om disse har andre erfaringer eller er mer/mindre tilfredse enn svarerne. Det er også svært viktig å arbeide langt mer systematisk og målrettet i forhold til tiltak for forbedring av svarprosent. Erfaringene fra de nasjonale undersøkelsene i 2004 og nye forskningsprosjekter på området vil danne grunnlaget for en ny evaluering av innsamlingsmetode i 2005.

3. UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA

Tradisjonelt har instrumenter for å måle pasienterfaringer hatt liten dokumentasjon av reliabilitet og validitet (Sitzia 1999). Ettersom bruken av dataene forutsetter tillit til måleinstrumentene, er det viktig med en grundig utviklings- og valideringsprosess, og at dokumentasjonen av dette gjøres offentlig tilgjengelig.

For PasOpp er det viktig å utvikle spørreskjemaer som oppleves som relevante og viktige for brukere, som er interessante og nyttige i forbindelse med kvalitetsutvikling, og som tilfredsstillende viktige forskerkrav om validitet og reliabilitet. For å imøtekomme disse kravene har vi basert oss på følgende kilder i utviklingen av spørreskjemaet:

- Brukere
- Ansatte/fagfolk
- Forskere.

Utviklingen og valideringen av spørreskjemaet som er benyttet i poliklinikkundersøkelsen er beskrevet av Garratt et al. (in press). Nedenfor oppsummerer vi de viktigste elementene i utviklings- og valideringsarbeidet, men først noen generelle kommentarer knyttet til utvikling av pasienterfaringskjemaer.

3.1 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER OM PASIENTERFARINGER

Utforming av spørreskjemaer reiser en rekke metodiske spørsmål. Det finnes mye generell litteratur om utvikling og validering av spørreskjemaer (se f.eks. Mordahl 1989; Haraldsen 1999; McColl et al. 2001), i tillegg til mer spesifikk litteratur som omtaler dette på pasienterfaringsområdet (Ruggeri 1994; Sørgaard 1996; Sitzia 1999; Crow 2002). Et grunnleggende trekk ved litteraturen er at det finnes få fasitsvar, herunder finner en ofte kontradiktoriske funn på samme problemstilling. I en slik situasjon er det avgjørende å supplere den eksterne kunnskapen med egne erfaringer, og i forlengelsen av dette etablere forskningsprosjekter rundt de viktigste og minst entydige problemstillingene.

Pasienterfaringsstudier kritiseres ofte for manglende fokus på og dokumentasjon av reliabilitet og validitet (Ruggeri 1994; Sørgaard 1996; Sitzia 1999). Spørsmål om reliabilitet og validitet er helt sentralt både ved konstruksjonen og testingen av et brukererfaringskjema.

Det fører for langt her å redegjøre for alle elementer som vi har vurdert i forbindelse med konstruksjon og testing av pasienterfaringsskjemaene. Noen kommentarer er imidlertid på sin plass.

Vi stiller som hovedregel spørsmål om konkrete erfaringer på ulike områder, dvs. at vi spør om pasientenes erfaringer heller enn tilfredshet, og betrakter erfaringer som et multidimensjonalt konsept. Valget er inspirert av egne erfaringer med RESKVA og PasOpp og av andre sentrale aktører innenfor pasienterfaringundersøkelser (se f.eks. Hofoss 1986; Jenkinson et al. 2002; Freil et al. 2003; Pettersen et al. 2004). Det påpekes fra flere hold at spørsmål om tilfredshet stort sett alltid gir høy tilfredshet, og at konkrete tilbakemeldinger på ulike områder gir mer anvendelig informasjon i forbindelse med forbedringsprosesser (se for eksempel Hofoss 1986; Jenkinson et al. 2002). En utfordring med å stille konkrete spørsmål om erfaringer er å finne områder og spørsmål som er viktige for pasientene (og relevante for utøverne), noe som igjen er nært knyttet til innholdsvaliditeten i skjemaet. Gjennom litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med pasienter og nært samarbeid med fagfolk i sektoren forsøker vi å oppnå dette.

En svakhet ved erfaringstilnærmingen er at spørsmål om forventninger og relative preferanser ofte overses (Crow et al. 2002). Vi har som et første steg inkludert et nytt spørsmål om forventninger i poliklinikkskjemaene, og sammenhengen mellom forventninger og erfaringer vil være et viktig forskningsspørsmål framover. Når det gjelder relative preferanser har vi ikke bygd inn dette i spørreskjemaene. I en tidlig utgave av RESKVA ble erfarings-spørsmålene etterfulgt av et spørsmål om hvor viktig akkurat dette er, og lignende tilnærminger finnes i andre studier (se f.eks. Larsson et al. 2003). Noen innvendinger mot denne tilnærmingen er lengden på spørreskjemaet og kompleksiteten i analysene, og dessuten viser det seg at pasientene stort sett synes alle spørsmålene er viktige (Larsson et al. 2003). Spørsmålet om relative preferanser har ingen enkle løsninger, og Crow et al. (2002) peker på dette som et viktig forskningsområde framover.

