

Kan patienttilfredshed udvikle sig over tid?

Associeret forsker Erik Riiskjær, forskningsleder Jette Ammentorp & forskningsleder Poul-Erik Kofoed

RESUME

INTRODUKTION: Trods øget anvendelse af gentagne generiske patienttilfredshedsmålinger foreligger der kun en begrænset viden om ændringer i resultaterne over tid. Undersøgelsen belyser systematiske ændringer i tilfredsheden på højt og lavt organisatorisk niveau blandt indlagte patienter og ser på, om ændringer har sammenhæng med belægningsprocenter, akutindtag og lokale ledelsers vurdering af målingerne.

MATERIALE OG METODER: Fra 1999 til 2006 gennemførte det tidligere Århus Amt detaljerede patienttilfredshedsundersøgelser i fire runder på amtets otte somatiske sygehuse. De 71 sengeafsnit, der indgik i de tre første runder, inkluderedes i analysen. Organisatoriske data blev trukket fra Århus Amts ledelsesinformationssystem. Afdelingsledelser og sygehusledelser evaluerede efter hver runde konceptet via et spørgeskema.

RESULTATER: Blandt de indlagte patienter var der på amtsniveau ingen signifikant udvikling af patienttilfredsheden over tid. Derimod viste de afsnit, der ved første runde fik de dårligste vurderinger, signifikante og blivende forbedringer ved de næste to runder. De afsnit, der forbedrede sig mest, havde færrest akutte patienter.

KONKLUSION: Undersøgelsen dokumenterer, at patienttilfredshed kan ændre sig over tid. Der synes at eksistere en positiv førstegangseffekt ved at måle tilfredsheden på et lavt organisatorisk niveau. Vedvarende ændringer af patienttilfredsheden på de afsnit, der initialt scorede dårligst, indicerer, at konceptet har haft betydning for indsatsen i klinikken. Afsnit med mange akutte patienter har dog sværere ved at øge patienttilfredsheden.

Patienttilfredshedsundersøgelser begrundes normalt med, at man vil forbedre kvaliteten i fremtiden. Imidlertid foreligger der kun få studier, i hvilke man analyserer udviklingen over tid og effekter af målinger på tværs af organisationer [1-4]. Sundhedsvæsenet er gået fra enkeltstudier til gentagne og omfattende monitoreringer uden at vide, hvad det betyder for resultater, opfølgning og effekt [5, 6]. Forbedringer er ikke en selvfølge, blot fordi man evaluerer mere bredt og oftere, og specielt ikke når målingerne ikke er frivillige [7].

I Danmark er der i årene 2000 til 2006 fire gange gennemført landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) for indlagte patienter. Ud af 30 spørgsmål var 13 gennemgående, og for seks af disse var der en signifikant positiv udvikling fra 2000-2004, mens dette ikke var tilfældet for de syv resterende spørgsmål. Patienternes helhedsvurdering var

et af de spørgsmål, hvor der ikke fandtes nogen forbedring. Bevægelser på amts- og sygehusniveau over tid er ikke beskrevet [8].

Det engelske sundhedsvæsen, National Health Service (NHS), har flere gange gjort status over udviklingen i patienttilfredsheden. Senest i 2006, hvor der efter otte år med 19 nationale undersøgelser og 1.186.277 besvarelser kunne rapporteres om stigning i patienttilfredsheden [9]. Det er ikke beskrevet, om der er systematiske bevægelser på lavere organisatorisk niveau.

I Århus Amts patienttilfredshedsmålinger fra 1999 til 2006 fandt man for ambulatoriepatienter og dagpatienter en signifikant stigning i den overordnede tilfredshed, mens der for de indlagte patienter ikke fandtes nogen ændring [10].

Der er altså en vis dokumentation for moderate stigninger i patienttilfredshed inden for større sundhedssystemer i forbindelse med gentagne patienttilfredshedsundersøgelser. Der foreligger imidlertid ingen analyse af, hvordan tilfredsheden har udviklet sig i mindre organisatoriske enheder.

Formålet med denne undersøgelse er at belyse, om der på lavt organisatorisk niveau kan ses systematiske ændringer i patienttilfredsheden, selv om der kun findes marginale ændringer på overordnet niveau, samt at undersøge, om ændringer i patienttilfredshed hænger sammen med belægningsprocenter, akutindtag og lokale ledelsers vurdering af målingerne.

