

6. Andersen C. Danmark, landet med de mange tilfredse patienter. *Ugeskr Læger* 2006;168:14-7.
7. Boyer L, Francois P, Doutre E et al. Perceptions and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *Int J Qual Health Care* 2006;18;5:59-364.
8. Sofaer S. Navigating poorly charted territory. Patient dilemmas in health care "nonsystems". *Med Care Res Rev* 2009;66:75S-93S.
9. Scott RW. Competing logics in healthcare: professional, state, and managerial. I: Dobbin F (ed.). *The sociology of the economy*. New York: 2004:267-87.
10. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45:1829-43.
11. Timm HU. Patienten i centrum? Brugerundersøgelser, læggerspektiver og kvalitetsudvikling. DSI rapport 97.06. København: DSI, 1997.
12. Cummings TG, Worley CG. *Organization development and change*. Seventh edition. Mason: South-Western, 2005.
13. Ginsburg LS. Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data. *Health Serv Res* 2003;38:261-86.
14. Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed PE. Kan patienttilfredshed udvikle sig over tid? *Ugeskr Læger* 2010;172:1967-71.
15. Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed PE. Patienttilfredshed set i relation til organisatoriske forhold. *Ugeskr Læger* 2010;172:1977-83.
16. Riiskjær E. Undersøgelser af patienttilfredshed – ritual eller hjælp til kvalitetsudvikling? I: Bjørnkilde B, Goul-Andersen J, Lolle H (eds.). *Bag kulissen i konstruktionen af kvalitet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 200:191-222.
17. Heje HN. Patient evaluation in general practice. Methodological aspects, influence of patient and GP characteristics and the GPs' experiences with evaluations. Århus: Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Århus Universitet, 2006.
18. Ibsen IM. Mellem dekoloniserende og koloniserende effekt i offentlige, professionaliserede serviceorganisationer. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet, 2008.
19. Glouberman S, Mintzberg, H. Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation. *Health Care Manage Rev* 2001;26:56-69.
20. de Bruijn H. *Managing performance in the public sector*. London: Routledge, 2007.

Patienttilfredshed set i relation til organisatoriske forhold

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

RESUME

INTRODUKTION: Patienttilfredshed måles i stigende grad med generiske redskaber, hvor opfølgning er beskrevet som problematisk. Formålet med studiet var at undersøge betydningen af at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser på lavt organisatorisk niveau, samt at undersøge om patienternes vurderinger har sammenhæng med lokale organisatoriske forhold.

MATERIALE OG METODER: Fra 1999 til 2006 gennemførte Århus Amt 398 patienttilfredshedsundersøgelser i fire runder på otte sygehuse. Ud fra dette materiale har vi analyseret behovet for en detaljering af undersøgelserne og forbedringspotentialer på tværs af afsnit. Med henblik på at undersøge forklaringer på forskellene er de 40 bedst og de 40 dårligst vurderede sengeafsnit fra runde tre sammenholdt med data fra arbejdsklimaundersøgelser og ledelsesinformationssystemet.

RESULTATER: 71,4% af afdelingerne ønskede resultaterne specificeret på afsnits- og diagnosegrupper, som de selv definerede. Forbedringspotentialer mellem afsnit viste en variation på undersøgelsens spørgsmål fra 0,0 til 72,3%. På de afsnit, der havde det største forbedringspotentiale, var der signifikant højere belægningsprocenter, akutandele og sygefravær. Personalet oplevede her højere arbejdsbelastning og mindre grad af professionalisme.

KONKLUSION: Studiet viste at, afdelingerne ønskede individuelle og detaljerede opgørelser af resultaterne, og der var sammenhæng mellem patienttilfredshed og organisatoriske forhold. Manglende opfølgning på patienttilfredshedsmålinger kan henføres til ringe præcision og informationsværdi, bl.a. som følge af at de er gennemført på højt organisatorisk niveau.

I de seneste 20-30 år har der været en voldsom vækst i antallet af patienttilfredshedsundersøgelser og metodeartikler om emnet [1, 2]. Alligevel har der med få undtagelser været begrænset interesse for, hvordan resultaterne fra disse undersøgelser kan gøres anvendelige i den kliniske praksis [3].

Det er anført som et generelt problem, at kvalitetsdata i sundhedsvæsenet indsamles og rapporteres på et højt organisatorisk niveau (f.eks. på sygehusniveau), mens opfølgning skal ske på lavere niveau (f.eks. på afsnitsniveau) [3, 4]. Flere har pegt på, at der i sundhedsvæsenet generelt mangler organisatoriske undersøgelser på lavt organisatorisk niveau [5-7].