Vi har inkludert noen spørsmål om generell tilfredshet. Generelle spørsmål kan benyttes som valideringsgrunnlag for pasientenes svar på enkeltspørsmål /indekser om erfaringer, selv om nytteverdien av andre grunner kan diskuteres (se f.eks. Larsson et al. 2003). Plasseringen av bakgrunnsspørsmål til slutt i spørreskjemaene og avsatt plass til fritekstkommentarer er for øvrig inspirert av kunnskapsoppsummeringen fra McColl et al. (2001).

I RESKVA og PasOpp har det de siste årene vært brukt en visual analog scale (VAS) med ti verdier og beskrivende ytterpunkter. Det har imidlertid vist seg at VAS ikke fungerer for pasienter som skrives ut fra sengeposter i psykisk helsevern (se Andresen et al. 2004), og vi har derfor valgt å gå bort fra VAS i psykiatriskjemaene. Vi vil vurdere tilsvarende endring i somatikkskjemaene, men først etter å ha gjennomført et forskningsprosjekt med dette som tema.

For øvrig er det ikke noe åpenbart alternativ som svarskala. Verken McColl et al. (2001) eller Crow et al. (2002) har entydige svar på spørsmål om hvor mange verdier skalaen skal ha, om midtverdi skal inkluderes, i hvilken rekkefølge verdiene skal plasseres og om hver verdi skal ha egen tekst. McColl antyder imidlertid at midtverdier er å foretrekke på holdnings-/meningsspørsmål og at hver verdi bør tekstes. Begge studiene peker på behovet for ytterligere forskning.

3.2 UTVIKLING AV POLIKLINIKKSKJEMA

Utviklingen og valideringen av poliklinikkskjemaet følger samme modell som døgnskjemaet for somatiske pasienter (Pettersen et al. 2004). Utviklingen av poliklinikkskjemaet har bestått av følgende deler:

- Intern utvikling av skjema:
 - Gjennomgang av skjemaet for inneliggende pasienter for å benytte spørsmål som er relevante å sammenlikne
 - Gjennomgang av litteratur på området, med påfølgende definering av relevante dimensjoner
 - Formulering av spørsmål i hver dimensjon i samarbeid med forskere som har erfaring med poliklinisk arbeid
 - Forskerteamet bak Reskva/PasOpp diskuterte og foreslo spørsmåls-skalaer, struktur, sekvens, lengde på skjemaet.
- Ekstern test (vurdering) av skjema:
 - Skjemaet er testet og diskutert med fire oversykepleiere, fire leger og fire pasienter ved fem ulike poliklinikker ved Akershus Universitetssykehus
 - Kongsberg sykehus har diskutert skjemaet på et personalmøte ved kirurgisk poliklinikk og gitt oss en samlet tilbakemelding
 - Skjemaet er også diskutert på møte med prosjektgruppen for brukerundersøkelser i Helse Vest
 - Skjemaet er brukt i undersøkelser i Helse Vest og Helse Nord i 2003. En analyse av pasientkommentarene fra undersøkelsen i Helse Vest har ført til mindre endringer av skjemaet.

Arbeidet resulterte i spørreskjemaet som er vedlagt i appendix A. I etterkant av undersøkelsene i Helse Vest og Nord har vi inkludert to nye valideringss spørsmål (spørsmål 42 og 43).

Skjemaet er satt sammen av flere deler. Del 1 av skjemaet består av spørsmål om tiden forut for konsultasjonen. Del 2 etterspør pasientenes mening om tilgjengelighet og mottakelse på poliklinikken. Del 3 inneholder spørsmål om organisering av poliklinikken, mens del 4 inneholder spørsmål om erfaringer fra selve konsultasjonen. Det er også noen spørsmål om tiden etter konsultasjon (del 5), samt generelle bakgrunnsspørsmål (del 6).

3.3 VALIDERINGSMETODE OG PASIENTERFARINGSDIMENSJONER

Materialet fra undersøkelsene i Helse Vest og Helse Nord ble benyttet for å validere spørreskjemaet (Garratt et al., in press). Vi har også foretatt de samme analysene med alle fem regioner, og resultatene er sammenfallende. Vi tok først ut spørsmål med stort antall manglende svar, ettersom disse spørsmålene ikke gjelder de fleste polikliniske pasienter. Faktoranalyse ble benyttet for å finne bakenforliggende dimensjoner, og disse dimensjonene ble reliabilitetstestet ifht. intern konsistens. Deretter ble de resulterende dimensjonene testet for konstruksjonsvaliditet, dvs. opp mot variable som litteraturen viser er korrelert med tilfredshet (blant annet alder og egnvurdert helse).