MATERIALE OG METODER

Patienttilfredshedsundersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på data fra Århus Amts patienttilfredshedsundersøgelser fra 1999 til 2004. Udvikling og validering af spørgeskemaet er beskrevet i en anden artikel [10]. Sengeafsnit, der i hver runde havde opnået mere end 20 svar, blev inkluderet. To afdelinger med i alt 15 afsnit blev kontaktet, fordi der var tvivl om hvilke afsnit, der med rimelighed kunne sammenlignes over tid. Det betød, at fire afsnit måtte ekskluderes fra analysen

Skemaet til sengeafsnittene bestod af 14 specifikke spørgsmål og et spørgsmål angående helhedsvurderingen. I denne artikel anvendes kun svarene vedrørende helhedsvurderingen. Patienterne afgav deres helhedsvurdering på en fempunktsskala, som

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet,
Institut for Økonomi,
Sygehus Lillebælt/IRS og
Syddansk Universitet,
Enhed for Sundheds-
tjenesteforskning

TABEL 1

Oversigt over antallet af patienter, afsnit, afdelinger og sygehuse, der i perioden 1999 til 2004 deltog i Århus Amts patienttilfredshedsundersøgelser, henholdsvis blev inkluderet i aktuelle undersøgelser.

	1999/2000		2001/2002		2003/2004	
	n	inkluderede ^a	n	inkluderede	n	inkluderede
Patienter	8.631	6.336	8.726	6.531	7.710	6.400
Afsnit	100	71	107	71	100	71
Afdelinger	45	36	45	36	39	36
Sygehuse	8	6	8	6	4	4

a) Afsnit, der er gennemgående i de tre første runder, og har over 20 svar. De inkluderede afsnit havde i gennemsnit 90 svar.

er dikotomiseret, således at »Enestående« og »Godt« er betegnet som tilfredse patienter. »Godt og dårligt«, »Dårligt« og »Uacceptabelt« opfattes som svar med forbedringspotentiale.

Registerdata

Belægningsprocenter er trukket fra Århus Amts ledelsesregistreringssystem (LIS) og er opgjort på afsnitsniveau for de perioder, hvor der er gennemført patienttilfredshedsmålinger.

Data fra evaluering af undersøgelseskonceptet

Afdelingsledelserne fik 3-6 måneder efter undersøgelsen tilsendt et spørgeskema [10]. Data herfra er anvendt for at undersøge, om der er en sammenhæng mellem udviklingen i patienttilfredshed og lederens vurdering af undersøgelseskonceptet. Evalueringen er foretaget på afdelingsniveau, men er sat i relation til svarene på de underliggende afsnit.

Databearbejdning

Udviklingen i tilfredshed er undersøgt med udgangspunkt i afsnittenes initiale »tilfredshedsniveau« for helhedsspørgsmålet. Afsnittene er delt op i fem kvintiler efter andelen af tilfredse patienter. Udviklingen over tid er vurderet ved at beskrive ændringer fra første til anden runde (førstegangseffekt), og dernæst ændringer fra anden til tredje runde (andengangseffekt). Forskelle er analyseret ved hjælp af tosidet t-test.

RESULTATER

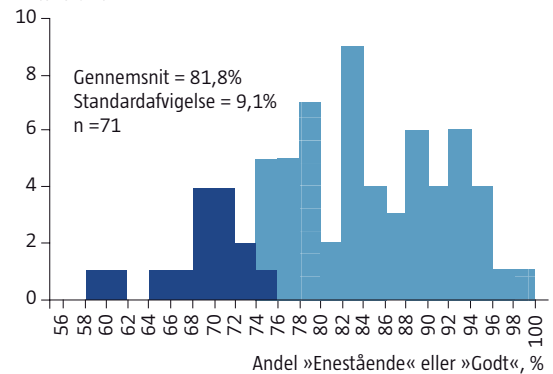
I første runde blev der målt på 100 stationære afsnit, men pga. omstruktureringer og sygehuslukninger var kun 71 sengeafsnit gennemgående i de tre første runder. Af disse var der seks, der blev analyseret på afdelingsniveau, fordi afsnitsopdelingen var fjernet i en eller to af undersøgelsesperioderne.

FIGUR 1

Andelen af patienter i Århus Amt, hvor det samlede indtryk af afsnittet blev vurderet til »Enestående« eller »Godt« i 1999-2000, 2001-2002 og 2003-2004. De mørke søjler er den femtedel af afsnittene, hvor andelen af tilfredse var mindst ved første runde.