Med lanceringen af den Danske Kvalitetsmodel er der skabt et formelt evalueringsgrundlag for sundhedsvæsenet, herunder for evaluering af den patientoplevede kvalitet [8]. Modellen giver imidlertid ikke svar på, hvordan disse målinger præcist skal foregå, men det er meldt ud, at den patientoplevede kvalitet skal måles ved hjælp af en justeret udgave af den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) anvendt på afdelingsniveau [9].

Gennem LUP har man i seks år over fire runder rapporteret, hvorledes sygehuse i Danmark adskiller sig positivt eller negativt fra landsgennemsnittet. Resultater af denne karakter er vanskelige at følge op på, bl.a. fordi sygehuse består af mange forskellige mindre enheder, der fungerer relativt autonomt.

ORIGINALARTIKEL

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



FIGUR 1

Spørgsmål og dimensioner i Århus Amts arbejdsklimaundersøgelser. Der er ud fra teoretiske overvejelser dannet seks dimensioner på grundlag af 40 items. Syv items indgår ikke i de dannede dimensioner. Items er målt på en firepunktsskala. Cronbachs alfa (CA) er beregnet af det udsnit af materialet, der vedrører sygehusområdet (6.401 svar). I parentes er angivet CA for det samlede materiale for alle amtsansatte (11.544 svar). Data er indsamlet i perioden april 2002-april 2005.

<i>Autonomi</i> CA = 0,77 (0,69)
Jeg er tilfreds med den indflydelse, jeg har på tilrettelæggelsen af mit arbejde
I mit arbejde ved jeg, hvad der forventes af mig
Jeg har den information, som jeg behøver for at kunne udføre mit arbejde
Jeg synes, at medarbejderne inddrages i tilstrækkeligt omfang, når der træffes beslutninger
<i>Ledelse</i> CA = 0,96 (0,91)
Arbejdspladsens ledelse veksler på en god måde mellem at lytte og tale
Jeg kan med udbytte tale om vanskeligheder i mit arbejde med arbejdspladsens ledelse
Jeg får anerkendelse for min indsats
Arbejdspladsens ledelse giver mig ros og kritik på en måde, der giver mig lyst til at gøre mere ud af mit arbejde
Arbejdspladsens leder er handlekraftig
Arbejdspladsens ledelse er motiverende og inspirerende
Arbejdspladsens ledelse har et godt overblik
Konflikter løses på en god måde på arbejdspladsen
<i>Jobindhold</i> CA = 0,90 (0,84)
Jeg har et spændende job
Mit arbejde er tilpas afvekslende
Min arbejdsplads giver mig mulighed for personlig og faglig udvikling
Arbejdet giver mig mulighed for at udnytte mine personlige og faglige kvalifikationer
Jeg er tilfreds med de udfordringer, jeg får igennem mit arbejde
<i>Samarbejde</i> CA = 0,94 (0,85)
Alle kan frit sige deres mening på min arbejdsplads
Vi behandler hinanden ligeværdigt og med respekt
Jeg oplever, at der er ligestilling på min arbejdsplads (på tværs af f.eks. alder, køn og etnisk baggrund)
Jeg synes, at arbejdspladsen er præget af godt samarbejde
På arbejdspladsen giver vi hinanden ros og kritik på en måde, der giver mig lyst til at gøre mere ud af arbejdet
Jeg føler mig godt tilpas med den tone og omgangsform, vi har på arbejdspladsen
Vi støtter hinanden i vanskelige situationer på arbejdet
<i>Arbejdsbelastning</i> CA = 0,83 (0,67)
Jeg er tilfreds med min daglige arbejdsbelastning
Jeg kan forene kravene på mit arbejde med et godt privatliv
<i>Professionalisme</i> CA = 0,92 (0,86)
På arbejdspladsen er vi optaget af at forbedre arbejdets kvalitet
Min arbejdsplads løser sine opgaver på et højt kvalitetsniveau
Det er de rigtige ting, der bruges mest tid og energi på i det daglige arbejde
Der tages fat på at ændre det, der ikke fungerer tilfredsstillende
Jeg oplever, at der er enighed om arbejdspladsens værdier og mål
Der er god sammenhæng mellem vores daglige arbejde og vores værdier og mål
Min arbejdsplads nyder respekt blandt brugere og samarbeidspartnere