Resultatene av undersøkelsen gav tre kjernedimensjoner som er relevant for alle polikliniske pasienter; kommunikasjon, organisering og tilgjengelighet. Den siste dimensjonen er mest relevant for de som besøker poliklinikken for første gang. Vi identifiserte også tre øvrige dimensjoner, standard, informasjon og erfaringer før besøket, men disse passer ikke til alle pasienter.

I tabell 4 finnes en oversikt over dimensjonene og underliggende spørsmål (spørsmålsnummer i parentes, se appendix A).

Tabell 4: Dimensjoner og underliggende spørsmål i poliklinikkskjemaet.

Dimensjon	Spørsmål
Kommunikasjon	Nok tid til samtale (spm 21) Forsto du behandler (spm 26) Behandler faglig dyktig (spm 27) Behandleromsorg (spm 28) Fortalt alt om din tilstand (spm 29) Ubesvarte spørsmål etter konsultasjon (spm 38)
Organisering	Kom informasjon om deg fram (spm 18) Samarbeid i personalgruppen (spm 19) Organisering av arbeidet (spm 22) Behandleren godt forberedt (spm 25)
Tilgjengelighet	Finne veien til poliklinikken (spm 14) Finne fram inne på poliklinikken (spm 15)
Standard	Venterommet (spm 37_2) Toalettforhold (spm 37_4) Renhold (spm 37_5)
Informasjon	Egeninnsats i etterkant (spm 30) Alt om virkninger og bivirkninger (spm 31) Informasjon om undersøkelser (spm 32) Informasjon om resultater (spm 33) Informasjon om tilstandsutvikling (spm 34) Tatt med på råd (spm 35)
Erfaringer før besøket	Opplevelse av ventetid (spm 6) Informasjon på forhånd (spm 7) Tilgjengelighet på telefon (spm 8)

4. STATISTISKE BEGREPER

4.1 STANDARDAVVIK OG N (ANTALL SVAR)

Standardavviket er et vanlig uttrykk for variasjonen på begge sider av et gjennomsnitt. Summen av standardavvikene på den positive og den negative siden av gjennomsnittet fanger opp 2/3 av hele variansen i et normalfordelt materiale. Dersom standardavviket er lavt er spredningen liten, og dersom standardavviket er stort er spredningen stor. Dette betyr at økende standardavvik reduserer verdien av å bruke gjennomsnitt som mål.

N er lik antall svar på det aktuelle spørsmålet. Noen spørsmål har en slik karakter at det er få som svarer på spørsmålet. Den statistiske usikkerheten i undersøkelser av denne typen øker når antall svar er lavt.

Verdien av et gjennomsnittstall må altså vurderes i sammenheng med både standardavvik og antall svar.

4.2 SIGNIFIKANSTESTING

I testing av statistisk signifikans er den enkelte enhets resultat blitt sammenliknet med snittet for de tre helseregionene. Det er altså gjennomsnittsverdien i helseregionene som er referanseverdi. Det er fullt mulig å benytte alternative referanseverdier, eksempelvis øverste 25-persentil eller direkte sammenlikninger mellom to bestemte sykehus/foretak.

For å teste om forskjellen mellom det beregnede gjennomsnittet for den enkelte enheten og det beregnede gjennomsnittet for totalmaterialet er statistisk signifikant, har vi benyttet *One Sample t-test*. Tabeller som oppsummerer resultatene av disse signifikanstestene finnes i hovedrapporten (Groven et al. 2004, 4-2004).

Ved signifikanstesting velger man hvor streng den statistiske testen skal være. Vi holder oss her til tre signifikansnivåer og symbolbruk slik normen er i medisinsk litteratur, og som mange kjenner. Signifikansnivå på 5 % blir symbolisert ved +/-, 1 % blir symbolisert ved ++/--, og 0,1 % blir symbolisert ved +++/---. Dersom for eksempel 5% er det valgte nivået, innebærer det at man aksepterer en statistisk sannsynlighet for at forskjellene en har påvist kan være et utslag av tilfeldigheter i bare inntil 5 av 100 tilfeller. Forskjeller som innfrir dette kravet blir omtalt som statistisk signifikante.

Dersom scoren for en enhet er statistisk signifikant forskjellig fra scoren som det sammenliknes med, kan det ha flere forklaringer. Den ene forklaringen er at det faktisk er forskjeller i tjenestene det spørres om. En annen mulig forklaring er at selv om vi har korrigert for en rekke forhold som har betydning for hvordan pasientene svarer, kan det fortsatt være forhold ved pasientene ved denne enheten som gjør at de svarer forskjellig fra hva pasienter har svart andre steder. Nok en mulighet er at den statistisk påviste forskjellen skyldes tilfeldigheter.