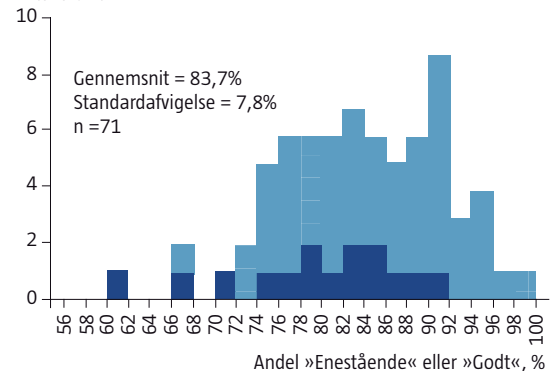
Første runde (1999-2000)

Antal afsnit



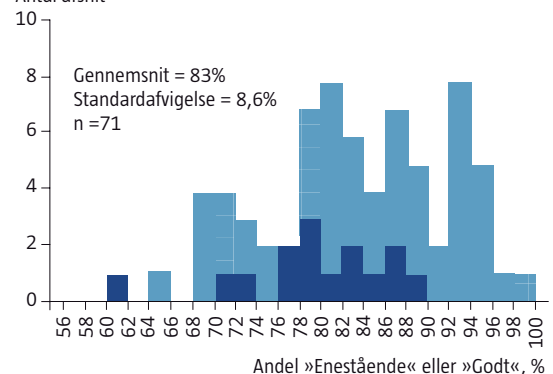
Anden runde (2001-2002)

Antal afsnit



Tredje runde (2003-2004)

Antal afsnit



I de tre runder svarede i alt 25.067 indlagte patienter (svarprocent 55,0%), heraf var 19.267 fra de 71 inkluderede sengeafsnit (Tabel 1). Den totale andel af tilfredse patienter på de inkluderede afsnit steg fra 81,8% i 1999/2000 til 83,0% i 2003/2004. For alle stationære patienter, både fra de inkluderede og



TABEL 2

Helhedsvurderingen for 71 inkluderede stationære afsnit, samt deres relative placering i første og anden undersøgelsesrunde^a.

	Andelen af patienter, der svarede »Enestående« eller »Godt«			
	dårligst vurderede kvintil (n = 15)	tre midterste kvintil (n = 42)	bedst vurderede kvintil (n = 14)	alle (n = 71)
<i>Opdelt efter resultat i første runde</i>				
Første runde (1999/2000)	68,9%	82,4%	93,8%	81,8%
Anden runde (2001/2002)	79,6%	83,2%	89,6%	83,7%
Tredje runde (2003/2004)	79,3%	82,4%	88,9%	83,0%
Ændring fra første til anden runde	10,8 %-point**	0,7 %-point	-4,2 %-point*	1,9 %-point
Ændring fra første til tredje runde	10,4 %-point**	0,0 %-point	-4,9 %-point*	1,2 %-point
<i>Opdelt efter resultat i anden runde</i>				
Anden runde (2001/2002)	72,9%	84,1%	93,9%	83,7%
Tredje runde (2003/2004)	77,4%	82,2%	91,7%	83,0%
Ændring fra anden til tredje runde	4,5 %-point	-2,0 %-point	-2,2 %-point	-0,7 %-point

a) Afsnittene er fulgt med udgangspunkt i hvilken kvintil, de var placeret i henholdsvis første og anden runde.

*) t-test, $p < 0,05$; **) t-test, $p < 0,01$.



TABEL 3

Fra første til anden runde: belægningsandel, akutandel og andel af tilfredse ledere blandt de afsnit, der forbedrede sig, og de afsnit der ikke gjorde. Alle værdier er procentandele.

	Afsnit inden for de to dårligst vurderede kvintiler i første runde (n = 29)		Afsnit inden for de tre bedst vurderede kvintiler i første runde (n = 42)	Alle afsnit (n = 71)
	ni med signifikante positive ændringer i helhedsvurderingen	20 uden signifikante positive ændringer i helhedsvurderingen		
Andel tilfredse patienter	69,6-87,3*	74,2-79,0*	88,0-85,1*	81,8-83,7
Belægningsprocent	94,4-93,7	97,1-99,6	93,5-87,6	94,7-91,9
Akutandel ^a	44,2-49,6	69,7-64,9	48,0-48,5	53,7-53,2
Andel tilfredse ledere ^b	22,2-57,1	40,0-43,8	69,2-34,2*	54,4-39,3

a) Andel akutte patienter blandt deltagerne i undersøgelsen.

b) Andel »ja-svar« i % fra afdelingsledelserne på spørgsmålet om, hvorvidt evalueringen var anvendelig til kvalitetsudvikling.