Til måling af den patientoplevede kvalitet udviklede Århus Amt i 1999 et system [10], der adskilte sig fra andre målesystemer ved, at de medvirkende afdelinger selv bestemte den organisatoriske detaljeringsgrad (f.eks. på afsnitsniveau og/eller på diagnosegrupper), ved at der blev indsamlet omfattende patientkommentarer, samt ved at der blev givet direkte og detaljeret rapportering til afdelinger og afsnit. Udgangspunktet var amtets erfaringer fra tidligere undersøgelser, hvor der bl.a. var tilbagemeldinger om, at målinger på sygehusniveau blev oplevet som

uansvarlige af afdelingerne, og at individuelt udformede målinger på de enkelte afdelinger var resurserkrævende. Desuden manglede man sammenligningsmuligheder [10].

Formålet med undersøgelsen var at undersøge betydningen af at gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser på lavt organisatorisk niveau, samt at undersøge om patienternes vurderinger har sammenhæng med lokale organisatoriske forhold. Der fokuseres på sengeafsnittene, hvor faktisk forekommende variationer i resultaterne illustreres.

MATERIALE OG METODER

Inkluderede patienter

Undersøgelsen af den patientoplevede kvalitet blev gennemført fire gange med to års mellemrum og inkluderede indlagte patienter, kirurgiske dagpatienter, medicinske dagpatienter og ambulante patienter. Fra patientregistreringssystemet blev der tilfældigt udtrukket op til 400 patienter fra hver af de patientkategorier, der hørte under hver afdeling. Dataudtrukket dækkede op til tre måneder. Spørgeskemaer blev udsendt til de udvalgte patienter af afdelingerne. Undersøgelsen blev gennemført anonymt.

Spørgeskemaet

Der blev udviklet et spørgeskema til hver af de fire patienttyper: indlagte, ambulante, dagkirurgiske og dagmedicinske patienter. Skemaerne blev udarbejdet på baggrund af en kvalitativ undersøgelse af patientens perspektiv [11] og i et tæt samarbejde med en følgegruppe, der bestod af sygeplejersker, læger og administratorer. Skemaerne blev valideret ved interview med 66 patienter på fire sygehuse og med 4-5 ansatte på to afdelinger. Hvert af de fire spørgeskemaer havde 9-15 spørgsmål om patienternes oplevelse af kontinuitet, kommunikation, koordinering og faglig kvalitet. Spørgsmålene skulle besvares på en firepunktskala, »Ja«, »Både/og«, »Nej« og »Ved ikke/Ej relevant«. Herudover blev patienterne bedt om en samlet vurdering af deres kontakt til den enkelte sygehusafdeling eller afsnit. Vurderingen blev besvaret ved hjælp af en sekspunktskala med svarmulighederne »Enestående«, »Godt«, »Godt og dårligt«, »Dårligt« og »Uacceptabelt« samt endelig med »Ved ikke«. For at give patienterne maksimal mulighed for at komme med kritik blev alle spørgsmål forsynet med plads til kommentarer. Denne form er anbefalet til at imødegå patientundersøgelser tendens til kun at levere positive resultater [12, 13].

Specificering af undersøgelsen

Den enkelte afdeling vurderede på et møde med konsulenterne, hvilke af de fire skematyper, der bedst svarede til afdelingens patientklientel. Desuden afgjorde afdelingen, om den ønskede undersøgelsesresultater specificeret på afdelingsniveau, afsnitsniveau eller på robuste opdelinger i diagnosegrupper. For eksempel valgte en afdeling at opdele patienterne efter kræftdiagnose eller ikke kræftdiagnose. En anden ønskede sondring mellem, om patienterne ved udskrivning var sendt til eget hjem eller til et andet sygehus.

Rapportering

Der blev efterfølgende udarbejdet rapporter til hver afdeling for hver patienttype. Der blev opbygget et it-



Der blev udsendt en rapport til de enkelte afdelinger 2-3 måneder efter patienttilfredshedsundersøgelserne. Ideen med lokale rapporter var, at patienternes oplevelser skulle knyttes sammen med kendte organisatoriske rammer for at give mening for de ansatte. Illustration: Erik Riiskjær.

system, der hurtigt kunne flette data og renskrevne kommentarer sammen i en afdelingsrapport. Rapporter blev udsendt 2-3 måneder efter udsendelsen af skemaerne. Den enkelte afdeling kunne i rapporten sammenligne sine resultater med resultater fra andre afdelinger og med egne tidligere resultater.