I tråd med bekymringer som er tatt opp i internasjonal medisinsk litteratur (Sterne og Davey Smith 2001), er det på sin plass å advare mot en ureflektert inndeling etter signifikante og ikke-signifikante resultater. Resultatene fra undersøkelsen bør tolkes i konteksten av undersøkelsestype og annen tilgjengelig kunnskap om lokale forhold og rutiner ved sykehuset. Analysene i denne undersøkelsen er først og fremst utført med tanke på praktisk nytteverdi. Det kan i mange tilfeller være rimelig å betrakte forskjeller som praktisk relevante også om de ikke er statistisk signifikante. Resultatene fra PasOpp bør inspirere til refleksjon hvor også andre typer kunnskap om lokale forhold og rutiner inngår. Scorer som ved statistisk testing er ikke-signifikant forskjellig fra gjennomsnittet kan likevel gi meningsfull informasjon i forhold til forbedringstiltak i praksis. Eksempler på dette kan være tilfeller hvor majoriteten av indeksene (dimensjonene) er under gjennomsnittet, eller hvor sammenhengende områder ligger under gjennomsnittet.

4.3 KONFIDENSINTERVALL

Hellevik gir følgende begrepsforklaring for konfidensintervaller:

”Intervall rundt et utvalgsresultat som en – med en spesifisert grad av sikkerhet – kan regne med at det riktige resultatet for universet befinner seg innenfor (=2 ganger feilmarginen)” (Hellevik 1999, s. 451).

For å beregne konfidensintervallet rundt et gjennomsnittstall beregnes først standardfeilen, som er standardavviket delt på kvadratroten av N . Deretter konstrueres øvre og nedre grense for intervallet ved å multiplisere standardfeilen med valgt Z -verdi (standardavvik enheter), pluss/minus gjennomsnittstallet. Z -verdien for et 95 % konfidensintervall er 1,96.

Dersom vi velger et 95 % konfidensintervall og får en nedre grense på 30 og en øvre på 40, betyr det at vi er 95 % sikre på at verdien ligger mellom 30 og 40.

Ut fra beskrivelsen ovenfor ser vi at størrelsen på konfidensintervallet avhenger av standardavviket og utvalgsstørrelse (og selvsagt sikkerhetsnivå). Dersom standardavviket er lite og utvalgsstørrelsen er stor vil konfidensintervallet være lite, dersom standardavviket er stort og utvalgsstørrelsen er liten vil konfidensintervallet være stort.

I hovedrapporten i denne undersøkelsen (Groven et al. 2004, 4-2004) har vi valgt et konvensjonelt konfidensintervall på 95 %. En viktig grunn til at vi har valgt å inkludere konfidensintervaller er at N (antall svar) for en del sykehus er liten. Leserne får dermed ytterligere informasjon om et gjennomsnittstall for sykehuset, som sier noe om graden av sikkerhet for tallet. Som med signifikanstester advarer vi imidlertid mot å avfeie resultater selv om konfidensintervallet er stort. Et stort konfidensintervall for et sykehusnitt betyr *ikke* at resultatet er langt fra det "virkelige" tallet – det kan like gjerne avspeile at antall svarere på sykehuset er lite og at vi derfor er mer statistisk usikre.

4.4 JUSTERING FOR PASIENTSAMMENSETNING

Det er påvist at det er sammenheng mellom sosiodemografiske variabler og helsevariabler på den ene siden og pasientenes vurdering av helsetjenester på den andre siden (se for eksempel Young et al. 2000).

Ulik pasientsammensetning gjør at det er vanskelig å sammenlikne resultater mellom ulike enheter direkte. For eksempel er det slik at alder spiller en rolle for hva pasientene svarer, ved at eldre pasienter tenderer mot å være mer positive enn yngre pasienter. Da vil et sykehus med stor andel yngre pasienter kunne få en forholdsvis lav score i undersøkelsen bare på grunn av alderssammensetningen. For å kunne sammenlikne resultater mellom enheter med ulik pasientsammensetning er det viktig å forsøke å ta hensyn til slike forhold i analysene.

Når en lager en justert score for å kunne sammenlikne mellom organisatoriske enheter, er det viktig å justere for variabler som har betydning for hvordan pasientene svarer, men som ikke kan anses direkte relevant for tjenesten som ble gitt (for eksempel pasientens kjønn). Dersom det derimot var kvinner og menns forskjellige opplevelse en var ute etter å undersøke, ville en ikke klare å påvise dette hvis en hadde justert for kjønn. Det gjelder altså å korrigere for andre kilder til forskjeller enn de en er ute etter å studere.