*) t-test, $p < 0,05$.

de ikkeinkluderede afsnit, var andelen af tilfredse patienter 82,8% i begge perioder.

Figur 1 viser udviklingen og spredningen af andelen af tilfredse patienter fordelt på de enkelte afsnit i første, anden og tredje runde for de 71 inkluderede sengeafsnit. Den femtedel af afsnittene (15 afsnit), der i første runde blev vurderet lavest af patienterne, er skraveret i alle tre undersøgelsesrunder.

Den femtedel af afsnittene, der i første runde fik de dårligste vurderinger af patienterne, havde i gennemsnit en stigning i andelen af tilfredse patienter på 10,8 procentpoint fra første til anden runde. En udvikling, der blev fastholdt fra første til tredje runde, hvor stigningen var 10,4 procentpoint (**Tabel 2**).

Efter første runde faldt andelen af tilfredse patienter på afsnittene i den bedste kvintil med gennemsnitligt 4,2 procentpoint, og i de tre midterkvintiler steg andelen med 0,8 procentpoint. Fra første til anden runde var der ni afsnit med signifikant fremgang blandt de 29 afsnit i de to dårligste kvintiler, og

et afsnit havde signifikant tilbagegang. I de to bedste kvintiler var der tre afsnit, der havde signifikant tilbagegang, mens ingen havde fremgang.

Tager man udgangspunkt i resultaterne fra anden runde, steg antallet af tilfredse patienter i den dårligste kvintil med 4,5 procentpoint til tredje runde. I den bedste kvintil faldt tilfredsheden med 2,2 procentpoint.

Tabel 3 viser sammenhængen mellem patienttilfredshed, belægningsprocenter, akutandele og ledevalueringer. For de 20 afsnit, der i første runde var placeret i de to dårligste kvintiler, og som enkeltvis ikke forbedrede patienttilfredsheden signifikant, var den gennemsnitlige andel af akutte patienter i første og anden runde henholdsvis på 69,7% og 64,9%, mens de tre bedst vurderede kvintiler havde akutandele på 48,0% og 48,5%. Det er en statistisk signifikant forskel ($p = 0,04$; t-test). De ni afsnit, der opnåede en statistisk signifikant forbedring, havde et akutniveau på 44,2% og 49,6%, hvilket svarer til de



Spørgeskemaer i A5-format blev skæddersyet til de mindste organisatoriske enheder.

bedst vurderede afsnit. Forskellen på de ni og de 20 afsnits akutniveau var ikke signifikant ($p = 0,09$; t-test).

Tilsvarende var belægningsprocenten i anden runde højere (99,6%) for de 20 afsnit i de dårligst vurderede kvintiler, der ikke opnåede en forbedring i tilfredsheden, end den var for de afsnit, der faldt indenfor de tre bedst vurderede kvintiler (87,6%). Forskellen var signifikant ($p = 0,01$; t-test). De ni afsnit fra de to dårligst vurderede kvintiler med signifikante forbedringer havde en belægningsprocent, der lå herimellem (93,7). Denne belægningsprocent adskiller sig ikke signifikant fra hverken de bedst vurderede afsnits, eller fra de 20 dårligst vurderede afsnit uden fremgang (Tabel 3). Patientpopulationens sammensætning har været konstant i perioden for dataindsamlingen.

Fra første til anden runde faldt antallet af afdelingsledelser, der svarede »ja« til spørgsmålet, om de fandt konceptet anvendeligt til kvalitetsudvikling, dog uden at forskellen var statistisk signifikant. Ser man på de afsnit, der opnåede en markant forbedring fra en dårlig position i første runde, steg antallet af tilfredse ledere (dog ikke signifikant). Derimod var vurderingen signifikant dårligere efter anden runde for de, der havde en »god« patienttilfredshedsundersøgelse i første runde, og som ikke opnåede forbedringer i anden runde ($p = 0,00$; t-test).

DISKUSSION

Undersøgelsen fokuserer på de indlagte patienter, fordi der i denne patientgruppe fandtes flest organisatoriske enheder, som var gennemgående i perioden. Herudover var de indlagte patienter karakteriseret ved at have flest kritiske svar, hvilket mindsker de *ceilings*-problemer, der ses i patienttilfredshedsundersøgelser [11].