Dataanalyse

I analysen er patienternes besvarelser dikotomiseret, således at »Ja« er kategoriseret som »svar uden forbedringspotentiale«, mens »Både/og« og »Nej« er kategoriseret som »svar med forbedringspotentiale«. Tilsvarende er svarene »Enestående« og »Godt« kategoriseret som »svar uden forbedringspotentiale«, mens svarene »Godt og dårligt«, »Dårligt« og »Uacceptabelt« er karakteriseret som »svar med forbedringspotentiale«.

Kobling med organisationsdata

Resultaterne af patienternes oplevelser er sammenholdt med data fra Århus Amts Arbejdsklimasystem, som er en jobtilfredshedsundersøgelse, der var målrettet alle ansatte i amtet. Undersøgelsens 40 spørgsmål er rubriceret i seks dimensioner [14]. Se **Figur 1**. Herudover er der anvendt et helhedsmål for medarbejdernes vurdering af arbejdsklimaet, der blev besvaret på en tipunktskala. Kun for tredje runde af patienttilfredshedsundersøgelsen foreligger der en samtidig arbejdsklimamåling, som inkluderer i alt 1.842 plejepersoner. Målingen blev foretaget mellem april 2002 og april 2005, mens den tilsvarende patienttilfredshedsmåling fandt sted fra august 2003 til april 2004.

Med henblik på at undersøge sammenhængen mellem patienttilfredsheden og visse organisatoriske variabler er der anvendt afsnitsopdelte data fra Århus Amts ledelsesinformationssystem: sengedage, antal senge, belægningsprocenter og sygefravær. Data er udvalgt således, at de tidsmæssigt matcher patienttilfredshedsundersøgelsen.

Organisationsdata og data fra måling af arbejds-

 TABEL 1

Andelen af afdelinger i Århus Amt, der ønskede resultaterne opgjort på afdelingsniveau (ingen specificering), på afsnitsniveau eller på diagnosegrupper.

	n	Ingen specificering ^a %	Specificeret på afsnit ^a %	Specificeret på diagnose ^a %
<i>Døgnafsnit</i>				
2000	45	24,4	60,0	42,3
2002	45	22,2	68,9	45,5
2004	38	15,8	71,1	47,4
2006	39	20,5	64,1	51,3
Døgnafsnit i alt	167	21,0	65,8	46,1
<i>Ambulatorier</i>				
2000	42	33,3	26,2	42,9
2002	43	41,9	30,3	34,9
2004	35	28,6	37,2	37,2
2006	35	22,9	37,7	42,9
Ambulatorier i alt	155	32,3	31,3	38,4
<i>Døgnavtiteter</i>				
2000	20	35,0	30,0	50,0
2002	19	47,3	36,8	20,0
2004	19	36,8	26,4	42,1
2006	18	33,3	22,3	50,0
Dagaktiviteter i alt	76	38,1	28,8	40,6
Alle undersøgelser	398	28,6	45,7	42,4

a) Summerer ikke til 100%, da 16,8% af afdelingerne både ønskede specificering af afsnit og diagnose.

klimaet er beskrevet og analyseret i forhold til de sengeafsnit, der efter patienternes helhedsvurdering er placeret i henholdsvis de to bedste og de to dårligste kvintiler. Til test af forskelle har vi anvendt t-test.

RESULTATER

For alle fire spørgeskematyper er der gennemført 398 undersøgelser på afdelingsniveau med i alt 75.769 svar (57%).

Tabel 1 viser, at afdelingerne i høj grad har valgt at få specificeret deres svar under afdelingsniveauet. Størst interesse for specificering har der været for de indlagte patienter og mindst for de medicinske og kirurgiske dagafsnit. Ønsket om opdeling i subgrupper har stort set været fastholdt i alle fire perioder.

De enkelte afdelinger lod i gennemsnit et sengeafsnit på 15,7 disponible senge (konfidensinterval (KI): 14,8-16,2) være genstand for undersøgelserne. Ønsker om afsnitsopdeling forekom hyppigere end ønsket om at opdele resultaterne i forhold til diagnoser. Ønsket om både afsnits- og diagnoseopdeling sås oftest blandt de indlagte patienter.

Tabel 2 viser forbedringspotentialer for indlagte patienter i forhold til de enkelte spørgsmål, for hele

amtet samt for de bedste og de dårligst vurderede afsnit. For at sikre mod *outlier*-fænomener er de bedste og de dårligste scorer opgjort som et simpelt gennemsnit af de tre bedste og tre dårligste resultater på tværs af de fire runder. Der ses størst variation i tilfredsheden mellem afsnittene på spørgsmålet om sengeafdelingernes lokaleforhold og mindst på spørgsmålet om patienternes oplevelse af modtagelsen.