Ved hjelp av bakgrunnsdata om pasientene kan vi justere pasientenes svar, slik at det tas hensyn til at sykehusene har ulik pasientsammensetning. Gjennom en statistisk regnemodell og de foreliggende dataene, kan vi beregne hva vi forventer at en pasient med gitte karakteristika vil svare.

Vi har benyttet en lineær regresjonsmodell med fire bakgrunnsfaktorer som forklaringsvariabler til å beregne et forventet svar for hver enkelt pasient. Bakgrunnsfaktorene er alder, utdanning, kjønn og egenvurdert helse. Regresjonen er gjennomført på datamaterialet i Helse Øst, Sør og Midt-Norge.

Differansen mellom hva pasienten virkelig svarte (den observerte verdien) og den beregnede (forventete) verdien gir så en indikasjon på om pasienten er mer eller mindre fornøyd enn hva vi skulle forvente

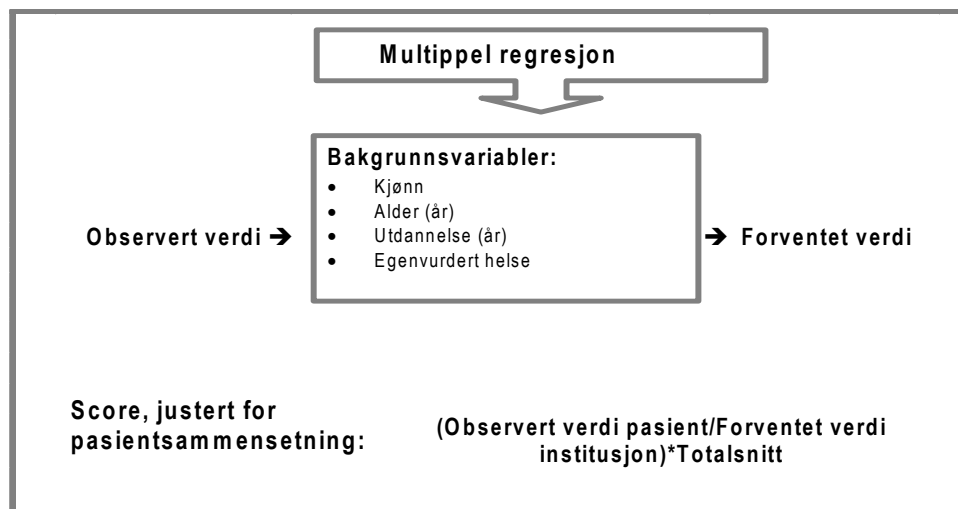
(ut fra pasientens alder, kjønn, egenvurdert helse og utdanning). Når pasientens svar er identisk med det man ville forvente for nettopp denne typen pasient, er forskjellen 0. Dersom forskjellen er negativ (dvs. under 0), har pasienten svart mer negativt enn det som er vanlig for denne typen pasienter.

For hver pasient har vi med andre ord en forskjellsscore mellom forventet og faktisk svar. Denne forskjellsscoren er ikke så enkel å tolke, og vi har derfor transformert forskjellen tilbake til en verdiskala fra 0-100 (hvor 100 er høyeste verdi). Dette betyr at hver pasient har en justert verdi som kan tolkes ifht. denne skalaen. Selve justeringen skjer ved å dividere faktisk verdi for den enkelte pasient med det predikerte gjennomsnittet for institusjonen pasienten tilhører, og multiplisere dette med snittet for de tre helseregionene.

Justeringsfaktorer og modell vises i figur 1 nedenfor.

De justerte scorene benyttes når vi sammenligner resultater mellom sykehus/helseforetak, dvs. i rapporten med hovedresultater (Groven et al. 2004, 4-2004).

Figur 1: Modell for beregning av justert score for pasienterfaringer.



4.5 UJUSTERTE TALL

Når hovedfokus er sammenligning av sykehus forsøker vi altså å gjøre pasientsammensetningen ved sykehusene mest mulig "lik", det vil si at vi justerer for ulikheter som vi tror kan ha betydning. Når hovedfokus ikke er sammenligning, f.eks. i den institusjonsvise rapporten (Groven et al. 2004, 5-2004), er ikke tallene justerte – her er tallene rådata med den pasientsammensetning som fantes på sykehuset. I disse tilfellene er formålet hovedsakelig å avdekke forbedringsområder gjennom å gi et bilde av den faktiske responsen på den enkelte institusjon. Dette betyr at justerte og ujusterte resultater ikke kan sammenlignes direkte.