Mens den overordnede tilfredshed på amsni-

veau ikke ændrede sig over de tre målerunder, ser resultatet anderledes ud på afsnitsniveau, hvor der skete forbedringer på flere af de afsnit, der fik de dårligste resultater, hvilket indicerer, at undersøgelsen har påvirket adfærden på afsnittene. Placering i de to kvintiler med de laveste patienttilfredshedsresultater i første runde synes at rumme et klart incitament til refleksion og kvalitetsudvikling.

Der er asymmetri mellem de dårligste og de bedste afsnits bevægelser mellem runderne. En del af fremgangen blandt de dårligst vurderede afsnit på 10,8 procentpoint i første runde kan tilskrives tilfældighed, men tager man højde for denne tilfældige variation, står man tilbage med en effekt i størrelsesordenen 6,6 procentpoint. Altså den samlede positive effekt på 10,8, minus en maksimal tilfældig regression på 4,2 procentpoint, hvilket svarer til den bevægelse, der sås blandt de bedst vurderede afsnit. Det peger på, at bevægelsen blandt de dårligst vurderede afsnit ikke bare består af tilfældigheder som *regression toward the mean* [12]. Forbedringerne af de dårligst vurderede afsnit fra første til anden runde er fastholdt i tredje runde.

At effekten af patienttilfredshedsundersøgelser er dårligt empirisk belyst, hænger formodentlig sammen med de krav sådanne analyser stiller til data. Et af de største problemer er, at der i sundhedsvæsenet ofte omorganiseres, så sammenligning over tid er vanskelig på grund af udtynding af sammenlignelige enheder. Det er en vanskelighed, som er større des mere organisatorisk detaljerede koncepter, der anvendes. Trods studiets omfattende datagrundlag bliver antallet af undersøgelsesenheder begrænset, når afsnittet er måleenheden, specielt når mere specifikke sammenhænge ønskes belyst. Selv om studiets resultater ikke viser signifikante sammenhænge på alle punkter, er det en vigtig start at se på hvilke organisatoriske forhold, der kan ligge bag forskellig udvikling i patienttilfredshed.

Andelen af akutte patienter og belægningsprocenten på et sengeafsnit synes at have sammenhæng med afdelingernes evne til at forbedre patienttilfredsheden. Akutandelen og belægningsprocenten samvarierer, hvilket kan skyldes, at højt akutindtag i mange tilfælde medfører høje belægningsprocenter. En afdelings evne til at forbedre patienttilfredsheden er på den måde mere eller mindre bestemt af udefra givne vilkår omkring patientindtaget.

Afdelingsledelserne på de afdelinger, der oplevede en forbedring af patienttilfredsheden, havde et mere positivt syn på målingen, end de som i første og anden runde fik uændrede resultater. For at fastholde ledelsernes opmærksomhed omkring undersøgelserne er det vigtigt at patienternes svar rummer ny vi-

den, samt at svarene er så præcise, at de kan anvendes til operationelle ændringer i den daglige kliniske praksis. Et bud på sådanne informationsmættede, aktuelle tilfredshedsundersøgelser er præsenteret i form af kontinuerte målinger, der er sammenkoblet med indsamling af patientkommentarer [1].

Det er værd at bemærke, at der ses aftagende udsving i undersøgelsesresultaterne over tid, hvilket kan ses som en vigende opmærksomhed på undersøgelsen, eller måske at man har nået en grænse for iværksættelse af forbedringer, der er umiddelbart gennemførlige.

Der er etableret flere performancemålingssystemer i Danmark i forhold til faglig kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed [8, 13, 14]. Det er et uopdyrket forskningsområde, hvordan klinikerne anvender sådanne målinger. I nyere teorier peger man på et repertoire af reaktionsmønstre blandt lokale ledere i forhold til monitorering [15]. Disse kan bestå i, at organisationer indordner sig under målingens ide om rationel opfølgning; at de kun tager et delvist hensyn til dem; at man blot foregiver, at de tages højtideligt, men at de ikke slår igennem på handling; at man vælger at angribe metoden og i øvrigt ikke gør noget; eller man kan vælge en strategi, der søger indflydelse på, hvordan der måles.