Tabel 3 viser patienternes helhedsvurderinger sat i forhold til patientkarakteristika og organisatoriske forhold. De »bedst vurderede afsnit« består af de 40 afsnit, der efter patienternes helhedsvurdering udgør de to bedste kvintiler. De »dårligst vurderede afsnit« (40 afsnit) består af de afsnit, der efter helhedsvurderingen var placeret blandt de to nederste kvintiler. De 20 afsnit, der ligger i midterkvintilen, er ikke medtaget i tabellen.

De afsnit, der har fået de bedste patientvurderinger, er også de afsnit, hvor andelen af akutte patienter er lavest ($p < 0,01$), hvor afsnittenes belægningsprocent er lavest ($p < 0,01$), hvor personalets oplevelse af professionalisme er højst ($p < 0,01$), hvor personalets oplevelse af arbejdsbelastningen er mest positiv ($p < 0,01$), og afsnittenes sygefravær er lavest ($p < 0,05$).

DISKUSSION

Undersøgelsen viser, at sygehusafdelingerne ønsker tilbagemelding fra patienttilfredshedsundersøgelser på et specificeret og individuelt valgt niveau. Patienttilfredsheden varierer betydeligt mellem de enkelte afsnit, og samtidig viser resultaterne signifikante sammenhænge mellem patienttilfredshed og organisatoriske variable.

Tidligere er det på en enkelt afdeling påvist, at der er en sammenhæng mellem den tidsmæssige fordeling af akutindtaget og patienttilfredshed [15]. Her ses det samme fænomen på kumulerede data på tværs af afsnit, hvilket bekræfter sammenhængen. I praksis er de organisatoriske variable snævert forbundne. Høj belægningsprocent ses f.eks. ofte sammen med en høj andel af akutte patienter.

I tidligere analyser synes der at være en positiv sammenhæng mellem patient- og jobtilfredshed, men sammenhængen er ofte overraskende svag [16], og i andre undersøgelser findes sammenhængen slet ikke [17]. I den aktuelle undersøgelse er der sammenhæng mellem patienternes helhedsvurdering og de ansattes oplevelse af arbejdsbelastning og professionalisme. Et resultat, der stemmer overens med en af de største og nyeste undersøgelser af emnet [18]. Derimod kan der ikke siges noget om, hvilken retning en eventuel kausal effekt har.



TABEL 2

Andel patientsvar med forbedringspotentialer^a. I alt 32.809 indlagte patienter opdelt på 399 afsnitsbesvarelser. Svarene er opgjort som gennemsnit af de fire undersøgelsesrunder, der blev gennemført i perioden 1999-2006.

Spørgsmål til indlagte patienter	Procentandel besvarelser med forbedringspotentialer på ^a		
	amts-niveau ^b	bedst vurderede afsnit ^c	dårligst vurderede afsnit ^c
Forløb din modtagelse på afdelingen tilfredsstillende?	13,3	0,0	36,1
Modtog du en omhyggelig sygepleje under din indlæggelse? (Af alle plejepersoner du havde med at gøre)	13,4	1,1	38,7
Fik du lov at blive på afdelingen, til du følte dig klar til at blive udskrevet?	13,7	0,0	41,2
Fik du den menneskelige støtte, du havde brug for fra personalet under indlæggelsen?	14,4	1,1	39,8
Er du tilfreds med afdelingens behandling af din sygdom?	16,1	2,3	38,7
Lyttede lægerne med interesse, når du sagde noget?	19,4	3,1	43,1
Fik du den information, du havde brug for, inden du blev udskrevet? (Medicin, gode råd mv.)	20,0	4,0	41,7
Var dine undersøgelser og behandlinger i hele din kontakt med sygehuset godt tilrettelagt? (Var der en »rød tråd«?)	23,6	5,0	53,3
Var der sammenhæng i det, du fik at vide, når du talte med forskellige ansatte på afdelingen?	24,0	3,9	50,5
Fik du de informationer, du havde brug for under din indlæggelse? (Om sygdommen, undersøgelser, behandlinger, bivirkninger)	25,0	4,8	51,9
Var sengeafdelingens lokaleforhold tilfredsstillende? (Patientstue, bad, toilet mv.)	25,1	0,6	72,3
Har samspillet med din egen praktiserende læge og afdelingen været i orden omkring din sygdom? (Henvisning, opfølgning mv.)	25,6	8,9	52,5
Havde du kontakt med <i>for mange</i> forskellige plejepersoner under din indlæggelse?	14,6	2,7	43,6
Havde du kontakt med <i>for mange</i> forskellige læger under din indlæggelse?	18,3	1,3	52,1
Hvad er dit samlede indtryk af afsnittet/afdelingen?	16,8	0,0	43,2