REFERANSELISTE

Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA, Groven G, Grut L, Hofoss D, Saunes IS, Ruud T. Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet: Innsamlingsmetode og spørreskjema. Rapport nr. 9-2004, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J (eds.). Status and future of health surveys in the European union. Final report of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models 2003

Barr JK, Banks S. Public reporting of hospital patient satisfaction: A review of survey methods and statistical approaches. Rhode Island Department of Health 2002

Brekke I, Groven G, Andresen Ø, Krogstad U. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Vest: Hovedrapport. HELTEF Utretningsrapport 11/2003.

Burroughs TE, Waterman BM, Cira JC, Desikan R, Claiborne Dunagan W. Patient satisfaction measurement strategies: a comparison of phone and mail methods. Jt Comm J Qual Improv 2001; 27(7):349-61.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002;6(32).

Danielsen K, Holte Opsahl T, Andresen Ø. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Nord: Hovedrapport. HELTEF Utretningsrapport 21/2003.

Freil M, Gut R, Gothen I, Petersen J. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002: Spørgekemaundersøgelse blandt 32 000 pasienter. Enheden for Brugerundersøgelser 2003

Garratt A, Andresen Ø, Krogstad U, Gulbrandsen P. Utvikling og testing av pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker (in press)

Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. Journal of Clinical Epidemiology 2001; 54: 1174-1180.

Groven G, Danielsen K, Garratt A, Andresen Ø. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge:

Hovedresultater. PasOpp-rapport nr. 4-2004, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Groven G, Danielsen K, Garratt A, Andresen Ø. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge: Institusjonsvise resultater. PasOpp-rapport nr. 5-2004, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386-391.

Haraldsen G. Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1999

Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget AS 1999

Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet: Hva kan vi bruke kunnskapen til? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 14 (106):1188-95

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(5):353-8.

Larsson G, Larsson BW. Quality improvement measures based on patient data: some psychometric issues. Int J Nurs Pract 2003; 9(5):294-9.

McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technol Assess 2001;5(31).

Mordahl T. Som man spør får man svar. Oslo: TANO 1989

Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire - development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16(6):453-63

Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29(5):212-227.

Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. Int J Qual Health Care 1999; 11: 319-28

Sterne JA, Davey Smith G. Stifting the evidence – what`s wrong with significance tests? BMJ 2001; 322(7280):226-31

Sørgaard KW. Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1996; 33:11-25.

Young GJ, Meterko M, Kamal Desai R. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000; 38(3):325-34

Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. *N Z Med J* 1999; 8;112(1097):371-5.

APPENDIX A – SPØRRESKJEMA

**Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten**

Skjemaet blir lest av en maskin. Det er derfor
best om du krysser av midt i ruta, slik

⊥

Undersøkelse om pasienters erfaringer med poliklinikker og dagavdelinger

”Det er den som har skoen på som vet hvor den trykker”. Derfor spør vi deg som har erfaring med poliklinikk eller dagbehandling.

Spørsmålene gjelder ditt siste besøk på poliklinikken. Alles erfaringer er like viktige for å få et riktig bilde av denne delen av helsetjenesten.

⊥

--	--

VIKTIG:

Dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen, er det viktig at du krysser JA i ruta under

JA Jeg samtykker i å delta i undersøkelsen slik den er beskrevet i følgebrevet fra Kunnskapssenteret.

Informasjon om utfylling av spørreskjema:

⊥

- De fleste spørsmål besvares ved å krysse av på en skala med ti trinn
- Legg merke til at endepunktene er forskjellige fra spørsmål til spørsmål
- Legg også merke til at noen ganger er de positive endepunktene til venstre, andre ganger er de til høyre.

Ikke særlig tilfreds Absolutt tilfreds

⊥

Utfylt skjema sendes tilbake til Kunnskapssenteret, helst i løpet av en uke.

Returkonvolutten er ferdig adressert og porto betales av Kunnskapssenteret. Alle svar blir behandlet fortrolig.

Hvis du vil kontakte Kunnskapssenteret, kan du ringe prosjektsekretær Saga Høgheim, tlf. 67 92 94 68, eller prosjektkoordinator Kirsten Danielsen, tlf. 67 92 94 54.

⊥

Før du kom til poliklinikken/dagavdelingen

⌊

1. Hvorfor hadde du time på poliklinikken denne gangen?

Utredning	Behandling	Oppfølging etter behandling	Kontroll	Annet	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⌊

2. Hvem bestemte tidspunktet for timen din ? Ikke aktuelt Du selv Poliklinikken

3. Var det lett for deg å endre tidspunktet for avtalen hvis du måtte det? Ikke aktuelt Ja Nei

4. Opplevde du at timeavtalen din ble utsatt eller flyttet uten at du ba om det? Ikke aktuelt Ja Nei

5. Hvor lang tid gikk det fra du fikk beskjed om at timen var nødvendig til du faktisk møtte til time?

Jeg møtte til time samme dag	Under 2 uker	Ca 2-4 uker	Ca 1-3 mnd	Ca 4-6 mnd	Ca 7-12 mnd	Mer enn 1 år	Husker ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvis du måtte vente på timen din, hvordan opplevde du det?