I den nyinstitutionelle organisationsteori er der peget på, at målinger i sig selv er med til at forme vores opfattelse af virkeligheden [16, 17]. Om evaluering skaber utilsigtede effekter eller blot fremmer udviklingen på de dårligst vurderede afsnit, afhænger blandt andet af den adfærd, det samlede ledelsessystem og omgivelserne udviser. Kunsten er at få resultaterne frem til de ansvarlige enheder uden stigma og skam, hvor hitlister, formelle belønninger og straf i forbindelse med målingerne bør undgås [18].

Patienttilfredsheden på amtsniveau var uændret i den undersøgte periode. Heraf kan man imidlertid ikke slutte, at der ikke blev gennemført kvalitetsudviklingsprojekter med effekt for patienterne i perioden, bl.a. fordi andre initiativer af betydning for patienternes oplevelser kan have helt ukendte virkninger på patienttilfredsheden. For eksempel reducerede Århus Amt liggetiderne i den betragtede periode med 13% [19], og sygehusantallet blev reduceret fra otte til fire. Hvad sådanne overordnede udviklingstræk i sundhedsvæsenet betyder for det patientrelaterede *outcome*, er endnu et ubesvaret spørgsmål [20].

KONKLUSION

Undersøgelsen dokumenterer, at patienttilfredshed ændrer sig over tid. Der synes at eksistere en førstegangseffekt ved at måle og afrapportere patienttil-

fredshed på et lavere organisatorisk niveau. Vedholdende ændringer af patienttilfredsheden på de afsnit, der initialt scorede dårligst, indicerer at konceptet har haft betydning for indsatsen i klinikken. Afdelinger med mange akutte patienter har dog vanskeligere ved at øge patienttilfredsheden.

KORRESPONDANCE: Erik Riiskjær, Institut for Økonomi, Universitetsparken, Bygning 1322, 8000 Århus C. E-mail: eriiskjaer@econ.au.dk

ANTAGET: 12. juli 2009

FØRST PÅ NETTET: 23. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Region Midt, Trygfonden (Unr. 7547-07), Momsfonden (Inr. 11.20.00 G01) og Det Samfundsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet takkes for økonomisk støtte til projektet.

LITTERATUR

1. Ammentorp J, Kofoed PE. Kontinuerlig monitorering af den forældreoplevede kvalitet ved hjælp af informationsteknologi. *Ugeskr Læger* 2005;137:1950-3.
2. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52:609-20.
3. Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Qual Health Care* 2001;13:463-8.
4. Chang L. Managerial responses to externally imposed performance measurement. in: *the nhs: an institutional theory perspective*. *Financ Account Measure* 2006;22:63-85.
5. Power M. *The audit society*. New York: Oxford University Press, 1997.
6. Ginsburg LS. Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data. *Health Serv Res* 2003;38:261-86.
7. Hansen HF. Evaluering: teori og praksis i designprocessen. *Nordiske Organisationsstudier* 2001;3:43-62.
8. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.045 patienter. Enheden for brugerundersøgelser på vegne af regionerne og indenrigs- og sundhedsministeriet. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2007.
9. Coulter, A. *Trends in patients' experience of the NHS*. London: Picker Institute, 2006.
10. Riiskjær, E. Undersøgelser af patienttilfredshed – ritual eller hjælp til kvalitetsudvikling? I: Bjørnkilde B, Goul-Andersen J og Lolle H. *Bag kulissen i konstruktionen af kvalitet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2008.
11. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000;25:3167-77.
12. Krause MS. Regression toward the mean in effectiveness studies: theoretically possible, not mathematically inevitable. *Qual Quant* 2008;42:859-65.
13. Mainz J, Bartels PD, Laustsen S et al. Det Nationale Indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. *Ugeskr Læger* 2001;163:6401-6.
14. Produktivitetmålinger. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006:1-13.
15. Oliver C. Strategic responses to institutional processes. *Acad Manage Rev* 1991;16:145-79.
16. Dahler-Larsen P. Den rituelle refleksion – om evaluering i organisationer. Odense: Odense Universitetsforlag, 1998.
17. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *Am J Sociol* 1977;83:340-63.
18. Lilford R, Mohammed AM, Spiegelhalter D et al. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 2004;363:1147-54.
19. 10-årsoversigt for Århus Amt 2004. Århus: Århus Amt, 2004.
20. Davis P, Lay-Yee R, Scott A et al. Do hospital bed reduction and multiple system reform affect patient mortality? *Med Care* 2007;45:1186-94.