a) Andel af besvarelser i kategorierne »Både/og« og »Nej« eller med 1, 2, 3 stjerner i forhold til antal valide svar.

b) Gennemsnit på amtsniveau.

c) Bedst og dårligst vurderede afsnit er udregnet som gennemsnittet af de tre dårligste og de tre bedste afsnitsresultater på tværs af de fire undersøgelsesrunder. Kun afsnit med mere end 20 besvarelser er medtaget. Et gennemsnitligt sengeafsnit har 82 besvarelser. Gennemsnit er beregnet uden vægtning for forskelle i afsnitsstørrelse.

Traditionelt har man anbefalet, at patienttilfredshedsundersøgelser korrigeredes for forskelle i patientsammensætningen [19]. Der findes imidlertid i litteraturen flere relevante indvendinger imod dette, bl.a. at denne praksis kan skjule den faktiske forekomst af utilfredshed [20]. Opmærksomheden burde i lige så høj grad være rettet mod afdelingernes forskellige organisatoriske vilkår, da inddragelse af disse forhold kan have betydning for den opfølgning, der skal finde sted. Det drejer sig om problemer som høj belægningsprocent, højt sygefravær, manglende oplevelse af professionalisme og udbrændthed.

Når data afrapporteres som sammenlagte resultater fra større enheder, er det ikke muligt at afdække de svagheder og styrker, der måtte være på lavere organisatoriske niveauer, eller at sætte dem i forhold til specifikke patientgrupper, endside sammenholde resultaterne med organisatoriske forhold, der eventuelt kan forklare sammenhænge.

Svarprocenten i undersøgelsen er på samlet 57%. Det er en svarprocent på niveau med tilsvarende un-

dersøgelser. Imidlertid rummer et bortfald på 43% mulighed for selektionsbias. I denne undersøgelse kan det have haft betydning for den samlede tilfredshed, såfremt de, der ikke har svaret, er enten mere eller mindre tilfredse, end de, der svarede. Derimod har det formentlig ikke betydning for sammenligninger mellem de enkelte afsnit, da en eventuel bias må ventes at gå i samme retning.

Afdelingerne signalerer med deres ønsker til specificering af undersøgelsesresultater, at disse skal være præcise og rumme mere information end det, der fremgår af resultater på afdelingsniveau. Det er derfor nærliggende at konkludere, at ringe opfølgning på patienttilfredshedsundersøgelser blandt andet kan henføres til en manglende præcision og informationsværdi af sådanne undersøgelser. Det er også værd at bemærke, at ønskerne til specificering synes at udspringe af lokalkendte eller specialeafhængige forhold, hvilket lægger op til skræddersyning i forhold til de enkelte enheder. Uden sådanne forsøg på tilpasning ender måling af patienttilfredshed let med

TABEL 3

Patienternes helhedsvurderinger sat i forhold til patientkarakteristika og organisatoriske forhold. Målt i tredje runde, 2003-2004.