Jeg ventet ikke Akseptabelt Uakseptabelt

7. Fikk du den informasjonen du trengte fra poliklinikken / dagavdelingen for timen din?

Jeg trengte ikke informasjon	<input type="checkbox"/>	Jeg fikk nok informasjon på forhånd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jeg fikk ingen informasjon på forhånd
------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

8. Hvor lett eller vanskelig har det vært å komme i kontakt med poliklinikkens ansatte på telefonen?

Jeg har ikke forsøkt å ringe Svært vanskelig Veldig lett

⌊

9. På forhånd, hvor viktig ventet du at denne timen på poliklinikken skulle være?

Jeg vet ikke Ikke viktig Veldig viktig

⌊

Tilgjengelighet og mottakelse på poliklinikken/dagavdelingen ⌞

10. Hvor lang tid brukte du hjemmefra til poliklinikken eller dagavdelingen?

Under 1 time Ca 1-2 timer Ca 3-4 timer Ca 5-8 timer Mer enn 8 timer

11. Måtte du overnatte på grunn av reiseveien? Ja Nei

12. Hvordan kom du til poliklinikken? (her kan du sette flere kryss)

Privatbil Drosje Buss Tog Ferge Fly Annet

13. Hvor fornøyd var du med parkeringsmulighetene?

Ikke aktuelt for meg Svært misfornøyd Veldig fornøyd

⌞

14. Hvor lett var det å finne veien til poliklinikken eller dagavdelingen da du ankom sykehuset?

Svært vanskelig Veldig lett

15. Hvor lett var det å finne fram inne på selve poliklinikken?

Svært vanskelig Veldig lett

16. Hvordan ble du mottatt i poliklinikkens resepsjon?

Mottakelsen var svært vennlig Mottakelsen var lite vennlig

⌞

17. Kom du inn til avtalt tid, eller måtte du vente?

Jeg kom inn til avtalt tid Jeg ventet mindre enn 15 minutter Jeg ventet 15 til 30 minutter Jeg ventet mellom 30 minutter og 1 time Jeg ventet mer enn 1 time

⌞

Organisering av poliklinikken/dagavdelingen



18. Opplevde du at viktig informasjon om deg var kommet fram til rette vedkommende på poliklinikken?

Viktig informasjon manglet All viktig informasjon var tilgjengelig

19. Opplevde du at personalet på poliklinikken/ dagavdelingen samarbeidet godt i forbindelse med timen din?

Nei, de samarbeidet ikke godt Ja, de samarbeidet veldig godt

20. Dersom du gjennomførte tester eller prøver, var dette godt tilrettelagt i forhold til resten av timen din?

Ikke aktuelt Ja, det var godt organisert Nei, det var ikke godt organisert

21. Var det satt av nok tid til samtale under konsultasjonen?

Ikke aktuelt Nei, det var dårlig tid Ja, det var god tid

22. Hvilket inntrykk fikk du av organiseringen av arbeidet på poliklinikken eller dagavdelingen i alminnelighet?

Arbeidet virket rotete og tilfeldig Arbeidet virket meget godt organisert

23. Fikk du time hos en som du har vært hos tidligere?

Jeg hadde ikke vært der før Ja, jeg har vært hos den samme før Nei, jeg var hos en ny person



Om selve konsultasjonen på poliklinikken/dagavdelingen

⊥

24. Hvem hadde du time hos da du besøkte poliklinikken/ dagavdelingen?

Lege

Jordmor

Fysioterapeut

Sykepleier

Ernæringsfysiolog

Vet ikke

Annet

⊥

Ha personen fra spørsmål 24 i tankene når du svarer på spørsmål nr. 25 til 30:

25. Var vedkommende godt forberedt på ditt aktuelle besøk?

Vedkommende var
svært godt forberedtVedkommende var
ikke forberedt

26. Snakket denne personen til deg slik at du forstod ham / henne?

Han/hun var
vanskelig å forståHan/hun var svært
enkel å forstå

27. Hadde du tillit til at denne personen var faglig dyktig, eller følte du noen usikkerhet med hensyn til dette?

Jeg var noe usikker
på om denne personen
var faglig dyktigJeg hadde fullkommen
tillit til at denne personen
var faglig dyktig

28. Følte du at han eller hun hadde omsorg for deg?

Nei, ikke i det
hele tattJa, i svært
stor grad

29. Fikk du selv fortalt alt det som var viktig om din tilstand?

Det var mye jeg
ikke fikk fortaltJeg fikk
fortalt alt

30. Ble det gjort klart for deg hva du skulle gjøre av egeninnsats i etterkant av timen?

Ikke aktuelt Nei, jeg fikk ikke
vite noe om detteJa, jeg fikk vite
alt jeg trengte

⊥

⊥

┆

┆

31. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om virkninger og bivirkninger av nye legemidler du begynte med?

Jeg begynte ikke med nye legemidler Nei, jeg fikk ikke vite nok om det Ja, jeg fikk vite alt som var nødvendig

32. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan undersøkelser skulle foregå?

Jeg gjennomgikk ingen undersøkelser Nei, jeg fikk ikke vite noe Ja, jeg fikk vite alt jeg trengte

33. Har du fått vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?

Det var ingen prøver eller undersøkelser Nei, jeg har ikke fått vite noe Ja, jeg har fått vite alt jeg trengte

34. Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan tilstanden din kunne utvikle seg i den nærmeste framtid?

Ikke aktuelt Nei, jeg fikk ikke vite noe om det Ja, jeg fikk vite alt jeg trengte

35. Ble du tatt med på råd i forbindelse med utredning eller behandling, hvis du ønsket det?

Ikke aktuelt Jeg ønsket ikke å bli tatt med på råd Nei, alt ble bestemt over hodet på meg Ja, jeg ble tatt med på råd

36. Ble du møtt med høflighet og respekt?

Ja, jeg ble møtt med høflighet og respekt Nei, jeg ble ikke møtt med høflighet og respekt

┆

┆

37. Var følgende forhold tilfredsstillende på poliklinikken/dagavdelingen?

⊥	Ikke aktuelt for meg	Ja, helt tilfredsstillende	Nei, helt uakseptabelt
Avskjermet rom for fortrolig samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Venterommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mulighet til å kjøpe mat og drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Toalettforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Renhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Etter konsultasjonen på poliklinikken/dagavdelingen

38. Hadde du noen ubesvarte spørsmål da du forlot poliklinikken/dagavdelingen?

Ja, mange Nei, ingen

39. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?

Ikke aktuelt Behandlingen var helt korrekt Jeg ble alvorlig feilbehandlet

40. Hvor tilfreds er du, alt i alt, med den behandlingen du fikk ved poliklinikken/dagavdelingen?

Ikke særlig tilfreds Absolutt tilfreds

41. Hva har besøket ved poliklinikken (så langt) betydd for sykdommen eller helseproblemet ditt?

Passer ikke i mitt tilfelle Ingen vesentlig bedring Det har gjort meg helt frisk, helseproblemet er borte

⊥

42. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med konsultasjonen ved poliklinikken/dagavdelingen?

Svært misfornøyd Ganske misfornøyd Både og Ganske fornøyd Svært fornøyd

43. Alt i alt, hvordan var erfaringene dine med poliklinikken/dagavdelingen ved dette besøket?

Mye dårligere enn forventet Noe dårligere enn forventet Som forventet Noe bedre enn forventet Mye bedre enn forventet

Bakgrunnsspørsmål

⌞

Opplysningene nedenfor skal brukes til å undersøke om ulike pasientgrupper har forskjellige erfaringer med poliklinikker og dagavdelinger, og det er viktig at du besvarer spørsmålene.

44. Kjønn og alder: Mann Kvinne Alder: år

45. Er morsmålet ditt et skandinavisk språk? (inkludert samisk) Ja Nei

⌞

46. Hvor mange ganger i løpet av siste 6 måneder har du hatt poliklinikktime?

Bare denne ene gangen

2 – 5 ganger

Mer enn 5 ganger

47. Stort sett, vil du si at din helse er:

Utmerket

Meget god

God

Nokså god

Dårlig

48. Hva gjør du til daglig?

Er yrkesaktiv

Er hjemme-
arbeidende

Er uføretrygdet

Er sykmeldt /
på attføring

Er pensjonist

Er under
utdanning

Annet

⌞

49. Hvor mange år har du gått på skole / tatt utdanning etter at du var ferdig med obligatorisk grunnskole?

Antall år

(Obligatorisk grunnskole = 0, alle årene etter grunnskolen legges sammen)

50. Hvor mange personer bor i husstanden din?

Jeg bor alene

Vi er 2 personer

Vi er 3 personer eller flere

⌞

Er det andre spørsmål eller temaer du synes vi burde spurt om i dette skjemaet?

.....

.....

.....

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare !

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass

0130 Oslo

Tlf: 23 25 50 00

Faks: 23 25 50 10

post@kunnskapssenteret.no

www.kunnskapssenteret.no

Organisasjonsnummer: 986 303 537

ISBN 82-8121-016-8

ISSN 1504-3428