	Antal afsnit ^a	Bedst vurderede afsnit, gns., % (KI) ^b	Dårligst vurderede afsnit, gns., % (KI) ^b	p-værdi ^c
<i>Patienttilfredshed</i>				
Andel af tilfredse patienter (helhedsvurdering)	80	91,5 (90,3-92,6)	73,4 (71,6-75,1)	< 0,01
<i>Patientkarakteristika</i>				
Andel patienter med videregående uddannelse	80	31,8 (27,7-35,9)	25,3 (21,6-29,1)	< 0,05
Andel patienter over 70 år	80	26,4 (19,8-33,0)	35,4 (28,9-41,8)	
Andel kvinder	80	53,2 (46,0-60,4)	55,7 (51,8-59,5)	
Andel internetbrugere	80	32,3 (28,4-36,2)	27,5 (23,5-31,6)	
Andel akut indlagte	80	42,6 (32,8-52,4)	68,5 (61,4-75,7)	< 0,01
<i>Organisation</i>				
Antal disponible senge	76	12,6 (10,6-14,6)	15,6 (12,7-18,4)	
Belægningsprocent	72	83,4 (78,4-88,3)	96,2 (89,7-102,8)	< 0,01
Gennemsnitlig liggetid, dage	76	4,7 (3,9-5,5)	6,3 (5,1-7,5)	< 0,05
Sygefravær i %	66	5,3 (4,6-5,9)	6,4 (5,5-7,2)	< 0,05
<i>Arbejdsklima^d</i>				
Autonomi	68	74,2 (71,2-77,1)	71,9 (69,5-74,4)	
Ledelse	68	69,1 (64,3-73,8)	68,5 (64,2-72,7)	
Jobindhold	68	79,7 (77,7-81,8)	79,5 (77,6-81,4)	
Samarbejde	68	78,9 (75,7-82,1)	78,6 (75,8-81,4)	
Arbejdsbelastning	68	70,0 (66,1-73,9)	62,8 (59,3-66,3)	< 0,01
Professionalisme	68	72,1 (69,1-75,2)	65,2 (61,8-68,7)	< 0,01
Helhed – arbejdsklima	68	7,5 (7,2-7,9)	7,2 (6,8-7,5)	

a) Opdelingen er lavet på baggrund af patienternes rubricering af afsnittene i henholdsvis de to bedste og de to dårligste kvintiler. De 20 afsnit, der ligger i midterkvintilen, er ikke med i tabellen.

b) Gennemsnit er beregnet uden vægtning for forskelle i afsnitsstørrelse. KI = konfidensinterval.

c) t-test.

d) Målt ved indeks på 0-100. De bagvedliggende items fremgår af Figur 1.

Der forelå komplette arbejdsklima- og patienttilfredshedsdata på 84 ud af 100 afsnit. Der forelå komplette organisations- og patienttilfredshedsdata på 76 ud af 100 afsnit.

at blive til ritualer mere end til et redskab til kvalitetsudvikling.

Noget af det centrale i det beskrevne koncept er dialogen mellem de enkelte afdelinger, og de der administrerer konceptet centralt. Her har man med undersøgelserne specielt formået at imødekomme afdelingernes behov for specificering på afsnits- og diagnosegruppeniveau, men omvendt har undersøgelserne i mindre grad tilgodeset et eventuelt behov for specifikke spørgsmål, der er specielt tilpasset de enkelte afdelinger og deres specialer. Dette er en oplagt udviklingsmulighed.

Variationen af resultaterne på tværs af sengeafsnittene viser en så stor spredning, at de i sig selv er med til at begrunde et behov for mere detaljerede patienttilfredshedsmålinger.

I metodelitteraturen om patienttilfredshedsundersøgelser har der været fokuseret på skabelse af valide undersøgelser i snæver teknisk forstand. Imidlertid er anvendeligheden af data i lige så høj grad betinget af, at der er skabt ejerskab og ansvar for

resultaterne. Kun på den måde kan resultaterne opleves som relevante, forståelige og brugbare for dem, der skal følge op.

KONKLUSION

Undersøgelsens resultater dokumenterer, at man på afdelingsniveau ønsker både detaljerede og individuelle opgørelser af resultaterne, og at der findes betydelige forskelle mellem de små enheder i det danske sundhedsvæsen. Disse forskelle i patienttilfredshed viser sammenhæng med en række klassiske organisatoriske grundvilkår. Det anbefales, at disse erfaringer bruges i den fremtidige tilrettelæggelse af generiske patienttilfredshedsundersøgelser i Danmark, således at det lokale, individuelle perspektiv i højere grad får plads i undersøgelsesprocessen.

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

ANTAGET: 20. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 30. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Artiklen er en del af forskningsprojektet »Patienttilfredshed – set i et

organisatorisk udviklingsperspektiv». Region Midt, Trygfonden (Jnr. 7547-07), Momsfonden (Jnr. 11.20.00 G01) og Aarhus Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, takkes for økonomisk støtte til projektet.

LITTERATUR

- Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993;50:49-77.
- Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systemic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6:1-244.
- Draper M, Cohen P, Buchan, H. Seeking consumer views: What use are results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Qual Health Care* 2001;3:463-8.
- Nelson EC, Batalden P, Huber TP et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *J Qual Imp* 2002;28:472-93.
- Mitchell PH, Shortell S. Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Med Care* 1997;35(11 Suppl.):NS19-NS32.
- Hearld LR, Alexander JA, Fraser I et al. How do hospital organizational structure and processes affect quality of care? *Med Care Res Rev* 2008;65:259-99.
- Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm*. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
- Akkrediteringsstandarder for sygehuse. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. www.ikas.dk (1. marts 2009).
- Projektbeskrivelse for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. 12. september, 2008. Enheden for Brugerundersøgelser og Center for Kvalitet. www.patientoplevelser.dk (1. marts 2009).
- 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.
- Mainz, J. *Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet*. Viborg: Munksgaard; 1995.
- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998;47:1351-9.
- McKillip J, Moirs K, Cervenka C. Asking open-ended consumer questions to aid program planning. *Eval Prog Plan* 1992;15:1-6.
- Munch-Hansen T, Wieclaw J, Agerbo E et al. Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence. *BMC Pub Health* 2008;8:270.
- Ammertorp J, Kofoed PE. Kontinuerlig monitorering af den forældreoplevede kvalitet ved hjælp af informationsteknologi. *Ugeskr Læger* 2005;137:1950-3.
- Sengin KK. *The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospitals*. Pennsylvania: The University of Pennsylvania. A dissertation in Nursing, 2001.
- Kangas S, Kee C, McKee-Waddle R. Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Adm* 1999;29:32-42.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane D et al. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004;42:57-66.
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Hays RD et al. Case-mix adjustment of the CAHPS hospital survey. *Health Serv Res* 2005;40:2162-85.
- Perneger TV. Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care* 2004;16:433-5.

Psoriasis og aterotrombotisk sygdom

Reservelæge Ole Ahlehoff, afdelingslæge Gunnar H. Gislason, overlæge Lone Skov & overlæge Peter Riis Hansen

RESUME

Psoriasis og aterosklerose har fælles immunoinflammatoriske mekanismer, og der kan hos patienter med psoriasis være øget forekomst af kardiovaskulære risikofaktorer (hyperkolesterolemie, hypertension, overvægt, metabolisk syndrom, diabetes mellitus, rygning mv.), samt øget risiko for aterotrombotisk sygdom. Nærværende oversigt resumerer den foreliggende evidens på området og opfordrer til et øget fokus på kardiovaskulær risikovurdering og behandling hos patienter med psoriasis.

Psoriasis (PS) er en kronisk inflammatorisk hudsygdom, der optræder hos 2-3% af befolkningen i Nord-europa og karakteriseres ved forekomst af skarpt afgrænsede, højrrøde og skældannende hudelementer, ofte på ekstremiteternes ekstensorsider og i hårbund [1]. PS kan også antage en pustuløs form, samt hos 5-20% afficere leddene (PS-arthritis). Behandlingen omfatter bl.a. lokalbehandling (bl.a. D-vitaminanalog, steroid og sjældnere tjærepræparater), fototerapi, samt systemisk behandling, inklusive traditionelle (methotrexat, retinoider og ciclosporin) og biologiske midler (tumornekrosefaktor (TNF)- α -hæmmere mv.) [2]. Aterosklerose er ligeledes en kronisk inflammatorisk sygdom, og der er i dag evidens for, at patoge-

nesen ved PS og visse andre inflammatoriske sygdomme, f.eks. reumatoid arthritis og systemisk lupus, har lighedspunkter med mekanismerne ved aterosklerose, ligesom disse lidelser er associerede til øget risiko for aterotrombotisk sygdom, specielt akut myokardieinfarkt (AMI) [3, 4]. Skønt denne association kan skyldes fælles risikofaktorer, f.eks. rygning og hypertension, tyder meget på, at PS er en selvstændig og uafhængig risikofaktor for aterotrombotisk sygdom (Figur 1) [4, 5]. Der er tiltagende interesse for dette emne og pga. dets betydelige kliniske implikationer, har vi fundet det relevant at give en kort oversigt over den eksisterende litteratur inden for området.

MATERIALE OG METODER

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning på PubMed frem til juli 2009 med anvendelse af søgeordet PS kombineret med *cardiovascular diseases*, *atherosclerosis*, *inflammation*, *myocardial infarction*, *stroke* og *metabolic syndrome*. Originalartikler og internationale engelsksprogede oversigtsartikler fra peer-reviewed-tidsskrifter blev gennemgået. De citerede arbejder blev udvalgt efter emnemæssig relevans og patientantal. Engelsksprogede konsensusrap-

OVERSIGTSARTIKEL

Gentofte Hospital,
Kardiologisk Afdeling P
og Dermatologisk
Afdeling K